



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



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

FEBRA REUMATISMALĂ ACUTĂ LA COPIL

**Protocol clinic național
(ediția III)**

PCN-53

Chișinău, 2025

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

Aprobat la ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății
din 23.12.2024, proces verbal nr. 4

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

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
SUMARUL RECOMANDĂRIILOR.....	3
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1. Diagnosticul:	4
A.2. Codul bolii (CIM 10):.....	4
A.3. Utilizatorii:	4
A.4. Obiectivele protocolului:	4
A.5. Elaborat: 2016	4
A.6. Revizuit: 2025	4
A.7. Data următoarei revizuirii: 2030.....	4
A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și persoane care au participat la elaborarea protocolului ..	5
A.9. Definițiile folosite în document	6
A.10. Informația epidemiologică.....	6
B. PARTEA GENERALĂ	7
B.1. Nivel de asistență medicală primară	7
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator	9
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească	10
C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ.....	12
C 1.1. Algoritmul general de conduită în FRA la copil	12
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	13
C.2.1. Clasificarea FRA	13
C.2.2. Factorii de risc	14
C.2.3. Profilaxia	14
C.2.4. Conduita pacientului cu FRA	15
C.2.4.1. Anamneza	15
C.2.4.2. Examenul fizic	16
C.2.4.3. Investigațiile paraclinice	17
C.2.4.4. Diagnosticul diferențial.....	19
C.2.4.6. Tratamentul	20
C.2.4.7. Evoluția FRA	21
C.2.4.8. Supravegherea pacienților cu FRA	21
C.2.5. Complicațiile	22
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU	23
D.1. Prestatori de servicii de AMP	23
D.2. Prestatori de servicii de AMSA	23
D.3. Prestatori de servicii de AMS	24
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....	25
ANEXE	26
Anexa 1. Diagnosticul diferențial la copiii cu poliartrită și cu febră.....	26
Anexa 2. Diagnosticul diferențial în coree	27
Anexa 3. Semnele clinice comune pentru faringita streptococică [16]	27
Anexa 4. Profilaxia primară a febrei reumatismale acute: tratamentul recomandat în faringita streptococică, IDSA Guideline 2012 [15]	28
Anexa 5. Indicații pentru recurențele repetate, frecvențe ale faringitei streptococice, grupul A [13].....	28
Anexa 6. Fișa standardizată de audit medical	29
Anexa 7. Ghid pentru părinți	30
BIBLIOGRAFIE	33

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

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ASL-O	Antistreptolizina O
AINS	antiinflamatoare nesteroidiene
AMP	Asistență medicală primară
AMSA	Asistență medicală specializată de ambulator
AMS	Asistență medicală spitalicească
AV	Atrioventricular
ECG	Electrocardiograma
FCC	frecvență a contracțiilor cardiace
FR	frecvență a respirației
FRA	febră 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

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

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

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

11. Supravegherea va avea ca scop primar monitorizarea eficacității tratamentului administrat, evoluția bolii precum și prevenirea complicațiilor acestuia.

PREFAȚĂ

Protocolul clinic național „Febra reumatismală acută la copil” este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale și cu experiența autorilor, acumulată în domeniul dat. Acest protocol va servi la elaborarea protocoalelor clinice instituționale, în funcție de posibilitățile reale ale fiecărei instituții. 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. Febra reumatismală acută cu complicații cardiace: mioendocardită cu afectare a valvei mitrale; poliartrita, activitate grad II (moderată), evoluția acută. Insuficiență cardiacă gradul II după NYHA. Amigdalită cronică decompensată, recidive de angină, ASLO 1:800.

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

A.2. Codul bolii (CIM 10):

I00 – Reumatismul articular acut fără complicații cardiace

I01 – Reumatismul articular acut cu complicații cardiace

I02 – Coreea reumatismală

I05-I09 – Cardiopatia reumatismală 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:

- Prestatorii serviciilor de AMP (medici de familie, asistente medicale de familie, medici pediatri)
- Prestatorii serviciilor de AMSA (centrele consultative raionale și asociațiile medicale teritoriale – medici pediatri, reumatologi pediatri, medici specialiști în ORL);
- Prestatorii serviciilor de AMS (secțiile de pediatrie ale spitalelor raionale, municipale; secția de reumatologie a IMSP IM și C – medici pediatri, medici reumatologi pediatri).

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

A.4. Obiectivele protocolului:

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

A.5. Elaborat: 2016

A.6. Revizuit: 2025

A.7. Data următoarei revizuirii: 2030

A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și persoane care au participat la elaborarea protocolului

Prenumele, numele	Funcția, instituția
Ninel Revenco	dr. hab. șt. med., prof. univ., Șef Departament Pediatrie USMF, „Nicolae Testemițanu”
Angela Cracea	conf. univ., dr. șt. med., Departament Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Rodica Eremciuc	asist. univ., Departament Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Silvia Foca	dr. șt. med., medic pediatru- reumatolog, IMSP IM și C
Livia Bogonovschi	asist. univ., Departament Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Olesea Grin	medic pediatru-reumatolog, DCSI IM și C
Olga Gaidarji	asist. univ., Departament Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vladimir Iacomi	asist. univ., Departament Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Elena Nedalcova	doctorand, Departament Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Recenzent:

Prenumele, numele	Funcția, instituția
Eugeniu Russu	dr. șt. med., conf. univ., Disciplina de reumatologie și nefrologie, Departament Medicină internă, USMF „Nicolae Testemițanu”, șef laborator de reumatologie a IMSP SCR „Timofei Moșneaga”

Protocolul a fost examinat, avizat și aprobat de:

Structura/instituția	Prenume, nume, funcția
Departamentul Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”	Ninel Revenco , dr. hab. șt. med., prof.univ., Șef Departament
Comisia științifico-metodică de profil Pediatrie USMF „Nicolae Testemițanu”	Ninel Revenco , dr. hab. șt. med., prof.univ., președinte
Catedra de Medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	Ghenadie Curocichin , dr. hab. șt. med., prof.univ., șef catedră
Catedra de Farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	Bacinschi Nicolae , dr. hab. șt. med., prof.univ., șef catedră
Catedra de Medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”	Anatolie Vișnevschi , dr. hab. șt. med., prof.univ., șef catedră
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	Dragoș Guțu , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Ion Dodon , director general
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	Valentin Mustea , director
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	Aurel Grosu , dr. hab. șt. med., prof.univ., președinte

A.9. Definițiile folosite în document

Febra reumatismală acută se consideră o maladie sechelară nonsupurativă a faringitei acute cu streptococul β -hemolitic, grupul A, cu afectarea cordului, articulațiilor, sistemului nervos central, tegumentelor și a țesuturilor subcutanate, cu tendință spre evoluție cronică cu exacerbari și cu consecințe grave din motivele instalării carditei reumatismale sau a cardiopatiei reumatismale (leziuni valvulare cu sechele fibroase) [6, 7, 15, 16]. Febra reumatismală acută este rezultatul unei interacțiuni complexe dintre gazdă susceptibilă, tulpini reumatogene a streptococului și factorii de mediu.

Morfopatologic FRA este determinată de leziunile exsudative și proliferativ – granulomatoase. Leziunile exsudative apar în procesul de degenerescență mucoidă, cu afectarea vaselor, valvelor și a pericardului, însoțite de edem, aglomerare limfocitară și plasmocitară. Leziunile proliferativ – granulomatoase sunt reprezentate de nodulii Aschoff. Evoluția nodulilor Aschoff este în medie de 4 luni. Din aceste considerente tratamentul antiinflamator precoce în fazele incipiente va permite evitarea apariției cicatricelor perivascularare sau a depunerilor fibroase printre miofibrile.

A.10. Informația epidemiologică

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

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

Astfel, în Australia și în Noua Zelandă, incidența anuală a FRA este de 374 la 100.000. Aproximativ 60% dintre acești pacienți în anii următori dezvoltă cardiopatia reumatismală cronică [2, 10, 12].

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

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară		
Descriere	Motive	Pași
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară C.2.3	Depistarea precoce și tratamentul adecvat al faringitelor streptococice previn apariția FRA.	Standard/Obligatori: • Informarea despre factorii de risc ai FRA și despre consecințele ei (<i>caseta 1</i>). • Evidențierea purtătorilor de streptococ β-hemolitic, grupul A (<i>caseta 2</i>). • Sanarea focarelor cronice de infecție (referire la medicul specialist în ORL, stomatolog). • Tratatamentul adecvat al faringitelor streptococice (<i>anexele 4, 5</i>).
1.2. Profilaxia secundară C.2.3	Profilaxia secundară permite: • prevenirea recidivei FRA, la pacientul cu un episod primar, • la pacienții cu cardită: prevenirea progresiei afectării cardiace, • la pacienții fără cardită: prevenirea afectării cardiace.	Standard/Obligatori: Antibioticoterapie prelungită (<i>caseta 2</i>).
2. Diagnosticul		
2.1. Identificarea semnelor precoce de FRA C.2.4.1-C.2.4.3	Identificarea semnelor precoce de FRA este importantă pentru stabilirea unui diagnostic precoce și inițierea promptă a tratamentului personalizat, adaptat gradului de activitate și implicării cardiace [3, 5, 13].	Standard/Obligatori: • Evidențierea copiilor cu factori de risc în dezvoltarea FRA (<i>caseta 1</i>); • Anamneza și examenul fizic (<i>casetele 4, 5</i>); • Investigațiile paraclinice pentru determinarea gradului de activitate a bolii și pentru supravegherea evoluției bolii (posibilelor sechele cardiace) (<i>tabelul 3</i>); • Evaluarea indicațiilor pentru consultul medicului reumatolog pediatru, medicului specialist în ORL și cardiocirurgie. • Efectuarea diagnosticului diferențial în funcție de expresia semnelor clinice de FRA (<i>anexele 1, 2</i>);

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

2.2. Decizii asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu		Standard/Obligatoriu: Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>casetele 7, 8</i>).
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul simptomatic C.2.4.6	Scopul tratamentului este diminuarea activității maladiei, reducerea posibilelor sechele cardiace, reducerea clasei funcționale de insuficiență cardiacă după NYHA [13]	Standard/Obligatoriu: • Antibioticele (<i>caseta 10</i>). • AINS – la adresare primară (<i>caseta 10</i>). Recomandabil (diagnostic confirmat): • Tratamentul nonfarmacologic (sanarea focarelor cronice de infecție) • Peniciline naturale cu durată lungă (efectuarea profilaxiei secundare) (<i>caseta 10</i>).
4. Supravegherea		
4.1. Supravegherea permanentă până la vârsta de 18 ani C.2.4.8	Profilaxia secundară permanentă conform protocolului clinic național va permite reducerea complicațiilor cardiace (dezvoltarea cardiopatiei reumatismale cronice) [10, 13, 16].	Standard/Obligatoriu: • Supravegherea în colaborare cu medicul reumatologul pediatru (<i>caseta 12</i>). • Administrarea medicamentelor incluse în profilaxia secundară (<i>caseta 2</i>).
5. Recuperarea	Recuperarea previne complicațiile , reduce simptomele și îmbunătățește calitatea vieții	Standard/Obligatoriu: • Monitorizarea tratamentului în comun cu medicul reumatolog pediatru; • Prevenirea recidivelor FRA; • Respectarea profilaxiei secundare.

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

B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator		
Descriere	Motive	Pași
1. Diagnosticul		
1.1. Confirmarea FRA C.2.4.1-C.2.4.4	Diagnosticul precoce și tratamentul individualizat în funcție de gradul de activitate și de implicarea cardiacă, poate reduce rata copiilor cu cardiopatie reumatismală cronică și numărul de copii invalizi în societate [2, 10, 13].	Standard/Obligatori: - Identificarea copiilor din grupul de risc în dezvoltarea FRA (<i>caseta 1</i>). - Anamneza (<i>caseta 4</i>). - Examenul fizic, incluzând evaluarea sistemului cardiovascular, cu aprecierea gradului de insuficiență cardiacă, după NYHA (<i>casetele 3-5</i>). - Investigațiile obligatorii paraclinice pentru determinarea gradului de activitate a bolii și pentru supravegherea evoluției bolii (<i>tabelul 3</i>). - Evaluarea indicațiilor pentru consultația altor specialiști (<i>tabelul 3</i>). - Efectuarea diagnosticului diferențial în funcție de expresia semnelor clinice de FRA (<i>anexele 1, 2</i>). Recomandabil: - Investigațiile recomandabile paraclinice pentru determinarea gradului de activitate a bolii și pentru supravegherea evoluției bolii (<i>tabelul 3</i>).
1.2. Decizii asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu		Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>casetele 7, 8</i>).
2. Tratamentul C.2.4.6 2.1. Tratamentele medicamentos și de reabilitare în condiții de ambulatoriu le copilului, cu grad minim de activitate, și fără insuficiență cardiacă după NYHA	Scopul tratamentului este diminuarea gradului de activitate a bolii, a gradului de insuficiență cardiacă, reducerea ratei copiilor cu cardiopatie reumatismală cronică [2, 10, 13].	Standard/Obligatori: - Antibioticele (<i>caseta 10</i>). - AINS – la adresare primară (<i>caseta 10</i>). Recomandabil (diagnostic confirmat): - Antibiotice (efectuarea profilaxiei secundare) (<i>caseta 10</i>). - Tratamentul nonfarmacologic (sanarea focarelor cronice de infecție).

Protocol Clinic Național „Febra reumaticală acută la copil”, ediția III

3. Supravegherea permanentă până la vârsta de 18 ani	Profilaxia secundară a FRA va permite reducerea numărului de copii cu cardiopatie reumaticală cronică [1, 13, 15].	Standard/Obligativ: - Supravegherea se va face în colaborare cu medicul de familie (<i>caseta 12</i>). - Supravegherea cu administrarea tratamentului prevăzut pentru profilaxia secundară a FRA (<i>caseta 2</i>).
4. Recuperarea		Standard/Obligativ: Conform programelor existente de recuperare și recomandărilor specialiștilor.
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească		
Descriere	Motive	Pași
1. Spitalizarea C.2.4.5		Standard/Obligativ: - Spitalizarea în secțiile de pediatrie și/sau SATI ale spitalelor raionale, municipale; secția de reumatologie a IMSP IM și C. - Criterii de spitalizare (<i>casetele 7, 8</i>).
2. Diagnosticul Confirmarea FRA C.2.4.1-C.2.4.4	Diagnosticul precoce și tratamentul etiopatogenetic poate: minimaliza durata bolii; reduce rata de copii cu cardiopatie reumaticală cronică și numărul de copii invalizi în societate [2, 7, 9, 14].	Investigații obligatorii: - Identificarea copiilor din grupul de risc în dezvoltarea FRA (<i>caseta 1</i>). - Anamneza (<i>caseta 4</i>). - Examenul fizic, incluzând evaluarea sistemului cardiovascular, cu aprecierea gradului de insuficiență cardiacă, după NYHA (<i>casetele 3-5</i>). - Investigațiile obligatorii paraclinice pentru determinarea gradului de activitate a bolii și pentru supravegherea evoluției bolii (<i>tabelul 3</i>). - Efectuarea diagnosticului diferențial în funcție de expresia semnelor clinice de FRA (<i>anexele 1, 2</i>). Recomandabil: - Investigațiile recomandabile paraclinice pentru determinarea gradului de activitate a bolii și pentru supravegherea evoluției bolii (<i>tabelul 3</i>). - Evaluarea indicațiilor pentru consultația specialiștilor lor în ORL, stomatolog, cardiochirurg (<i>tabelul 3</i>).

Protocol Clinic Național „Febra reumaticală acută la copil”, ediția III

3. Tratamentul	Scopul tratamentului – diminuarea gradului de activitate a maladiei, eradicarea infecției streptococice beta-hemo litice grupul A, profilaxia posibilei recurențe a infecției și prevenirea cardiopatiei reumatismale [6, 9, 12, 14].	Standard/Obligativ: • Antibioticele (<i>caseta 10</i>). • AINS (<i>caseta 10</i>). • Glucocorticoizi (<i>caseta 10</i>). • Tratamentul insuficienței cardiace cronice (protocol separat).
4. Externarea, nivelul primar de tratament continuu și de supraveghere	După stabilizarea stării pacientului și absenței complicațiilor acute, se va permite continuarea tratamentului și monitorizarea acestuia în condiții de ambulator, sub supravegherea medicului de familie.	Extrasul obligativ va conține: • Diagnosticul precizat desfășurat. • Rezultatele investigațiilor efectuate. • Tratamentul aplicat. • Recomandările explicite pentru pacient. • Recomandările pentru medicul de familie.

C. 1. ALGORITMII DE CONDUITĂ

C 1.1. Algoritmul general de conduită în FRA la copil

I. Suspectarea și confirmarea FRA:

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



II. Tratamentul FRA

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



III. Profilaxia secundară a febrei reumatismale acute – durata terapiei

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

*Dovedită clinic sau prin ecocardiografie.

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea FRA

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

DIAGNOSTICUL FRA, CRITERIILE JONES MODIFICATE, 2015*	
A. Pentru toate grupurile de pacienți - dovada infecției anterioare cu streptococ β-hemolitic din grup A (excepție: coree)	
Diagnostic: Puseu primar de FRA	2 manifestări majore sau 1 majoră plus 2 minore
Diagnostic: Puseu repetat de FRA	2 manifestări majore sau 1 major și 2 minore sau 3 minore
B. Criterii majore	
<i>Populații cu riscuri mici^a</i>	<i>Populații cu riscuri moderate/majore</i>
• Cardita^b (Clinică sau/și subclinică) • Artrită (doar poliartrită) • Coree • Eritem marginat • Noduli subcutanați	• Cardita^b (Clinică sau/și subclinică) • Artrită (monoartrită sau poliartrită sau poliartralgie^c) • Coree • Eritem marginat • Noduli subcutanați
C. Criterii minore	
<i>Populații cu riscuri mici^a</i>	<i>Populații cu riscuri moderate/majore</i>
• Poliartralgie • Febră ($\geq 38.5^{\circ}\text{C}$) • VSH ≥ 60 mm/h sau și PCR $\geq 3\text{mg/dl}^d$ • Prelungirea PR pe ECG (raportat la vârstă; excepție: cardita este criteriu major)	• Monoartralgie • Febră ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) • VSH ≥ 30 mm/h sau și PCR $\geq 3\text{mg/dl}^d$ • Prelungirea PR pe ECG (raportat la vârstă; excepție: cardita este criteriu major)

^aPopulații cu riscuri mici sunt cele cu incidență ≤ 2 /per 100.000 de școlari sau prevalența la toate vârstele $\leq 1:1000$ populație/an

^bCardita subclinică este reprezentată afectarea ecografică a valvelor

^cPoliartalgii trebuie considerate ca manifestare majoră doar după excluderea altor cauze.

^dValorile PCR trebuie să fie mai mari ca valoarea de referință a laboratorului. Deoarece valorile VSH pot fluctua pe parcursul bolii, se vor folosi valorile maxime ale VSH

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

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 reumatismală cronică	2 majore sau unul major și 2 minore plus depistare de infecție streptococică din grupul A
Recurență de FRA, la pacientul cu cardiopatie reumatismală cronică	2 minore plus depistare de infecție streptococică din grupul A
Coree reumatismală Debut insidios al carditei reumatice	Alte criterii majore sau fără depistare de infecție streptococică din grupul A
Cardiopatie reumatismală 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 antistreptococici 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].**

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

Profilaxia primară

- Tratamentul adecvat al faringitei streptococice (anexa 4).
- Evidențierea purtătorilor cu streptococul β -hemolitic, grupul A.

Profilaxia secundară a FRA

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

- La pacienții cu cardită: prevenirea progresiei afectării cardiace
- La pacienții fără cardită: prevenirea afectării cardiace

Durata profilaxiei

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

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

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

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

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

C.2.4. Conduita pacientului cu FRA

Caseta 3. Pași 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 anamnesticalui

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

C.2.4.2. Examenul fizic

Caseta 5. Regulile examenului fizic în FRA

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

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

Cardita (aproximativ 40% dintre pacienți): disconfort ușor sau moderat în regiunea precardiacă, prezența semnelor de miocardită, endocardită, pericardită, pancardită; cardiomegalie; insuficiență cardiacă; diminuarea zgomotelor cardiace; apariția suflurilor (holosistolic apical, diastolic la mitrală sau aortală, tahicardie sinuzală persistentă). Anatomic endocardita reumatică evoluează în 3 faze: infiltrație, organizare, cicatrizare. Instalarea leziunilor valvulare se notează în insuficiența mitrală timp de 2-3 săptămâni, în insuficiența aortală – 6 luni și în stenoza mitrală mai mult de 6 luni. Pericardita reumatică deseori se prezintă sub 2 forme: pericardita acută fibrinoasă și pericardita exsudativă. Pentru cardita reumatismală 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 mișcărilor 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, *procesus 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
Analiza generală a sângelui	Gradul 1 de activitate – leucocitoză, VSH 20-30 mm/h Gradul 2 de activitate – leucocitoză cu neutrofilie, VSH mai mare de 30 mm/h Gradul 3 de activitate – posibil anemie, leucocitoză cu neutrofilie, VSH mai mare de 40 mm/h	O	O	O
Analiza generală a urinei	Epiteliu, proteinurie minimă, eritrociturie minimă, leucociturie moderată	O	O	O
Proteina totală și fracțiile	Gradul 2 de activitate – α –globuline 11-16%; γ –globuline 21-25% Gradul 3 de activitate – α –globuline mai mari de 15%; γ –globuline mai mari de 23-25%	R	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	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	O
ALAT,ASAT, bilirubina și fracțiile ei, creatinina serică, fosfataza alcalină, ceruloplasmina, ionograma (Ca, Mg, P, Cu).		R	O	O

Protocol Clinic Național „Febra reumaticală acută la copil”, ediția III

Teste uzuale în clinică pentru determinarea anticorpilor antistreptococici – antistrep-tolizina O (ASL-O) sau antidezoxiribonu-cleaza B (anti-DNA-aza B), antistreptoki-naza , antihialuronidaza	În gradul 3 de activitate, valorile se majorează de 3-5 ori de la indicii normativi		O	O
I	II	III	IV	V
Culturile luate din exsudatul faringian – înainte de tratament cu antibiotice	Pentru izolarea streptococului β -hemolitic, grupul A. Permite confirmarea faringitei streptococice, grupul A, și		O	O
Radiografia cardiopulmonară standard	Permite aprecierea dimensiunilor cordului și a posibilei pneumonii reumatice		R	O
Electrocardiografia	Permite depistarea tulburărilor de ritm posibile în FRA (tahicardia sinuzală, blocul AV gradele I, II sau III, tahicardie atrială), modificări ale ST-T, lărgirea QRS, inversia undei T	O	O	O
Ecocardiografia bidimensională completată cu examenul Doppler	Permite stabilirea diagnosticului de cardită, a prezenței regurgitațiilor mitrale și/sau aortale, a prezenței lichidului pericardic		R	O
Ultrasonografia organelor interne și a rinichilor	În prezența durerilor abdominale, va permite evidențierea semnelor posibilei nefrite poststreptococice	R	O	O
La indicații speciale – imunograma, tipizarea HLA, efectuarea investigațiilor necesare pentru efectuarea diagnosticului diferențiat (caseta 6)	Permite efectuarea diagnosticului diferențial		R	R
Consultația medicilor specialiști în ORL, stomatologului, medicului gastrolog, nefrolog.	Permite efectuarea diagnosticului diferențial	R	O	O

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).

Diagnosticul diferențial dintre Artrită reactivă poststreptococică (ARP) și Febra reumatismală acută (FRA)		
	ARP	FRA
Vârsta	Bimodal: 8-14 ani și 21-37 ani	5-15 ani, pic la 10 ani
Debutul bolii după infecție streptococică	7-10 zile	10-28 zile
Implicare articulară	Aditivă și persistentă: implicare art.mari, mici și axiale	Migratoare, tranzitorii, implică art. mari
Reactanți de fază acută	Elevați moderat	Elevați marcat
Răspunsul artritei la AINS	Redus sau moderat	Dramatic
Markeri genetici	HLA DRB1*01	Alela HLA DRB1*16
Cardită	Date contradictorii, se consideră rară	Criteriu de diagnostic major, 60-70%
Antibioprofilaxie	Un an dacă EcoCG este normală	Profilaxie de lungă durată

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 neadekvată febrei.
- Hiperpirexia (temperatura corporală > 39°C).
- Afectarea 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 până la compensarea cardiacă. La copiii cu artrită, fără cardită, repausul la pat este indicat până la ameliorarea simptomelor, apoi se trece la repausul relativ până 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 Phenoxymethylpenicillinum* pentru minim 10 zile, *per os*, 250 mg, de 2-3 ori pe zi, timp de 10 zile *sau*
- Amoxicillinum 1-1,5 g, în 24 de ore, pentru copiii mai mari de 12 ani și 500-750 mg, în 24 de ore, pentru copiii de 5-12 ani, timp de 10 zile, *per os*, apoi
- Benzathini benzylpenicillinum 600 000 UI, i.m., pentru copiii cu masa corporală mai mică de 27 kg *sau*
- Benzathini benzylpenicillinum 1,2 mln UI, i.m., pentru copiii cu masa corporală mai mare de 27 kg.

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

La copiii cu alergie la Peniciline:

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

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

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

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

În caz de grad de activitate maxim, cardită severă

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

4. Managementul coreei:

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

C.2.4.7. 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.

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

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

Periodic, la intervale de 3-6 luni:

- ✓ greutatea, înălțimea;
- ✓ analiza generală a sângelui;
- ✓ proteina C reactivă;
- ✓ ASL-O;
- ✓ ECG;
- ✓ ecocardiografia;

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

✓ radiografia cardiopulmonară – o dată în an.

- Evidența la medicul de familie – copiii cu boală în remisiune și care nu necesită și supravegherea cardiochirurgului.
- Cooperarea cu alte specialități – balneofizeoterapeut, medic specialist în ORL, neurolog, stomatolog ș. a.

Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu FRA de către reumatolog:

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

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

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**

D.1. Prestatori de servicii de AMP	Personal: • medic de familie; • asistent medical/asistentă medicală de familie; • medic pediatru Aparataj, utilaj: • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • taliometru; • panglica–centimetru; • cântar; • laborator clinic standard pentru realizare de: (analiza generală a sângelui, analiza generală a urinei; pentru determinare de: VSH, proteină C reactivă). Medicamente conform Normelor minime de dotare a trusei medicului de familie (Secțiunea 16, Anexă nr.1 „Norme de reglementare a Asistenței Medicale Primare din Republica Moldova” la Ordinul Ministerului Sănătății nr.695 din 13.10.2010) Medicamente pentru prescriere: • AINS (Ibuprofenum). • Antibiotice (Benzathini benzylpenicillinum).
D.2. Prestatori de servicii de AMSA	Personal: • medic pediatru • medic reumatolog pediatru; • asistent medical/asistentă medicală; • medic în laborator. Aparataj, utilaj: • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • taliometru; • panglica–centimetru; • cântar; • cabinet de diagnostic funcțional; • cabinet radiologic; • laborator clinic standard pentru realizare de: (analiza generală a sângelui, proteină totală și fracțiile ei, fibrinogen, analiza generală a urinei; pentru determinare de: ALAT, ASAT, • bilirubină și fracțiile ei, creatinină serică, fosfatază alcalină, ceruloplasmină, ionogramă (Ca, Mg, P, Cu); • laborator imunologic: determinarea anticorpilor antistreptococici – antistreptolizina O (ASL-O) sau antidezoxiribonucleaza B (anti-DNA-aza B), antistreptokinaza, antihialuronidaza.

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

	Medicamente pentru prescriere: • AINS (Ibuprofenum). • Antibiotice (Phenoxymethylpenicillinum* <i>sau</i> Amoxicillinum, Benzathini benzylpenicillinum; Azithromycinum, <i>sau</i> Clarithromycinum, <i>sau</i> Cefadroxilum*).
D.3. Prestatori de servicii de AMS Secțiile de pediatrie ale spitalelor raionale, municipale; secția de reumatologie a IMSP IM și C	Personal: • medic pediatru • medic reumatolog pediatru; • asistent medical/asistentă medicală; • medic în laborator; • acces la consultul medicilor specialiști în ORL, oftalmolog, neurolog, kinezioterapeut, fizioterapeut.
	Aparataj, utilaj: • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • taliometru; • panglica – centimetru; • cântar; • cabinet de diagnostic funcțional; • cabinet radiologic; • laborator clinic standard pentru realizare de: analiza generală a sângelui, analiza generală a 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). • laborator imunologic: determinarea anticorpilor antistreptococi – antistreptolizina O (ASL-O) sau antidezoxiribonucleaza B (anti-DNA-aza B), antistreptokinaza, antihialuronidaza. • laborator bacteriologic; • secție de reabilitare, secție ORL.
	Medicamente: • AINS (Ibuprofenum). • Glucocorticoizi (Prednisolonum). • Antibiotice (Phenoxymethylpenicillinum* <i>sau</i> Amoxicillinum, Benzathini benzylpenicillinum; Azithromycinum, <i>sau</i> Clarithromycinum, <i>sau</i> Cefadroxilum*).

Protocol Clinic Național „Febra reumaticală acută la copil”, ediția III

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 reumaticală 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 reumaticală acută la copil</i> , pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii, tratați lcu faringită streptococică, pe parcursul ultimului an
2.	Creșterea numărului de pacienți cu FRA, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primele săptămâni de la debutul bolii	2.1. Proporția pacienților cu FRA, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primele săptămâni de la debutul bolii, pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu FRA, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primele săptămâni de la debutul bolii, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți, cu diagnosticul de FRA, care se află sub supraveghere- rea medicului de familie
3.	Ameliorarea calității examinării clinice și paraclinice la pacienții cu FRA	3.1. Proporția pacienților cu FRA, cărora li s-a efectuat examenul clinic și cel paraclinic obligatoriu, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Febra reumaticală 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 reumaticală 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 reumaticală 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 reumaticală 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 reumaticală acută la copil</i>	5.1. Proporția pacienților cu FRA, care au fost supravegheați conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Febra reumaticală 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 reumaticală 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

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

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 reactive
Afectarea simetrică a articulațiilor mici	Artrita reumatoidă Artrita virală Lupusul eritematos sistemic
Leucocitoza ($15\,000 \times 10^9/l$)	Artrita bacteriană Endocardita infecțioasă Artrita juvenilă idiopatică Vasculita sistemică Leucemia acută
Leucopenia	Lupusul eritematos sistemic Artrita virală
Recurențele episodice	Boala Lyme Artrita indusă de cristale Boală inflamatorie intestinală Boala Whipple Febra familială mediteraniană Artrita juvenilă idiopatică Lupusul eritematos sistemic

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

Anexa 2. Diagnosticul diferențial în coree

Diagnosticul	Examinările pentru diagnosticare
Convulsii atipice	Modificări electroencefalografice Modificări în gradul de conștiență
Accidente cerebrovasculare	RMN sau TC evidențiază modificările posibile
Boală difuză a țesutului conjunctiv (LES sau periarteriită nodoasă)	Examinare și istoric Examinare paraclinică (micșorarea fracțiilor 3 și 4 ale complementului seric, titrul pozitiv ANA)
Intoxicație cu medicamente	Screening la medicamente, în special pentru Phenytoinum, Amitriptylinum, Metoclopramidum, Fluphenazinum.
Coree familial	Prototip pentru boala Huntington Coree benignă familială Choreoatetoza 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	N
Exsudat faringian sau tonsilar	Nu	++++	+ +
Cultură pozitivă din faringe	++++	++++	+ +
Febră	Nu este specific	Nu este specific	Nu este
Debut acut	+, nu este specific	++, nu este specific	++, nu este
Dureri abdominale	++	++	+
Coriză	++	+	+
Eritem faringian	Nu este specific	Nu este specific	Nu este
Tuse	Nu este specific	Nu este specific	Nu este

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

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

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

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

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

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

Anexa 6. Fișa standardizată de audit medical

Fișa standardizată de audit pentru evaluarea implementării Protocolului clinic național „Febra reumatismală la copil”		
Nr d/o	Domenii/ parametri evaluați	Codificarea rezultatelor
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3	Ziua, luna, anul de naștere a pacientului/ei	DD-LL-AAAA; necunoscută=9
4	Mediul de reședință	urban=0; rural=1
5	Genul/sexul pacientului/ei	masculin=1; feminin=2
6	Categoria Febrei reumatismale la copil	Reumocardită primară=1; Reumocardită recidivantă=2; Artrita=3; Coree=4
Internarea		
7	Data debutului simptomelor	DD: MM: AAAA; necunoscut=9
8	Data internării în spital	DD-LL-AAAA; necunoscut=9
9	Timpul/ora internării la spital	Timpul (HH: MM); necunoscut=9
10	Transferul pacientului pe parcursul internării în secția de terapie intensivă în legătură cu agravarea stării generale a copilului	A fost efectuat: nu = 0; da = 1
Diagnosticul		
11	Evaluarea semnelor critice clinice	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
12	Anamneza	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; identificarea factorilor de risc = 2; determinarea susceptibilității genetice = 3; evidențierea perioadei de latență de 2-4 săptămâni de la infecția faringiană cu streptococul β-hemolitic = 4
13	Factorii de risc	Nutriție deficitară cu carență de vitamine C, A, D, calciu și fosfor = 1; predispoziție ereditară = 2; condiții insalubre de viață = 3; colectivități aglomerate (școli, familii aglomerate cazate de spațiile restrânse) = 4; infecțiile streptococice repetate = 5; variațiile sezoniere (iarna, primăvara, concomitent cu variațiile sezoniere ale faringitei streptococice) = 6; purtători de streptococi din grupul A, în căile respiratorii superioare = 7
14	Examenul fizic, incluzând evaluarea statutului functional	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; artrita = 2; cardita = 3; coreea minor = 4; eritemul inelar (marginat, Leiner) = 5; nodulii subcutanați = 6; febra = 7; artralgie = 8; mărirea duratei intervalului PQ = 10; dureri abdominale = 11, epistaxisul = 12
15	Investigații paraclinice	au fost efectuate: nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; analiza generală a sângelui = 2; analiza generală a urinei = 3; proteina totală și fracțiile = 4; fibrinogenul=5; proteina C-reactivă = 6; ALAT, ASAT, bilirubina și fracțiile ei, creatinina serică, fosfataza alcalină, ceruloplasmina, ionograma (Ca, Mg, P, Cu)=7; radiografia cardiopulmonară=8; electrocardiografia=8; ecocardiografia bidimensională completată cu examenul Doppler=10; ultrasonografia organelor interne și a rinichilor=12
16	Variantele evolutive ale FRA	acută=1; trenantă=2; latentă=3
17	Aprecierea gradului de activitate al FRA	a fost evaluat: nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
Istoricul medical al pacienților		
18	Pacienții internați de urgență în staționar	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
19	Pacienții internați programat	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
Tratamentul		
20	Tratament cu antibiotice	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; Phenoxyethylpenicillinum*=2; Amoxicillinum=3; Benzathini benzylpenicillinum=4; Erythromycinum=5; Azythromycinum=6; Clarythromycinum=7; Cefadroxilum=8
21	Profilaxia secundară	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
22	Tratament antiinflamator	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; Ibuprofenum=2; Naproxenum=3
Externarea		
23	Data externării	Include data transferului la alt spital Data externării (ZZ: LL: AAAA) sau necunoscută=9

Anexa 7. Ghid pentru părinți
Ce este febra reumatismală acută[16]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 (steroizi, haloperidol sau acid valproic), va fi efectuat sub supraveghere atentă pentru a observa eventualele efecte secundare. Reacțiile adverse frecvente sunt somnolență și tremurături, care pot fi ușor controlate prin ajustarea dozei. Rareori, coreea poate dura câteva luni în ciuda tratamentului corect condus. După confirmarea diagnosticului, se recomandă protecția pe termen lung cu antibiotice, pentru a evita reapariția RAA.

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

Cât de mult trebuie să dureze prevenția recăderilor? Riscul de recidivă este mai mare în primii 3-5 ani de la debutul bolii, iar riscul apariției leziunilor cardiace crește cu fiecare nouă reactivare a bolii. În acest timp, prevenția secundară a infecției streptococice cu tratament periodic cu antibiotice este recomandată pentru toți pacienții care au avut RAA, indiferent de severitatea bolii, deoarece și formele medii pot prezenta reactivări. Cei mai mulți medici sunt de acord că profilaxia antibiotică ar trebui să continue timp de cel puțin 5 ani de la ultimul atac sau până când copilul împlinește 21 de ani. În caz de cardită fără leziuni cardiace permanente, profilaxia secundară este recomandată timp de 10 ani sau până când pacientul împlinește 21 de ani (se alege perioada cea mai lungă). Dacă leziunile cardiace sunt instituite, se recomandă 10 ani de profilaxie sau până la vârsta de 40 ani- sau mai târziu, dacă boala este complicată de

înlocuirea valvei afectate. Profilaxia cu antibiotice a endocarditei bacteriene este recomandată pentru toți pacienții cu leziuni ale valvelor inimii, dacă sunt supuși unor intervenții stomatologice sau chirurgicale. Această măsură este necesară, deoarece, în timpul acestor intervenții invazive, bacteriile pot trece din diferite părți ale corpului, mai ales din cavitatea bucală, la valvele cardiace, cauzând infecția acestora.

VIAȚA DE ZI CU ZI

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

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

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

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

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

Sunt permise vaccinările? Medicul va decide care sunt vaccinurile pe care copilul le poate face, luând în considerare fiecare caz în parte. În general, vaccinarea nu pare a crește activitatea bolii și nu provoacă reacții adverse severe la pacienți. Cu toate acestea, vaccinurile cu micro-organisme vii atenuate sunt în general evitate datorită riscului ipotetic de inducere a infecției la pacienții care primesc medicamente sau produse biologice imunosupresive în doze mari. Vaccinurile compozite non-vii par a fi sigure pentru pacienți, chiar și pentru cei care primesc medicamente imunosupresoare, deși cele mai multe studii nu pot încă evalua pe deplin efectele secundare rare induse de 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).

BIBLIOGRAFIE

1. Bijlsma J., EULAR Textbook on Rheumatic Diseases, Ediția a 2-a, 2015
2. Carapetis J. R., Steer A. C., Muholland E. K. et al. The global burden of group A streptococcal disease. *Lancet Infect Dis.*, 2005; 5: 685.
3. 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
4. Revenco N., Pediatrie, Chișinău, 2020, pag.900-906
5. Laxer Ronald M., David D. Sherry, Philip J. Hashkes, *Pediatric Rheumatology in Clinical Practice*, 2016, 31-60.
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. Revenco N., *Reumatologie pediatrică*, 2018
8. 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.
9. 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
10. Arvind B, Ramakrishnan S. Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease in Children. *Indian J Pediatr.* 2020;87(4):305-11.
11. Gewitz MH, Baltimore RS, Tani LY, Sable CA, Shulman ST, Carapetis J, 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. *Circulation.* 2015;131(20):1806-18.
12. Lahiri S, Sanyahumbi A. Acute Rheumatic Fever. *Pediatr Rev.* 2021;42(5):221-32.
13. Ralph AP, Noonan S, Wade V, Currie BJ. The 2020 Australian guideline for prevention, diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease. *Med J Aust.* 2021;214(5):220-7.