

MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

MALFORMAȚIA LUXANTĂ A ȘOLDULUI

Protocol clinic național

Chișinău 2009



MOLDOVA GOVERNANCE
THRESHOLD COUNTRY PROGRAM

MILLENNIUM
CHALLENGE
CORPORATION

Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 05.06.2009, proces verbal nr. 2.

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 185 din 19.06.2009
cu privire la aprobarea Protocolului clinic național “Malformația luxantă a șoldului”

Elaborat de colectivul de autori:

Petru Moroz
Argentina Sandroșean
Sergiu Danilov
Elena Maximenco

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Programul Preliminar de Țară al “Fondului Provocările Mileniului”
pentru Buna Guvernare

Recenzenți oficiali:

Ala Nemerenco
Grigore Bivol
Victor Ghicavii
Valentin Gudumac
Ivan Zatusovski
Iurie Osoianu
Maria Bolocan
Raisa Ciobanu

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Compania Națională de Asigurări în Medicină
Consiliul Național de Acreditare și Evaluare
Asociația Curativ-Sanatorială și de Recuperare
IMSP Policlinica

Coordonator:

Mihai Rotaru

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova

Redactor: Eugenia Mincu

Corector: Tatiana Pîrvu

EDIȚIA – I

Tipărit “T-PAR” SRL, 2009.

Tiraj: 2000 ex.

Această publicație a fost posibilă datorită susținerii generoase a poporului american prin intermediul Programului Preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare (Programul pentru Buna Guvernare), implementat de Millenium/IP3 Partners. Programul pentru Buna Guvernare este finanțat de Corporația „Millennium Challenge Corporation” (MCC) și administrat de Agenția Statelor Unite ale Americii pentru Dezvoltare Internațională (USAID) sub auspiciile Programului Preliminar de Țară.

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	4
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1. Diagnosticul	4
A.2. Codul bolii (CIM 10).....	4
A.3. Utilizatori	4
A.4. Scopurile protocolului	5
A.5. Data elaborării protocolului	5
A.6. Data următoarei revizuirii	5
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului ..	5
A.8. Definițiile folosite în document.....	6
A.9. Informația epidemiologică	7
B. PARTEA GENERALĂ	8
B.1. Nive de asistență medicală primară	8
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (ortoped-pediatru, chirurg-pediatru).....	9
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească	11
C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ	13
C.1.1. Algoritm de conduită a pacientului cu MLȘ.....	13
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	14
C.2.1. Clasificarea MLȘ	14
C.2.2. Etiologia MLȘ	14
C.2.3. Factorii de risc	14
C.2.4. Screening-ul.....	15
C.2.5. Conduita pacientului cu MLȘ.....	16
C.2.5.1. Anamneza	16
C.2.5.2. Manifestările clinice	17
C.2.5.3. Investigațiile paraclinice	19
C.2.5.4. Diagnosticul diferențiat	19
C.2.5.5. Criteriile de spitalizare	20
C.2.5.6. Tratamentul.....	20
C.2.5.6.1. Tratamentul conservativ.....	20
C.2.5.6.2. Tratamentul chirurgical.....	20
C.2.5.6.2.1. Indicațiile pentru tratament chirurgical	20
C.2.5.6.2.2. Conduita preoperatorie.....	21
C.2.5.6.2.3. Intervenția chirurgicală	21
C.2.5.6.2.4. Etapa postoperatorie.....	21
C.2.5.7. Supravegherea pacienților.....	22
C.2.6. Complicațiile	22
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	23
D.1. Instituțiile de AMP	23
D.2. Secțiile și instituțiile consultativ-diagnostice ambulatorii	23
D.3. Secțiile de traumatologie și ortopedie pediatrică ale spitalelor municipale, republicane	24
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	25
ANEXE	27
Anexa 1. Ghidul pacientului cu malformație luxantă congenitală a șoldului.....	27
BIBLIOGRAFIE	29

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AMP	Asistența medicală primară
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
MS RM	Ministerul Sănătății a Republicii Moldova
ECG	Electrocardiograma
USG	Ultrasonografia
MLȘ	Malformația luxantă a șoldului
ICȘOSM și C	Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului
i.v.	intravenos
i.m.	intramuscular

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii catedrei Ortopedie, Traumatologie, Chirurgie și Anestezilogie Pediatrică a Universității de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, ai Clinicii de Ortopedie și Traumatologie Pediatrică a Centrului Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică “Natalia Gheorghiu”, în colaborare cu Programul Preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare, finanțat de Guvernul SUA prin Corporația *Millenium Challenge Corporation* și administrat de Agenția Statelor Unite ale Americii pentru Dezvoltare Internațională.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind malformația luxantă a șoldului la copil și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea MS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1. Diagnosticul: Malformația luxantă a șoldului.

Exemple de diagnostic clinic:

1. Malformație luxantă congenitală a șoldului. Displazie coxofemurală, gradul I bilateral.
2. Malformație luxantă congenitală a șoldului. Displazie coxofemurală, gradul II, pe stînga și gradul I, pe dreapta.
3. Malformație luxantă congenitală a șoldului. Displazie coxofemurală, gradul II, pe stînga și gradul III, pe dreapta. Luxație congenitală de șold, pe dreapta, capul femural la nivelul aripei iliace.

A.2. Codul bolii (CIM 10): Q65.0- Q65.6

A.3. Utilizatori:

- Oficiile medicilor de familie (medici de familie, asistentele medicale de familie).
- Centrele de sănătate (medici de familie).
- Centrele medicilor de familie (medici de familie).

- Instituțiile/secțiile consultative (chirurgi-pediatri, ortopezi-traumatologi pediatri).
- Asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, chirurgi-pediatri, ortopezi-traumatologi pediatri).
- Maternitățile din toate instituțiile medicale din republică (specialiști neonatologi, ortopezi-traumatologi pediatri).
- Secțiile/paturi de chirurgie (pediatrică), secții de ortopedie și traumatologie, reanimare și terapie intensivă ale spitalelor raionale; municipale (chirurgi-pediatri, ortopezi-traumatologi pediatri, reanimatologi).
- Secțiile de ortopedie și traumatologie pediatrică, reanimare și terapie intensivă ale spitalelor republicane (ortopezi-traumatologi pediatri, reanimatologi).

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului:

1. A majora numărul de copii din primul an de viață, cărora li s-a efectuat *screening*-ul MLȘ.
2. A ameliora diagnosticul precoce (până la 3 luni) de MLȘ etapa prespitalicească.
3. A spori calitatea examinării și a tratamentului acordat pacienților cu malformație luxantă de șold, etapa prespitalicească.
4. A spori calitatea examinării și a tratamentului pacienților cu malformație luxantă de șold, etapa spitalicească.
5. A contribui la reducerea numărului de pacienții supuși tratamentului chirurgical.
6. A ameliora supravegherea pacienților cu MLȘ, etapa ambulatorie.


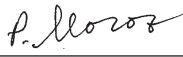

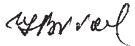






A.5. Data elaborării protocolului: ianuarie 2009

A.6. Data următoarei revizuirii: ianuarie 2011

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului

Numele	Funcția deținută
Dr. Petru Moroz, doctor habilitat în medicină, profesor universitar	șef Clinica Ortopedie și Traumatologie Pediatrică, șef catedră Ortopedie, Traumatologie, Chirurgie și Anesteziologie Pediatrică a USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Argentina Sandrosean, doctor în medicină, conferențiar universitar	conferențiar universitar, catedra Chirurgie Pediatrică a USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Sergiu Danilov	asistent universitar, catedra Ortopedie, Traumatologie, Chirurgie și Anesteziologie Pediatrică a USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Elena Maximenco, MPH	expert local în sănătate publică, Programul Preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare

Protocolul a fost discutat și aprobat

Denumirea	Persoana responsabilă - semnătura
Catedra Ortopedie, Traumatologie, Chirurgie și Anesteziologie Pediatrică a USMF „Nicolae Testemițanu”	
Societatea de Ortopedie Pediatrică din Moldova	
Asociația Traumatologilor Ortopezi din RM	
Asociația Medicilor de Familie din RM	
Asociația Chirurgilor Pediatri din RM	
Comisia Științifico-Metodică de Profil „Ortopedie și traumatologie”	
Agenția Medicamentului	
Consiliul de experți al MS RM	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.8. Definițiile folosite în document

Malformația luxantă a șoldului: afecțiune care cuprinde un larg spectru de anomalii ale componentelor osoase, cartilajinoase, cât și a țesuturilor moi, evoluind de la simpla instabilitate cu laxitate capsuloligamentară pînă la o completă deplasare a capului femural în afara cavității cotiloide anormal dezvoltată.

Displazie coxofemurală: insuficiență de dezvoltare sau o dezvoltare patologică antrenînd defecte ale capsulei, extremității proximale a femurului și a cotilului.

Copii – persoane cu vîrsta egală sau mai mică ca 18 ani.

Recomandabil: nu are un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

A.9. Informația epidemiologică

Displazia șoldului are o frecvență de 2%-5% cu tendință spre creștere. Patologia dată este absentă sau cazuistică în unele țări din Africa, Asia, America de Sud și foarte frecvent înregistrată în Europa: Franța, Italia, Germania etc. [1, 6, 15].

Cercetările noastre au permis aprecierea luxației de șold în peste 16% din displaziile șoldului.

Trebuie de menționat, că displazia șoldului nu întotdeauna este un proces dinamic cu trecere în gradul III. Sunt cazuri când displazia de gradul I rămîne constantă, analogic poate avea loc și în cazuri de displazie de gradul II.

Sexul feminin este afectat cu preponderență versus cel masculin, șoldul din stînga este mai frecvent interesat decît cel din dreapta. Atunci când localizarea este bilaterală, șoldul din stînga prezintă leziuni sau defecte mai avansate. Afectiunea este mai frecventă la primul nou-născut și la cei născuți în prezentație pelvină.

Principiul de bază în diagnosticul clinic al malformației luxante a șoldului este diagnosticarea patologiei la nou-născut, începînd cu prima examinare în maternitate. Cercetarea minuțioasă, atenția deosebită se vor acorda semnelor clinice precoce, aprecierea și interpretarea lor corectă în majoritatea cazurilor permite constatarea diagnosticului adecvat în perioada cea mai timpurie. Numai diagnosticarea precoce la nou-născut și tratamentul funcțional adecvat și la timp efectuat duc la cele mai bune rezultate. Apariția semnelor clinice tardive, deci și diagnosticul tardiv, nu pot fi apreciate ca indici calitativi în ortopedia pediatrică.

Din acest motiv ținem să semnificăm noțiunea de „șoldul cu risc”, care trebuie bine înțeleasă; reprezintă acel șold care, la naștere, este aparent normal, dar care asociază niște factori care fac posibilă existența malformației luxante a șoldului. Asocierea a 2 din totalul de 16 factori de risc multiplică de 4 ori riscul existenței malformației luxante.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară		
Descriere (măsurile) I	Motive (reper) II	Pași (modalități și condiții de realizare) III
1. Profilaxia antenatală		<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Informarea gravidelor despre ducerea unui mod de viață sănătos, evitarea folosirii substanțelor medicamentoase (excepție, necesitatea majoră), excluderea noxelor profesionale, evitarea situațiilor stresante și a contactului cu bolnavii contagioși. <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuplurile care își doresc copii se vor consulta în Centrele de Planificare a Familiei, cu scopul aprecierii anamnezei ereditare.
2. Screening-ul C.2.4	<i>Screening-ul</i> copiilor pentru excluderea patologiei ortopedice, diagnosticarea precoce a MLȘ și a altor anomalii ortopedice, aplicarea tratamentului la timp.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aprecierea semnelor de suspjecție a MLȘ la prima vizită: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Limitarea abducției în articulația de șold. ✓ Semnul de „pocnitură” în șold. ✓ Asimetria pliurilor cutanate ale coapselor. Recomandarea consultației la ortopedul-pediatru sau la chirurgul-pediatru, cu specializare în ortopedie, a tuturor copiilor la vârsta de 1 și de 3 luni (<i>caseta 5</i>).
3. Diagnosticul C.2.5.1-C.2.5.3		
3.1. Diagnosticul preliminar al malformației de șold	Examenul clinic local permite suspectarea malformației luxante a șoldului.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anamneza (<i>caseta 7</i>). Suspectarea patologiei șoldului în baza datelor obiective:

I	II	III
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Limitarea abducției în articulația de șold. ✓ Semnul de „pocnitură” în șold. ✓ Asimetria pliurilor cutanate ale coapselor.
3.2. Indicarea consultației ortopedului (conform standardelor de dezvoltare a copilului < 1 an) sau a spitalizării C.2.5.5	Managementul adecvat al supravegherii copilului de până la 1 an.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tuturor copiilor li se recomandă consultația ortopedului-traumatolog. • Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>caseta 12</i>). • Pregătirea copiilor cu MLȘ pentru spitalizare planică, la indicația ortopedului-pediatru sau a chirurgului-pediatru (<i>tabelul 1</i>).
4. Supravegherea		
4.1. Supravegherea tratamentului indicat de ortoped C.2.5.7	Se va petrece în colaborare cu ortopedul-pediatru sau cu chirurgul-pediatru, cu specializare în ortopedie.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomandări părinților referitor înfășurătul copilului pe larg. • Fiziokinetoterapie. • Vitaminoterapie (la necesitate). • Consultația ortopedului-traumatolog pediatru conform schemei individuale de supraveghere, elaborate de către ortopedul-pediatru (<i>caseta 20</i>).

B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (ortoped-pediatru, chirurg-pediatru)		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Screening-ul C.2.4	Screening-ul copiilor pentru MLȘ va permite aplicarea tratamentului conservativ precoce.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examinarea obligatorie a nou-născutului de către ortopedul-traumatolog pediatru sau de către chirurgul-pediatru, cu specializare în ortopedia pediatrică, în prima zi de viață.

I	II	III
		<ul style="list-style-type: none"> • Consultația tuturor copiilor la vârsta de 1 și 3 luni de către ortopedul-pediatru sau de către chirurgul-pediatru, cu specializare în ortopedie. • Efectuarea USG șoldului la copii, la vârsta de 6 săptămâni (după posibilități). • Efectuarea radiografiei șoldului la copiii, cu factori de risc și la cei suspecți la MLS, începând cu vârsta de 3 luni și pe parcurs, cu consultația ortopedului-pediatru, o dată în 3 luni (<i>caseta 5</i>).
<p>2. Diagnosticul C.2.5.1-C.2.5.4</p>		
<p>2.1. Stabilirea diagnosticului preventiv</p>	<p>Diagnosticul se va stabili în baza manifestărilor clinice și semnelor radiologice și ultrasonografice [7].</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (<i>caseta 7</i>). • Examenul clinic și ortopedic special (<i>caselele 8-11</i>). • Examenul ultrasonografic până la vârsta de 3 luni. • Examenul radiologic după vârsta de 3 luni. <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultația altor specialiști, la necesitate.
<p>2.2. Determinarea tacticii de tratament: ambulatoriu versus staționar C.2.5.5</p>		<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>caseta 12</i>).
<p>3. Tratatamentul 3.1. Tratatament conservativ C.2.5.6.1</p>	<p>Tratatamentul conservativ inițiat precoce permite: 1) profilaxia progresării gradului de displazie și crearea condițiilor de facilitare a reducerii luxației congenitale de șold [1, 8, 11].</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curelușele Pawlik, pernuța Freika, atela Volkov. • Atela de abducție (Wilenskii, simplă etc). • Fiziokinetoterapie. • Ghipsare după Lange. • Tratatament simptomatic (<i>caseta 13</i>).

I	II	III
<p>4. Supravegherea <i>C.2.5.7</i></p>	<p>Se va face în colaborare cu medicul de familie.</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborarea schemei individual de supraveghere. • Consultațiile repetate conform schemei individuale de supraveghere (<i>caseta 20</i>).

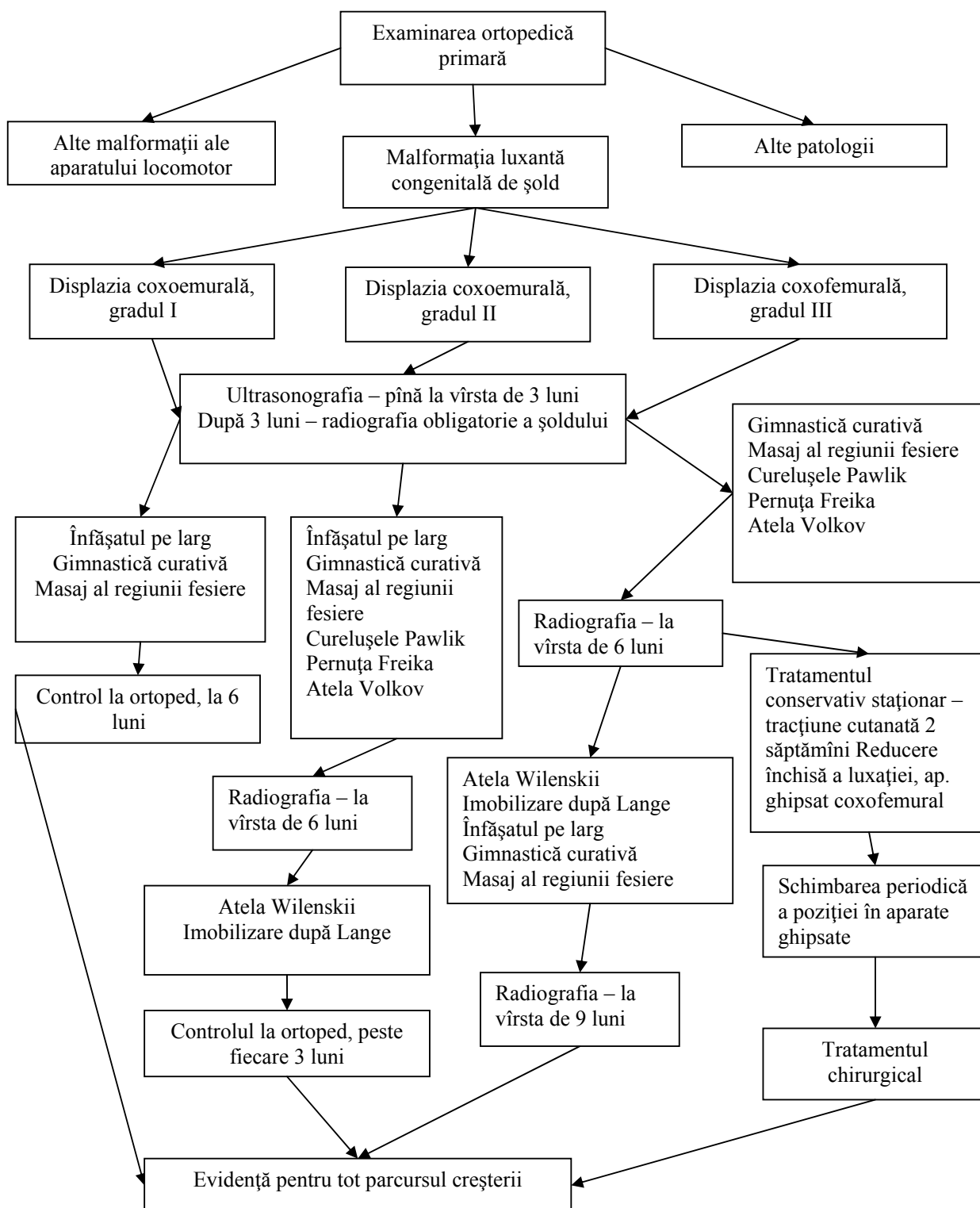
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească

Descriere (<i>măsuri</i>)	Motive (<i>repere</i>)	Pași (<i>modalități și condiții de realizare</i>)
I	II	III
1. Spitalizarea		
<p>Criteriile de spitalizare <i>C.2.5.5</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> • Pacienții cu malformație luxantă congenitală de șold se vor spitaliza în secția de ortopedie pediatrică a IMSP ICȘOSMșiC (<i>caseta 11</i>).
2. Diagnosticul		
<p>2.1. Confirmarea diagnosticului preventiv <i>C.2.5.1-C.2.5.4</i></p>	<p>Persistența luxației de șold. Grad sever de displazie coxofemurală sau insuficiență acetabulară.</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (<i>caseta 7</i>). • Examenul obiectiv, general și local (<i>caselele 8-11</i>). • Examenul de laborator și instrumental (<i>tabelul 1</i>). • Diagnosticul diferențial (<i>tabelul 2</i>). • Evaluarea riscului complicațiilor (<i>caseta 21</i>).
3. Tratamentul		
<p>3.1. Tratament conservativ în caz de displazie coxofemurală de gradele II–III <i>C.2.5.6.1</i></p>	<p>Pregătirea joncțiunii coxofemorale pentru restabilirea corelațiilor biomecanice. Crearea condițiilor pentru dezvoltarea acetabulului și centrarea capului femural.</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratament conservativ funcțional staționar (<i>caseta 13</i>).

I	II	III
<p>3.2. Tratament chirurgical în caz de displazie coxofemurală de gradele III și II, cu un grad sever de insuficiență acetabulară C.2.5.6.2</p> <p>4. Externarea, niveluri specializat de ambulatoriu și primar</p>	<p>Restabilirea fizică a raporturilor anatomice ale articulației coxofemorale pentru o biomecanică adecvată [2, 3, 5, 9, 15].</p> <p>Externarea pacientului se recomandă după normalizarea stării generale și locale.</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluarea indicațiilor pentru tratamentul chirurgical (<i>caseta 14</i>). ● Tratamentul chirurgical: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conduita preoperatorie (<i>caseta 15</i>). ✓ Intervenția chirurgicală (<i>caseta 16</i>). ✓ Conduita postoperatorie (<i>casetele 17, 18</i>). <p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluarea criteriilor de externare (<i>caseta 19</i>). ● Eliberarea extrasului cu indicații pentru ortopedul-pediatru din secția consultativă și pentru medicul de familie care va include: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnosticul precizat desfășurat. ✓ Rezultatele investigațiilor efectuate. ✓ Tratamentul efectuat. ✓ Recomandările explicite pentru pacient cu specificarea respectării regimului ortopedic. ✓ Recomandările pentru ortopedul-pediatru și pentru medicul de familie.

C.1. ALGORITMUL DE CONDUIȚĂ

C.1.1. Algoritm de conduită a pacientului cu malformația luxantă a șoldului



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea MLȘ

Caseta 1. Clasificarea radiologică

- Displazie coxofemurală, gradul I – preluxație, displazie ușoară, șold subluxabil
- Displazie coxofemurală, gradul II – subluxație, displazie moderată, șold luxabil
- Displazie coxofemurală, gradul III – luxație, displazie exagerată, șold luxat

Caseta 2. Clasificarea gradului de luxare

- Capul femural lateralizat și cranializat, aflându-se la nivelul sprâncenii acetabulare
- Capul femural lateralizat și cranializat, aflându-se mai sus de nivelul sprâncenii acetabulare
- Capul femural lateralizat și cranializat, aflându-se la nivelul osului iliac (luxație iliacă)

C.2.2. Etiologia MLȘ

Caseta 3. Etiologia MLȘ

- Este o anomalie congenitală polietiolologică nedeterminată.
- Displazia șoldului are o frecvență de 2%-5%, cu o tendință de creștere. Patologia dată este absentă sau cazuistică în unele țări din Africa, Asia, America de Sud și foarte frecvent înregistrată în Europa: Franța, Italia, Germania etc.
- Cercetările noastre au permis aprecierea luxației de șold în peste 16% din displazii ale șoldului.
- Trebuie de menționat, că displazia de dezvoltare a șoldului nu întotdeauna este un proces dinamic, cu trecere în gradul III. Sunt cazuri când displazia de gradul I rămâne constantă, analogic poate avea loc și în cazuri de displazie de gradul II.
- Sexul feminin este afectat cu preponderență, șoldul stîng este mai des vizat decît cel drept. Atunci când localizarea este bilaterală, șoldul stîng prezintă leziunile cele mai avansate. Afecțiunea este mai frecventă la primul nou-născut și la cei născuți în prezentare pelvină.

C.2.3. Factorii de risc

Caseta 4. Factorii de risc în dezvoltarea MLȘ

- Antecedente familiale de malformație luxantă a șoldului
- Prezentare pelvină
- Naștere, prin cezariană indicată, dat fiind prezentarea pelvină a fătului
- Oligohidramnios generat de o malformație renală a fătului sau de o ruptură prematură a membranelor
- Hipertensiune arterială maternă
- Retenție de creștere intrauterină
- Primiparitate și/sau gemilaritate
- Greutate mare la naștere
- Picior strîmb congenital
- Torticolis
- Limitare a abducției în articulațiile de șold
- Tulburare de tonus muscular prin hiper- sau prin hipotonie unilaterale
- Sex feminin
- Zonă geografică sau etnia
- Existență a oricărei alte malformații

C.2.4. Screening-ul

Caseta 5. Screening-ul

- Examinarea obligatorie a nou-născutului de către traumatologul-ortoped pediatru sau de către chirurgul-pediatru, cu specializare în ortopedia pediatrică, în prima zi de viață.
- Aprecierea semnelor de suspexie a MLȘ de către medicul de familie, la prima vizită.
- Consultația de către ortopedul-pediatru sau de către chirurgul-pediatru, cu specializare în ortopedie, a tuturor copiilor la vârsta de 1 și 3 luni.
- Efectuarea USG șoldului la copii la vârsta de 6 săptămâni (după posibilități).
- Efectuarea radiografiei șoldului la copii cu factori de risc și la cei suspecți la MLȘ, începând cu vârsta de 3 luni și pe parcurs, însoțită de consultația ortopedului-pediatru o dată în 3 luni.

Se recomandă și utilizarea următorului model:

RECOMANDĂRI MAJORE

Criteriile de corespundere a Colegiului American de Radiologie / ACR *Appropriateness Criteria*®

Diagnosticul: Malformația luxantă a șoldului (MLȘ)

Varianta 1: Pacientul, vârsta < 4 luni, semne fizice pozitive (manevrele Ortolani sau Barlow).

Examenul radiologic Proceduri	Gradul de corespondere	Comentariu
USG, șoldul bilateral	8	Se va efectua examenul ultrasonografic al șoldului nu mai devreme de atingerea vârstei de 2 luni de la naștere
Radiografia, șoldul bilateral, incidență AP	3	
Scala criteriului de corespundere 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 = corespundere minoră; 9 = corespundere majoră		

Varianta 2: Pacientul, vârsta < 4 luni, semne fizice echivoce, dubioase.

Examenul radiologic Proceduri	Gradul de corespondere	Comentariu
USG, șoldul bilateral	8	Se va efectua examenul ultrasonografic al șoldului nu mai devreme de atingerea vârstei de 2 luni de la naștere
Radiografia, șoldul bilateral, incidență AP	2	
Scala criteriului de corespundere 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 = corespundere minoră; 9 = corespundere majoră		

Varianta 3: Pacientul, vârsta < 4 luni, prezentare pelvină la naștere sau antecedente familiale

Examenul radiologic Proceduri	Gradul de corespundere	Comentariu
USG, șoldul bilateral	5	Se va efectua examenul ultrasonografic al șoldului nu mai devreme de atingerea vârstei de 2 luni de la naștere
Radiografia, Șoldul bilateral, incidență AP	2	
Scala criteriului de corespundere 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 = corespundere minoră; 9 = corespundere majoră		

Varianta 4: Pacientul în vârstă de 4 luni și mai mult. Suspectare clinică pentru MLȘ (limitarea

Examenul radiologic Proceduri	Gradul de corespundere	Comentariu
USG, șoldul bilateral	8	
Radiografia, șoldul bilateral, incidență AP	3	
Scala criteriului de corespundere 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 = corespundere minoră; 9 = corespundere majoră		

Varianta 5: Suspectare clinică pentru luxație teratogenă

Examenul radiologic Proceduri	Gradul de corespundere	Comentariu
USG, șoldul bilateral	8	
Radiografia, șoldul bilateral, incidență AP	5	
Scala criteriului de corespundere 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 = corespundere minoră; 9 = corespundere majoră		

C.2.5. Conduita pacientului cu MLȘ

Caseta 6. *Principiile de bază a conduitei pacientului cu MLȘ*

- Depistarea precoce
- Evidența semnelor obiective
- Evidența semnelor clinice subiective

C.2.5.1. Anamneza

Caseta 7. *Date anamnestic*

- Include colectarea informației despre antecedente familiale, depistarea grupului de risc (*caseta 5*)
- Interogarea privitor evoluția stării generale a copilului și dezvoltarea lui fizică
- Constatarea existenței unor posibile semne clinice locale deja apreciate de mamă ca unele abateri de la normă

C.2.5.2. Manifestările clinice

Caseta 8. Simptome generale

- Retenția dezvoltării fizice
- Întârzierea mersului

Caseta 9. Simptome locale

Semne clinice locale

Semne de scurtare a membrului inferior

1. Inegalitatea de înălțime a pliurilor fesiere.
2. Semnul Ombredanne (este numit și semnul Betman, Galeazzi) vizualizează scurtimea de femur după nivelul genunchilor din poziția de flexie a coapselor în șold la 90° și genunchii în flexiune completă tălpile fiind plasate pe masă maleolă lângă maleolă.
3. Semnul Peter Bade – asimetria pliurilor pe partea mediană a coapsei (pliurile adductorilor, inghinală și suprapatelară). La copiii sănătoși aceste pliuri sunt simetrice, la unul și același nivel, de lungime și adâncime egală. În caz de patologie displazică de șold, numărul de pliuri se majorează, pliurile devin asimetrice după nivel, lungime și adâncime. Examinarea copilului se efectuează în decubit dorsal, cu membrele inferioare în extensiune. Aprecierea este foarte simplă, nu necesită manevre suplimentare, poate fi observată de personalul medical și de părinți.
4. Semnul lui Savariaud (Galeazzi) – aprecierea diferenței de lungime a membrului inferior ridicând copilul din decubit dorsal.
5. Semnul Lance – la fetițe, se determină oblicitatea fantei vulvare către partea bolnavă.
6. Semnul Schwarz – distanța între spina iliacă anterosuperioară și marele trohanter este mai mică din partea bolnavă.
7. Semnul Charier – distanța dintre crista iliacă și marele trohanter este mai mică din partea bolnavă.

Semne de laxitate capsulară:

1. Semnul pistonului lui Dupuytren – alunecarea în sus a trohanterului uneori însoțită de o senzație de rezort în timpul împingerii de jos în sus a membrului inferior, a doua mână fiind plasată pe trohanterul mare.
2. Semnul lui Gourdon – rotația internă a coapsei este mai amplă comparativ cu norma (în normă, amplitudinea fiind de 90° pe când la un șold luxat amplitudinea poate ajunge la 100°)
3. Semnul lui Lance – exagerarea rotației externe a coapsei, amplitudinea normală fiind de 90°.
4. Semnul lui Pravaz – exagerarea flexiunii.
5. Semnul lui Nove-Josserand – exagerarea adducției coapsei pe partea bolnavă.

Alte semne

1. Semnul lui Zațepin (Ioachimstahl) – limitarea abducției coapsei de partea șoldului afectat. În normă la nou-născut abducția coapselor flectate la 90° are loc pînă la nivelul planului orizontal (mesei de examinare).
2. Întârzierea mersului la copii la vârsta de un an.
3. „Mers de rață” sau clătinat la copilul de peste un an când a început deja a merge.
4. Mers șciopătat.
5. Semnul lui Trendelenburg – când în ortostatism copilul se sprijină pe membrul inferior bolnav, se constată bascularea bazinului spre partea opusă pentru a se echilibra și înclinarea trunchiului și coborîrea fesierelor de partea bolnavă.

Semne de ascensiune a marelui trohanter

1. Depășirea trohanterului mare a liniei Roser-Nelaton.
2. Linia Schomacker ce unește vârful trohanterului mare cu spina iliacă anteriorsuperioară prelungită trece pe sub umbilic. În normă, ea traversează abdomenul de asupra umbilicului.
3. Triunghiul femural al lui Bryan-Ogston care în plan sagital e format unindu-se printr-o linie vârful trohanterului mare cu spina iliacă anterior superior ulterior din punctul de pe spina iliacă anterior superior se duce o linie spre posterior perpendiculară pe planul frontal, iar de pe vârful trohanterului mare se prelungeste o linie cranian perpendiculară pe planul orizontal se obține un triunghi în normă fiind isoscel. În cazul existenței luxației latura femurală a triunghiului este scurtată, iar triunghiul chiar inversat.
4. Linia bitrohanterică a lui Mathieu-Peter pierde paralelismul cu cea bispinoasă.

Manevre de diagnosticare a MLȘ

1. Semnul cardinal în aprecierea luxației șoldului este semnul de pocnitură, de reducere și de luxație (semnul Putti-Ortolani-Marx-Von Rosen-Gerdy-Hilgenreiner). Semnul se determină din aceeași poziție a copilului și analogic instalarea mâinilor medicului. Treptat și blînd se efectuează abducția membrelor inferioare în flexiune la șold și la genunchi. La un moment dat se aude o pocnitură și se simte acest clic, cînd capul femural se plasează în cotil și abducția devine majorată. La mișcarea inversată, de adducție, se apreciază din nou semnul de pocnitură, care corespunde deplasării capului femurului din cotil. Unii autori descriu semnul Ortolani prin provocarea reducerii capului femurului cu ajutorul degetului situat pe trohanter și apăsînd spre anterior și median, pe cînd membrul inferior opus este menținut cu altă mîină în poziție fiziologică a nou-născutului (flexiune și abducție la șold). În așa apreciere manevra Ortolani este o manevră de provocare a luxației.
2. Testul Barlow este tot un test de provocare a luxației. Poziția copilului și plasarea mâinilor sunt analogice ca și la manevra Ortolani. În testul Barlow se identifică două momente. În primul moment se efectuează provocarea luxației prin împingerea cu policele a femurului proximal spre lateral, totodată, apăsînd cu palma pe genunchi pentru a împinge capul femural spre posterior. În acest moment se produce clicul de ieșire a capului femural din cotil. În al doilea moment se efectuează mișcări analogice ca la manevra Ortolani.
3. Testul Palmen este tot un test de provocare a luxației. Se efectuează mișcare de rotație internă concomitent cu împingerea spre posterior, coapsa fiind în adducție.
4. Testul Tomas obiectivează dispariția contracturii fiziologice în flexiune a șoldului și a genunchiului în caz de șold luxat.

Caseta 10. Particularitățile clinice și de evoluție la nou-născut

- Hipertonus muscular
- Limitarea abducției
- Poziție vicioasă a membrului
- Scurtime relativă a membrului inferior (negativ în patologie bilaterală)

Caseta 11. Particularitățile clinice și de evoluție la copii de vîrstă mai mare

- Hipertonus muscular
- Limitarea abducției
- Scurtime relativă a membrului inferior (negativ în patologie bilaterală)
- Poziție vicioasă a membrului
- Rotația externă a membrelor inferioare
- Întîrzierea mersului
- Mers balansat (de rață)

C.2.5.3. Investigațiile paraclinice

Tabelul 1. Investigațiile paraclinice în malformația luxantă a șoldului

Investigațiile paraclinice	Semnele sugestive pentru malformația luxantă a șoldului	Nivelul acordării asistenței medicale		
		Nivel AMP	Nivel consultativ	Nivel staționar
Ecografia șoldului	Aprecierea gradului de maturitate a șoldului după Graff (conform clasificării)		O	O
Radiografia șoldului	Creșterea oblicității acetabulare Decentrarea capului femural, lateralizare, cranializare, dislocare		O	O
Analiza sumară a urinei (pregătirea preoperatorie)		O	O	O
Analiza generală a sîngelui (pregătirea preoperatorie)		O	O	O
Analiza biochimică a sîngelui (proteina generală, bilirubina, probele hepatice, P, Ca, Na)			R	O
Grupul sangvinic și Rh-factorul			O	O
ECG (pregătirea preoperatorie)		O	O	O

Notă: O – obligatoriu; R – recomandabil.

C.2.5.4. Diagnosticul diferențial

Tabelul 2. Diagnosticul diferențial al MLS

Criteriile	Malformația luxantă a șoldului	Luxație teratologică de șold	Maladia Aitken
Anamneza Simptome	Limitarea abducției Inegalitatea neînsemnată a membrilor	Limitarea mișcărilor Șold rigid Poziție vicioasă stabilă	Limitarea mișcărilor Scurtime exagerată
Ecografia șoldului	Diverse grade de imaturitate a șoldului, structural formațiunile fiind normale însă dizlocate	Diformitatea articulației cu un caracter dismorfic	Divers grad de subdezvoltare a capului femural, uneori absența lui, semne similare a luxației de șold
Radiografia șoldului	Creșterea oblicității acetabulare Decentrarea capului femural, lateralizare, cranializare, dislocare	Creșterea oblicității acetabulare Decentrarea capului femural, lateralizare, cranializare, dislocare Șold dismorfic rigid asociat	Creșterea oblicității acetabulare Decentrarea capului femural, lateralizare, cranializare, dislocare, grad divers de subdezvoltare a capului femural, pînă la niște formațiuni rudimentare, scurtimea femurului

C.2.5.5. Criteriile de spitalizare

Caseta 12. Criteriile de spitalizare a copiilor cu MLȘ

- Luxația, subluxația și preluxația cu grad major de displazie acetabulară la vârsta mai mare de 6 luni; luxația la vârsta mai mare de 3 luni
- Luxația, subluxația și preluxația cu grad major de displazie acetabulară persistentă după tratamentul conservativ
- *Coxa valga* displazică și după tratamentul conservativ în aparate ghipsate a MLȘ
- Șold displazic, cu un grad major de antetorsiune a colului femural

C.2.5.6. Tratamentul

C.2.5.6.1. Tratamentul conservativ

Caseta 13. Tratamentul conservativ complex în MLȘ

- De la naștere până la vârsta de 3 luni gimnastică curativă (mișcări de abducție și rotatorii în șolduri):
 - ✓ masaj al regiunii fesiere;
 - ✓ înfășatul pe larg, curelușele Pawlik.
- De la vârsta de 3 luni până la vârsta de 6 luni:
 - ✓ gimnastică curativă (mișcări de abducție și rotatorii în șolduri);
 - ✓ masaj al regiunii fesiere;
 - ✓ înfășatul pe larg, curelușele Pawlik;
 - ✓ atele de abducție Wilenskii etc.;
 - ✓ vitaminoterapie.
- De la vârsta de 6 luni este indicat tratamentul conservativ staționar:
 - ✓ Tracțiuni cutanată după Sommerville timp de 2 săptămâni.
 - ✓ Reducere închisă sub anestezie generală.
 - ✓ Aparat ghipsat coxofemural în poziții speciale (Lorenț I) schimbat în Lorenț II peste 1,5 luni ulterior, la necesitate Lange.

C.2.5.6.2. Tratamentul chirurgical

C.2.5.6.2.1. Indicațiile pentru tratamentul chirurgical

Caseta 14. Indicații pentru tratamentul chirurgical în MLȘ

- Displazia coxofemurală, gradele III și II, persistentă după vârsta de 1 an
- Insuficiența severă acetabulară
- Persistența luxației și a subluxației după tratamentul conservativ
- *Coxa valga* displazică, cu sau fără antetorsiune

C.2.5.6.2.2. Conduita preoperatorie

Caseta 15. Conduita preoperatorie

- Organizarea corectă a regimului general, care ar asigura un nivel funcțional adecvat, dar nu supraîncărcat al articulației coxofemorale.
- Alimentarea rațională cu scop de a micșora rata complicațiilor postoperatorii și pentru o recuperare mai adecvată.
- Măsurile îndreptate la menținerea nivelului normal al pasajului intestinal și a aerației pulmonare, pentru toată perioada pre- și postoperatorie, cât și pentru întreaga perioadă a aflării bolnavului în poziție orizontală.

C.2.5.6.2.3. Intervenția chirurgicală

Caseta 16. Metodele intervenției chirurgicale la pacienții cu malformație luxantă a șoldului

1. Osteotomia subtrohanterică de corecție, corectarea tuturor componentelor: lichidarea valgusului, antetorsiunea și centrarea capului femural. Plastie supraacetabulară (Dega, Pemberton)
2. Osteotomia Salter, Chiari
3. Osteotomia intertrohanterică de corecție (Moroz, Pawels)

C.2.5.6.2.4. Etapa postoperatorie

Caseta 17. Conduita postoperatorie

- Regim alimentar.
- Examen obiectiv zilnic.
- Preparate antibacteriene: Antibiotice: Cefalosporine, generațiile I-IV: Cefazolină 50-100 mg/kg în 3 prize, *per os*, sau Cefalexină 25-50 mg/kg în 3 prize, *per os*, sau Cefuroxim 50-100 mg/kg/24 de ore, i.m., sau Cefotaxim 70-100 mg/kg în 2 prize, i.m., sau Cefepim 50 mg/kg/24 de ore, i.v., 2 prize etc., în medie – 7-10 zile. În caz de complicații inflamatorii se va aprecia sensibilitatea germenilor la antibiotice, *sau*
- Lincosamide: Lincomicină – 20 mg/kg în 2-3 prize, i.m., *sau*
- Peniciline semisintetice + Acid clavulanic – 250 mg (5 ml) în 2 prize, *per os*, în medie – 7 zile.
- Preparate antimicotice: Fluconazol etc.
- Preparate antipiretice: Paracetamol – doza maximă 25 mg/kg, apoi 12,5 mg/kg fiecare 6 ore 2-3 zile.
- Sol. Solcoseril, soluție pentru injecții – 2 ml, i.m., 15 zile.
- Preparate antioxidante – sol. Acid ascorbic 5% sau 10% – 50-100 mg pe zi – 10 zile; Tocoferol 50 mg – 1 lună; sol. Citohrom C 0,25 % – 20-30 mg 1-2 ori pe zi – 10 zile.
- Preparate antihistaminice: Cloropiramină – 0,025 o dată pe zi, *per os*, sau sol. Cloropiramină – 2% – 1 ml o dată pe zi, i.m., sau Clemastin – 1 mg de 2 ori pe zi, *per os*, sau Clemastin 2 mg – 2 ml o dată pe zi, i.m. – 3-5 zile.
- Tratament local (pansamente cu soluții antiseptice (sol. Iod, Alcool etilic etc.), soluție hipertona și sol. Nitrofuril 1:5000 și folosirea unguentelor ce conțin antiinflamatoare (ung. Diclofenac) și anticoagulante (ung. Heparină) pentru diminuarea edemului posttraumatic și al celui postoperatoriu) – 2-3 sesiuni până la cicatrizarea plăgii și extragerea firelor chirurgicale.
- Vitaminoterapie (Retinol, Tiamină, Riboflavină, Piridoxină, Cianocobalamină) – 10 zile.

Caseta 18. Terapie intensivă postoperatorie (la indicații, în cazuri severe)

• Dextran 40	100-200 ml, i.v.
• Sol. Plasmă nativă	100-200 ml, i.v.
• Sol. Clorură de natriu 0,9%	5-10 mg/kg/24 de ore, i.v.
• Sol. Glucoză 5-10%	5-10 mg/kg/24 de ore, i.v.
• Sol. Metamizol 50%	0,1 ml la 1 an de viață, i.m.
• Sol. Etamsilat 12.5%	2 ml, i.v.
• Sol. Acid ascorbic 5%	1-2 ml, i.v.

Caseta 19. Criterii de externare

- Normalizarea stării generale
- Lipsa febrei
- Lipsa complicațiilor postoperatorii

C.2.5.7. Supravegherea pacienților

Caseta 20. Supravegherea pacienților cu MLȘ

- Controlul ortopedului – peste 1,5 luni.
- Evidența medicului de familie, conform planului individual elaborat de către ortopedul – pediatru.
- Respectarea regimului ortopedic cel puțin 6 luni după operație.
- Radiografia obligatorie înaintea extragerii fixatoarelor în cazul pacienților operați.
- Kinetoterapia continuă de sine stătătoare la domiciliu pînă la recuperarea completă a mișcărilor.
- La necesitate, șoldul opus se va opera după extragerea fixatoarelor și după restabilirea mișcărilor articulației coxofemurale deja operate.
- Radiografiile de control peste 6 luni și peste 1 an după corecția chirurgicală, la necesitate; controlul radiologic mai frecvent va fi bine argumentat de către specialist.
- Tratamentul de recuperare anual, inclusiv sanatorial.
- Bolnavii operați obligatoriu vor respecta regimul fizic special pentru întreaga perioadă de creștere și chiar pentru restul vieții. Riscul de apariție a artrozei coxofemorale e cu mult mai mare decît la persoanele sănătoase, dar cu mult mai mic decît la persoanele neoperate, la care a fost indicat tratamentul chirurgical.

C.2.6. Complicațiile

Caseta 21. Complicațiile MLȘ

- Dezvoltarea unei neoarticulație (în cazuri nediagnostificate la timp)
- Luxația de șold în caz de o displazie medie și ușoară unde tratamentul a fost neglijat
- Osteonecroza aseptică
- Coxartroza

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

<i>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</i>	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • Medic de familie. • Asistentă a medicului de familie. • Laborant cu studii medii.
	Aparate, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • Masă pentru examinare a copiilor. • Cabinet radiologic. • Aparat de ultrasonografie.
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • Sol. Solcoseril, soluție pentru injecții. • Compr. Pentoxifilină. • Preparate antihistaminice: Clorpiramină. • Vitaminoterapie: Tiamină, Piritoxină, Aevit, Acid ascorbic, Acid folic.
<i>D.2. Secțiile și instituțiile consultativ-diagnostice ambulatorii</i>	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • Ortoped–traumatolog pediatru. • Asistentă medicală. • Medic de laborator.
	Aparate, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • Masă pentru examinare a copiilor. • Cabinet radiologic, ultrasonografie. • Laborator clinic.
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • Sol. Solcoseril, soluție pentru injecții. • Compr. Pentoxifilină. • Preparate antihistaminice: Clorpiramină. • Vitaminoterapie: Tiamină, Piritoxină, Aevit, Acid ascorbic, Acid folic.

D.3. Secțiile de traumatologie și ortopedie pediatrică ale spitalelor municipale, republicane	Personal: <ul style="list-style-type: none">• Ortopedul–traumatolog pediatru.• Pediatru.• Chirurg.• Ortoped-pediatru.• Neurolog.• Anesteziolog.• Asistentă a medicului ortoped–traumatolog.• Asistentă a pediatrului.• Asistentă a neurologului.• Asistentă a anesteziologului.• Medic de laborator.
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none">• Sol. Solcoseril, soluție pentru injecții.• Compr. Pentoxifilină.• Preparate antihistaminice: Cloropiramină.• Preparate antioxidante: Acid ascorbic, Tocoferol, sol. Citohrom C.• Vitaminoterapie: Tiamină, Piritoxină, Aevit, Acid ascorbic• Preparate antibacteriene: Antibiotice: Cefalosporine, generațiile I-IV: Cefazolină, Cefalexină, Cefuroxim, Cefotaxim, Cefepim.• Lincosamide: Lincomicină.• Peniciline semisintetice + Acid clavulanic.• Preparate antimicotice: Fluconazol etc.• Preparate antipiretice: Paracetamol.• Perioada postoperatorie, în cazuri severe: Dextran, Plasmă nativă, sol. Clorură de sodiu 0,9%, sol. Glucoză 5-10%, sol. Metamizol 50%, sol. Etamsilat 12,5%.

Notă: *preparatul nu este înregistrat în RM

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A majora numărul de copii din primul an de viață, cărora li s-a efectuat <i>screening</i> -ul MLȘ	1.1. Ponderea nou-născuților care au fost consultați de către medicul specialist (ortoped-pediatru) în maternitate, pe parcursul unui an 1.2. Ponderea copiilor din primul an de viață, cu factori de risc în dezvoltarea MLȘ, cărora li s-a efectuat <i>screening</i> -ul conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Malformația luxantă a șoldului</i> , pe parcursul unui an	Numărul de nou-născuți care au fost consultați de către medicul specialist (ortoped-pediatru) în maternitate, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de nou-născuți, pe parcursul ultimului an
2.	A ameliora diagnosticul precoce (până la 3 luni) de MLȘ, etapa prespitalicească	2.1. Ponderea copiilor diagnosticați precoce (până la 3 luni) cu MLȘ la etapa prespitalicească, pe parcursul unui an	Numărul de copii diagnosticați precoce (până la 3 luni) cu MLȘ la etapa prespitalicească, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii cu MLȘ, care se află sub supravegherea medicului de familie și a medicului specialist (ortoped-pediatru), pe parcursul ultimului an
3.	A spori calitatea examinării și a tratamentului acordat pacienților cu malformație luxantă de șold, etapa prespitalicească	3.1. Ponderea copiilor cu MLȘ, examinați și tratați la etapa prespitalicească, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Malformația luxantă a șoldului</i> , pe parcursul unui an	Numărul de copii cu MLȘ, examinați și tratați la etapa prespitalicească, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Malformația luxantă a șoldului</i> , pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii cu MLȘ, care se află sub supravegherea medicului de familie și medicului specialist (ortoped-pediatru), pe parcursul ultimului an
4.	A spori calitatea examinării și a tratamentului pacienților cu malformație luxantă de șold, etapa spitalicească	4.1. Ponderea copiilor cu MLȘ examinați și tratați, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Malformația luxantă a șoldului</i> , în staționar, pe parcursul unui an	Numărul de copii cu MLȘ examinați și tratați, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Malformația luxantă a șoldului</i> , în staționar, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii cu MLȘ internați în staționar, pe parcursul ultimului an

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
5.	A contribui la reducerea numărului de pacienți supuși tratamentului chirurgical	5.1. Ponderea copiilor cu MLS, supuși tratamentului chirurgical, pe parcursul unui an	Numărul de copii cu MLS, supuși tratamentului chirurgical, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii cu MLS, care se află sub supravegherea medicului de familie și medicului specialist (ortoped-pediatru), pe parcursul ultimului an
6.	A ameliora supravegherea pacienților cu MLS, etapa ambulatorie	6.1. Ponderea copiilor cu MLS, supravegheați de către medicul de familie și medicul specialist (ortoped-pediatru), conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Malformația luxantă a șoldului</i> , pe parcursul unui an	Numărul de copii cu MLS, supravegheați de către medicul de familie și medicul specialist (ortoped-pediatru), conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Malformația luxantă a șoldului</i> , pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii cu MLS, care se află sub supravegherea medicului de familie și medicului specialist (ortoped-pediatru), pe parcursul ultimului an

ANEXE

Anexa 1. Ghidul pacientului cu malformație luxantă congenitală a șoldului

Acest ghid include informații despre asistența medicală și tratamentul copiilor cu malformație luxantă congenitală a șoldului în cadrul Serviciului de Sănătate din Republica Moldova și este destinat pacienților cu MLS, dar și familiilor acestora, părinților și tuturor celor care doresc să cunoască cât mai mult despre această maladie. Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de profilaxie, de îngrijire și de tratament al malformației luxante congenitale a șoldului. Ghidul nu oferă prezentarea în detalii a maladia, analizele și tratamentul necesar. Despre acestea vă vor informa medicul de familie.

Malformația luxantă a șoldului este o afecțiune care cuprinde un larg spectru de anomalii mergând de la simpla instabilitate cu laxitate capsuloligamentară pînă la o completă deplasare a capului femural în afara cavității cotiloide anormal dezvoltată.

Semnele clinice: Există o sumedenie de semne clinice pe care specialistul le observă, pentru a aprecia diagnosticul precoce de malformație luxantă a șoldului, însă este de menționat faptul că această malformație este cea mai ascunsă și cu sechele severe, dacă la timp nu-i depistată. Așa că înainte de enumăra unele dintre ele rugăm să atrageți atenția la cele mai importante:

- Limitarea abducției coapselor (desfacerea piciorușelor nu este simetrică sau insuficientă); la nou-născut piciorușele se desfac pînă la planul orizontal a măsutei de înfășat.
- Plici masive asimetrice pe partea mediană a coapsei.
- Scurtimea unui membru (ATENȚIE: în caz de afecțiune bilaterală inegalitate nu este).
- Limitare de mișcări în șold hipertonus muscular.
- Întîrzierea mersului! (Pînă aici nu-i de dorit de ajuns).

În caz de apariție a acestor simptome este necesară consultația medicului de familie care vă va direcționa la ortoped pentru depistarea semnelor obiective ale malformației luxante congenitale a șoldului, multiple și diverse. Stabilirea precisă a diagnosticului se va efectua de către ortopedul-pediatru din secția consultativă care, cu atenție, va analiza semnele obiective ale malformației luxante congenitale a șoldului.

Pentru patologia congenitală a articulației șoldului la copil sunt descrise multe semne clinice, cu ajutorul cărora se poate aprecia prezența displaziei de șold.

Diagnosticul displaziei de șold necesită apreciere în maternitate. Nou-născutul trebuie să fie examinat de obstetrician, neonatolog, ortoped, chirurg și de neurolog.

Se folosesc următoarele semne clinice care deseori sunt greu de apreciat chiar de ortoped.

Unul dintre cele mai simple și elementare semne de apreciere este asimetria pliurilor pe partea mediană a coapsei (semnul Bade) – pliurile adductorilor, inghinală și suprapatelară. La copiii sănătoși aceste pliuri sunt simetrice, la unul și același nivel, de o lungime și de o adîncime egală. În caz de patologie displazică de șold, numărul de pliuri se majorează, pliurile devin asimetrice după nivel, lungime și după adîncime. Examinarea copilului se efectuează în decubit dorsal, cu membrele inferioare în extensiune.

Aprecierea este foarte simplă, nu necesită manevre suplimentare, poate fi observată de personalul medical și de părinți. Acest semn este un semn de alarmă. Copilul necesită control la ortopedul-pediatru.

Semnul de limitare a abducției în articulația șoldului (semnul Ioachimstahl) în majoritatea cazurilor poate fi unicul semn pozitiv în displazia de șold.

Semnul se apreciază în modul următor. Copilul este plasat în decubit dorsal cu membrele în flexiune la genunchi și la șold sub $< 90^\circ$. Ambele palme ale examinatorului sunt situate pe articulațiile genunchilor. Treptat, fără forță se efectuează abducția în articulația șoldurilor. La nou-născuții sănătoși abducția este posibilă pînă la planul orizontal sau 90° . Limitarea abducției are o importanță deosebită în ansamblu cu alte semne patologice pozitive.

rotația externă a membrelor inferioare (semnul Lance) este un indice îndeosebi semnificativ în patologia unilaterală, care deseori atrage atenția părinților.

Semnul cardinal în aprecierea luxației șoldului este semnul de pocnitură, de reducere și de luxație (semnul Putti-Ortolani-Marx-Von Rosen-Gerdy-Hilgenreiner).

Semnul se determină din aceeași poziție a copilului și, analogic, se instalează mîinile medicului. Treptat și blînd se efectuează abducția membrelor inferioare în flexiune la șold și la genunchi. La un moment dat se aude o pocnitură și se simte acest clic, cînd capul femural se plasează în cotil și abducția devine majorată. La mișcarea inversată, de adducție, se apreciază din nou semnul de pocnitură, care corespunde deplasării capului femurului din cotil.

Unii autori descriu semnul Ortolani prin provocarea reducerii capului femurului cu ajutorul degetului situat pe trohanter și apăsînd spre anterior și median, pe cînd membrul inferior opus este menținut cu o altă mîină în poziție fiziologică a nou-născutului (flexiune și abducție la șold). În așa apreciere manevra Ortolani este o manevră de provocare a luxației.

Testul Barlow este tot un test de provocare a luxației. Poziția copilului și instalarea mîinilor medicului sunt analogice ca și în manevra Ortolani. În testul Barlow se identifică două momente. În primul moment se efectuează provocarea luxației prin împingerea cu policele a femurului proximal spre lateral, totodată, apăsînd cu palma pe genunchi pentru a împinge capul femural spre posterior. În acest moment se produce clicul de ieșire a capului femural din cotil. În al doilea moment se efectuează mișcări analogice ca la manevra Ortolani.

Testul Palmen este tot un test de provocare a luxației. Se efectuează mișcare de rotație internă concomitent cu împingerea spre posterior, coapsa fiind în adducție.

Testul Tomas obiectivează dispariția contracturii fiziologice în flexiune a șoldului și a genunchiului în caz de șold luxat.

Semnul Ombredanne (este numit și semnul Betman, Galeazzi) vizualizează scurtimea de femur după nivelul genunchilor din poziția de flexiune a șoldurilor și a genunchilor.

Semnul Gourdon – rotația internă a coapsei este mai amplă, în comparație cu norma.

Semnul Ciaklin – proeminența zonei trohanterului se determină prin traversarea ambelor palme pe părțile laterale ale corpului spre distal pînă la regiunea medie a coapsei.

Tratamentul malformației luxante congenitale a șoldului depinde de gradul de dezvoltare a ultimei, dar pînă la o anumită vîrstă se tratează conservativ fiind atestate rezultate bune. Tratamentul e de lungă durată, necesită o disciplină dură și o strictă respectare a prescripțiilor și a regimului recomandat de specialist în ortopedia pediatrică. În cazul insuccesului tratamentului conservativ și în cazuri severe sau ușoare, dar tardive, este indicat tratamentul chirurgical.

Dispenserizarea copiilor ce suferă de malformație luxantă a șoldului sau care au suportat o intervenție chirurgicală în patologia dată se efectuează de ortopedul-pediatru. De două sau (dacă tratamentul a fost chirurgical) de 4 ori per an se recomandă consultația specialistului și, la necesitate, se efectuează argumentat radiografia șoldurilor.

Respectați regimul tratamentului prescris, recomandările medicului și regimul de control. Este necesar de efectuat tratamentul de recuperare, inclusiv sanatorial. Toate aceste măsuri sunt îndreptate spre însănătoșirea copilului dvs. și previn dezvoltarea de complicațiilor severe.

BIBLIOGRAFIE

1. Barlow T. G. Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip, *J. Bone Joint Surg.*, 44B: 292: 1962.
2. Chun Shih., Po-Cheng Lee., Wen-E Yang., Zhon Liao Lee. A Modified Periacetabular Osteotomy with Use of the Transtrochanteric Exposure. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, Vol. 85-A, Number 2, 2003, p. 244-250.
3. Ching-Jen Wang., Chien- Fu Jeff Lin. Periacetabular Osteotomy Through a Modified Oliier Transtrochanteric Approach for Treatment of Painful Dysplastic Hips. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 2002, Vol. 84-A, Number 9, 2002, p. 244-250.
4. Franc di Fazio., Won Yong Chon., Eduardo A., Salvati., Philip D. Wilson Long-term results of total hip arthroplasty with a cemented custom designed swan-neck femoral component for congenital dislocation of severe dysplasia. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 2002, Vol. 84-A, Number 2, 2002, p. 204-207.
5. Francois D., Lalonde Steven L., Frick Dennis R. Wenger. Surgical correction of residual hip dysplasia in two pediatric age-groups. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 2002, Vol. 84-A, Number 7, 2002, p. 1148-1156.
6. Goța D. Patologia ortopedică a șoldului la copil. Iași, 2005.
7. Graf R: Sonographie der Sauglinshufte Bucherei des Orthopaden, Stuttgart, 1985, Ferdinand Enke Verlag.
8. Grill F., Bensahel H., Canadell J. et al. The Pavlik harness in the treatment of congenital dislocating hip: report on a multicenter study of the European Paediatric Orthopaedic Society, *J. Pediatr. Orthop.*, 8:1:1988.
9. Grudziak J. S., Ward W. T. Dega osteotomy for the treatment of congenital dysplasia of the hip, *J. Bone Joint Surg.*, 83A: 845: 2001.
10. Inoue T., Naito M., Nomiya H: Treatment of developmental dysplasia of the hip with the Pavlik harness: factors for predicting unsuccessful reduction, *J. Pediatr. Orthop.*, B 10: 186: 2001.
11. Lerman J. A., Emans J. B., Millis M. B. et al. Early failure of Pavlik harness treatment for developmental hip dysplasia: clinical and ultrasound predictors, *J. Pediatr. Orthop.*, 21: 348: 2001.
12. Michael S., Dietrich H., Martin Radespier-Troger., Rocco P. P. Treatment of the Dysplastic Acetabulum with Wagner Spherical Osteotomy. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 2003, p. 808-814.
13. Stuart L., Weinstein Scott J., Mubarak Dennis R. Wenger. Developmental hip dysplasia and dislocation. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, Vol. 85-A, Number 10, 2003, p. 2024-2035.
14. Thomas I. H., Dunin A. J., Cole W. G. et al. Avascular necrosis after open reduction for congenital dislocation of the hip: analysis of causative factors and natural history, *J. Pediatr. Orthop.*, 9: 525: 1989.
15. Taschjicean's PEDIATRIC ORTHOPEDICS IV Edition, 2008.
16. Screening for developmental dysplasia of the hip: recommendation statement¹.
17. ACR Appropriateness Criteria® developmental dysplasia of the hip.²

¹ http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=8397&nbr=004705&string=hip#s25

² http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=8601&nbr=004788&string=hip

