



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA  
Instituția Medico-Sanitară Publică  
SPITALUL CLINIC REPUBLICAN „Timofei Moșneaga”



**PROTOCOL CLINIC  
INSTITUȚIONAL**

**Febra  
reumatismală  
acută la adult  
PCN-414**



2024



## IMSP SCR „TIMOFEI MOȘNEAGA”

### SECȚIA CONSULTATIVĂ

Protocolul clinic al locului de lucru al medicului specialist **reumatolog**

#### FEBRA REUMATISMALĂ ACUTĂ LA ADULT – 414

Febra reumatismală 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.

**Codul bolii (CIM-10):** I00; I01; I01.0; I01.1; I01.2; I01.8; I01.9; I02; I02.0; I01. I02.1; I05-I09; I05; I06; I07; I08; I09.

#### Criteriile Jones revizuite de American Heart Association (1992).

<b>1. Criterii majore:</b> Cardită*. Poliartrita. Coreea Sydenham. Eritem marginat. Noduli subcutanați Meynet.	<b>2. Criterii minore</b> (clinice și paraclinice): Artralгии. Febra. Creșterea nivelului reactanților de fază acută (VSH, proteina C - reactiva). Prelungirea intervalului PR pe traseul ECG.
<b>3. Criterii doveditoare</b> 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.	

#### Clasificarea FRA

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

#### Pași 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;
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.

#### Examenul fizic

- **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.

#### Investigațiile paraclinice necesare pentru diagnosticul și supravegherea pacienților cu FRA

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecocardiografia în regim Doppler,</li> </ul> <p>Teste și proceduri pentru determinarea implicării în proces a organelor interne și efectuarea diagnosticului diferențial:</p> <p>Biochimia serică (ALT, AST, bilirubina totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, ureea, proteina totală);</p> <p>Factorul reumatoid, anticorpi anti-CCP, anticorpii antinucleari, HLA-B27;</p> <p>Examinarea serologică pentru excluderea infecțiilor trigger (Chlamidia trachomatis, Shigella flexneri, Salmolella spp., Yersinia enterocolitica etc.);</p> <p>Sumarul urinei;</p> <p>Examinarea radiologică articulară la prezența indicațiilor clinice; Ultrasonografia sau tomografia computerizată articulară (la necesitate)</p> <p>Rezonanța magnetică nucleară articulară (la necesitate) – articulațiile sacroiliace, coxofemorale, coloana vertebrală;</p> <p>Puncția articulară (la necesitate) cu examinarea bacteriologică a lichidului <b>sinovial</b>.</p>
<p><b>Criteriile de spitalizare a pacienților cu FRA.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adresare primară cu semne clinice de FRA;</li> <li>• Diagnostic diferențial dificil;</li> <li>• Apariția semnelor complicațiilor (insuficiență cardiacă, nefropatie, complicații neurologice);</li> <li>• Necesitatea tratamentului chirurgical.</li> </ul>
<p><b>Principiile tratamentului FRA.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Scopul tratamentului FRA</b> este calmarea durerii, stoparea inflamației, eradicarea infecției streptococice, evitarea dezvoltării cardiopatiei reumatismale cronice;</li> <li>• <b>Educația pacientului:</b> activitatea fizică zilnică moderată, gimnastică curativă, kinetoterapie, fizioterapie, balneoterapie</li> <li>• <b>Tratamentul medicamentos:</b> Antibiotice din grupul penicinelor sau macrolidelor; AINS; analgezice; glucocorticosteroizi; tratament simptomatic. Tratament chirurgical (cardiochirurgical) – la necesitate. Tratament de reabilitare.</li> </ul>
<p><b>Tratamentul medicamentos al FRA (antibiotice). Faringita streptococică <i>Benzathini benzylpenicillinum</i> Nivel de evidență Ia.</b> Sau <i>Phenoxymethylpenicillinum</i>*(Ia); sau <i>Amoxicillinum</i> (Ia); sau <i>Eritromycinu</i> (Ia) sau <i>Azitromicinum</i> (Ia)</p>
<p><b>Tratamentul medicamentos al FRA (AINS). Nivel de evidență Ib.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AINS sunt preparate de primă linie în tratamentul FRA;</li> <li>• AINS poate fi administrat imediat la diagnosticarea bolii;</li> <li>• Tratamentul cu AINS va fi administrat timp de 6 săptămâni în timpul episodului acut sau recurent;</li> <li>• Administrarea AINS necesită evaluarea riscului cardiovascular și al adversităților digestive, renale;</li> <li>• Acidum acetylsalicylicum este medicamentul preferat la copii în lipsa contraindicațiilor. La adulți AINS va fi ales individual, deoarece nu există unul preferențial.</li> </ul>
<p><b>Tratamentul medicamentos al FRA (analgezice). Nivel de evidență IV.</b></p> <p>Se pot utiliza pentru ameliorarea durerii la pacienții la care AINS sunt contraindicate, prost tolerate sau ineficiente.</p> <p><b>Recomandat: <i>Paracetamolum</i>(comprimate) 500-1000 mg ;<i>ketoprofenum</i> (comprimate) 25 mg –75 mg)</b></p>
<p><b>Tratamentul medicamentos al FRA (glucocorticosteroizi). Nivel de evidență Ib</b></p> <p><b>Recomandat: <i>Prednisolonum</i> (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</b></p>
<p><b>Tratamentul medicamentos al FRA (tratament simptomatic). Nivel de evidență Ib:</b></p> <p><b>1. Insuficiența cardiacă congestivă, dereglări de ritm și de conducere:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diuretice, digitale, etc. în conformitate cu PCN-92 „Insuficiența cardiacă cută și cronică la adult”.</li> <li>• Atiaritmice în conformitate cu PCN-60 „Fibrilația atrială”, PCN-212 „Aritmiile ventriculare și prevenția morții subite cardiace la adult.</li> </ul> <p><b>2. Coreea Sydenham:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Diazepamum</i> (comprimate) 5-10 mg/zi până la dispariția simptomelor</li> <li>• <i>Haloperidol um</i>(comprimate) 5-10 mg/zi până la dispariția simptomelor</li> </ul>

<p><b>Tratamentul non-farmacologic al FRA.</b>  <b>Nivel de evidență IV.</b>  Educația pacienților  Kinetoterapia-gimnastică medicală  Hidroterapia - înot  Terapia cu agenți fizici  <b>Tratament chirurgical cardiochirurgical - indicații:</b>  Valvulopatie decompensată;  <b>Tipuri de intervenție chirurgicală:</b>  Protezare de valvă aortică, mitrală, tricuspidă;  Valvuloplastie</p>	<p><b>Artrite periferice – coxita:</b>  <b>Tratamentul de reabilitare</b>  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.</p>
<p><b>Supravegherea pacienților cu FRA :</b>  <b>Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu FRA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientul cu FRA trebuie să fie supravegheat de reumatolog o dată la 6 luni;</li> <li>• Periodicitatea examenului și monitoringului se decide individual în dependență de: evoluția bolii, severitate, necesitatea monitorizării tratamentului profilactic.</li> <li>• Pacientul cu cardiopatie reumatică trebuie să fie supravegheat de cardiolog, cardiochirurg</li> <li>• Cooperarea cu alte specialități – ORL, cardiolog, neurolog, nefrolog, pneumoftiziolog, fizioterapeut, kinetoterapeut, psiholog, ș.a.</li> </ul>	

**APROBAREA PROTOCOLULUI CLINIC INSTITUȚIONAL „FEBRA REUMATISMALĂ ACUTĂ LA ADULT”:**

**Aprobat prin Ședința Consiliului Calității din 21.12.2023, proces verbal nr. 11**

**Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga” conform ord. nr 161 din 07.10.2022 din 17.05.2023 „Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Febra reumatismală acută la adult” .**

<b>Nr.</b>	<b>Nume, prenume</b>	<b>Subdiviziunea</b>	<b>Semnătura</b>
<b>1</b>	Rodica Usafii	Șef secție Reumatologie	
<b>2</b>	Oxana Bujor	Șef secție Artrologie	
<b>3</b>	Mihai Ouș	Secția internare	
<b>4</b>	Svetlana Franco	Șef Departament investigații de laborator	
<b>5</b>	Tatiana Guțan	Medic statistician	
<b>6</b>	Irina Croitor	Farmacist diriginte	
<b>7</b>	Vadim Eleni	Farmacist specialist clinician	
<b>8</b>	Vasile Godoroja	Șef Secție consultativă	

<b>CUPRINS</b>	
<b>Abrevierile folosite în document</b>	3
<b>PREFAȚĂ</b>	4
<b>A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ</b>	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>B. PARTEA GENERALĂ</b>	8
B.1. Nivelul consultativ specializat medic reumatolog s.consultativă IMSP SCR,, Timofei Moșneaga”	9
B.2. Nivelul de staționar- rmedici reumatologi s.reumatologie ,artrologie IMSP SCR,, Timofei Moșneaga”	10
<b>C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ</b>	12
C. 1.1. Algoritmul de diagnostic al febrei reumatismale acute	12
C. 1.2. Algoritmul de tratament al febrei reumatismale acute	13
<b>C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR</b>	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 protocoalelor separate)	21
<b>D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI</b>	21
D.1. Instituțiile consultativ-diagnostice- s.consultativă IMSP SCR,, Timofei Moșneaga”	22
D.2. Secțiile de reumatologie,artrologie IMSP SCR,, Timofei Moșneaga”	22
<b>E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI</b>	22
<b>F.ASPPECTE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE</b>	
<b>ANEXE</b>	24
Anexa 1. Criterii Jones Revizuite de diagnostic al FRA în era ecocardiografiei (AHA, 2015).	25
Anexa 2. Aplicarea criteriilor de diagnostic ale FRA și cardiopatiei reumatice (bazate pe criteriile Jones revizuite).	25
Anexa 3. Specificarea termenilor folosiți în criteriile de clasificare ale FRA.	26
Anexa 4. Tratament antistreptococic recomandat în profilaxia primară a FRA (eradicarea infecției streptococice faringiene).	27
Anexa 5. Profilaxia secundară a FRA.	27
Anexa 6. Durata profilaxiei secundare a FRA.	27
Anexa 7. Formular de consultație la medicul de familie pentru FRA.	28
Anexa 8. Formular de consultație la medicul reumatolog pentru FRA.	29
Anexa 9. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru Febra reumatismală acută la adul	30
Anexa 10. Informație pentru pacienți.	32

## 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 ținând 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

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



## **A. PARTEA INTRODUCIVĂ**

### **A.1. Diagnosticul: Febra reumatică acută**

#### **Exemple de diagnoze clinice:**

1. Febră reumatică acută, reumocardită fără valvulopatie, insuficiență cardiacă I NYHA, artrită reumatică, eritem marginat.
2. Febră reumatică recurentă, reumocardită cu valvulopatie: insuficiență și stenoză mitrală, insuficiență cardiacă III NYHA.
3. Febră reumatică acută, coreea Sydenham.
4. Cardiopatie reumatică 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:**

- Medici reumatologi, interniști, ORL, cardiocirurghi din s.consultativă IMSP SCR „Timofei Moșneaga”
- Medici din Secțiile de reumatologie, artrologie, terapie generală cu alergologie, cardiocirurgie ale IMSP SCR „Timofei Moșneaga”.
- **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 instituțional.
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:**

Nu me le	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”

#### **A.8. Definițiile folosite în document**

**Febra reumatismală 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 reumatismală. 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

<i>B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator - medic specialist reumatolog din Secția consultativă IMSP SCR „Timofei Moșneaga”</i>		
<b>Descriere (măsurii)I</b>	<b>Motivele (reper)II</b>	<b>Pașii (modalități și condiții de realizare)III</b>
<b>1. Diagnostic</b>		
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].	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Aprecieria factorilor de risc (caseta 1).</li> <li>•Pașii obligatori în conduita pacientului cu FRA (caseta 2).</li> <li>•Anamneza (caseta 3).</li> <li>•Examenul fizic, incluzând evaluarea statutului funcțional (casetele 4-5).</li> <li>• Investigații paraclinice pentru determinarea activității bolii și supravegherea evoluției bolii (casetele 6-7, anexele 1-3).</li> <li>• Estimarea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: cardiolog, cardiocirurg, nefrolog, neurolog, fizioterapeut etc.</li> </ul>
1.2. Decizii asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluarea criteriilor de spitalizare (caseta 18, anexele 4-6)</li> </ul>
<b>2. Tratament</b>		
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].	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principiile tratamentului FRA (caseta 10). Benzathini benzylpenicillinum, Phenoxymethylpenicillinum*</li> <li>•Amoxicillinum sau Erythromycinum (Azithromycinum) - la adresarea primară și diagnostic confirmat (caseta 11, anexele 4-6).</li> <li>•AINS – la adresarea primară și diagnostic confirmat (caseta 12)</li> </ul> <b>Recomandat</b> (la diagnostic confirmat): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analgezice (caseta 13).</li> </ul>

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

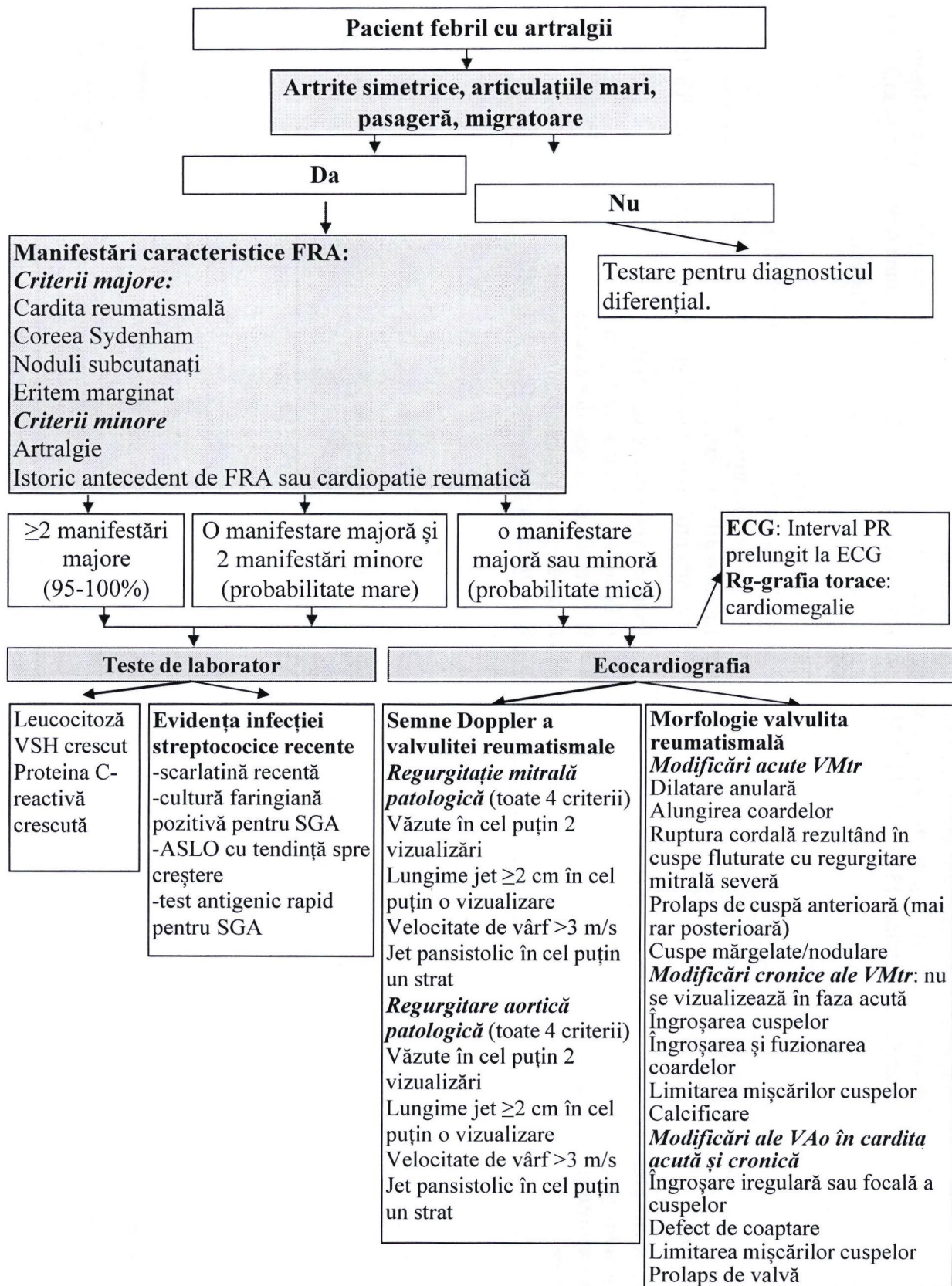
<b>B.3. Nivelul de asistență medicală spitalicească secțiile reumatologie ,artrologie ale IMSP SCR „Timofei Moșneaga”</b>		
<b>Descriere (măsurii) I</b>	<b>Motivele (reper) II</b>	<b>Pașii (modalități și condiții de realizare) III</b>
<b>1. Spitalizare</b>		Spitalizarea în secțiile reumatologie și artrologie ale IMSP SCR „Timofei Moșneaga” • Criterii de spitalizare (casetă 9)
<b>2. Diagnostic</b>		
2.1 Confirmarea FRA	Diagnosticul precoce și tratamentul corect poate ameliora evoluția și micșora numărul pacienților cu dizabilitate severă [2, 3, 4, 12].	<b>Investigații obligatorii:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprecierea factorilor de risc (casetă 1);</li> <li>• Anamneza (casetă 3);</li> <li>• Examenul fizic, incluzând evaluarea statutului funcțional (casetă 4);</li> <li>• Investigații paraclinice pentru determinarea activității bolii, supravegherea evoluției bolii și efectuarea diagnosticului diferențial (casetele 5-7, anexele 1-3);</li> <li>• Estimarea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: cardiolog, nefrolog, neurolog, fizioterapeut.</li> <li>• Efectuarea diagnosticului diferențial (casetă 8).</li> </ul>
<b>3. Tratament</b>		

3.1. Tratament medicamentos	Scopul tratamentului este vindecarea sau inducerea remisiunii și normalizarea funcției articulare și cardiace [3, 5, 7, 8, 11, 12].	<p><b>Obligatori:</b> Benzathini benzylpenicillinum, Phenoxymethylpenicillinum*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicillinum sau Erythromycinum (Azithromycinum) - la adresarea primară și diagnostic confirmat (caseta 11, anexele 4-6).</li> <li>• AINS (caseta 12) .</li> <li>• Glucocorticosteroizi (caseta 14).</li> <li>• Preparate cardiace la indicații (caseta 15).</li> <li>Preparatele neurologice la indicații (caseta 15).</li> </ul>
3.2 Tratament nemedicamentos		<p><b>La indicații speciale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamentul nonfarmacologic: intervențional, chirurgical (caseta 16).</li> </ul>
<b>4. Externarea cu referirea la nivelul primar pentru tratament continuu și supraveghere</b>		<p>Extrasul <b>obligatoriu</b> va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticul precizat desfășurat;</li> <li>• Rezultatele investigațiilor efectuate;</li> <li>• Recomandări explicite pentru pacient;</li> <li>Recomandări pentru medicul de familie.</li> </ul>

## C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

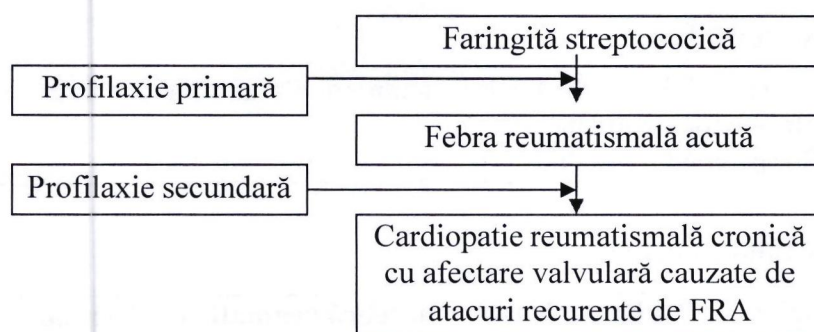
### C. 1.1 Algoritm de diagnostic al FRA

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 ROCEDURILOR

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

#### Criteriile Jones revizuite de American Heart Association (1992).

<b>1. Criterii majore:</b> Cardita*. Poliartrita. Coreea Sydenham. Eritem marginat. Noduli subcutanați Meynet.	<b>2. Criterii minore</b> (clinice și paraclinice): Artralгии. Febra. Creșterea nivelului reactanților de fază acută (VSH, proteina C-reactivă). Prelungirea intervalului PR pe traseul ECG.
<b>3. Criterii doveditoare ale antecedentelor infecțioase streptococice:</b> 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

<i>Variantele clinice</i>	<i>Manifestările clinice</i>		<i>Consecințe</i>	<i>Insuficiența cardiacă (NYHA)</i>
	<i>De bază</i>	<i>Facultative</i>		
Febră reumatică acută  Febră reumatică recurentă	Cardită Coree Eritem marginat Noduli subcutanați	Artrită  Febră Artralgiei Sindrom abdominal Serozite	Fără valvulopatie Cu valvulopatie	0 I II IIIIV

### 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  $\beta$ -hemolitic.

### C.2.4. Conduita pacientului cu FRA

#### Caseta 2. Pașii obligatorii în conduita pacientului cu febră reumatică 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, artralgiei, 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, radiocarpiane 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

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

✓ 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 caractere evanescent

### **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.
- Titulul 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, coloanavertebrală;

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**

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

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

<b>Caseta 7. Modificările Ecocardiografice caracteristice FRA [2, 3, 4, 12].</b>	
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
<b>Semne Doppler a valvulitei reumatismale</b>	<b>Regurgitație mitrală patologică</b> (toate 4 criterii) Văzute în cel puțin 2 vizualizări Lungime jet $\geq 2$ cm în cel puțin o vizualizare Velocitate de vârf $> 3$ m/s Jet pansistolic în cel puțin un strat <b>Regurgitare aortică patologică</b> (toate 4 criterii) Văzute în cel puțin 2 vizualizări Lungime jet $\geq 2$ cm în cel puțin o vizualizare Velocitate de vârf $> 3$ m/s Jet pansistolic în cel puțin un strat
<b>Morfologie valvulita reumatismală</b>	<b>Modificări acute VMtr</b> Dilatate anulară Alungirea coardelor Ruptura cordală rezultând în cuspe fluturate cu regurgitare mitrală severă Prolaps de cuspe anterioară (mai rar posterioară) Cuspe mărgelate/nodulare <b>Modificări cronice ale VMtr:</b> nu se vizualizează în faza acută Îngroșarea cuspelor Îngroșarea și fuzionarea coardelor Limitarea mișcărilor cuspelor Calcificare <b>Modificări ale VAo în cardita acută și cronică</b> Îngroșare iregulară sau focală a cuspelor Defect de coaptare Limitarea mișcărilor cuspelor Prolaps de valvă

#### C.2.4.4 Diagnosticul diferențial

<b>Caseta 8. Diagnosticul diferențial al FRA.</b>		
În funcție de prezentarea clinică este necesar de efectuat diagnosticul diferențial cu următoarele maladii:		
<b>Poliartrita și febra</b>	<b>Cardita</b>	<b>Coreea</b>
Artrita septică (inclusiv gonococică); Boli de sistem și autoimune; Artrită virală; Artrită reactivă; Boala Lyme; Anemie cu celule falciforme; Endocardita infecțioasă; Leucemie, limfom; Guta, pseudogută.	Murmur funcțional; Prolaps de valvă mitrală; Anomalii congenitale; Endocardita infecțioasă; Cardiopatie hipertrofică; Miocardita; Pericardita.	LES; Intoxicație medicament toasă; Boala Wilson; Dereglat 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);

**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 penicinelor 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 efectivă 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 (analgice). 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 (glucocorticoesteroizi). 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”.
- ✓ Aritmice 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, tricuspida;
- 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, pneumofiziolog, 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
- Insuficiența 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

<b>D.2. Instituțiile de AMSA</b> <b>Secția consultativă</b> <b>IMSP SCR „Timofei Moșneaga”</b>	<b>Personal (de verificat)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• medic reumatolog certificat</li><li>• asistente medicale.</li></ul>
	<b>Aparataj, utilaj:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• tonometru</li><li>• fonendoscop</li><li>• electrocardiograf</li><li>• oftalmoscop</li><li>• taliometru</li><li>• panglică – centimetru</li><li>• cântar</li><li>• ecocardiograf</li><li>• cabinet de diagnostic funcțional</li><li>• laborator clinic standard pentru determinarea: (creatininei serice, hemoglobinei, urinei sumare, ALT, AST, bilirubina totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, VSH, proteina C-reactivă; ASLO).</li></ul>

<b>D.3 Secțiile de reumatologie, artrologie ale IMSP SCR „Timofei Moșneaga”</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medic-reumatolog certificat</li> <li>• medic-funcționist certificat</li> <li>• asistente medicale</li> <li>• acces la consultații calificate: neurolog, nefrolog, endocrinolog, pneumolog, cardiochirurg, ortoped, kinetoterapeut, fizioterapeut, psiholog</li> </ul>
	<b>Aparataj, utilaj:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru</li> <li>• fonendoscop</li> <li>• electrocardiograf</li> <li>• oftalmoscop</li> <li>• taliometru</li> <li>• panglica – centimetru</li> <li>• cântar</li> <li>• ecocardiograf</li> <li>• cabinet de diagnostic funcțional</li> <li>• laborator clinic standard pentru determinarea: (creatininei serice, hemoglobinei, urinei sumare, ALT, AST, bilirubina totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, VSH, proteina C-reactivă, ASLO).</li> <li>• laborator imunologic</li> <li>• laborator bacteriologic;</li> <li>• secție de recuperare.</li> </ul>
	<b>Medicamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AINS (Acidum acetylsalicylicum, Diclofenacum, Ibuprofenum, Ketoprofenum, Naproxenum, Piroxicamum, Meloxicamum, Nimesulidum, Celecoxibum* Etoricoxibum)</li> <li>• Glucocorticosteroizi (Prednisolonum, Metilprednisolonum)</li> <li>• Benzathini benzylpenicillinum, Phenoxymethylpenicillinum*, Amoxicillinum, Erythromycinum*, Azitromicinum, Sulfadiazinum</li> </ul>

\*Nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor

### E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PCI

Nr	Scopurile protocolului	Indicatori	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori numărul pacienților cu FRA, care beneficiază de educație în domeniul FRA în instituțiile medico-sanitare	Ponderea pacienților cu FRA veniți în instituțiile medico-sanitare pe parcursul ultimilor 3 luni cărora în mod documentat li s-a oferit informație în domeniul FRA (discuții, ghidul pacientului cu FRA etc.) (în %)	Numărul pacienților cu FRA veniți în instituțiile medico-sanitare pe parcursul ultimilor 3 luni cărora în mod documentat li s-a oferit informație în domeniul FRA (discuții, ghidul pacientului etc.) pe parcursul ultimului an × 100	Numărul total de adresări în instituțiile medico-sanitare pe parcursul ultimilor 3 luni a pacienților cu diagnostic confirmat de FRA, pe parcursul ultimului an
2.	A spori ponderea	Ponderea pacienților	Numărul pacienților	Numărul total de

	pacienților cu diagnosticul precoce de FRA	cu diagnosticul precoce de FRA (în %)	cu diagnostic confirmat de FRA la care diagnosticul a fost stabilit în primele 6 luni de la apariția simptomelor pe parcursul ultimului an ×100	pacienți cu diagnostic confirmat de FRA, care se află sub supravegherea medicului de familie și specialist pe parcursul ultimului an
3.	A spori calitatea examinării clinice și paraclinice a pacienților cu FRA	Numărul pacienților cu FRA cărora li s-a efectuat volumul necesar de examinări clinico-paraclinice cum pentru stabilirea diagnosticului de FRA și pentru evaluarea dinamică a bolii (în %)	Numărul pacienților cu FRA cărora li s-a efectuat volumul necesar de examinări clinico-paraclinice cum pentru stabilirea diagnosticului de FRA așa și pentru evaluarea dinamică a bolii pe parcursul ultimului an ×100	Numărul total de pacienți cu diagnostic confirmat de FRA, care se află sub supravegherea medicului de familie și specialist pe parcursul ultimului an
4.	A spori numărul de pacienți cu FRA la care boala este tratată adecvat și complex	Numărul de pacienți cu FRA la care boala a fost tratată adecvat și complex (în %)	Numărul de pacienți cu FRA la care boala a fost tratată adecvat și complex pe parcursul ultimului an × 100	Numărul total de pacienți cu diagnostic confirmat de FRA, care se află sub supravegherea medicului de familie și specialist pe parcursul ultimului an

## F.ASPECTE MEDICO –ORGANIZAȚIONALE

### 1. Cerințele privind necesitatea investigațiilor diagnostico-curative a pacientului cu FRA la adult în alte instituții și modalitatea pregătirii către investigațiile respective:

Necesitatea efectuării investigațiilor menționate în tabelul de mai jos vor fi argumentate de către medicul curant, consiliul medical.

Pacientul se îndreaptă cu – Fisa medicală, Concluzia consiliului medical, format din Șef Departament Terapie, șef secție, medic curant (ce obligatoriu include datele anamnestice, obiective, diagnosticul, argumentarea investigației respective) și buletinul de trimitere din SIA AMS către laborator investigații imagistice „Euromed Diagnostic” SRL.

1.Intervenții și proceduri diagnostice	Instituțiile medicale
Radiografia toracică 2 incidente	„Euromed Diagnostic” SRL
Cercetarea radiologică a articulațiilor	„Euromed Diagnostic” SRL
TC articulară	„Euromed Diagnostic” SRL
RMN articulară, cordului	„Euromed Diagnostic” SRL

**2. Cerințele privind necesitatea investigațiilor diagnostic-curative a pacientului cu FRA la adult în IMSP Spitalului Clinic Republican „Timofei Moșneaga”**  
**Pacientul este programat pentru investigațiile necesare care vor fi efectuate în secțiile respective**

<b>Intervenții și proceduri diagnostice</b>	<b>Secții a IMSP SCR „Timofei Moșneaga”</b>
USG organelor interne	Secția endoscopie
ECHO CG	Secția diagnostic functional
ECG	Secția diagnostic functional
Doppler vascular	Secția diagnostic functional

**Telefoanele de contact pentru coordonarea asistenței medicale**

<b>Funcția</b>	<b>Telefon de contact</b>
<b>Vicedirector Medical</b>	(022) 403694
<b>Vicedirector Medical</b>	(022) 403550
<b>Șef secție Internare</b>	(022) 728369
<b>Sef Departament ATI</b>	(022) 403657
<b>Șef Departament Chirurgie</b>	(022) 403534
<b>Sef Departament chirurgie cardiovasculară și toracică</b>	(022) 403643
<b>Șef Departament investigații de laborator</b>	(022) 403579
<b>Șef secție Reumatologie</b>	(022) 403530
<b>Șef secție Artrologie</b>	(022) 403499
<b>Sef secție cardichirurgie vicilor cardiace dobândite</b>	(022) 403645
<b>Șef secție Diagnostic funcțional</b>	(022) 403636
<b>„Euromed Diagnostic” SRL</b>	2-54/2-52

**Telefoanele de urgență**

<b>Secția</b>	<b>Număr de telefon, serviciu</b>	<b>Telefon intern</b>
<b>Secția internare</b>	(022) 728314	
<b>Oformarea fișelor</b>	067100184	
<b>Paza</b>		5-15
<b>Serviciul tehnic</b>		7-77
<b>Laborator planic</b>		5-62
<b>Laborator de urgență</b>		4-86

<b>Criteria Jones Revizuite de diagnostic al FRA în era ecocardiografiei (AHA, 2015)</b>	
<b>A. Evidența infecției SGA precedentă pentru toți pacienții (excepție pacienții cu Coreea).</b>	
<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>B. Criterii majore</b>	
<b>Populații cu risc scăzut*</b> Cardită <sup>a</sup> (Clinic și/sau subclinic) Artrita (Poliartrită numai) Coreea Eritema marginatum Noduli subcutanați	<b>Populații cu risc moderat și înalt</b> Cardita <sup>a</sup> (Clinic și/sau subclinic) Artrita (Monoartrită sau poliartrită sau poliartralgie b) Coreea Eritema marginatum Noduli subcutanați
<b>C. Criterii minore</b>	
<b>Populații cu risc scăzut*</b> Poliartralgie Febră ( $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ ) VSH $\geq 60$ mm/h și/sau PCR $\geq 3.0$ mg/dl <sup>c</sup> Interval PR prelungit, luând în considerație variabilitatea de vârstă (chiar dacă cardita este criteriu major)	<b>Populații cu risc moderat și înalt</b> Monoartralgia Febră ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) VSH $\geq 30$ mm/h și/sau PCR $\geq 3.0$ mg/dL <sup>c</sup> Interval PR prelungit, luând în considerație variabilitate de vârstă (chiar dacă cardita este criteriu major)
*Populații cu risc scăzut de FRA: incidența $\leq 2$ la 100 000 copii de vârstă școlară sau prevalența de BCR de toate vârstele $\leq 1$ la 1000 populație pe an.	
<sup>a</sup> Cardita subclinică: valvulita depistată ecocardiografic.	
<sup>b</sup> 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.	
<sup>c</sup> PCR trebuie să fie mai mare de valoare limită superioară a normei. Trebuie de folosit valoare cea maimare a VSH-ului dintre mai multe măsurări efectuate în dinamică.	

## ANEXA 2.

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

<b>Categoriile de diagnostic</b>	<b>Criterii</b>
Episod primar de FRA. <sup>a</sup>	Două criterii majore sau unul major și două minore plus evidența infecției cu Streptococ $\beta$ -hemolitic precedentă.*
Atac recurent de FRA la pacient fără cardiopatie reumatismală instalată. <sup>b</sup>	Două criterii majore sau unul major și două minore plus evidența infecției cu Streptococ $\beta$ -hemolitic precedentă.*
Atac recurent de FRA la pacient cu cardiopatie reumatismală preinstalată. <sup>b</sup>	Două criterii majore sau unul major și două minore plus evidența infecției cu Streptococ $\beta$ -hemolitic precedentă.*
Coreea reumatică. Instalare insidioasă a cardiopatiei reumatismale. <sup>c</sup>	Alt criteriu major.* Demonstrarea infecției cu Streptococ $\beta$ -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). <sup>d</sup>
* Criteriile de diagnostic Jones (tab. 5.3)
<sup>a</sup> Pacient cu poliartrită (sau poliartralgie, sau monoartrită) și cu alte câteva ( $\geq 3$ ) 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.
<sup>b</sup> Endocardita infecțioasă trebuie să constituie subiectul diagnosticului diferențial.
<sup>c</sup> Unii pacienți cu recurențe nu vor satisface aceste criterii.
<sup>d</sup> 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 incoștiente, involuntare, irregulare 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 reumatismală cronică	Pancardită preponderent insuficiență valvulară mitrală (suflu apical pansistolic) și/sau insuficiență valvulară aortică (suflu diastolic bazal) Insuficiență cardiacă congestivă, frotajie pericardică. Diagnostic confirmat prin ecocardiografie.
Istoric de FRA sau CRC	Anamneză de FRA antecedentă sau cardiopatie reumatică.
Istoric familial	Febra reumatismală sau valvulopatie reumatismală 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.

**Tratament antistreptococic recomandat în profilaxia primară a FRA  
(eradicarea infecției streptococicefaringiene).**

<b>Antibioticul</b>	<b>Doza, administrare</b>	<b>Durata</b>
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). AmFam Physician. 2010 Feb 1;81(3):346359.		

## ANEXA 5.

**Profilaxia secundară a FRA.**

<b>Antibioticul</b>	<b>Doza, administrare</b>
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.
<b>Alte antimicrobiene</b>	
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.**

<b>Condiția</b>	<b>Durata după ultimul atac</b>
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 reumatolog pentru FRA***Pacient**

<b>General</b>	<b>Data</b>	<b>Data</b>	<b>Data</b>	<b>Data</b>
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 criteriile 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
	<b>Internarea</b>	
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; ≥ 1 oră = 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
	<b>Diagnosticul</b>	
18.	Folosirea setului de criterii de clasificare și diagnostic	Au fost efectuate după internare : nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
19.	EKG	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
	<b>Tratamentul</b>	
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 <b>negativ</b> tratamentul efectuat a fost în ???? <b>continuare</b>
	<b>Externarea și medicația</b>	
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
	<b>Decesul pacientului</b>	
34.	Decesul în spital	Nu = 0 Decesul cauzat de complicațiile SA = 1; Alte cauze de deces = 2; nu se cunoaște

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

**Care sunt cauzele bolii?** Boala este consecința unui răspuns imunitar anormal la infecția faringiană cu *Streptococcus pyogenes*, sau Grupa A de streptococi  $\beta$  hemolitici. Inflamația faringiană 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 dispăre. 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 reumatismală și sarcina.** Modificările hemodinamice din sarcină sunt o provocare pentru sistemul cardiovascular al femeilor cu cardiopatie reumatismală 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 vital 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.