



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA**

MALFORMAȚIA LUXANTĂ A ȘOLDULUI

**Protocol clinic național
(ediția II)**

PCN-71

**Aprobat în cadrul ședinței Consiliului de Experti al Ministerului Sănătății
proces-verbal nr.3 din 19.12.2023**

**Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.328 din 29.03.2024
Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Malformația luxantă a șoldului”**

CUPRINS	
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	2
PREFAȚĂ	2
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	2
A.1. Diagnosticul	2
A.2. Codul bolii (CIM 10)	3
A.3. Utilizatori	3
A.4. Obiectivele protocolului	3
A.5. Elaborat	3
A.6. Revizuit	3
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului	3
A.8. Definițiile folosite în document	4
A.9. Informația epidemiologică	4
B. PARTEA GENERALĂ	5
B.1. Nive de asistență medicală primară	5
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (ortoped - pediatru, chirurg-pediatru)	6
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească	7
C.1. ALGORITMUL DE CONDUIȚĂ	9
C.1.1. Algoritm de conduită a pacientului cu MLȘ	9
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	10
C.2.1. Clasificarea MLȘ	10
C.2.2. Etiologia MLȘ	10
C.2.3. Factorii de risc	10
C.2.4. Screening-ul	11
C.2.5. Conduita pacientului cu MLȘ	12
C.2.5.1. Anamneza	13
C.2.5.2. Manifestările clinice	13
C.2.5.3. Investigații paraclinice	14
C.2.5.4. Diagnosticul diferențiat	15
C.2.5.5. Criteriile de spitalizare	16
C.2.5.6. Tratamentul	16
C.2.5.6.1. Tratamentul conservativ	16
C.2.5.6.2. Tratamentul chirurgical	16
C.2.5.6.2.1. Indicațiile pentru tratament chirurgical	16
C.2.5.6.2.2. Conduita preoperatorie	16
C.2.5.6.2.3. Intervenția chirurgicală	17
C.2.5.6.2.4. Etapa postoperatorie	17
C.2.5.7. Supravegherea pacienților	18
C.2.6. Complicații	18
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	19
D.1. Instituțiile de AMP	19
D.2. Secțiile și instituțiile consultativ-diagnostice ambulatorii	19
D.3. Secțiile de traumatologie și ortopedie pediatrică ale spitalelor municipale, republicane	19
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	21
ANEXE	23
Anexa 1. Informație pentru pacient cu malformație luxantă congenitală a șoldului	23
BIBLIOGRAFIE	27

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AMP	Asistența medicală primară
AMUP	Asistența medicală urgență prespitalicească
AMSA	Asistență medicală specializată de ambulator
AMS	Asistență medicală spitalicească
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
MS RM	Ministerul Sănătății a Republicii Moldova
ECG	Electrocardiograma
USG	Ultrasonografia
MLȘ	Malformația luxantă a șoldului
IMSP IM și C	Instituție Medico-Sanitară Publică Institutul Mamei și Copilului

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

Diagnosticul MLȘ se bazează pe examenul clinic cu colectarea minuțioasă a anamnezei heredocolaterale, aprecierea factorilor de risc, a semnelor clinice prezente din perioada nou-născutului; pe examenul imagistic cu screening obligatoriu prin USG șoldului și la necesitate examenul radiologic.

Tratamentul conservator ortopedic este de bază în această patologie. El include aplicarea diverselor dispozitive cu scopul poziționării copilului în poziție de flexie și abducție a articulațiilor de șold. În cazul diagnosticului neonatal MLȘ trebuie tratată definitiv ortopedic.

Tratamentul chirurgical este indicat în cazuri de diagnostic tardiv, tratament ortopedic eșuat sau în cazuri de luxații teratologice de șold. Include reducerea deschisă a luxației de șold, osteotomia subtrohanteriană a femurului, plastia supraacetabulară și osteosinteză cu tijă și broșe.

Prognosticul în tratamentul MLȘ depinde de vârsta copilului la care a fost stabilit diagnosticul și de gradul patologiei. În caz de diagnostic și tratament precoce rezultatele sunt bune cu vindecare completă. Complicațiile sau consecințele cu deficit funcțional în articulațiile de șold survin în cazurile cu grade avansate a patologiei, diagnostic și tratament tardiv.

PREFAȚĂ

Acest protocol clinic național a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii Catedrei de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Natalia Gheorghiu” a USMF „Nicolae Testemițanu”, medici specialiști ai IMSP Institutul Mamei și Copilului.

Protocolul clinic 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 INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Malformație luxantă a șoldului la copil

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 stânga și gradul I pe dreapta.
3. Malformație luxantă congenitală a șoldului. Displazie coxofemurală gradul II pe stânga 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:

- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMP
- Prestatorii de servicii medicale la nivel AMSA
- Prestatorii de servicii medicale la nivel AMS

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

A.4. Obiectivele protocolului:

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

A.5. Elaborat:2009

A.6. Revizuit: 2024

A.7. Următoarea revizuire: 2029

A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:

Prenumele, numele	Funcția, instituția
<i>Dr. Petru Moroz</i>	dr.hab.șt.med., prof.univ., Catedra chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Natalia Gheorghiu”, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Dr. Argentina Sandroșean</i>	dr.șt.med., conf.univ., Catedra chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Natalia Gheorghiu”, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Dr. Iurii Sandroșean</i>	dr.șt.med., medic ortoped, IMSP Institutul Mamei și Copilului

Protocolul a fost examinat, avizat și aprobat de:

Structura/instituția	Prenume, nume, funcția
Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Natalia Gheorghiu”, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Jana Bernic</i> , dr.hab.șt.med., prof.univ., șef catedră
Comisia științifico-metodică de profil „Chirurgie”, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Evghenii Guțu</i> , dr.hab.șt.med., prof.univ., președinte
p	<i>Grigore Verega</i> , dr.hab.șt.med., prof.univ., președinte
Catedra de medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Anatolie Vișnevschi</i> , dr. hab. șt. med, prof. univ., șef catedră
Catedra de farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Nicolae Bacinschi</i> , dr. hab. șt. med, prof. univ., șef catedră
Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Ghenadie Curocichin</i> , dr. hab. șt. med, prof. univ., șef catedră
Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	<i>Dragoș Guțu</i> , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	<i>Ion Dodon</i> , director general
Consiliul de Experti al Ministerului Sănătății	<i>Aurel Grosu</i> , dr. hab. șt. med., prof.univ., președinte

A.9. Definițiile folosite în document

Malformația luxantă a șoldului – este o afecțiune care cuprinde atât un larg spectru de anomalii a componentelor osoase, cartilaginease, cât și a țesuturilor moi, evoluând de la simpla instabilitate cu laxitate capsulo-ligamentară, până la completa deplasare a capului femural în afara cavității cotiloide anormal dezvoltată.

Displazie coxo-femurală - presupune o insuficiență de dezvoltare sau o dezvoltare patologică antrenând defecte ale capsulei, extremității proximale a femurului și cotilului.

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

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

A.10. Informația epidemiologică

Malformația luxantă a șoldului reprezintă o patologie congenitală a șoldului, cu o rată înaltă în țările Americii de Nord și cele din Europa: de 2%-5% cu tendință spre creștere [1, 6, 15]. Patologia dată este absentă sau cazuistică în unele țări din Africa, Asia, America de Sud și foarte frecvent întâlnită în: Franța, Italia, Germania etc. [1, 6, 15]

Cercetările noastre au permis aprecierea luxației de șold în peste 16% de displazii ale 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 rămâne constantă, analogic poate avea loc și în cazuri de displazie de gradul II.

Sexul feminin este afectat cu preponderență față de cel masculin, șoldul din stânga este mai des interesat decât cel din dreapta. Atunci când localizarea este bilaterală șoldul din stânga prezintă leziuni sau defecte mai avansate. Afecțiunea 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, începând 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 „șold cu risc”, care trebuie bine înțeleasă. El 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 (medicii de familie, asistentele medicale de familie, medicii pediatri)		
Descriere (măsurii)	Motive (repere)	Pași (modalitățile și condițiile de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia antenatală		<p>Standard/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 bolnavi 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 eredocolaterale.
2. Screening-ul C.2.4	<ul style="list-style-type: none"> • Screening-ul copiilor pentru excluderea patologiei ortopedice, diagnosticarea precoce a MLȘ și altor anomalii ortopedice, aplicarea tratamentului la timp . 	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprecierea semnelor de suspecție 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. • Referirea tuturor copiii la vârsta de 1 și 3 luni la consultația medicului <u>traumatolog-ortoped pediatru</u> sau ortoped-traumatolog sau chirurg-pediatru cu specializare în ortopedie (caseta 5).
3. Diagnosticul		
3.1. Diagnosticul preliminar al malformației șoldului C.2.5.1-C.2.5.3	<ul style="list-style-type: none"> • Examenul clinic local ne permite suspectarea malformației luxante a șoldului 	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (caseta 7) • Suspectarea patologiei șoldului în baza datelor obiective: <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 medicului	<ul style="list-style-type: none"> • Managementul corect al supravegherii copilului de până la 1 an 	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toți copiii se trimit la consultația medicului traumatolog-ortoped pediatru/traumatolog-ortoped/chirurg pediatru

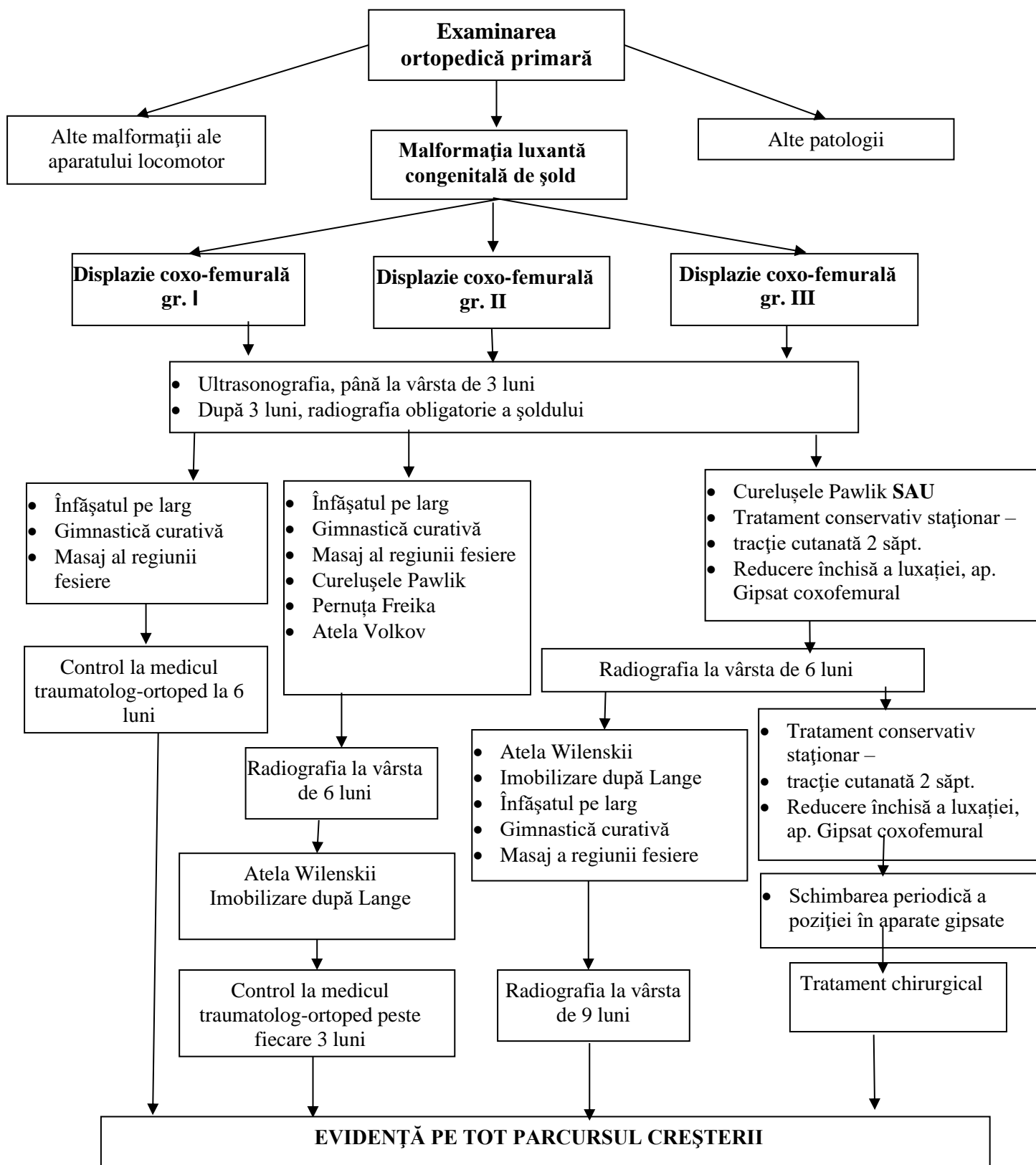
traumatolog-ortoped sau spitalizării C.2.5.5		<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>caseta 12</i>) • Pregătirea copiilor cu MLȘ pentru spitalizare planică la indicația medicului traumatolog-ortoped pediatru/ traumatolog-ortoped/chirurg pediatru (<i>tabelul 1</i>).
4. Supravegherea		
4.1. Supravegherea tratamentului indicat C.2.5.7	<ul style="list-style-type: none"> • Se va realiza în comun cu medicul medicului traumatolog-ortoped pediatru/ traumatolog-ortoped sau chirurg pediatru cu specializare în ortopedie 	Standard/Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Recomandări părinților referitor înfășatul copilului pe larg • Fiziokinetoterapie • Vitaminoterapie (la necesitate) • Consultația medicului traumatolog-ortoped pediatru/ traumatolog-ortoped conform planului individual de supraveghere (<i>caseta 20</i>).
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (medicii ortopezi-traumatolog-pediatri, ortopezi-traumatologi, chirurghi-pediatri, pediatri)		
Descriere (măsurii)	Motive (repere)	Pași (modalitățile și condiții de realizare)
I	II	III
1. Screening-ul C.2.4	<ul style="list-style-type: none"> • Screening-ul copiilor pentru MLȘ va permite aplicarea tratamentului conservativ precoce. 	Standard/Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Consultația de către medicul traumatolog-ortoped pediatru sau chirurg-pediatru cu specializare în ortopedie a tuturor copiii la vârsta de 1 și 3 luni • Efectuarea USG șoldului copiilor la vârsta de 4-6 săptămâni (screening)
2. Diagnosticul C.2.5.1-C.2.5.4		
2.1. Stabilirea diagnosticului preventiv	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul se va stabili în baza manifestărilor clinice și semnelor radiologice și ultrasonografice [7] 	Standard/Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (<i>caseta 7</i>) • Examenul clinic și ortopedic special (<i>casetele 8-11</i>) • Examen ultrasonografic până la vârsta de 3 luni copiilor cu factori de risc și celor suspecti la MLȘ. • Examen radiologic după vârsta de 3 luni copiilor cu factori de risc și celor suspecti la MLȘ. Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> • Consultația altor specialiști, la necesitate.
2.2. Determinarea tacticii de tratament: ambulatoriu versus staționar C.2.5.5		Standard/Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>caseta 12.</i>)

3. Tratatamentul		
3.1. Tratatament conservativ <i>C.2.5.6.1</i>	<ul style="list-style-type: none"> Tratatamentul conservativ inițiat precoce permite profilaxia progresării gradului de displazie și crearea condițiilor de facilitare a reducerii luxației congenitale de șold [1, 8, 11] 	Standard/Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Curelușele Pawlik, pernuța Freika, atela Volkov Atela de abducție (Wilenskii, simplă, etc) Fiziokinetoterapie Gipsare, procedeu Lange Tratatament simptomatic (<i>caseta 13</i>).
4. Supravegherea <i>C.2.5.7</i>	<ul style="list-style-type: none"> Se va petrece în comun cu medicul de familie 	Standard/Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Elaborarea planului individual de supraveghere Consultații repetate conform planului individual de supraveghere (<i>caseta 20</i>).
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească (medicii neonatologi, ortopezi-traumatologi pediatri/ chirurgi-pediatri, reanimatologi)		
Descriere (măsurile)	Motive (reper)	Pași (modalitățile și condiții de realizare)
1. Screening-ul în maternitate <i>C.2.4</i>	Screening-ul nou-născuților pentru excluderea patologiei ortopedice, diagnosticarea precoce a MLȘ și altor anomalii ortopedice, aplicarea tratamentului la timp.	Standard/Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Aprecierea semnelor de suspecție 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. Consultul în prima zi de viață a tuturor nou-născuților de către medicul traumatolog-ortoped pediatru sau ortoped-traumatolog sau chirurg-pediatru cu specializare în ortopedie.
2. Spitalizarea conform criteriilor de spitalizare <i>C.2.5.5</i>		Standard/Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Pacienții cu malformație luxantă congenitală de șold gr.III după vârsta de 3 luni se vor spitaliza în secția de ortopedie pediatrică a IMSP Institutul Mamei și Copilului (<i>caseta 11</i>)
3. Confirmarea diagnosticului preventiv <i>C.2.5.1-C.2.5.4</i>	<ul style="list-style-type: none"> Persistența luxației de șold. Grad sever de displazie coxofemurală sau insuficiență acetabulară. 	Standard/Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Anamneza (<i>caseta 7</i>) Examenul obiectiv general și local (<i>casetele 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>).
4. Tratatamentul		

<p>4.1.Tratament conservativ în caz de displazie coxofemurală de gr. II – III C.2.5.6.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pregătirea joncțiunii coxofemorale pentru restabilirea corelațiilor biomecanice • Crearea condițiilor pentru dezvoltarea acetabulului și centrarea capului femural. 	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratament conservativ funcțional staționar (<i>caseta 13</i>)
<p>4.2. Tratament chirurgical în caz de displazie coxofemurală de gr. III și II cu un grad sever de insuficiență acetabulară. C.2.5.6.2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Restabilirea fizică a raporturilor anatomice a articulației coxofemorale pentru o biomecanică adecvată [2, 3, 5, 9, 15] 	<p>Standard/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>5. Externarea cu referirea pacientului la nivelul specializat de ambulatoriu și de AMP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Externarea pacientului se recomandă după normalizarea stării generale și locale 	<p>Standard/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 medicul de familie care va include: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnosticul precizat desfășurat ✓ Rezultatele investigațiilor efectuate ✓ Tratamentul efectuat ✓ Recomandări explicite pentru pacient cu specificarea respectării regimului ortopedic ✓ Recomandări pentru ortopedul pediatru și medicul de familie.

C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ

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



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI 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 tendință spre creștere. Patologia dată este absentă sau cazuistică în unele țări din Africa, Asia, America de Sud și foarte frecvent întâlnită în Europa: Franța, Italia, Germania etc.
- Cercetările noastre au permis aprecierea luxației de șold în peste 16% de displazii ale șoldului
- Trebuie de menționat, că displazia dezvoltare a șoldului nu întotdeauna este 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 stâng este mai des interesat decât cel drept. Atunci când localizarea este bilaterală șoldul stâng prezintă leziunile cele mai avansate. Afectiunea 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
- Cezariana la naștere indicată datorită prezentării pelviene
- Oligohidramnios generat de o malformație renală a fătului sau de ruptură prematură a membranelor
- Hipertensiunea arterială maternă
- Retenție de creștere intrauterină
- Primiparitatea și/sau gemilaritatea
- Greutatea mare la naștere
- Picior strâmb congenital
- Torticolis
- Limitarea abducției în articulațiile de șold
- Tulburarea de tonus muscular prin hiper- sau hipotonie unilaterale
- Sexul feminin
- Zona geografică sau etnia
- Existența oricărei alte malformații.

C.2.4. Screening-ul

Caseta 5. Screening-ul

- Examinarea obligatorie a nou-născutului de către medicul traumatolog-ortoped pediatru sau medic chirurg pediatru cu specializare în ortopedia pediatrică în prima zi de viață.
- Aprecierea semnelor de suspecție a MLȘ de către medicul de familie, la prima vizită.
- Consultația de către medicul traumatolog-ortoped pediatru sau chirurg pediatru cu specializare în ortopedie a tuturor copiilor la vârsta de 1 și 3 luni.
- Efectuarea USG șoldului copiilor la vârsta de 6 săptămâni (screening).

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 corespundere	Comentariu
USG, Șoldul bilateral	8	Se va efectua examenul ultrasonografic al șoldului nu mai devreme de atingerea vârstei de 6 săptămâni 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 corespundere	Comentariu
USG, Șoldul bilateral	8	Se va efectua examenul ultrasonografic al șoldului nu mai devreme de atingerea vârstei de 6 săptămâni 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 familiare pozitive. Absența semnelor fizice (clinice).

Examenul radiologic Proceduri	Gradul de corespondere	Comentariu
USG, Șoldul bilateral	5	Se va efectua examenul ultrasonografic al șoldului nu mai devreme de atingerea vârstei de 6 săptămâni 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 abducției, mers dereglat)

Examenul radiologic Proceduri	Gradul de corespondere	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 corespondere	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 anamnestice

- Include colectarea informației despre antecedente familiare, 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. Simptoame generale

- Retenția dezvoltării fizice
- Întârzierea mersului.

Caseta 9. Simptoame 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 flexie completă tălpile fiind plasate pe masă maleolă lingă maleolă.
3. Semnul Peter Bade - asimetria pliurilor pe partea medială a coapsei (pliurile adductorilor, inguinală și suprapatellară). 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 extensie. Aprecierea este foarte simplă, nu necesită manevre suplimentare, poate fi observată de personalul medical și de părinți.
4. Semnul lui Savariaud (Galeazzi) – aprecierea deferenței de lungime a membrelor inferioare ridicând copilul din decubit dorsal.
5. Semnul Lance – la fete se determină oblicitatea fantei vulvare către partea bolnavă.
6. Semnul Schwarz - distanța dintre spina iliacă antero-superioară 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 flexiei.
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 până 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 șchiopătat
5. Semnul lui Trendelenburg - când în ortostatism copilul se sprijină pe membrul inferior bolnav, se constată bascularea bazinului spre partea opusă spre a se echilibra și înclinarea trunchiului și coborârea 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 anterior-superioară prelungită trece pe sub ombilic. În normă ea traversează abdomenul de asupra ombilicului.
3. Triunghiul femural al lui Bryan-Ogston care în plan sagital e format unindu-se prin 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 cranial 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 luxație (semnul Putti-Ortolani-Marx-Von Rosen-Gerdy-Hilgenreiner). Semnul se determină din aceeași poziție a copilului și analogic instalarea mâinilor medicului. Treptat și blând se efectuează abducția membrilor inferioare în flexie la șold și genunchi. La un moment dat se aude o pocnitură și se simte acest clic, când 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 apăsând spre anterior și medial, pe când membrul inferior opus este menținut cu altă mână în poziție fiziologică a nou-născutului (flexie 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 apăsând 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 flexie a șoldului și 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 vârstă mai mare

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

- Întârzierea mersului
- Mers balansat (de rață).**

C.2.5.3. Investigații paraclinice

Tabelul 1. Investigațiile paraclinice în malformația luxantă a șoldului

Investigațiile paraclinice	Semnele sugestive pentru malformația luxantă a șoldului	Nivelul acordării asistenței medicale		
		AMP	Nivelul consultativ	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 sângelui (pregătirea preoperatorie)		O	O	O
Analiza biochimică a sângelui (Proteina generală, bilirubina, probele hepatice, P, Ca, Na.)			R	O
Grupa de sânge și Rh factor			O	O
ECG (pregătirea preoperatorie)		O	O	O

Notă: O- obligatoriu; R – recomandabil.

C.2.5.4. Diagnosticul diferențial

Tabelul 2. Diagnosticul diferențial al MLȘ

Criterii	Malformația luxantă a șoldului	Luxație teratologică de șold	Maladia Aitken
Anamneza Simptome	Limitarea abducției Inegalitatea neînsemnată a membrelor	Limitarea mișcărilor Șold rigid Poziție vicioasă stabilă	Limitarea mișcărilor Scurtime exagerată
Ecografia șoldului	Diverse grade de imaturitate a șoldului, structural formațiunile fiind normale însă dislocate	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,	Creșterea oblicității acetabulare. Decentrarea capului femural, lateralizare,	Creșterea oblicității acetabulare. Decentrarea capului femural, lateralizare, cranializare, dislocare, grad divers de

	cranializare, dislocare.	cranializare, dislocare Șold dismorfic rigid asociat	subdezvoltare a capului femural, până 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 tratament conservativ
- Șold displazic cu un grad major de antetorsie 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:
 - ✓ Tracție cutanată după Sommerville timp de 2 săptămâni
 - ✓ Reducere închisă sub anestezie generală
 - ✓ Aparat gipsat 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

- Displazie coxofemurală gr III și II persistentă după vârsta de 1 an
- Insuficiență severă acetabulară
- Persistența luxației și subluxației după tratament conservativ
- Coxa valga displazică cu sau fără antetorsie.

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 a articulației coxofemural

- Alimentarea rațională cu scop de a micșora rata complicațiilor postoperatorii și pentru o recuperare mai adecvată
- Măsurile îndreptate la menținerea nivelului normal a pasajului intestinal și aerației pulmonare pe toată perioada pre- și postoperatorie cât și pe 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, antetorsia 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 generația I-IV: Cefazolinum 50-100 mg/kg în 3 prize (*per os nu este numai parenteral*), sau Cefalexinum 25-50 mg/kg în 3 prize *per os*, sau Cefuroximum 50-100 mg/kg/24 ore, i.m., sau Cefotaximum 70-100 mg/kg în 2 prize i.m., sau Cefepimum 50 mg/kg/24 ore, i.v. 2 prize etc., în mediu – 7-10 zile. În caz de complicații inflamatorii se va aprecia sensibilitatea germenilor la antibiotice, sau
- Lincosamide: Lincomycinum – 20 mg/kg în 2-3 prize, i.m., sau
- Peniciline combinate: Amoxicillinum + Acidum clavulanicum – 250 mg (5 ml) în 2 prize *per os*, în mediu – 7 zile.
- Preparate antimicotice: Fluconazolom, etc.
- Preparate antipiretice: Paracetamolom – doza maximă 25 mg/kg, apoi 12,5 mg/kg fiecare 6 ore 2-3 zile (sau la necesitate în caz de febră).
- Citoprotectoare: Sol Solcoseril soluție pentru injecții – 2ml i/m 15 zile.
- Preparate antioxidante – Sol. Acidum ascorbicum 5% sau 10% 50-100mg pe zi – 10 zile; Tocopherolum 50 mg – 1lună; Sol. Cytochrom C* 0,25 % 20-30 mg 1-2 ori pe zi – 10 zile.
- Preparate H1-antihistaminice: Chloropyraminum – 0,025 o dată pe zi, *per os*, sau Sol. Chloropyraminum – 2% 1 ml o dată pe zi, i.m., sau Clemastinum – 1mg de 2 ori pe zi, *per os* sau Clemastinum 2mg – 2 ml o dată pe zi, i.m. – 3-5 zile.
- Tratament local (pansamente cu soluții antiseptice (sol. Spiritus aethylicus 70%, Polividoi iodidum 10%), soluție hipertona și sol. Nitrofuralem și folosirea unguentelor ce conțin antiinflamatoare (ung. Diclofenacum) și anticoagulante (ung. Heparinum) pentru diminuarea edemului posttraumatic și postoperator) – 2-3 sesiuni până la cicatrizarea plăgii și extragerea firelor chirurgicale.
- Vitaminoterapie (Retinolum, Thiamini hydrochloridum, Riboflavinum*, Pyridoxini hydrochloridum, Cyanocobalaminum) – 10 zile.

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

Substituenți de volum plasmatic:

Dextranum 40 100ml (flacon)

100-200ml i.v.

Sugarilor li se poate administra 5 ml/kg greutate corporală, iar copiilor 10 ml/kg.

• Sol. Plasmă nativă 100ml (pungă)	100-200ml i.v.
• Sol. Natrii chloridum 0,9% 200 ml (flacon)	5-10 mg/kg/24 ore i.v.
• Sol. Glucosum 5-10 % 200 ml (flacon)	5-10 mg/kg/24 ore i.v.
Analgezice/antipiretice	
• Sol. Metamizolum 50% 2 ml (fiolă)	0,1 ml la 1 an de viață i.m.
Hemostatice:	
• Sol. Etamsylatum 12.5% 2 ml (fiolă)	2 ml i.v.
Sol. Acidum ascorbicum 5% 2 ml (fiolă)	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
- Kinetoterapie continuă sinestătătoare la domiciliu până la recuperarea completă a mișcărilor.
- La necesitate șoldul opus se va opera după extragerea fixatoarelor și restabilirea mișcărilor articulației coxofemurale deja operate.
- Radiografii de control peste 6 luni și peste 1 an după corecție chirurgicală, la necesitate, controlul radiologic mai frecvent va fi bine argumentat de către specialist.
- Tratament de recuperare anual, inclusiv sanatorial.
- Bolnavii operați obligatoriu vor respecta regimul fizic special pe întreaga perioadă de creștere și chiar restul vieții. Riscul de apariție a artrozei coxofemorale e cu mult mai mare decât la persoanele sănătoase dar cu mult mai mic decât la persoanele neoperate unde a fost indicat tratamentul chirurgical.

C.2.6. Complicații

Caseta 21. Complicațiile MLȘ

- Dezvoltarea unei neoarticulație (în cazuri nedignostificate la timp)
- Luxație de șold în caz de o displazie medie și ușoară unde tratamentul a fost neglijat
- Osteonecroză aseptică
- Coxartroza.

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	Personal:
	Aparate, utilaj:
	Medicamente:
D.2. Secțiile și instituțiile consultativ-diagnostice ambulatorii	Personal:
	Aparate, utilaj:
	Medicamente:
D.3. Secțiile de traumatologie și ortopedie pediatrică ale spitalelor municipale, republicane	Personal:
	Medicamente:

	<ul style="list-style-type: none">• Vitaminoterapie: Thiamini hydrochloridum, Pyridoxini hydrochloridum, Retinoli palmitas + Tocopheroli acetat, Acidum ascorbicum• Preparate antibacteriene: Antibiotice: Cefalosporine generația I-IV: Cefazolinum, Cefalexinum, Cefuroximum, Cefotaximum, Cefepimum.• Lincosamide: Lincomycinum• Peniciline combinate: Amoxicillinum + Acidum clavulanicum• Preparate antimicotice: Fluconazolum, etc.• Preparate antipiretice: Paracetamolum• Substituenți plasmatici: Dextranum, Sol. Plasmă nativă, Sol. Natrii chloridum 0,9%, Sol. Glucosum 5-10 %• Analgezice: Metamizolum• Hemostatice: Sol. Etamsylatum, Acidum ascorbicum.
--	--

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Obiectivul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A majora numărul copiilor primului an de viață cărora li sa efectuat screening-ul MLȘ	1.1. Proporția nou-născuților care au fost consultați de către medicul ortoped pediatru în maternitate, pe parcursul unui an	Numărul nou-născuților care au fost consultați de către medicul ortoped pediatru în maternitate, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de nou-născuți, pe parcursul ultimului an
		1.2. Proporția copiilor primului an de viață, cu factori de risc pentru dezvoltarea MLȘ, cărora li sa efectuat screening-ul conform recomandărilor PCN MLȘ, pe parcursul unui an	Numărul copiilor primului an de viață, cu factori de risc pentru dezvoltarea MLȘ, cărora li s-a efectuat screening-ul conform recomandărilor PCN MLȘ, pe parcursul ultimului an	Numărul total de copii al primului an de viață, cu factori de risc pentru dezvoltarea MLȘ, care se află la evidență medicului de familie, pe parcursul ultimului an
2.	A ameliora diagnosticul precoce (până la 3 luni) de MLȘ la etapa prespitalicească	2.1. Proporția copiilor diagnosticați precoce (până la 3 luni) cu MLȘ la etapa prespitalicească, pe parcursul unui an	Numărul copiilor 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 la evidența medicului de familie, pe parcursul ultimului an
3.	A spori calitatea examinării și a tratamentului pacienților cu malformație luxantă de șold la etapa prespitalicească	3.1. Proporția copiilor cu MLȘ examinați și tratați la etapa prespitalicească, conform recomandărilor PCN MLȘ, pe parcursul unui an	Numărul copiilor cu MLȘ examinați și tratați la etapa prespitalicească, conform recomandărilor PCN MLȘ, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii cu MLȘ examinați și tratați la etapa prespitalicească, care se află la evidența medicului de familie și medicului ortoped pediatru, pe parcursul ultimului an
4.	A spori calitatea examinării și a tratamentului pacienților cu malformație luxantă de șold la etapa spitalicească	4.1. Proporția copiilor cu MLȘ examinați și tratați la etapa spitalicească, conform recomandărilor PCN MLȘ, pe parcursul unui an	Numărul copiilor cu MLȘ examinați și tratați la etapa spitalicească, conform recomandărilor PCN MLȘ, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii cu MLȘ internați în staționar pe parcursul ultimului an

5	A contribui la reducerea numărului de pacienții supuși tratamentului chirurgical	5.1. Proportia copiilor cu MLȘ supuși tratamentului chirurgical, pe parcursul unui an	Numărul copiilor cu MLȘ supuși tratamentului chirurgical, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii cu MLȘ, care se află la evidența medicului de familie și ortopedului pediatru, pe parcursul ultimului an
6	A ameliora supravegherea pacienților cu MLȘ la etapa de ambulator	6.1. Proportia copiilor cu MLȘ supravegheați de către medicul de familie și ortopedul pediatru, conform recomandărilor PCN MLȘ la copil, pe parcursul unui an	Numărul de copii cu MLȘ supravegheați de către medicul de familie și ortopedul pediatru, conform recomandărilor PCN MLȘ la copil, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii cu MLȘ care se află la evidența medicului de familie și ortopedului pediatru, pe parcursul ultimului an

ANEXE

Anexa 1. Informație pentru părinții copiilor cu malformație luxantă congenitală a șoldului

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul copiilor cu malformație luxantă congenitală a șoldului în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. În ghid se explică indicațiile adresate pacienților cu MLȘ, 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, îngrijire și tratament a malformației luxante congenitale a șoldului. Nu sunt descrise în detalii maladia, analizele și tratamentul necesar. Despre acestea veți afla de la medicul de familie.

Malformația luxantă a șoldului este o afecțiune care cuprinde un larg spectru de anomalii mergând de la simpla instabilitate cu laxitate capsulo-ligamentară până la completa 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 e de menționat faptul că această malformație este cea mai ascunsă și cu sechele grave dacă la timp nu-i depistată. Așa că înainte de a enumera unele din 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 până la planul orizontal a măsutei de înfășat.
- Plici masive supranumerare asimetrice pe partea medială a coapsei.
- Scurtimea unui membru (ATENȚIE: în caz de afecțiune bilaterală inegalitate nu este)
- Limitare de mișcări în șold hipertonus muscular
- Întârzierea mersului! (Până aici nu-i de dorit de ajuns).

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

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 neurolog.

Se folosesc următoarele semne clinice care deseori sunt greu de apreciat chiar de ortoped. Unul din cele mai simple și elementare semne de apreciere este asimetria pliurilor pe partea medială a coapsei (semnul Bade) - pliurile adductorilor, inguinală 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 extensie.

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 ortoped 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 flexie la genunchi și 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 până la planul orizontal sau 90° . Limitarea abducției are o importanță deosebită în ansamblu cu alte semne patologice pozitive.

Rotația externă a membrilor inferioare (semnul Lance) este un indice îndeosebi semnificativ la patologie unilaterală, care deseori atrage atenția părinților.

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

Semnul se determină din aceeași poziție a copilului și analogic instalarea mâinilor medicului. Treptat și blând se efectuează abducția membrilor inferioare în flexie la șold și genunchi. La un moment dat se aude o pocnitură și se simte acest clic, când 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 apăsând spre anterior și medial, pe când membrul inferior opus este menținut cu altă mână în poziție fiziologică a nou-născutului (flexie 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 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 apăsând 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 flexie a șoldului și genunchiului în caz de șold luxat.

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

Semnul Gourdon – rotația internă a coapsei este mai amplă comparativ cu norma.

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

Tratamentul Malformației luxante congenitale a șoldului depinde de gradul de dezvoltare a ultimei dar până la o anumită vârstă se tratează conservativ cu rezultate bune. Tratamentul e de lungă durată, necesită o disciplină dură și o strictă respectare a prescripțiilor și regimului recomandat de specialist în ortopedie pediatrică. În cazul insuccesului tratamentului conservativ și 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 medicul ortoped pediatru. De două sau (dacă tratamentul a fost chirurgical) de 4 ori pe an se recomandă consultația specialistului și la necesitate se efectuează argumentat radiografia șoldurilor.

Respectați regimul tratamentului prescris, recomandările medicului și control regulat. E necesar de efectuat tratamentul de recuperare, inclusiv sanatorial. Toate aceste măsuri sunt îndreptate către însănătoșirea copilului D-voastră și previn dezvoltarea complicațiilor grave.

ANEXA 2

Fișa standardizată de audit bazată pe criterii pentru PCN-MLȘ la copii

FIȘA MEDICALĂ DE AUDIT BAZATĂ PE CRITERII		
Domeniul prompt		Definiții și note
1.	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	Numele, prenumele, telefon de contact
3.	Perioada de audit	DD.LL.AAAA
4.	№ FM a bolnavului	
5.	Mediul de reședință al pacientului	1 – urban; 2 - rural
6.	Data de naștere a pacientului	DD.LL.AAAA sau 9 –nu-i cunoscută
7.	Sexul pacientului	1 – masculin; 2 - feminin, 9 – nu este specificat
8.	Numele medicului curant	
9.	Patologia	Malformația luxantă de șold la copii
INTERNAREA		
10.	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutor medical primar	AMP=1, AMU=2, secția consultativă=3, spital=4, instituția medicală privată=6, alte instituții =7, necunoscută = 9
11.	Data adresării primare după ajutor	DD.LL.AAAA, necunoscută = 9
12.	Data internării în spital	DD.LL.AAAA sau 9 –necunoscută
13.	Ora internării la spital	HH:MM sau 9 –necunoscută
14.	Secția de internare	DMU – 1; secția de profil pediatri – 1; secția de profil chirurgical – 2; secția reanimare -3
15.	Timpul până la transfer în secția specializată	≤ 30 minut – 0; 30minute - 1 oră - 1; ≥1 oră - 2; nu se cunoaște – 9
16.	Data și ora internării în reanimare, TI	DD.LL.AAAA, ora (00:00); nu a fost necesar=5; 9 –necunoscută
17.	Durata aflării în reanimare, TI (zile)	număr de ore/zile nu a fost necesar = 5; necunoscută = 9
18.	Durata internării în spital (zile)	număr de zile; necunoscută = 9
19.	Transfer în alte spitale	Nu=0; da=1(denumirea instituției); nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
20.	Aprecierea criteriilor de spitalizare	Aplicate: 0 – da; 1- nu, 9 – nu se cunoaște
21.	Tratament administrat la DMU <i>În cazul răspunsului afirmativ indicați tratamentul (medicamentul, doza, ora administrării)</i>	Administrat: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
DIAGNOSTICUL		
22.	Vârsta aprecierii semnelor clinice	DD.LL.AAAA; 0- până la 1 lună; 1- mai mult de 3 luni sau 9 –necunoscută
23.	USG articulațiilor de șold	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
24.	Radiografia de bazin	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
<i>În cazul răspunsului afirmativ, indicați rezultatul</i>		
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENTULUI		
25.	Internat în mod urgent	nu=0; da=1; necunoscut=9
26.	Starea pacientului la internare	Satisfăcătoare=2; grav-medică=3; gravă=4; foarte gravă=5; extrem de gravă=6
27.	Complicații înregistrate la internare	nu=0; da=1; necunoscute=9
28.	Maladii concomitente	nu=0; da=1; necunoscute=9
TRATAMENTUL		
29.	Tratamentul medicamentos suficient	0 – nu; 1- da

30.	Tratamentul chirurgical a fost efectuat	0 – nu; 1- da
31.	Timpul efectuării intervenției chirurgicale	OO:MM
EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA		
32.	Data externării sau transferului în alt spital Data decesului	DD.LL.AAAA DD.LL.AAAA
33.	Complicații înregistrate pe parcursul tratamentului	nu=0; da=1; necunoscute=9
34.	Implementarea criteriilor de externare	0 – nu; 1- da; 9 – nu se cunoaște
35.	Prescrierea recomandărilor la externare	0 – nu; 1- da; 9 – nu se cunoaște
DECESUL PACIENTULUI		
36.	Decesul în spital	0 – nu; 1- cauzat de complicații ale patologiei de bază; 2 – alte cauze; 9 – nu se cunosc

BIBLIOGRAFIE

1. Barlow TG: 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 Liau 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 Olier 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. Goțea Dan. 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 JS, Ward WT: 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 JA, Emans JB, Millis MB, et al: Early failure of Pavlik harness treatment for developmental hip dysplasia: clinical and ultrasound predictors, *J Pediatr Orthop* 21:348, 2001.
12. Michael Schramm, Dietrich Hohmann, Martin Radespier-Troger, Rocco Paolo Pitto. 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 IH, Dunin AJ, Cole WG, 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
18. Junichi Tamai, et al: Developmental dysplasia of the hip. *emedicine.medscape.com* 11 april 2022.
19. Karen I Norton et all: DDH Imaging. *emedicine.medscape.com* 16 marth 2023.

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