



Protocol Clinic Instituțional „Febra reumatismală acută la copil”, ediția III

Aprobat

Șef IMSP CS Ungheni

Oleg Belbas



Instituția Medico-Sanitară Publică

Centrul de Sănătate Ungheni

FEBRA REUMATISMALĂ ACUTĂ LA COPIL

**Protocol clinic instituțional
(ediția III)**

PCI - 53

Ungheni 2025



INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE UNGHENI

ORDIN

Nr. 88

„25” 06 2025

*Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.375 din 30.04.25
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
"Febra reumatismală acută la copil", ediția III
în cadrul IMSP CS Ungheni.*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 375 din 30.04.2025 „Cu privire la aprobarea **Protocolului Clinic Național "Febra reumatismală acută la copil", ediția III**, elaborat în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr.148/2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății” și în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților în cadrul IMSP CS Ungheni,

ORDON:

1. De implementat în activitatea medicilor de familie IMSP CS Ungheni Protocolul Clinic Național **"Febra reumatismală acută la copil", ediția III**.
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național **"Febra reumatismală acută la copil", ediția III**, în cadrul IMSP CS Ungheni de către grupul de audit medical intern.
3. De organizat asigurarea cu medicamente necesare, incluse în Protocolul Clinic Național **"Febra reumatismală acută la copil", ediția III**.
4. De organizat participarea personalului medical la seminarele zonale ce vor fi organizate în scopul instruirii implementării PCN.
5. De elaborat Protocolul Clinic Instituțional în baza PCN **"Febra reumatismală acută la copil", ediția III** în cadrul IMSP CS Ungheni.
6. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Șefului Adjunct pe probleme medicale D-nei Natalia Bargan.

Șef IMSP CS Ungheni

Oleg BELBAS



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

30 aprilie 2025

ORDIN
mun. Chișinău

Nr. 345

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Febra reumatismală acută la copil”, ediția III

În vederea asigurării calității serviciilor medicale acordate populației, în temeiul Hotărârii Guvernului nr.148/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății,

ORDON:

1. Se aprobă Protocolul clinic național „Febra reumatismală acută la copil”, ediția III, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Febra reumatismală acută la copil”, ediția III.
3. Conducătorul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Protocolul clinic național „Febra reumatismală acută la copil”, ediția III.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Febra reumatismală acută la copil”, ediția III, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Conducătorul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate va organiza evaluarea implementării Protocolului clinic național „Febra reumatismală acută la copil”, ediția III, în procesul de evaluare și acreditare a prestatorilor de servicii medicale.
6. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza controlul respectării cerințelor Protocolului clinic național „Febra reumatismală acută la copil”, ediția III, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
7. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Institutul Mamei și Copilului, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Febra reumatismală acută la copil”, ediția III, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
8. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, conducătorul Centrului de Excelență în Medicină și Farmacie „Raisa Pacalo” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza includerea Protocolului clinic național „Febra reumatismală acută la copil”, ediția III, în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Se abrogă Ordinul Ministerului Sănătății nr.943 din 30.11.2016 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Febra reumatismală acută la copil”.
10. Controlul executării prezentului ordin se atribuie secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
SUMARUL RECOMANDĂRILOR.....	4
PREFAȚĂ.....	5
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	5
A.1. Diagnosticul:.....	5
A.2. Codul bolii (CIM 10):.....	6
A.3. Utilizatorii:.....	6
A.4. Obiectivele protocolului:	6
A.5. Elaborat: 2016.....	6
A.6. Revizuit: 2025.....	6
A.7. Data următoarei revizuirii: 2030.....	6
A.8. Definițiile folosite în document	6
A.9. Informația epidemiologică.....	7
B. PARTEA GENERALĂ	8
B.1. Nivel de asistență medicală primară	8
C. 1. ALGORITMI DE CONDUCĂ.....	11
C 1.1. Algoritm general de conduită în FRA la copil.....	11
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR.....	12
C.2.2. Factorii de risc.....	12
C.2.3. Profilaxia.....	12
C.2.4.1. Anamneza	13
C.2.4.2. Examenul fizic	13
C.2.4.3. Investigațiile paraclinice.....	15
C.2.4.6. Tratamentul	18
C.2.4.8. Supravegherea pacienților cu FRA.....	19
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU	19
D.1. Prestatori de servicii de AMP	20
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	21
F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE	23
ANEXE.....	25
Anexa 1. Diagnosticul diferențial la copiii cu poliartrită și cu febră	25
Anexa 2. Diagnosticul diferențial în coree.....	26
Anexa 3. Profilaxia primară a febrei reumatismale acute: tratamentul recomandat în faringita streptococică, IDSA Guideline	27
Anexa 4. Indicații pentru recurențele repetate, frecvente ale faringitei streptococice, grupul A	28
Anexa 5. Fișa standardizată de audit medical	29
Anexa 6. Ghid pentru părinți	31

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ASL-O	Antistreptolizina O
AINS	antiinflamatoare nesteroidiene
AMP	Asistență medicală primară
AMSA	Asistență medicală specializată de ambulator
AMS	Asistență medicală spitalicească
AV	Atrioventricular
ECG	Electrocardiograma
FCC	frecvență a contracțiilor cardiace
FR	frecvență a respirației
FRA	febră reumatică acută
HLA	sistemul major de histocompatibilitate/ <i>human leukocyte antigen system</i>
i.m.	Intramuscular
IC	insuficiență cardiacă
IMSP IM și C	Instituția Medico-Sanitară Publică Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului
MS RM	Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
NYHA	Asociația inimii din New York/ <i>New York Heart Association</i>
ORL	Otorinolaringolog
Tad	tensiune arterială diastolică
Tas	tensiune arterială sistolică
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
SATI	secția Anestezie și Terapie Intensivă
RMN	rezonanță magnetică nucleară
TC	tomografie computerizată

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

1. Profilaxia primară a FRA trebuie implementată cu scop de reducere a numărului de îmbolnăviri, iar profilaxia secundară cu scopul prevenirii progresiei cardiopatiei reumatismale prin evitarea răspândirii și tratamentul infecțiilor streptococice faringiene.
2. Recunoașterea semnelor clinice și paraclinice sunt importante în stabilirea diagnosticului FRA, indicarea tratamentului adecvat precoce și monitorizarea evoluției bolii.
3. Investigațiile paraclinice sunt aplicate în dependență de caz.
4. Pentru diagnostic sunt recomandate Criterii Jones Revizuite de diagnostic al FRA în era ecocardiografiei (AHA, 2015). Diagnosticul se va conduce de prevederile Algoritmului.
5. Diagnosticul cert de FRA obligă inițierea tratamentului, care va depinde de prezența afectărilor articulare, cardiace și neurologice și severitatea manifestării acestora: tratament etiologic, patogenetic și simptomatic (stoparea progresiei bolii, prevenirea instalării și progresării afectării valvulare) și tratamentul complicațiilor.
6. Tratamentul complex va determina dispariția procesului inflamator în timp optimal, ținând manifestările cardiace și articulare, influențând evoluția și prognosticul bolii.
7. Tratamentul profilactic urmărește prevenirea dezvoltării complicațiilor severe cardiace – formarea valvulopatiei reumatismale.
8. Pacienții cu afectare cardiacă în faza acută vor beneficia de recomandări specifice de tratament.
9. Spitalizarea se va efectua cu scop de stabilire a diagnosticului, în special la debut în caz de evoluție cu afectări cardiace sau de evoluție clinică atipică; prezența complicațiilor; necesitatea intervențiilor chirurgicale
10. Recuperarea se va face conform programelor existente în funcție de leziunile instalate.
11. Supravegherea va avea ca scop primar monitorizarea eficacității tratamentului administrat, evoluția bolii precum și prevenirea complicațiilor acestuia.

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: PCN-53, „**Febra reumatismală acută la copil**”, și Ordinul nr. 429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implimentării protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locului de lucru” de către grupul de lucru în componență:

Belbas Oleg - șef IMSP CS Ungheni;

Bargan Natalia -șef adjunct pe probleme medicale;

Andrieș Ana – farmacist diriginte;

Ciobanu Irina - medic de familie;

Morari Tatiana – medic de familie;

Chirinciuc Iulia - medic de familie;

Mămăliga Constantin –audit medical intern

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința medicală instituțională pentru aprobarea PCI.

Data elaborării protocolului: 12.06.2025
(Aprobat prin Ordinul directorului SS din 25.06.2025) în baza:

- PCN-53 „ Febra reumatismală acută la copil”, Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 375 din 30.04.2025 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Febra reumatismală acută la copil”, ediția III

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul:

Exemple de diagnostice clinice:

1.Febră reumatismală acută cu complicații cardiace: mioendocardită cu afectare a valvei mitrale; poliartrita, activitate grad II (moderată), evoluția acută. Insuficiență cardiacă gradul II după NYHA. Amigdalită cronică decompensată, recidive de angină, ASLO 1:800.

2.Cardită reumatismală recurentă (al III-lea puseu 2011, 2013, 2016), valvulopatie mitrală cu insuficiența valvei mitrale de grad III, activitatea grad II. Insuficiență cardiacă grad III după NYHA.

A.2. Codul bolii (CIM 10):

- I00 – Reumatismul articular acut fără complicații cardiace
- I01 – Reumatismul articular acut cu complicații cardiace
- I02 – Coreea reumatică
- I05-I09 – Cardiopatia reumatică cronică
- I05 – Bolile reumatismale ale valvulei mitrale
- I06 – Bolile reumatismale ale valvulei aortale
- I07 – Bolile reumatismale ale valvulei tricuspide
- I08 – Boli multiple valvulare
- I09 – Alte boli reumatice ale inimii

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii serviciilor de AMP (medici de familie, asistente medicale de familie, medici pediatri)

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

A.4. Obiectivele protocolului:

1. Sporirea numărului de copii, cărora li s-a efectuat profilaxia primară a FRA.
2. Majorarea numărului de pacienți cu FRA, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primele săptămâni de la debutul bolii.
3. Ameliorarea calității examinării clinice și a celei paraclinice la pacienții cu FRA.
4. Sporirea calității tratamentului acordat pacienților cu FRA.
5. Creșterea numărului de pacienți cu FRA, supravegheați conform recomandărilor din protocolul clinic național *Febra reumatică acută la copil*.
6. Reducerea numărului de copii, cu cardiopatii valvulare reumatismale cronice.

A.5. Elaborat: 2016

A.6. Revizuit: 2025

A.7. Data următoarei revizuirii: 2030

A.8. Definițiile folosite în document

Febra reumatică acută se consideră o maladie sechelară nonsupurativă a faringitei acute cu streptococul β -hemolitic, grupul A, cu afectarea cordului, articulațiilor, sistemului nervos central, tegumentelor și a țesuturilor subcutanate, cu tendință spre evoluție cronică cu exacerbări și cu consecințe grave din motivele instalării cardiopatiei reumatismale sau a cardiopatiei reumatismale (leziuni valvulare cu sechele fibroase). Febra reumatică acută este rezultatul unei interacțiuni complexe dintre gazdă susceptibilă, tulpini reumatogene a streptococului și factorii de mediu.

Morfopatologic FRA este determinată de leziunile exsudative și proliferativ-granulomatoase. Leziunile exsudative apar în procesul de degenerescență mucoidă, cu afectarea vaselor, valvelor și a pericardului, însoțite de edem, aglomerare limfocitară și plasmocitară. Leziunile proliferativ-granulomatoase sunt reprezentate de nodulii Aschoff. Evoluția nodulilor Aschoff este în medie de 4 luni. Din aceste considerente

tratamentul antiinflamator precoce în fazele incipiente va permite evitarea apariției cicatricelor perivasculare sau a depunerilor fibroase printre miofibrile.

A.9. Informația epidemiologică

FRA are incidență sporită la copiii cu vârstele cuprinse între 5 și 15 ani, media vârstei la debutul bolii – 10 ani. În ultimii 80 de ani, incidența FRA în SUA și în alte țări industrializate a scăzut considerabil și, la momentul actual, constituie 1 la 100.000 de populație. Pe când în țările în curs de dezvoltare FRA și cardiopatia reumatismală cronică constituie o problemă națională. Incidența medie anuală a FRA este de 19:100000 la nivel global, cu o incidență mai mare în țările Europei de Est, Orientului Mijlociu și Asiei. Are o incidență sporită la copiii cu vârstele cuprinse între 5 și 15 ani, media vârstei la debutul bolii fiind de 10 ani. În rândul populației aborigene în Australia, incidența FRA este de 194:100000, deși criteriile utilizate sunt mai sensibile în comparație cu criteriile Jones modificate.

O incidență mult mai mică a FRA se determină în țări precum SUA și Marea Britanie. Se presupune, că aceasta se datorează îmbunătățirii standardelor de igienă. Cardiopatia reumatismală este cea mai frecventă cauză a valvulopatiei dobândite la copii și este cauza cea mai frecventă de deces în primele 5 decade ale vieții.

Astfel, în Australia și în Noua Zelandă, incidența anuală a FRA este de 374 la 100.000. Aproximativ 60% dintre acești pacienți în anii următori dezvoltă cardiopatia reumatismală cronică.

B. PARTEA GENERALĂ

Nivel de asistență medicală primară		Pași
Descrier	Motiv	
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	Depistarea precoce și tratamentul adecvat al faringitelor streptococice previn apariția FRA.	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informarea despre factorii de risc ai FRA și despre consecințele ei (<i>caseta 1</i>). • Evidențierea purtătorilor de streptococ β-hemolitic, grupul A (<i>caseta 2</i>). • Sanarea focarelor cronice de infecție (referire la medicul specialist în ORL, stomatolog).
1.2. Profilaxia secundară	<p>Profilaxia secundară permite:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prevenirea recidivei FRA, la pacientul cu un episod primar, • la pacienții cu cardiă: prevenirea progresiei afecțiunii cardiace, 	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <p>Antibiototerapie prelungită (<i>caseta 2</i>).</p>
2. Diagnosticul		
2.1. Identificarea semnelor precoce de FRA	Identificarea semnelor precoce de FRA este importantă pentru stabilirea unui diagnostic precoce și inițierea promptă a tratamentului personalizat, adaptat gradului de activitate și implicării cardiace.	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidențierea copiilor cu factori de risc în dezvoltarea FRA (<i>caseta 1</i>); • Anamneza și examenul fizic (<i>casetele 4, 5</i>); • Investigațiile paraclinice pentru determinarea gradului de activitate a bolii și pentru supravegherea evoluției bolii (posibilelor sechele cardiace) (<i>tabelul 3</i>);

	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea indicațiilor pentru consultul medicului reumatolog pediatru, medicului specialist în ORL și cardiocirurgie. • Efectuarea diagnosticului diferențial în funcție de expresia semnelor clinice de FRA (anexele 1, 2);
2.2. Decizii asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu	<p>Standard/Obligatoriu: Evaluarea criteriilor de spitalizare (casetele 7, 8).</p>
3. Tratamentul	
3.1. Tratamentul simptomatic	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibioticele (casetă 10). • AINS – la adresare primară (casetă 10). <p>Recomandabil (diagnostic confirmat):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul nonfarmacologic (sanarea focarelor cronice de infecție) • Peniciline naturale cu durată lungă (efectuarea profilaxiei secundare) (casetă 10)
4. Supravegherea	
4.1. Supravegherea permanentă până la vârsta de 18 ani	<p>Profilaxia secundară permanentă conform protocolului clinic național va permite reducerea complicațiilor cardiace (dezvoltarea cardiopatiei reumatismale cronice).</p> <p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supravegherea în colaborare cu medicul reumatologul pediatru (casetă 12). • Administrarea medicamentelor incluse în profilaxia secundară (casetă 2).

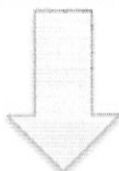
5. Recuperarea	Recuperarea previne complicațiile , reduce simptomele și îmbunătățește calitatea vieții	Standard/Obligatori: <ul style="list-style-type: none">• Monitorizarea tratamentului în comun cu medicul reumatolog pediater;• Prevenirea recidivelor FRA;• Respectarea profilaxiei secundare.
-----------------------	---	---

C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C 1.1. Algoritm general de conduită în FRA la copil

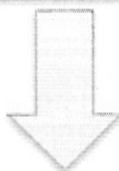
I. Suspectarea și confirmarea FRA:

1. Anamnezic
2. Criterii Jones majore și minore (Criteriile Jones Modificate 2015)
3. Investigații de laborator obligatorii și recomandabile (tabelul 3)
4. Consultul medicilor specialiști (reumatolog, ORL, stomatolog etc.)



II. Tratamentul FRA

1. Spitalizare în secția specializată reumatologie pediatrică sau SATI (casetele 7, 8)
2. Eradicare a infecției streptococice și profilaxia ei
3. Tratament antiinflamator
4. Tratament al complicațiilor posibile
5. Tratament al comorbidităților posibile



III. Profilaxia secundară a febrei reumatismale acute – durata terapiei

Febra reumatică cu cardită* și afectare valvulară persistentă	10 ani sau până la 40 de ani (se va selecta durata mai lungă) Uneori este necesară antibioticoprofilaxia pe parcursul întregii vieți
Febra reumatică cu cardită, dar fără afectare valvulară persistentă*	10 ani sau până la 18 ani (se va selecta durata mai lungă)
Febra reumatică fără cardită	5 ani sau 18 ani (se va selecta durata mai lungă)

*Dovedită clinic sau prin ecocardiografie.

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.2. Factorii de risc

Caseta 1. Factori de risc ai FRA

- Nutriție deficitară cu carență de vitamine C, A, D, calciu și fosfor.
- Predispoziție ereditară.
- Condiții insalubre de viață.
- Colectivități aglomerate (școli, familii aglomerate cazate de spațiile restrânse).
- Infecțiile streptococice repetate.
- Variațiile sezoniere (iarna, primăvara, concomitent cu variațiile sezoniere ale faringitei streptococice).
- Purtători de streptococi din grupul A, în căile respiratorii superioare.

C.2.3. Profilaxia

Caseta 2. Profilaxia FRA

Profilaxia primară

- Tratamentul adecvat al faringitei streptococice.
- Evidențierea purtătorilor cu streptococul β -hemolitic, grupul A.

Profilaxia secundară a FRA

- Scopul – prevenirea recidivei FRA, la pacientul cu un episod primar;
- La pacienții cu cardită: prevenirea progresiei afectării cardiace
- La pacienții fără cardită: prevenirea afectării cardiace

Durata profilaxiei

La copiii cu FRA, fără cardită – durata profilaxiei secundare este de 5 ani sau până la 18 ani, permanent o dată în lună cu:

- Benzathini benzylpenicillinum 600.000 UI, pentru copiii cu masa corporală mai mică de 27 kg, i.m. sau
- Benzathini benzylpenicillinum 1.2 mln UI, pentru copiii cu masa corporală mai mare de 27 kg, i.m

La copiii cu FRA, cu cardită – durata profilaxiei secundare este de 10 ani sau până la 25 de ani, permanent o dată în lună cu:

- Benzathini benzylpenicillinum 600.000 UI, pentru copiii cu masa corporală mai mică de 27 kg, i.m. sau
- Benzathini benzylpenicillinum 1.2 mln UI, pentru copiii cu masa corporală mai mare de 27 kg. La copiii cu FRA, cu cardită severă și după tratament chirurgical – durata profilaxiei secundare este pentru toată viața, permanent o dată în lună cu:
- Benzathini benzylpenicillinum 600.000 UI, pentru copiii cu masa corporală mai mică de 27 kg, i.m. sau

- Benzathini benzylpenicillinum 1.2 mln UI, pentru copiii cu masa corporală mai mare de 27 kg, i.m.

La copiii cu alergii la Peniciline (Erythromycinum sau Azithromycinum, sau Clarithromycinum, sau Cefadroxilum*, per os), 7-10 zile lunar, timp de 2-5 ani.

C.2.4.1. Anamneza

Caseta 3. *Recomandări în colectarea anamnesticalui*

- Identificarea factorilor de risc (nutriție deficitară cu carență de vitamine C, A, D, calciu și fosfor; condiții insalubre de viață; infecțiile streptococice repetate; purtători de streptococi din grupul A în căile respiratorii superioare).
- Determinarea susceptibilității genetice.
- Debutul recent al bolii (acut sau insidios).
- Evidențierea perioadei de latență de 2-4 săptămâni, de la infecția faringiană cu streptococul β -hemolitic, grupul A, și manifestările clinice ale FRA.
- Simptomele FRA (febră, poliartrită, cardită, coree, eritem inelar, noduli subcutanați, epistaxis, dureri abdominale, artralгии).

C.2.4.2. Examenul fizic

Caseta 4. *Regulile examenului fizic în FRA*

Evidențierea sindroamelor clinice de bază (criteriile majore și minore) ale FRA:

Artrita: migratorie cu afectarea mai frecventă a articulațiilor mari și medii (genunchi, talocrurale, coate, radiocarpene); inflamația articulară, de regulă, persistă 7 zile (rareori, până la 2-3 săptămâni); artrita răspunde rapid la medicația salicilică; nu există sechele anatomice sau funcționale ale artritei din FRA.

Cardita (aproximativ 40% dintre pacienți): disconfort ușor sau moderat în regiunea precardiacă, prezența semnelor de miocardită, endocardită, pericardită, pancardită; cardiomegalie; insuficiență cardiacă; diminuarea zgomotelor cardiace; apariția suflurilor (holosistolic apical, diastolic la mitrală sau aortală, tahicardie sinuzală persistentă). Anatomic endocardita reumatică evoluează în 3 faze: infiltrație, organizare, cicatrizare. Instalarea leziunilor valvulare se notează în insuficiența mitrală timp de 2-3 săptămâni, în insuficiența aortală – 6 luni și în stenoza mitrală mai mult de 6 luni. Pericardita reumatică deseori se prezintă sub 2 forme: pericardita acută fibrinoasă și pericardita exsudativă. Pentru cardita reumatică se recomandă utilizarea criteriilor de diagnosticare după Friedberg-Stoelerman, care presupune următoarele: apariția suflurilor organice, constatarea cardiomegaliei în puseu de FRA, apariția frecăturii pericardice sau a exsudatului pericardic, semne de insuficiență cardiacă.

Coreea minor (Sydenham, *St. Vitu dance*): mișcări coreiforme dezorganizate distale, hipotonie musculară, vorbire sacadată, dereglarea scrisului, instabilitate psihică și fizică, grimase, zîmbet „mască de piatră”, limba cu aspect de „sac de viermi”. Coreea are o perioadă de latență mai prelungită după o faringită streptococică – aproximativ la 8 luni, mai frecvent se notează la fete în vîrsta de 7-12 ani. Manifestările coreiforme

dispar în somn. Frecvent mișcările coreice sunt unilaterale. Durata tulburărilor coreice este la 2-3 săptămâni, în cazuri grave poate fi și 3-4-luni. Pot apărea acutizări ale semnelor clinice ale coreei.

Eritemul inelar (marginat, Leiner): apare rar în 3-5% din cazuri, este specific pentru FRA, prezintă eritem evanescent, nonpruritic, roz, frecvent pe trunchi, părțile proximale și niciodată pe față, cu diametru de 1-3 cm, cu margini serpiginoase. Eritemul mărginat apare în perioada de debut a bolii și este prezent numai la pacienții cu cardită.

Nodulii subcutanați: apar pe suprafața extensoră a articulațiilor coatelor, genunchilor, interfalangiene, scalp, *proccus spinosus* al vertebrelor lombare sau toracice. Nodulii sunt consistenți, nedureroși, cu diametrul în jur de 2 cm, apar frecvent peste 2 sau 3 săptămâni de la debutul febrei. Nodulii subcutanați se consideră markerul severității carditei.

Febra: este prezentă în 90% din cazuri, este mai înaltă de 39°C și se menține aproximativ 1 săptămână; în coree febra poate absenta

Artralgia: nu se va lua în considerare în prezența artritei.

Mărirea duratei intervalului PQ: nu se va lua în considerare în prezența carditei.

Dureri abdominale: sunt notate în perioada de debut a FRA, este rezultatul inflamației vaselor mezenteriale (vasculita mezenterială) și care poate mima clinica apendicitei acute.

Epistaxisul.

C.2.4.3. Investigațiile paraclinice

Tabelul 1. Investigațiile de laborator și paraclinice în FRA

Investigațiile de laborator și paraclinice	Semnele sugestive pentru FRA	Nivel AMP	Nivel consultativ	Nivel de staționare
I	II	III	IV	V
Analiza generală a sângelui	<p>Gradul 1 de activitate – leucocitoză, VSH 20-30 mm/h</p> <p>Gradul 2 de activitate – leucocitoză cu neutrofilie, VSH mai mare de 30 mm/h</p> <p>Gradul 3 de activitate – posibil anemie, leucocitoză cu neutrofilie, VSH mai mare de 40 mm/h</p>	O	O	O
Analiza generală a urinei	Epiteliu, proteinurie minimă, eritrociturie minimă, leucociturie moderată	O	O	O
Proteina totală și fracțiile	<p>Gradul 2 de activitate – α –globuline 11-16%; γ-globuline 21-25%</p> <p>Gradul 3 de activitate – α –globuline mai mari de 15%; γ-globuline mai mari de 23-25%</p>	R	R	O
Fibrinogenul	<p>Gradul 1 de activitate – 2-4 g/l</p> <p>Gradul 2 de activitate – 4-8 g/l</p> <p>Gradul 3 de activitate – mai mare de 8 g/l</p>	R	R	O
Proteina C-reactivă	<p>Gradul 1 de activitate – mai mare sau egal cu 6 mg/l</p> <p>Gradul 2 de activitate – dublarea valorilor normale</p> <p>Gradul 3 de activitate – triplarea valorilor normale</p>	O	O	O

ALAT,ASAT, bilirubina și fracțiile ei, creatinina serică, fosfataza alcalină, ceruloplasmina, ionograma (Ca, Mg, P, Cu).		R	O	O
Teste uzuale în clinică pentru determinarea anticorpilor antistreptococici – antistrep- tolizina O (ASL-O) sau antidezoxiribonu- cleaza B (anti-DNA-aza B), antistreptoki- naza, antihialuronidaza	În gradul 3 de activitate, valorile se majorează de 3-5 ori de la indicii normativi		O	O
Culturile luate din exsudatul faringian –înaintea tratamentului cu antibiotice	Pentru izolarea streptococului β-hemolitic, grupul A. Permite confirmarea faringitei streptococice, grupul A, și aprecierea sensibilității la antibiotic		O	O
Radiografia cardiopulmonară standard	Permite aprecierea dimensiunilor cordului și a posibilei pneumonii reumatice		R	O
Electrocardiografia	Permite depistarea tulburărilor de ritm posibile în FRA (tahicardia sinuzală, blocul AV gradele I, II sau III, tahicardie atrială), modificări ale ST-T, lărgirea QRS, inversia undei T	O	O	O
Ecocardiografia bidimensională completată cu examenul Doppler	Permite stabilirea diagnosticului de cardită, a prezenței regurgitațiilor mitrale și/sau aortale, a prezenței lichidului pericardic		R	O
Ultrasonografia organelor interne și a rinichilor	În prezența durerilor abdominale, va permite evidențierea semnelor posibilei nefrite poststreptococice	R	O	O

<p>La indicații speciale – imunograma, tipizarea HLA, efectuarea investigațiilor necesare pentru efectuarea diagnosticului diferențiat (casetă 6)</p>	<p>Permite efectuarea diagnosticului diferențial</p>			<p>R</p>
<p>Consultația medicilor specialiști în ORL, stomatologului, medicului gastrolog, nefrolog.</p>	<p>Permite efectuarea diagnosticului diferențial</p>	<p>R</p>		<p>O</p>

Notă: O – obligatoriu; R – recomandabil.

C.2.4.5. Criteriile de spitalizare

Caseta 5. Criteriile de spitalizare a pacienților cu FRA

- Adresare primară, cu semne clinice de FRA.
- Adresare repetată, cu semne clinice de recădere a bolii (reapariția febrei, intensificarea sindromului articular, cardită, coree, semne de insuficiență cardiacă).
- Comorbiditățile importante (deficit ponderal marcant, stări cu imunitatea compromisă).

Caseta 6. Criteriile de spitalizare în SATI a pacienților cu FRA

- Manifestări neurologice (stare confuză, copil somnolent, convulsii).
- Tahipnee (FR>40/minut).
- Necesitatea ventilației asistate.
- Hipotensiune: prăbușirea TA cu peste 40 mmHg fără o altă cauză cunoscută;
- Tahicardia excesivă: FCC >150/minut sau neadecvată febrei.
- Hiperpirexia (temperatura corporală > 39°C).
- Afectarea cardiacă (semne de insuficiență cardiacă congestivă progresivă, pericardită).

C.2.4.6. Tratamentul

Caseta 7. Tratamentul medicamentos al FRA

Scopul: eradicarea infecției streptococice și profilaxia ei.

1. Tratamentul cu antibiotice:

- Inițial, cu Phenoxymethylpenicillinum* pentru minim 10 zile, *per os*, 250 mg, de 2-3 ori pe zi, timp de 10 zile *sau*
- Amoxicillinum 1-1,5 g, în 24 de ore, pentru copiii mai mari de 12 ani și 500-750 mg, în 24 de ore, pentru copiii de 5-12 ani, timp de 10 zile, *per os*, apoi
- Benzathini benzylpenicillinum 600 000 UI, i.m., pentru copiii cu masa corporală mai mică de 27 kg *sau*
- Benzathini benzylpenicillinum 1,2 mln UI, i.m., pentru copiii cu masa corporală mai mare de 27 kg.

La copiii cu alergie la Peniciline:

- Erythromycinum 40 mg/kg (maxim 1000 mg) în 2-3 prize pe zi, *per os sau*
- Azythromycinum 10 mg/kg per zi, timp de 5 zile, *per os, sau*
- Clarythromycinum 15 mg/kg pe zi, în 2 prize, *per os, sau*
- Cefadroxilum 25-50 mg/kg pe zi, *per os*, pentru copiii cu funcția renală în normă
- Cefalexinum 25 mg/kg, în 2 prize, *per os*, 10 zile
- Clindamycinum 7 mg/kg/doză, *per os*, in 3 prize, 10 zile

2. Profilaxia secundară (la finisarea tratamentului antibacterian) (caseta 2).

3. Tratamentul antiinflamator: Ibuprofenum - 40 mg/kg/zi, de 4 ori sau Naproxenum- 15 mg/kg/zi, de 2 ori sau Diclofenacum 2-3 mg/kg/zi, de 2 ori

Notă: Monitorizarea reacțiilor adverse la tratament cu AINS – grețuri, vome, dispepsie, diaree, constipații, ulcer gastric, majorarea transaminazelor, hematurie, cefalee, micșorarea trombocitelor, fotosensibilitate. Pacienții cu tratament cronic cu AINS (mai mult de 3-4 săptămâni) în mod obligatoriu – monitorizarea hemogramei, creatininei, transaminazelor, ureei și la indicații speciale FEGDS.

În caz de grad de activitate maxim, cardiacă severă

Prednisolonum: inițial 2 mg/kg/zi, *per os*, cu reducerea treptată a dozei inițiale după obținerea răspunsului clinic și celei paraclinic (descreșterea dozei < 0,2 mg/kg/zi, imediat cum este posibil).

4. Managementul coreei:

- Tratamente antibacterian și antiinflamator
- Benzodiazepine – Diazepamum pentru copiii mari – 2-5 mg în 1-2 prize pe zi, *per os*, pentru copiii mici până la 0,5 mg/kg, *per os*, în 1-2 prize pe zi.
- Carbamazepinum – la indicații speciale, pentru copiii mai mari de 6 ani și sub supravegherea neurologului

C.2.4.8. Supravegherea pacienților cu FRA

Caseta 8. Supravegherea pacienților cu FRA

Pe parcursul spitalizării zilnic se va monitoriza temperatura corpului, frecvența respiratorie, pulsul, tensiunea arterială, statusul articular.

Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu FRA de către medicul de familie:

- În primul an de supraveghere – o dată la 3 luni.
- În următorii ani (în caz de evoluție stabilă) – o dată la 6 luni.

Periodic, la intervale de 3-6 luni:

- ✓ greutatea, înălțimea;
- ✓ analiza generală a sângelui;
- ✓ proteina C reactivă;
- ✓ ASL-O;
- ✓ ECG;
- ✓ ecocardiografia;
- ✓ radiografia cardiopulmonară – o dată în an.
- Evidența la medicul de familie – copiii cu boală în remisiune și care nu necesită și supravegherea cardiochirurgului.
- Cooperarea cu alte specialități – balneofizeoterapeut, medic specialist în ORL, neurolog, stomatolog ș. a.

Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu FRA de către reumatolog:

- În primul an de supraveghere – o dată la 1-3 luni (individualizat).
- În următorii ani (în caz de evoluție stabilă) – o dată la 3-6 luni.

Notă: În caz de apariție a semnelor de acutizare a bolii, a reacțiilor adverse la tratament sau a complicațiilor, medicul de familie și reumatologul va îndrepta pacientul în secția specializată – Reumatologie pediatrică.

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

Prestatori de servicii de AMP	Personal: <ul style="list-style-type: none">• medic de familie;• asistent medical/asistentă medicală de familie;• medic pediatru
	Aparataj, utilaj: <ul style="list-style-type: none">• tonometru;• fonendoscop;• electrocardiograf;• taliometru;• panglica–centimetru;• cântar;• laborator clinic standard pentru realizare de: (analiza generală a sângelui, analiza generală a urinei; pentru determinare de: VSH, proteină C reactivă).
	Medicamente conform Normelor minime de dotare a trusei medicului de familie (Secțiunea 16, Anexă nr.1 „Norme de reglementare a Asistenței Medicale Primare din Republica Moldova” la Ordinul Ministerului Sănătății nr.695 din 13.10.2010) Medicamente pentru prescriere: <ul style="list-style-type: none">• AINS (Ibuprofenum).• Antibiotice (Benzathini benzylpenicillinum).

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopu	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărăto	Numitor
1.	Sporirea numărului de copii, cărora li s-a efectuat profilaxia primară a FRA	1.1. Proporția copiilor, cu tratament adecvat al faringitei streptococice, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Febra reumatismală acută la copil</i> , pe parcursul unui an	Numărul de copii cu tratament adecvat al faringitei streptococice, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Febra reumatismală acută la copil</i> , pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii, tratați lcu faringită streptococică, pe parcursul ultimului an
2.	Creșterea numărului de pacienți cu FRA, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primele săptămâni de la debutul bolii	2.1. Proporția pacienților cu FRA, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primele săptămâni de la debutul bolii, pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu FRA, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primele săptămâni de la debutul bolii, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți, cu diagnosticul de FRA, care se află sub supraveghere-rea medicului de familie
3.	Ameliorarea calității examinării clinice și paraclinice la pacienții cu FRA	3.1. Proporția pacienților cu FRA, cărora li s-a efectuat examenul clinic și cel paraclinic obligatoriu, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Febra reumatismală acută la copil</i> , pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu FRA, cărora li s-a efectuat examenul clinic și cel paraclinic obligatoriu, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Febra reumatismală acută la copil</i> , pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu FRA, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an

4.	Îmbunătățirea calității tratamentului acordat pacienților cu FRA	4.1. Proporția pacienților cu FRA, cărora li s-a indicat tratamentul conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Febra reumatismală acută la copil</i> , pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu FRA, cărora li s-a indicat tratamentul, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Febra reumatismală acută la copil</i> , pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu FRA, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an
5.	Sporirea numărului de pacienți cu FRA, supravegheați conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Febra reumatismală acută la copil</i>	5.1. Proporția pacienților cu FRA, care au fost supravegheați conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Febra reumatismală acută la copil</i> , pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu FRA, care au fost supravegheați, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Febra reumatismală acută la copil</i> , pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu FRA, care sunt supravegheați de către medicul de familie, pe parcursul ultimului an
6.	Reducerea numărului de copii, cu cardiopatii valvulare reumatismale cronice	6.1. Proporția copiilor cu cardiopatii valvulare reumatismale cronice, pe parcursul unui an	Numărul de copii cu cardiopatii valvulare reumatismale cronice, pe parcursul ultimului an	Numărul total de copii cu FRA, supravegheați de către medicul de familie, pe parcursul ultimului an

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE

Cerințele privind necesitatea intervențiilor diagnostic-curativă a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigațiile respective.

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
Consultația pediatru	IMSP CS Ungheni	CIT "Licurici"
Ivestigații de laborator	IMSP CS Ungheni	Cab 319, 320, 321
Consultatia reumatolog	IMSP IMC	Registratura (022) 523121 mama-copilul.md
ECG	IMSP CS Ungheni	Cab 311, 320,
Radiografia	IMSP CS Ungheni	Cab 119
Consultatii specialisti	IMSP SR Ungheni	

Procedura de pregătire diagnostic-curativă a pacientului:

1. Necesitatea efectuării investigațiilor vor fi argumentate în cartela medicală (formular 025e).
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (formular 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea investigației respective. Îndreptarea se completează de către medicul de familie.

Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimeterea pacientului.

1. Pentru efectuarea investigațiilor, consultației la medicul specialist în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul de familie, îndreptare, care va include obligatoriu diagnosticul clinic complet, rezultatele investigațiilor realizate la nivel de AMP și argumentarea necesității procedurii, consultației medicului specialist (formular 027e). Pacientul va prezenta formular 027e în instituția medicală vizată.

Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusive întoarcerea în instituție la locul de observare.

1. Programarea pacienților pentru investigații și consultații suplimentare, se efectuează în baza contractelor încheiate cu centrele de profil. Pacienții vor fi direcționați la persoana responsabilă, care asigură programarea acestora, prin contactarea telefonică a registraturii instituției medicale solicitate sau SIRSM. Biletul de trimitere formular 027e va fi întregit în registrul de evidență.
2. La întoarcerea în instituție, la locul de observare, pacientul va prezenta medicului de familie rezultatele investigațiilor efectuate și concluzia medicală în formularul 027e.

Cerințele față de organizarea circulației (trimiterii) pacientului.

1. Pacientul este obligat să respecte rîndul de programare, cu excepția cazurilor de urgențe medicale.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul investigațiilor.

1. Medicul de familie va explica pacientului necesitatea și scopul realizării investigației, consultației, tehnica de pregătire, precum și modalitatea efectuării acestora.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcere, pentru evidența ulterioară.

1. Pacientul este informat despre necesitatea prezentării obligatorii la medicul de familie cu rezultatele investigației, pentru conduita în dinamică.

Anexa 1. Diagnosticul diferențial la copiii cu poliartrită și cu febră

Simptomul sau semnul	Diagnosticul posibil
Febra mai mare de 40°C	Artrita juvenilă idiopatică Artrita bacteriană Lupusul eritematos sistemic
Febra a precedat artrita	Artrita virală Boala Lyme Artrita virală Artrita juvenilă idiopatică Endocardita bacteriană
Artrita migratorie	Febra reumatică acută Gonococemia Meningococemia Artrita virală Lupusul eritematos sistemic Leucemia acută Boala Whipple
Tumefierea articulară disproporțională febrei	Artrita specifică micobacteriană Endocardita infecțioasă Boală inflamatorie intestinală Artrita gigantcelulară Boala Lyme
Durerea disproporțional mai acută tumefierii	Febra reumatică acută Febra familială mediteraneană Leucemia acută SIDA
Factorul reumatoid pozitiv	Artrita reumatoidă Artrita virală Artrita specifică micobacteriană Endocardita infecțioasă Lupusul eritematos sistemic Sarcoidoza Vasculita sistemică
Redoarea matinală	Artrita reumatoidă Artrita juvenilă idiopatică Polimialgia reumatică Artrita reactive
Afectarea simetrică a articulațiilor mici	Artrita reumatoidă Artrita virală Lupusul eritematos sistemic
Leucocitoza ($15\ 000 \times 10^9/l$)	Artrita bacteriană Endocardita infecțioasă

	Artrita juvenilă idiopatică Vasculita sistemică Leucemia acută
Leucopenia	Lupusul eritematos sistemic Artrita virală
Recurențele episodice	Boala Lyme Artrita indusă de cristale Boală inflamatorie intestinală Boala Whipple Febra familială mediteraniană Artrita juvenilă idiopatică Lupusul eritematos systemic

Anexa 2. Diagnosticul diferențial în coree

Diagnosticul	Examinările pentru diagnosticare
Convulsii atipice	Modificări electroencefalografice Modificări în gradul de conștiență
Accidente cerebrovasculare	RMN sau TC evidențiază modificările posibile
Boală difuză a țesutului conjunctiv (LES sau periarteriită nodoasă)	Examinare și istoric Examinare paraclinică (micșorarea fracțiilor 3 și 4 ale complementului seric, titrul pozitiv ANA)
Intoxicație cu medicamente	Screening la medicamente, în special pentru Phenytoinum, Amitriptylinum, Metoclopramidum, Fluphenazinum.
Coree familial	Prototip pentru boala Huntington Coree benignă familială Choreoatetoză familială paroxismală distonică Calcificare familială a ganglionilor bazali Ataxie, teleangiectazie
Coree indusă hormonal	Contraceptive orale Sarcină (coree indusă de sarcină)
Hipertiroidism	Teste pentru evaluarea funcției glandei tiroide
Hipotiroidism	Calciu și magneziu seric – reduși Fosforu seric – sporit
Boala Wilson	Nivel de ceruloplasmină scăzut Majorare a cuprului în urină Semnul Kayser-Fleischer pozitiv Anemie, hepatită Istoric familial

Anexa 3. Profilaxia primară a febrei reumatismale acute: tratamentul recomandat în faringita streptococică, IDSA Guideline 2012

Medicament	Doză	Durata tratamentului	Grad și nivel de recomandare
Pentru pacienții fără alergie la peniciline			
Phenoxyethylpenicillin*, oral	Copii 250mg de 2-3 ori/zi; adolescenți 250mg de 4 ori/zi sau 500mg de 2 ori/zi.	10 zile	Înalt
Amoxicillinum, oral	50 mg/kg , 1 dată în zi, (max 1000mg/zi), alternat cu 25mg/kg max 500mg/doză de 2 ori/zi	10 zile	Înalt
Benzathini benzylpenicillinum, i/m	<27 kg: 600000 U; ≥27 kg 1200000 U	1 doză	Înalt
Pentru pacienții cu alergie la peniciline			
Cefalexinum, oral	25 mg/kg, max 500mg/doză, de 2 ori/zi	10 zile	Înalt
Cefadroxilum*, oral	30 mg/kg 1 dată/zi max 1 g	10 zile	Înalt
Clindamycinum, oral	7mg/kg/doză de 3 ori/zi max 300mg/doză	10 zile	Moderat
Azithromycinum, oral	10 mg/kg/zi 1 doză, max 500mg/zi	5 zile	Moderat
Clarithromycinum , oral	15 mg/kg/doză de 2 ori/zi, max 250mg/doză	10 zile	Moderat

Notă: la cefalosporine poate fi alergie încrucișată cu penicilinele, deoarece sunt de structură beta-lactamină.

Anexa 4. Indicații pentru recurențele repetate, frecvente ale faringitei streptococice, grupul A

Antibiotic	Dozar	Durață a
Clindamycinum	20-30 mg/kg, în 3 prize	10 zile
Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	40 mg/kg, în 3 prize	10 zile
Benzathini benzylpenicillinum cu Rifampicinum	Rifampicinum 20 mg/kg, în 2Prize	4 zile

Anexa 5. Fișa standardizată de audit medical

Fișa standardizată de audit pentru evaluarea implementării Protocolului clinic național „Febra reumatismală la copil”		
Nr d/o	Domenii/ parametri evaluați	Codificarea rezultatelor
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3	Ziua, luna, anul de naștere a pacientului/ei	DD-LL-AAAA; necunoscută=9
4	Mediul de reședință	urban=0; rural=1
5	Genul/sexul pacientului/ei	masculin=1; feminin=2
6	Categoria Febrei reumatismale la copil	Reumocardită primară=1; Reumocardită recidivantă=2; Artrita=3; Coree=4
Internarea		
7	Data debutului simptomelor	DD: MM: AAAA; necunoscut=9
8	Data internării în spital	DD-LL-AAAA; necunoscut=9
9	Timpul/ora internării la spital	Timpul (HH: MM); necunoscut=9
10	Transferul pacientului pe parcursul internării în secția de terapie intensivă în legătură cu agravarea stării generale a copilului	A fost efectuat: nu = 0; da = 1
Diagnosticul		
11	Evaluarea semnelor critice clinice	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
12	Anamneza	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; identificarea factorilor de risc = 2; determinarea susceptibilității genetice = 3; evidențierea perioadei de latență de 2-4 săptămâni de la infecția faringiană cu streptococul β -hemolitic = 4
13	Factorii de risc	Nutriție deficitară cu carență de vitamine C, A, D, calciu și fosfor = 1; predispoziție ereditară = 2; condiții insalubre de viață = 3; colectivități aglomerate (școli, familii aglomerate cazate de spațiile restrânse) = 4; infecțiile streptococice repetate = 5; variațiile sezoniere (iarna, primăvara, concomitent cu variațiile sezoniere ale faringitei streptococice) = 6; purtători de streptococi din grupul A, în căile respiratorii superioare = 7

14	Examenul fizic, incluzând evaluarea statutului funcțional	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; artrita = 2; cardita = 3; coreea minor = 4; eritemul inelar (marginat, Leiner) = 5; nodulii subcutanați = 6; febra = 7; artralgie = 8; mărirea duratei intervalului PQ = 10; dureri abdominale = 11, epistaxisul = 12
15	Investigații paraclinice	au fost efectuate: nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; analiza generală a sângelui = 2; analiza generală a urinei = 3; proteina totală și fracțiile = 4; fibrinogenul=5; proteina C-reactivă = 6; ALAT, ASAT, bilirubina și fracțiile ei, creatinina serică, fosfataza alcalină, ceruloplasmina, ionograma (Ca, Mg, P, Cu)=7; radiografia cardiopulmonară=8; electrocardiografia=8; ecocardiografia bidimensională completată cu examenul Doppler=10; ultrasonografia organelor interne și a rinichilor=12
16	Variantele evolutive ale FRA	acută=1; trenantă=2; latentă=3
17	Aprecierea gradului de activitate al FRA	a fost evaluat: nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
Istoricul medical al pacienților		
18	Pacienții internați de urgență în staționar	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
19	Pacienții internați programat	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
Tratamentul		
20	Tratament cu antibiotice	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; Phenoxyethylpenicillinum*=2; Amoxicillinum=3; Benzathini benzylpenicillinum=4; Erythromycinum=5; Azythromycinum=6; Clarythromycinum=7; Cefadroxilum=8
21	Profilaxia secundară	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
22	Tratament antiinflamator	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; Ibuprofenum=2; Naproxenum=3
Externarea		
23	Data externării	Include data transferului la alt spital
		Data externării (ZZ: LL: AAAA) sau necunoscută=9

Anexa 6. Ghid pentru părinți Ce este febra reumatismală acută

Ce este această boală? FRA este o boală cauzată de infecția faringiană declanșată de o bacterie numită streptococ. Există mai multe grupuri de streptococi, dar numai cei din grupa A provoacă FRA. Deși infecția streptococică este o cauză foarte frecventă de faringită (infecție în gât) la copiii de vârstă școlară, nu toți copiii cu faringită vor dezvolta FRA. Boala poate provoca inflamații și leziuni ale inimii. Se manifestă mai întâi cu dureri și tumefieri articulare de scurtă durată și mai târziu cu cardită (inflamația unor structuri ale inimii) sau cu o tulburare a mișcărilor involuntare anormale (coree) datorită inflamării creierului. Pot apărea erupții cutanate sau noduli pe piele.

Care sunt cauzele bolii? Boala este consecința unui răspuns imunitar anormal la infecția faringiană cu *Streptococcus pyogenes*, sau Grupa A de streptococi β hemolitici. Inflamația faringiană precede debutul bolii cu o perioadă asimptomatică care poate fi variabilă. Este nevoie de tratament cu antibiotice pentru a trata infecția faringiană, a opri stimularea sistemului imunitar și a preveni dezvoltarea de noi infecții, deoarece noile infecții pot provoca un nou atac al bolii. Riscul unui nou atac este mai mare în primii trei ani de la debutul bolii.

Este o boală moștenită? RAA nu este o boală ereditară, deoarece nu poate fi transmisă de la părinți direct la copiii lor. Cu toate acestea, există familii cu mai mulți membri care au dezvoltat RAA. Acest lucru se poate datora unor factori genetici asociați cu posibilitatea de transmitere a infecțiilor streptococice de la o persoană la alta. Infecția streptococică este transmisibilă prin căile respiratorii și în salivă.

De ce are copilul meu această boală? Boala poate fi prevenită? Mediul de viață și tulpina streptococului sunt factori importanți pentru apariția bolii, dar în practică este greu de prevăzut cine va face boala. Artrita și inflamația inimii sunt cauzate de răspunsul imun anormal împotriva proteinelor streptococului. Anumite tipuri de streptococ au o probabilitate mai mare de a cauza boala. Aglomerația este un factor important de mediu, deoarece favorizează transmiterea infecției. Prevenirea RAA se bazează pe diagnosticul prompt și tratamentul cu antibiotice (antibioticul recomandat este penicilina) al faringitei streptococice la copiii sănătoși.

Este o boală contagioasă? RAA în sine nu este contagios, dar faringita streptococică este contagioasă. Streptococii se transmit de la o persoană la alta și, prin urmare, infecția este asociată cu aglomerarea în locuințe, școli sau săli de sport. Spălarea atentă a mâinilor și evitarea contactului apropiat cu persoanele cu infecții faringiene cu streptococ sunt importante pentru a opri răspândirea bolii.

Care sunt principalele simptome? RAA se manifestă de obicei printr-o combinație de simptome, care poate varia de la un pacient la altul. Urmează după o faringită sau amigdalită streptococică netratată cu antibiotice. Faringita sau amigdalita pot fi recunoscute prin: febră, dureri în gât, dureri de cap, faringe (gât) roșu și amigdale mărite, roșii, cu secreții purulente, ganglioni limfatici măriți și dureroși în zona gâtului. Cu toate acestea, aceste simptome pot fi ușoare sau chiar absente la copiii de vârstă școlară și la adolescenți. După ce infecția acută a fost vindecată, există o perioadă asimptomatică de 2-3 săptămâni. După această perioadă copilul poate prezenta febră și semnele bolii: artrita, cardita, coreea, erupții cutanate.

Cum este diagnosticată? Semnele clinice și investigațiile au o importanță deosebită, deoarece nu există niciun test sau semn diagnostic specific. Simptomele clinice de artrită, cardită, coree, leziuni cutanate, febră, testele de laborator anormale pentru infecție streptococică și modificări ale activității inimii observate pe o electrocardiogramă, sunt toate elemente care pot ajuta la stabilirea diagnosticului. În general, sunt necesare dovezi ale unei infecții streptococice precedente pentru a stabili diagnosticul.

Boala poate fi tratată/vindecată? Reumatismul articular acut este o problemă importantă de sănătate în anumite zone ale lumii, dar poate fi prevenit prin tratarea faringitei streptococice, de îndată ce este recunoscută (de ex. prin prevenirea primară). Terapia cu antibiotice începută în termen de 9 zile de la debutul faringitei este eficientă în prevenirea RAA. Simptomele de RAA sunt tratate cu medicamente anti-inflamatoare nesteroidiene.

Există cercetări care urmăresc producerea unui vaccin care să protejeze împotriva streptococului: prevenirea infecției inițiale ar oferi protecție împotriva reacției imune anormale. Această abordare ar putea deveni modalitatea de prevenție a bolii în viitor.

În ce constă tratamentul? Nu există noi recomandări de tratament formulate în ultimii ani. Medicamente anti-inflamatoare nesteroidiene (AINS) sunt recomandate pentru artrită timp de 6-8 săptămâni sau până când aceasta dispare. Pentru cardita severă, se recomandă repausul la pat și, în unele cazuri, tratamentul cu corticosteroizi pe cale orală (prednison) în doze mari pentru 2-3 săptămâni, urmând ca doza să fie apoi redusă treptat după ce inflamația este controlată, prin observarea simptomelor și prin teste de sânge. Pentru coree, poate fi necesar ajutorul părinților pentru activitățile de îngrijire personală și pentru activitățile școlare. Tratamentul medicamentos pentru controlul mișcărilor (steroidi, haloperidol sau acid valproic), va fi efectuat sub supraveghere atentă pentru a observa eventualele efecte secundare. Reacțiile adverse frecvente sunt somnolență și tremurături, care pot fi ușor controlate prin ajustarea dozei. Rareori, coreea poate dura câteva luni în ciuda tratamentului corect condus. După confirmarea diagnosticului, se recomandă protecția pe termen lung cu antibiotice, pentru a evita reapariția RAA.

Care sunt efectele secundare ale tratamentului medicamentos? Tratamentul de scurtă durată cu aspirină sau alte AINS este de obicei bine tolerat. Riscul de alergie la peniciline este destul de scăzut, dar utilizarea sa trebuie să fie monitorizată la primele injecții. Principalele probleme sunt injecțiile dureroase și posibilul refuz al pacienților care se tem de durere; prin urmare, se recomandă instruirea cu privire la boală, utilizarea de anestezice topice și relaxarea înainte de administrarea preparatelor injectabile.

Cât de mult trebuie să dureze prevenția recăderilor? Riscul de recidivă este mai mare în primii 3-5 ani de la debutul bolii, iar riscul apariției leziunilor cardiace crește cu fiecare nouă reactivare a bolii. În acest timp, prevenția secundară a infecției streptococice cu tratament periodic cu antibiotice este recomandată pentru toți pacienții care au avut RAA, indiferent de severitatea bolii, deoarece și formele medii pot prezenta reactivări. Cei mai mulți medici sunt de acord că profilaxia antibiotică ar trebui să continue timp de cel puțin 5 ani de la ultimul atac sau până când copilul împlinește 21 de ani. În caz de cardită fără leziuni cardiace permanente, profilaxia

secundară este recomandată timp de 10 ani sau până când pacientul împlinește 21 de ani (se alege perioada cea mai lungă). Dacă leziunile cardiace sunt instituite, se recomandă 10 ani de profilaxie sau până la vârsta de 40 ani- sau mai târziu, dacă boala este complicată de înlocuirea valvei afectate. Profilaxia cu antibiotice a endocarditei bacteriene este recomandată pentru toți pacienții cu leziuni ale valvelor inimii, dacă sunt supuși unor intervenții stomatologice sau chirurgicale. Această măsură este necesară, deoarece, în timpul acestor intervenții invazive, bacteriile pot trece din diferite părți ale corpului, mai ales din cavitatea bucală, la valvele cardiace, cauzând infecția acestora.

VIAȚA DE ZI CU ZI

Cum poate afecta boala viața de zi cu zi a copilului și a familiei? Cu îngrijire adecvată și controale regulate, majoritatea copiilor cu RAA duc o viață normală. Cu toate acestea, se recomandă susținerea familiei în timpul perioadelor de reactivare pentru pacienții cu cardită și coree. Principala preocupare este respectarea pe termen lung a profilaxiei antibiotice. Este necesară implicarea serviciilor medicale de asistență primară și este nevoie de educație pentru a îmbunătăți respectarea tratamentului, în special pentru adolescenți.

Va afecta boala participarea copilului la activitățile școlare? Dacă nu se detectează nici un prejudiciu cardiac rezidual în timpul controalelor regulate, nu există nici o recomandare specială pentru activitățile de zi cu zi și viața școlară de rutină; copiii pot continua toate activitățile în mod normal. Părinții și profesorii ar trebui să facă tot posibilul să permită copilului să participe la activitățile școlare într-un mod normal, și acest lucru nu numai pentru obținerea unor rezultate bune, dar și pentru a fi acceptat și apreciat atât de colegi cât și de adulți. În timpul fazelor acute ale coreei, sunt de așteptat unele limitări în ceea ce privește sarcinile școlare, iar familiile și profesorii vor trebui să facă față acestei situații timp de 1 - 6 luni.

Va afecta boala participarea copilului la activitățile sportive? Practicarea sporturilor este un aspect esențial al vieții de zi cu zi a unui copil sănătos. Unul dintre principalele obiective ale tratamentului este de a permite copiilor să desfășoare o viață normală și să nu se considere diferiți de colegii lor. Toate activitățile pot fi efectuate în măsura în care copilul le tolerează. Cu toate acestea, în timpul fazei acute poate fi necesară o activitate fizică limitată sau chiar repausul la pat.

Copilul va trebui să urmeze un regim alimentar special? Nu există nici o dovadă că dieta poate influența boala. În general, copilul trebuie să aibă o dietă echilibrată, normală pentru vârsta pe care o are. Pentru un copil în creștere se recomandă o dietă sănătoasă, bine echilibrată cu proteine, calciu și vitamine suficiente. Supraalimentarea trebuie evitată la pacienții care iau corticosteroizi, deoarece aceste medicamente pot crește pofta de mâncare.

Condițiile climatice pot influența evoluția bolii? Nu există dovezi că schimbările climatice pot afecta boala.

Sunt permise vaccinările? Medicul va decide care sunt vaccinurile pe care copilul le poate face, luând în considerare fiecare caz în parte. În general, vaccinarea nu pare a crește activitatea bolii și nu provoacă reacții adverse severe la pacienți. Cu toate acestea, vaccinurile cu micro-organisme vii atenuate sunt în general evitate datorită riscului ipotetic de inducere a infecției la pacienții care primesc medicamente sau

produse biologice imunosupresive în doze mari. Vaccinurile compozite non-vii par a fi sigure pentru pacienți, chiar și pentru cei care primesc medicamente imunosupresoare, deși cele mai multe studii nu pot încă evalua pe deplin efectele secundare rare induse de vaccinare. Pacienții cărora li se administrează medicamente imunosupresive în doze mari ar trebui să fie sfătuiți de către medic să își măsoare concentrațiile de anticorpi specifici pentru patogeni după vaccinare (în cazurile în care aceste dozări de anticorpi sunt posibile).

