

Concluzii

1. Analiza morbidității populației Republicii Moldova prin prisma datelor statistice oficiale ne permite evaluarea tendințelor actuale și prognozarea pe viitor ai diferitor componente.
2. S-a observat o tendință de descreștere a incidenței globale și la adulți pe parcursul anilor supuși studiului (2005-2009) cu o perspectivă de scădere pentru următorii 5 ani, la copii însă este înregistrată a creștere.
3. S-a depistat o creștere continuă a prevalenței globale și pe grupele mari de vârstă pe parcursul anilor supuși studiului (2005-2009) și un trend pozitiv pentru următorii 5 ani.
4. Prevalența bolilor cronice la populația din Republica Moldova este înaltă, practic fiecare a treia persoană suferă de cel puțin o boală cronică (33,9%). Se constată, că rata prevalenței pentru populația din mediul urban - 36,9%, este mai mare decât pentru populația din mediul rural - 31,7%.
5. În mediul urban morbiditatea este mai mare decât în mediul rural la toate grupele de vârstă, însă acest fapt poate fi cauzat de accesul mai sporit al populației urbane la asistența medicală.

Bibliografie

1. Bivol A., Spinei L. Puiu V. Caracteristica medico-socială a bolnavului adult ce suferă de o maladie gastrointestinală. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Nr. 1. Chișinău, 2006, p.12-14
2. Ivan A. Medicina omului sănătos. Ed. Medicală, București 1993
3. Opopol N., Ursul S., Bradu S. Factorul ecologic în spațiul rural al Republicii Moldova. Poluarea mediului și sănătatea. – Chișinău, 1995.
4. Pisarenco S., Gherbiș T. Cauzele și pericolul diagnosticului întârziat al tuberculozei în cadrul strategiei DOTS. // Buletinul AȘM. Științe medicale nr. 3 (12). Chișinău, 2007. – p. 42 – 46.
5. Ross H.L. (1982) Detering the Drinking Driver – Legal Policy and Social Control. Lexington, MA: Lexington Books, Heath.
6. Sănătatea Publică în Moldova, anul 2006 -2009. Centrul Național de Management în Sănătate al Ministerului Sănătății. Chișinău.

POLITRAUMATISMELE CU COMPONENTĂ ABDOMINALĂ – VIZIUNI CONTEMPORANE ASUPRA PROBLEMEI

Gheorghe Rojnovanu

Școala de Management în Sănătate Publică USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Abdominal injuries in Polytrauma patients – modern trends

The article highlights the medical and social issues in polytrauma due to the increased incidence leading to increased morbidity, mortality and handicap in this group of patients. The importance of abdominal injury in polytrauma is determined by diagnostic and management difficulties conditioned by clinical and tactical particularities, the latest being related to polytrauma severity that enhances the abdominal symptoms. The author highlights the necessity of a concept development regarding the definition of associated trauma, an objective standardized system to appreciate the injury severity, as well as state statistics for this type of lesions that could facilitate data interpretation for scientific reasons, allowing comparative analysis of management results in this group of patients. The author arguments the necessity for revision and updating of clinical protocols as well as revision of the required financial resources for the treatments of a single polytraumatized patient.

Rezumat

În articol se elucidează problemele medico-sociale în politraumatisme, care înglobează incidența crescută a acestora și conduc inevitabil la creșterea morbidității, mortalității și invalidizării. Actualitatea problemei politraumatismelor cu componentă abdominală este determinată și de dificultățile de diagnosticare și management, legate de particularitățile clinice și tactice, ultimile fiind condiționate de gravitatea politraumatismului, care potențează sau denaturează simptomatologia abdominală. Autorul subliniază necesitatea elaborării unei concepții ferme referitor la noțiunea de traumatism asociat, a unui sistem obiectiv unic în aprecierea atât a severității leziunii, cât și a statisticii de stat în acest tip de leziuni, care ar facilita interpretarea datelor cercetărilor științifice, făcând posibile analizele comparative ale rezultatelor managementului acestor politraumatizați. De aici ar deriva și imperativul revizuirii și reactualizării protocoalelor clinice și calculelor resurselor financiare alocate de Compania Națională de Asigurări în Sănătate pentru cazul tratat în politraumatisme.

Introducere

Actualitatea incontestabilă a problemei politraumatismelor cu componentă abdominală este condiționată de dificultățile diagnostice și de management medico-chirurgical, legate de particularitățile clinice și tactice, ultimile fiind determinate de complexitatea politraumatismului, care potențează sau denaturează simptomatologia abdominală. Tratatele moderne în traumatologie susțin respectarea unui sistem obiectiv unic în aprecierea atât a severității leziunii, cât și a gravității politraumatismului, care contribuie la soluționarea problemelor de management al politraumatismelor, precum și facilitează interpretarea datelor cercetărilor științifice, făcând posibile analizele comparative ale rezultatelor managementului. Un loc aparte îl deține problema resurselor financiare alocate pentru rezolvarea unui politraumatism în condițiile asigurărilor de sănătate.

Scopul

Evidențierea problemelor prioritare de sănătate publică în managementul politraumatizaților cu componentă abdominală.

Metode

S-a efectuat analiza literaturii de specialitate, care a inclus 44 referințe literare recente autohtone și internaționale, cu evaluarea indicatorilor de incidență, pierdere a capacității de muncă și mortalitate în politraumatisme, precum și determinarea problemelor curente de consens în strategiile de management al politraumatizaților cu componentă abdominală.

Rezultate

Politraumatismele reprezintă una dintre cele mai complexe probleme medicale și sociale ale contemporaneității. Începutul mileniului III se caracterizează printr-o intensificare a ritmului de viață, dezvoltarea industriei transporturilor și tehnicii. Este inevitabil, ca aceasta să se reflecte asupra creșterii riscului traumatismelor prin accidente de circulație și celor habituale, condiționate în mare măsură de ritmul urbanizării [3, 33,37]. În Republica Moldova se constată o incidență a traumatismelor de circa 5000 la 100000 locuitori, iar în ultimele două decenii frecvența acestora a crescut cu 15-20% [2], mortalitatea prin traumatisme rămânând stabil pe locul III după decesele prin boli cardiovasculare și procese neoplazice, și pe locul I - printre persoanele tinere apte de muncă [1, 22]. Conform datelor raportului anual de activitate a Centrului Medicină Legală din Republica Moldova timp de 5 ani (2004-2008) pe țară au fost înregistrat 7261 decedați în urma traumatismului mecanic, inclusiv 2867(39,5%) persoane în accidente de circulație. De altfel ca și în Rusia, în datele forului internațional "Неотложная медицина в мегаполисе" (2004) se subliniază creșterea letalității până la 65% prin traumatisme rezultate din accidentele de circulație în ultimii 15 ani, 45% revenind politraumatismelor [13], îndeosebi, la politraumatizații peste 60 ani [25].

Plus la aceasta, datele literaturii de specialitate atestă faptul, că situația social-economică precară, ritmul în ascensiune a industriei transporturilor din orașele mari, uzura bazei tehnico-materiale a întreprinderilor și a mijloacelor de transport vor conduce inevitabil în următorii 10 ani la creșterea bruscă a catastrofelor tehnogene [23]. Realitatea actuală a schimbat radical imaginea unei situații de ameliorare relativă în domeniul traumatismelor pașnice, brusc a crescut numărul bolnavilor spitalizați pentru traumatisme, crește nivelul letalității și invalidizării suferinșilor. Conform datelor lui Ermolov și coautorii (2003) din numărul inițial de politraumatizați supraviețuiesc doar 60%, iar 70% dintre aceștia se integrează în procesul de producție și 30% rămânând invalidizați [29]. Pe lângă aceasta, Abakumov (1994), Pahomova și coautorii (1994) consideră, că în prezent plăgile abdominale penetrante, frecvență cărora se mărește, se deosebesc prin gravitate și nivel înalt al letalității, fapt care impune suprapunerea acestora traumatismelor de război [32]. Conform datelor publicate în Raportul Național Vital de Statistică pentru anul 2000 în SUA 30708 persoane au decedat de leziuni rezultate din plăgile prin armă de foc. Totuși, ratele de deces sunt un indicator slab al amplitudinii problemei, deoarece majoritatea pacienților supraviețuiesc. De exemplu, pe lângă decese legate traumatisme, în SUA s-au înregistrat 57 mln. de leziuni raportate și 23 mln. de spitalizări. Pentru același an costurile totale legate de excluderea din câmpul muncii toți pacienții agresați au fost estimate la 158 miliarde dolari [14].

Letalitatea prin politraumatisme ocupă un loc de bază și în structura generală a mortalității populației planetei. Încă în 1998 președintele Asociației chirurgilor-traumatologi Antoni Meier la o ședință comună a asociației americano-japoneze „Letalitatea și invalidizarea prin traumatisme. Probleme globale” a prezentat date ale statisticii mondiale din ultimele decenii. Conform opiniei acestuia, există tendința care prevede faptul, că către anul 2020 pe fondul reducerii letalității în urma bolilor infecțioase și patologiei perinatale, pe planetă se așteaptă o creștere bruscă a mortalității prin traumatisme în urma accidentelor de circulație, războaielor, actelor de terorism [23, 25, 34]. Politraumatismele, ca cel mai sever tip de traumatism, reprezintă 20-25% din totalul traumelor [4, 5] și se caracterizează printr-o letalitate care nu tinde spre scădere și variază între 23,3 și 60% [31, 38], prin pierderea capacității de muncă de lungă durată și un nivel înalt al invalidizării, fiind de 10 ori mai mare comparativ cu aceasta în traumatismele izolate [28, 39]. În ultimii ani traumatismul ocupă primul loc ca motiv de deces printre copii și tineri în toate țările dezvoltate ale lumii, urmat de o letalitate ce depășește 40% [4, 11]. Cu toate acestea, decesele prin traumatisme continuă să rămână o povară a societății în pofida realizărilor strategiilor de reducere a frecvenței acestora [6, 18, 19], în special rezultate din accidente de circulație, aeriene, feroviare și maritime, dar și în urma actelor de terorism și a seismelor naturale [4]. Catastrofele din transport, calamitățile naturale, accidentele din producție etc., în rezultatul cărora majoritatea suferinșilor prezintă leziuni multiple ale organelor și sistemelor, impun o atitudine aparte și o revizuire a organizării tratamentului acestui contingent de politraumatizați, conducând la apariția termenului de „medicină a dezastrelor și situațiilor extreme” [39].

Politraumatismul prezintă o leziune specifică, în care gravitatea stării accidentatului este determinată nu de o sumare simplă a leziunilor, ci de un șir de procese patofiziologice ce se potentează reciproc [30]. Sursele multiple de durere și hemoragie, dereglarea funcției respiratorii, coma cerebrală, leziunile structurale ale creierului modifică tonusul muscular și sensibilitatea, modifică procesele centrale ale activității organelor interne, ce conduc la denaturarea sau lipsa semnelor clinice, caracteristice leziunilor organelor intraperitoneale [42]. Șcedronok și coautorii (2006) susțin, că traumatismele asociate ale craniului și abdomenului evoluează prin sindromul de agravare reciprocă (34,7%), precum și prin sindromul de pseudocompresiune (8%) și de pseudodislocație (12%), gradul de manifestare a acestora nu depinde de severitatea leziunii creierului, ci corelează cu volumul hemoperitoneului [44].

Este cunoscut că la pacienții cu politraumatisme, dar cu leziuni ușoare extraabdominale, simptomatologia leziunilor organelor abdominale nu diferă de aceasta în traumatismele abdominale izolate și nu prezintă dificultăți în diagnostic. În asemenea circumstanțe este posibil un contact adecvat cu accidentatul, care permite precizarea anamnezei, acuzelor, depistarea unor

zone dureroase pe abdomen, contractura musculară, matitate pe flancuri, prezența semnelor peritoneale etc. Paloarea tegumentelor, tegumentele reci, hipotonia și tahicardia pot suspecta o hemoragie intraabdominală. Sindromul algic pronunțat, timpanismul percutor sau lipsa matității hepatice, prezența semnelor peritoneale sunt prezente în cazul leziunilor organelor cavitare. În cazul politraumatismelor severe semnele leziunilor organelor intraabdominale pot lipsi sau pot fi denaturate, și viceversa, poate fi prezentă simptomatologia abdomenului acut chirurgical în lipsa leziunilor organice intraabdominale [23, 35, 42]. Erorile diagnostice sunt determinate de traumatisme asociate cranio-cerebrale, toracice, vertebro-medulare, fracturile oaselor bazinului, șocul sever, starea de ebrietate [40]. De aceea, la acest contingent de bolnavi diagnosticul leziunilor intraabdominale se bazează în mare măsură pe rezultatele investigațiilor obiective paraclinice. Deși au o pierdere sangvină importantă, șocul la acești pacienți poate evolua cu bradicardie și cu valori relativ înalte ale T/A [36].

În structura leziunilor traumatiche asociate grave traumatismul abdominal și-a consolidat stabil a doua poziție și ca frecvență, și după nivelul letalității [10, 19, 25]. În cadrul politraumatismelor organele intraabdominale sunt lezate în 25-35% cazuri [25]. Conform datelor OMS insuficiența diagnosticului și întârzierea tratamentului inițial al pacienților cu politraumatisme în timpul „orei de aur” condiționează morbiditatea înaltă a acestor leziuni și este cauza decesului la aproape 10% din numărul total de decese cauzate de politraumatisme [15]. Dificultățile diagnostice în leziunile intraabdominale, rata înaltă a complicațiilor, rezultatele nesatisfăcătoare ale tratamentului atribuie o actualitate deosebită studierii leziunilor organelor intraabdominale în cadrul politraumatismelor. De aceea, diagnosticul și managementul traumatismelor abdominale rămâne una dintre cele mai actuale probleme, iar interesul față de această temă nu scade de-a lungul secolelor [43]. Pentru diagnosticarea leziunilor intraabdominale în majoritatea absolută a publicațiilor științifice se propune utilizarea în complex a metodelor de diagnosticare, care se completează reciproc unul pe celălalt [12, 24, 38], însă succesivitatea acestora nu se precizează.

În politraumatismele severe de rapiditatea de examinare și obținere a informației de la metodele paraclinice de investigare depinde oportunitatea, amploarea și caracterul asistenței medicale de urgență, iar în consecință – exodul traumei. Posibilitățile temporare, organizatorice și tehnice de utilizare a algoritmilor diagnostic-curative în asemenea circumstanțe sunt cu totul limitate [12, 41]. Este necesar de ținut cont și de faptul, că la spitalizarea politraumatizatului în secția de reanimare măsurile de diagnosticare și curative se efectuează simultan [36].

Hemodinamica instabilă, dereglările de respirație, excitația motorie, imposibilitatea de transportare, efectuarea măsurilor de reanimare exclud posibilitatea utilizării metodelor efective situate în cabinete staționare de diagnosticare. Este foarte riscant de a face exces de diferite metode de diagnostic, îndeosebi legate de transportarea pacientului în secții auxiliare de diagnosticare. Pe lângă aceasta, alegerea metodelor de diagnosticare depind de asigurarea edificiului medical cu echipament necesar. În unele lucrări se propune de a utiliza inițial lavajul diagnostic peritoneal sau laparoscopia [17] ca metode de bază de diagnosticare a leziunilor intraabdominale în primele ore de la spitalizarea accidentatului. Majoritatea autorilor pledează pentru metodele neinvazive de examinare în complexul măsurilor diagnostice. În prezent metoda screening de diagnosticare a leziunilor organelor intraabdominale este USG abdominală, efectuată la spitalizarea bolnavului în staționar. În opinia altor chirurgi, în cazul rezultatului dubios al USG abdominale sau în prezența hemoperitoneului sub 250 ml este rațional de a utiliza metode invazive de examinare – laparoscopia sau laparocenteza, care permit de a reduce perioada de diagnosticare la 3-15 minute [16, 27]. În multe cazuri laparoscopia se recomandă în cazul laparocentezei dubioase. După părerile multor autori, metoda determinantă în diagnosticarea traumatismelor abdomenului este TC, în cazul rezultatului dubios al căreia se efectuează lavajul peritoneal [7, 9, 12].

De aceea, cunoașterea întregului polimorfism în evoluția clinică a bolii traumatiche va permite perfecționarea metodelor diagnostice și de tratament a traumatismului asociat sever. În plus, gravitatea stării pacienților cu traumatisme asociate cranio-cerebrale, toracice, ale

bazinului, extremităților înaintează cerințe mari în alegerea volumului măsurilor diagnostice și curative. Rămân neelucidate multe obiective privitor la diagnosticul și tactica curativă, în special în primele ore și zile după traumatism. În particular, lipsesc criteriile clare în succesivitatea măsurilor de diagnosticare, indicații concrete către tratamentul conservativ în leziunile organelor parenchimotoase, necesită precizare și eșalonare elementele de tactică intraoperatorie și tehnică chirurgicală în leziunile organelor intraabdominale, mai ales în condiții de hemoragie profuză, leziuni multiviscerale și instabilitate hemodinamică etc. Devin evidente problemele clinicianului în diagnosticul leziunilor și tratamentul bolnavilor cu asemenea traumatisme. Multe din aceste dificultăți nu sunt încă depășite, toți cercetătorii fiind de acord cu părerea, că rezolvarea multor obiective depinde de aprecierea obiectivă a severității traumatismului asociat și a gravității stării traumatizantului. Multitudinea leziunilor, gradul diferit de severitate a acestora nu permit de a efectua o analiză comparativă a metodelor de tratament, a letalității, a duratei de invalidizare. Analogic nu pot fi comparate activitatea edificiilor medicale în organizarea asistenței medicale calificate în traumatisme și a metodelor de profilaxie. În ultimele două decenii s-au activizat cercetările în prognozarea evoluției și exodului traumatismelor șocogene – o tendință caracteristică țărilor interesate de problema traumatismelor severe și șocului (Anglia, Rusia, SUA etc.) [26]. Numai elaborarea și implementarea protocoalelor de asistență medicală în politraumatisme în spitale de diferite nivele, precum și a procedurilor de prognozare a evoluției și exodului traumei șocogene și schemelor respective de prognozare a rezultatelor va permite obiectivizarea principiilor și metodelor de tratament al traumatizațiilor, crearea algoritmilor diagnostic-curative, ce reprezintă o importanță deosebită în condițiile traumatismelor în masă.

Pe lângă problemele clinice enorme ce le implică, pacienții cu politraumatisme severe reprezintă și un factor financiar relevant în sistemul de sănătate, în special pentru centrele terțiare în Chirurgia Traumei. Introducerea sistemului de "*diagnosis-related group*" (*DRG*) în Germania a arătat impactul potențial economic negativ al politraumatizațiilor gravi pentru centrele de nivel înalt specializate în traumatisme. În ultimii ani remanierea în acest sistem ar fi binevenite cu scopul de rambursare oportună pentru pacientul traumatizat, deoarece un studiu realizat în acest context a arătat că deficitul economic în cazul unui politraumatizat grav nefiind atribuit la sistemul *DRG* pentru 2005 a depășit în medie 9000 EURO pentru fiecare caz [8]. Alt studiu efectuat în Anglia confirmă că centrele terțiare primesc numai 10% din banii pentru tratamentul politraumatizațiilor. Numărul acestor pacienți este relativ mic, însă impactul tratamentului acestora este foarte mare [20]. Schimelz A. și coautorii (2002) susțin că concentrația pacienților în centre specializate în traumatologie, în care este garantată terapia optimală, va conduce la creșterea continuă a deficitului în aceste spitale, ceea ce va deteriora în viitor conceptul de „centru de traumă” [21].

Concluzii

Politraumatismele cu componentă abdominală este o problemă majoră de sănătate publică, reprezentând un impact semnificativ social, medical și financiar. Cu regret, în țară mult timp nu se acorda atenția cuvenită acestei probleme: lipsește o statistică de stat în acest tip de leziuni, nu sunt determinate principiile de bază în organizarea asistenței medicale în caz de politraumatisme. Lipsa la nivel național a unei concepții ferme referitor la noțiunea de traumatism asociat și a unui sistem obiectiv unic în aprecierea atât a severității leziunii, cât și a gravității accidentatului împiedică sau îngreuiază interpretarea datelor obținute în cercetările științifice, iar deseori făcând imposibile analizele comparative ale rezultatelor tratamentului cu cele publicate în literatura de specialitate. Studiarea factorilor, care ar elucida particularitățile clinice și paraclinice ale leziunilor organelor intraabdominale în cadrul politraumatismelor și de management medico-chirurgical, prin elaborarea și implementarea unui algoritm optimal în asistența politraumatizațiilor, incluzând metode și tehnici inovatoare în tratamentul acestora, prezintă o valoare științifico-practică majoră. Plus la aceasta, sunt necesare studii științifice care ar argumenta remanierea oportune în vederea revizuirii și reactualizării calculului resurselor financiare reale alocate spitalelor, în deosebi centrelor specializate în chirurgia traumei, de

Compania Națională de Asigurări în Sănătate pentru cazul tratat, necesare în asistența politraumatizaților cu leziuni ale organelor intraabdominale, luând în considerație gravitatea politraumatismului și durata tratamentului.

Bibliografie

1. BEȚIȘOR V. Actualități în ortopedie-traumatologie. Materialele conferinței științifice anuale a colaboratorilor și studenților. Chișinău, 1997, p.15-27.
2. BEȚIȘOR V, GOIAN V. Principiile de bază în diagnosticul și tratamentul politraumatismelor. Elaborări metodice. Chișinău, 1995, 32 p.
3. CIOBANU GH. Scorurile de severitate în managementul bolnavului politraumatizat critic. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. 2008, vol.1, no.15, p.27-33.
4. BEURAN M, TURCULEȚ C, MORTEANU S. Elemente de traumatologie. În: *Manual de chirurgie*. Vol.II. Sub redacția Popescu I, Beuran M. Editura Universitară Carol Davila, 2007, p.977-1016.
5. CIRILLO RL. JR, KONIARIS LG. Detecting Blunt Pancreatic Injuries. J Gastrointest Surg. July-August 2002, vol. 6, no.4, p.587-598.
6. DEMETRIADES D, CHAN LS, VELMAHOS G et al. TRISS methodology in trauma: the need for alternatives. J Surg. 1998, vol. 85, no.3, p.379-384.
7. FABIAN TC, CROCE MA. Abdominal trauma, including indication for celiotomy. Trauma, III ed. Ed. DV.Feliciano, EE.Moore, KL.Mattox, A.Appleton Lange, Stamford. 1995, p.441-459.
8. FLONE S, BUSCHMANN C, NABRING J. et al. Definition of polytrauma in the German DRG system 2006. Up to 30% "incorrect classifications". Unfallchirurg. July 2007, vol.110, no.7, p.651-658.
9. GARBER BG, BIGELOW E, YELLE JD, PAGLIARELLO G. Use of abdominal computed tomography in blunt trauma: do we scan too much? Can J Surg. 2000, vol. 43, no.1, p.16-21.
10. GAYTEN CG, STAHL WM, AGARWAL N, MURFY TC. Analysis of preventable deaths by mechanism of injury among 13500 trauma admission. Ann Surg. October 1991, vol. 214, no.4, p.510-520.
11. GUDUMAC E, ANDRONIC N, BERNIC J, GRĂJDIERU M. Algoritmul de diagnostic și tratament în traumatismele abdominale la copil. Chișinău, 1998, 21 p.
12. JACOBS DG, SARAFM JL, MARX JA. Abdominal CT scanning for trauma, how low can we do? Injury. 2000, vol. 31, no.5, p.337-343.
13. KAPLAN L. Abdominal trauma. Med J. 2001, vol. 2, no. 5, p.11.
14. KOMAR AR. Abdominal Trauma Penetrating. Last Updated: November 17, 2004
15. MALOMAN E. Diagnosticul și tratamentul traumatismelor abdominale. În: *Chirurgia abdominală de urgență*. Chișinău, 2008, p.286-341.
16. 209NAST-KOLB D, TRUPKA A, RUCHHOLTZ S et al. Abdominal trauma Der Unfallchirurg 1998, Bd 101, Issue 2, s.82-91.
17. PRALL JA, NICHIS JS, BRENNAN R, MOORE EE. Evaluating the abdominal situation in sorting unconscious patients with blunt trauma and normal blood pressure. J Trauma. 1994, vol. 37, no.5, p.792-797.
18. REZA A, MERCY JA, KRUG E. Epidemiology of violent deaths in the world. Inj Prev. 2001, vol. 7, no. 2, p.104 –111.
19. SHACKFORD SR, MACKERSIE RC, HOLBROOK TL et al. The epidemiology of traumatic death. A population-based analysis. Arch Surg. 1993, vol. 128, no.5, p.571-575.
20. SIKAND M, WILLIAMS K, WHITE C, MORAN CG. The financial cost of treating polytrauma: implications for tertiary referral centres in the United Kingdom. Injury. June 2005, vol. 36, no.6, p.733-737.

21. SCHIMELZ A, ZIEGLER D, BECK A, GEBHARD F. Costs for acute, stationary treatment of polytrauma patients. *Unfallchirurg*. November 2002, vol. 105, no.11, p.1043-1048.
22. WICK M, ЕККЕРНКАМР А, МУНН G. The epidemiology of multiple trauma. *Chirurg*. November 1997, vol. 68, no.11, p. 1053-1058.
23. АБАКУМОВ ММ, ЛЕБЕДЕВ НВ, МАЛЯРЧУК ВИ. Повреждения живота при сочетанной травме. Москва, Медицина, 2005, 174 с.
24. АГАДЖАНИЯН ВВ, ПРОНСКИХ АА, УСТЬЯНЦЕВА ИМ и др. Политравмы. Новосибирск: Наука, 2003, 492 с.
25. АНКИН ЛН, АНКИН НЛ. Травмы живота. В кн: Травматология (*Европейские стандарты*). Москва, 2005, с.167-183.
26. БАГНЕНКО СФ, СЕЛЕЗНЕВ СА, ШАПОРТ ЮБ. Теоретические предпосылки и рациональные приемы прогнозирования течения и исходов шокогенных травм. В кн.: *Интегральная оценка и прогнозирование в экстренной медицине*. Материалы научно-практической конференции, посвященной 70-летию со дня рождения проф. Ю.Н. Цибина. Санкт-Петербург, 2001, с.11-17.
27. БЕЛОКУРОВ ЮН, БАРАНОВ ГА, ЗАВЬЯЛОВА НИ, ЩЕТКО ВИ. Лапароскопия при повреждениях живота и органов брюшной полости. В кн: *Оказание помощи при сочетанной травме*. М., 1997, с.139-141.
28. БРЮССОВ ПГ, ЕФИМЕНКО НА, РОЗАНОВ ВЕ. Оказание специализированной помощи при тяжелой механической сочетанной травме. *Вест хирургии им. И.И.Грекова*. 2000, Том 160, N1, с.43-47.
29. ЕРМОЛОВ АС, АБАКУМОВ ММ, СОКОЛОВ ВА, КАРТАВЕНКО ВИ, ЕПИФАНОВА НМ. Общие вопросы оказания медицинской помощи при сочетанной травме. *Хирургия*. 2003, N12, с. 7-11.
30. ЕРУХИН ИА, ШЛЯПНИКОВ СА. Экстремальное состояние организма. СПб.: Эскулап, 1997, 304 с.
31. ЖУРАВЛЕВ СМ. Травматизм и ортопедическая заболеваемость – приоритетная медицинская и дермографическая проблема. В кн.: *Актовая речь*. М.: ЦИТО, 1997, с.3-18.
32. КАСУМЬЯН СА, БУЯНОВ АЛ, НЕКРАСОВ АЮ. Диагностика и лечение проникающих ранений живота. *Вестник Смоленской Медицинской Академии*. 2003, N10, с.1-5.
33. КОРЛЭТЯНУ МА, БЕЦИШОР ВК, БУРУНСУС ВД. Тяжелая сочетанная черепно-мозговая травма и повреждения опорно-двигательной системы. Кишинев. «Штиинца». 1990, 167 с.
34. ЛАПТЕВА МИ. Судебно-медицинское установление давности тупой механической травмы мягких тканей (морфометрическое исследование). Автореферат дисс. ... кмн., Москва, 2007, 22 с.
35. ЛЕБЕДЕВ ВВ, КРЫЛОВ ВВ. Неотложная нейрохирургия. М: Медицина, 2000, 567 с.
36. ЛЕБЕДЕВ НВ, МАЛЯРЧУК ВИ, АБАКУМОВ ММ. Особенности диагностики и лечения сочетанной абдоминальной и черерно-мозговой травмы. *Вестник РУДН, Медицина*, 2000, N3, с.107-110.
37. МИНЕЕВ КП, ШЕВАЛЕВ ГА, ЧЕКОМАСОВ СВ. Причины смертельных исходов при политравме. Саранск, 1993, с.8.
38. МОЛИТВОСЛОВОВ АБ, БОКАРЕВ МИ, МАМОНТОВ РЕ, ГОРЕВ ВК, АЗАТЯН КД, НЕЧАЕНКО АМ, АБДУРАХМАНОВА СР, БИРЮКОВ ЮВ. Диагностика повреждений живота при сочетанной травме. *Хирургия*. 2002, N9, с.22-26.
39. ПУШКОВ АА. Сочетанная травма. Ростов на Дону: Феникс. 1998, 320 с.
40. РОМАНОВ МД, ТОРГАШОВ ОВ. Лечебно-диагностическая тактика при травме живота. *Вестник Смоленской Медицинской Академии*. 2003, N4, с.1-3.

41. СЕЛЕЗНЕВ СА, ХУДАЙБЕРЕНОВ ГС. Травматическая болезнь (актуальные аспекты проблемы). Алма-Ата: Ылым, 1984, 224 с.
42. ЦЫБУЛЯК ГН, ШЕЯНОВ СД. Ранения и травмы живота: современная диагностика и новые подходы в лечении. Вест хирургии им. И.И.Грекова, 2001, Том 160, N5, с.81-88.
43. ЧЕРНЫШЕВ ВН. Острый перитонит. Повреждения живота. Самара: Самарский Дом печати, 2000, с.86-159.
44. ЩЕДРОНОК В, ЯКОВЕНКО И, МОГУЧАЯ О, ФИЛИППОВ А, СОБАКОВ И. Особенности диагностики при сочетанной кранио-абдоминальной травме. Материалы IV съезда нейрохирургов России. Июнь 2006, с.380-381.

**MANAGEMENTUL FINANCIAR AL CAZULUI TRATAT
DE POLITRAUMATISM CU COMPONENTĂ ABDOMINALĂ
ÎN CONDIȚIILE ASIGURĂRILOR OBLIGATORII DE SĂNĂTATE**

Gheorghe Rojnovanu

Școala de Management în Sănătate Publică USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

*Financial management of a treated case of polytrauma
with abdominal injury in the medically insured*

Along with the significant clinical problems, polytraumatized patients represent an important financial burden for the health care system, especially for the tertiary Trauma Surgery centers. The expenses and incomes of a hospital depending on the complexity of the treated cases are very important in the aspect of paying modalities for the medical institution as well as to compare the expenses between the hospitals. Upon the experience of treating a representative group of polytraumatized patients with abdominal injury in a specialized institution the author analyses the veridical costs of a treated polytrauma case and compares them with the financial allocations of the medical insurance company for each treated case. In conclusion, changes in order to improve the hospital financing according to the case complexity is proposed, measures that should improve the quality of the medical service.

Rezumat

Paralel cu problemele clinice enorme ce le implică, pacienții cu politraumatisme severe reprezintă și un factor financiar relevant în sistemul de sănătate, în special pentru centrele terțiare în Chirurgia Traumei. Costurile și veniturile unui anumit spital în funcție de complexitatea cazurilor tratate are implicații uriașe, atât la nivelul modalităților de plată către instituțiile medicale, cât și a comparării costurilor între spitale. În baza experienței în tratamentul unui lot reprezentativ de politraumatizați cu componentă abdominală într-un centru specializat, se prezintă o analiză a datelor privind cheltuielile reale pentru rezolvarea politraumatismului, ultimele fiind comparate cu resursele financiare alocate de CNAM pentru fiecare caz tratat. În concluzie se propun remanieri referitoare la perfectarea sistemului de finanțare a spitalelor în funcție de complexitatea cazului, care va spori calitatea serviciilor de îngrijiri medicale integral de care va beneficia pacientul.

Introducere

Sistemul asigurărilor de sănătate atât în Republica Moldova, cât și în alte țări este acomodat la situația economică, politică, socială și culturală caracteristică țării, totodată sistemul de asigurări trebuie să realizeze îndeplinirea următoarelor obiective: acces universal la pachetele de servicii de sănătate; libera alegere a principalilor actori ai pieței serviciilor de sănătate; asigurarea finanțării sistemului de asigurări de sănătate; asigurarea și promovarea calității