



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA**

# **Febra reumatismală acută la copil**

## **Protocol clinic național**

**PCN - 53**

Chișinău 2016

**Aprobat prin ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății  
din 29.09.2016, proces verbal nr.3  
Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 943 din 30.11.2016  
cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Febra reumatismală acută la copil”**

**Elaborat de colectivul de autori:**

***Nineli Revenco***      Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”  
***Marcu Rudi***        Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”  
***Olesea Grin***        Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

**Recenzenți oficiali:**

**Victor Ghicavii**                      Comisia de specialitate a MS în farmacologie clinică  
**Valentin Gudumac**                    Comisia de specialitate a MS în medicina de laborator  
**Ghenadie Curocichin**                Comisia de specialitate a MS în medicina de familie  
**Vladislav Zara**                        Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale  
**Iurie Osoianu**                         Compania Națională de Asigurări în Medicină  
**Maria Cumpănă**                        Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

## CUPRINS

<b>ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT .....</b>	<b>4</b>
<b>PREFAȚĂ .....</b>	<b>4</b>
<b>A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ .....</b>	<b>5</b>
A.1. Diagnosticul .....	5
A.2. Codul bolii (CIM 10).....	5
A.3. Utilizatorii .....	5
A.4. Scopurile protocolului.....	5
A.5. Data elaborării protocolului .....	5
A.6. Data următoarei revizuirii .....	5
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și persoane care au participat la elaborarea protocolului .....	6
A.8. Definițiile folosite în document.....	7
A.9. Informația epidemiologică .....	7
<b>B. PARTEA GENERALĂ .....</b>	<b>8</b>
B.1. Nivel de asistență medicală primară.....	8
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu .....	10
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească.....	11
<b>C.1. ALGORITMI DE CONDUCĂ.....</b>	<b>14</b>
C 1.1. Algoritm general de conduită în FRA la copil.....	14
<b>C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR .....</b>	<b>15</b>
C.2.1. Clasificarea FRA.....	15
C.2.2. Factorii de risc .....	16
C.2.3. Profilaxia.....	16
C.2.4. Conduita pacientului cu FRA .....	16
C.2.4.1. Anamneza.....	17
C.2.4.2. Examenul fizic .....	17
C.2.4.3. Investigațiile paraclinice .....	18
C.2.4.4. Diagnosticul diferențiat .....	20
C.2.4.5. Criteriile de spitalizare .....	20
C.2.4.6. Tratamentul.....	20
C.2.4.7. Evoluția FRA .....	22
C.2.4.8. Supravegherea pacienților cu FRA.....	22
C.2.5. Complicațiile (subiectul protocoalelor separate).....	22
<b>D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL .....</b>	<b>23</b>
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară .....	23
D.2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu .....	23
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secțiile de reumatologie ale spitalelor republicane.....	24
<b>E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI .....</b>	<b>25</b>
<b>ANEXE.....</b>	<b>27</b>
Anexa 1. Diagnosticul diferențial la copiii cu poliartrită și cu febră .....	27
Anexa 2. Diagnosticul diferențial în coree.....	28
Anexa 3. Semnele clinice comune în faringita streptococică .....	28
Anexa 4. Profilaxia primară a febrei reumatismale acute: tratamentul recomandat în faringita streptococică .....	29
Anexa 5. Indicațiile pentru recurențele repetate, frecvente ale faringitei streptococice, grupul A .....	29
Anexa 6. Informație pentru părinți.....	30
Anexa 7. Fișa standardizată de audit .....	32
<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	<b>33</b>

**ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT**

ASL-O	antistreptolizina O
AINS	antiinflamatoare nesteroidiene
AV	atrioventricular
ECG	electrocardiograma
FCC	frecvență a contracțiilor cardiace
FR	frecvență a respirației
FRA	febră reumatismală 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

**PREFAȚĂ**

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii Departamentului Pediatrie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, IMSP IMși C.

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

**A.PARTEA INTRODUCȚIVĂ****A.1.Diagnosticul:***Exemple de diagnostice clinice:*

1.Febră reumatismală acută cu complicații cardiace: mioendocardită cu afectar 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 reumatismală

- I05-I09 – Cardiopatia reumatică cronică  
 I05 – Bolile reumatismale ale valvei mitrale  
 I06 – Bolile reumatismale ale valvei aortale  
 I07 – Bolile reumatismale ale valvei tricuspide  
 I08 – Boli multiple valvulare  
 I09 – Alte boli reumatice ale inimii

**A.3. Utilizatorii:**

- oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicale de familie);
- centrele de sănătate (medici de familie);
- centrele medicilor de familie (medici de familie);
- centrele consultative raionale (reumatologi, pediatri, ORL);
- asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, reumatologi, pediatri, ORL);
- secțiile de reumatologie ale spitalelor republicane.

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

**A.4.Scopurile 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. Data elaborării protocolului: 2016**

**A.6.Data următoarei revizuirii: 2018**

**A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și persoane care au participat la elaborarea protocolului**

Numele	Funcția deținută
Nineli Revenco	Profesor universitar, doctor habilitat în științe medicale, Director Departament Pediatrie Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”; Vicedirector cercetare, inovare și transfer tehnologic IMSP IM și C.
Marcu Rudi	doctor în medicină, profesor universitar
Olesea Grin	Secundar clinic, specialitatea Reumatologie pediatrică, Departament Pediatrie USMF „Nicolae Testemițanu”

**Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat**

Denumirea instituției	Persoana responsabilă – semnătura
Departamentul Pediatrie USMF „Nicolae Testemițanu”	
Comisia Științifico-Metodică de profil „Pediatrie și neonatologie”	

Comisia Științifico-Metodică de profil Reumatologie	
Asociația medicilor de familie	
Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

## A.8. Definițiile folosite în document

**Febra reumatică acută** se consideră o maladie sechelară nonsupurativă a faringitei acute cu streptococul  $\beta$ -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 carditei reumatismale sau a cardiopatiei reumatismale (leziuni valvulare cu sechele fibroase) [6, 7, 15, 16].

Agentul cauzal al bolii este streptococul  $\beta$ -hemolitic, grupul A, care are capacitatea de a sintetiza o varietate de antigeni. 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 reumatică cronică constituie o problemă națională. 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 reumatică cronică [2, 10, 12]

## B. PARTEA GENERALĂ

### B.1. Nivel de asistență medicală primară

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Profilaxia</b>		
1.1. Profilaxia primară C.2.3		<b>Obligatori:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanarea focarelor cronice de infecție (ORL-ist, stomatolog).</li> <li>• Tratamentul adecvat al faringitelor streptococice (anexele 4, 5).</li> <li>• Evidențierea purtătorilor de streptococ <math>\beta</math>-hemolitic, grupul A (caseta 2).</li> <li>• Informarea despre factorii de risc ai FRA și despre consecințele ei (casetele 1, 14, 15; anexa 6).</li> </ul>
1.2. Profilaxia secundară C.2.3		<b>Obligatori:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenirea recidivei la pacientul cu un episod primar de FRA (caseta 2).</li> </ul>
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1. Recunoașterea semnelor precoce de FRA C.2.4.1-C.2.4.3	Recunoașterea semnelor precoce de FRA este importantă în stabilirea diagnosticului precoce, pentru ca tratamentul individualizat în funcție de gradul de activitate și de implicare cardiacă să fie inițiat prompt [3, 5, 13].	<b>Obligatori:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidențierea copiilor din grupul de risc în dezvoltarea FRA (caseta 1).</li> <li>• Anamneza și examenul fizic standard (casetele 3, 4, 5).</li> <li>• Investigațiile paraclinice pentru determinarea gradului de activitate a bolii și pentru supravegherea evoluției bolii (posibilelor sechele cardiace) (tabelul 3).</li> <li>• Evaluarea indicațiilor pentru consultația reumatologului, ORL-istului, cardiocirurgului (tabelul 3).</li> </ul>

I	II	III
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Efectuarea diagnosticului diferențial în funcție de expresia semnelor clinice de FRA (anexele 1, 2).</li> </ul>
2.2. Decizii asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu		<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluarea criteriilor de spitalizare (casetele 7, 8).</li> </ul>
<b>3. Tratamentul</b>		
3.1. Tratamentul simptomatic <b>C.2.4.6</b>	Scopul tratamentului este diminuarea activității maladiei, reducerea posibilelor sechele cardiace, reducerea clasei funcționale de insuficiență cardiacă după NYHA [13].	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Antibioticele (<i>casetă 10</i>).</li> <li>AINS – la adresare primară (<i>casetă 10</i>).</li> </ul> <p><b>Recomandabil</b> (diagnostic confirmat):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Antibioticele cu o acțiune de lungă durată (efectuarea profilaxiei secundare) (<i>casetă 10</i>).</li> <li>Tratamentul nonfarmacologic (sanarea focarelor cronice de infecție).</li> </ul>
<b>4. Supravegherea</b>		
4.1. Supravegherea permanentă pînă la vîrsta de 18 ani <b>C.2.4.8</b>	Profilaxia secundară permanentă în conformitate cu cerințele protocolului național va permite reducerea complicațiilor cardiace (dezvoltarea cardiopatiei reumatismale cronice) [10, 13, 16].	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Supravegherea se va face de colaborare cu reumatologul – pediatru (<i>casetă 12</i>).</li> <li>Administrarea medicamentelor incluse în profilaxia secundară (<i>casetă 2</i>).</li> </ul>
<b>5. Recuperarea</b>		
		<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Conform programelor existente de recuperare și recomandărilor specialiștilor.</li> </ul>



**B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu**

Descriere (măsurile)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Diagnosticul</b>		
1.1. Confirmarea FRA <b>C.2.4.1-C.2.4.4</b>	Diagnosticul precoce și tratamentul individualizat în funcție de gradul de activitate și de implicarea cardiacă, poate reduce rata copiilor cu cardiopatie reumatică cronică și numărul de copii invalizi în societate [2, 10, 13].	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificarea copiilor din grupul de risc în dezvoltarea FRA (caseta 1).</li> <li>• Anamneza (caseta 4).</li> <li>• Examenul fizic, incluzând evaluarea sistemului cardiovascular, cu aprecierea gradului de insuficiență cardiacă, după NYHA (casetele 3-5).</li> <li>• Investigațiile obligatorii paraclinice pentru determinarea gradului de activitate a bolii și pentru supravegherea evoluției bolii (tabelul 3).</li> <li>• Evaluarea indicațiilor pentru consultația altor specialiști (tabelul 3).</li> <li>• Efectuarea diagnosticului diferențial în funcție de expresia semnelor clinice de FRA (anexele 1, 2).</li> </ul> <p><b>Recomandabil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigațiile recomandabile paraclinice pentru determinarea gradului de activitate a bolii și pentru supravegherea evoluției bolii (tabelul 3).</li> </ul>
1.2. Decizii asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluarea criteriilor de spitalizare (casetele 7, 8).</li> </ul>
<b>2. Tratamentul</b>		
<b>C.2.4.6</b>		

I	II	III
<p>2.1. Tratamentele medicamentoase și de reabilitare în condiții de ambulatoriu la copilul, cu grad minim de activitate, și fără insuficiență cardiacă după NYHA</p>	<p>Scopul tratamentului este diminuarea gradului de activitate a bolii, a gradului de insuficiență cardiacă, reducerea ratei copiilor cu cardiopatie reumatică cronică [2, 10, 13].</p>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibioticele (<i>caseta 10</i>).</li> <li>• AINS – la adresare primară (<i>caseta 10</i>).</li> </ul> <p><b>Recomandabil</b> (diagnostic confirmat):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiotice (efectuarea profilaxiei secundare) (<i>caseta 10</i>).</li> <li>• Tratamentul nonfarmacologic (sanarea focarelor cronice de infecție).</li> </ul>
<b>3. Supravegherea</b>		
<p>3.1. Supravegherea permanentă pînă la vîrsta de 18 ani</p>	<p>Profilaxia secundară a FRA va permite reducerea numărului de copii cu cardiopatie reumatică cronică [1, 13, 15].</p>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supravegherea se va face în colaborare cu medicul de familie (<i>caseta 12</i>).</li> <li>• Supravegherea cu administrarea tratamentului prevăzut pentru profilaxia secundară a FRA (<i>caseta 2</i>).</li> </ul>
<b>4. Recuperarea</b>		
		<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conform programelor existente de recuperare și recomandărilor specialiștilor.</li> </ul>

**B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească**

Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Spitalizarea</b> <b>C.2.4.5</b>		<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spitalizarea în secțiile reumatologie și sau SATI ale spitalelor republicane.</li> <li>• Criterii de spitalizare (casetele 7, 8).</li> </ul>
<b>2. Diagnosticul</b>		
I	II	III
2.1. Confirmarea FRA <b>C.2.4.1-C.2.4.4</b>	Diagnosticul precoce și tratamentul etiopatogenetic poate: minimaliza durata bolii; reduce rata de copii cu cardiopatie reumatică cronică și numărul de copii invalizi în societate [2, 7, 9, 14].	<b>Investigații obligatorii:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificarea copiilor din grupul de risc în dezvoltarea FRA (casetă 1).</li> <li>• Anamneza (casetă 4).</li> <li>• Examenul fizic, incluzând evaluarea sistemului cardiovascular, cu aprecierea gradului de insuficiență cardiacă, după NYHA (casetele 3-5).</li> <li>• Investigațiile obligatorii paraclinice pentru determinarea gradului de activitate a bolii și pentru supravegherea evoluției bolii (tabelul 3).</li> <li>• Efectuarea diagnosticului diferențial în funcție de expresia semnelor clinice de FRA (anexele 1, 2).</li> </ul> <b>Recomandabil:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigațiile recomandabile paraclinice pentru determinarea gradului de activitate a bolii și pentru supravegherea evoluției bolii (tabelul 3).</li> <li>• Evaluarea indicațiilor pentru consultația specialiștilor: ORL-ist, stomatolog, cardiocirurg (tabelul 3).</li> </ul>
<b>3. Tratamentul</b>		

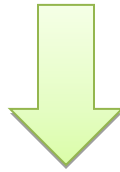
<p>3.1. Tratamentul medicamentos <b>C.2.4.6</b></p>	<p>Scopul tratamentului – diminuarea gradului de activitate a maladiei, eradicarea infecției streptococice beta-hemolitice grupul A, profilaxia posibilei recurențe a infecției și prevenirea cardiopatiei reumatismale [6, 9, 12, 14].</p>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibioticele (<i>caseta 10</i>).</li> <li>• AINS (<i>caseta 10</i>).</li> <li>• Glucocorticosteroizii (<i>caseta 10</i>).</li> <li>• Tratamentul insuficienței cardiace cronice (protocol separat).</li> </ul>
<p><b>4. Externarea, nivelul primar de tratament continuu și de supraveghere</b></p>		<p>Extrasul <b>obligatoriu</b> va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticul precizat desfășurat.</li> <li>• Rezultatele investigațiilor efectuate.</li> <li>• Tratamentul aplicat.</li> <li>• Recomandările explicite pentru pacient.</li> <li>• Recomandările pentru medicul de familie.</li> </ul>

## C. 1. ALGORITMII DE CONDUIȚĂ

### C 1.1. Algoritm general de conduită în FRA la copil

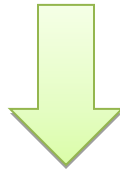
#### I. Suspectarea și confirmarea FRA:

1. Anamnezic
2. Criterii Jones majore și minore (OMS 2002-2003)
3. Investigații de laborator obligatorii și recomandabile (*tabelul 3*)
4. Consultație a specialiștilor (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 FRA

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

- Benzatin benzilpenicilină 600.000 UI, pentru copiii cu masa corporală mai mică de 27 kg, i.m. *sau*
- Benzatin benzilpenicilină 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 pînă la 25 de ani, permanent o dată în lună cu:*

- Benzatin benzilpenicilină 600.000 UI, pentru copiii cu masa corporală mai mică de 27 kg, i.m. *sau*
- Benzatin benzilpenicilină 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:*

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

*La copiii cu alergii la Penicilină:*

- Macrolide sau cefalosporine (Eritromicină *sau* Azitromicină, *sau* Claritromicină, *sau* Cefadroxil, *per os*), 7-10 zile lunar, timp de 2-5 ani.

## C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

### C.2.1. Clasificarea FRA

**Tabelul 1. Criteriile de diagnostic ale FRA (criterii OMS 2002-2003, bazate pe criteriile revizuite Jones\*, 2015)**

Categoriile de diagnosticare	Criteriile
Episod primar de FRA	2 majore sau unul major și 2 minore plus depistare de infecție streptococică din grupul A
Recurență de FRA, la pacientul fără cardiopatie reumatică cronică	2 majore sau unul major și 2 minore plus depistare de infecție streptococică din grupul A
Recurență de FRA, la pacientul cu cardiopatie reumatică cronică	2 minore plus depistare de infecție streptococică din grupul A
Coree reumatică Debut insidios al carditei reumate	Alte criterii majore sau fără depistare de infecție streptococică din grupul A
Cardiopatie reumatică cronică (pacient primar prezentat cu stenoză mitrală sau cu boală mixtă mitrală sau/și boală aortală)	Nu sunt necesare alte criterii pentru diagnosticare

**Criterii majore:** cardită, poliartrită, coree, eritem mărginat, noduli subcutanați.

**Criterii minore:** clinice – febră, poliartralgie; paraclinice – majorarea indicilor reactanți de fază acută (VSH, leucocite); ECG – mărirea duratei intervalului PQ.

**Evidență de infecție streptococică în ultimele 45 de zile** – majorarea titrului de ASL-O sau a altor anticorpi antistreptococi sau cultură faringiană pozitivă, sau test rapid pentru streptococul din grupul A, sau scarlatină recent suportată.

\*Ultima revizuire a criteriilor Jones a pus în discuție stabilirea diagnosticului final de FRA în baza Ecocardiografiei Doppler color [5].

**Tabelul 2. Clasificarea FRA (OMS, 1994)**

Sindromul clinic de bază	Sindromul clinic secundar	Gradul de activitate	Evoluția	Consecințele	Stadiul IC (NYHA)
Reumocardită primară • Reumocardită recidivantă: ✓ fără valvulopatie ✓ pe fundalul valvulopatiei • Artrita: ✓ fără implicarea evidentă a cordului ✓ cu implicarea cordului • Coree: ✓ fără implicarea evidentă a cordului ✓ cu implicarea cordului • Valvulopatie reumatică primară depistată	• Eritem marginal • Noduli reumatici subcutanați • Artralгии • Sindrom abdominal și alte serozite • Infecție streptococică precedentă	Maxim Mediu Minim	Acută Trenantă Latentă	Fără valvulopatie Cu valvulopatie	I II III IV

## 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 [9].
- 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*

#### 1. Profilaxia primară

- Tratamentul adecvat a faringitei streptococice (*anexa 4*).
- Evidențierea purtătorilor cu streptococul  $\beta$ -hemolitic, grupul A.

#### 2. Profilaxia secundară

Scopul – prevenirea recidivei FRA, la pacientul cu un episod primar.

#### Profilaxia secundară a FRA

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

- Benzatin benzilpenicilină 600.000 UI, pentru copiii cu masa corporală mai mică de 27 kg, i.m. sau
- Benzatin benzilpenicilină 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 pînă la 25 de ani, permanent o dată în lună cu:**

- Benzatin benzilpenicilină 600.000 UI, pentru copiii cu masa corporală mai mică de 27 kg, i.m. sau
- Benzatin benzilpenicilină 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:**

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

**La copiii cu alergie la Penicilină:**

- Macrolide sau cefalosporine (Eritromicină sau Azitromicină, sau Claritromicină, sau Cefadroxil, *per os*), 7-10 zile lunar, timp de 2-5 ani.

## C.2.4. Conduita pacientului cu FRA

### Caseta 3. *Pașii obligatorii în conduita pacientului cu FRA*

1. Stabilirea diagnosticului precoce de FRA.
2. Investigațiile obligatorii pentru determinarea gradului de activitate și a posibilei implicări cardiace, a sistemului nervos central, a altor organe și a sistemelor.
3. Întocmirea schemei de tratament (individualizat) în funcție de gradul de activitate, gradul de afectare cardiacă sau a sistemului nervos central, de prezența semnelor de insuficiență cardiacă.
4. Monitorizarea evoluției bolii, a complianței la tratament; depistarea semnelor de cronicizare.

### C.2.4.1. Anamneza

#### Caseta 4. *Recomandări în colectarea anamneșticului*

- 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  $\beta$ -hemolitic, grupul A, și manifestările clinice ale FRA.
- Simptomele FRA (febră, poliartrită, cardită, coree, eritem inelar, noduli subcutanați, epistaxis, dureri abdominale, artralgi).

### C.2.4.2. Examenul fizic

#### Caseta 5. *Regulile examenului fizic în FRA*

##### *Evidențierea sindromelor 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, pînă 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. Vitus 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, *proccesus 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 3. Investigațiile de laborator și paraclinice în FRA

Investigațiile de laborator și paraclinice	Semnele sugestive pentru FRA	Nivel AMP	Nivel consultativ	Nivel de staționar
I	II	III	IV	V
Hemoleucograma	Gradul 1 de activitate – leucocitoză, VSH 20-30 mm/h Gradul 2 de activitate – leucocitoză cu neutrofiloză, VSH mai mare de 30 mm/h Gradul 3 de activitate – posibil anemie, leucocitoză cu neutrofiloză, VSH mai mare de 40 mm/h	O	O	O
Sumarul urinei	Epiteliu, proteinurie minimă, eritrociturie minimă, leucociturie moderată	O	O	O
Proteina totală și fracțiile	Gradul 2 de activitate – $\alpha_2$ -globuline 11-16%; $\gamma$ -globuline 21-25% Gradul 3 de activitate – $\alpha_2$ -globuline mai mari de 15%; $\gamma$ -globuline mai mari de 23-25%		R	O
Fibrinogenul	Gradul 1 de activitate – 2-4 g/l Gradul 2 de activitate – 4-8 g/l Gradul 3 de activitate – mai mare de 8 g/l		R	O
Proteina c-reactivă	Gradul 1 de activitate – mai mare sau egal cu 6 mg/l Gradul 2 de activitate – dublarea valorilor normale Gradul 3 de activitate – triplarea valorilor normale		O	O
ALAT, ASAT, bilirubina și fracțiile ei, creatinina serică, fosfataza alcalină, ceruloplasmina, ionograma (Ca, Mg, P,			O	O

Teste uzuale în clinică pentru determinarea anticorpilor antistreptococici – antistreptolizina O (ASL-O) sau antidezoxiribonucleaza B (anti-DNA-aza B), antistreptokinaza, antihialuronidaza	În gradul 3 de activitate, valorile se majorează de 3-5 ori de la indicii normativi		<b>O</b>	<b>O</b>
<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>V</b>
Culturile luate din exsudatul faringian – înainte de tratament cu antibiotice	Pentru izolarea streptococului β-hemolitic, grupul A. Permite confirmarea faringitei streptococice, grupul A, și aprecierea sensibilității la antibiotic		<b>O</b>	<b>O</b>
Radiografia cardiopulmonară standard	Permite aprecierea dimensiunilor cordului și a posibilei pneumonii reumatice		<b>R</b>	<b>O</b>
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	<b>O</b>	<b>O</b>	<b>O</b>
Ecocardiografia bidimensională completată cu examenul Doppler	Permite stabilirea diagnosticului de cardită, a prezenței regurgitațiilor mitrale și/sau aortale, a prezenței lichidului pericardic		<b>R</b>	<b>O</b>
Ultrasonografia organelor interne și a rinichilor	În prezența durerilor abdominale, va permite evidențierea semnelor posibilei nefrite poststreptococice			<b>O</b>
La indicații speciale – imunograma, tipizarea HLA, efectuarea investigațiilor necesare pentru efectuarea diagnosticului diferențial (caseta 6)	Permite efectuarea diagnosticului diferențial		<b>R</b>	<b>R</b>
Consultația specialiștilor – ORL-ist, stomatolog, gastrolog, nefrolog.	Permite efectuarea diagnosticului diferențial	<b>R</b>	<b>O</b>	<b>O</b>

**Notă: O – obligatoriu; R – recomandabil.**

#### C.2.4.4. Diagnosticul diferențial

##### **Caseta 6. Diagnosticul diferențial al FRA**

În funcție de prezentarea clinică, exprimarea criteriilor majore sau minore, este necesar de efectuat diagnosticul diferențial cu următoarele maladii (anexa 1):

- Artrita juvenilă idiopatică.
- Lupusul eritematos sistemic.
- Artritele reactive în special artrita reactivă poststreptococică.
- Artrita septică.
- Leucemia acută la debut.
- Miocardita de etiologie virală.

##### **Notă:**

1. Excluderea leucemiei prin examinarea punctatului sternal (înaintea inițierii tratamentului cu glucocorticosteroizi).
2. Excluderea osteomielitei – efectuarea scintigrafiei osoase.
3. Diferențierea proceselor voluminoase abdominale – examinarea ultrasonografică a organelor abdominale (în special, în prezența hepatomegaliei, a splenomegaliei).
4. Diferențierea de endocardita bacteriană, miocardita, pericardita, anevrismul (efectuarea ECG și ecocardiografiei).
5. Diferențierea de alte maladii difuze ale țesutului conjunctiv (examinarea reactanților de fază acută a inflamației, anticorpilor antinucleari).

#### C.2.4.5. Criteriile de spitalizare

##### **Caseta 7. 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 8. 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).
- Afecțiunea cardiacă (semne de insuficiență cardiacă congestivă progresivă, pericardită).

#### C.2.4.6. Tratamentul

##### **Caseta 9. Principiile tratamentului FRA**

- Repausul la pat este necesar pentru bolnavii cu cardită severă și cu insuficiență cardiacă și se va menține pînă la compensarea cardiacă. La copiii cu artrită, fără cardită, repausul la pat este indicat pînă la ameliorarea simptomelor, apoi se trece la repausul relativ pînă la dispariția semnelor de activitate a procesului reumatismal. După soluționarea procesului acut, nivelul activității fizice va depinde de starea cordului.
- Dieta cu restricțiuni în lichide și hiposodată (în prezența semnelor de IC), cu aport sporit de potasiu și de microelemente, cu un conținut proteic normal pentru continuarea creșterii și

dezvoltării copilului. În prezența febrei, cantitatea de lichid trebuie să atingă 2500–3000 ml/ zi, pentru acoperirea pierderilor cauzate de febră.

- Tratamentul medicamentos are ca scop:
  - ✓ Eradicarea infecției streptococice și profilaxia ei.
  - ✓ Diminuarea semnelor de activitate a maladiei.
  - ✓ Supresia inflamației în răspuns autoimun.
  - ✓ Tratamentul insuficienței cardiace congestive.
  - ✓ Profilaxia posibilelor recurențe ale infecției streptococice și prevenirea cardiopatiei reumatismale cronice.
- Tratamentul de reabilitare, sanarea focarelor cronice de infecție (ORL-ist, stomatolog).

### **Caseta 10. *Tratamentul medicamentos al FRA***

Scopul: eradicarea infecției streptococice și profilaxia ei.

#### **1. *Tratamentul cu antibiotice:***

- Inițial, cu Fenoximethylpenicillinum 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
- Benzatin benzilpenicillinum 600 000 UI, i.m., pentru copiii cu masa corporală mai mică de 27 kg *sau*
- Benzatin benzilpenicillinum 1,2 mln UI, i.m., pentru copiii cu masa corporală mai mare de 27 kg.

*La copiii cu alergii la Penicilină:*

- Erythromycinum 40 mg/kg (maxim 1000 mg) în 2-3 prize pe zi, *per os sau*
- Azithromycinum 30 mg/kg per zi, timp de 5 zile, *per os, sau*
- Clarithromycinum 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

#### **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, cefălee, 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, cardită severă***

Prednysolonum: inițial 2 mg/kg/zi, *per os*, cu reducerea treptată a dozei inițiale după obținerea răspunsului clinic și celui 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.2.4.7. Evoluția FRA

#### Caseta 11. Variantele evolutive ale FRA

- Acută
- Trenantă
- Latentă

### C.2.4.8. Supravegherea pacienților cu FRA

#### Caseta 12. Supravegherea pacienților cu FRA

- Pe parcursul spitalizării zilnic se va monitoriza temperatura corpului, frecvența respiratorie, pulsul, tensiunea arterială, statusul articular.
- Periodic, la intervale de 3-6 luni:
  - ✓ greutatea, înălțimea;
  - ✓ hemoleucograma;
  - ✓ proteina c reactivă;
  - ✓ ASL-O;
  - ✓ ECG;
  - ✓ ecocardiografia;
  - ✓ radiografia cardiopulmonară – o dată în an.

#### *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.
- Evidența la medicul de familie – copiii cu boală în remisiune și care nu necesită și supravegherea cardiocirurgului.
- Cooperarea cu alte specialități – balneofizeoterapeut, ORL-ist, 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.

### C.2.5. Complicațiile (subiectul protocoalelor separate)

#### Caseta 13. Complicațiile tipice ale FRA

- Insuficiența cardiacă congestivă
- Tromboza intracavitară
- Endocardita infecțioasă

#### Caseta 14. Complicațiile posibile în urma tratamentului medicamentos

- Toxicitate pulmonară, hepatică, hematologică, gastroenterologică, nefrologică – în tratament cu salicilice, cu alte antiinflamatoare nesteroidiene și cu antibiotice.

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

<p><b><i>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</i></b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medic de familie certificat;</li> <li>• asistenta medicală.</li> </ul>
	<p><b>Aparataj, utilaj:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru;</li> <li>• fonendoscop;</li> <li>• electrocardiograf;</li> <li>• taliometru;</li> <li>• panglica–centimetru;</li> <li>• cântar;</li> <li>• laborator clinic standard pentru realizare de: (hemoleucogramă, sumar al urinei; pentru determinare de: VSH, proteină C reactivă).</li> </ul>
	<p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AINS (Ibuprofen).</li> <li>• Glucocorticosteroizi (Prednisolon).</li> <li>• Antibiotice (Benzatin benzilpenicilină).</li> </ul>

<p><b><i>D.2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu</i></b></p>	<p><b>Personal (de verificat)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• reumatolog certificat;</li> <li>• asistente medicale;</li> <li>• medic de laborator.</li> </ul>
	<p><b>Aparataj, utilaj:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru;</li> <li>• fonendoscop;</li> <li>• electrocardiograf;</li> <li>• taliometru;</li> <li>• panglica–centimetru;</li> <li>• cântar;</li> <li>• cabinet de diagnostic funcțional;</li> <li>• cabinet radiologic;</li> <li>• laborator clinic standard pentru realizare de: (hemoleucogramă, proteină totală și fracțiile ei, fibrinogen, sumar al urinei; pentru determinare de: ALAT, ASAT, bilirubină și fracțiile ei, creatinină serică, fosfatază alcalină, ceruloplasmică, ionogramă (Ca, Mg, P, Cu);</li> <li>• laborator imunologic: determinarea anticorpilor antistreptococici – antistreptolizina O (ASL-O) sau antidezoxiribonucleaza B (anti-DNA-aza B), antistreptokinaza, antihialuronidaza.</li> </ul>

	<p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AINS (Ibuprofen ).</li> <li>• Glucocorticosteroizi (Prednisolon).</li> <li>• Antibiotice (Fenoximetilpenicilină sau Amoxicilină, Benzatin benzilpenicilină; Eritromicină sau Azitromicină, sau Claritromicină, sau Cefadroxil).</li> </ul>
<p><b>D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secțiile de reumatologie ale spitalelor republicane</b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• reumatolog certificat;</li> <li>• medic-funcționalist certificat;</li> <li>• asistente medicale;</li> <li>• acces la consultații calificate: ORL-ist, oftalmolog, neurolog, kinetoterapeut, fizioterapeut.</li> </ul>
	<p><b>Aparataj, utilaj:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru;</li> <li>• fonendoscop;</li> <li>• electrocardiograf;</li> <li>• taliometru;</li> <li>• panglica – centimetru;</li> <li>• cântar;</li> <li>• cabinet de diagnostic funcțional;</li> <li>• cabinet radiologic;</li> <li>• laborator clinic standard pentru realizare de: hemoleucogramă, sumar al urinei, proteină totală și fracțiile ei, fibrinogen, creatinină serică; pentru determinare de: ALAT, ASAT, bilirubină totală și fracțiile ei, fosfatază alcalină, ceruloplasmină, proteină C reactivă, ionogramă (Ca, Mg, P, Cu).</li> <li>• laborator imunologic: determinarea anticorpilor antistreptococici – antistreptolizina O (ASL-O) sau antidezoxiribonucleaza B (anti-DNA-aza B), antistreptokinaza, antihialuronidaza.</li> <li>• laborator bacteriologic;</li> <li>• secție de reabilitare;</li> <li>• secție ORL.</li> </ul>
	<p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AINS (Ibuprofen ).</li> <li>• Glucocorticosteroizi (Prednisolon).</li> <li>• Antibiotice (Fenoximetilpenicilină sau Amoxicilină, Benzatin benzilpenicilină; Eritromicină sau Azitromicină, sau Claritromicină, sau Cefadroxil).</li> </ul>

## E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	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 reumatică 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 reumatică acută la copil</i> , pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii, tratați cu 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 supravegherea 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 reumatică 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 reumatică 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 reumatică 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 reumatică 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 reumatică acută la copil</i>	5.1. Proporția pacienților cu FRA, care au fost supravegheați conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Febra reumatică 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 reumatică 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
----	---	---	---	---

## ANEXE

### 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 reumatismală 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 reumatismală acută Febra familială mediteraniană 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 reactivă
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 sistemic

### 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 Fenitoină, Amitriptilină, Metoclopramidă, Flufenazină.
Coree familială	Prototip pentru boala Huntington Coree benignă familială Choreoatetoză familială paroxismală distonică Calcificare familială a ganglionilor bazali Ataxie, teleangiectazie Boala Hallervorden-Spatz
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. Semnele clinice comune pentru faringita streptococică [16]

Semne clinice și/sau simptome	Preșcolari	Școlari	Adolescenți
Limfadenită cervicală anterioară	++++	++++	++++
Contact direct cu persoana infectată	++++	++++	++++
Raș scarlatiniform	nu	++++	++++
Excoriație	++++	nu	nu

Exsudat faringian sau tonsilar	nu	++++	++++
Cultură pozitivă din faringe	++++	++++	++++
Febră	Nu este specific	Nu este specific	Nu este specific
Debut acut	+, nu este specific	++, nu este specific	++, nu este specific
Dureri abdominale	++	++	+
Coriză	++	+	+
Eritem faringian	Nu este specific	Nu este specific	Nu este specific
Tuse	Nu este specific	Nu este specific	Nu este specific

**Anexa 4. Profilaxia primară a febrei reumatismale acute: tratamentul recomandat în faringita streptococică, IDSA Guideline 2012 [15]**

Medicament	Doză	Durata tratamentului	Grad și nivel de recomandare
<b>Pentru pacienții fără alergie la peniciline</b>			
<b>Penicilina V, oral</b>	Copii 250mg de 2-3 ori/zi; adolescenți și adulți 250mg de 4 ori/zi sau 500mg de 2 ori/zi.	10 zile	Înalt
<b>Amoxicilina, oral</b>	50 mg/kg, 1 dată în zi, (max 1000mg/zi), alternat cu 25mg/kg max 500mg/doză de 2 ori/zi	10 zile	Înalt
<b>Benzatin Penicilina G, i/m</b>	<27 kg : 600000 U; ≥27 kg 1200000 U	1 doză	Înalt
<b>Pentru pacienții cu alergie la peniciline</b>			
<b>Cefalexina, oral</b>	25 mg/kg, max 500mg/doză, de 2 ori/zi	10 zile	Înalt
<b>Cefadroxil, oral</b>	30 mg/kg 1 dată/zi max 1 g	10 zile	Înalt
<b>Clindamicină, oral</b>	7mg/kg/doză de 3 ori/zi max 300mg/doză	10 zile	Moderat
<b>Azitromicină, oral</b>	12mg/kg/zi 1 doză, max 500mg/zi	max 5 zile	Moderat
<b>Claritromicină, oral</b>	7,5 mg/kg/doză de 2 ori/zi, max 250mg/doză	10 zile	Moderat

**Anexa 5. Indicații pentru recurențele repetate, frecvente ale faringitei streptococice, grupul A [13]**

Antibiotic	Dozare	Durață a tratamentului
Clindamicină	20-30 mg/kg, în 3 prize	10 zile
Amoxicilina + Acid clavulanic	40 mg/kg, în 3 prize	10 zile
Benzatin benzilpenicilină cu Rifampicină	Rifampicină 20 mg/kg, în 2 prize	4 zile

## **Anexa 6.CE ESTE FEBRA REUMATISMALĂ ACUTĂ?[16]**

### **Ghid pentru părinți**

**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  $\beta$  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 penicilină 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 împlinște 21 de ani. În caz de cardită fără leziuni cardiace permanente, profilaxia secundară este recomandată timp de 10 ani sau până când pacientul împlinște 21 de ani (se alege perioada cea mai lungă). Dacă leziunile cardiace sunt înstitute, 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 microorganismе 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 vaccinări. 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).

**Anexa 7 FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT BAZAT PE CRITERII PENTRU FEBRA REUMATISMALĂ LA COPII**

<b>FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT BAZAT PE CRITERII PENTRU PROTOCOLUL CLINIC STANDARDIZAT "FEBRA REUMATISMALĂ LA COPII"</b>	
<b>Domeniul Prompt</b>	<b>Definiții și note</b>
Denumirea IMSP evaluată prin audit	
Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
Numărul de înregistrare a pacientului din "Registrul de evidență a bolilor infecțioase f.060/e"	
Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e	
Data de naștere a pacientului	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
Mediul de reședință	0=urban; 1=rural; 9=nu știu.
Genul/sexul pacientului	0 = masculin; 1 = feminin; 9 = nu este specificat.
Numele medicului curant	
Categoria Febrei reumatismale la copil	<b>Reumocardită primară=1; Reumocardită recidivantă=2; Artrita=3; Coree=4</b>
<b>INTERNAREA</b>	
Data debutului simptomelor	Data (DD: MM: AAAA) sau 9 = necunoscută
Data internării în spital	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscut
Timpul/ora internării la spital	Timpul (HH: MM) sau 9 = necunoscut
Secția de internare	Secția de profil terapeutic = 0; Secția de profil chirurgical = 1; Secția de terapie intensivă = 2;
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; nu se cunoaște = 9
<b>DIAGNOSTICUL</b>	
Evaluarea semnelor critice clinice	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Anamneza	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Examenul fizic, incluzând evaluarea statutului funcțional	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Investigații paraclinice	Au fost efectuate: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Variantele evolutive ale FRA	Acută=1; Trenantă=2; Latentă=3
Aprecierea gradului de activitate al FRA	A fost evaluat: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
Aprecierea factorilor de risc	Au fost estimați după internare: nu = 0; da = 1
<b>ISTORICUL MEDICAL AL PACIENȚILOR (pentru HCAP)</b>	
Pacienții internați de urgență în staționar	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Pacienții internați programat cu îndreptare de la m/f	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
<b>TRATAMENTUL</b>	
Tratament cu antibiotice	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Tratament profilactic cu Bicilina 5	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9



Tratament simptomatic	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
<b>EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA</b>	
Data externării sau decesului	Include data transferului la alt spital, precum și data decesului.
	Data externării (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
	Data decesului (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
<b>DECESUL PACIENTULUI LA 30 DE ZILE DE LA INTERNARE</b>	
Decesul în spital	Nu = 0; Deces al persoanei cu FRA = 1; Deces favorizat de FRA = 2; Alte cauze de deces = 3; nu se știe = 9

## BIBLIOGRAFIE

1. Bijlsma J., EULAR Textbook on Rheumatic Diseases, Ediția a 2-a, 2015
2. Carapetis J. R. Rheumatic heart disease in developing countries. N. Engl. J. Med., 2007;
3. Carapetis J. R., Steer A. C., Muholland E. K. et al. The global burden of group A streptococcal diseases. Lancet Infect Dis., 2005; 5: 685.
4. Cush John J, Rheumatology Diagnosis and therapeutics, second edition, 2005
5. Gewitz Michael H, Baltimore Robert, Lloyd Y. Tani, et al. Revision of the Jones Criteria for the Diagnosis of Acute Rheumatic Fever in the Era of Doppler Echocardiography. A Scientific Statement From the American Heart Association, 2015
6. Gibofsky A., Zabriskie J. Clinical manifestations and diagnosis of acute rheumatic fever. 2006, uptodate.
7. Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever. Jones Criteria, 1992. Special Writing Group on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young of the American Heart Association. JAMA, 1992; 268:2069.
8. Hochberg M. Rheumatology. Mosby Elsevier, V- edition, 2011.
9. Kaplan E. L., Bisno A. L. Antecedent streptococcal infection in acute rheumatic fever.
10. Laxer Ronald M., David D. Sherry, Philip J. Hashkes, Pediatric Rheumatology in Clinical Practice, 2016, 31-60.
11. National Heart Foundation of Australia (RF/RHD guideline development working group) and the Cardiac Society of Australia and New Zealand. Diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease in Australia an evidence based review. 2006.
12. Popescu V., Diagnosticul și tratamentul faringitei acute la copil, Revista română de pediatrie, 2007
13. Revenco N., Pediatrie, manual, Chișinău, 2014
14. Shulman S. T., Stollerman G., Beall B. et al. Temporal changes in streptococcal M protein types and the near-disappearance of acute rheumatic fever in the United States. Clin. Infect. Dis., 2006; 42: 441.
15. Shulman Stanford T., Bisno Alan L., Clegg Herbert, Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America, 2012
16. www.printo.it/ Ce este febra reumaticală acută?, 2015