

MEDICUL-INTERNIST ȘI SPECIALIZAREA MEDICINEI

Filip AMBROS, Nina MUNTEANU,
IP USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Internist and specialization of medicine

The article is about some aspects of practical medicine in relation to health care reform in Moldova, especially the transition to primary care by family physicians, as well as phenomenon of specialization and supraspecialization in internal medicine under technical progress. It highlights some positive and negative consequences of these processes, first of all, lack of proper internist in the territory and even in some hospitals. The proposals are to adapt programs and methods of training doctors at university and residency stage under continuing supraspecialization and technical progress in medicine.

Keywords: internist, medicine, specialization, family physician

Резюме

Терапевт и специализация медицины

Обсуждаются некоторые вопросы практической медицины в связи с реформой системы общественного здравоохранения в Республике Молдова, в частности переход к оказанию первичной медицинской помощи семейными врачами; феномен узкой специализации, сверхспециализация и прогресс техницизации медицины. Наряду с положительным эффектом этих явлений приводятся и некоторые негативные последствия: отсутствие врача терапевта во внебольничной сфере, приближение врача к аппарату и отдаление его от больного. Предлагается возвращение врача терапевта в первичное звено здравоохранения, адаптация программ и методов подготовки врачей на университетском этапе и в резидентуре, в соответствии со сверхспециализацией и техницизацией медицины.

Ключевые слова: специализация, техницизация медицины, семейный врач, терапевт

Specializarea în medicina internă este un fenomen vechi, un proces inevitabil și progresiv, influențat de creșterea continuă a volumului de informație în domeniu și a cerințelor practicii medicale, pentru implementarea metodelor moderne de diagnostic și tratament, precum și pentru asigurarea calității asistenței medicale.

Ar fi fost absolut imposibil de a păstra aria medicinei interne din sec. XVIII-XIX. Prima catedră de medicină internă, care a fost fondată în 1754 [K. Vosschulte, 1966], cuprindea mai multe domenii ale medicinei. Iar în Rusia, în a doua jumătate a secolului XIX, clinica de medicină internă, de rând cu bolile

interne, includea chiar și ginecologia și otorinolaringologia [1]. Treptat, mai cu seamă în a doua jumătate a sec. XIX, de la medicina internă s-au separat pediatria, dermatovenerologia, neuropatologia, bolile infecțioase și alte specialități.

Acest proces de specializare s-a intensificat în a două jumătate a sec. XX. După instituirea specialităților fiziologie, hematologie, endocrinologie, au început specializările pentru fiecare organ intern – cardiologie, pneumologie, gastrologie, hepatologie, nefrologie. Secțiile de boli interne în spitale s-au reprofilat în secții specializate, uneori formal, fără a fi în modul convenit dotate cu utilaj, dispozitive medicale și laboratoare. S-au profilat și interniștii din staționare, devenind specialiști de organ. Astfel, medicii-interniști au rămas numai la spitalele de circumscripție și la dispensare.

Odată cu trecerea la medicina de familie, majoritatea interniștilor de circumscripție au devenit medici de familie. Pentru ei, mai ales pentru cei din mediul rural, adaptarea la noua specialitate nu a prezentat mari probleme, deoarece ei îndeplineau majoritatea activităților medicului de familie de azi. Medicii-interniști, într-un număr mic, au rămas numai în secțiile de boli interne (nespecializate) în cadrul spitalelor, în unele centre medicale private și la catedrele universitare de medicină internă.

Datele statistice naționale denotă că, la finele anului 2015, în Republica Moldova au rămas doar 378 de medici-interniști (1,1 la 10.000 populație), dintre care: în spitalele municipale – 107, în cele raionale – 141 și în cele republicane – 130. Este de menționat că în raioanele Nisporeni, Leova, Rezina, Taraclia și Vulcănești activează câte doi interniști; în Dondușeni, Sângerei și Cimișlia – câte unul, iar în Basarabeasca, Dubăsari și Ștefan Vodă – niciunul. Și numărul de paturi terapeutice este în scădere continuă: în anul 2015 numărul lor a fost micșorat cu încă 48 de paturi (de la 1186 în 2014 la 1138 în 2015).

În această situație este evidentă necesitatea elaborării unei strategii de către Ministerul Sănătății, Ministerul Educației Naționale și Ministerul Economiei al Republicii Moldova (pe timp scurt, timp mediu și de durată) privind asigurarea proporțională a localităților republicii cu medici, în special cu medici-interniști, și reducerea migrației medicilor care au făcut studii universitare pe bani bugetari.

Actualmente, în domeniul medicinei interne activează trei categorii de specialiști: medici de familie (în centrele medicilor de familie – CMF, în centrele de sănătate – CS și în oficiile medicilor de familie – OMF); specialiștii de organ (în spitale și în unele CMF); interniști propriu-zis (în staționare).

Referindu-se la consecințele negative ale specializării excesive, A. Franco, vicepreședintele Societății

Franceze de Geriatrie și Gerontologie, constată că pregătirea insuficientă în medicina internă și lipsa conlucrării interdisciplinare la formarea specialiștilor „au creat planete îndepărtate unele de altele și, evident, încântate de sine, dar, fără îndoială, în detrimentul universului bolii” [2].

Care sunt consecințele acestor specializări și ce îi mai rămâne de făcut medicului-internist? Starea de lucruri în domeniul asistenței medicale în Republica Moldova ne convinge că medicul de familie nu poate înlocui internistul. Pot oare specialiștii de organ exercita funcțiile internistului? Evident că nu. Este incontestabil faptul că un medic de organ posedă cunoștințe mai multe și mai profunde în domeniul specialității sale. Și dacă acest specialist dispune de mijloace de diagnostic și tratament moderne, el asigură o asistență medicală de înaltă calitate. Iar internistul, după necesități, în funcție de caz, solicită consultația acestui specialist.

Însă, principiul de activitate al specialistului de organ diferă de principiile de abordare a pacientului de către medicul-internist, pentru care bolnavul prezintă un tot, o integritate a tuturor organelor și sistemelor organismului, cu un răspuns complex la un factor patogen. În afară de aceasta, unii pacienți, îndeosebi cei de vârstă înaintată, suferă de mai multe boli, de afectarea mai multor organe și sisteme. De aceea, conform tradițiilor clasice, „examinarea unui pacient nou trebuie să se întindă de la cap până la degetele picioarelor” [3], indiferent de caracterul bolii și de localizarea ei. Acest principiu uneori nu este respectat de medicul supraspecializat, fiind dominat de anamneza sau de abaterile patologice, ce reflectă afectarea organului respectiv, și poate scăpa din vedere alte semne caracteristice pentru afectarea altor organe, ceea ce duce la erori de diagnostic.

Dezvoltarea pe scară largă a asistenței medicale specializate a condus la reducerea prestigiului medicului-internist și în rândul medicilor de organ, și în rândul pacienților, la care s-a format o altă mentalitate. În caz de dureri precordiale sau hipertensiune arterială, pacientul solicită consultația cardiologului sau se adresează direct acestuia. Iar la simptome și semne digestive va prefera adresarea la un gastrolog, considerând că acesta s-ar descurca mai bine cu diagnosticul și tratamentul unei gastrite etc.

Dacă până la implementarea medicinei de familie, internistul era figura principală în sectorul primar de asistență medicală, la care se adresau peste 60% de pacienți în policlinici și care acordau asistență medicală în circa 90% din stările de urgență, acum el a fost limitat numai la activități în secțiile de boli interne ale spitalelor. Acum interniștii sunt puțini și se „pierd” în mulțimea medicilor de organ.

Mai este oare necesară Medicina Internă? Mai este necesar medicul-internist? Desigur că da. Aducem argumente foarte convingătoare, expuse de profesorul, dr. Ștefan Șuțeanu: „În primul rând, medicii-interniști pot rezolva, din punct de vedere al diagnosticului și tratamentului, marea majoritate a celor care suferă de boli interne, îndrumarea către anumiți specialiști, eventual ultraspecialiști, fiind rareori necesară. Deci, marea majoritate a celor care suferă de boli interne pot fi rezolvați în condiții bune de medicii-interniști, bineînțeles cu condiția ca aceștia să fie competenți și să se mențină la curent cu noutățile.

Un alt motiv pentru care credem că este în continuare necesară menținerea medicinei interne printre specialitățile actuale, îl constituie caracterul ei interdisciplinar. Bolnavii, în general, și mai ales cei vârstnici nu au o singură boală, ci mai multe. Vedem, foarte des, bolnavi care au nu numai o artroză de genunchi, ci și bronșită cronică tabagică, hipertensiune arterială și antecedente de ulcer duodenal. Ar fi nepotrivit ca un asemenea bolnav să fie trimis la cei 4 specialiști (reumatolog, pneumolog, cardiolog și gastroenterolog), întrucât un bun internist poate diagnostica și poate realiza un tratament adecvat pentru toate suferințele respectivului pacient.

În al treilea rând, medicina internă trebuie menținută ca specialitate, datorită caracterului ei integrativ. Este foarte bine ca bolnavii să beneficieze, atunci când este cazul, de investigațiile de ultraspecialitate, precum și de recomandările terapeutice corespunzătoare, dar este și mai bine dacă acești bolnavi, care beneficiază de aportul mai multor specialiști, să revină la medicul-internist, care va face în așa fel încât tratamentul aplicat să constituie un tot unitar, coerent și bine armonizat, el fiind singurul care poate face acest lucru” [4].

După cele expuse de profesorul dr. Ștefan Șuțeanu, ar fi de prisos de adăugat ceva. Rămâne de făcut tot posibilul pentru restabilirea prestigiului acestei specialități și acestor specialiști.

Spectrul activităților medicului de familie este foarte larg, iar cerințele de pregătire la capitolul boli interne sunt mai joase în comparație cu cele prevăzute pentru medicul-internist. De aceea, medicul de familie, în caz de probleme de diagnostic și tratament a unui pacient cu o boală sau mai multe boli interne, ar trebui să solicite consultația medicului (sau medicilor) de organ, deoarece Nomenclatorul specialităților pentru CMF deocamdată nu include și medicul-internist în calitate de consultant.

Este de menționat că o bună parte din medicii de familie au activat anterior în calitate de medicopediatri, neurologi, ORL, oftalmologi, dermatologi și chiar stomatologi (după sistarea activității spitalelor

de circumscripție, ei nu au avut alternative). Astfel, după o pregătire de numai 6 luni, ei au devenit medici de familie. În scurt timp, în urma reformelor AMP, medicii de organ din fostele policlinici (acum CMF) au fost transferați în secțiile consultativ-diagnostice, care nu numai că au devenit componentă a spitalelor, dar au fost și reamplasate în incinta lor (în unele raioane aflându-se la distanță de 4, 6, 8 km de la CMF).

Aici s-a produs marea discrepanță: medicii de familie veniți din alte specialități, cu pregătire de scurtă durată în domeniul medicinei interne, au rămas unu la unu cu pacientul, ei nu mai au la îndemână medici-consultanți atât de necesari pentru soluționarea problemelor multidisciplinare. Rezultatele sunt evidente: datele statistice anuale denotă că maladiile oncologice, tuberculoza etc. se depistează tardiv și pun în pericol viața pacienților, iar în cazul tuberculozei – populația localității.

Incidența maladiilor oncologice (la 100.000 populație) în 2015 este de 243,3, din care în grupele clinice III – 75,1 și IV – 24,3. Incidența globală a tuberculozei (caz de novo plus recidive), în aceeași perioadă, este de 80,7 la 100.000 populație. Din 8058 cazuri de novo, 777 au fost cazuri distructive (21,8 la 100.000 populație), inclusiv în cazul a 14 copii. În 2015 au decedat 126 de pacienți cu tuberculoză, iar la 50 – diagnosticul a fost depistat după deces.

Aceste deficiențe se produc și din motivul că numărul medicilor de familie scade pe zi ce trece – în sectorul rural, în ultimii 10 ani s-au perindat câțiva medici de familie după rezidentură, dar activitatea lor în timp a fost episodică. Conform datelor statistice, la finele anului 2015, numărul total al medicilor de familie a mai scăzut cu 59 (de la 1706 la 1647 în 2014), ceea ce constituie 4,6 la 10.000 populație.

E necesar de accentuat că nici pacientul nu este cel de altădată: tehnologiile moderne și intervențiile laborioase, care se efectuează inclusiv în RM (operații pe cord, transplant de organe și țesuturi, ședințe de hemodializă, tratament cu preparate antivirale, chimioterapeutice etc.), cer de la medicul de familie cunoștințe profunde în domeniul medicinei interne. Anume lor le revine partea dificilă a supravegherii pacientului după aceste proceduri invazive și agresive asupra corpului uman. Anume ei trebuie să efectueze tratamentul de susținere și să monitorizeze efectele lui în condiții de ambulatoriu. Acesta este un proces foarte complicat și de durată, cu impact asupra tuturor organelor și el cere mare iscusință de la medicul de familie. Exact aici este necesar medicul-internist și lipsa lui se simte foarte mult.

Considerăm că medicii-interniști și-ar regăsi terenul de activitate în sectorul de asistență medicală primară (în CMF), conform prevederilor *Standardului de formare profesională a medicilor în rezidențiat la specializarea Medicină internă, adoptat de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, a. 2004* [5], unde ar putea înlocui consultanții specialiști de organ, aceștia din urmă fiind concentrați în centre consultative teritoriale, dotate cu utilaj tehnic și laboratoare de diagnostic. Prof. dr. Ioan Tiberiu Nanea consideră că „medical-internist, prin capacitatea de analiză și sinteză globală a diferitelor maladii, este cel mai indicat să rezolve optim aceste reale controverse medicale și să integreze adecvat recomandările supraspecialiștilor”. Însă accesul la un medic-internist în condiții de ambulatoriu rămâne problematic [6].

În ultimele decenii, din mai multe motive, s-au modificat esențial indicii demografici ai populației. A crescut ponderea persoanelor vârstnice. Tot mai mulți din ei se adresează medicilor de familie, o bună parte fiind readresată apoi medicilor de organ sau fiind internați în secții de boli interne. Însă, în spațiul extraspitalicesc (cu excepția unor centre private), în pofida recomandărilor specialiștilor europeni, ei practic lipsesc.

La întrunirea anuală a Federației Europene de Medicină Internă din 19 martie 2011, de la București, au participat medici din peste 20 de țări din Europa, dar nu numai. Printre temele dezbătute, precizăm raportul dintre medicina internă și celelalte specialități, obiectivele practicii medicinei interne în ambulatoriu și în spitale, precum și locul medicinei interne în sistemele de sănătate europene. Președintele Societății Române de Medicină Internă (SRMI), prof. dr. Ion Bruckner [7], a declarat că „bolnavul trebuie văzut ca un tot, nu trebuie îngrijit doar dintr-un singur punct de vedere. Or, asta este una din atribuțiile medicului-internist. Un internist este un specialist între ceilalți specialiști, dar care integrează totul”, a mai spus profesorul. „Dacă vede numai organe sau o boală, nu este un doctor bun. Trebuie să vadă și ce se întâmplă în afara unei stricte specializări. Medicina internă dă conținut abordării holistice”, explică președintele SRMI. Toți specialiștii prezenți la eveniment au apreciat că internistul este un integrator de diagnostic și tratament [7].

Problema a fost discutată și la Reuniunea interniştilor europeni din 25 martie 2011. La această reuniune, prof. dr. Ion Bruckner a subliniat faptul că, în urma creșterii speranței de viață și a dezvoltării afecțiunilor acute, mulți dintre pacienții zilelor noastre sunt vârstnici care cumulează mai multe boli, iar, în condițiile în care alți specialiști, prin natura pregătirii lor, se concentrează pe un domeniu – organ sau patologie – bine determinat, rolul medicului-internist este unul integrator [8].

În acest context s-a exprimat și prof. dr. Werner Bauer, menționând că „medicul-internist este în avantaj prin gândirea de ansamblu”. Prof. dr. Werner Bauer, fost presedinte al Federației Europene de Medicina Internă (EFIM), își argumentează punctul său de vedere prin exemplul concret al Elveției: „Începând cu 1 ianuarie 2011, am încetat să mai formăm medici-generalști, iar toți medicii de familie vor fi, în timp, interniști” [8].

Avantajul medicilor specializați în medicina internă ar fi modul holistic de abordare. Prof. dr. Maria Cappellini, viitor presedinte al EFIM, nu crede că internistul este cel care știe totul mai bine decât specialistul, însă consideră că internistul este și trebuie să fie un profesionist care abordează pacientul cu o anumită raționalitate și raționalizare. „Nu un organ este centrul abordării noastre, ci pacientul în totalitate”, explică dr. Cappellini [8].

Am prezentat opiniile personalităților bine cunoscute, de înaltă autoritate în lumea medicală, cu privire la medicina internă și medicii-internști. În același timp, tendințele supraspecializărilor medicinii interne continuă. Continuă și tehnicizarea medicinii. Conform opiniei prof. dr. Ion Bruckner, „medicina modernă, tocmai din cauza tehnicizării, face ca persoana care practică medicina să se apropie mai mult de aparat. Și în felul acesta se îndepărtează de bolnav, într-un fel. Adică îl interesează mai mult performanța tehnică, uneori, decât beneficiul bolnavului. Aceasta este una dintre limitele de dezvoltare a medicinii moderne” [9].

În legătură cu cele expuse mai sus, apare necesitatea de asigurare continuă a creșterii calității de pregătire a medicilor-internști în conformitate cu cerințele practicii în etapa contemporană.

Tendențele de supaspecializare și tehnicizare a medicinii, de rând cu beneficiile incontestabile, au și unele influențe negative, inclusiv asupra procesului de pregătire a cadrelor medicale. Această tendință categorică a provocat modificarea programelor și metodologiei de studii, urmărind același scop – predarea neargumentată a medicinii interne în clinici specializate, fără să se țină cont că această “specializare timpurie” va conduce la consecințe negative: în așa mod pacientul nu este privit ca un întreg, ci ca un “cardiac”, ca un “pneumonic” sau “renal” etc., în funcție de secția în care este internat.

La curăție se examinează un sistem sau un organ, se va face cunoștință cu rezultatele examenului tehnic-instrumental și de laborator, iar celelalte sisteme rămân în “umbră” și la argumentarea diagnosticului nu sunt luate în calcul. Astfel, în mod fragmentat, unul după altul, timp de doi ani se va studia fiecare sistem aparte în secții specializate, sub conducerea specialiștilor respectivi. Studenții

se deprind cu principiul de organ și „visează” la o specializare respectivă.

Este de menționat că neexaminarea sistemelor lăsate în “umbră”, chiar și fără schimbări patologice, lipsește studentul de acumularea informației despre fenomenele fiziologice ale acestui sistem (organ). Această informație este foarte importantă: apariția celor mai mici abateri de la „normă” sugerează prezența unui proces patologic.

Abia la anul VI, la disciplina *Sinteze Clinice*, se va studia medicina internă conform metodelor tradiționale, în secții nespecializate, unde sunt condiții reale de efectuare a diagnosticului diferențiat și de dezvoltare a raționamentului clinic. Din aceste motive, considerăm argumentată creșterea numărului de ore pentru disciplina *Sinteze Clinice*, pentru a consolida deprinderile de integrare a tuturor abaterilor patologice eventual depistate la nivelul diferitor organe sau sisteme [10].

Testarea, ca probă pentru verificarea cunoașterii materialului clinic la examenul de stat, nu este suficient de informativă. La Catedra *Sinteze Clinice*, această metodă a fost folosită din 1993 și până în 2012, în ultimii ani ea era aplicată doar cu scopul autoevaluării, acceptată de majoritatea studenților și rezidenților. După o analiză a miilor de testări, s-a ajuns la concluzia că ea este numai o probă auxiliară de evaluare, cu multe nuanțe negative [11].

Unul dintre principalele neajunsuri este lipsa contactului cu examinatorul și lipsa posibilității de urmărire a procesului raționamentului clinic la rezolvarea testului. Această metodă poate fi folosită cu succes la organizarea olimpiadelor tematice, pentru autoevaluarea cunoștințelor studenților și rezidenților, pentru evidențierea nivelului inițial al cunoștințelor într-o temă sau compartiment (fără anunțarea și fără înregistrarea rezultatelor), iar informația obținută va fi utilă lectorului pentru pregătirea unui curs, unei prelegeri, ținând cont de “locurile slabe”, relevante la unii studenți prin testare, la tema respective, pentru a propune explicații suplimentare.

Considerăm că anularea testării la examenul de stat la medicina internă și introducerea probei examen clinic la patul bolnavului ar contribui mult la creșterea responsabilității studenților pe parcursul studiilor și la pregătirea către examene.

În condițiile supraspecializării și tehnicizării medicinii, apare încă o problemă serioasă ce ține de etică și deontologie – problema instalării unei atmosfere de încredere și respect reciproc între medic și pacient, ceea ce este important atât pentru diagnostic, cât și pentru creșterea eficienței tratamentului. Studentul este tot mai departe de pacient, colectând superficial anamneza bolii și considerând “depășite”

metodele examenului obiectiv, ca palpația, percuția, auscultația.

Dr. Jerald Winakur, timp de 40 de ani, a practicat medicina internă și geriatria. A avut mii de pacienți, mulți dintre care erau de vârstă înaintată. Având un comportament respectuos față de aceste persoane cu suferințele și problemele lor, aflate temporar departe de familiile biologice, medicul îndeplinea pentru mulți din acești bătrâni funcția de „feciur surogat”. Autorul consideră că atmosfera de încredere și respect reciproc dintre medic și pacient fără îndoială acționa ca un medicament, acest fenomen fiind actualmente pe calea de dispariție [13].

Odată cu implementarea tehnologiilor medicale moderne – testarea, imagistica, file medicale electronice – medicii se îndepărtează tot mai mult de pacienții lor. Este vorba de prevalarea importanței rezultatelor paraclinice, examenul clinic fiind mai puțin minuțios. În unele clinici de peste hotare, un șir de date importante despre pacient sunt colectate de profesioniștii paramedicali (la noi uneori de rezidenți), înregistrând așa-numitele „detalii precise”, din care se pot afla indici importanți. O parte dintre acestea pot rămâne neidentificate, deoarece pacientul nu întotdeauna dorește să împartă detalii sensibile cu oricine, mai ales cu cineva cu care nu mai are contact vizual, a cărui față rămâne „îngropată” în spatele unui ecran de computer.

Într-un articol intitulat *In America, the art of doctoring is dying* (În America, arta medicală moare), autorul dr. Jerald Winakur recomandă medicilor să examineze atent pacienții lor: să aculte inima și plămâni, să palpeze abdomenul, să examineze membrele. Această apropiere grijulie a medicului de pacient contribuie la instalarea unei atmosfere de încredere și respect reciproc, care influențează pozitiv tratamentul. Dar, actualmente, tinerii absolvenți sunt departe de a crea asemenea atmosferă de încredere. Un șir de cauze vin să explice aceste deficiențe de comunicare: se studiază tot mai mult pe manechine, proba practică este susținută pe pacienții standardizați, deprinderile practice sunt minime, crește VERTIGINOS dependența de tehnologiile medicale [13].

O altă problemă referitoare la pregătirea cadrelor medicale este instruirea postuniversitară a medicilor-interniști în conformitate cu cerințele moderne, în primul rând, ajustarea curriculumului prin introducerea studierii unor tehnici imagistice. Considerăm că în prezent, când toți medicii-speciașiști dispun de unele aparate de diagnostic sau chiar de laboratoare, ar fi echitabilă asigurarea internistului cu un sonograf – aparat cu multe posibilități de diagnosticare a patologiilor interne. Evident că astfel va crește și prestigiul medicului-internist. Credem că aceasta nu va îndepărta medicul de pacient, ci îl va apropia și mai mult.

Dezvoltarea tehnicii medicale, implementarea metodelor instrumentele și de laborator cu un înalt grad de sensibilitate și specificitate este un proces progresiv, de o importanță colosală în diagnosticarea suferințelor umane, însă aceasta nu înseamnă că examenul clinic tradițional al pacientului trebuie neglijat. În consecință, nu se creează o atmosferă de încredere și respect reciproc între medic și pacient, acea atmosferă care este o parte componentă a tratamentului, deci se reduce eficiența acestuia.

Prof. dr. Ion Bruckner constată că, „din păcate, fascinația tehnicii face ca mulți începători în meserie să neglijeze clinica. Cel mai grav este ignorarea unei anamneze bine făcute, a discuției în cel mai real sens cu pacientul. Aceasta are nu numai o valoare informativă, ci și una terapeutică foarte importantă” [9]. „Este amuzant, dar adevărul e că vin uneori bolnavii la consultație, le spui să se dezbrace și vezi că-și ridică toate hainele la nivelul umerilor... Îți dai seama că pacientul respectiv n-a fost dezbrăcat de doctor niciodată [9].

O influență benefică a unei atmosfere de credibilitate și respect reciproc, care poate fi privită ca un factor curativ, găsim într-un citat de Antoine din Saint-Exupery, care prevedea progrese tehnice în medicină: „Eu cred că va veni ziua, când un pacient cu o boală necunoscută se va da pe mâinile fizicienilor. Fără să-l întrebe ceva, acești fizicieni îi vor lua proba de sânge, vor deduce unele constante și le vor înmulți una cu alta. Apoi, vor verifica cu rigla logaritmică și îl vor vindeca cu o singura pilulă. Și totuși, dacă mă îmbolnavesc, eu mă voi adresa unui medic bătrân din sat. El mă va privi cu coada ochiului, îmi va palpa pulsul și abdomenul și mă va ascultă. Apoi va tuși, fumând pipă, își va netezi bărbia și **va zâmbi**, pentru a-mi ușura durerea. Desigur, admir știința, dar admir și înțelepciunea” [14].

Așadar, în procesul de pregătire a medicilor competenți în specialitate, trebuie de ținut cont și de educația generală, etică și deontologică.

Bibliografie

1. В.И. Маколкин и А.В. Недоступ. Г.А. Захарьин – один из основоположников Московской школы терапевтов. В: Терапевтический архив, 2005, № 1, с. 88-90.
2. A. Franco. In: *Rev. Mal. Respir.*, 2004, nr. 21, 1055-1056.
3. Harrison. *Principiile medicinei interne*. V. I, p. 3.
4. Ștefan Suțeanu. *Medicina modernă*. Vol. IX, nr. 7, iulie, 2002.
5. Filip Ambros, Sergiu Matcovschi. *Standardul de formare profesională a medicilor în rezidențiat la specializarea Medicină Internă*. Chișinău: Medicina, 2004.
6. Ioan Tiberiu Nanea. *Despre Medicina Internă și medicul-internist* www.medicina-interna.ro/articol.php?articol=117

7. Ion Bruckner. *Întrunirea anuală a Federației Europene de Medicină*. În: *Терапевтический архив*, 2005, nr. 1, p. 88-90.
8. Ion Bruckner. *O soluție pentru medicina de familie: înlocuirea medicilor-generalști de către medicii-internisti*.
<http://medlive.hotnews.ro/o-solutie-pentru-medicina-de-familie-inlocuirea-medicilor-generalisti-de-catre-medicii-internisti.html>
9. Interviu prof. dr. Ion Bruckner. http://adevarul.ro/sanatate/medicina/interviu-1_51ea9614c7b855ff565906e7/index.html
10. F. Ambros, S. Matcovschi. *Tehnicizarea medicinei și raționamentul clinic*. În: *Medicina modernă: actualități și perspective*. Materialele Conferinței șt. intern. consacrate aniversării a 35 de ani ai SCM al MS RM. 27 mai 2005, Chișinău, p. 200-203.
11. Filip Ambros. *Avantajele computerizării procesului didactic la USMF Nicolae Testemițanu*. În: *Materialele Conferinței științifice consacrate semicentenarului universității*, 1955, p. 295.
12. Filip Ambros, Petru Galețchi. *Avantajele și dezavantajele testării ca metodă de evaluare a cunoștințelor*. În: *Anale științifice ale USMF Nicolae Testemițanu*, a. 1995, vol. 2, p. 9-13.
13. Jerald Winakur. *In America, the art of doctoring is dying*. https://www.washmgtonpost.com/opinion/the-dying-art-of-doctoring/2016/02/12/bb08a16a-cdd0-11e5-88cd-753e80cd29ad_story.html?tid=ssfb-bottom
14. Антуан де Сент-Экзюпери. <http://www.wisdomcode.info/ru/quotes/authors/49562.html?page=18-19> Internă 18-19 martie 2011 http://www.viata-medicala.ro/*articleID_3115-dArt.html

Filip Ambros, dr. med., conf. univ.,
internist
Tel.: 022222120; mob. 069173371
E-mail: filambro2@gmail.com