

CZU: 616.718.19-001.5+616.6-001.3

DOI: <https://doi.org/10.52692/1857-0011.2023.3-77.26>

POLITRAUMA: FRACTURILE OASELOR BAZINULUI ŞI LEZIUNILE APARATULUI URINAR

Anna KUSTUROVA^{2,3}, dr. în şt. med., conf. univer.,

Irina PALADII¹, dr. în şt. med.,

Vladimir KUSTUROV^{1,3}, dr. hab. în şt. med., conf. cercet.,

Sergiu POGONEA⁴, medic urolog

¹Laboratorul de Chirurgie hepato-pancreato-biliară,

²Catedra de Ortopedie şi traumatologie, IP Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu”,

³Laboratorul Politrauma, IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Chişinău, Republica Moldova

e-mail: anna.kusturova@usmf.md, irina.paladii@usmf.md

Rezumat.

Scop. Determinarea particularităţilor conduitei pacienţilor cu fracturile oaselor pelvine şi leziunile organelor urinare.

Material şi metode. Efectuat studiu retrospectiv, analizate 61 de fişe medicale ale pacienţilor cu politrauma - leziunile inelului pelvin şi organelor aparatului urinar.

Rezultate. În baza studiului identificate principalele aspecte tactice în conduita acestor pacienţi: stabilizarea stării generale a pacienţilor, fixarea precoce a inelului pelvin cu dispozitiv extern, restabilirea integrităţii vezicii urinare, drenarea vezicii urinare şi acumulării patologice a urinei în cavitatea bazinului.

Concluzii. Rezultatele preventive ale tratamentului bolnavilor cu politrauma – leziunile inelului pelvin şi organelor urinare indică faptul că o corecţie chirurgicală adecvată şi timpurie a bazinului cu dispozitiv de fixare externă şi restabilirea integrităţii vezicii urinare este posibilă în aproape toate cazurile. Pentru acest lucru, este nevoie de echipamente speciale, personal calificat şi instruit corect.

Cuvinte cheie: politraumatism, fracturile bazinului, traumatism sistemului urinar.

Summary. Polytrauma: pelvic fractures and lesions to the urinary system.

Purpose. Determination of the management particularities in polytrauma patients with pelvic fractures and the urinary organs injuries.

Material and methods. A retrospective study was carried out, 61 medical records of the patients with polytrauma: injuries of the pelvic ring and urinary system were analyzed.

Results. Based on the study, the main tactical aspects in the conduct of patients were identified: stabilization of the general condition of patients, early fixation of the pelvic ring with external device, restoration of the integrity of the urinary bladder, drainage of the urinary bladder and pathological accumulation of urine in the pelvic cavity.

Conclusions. The preventive results of the treatment of polytraumapacients with lesions of the pelvic bones and urinary system indicates that early surgical correction of the pelvic ring with an external fixation device and the restoration of the integrity of the urinary bladder is possible in almost all cases. This requires special equipment, qualified and trained personnel.

Keywords: polytrauma, pelvic fracture, lesions to the urinary system.

Резюме. Политравма: переломы костей таза и повреждения мочевого пузыря и мочевыводящих путей.

Цель. Определение особенностей ведения пациентов с переломами костей таза и травмой мочевого пузыря и мочевыводящих путей.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование лечения 61 пострадавшего с политравмой – с повреждением тазового кольца и органов мочевого пузыря и мочевыводящих путей.

Результаты. В ходе исследования были определены основные тактические аспекты ведения данных пациентов: стабилизация общего состояния больных, ранняя фиксация тазового кольца наружным аппаратом, восстановление целостности мочевого пузыря, дренирование мочевого пузыря и патологических скоплений мочи в полости малого таза.

Выводы. Результаты лечения пациентов с политравмой, с переломами костей таза и повреждениями органов мочевого пузыря свидетельствуют о том, что адекватная и ранняя хирургическая коррекция тазового кольца аппаратом внешней фиксации и восстановление целостности мочевого пузыря возможны практически во всех случаях. Для этого необходимо специальное оборудование, квалифицированный и обученный персонал.

Ключевые слова: политравма, перелом таза, повреждение мочевого пузыря и мочевыводящих путей.

Introducere.

Leziunile asociate ale inelului pelvin și ale organelor bazinului mic sunt o problemă actuală în chirurgia de urgență, traumatologie și urologie [1-10]. Dificultățile se explică prin faptul că această asociere se dezvoltă ca urmare a unui traumatism de energie înaltă [1-3], însoțit de o traumatizare semnificativă a organelor și țesuturilor din această zonă, cu dezvoltarea șocului traumatic și necesită participarea activă a specialiștilor din diverse domenii: traumatologie, urologie, chirurgie, reanimatologie și alte specialități. Conform literaturii de specialitate, principalul mecanism de traumatizare în care sunt posibile leziuni atât de grave ale oaselor pelvine sunt accidente de circulație [1-3, 5, 6]. Mortalitatea pacienților la locul accidentului și în timpul transportării cu traumatism pelvin asociat atinge până la 60% [2-6, 8, 10]. Principala cauză a deceselor în stadiu incipient a bolii traumatice este hemoragia necontrolată din vasele oaselor pelvine și plexurile venoase, care nu sunt diagnosticate și leziunile concomitente nedepistate și netratate -ale vezicii urinare, intestinului, ce provoacă complicații septico-purulente [11-13]. Asocierea leziunilor organelor urinare și fracturilor inelului pelvin constituie de la 4,4% la 17,26% din toate leziunile asociate. Necâtând la acordarea ajutorului specializat, unii pacienți rămân cu invaliditate [2-5, 9-11].

Scop.

Determinarea particularităților conduitei pacienților cu fracturile oaselor pelvine și traumatizarea organelor urinare.

Material și metode.

S-a efectuat studiu retrospectiv a 61 fișe medicale ale pacienților cu politrauma - leziunea organelor urinare și fracturile oaselor inelului pelvin, tratați în Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, în anii 2014-2022. Bărbați/femei – 55/6. Vârsta medie $37,34 \pm 11,66$ ani. Trei pacienți se aflau în trimestru II al sarcinii cu fractura bazinului tip A (n=2), tip C (n=1). Cauzele traumatismului: accidente de circulație - 49(80,32%), catatrauma - 9(14,75%), prăbușirii masive a zidurilor cu compresia masivă a regiunii pelvine - 3(4,91%). În stare de șoc au fost spitalizați 53(86,88%) pacienți. La spitalizare s-a efectuat examinarea complexă: examenul clinic, de laborator, USG, radiografie, CT, etc. Tipul fracturii pelvine a fost determinat conform clasificării AO/ASIF: tip A - 6(9,83%), tip B - 32(52,45%), tip C - 23(37,7%) pacienți. Leziunile peretelui vezicii urinare diagnosticate în 33(54,09%), rupturile uretrale la 12(19,67%) pacienți. În 9(14,75%) cazuri s-a determinat asocierea leziunilor uretrei și vezicii urinare, în 7(11,47%) cazuri, dereglarea integrității vezicii urinare asociată cu traumatism renal, contuzia

vezicii urinare diagnosticată la 22(36,06%) pacienți. ISS=36,84±6,56 puncte.

La toți pacienții internați s-a acordat ajutorul necesar la etapa de reanimare, împreună cu examinarea complexă a traumatizaților. Diagnosticarea leziunilor multiple s-a efectuat prin examinarea accidentatului, anamneza, parametrii de laborator, radiografia oaselor pelvine în incidența anteroposterioară, tomografie computerizată în regim "trauma series". Cistografia retrogradă a fost combinată cu tehnica lui Zeldovich pentru diagnosticarea leziunilor vezicii urinare. Radiografiile au fost realizate în incidența anteroposterioară, pânăși după golirea vezicii urinare, pentru determinarea răspândirii patologice a urinei. În cazul rupturii peretelui posterior al vezicii urinare la radiografie după golirea se determină substanța de contrast în țesuturile paravezicale. În caz de necesitatea intervențiilor reconstructive ale oaselor pelvine se efectua radiografia poliproiecțională a inelului pelvin și acetabului după Judet, tomografie computerizată a oaselor pelvine cu reconstrucție 3D.

Tipul fracturii pelvine a fost determinat conform clasificării AO/ASIF [1, 2]. Fracturile oaselor pelvine ale semiinelului anterior de tip A s-au constatat la 6(9,83%) pacienți, la 3(4,91%) pacienți constată fractură transversală a sacului (S2-3), starea generală la internare corespunzător gravității traumatismului cu hemodinamica stabilă. La 32(52,45%) pacienți au fost determinate fracturi rotațional instabile ale inelului pelvin, de tip B, cu o reacție mai accentuată la traumatism, hemodinamica instabilă, stabilizată timp 2-3 ore după măsurile antișoc. Leziunile inelului pelvin vertical instabile, de tip C, s-au diagnosticat la 23(37,7%) pacienți, cu parametrii hemodinamici instabili, transferați imediat la secția de terapie intensivă. La 9(14,75%) pacienți, leziunile inelului pelvin erau asociate cu fracturi acetabulare.

Leziunile peretelui vezicii urinare diagnosticate în 33(54,09%), rupturile uretrei la 12 (19,67%) pacienți. În 9(14,75%) cazuri s-a determinat asocierea leziunilor uretrei și vezicii urinare, în 7 (11,47%) cazuri s-a diagnosticat dereglarea integrității vezicii urinare asociată cu leziunea rinichilor. Leziunile peretelui vezicii urinare, erau frecvent sub forma unei fante longitudinale, de dimensiuni reduse, localizate pe apexul peretelui posterior. Leziunile peretelui vezicii urinare cu o dimensiune >10 mm în timpul reviziei se diagnostica ușor. Pentru determinarea leziunilor punctiforme, s-a utilizat introducerea a 4-5 ml soluție albastru de metilen 1% și soluție fiziologică care au fost injectate în cavitatea vezicii urinare prin uretră, fiind posibilă determinarea leziunilor multiple ale peretelui vezicii urinare în 3(4,91%) cazuri. Contuzia vezicii urinare a fost diagnosticată la 22(36,06%)

pacienți, însoțită de durere și hematurie timp de 3-5 zile. La unii pacienți hematuria a reluat după relocalizarea pacienților în pat.

Fracturi ale oaselor tubulare lungi s-au constatat la 36(59,01%) pacienți. Traumatismul cutiei toracice a fost diagnosticat la 37 (60,65%) pacienți, traumatism cranio-cerebral la 27 (44,26%) pacienți cu severitate ușoară și medie, leziuni ale organelor abdominale la - 11(18,03%) pacienți. Gradul severității leziunilor după scara ISS în medie ISS=36,84±6,56 puncte.

Tratamentul specializat al pacienților cu fracturile pelvine asociate se efectua cu măsuri antișoc – stoparea hemoragiei, terapia cu perfuzie-transfuzie, stabilizarea precoce a inelului pelvin, fiind efectuate simultan cu diagnosticarea pe etape. Tactica chirurgicală a fost determinată de tipul de fractură pelvină, de caracterul leziunilor vezicii urinare și de prezența leziunilor altor organe. Contuziile izolate și rupturile incomplete ale peretelui vezicii urinare au fost tratate conservativ. Indicat regim la pat, hemostatice, analgetice și antiinflamatoare. Pentru 8(13,11%) pacienți s-a aplicat cateter urinar permanent timp de 7-10 zile pentru eliminarea cheagurilor de sânge și prevenirea ruperii vezicii urinare în două etape. Tratamentul leziunilor masive ale peretelui vezicii urinare s-a efectuat prompt prin intervenții chirurgicale, prin restabilirea integrității vezicii urinare și stabilizarea inelului pelvin. În cazul rupturii extraperitoneale ale vezicii urinare se efectua laparotomia mediană inferioară, suturarea rupturilor vezicii urinare cu aplicarea suturii în două straturi, fără implicarea mucoasei, formarea epicistostomei, în care s-a introdus cateter Foley pentru eliminarea urinei și drenarea țesutului paravezical. Epicistostoma a funcționat timp de 2-3 săptămâni, până la cicatrizarea plăgii vezicii urinare. În cazul rupturilor uretrei, intervenția s-a limitat la aplicarea fistulei suprapubiene. În 3 cazuri, s-a aplicat cateter sub formă de „gogoasă” cu efect pozitiv. Restabilirea permeabilității uretrei amânată timp de 2-4 luni, până la restabilirea integrității și suportabilității inelului pelvin. În timpul laparotomiei s-a efectuat corecția parțială și completă a fragmentelor osoase ale semiinelului anterior din bazinul mic sub control vizual, ceea ce a simplificat mult tehnica de osteosinteză suplimentară a bazinului.

Pacienții cu fractură pelvină de tip B2, cu compresie laterală, cu deplasare ușoară și fractură transversală a osului sacru - 9 (14,75%) au fost tratați conservativ, plasați în poziția Volkovich. O atenție specială a fost acordată pentru 2 gravide cu fractura bazinului tip A, fiind aplicat tratament conservativ – plasarea în poziția Volkovich, pentru prevenirea nașterii premature. Gravidele (n=2) cu leziune pelvine de tip A, au suportat operația cezariană la 28 de săptămâni de

gestație, noul-născuții vii (< 3 kg), Apgar 5- 6 puncte. Indicații pentru operație cezariană, în urma leziunilor pelvine, au fost deformările posttraumatice ale inelului pelvin și prezența calusului, care au împiedicat nașterea naturală. La o gravidă după accident rutier s-a diagnosticat fractura bazinului tip C cu fractura osului sacru, femurului; leziunea vezicii urinare. Gravitatea traumatismului pacientei cu fractura bazinului tip C ISS=41 puncte. În mod urgent s-a efectuat cezariana, măsuri de resuscitare, stabilizarea oaselor bazinului și femurului cu instalarea dispozitivului de fixare externă. Pacienților cu leziuni instabile ale inelului pelvin, după tratarea leziunilor vezicii urinare, a fost efectuată stabilizarea oaselor bazinului cu dispozitiv de fixare externă. În cazul fracturilor pelvine tipul A2.3 și B1.1, cu deplasare nesemnificativă și nedeterminată a fragmentelor osoase, fixarea bazinului de către dispozitivul tijat extern a fost cea mai acceptabilă și eficientă. În același timp, pe masa de operație s-a obținut corecția și fixarea stabilă a fragmentelor osoase și s-au creat condiții optime pentru regenerarea reparativă a țesuturilor lezate cu o traumatizare minimă. Într-un caz s-a determinat deplasarea secundară a unui fragment din osul pubian, care a necesitat utilizarea osteosintezei osoase combinate într-un termen mai tardiv. În cazurile fracturii pelvine de tip B cu o deplasare fixă a fragmentelor, precum și asocierea lor cu fracturi acetabulare (n=3), s-au indicat măsuri de înlăturarea compresiei și în asociație lor cu intervențiile de recuperare în focarele traumei. Fracturile pelvine de tip C - 23 (37,7%) pacienți au constituit cel mai sever grup al studiului. Fracturile însoțite de instabilitate orizontală și verticală, șoc cauzat de durere și pierderi severe de sânge. În 50% cazuri, constatate leziuni ale cutiei toracice, cu fracturi multiple ale coastelor, hemo- sau pneumotorace, leziuni abdominale închise cu traumatizarea splinei (n=3), rinichilor (n=1) și vezicii urinare (n=8). La o 1/3 dintre pacienți au fost diagnosticate fracturi ale membrelor. După examinarea complexă a pacienților și aplicarea măsurilor de resuscitare, s-a efectuat intervenții chirurgicale urgente pe organele abdominale cu stabilizarea inelului pelvin cu dispozitiv de fixare externă. Pacienților cu leziuni pelvine asociate care au suportat pierderi de sânge masive și intervenții de urgență, cu scopul de corecție a volumului sângelui circulant și echilibrul hidro-salin prelungește terapia de perfuzie-transfuzie timp de 3-5 zile, poziția în pat schimbată regulat, exerciții de respirație. După operație, pacienților li s-a acordat timp pentru adaptare psihologică la nouă lor stare și după câteva zile, dacă a fost necesar, efectuată re poziția finală a fragmentelor osoase, ceea ce nu a provocat o reacție negativă. În cazul epicistostomei funcționale, s-a acordat o atenție

deosebită plasării porțiunii exterioare a cateterului, stării țesuturilor moi lângă ieșirea cateterului și intrarea elementelor de fixare în osul pelvin, schimbând constant pansamente sterile pentru prevenirea infecției țesuturilor moi.

Traumatismele multiple ale membrelor au fost tratate chirurgical. În cazul fracturilor unilaterale ale pelvisului și diafizei femurale, aplicat dispozitiv tijat extern, ceea ce a făcut posibilă obținerea stabilității necesare a fragmentelor cu un număr minim de elemente de fixare. În fracturile gambei, a fost preferat aparatul Ilizarov, fracturile membrelor superioare tratate prin osteosinteză internă. Pentru prevenirea escarilor la pacienți cu fracturi multiple, aplicate saltele speciale cu suspendarea membrelor și pelvisului pacientului către "rama balcanică" de către dispozitive externe care fixează pelvisul și membrele.

După compensarea stării generale, la pacienții cu deplasare reziduală a fragmentelor osoase ale pelvisului a fost remontați dispozitivul de fixare și s-a efectuat o repoziție treptată până la adaptarea satisfăcătoare a fragmentelor osoase. Perioada de repoziție în dispozitiv a atins 12-14 zile. Apoi, segmentele posterioare ale pelvisului au fost fixate în direcția opusă cu tije. Pacienților cu fracturi acetabulare s-a efectuat o repoziție deschisă și osteosinteză internă. În cazul etanșării suficiente, epicistoma nu a fost o contraindicație pentru efectuarea unei intervenții chirurgicale asupra aparatului locomotor.

Rezultate.

În timpul tratamentului, cu scopul restabilirii precoce a funcției de sprijin, tuturor pacienților s-a indicat un complex de exerciții fizice menite să restabilească respirația și menținerea funcției sistemului cardiovascular, întărirea mușchilor membrelor și bazinului. După repoziția finală și obținerea fixării stabile a inelului pelvin cu dispozitivul extern timp de 2-3 zile, pacienții puteau să se așeze în pat, să se ridice și să meargă cu sprijin suplimentar, cu efort dozat pe jumătatea traumatizată a bazinului. La momentul externării, toți pacienții se deplasau independent, cu excepția pacienților cu fracturi multiple ale extremităților superioare și inferioare. Evaluarea rezultatelor tratamentului s-a realizat folosind scorul S.A. Majeed (1989) [1-2], elaborat pentru pacienții cu traumatism pelvin, în baza indicilor de restabilirea funcției bazinului și a organelor pelvine în decurs de 12 luni după operație. Rezultatele tardive au fost studiate la 61 pacienți cu fracturi pelvine și traumatismul sistemului urinar. Rezultate pozitive obținute în 62,29% (n=38), satisfăcătoare - 34,42% (n=21) și nesatisfăcătoare - 3,27% (n=2).

Dintre complicațiile postoperatorii ale vezicii urinare, s-a constatat insuficiență stomei cu intervenția chirurgicală repetată. În cazurile traumatismului pel-

vin înregistrate inflamația țesuturilor moi în zona de intrare a elementului de fixare a dispozitivului extern în 4 (6,55%) cazuri, inflamația stopată prin metode conservative. La 1 pacient cu fractură bazinului tip "open book" însoțită de fractură comminuită deschisă a osului pubic și ischiatic în perioada postoperatorie tardivă s-a dezvoltat o formă fistulară de osteomielită pubiană pe această parte. Procesul stagnat după rezecția zonei infectate a osului, funcția de suport al bazinului nu a fost afectată. Durata medie de spitalizare a constituit $49,62 \pm 17,27$ zi/pat.

Discuții.

Rezultatele studiului confirmă datele literaturii de specialitate privind gravitatea și complexitatea semnificativă a leziunilor oaselor pelvine și al tractului urinar din cadrul politraumei [1-13]. Principala cauză a traumatismului este accidentul rutier [1-3, 5, 6]. Respectarea strictă a regulilor de "damage control" permite salvarea vieții pacientului [1-2, 13]. Utilizarea extinsă a dispozitivelor de fixare externă, nu numai în scopul stabilizării primare, dar și în scopul repoziției deplasării oaselor pelvine, ajută la prevenirea posibilelor complicații aparente în urma osteosintezei deschise și la o activare maximală a pacienților. Osteosinteza pelvină este posibilă după organizarea hematomului retroperitoneal. Principalele caracteristici ale eficienței tacticii de tratament utilizate sunt reabilitarea medicală și socială a pacienților politraumatizați cu leziunile oaselor bazinului și ale căilor urinare, care sunt determinate de trei indici: rezultatele imediate ale tratamentului chirurgical, rezultatele la distanță, erorile identificate și complicațiile [4, 6-9]. În timpul tratamentului pacienților cu politraumatism ale oaselor bazinului și a sistemului urinar, au fost identificate dificultăți și diverse complicații la 7 (11,47%) pacienți cu toate acestea, ajustările la timp ale procesului de reabilitare au făcut posibilă eliminarea lor și rezultatul final nu a afectat tratamentul.

Concluzii

Studiu rezolvă un șir de dificultăți pentru cercetări ulterioare cu privire la timpul și metodele osteosintezei primare și finale a oaselor pelvine și restabilirea funcției tractului urinar, a cărei soluție va oferi recuperarea precoce a pacienților cu aceste leziuni complicate.

În baza rezultatelor unei analize clinice preliminare a tratamentului pacienților cu politrauma oaselor pelvine și sistemului urinar, definim, că corectarea chirurgicală adecvată a inelului pelvin și restabilirea integrității vezicii urinare este posibilă în aproape toate cazurile. Pentru a face acest lucru, avem nevoie de anumite echipamente, personal calificat și instruit corect.

Bibliografie

1. Coccolini F, Stahel PF, Montori G, Biffl W, Horer TM, etc. *Pelvic trauma: WSES classification and guidelines*. World J Emerg Surg, 2017;12:5.
2. Klingebiel FK, Hasegawa M, Parry J, etc.; SICOT Trauma Research Group. *Standard practice in the treatment of unstable pelvic ring injuries: an international survey*. Int Orthop, 2023.
3. Huang W, Qin S, Sun Y, Yin S, Fan X, Huang Q, Chen T, Liang H. *Establishment of multiple organ dysfunction syndrome early warning score in patients with severe trauma and its clinical significance: a multicenter study*. Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue, 2018; 30(1):41-46.
4. Pizanis A., Pohlemann T., Burkhardt M., Aghayev E., Holstein J.H. *Emergency stabilization of the pelvic ring: Clinical comparison between three different techniques*. Injury, 2013; 44:1760-1764.
5. Holstein J.H., Culemann U., Pohlemann T. *What are predictors of mortality in patients with pelvic fractures?* Clin Orthop Relat Res., 2012; 470: 2090-2097.
6. Dong J.L., Zhou D.S. *Management and outcome of open pelvic fractures: A retrospective study of 41 cases*. Injury, 2011; 42(10): 1003-1007.
7. Ramasamy A, Evans S, Kendrew J, et al. *The open blast pelvis: the significant burden of management*. J Bone Joint Surg Br, 2012; 94: 829–35.
8. Klemm J, Marks P, Dahlem R, Riechardt S, Fisch M, Vetterlein MW. *Operative Versorgung von Harnröhrenverletzungen nach pelvinen Traumata [Contemporary management of pelvic fracture urethral injuries]*. Urologie, 2022; 61(6):602-608.
9. Horiguchi A. *Management of male pelvic fracture urethral injuries: Review and current topics*. Int J Urol. 2019; 26(6):596-607.
10. St. Brown., Ellen Mozurkewich. *Trauma during pregnancy*. Am. J. Obstet Gynecol, 2013;40:47-57.
11. Mair OA, Himmler M, Brunnemer S, Faymonville C, Honeck P, Horn T, Biberthaler P, Hanschen M. *Positive Predictive Factors for Urogenital Injuries in Severely Injured Patients with Pelvic and Spinal Fractures: Introducing the UPPS Scoring System*. Medicina (Kau-nas), 2022; 58(11):1583.
12. Mortelmans D., Messaoudi N., Jaekeis J., Bestman R., Pauli S., Van Cleemput M. *Laparoscopic repair of intraperitoneal bladder rupture after blunt abdominal trauma*. J Urology, 2014; 11(1): 1338-1340.
13. Radvinsky DS, Yoon RS, Schmitt PJ, Prestigiacomo CJ, Swan KG, Liporace FA. *Evolution and development of the Advanced Trauma Life Support (ATLS) protocol: a historical perspective*. Orthopedics. 2012 Apr;35(4):305-11.

Studiul a fost realizat în cadrul proiectelor nr. 20.80009.8007.07, nr. 20.80009.8007.11, Program de Stat 2020-2023.