****

**MINISTERUL SĂNĂTĂŢII, MUNCII ŞI PROTECŢIEI SOCIALE**

 **AL REPUBLICII MOLDOVA**

**Reabilitarea medicală a bolnavului cu**

**coxartroză**

 **Protocol clinic naţional**

 **PCN-322**

**Chişinău, 2018**

**Aprobat la şedinţa Consiliului de experţi al Ministerului Sănătăţii Muncii şi Protecţiei Sociale al Republicii Moldova din 22.11.2017, proces verbal nr. 4**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătăţii Muncii şi Protecţiei Sociale al Republicii Moldova**

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

**Elaborat de colectivul de autori:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vizdoagă Anatolie** | USMF „Nicolae Testemiţanu” . |
| **Pascal Oleg** | USMF „Nicolae Testemiţanu”. |
| **Tăbîrţă Alisa** | USMF „Nicolae Testemiţanu”. |
| **Chihai Victoria** | USMF „Nicolae Testemiţanu”. |
| **Gherman Ana** | USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| **Prepeliţă Andrian** | USMF „Nicoale Testemiţanu”. |
| **Bulai Marina** | USMF „Nicoale Testemiţanu”. |

**Recenzenţi oficiali:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Victor Ghicavîi** | catedră farmacologie şi farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| **Valentin Gudumac** | catedră medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| **Ghenadie Curocichin** | catedra medicina de familie, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| **Vladislav Zara** | director, Agenţia Medicamentului şi Dispozitivelor Medicale |
| **Maria Cumpănă** | director executiv, Consiliul Naţional de Evaluare şi Acreditare în Sănătate |
| **Diana Grosu-Axenti** | vicedirector general, Compania Naţională de Asigurări în Medicină |
| **Groppa Liliana** | d.h.ş.m., prof.univ., Departamentul de medicină internă, disciplina reumatologie USMF „Nicolae Testemiţanu |
| **Cereș Victoria**  | d.ş.m., conf. univ., Catedra de medicină alternativă, USMF „Nicolae Testemiţanu”  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT.................................................................................................... 4

PREFAŢĂ.............................................................................................................................................................. 4

A. PARTEA INTRODUCTIVĂ............................................................................................................................. 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 revizuiri........................................................................................................................... 6

A.7. Lista şi informaţiile de contact ale autorilor şi persoanelor care au participat la elaborarea protocolului..... 6

A.8. Definiţiile folosite în document................................................................................................................. 6

A.9. Informaţia epidemiologică......................................................................................................................... 7

 B. PARTEA GENERALĂ...................................................................................................................................... 7

 B.1. Nivelul instituţiilor de asistenţă medicală primară ................................................................................... 7

 B.2. Nivelul instituţiilor de asistenţă medicală specializată de ambulator ...................................................... 9

 B.3. Nivelul instituţiilor de asistenţă medicală spitalicească .......................................................................... 10

 C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ ................................................................................................................. 12

 C.1.1.Algoritmul de diagnostic al CA ........................................................................................................... 12

 C.1.2.Algoritmul tratamentului recuperator al CA ........................................ 14

C.2.DESCRIEREA METODELOOR, 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 diferencial .................................................................................................................. 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.2.4.6.2Tratamentul 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 ŞI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI .............................................................................................................................................. 32

E.INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROCOLULUI .............................................. 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. Şcolarizarea pacienţilor 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 funcţional pentru coxartroză ………………………………………. 42

Anexa 5. Scala WOMAC ....................................................................................................................................... 43

Anexa 6.Clasificarea puterii ştiinţifice a gradelor de recomandare........................................................................ 44

Anexa 7.Fişa 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](https://www.google.md/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiZroSV4JDNAhWmKcAKHZPjA60QFggqMAY&url=https%3A%2F%2Fen.wikipedia.org%2Fwiki%2FTranscutaneous_electrical_nerve_stimulation&usg=AFQjCNEquf7Ra_WO7xmSddEqzvxSodnpAw&sig2=Wl2WCgssN-hnwgqWJXKysQ&bvm=bv.123664746,d.d24)) |
| **ADL** | Scala de evaluare a Activităţii Vieţii 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** | Insuficienţa funcţiei articulare |
| **CIF** | Clasificarea Internatională a Funcţionării,Dizabilităţii şi Sănătăţii OMS |
| **KT** | Kinetoterapie |
| **TM** | Terapia Manuală |
| **TO** | Terapie Ocupațională |
| **KT** | Kinetoterapie |
| **FT** | Fizioterapie |
| **CDD** | Curenții diadinamici |
| **USG** | Ultrasonografia |

**PREFAŢĂ**

Protocolul naţional este elaborat în conformitate cu ghidurile internaţionale actuale privind reabilitarea pacienţilor cu coxartroză şi va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituţionale. La recomandarea Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova pentru monitorizarea protocoalelor instituţionale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic naţional.

1. **PARTEA INTRODUCTIVĂ**

**A.1. Diagnostic nozologic:** Osteoartroza deformantă

***Exemple de diagnostice clinico-funcţional:***

**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 funcţional:***

Sindrom algic prezent-absent conform scalei analog vizuală VAS;

Hiper/hipomobilitate în articulaţia coxo-femorală dreptă-stîngă, bilateral;

Sindrom miofascial prezent-absent;

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

Deviaţie în var-valg;

Dereglare de statică şi mers;

Capacitatea funcţională conform:scalei WOMAC, ADL.

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

**M15 Poliosteoartroza**

*Include*: afectarea prin osteoartroză a două şi mai multe articulaţii

*Exclude*: afectarea bilaterală a unei articulaţii (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 articulaţiei coxofemurale]**

M16.0 **Coxartroză primară bilaterală**

M16.1 **Altă coxartroză primară**

Coxartroză primară:

· FAS

· Unilaterală

 M16.2 **Coxartroză pe fon de displazie bilaterală a şoldurilor**

 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 şi asistente medicale de familie);

· Centrele de sănătate (medici de familie);

· Centrele medicilor de familie (medici de familie);

· Instituţiile/secţiile consultative ( medici reabilitologi);

· Asociaţiile medicale teritoriale (medici de familie, medici reumatolog,medici reabilitologi);

· Secţiile recuperare ale spitalelor municipale şi republicane (medici

reabilitologi)

***Notă:*** Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat şi de alţi specialişti.

**A.4. Scopurile protocolului:**

1. A spori calitatea asistenţei de reabilitare medicală a pacienţilor cu coxartroză la diferite etape de asistenţă medicală;

2. A reduce rata de recurenţă şi complicaţii la pacienţii cu coxartroză ;

3. A reduce rata de invalidizare la pacienţii cu coxartroză;

4. A creşte independenţa funcţională a pacienţilor cu coxartroză;

5.A reduce % necesităţii intervenţiilor chirurgicale de protezare a şoldului.

**A.5. Data elaborării protocolului: 2018**

**A.6. Data următoarei revizuiri: 2020**

**A.7. Lista şi informaţiile de contact ale autorilor şi ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numele** | **Funcţia deţinută** |
| **Vîzdoagă Anatolie** | asistent universitar, Catedra de reabilitare medicală, medicină fizică, terapie manuală, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| **Pascal Oleg** | d.h.ş.m, profesor universitar, şef Catedră de reabilitare medicală, medicină fizică, terapie manuală USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| **Tăbîrţă Alisa** | asistent universitar, Catedra de reabilitare medicală, medicină fizică, terapie manuală, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| **Chihai Victoria** | asistent universitar, Catedra de reabilitare medicală, medicină fizică, terapie manuală, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| **Gherman Ana** | asistent universitar, Catedra de reabilitare medicală, medicină fizică, terapie manuală, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| **Prepeliţă Andrian** | asistent universitar, Catedra de reabilitare medicală, medicină fizică, terapie manuală, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| **Bulai Marina** | asistent universitar, Catedra de reabilitare medicală, medicină fizică, terapie manuală |

**Protocolul a fost discutat şi aprobat**

|  |  |
| --- | --- |
| **Denumirea** | **Persoana responsabilă - semnătura** |
| Seminarul Ştiinţific de profil Medicină generală. Asistenţă medicală şi reabilitare |  |
| Consiliul Naţional de Evaluare şi Acreditare în Sănătate | Senatura Cumpana |
| Agenţia Medicamentului şi Dispozitivelor Medicale | vladislav zara-semnatura1 |
| Catedra Medicina de familie |  |
| Compania Naţională de Asigurări în Medicină |  |
| Consiliul de experţi al Ministerului Sănătăţii | Grosu |

**A.8. Definiţiile folosite în document**

***Reabilitarea ca specialitate:*** este o activitate multidisciplinară, în echipă, care depinde de buna comunicare dintre personal şi abilităţile individuale ale specialiştilor implicaţi, precum şi de buna complianţă cu pacientul şi membrii familiei sale.

***Reabilitarea*:** folosirea tuturor mijloacelor cu scopul de a reduce impactul condiţiilor generatoare de dizabilităţi şi handicap şi de a permite persoanelor cu dizabilităţi să reuşească să se integreze optimal în societate.

***Kinetoterapie:*** reprezintă totalitatea măsurilor şi mijloacelor necesare pentru prevenirea,

tratamentul şi recuperarea medicală, utilizând ca mijloc fundamental exerciţiul fizic, mişcarea.

***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 ocupaţională* –** formă de tratament care foloseşte activităţi şi metode specifice pentru a dezvolta, ameliora sau reface capacitatea de a desfăşura activităţile necesare vieţii individului, de a compensa disfuncţii şi de a diminua deficienţele fizice.

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

***Kinetoterapia pasivă:*** sunt mişcările impuse complexului neuro-muscular-articular prin

intervenţii exterioare fără activitate voluntară din partea sistemului neuromuscular.

***Terapie manuală***:o grupă specifică de metode manuale de diagnostic şi tratament a afecţiunilor oaselor,articulaţiilor,coloanei vertebrale,organelor interne.

***Artroză –*** o artropatie non-inflamatorie progresivă, invalidantă, caracterizată de degradarea până la dispariţie a cartilajului articular, însoţită de remodelare osoasă marginală de tip osteofite şi scleroză subcondrală.

***Coxartroză*** –proces degenerativ artrozic localizat la nivelul articulaţiei coxofemurale.

**A.9. Informaţia epidemiologică**

OAD este cea mai frecventă suferinţă articulară şi a doua cauză de invaliditate la persoanele de peste 50 ani, după boala ischemică coronariană, ceea ce atrage după sine un impact economic enorm şi o transformă într-o adevărată problemă de sănătate publică. Incidenţa ei creşte 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 şi 80% dintre persoanele de peste 75 ani; Modificări anatomo-patologice la nivelul cartilajului articular sunt identificate la toţi decedaţii de peste 65 ani. La nivel mondial osteoartroza este depistată la 50% persoane de peste 65 ani,aproximativ 10% bărbaţi şi 18% de femei au simptologia de OA. Osteoartroza reprezintă 17% din patologii şi reprezintă primul loc în patologiile articulare. Până la vârsta de 55 de ani (la menopauză) boala are o incidenţă egală pe sexe; după această vârstă este de două ori mai frecventă la femei, cu excepţia localizării de la şold, singura considerată mai frecventă la bărbaţi.

**B. PARTEA GENERALĂ**

|  |
| --- |
| **B.1. Nivelul instituţiilor de asistenţă medicală primară** |
| **Descriere** **(măsuri)** | **Motive****(repere)**  | **Paşi****(modalităţi şi condiţii 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:** * Depistarea factorilor de risc *(caseta 2)*
* Monitorizarea pacienţilor 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 *(caseta3)*
 |
| **1.2. Profilaxia secundară**  | Micșorarea numărului de exacerbări și complicații. [1,2,4,5] | **Obligatoriu:*** Respectarea măsurilor de profilaxie (caseta 3)

**** |
| **2. Diagnosticul**  |  |  |
| **2.1. Presupunerea diagnosticului de GA** | Stabilirea semnelor precoce a CA este importantă pentru iniţierea asistenţei medicale precoce şi abordare individuală a pacientului cu CA [1,2,8] | **Obligatoriu:** * Aprecierea factorilor de risc *(caseta 2)*
* Anamneza *(caseta 5)*
* Examenul obiectiv:

 Fizic *(caseta 6)*Paraclinic *(caseta 7)* Hemoleucograma *(tabelul1)* Urograma *(tabelul1)* VSH *(tabelul1)* Proteina C - reactivă *(tabelul1)* Fibrinogenul *(tabelul1)* |
| **2.2. Decizii asupra necesităţii consultaţiei specialistului şi tacticii de tratament**  |  | * Estimarea indicaţiilor pentru consultaţia medicului de profil
* Evaluarea criteriilor de spitalizare *(caseta 11 )*
 |
| **3. Tratamentul**  |  |  |
| **3.1. Tratamentul nemedicamentos**  | Scopul tratamentului nemedicamentos este diminuarea impactului factorilor de risc, prevenirea declinului funcţional, ameliorarea simptomatică şi menţinerea calităţii vieţii [1,2,3,7,8]. | **Obligatoriu:** * Acordarea asistenţei educaţionale [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], *(Caseta 14*
* 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:** * Respectarea principiilor generale ale tratamentului medicamentos **[**5],*(Caseta 13).*
 |
| **4. Supravegherea** **(Caseta 20)** | Se va efectua de către medicul de familie în colaborare cu medicii specialişti[1,6,8]. | **Obligatoriu:** * Repartizarea pacienților în grupe de dispensarizare.
* Stabilirea planului de cercetări.
* Stabilirea necesității de tratament staționar
* Estimarea indicațiilor pentru tratament recuperator fizioterapeutic(Caseta 17).
 |
| **5. Recuperarea**  |  |  |
| **5.1 Tratamentul fizio-funcţional** | Respectarea principiilor de bază ale reabilitării medicale[6,8,9,10]. | **Obligatoriu:** * Programe de reabilitare medicală activă/pasivă adaptate individual pentru menţinerea şi creşterea amplitudei articulare, tonusului muscular*(Caseta 14).*
* Mijloacele fizioterapice indicate cu scop de a diminua sindromul dolor şi inflamator, pentru ameliorarea circulaţiei periferice *(Caseta 14).*
* Tratament balnear *(Caseta 16).*
 |
| **B.2. Nivelul instituţiilor de asistenţă medicală specializată de ambulator** |
| **Descriere****(măsuri)** | **Motive****(repere)** | **Paşi****(modalităţi şi condiţii de realizare)** |
| I | II | III |
| **1.Diagnosticul**  |  |  |
| * 1. **Confirmarea diagnosticului**

(*Caseta 4)* | Diagnosticul precoce şi tratamentul individualizat permite prevenirea declinului funcțional și menținerea calității vieții [1,2,6,8]. | **Obligatoriu:** * Aprecierea factorilor de risc *(caseta 2)*
* Anamneza *(caseta 5)*
* Examenul obiectiv:

 Fizic *(caseta* Paraclinic *(caseta 7,8.)*Hemoleucograma Urograma VSH Proteina C - reactivă Fibrinogenul Consultația specialiștilor *(Tabelul1)* |
| **1.2. Decizii asupra tacticii de tratament: staţionar versus ambulator** |  |  Evaluarea criteriilor de spitalizare /respitalizare  *(Caseta 11 )* |
| **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],*(Caseta 13).*
 |
| **3. Recuperarea**  |  |  |
| **3.1. Tratamentul fizio-funcţional** | * Respectarea principiilor de bază ale reabilitării medicale[6,8,9,10].
 | **Obligatoriu:** * Mijloace electrofizioterapice indicate cu scop de a diminua sindromul dolor şi inflamator, pentru a potenția tonusul muscular, pentru ameliorarea circulaţiei periferice şi echilibrare psiho-somatică *(Tabelul 2*).
* Programe kinetoterapice adaptate individual pentru menţinerea şi creşterea mobilităţii articulare, tonusului muscular şi reeducării mersului**.**
 |
| **3.2. Masajul manual şi cu aparate** | Respectarea condiţiilor ce ţin de tehnică, masor şi pacient[6,8,9,10]. | **Obligatoriu:** Tehnici active pentru amplificarea tonusului muscular şi a circulaţiei periferice*.* |
| **3.3. Terapia ocupaţională**  | Ajută persoanele cu CA să se adapteze la viaţa cotidiană[5,6,8]. | **Obligatoriu:** * Reeducarea abilităţilor de autoîngrijire
* Învăţarea altor modalităţi de efectuare a activităţilor zilnice
* Adaptarea locuinţei *(Caseta 14).*
 |
| **3.4. Tratament balnear** | Respectarea indicaţiilor şi contraindicaţiilor faţă de factorii fizici naturali[6,7,8]. | * Îndreptarea în staţiunile balneare de profil

*( Caseta 16).* |
| **4.Supravegherea** | Asistenţa permanentă sub supraveghere poate întârzia evoluția bolii și preveni dizabilitatea [6,7,8]. | * Supraveghere cu evaluarea necesității de spitalizare
 |

|  |
| --- |
| **B.3. Nivelul instituţiilor de asistenţă medicală spitalicească** |
| **Descriere (măsuri)** | **Motive (repere)** | **Paşi****Modalităţi şi condiţii de realizare** |
| **1. Spitalizarea** | Diagnosticul precoce şi tratamentul individualizat permite prevenirea deficitului funcțional, formarea dizabilității și menținerea calității vieții [1,2,6,8]. | **Obligatoriu:** * Spitalizarea în secțiile de reabilitare, reumatologie,artrologie, traumatologie și ortopedie conform criteriilor *(Caseta 11).*
 |
| **2. Diagnosticul** | Confirmarea precoce a diagnosticului previn dizabilitatea/handicapul și mențin calitaea vieții[1,2,6,8] | **Obligatoriu:** * Aprecierea factorilor de risc *(caseta 2)*
* Anamneza *(caseta 5)*
* Examenul obiect

Fizic *(caseta 6)*Paraclinic *(caseta 7)* Hemoleucograma  Urograma  VSH Proteina C - reactivă  Fibrinogenul  Consultația specialiștilor*(tabelul1)***Recomandabil:** * Tomografia computerizată/rezonanța magnetic *(Caseta8)*
 |
| **3.Tratamentul** |  |  |
| **3.1.Tratamentul simptomatic** **(Caseta 16)** | Scopul tratamentului este diminuarea durerii, reducerea procesului inflamator, prevenirea sau diminuarea restantului funcțional și menținerea calității vieții [1,2,5]. | **Obligatoriu:** * Respectarea principiilor generale ale tratamentului medicamentos[4],*(Caseta 13).*
 |
| **3.2.Tratamentul orthopedic-chirurgical****(Caseta 18)** | Scopul tratamentului ortopedic-chirurgical este de a preveni instalarea dizabilității/handicapului [1]. | * Intervenții chirurgicale *(Caseta 15)*
 |
| **4. Recuperarea** |  |  |
| **4.1. Tratamentul fizio-funcţional** | * **Respectarea principiilor de bază ale reabilitării medicale** [6,8].
 | **Obligatoriu:** * Mijloace electrofizioterapice indicate cu scop de a diminua sindromul dolor şi inflamator, pentru a potența tonusul muscular, pentru ameliorarea circulaţiei periferice şi echilibrare psiho-somatică *(Tabelul 2*).
* Programe kinetoterapice adaptate individual pentru menţinerea şi creşterea mobilităţii articulare, tonusului muscular şi reeducării mersului**.***.*
 |
| **4.2. Masajul manual şi cu aparate** | **Respectarea condiţiilor ce ţin de tehnică, masor şi pacient** [6,8]. | **Obligatoriu:** Tehnici active pentru amplificarea tonusului muscular şi a circulaţiei periferice*.* |
| **4.3. Terapia ocupaţională** | **Ajută persoanele cu CA să se adapteze la viaţa cotidiană** [5,6,8]. | **Obligatoriu:** * Reeducarea abilităţilor de autoîngrijire
* Învăţarea altor modalităţi de efectuare a activităţilor zilnice.
* Adaptarea locuinţei *(Caseta 14).*
 |
| **5. Externarea** |  | Extrasul obligatoriu va conține :* 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**

**Reducerea riscului osteoartrozei**

Reducerea afectării articulare

Promovarea sănătăţii

**Diagnosticarea precoce a OA**

Un diagnostic precoce,cert

Căi de screening şi asistenţă medicală calificată

**Tratamentul şi managementul în stadiile iniţiale de OA**

Cea mai bună practică managerială:

**-** folosirea optimă a substanţelor medicamentoase

- managementul non-farmacologic

- căi de screening şi asistenţă medicală

- educaţia pacientului,,self-managementul,,

- asistenţa şi suportul psihologic a pacientului

**Tratamentul şi managementul în perioada episodului acut de OA**

Cea mai bună practică managerială:

**-** folosirea optimă a substanţelor medicamentoase

- managementul non-farmacologic

- căi de screening şi asistenţă medicală

- educaţia pacientului,,self-managementul,,

- asistenţa şi suportul psihologic a pacientului

**Tratamentul şi managementul în stadiile avansate de OA**

Cea mai bună practică managerială în optimizarea calităţii vieţii pacientului:

**-** folosirea optimă a substanţelor medicamentoase

- managementul non-farmacologic

- căi de screening şi asistenţă medicală

- educaţia pacientului,,self-managementul,,

- asistenţa şi suportul psihologic a pacientului

**Managimentul de durată a OA**

Cea mai bună practică managerială în condiţiile de patologie cronică:

**-** folosirea optimă a substanţelor medicamentoase

- căi de screening şi asistenţă medicală

- educaţia pacientului,,self-managementul,,

- asistenţa şi suportul psihologic a pacientului

**C.1.2. Algoritm de management în recuperarea coxartrozei**

**Figura 2**

POPULAŢIA ŢINTĂ : adulti cu vârsta de peste 18 ani cu semne sau simptome de OA articulaţiei şoldului

**Condiţiile evaluării**

* Durere,edemul, Funcţii deteriorare,dizabilitate emoţională

**Comorbidităţi**

Evaluarea gradului de nutriţie(IMC),evaluarea factorilor de risc

**Riscurile utilizării AINS**

Vârsta,hipertensiunea,dereglarea TGD superior, cardiovasculară,

renală şi ficatului

**Riscurile medicaţiei**

alergia la aspirină,diuretice,inhibitorii enzimei de conversie,anticoagulante

Studii,perspective şi scopuri

Monitorizarea curentă al statusului OA

Monitorizarea presiunii sangvine,funcţiei renale dacă se utilizează AINS/COX-2

Evaluarea necesităţii medicaţiei şi managementul bolilor cronice

Setarea scopurilor pentru formarea planului de tratament

Efectuarea unei evaluări comprehensive

Anamneza

Clișeele radiologice efectuate

Excluderea: traumei,starea ţesutului conjunctiv,sindromul dolor referent, artrita septică/ cu cristale,hemartroză

* Datele clișeelor radiologice în dinamică
* Temei pentru diagnosticul OA
* Temei pentru diagnosticul diferenţiat

Confirmarea diagnosticului de OA

Decizii şi evaluarea promptă

Documentarea şi acţiunile

Etapele cheie în diagnosticul si evaluarea OA

**Figura 3**

Managementul planului de tratament

Ghidurile de protezare articulară

Chestionarele specifice articulaţie

Formulare pentru protezare

OA severă şi eşuarea tratamentului conservativ

Planul de acţiune a medicului practician

Monitorizarea TA,funcţiei renale în utilizarea AINS/COCS-2

Consultaţia primară

Consultaţia reumatologului

Medicaţia bolilor cronice

Monitorizarea indicaţiilor

Terapie nemedicamentoasă

Reducerea IMC

Kinetoterapie

Hidrokinetoterapie

Mecanoterapie

Tai Chi(forma KT chineză)

Fizioterapie

Programul educaţional self-management

Termoterapie

TENS

Acupunctura

INDICAŢII

DOCUMENTAREA ŞI AC -ŢIUNI

ETAPELE CHEIE ÎN PLANIFICAREA TRATAMENTULUI

INTERVENŢII BAZATE PE DOVEZI

Planul de tratament:

- Identificarea necesităților

- Evidenţa eficacităţii

- Preferinţele pacienţilor

Optimizarea terapiei conservative

Optimizarea calităţii vieţii

Reducerea riscului apariţiei efectelor adverse

Monitorizarea şi controlul

Terapia medicamentoasă

**Termen scurt**

Analgetice (paracetamol)

AINS/COCS-2 per os(cu precauţie)

CS intraarticular

AINS aplicare topic

 **Termen lung**

Analgetice (paracetamol)

Opiozi (cu precauţie)

Preparate viscozo-diminuante intraarticular

Completarea formularelor pentru protezare

Completarea chestionarelor specifice articulaţie de către pacient

**C.2 DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ŞI 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:

* Condrocalcinoza
* Coxartroză sechelă după coxită infecţioasă
* Coxartroză din necroza aseptică a capului femural
* Coxartroza din boala Paget

 2.2 Coxartroză secundară de cauză mecanică

* Malformaţiile congenitale ale şoldului (displazia congenitala,subluxaţia,luxaţia congenitală, protruzia acetabulară)
* Distrofii dobîndite: 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 şoldului controlateral.

**C.2.2 Factorii de risc**

|  |
| --- |
| **Caseta 2.** ***Factori generali:**** sexul (feminin)
* ereditatea (patologia congenitală a genei colagenului, tip II, mutaţia genei colagenului, tip II, genele HLA) rasa/etnia
* vârsta înaintată
* nutriţia
* obezitatea
* statutul hormonal (ex., postmenopauza)

***Factori locali:**** solicitarea profesională
* traumatismul articular
* activitatea sportivă
* dezvoltarea vicioasă a oaselor şi a articulaţiilor
* 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 articulața 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**

|  |
| --- |
| S**Caseta 4 *Pașii obligatorii în conduita pacientului cu CA**** Pacientul trebuie să-și cunoască boala,caracterul ei evolutiv şi mersul către invaliditate,factorii de risc, factorii agravanți şi pe cei favorizanți;
* Respectarea normelor de ,,igienă" articulară (anexa1), ce conduc la ameliorarea stresului mecanic articular;
* Folosirea ortezelor,a dispozitivelor şi aparatelor de sprijin şi 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 înalțătoare;
* Utilizarea de încălțăminte comoda cu talpă moale;
* Evitarea mersului pe teren accidentat şi dur;
* Aplicarea de măsuri ergonomice la locul de muncă;
* Adoptarea de posturi corecte în statică şi dinamică;
* Adoptarea repausului prelungit în perioadele de acutizare a durerilor şi inflamației.
 |

**C.2.4.1 Anamneza**

**Caseta 5. *Recomandări în colectarea datelor anamnestice***

* Date pentru identificare (nume,adresă,vârstă,sex)
* Particularităţile afectării articulare:
* Apariţia durerii mecanice
* Caracterul durerii
* Factorii ce agravează şi/sau ameliorează durerea
* Accentuarea durerii în poziţie ortostatică,mers sau la efort
* Iradierea durerii (articular, periarticular)
* Prezenţa componentului inflamator
* Redoare articulară cu limitarea mobilităţii articulare, şi apariţia poziţiei vicioase
* Crepitaţii,cracmente la mişcări active în articulaţie
* Atrofia muşchilor periarticulari
* Analiza investigaţiilor medicale efectuate anterior
* Antecedente patologice (leziuni,traume,intervenţii)
* Anamneza familială
* Anamneza socială (condițiilor de trai, anamneza ocupaţională,hobby-uri)

 **C.2.4.2. Evaluarea funcţională**

**Caseta 6*. Regulile examenului fizic în coxartroza.***

În procesul de recuperare a pacienţilor cu coxartroză se recomandă utilizarea scalelor standartizate pentru documentarea independenţei funcţionale,nivelul de dizabilitate,calităţii vieţii,precum şi progresul reabilitării. Pacienţii trebuie testaţi pentru deficienţe motorii,senzitive,funcţionale de către personalul medical cu instruire specială.

Evaluarea clinică şi funcţională al articulaţiei coxofemurale trebuie completat cu examenul întregului aparat locomotor. Este important mai ales de a evolua articulaţia coxofemurală contralaterală,( știut fiind faptul că fenomenele se bilateralizează frecvent şi rapid prin suprasolicitare), genunchiul homo şi heterolateral, şi coloana vertebrală. Investigarea complexă a celorlalte aparate şi sisteme este, de asemenea, obligatorie în scopul înregistrării patologiei asociate pentru stabilirea limitelor terapeutice şi contraindicaţiilor.

 **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 întinşi (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 aşează 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 450.

**Muschii 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 aşează 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 600.

**Muschi care asigura rotatia externa:**

 -marele fesier

 -fesierul mijlociu

 -patratul crural.

Rotația interna – cu amplitudinea de 450; 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 mişcări de rotație interna si externa.

 Poziția de repaos a articulației soldului realizata prin flexia coapsei pe bazin la 900, iar poziția de confort prin flexia coapsei pe bazin la 1350.

 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 funcţionale specifice şoldului**

**Testul Patrick**: Subiectul stă în decubit dorsal cu piciorul membrului de testat aşezat deasupra genunchiului celuilalt membru. Examinatorul duce pasiv genunchiul membrului testat înspre masă. Testul Patrick Testul este negativ dacă acesta atinge masa sau ajunge la acelaşi 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 îşi 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 şi piciorul cade pe sol, testul este pozitiv indicând o slăbiciune a abductorilor şoldului, a fesierului mediu sau un şold instabil.

**Testarea labrului anterior:** Subiectul în decubit dorsal. Poziţia de plecare pentru şold este: flexie, abducţie, rotaţie externă (genunchiul este flectat). Examinatorul duce şoldul subiectului, pasiv, în extensie, adductie, rotaţie internă. Testul este pozitiv dacă apare durere la nivelul şoldului testat, cu sau fără apariţia unui clic.

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

**Testul Thomas** (testarea contracturii iliopsoasului) Subiectul în decubit dorsal.Examinatorul flectează genunchiul opus părţii contracturate şi subiectul îl menţine 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 şoldului.

**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 şoldului.

**C.2.4.3 Investigaţii paraclinice**

**Caseta 7. *Radiografia***

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

 Se urmăresc următoarele elemente:

* Forma capului femural
* Modificarea structurii capului femural prin osteocondensarea subcondrală şi zone de demineralizare(macrogeode)
* Pensarea spaţiului articular
* Ritmul de distrugere al cartilajului articular,condroliza
* Prezenţa osteofitelor

|  |
| --- |
| **Casteta 8. *Rezonanța magnetică nucleară (RMN)***Este una dintre cele mai avansate tehnici imagistice neirandiante 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 insulinici sau nervoși
* claustrofobia, agitaţia, pericol de convulsii
* pacienţii cu boli renale nu pot primi substanţa 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. |

**Caseta 8**

* VSH
* Analiza generală a urinei
* Proteina C-reactivă
* Fibrinogenul
* Factorul reumatoid
* Biochimia serică

**C.2.4.4. Diagnosticul**

**C.4.4.1. Diagnosticul pozitiv**

**Caseta 9. *Criterii ACR de diagnostic al CA***

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Şold dureros şi 2 sau 3 din criteriile următoare: | 2.a VSH <20mm/h |
| 2.b Osteofite  |
| 2.c Pensarea spaţiului articular |
|  *Sensibilitate=89% ;Specificitate=91%* |

**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 şi faţa anterioară a coapsei | Coxopatie Periartrită Nevralgie L4Nevralgie L5 | \*\*\*\*\*\* |
| Durere faţa anterioară a coapsei | Coxopatie Cruralgie  | \*\*\*\* |
| Durere faţa internă a coapsei | Coxopatie PubalgieTendinită mm adductori | \*\*\*\* |
| Durere faţa posterioară a coapsei | SciaticăCoxopatie  | \*\*\* |
| Durere fesieră | SacroileităSciaticăCoxopatie  | \*\*\*\*\* |

**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 şi a respectării tuturor prescripţiilor medicale la domiciliu.
* În cazul rezistenţei la tratament, anume durerea articulară cu durata mai mare de 3 luni, care nu cedează la tratamentul simptomatic (pentru a exclude apariţia complicaţiilor, de ex. necroza aseptică) sau evoluţie atipică a bolii pentru reevaluarea pacientului.
* Comorbidităţile importante (diabet zaharat, patologie a aparatului valvular a cordului, patologie renală preexistentă, stări cu imunitate compromisa).
* Progresia afectării articulare prin implicarea articulaţiilor noi, ineficienţa tratamentului AINS, sinovite reactive repetate.
* Puseul inflamator intens şi trenant, cu dinamică poliarticulară pentru investigaţii şi pentru reconsiderare diagnostică şi terapeutică.
* Evaluarea cu scop de pregătire preoperatorie pentru intervenţii chirurgicale articulare.
 |

**C.2.4.6. Tratamentul**

|  |
| --- |
| **Caseta 12*. Principii de tratament în coxartroza****Principiile generale** Regimul ( evitarea eforturilor fizice excesive în articulaţiile coxo-femorale)
* Dieta
* Tratamentul antalgic medicamentos simptomatic și local (aplicaţii locale cu unguente ANS și dimetilsulfoxid)
* Tratament chirurgical la necesitate

*Obiectivele tratamentului recuperator** Reducerea durerii
* Obţinerea stabilităţii;
* Obţinerea mobilităţii
* Coordonarea mişcărilor membrului inferior

 Remobilizarea articulară reprezintă obiectivul principal al recuperării sechelelor articulare posttraumatice şi postoperatorii. Mobilizarea articulară se realizează prin mişcări active şi pasive. |

**C.2.4.6.1. Tratamentul medicamentos al coxartrozei.**

**NOTĂ** Produsele neînregistrate în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor vor fi marcate cu asterisc (\*) şi însoţite 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 acţiune rapidă, capabile să influenţeze prompt durerea, inflamaţia şi funcţia articulară. Preparatele simptomatice includ trei grupuri de preparate:• Analgezice: preparatele analgezice neopioide (Paracetamolum– 3-4 g/zi);  preparatele opioide (Codeini phosphas (doar în combinație), Tramadolum). • Antiinflamatoarele se aplică în cure de 2-3 săptămâni, la necesitate pentru o perioadă şi 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.Reacţiile 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 reacţiilor adverse reprezintă: 1. persoanele cu vârstă înaintată (scade producerea acidului clorhidric în stomac, motilitatea gastrică şi intestinală, numărul de celule din mucoasă, circuitul sangvin renal, filtraţia glomerulară, funcţia canaliculilor; se micşorează volumul total de apă în organism, scade nivelul de albumină în plasmă, scade debitul cardiac);2. afecţiunile concomitente (patologiile renale, diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, insuficienţa cardiacă severă, ciroza hepatică, ulcerul gastrointestinal, gastrita, colitele); 3. administrarea concomitentă de GCS intern, anticoagulante; 4. fumatul, alcoolismul. Un procent mult mai mic de reacţii adverse se înregistrează la utilizarea AINS cu acţiune 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. aplicaţii locale cu Sol. Dimethylsulfoxidum 50% – 3 ml, în diluţii de 1:3 cu apă distilată. • Glucocorticosteroizi periarticular sau intraarticular – în prezenţa unui sindrom dureros ce nu cedează la administrarea de AINS în doze uzuale sau opioide slabe. Se va da preferinţă glucocorticosteroizilor cu acţiune prelungită. Injecţiile vor avea caracter unic (nu mai mult de 2-3 injecţii într-o articulaţie). Nu se admit cure de injecţii cu GCS. Triamcinolonum – 20-40 mg. Betamethasonum – 2-4 mg. Methylprednisolonum – 20-40 mg |

***Notă:*** Este necesară monitorizarea continuă a reacţiilor adverse la tratament cu AINS – greţuri, vome, dispepsie, diaree, constipaţii, ulcer gastric, majorarea transaminazelor, hematurie, cefalee, micşorarea trombocitelor, fotosensibilitate. Pacienţii cu tratament îndelungat cu AINS (mai mult de 3-4 săptămâni) în mod obligatoriu necesită monitorizarea hemoleucogramei, creatininei, ureei şi 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 ocupaţională** Este o metodă de reeducare activă care completează kinetoterapia folosind diverse activităţi adaptate la tipul de deficienţe motorii ale individului cu scop recreativ şi terapeutic, ajutând bolnavul să folosească mai bine muşchii rămaşi indemni şi recuperând funcţia celor afectaţi de boală, contribuind astfel la readaptarea funcţională la gesturile vieţii curente. (Tabelul 4)**Masajul membrului inferior**  Are acțiune locală și generală. (Anexa 1)  |

**Tabelul 2. Tratament kinetoterapeutic**

|  |
| --- |
| **Stadiul de gravitate 1** |
| **Obiective** | **Mijloace** |
| Creşterea rezistenţei generale | * Tehnici respiratorii statice şi dinamice
 |
| Antrenamentul la efort | * Exerciţii libere
* Mers la distanţă
* Creşterea anduranţei generale
* Hidrokinetoterapia
* Exerciţii cardio-respiratorii
 |

|  |
| --- |
| **Stadiul de gravitate 2** |
| **Obiective** | **Mijloace** |
| Menţinerea mobilităţii articulare afectate şi a troficităţii musculare | Programe de gimnastică generală - exerciţii active pe toată amplitudinea de mişcare |
| Creşterea rezistenţei generale | * Tehnici respiratorii statice şi dinamice
* Antrenamente de efort
 |
| Diminuarea sindromului dolor | * Exerciţii ideomotorii
* Biofeedback
 |
| Menţinerea forţei musculare în membrele neafectate şi în trunchi | * Exerciţii active pe toată amplitudinea de mişcare
* Exerciţii izometrice
* Exerciţii active de rezistenţă
* Fortificarea corsetului muscular
* Dozarea efortului
 |

|  |
| --- |
| **Stadiul de gravitate 3** |
| **Obiective** | **Mijloace** |
| Diminuarea sindromului dolor | * Exerciţii ideomotorii
* Biofeedback
 |
| Menţinerea forţei musculare în membrele neafectate şi în trunchi | * Exerciţii active pe toată amplitudinea de mişcare
* Exerciţii izometrice
* Exerciţii active de rezistenţă
* Fortificarea corsetului muscular
* Dozarea efortului
 |
| Asistenţă psihoemoţională | Tehnici generale de relaxare |

|  |
| --- |
| **Stadiul de gravitate 4** |
| **Obiective** | **Mijloace** |
| Diminuarea sindromului dolor | * Utilizarea ortezelor
* Exerciţii pasiv/active
* Tehnici de biofeedback
 |
| Asistenţă psihoemoţională | Tehnici generale de relaxare |

**Tabelul 3. Tratament fizioterapeutic**

|  |  |
| --- | --- |
| **Stadiul de gravitate a CA** | **Tratament electrofizioterapeutic recomandabil** |
| **Stadiul de gravitate 1** | * 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** | **Fizioterapie vasculară şi trofică*** Darsonvalizareaâ, electrod în forma de ciupercă, intensitate mică/medie, 10-12 minute, Nr.10-15
* Raze ultraviolete 0.5-1bio pe câmpuri cu creșterea dozei

**Fizioterapia antalgică*** Magnitoterapie
* TENS- terapie
* Electroforeza cu soluții antalgice
* Ultrafonoforeza

**Hidroterapia:*** 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

**Termoterapie**:* aplicaţii 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
 |
| **Stadiul de gravitate 3** | **Fizioterapie antalgică*** Elecroforeză 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

**Termoterapie**:* Aplicaţii 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
 |
| **Stadiul de gravitate 4** | * Câmp magnetic de frecvenţă 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 aethylendiamintetraacetas \*, 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 ocupaţională**

|  |  |
| --- | --- |
| **Obiective** | **Mijloace** |
| Precizarea nivelul funcţional existent | * Scale de evaluare a gradului de dependenţă /independenţă
* Scale ADL
 |
| Reeducarea mobilităţii | Antrenamente de transfer cu progresia programelor de la cele dependente la cele active:* Din decubit dorsal în decubit lateral
* Din decubit lateral în şezând
* Din şezând în ortostatism
* Din ortostatism în şezând
* În cadă, în duş, în toaletă
 |
| Asigurarea locomoţiei | * Utilizarea ortezelor, scaunului cu rotile
* Asigurarea măsurilor de siguranţă pe perioada deplasărilor
* Asistarea şi încurajarea mersului în perioada precoce de reabilitare
* Urcatul/ coborâtul scărilor
* Aplecări şi rotaţii complexe
 |
| Reeducarea adaptărilor | * Ajustări ale obiectelor casnice, de îmbrăcat, de mâncat, de igienă personală etc.
* Obiecte de ajutor - instrumente sau scule cu care pacienţii se pot ajuta în desfăşurarea anumitor activităţi
* Utilizarea obiectelor auxiliare de mers(baston, cârje, scaun cu rotile)
 |
| Reeducarea capacităţilor manipulative | * Tehnici pentru mobilitate articulară, forţă musculară, anduranţă, coordonare, echilibru cu reeducarea abilităţilor habituale
* Dezvoltarea metodelor alternative pentru ADL deficitare
 |
| Reintegrarea socială şi profesională | * Îndeplinirea unor treburi casnice sau ajută la îndeplinirea lor
* Implicarea în activităţi de recreere şi interes
* Educare în asistenţa membrilor familiei, îngrijitorilor
* Autotraining-uri de dezvoltare (comunicare, adaptabilitate, autoafirmare,etc.)
 |

|  |
| --- |
| **Caseta15. *Tratamentul ortopedic-chirugical al coxartroxei.***În stadiile tardive – endoprotezarea de şold. |
| **Caseta 16. *Tratamentul balnear***Tratamentul balnear vizează următoarele obiective:Încetinirea procesului degenerativCombaterea manifestărilor ce actualizează sau reactivează artrozaÎmbunătăţirea circulaţiei locale si generaleAmeliorarea sau menţinerea mobilităţii articulare şi a forţei musculare periarticulare.Tratamentul balnear este indicat pacienţilor 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” Călăraşi, „Dnestr” Camenca. |

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

**Caseta 17. Evoluția, pronosticul și supravegherea pacienților cu CA**

Evoluţia coxartrozei este lentă, progresivă cu impotenţa funcţională ce se accentuează în timp determinând invaliditatea după 7-15 ani de evoluţie. Datorită intensificării durerii se reduce progresiv perimetrul de mers, poate să apară hipotrofie musculară, bolnavul resimţind necesitatea sprijinului în baston. De cele mai multe ori coxartroza iniţial apare unilateral devenind apoi bilaterală prin solicitare excesivă a articulaţiei coxofemurale opuse.

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

* Afecţiune cronică ce necesită o terapie de lungă durată care solicită reevaluări permanente
* Evoluţia tinde spre agravare cu un ritm diferit de la un pacient la altul
* Corecţiile chirurgicale efectuate chiar precoce, în stadiul preartrozic, nu au efecte durabile
* În prezent nu există o medicaţie condroprotectoare cu eficienţă clar demonstrată
* AINS au un efect paliativ, diminua doar durerea, iar utilizarea lor este urmată de efecte secundare, viscerale şi pe cartilaj
* Proteza totală de şold este o soluţie eficace în 95% din cazuri, ea are o durată de viaţă îndelungată, dar nu nelimitată

**C.2.5. Complicațiile CA**

|  |
| --- |
| **Caseta 18. *Complicațiile CA***Deformare articulară. Deficit funcţional 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. Reacţiile alergice la tratamentul medicamentos/Acutizarea procesului inflamator după tratament fizio-balneo-terapeutic. |

**D. RESURSE UMANE ŞI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

|  |  |
| --- | --- |
| **D.1.Instituțiile de** **asistență medicală** **primară** | **Personal:*** Medic de familie acreditat
* Asistentă medicală de fizioterapie
* Kinetoterapeut
 |
| **Aparate, utilaj:*** tonometru
* fonendoscop
* taliometru
* panglică metrică
* goniometru
* scale de evaluare
* electrocardiograf
* laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, urogramei
* cabinet de kinetoterapie/masaj
* cabinet fizioterapie
 |
| **Tratament:**Preparate analgezice neopioide şi opioide uşoare (caseta 16). • AINS (tablete, injecţii, unguente, geluri) (caseta 16). • Magnitoterapie, electroforeză, hidroterapie, masaj, termoterapie (caseta 17). |
| **D.2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulator** | **Personal:*** medic reabilitolog
* medici consultanți
* medic imagist
* medic de diagnostic funcţional
* medic de laborator
* asistente medicale,
* asistenta de laborator
* ergoterapeut
* asistent fiziokinetoterapie
* infirmieră
* asistent social
 |
| **Aparate,utilaj:*** tonometru
* stetoscop
* panglică metrică
* goniometru
* taliometru
* scale de evaluare
* electrocardiograf
* radiograf
* utilaj USG şi Doppler duplex

laborator clinic standardizat |
| **Tratament:**Preparate analgezice neopioide şi opioide uşoare (caseta 16). • AINS (tablete, injecţii, unguente, geluri) (caseta 16). • 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** | **Personal:*****Echipa mutidisciplinară***:* medic reabilitolog
* kinetoterapeut
* terapeut ocupaţional (ergoterapeut)
* asistenta medicală
* asistent fiziokinetoterapie
* psiholog clinic
* infirmiere
* asistent social
* medici consultanţi
* medic diagnostic funcţional
* medic imagist
 |
| **Aparataj, utilaj:** • Tonometru. • Fonendoscop. • Electrocardiograf. • Goniometru. • Panglică-centimetru • Cântar. • Cabinet de diagnostic funcţional. • Cabinet radiologic. • Tomograf computerizat. • Rezonanţă magnetică nucleară. • Densitometru prin raze X. • Ultrasonograf articular. • Artroscop.  •Laborator clinic standard pentru determinare de: hemoleucogramă, sumar de urină, proteină C-reactivă, fibrinogen. • Secţie de Reabilitare medicală și medicină fizică |
| **Tratament:**• Preparate analgezice neopioide şi opioide uşoare (caseta 16). • AINS (tablete, injecţii, unguente, geluri) (caseta 16). • GCS – injecţii intraarticulare (caseta 16). • Preparate condroprotectoare (caseta 17). • Fizikinetotratment. • Artroscopie cu lavaj. • Tratament chirurgical. |
| **D.4. Echipament şi utilaj pentru sală de kinetoterapie şi****terapie ocupaţională** | * Masă reglabilă pentru kinetoterapie
* Masă pentru masaj
* Scaune de kinetoterapie
* Bare paralele recuperare medicala cu fixare în podea
* Scară de recuperare medicală mers
* Fotoliu rulant
* Cadru de mers
* Cadru mobil
* Placă de transfer
* Cârje axilare
* Bastoane de gimnastică
* Bicicletă ergometrică
* Stepper
* Orteze
* Suport de mers
* Placa de transfer
* Cîrje canadiene
* Bastoane
* Cărucior/scaun cu rotile (mecanic sau electromecanic)
* Saltea pentru kinetoterapie pliabilă
* Cearşafuri de alunecare
* Centuri de asigurare
* Oglindă
* Greutăţi
* Mingi fitness
* Bandă de alergare
* Elevator
* Complex computerizat de analiza a mişcărilor
* Stabilometru
* Set mobilă bucătărie, inclusiv frigider, aragaz, microunde, tacâmuri şi al.
 |
| **D. 5.Aparate şi utilaj****pentru cabinet/secție de****fizioelectroterapieterapie** | * Aparat pentru galvanizare şi 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 interferenţterapie (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 şi 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 şi 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 şi AMT-03 (I.S.F.S.P. ALCo-N, Chişinău) \* 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)
* Aparat pentru aerosoloterapie: IP-2, USI, IG-IIIP, GAI-1, \*Inhalator ultrasonic IU-2001 \* Aparate „Aaeroion -1" şi „Aeroion-2" (S.A. ICS RIFACVAAPARAT,Bălţi)
* Aparat pentru încălzirea parafinei (30,60, 100 1)
* Catedră pentru hidroterapie (VC-3)
* Aparat pentru duş 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 instituţiile de AMP

D.2. Pentru instituţiile consultativ-diagnostice

D.3. Secţiile de profil general ale spitalelor raionale şi municipale

D.4. Secţiile specializate ale spitalelor (raionale, dacă există), municipale şi republicane

***Notă:*** *Nivelurile instituţiilor 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 pacienţilor cu diagnosticul de CA, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primul an din debutul bolii, pe parcursul ultimului an (în%) | Numărul de pacienţi cu CA, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primul an din debutul bolii, pe parcursul ultimului an *x 100* | Numărul total de pacienţi, diagnosticaţi primar cu CA, pe parcursul ultimului an. |
| 2. | Sporirea calităţii examinărilor clinice şi paraclinice ale pacienţilor cu CA | Ponderea pacienţilor cu diagnosticul CA, cărora li s-a efectuat examenele clinic şi paraclinic obligatorii conform recomandărilor din Protocolul clinic naţional *RM a pacientului cu CA*, pe parcursul ultimului an (în%) | Numărul de pacienţi cu CA, cărora li s-a efectuat examenele clinic şi paraclinic obligatorii conform recomandărilor din Protocolul clinic naţional *RM a pacientului cu CA*, pe parcursul ultimului an *x 100* | Numărul total de pacienţi cu CA, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an |
| 3. | Sporirea calităţii tratamentului pacienţilor cu CA | Ponderea pacienţilor cu diagnosticul de CA, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor din Protocolul clinic naţional *RM a pacientului cu CA*, pe parcursul ultimului an (în%) | Numărul de pacienţi cu CA, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor din Protocolul clinic naţional *RM a pacientului cu CA*,pe parcursul ultimului an *x 100* | Numărul total de pacienţi cu CA, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an |
| 4. | Sporirea calității în supravegherea pacienţilor cu CA | Ponderea pacienţilor cu diagnosticul de CA, care au fost supravegheaţi conform recomandărilor din Protocolul clinic naţional *RM a pacientului cu CA*,, pe parcursul ultimului an (în%) | Numărul de pacienţi cu diagnosticul CA, care au fost supravegheaţi conform recomandărilor din Protocolul clinic naţional *RM a pacientului cu CA*, pe parcursul ultimului an *x100* | Numărul total de pacienţi cu diagnosticul de CA, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an |
| 5. | Creşterea numărului de pacienţi cu CA, cărora li se vor monitoriza posibilele efectele adverse la tratamentul cu preparate simptomatice (AINS, analgezice) şi electroterapie | Ponderea pacienţilor cu CA, cărora li s-au monitorizat posibilele efectele adverse la tratament cu preparate simptomatice (AINS, analgezice) şi electroterapie conform recomandărilor din Protocolul clinic naţional *RM a pacientului cu CA*,, pe parcursul ultimului an (în%) | Numărul de pacienţi cu CA, cărora li s-a monitorizat posibilele efectele adverse la tratament cu preparate simptomatice (AINS, analgezice) şi electroterapie conform recomandărilor din Protocolul clinic naţional *RM a pacientului cu CA*,, pe parcursul ultimului an *x100* | Numărul total de pacienţi 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 aşezat cu faţa în sus, fiind descoperite membrele inferioare, se începe masajul mai întâi pe partea opusă maseorului cu netezirea sau efluerajul pornind de la treimea superioară a gambei până la treimea inferioară a coapsei cu ambele mâini făcând o acomodare a mâini noastre cu tegumentul bolnavului, dar în acelaşi timp face o încălzire a musculaturii, care acţionează asupra articulaţiei genunchiului (aceştia fiind muşchii gambei şi coapsei).
* După netezire urmează uşoare frământări cu o mână, cu două şi contratimp pe aceleaşi direcţii. Cea mai importantă manevră este fricţiunea cu care insistăm mai mult şi se fac în felul următor: pentru acest lucru flectăm uşor gamba pe coapsă după care facem netezirea aşezând cele 4 degete ale mâinilor la spaţiul 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 spaţiul popliteu.
* După care se face fricţiunea pe aceleaşi direcţii ca la netezire după care lucrăm cu cealaltă parte a rotulei (5-6 ori).Se fac fricţiuni cu vibraţii. Apoi facem vibraţia pe toată suprafaţa şi netezirea de încheiere.
* Se lucrează articulaţia şi celuilalt picior pe aceleaşi direcţii după care spunem bolnavului să se aşeze cu faţa în jos şi lucrăm părţile posterioare ale genunchiului. Începem mai întâi cu genunchiul opus nouă, cu netezirea şi frământatul, deci încălzirea regiuni de la treimea superioară a gambei până la treimea inferioară a coapsei cu toate formele de frământare. După care facem fricţiunea la spaţiul popliteu care se va face mai uşor 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 şi 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 şi aceluiaşi 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 şi moi

6.se vor evita traumatismele şi microtraumatisme directe(loviri,stat pe genunchi);

7.se va evita creşterea 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 mişcări libere flexie,extensie(pentru,, încălzirea,, genunchilor)după repaus prelungit,sau/şi 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 şi membrul pelvin bolnav,centrul de greutate căzând cât mai la mijlocul liniei dintre ele;

\*cu bastonul lângă corp , cotul trebuie să aibă o flexie uşoară (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 in staţiuni cu bioclimat sedativ-indiferent, excitant-solicitant in funcție de patologia asociată, mai ales în staţiuni care posedă bazine pentru hidrokinetoterapie;

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

* + plasarea obiectelor cu utilizare mai frecventă pe rafturi cu înălțimea situată între talie şi piept
	+ înlocuirea căzii cu cabina de duş, daca este necesar plasarea unui scaun în interiorul acesteia
	+ plasarea obiectelor în frigider pe rafturile din compartimentul superior
	+ accesul în locuinţă (daca aceasta este situata la un nivel superior) se va face cu ajutorul liftului pentru a evita urcatul/coborâtul scărilor
	+ înălțarea scaunului de toaleta pentru a evita flexia maximă a genunchilor
	+ plasarea unor bare de sprijin pe pereţii camerelor
	+ scaune înalte

**Anexa 3. Scala analog vizuală (VAS)**



**Anexa 4. Chestionar de evaluare a statutului funcţional pentru gonartroză**

**Indexul algofuncţional Lequesne**

|  |  |
| --- | --- |
| Criteriu | Puncte |
| **1.Durere sau disconfort** |  |
| Durere nocturneDoar la mișcări sau în anumite pozițiiChiar și în repaus | 12 |
| Redoare matinală sau durere după somnPână la 15 minute15 minute și mai mult | 12 |
| Accentuarea durerii după odihnă de 30 minute | 1 |
| Durere ce apare la mersDoar după parcurgerea unei distanțeApare imediat și treptat se mărește | 12 |
| Durere și disconfort la ridicarea de pe scaun | 1 |
| **2.Distanța maximă, parcursă făгă durere**Mai mult de 1 km,dar cu odihnăAproximativ 1 kmDe la 500m până la 900 mDe la 300m până la 500 mDe la 100m până la 300 mMai puțin de 100 mMerge cu ajutorul unui baston sau al unei cârjeMerge cu două bastoane sau al unei cârje | 123456Plus 1Plus 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 afectatUneoriFrecvent | 12 |

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

Frecvența gonartrozei:

1 – 4 uşor 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Instrucţiuni:

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

Încercuiţi 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 greutăţilor 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

FUNCŢIA FIZICĂ

1. coborâtul scărilor 0 1 2 3 4

2. urcatul scărilor 0 1 2 3 4

3. ridicarea din şezut 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 maşină0 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/ieşirea din baie 0 1 2 3 4

14. pe şezute 0 1 2 3 4

15.mergerea la toaleta 0 1 2 3 4

16. activităţile casnice dificile 0 1 2 3 4

17. activităţile casnice uşoare 0 1 2 3 4

Scor total: \_\_\_\_\_\_ / 96 = \_\_\_\_\_\_\_%

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

**Anexa 6. Clasificarea puterii ştiinţifice a gradelor de recomandare**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gradul** | **Cerinţe** | **Corespundere** |
| Grad A | În baza a cel puţin unui studiu randomizat şi 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 obţinute din rapoarte sau din opinii ale unor comitete de experţi, sau din experienţa clinică a unor experţi recunoscuţi 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 experienţa clinică a grupului tehnic de elaborare a acestui ghid sau protocol.  | Nivel de dovezi V |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Denumirea IMSP evaluată prin audit |  |  |
|  *(denumirea oficială)* |  |
| 2. Persoana responsabilă de completarea fişei |  |  |
| *(nume, prenume)* |  |
| 3. Data naşterii pacientului/ei |  |  |
| *(ZZ/LL/AAAA )* |  |
| 4. Sexul pacientului/ei |  |  |
| 1- masculin; 2- feminin |  |
| 5. Mediul de reşedinţă | 1- urban; 2- rural |  |
| 6. Numele medicului curant |  |  |
| *(nume, prenume)* |  |
| 7. Diagnostic |  |  |
| **Evidența de ambulator** |  |  |
| 8. Data stabilirii diagnosticului |  |  |
| *(ZZ/LL/AAAA )* |  |
| 9. Data luării la evidenţa  |  |  |
| *(ZZ/LL/AAAA )* |  |
| 10. Data examinării  |  |  |
| *(ZZ/LL/AAAA )* |  |
| 11. Simptome necontrolate la prima vizită1. Durerea
2. Edeme
3. Contracturi
4. Hipomobilitate
5. Fatigabilitatea
6. Febra/ infecția
7. Slăbiciuni,
8. Spasme musculare
9. Modificări tegumentare locale
10. Altele
 | Prezintă | Nu prezintă |  |
| 12.Evoluția bolii | * Decompensare clinico-functională temporară
* Evolutie clinico-functională cu perioade de acutizare si remisie
* Decompensare clinico-functională trenantă
* Decompensare clinico- functională progresivă.
 |  |
| 13. Supravegherea pacientului | - La nivel de domiciliu- La nivel ambulator- La nivel spitalicesc |  |
| 14.Frecvenţa examinărilor, vizitelor  | 1. Zilnic
2. Săptămânal
3. Lunar
4. La necesitate
 |  |
| 15.Cauzele spitalizării | * Decompensare funcțională
* Caracterul progresiv si acutizarea manifestărilor clinice
* Urgenţe medico-chirurgicale
* Necesitatea examenului paraclinic specializat
* Reeducarea fizio-functională asistată
* Tratament imposibil în condiții de ambulator din diverse motive
 |  |
| **Evaluarea** |  |  |
| 16.Simptome necontrolate * durerea
* tuse
* dispnee
* edeme
* greața, voma
* constipația
* diareea
* halena
* fatigabilitatea
* hemoragia
* anemie
* infecții ale pielii
* anorexia
* cașexia
* febra/ infecția
* slăbiciuni
* contracturi
* convulsii
* hipomobilitate
* incontinenţa
* spasme musculare
* depresia
* insomnia
* altele
 | Prezintă | Nu prezintă | Parțial controlat |  |
| 17.Suport psihologic | 1. Acordat
2. Neacordat
3. Nu necesită
4. Refuzat
 |  |
| 18.Consiliere spirituală | 1. Acordat
2. Neacordat
3. Nu necesită
4. Refuzat
 |  |
| 19. Asistentă ortopedică (ortezare) | 1. Acordat
2. Neacordat
3. Nu necesită
4. Refuzat
 |  |
| 20. Suport social documentat  | 1. Evaluarea și acordarea suportului de către asistent social
2. Nu a beneficiat
 |  |
| 21.Existența planului de asistență socială | 1. Da
2. Nu
 |  |
| 22.Existenţa unui program de reabilitare | 1. Da
2. Nu
 |  |
| 23.Consilierea pacientului/familiei | 1. Da
2. Nu
 |  |
| 24. Adaptarea funcţională la necesităţi 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 asistenţă, nu-şi poate îngriji propriul corp.
5. Are nevoie permanent de îngrijire.
 |  |
| **Tratament** |  |  |
| 25.Tratament de reabilitare | 1.urmează2.nu urmează* Inaccesibil
* Indisponibil
* Refuz
* Altele
 |  |
| 26.Tratament curativ | 1.urmează2.nu urmează* Inaccesibil
* Indisponibil
* Refuz
* Altele
 |  |
| 27.Managementul manifestărilor clinico-funcționale.1. Controlul durerii somatice2. Respectarea regimului motor3. Măsuri de protecție articulară 4. Tratamentul de susţinere a comorbiditaţilor. | 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-funcţional
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-funcţional | 1. Prezintă
2. Nu prezintă
 |  |
| 31. Efectuarea masurilor de informare a pacientului pentru modul de viață | 1.Da2. Nu |  |

**BIBLIOGRAFIE:**

1.OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II (2006)-IIl(2014):

2. OARSI evidence-based, expert consensus guidelines, Part III (2016)

3.Guideline forthe non-surgicalmanagementof 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 naţional “Osteoartroza deformantă la adulţi” (aprobat de Consiliul de Experţi al MS RM)din 2009, www.ms.gov.md. Protocoale clinice naţionale.

6. Balint T.,Diaconu I., Moise A. Evaluarea aparatului locomotor :bilanț articular,bilanț muscular,teste funcționale,Tehnopress, Iaşi, 2007.

7. Iaroslav Kiss,, Fizio-kinetoterapia єi recuperarea medicalг оn afecțiunile aparatului locomotor",Editura Medicalг,București 2007

8. Onose G. Recuperare, medicină fizică şi balneoclimatologie – noţiuni de bază şi actualităţi. Vol.I,

Bucureşti, 2008.

9. Codrina Ancuța ,, Esențialul în medicină fizică şi recupetare medicală", Editura,, Gr.T.Popa"U.M.F. Iaşi 2010

10. В.М.Боголюбова, книга 2 ,,Физиотерапия и курортология", Москва,Издательство БИНОМ,2008