



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

FEBRA REUMATISMALĂ ACUTĂ LA ADULT

Protocol clinic național
(ediția I)

PCN-414

Chișinău, 2022

**Aprobat în cadrul ședinței Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății
din 20.05.2022, proces verbal nr.3**
**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.934 din
07.10.2022 Cu privire la aprobarea protocolului clinic național „Febra reumatismală
acută la adult”**

CUPRINS

Abrevierile folosite în document	3
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1. Diagnosticul	4
A.2. Codul bolii (CIM 10)	5
A.3. Utilizatorii	5
A.4. Scopurile protocolului	5
A.5. Data elaborării protocolului	6
A.6. Data reviziei următoare	6
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului	6
A.8. Definițiile folosite în document	7
A.9. Informația epidemiologică	7
B. PARTEA GENERALĂ	8
B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară	8
B.2. Nivelul consultativ specializat (reumatolog)	9
B.3. Nivelul de staționar	10
C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	12
C. 1.1. Algoritmul de diagnostic al febrei reumatismale acute	12
C. 1.2. Algoritmul de tratament al febrei reumatismale acute	13
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	13
C.2.1 Criterii de diagnostic Jones revizuite ale FRA.	13
C.2.2. Clasificarea FRA	14
C.2.3 Factori de risc	
C.2.4. Conduita pacientului cu FRA	14
C.2.4.1. Anamneza	14
C.2.4.2. Examenul fizic	14
C.2.4.3. Investigații paraclinice	15
C.2.4.4 Diagnosticul diferențial	17
C.2.4.5. Criteriile de spitalizare	18
C.2.4.6. Tratamentul	18
C.2.4.7. Evoluția FRA	20
C.2.4.8. Supravegherea pacienților cu FRA	20
C.2.5. Complicațiile (subiectul protoalelor separate)	21
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	21
D.1. Instituțiile de AMP	21
D.2. Instituțiile consultativ-diagnostice	22
D.3. Secțiile de reumatologie ale spitalelor municipale și republicane	22
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	23
ANEXE	25
<i>Anexa 1. Criterii Jones Revizuite de diagnostic al FRA în era ecocardiografiei (AHA, 2015.)</i>	25
<i>Anexa 2. Aplicarea criteriilor de diagnostic ale FRA și cardiopatiei reumatice (bazate pe criteriile Jones revizuite).</i>	25
<i>Anexa 3. Specificarea termenilor folosiți în criteriile de clasificare ale FRA.</i>	26
<i>Anexa 4. Tratament antistreptococic recomandat în profilaxia primară a FRA (eradicarea infecției streptococice faringiene).</i>	27
<i>Anexa 5. Profilaxia secundară a FRA.</i>	27
<i>Anexa 6. Durata profilaxiei secundare a FRA.</i>	27
<i>Anexa 7. Formular de consultație la medicul de familie pentru FRA.</i>	28
<i>Anexa 8. Formular de consultație la medicul reumatolog pentru FRA.</i>	29
<i>Anexa 9. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru Febra reumatismală acută la adult</i>	30
<i>Anexa 10. Informație pentru pacienți.</i>	32
BIBLIOGRAFIA	35

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 (C.1.2. Algoritmul de tratament al FRA) și terapia precoce și adecvată a bolii (casetele 1, 5, 10, 11, anexele 4, 5) [C1, C2].
2. Recunoașterea semnelor clinice și paraclinice sunt importante în stabilirea diagnosticului FRA, indicarea tratamentului adecvat precoce și monitorizarea evoluției bolii. Măsurile diagnostice vor include obligatoriu: Anamneza (casetă 3); Examenul fizic (casetă 4); Investigațiile paraclinice (casetele 4, 5, tabelul 1); Indicațiile pentru consultația specialiștilor: neurolog, nefrolog, gastroenterolog etc.
3. Investigațiile paraclinice (tabelul 1, anexa 7-8) vor include în funcție de caz: Hemoleucograma cu VSH, Sumarul de urină, ASLO, proteina C-reactivă, FR, creatinina, ureea, acid uric serice, cultura exsudatului faringian, Radiografia și ultrasonografia articulară, ECG, Ecocardiografia, TC, examenul bacteriologic al lichidului sinovial. (tabel 1, caseta 5).
4. Pentru diagnostic sunt recomandate Criterii Jones Revizuite de diagnostic al FRA în era ecocardiografiei (AHA, 2015) (C.1.2., anexele 1, 2, 3). Diagnosticul se va conduce de prevederile Algoritmului C1.1. Lista diagnosticului diferențial este reflectată în caseta 8.
5. Diagnosticul cert de FRA obligă inițierea tratamentului, care va depinde de prezența afectărilor articulare, cardiace și neurologice și severitatea manifestării acestora: tratament etiotropic, patogenetic și simptomatice (să stopeze progresia bolii, să prevină instalarea și progresarea afectării valvulare) și tratamentul complicațiilor. (casetele 10-16, algoritmul C1.2, anexele 4-6)
6. Tratamentul complex va determina dispariția procesului inflamator în termene rapide țintind manifestările cardiace și articulare, influențând evoluția și prognosticul bolii. (anexele 4, 5, 6)
7. Tratamentul profilactic urmărește prevenirea dezvoltării complicațiilor severe cardiace – formarea valvulopatiei reumatismale. (anexele 4-6).
8. Pacienții cu afectare cardiacă în faza acută vor beneficia de recomandări specifice de tratament (casetă 14).
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 (casetă 9).
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 (casetă 18).

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ACR	Colegiul Reumatologilor Americani
ADN	Acid dezoxiribonucleic
AINS	Antiinflamatoare nesteroidiene
AIAT	Alaninaminotransferaza
AMP	Asistența medicală primară
ANA	Anticorpi antinucleari

Anti-ADNdc	Anticorpi anti-ADN dublu catenar
Anti-CCP	Anticorpi anti proteină citrulinată
AsAT	Aspartataminotransferaza
ASLO	Antistreptolizina O
CRC	Cardiopatie reumatismală
ECG	Electrocardiografie
ECG	Electrocardiograma
EchoCG	Ecocardiografia
EULAR	Liga Europeană Contra Reumatismului (European League Against Rheumatism)
FR	Factor reumatoid
FRA	Febra reumatismală acută
HLA	Antigen leucocitar uman
HTA	Hipertensiune arterială
IC	Insuficiență cardiacă
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
MS	Ministerul Sănătății
NYHA	New York Heart Association
PCN	Protocol clinic național
PCR	Proteina C-reactivă
RMN	Rezonanța magnetică nucleară
RMN	Rezonanță magnetică nuclear
SA	Spondilita anchilozantă
SGA	Streptococ din grupul A
TC	Tomografie computerizată
VAo	Valva aortică
VMtr	Valva mitrală
VSH	Viteza de sedimentare a hematiilor

PREFAȚĂ

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

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

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Febra reumatismală acută

Exemple de diagnoze clinice:

1. Febră reumatismală acută, reumocardită fără valvulopatie, insuficiență cardiacă I NYHA, artrită reumatismală, eritem marginat.
2. Febră reumatismală recurentă, reumocardită cu valvulopatie: insuficiență și stenoză mitrală, insuficiență cardiacă III NYHA.
3. Febră reumatismală acută, coreea Sydenham.
4. Cardiopatie reumatismală cronică: stenoză mitrală strânsă, insuficiență mitrală, stenoză aortică, fibrilație atrială tahisistolică, IC III NYHA.

A.2. Codul bolii (CIM 10):

I00 – Febra reumatică acută fără implicare cardiacă,

I01. FRA cu implicare cardiacă.

Excludere: I05-I09

I01.0. Pericardită reumatică acută.

Oricare condiție I00 cu pericardită sau pericardită reumatică acută

I01.1. Endocardită reumatică acută.

Oricare condiție I00 cu endocardită sau valvulită ori valvulită reumatică acută

I01.2. Miocardită reumatică acută.

Oricare condiție I00 cu miocardită

I01.8. Altă afectare cardiacă reumatică acută

Oricare condiție I00 cu afectare cardiacă reumatică multiplă sau pancardită

I01.9. Afectare cardiacă reumatică acută, nespecificată.

Oricare condiție I00 cu afectare cardiacă nespecificată; reumocardită acută, cardiopatie reumatică activă sau acută

I02. Coreea reumatică.

Inclusiv: coreea Sydenham

Excluză: coreea NOS (G25.5), coreea Huntington (G10)

I02.0. Coreea reumatică cu afectare cardiacă

Coreea NOS cu afectare reumatică cardiacă

Coreea reumatică cu oricare afectare cardiacă I01.

I02.1. Coreea reumatică fără afectare cardiacă

Coreea reumatică NOS

I05-I09. Cardiopatie reumatică cronică.

I05. Bolile reumatismale ale valvei mitrale.

I06. Bolile reumatismale ale valvei aortice.

I07. Bolile reumatismale ale valvei tricuspide.

I08. Boli multiple valvulare.

I09. Alte boli reumatismale ale inimii.

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii serviciilor de AMP (medici de familie și asistentele medicilor de familie);
- Prestatorii serviciilor de AMSA (medici reumatologi, cardiologi, ORL);
- Prestatorii serviciilor de AMS (secțiile de boli interne ale spitalelor raionale, municipale și republicane medici interniști, medici reumatologi), secțiile de reumatologie, cardiologie, cardiochirurgie ale spitalelor republicane și municipale.

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

A.4. Scopurile protocolului:

1. Majorarea numărului de pacienți cărora li se va stabili diagnosticul de FRA în primele 3 luni de la debutul bolii.
2. Sporirea calității examinării clinice și paraclinice a pacienților cu FRA.
3. Creșterea numărului de pacienți primari depistați cu suspjecție FRA cărora li s-a acordat asistența medicală specializată în termen.
4. Îmbunătățirea calității tratamentului pacienților cu FRA.
5. Mărirea numărului de pacienți cu FRA supravegheați conform recomandărilor protocolului clinic național.
6. Majorarea numărului de pacienți cu FRA cărora li se vor monitoriza posibilele efecte adverse la tratament continuu cu preparate remisive.
7. Majorarea numărului de pacienți cu FRA cu inducerea remisiunii complete.

8. Majorarea numărului de pacienți cu FRA cu menținerea funcției articulare, cardiace și activității zilnice.
9. Majorarea numărului de pacienți cu FRA cu ameliorarea calității vieții.

A.5. Data elaborării protocolului: 2022

A.6. Data reviziei următoare: 2027

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

Numele	Funcția
<i>Liliana Groppa</i>	dr. hab. șt. med., profesor universitar, șef Disciplina de reumatologie și nefrologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Serghei Popa</i>	dr. șt. med., conferențiar universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Eugen Russu</i>	dr. șt. med., conferențiar universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Ala Pascari-Negrescu</i>	dr. șt. med., conferențiar universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Svetlana Agachi</i>	dr. șt. med., conferențiar universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Larisa Rotaru</i>	dr. șt. med., conferențiar universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Elena Deseatnicova</i>	dr. șt. med., conferențiar universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Lia Chișlari</i>	dr. șt. med., conferențiar universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Lucia Dutca</i>	asistent universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost discutat aprobat și contrasemnat:

Denumirea/instituția	Numele și semnătura
Disciplina de reumatologie și nefrologie USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Liliana Groppa</i> dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Comisia științifico-metodică de profil Medicină Internă, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Sergiu Matcovschi</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Comisia de specialitatea a MS în Medicina de familie	<i>Ghenadie Curocichin</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Comisia de specialitatea a MS în Farmacologie și farmacologie clinică.	<i>Nicolae Bacinschi</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Comisia de specialitatea a MS în Medicina de laborator	<i>Anatolie Vișnevschi</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	<i>Dragoș Guțu</i> , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	<i>Ion Dodon</i> , director general
Consiliul de Experti al Ministerului Sănătății	<i>Aurel Grosu</i> , dr. hab. șt. med., prof.univ., președinte

A.8. Definițiile folosite în document

Febra reumatică acută este o afecțiune inflamatorie imunologic mediată, care apare ca sechelă după infecție faringiană cu streptococ grupa A. Este o boală multisistemică ce afectează cordul, articulațiile, creierul, țesuturile cutanate și subcutanate [1, 3, 5, 7].

A.9. Informația epidemiologică

Datele epidemiologice actuale indica faptul că incidența FRA este paralelă cu epidemiologia faringitei streptococice. Incidența constituie: 3% în perioade epidemice de faringită streptococică exsudativă în comunități închise (scoli, armată); 0,3% în populație cu infecție streptococică sporadică; 50% printre cei cu istoric familial pozitiv de febră reumatică. Primul atac al bolii apare la vârsta de 5-15 ani (boală pediatrică). Condiții socio-economice precare și suprapopularea contribuie la apariția bolii [5, 7, 9, 12].

Datele actuale ne arată o răspândire largă (20-50%) a infecției căilor respiratorii superioare provocate de streptococi gr. A printre elevi. Incidența FRA și Cardiopatiei Reumatismale Cronice este în continuă descreștere în țările industrial dezvoltate, dar continuă să fie o cauză majoră de morbiditate și mortalitate în țările în curs de dezvoltare. CRC la nivel global - peste 15 mln. cazuri. Anual se diagnostică cca 282 000 noi cazuri de FRA, boala cauzând cca. 233 000 de decese anual. Datele recente folosind EchoCG pentru screening-ul populației în țările în curs de dezvoltare au evaluat o creștere considerabilă a numărului de pacienți afectați de CRC. [2, 3, 5, 8, 10, 13].

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară

Descriere (măsuri) <i>I</i>	Motivele (repere) <i>II</i>	Pași (modalități și condiții de realizare) <i>III</i>
1. Diagnostic		
1.1. Recunoașterea semnelor precoce de FRA.	Recunoașterea semnelor precoce de FRA este important în stabilirea diagnosticului cât mai rapid în așa fel ca tratamentul individualizat să fie inițiat prompt [2, 3, 4, 12].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> •Aprecierea factorilor de risc (caseta 1). •Pași obligatori în conduita pacientului cu FRA (caseta 2). •Anamneza (caseta 3). •Examenul fizic, incluzând evaluarea statutului funcțional (casetele 4-5). •Investigații paraclinice pentru determinarea activității bolii și supravegherea evoluției bolii (casetele 6-7, anexele 1-3). •Estimarea indicațiilor pentru consultul specialistului reumatolog.
1.2. Decizii asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu.		<ul style="list-style-type: none"> •Evaluarea criteriilor de spitalizare (caseta 9)
2. Tratament		
2.1. Tratamentul simptomatic.	Scopul tratamentului este vindecarea, inducerea remisiunii și normalizarea funcției articulare, cardiace, neurologice și evitarea complicațiilor [3, 5, 7, 8, 11, 12].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> •Principiile tratamentului FRA (caseta 10). Tratament antibacterian: Benzathini benzylpenicillinum, Phenoxyethylpenicillinum* <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicillinum sau Erythromycinum (Azithromycinum) - la adresarea primară și diagnostic confirmat (caseta 11, anexele 4-6). •AINS – la adresarea primară și diagnostic confirmat (caseta 12) . Recomandat (la diagnostic confirmat): <ul style="list-style-type: none"> •Analgezice (caseta 13). •Glucocorticosteroizi (caseta 14). •Medicamente cardiace și neurologică (caseta 15) •Tratamentul nonfarmacologic: reabilitare (caseta 16).
3. Supravegherea		

3.1. Supravegherea permanentă.	Tratamentul continuu va permite vindecarea sau inducerea remisiunii medicamentos controlate [3, 5, 7, 8, 11, 12].	Obligatoriu: •Supravegherea administrării tratamentului (caseta 18, anexele 4-6).
4. Recuperarea	Este important pentru menținerea funcției articulare și cardiace.	Obligatoriu: •Conform programelor existente de recuperare și recomandărilor specialiștilor; •Tratament sanatorial în remisiune clinică cu sau fără suport medicamentos.

B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (reumatolog)

Descriere (măsuri) I	Motivele (reper) II	Pașii (modalități și condiții de realizare) III
1. Diagnostic		
1.1. Confirmarea FRA	Diagnosticul precoce și tratamentul corect din start poate vindeca sau ameliora evoluția și micșora numărul pacienților cu dizabilitate severă [2, 3, 4, 12].	Obligatoriu: •Aprecierii factorilor de risc (caseta 1). •Pașii obligatori în conduita pacientului cu FRA (caseta 2). •Anamneza (caseta 3). •Examenul fizic, incluzând evaluarea statutului funcțional (casetele 4-5). • Investigații paraclinice pentru determinarea activității bolii și supravegherea evoluției bolii (casetele 6-7, anexele 1-3). • Estimarea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: cardiolog, cardiochirurg, nefrolog, neurolog, fizioterapeut etc.
1.2. Decizii asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu		• Evaluarea criteriilor de spitalizare (caseta 18, anexele 4-6)
2. Tratament		
2.1. Tratament medicamentos și de reabilitare în condiții de ambulatoriu	Scopul tratamentului este vindecarea sau inducerea remisiunii și normalizarea funcției articulare și cardiace [3, 5, 7, 8, 11, 12].	Obligatoriu: • Principiile tratamentului FRA (caseta 10). Benzathini benzylpenicillinum, Phenoxyethylpenicillinum* • Amoxicillinum sau Erythromycinum (Azithromycinum) - la adresarea primară și diagnostic confirmat (caseta 11, anexele 4-6). • AINS – la adresarea primară și diagnostic confirmat (caseta 12) Recomandat (la diagnostic confirmat): • Analgezice (caseta 13).

		<ul style="list-style-type: none"> • Glucocorticoستيروizi (caseta 14). • Medicamente pentru afectarea cardiacă și neurologică (caseta 15). • Tratamentul nonfarmacologic: reabilitare (caseta 16).
3. Supravegherea		
3.1. Supravegherea permanentă	Tratamentul permanent, continuu va permite vindecarea sau inducerea remisiunii medicamentos controlate [3, 5, 7, 8, 11, 12].	<ul style="list-style-type: none"> • Supravegherea administrării tratamentului (caseta 18, anexele 4-6).
4. Recuperarea	Este important pentru menținerea funcției articulare și cardiace.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Conform programelor existente de recuperare și recomandărilor specialiștilor; • Tratament sanatorial în remisiune clinică cu sau fără suport medicamentos.

B.3. Nivelul de asistență medicală spitalicească

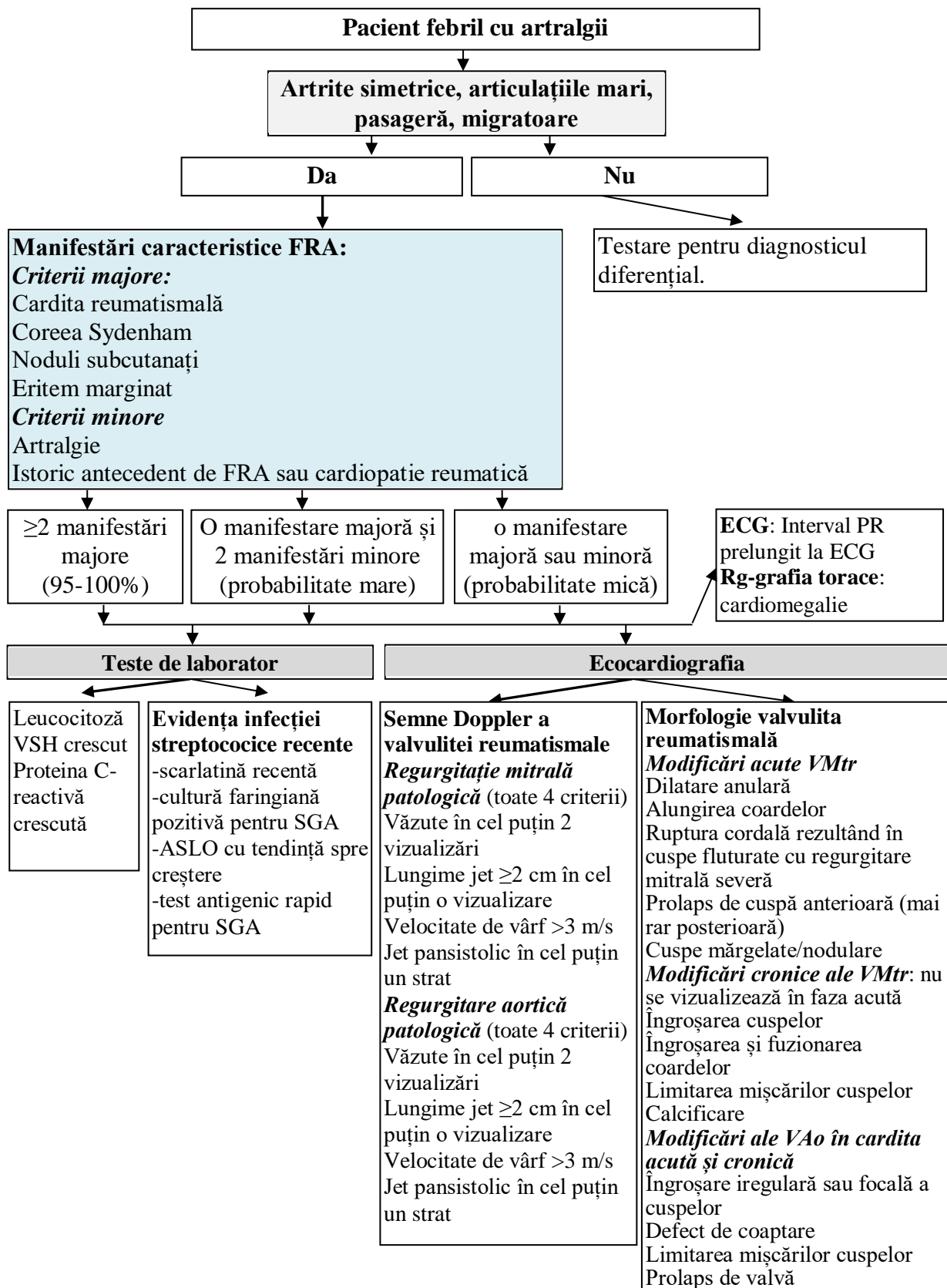
Descriere (măsurile) I	Motivele (reperle) II	Pașii (modalități și condiții de realizare) III
1. Spitalizare		Spitalizarea în secțiile reumatologie ale spitalelor republicane și municipale. <ul style="list-style-type: none"> • Criterii de spitalizare (caseta 9)
2. Diagnostic		
2.1 Confirmarea FRA	Diagnosticul precoce și tratamentul corect poate ameliora evoluția și micșora numărul pacienților cu dizabilitate severă [2, 3, 4, 12].	Investigații obligatorii: <ul style="list-style-type: none"> • Aprecierea factorilor de risc (caseta 1); • Anamneza (caseta 3); • Examenul fizic, incluzând evaluarea statutului funcțional (caseta 4); • Investigații paraclinice pentru determinarea activității bolii, supravegherea evoluției bolii și efectuarea diagnosticului diferențial (casetele 5-7, anexele 1-3); • Estimarea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: cardiolog, nefrolog, neurolog, fizioterapeut. • Efectuarea diagnosticului diferențial (caseta 8).
3. Tratament		
3.1. Tratament medicamentos	Scopul tratamentului este vindecarea sau inducerea remisiunii și normalizarea funcției articulare și cardiace [3, 5, 7, 8, 11, 12].	Obligatoriu: Benzathini benzylpenicillinum, Phenoxymethylpenicillinum* <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicillinum sau Erythromycinum (Azithromycinum) - la adresarea primară și diagnostic confirmat (caseta 11, anexele 4-6).

		<ul style="list-style-type: none"> • AINS (caseta 12) . • Glucocorticosteroizi (caseta 14). • Preparate cardiace la indicații (caseta 15). • Preparatele neurologice la indicații (caseta 15).
3.2 Tratament nemedicamentos		<p>La indicații speciale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul nonfarmacologic: intervențional, chirurgical (caseta 16).
4. Externarea cu referirea la nivelul primar pentru tratament continuu și supraveghere		<p>Extrasul obligatoriu va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul precizat desfășurat; • Rezultatele investigațiilor efectuate; • Recomandări explicite pentru pacient; • Recomandări pentru medicul de familie.

C. 1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ

C. 1.1 Algoritm de diagnostic al FRA

Arbore decizional în diagnosticul FRA [3]



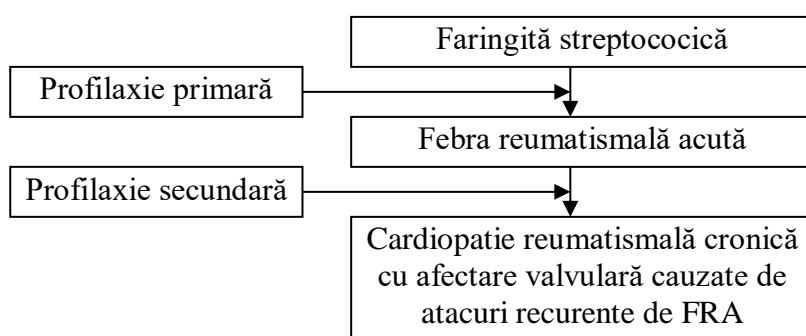
C.1.2. Algoritm de tratament al FRA [3]

Pasul I. Profilaxia primară (eradicarea infecției streptococcice).

Pasul II. Tratament anti-inflamator (acidum acetylsalicylicum), AINS, steroizi).

Pasul III. Managementul nonfarmacologic și al complicațiilor.

Pasul IV. Profilaxia secundară (prevenirea atacurilor recurente).



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Criterii de diagnostic Jones revizuite ale FRA [2, 4].

Criteriile Jones revizuite de American Heart Association (1992).

1. Criterii majore: Cardita*. Poliartrita. Coreea Sydenham. Eritem marginat. Noduli subcutanați Meynet.	2. Criterii minore (clinice și paraclinice): Artralgi. Febra. Creșterea nivelului reactanților de fază acută (VSH, proteina C-reactivă). Prelungirea intervalului PR pe traseul ECG.
3. Criterii doveditoare ale antecedentelor infecțioase streptococice: cultura pozitivă faringiană (sau test rapid pentru antigen streptococic pozitiv), sau titrul ASLO crescut.	
Diagnostic pozitiv (atac inițial) în prezența a 2 criterii majore sau 1 criteriu major și 2 criterii minore + 1 criteriu doveditor al infecției streptococice	

*Ultima revizuire a criteriilor Jones a pus în discuție stabilirea diagnosticului de cardită inclusiv prin Ecocardiografie Doppler color. Se vor folosi criteriile Jones revizuite de AHA în 2015 (anexa 1.)

C.2.2 Clasificarea FRA

Caseta 1. Clasificarea FRA (ACR, 2006 / EULAR, 2007) [3].

Variantele clinice	Manifestările clinice		Consecințe	Insuficiența cardiacă (NYHA)
	De bază	Facultative		
Febră reumatismală acută	Cardită	Febră	Fără valvulopatie Cu valvulopatie	0
Febră reumatismală recurentă	Artrită	Artralгии		I
	Coree	Sindrom abdominal	II	
	Eritem marginat	Serozite	III	
	Noduli subcutanați		IV	

C.2.3. Factori de risc

Caseta 1. Factori de risc ai FRA.

- Susceptibilitatea genetică (HLA-DR4 și HLA-DR2), fenotipul fosfatazei eritrocitare acide, prezența anticorpilor monoclonali D8/179.
- Infecțiile faringiene cu Streptococ β -hemolitic.

C.2.4. Conduita pacientului cu FRA

Caseta 2. Pașii obligatorii în conduita pacientului cu febră reumatismală acută.

1. Stabilirea diagnosticului precoce de FRA;
2. Investigarea obligatorie pentru diagnosticul FRA: hemoleucograma, VSH, Proteina C-reactivă, ASLO (anexele 1-11);
3. Alcătuirea planului de tratament (individualizat) în funcție de gradul de activitate, afectarea cardiacă, severitatea bolii;
4. Monitorizarea evoluției bolii, complianței la tratament, eficacității tratamentului.

C.2.4.1. Anamneza

Caseta 3. Recomandări în colectarea anamnezei.

- Evidențierea factorilor de risc (infecțiile faringiene streptococice);
- Determinarea susceptibilității genetice;
- Debutul recent al bolii (acut sau insidios);
- Simptoamele FRA (artrite simetrice, artralгии, febră, sufluri cardiace);
- Tratament anterior (antibiotice peniciline sau macrolide, antiinflamatoare nesteroidiene, glucocorticosteroizi, altele). Eficacitatea acestuia și efectele adverse.

C.2.4.2. Examenul fizic

Caseta 4. Regulile examenului fizic în FRA.

- Determinarea stării generale;
- Evidențierea semnelor clinice comune de FRA:
 - Articulare**
 - ✓ Artrită: poliartrită simetrică articulații mari: genunchi, glezne, umeri, șolduri, coate, radiocarpene cu caracter pasager, migrator.
 - Cardiace**
 - ✓ La inspecție se poate observa ortopnoe, acrocianoză, mărirea abdomenului în volum, edeme la membrele inferioare
 - ✓ Percutor: deplasare a limitelor matității relative ale cordului, preponderent spre stânga
 - ✓ Auscultativ: zgomotele cordului sunt asurzite, I zgomot la apex este diminuat, suflu sistolic apical organic, suflu mezodiastolic (suflul Carey Coombs), produs de valvulita mitrală, suflu diastolic din punctul Erb. Poate fi

ritmul de galop. Dereglările de ritm, tahicardie, ce nu corespunde temperaturii corpului, uneori poate fi bradicardie

✓ Legătura cardite cu infecția cu streptococ gr. A al faringelui, după perioada latentă de 2-4 săptămâni.

Prezența valvulitei în corelație cu miocardita sau pericardita. Mobilitate înaltă a simptoamelor carditei

Neurologice

✓ Mișcări inconștiente, involuntare, iregulare rapide ce afectează toate patru extremități sau unilateral

Tegumente

✓ Noduli de dimensiunea unui bob de mazăre, dur, nedureroși, fără inflamație, pe suprafața extensoare a articulațiilor

✓ Eritem marginat - Macule roze pe trunchi, înălbite în mijloc, uneori confluentă, fără prurit, cu caracter evanescent

Abdominale

✓ Afectare rară la copii. Durere abdominală difuză, uneori cu semne peritoneale

Caseta 5. Factori de predicție pentru boală cu evoluție potențial severă [5].

Prezența carditei la debut:

- Suflu apical sistolic,
- Suflu diastolic în punctul Erb;
- Semne de insuficiență cardiacă;
- Semne ecocardiografice de valvulopatie.

Debut la vârsta 7-12 ani.

C.2.4.3. Investigații paraclinice

Caseta 6. Investigații paraclinice.

Teste pentru determinarea diagnosticul bolii și supravegherea evoluției bolii:

- Hemograma, VSH, trombocitele, proteina C-reactivă, fibrinogenul.
- Titrul Antistreptolizinei O.
- Test antigenic rapid frotiu faringian pentru SGA.
- Însămânțarea exsudatului faringian pentru SGA.
- ECG
- Radiografia pulmonară.
- Ecocardiografia în regim Doppler,

Teste și proceduri pentru determinarea implicării în proces a organelor interne și efectuarea diagnosticului diferențial:

Biochimia serică (ALT, AST, bilirubina totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, ureea, proteina totală);

Factorul reumatoid, anticorpi anti-CCP, anticorpii antinucleari, HLA-B27;

Examinarea serologică pentru excluderea infecțiilor trigger (*Chlamidia trachomatis*, *Shigella flexneri*, *Salmonella spp.*, *Yersinia enterocolitica* etc.);

Sumarul urinei;

Examinarea radiologică articulară la prezența indicațiilor clinice;

Ultrasonografia sau tomografia computerizată articulară (la necesitate)

Rezonanța magnetică nucleară articulară (la necesitate) – articulațiile sacroiliace, coxofemorale, coloana vertebrală;

Puncția articulară (la necesitate) cu examinarea bacteriologică a lichidului sinovial;

Notă: Rezultatele de laborator și instrumentale sunt utile pentru confirmarea FRA, dar și excluderea altor diagnostice de alternativă (artrită psoriazică, artrită reactivă, artrită reumatoidă, boli de sistem etc.).

Tabelul 1. Investigațiile paraclinice necesare pentru diagnosticul și supravegherea pacienților cu FRA în funcție de nivelul de asistență medicală.

Investigațiile de laborator și paraclinice	Semne sugestive pentru AR	AMP	AMSA	AMS
Hemoleucograma	Pentru confirmarea unui proces inflamator.	O	O	O
VSH		O	O	O
Analiza generală a urinei	Pentru confirmarea/excluderea afectărilor renale.	O	O	O
Proteina C-reactivă	Pentru confirmarea unui proces inflamator.	O	O	O
Fibrinogenul		O	O	O
Ureea, creatinina	Pentru excluderea afectărilor renale.			
Factorul reumatoid, ANA, anti-CCP	Pentru diagnosticul diferențial.	O	O	O
ASLO	Pentru confirmarea infecției faringiene streptococice.	O	O	O
Cultura exsudatului faringian	Pentru confirmarea infecției faringiene streptococice.	R	O	O
Puncția articulară (în caz de sinovită) cu examinarea bacteriologică și clinică a lichidului sinovial	Pentru diagnostic diferențial (determinarea agentului etiologic), conduita terapeutică și tratament antiinflamator local.		O	O
Examinarea radiologică a articulațiilor afectate.	Pentru diagnosticul diferențial.	O	O	O
Ultrasonografia articulară	Pentru diagnosticul diferențial.		R	O
Tomografia computerizată, rezonanța magnetică nucleară articulară	La necesitate, pentru efectuarea diagnosticului diferențial		R	R
Scintigrafia scheletică	La necesitate, pentru diagnostic diferențial.	R	R	R
Consultația specialiștilor – ORL, nefrolog, cardiolog, cardiochirurg	Pentru efectuarea diagnosticului diferențial, aprecierea afectărilor faringiene, cardiace, renale și stabilirea indicațiilor pentru intervenție cardiochirurgicală	R	O	O

Notă: O – obligator; R – recomandabil.

Caseta 7. Modificările Ecocardiografice caracteristice FRA [2, 3, 4, 12].	
EchoCG	dilatație cardiacă, afectare valvulară, revărsat pericardic.
Endocardita reumatică a valvei mitrale	Îngroșarea marginală fusiformă a cuspei mitrale anterioare; Hipochinezia cuspei mitrale posterioare; Regurgitarea mitrală; Curba diastolică tranzitorie cupoliformă a cuspei mitrale anterioare.
Endocardita reumatică a valvelor aortice	Îngroșarea marginală limitată a valvelor aortice Prolaps tranzitoriu al cuspelor Regurgitare aortică
Semne Doppler a valvulitei reumatismale	Regurgitație mitrală patologică (toate 4 criteriile) Văzute în cel puțin 2 vizualizări Lungime jet ≥ 2 cm în cel puțin o vizualizare Viteză de vârf > 3 m/s Jet pansistolic în cel puțin un strat Regurgitare aortică patologică (toate 4 criteriile) Văzute în cel puțin 2 vizualizări Lungime jet ≥ 2 cm în cel puțin o vizualizare Viteză de vârf > 3 m/s Jet pansistolic în cel puțin un strat
Morfologie valvulita reumatismală	Modificări acute VMtr Dilatate anulare Alungirea coardelor Ruptura cordală rezultând în cuspe fluturate cu regurgitare mitrală severă Prolaps de cuspe anterioară (mai rar posterioară) Cuspe mărgelate/nodulare Modificări cronice ale VMtr: nu se vizualizează în faza acută Îngroșarea cuspelor Îngroșarea și fuzionarea coardelor Limitarea mișcărilor cuspelor Calcificare Modificări ale VAo în cardita acută și cronică Îngroșare iregulară sau focală a cuspelor Defect de coaptare Limitarea mișcărilor cuspelor Prolaps de valvă

C.2.4.4 Diagnosticul diferențial

Caseta 8. Diagnosticul diferențial al FRA.

În funcție de prezentarea clinică este necesar de efectuat diagnosticul diferențial cu următoarele maladii:

Poliartrita și febra	Cardita	Coreea
Artrita septică (inclusiv gonococică); Boli de sistem și autoimune; Artrită virală; Artrită reactivă; Boala Lyme; Anemie cu celule falciforme; Endocardita infecțioasă; Leucemie, limfom; Guta, pseudoguta.	Murmur funcțional; Prolaps de valvă mitrală; Anomalii congenitale; Endocardita infecțioasă; Cardiopatie hipertrofică; Miocardita; Pericardita.	LES; Intoxicație medicamentoasă; Boala Wilson; Deregări tic; Paralizie cerebrală coreoatetoidă; Encefalită; Coree familială (incl. Huntington); Tumori intracraniale; Boala Lyme.

Notă:

1. Excluderea infecțiilor virale, bacteriene prin examinări bacteriologice, PCR sau serologice.
2. Excluderea bolilor degenerative prin evaluarea semnelor de inflamație așa ca anemia, leucocitoza, VSH, proteina C-reactivă și imagistică (radiografia, TC, RMN, scintigrafia osoasă).
3. Excluderea bolilor osoase infecțioase, tumorale prin imagistică, efectuarea scintigrafiei osoase, puncției - biopsie.
4. Diferențierea cu alte boli reumatismale prin dozarea serică a FR, anti-CCP, ANA, anti-ADNdc, examinarea imagistică (radiografia articulară, TC, RMN, ultrasonografia articulară), demonstrarea afectării sistemice.

C.2.4.5. Criteriile de spitalizare

Caseta 9. Criteriile de spitalizare a pacienților cu FRA.

- Adresare primară cu semne clinice de FRA;
- Diagnostic diferențial dificil;
- Apariția semnelor complicațiilor (insuficiență cardiacă, nefropatie, complicații neurologice);
- Necesitatea tratamentului chirurgical.

C.2.4.6. Tratamentul

Caseta 10. Principiile tratamentului FRA.

- Scopul tratamentului FRA este calmarea durerii, stoparea inflamației, eradicarea infecției streptococice, evitarea dezvoltării cardiopatiei reumatismale cronice;
- Educația pacientului: activitatea fizică zilnică moderată, gimnastică curativă, kinetoterapie, fizioterapie, balneoterapie
- Tratamentul medicamentos:
 - ✓ Antibiotice din grupul penicilinelor sau macrolidelor;
 - ✓ AINS;
 - ✓ analgezice;
 - ✓ glucocorticosteroizi;
 - ✓ tratament simptomatic.
- Tratament chirurgical (cardiochirurgical) – la necesitate.
- Tratament de reabilitare.

Caseta 11. Tratamentul medicamentos al FRA (antibiotice). [3, 5, 7, 8, 11, 13].

Faringita streptococică

- ✓ *Benzathini benzylpenicillinum* (pulbere pentru suspensie injectabilă) 1 200 000 UA i.m. o singură injecție. *Nivel de evidență Ia*. [7]; sau
- ✓ *Phenoxymethylpenicillinum** (comprimate) 250-500 mg 4 ori/zi per os 10 zile (*nivel de evidență Ia*); sau
- ✓ *Amoxicillinum* (comprimate) 250-500 mg 4 ori/zi per os 10 zile (*nivel de evidență Ia*); sau
- ✓ *Eritromycinum* (comprimate) 250-500 mg 4 ori/zi per os 10 zile (*nivel de evidență Ia*) sau
- ✓ *Azitromicinum* (comprimate) 500 mg/zi per os 5-6 zile într-o singură priză (*nivel de evidență Ia*);

Notă:

Penicilina per os este mai puțin efektivă decât i.m.

Anafilaxia este rară. Macrolidele sunt rezervate pacienților cu reacții anafilactice la peniciline.

*Nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor

Caseta 12. Tratamentul medicamentos al FRA (AINS). *Nivel de evidență Ib*. [3, 5, 7, 8, 11, 13].

- AINS sunt preparate de primă linie în tratamentul FRA;
- AINS poate fi administrat imediat la diagnosticarea bolii;
- Tratamentul cu AINS va fi administrat timp de 6 săptămâni în timpul episodului acut sau recurent;
- Administrarea AINS necesită evaluarea riscului cardiovascular și al adversităților digestive, renale;

- Acidum acetylsalicylicum este medicamentul preferat la copii în lipsa contraindicațiilor. La adulți AINS va fi ales individual, deoarece nu există unul preferențial.

Dozele AINS, recomandate pentru tratamentul SA

Preparat	Doze (mg/24 ore)	Număr de prize zilnice
Acidum acetylsalicylicum, <i>comprimate</i>	2000-4000	4
Diclofenacum**, <i>comprimate</i>	75-150	1-3
Ibuprofenum, <i>comprimate</i>	1200-2000	3-6
Ketoprofenum, <i>comprimate</i>	100-200	2-3
Naproxenum, <i>comprimate</i>	250-750	1-2
Piroxicamum, <i>comprimate</i>	20-40	1
Meloxicamum, <i>comprimate</i>	7,5	1
Nimesulidum, <i>comprimate, granule pentru suspensie orală</i>	100-200	2
Celecoxibum*, <i>comprimate</i>	100-200	1-2
Etoricoxibum, <i>comprimate</i>	60-120	1-2

*Nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor

** Sunt preferate formele retard.

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, la necesitate gastroprotecție cu inhibitori de pompă de protoni.

Caseta 13. Tratamentul medicamentos al FRA (analgezice). Nivel de evidență IV. [3, 8].

Se pot utiliza pentru ameliorarea dureri la pacienții la care AINS sunt contraindicate, prost tolerate sau ineficiente.

Recomandat:

- **Paracetamolum** (*comprimate*) **500-1000 mg** – per os (doza maximă admisă până la 4 g/zi);
- **Dexketoprofenum** (*comprimate*) **25 mg** – per os (doza zilnică nu trebuie să depășească 75 mg);

Caseta 14. Tratamentul medicamentos al FRA (glucocorticosteroizi). Nivel de evidență Ib [3, 5, 7, 8, 11, 13].

✓ Administrarea sistemică este recomandată pacienților cu FRA, cu cardită la debut pentru evitarea formării valvulopatiei;

Recomandat:

- **Prednisolonum** (*comprimate*) **5 mg** – 2-2.5 mg/kg/zi, în 2 prize zilnice 2 săptămâni cu scădere treptată în următoarele 2 săpt. și adăugarea AINS - 2 săpt. Continuă AINS alte 4 săptămâni;

Caseta 15. Tratamentul medicamentos al FRA (tratament simptomatic). Nivel de evidență Ib. [3, 5, 7, 8, 11, 13].

Indicații

1. Insuficiența cardiacă congestivă, dereglări de ritm și de conducere:

- ✓ Diuretice, digitale, etc. în conformitate cu PCN-92 „Insuficiența cardiacă cută și cronică la adult”.
- ✓ Atiaritmice în conformitate cu PCN-60 „Fibrilația atrială”, PCN-212 „Aritmiile ventriculare și prevenția morții subite cardiace la adult.

2. Coreea Sydenham:

- ✓ **Diazepamum** (*comprimate*) 5-10 mg/zi până la dispariția simptomelor
- ✓ **Haloperidol um** (*comprimate*) 5-10 mg/zi până la dispariția simptomelor

Caseta 16. Tratamentul non-farmacologic al FRA. Nivel de evidență IV.

- Educația pacienților
- Kinetoterapia-gimnastică medicală
- Hidroterapia - înot
- Terapia cu agenți fizici

Tratament chirurgical

cardiochirurgical - indicații:

- Valvulopatie decompensată;

Tipuri de intervenție chirurgicală :

- Protezare de valvă aortică, mitrală, tricuspidă;
- Valvuloplastie

Artrite periferice – coxita:

Tratamentul de reabilitare

- Reabilitarea este etapa următoare după abolirea atacului acut sau recurent: se va utiliza terapia cu remedii fizice, terapia ocupațională, balneoterapia.
- Elaborarea programului de gimnastică curativă la domiciliu.
- Reabilitarea psihologică, suport psihosocial.

C.2.4.7. Evoluția FRA

Caseta 17. Evoluția FRA [1, 3, 5, 9, 12, 13].

FRA are o evoluție acută, subacută sau cronic progresivă cu dezvoltarea cu dezvoltarea cardiopatiei reumatismale cronice.

În evoluție se observă 3 perioade:

1. **Febra reumatismală acută** – Simptome clinice, care apar după perioada latentă de la faringita streptococică însoțită de febră, poliartrită, cardită. Alte simptome se observă mai rar.
2. **Febra reumatismală recurentă** – la care pe lângă simptomele din prima perioadă se observă semne de progresare a afectării cardiace.
3. La etapa **tardivă** apar semnele decompensării cardiace, datorită cardiopatiei reumatismale.

C.2.4.8 Supravegherea pacienților cu FRA

Caseta 18. Supravegherea pacienților cu FRA [1, 3, 5, 8-9, 12-13].

Monitoringul pacienților cu FRA include:

- ✓ Anamneza;
- ✓ Parametrii clinici (numărul articulațiilor dureroase și tumefiate, afectare cardiacă – evoluția modificărilor auscultative cardiace);
- ✓ Teste de laborator: VSH, proteina C-reactivă, titru ASLO;
- ✓ ECG;
- ✓ Echocardiografie;
- ✓ Imagistica (radiografia toracică).

Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu FRA:

- Evidența la medicul de familie – anual, pacienții care nu necesită tratament;
- Pacientul cu FRA trebuie să fie supravegheat de reumatolog o dată la 6 luni;
- Periodicitatea examenului și monitoringului se decide individual în dependență de:
 - ✓ Evoluția bolii.
 - ✓ Severitate.
 - ✓ Necesitatea monitorizării tratamentului profilactic.
- Pacientul cu cardiopatie reumatismală trebuie să fie supravegheat de cardiolog, cardiochirurg (subiectul

procoloalelor separate)

- Cooperarea cu alte specialități – ORL, cardiolog, neurolog, nefrolog, cardiolog, pneumoftiziolog, fizioterapeut, kinetoterapeut, psiholog, ș.a.

Notă: În caz de apariție a semnelor de recădere a bolii, reacțiilor adverse la tratament sau a complicațiilor, medicul de familie și specialistul reumatolog va spitaliza pacientul în secție specializată – reumatologie. În caz de decompensare a cardiopatiei reumatismale, pacienții vor fi spitalizați în secțiile terapeutice, cardiologice.

C.2.5. Complicațiile (subiectul procoloalelor separate)

Caseta 19. Complicațiile FRA.

Cardiace:

- Insuficiență și/sau stenoză mitrală
- Insuficiență și/sau stenoză aortică
- Insuficiență și/sau stenoză tricuspida
- Afectare valvulară multiplă
- Insuficiență cardiacă acută
- Insuficiență cardiacă cronică
- Aritmie cardiacă
- Tulburări de conducere AV
- Endocardită infecțioasă

Pulmonare:

- Hipertensiune pulmonară din cauză valvulară

Renale:

- Glomerulonefrita poststreptococică

Vasculare:

- Tromboză/embolie pulmonară
- Tromboză/embolie cerebrală

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Instituțiile de AMP	Personal: <ul style="list-style-type: none">• medic de familie licențiat• asistenta medicală.
	Aparataj, utilaj: <ul style="list-style-type: none">• tonometru• fonendoscop• electrocardiograf• oftalmoscop• taliometru• panglica – centimetru• cântar• laborator clinic standard pentru determinarea: (creatininei serice, hemoglobinei, urinei sumare, ALT, AST, bilirubina totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, VSH, proteina C-reactivă).
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none">• AINS (Acidum acetylsalicylicum, Diclofenacum, Ibuprofenum, Ketoprofenum, Naproxenum, Piroxicamum, Meloxicamum, Nimesulidum, Celecoxibum*)

	<p>Etoricoxibum)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glucocorticosteroizi (Prednisolonum, Metilprednisolonum) • Benzathini benzylpenicillinum, Phenoxymethylpenicillinum*, Amoxicillinum, Erythromycinum*, Azitromicinum, Sulfadiazinum
D.2. Instituțiile de AMSA	<p>Personal (de verificat)</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic reumatolog certificat • asistente medicale.
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru • fonendoscop • electrocardiograf • oftalmoscop • taliometru • panglică – centimetru • cântar • ecocardiograf • cabinet de diagnostic funcțional • cabinet radiologic • laborator clinic standard pentru determinarea: (creatininei serice, hemoglobinei, urinei sumare, ALT, AST, bilirubina totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, VSH, proteina C-reactivă; ASLO).
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AINS (Acidum acetylsalicylicum, Diclofenacum, Ibuprofenum, Ketoprofenum, Naproxenum, Piroxicamum, Meloxicamum, Nimesulidum, Celecoxibum* Etoricoxibum) • Glucocorticosteroizi (Prednisolonum, Metilprednisolonum) • Benzathini benzylpenicillinum, Phenoxymethylpenicillinum*, Amoxicillinum, Erythromycinum*, Azitromicinum, Sulfadiazinum
D.3 Secțiile de reumatologie ale spitalelor municipale și republicane	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic-reumatolog certificat • medic-funcționalist certificat • asistente medicale • acces la consultații calificate: neurolog, nefrolog, endocrinolog, pneumolog, cardiocirurg, ortoped, kinetoterapeut, fizioterapeut, psiholog
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru • fonendoscop • electrocardiograf • oftalmoscop • taliometru • panglica – centimetru • cântar • ecocardiograf • cabinet de diagnostic funcțional • cabinet radiologic • tomograf computerizat; • rezonanță magnetică nucleară;

	<ul style="list-style-type: none"> • ultrasonograf articular; • laborator clinic standard pentru determinarea: (creatininei serice, hemoglobinei, urinei sumare, ALT, AST, bilirubina totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, VSH, proteina C-reactivă, ASLO). • laborator imunologic • laborator bacteriologic; • secție de recuperare.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AINS (Acidum acetylsalicylicum, Diclofenacum, Ibuprofenum, Ketoprofenum, Naproxenum, Piroxicamum, Meloxicamum, Nimesulidum, Celecoxibum* Etoricoxibum) • Glucocorticoesteroizi (Prednisolonum, Metilprednisolonum) • Benzathini benzylpenicillinum, Phenoxymethylpenicillinum*, Amoxicillinum, Erythromycinum*, Azitromicinum, Sulfadiazinum

*Nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PCN

No	Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Sporirea numărului de pacienți cărora li s-a stabilit în primele 3 luni de la debutul bolii diagnosticul de FRA	Ponderea pacienților cu diagnosticul de FRA, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primele 3 luni de la debutul bolii (în %)	Nr pacienților cu diagnosticul de FRA, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primele 3 luni de la debutul bolii pe parcursul unui an X 100	Nr total de pacienți cu diagnosticul de FRA care se află la supravegherea medicului de familie
2.	Sporirea calității examinării clinice și paraclinice a pacienților cu FRA	Ponderea pacienților cu diagnosticul de FRA, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor PCN „FRA la adult” (în %)	Nr pacienților cu diagnosticul de FRA, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor PCN „FRA la adult” pe parcursul unui an x 100	Nr total al pacienților cu diagnosticul de FRA, care se află la supravegherea medicului de familie
3.	Sporirea calității tratamentului pacienților cu FRA	Ponderea pacienților cu diagnosticul de FRA, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor PCN „FRA la adult” (în %)	Nr pacienților cu diagnosticul de FRA, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor PCN „FRA la adult” pe parcursul unui an x 100	Nr total al pacienților cu diagnosticul de FRA, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
4.	Sporirea numărului de pacienți cu FRA supravegheați conform recomandărilor PCN	Ponderea pacienților cu diagnosticul de FRA, care au fost supravegheați conform recomandărilor PCN „FRA la adult” (în %)	Nr pacienților cu diagnosticul de FRA, care au fost supravegheați conform recomandărilor PCN „FRA la adult” pe parcursul unui an X 100	Nr total al pacienților cu diagnosticul de FRA, care sunt supravegheați de către medicul de familie pe parcursul ultimului an
5.	Sporirea numărului de pacienți cu FRA	Ponderea pacienților cu diagnosticul de FRA,	Nr pacienților cu diagnosticul de FRA, cărora	Nr total al pacienților cu diagnosticul de

No	Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
	căroră li se vor monitoriza posibilele efectele adverse la tratament continuu cu preparate remisive	căroră li sau monitorizat posibilele efectele adverse la tratament continuu cu preparate remisive conform recomandărilor PCN „FRA la adult” (în %)	li sau monitorizat posibilele efectele adverse la tratament continuu cu preparate remisive conform recomandărilor PCN „FRA la adult” pe parcursul unui an X 100	FRA, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
6.	Sporirea numărului de pacienți cu FRA cu inducerea remisiunii complete	Pondereea pacienților cu diagnosticul de FRA, cu remisiune completă indusă conform recomandărilor PCN „FRA la adult” (în %)	Nr pacienților cu diagnosticul de FRA, cu remisiune completă indusă conform recomandărilor PCN „FRA la adult” pe parcursul unui an X 100	Nr total al pacienților cu diagnosticul de FRA, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
7.	Sporirea numărului de pacienți cu FRA cu menținerea funcției articulare și activității zilnice	Pondereea pacienților cu diagnosticul de FRA, la care se menține funcția articulară și activitatea zilnică (în %)	Nr pacienților cu diagnosticul de FRA, la care se menține funcția articulară și activitatea zilnică pe parcursul unui an X 100	Nr total al pacienților cu diagnosticul de FRA, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an

Criterii Jones Revizuite de diagnostic al FRA în era ecocardiografiei (AHA, 2015)	
A. Evidența infecției SGA precedentă pentru toți pacienții (excepție pacienții cu Coreea).	
<i>D-c: FRA atac primar</i>	<i>2 criterii majore sau 1 major plus 2 minore</i>
<i>D-c: FRA atac recurent</i>	<i>2 criterii majore sau 1 major și 2 minore sau 3 minore</i>
B. Criterii majore	
Populații cu risc scăzut*	Populații cu risc moderat și înalt
Cardită ^a (Clinic și/sau subclinic)	Cardita ^a (Clinic și/sau subclinic)
Artrita (Poliartrită numai)	Artrita (Monoartrită sau poliartrită sau poliartralgie ^b)
Coreea	Coreea
Eritema marginatum	Eritema marginatum
Noduli subcutanați	Noduli subcutanați
C. Criterii minore	
Populații cu risc scăzut*	Populații cu risc moderat și înalt
Poliartralgie	Monoartralgia
Febră ($\geq 38.5^{\circ}\text{C}$)	Febră ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)
VSH ≥ 60 mm/h și/sau PCR ≥ 3.0 mg/dl ^c	VSH ≥ 30 mm/h și/sau PCR ≥ 3.0 mg/dL ^c
Interval PR prelungit, luând în considerație variabilitatea de vârstă (chiar dacă cardita este criteriu major)	Interval PR prelungit, luând în considerație variabilitate de vârstă (chiar dacă cardita este criteriu major)
*Populații cu risc scăzut de FRA: incidența ≤ 2 la 100 000 copii de vârstă școlară sau prevalența de BCR de toate vârstele ≤ 1 la 1000 populație pe an.	
^a Cardita subclinică: valvulita depistată ecocardiografic.	
^b Poliartralgia se consideră manifestare majoră la populațiile cu risc moderat și mare după excluderea altor cauze. Ca și în versiunile precedente, eritema marginatum și nodulii subcutanați rareori sunt criterii majore «solitare». Adicional, manifestările articulare pot fi considerate numai criteriu major sau minor, dar nu ambele împreună la același pacient.	
^c PCR trebuie să fie mai mare de valoare limită superioară a normei. Trebuie de folosit valoare cea mai mare a VSH-ului dintre mai multe măsurări efectuate în dinamică.	

**Aplicarea criteriilor de diagnostic ale FRA și cardiopatiei reumatice
(bazate pe criteriile Jones revizuite).**

<i>Categorii de diagnostic</i>	<i>Criterii</i>
Episod primar de FRA. ^a	Două criterii majore sau unul major și două minore plus evidența infecției cu Streptococ β -hemolitic precedentă. *
Atac recurent de FRA la pacient fără cardiopatie reumatismală instalată. ^b	Două criterii majore sau unul major și două minore plus evidența infecției cu Streptococ β -hemolitic precedentă. *
Atac recurent de FRA la pacient cu cardiopatie reumatismală preinstalată. ^b	Două criterii majore sau unul major și două minore plus evidența infecției cu Streptococ β -hemolitic precedentă. *
Coreea reumatică. Instalare insidioasă a cardiopatiei reumatismale. ^c	Alt criteriu major. * Demonstrarea infecției cu Streptococ β -hemolitic precedentă nu este necesară.
Leziuni valvulare cronice ale cardiopatiei reumatismale (se prezintă pentru prima dată cu stenoză mitrală sau valvulopatie mitrală mixtă)	Nu necesită alte criterii de diagnostic pentru confirmarea diagnosticului de cardiopatie reumatismală.

și/ori valvulopatie aortică). ^d	
* Criteriile de diagnostic Jones (tab. 5.3)	
^a Pacient cu poliartrită (sau poliartralgie, sau monoartrită) și cu alte câteva (≥ 3) manifestări, împreună cu evidența infecției streptococice. Unele dintre aceste pot fi diagnosticate ca FRA. Este rațional de le considerat "FRA probabilă" atât timp cât lipsește un diagnostic alternativ cu recomandarea tratamentului profilactic. Acești pacienți necesită monitorizare și examinare cardiacă regulată, mai cu seamă în grupurile de risc conform vârstei și situației epidemiologice și social-economice.	
^b Endocardita infecțioasă trebuie să constituie subiectul diagnosticului diferențial.	
^c Unii pacienți cu recurențe nu vor satisface aceste criterii.	
^d Malformațiile cardiace congenitale constituie subiectul diagnosticului diferențial.	
Rheumatic fever and Rheumatic Heart Diseases: Report of WHO Expert Consultation (WHO Tech Rep Ser, 923). Geneva. 2004.	

ANEXA 3.

Specificarea termenilor folosiți în criteriile de clasificare ale FRA.	
Criteriu clinic	Definiție
Artrită	Poliartrită simetrică, migratoare, pasageră cu un efect rapid în urma administrării Aspirinei sau AINS, fără sechele după vindecare.
Cardită	Semne subiective și obiective de afectare cardiacă. Afectarea miocardului, endocardului, pericardului. Caracteristic apariția suflurilor cardiace: suflul sistolic apical organic; Suflul mezodiastolic apical Carey-Coombs; suflul diastolic din punctul Erb. Confirmă diagnosticul Ecocardiografia doppler.
Coreea Sydenham	Mișcări inconstiente, involuntare, iregulare rapide ce afectează toate patru extremități sau unilateral. Astenie musculară, dereglarea scrisului. Labilitate emoțională
Noduli subcutanați	Dimensiunea unui bob de mazăre, dur, nedureroși, fără inflamație, pe suprafața extensoare a articulațiilor. Apar rar
Eritem marginat	Macule roze pe trunchi, înălbite în mijloc, uneori confluentă, fără prurit, cu caracter evanescent. Apare rar, deseori concomitent cu cardita cronică.
Febra	Febra peste 38°C, care însoțește manifestările majore ale FRA.
Artralgie	Dureri articulare simetrice, pasagere, migratoare fără semne inflamatorii.
Cardiopatie reumaticală cronică	Pancardită preponderent insuficiență valvulară mitrală (suflu apical pansistolic) și/sau insuficiență valvulară aortică (suflu diastolic bazal) Insuficiență cardiacă congestivă, frotăție pericardică. Diagnostic confirmat prin ecocardiografie.
Istoric de FRA sau CRC	Anamneză de FRA antecedentă sau cardiopatie reumatică.
Istoric familial	Febra reumatică sau valvulopatie reumatică la rude de gradul 1-2.
Reactanți de fază acută	Creșterea VSH și a proteinei C-reactive.
Evidența suportării infecției cu SCA	Titru ASLO crescut cu tendință spre creștere; cultură faringiană pozitivă pentru SGA; test antigenic rapid pentru SGA; scarlatină recentă.
Electrocardiografie	Interval PR prelungit la ECG. Alte semne: tahicardie, dereglări de ritm, semne de hipertrofie ventriculară sau atrială. Poate fi prezentă și aplatizarea undei T, dereglări ale undei P, segmentului ST și de repolarizare.
Radiografie toracică	Cardiomegalie, congestie pulmonară venoasă.

ANEXA 4.

Tratament antistreptococic recomandat în profilaxia primară a FRA (eradicarea infecției streptococice faringiene).

Antibioticul	Doza, administrare	Durata
Benzathini benzylpenicillinum	Masa corp. > 27 kg - 1 200 000 UA i.m.; < 27 kg - 600 000 UA i.m.	Doză unică
Phenoxymethylpenicillinum	Masa corp. > 27 kg - 500 mg 2-3 ori/zi, per os < 27 kg - 250 mg 2-3 ori/zi, per os	10 zile
Amoxicillinum	50 mg/kg/zi (max. 1000 mg/zi), per os	10 zile
<i>Pacienți alergici la penicilină</i>		
Cefalosporine generația I (Cefalexinum, Cefadroxilum)	250-500 mg 2-3 ori/zi, per os	10 zile
Eritromicinum*	40 mg/kg/corp în 2-3 prize, per os. Doza maximală maturi 1000 mg/zi.	10 zile
Azitromicinum	12 mg/kg/corp (maximum 500 mg/zi)	5 zile
Claritromicinum	15 mg/kg/corp în 2 prize (maximum 250 mg 2 ori/zi)	10 zile
Clindamicinum	20 mg/kg/corp în 2 prize (maximum 1,8 g/zi 2-3 ori/zi)	10 zile
*Eritromicina nu este recomandată de Ghidul Societății de Boli Infecțioase ale Americii (IDSA, 2012). Am Fam Physician. 2010 Feb 1;81(3):346359.		

ANEXA 5.

Profilaxia secundară a FRA.

Antibioticul	Doza, administrare
Benzathini benzylpenicillinum	Masa corp. > 27 kg - 1 200 000 UA i.m. fiecare 4 săpt. < 27 kg - 600 000 UA i.m. fiecare 4 săpt.
Phenoxymethylpenicillinum	250 mg 2 ori/zi, per os.
Macrolide (azalide) la pacienții alergici la penicilină și sulfadiazină	Azitromicinum 250-500 mg/zi, per os.
Alte antimicrobiene	
Sulfadiazinum	Masa corp. > 27 kg - 0,5 g/zi per os. < 27 kg - 1,0 g/zi per os.
<i>Circulation. 2009;119(11):1547.</i>	

ANEXA 6.

Durata profilaxiei secundare a FRA.

Condiția	Durata după ultimul atac
FRA cu cardită și cardiopatie reumatismală (valvulopatie persistentă)	10 ani sau până la atingerea vârstei de 40 ani (care este mai îndelungată); profilaxie pentru toată durata vieții poate fi necesară.
FRA cu cardită dar fără cardiopatie reumatismală reziduală (lipsa valvulopatiei)	10 ani sau până la atingerea vârstei de 21 ani (care este mai îndelungată).
FRA fără cardită.	5 ani sau până la atingerea vârstei de 21 ani (care este mai îndelungată).
<i>Circulation. 2009;119(11):1547.</i>	

Fișa de consultație la medicul de familie pentru FRA

Pacient _____

General	Data	Data	Data	Data
Tensiunea arterială				
Înălțimea/greutatea				
Evaluarea articulară				
Evaluarea cardiacă				
ASLO				
Marcherii inflamatori (VSH, PCR)				
Tratamentul la zi:				
1.				
2.				
3.				
4.				
Efectele adverse				
1.				
2.				
3.				
Programul ocupațional				
Examinarea specialiștilor: Reumatolog ORL Cardiolog Cardiochirurg				

Fișa de consultație la medicul reumatolog pentru FRA

Pacient _____

General	Data	Data	Data	Data
Tensiunea arterială				
Înălțimea/greutatea				
Evaluarea articulară				
Evaluarea cardiacă				
ASLO				
Marcherii inflamatori (VSH, PCR)				
ECG				
Echocardiografie				
Tratamentul la zi:				
1.				
2.				
3.				
4.				
Efectele adverse				
1.				
2.				
3.				
Programul ocupațional				
Examinarea specialiștilor:				
ORL				
Cardiolog				
Cardiochirurg				

Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru Febra reumatismală acută la adult

Nr	Domeniu	Definiții și note
1.	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3.	Perioada de audit	dd/ll/aaaa
4.	Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e	
5.	Mediul de reședință a pacientului	0 = urban; 1 = rural; 9 = nu se cunoaște
6.	Data nașterii pacientului	dd/ll/aaaa sau 9 = necunoscută
7.	Genul/sexul pacientului	0 = masculin 1 = feminin 9 = nu este specificat
8.	Numele medicului curant	
	Patologia	Febra reumatismală acută la adult
	Internarea	
9.	Data internării în spital	dd/ll/aaaa sau 9 = necunoscut
10.	Timpul/ora internării la spital	Timpul (HH: MM) sau 9 = necunoscut
11.	Secția de internare	Departamentul de urgență = 0 ; Secția de profil reumatologic = 1; Secția de profil chirurgical/ortopedic = 2; Secția de terapie intensivă = 3
12.	Timpul parcurs până la transfer în secția specializată	≤ 30 minute = 0; 30 minute – 1 oră = 1; ≥ 1oră = 2; nu se cunoaște = 9
13.	Data debutului simptome lor	Data (dd/ll/aaaa A) 0 = debut acut; 1 = debut insidios; 9 = necunoscută
14.	Aprecierea criteriilor de spitalizare	Au fost aplicate: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
15.	Tratament administrat la UPU	A fost administrat: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
16.	În cazul răspunsului afirmativ indicați tratamentul (medicamentul, doza, ora administrării):	
17.	Transferul pacientului pe parcursul internării în secția de terapie intensivă în legătură cu agravarea patologiei	A fost efectuat: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Diagnosticul	
18.	Folosirea setului de criterii de clasificare și diagnostic	Au fost efectuate după internare : nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
19.	ECG	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
20.	Ecocardiografie	negativ = 0; pozitiv = 1; rezultatul nu se cunoaște = 9
21.	Examen radiologic pulmonar	A fost efectuat după internare : nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Tratamentul	
22.	Tratament cu AINS	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
23.	Tratament cu corticosteroizi	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
24.	Tratament antibacterian (peniciline, macrolide)	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
25.	Tratament non-farmacologic	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
26.	Răspuns terapeutic, confirmat prin, criterii de remisiune ASAS	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
27.		În cazul răspunsului negativ tratamentul efectuat a fost în

Externarea și medicația		
28.	Data externării sau decesului	Include data transferului la alt spital, precum și data decesului.
29.	Data externării	dd/ll/aaaa sau 9 = necunoscută
30.	Data decesului	dd/ll/aaaa sau 9 = necunoscută
31.	Durata spitalizării	Zile
32.	Implementarea criteriilor de externare	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
33.	Prescrierea recomandărilor la externare	Externat din spital cu indicarea recomandărilor: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Decesul pacientului		
34.	Decesul în spital	Nu = 0 Decesul cauzat de complicațiile SA = 1; Alte cauze de deces = 2; nu se cunoaște

Informație pentru pacienți.

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 precedă 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 ereditară? FRA 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 FRA. 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.

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 FRA se bazează pe diagnosticul prompt și tratamentul cu antibiotice (antibioticul recomandat este penicilina) al faringitei streptococice la copiii sănătoși.

Este o boală contagioasă? FRA în sine nu este contagioasă, 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? FRA 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 poate persista febra 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? FRA 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 FRA. Simptomele bolii 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? 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 2-4 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 FRA.

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 FRA, 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. 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.

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

Sunt permise vaccinările? În general, vaccinarea nu pare a crește activitatea bolii și nu provoacă reacții adverse severe la pacienți. Cu toate acestea, vaccinurile cu microorganisme 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).

Febra reumatică și sarcina. Modificările hemodinamice din sarcină sunt o provocare pentru sistemul cardiovascular al femeilor cu cardiopatie reumatică și pot pune în pericol bunăstarea și supraviețuirea pacientei și a fătului. Sarcina poate înrăutăți modificările hemodinamice pre-existente, mai frecvent din cauza tahicardiei, instabilității presiunii arteriale, modificărilor rezistenței periferice sistemice și pulmonare și creșterea debitului cardiac. În perioada nașterii și post-partum dereglările

hemodinamice se pot modifica acut, sever cu apariția complicațiilor amenințătoare pentru viață. Uneori afectarea cardiacă devine manifestă și diagnosticată în perioada sarcinii. Managementul acestor pacienți este dependent de tipul și severitatea afectării cardiace. Pentru decizia corectă se va monitoriza cu strictețe statutul hemodinamic. Femeilor li se recomandă să restricționeze efortul fizic, aportul de sodiu și lichide; se administrează un tratament profilactic adecvat pentru a evita infecțiile intercurente. Atenție deosebită necesită femeile cu valvulopatii moderat – severe (NYHA III-IV, insuficiență cardiacă simptomatică, disfuncția ventriculului stâng, hipertensiune pulmonară), îndeosebi cu stenoză mitrală, stenoză aortică, cardiopatie pluri-valvulară și fibrilație atrială, protezare valvulară și tratament anticoagulant. Aceste paciente prezintă un risc înalt de complicații vitale periculoase în timpul sarcinii și nașterii. Cu toate acestea, datorită performanțelor tehnicilor cardiovasculare, precum dilatarea cu balon și comisurotomia efectuate în timpul sarcinii, aceasta ar putea fi permisă în prezența facilităților respective. Unele medicamente precum Warfarin *sunt contraindicate* în timpul sarcinii.

BIBLIOGRAFIA

1. Bijlsma J., EULAR Textbook on Rheumatic Diseases, Ediția a 2-a, 2015.
2. Gewitz MH, Baltimore RS, Tani LY 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. Endorsed by the World Heart Federation. *Circulation*. 2015;131:1806-1818.
3. Groppa L., Popa S., Rotaru L. et al. Reumatologie și nefrologie. Manual. Lexon Prim, Chișinău, 2018. 462 p.
4. 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.
5. Karthikeyan G., Guilherme L., Acute rheumatic fever. *The Lancet*. V.392, P161-174, July 14, 2018.
6. 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.
7. Rachel H., Cameron G., Harnden A. Acute rheumatic fever. *BMJ* 2015;351:h3443; p1-8. doi: 10.1136/bmj.h3443.
8. Revenco N., Rudi M, Grin O. Febra reumatismală acută la copil. Protocol clinic național. PCN-53. Chișinău, 2016.
9. Rheumatic fever and Rheumatic Heart Diseases: Report of WHO Expert Consultation (WHO Tech Rep Ser, 923). Geneva. 2004.
10. Seckeler MD., Hoke TR. The worldwide epidemiology of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease. *Clinical Epidemiology* 2011;3 67–84.
11. Shulman ST., Bisno AL., Clegg H. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America, 2012.
12. Sika-Paotonu D., Beaton A., Raghu A. et al. Acute Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease. 2017 Mar 10 [Updated 2017 Apr 3]. In: Ferretti JJ, Stevens DL, Fischetti VA, editors. *Streptococcus pyogenes: Basic Biology to Clinical Manifestations* [Internet]. Oklahoma City (OK): University of Oklahoma Health Sciences Center; 2016-.
13. Webb RE, Grant C, Harnden A. Acute rheumatic fever. *BMJ* 2015;351:h3443 doi: 10.1136/bmj.h3443.