



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 50/2025 z dnia 16 czerwca 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania dysplazji stawów
biodrowych w Powiecie Myślenickim na lata 2026-2030”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania dysplazji stawów biodrowych w Powiecie Myślenickim na lata 2026-2030”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest wrodzona dysplazja stawu biodrowego u dzieci. Zakłada przeprowadzanie interwencji nakierowanych na przesiewowe badanie preluksacyjne, co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi. Oceniany projekt zawiera interwencje, które częściowo powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, natomiast działania edukacyjne stanowią wartość dodaną.

Aby zapewnić jak najwyższą jakość realizacji programu, zaleca się uwzględnienie uwag i sugestii przedstawionych w dalszej części niniejszej opinii, w szczególności:

- prawidłowego zaprojektowania celu szczegółowego oraz odpowiadającego mu miernika efektywności;
- przedstawienia uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych dla celów programu;
- wyodrębnienia kwalifikacji do programu jako osobne działania oraz doszczegółowienia opisu jej przeprowadzenia;
- zaprojektowania stosownych oświadczeń, za pomocą których byłaby możliwa weryfikacja uczestnika pod kątem kryteriów włączenia i wyłączenia z programu;
- weryfikacji poprawności wskaźników monitorowania i ewaluacji;
- uwzględnienia akcji informacyjno-promocyjnej w etapach realizacji PPZ.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wrodzonej dysplazji stawu biodrowego u dzieci. Program skierowany jest do mieszkańców powiatu myślenickiego tj.: dzieci w wieku od 4 tygodnia do 4 miesiąca życia oraz przyszłych rodziców/opiekunów prawnych. Realizację programu zaplanowano na lata 2026-2030. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 730 000 zł.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.), wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt programu dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest wrodzona dysplazja stawu biodrowego u dzieci. W projekcie przedstawiono informacje z ww. zakresu odnosząc się do metod diagnostycznych, klasyfikacji Grafa oraz czynników ryzyka. Zaznaczono, że podstawą wczesnej oceny stawów biodrowych, obok badania klinicznego, jest badanie ultrasonograficzne (USG) dziecięcego stawu biodrowego, pozwalające w sposób nieinwazyjny i jednoznaczny rozpoznać wadę i monitorować postępy leczenia. Oceniany projekt zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

W projekcie odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając dane światowe i ogólnopolskie. Wskazano, że roczna częstość występowania dysplazji stawów biodrowych w Stanach Zjednoczonych szacowana jest na 1/1000 niemowląt, w tym 72% rozpoznań dotyczy niemowląt płci żeńskiej. W odniesieniu do danych krajowych wskazano, że w Polsce wrodzona dysplazja stawu biodrowego dotyczy 2-4% noworodków i zdecydowanie częściej występuje u dziewczynek. Powołując się na dane regionalne oszacowano, że problem ten może dotyczyć ok. 50 niemowląt urodzonych w Powiecie Myślenickim.

W części dotyczącej uzasadnienia potrzeby wdrożenia programu, wskazano, że działania w zakresie zdrowia publicznego, możliwe do realizacji w planowanym programie wpisują się m.in. w dokument „Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026”. Warto wskazać, że MPZ na lata 2022-2026 nie obejmują danych dotyczących przedmiotowego problemu zdrowotnego.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *„utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej w zakresie zasad opieki nad niemowlęciem sprzyjających prawidłowemu rozwojowi stawów biodrowych u co najmniej 70% rodziców uczestniczących w programie”*.

Cel główny wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami edukacyjnymi. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów wiedzy, co jest działaniem prawidłowym. Załączony do programu wzór ww. testu wiedzy nie wzbudza zastrzeżeń. W odniesieniu do zdawalności testu, wskazano, że za wysoki poziom wiedzy uczestnika uznaje się min. 80% poprawnych odpowiedzi. Podkreślono także, że zakładany wzrost lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy będzie odnosił się do rodziców lub opiekunów prawnych biorących udział w programie. Należy wskazać, że nie przedstawiono natomiast uzasadnienia dla podanej wartości docelowej, co należy uzupełnić.

W projekcie zaproponowano 1 cel szczegółowy:

- (1) *„zwiększenie o 5% w okresie trwania programu zgłaszalności populacji docelowej niemowląt na badania przesiewowe w kierunku dysplazji stawów biodrowych”*.

Należy wskazać, że cel szczegółowy nie odnosi się do efektu zdrowego oraz nie zawiera uzasadnienia dla podanej wartości docelowej. Zwiększenie zgłaszalności na badania nie musi przełożyć się poprawę stanu zdrowia uczestników programu.

Cel szczegółowy powinien odnosić się do skutków zastosowania interwencji i stanowić uzupełnienie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinien być mierzalny i możliwy do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Przyjętą wartość docelową celu szczegółowego programu należy uzasadnić.

Biorąc pod uwagę zaplanowane w programie interwencje, zasadne jest sformułowanie celu szczegółowego odnoszącego się do zwiększenia liczby niemowląt, u których w ramach przeprowadzonych w programie badań zidentyfikowano dysplazję stawu biodrowego, wymagającą dalszego leczenia.

W projekcie zaplanowano 2 mierniki efektywności:

- (1) „odsetek rodziców/opiekunów prawnych, u których w post-teście wiedzy z zakresu zasad opieki nad niemowlęciem sprzyjającym prawidłowemu rozwojowi stawów biodrowych odnotowano utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy względem pre-testu”;
- (2) „odsetek zgłaszalności na badania przesiewowe w kierunku dysplazji stawów biodrowych w populacji docelowej niemowląt w ostatnim roku realizacji PPZ w stosunku do pierwszego roku jego realizacji”.

Miernik nr 1 został sformułowany prawidłowo i odnosi się do celu głównego. Miernik nr 2 wymaga przeformułowania. Biorąc pod uwagę zaproponowany cel szczegółowy, odpowiadający mu miernik efektywności mógłby brzmieć: odsetek niemowląt, u których rozpoznano dysplazję stawu biodrowego poprzez ocenę stanu rozwoju stawu biodrowego w skali Grafa, w oparciu o badanie ultrasonograficzne i skierowano je do dalszej diagnostyki.

Populacja docelowa

Populację docelową opiniowanego projektu stanowią niemowlęta w wieku od 4 tygodnia do 4 miesiąca życia oraz przyszli rodzice, uczestniczący w zajęciach szkół rodzenia na terenie Powiatu Myślenickiego. Powołując się na dane GUS wskazano, że roczna liczba urodzeń w powiecie Myślenickim to ok. 1 150 dzieci. Populacja przyszłych rodziców liczy ok. 2 300 osób. Przesiewowe badanie preluksacyjne zaplanowano dla całej populacji dzieci tj. 1 150 dzieci, natomiast, działania edukacyjne dla 400 osób rocznie. Oszacowania populacji docelowej dokonano z uwzględnieniem możliwości finansowych Powiatu Myślenickiego.

W projekcie opisano kryteria włączenia i wyłączenia. Jako jedno z kryteriów wyłączenia z programu dla interwencji przesiewowych badań preluksacyjnych, wskazano korzystanie w okresie ostatnich 24 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu z tego typu interwencji finansowanych ze środków publicznych. Należy wspomnieć, że do programu nie dołączono dokumentu, na podstawie którego można byłoby zweryfikować korzystanie z ww. świadczeń, np. oświadczenia uczestnika. Sugeruje się zaprojektowanie takiego dokumentu, celem zabezpieczenia ryzyka podwójnego finansowania świadczeń.

Interwencja

W ramach realizacji PPZ zaplanowano przesiewowe badanie preluksacyjne niemowląt oraz działania edukacyjne prowadzone w szkołach rodzenia.

Przesiewowe badanie preluksacyjne

Etap przesiewowego badania preluksacyjnego będzie przeprowadzany przez lekarza specjalistę w dziedzinie ortopedii dziecięcej i traumatologii narządu ruchu lub lekarza w trakcie specjalizacji i obejmie: ocenę kwalifikacji do programu, wywiad lekarski, badanie fizykalne w kierunku dysplazji stawu biodrowego (m.in. diagnoza rozbieżności w długości kończyn, badanie pod kątem asymetrycznych fałdów uda lub pośladków, obserwacja ograniczonego odwodzenia lub przykurczu stawów biodrowych), a także badanie USG stawów biodrowych wraz z oceną stanu rozwoju stawu biodrowego w skali Grafa. W przypadku wyniku:

- IA lub IB – rodzice zostaną poinformowani o prawidłowym rozwoju stawów.
- IIA, IIB, IIC, IID, III, IV lub inne wykrycie nieprawidłowości wymagających obserwacji – rodzice zostaną poinformowani o konieczności wykonania kontrolnego USG poza programem (wskazany zostanie zalecany termin oraz placówki, w których można otrzymać tego rodzaju świadczenia w powiecie) oraz zostaną przekazane indywidualne zalecenia dot. postępowania z dzieckiem.

Na zakończenie sporządzona zostanie dokumentacja badania, przekazane będą informacje o pielęgnacji dziecka oraz ankieta satysfakcji.

Działania edukacyjne

W projekcie zaplanowano działania edukacyjne dla przyszłych rodziców/opiekunów prawnych, obejmujące jedno 90-minutowe spotkanie ze specjalistą. Edukacja realizowana będzie jako część zajęć szkół rodzenia w powiecie myślenickim. Interwencja obejmie część teoretyczną dotyczącą prawidłowej pielęgnacji oraz profilaktyki dysplazji. Część praktyczna będzie przeprowadzona z wykorzystaniem fantomu i obejmie rozwiązania omówione w części teoretycznej m.in. pieluchowanie, noszenie, ubieranie, przewijanie, chustonoszenie i dobór nosidełek. W programie zaplanowano badanie poziomu wiedzy praktycznej i teoretycznej z wykorzystaniem pre-testu przed spotkaniem oraz post-testu po spotkaniu.

W programie kwalifikacja uczestników została ujęta jako część działań edukacyjnych. Należy wskazać, że kwalifikacja powinna stanowić odrębne działanie, należałoby również opisać sposób jej przeprowadzenia oraz zaprojektować stosowne oświadczenia, za pomocą których byłaby możliwa weryfikacja uczestnika pod kątem kryteriów włączenia i wyłączenia z programu.

Warto zaznaczyć, że świadczenia dotyczące profilaktyki dysplazji stawu biodrowego stanowią część gwarantowanych świadczeń lekarza POZ i określone są w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.), dotyczących warunków realizacji porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych.

W ramach świadczeń ultrasonograficznych dostępnych w ramach AOS gwarantuje się finansowanie procedury USG stawów biodrowych (88.797).

Należy zaznaczyć, że zgodnie z przedstawionymi danymi aktualnie czas oczekiwania na badanie preluksacyjne w Powiecie Myślenickim wynosi ponad miesiąc, natomiast najbliższa poradnia preluksacyjna znajduje się w miejscowości Dobrzyce.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu będzie dokonywana na podstawie analizy wskaźników: „liczby niemowląt uczestniczących w preluksacyjnych badaniach przesiewowych”, „liczby niemowląt, u których zidentyfikowano dysplazję stawów biodrowych”, „liczby niemowląt, które zostały skierowane do dalszej diagnostyki poza programem (w tym z zaleceniem powtórnego badania USG)”, „liczby osób, które uczestniczyły w działaniach edukacyjnych” oraz „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie przed jego zakończeniem”. Należy zaznaczyć, że wskaźniki dot. „liczby niemowląt, u których zidentyfikowano dysplazję stawów biodrowych”, „liczby niemowląt, które zostały skierowane do dalszej diagnostyki poza programem (w tym z zaleceniem powtórnego badania USG)” odnoszą się bardziej do ewaluacji. Pozostałe wskaźniki zostały dobrane prawidłowo.

W zakresie oceny jakości świadczeń, zaplanowano analizę wyników ankiety satysfakcji rodziców/opiekunów prawnych uczestników programu. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie wzbudził zastrzeżeń.

Zgodnie z treścią projektu ocena efektywności programu będzie prowadzona w oparciu o następujące wskaźniki: „odsetek rodziców, u których w post-testie wiedzy z zakresu zasad opieki nad niemowlęciem sprzyjających prawidłowemu rozwojowi stawów biodrowych odnotowano utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy względem pre-testu” oraz „odsetek zgłaszalności na badania przesiewowe w kierunku dysplazji stawów biodrowych w populacji docelowej niemowląt w ostatnim roku realizacji PPZ w stosunku do pierwszego roku jego realizacji”. Należy zaznaczyć, że drugi zaproponowany wskaźnik odnosi się bardziej do monitorowania. Warto jednak podkreślić, że w ramach monitorowania

wnioskodawca wskazał na dwa wskaźniki mające zastosowanie przy ewaluacji tj. „liczba niemowląt, u których zidentyfikowano dysplazję stawów biodrowych” oraz „liczba niemowląt, które zostały skierowane do dalszej diagnostyki poza programem (w tym z zaleceniem powtórnego badania USG)”. Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis planowanych działań i etapów w ramach programu. Należy zaznaczyć, że nie uwzględnia on akcji informacyjno-promocyjnej, co należy uzupełnić. W projekcie opisano również sposób zakończenia udziału w programie oraz odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

W treści projektu wskazano koszty jednostkowe oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego trwania w podziale na poszczególne interwencje. Odniesiono się do działań informacyjnych i monitorowania, wskazując, że monitorowanie oraz ewaluacja będą realizowane w ramach zadań własnych pracowników Starostwa Powiatowego w Myślenicach. Działania informacyjne realizowane będą bez dodatkowych kosztów w ramach zadań własnych pracowników Starostwa Powiatowego w Myślenicach oraz w ramach współpracy z realizatorem i placówkami POZ/AOS/lecznictwa szpitalnego na terenie powiatu. Koszty całkowite realizacji projektu w latach 2026-2030 zostały oszacowane na 730 000 zł (146 000 zł rocznie). Program ma zostać sfinansowany ze środków finansowych Powiatu Myślenickiego. Zaznaczono także, że „Starostwo Powiatowe w Myślenicach w latach 2026-2030 będzie starało się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Małopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Dysplazja stawu biodrowego (łac. dysplasia coxae congenita, ang. hip dysplasia) określa panewkę stawu biodrowego, która nie obejmuje w pełni części kulistej górnej kości udowej. Dokładna przyczyna lub przyczyny dysplazji stawu biodrowego nie są znane. Powszechnie uważa się, że dysplazja stawów biodrowych rozwija się w okresie okołoporodowym, ponieważ panewka stawu biodrowego jest płytsza w momencie narodzin niż kiedykolwiek przed lub po narodzinach. Płytką panewką może pozwolić na większą elastyczność niemowlęcia podczas przechodzenia przez kanał rodny. Po urodzeniu, luźne więzadła zazwyczaj wracają do normy, a panewki stawów biodrowych szybko się pogłębiają w ciągu pierwszego roku życia. Czynnikiem ryzyka rozwoju dysplazji jest płeć żeńska czy czynniki genetyczne. Zwiększone stężenie estrogenów i relaksyny w końcowym okresie ciąży, które ma na celu rozluźnienie tkanki łącznej kanału rodowego, jednak jednocześnie wpływa na rozluźnienie tkanki łącznej dziecka.

Podstawowym badaniem diagnostycznym jest badanie ortopedyczne, kliniczne, natomiast badaniem dodatkowym, z wyboru jest ultrasonografia, która pozwala na identyfikację oraz ustalenie granic tkanek (kostnej, chrzęstnej, włóknistej) budujących staw biodrowy. USG ułatwia diagnozę oraz monitorowanie leczenia, pozostaje jednak badaniem dodatkowym. Najbardziej rozpowszechnioną metodą badania jest metoda Grafa.

Alternatywne świadczenia

W okresie pierwszych 12 godzin życia noworodka lekarz oddziału neonatologicznego w obecności matki lub ojca przeprowadza badanie kliniczne noworodka.

Świadczenia dotyczące profilaktyki dysplazji stawu biodrowego stanowią część gwarantowanych świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Świadczenia te określone są w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz.

1427 z późn. zm.), dotyczących warunków realizacji porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych. Zgodnie z ww. dokumentem w ramach POZ możliwe jest wykonanie u noworodka podczas porady patronażowej w 1-4 tygodniu życia badania podmiotowego i przedmiotowego, z uwzględnieniem rozwoju fizycznego, pomiaru i monitorowania obwodu głowy, oceny żółtaczki, podstawowej oceny stanu neurologicznego oraz badania przedmiotowego w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych. Ponadto w 2-6 miesiącu życia również w ramach porady patronażowej i badania bilansowego w tym badania przesiewowego, przewidziane jest badanie przedmiotowe w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.) zawiera świadczenia gwarantowane w zakresie dysplazji stawu biodrowego. W ramach świadczeń ultrasonograficznych dostępnych w ramach AOS gwarantuje się finansowanie procedury USG stawów biodrowych (88.797).

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Badanie USG jest zalecane w wieku:
 - od 4 tygodni (ACR 2019), 6 tygodni (ASUM 2019) do 4 miesięcy (ACR 2019) lub <6 miesięcy (RACGP 2021), jeśli u dziecka występują czynniki ryzyka,
 - 6 tygodni dla wszystkich dzieci z położeniem miednicowym (RACGP 2021),
 - od 4 tygodni do 4 miesięcy z niejednoznacznym badaniem fizykalnym (ACR 2019),
 - <4 miesięcy z fizycznymi objawami DDH podczas wstępnego obrazowania (ACR 2019),
 - <6 miesięcy ze rozpoznaniem DDH podczas nieoperacyjnego obrazowania nadzorowanego za pomocą szelek odwodzących (ACR 2019),
 - od 6 tygodni do 6 miesięcy u niemowląt „wysokiego ryzyka” bez pozytywnych wyników badań fizycznych,
 - <6 tygodni, z pozytywnym badaniem niestabilności (AAOS 2022¹),
 - u niemowląt z klinicznie zwichniętym biodrem powinno być przeprowadzone natychmiast (ASUM 2019),
 - przed wypisem z miejsca urodzenia lub w każdym przypadku w ciągu pierwszego tygodnia życia, u niemowląt, u których podczas badania klinicznego występuje „objaw uderzenia” (Agostiniani 2020).
- Wszystkie noworodki, niezależnie od obecności czynników ryzyka, muszą być objęte programem badań przesiewowych w kierunku DDH (rozwojowa dysplazja stawu biodrowego, ang. developmental dysplasia of the hip), który przewiduje wykonanie badania USG bioder między 4 a 6 tygodniem życia (Agostiniani 2020).
- Obrazowanie nie jest zalecane do wstępnego rozpoznania u dzieci w wieku poniżej 4 tygodni z niejednoznacznym badaniem fizykalnym lub czynnikami ryzyka DDH (ACR 2019).
- Umiarkowane dowody przemawiają za nieprzeprowadzaniem powszechnych badań ultrasonograficznych noworodków (AAOS 2015).
- AAP 2021 odradza uniwersalne badania ultrasonograficzne. Selektywne USG stawu biodrowego można rozważyć w wieku od 6 tygodni do 6 miesięcy u niemowląt „wysokiego ryzyka” bez pozytywnych wyników badań fizykalnych. Wysokie ryzyko jest pojęciem względnym i kontrowersyjnym, ale należy wziąć pod uwagę położenie miednicowe; dodatni wywiad rodzinny; obawy rodziców; podejrzanе, ale niejednoznaczne badanie okresowe; dodatni wynik we wcześniejszym badaniu fizykalnym w kierunku niestabilności oraz historię ciasnego owinięcia

kończyn dolnych. Ponieważ większość DDH występuje u dzieci bez czynników ryzyka, badanie fizykalne pozostaje podstawowym narzędziem przesiewowym (AAP 2021).

- Umiarkowane dowody przemawiają za przeprowadzeniem badania obrazowego przed ukończeniem 6 miesiąca życia u niemowląt z jednym lub więcej z następujących czynników ryzyka: położenie pośladkowe, wywiad rodzinny lub niestabilność kliniczna w wywiadzie (AAOS 2022).
- AAP, POSNA, AAOS i Canadian DDH Task Force zalecają badania fizykalne noworodków i okresowe badania fizykalne w kierunku DDH, obejmujące wykrycie rozbieżności w długości kończyn, badanie pod kątem asymetrycznych fałdów uda lub pośladków, wykonanie testu Ortolanego na stabilność (zazwyczaj daje wynik ujemny po 3 miesiącu życia) oraz obserwowanie ograniczonego odwodzenia (na ogół dodatni wynik po 3 miesiącu życia). Można rozważyć stosowania elektronicznej dokumentacji medycznej celem automatycznego powiadamiania o okresowych badaniach bioder oraz rejestrowania ich wyników.
- Wśród czynników ryzyka wystąpienia DDH wyróżnia się: płeć żeńską, położenie miednicowe, asymetryczne fałdy skórne, anomalie formowania czaszki lub stopy (RACGP 2021, ASUM 2019, AAOS 2015).
- Po urodzeniu wszystkie noworodki muszą przejść badanie kliniczne bioder przeprowadzone przez neonatologa lub pediatrę; badanie musi być odpowiednio udokumentowane (Agostiniani 2020).
- Badanie kliniczne bioder musi być powtórzone podczas oceny stanu zdrowia w ciągu pierwszych 6 miesięcy życia przez pediatrę rodzinnego i odpowiednio udokumentowane (Agostiniani 2020).
- USG stawu biodrowego noworodka powinno być świadczone wyłącznie przez tych lekarzy, którzy posiadają kompetencje w zakresie badania i odpowiednie kwalifikacje do wykonywania USG pediatrycznego (ASUM 2019).
- Dowody zdecydowanie wspierają badania przesiewowe i leczenie zwichnięć stawu biodrowego (dodatni wynik testu Ortolanego) oraz wstępne obserwacje łagodniejszych wczesnych postaci dysplazji i niestabilności (dodatni wynik testu Barlowa). Pediatra lub ortopeda może zaobserwować łagodne postacie poprzez okresowe badanie i ewentualną kontrolę obrazową, ale faktyczne leczenie powinien przeprowadzić ortopeda (AAP 2021).
- Rozsądnym celem lekarza POZ powinno być zdiagnozowanie podwichnięcia lub zwichnięcia stawu biodrowego przed ukończeniem 6 miesiąca życia za pomocą okresowego badania fizykalnego. W porozumieniu z radiologiem dziecięcym i/lub ortopedą można zastosować selektywną ultrasonografię lub radiografię. Nie wykazano, aby program badań przesiewowych całkowicie wyeliminował ryzyko późnej prezentacji DDH. Nie ma dowodów na wysokim poziomie, że łagodniejszym postaciom dysplazji można zapobiegać poprzez badania przesiewowe i wczesne leczenie (AAP 2021).
- Umiarkowane dowody potwierdzają, że lekarz powinien ponownie zbadać niemowlęta, które wcześniej przeszły badanie przesiewowe jako „mające prawidłowe badanie stawu biodrowego” podczas kolejnych wizyt przed ukończeniem 6 miesiąca życia (AAOS 2022).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

- W jednym z badań stwierdzono, że ultrasonografia uniwersalna w porównaniu z samym badaniem klinicznym nie spowodowała istotnego statystycznie zmniejszenia późno zdiagnozowanego DDH (RR 0,54 [95%CI: (0,19;1,59)]) lub zabiegu chirurgicznego (RR 0,22 [95%CI: (0,01;4,52)]), ale była związana z istotnym statystycznie wzrostem leczenia (RR 1,88 [95%CI: (1,41;2,51)]; RD 0,01 [95%CI: (0,01;0,02)]; NNT100) (Shorter 2011). W jednym badaniu stwierdzono, że celowana ultrasonografia w porównaniu z samym badaniem klinicznym nie spowodowała istotnego statystycznie zmniejszenia późno zdiagnozowanego DDH (RR 0,80 [95%CI: (0,33;1,98)]) lub zabiegu chirurgicznego (RR 0,45 [95%CI: (0,04;4,93)]), bez istotnej statystycznie różnicy w częstości leczenia (RR 1,12 [95%CI: (0,82;1,53)]) (Shorter 2011).

- Badania kliniczne połączone z badaniem USG jest w stanie zidentyfikować noworodki ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia DDH (Shipman 2006).
- W badaniu otrzymano wyższy odsetek podjętego leczenia u dzieci w populacji badanych metodą ultrasonograficzną. Jednocześnie może to być spowodowane zwiększoną liczbą zbędnych interwencji medycznych (Roovers 2005).
- Brakuje wyraźnych dowodów za lub przeciw ogólnemu badaniu ultrasonograficznemu noworodków w kierunku DDH (Woolacott 2005).
- Potrzebne są badania, które zbadają naturalny przebieg choroby, optymalne leczenie DDH i najlepszą strategię badań ultrasonograficznych (Woolacott 2005).
- Nie ma dowodów na to, że diagnostyczne USG kiedykolwiek wyrządziły jakiekolwiek szkody dorosłym, dzieciom lub ludzkiemu płodowi i embrionowi. Jednak testy laboratoryjne wykazały, że ultradźwięki mogą powodować ogrzewanie i inne potencjalnie szkodliwe skutki w ludzkim ciele, jeśli są używane z niewłaściwym poziomem mocy lub przez dłuższy czas (BMUS 2017).

Podsumowanie opinii ekspertów

Eksperci wypowiedzieli się w charakterze przemawiającym za finansowaniem, podkreślając, że zdecydowanie badania profilaktyczne powinny być prowadzone i współfinansowane ze środków publicznych. Zgodnie stwierdzili, że program powinien być skierowany do populacji niemowląt w zależności od stwierdzonych czynników ryzyka lub objawów – powinien dotyczyć wszystkich noworodków. Eksperci wskazują, że interwencje jakie powinny zostać zastosowane w ramach PPZ to badanie kliniczne oraz badanie ultrasonograficzne. Eksperci zaznaczają, że istotne znaczenie ma wyjaśnienie rodzicom/opiekunom dziecka, że niewykonanie zleconego badania USG naraża na ewentualne niewykrycie występującej dysplazji biodra, co grozi zwichnięciem stawu i niepełnosprawnością ruchową.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Z upoważnienia Prezesa

ZASTĘPCA PREZESA

Anna Kowalczuk

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr OT.431.36.2025, „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania dysplazji stawów biodrowych w Powiecie Myślenickim na lata 2026-2030” realizowany przez Powiat Myślenicki; data ukończenia opracowania: czerwiec 2025 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 99/2025 z dnia 9 czerwca 2025 roku o projekcie „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania dysplazji stawów biodrowych w Powiecie Myślenickim na lata 2026 - 2030”.