

EDITORIAL

**EVALUAREA REZULTATELOR ACTIVITĂȚII
CHIRURGICALE ÎN REPUBLICA MOLDOVA - 2005 - I/2 2006****EVALUATION OF SURGICAL ACTIVITY RESULTS
IN REPUBLIC OF MOLDOVA - 2005-1/2 2006**

*Viața poate fi înțeleasă numai privind înapoi,
dar trăită privind înainte.*

Vladimir CAZACOV

*Specialist Principal al MS și PS – chirurgie, conferențiar
universitar*

Sănătatea populației RM în anii 2005-2006 s-a caracterizat prin creșterea urgențelor cardiovasculare, traumatismelor și a incidenței patologiei chirurgicale acute care determină, în fond, structura morbidității, mortalității și a indicilor principali de sănătate.

O analiză retrospectivă referitoare la rezultatele asistenței chirurgicale obținute în 2005 a demonstrat că numărul total al intervențiilor chirurgicale efectuate este de 82.811, cu 0,7% mai mult comparativ cu 2004 (74.592) - fără oftalmologie, O.R.L., obstetrică și ginecologie.

În pofida creșterii anuale a morbidității și a numărului intervențiilor chirurgicale, letalitatea postoperatorie în ultimii 5 ani se menține la un nivel stabil, iar în 2005 s-a micșorat cu 0,3%, constituind 0,92% vis-a-vis de 1,19% în 2004 (copii-0,19% și 0,2% respectiv). Rata bolnavilor chirurgicali asigurați se menține la același nivel, constituind 79,22%.

În anul 2005 a crescut numărul de operații neurochirurgicale până la 2528 față de 2098 în anul 2004, mortalitatea postoperatorie în ultimii 2 ani fiind relativ constantă (7,47% vis-à-vis de 12,3% în a. 2000).

Experiența acumulată și colaborarea clinică strânsă între neurochirurgie și neurologie sunt factorii primordiali în atingerea acestor rezultate.

Se observă și o creștere a intervențiilor chirurgicale pe sistemul endocrin (732 contra 671 operații), alături de tiroidectomii majorându-se numărul tiectomiilor și al adrenalectomiilor. Este relevant faptul că în arsenalul terapeutic au fost introduse timomectomiile toracoscopice, moment ce poate condiționa în viitor reducerea morbidității postoperatorii, obținerea unor rezultate funcționale de calitate.

Indicatorii morbidității și ai mortalității prin afecțiuni chirurgicale ale aparatului respirator, în ultimii ani, rămân la același nivel. S-a constatat că rata incidenței proceselor acute purulente distructive (abcese și gangrene pulmonare) este în permanentă creștere, constituind cca 150 cazuri în 2005. 1/4 bolnavi din totalul celor operați sunt cei cu echinococ pulmonar complicat și cu afectare multiviscerală (pulmon, ficat). 1/3 dintre acești pacienți nu sunt asigurați, fiind tratați din contul

secțiilor de profil, situație care impune introducerea unor mecanisme de ajustare a finanțării. Trebuie menționat, că creșterea numărului intervențiilor video-asistate, rata cărora constituie cca 20% din totalul operațiilor, precum și introducerea chirurgiei miniinvazive toracoscopice în arsenalul terapeutic adresat pneumotoracelui, chistului hidatic, tumorilor benigne, traumatismului toracic au permis obținerea unor rezultate chirurgicale superioare, asigurând confortul de supraviețuire și prelungind durata vieții acestor bolnavi.

Asistența cardiocirurgicală adresată populației RM este în ascendență continuă. Cota intervențiilor chirurgicale în 2005 a crescut cu 17,4% față de anul 2004. Se constată o creștere a numărului total de operații adresate viciilor cardiace congenitale, a șunturilor aorto-coronariene și a intervențiilor cu CEC. Letalitatea postoperatorie s-a micșorat de la 4,77% la 3,36%, lucru ce poate fi atribuit atât experienței acumulate, cât și noilor metode de diagnostic și de tratament implementate în practică. Trebuie subliniat însă, că volumul intervențiilor cardiocirurgicale efectuate satisface necesitatea pacienților (maturi și copii) numai în 26% din numărul total care solicită o rezolvare chirurgicală a patologiei cardiace.

Această legitate este caracteristică și pentru angiocirurgie, deoarece incidența arteriopatiilor cronice ce necesită intervenție chirurgicală este în creștere continuă.

În serviciul angiocirurgical specializat republican se practică, cu rezultate bune chirurgicale, funcționale și de recuperare, intervenții pe carotide, pontaje și grefe de înlocuire, operații reconstructive adresate suferințelor arteriale. Statisticile au relevat o creștere a numărului operațiilor pe artere și pe vene efectuate în staționările chirurgicale din republică (a.2000–1597;a.2003–2057;a.2005–2307).

Deși realizările sunt incontestabile s-au atestat și unele deficiențe:

- adresabilitate tardivă a pacienților cu arteriopatii cronice;
- erori diagnostice și tactice determinate de incompetență profesională a medicilor de profil general (medic de familie, terapeut, chirurg);

• dotare tehnico-materială insuficientă a secțiilor de angiochirurgie (ecoDoppler, angiograf de performanță, etc.).

Maladiile tractului gastrointestinal dețin în RM unul dintre primele locuri în morbiditate, invalidizare și mortalitate a populației. Dovadă a acestei realități este procentul înalt al intervențiilor chirurgicale la organele cavității abdominale care constituie 45,5% din totalul operațiilor efectuate în 2005. Analizând dările de seamă despre volumul de asistență chirurgicală programată acordată populației RM în 2005 și prima jumătate a anului 2006, am constatat o creștere a numărului de intervenții chirurgicale laborioase efectuate în serviciile chirurgicale specializate: rezecții pancreatoduodenale, pancreato-jejunosomii, hemihepatectomii, rezecții segmentare atipice a ficatului, plastie a esofagului, operații reconstructive pe stomac și colon ș. a.

Rata herniotomiilor și a colecistectomiilor programate, inclusiv a celor laparoscopice, în anii 2004 – 2005, rămâne la același nivel, cca 4000 și 2500, respectiv (Tab. 1).

Tabelul 1

Activitatea chirurgicală programată în aa. 2005- 1/2 2006

Nozologie	2005	1/2 2006			
		Total	SR	SM/SU	
Total operații programate în staționar	23896	10141	6056	4085	
Inclusiv la organele cavității abdominale	10873	5657	2219	3203	
Dintre ele:	1. Colecistectomii tradiționale	1031	471	231	232
	2. Colecistectomii laparoscopice	1574	1196	31	852
	3. Gastrectomii	405	239	45	190
	4. Herniotomii	4317	2880	1944	854
	5. Splenectomii	163	79	20	53
	6. Echinococectomii	92	102	3	92
	7. Flebectomii	555	248	72	158
	8. Colectomii	114	55	18	30
Nr. operațiilor în ambulatoriu (policlinică)	10986	4501	3542	315	
Nr. total al complicațiilor posoperatorii	281	120	90	30	

Notă: SR- spital raional; SM – spital municipal; SU – spital universitar

Pe larg sunt practicate colecistectomia laparoscopică, procedeele retrofunculare ale hernioplastiei și aloplastiile cu plasă sintetică, metode cu avantaje clinico-economice bine cunoscute. Mortalitatea postoperatorie pe parcursul ultimilor 5 ani în chirurgia programată a acestor afecțiuni rămâne similară, fiind 0,17% și 0,2%, respectiv. În 2005 în mod programat au fost operați 4317 pacienți pentru hernii simple, necomplicate și 1637 pentru hernii strangulate, raport relativ satisfăcător.

Un aspect negativ însă îl prezintă creșterea, dar nu micșorarea ponderii operațiilor pentru hernii strangulate (1593-a.2004 și 1637-a.2005). Alarmant este sporirea nivelului letalității postoperatorii: 17 decese din numărul total de 586 operații efectuate în prima jumătate a anului 2006, ceea ce constituie 3,25% contra 1,63% în 2005, moment determinat de prezența listelor de așteptare pentru pacienții purtători de hernie în policlinici (CNAM).

E necesar a sublinia că apariția clinicilor universitare a ridicat evident calitatea serviciilor medicale, dar insuficiența utilajului medical de înaltă performanță împiedică dezvoltarea calității în multe domenii. Ca urmare, actualmente în republică nu se practică pe larg chirurgia laparoscopică a ulcerului gastroduodenal perforat, herniilor diafragmale, acalaziei, urgențelor chirurgicale, etc.

În marea majoritate a raioanelor funcționează serviciul de urgență cu linie de gardă permanentă. La ora actuală activitatea secțiilor raionale de profil chirurgical este orientată, în special, spre acordarea asistenței în urgențe chirurgicale, incidența cărora marchează o creștere anuală (Tab.2).

Tabelul 2

Incidența afecțiunilor chirurgicale acute: (100000)

Patologia	2000	2003	2004	2005	FR
Ocluzie intestinală (OI) ↑	13,92	15,28	16,28	17,17	23,19
Apendicită acută (AA)	220,9	263,0	219,7	229,4	142
Ulcer gastro-duodenal perforat (UGDP) ↑	25,61	18,94	20,4	23,1	16,61
Ulcer gastro-duodenal demoragic (UGDH) ↑	36,88	31,60	41,9	46,8	34,54
Hernie strangulată (HS)	29,92	36,29	44,25	43,8	30,22
Colecistită acută (CA) ↓↓	69,64	73,37	85,7	46,6	112,8
Pancreatită acută (PA) ↑↑	43,47	67,17	84,16	98,7	112,3

Notă: FR – Federația Rusă (2005).

Cauzele specifice de creștere a incidenței patologiei chirurgicale acute sunt:

- ocluzia intestinală – creșterea ocluziei aderențiale ca rezultat al creșterii activității chirurgicale cât și al incidenței înalte a tumorilor;
- hernia strangulată – consecința reducerii progresive a herniotomiilor programate (profilaxia strangulării herniare);
- ulcerul perforat și hemoragic – influența factorilor iatrogeni și a terapiei antiinflamatorii nesteroidice;
- pancreatita acută – influența litiazei biliare, a alcoolului și a alimentației incorecte.

Tabelul 3

Cota – parte a diferitor forme de “abdomen acut chirurgical” în 2004 – 2006, la 100000 locuitori

	2004	2005	1/2 2006
Apendicită	42,7	48	65
Pancreatită	16	14,7	49
Colecistită	16	11,4	01
Hernii	8,6	9,2	25
UGD hemoragic	8,4	8,6	9,18
UGD perforat	4	4,6	3,96
Ocluzii intestinale	3,2	3,5	3,45

Letalitatea postoperatorie în urgențele abdominale în 2005 a constituit 0,89%, comparativ cu 1,08% în 2004 și în ultimii 5 ani se menține la același nivel pentru apendicita acută, ocluzia intestinală și colecistita acută (0,09%;4,86% și 1,49% respectiv), fiind mai joase comparativ cu rezultatele din FR (Tab.4):

Evaluarea critică a rezultatelor statistice (anii 2005 – 2006) vizând letalitatea postoperatorie în patologia acută chirurgicală pune în evidență creșterea mortalității față de 2004 în următoarele entități patologice:

- Ulcerul gastroduodenal perforat(UGDP) 3,12% contra 2,45%;
- pancreatita acută 31,8% contra 26,3%;
- hernia strangulată 3,25% contra 1,27%.

Tabelul 4

**Mortalitatea postoperatorie
în patologia chirurgicală de urgență (%)**

Patologia	2000	2003	2004	2005	1/2 2006	FR 2005
Ocluzie intestinală	6,60	4,85	5,21	4,86	9 (5,42)	5,7
Apendicită acută	0,11	0,06	0,07	0,09	1 (0,35)	0,14
Ulcer gastro – duodenal perforat	4,40	3,97	2,45	3,12	10 (3,3)	5,2
Ulcer gastro – duodenal hemoragic	11,49	12,5	10,93	7,93	13 (13)	13,6
Hernie strangulată	3,08	1,51	1,67	1,14	17 (3,25)	4,5
Colecistită acută	1,44	1,82	1,39	1,49	9 (1,75)	1,0
Pancreatită acută	24,09	28,74	26,27	31,8	15 (26,8)	21,6

Notă: FR – Federația Rusă (2005).

Ulcerul gastroduodenal actualmente este privit ca o boală curabilă, ce beneficiază de tratament conservator, însă chirurgia continuă să ocupe un loc important în tratamentul complicațiilor acestuia: perforație, hemoragie, stenoză. În ciuda progreselor diagnostice și terapeutice pe care le-a înregistrat chirurgia, mortalitatea în **UGDP**, alături de morbiditatea cu tendință de creștere (23,1 la 100 000 loc. în 2005 față de 20,4 în 2004), se menține încă la valori ridicate. Letalitatea postoperatorie prin **UGDP** a crescut de la 2,45% (2004) până la 3,12% (2005); în prima jumătate a anului 2006 postoperator au decedat 11 pacienți din totalul celor 316 operații (3,48%). O rată mai înaltă a letalității față de media națională se atestă în raioanele Căușeni, Drochia, Șoldănești. Evaluarea acestor cazuri a relevat că rezultatele tratamentului chirurgical al **UGDP** sunt influențate de:

- timpul scurs de la debut la momentul intervenției chirurgicale (adresabilitate tardivă);
- vârsta pacienților: 68,2% dintre cei decedați depășiseră 61 ani;
- diagnostic tardiv și stări comorbide asociate.

O altă entitate patologică ce deține o pondere importantă a morbidității și a mortalității în RM este **UGD hemoragic**. Incidența **UGDH** în ultimele 2 decenii, conform datelor internaționale, a înregistrat o ușoară scădere, variind între 7% și 27%, după regiunile geografice.

În RM, în anii 2004 – 2005 și în prima jumătate a anului 2006, incidența **UGDH** se menține la valori mult mai înalte, constituind 41,9 – 46,8 la 100.000 loc., fiind în ascendență comparativ cu anii 2000 – 2003 și cu incidența lui în FR (34,54).

Am constatat că tratamentul endoscopic al **UGDH** a redus frecvența intervențiilor chirurgicale de urgență, dar nu și letalitatea. Dacă în anii 2003 – 2004 letalitatea postoperatorie a variat între 12,5 -10,9, iar în anul 2005 am remarcat o ușoară scădere a acesteia, atunci în " 2006 rata letalității prin **UGDH** s-a mărit de 2 ori: 13 decese postoperatorii din totalul celor 100 pacienți operați pentru hemoragie ulceroasă (spitalizați - 842).

Alarmante sunt și următoarele cifre: 8 decese - pacienți neoperați și 18 decese prin hemoragie ulceroasă la domiciliu. Statisticile au relevat un nivel mai înalt al acestui indicator în raioanele: Căușeni (2decese din 2 operați + 4 decese din 27 spitalizați), Hâncești (2 din 5 operați), Taraclia (2 din 9 operați).

O investigație detaliată a acestor cazuri denotă că:

- E dintre cei cu **UGDH** sunt în stare de șoc hemoragic chiar la prezentare;
- 1/2 dintre ei sunt spitalizați peste 24 ore de la debut;
- în 8,6% cazuri au fost prezente dificultăți obiective de diagnostic

În aceste situații impuse de prezența **UGDH**, chirurgul trebuie să răspundă la întrebările:

- ◆ “Ce operăm?”
- ◆ “Când operăm?”
- ◆ “Cum operăm?”

Evaluările și analizele realizate au permis identificarea unor dificultăți în determinarea tacticii chirurgicale adresate acestor cazuri:

- subaprecierea stării generale a pacientului cu hemoragie sau supraaprecierea competenței profesionale a chirurgului;
- alegerea neargumentată a procedurii chirurgicale și a volumului operației;

- reevaluare clinică și reconsiderare chirurgicală inadecvată a cazurilor de recurență a hemoragiei digestive ulceroase;
- ponderea mică a hemostazei endoscopice.

Cu regret, constatăm și situații care demonstrează lipsă de profesionalism, de disciplină, de organizare și de responsabilitate profesională:

- se mai practică transferul neavizat al pacienților cu hemoragie digestivă activă, instabili hemodinamic;
- nu se solicită (pre și intraoperator) consultul unor colegi cu o experiență chirurgicală mai bogată;
- nu este chemat chirurgul și endoscopistul pe linia **AVIASAN** în cazuri care depășesc competența chirurgului din raion.

În acest context este necesar a reaminti că în chirurgie nu se conține anarhia; ea este o disciplină semimilitară... Atât șefii de secție chirurgie, cât și fiecare chirurg în parte, poartă o mare responsabilitate pentru calitatea asistenței chirurgicale și sunt obligați să amelioreze serviciile. O importanță practică în acest aspect o au cursurile de EMC (perfecționarea, stagierea, seminarele instructive), realizarea de inspecții sau acordarea de avize în urma evaluărilor secțiilor chirurgicale.

MS și PS la ora actuală urmărește elaborarea și implementarea în practică a protocoalelor și ghidurilor terapeutice pentru diverse patologii acute chirurgicale.

Pancreatita acută continuă să rămână o urgență chirurgicală, încărcată încă de o morbiditate și o mortalitate semnificativă. Am constatat că numărul PA în RM a crescut dramatic:

- incidența în 2005 constituie 88,7 la 100 000 loc față de 43,47 în anul 2000 ;
- numărul PA alcoolice prevalează asupra numărului PA biliare.

Se poate afirma cu certitudine că introducerea chirurgiei mini-invazive și implementarea procedurilor radiologice, endoscopice și laparoscopice în cura tratamentului PA a determinat schimbări majore în abordarea chirurgicală: mă refer la indicația, momentul, obiectivele și tipurile de intervenții standard. În pofida acestor beneficii, am constatat că mortalitatea postoperatorie prin PA este încă în creștere și variază între 24,09% și 31,8% (2000-2005).

În anul 2005 au fost spitalizați 2650 pacienți cu PA și au fost operați doar 176 bolnavi.

Letalitatea generală în 2005 a constituit 12,74% vis-a-vis de 10,1% în anul 2004. Informațiile obținute de la unitățile sanitare din republică demonstrează că în perioada primei

Tabelul 5

Spitalizarea tardivă (>24 ore) în urgență (%)

Patologia	1982	1985	1991	1995	2000	2003	2004	2005	P
Ocluzie intestinală	29,3	27,7	26,2	30,5	35,21	37	27	38	$P_{1-3} > 0,05$
Apendicită acută	21,76	21,11	20,3	25,0	27,88	24	26	27	$P_{1-3} > 0,05$
Ulcer gastro – duodenal perforat	6,56	5,99	10,7	8,5	13,01	14	17	13	$P_{1-3} > 0,05$
Ulcer gastro – duodenal hemoragic	-	-	38,5	43,8	48,7	48	48	40	$P_{2-3} > 0,05$
Hernie strangulată	17,2	20,87	28,1	20,4	19,09	19	20	25	$P_{1-3} > 0,05$
Colecistită acută	34,19	30,93	33,7	37,1	44,13	48	44	42	$P_{1-3} > 0,05$
Pancreatită acută	-	-	32,7	23,6	29,86	37	26	43	$P_{2-3} > 0,05$

Tabelul 6

Impactul spitalizării tardive (> 24 ore) asupra mortalității postoperatorii

Patologia	Mortalitatea postoperatorie					
	2004			2005		
	< 24 ore	> 24 ore	> 24 vs < 24 ore	< 24 ore	> 24 ore	> 24 vs < 24 ore
Ocluzie intestinală	2,15 %	15,6 %	x 7	2,55 %	9,62 %	x 4
Apendicită acută	0,016 %	0,33 %	x 20	0,028 %	0,18 %	x 6
Ulcer gastro – duodenal perforat	2,0 %	10,86 %	x 5	1,41 %	20,22 %	x 14
Ulcer gastro – duodenal hemoragic	8,8 %	11,11 %	x 1	7,59 %	16,19	x 2
Hernie strangulată	0,40 %	6,10 %	x 15	0,68 %	4,95 %	x 7
Colecistită acută	0,98 %	2,55 %	x 3	0,75 %	2,90 %	x 4
Pancreatită acută	21,21 %	18,42 %	x 1	6,81 %	10,38 %	x 1,5

jumătăți a anului 2006 au fost spitalizați 1413 pacienți cu PA, 59 dintre care (4,2%) au fost operați. Letalitatea postoperatorie a constituit 25,4% (15 bolnavi). 43,4% dintre pacienți au fost spitalizați tardiv – peste 24 ore de la debut, iar majoritatea pacienților operați sunt cei cu PA severe, forme grave.

Medicul de familie este persoana de prim contact al pacientului cu sistemul de asistență medicală, deci poartă responsabilitatea pentru asistența preventivă a populației, educarea și propagarea informației referitor la bolile chirurgicale acute. Un moment foarte important este trimiterea bolnavului chirurgical în spitalele raionale, municipale și universitare la momentul oportun și evitarea trimiterilor inutile.

Analiza și sinteza rezultatelor arată că principalele cauze ale spitalizării tardive sunt (Tab. 5):

- adresabilitatea scăzută a populației;
- pauperizarea populației;
- dificultățile de transport;
- greșelile de diagnostic prespitalicesc.

Evaluarea principalelor cauze a erorilor de diagnostic prespitalicesc (a medicilor de familie/circumscripție/salvare) a demonstrat că acestea sunt reprezentate de :

• formele atipice de patologie acută chirurgicală și evoluția clinică atipică, determinată de vârsta senilă (21,18%), factorii iatrogeni (14,4%), localizarea în zone non-demonstrative ale peritoneului (21,96%), patologia asociată (14,415) și intoxicația septică (5,08%);

• formele atipice de peritonită: peritonita fulminantă sau septică descrisă de Miculicz (1889) și forma astenică de peritonită descrisă de Broca (1967).

Un fenomen nou este mortalitatea la domiciliu. În anul 2005, din cauza suferințelor chirurgicale au decedat 367 persoane (10,2 la 100000 loc), dintre care în vârstă aptă de muncă 283 persoane. Pe parcursul a 6 luni ale anului 2006, la domiciliu, din cauza maladiilor chirurgicale de urgență, au decedat 193 persoane, ceea ce constituie 5,37 la 100 mii locuitori (6 luni 2005 – 181 cazuri, 5,02), dintre care cei în vârstă aptă de muncă, corespunzător 147 persoane, 6,56 (6 luni 2005 – 138 persoane; 6,16 la 100 mii locuitori apti de muncă), (Fig. 1).

Analizând situația deceselor, totale chirurgicale de urgență la domiciliu pe parcursul a 6 luni ale anului 2006, putem spune că se înregistrează o situație gravă: în mun. Chișinău – 18 cazuri (12,2%) și în raioanele: Comrat – 15 cazuri constituie 7,8% (6

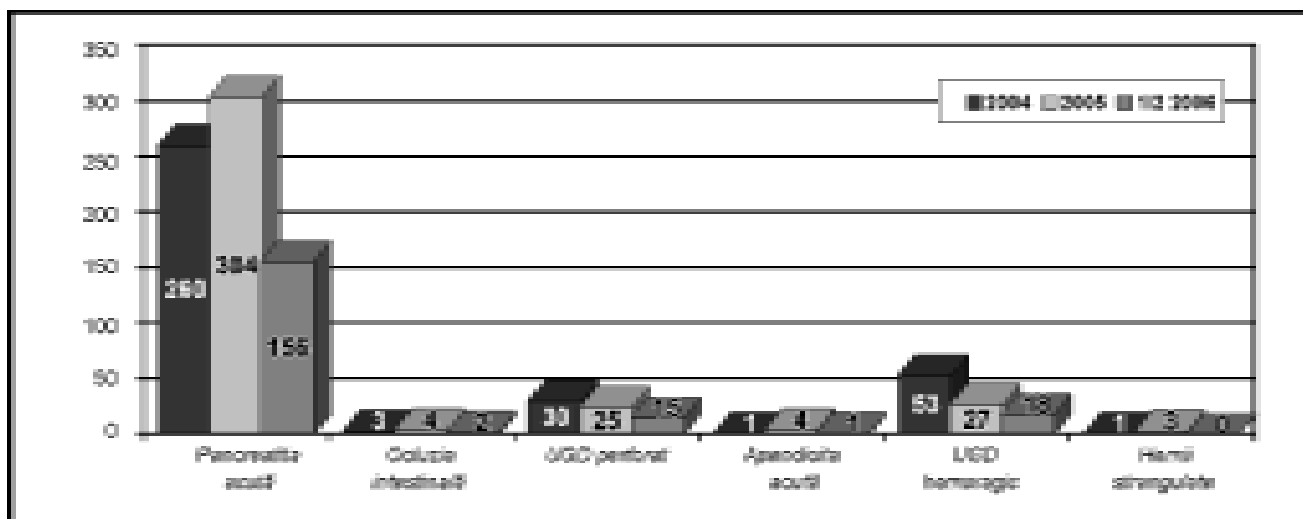


Fig. 1 Mortalitatea la domiciliu în 2004-1/2 2006

Tabelul 7

Mortalitatea generală a bolnavilor cu patologie chirurgicală de urgență (2004/2005)

Nozologie	Nr. total al bolnavilor	Dintre ei au decedat		Mortalitatea generală, %	
		În spital	La domiciliu	În spital	La domiciliu și în spital
Ocluzie intestinală	584/619	19/22	3 / 4	3,25/3,55	3,76/4,2
Apendicită acută	7910/8498	6/7	1 / 4	0,07/0,08	0,08/0,13
UGD perforat	736/817	25/30	30/25	2,85/3,67	7,47/6,73
UGD hemoragic	1510/1526	34/41	32/27	2,25/2,68	4,37/4,45
Hemie strangulată	1593/1637	28/19	1 / 3	1,75/1,16	1,82/1,34
Colecistită acută	3085/2016	21/26	-	0,68/1,29	0,68/1,29
Pancreatită acută	3030/2605	46/28	260/304	1,51/1,07	10,1/12,7
Total	18488/17718	179/173	327/367	0,94/0,97	2,72/3,05

luni 2005 – 9 cazuri 4,7%), Orhei - 15 cazuri 7,8% (6 luni 2005 – 19 cazuri 10,5%), Căușeni – 12 cazuri 6,2% (6 luni 2005 – 14 cazuri 7,7%). Comparativ cu anul 2005, pe parcursul a 6 luni ale anului 2006 nu s-au înregistrat cazuri de decese provocate de hernie strangulată și s-au micșorat cu 40% cazurile de mortalitate provocate de ocluzie intestinală. Pentru persoanele în vârstă aptă de muncă situația este aceeași. Cea mai nefavorabilă situație se înregistrează în mun. Chișinău – 15 cazuri, 10,2% sau 2,83% (6 luni 2005 – 20 cazuri, 14,5% sau 3,78%), Orhei – 11 cazuri, 7,5% sau 14,38% (6 luni 2005 – 4 cazuri, 10,1% sau 18,30%), Căușeni – 9 cazuri, 6,1% sau 15,40% (6 luni 2005 – 10 cazuri, 7,2% sau 17,1%).

Analiza letalității generale a bolnavilor cu patologie acută chirurgicală a demonstrat că structura mortalității generale nu s-a schimbat esențial pe când nivelul letalității a crescut în pancreatita acută, colecistita acută și UGD hemoragic (tabelul 7).

Analiza informației de care dispunem ne demonstrează că există unele părgghii importante în ecuația optimizării asistenței chirurgicale de urgență și micșorării mortalității la domiciliu:

- dezvoltarea unui serviciu chirurgical integrat: asistență primară (MF), de specialitate în ambulator, spital și de urgență;
- dispensarizarea pacienților cu patologie chirurgicală, monitorizarea și evaluarea stării sănătății lor, modernizare sistemului de specializare primară și secundară;
- lichidarea "listelor de așteptare" de către CNAM pentru pacienții cu ulcere gastro-duodenale complicate, hernii, litiază biliară;
- folosirea eficientă a metodelor paraclinice de diagnostic (analizele de laborator, radiografia, ecografia, endoscopia, CT, laparoscopia);
- consultațiile chirurgicale de urgență asigurate prin AVIASAN (tabelul 8).

PROBLEME ȘI OBIECTIVE

- ♦ Crearea unui sistem integral extra- și intraspitalicesc de acordare a asistenței chirurgicale cât și a unui sistem de informatizare cu "sens dublu".

Tabelul 8

Asistența chirurgicală pe linia AVIASAN

		2004	2005	1/2 2006
Nr. solicitări	Adulți	317	471	276
	Copii	83	110	65
Nr. deplasări	Adulți	141	198	148
	Copii	12	25	38
Nr. intervenții chirurgicale	Adulți	69	87	58
	Copii	2	3	1
Nr. transfer bolnavi	Adulți	20	32	45
	Copii	8	15	32
Nr. consultații telefon	Adulți	111	156	91
	Copii	10	20	12
Nr. consultații în SR	Adulți	43	81	54
	Copii	2	7	5
Nr. acces la spitalizare	Adulți	73	115	28
	Copii	10	65	15

- ♦ Renovarea, modernizarea și dotarea cu aparatură de înaltă performanță a spitalelor raionale, municipale și universitare.

- ♦ Facilitarea accesului de către CNAM la asistență chirurgicală programată a pacienților cu hernii, UGD complicate, litiază biliară.

- ♦ Ameliorarea serviciului de dispensarizare a pacienților chirurgicali.

PLANUL DE ACȚIUNI PRIVIND COMBATAREA MORBIDITĂȚII ȘI A MORTALITĂȚII CHIRURGICALE

- ♦ Acordarea necondiționată a asistenței chirurgicale persoanelor asigurate și neasigurate în cazurile când maladia prezintă pericol pentru viață.

- ♦ Elaborarea protocoalelor și a ghidurilor de conduită privind gama problemelor chirurgiei de urgență și standardizarea metodelor de tratament în conformitate cu noile tehnologii medicale.

- ♦ Organizarea conferințelor medicale cu examinarea cazurilor de deces în vârstă aptă de muncă, inclusiv a divergențelor de diagnostic.

- ♦ Modernizarea spitalelor, care asigură asistența chirurgicală de urgență prin crearea departamentelor de urgență pentru diagnosticul, resuscitarea și ajutorul chirurgical oportun.

- ♦ Etapizarea asistenței chirurgicale propuse în raport cu gradul de competență profesională și volumul de asistență chirurgicală este leucidată în fig.2,3,4,5,6.

UNELE GENERALIZĂRI ȘI CONCLUZII

- Asistența chirurgicală în RM la momentul actual este asigurată la toate nivelele de chirurghi calificați și competenți cu diferite nivele de pregătire.

- Ameliorarea indicilor de morbiditate și mortalitate poate fi atinsă prin asistență chirurgicală organizată, cu direcții clare în domeniu, bazată pe protocoale și pe ghiduri clinice de conduită.

- Asigurarea suficientă cu cadre, cu condiții adecvate de activitate și dotarea cu tehnică de performanță, asociată cu responsabilitate profesională necesară constituie reperatele principale în atingerea scopului.

- Evaluările și analizele realizate au stabilit necesitatea esențială a realizării unui salt calitativ substanțial al asistenței chirurgicale, care prin prevenție ar putea micșora numărul important de decese evitabile (decese la domiciliu etc.).

- Situația concretă actuală a sistemului sanitar solicită crearea Ligii medicilor cu filiale teritoriale care trebuie să exercite un rol hotărâtor în protejarea chirurgilor frecvent hărțuiți de organele de drept și prezența permanent de mass-media într-o lumină proastă.

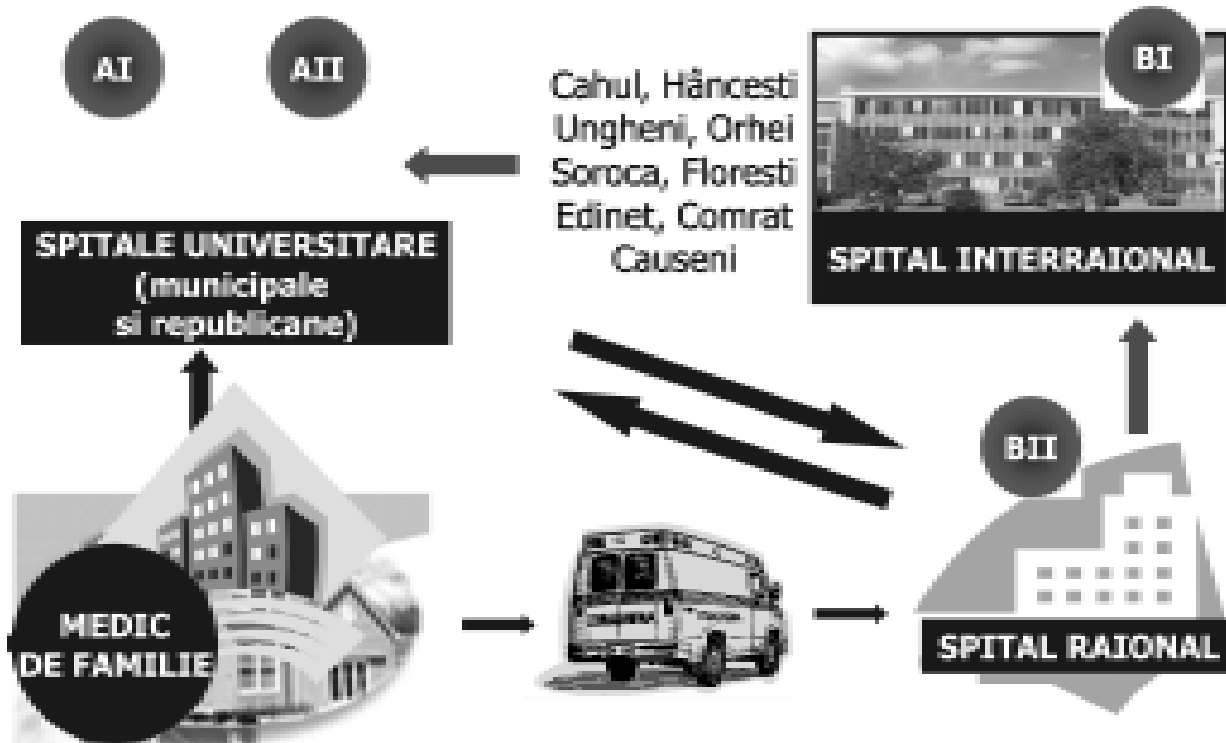


Fig.2 Schema asistenței chirurgicale preconizate



Fig.3 Volumul de asistență chirurgicală la nivel primar



Fig.5 Volumul de asistență chirurgicală la nivel interraional

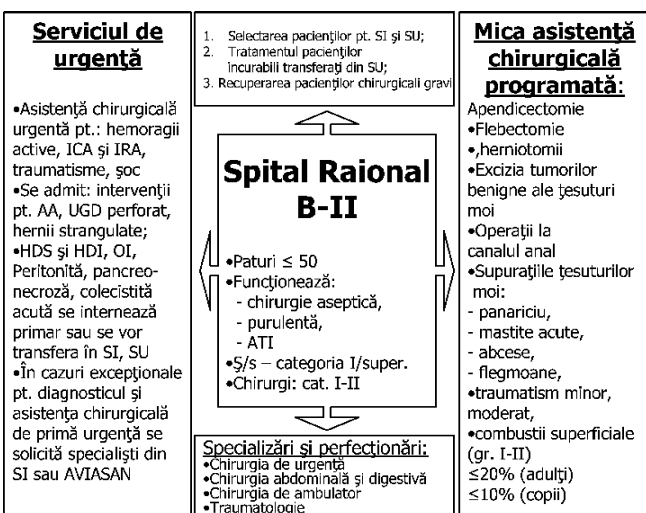


Fig.4 Asistență chirurgicală la nivel raional



Fig.6 Volumul de asistență chirurgicală la nivel de spital universitar