

CZU: 340.6:616-082

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7277626>

SERVICIILE DE SĂNĂTATE DIN PERSPECTIVA GREȘELILOR DIAGNOSTICE ÎN TRAUMELE MECANICE LETALE

Anatolii BONDAREV*, Andrei PĂDURE***, Tatiana NOVAC***

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

**Universitatea de Stat din Moldova

Îmbunătățirea calității actului medical este una dintre sarcinile importante ale medicinei legale, care se realizează inclusiv prin elucidarea cazurilor de divergențe dintre diagnosticul clinic și cel medico-legal. Cu toate că posibilitățile tehnice ale medicinei contemporane sunt enorme, în cadrul autopsiilor se identifică greșeli de diagnosticare într-un număr considerabil de cazuri; mai mult ca atât, frecvența acestora a crescut în ultimele decenii. În cadrul prezentului studiu ne-am propus să evaluăm circumstanțele organizatorice, medicale și sociale de apariție a divergențelor pentru a elucidă impactul lor asupra calității actului de diagnosticare ca parte componentă a asistenței medicale. Cercetarea reprezintă un studiu analitic retrospectiv făcut în baza analizei a 152 de constatări și expertize medico-legale primare privind cadavrele persoanelor decedate în staționar și documentele medicale ale acestora executate în secțiile teritoriale ale Centrului de Medicină Legală în perioada 2009–2013. Analiza a evidențiat profilul pacientului cu risc sporit de stabilire a divergenței dintre diagnosticul clinic și cel medico-legal: internat în mod urgent, imediat sau până la o zi după debutul bolii/traumei, în perioada de iarnă, în zilele 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 care s-a aflat în staționar până la o săptămână.

Cuvinte-cheie: *traume mecanice, divergență dintre diagnosticuri, calitatea asistenței medicale, greșelă de diagnosticare.*

HEALTH SERVICES FROM THE PERSPECTIVE OF DIAGNOSTIC MISTAKES IN LETHAL MECHANICAL TRAUMA

Improving of medical care quality is one of the important tasks of legal medicine, which is achieved inclusively by discovering discrepancies between clinical and medico-legal diagnosis. Although the technical possibilities of contemporary medicine are enormous, diagnostic mistakes are identified in a considerable number of autopsies; moreover, their frequency has increased in recent decades. The present study aimed to assess the organizational, medical and social circumstances of identified discrepancies in order to establish their impact on the quality of diagnosing as a part of medical care. The study is a retrospective-analytical one. It is based on the analysis of 152 primary medico-legal examinations regarding cadavers of patients deceased in hospitals and their medical documents conducted within the Center of Forensic Medicine between 2009 and 2013. The following profile of a patient with an increased risk of discrepancy between clinical and medico-legal diagnosis was observed: urgently hospitalized, immediately or up to one day after the beginning of disease/trauma, during the winter period, on Mondays or Fridays, between 5 p.m. and 11 p.m., due to an accidental trauma, being in a serious or severe general condition, a man aged between 18 and 75 years, who stays in hospital up to a week.

Keywords: *mechanical trauma, discrepancy between diagnoses, medical care quality, diagnostic mistake.*

Introducere

Îmbunătățirea calității actului medical este una dintre sarcinile importante ale medicinei legale, care se realizează inclusiv prin depistarea deficiențelor admise în procesul de diagnosticare și tratament, elucidarea cazurilor de divergențe dintre diagnosticul clinic și cel medico-legal, discutarea rezultatelor autopsiilor cu medicii clinicieni. 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 [1]. Potrivit literaturii de specialitate și practicii medico-legale, divergențele dintre diagnosticul clinic și cel 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 în perioada anilor 2008–2017 între 7,2% și 13,4% [2]. Mai mult ca atât, bazându-ne pe datele diferitor studii științifice [3-6], 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!

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 niciunei cercetări științifice fundamentale. Lipsesc și statistica oficială referitor la numărul divergențelor dintre diagnosticul clinic și cel medico-legal, nu este stabilit mecanismul de colaborare cu instituțiile medico-sanitare 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 feedback-ului ce ar oferi informații importante în vederea ameliorării calității asistenței medicale, cât și pentru autoritățile din domeniul sănătății publice prin lipsa posibilității de a analiza situația existentă și de a elabora unele politici și strategii de ameliorare a situației.

În lumina celor reflectate, în cadrul prezentului studiu ne-am propus să evaluăm circumstanțele organizatorice, medicale și sociale de apariție a divergențelor pentru a elucida impactul lor asupra calității actului de diagnosticare ca parte componentă a asistenței medicale.

Material și metode aplicate

Cercetarea reprezintă un studiu analitic retrospectiv în cadrul căruia au fost analizate rapoartele de constatare și expertiză medico-legală privind cadavrele persoanelor decedate în staționar. 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 Centrului de Medicină Legală în perioada 2009–2013. Eșantionul a fost studiat cu utilizarea următoarelor metode: matematică, statistică, comparativă, de expertiză, analitică.

Rezultate și discuții

Analiza modului de internare în staționar 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 [7]. Pe de altă parte, 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 a arătat că majoritatea pacienților au fost internați imediat (69,74%) sau până la o zi (11,84%). 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 trei 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 [8]. Datele obținute corelează cu modul urgent de internare a 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, precum și eventualelor tratamente administrate de către pacient de sine stătător.

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 (Fig.1). 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 de perioada de concedii.

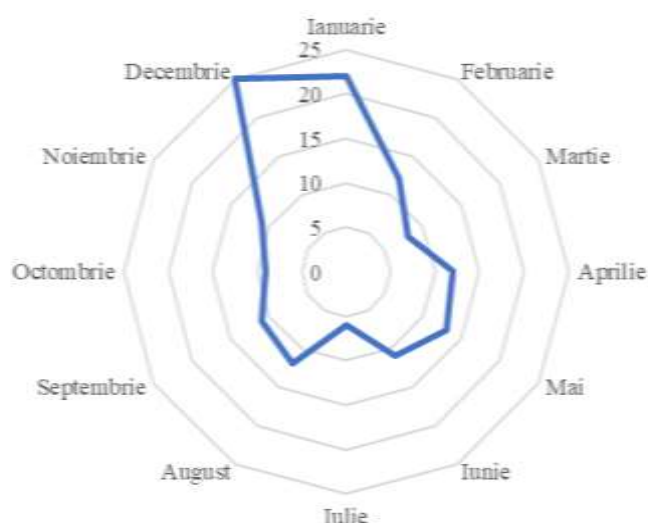


Fig.1. Perioada internării în funcție de perioada anului.

Analiza internării pacienților cu traume în funcție de zilele săptămânii a scos în evidență o altă dependență de ciclul ocupațional al populației. Astfel, studiul a arătat o adresare mai frecventă după ajutor medical în rândul pacienților cu diverse traume în zilele 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. Considerăm 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.

Studiul divergențelor în raport cu ora zilei a arătat un alt risc de apariție a fenomenului. Așadar, majoritatea spitalizărilor pacienților cu traume mecanice a avut loc în orele de seară (între orele 17:00 și 23:00), adică în cadrul programului de gardă, când posibilitățile paraclinice de diagnosticare sunt mai limitate. 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 19:00 – 10,53% de cazuri. Cea mai „liniștită” perioadă a fost cea nocturnă, cuprinsă între orele 00:00 și 7:00, când s-au internat doar 11,18% de pacienți. Este de menționat că internări în intervalul 5:00-6:00 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.

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 necorespunderea 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 [9–11]. 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. Astfel, se observă o pondere mare a profilului neurochirurgical – 38,82%, ceea ce poate fi explicat atât prin faptul că traumele craniocerebrale sunt unele dintre cele mai frecvent întâlnite cauze de deces prin acțiunea agenților traumatici mecanici [5,12,13], precum și prin observația proprie că pacienții cu traume asociate, la care leziunile cerebrale sau vertebro-medulare sunt cele principale, sunt internați 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 la 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. Grupele de vârstă, precum și denumirile acestora au fost abordate conform clasificării OMS (2015) [14]. S-a constatat că majoritatea decedaților (39,47%) au fost de vârstă medie, iar grupele persoanelor tinere și ale 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%).

În eșantionul cercetat, 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.

Un factor de risc important recunoscut în literatura de specialitate [15-18] în calitate de generator obiectiv de interpretări greșite și „mascant” al diferitor procese patologice și traumatice, dar în special a traumelor craniocerebrale, este starea de ebrietate a pacientului. Urmărind aceste raționamente, ne-am propus să identificăm 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 dintre pacienți (24,34%) au fost internați fiind în stare de ebrietate alcoolică. Spre regret, fișele medicale nu conțineau informații privind gradul de ebrietate al pacienților pentru o analiză aprofundată privind corelația dintre grad și divergența de diagnostic. Potrivit literaturii de specialitate [19], alcoolul etilic este un toxic funcțional ce afectează preponderent sistemul nervos central prin mecanismul de inhibare. Acest mecanism de acțiune și tropismul alcoolului etilic față de SNC explică „mascarea” simptomelor clinice ale traumelor craniocerebrale și dificultățile de diagnosticare a acestora pe fundal de stare de ebrietate. Din aceste considerente, am cercetat lotul de pacienți diagnosticați cu traume craniocerebrale și am constatat o creștere a ponderii celor aflați în stare de ebrietate alcoolică până la 27,6%.

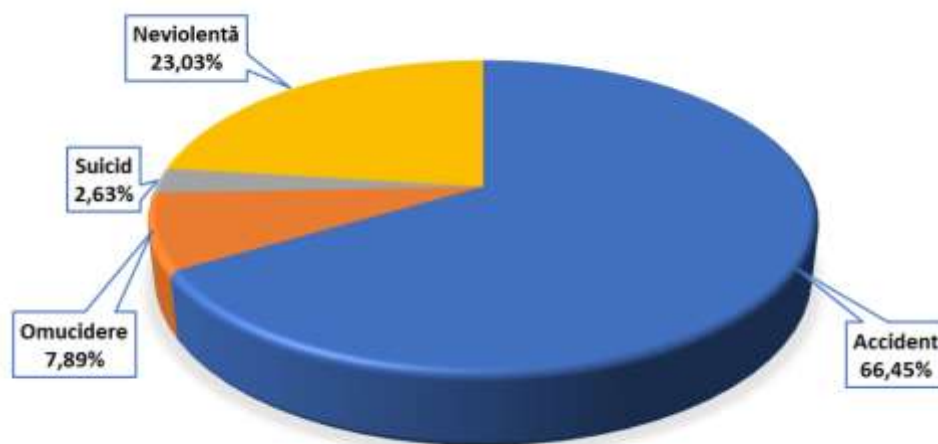


Fig.2. Structura lotului în funcție de genul morții.

Analiza eșantionului de studiu în funcție de genul morții (Fig.2) 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 studiu au fost traumatizați în rezultatul acțiunilor încadrate de organele de urmărire penală în suicid și omucidere – 2,63% și 7,89%, respectiv. Este de remarcă că în 23,03% dintre cazuri moartea a fost apreciată ca nonviolentă 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 [18, 20–23], pe care o împărtășim și noi, una dintre cele trei cauze obiective principale de apariție a divergențelor dintre diagnosticuri 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 au fost internați 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 (*a se vedea* Tabelul) și astfel corelează cu datele prezentate anterior, și anume – internările urgente în perioadă acută a traumei în secțiile de reanimare și terapie intensivă. 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.

Tabel

Starea generală a pacienților la internare

Nr. d/o	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%

O altă cauză obiectivă ce explică apariția divergențelor dintre diagnosticul clinic și cel medico-legal subliniată intens în literatura de specialitate [21, 24–26] 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. De aceea, pentru comoditatea analizei am decis să evaluăm 4 perioade de timp, și anume: 0-3 zile, 3-7 zile, 7-14 zile și mai mult de 14 zile. 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 3 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% dintre pacienți, ceea ce reprezintă aproape o jumătate din întregul lot de cercetare și subliniază valoarea acestui risc pentru apariția divergențelor de diagnostic. Mai mult, 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 ce trebuie luată în considerare în procesul de evaluare a corectitudinii diagnosticului clinic.

Evaluând documentele medicale, am atras atenția asupra argumentării diagnosticului stabilit, întrucât neargumentarea diagnosticului poate genera erori și inexactități în diagnosticuri și formulările acestora, ceea ce, în final, va condiționa apariția unei divergențe [27] și, ca rezultat, o tactică greșită a tratamentului. S-a observat că exact o pătrime (25%) dintre diagnosticuri nu au fost argumentate prin date obiective, ceea ce nu reprezintă un indicator critic prin comparație cu datele obținute de alți cercetători. Spre exemplu, G.A. Pașinean și coaut. (2004) au depistat diagnosticuri neargumentate în tocmai 61,6% dintre fișele evaluate [27], în timp ce A.Pădure (2011) a constatat diagnosticuri neargumentate total sau parțial în doar 16,4% dintre observații [9, 11].

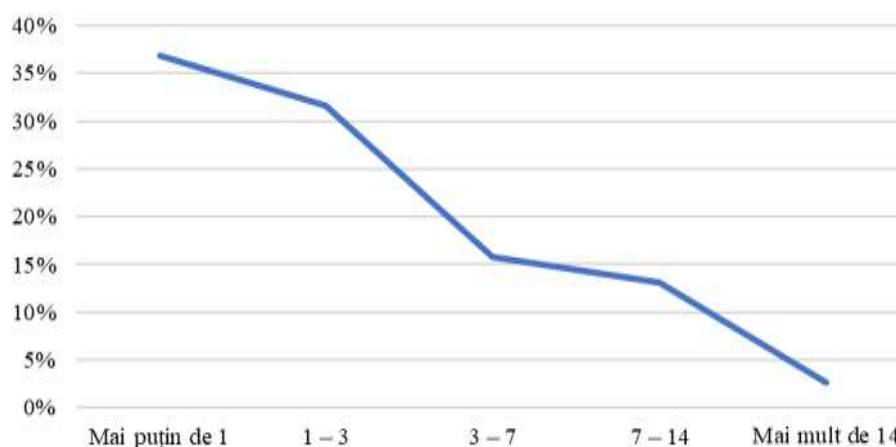


Fig.3. Corelarea diagnosticurilor neargumentate cu durata spitalizării.

Considerând că neargumentarea diagnosticului clinic ar putea fi în corelație cu durata aflării pacientului în staționar, am purces la verificarea și a acestei ipoteze. Graficul din Figura 3 include doar cazurile de diagnostic neargumentat din lotul de studiu, repartizate în funcție de durata tratamentului staționar. Din acesta observăm lesne proporționalitatea directă dintre diagnosticurile neargumentate și durata tratamentului. Așadar, două treimi (68,4%) dintre 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 diagnosticurilor neargumentate, constituind doar 2,6% pentru pacienții aflați în staționar timp de două săptămâni și mai mult.

Concluzii

Potrivit studiului nostru, profilul pacientului cu risc sporit de stabilire a divergenței dintre diagnosticul clinic și cel medico-legal este următorul: internat în mod urgent, imediat sau până la o zi după debutul bolii/traumei, în perioada de iarnă, în zilele 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 care s-a aflat în staționar până la o săptămână.

Referințe:

- MARSHALL, H.S., MILIKOWSKI, C. Comparison of Clinical Diagnoses and Autopsy Findings: Six-Year Retrospective Study. In: *Archives of pathology & laboratory medicine*. 2017, no.9 (141), p.1262–1266. ISSN 1543-2165
- 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 с. ISBN 978-5-9906082-4-5
- КЛЕВНО, В.А., МАКСИМОВ, А.В. Клинико-морфологический анализ ошибочной диагностики травмы грудной клетки и живота. В: *Вятский медицинский вестник*, 2019, №.3 (63), с.31–35. ISSN 2220-7880
- BRODERSEN, J. et al. Overdiagnosis: what it is and what it isn't. In: *BMJ Evidence-Based Medicine*, 2018, no.1 (23), p.1–3. ISSN 25154478
- VELNIC, A.-A. et al. Clinical diagnosis versus autopsy diagnosis in head trauma. In: *Romanian Neurosurgery*., 2017, no.4 (31), p.455–464. ISSN 1220-8841
- ЕФИМОВ, А.А. и др. Анализ структуры причин насильственной смерти в Саратове за 2011-2015 годы. В: *Саратовский научно-медицинский журнал*, 2016, №.1 (12), с.27–31. ISSN 2076-2518
- Ordinul MSMPS al RM nr.430 din 03.04.2019 cu privire la Serviciul de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească din Rpublica Moldova.
- 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).
- PĂDURE, A. *Analiza medico-legală a deficiențelor admise în asistența medicală de profil chirurgical* (teză de doctor habilitat în medicină), 2011.
- 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, p.53.

11. 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
12. BACIU, G., PĂDURE, A., ȘARPE, V. *Traumatismele mecanice în aspect medico-legal*. Chișinău: CEP Medicina, 2006. 256 p. ISBN 978-9975-907-44-6
13. LUNGU, E. *Mecanogeneza și aspectul morfolezional în traumele cranio-cerebrale produse cu obiecte contondente: Teză de doctor în medicină*, 2014.
14. DYUSSENBAJEV, A. Age Periods of Human Life. In: *Advances in Social Sciences Research Journal*, 2017, no.6 (4), p.258–263. ISSN 2055-0286
15. КЛЕВНО, В.А., КУЧУК, С.А., ЛЫСЕНКО, О.В. Судебно-медицинский диагноз в экспертной практике. В: *Судебная медицина*, 2015, №.3 (1), с.30–33. ISSN 2411-8729
16. ПАШИНИАН, Г.А., ХАРИН, Г.М. *Оформление «Заключения эксперта» (экспертиза трупа)*. Москва: Спутник+, 2006. 92 с.
17. ШИГЕЕВ, В.Б., ШИГЕЕВ, С.В. *Наставления по судебно-медицинскому вскрытию мёртвых тел*. Москва: August Borg, 2014. 376 с. ISBN 978-5-4253-0710-1
18. РОГОВ, К.А., ВЛАДИМИРЦЕВА, А.Л. *Правила формулировки и сопоставления заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов*. Москва: Изд-во РУДН, 2005. 20 с.
19. ЛУЖНИКОВ, Е.А., СУХОДОЛОВА, Г.Н. *Клиническая токсикология*. Москва: МИА, 2008. 576 с. ISBN 978-5-8948-1682-1
20. BACIU, G. *Expertiza medico-legală a cadavrului și persoanei*. Chișinău: CEP Medicina, 2008. 178 p. ISBN 978-9975-915-35-9
21. 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*. Москва: Медицина, 2003. 45 с.
22. МИШНЕВ, О.Д. Ошибки в практике терапевта и хирурга: расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов. В: *Вестник МЕДСИ*, 2008, №1, с.62–71.
23. МАКАРОВА, А.Е., СВИСТУНОВ, В.В. *Биопсийно-секционный курс*. Иркутск: ИГМУ, 2018. 104 с.
24. ПАЛЬЦЕВ, М.А. et al. *Правила формулировки диагноза*. Москва: Росздравнадзор, 2006. 79 с.
25. КЛЕВНО, В.А., КУЧУК, С.А. *Судебно-медицинский диагноз: руководство*. Москва: Ассоциация СМЭ, 2015. 315 с. ISBN 978-5-9905503-4-6
26. CÎȘLARU, A. et al. Divergențele dintre diagnosticul clinic și cel morfologic: noțiunea, clasificarea, cauzele. În: *Info-Med.*, 2016, nr.1 (27), p.215–221. ISSN 1810-3936
27. ПАШИНИАН, Г.А., ТАЛАЛАЕВ, В.Н., АНЮТИН, Р.Г. Экспертная оценка дефектов оказания медицинской помощи в оториноларингологии. В: *Судебно-медицинская экспертиза*, 2004, №4, с.3–6. ISSN 0039-4521

Notă: Acest articol științific a fost elaborat în cadrul Proiectului *Protecția consolidată a drepturilor pacientului în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală*, cifrul 20.80009.0807.30, Program de Stat (2020-2023), realizat în cadrul Centrului Interuniversitar de Drept Medical al Institutului de Cercetare și Inovare, Universitatea de Stat din Moldova.

Date despre autori:

Anatolii BONDAREV, asistent universitar, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

E-mail: anatolii.bondarev@usmf.md

ORCID: 0000-0003-1861-7490

Andrei PĂDURE, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”; cercetător științific în cadrul Centrului Interuniversitar de Drept Medical, Universitatea de Stat din Moldova.

E-mail: andrei.padure@usmf.md

ORCID: 0000-0003-4249-9172

Tatiana NOVAC, doctor în drept, conferențiar universitar, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”; cercetător științific în cadrul Centrului Interuniversitar de Drept Medical, Universitatea de Stat din Moldova.

E-mail: tatiana.novac@usmf.md

ORCID: 0000-0002-5794-4753

Prezentat la 01.09.2022