



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA**

Reabilitarea medicală a bolnavului cu coxartroză

Protocol clinic național

PCN-322

Chișinău, 2018

**Aprobat la ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății Muncii și Protecției Sociale
al Republicii Moldova din 22.11.2017, proces verbal nr. 4**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății Muncii și Protecției Sociale al Republicii
Moldova**

**nr. 510 din 13.04.2018 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Reabilitarea
medicală a bolnavului cu coxartroză”**

Elaborat de colectivul de autori:

Vizdoagă Anatolie	USMF „Nicolae Testemițanu” .
Pascal Oleg	USMF „Nicolae Testemițanu”.
Tăbîrță Alisa	USMF „Nicolae Testemițanu”.
Chihai Victoria	USMF „Nicolae Testemițanu”.
Gherman Ana	USMF „Nicolae Testemițanu”
Prepelită Andrian	USMF „Nicolae Testemițanu”.
Bulai Marina	USMF „Nicolae Testemițanu”.

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavii	catedră farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”
Valentin Gudumac	catedră medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ghenadie Curocichin	catedra medicina de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vladislav Zara	director, Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Maria Cumpănă	director executiv, Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
Diana Grosu-Axenti	vicedirector general, Compania Națională de Asigurări în Medicină
Groppa Liliana	d.h.ș.m., prof.univ., Departamentul de medicină internă, disciplina reumatologie USMF „Nicolae Testemițanu
Cereș Victoria	d.ș.m., conf. univ., Catedra de medicină alternativă, USMF „Nicolae Testemițanu”

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT.....	4
PREFAȚĂ.....	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	4
A.1. Diagnosticul.....	4
A.2. Codul bolii.....	4
A.3. Utilizatorii.....	5
A.4. Scopurile protocolului.....	5
A.5. Data elaborării protocolului.....	6
A.6. Data următoarei revizuirii.....	6
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și persoanelor care au participat la elaborarea protocolului.....	6
A.8. Definițiile folosite în document.....	6
A.9. Informația epidemiologică.....	7
B. PARTEA GENERALĂ.....	7
B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară	7
B.2. Nivelul instituțiilor de asistență medicală specializată de ambulator	9
B.3. Nivelul instituțiilor de asistență medicală spitalicească	10
C.1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ	12
C.1.1. Algoritm de diagnostic al CA	12
C.1.2. Algoritm de tratament recuperator al CA	14
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	
C.2.1. Clasificarea CA	16
C.2.2. Factorii de risc în CA	16
C.2.3. Profilaxia	17
C.2.4. Conduita pacientului cu CA	18
C.2.4.1. Anamneza	18
C.2.4.2. Examenul fizic	19
C.2.4.3. Investigații paraclinice	21
C.2.4.4. Diagnosticul	22
C.2.4.4.1. Diagnosticul pozitiv	22
C.2.4.4.2. Diagnosticul diferenciat	23
C.2.4.5. Criteriile de spitalizare a pacienților cu CA	24
C.2.4.6. Tratamentul.....	24
C.2.4.6.1. Tratamentul medicamentos al CA	25
C.2.4.6.2. Tratamentul fizioterapeutic recuperator al CA	26
C.2.4.7. Evoluția, pronosticul și supravegherea pacienților cu CA	31
C.2.5. Complicațiile CA	31
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	32
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	38
F. ASPECTELE MEDICO - ORGANIZATORICE	39
F.1.2. Criterii de trimitere a pacientului	39
F.1.2. Criterii de spitalizare a pacientului	39
F.1.3. Școlarizarea pacienților hipertensivi în cadrul subdiviziunilor	39
ANEXE	40
Anexa 1. Masajului membrului inferior	40
Anexa 2. Ghidul pentru pacient	41
Anexa 3. Scala analog vizuală.....	41
Anexa 4. Chestionar de evaluare a statutului funcțional pentru coxartroză	42
Anexa 5. Scala WOMAC	43
Anexa 6. Clasificarea puterii științifice a gradelor de recomandare.....	44
Anexa 7. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru Reabilitarea medicală a bolnavului cu gonartroză.....	44
BIBLIOGRAFIE	48

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

TENS	Stimularea nervoasă electrică transcutanată (Transcutaneous electrical nerve stimulation)
ADL	Scala de evaluare a Activității Vieții Cotidiene (Activities of Daily Living)
OARSI	Osteoarthritis Research Society International
AINS	Antiinflamatorii nesteriodene
CS	Corticosteroizi
WOMAC	The Westen Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index
VAS	Scala analoagă vizuală
IFA	Insuficiența funcției articulare
CIF	Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății OMS
KT	Kinetoterapie
TM	Terapia Manuală
TO	Terapie Ocupațională
KT	Kinetoterapie
FT	Fizioterapie
CDD	Curenții diadinamici
USG	Ultrasonografia

PREFAȚĂ

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind reabilitarea pacienților cu coxartroză și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea Ministerului Sănătății al Republicii Moldova pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnostic nozologic: Osteoartroza deformantă

Exemple de diagnostice clinico-funcționale:

1. Diagnostic clinic: Osteoartroză deformantă primară, poliosteoartroză forma nodulară (noduli Heberden), coxartroză St. Rg-III pe dreapta, St.Rg-II pe stînga, gonartroză bilaterală St. Rg-II, cu sinovită reactivă a genunchiului stîng, IFA-II.

2. Diagnostic funcțional:

Sindrom algic prezent-absent conform scalei analog vizuală VAS;

Hiper/hipomobilitate în articulația coxo-femorală dreaptă-stîngă, bilateral;

Sindrom miofascial prezent-absent;

Redoare flexorie-extensorie, abductori-adductori, rotatori interni-externi, mixtă;

Deviație în var-valg;

Dereglare de statică și mers;

Capacitatea funcțională conform:scalei WOMAC, ADL.

A.2. Codul bolii (CIM 10): M15 – M19, M47B.

M15 Poliosteoartroza

Include: afectarea prin osteoartroză a două și mai multe articulații

Exclude: afectarea bilaterală a unei articulații (M16 – M19)

M15.0 Osteoartroza primară generalizată

M15.1 Noduli Heberden (cu artropatie)

M15.2 Noduli Bouchard (cu artropatie)

M15.3 Osteoartroza multiplă secundară.

Poliosteoartroză posttraumatică

M15.4 Osteoartroză erozivă

M15.8 Alte poliosteoartroze

M15.9 Poliosteoartroză neconcretizată

M16 Coxartroză [osteoartroza articulației coxofemorale]

M16.0 Coxartroză primară bilaterală

M16.1 Altă coxartroză primară

Coxartroză primară:

- FAS
- Unilaterală

M16.2 Coxartroză pe fon de displazie bilaterală a șoldurilor

M16.3 Alte coxartroze displastice

Coxartroză displastică:

- FAS
- Unilaterală

M16.4 Coxartroză bilaterală posttraumatică

M16.5 Alte coxartroze posttraumatice

Coxartroză posttraumatică:

- FAS
- Unilaterală

M16.6 Alte coxartroze bilaterale secundare

M16.7 Alte coxartroze secundare

Coxartroză secundară:

- FAS
- Unilaterală

M16.9 Coxartroză neconcretizată

A.3. Utilizatorii:

- Oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistente medicale de familie);
- Centrele de sănătate (medici de familie);
- Centrele medicilor de familie (medici de familie);
- Instituțiile/secțiile consultative (medici reabilitologi);
- Asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, medici reumatolog, medici reabilitologi);
- Secțiile recuperare ale spitalelor municipale și republicane (medici reabilitologi)

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

A.4. Scopurile protocolului:

1. A spori calitatea asistenței de reabilitare medicală a pacienților cu coxartroză la diferite etape de asistență medicală;
2. A reduce rata de recurență și complicații la pacienții cu coxartroză ;
3. A reduce rata de invalidizare la pacienții cu coxartroză;
4. A crește independența funcțională a pacienților cu coxartroză;
5. A reduce % necesității intervențiilor chirurgicale de protezare a șoldului.

A.5. Data elaborării protocolului: 2018

A.6. Data următoarei revizui: 2020

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

Numele	Funcția deținută
Vîzdoagă Anatolie	asistent universitar, Catedra de reabilitare medicală, medicină fizică, terapie manuală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Pascal Oleg	d.h.ș.m, profesor universitar, șef Catedră de reabilitare medicală, medicină fizică, terapie manuală USMF „Nicolae Testemițanu”
Tăbîrță Alisa	asistent universitar, Catedra de reabilitare medicală, medicină fizică, terapie manuală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Chihai Victoria	asistent universitar, Catedra de reabilitare medicală, medicină fizică, terapie manuală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Gherman Ana	asistent universitar, Catedra de reabilitare medicală, medicină fizică, terapie manuală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Prepelită Andrian	asistent universitar, Catedra de reabilitare medicală, medicină fizică, terapie manuală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Bulai Marina	asistent universitar, Catedra de reabilitare medicală, medicină fizică, terapie manuală

Protocolul a fost discutat și aprobat

Denumirea	Persoana responsabilă - semnătura
Seminarul Științific de profil Medicină generală. Asistență medicală și reabilitare	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Catedra Medicina de familie	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	

A.8. Definițiile folosite în document

Reabilitarea ca specialitate: este o activitate multidisciplinară, în echipă, care depinde de buna comunicare dintre personal și abilitățile individuale ale specialiștilor implicați, precum și de buna complianță cu pacientul și membrii familiei sale.

Reabilitarea: folosirea tuturor mijloacelor cu scopul de a reduce impactul condițiilor generatoare de dizabilități și handicap și de a permite persoanelor cu dizabilități să reușească să se integreze optimal în societate.

Kinetoterapie: reprezintă totalitatea măsurilor și mijloacelor necesare pentru prevenirea, tratamentul și recuperarea medicală, utilizând ca mijloc fundamental exercițiul fizic, mișcarea.

Fizioterapie – este o disciplină terapeutică complexă, care se bazează pe mecanismele de acțiune ale factorilor fizici, cum sunt apa, lumina, căldura, electricitatea, laserul ș.a. și utilizarea acestora cu scop de tratare, recuperare și profilaxie în tratarea afecțiunilor organismului uman.

Terapie ocupațională – formă de tratament care folosește activități și metode specifice pentru a dezvolta, ameliora sau reface capacitatea de a desfășura activitățile necesare vieții individului, de a compensa disfuncții și de a diminua deficiențele fizice.

Kinetoterapia activă: totalitatea actelor motorii pe care individul le execută în mod conștient.

Kinetoterapia pasivă: sunt mișcările impuse complexului neuro-muscular-articular prin intervenții exterioare fără activitate voluntară din partea sistemului neuromuscular.

Terapie manuală: o grupă specifică de metode manuale de diagnostic și tratament a afecțiunilor oaselor, articulațiilor, coloanei vertebrale, organelor interne.

Artroză – o artropatie non-inflamatorie progresivă, invalidantă, caracterizată de degradarea până la dispariție a cartilajului articular, însoțită de remodelare osoasă marginală de tip osteofite și scleroză subcondrală.

Coxartroză – proces degenerativ artrozic localizat la nivelul articulației coxofemorale.

A.9. Informația epidemiologică

OAD este cea mai frecventă suferință articulară și a doua cauză de invaliditate la persoanele de peste 50 ani, după boala ischemică coronariană, ceea ce atrage după sine un impact economic enorm și o transformă într-o adevărată problemă de sănătate publică. Incidența ei crește cu vârsta, fiind maximă între 55-75 ani. Modificări radiologice apar la 1% dintre cei de 25-35 ani, 30% dintre cei de peste 65 ani și 80% dintre persoanele de peste 75 ani; Modificări anatomo-patologice la nivelul cartilajului articular sunt identificate la toți decedații de peste 65 ani. La nivel mondial osteoartroza este depistată la 50% persoane de peste 65 ani, aproximativ 10% bărbați și 18% de femei au simptomele de OA. Osteoartroza reprezintă 17% din patologii și reprezintă primul loc în patologiile articulare. Până la vârsta de 55 de ani (la menopauză) boala are o incidență egală pe sexe; după această vârstă este de două ori mai frecventă la femei, cu excepția localizării de la șold, singura considerată mai frecventă la bărbați.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară

Descriere (măsurile)	Motive (reperce)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia		
1.1 Profilaxia	Depistarea. Prevenirea primară a CA nu este posibilă, dar înlăturarea factorilor de risc generali și locali poate amâna sau preveni boala [1,2,4,5]	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Depistarea factorilor de risc (caseta 2) • Monitorizarea pacienților cu patologii predispozante la CA (caseta 2) • Propagarea programelor de gimnastică curativă și kinetoprofilaxie primară (caseta 3) • Corectarea masei corporale în caz de supraponderabilitate sau obezitatea (caseta 3)
1.2. Profilaxia secundară	Micșorarea numărului de exacerbări și complicații. [1,2,4,5]	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Respectarea măsurilor de profilaxie (caseta 3) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Diagnosticul		

2.1. Presupunerea diagnosticului de GA	Stabilirea semnelor precoce a CA este importantă pentru inițierea asistenței medicale precoce și abordare individuală a pacientului cu CA [1,2,8]	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Aprecierea factorilor de risc (<i>caseta 2</i>) • Anamneza (<i>caseta 5</i>) • Examenul obiectiv: <ul style="list-style-type: none"> Fizic (<i>caseta 6</i>) Paraclinic (<i>caseta 7</i>) <ul style="list-style-type: none"> Hemoleucograma (<i>tabelul1</i>) Urograma (<i>tabelul1</i>) VSH (<i>tabelul1</i>) Proteina C - reactivă (<i>tabelul1</i>) Fibrinogenul (<i>tabelul1</i>)
2.2. Decizii asupra necesității consultației specialistului și tacticii de tratament		<ul style="list-style-type: none"> • Estimarea indicațiilor pentru consultația medicului de profil • Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>caseta 11</i>)
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul nemedicamentos	Scopul tratamentului nemedicamentos este diminuarea impactului factorilor de risc, prevenirea declinului funcțional, ameliorarea simptomatică și menținerea calității vieții [1,2,3,7,8].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Acordarea asistenței educaționale [1,2,6,7,8]. • Suportul psiho-social al pacientului [1,2,3,7,8]. • Corectarea regimului alimentar [1,6,7,8]. • Programe de gimnastică curativă și kinetoterapie [7,8]. • Fizioterapie simptomatică [6,7,8,10], (<i>Caseta 14</i>) • Utilizarea ortezelor [7,8,9].
3.2. Tratamentul medicamentos	Scopul tratamentului este calmarea durerii, reducerea procesului inflamator, regenerarea cartilajului articular, prevenirea declinului funcțional și menținerea calității vieții [5].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Respectarea principiilor generale ale tratamentului medicamentos [5], (<i>Caseta 13</i>).
4. Supravegherea (Caseta 20)	Se va efectua de către medicul de familie în colaborare cu medicii specialiști [1,6,8].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Repartizarea pacienților în grupe de dispensarizare. • Stabilirea planului de cercetări. • Stabilirea necesității de tratament staționar • Estimarea indicațiilor pentru tratament recuperator fizioterapeutic (<i>Caseta 17</i>).
5. Recuperarea		
5.1 Tratamentul fizio-funcțional	Respectarea principiilor de bază ale reabilitării medicale [6,8,9,10].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Programe de reabilitare medicală activă/pasivă adaptate individual pentru menținerea și creșterea amplitudei articulare, tonusului muscular (<i>Caseta 14</i>). • Mijloacele fizioterapice indicate cu scop de a diminua sindromul dolo și inflamator, pentru

		ameliorarea circulației periferice (<i>Caseta 14</i>). • Tratament balnear (<i>Caseta 16</i>).
B.2. Nivelul instituțiilor de asistență medicală specializată de ambulator		
Descriere (măsurile)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Diagnosticul		
Confirmarea diagnosticului (<i>Caseta 4</i>)	Diagnosticul precoce și tratamentul individualizat permite prevenirea declinului funcțional și menținerea calității vieții [1,2,6,8].	Obligatoriu: • Aprecierea factorilor de risc (<i>caseta 2</i>) • Anamneza (<i>caseta 5</i>) • Examenul obiectiv: Fizic (<i>caseta</i> Paraclinic (<i>caseta 7,8.</i>) Hemoleucograma Urograma VSH Proteina C - reactivă Fibrinogenul Consultația specialiștilor (<i>Tabelul 1</i>)
1.2. Decizii asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulator		Evaluarea criteriilor de spitalizare /respitalizare (<i>Caseta 11</i>)
2. Tratamentul		
2.1 Tratamentul simptomatic	Scopul tratamentului este diminuarea durerii, reducerea procesului inflamator și menținerea calității vieții [1,2,5]	Obligatoriu: • Respectarea principiilor generale ale tratamentului medicamentos [4], (<i>Caseta 13</i>).
3. Recuperarea		
3.1. Tratamentul fizio-funcțional	• Respectarea principiilor de bază ale reabilitării medicale [6,8,9,10].	Obligatoriu: • Mijloace electrofizioterapice indicate cu scop de a diminua sindromul dolo și inflamator, pentru a potenția tonusul muscular, pentru ameliorarea circulației periferice și echilibrare psiho-somatică (<i>Tabelul 2</i>). • Programe kinetoterapice adaptate individual pentru menținerea și creșterea mobilității articulare, tonusului muscular și reeducării mersului.
3.2. Masajul manual și cu aparate	Respectarea condițiilor ce țin de tehnică, masor și pacient [6,8,9,10].	Obligatoriu: Tehnici active pentru amplificarea tonusului muscular și a circulației periferice.
3.3. Terapia ocupațională	Ajută persoanele cu CA să se adapteze la viața cotidiană [5,6,8].	Obligatoriu: • Reeducarea abilităților de autoîngrijire • Învățarea altor modalități de efectuare a activităților zilnice • Adaptarea locuinței (<i>Caseta 14</i>).

3.4. Tratament balnear	Respectarea indicațiilor și contraindicațiilor față de factorii fizici naturali [6,7,8].	<ul style="list-style-type: none"> □ Îndreptarea în stațiunile balneare de profil (<i>Caseta 16</i>).
4. Supravegherea	Asistența permanentă sub supraveghere poate întârzia evoluția bolii și preveni dizabilitatea [6,7,8].	<ul style="list-style-type: none"> • Supraveghere cu evaluarea necesității de spitalizare

B.3. Nivelul instituțiilor de asistență medicală spitalicească

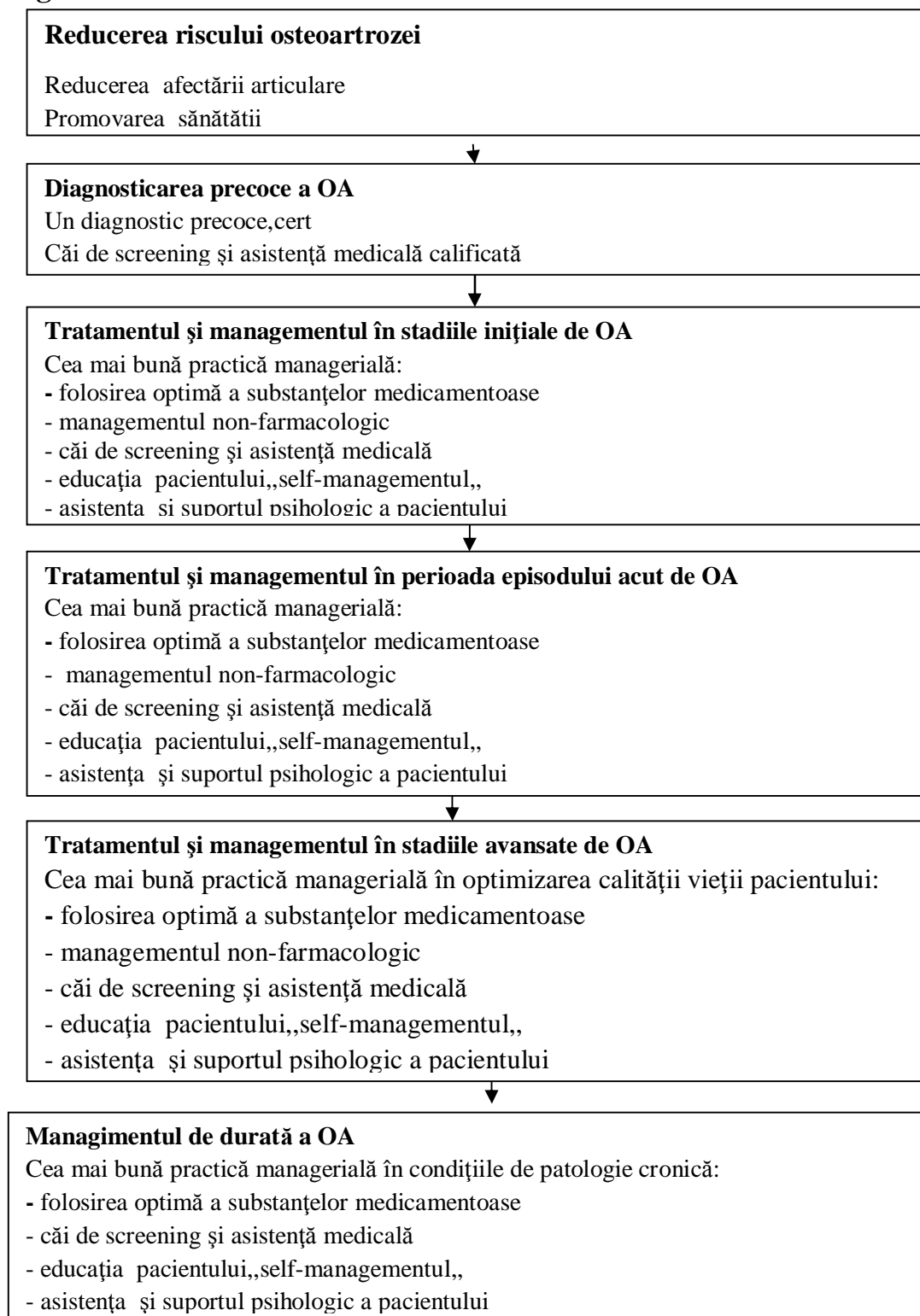
Descriere (măsurile)	Motive (reper)	Pași Modalități și condiții de realizare
1. Spitalizarea	Diagnosticul precoce și tratamentul individualizat permite prevenirea deficitului funcțional, formarea dizabilității și menținerea calității vieții [1,2,6,8].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Spitalizarea în secțiile de reabilitare, reumatologie, artrologie, traumatologie și ortopedie conform criteriilor (<i>Caseta 11</i>).
2. Diagnosticul	Confirmarea precoce a diagnosticului previn dizabilitatea/handicapul și mențin calitatea vieții [1,2,6,8]	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprecierea factorilor de risc (<i>caseta 2</i>) • Anamneza (<i>caseta 5</i>) • Examenul obiect <p>Fizic (<i>caseta 6</i>) Paraclinic (<i>caseta 7</i>)</p> <p style="padding-left: 20px;">Hemoleucograma Urograma VSH Proteina C - reactivă Fibrinogenul</p> <p>Consultația specialiștilor (<i>tabelul 1</i>)</p> <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomografia computerizată/rezonanța magnetic (<i>Caseta 8</i>)
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul simptomatic (Caseta 16)	Scopul tratamentului este diminuarea durerii, reducerea procesului inflamator, prevenirea sau diminuarea restanțelor funcționale și menținerea calității vieții [1,2,5].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Respectarea principiilor generale ale tratamentului medicamentos [4], (<i>Caseta 13</i>).
3.2. Tratamentul ortopedic-chirurgical (Caseta 18)	Scopul tratamentului ortopedic-chirurgical este de a preveni instalarea dizabilității/handicapului [1].	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenții chirurgicale (<i>Caseta 15</i>)
4. Recuperarea		
4.1. Tratamentul	<ul style="list-style-type: none"> • Respectarea principiilor de bază ale reabilitării 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Mijloace electrofizioterapice indicate cu scop de

fizio-funcțional	medicale [6,8].	a diminua sindromul doloꝛ și inflamatoꝛ, pentru a poteța tonusul muscular, pentru amelioꝛarea circulației periferice și echilibꝛare psiho-somatică (<i>Tabelul 2</i>). <ul style="list-style-type: none"> • Progame kinetoterapice adaptate individual pentru menținerea și creșterea mobilității articulare, tonusului muscular și reeducării mersului.
4.2. Masajul manual și cu aparate	Respectarea condițiilor ce țin de tehnică, masoꝛ și pacient [6,8].	Obligatoꝛiu: Tehnici active pentru amplificarea tonusului muscular și a circulației periferice.
4.3. Terapia ocupațională	Ajută persoanele cu CA să se adapteze la viața cotidiană [5,6,8].	Obligatoꝛiu: <ul style="list-style-type: none"> • Reeducarea abilităților de autoîngrijire • Învățarea altor modalități de efectuare a activităților zilnice. • Adaptarea locuinței (<i>Caseta 14</i>).
5. Externarea		Extrasul obligatoꝛiu va conține : <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul clinic și funcțional. • Rezultatele intervențiilor și consultațiile. • Recomandările pentru pacient. • Recomandări pentru membrii familiei.

C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm de diagnostic și management pe etape al coxartrozei

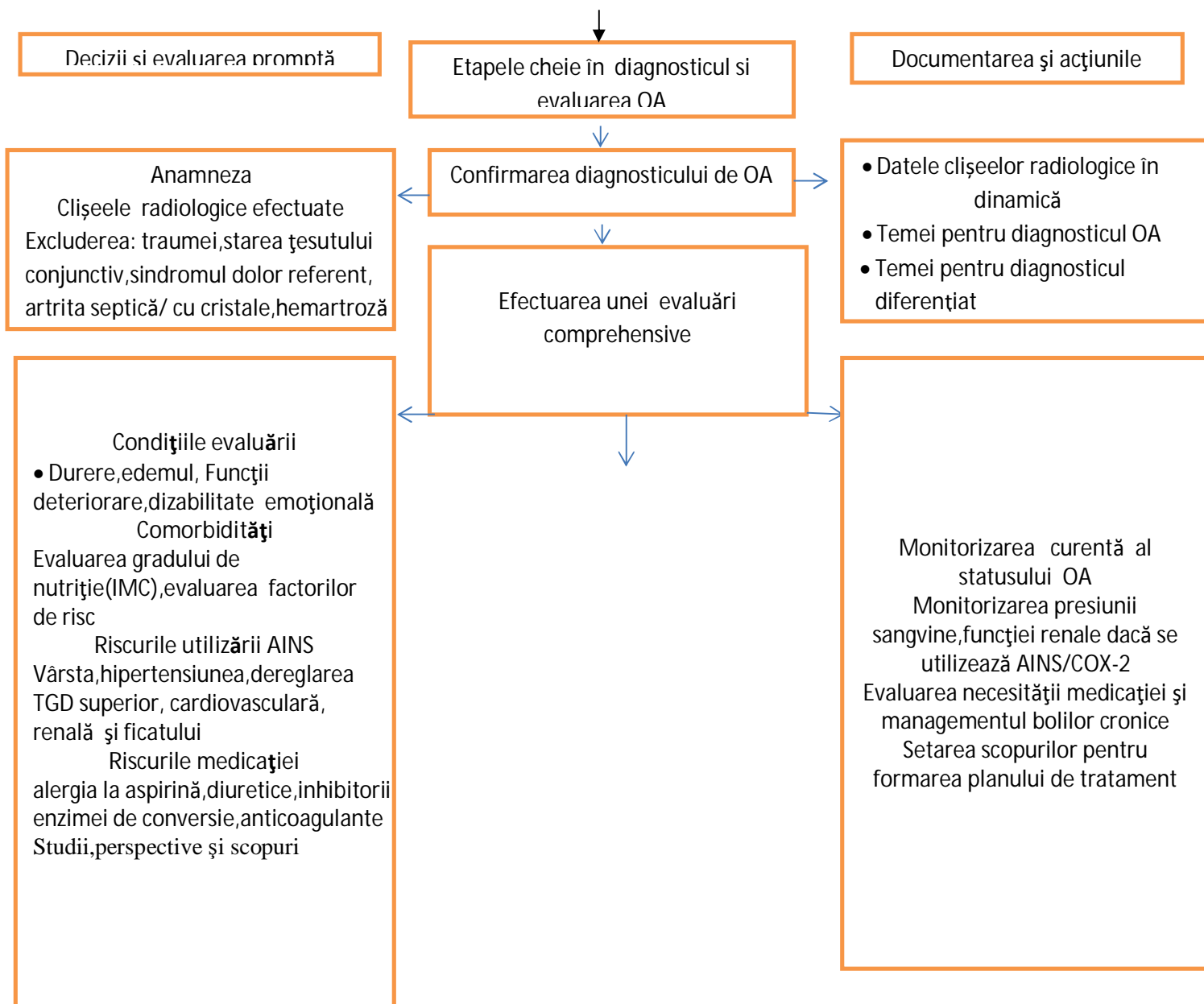
Figura 1



C.1.2. Algoritm de management în recuperarea coxartrozei

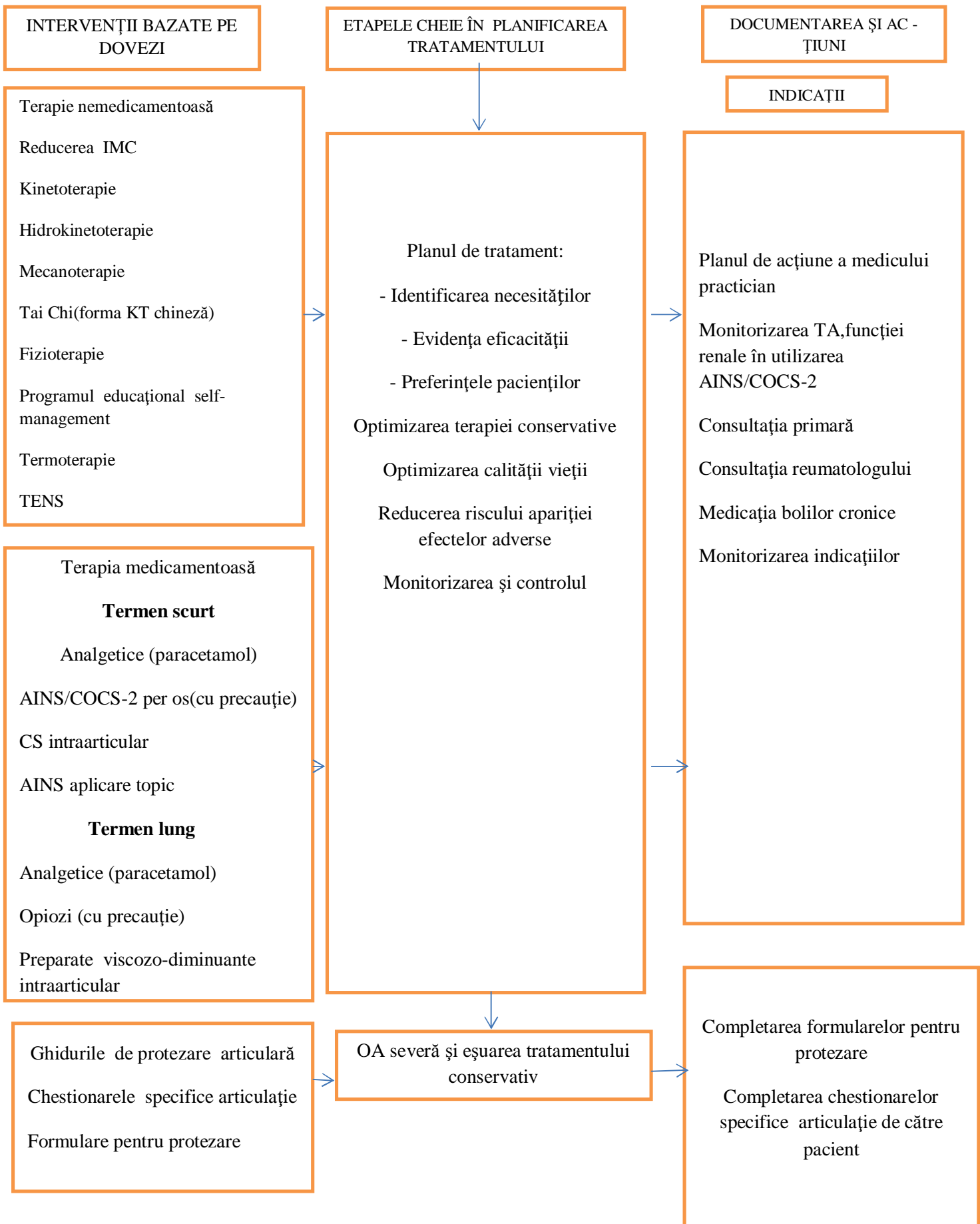
Figura 2

POPULAȚIA ȚINTĂ : adulți cu vârsta de peste 18 ani cu semne sau simptome de OA articulației șoldului



Managementul planului de tratament

Figura 3



C.2 DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1 Clasificarea

Caseta 1.

Clasificarea coxartrozei după formele clinice:

1.Coxartroze primitive:

- 1.1 Coxartroză primitivă simplă
- 1.2 Coxartroză primitivă rapid degenerativă
- 1.3 Coxartroză primitivă anchilozantă

2.Coxartroze secundare:

- 2.1 Coxartroză secundară de cauză medicală:
 - Condrocalkinoza
 - Coxartroză sechelă după coxită infecțioasă
 - Coxartroză din necroza aseptică a capului femural
 - Coxartroza din boala Paget
- 2.2 Coxartroză secundară de cauză mecanică
 - Malformațiile congenitale ale șoldului (displazia congenitală, subluxația, luxația congenitală, protruzia acetabulară)
 - Distrofii dobândite: coxa plana, coxa retrorsa
 - Coxartrozele secundare „accidentale” după: fractura de cotil, fractura de col femural, NACF, postraumatică, inegalitate de lungime a membrului (mai mare de 4 cm), artrodeza șoldului controlateral.

C.2.2 Factorii de risc

Caseta 2.

Factori generali:

- sexul (feminin)
- ereditatea (patologia congenitală a genei colagenului, tip II, mutația genei colagenului, tip II, genele HLA) rasa/etnia
- vârsta înaintată
- nutriția
- obezitatea
- statutul hormonal (ex., postmenopauza)

Factori locali:

- solicitarea profesională
- traumatismul articular
- activitatea sportivă
- dezvoltarea vicioasă a oaselor și a articulațiilor
- slăbirea musculaturii periarticulare.
- intervenții chirurgicale la articulații în anamneză.

C.2.3. Profilaxia

Caseta 3. Profilaxia

Profilaxia primară trebuie începută la persoanele tinere. Persoanele supraponderale și obeze trebuie să scadă din greutate, să respecte raportul între masa corporală și înălțime.

Prevenirea la persoane tinere a dereglărilor de nutriție și dereglărilor metabolice.

Persoanele vârstnice trebuie să respecte igienei articulației: să nu suprasolicite articulația, să evite poziții fixe în timp lung.

Persoanele de toate vârstele trebuie să efectueze exerciții fizice zilnice (pentru cei vârstnici fără a suprasolicita articulația), se recomandă mersul, înotul. Sunt binevenite dușurile matinale, dușurile contraste, băile ce pot ameliora microcirculația periferică și mențin rata metabolismului.

Femeile în menopauză necesită aportul suplimentar de microelemente în alimentație și efort fizic dozat pentru articulația șoldului.

Profilaxia secundară prevede respectarea măsurilor ce previn traumatismele și microtraumatismele, leziunile ligamentare cu atrofia musculară consecutivă, condromalacia, condrodistrofia, afecțiuni de natura inflamatorie ca reumatismul, artrita. Pentru sportivi va constitui dozarea efortului și evitarea efortului prelungit.

C.2.4. Conduita pacientului

Caseta 4 Pași obligatorii în conduita pacientului cu CA

- Pacientul trebuie să-și cunoască boala, caracterul ei evolutiv și mersul către invaliditate, factorii de risc, factorii agravanți și pe cei favorizanți;
- Respectarea normelor de „igienă” articulară (anexa 1), ce conduc la ameliorarea stresului mecanic articular;
- Folosirea ortezelor, a dispozitivelor și aparatelor de sprijin și ambulație, a bastonului, a cârjelor, cadrului metalic, ca mijloace ce pot reduce cu până la 50% forțele de presiune ce se exercită în articulație;
- Corectarea deficitelor de lungime a membrelor inferioare prin purtarea de talonete sau înălțătoare;
- Utilizarea de încălțăminte comoda cu talpă moale;
- Evitarea mersului pe teren accidentat și dur;
- Aplicarea de măsuri ergonomice la locul de muncă;
- Adoptarea de posturi corecte în statică și dinamică;
- Adoptarea repausului prelungit în perioadele de acutizare a durerilor și inflamației.

C.2.4.1 Anamneza

Caseta 5. Recomandări în colectarea datelor anamnestice

- Date pentru identificare (nume, adresă, vârstă, sex)
- Particularitățile afectării articulare:
 - Apariția durerii mecanice
 - Caracterul durerii
 - Factorii ce agravează și/sau ameliorează durerea
 - Accentuarea durerii în poziție ortostatică, mers sau la efort
 - Iradierea durerii (articular, periarticular)
 - Prezența componentului inflamator
 - Redoare articulară cu limitarea mobilității articulare, și apariția poziției vicioase
 - Crepitații, cracmente la mișcări active în articulație
 - Atrofia mușchilor periarticulari
- Analiza investigațiilor medicale efectuate anterior
- Antecedente patologice (leziuni, traume, intervenții)
- Anamneza familială
- Anamneza socială (con condițiilor de trai, anamneza ocupațională, hobby-uri)

C.2.4.2. Evaluarea funcțională

Caseta 6. Regulele examenului fizic în coxartroza.

În procesul de recuperare a pacienților cu coxartroză se recomandă utilizarea scalelor standartizate pentru documentarea independenței funcționale, nivelului de dizabilitate, calității vieții, precum și progresul reabilitării. Pacienții trebuie testați pentru deficiențe motorii, senzitive, funcționale de către personalul medical cu instruire specială.

Evaluarea clinică și funcțională al articulației coxofemorale trebuie completat cu examenul întregului aparat locomotor. Este important mai ales de a evolua articulația coxofemorală contralaterală, (știut fiind faptul că fenomenele se bilateralizează frecvent și rapid prin suprasolicitare), genunchiul homo și heterolateral, și coloana vertebrală. Investigarea complexă a celorlalte aparate și sisteme este, de asemenea, obligatorie în scopul înregistrării patologiei asociate pentru stabilirea limitelor terapeutice și contraindicațiilor.

Principalele miscari din articulatia soldului sunt:

- flexia,
- extensia,
- abductia,
- adductia,
- rotatia longitudinala
- circumductia.

Flexia: este miscarea care aduce coapsa spre trunchi. Amplitudinea maxima variaza intre 90-140⁰. Flexia activa cu genunchii întinși (90⁰), flexia activa cu genunchii flectati (12-45⁰). Flexia pasiva cu genunchii întinși (13⁰); flexie pasiva cu genunchii îndoiți (140⁰).

Principalii muschi care participa la flexie:

- muschiul psoas iliac
- muschiul psoas simplu
- muschiul croitor
- muschiul drept anterior
- muschiul tensor al fasciei lata
- muschiul pectineu
- muschiul drept intern
- muschiul adductor mijlociu.

Testarea

Poziția de plecare in decubit dorsal. Goniometrul este așezat cu centrul la nivelul trohanterului, brațul fix rămâne paralel cu suprafața de sprijin, iar brațul mobil urmărește mișcarea de flexie.

Extensia: este mișcarea care duce coapsa posterior fata de planul frontal. Aceasta mișcare este limitata de ligamentul ilio-femural, astfel încât amplitudinea ei e in mișcare activa de 20-30⁰, iar in mișcarea pasiva de 20⁰, cu genunchiul flectat este de 30⁰.

Muschiul extensor al coapsei: marele fesier si mușchii ischiogambieri (semimembranosul, semitendinosul si bicepsul femural). Aceste limite ale miscarii de flexie-extensie pot fi modificate, in sensul cresterii lor, prin bascularea bazinului înainte (hiperlordoza lombara), precum si prin efectuarea unor exerciții de gimnastica sau antrenament.

Testarea – poziția de plecare in decubit ventral sau in ortostatism. Goniometrul se așează lateral, cu centrul la nivelul trohanterului, brațul fix rămâne paralel cu suprafața de sprijin, iar brațul mobil urmează exerciții ale coapsei. Abductia– este mișcarea prin care se duce membrul inferior in afara. Practic se executa din ambele membre inferioare simultan, atingând amplitudinea maxima de 180⁰; amplitudinea activa obișnuita este de 45⁰.

Muschii care efectueaza abductia

- fesierul mijlociu
- muschicul fesier

-muschiul piramidal.

Adductia – este miscarea prin care coapsa se aduce in plan sagital. Amplitudinea este de 45° .

Muschi care executa adductia:

muschiul adductor al coapsei

muschiul drept intern

muschiul patratul crural.

Testarea – poziția de plecare in decubit dorsal, ținând cu ambele mâini genunchiul membrului pelvin opus testării (celuilalt membru). Centrul goniometrului se așează pe mijlocul arcadei iliace, cu brațul fix paralel cu axul longitudinal al corpului; in abductie brațul mobil urmărește mișcarea de abductie a coapsei, iar in adductie urmărește mișcarea de adductie a coapsei.

rotația externa – aceasta mișcare este constituita de origine, care trece prin capul femural. Amplitudinea ei este de 60° .

Muschi care asigura rotatia externa:

-marele fesier

-fesierul mijlociu

-patratul crural.

Rotația interna – cu amplitudinea de 45° ; este asigurata de următorii mușchi:

-Fesierul mijlociu

-fesierul mic.

Circumductia – este mișcarea care face sa treaca succesiv coapsa de la flexie-abductie la extensie-adductie. Nu cuprinde mișcări de rotație interna si externa.

Poziția de repaos a articulației soldului realizata prin flexia coapsei pe bazin la 90° , iar poziția de confort prin flexia coapsei pe bazin la 135° .

Poziția de funcțiune – rezulta din rolul articulației soldului in poziție statica si de mers. Pentru aceasta, poziția de ușoara flexie, abductie si rotație externa este cea mai favorabila.

Teste funcționale specifice șoldului

Testul Patrick: Subiectul stă în decubit dorsal cu piciorul membrului de testat așezat deasupra genunchiului celuilalt membru. Examinatorul duce pasiv genunchiul membrului testat înspre masă. Testul Patrick Testul este negativ dacă acesta atinge masa sau ajunge la același nivel cu celălalt genunchi. Testul este pozitiv dacă nu se întâmplă lucrul acesta, indicând o contractura a iliopsoasului.

Testul Trendelenburg: Subiectul în stând este rugat să își ridice de pe sol piciorul membrului afectat. Testul. În mod normal, în sprijin unipodal, pelvisul de partea opusă trebuie să se ridice, dacă acest lucru nu se întâmplă și piciorul cade pe sol, testul este pozitiv indicând o slăbiciune a abductorilor șoldului, a fesierului mediu sau un șold instabil.

Testarea labrului anterior: Subiectul în decubit dorsal. Poziția de plecare pentru șold este: flexie, abducție, rotație externă (genunchiul este flectat). Examinatorul duce șoldul subiectului, pasiv, în extensie, adductie, rotație internă. Testul este pozitiv dacă apare durere la nivelul șoldului testat, cu sau fără apariția unui clic.

Testarea contracturii fesierilor: Subiectul în decubit dorsal, examinatorul face e flexie a membrului inferior cu genunchiul extins (ca și la semnul Lesegue). Când mișcarea nu mai este posibilă, se flectează genunchiul și se observă dacă mișcarea se poate continua. Dacă nici așa mișcarea nu se mai poate efectua înseamnă că problema este la nivelul fesierilor sau a șoldului, nu la nivelul ischiogambierilor sau a nervului sciatic.

Testul Thomas (testarea contracturii iliopsoasului) Subiectul în decubit dorsal.Examinatorul flectează genunchiul opus părții contracturate și subiectul îl menține la piept, prin apucarea cu mâinile.Testul este pozitiv dacă la nivelul membrului testat (cel care a rămas extins pe masă) apare o flexie a șoldului.

Testarea contracturii dreptului anterior: Subiectul în decubit ventral. Examinatorul flectează genunchiul de partea afectată. Testul este pozitiv dacă pe ultimele grade de flexie bazinul se ridică de pe masă, prin flexia șoldului.

C.2.4.3 Investigații paraclinice

Caseta 7. Radiografia

Examenul radiologic: radiografia de bazin antero-posterioară (executată în ortostatism) și de profil.

Se urmăresc următoarele elemente:

- Forma capului femural
- Modificarea structurii capului femural prin osteocondensarea subcondrală și zone de demineralizare(macrogeode)
- Pensarea spațiului articular
- Ritmul de distrugere al cartilajului articular,condroliza

Casteta 8. Rezonanța magnetică nucleară (RMN)

Este una dintre cele mai avansate tehnici imagistice neirradiante și neinvazive, care permite vizualizarea unor imagini detaliate ale tuturor regiunilor anatomice ale corpului.

Contraindicații pentru efectuarea RMN

Absolute:

- pacemaker cardiac;
- defibrilator/cardioverter;
- implanturi cohleare;
- dispozitive sau implanturi electronice;
- dispozitive cu activare magnetică;
- neurostimulatori/stimulatori medulari;
- pompe de insulină sau de medicamente.

Relative:

- persoanele cu antecedente alergice
- pacientele însărcinate
- proteze valvulelor cardiace
- insuficiența cardiacă
- stimulatori insuliniici sau nervoși
- claustrofobia, agitația, pericol de convulsii
- pacienții cu boli renale nu pot primi substanța de contrast

RMN este foarte utilă în caracterizarea mijloacelor de unire, cartilaje de acoperire, meniscuri, ligamente, tendoane și a segmentelor osoase care participă la formarea articulației și detectează modificări cum ar fi: leziuni și rupturi de tendoane, ligamente, menisc, extensii ligamentare, acumulare fluidă, edem, bursite.

C.2.4.4. Diagnosticul

C.4.4.1. Diagnosticul pozitiv

Caseta 9. Criterii ACR de diagnostic al CA

1.Șold dureros și 2 sau 3 din criteriile următoare:	2.a VSH <20mm/h
	2.b Osteofite
	2.c Pensarea spațiului articular
<i>Sensibilitate=89% ;Specificitate=91%</i>	

C.2.4.4.2. Diagnosticul diferențial

Caseta 10.

Topografie	Ipoteze	Valoare
Durere inghinală	Coxopatie	**
Durere retrotrohanteriană	Coxopatie	**
Durere inghinală	Nevralgie L3	*
Durere inghinală	Nevralgie L4	*
Durere retrotrohanteriană	Nevralgie L5	*
Durere retrotrohanteriană și fața anterioară a coapsei	Coxopatie	**
	Periartrită	**
	Nevralgie L4	*
	Nevralgie L5	*
Durere fața anterioară a coapsei	Coxopatie	**
	Cruralgie	**
Durere fața internă a coapsei	Coxopatie	**
	Pubalgie	*
	Tendinită mm adductori	*
Durere fața posterioară a coapsei	Sciatică	**
	Coxopatie	*
Durere fesieră	Sacroileită	**
	Sciatică	**
	Coxopatie	*

Interpretare: *** probabilitate mare; ** probabilitate moderată; * probabilitate mică

C.2.4.5. Criteriile de spitalizare a pacienților cu coxartroza.

Caseta 11. Criterii de spitalizare a pacienților cu coxartroza

- CA primar depistată sau adresare primară cu semne clinice
- Adresarea repetată cu semne clinice de agravare a bolii (sinovită acută).
- Imposibilitatea îngrijirii la domiciliu și a respectării tuturor prescripțiilor medicale la domiciliu.
- În cazul rezistenței la tratament, anume durerea articulară cu durata mai mare de 3 luni, care nu cedează la tratamentul simptomatic (pentru a exclude apariția complicațiilor, de ex. necroza aseptică) sau evoluție atipică a bolii pentru reevaluarea pacientului.
- Comorbiditățile importante (diabet zaharat, patologie a aparatului valvular a cordului, patologie renală preexistentă, stări cu imunitate compromisă).
- Progresia afectării articulare prin implicarea articulațiilor noi, ineficiența tratamentului AINS, sinovite reactive repetate.
- Puseul inflamator intens și trenant, cu dinamică poliarticulară pentru investigații și pentru reconsiderare diagnostică și terapeutică.
- Evaluarea cu scop de pregătire preoperatorie pentru intervenții chirurgicale articulare.

C.2.4.6. Tratamentul

Caseta 12. Principii de tratament în coxartroza

Principiile generale

- Regimul (evitarea eforturilor fizice excesive în articulațiile coxo-femorale)
- Dieta
- Tratamentul antalgic medicamentos simptomatic și local (aplicații locale cu unguente ANS și dimetilsulfoxid)
- Tratament chirurgical la necesitate

Obiectivele tratamentului recuperator

- Reducerea durerii
- Obținerea stabilității;

- Obținerea mobilității
- Coordonarea mișcărilor membrului inferior

Remobilizarea articulară reprezintă obiectivul principal al recuperării sechelelor articulare posttraumatice și postoperatorii. Mobilizarea articulară se realizează prin mișcări active și pasive.

C.2.4.6.1. Tratamentul medicamentos al coxartrozei.

NOTĂ Produsele neînregistrate în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor vor fi marcate cu asterisc (*) și însoțite de o argumentare corespunzătoare pentru includerea lor în protocol.

Caseta 13. *Tratamentul medicamentos în coxartroza (conform protocolului național OAD la adult, an. 2009)*

Simptomatice (Symptom Modifyng Osteoarthritis Drugs – SMOADs), cu acțiune rapidă, capabile să influențeze prompt durerea, inflamația și funcția articulară. Preparatele simptomatice includ trei grupuri de preparate:

- Analgezice:

preparatele analgezice neopioide (Paracetamol– 3-4 g/zi);

preparatele opioide (Codeini phosphas (doar în combinație), Tramadolul).

- Antiinflamatoarele se aplică în cure de 2-3 săptămâni, la necesitate pentru o perioadă și mai îndelungată. Dozele AINS, echivalente cu 150 mg Diclofenacum sunt:

Naproxenum – 1100 mg.

Ibuprofenum – 2400 mg.

Flurbiprofenum – 300 mg.

Ketoprofenum – 300 mg.

Piroxicamum – 20 mg.

Nimesulidum – 200 mg.

Meloxicamum – 15 mg.

Celecoxibum – 200 mg.

Reacțiile adverse ale AINS pot apărea oriunde, unde se produc prostaglandine, cel mai frecvent – la nivel de tract gastrointestinal, rinichi, ficat, sistem sangvin.

Factori de risc în dezvoltarea reacțiilor adverse reprezintă:

1. persoanele cu vârstă înaintată (scade producerea acidului clorhidric în stomac, motilitatea gastrică și intestinală, numărul de celule din mucoasă, circuitul sangvin renal, filtrația glomerulară, funcția canaliculilor; se micșorează volumul total de apă în organism, scade nivelul de albumină în plasmă, scade debitul cardiac);
2. afecțiunile concomitente (patologiile renale, diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, insuficiența cardiacă severă, ciroza hepatică, ulcerul gastrointestinal, gastrita, colitele);
3. administrarea concomitentă de GCS intern, anticoagulante;
4. fumatul, alcoolismul.

Un procent mult mai mic de reacții adverse se înregistrează la utilizarea AINS cu acțiune inhibitoare COX-2 selectivă:

Meloxicamum – 7,5-15 mg/zi.

Nimesulidum – 100-200 mg/zi.

Celecoxibum – 100-200 mg/zi.

Rofecoxib* – 12,5-25 mg/zi

- Tratamentul simptomatic topic:

1. unguente/creme/geluri cu AINS (Diclofenacum, Ibuprofenum);

2. aplicații locale cu Sol. Dimethylsulfoxidum 50% – 3 ml, în diluții de 1:3 cu apă distilată.

• Glucocorticoizi periarticular sau intraarticular – în prezența unui sindrom dureros ce nu cedează la administrarea de AINS în doze uzuale sau opioide slabe. Se va da preferință glucocorticoizilor cu acțiune prelungită. Injecțiile vor avea caracter unic (nu mai mult de 2-3 injecții într-o articulație). Nu se admit cure de injecții cu GCS.

Triamcinolonum – 20-40 mg.

Betamethasonum – 2-4 mg.

Methylprednisolonum – 20-40 mg

Notă: Este necesară monitorizarea continuă a reacțiilor adverse la tratament cu AINS – grețuri, vome, dispepsie, diaree, constipații, ulcer gastric, majorarea transaminazelor, hematurie, cefalee, micșorarea trombocitelor, fotosensibilitate. Pacienții cu tratament îndelungat cu AINS (mai mult de 3-4 săptămâni) în mod obligatoriu necesită monitorizarea hemoleucogramei, creatininei, ureei și a transaminazelor.

C.2.4.6.2 Tratamentul fizioterapeutic recuperator al CA

Caseta 14. *Tratamentul recuperator*

Kinetoterapia

Metode active și pasive de mobilizare a articulației șoldului. (Tabelul 2)

Electroterapia

Metode electrofizioterapeutice în dependență de stadiul de gravitate al CA (Tabelul3)

Terapia ocupațională

Este o metodă de reeducare activă care completează kinetoterapia folosind diverse activități adaptate la tipul de deficiențe motorii ale individului cu scop recreativ și terapeutic, ajutând bolnavul să folosească mai bine mușchii rămași indemni și recuperând funcția celor afectați de boală, contribuind astfel la readaptarea funcțională la gesturile vieții curente. (Tabelul 4)

Masajul membrului inferior

Are acțiune locală și generală. (Anexa 1)

Tabelul 2. Tratament kinetoterapeutic

Stadiul de gravitate 1	
Obiective	Mijloace
Creșterea rezistenței generale	<ul style="list-style-type: none">• Tehnici respiratorii statice și dinamice
Antrenamentul la efort	<ul style="list-style-type: none">• Exerciții libere• Mers la distanță• Creșterea anduranței generale• Hidrokinetoterapia• Exerciții cardio-respiratorii

Stadiul de gravitate 2	
Obiective	Mijloace
Menținerea mobilității articulare afectate și a troficității musculare	Programe de gimnastică generală - exerciții active pe toată amplitudinea de mișcare
Creșterea rezistenței generale	<ul style="list-style-type: none">• Tehnici respiratorii statice și dinamice• Antrenamente de efort
Diminuarea sindromului dolo	<ul style="list-style-type: none">• Exerciții ideomotorii• Biofeedback

Mentținerea forței musculare în membrele neafectate și în trunchi	<ul style="list-style-type: none"> • Exerciții active pe toată amplitudinea de mișcare • Exerciții izometrice • Exerciții active de rezistență • Fortificarea corsetului muscular • Dozarea efortului
---	--

Stadiul de gravitate 3	
Obiective	Mijloace
Diminuarea sindromului dolo	<ul style="list-style-type: none"> • Exerciții ideomotorii • Biofeedback
Mentținerea forței musculare în membrele neafectate și în trunchi	<ul style="list-style-type: none"> • Exerciții active pe toată amplitudinea de mișcare • Exerciții izometrice • Exerciții active de rezistență • Fortificarea corsetului muscular • Dozarea efortului
Asistență psihoemoțională	Tehnici generale de relaxare

Stadiul de gravitate 4	
Obiective	Mijloace
Diminuarea sindromului dolo	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizarea ortezelor • Exerciții pasiv/active • Tehnici de biofeedback
Asistență psihoemoțională	Tehnici generale de relaxare

Tabelul 3. Tratament fizioterapeutic

Stadiul de gravitate a CA	Tratament electrofizioterapeutic recomandabil
Stadiul de gravitate 1	<ul style="list-style-type: none"> • Tratament fizioterapeutic simptomatic la necesitate • Mijloacele fizioterapeutice indicate cu interval între curele de tratament de minim 4-6 luni • Tratament balneosanatorial
Stadiul de gravitate 2	<p>Fizioterapie vasculară și trofică</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darsonvalizarea, electrod în forma de ciupercă, intensitate mică/medie, 10-12 minute, Nr.10-15 • Raze ultraviolete 0.5-1bio pe câmpuri cu creșterea dozei <p>Fizioterapia antalgică</p> <ul style="list-style-type: none"> • Magnitoterapie • TENS- terapie • Electroforeza cu soluții antalgice • Ultrafonoforeza <p>Hidroterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Băi cu sare de mare/extract de conifere/ de terbentină cu emulsia albă după Oliferenco , de radon, de perlă, gazoase, iodobromice, 36-37°C, durata de 15-20 minute, Nr.12-15, zilnic • Duș-masaj subacvatic, presiune 1,0-3,0 atm, durata 5-15 minute, Nr.10-15, zilnic sau peste o zi • Duș-Șarco, circular , presiune 1,5-3,0 atm, durata 1-2-3-5 minute, Nr.10-20, zilnic

	<p>Termoterapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aplicații cu parafină , temperatura 48-55°C, durata 30-60 minute, Nr. 10-15, zilnic sau peste o zi • împachetări cu nămol: temperatura 38-40°C, durata de 15-30 minute, Nr. 12-18 • Crioterapie locală
<p>Stadiul de gravitate 3</p>	<p>Fizioterapie antalgică</p> <ul style="list-style-type: none"> • Electroforeză cu Sol. Kalii iodidum 2-3% sau cu Sol. Calcii chloridum 5%, intensitate 15-20 mA, durata 10-20 de minute, Nr. 8-10, zilnic • Electroforeza după metoda lui Parfionov (0, 25 % Sol. Procainum cu 1ml de Sol. Epinephrinum 1:1000) pentru efect anestetic • CSM /CSM foreză • Diadinamoterapie/diadinamoforeză • Magnitoterapie • Câmpuri electrice de frecvența ultraînaltă de la doze atermice până la doze oligotermice, aplicate la nivelul membrului inferior restant și contralateral • Unde milimetrice cu lungimea undei 7,1 sau 5,6 mm cu durata 10-15 minute <p>Termoterapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicații cu parafină , temperatura 48-55°C, durata 30-60 minute, Nr.10-15, zilnic sau peste o zi • Împachetări cu nămol: temperatura 38-40°C, durata de 15-30 minute, Nr.12-18 • Crioterapie locală
<p>Stadiul de gravitate 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Câmp magnetic de frecvență joasă • Inductotermia reg. focarului afect, electrod-cablu, 160-200 mA, durata 12-15 minute, Nr.12-15, zilnic • Inductotermia reg. ganglionilor simpatici lombari, inductor-disc, 150-200 mA,15-20 minute, apoi reg. bontului, Nr.10-12 (insuficiența cronică venoasă, excesul țesuturilor moi) • Ultrafonoforeză (cu Sol. Dinatrii aethylendiamintetraacetat *, Sol. Metamizolum natricum, Sol. Hydrocortysonum, Sol. Chymotrypsinum, Sol.Aloe*, Ung. Hydrocortysonum) regim continuu , metoda directă, labilă, frecvența 1MHz, intensitatea 0,2-0,6 W/cm², cîte 3-5 minute, Nr.12-15, zilnic sau peste o zi • Laseroterapia focarului , durata 1-2 minute; zonelor reflexogene paravertebrale, durata 30 sec.-1 min. pe câmp, Nr. 10-20, zilnic sau peste o zi • Câmpuri electrice de frecvența ultraînaltă de la doze atermice până la doze oligotermice, aplicate la nivelul membrului inferior restant și contralateral • Unde milimetrice cu lungimea undei 7,1 sau 5,6 mm cu durata 10-15 minute • Crioterapie locală

Tabelul 4. Terapia ocupațională

Obiective	Mijloace
Precizarea nivelului funcțional existent	<ul style="list-style-type: none"> • Scale de evaluare a gradului de dependență /independență • Scale ADL
Reeducarea mobilității	<p>Antrenamente de transfer cu progresia programelor de la cele dependente la cele active:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Din decubit dorsal în decubit lateral • Din decubit lateral în șezând • Din șezând în ortostatism • Din ortostatism în șezând • În cadă, în duș, în toaletă
Asigurarea locomoției	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizarea ortezelor, scaunului cu roțile • Asigurarea măsurilor de siguranță pe perioada deplasărilor • Asistarea și încurajarea mersului în perioada precoce de reabilitare • Urcatul/ coborâtul scârilor • Aplecări și rotații complexe
Reeducarea adaptărilor	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustări ale obiectelor casnice, de îmbrăcat, de mâncat, de igienă personală etc. • Obiecte de ajutor - instrumente sau scule cu care pacienții se pot ajuta în desfășurarea anumitor activități • Utilizarea obiectelor auxiliare de mers(baston, cârje, scaun cu roțile)
Reeducarea capacităților manipulative	<ul style="list-style-type: none"> • Tehnici pentru mobilitate articulară, forță musculară, duranță, coordonare, echilibru cu reeducarea abilităților habituale • Dezvoltarea metodelor alternative pentru ADL deficitare
Reintegrarea socială și profesională	<ul style="list-style-type: none"> • Îndeplinirea unor treburi casnice sau ajută la îndeplinirea lor • Implicarea în activități de recreere și interes • Educare în asistența membrilor familiei, îngrijitorilor • Autotraining-uri de dezvoltare (comunicare, adaptabilitate, autoafirmare,etc.)

Caseta15. Tratamentul ortopedic-chirurgical al coxartrozei.

În stadiile tardive – endoprotezarea de șold.

Caseta 16. Tratamentul balnear

Tratamentul balnear vizează următoarele obiective:

Încetinirea procesului degenerativ

Combaterea manifestărilor ce actualizează sau reactivează artroza

Îmbunătățirea circulației locale și generale

Ameliorarea sau menținerea mobilității articulare și a forței musculare periarticulare.

Tratamentul balnear este indicat pacienților cu gradele radiologice I–III , fără sinovită.

Sunt indicate stațiunile balneare unde se utilizează nămoluri curative, băile minerale cu săruri de sodiu, sulfuroase : „Nufărul Alb” Cahul, „Codru” Călărași, „Dnestr” Camenca.

C.2.4.7. Evoluția, pronosticul și supravegherea pacienților cu CA

Caseta 17. Evoluția, pronosticul și supravegherea pacienților cu CA

Evoluția coxartrozei este lentă, progresivă cu impotența funcțională ce se accentuează în timp determinând invaliditatea după 7-15 ani de evoluție. Datorită intensificării durerii se reduce progresiv perimetrul de mers, poate să apară hipotrofie musculară, bolnavul resimțind necesitatea sprijinului în baston. De cele mai multe ori coxartroza inițial apare unilateral devenind apoi bilaterală prin solicitare excesivă a articulației coxofemorale opuse.

Strategia terapeutică în coxartroze răspunde unor caracteristici fundamentale pe care această boală le prezintă:

- Afecțiune cronică ce necesită o terapie de lungă durată care solicită reevaluări permanente
- Evoluția tinde spre agravare cu un ritm diferit de la un pacient la altul
- Corecțiile chirurgicale efectuate chiar precoce, în stadiul preartrozic, nu au efecte durabile
- În prezent nu există o medicație condroprotectoare cu eficiență clar demonstrată
- AINS au un efect paliativ, diminuează doar durerea, iar utilizarea lor este urmată de efecte secundare, viscerale și pe cartilaj
- Proteza totală de șold este o soluție eficientă în 95% din cazuri, ea are o durată de viață îndelungată, dar nu nelimitată

C.2.5. Complicațiile CA

Caseta 18. Complicațiile CA

Deformare articulară.

Deficit funcțional sever

Consecințe ale tratamentului medicamentos/fizioelectroterapeutic

Afectarea tractului gastrointestinal: sindromul dispeptic, gastrită, duodenită, boala ulceroasă, colită pseudomembranoasă

Afectarea toxică hepatică (hepatita), pancreatică (pancreatita), hematologică, renală.

Reacțiile alergice la tratamentul medicamentos/

Acutizarea procesului inflamator după tratament fizio-balneo-terapeutic.

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medic de familie acreditat • Asistentă medicală de fizioterapie • Kinetoterapeut
	<p>Aparate, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru • fonendoscop • taliometru • panglică metrică • goniometru • scale de evaluare • electrocardiograf • laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, urogramei • cabinet de kinetoterapie/masaj • cabinet fizioterapie
	<p>Tratament: Preparate analgezice neopioide și opioide ușoare (caseta 16). • AINS (tablete, injecții, unguente, geluri) (caseta 16). • Magnitoterapie, electroforeză, hidroterapie, masaj, termoterapie (caseta 17).</p>
D.2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulator	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic reabilitolog • medici consultanți • medic imagist • medic de diagnostic funcțional • medic de laborator • asistente medicale, • asistenta de laborator • ergoterapeut • asistent fiziokinetoterapie • infirmieră • asistent social
	<p>Aparate,utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru • stetoscop • panglică metrică • goniometru • taliometru • scale de evaluare • electrocardiograf • radiograf • utilaj USG și Doppler duplex laborator clinic standardizat
	<p>Tratament: Preparate analgezice neopioide și opioide ușoare (caseta 16). • AINS (tablete, injecții, unguente, geluri) (caseta 16).</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Magnitoterapie, electroforeză, hidroterapie, masaj, termoterapie (caseta 17).
D.3.Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de reabilitare medicală, reumatologie, artrologie, ortopedie ale spitalelor municipale și republicane	<p>Personal: Echipa multidisciplinară:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic reabilitolog • kinetoterapeut • terapeut ocupațional (ergoterapeut) • asistenta medicală • asistent fiziokinetoterapie • psiholog clinic • infirmiere • asistent social • medici consultanți • medic diagnostic funcțional • medic imagist
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tonometru. • Fonendoscop. • Electrocardiograf. • Goniometru. • Panglică-centimetru • Cântar. • Cabinet de diagnostic funcțional. • Cabinet radiologic. • Tomograf computerizat. • Rezonanță magnetică nucleară. • Densitometru prin raze X. • Ultrasonograf articular. • Artroscop. • Laborator clinic standard pentru determinare de: hemoleucogramă, sumar de urină, proteină C-reactivă, fibrinogen. • Secție de Reabilitare medicală și medicină fizică
	<p>Tratament:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparate analgezice neopioide și opioide ușoare (caseta 16). • AINS (tablete, injecții, unguente, geluri) (caseta 16). • GCS – injecții intraarticulare (caseta 16). • Preparate condroprotectoare (caseta 17). • Fizikinetotratment. • Artroscopie cu lavaj. • Tratament chirurgical.
	<ul style="list-style-type: none"> • Masă reglabilă pentru kinetoterapie • Masă pentru masaj • Scaune de kinetoterapie • Bare paralele recuperare medicală cu fixare în podea • Scară de recuperare medicală mers • Fotoliu rulant • Cadru de mers • Cadru mobil • Placă de transfer • Cârje axilare

<p>D.4. Echipament și utilaj pentru sală de kinetoterapie și terapie ocupațională</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bastoane de gimnastică • Bicicletă ergometrică • Stepper • Orteze • Suport de mers • Placa de transfer • Cârje canadiene • Bastoane • Cărucior/scaun cu roțile (mecanic sau electromecanic) • Saltea pentru kinetoterapie pliabilă • Cearșafuri de alunecare • Centuri de asigurare • Oglindă • Greutăți • Mingi fitness • Bandă de alergare • Elevator • Complex computerizat de analiza a mișcărilor • Stabilometru • Set mobilă bucătărie, inclusiv frigider, aragaz, microunde, tacâmuri și al.
<p>D. 5.Aparate și utilaj pentru cabinet/secție de fizioelectroterapie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aparat pentru galvanizare și electroforeză (potoc-1) • Aparat pentru diagnosticul electric • Aparat pentru stimularea electrică • Aparat pentru somnul electrogen (AS-10-5) • Aparat pentru electroanalgezie transcraniană (Lănar) • Aparat pentru amplipulsterapie (Amlipuls-5,6) • Aparat pentru diadinamoterapie 1 (DT-50-04 "Tonus-2") • Aparat pentru fluctuorizare (FS-100) • Aparat pentru interferențterapie (Interdin) • Aparat pentru terapia supratonală (Ultraton-2-TS-10-2) • Aparat pentru darsonvalizare (Dar-25-3 "Iscra-3") • Aparat pentru inductotermie (ICV-4) • Aparat pentru unde scurte și ultrascurte: UVC-80-30 "Undaterm", UVC-50-01 "Ustie", UVC-30-2, UVC-5-2 "Miniterm", UVC-Ecran-2, UVC-Impuls-3 15. • Aparat pentru microunde: Decimetrice lungi (Volna-2) -// DMV-20-1 "Ranet", Decimetrice scurte SMV- 150-I"Luci-ir -// SMV-20-3, "Luci-3" Milimetrice GZ-142 "porog-I" • Aparat pentru franclinizare și aeroionoterapie FA-5-3 Aeroionoterapie-2, Aparat pentru aeroionoterapie „Aărom-m" • Aparat pentru magnetoterapie: ALIMP, Polius-2, Gradient-2, Magnitior MDM * Aparate magnetoterapeutice AMT-02 și AMT-03 (I.S.F.S.P. ALCo-N, Chișinău) * Aparatul de terapie magnetodinamică PTMD 11-20207513-001-2001 • Aparat pentru fototerapie: Lic-5-M, LSS-6, OSN-70, ĂOD-10, ON-7, ORC -21, M ĂOS-2000, BOD-9, Mustang, MILTA • Aparat pentru ultrasonoterapie: *UZT-1,96F, UZT-U, UZT-L, UZT-G, UZT-S, UZT-1, UZNT (barvinoc U, Chineton-2, Procton)

	<ul style="list-style-type: none"> • Aparat pentru aerosoloterapie: IP-2, USI, IG-IIIP, GAI-1, *Inhalator ultrasonic IU-2001 * Aparate „Aeroion -1” și „Aeroion-2” (S.A. ICS RIFACVAAPARAT, Bălți) • Aparat pentru încălzirea parafinei (30,60, 100 l) • Catedră pentru hidroterapie (VC-3) • Aparat pentru duș subacvatic • Aparat pentru băi curative • Aparat pentru băi turbionare • Grilaj pentru gazarea apei cu oxigen • Aparat pentru saturarea apei cu bioxid de carbon (AN-9) 29. • Aparat pentru baroterapie locală • Biodozimetru • Ceasornic de nisip
--	---

D.1. Pentru instituțiile de AMP

D.2. Pentru instituțiile consultativ-diagnostice

D.3. Secțiile de profil general ale spitalelor raionale și municipale

D.4. Secțiile specializate ale spitalelor (raionale, dacă există), municipale și republicane

Notă: Nivelurile instituțiilor medicale vor fi similare celor din partea B.

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorii	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Majoritatea ratei de pacienți cu diagnosticul precoce al CA	Ponderea pacienților cu diagnosticul de CA, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primul an din debutul bolii, pe parcursul ultimului an (în%)	Numărul de pacienți cu CA, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primul an din debutul bolii, pe parcursul ultimului an $x 100$	Numărul total de pacienți, diagnosticați primar cu CA, pe parcursul ultimului an.
2.	Sporirea calității examinărilor clinice și paraclinice ale pacienților cu CA	Ponderea pacienților cu diagnosticul CA, cărora li s-a efectuat examenele clinic și paraclinic obligatorii conform recomandărilor din Protocolul clinic național <i>RM a pacientului cu CA</i> , pe parcursul ultimului an (în%)	Numărul de pacienți cu CA, cărora li s-a efectuat examenele clinic și paraclinic obligatorii conform recomandărilor din Protocolul clinic național <i>RM a pacientului cu CA</i> , pe parcursul ultimului an $x 100$	Numărul total de pacienți cu CA, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an
3.	Sporirea calității tratamentului pacienților cu CA	Ponderea pacienților cu diagnosticul de CA, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor din Protocolul clinic național <i>RM a pacientului cu CA</i> , pe parcursul ultimului an (în%)	Numărul de pacienți cu CA, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor din Protocolul clinic național <i>RM a pacientului cu CA</i> , pe parcursul ultimului an $x 100$	Numărul total de pacienți cu CA, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an
4.	Sporirea calității în supravegherea pacienților cu CA	Ponderea pacienților cu diagnosticul de CA, care au fost supravegheați conform recomandărilor din Protocolul clinic național <i>RM a pacientului cu CA</i> , pe parcursul ultimului an (în%)	Numărul de pacienți cu diagnosticul CA, care au fost supravegheați conform recomandărilor din Protocolul clinic național <i>RM a pacientului cu CA</i> , pe parcursul ultimului an $x 100$	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de CA, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an

5.	Creșterea numărului de pacienți cu CA, cărora li se vor monitoriza posibilele efecte adverse la tratamentul cu preparate simptomatice (AINS, analgezice) și electroterapie	Ponderea pacienților cu CA, cărora li s-au monitorizat posibilele efecte adverse la tratament cu preparate simptomatice (AINS, analgezice) și electroterapie conform recomandărilor din Protocolul clinic național <i>RM a pacientului cu CA</i> , pe parcursul ultimului an (în%)	Numărul de pacienți cu CA, cărora li s-a monitorizat posibilele efecte adverse la tratament cu preparate simptomatice (AINS, analgezice) și electroterapie conform recomandărilor din Protocolul clinic național <i>RM a pacientului cu CA</i> , pe parcursul ultimului an $x100$	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de CA, care au administrat preparate simptomatice și au primit tratament recuperator (electroterapie) pe parcursul ultimului an
----	--	--	---	---

Anexe:

Anexa 1. Tehnica masajului membrului inferior

- Bolnavul este așezat cu fața în sus, fiind descoperite membrele inferioare, se începe masajul mai întâi pe partea opusă maseurului cu netezirea sau efluerajul pornind de la treimea superioară a gambei până la treimea inferioară a coapsei cu ambele mâini făcând o acomodare a mâinii noastre cu tegumentul bolnavului, dar în același timp face o încălzire a musculaturii, care acționează asupra articulației genunchiului (aceștia fiind mușchii gambei și coapsei).
- După netezire urmează ușoare frământări cu o mână, cu două și contratimp pe aceleași direcții. Cea mai importantă manevră este fricțiunea cu care insistăm mai mult și se fac în felul următor: pentru acest lucru flectăm ușor gamba pe coapsă după care facem netezirea așezând cele 4 degete ale mâinilor la spațiul popliteu iar policele pornind de la partea superioară a rotulei cu netezirea cu partea lor cubitală alunecând până la partea inferioară a rotulei după care ne întoarcem ocolind condilii externi femurali către spațiul popliteu.
- După care se face fricțiunea pe aceleași direcții ca la netezire după care lucrăm cu cealaltă parte a rotulei (5-6 ori). Se fac fricțiuni cu vibrații. Apoi facem vibrația pe toată suprafața și netezirea de încheiere.
- Se lucrează articulația și celuilalt picior pe aceleași direcții după care spunem bolnavului să se așeze cu fața în jos și lucrăm părțile posterioare ale genunchiului. Începem mai întâi cu genunchiul opus nouă, cu netezirea și frământatul, deci încălzirea regiunii de la treimea superioară a gambei până la treimea inferioară a coapsei cu toate formele de frământare. După care facem fricțiunea la spațiul popliteu care se va face mai ușor decât la partea anterioară datorită faptului că aici există un pachet vasculo-nervos.

Anexa 2. Ghidul pentru pacient

Igiena ortopedică a genunchiului:

- 1.se vor evita ortostatismul prelungit și mersul pe teren accidentat, mersul pe bicicleta este favorabil;
- 2.se vor evita pozițiile de flexie accentuată a genunchiului(poziția ghemuita,poziția mahomedană etc.);
- 3.se va evita păstrarea prelungită a unuia și aceluiași unghi de flexie a genunchiului(așezat pe scaun,fotoliu);
- 4.se vor evita rotările ample ale corpului când piciorul este fixat la sol forțându-se ligamentele și meniscul;
- 5.se va evita purtarea îndelungată a pantofilor cu tocuri înalte,se vor purta tocuri joase și moi
- 6.se vor evita traumatismele și microtraumatismele directe(loviri,stat pe genunchi);
- 7.se va evita creșterea ponderală normală sau subideală;
- 8.se vor corecta eventualele tulburări de statică ale picioarelor;
- 9.se va menține o forță musculară bună a cvadricepsului;
- 10.Se vor efectua mișcări libere flexie,extensie(pentru,, încălzirea,, genunchilor)după repaus prelungit,sau/și înaintea de ridicarea în ortostatism.
- 11.mersul cu sprijin în baston.

Regulile de utilizare a bastonului:

*se ține în mâna opusă membrului afectat,sprijinul făcându-se simultan pe baston și membrul pelvin bolnav,centrul de greutate căzând cât mai la mijlocul liniei dintre ele;

*cu bastonul lângă corp ,cotul trebuie să aibă o flexie ușoară (cca 30 grade) respectiv bastonul să ajungă la marginea superioară a marelui trohanter;

*vârful bastonului pe sol va fi întotdeauna pe aceeași linie cu piciorul care este protejat.

Sporturi recomandate: înot, ciclism, canotaj

Tratament balnear în stațiuni cu bioclimat sedativ-indiferent, excitant-solicitant în funcție de patologia asociată, mai ales în stațiuni care posedă bazine pentru hidrokinetoterapie;

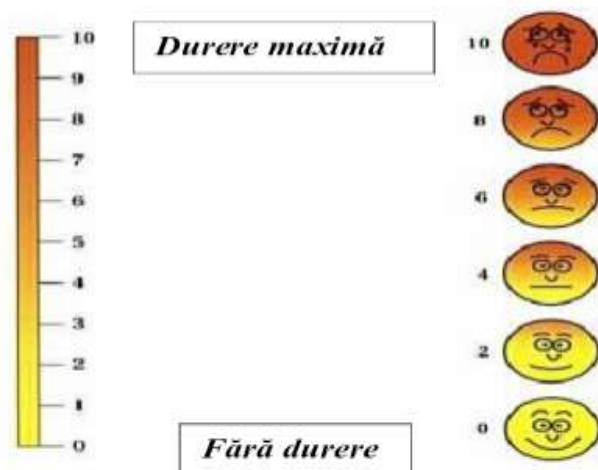
Se va recomanda **reamenajarea locuinței** corespunzător cu nevoile actuale ale bolnavilor cu gonartroză:

- o plasarea obiectelor cu utilizare mai frecventă pe rafturi cu înălțimea situată între talie și piept
- o înlocuirea căzii cu cabina de duș, dacă este necesar plasarea unui scaun în interiorul acesteia
- o plasarea obiectelor în frigider pe rafturile din compartimentul superior
- o accesul în locuință (dacă aceasta este situată la un nivel superior) se va face cu ajutorul liftului pentru a evita urcatul/coborâtul scârilor
- o înălțarea scaunului de toaleta pentru a evita flexia maximă a genunchilor
- o plasarea unor bare de sprijin pe pereții camerelor
- o scaune înalte

Anexa 3. Scala analog vizuală (VAS)

Scala analog vizuală

Încercuiți numărul care corespunde cu intensitatea durerii în acest moment:



Anexa 4. Chestionar de evaluare a statutului funcțional pentru gonartroză Indexul algofuncțional Lequesne

<u>Criteriu</u>	<u>Puncte</u>
1.Durere sau disconfort	
<u>Durere nocturne</u>	
Doar la mișcări sau în anumite poziții	1
Chiar și în repaus	2
<u>Redoare matinală sau durere după somn</u>	
Până la 15 minute	1
15 minute și mai mult	2
<u>Accentuarea durerii după odihnă de 30 minute</u>	1
<u>Durere ce apare la mers</u>	
Doar după parcurgerea unei distanțe	1
Apare imediat și treptat se mărește	2
<u>Durere și disconfort la ridicarea de pe scaun</u>	1
2.Distanța maximă, parcursă fără durere	
Mai mult de 1 km,dar cu odihnă	1

Aproximativ 1 km	2
De la 500m până la 900 m	3
De la 300m până la 500 m	4
De la 100m până la 300 m	5
Mai puțin de 100 m	6
Merge cu ajutorul unui baston sau al unei cârje	Plus 1
Merge cu două bastoane sau al unei cârje	Plus 2
3.Dificultăți în activitățile zilnice	0-2
Puteți să ridicați scările la un etaj?	0-2
Puteți să coborâți scările la un etaj?	0-2
Puteți să puneți un obiect pe raftul de jos al dulapului, stând în genunchi?	0-2
Puteți merge pe o suprafață neregulată?	0-2
Apare durere acută sau senzație de instabilitate articulară în membrul afectat	
Uneori	1
Frecvent	2

Notă: Gradarea răspunsurilor: 0 – ușor; 1 – cu dificultate; 2 – imposibil.

Frecvența gonartrozei:

1 – 4 ușor manifestă

5 – 7 moderată

8 – 10 manifestă ; 11 – 12 evident manifestă ; 12 (exagerat) foarte manifestă

Anexa 5. Scala WOMAC

The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)

Nume: _____ Data: _____

Instrucțiuni:

Se vor completa datele conform dificultății -0 = niciuna, 1 = ușoară, 2 = moderată, 3 = foarte, 4 = extrem de dificil de efectuat.

Încercuiți numărul pentru fiecare activitate

DUREREA

1. mers 0 1 2 3 4

2. urcatul scărilor 0 1 2 3 4

3. nocturn manifestată 0 1 2 3 4

4. repaus 0 1 2 3 4

5. ducerea greutăților 0 1 2 3 4

REDOAREA ARTICULARĂ

1. redoare matinală 0 1 2 3 4

2. redoarea se manifestă mai târziu 0 1 2 3 4

FUNCȚIA FIZICĂ

- | | |
|-----------------------------------|-----------|
| 1. coborâtul scârilor | 0 1 2 3 4 |
| 2. urcatul scârilor | 0 1 2 3 4 |
| 3. ridicarea din șezut | 0 1 2 3 4 |
| 4. ortostatism | 0 1 2 3 4 |
| 5. aplecarea în jos | 0 1 2 3 4 |
| 6. mers pe teren plat | 0 1 2 3 4 |
| 7. coborârea/urcatul în mașină | 0 1 2 3 4 |
| 8. shopping-ul | 0 1 2 3 4 |
| 9. îmbrăcarea ciorapilor | 0 1 2 3 4 |
| 10. stând întins în pat | 0 1 2 3 4 |
| 11. dezbrăcarea ciorapilor | 0 1 2 3 4 |
| 12. ridicarea din pat | 0 1 2 3 4 |
| 13. intrarea/ieșirea din baie | 0 1 2 3 4 |
| 14. pe șezute | 0 1 2 3 4 |
| 15. mergerea la toaleta | 0 1 2 3 4 |
| 16. activitățile casnice dificile | 0 1 2 3 4 |
| 17. activitățile casnice ușoare | 0 1 2 3 4 |

Scor total: _____ / 96 = _____ %

Comentariile / Interpretarea (completată doar personal de către medicul responsabil de evaluare)

Anexa 6. Clasificarea puterii științifice a gradelor de recomandare

Gradul	Cerințe	Corespondere
Grad A	În baza a cel puțin unui studiu randomizat și controlat ca parte a unei liste de studii de calitate, publicate la tema acestei recomandări.	Nivel de dovezi Ia sau I b
Grad B	În baza unor studii clinice bine controlate, dar non-randomizate, publicate la tema acestei recomandări.	Nivel de dovezi II a, II b sau III
Grad C	În baza unor dovezi obținute din rapoarte sau din opinii ale unor comitete de experți, sau din experiența clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu, atunci când lipsesc studii clinice de bună calitate aplicabile direct acestei recomandări.	Nivel de dovezi IV
Grad D	În baza unor recomandări bazate pe experiența clinică a grupului tehnic de elaborare a acestui ghid sau protocol.	Nivel de dovezi V

Anexa 7. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru Reabilitarea medicală a bolnavului cu coxartroză.

1. Denumirea IMSP evaluată prin audit			
	<i>(denumirea oficială)</i>		
2. Persoana responsabilă de completarea fișei			
	<i>(nume, prenume)</i>		
3. Data nașterii pacientului/ei			
	<i>(ZZ/LL/AAAA)</i>		
4. Sexul pacientului/ei			
	1- masculin; 2- feminin		
5. Mediul de reședință	1- urban; 2- rural		
6. Numele medicului curant			
	<i>(nume, prenume)</i>		
7. Diagnostic			
Evidența de ambulator			
8. Data stabilirii diagnosticului			
	<i>(ZZ/LL/AAAA)</i>		
9. Data luării la evidență			
	<i>(ZZ/LL/AAAA)</i>		
10. Data examinării			
	<i>(ZZ/LL/AAAA)</i>		
11. Simptome necontrolate la prima vizită	Prezintă	Nu prezintă	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Durerea 2. Edeme 3. Contracturi 4. Hipomobilitate 5. Fatigabilitatea 6. Febra/ infecția 7. Slăbiciuni, 8. Spasme musculare 9. Modificări tegumentare locale 10. Altele 			
12. Evoluția bolii	<ul style="list-style-type: none"> - Decompensare clinico-funcțională temporară - Evoluție clinico-funcțională cu perioade de acutizare și remisie - Decompensare clinico-funcțională trenantă - Decompensare clinico-funcțională progresivă. 		
13. Supravegherea pacientului	<ul style="list-style-type: none"> - La nivel de domiciliu - La nivel ambulator - La nivel spitalicesc 		
14. Frecvența examinărilor, vizitelor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zilnic 2. Săptămânal 3. Lunar 4. La necesitate 		

15.Cauzele spitalizării	<ul style="list-style-type: none"> - Decompensare funcțională - Caracterul progresiv și acutizarea manifestărilor clinice - Urgențe medico-chirurgicale - Necesitatea examenului paraclinic specializat - Reeducarea fizio-funcțională asistată - Tratamente imposibile în condiții de ambulator din diverse motive 			
Evaluarea				
16.Simptome necontrolate <ul style="list-style-type: none"> • durerea • tuse • dispnee • edeme • greața, voma • constipația • diareea • halena • fatigabilitatea • hemoragia • anemie • infecții ale pielii • anorexia • cașexia • febra/ infecția • slăbiciuni • contracturi • convulsii • hipomobilitate • incontinența • spasme musculare • depresia • insomnia • altele 	Prezintă	Nu prezintă	Parțial controlat	
17.Suport psihologic	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acordat 2. Neacordat 3. Nu necesită 4. Refuzat 			
18.Consiliere spirituală	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acordat 2. Neacordat 3. Nu necesită 4. Refuzat 			
19. Asistentă ortopedică (ortezare)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acordat 2. Neacordat 3. Nu necesită 4. Refuzat 			
20. Suport social documentat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluarea și acordarea suportului de către asistent social 			

	2. Nu a beneficiat	
21.Existența planului de asistență socială	1. Da 2. Nu	
22.Existența unui program de reabilitare	1. Da 2. Nu	
23.Consilierea pacientului/familiei	1. Da 2. Nu	
24. Adaptarea funcțională la necesități cotidiene	1. Este in stare sa îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene 2. Nu e in stare sa îndeplinească unele activități, dar poate să se îngrijească singur 3. Necesită supraveghere, dar e în stare sa meargă fără ajutor. 4. Nu este în stare sa meargă fără asistență, nu-și poate îngriji propriul corp. 5. Are nevoie permanent de îngrijire.	
Tratament		
25.Tratament de reabilitare	1.urmează 2.nu urmează <ul style="list-style-type: none"> • Inaccesibil • Indisponibil • Refuz • Altele 	
26.Tratament curativ	1.urmează 2.nu urmează <ul style="list-style-type: none"> • Inaccesibil • Indisponibil • Refuz • Altele 	
27.Managementul manifestărilor clinico-funcționale. 1. Controlul durerii somatice 2. Respectarea regimului motor 3. Măsuri de protecție articulară 4. Tratamentul de susținere a comorbidațiilor.	respectat	nerespectat
28.Controlul durerii 1. Ușoare 1-4p (VAS) 2.Moderate 4-7 p (VAS) 3.Severe 7-10 p (VAS)	1. medicamentos 2. fizio-funcțional 3. combinat	
29.Efecte adverse la medicamentele administrate in cadrul tratamentului medicamentos	1. Prezintă 2. Nu prezintă	
30.Efecte adverse la medicamentele administrate in cadrul tratamentului fizio-funcțional	1. Prezintă 2. Nu prezintă	
31. Efectuarea masurilor de informare a pacientului pentru modul de viață	1.Da 2. Nu	

BIBLIOGRAFIE:

- 1.OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II (2006)-III(2014):
2. OARSI evidence-based, expert consensus guidelines, Part III (2016)
- 3.Guideline for the non-surgical management of hip and knee osteoarthritis
The Royal Australian College of General Practitioners, 1 Palmerston Crescent, South Melbourne, Vic 3205 Australia, July 2009
- 4.Manek NJ, Lane NE. Osteoarthritis: current concepts in diagnosis and management.
Am Fam Physician. 2013;61:1795-1804
5. Protocolul clinic național “Osteoartroza deformantă la adulți” (aprobat de Consiliul de Experți al MS RM) din 2009, www.ms.gov.md. Protocoale clinice naționale.
6. Balint T., Diaconu I., Moise A. Evaluarea aparatului locomotor : bilanț articular, bilanț muscular, teste funcționale, Tehnopress, Iași, 2007.
7. Iaroslav Kiss,, Fizio-kinetoterapia și recuperarea medicală a afecțiunilor aparatului locomotor", Editura Medicală, București 2007
8. Onose G. Recuperare, medicină fizică și balneoclimatologie – noțiuni de bază și actualități. Vol.I, București, 2008.
9. Codrina Anuța ,, Esențialul în medicină fizică și recuperare medicală", Editura,, Gr.T.Popa"U.M.F. Iași 2010
10. В.М.Боголюбова, книга 2 „Физиотерапия и курортология", Москва,Издательство БИНОМ,2008