

MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ МОЛDOVA

Luxații traumatiche

Protocol clinic național

PCN-147

Chisinau 2011

CUPRINS

Abrevierile folosite in document	3
PREFATA	3
A. PARTEA INTRODUCTIVA	
A.I. Diagnoza	3
A.2. Codul bolii	3
A.3. Utilizatorii	3
A.4. Obiectivele protocolului	3
A.5. Data elaborării protocolului	3
A.6. Data revizuirii următoare	3
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului	3
A.8. Definițiile folosite în document	4
A.9. Informația epidemiologică	4
B. PARTEA GENERALĂ	
B.I. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară	4
B.2. Nivelul consultativ specializat (ortoped)	5
B.3. Nivelul de staționar	5
C1. Algoritm de conduită	
C1.1. Algoritm general de conduită în luxații	6
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	
C.2.1. Clasificarea	7
C.2.2. Etiologia luxațiilor	8
C.2.3. Factorii de risc	8
C.2.4. Conduita pacientului cu luxație traumatică	8
C. 2.4.1. Anamneza	8
C.2.4.2. Manifestările clinice	8
C.2.4.3. Investigații paraclinice	9
C.2.4.4. Diagnosticul diferențiat	9
C.2.4.5. Criteriile de spitalizare	9
C.2.4.6. Tratamentul	9
C.2.4.6.1. Tratamentul conservator	10
C.2.4.6.2. Etapa preoperatorie	10
C.2.4.6.3. Tratamentul chirurgical	10
C.2.4.6.4. Intervenția chirurgicală	11
C.2.4.6.5. Etapa postoperatorie	11
C.2.4.7. Supravegherea pacienților	11
C.2.5. Complicațiile	11
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERELOR DIN PROTOCOL.....	12
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	15
ANEXE	15
Anexa 1. Informație pentru pacient ce a suportat luxația traumatică.	15
BIBLIOGRAFIE	16

Abrevierile folosite în document

AMP	Asistența medicală primară
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
MSRM	Ministerul Sănătății a Republicii Moldova
ECG	Electrocardiograma
LSC	Laboratorul științific central
USG	Ultrasonografia

PREFATA

Acest protocol a fost elaborat de specialiștii Catedrei Ortopedie și traumatologie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Clinicii de Ortopedie și Traumatologie.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale, în baza posibilităților reale ale fiecărei instituții medicale. La recomandarea MS RM pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1. Diagnoza:

1. Luxația extremității acromiale a claviculei (Roackhood I - VI), Codul bolii S – 431,
2. Luxație traumatică (humerală, codul bolii – S – 430, a antebrațului - codul bolii – S - 531, a articulației pumnului – trans-naviculară-perilunară gr.3 - codul bolii –S - 630)

A.2. Codul bolii (CIM 10):

A.3. Utilizatori:

- Oficiile medicilor de familie (medici de familie);
- Centrele de sănătate (medici de familie);
- Centrele medicilor de familie (medici de familie);
- Secțiile asistență specializată de ambulator a spitalelor raionale (medici ortopezi-traumatologi);
- Instituții Medico Sanitare Publice, Asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, medici ortopezi-traumatologi);

A.4. Obiectivele protocolului:

1. A spori calitatea examinării clinice, paraclinice și a tratamentului pacienților cu luxații traumatice.
2. A diagnostica luxația traumatică la timp și corect, a acorda asistența necesară la etapa prespitalicească.
3. Etapizarea corectă a asistenței medicale de urgență a bolnavului cu luxație traumatică la specialistul în domeniu și efectuarea tratamentului corect conform diagnosticului stabilit.

A.5. Data elaborării protocolului: ianuarie 2011

A.6. Data revizuirii următoare: iulie 2013

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

Numele	Funcția
Filip Gornea, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar,	Șeful catedrei „Ortopedie și traumatologie” a Universității de Stat de Medicina și Farmacie "Nicolae Testemițanu"
Ion Vacarciuc, doctor în medicina, conferențiar universitar.	Catedra „Ortopedie și traumatologie”a Universității de Stat de Medicina și Farmacie "Nicolae Testemițanu"
Sergiu Ojog, doctor în medicina, conferențiar universitar	Catedra „Ortopedie și traumatologie”a Universității de Stat de Medicina și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea/instituția	Numele si semnătura
Catedra „Ortopedie și traumatologie” a Universității de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"	
Asociația ortopezilor traumatologilor din RM	
Comisia Științifico-Metodică de profil "Ortopedie și Traumatologie"	
Agenția Medicamentului	
Consiliul de experți al MS	
Asociația Medicilor de Familie din RM	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	

A.8 Definițiile folosite în document

Luxație traumatică - este definită ca deplasarea patologică „permanentă” a extremităților articulare a oaselor ce formează articulația, ca rezultat al unui traumatism, pierderea de contact al suprafețelor articulare se păstrează până a fi constată de serviciul medical și confirmat radiologic. Este unanim acceptată ca luxație deplasarea segmentului distal față de cel proximal care și reflectă denumirea nozologică corespunzătoare fiecărei articulații, ca excepție luxația extremității acromiale a claviculei și luxațiile corpului vertebral.

Subluxație - Deplasarea patologică parțială, relativ stabilă a capetelor articulare a unei articulații ca rezultat al unui traumatism, sau a unei mișcări forțate neobișnuite, stabilitatea e determinată de intercalarea capsulei articulare între capetele articulare.

În funcție de durata posttraumatică până la reducere, luxațiile (subluxațiile) se divizează în:

- Recente – luxația cu o durată de la traumatism până la 3 zile;
- Postrecente – luxații cu o durată de la traumatizare de la a 4 zi până la 21 zile (3-săptămâni);
- Tardive – luxația cu o durată de la traumatizare mai mult de 3 săptămâni.

Luxație recidivantă - luxații repetate a aceluiași segment pe parcursul unui an calendaristic, uneori survenită după un traumatism neânsemnat.

A.9. Informația epidemiologică

Luxațiile sunt destul de frecvente, dar cu mult mai rare decât fracturile în raport de 1:8. Luxațiile în articulațiile membrului toracic sunt de 4 ori mai frecvente decât în articulațiile membrului pelvin, pe primul plan fiind luxațiile de cap os humeral. Luxațiile sunt rare la copii, datorită elasticității aparatului capsulo-ligamentar. Ele sunt rare și la bătrâni, deoarece din cauza osteoporozei, osul mai ușor se fracturează. Se întâlnesc mai des la bărbați ca la femei; mai mult la tineri (20 - 40 ani). Luxațiile humerusului – 50 – 60%, luxația oaselor antebrăului – 18 – 25%, luxația falangelor degetelor mâinii și la picior – 8-10%, luxațiile de femur – 5 – 6%, luxația oaselor gambei – 0,5 – 0,8%.

B. PARTEA GENERALĂ

B. 1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară

Descriere	Motivele	Conduita
1. Profilaxia		
Profilaxie nespecifică	Preîntâmpinarea traumatismelor,	Explicarea condițiilor de apariție a luxațiilor și subluxațiilor
2.Diagnostic		
2.1.Diagnosticul preliminar luxației traumatice	<ul style="list-style-type: none"> • Anamneza, • Datele obiective ne permit suspectarea unei luxații • Deformitatea articulară, • Poziția vicioasă, • Lipsa funcției articulare, • Încordare excesivă a musculaturii unilateral cu rezistența „elastică” 	<ul style="list-style-type: none"> • Anamneza, • Datele obiective, • Diagnosticul diferențial, • Determinarea gradului de afectare a pachetului Neuro-vascular
2.2. Deciderea necesității consultului și/sau spitalizării		<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea criteriilor de spitalizare

3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul de urgență la etapa prespitalicească	<ul style="list-style-type: none"> • Deformitatea articulară, • Funcția absentă sau foarte limitată, • Hipertonus muscular flexoric sau mai frecvent extensoric 	<ul style="list-style-type: none"> • Imobilizare în poziție antalgică, fiziologică verificând starea neuro-vasculară periferică. • Administrarea analgeticelor. • Evacuarea bolnavului la etapa de asistență medicală specializată
4. Recomandări		
		• Consultația medicului ortoped-traumatolog

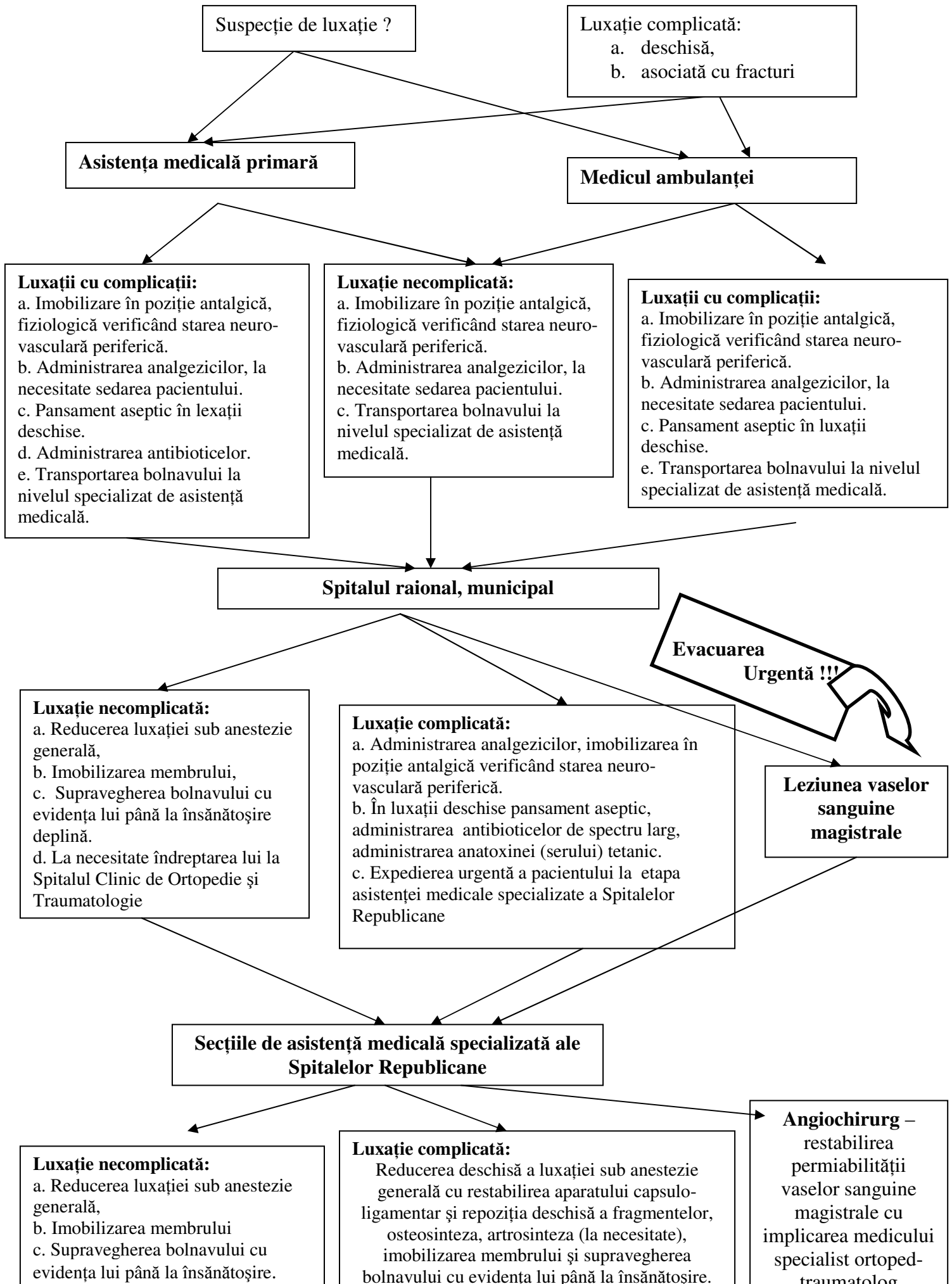
B.2. Nivelul consultativ specializat (ortoped - traumatolog)

Descriere	Motivele	Conduita
1. Diagnosticul		
Stabilirea diagnosticului preventiv	<ul style="list-style-type: none"> • Deformitatea articulară, • Poziția vicioasă, • Lipsa funcției articulare sau foarte limitată, • Încordare excesivă a musculaturii unilateral cu rezistență „elastică”, • Hipertonus muscular flexoric sau mai frecvent extensoric 	<ul style="list-style-type: none"> • Anamneza, • Examenul clinic și ortopedic special, • Examen radiologic.
2. Tratamentul		
Tratament conservator	• Profilaxia apariției luxațiilor recidivante	<ul style="list-style-type: none"> • Reducerea luxației sub anestezie generală, • Imobilizarea membrului și supravegherea bolnavului cu evidența lui până la însănătoșire deplină, • La necesitate îndreptarea lui la Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie

B.3. Nivelul de staționar

Descriere	Motivele	Pașii
1. Spitalizare		
Criterii de spitalizare C.2.4.5.	Vor fi spitalizate persoanele care prezintă cel puțin un criteriu de spitalizare. (<i>Caseta II</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Pacienții cu luxații traumatice se vor spitaliza în secția specializată de ortopedie a IMSP SCTO, • În secțiile de reanimare și terapie intensivă se vor spitaliza persoanele cu politraumatisme. (<i>Caseta 17</i>)
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului preventiv (<i>tabelul 1</i>) 2.2. Evaluarea severității bolii 2.3. Efectuarea diagnosticului diferențiat (<i>tabelul 2</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Prezența luxației; • Grad diferit de lezare a pachetului neurovascular; • Edem masiv al segmentului. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anamneza; • Examenul obiectiv general și local; • Examenul de laborator; • Radiografia segmentului lezat; • Diagnosticul diferențial; • Evaluarea riscului complicațiilor
3. Tratament		
3.1. Tratament conservator în caz de luxații traumatice	• Restabilirea congruenței articulare	Tratament conservativ staționar (<i>Caseta 12, 14, 16</i>)
4. Externare		
Externarea pacientului	Externarea pacientului se recomandă după normalizarea stării generale și locale.	Conform criteriilor de externare (<i>Caseta 18</i>)
5. Externarea cu referire la nivelul primar pentru tratament și supraveghere		Eliberarea extrasului cu indicații pentru medicul de familie: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul precizat desfășurat, • Rezultatele investigațiilor efectuate, • Tratamentul efectuat, • Recomandări explicite pentru pacient cu specificarea respectării obligatorii a regimului ortopedic,

C.1. Algoritm de conduită în luxații



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea luxațiilor traumatice

Caseta 1. Clasificarea

Noțiuni generale

Luxație completă - absența completă a congruenței între extremitățile articulare.

Luxație incompletă - parțial se menține contactul între extremitățile articulare.

Luxații recidivantă - două luxații și mai multe timp de un an calendaristic.

Luxații complicate

1. Luxații – fracturi - intra, paraarticulare.
2. Luxații deschise.
3. Luxații cu leziunea pachetului neuro-vascular.

Clasificarea după durată:

1. Luxații recente (proaspete) - până la 3 zile,
2. Luxații postrecente - de la 4 zile până la 3 săptămâni,
3. Luxații tardive (vechi) - mai mult de 3 săptămâni.

Clasificarea luxațiilor după regiunea anatomică luxată:

1. Acromio-claviculară,
2. Scapulo - humerală (umărului),
3. Luxația cotului (antebrațului),
4. Luxația oaselor carpiene (trans- osul lezat, peri- în jurul osului),
5. Coxo-femurală (de șold),
6. Luxația patellei,
7. Luxația gambei,
8. Tibio-tarsiană,
9. Interfalangiană (falangei... degetului ...) etc.

Caseta 2. Clasificarea specială

Luxația humerusului

Clasificarea:

1. Luxația antero - internă - mai frecvent.
 - Subcoracoidă,
 - Intracoracoidă,
 - Subclaviculară.
2. Luxația antero - inferioară - frecventă.
3. Luxația inferioară (axială), erecta,
4. Luxația posterioară (subacromială, subsacapulară).

Luxația antebrățului

I. Luxații a ambelor oase a antebrățului.

- a) posterioare;
- b) posterio – mediale;
- c) posterio – laterale;
- d) luxație anterioară cu fractura de olecran.

II. Luxații divergente a oaselor antebrățului.

- a) divergentă antero – posterior, radiusul – anterior, ulna – posterior luxat.
- b) divergentă latero – medială, radiusul se deplasează lateral; ulna – medial.

Luxația perilunară a mâinii

- a.) Luxația perilunară a mâinii – 5 grade.

Luxațiile capului femural

Clasificarea:

1. Antero - superioară - suprapubiană.
2. Antero - inferioară - obturatorie.
3. Posterior - superioară - iliacă.
4. Posterior - inferioară – ischiatică.
5. Luxație centrală de femur cu fractura fosei acetabulare.

C.2.2. Etiologia luxațiilor traumatice

Caseta 4

- **Traumatism sever**
- **Accidente rutiere**
- **Cata-traumatisme**

C.2.3. Factorii de risc

Caseta 5. Factorii de risc în luxațiile traumatice

- **profesarea specialităților legate cu utilajele în mișcare liniară și rotatorie;**
- **practicarea sportului.**

C.2.4. Conduita medicului în luxație traumatică

C.2.4.1. Anamneza

Caseta 6.

- Depistarea timpurie, precoce a luxației;
- Evidențierea semnelor clinice obiective;
- Evidențierea semnelor clinice subiective.

C.2.4.2. Manifestările clinice în luxații traumatice

Caseta 7. Simptoame generale

- **Durere**

Caseta 8. Simptoame locale

- Limitarea mișcărilor în articulația lezată sau a întregului membru,
- Poziția forțată a membrului,
- Încordare musculară.
- Edem periarticular, echimoze, hemartroză.

În dependență de articulația lezată, se depistează semnele locale specifice:

Luxația acromio-claviculară

- Semnul clapei de pian

Luxația humerusului

- Semnul epoletului
- Semnul loviturii de topor
- Semnul Berger pozitiv (abducția elastică a brațului)

Luxația perilunară a mâinii

- Mărirea diametrului antero-posterior al carpului,
- Nivelarea „tabacherei anatomice”
- Proeminența anterioară – nivelul pumnului
- Sindromul de canal carpian (comprimarea nervului median)

Luxația cotului:

- Încordarea excesivă a tricepsului,
- Proieminarea olecranului,

Luxația șoldului:

1. Antero - superioară – suprapubiană. - Flexia membrului cu rotație externă.
2. Antero - inferioară - obturatorie. - Flexia coapsei cu rotație externă mai pronunțată.
3. Posterior - superioară - iliacă. - Flexia membrului cu rotație internă.
4. Posterior - inferioară – ischiatică. - Flexia coapsei cu rotație internă mai pronunțată.

Luxația genunchiului:

- Dereglarea conturului articulației

C.2.4.3. *Investigațiile paraclinice*

Tabelul 1.

Investigațiile paraclinice	Semnele sugestive pentru luxațiile traumatiche	Nivelul acordării asistenței medicale		
		AMP	Nivelul consultativ	Staționar
Radiografia	Deplasarea patologică a suprafețelor articulare	+	+	- +

C.2.4.5. *Criteriile de spitalizare*

Caseta 11. Criteriile de spitalizare în luxație traumatică

Prezența fracturii-luxației traumatiche recente.

Nereușita reducerii închise a luxației la etape precedente.

Luxații traumatiche cu afectarea cât de neînsemnată a pachetului neurovascular

C.2.4.6. *Tratamentul*

C.2.4.6.1. *Tratamentul conservator*

Caseta 12. Tratamentul conservator a luxațiilor traumatiche

Reducerea închisă sub anestezie generală

Luxație posterioară a antebratului

Momentele:

I. Reducerea deplasărilor medială sau laterală.

II. Reducerea după Ciaklin V. D.

Degetele II - V ale ambelor mâini se amplasează pe partea anterioară a humerusului, iar degetele I a ambelor mâini pe procesul olecranian. Prin mișcare lentă are loc reducerea luxației. Antebratul în poziție de semiflexie obligatorie, altfel procesul coronarian al osului ulnar va opune blocaj în reducerea luxației.

Manevra Cooper: Pacientul în poziție orizontală pe suport dur. Chirurgul fixează cu genunchiul humerusul în 1/3 distală, cu mâinile face tracție lentă a antebratului care este flectat la 90° - tracție pe axa longitudinală a antebratului.

Se pot folosi manevra Panca, Doca.

După reducere - imobilizare pe timp de 3 săptămâni cu atelă ghipsată de la articulația carpo - metacarpiană până la articulația humerusului.

Luxație anterioară a antebrăului

Manevrele:

Pacientul în poziție orizontală pe suport dur.

Asistentul face tracție pe axa antebrăului flectând-ul treptat spre un unghi de 90°. Chirurgical cu o mână trage 1/3 proximală a antebrăului în jos și posterior, cu o altă mână împinge 1/3 distală a humerusului - anterior și proximal. Se produce reducerea luxației. Imobilizare în atelă ghipsată pe timp de 3-4 săptămâni.

Luxația humerusului

Principiile de tratament:

- Reducerea luxației.

Sub anestezie generală, cu manevre fine, delicate într-un singur moment, în mod închis. Dacă după 1-2 încercări nu are loc reducerea, luxației, atunci cauza poate fi interpoziția țesuturilor moi, care este o indicație directă la intervenția chirurgicală.

NB: Permanent de controlat statusul neuro - vascular periferic.

II. **Imobilizarea membrului.** Atela ghipsată și se va fixa nu mai puțin de două articulații în poziție fiziologică a membrului pe timp nu mai puțin de 3 săptămâni.

III. **Tratament de recuperare:** gimnastică curativă, masaj, fizioterapie, băi, înot.

Tratamentul:

1. Metoda Muhin-Mott.

Este indicată în toate tipurile de luxații a humerusului, este atraumatică. Pacientul în poziție orizontală, decubitus dorsal.

Manevrele: Un asistent fixează omoplatul cu cearșaful și efectuează antitracție. Chirurgical flectează antebrăul la 90°, abduce brațul la 90° față de trunchi și face tracția pe axa brațului cu rotații externe, interne a lui. Are loc reducerea luxației.

Dacă nu se reduce, atunci neîncetând tracția se trece brațul pe partea anterioară a toracelui. În alte cazuri, din poziția, inițială a brațului cu altă mână împingem, capul humeral din fosa axilară spre fosa glenoidală.

2. Metoda V. D. Ciaklin

Cu o mână se efectuează tracție longitudinală spre inferior pe axa brațului luxat, iar cu pumnul altei mâini plasat în axilă se împinge în sus capul humerusului luxat.

3. Metoda Cooper

Poziția orizontală a pacientului. Chirurgical cu genunchiul în fosa axilară împinge capul humerusului spre fosa glenoidă cu mâinile efectuează, tracția brațului pe axa sa.

4. Metoda Hipocrat (Metoda de câmp)

Reducerea luxației cu ajutorul călcâiului ce este plasat în fosa axilară astfel împingând capul humerusului în fosa glenoidală. Cu mâinile se efectuează tracția pe axa brațului cu mișcări fine de rotație.

5. Metoda Djanelidze

Pacientul în poziție orizontală pe două suporturi dure, în așa mod membrul luxat să stea suspendat în jos pe timp de 10-15 min., pentru relaxarea musculaturii. După această chirurgical flectează antebrăul la 90° paralel efectuând tracția pe axa brațului și mișcări rotatorii cu humerusul. Are loc reducerea luxației.

Luxația perilunară a mâinii

1. Luxația de gradul I – III – reducerea manuală:

a.) metoda Boler:

- Tracțiunea mâinii pe axa antebrăului,
- Păstrând tracția se efectuează extensia în articulația pumnului, chirurgical manipulând cu policele,
- Stabilizând semilunarul corect axat pe radius cu policele, flexia mâinii în articulația pumnului,
- La reducerea tuturor componentelor, fixarea mâinii în poziție fiziologică cu atelă ghipsată.

Luxațiile femurului

Tratamentul: Reducerea închisă sub anestezie generală și relaxarea mușculaturii.

1. Asistentul fixează bazinului în regiunea sacrului. Chirurgical flectează gamba la 90° paralel efectuând abducție și rotație externă a membrului. Cu genunchiul apasă lent pe fosa poplitee efectuând tracție în jos a femurului, lin îndeplinește mișcări de rotație a femurului, ca rezultat are loc reducerea luxației.

3. **Metoda Kocher: Luxații anterioare de femur.** Pacientul culcat pe spate. Asistentul fixează bazinul bimanual fixând aripile iliace. Chirurgical flectează membrul 90° în ambele articulații, apoi execută tracția pe axa femurului. Uneori în așa mod se petrece reducerea luxației. Dacă nu, atunci continuând tracția pe axa femurului la început efectuează rotația internă, apoi puțin externă paralel executând abducția și extensia membrului. Luxația se reduce.

NB: Dacă luxația anterioară a femurului nu se repune atunci se transformă în luxație posterioară (flexia femurului, rotație internă maximă și adducția lui) cu reducerea ei.

4. Metoda Bohller - membrul inferior flectat în ambele articulații se depune pe umărul chirurgului fixându-l și efectuând tracția pe axa lui cu rotație internă sau externă și cu altă mână se fixează bazinul.

5. Metoda Watson - Jones - pacientul culcat în decubit dorsal. Tracția de gambă ce este în flexie la 90° pe axa femurului cu mișcări de rotație externă, internă a femurului.

Luxația centrală de femur cu fractura acetabulului

Tratamentul: Tracția scheletară prin trohanterul major și supracondilară de femur. La început se mărește greutatea pe trohanterul major 6 – 12 kg; pe axa femurului 2-3kg.

După ce capul femurului iese din fractura acetabulului (pelvius minor) se mărește greutatea pe axa femurului 6 – 10 kg. Pe trohanterul major greutatea scade treptat până la 3-4 kg.

Tactica după reducerea luxațiilor de femur.

1. Tracție scheletară 5 săptămâni, apoi 2 luni fizioproceduri (aplicații cu parafină, masaj, electroforeză masaj, gimnastică curativă, tratament sanatorial) timp de 4-10 luni. În timpul dat se interzice de a călca pe membrul lezat, altfel osteonecroza aseptică a capului femural este inevitabil ca complicație acestei leziuni. Se permite mers cu suport (cârje).

Considerăm obligator de menționat că cele mai fiziologice, nontraumatice și efective metode de reducere a luxațiilor traumatice sunt Muhin - Mott, Ciaklin și Hipocrate

C.2.4.6.2. Indicații pentru tratamentul chirurgical

Caseta 13. Indicații pentru tratamentul chirurgical în luxații traumatice sunt rare, și anume:

1. Luxații traumatice recidivante;
2. Fracturi – luxații;
3. Leziunea pachetului neuro-vascular;
4. Luxație învechită, ireductibilă.

C.2.4.6.3. Tratamentul preoperator

Caseta 14. Conduita preoperatorie

- alimentarea rațională cu scop de a micșora rata complicațiilor postoperatorii și pentru o recuperare mai adecvată.
- măsuri îndreptate la menținerea nivelului normal a pasajului intestinal și aerației pulmonare pe toată perioada pre și postoperatorie cât și pe întreaga perioadă aflării bolnavului în decubit orizontal.

C.2.4.6.4. Intervenția chirurgicală

Caseta 15. Metodele intervenției chirurgicale la pacienții cu luxație

1. Artrotomie, reducere deschisă a luxației, restabilirea formațiunilor lezate

C.2.4.6.5. Etapa postoperatorie

Caseta 16. Conduita postoperatorie:

- Regim alimentar,
- Examen obiectiv zilnic,
- Antibioticoterapie 1 antibiotic Cefalosporine generația II- III-IV (cefazolin 50-100 mg/kg în 3 prize, cefalexin 25-50 mg/kg în 3 prize, cefotaxim 70-100 mg/kg în 2 prize/musc),
- Preparate antipiretice: (Paracetamol) - doza maxima 25 mg/kg, apoi 12,5 mg/kg fiecare 6 ore 2-3 zile.
- Preparate antihistaminice (difenhidrina sau Suprastin, etc.) 5 mg/kg/ 24 ore, per os, sau i/musc.
- Analgezice (metamizol, dexalgina)
- Preparate antihistaminice (difenhidrina, suprastin, tavegil, etc.)
- Tratament local (pansamente)
- Vitaminoterapie

Caseta 17 Terapie intensive postoperatorie (la indicații în cazuri grave)	
• Rheopoliglucin	1000 - 500ml
• Plasma	1000 - 500ml
• Albumina	500 - 200ml
• NaCl 0,9%,	5-10 mg/kg/zi
• Glucozae 5-10%.	5-10mg/kg/zi
• Sol. Metamizol 50% - 2 ml i/m.	
• Sol. Difenhidramina 1% 1,0ml i/m.,	
• Sol Acid ascorbic 5%-5 ml	
• Inozina 5 ml	

Caseta 18. Criterii de externare
• Normalizarea stării generale
• Lipsa febrei
• Lipsa complicațiilor postoperatorii,

C.2.4.7. Supravegherea pacienților

Caseta 19. Supravegherea pacienților ce au suportat luxații traumatice
• Controlul ortopedului peste 1 - 1,5 luni
• Evidența medicului de familie
• Respectarea regimului ortopedic după indicațiile medicului specialist
• Radiografia obligatorie înaintea extragerii fixatoarelor în cazul pacienților operați
• Kinetoterapie continuă desinestător la domiciliu până la recuperarea completă a mișcărilor.
• Bolnavii ce au suportat luxație traumatică de șold obligatoriu vor respecta regimul fizic special pe întreaga perioadă de recuperare funcțională. Riscul de apariție a artrozei coxofemorale e cu mult mai mare de cât la persoanele sănătoase.

C.2.5. Complicații

Caseta 20. Complicațiile luxațiilor traumatice
• Dezvoltarea luxației recidivante,
• Riscul dezvoltării artrozei deformante,
• Limitarea mișcărilor în articulație
• Coxartroza.

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

D.1. Instituțiile de AMP	Personal:
	<ul style="list-style-type: none"> • medic de familie certificat, • asistentă medicală, • asistentă medicală de fizioterapie, • infirmier-brancardier
	Aparataj, utilaj:
	<ul style="list-style-type: none"> • tonometru, • fonendoscop, • goniometru, • panglică-centimetrică, • cântar, • electrocardiograf, • laborator clinic standard, • aparataj fizioterapeutic standard
	Medicamente:
	<ul style="list-style-type: none"> • analgezice, inclusiv din grupa opioidelor,

	<ul style="list-style-type: none"> • antibiotice, • material steril (pentru pansamente aseptice), • substanțe antiseptice.
D.2. Instituțiile consultativ-diagnostice	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic ortoped-traumatolog certificat, • medic fizioterapeut-reabilitolog, • medic imagistic (R-entgenolog), • asistentă medicală, • asistentă medicală de fizioterapie, • laborant imagistic (R-entgenolog), • tehnic pentru ghipsare, • infirmier-brancardier
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru, • fonendoscop, • goniometru, • electrocardiograf, • cabinet de diagnostic funcțional (imagistică), • cabinet de examinare R-logică, • sală de pansamente, • sala mică de operație, • laborator clinic standard, • sala de recuperare și reabilitare funcțională.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • analgezice, inclusiv din grupa opioidelor, • antibiotice, • instrumente pentru chirurgia mică, • material steril (pentru pansamente aseptice), • substanțe antiseptice, • materiale pentru ghipsare,
D.3. Secțiile de ortopedie și traumatologie ale spitalelor raionale, municipale	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic ortoped-traumatolog certificat, • medic fizioterapeut-reabilitolog, • medic imagistic (R-entgenolog), • asistentă medicală, • laborant imagistic (R-entgenolog), • tehnic pentru ghipsare, • infirmier-brancardier
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru, • fonendoscop, • electrocardiograf, • electromiograf, • cabinet de diagnostic funcțional (imagistică), • cabinet de examinare R-logică, • sală de pansamente, • sala de operație, • laborator clinic standard, • sala de recuperare și reabilitare funcțională.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • analgezice, inclusiv din grupa stupefiantelor, • antibiotice, • spasmolitice, • reologice, • instrumente pentru chirurgia mică,

	<ul style="list-style-type: none"> • material steril (pentru pansamente aseptice), • substanțe antiseptice, • materiale pentru ghipsare,
D.4. Secțiile de chirurgie a mâinii și microchirurgiei ale spitalelor republicane	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medic ortoped-traumatolog certificat, • anesteziolog-reanimatolog, • medic fizioterapeut-reabilitolog, • medic imagistic (R-entgenolog), • asistentă medicală, • asistentă medicală-anestezistă, • laborant imagist (R-entgenolog), • tehnic pentru ghipsare, • infirmier-brancardier
	Aparataj, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • tonometru, • fonendoscop, • oftalmoscop, • electrocardiograf, • microscop, • microinstrumente și fire microchirurgicale atraumatice, • cabinet de diagnostic funcțional (imagistică), • cabinet de examinare R-logică, • sală de pansamente, • sala de operație, • laborator clinic standard, • sala de recuperare și reabilitare funcțională.
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • analgezice, inclusiv din grupa stupefiantelor, • antibiotice, • instrumente pentru microchirurgie, • material steril (pentru pansamente aseptice), • substanțe antiseptice, • materiale pentru ghipsare,

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI

nr.	Scopul	Indicatori	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Sporirea numărului de pacienți la care s-a diagnosticat primar luxații recente posttraumatice	Numărul de pacienți la care s-a depistat primar luxații recente posttraumatice	Numărul de pacienți la care s-a depistat primar luxații posttraumatice recente pe parcursul ultimului an X 100	Numărul total de pacienți la care s-a depistat primar luxații posttraumatică
2.	Sporirea numărului de pacienți îndreptați la etapa asistenței medicale specializate în primele 24 de ore după traumatism	Numărul de pacienți cu luxații recente, care au fost îndreptați la etapa specializată de asistență medicală în primele 24 de ore	Numărul de pacienți cu luxații recente, care au fost îndreptați la etapa specializată de asistență medicală în primele 24 de ore X 100	Numărul total de pacienți cu luxații recente, care au fost îndreptați la etapa specializată de asistență medicală
3.	Evidențierea îndreptării pacienților cu luxație învechită îndreptați la	Numărul de pacienți îndreptați la etapa specializată cu luxație	Numărul de pacienți îndreptați la etapa specializată de asistență	Numărul total de pacienți cu luxație îndreptați la etapa specializată de

	etapa asistenței medicale specializate	învechită	medicală după 3 săptămâni cu luxație X 100	asistență medicală
4.	Sporirea numărului de pacienți cu consecințele luxațiilor (luxații recidivante) luați primar la evidența despanserică	Numărul de pacienți cu consecințele luxațiilor (luxații recidivante) aflați la evidența despanserică	Numărul de pacienți cu consecințele luxațiilor (luxații recidivante) luați la evidența despanserică X 100	Numărul total de pacienți cu consecințele luxațiilor (luxații recidivante) aflați la evidența despanserică

Evidența bolnavilor ce au suportat luxații traumatiche, depistarea posibilelor complicații la distanță.

Anexe

Anexa 1. Informație pentru pacientul cu luxația traumatică.

(Ghid pentru pacienți, părinți)

În ghid se explică indicative adresate pacienților cu luxație traumatică dar și familiilor acestora, părinților și tuturor celor care doresc să cunoască cât mai mult despre traumatismul articulațiilor. Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de profilaxie, îngrijirea și tratamentul luxațiilor traumatiche. Detalii aflați de la medicul de familie.

Luxațiile traumatiche sunt leziuni mecanice a articulațiilor rezultate unor traumatisme severe. Nozologia aparține urgențelor medico-chirurgicale și e nevoie de diagnosticat precoce și reducerea ei cât mai rapidă de la apariția ei. Încă Hipocrate a atenționat că o luxație nu trebuie să „întâlnească răsăritul sau apusul soarelui”. De rapiditatea și calitatea tratamentului depinde restabilirea rapidă a funcției și reducerea recidivelor luxațiilor. Se va evita examinarea pacientului de persoane necompetente mai ales reducerea luxației de către persoane neautorizate. Nu în ultimul rând atrageți atenția la modul de transportare a bolnavului, imobilizarea de transport la etapa prespitalicească. Rezultatul depinde de diagnosticul precoce, reducerea timpurie și de respectarea strictă a regimului indicat de medicul specialist.

IBLIOGRAFIE

1. C. Baci, Chirurgia și patologia aparatului locomotor. București. 1986.
2. M Dinu, Antonescu, Patologia aparatului locomotor. România. București. Editura medicală. 2006.
3. F. Gornea, Ortopedie și traumatologie. Chișinău. Centrul Editorial-Poliigrafic Medicina. 2006.
4. N. Gorun, Traumatismele articulare ale regiunii claviculare. Romania. Editura „Curtea Veche”. 1996.
5. N. Georgescu, "Ortopedie-traumatologie" Iasi 1996.
6. N. Gorun, Caiete de traumatologie osteoarticulară specială. România. Editura „Curtea veche”. 2008.