

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
IP UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”

Cu titlu de manuscris

C.Z.U.: [616-001.3-07+340.66](043.2)

BONDAREV Anatolii

DIVERGENȚELE DINTRE DIAGNOSTICUL CLINIC ȘI
MEDICO-LEGAL ÎN TRAUMELE MECANICE

351.01 – MEDICINĂ LEGALĂ

Teză de doctor în științe medicale

Conducător științific:



Pădure Andrei

doctor habilitat în științe medicale
conferențiar universitar

Autor:



Bondarev Anatolii



CHIȘINĂU, 2023

© Bondarev Anatolii, 2023

CUPRINS

ADNOTARE	5
АННОТАЦИЯ	6
ANNOTATION	7
LISTA TABELELOR	8
LISTA FIGURILOR	9
LISTA ABREVIERILOR	10
INTRODUCERE	11
1. ASPECTE CONTEMPORANE PRIVIND DIAGNOSTICUL CLINIC ȘI MEDICO-LEGAL DIN PERSPECTIVA DIVERGENȚELOR DINTRE ACESTE A	19
1.1. Diagnosticul medical (clinic și morfologic) și principiile de elaborare a acestuia.....	19
1.2. Divergențele dintre diagnostice: noțiune, clasificare, incidență.....	26
1.3. Prevalența divergențelor în funcție de cauza decesului.....	33
1.4. Aprecierea cauzelor apariției divergențelor dintre diagnostice.....	36
1.5. Concluzii la capitolul 1	38
2. DESCRIEREA MATERIALULUI ȘI A METODELOR DE CERCETARE	40
2.1. Caracteristica generală a studiului (designul cercetării)	40
2.2. Caracteristica loturilor de studiu	44
2.3. Procesarea matematico-statistică a rezultatelor studiului.....	47
2.4. Concluzii la capitolul 2	49
3. MORTALITATEA INTRASPITALICEASCĂ ÎN CALITATE DE SUBIECT AL CERCETĂRII MEDICO-LEGALE	51
3.1. Aspecte generale privind mortalitatea intraspitalicească.....	51
3.2. Distribuția și dinamica mortalității intraspitalicești cercetate medico-legal după principiiul zonal.....	59
3.3. Concluzii la capitolul 3	65
4. EVALUAREA CAUZELOR DIVERGENȚELOR DINTRE DIAGNOSTICUL CLINIC ȘI MEDICO-LEGAL	66
4.1. Generalități privind mortalitatea spitalicească cu divergență de diagnostic confirmată.....	66
4.2. Caracteristicile diagnosticului clinic și medico-legal în situațiile de divergență	78
4.3. Frecvența cauzelor obiective și subiective ale divergențelor dintre diagnostice.....	87
4.4. Concluzii la capitolul 4	111
DISCUȚII	113
CONCLUZII GENERALE	116

RECOMANDĂRI	117
BIBLIOGRAFIE	118
ANEXE	131
Anexa 1. Chestionarul de studiu	131
Anexa 2. Avizul favorabil al Comitetului de etică a cercetării	133
Anexa 3. Structura mortalității intraspitalicești în funcția de zona țării pe ani (2004-2018).....	134
Anexa 4. Ordinul nr. 24 din 9.06.2016 cu privire la aprobarea Ghidului privind elaborarea diagnosticului medico-legal în cazurile de moarte violentă	136
Anexa 5. Dispoziție nr. 3 din 27.10.2017 privind constatarea deficiențelor esențiale în acordarea asistenței medicale.....	137
Anexa 6. Acte de implementare în practică.....	138
Anexa 7. Certificate de inovator	144
Anexa 8. Curriculum disciplinei „Diagnosticul medical”	148
Anexa 9. Indicatorii privind lotul selectiv de studii	149
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII	151
CURRICULUM VITAE	152

ADNOTARE

Anatolii Bondarev

„Divergențele dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice”.

Teză de doctor în științe medicale, Chișinău, 2023

Structura tezei: introducere, 4 capitole, concluzii generale, recomandări practice, bibliografie din 156 de titluri, 9 anexe. Teza este expusă pe 130 pagini de text de bază și este ilustrată cu 39 figuri și 6 tabele. Rezultatele sunt publicate în 22 de lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: diagnosticul clinic, diagnosticul medico-legal, divergență de diagnostic, traumele mecanice, cauzele obiective, cauzele subiective, calitatea asistenței medicale.

Scopul lucrării constă în identificarea cauzelor și condițiilor de apariție a divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice întru îmbunătățirea calității procesului de diagnosticare.

Obiectivele lucrării: (1) Elucidarea structurii și dinamicii mortalității intraspitalicești supuse cercetărilor medico-legale la nivel național; (2) Identificarea, analiza și categorizarea divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal; (3) Evaluarea cauzelor, condițiilor de apariție a divergențelor și elucidarea impactului lor asupra calității actului de diagnosticare; (4) Constatarea profilului pacientului cu risc sporit de apariție a divergențelor și profilului divergenței; (5) Elaborarea recomandărilor științific argumentate orientate spre îmbunătățirea calității procesului de diagnosticare, formularea corectă a diagnosticului și preîntâmpinarea apariției divergențelor.

Noutatea și originalitatea științifică: Realizat în premieră un studiu național privind problematica mortalității intraspitalicești în calitate de subiect al cercetării medico-legale și cea a divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice, orientat spre îmbunătățirea calității procesului de diagnosticare prin obținerea datelor referitor la profilul pacientului cu risc sporit de apariție a divergențelor, dar și profilului divergenței de diagnostic cel mai frecvent apărute. A fost evaluată rata autopsiilor decedaților în staționările țării, estimată ponderea celor medico-legale cu analiza ulterioară a dinamicii acestora în funcție de genul morții. Au fost stabilite circumstanțele, condițiile și cauzele de apariție a divergențelor dintre diagnostice, au fost identificați factorii de risc, evaluat impactul lor medical, medico-legal și juridic.

Problema științifică importantă soluționată constă în evaluarea multilaterală a divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice cu stabilirea cauzelor și condițiilor de apariție a acestora, ce va îmbunătăți procesul de diagnosticare clinică prin prevenirea apariției divergențelor și va spori calitatea serviciilor medicale, inclusiv celor medico-legale prin standardizarea principiilor de formulare a diagnosticului medico-legal.

Semnificația teoretică este argumentată prin cunoașterea situației actuale referitoare la examinarea medico-legală a pacienților decedați în staționare, precum și privind divergențele de diagnostic în traume mecanice soldate cu deces intraspitalicesc. S-au completat cunoștințele existente în literatura de specialitate privind problematica divergențelor dintre diagnosticele clinice și medico-legale cu date naționale radical noi.

Valoarea aplicativă a lucrării: Au fost dezvoltate recomandări practice referitoare la formularea diagnosticului medico-legal, confruntarea acestuia cu cel clinic, stabilirea cauzelor apariției eventualelor divergențe. Instrumentul de analiză științifică poate fi ajustat pentru utilizarea în calitate de instrument practic de analiză a divergențelor de diagnostice. Rezultatele sunt utile pentru procesul didactic desfășurat cu medicinistii și medicii practicieni.

Implementarea rezultatelor științifice: Principiile de elaborare a diagnosticului medico-legal în cazurile de moarte violentă sunt implementate în procesul de efectuare a expertizelor medico-legale privind cadavrele în cadrul Centrului de Medicină Legală pe lângă MS al RM și în activitatea didactică în cadrul Catedrei de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”. Elaborate Metodicile-tip de efectuare a expertizei judiciare medico-legale a cadavrelor și părților de cadavre umane și în baza documentelor medicale. Elaborat curriculumul disciplinei la liberă alegere „Diagnosticul medical” pentru studenții anului IV ai facultății Stomatologie.

АННОТАЦИЯ

Анатолий Бондарев

«Расхождения между клиническим и судебно-медицинским диагнозом при механических травмах». Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук, Кишинэу, 2023.

Структура диссертации: введение, 4 главы, выводы и рекомендации, библиография из 156 наименований, 9 приложений, 130 страниц основного текста, 39 рисунков, 6 таблиц. Результаты исследования опубликованы в 22 научных работах.

Ключевые слова: клинический диагноз, судебно-медицинский диагноз, расхождение диагнозов, механические травмы, качество оказания медицинской помощи.

Цель исследования: определение причин и условий возникновения расхождений клинического и судебно-медицинского диагнозов при механических травмах ввиду улучшения качества диагностики.

Задачи исследования: (1) Выявление на национальном уровне структуры и динамики внутрибольничной смертности, исследованной судебно-медицинской службой; (2) Идентификация, анализ и классификация расхождений судебно-медицинского и клинического диагнозов; (3) Оценка причин, условий возникновения расхождений диагнозов и их влияния на качество диагностики; (4) Определение профиля пациента, подверженного повышенному риску возникновения расхождения и профиля расхождения; (5) Разработка научно аргументированных рекомендаций для улучшения качества диагностики, правильной формулировки диагноза и предотвращения расхождений.

Научная новизна работы: Впервые проведено национальное исследование внутрибольничной смертности в качестве объекта судебно-медицинского исследования и расхождений клинического и судебно-медицинского диагнозов при механических травмах, нацеленное на улучшение качества диагностики. Оценена динамика судебно-медицинских вскрытий пациентов умерших в стационарах страны, с учетом вида смерти. Установлены обстоятельства, условия и причины возникновения расхождений, проанализированы медицинские, судебно-медицинские и юридические последствия этого явления.

Главная решенная проблема. Многогранное исследование расхождений клинического и судебно-медицинского диагнозов при механических травмах с установлением причин и условий их возникновения, что улучшит диагностический процесс путем предотвращения появления расхождений, а также повысит качество медицинских услуг.

Теоретическая значимость заключается в познании современной ситуации относительно судебно-медицинского исследования пациентов умерших в стационарах, а также расхождений диагнозов при механических травмах с летальным исходом. Новые полученные данные на национальном уровне дополнили существующую информацию к вопросу о расхождениях клинического и судебно-медицинского диагнозов.

Практическая значимость исследования. Разработаны практические рекомендации относительно формулирования судебно-медицинского диагноза, его сопоставления с клиническим, определения причин установленных расхождений. Инструмент научного анализа может быть использован и в качестве практического для оценки расхождений диагнозов. Результаты исследования используются в дидактическом процессе со студентами-медиками и врачами на повышении квалификации.

Внедрение результатов исследования. Правила формулировки судебно-медицинского диагноза при насильственной смерти внедрены на практике при производстве судебно-медицинских экспертиз трупов в Центре Судебной Медицины при МЗ РМ и в учебном процессе на Кафедре судебной медицины ГУМФ «Николае Тестемицану». Разработаны типовые методики производства судебно-медицинских экспертиз трупов и их частей, а также по медицинским документам. Разработана учебная программа курса по выбору «Диагноз в медицине» для студентов 4 курса Стоматологического факультета.

ANNOTATION

Anatolii Bondarev

„Discrepancies between clinical and medico-legal diagnosis in mechanical traumas”.

Thesis for PhD degree in medicine, Chisinau, 2023

Structure of the thesis: The thesis consists of the following compartments: introduction, 4 chapters, general conclusions, practical recommendations, bibliography from 156 titles and 9 annexes. The thesis is exposed on 130 text pages and is illustrated with 39 figures and 6 tables. The results are published in 22 scientific papers.

Keywords: clinical diagnosis, medico-legal diagnosis, discrepancy of diagnosis, mechanical trauma, objective causes, subjective causes, quality of medical care.

Purpose of the study: causes and conditions of discrepancies between clinical and medico-legal diagnosis in mechanical trauma identifying aimed to improve quality of diagnostic process.

Objectives of the study: (1) Structure and dynamics elucidation of in-hospital mortality subjected to medico-legal research at the national level; (2) Identification, analysis and categorization of discrepancies between clinical and medico-legal diagnosis; (3) Causes and conditions evaluation of discrepancies appearance and elucidation of their impact on the diagnostic act quality; (4) Profile of the patient with increased risk of discrepancy and its profile determining; (5) Elaboration of scientifically reasoned recommendations aimed to improve quality of diagnostic process, correct formulation of the diagnosis and preventing discrepancies between diagnoses.

Scientific novelty and originality: For the first time, a national study was carried out on the issue of in-hospital mortality as a subject of medico-legal research and that of discrepancies between clinical and medico-legal diagnosis in mechanical trauma, aimed to improve quality of the diagnostic process. The national rate of inpatient deaths' examinations was evaluated, the weight of medico-legal ones was estimated with the subsequent analysis of its dynamics according to the type of death. Circumstances, conditions and causes of discrepancies between diagnoses were established, risk factors for the occurrence of discrepancies were identified, medical, medico-legal and legal impact of this phenomenon was assessed.

Solved scientific problem consists in multilateral evaluation of discrepancies between clinical and medico-legal diagnosis in mechanical traumas, establishment of the causes and conditions of its occurrence, which will improve the process of clinical diagnosis by discrepancies preventing and will increase the quality of medical services, including medico-legal.

Theoretical significance consists in assessment of the current situation regarding medico-legal examination of patients who died in hospital, as well as regarding diagnostic discrepancies in mechanical trauma resulting in in-hospital death. Existing knowledge on the issue of discrepancies between clinical and medico-legal diagnoses was supplemented with radically new national data.

Application value: Practical recommendations regarding formulation of medico-legal diagnosis, its confrontation with the clinical one and establishing of possible discrepancy causes were developed. The tool used for scientific analysis can be adjusted for practical use as a diagnostic discrepancy analysis tool. Obtained results are useful for the didactic process carried out with physicians and medical practitioners.

Implementation of scientific results: Principles of medico-legal diagnosis making in violent death are implemented as a support for medico-legal expertise on dead bodies within the Center of Forensic Medicine from the Republic of Moldova and in the didactic activity within the Department of Forensic Medicine from the State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemițanu”. Methodologies-type for carrying out the medico-legal investigation of dead bodies and its parts and investigation based on medical documents were developed. Curriculum of the free choice course “Medical diagnosis” for students of the IV-th year at the Faculty of Dentistry was developed.

LISTA TABELELOR

Tabelul 2.1. Caracteristica eșantioanelor de studiu.....	42
Tabelul 4.1. Frecvența nosologiilor hipo- și hiperdiagnosticate clinic.....	79
Tabelul 4.2. Frecvența divergențelor după compartimentele diagnosticului.....	81
Tabelul 4.3. Frecvența tipurilor de divergențe privind nosologia principală.....	82
Tabelul 4.4. Frecvența cauzelor obiective ale divergențelor de diagnostic	88
Tabelul 4.5. Frecvența cauzelor subiective ale divergențelor de diagnostic	95

LISTA FIGURILOR

Figura 2.1. Designul studiului.....	43
Figura 3.1. Rata autopsiilor deceselor intraspitalicești în perioada de 15 ani în țările CSI și UE (2004-2018)	51
Figura 3.2. Structura mortalității intraspitalicești în funcție de tipul autopsiei (2004-2018)	53
Figura 3.3. Ponderea pacienților decedați în staționare în structura mortalității examinate medico-legal (2004-2018)	54
Figura 3.4. Trendul examinărilor medico-legale ale decedaților în general în raport cu cele din staționar.....	54
Figura 3.5. Structura mortalității intraspitalicești examinate medico-legal pe cauze (2004-2018)	55
Figura 3.6. Dinamica examinărilor medico-legale ale morții spitalicești totale în raport cu cauzele violente.....	56
Figura 3.7. Structura mortalității intraspitalicești pe ani (2004-2018)	57
Figura 3.8. Dinamica autopsiilor medico-legale și anatomo-patologice ale pacienților decedați în spitale	58
Figura 3.9. Ponderea traumelor mecanice în cauzele violente de deces în perioada de 15 ani (2004-2018)	58
Figura 3.10. Distribuția teritorial-zonală a autopsiilor timp de 15 ani (2004-2018)	59
Figura 3.11. Dinamica examinării medico-legale a persoanelor decedate în staționar în funcție de zona țării timp de 15 ani (2004-2018)	60
Figura 3.12. Dinamica examinării medico-legale a persoanelor decedate în staționare prin cauze violente în funcție de zona țării timp de 15 ani (2004-2018)	61
Figura 3.13. Coraportul morții violente și neviolente după zone în perioada de 15 ani (2004-2018)	62
Figura 3.14. Ponderea examinărilor medico-legale privind persoanele decedate în staționar din cauzele violente în funcție de zona geografică a țării în perioada de 15 ani (2004-2018)	63
Figura 3.15. Volumul mediu al examinărilor medico-legale privind persoanele decedate în staționar din cauzele violente în funcție de unitatea administrativ-teritorială a țării în perioada de 15 ani (2004-2018)	64
Figura 4.1. Modul internării pacienților în lotul analizat	66

Figura 4.2. Termenul de la debutul bolii/traumatizare până la internare.....	67
Figura 4.3. Perioada internării în funcție de perioada anului.....	68
Figura 4.4. Timpul internării în funcția de ziua săptămânii.....	68
Figura 4.5. Timpul internării în funcția de ora zilei.....	69
Figura 4.6. Ponderea cazurilor în funcția de profilul secției.....	70
Figura 4.7. Repartizarea pacienților în funcție de vârstă.....	71
Figura 4.8. Caracteristica lotului de studii în funcție de sexul pacienților.....	71
Figura 4.9. Prezența stării de ebrietate la internare.....	72
Figura 4.10. Structura lotului în funcția de genul morții.....	73
Figura 4.11. Starea generală a pacienților la internare.....	73
Figura 4.12. Durata tratamentului în lotul analizat.....	74
Figura 4.13. Timpul stabilirii diagnosticului clinic în lotul analizat.....	75
Figura 4.14. Dependența neindicării datei stabilirii diagnosticului clinic de durata spitalizării	76
Figura 4.15. Argumentarea diagnosticului clinic.....	77
Figura 4.16. Interdependența ponderii diagnosticelor neargumentate cu durata spitalizării.....	77
Figura 4.17. Frecvența diferitor tipuri de traume în diagnosticele clinic și medico-legal.....	78
Figura 4.18. Ponderea necoincidențelor în funcție de numărul compartimentelor divergente.....	82
Figura 4.19. Ponderea divergențelor vizând trauma principală în funcție de combinarea tipurilor	84
Figura 4.20. Ponderea categoriilor de divergențe în lotul de studiu.....	85
Figura 4.21. Structura divergențelor de diagnostic în funcție de asocierea cauzelor obiective	90
Figura 4.22. Structura divergențelor de diagnostic în funcție de asocierea cauzelor subiective.....	106
Figura 4.23. Structura divergențelor de diagnostic în funcție de asocierea cauzelor obiective și subiective.....	107

LISTA ABREVIERILOR

ANSP – Agenția Națională de Sănătate Publică

BNS al RM – Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova

CIM – Clasificarea statistică internațională a bolilor și a problemelor de sănătate înrudite

CML – Centrul de Medicină Legală

CNȘPMU (IMU) – Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență (actualul Institutul de Medicină Urgentă)

CSI – Comunitatea Statelor Independente

DSS – Departamentul Statistică și Sociologie

DTI – Departamentul Tehnologii Informaționale

IMSP – Instituția medico-sanitară publică

MS – Ministerul Sănătății al Republicii Moldova

MSMPS – Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova

PCN – Protocol clinic național

SCM – Spitalul clinic municipal

SML – Secția medico-legală

SNC – Sistemul nervos central

UE – Uniunea Europeană

UTA – Unitatea Teritorial-Administrativă

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța problemei abordate

Una dintre importantele sarcini ale medicinei legale este îmbunătățirea calității actului medical, care se realizează inclusiv prin depistarea deficiențelor admise în procesul de diagnosticare și tratament, elucidarea cazurilor de divergențe dintre diagnosticul clinic și medico-legal, discutarea rezultatelor autopsiilor cu medicii clinicieni. În așa mod se poate exercita controlul științific asupra procesului diagnostic-curativ, corijarea neajunsurilor admise, ceea ce în ultimă instanță îmbunătățește cunoștințele teoretice și deprinderile practice ale medicilor și conduce la ameliorarea asistenței medicale [9]. Cu toate că posibilitățile tehnice de diagnosticare în medicina contemporană sunt incomparabil de mari, studiile demonstrează că și la momentul actual în cadrul autopsiilor se identifică greșeli de diagnosticare într-un număr considerabil de cazuri [24, 41, 80]. Astfel, după datele literaturii, frecvența divergențelor dintre diagnosticele clinice și medico-legale variază între 3,5 până la peste 50% în funcție de perioada și locul desfășurării studiului, metodologia efectuării acestuia, clasificarea necoincidențelor aplicată, cauza decesului și alți factori. Mai mult ca atât, bazându-ne pe datele diferitor studii științifice [19, 86, 104, 117], putem afirma că, în ultimele decenii, frecvența divergențelor dintre diagnosticul clinic și cel morfologic nu doar a rămas la același nivel, ci și a crescut! Dacă în anii '90 diferiți autori au înregistrat rata divergențelor dintre diagnostice de cca. 10% [109], atunci în anii 2000-2005 se atestă aproape dublarea frecvenței până la 19,85% [123].

Până în prezent, în Republica Moldova au fost efectuate studii științifice, inclusiv fundamentale, focusate pe evaluarea calității asistenței medicale [58, 60, 85]. Însă, deși serviciului autohton de medicină legală îi revine o pondere semnificativă în cercetarea cazurilor de deces intraspitalicesc, în procesul căreia sunt stabilite cauzele morții și elucidate divergențele dintre diagnosticul clinic și cel morfologic, cu părere de rău, problema divergențelor de diagnosticare în baza datelor medico-legale nu a fost studiată în cadrul nici unei cercetări științifice fundamentale. Din acest motiv comunitatea medicală nu cunoaște condițiile și cauzele apariției divergențelor, fapt care se răsfrânge asupra prevenției acestora și realizării dreptului pacientului la serviciile medicale de calitate și siguranța actului medical.

Stabilirea cauzei decesului este unul dintre obiectivele principale soluționate de medicii legiști în procesul examinării cadavrelor. Precizarea tanatogenezei are o importanță nu doar pentru restabilirea circumstanțelor morții și investigarea corectă de către organele de urmărire penală a evenimentelor cauzatoare de deces, dar și pentru evidența statistică a cauzelor mortalității populației. În activitatea cotidiană, medicul legist se confruntă adeseori cu diverse provocări legate

de aprecierea univocă a tanatogenezei și redactarea adecvată a diagnosticului medico-legal, în special în situațiile combinării cauzelor violente ale morții cu diverse maladii preexistente. Toate erorile de apreciere a tanatogenezei și de formulare a diagnosticului medico-legal au un impact negativ evident asupra deciziilor organelor de drept. Totodată, sunt prejudiciate analizele demografice și, prin urmare, eficiența strategiilor de organizare a asistenței medicale acordate populației.

Până la momentul actual, în activitatea serviciului medico-legal din țară încă nu a fost formulată o viziune științifico-metodică comună asupra elaborării diagnosticului medico-legal, codificării acestuia în conformitate cu prevederile CIM-X, precum și confruntării lui cu diagnosticul clinic final în cazurile de deces al pacienților în instituțiile medico-sanitare, ce ar servi medicului practician în calitate de suport metodologic important. Este evident că, asemenea lacune au un impact major asupra capacității medicilor practicieni de a elabora un diagnostic medico-legal unificat, corect și corespunzător. În același timp, în Republica Moldova nu există nici un act normativ sau metodic, care ar reglementa principiile de elaborare a diagnosticului medico-legal și, cu atât mai mult, de confruntarea acestuia cu cel clinic. Diagnosticul medico-legal este doar tangențial abordat în Regulamentul cu privire la expertiza medico-legală a cadavrului, aprobat de Ministerul Sănătății [75] și Instrucțiunile cu privire la elaborarea rapoartelor medico-legale, aprobat prin ordinul CML nr. 60 din 28.12.2018. Însă, actele normative menționate indică doar locul diagnosticului medico-legal în conținutul raportului. Trebuie de menționat că, deși acte normative și metodice ce ar reglementa principiile de elaborare a diagnosticului medico-legal nu există, modul de completare standardizată a certificatului medical constatator al decesului ce cuprinde informații importante din diagnostic este aprobat prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății, Departamentului Statistică și Sociologie și Departamentului Tehnologii informaționale nr. 132/47/50 din 29.04.2004.

Din considerentele prezentate lipsește și statistica oficială referitor la numărul divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal, nu este stabilit mecanismul de colaborare dintre instituțiile medico-sanitare și CML în vederea organizării conferințelor clinico-anatomice pe cauzele deceselor din diferite cauze, inclusiv traumele mecanice. Toate acestea creează dificultăți atât pentru comunitatea medicală prin lipsa feed-backului ce ar oferi informații importante în vederea ameliorării calității asistenței medicale, cât și pentru autoritățile din domeniul sănătății publice prin lipsa posibilității analizării situației existente și elaborării unor politici și strategii de ameliorare a situației.

În lumina celor reflectate, în cadrul prezentului studiu ne-am propus să abordăm și analizăm problematica invocată.

Scopul lucrării

Identificarea cauzelor și condițiilor de apariție a divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice întru îmbunătățirea calității procesului de diagnosticare.

Obiectivele studiului

1. Elucidarea structurii și dinamicii mortalității intraspitalicești supuse cercetărilor medico-legale la nivel național;
2. Identificarea, analiza și categorizarea divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal;
3. Evaluarea cauzelor, condițiilor de apariție a divergențelor și elucidarea impactului lor asupra calității actului de diagnosticare;
4. Constatarea profilului pacientului cu risc sporit de apariție a divergențelor și profilului divergenței;
5. Elaborarea recomandărilor științific argumentate orientate spre îmbunătățirea calității procesului de diagnosticare, formularea corectă a diagnosticului și preîntâmpinarea apariției divergențelor dintre diagnostice.

Noutatea și originalitatea științifică a lucrării

În premieră a fost realizat un studiu științific național privind problematica mortalității intraspitalicești în calitate de subiect al cercetării medico-legale, în general, și cea a divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice, în particular, orientat spre îmbunătățirea calității procesului de diagnosticare prin obținerea datelor referitor la profilul pacientului cu risc sporit de apariție a divergențelor, dar și profilului divergenței de diagnostice cel mai frecvent apărute.

În cadrul cercetării a fost evaluată rata autopsiilor pacienților decedați în staționarele țării, estimată ponderea celor medico-legale cu analiza ulterioară a dinamicii acestora în funcție de genul violent sau neviolent al morții. Indicatorii au fost analizați atât la nivel național, cât și cel regional.

Prin studiul realizat au fost stabilite circumstanțele, condițiile și cauzele de apariție a divergențelor dintre diagnostice, au fost identificați factorii de risc pentru apariția necoincidențelor, evaluat impactul medical, medico-legal și juridic al acestui fenomen.

Problema științifică importantă soluționată constă în evaluarea multilaterală a divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice cu stabilirea cauzelor și condițiilor de apariție a acestora, ce va îmbunătăți procesul de diagnosticare clinică prin

prevenirea apariției divergențelor și va spori calitatea serviciilor medicale, inclusiv celor medico-legale prin standardizarea principiilor de formulare a diagnosticului medico-legal.

Semnificația teoretică a studiului este argumentată prin cunoașterea situației actuale referitoare la examinarea medico-legală a pacienților decedați în staționare din diferite cauze, inclusiv cele violente, precum și privind divergențele dintre diagnosticele stabilite în cazurile de traume mecanice soldate cu deces intraspitalicesc. Au fost analizate cauzele apariției divergențelor și calculată frecvența fiecărei cauze în parte, efectuată analiza situațiilor de asociere a mai multor cauze de ordin obiectiv și subiectiv. A fost realizată și analiza bibliografică a principiilor de formulare a diagnosticului medico-legal, a cadrului normativ privind confruntarea diagnosticului medico-legal cu cel clinic, principiilor de examinare medico-legală a pacienților decedați în staționar și în baza documentelor medicale. Prin urmare, prezentul studiu științific a completat cunoștințele existente în literatura de specialitate privind problematica divergențelor dintre diagnosticele clinice și medico-legale cu date naționale radical noi.

Valoarea aplicativă a rezultatelor cercetării este determinată de aprecierea, în baza indicatorilor stabiliți privind condițiile și cauzele apariției divergențelor dintre diagnostice, a factorilor de risc de apariție a divergențelor dintre diagnostice în traumele mecanice, ce țin de caracteristicile pacientului, dar și managementul clinic al acestuia. Este elucidat impactul practic al necoincidențelor dintre diagnostice. În baza analizei efectuate au fost dezvoltate recomandări practice, inclusiv referitoare la formularea diagnosticului medico-legal, confruntarea acestuia cu cel clinic, stabilirea cauzelor apariției eventualelor divergențe și evidența statistică a acestor cazuri. Instrumentul de analiză științifică, elaborat în cadrul studiului, poate fi ajustat pentru utilizarea în calitate de instrument practic de analiză complexă a divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal. Totodată, rezultatele studiului sunt utile pentru procesul didactic desfășurat cu mediciniștii și medicii practicieni (medicii legiști inclusiv) spre educarea unei culturi gnoseologice clinice favorabile atât pacienților, cât și personalului medical.

Implementarea rezultatelor științifice

1. În baza rezultatelor obținute au fost dezvoltate *Principiile de elaborare a diagnosticului medico-legal în cazurile de moarte violentă* (certificat de inovator nr. 5522, Anexa 7), implementate în procesul practic de efectuare a expertizelor medico-legale privind cadavrele în cadrul subdiviziunilor Centrului de Medicină Legală pe lângă MS al RM (Ordinul nr. 24 din 9.06.2016 cu privire la aprobarea Ghidului privind elaborarea diagnosticului medico-legal în cazurile de moarte violentă, Anexa 4) și în activitatea didactică cu studenții, rezidenții și

medicii practicieni desfășurată în cadrul Catedrei de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu” (actul de implementare nr. 72, Anexa 6).

2. Informațiile obținute în cadrul cercetării au fost utilizate în calitate de bază teoretică pentru elaborarea *Metodicilor-tip de efectuare a expertizei judiciare medico-legale a cadavrelor și părților de cadavre umane – MT 23.01* (certificat de inovator nr. 5683, Anexa 7) și în baza *documentelor medicale – MT 25.01* (certificat de inovator nr. 5704, Anexa 7), implementate în calitate de algoritm de efectuare a expertizei medico-legale în cadrul Centrului de Medicină Legală (acte de implementare nr. 7 și 28, Anexa 6).
3. A fost elaborat instrumentul de colectare a materialului primar în cadrul studiului *Chestionarul de evaluare a divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal* (certificat de inovator nr. 5908, Anexa 7), implementat în calitate de instrument științific în cadrul Catedrei de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu” (actul de implementare nr. 30, Anexa 6).
4. Materialul studiului a stat la baza elaborării curriculumului disciplinei la liberă alegere „*Diagnosticul medical*” pentru studenții anului IV ai facultății Stomatologie (Anexa 8).

Aprobarea rezultatelor obținute

Studiul a fost aprobat în baza avizului favorabil al Comitetului de Etică a Cercetării al Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” în ședința din 19.03.2012 și a temei aprobate de către Senat al USMF „Nicolae Testemițanu” (proces verbal nr.5 din 28.06.2012)

Rezultatele obținute în cadrul cercetării au fost prezentate și discutate în cadrul a 18 foruri științifice naționale (8) și internaționale (10): *The 7th Annual Meeting of Balkan Academy of Forensic Sciences*. (Tirana, Albania; 3-6 iunie 2010); *XX. International meeting on Forensic Medicine Alpe-Adria-Pannonia*. (Bratislava, Slovakia. 1-4 iunie 2011); *The 8th Annual Meeting of Balkan Academy of Forensic Sciences*. (Prishtina, Kosovo; 2-5 iunie 2011); *Conferința științifică anuală în cadrul Zilelor USMF „Nicolae Testemițanu”*. (Chișinău. 19-21 octombrie 2011); *Congresul al II-lea al medicilor legiști din Republica Moldova, consacrat aniversării a 60 ani de la fondarea Centrului de Medicina Legală (cu participare internațională)*. (Chișinău. 20-22 octombrie 2011); *91. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin*. (Freiburg, Germany. 18-22 septembrie 2012); *International Conference of Young Researchers. X edition*. (Chișinău. 23 noiembrie 2012); *93. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin*. (Dusseldorf, Germany. 9-13 septembrie 2014); *The 6-th International Symposium of the Osteuropaverein on Legal Medicine*. (Chișinău, 2-4 octombrie 2014); *Lectura de Iarnă în chirurgie, ediția a XI-a „Malpraxisul în bolile profilului chirurgical. Aspecte de diagnostic și*

tratament. Metodologie didactică.” (Chișinău. 27-30 ianuarie 2015); *International Scientific Conference "Modern Advances in Forensic Science and Expertise"*. (Uzhhorod, Ukraine. 29.04-2.05.2015); *A III-a Conferință a medicilor legiști din republica Moldova cu participare internațională, consacrată aniversării a 65 ani de la fondarea Centrului de medicină Legală.* (Chișinău, 6-8 octombrie 2016); *35-th Balkan Medical Week. Healthy Ageing: an endless challenge.* (Athens, Greece. 25-27 septembrie 2018); *The International Conference of forensic Medicine, 4-th edition.* (Cluj-Napoca, România. 30.09-03.10.2021); *Conferința științifică națională cu participare internațională „Integrare prin cercetare și inovare”.* (Chișinău. 10-11 noiembrie 2021); *100. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin.* (München, Germany. 13-16 septembrie 2021); *Seminarul științifico-practic „Aspecte juridice în practica medicală”.* (Chișinău. 16 martie 2022).

Publicații la tema tezei

Materialele cercetării au fost reflectate în 22 de lucrări științifice, inclusiv 1 ghid metodicodidactic, 2 articole în reviste recenzate peste hotare, 5 articole în reviste naționale acreditate (1 de monoautor), 5 articole în culegeri naționale și internaționale (1 de monoautor), 9 rezumate în lucrările conferințelor științifice naționale și internaționale (1 de monoautor, peste hotare).

Sumarul compartimentelor tezei

Teza include următoarele compartimente: introducere, 4 capitole, concluzii generale, recomandări practice, bibliografie din 156 surse și 9 anexe. Lucrarea este expusă pe 130 de pagini text de bază și include 6 tabele și 39 figuri.

În compartimentul **Introducere** se discută actualitatea și importanța problemei cercetate, sunt prezentate scopul și obiectivele studiului, este argumentată noutatea științifică a rezultatelor obținute, importanța teoretică și valoarea aplicativă a cercetării, inclusiv prin implementarea rezultatelor științifice, este reflectată aprobarea rezultatelor studiului.

Capitolul 1 „Viziuni actuale privind diagnosticul medico-legal și divergențele” reprezintă revista literaturii științifice și actelor normative privind problematica diagnosticelor în medicină: clinic și medico-legal, cât și divergențelor dintre acestea. Sunt prezentate datele diferitor autori referitor la prevalența divergențelor în funcție de cauza decesului. Sunt analizate cauzele apariției divergențelor dintre diagnostice după datele diferitor autori, în funcția de diagnosticul stabilit.

În **capitolul 2 „Descrierea materialului și a metodelor de cercetare”** se descrie metodologia și designul cercetării, dar și eșantioanele cercetate. Sunt expuse criteriile de includere și excludere a cazurilor și principiile de extragere a informațiilor din rapoartele de activitate a CML

și rapoartele de constatare/expertiză medico-legală. Sunt prezentate caracteristicile fiecărui lot de studiu în parte. Sunt reflectate metodele de procesare matematico-statistică a rezultatelor obținute.

În **capitolul 3 „Mortalitatea intraspitalicească în calitate de subiect al cercetării medico-legale”** este efectuat studiul de orientare privind existența unui lot reprezentativ, care să permită studierea deplină a fenomenului divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice. Sunt analizate datele din rapoartele anuale de activitatea a CML pentru perioada de 15 ani (2004-2018) privind numărul autopsiilor medico-legale ale pacienților decedați în staționare din cauze violente, cât și neviolente. Informațiile au fost analizate atât din punct de vedere a dinamicii, cât și repartizării teritorial-zonale. Analizei comparative au fost supuse datele serviciului medico-legal și cel anatomo-patologic.

Capitolul 4 „Evaluarea cauzelor divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal” este dedicat nemijlocit problemei divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice. Aici sunt analizate circumstanțele și condițiile apariției necoincidențelor în funcția de modul internării; termenul de la debutul bolii/traumei; perioada anului și zilei; profilul secției; vârsta și sexul persoanei; prezența stării de ebrietate; genul morții; starea generală la internare; durata tratamentului; timpul stabilirii diagnosticului și argumentarea acestuia. Este evaluată frecvența hipo- și hiperdiagnosticării nosologiilor în funcție de tipul traumei. Capitolul conține și analiza detaliată a cauzelor obiective și subiective ale divergențelor, precum și evaluarea asocierii acestora. Este apreciat impactul divergențelor dintre diagnostice.

Teza este finalizată prin **Concluzii generale și Recomandări practice.**

1. ASPECTE CONTEMPORANE PRIVIND DIAGNOSTICUL CLINIC ȘI MEDICO-LEGAL DIN PERSPECTIVA DIVERGENȚELOR DINTRE ACESTEA

1.1. Diagnosticul medical (clinic și morfologic) și principiile de elaborare a acestuia

În procesul examinării cadavrelor la solicitarea organului de urmărire penală, medicii legiști răspund la o serie de obiective de ordin medical, contribuind în acest mod la stabilirea și confirmarea circumstanțelor decesului, cât și la investigarea infracțiunilor împotriva sănătății și vieții cetățenilor. În același timp, experții medico-legali contribuie, în mare măsură, la evidența statistică și explicarea fenomenelor de ordin social – stabilirea și evidența cauzelor mortalității populației, îmbunătățirea calității asistenței și serviciilor medicale, profilaxia și tratamentul intoxicațiilor, traumelor, maladiilor. Calitatea concluziilor medico-legale, mai ales a celor referitoare la cauza decesului și aprecierea legăturii de cauzalitate, este direct proporțională abilităților medicului legist în depistarea și aprecierea corectă a modificărilor patologice, cât și a celor traumatice cu încadrarea ulterioară a acestora într-un diagnostic medico-legal, formulat corect [5, 14, 66, 110, 155].

Conform opiniei lui B.T. Serîh (2008), medicii sistematizează informația obținută în urma unui examen medical, inclusiv medico-legal, și elaborează o formulă verbală, ce redă succint caracteristicile maladei sau traumei: etiologia, patogeneza, dezvoltarea și tabloul clinic sau morfologic [143].

Din Micul dicționar academic al Academiei Române (2010) aflăm definiția diagnosticului ca o determinare precisă a unei boli după manifestările pe care le prezintă și a examenelor de laborator [42]. Conform dicționarului Oxford (2020), diagnosticul reprezintă actul de descoperire sau identificare a cauzei exacte a unei maladii sau probleme cu sănătate [53]. Dicționarul enciclopedic al termenilor medicali (1986) prezintă o definiție mai desfășurată a noțiunii de diagnostic: concluzie medicală referitoare la starea sănătății persoanei examinate, despre prezența maladei (traumei) sau cauza morții, exprimată în termeni, ce semnifică denumirile bolilor (traumelor), formele acestora, tipurile de dezvoltare, etc. [136]. După părerea lui A. Restian (2001), această noțiune reprezintă o denumire acceptată de comunitatea științifică pentru un tablou clinic, care are o anumită etiopatogeneză, evoluție și tratament [77]. Gh. Baci (2008) definește diagnosticul drept o succintă concluzie medicală ce reflectă aspectul nosologic, etiologia, patogenia, manifestările morfo-funcționale și cauza morții [3]. Așadar, *diagnosticul* reprezintă un rezumat concis referitor la maladiile (traumele) prezente la pacient, exprimat în termeni medicali și

formulat în corespundere cu nomenclatoarele maladiilor și cu alte standarde naționale sau internaționale [56, 66, 115, 138]. Diagnosticul poate fi clasificat în *clinic* și *morfologic*, iar ultimul – în *medico-legal* și *anatomopatologic* [3, 23].

În literatura enciclopedică, definiția noțiunii de diagnostic medico-legal o găsim în Dicționarul enciclopedic al termenilor medicali (1986): este un diagnostic ce se formulează în rezultatul expertizei medico-legale în scopul soluționării întrebărilor speciale, apărute în practica judiciară [136]. V.A. Klevno (2015) propune o explicație mai desfășurată a acestui termen: este diagnosticul ce se formulează în baza investigației expertale medico-legale, fiind bazat, similar cu cel anatomopatologic, pe totalitatea modificărilor morfologice și a leziunilor constatate în procesul examenului defunctului [115]. Conform părerilor mai multor autori, *diagnosticul medico-legal* este o sinteză a rezultatelor cercetării cadavrului, elaborat de un medic legist, ce reflectă laconic toate modificările morfologice importante (traumatice/patologice), depistate în cadrul necropsiei, prin prisma etiologiei și patogenezei, în corespundere cu prevederile Clasificării internaționale a maladiilor, permițând stabilirea cauzei morții și legăturii de cauzalitate [3, 66, 93, 110, 135, 138, 141]. Diagnosticul medico-legal se formulează în conformitate cu prevederile Clasificării internaționale și statistice a bolilor și problemelor de sănătate înrudite a OMS (rev. 10) [10, 69, 93].

Odată ce diagnosticele sunt elaborate de către medici de diferite profiluri și specialități, de diferit grad de pregătire profesională și experiență în domeniul profesat, există un risc real de formulare a acestora în mod diferit, ceea ce se soldează cu impedimente considerabile în plan organizațional, statistic, curativ. Totodată, din definiția noțiunii de diagnostic reiese că acesta trebuie să întrunească unele cerințe, care, la rândul lor, au determinat necesitatea stabilirii regulilor, ce urmează a fi respectate de către toți clinicienii. Majoritatea lucrărilor științifice dedicate acestei problematici [3, 66, 115, 133, 135, 141, 155] evidențiază aceleași principii, care stau la baza unui diagnostic corect:

- **etiologic** – diagnosticul trebuie să reflecte etiologia bolii (traumei);
- **patogenetic** – se indică legătura de cauzalitate dintre procesele patologice diagnosticate;
- **nosologic** – diagnosticul trebuie să includă numai entități nosologice conform clasificărilor și nomenclaturilor oficiale;
- **topografic** – se concretizează localizarea anatomică a leziunii (modificărilor patologice);
- **cronologic** – se ține cont de ordinea apariției și dezvoltării proceselor lezionale sau patologice;
- **al argumentării** – diagnosticul trebuie să rezulte din datele clinice și paraclinice obiective; în cazul diagnosticului medico-legal acesta se bazează pe datele indicate în partea descriptivă a

raportului medico-legal;

- **al exhaustivității** – diagnosticul trebuie să fie deplin, reprezentând o sinteză a tuturor proceselor patologice sau traumatice depistate;

- **al structurării** – trebuie să conțină trei compartimente: trauma (maladia) principală, complicațiile ei și traumele (maladiile) concomitente.

Totodată, după părerea lui A. Pădure (2017), cât și altor autori, structura diagnosticului trebuie să reflecte principiul patogenetic al formulării acestuia [66, 115], iar pentru respectarea acestui principiu în diagnostic trebuie să fie prezente, în mod obligatoriu, următoarele compartimente:

- 1) boala (trauma) principală;
- 2) complicațiile bolii (traumei) principale;
- 3) bolile (traumele) concomitente.

După V.A. Klevno și coaut. (2015), diagnosticul ce nu include aceste compartimente, trebuie să fie considerat formulat incorect, indiferent de conținutul său [115]. Această viziune coincide cu cea a lui V.A. Bașmakov și coaut. (1991), întrucât nerespectarea structurii după compartimente determină imposibilitatea codificării corecte a acestora conform Clasificării internaționale și, ceea ce este mai important, nu permite confruntarea diagnosticului medico-legal cu cel clinic în vederea evaluării calității asistenței medicale în plan general și procedurii de diagnosticare, în particular [93]. Pe de altă parte, G.A. Pașinean (2006) subliniază că formularea corectă a diagnosticului face posibilă reconstituirea lanțului tanatogenerator de către medicul legist și, în așa mod, îi ușurează elaborarea ulterioară a concluziilor referitoare la stările patologice și/sau leziunile depistate, cauza decesului, cât și stabilirea legăturii de cauzalitate [135]. Din punct de vedere practic, diagnosticul constă din trei alineate, ce reprezintă fiecare compartiment în parte, indicarea denumirii în acest caz nu este obligatorie și, respectiv, nu poate fi considerată drept o lacună de ordin tehnic [3, 66].

În general, literatura specială explică precum diagnosticul medico-legal se formulează, în majoritatea cazurilor, dar nu și în exclusivitate, având drept bază informațiile obținute în timpul examenului cadavrului și include toate modificările morfologice de origine traumatică sau și patologică. Totodată, medicul legist poate să includă și datele din documentația medicală (rezultate ale investigațiilor clinice și paraclinice – de laborator și instrumentale), mai ales atunci când în timpul acordării asistenței medicale unele semne morfologice sau complicații au fost înlăturate și, prin urmare, nu puteau fi constatate la autopsie. La această situație se referă și cazurile de includere în diagnosticul medico-legal a urmelor intervențiilor chirurgicale realizate până la deces sau a unor diagnostice clinico-funcționale [3, 66, 110, 115, 133, 135].

Referitor la formularea diagnosticului medico-legal în corespundere cu definițiile și codurile din Clasificarea internațională și statistică a bolilor și problemelor de sănătate înrudite, recomandată de OMS, mai mulți autori consideră că nu toate acestea pot fi utilizate pentru codificarea traumei (bolii) principale drept cauză a morții, din motiv că Clasificarea include nu doar entități nosologice, ci și simptome, sindroame, diverse stări patologice, circumstanțe ale traumatizării etc. Existența acestora se explică prin necesitatea codificării circumstanțelor apariției traumei și a cauzei adresării după asistență medicală, pentru asigurarea posibilității analizei statistice a stărilor patologice la momentul când diagnosticul clinic nu este stabilit. Unele noțiuni poartă un caracter pur clinic, esența cărora este o stare funcțională [66, 115].

Principiul utilizării în diagnosticul medico-legal doar a termenilor medicali dictează neadmiterea utilizării noțiunilor nemedicale ce nu reflectă caracteristicile morfologice ale traumei, dar evidențiază circumstanțele producerii acesteia. Totodată, diagnosticele ce scot în evidență agentul vulnerant, întrunesc principiul etiologic, și, din acest motiv, sunt valabile din punct de vedere medico-legal, cu condiția precizării semnelor morfologice ale leziunilor depistate. Înlocuirea bolii principale cu complicațiile acesteia, omiterea etiologiei complicațiilor, formularea diagnosticului de tip sindromal sau a celui în care entitățile nosologice sunt înlocuite cu unele caracteristici morfologice, la fel, nu se acceptă din motivul necesității respectării principiilor etiologic și al structurării diagnosticului. Abordările de acest fel nu asigură aprecierea cu exactitate și demonstrarea cauzei morții, nu permit realizarea analizei statistice a mortalității sau determină apariția erorilor în acest proces [108, 133, 135].

Există, însă, situații când elaborarea diagnosticului conform principiilor standard nu este posibilă, acestea fiind determinate de prezența particularităților individuale, complexitatea dezvoltării proceselor patologice, combinațiile diferite ale acestora. Fiecare caz de acest gen trebuie să fie abordat individual. Uneori stabilirea diagnosticului medico-legal în baza rezultatelor cercetării macroscopice prezintă anumite dificultăți sau devine chiar imposibilă (ex.: intoxicații cu toxice funcționale, stop cardiac de etiologie neidentificată). Impedimentele date condiționează apariția unui diagnostic morfosindromal, care presupune indicarea modificărilor și traumelor depistate [66, 93, 115, 133, 135]. Dacă structura diagnosticului este una comună și, chiar, standardizată, conținutul componentelor poate varia în funcție de nosologie și particularitățile etiopatogenetice ale fiecărui caz în parte.

Boala (trauma) principală (de bază) în componența diagnosticului medico-legal reprezintă o entitate nosologică (maladie, leziune sau intoxicație), care a determinat decesul direct, de sine stătător sau prin intermediul complicațiilor. În cazuri specifice, decesul poate fi cauzat și de leziunile iatrogene, respectiv, acestea pot servi, la fel, drept traumă principală. Dacă maladia

(trauma) principală este manifestată doar printr-o singură entitate nosologică, diagnosticul va avea un caracter *monocauzal*. Mult mai rar medicii stabilesc diagnostice *bicauzale*, acestea fiind reprezentate de două entități. În cazuri excepționale, diagnosticul poate purta un caracter *multicauzal* [3, 66, 115, 155].

Diagnosticul bicauzal se încadrează în noțiunea de *boală (traumă) principală combinată*, care, la rândul său, poate să fie reprezentată de trei varietăți:

- boli (traume) concurente;
- boli (traume) asociate;
- boală (traumă) principală și cea de fond.

Termenul de *boli (traume) concurente* este interpretat practic uniform de către mai mulți autori, care îl explică ca două entități nosologice ce pot concura în cauzarea decesului, adică fiecare din acestea izolat ar putea condiționa sfârșitul letal [3, 6, 66, 110]. Acțiunea lor comună, însă, agravează starea generală a pacientului și evoluția clinică a patologiei, accelerând timpul de instalare a decesului (de exemplu, prezența concomitentă a unei traume craniocerebrale deschise cu hematom intracranian masiv și a unei traume vertebro-medulare în segmentul cervical cu lezarea măduvei spinării). De regulă, este extrem de dificil a se stabili care dintre traumele concurente este cauzatoarea nemijlocită a decesului. Alegerea cauzei inițiale, determinante, a decesului în polipatii se face în baza principiilor patogenetic („succesiunea logică”) și cronologic. Principiul patogenetic presupune corelarea fenomenelor fiziopatologice într-o dinamică logică a bolii inițiale și a consecințelor ei până la sfârșitul letal. În asemenea situații, drept cauzatoare a morții este selectată acea traumă concurentă care, conform logicii consecutivității patologice, trebuie să fie ultima verigă (ex.: traumă craniocerebrală severă cu hematom intracranian masiv și asfixie mecanică neîntreruptă prin sugrumare – trauma concurentă cauzatoare de deces este asfixia mecanică). Totodată, drept reper pentru selectarea leziunii concurente responsabile nemijlocit de deces poate servi vechimea diferită a traumelor (principiul cronologic). Astfel, chiar dacă ambele traume concurente sunt potențial letale, în calitate de traumă cauzatoare de deces urmează să fie aleasă cea mai apropiată cronologic de momentul morții [3, 66, 135].

Boli (traume) asociate sunt două entități nosologice care, separat, nu prezintă pericol pentru viața persoanei, însă, datorită dezvoltării concomitente și agravării lor reciproce, doar împreună cauzează decesul (ex.: fracturi costale multiple [trauma principală] la o persoană care suferă de tuberculoză pulmonară de formă fibro-cavernoasă cu insuficiență respiratorie severă [patologie asociată]). Această combinație se caracterizează printr-o deosebire etiologică totală (traumă și patologie), însă coincidența în timp și condițiile patogenetice comune determină agravarea stării pacientului și, în final, moartea [20, 66, 110, 135].

Boala (trauma) de fond nu este legată etiologic de cea principală, dar se include în patogeneza comună cu aceasta, agravează dinamica ei și favorizează apariția complicațiilor letale. Drept exemplu poate servi diabetul zaharat (boala de fond) la o persoană traumatizată. Boala (trauma) de fond este indicată în structura diagnosticului după boala (trauma) principală. În medicina legală, boala de fond este reprezentată, adeseori, de o maladie preexistentă traumei, rolul căreia în tanatogeneza morții violente este scos în evidență în concluzii, și mai puțin în diagnostic [66, 155].

În diferite cazuri de moarte violentă, la formularea traumei principale trebuie puse în evidență următoarele caracteristici ale leziunii:

- etiologia (contuză, înțepat-tăiată, prin armă de foc – cu glonte, alice etc.);
- caracterul (oarbă, transfixiantă, penetrantă, multiplă etc.);
- localizarea anatomică (în ordine craniocaudală).

Trauma principală trebuie să includă toate leziunile formate în aceleași circumstanțe și în același timp (ex.: traumă feroviară, cădere simplă), chiar dacă s-au produs în diferite faze consecutive ale traumatizării (ex.: fazele traumei auto, precipitării) sau au fost provocate de diferiți factori traumatici (ex.: trauma prin explozie) [66, 110, 135, 155].

În cazul mai multor traume, diagnosticul trebuie să includă și clasificarea lor în funcție de sistemele de organe și regiunile anatomice afectate, cât și factorii traumatici implicați. Așadar, o leziune izolată a unui organ, os sau articulații se consideră drept *o monotraumă*. Această noțiune include lezarea unui singur organ situat în una dintre cavitățile corpului, iar în cazul traumatizării unui vas sau trunchi nervos magistral – lezarea lui într-o singură regiune anatomică. *Politrauma* include trei categorii de leziuni:

- Trauma multiplă – lezarea a cel puțin 2 formațiuni anatomice din sistemul osos sau a 2 și mai multe organe din aceeași cavitate (ex.: fracturi ale osului brahial și oaselor antebrățului; lezarea ficatului și a intestinului gros).
- Trauma asociată – lezarea concomitentă a organelor interne din cel puțin două cavități și/sau lezarea organelor interne și elementelor aparatului osos (ex.: lezarea splinei și vezicii urinare; lezarea organelor cavității toracice și fracturi ale oaselor membrilor superioare).
- Trauma combinată – leziuni cauzate concomitent de acțiunea diferitor factori (mecanici, termici, chimici) (ex.: fractura femurului și combustii ale peretelui abdominal anterior). [66, 94, 110, 135]

Politrauma se caracterizează prin diagnosticare clinică dificilă, agravare reciprocă a leziunilor, dezvoltare a unor complicații grave, ce servesc drept cauză a morții (hemoragii acute, șoc traumatic, toxemie, embolie grăsoasă sau trombembolie etc.) [31, 66, 135].

Este de remarcat faptul că, adeseori, noțiunea *boală asociată*, ca parte componentă a *diagnosticului bicauzal*, se confundă cu noțiunea *traumă asociată* – o categorie a *politraumei*. Confuzia este determinată de utilizarea în literatura de specialitate a aceluiași termen – *asociată* – deși sensul noțiunilor *boală asociată* și *traumă asociată* este total diferit [66, 135].

Complicațiile bolii (traumei) principale sunt entitățile nosologice, leziunile, simptomele și sindroamele, procesele patologice care nu se dezvoltă de sine stătător, dar sunt generate patogenetic (direct sau indirect, prin alte complicații) de boala principală și nu reprezintă manifestările acesteia [3, 66, 94].

Adesea, limitele dintre manifestările bolii și complicațiile acesteia nu sunt clare și prezintă dificultăți de determinare. Manifestările bolii (traumei) poartă un caracter șablonizat, descris în literatura pe specialitate și se includ în complexul de sindroame caracteristic acestei entități nosologice. Spre deosebire de manifestări, complicațiile sunt generate de boala (trauma) principală și se dezvoltă ca niște procese patologice separate. Complicațiile bolii (traumei) principale agravează starea de sănătate a pacientului și, adeseori, servesc drept cauză nemijlocită a morții, însă menționăm că ele nu trebuie confundate cu elementele mecanismului morții sau cu fenomenele generale ce însoțesc agonia și decesul (stop cardiac, stop respirator etc.).[66, 110, 155]

Complicațiile bolii (traumei) principale au următoarele caracteristici:

- dispun de o anumită independență față de boala principală;
- agravează evoluția stării generale a pacientului;
- necesită terapie individuală (sub aspect clinic).

Complicațiile bolii (traumei) principale în diagnosticul medico-legal nu trebuie să reflecte manifestările funcționale (ex.: *insuficiență cardiovasculară, insuficiență hepatică, renală sau respiratorie, comă, șoc*), ci echivalentele morfologice ale acestora. De exemplu, din punct de vedere morfologic, insuficiența cardiovasculară acută se manifestă prin congestie venoasă a viscerelor, cea cronică – prin „ficat muscad”, șocul – prin „rinichi de șoc”. [66, 155]

Complicațiile se clasifică în principale și secundare (intermediare). *Complicația principală* (de obicei doar una) este cea care, nemijlocit sau prin procesele patologice legate de aceasta patogenetic, cauzează decesul. Prin urmare, complicația principală este și letală. De exemplu, în cazul unei plăgi penetrante în cavitatea abdominală cu lezarea omentului mare, complicată cu hemoragie internă neînsemnată și peritonită, complicația principală este peritonita. *Complicații secundare* sunt restul complicațiilor, ce s-au dezvoltat în legătură cu boala (trauma) principală sau cu complicația principală. Procesele patologice din această categorie sunt mai puțin importante în tanatogeneza, însă agravează starea pacientului și pot fi multiple. De exemplu, într-o traumă vertebro-medulară moartea poate fi cauzată de pneumonia hipostatică – complicație principală,

escarele fiind calificate drept complicații secundare. Enumerarea complicațiilor în diagnostic începe cu cea principală. [66, 110, 143]

În funcție de timpul dezvoltării, complicațiile se împart în *precoce*, apărute imediat după producerea traumei (hemoragie abundentă, embolie etc.) și *tardive*, diagnosticate într-o perioadă relativ îndepărtată (pneumonii, peritonită, sepsis etc.) [66, 94, 143].

Drept complicații pot fi considerate și consecințele intervențiilor chirurgicale, ale măsurilor de reanimare și terapiei intensive.

Boli (traume) concomitente – una sau mai multe entități nosologice, care nu au nicio legătură etiologică sau patogenetică cu boala (trauma) principală și nu influențează tanatogeneza. Ultima condiție nu exclude posibilitatea acordării asistenței medicale din cauza acestor patologii. Ordinea înregistrării mai multor boli concomitente în diagnostic trebuie să reflecte gradul lor de manifestare. Bolile (traumele) concomitente pot avea complicații, însă nu de natură letală. Acest compartiment al diagnosticului medico-legal include și unele stări patologice din anamneză – traumele vechi, intervențiile chirurgicale și consecințele bolilor suportate. [3, 66, 93]

1.2. Divergențele dintre diagnostice: noțiuni, clasificare, incidență

Efectuarea expertizelor la ordonarea organului de urmărire penală sau a instanței de judecată a fost și rămâne sarcina primordială a serviciului medico-legal [3, 14, 85, 139]. În același timp, studiind documentația medicală, medicii-legiști sunt obligați, indiferent de problemele înaintate spre soluționare, să evalueze calitatea procesului diagnostico-curativ. Cele menționate corespund prevederilor actelor normative mai multor țări: România [26], Federația Rusă [123, 139, 140], Belarus [99]. În Republica Moldova cercetarea obiectivelor legate de evaluarea calității asistenței medicale a fost inițiată de Gheorghe Baci (1972) încă în anii '70 ai secolului trecut [91, 151]. Această problemă importantă se află și în continuare în vizorul medicilor legiști [14, 54, 57, 63]. În acest sens, la 03.09.2009 a fost emisă dispoziția Centrului de Medicină Legală pe lângă Ministerul Sănătății al RM cu nr. 9 privind *Implementarea în practica medico-legală a instrucțiunii cu privire la completarea fișei medicale a bolnavului staționar*, prin care experții judiciari medico-legali au fost obligați în procesul efectuării examinărilor/expertizelor medico-legale să evalueze calitatea completării fișelor medicale ale bolnavilor de staționar în conformitate cu *Instrucțiunea cu privire la completarea fișei medicale a bolnavului de staționar (F 003/e)*, aprobată prin ordinul Ministerului Sănătății nr.265 din 03.08.2009 [14, 47]. Totodată, în cazul depistării abaterilor grave de la modul de completare a fișei medicale a bolnavului de staționar, stabilit de instrucțiunea numită, experții au fost învestiți cu dreptul de sesizare a conducerii instituției medico-sanitare respective. În această ordine de idei, pct. 12 al Regulamentului de

apreciere medico-legală a gravității vătămării corporale, aprobat prin Ordinul MS nr. 199 din 27.06.2003 și modificat prin Ordinul MS nr. 654 din 16.08.2011 [14, 76], stipulează că numai în cadrul expertizei medico-legale în comisie se efectuează determinarea și evaluarea deficiențelor în intervențiile medicale. La propunerea autorului, întru îmbunătățirea analizei divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal, în cadrul CML a fost emisă Dispoziția nr. 3 din 27.10.2017 *Privind constatarea deficiențelor esențiale în acordarea asistenței medicale*, care obligă experții judiciari medico-legali să informeze conducerea CML în cazul identificării divergențelor majore dintre diagnosticul clinic și medico-legal, precum și a cazurilor de deces urmare a manipulațiilor medicale (Anexa 5).

Noțiunea *Divergență dintre diagnostice* definită și ca *necoincidență a diagnosticului clinic și anatomoatologic* în ordinul Ministerului Sănătății nr. 722 din 16.07.2012 Cu privire la ameliorarea activității serviciului anatomopatologic și citologic în Republica Moldova [48], este văzută de diferiți autori în mod aproape identic [3, 14, 23, 108, 129, 141]. Prin aceasta se subînțelege necorespunderea parțială sau totală a bolii (traumei) diagnosticate clinic cu cea depistată în cadrul autopsiei după localizare, etiologie sau caracterul procesului patologic. Stabilirea tardivă sau formularea incorectă a diagnosticului se încadrează, la fel, în categoria divergențelor [5, 9, 11].

Conform datelor literaturii, confruntarea diagnosticului clinic și medico-legal se face după toate trei compartimente principale discutate anterior. Divergența propriu-zisă se constată prin compararea rubricilor „Boala/trauma principală” din diagnosticul clinic și cel morfologic. Necorespunderile dintre compartimentele „Complicații” și „Boli/traume concomitente” se analizează în mod separat, iar rezultatul acesteia se menționează în epicriza medico-legală, deoarece se consideră oportun de a discuta divergențele acestea în cadrul conferințelor clinico-anatomice. Confruntarea se efectuează după principiile similare cu cele ale formulării diagnosticului:

- structurării (principal, complicațiile, concomitente);
- etiologic;
- patogenetic;
- nosologic;
- topografic;
- exhaustivității (plentitudinea diagnosticării cu posibilități de hiper- sau hipodiagnosticare);
- cronologic (diagnosticare tardivă sau postmortem) [3, 23, 113, 114].

Reieșind din principiile confruntării, autorii diferențiază următoarele variante posibile ale divergențelor referitor la:

- 1) forma nosologică: prezența altei nosologii în diagnosticul medico-legal sau lipsa acesteia în diagnosticul clinic (contuzie cerebrală în loc de infarct cerebral);
- 2) etiologia procesului (hemoragie intracerebrală traumatică și ictus cerebral hemoragic pe fundalul hipertensiunii arteriale);
- 3) caracterul procesului (infarct cerebral în locul hemoragiei intracerebrale);
- 4) localizarea procesului (hematomul subdural pe dreapta în locul celui pe stânga);
- 5) plenitudinea diagnosticării:
 - hiperdiagnosticare (trauma cranio-cerebrală cu fractura oaselor craniene și hematom subdural în locul traumei cranio-cerebrale cu hematom subdural izolat);
 - hipodiagnosticare (trauma toracelui cu fracturi costale în locul traumei toracelui cu fracturi costale și lezarea pulmonilor);
- 6) una din maladii / traume ce intră în componența diagnosticului principal combinat [35, 114, 115, 135, 147, 150].

Este de menționat, că diagnosticul clinic nerubrificat nu poate fi supus confruntării, cât și codificării statistice, și indiferent de conținutul se consideră ca unul formulat incorect [111, 126].

După stabilirea prezenței divergenței, este necesar de a o atribui la una din categorii. Cu toate că viziunile diferitor autori asupra termenului de divergență sunt practic unanime, clasificările acestora sunt diverse, variind în funcție de principiul clasificării. Unii autori împart divergențele conform etiologiei, adică, cauzei apariției, alții – reieșind din consecințele pentru pacient. Este evident că motivul apariției oricărei divergențe este o greșeală de diagnosticare, indiferent de originea acesteia. După părerea lui A.T. Hazanov și I.A. Cialisov (1984), majoritatea greșelilor de diagnostic pot fi încadrate în una dintre cele patru grupuri [150]:

1. Caracterul procesului patologic/traumatic a fost stabilit corect, însă localizarea indicată este una greșită.
2. Localizarea procesului patologic/traumatic este identificată, pe de altă parte, caracterul acesteia nu a fost diagnosticat.
3. Bolile/traumele concomitente au fost interpretate ca cele principale.
4. În diagnostic apare o maladie/traumă, care în realitate nu este prezentă la pacient.

Aceiași autori subliniază că, la aprecierea greșelilor de diagnosticare trebuie să țină cont și de consecințele acestora. Savanții împărtășesc părerea lui D.I. Golovin (1984), care evidențiază două grupuri de divergențe dintre diagnostice: 1) stabilirea diagnosticului clinic corect a fost imposibilă și 2) diagnosticul corect era posibil de stabilit. Se propune ca fiecare grup să fie divizat

în două subgrupuri: a) diagnosticarea incorectă nu a influențat asupra consecințelor pentru pacient și b) diagnosticul greșit a influențat finalul procesului patologic/traumatic. Respectiv, conform acestei clasificări, divergențele se împart în patru grupuri [150].

În aceeași ordine de idei, A.T. Hazanov și I.A. Cialisov (1984) fac referire la clasificarea lui M.K. Dali, care propune cinci grupuri de divergențe:

- I. Diagnosticul corect, cel clinic coincide cu cel morfologic; se indică totodată, dacă diagnosticul a fost stabilit a) la timp sau b) cu întârziere.
- II. Diagnosticul clinic corect, însă formulat greșit din punct de vedere al grupării patologiei/traumei principale, complicațiilor și patologiilor/traumelor concomitente, ceea ce nu a influențat corectitudinea tratamentului.
- III. Hiperdiagnosticare – diagnostice ce includ unități nosologice neconfirmate la autopsie: a) cu tratament care nu a agravat starea pacientului sau b) tratament neargumentat, ce a influențat negativ asupra stării pacientului.
- IV. Diagnosticile clinice ce se referă la rubrici diferite: a) maladia/trauma principală; b) cele mai importante complicații; c) cele mai importante boli/leziuni concomitente.
- V. Diagnosticile cu greșeli mixte, ce includ componente din primele patru grupe [150].

O altă clasificare a divergențelor dintre diagnostice propun L. Goldman și coautorii (1983), care le grupează la fel în 5 categorii [23, 33]:

1. Ratarea și/sau diagnosticul greșit al bolii/traumei principale, care poate duce la o conduită terapeutică greșită, agravarea stării generale a pacientului sau, chiar, decesul acestuia;
2. Diagnosticul clinic a fost ratat, însă dacă el ar fi fost stabilit, acesta, posibil, nu ar fi schimbat semnificativ evoluția și rezultatul bolii;
3. Omiterea complicațiilor patologiei principale, care puteau fi legate de faza terminală a bolii, însă nu au prezentat cauza directă a decesului;
4. Depistarea la autopsie a altor complicații decât cele diagnosticate vital, care nu au contribuit direct la tanatogeneză sau au contribuit la un pacient în stare terminală;
5. Coincidență totală a diagnosticului clinic cu cel morfologic.

Este de menționat că divergențele de clasa 1 și 2 se consideră ca fiind majore, cele din clasa 3 și 4 – minore. Autorul menționează, însă, că clasificarea dată a fost creată mai mult cu scop științific decât aplicativ [23].

T.N. Gibson și coaut. (2004) propun modificarea clasificării lui Underwood (2001):

- Categoria I – divergență majoră – diagnosticul principal a fost ratat, iar aceasta a influențat

semnificativ, chiar decisiv, rezultatul clinic;

- Categoria II – divergență majoră – diagnosticul bolii principale a fost ratat, iar acesta, posibil, a influențat într-o anumită măsură rezultatul clinic;
- Categoria III – divergență minoră, a fost ratat doar diagnosticul secundar, posibil al unei patologii netratate, este susceptibilitatea ca pronosticul să fie afectat;
- Categoria IV – divergență minoră, nu este stabilit diagnosticul secundar sau simptomatic, care nu ar fi fost posibil de stabilit din punct de vedere clinic;
- Categoria V – diagnosticul concordant, ce demonstrează o coincidență dintre diagnosticul clinic și cel morfologic;
- Categoria VI – hiperdiagnosticare (plasarea în diagnosticul final al unor unități nosologice, ce nu s-au confirmat morfologic în cadrul necropsiei) la compartimentul maladiei/traumei principale sau celei secundare.

Savanții au completat clasificarea cu categoria a VI-a cu scopul evidențierii proporției cazurilor de divergențe, ce constituie diagnostice neconfirmate la necropsie. Autorii consideră că identificarea acestor categorii de divergență poate fi utilă pe viitor în practica medicală și anume pentru a evita apariția unor greșeli în formularea diagnosticului. De asemenea, se menționează că cele mai numeroase divergențe dintre diagnostice s-au dovedit a fi cele din categoria I și VI, constituind respectiv 30,4% și 50% din totalitatea divergențelor stabilite [23, 32].

Pe de altă parte, unii autori, de exemplu, I.A. Kazanțeva (2007) și V.L. Kovalenko (2014), consideră clasificarea divergențelor dintre diagnostice ca ceva formal și inutil, întrucât acest indicator al calității asistenței medicale poate fi aplicat doar pentru analiza activității instituției medico-sanitare în care a avut loc decesul [111, 119].

După părerea noastră, dar și a mai multor autori [3, 14, 108, 114, 115, 141], cea mai reușită clasificare a divergențelor dintre diagnostice include trei categorii ale acestora, care indică atât posibilitatea sau imposibilitatea obiectivă a diagnosticării vitale corecte, cât și valoarea greșelii de diagnosticare pentru soarta pacientului. La I-a categorie se referă cazurile când stabilirea diagnosticului în instituția concretă a fost imposibilă și eroarea, comisă din cauzele obiective, nu a influențat asupra rezultatului bolii (traumei). În divergențele de categoria a II-a, diagnosticul corect putea fi stabilit, însă lipsa acestuia nu a influențat considerabil soarta pacientului. Categoria a III-a include situații, când diagnosticul corect putea fi stabilit și greșeala a condiționat tactica deficientă de tratament, care, la rândul ei, a avut un rol decisiv în exitusul letal al bolii (traumei). [4, 15, 23, 65] Clasificarea această are importanță practică, deoarece evidențiază rezultatul

acțiunilor clinicianului. Aproape același clasificare o găsim în unicul act normativ în Republica Moldova, care stipulează metodologia stabilirii categoriei de divergență a diagnosticului clinic și anatomopatologic – Instrucțiunea cu privire la organizarea conferințelor clinico-anatomice, aprobată prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 722 din 16.07.2012 Cu privire la ameliorarea activității serviciului anatomopatologic și citologic în Republica Moldova [48]. Ordinul la fel clasifică divergențele în trei categorii, însă definiția primei este prezentată în felul următor: „maladia nu a fost diagnosticată la etapele precedente, iar în instituția medicală dată stabilirea diagnosticului corect era imposibilă din cauza stării grave și duratei scurte de aflare a pacientului în staționar”. Comparând această definiție cu cea prezentată anterior, vedem că în actul normativ noțiunea a fost îngustată nereușit. Această părere este confirmată și prin explicația din același instrucțiune: „prima categorie de necoincidență a diagnosticului se referă la acele instituții medico-sanitare, care au oferit asistență medicală bolnavului la etapele precoce ale maladiei, până la internarea lui în instituția medicală, în care a decedat”. Situațiile de deces al pacientului în instituția, unde acesta era internat primar sunt deloc rare, totodată, în comparație cu clasificarea din literatura științifică, mai multe situații de divergențe condiționate de cauzele obiective, trebuie să fie încadrate în categoria I.

Pregătind revista literaturii la tematica discutată, am studiat nu doar materialele științifice, dar și actele normative ce au atribuție la problemele analizate. În această ordine de idei am constatat lipsa documentelor de ordin normativ sau legislativ, ce reglementează metodologia aprecierii și clasificarea divergențelor dintre diagnostice, cât și în genere necesitatea efectuării analizei acesteia, ceea ce explică și lipsa statisticii oficiale privind acest fenomen. Asemenea vid a condiționat dificultatea studiului efectuat – neavând statistica sau alte informații înregistrate, toate cazurile de divergență au fost constatate în timpul analizei rapoartelor medico-legale. Mai mult ca atât, odată ce evaluarea divergențelor de diagnostic are un caracter de recomandare, majoritatea experților judiciari medici legiști din țară nu o efectuează deloc în cadrul expertizelor persoanelor decedați în staționar. Reieșind din considerentele acestea, în studiul prezent ne-am condus după clasificarea „originală” și nu cea oferită de ordinul 722.

„Din punctul de vedere al clinicianului, reușita tratamentului depinde, într-o mare măsură, de stabilirea corectă și oportună a diagnosticului clinic. După datele lui D. Dermengiu (1996), frecvența erorilor de diagnosticare rămâne la același nivel pe parcursul ultimilor 30 de ani, cu toate succesele medicinei contemporane, inclusiv utilizarea metodelor moderne de investigație paraclinică: în această perioadă au rămas nediate diagnosticate 19% de infarcte miocardice acute, 9% de tumori maligne, 29% de boli infecțioase și 60% de embolii ale arterelor pulmonare [11, 26]. Conform părerii lui I.V. Iarema (2006), anual în Statele Unite ale Americii de la 40 până 87 mii

de pacienți devin victime ale erorilor de diagnosticare, iar în Federația Rusă, după datele expertizelor medico-legale în comisie, la circa 51,8% de pacienți au fost constatate semne ale acordării asistenței medicale necalitative [11, 156]. Același autor afirmă, după datele studiului propriu, că nici o fișă medicală a bolnavului de staționar nu a fost completată cu respectarea deplină a tuturor cerințelor în vigoare. Informații interesante prezintă L.S. Velișeva și V.L. Boguslavschi (1975) în privința examinărilor și expertizelor medico-legale ale persoanelor decedate în staționarele or. Moscova în perioada anilor 1969–1972 [100]. Autorii au constatat divergențe de diagnostic în 5,9% din decese, iar în cazul morții violente – numai în 3% de observații, comparativ cu moartea neviolentă (24%). După datele lor, în 5,1% din decese, complicațiile bolii de bază nu au fost diagnosticate. V.L. Kovalenko a stabilit că rata divergențelor după boala de bază în staționarele Moscovei a crescut, constituind în mediu $21,6 \pm 4,7\%$, cu o variație între 10,9% și 31,3% [118]. Iu.V. Zbrueva (2010) a stabilit pe parcursul anilor 1990–1999 în regiunea Astrahan a Federației Ruse divergențe de diagnostic (după toate compartimentele acestuia) în $10,27 \pm 2\%$ [109]. În aceeași perioadă de timp, D. Dermengiu și coautorii (1996) au înregistrat o rată a divergențelor în România în valoare de 15%, printre care ponderea greșelilor letale, adică de categoria a III-a, a constituit tocmai 50% [26]! A. Pădure (2008) a constatat, că deficiențele diagnostice în practica chirurgicală se înregistrează în 21% de observații și au determinat diagnosticarea întârziată, incompletă și incorectă a stării patologice [9, 11, 55]. [14]”

„Conform analizei lui A.A. Domanin, pentru perioada anilor 2000–2003, necorespunderea diagnosticului clinic cu cel morfologic în Federația Rusă s-a înregistrat în 12-14% de cazuri, iar complicațiile letale nu au fost depistate la circa 5% din pacienții decedați în staționare [103]. Autorul subliniază, că categoria a III-a a divergențelor a constituit 5%. După V.L. Kovalenko (2010), la circa $\frac{1}{4}$ din pacienții decedați în spitalele regiunii Celiabinsk a fost depistată necorespunderea diagnosticului clinic cu cel morfologic, condiționând în 5,5% de cazuri decesul [118]. În perioada anilor 2002–2006, în staționarele Moscovei, indicatorul divergențelor a oscilat în jur de 16-17%, numai în 0,5% cazuri fiind stabilită categoria a III-a [107]. În acest sens E.V. Kurilina (2007) denotă faptul că, pe parcursul a 6 ani (2000–2005) nivelul erorilor de diagnostic aproape s-a dublat: de la 10,3% până la 19,85% [123]. Rezultate similare prezintă O.A. Trusov și coautorii (2007) [149]. Astfel, cu referire la datele statistice din Federația Rusă, autorii menționează că în perioada anilor 2000–2005 indicele mediu al divergențelor rămânea la nivelul 12-17% cu variații neesențiale ale ponderii necorespunderilor de categoria a III-a (de la 4,3 până 5,2%). Analiza comparativă efectuată de E.A. Valiciuk și coautorii (2008) în staționarele din regiunea Grodno (Belarus) a scos în evidență scăderea numărului divergențelor de diagnostic de la 6,6% în anii 1999–2001 până la 3,9% între 2005 și 2007 [99]. [14]”

Mai mulți autori constată că divergențele pot fi reprezentate de: diagnosticarea tardivă a maladiei/traumei principale (13,5-31%), neidentificarea sau identificarea incompletă a bolii/leziunii principale (2,6-54%) și a complicațiilor acesteia (15,7-31,0%) sau proceselor patologice/traumatice concomitente (4,1-14%), diagnosticarea greșită (33,3-80%) [59, 90]. Este de subliniat că în această ordine de idei R.V. Ceminava și coaut. (2006) a stabilit că erorile de diagnostic destul de des (32,8%) cauzează decesul pacientului [152].

1.3. Prevalența divergențelor în funcție de cauza decesului

La începutul discuției este de menționat că problema divergențelor dintre diagnostice este un subiect actual în literatura de specialitate, inclusiv în sursele de vest atunci, când este vorba despre diagnosticul clinic și cel anatomopatologic. Totodată, situația este inversă în cazul diagnosticelor clinic și medico-legal, adică în situațiile de deces din cauzele externe: analiza divergențelor este mai rar întâlnită în literatura de est și practic deloc – în cea de vest.

„În literatura de specialitate se menționează că nivelul necorespunderilor variază în funcție de diferite condiții, inclusiv în dependență de profilul secției spitalicești și patologia concretă, datele obținute de autori în acest sens fiind contradictorii. Astfel, conform datelor lui M.V. Ciuriukanov (2006), divergențele dintre diagnosticul clinic și cel morfologic constituie circa 11%, majoritatea din ele înregistrându-se în pneumonii, neoplazii, ateroscleroză [153]. Prin comparație, I.O. Pecerei și coautorii (2006) arată, că pneumoniile stabilite clinic în 16-55% de cazuri nu sunt confirmate la examenul morfologic [137]. Mai mult, diagnosticul de pneumonie a fost stabilit eronat la bolnavi cu tuberculoză pulmonară, ceea ce a constituit 55% din toate divergențele. E.V. Nikonova și coautorii (1997) arată că ponderea pneumoniilor nediate diagnosticate atinge 30,5%, acestea, de obicei, fiind confundate cu infarctul miocardic acut (5,1%), abdomenul acut (3,1%), bolile cerebro-vasculare acute (7,1%) [131]. După O.V. Zairatianț (2007), pe primul loc după divergențe se află bolile aparatului genito-urinar (21%), pe locul 2 – neoplaziile (20%), iar pe locul trei – patologia aparatului respirator (14%) [107]. Boala ischemică a inimii și bolile cerebro-vasculare – cele mai des întâlnite patologii ale aparatului circulator – au constituit împreună 22% din divergențele constatate. E.V. Kurilina (2007) consideră, că majoritatea divergențelor se constată în cazul bolilor sistemului cardiovascular și respirator (49,6% și 51%); deseori diagnosticul a fost stabilit eronat în traumele cranio-cerebrale și intoxicațiile alcoolice [123]. [14]”

„Studiind literatura medico-legală de specialitate s-a observat că, dintre toate cazurile de moarte violentă, cea mai mare pondere a divergențelor de diagnostic aparține diverselor forme de traume, preponderent cranio-cerebrale [78, 79]. Astfel, A.S. Kupriushin (2005) subliniază că, majoritatea erorilor de diagnosticare, după datele Biroului de Expertize medico-legale din Penza,

este legată de traumele cranio-cerebrale (39,1%), dintre care 18,8% au fost hiperdiagnosticate, 11,7% –nediagnosticate, 4,7% – cu diagnostic incomplet și 3,9% – cu complicații letale nediate diagnosticate [9, 97, 122]. Aceste rezultate coincid cu datele obținute de E.V. Kurilina (2007), care stabilește o rată de hipodiagnosticare a traumelor cranio-cerebrale de 11,1% ce au fost confundate cu intoxicațiile cu alcool (31,7%), cu boli cerebrovasculare (13%), cu meningite și meningoencefalite (3%) etc. [123]. Autoarea subliniază că în 18% din cazuri nu au fost diagnosticate hematoamele intracerebrale, complicate cu angajarea ulterioară a trunchiului cerebral în orificiul mare occipital la bolnavii cu o durată a spitalizării până la 14 zile [9, 97]! L.S. Velișeva și V.L. Boguslavschi (1975) au stabilit că în 40% din cazurile de diagnostic eronat al traumei, cauza morții a fost patologia cerebrovasculară, în 16% – boala ischemică cronică a inimii și în 6% – neoplaziile cerebrale [100]. Greșelile menționate de autori au fost condiționate de subestimarea anamnezei sau a datelor examenului clinic. Diagnosticul incomplet al traumelor cranio-cerebrale a fost legat, preponderent, de lipsa menționării hematoamelor epi- și subdurale (23,1%) în condițiile examinării insuficiente a pacienților și internării de scurtă durată. Informația prezentată de autorii precedenți corelează cu datele lui R.P. Matveev (2020), care menționează că majoritatea leziunilor nediate diagnosticate în traumele cranio-cerebrale sunt hematoamele intracraniene (18±5,4%) și fracturile craniului (10,8%), mai rar – contuzia cerebrală (4,4%) [9, 128]. [14]”

„E.V. Kurilina (2007) afirmă, că trauma vertebro-medulară nu a fost diagnosticată în 0,4% de cazuri, fiind confundată cu trauma cranio-cerebrală (36,3%) și coma alcoolică (27,3%) [9, 123]. Conform datelor diferitor autori, în structura traumelor toracelui nu au fost diagnosticate leziunile pulmonare (16,7%), contuzia inimii (7,1%), mai rar fracturile costale (4,1%) și hemotoracele (1,6%) [9, 45, 92, 128, 151]. R.P. Matveev (2020) comunică că, în cazul traumei abdomenului, în 33,3% nu a fost depistat hematoma retroperitoneal, iar analiza autorului în cazul traumelor aparatului locomotor a arătat, că leziunile nediate diagnosticate nu au influențat dinamica traumei: în majoritatea cazurilor nu au fost depistate fracturi unice marginale [9, 128]. [14]”

„După A.S. Kupriushin (2005), diagnosticarea intoxicațiilor uneori este dificilă. Astfel, în regiunea Penza, Federația Rusă, 28,9% dintre toate divergențele înregistrate au constituit intoxicațiile de diversă etiologie cu consecințe letale; în 14% de cazuri intoxicațiile nu au fost diagnosticate, iar în 3,9% – nu au fost luate în considerație complicațiile lor [122]. E.V. Kurilina (2007) constată, că diagnosticul de intoxicație nu a fost stabilit în 14,8% de cazuri, acesta fiind confundat cu cel de traumă cranio-cerebrală (29,5%), comă de etiologie necunoscută (6,7%) și hipotermie generalizată (3,9%) [123]. Autoarea menționează că tabloul clinic de intoxicație acută

poate să mascheze, din cauze obiective, trauma cranio-cerebrală și insuficiența cardiovasculară acută pe fundalul bolii ischemice a inimii. [14]”

O cauză aparte a decesului reprezintă consecințele de ordinul iatrogen. Bolile iatrogene constituie una dintre cele mai intens discutate aspecte ale activității medicale și sunt considerate o problemă de sănătate publică serioasă aflată în creștere [13, 58, 67, 72, 82]. Din punct de vedere etimologic, cuvântul „iatrogenie” provine de la două cuvinte grecești, „iatros”, care înseamnă medic și „genesis” – origine. OMS definește iatrogenia drept orice efect nociv, neintenționat și nedorit al unui medicament, utilizat pentru scopuri de profilaxie, diagnostic sau terapie [58, 67, 87]. Spre regret, această definiție nu include prejudiciile cauzate pacienților prin alte proceduri și manopere medicale. Făcând trimitere la CIM-X, T.K. Osipenkova-Vichtomova (2006) este de părere că drept iatrogenie trebuie să fie privit orice proces patologic generat de manoperele curative [58, 67, 132]. De aceeași părere este și S. Ungurean (2001) care subînțelege prin boli iatrogene maladiile, procesele și stările patologice datorate activității profesionale a medicului pe care le clasifică în psihice și somatice, ultimele fiind divizate în: traumatice, toxice, septice și organizatorice. Din iatrogeniile somatice de origine traumatică fac parte: traumatismul obstetrical, consecințele nefavorabile ale intervențiilor chirurgicale, măsurilor de anestezie și reanimare, injectării preparatelor medicamentoase etc. Iatrogeniile somatice de origine toxică sunt acelea, care au fost cauzate de prescrierea și administrarea incorectă a medicamentelor. Iatrogeniile de proveniență septică sunt constituite din consecințele nefavorabile ale vaccinărilor, ale încălcărilor de reguli sanitaro-epidemiologice ș.a. Iatrogeniile de origine organizatorică apar din cauza organizării incorecte a procesului de examinare, tratament și îngrijire medicală a bolnavului [10, 67, 85].

Iatrogenia poate fi consecutivă riscului medical previzibil sau imprevizibil [67] și poate fi provocată atât de acțiuni medicale incorecte și nejustificate, cât și de o intervenție medicală corectă, argumentată și legală [102].

Iatrogenia este un fenomen relativ frecvent întâlnit în activitatea medicală. Frecvența iatrogeniilor somatice este de circa 12–16%, fiind dependentă în mare măsură de caracteristicile loturilor analizate [1, 2, 13, 67, 154]. Este de atenționat că, iatrogenia este un prejudiciu adus pacientului chiar și în cazurile asistenței medicale impecabile. Analizând problema maladiilor iatrogene apărute în tratamentul patologiei chirurgicale acute, R.V. Chemynava (2006) a constatat că iatrogenia a contribuit la instalarea decesului pacientului în tocmai 31,8% de observații, iar în 68,1% – a servit drept temei pentru tragerea personalului medical la răspundere civilă [152]. R.F. Peer și coaut. (2018) atrag atenția asupra faptului că iatrogenia este a cincea cauză de deces în lume [67, 72].

1.4. Aprecierea cauzelor apariției divergențelor dintre diagnostice

După opinia mai multor autori [3, 5, 14, 23, 108, 129, 141], nu este suficientă doar constatarea divergențelor, este însă necesară analiza și aprecierea expertală a lor, deoarece valoarea științifică și practică o au cauzele apariției diagnosticului eronat, care sunt divizate în două grupe mari: *obiective* și *subiective*. La cauzele *obiective* autorii atribuie: durata scurtă a spitalizării – după standardele în vigoare diagnosticul clinic trebuie să fie stabilit în primele 72 ore de la internare; starea gravă a pacientului, ce nu permite efectuarea unor proceduri diagnostice; dificultatea diagnosticării procesului patologic [4, 15, 65, 83, 96]. Ultima cauză este cea mai diversă: după părerea lui A.E. Makarova și V.V. Svistunov (2018), aici se includ toate situațiile când a fost utilizat întreg spectrul metodelor de diagnosticare, însă posibilitățile instituției medico-sanitare concrete, tabloul clinic atipic, manifestarea atenuată a maladii, prezența stărilor mascante sau a unei boli rar întâlnite nu au permis stabilirea corectă a diagnosticului clinic [126]. Cauzele *subiective* includ mai multe: examinarea insuficientă a bolnavului; subestimarea sau supraestimarea datelor anamnezei, colectarea ei insuficientă; subestimarea datelor examenului clinic, interpretarea lor greșită; subestimarea sau supraestimarea datelor investigațiilor paraclinice; subestimarea sau supraestimarea concluziilor consultantului; formularea incorectă a diagnosticului clinic (după etiopatogenie, lipsa rubricării etc.) [4, 5, 11, 14, 15, 23, 65, 96, 114, 126, 141].

Aceiași cercetători subliniază, că apariția divergențelor de categoria I-a este întotdeauna legată de cauze obiective, celelalte două categorii apar atât din motive subiective, cât și cele obiective. Dacă eroarea de diagnosticare are la bază mai multe circumstanțe, cercetătorii recomandă expertului să evidențieze cauza principală. Mai mult ca atât, I.A. Kazanțeva (2007) și V.L. Kovalenko (2014) consideră că anume analiza profundă a cauzelor apariției divergenței dintre diagnostice este mult mai importantă pentru aprecierea calității asistenței medicale, întrucât anume această analiză permite stabilirea etapei defectuoase a acordării asistenței medicale [14, 111, 119].

Unii savanți au studiat împrejurările și motivele de apariție a deficiențelor în procesul diagnosticării. În această ordine de idei, V.V. Tomilin și Iu.I. Sosedko (2000) au descris trei tipuri de cauze ale divergențelor dintre diagnostice, care pot fi și cauze ale deficiențelor în acordarea asistenței medicale, dar și ale consecințelor nedorite ale tratamentului: 1) nerespectarea principiilor organizatorice; 2) insuficiența profesionalismului și calităților morale ale medicilor sau acțiunilor lor; 3) condițiile obiective, ce nu depind nici de lucrătorii medicali, nici de instituția medico-sanitară: insuficiența sau lipsa posibilităților de diagnosticare; pacienții inadecvați (adresare tardivă, refuzul de internare sau examinare, intervenție chirurgicală, ș.a.) [59, 148].

„A.V. Nizii și E.A. Iurtaeva (2007) afirmă că majoritatea divergențelor (42,3%) apar ca rezultat al examinării incomplete a pacienților, mai rar servind alte motive: aflarea de scurtă durată

a pacientului în staționar (31,5%), lacunele în redactarea documentației medicale (7,7%), formularea incorectă a diagnosticului (1,5%) și imposibilitatea examinării depline a pacientului (0,8%) [130]. Autorii subliniază faptul, că mai mult de 90% din fișele bolnavului de staționar sunt completate insuficient, superficial, scrisul este deseori indescifrabil, ceea ce împiedică aprecierea expertală adecvată a procesului diagnostico-curativ și, respectiv, servește drept motive ale apariției divergențelor de diagnostic. De menționat că, în opinia lui O.V. Zairatianț (2007), diagnosticul formulat incorect nu reprezintă o divergență [107]. Autorul menționează că în majoritatea staționarelor din orașul Moscova, structura diagnosticului este departe de a fi apreciată drept ideală. Același autor evidențiază printre motivele obiective: aflarea de scurtă durată a pacientului în clinică (55%), starea lui gravă (15%) și dificultatea diagnosticării (10%); cauzele subiective, după datele Domniei Sale, constituie 20% în structura lor prevalând examinarea insuficientă (7%) și supraaprecierea concluziilor medicilor de profil îngust (5%). [14]”

Pentru aprecierea nivelului calității procesului diagnostico-curativ R.I. Șmurun a propus indicele calității diagnosticării clinice [127]. Acesta se calculează ca raportul dintre numărul divergențelor din cauzele subiective și cel din cauzele obiective. Dacă indicele calculat este mai mic de 1, atunci calitatea diagnosticării vitale este considerată satisfăcătoare, în caz contrar – nesatisfăcătoare. Cu toate că metodologia este una simplă, ea permite compararea obiectivă a rezultatelor divergențelor diagnosticelor. Indicatorul acesta pentru anul 2017 în Regiunea Moscova, conform datelor lui V.A. Klevno (2018), a constituit 0,8 [114].

„După datele lui V.L. Kovalenko (2010), ponderea cauzelor obiective este practic egală cu cea a cauzelor subiective: în structura divergențelor înregistrate (25,6%), 11,7% au apărut din motive obiective, iar 13,9% – subiective [118]. Aceste informații corelează cu cele ale lui O.A. Trusov și coautorii (2007): ponderea dificultăților obiective a constituit circa 50%; în grupul motivelor subiective prevalează examinarea insuficientă a pacientului, constituind circa 20%, urmată de subaprecierea datelor clinice (9%) și interpretarea greșită a testelor de laborator (5-6%) [149]. În aceeași ordine de idei, A.A. Domanin (2004) evidențiază 4 cauze principale ale apariției necorespunderilor de diagnostic: dificultăți obiective ale diagnosticării (38%), examinarea insuficientă a pacientului (20-22%), subestimarea datelor clinice (7-16%) și aprecierea incorectă a datelor investigațiilor de laborator (6%) [103]. D. Dermengiu (1996) consideră că hipodiagnosticarea traumelor este deseori condiționată de neefectuarea investigațiilor radiologice, inclusiv a tomografiei computerizate, sau interpretarea greșită a rezultatelor acestora [9, 26]. [14]”

„I.V. Iarema și coautorii (2006) constată că, în secțiile de urgență cu profil chirurgical, mai mult de 50% din divergențe au apărut din cauza stării grave a pacienților, în circa 30% de cazuri fiind însoțite de durată scurtă a supraviețuirii (până la câteva ore) [156]. Cu alte cuvinte, clinicianul

pierde posibilitatea colectării anamnezei, care, după părerea lui Iu.N. Stempurski (1986), este o metodă suplimentară importantă întru aflarea debutului maladiei, aprecierea particularităților individuale ale pacientului, condițiilor nefavorabile de trai, informații necesare pentru procesul de diagnosticare [145]. I.O. Pecerei și coautorii (2006) consideră examinarea clinică și paraclinică insuficientă drept motiv subiectiv principal al divergențelor de diagnosticare în staționările cu profil pulmonologic [137]. Pe de altă parte, după unele date din literatură [26, 100], ponderea erorilor de diagnosticare sporește odată cu creșterea duratei spitalizării pacientului. Împărtășim părerea savanților, care explică această situație prin riscul sporit al interpretării greșite a datelor investigațiilor paraclinice abundente, precum și prin apariția unor concluzii ale specialiștilor, ce la fel pot să ducă în eroare medicul curant. [14]”

1.5. Concluzii la capitolul 1

1. Diagnosticul se clasifică în clinic și morfologic, iar ultimul – în medico-legal și anatomopatologic. Principiile de formulare a diagnosticului sunt: etiologic, patogenetic, nosologic, topografic, cronologic, argumentării, exhaustivității și structurării. Diagnosticul este compartimentat în: boala (trauma) principală; complicațiile bolii (traumei) principale și bolile (traumele) concomitente. Divergența dintre diagnostice reprezintă o necorespondere parțială sau totală a bolii (traumei) diagnosticate clinic cu cea depistată în cadrul autopsiei după localizare, etiologie sau caracterul procesului patologic; stabilirea tardivă sau formularea incorectă a diagnosticului se încadrează, la fel, în categoria divergențelor. Divergențele dintre diagnostice se constată prin confruntarea acestora de către medicul legist sau anatomopatolog. Divergențele se clasifică în trei categorii. Cauzele divergențelor dintre diagnostice se clasifică în obiective și subiective.
2. Frecvența divergențelor dintre diagnosticul clinic și cel morfologic variază semnificativ: de la 3,5 până la peste 50% în funcție de perioada și locul desfășurării studiului, metodologia efectuării acestuia, clasificarea necoincidențelor aplicată, cauza decesului și alți factori. Lipsa statisticii oficiale referitoare la divergențele dintre diagnostice în majoritatea țărilor doar contribuie la incertitudinea situației. Frecvența medie a divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice constituie cca. 10%. Informațiile referitoare la frecvența cauzelor divergențelor sunt și mai neomogene: datele diferitor autori variază de la prevalarea cauzelor obiective până la predominarea celor subiective.
3. Problema divergențelor dintre diagnostice este pe larg discutată în literatura științifică de Est și, semnificativ mai puțin, în cea de Vest, abordată fiind preponderent latura anatomopatologică a întrebării. Totodată, informațiile referitoare la divergențele dintre diagnosticul

clinic și medico-legal la nivel național practic lipsesc. Din punct de vedere științific, există studii naționale ce analizează detaliat calitatea asistenței medicale, la general, și cea a diagnosticării, în particular, însă problematica divergențelor este abordată în cercetările date doar tangențial. Din punct de vedere metodic, analiza bibliografică a stabilit că baza normativă în domeniul divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal este una săracă și nu include toate aspectele acestei întrebări multilaterale. Din punct de vedere statistic, am constatat un vid absolut, întrucât statisticile oficiale referitoare la numărul divergențelor constatate, cât și cauzele acestora lipsesc.

2. DESCRIEREA MATERIALULUI ȘI A METODELOR DE CERCETARE

2.1. Caracteristica generală a studiului

Studiul a fost realizat în cadrul Catedrei de medicina legală a IP Universitatea de Stat de Medicină și farmacie „Nicolae Testemițanu”, ce are drept bază clinică Centrul de Medicină Legală. Analizei au fost supuse documentele oficiale atât din arhiva centrală a CML, cât și din arhivele secțiilor medico-legale teritoriale: rapoartele de constatare/expertiză judiciară medico-legală privind persoanele decedate în staționare și rapoartele anuale de activitate a CML. Totodată, au fost evaluate fișele medicale ale bolnavilor de staționar (formular statistic 003/e), prezentate de către ordonatorii expertizelor în vederea efectuării expertizei privind cadavrele respective. Studiul a cuprins perioada între anii 2004–2018.

Proiectul de cercetare a fost aprobat de Comitetul de Etică a Cercetării al Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” în ședința din 19.03.2012 cu eliberarea unui aviz favorabil (Anexă 2). Conform protocolului studiului, ultimul nu necesita completarea acordului informat. Confidențialitatea datelor cu caracter personal este asigurată prin acordul de confidențialitate semnat de către autor.

Studiul a fost realizat cu respectarea fazelor de cercetare cu caracter statistic [29, 81, 120, 121]: planificarea investigațiilor cu stabilirea și calcularea eșantionului necesar; acumularea datelor în baza chestionarului elaborat; prelucrarea și analiza datelor obținute; sintetizarea concluziilor și elaborarea recomandărilor practice.

Conform caracterului studiul este unul *descriptiv*, și anume *transversal*, iar reieșind din volumul eșantionului – *integral* și *selectiv*.

Studiul integral a fost efectuat în baza unui eșantion și reprezintă analiza rapoartelor anuale de activitate ale CML pentru o perioadă de 15 ani (2004–2018).

Studiul selectiv a cuprins un alt eșantion: rapoartele de constatare și expertiză medico-legală privind persoanele decedate în staționar.

Conform metodologiei [81], eșantionul a fost proiectat în așa mod ca acesta să reproducă caracteristicile totalității statistice. Principiile de alegere a cazurilor pentru eșantionul selectiv au fost următoarele [29, 121]:

- definirea unității de observare;
- unitățile de observare se selectează aleatoriu din totalitatea statistică;
- unitățile de observare se selectează cu condiția evitării repetării;

- eșantionul selectat trebuie să fie reprezentativ pentru proiectarea rezultatelor studiului la nivelul totalității statistice.

Întru asigurarea reprezentativității, numărul necesar de cazuri pentru lotul de cercetare s-a calculat în baza formulei 2.1:

$$n = P \times (1 - P) \times (Z\alpha/e)^2 \quad (2.1)$$

unde:

n – volumul eșantionului (*cifre absolute*)

P – frecvența divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice.

Conform datelor bibliografice (V.M. Kazarean (2008), T.N. Gibson și coaut. (2004) [32, 112]) frecvența acestora este de 10,0% (P=0.10).

Z α – valoarea tabelară. Când „ α ” – pragul de semnificație este de 5%, coeficientul $Z\alpha = 1.96$

e – eroarea limită admisă: pentru studii descriptive este egală cu 0.05 (5%)

Introducând datele în formula 2.1, am obținut:

$$n = 0.10 \times (1 - 0.10) \times (1.96/0.05)^2 = 138.30$$

Rezultatul obținut indică numărul minim necesar de cazuri cu divergență dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice, însă pentru asigurarea reprezentativității la numărul de 139 am adăugat și rata de non-răspuns de 10%, obținând volumul final al eșantionului $n = 152$ de cazuri.

Următoarele metode de cercetare [81] au fost utilizate pentru asigurarea atingerii obiectivelor prezentului studiu:

1. **Observarea** – urmărirea desfășurării fenomenului cercetat pentru analiza acestuia în dinamică. Metoda include căile statistică și de apreciere prin expertiză.
2. **Istorică** – studierea fenomenului în contextul dezvoltării istorice a societății.
3. **Matematică și statistică** – analiza informațiilor primare prin calcularea ponderii, frecvenței, raportului și altor indicatori statistici.
4. **Comparativă** – evaluarea caracteristicilor fenomenului studiat în raport cu altul.
5. **De expertiză** – aprecierea expertală a fenomenului întru sesizarea devierilor de la un model standardizat.
6. **Analitică** – studierea sistematică a fiecărui element în parte al fenomenului.

Metoda istorică a permis selectarea studiilor bibliografice în numărul de 156, inclusiv în baza cuvintelor-cheie, în diferite baze de date (Google Scholar, Web of Science, PubMed, HINARI, Scopus). Analizei au fost supuse publicațiile ce abordează problematica divergențelor de diagnostic în traumele mecanice cu elaborarea ulterioară a sintezei narative, rezultatele căreia sunt prezentate în Capitolul I (studiul secundar).

Tabelul 2.1. Caracteristica eșantioanelor de studiu

 criterii	<i>Rapoarte anuale de activitate a CML</i>	<i>Rapoarte de constatare/expertiză medico-legală privind persoanele decedate în staționar</i>
Eșantion	integral	selectiv
Originea informației	arhiva CML	arhiva CML
Unitatea de observare	raportul anual de activitate	raportul de constatare / expertiză
Perioada de timp analizată	2004–2018	2009–2013
Volumul (abs.) eșantionului	15	152
Metode de cercetare	observării, istorică, matematică, statistică, comparativă	matematică, statistică, comparativă, de expertiză, analitică

Datele au fost acumulate prin următoarele metode de colectare:

- Extragerea datelor din rapoartele anuale de activitate – documentele statistice ale Centrului de Medicină Legală pentru perioada anilor 2004–2018;
- Acumularea datelor din arhiva CML pentru perioada anilor 2009–2013:
 - identificarea rapoartelor de constatare/expertiză medico-legală privind pacienți decedați în staționare prin cauze mecanice în „Registrul de înregistrare a cadavrelor în morga medico-legală”.
 - analiza exemplarului 2 al rapoartelor de constatare medico-legală/expertiză medico-legală;
- Extragerea informației dintr-un formular statistic (fișa medicală a bolnavului de staționar, raportul de examinare medico-legală/expertiză judiciară).

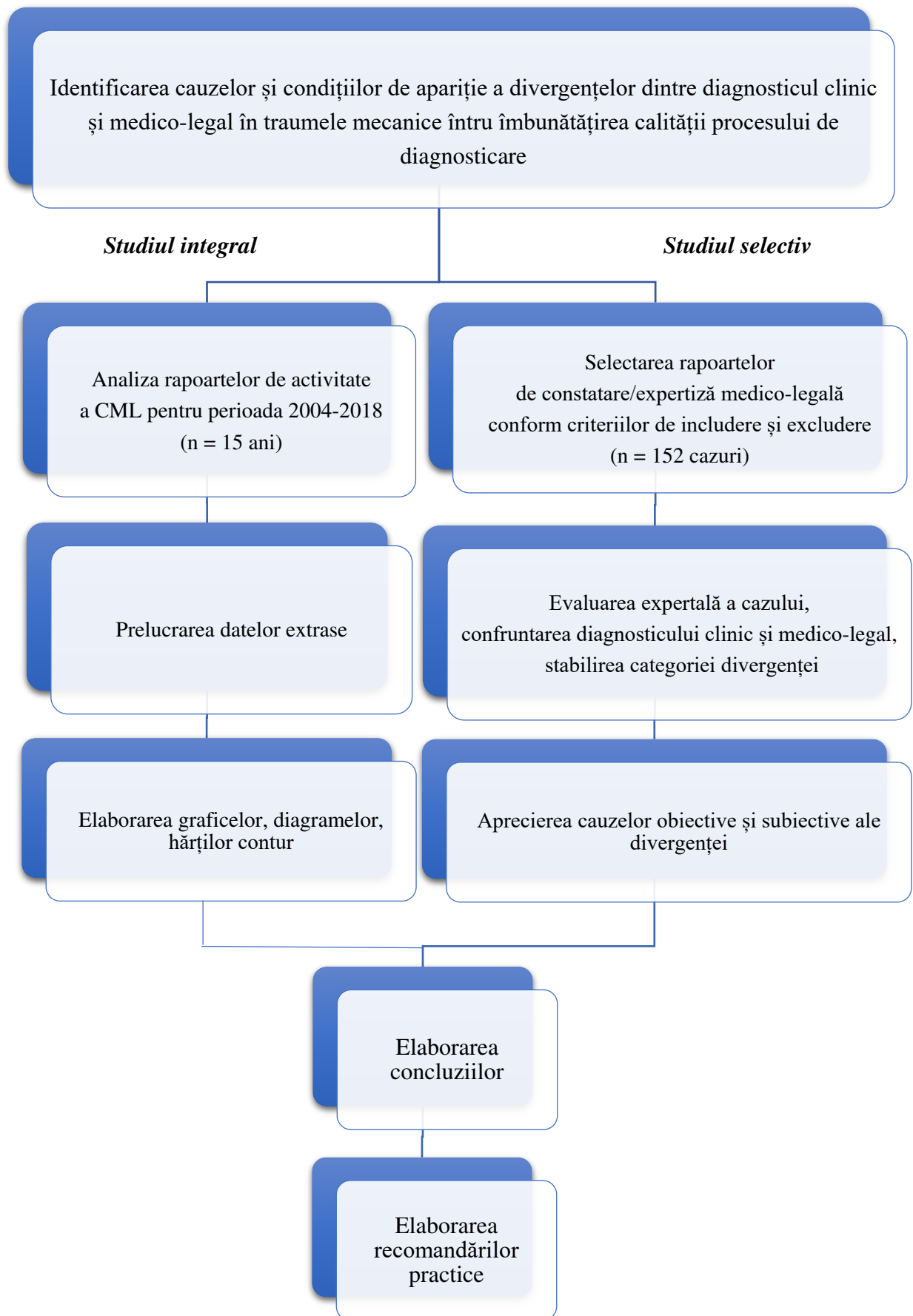


Fig. 2.1. Designul studiului

2.2. Caracteristica loturilor de studiu

Rapoartele anuale de activitate a CML

Analiza caracteristicilor generale ale mortalității prin cauze externe, inclusiv traumele mecanice, precum și compararea acestora cu indicatorii serviciului anatomo-patologic s-a efectuat în baza documentelor din arhiva Centrului de Medicină Legală.

Originea informației. Datele statistice au fost obținute din rapoartele anuale de activitate a Centrului de Medicină Legală și din Anuarele statistice ale sistemului de sănătate din Republica Moldova, elaborate de Agenția Națională de Sănătate Publică.

Perioada de timp cercetată. Analizei au fost supuse datele din rapoartele și anuarele pentru o perioadă de 15 ani (2004–2018)

Volumul eșantionului. Reieșind din perioada cercetată, analizei au fost supuse 15 rapoarte anuale de activitate a CML și același număr al anuarelor statistice.

Sfera de cuprindere. Din rapoartele anuale ale CML au fost extrase datele referitoare la numărul autopsiilor medico-legale ale pacienților decedați în staționare din cauze violente, cât și neviolente; la cei decedați din cauze violente au fost înregistrate separat decesele cauzate de traumele mecanice și celelalte cauze externe. Nu au fost incluse datele referitoare la examinarea persoanelor decedate în afara instituțiilor medico-sanitare.

Informațiile au fost analizate și prin prisma repartizării teritorial-zonale: pentru fiecare secție medico-legală teritorială separat, cu ulterioara repartizare în patru zone: Nord, Centru, Sud și Chișinău (inclusiv raionul Ialoveni). Repartizarea teritorial-zonală a Republicii Moldova, utilizată în cadrul studiului are drept bază regiunile de dezvoltare ale țării, constituite conform Legii nr. 438/2006 privind dezvoltarea regională în Republica Moldova [38]. Regiunile date sunt constituite pentru a asigura cadrul de elaborare, implementare și evaluare a politicilor de dezvoltare regională, adică se încadrează perfect în tema analizată. Regiunea Nord include raioanele Briceni, Edineț, Ocnîța, Dondușeni, Soroca, Drochia, Râșcani, Glodeni, Fălești, Sângerei, Florești, Șoldănești și mun. Bălți. Regiunea Centru – raioanele Ungheni, Telenești, Rezina, Orhei, Călărași, Nisporeni, Strășeni, Criuleni, Dubăsari, Anenii Noi și Hâncești. Zonei Sud aparțin raioanele Leova, Cimișlia, Basarabeasca, Căușeni, Ștefan Vodă, Cantemir, Taraclia, Cahul și UTA Găgăuzia. Regiunea Chișinău, la rândul ei, cuprinde orașul Chișinău, suburbiile care intră în componența municipiului, dar și raionul Ialoveni, fiind deservit în sens medico-legal de secțiile municipale.

Din Anuarele statistice ale sistemului de sănătate din Republica Moldova, elaborate de Agenția Națională de Sănătate Publică, au fost extrase datele referitoare la numărul pacienților decedați în staționările țării și cel al autopsiilor anatomo-patologice.

Instrumentul de cercetare. Pentru acumularea datelor din documentele descrise a fost utilizat pachetul integrat de birotică Microsoft Office 2016, și anume procesorul de tabele MS Excel 2016, cu ajutorul căruia datele au fost sistematizate și analizate cu dezvoltarea ulterioară a materialelor ilustrative (graficelor, diagramelor etc.).

Metodele de cercetare. Eșantionul descris a fost analizat cu utilizarea următoarelor metode de cercetare: observarea, istorică, serie cronologică, matematică, statistică, comparativă. Metoda observării a permis urmărirea dinamicii mortalității spitalicești prin cauze violente și neviolente, dar și indicatorilor de autopsii ale pacienților decedați în instituțiile medico-sanitare. În combinație cu metoda istorică, am urmărit dezvoltarea indicilor pe ani în contextul socio-cultural. Metodele matematică și statistică au stat la baza calculării mediei aritmetice simple și ponderilor cu prezentarea ulterioară a informației în forma grafică. Metoda comparativă a fost utilizată pentru evidențierea corelării dintre autopsiile medico-legale și anatomo-patologice, raportul dintre volumul de autopsii medico-legale efectuate în diferite regiuni ale țării.

Rapoarte de constatare și expertiză medico-legală privind persoanele decedate în staționar

Acest eșantion a fost studiat în scopul stabilirii cauzelor divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice. Analizei au fost supuse unele circumstanțe ale apariției necoincidențelor, dar și corelarea dintre unele tipuri ale traumelor și grupele cauzelor de divergențe.

Volumul eșantionului. În eșantion au fost incluse 152 de constatări și expertize medico-legale primare privind cadavrele și documentele medicale ale acestora executate în secțiile teritoriale ale CML. Calcularea numărului necesar al rapoartelor de constatare și expertiză s-a efectuat în baza formulei 2.1.

Perioada de timp cercetată. În lotul de studiu au fost incluse rapoartele de constatare și expertiză medico-legală, selectate aleatoriu, întocmite în perioada 2009–2013.

Originea informației. Datele primare au fost extrase din rapoartele de constatare și expertiză medico-legală privind pacienți decedați în staționar. În constatările și expertizele medico-legale efectuate de către autorul studiului, au fost analizate și fișele medicale ale bolnavului de staționar respective. Rapoartele studiate au fost obținute aleatoriu, fără selectarea după anumite criterii cu excepția celor de includere și excludere din studiu.

Staționările în care a survenit decesul pacientului au fost de nivel republican, municipal și raional. Totodată, având în vedere că pacienții cu traume mecanice în municipiul Chișinău se internează, preponderent, în IMSP Institutul de Medicină Urgentă (denumire cunoscută în cadrul studiului și drept IMSP Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență), în majoritatea cazurilor studiate decesul pacientului a avut loc în această instituție. Astfel, analizând locul decesului pacienților în lotul de studiu am obținut următoarele: IMU (CNȘPMU) – 120 (78,9%); spitale republicane, inclusiv cu profil pediatric – 14 (9,2%); SCM „Sf. Treime” – 12 (7,9%); spitale raionale – 6 (3,9%).

Sfera de cuprindere. Selectarea în eșantion a rapoartelor de constatare/expertiză medico-legală a fost efectuată conform criteriilor de includere și excludere. Toate cazurile selectate trebuiau să întrunească toate criteriile de includere, totodată, prezența a măcar unui criteriu de excludere a servit drept temei pentru respingerea cazului.

Drept criteriile de includere au servit:

1. Constatare/expertiză medico-legală primară;
2. Constatare/expertiză medico-legală privind pacientul decedat în staționar;
3. Trauma mecanică figurează în diagnosticul medico-legal;
4. Este constatată prezența divergenței dintre diagnosticul clinic și medico-legal.

Criteriile de excludere au fost următoarele:

1. Constatare/expertiză medico-legală repetată sau suplimentară
2. Deces în afara IMSP
3. Lipsa traumei în diagnosticul medico-legal
4. Alte tipuri de traumă (termică, chimică ș.a.) decât cea mecanică în diagnosticul medico-legal
5. Lipsa divergenței dintre diagnosticul clinic și medico-legal
6. Date insuficiente din rapoarte/fișe a bolnavului staționar pentru stabilirea cauzelor divergenței.

Instrumentul de cercetare. Datele obținute din rapoartele de constatare/expertiză medico-legală au fost colectate cu utilizarea *Chestionarului de evaluare a divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal* (Anexa 1), elaborat de către autor în acest scop, fapt confirmat prin certificatul de inovator nr. 5908 din 20.05.2022 (Anexa 6) și actul de implementare nr. 30 din 01.06.2022 (Anexa 7). Chestionarul a fost elaborat și utilizat inițial pe suport de hârtie. Pentru facilitarea procesării computerizate a informației obținute, cu suportul programului pentru baze de date și analiză statistică în sistemul sănătății publice Epi Info (TM) 7.2.5., a fost elaborat un chestionar electronic similar (Anexa 1). Ulterior informația obținută a fost exportată în procesorul de tabele MS Excel 2016, cu ajutorul căruia datele au fost prelucrate și analizate.

Chestionarul a inclus trei compartimente: I) partea clinică obiectivă; II) partea medico-legală obiectivă și III) partea analitică.

Partea clinică obiectivă a cuprins 19 puncte, ce au fost completate din partea descriptivă a rapoartelor studiate, dar și din fișele medicale ale bolnavilor de staționar ale pacienților decedați în instituțiile medico-sanitare prin cauze mecanice, care au fost prezentate cu ocazia efectuării expertizei medico-legale. Informațiile se referă atât la datele de identificare a cazului respectiv, cât și constatările făcute de expert, inclusiv diagnosticul clinic. Partea medico-legală obiectivă a inclus 3 puncte ce permit identificarea raportului de expertiză judiciară și diagnosticul medico-legal. Partea analitică a cuprins 8 puncte și a fost completată ca rezultat al confruntării diagnosticului clinic și cel medico-legal. În această parte s-a fixat categoria divergenței și cauzele care au adus contribuția la apariția divergenței constatate.

Metodele de cercetare. Eșantionul a fost studiat cu utilizarea următoarelor metode: matematică, statistică, comparativă, de expertiză, analitică. Cu ajutorul metodei matematice a fost posibilă calcularea indicatorilor ce permit analizarea ulterioară a lotului: rata, proporția, frecvența, eroarea standard. Metoda statistică a servit drept bază a aprecierii indicatorilor lotului studiat, fiind utilă la realizarea analizei cantitative și calitative a acestora. Metoda comparativă a contribuit la evaluarea coraportului dintre cauzele obiective și cele subiective ale divergențelor dintre diagnostice, dar și pentru stabilirea asemănărilor și deosebirilor acestora în diferite tipuri de traume mecanice. Metoda de expertiză a fost folosită pentru confruntarea diagnosticului clinic cu cel medico-legal în vederea stabilirii prezenței divergenței de diagnostic, dar și atribuirea categoriei acesteia. Metoda analitică a stat la baza constatării cauzelor obiective și subiective ale necoincidențelor dintre diagnostice.

În calitate de exemple practice ce ar confirma studiul științific au fost prezentate 8 studii de caz.

2.3. Procesarea matematico-statistică a rezultatelor studiului

Datele obținute în cadrul studiului au fost procesate computerizat cu aplicarea sistemului de operare „Microsoft Windows 7 și 10” a pachetului integrat de birotică Microsoft Office 2016 cu procesorul de tabele MS Excel 2016 și redactorul de texte MS Word 2016.

Veridicitatea datelor statistice calculate în cadrul cercetărilor științifice a fost confirmată prin calcularea testului de semnificație **t** – Student și a pragului de semnificație – **p**. Semnificația rezultatelor obținute a fost stabilită pentru intervalul de încredere (**CI**) de 95%.

Indicatorii statistici utilizați în prezenta cercetare științifică au fost obținuți în baza următoarelor formule [81]:

- *media aritmetică simplă*

$$\overline{X}_{as} = \frac{\sum_{i=1}^n \chi}{n} \quad (2.2)$$

unde:

\overline{X}_{as} – media aritmetică simplă

χ – valoarea fiecărei variabile

Σ – simbolul sumei

n – numărul total de variabile

- *media cronologică*

$$\overline{X}_c = \frac{\sum_{i=1}^n \overline{\chi}_i}{n-1} \quad (2.3)$$

unde:

\overline{X}_c – media cronologică

$\overline{\chi}_i$ – media mobilă

Σ – simbolul sumei

n – numărul total de variabile

- *proporția* a fost calculată în procente (%) după următoarea formulă:

$$Pr = \frac{X}{X+Y} \times 100 \quad (2.4)$$

unde:

Pr – proporție

X – indicatorul studiat

X+Y – totalitatea de origine a indicatorului studiat (X)

- *rata* a fost calculată în procente (%) după următoarea formulă:

$$Rata = \frac{\text{numărul evenimentelor într-o perioadă specificată de timp} \times 10^n}{\text{mediul care a produs evenimentul studiat}} \quad (2.5)$$

La calcularea ratei a fost estimată indispensabil și eroarea standard.

- *raportul*

$$R = \frac{X}{Y} \quad (2.6)$$

unde:

R – raportul

X, Y – indicatorii comparați

- *abaterea standard*

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})^2}{N-1}} \quad (2.7)$$

unde:

x₁, x₂, ... x_N – valorile observate

\bar{x} – media valorilor observate

N – numărul observațiilor

- *eroarea standard pentru valorile medii*

$$ES_M = \frac{\sigma}{\sqrt{n}} \quad (2.8)$$

unde:

ES_M – eroarea standard

σ – abaterea standard

n – numărul frecvențelor

Datele statistice rezultate din prezentul studiu au fost reprezentate prin următoarele mijloace:

1. Tabele;
2. Grafice (historiograme);
3. Diagrame (de structură și prin coloane);
4. Hartograme.

2.4. Concluzii la capitolul 2

1. Prezentul studiu are un caracter descriptiv, iar reieșind din volumul eșantionului – integral și selectiv. Sursa informațională a studiului o reprezintă documentele oficiale din arhiva CML: rapoartele de constatare/expertiză judiciară medico-legală privind persoanele decedate în staționare și rapoartele anuale de activitate a CML. În constatările și expertizele medico-legale efectuate de către autorul studiului au fost analizate și fișele medicale ale bolnavului de staționar respective. Studiul a cuprins perioada între anii 2004–2018.

2. Studiul integral a fost efectuat în baza unui eșantion și reprezintă analiza rapoartelor anuale de activitate a CML pentru o perioadă de 15 ani (2004–2018) (n=15). Studiul selectiv a inclus, la fel, un eșantion: 152 de constatări și expertize medico-legale primare privind pacienți decedați în staționare din cauze mecanice și documentele medicale ale acestora din perioada 2009–2013.
3. Pentru realizarea prezentului studiu au fost utilizate următoarele metode de cercetare: observarea, istorică, matematică, statistică, comparativă, de expertiză, analitică.
4. Datele obținute din rapoartele de constatare/expertiză medico-legală au fost colectate cu utilizarea Chestionarului de evaluare a divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal, elaborat cu suportul programului pentru baze de date și analiză statistică în sistemul sănătății publice Epi Info (TM) versiunea 7.2.5. Datele obținute în cadrul studiului au fost procesate computerizat cu aplicarea sistemului de operare „Microsoft Windows 7 și 10” a pachetului integrat de birotică Microsoft Office 2016 cu procesorul de tabele MS Excel 2016 și redactorul de texte MS Word 2016. Veridicitatea datelor statistice calculate în cadrul cercetărilor științifice a fost confirmată prin calcularea testului de semnificație t – Student, pragului de semnificație – p și intervalului de încredere – CI de 95%.

3. MORTALITATEA INTRASPITALICEASCĂ ÎN CALITATE DE SUBIECT AL CERCETĂRII MEDICO-LEGALE

Studiind mortalitatea intraspitalicească din cauzele externe, ne-am pus obiectivul de a evalua caracteristicile generale ale lotului în scopul precizării, dacă fenomenul divergențelor dintre diagnosticul clinic și cel medico-legal merită să fie studiat mai aprofundat. Așadar, în acest capitol este efectuat studiul de orientare privind existența unui lot reprezentativ, care să permită studierea deplină a fenomenului divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice.

3.1. Aspecte generale privind mortalitatea intraspitalicească

Autopsia persoanelor decedate în staționar reprezintă un instrument important de control al calității asistenței medicale și este efectuată atât de către medicii morfopatologi, cât și de medicii legiști. Importanța și necesitatea efectuării acesteia este reflectată și în pct. 3.22. al Regulamentului cu privire la ordinea completării și eliberării certificatului medical constatator al decesului, aprobat prin Ordinul MS, DSS și DTI nr. 132/47/50 din 29.04.2004, care stipulează că toate persoanele decedate în instituțiile medicale sunt supuse autopsiei [46]. Totodată, potrivit aceluiași act normativ, conducătorul instituției medicale este în drept să anuleze autopsia în unele cazuri excepționale, însă nu și în cazurile de moarte violentă sau suspiciune la aceasta. [68]

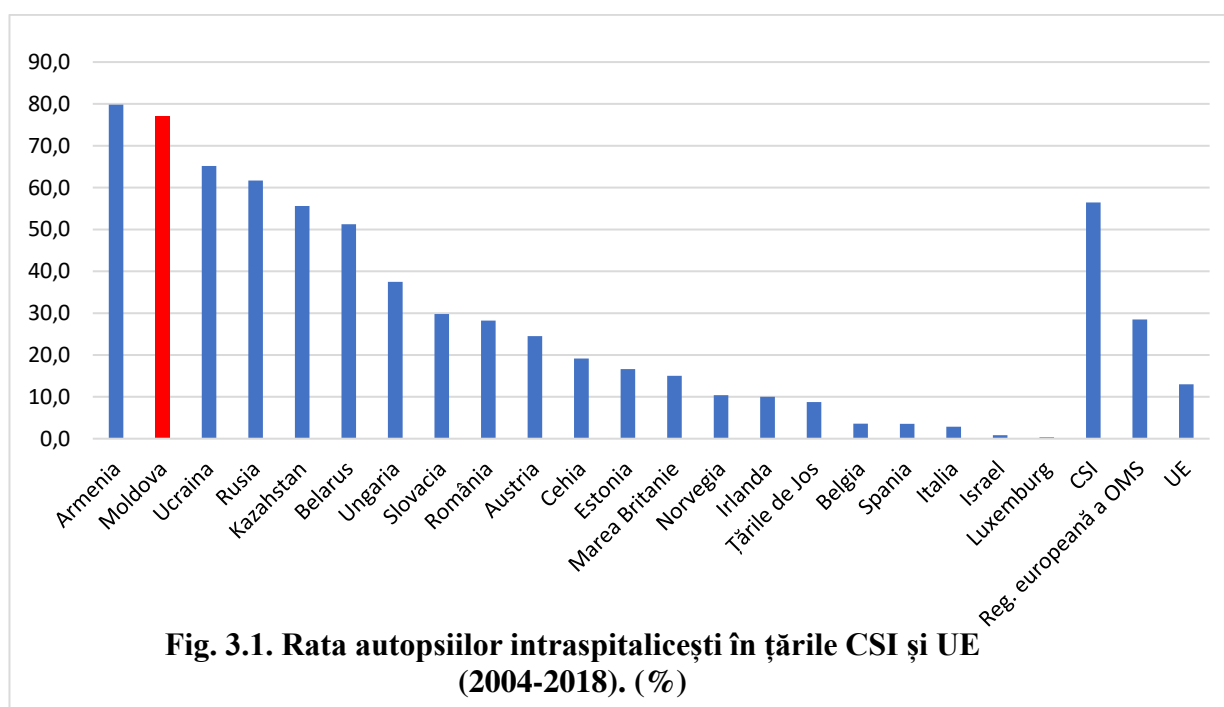


Fig. 3.1. Rata autopsiilor intraspitalicești în țările CSI și UE (2004-2018). (%)

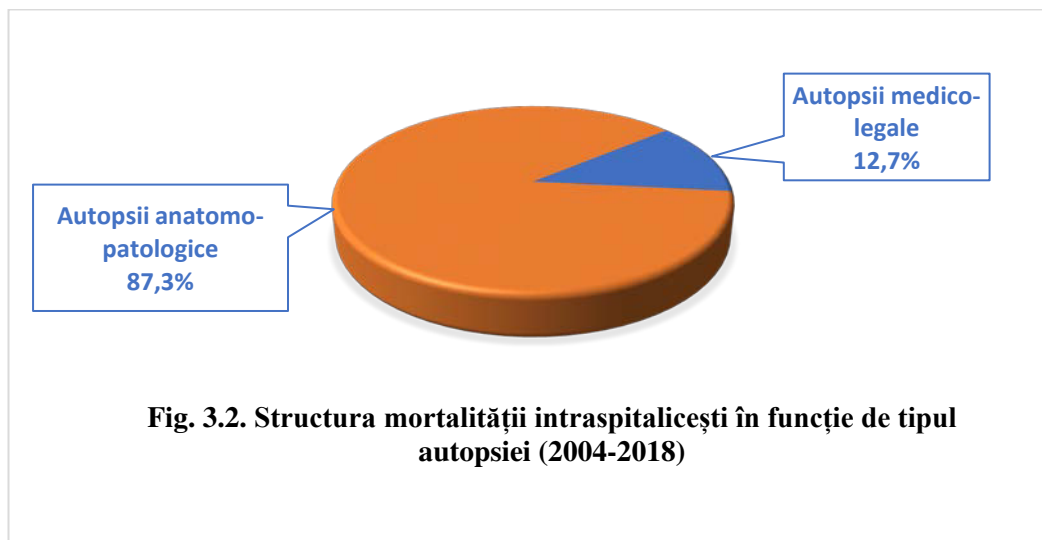
Conform datelor din Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova, elaborat de Agenția Națională de Sănătate Publică, această regulă este respectată, întrucât în perioada de 15 ani (2004–2018) supusă evaluării în studiul nostru, anual, în condiții de staționar au decedat, în mediu, 8058 de pacienți, în 6201 de cazuri a fost efectuată autopsia. Respectiv, indicatorul mediu de autopsii din numărul pacienților decedați în condiții de staționar a constituit 77,1% [44]. Aici este de menționat că documentul conține datele sumare referitoare la autopsiile anatomo-patologice, cât și cele medico-legale. [68]

Rata autopsiilor deceselor intraspitalicești din țara noastră corelează pozitiv cu datele internaționale, fiind și una dintre cele mai mari. Așadar, conform datelor oficiale disponibile pe Portalul European de Informații referitoare la Sănătate (Figura 3.1), indicatorul mediu în spațiul european și cel al Comunității Statelor Independente (CSI) pentru perioada anilor 2004-2018 a constituit doar 28,5%. Această rată în țările spațiului CSI este practic de două ori mai mare decât cea medie, constituind 56,4%, în timp ce în țările Uniunii Europene (UE) – invers, aproape de două ori mai mică – 13,0% [30]. Cea mai mare rată a autopsiilor cadavrelor din staționare s-a înregistrat în Armenia – 79,8%. Atrage atenția faptul că, Republica Moldova ocupa locul doi în rating-ul prezentat. În același timp, în Luxemburg și Israel indicatorul analizat constituie mai puțin de 1%. [68]

După părerea noastră, acest decalaj semnificativ se explică prin mai multe motive. Din cauze istorice, Republica Moldova are un cadru regulatoriu aproape de cel al țărilor spațiului CSI. La fel ca și în țara noastră, autopsiile pacienților decedați în staționare sunt obligatorii în majoritatea țărilor CSI. Mai mult ca atât, în statele Comunității, necropsiile sunt finanțate din bugetul de stat, cheltuielile fiind puse, la modul practic, pe seama bugetului instituțiilor medico-sanitare, sau, în cazul examenului medico-legal al cadavrului – instituțiilor publice de expertiză judiciară medico-legală. În același timp, posibilitățile de diagnosticare vitală a proceselor patologice și traumelor deseori pot fi reduse, ceea ce, în ansamblu, argumentează numărul considerabil al autopsiilor. Prin comparație, în țările spațiului UE, autopsiile se efectuează la necesitate și nu sunt obligatorii; cheltuielile pentru fiecare autopsie trebuie să fie justificate, dar și posibilitățile de diagnosticare sunt mai mari, ceea ce se reflectă asupra numărului de autopsii. În Israel situația dată poate fi explicată probabil, prin particularitățile religioase, ce nu acceptă autopsia corpului neînsuflețit decât în situație de extremă necesitate.

Contribuția serviciului medico-legal la examinarea prin autopsie a persoanelor decedate în staționare pare a fi una ne semnificativă. Cel puțin așa reiese, la prima vedere, din datele Agenției Naționale de Sănătate Publică [44], analiza căroră pentru perioada de 15 ani (2004-2018) reflectă un număr mediu anual al autopsiilor deceselor intraspitalicești de 6201, dintre care examinării

medico-legale a cadavrului îi revine, în mediu, doar 905 cazuri, ceea ce constituie 12,7% (Figura 3.2). În lotul de studiu abaterea standard a ponderii autopsiilor medico-legale constituie 2,9%, ceea ce indică un nivel redus de oscilații al indicatorului acesta. Putem afirma, așadar, că pe parcursul perioadei evaluate structura autopsiilor persoanelor decedate în spital rămânea aproape constantă de la an la an.



Pe de altă parte, examinarea medico-legală a corpurilor neînsuflețite este de neînlocuit, fiindcă, potrivit pct. 3.23. al Regulamentului cu privire la ordinea completării și eliberării certificatului medical constatator al decesului, în toate cazurile de moarte violentă sau suspiciune la aceasta, la care se atribuie și traumele mecanice, decesele în primele 24 de ore după spitalizare, precum și în cazuri de reclamații ale rudelor ce țin de calitatea tratamentului și diagnosticului, certificatele medicale constatatoare ale decesului se eliberează de către expertul judiciar medic-legalist după autopsie [46]. Prevederi similare găsim și în Ordinul MS nr. 722 din 16.07.2012 Cu privire la ameliorarea activității serviciului anatomopatologic și citologic în Republica Moldova, prin care este aprobată Instrucțiunea cu privire la efectuarea necropsiilor anatomopatologice, pct. 6 al căreia stipulează că în cazurile de moarte violentă, cadavrul se trimite la expertiza medico-legală indiferent de termenul spitalizării [48]. Același act normativ prevede că în cazul unei suspiecții la moarte violentă, apărute în timpul efectuării necropsiei anatomopatologice, ultima trebuie să fie suspendată, iar cadavrul este predat pentru examinare medico-legală ulterioară.

Cu toate că examinarea persoanelor decedate în staționar nu este sarcina principală a serviciului medico-legal, conform datelor statistice ale Centrului de Medicină Legală aceasta constituie a zecea parte din volumul cercetărilor necroptice – 10,6% (Figura 3.3).

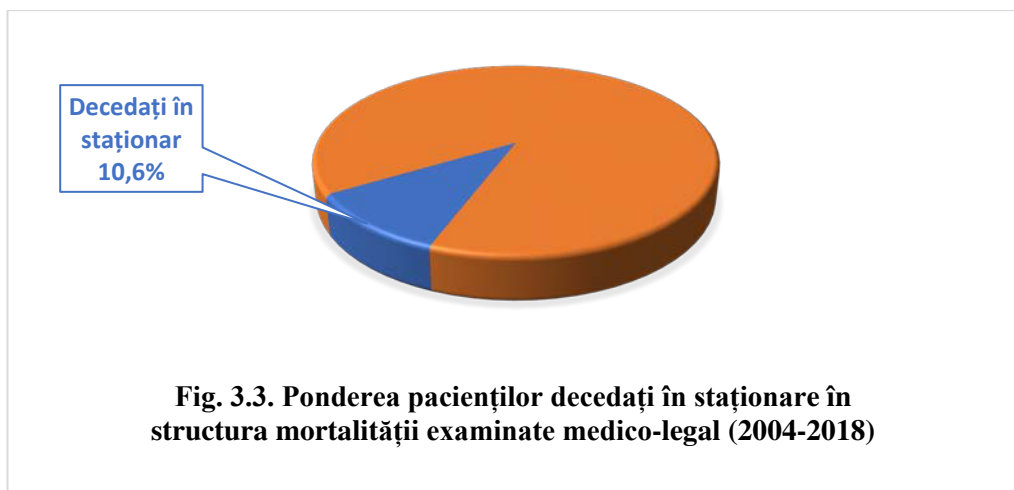


Fig. 3.3. Ponderea pacienților decedați în staționare în structura mortalității examinate medico-legal (2004-2018)

Situația dată este aproape de cea din Biroul de Expertize medico-legale din regiunea Moscova a Rusiei, datele statistice ale căruia indică în perioada decadei 2006-2015 o oscilare a ponderii morții spitalicești în volumul total al cadavrelor examinate între 5,4% și 9,2% [106]. Datele Țărilor de Jos la fel coincid cu rezultatele obținute de noi, cu toate că rata autopsiilor în țara respectivă este mult mai mică. Conform studiului realizat de B.M. Blokker și coaut. (2017), în perioada 1977–2011, autopsiile medico-legale au fost efectuate în doar 8,5% de cazuri de decese intraspitalicești [8]. [68]

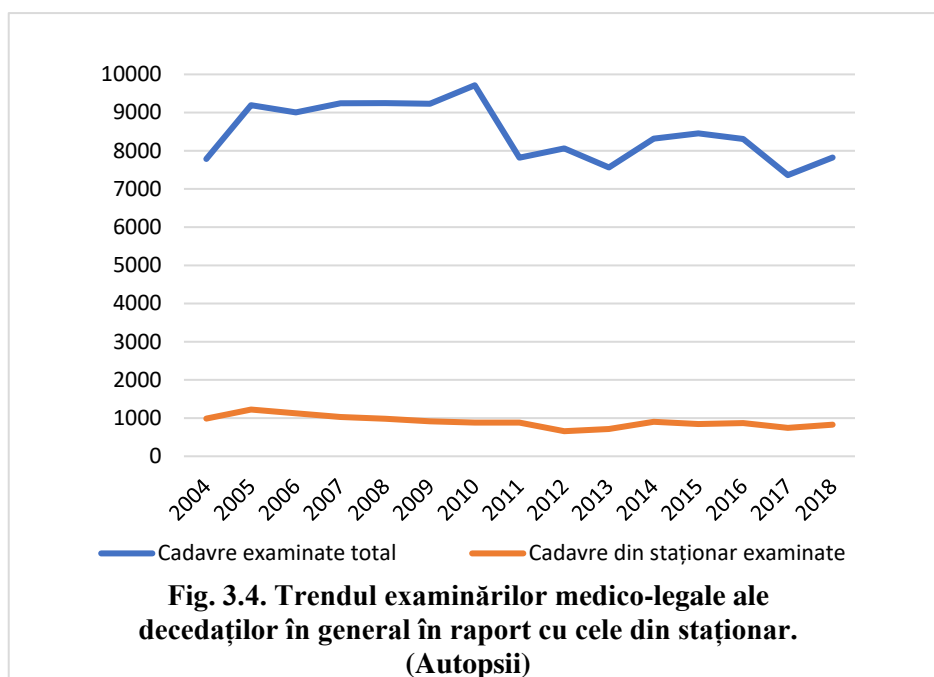
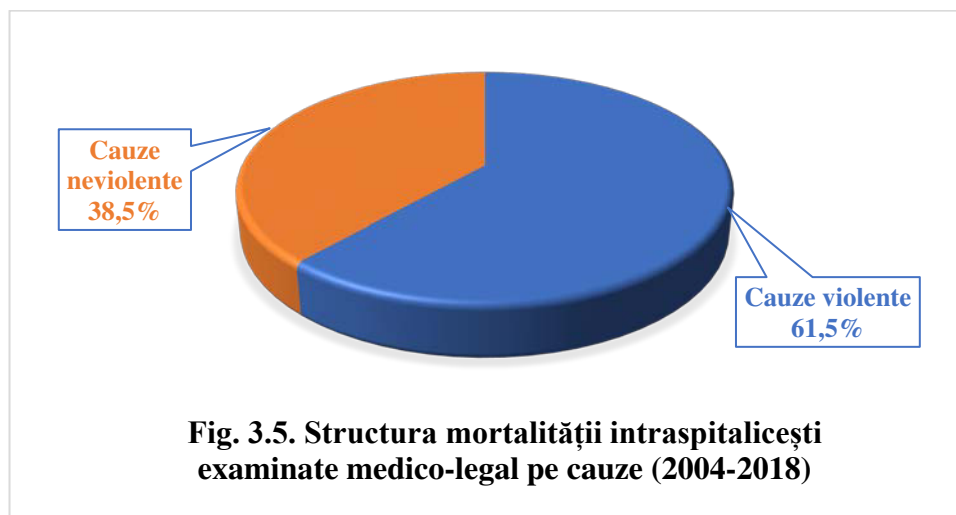


Fig. 3.4. Trendul examinărilor medico-legale ale decedaților în general în raport cu cele din staționar. (Autopsii)

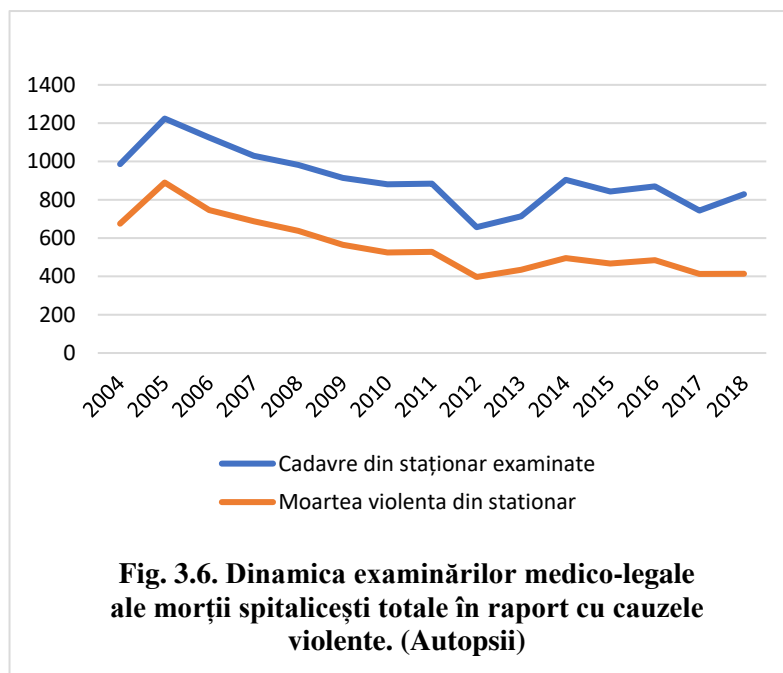
Pentru o mai bună înțelegere a situației, considerăm oportun a prezenta și dinamica autopsiilor medico-legale în cazurile deceselor intraspitalicești în raport cu dinamica generală a autopsiilor medico-legale în perioada cercetată. Conform Figurii 3.4, se observă o ușoară, dar fermă tendință de micșorare a numărului total al autopsiilor medico-legale. Cu toate că se observă

o micșorare și a examinărilor decedaților în staționare, această tendință nu este atât de evidentă. După părerea noastră, un asemenea trend se explică prin micșorarea continuă a populației cu reședință obișnuită în țara noastră. Considerăm că datele recensămintelor nu reflectă tabloul real, mai ales că acestea se realizează destul de rar (2004, 2014) pe fundalul migrației masive a populației. Conform definiției internaționale, utilizate în metodologia Biroului Național de Statistică al RM [7], reședința obișnuită este locul în care persoana a trăit preponderent în ultimele 12 luni indiferent de absențele temporare (în scopul recreării, vacanței, vizitelor la rude și prieteni, afacerilor, tratamentului medical, pelerinajelor religioase etc.). Suntem de părerea că acest indicator reflectă mai corect situația la zi. Conform datelor BNS al RM, acest indicator demografic se află în continuă scădere [7]. Ipoteza noastră este confirmată de analiza comparativă cu dinamica autopsiilor medico-legale din Țările de Jos, prezentată de B.M. Blokker și coaut. (2017), care nu a înregistrat oscilații semnificative, însă o tendință slabă de creștere: de la 447 în anul 2001 până la 486 în 2011 [8]. Menționăm că numărul populației cu reședința obișnuită al Țărilor de Jos, conform datelor Băncii Mondiale se află în ușoară, dar permanentă creștere: de la 16 046 180 în anul 2001 la 16 693 074 în 2011 [84]. O altă explicație a tendinței de scădere a numărului de examinări medico-legale în Moldova ar putea fi una pozitivă: îmbunătățirea metodelor de diagnosticare și a calității asistenței medicale. [68]



Analiza noastră a demonstrat că, pe parcursul perioadei evaluate, ponderea cauzelor violente de deces a constituit 61,5% în structura mortalității intraspitalicești examinate medico-legal (Figura 3.5). Această structură a autopsiilor este firească, întrucât sarcina principală a serviciului medico-legal în aspect tanatologic constă în examinarea, în primul rând, a cazurilor de moarte violentă, chiar dacă decesul a survenit în spital și nu la locul comiterii incidentului traumatic. [68]

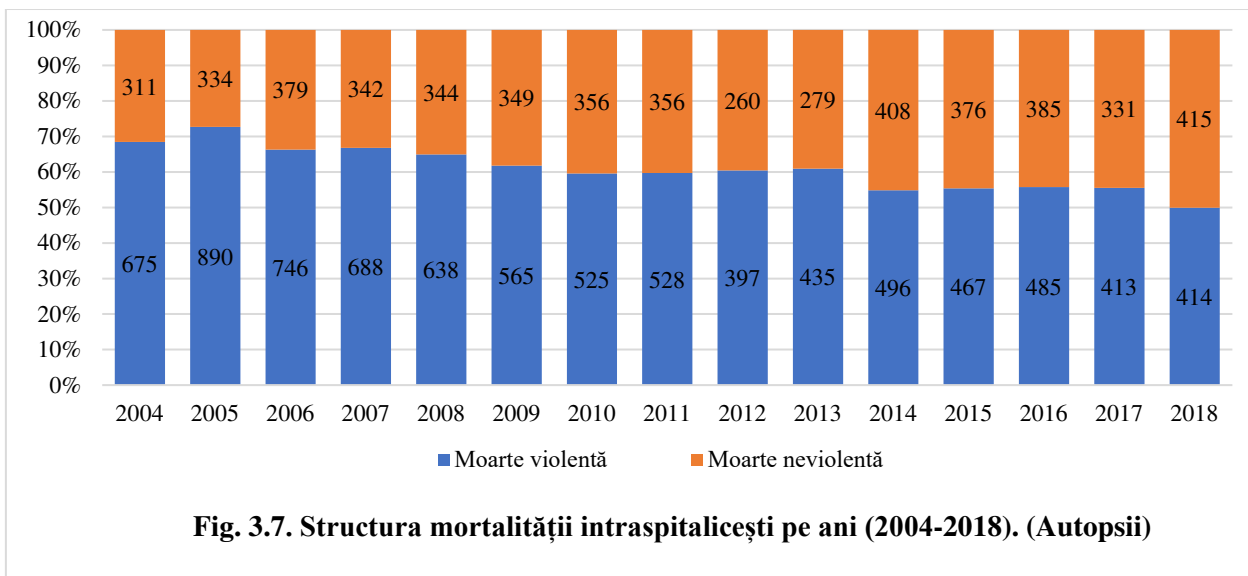
Prin urmare, situația din Republica Moldova denotă o selectare mai rațională a cazurilor de deces intraspitalicesc ce urmează a fi examinate medico-legal. O asemenea abordare exclude suprasolicitarea serviciului de medicină legală, dar oferă, totodată, posibilitatea ordonatorului și medicilor clinicieni să obțină informația necesară atât sub aspect juridic, cât și medical necesare pentru îmbunătățirea calității actului diagnostico-curativ [68].



Odată ce ponderea obținută reprezintă un indicator mediu pe parcursul a 15 ani, considerăm util și necesar a analiza dinamica acestuia în perioada studiată. Conform Figurii 3.6, observăm o tendință de micșorare a numărului examinărilor medico-legale atât a cadavrelor provenite din staționar, în total, cât și a cazurilor de moarte violentă, în particular. Așadar, numărul maximal îl constatăm în anul 2005, când s-au înregistrat 1224 de examinări ale deceselor intraspitalicești, în 890 dintre care au fost constatate diverse cauze violente, ceea ce a constituit o pondere de 72,7%, adică cu 10% mai mare decât cea medie.

Ulterior, observăm descreșterea treptată a indicatorilor până în anul 2012, când acestea constituie aproape jumătate comparativ cu cifrele maxime: 657 de examinări totale, dintre care 397 din cauzele violente. Totodată, ponderea în anul respectiv rămâne în corelație cu cea medie, constituind 60,4%, cu toate că și aceasta a scăzut în raport cu maximum înregistrat. Urmează doi ani de creștere nesemnificativă a cazurilor după ce trend-ul din nou devine negativ. Explicația fenomenului, după părerea noastră, rămâne aceeași: scăderea numărului populației cu reședință obișnuită. Dorim să atragem atenția asupra faptului că după anul 2012 se observă o evidentă tendință periculoasă de micșorare a morții violente în structura mortalității intraspitalicești

examinare medico-legală. Din punctul nostru de vedere, pericolul rezidă în suprasolicitarea nejustificată a segmentului medico-legal al sistemului sănătății cu activități improprii acestui serviciu.



După cum rezultă din Figura 3.7, pe parcursul perioadei examinate ponderea morții violente se află în descreștere. De la coraportul de 2,6:1 în anul 2005, când moartea violentă constituia 72,7%, această relație a scăzut până la 1,2:1 către anul 2017, iar în anul 2018 a constituit chiar 1:1. O asemenea dinamică poate fi apreciată drept una alarmantă. Cu toate că ponderea medie pentru întreaga perioadă de 15 ani corespunde competenței serviciului medico-legal, totuși se observă o tendință clară de diminuare a cercetării deceselor prin cauze violente din contul creșterii celor neviolente, care țin deja de competența medicilor anatomo-patologi. Această situație se observă nu doar la analiza datelor generale pe țară, dar și celor referitor la zonele teritoriale (Anexa 3). Trend-ul corelează și cu o altă observație de a noastră, obținută prin compararea dinamicii numărului autopsiilor medico-legale (după datele CML) și celor anatomo-patologice (după datele Agenției Naționale de Sănătate Publică [44]): în timp ce numărul autopsiilor anatomo-patologice se află în creștere, cel al necropsiilor medico-legale se micșorează (Figura 3.8). Din cele constatate rezultă că este imperativ necesară întreprinderea, în termeni optimi, a unor măsuri departamentale pentru reducerea ponderii morții intraspitalicești prin cauze neviolente (cu excepția cazurilor de învinuire a personalului medical de nerespectarea principiilor de acordare a asistenței medicale) în structura mortalității cercetate medico-legal în vederea evitării suprasolicitării nejustificate a serviciului de medicină legală cu cercetări improprii acestuia și utilizarea irațională a mijloacelor financiare publice în aceste scopuri [68].

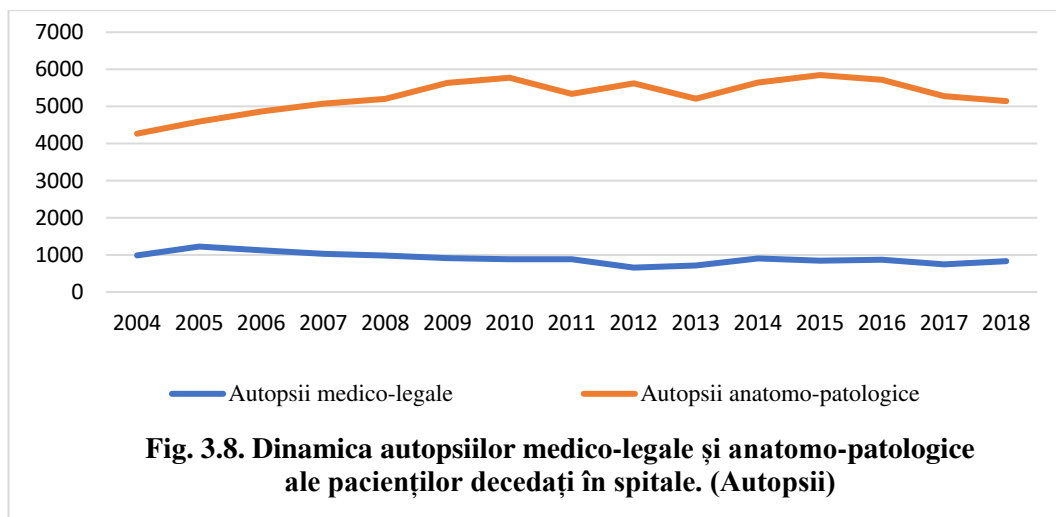


Fig. 3.8. Dinamica autopsiilor medico-legale și anatomo-patologice ale pacienților decedați în spitale. (Autopsii)

În calitate de exemplu de bună practică în acest sens servește emiterea de către MSMPS, la insistența CML, a Ordinului nr. 143 din 23.02.2021 cu privire la unele măsuri de îmbunătățire a managementului cazurilor de deces [52]. Prin intermediul acestui ordin, ministerul a statuat clar competențele CML privind necropsiile inclusiv ale pacienților decedați în staționările țării. Astfel, de competența medicinii legale țin cazurile de deces intraspitalicesc doar atunci când a avut loc „sesizarea instituțiilor medicale cu privire la suspiciuni de moarte violentă constatate în timpul necropsiei anatomopatologice” și „decesul survenit după investigații diagnostice instrumentale sau efectuarea intervențiilor chirurgicale”. Totodată, prin intermediul acestui ordin, MSMPS a stabilit obligația directorului CML de a monitoriza permanent situația „privind realizarea expertizelor medico-legale în vederea îmbunătățirii managementului autopsiilor și îmbunătățirii calității expertizei medico-legale”. La fel, MSMPS a pus în sarcina conducătorilor instituțiilor medico-sanitare publice spitalicești „monitorizarea permanentă a situației privind modul de eliberare și completare a certificatelor medicale constatatoare ale decesului, efectuare a necropsiilor, în vederea asigurării unui management eficient al deceselor în condiții de staționar și extraspitalicesc”. Suntem convingși că realizarea necondiționată a prevederilor ordinului menționat supra ar putea contribui eficient la redresarea situației reflectate în Figura 3.7.

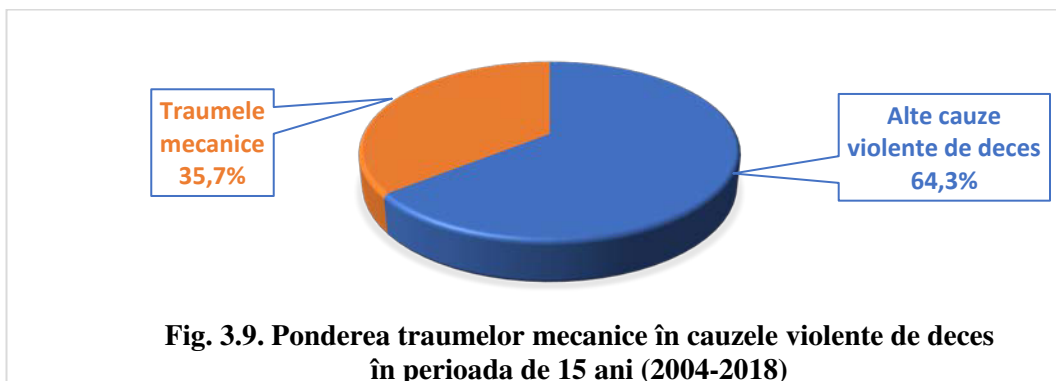
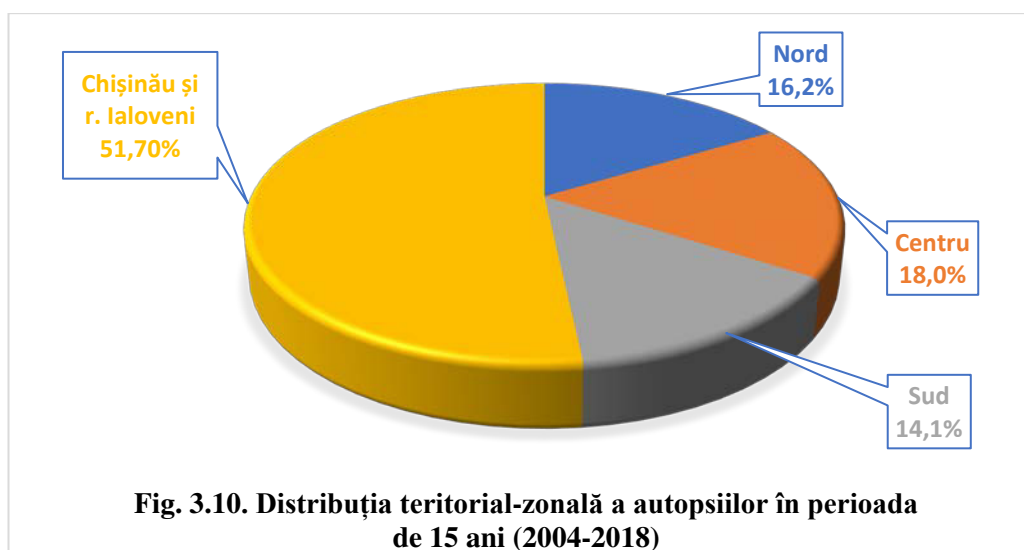


Fig. 3.9. Ponderea traumelor mecanice în cauzele violente de deces în perioada de 15 ani (2004-2018)

Este de remarcant, că ponderea traumelor mecanice în structura cauzelor violente ale morții este una considerabilă, constituind mai mult de o treime: 35,7% (Figura 3.9). Această constatare a fost obținută ca rezultat al analizei datelor statistice ale CML pentru perioada de 15 ani (2004–2018). Deviația standard calculată este de doar 2,3%, ceea ce confirmă o dată în plus caracterul permanent al acestui indicator. Datele prezentate confirmă încă o dată importanța studierii multilaterale a divergențelor dintre diagnostice în traumele mecanice în calitate de cauză majoritară a morții violente.

3.2. Distribuția și dinamica mortalității intraspitalicești cercetate medico-legal după principiul zonal

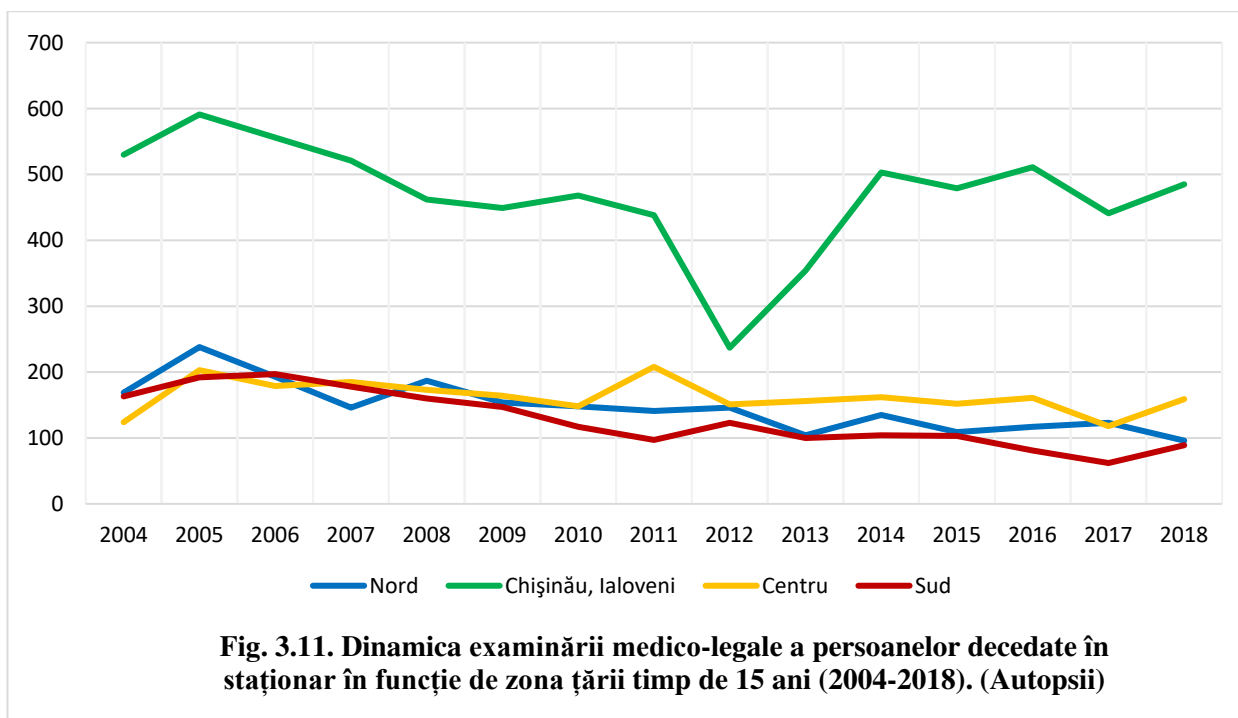
Analiza statistică a indicatorilor medii pe Republica Moldova permite aprecierea generală a situației în țară, însă considerăm necesară studierea acestora în profunzime, evaluând dinamica lor în funcție de repartizarea teritorial-zonală. Un asemenea studiu ne va ajuta să înțelegem în care regiuni sunt necesare acțiuni de corijare a situației.



După cum rezultă din Figura 3.10, majoritatea autopsiilor persoanelor decedate în staționarele din țară se efectuează în secția Tanatologie medico-legală Chișinău – în mediu 468 de autopsii anual în cifre absolute, ceea ce constituie 51,7%. Restul zonelor împart sarcina în mod aproape egal, cu o ușoară predominare a celei centrale, unde se efectuează în mediu 163 de autopsii anual sau 18%. Anual, cu 15 cadavre mai puțin au fost examinate în secțiile medico-legale teritoriale din nordul țării – 147 sau 16,2%. Cele mai puține decese intraspitalicești au fost cercetate în secțiile teritoriale din sudul republicii – 127 anual sau 14,1%. Decalajul identificat în direcția capitalei se explică prin cea mai mare concentrație a staționarelor în această unitate administrativ-teritorială. Dacă, de regulă, fiecare raion dispune de un spital raional, atunci în municipiul Chișinău

se află atât staționările municipale, cât și naționale, în care se direcționează pacienții ce necesită asistența medicală mai calificată și specializată din tot teritoriul țării, iar pe de altă parte starea acestor bolnavi este, de obicei, mult mai gravă comparativ cu cei tratați în spitalele raionale.

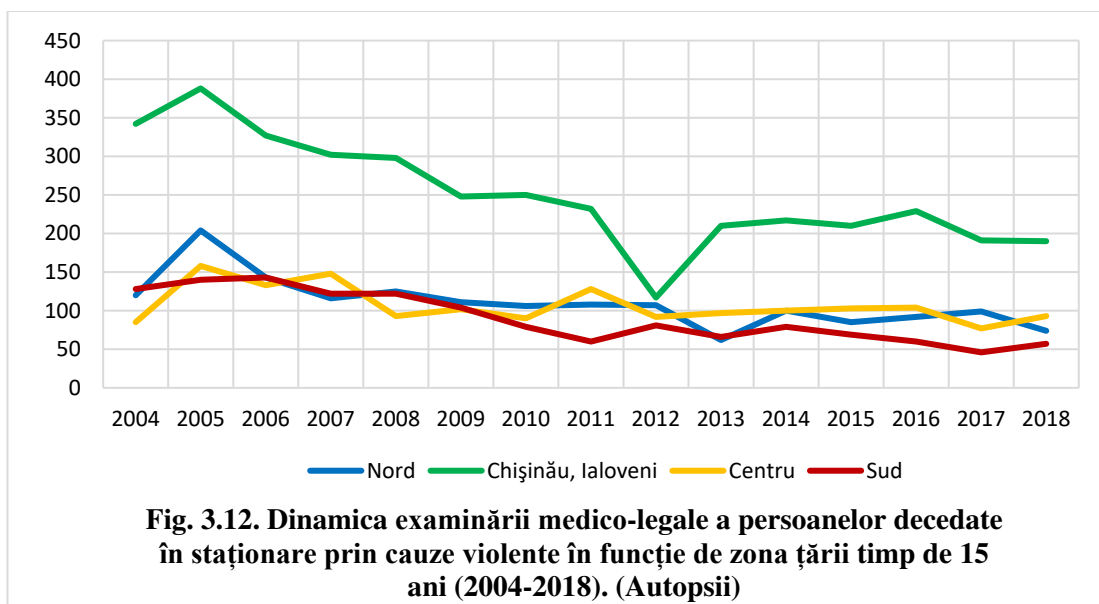
Distribuția medie constatată anterior se observă și în cadrul analizei dinamicii anuale a necropsiilor medico-legale ale persoanelor decedate în spitale: numărul examinărilor efectuat în secția Tanatologie medico-legală Chișinău este de circa trei ori mai mare decât cel din fiecare zonă teritorială separat, cu excepția anului 2012. Totodată, din Figura 3.11. observăm tendința generală spre scădere a numărului autopsiilor în perioada evaluată, fapt remarcat de noi și anterior. Viteza scăderii nu este semnificativă, însă trend-ul este unul stabil: dacă media autopsiilor efectuate anual în primii 5 ani a constituit 532, atunci în ultimii 5 ani acest indicator era egal cu 484. Cu toate că și aici se observă diferența dintre situația în capitala țării și zonele teritoriale. În Chișinău până în anul 2012 se observă o descreștere evidentă a numărului autopsiilor deceselor intraspitalicești, după care până în anul 2016 numărul examinărilor din nou crește, însă nu atinge nivelul maximal și din nou scade către anul 2018.



Curbele ce reflectă situația în zonele teritoriale nu oscilează atât de semnificativ, indicând lent dar ferm o descreștere: pentru zona de nord media examinărilor pe cadavre în primii 5 ani a constituit 187, iar pentru ultimii – 116; pentru zona centrală – 173 și 150 respectiv, iar la sudul țării – 178 și 88. Diferența semnificativă, observată în ultima zonă se explică prin modificări administrative la CML: în anul 2014 au fost sistate 2 secții teritoriale din sudul republicii (Ceadâr-Lunga și Vulcănești), iar în 2017 – încă două (Căușeni și Tighina). Fluxul de cadavre după sistarea

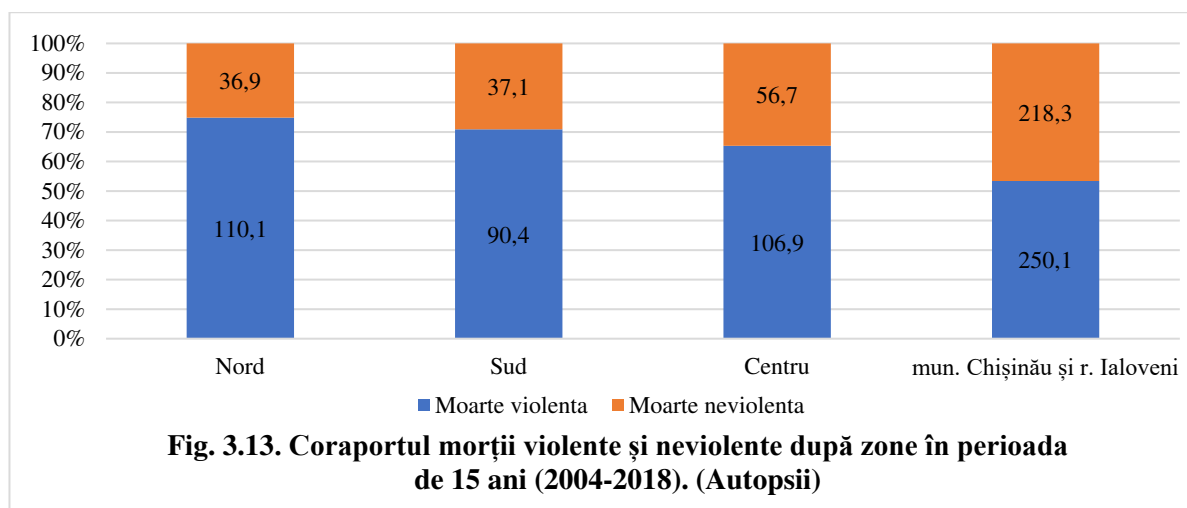
activității în secțiile respective a fost redirecționat nu doar către secțiile din raioanele învecinate, dar și către capitală. Este de menționat, că în aceeași perioadă de timp au fost închise 3 secții din zona de nord (Briceni, Glodeni și Ocnița) și una – din regiunea centrală (Șoldănești), însă acest fapt nu a influențat datele statistice analizate, întrucât toate autopsiile din raioanele respective au fost efectuate în secțiile medico-legale din unitățile administrativ-teritoriale adiacente.

Analiza dinamicii autopsiilor medico-legale nu poate fi considerată deplină fără evaluarea situației cu privire la moartea violentă. Figura 3.12. demonstrează o dinamică stabil negativă pe parcursul perioadei studiate. Scăderea numărului de cazuri de moarte violentă este cea mai evidentă în Chișinău: de la 388 în cifre absolute în anul 2005 până la 190 în 2018, adică de două ori. Atrage atenția stabilitatea acestui trend: în analiza numărului total de examinări medico-legale pe cadavre erau constatate, totuși, perioade de creștere, pe când în cazul morții violente asemenea perioade nu se observă. De menționat că trendul autopsiilor pacienților decedați prin cauze violente în spitalele din mun. Chișinău este evident mai negativ comparativ cu trendul general al autopsiilor pacienților decedați în spitalele din aceeași regiune. Aceste date demonstrează că reducerea ponderii cazurilor de moarte intraspitalicească prin cauze violente are lor preponderent din contul staționarelor din mun. Chișinău și, prin urmare, eforturile pentru redresarea situației trebuie să fie orientate preponderent spre aceste instituții medico-sanitare.



O situație similară o putem constata și în toate trei zone regionale. La nordul țării scăderea a constituit de la 204 în anul 2005 până la 99 în 2017, adică la fel de două ori. În regiunile centrale descreșterea nu este atât de pronunțată: de la 158 până la 93 de cazuri. La sud micșorarea este cea

mai pronunțată: de la 140 până la 57, adică aproape de 3 ori, însă este determinată și de închiderea mai multor secții medico-legale teritoriale la sfârșitul perioadei. Situația constatată corelează cu concluzia făcută anterior, privind scăderea ponderii deceselor din cauzele violente în structura necropsiilor medico-legale.



Din această perspectivă ar putea fi demonstrativă analiza coraportului cauzelor violente și neviolente ale morții stabilite la examenul medico-legal al persoanelor decedate în staționare. Figura 3.13. reflectă acest coraport în baza mediei calculate pentru perioada studiată, regiunile administrative fiind aranjate în descreșterea ponderii morții violente pentru evidențierea tendinței. Putem observa decalajul semnificativ dintre zonele teritoriale și capitală. La nordul țării, cazurile de moarte violentă au constituit tocmai 75%, aproape cu 15% mai mult decât indicatorul mediu pe țară (61,5%), discutat anterior. La sud ponderea a constituit 70%, ceea ce este oricum cu aproape 10% mai mult decât media pe țară. Cea mai apropiată de nivelul mediu pe țară este zona centrală, unde decesele intraspitalicești din cauze violente au reprezentat 65%. Doar în municipiul Chișinău indicatorul este mai jos de media calculată, fiind egal cu 46,6%. După părerea noastră, acest fenomen poate avea cel puțin două explicații. În primul rând, în mai multe spitale raionale medicii legiști cumulează funcția de morfopatolog și, respectiv, fac „triajul” deceselor intraspitalicești fie în direcția serviciului medico-legal, fie celui anatomo-patologic. Prin urmare, probabilitatea examinării unui caz de moarte neviolentă scade considerabil și se rezumă la decesele înregistrate în primele 24 de ore de la spitalizare și existența reclamațiilor din partea rudelor ce țin de calitatea tratamentului și diagnosticului [46]. În același timp, în capitală o asemenea abordare nu poate fi realizată și toate suspiciunile la moarte violentă, care nu se confirmă la autopsie, oricum sunt îndreptate către serviciul medico-legal. Într-al doilea rând, nu se exclude că în mun. Chișinău

conducătorii instituțiilor medico-sanitare sunt mai exigenți și solicită implicarea organelor de drept mai des decât în alte regiuni ale țării. Este de subliniat că indicatorul pentru capitala Republicii Moldova este foarte aproape de cel al Bulgariei, menționat anterior (44,7%) [43].

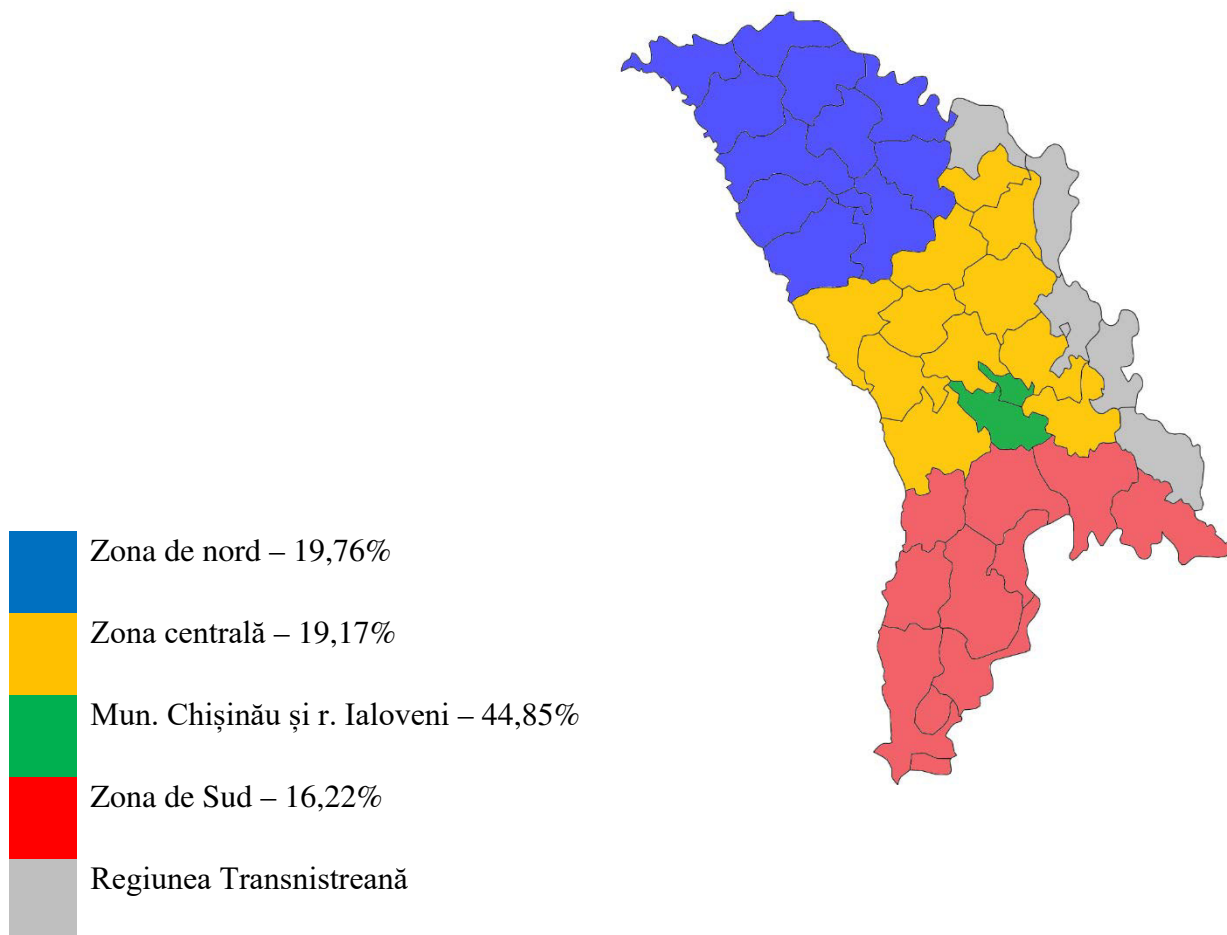


Fig. 3.14. Ponderea examinărilor medico-legale privind persoanele decedate în staționar din cauzele violente în funcție de zona geografică a țării în perioada de 15 ani (2004–2018)

Studiul a stabilit că în perioada de 15 ani (2004-2018) numărul mediu anual al persoanelor decedate în staționar din cauze violente a constituit 557. Figura 3.14. demonstrează aportul fiecărei zone teritoriale la numărul acesta. Cu excepția municipiului Chișinău, distribuția cazurilor este aproape egală. În zona de nord a țării anual se examinează în jur de 110 de cazuri, în cea centrală – 107 și mai puțin la sud – 91. Ponderea procentuală a cazurilor înregistrate în capitală este cu mult mai mare – 44,85%, adică aproape de jumătate. Acest fapt se explică prin argumentele aduse de noi și anterior – concentrația înaltă a staționarelor în municipiul Chișinău.

Volumul examinărilor deceselor intraspitalicești variază nu doar de la zona teritorială la alta, dar și în funcție de unitate administrativă, fapt demonstrat în Figura 3.15. Majoritatea secțiilor

– 16 – au efectuat de la 1% până la 2% din volumul total al examinărilor: Dondușeni, Drochia, Florești, Rîșcani, Soroca, Anenii Noi, Călărași, Criuleni, Nisporeni, Rezina, Strășeni, Telenești, Cantemir, Ceadâr-Lunga, Comrat, Ștefan Vodă.

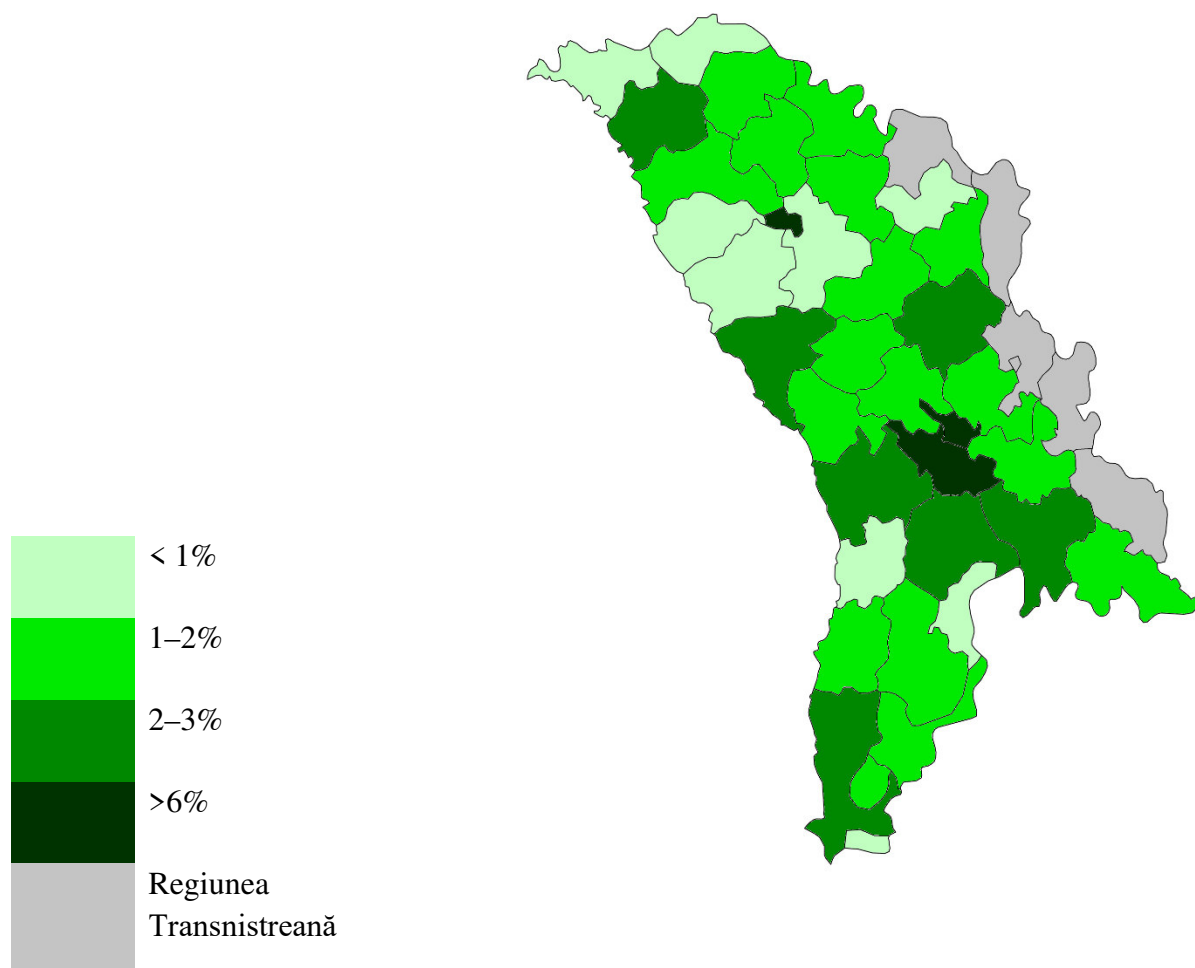


Fig. 3.15. Volumul mediu al examinărilor medico-legale privind persoanele decedate în staționar din cauzele violente în funcție de unitatea administrativ-teritorială a țării în perioada de 15 ani (2004–2018)

Precizăm că SML Ceadâr-Lunga nu a activat ultimii 4 ani, dar oricum și-a adus contribuția sa. Mai puțin de 1% au examinat experții din 9 secții teritoriale: Briceni, Fălești, Glodeni, Ocnița, Sîngerei, Șoldănești, Basarabeasca, Leova, Vulcănești, dintre care doar trei: Fălești, Sîngerei și Leova au activat toți 15 ani analizați. Restul secțiilor au fost închise la diferiți termeni, iar SML Basarabeasca în general a activat doar 5 ani. Opt secții medico-legale au efectuat în interval de 2-3%: Edineț, Hîncești, Orhei, Ungheni, Cahul, Căușeni, Cimișlia, Tighina. Referitor la ultima, cu toate că a fost lichidată după anul 2016, a acumulat ponderea respectivă fiindcă în primii cinci ani

din perioada studiată statistica a inclus și decedații din staționările localizate în partea stângă a Nistrului. Așadar, cu toate că decalajul de număr al cazurilor examinate între raioanele țării există, acesta nu este unul semnificativ, cu excepția a două municipii principale. Este firesc, din perspectiva datelor prezentate anterior, că cele mai multe cazuri de deces intraspitalicesc au fost examinate la SML din municipiile Bălți (6,6%) și Chișinău (44,8%), deoarece anume aici sunt localizate cele mai multe staționare, comparativ cu alte regiuni ale țării.

3.3. Concluzii la capitolul 3

1. Rata autopsiilor vizând decesele intraspitalicești în Republica Moldova este una dintre cele mai înalte din țările spațiului UE și CSI, ponderea autopsiilor medico-legale constituind 12,7%. Numărul autopsiilor privind pacienți decedați în staționare este într-o ușoară, dar permanentă diminuare în perioada analizată. Ponderea morții prin cauze violente în structura mortalității intraspitalicești cercetate medico-legal constituie 61,5% și are o tendință constantă de descreștere, atingând în anul 2018 un raport de 1:1 față de moartea neviolentă, ceea ce creează pericolul de suprasolicitare nejustificată a segmentului medico-legal al sistemului sănătății cu activități improprii acestui serviciu. Ponderea traumelor mecanice în structura mortalității generale prin cauze violente constituie mai mult de o treime (35,7%).
2. Majoritatea autopsiilor decedaților în staționarele din țară prin diverse cauze se efectuează în secția Tanatologie medico-legală Chișinău (51,7%). Restul zonelor împart sarcina în mod aproape egal: Centrală – 18%, Nord – 16,2% și Sud – 14,1%. Numărul examinărilor efectuate în secția Tanatologie medico-legală Chișinău este de circa trei ori mai mare decât cel din fiecare zonă teritorială separat. Numărul autopsiilor intraspitalicești este într-o ușoară, dar permanentă diminuare în fiecare zonă teritorială. Ponderea morții prin cauze violente în structura mortalității intraspitalicești, la fel, se află în descreștere în fiecare zonă teritorială a țării, însă, în perioada studiată, la nordul țării ponderea acesteia a constituit 75%, la sud – 70%, în zona centrală – 65% și doar 46,6% în mun. Chișinău și r. Ialoveni.
3. Fiecare zonă a țării a contribuit în mod diferit la examinarea persoanelor decedate în staționar din cauze violente: în zona de nord au fost examinate 19,76%, în zona centrală – 19,17%, în zona de sud – 16,22% și în mun. Chișinău și r. Ialoveni – 44,85%.

4. EVALUAREA CAUZELOR DIVERGENȚELOR DINTRE DIAGNOSTICUL CLINIC ȘI MEDICO-LEGAL

Potrivit literaturii de specialitate și practicii medico-legale, divergențele dintre diagnosticul clinici și medico-legal reprezintă un fenomen nu rareori înregistrat. Astfel, după datele lui V.A. Klevno (2018), incidența divergențelor în cazurile de moarte violentă a variat în regiunea Moscova între 7,2% și 13,4% în perioada anilor 2008–2017 [114]. Cu toate acestea, suntem profund încrezuți că nici o divergență constatată în prezentul studiu nu a fost una dorită de medicii clinicieni și nu a fost un rezultat al incompetenței sau neglijenței acestora. De fapt, studiul nu s-a axat pe constatarea incidenței în practica națională a acestui fenomen indezirabil, însă pe identificarea cauzelor apariției divergențelor, întru utilizarea rezultatelor cercetării științifice în calitate de un veritabil suport metodic menit să îndrume personalul medical în evitarea apariției circumstanțelor premergătoare, conducându-ne de postulatul „pentru a le evita trebuie întâi să le cunoști”.

4.1. Generalități privind mortalitatea spitalicească cu divergență de diagnostic confirmată

Pentru a avea o imagine complexă asupra fenomenului divergențelor dintre diagnosticile medicale și cele medico-legale, considerăm necesar a supune unei analize profunde atât aspectele medicale, cât și cele sociale, care influențează procesul de diagnosticare. Din punctul nostru de vedere, acestea pot reprezenta anumite riscuri de apariție a divergențelor de care medicul trebuie să țină cont în vederea evitării lor.

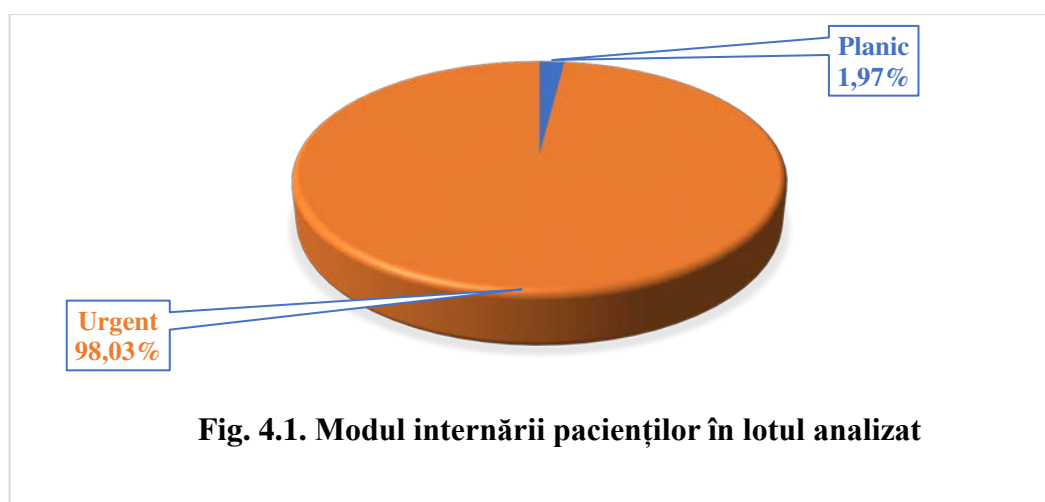
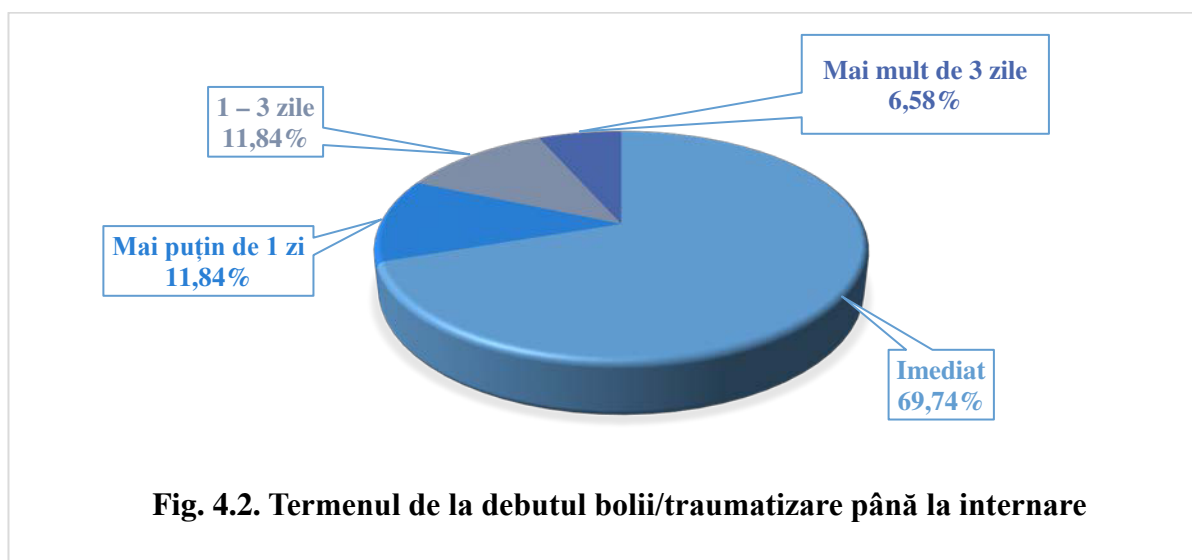


Fig. 4.1. Modul internării pacienților în lotul analizat

Analiza modului internării în staționar (Figura 4.1; Anexa 9, tabelul A9.1) a demonstrat că în majoritatea absolută a cazurilor (98,03%) pacienții au fost spitalizați în mod urgent și extrem de

rar (1,97%) – planic. Considerăm această situație ca fiind una explicabilă întrucât diagnosticul de traumă reprezintă una dintre indicațiile pentru internarea urgentă a pacientului, fiind atribuită, conform Clasificării urgențelor medico-chirurgicale aprobate prin Ordinul MSMPS al RM nr. 430 din 03.04.2019, la urgențe majore [51]. Este cunoscut faptul că o internare urgentă determină necesitatea unei intervenții rapide a clinicianului, care îi lasă mai puțin timp pentru stabilirea corectă a diagnosticului, fapt ce poate favoriza apariția divergențelor.



Analiza lotului după criteriul termenului de la debutul manifestării bolii sau traumei propriu-zise (Figura 4.2; Anexa 9, tabelul A9.2) a indicat că majoritatea pacienților a fost internată imediat (69,74%) sau până la 1 zi (11,84%), constituind în total 81,58%. Relativ mai rar, internarea pacienților a avut loc în perioada de la o zi până la trei zile (11,84%) sau, chiar, mai mult de 3 zile (6,58%). Termenul de trei zile nu a fost ales întâmplător, deoarece anume această perioadă o are la dispoziție medicul curant pentru stabilirea diagnosticului clinic în corespundere cu *Instrucțiunea cu privire la completarea fișei medicale a bolnavului de staționar (F 003/e)*, aprobată prin ordinul MS nr. 265 din 03.08.2009 [47]. Datele obținute corelează cu modul urgent de internare al pacienților, majoritatea dintre ei fiind internați la scurt timp după traumatizare. În contextul observat suntem de părere că, acordarea asistenței medicale într-o perioadă mai apropiată de momentul traumei favorizează stabilirea diagnosticului corect și, dimpotrivă, cu cât mai tardiv se adresează pacientul după ajutor medical, cu atât mai dificilă este diagnosticarea procesului traumatic din cauza evoluției tabloului clinic sub influența proceselor fiziologice de vindecare, apariției diferitor complicații, cât și eventualelor tratamente administrate de către pacient de sine stătător.

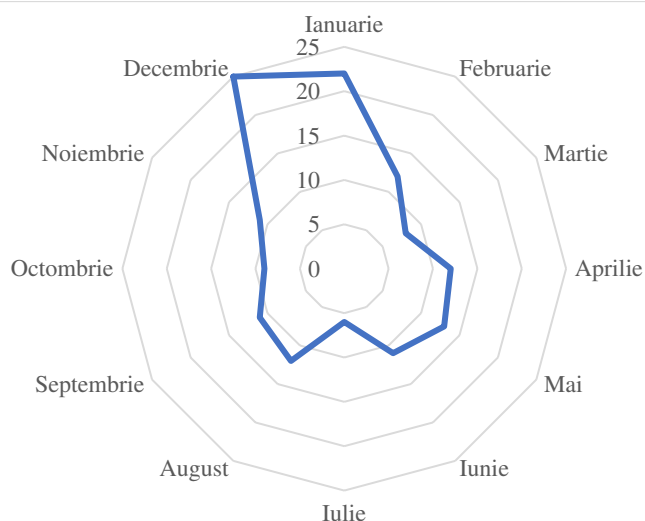


Fig. 4.3. Perioada internării în funcție de perioada anului

Evaluarea repartizării internărilor în funcție de anotimpul anului a arătat că majoritatea pacienților decedați din eșantion au fost internați în perioada de iarnă și anume în lunile decembrie și ianuarie, mai puțin în februarie (Figura 4.3). În total în perioada rece a anului au fost spitalizați mai mult de o treime de pacienți din lotul studiat – 38,82%. Această observație se explică, probabil, prin condițiile meteorologice ce predispun spre o traumatizare sporită, în primul rând de natură accidentală. De menționat că și perioada estivală s-a remarcat printr-o creștere a incidenței cazurilor de internare a pacienților traumatizați, chiar dacă cu o pondere mai redusă decât perioada rece a anului. Observația din urmă ar putea fi generată de o mobilitate mai înaltă a populației și perioada de concedii.

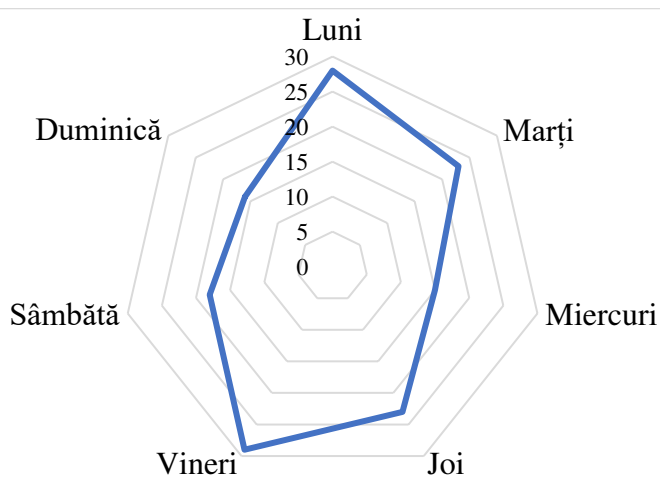


Fig. 4.4. Timpul internării în funcție de ziua săptămânii

Analiza modului internării pacienților cu traume în funcție de zilele săptămânii a scos în evidență o altă dependență de ciclul ocupațional al populației (Figura 4.4). Astfel, studiul a arătat o adresare mai frecventă după ajutor medical în rândul pacienților cu diverse traume în zile de luni (18,42%) și vineri (19,08%). După părerea noastră, o asemenea repartizare poate fi legată de zilele libere, vineri fiind ultima zi de lucru a săptămânii, când, pe fundal de relaxare și, uneori, consum de băuturi alcoolice apar mai multe circumstanțe ce favorizează traumatizarea. În ce privește ziua de luni, internările pot fi o consecință a traumelor obținute pe parcursul weekend-ului, urmate de internare în primele 3 zile de la incidentul traumatic, situație constatată în Figura 4.2. Suntem de părerea că, fluxul neuniform și sporit al adresării pacienților doar în unele zile ale săptămânii creează un dezechilibru și, respectiv, premise pentru suprasolicitarea personalului medical, reducerea timpului necesar procesului de diagnosticare și creșterea riscurilor de apariție a divergențelor de diagnostic.

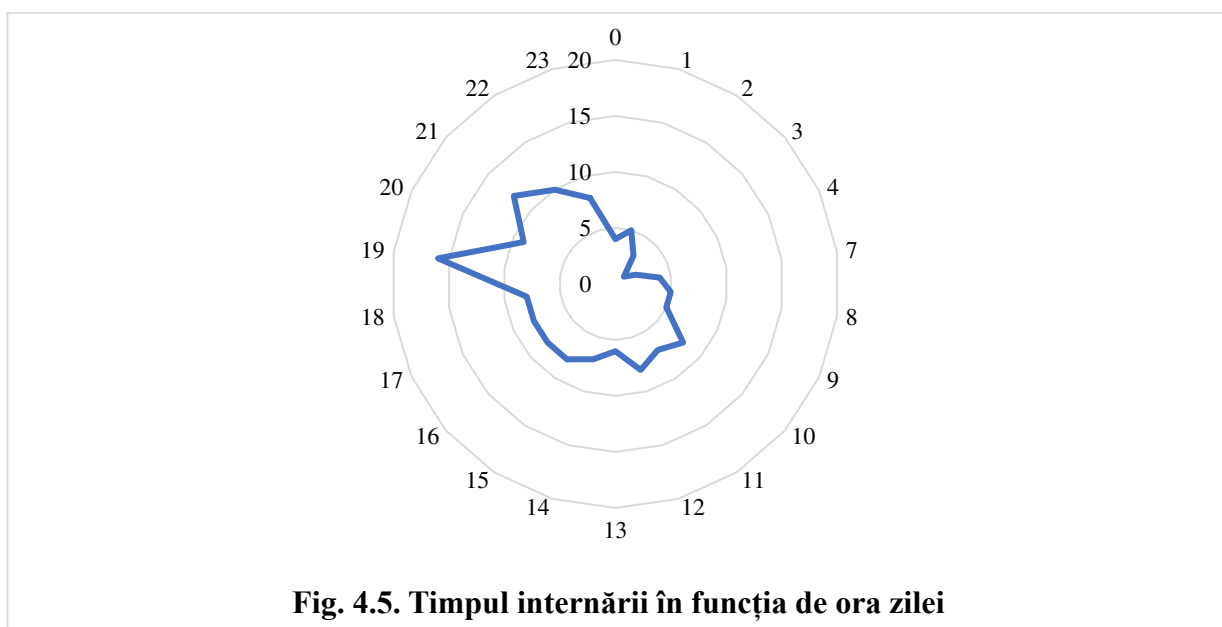


Fig. 4.5. Timpul internării în funcția de ora zilei

Studiul divergențelor în raport cu ora zile a arătat un alt risc de apariție a fenomenului. Așadar, majoritatea spitalizărilor pacienților cu traume mecanice a avut loc în orele de seară, adică în cadrul programului de gardă, când posibilitățile paraclinice de diagnosticare sunt mai limitate. Din Figura 4.5 se remarcă o perioadă intensă a internărilor cuprinsă între orele 17:00 și 23:00. În acest interval de timp au fost internați 46,71% dintre toți pacienții cazurile cărora au intrat în studiul nostru. Cel mai frecvent pacienții au fost spitalizați în jurul orei 19 – 10,53% de cazuri. Cea mai „liniștită” perioadă a fost cea nocturnă, cuprinsă între ora 00:00 și 7:00, când s-au internat doar 11,18% de pacienți. Este de menționat că internări în intervalul 5-6:00 nu s-au înregistrat. Având în vedere că majoritatea pacienților au fost internați imediat sau la scurt timp de la

traumatizare rezultă că perioada cea mai „încărcată” este cea din afara orelor de serviciu ale populației.

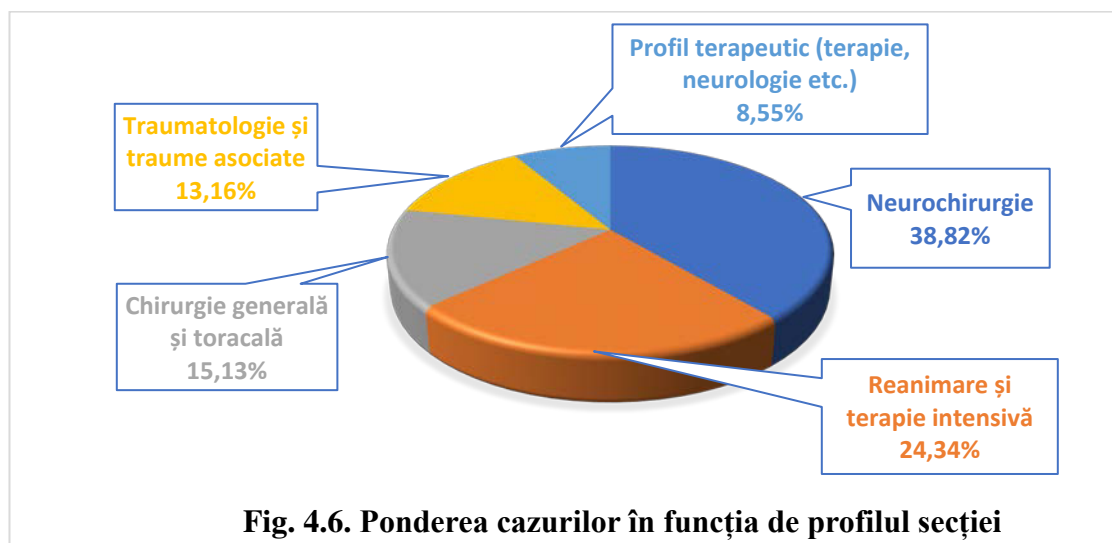
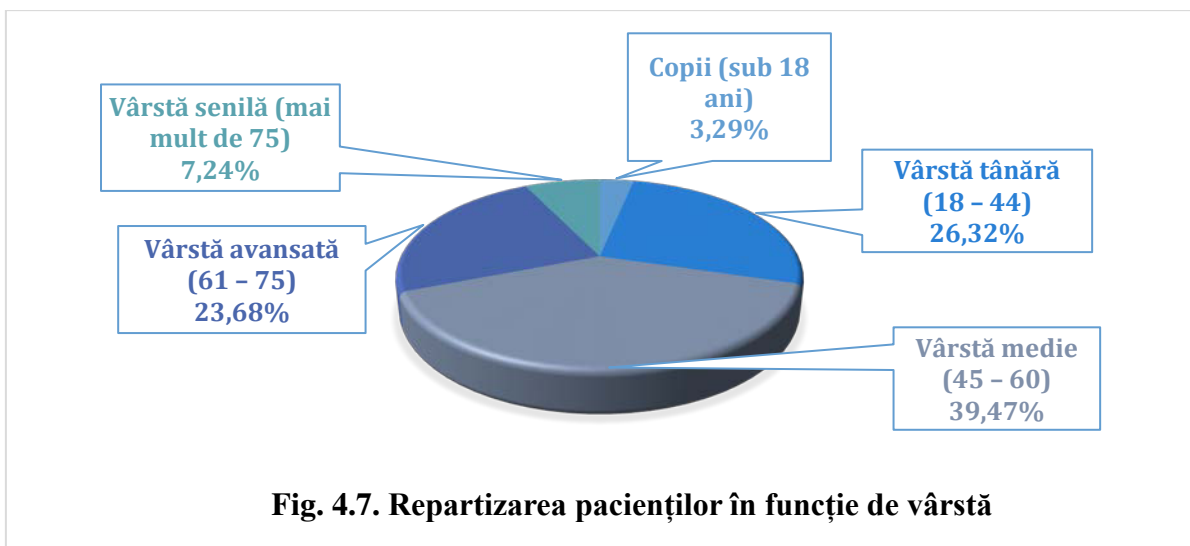
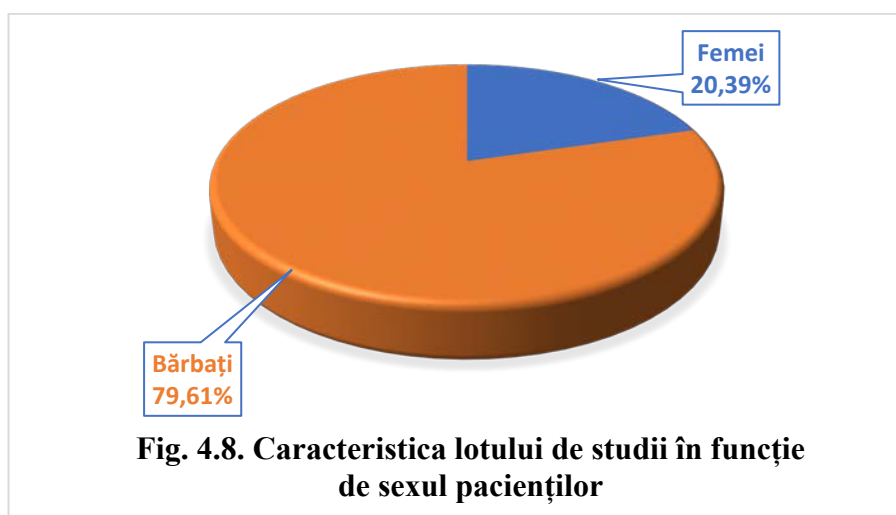


Fig. 4.6. Ponderea cazurilor în funcția de profilul secției

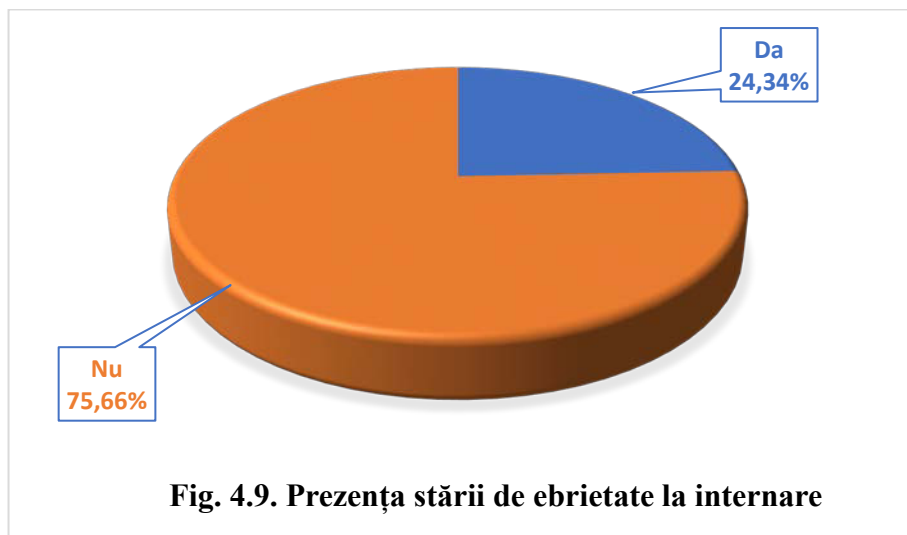
Conform opiniei exprimate de A. Pădure (2011) în cadrul unui studiu, profilul secției în care pacientul este internat, are adeseori o importanță majoră, mai ales în cazurile de urgențe medicale, deoarece necoresponderea profilului secției cu patologia sau trauma principală existentă la pacient condiționează pierderea timpului necesar pentru o diagnosticare oportună și îl lipsește pe acesta de asistență medicală necesară [15, 58, 59]. În ordinea de idei expusă, dar și pentru un studiu comparativ al profilului secției cu diagnosticul stabilit, lotul a fost analizat și din această perspectivă (Figura 4.6; Anexa 9, tabelul A9.3). Astfel, se observă o pondere mare a profilului neurochirurgical – 38,82%, ceea ce poate fi explicat atât prin faptul că traumele cranio-cerebrale sunt unele din cele mai frecvent întâlnite cauze de deces prin acțiunea agenților traumatici mecanici [6, 39, 86], cât și prin observația proprie că pacienții cu traume asociate la care leziunile cerebrale sau vertebro-medulare sunt cele principale se internează adeseori în secțiile cu profil neurochirurgical. Pe locul doi după ponderea cazurilor se află secțiile de reanimare și terapie intensivă – 24,34%, ceea ce, în opinia noastră, se explică prin gravitatea stării pacienților la internare. Secțiile cu profil chirurgical și traumatologic au avut o pondere aproape egală – 15,13% și 13,16% respectiv. Este remarcabilă internarea pacienților și în secțiile cu profil terapeutic chiar dacă ponderea lor nu este mare (doar 8,55%). Tratamentul pacienților cu traume mecanice nu are loc, de obicei, în subdiviziunile de profil terapeutic, ceea ce denotă, probabil, managementul defectuos al pacientului chiar din start. Această ultimă observație arată o posibilă confundare a traumelor mecanice cu anumite procese patologice, fapt ce indică despre necesitatea studierii aprofundate a acestor cazuri în vederea identificării cauzelor ce au condus la această situație.



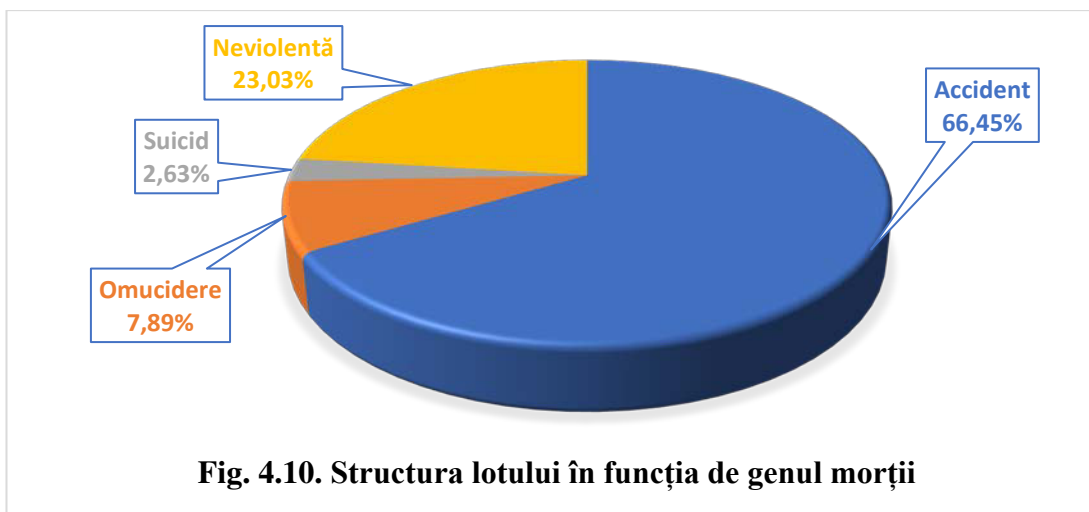
Vârsta decedaților cu divergențe de diagnostic în eșantionul studiat a variat esențial de la 3 ani și 3 luni până la 93 de ani, din care cauză am considerat firesc să grupăm cazurile (Anexa 9, tabelul A9.4). Grupele de vârstă, precum și denumirile acestora au fost abordate conform clasificării OMS (2015) [27]. În Figura 4.7 este demonstrată repartizarea lotului de studii conform perioadelor de vârstă a pacienților, din care putem constata că majoritatea decedaților au fost de vârstă medie (39,47%). Grupele persoanelor tinere și a celor de vârstă avansată au avut o pondere aproximativ egală – 26,32% și 23,68% respectiv. Mult mai puțini în calitate de pacienți au fost cei de vârstă senilă (7,24%) și copiii cu vârsta până la 18 ani (doar 3,29%). Din punctul nostru de vedere, datele obținute ar putea reflecta tabloul internărilor pacienților traumatizați conform vârstelor la nivel național. Însă, spre regret, analiza Anuarului statistic al sistemului de sănătate din Moldova a arătat că MS nu colectează asemenea date statistice dezagregate pe criteriile indicate, fapt ce nu a permis confirmarea ipotezei lansate [44].



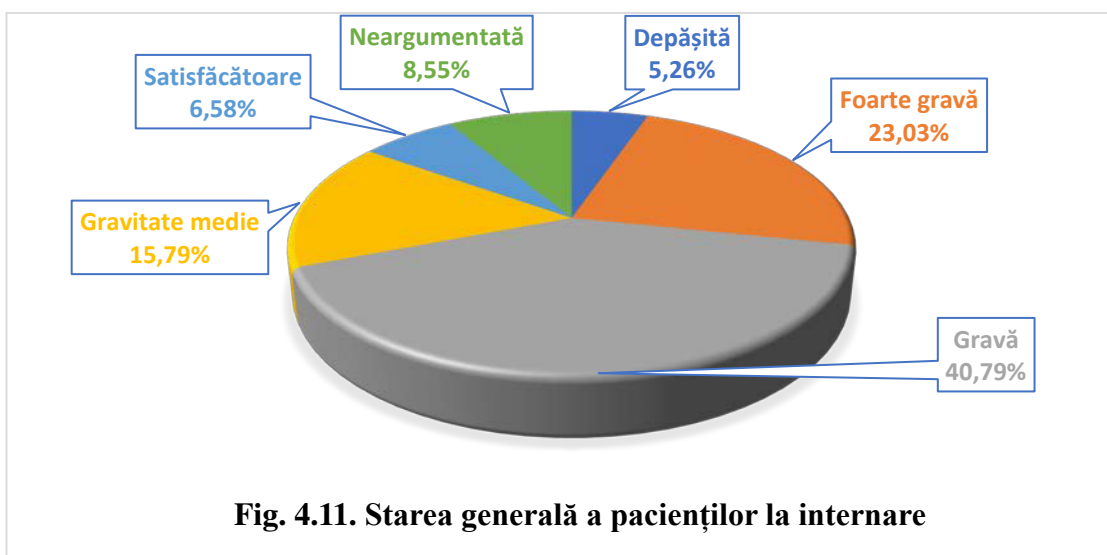
În eșantionul cercetat (Figura 4.8), ponderea pacienților de sex feminin (doar 20,39%) a fost semnificativ mai mică comparativ cu cea a bărbaților (79,61%). Posibil, explicația o găsim în rata mai mică a mortalității femeilor din cauze externe, în general, și din cauza traumelor mecanice, în particular, odată ce bărbații sunt antrenați în situații generatoare de traume mecanice mai des decât femeile. Însă, nici această ipoteză nu a putut fi confirmată din lipsa datelor în Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova [44].



Un factor de risc important recunoscut în literatura de specialitate [116, 135, 141, 155] în calitate de generator obiectiv de interpretări greșite și „mascant” al diferitor procese patologice și traumatiche, dar în special a traumelor cranio-cerebrale este starea de ebrietate a pacientului. Urmărind aceste raționamente, ne-am propus să identificăm care este ponderea pacienților decedați în spitale din cauza traumelor mecanice aflați în stare de ebrietate la momentul internării pentru a constata ponderea acestui risc în procesul de diagnosticare. Astfel, conform fișelor medicale ale bolnavilor de staționar rezultă că circa o pătrime de pacienți (24,34%) au fost internați fiind în stare de ebrietate alcoolică (Figura 4.9). Spre regret, fișele medicale nu conțineau informații privind gradul de ebrietate al pacienților pentru o analiză aprofundată privind corelația dintre grad și categoria divergenței de diagnostic. Potrivit literaturii de specialitate [125], alcoolul etilic este un toxic funcțional ce afectează preponderent sistemul nervos central prin mecanism de inhibare. Acest mecanism de acțiune și tropismul alcoolului etilic față de SNC explică „mascarea” simptomelor clinice ale traumelor cranio-cerebrale și dificultățile de diagnosticare a acestora pe fundal de stare de ebrietate. Din aceste considerente, am cercetat lotul de pacienți diagnosticați cu traume cranio-cerebrale și am constatat o creștere a ponderii celor aflați în stare de ebrietate alcoolică până la 27,6%.



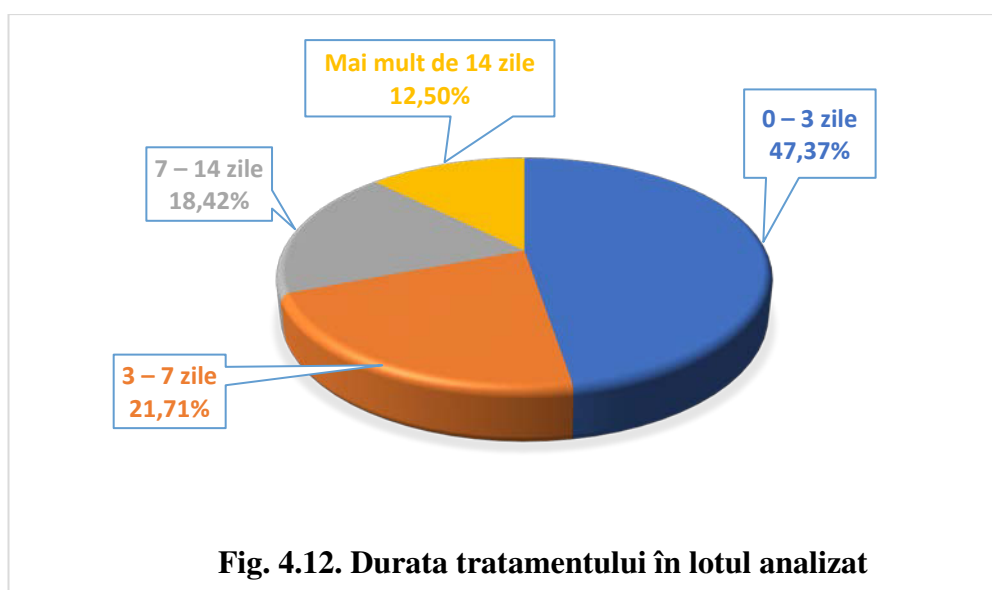
Analiza eșantionului de studiu în funcție de genul morții (Figura 4.10; Anexa 9, tabelul A9.5) a arătat că cea mai mare pondere a traumelor mecanice a fost produsă accidental (66,45%), persoanele având de suferit în urma traumatismului de transport, habitual, de muncă și în alte condiții. Mult mai rar, pacienții din lotul de studii au fost traumatizați în rezultatul acțiunilor încadrate de organele de urmărire penală în suicid și omucidere – 2,63% și 7,89% respectiv. Este de remarcat că, în 23,03% de cazuri moartea a fost apreciată ca neviolentă și cauzată de unele procese patologice, diagnosticul de traumă fiind concomitent sau în lipsa unei legături de cauzalitate dintre traumă și deces.



După părerea mai multor savanți [3, 108, 126, 129, 141], pe care o împărtășim și noi, una dintre cele trei cauze obiective principale de apariție a divergențelor dintre diagnostice este starea generală gravă a pacientului la momentul internării. În această ordine de idei, în cadrul studiului a

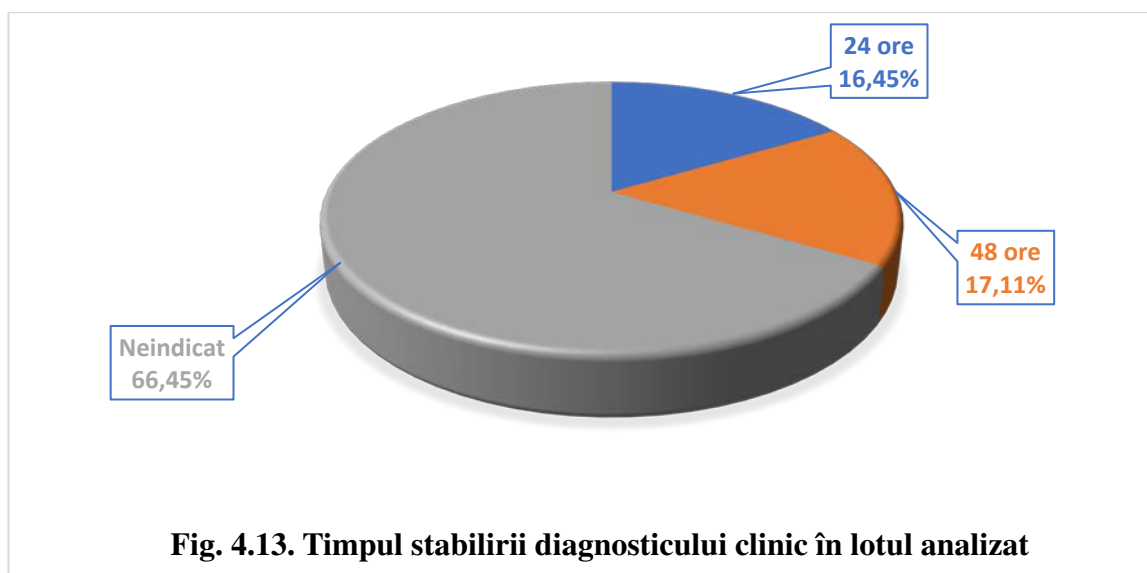
fost evaluat și acest indicator. Din constatările noastre reiese că majoritatea pacienților s-au internat în stare gravă (40,79%) și foarte gravă (23,03%), ceea ce împreună cu starea depășită (5,26%) constituie peste două treimi din volumul lotului studiat și astfel corelează cu datele prezentate anterior și anume internările urgente în perioadă acută a traumei în secțiile de reanimare și terapie intensivă (Figura 4.11; Anexa 9, tabelul A9.6). Mai puțini pacienți au fost spitalizați în stare de gravitate medie (15,79%) și satisfăcătoare (6,58%). Prin urmare, rezultatele obținute în cadrul studiului nostru au confirmat datele expuse în literatura de specialitate privind rolul pregnant al stării grave a pacientului în generarea divergențelor de diagnostic în calitate de un factor de risc obiectiv.

Concluzia medicului privind starea pacientului la internare a fost apreciată critic, în baza analizei criteriilor de evaluare a stării generale a pacientului în baza inscripțiilor din fișa medicală a bolnavului de staționar. Respectiv, alături de gradarea stării pacientului utilizată de rutină în practica medicală (satisfăcătoare, gravitate medie, gravă, foarte gravă și depășită), în analiză a fost inclusă și opțiunea când starea pacientului indicată în fișă nu a fost argumentată prin datele examenului primar, cu alte cuvinte, medicul curant a apreciat starea pacientului subiectiv sau a „ajustat-o” la diagnosticul stabilit. Drept exemplu pot servi situațiile când indicii vitali depășesc limitele inferioare ale normei (presiunea arterială scăzută, tahicardie, conștiința dereglată), iar medicul apreciază această stare drept gravitate medie sau, chiar, satisfăcătoare și, din contra, – examenul fizic este descris șablonat, datele concrete fiind înlocuite cu expresii generale de ordinul „în limitele normei”, „fără particularități” etc., iar starea generală este apreciată ca una gravă. Astfel de cazuri, privind neargumentarea stării pacientului la internare a fost constatată în 8,55% de cazuri, ceea ce denotă o predispunere pentru divergență de diagnostic chiar de la momentul admiterii pacientului într-o instituția medico-sanitară.



O altă cauză obiectivă ce explică apariția divergențelor dintre diagnosticul clinic și cel medico-legal subliniată intens în literatura din domeniu [23, 108, 115, 133] este durata scurtă a tratamentului, ceea ce presupune o perioadă limitată de supraviețuire a pacientului după internare. În lotul cercetat, durata spitalizării pacienților a variat semnificativ de la câteva ore până la 35 de zile (Anexa 9, tabelul A9.7). De aceea, pentru comoditatea analizei am decis să evaluăm 4 perioade de timp, menționate în Figura 4.12. Gruparea nu a fost întâmplătoare, dar reflectă unele etape logice în organizarea acordării asistenței medicale. Așadar, prima etapă este legată de termenul maxim acordat medicului clinician pentru stabilirea diagnosticului clinic – 72 de ore sau trei zile. Ulterior perioadele au fost repartizate conform duratei de o săptămână (7 zile) de supraviețuire a pacientului.

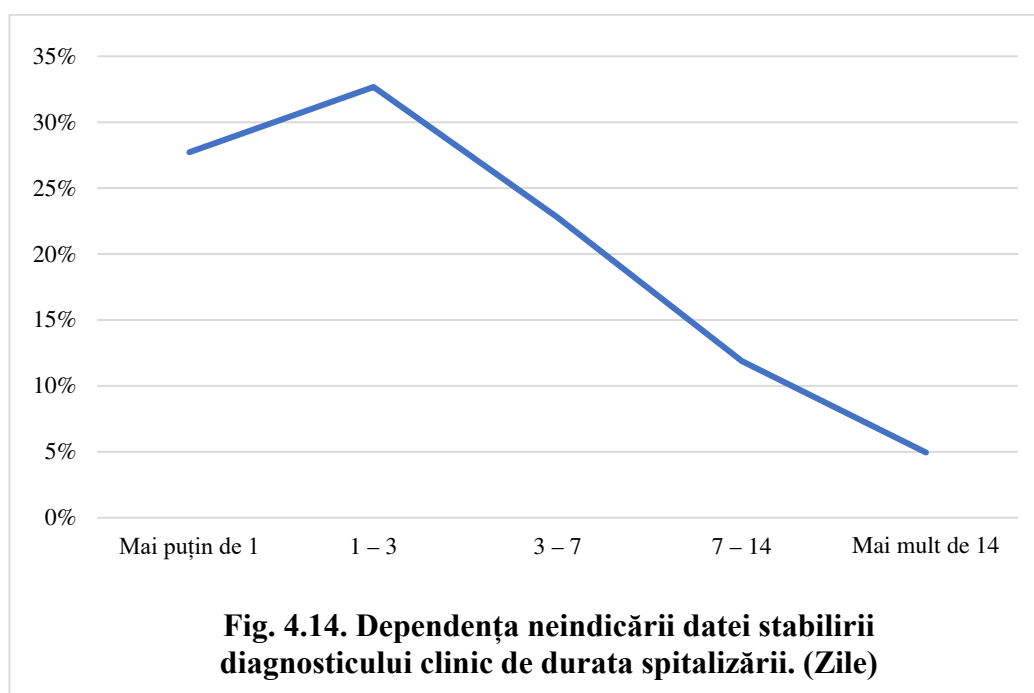
Perioada de 0–3 zile de spitalizare trebuie să fie privită drept un motiv obiectiv de dificultăți de diagnosticare, întrucât acest proces nu a luat sfârșit și decesul pacientului în acest interval de timp influențează evident capacitatea medicului de a stabili un diagnostic corect. În această etapă s-au încadrat 47,37% de pacienți, ceea ce reprezintă aproape o jumătate din întregul lot de cercetare și subliniază valoarea acestui risc pentru apariția divergențelor de diagnostic. Mai mult de atât, analiza aprofundată a acestei categorii de cazuri a arătat că aproape jumătate (48,6%) dintre acești pacienți au decedat chiar în primele ore de la internare, plasând medicul într-o situație și mai vulnerabilă, condiție care trebuie luat în considerare în procesul de evaluare a corectitudinii diagnosticului clinic.



Studiul probabilității de apariție a divergențelor de diagnostic după primele 3 zile a arătat că ponderea divergențelor este invers proporțională supraviețuirii pacientului în timp. Astfel, odată cu creșterea duratei aflării pacientului sub supravegherea medicului scade ponderea divergențelor

de diagnostic. Această observație subliniază o dată în plus importanța timpului necesar pentru stabilirea unui diagnostic corect și evitarea divergențelor.

În paralel cu analiza duratei tratamentului, considerăm oportun prezentarea informațiilor referitoare la timpul stabilirii diagnosticului clinic în lotul analizat. Conform pct. 10 al Instrucțiunii cu privire la completarea Fișei medicale a bolnavului de staționar, aprobate prin Ordinul MS nr. 265/2009, diagnosticul clinic se stabilește pe parcursul primelor 72 ore de la internare, iar data stabilirii acestuia se fixează în mod obligator în fișa medicală [47]. Acest termen este prevăzut și în formularul tipizat al fișei menționate [49]. Considerăm că timpul alocat stabilirii diagnosticului clinic este unul rezonabil, dar și oportun, deoarece în lipsa unui diagnostic clinic pacientul nu poate fi tratat corespunzător. Conform datelor din Figura 4.13, în majoritatea absolută a cazurilor (66,54%), contrar prevederilor normative, timpul stabilirii diagnosticului clinic nu era indicat, ceea ce poate fi considerat drept o lacună serioasă (Anexa 9, tabelul A9.8). Această deficiență ar putea avea la bază atât cauze obiective, cât și cele subiective.



Dat fiind că din datele prezentate anterior (Figura 4.12) rezultă o supraviețuire a pacienților preponderent de scurtă durată, am considerat această circumstanță drept o cauză a omiterii indicării datei stabilirii diagnosticului clinic. Pentru verificarea ipotezei date am studiat corelația dintre numărul cazurilor în care această deficiență a fost prezentă cu durata tratamentului.

Din Figura 4.14 observăm că majoritatea situațiilor în care data stabilirii diagnosticului clinic nu era indicată coincide cu intervalul scurt al spitalizării și anume până la 3 zile. Probabil, în aceste cazuri (60,4%), medicii au considerat inutilă indicarea datei stabilirii diagnosticului clinic

întrucât pacientul a decedat până la termenul limită oferit pentru acest exercițiu. Totodată, s-a constatat, cu cât mai mare era durata spitalizării, cu atât mai puține fișe ale bolnavului de staționar nu conțineau data stabilirii diagnosticului clinic. Totuși, în 5% de cazuri, informațiile date nu au fost fixate în fișe chiar și după două săptămâni de tratament, ceea ce nu poate fi explicat prin motive obiective și exprimă o lacună în completarea documentației medicale.

Evaluând documentele medicale, am atras atenția și asupra argumentării diagnosticului stabilit, întrucât neargumentarea diagnosticului poate genera erori și inexactități în diagnostice și formulările acestora, ceea ce, în final, va condiționa apariția unei divergențe [134] și, ca rezultat, – o tactică greșită a tratamentului.

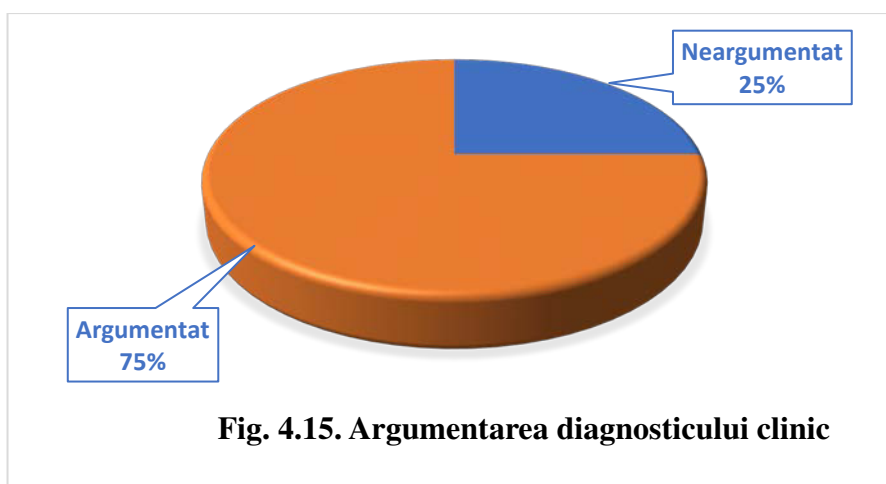


Fig. 4.15. Argumentarea diagnosticului clinic

Din Figura 4.15 observăm că exact o pătrime (25%) din diagnostice nu au fost argumentate prin date obiective, ceea ce nu reprezintă un indicator critic, însă există posibilitate că neargumentarea diagnosticului clinic ar putea fi în corelație cu durata aflării pacientului în staționar.

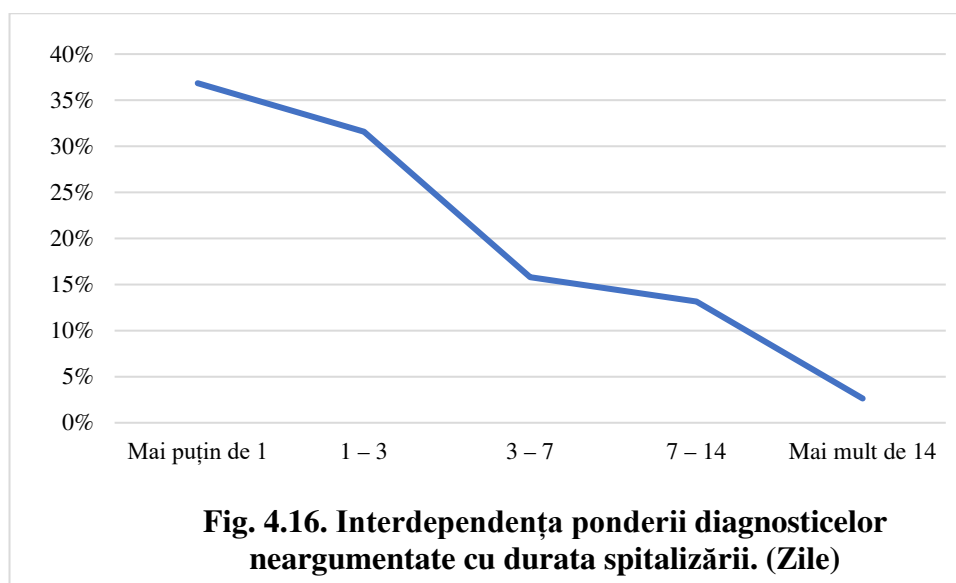
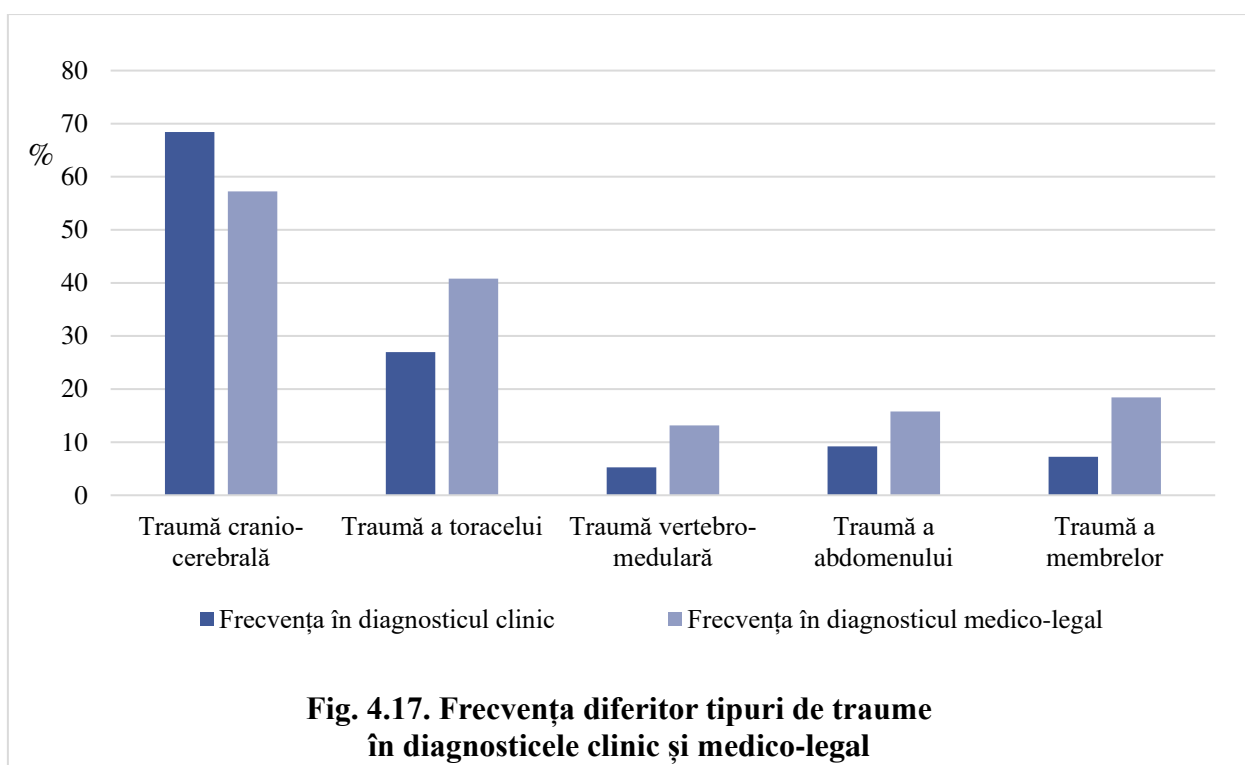


Fig. 4.16. Interdependența ponderii diagnosticilor neargumentate cu durata spitalizării. (Zile)

Verificarea acestei ipoteze o găsim în graficul din Figura 4.16, care include doar cazurile de diagnostic neargumentat din lotul de studii, repartizate în funcție de durata tratamentului staționar. Din acesta observăm lesne proporționalitatea directă dintre diagnosticile neargumentate și durata tratamentului. Așadar, două treimi (68,4%) de aceste observații au fost constatate în primele trei zile, situație care poate fi considerată explicabilă prin încadrarea medicului în termenul prevăzut pentru stabilirea diagnosticului clinic. Ulterior, proporțional cu majorarea duratei spitalizării s-a micșorat numărul diagnosticelor neargumentate, constituind doar 2,6% pentru pacienții aflați în staționar timp de 2 săptămâni și mai mult.

4.2. Caracteristicile diagnosticului clinic și medico-legal în situațiile de divergență

Unica metodă de depistare a divergențelor dintre diagnosticile clinic și medico-legal constă în confruntarea lor, care se face conform mai multor principii [3, 23, 108, 115, 133]. În prezentul studiu, ne-am condus de prevederea menționată, confruntând diagnosticile în fiecare caz din lotul de studiu separat. Totodată, pentru comoditatea analizei statistice, am considerat oportun de a grupa traumele mecanice diagnosticate la pacienți atât la etapa clinică, cât și la autopsie medico-legală, după principiul topografic din considerentele utilizării acestuia de întreaga comunitate medicală, dar și cel luat ca bază în CIM-10, ce ține de clasificarea traumelor. În această ordine de idei, am grupat toate leziunile, inclusiv cele din diagnosticile combinate, în traume cranio-cerebrale, vertebro-medulare, ale toracelui, abdomenului și membrilor.



Din Figura 4.17 se observă că traumele cranio-cerebrale au fost cel mai frecvent diagnosticate în lotul cercetat, atât din punct de vedere clinic, cât și morfologic (Anexa 9, tabelul A9.9). Este de menționat, că frecvența acestui diagnostic la etapa clinică este mai mare, comparativ cu cea morfologică, ceea ce indică tendința spre hiperdiagnosticarea traumelor cranio-cerebrale.

În lotul studiat, traumele cranio-cerebrale au fost urmate de traumale toracelui. Acestea au fost, la fel, diagnosticate clinic și medico-legal. Însă, observăm că traumale toracelui au fost constatate clinic aproape de 2 ori mai rar decât au fost identificate la autopsia medico-legală, fapt care pledează, din punctul nostru de vedere, în favoarea unei hipodiagnosticări clinice a acestui tip de traume. Atragem atenția că, în cavitatea toracelui se conțin organele a două sisteme de importanță vitală, iar nediagnosticarea traumelor toracelui prezintă riscuri majore pentru pacient și calitatea actului medical, deoarece pot fi omise anumite complicații privind sistemul cardio-vascular și respirator generatoare de consecințe severe. Una dintre posibilele explicații pe care am constatat-o în lotul analizat ține de nediagnosticarea frecventă a fracturilor costale, însă, și aceste leziuni pot prezenta un pericol pentru pacient prin posibilitatea traumatizării organelor cavității pleurale.

Alte tipuri de traume (vertebro-medulară, a abdomenului și membrelor) au înregistrat o frecvență aproape similară, însă în toate cazurile acestea au fost hipodiagnosticate din punct de vedere clinică.

Tabelul 4.1. Frecvența nosologiilor hipo- și hiperdiagnosticate clinic

Nr.	Tipul traumei/patologiei	abs	P	CI 95%	p
Nosologiile hipodiagnosticate					
1.	Traume cranio-cerebrale și/sau complicațiile acestora	42	27,63	19,91–37,35	p<0,001
2.	Traume ale toracelui și/sau complicațiile acestora	37	24,34	17,14–33,55	p<0,001
3.	Traume vertebro-medulare, ale abdomenului, membrelor și/sau complicațiile acestora	36	23,68	16,59–32,79	p<0,001
4.	Procese patologice (ale sistemului cardio-vascular, digestiv, respirator)	37	24,34	17,14–33,55	p<0,001
5.	Complicații infecțioase ale traumelor (meningite, pneumonii, peritonite etc.)	16	10,53	6,02–17,09	p>0,001
6.	Iatrogenii	2	1,32	0,15–4,75	p>0,001
Nosologiile hiperdiagnosticate					
1.	Traume cranio-cerebrale și/sau complicațiile acestora	44	28,95	21,03–38,86	p<0,001
2.	Traume vertebro-medulare, ale toracelui, abdomenului, și/sau complicațiile acestora	17	11,18	6,52–17,91	p>0,001
3.	Procese patologice (ale sistemului cardio-vascular, digestiv, respirator), complicațiile infecțioase ale traumelor (meningite, pneumonii, peritonite etc.), hipotermii și intoxicații alcoolice	23	15,13	9,59–22,7	p<0,001

Indicii reflectați în Tabelul 4.1 denotă că atât traumele, cât și complicațiile acestora, dar și procesele patologice au fost mai frecvent hipodiagnosticate decât hiperdiagnosticate, ceea ce poate să prezinte riscuri pentru pacient. În această ordine de idei, hipodiagnosticarea poate avea consecințe mult mai nefaste pentru pacient decât hiperdiagnosticarea. Astfel, orice traumă sau complicație a acesteia omisă și, respectiv, netratată scade șansele pacientului de recuperare deplină și, mai ales, de supraviețuire.

Din contra, hiperdiagnosticarea reprezintă, după părerea lui J. Brodersen și coaut. (2018), o problemă actuală a sistemului contemporan de sănătate, inclusiv din punct de vedere financiar, întrucât generează cheltuieli suplimentare legate de prescrierea inutilă a medicamentelor. Totodată, autorii consideră că tactica medicală în acest caz rareori cauzează decesul pacientului [19]. Nu putem să nu susținem această opinie, având în vedere că în circumstanțele unui traumatism care necesită asistență medicală de urgență, mai ales cel legat de traumele asociate, hiperdiagnosticarea este explicabilă sau, chiar, binevenită. Procesul de stabilire a diagnosticului constă în îngustarea treptată a spectrului nosologiilor posibile la un pacient prin excluderea acestora în cursul obținerii informațiilor referitoare la starea de sănătate a pacientului [145]. Respectiv, la internare în staționar, medicul trebuie să suspecteze toate variantele posibile de traume, iar cele neconfirmate ulterior să le excludă. O altă explicație a hiperdiagnosticării constă în durata scurtă a spitalizării pacientului. Astfel, atunci când pacientul nu supraviețuiește până la termenul predestinat stabilirii diagnosticului clinic (72 de ore), medicul poate să nu aibă la dispoziție timpul necesar pentru a exclude toate traumele suspectate inițial, dar inexistente la pacient.

În ce privește traumele cranio-cerebrale și/sau complicațiile lor, studiul nostru a arătat că acestea au fost atât hipo- $27,63 \pm 6,90$ (95%, CI 19,91–37,35, $p < 0,001$), cât și hiperdiagnosticate $28,95 \pm 6,84$ (95%, CI 21,03–38,86, $p < 0,001$) în aproape egală măsură. Traumele altor regiuni anatomice ale corpului, în special cele ale toracelui, vertebro-medulare, ale abdomenului, membrelor, dar și procesele patologice au fost hipodiagnosticate aproape la egal, frecvența lor variind între 23 și 24%. În grupul proceselor patologice am inclus toate nosologiile de ordin patologic, care nu au fost diagnosticate la pacienții internați pe motivul traumelor mecanice, dar care au servit drept cauză a decesului (accident vascular cerebral, ciroză hepatică, pancreonecroză, anevrism disecant al aortei, neoplazii, ulcere perforante etc.). Complicațiile infecțioase letale, dar nediate, au avut o frecvență scăzută, fiind nesemnificative din punct de vedere statistic $10,53 \pm 7,67$ (95%, CI 6,02–17,09, $p > 0,001$). Drept o categorie aparte au constituit iatrogeniile letale, care nu au fost observate intravital. Cu toate că nici acestea nu au avut o frecvență statistic

semnificativă, am considerat necesară evidențierea lor, întrucât reprezintă, din punctul nostru de vedere, una dintre cele mai grave deficiențe de acordare a asistenței medicale.

În compartimentul diagnosticelor stabilite clinic, dar neconfirmate morfologic, traumele cranio-cerebrale sunt urmate de diferite procese patologice, complicații infecțioase, hipotermii și intoxicații alcoolice, acestea având o frecvență statistic semnificativă $15,13 \pm 7,47$ (95%, CI 9,59–22,7, $p < 0,001$). Considerăm că una dintre explicațiile posibile ale acestei observații este plasarea de către medicul curant în diagnosticul final a mai multor unități nosologice în situațiile când diagnosticul clinic nu era stabilit cu certitudine, în speranța „ghicirii” cauzei morții. Drept exemplu poate servi plasarea frecventă a tromboemboliei arterei pulmonare în diagnosticul final în cazurile de moarte rapidă pe fundalul stării aparent satisfăcătoare a pacientului. Cea mai mică și statistic nesemnificativă frecvență au avut-o traumele vertebro-medulare, ale toracelui și abdomenului $11,18 \pm 7,64$ (95%, CI 6,52–17,91, $p > 0,001$).

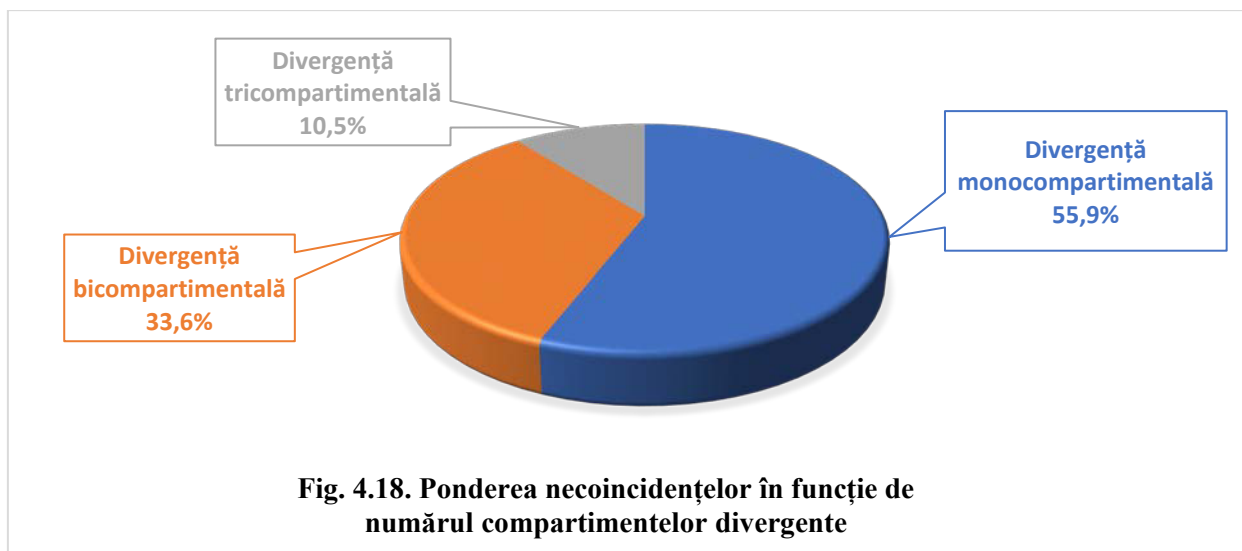
Cu toate că pentru stabilirea necoincidenței dintre diagnostice sunt confruntate diagnosticele din compartimentul „boala/trauma principală”, pentru un studiu mai amplu am analizat toate cele trei compartimente ale diagnosticului clinic și medico-legal. Rezultatele analizei sunt prezentate în tabelul 4.2.

Tabelul 4.2. Frecvența divergențelor după compartimentele diagnosticului

Nr.	Compartimentul diagnosticului	abs	P	CI 95%	p
1.	Nosologie principală	95	62,50	50,57–76,4	$p < 0,001$
2.	Complicații	68	44,74	34,74–56,71	$p < 0,001$
3.	Boli/traume concomitente	72	47,37	37,06–59,65	$p < 0,001$

Din datele obținute putem observa că cel mai frecvent divergențele s-au constatat la confruntarea diagnosticelor principale $62,50 \pm 4,97$ (95%, CI 50,57–76,4, $p < 0,001$), ceea ce constituie unul din indicatorii principali ai calității procesului de diagnosticare, dar și unul din obiectivele importante ale conferințelor clinico-anatomice [48]. Este de menționat că frecvența necoincidențelor complicațiilor și patologiilor/traumelor concomitente este aproape egală $44,74 \pm 6,03$ (95%, CI 34,74–56,71, $p < 0,001$) și, respectiv, $47,37 \pm 5,88$ (95%, CI 37,06–59,65, $p < 0,001$), cu o diferență oarecum semnificativă comparativ cu cea a diagnosticului principal. Prin urmare, compartimentele secundare își aduc, la fel, contribuția considerabilă la diagnosticarea greșită.

În cadrul studiului ne-am propus să analizăm nu doar frecvența divergențelor din diferite compartimente ale diagnosticului, ci și ponderea divergențelor combinate (Figura 4.18).



În această ordine de idei, constatăm că în aproape jumătate (55,9%) din cazurile analizate necoincidența de diagnostic a fost constatată doar într-un singur compartiment al diagnosticului, fie boala/trauma principală, fie complicațiile ei, fie boala/trauma concomitentă. Totodată, s-a observat o pondere înaltă (33,6%) a cazurilor în care divergențele au vizat două compartimente ale diagnosticului. Cea mai severă formă de divergență care a vizat toate cele trei compartimente ale diagnosticului s-a înregistrat ceva mai rar (10,5%), însă, atragem atenția că, aceasta reprezintă un diagnostic eronat în totalitate cu toate consecințele sale.

Din punctul nostru de vedere, frecvența divergențelor după compartimentele diagnosticului și ponderea necoincidențelor în funcție de numărul compartimentelor divergente denotă o situație alarmantă, întrucât este deja bine știut și demonstrat [58, 59] că un diagnostic greșit generează o tactică terapeutică la fel greșită.

Ținând cont de valoarea diagnostică importantă a bolii/traumei principale și frecvența înaltă a divergențelor din acest compartiment, acestea au fost analizate mai profund, comparativ cu cele după complicații sau nosologii concomitente din perspectiva tipului de divergență (Tabelul 4.3).

Tabelul 4.3. Frecvența tipurilor de divergențe privind nosologia principală

Nr.	Tipul divergenței	abs	P	CI 95%	p
1.	Hipodiagnosticare	114	75,00	61,87–90,1	p<0,001
2.	După etiologie	48	31,58	23,28–41,87	p<0,001
3.	Formulare incorectă	41	26,97	19,36–36,59	p<0,001
4.	După localizare	31	20,39	13,86–28,95	p<0,001
5.	Înlocuire cu sindrom	11	7,24	3,61–12,94	p>0,001

Analiza nosologiei principale divergente a scos în evidență mai multe tipuri de necoincidențe: hipodiagnosticarea procesului traumatic $75,00 \pm 4,06$ (95%, CI 61,87–90,1, $p < 0,001$); formularea incorectă a diagnosticului $26,97 \pm 6,93$ (95%, CI 19,36–36,59, $p < 0,001$); divergență după etiologie $31,58 \pm 6,71$ (95%, CI 23,28–41,87, $p < 0,001$) și/sau localizare anatomică $20,39 \pm 7,24$ (95%, CI 13,86–28,95, $p < 0,001$); indicarea unui sindrom în locul diagnosticului nosologic $7,24 \pm 7,81$ (95%, CI 3,61–12,94, $p > 0,001$). Formularea incorectă a vizat, la rândul ei, următoarele elemente: etiopatogenia procesului traumatic, înlocuirea reciprocă a nosologiei principale și complicațiilor acesteia, lipsa rubricării diagnosticului. După cum se observă, cel mai frecvent traumele principale au fost totuși nediate diagnosticate sau diagnosticate incomplet, ceea ce prezintă mari riscuri pentru pacient. În funcție de diagnostic, aprecierea greșită a etiologiei procesului, dar și localizării traumei la fel pot afecta nivelul asistenței medicale, însă într-o măsură mai mică și cu consecințe grave mai rar înregistrate. Formularea incorectă a diagnosticului și înlocuirea acestuia cu un sindrom fac parte din categoria „tehnică” a divergențelor, adică nu afectează starea pacientului, însă oricum se califică drept o divergență de categoria a II-a [48]. Asemenea diagnostice nu pot fi codificate, analizate statistic și supuse confruntării.

După părerea noastră, la formularea incorectă a diagnosticului poate contribui, spre regret, și formularul tipizat al Fișei medicale a bolnavului de staționar (003/e-2012), aprobat prin ordinul MS al RM nr. 426 din 11.05.2012 [49], care este confuz deoarece prevede în pct. 24 „Diagnosticul principal la externare (clinic definitiv)” și în pct. 25 – „Diagnostice secundare la externare (complicații/maladii concomitente)”. Aceasta presupune nerespectarea din start a structurii corecte a diagnosticului și „sugerarea” prin intermediul formularului a unei construcții greșite. Atât din punct de vedere al teoriei medicale [66, 155, 156], cât și normativ [64], structura unui diagnostic corect trebuie să includă trei compartimente: boala/trauma principală, complicațiile acesteia și boli/traume concomitente, dar nu două. În aceeași ordine de idei se cere remarcat că noțiunea de „diagnostice secundare” nu există, fiind utilizată ca un substituent al celor două compartimente aparte atât ca poziție, cât și după sens. Din punct de vedere tehnic, în formularul tipizat la pct. 25 sunt planificate doar 5 rânduri de „așa-numite” diagnostice secundare, care trebuie codificate conform CIM. Considerăm că această abordare creează anumite confuzii pentru medicii clinicieni din mai multe considerente. În primul rând, complicațiile nu sunt separate de maladiile/traumele concomitente ceea ce nu contribuie la îndeplinirea corectă de către medic a obligațiilor sale în timpul formulării diagnosticului, condiționând și un efort suplimentar pentru diferențierea acestora. În al doilea rând, medicul este într-un fel „limitat” la un număr anumit (5) de complicații și nosologii concomitente, ceea ce în traumele mecanice adeseori este insuficient. Abordări similare regăsim nu doar în actele normative ale autorității publice centrale de specialitate din

sectorul sănătății, dar și în procedurile operaționale instituționale. Astfel, Procedura operațională privind completarea fișei medicale a bolnavului de staționar din IMSP IMU (2017) [74] stipulează că: „Diagnosticile secundare (complicații/comorbidități) are loc pentru maximum 6 afecțiuni, concomitente cu diagnosticul principal”, ceea ce din nou nu respectă structura corectă a diagnosticului clinic.

Totodată se impune codificarea imediată a elementelor diagnosticului, ceea ce condiționează înlocuirea formulării individualizate a acestuia cu sintagmele preluate direct din CIM. De exemplu, diagnosticul de „Fractură închisă liniară a radiusului pe dreapta” apare doar ca „S52 Fractură a antebrăului”, care este greșit din punct de vedere al științei medicale deoarece fractura poate viza doar un os și nicidecum o regiune anatomică, dar și nici nu reflectă specificul morfologic al leziunii. De o părere similară este și M.N. Aliev (2001) care consideră că noțiunile și termenii privind traumele mecanice utilizate în CIM nu sunt acceptabile pentru practica medico-legală, întrucât Clasificarea Internațională include doar elementele separate comode pentru codificare, care însă nu se încadrează în principiile etio-patogenetice ale formulării diagnosticului [89].

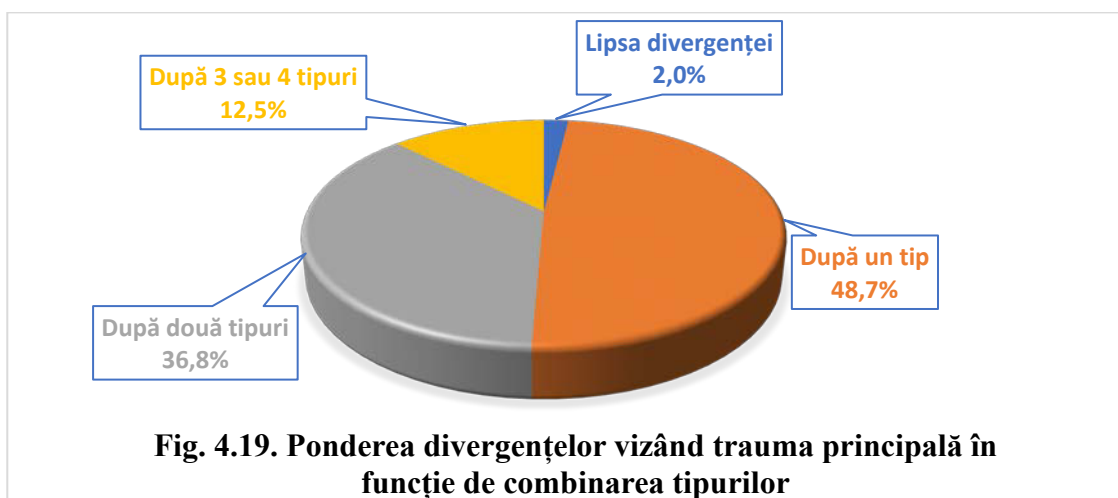


Fig. 4.19. Ponderea divergențelor vizând trauma principală în funcție de combinarea tipurilor

În cazul înlocuirii traumei principale cu un sindrom, în fișele medicale din lotul de studiu au fost observate diagnostice precum „comă de etiologie necunoscută”, „insuficiență poliorganică”, „stop cardio-respirator”, „contuzia toracelui”, „contuzia abdomenului”, contuzii ale organelor interne cu diferite localizări, fără precizarea organului concret contuzionat și a prezenței de rupturi sau hemoragii intraparenchimotoase, dilacerare a țesuturilor ș.a. Considerăm că asemenea substituții în diagnosticul clinic, precum și în cel final sunt cauzate fie de necunoașterea de către medicul clinician a întregului complex de procese patologice/traumatice la pacient, fie de nedorința sa de a se complica în formularea corectă și logică a diagnosticului. În ambele cazuri asemenea expresii nu concretizează starea pacientului, ba din contra, creează confuzii în rândul

medicilor consultanți și medicilor legiști, generează divergențe dintre diagnostice și cauzează dificultăți în eventuala apreciere medico-legală a diagnosticului.

La final, am putea admite că viziunile noastre în calitate de medici legiști nu sunt împărtășite de colegii de breaslă clinicieni, însă frecvența considerabilă a diagnosticelor formulate greșit $26,97 \pm 6,93$ (95%, CI 19,36–36,59, $p < 0,001$), arată, totuși, o situație opusă.

Analiza în continuare a tipurilor de divergențe vizând trauma principală (Figura 4.19) a arătat că la baza necoincidenței au stat în egală măsură un singur tip (48,7%) și o combinație dintre două și mai multe tipuri (49,3%). După cum observăm, este suficientă existența doar a unui singur tip de deficiență pentru a considera diagnosticul traumei principale drept divergent.

Totodată, unul din cei mai reprezentativi indicatori ai calității procesului de diagnosticare, dar și corelării acestuia cu pronosticul pacientului, este categoria divergenței stabilite.

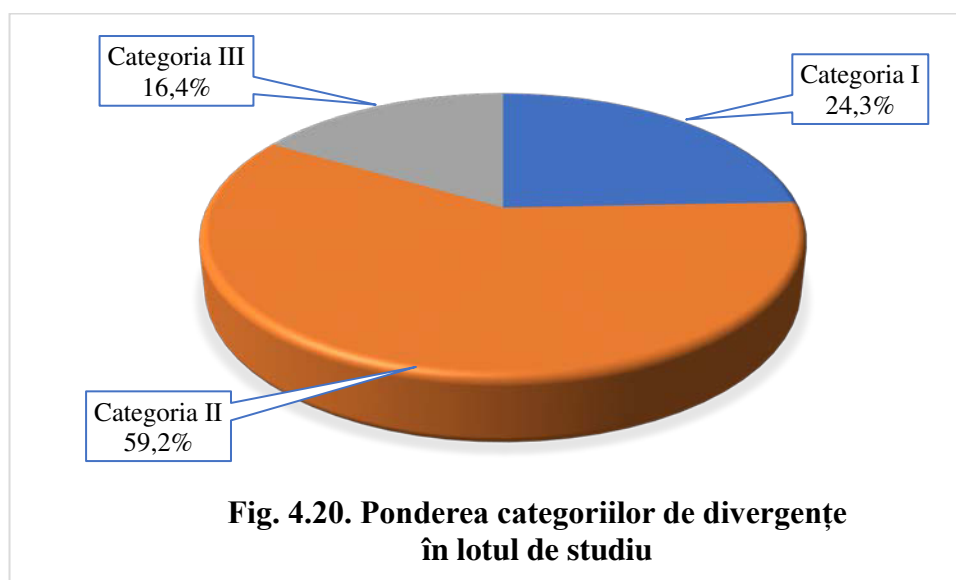


Figura 4.20 reflectă ponderea categoriilor de divergențe în lotul de studiu. Așadar, cele mai „ușoare” necoincidențe – de categoria I, care erau condiționate de cauze pur obiective și nu au influențat asupra rezultatului tratamentului s-au înregistrat în 24,3% de cazuri. Majoritatea divergențelor înregistrate – aproape două treimi (59,2%) – nu au influențat considerabil soarta pacientului, cu toate că posibilitățile staționarului permiteau stabilirea diagnosticului corect. La acest grup major au fost atribuite și divergențele cauzate de formularea greșită a diagnosticului final. Este îmbucurător faptul, că a III-a și cea mai „gravă” categorie de necoincidențe din punct de vedere al calității asistenței medicale a avut cea mai mică pondere în lotul studiat – 16,4%.

Din perspectiva aprecierii calității asistenței medicale, analiza corectitudinii formulării diagnosticului la general și confruntarea acestuia cu cel morfologic în particular, are o valoare semnificativă. Această analiză efectuată în cadrul expertizei judiciare medico-legale ar spori valoarea actului medical întrucât informația este oferită nu doar ordonatorului, ci și medicului

curant prin intermediul epicrizei medico-legale incluse în fișa medicală a bolnavului de staționar. Totodată, CML ar putea să obțină și datele referitoare la diagnosticale divergente și cauzele de apariție a acestora atât pentru evidență și prelucrare statistică, cât și pentru elaborarea recomandărilor necesare sporirii calității asistenței medicale. Însă, așa cum am menționat și în capitolul I al prezentei lucrări, la moment, acest deziderat nu se realizează.

Este de menționat, că în medicină, în general, și la confruntarea diagnosticelor, în particular, diagnosticul morfologic – cel medico-legal din perspectiva studiului nostru – se ia apriori ca un etalon, fiind considerat corect în toate situațiile [21, 34, 73, 88]. Este și firesc, deoarece acesta este bazat pe datele autopsiei, motiv pentru care confruntarea dar și divergențele constatate sunt fondate pe date obiective. Totuși, trebuie să subliniem că, corectitudinea stabilirii diagnosticului medico-legal, depinde, în primul rând, de existența principiilor și regulilor ce ar reglementa acest proces, începând cu sursele și volumul informației ce asigură minimul necesar pentru procesul de diagnosticare, finisând cu cele de formulare a diagnosticului în calitate de o concluzie medicală. Cu toate că problematica diagnosticului medico-legal a fost pe larg discutată și descrisă de mai mulți autori atât din Republica Moldova [6, 12, 57, 59], cât și din alte țări [26, 32, 33, 115, 133, 135], la începutul prezentului studiu, în activitatea serviciului medico-legal din țară încă nu exista o viziune științifico-metodică asupra elaborării diagnosticului medico-legal, codificării acestuia în conformitate cu prevederile CIM-10, ce ar servi medicului legist practician în calitate de un suport metodologic [66]. Aceeași problemă organizatorică o constată și V.A. Klevno cu coaut. (2015), menționând lipsa bazei normative în vederea elaborării diagnosticului medico-legal, cât și rolului/locului acestuia în raportul de expertiză judiciară medico-legală [116]. Este firesc că o astfel de insuficiență influența negativ capacitatea medicilor legiști de a formula diagnosticalele în mod corect și unificat, ceea ce ar permite codificarea și confruntarea lui cu cel clinic. Actualitatea problemei vidului normativ s-a dovedit și prin prisma analizei efectuate. Astfel, analizând diagnosticalele medico-legale din lotul de studiu, am observat mai multe neajunsuri în stabilirea, dar și formularea diagnosticului medico-legal, ceea ce demonstrează că medicii legiști adeseori nu respectau principiile generale de elaborare a diagnosticelor expuse în literatura pe specialitate. Cu toate că aprecierea calității elaborării rapoartelor de expertiză judiciară nu reprezintă obiectivul prezentei cercetări, nu am putut să trecem cu vederea lacunele identificate și să nu ne aducem contribuția la îmbunătățirea calității diagnosticării medico-legale. Din considerentele relatate au fost întreprinse acțiuni corective de îmbunătățire a calității formulării diagnosticului medico-legal și a fost elaborat ghidul metodico-didactic „Principiile de elaborare a diagnosticului medico-legal” (2017), care conține baza unei abordări științifico-metodice a formulării diagnosticului medico-legal în calitate de suport pentru activitatea profesională a

medicului legist practician [66]. Până la acel moment principiile de formulare a diagnosticului medico-legal se regăseau doar în literatura de specialitate, iar unicul act normativ ce reglementat principiile de efectuare a expertizei privind cadavrul (Regulamentul expertizei medico-legale a cadavrului, aprobat de MS pe 24.02.1999 [75]) nu oferea un suport metodologic în acest sens. Pentru asigurarea respectării prevederilor ghidului menționat de către toți medicii legiști, acesta a fost aprobat prin ordinul CML nr. 24 din 09.06.2016 Cu privire la aprobarea Ghidului privind elaborarea diagnosticului medico-legal în cazurile de moarte violentă [50] (Anexa 4). Dat fiind faptul că acest ghid reprezenta o premieră normativă de nivel național, autorii au obținut și un certificat de inovator (Anexa 7).

4.3. Frecvența cauzelor obiective și subiective ale divergențelor dintre diagnostice

Procesul de diagnosticare este nu altceva decât identificarea tuturor maladiilor și/sau traumelor prezente la pacient și reprezintă una din cele mai importante funcții ale medicului, fiindcă strategia acțiunilor curative ulterioare, dar și tactica tratamentului sunt în legătură strânsă cu corectitudinea diagnosticului stabilit. În această ordine de idei se încadrează și opinia lui G.V. Sîciugov și coaut. (2016) referitor la originea diagnosticului clinic, pe care îl tratează ca viziunea proprie a medicului asupra maladiei/traumei și pacientului. Respectiv, corectitudinea concluziilor medicului depinde de abilitățile lui logice și gnoseologice, capacitatea sa de a analiza fiecare simptom sau rezultat al investigațiilor cu scopul sintetizării unei concluzii referitor la natura procesului patologic, complicațiile existente și posibile, dar și pronosticul [59, 147]. Putem afirma următoarele, calitatea și corectitudinea diagnosticului depinde nu doar de plenitudinea investigațiilor și prezența simptomelor, dar și de aptitudinile clinicianului în aprecierea tabloului clinic, explicarea datelor și rezultatelor dobândite cu evaluarea ulterioară a acestora în mod obiectiv. Anume aceasta și reprezintă esența gândirii clinice, care se dezvoltă continuu începând cu primii ani la facultate.

Conform datelor studiului realizat de A. Pădure (2011), la general, deficiențele în procesul stabilirii diagnosticului clinic s-au constatat în $55,17 \pm 7,18$ de cazuri [59, 62]. După părerea noastră, anume analiza cauzelor apariției necoincidențelor reprezintă cea mai importantă parte a prezentului studiu, deoarece doar dacă se cunosc motivele unei probleme existente, mai ales ale unei multilaterale, există șanse de a evita repetarea acesteia în activitatea cotidiană. Din punct de vedere practic, la confruntarea diagnosticului morfologic cu cel clinic soldată cu constatarea divergenței, se recomandă stabilirea doar a unei cauze principale a acesteia: fie obiective, fie subiective, care se și fixează în epicriză pentru discutarea ulterioară la conferința clinico-anatomică [3, 89, 126, 129, 133, 141]. Autorii argumentează o asemenea abordare prin informativitatea

scăzută sau chiar incorectitudinea unei concluzii cu cauza multiplă a divergenței, care face analiza statistică ulterioară mai dificilă. Apreciem această metodologie drept situativă – pentru activitatea clinică ea este comodă și acceptabilă; pentru un studiu științific, însă, se cere o analiză multilaterală care ar evidenția totalitatea cauzelor existente cu evaluarea acestora. Doar în asemenea mod putem afla starea reală a lucrurilor și stabili întregul spectru al cauzelor de apariție a divergențelor.

În lotul de studiu au fost identificate atât cauze de ordin obiectiv, cât și de cel subiectiv; mai mult ca atât: este de remarcat diversitatea ambelor grupe de cauze. Datele din Tabelul 4.4 și 4.5 indică predominarea cauzelor subiective ale diagnosticării greșite asupra celor obiective, întrucât anume primele au fost constatate mai frecvent. Nu putem nega și contribuția cauzelor obiective, care au avut loc mai rar.

Tabelul 4.4. Frecvența cauzelor obiective ale divergențelor de diagnostic

nr.	Cauzele obiective ale divergențelor	Frecvența		CI 95%	p
		abs.	P		
1.	Starea gravă a pacientului	63	41,45	31,85–53,03	p<0,001
2.	Durata scurtă a spitalizării	40	26,32	18,8–35,83	p<0,001
3.	Tabloul clinic atipic / Stări mascante	38	25,00	17,69–34,31	p<0,001
4.	Manifestare scundă / Nosologie rară	23	15,13	9,59–22,7	p<0,001
5.	Lipsa condițiilor de diagnosticare	8	5,26	2,27–10,37	p>0,001

Cauzele obiective (Tabelul 4.4) ale necoincidențelor și, respectiv, ale diagnosticării greșite sunt determinate de un set de circumstanțe și factori, care nu depind real de acțiunile, inacțiunile sau capacitățile medicului, constituind caracteristicile individuale ale pacientului, cât și ale nosologiei. În lotul de studiu s-a constatat o neomogenitate a frecvenței diferitor cauze obiective. Cel mai frecvent s-au înregistrat dificultăți de diagnosticare legate de starea gravă a pacientului traumatizat $41,45 \pm 6,21$ (95%, CI 31,85–53,03, p<0,001). Considerăm această observație ca fiind ușor explicabilă: traumele mecanice adeseori cauzează modificări ale indicatorilor vitali și, din acest motiv, generează agravarea stării generale a pacientului.

În aceeași ordine de idei s-a înregistrat și a doua după frecvență cauză a necoincidențelor – durata scurtă a aflării pacientului în staționar $26,32 \pm 6,96$ (95%, CI 18,8–35,83, p<0,001). De obicei, acest indicator este legat direct de starea pacientului: decesul survine într-un timp scurt (până la 72 de ore), ceea ce condiționează insuficiența timpului pentru ca medicul curant să fie capabil să stabilească un diagnostic clinic.

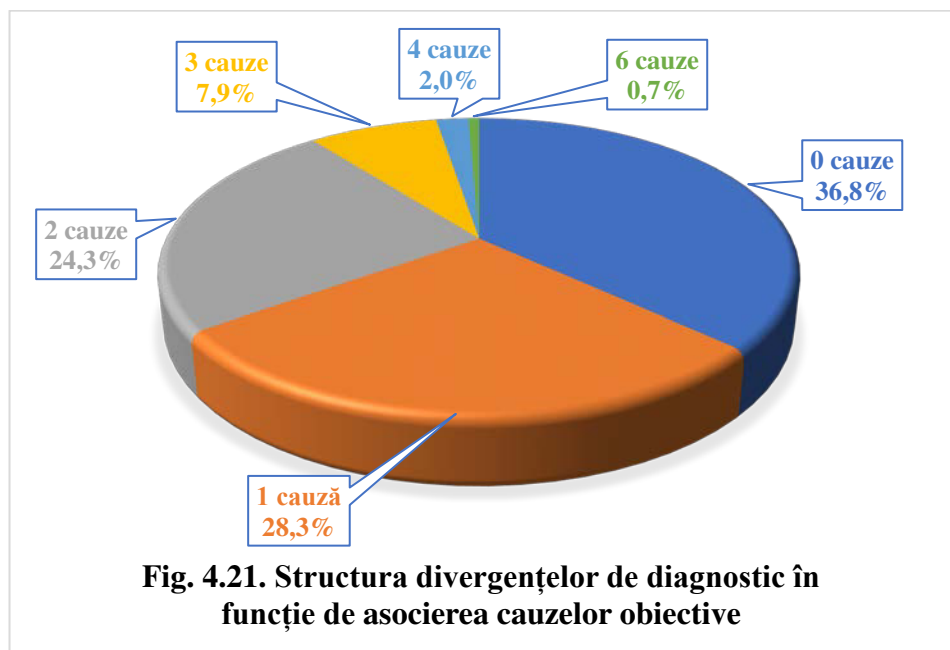
Aproape aceeași frecvență au avut și asemenea factori precum tabloul clinic atipic și stările mascante $25,00 \pm 7,02$ (95%, CI 17,69–34,31, p<0,001). În traumele mecanice, care sunt parte mai

ales ale celor asociate, atunci când simptomatologia clinică se suprapune, medicului curant îi este foarte dificil să stabilească totalitatea diagnosticelor la același pacient, chiar dacă acesta nu suferă de maladii preexistente. Situația devine și mai complicată în cazurile când pacientul suferă de maladii concomitente, se află în stare de ebrietate alcoolică sau narcotică. Deseori traumele cranio-cerebrale rămân hipodiagnosticate pe fundalul acestei stări: în lotul de studiu tabloul clinic atipic și stările mascante se află pe locul doi la divergențele privind traumele cranio-cerebrale, iar durata scurtă a spitalizării ocupă al treilea loc. Traumele toracelui sunt frecvent confundate cu procesele inflamatorii specifice și nespecifice ale țesutului pulmonar sau procesele ischemice acute ale miocardului. O situație deosebit de dificilă o reprezintă diagnosticarea altor traume pe fundalul celei vertebro-medulare la nivel înalt, legate de pareze și plegii, care maschează atât prezența altor leziuni, cât și a patologiilor, inclusiv chirurgicale acute. La rândul său, așa-numitul „abdomen acut” poate masca cu succes trauma închisă a organelor abdominale. Ultima observație este ușor explicabilă prin faptul că majoritatea absolută a pacienților a fost internată în condiții urgente (98,03%), imediat după debutul bolii sau traumatizării (cca. 70%).

Situațiilor de manifestare scundă a maladiilor sau traumei dar și de nosologiilor rare le-a revenit o mai mică frecvență, fiind la limita semnificației statistice $15,13 \pm 7,47$ (95%, CI 9,59–22,7, $p < 0,001$). Însă, acest fapt nu poate argumenta subestimarea rolului factorilor enumerați în generarea deficiențelor obiective de diagnosticare. Este bine cunoscut faptul că unele traume, de exemplu, cranio-cerebrale cu formarea treptată a hematomului intracranian sau traumele abdomenului cu rupturi subcapsulare ale splinei, au o perioadă „lucidă”, când simptomatologia lezională este redusă sau, chiar, lipsește. Cu toate acestea, diagnosticarea eronată pe fundalul acestui motiv nu este rară, având o pondere de 73,91% în acest grup de factori. O asemenea cauză obiectivă ca nosologia rară a fost înregistrată mai degrabă ca excepție, având o pondere de numai 26,09% în grupul discutat al cauzelor și a fost inclusă în analiza statistică pentru sublinierea valorii acesteia. În lotul de studiu, drept patologii rare au fost apreciate, de exemplu, leptomeningita, enterocolita hemoragică și ruptura aneurismului disecant al aortei. Ultima cauză obiectivă, ce are o frecvență statistic ne semnificativă, este lipsa condițiilor de diagnosticare $5,26 \pm 7,89$ (95%, CI 2,27–10,37, $p < 0,001$) cum ar fi, spre exemplu, lipsa unor metode imagistice avansate de diagnosticare în spitalele de nivel raional în lotul pacienților cu traume cranio-cerebrale internate în aceste instituții. Totuși, considerăm că această cauză obiectivă nu poate fi exclusă din listă, iar rolul ei nu trebuie subminat odată ce dotarea staționarelor din țară s-a îmbunătățit în ultimul timp, însă oricum lasă de dorit, situație care, de rând, cu insuficiența medicilor apți de a manipula aparatul contemporan nu poate fi negată. Cauzele obiective nu doar își aduc contribuția negativă directă la procesul de diagnosticare, dar pot genera și apariția celor subiective. Spre exemplu,

acestea restricționează medicul curant în aflarea datelor anamnestice, limitează posibilitățile de examinare clinică, influențează negativ asupra luării deciziilor referitoare la utilitatea consultațiilor specialiștilor și examinărilor complementare.

Oricare dintre cauzele obiective, în mod solitar, poate avea rolul său decisiv în soarta pacientului, însă este firesc că probabilitatea finalului letal crește proporțional cu combinarea a două și mai multe cauze.



În această ordine de idei este reprezentativă Figura 4.21, care ilustrează că ponderea divergențelor generate de doar o singură cauză obiectivă constituie 28,3%, pe când toate divergențele multicauzale împreună au constituit 34,9% de cazuri. Este de subliniat că din cele multicauzale majoritatea absolută este reprezentată de divergențele bicauzale. Totodată, divergențele cauzate de motivele obiective nu au fost constatate în peste o treime de cazuri (36,8%), ceea ce indică rolul exclusiv al cauzelor subiective. Așadar, cel mai mare pericol de diagnosticare clinică deficientă apare la suprapunerea mai multor cauze de ordin obiectiv.

Rezultatele analizei științifice sunt fortificate de exemplele practice. În calitate de valoare a asocierii mai multor cauze obiective, dar și unor subiective, sunt reprezentative următoarele două cazuri clinice.

„Cazul nr. 1. *Pacientul P., 24 ani, se internează în mod urgent pe data de 15 iunie în secția reanimare a spitalului de nivel republican cu diagnosticul „TA. Traumatism vertebro-medular grav. Contuzie medulară gravă. Fractura tasată gr. IV a corpului Th III-IV. Paraplegie inferioară. TCCÎ. Contuzie cerebrală. Fractura coastelor I pe stânga și II, III pe dreapta, plagă contuzionată*

masivă fronto-temporală pe dreapta”. Examen primar: Stare generală – gravă. Conștiința – obnubilare. Tegumentele – roz-pale. Respirația aspră. Zgomotele cardiace – ritmice, clare. Ps 100, TA 100/70mmHg. Abdomenul – moale, suplu, participă în actul de respirație, indolor la palpare. Semne peritoneale – negative. Neurologic: fante palpebrale simetrice, pupilele OD=OS, fotoreacția vie, sensibilitatea facială păstrată, nistagm orizontal; la membrul inferior drept anestezie, dereglări de tip conductor, pareză profundă la ambele membre inferioare, ROT absente, semne patologice lipsesc, senine meningiene negative. S-a efectuat prelucrarea prim-chirurgicală a plăgii și suturarea ei. În aceeași zi la tomografia computerizată s-a depistat edem cerebral difuz, fractura corpului vertebrei C II, fracturi tasate ale Th III și Th IV, fractura coastei I pe stânga, II și III pe dreapta. Peste 2 zile la ecografia organelor interne s-a depistat lichid liber în cavitatea pleurală stângă, plămânul era colabat. Lichid liber în cavitatea abdominală nu s-a depistat, leziuni ale organelor abdominale nu s-au constatat. A fost stabilit diagnosticul clinic: „TA. TCCÎ. Contuzie cerebrală minoră. Traumatism vertebro-medular grav. Fractura tasată gr. IV corp Th III, Th IV. Contuzie medulară gravă. Fractura transversală a corpului vertebrei C II pe stânga. Fractura arcurilor Th III și Th IV. Fractura coastelor I pe stânga, II, III pe dreapta. Fractura claviculei stângi în 1/3 medie. Plagă contuză fronto-temporală pe dreapta. Edem medular ascendent. Contuzie pulmonară. Contuzia cordului. Hemotorax pe stânga. Atelectazia pulmonului stâng.” Ulterior a fost administrat tratament adecvat diagnosticului stabilit. Starea clinică a pacientului pe parcursul aflării în spital a fost gravă, cu dinamica negativă. Peste 13 zile bolnavul a decedat. [97]

La autopsia medico-legală s-au constatat: fractură incompletă a claviculei stângi la nivelul 1/3 medii și fracturi incomplete ale coastelor 3, 4, 5 pe linia paravertebrală dreaptă. La nivelul liniei axilare medii s-a determinat fractură incompletă a coastei 3 pe stânga. La examinarea coloanei vertebrale s-au determinat fracturi tasate ale corpurilor vertebrale Th 3 și Th 4, cu tendință a corpurilor vertebrale spre formă triunghiulară, alocuri cu aşchiere. La deschiderea canalului rahidian s-au constatat hemoragii epi- și subdurale, subarahnoidiene neînsemnate, măduva spinării era de consistență flască-moale, elasticitate scăzută, fără hemoragii macroscopic vizibile. Cavitățile pleurale erau fără lichid, cu aderențe unice ușor detașabile. Căile respiratorii permeabile, cu conținut muco-purulent neînsemnat, mucoasa umedă, lucioasă, de culoare cenușiu-violacee, fără modificări inflamatorii. Plămânii la palpare erau de consistență moale-elastică, fără focare de indurație, pleura viscerală era transparentă, umedă, lucioasă, pe secțiune plămânii erau de culoare roșu-violacei, congestionați moderat, cu aspect omogen, de pe suprafața de secțiune, spontan și la presiune se elimina sânge lichid roșu-întunecat, murdar, în cantități moderate. Cavitatea abdominală era cu aderențe multiple ușor detașabile,

conținea aproximativ 1,5 litri lichid brun-verzui, turbure-murdar, cu miros fetid. Peritoneul era mat, gri-violaceu, cu depuneri de fibrină, ansele intestinale erau moderat balonate, cu depuneri fibrinoase, galben-verzui, alocuri abundente. La nivelul flexiunii superioare a duodenului s-a observat un ulcer duodenal perforat, de formă rotundă, 4×4cm, cu marginile puțin îngroșate, netede, fără hemoragii. Ulcerul era deschis spre duoden, parțial erodând parenchimul pancreatic și formând multiple aderențe în jur, creând un conglomerat. Diagnosticul medico-legal: „Ulcer duodenal cronic perforant. Peritonită generalizată purulent-fibrinoasă. Conținut fibro-purulent în cavitatea abdominală (1500ml). Aderențe în cavitatea abdominală. Traumă vertebro-medulară închisă: fracturi tasate ale vertebrelor toracale 3, 4, hemoragii epi- și subdurale, subarahnoidiene, edem medular pronunțat. Traumă închisă a toracelui: fracturi costale bilaterale, fractura claviculei stânga și sternului. Plagă fronto-parietal pe dreapta. Hemoragii în țesuturile moi pericraniene. Excoriații pe membre. Echimoză pe umărul stâng. Bronhopneumonie purulentă bilaterală. Edem cerebral și pulmonar moderat. Urme de îngrijiri medicale.” [97]

Cazul nr. 2. Pacientul C., 41ani, a fost internat pe data de 27 aprilie în secția reanimare a spitalului raional, imediat după ce a căzut jos la domiciliul, lovindu-se la cap. Peste 2 zile a fost transferat în spitalul de nivel republican cu diagnosticul „TCCÎ. Contuzia cerebrală”. Examen primar: Stare generală – gravă. Conștiința la nivel de 8 puncte Glasgow. Tegumentele – pal-roze. Respirația veziculară. Zgomotele cardiace – ritmice, clare. Ps 103/min, TA 140/90mmHg. Abdomenul – moale, suplu, participă în actul de respirație, fără reacție dureroasă la palpare. Semne peritoneale – negative. Ficatul, splina nu se palpează. Peristaltism prezent. Semn Jordano – negativ bilateral. Micțiunile – libere, indolore. Neurologic: pupilele S=D, ROT D>S, semnul Babinski bilateral pozitiv. După efectuarea tomografiei computerizate a capului a fost stabilit diagnosticul „TCCÎ asociat. Contuzie cerebrală gravă cu multiple focare de dilacerare: bifrontal, biparietal, preponderent pe stânga. Hematom intraventricular – ventricule laterale. HSA. Hematomul intracerebral temporo-frontal pe stânga”. În aceeași zi hematomul intracerebral în volumul de 30ml a fost evacuat. Pe data de 30 aprilie, după efectuarea tomografiei în dinamică, a fost depistat și evacuat în timpul reintervenției chirurgicale hematomul intracerebral cu aceeași localizare. Ulterior a fost administrat tratament adecvat diagnosticului stabilit. Starea clinică a pacientului pe parcursul aflării în spital a fost gravă, conștiința la nivel de comă. Pe data de 3 mai a fost efectuată radiografia cutiei toracice și diagnosticată pneumonie bazală pe dreapta. Radiografic cu dinamica negativă: au apărut atelectazia lobului inferior pe dreapta, aderențe pleuro-pericardiale pe dreapta. Peste 12 zile bolnavul a decedat. Diagnosticul final „TCCÎ. Contuzie cerebrală gravă. Hematom fronto-temporal pe stânga, intraventricular. HSA. Stare după operație. Contuzia țesuturilor moi ale capului. Edem cerebral. Pneumonie bilaterală.”

La autopsia medico-legală s-au constatat hemoragii subarahnoidiene pe suprafețele convexe ale lobilor frontal și temporal pe stânga; lichid cefalorahidian hemoragic în ventriculele cerebrale; dilacerarea țesutului cerebral al lobului frontal pe stânga cu rămolirea perifocală. Căile respiratorii erau permeabile, cu conținut purulent moderat de culoare gălbui-cenușie, mucoasa umedă, mată, edemațiată, de culoare cenușiu-violacee. Cavitățile pleurale – fără lichid și aderențe. Plămânii umplu cavitățile pleurale, la palpare indurați neuniform, pleura viscerală transparentă, umedă, lucioasă, pe secțiune plămânii de culoare roșu-gri, congestionati, aspect neomogen, de pe suprafața de secțiune, spontan și la presiune se elimină cantități sporite de sânge lichid spumos roșu-întunecat, din bronhiile secționate se elimină picături de puroi. Cavitatea abdominală conținea circa 2 litri de lichid de culoare cafeniu-murdar. Peritoneul parietal era mat, cu depuneri de fibrină, de culoare albicios-violaceu, vasele lui congestionate, ansele intestinale moderat balonate, membrana seroasă a lor era mată, cu depuneri de fibrină de culoare albicioasă. Duodenul în forma de potcoavă, bulbul fără deformații, cu conținut semilichid, mucoasa de culoare cenușiu-pal-violaceu, pe peretele superior s-a determinat ulcerul penetrant în vezica biliară, de forma rotundă, limita ulcerăției este formată din burelet de culoare surie, de consistență semidură cu diametru de 3 cm. Diagnosticul medico-legal: „Trauma cranio-cerebrală închisă: echimoză parietal stânga, hemoragii în țesuturile moi pericraniene, hemoragii subdurale, subarahnoidiene, intracerebrale cu dilacerare ulterioară a substanței cerebrale. Edem cerebral pronunțat. Ulcer duodenal penetrant în vezica biliară, peritonită biliară, hidroperitoneu 2 litri. Bronhopneumonie purulentă bilaterală. Edem pulmonar. Cardiopatie ischemică cronică. Plaga suturată în regiunea parietală pe stânga. Stare postrepan.”

Din cazurile prezentate reiese clar că, pe fundalul unei traume asociate grave, nu au fost diagnosticate complicațiile severe ale ulcerului duodenal și anume perforarea și penetrarea lui. Analiza datelor documentelor medicale a evidențiat că apariția divergențelor a fost condiționată de mai mulți factori. Dintre cauzele obiective putem menționa starea extrem de gravă a pacientului în ambele cazuri. În primul caz aceasta a fost condiționată de trauma asociată cu lezarea măduvei spinării. Clinica traumelor vertebro-medulare la nivel înalt (Th III-IV) poate fi interpretată și ca o stare mascantă, ce împiedică diagnosticarea ulcerului perforant din cauza denervării peritoneului și a peretelui abdominal anterior. Respectiv, aprecierea clinică a semnelor peritoneale devine dificilă, dacă nu chiar imposibilă. Cel de al doilea caz se caracterizează prin dereglarea severă a cunoștinței pacientului, ceea ce la fel a creat dificultăți pentru diagnosticarea patologiei chirurgicale acute. Totodată, gravitatea stării pacientului are o valoare deosebită atunci când aceasta nu permite efectuarea unor proceduri diagnostice în timp scurt. În cazurile analizate pacienții s-au aflat în staționar peste 10 zile, adică timp suficient nu numai pentru efectuarea mai

multor investigații, dar și pentru monitorizarea lor în dinamică. Este de menționat, că ambele cazuri au avut loc în staționare de nivel republican, dotate cu cele mai contemporane metode de investigații atât de laborator, cât și instrumentale. Din cauzele subiective menționăm supraestimarea anamnezei de traumă și, respectiv, axarea medicului curant pe diagnosticarea unor leziuni. Probabil, anume prin aceasta se și explică subaprecierea valorii datelor examenului ecografic al organelor interne: în ambele cazuri ultrasonografia organelor abdominale a fost efectuată cu mai mult de o săptămână până la deces și nu a fost repetată în dinamică. Considerăm că atunci, când examenul clinic nu este informativ pentru diagnosticarea complicațiilor survenite, ultrasonografia ar fi o metodă oportună, fiind informativă pentru stabilirea lichidului liber în cavitatea abdominală [97].

Bazându-ne pe cazurile prezentate, observăm și o alta problemă întâlnită în activitatea medicală: axarea medicilor specialiști pe investigarea și tratamentul patologiilor conform profilului. În ambele cazuri, în calitate de medic curant a fost neurochirurgul, care și-a orientat acțiunile întru diagnosticarea sau excluderea unor traume cranio-cerebrale sau vertebro-medulare și, probabil, nu a acordat atenția cuvenită eventualelor complicații de alt profil. În acest context, părerea noastră coincide cu cea reflectată de A. Pădure, care menționează că limitarea competenței doar la cadrul de profil și omiterea informațiilor dintr-o altă specialitate mărginește medicul în obținerea tuturor datelor necesare pentru stabilirea unui diagnostic deplin, care să cuprindă toate patologiile pacientului [58–60, 62]. În lipsa unui examen minuțios la internare, medicul poate omite neintenționat necesitatea consultațiilor specialiștilor de alt profil, stabilind un diagnostic incomplet. Cazurile prezentate demonstrează că mult mai gravă este ratarea momentului apariției unor complicații, care, în cazul unui examen deplin, le-ar putea preîntâmpina [9]”.

Prin comparație cu cauzele obiective, cele subiective sunt determinate de medicii însăși, mai cu seamă de abilitățile lor de a utiliza în mod practic cunoștințele teoretice, dar și experiența practică acumulată. În aceeași ordine de idei, cauzele obiective nu pot fi evitate (cu toate că cunoașterea acestora în calitate de riscuri permite întreprinderea acțiunilor de diminuare a efectului lor), nu depind de acțiunile sau inacțiunile medicilor și, din acest motiv, nu reprezintă un temei pentru obiecții. Cauzele subiective, din contra, se află în gestiunea deplină a medicului, pot și trebuie să fie evitate, iar în cazul apariției lor vor pleda în favoarea acordării deficiente a asistenței medicale. Cu toate că asemenea abordare a realității este una necondiționată și, chiar, dură, ea poate fi ușor argumentată prin consecințele diagnosticării greșite, care sunt nefavorabile pentru pacient prin aplicarea unei tactici curative eronate. Așadar, o atenție deosebită trebuie să fie atrasă subiectivităților în activitatea medicală, în general, și în procesul de stabilire a diagnosticului, în particular.

Din punct de vedere dialectic, diagnosticul clinic nu este static, ci variabil în diferite perioade ale actului medical, ceea ce presupune o permanentă analiză și sinteză a tuturor informațiilor obținute la diferite etape ale evoluției bolii/traumei și tratamentului, realizată de către medic. Diagnosticarea este un proces de cunoaștere (aspectul cognitiv al activității medicale) și identificare treptată a esenței manifestărilor patologice. Medicul clinician trebuie să aibă capacitatea de a identifica din întregul spectru al proceselor patologice și traumatice recunoscute tocmai acea unitate nosologică de care suferă pacientul. De aceea, întru identificarea maladiei concrete și excluderea altor procese patologice la pacient, medicul trebuie să analizeze și să diferențieze toate informațiile cu caracter subiectiv (acuzele, anamneza bolii) și obiectiv (rezultatele examenelor clinice și paraclinice). Din aceste motive, diagnosticul clinic inițial poate suferi anumite schimbări prin completare și concretizare datorită evoluției în timp a procesului patologic/traumatic, obținerii rezultatelor investigațiilor complementare, reactivității organismului pacientului la tratamentul administrat etc. [59, 70, 71, 145]. Această particularitate a procesului de diagnosticare trebuie să fie luată în considerare, fiindcă fiecare etapă a obținerii informațiilor referitoare la starea pacientului poate fi atât utilă, în cazul interpretării corecte, cât și generatoare a unor cauze ale divergenței de diagnostic. Din considerentele date, în lotul de studiu au fost analizate toate cauzele subiective posibile, corespunzător consecutivității acțiunilor medicului clinician (Tabelul 4.5).

Tabelul 4.5. Frecvența cauzelor subiective ale divergențelor de diagnostic

nr.	Cauzele subiective ale divergențelor	Frecvența		CI 95%	p
		abs.	P		
1.	Subestimarea anamnezei	38	25,00	17,69–34,31	p<0,001
2.	Supraestimarea anamnezei	42	27,63	19,91–37,35	p<0,001
3.	Subestimarea examenului clinic	69	45,39	35,32–57,45	p<0,001
4.	Sub- sau supraestimarea datelor de laborator	29	19,08	12,78–27,4	p<0,001
5.	Subestimarea datelor instrumentale	80	52,63	41,73–65,5	p<0,001
6.	Supraestimarea datelor instrumentale	36	23,68	16,59–32,79	p<0,001
7.	Subestimarea concluziilor specialistului	25	16,45	10,64–24,28	p<0,001
8.	Supraestimarea concluziilor specialistului	34	22,37	15,49–31,26	p<0,001
9.	Formularea incorectă a diagnosticului	41	26,97	19,36–36,59	p<0,001

După părerea lui A. Enache și coaut. (2004), în construcția și elaborarea unui diagnostic corect intervin numeroase operații logice de analiză, integrare și sinteză. Elaborarea diagnosticului are la bază datele obținute prin anamneză, apoi cele furnizate de examenul clinic al pacientului, completate printr-o corectă interpretare a rezultatelor examinărilor complementare și concluziilor medicilor-specialiști. Construcția unui diagnostic riguros și corect se bazează pe cunoscutele etape

de diagnostic clinic, lezional, funcțional și etiologic. În oricare dintre aceste etape ale elaborării diagnosticului pot interveni omisiuni ce conduc la diagnostice incomplete, inexacte sau chiar erori de diagnostic [28]. În această ordine de idei, am analizat apariția posibilelor cauze ale divergențelor la fiecare etapă de stabilire a diagnosticului de către medicul curant.

Prima etapă de interacțiune a medicului cu pacientul este culegerea acuzelor și anamnezei. Aceste date sunt de neînlocuit pentru aflarea circumstanțelor îmbolnăvirii sau traumatizării, stabilirea nosologiei și diferențierea acesteia cu celelalte, orientarea clinicianului spre diagnosticul corect. Chiar de la bun început asemenea informații importante pot fi subestimate, cât și supraestimate. În lotul de studiu subestimarea acuzelor și anamnezei a fost înregistrată cu o frecvență de $25,00 \pm 7,02$ (95%, CI 17,69–34,31, $p < 0,001$), iar supraestimarea – $27,63 \pm 6,90$ (95%, CI 19,91–37,35, $p < 0,001$). Ambele situații au consecințe nefavorabile asupra stabilirii diagnosticului. Trecerea cu vederea a anamnezei în cazul traumelor mecanice lasă medicii fără datele importante ce ar sugera mecanismul traumatizării și, respectiv, localizarea eventualelor leziuni, iar la adresarea întârziată, probabilitatea nediagnosticării unei traume din cauza anamnezei culese superficial crește semnificativ. În același timp, supraestimarea anamnezei poate genera, la fel, consecințe nefaste, direcționând clinicianul pe o pistă greșită, care va condiționa pierderea timpului prețios prin depunerea eforturilor inutile întru diferențierea mai multor nosologii inexistente. Din motivul valorii similare a informației obținute, în cadrul studiului prezent anamneza a inclus și acuzele pacientului, care sunt nu mai puțin importante. Diferiți autori au o părere comună, precum că omiterea sau superficialitatea în acumularea datelor subiective de la pacient îl defavorizează pe clinician în activitatea de diagnosticare, plasându-l în rândurile cercetătorilor „orbi”, privați de beneficiile oferite de identificarea provenienței, debutului și dezvoltării procesului analizat [59, 145]. Cu toate acestea, acuzele și anamneza, ca orice date cu caracter subiectiv, trebuie să fie apreciate critic, mai ales la copii și pacienții senili sau alte categorii ce ar putea avea dificultăți de reproducere și analiză a senzațiilor proprii. Prezentarea completă și în ordinea cronologică a datelor anamnestică este o condiție importantă pentru interpretarea corectă a informațiilor oferite de pacient, însă acestea depind de mai mulți factori: nivelul de cunoștințe ale pacientului, experiența lui, eficiența contactului cu medicul și încrederea în lucrătorii medicali, abilitatea încadrării senzațiilor proprii în cuvintele potrivite și vorbire coerentă, care adeseori sunt mult afectate de procesul traumatic. Pe de o parte, pacientul ce posedă un nivel anumit de cunoștințe în medicină pare a fi mai „convenabil” pentru medic, întrucât poate să prezinte informații într-un limbaj adecvat, iar pe de altă parte și în acest caz procesul de transmitere a informației poate să nu fie eficient, întrucât unele simptome par a fi inutile pacientului, în realitate având o importanță majoră pentru diagnosticare. Respectiv, putem vorbi despre transmiterea unor

informații subiective (de către pacient), care urmează a fi analizată la fel subiectiv (de către medic) – un proces, care *a priori* nu poate fi lipsit de riscuri enorme ale interpretării deficiente. Unica ieșire din această situație este stabilirea unui contact medic-pacient eficient prin obținerea de către clinician a încrederii în combinație cu analiza critică a informațiilor furnizate.

După culegerea datelor anamnestice, medicul trece la examinarea clinică a pacientului, subestimarea rezultatelor căreia poate, la fel, genera divergențe dintre diagnostice. În lotul de studiu, la această cauză au fost incluse situațiile de examinare insuficientă, dar și interpretare necorespunzătoare a informațiilor obținute. Dacă anamneza reprezintă o sursă primară a datelor subiective, atunci examenul clinic al pacientului efectuat la internarea acestuia, este sursa primară a datelor obiective, care, în ansamblu, vor constitui părerea inițială a clinicianului referitor la boală/traumă și vor permite evaluarea necesității testelor de laborator, investigațiilor instrumentale sau consultațiilor altor specialiști pentru stabilirea diagnosticului clinic. În această ordine de idei, examenul clinic formează temelia obiectivă a diagnosticării, respectiv, deficiențele acesteia vor condiționa consecințe grave. Analiza lotului a demonstrat o frecvență considerabilă a sub- sau supraestimării examenului obiectiv al pacientului $45,39 \pm 5,99$ (95%, CI 35,32–57,45, $p < 0,001$), plasându-se pe locul al doilea după subestimarea datelor instrumentale. Este de atenționat că această deficiență majoră reprezintă, din punctul de vedere al științei medicale, o îngustare artificială a vizorului medicului ce are drept consecință micșorarea șanselor de stabilire corectă a diagnosticului clinic. Totodată, din punct de vedere al științei juridice, examenul insuficient al pacientului este interpretat drept o încălcare a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale [59]. O altă latură, nu mai puțin de importantă, a problemei subestimării diagnosticului clinic este abilitatea clinicianului de a aprecia corespunzător informațiile obținute. Datele pot fi dobândite în mod corect și să fie perfect veridice, însă interpretarea lor greșită va diminua considerabil utilitatea în procesul de diagnosticare. Mai mult ca atât, diagnosticul în medicină nu este static, iar dinamica modificărilor acestuia depinde de etapa evoluției atât a nosologiei, cât și a tratamentului aplicat. În atare situații, una din sarcinile medicului curant constă în conștientizarea importanței datelor subiective (anamnestice) și celor obiective (clinice), menținerea echilibrului între acestea, dar și completarea continuă a diagnosticului în mod operativ.

Diagnosticul clinic se elaborează ca rezultat al analizei datelor clinice și paraclinice obiective – această viziune este una comună pentru întreaga comunitate medicală [59, 62]. În acest sens, Iu.N. Stempurski și coaut. (1986) susține că una dintre condițiile principale ale cunoașterii diagnostice este reflectarea obiectivă a stării pacientului [145]. Funcțiile cognitivă și practică ale diagnosticului, prin urmare, pot fi realizate numai prin respectarea cerințelor adevărului obiectiv. Așadar, din punct de vedere filozofic, diagnosticul în medicină nu este altceva decât adevărul

dezvăluit și probat de către medic în baza fundamentului obiectiv [59, 145]. Prin prisma celor expuse, drept surse obiective de informație, care vin în ajutorul clinicianului, diversificând și completând reciproc argumentele diagnostice, sunt datele investigațiilor paraclinice: cercetările de laborator și cele instrumentale, care permit stabilirea nu doar a originii nosologiei, dar și aprecierea etapei evolutive a acesteia. Medicina, ca orice altă știință, se află în continuă dezvoltare și la etapa contemporană pune la dispoziție un spectru extraordinar de larg al metodelor și tehnologiilor de diagnosticare avansate, de precizie înaltă. Datele obținute prin intermediul acestor metode și, ulterior, prelucrate cu ajutorul tehnicii de calcul specializate, pot fi considerate incontestabil de obiective, mai ales prin comparația lor cu cele obținute ca rezultat al senzațiilor proprii (palpație, percuție). Așadar, valoarea rezultatelor investigațiilor instrumentale, dar și celor de laborator din punct de vedere informațional se află într-o creștere permanentă, ceea ce oferă medicului posibilități excelente de stabilire și argumentare a diagnosticului. Pe de altă parte, procesul de cunoaștere diagnostică constă nu doar în obținerea datelor investigațiilor performante, ci și în efectuarea lor în volum și timp oportun, interpretarea corectă a acestora și coroborarea ulterioară cu tabloul clinic al pacientului concret. Din punctul de vedere al divergențelor, prima parte a procesului se atribuie la cauze obiective, fiindcă nivelul de certitudine, dar și posibilitățile tehnice de efectuare a unor investigații nu pot fi controlate de medicul curant. Totodată a doua parte, dependentă pe deplin de capacitățile clinicianului, poate fi realizată deficient și, în final, va reduce corectitudinea diagnosticului stabilit. În grupul cauzelor subiective legate de investigațiile paraclinice, una din cele mai mici frecvențe s-a înregistrat în privința cazurilor de divergențe generate de sub- sau supraestimarea datelor de laborator $19,08 \pm 7,30$ (95%, CI 12,78–27,4, $p < 0,001$). O frecvență mai mare, dar, totuși, comparabilă, a fost stabilită în cazurile de supraestimare a datelor instrumentale – $23,68 \pm 7,09$ (95%, CI 16,59–32,79, $p < 0,001$). Cea mai mare frecvență, și nu doar în grupul menționat, dar și în lotul de studiu întreg, a avut-o situațiile de subestimare a datelor instrumentale – tocmai $52,63 \pm 5,58$ (95%, CI 41,73–65,5, $p < 0,001$)! Este de subliniat, cauzele de subestimare a investigațiilor paraclinice au inclus asemenea deficiențe ca omiterea, efectuarea în volum mai mic decât cel necesar, dar și neincluderea în diagnosticul clinic al unor nosologii stabilite ca rezultat al cercetărilor date, însă confirmate morfologic. În categoria de supraestimare au fost incluse toate situațiile în care nosologia, fiind sugerată de investigațiile paraclinice, a fost inclusă de clinician în diagnostic, însă aceasta nu a fost confirmată prin datele autopsiei și nici nu a fost cross-argumentată prin datele altor investigații sau consultări. Tabloul frecvențelor se explică prin particularitățile diagnosticării traumelor mecanice: datele de laborator, de obicei, sunt mai utile pentru diagnosticarea complicațiilor decât traumelor propriu-zise, respectiv, au o frecvență redusă, dar statistic semnificativă în lotul de studiu. Investigațiile

instrumentale, mai ales cele imagistice, sunt cele de elecție pentru diagnosticarea traumelor, din care motiv este dificil a le supraestima, ceea ce explică frecvența similară. Totodată, neglijarea acestor date poate avea consecințe grave prin nediagnosticarea mai multor leziuni, fapt confirmat prin datele noastre statistice.

Suntem de părere că, valoarea rezultatelor investigațiilor paraclinice în procedura de diagnosticare poate fi exemplificată prin următorul caz.

Cazul nr. 3. *Pacientul L., 59 ani, a fost internat în mod urgent în secția chirurgie a spitalului raional cu diagnosticul „Plastron apendicular învechit cu multiple abcese intrabdominale, necroză intestinală. Peritonită purulentă difuză. Șoc toxic. Boală aderențială a abdomenului”. Prezenta acuze la dureri în etajul superior al abdomenului. Din anamneza: în timpul conducerii tractorului ca rezultat al tamponării s-a lovit de volan. Un an în urmă a fost diagnosticat cu echinococoză hepatică, a urmat tratament chirurgical, care s-a complicat cu boala aderențială și ocluzie intestinală. Examen primar: starea generală – relativ satisfăcătoare, pacientul conștient. La examenul fizical – fără particularități, peretele abdominal anterior cu cicatrice la nivel xifo-ombilical, participă în actul de respirație, sensibil la palpare în epigastriu, însă semne peritoneale nu se determină, peristaltismul fiind prezent. A fost stabilit diagnosticul de „Traumatism abdominal în producere. Contuzia peretelui anterior al abdomenului. Boala aderențială”. A fost indicat tratament analgezic. Indicatori vitali, analiza generală a sângelui – fără particularități. A doua zi după internare au apărut semne ale ocluziei intestinale: lipsa scaunului și absența eliminării gazelor, balonare; la radiografia cavității abdominale – niveluri de lichid în intestine. Din cauza ineficienței tratamentului conservativ (administrarea spasmoliticelelor, aplicarea sondei nazo-gastrale, etc.) la a treia zi de la internare a fost efectuată laparotomia cu diagnosticul postoperator „Plastron apendicular învechit. Abcese multiple intraabdominale. Necroza intestinului subțire cu formarea abcesului voluminos intraabdominal. Peritonită purulentă difuză. Șoc toxic. Boală aderențială a abdomenului. Aplicarea jejunostomei”. În perioada postoperatorie s-a dezvoltat necroza jejunostomei, din care cauză peste o zi după prima intervenție chirurgicală a fost efectuată a doua laparotomie cu înlăturarea intestinului necrotizat și aplicarea unei jejunostome noi. În perioada postoperatorie au apărut indicatori ai anemiei: scăderea hemoglobinei până la 89 g/l, eritrocite – $2,77 \times 10^{12}/l$ și o leucocitoză moderată – până la $12,7 \times 10^9/l$. La a treia zi a fost efectuată laparotomie repetată cu scop de lavaj și drenare a cavității abdominale. În aceeași perioadă de timp au fost constatate și modificări la radiografia toracelui: omogenizarea hilurilor pulmonari, opacifierea câmpului pulmonar în proiecția lobilor inferiori, dispariția conturului diafragmei, însă careva măsuri în vederea concretizării etiologiei schimbărilor diagnosticate nu au fost întreprinse. Din cauza stării*

grave, pacientul a fost transferat la respirație asistată prin traheostom. În dinamica starea pacientului s-a agravat, a apărut icter, indicatori ai sângelui roșu rămâneau la nivel scăzut pe fundalul transfuziilor de masă eritocitară, leucocitoza fiind la același nivel. După 16 zile de tratament pacientul a decedat. Diagnosticul final: „Traumatism abdominal închis (la producere) cu ruptură de mezou și necroză intestinală. Peritonită purulentă, fecaloidă totală cu abcese interintestinale. Stare septică. Jejunostomia. Traheostomă. Edem pulmonar. IR III. Boală aderențială a abdomenului. Echinococoză hepatică operată”.

La autopsie medico-legală s-au determinat urme ale îngrijirilor medicale corespunzător informațiilor din fișa medicală a bolnavului de staționar. În același timp, în cavitatea pleurală pe dreapta a fost depistat 1800ml sânge fluid cu cheaguri de culoare roșie-murdară, cu sediment pronunțat de fibrină de culoare albicios-gălbuie, contuzie pulmonară bilaterală, ruptură a lobului inferior al pulmonului drept pe suprafața interlobară. A fost stabilit diagnosticul medico-legal de „Trauma închisă a toracelui. Contuzia pulmonilor bilateral cu ruptura pulmonului drept. Hemotorace pe dreapta. Icter hemolitic. Nefropatie hemolitică”.

În situația dată putem constata o asociere a cauzelor divergențelor, predominând cele subiective. Din cele obiective se observă mascarea traumei toracelui de peritonita ce s-a dezvoltat pe fundalul necrozei intestinului. Cauzele subiective prevalează, totuși, în cazul de față. A avut loc o subestimare a datelor referitoare la accidentul rutier cu axarea clinicienilor pe patologia cavității abdominale. În același timp, au fost subestimate atât datele examenului de laborator sugestive pentru o anemie, cât și datele radiografiei, care au evidențiat anumite modificări suspecte. Sinteza datelor investigațiilor paraclinice ar trebui să fi servit medicului curant în calitate de indicații pentru toracocenteză, care ar fi permis stabilirea hemotoracelui și putea fi efectuată în condițiile unui staționar raional.

Pe datele investigațiilor paraclinice își bazează diagnosticul nu doar medicul-curant, dar și specialiștii invitați de către acesta pentru a consulta pacientul. Consultanții de profil îngust au un rol important în diagnosticarea sau excluderea proceselor patologice sau traumelor ce țin de aria lor de competență și, respectiv, asistă la efectuarea diagnosticului diferențial, dar și își aduc contribuția la completarea diagnosticului clinic. În formularea concluziilor, specialiștii se bazează atât pe datele subiective referitoare la pacient, cât și pe cele obiective, pe care le utilizează pentru identificarea completă a tuturor nosologiilor. Prin prisma celor expuse, este firesc că subestimarea concluziilor specialistului, manifestată prin omiterea acestora, insuficiența sau neglijarea lor, la fel cum și supraestimarea lor prin plasarea automată a diagnosticului intermediar al consultantului în cel definitiv fără vreo evaluare critică, afectează corectitudinea diagnosticului clinic, ambele situații fiind generatoare de divergență. În lotul de studiu, frecvența subestimării este cea mai mică

16,45±7,41 (95%, CI 10,64–24,28, p<0,001) din toate cauzele subiective și, respectiv decât cea a supraestimării 22,37±7,15 (95%, CI 15,49–31,26, p<0,001). Această situație subliniază la fel, pe de o parte, lipsa atitudinii critice a medicului curant față de concluziile specialistului consultant, iar pe de altă parte – utilizarea de către specialistul consultant a unor diagnostice prezumtive, care ulterior, din lipsa timpului sau din alte cauze nu mai sunt revizuite, dar sunt incluse mecanic în diagnosticul final. După părerea noastră, consecințele subestimării concluziilor specialistului consultant, în așa caz, pot fi mai grave, fiindcă o patologie sau traumă diagnosticată de către consultant, dar neluată în calcul de medicul curant va condiționa lipsa tratamentului în această direcție, pe când cea supraestimată va cauza unele investigații și intervenții suplimentare, care nu vor afecta, însă, în măsură considerabilă starea pacientului.

Următorul caz din lotul nostru de studiu ilustrează cum combinarea cauzelor de ordin obiectiv și subiectiv poate genera un final letal.

„Cazul nr. 4. *Pacientul D., 69 ani, internat în mod urgent în secția de reanimare a spitalului raional cu diagnosticul „Comă de etiologie neclară”. Din spusele rudelor, pacientul a venit acasă în stare de ebrietate, a adormit și nu s-a mai trezit. La examenul primar s-au constatat: stare generală foarte gravă; pacientul inconștient, tegumentele fără leziuni; respirația aspră, cu raluri umede bilateral; frecvența respirației 22/min; zgomotele cardiace ritmice, atenuate; Ps 120/min, TA 160/100mmHg. St. neurologic: coma gr.2; semnele meningiene negative; pupilele D=S=3 mm; reflexele corneene prezente, fotoreacția diminuată, glutiția prezentă; fața simetrică; ROT D=S, diminuate; semnul Babinski bilateral. Concluzia neurologului: „Comă gr. I-II de genă neelucidată, posibil toxică exogenă. BCVA?” Examenul radiologic: plămâni, cordul, bolta craniului norma. În lichidul cefalorahidian s-a constatat: până la centrifugare roz, turbure; după – transparent, incolor; proteină 0,509g/l; eritrocitele neschimbate acoperă c/v. Diagnosticul clinic „BCVA. Infarct cerebral în sistemul vertebrobazilar cu sindrom bulbar.” Administrat tratament adecvat diagnosticului stabilit. Starea pacientului a avut o dinamică negativă și peste 13 zile a decedat.*

La autopsie medico-legală: focare de rămolire a parenchimului în lobii occipitali bilateral, precum și în profunzimea emisferelor cerebelului; pe fundal cu hemoragii punctiforme secundare până la 0,3cm în diametru; hemoragii benziforme la nivelul punții și a bulbului rahidian. Diagnosticul medico-legal: „Traumă cranio-cerebrală închisă. Contuzii și hemoragii intraparenchimotoase în lobii occipitali și cerebel. Hemoragii în trunchiul cerebral. Edem cerebral”. Microscopic: revărsate sanguine în spațiile subarahnoidiene ale creierului și cerebelului, intracerebrale, hemoragii secundare în trunchiul cerebral.

În viziunea noastră, cazul este reprezentativ întrucât trauma nu a fost diagnosticată din motivul existenței atât a cauzelor subiective, cât și a celor obiective. Drept cauze subiective ale divergențelor dintre diagnostice pot fi notate supraestimarea anamnezei (circumstanțele unei intoxicații cu alcool); subestimarea datelor de laborator (depistarea eritrocitelor în LCR); supraestimarea concluziei neurologului (suspiciune la infarct cerebral). În calitate de cauze obiective pot fi remarcate: starea gravă a pacientului la internare; lipsa leziunilor la nivelul capului, imposibilitatea efectuării tomografiei computerizate în condițiile unui staționar raional. Prin urmare, cauzele obiective ale divergențelor de diagnostic pot fi ocazionale (țin de pacient și circumstanțe întâmplătoare) și instituționale (țin de nivelul staționarului). [12].”

Ultima cauză subiectivă analizată în cadrul studiului este formularea incorectă a diagnosticului. Ea este cea mai „inofensivă” divergență pentru pacient, întrucât reflectă doar cunoștințele clinicienilor privind bazele teoretice de elaborare a diagnosticului, cât și capacitățile lor de a grupa nosologiile conform compartimentelor unui diagnostic. Acest tip de divergență nu afectează nici tactica curativă și nici calitatea tratamentului, însă oricum i se atribuie categoria a II-a de divergență, întrucât diagnosticele nerubricate, formulate incorect nu pot fi supuse confruntării, nu pot fi codificate și prelucrate statistic. În lotul de studiu, frecvența diagnosticilor formulate greșit a constituit $26,97 \pm 6,93$ (95%, CI 19,36–36,59, $p < 0,001$). Este de menționat că această cauză nu s-a înregistrat deloc în cazurile de traume vertebro-medulare.

Considerăm cazul ce urmează drept reprezentativ pentru formularea incorectă a diagnosticului.

Cazul nr. 5. *Pacientul V., 51 de ani, se internează în secția neurochirurgie cu diagnosticul de „TCCÎ gravă. Hematom subdural fronto-temporo-parietal pe stânga”. Din anamneză: suferă de ciroza hepatică pe fundalul hepatitei virale B, C și D. În staționar a suportat intervenție chirurgicală: „Evacuarea hematomului subdural emisferial pe stânga cu craniectomie decompresivă osteoclastică”. În perioada postoperatorie a fost diagnosticat cu „Ciroză hepatică decompensată. Hipertensiune portală. Ascită. Hemoragie din varicele esofagiene.” A decedat peste 7 zile de la internare după hemoragie repetată din varice esofagiene. A fost stabilit diagnosticul final „TCCÎ gravă. Compresia emisferei pe stânga cu hematom subdural cronic. Starea după operație. Giroza hepatică decompensată. Ascită. Hepatită B,C,D. Hemoragie din vasele esofagului.” La autopsie s-a stabilit diagnosticul de ciroză hepatică macronodulară complicată cu hemoragie din varicele esofagiene; boala cerebro-vasculară: hematom subdural hemoragic. Decesul a survenit din cauza șocului hemoragic, care s-a dezvoltat pe fundalul hemoragiei gastro-intestinale abundente.*

Situația discutată se explică, după părerea noastră, prin „inertă gânderii” medicului. Odată ce pacientul s-a aflat la tratament în secția de neurochirurgie, în calitate de diagnosticul principal figurează trauma, pe când în cazul decesului pacientului la acest compartiment, conform cerințelor CIM-X, va fi plasat acel diagnostic, care a cauzat decesul. Respectiv, medicul curant trebuia să plaseze pe prim plan ciroza hepatică cu complicațiile ei sub formă de hemoragie gastro-intestinală, referind trauma cranio-cerebrală la patologiiile concomitente. Mai mult ca atât, observăm și o divergență de ordin etiopatogenetic – clinicienii au diagnosticat corect hematumul subdural, însă l-au apreciat eronat drept o consecință a traumei cranio-cerebrale închise, pe când în realitate era o manifestare a bolii cerebro-vasculare. Totodată, este de subliniat că divergența depistată nu a avut consecințe nici asupra pronosticului pacientului aflat în stare gravă, nici asupra tacticii de tratament.

Analizând fișele medicale ale bolnavului de staționar cu deficiențe în formularea diagnosticului, adeseori a fost observată confundarea traumelor cranio-cerebrale închise cu cele deschise în cazul fracturilor bazei craniului. Neurochirurgii stabileau diagnosticul de traumă cranio-cerebrală închisă chiar și în cazul depistării *intravitum* a fracturii bazei craniului, pe când la autopsie caracterul acestei traume se aprecia pe bună dreptate ca fiind deschisă. În această ordine de idei, toți savanții clinicieni și medici legiști ce au studiat traumele cranio-cerebrale [39, 86, 90, 98, 124, 142] sunt de părerea că fractura bazei craniului asociată cu otoragie/licvoree reprezintă fără echivoc o traumă cranio-cerebrală deschisă.

O observație interesantă am constatat-o în privința ordinii frecvenței cauzelor subiective atât în lotul de studiu general, cât și în subploturile repartizate de noi în funcție de diagnosticul stabilit. Astfel, în lotul general, cele mai frecvent întâlnite cauze au fost subestimarea datelor instrumentale și ale examenului clinic, fiind comune după frecvență pentru toate diagnosticele traumatice incluse în studiu. Acestea sunt urmate de supraestimarea și subestimarea anamnezei, supraestimarea datelor instrumentale și concluziilor specialistului. Din contra, cele mai rar întâlnite cauze au fost legate de interpretarea datelor de laborator și subestimarea concluziilor specialistului. În subploturile repartizate după diagnosticele medico-legale s-au constatat următoarele. Așadar, în cazul traumelor cranio-cerebrale, cele mai frecvent cauze subiective ale divergențelor au fost similare lotului general, iar pe locul trei s-au plasat subestimarea anamnezei cu o frecvență de $29,89 \pm 8,98$ (95%, CI 19,52–43,79, $p < 0,001$), urmată de supraestimarea datelor investigațiilor instrumentale $25,29 \pm 9,27$ (95%, CI 15,85–38,29, $p < 0,001$). Probabil, subestimarea anamnezei poate fi parțial argumentată și din punct de vedere obiectiv: traumele cranio-cerebrale adeseori condiționează stări de inconștiență sau conștiență dereglată, ceea ce inevitabil duce la imposibilitatea sau, cel puțin, generează dificultăți în culegerea anamnezei. În traumele toracelui

pe locul trei, la fel, s-a clasat subestimarea anamnezei, având o frecvență de $33,87 \pm 10,33$ (95%, CI 20,97–51,78, $p < 0,001$), ceea ce nu coincide cu locul acestei cauze în lotul general. Din cele observate rezultă că chirurgii toracali, trebuie să atragă o mai mare atenție la culegerea anamnezei și analizarea acesteia. În traumele vertebro-medulare subestimarea examenului clinic, supraestimarea anamnezei, datelor investigațiilor instrumentale și concluziilor specialistului au avut aceeași frecvență $30,00 \pm 18,71$ (95%, CI 11,01–65,3, $p < 0,001$), clasându-se la locul doi după subestimarea datelor instrumentale. În ratingul descris, am omis intenționat cazurile de formulare incorectă a diagnosticului, deoarece frecvența acestora este aproape similară indiferent de diagnosticul traumatic.

În prezentul studiu au fost abordate toate cauzele obiective și subiective ale divergențelor dintre diagnostice, reflectate de diferiți autori și recomandate pentru confruntarea diagnosticului clinic și celui morfologic [41, 105, 113, 135]. Cu toate că în unele cercetări similare au fost identificate și alte cauze, cum ar fi, de exemplu, subestimarea gravității maladii, investigații realizate cu întârziere [59], în lotul nostru asemenea cauze nu au fost identificate sau nu au avut o semnificație statistică și au fost incluse în una dintre cauzele principale analizate.

După cum rezultă din Tabelul 4.14, în lotul nostru de cercetare a fost identificat un spectru și număr mare (9) al cauzelor subiective. Într-o asemenea situație este bineînțeles că probabilitatea de apariție a divergențelor este mult mai mare prin posibilitatea de combinare, într-un singur caz, a mai multor cauze subiective, fapt ce rezultă din următoarea prezentare.

„Cazul nr. 6. Pacientul L., 59 ani, fără loc permanent de trai, se internează în mod urgent în secția reanimare a spitalului de nivel republican cu diagnosticul „Hipotermie generalizată”. Din foaia de însoțire reiese că pacientul a fost găsit de polițistul de sector în stradă în stare inconștientă. Examen primar: Stare generală – gravă. Pacientul – inconștient. Tegumentele – palide. Respirație aspră bilateral. Zgomotele cardiace – ritmice, atenuate. Puls 90/min, TA 90/60mmHg, t 35°C. Abdomenul – moale, suplu, participă în actul de respirație, fără reacție dureroasă la palpare. Semne peritoneale – negative. Ficatul, splina nu se palpează. Peristaltism prezent. Semn Jordano – negativ bilateral. Micțiunile – libere, indolore. Concluzia neurochirurgului: „TCCÍ. Comoție cerebrală. Plaga contuză infectată în regiunea parietală pe dreapta”. Examen radiologic: Cutia toracică fără fracturi vizibile. Hidropneumotorace lipsește. Parenchimul pulmonar transparent. Cordul – norma. Bazin – fără fracturi. Craniu – proiecție laterală. Fără fracturi vizibile. Regiune cervicală C1–C4 – fără fracturi vizibile. Retrolisteza C3 cu 3-4mm. Anterior de corpul C3 se observă o opacitate de intensitate supracostală (artefact?). Diagnosticul clinic: „Hipotermie generalizată. Pneumonie bacteriană bilateral. Cardiomiopatie dismetabolică. IC I (NYHA). TBC pulmonar. Hepatită cronică.” A fost administrat tratament

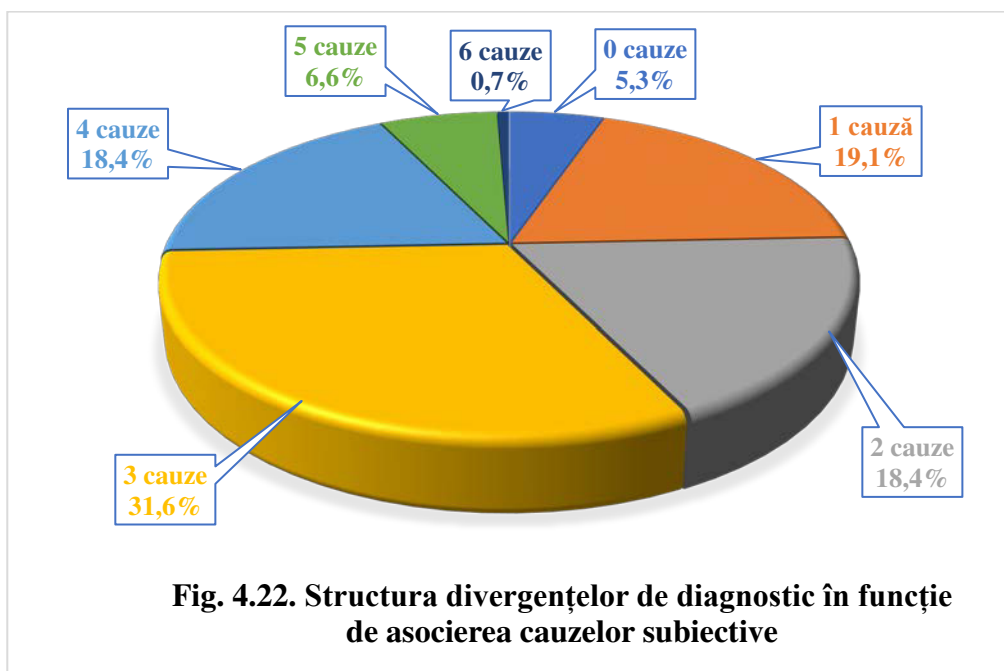
adevat diagnosticului stabilit. Starea clinică a pacientului pe parcursul aflării în spital a fost cu dinamică negativă și peste 7 zile bolnavul a decedat.

La autopsia medico-legală s-au constatat hemoragii în țesuturile moi pericraniene din regiunile frontală și occipitală centrală, dar și în mușchiul temporal pe stânga. Oasele bolții și bazei craniului – intacte. În regiunile parietale bilateral, preponderent pe stânga s-a determinat un hematom subdural format din cheaguri roșii-brune, organizat, aderent la dura mater, în volum de cca. 100ml. Căile respiratorii permeabile, cu conținut purulent moderat de culoare gălbui-cenușie, mucoasa umedă, mată, edemațiată, de culoare cenușiu-violacee. Plămânii umplu cavitățile pleurale, la palpare indurați neuniform, pleura viscerală transparentă, umedă, lucioasă, pe secțiune plămânii de culoare roșu-gri, congestionati, aspect neomogen, de pe suprafața de secțiune, spontan și la presiune se elimină cantități sporite de sânge lichid spumos roșu-întunecat, din bronhiile secționate se elimină picături de puroi. Diagnosticul medico-legal: „Traumă cranio-cerebrală închisă. Echimoze și excoriații pe față și cap. Hemoragii în țesuturile moi pericraniene și mușchiul temporal stâng. Hematom subdural parietal bilateral (cca. 100 ml). Hemoragii subarahnoidiene temporo-parieto-occipital stânga. Edem cerebral. Bronhopneumonie purulentă bilaterală. Edem pulmonar. Boală ischemică a inimii: cardiopatie ischemică cronică. Miocardioscleroză și aortocoronaroscleroză aterosclerotică. Distrofie grăsoasă a ficatului. Urme de îngrijiri medicale.”

Cazul este reprezentativ din punctul de vedere al prezenței cauzelor subiective ale apariției divergențelor dintre diagnostice: supraestimarea anamnezei (circumstanțele unei hipotermii); insuficiența examenului clinic (nu este descris statusul neurologic deplin și în dinamică cu toate că sunt prezente leziuni la nivelul capului sugestive pentru o traumă cranio-cerebrală); neefectuarea unor investigații suplimentare (tomografia computerizată a capului – indicată în cazul suspiciunilor la o traumă cranio-cerebrală, mai ales fără dinamică pozitivă); supraestimarea concluziei neurochirurgului (suspiciune la traumă cranio-cerebrală, diagnosticul de comotie cerebrală fără argumentare obiectivă).

Așadar, din cazul prezentat observăm că examinarea incompletă a pacientului cauzează stabilirea incorectă a diagnosticului clinic și, în final, se soldează cu decesul bolnavului. În acest sens atenționăm comunitatea medicală că, examinarea insuficientă este interpretată de organul de urmărire penală drept o încălcare din neglijență a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale și conduce la răspundere penală [18, 61]. Studiind minuțios cazul dat, am observat o situație inadmisibilă pentru practica medicală. Astfel, examinarea insuficientă a pacientului ar putea avea la bază statutul social vulnerabil al acestuia. În acest sens sperăm să nu avem dreptate, întrucât Legea ocrotirii sănătății a Republicii Moldova asigură tuturor cetățenilor, indiferent de

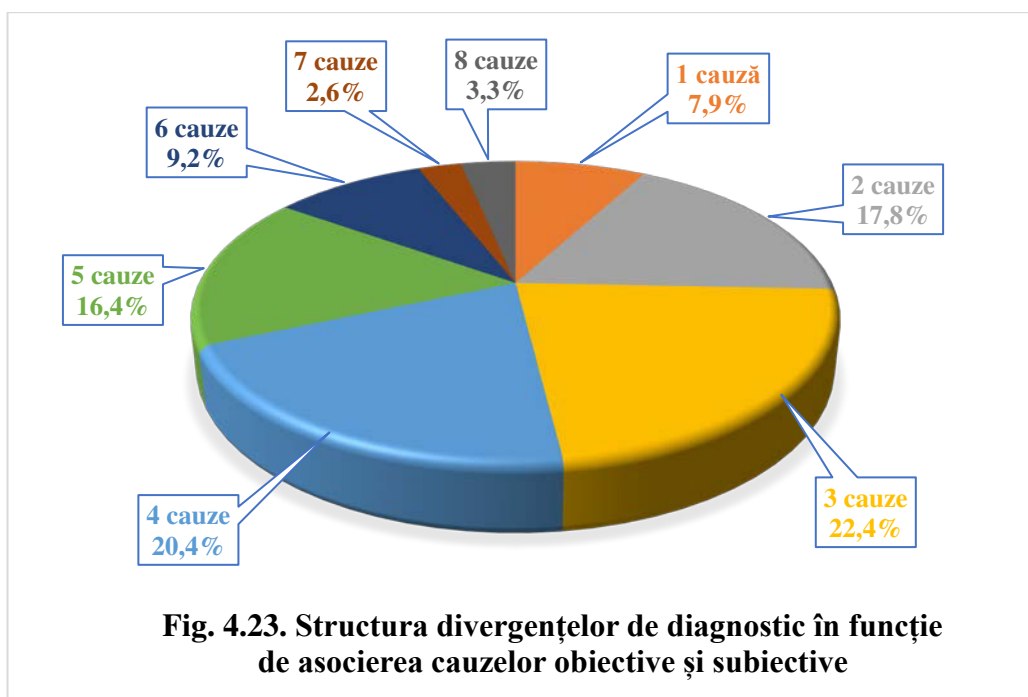
veniturile proprii, posibilități egale în obținerea de asistență medicală oportună și calitativă în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală [37].”[11]



Analiza structurii cauzelor subiective, la fel ca și cea a cauzelor obiective, reflectă în lotul studiat generarea divergențelor de asocierea a cel mult 6 cauze, ponderea fiecăreia fiind însă diferită (Figura 4.22). Majoritatea divergențelor s-a datorat asocierii a trei cauze subiective – 31,6%. Combinarea a două și patru cauze subiective a avut ponderea egală de 18,4%. Necoincidențele policauzale cu cinci sau șase cauze obiective s-au identificat mult mai rar – în 6,6% și 0,7% de cazuri respectiv. Prin sumarea a ponderilor prezentate putem constata că majoritatea absolută a divergențelor apar în condițiile de asociere a mai multor cauze – 75,6%. Doar în 19,1% de cazuri a fost constatată o cauză subiectivă, iar în 5,3% – nici una, ceea ce indică divergențele cauzate de motive în exclusivitate obiective.

Analiza comparativă cu structura divergențelor din cauzele obiective (Figura 4.21) a scos în evidență următoarele constatări. Ponderea necoincidențelor monocauzale este mai mică cu aproape o treime și constituie 19,1% în cauzele subiective vs 28,3% în cauzele obiective, iar divergențele, apărute din motive pur obiective, constituie doar 5,3%, adică aproape de 7 ori mai puține decât cele cauzate în exclusivitate de abordările subiective (36,8%). Ponderea cea mai semnificativă îi revine divergențelor apărute din motivul a trei cauze subiective (31,6%), pe când majoritatea divergențelor din motivele obiective au fost cele monocauzale (28,3%). Divergențelor bicauzale le-a revenit ponderea comparabilă (18,4%) cu cea analogică din motivele obiective (24,3%). Ponderea divergențelor bazate pe 4 cauze subiective (2%) este de 9 ori mai mare decât cea din 4 motive obiective (18,4%). Totodată ponderea divergențelor, unde s-au înregistrat tocmai

6 cauze subiective este egală cu cea omoloagă din grupul obiectiv, constituind 0,7%. Așadar, prin analiza comparativă, putem concluziona că motivele obiective nu sunt așa de diverse, se întâlnesc mai puțin frecvent, în structura divergențelor predomină mono-, bicauzale și cele nelegate de cauzele obiective. În același timp, în cazul motivelor subiective se constată predominarea celor bi-, tri- și cvadricauzale.



Dat fiind că prin analiza separată a cauzelor subiective și obiective în geneza divergențelor s-a constatat predominarea asocierii lor pe fiecare grup în parte, am emis ipoteza conform căreia la baza divergențelor ar putea sta și asocierea cauzelor din ambele grupuri. Din aceste raționamente, am purces la analiza lotului din perspectiva asocierii cauzelor obiective și subiective în același caz. Din diagrama 4.23, comparativ cu diagramele 4.22 și 4.21 observăm că la baza divergențelor a stat o asociere de până la 8 cauze, ceea ce reprezintă un număr mai mare comparativ cu numărul maxim al cauzelor pe fiecare grup în parte (subiective – 6, obiective – 6). Această observație confirmă ipoteza privind originea multicauzală subiectivă și obiectivă a divergențelor în lotul analizat. Așadar, ponderea divergențelor monocauzale a fost foarte mică și a constituit doar 7,9%. Analiza divergențelor multicauzale a arătat că cea mai mare pondere în apariția divergențelor a aparținut celor tricauzale – 22,4% și cuadricauzale – 20,4%, iar ponderea necoincidențelor bicauzale – 17,8% a fost aproape similară cu cele cincicauzale – 16,4%. Chiar și divergențele apărute din motivul asocierii a 6 cauze s-a înregistrat mai frecvent decât cele monocauzale, având o pondere de 9,2%! Mult mai rar au fost înregistrate necoincidențele generate de 7 și 8 cauze, având o pondere de 2,6% și 3,3% respectiv.

Prin urmare, studiul nostru a demonstrat că divergențele multicauzale prevalează asupra celor monocauzale. Această observație este explicabilă prin înlănțuirea mai multor cauze, atât obiective, cât și subiective, fapt care crește progresiv șansele de apariție a unei divergențe. În cadrul studiului doar 13,5% din divergențele de categoria I, 5,6% din cele de categoria II și 8% din necoincidențele de categoria III au fost monocauzale. În același timp, trei sau patru cauze au stat la baza majorității divergențelor de categoria I – 48,6%, de categoria II – 41,1% și de categoria III – 40%. În această ordine de idei, putem afirma că anume un complex de mai mulți factori și circumstanțe nefavorabile se soldează cu hipodiagnosticare fatală. Divergențele majore, ce reprezintă consecințele unei greșeli cu rol decisiv în deces, apar anume atunci, când se asociază mai multe cauze de ordin obiectiv, cât și subiectiv. [9]

Însă, trebuie să remarcăm că divergențele majore, ce conduc la decesul persoanei, prezintă în activitatea medicală mai degrabă o excepție. Cu părere de rău, fiecare dintre aceste cazuri reprezintă nu doar un element al statisticii, ci și viața unei persoane, care a devenit victimă a divergențelor diagnostice și, respectiv, a unui tratament inadecvat stării sale [11]. Cu atât mai tragice sunt cazurile când medicii însuși sunt de vină în situația creată: iatrogeniile au fost și vor rămâne unele din cele mai grave deficiențe ale acordării asistenței medicale. Totodată, acestea se încadrează în noțiunea divergențelor dintre diagnostice, având aceleași cauze. În acest sens sunt exemplificative două cazuri din practica medico-legală.

„Cazul nr. 7. Copilul B., 3 ani, a fost internat în spitalul de nivel republican în stare extrem de gravă cu diagnosticul „Hepatită toxică, etiologie necunoscută”. Din anamneză rezulta că a fost bolnav de o 1 săptămână, prezentând dureri în epigastru. Peste 1 zi a apărut icter al tegumentelor, iar înainte de internare starea lui s-a agravat prin pronunțarea icterului. La internare copilul nu reacționa la stimuli externi; conștiința fiind dereglată; avea vomă abundentă. Obiectiv: tegumentele – icterice pronunțate; respirația spontană, auscultativ în pulmoni respirația se transmitea bilateral pe toată aria pulmonară, raluri nu se determinau; zgomotele cordului – ritmice, sonore; abdomenul – moderat mărit în volum, indolor la palpare; ficatul +1cm sub rebordul costal drept; micțiile – libere, indolare. Imediat, a fost efectuată puncția și cateterizarea venei subclaviculare drepte. Pe fundalul tratamentului perfuzional de dezintoxicare starea copilului s-a agravat. Decesul a survenit peste 16 ore de la internare. Diagnosticul clinic definitiv corespundea celui la internare.

La autopsie medico-legală s-au constatat: în regiunea subclaviculară dreapta – cateter intravenos, iar pe stânga – plagă postcateterizare. La examenul intern s-au constatat semne de anemie. Nivelul bolții diafragmei din dreapta era coborât. Cavitatea pleurală dreapta conținea ≈700ml de sânge lichid roșu-închis și cheaguri de același culoare, cu amestec de fibrină, aderent

de foițele pleurale. Mediastinul moderat deviat spre stânga. Pe pleura parietală pe dreapta, între coasta I și claviculă, s-a observat o plagă postinjecțională, cu dimensiunile 0,6×0,5cm, hotarele slab delimitate. Ficatul: 16,5×8×5×6cm, consistență moale, capsula intactă, subțire, suprafața netedă, lucioasă, de culoare pestriță, cafeniu-roșietic-gălbui, marginea anterioară rotunjită, pe secțiune de culoare cafeniu-roșietic-gălbui. Diagnosticul medico-legal: „Stare după puncția venei subclaviculare drepte cu perforare și penetrare în cavitatea pleurală dreaptă. Hemoragie internă. Hemotorax pe dreapta (700ml). Anemie moderată a organelor interne. Rinichi de șoc.” [16]

Așa cum vedem în cazul prezentat, deficiențele de diagnosticare au avut la bază mai multe cauze atât obiective, cât și subiective. Din cele obiective putem sublinia starea gravă a pacientului la internare (concluzie argumentată prin datele clinice din fișa bolnavului de staționar), durata scurtă a spitalizării (16 ore), tabloul clinic atipic al maladiei de bază (afectarea ficatului de origine necunoscută). Printre cele subiective putem evidenția subestimarea datelor clinice și paraclinice care îi permiteau medicului curant să depisteze perforarea și să acorde asistență medicală corespunzătoare. Așadar, nu este clar, a fost oare compatibilă sau nu cu viața patologia depistată la copil, însă cauza iatrogenă a decesului este demonstrată cu certitudine. Acest caz accentuează necesitățile atenționării medicilor reanimatori în ce privește pericolele cateterizării venei subclaviculare, mai ales la copii, și obligativitatea controalelor minuțioase a calității efectuării manoperei prin compararea stării clinico-radiologice a pacientului atât până la puncție, cât și după această manoperă. [11, 16]”

„Cazul nr. 8. *Un pacient cu vârsta de 44 ani a fost internat în secția chirurgie toracică cu diagnosticul „Fracturi de coaste IX, X, XI”. La momentul internării acuza dureri progresive în hemitoracele stâng, ce se acutizau la mișcare și respirație, însoțite de dispnee moderată și astenie generalizată. Din anamneză s-a constatat că două zile înainte de internare a căzut la domiciliu, lovindu-se la nivelul hemitoracelui stâng; la medic nu s-a adresat și tratament nu a urmat. La examenul primar medicul chirurg a constatat o asimetrie a excursiei toracelui, dureri și crepitație osoasă la palparea hemitoracelui stâng, însă fără emfizem subcutanat; percutor și auscultativ – fără modificări; în rest, inclusiv indicatorii vitali – fără particularități. La examenul radiologic efectuat la internare s-a indicat prezența unor fracturi recente ale coastelor IX, X și XI; hemotorax moderat pe stânga; contuzie pulmonară bazală bilateral cu accent pe stânga. La examenul radiologic repetat (peste 24 de ore) au fost observate hidrotorax pronunțat pe stânga (până la coasta III) și contuzie bazală cu accent pe stânga, în dinamică cu mărirea opacifierii țesutului pulmonar drept și stâng. S-a efectuat o intervenție chirurgicală de toracocenteză a cavității pleurale stângi în procesul căreia, în cavitatea pleurală, a fost ghidat introdus un dren de silicon din care s-a eliminat sânge cu cheaguri (volumul nu a fost precizat) și a fost montat sistemul*

Bulau. După montarea sistemului, medicul chirurg a menționat în fișa medicală funcționalitatea acestuia, fără a aduce argumente clinice (prezența, caracterul și volumul eliminărilor). La scurt timp de la toracocenteză starea pacientului s-a agravat brusc și au apărut semne de insuficiență respiratorie acută și colaps. Pacientul a decedat peste 5 ore de la intervenție. Diagnosticul final a fost apreciat drept „Traumatism toracic închis. Fractura coastelor V-XI pe stânga. Hemotorax posttraumatic pe stânga. Hematom intrapleural pe stânga. Insuficiență respiratorie acută. Insuficiență cardiacă acută”. La necropsie s-au depistat urme de manipulații medicale (corespunzător celor menționate), inclusiv drenul din silicon ce pătrundea printr-o ruptură în parenchimul lobului inferior al pulmonului stâng pe o profunzime de 9 cm, alături de care mai era o ruptură cu un diametru similar drenului și o profunzime de 11 cm; cavitatea pleurală era liberă de lichid. Totodată, a fost diagnosticată o pneumonie franc-lobară a lobilor inferiori bilateral, mai pronunțată pe stânga, în stadiul de hepatizare cenușie, cu pleurită fibrinoasă, confirmată microscopic. Fracturi costale nu s-au depistat, fiind identificat doar calos osos la nivelul coastelor III-VI pe stânga. Vechimea leziunilor pulmonare stabilită histologic a coincis cu timpul efectuării toracocentezei. Drept cauză a morții pacientului a servit insuficiența pulmonară acută determinată de trauma plămânului pe fundal de pneumonie franc-lobară bilaterală.

În cazul descris, medicul chirurg a admis o greșeală diagnostică, ce a condus la o tactică greșită și a comis o iatrogenie somatică traumatică prin lezarea plămânului stâng. Așadar, în procesul diagnosticării, o pneumonie comunitară franc-lobară a fost confundată cu o traumă închisă a toracelui. La baza acestei greșeli diagnostice au stat mai multe cauze, atât obiective, cât și subiective. Astfel, constatăm că pneumonia franc-lobară avea o manifestare clinică redusă – fără febrilitate, crepitație auscultativ și modificări ale hemoleucogramei. Totuși, suntem de părerea că această cauză nu a fost decisivă, întrucât potrivit Protocolului Clinic Național (PCN-3) „Pneumonia comunitară la adult” (2000) pneumonia se manifestă și prin simptomele prezente la pacientul respectiv, precum: debut acut, junghi toracic, astenie, fatigabilitate [17]. O altă cauză obiectivă a greșelii diagnostice a chirurgului a fost indusă de greșeala diagnostică comisă de medicul radiolog, care a apreciat fracturile învechite drept recente, iar pneumonia – în calitate de contuzie pulmonară. Aceeași investigație radiologică, efectuată până la examenul clinic, a influențat interpretarea de către medicul chirurg a rezultatelor examenului obiectiv al pacientului, care au fost „ajustate” eronat la traumă. Astfel, greșeala diagnostică a radiologului a influențat viziunea medicului chirurg și l-a orientat pe o „pistă diagnostică greșită”. În apariția eșecului de diagnosticare, în cazul prezentat, se constată și câteva cauze de ordin subiectiv. Una dintre cauzele decisive a constat în supraestimarea anamnezei din care rezulta trauma prin cădere la domiciliu. Anume această circumstanță a determinat internarea nejustificată a pacientului în secția de

chirurgie toracică și nu în cea de profil terapeutic. Supraestimarea anamnezei privind trauma, de rând cu interpretarea eronată a rezultatelor examenului clinic al pacientului, monitorizarea neadecvată a funcționării drenajului toracic și neefectuarea investigațiilor instrumentale suplimentare în perioada postoperatorie (care ar fi permis diagnosticarea complicației iatrogene), mai ales pe fundalul agravării stării pacientului, au fost decisive în omiterea momentului crucial al apariției leziunii iatrogene cauzatoare de deces. Posibil, medicul chirurg a considerat insuficiența respiratorie acută apărută la pacient drept o complicație a traumei închise a toracelui, iar manifestarea colapsului a atribuit-o neargumentat hemotoracelui posttraumatic și hematomului intrapleural, fenomene indicate în diagnosticul final.

Stabilirea legăturii de cauzalitate dintre deficiențele admise în procesul acordării asistenței medicale și consecințele actului medical este de o mare importanță medicală, medico-legală și juridică [5]. Studiul cazului prezentat a arătat existența unui substrat pluricausal al greșelilor diagnostice comise de medicii radiolog și chirurg, format din cauze obiective și subiective. Analiza acestor cauze a arătat predominarea celor subiective în apariția eșecului medical. Totodată, datorită lacunelor de documentare a actului medical, rămân inexplicabile cauzele perforării plămânului prin intermediul cateterului. În literatura medicală mai sunt descrise cazuri de lezare iatrogenă a structurilor toracice interne în procesul toracocentezei soldate cu decesul pacienților, autorii [94, 95] opinând în favoarea greșelilor tehnice ale manoperei și lipsei controlului corectitudinii plasării tubului de drenare după procedură. [67]”

4.4. Concluzii la capitolul 4

1. Profilul pacientului cu risc sporit de stabilire a divergenței dintre diagnosticul clinic și medico-legal este următorul: internat în mod urgent, imediat sau până la o zi după debutul bolii/traumei, în perioada de iarnă, în zile de luni și vineri, între orele 17:00 și 23:00, pe motivul unei traume accidentale, fiind în stare generală gravă sau foarte gravă, bărbat cu vârsta între 18 și 75 de ani ce s-a aflat în staționar până la o săptămână.
2. Traumele cranio-cerebrale au fost cel mai frecvent diagnosticate în lotul cercetat, atât din punct de vedere clinic, cât și morfologic, tot acestea au fost cel mai frecvent hipo- și hiperdiagnosticate. Toate unitățile nosologice din cadrul studiului au fost mai frecvent hipodiagnosticate decât hiperdiagnosticate. Cel mai frecvent s-au constatat divergențe din categoria a II-a ale compartimentului nosologiei principale, manifestate prin hipodiagnosticare.
3. În lotul de studiu, drept cauze ale divergențelor dintre diagnostice au fost identificate atât cele de ordin obiectiv, cât și subiectiv, cu predominarea ultimelor. Această observație denotă

prevalarea unor situații ce pot fi gestionate de medicii clinicieni de sine stătător întru diminuarea posibilelor riscuri diagnostice.

4. Cauzele obiective ale divergențelor de diagnostic pot fi ocazionale (țin de pacient și circumstanțe întâmplătoare) și instituționale (țin de nivelul staționarului). Dintre cauzele obiective ale divergențelor cel mai frecvent au fost înregistrate: starea gravă a pacientului; durata scurtă a spitalizării și tabloul clinic atipic / stările mascante.
5. Dintre cauzele subiective ale divergențelor cel mai frecvent au fost înregistrate: subestimarea datelor instrumentale; subestimarea examenului clinic; supra- și subestimarea anamnezei. În traumele toracelui însă, spre deosebire de lotul general, pe locul trei s-a clasat subestimarea anamnezei. Axarea medicilor specialiști pe investigarea și tratamentul patologieilor conform profilului lor contribuie la apariția divergențelor dintre diagnostice.
6. Cea mai mare pondere a divergențelor a fost generată de asocierea a 2 cauze – 17,8%, 3 – 22,4%, 4 – 20,4% și 5 – 16,4%. În structura generală a lotului, la baza divergențelor a stat o asociere de până la 8 cauze, ceea ce reprezintă un număr mai mare comparativ cu numărul maxim al cauzelor pe fiecare grup în parte (subiective – 6, obiective – 6), iar divergențele multicauzale prevalează asupra celor monocauzale, ceea ce, în ansamblu, confirmă originea multicauzală subiectivă și obiectivă a divergențelor.
7. Cu toate că divergențele majore dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice ce conduc la decesul persoanei au avut cea mai mică pondere în studiul prezent (16,4%), toate divergențele au un impact negativ asupra calității procesului de diagnosticare clinică și generează consecințe medicale, medico-legale și juridice nefavorabile.

DISCUȚII

Analiza științifică efectuată va fi incompletă fără compararea datelor obținute cu cele ale altor cercetători, publicate în diverse surse, consacrate problemei divergențelor de diagnostice, diagnosticării traumelor mecanice, calității asistenței medicale. Parțial, informația la această temă este prezentată în capitolul I, ce reflectă studiul secundar, însă considerăm oportun confruntarea părerilor proprii cu cele ale altor savanți. Mi mult ca atât, studiul prezent a fost conceput ca o continuare, completare și lărgire în direcția diagnosticelor divergente a studiului efectuat de dl Andrei Pădure, rezultatele căruia au fost publicate în anul 2011 [59]. Cercetarea este efectuată în baza altui lot, este mai actuală și confirmă rezultatele unor studii existente naționale și internaționale.

Datele studiului nostru demonstrează precum cauzele violente de deces prevalează în structura mortalității intraspitalicești examinate medico-legal în Republica Moldova în perioada 2004-2018 (Figura 3.5). Acest indicator este asemănător celui din Biroul de Expertize medico-legale din regiunea Moscova, unde într-o perioadă de 7 ani (2011-2017) ponderea cauzelor violente de moarte a constituit 73,5% în structura cazurilor de deces intraspitalicesc examinat medico-legal [113, 114]. Totodată, datele obținute de noi sunt mai firești pentru un serviciu medico-legal comparativ cu cele stabilite de B. Mileva și coaut. (2018) pentru or. Sofia și regiunea acestuia în perioada anilor 2011–2017 de doar 44,7% [43].

În același timp, am constatat dinamica alarmantă privind ponderea morții violente, aflată în descreștere timp de 15 ani (2004-2018) în țara noastră, asociată cu micșorarea numărului de autopsii medico-legale (Figura 3.7). Spre deosebire de Republica Moldova, în regiunea Moscova a Federației Ruse, pe parcursul a 7 ani, ponderea morții violente în staționar a fost una aproape constantă, de circa 3-4:1, pe fundalul descreșterii a numărului total de autopsii [113, 114].

Din Figura 3.9 observăm că ponderea traumelor mecanice în structura cauzelor violente ale morții constituie mai mult de o treime. Date asemănătoare au fost constatăte de mai mulți savanți din diferite țări: traumele mecanice ocupă primul loc în structura deceselor din cauze externe. Așadar, A.S. Soloviova și C.N. Kovrov (2020) constată după datele Biroului de expertize medico-legale din regiunea Arhanghelsk a Rusiei pentru perioada de 10 ani (2009-2018) că traumele mecanice au servit drept cauză a decesului în 33,5% de cazuri de moarte violentă [144]. A.A. Efimov și coaut. (2016) constată că, între anii 2011–2015, traumele mecanice s-au înregistrat în 38,6% de cazuri în structura cauzelor externe de decese în or. Saratov [104]. Alți autori constată o pondere și mai mare a acestei cauze ale morții. Astfel, S.Ș. Gamidov și coaut. (2020) raportează că pentru regiunea Navoisk a Uzbekistanului în perioada anilor 2010-2019 traumele mecanice au

devenit traumă principală în 52,8% de cazuri [101], indicatori ce practic coincid cu rezultatele studiului lui D.P. Dekov și coaut. (2016), care a obținut acest indicator egal cu 53% pentru regiunea Pleven a Bulgariei în perioada 2009-2013 [25]. Gh. Baciuc și A. Pădure (2006) la fel au stabilit că în structura morții violente ponderea traumelor mecanice constituie 51,58% [6].

Cercetarea a demonstrat că în majoritatea absolută a cazurilor (peste 66%) timpul stabilirii diagnosticului clinic nu era indicat în fișele medicale ale bolnavilor de staționar. În contextul dat, G.A. Pașinean și coaut. (2009) a constatat neindicarea timpului stabilirii diagnosticului clinic mult mai rar și doar în 3,8% [134]. Însă, în această privință A. Pădure (2011) [58, 59] atenționează că riscul neindicării datei stabilirii diagnosticului clinic face imposibilă demonstrarea în procesul efectuării expertizei medico-legale privind evaluarea calității serviciilor medicale a respectării de către medic a timpului pus la dispoziție și a încadrării în prevederile actelor normative. S.D. Kurz și coaut. (2021) subliniază durata aflării pacientului în staționar în calitate de factor importante ce afectează rata divergențelor de diagnostic [36].

În lotul cercetat ponderea diagnosticelor neargumentate prin datele obiective a constituit exact o pătrime, ceea ce nu poate fi considerat un indicator alarmant, dacă îl comparăm cu datele altor autori. Spre exemplu, G.A. Pașinean și coaut. (2004) au depistat diagnostice neargumentate în tocmai 61,6% din fișele evaluate [134], în timp ce A. Pădure (2011) a constatat diagnostice neargumentate total sau parțial în doar 16,4% de observații [58, 59].

Studiul a identificat traumele cranio-cerebrale ca cele mai frecvent diagnosticate atât la etapa clinică, cât și cea medico-legală. Considerăm că această situație este ușor explicabilă. Conform datelor diferitor autori [40, 86, 98], traumele cranio-cerebrale reprezintă una dintre cauzele dominante ale mortalității, constituie 40% din totalitatea traumelor, plasându-se pe poziția a treia după cauzele cardio-vasculare și oncologice. În SUA traumele cranio-cerebrale reprezintă cea mai importantă cauză a mortalității, având ponderea de cca. 30% în totalitatea traumelor letale [86]. O altă situație similară depistată ține de traume ale toracelui, care, la fel, sunt mai frecvent hiperdiagnosticate, ceea ce coincide cu datele obținute în studiul realizat de S.H. Cho și coaut. (2012) [22].

În același ordine de idei, studiul a demonstrat că traumele cranio-cerebrale, dar și complicațiile lor au fost atât hipo-, cât și hiperdiagnosticate. Datele obținute corelează cu cele ale lui V.A. Klevno (2018), care, la fel, constată un nivel insuficient al diagnosticării traumelor cranio-cerebrale în regiunea Moscova [114]. Traumele altor regiuni anatomice ale corpului au fost hipodiagnosticate aproape la egal, frecvența lor variind între 23 și 24%. Indicatorul dat este comparabil cu cel observat de A.V. Maksimov și coaut. (2019), care au constatat divergențe în diagnosticarea traumelor toracelui și abdomenului în 18,9% de cazuri [127].

Analiza ponderii categoriilor de divergențe în lotul de studiu (Figura 4.20) a demonstrat că cele de categoria I s-au înregistrat în 24,3% de cazuri, majoritatea au constituit-o divergențele de categoria II – 59,2%, iar cea mai mică pondere au avut-o divergențele de categoria III – 16,4%. Datele prezentate corelează cu cele obținute de A.V. Maksimov (2019): în perioada a 5 ani (2014-2018) ponderea divergențelor de categoria I în Regiunea Moscova a constituit 32,7%, de categoria II – 52% și III – 15,3% [127].

Una din cauzele obiective ale divergențelor de diagnostic o constituie tabloul clinic atipic și stările mascante, care în studiul prezent s-u înregistrat cu frecvența de 25%. Rolul acestor factori este menționat și de A. Pădure și coaut. (2015), care a constatat o frecvență a stărilor mascante de $31,25 \pm 11,97$, în structura acestora locuri de frunte revenind maladiilor concomitente și tratamentului simptomatic inițiat, ultimul, însă, neobservat în calitate de cauză statistic semnificativă [62].

O altă cauză obiectivă a divergenței de diagnostic, asupra căreia comunitatea științifică are viziuni controversate, este raritatea patologiei. Așadar, N.B. Șapkina și B.A. Sarkisyan (2006), subliniază importanța acestui factor în generarea dificultăților și apariția neajunsurilor de diagnosticare [154]. A. Pădure (2011), însă, nu a identificat asemenea cazuri în studiul propriu [59]. O interpretare interesantă a situației date o găsim la I.Ia. Sultanov (2004), care consideră argumentat că problema nosologiilor rare este, în mare parte, una artificială, deoarece însăși noțiunea nu este definită, fiind una relativă și lipsită de careva criterii certe de includere în această categorie. Totodată, autorul nu neagă rolul acestora în apariția divergențelor dintre diagnostice, menționând că rata greșelilor din motivul indicat variază în intervalul de 8,4 – 16,5% [146]. Este de menționat că în studiul prezent această cauză a fost înregistrată mai degrabă ca excepție, având o frecvență de numai 15,13%. Totuși, cel mai mare pericol de diagnosticare clinică deficientă apare la suprapunerea mai multor cauze de ordin obiectiv. La aceeași concluzie a ajuns și A. Pădure (2011) în studiul său [58, 59].

Prin urmare, studiul a demonstrat că divergențele multicauzale prevalează asupra celor monocauzale. În această ordine de idei, putem afirma că anume un complex de mai mulți factori și circumstanțe nefavorabile se soldează cu hipodiagnosticare fatală. Divergențele majore, ce reprezintă consecințele unei greșeli cu rol decisiv în deces, apar anume atunci, când se asociază mai multe cauze de ordin obiectiv, cât și subiectiv. Dat fiind predominarea cauzelor subiective, cunoașterea acestora de către medicii clinicieni va contribui la minimalizarea apariției situațiilor de sub- sau supraapreciere a unor date și acțiuni, ceea ce, ca rezultat, va micșora numărul divergențelor de diagnostic.

CONCLUZII GENERALE

1. La nivel național, problema divergențelor de diagnostic în medicina legală este abordată insuficient întrucât nu există cercetări științifice fundamentale bazate pe materiale medico-legale, lipsește reglementarea metodico-normativă a confruntării diagnosticului clinic și medico-legal în cazurile de deces al pacientului în staționar, nu se efectuează evidența statistică a divergențelor și a cauzelor acestora.

2. Rata autopsiilor vizând decesele intraspitalicești în Republica Moldova este una dintre cele mai înalte din țările spațiului UE și CSI, însă numărul autopsiilor pacienților decedați în staționare, cât și ponderea morții prin cauze violente, este într-o ușoară, dar permanentă diminuare atât la nivel național, cât și regional. Ponderea traumelor mecanice în structura mortalității generale prin cauze violente constituie mai mult de o treime.

3. Pacientul cu risc sporit de apariție a divergențelor de diagnostic clinic și medico-legal în traumele mecanice are următorul profil: bărbat cu vârsta între 18 și 75 de ani internat în mod urgent în stare generală gravă sau foarte gravă, imediat sau până la o zi după debutul bolii/traumei, în perioada de iarnă, în zile de luni și vineri, între orele 17:00 și 23:00, pe motivul unei traume accidentale, preponderent cranio-cerebrale, ce s-a aflat în staționar până la o săptămână.

4. Managementul clinic al pacientului cu traumă mecanică generează un risc sporit de apariție a divergențelor de diagnostic cu următoarele caracteristici: vizează compartimentul nosologiei principale, se manifestă prin hipodiagnosticare, sunt generate de asocierea a 2, 3, 4 sau chiar 5 cauze de ordin obiectiv și subiectiv, cu predominarea celor subiective, fac parte din categoria a II-a. Dintre cauzele obiective ale divergențelor cele mai frecvente sunt: starea gravă a pacientului; durata scurtă a spitalizării și tabloul clinic atipic / stările mascante. Dintre cauzele subiective ale divergențelor cele mai frecvente sunt: subestimarea datelor instrumentale; subestimarea examenului clinic; supra- și subestimarea anamnezei.

5. Toate divergențele au un impact negativ asupra calității procesului de diagnosticare clinică și generează consecințe medicale, medico-legale, economice și juridice nefavorabile: scăderea șanselor pacientului de recuperare deplină și supraviețuire; dezvoltarea complicațiilor iatrogene; suportarea cheltuielilor suplimentare legate de prescrierea inutilă a medicamentelor și investigațiilor; imposibilitatea codificării, analizei statistice și confruntării diagnosticelor formulate incorect; apariția temeiturilor pentru plângeri din partea pacienților nesatisfăcuți sau succesorilor acestora urmată de tragerea medicilor la răspundere juridică.

RECOMANDĂRI

Pentru Ministerul Sănătății

Revizuirea formularului statistic *Fișa medicală a bolnavului de staționar* (003/e-2012), aprobat prin ordinul MS al RM nr. 426 din 11.05.2012 în vederea ajustării pct. 24 și 25 la cerințele față de formularea diagnosticului.

Pentru Centrul de Medicina Legală

Elaborarea și implementarea metodologiei de confruntare a diagnosticului clinic și medico-legal în cazurile examenului medico-legal al pacienților decedați în staționar cu includerea ulterioară a indicatorilor obținuți în rapoartele de activitate a CML, dar și informarea clinicienilor privind divergențele constatate cu organizarea ulterioară a conferințelor clinico – medico-legale. Instrumentul de analiză expertală poate fi elaborat în baza *Chestionarului de evaluare a divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal* (Anexa 1).

Supravegherea respectării de către medicii legiști a ghidului metodico-didactic „Principiile de elaborare a diagnosticului medico-legal” (2017) [66] în calitate de parte a controlului calității expertizei medico-legale.

Pentru Catedra de medicina legală a USMF „Nicolae Testemițanu”

Elaborarea ghidului metodico-practic pentru medicii clinicieni referitor la principiile și cerințele față de diagnosticul clinic.

Pentru medicii clinicieni

Studierea și respectarea în practică a prevederilor normative referitoare la relațiile dintre medic și pacient, completarea documentației medicale, elaborarea diagnosticului clinic.

Cunoașterea cauzelor generatoare de divergențe dintre diagnostice cu o deosebită atenție față de cele subiective, care pot fi gestionate întrucât reprezintă o consecință a „factorului uman”.

Stabilirea unui contact medic-pacient eficient prin obținerea de către clinician a încrederii în combinație cu analiza critică a informațiilor furnizate.

Atragerea unei atenții mai mari la culegerea anamnezei și analizarea acesteia (*pentru chirurgii toracali*).

Atragerea unei atenții mai mari la posibilitatea prezenței la pacient a nosologiilor de alt profil decât cel practicat (*pentru medicii specialiști*).

BIBLIOGRAFIE

1. ALI, S.S. et al. Iatrogenic Spinal Epidural Hematoma Associated with Intracranial Hypotension. In: *Cureus*. 2019, nr. 3 (11), pp. e4171. ISSN 2168-8184.
2. ATIQI, R. et al. Prevalence of iatrogenic admissions to the Departments of Medicine/Cardiology/ Pulmonology in a 1,250 bed general hospital. In: *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2010, nr. 8 (48), pp. 517–524. ISSN 0946-1965.
3. BACIU, G. Expertiza medico-legală a cadavrului și persoanei. Chișinău: CEP Medicina, 2008. 178 p. ISBN 978-9975-915-35-9.
4. BACIU, G., PĂDURE, A., BONDAREV, A. Causes of Divergences of clinical and Forensic Diagnosis. In: *The 7th Annual Meeting of Balkan Academy of Forensic Sciences*. Tirana, 2010. pp. 48.
5. BACIU, G., PĂDURE, A., BONDAREV, A. Abordarea juridică a cauzalității și divergențelor de diagnostic în malpraxis. In: *Revista Institutului Național al Justiției*. 2013, nr. 4 (27), pp. 22–26. ISSN 1857-2405.
6. BACIU, G., PĂDURE, A., ȘARPE, V. Traumatismele mecanice în aspect medico-legal. Chișinău: CEP Medicina, 2006. 256 p. ISBN 978-9975-907-44-6.
7. BANCA Banca de date «Statbank» a Biroului Național de Statistică a Republicii Moldova. [citat: 1.06.2022]. Disponibil: <https://statistica.gov.md/index.php?l=ro>.
8. BLOKKER, B.M. et al. Autopsy rates in the Netherlands: 35 years of decline. In: *PLoS ONE*. 2017, nr. 6 (12), pp. 1–14. ISSN 1932-6203.
9. BONDAREV, A. Complex causes of discrepancies between clinical and medico-legal diagnosis. In: *Info-Med*. 2014, nr. 2 (24), pp. 43–46. ISSN 1810-3936.
10. BONDAREV, A., BACIU, G., PĂDURE, A. Standardizarea procesului de diagnosticare în practica medicală. In: *Materialele Congresului al II-lea al medicilor legiști din Republica Moldova*. Chișinău: Sinectica-Com, 2011. pp. 45–48. ISBN 978-9975-4099-5-7.
11. BONDAREV, A., PĂDURE, A. Referitor la divergențele dintre diagnosticul clinic și morfologic. In: *Materialele Congresului al II-lea al medicilor legiști din Republica Moldova*. Chișinău: Sinectica-Com, 2011. pp. 49–52. ISBN 978-9975-4099-5-7.
12. BONDAREV, A., PĂDURE, A. Cauzele dificultăților de diagnosticare a traumei cranio-cerebrale închise (caz clinic). In: *International Conference of Young Researchers. X edition*. Chișinău:, 2012. pp. 21.
13. BONDAREV, A., PĂDURE, A. Causes of lethal iatrogenic injuries. In: *Archives of the Balkan Medical Union*. 2018, 53, pp. S153. ISSN 1584-9244.

14. BONDAREV, A., PĂDURE, A., BACIU, G. Aprecierea medico-legală a divergențelor dintre diagnosticul clinic și morfologic. In: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. 2011, 1, pp. 205–212. ISSN 1857-1719.
15. BONDAREV, A., PĂDURE, A., BACIU, G. Expertal Assessment of Divergences of Clinical and Morphological Diagnosis. In: *The 8th Annual Meeting of Balkan Academy of Forensic Sciences*. Prishtina, 2011. pp. 53.
16. BONDAREV, A., PĂDURE, A., BACIU, G. Iatrogenic Pathology as an Inadequate Cause for Clinical Diagnosis. In: *Rechtsmedizin*. 2014, nr. 4 (24), p. 350. ISSN 0937-9819.
17. BOTNARU, V., RUSU, D. Protocolul Clinic Național “Pneumonia comunitară la adult”. 2020. 39 p.
18. BRÂNZĂ, S. et al. Drept Penal. Partea specială. Chișinău: Cartier, 2005. 804 p. ISBN 9975-79-325-8.
19. BRODERSEN, J. et al. Overdiagnosis: what it is and what it isn't. In: *BMJ Evidence-Based Medicine*. 2018, nr. 1 (23), pp. 1–3. ISSN 25154478.
20. BUDUHAN, G., MCRITCHIE, D.I. Missed injuries in patients with multiple trauma. In: *The Journal of trauma*. 2000, nr. 4 (49), pp. 600–605. ISSN 0022-5282.
21. BUSCHMANN, C.T. et al. Clinical diagnosis versus autopsy findings in polytrauma fatalities. In: *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*. 2010, nr. 1 (18), ISSN 1757-7241.
22. CHO, S.H., SUNG, Y.M., KIM, M.S. Missed rib fractures on evaluation of initial chest CT for trauma patients: Pattern analysis and diagnostic value of coronal multiplanar reconstruction images with multidetector row CT. In: *British Journal of Radiology*. 2012, nr. 1018 (85), ISSN 0007-1285.
23. CÎȘLARU, A. et al. Divergențele dintre diagnosticul clinic și cel morfologic: noțiunea, clasificarea, cauzele. In: *Info-Med*. 2016, nr. 1 (27), pp. 215–221. ISSN 1810-3936.
24. COMBES, A. et al. Clinical and autopsy diagnoses in the intensive care unit: a prospective study. In: *Archives of internal medicine*. 2004, nr. 4 (164), pp. 389–392. ISSN 0003-9926.
25. DEKOV, D.P. et al. Statistical Analysis of the Forensic Autopsies, Performed in the Department of Forensic Medicine of University Hospital Pleven for the Period 2009-2013 (A Preliminary Report). In: *Journal of Biomedical and Clinical Research*. 2016, nr. 1 (9), pp. 30–36. ISSN 1313-9053.
26. DERMENGIU, D., DERMENGIU, S., BUDA, O. Lethal Diagnostic inaccuracies. In: *Romanian Journal of Legal Medicine*. 1996, nr. 1 (4), pp. 16–24. ISSN 1221-8618.
27. DYUSSENBAYEV, A. Age Periods Of Human Life. In: *Advances in Social Sciences Research*

- Journal*. 2017, nr. 6 (4), pp. 258–263. ISSN 2055-0286.
28. ENACHE, A. et al. Tromboza arterială in situ – dificultăți și erori diagnostice. In: *Romanian Journal of Legal Medicine*. 2004, nr. 1 (12), pp. 21–26. ISSN 1221-8618.
29. EȚCO, C., RUSSU-DELEU, R., ZARBAILOV, N. Proiectarea, elaborarea și redactarea lucrărilor științifice (Ghid). Chișinău: Tipogr. „Primex-Com”, 2016. 246 p. ISBN 978-9975-110-55-5.
30. EUROPEAN European Health Information Gateway. [citat: 1.06.2022]. Disponibil: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_544-6400-autopsy-rate-for-hospital-deaths/.
31. GIANNAKOPOULOS, G.F. et al. Missed injuries during the initial assessment in a cohort of 1124 level-1 trauma patients. In: *Injury*. 2012, nr. 9 (43), pp. 1517–1521. ISSN 1879-0267.
32. GIBSON, T.N. et al. Discrepancies between clinical and postmortem diagnoses in Jamaica: a study from the University Hospital of the West Indies. In: *Journal of clinical pathology*. 2004, nr. 9 (57), pp. 980—985. ISSN 0021-9746.
33. GOLDMAN, L. et al. The Value of the Autopsy in Three Medical Eras. In: *The New England Journal of Medicine*. 1983, nr. 17 (308), pp. 1000–1005.
34. IOAN, B., ALEXA, T., ALEXA, I.D. Do we still need the autopsy? Clinical diagnosis versus autopsy diagnosis. In: *Romanian Journal of Legal Medicine*. 2012, nr. 4 (20), pp. 307–312. ISSN 1221-8618.
35. KEIJZERS, G.B. et al. The effect of tertiary surveys on missed injuries in trauma: a systematic review. In: *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*. 2012, (20), ISSN 1757-7241.
36. KURZ, S.D. et al. Discrepancies between clinical diagnosis and hospital autopsy: A comparative retrospective analysis of 1,112 cases. In: *PloS one*. 2021, nr. 8 (16), ISSN 1932-6203.
37. Legea nr. 411/1995 ocrotirii sănătății. 1995.
38. Legea nr. 438/2006 privind dezvoltarea regională în Republica Moldova. 2006.
39. LUNGU, E. Mecanogeneza și aspectul morfolezional în traumele cranio-cerebrale produse cu obiecte contondente. (teza de doctor în științe medicale) Chișinău, 2014.
40. LUNGU, E., BACIU, G. Caracterul morfolezional al traumelor cranio-cerebrale produse cu obiecte contondente. In: *Sănătate publică, economie și management în medicină*. 2013, nr. 4 (49), pp. 48–52. ISSN 1729-8687.
41. MARSHALL, H.S., MILIKOWSKI, C. Comparison of Clinical Diagnoses and Autopsy Findings: Six-Year Retrospective Study. In: *Archives of pathology & laboratory medicine*. 2017, nr. 9 (141), pp. 1262–1266. ISSN 1543-2165.

42. Micul dicționar academic. 2010. p. 251.
43. MILEVA, B., APOSTOLOV, A., KIRYAKOVA, T. Violent and non-violent death in the city of Sofia and Sofia region for the period 2011-2017 by materials of the clinic of forensic medicine at university hospital «Alexandrovskia» - Sofia. In: *Science & Research*. 2018, nr. 1 (II), pp. 48–54. ISSN 2319-7064.
44. MSMPS. Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova. 2018.
45. OKELLO, C.R., EZATI, I.A., GAKWAYA, A.M. Missed injuries: a Ugandan experience. In: *Injury*. 2007, nr. 1 (38), pp. 112–117. ISSN 0020-1383.
46. Ordinul MS, DSS și DTI nr. 132/47/50 din 29.04.2004 cu privire la aprobarea certificatului medical constatator al decesului (formularul nr. 106/e), certificatului medical constatator al decesului în perioada perinatală (formularul nr. 106-2/e), registrele. 2004.
47. Ordinul MS al RM nr. 265 din 3.08.2009 cu privire la Instrucțiunea privind completarea Fișei medicale a bolnavului de staționar (f 003/e). 2009.
48. Ordinul MS nr. 722 din 16.07.2012 Cu privire la ameliorarea activității serviciului anatomopatologic și citologic în Republica Moldova. 2012.
49. Ordinul MS al RM nr. 426 din 11.05.2012 privind aprobarea formularelor statistice de evidență medicală primară. 2012.
50. Ordinul CML nr. 24 din 09.06.2016 Cu privire la aprobarea Ghidului privind elaborarea diagnosticului medicolegal în cazurile de moarte violentă. 2016.
51. Ordinul MSMPS al RM nr. 430 din 03.04.2019 cu privire la Serviciul de Asistența Medicală Urgentă Prespitalicească din republica Moldova. 2019.
52. Ordinul MSMPS nr. 143 din 23.02.2021 Cu privire la unele măsuri de îmbunătățire a managementului cazurilor de deces. 2021.
53. Oxford Advanced Learner's Dictionary. [citat: 1.06.2022]. Disponibil: <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/diagnosis?q=diagnosis>.
54. PĂDURE, A. Valoarea documentelor medicale în evaluarea calității asistenței medicale. In: *Materialele Conferinței științifice dedicate jubileului de 190 ani de la fondarea Spitalului Clinic Republican*. Chișinău., 2007. pp. 173–176.
55. PĂDURE, A. Evaluarea medico-legală a calității asistenței de profil chirurgical. In: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. 2008, 1, pp. 98–102. ISSN 1857-1719.
56. PĂDURE, A. Importanța argumentării diagnosticului clinic pentru aprecierea medico-legală a gravității vătămării corporale. In: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. 2010, 2, pp. 326–329. ISSN 1857-1719.
57. PĂDURE, A. Valoarea fișei medicale a bolnavului de staționar în demonstrarea calității

- intervenției chirurgicale. In: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. 2010, (2), pp. 308–313. ISSN 1857-1719.
58. PĂDURE, A. Evaluarea medico-legală a deficiențelor din asistența medicală de profil chirurgical. Chișinău: CEP Medicina, 2011. 141 p. ISBN 978-9975-913-55-3.
59. PĂDURE, A. Analiza medico-legală a deficiențelor admise în asistența medicală de profil chirurgical (teză de doctor habilitat în medicină). 2011.
60. PĂDURE, A. Deficiențele asistenței medicale cu profil chirurgical sub aspect medico-legal. Chișinău: CEP Medicina, 2014. 235 p. ISBN 978-9975-118-43-9.
61. PĂDURE, A., BACIU, G., BONDAREV, A. Level of Surgeons' Knowledge of the Patient's Rights in Republic of Moldova. In: *Folia Societatis Medicinae Legalis Slovacae*. 2011, nr. 2 (1), pp. 32–35. ISSN 1338-4589.
62. PĂDURE, A., BACIU, G., BONDAREV, A. Diagnostic mistakes in surgery and their impact. In: *Folia Societatis Medicinae Legalis Slovacae*. 2015, nr. 1 (5), pp. 34–38. ISSN 1338-4589.
63. PĂDURE, A., BACIU, G., CUVȘINOV, I. Calitatea documentației medico-legale – concepție importantă pentru organul de urmărire penală. In: *Materialele Conferinței a II-a a Medicilor Legiști din Republica Moldova*. Chișinău: 2006. pp. 32–39.
64. PĂDURE, A., BACIU, G., HOTINEANU, V. Cerințele înaintate față de perfectarea fișei medicale a bolnavului de staționar (formularul 003/e). Chișinău: CEP Medicina, 2009. 18 p. ISBN 978-9975-915-91-5.
65. PĂDURE, A., BONDAREV, A. Expert Assessment of Discrepancies Between Clinical and Forensic Diagnosis. In: *Rechtsmedizin*. 2012, nr. 4 (22), pp. 282. ISSN 0937-9819.
66. PĂDURE, A., BONDAREV, A. Principiile de elaborare a diagnosticului medico-legal. Chișinău: CEP Medicina, 2017. 46 p. ISBN 978-9975-82-041-7.
67. PĂDURE, A., BONDAREV, A. Leziunile iatrogene în calitate de cauză a morții pacienților. In: *Conferința științifică națională cu participare internațională „Integrare prin cercetare și inovare: științe juridice și economice”*. Chișinău: 2021. pp. 270–273. ISBN 978-9975-152-48-8.
68. PĂDURE, A., BONDAREV, A. Forensic Aspects of In-hospital Mortality in the Republic of Moldova. In: *The International Conference of forensic Medicine, 4-th edition*. Cluj-Napoca: Filodiritto Int. Proc., 2021. pp. 9–14.
69. PĂDURE, A., SAVCIUC, V., BONDAREV, A. Metodica-tip de efectuare a expertizei judiciare medico-legale – Expertiza medico-legală a cadavrelor, părților de cadavre umane – Expertiza cadavrelor și a părților de cadavre umane. MT-23.01. Ordinul Centrului de Medicină Legală nr. 40 din 28.12.2017. 2017.

70. PĂDURE, A., SAVCIUC, V., BONDAREV, A. Metodica-tip de efectuare a expertizei judiciare medico-legale – Expertiza medico-legală în baza documentelor medicale - Expertiza în baza documentelor, în limitele competenței specialității de expertiză medico-legală a cadavrelor, persoanelor și a obiect. 2018.
71. PĂDURE, A., SAVCIUC, V., TIGHINEANU, S. Metodica-tip de efectuare a expertizei judiciare medico-legale - Expertiza medico-legală în baza documentelor medicale - Expertiza calității asistenței medicale. MT-25.02. 2018.
72. PEER, R.F., SHABIR, N. Iatrogenesis: A review on nature, extent, and distribution of healthcare hazards. In: *J Family Med Prim Care*. 2018, nr. 2 (7), pp. 309–314. ISSN 2766-8460.
73. PODBREGAR, M. et al. Should we confirm our clinical diagnostic certainty by autopsies? In: *Intensive care medicine*. 2001, nr. 11 (27), pp. 1750–1755. ISSN 0342-4642.
74. Procedura operațională privind completarea fișei medicale a bolnavului de staționar (F-003/E) din IMSP Institutul de Medicină Urgentă. 2017.
75. Regulamentul expertizei medico-legale a cadavrului. Aprobat de MS 24.02.1999. 1999.
76. Regulamentul de apreciere medico-legală a gravității vătămării corporale. 2003.
77. RESTIAN, A. Bazele medicinei de familie. București: Ed. Medicală, 2013. 315–316 p. ISBN 973-39-0654-4.
78. SHARMA, B.R. et al. Missed diagnoses in trauma patients vis-à-vis significance of autopsy. In: *Injury*. 2005, nr. 8 (36), pp. 976–983. ISSN 0020-1383.
79. SHARMA, B.R. et al. Forensic considerations of missed diagnoses in trauma deaths. In: *Journal of forensic and legal medicine*. 2007, nr. 4 (14), pp. 195–202. ISSN 1752-928X.
80. SHOJANIA, K.G. et al. Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: a systematic review. In: *JAMA*. 2003, nr. 21 (289), pp. 2849–2856. ISSN 0098-7484.
81. SPINEI, L., LOZAN, O., BADAN, V. Biostatistica. Chișinău: Tipografia Centrală, 2009. 186 p. ISBN 978-9975-78-743-7.
82. SPOSATO, L.A., FUSTINIONI, O. Iatrogenic neurology. In: *Handbook of Clinical Neurology*. Elsevier, 2014. pp. 1635–1671. ISBN 978-0702040887.
83. TAVORA, F. et al. Discrepancies between clinical and autopsy diagnoses: a comparison of university, community, and private autopsy practices. In: *American journal of clinical pathology*. 2008, nr. 1 (129), pp. 102–109. ISSN 0002-9173.
84. The World Bank Data. [citat: 1.06.2022]. Disponibil: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?end=2011&locations=NL&start=2001>.
85. UNGUREAN, S. Deficiențe medicale: cauze și consecințe. Chișinău: CEP Medicina, 2001.

- 122 p. ISBN 9975-945-82-1.
86. VELNIC, A.-A. et al. Clinical diagnosis versus autopsy diagnosis in head trauma. In: *Romanian Neurosurgery*. 2017, nr. 4 (31), pp. 455–464. ISSN 1220-8841.
 87. WHO Technical Report No. 498: International Drug Monitoring: The Role of National Centres. Geneva, Switzerland: WHO. 1972. [citat: 1.06.2022]. Disponibil: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40968/WHO_TRS_498.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 88. WINTERS, B. et al. Diagnostic errors in the intensive care unit: a systematic review of autopsy studies. In: *BMJ quality & safety*. 2012, nr. 11 (21), pp. 894–902. ISSN 2044-5423.
 89. АЛИЕВ, М.Н. Патологоанатомический диагноз в судебной медицине. Благовещенск: АГМА, 2001. 55 p.
 90. АМЕЛЕХИНА, О.Е. et al. Дефекты оказания медицинской помощи нейрохирургическим больным. In: *Альманах судебной медицины*. 2001, nr. 2.
 91. БАЧУ, Г.С. О расхождении клинического и анатомического диагнозов в случаях закрытой травмы грудной клетки. In: *Материалы врачебной научно-практической юбилейной конференции посвященной 100-летию Бельцкой республиканской больницы*. Кишинёв. 1972. pp. 182–183.
 92. БАЧУ, Г.С. О недостатках в диагностике и оценке закрытых повреждений грудной клетки. In: *Актуальные вопросы судебной медицины и патологической анатомии*. Таллинн. Таллинн. 1975. pp. 208–210.
 93. БАШМАКОВ, В.А. Структура и построение судебно-медицинского диагноза. Барнаул: Алтайское БСМЭ, 1991. 48 p.
 94. БАШМАКОВ, В.А., БАЧУРИН, В.Н. Ятрогенное осложнение при оказании медицинской помощи в хирургической практике. In: *Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики*. 2011, nr. 17, pp. 10–15.
 95. БОЖЧЕНКО, А.П., ТОЛМАЧЕВ, И.А., БЕЛЫХ, А.Н. Наступление летального исхода вследствие ятрогенного повреждения ветви межреберной артерии при проведении плевральной пункции. In: *Судебно-медицинская экспертиза*. 2019, nr. 6 (62), pp. 58–62. ISSN 0039-4521.
 96. БОНДАРЕВ, А.В. К вопросу о причинах появления расхождений судебно-медицинского и клинического диагнозов. In: *Молодёжь и медицинская наука. Материалы I межвузовской научно-практической конференции молодых ученых*. Тверь: Редакционно-издательский центр ТГМА, 2013. pp. 18–20. ISBN 978-5-8388-0125-8.
 97. БОНДАРЕВ, А.В. Расхождения между клиническим и судебно-медицинским

- диагнозами, обусловленные комбинированными причинами. In: *Молодёжь и медицинская наука. Материалы II межвузовской научно-практической конференции молодых ученых*. Тверь: Редакционно-издательский центр ТГМА, 2014. pp. 42–46. ISBN 978-5-8388-0139-5.
98. БЫВАЛЬЦЕВ, В.А. Черепно-мозговая травма. Иркутск: ИГМУ, 2018. 154 p.
99. ВАЛЬЧУК, Э.А. Характеристика причин смерти по данным патологоанатомических вскрытий. In: *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. 2008, nr. 4, pp. 22–25. ISSN 2219-6587.
100. ВЕЛИШЕВА, Л.С., БОГУСЛАВСКИЙ, В.. Анализ летальных исходов в лечебных учреждениях (по судебно-медицинским данным). In: *Судебно-медицинская экспертиза*. 1975, nr. 1, pp. 21–24. ISSN 0039-4521.
101. ГАМИДОВ, С.Ш. et al. Характеристика смертности по материалам судебно-медицинских экспертиз трупов. In: *Наука и образование сегодня*. 2020, nr. 6–1 (53), pp. 78–83. ISSN 2414-5718.
102. ГЕРШТЕЙН, Е.Г. Страхование профессиональной ответственности. In: *Человек и лекарство*. 2007, nr. 2 (28), pp. 10–11. ISSN 1728-8800.
103. ДОМАНИН, А.А. Анализ врачебных ошибок в России (2000-2003). [citat: 1.06.2022]. Disponibil: www.pitt.edu/~super7/17011-18001/17041.ppt.
104. ЕФИМОВ, А.А. et al. Анализ структуры причин насильственной смерти в Саратове за 2011-2015 годы. In: *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2016, nr. 1 (12), pp. 27–31. ISSN 2076-2518.
105. ЖУЛИН, С.А. Оценка качества судебно-медицинских экспертиз трупов лиц умерших в стационарах медицинских организаций. In: *Судебная медицина: Тезисы международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики - 2015»*. 2015,.
106. ЖУЛИН, С.А. Особенности судебно-медицинского исследования трупов лиц, умерших в стационарах медицинских организаций. In: *Судебная медицина*. 2016, nr. 4 (2), pp. 42–43. ISSN 2411-8729.
107. ЗАЙРАТЬЯНЦ, О.В. Анализ летальных исходов по данным МОСГОРСТАТА и патологоанатомической службы взрослой сети лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения города Москвы за последние 15 лет (1992-2006гг.). In: *Вестник московского городского научного общества терапевтов*. 2007, pp. 1, 4.
108. ЗАЙРАТЬЯНЦ, О.В., КАКТУРСКИЙ, Л.В., АВТАНДИЛОВ, Г.Г. Правила построения

- патологоанатомического диагноза, оформления медицинского свидетельства о смерти, сопоставления клинического и патологоанатомического диагнозов в соответствии с требованиями МКБ-10. под ред. Медицина, Москва:, 2003. 45 р.
109. ЗБРУЕВА, Ю.В. Анализ летальных исходов в результате травмы среди лиц, умерших в стационарах Астрахани (по данным Бюро судебно-медицинской экспертизы астраханской области). In: *Судебно-медицинская экспертиза*. 2010, nr. 2, pp. 29–31. ISSN 0039-4521.
110. ИСАКОВ, В.Д., ПОВЗУН, С.А., СЫСОЕВ, В.Е. Основные принципы формулирования судебно-медицинского диагноза. Санкт-Петербург: ГУЗ «БСМЭ», 2008. 23 р.
111. КАЗАНЦЕВА, И.А. О целесообразности выделения категорий расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов. In: *Архив патологии*. 2007, nr. 6 (69), pp. 56–58. ISSN 0004-1955.
112. КАЗАРЯН, В.М. Клиническое, медико-правовое и экспертное исследование профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов в ургентной абдоминальной хирургии и меры их профилактики. Автореф. диссертации доктора мед наук. 2008.
113. КЛЕВНО, В.А. Сопоставление клинического и судебно-медицинского диагнозов по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы московской области в 2015 году. Москва: Ассоциация СМЭ, 2016. 66 р. ISBN 978-5-9906081-4-6.
114. КЛЕВНО, В.А. Сопоставление клинического и судебно-медицинского диагнозов по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы московской области в 2017 году. Москва: Ассоциация СМЭ, 2018. 50 р. ISBN 978-5-9906082-4-5.
115. КЛЕВНО, В.А., КУЧУК, С.А. Судебно-медицинский диагноз: руководство. Москва: Ассоциация СМЭ, 2015. 315 р. ISBN 978-5-9905503-4-6.
116. КЛЕВНО, В.А., КУЧУК, С.А., ЛЫСЕНКО, О.В. Судебно-медицинский диагноз в экспертной практике. In: *Судебная медицина*. 2015, nr. 3 (1), pp. 30–33. ISSN 2411-8729.
117. КЛЕВНО, В.А., МАКСИМОВ, А.В. Клинико-морфологический анализ ошибочной диагностики травмы грудной клетки и живота. In: *Вятский медицинский вестник*. 2019, nr. 3 (63), pp. 31–35. ISSN 2220-7880.
118. КОВАЛЕНКО, В.Л. Основные положения теории диагноза. [citat: 1.06.2022]. Disponibil: www.chelsma.ru/files/misc/kovalenko.ppt.
119. КОВАЛЕНКО, В.Л. et al. Индикаторы качества медицинской помощи с учетом результатов клинико-патологоанатомического анализа летальных исходов. In: *Медицинский вестник Башкортостана*. 2014, nr. 5 (9), pp. 73–76. ISSN 1999-6209.
120. КОЖУХАР, В.М. Основы научных исследований. Москва, 2010. 216 р. ISBN

9785394003462.

121. КУЗНЕЦОВ, И.Н. Основы научных исследований. 5-е изд., Москва, 2020. 282 р. ISBN 978-5-394-03684-2.
122. КУПРЮШИН, А.С. Значение клинико-патоморфологического эпикриза для предупреждения ошибок в лечебно-диагностическом процессе. In: *Медицинское право*. 2005, nr. 4, pp. 39–41. ISSN 1813-1239.
123. КУРИЛИНА, Э.В. Анализ расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области, как одно из направлений работы организационно-методического отдела. In: *Актуальные вопросы судебной медицины и практики на современном этапе*. Москва, 2007. pp. 184–189.
124. ЛИХТЕРМАН, Л.Б. Классификация черепно-мозговой травмы. Часть 2. Современные принципы классификации ЧМТ. In: *Судебная медицина*. 2015, nr. 3 (1), pp. 37–48. ISSN 2411-8729.
125. ЛУЖНИКОВ, Е.А., СУХОДОЛОВА, Г.Н. Клиническая токсикология. Москва: МИА, 2008. 576 р. ISBN 978-5-8948-1682-1.
126. МАКАРОВА, А.Е., СВИСТУНОВ, В.В. Биопсийно-секционный курс. Иркутск: ИГМУ, 2018. 104 р.
127. МАКСИМОВ, А.В., КУЧУК, С.А. Характеристика показателей расхождения заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов в случаях смерти от внешних причин в Московской области за период 2014-2018 гг. In: *Судебная медицина*. 2019, nr. 4 (5), pp. 15–19. ISSN 2411-8729.
128. МАТВЕЕВ, Р.П. Анализ причин расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов при политравме. [citat: 1.06.2022]. [дата обращения 05.08.2020]. Disponibil: <https://medbe.ru/materials/politravma/analiz-prichin-raskhozheniy-klinicheskogo-i-patologoanatomicheskogo-diagnozov-pri-politravme/>.
129. МИШНЕВ, О.Д. Ошибки в практике терапевта и хирурга: расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов. In: *Вестник МЕДСИ*. 2008, nr. 1, pp. 62–71.
130. НИЗИЙ, А.В., ЮРТАЕВА, Е.А. Дефекты диагностики лечения, выявленные в ЛПУ г. Находка за 2003-2005гг. In: *Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики*. 2007, nr. 12, pp. 41–44.
131. НИКОНОВА, Е.В., ЧУЧАЛИН, А.Г., ЧЕРНАЯЕВ, А.Л. Пневмонии: эпидемиология, классификация, клинико-диагностические аспекты. In: *РМЖ*. 1997, nr. 17, pp. 2–7. ISSN 1682-4024.

132. ОСИПЕНКОВА-ВИЧТОМОВА, Т.К. Ятрогенные осложнения при лечении лимфогранулематоза. In: *Актуальные вопросы судебной медицины и практики на современном этапе*. Москва, 2006. pp. 310–311.
133. ПАЛЬЦЕВ, М.А. et al. Правила формулировки диагноза. Москва: Росздравнадзор, 2006. 79 p.
134. ПАШИНЯН, Г.А., ТАЛАЛАЕВ, В.Н., АНЮТИН, Р.Г. Экспертная оценка дефектов оказания медицинской помощи в оториноларингологии. In: *Судебно-медицинская экспертиза*. 2004, nr. 4, pp. 3–6. ISSN 0039-4521.
135. ПАШИНЯН, Г.А., ХАРИН, Г.М. Оформление «Заключения эксперта» (экспертиза трупа). Москва: Спутник+, 2006. 92 p.
136. ПЕТРОВСКИЙ, Б.В. Энциклопедический словарь медицинских терминов. 1982. p. 345.
137. ПЕЧЕРЕЙ, И.О., РОМОДАНОВСКИЙ, П.О., ЗАВРАЖНОВ, С.П. Анализ случаев выявления туберкулеза среди лиц находящихся на стационарном лечении с симптомами бронхолегочного заболевания. In: *Сборник научных работ кафедры судебной медицины Московской Медицинской академии им. И.М. Сеченова*. Москва, 2006. pp. 153–154.
138. ПОПОВ, В.Л. Диагноз в судебно-медицинской практике. In: *Судебно-медицинская экспертиза*. 2013, nr. 3, pp. 39–42. ISSN 0039-4521.
139. Приложение №2 к приказу комитета здравоохранения правительства Москвы от 21.04.1997 №219. Положение о сопоставлении клинического и патолого-анатомического диагнозов в лечебно-профилактических учреждениях г. Москвы.
140. Приложение №4 к приказу комитета по здравоохранению Ленинградской области от 06.06.2000 №147. Положение о сопоставлении клинического и патолого-анатомического диагнозов.
141. РОГОВ, К.А., ВЛАДИМИРЦЕВА, А.Л. Правила формулировки и сопоставления заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. Москва: Изд-во РУДН, 2005. 20 p.
142. САМОЙЛОВИЧ, М. Структура расхождения клинического и судебно-медицинского диагнозов в случаях черепно-мозговой травмы. In: *БГМУ в авангарде медицинской науки и практики (выпуск 6)*. Минск: ГУ РНМБ, 2016. pp. 196–199.
143. СЕРЫХ, Б.Т. Клинические классификации с принципами оформления клинического и патологоанатомического диагнозов. Томск: Департамент ЗО Томской обл., 2008. 147 p.
144. СОЛОВЬЕВА, А.С., КОВРОВ, К.Н. Структура и динамика видов насильственной смерти в Архангельской области за 10 лет (по материалам бюро судебно-медицинской

- экспертизы). In: *Технические и естественные науки: инновации и перспективы: сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции 30 января 2020г.* Белгород, 2020. pp. 38–42. ISBN 978-5-6044100-2-8.
145. СТЕМПУРСКИЙ, Ю.Н., МОРОЗОВ, М.Н., ГУБЕРГРИЦ, А.Я. Методология врачебного диагноза и прогноза. Киев: Здоров'я, 1986. 88 p.
146. СУЛТАНОВ, И.Я. О так называемых «редких заболеваниях» в клинике внутренних болезней. In: *Вестник РУДН, серия Медицина.* 2004, nr. 3 (27), pp. 53–55. ISSN 2313-0245.
147. СЫЧУГОВ, Г.В., ДИВИСЕНКО, А.С., ШИМАН, И.Н. Анализ неправильной формулировки заключительного клинического диагноза. In: *Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета И.И. Мечникова.* 2016, nr. 1 (8), pp. 117–122. ISSN 2618-7116.
148. ТОМИЛИН, В.В., СОСЕДКО, Ю.И. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Российской Федерации. In: *Судебно-медицинская экспертиза.* 2000, nr. 1, pp. 3–7. ISSN 0039-4521.
149. ТРУСОВ, О.А., КРАВЧЕНКО, Э.В., МИШНЕВ, О.Д. Сравнительный анализ качества прижизненной диагностики в лечебных учреждениях субъектов Российской Федерации по результатам аутопсий. In: *Омский науч. вестник.* 2007, nr. 3 (61), pp. 46–50. ISSN 2542-0488.
150. ХАЗАНОВ, А.Т., ЧАЛИСОВ, И.А. Руководство по секционному курсу. 3-е изд., Москва: Медицина, 1984. 176 p.
151. ЦЫБЫРНЭ, К.А., БАЧУ, Г.С. Анализ ошибок в диагностике и лечении закрытых травм грудной клетки. In: *Травма груди. Мат. конф. Новое в хирургии.* Пермь, 1972. pp. 223–224.
152. ЧЕМИНАВА, Р.В. et al. Дефекты диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (по материалам судебно-медицинской экспертизы). In: *Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения.* 2006, nr. 1, pp. 232–234. ISSN 2076-4618.
153. ЧУРЮКАНОВ, М.В. Судебно-медицинское значение врачебных ошибок. In: *Сборник научных работ кафедры судебной медицины Московской Медицинской академии им. И.М. Сеченова.* Москва:, 2006. pp. 159–160.
154. ШАПКИНА, Н.Б., САРКИСЯН, Б.А. Судебно-медицинская оценка качества оказания хирургической помощи в Кемеровской области. In: *Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе.* Москва:, 2006. pp. 298–300.

155. ШИГЕЕВ, В.Б., ШИГЕЕВ, С.В. Наставления по судебно-медицинскому вскрытию мёртвых тел. Москва: August Borg, 2014. 376 p. ISBN 978-5-4253-0710-1.
156. ЯРЕМА, И.В. et al. Дефекты в ведении историй болезни в ургентной абдоминальной хирургии и их значение для наступления гражданско-правовой ответственности. In: *Проблемы экспертизы в медицине*. 2006, nr. 3, pp. 9–11. ISSN 0234-6729

ANEXE

Anexa 1

Chestionarul de colectare a datelor documentelor medicale № _____

I. Partea clinică obiectivă

- | | |
|--|--|
| 1. IMSP _____ | 9. Durata internării _____ zile _____ ore |
| 2. Nr. fișei _____ | 10. Internat _____ urgent _____ planic |
| 3. Secția _____ | 11. După debut _____ zile _____ ore |
| 4. Data internării _____ | 12. Vârsta _____ ani _____ luni _____ zile |
| 5. Ora internării _____ | 13. Sex _____ m _____ f |
| 6. Ziua _____ | 14. Ebrietate _____ da _____ nu |
| săptămâni l m m j v s d | |
| 7. Data decesului _____ | 15. Genul morții _____ neviolentă _____ accident |
| 8. Ora decesului _____ | _____ suicid _____ omor |
| 16. Stare la internare _____ satisf. _____ gr.medie _____ gravă _____ f. gravă _____ depășită _____ nearg. | |
| 17. Diagnostic la internare (CIM _____) | |

18. Diagnosticul clinic (CIM _____)

19. Diagnostic final (CIM _____)

II. Partea medico-legală obiectivă

- | | |
|----------------------|---|
| 20. Nr. raport _____ | 22. Diagnosticul medico-legal (CIM _____) |
| 21. Autopsia _____ | |

III. Partea analitică

- | | |
|--|---|
| 23. D. clinic argumentat _____ da _____ nu | 24. Timpul stabilirii d. clinic _____ 24 _____ 48 _____ 72 _____ >72 _____ neind. |
| 25. Divergența bolii de bază _____ da _____ nu | 26. Divergența complicațiilor _____ da _____ nu |
| • După etiologie _____ | 27. Divergența concomitente _____ da _____ nu |
| • După localizare _____ | 28. Categoria divergenței _____ I _____ II _____ III |
| • Hipodiagnosticare _____ | 29. Categoria iatrogeniei _____ I _____ II _____ III |
| • Hiperdiagnosticare _____ | <input checked="" type="checkbox"/> După etiopatogenie
<input checked="" type="checkbox"/> Lipsa rubricării
<input checked="" type="checkbox"/> Complicație – boala de bază |
| • Înlocuirea cu sindrom _____ | |
| • Formularea incorectă _____ | |

30. Cauzele divergenței

- | | |
|--|--|
| ✓ Obiectivă | ✓ Subiectivă |
| • Durata scurtă a spitalizării _____ | • Subestimarea anamnezei _____ |
| • Starea gravă a pacientului _____ | • Supraestimarea anamnezei _____ |
| • Tabloul clinic atipic _____ | • Subestimarea examenului clinic _____ |
| • Boala rară _____ | • Subestimarea datelor de laborator _____ |
| • Manifestare scundă _____ | • Supraestimarea datelor de laborator _____ |
| • Stări mascate _____ | • Subestimarea datelor instrumentale _____ |
| • Lipsa condițiilor de diagnosticare _____ | • Supraestimarea datelor instrumentale _____ |
| • Refuz de investigații _____ | • Subestimarea concluziei specialistului _____ |
| | • Supraestimarea concluziei specialistului _____ |
| | • Formularea incorectă a diagnosticului _____ |

Fișa de colectare a datelor documentelor medicale Nr. 150

I. Partea clinică obiectivă

1. IMSP INN

2. Nr. fișei

3. Secția

4. Data internării

5. Ora internării

6. Ziua săptămânii

7. Data decesului

8. Ora decesului

9. Durata internării (zile)

10. Modul internării
 Planic Urgent

11. După debut (zile)

12. Vârsta ani luni zile

13. Sex
 feminin masculin

14. Stare de ebrietate

15. Genul morții
 neviolentă accident omor suicid

16. Stare la internare

17. Diagnosticul la internare

18. Diagnosticul clinic

19. Diagnosticul final

II. Partea medico-legală obiectivă

20. Nr. raport

21. Data autopsiei

22. Diagnosticul medico-legal

III. Partea analitică

23. Diagnostic clinic argumentat

24. Timpul stabilirii diagnosticului clinic (ore)
 <24 48 72 >72 neindicat

25. Divergența bolii de bază

26. Divergența complicațiilor

27. Divergența concomitente

28. Categoria divergenței
 I II III

29. Categoria iatrogeniei
 I II III

30. Cauzele divergenței

<p>Obiective</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> - Durata scurtă a spitalizării <input type="checkbox"/> - Starea gravă a pacientului <input type="checkbox"/> - Tabloul clinic atipic <input type="checkbox"/> - Boala rară <input type="checkbox"/> - Manifestare scundă <input type="checkbox"/> - Stări mascate <input type="checkbox"/> - Lipsa condițiilor de diagnosticare <input type="checkbox"/> - Refuz de investigații <p>Datele din raport sunt suficiente? <input type="text"/></p> <p>Poate fi utilizat ca caz clinic? <input type="text"/></p>	<p>Subiective</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> - Subestimarea anamnezei <input type="checkbox"/> - Supraestimarea anamnezei <input type="checkbox"/> - Subestimarea examenului clinic <input type="checkbox"/> - Subestimarea datelor de laborator <input type="checkbox"/> - Supraestimarea datelor de laborator <input type="checkbox"/> - Subestimarea datelor instrumentale <input type="checkbox"/> - Supraestimarea datelor instrumentale <input type="checkbox"/> - Subestimarea concluziilor specialistului <input type="checkbox"/> - Supraestimarea concluziei specialistului <input type="checkbox"/> - Formularea incorectă a diagnosticului
---	--

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

UNIVERSITATEA
DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
«NICOLAE TESTEMIȚANU»
DIN REPUBLICA MOLDOVA



MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA

STATE MEDICAL
AND PHARMACEUTICAL UNIVERSITY
«NICOLAE TESTEMIȚANU»
OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA

MD 2004, Chișinău, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165; tel. (+37322) 24-34-08; fax: 24-23-44; e-mail: rector@usmf.md; www.usmf.md

*Aviz favorabil al
Comitetului de Etică a Cercetării*

La Proiectul tezei de doctorat cu titlul „*Divergențele dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice*”, realizat de către doctorandul : Bondarev Anatolii, Conducător Științific: Pădure Andrei, d.h.m., conf. univ.,

Comitetul de Etică a Cercetării USMF „Nicolae Testemițanu”, examinând la ședința din 19 martie 2012 următoarele documente:

1. Forma de solicitare pentru evaluarea etică a cercetării.
2. Protocolul proiectului.
3. Adnotarea la tema tezei de doctor în medicină.
4. CV-urile conducătorului științific și doctorandului.

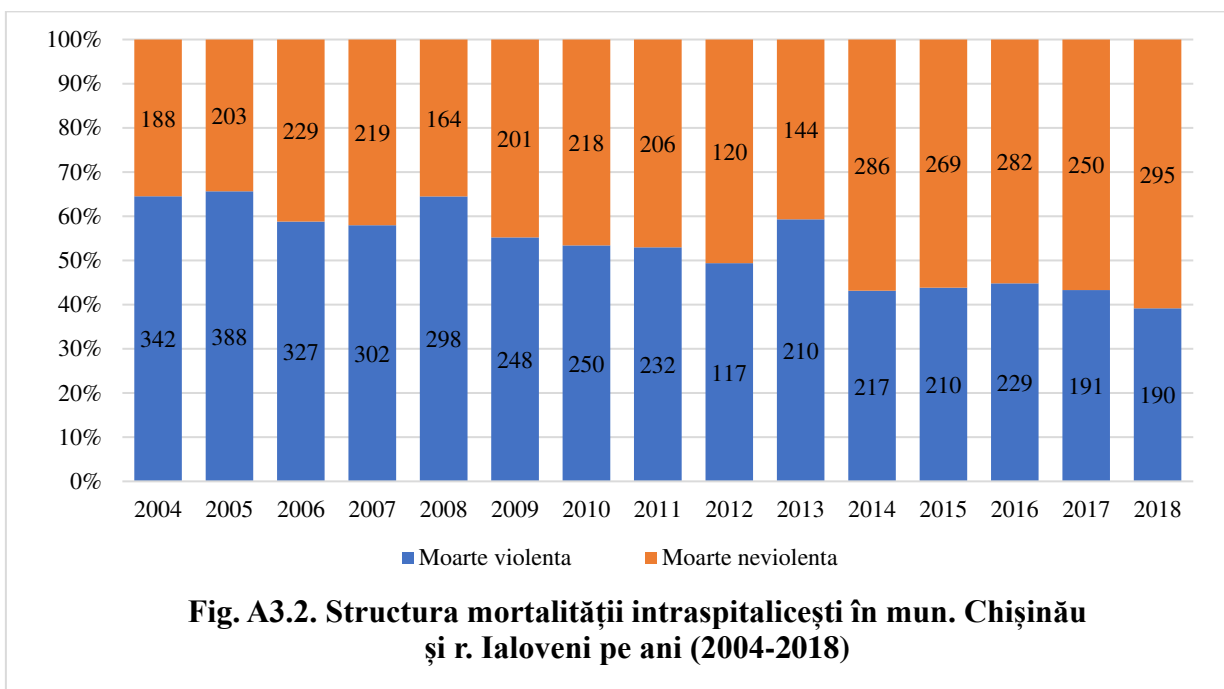
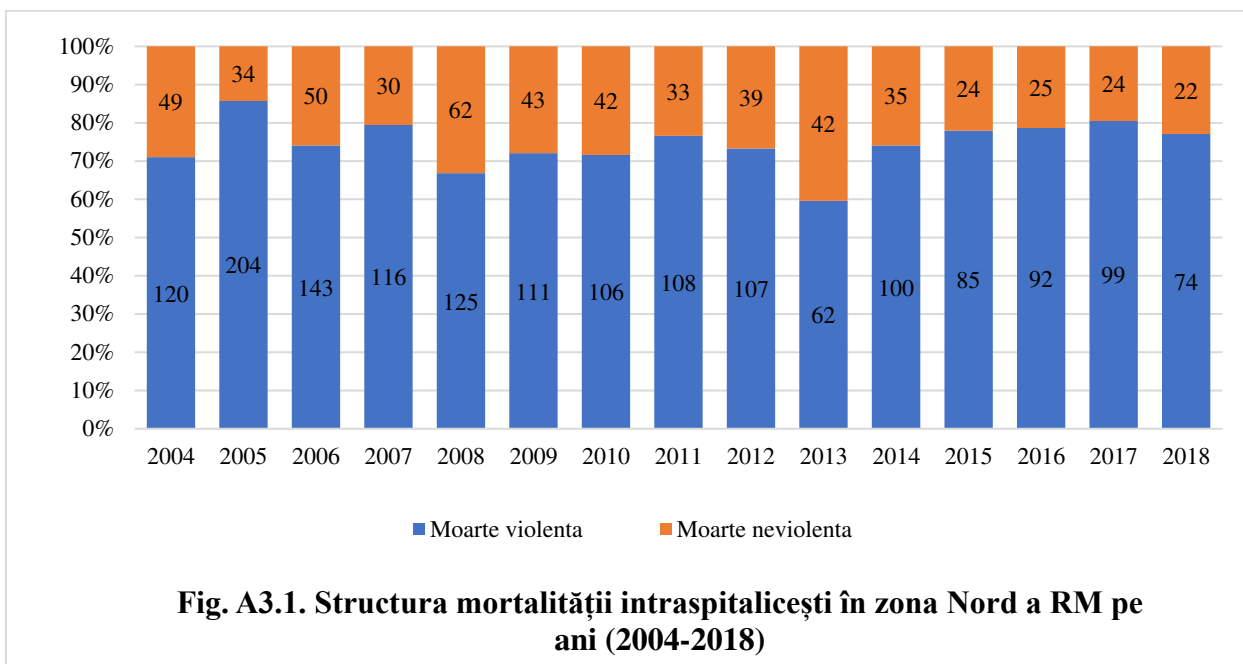
A decis că proiectul de cercetare „*Divergențele dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice*”, realizat de către doctorandul Bondarev Anatolii corespunde exigențelor etice.

Lista nominală a membrilor CEC prezenți în ședință: Eugen Diug, Rojnoveanu Gheorghe, Rusu Natalia, Curocichin Ghenadie, Nacu Viorel, Gramma Rodica, Spinei Larisa, Nemerenco Ala, Gavriiliuc Mihail.

Președintele
Comitetului de Etică a Cercetării

Mihail Gavriiliuc

**STRUCTURA MORTALITĂȚII INTRASPITALICEȘTI
ÎN FUNCȚIA DE ZONA ȚĂRII PE ANI (2004-2018)**



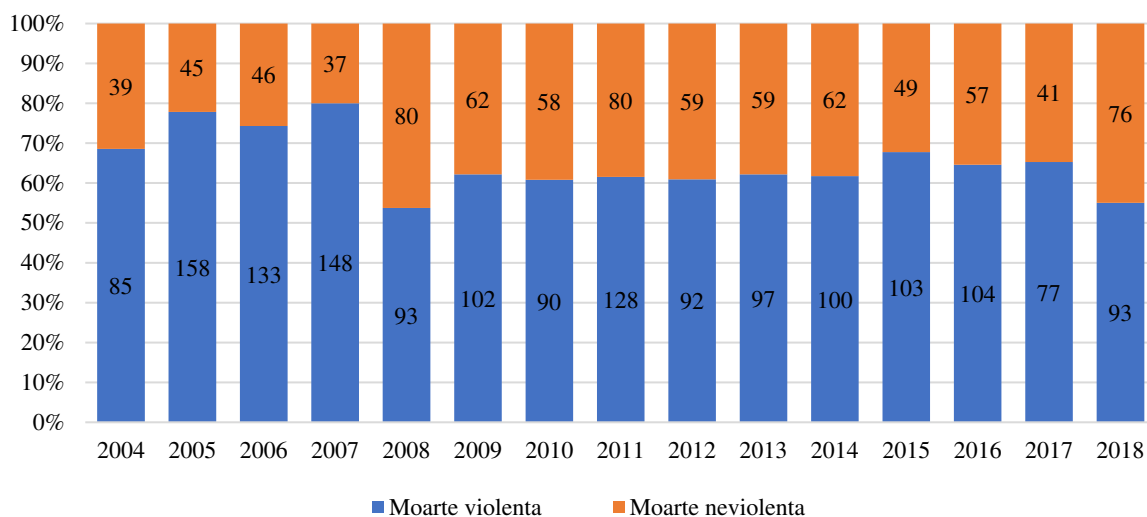


Fig. A3.3. Structura mortalității intraspitalicești în zona Centru a RM pe ani (2004-2018)

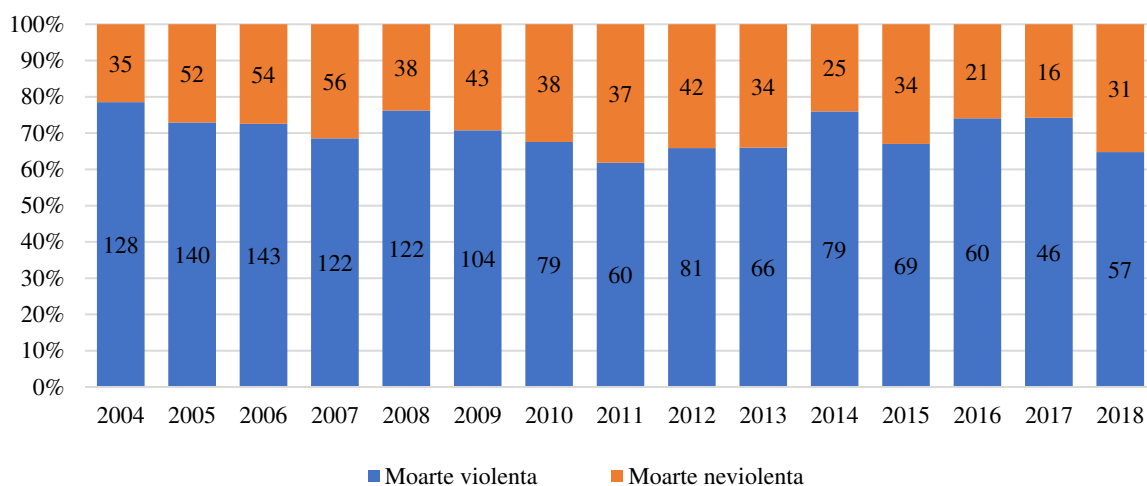


Fig. A3.4. Structura mortalității intraspitalicești în zona Sud a RM pe ani (2004-2018)



CENTRUL DE MEDICINĂ LEGALĂ

PE LĂNGĂ MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA

MD-2025, mun. Chișinău, str. Vladimir Korolenco, 8
Tel.: +37322727933; +37322738284; Fax: +37322727933
www.medicina-legala.md; e-mail: cancelaria.cml@ms.md

ORDIN mun. Chișinău

din 09 iunie 2016

Nr.24

Cu privire la aprobarea Ghidului
privind elaborarea diagnosticului medico-
legal în cazurile de moarte violentă

În scopul înlăturării lacunelor ce țin de elaborarea diagnosticului medico-legal în procesul efectuării expertizelor/constatărilor privind cadavrele în cadrul CML, cât și unificării acestei proceduri, în temeiul p.6, sp.4) și p.9, sp.5) al Regulamentului Centrului de Medicină Legală,

APROB:

1. Ghidul privind elaborarea diagnosticului medico-legal în cazurile de moarte violentă, conform anexei.

ORDON:

1. Experții judiciari medico-legali se vor conduce în procesul elaborării diagnosticelor medico-legale în cazurile de moarte violentă de prevederile Ghidului aprobat.
2. Șeful secției evaluare și monitorizare, dl C. Ciorba:
 - 1) va asigura multiplicarea și furnizarea Ghidului aprobat în toate secțiile medico-legale teritoriale și secția Expertize medico-legale în comisie;
 - 2) va aduce la cunoștința șefilor de secții indicate prevederile prezentului ordin contra semnătură.
3. Șefii secțiilor medico-legale indicate la p.2, sp.1):
 - 1) vor aduce la cunoștința experților judiciari medico-legali ai secției pe care o conduc prevederile prezentului ordin contra semnătură;
 - 2) vor asigura controlul privind respectarea de către angajații din subordine a prevederilor Ghidului.

Controlul executării prevederilor prezentului ordin se atribuie vicedirectorului, dlui Andrei Pădure.

Director

Valeri SAVCIUC



CENTRUL DE MEDICINĂ LEGALĂ

PE LÂNGĂ MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA

MD-2025, mun. Chișinău, str. Vl. Korolenco, 8; tel./fax: 37322727933
pagina web: www.medicina-legala.md; e-mail: cancelaria.cml@ms.md



DISPOZIȚIE

mun. Chișinău

din 27 octombrie 2017

nr. 3

Privind constatarea deficiențelor esențiale
în acordarea asistenței medicale

Ținând cont de identificarea unor cazuri de nerespectare de către medicii anatomopatologi a prevederilor pct. 3.22 și 3.23 ale Ghidului practic privind evidență, completarea și eliberarea certificatelor medicale constatatoare ale decesului, aprobat prin ordin comun Ministerul Sănătății, Departamentul Statistică și Sociologie, Departamentul Tehnologiei Informaționale nr. 72/23/13 din 15.02.2006, Ordinul comun MS/MAI nr. 369/145 din 20.05.2016 cu privire la măsuri de îmbunătățire a conlucrării dintre MS și MAI, ordinului MS nr. 265 din 03.08.2009 privind "Instrucțiunea cu privire la completarea fișei medicale a bolnavului de staționar (F 003/e)", în temeiul pct. 6 sp. 8) și 9 sp. 8) ale Regulamentului Centrului de Medicină Legală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 58 din 04.02.2010,

DISPUN:

1. Experții judiciari medico-legali din secțiile medico-legale teritoriale și secția Expertize medico-legale în comisie vor informa conducerea CML prin întocmirea unei note informative în termen de 5 zile de la identificarea următoarelor situații:
 - 1) examinarea deceselor de moarte violentă sau suspiciune la aceasta de către medicii anatomopatologi;
 - 2) constatarea divergențelor majore dintre diagnosticul clinic și medico-legal, precum și a cazurilor de deces urmare a manipulațiilor medicale;
 - 3) depistarea abaterilor esențiale în completarea fișei medicale a bolnavului de staționar (F 003/e), sau altor documente medicale;
2. Șeful secției Evaluare și monitorizare (dl C. Ciorba), va aduce la cunoștința șefilor de secții indicate prevederile prezentei dispoziții contra semnătură.
3. Șefii secțiilor medico-legale indicate vor aduce la cunoștința experților judiciari medico-legali din subordine prevederile prezentei dispoziții contra semnătură.
4. Controlul executării prevederilor prezentei dispoziții mi-l asum.

Director

Valeri SAVCIUC

APROBAT:

Prorector pentru activitatea științifică

USMF „Nicolae Testemițanu”

Dr. hab. șt. med., profesor universitar

Gh. Rojnovceanu

2016



ACTUL nr. 72
DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI
(în procesul științifico – didactic și practic)

1. Denumirea ofertei pentru implementare: **PRINCIPIILE DE ELABORARE A DIAGNOSTICULUI MEDICO-LEGAL ÎN CAZURILE DE MOARTE VIOLENTĂ**
2. Autorii/coautorii: Andrei Pădure, Anatolii Bondarev
3. Sursa de informație: Prezenta propunere este elaborată prin colaborare a Centrului de Medicină Legală pe lângă MS RM cu USMF „N. Testemițanu”, catedra Medicină legală, și se bazează pe cercetările științifice efectuate de autori în cadrul tezei de doctor în științe medicale lui A. Bondarev „Divergențele dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice”, sub conducerea lui A. Pădure.
4. Unde și când a fost implementată: În procesul practic de efectuare a expertizelor medico-legale privind cadavrele în cadrul subdiviziunilor Centrului de Medicină Legală pe lângă MS al RM și în activitatea didactică cu studenții, rezidenții și medicii practicieni desfășurată în cadrul catedrei de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”
5. Eficacitatea implementării: Semnificația implementării principiilor propuse în procesul științifico-didactic constă în însușirea principiilor teoretice de formulare a diagnosticului medico-legal, structurii și particularităților acestuia în cazurile de moarte violentă, iar semnificația practică constă în dezvoltarea abilităților de elaborare corectă a diagnosticului medico-legal în asemenea circumstanțe.
6. Obiecții/proponeri: Valoarea aplicativă a principiilor propuse o constituie ameliorarea calității efectuării expertizelor medico-legale privind cadavrele prin elaborarea unui diagnostic medico-legal unificat, corect și corespunzător.
7. Prezenta inovație este implementată conform descrierii în Cererea de inovație, certificată cu nr. 5522

**Facultatea de medicină nr.1,
Șef catedră Medicină legală,
conf. univ., dr. hab. șt. med**

Andrei Pădure

**Șef Departament Știință,
prof. univ., dr. hab. șt. med.**

Ghenadie Curocichin



"APROB"

Prorector pentru activitatea științifică
IP USMF „Nicolae Testemițanu” din RM

Prof. univ., dr. hab. șt. med.,

Gh.ROJNOVEANU

“12” aprilie 2019

ACTUL nr. 7

DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI

(în procesul științifico-practic)

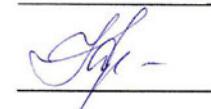
1. **Denumirea ofertei pentru implementare:** *"APLICAREA METODICII TIP DE EFECTUARE A EXPERTIZEI JUDICIARE MEDICO-LEGALE A CADAVRELOR ȘI PĂRȚILOR DE CADAVRE UMANE"*
2. **Autori:** Andrei Pădure, dr. hab. șt. med., conf. univ.; Valeri Savciuc, director al CML; Anatolii Bondarev, asistent universitar
3. **Numărul inovației Nr. 5683 din 12 aprilie 2019.**
4. **Unde și când a fost implementată:** Propunerea este implementată în calitate de algoritm de efectuare a expertizei medico-legale în cadrul Centrului de Medicină Legală.
5. **Eficacitatea implementării:** Metodica tip asigură o abordare unică standardizată în procesul efectuării expertizei medico-legale. Inovația servește expertului judiciar practician pentru ghidare, iar colectivului catedrei Medicină legală – în procesul de instruire a rezidenților și educație medicală continuă a medicilor legiști. Inovația reprezintă o premieră absolută pentru teoria și practica medico-legală autohtonă.
6. **Obiecții/Propuneri:** Valoarea aplicativă a metodei o constituie asigurarea dreptului cetățenilor Republicii Moldova a la o justiție echitabilă în cazurile decesului prin cauze violente sau în circumstanțe suspecte.

Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cerere

Catedra Medicină legală
Prof. univ., dr. hab. șt. med.

 **Gheorghe BACIU**

Șef departament știință,
Prof. univ., dr. hab. șt. med.

 **Ghenadie CUROCICHIN**



CENTRUL DE MEDICINĂ LEGALĂ

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA

MD-2025, mun. Chișinău, str. Vl. Korolenco, 8; tel./fax: 37322727933;
IDNO 1006601004105; www.medicina-legala.md; e-mail: cancelaria.cml@ms.md



Nr. _____ din “ 12 ” aprilie 2019
La nr. _____ din “ _____ ” _____ 2019

“APROB”

Directorul Centrului de Medicină Legală

Valeri SAVCIUC

ACT

DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI

- Denumirea ofertei pentru implementare:** *”APLICAREA METODICII TIP DE EFECTUARE A EXPERTIZEI JUDICIARE MEDICO-LEGALE A CADAVRELOR ȘI PĂRȚILOR DE CADAVRE UMANE”*
- Autori:** Andrei Pădure, dr. hab. șt. med., conf. univ.; Valeri Savciuc, director al CML; Anatolii Bondarev, asistent universitar
- Numărul inovației Nr. 5683 din 12 aprilie 2019.**
- Unde și când a fost implementată:** Propunerea este implementată prin ordinul nr.40 din 28.12.2017 în calitate de algoritm de efectuare a expertizei medico-legală în cadrul Centrului de Medicină Legală.
- Eficacitatea implementării:** Metodica tip asigură o abordare unică standardizată în procesul efectuării expertizei medico-legală. Inovația servește expertului judiciar practician pentru ghidare, iar colectivului catedrei Medicină legală – în procesul de instruire a rezidenților și educație medicală continuă a medicilor legiști. Inovația reprezintă o premieră absolută pentru teoria și practica medico-legală autohtonă.
- Obiecții/Propuneri:** Valoarea aplicativă a metodei o constituie asigurarea dreptului cetățenilor Republicii Moldova a la o justiție echitabilă în cazurile decesului prin cauze violente sau în circumstanțe suspecte.

Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cerere

Vicedirector,
Conf. univ., dr. hab. șt. med.

Andrei PĂDURE



"APROB"

Prorector pentru activitatea științifică
IP USMF „Nicolae Testemițanu” din RM

Prof. univ., dr. hab. șt. med.,

Gh.ROJNOVEANU

“24” aprilie 2019

ACTUL nr. 28

DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI

(în procesul științifico-practic)

1. **Denumirea ofertei pentru implementare:** *"APLICAREA METODICII TIP DE EFECTUARE A EXPERTIZEI JUDICIARE MEDICO-LEGALE ÎN BAZA DOCUMENTELOR MEDICALE"*
2. **Autori:** Andrei Pădure, dr. hab. șt. med., conf. univ.; Valeri Savciuc, director al CML; Aurel Vicol, șef secție clinică Chișinău a CML; Anatolii Bondarev, asistent universitar.
3. **Numărul inovației:** *Nr.5704 din 24 aprilie 2019.*
4. **Unde și când a fost implementată:** Propunerea este implementată în calitate de algoritm de efectuare a expertizei medico-legale în cadrul Centrului de Medicină Legală.
5. **Eficacitatea implementării:** Metodica tip asigură o abordare unică standardizată în procesul efectuării expertizei medico-legale. Inovația servește expertului judiciar practician pentru ghidare în procesul efectuării expertizei judiciare medico-legale în baza documentelor medicale în toate specialitățile de expertiză medico-legală. Inovația reprezintă o premieră absolută pentru teoria și practica medico-legală autohtonă.
6. **Obiecții/Propuneri:** Valoarea aplicativă a metodei o constituie asigurarea dreptului cetățenilor Republicii Moldova la o justiție echitabilă în cazurile investigării infracțiunilor îndreptate împotriva sănătății, integrității corporale, inviolabilității sexuale și vieții.

Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cerere

Catedra Medicină legală
Prof. univ., dr. hab. șt. med.

GyH Baciu Gheorghe BACIU

Șef departament știință,
Prof. univ., dr. hab. șt. med.

Gh Ghenadie CUROCICHIN



CENTRUL DE MEDICINĂ LEGALĂ

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA

MD-2025, mun. Chișinău, str. Vl. Korolenco, 8; tel./fax: 37322727933;
IDNO 1006601004105; www.medicina-legala.md; e-mail: cancelaria.cml@ms.md



Nr. _____ din “ 24 ” aprilie 2019
La nr. _____ din “ _____ ” _____ 2019



“APROB”
Directorul Centrului de Medicină Legală
Valeri SAVCIUC

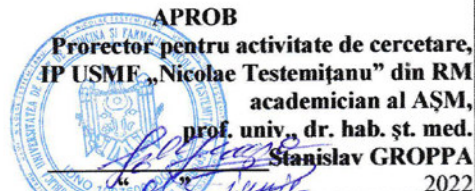
ACT DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI

- 1. Denumirea ofertei pentru implementare:** *”APLICAREA METODICII TIP DE EFECTUARE A EXPERTIZEI JUDICIARE MEDICO-LEGALE ÎN BAZA DOCUMENTELOR MEDICALE”*
- 2. Autori:** Andrei Pădure, dr. hab. șt. med., conf. univ.; Valeri Savciuc, director al CML; Aurel Vicol, șef secție clinică Chișinău a CML; Anatolii Bondarev, asistent universitar.
- 3. Numărul inovației:** *Nr. 5704/28 din 24 aprilie 2019.*
- 4. Unde și când a fost implementată:** Propunerea este implementată prin ordinul nr.44 din 18.10.2018 în calitate de algoritm de efectuare a expertizei medico-legale în cadrul Centrului de Medicină Legală.
- 5. Eficacitatea implementării:** Metodica tip asigură o abordare unică standardizată în procesul efectuării expertizei medico-legale. Inovația servește expertului judiciar practician pentru ghidare în procesul efectuării expertizei judiciare medico-legale în baza documentelor medicale în toate specialitățile de expertiză medico-legală, iar colectivului catedrei Medicină legală – în procesul de instruire a rezidenților și educație medicală continuă a medicilor legiști. Inovația reprezintă o premieră absolută pentru teoria și practica medico-legală autohtonă.
- 6. Obiectii/Propuneri:** Valoarea aplicativă a metodei o constituie asigurarea dreptului cetățenilor Republicii Moldova la o justiție echitabilă în cazurile investigării infracțiunilor îndreptate împotriva sănătății, integrității corporale, inviolabilității sexuale și vieții.

Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cerere

Vicedirector,
Conf. univ., dr. hab. șt. med.

Andrei PĂDURE



ACTUL nr. 30
DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI
(în procesul științific)

- 1. Denumirea ofertei pentru implementare:** „UTILIZAREA CHESTIONARULUI DE EVALUARE A DIVERGENȚELOR DINTRE DIAGNOSTICUL CLINIC ȘI MEDICO-LEGAL”
- 2. Autori:** Anatolii Bondarev, asist. univ.; Andrei Pădure, dr. hab. șt. med., conf. univ.
- 3. Numărul inovației:** Nr. 5908 din 20 mai 2022.
- 4. Unde și când a fost implementată:** Propunerea este implementată în calitate de instrument științific pentru realizarea în cadrul Catedrei de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu” a proiectului de cercetare doctorală „Divergențele dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice” din anul 2012 și până în prezent.
- 5. Eficacitatea implementării:** Chestionarul facilitează culegerea datelor atât din fișa medicală a bolnavului de staționar, cât și din raportul de expertiză judiciară medico-legală privind cadavrele pacienților decedați în instituțiile medico-sanitare, în vederea confruntării diagnosticelor pentru stabilirea divergențelor dintre acestea, aprecierea categoriei necoincidenței, dar și cauzelor lor. Chestionarul a servit drept bază a culegerii materialului primar pentru proiectul de cercetare „Divergențele dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice”.
- 6. Rezultatele:** Valoarea aplicativă a inovației înaintate o constituie propunerea unui instrument pentru culegerea datelor privind divergențele dintre diagnosticul clinic și medico-legal. Chestionarul poate fi ajustat pentru analiza divergențelor dintre diagnosticul clinic și medico-legal constatate de către expertul medico-legal în procesul efectuării expertizei cadavrului pacientului decedat în staționar.

Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cerere.

Șeful Catedrei de medicină legală,
dr. hab. șt. med., conf. univ.

Andrei PĂDURE

Șefa Departamentului Cercetare,
dr. hab. șt. med., conf. univ.

Elena RAEVSCHI

El Groppa.





Republica Moldova
Ministerul Sănătății,
Muncii și Protecției Sociale

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 5683

Pentru inovația cu titlul
**Aplicarea metodicii tip de efectuare a
expertizei judiciare medico-legale a
cadavrelor și părților de cadavre umane**

Inovația a fost înregistrată pe data de **12 aprilie 2019**
la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
"Nicolae Testemițanu"

Se recunoaște calitatea de autor(i)

**PĂDURE Andrei, SAVCIUC Valeri,
BONDAREV Anatolii**



Data eliberării

12 aprilie 2019

L.S.

(Semnătura autorizată)





Republica Moldova
Ministerul Sănătății,
Muncii și Protecției Sociale

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 5704

Pentru inovația cu titlul

**Aplicarea metodicii tip de efectuare a
expertizei judiciare medico-legale în baza
documentelor medicale**

Inovația a fost înregistrată pe data de **24 aprilie 2019**
la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
"Nicolae Testemițanu"

Se recunoaște calitatea de autor(i)

**PĂDURE Andrei, SAVCIUC Valeri,
VICOL Aurel, BONDAREV Anatolii**

Data eliberării: **24 aprilie 2019**

L.S.

(Semnătura autorizată)



Republica Moldova
Ministerul Sănătății

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 5908

Pentru inovația cu titlul
**UTILIZAREA CHESTIONARULUI DE
EVALUARE A DIVERGENȚELOR DINTRE
DIAGNOSTICUL CLINIC ȘI MEDICO-LEGAL**

Inovația a fost înregistrată pe data de 20 mai 2022
la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
"Nicolae Testemițanu"

Se recunoaște calitatea de autor(i)


BONDAREV Anatolii, PĂDURE Andrei



Data eliberării

20 mai 2022


(Semnătura autorizată)

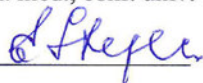
	CD 8.5.1 CURRICULUM DISCIPLINĂ	Redacția:	06
		Data:	20.09.2017
		Pag. 1/7	

FACULTATEA DE STOMATOLOGIE
PROGRAMUL DE STUDII 0911.1 STOMATOLOGIE
CATEDRA DE MEDICINĂ LEGALĂ

APROBATĂ
 la ședința Comisiei de asigurare a calității și
 evaluării curriculare facultatea de Stomatologie
 Proces verbal nr. 3 din 16.07.2018

Președinte, dr. șt. med., conf. univ.

Stepco Elena

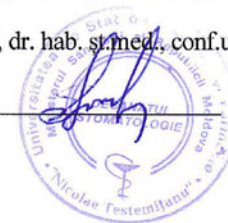


APROBATĂ
 la ședința Consiliului Facultății
 de Stomatologie

Proces verbal nr. 6 din 20.07.2018

Decanul Facultății, dr. hab. șt. med., conf. univ.

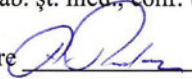
Ciobanu Sergiu



APROBATĂ
 la ședința Catedrei de Medicină legală
 Proces verbal Nr. 1 din 29.08.2017

Șef catedră dr. hab. șt. med., conf. univ.

Andrei Pădure



CURRICULUM

DISCIPLINA DIAGNOSTICUL MEDICAL

Studii integrate

Tipul cursului: **Disciplină la liberă alegere**

Chișinău, 2017

Tabelul A9.1. Modul internării pacienților în lotul analizat

Nr.	Modul internării	Numărul de cazuri	
		abs	%
1.	Planic	3	1,97
2.	Urgent	149	98,03
	Total	152	100,0%

Tabelul A9.2. Termenul de la debutul bolii/traumatizare până la internare

Nr.	Termenul	Numărul de cazuri	
		abs	%
1.	Imediat	106	69,74
2.	Mai puțin de 1 zi	18	11,84
3.	1 – 3 zile	18	11,84
4.	Mai mult de 3 zile	10	6,58
	Total	152	100,0%

Tabelul A9.3. Ponderea cazurilor în funcția de profilul secției

Nr.	Secția	Numărul de cazuri	
		abs	%
1.	Neurochirurgie	59	38,82
2.	Reanimare și terapie intensivă	37	24,34
3.	Chirurgie generală și toracală	23	15,13
4.	Traumatologie și traume asociate	20	13,16
5.	Profil terapeutic (terapie, neurologie etc.)	13	8,55
	Total	152	100,0%

Tabelul A9.4. Repartizarea pacienților în funcție de vârstă

Nr.	Perioadele de vârstă (după OMS)	Numărul de cazuri	
		abs	%
1.	Copii (sub 18 ani)	5	3,29
2.	Vârstă tânără (18 – 44)	40	26,32
3.	Vârstă medie (45 – 60)	60	39,47
4.	Vârstă avansată (61 – 75)	36	23,68
5.	Vârstă senilă (mai mult de 75)	11	7,24
	Total	152	100,0%

Tabelul A9.5. Structura lotului în funcția de genul morții

Nr.	Genul morții	Numărul de cazuri	
		abs	%
1.	Accident	101	66,45
2.	Omucidere	12	7,89
3.	Suicid	4	2,63
4.	Neviolentă	35	23,03
	Total	152	100,0%

Tabelul A9.6. Starea generală a pacienților la internare

Nr.	Starea generală	Numărul de cazuri	
		abs	%
1.	Depășită	8	5,26
2.	Foarte gravă	35	23,03
3.	Gravă	62	40,79
4.	Gravitate medie	24	15,79
5.	Satisfăcătoare	10	6,58
6.	Neargumentată	13	8,55
	Total	152	100,0%

Tabelul A9.7. Durata tratamentului în lotul analizat

Nr.	Durata tratamentului	Numărul de cazuri	
		abs	%
1.	0 – 3 zile	72	47,37
2.	3 – 7 zile	33	21,71
3.	7 – 14 zile	28	18,42
4.	Mai mult de 14 zile	19	12,50
	Total	152	100,0%

Tabelul A9.8. Timpul stabilirii diagnosticului clinic în lotul analizat

Nr.	Timpul stabilirii (ore)	Numărul de cazuri	
		abs	%
1.	24	25	16,45
2.	48	26	17,01
3.	Neindicat	101	66,54
	Total	152	100,0%

Tabelul A9.9. Frecvența comparativă a diferitor tipuri de traume în diagnosticile clinic și medico-legal

Nr.	Tipul traumei	Diagnosticul clinic				Diagnosticul medico-legal			
		abs	P	CI 95%	p	abs	P	CI 95%	p
1.	Traumă cranio-cerebrală	104	68,42	55,9–82,9	p<0,001	87	57,24	45,84–70,6	p<0,001
2.	Traumă a toracelui	41	26,97	19,36–36,59	p<0,001	62	40,79	31,27–52,29	p<0,001
3.	Traumă vertebro-medulară	8	5,26	2,27–10,37	p>0,001	20	13,16	8,04–20,32	p>0,001
4.	Traumă a abdomenului	14	9,21	5,03–15,45	p>0,001	24	15,79	10,12–23,49	p<0,001
5.	Traumă a membrelor	11	7,24	3,61–12,94	p>0,001	28	18,42	12,24–26,62	p<0,001

Declarația privind asumarea răspunderii

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

BONDAREV Anatolii

Semnătura

Data

CURRICULUM VITAE

Numele: Bondarev
Prenumele: Anatolii
Cetățenia: MDA
Data și locul nașterii: 24 septembrie 1985, or. Chișinău
E-mail: anatolii.bondarev@usmf.md



Studii:

2011 – 2015 – Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie «Nicolae Testemițanu», Doctorat la specialitatea 351.01 Medicină legală.
2008 – 2011 – Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie «Nicolae Testemițanu», Rezidențiat la specialitatea Medicină legală.
2002 – 2008 – Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie «Nicolae Testemițanu», facultatea Medicina generală.
1992 – 2002 – Liceul teoretic «Matei Basarab», mun. Chișinău.

Cunoașterea limbilor: Română, Rusă – maternă
Engleză – B2 (USM nr. LS 51/12 din 28.05.2012)

Experiența profesională:

- Din decembrie 2018 – membru al Comitetului tehnic național CT 69 „Criminalistica”.
- Din 26 octombrie 2020 – expert judiciar medico-legal, secție Analitico-științifică, Centrul de Medicină Legală;
- 17 aprilie 2017 – 25 octombrie 2020 – șef secție Analitico-științifică, Centrul de Medicină Legală;
- Din 15 septembrie 2015 – expert judiciar medico-legal, secția Tanatologică mun. Chișinău, Centrul de Medicină Legală;
- 2 ianuarie 2012 – 16 aprilie 2017 – expert judiciar medico-legal, secția Evaluare și monitorizare, Centrul de Medicină Legală;
- Din 1 septembrie 2011 – asistent universitar, șef de studii, catedra Medicină legală, USMF «Nicolae Testemițanu» (responsabil pentru funcționarea Sistemului de management al calității ISO 9001);

Stagii, cursuri:

- Programul de formare „Integrarea drepturilor omului în programele de instruire în sănătate”, USMF, UNAIDS, 4-5.07.2022.
- Cursul de instruire „Prezentarea bunelor practici naționale și internaționale de identificare și documentare a cazurilor de violență în familie”, AO CDF, 31.05.2022.
- Cursul de instruire „Auditor intern pentru sistemul de management integrat conform ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 45001:2018”, TUV Austria România, 10.08-14.08.2020.
- Cursul de instruire „Auditor intern pentru sisteme de management al calității (SM EN ISO 9001:2015)”, Institutul de Standardizare din Moldova, 25-27.02.2020.

- Cursul de instruire „Răspunsul serviciului de medicină legală în cazul infracțiunilor privind viața sexuală”, CI „La Strada”, 3.10.2019.
- Training event „Personal data protection requirements for the health sector”, Twinning project „Capacity Building of the National Center for Personal Data Protection”, 28.03.2019.
- Modul de formare continuă „Violență în familie și în baza de gen”, USMF, 21.01-30.01.2019.
- Seminar de instruire *Proprietatea intelectuală – instrument de valorificare a rezultatelor cercetării. Rolul informației de brevet în societatea modernă*, AGEPI, 2-3.02.2017.
- Modul de formare continuă „Psihopedagogia învățământului superior”, USMF, 16.02-9.03.2017

Publicații științifice: autor și coautor la 2 indicații metodice, 2 metodici-tip de efectuare a expertizei, 33 articole științifice, 45 teze la conferințe naționale și internaționale și 4 inovații.

Participarea la manifestări științifice:

- Seminarul științifico-practic „Aspecte juridice în practica medicală”. (Chișinău. 16 martie 2022).
- 100. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin. (München, Germany. 13-16 septembrie 2021);
- Conferința științifică națională cu participare internațională „Integrare prin cercetare și inovare”. (Chișinău. 10-11 noiembrie 2021);
- The International Conference of forensic Medicine, 4-th edition. (Cluj-Napoca, România. 30.09-03.10.2021);
- Congresul Internațional al medicilor legiști, Ucraina, Cernăuți. 4-5.07.2019.
- 35-th Balkan Medical Week. Healthy Ageing: an endless challenge. (Athens, Greece. 25-27 septembrie 2018);
- 35-th Balkan Medical Week: Healthy Ageing and endless change. Grecia, Atena, 25-27.09.2018.
- Congresul Internațional și școala științifico-practică „Întrebările actuale ale medicinei legale și practicii expertale – 2018”. Federația Rusă, Moscova, 18-20.04.2018.

Abilități, experiențe:

Am participat la elaborarea actelor normative la nivel instituțional și național. Utilizator de calculatoare la nivel avansat. Sunt comunicabil, ușor mă adaptez la condiții stresorice de lucru.