

## Redactor-șef Ion MEREUȚĂ

Vice-redactori M. EFTODI, Șt. GAȚCAN, V. GHERMAN  
Asistenți ai redactorului L. MUNTEANU, S. LUPU, V. CARAUȘ  
Redactori tehnici L. AXINTE, M. ȚURCAN

### Colegiul de redacție:

I. ABABII, Chișinău, RM  
Gh. GHIDIRIM, Chișinău, RM  
C. EȚCO, Chișinău, RM  
D. TINTIUC, Chișinău, RM  
M. CECAN, Chișinău, RM  
M. MAGDEI, Chișinău, RM  
G. GEIMS WELCH, Viena, V.A. SUA  
M. BULANOV, Moscova, Rusia  
M. NECHIFOR, Iași, România  
A. PETROPOULUS, Germania  
I. COCUBO, Japonia  
Vadim COJOCARU, Chișinău, RM  
Victor COJOCARU, Chișinău, RM  
A. TESTEMIȚANU, Chișinău, RM  
I. CORCIMARU, Chișinău, RM  
A. ODOBESCU, Chișinău, RM  
D. SOFRONI, Chișinău, RM  
S. SOFRONIE, Chișinău, RM  
E. DIUG, Chișinău, RM  
S. GROPPA, Chișinău, RM  
V. BUTNARU, Chișinău, RM  
C. ANDRIUȚA, Chișinău, RM  
A. CEORNÎI, Chișinău, RM  
Gh. MUȘET, Chișinău, RM  
V. BAIRAC, Chișinău, RM  
G. NEMSADZE, Tbilisi, Georgia

V. PUȘKARIOV, Kiev, Ucraina  
E. GUDUMAC, Chișinău, RM  
V. PROCOPIȘIN, 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  
A. COLOMEEȚ, 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. SERBENCO, Chișinău, RM  
B. MELNIC, Chișinău, RM  
N. GLADUN, Chișinău, RM  
D. CROITORU, Chișinău, RM  
B. UNTU, Chișinău, RM  
L. PUTÎRSCHII, Minsk, Belarusi

#### Adresa redacției:

MD 2025, Chișinău, str. Testemițanu, 30  
Institutul Oncologic din Moldova,  
Clinica oncologie-microchirurgie, et.3  
prof. Ion Mereuță  
fax: 73.33.27, e-mail: mereutaion@yahoo.com

#### Rechizite bancare:

BC "Mobiasbanc"  
Filiala nr.4  
cod fiscal 0433910  
cod bancar 280101810  
cod de decontare 22240014984654

**CUPRINS**

ADRESAREA REDACTORULUI-ȘEF OPINIEI PUBLICE MEDICALE	3
<i>I. Mereuță, C. Țurcanu, S. Gațcan, N. Groian, Gh. Amihalachioae</i> DREPTUL DE AUTOR AL MEDICILOR	4
<i>V. Gherman</i> CREAREA CENTRULUI DE PERFEȚIONARE A CADRELOR MEDICO-TEHNICE DIN REPUBLICA MOLDOVA — UN IMPERATIV AL REFORMEI SĂNĂTĂȚII	7
<i>Грищенко О.В., Лахно И.В. Дудко В.Л.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФУНГОЛОН У ПАЦИЕНТОК С ВАГИНАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ	10
<i>Ion Mereuță</i> CONCEPȚIA POLITICII ASIGURĂRILOR MEDICALE PENTRU MALPRACTICA MEDICALĂ	13
<i>I. Mereuță, C. Ețco, S. Lupu</i> ALGORITMUL MODELĂRII MANAGEMENTULUI FINANCIAR AL SISTEMULUI SĂNĂTĂȚII LA NIVEL MACROECONOMIC	17
<i>Șt. Gațcan</i> PROFILAXIA GREȘELILOR ȘI CULPELOR MEDICALE	21
<i>Е. Антонов, И. Мочалов, И. Аверина</i> ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛОР ОРГАНОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	28
<i>M. Eftodi</i> MANAGEMENTUL ÎN SERVICIUL ULTRASONOGRAFIC AL REPUBLICII MOLDOVA	34
<i>L. Serbeniuc, V. Ghicavii</i> ULEIUL DIN SEMINȚE DE STRUGURI - REMEDIU NOU CU PROPRIETĂȚI GASTROPROTECTOARE	37
<i>Liuba Munteanu</i> VIZIUNI ȘI PERSPECTIVE ALE REABILITĂRII MEDICO-SOCIALE A PERSOANELOR VÂRSTNICE	39
<i>В. Байрак, Е. Антонов, И. Мочалов</i> ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ТЕРМОГРАФИЧЕСКОГО И РЕНТГЕНОЛОГИ- ЧЕСКОГО МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА	41
JUBILEE Constantin EȚCO - <i>la 60 de ani</i> Victor CEBOTARU - <i>la 50 de ani</i>	44 45
CERINȚELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR	47

**CONTENTS**

ADDRESSING OF THE EDITOR-IN-CHIEF TO THE MEDICAL PUBIC OPINION	
<i>I. Mereuta, C.Turcanu, S.Gatcan, N.Groian, Gh. Amihalachioae</i> DOCTORS' COPYRIGHT	
<i>V.Gherman</i> CREATION OF A RETRAINING CENTRE FOR THE MEDICAL-TECHNICAL STAFF FROM THE REPUBLIC OF MOLDOVA - A STRINGENT NEED OF THE HEALTH REFORM	
<i>O.Griscenco, I.Lahno, V.Dudco</i> EXPERIENCE OF USING FUNGULON PREPARATION TO PATIENTS WITH VAGINAL CANDIDA	
<i>Ion Mereuta, S.Gatcan</i> CONCEPT OF MEDICAL INSURANCE POLICY FOR THE MEDICAL MALPRACTICE	
<i>Ion Mereuta, C. Ețco, S.Lupu</i> ALGORITHM OF THE FINANCIAL MANAGEMENT MODELLING OF THE HEALTH SYSTEM AT THE MACROECONOMIC LEVEL	
<i>St.Gatcan</i> PROPHYLAXIS OF THE MEDICAL ERRORS AND GUILTS	
<i>E. Antonov, I.Mocialov, I.Averina</i> PECULIARITIES OF THE ORL ORGANS MORBIDITY IN ASSOCIATION WITH THYROID	
<i>M. Eftodi</i> USG SERVICE MANAGEMENT IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA	
<i>L. Serbeniuc, V. Ghicavii</i> GRAPE SEEDS OIL- A NEW REMEDY WITH GASTROPROTECTIVE PROPRIETIES	
<i>L. Munteanu</i> VIEWS AND PERSPECTIVES ON THE MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF THE OLD	
<i>V. Bairac, E. Antonov, I.Mocialov</i> DIAGNOSTIC PARALLELS OF THE THERMOGRAPHIC AND X-RAY METHODS OF THE ADDITIONAL NASAL SINUSES	
ANNIVERSARIES	
Constantin ETCO's 60 <sup>th</sup> anniversary Victor CEBOTARU's 50 <sup>th</sup> anniversary	
PAPER PRESENTATION REQUIREMENTS	

## ADRESAREA REDACTORULUI-ŞEF OPINIEI PUBLICE MEDICALE

---



*Dragi colegi!*

*Aveți în față nr. 1 al revistei „Info-Med”, rodul muncii unei echipe de profesioniști care reprezintă domeniile de bază ale medicinei contemporane.*

*Deși nu este prima și nici singura publicație de profil din Republica Moldova, am considerat oportună apariția ei din mai multe considerente, cel mai important fiind convingerea echipei redacționale în necesitatea informării comunității medicale despre cele mai noi și mai performante realizări din domeniul medicinei. Urmând acest deziderat, ne-am propus să facem o revistă interesantă și utilă pentru cadrele medicale din toate verigile asistenței medicale.*

*Pentru ca publicația să devină „a tuturor”, colegiul de redacție al revistei științifico-practice „Info-Med” - înregistrată la 25 februarie 2003, nr. 128, care este o formațiune benevolă, autogestionară și apolitică – invită la colaborare savanți, cercetători științifici, medici și alți specialiști care activează în domeniile medicinei și științei medicale, al farmaceuticii și cel al tehnicii și tehnologiilor tehnico-medicale.*

*Așadar, scopul primordial al revistei „Info-Med” este publicarea informațiilor din domeniile medicinei, farmaciei, tehnologiilor medicale și medico-științifice, rezultatele cercetărilor științifice în aceste direcții. De asemenea, revista va publica articole ale căror autori vor expune cazuri interesante din practica medicală, relatări despre evenimente însemnate din viața medicală națională și internațională, date despre personalitățile notorii din domeniul ocrotirii sănătății.*

*Totodată, ne propunem inserarea unor pagini de publicitate în care să prezentăm cele mai performante preparate farmaceutice, tehnici și tehnologii moderne atât autohtone, cât și din străinătate, însoțite de recenzii ale specialiștilor.*

*Articolele și tezele publicate vor fi preventiv recenzate de specialiști din domeniile respective.*

*În speranța unei colaborări fructuoase, vă invit, dragi colegi, să scrieți pentru „Info-Med” și să citiți „Info-Med”. Căci în societatea de astăzi, societate ce stă sub semnul tehnologiilor și al informațiilor, un medic adevărat nu poate fi decât un medic bine informat.*

**Redactor-șef,  
d.h.m., profesor universitar**

*J. Mereuță*

**Ion Mereuță**

I. Mereuță, C. Țurcanu, S. Gațcan, N. Groian, Gh. Amihalachioae

## DREPTUL DE AUTOR AL MEDICILOR

***In parallel with the medical activity, the doctors undertake a fruitful scientific activity. The scientific researches aim at elaborating new treatment methods, technologies and inventions. Two branches of the medicine law are outlined – copyright and ownership right. Every researcher should be informed of the legal aspects and peculiarities of the copyright.***

***Key words: copyright, ownership right, paper.***

Paralel cu activitatea medicală, medicii exercită și o activitate științifică valoroasă. Unii ca competitori, alții ca cercetători științifici în centrele științifice medicale de nivel republican. Cercetarea științifică se folosește deseori în elaborarea noilor metode de tratament, a noilor tehnologii și invenții. Ce și în alte direcții ale dezvoltării științei omenești sau conturat 2 ramuri ale dreptului și în medicină – dreptul de autor și dreptul de proprietate industrială. Anume aceste drepturi și fortifică elaborările științifice, intelectuale, de creație mai ales cele private.

Acest drept în fosta RSSM era reglementat în Codul civil. Ulterior în 23 noiembrie 1994 Parlamentul RM a adoptat Legea nr.293-XIII privind dreptul de autor și drepturile conexe, publicată în Monitorul Oficial nr.13 (34) din 2 martie 1995. Ea reglementează relațiile care apar în legătură cu cererea și valorificarea operelor literare, de artă și științifice (drept de autor) și drepturilor conexe.

Dreptul de autor în RM este reglementat de:

– Legea nr.293-XIII din 2 martie 1995 și modificările aduse prin Legea nr.29-XIII din 28 mai 1998.

– Codul cu privire la contravențiile administrative (art.51<sup>2</sup> „Încălcarea dreptului de proprietate asupra produselor muncii intelectuale”) Legea nr.51-XII din 14.04.1994.

– Codul penal (art.141 „Încălcarea dreptului de autor”) Legea nr.51-XII din 14.04.1993.

– Codul Civil, partea IV<sup>a</sup> „Dreptul de autor”.

– Decretul Președintelui Republicii Moldova nr.238 din 25.11.1991 „Cu privire la Agenția de Stat pentru Drepturile de

Autor a RM”.

– Hotărîrea Guvernului RM „Cu privire la administrarea pe principii colective a drepturilor patrimoniale ale autorilor și tutorilor de drepturi conexe” (nr.524 din 24.07.1995).

– Hotărîrea Guvernului RM „privind remunerația de autor pentru folosirea dreptului de autor și conexe în RM” (nr.713 din 23.10.1995) și multe alte hotărîri.

De asemenea RM este participantă la multiple Convenții internaționale – Stockholm, 1967; Berna, 1971; Roma, 1961; Geneva, 1952 și altele.

Legislația în vigoare stipulează că autor este persoana fizică prin a cărei muncă a fost creată opera. Opera este audiovizuală, colectivă, derivată, etc. De asemenea se stipulează metodele de comunicare, – computer, demontare publică, etc.

*Opera colectivă* – „operă creată de două sau mai multe persoane fizice din inițiativa și sub conducerea unei persoane fizice sau juridice, cu condiția ca această operă să fie publicată de ultima sub numele său”. Sunt opere comune (de colaborare) sau copartinitale și opere colective.

*Operă derivată* – „produs al bazat pe altă operă (traducere, adaptare, înscenare, prelucrare, etc.). Opera derivată pornește de la una sau mai multe opere.

Opera poate fi comunicată prin comunicare publică (informare generală) pe cale radioelectronică, satelit, prin cablu, etc. Poate fi și prin demontare publică – „demontare a originalului sau a unui exemplar al operei.

De asemenea poate fi mediatizată și prin publicare (apariție) – editarea sau punerea în circulație a operelor cu consimțământul autorului

într-un număr suficient.

*Legislație permite și alte metode de informare, în dependență de caracterul operei (carte, film, audio, video, etc.). Trebuie menționat că dreptul de autor se constituie din drepturi cu caracter patrimonial (economic) și nepatrimonial (personal, moral).*

Dreptul de autor este „o îmbinare de atribuții personale și economice ale creatorilor și o totalitate de legi și dispoziții care reglementează relațiile dintre autor și societate în legătură cu crearea și folosirea operei literare, științifice și artistice“.

Dreptul de autor este un drept de proprietate, drept moral dar și cu efecte patrimoniale, este un drept subiectiv complex, este drept intelectual, drept de clientelă, drept al personalității. Opera la rîndul său trebuie să fie rezultatul unei activități creatoare a autorului, să aibă o formă concretă de exprimare, să fie adusă la cunoștința publicului.

Opera poate fi exprimată prin diferite forme – manuscris, oral (rostire publică, etc.), audio sau video, de imagine (desen, schemă, foto, etc).

Fiecare operă trebuie înregistrată, adică recunoscută paternitatea. Paternitatea aparține persoanei (persoanelor) sub a cărui nume a fost publicată opera, dacă nu există alte dovezi. Titularul are dreptul să folosească simbolul ocrotirii dreptului de autor, care se imprimă pe fiecare exemplar al operei și constă din trei elemente:

- a) litera latină „C“ inclusă într-un cerc – ©;
- b) numele (denumirea) titularului drepturilor exclusive de autor;
- c) anul primei publicări a operei.

*Înregistrarea de stat a operelor literare, de artă și științifice o efectuează Agenția de Stat pentru drepturile de autor. Autorul beneficiază de drepturi personale (morale):*

- a) la paternitate (de a se considera autor),
- b) la nume – dreptul autorului de a decide sub ce nume se va valorifica opera,
- c) la integritatea operei,
- d) la stima reputației,
- e) de a publica opera.

*Autorul beneficiază și de alte drepturi patrimoniale (economice).*

Autorului îi aparțin dreptul de a valorifica opera. Aceasta înseamnă:

- a) reproducerea operei;
- b) comercializarea ei;
- c) importarea operei;
- d) demonstrarea publică a operei;
- e) interpretarea publică a operei;
- f) traducerea operei;
- g) prelucrarea, adaptarea, aranjamentul și alte modificări, de asemenea drepturile de remunerare, contactare cu beneficiarii, etc.

*Fiecare medic, cercetător științific trebuie să cunoască drepturile de autor în cazul operelor comune. Cum ar fi copaternitatea – dreptul de autor asupra unei opere creată prin muncă comună a două sau mai multe persoane aparțin coautorilor, indiferent de faptul dacă această operă constituie un tot unitar sau este formată din părți.*

Se consideră că o parte componentă a operei este de sine stătătoare, dacă ea poate fi folosită în mod independent de alte părți a operei. În acest caz, fiecare dintre coautori își menține dreptul de autor asupra părții elaborate de el, care are caracter de sine stătător, și are dreptul să dispună de ea cum crede de cuviință.

Relațiile dintre autori se stabilesc, de regulă, prin înțelegere între ei. În caz că nu s-a procedat la înțelegere, dreptul de autor asupra operei îl exercită în comun toți autorii, iar remunerarea se împarte între ei în părți egale.

Specific este dreptul de autor în cazul operelor integrante, derivate și colective.

Alcătuitorul unei culegeri și a altor opere integrante beneficiază de dreptul de autor asupra selecției și sistematizării materialelor care constituie produs al activității lui creatoare.

Dreptul de autor al alcătuitorului nu poate prejudicia drepturile autorilor operelor care au fost incluse în opera integrată. Autorii operelor incluse în opera integrată sunt în drept să-și folosească operele lor independent de opera integrată, dacă contractul de autor nu stipulează altfel. Dreptul de autor al alcătuitorului nu constituie pentru alte persoane un impediment de a selecta și sistematiza aceleași materiale pentru a crea alte opere integrante. Culegerile care conțin diverse materiale informative (articole și informații, alocuțiuni și referate, diagrame, tabele, etc.) ale căror selecție și aranjare este un rezultat al muncii intelectuale, sunt ocrotite ca atare. Protecția nu se extinde asupra operelor datelor cifrice și



conținutului materialelor informative incluse în culegere.

În ce privește operele derivate, traducătorilor și altor autori ai operelor derivate le aparține dreptul de autor asupra traducerii, prelucrării, aranjamentului sau altei prelucrări realizate de ei. Dreptul de autor al traducătorilor și autorului operei derivate nu trebuie să prejudicieze drepturile autorilor ale căror opere au fost traduse, preluate, aranjate sau expuse altor prelucrări. Opera unui autor poate fi tradusă și de alți traducători sau autori de opere derivate.

Specific este și dreptul de autor asupra operei colective. Persoanele fizice și juridice care editează enciclopedii, dicționare, culegeri de lucrări științifice periodice și continue, ziare, reviste și reviste periodice dispun de dreptul exclusiv de valorificare a acestor opere colective în întregime. Aceste persoane sunt în drept să-și indice numele (denumirea) sau să ceară o atare indicare în cazul oricărei valorificări a acestor opere colective. Autorii operelor incluse în publicații colective își mențin fiecare drepturile exclusive de valorificare a operelor lor și pot dispune de ele independent de opera colectivă în întregime, dacă contractul de autor nu stipulează altfel.

Dreptul de autor asupra operei colective aparține alcătuitorului (persoane fizice sau juridice), autorii operelor incluse în opere colective (colaboratori) își mențin fiecare drepturile exclusive de valorificare a operelor și pot dispune de lele independent de opera colectivă în întregime, dacă contractul nu prevede altfel.

Dreptul de autor poate fi moștenit. Autorul poate indica succesorul drepturilor de autor asupra operelor sale după deces.

Dreptul de autor e valabil pe tot timpul vieții autorului plus 50 de ani după deces, termenul începând să curgă de la 1 ianuarie anul următor decesului autorului și a coautorilor operei create în copaternitate. Drepturile personale (morale) ale autorului sunt protejate pe termen nelimitat. La expirarea termenelor de ocrotire a dreptului de autor, opera devine un bun public. Operele care au devenit bunuri publice pot fi valorificate la decizia Guvernului.

Dreptul de autor în cazul operelor realizate ca urmare a îndeplinirii obligațiilor de serviciu de asemenea este specific.

Drepturile morale asupra operei create ca

urmare a îndeplinirii unei misiuni de serviciu date de patron sau a indicatorilor de serviciu (operă de serviciu) aparțin autorului operei de serviciu.

Dreptul de valorificare a operei de serviciu printr-un procedeu condiționat de scopul misiunii aparțin pe un termen de 3 ani patronului, din însărcinarea căruia a fost creată opera de serviciu, dacă contractul nu stipulează altfel. După expirarea acestui termen drepturile patrimoniale revin autorului. Principiile remunerării se stipulează într-un contract dintre părți. La valorificare se indică numele autorului și, la cerință, numele patronului.

Valorificarea operei autorului de către persoane se permite în conformitate cu contractele respective. Opera autorului poate fi reprodusă fără consimțământul autorului numai în cazurile stabilite de lege, în interesul statului și populației. De asemenea opera poate fi reprodusă de către biblioteci, arhive, instituții de învățământ nonprofitabil. De asemenea este stipulat și valorificarea liberă a operelor de autor – reproducerea în original a unui fragment, a câtorva fragmente, specificat în fiecare caz. Reproducerea operelor în scopuri personale fără consimțământul autorului sau a altui titular al dreptului de autor, și fără plata remunerării se permite de lege numai a unui exemplar. Fiecare persoană fizică poate să scoată din țară un exemplar de operă a unui autor, fără consimțământul lui sau a titularilor dreptului de autor.

Drepturile patrimoniale de autor pot fi transmise prin contracte de autor sau mai bine zis prin licențe exclusive. Ea prevede transmiterea drepturilor de valorificare a operei.

#### Bibliografie:

1. Anas G.L. The right of patient.//Humena Press, Tolok New Jersey, 1992.
2. Jones M.A. Medical Negligence.//Sweet Maxwell, London, 1991.
3. И.Е. Мереуца. Социально-экономическое реформирование здравоохранения в Республике Молдова.//Кишинев, 1994.
4. Grazling A. Viitorul valorilor morale.//Traducere de Georgiana Herghel, București, 2000.
5. A. Nacu, I. Stoian, C. Țurcanu. Structura retrospectivă a dezvoltării psihiatriei în Republica Moldova.// Chișinău, 1995.
6. Ion Mereuță, E. Popușoi, C. Ețco, B. Untu, O. Lozan. Reglementarea activității medicale în Republica Moldova. //Chișinău, 1999.

V. Gherman

## CREAREA CENTRULUI DE PERFEȚIONARE A CADRELOR MEDICO-TEHNICE DIN REPUBLICA MOLDOVA — UN IMPERATIV AL REFORMEI SĂNĂȚĂII

*The technical and scientific progress and utilisation of modern technologies in production of medical equipment becomes more and more sophisticated every year from the technical and technological points of view. It imposes a stringent need for training the assistance personnel both at the utilisation and at the maintenance and service levels. Lack of a system and concept for training and retraining the medical-technical staff from the Republic of Moldova forms the basis for elaboration by ATTTM of a Concept for creation of the Centre for Retraining the Medical-technical Staff. The given paper lists the problems, objectives and strategic directions, presented in the Concept for creation of the Centre for Retraining the Medical-technical Staff.*

**Key words:** retraining centre, medical-technical staff, national register

După declararea independenței în 1991, Republica Moldova a implementat diverse reforme în toate domeniile, inclusiv în sistemul de ocrotire a sănătății. Una din direcțiile acestei reforme în domeniu a fost echiparea centrelor curativ-profilactice cu echipament medical. La înzestrarea centrelor medicale au contribuit companii occidentale producătoare de echipament. Aceste concepte au demarat și au fost implementate atât sub patronatul Guvernului Republicii Moldova, cât și la inițiativa clinicilor private. Este incontestabil că calitatea serviciilor medicale este direct dependentă de tehnica și tehnologiile medicale utilizate.

În același timp gestionarea echipamentului performant aflat în dotarea unităților medicale necesită o calificare și deprinderi profesionale, aspecte ce depind de nivelul de cunoaștere a acestora de către personalul medico-tehnic care o deservește.

În urma efectuării unei analize a pieței echipamentului medical în Republica Moldova, este evidentă tendința spre schimbare în proveniența tehnicii medicale de la producția de origine rusă la producția țărilor occidentale (Europa de Vest, SUA, Japonia).

Astfel, în anul 2001, structura importului tehnicii medicale pe țări a fost următoarea: Germania – 30%, Japonia – 25%, Franța – 10%, SUA și Marea Britanie câte 5% și Rusia – 6%, alte țări – 19%. Această tendință s-a păstrat și în anii ulteriori (*Sursa Infonet*)

Progresul tehnico-științific și utilizarea tehnologiilor moderne în producerea echipamentului medical, care din an în an devine tot mai sofisticat din punct de vedere tehnic și tehnologic, impune o necesitate stringentă în instruirea personalului de asistență atât la nivel de utilizator, cât și la nivel de mentenanță și servire.

Lipsa sistemului și conceptului de pregătire și perfecționare a cadrelor medico-tehnice din Republica Moldova stă la baza inițierii de către ATTTM a „Conceptului de creare a Centrului de perfecționare a cadrelor medico-tehnice” (Centru).

În viziunea conducerii, expusă și susținută de către membrii Asociației în cadrul I-lui Congres al ATTTM, crearea „Centrului” este dictată de problemele ce persistă în acest domeniu. Eventualul concept este conceput prin prisma polimorfismului problemelor în domeniul tehnicii medicale, având un ulterior impact pozitiv asupra deciziilor privind importul, instruirea personalului, securitatea la locul de exploatare, etc.

### **Problemele existente ce se preconizează de a fi soluționate sunt:**

- *Actualul program de pregătire a cadrelor medico-tehnice în cadrul instituțiilor superioare de învățământ din Moldova nu asigură numărul necesar suficient de cadre în domeniu (anual la UTM absolvesc specialitatea cca. 10 persoane, din care 25% se implică în câmpul muncii pe specialitate), ce creează deficit de personal în domeniul deservirii tehnicii medicale;*

- *Nivelul redus de calificare a cadrelor medico-tehnice, fapt condiționat de lipsa unei baze tehnico-materiale adecvate, ce presupune studierea practică a echipamentului aflat în dotare, informarea din primele surse a personalului tehnic despre ultimele realizări în domeniu, etc.*

- *Lipsa unui program de pregătire și perfecționare post-universitară a cadrelor tehnice de servire a tehnicii medicale în RM.*

Nu există un sistem de evaluare și identificare a necesităților de instruire pentru personalul medico-tehnic din instituțiile curativ profilactice. Această lacună ca o reacție în lanț, generează alte

probleme de ordin strategic pentru dezvoltarea viabilă a domeniului ocrotirii sănătății RM și anume:

1. Imposibilitatea elaborării politicii de perfecționare a cadrelor în domeniu;

2. Imposibilitatea asigurării continuității procesului de instruire prin prisma schimbului de experiență și atragerii specialiștilor de vază de la companiile producătoare de echipament medical (ALOKA; SIEMENS, PENTAX, BAYER, etc.);

3. Imposibilitatea elaborării programelor de pregătire postuniversitară din cauza lipsei informației privind necesitățile de instruire a personalului respectiv;

4. Lipsa coordonării și planificării ce ține de lansarea și exploatarea unităților noi de tehnică medicală;

5. Imposibilitatea elaborării politicii de procurare a echipamentului medical.

Prin implementarea acestei concepții se urmăresc următoarele obiective:

1. Elaborarea și argumentarea politicii de perfecționare și pregătire postuniversitară a cadrelor medico-tehnice din Moldova în următoarele domenii:

- Managementul afacerii în domeniul tehnicii tehnico medicale;

- Gestionarea echipamentului Ecografic;

- Gestionarea echipamentului Endoscopic;

- Gestionarea echipamentului de tomografie computerizată și prin rezonanță magnetică

2. Elaborarea concepției de perfecționare a cadrelor medico-tehnice;

3. Crearea Centrului Național de perfecționare a personalului antrenat în deservirea tehnicii medicale;

4. Stabilirea alianțelor strategice cu companiile producătoare de echipament medical în scopul asigurării transferului de cunoștințe și experiență, precum și a continuității procesului de perfecționare a cadrelor autohtone;

5. Elaborarea programului de perfecționare a personalului medico-tehnic;

6. Crearea și consolidarea colectivului profesoral-didactic.

În scopul atingerii obiectivelor propuse, ATTTM a dezvoltat câteva direcții strategice, măsurile din cadrul cărora vor duce la implementarea și viabilitatea pe termen lung a conceptului.

**Prima direcție strategică** ține de informarea și asigurarea suportului instituțional din partea Ministerului Sănătății a Republicii Moldova.

Scopul este crearea unei alianțe strategice cu Ministerul de ramură. Managementul ATTTM este conștient de faptul, că acest suport va fi

benefic atât la etapa de lansare a conceptului, cât și în continuare pentru asigurarea viabilității lui ulterioare. Ministerul Sănătății este cointeresat vital în demararea acestuia, dar din motive financiare nu este în stare să-l susțină decât prin suport de caracter instituțional și legal.

**A doua direcție strategică** în viziunea managementului ATTTM este atragerea în procesul de creare a Centrului a reprezentanțelor străine din Moldova a companiilor producătoare de echipament medical. Stabilirea alianței cu aceste unități ar permite obținerea suportului în elaborarea programelor analitice și practice, înzestrarea cu mostre de echipament a claselor de studii, asigurarea cu materiale didactice, transferul de know-how, etc. În acest context ATTTM mizează mult pe experiența și cunoștințele a astfel de companii ca ALOKA, KARL STORZ, SIEMENS, etc. Drept oportunitate este considerată posibilitatea de implicare în procesul de instruire a cadrelor didactice autohtone din cadrul Centrului a specialiștilor din companiile străine menționate.

Ca acțiuni în această direcție sunt oportunitățile de efectuare a stagiilor personalului profesoral didactic din cadrul Centrului în companiile străine producătoare de echipament medical. Fiecare companie de acest tip se caracterizează printr-o bază de perfecționare și instruire dotată la un nivel înalt.

Potențialul analitic, didactic și de instruire a centrelor de pe lângă companiile producătoare poate fi explorat și prin invitarea profesorilor străini și organizarea „work shopurilor” pentru cadrele medico-tehnice locale (ex. efectuarea lecțiilor comune a profesorilor străini și celor din cadrul Centrului, etc.).

Totodată, Centrul va putea beneficia de obținerea „burselor” pentru stagioni în subdiviziunile de instruire și deservire a companiilor străine pentru personalul medico-tehnic de performanțe din Moldova.

**A treia direcție strategică** ține de politica de informare despre Centru și crearea imaginii lui.

Această direcție va fi axată la acțiuni concrete de comunicare în rândurile inginerilor-medici a misiunii și scopurilor urmărite de ATTTM prin crearea acestui Centru. Aceasta se preconizează de a efectua prin intermediul organizării conferințelor științifico-practice în domeniul perfecționării cadrelor medico-tehnice la nivel teritorial administrativ și național.

Seminarele și conferințele menționate vor avea și un caracter de studiu a necesităților de instruire pentru personalul implicat în exploatarea, deservirea și reparația echipamentului medical. Informația



parvenită din această sursă va crea baza elaborării tematicilor cursurilor analitice și practice.

Drept un avantaj esențial conducerea ATTTM consideră sinergia dintre rezultatele implementării primului concept de creare a „Registrului Național de evidență a tehnicii tehnico-medicale”, care are ca obiectiv elaborarea:

1. pașaportului medical tehnic a subdiviziunii unității curativ-profilactice;

2. harta medico-tehnică a instituției curativ-profilactice;

3. măsurile de optimizare a fluxului informațional privind dotarea, starea lucrativă, necesitatea de menținere, asigurare cu piese de schimb, etc, a echipamentului medical aflat în dotarea unităților curativ-profilactice, etc.

Disponând de un tablou clar privind situația din sfera dotării cu echipament medical va fi posibilă argumentarea și elaborarea politicii de reînregistrare a unităților curativ-profilactice cu utilaj modern pe de o parte, și identificarea necesităților de instruire și elaborarea programelor de perfecționare a cadrelor medico-tehnice pe de altă parte.

În același timp managementul ATTTM nu exclude posibilitatea acreditării Asociației de către MS a RM drept un „Centru” de analiză strategică a pieței echipamentului și tehnologiilor tehnico-medicale cu funcții de consultanță în domeniul propunerii de elaborare a cadrului legal în domeniul necesității de perfecționare a personalului tehnico-medical, etc.

### Rezultatele scontate

Disponând de un tablou clar privind situația dotării cu echipament medical și nivelul de pregătire a personalului medico-tehnic va fi posibilă **argumentarea și elaborarea politicii de perfecționare** a cadrelor de deservire a acestuia.

Printre rezultatele preconizate de la implementare cele mai importante sunt:

1. Disponibilitatea informației privind situația cadrelor medico-tehnice – nivelul profesional, necesitățile în instruire, etc.;

2. Ridicarea nivelului profesionist a personalului medico-tehnic, elaborarea politicii resurselor umane, de a fi expuși celor mai moderne practici în domeniu;

3. Gestionarea mai eficientă a echipamentului medical aflat în dotarea unităților curativ-profilactice din Moldova;

4. Reducerea cheltuielilor de mentenanță și reparație ca urmare a ridicării nivelului de cunoștințe;

5. Reducerea probabilității de apariție a stărilor

de excepție în caz de ieșire din funcțiune;

6. Majorarea perioadei de exploatare a echipamentului medical;

7. Estimările permit de a concluziona că în urma implementării conceptului în cauză va fi posibilă optimizarea cheltuielilor de reparație și mentenanță cu cca. 20% anual.

Evaluarea rezultatelor este unul din cele mai importante elemente ale actualului concept. Procedura de evaluare a eficacității și succesului conceptului va fi determinată în primul rând de rezultatele scontate obținute.

Evaluarea performanțelor se va efectua de Comisia de Evaluare în componența căreia vor intra membrii Asociației și posibil persoane de răspundere din cadrul Ministerului Sănătății a Republicii Moldova. Comisia menționată anterior va evalua acțiunile Echipei de Lucru la fiecare etapă de implementare a Conceptului. Echipa de Lucru în frunte cu Directorul General a Asociației va raporta și coordona toate activitățile cu Comisia de Evaluare. Periodicitatea de raportare se determină în termen de o lună calendaristică.

Din punct de vedere calitativ și cantitativ drept criterii de evaluare vor servi „produsele” rezultate în urma implementării conceptului și anume:

1. Elaborarea conceptului de perfecționare a cadrelor

2. Elaborarea și implementarea politicii de instruire și perfecționare a cadrelor medico-tehnice.

3. Elaborarea Programului tematic de perfecționare a cadrelor medico-tehnice din Moldova;

4. Elaborarea Programului didactic de perfecționare a cadrelor medico-tehnice;

5. Elaborarea și editarea prelegerilor pe domenii de activitate;

6. Elaborarea și editarea programelor practice de instruire;

7. Elaborarea manualului pentru perfecționarea cadrelor medico-tehnice;

8. Majorarea perioadei de longevitate a echipamentului aflat în dotare.

### Bibliografie:

1. I. Mereuță. Sistemul Sănătății în țările Uniunii Europene. //Chișinău, 1996, 154p.
2. И.Е. Мереуцэ. Социально-экономическое реформирование здравоохранения в Республике Молдова. //Кишинев, 1994, 204 стр.
3. С. Еțсо și соaut. Economia sănătății. //Chișinău, 356p.
4. Йениекенс Ж. Менеджмент в условиях рыночной экономики: теория и практика. //Минск, 1992.
5. Котлер Ф. Управление маркетингом. //Москва, 1990.

Грищенко О.В., Лахно И.В. Дудко В.Л.

Харьковская медицинская академия последипломного образования  
 Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФУНГОЛОН У ПАЦИЕНТОК С ВАГИНАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ

*An analysis has been made of the pharmaceutical effects of Fungulon in comparison with other antimycotic preparations to patients with vaginal candida. It was found out that the use of Fungulon rehabilitates the microbial level and normalises the vaginal PH removing the clinical symptoms in a shorter time than most of antimycotic preparations of other groups. The conclusion is that Fungulon is one of the most efficient preparations for the monotherapy of candida pathologies for the feminine genital organs.*

**Key words:** vaginal candida, antimycotic preparations, Fungulon

Воспалительные заболевания женских гениталий представляют собой актуальную проблему современной гинекологии. За последние годы значительно выросла частота заболеваемости бактериальным вагинозом, генитальным хламидиозом, трихомонозом, неспецифическими вагинитами [1]. При этом особую значимость приобрела проблема вагинального кандидоза, частота которого возросла в 2 раза и составляет от 26% до 40-45% в структуре инфекционной патологии нижнего отдела полового тракта [1, 2, 5]. Это обусловлено изменением экологического баланса в нише женских гениталий на фоне нерационального применения лекарственных препаратов и снижения местной иммунной защиты. В настоящее время выделяют следующие группы риска по возникновению кандидоза [3, 4]:

- лица с заболеваниями кроветворных органов, железодефицитной анемией, сахарным диабетом, опухолевидными процессами, туберкулёзом;
- пациентки, длительно получавшие антибактериальную терапию;
- контингент, подвергшийся воздействию ионизирующей радиации;
- женщины, длительно использующие оральные контрацептивы, а также получавшие гестагены и кортикостероиды;
- лица, принимающие иммунодепрессанты после перенесенной трансплантации органов;
- дети с первичным иммунодефицитом и (или) родившиеся от больных кандидозом

родителей, страдающих хронической генерализованной гранулематозной формой патологии;

- работницы заводов по переработке фруктов, овощей, производству антибиотиков, белково-витаминных концентратов и других биологически активных веществ.

Определённую роль в патогенезе кандидоза играют гормональные расстройства в виде недостаточной функции яичников в период менопаузы или выпадения их функции после медикаментозной или хирургической кастрации. В этих условиях происходит сдвиг рН влагалищного содержимого в щелочную сторону, что способствует подавлению роста лактобацилл.

Диагностика кандидоза не представляет затруднений. Достаточно разработаны подходы к лечению дрожжевой инфекции. Однако применение препаратов, длительно существующих на рынке, иногда недостаточно эффективно, что способствует хронизации процесса. Помимо этого существуют разные мнения в отношении показаний к использованию фунгицидных средств местно, перорально или введению парентеральным путём. Основные противогрибковые препараты представлены следующими группами:

1. Препараты полиенового ряда: нистатин, леворин, амфотерицин В, натамицин;
2. Препараты имидазолового ряда: кетоконазол, клотримазол, миконазол, бифоназол;
3. Препараты триазолового ряда:

флуконазол, интраконазол;

4. Прочие: гризеофулвин, флуцитзин, нитрофунгин, декамин, бетадин и др.

Наибольшей популярностью в гинекологической практике пользуется флуконазол, который выпускается в капсулах для перорального применения по 50 мг Фунголон фирмой "Balkanpharma". Фунголон относится к новому классу триазольных соединений, угнетающих биосинтез стеролов мембраны *Candida*, связывающих группу гемзависимого от цитохрома Р-450 фермента ланостерол-14-деметилазы грибковой клетки, нарушающих синтез эргостерола, в результате чего ингибируется рост дрожжевых грибов. Препарат избирательно действует на клетку, не оказывая влияния на метаболизм половых стероидов. Фунголон хорошо адсорбируется в желудочно-кишечном тракте, проникает через гистогематические барьеры. Поэтому его биодоступность исключительно высока, достигая 94%.

**Целью исследования** являлось определение сравнительной характеристики терапии вагинального кандидоза, существующими на фармацевтическом рынке Украины антимикотическими препаратами.

**Материалы и методы исследования.**

Нами было обследовано 117 пациенток с вагинальным кандидозом, которые были разделены на две клинические группы. В основной (I группа) было 50 больных, которым назначали Фунголон по 150 мг дважды с интервалом в 10 суток. Во II группе (группа сравнения) применяли влагалищные свечи с нистатином (100 000 ЕД в течение 7-14 дней) изолированно или в комбинации с другими препаратами у 67 гинекологических больных. Комбинируемые препараты назначались по следующим схемам: нистатин применяли по 500 000 ЕД 4-5 раз в сутки в течение 10-14 дней; пимафуцин - по 1 влагалищной свече на ночь в течение 6 дней; пимафукорт – в виде крема (15 г в тубах) интравагинально 5-10 дней; клотримазол применяли в течении 6 дней по 100 мг интавагинально или 1 дозу в сутки вагинальный крем Канестен; кетоконазол - 400 мг в сутки в течение 5 дней во время еды; эконазол – в вагинальных свечах по 0,05 г в задний свод влагалища на ночь в течение 3 - 15 дней; полижинакс -

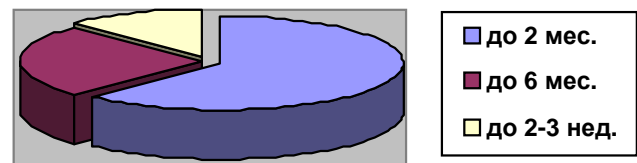
интравагинально по 1 вагинальной капсуле на ночь в течение 6 - 12 дней.

Всему исследуемому контингенту проводили цитологические, бактериоскопические и бактериологические исследования влагалищных выделений, определение влагалищного pH, кольпоскопию, аминотест до начала и в динамике проводимого лечения. Также оценивали клиническую симптоматику: зуд, жжение, диспареунию и лейкоорею по 3-бальной шкале.

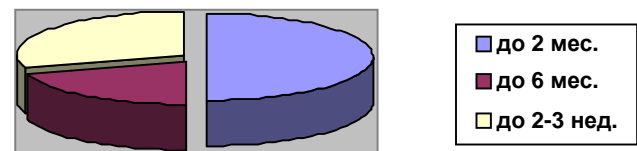
**Результаты и обсуждение исследований**

В ходе проведенных исследований было установлено, что длительность кандидозного вагинита у обследованных пациенток составляла от 2 недель до 6 месяцев (см. рис. 1 и 1-а).

**Рис. 1 Длительность кандидоза влагалища у обследуемых женщин I группы**



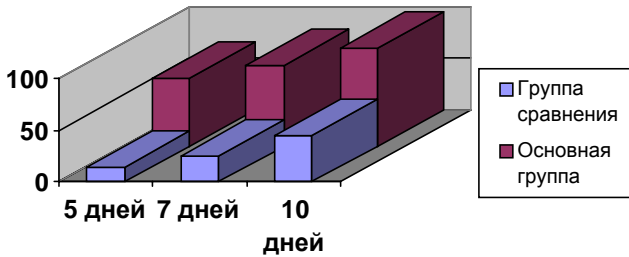
**Рис.1-а Длительность кандидоза влагалища у обследуемых женщин II группы**



При этом большая продолжительность заболевания отмечена у пациенток в I группе.

Бактериологические исследования обнаружили высокую степень обсеменённости влагалища условно-патогенной и патогенной микрофлорой на фоне кандидоза. Чаще всего встречались *E. Coli*, *Gardnerella vaginalis*, *Proteus vulgaris*, *Klebsiella*, *St. epidermidis*. Оценка результатов бакпосевов свидетельствует о более быстрых темпах восстановления нормального микробного пейзажа влагалища в I группе под влиянием лечения Фунголоном (см. рис. 2). По прошествии 5 дней терапии нормализация микрофлоры влагалища наблюдалась у 65% пациенток основной группы и лишь у 15% группы сравнения, на 7 сутки – 78% и 25% соответственно, 10 суток – 95% больных, получавших фунголон и 45% где

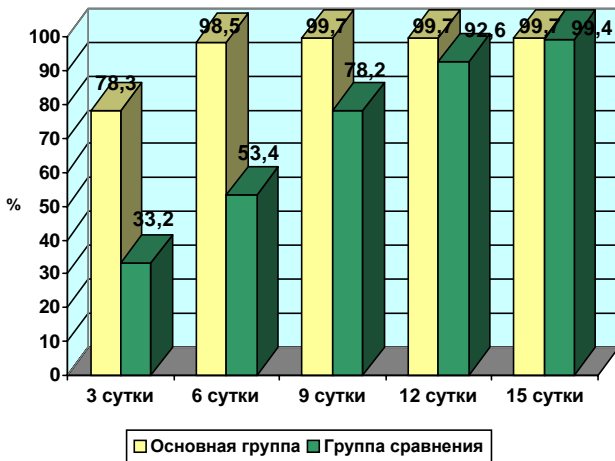
**Рис. 2** Скорость восстановления нормальной микрофлоры влагалища у женщин в процессе лечения



лечение производилось препаратами других групп. По-видимому, данный эффект связан с активацией типичной флоры влагалища после элиминации *Candida*.

Появление во влагалищных выделениях *Lactobacillus acidophilus* приводило к изменению pH в кислую сторону, что отражало повышение защитных свойств слизистой и восстановление экологического баланса. Эти процессы были выражены в большей мере в основной группе (см. рис. 3).

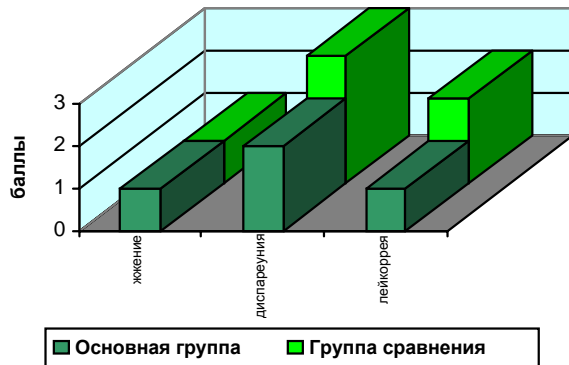
**Рис. 3** Динамика pH влагалища при проведении лечения влагалищного кандидоза у обследованных пациенток



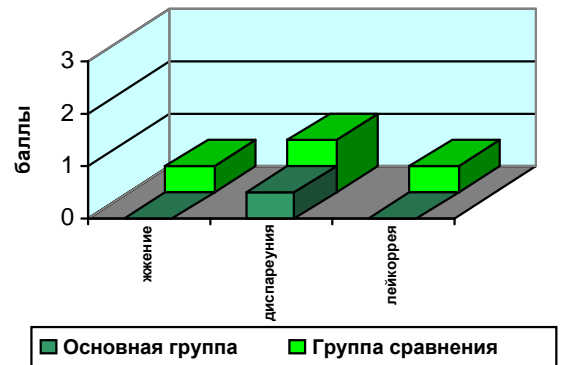
Оценка клинических проявлений влагалищного кандидоза под влиянием проводимой терапии позволяет считать, что у пациенток I группы отмечается наилучший эффект. Это выразилось, прежде всего, более быстрым уменьшением явлений диспареунии, зуда, жжения во влагалище и нормализацией супружеских отношений (см. рис. 4 и 4-а).

Таким образом, на основании данных представленных выше (см. рис. 4 и 4-а) нами определено, что клиническая эффективность

**Рис. 4** Динамика клинических симптомов после 5 дней лечения



**Рис. 4-а** Динамика клинических симптомов после 10 дней лечения



фунголона выше в 1,7 раза чем у препаратов группы сравнения после 5 дней лечения и в 4 раза превосходит последнюю после 10 суток терапии.

Побочных эффектов при использовании Фунголона отмечено не было.

**Выводы**

1. Препарат Фунголон обладает наилучшим эффектом при вагинальном кандидозе по данным клинко-лабораторных исследований.
2. Применение Фунголона не требует проведения местного лечения у пациенток с кандидозным вагинитом.
3. Широкое внедрение Фунголона в практику гинекологических учреждений позволит улучшить качество оказания помощи больным с грибковыми поражениями репродуктивной системы.

*Список литературы*

1. Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путём.- Руководство для врачей. – М.: Мед. книга, 2001. – 244 с.

2. Вдовиченко Ю.П., Щербинская Е.С., Максимова В.В. Сравнительные аспекты терапии вагинальных кандидозов // Здоровье женщины. – 2001. - №7(8). – С. 4-8.

3. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. – М.: "МИА", 2001. – 246 с.

4. Роговицкая С.И., Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Опыт применения Дифлюкана при лечении вагинального кандидоза // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1997. - №1. – С. 100-106.

5. Прилепская В.Н. Генитальный кандидоз. Современные подходы к лечению. // Акушерство и гинекология. – 1996. - №6. – С. 38-29.

*Ion Mereuță, d.h.m., profesor universitar,*

## CONCEPȚIA POLITICII ASIGURĂRILOR MEDICALE PENTRU MALPRACTICA MEDICALĂ

***The article describes the peculiarities and the aspects of the implementation of the medical insurance policy for the medical malpractice. The risks, the doctors' obligations, the patients' rights and the insurance mechanisms for the medical malpractice are specified.***

***Reasons are given for the need to elaborate and approve Regulations and normative acts which regulate the aspects of the medical insurance for the medical malpractice.***

***Key words: medical malpractice, medical insurance Medicine Code***

Republica Moldova este un stat independent, din anul 1992 membru cu drepturi depline a Organizației Națiunilor Unite. Strategia dezvoltării statului este edificarea unui stat bazat pe drept, unde toți sunt egali în fața legii. Legea trebuie să reglementeze toate aspectele vieții. În ultimii ani Parlamentul Republicii Moldova a adoptat numeroase legi și acte normative, hotărâri care sunt impuse de viață, de procesele de reformare a economiei naționale și a sferei sociale. Legislația medicală prevede toate corelațiile începînd de la impactul om–natură–sănătate și terminînd cu prestările de sănătate, cu grupele de cetățeni, cu aspectele de protecție socială, asistența medicală, sprijin social, etc.

Dezvoltarea antreprenoriatului medical, evaluarea medicinei private, apariția aspectelor juridico-medicale și administrative, de muncă și chiar penale dictează răspunderea în fața legii atît a medicului cît și a pacientului pentru ceea ce fac și îndeplinesc, preîntîmpinarea și aplanarea litigiilor, soluționarea multor probleme medico-juridice. Cele expuse justifică elaborarea și adoptarea Codului Medical. De nivelul cunoașterii legilor depind mulți factori, care în cele din urmă, caracterizează dezvoltarea umană a colectivității, a viitoarei societăți bazate pe drept.

Desigur, că responsabilitatea morală a medicului, etica, morala, deontologia va renova

știința, apreciată de Codul Deontologic, jurămîntul lui Hipocrate, jurămîntul medicului din Republica Moldova. Responsabilitatea juridică va fi reglementată de legislația în vigoare și cea care va fi perfecționată și adoptată ulterior.

Conform statisticii penale în ultimii șapte ani au fost înregistrate mai mult de 200 de încălcări, săvîrșite de către medici și alți lucrători medicali. Vrem să accentuăm „înregistrate“ cu toate că specialiștii știu că se săvîrșesc mult mai multe infracțiuni decît se înregistrează.

Printre ele cele mai des întîlnite sunt:

– primirea unei remunerații ilicite de la cetățeni pentru îndeplinirea lucrărilor legate de deservirea populației (art.1603 C.P. al R.M.);

– efectuarea ilegală a avortului, cauzînd moartea sau provocarea leziunilor corporale grave (art.108 C.P. al R.M.);

– neacordarea de ajutor unui bolnav (art. 115 C.P. al R.M.);

– încălcări legate de eliberarea ilegală a substanțelor narcotice (art.2252 C.P. al R.M. și art.2251 C.P.al R.M.).

Aceasta argumentează introducerea în instituțiile de drept a disciplinei de drept medical, elaborarea Codului Medical al Republicii Moldova.

Într-un stat de drept reglementarea relațiilor în sfera de ocrotire a sănătății se încredințează legii.

În așa țări ca Anglia, Franța, Germania și alte



țări civilizate, drepturile medicilor și pacienților sunt respectate și ocrotite de lege.

În SUA avocații pot să preia compensație considerabilă pentru prejudiciul cauzat de către medici, dacă aceștia încearcă să-și mintă pacienții.

Problema constă nu numai în tradiții și cutume, dar și în relații de drept dintre medici și pacienți, ceea ce în Republica Moldova aceste relații nu sunt reglementate încă.

În Franța, zilnic apar în fața judecății aproximativ 35 de medici, printre care sunt chirurghi, medici-reanimatori, etc. În majoritatea țărilor occidentale sunt prezente Coduri medicale.

Este binevenită deschiderea Biroului de Apărare a Drepturilor și intereselor pacienților, fondat în luna februarie anul 2000.

Profesia de medic este specifică, necesită o pregătire specială. Cerințele față de profesia de medic impune o cerință față de pregătirea profesională. Odată cu primirea diplomei, juridic medicul devine medic, dar pregătirea profesională continuă toată viața. Medicul își ia niște obligațiuni speciale față de profesia sa, față de colegi, față de umanitate odată cu primirea jurământului medicului din țară, a jurământului lui Hipocrate.

În procesul activității sale medicul are relații cu bolnavul, cu rudele bolnavului, cu colegii, cu colectivul, cu administrația instituției medicale, cu inginerii tehnicii medicale și cu tehnica medicală, cu farmacistul etc., etc. Medicul trebuie să fie corect în orice situație și întotdeauna să reiasă din interesul sănătății bolnavului.

Este evident că medicul, chiar de la începutul unor manipulații, unei operații, unei infuzii, prestări medicale își asumă un anumit risc și anumite obligațiuni față de bolnav, și chiar față de lege.

În procesul corelației medic-pacient din diferite epoci pînă în zilele noastre au existat mai multe principii:

Primul principiu care a dominat pînă nu demult a fost *Paternalismul*. Medicul era „Dumnezeul” bolnavului. El era drept, acțiunile lui erau definitive și nu se discutau.

Al doilea principiu care a dominat prin istorie a fost principiul *înțelegerii reciproce*. Parțial acest principiu funcționează și astăzi în unele țări. Principiul impune discutarea stării pacientului, tactica de tratament, manoperele, operațiile, volumul lor, se discută cu pacientul și în acest caz i se cere consimțământul.

După adoptarea Declarației drepturilor pacientului de la Amsterdam, s-a creat o situație specială a medicului față de pacient.

Medicul răspunde nu numai în fața eticii medicale, deontologiei, Codului deontologic, dar i se impune responsabilitatea juridică.

Medicii care încalcă îndatoririle profesionale stipulate în Codul deontologic trebuie judecați de către Departamentul de jurisdicție profesională cu aplicarea diferitor sancțiuni iar în cazul săvîrșirii culpelor medicale și în fața judecății.

Apare o problemă primordială. Unde este diferența dintre eroarea medicală, greșeala medicală și culpa medicală? Apare necesitatea reglementării juridice a responsabilității medicilor și pacienților, efectiv și a drepturilor lor în diferite situații. Aceasta o necesită tendința noastră de a trăi într-un stat bazat pe drept. Apare necesitatea elaborării și adoptării Codului Medical din Republica Moldova. Sperăm că își va aduce aportul la adoptarea legilor medicale de care avem astăzi mare nevoie.

Profesiunea medicală a subscris demult la mari valori etice, create în primul rînd pentru folosul pacientului. Ca membru al acestei profesii, medicul trebuie să se recunoască responsabil nu numai față de pacienții lui și față de societate, față de alți lucrători în domeniul sănătății, ci și față de el însuși. Principiile etico-morale și deontologice nu sunt legi, ci standarde comportamentale, care definesc esențialul comportamentului onorabil al medicului.

În prelegerile sale multregretatul profesor Eugen Popușoi spunea:

„– Medicul trebuie să trateze bolnavul cu competență, cu compasiune și respect pentru demnitatea umană.

– Medicul trebuie să-și trateze pacienții și colegii cu onestitate și să se străduie să demaște pe acei medici cu competență sau caractere deficiente sau care se dedau la fraudă sau înșelătorie.

– Medicul trebuie să respecte legea și să recunoască, de asemenea, responsabilitatea pentru atitudinile contrarii intereselor principale ale pacientului.

– Medicul trebuie să respecte drepturile pacienților, ale colegilor și ale altor cadre medicale; trebuie să păstreze încrederea acordată de pacient în limitele constrîngerii legii.

– Medicul trebuie să continue studiul, să

aplice și să facă uz de descoperirile și inovațiile noi, să pună la dispoziția pacienților și colegilor informații sugestive; să obțină consultul și chiar să folosească talentele altor medici specialiști când este cazul.

– În scopul îngrijirii cât mai bune a pacientului, cu excepția urgențelor, medicul va fi liber în alegerea colaboratorilor, a asociațiilor și a ambianței în care va acorda serviciile medicale.

– Medicul va recunoaște responsabilitatea de a participa la activități menite să contribuie la îmbunătățirea vieții comunitare.“

În condițiile pieței medicale, a relațiilor medic-pacient, pacient-unitate medicală, pacient-Compania de Asigurare, etc. vor apărea o multitudine de litigii. Litigiile vor apărea din cauza nemulțumirilor pacienților sau a medicilor, sau a subiecților pieței medicale, a pieței asigurărilor de sănătate. Vor fi evaluate cerințele pacienților în ce privește calitatea serviciilor medicale acordate.

Vor fi necesare elaborarea și adoptarea standardelor pentru tratament în diferite maladii și, desigur, eficiența tratamentelor. În acest caz se vor cere și standarde juridice a eficacității tratamentului, nu numai cele medicale. Pacienții au și vor avea drepturi mari. Ei vor cere de la medici în cazul neeficienței tratamentului, sau în cazul unor complicații despăgubiri. Se vor cere mecanisme în aprecierea prejudiciului adus sănătății, sau daună. Și nu numai prejudiciile, dar aprecierea echivalentului economic al acestei daune. Ei, pacienții, vor putea cere și despăgubiri non-economice în cazul durerilor sau a suferințelor, vor cere compensații bănești ș.a.m.d. Malpractica medicilor va fi atacată în judecată și atunci medicul v-a fi tras la răspundere juridică sub diferite aspecte. În aceste cazuri apare problema asigurării responsabilității medicilor pentru practica lor.

Considerăm, că actualmente trebuie creat un sistem întreg al asigurărilor pentru responsabilitatea practicii medicale. În unele țări dezvoltate sunt deja create aceste sisteme — SUA, Canada, țările UE, Japonia ș.a. În România această problemă a luat amploare odată cu demararea asigurărilor medicale și evaluarea medicinii private.

În Republica Moldova, credem, mai întâi trebuie adoptată Legea „Cu privire la înființarea și funcționarea Ligii Medicilor”, care v-a reglementa profesiunea de medic, drepturile și obligațiunile acestuia, asociațiile sau profilurile

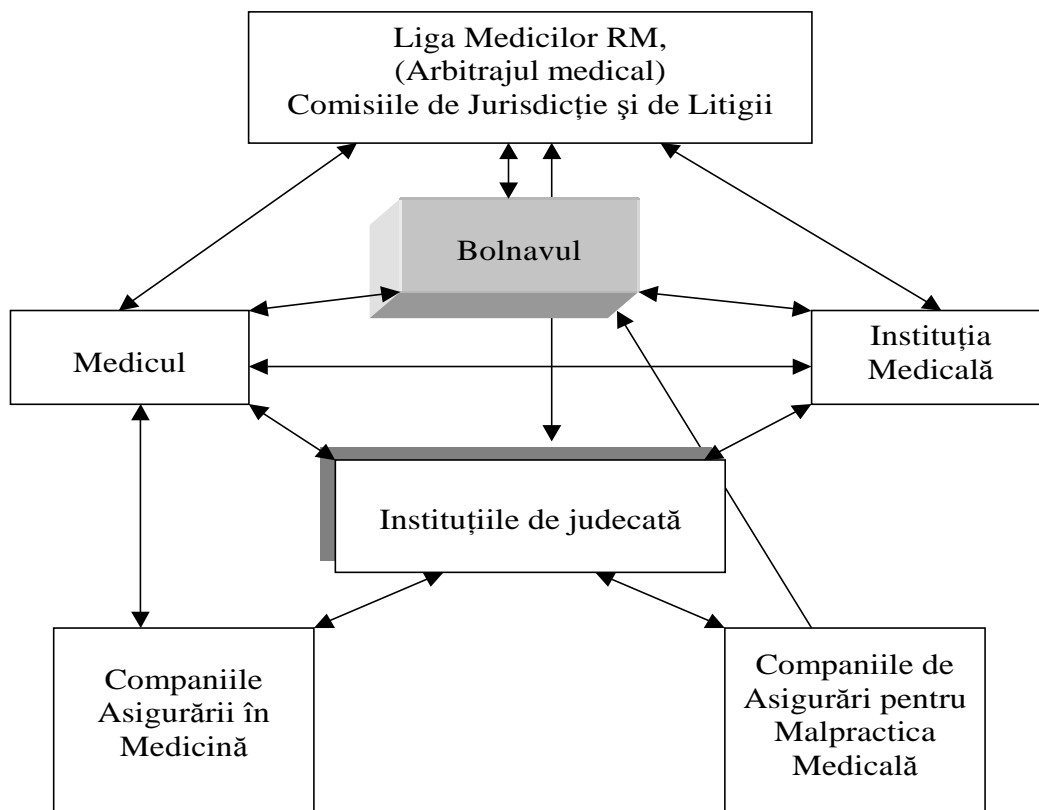
profesionale, etc. În cadrul Ligii Medicilor, a Direcției de Jurisdicție Profesională trebuie creat Arbitrajul Medical — un organ care v-a reglementa litigiile de orice gen la prima etapă. Este evidentă necesitatea elaborării Regulamentului cu privire la funcționarea Arbitrajului Medical. Paralel Parlamentul ar trebui să adopte Codul Deontologiei Medicale, care ar reglementa responsabilitatea morală a lucrătorilor medicali. În privința protecției sociale și soluționarea litigiilor din sistemul de sănătate, a asigurărilor medicilor pentru practica medicală este necesară fondarea unei companii de asigurări specială — „Compania de Asigurare pentru Malpractica Medicală”. Toți medicii, ba chiar și lucrătorii medicali, trebuie să se asigure. Dar, credem, asigurarea trebuie să fie facultativă.

Chiar de la început v-a apărea problema poliței de asigurare, a perioadei de valabilitate, a primei de asigurare. Un rol important va trebui să-l aibă stabilirea despăgubirii. Vor fi necesare adoptarea unor Regulamente speciale în acest domeniu. Evident, că va apărea problema Franșizei deductibile. Toate acestea se vor cere stipulate în contractul de asigurare pentru Malpractica medicală. Va fi necesară elaborarea unor documente speciale în acest domeniu — declarație de asigurare, procesul informațional, regulamente de serviciu. Se vor cere unele amendamente la legislația în vigoare, informatizarea societății civile, a opiniei publice medicale.

Este necesar ca în Codul de Procedură a Departamentului jurisdicție profesională, a Regulamentelor Comisiilor de Jurisdicție și Litigii trebuie stipulate atât sancțiunile cât și procedura, interconexiunea cu instanța de judecată, cu Compania de asigurare pentru Malpractica Medicală. Comisia de Jurisdicție Disciplinară ar trebui să judece — abaterile de la cursul practicii medicale — examen medical incomplet, lipsa vigilenței în depistarea precoce, erorile și greșelile medicale. Desigur, că și abaterile morale ale practicii medicale — nerespectarea confidențialității, a secretului medical, neinformarea pacientului, etc. Comisia de Litigii ar trebui să judece neînțelegerile dintre medici, relațiile interpersonale, atragerea nedemnă a pacienților, primirea onorariilor, neplata cotizațiilor la Ligă, abaterea unor manageri, conducători din

sănătatea publică și din organizațiile Ligii și altele, prevăzute de legislația în vigoare. Mecanismele și interacțiunile în cadrul asigurărilor medicale și

asigurările pentru Malpractica Medicală vor fi multiple și bazate pe principiul sistemic și al interacțiunii și interconexiunii (fig.1).



**Fig.1. Mecanismele de asigurare pentru Malpractica Medicală (I. Mereuță, Șt. Gațcan, 2003)**

*Care ar fi mecanismele implementării politicii sistemului de asigurare Malpractică Medicală?*

1. Fondarea Companiei de Asigurări pentru Malpractica Medicală.

2. Elaborarea proiectului (standard) de asigurare pentru Malpractica Medicală.

3. Elaborarea proiectului Declarației de Asigurare pentru Malpractica Medicală.

4. Elaborarea Regulamentului „Cu privire la stabilirea despăgubirii și a franșizei deductibile”.

Paralel trebuie adoptate următoarele legi:

1. Legea „Cu privire la Codul de Deontologie Medicală”.

2. Legea „Cu privire la înființarea și funcționarea Ligii Medicilor din Republica Moldova”.

3. Adoptarea pachetului de legi „Codul Medical” din Republica Moldova.

#### Bibliografie

1. Anas G.L. The right of patient.//Humena Press, Tolok New Jersey, 1992.

2. Fruma Ioan. Responsabilitatea medicului.//Editura „H. Welthce”, Sibiu, 1994.

3. Jones M.A. Medical Negligence.//Sweet Maxwell, London, 1991.

4. Ozun R., Poenaru E. Medicină și adevăr.//Editura Medicală. București, 1976.

5. Pennearu J. La responsabilitate medicale.//Editions „Jirey”, 1977.

6. Scripcaru Gh., Astarăstoae V., Scripcaru C. Principii de bioetică, deontologie și drept medical.//Editura „Omnia”, Iași, 1994.

7. Ion Mereuță. Sistemele sănătății în țările Uniunii Europene. 1996.

8. Ion Mereuță, E. Popușoi, C. Ețco, B. Untu, O. Lozan. Reglementarea activității medicale în Republica Moldova. //Chișinău, 1999.

9. Eugen Popușoi, Constantin Ețco. Valori morale în medicină. //Chișinău, 1999.

10. Teodor Țârdea. Filosofie și bioetică.//Chișinău, 2000.

11. Grazling A. Viitorul valorilor morale.//Traducere de Georgiana Herghel, București, 2000.

12. Sergiu Mămăligă. Dreptul de autor și drepturile conexe.//Chișinău, 2000.

13. Constantin Ețco, L. Goma, E. Reabov, S. Marin, N. Globa. Economia ocrotirii sănătății.

I. Mereuță, d.h.m., prof.univ., USMF „N. Testemițanu”  
C. Ețco, d.h.m., prof.univ., USMF „N. Testemițanu”  
S. Lupu, magistru, doctorand

## ALGORITMUL MODELĂRII MANAGEMENTULUI FINANCIAR AL SISTEMULUI SĂNĂTĂȚII LA NIVEL MACROECONOMIC

*The article describes the principles of the continuous development of the complex Health Protection System. The accent is put on the health as a major factor of the efficiency of the economic system of the country. The authors analyse the factors which control the people's health and its protection, the factors characterising the health condition of the population and the algorithm of modelling the financial management of the health system of the Republic of Moldova.*

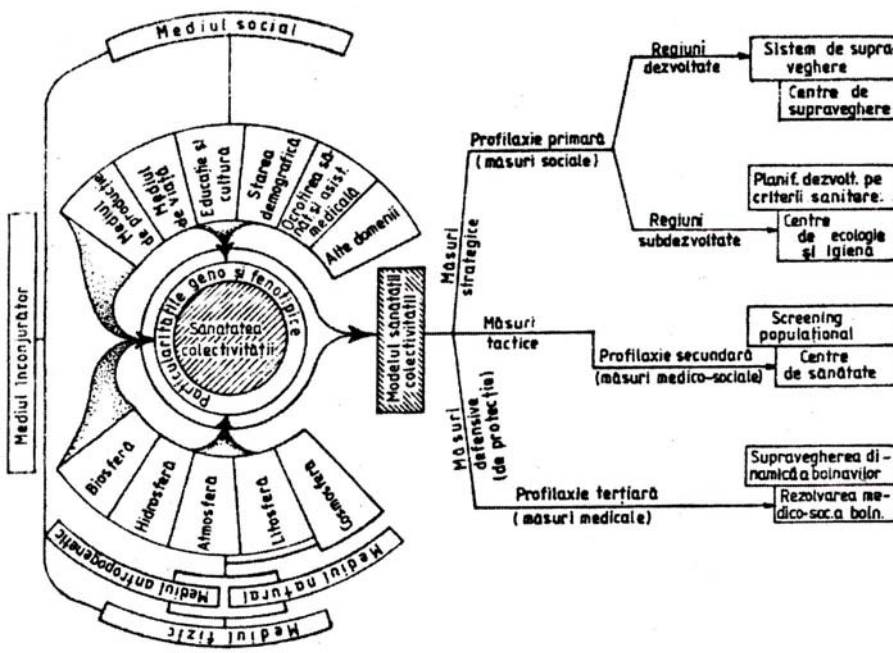
**Key words:** financial management, health system, macroeconomic level

Sistemul Sănătății trebuie să devină un sistem complex, în dezvoltare continuă, un sistem dirijat prin care societatea la orice nivel de dezvoltare ar fi folosit acest „organism de stat” pentru ocrotirea sănătății oamenilor. Organizația Mondială a Sănătății a demonstrat că sănătatea populației depinde în 10—15% cazuri de Sistemul Sănătății și eficiența lui, în 50—55% cazuri de modul de viață, și în 20—25% cazuri de factorii ecologici, la 20% de factorii ereditari (fig. 1).

Noi am dezvoltat această dependență în viziunea noastră (fig. 2).

În același timp Sistemul Sănătății este un sistem complicat indisolubil legat de alte sfere ale economiei naționale. Ani în șir Sistemul Sănătății a fost apreciat ca sistem „neproductiv”, fără „dobândă” economică. Noi considerăm Sistemul Sănătății în sfera producerii și refacerii, îmbunătățirii sănătății și a resurselor umane. Din aceste considerente Sistemul Sănătății este un sistem legat de sistemul integru corelat cu sănătatea peste ani și ani. Aceasta apreciază sistemul biologic și chiar bio-social al omului și al întregii societăți.

Figura 1. Factorii ce controlează sănătatea populației și protecția ei



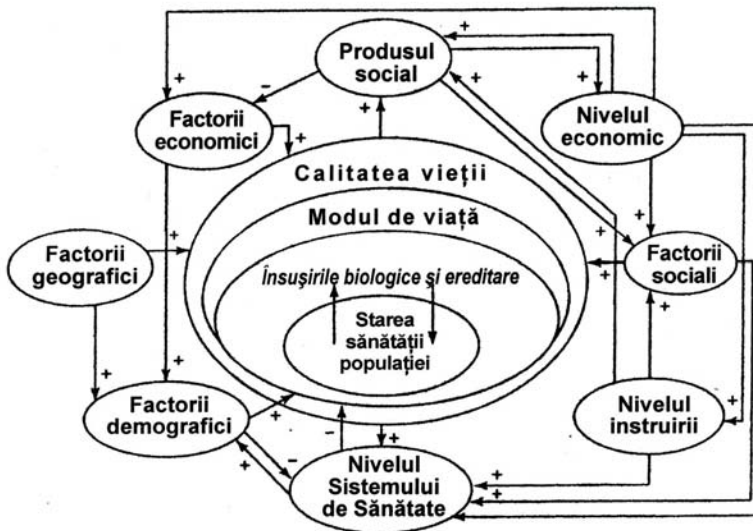
Rev. Sănătate Publică - 904, 2, 125-140

Efectuînd un paralelism între sistemele de gestionare și prognozare, modelare în alte sisteme economice sîntem datori să perfecționăm și Sistemul Sănătății pentru a ridica eficacitatea, responsabilitatea sistemului în general.

Sănătatea trebuie apreciată ca un factor primordial al eficacității sistemului economic al țării. Anume sănătatea globală a societății, corelată în sistemul economic al țării și cu infrastructura ei cu țelul păstrării și ameliorării sănătății, este condiția motivării producerii globale într-o societate. Deci, metoda sistemică, chiar la această etapă de decenralizare a Sistemului Sănătății, trebuie să fie principalul în



**Figura 2. Sistemul de factori ai stării sănătății populației din regiune**



dirijarea ramurii. Este necesar de a aprecia noi modele de apreciere a resurselor sănătății și noile resurse, elaborarea noilor metodologii și tehnologii, de modelare și prognozare a Sistemului Sănătății în scopul optimizării dirijării lui.

Noi considerăm că leitmotivul analizei sistemice a Sistemului de Sănătate trebuie să fie — structura cognitivă, adică a metodei teoretico-grafice a modelării: sistemelor la general și Sistemului Sănătății în special.

În fig.2 noi am prezentat cartă cognitivă care arată dependența cauză-consecință a factorilor în sistem — cu efect direct și indirect.

În condițiile Sistemului Național al Sănătății — Semașco — economiei planificate, principala sursă financiară a fost bugetul de stat. Criza

economică, dar și politică, declanșarea deetatizării și privatizării, apariția diferitor genuri de activitate în medicină, inclusiv și private au dus la deficitul bugetar, criza economico-financiară a Sistemului Sănătății și a instituțiilor medicale. Au fost introduse diferite mecanisme în activitatea economică a unităților medicale — prestări medicale contra plată.

Actualmente concepția dezvoltării economice naționale este trecerea la economia de piață și schimbarea mecanismelor economice financiare a economiei naționale, inclusiv și al sănătății. Sistemul Sănătății, apreciat de către noi ca Sistem Mixt al Sănătății publice — medicina de stat, medicina prin asigurare (obligatorie și facultativă)

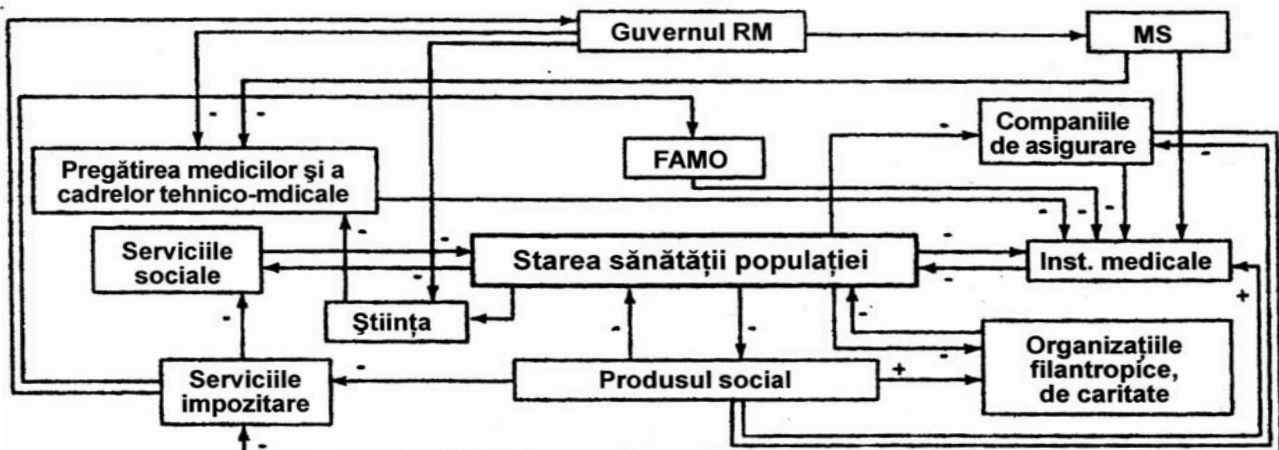
și medicina de stat se implementează chiar fără dorința unora. Este un imperativ al timpului. Acest model o să aibă 4 surse de finanțare a sănătății:

- bugetele de diferit nivel;
- sursele Fondului Medical al Asigurării Obligatorii (FMAO);
- sursele Fondului Medical de Asigurări Facultative;
- finanțele populației, desigur și investițiile (naționale și internaționale), filantropice, etc.

În structura de formare a fondurilor pentru sănătate se apreciază că 70% sunt bani din bugete, 30% — din alte surse enumerate mai sus.

Prognozele arată că FAMB nu vor depăși 3—4%, medicina contra plată — 1,5% din toate resursele sănătății.

**Figura 3. Cercetarea problemei de finanțare a dirijării stării sănătății populației RM**





Folosind metoda modelării, am elaborat în baza modelelor și metodelor **A. Cotelnic, M. Nicolaescu, V. Cojocaru** (1998) modelul nostru (fig. 3).

Algoritmul Managementului Financiar al Sistemului de Sănătate la nivel macroeconomic este multicomponent, multifuncțional și cu relații reciproce directe și indirecte. Aceasta cartă cognitivă apreciază, totuși, esența finanțării. Anume optimizarea corelării, interconexiunii cu diferite surse financiare și folosirea lor rațională în condițiile viitorului deficit bugetar este o problemă actuală a Managementului Financiar.

Sistemul Sănătății este și un subsistem al societății și țelul lui este păstrarea și ameliorarea sănătății globale a sociumului prin îndeplinirea de măsuri ale medicinei preventive, ridicarea culturii de sănătate a populației, instaurarea unui mod sănătos de viață, etc.

Experiența tuturor țărilor arată, că reieșind din specificul Sistemului Sănătății, el nu poate funcționa efectiv bazat numai pe mecanismul de piață, fără asigurarea financiară a statului. Unele prestări medicale devin ele însăși medico-sociale, care trebuie să fie procurate de stat, ca: medicina preventiv-profilactică, imunoprofilaxia, maladiile infecțioase, controlul epidemiologic, cultura de sănătate a populației, etc. Aceste prestări medico-sociale efectuate în teritoriu trebuie să fie finanțate din bugetul consolidat și bugetele locale, posibil și din alte fonduri și chiar și a instituției curativ-profilactice sau a medicinei preventive, care înfăptuiesc aceste măsuri.

Avînd la bază metodele modelării matematice și economice prof. L.I. Buharbaeva a construit modele 1 și 2.

Pentru a construi modelele de optimizare a dirijării cu mijloacele financiare vom introduce următoarele noțiuni:

$M_1, \dots, M_i, \dots, M_j$  — șirul de acțiuni care pot fi realizate în teritoriul dat;  $B_i$  — costul acțiunii cu numărul  $i$ ;  $P_1, \dots, P_j, \dots, P_r$  — reprezentații bugetelor cointeressați în realizarea acțiunii;  $R$  — mijloacele financiare proprii ale organului de dirijare;  $Y = (y_1, y_2, \dots, y_r)$  — vectorul priorităților organului de dirijare.

Definim programul acțiunilor prin vectorul  $g = (g_1, \dots, g_i, \dots, g_r)$ .

$$g_i = \begin{cases} 1, \text{daca } i^c - \text{actiunea\_se\_include\_in\_program} \\ 0, \text{actiunea\_nu\_se\_include\_in\_program} \end{cases}$$

În condițiile cînd resursele sînt limitate apare problema alegerii unui șir optimal de acțiuni din lista posibilelor în scopul satisfacerii intereselor tuturor părților.

**Modelul 1 (drepturile minimale ale reprezentanților bugetelor)**

Vom introduce următoarele definiții:

$W_j$  — mijloacele financiare oferite de fiecare reprezentant

$$\frac{W_j}{\sum_j x_{ij}} = 1$$

pentru realizarea programului de acțiuni;

$X_j = (x_{j1}, \dots, x_{ji}, \dots, x_{jn})$  — vectorul de prioritate al reprezentantului  $j$ .

$Q_j$  — prioritatea fiecărui reprezentant, care se calculează conform formulei (1):

$$Q_j = \frac{W_j}{\sum W_i} \quad (1)$$

Trebuie elaborat programul care ar satisface cît mai mult posibil pe toți reprezentanții și organul de dirijare și care ar fi finanțată de resursele (2).

$$\sum_j Q_j \times \sum_j x_{ij} \times g_j + \sum_i y_i \times g_i \rightarrow \max$$

cu restricția:

$$\sum_i g_i \times B_i \leq \sum_j W_j + R \quad (2)$$

Din formula (2) reiese că programul de optimizare al acțiunilor reprezintă o problemă de programare liniară cu numere întregi. În acest caz drepturile reprezentanților sunt minimale, ei doar reprezintă vectorul priorităților, iar acțiunea lor asupra programului este doar secundară.

**Modelul 2 (drepturi importante ale reprezentanților bugetelor)**

În această variantă reprezentanții acționează la crearea programului prin mijloace maximale alocate pentru realizarea fiecărei acțiuni. Organul de dirijare doar repartizează propriile mijloace pentru programele deficitare.

Fie  $S_{ij}$  — volumul maximal de mijloace alocate pentru realizarea acțiunii  $M_i$  de reprezentantul  $P_j$ .

$$V_i = \begin{cases} B_i - \sum_j S_{ij}, \text{daca } - B_i - \sum_j S_{ij} > 0 \\ 0, \text{caz\_contrar} \end{cases}$$

unde  $V_i$  — deficitul programului cu numărul  $i$ .  
Dacă  $V_i=0$ , atunci  $g_i=1$ , adică acțiunea este inclusă în program.

$M_d$  — mulțimea de acțiuni în care  $V_i > 0$ .

E necesar, prin urmare, a distribui mijloacele proprii.

$$\sum_{i, M_i \subset M_d} y_i \times g_i \rightarrow \max$$

cu condiția (3)

$$\sum_{i, M_i \subset M_d} g_i \times V_i \leq R \quad (3)$$

Figura 4. Modelele și metodele de adoptare a deciziei

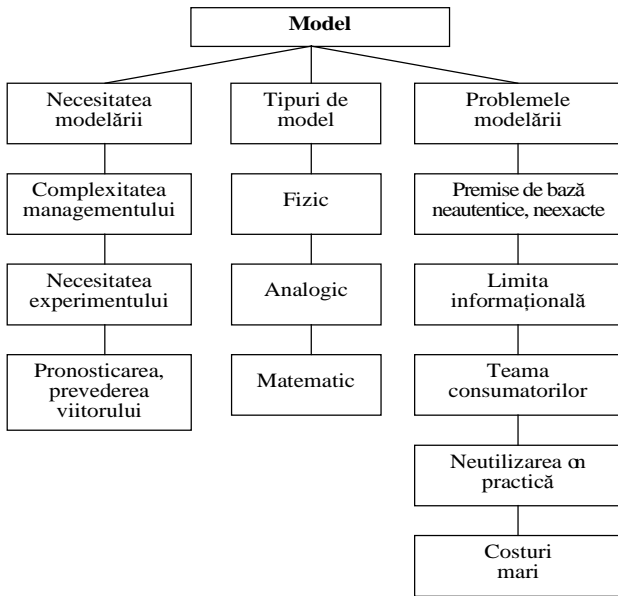


Figura 5. Algoritmul construirii modelului

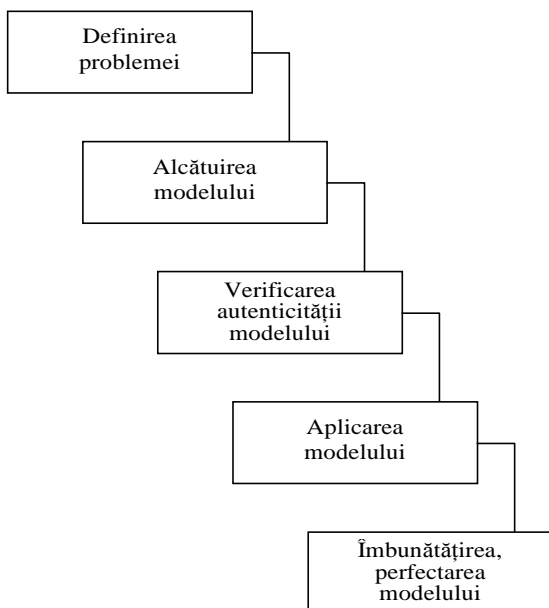
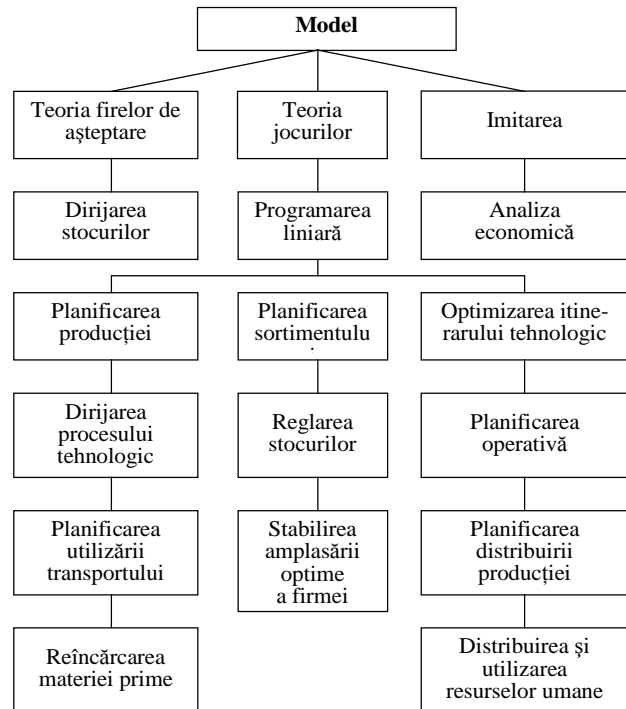


Figura 6. Modelele utilizate în management

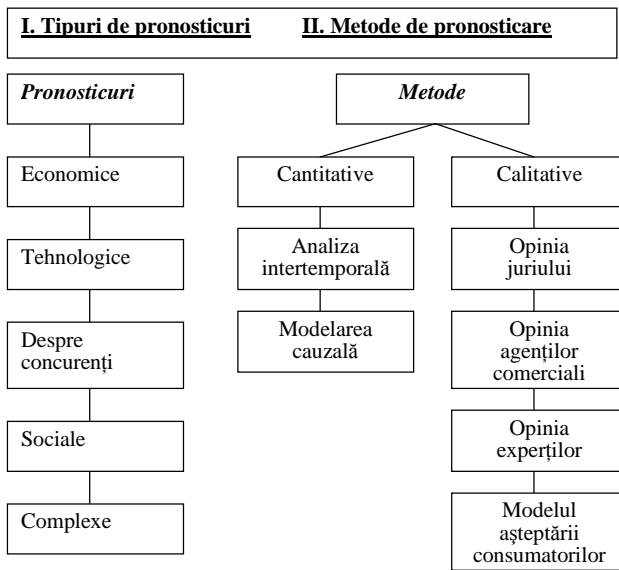


a organului de dirijare a acțiunilor aparține mulțimii  $M$ , pentru satisfacerea maximală a intereselor organului de dirijare (3). Din formula (3) vedem că problema reprezintă o problemă de programare liniară cu numere întregi.

În condiții diferite se pot folosi ambele modele. Considerăm, că procesul folosirii surselor financiare și formarea programelor diferitor măsuri medicale este o problemă complicată. Propunem folosirea programelor și satisfacerea tuturor înțelegerilor celor cointeresați în programele de finanțare.

Aceste probleme vor fi actuale în privința divizării teritoriale a Republicii Moldova. Atât Guvernul, autoadministrarea locală cât și instituțiile sanitaro-epidemiologice, bugetul republican, cele locale și a instituției pot finanța programe de măsuri profilactice, sanitaro-epidemiologice, de imunizări; programe naționale și teritoriale: Programul de lichidare a poliomielitei, de combatere a hepatitelor virale, de ameliorare a asistenței medicale perinatale, de eradicare a maladiilor iododificitare, a asistenței medico-genetice, de sănătate orală la copii, de educație pentru sănătate a populației și promovarea modului sănătos de viață, de protecție și combatere a diabetului zaharat, de combatere a cancerului, de combatere și profilaxie a rabiei, a holerei și a maladiilor diareice acute, programul

Figura 7. Pronosticarea în management



„Alimentația copiilor”, de asistență în planificarea și protejarea sănătății reproductive, de combatere a narcomaniei și narcobusiness-ului, de profilaxie și combatere a HIV-SIDA și a infecțiilor cu transmitere sexuală, etc., etc.

O problemă este elaborarea modelelor managementului financiar din alte surse ca finanțele proprii ale cetățenilor, a optimizării managementului financiar, al instituției curativ-profilactice, modelarea procesului de formare a prețurilor prestărilor medicale sub prisma riscului, a diferitor factori de risc.

O altă problemă a modelării managementului financiar trebuie să fie modelul managementului resurselor și fluxurilor financiare, ca un element al Managementului Sistemului de Sănătate în

domeniul asigurărilor facultative de sănătate la diferite grupuri de cetățeni și bolnavi. Modelul optimal al corelării fluxurilor financiare a Fondului Medical de Asigurare Obligatorie și Fondului Medical de Asigurare Facultativă pentru ridicare calității asistenței medicale. O problemă de modelare ar fi și modelarea Managementului calității prestărilor de sănătate în condițiile Sistemului Mixt al Sănătății Publice. Este evident că Fondurile pentru sănătate vor fi diferite și despărțite, și elaborarea metodelor raționale de corelare, de interconexiune este o problemă actuală a Managementului Sistemului Sănătății la general și a celui financiar-medical în special.

Elaborarea acestor modele în sistemul viitor — mixt — al sănătății publice v-a ameliora eficacitatea de funcționare a realizării scopului — ridicarea și păstrarea sănătății populației țării.

**Bibliografie**

1. Cotelnic A., Nicolaescu M., Cojocaru V. Management, ASEM, 1998.
2. Ețco C., Goma L., Reabov E., Marin S., Globa N. Economia ocrotirii sănătății, EPIGRAF, Chișinău, 2000.
3. Mereuță I., Popușoi E., Ețco C., Eftodi M. Sănătatea publică și managementul în medicină, Chișinău, 2000.
4. Мереуцэ И.Е. Социально-экономическое реформирование здравоохранения в Республике Молдова, Кишинэу, 1994.
5. Бухарбаева Л.Я., Насаров Р.В. Исследование организационных систем управления. Учебное пособие, — Уфа, 1999.
6. Бухарбаева Л.Я., Танюкевич М.В., Кологанова М.Е. Управление экономикой, методы, модели, технологии, — Уфа, 2000.
7. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения, — Москва, 1998.

Șt. Gațcan, Directorul Centrului medical “Extra-Med”

**PROFILAXIA GREȘELILOR ȘI CULPELOR MEDICALE**

***The doctor’s professional obligation and moral is to respect the human rights and more specifically the patients’ rights. The authors think that the prophylaxis of the medical errors and guilts consists in the continuous retraining of the medical staff and the correct determination by doctors of the professional risk and of its prophylaxis. The peculiarities of the patient’s consent as well as the observance of the medical secret are described in the article.***

***Key words: medical error, medical guilt, risk prophylaxis***

Obligația profesională și morală a medicului este respectarea dreptului omului și în caz concret drepturile pacientului. Considerăm că atitudinea

umană față de bolnav, neparticiparea la acțiuni care ar diminua indicii sănătății lui, inclusiv experiențele, acordarea ajutorului medical tuturor

bolnavilor indiferent de apartenența de rasă, viziuni politice, religioase, respectarea demnității umane, protejarea sănătății oamenilor, abținerea de la acțiuni care ar înjosi demnitatea profesională și altele, sunt unele postulate ale eticii medicale și principii ale activității de medic.

În viziunea noastră profilaxia greșelilor și culpelor medicale ar fi:

– Perfecționarea cunoștințelor medicilor continuă teoretică și a manoperilor specifice profesiei, specialității respective.

– Aprecierea corectă de către medic a riscului manipulației, intervenției, procedurii de diagnostic, având la bază starea somato-funcțională a bolnavului și inofensivității procedurilor medicale.

Medicul este obligat să determine riscul profesional și să se gândească la profilaxia lui. Medicul trebuie să transforme riscul inoportun, imprevizibil și incontrollabil în riscul oportun – evidențiat, controlat, evaluat și micșorat în interesul bolnavului.

Riscul profesional medical trebuie raportat la:

– Riscul se acceptă numai în interesul bolnavului;

– Acceptarea riscului nu trebuie să aibă efecte umane negative previzibile;

– Riscul trebuie justificat social;

– Riscul trebuie să rezolve o problemă de necesitate medicală;

– Riscul unei investigații, manipulației nu trebuie să fie critic.

Medicii cu cât vor micșora riscul cu atât greșeli și culpe medicale vor fi mai puține.

*Regulile de profilaxie a riscului:*

– Competența deplină profesională a medicului;

– Onestitatea profesională;

– Îngrijire, atenție conștiințioasă față de bolnav;

– Vigilență profesională;

– Capacitatea medicului de a rezolva situații dificile chiar cu acceptarea unor riscuri pentru sine în interesul bolnavului;

– Devotament permanent față de bolnav și de profesie, etc.

*Mecanisme de evaluare a riscului:*

– Informarea pacientului despre riscul d-lui și acceptarea consimțământului.

Necesitatea luării consimțământului pentru orice act reprezintă un drept al bolnavului, dar reprezintă un act de securitate pentru medic, neconstituind un privilegiu al acestuia.

Există consimțăminte prezumate prin însăși

prezentarea pacientului la o consultație medicală. Este de la sine înțeles că o femeie care cere un examen ginecologic se va supune manevrelor concrete incluse în tehnica obișnuită de examinare. Nu același lucru se întâmplă însă cu o fetiță care, după apariția pubertății, este supusă primului examen ginecologic. Indiferent de indicația acestuia, este necesară explicarea cu blîndețe a gesturilor ce urmează a fi făcute de către pacienta însăși și de către medic, explicare făcută în prezența mamei sau chiar de către aceasta, pentru a nu leza dreptul la informare al fetei minore, chiar dacă se obține consimțământul mamei.

Se prezumă că bolnavul care cere o consultație de boli interne știe ca trebuie să se dezbrace pentru aceasta, dar dacă el refuză să o facă, nu va exista imputabilitate pentru medic în condițiile unui diagnostic incomplet sau eronat. Consimțământul numai pentru anumite explorări tehnice, neparcurgînd calea obișnuită, legitimă de investigare a bolnavului, nu este valabil, deoarece se încalcă reglementările exprese ale profesiei și artei medicale. Rigorile profesiei medicale nu pot fi înlăturate de dorințele personale ale pacienților: copieri de rețete emise de alți medici cu alte ocazii; eludări de examene clinice cerîndu-se doar examene paraclinice – eventual foarte complicate și scumpe; cereri concrete pentru un anumit medicament sau pentru un anumit tratament, nejustificat și neindicat de raționamentul medical; amenințări cu urmărirea pentru responsabilitate în cazul neîndeplinirii unui anumit gest solicitat imperios de către pacient, etc.

Atitudinea față de consimțământ decurge din timpul acumulării anamnezei pacientului. Este util ca medicul să țină cont că:

– *intervenția de necesitate vitală* nu cere avertizarea asupra riscurilor;

– *intervenția utilă* cere avertizarea riscurilor grave;

– *intervenția de lux* cere avertizarea tuturor riscurilor.

În afecțiunile cronice și tratamentele uzuale, unde consimțământul este prezumat prin însăși adresabilitatea bolnavului la medic, dacă se va apela la orice act medical deosebit, necunoscut pînă atunci de pacient, se va cere un consimțământ expres.

Degrevarea de luare a consimțământului apare în condițiile bolilor infecto-contagioase sau în cazul bolnavilor psihici, unde interesul general

domină interesul individual, iar medicul are obligația de a salvarda interesul colectivității prin instituționalizarea bolnavului.

Cînd bolnavul refuză o anumită explorare sau intervenție, este necesară discuția cu familia pentru lămurirea situației și obținerea consimțămîntului în folosul bolnavului. Dacă bolnavul se află în imposibilitatea de a-și manifesta liber voința, se poate obține consimțămîntul chiar de la familie. Dacă familia nu este de acord cu intervenția pe care bolnavul a refuzat-o după prealabila informare, refuzul se va consemna în scris, detaliindu-se că bolnavul și familia sînt conștienți de consecințele ce pot decurge din refuz. În situațiile bolnavilor cronici, respectarea voinței bolnavului este esențială, dar alegerea sau refuzul unei anumite atitudini medicale trebuie trecute în foaia de observație a fișei medicale.

Pentru intervențiile laborioase, pentru tratamentele chirurgicale estetice există formulare-tip de consimțămînt în scris.

Chiar externările făcute din spital la cerere necesită semnătura bolnavului pe lîngă menționarea concretă a conștientei riscului. Medicul nu va putea fi urmărit pentru că refuză o externare care incumbă riscuri vitale, deoarece acceptarea ar reprezenta un abandon al luptei pentru viața bolnavului. Din datele literaturii americane aflăm că:

Jurisprudența americană este confruntată cu o revoluție a consimțămîntului deoarece juriștii tineri și prezumțioși abordează dreptul de a hotărî asupra vieții, ignorînd orice reglementare a codurilor profesionale medicale, punînd pe primul plan legile ordinare. Se pune problema unei abordări morale generale atunci cînd Jurisprudența este în plină transformare și cînd se consideră că pacientul poate beneficia de euthanasie, de exemplu. Mediatizarea cazurilor de bolnavi dependenți de aparatură și îngrijire medicală cronică, difuzarea unor filme artistice cu situații concrete, imaginate după cele reale au dus la modificarea noțiunii de consimțămînt în aprecierea cazurilor de responsabilitate medicală.

Diverse modalități de a interveni sînt stipulate în regula-mente de deontologie profesională medicală:

– Dacă subiectul unei situații de urgență nu are capacitatea de a consimți fiind inconștient, minor, debil mintal sau bolnav psihic – consimțămîntul se va lua de la familie sau de la

reprezentanții legali (tutor, curator).

– Dacă aceștia nu pot fi găsiți, existînd riscuri vitale prin tergiversarea intervenției, medicul se va consulta cu alți medici și vor decide împreună.

– Dacă nici acest lucru nu este posibil, medicul va hotărî de unul singur utilitatea intervenției. Neobținerea consimțămîntului nu este un motiv de abstenție absolut. Conștiința profesională a medicului, interesul social primează în circumstanțele cu prognostic.

Conștiința profesională a medicului poate să depășească ignoranța bolnavului sau imposibilitatea lui de exprimare, chiar și în cazul transplantelor cu importanță vitală, în manualele serioase de urgențe medico-chirurgicale sînt descrise diversele modalități de abordare a pacienților, în funcție de naționalitate, cultură sau religie, pentru a nu crea situații litigioase. Spre exemplu, membrii cultului religios „Martorii lui Iehova“ nu numai că refuză transfuzia de sînge, nu numai că te dau în judecată dacă o aplici la un membru al confesiunii lor, ci, chiar în condițiile unei transfuzii de sînge autorizate de consiliul medicilor, încearcă prin orice mijloace să întrerupă transfuzia. Noi considerăm că în cazul cînd sunt riscuri vitale, medicii au dreptul să apere metodele recunoscute de tratament stipulate în legislația medicală. Pentru care manipulații, manopere, operații, metode de diagnostic și tratament este necesar consimțămîntul bolnavului trebuie stipulat în legislație.

Consimțămîntul bolnavului este prezumat – implicit, tacit de prezentarea la medic sau internarea în spital pentru actele medicale curente și procedurile uzuale.

La lărgirea investigațiilor paraclinice, procedurile care implică o doză crescută de risc (puncția sternală, puncția-biopsie de măduvă osoasă din creasta iliacă, puncția-biopsie de ficat, puncția-biopsie de rinichi, biopsia musculo-cutanată ș.a.) vor necesita un consimțămînt special. Nu este nevoie întotdeauna ca acesta să fie făcut în scris, fiind suficientă, în majoritatea cazurilor, acceptarea tehnicii în prezența celorlalți bolnavi, a surorilor sau a unui membru al familiei, în funcție de tempera-mentul bolnavului, se vor aviza în mod special membrii familiei și se va purcede la consimțămîntul sub semnătură al investigației.

Literatura deontologică deosebește cîteva forme ale consimțămîntului:

– consimțămînt absolut – luat ca o necesitate absolută;



- consimțămînt implicit – dedus din comportamentul anterior al bolnavului;
- consimțămînt adecvat – în funcție de subiectul bolnav;
- consimțămînt explicit al partenerului – pentru situații care afectează coabitarea din cadrul unui cuplu sau procreerea;
- consimțămîntul cu martori;
- consimțămîntul scris – modalitate valoroasă de exonerare de răspundere;
- consimțămînt pentru utilizarea țesuturilor sau organelor decedatului – obținut după moartea bolnavului, de la membrii familiei, dacă el nu a cerut aceasta expres încă din timpul vieții.

Definirea juridică a consimțămîntului: acord de voință expres sau tacit, dat de un om cu discernămînt, care să nu fie viciat prin înșelăciune (doi), reprezentînd concordanța între voința internă și cea declarată a bolnavului, în condiție suspensivă (potestativă).

Maniera de obținere a consimțămîntului trebuie să fie neviciată de intimidare, șantaj sau înșelăciune. Consimțămîntul obținut pe bază de informare prealabilă este o dovadă a conștiinței profesionale a medicului, respectînd principiile loialității, utilității și gradării. Medicul nu va leza facultatea de a alege a bolnavului, bazîndu-se doar pe principiile slujirii în exclusivitate a drepturilor acestuia și ale corectitudinii.

Conținutul informării trebuie să fie exclusiv veridic.

Forma informării prealabile trebuie să fie simplă și inteligibilă. Bolnavul va trebui să fie capabil să explice manevra la care se supune.

Întinderea informării va fi adecvată amplitudinii gestului medical. Datorită riscurilor imprevizibile, prin care pot apărea complicații neașteptate, nici o informare nu este, teoretic, exhaustivă. Medicul nu poate fi obligat să informeze bolnavul asupra tuturor situațiilor posibile teoretic, pe criterii statistice, ci trebuie să facă o informare suficientă, legată de situația concretă a bolnavului.

Maniera de prezentare a informării va cere și o tentă de optimism, pentru a obține concurența benefică a factorului psihic printr-o *psihoterapie individuală*.

Este imposibil de prevăzut deznodămîntul unui act medical în condiții deosebite. Cu atît mai puțin se pot da soluții pentru cazurile în care bolnavul este acela care solicită un act riscant, pentru că el dorește – nu medicul – ca acest lucru

să aibă loc. Medicul nu poate fi obligat la acceptarea unor riscuri care primejdiesc viața bolnavului, chiar dacă acesta și-a exprimat consimțămîntul în scris. Totuși, dacă medicul, bazîndu-se pe arta și îndemînarea sa, calculînd ecuația risc-beneficiu pentru sănătatea bolnavului prin prisma conștiinței sale profesionale, va accepta să acorde asistență medicală în acele condiții.

Cazurile de responsabilitate pentru euthanasie din anul 1994 ale celebrului medic american Jack Kevorkian au avut la bază niște consimțăminte valabile din punct de vedere juridic, dar încă discutabile din punct de vedere moral. De altfel, în 1999, el a fost închis, în urma unui proces de răsunset mondial.

Existența consimțămîntului nu-l eliberează pe medic de responsabilitatea pentru greșeală și culpă. Dacă, în lipsa obținerii consimțămîntului, medicul va duce la bun sfîrșit actul riscant, va putea fi acuzat de nerespectarea principiului consimțămîntului, dar dacă nu va obține consimțămîntul și va proceda neglijent, va putea fi atacat în justiție pe ambele temeuri. În responsabilitatea de tip contractual, informarea prealabilă asupra riscurilor este făcută foarte minuțios. Aceeași manieră este practică în cazurile de responsabilitate pentru rezultat în chirurgia plastică, ortodonție, ortopedie, etc.

Bolnavul care cere o operație estetică este obligat să completeze un formular foarte detaliat asupra riscurilor inerente intervenției, imediate și de perspectivă. Asumarea riscului de către pacient este simultană cu asumarea riscului de către medic, ducînd la exonerarea de răspundere fără procedură litigioasă. Spre deosebire de aceasta, în chirurgia de necesitate, cu riscuri vitale pentru bolnav, consimțămîntul este implicit. Totuși, nu se vor face decît operații paliative, amînîndu-se amputațiile largi dacă riscurile nu sînt iminente. Aceste operații se vor face numai după ce bolnavul a redevenit conștient, cînd se va putea face prealabila informare cu scopul de a obține consimțămîntul în continuare.

Respectarea secretului profesional (confidențialitatea) și datoria de a preveni iatrogeniile.

La baza respectării secretului medical stă dreptul fundamental al individului la intimitate și confidență. Secretul medical este o condiție de bîză a relației medic-pacient, un echilibru între

conștiința profesională, pe de o parte, și încrederea bolnavului, pe de altă parte.

Concluzia justiției americane este o ilustrare dramatică a transformării arhetipului tradițional al medicului, din medic-vindecător în noul model de medic-protector al publicului. Cu ocazia unei alte decizii dificile, jurisprudența americană a stabilit că atunci când psihoterapeutul prevede că pacientul lui este un pericol pentru o altă persoană, el are datoria de a acționa cu grijă rezonabilă pentru protecția prezumtivei victime.

Datoria legală de a preveni este dificil de definit. Se pot cita câteva cazuri de neglijență medicală prin lipsa de comunicare a unor date: omisiunea de a comunica diagnosticul de tuberculoză pacientului, expunând-o astfel pe soția acestuia și pe ceilalți membri ai familiei; fraudă în informare, spunând unui vecin al unui bolnav de variolă că boala ar fi necontagioasă; neglijența de a informa membrii unei familii că febra tifoidă și scarlatina unui coabitant îi pot infecta.

Deși aparent problemele sînt doar de domeniul eticii, implicațiile juridice sunt deosebit de grave, iar deciziile finale ale justiției nu sînt în măsură să mulțumească pe toată lumea.

Argumentul principal de susținere a datoriei de a preveni este potențiala salvare a unei vieți umane.

Contraargumentul este că se distruge integritatea relației medic-pacient prin încălcarea confidențialității.

Atunci cînd se încalcă confidențialitatea pot apărea următoarele situații: indivizii se vor abține de a cere ajutor prin tratament; cei care sînt deja în tratament nu vor mai fi sinceri cu psihoterapeuții, iar astfel eficiența terapiei scade; scăderea numărului celor aflați în tratament va determina creșterea crimei violente. S-a mai evidențiat că posibilitatea de a prezice violența este inexactă, deși medicii sînt dispuși să facă tot mai multe preveniri pentru a se conforma datoriei de a dezvălui. În această eventualitate, unii medici vor fi dispuși să-i interneze pe toți pacienții violenți, ducînd la o mare creștere a internărilor civile inutile și a privărilor de libertate abuzive. Problema s-ar putea rezolva dacă prevenirea ar fi stipulată ca un drept opțional, și nu ca o datorie. Pentru ca pacientul să fie în continuare încrezător, se preconizează ca încă de la începutul psihoterapiei terapeutul să-și informeze pacientul despre o datorie a lui de a dezvălui.

Noțiunea de practică rezonabilă permite

psihoterapeutului să-și exercite cel mai adecvat raționament, bazîndu-se doar pe conștiința sa, neimplicînd vreo responsabilitate, chiar dacă există și alte opinii profesionale.

Criteriile de apreciere pentru neglijență medicală sînt particularizate în cazul psihoterapeuților și al medicilor psihiatri. Sarcina psihoterapeutului de a menține încrederea pacienților este esențială, iar dezvăluirile fără just teme îl vor putea supune urmării judiciare pentru încălcarea confidențialității și tulburarea intimității. Asumarea riscului este prezentată după cum urmează în jurisprudența americană:

– Numărul crescut de preveniri poate să scadă numărul internărilor nedorite, deoarece o prevenire este un pas mai puțin drastic decît o internare pentru siguranță, dar poate avea același efect protector.

– Riscul internărilor preventive inutile este un preț rezonabil ce merită a fi plătit pentru salvarea vieților posibilelor victime.

– Deciziile luate – atitudinea terapeutică de urmat, gradul de pericolozitate al bolnavului, nivelul de respectare a intimității și datoria medicului de a preveni – sunt, prin ele însele, activități de psihiatrie. Prin urmare, cei mai potriviți pentru a suporta gravitatea unor decizii sînt chiar medicii psihiatri și psihoterapeuții.

Noțiunea de medic-protector public este deosebit de clară și necontroversată în situațiile de raportare a bolilor contagioase, a plăgilor împușcate sau a copiilor bătuti sau chinuti. Ar mai fi cîteva excepții de la confidențialitate:

a) încălcarea confidențialității pentru binele bolnavului, forțînd deciziile terapeutice prin indiscreție.

b) încălcarea confidențialității față de medicul solicitat pentru consultul interclinic. Se pune problema dacă un medic care practică o specialitate mai îngustă trebuie să afle tot ceea ce știe medicul curant al pacientului. Noi suntem de părere că da, căci opinia contrară este discutabilă, implicînd o moralitate duplicitară, ce poate sugera două niveluri diferite de practicare a medicinei.

c) încălcarea confidențialității pentru a nu leza un terț neimplicat, nevinovat. Sunt cunoscute cazurile cînd medicul o informează pe fată că logodnicul ei este homosexual sau cînd medicul anunță o femeie că soțul ei este tratat de o boală venerică. Cînd prevenția privește cazuri benigne, este mai greu de estimat riscul public al unor

asemenea situații. Datoria de a preveni autoritatea nu poate exonera de răspundere medicul acuzat de încălcarea confidențialității, dacă este privită doar ca o datorie morală și nu este specificată într-un regulament juridic. Moralicește vorbind, este greu să fii exonerat de justiție când devii din confident delator.

d) încălcarea confidențialității la controalele de rutină, făcută de medicii care examinează angajații unei întreprinderi sau de cei care fac examinări periodice la șoferi sau la cei asigurați pentru sănătate. Acesta nu este un caz obișnuit de responsabilitate, în primul rând, datorită naturii deosebite a relației medic-pacient, existând de fapt un contract între instituție și medic. Neraportarea șoferului de autobuz epileptic duce la înșelarea întreprinderii și la punerea în pericol a securității transportului (P. Dutca, 2000). Dacă medicul datorează loialitate față de o instituție, nu are dreptul de a încălca confidențialitatea în alte situații decât atunci când acordă consultații pentru acea instituție.

Confidențialitatea medicală are raporturi deontologico-juridice variabile în funcție de stat, de sistemul educațional și de tradiții. Deși există o tendință unificatoare pe plan general, în ceea ce privește destăinuirea diagnosticului de boală incurabilă există diferențe notabile. Legiitorul trebuie să dea dovadă de foarte mult tact, iar cel ce pune în practică legea are nevoie de o manieră iscusită de interpretare, deoarece există maniere de reacție foarte diferite față de dezvăluirea diagnosticului (respingere, justificare paralogică, culpabilizare cu subiectivizarea bolii). Argumentele pentru destăinuire clară și extinsă a incurabilului sînt tot atît de numeroase ca și cele pentru ascunderea obstinată a adevărului. Atitudinea eclectică, modelată după personalitatea bolnavului și a familiei, este cea mai recomandabilă după experiența noastră. Indiferent de anii de practică medicală și de conștiinciozitatea medicului, dezvăluirile pot produce reacții psihologice nebanuite cu consecințe potențial incriminative juridic. Medicul va trebui să delibereze cu minuțiozitate pe o criteriologie psiho-medicală, ținînd seama de inserția socio-profesională și familială a bolnavului incurabil. Literatura deontologică romînească sugerează cîteva modalități:

– nu se comunică diagnosticul celor care nu au bănuț deloc caracterul inefabil al evoluției bolii și celor care au, pe moment, o stare generală bună;

– se sugerează cu prudență celor cu caracter puternic, care apreciază demnitatea adevărului mai mult decît subiectivismul tragic;

– se spune diagnosticul celor care l-au intuit deja sau celor care refuză tratamentele și intervențiile salvatoare;

– orice comunicare va avea ca scop doar beneficiul bolnavului – cooperarea la tratament, reintegrarea în familie și societate, măcar pentru o perioadă.

Maniera de comunicare este greu de stabilit, fiind adaptată inclusiv la psihologia medicului care face comunicarea. Nu este de neglijat consultul interclinic cu un psiholog, psihiatru sau psihoterapeut anterior utilizat de bolnav, pentru a obține recomandări utile în ceea ce privește maniera de comunicare a diagnosticului de boală incurabilă.

Aici informarea trebuie individualizată. La bază trebuie pus principiul deontologiei oncologice.

Este preferabil să nu se facă dezvăluirea, dacă ea nu este justificată, riscul comunicării fiind mai mare. Uneori, pentru a nu se pierde speranța, se eludează cu bună știință cunoașterea adevărului.

– **Excluderea aspectelor intenționale** din practica medicală – afrontul și molestarea, defăimarea, sechestrarea de persoană ș.a.

– **Excluderea posibilităților, condițiilor** în care medicul ar fi subiectul infracțiunilor de ultragiu, insultă, amenințare și defăimare.

– **Asigurarea medicilor pentru greșală (asigurarea riscului)**. În cadrul unor organizații profesionale medicii își asigură riscul, fie „profesional” în cazul necesității consultației unui specialist mai avansat sau asigurările speciale financiare, în cazul cînd medicul este impus să plătească paguba adusă sănătății bolnavului. Paguba trebuie stabilită de comisia de experți medico-legală și chiar de un arbitraj.

– **Responsabilitatea medicului și responsabilitatea bolnavului**. Este necesară adoptarea Legii despre profesiunea de medic, stipulîndu-se drepturile și obligațiunile profesionale ale lui. Paralel, este oportună și adoptarea Legii despre drepturile și obligațiunile pacienților. Responsabilitatea reciprocă poate fi reglementată de contractul respectiv între două părți. Contractul trebuie să conțină următoarele aspecte: contract între medic și bolnav, și între bolnav și unitatea curativ-profilactică. Medicul deja are contract de muncă cu administrația unității curativ-profilactice. Aici apare problema

responsabilității în echipă (a echipei de operabil, a secției respective, catedrei, etc). Respectiv se stipulează responsabilitatea pentru încălcarea contractului.

– **Responsabilitatea pentru rezultat.** În unele cazuri contractul stipulează anume așa tipuri de responsabilitate.

– **Informarea permanentă a pacientului și a rudelor sale apropiate** despre starea sănătății lui. Medicul este obligat să dea informația despre evoluția și dezvoltarea naturală a bolii.

– **Respectarea standardelor prestărilor medicale.** Medicul care posedă diplomă, deține licență de activitate medicală într-un anumit domeniu are dreptul de a profesa. Liberalismul medical impune libera accesibilitate a medicului de a profesa în specialitatea sa și libera alegere de către pacient a medicului și a instituției medicale. Medicul de sine stătător stabilește diagnosticul, indică tratamentul. În cazul însănătoșirii totul se sfârșește cu bine. Dar apar cazuri când are loc agravarea bolii, chiar decesul. De aceea la insistența juriștilor în unele țări au început să fie introduse standardele medicale. Ele impun pentru o patologie anumită – un tratament anumit cu un volum strict determinat. Desigur standardele nu sunt perfecte și nu pot include particularitățile clinice și de tratament, dar din punct de vedere juridic ele sunt definitive. Standardele sunt diferite în diferite țări, sunt și standarde internaționale minime. În aceste condiții apare și standardizarea criteriilor de apreciere a calității prestărilor de sănătate.

– **Perfecționarea cunoștințelor** medicilor în domeniul medico-legislativ.

În medicina națională a început elaborarea standardelor naționale medicale pregătite pentru viitorul sistem al medicinei prin asigurare, pentru aprecierea costului prestării medicale. În jurisprudență sunt stipulate alte standarde.

În literatura internațională au fost descrise 3 niveluri de standarde (juridico-medical):

Nivelul I. Standardul cere o îngrijire rezonabilă și adecvată pe care o execută medicii și chirurgii titulari în situația dată.

Nivelul II. Standardul compară tratamentul folosit de medic cu cel practicat de medici și chirurgi „din aceeași vecinătate“. Sunt comparate rezultatele de diagnostic și tratament din centre similare.

Nivelul III. Standardul impune criteriul de

comparație cu medici și chirurghi situați la același nivel general de practică.

Standardele tipice de diagnostic și tratament care se pregătesc de Ministerul Sănătății pentru medicina prin asigurare sunt „imperfecte” și nu pot fi tipizate și folosite în practica expertizei greșelilor și culpelor medicale. Trebuie elaborate standardele și nivelele specifice naționale, adoptate printr-o lege a parlamentului și guvernului. Atunci ele vor avea putere juridică.

Respectarea standardului de către medic duce la neimputabilitate, chiar dacă apar complicații, chiar moartea pacientului.

Trebuie diferențiate standardele medicale pentru diagnostic, tratament. Ele vor servi pentru aprecierea costului prestării medicale, dezlegarea litigiilor dintre Compania de asigurări cu instituția medicală și medic. Juriștii încearcă să stabilească standarde medico-judiciare pentru a aprecia și diferența greșala sau culpa medicală.

Aceste standarde trebuie stipulate în legislație, dar mai întâi ele trebuie elaborate de medici și juriști și adoptate la un for științific comun.

#### Bibliografie

1. Anas G.L. The right of patient.//Humena Press, Tolok New Jersez, 1992.
2. Fruma Ioan. Responsabilitatea medicului.//Editura „H. Welthce”, Sibiu, 1994.
3. Jones M.A. Medical Negligence.//Sweet Maxwell, London, 1991.
4. Ozun R., Poenaru E. Medicină și adevăr.//Editura Medicală. București, 1976.
5. Pennearu J. La responsabile medicale.//Editions „Jirey”, 1977.
6. Scripcaru Gh., Astarăstoae V., Scripcaru C. Principii de bioetică, deontologie și drept medical.//Editura „Omnia”, Iași, 1994.
7. Ion Mereuță. Sistemele sănătății în țările Uniunii Europene. 1996.
8. Ion Mereuță, E. Popușoi, C. Ețco, B. Untu, O. Lozan. Reglementarea activității medicale în Republica Moldova. // Chișinău, 1999.
9. Eugen Popușoi, Constantin Ețco. Valori morale în medicină. //Chișinău, 1999.
10. Teodor Țirdea. Filosofie și bioetică.//Chișinău, 2000.
11. Grazling A. Viitorul valorilor morale.//Traducere de Georgiana Herghel, București, 2000.
12. Sergiu Mămăligă. Dreptul de autor și drepturile conexe.//Chișinău, 2000.
13. Constantin Ețco, L. Goma, E. Reabov, S. Marin, N. Globa. Economia ocrotirii sănătății.
14. A. Nacu, I. Stoian, C. Țurcanu. Structura retrospectivă a dezvoltării psihiatriei în Republica Moldova.//Chișinău, 1995.



Е. Антонов, И. Мочалов, И. Аверина  
М.С.Ч. АОЗТ «Одема», г.Тирасполь

## ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛОР ОРГАНОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Two groups of 200 people each aged 16 to 70 have been surveyed for ORL pathologies. The first group consisted of people with thyroid pathology and the second –without it. It was found out that the incidence of ORL diseases was higher with people with thyroid pathology. 84% of the people under survey with thyroid pathology suffered from ORL pathologies and the most frequent disease was chronic tonsillitis.*

**Key words:** ORL pathologies, thyroid gland, chronic tonsillitis

### Актуальность

На уровень заболеваемости населения оказывают влияние регионально обусловленные взаимоотношения человека и окружающей среды. Уровень заболеваемости патологией щитовидной железы в нашем регионе остается высоким. Это связано с эндемичностью региона, а так же с неудовлетворительными материально-бытовыми условиями жизни значительной части населения.

1. В этиологии ряда заболеваний щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит, диффузный токсический зоб и др.) решающим фактором, способствующим реализации генетического дефекта в системе иммунологического контроля, могут быть респираторные заболевания, хронические воспалительные процессы носоглотки, небных миндалин.

2. Патогенез гипотиреоза обусловлен недостаточностью тиреоидных гормонов, регулирующих процессы роста и развития организма и его энергетический обмен. Нарушение метаболизма белка характеризуется замедлением как биосинтеза, так и распада, накоплением в тканях гиалуроновой, хондроэтинсерной кислот и гликопротеида муцина, что вызывает слизистый отек тканей и органов. Отложение гликозаминогликанов в слизистой оболочке носоглотки приводит к затруднению носового дыхания и развитию вазомоторного ринита.

3. В условиях формирования хронического воспалительного процесса в организме происходит сложный комплекс реакций,

направленный на поддержание жизненно важных констант, в том числе на реализацию защитных функций неспецифического и специфического характера. Регуляция этих реакций не является автономной, а находится под контролем нейроэндокринных систем.

4. В связи с вышеизложенным вопрос заболеваемости лор органов при патологии щитовидной железы остается актуальным.

### Цели и задачи

Целью данной работы является изучение лор-заболеваемости у лиц с патологией щитовидной железы и сравнение с заболеваемостью лор-патологией у лиц не страдающих заболеваниями щитовидной железы, выявленных при профилактических осмотрах.

Нами было обследовано 2 группы по 200 человек в возрасте от 16 до 70 лет. Первую группу составляли лица с патологией щитовидной железы. Во вторую группу вошли пациенты не страдающие заболеваниями щитовидной железы. Данная группа использовалась как контрольная.

Для оценки состояния щитовидной железы врачом-эндокринологом проводился анализ жалоб, данных анамнеза, пальпация щитовидной железы. Далее пациенты направлялись на ультразвуковое и термографическое исследования щитовидной железы, а так же определялся уровень гормонов  $T_3$ ,  $T_4$ , ТТГ, антитела к ТГ. Затем был проведен углубленный осмотр лор органов, анализ жалоб и данных анамнеза, компьютерная термография и рентгенография

придаточных пазух носа. При выявлении патологии ушей проводилась тональная аудиометрия (аудиометр Ма 31 «Pracitronic»).

### Результаты и обсуждение

Возрастная структура обоих исследуемых групп приведена в таб.1.

Таблица 1

Исследуемая группа	Возраст		
	18-30 лет	31-45 лет	46-70 лет
пациенты с патологией щитовидной железы	53	70	77
пациенты без патологии щитовидной железы	71	84	45

В группе пациентов с патологией щитовидной железы преобладала старшая возрастная группа (46-70 лет) – 77 человек, среднюю возрастную группу (31-45 лет) составили 70 человек, младшая возрастная группа (18-30 лет) представлена 53 человеками. А среди пациентов без патологии щитовидной железы возрастную группу 46-70 лет составили 45 человек. Наибольшее количество человек было в возрастной группе 31-45 лет – 84. Младшая возрастная группа (18-30 лет) представлена 71 человеком.

В Таблице 2 представлены данные эндокринологического обследования больных.

Отмечается рост заболеваемости патологией щитовидной железы в старших возрастных группах, причем большее количество гипотиреозов приходится на эти возрастные группы.

Патология лор-органов среди лиц с заболеваниями щитовидной железы выявлены у 168 человек, что составило 84% (таблица 3). Первое место среди заболеваний лор-органов занимали болезни носа и околоносовых пазух. Удельный вес этой патологии составил 45,23%.

Среди заболеваний носа и околоносовых пазух преобладал острый синусит (14,28%), причем чаще диагностировался верхнечелюстной синусит. Это заболевание привалировало в возрастной группе 31-45 лет. Удельный вес его составил в этой возрастной группе 5,35%. У большинства больных острый

Таблица 2

Эндокринологические заболевания	Возрастная группа		
	18-30 лет	31-45 лет	46-70 лет
Диффузный зоб	17	21	19
- токсический	4	5	4
- нетоксический	13	16	15
Узловой зоб	-	10	15
- токсический	-	2	5
- нетоксический	-	8	10
Многоузловой зоб	-	1	2
Эндемический зоб	5	3	5
Подострый тиреоидит	-	-	1
Тиреоидиты хронические			
- аутоиммунный	10	12	7
с гипотиреозом	2	4	6
с гипертиреозом	2	3	-
с эутиреозом	6	5	1
- гипертрофический	-	-	3
- атрофический	-	-	3
Инвазивный фиброзный (тиреоидит) Риделя	-	-	1
Диффузная гиперплазия щитовидной железы I-II ст.	15	14	11
Тиреоидная неоплазия, доброкачественная опухоль, аденома	2	-	-
Кисты щитовидной железы (мультикистоз)	1	2	3
Киста щитовидной железы	3	4	4
Идеопатический гипотиреоз	-	3	6
Сочетанная патология	-	-	3

верхнечелюстной синусит протекал малосимптомно. Хронический синусит составил 6,54% от всех заболеваний. Удельный вес этой патологии выше в старшей возрастной группе (3,57%). Хронический ринит выявлен у 20 человек. Наибольший удельный вес составил катаральный хронический ринит в возрастной группе 31-45 лет (4,16%).

Болезни глотки выявлены у 71 человека, что составило 42,26% и представлены хроническим тонзиллитом (23,8%) и хроническим фарингитом (18,45%). Причем наибольший удельный вес отмечен в возрастной группе 46-70 чел (8,33% и 7,14% для хронического тонзиллита и хронического фарингита соответственно).

Компенсированная форма хронического тонзиллита диагностирована у 12 человек

**Таблица 3**  
**Заболеваемость лор органов при патологии щитовидной железы в возрастных группах и хронический атрофический ринит в возрастной группе 46-70 лет (3,57%).**

Лор-патология	Общее число больных	18-30 лет	31-45 лет	46-70 лет
1. Болезни носа и околоносовых пазух	76	17	29	30
острый ринит	9	4	2	3
хронический ринит	20	1	10	9
- катаральный	10	1	7	2
- гипертрофический	2	-	1	1
- атрофический	8	-	2	6
вазомоторный ринит	12	4	4	4
острый синусит	24	7	9	8
хронический синусит	11	1	4	6
2. Болезни глотки	71	20	25	26
хронический тонзиллит	40	12	14	14
- компенсированный	12	4	4	4
- декомпенсированный	28	8	9	9
хронический фарингит	31	8	11	12
3. Болезни уха	21	2	9	10
хронический гнойный средний отит	2	-	1	1
хронический тубоотит, адгезивный отит	6	1	3	2
кондуктивная тугоухость	8	1	4	3
серная пробка	5	-	1	4

(7,14%), по 4 человека (2,38%) в каждой возрастной группе. Декомпенсированная форма хронического тонзиллита составила 16,6%, причем удельный вес в возрастных группах выше в старшей и средней возрастных группах, чем в младшей.

Декомпенсация хронического тонзиллита проявлялась частыми ангинами и тонзиллогенной интоксикацией.

Хронический фарингит выявлен больше в старшей возрастной группе, где он составил 7,14%. Заболевания уха представлены хроническим гнойным средним отитом (1,19%), хроническим тубоотитом, адгезивным отитом (3,57%), кондуктивной тугоухостью (4,76%) и серной пробкой (2,97%).

Общий удельный вес болезней уха составил 12,5%.

В группе исследуемых без патологии щитовидной железы заболевания лор органов выявлено у 101 человека, что составило 50,5% (таблица 4).

Ведущее место как и в первой группе занимают заболевания носа и придаточных

пазух. Удельный вес этой группы заболеваний 43,56%, что ниже, чем в группе с патологией щитовидной железы. Наибольший удельный вес среди болезней носа и околоносовых пазух принадлежит острому синуситу 15,84%, что превышает удельный вес данного заболевания в группе лиц с патологией щитовидной железы. Однако хронический синусит был диагностирован реже (5,94% против 6,54%).

Катаральная форма хронического ринита встречалась примерно с одинаковой частотой в обеих группах (5,94% и 5,95%).

Удельный вес атрофического хронического ринита заметно меньше, он составил 2,97% и наблюдался лишь в возрастной группе 46-70 лет. Отличается также и частота выявления вазомоторного ринита, который встречается реже, чем среди лиц, с патологией щитовидной железы (6,93% против 7,14%).

**Таблица 4**  
**Заболеваемость лор органов у лиц без патологии щитовидной железы в возрастных группах**  
 Болезни глотки составляют 38,96%, что так

Лор патология	Общее число больных	18-30 лет	31-45 лет	46-70 лет
1. Болезни носа и околоносовых пазух	44	14	13	17
острый ринит	5	3	1	1
хронический ринит	6	1	2	3
- катаральный	1	-	-	1
- гипертрофический	3	-	-	3
- атрофический	7	3	3	1
вазомоторный ринит	16	5	5	6
острый синусит	6	2	2	2
хронический синусит	40	10	14	16
2. Болезни глотки	22	6	8	8
хронический тонзиллит	15	5	6	4
- компенсированный	7	1	2	4
- декомпенсированный	18	4	6	8
хронический фарингит	17	4	9	4
3. Болезни уха	1	-	1	-
хронический гнойный средний отит	4	1	2	1
хронический тубоотит, адгезивный отит	5	1	3	1
кондуктивная тугоухость	7	2	3	2
серная пробка				

же меньше, чем в группе с патологией щитовидной железы.

Удельный вес хронического тонзиллита составил 21,78%, причем количество больных компенсированной формой преобладало над

Таблица 5

**Удельный вес отдельных нозологических форм, %**

Лор патология	группа без патологии щитовидной железы				группа с патологией щитовидной железы			
	для всех возрастов	18-30 лет	31-45 лет	46-70 лет	для всех возрастов	18-30 лет	31-45 лет	46-70 лет
1. Болезни носа и околоносовых пазух	43,56	13,86	12,87	16,83	45,23	10,11	17,26	17,85
острый ринит	4,95	2,97	0,99	0,99	5,35	2,38	1,19	1,785
хронический ринит	5,94	0,99	1,98	2,97	5,95	0,595	4,166	1,19
- катаральный	0,99	-	-	0,99	1,19	-	0,595	0,595
- гипертрофический	2,97	-	-	2,97	4,76	-	1,19	3,57
- атрофический	6,93	2,97	2,97	0,99	7,14	2,38	2,38	2,38
вазомоторный ринит	15,84	4,95	4,95	5,94	14,28	4,166	5,35	4,76
острый синусит	5,94	1,98	1,98	1,98	6,54	0,595	2,38	3,57
хронический синусит								
2. Болезни глотки	38,96	9,9	13,86	15,84	42,25	11,9	14,87	15,47
хронический тонзиллит	21,78	5,94	7,92	7,92	23,8	7,14	8,33	8,33
- компенсированный	14,89	4,95	5,94	3,96	7,14	2,38	2,38	2,38
- декомпенсированный	6,93	0,99	1,98	3,96	16,6	4,76	5,35	5,35
хронический фарингит	17,82	3,96	5,94	7,92	18,45	4,76	6,54	7,14
3. Болезни уха	16,83	3,96	8,91	3,96	12,5	1,19	5,35	5,95
хронический гнойный средний отит	0,99	-	0,99	-	1,19	-	0,595	0,595
хронический тубоотит, адгезивный отит	3,96	0,99	1,98	0,99	3,57	0,595	1,785	1,19
кондуктивная тугоухость	4,95	0,99	2,97	0,99	4,76	0,595	2,38	1,785
серная пробка	6,93	1,98	2,97	1,98	2,976	-	0,595	2,38

количеством больных с декомпенсированной формой и составило 14,85% против 6,93%.

Болезни уха встречались в группе исследуемых без патологии щитовидной железы чаще, чем в группе исследуемых с патологией щитовидной железы и составил 16,83%. Наибольшая заболеваемость наблюдалась в возрастной группе 31-45 лет (8,91%). Удельный вес отдельных нозологических форм представлен в таблице 5.

Среди исследуемых без патологии щитовидной железы число заболеваний лор органов в возрастной группе 18-30 лет составило 28 из 71 (39,4%); в возрастной группе 31-45 лет 36 из 84 (42,8%); в возрастной группе 46-70 лет 37 из 45 человек (82,2%).

Среди лиц исследуемых с патологией щитовидной железы число заболеваний лор органов в возрастной группе 18-30 лет составило 39 из 53 человек (73,58%); в возрастной группе 31-45 63 из 70 человек (90%); в возрастной группе 46-70 лет 66 из 71 человек (85,71%).

При дальнейшем анализе заболеваемости лор-органов при патологии щитовидной

железы получены следующие данные:

- Из 13 пациентов с диффузным токсическим зобом лор-патология выявлена у всех. Ведущее место занял хронический тонзиллит – 4 человек (у 1 – компенсированная форма, у 3 – декомпенсированная форма). С одинаковой частотой выявлен вазомоторный ринит, острый синусит, хронический синусит – по 2 человека. Наименьшее количество пациентов выявлено с острым ринитом, хроническим фарингитом, хроническим гнойным средним отитом – по 1 человеку.

- Нетоксический диффузный зоб имели 44 пациента. Патология лор органов выявлена у 20 человек. Ведущее место занял хронический фарингит – 6 человек. На втором месте - хронический тонзиллит, причем из 4 человек компенсированная форма отличалась у 2-х. По 2 человека выявлено с острым синуситом с серной пробкой. Хронический атрофический ринит диагностирован у 1 человека, хронический гнойный средний отит у 1 человека. С кондуктивной тугоухостью выявлено 3 человека.



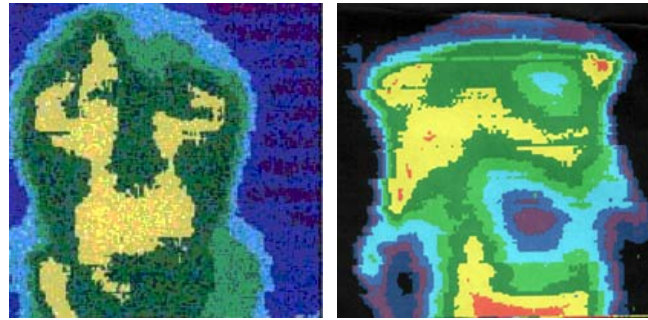
- Узловой токсический зоб обнаружен у 7 человек, из них двое имели острый синусит, 1 – хронический синусит. Два пациента имели хронический декомпенсированный тонзиллит. По 1 пациенту приходилось на аргезивный отит и кондуктивную тугоухость. При узловом нетоксическом зобе преобладал хронический фарингит – 5 человек и хронический тонзиллит – 4 человека.

- Из 3 человек с многоузловым зобом двое имели хронический декомпенсированный тонзиллит, один острый синусит.

- Эндемический зоб был выявлен у 13 человек. Ведущее место в этой группе занимает хронический фарингит – 4 человека, хронический тонзиллит был представлен декомпенсированной формой и был выявлен у 3 человек. Острый синусит обнаружен у 2 человек, острый ринит – у 2-х человек. По одному человеку выявлено с вазомоторным ринитом и хроническим синуситом

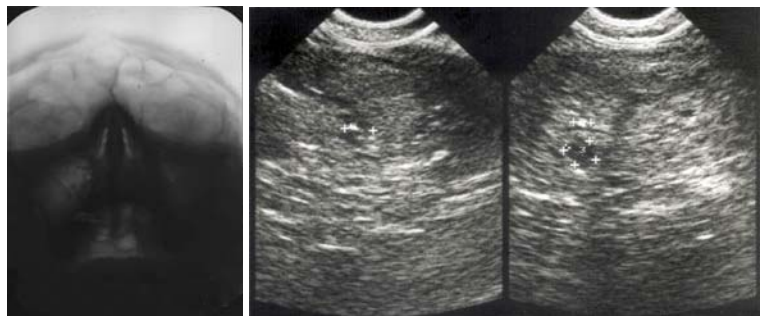
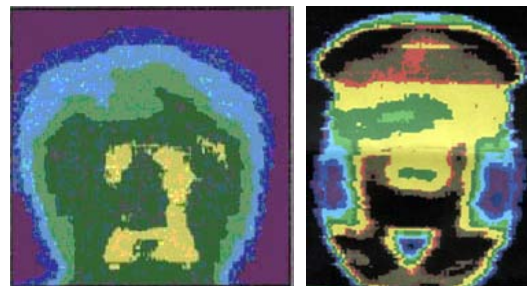
- В группе больных с аутоиммунным тиреоидитом превалировали пациенты с острым синуситом – 6 человек (3 человека АИТ с гипотиреозом, 3 человека – АИТ с эутиреозом). Хронический синусит выявлен у 3 человек и представлен аутоиммунным тиреоидитом с эутиреозом. Вазомоторный ринит и хронический катаральный ринит выявлен с одинаковой частотой – по 5 человек. Хроническим тонзиллитом страдали 5 человек.

- Диффузная гиперплазия щитовидной железы I-II ст. выявлена у 40 человек. Из них не имели заболеваний лор-органов 34 человека. Наиболее часто встречался хронический тонзиллит – 7 пациентов (5 из них имели компенсированную форму хронического тонзиллита). Хронический фарингит диагностирован у 6 человек, острый синусит – у 5 человек. По 3 человека обнаружено с вазомоторным и хроническим



**Рис.1. Больная Т., 38 лет.**

**Дз. Узловой нетоксический зоб. О. правосторонний гайморит**



**Рис.2. Больная А., 50 лет.**

**Дз. Узловой токсический зоб. О. левосторонний гайморит**

катаральным ринитом. В группах с хроническим атрофическим ринитом и острым ринитом – по 2 человека.

- В группе пациентов с мультикистозом –

по 2 человека с хроническим тонзиллитом и хроническим фарингитом, по 1 человеку с хроническим тубоотитом и кондуктивной тугоухостью.

- Из 11 пациентов с кистой щитовидной железы лор патология выявлена у 9, 5 из них имели хронический фарингит, 3-е острый синусит, 1 человек с острым ринитом.

- Наибольшее число среди больных с идиопатическим гипотиреозом занимали больные с хроническим атрофическим ринитом - 3. С хроническим декомпенсированным тонзиллитом выявлено 2 больных. По 1 человеку пришлось на острый синусит, вазомоторный ринит, хронический катаральный ринит.

- При сочетанной патологии щитовидной железы из 3-х пациентов по одному пришлось на острый ринит, хронический тонзиллит, хронический фарингит.

- Не выявлено заболеваний лор органов у 24 пациентов с диффузным нетоксическим зобом, у 1 пациента с узловым нетоксическим, у 6 пациентов с диффузной гиперплазией щитовидной железы I-II ст. и у 1 пациента с идиопатическим гипотиреозом.

### Выводы

1. У лиц с патологией щитовидной железы заболевания лор органов выявлены в 84%, что является довольно высоким показателем. Среди лиц без патологии щитовидной железы уровень заболеваемости так же высок, однако составил 50,5%.

2. В обеих исследуемых группах превалировала патология носа и околоносовых пазух (45,23% у лиц с патологией щитовидной железы, 43,56% у лиц без патологии щитовидной железы) над патологией глотки (42,26% у лиц с патологией щитовидной железы, 38,96% у лиц без патологии щитовидной железы), уха (12,5% у лиц с патологией щитовидной железы, 16,83% у лиц без патологии щитовидной железы).

3. Наибольший удельный вес среди заболеваний лор органов составил хронический тонзиллит (23,8% у лиц с патологией щитовидной железы, 21,78% у лиц без патологии щитовидной железы). В группе лиц с патологией щитовидной железы преобладала декомпен-

сированная форма хронического тонзиллита под компенсированной формой (16,6% к 7,14%). У лиц без патологии щитовидной железы удельный вес декомпенсированной формы тонзиллита составил 6,93%, компенсированной формы 14,89%.

4. Ведущее место среди заболеваний лор-органов у пациентов с диффузным токсическим и нетоксическим зобом, многоузловым зобом, эндемическим зобом, тиреоидной неоплазией, мукотикозом и кистой щитовидной железы занимали заболевания глотки – хронический тонзиллит и хронический фарингит. Острый синусит преобладал в группе больных аутоиммунных тиреоидитом.

5. В группе из 8 пациентов с хроническим атрофическим ринитом у 5 было диагностировано состояние гипотиреоза (62,5% больных этой патологией). Особенности заболеваемости острым ринитом, хроническим катаральным ринитом, вазомоторным ринитом, патологией ушей в зависимости от вида патологии щитовидной железы и ее эндокринной функции выявлено не было.

6. Изучение структуры заболеваемости лор органов и связи с другими патологиями позволяет выработать наиболее эффективные лечебно-профилактические мероприятия.

### Литература

1. Холодова Е.А., Мохор Т.В., Гиткина Л.С. и др. «Справочник по клинической эндокринологии». М.:Беларусь, 1998.
2. Кэттайл В.М., Арки Р.А.. «Патофизиология эндокринной системы». Пер. с англ. Спб.-М.: «Киевский диалект». Издательство Бином, 2001.
3. Ситников В.П., Поздеев В.Г. Особенности лор-заболеваемости коренного сельского населения севера. //Вестник отоларингологии №1, 1990г.
4. Лазарев В.Н., Пекли Ф.Ф., Рыбалкин С.В. «Гормонально-метаболические взаимоотношения при хроническом синусите у детей» //Вестник отоларингологии №6, 1990г.
5. Руководство по отоларингологии под редакцией И.Б.Солдатова. М.:Медицина – 1997г.
6. Попа В.А. Хронический тонзиллит.-Кишинев: Штиинца, 1984г.
7. Пальчун В.Т., Устьянов Ю.А., Дмитриев Н.С. Параназальные синуситы. М.:Медицина, 1982.
8. Bucur A., Nicolau V. Aspecte etiopatogenice de rinitei vasomotorii.//Rev.Chir.(Otolaringol.) 1982-Vol.27, №3.-P.217-224.

M. Eftodi, doctor în medicină

## MANAGEMENTUL ÎN SERVICIUL ULTRASONOGRAFIC AL REPUBLICII MOLDOVA

The ultrasound method has found its proper implementation in imagistic service in Republic of Moldova. Ultrasound is used in the most of modern medical branches both for diagnostic and estimation of diseases and with the purpose of treatment. Since 1980 the imagistic service has developed incomparably with other methods used in medicine.

As for the management in ultrasound service in the autochthonous and international literature of speciality the given problem is not shown under any aspect. Our studies during 1989—1999 emphasized numerous problems in ultrasound service activity.

Those mentioned before determined the scientific research "The management in ultrasound service in Republic of Moldova (organizatorical aspects and clinical experience)" with the purpose of elaborating the systematic conceptions of the ultrasound service for its optimization and estimation.

Ultrasonografia este o metodă imagistică de tip morfo-funcțional. Se bazează pe capacitatea Ultrasunetelor (US) de a străbate mediile biologice cu grad diferit de densitate acustică și de a fi reflectate de acestea. Cu 110 ani în urmă, în 1879, cu aportul vibrației, Kenij a căpătat unda sonoră. În 1928 cercetătorul sovietic S.I.Socolov a aplicat US în industrie.

Pentru prima dată US cu țel de diagnostic au fost folosite în 1942 de către neurologul austriac R. Dussik în diagnosticul unei tumori cerebrale.

În a.a. 1951–1958 T. Wild și D. Howry cu colaboratorii au aplicat cu succes US în investigarea organelor parenchimotoase.

În 1959 Donald și Braun au primit imaginea primelor ecograme a fătului și miomului uterin.

În Republica Moldova pentru prima dată USG a fost aplicată de către Ion Zatușevschi în 1980 în Spitalul Clinic Republican efectuând o ecocardiografie cu aparatul Ekoline – 21 SUA, avînd studii în domeniu la centrul cardiologic din Moscova. A continuat explorările în ecocardiografie la acelaș ecograf medicul Constantin Jolea, făcînd studii la locul

de muncă la dl Ion Zatușevschi.

Serviciul ecografic al Republicii Moldova continuă să evalueze permanent.

Actualmente în Republica Moldova se constată unele lacune în organizarea și dirijarea serviciului ecografic. Apariția cabinetelor de ecografie private, uneori fără autorizare, discreditarea lor denotă acest lucru. Înainte de a specifica aspectele de

Tabelul 1  
Cronologia dezvoltării serviciului ecografic în Republica Moldova

Anul	Denumirea etapelor	Medicul
1980 14.01	I ecografie (ecografie) SCR	Ion Zatușevschi d.ș.m
1981 martie	I ecografie a organelor interne, clinică sanatorial	Vasile Țurcanu
1981	I ecografie în obstetrică și ginecologie	Feodosie Bejan
1982	I ecografie la periferic SCR Kotovski	Aurel Penu, d.h.m.
1983	Primele cabinete de ecografie în secția de endoscopie SCR	Vasile Guțu, d.ș.m.
1986	I cabinet de ecografie în or. Bălți, maternitate	Mihail Eftodi
1988	Primele intervenții ecoghidate-drenarea colecistului Cl. sanatorial curativă	Vasile Țurcanu, Victor Ghereg, d.ș.m.
1989	Prima secție ultrasonografie cu 14 medici ecografiști și decografi.	C. Draganiuc M. Eftodi
1990	se editează „Практическая эхография”	Aurel Penu, d.h.m.
1990	Centrul orașenesec de diagnosticare medicală cu secția de ecografie (4 medici și 4 ecografi), I policlinică	Vasile Țurcanu
1990	Prima comisie mixtă de atestare a medicilor endoscopiști și ecografiști	Vasile Guțu, d.ș.m.
1994	Asociația medicilor ecografiști din R.M.	A. Testemițanu, d.ș.m., M.Eftodi, V.Schițanu, F.Bejan, V.Țurcanu
1996	Apare a doua carte în ecografie „Ecografia glandei tiroide”	A.Cebotari
1996	Prima secție de ecografie în urgențele chirurgicale	Vasile Țurcanu
1999 septembrie	Primul ciclu de ecografie MS USMF „N.Testemițanu”	A.Testemițanu, M.Eftodi, V.Schițanu, F.Bejan, V.Țurcanu, I.Zatușevschi, A.Crețu
1999 noiembrie 24	I atestare a medicilor ecografiști	A.Testemițanu, M.Eftodi, V.Schițanu, F.Bejan, V.Țurcanu, I.Zatușevschi, A.Penu.

dirijare e oportun de a evidenția verigile organizatorice, aprecierea funcțiilor corelațiilor reciproce atât pe verticală cât și pe orizontală. Din punct de vedere organizatoric argumentăm fondarea secției (cabinetului) de ecografie a unității medico-profilactice cu următoarele funcții:

- participarea la efectuarea biopsiei sub ghidaj ecografic;
- prezentarea concluziilor în baza rezultatelor cercetărilor cu ultrasunet nu mai târziu de ziua următoare, după efectuarea cercetării;
- organizarea unui program complex de cercetare a pacienților în comun cu alte metode de diagnostic;
- lucrul metodic cu medicii instituțiilor curativ-profilactice privind îndrumarea argumentată și corectă a bolnavilor la cercetările cu ultrasunet;
- ridicarea calificării lucrătorilor instituțiilor MS pe întrebările posibilității diagnosticului ecografic;
- eliberarea acțiunilor pe îmbunătățirea calității ajutorului diagnostic;
- studierea și aplicarea metodelor noi de diagnostic inclusiv și a aparatului nou de diagnostic ecografic;
- ridicarea calificării medicilor și asistențelor medicale a secției în ordinea stabilită;
- analiza sistematică a indicilor de calitate și cantitate a activității secției de ecografie;
- analiza și depistarea principiilor de divergență

a concluziilor ecografice cu rezultatele altor metode de diagnostică, clinice și patologice;

- executarea documentației, evidență și darea de seama după formele stabilite și în termeni în vigoare;
- folosirea rațională a aparatului ecografic, instrumentariului, asigurarea îngrijirii tehnice;
- respectarea recomandărilor igiene și de îmbunătățire a condițiilor de lucru a personalului ce se ocupă cu ecografie, regulilor tehnicii securității.

Au fost organizate statele de personal pentru secție, organizată secția diagnosticii ecografice a nou-născuților și copiilor prematuri conform prevederilor ordinului MS RM nr. 123 din 01.06.1993, p. I.I.

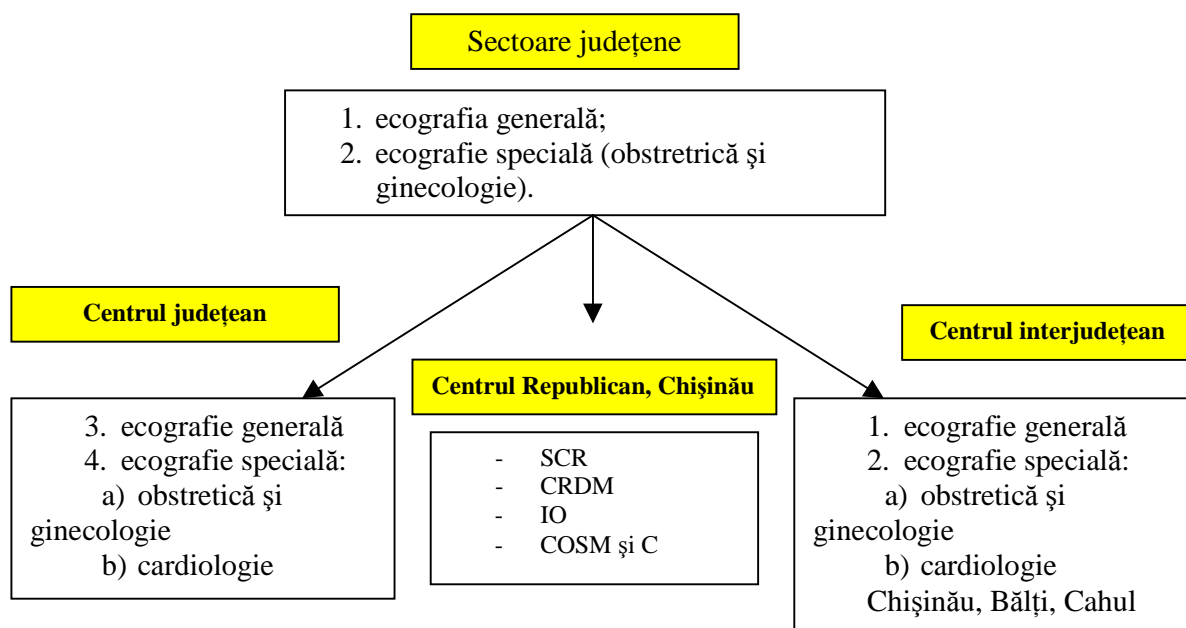
Au fost organizate actele normative ale Ministerului Sănătății pentru a poseda dreptul de activitate ecografică, elaborate Regulamentele respective, normele medico-juridice și sanitare atât pentru cabinetele ecografice a unităților curativ profilactice de stat cât și cele private.

Au fost argumentate științific verigile organizatorice, infrastructura, funcțiile, interdependența, conform fig.nr.1, nr.2.

Odată cu democratizarea societății noastre, practica unirii cetățenilor în diferite organizații profesionale, culturale, etnice, sportive etc., a devenit frecvent. Acest fapt este confirmat prin

Figura 1

**Infrastructura serviciului ecografic din Republica Moldova**





Centrele interjudețene cu sectoarele lor



Figura 2

- Participarea activă în introducerea metodelor noi în diagnosticul ecografic;
- Evaluarea și editarea recomandărilor pentru specialiști, revistelor, broșurilor etc.;
- Participarea, ulterior organizarea și efectuarea atestării medicilor ecografști din RM.;
- Dezvoltarea relațiilor internaționale similare din alte țări.

Bazele legislației statutare sunt expuse în statut. Unele funcții sunt reglementate deja, altele urmează să fie acordate prin intermediul Asociațiilor profesionale naționale.

Avînd în vedere evaluarea serviciului ecografic în Republica Moldova necesitatea pregătirii și perfecționării medicilor în ecografie, necesitatea creării unui curs de ecografie în cadrul UMF „N. Testemițanu” este oportună. Studiile noastre au arătat că 80% din specialiști nu au pregătire

multitudinea acestor organizații în Republica Moldova. Dealtfel aceste acțiuni sunt favorizate de diferite legi și acte normative internaționale și naționale (Declarația Drepturilor Omului, Declarația de la Alma – Ata, Conferința Internațională 1978, Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova despre organizațiile non-guvernamentale și obștești, etc.)

Medicii, ca și alte categorii de specialiști se pot uni în diferite organizații profesionale, profiluri medicale, etc. Argumentînd științific, profesional și juridic am organizat Asociația Medicilor Ecografștilor (AME) din Republica Moldova, înregistrată la Ministerul Justiției al Republicii Moldova la 8 decembrie 1996.

Necesitatea creării AME a fost apreciată de existența numeroaselor probleme a medicilor ecografști ca grup social și profesional. Societatea activează în conformitate cu legislația în vigoare a Republicii Moldova.

Funcțiile AME din Republica Moldova:

- Organizarea conferințelor, seminarelor, simpozioanelor naționale și internaționale;
- Efectuarea investigațiilor științifice în ecografie și aplicarea lor în practică;

profesională primară în ecografie, lipsește metodologia de pregătire și perfecționare, criteriile de apreciere profesională în calificare etc.

În acest context prin argumentare științifică a fost pregătit proiectul regulamentului unui curs de perfecționare a medicilor ecografști, cu infrastructura organizatorică, inclusiv clase de studii, laboratoare, etc.

În această ordine de idei a fost elaborată Programa complexă de pregătire în specialitatea „Ecografie” cuprinzînd probleme de anatomie ecografică și terminînd cu patologia specifică și diagnosticul diferențiat.

Programa complexă de pregătire în specialitatea „Ecografie”, argumentată științifico-didactic de noi (M.Eftodi, A.Testemițanu, I.Mereuță, 1998), se bazează pe datele contemporane în metodologia pregătirii cadrelor. Este format din 14 cicluri care includ toate direcțiile de aplicare a metodei USG. Datele științifice obținute de noi, experiența practică autohtonă și internațională a indicat la crearea a 3 direcții principale în pregătirea medicului ecografist și anume:

I – ECOGRAFIE GENERALĂ - ce include organele cavității abdominale și țesuturile moi

superficiale, de asemenea noțiuni generale din ecografia specială.

II – ECOGRAFIE SPECIALĂ – care are 2 direcții:

- cardiologie;
- obstetrică și ginecologie.

După pregătirea generală sau specială în cadrul cursului de ecografie la fiecare 5 ani specialiștii necesită perfecționare și atestare. Astfel a fost elaborată metodologia atestării (M.Eftodi, A.Testemițanu, I.Mereuță, V.Schițanu, F.Bejan, A.Penu, I.Zatușevschi, V.Țurcanu). Ulterior a fost elaborată metodologia atestării medicilor ecografiști la categoriile de calificare.

Controlul în serviciul USG se efectuează de specialistul principal al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, Asociația Medicilor Ecografiști din Republica Moldova, Liga medicilor, Asociația Medicală din Republica Moldova, organele de resort, etc.

**Bibliografie**

1. Е.П. Раку, М.В. Ефтодий. Контролируемые пункты в диагностике опухолей поджелудочной железы в условиях диагностического центра. Тезисы Всесоюзного

Симпозиума “Экография в онкологии”, — Смоленск, 1990, стр.37.

2. I. Mereuță, M. Eftodi “Managementul medical în serviciul ecografic al Republicii Moldova”. Materialele Conferinței XII-a naționale de obstetrică și imunologie. — Iași, România, 1998, p.83.

3. M. Eftodi, I. Mereuță “Rolul ecografiei în screeningul patologiei sînuului”. Materialele Conferinței XII-a naționale de obstetrică și imunologie. — Iași, România, 1998, p.84.

4. I. Mereuță, V. Cernat, M. Mârza, M. Eftodi, I. Lazarev, A. Cucieru, P. Pihut, B. Untu “Confirmarea sau infirmarea diagnosticului de cancer mamar: tendința de cost, beneficiu”. Materialele Conferinței XII-a naționale de obstetrică și imunologie. — Iași, România, 1998, p.226.

5. M. Eftodi “Ecografia, metodă de diagnosticare a bolilor înalt invalidante”. Materialele Conferinței a II-a științifico-practice naționale cu prezență internațională. — Chișinău, 1999, p.73-77.

6. V. Schițanu, V. Cravcenco, S. Guranda, N. Stratila, F. Bejan, M. Eftodi “Structura și frecvența malformațiilor fetale la screeningul ecografic”, 1999, p.17-21.

7. M. Eftodi, I. Mereuță “Reforma sistemului de sănătate. Aspectul de management în serviciul ecografic”. Materialele Congresului II social igieniștilor și organizatorilor ocrotirii sănătății din Republica Moldova, Chișinău, 1998, p.42.

8. M. Eftodi “Necesitatea examenului ecografic”. Materialele conferinței științifico-practice naționale, — Chișinău, 2000, p.72

9. I. Mereuță, E. Popușoi, C. Ețco, M. Eftodi “Sănătatea publică și managementul în medicină”, Chișinău, 2000, 350p.

L. Serbeniuc, V. Ghicavii

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”  
Catedra farmacologie și farmacologie clinică

## ULEIUL DIN SEMINȚE DE STRUGURI - REMEDIU NOU CU PROPRIETĂȚI GASTROPROTECTOARE

***The oil from grape suds enteral administrated in gastritis hidro cortizon - inductible en dosis of 0,5 ml and 0,7 ml manifests a gastroprotector effect, probably because of the antioxidant propertes with the inhibition of lipidic peroxidation, because of the presence of unsaturatid fat acids (the predecisors of phisyological prostaglandines) and probably mecanic protector effect.***

***Key words: grape suds oil, gastroprotector effect***

**Rezumat:**

Uleiul din semințe de struguri administrat enteral în gastrite hidro cortizon-inductibile în doze de 0,5 ml și 0,7 ml manifestă un efect gastroprotector, datorat probabil proprietăților antioxidante prin inhibiția peroxidării lipidice, prezenței acizilor grași nesaturați (predecesori ai prostoglandinelor fiziologice) și posibil un efect mecanic protector.

Obiective: Tratamentul contemporan al ulcerelor gastrice și duodenale este complex și include un spectru larg de medicamente cu diverse mecanisme de acțiune. Un rol important în tratament revine stimulării proceselor reparative ale mucoasei. Din grupul remediilor ce contribuie la formarea unui strat protector și intensifică procesele reparative fac parte uleiurile de proveniență vegetală, principiile active ale

căroră constituie acizii grași nesăturați capabili să înlăture acțiunea unor factori agresivi și să manifeste efect citoprotector. Unul din acestea este uleiul din semințe de struguri, care include în componența sa tocoferoli și acizi grași nesăturați (acid linoleic, oleinic, palmitinic, stearinic etc).

Scopul prezentei lucrări a fost determinarea eficacității gastroprotectoare a uleiului din semințe de struguri.

Cercetările au fost efectuate pe 40 șobolani albi, cu masa corporală de 160-180g. Uleiul din semințe de struguri s-a administrat intern timp de 20 zile odată pe zi la aceeași oră. Timp de 3 zile, după administrarea uleiului din semințe de struguri, intraperitoneal sa administrat suspensie de hidrocortizonă acetat 2,5% în doză de 60 mg/kg cu scop de modelare experimentală a gastritelor acute hidrocortizon-inductibile. Suplimentar pe parcursul a 3 zile șobolanii din studiu au fost lipsiți de hrană, accesul la apă fiind liber. Animalele au fost divizate în IV loturi: I lot de șobolani - martor, animalele intacte, al II lot (10 șobolani) - control - animale căroră s-a administrat numai suspensie de hidrocortizonă acetat, al III lot (10 animale) - șobolani care au primit ulei din semințe de struguri în cantitate de 0,7 ml (cantitatea maximă de ulei ingerată de șobolani cercetați pe stomac gol) și lotul IV (10 șobolani) animalele căroră sa administrat intern 0,5 ml ulei. Animalele au fost sacrificate cu eter dietilic. Stomacul separat a fost rezecat pe curbura mică și bine spălat în soluție izotonică de clorură de sodiu. Mucoasa stomacului s-a studiat macroscopic și microscopic.

Studiul morfologic macroscopic a demonstrat, că în grupul intact (martor) mucoasa stomacală a fost pal-roză, lucioasă, succulentă, schimbări distructive și hemoragii punctiforme nu s-au depistat (fig.1).

La cercetarea macroscopică a animalelor grupului II (control cu utilizarea hidrocortizonului acetat) mucoasa stomacală era hiperimiată cu numeroase hemoragii punctiforme, în unele porțiuni ale stomacului schimbări distructive (eroziuni) (fig.2).

În grupul animalelor care au primit preventiv intern 0,5 ml și 0,7 ml ulei din semințe de struguri schimbări macroscopice nu s-au depistat (fig.3, fig.4).

În preparatele histologice din grupul I (martor)



**Fig. 1** Mucoasa gastrică de culoare pal roză, lucioasă, pliurile păstrate, ușor elevate.



**Fig.2** Mucoasa gastrică edemațiată, hiperimiată, opacă, cu numeroase hemoragii punctiforme și eroziuni acoperite cu hematină



**Fig. 3** Mucoasa pierde edemul, pliurile își restabilesc arhitectonica



**Fig. 4** Mucoasa pierde edemul, pliurile își restabilesc arhitectonica.

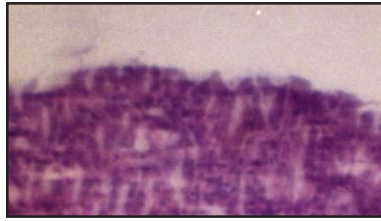
intact n-au fost depistate infiltrate inflamatorii și edem al mucoasei. Ganglionii nervoși ai plexurilor musculare și patul microcirculator era fără schimbări patologice. Epiteliul glandular fără distrofii. Deci, descrierea morfologică corespunde stării funcționale normale a mucoasei gastrice, ce ne vorbește despre o rezistență bună a acestui grup de animale (fig.5).

La cercetarea morfohistologică a preparatelor lotului II (control, căroră s-a administrat numai hidrocortizonă) în 90 % au fost depistate infiltrate polimorfo-celulare cu predominarea leucocitelor neutrofile. Schimbările infiltrative aveau un caracter de focar preponderent localizate în tunica proprie a mucoasei stomacale, cu hiperimia pronunțată a vaselor, eritro-și leucodiapedeză. Edemul era prezent atât în tunica mucoasă, cât și în cea musculară. Aparatul glandular cu vacuolizarea epiteliului, descuamația apicală, în unele cazuri necroză cu implicarea tunicii musculare. Schimbările enumerate sunt caracteristice patologiei observate în caz de gastrită acută (fig.6).

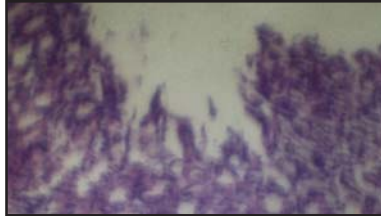
La analiza tabloului morfologic a mucoasei



**Fig. 5** Mucoasa stomacală intactă.  
Hematoxelină-eozină  
Oc.10. Ob.10.



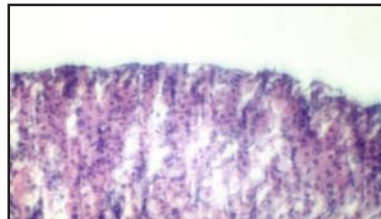
**Fig. 6** Distrofie proteică a celulelor epiteliale, edem, hiperemie și apariția eroziunelor.  
Hematoxelină-eozină  
Oc.10. Ob.10.



**Fig. 7** Restabilirea mucoasei după tratament.  
Hematoxelină-eozină  
Oc.10. Ob.10.



**Fig. 8** Restabilirea mucoasei după tratament.  
Hematoxelină-eozină  
Oc.10. Ob.10.



animalelor lotului III și IV se remarca asemănarea histologică cu preparatele din grupul intact (fig.7 și fig. 8). Lipseau devierile patologice ca edemul mucoasei și submucoasei, angioarhitectonica era

neschimbată, plexurile nervoase fără particularități.

Rezultatele obținute demonstrează, că uleiul din semințe de struguri studiat manifestă efect gastroprotector în gastrite acute hidrocortizon-inductibile. Efectul dat probabil este datorat componentilor activi cum sunt: tocoferoli 90 mg/ %, care manifestă proprietăți antioxidante pronunțate, inhibând extinderea peroxidării lipidice, declanșate prin migrarea leucocitelor în mucoasa stomacală.

De asemenea uleiul conține un grup variat de acizi grași vegetali cum sunt: acidul linoleic, oleinic, palmitinic etc. (predecesori al prostaglandinelor fiziologice care manifestă efect protector al mucoasei stomacale).

Concluzie:

Uleiul nerafinat din semințe de struguri manifestă efect gastroprotector în gastritele experimentale hidrocortizon-inductibile datorat efectului antioxidant protector manifestat de componentii activi.

Bibliografie:

1. Haulică I. "Stresul oxidativ și antioxidantele". // Medicina modernă. 1995, p.543-544.
2. Dejiță Doru // "Antioxidanți și terapie antioxidantă" Cluj-Napoca 2001.
3. Исмагилова А.Ф. // «Экспериментальная и клиническая фармакология». 1998. №4, с.23-25.
4. Крылов И.А. // «Экспериментальная и клиническая фармакология». 2002, №3, с.19-21.
5. Миронова А.Н. // Вопросы питания 1990, № 5, стр.19-23.

Liuba Munteanu, USMF "N.Testemițanu"

## VIZIUNI ȘI PERSPECTIVE ALE REABILITĂRII MEDICO-SOCIALE A PERSOANELOR VÂRSTNICE

***In 2002, the share of the aged in the Republic of Moldova accounted for 503.306 people and the ageing coefficient amounted to 13.8%. The phenomenon of the population ageing causes social, economic and especially medical problems. The greatest role in the solution of health problems of the aged is played by the complex process of the geriatric rehabilitation. The main directions of the geriatric rehabilitation are as follows: - gerontological, social, training, economic and professional care.***

***Key word: ageing of the population, geriatric rehabilitation.***

Cunoașterea îmbătrânirii ca proces bio-psiho-social își are originile în urmă cu mai bine de doua milenii, dovadă fiind scrierile filozofilor și medicilor din antichitate care impresionează prin bogăția de

idei, gradul de sinteză a faptelor și recomandările pentru menținerea sănătății și prelungirea duratei de viață.

Dar pe lângă dimensiunea medicală individuală,



acest fenomen are și aspecte sociale ,care devin din ce în ce mai importante fiind induse de tendința progresivă stabilă de creștere a numărului populației vîrstnice.

Ponderea populației vîrstnice pentru Republica Moldova în anul 2002 constituie 503.306 persoane , coeficientul de îmbătrînire cifrînd la 13,8%.Ca rezultat al efectuării pronosticului ponderii vîrstnicilor am obținut că în anul 2010 acest coeficient va constitui 14,62%.

Fenomenul de îmbătrînire a populației induce probleme de ordin socio-administrativ, economico-juridic, educațional și în special de asistență medicală în funcție de grupurile esențiale de necesități a acestui grup de populație, reieșind din aspectele morfofuncționale, psihoemotive și sociale.

Ca urmare a studiului efectuat am menționat un grad înalt de dezintegrare socială a vîrstnicilor (distabilitate pronunțată a statutului psiho-emoțiv), predominarea polipatologiilor și a evoluției decompensate în statutul fizic, necesitatea impunătoare în ameliorarea asistenței medico-sociale. Rolul primordial în soluționarea problemelor de sănătate și ale necesităților vîrstnicilor revine procesului complex de reabilitare geriatrică.

Reabilitarea geriatrică este un compartiment al reabilitării orientat spre menținerea, păstrarea și restabilirea proceselor funcționale ale vîrstnicilor și tînde spre independența persoanei, îmbunătățirea nivelului de trai și stabilitatea emoțivă.

În reabilitarea geriatrică nu este admisă separarea aspectelor procesului de reabilitare — medical, psihologic, social etc. – motiv din care a fost introdus termenul de apreciere geriatrică multilaterală: compartimentele vieții vîrstnicului, problemele și metodele de rezolvare a lor, necesitățile pentru diverse servicii geriatrice, stabilirea resurselor, aprecierea finanțării activității.

Reabilitarea gerontologică include trei sfere: diagnosticarea, intervenția, rezultatele.

Diagnosticarea cuprinde informația despre problemele medico-sociale ale vîrstnicului și aportul familiei și al comunității la soluționarea lor.

Intervenția constă din: 1. informarea bătrînilor despre procesele de senescență, despre tipurile de susținere a vîrstnicilor etc.; 2. propagarea modului sănătos de viață, alimentație corectă; 3. ameliorarea suferințelor bătrînilor; 4. acțiunea asupra factorilor sociali, economici și politici negativi, ce influențează vîrstnicul; 5. recomandări

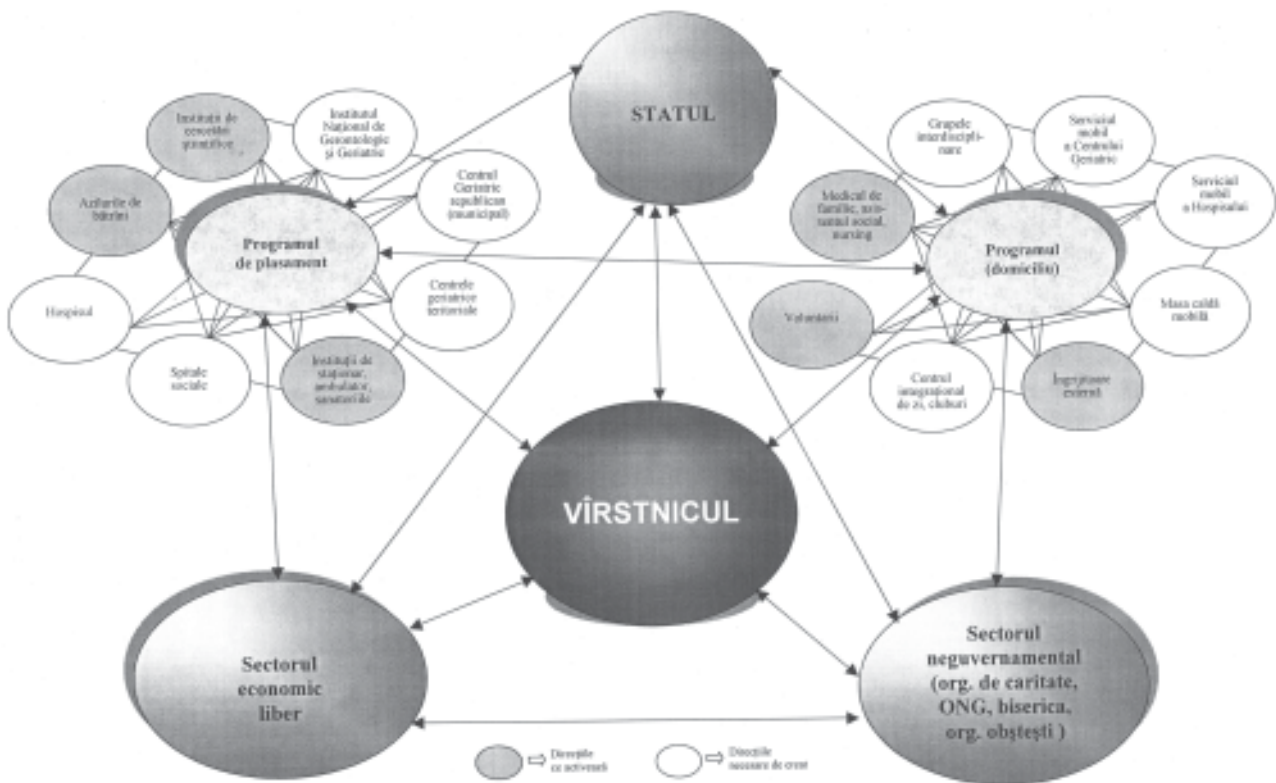


Figura 1. Infrastructura medico-socială de susținere a bătrînilor

despre autoajutor.

Rezultatele reabilitării vîrstnicilor reprezintă dirijarea proceselor de senescență ce se petrec în organism și integrarea bătrînului în socium.

Conform datelor OMS scopurile reabilitării geriatrice sunt:

*Reactivitatea* — antrenarea activă a bătrînului în mediul său;

*Resocializarea* — reînnoirea și întărirea comunicării bătrînului în familie și societate, evitînd izolarea;

*Reintegrarea* — participarea activă și adecvată a bătrînului în viața socială, culturală, politică, economică etc.

Direcțiile esențiale ale reabilitării geriatrice sunt: medicală; îngrijirea gerontologică; socială; de instruire; economică; profesională.

Implementarea măsurilor complexe reabilitare geriatică ține de crearea infrastructurii optime de asistență medico-socială a persoanelor vîrstnice, care ar constitui o integrativitate structurală a „Programului de plasament” și „programului Domiciliu”(Fig.1).

Optimizarea și cooperarea activității instituțiilor geriatrice de plasament și a structurilor de asistență la domiciliu, asigurată și corelată prin

Programe Naționale de asistență și protecție a vîrstnicilor constituie o necesitate în procesul de reformare a sistemului de asistență medico-socială.

**Bibliografie**

1. Alexander D.N. Geriatric neurorehabilitation. // Neurologic Clinics. 16(3):713-33, 1998 Aug.
2. Balaci M. Gerontological implications concerning the increased number and prevalence of senescent and presenescent persons in România, Abstract, p. 348, World Congress of Gerontology, The XVth Congress of the Int. Assoc. of Gerontology, Budapest (Hungary), July 4-9, 1993.
3. Grymonpre R.E., Steele J.W. The medication information line for the elderly: an 8-year cumulative analysis. //Annals of Pharmacotherapy. 32(7-8): 1998 Jul-Aug.
4. Habib J. Aging population structure and support for the elderly, în: «Economic and Social implications of Population Aging», op. cit., Part Two, Background papers, III, Support for the elderly, p.194-226, 1999.
5. McCormack B. Community care for elderly people. Will improve only when there are national standards and explicit funding. //BMJ. 317(7158):552-3, 1998 Aug 29.
6. Paladi Gh. Femeile de vîrsta a III-a. Unele aspecte socio-demografice și medicale.//Materialele Conferinței științifice “Particularitățile și tendințele proceselor demografice în Republica Moldova”, Chișinău, decembrie, 2001.
7. Бивол Г.К., Канцер Г.Г. Принципы этиопатической терапии длительного незаживающих гастродуоденальных язв в пожилом и старческом возрасте. Тезисы докладов Всесоюзной Конференции, 15-17 октября, 1991, стр.23.

*В. Байрак, Е. Антонов, И. Мочалов  
 М.С.Ч. АОЗТ «Одема», г.Тирасполь*

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ТЕРМОГРАФИЧЕСКОГО И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА**

*The authors make a parallel between the computer thermography and radiological methods in case of additional nasal sinuses. 370 people have been surveyed aged 16 to 55. The coincidence of thermographical and radiological diagnosis has been noticed in 81,5% of cases. The computer thermography method is quick and absolutely harmless both for the sick and medical personnel. This method reveals the inflammatory process in early stages sinusitis.*

**Key words:** *computer thermography, radiological method, additional nasal sinuses.*

**Актуальность**

В настоящее время большое внимание уделяется созданию и эффективному функционированию консультативно-диагностических центров, в которых обязательно должны быть отделения или кабинеты термодиагностики.

Поиск более совершенных методов

диагностики синуситов обусловлен большой частотой бессимптомных и моносимптомных форм заболеваний.

Термография как инструментальный диагностический метод в настоящее время широко применяется практически во всех областях медицины.

Высокая информативность тепловизионного

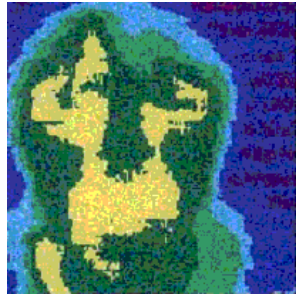
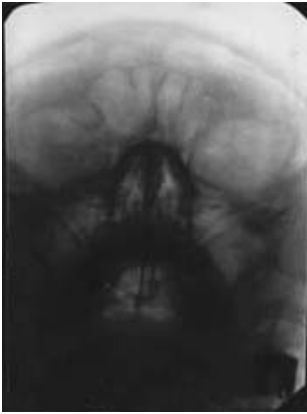


Рис.1. Больная Т., 38 лет.  
 Дз. О. правосторонний гайморэотмоидит

метода диагностики, безвредность обследования для больного позволяют включить этот метод в число ведущих при распознавании заболеваний придаточных пазух носа при проведении профилактических осмотров.

На ранних стадиях развития воспалительного процесса в околоносовых пазухах, когда значительного утолщения слизистой оболочки еще не произошло и отсутствует экссудат, термография играет важную роль и способствует ранней диагностике.

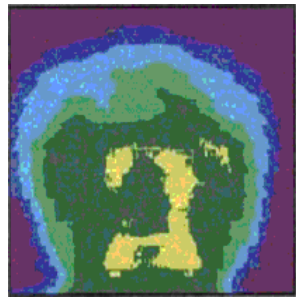


Рис.2. Больная А., 50 лет,  
 Дз. О. левосторонний гайморит

**Цели и задачи**

Целью работы являлось сравнение диагностической информации, полученной при помощи компьютерной термографии и рентгенографии придаточных пазух носа, а также выявления заболеваний придаточных пазух носа при профилактических осмотрах на

Таблица 1

**Распределение по возрастам больных с термоасимметрией**

Возрастная группа	16-36	37-46	47-55
Количество человек	21	29	26

предприятию, имеющему вредность – запыленность воздуха частицами обрабатываемых тканей.

На первом этапе обследования целью явилась запись полученной информации при осмотре и термографии; сортировка потока исследуемых на две группы: лиц с патологией и «нормой». Даже пациенты с отклонениями от «нормы» термограммы проходили рентгенографию придаточных пазух носа.

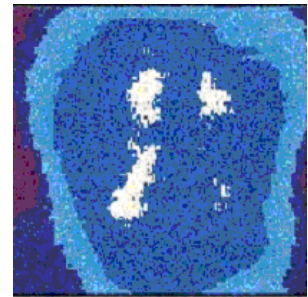
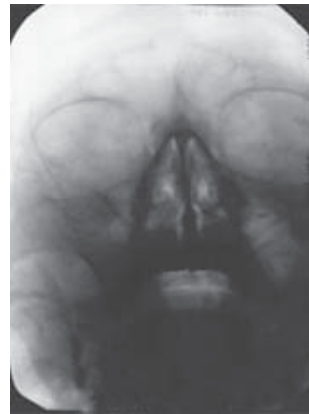


Рис.3. Больная М., 48 лет,  
 Дз. О. гайморит справа

**Материалы и методы**

Для проведения термографии использовали тепловизор «Радуга» совмещенный с ЭВМ, на экране монитора которого получали цветное изображение термограммы. Термочувствительность тепловизора 0,1 – 0,2°С. Исследование проводили по общепринятой методике с распечаткой изображения на цветном принтере Epson stylus C40 ux.

Рентгенография проводилась на аппарате «Рентген 30» с использованием рентген-пленки размером 12x18 см «Медикс МА» и «Primax RT9-B».

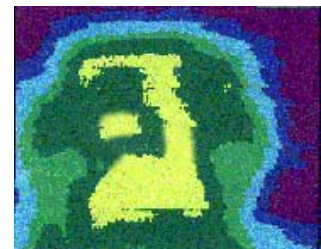


Рис.4. Больная К., 45 лет,  
 Дз. Острый гемисинусит слева



**Результаты**

Нами было обследовано 370 человек в возрасте от 16 до 55 лет, женщин – работниц швейных цехов.

Результаты термографического исследования оценивали визуально (качественная оценка) и термометрически (количественная оценка).

При визуальной оценке термоасимметрии кожи лица в области придаточных пазух носа выявлено у 76 пациентов (20,5%).

Распределение пациентов приблизительно одинаково во всех возрастных группах. Пределы колебаний абсолютной температуры областей придаточных пазух носа у здоровых лиц и с заболеваниями придаточных пазух носа отражены в таблице 2.

Таблица 2

	Здоровые, °C	Больные, °C
область фронтальных пазух	34,2 – 36,2	36,7 – 37
область решетчатых пазух	31,4 – 34,9	35 – 36,8
область верхнечелюстных пазух	33,4 – 35,2	36,4 – 38

Таблица 3

Возрастная группа	16 – 36	37 – 46	47 – 55
Термоасимметрия	21	29	26
Рентгенологические изменения	20	19	23

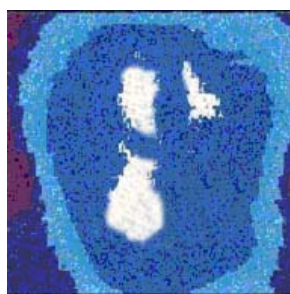
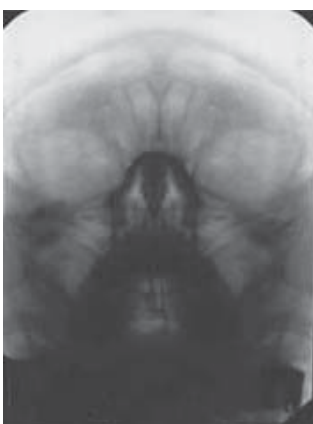


Рис.5. Больная Л., 40 лет, Дз. Острый гайморит справа

При оценке рентгенограмм, выполненных в носоподбровочной проекции, определялись пристеночное утолщение слизистой оболочки верхнечелюстных пазух у 12 пациентов, гомогенное затемнение верхнечелюстных пазух у 15, снижение вздутости придаточных

пазух носа у 28 человек, уровень жидкости верхнечелюстных пазух у 7 человек.

Процент совпадения термографической и рентгенологической картины составил 81,5%.

**Выводы**

1. Метод компьютерной термографии сокращает время проведения исследования, дает возможность документировать измерительную информацию, что исключает субъективные ошибки измерений.

2. Метод термографии позволяет выявить воспалительный процесс на ранних стадиях его развития, а так же при малосимптомной форме синусита. Совпадение рентгенографического и термографического диагноза наблюдается в 81,5% случаев.

3. Быстрота и абсолютная безвредность термографии для больного и медицинского персонала делают возможным ее применение для экспресс-диагностики синуситов, массового скрининга на предприятиях, как этап обследования.

4. В диагностике синуситов так же следует учитывать результаты рентгенографии, которая дает более детальную информацию о характере воспалительного процесса придаточных пазух носа.

**Литература**

- Егорова Т.А., д.м.н. Ситников В.П. Северный вариант «нормы» тепловой картины лица. //Вестник оториноларингологии. 1990. №1.
- Вознамов А.Ф., Розенфельд Л.Т., Сердюк А.М. и др. «Клиническая термодиагностика». К.: Здоровье, 1991.
- Шадыев Х.Д., Хлыстов В.Ю., Хлыстов Ю.А. Практическая оториноларингология : Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агенство, 2002.
- Мазурин В.Я. Медицинская термография. Кишинев: Штиинца, 1984.
- Митин Ю.В. Использование неконизирующих методов в диагностике заболеваний носа, носоглотки и околоносовых пазух. Киев, 1991.
- Воробьев А.Р. Тепловедение в медицине.: Медицина, 1985.
- Зарецкий В.В., Выховская А.Г. Клиническая термография.: М. 1976
- Сухарев В.Ф., Рождественская Е.М. Тепловедение в медицине. Л. 1981
- Barnes K.B., Gerschon-Cohen. I. Thermography – I. Albert Einstein Med. Center. 1963. vol. 11. №1.



**Doctor habilitat în științe medicale,  
Profesor universitar,  
Academician al Academiei  
 Internaționale “Noosfera” din Moscova**

**Constantin EȚCO**

***la 60 de ani***



Născut la 22 iulie 1941 în satul Horodiște, r. Călărași, Republica Moldova. În anul 1971 absolvește cu mențiune Institutul de Stat de Medicină, facultatea Medicină Generală.

Perioada inițială a activității sale se caracterizează prin orientare, acreditare și perfecționare profesională.

Studios și perseverent acumulează experiență de ordin teoretic și practic în calitate de lector la Școala Medicală republicană din Moldova, asistent al catedrei Igienă Socială și Organizare a Ocrotirii Sănătății, ulterior lector superior (1973).

În 1971 prezintă prima publicație științifică care a fost menționată cu premiul unional. În 1979 i s-a conferit titlul de doctor în științe medicale și se antrenează cu ardoare în activitatea didactică a catedrei de Igienă Socială și Organizare a Ocrotirii Sănătății. În 1982 a susținut teza de doctor habilitat în științe medicale. Din 1993 activează ca profesor universitar la catedra Medicină Socială și Organizarea Ocrotirii Sănătății. În paralel cu misiunile și activitatea profesională în cadrul catedrei s-a antrenat cu mare responsabilitate în procesul didactic universitar: 1990-1993 – decan al facultății de Medicină Generală; 1993-1995 – decan la studii postuniversitare; 1995-2000 – decan la masterat, doctorantură și postdoctorantură.

Pe parcursul activității sale valoroase în paralel cu realizările de bază în procesul didactic Domnia sa face incursiuni semnificative și în viața socială. În 1998 este ales vicepreședinte al Ligii Medicilor din RM. În 1999 – academician al Academiei Noosfera din Moscova; 2000 – vicepreședinte al Asociației Sănătate Publică și Management Sanitar, Președinte al Asociației Economie, Management și Psihologie în Medicină, șef de secție Medicină și Farmacie a Comisiei Superioare de Atestare a RM.

Întreaga activitate a Domniei sale relevă cu plenitudine opțiuni didactico-profesioniste materializate în publicații de o irezistibilă expresie și distinctă valoare pentru sistemul național al ocrotirii sănătății și procesul didactico-metodologic. De la primele lucrări științifice și pînă la cele mai recente rămîne fidel ideilor și principiilor de dezvoltare și optimizare a aspectelor manageriale în sistemul sănătății. Fiind cunoscut ca o personalitate dotată cu un înalt spirit inovator în anul 1997 fondează catedra Economie, Management și Psihopedagogie. Grație talentului și exigenței titanice cît și dirijării prompte spre obiective trasate cert catedra a desfășurat o activitate fructuoasă, frumoasă și productivă.

Elementul restructurării, adaptării și ajustării a principiilor și direcțiilor economico-manageriale ultramoderne la condițiile și specificul sistemului autohton al ocrotirii sănătății a fost revitalizat și aprofundat în activitatea de valoare a dlui prof. C. Ețco.

Ultimele elaborări ale Domniei sale ce țin de problemele economico-manageriale în ocrotirea sănătății, valorile morale în medicină, bazele legislative în activitatea medicală întregesc totalmente în sine spiritul progresiv și inovator al savantului.

Personalitate de o înaltă ținută morală și responsabilitate civică, de un înalt nivel al cotelor valorice profesioniste, a valorificat prin întreaga sa activitate distinctă cerințele ritmului progresiv al aspectelor socio-economice a societății de astăzi. A reprezentat cu demnitate și devotament țara la diferite foruri internaționale.

Bucurîndu-se de stima profundă și admirația numeroșilor săi prieteni și colegi. Prof. C. Ețco, plin de forțe creative, continuă să lanseze o multitudine de idei și proiecte progresive și reformatoare.

Îl felicităm cu ocazia acestui frumos jubileu, dorindu-i sănătate, bucurii din partea celor apropiați și succese în atingerea noilor realizări profesioniste.

*Au consemnat cu mult respect colegi, discipoli și prieteni*

## Victor Cebotaru - la 50 de ani

### SĂNĂTATEA REPREZINTĂ UN DREPT FUNDAMENTAL AL OMULUI

**De vorbă cu Victor Cebotaru, director  
al Asociației Medicale Teritoriale Ciocana**

*Victor Cebotaru, director Asociației Medicale Teritoriale Ciocana, s-a născut la 2 martie 1953 în satul Pererâta, sectorul Briceni, județul Edineț, într-o familie de țărani. După absolvirea școlii medii din Lipcani, devine student al Institutului de Medicină din Chișinău, facultatea medicină generală, care îl absoluește în 1977. După ce-și face internatura la Spitalul Clinic Republican, activează ca medic de sector (1979-1986) la Policlinica nr.2 din mun. Chișinău, apoi exercită funcția de șef al acestei policlinici (1986-1988). În decembrie 1988 a fost numit medic-șef al Asociației Medicale Teritoriale Ciocana, pe care a organizat-o și o conduce până în prezent.*

*În anii 1991-1995 a fost ales deputat circumscripția electorală nr.7 a sectorului Ciocana, mun. Chișinău.*

*Este membru al Preturii Ciocana din 1991 și până în prezent.*

*Munca de medic, calitățile sale de bun gospodar și iscusit organizator în domeniul ocrotirii sănătății au fost înalt apreciate de conducerea țării: în 1996 i s-a conferit titlul de "Om emerit", iar în 2000 a fost decorat cu ordinul "Gloria Muncii".*

*- Nu demult ați prezentat raportul cu privire la activitatea AMT Ciocana în anul 2002. Prin ce s-a remarcat asistența medicală în acest sector al municipiului Chișinău ?*

*- Ca și în întreg municipiul, instituțiile medicale din cadrul AMT "Ciocana" au desfășurat o activitate intensă în vederea promovării continue a reformelor inițiate în anii precedenți la scară republicană. E vorba de reorganizarea asistenței medicale primare în ansamblu, cât și de consolidarea de mai departe a rolului medicului de familie, în particular.*

*- Numiți, vă rog, câteva acțiuni concrete în acest sens.*



*- În scopul consolidării bazei materiale a asistenței medicale primare și activității medicilor de familie, din contul Fondului Investițiilor în Sănătate a fost achiziționat un lot de utilaj tehnic și inventar medical. Tot cu srijinul acestui fond a fost reparat capital acoperișul Centrului Medicilor de Familie nr.8.*

*Întru promovarea cunoștințelor privind implementarea asigurărilor obligatorii de sănătate, în fiecare subdiviziune a AMT "Ciocana" au fost organizate seminare cu personalul medical. În locuri accesibile tuturor a fost afișată informație utilă referitoare la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. Mai mult ca atât, medicii de familie, atât în timpul consultațiilor acordate pacienților în instituțiile medicale cât și în timpul vizitelor la domiciliu, au susținut convorbiri cu locuitorii sectorului Ciocana despre necesitatea implementării asigurării obligatorii de asistență medicală.*

*- Deși a fost elaborat un mecanism de aplicare a asigurării obligatorii de sănătate, pe parcurs vor apărea încă multe probleme. Credeți că asigurarea va constitui o salvare totală pentru asistența medicală primară ?*

*- Cum nu există preparate totale și universale în cazul unor boli grave și complexe, tot astfel doar asigurarea nu va putea scoate de pe ordinea zilei toate problemele cu care se confruntă asistența medicală contemporană. Asigurarea*

este doar un remediu, unul dintre multele "preparate" necesare însănătoșirii medicinei noastre...

- *Și care ar fi celelalte "preparate" necesare revigorării asistenței medicale ?*

- Firește, asigurarea nu este un panaceu economic pentru întregul sistem de asistență medicală. La nivel de medic de familie sau specialist de sector, ea ar putea soluționa, mai întâi de toate, o parte din problemele materiale ale pacienților. Adică, având polița de asigurare, pacientul va beneficia de minimul garantat de asistență medicală gratuită, inclusiv strictul necesar de analize și investigații. Aceste servicii urmează să fie finanțate de Fondul de Asigurare Obligatorie. Să sperăm că mecanismul achitărilor va funcționa bine și operativ, în caz contrar, pacienții riscă să rămână în afara asistenței medicale gratuite.

- *Dar cum se va proceda în cazul în care medicul de familie se va dovedi neputincios să-l trateze pe pacient ?*

- În asemenea cazuri medicul de familie îl va trimite pe pacient să fie consultat de specialiști. La AMT "Ciocana", de pildă, noi dispunem de un Centru Consultativ Diagnostic dotat și cu inventar medical de performanță, și cu specialiști de înaltă clasă. Atâta doar că, în acest caz, pacientul va suporta, probabil, o parte din cheltuielile de investigație și tratament.

- *Din câte am înțeles, 2002 poate fi numit la AMT "Ciocana" "Anul medicului de familie"...*

- Exact, pentru că în acest an au fost consolidate cele 80 de sectoare ale medicilor de familie, în cadrul fiecăruia fiind cuprinse circa 1500 de persoane. S-a îmbunătățit mult conlucrarea medicilor de familie cu specialiștii care activează cu succes la Centrul Medicilor de Familie nr.8 și nr.9. astfel, de exemplu, în domeniul asistenței medicale acordate mamei și copilului, datorită evidenței duble efectuate de medicul obstetrician-ginecolog și medicul de familie, s-a mărit evidența precoce a gravidelor în termen de până la 12 săptămâni...

- *Chiar vroiam să vă întreb: nu credeți că este riscant, cel puțin în perioada actuală, când nu ne putem lăuda că avem medici de familie în deplinul sens al cuvântului, să puneți pe umerii lor unele funcții ale specialiștilor ?*

- Într-adevăr, deși medicii noștri de familie frecventează zeci de seminare și cursuri de

instruire, deși stau zilnic, în timpul liber, aplecați asupra cărților, ei rămân a fi, în mare parte, ceea ce au fost o viață: terapeuți sau pediatri de sector. De aceea eu personal, ca director al AMT "Ciocana", sunt de părere că este încă prea devreme să le transmitem unele funcții ale specialiștilor de profil îngust, cum ar fi de pildă, evidența gravidelor. Această funcție extrem de responsabilă, care solicită o pregătire profesională profundă, rămâne în continuare în grija obstetricianului-ginecolog de sector, medicul de familie ajutându-l prin chemarea la timp a femeilor gravide sau a celor cu patologii ginecologice. Nu întâmplător la AMT "Ciocana" am păstrat ca structuri distincte două consultații de femei cu specialiști în stare să acorde o asistență medicală de înalt profesionalism...

- *În consecință, aveți în acest domeniu de asistență medicală și indici pozitivi constanți...*

- Da, e îmbucurător faptul că în sectorul Ciocana natalitatea se menține deja câțiva ani în șir la același nivel, iar sporul natural al populației este pozitiv. Adică, la Ciocana sunt mai multe nașteri decât decese. Astfel se face că spre deosebire de alte sectoare ale Chișinăului, noi avem o populație de tip progresiv.

- *Ce probleme urmează să soluționați în anul 2003 în scopul menținerii unui nivel înalt de asistență medicală ?*

- Problemele, ca pretutindeni, avem destule. Dar cea mai importantă o consider a fi apropierea medicului de familie de pacienții săi din sector...

- *Adică, cum vine asta ?*

- Instituțiile medicale de la Ciocana au fost construite pe timpuri, astfel ca ele să fie situate cât mai aproape de marile întreprinderi industriale. Așa erau cerințele de pe atunci ! Astăzi însă ni se cere ca asistența medicală să se afle cât mai aproape de locul de trai al omului. Iată de ce se impune reorganizarea activității medicilor de familie după modelul de oficiu. Aceste oficii urmează să fie plasate în cartierele locative, posibil chiar în blocurile de locuit. Căci sănătatea reprezintă un drept fundamental al omului și noi, lucrătorii medicali, suntem obligați să contribuim eficient la realizarea acestui drept vital.

A intervievat  
Ion ANTON

## 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-microchirurgie, et.3

prof. Ion Mereuță, fax: 73.33.27, e-mail: mereutaion@yahoo.com.

## ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ ПОДАЧИ РУКОПИСЕЙ

Формат A4, 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 подают с сопровождающим письмом от имени ответственного автора, которое содержит подтверждение о согласии всех авторов с содержанием и о первичном опубликованием материала.

- Рукописи подают на имя главного редактора, профессора И. Мереуца.

**АДРЕС:** MD 2025, Кишинев, ул. Тестемитану, 30, Онкологический Институт Республики Молдова, Клиника онкологии и микрохирургии, эт.3

профессор Ион Мереуца, fax: 73.33.27, e-mail: mereutaion@yahoo.com.

## 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 contend and the innovative character of the publication.

- Manuscripts should be sent to Professor Ion Mereuta:

**ADDRESS:** Moldovan Oncology Institute, Oncology-Microsurgery Clinics, 30 Testemitanu Street, Chisinau, MD 2025

email: mereutaion@yahoo.com.