



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



ARTRITA JUVENILĂ IDIOPATICĂ

EDIȚIA III

Protocol clinic instituțional

PCN-7



Aprobat în cadrul ședinței Consiliului Calității din 22.01.2026, proces verbal nr. 1.

Aprobat prin Ordinul SCR „Timofei Moșneaga” nr. 27 din 10.02.2026 „Cu privire la aprobarea Protocoalelor Clinice Instituționale”. Acest Protocol Clinic Instituțional a fost elaborat în baza Protocolului Clinic Național – 7 „Artrita juvenilă idiopatică”, ediția III de grupul de lucru al IMSP Spitalului Clinic Republican „Timofei Moșneaga”, instituit prin Ordinul nr. 247 din 24.12.2025 al IMSP Spitalului Clinic Republican „Timofei Moșneaga” „Cu privire la elaborarea Protocoalelor clinice instituționale”.

Nume, prenume	Subdiviziunea, funcția
Oxana Bujor	Șef Secție artrologie
Liuba Mitrofan	Medic specialist farmacolog clinician, Secția MEISAM
Irina Croitor	Farmacist diriginte
Carolina Lozan-Tîrșu	Șef Departament investigații de laborator
Ina Harghel	Șef Secție statistică medicală
Mihail Ouș	Șef UPU
Vasile Godoroja	Șef Secție consultativă

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT.....	5
SUMARUL RECOMANDĂRIILOR.....	6
A. PARTEA INTRODUCATIVĂ.....	8
A.1. Diagnosticul: Artrita juvenilă idiopatică.....	8
A.2. Codul bolii (CIM 10).....	8
A.3. Utilizatorii.....	8
A.4. Obiectivele protocolului.....	8
A.5. Data elaborării protocolului:.....	8
A.6. Data următoarei revizuirii.....	8
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și persoane care au participat la elaborarea protocolului ...	9
A.8. Definițiile folosite în document.....	10
A.9. Informația epidemiologică.....	10
B. PARTEA GENERALĂ.....	12
B.1. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (<i>medic specialist reumatolog din Secția consultativă IMSP SCR „Timofei Moșneaga”</i>).....	12
B.2. Nivel de asistență medicală spitalicească (secțiile artrologie, reumatologie ale IMSP SCR „Timofei Moșneaga”).....	13
C.1. ALGORITMII DE CONDUIȚĂ.....	15
C.1.1. Clasificarea AJI.....	16
C.1.1.1. Aprecierii factorilor de prognostic rezervat.....	16
C.1.2. Management AJI, forma oligoarticulară.....	17
C.1.3. Management AJI, forma poliarticulară.....	18
C.1.4. Management AJI, forma sistemică cu modificări sistemice (și fără artrită activă).....	19
C.1.5. Management AJI, forma sistemică cu artrită activă și fără modificări sistemice.....	21
C.1.6. Managementul AJI cu artrită temporomandibulară.....	23
C.1.7. Management AJI, cu sacroileită activă.....	24
C.1.8. Managementul AJI cu complicații oculare.....	25
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR.....	26
C.2.1. Clasificarea AJI.....	26
C.2.2. Factori de risc.....	28
C.2.3. Conduita pacientului cu AJI.....	28
C.2.3.1. Anamneza.....	29
C.2.3.2. Examenul fizic.....	29
C.2.3.3. Investigațiile paraclinice.....	31
C.2.3.4. Diagnosticul diferențial.....	34
C.2.3.5. Criterii de referire la medicul reumatolog pediatru.....	36
C.2.3.6. Criteriile de spitalizare.....	37
C.2.3.6. Tratamentul.....	37
C.2.3.7. Evoluția AJI.....	45
C.2.3.8. Supravegherea pacienților cu SS.....	45
C.2.4. Complicațiile AJI (subiectul protocoalelor separate).....	46
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL.....	46
D.1. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu: <i>Secția consultativă a IMSP SCR „Timofei Moșneaga”</i>	46
D.2. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secțiile reumatologie, artrologie ale IMSP SCR „Timofei Moșneaga”.....	47
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....	47
F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE.....	51
ANEXE.....	54
Anexa 1 <i>Chestionar de evaluare a pacientului inițial</i>	54

Anexa 2 Chestionar de evaluare a statusului funcțional	55
Anexa 3 Aprecierea capacității funcționale după Steinbrocker.....	56
Anexa 4. Indicele de activitate a boli, scorul DAS	56
Anexa 5. Scala vizual analog a durerii	57
Anexa 6. Criterii de ameliorare ACR30	57
Anexa 7. Evaluarea pacientului cu AJI de către medic	58
Anexa 8. Informație pentru părinți	59
FIȘA STANDARTIZATĂ DE AUDIT	60

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AB	Activitatea bolii
ACR	Colegiul American de Reumatologie
AINS	Antiinflamatoare nesteroidiene
AJI	Artrită juvenilă idiopatică
ALAT	Alaninaminotransferază
AMP	Asistență medicală primară
AMSA	Asistență medicală specializată de ambulator
AMS	Asistență medicală spitalicească
Anti-CCP	Anticorpi anti-peptide citrullinate ciclic
ASAT	Aspartataminotransferază
CHAQ	Chestionar de evaluare a statusului funcțional (<i>Childhood Health Assessment Questionnaire</i>)
DAS	Scorul de activitate a bolii
DMARD	Medicamente anti-reumatice modificatoare ale bolii (<i>Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs</i>)
DMJ	Dermatomiozită juvenilă
ECG	Electrocardiografie
FR	Factor reumatoid
GC	Glucocorticoizi
HLA-B27, A2	Locusurile sistemului major de histcompatibilitate clasa 1
HLA-DR4, DR7	Locusurile sistemului major de histcompatibilitate clasa 2
IC	Insuficiență cardiacă
ICD 10	Clasificarea internațională a maladiilor ed.10
ILAR	Liga Internațională de Combatere a Reumatismului
IMSP IM și C	Instituția Medico-Sanitară Publică Institutul Mamei și Copilului
LES	Lupus eritematos sistemic
MS RM	Ministerul Sănătății Republicii Moldova
MTX	Methotrexatum
NAD	Numărul articulațiilor dureroase
NAT	Numărul articulațiilor tumefiate
PCR	Proteina C-reactivă
RMN	Rezonanța magnetică nucleară
FPR	Factori de prognostic rezervat
TNF α	Factorul α de necroză tumorală
SATI	Secția anestezie și terapie intensivă
SVAD	Scala vizual analogă a durerii
VHB	Virus hepatic B
VHC	Virus hepatic C
VSH	Viteză de sedimentare a hematiilor
USMF „Nicolae Testemițanu”	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

SUMARUL RECOMANDĂRIILOR

1. Se recomandă condiționat utilizarea AINS ca terapie adjuvantă, datorită dovezilor slabe și riscului de efecte adverse. Nu sunt potrivite ca monoterapie pentru sinovita cronică.
2. Se preferă Methotrexatum în locul Leflunomidum sau Sulfasalazinum, dar tot condiționat, din cauza mai multor date care susțin eficacitatea și siguranța Methotrexatum; Leflunomidum are mai puține date, iar Sulfasalazinum are riscuri ce îngrijorează.
3. Se recomandă condiționat Methotrexatum subcutanat în loc de oral, pentru biodisponibilitate mai bună și efect posibil mai puternic, dar evidențele sunt foarte slabe. Preferințele pacientului contează.
4. Se recomandă condiționat utilizarea glucocorticoizilor intraarticulari ca terapie suplimentară, în special când artrita afectează mobilitatea sau viața zilnică și este nevoie de control rapid; nu sunt ideali în cazul multor articulații sau injecții repetate.
5. Triamcinoloni hexacetonidum* este recomandat ferm în locul Triamcinoloni acetamidum pentru injecțiile intraarticulare cu glucocorticoizi. Dovezile sunt de calitate moderată și arată rezultate mai bune și de durată mai lungă, fără efecte adverse suplimentare.
6. Terapia de tip „bridging” cu un curs scurt de glucocorticoizi orali (<3 luni), la inițierea sau escaladarea tratamentului în caz de activitate moderată sau înaltă a bolii, este recomandată condiționat. Dovezile sunt foarte slabe, dar acceptarea de către pacienți și părinți susține această opțiune, mai ales în prezența simptomelor semnificative și a mobilității reduse.
7. Terapia de tip „bridging” cu glucocorticoizi orali (<3 luni) este recomandată condiționat împotriva utilizării la pacienții cu activitate scăzută a bolii. Dovezile sunt foarte slabe, iar injecțiile intraarticulare sunt considerate mai potrivite.
8. La inițierea biologicilor (Etanerceptum*, Adalimumabum, Golimumabum, Abataceptum*, Tocilizumabum): se recomandă condiționat asocierea cu Methotrexatum, pentru eficiență crescută și reducerea anticorpilor anti-medicament. Monoterapia biologică poate fi acceptată dacă există control bun sau intoleranță la MTX.
9. Infliximabum: se recomandă ferm combinarea cu un DMARD (de regulă MTX) pentru reducerea anticorpilor anti-medicament.
10. Copiii/adolescenții cu JIA și poliartrită, cu risc sau prezența limitărilor funcționale: se recomandă condiționat fizioterapie și/sau terapie ocupațională, în ciuda dovezilor de calitate scăzută.
11. Pentru Infliximabum, combinația cu un DMARD este recomandată ferm, în ciuda dovezilor de calitate scăzută, deoarece experiența clinică arată clar reducerea riscului de anticorpi împotriva medicamentului.
12. La copiii și adolescenții cu JIA și poliartrită, care au sau riscă limitări funcționale, se recomandă condiționat utilizarea fizioterapiei și/sau a terapiei ocupaționale. Recomandarea este condiționată din cauza dovezilor de calitate redusă sau foarte redusă, dar susținută de experiența clinică.
13. Sunt preferate terapiile care modifică boala (DMARD-uri convenționale sau biologice) mai devreme, reducând dependența pe termen lung de AINS și glucocorticoizi orali.
14. Pentru artrita oligoarticulară: dacă AINS și injecțiile intraarticulare nu sunt suficiente, se recomandă utilizarea de DMARD convențional (ex: Methotrexatum).
15. Pentru AJI cu artrita temporomandibulară activă se recomandă DMARD convențional dacă AINS / injecțiile locale nu sunt suficiente. Nu există agent biologic preferat- alegerea depinde de context. Glucocorticoizii orali nu sunt recomandați ca parte a terapiei inițiale la TMJ
16. Pentru AJI sistemic fără MAS: se recomandă condiționat utilizarea biologicilor (inhibitori IL-1 sau IL-6) ca terapie inițială monoterapică. DMARD convențional ca monoterapie inițială este absolut contraindicat.
17. Pentru AJI sistemic cu MAS: glucocorticoizii sistemici sunt recomandate condiționat ca parte din tratamentul inițial.

18. Se recomandă taper-ul și întreruperea (discontinuarea) tratamentului în cazurile de JIA sistemic inactiv, în funcție de severitatea bolii, riscul de daune și caracteristicile bolii.
19. Copiii cu AJI ar trebui să beneficieze de screening oftalmologic regulat datorită riscului de uveită. Frecvența screening-ului trebuie să fie adaptată în funcție de factorii individuali de risc.
20. Monitorizarea oftalmologică regulată a copiilor cu uveită este esențială, iar intervalele de monitorizare trebuie să fie stabilite în funcție de rezultatele examenului ocular și regimul de tratament.
21. Glucocorticoizi topici (ex: Prednisoloni acetat 1%) sunt recomandați pentru controlul inflamației la copii cu AJI cu afectare oculară.
22. Tratamentul sistemic la copii cu AJI cu complicații oculare include: Methotrexat- utilizat ca primă linie în cazurile refractare sau dependente de glucocorticoizi topici și Inhibitori TNF monoclonali- Adalimumabum și Infliximabum sunt opțiuni recomandate în cazurile persistente sau severe. Terapia combinată- în cazurile de uveită severă cu risc de pierdere a vederii, se recomandă combinarea metotrexatului cu un inhibitor TNF monoclonal.

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1. Diagnosticul: Artrita juvenilă idiopatică

Exemple de formulare a diagnosticului clinic:

1. Artrita juvenilă idiopatică, forma oligoarticulară persistentă, gradul moderat de activitate, clasa funcțională II Șteinbrocker, stadiul radiologic II Șteinbrocker, evoluție lentă.
2. Artrita juvenilă idiopatică, forma poliarticulară seropozitivă, grad înalt de activitate, clasa funcțională II Șteinbrocker, stadiul radiologic II Șteinbrocker, evoluție lent-progresivă.
3. Artrita juvenilă idiopatică, forma sistemică (febră, erupție cutanată eritematoasă, limfadenopatie, hepatosplenomegalie, cardită), gradul 2 de activitate, clasa funcțională II Șteinbrocker, stadiul radiologic II Șteinbrocker, evoluție monociclică.
4. Artrita juvenilă idiopatică, forma în asociere cu entezite (oligoartrită, entezita achiliană, durere sacroiliacă, uveita acută), debut.

A.2. Codul bolii (ICD 10):

M08.0 Artrita juvenilă reumatoidă
M08.2 Artrita juvenilă cu debut sistemic
M08.3 Artrita juvenilă poliarticulară (seronegativă)
M08.4 Artrita juvenilă pauciarticulară (oligoarticulară)
M08.8 Alte artrite juvenile
M08.9 Artrita juvenilă nedeterminată

A.3. Utilizatori:

- Medicii reumatologi, interniști din secția consultativă IMSP SCR „Timofei Moșneaga”.
- Medici din Secțiile de reumatologie, artrologie ale IMSP SCR „Timofei Moșneaga”.

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

A.4. Obiectivele protocolului:

1. Majorarea numărului de pacienți cărora li se va stabili diagnosticul de AJI în primele 3 luni de la debutul bolii.
2. Sporirea calității examinărilor clinice și paraclinice la pacienții cu AJI.
3. Ameliorarea calității tratamentului la pacienții cu AJI.
4. Creșterea numărului de pacienți cu AJI supravegheați, conform recomandărilor protocolului clinic național.
5. Creșterea numărului de pacienți cu AJI cu inducerea remisiunii.
6. Sporirea numărului de pacienți cu AJI cu menținerea funcției articulare și a activității zilnice.
7. Majorarea numărului de pacienți cu AJI cu ameliorarea calității vieții.

A.5. Elaborat: 2008

A.6. Revizuit: 2025

A.7. Următoarea revizuire: 2030

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

Prenume, nume	Funcția, instituția
<i>Ninel Revenco</i>	dr. hab. șt. med., șef Departament Pediatrie USMF, „Nicolae Testemițanu”
<i>Angela Cracea</i>	dr. șt. med., conf. univ., Departament Pediatrie USMF, „Nicolae Testemițanu”
<i>Rodica Eremciuc</i>	dr. șt. med., asist. univ., Departament Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Silvia Foca</i>	dr. șt. med., asist. univ., Departament Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”, medic pediatru-reumatolog, IMSP Institutul Mamei și Copilului
<i>Livia Bogonovschi</i>	dr. șt. med., asist. univ., Departament Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Olesea Grin</i>	medic pediatru-reumatolog, IMSP Institutul Mamei și Copilului
<i>Olga Gaidarji</i>	asist. univ., Departament Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”

A.8. Definițiile folosite în document

Artrită juvenilă idiopatică - boală inflamatorie cronică multisistemică, caracterizată prin semne clinice și paraclinice de inflamație articulară de geneză nedeterminată, cu o durată de cel puțin 6 săptămâni, debut până la vârsta de 16 ani și care necesită un suport specializat.

AJI se consideră a fi un termen „umbrelă” pentru grupul de artrite persistente cu o durată a bolii mai mare de 6 săptămâni, de etiologie nedeterminată. Termenul „juvenilă” presupune debutul artritei până la vârsta de 16 ani.

AJI forma oligoarticulară este afecțiunea inflamatorie cu afectarea a 1-4 articulații în primele 6 luni de la debut. În clasificarea ILAR, 1997 sunt 2 subgrupe: 1. persistentă - se consideră a fi artrita cu afectarea a cel mult 4 articulații pe toată durata bolii; 2. extinsă – afectarea cumulativ mai mult de 5 articulații după primele 6 luni de evoluție.

AJI forma sistemică: boală inflamatorie cronică multisistemică, caracterizată prin semne clinice și paraclinice de inflamație articulară de geneză nedeterminată, cu o durată de cel puțin 6 săptămâni, debut de până la 16 ani, și care necesită un suport specializat.

AJI forma poliarticulară seronegativă este artrita cu afectarea a 5 și mai multe articulații în primele 6 luni de la debutul bolii și factor reumatoid negativ.

AJI forma poliarticulară seropozitivă este artrita cu afectarea a 5 și mai multe articulații în primele 6 luni de la debutul bolii și factor reumatoid pozitiv în 2 examinări consecutive cu interval de cel puțin 3 luni și persistența timp de 1 an.

AJI în asociere cu entezite este artrita în asociere cu cel puțin 2 din următoarele criterii: **1.** durere în regiunea lombosacrală de tip inflamator sau sacroileita; **2.** HLA-B27 pozitiv; **3.** maladii cronice asociate cu HLA-B27 pozitiv la rudele de generația I; **4.** iridociclita anterioară, deseori asimptomatică; **5.** debut la băieți cu vârsta mai mare de 8 ani.

AJI psoriazică include artrita asociată psoriazisului tegumentar sau artrita în asociere cu minim 2 din următoarele criterii: **1.** dactilita; **2.** pichete unghiale sau onicoliza; **3.** Rash psoriziform; **4.** istoric familial pentru psoriazis la rudele de I generație.

A.9. Informația epidemiologică [5,6,14,16,17]

Artrita juvenilă idiopatică (AJI) este cea mai frecventă boală reumatică cronică la copii, afectând articulațiile și, uneori, organe interne sau ochii. În funcție de regiune și metodologie, incidența anuală a AIJ variază între 2 și 20 cazuri la 100.000 de copii, iar prevalența totală este estimată între 16 și 50 cazuri la 100.000 de copii. În Statele Unite, se estimează că aproximativ 294.000 de copii sunt afectați de această boală.

Debutul bolii apare de obicei la vârsta de 2–5 ani, dar poate fi întâlnit la copii mai mari. Există o predominanță pe sexe, cu mai multe fete afectate în subtipurile oligoarticular și poliarticular, în timp ce băieții predomină în subtipul sistemic.

Distribuția etnică arată o incidență mai mare la copiii caucazieni, în special în Europa de Nord și America de Nord, comparativ cu populațiile africane sau asiatice. Subtipurile bolii variază și ele în funcție de populație: oligoarticulara este mai frecventă în Europa, iar poliarticulara este mai frecventă în anumite regiuni precum Costa Rica, India, Noua Zeelandă sau Africa de Sud.

Subtipuri de AJI și frecvență

- *Oligoarticulară*: cel mai frecvent tip, afectează de obicei ≤ 4 articulații în primele 6 luni. Este asociată frecvent cu ANA pozitiv și un risc crescut de uveită asociată AJI.
- *Poliarticulară*: afectează ≥ 5 articulații în primele 6 luni, poate fi RF pozitiv sau negativ; subtipul RF pozitiv este mai aproape de artrita reumatoidă adultă.
- *Sistemică*: caracterizată prin febră, erupție cutanată, inflamație generalizată și afectare multiorganică; are o distribuție mai echilibrată între fete și băieți.
- *Artrita psoriazică juvenilă și artrita nediferențiată*: mai rare, cu manifestări clinice variabile și risc de uveită asociată.

AJI este considerată o boală multifactorială. Factorii genetici includ asocierea cu anumite alele HLA, în special HLA-DRB1, care conferă susceptibilitate la diferite subtipuri. Factorii de mediu pot contribui la declanșarea bolii, incluzând expunerea la infecții virale sau bacteriene, dar dovezile sunt variabile și mai puțin clare decât pentru factorii genetici.

În ultimele decenii, incidența AJI a înregistrat o ușoară creștere, probabil datorită îmbunătățirii metodelor de diagnostic și conștientizării bolii. Variațiile geografice sunt semnificative, atât în incidență, cât și în prevalență, iar unele studii sugerează chiar diferențe sezoniere, deși dovezile sunt limitate.

B. PARTEA GENERALĂ

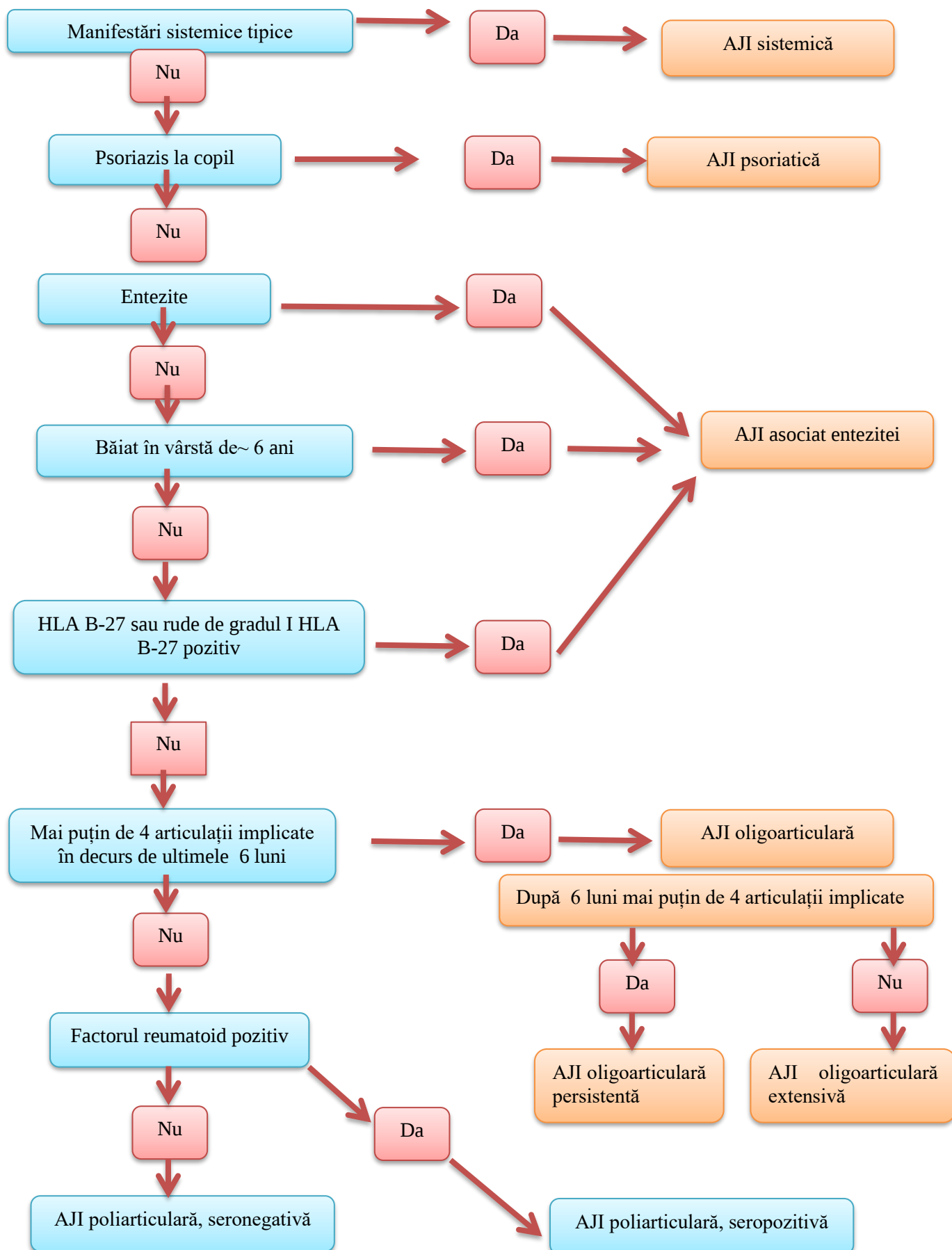
B.1. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator - medic specialist reumatolog din Secția consultativă IMPS SCR „Timofei Moșneaga”		
Descriere (măsură)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Diagnosticul		
C.1. Confirmarea AJI (forma sistemică, oligoarticulară sau poliarticulară sau în asocieră cu entezite sau în asocieră cu psoriazis).	Diagnosticul precoce și tratamentul de remisiune, agresiv din start, poate minimaliza durata bolii și micșora numărul de copii invalizi în societate [3].	Standard/Obligatoriu: • Aprecierea factorilor de risc (caseta 4). • Anamneza (caseta 6). • Examenul fizic, incluzând evaluarea statutului funcțional (caseta 7, anexele 2,3). • Investigații paraclinice pentru determinarea gradului de activitate a bolii și supravegherea evoluției bolii (caseta 8). • Estimarea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: hematolog, nefrolog, dermatolog, traumatolog, oftalmolog, gastrolog, reabilitolog.
1.2. Deciziile în tactica de tratament: staționar versus ambulator		• Evaluarea criteriilor de spitalizare (casetele 11).
2. Tratamentul		
2.1. Tratamentul medicamentos și de reabilitare, în condiții de ambulator al copilului în remisiune medicamentos indusă sau în remisiune fără suport medicamentos	Scopul tratamentului este inducerea remisiunii și normalizarea funcției articulare [11,12].	Standard/Obligatoriu: • AINS – la adresarea primară și în condiții de diagnostic confirmat (caseta 14). Recomandabil (în condiții de diagnostic confirmat): • Glucocorticoizi, cu excepția puls-terapiei, tratamentului biologic și introducerii intraarticulare a glucocorticoizilor (caseta 14).

		• Preparate remisie (DMARD) (casetele 14,15). • Tratamentul nonfarmacologic: reabilitare (caseta 16).
3. Supravegherea		
3.1. Supravegherea permanentă până la vârsta de 18 ani	Tratamentul permanent, continuu va permite inducerea remisiunii medicamentos controlate și complete [11, 12].	• Supravegherea, aprecierea eficacității tratamentului de bază (casetele 15, 20).

B.2. Nivel de asistență medicală spitalicească secțiile artrologie, reumatologie ale IMPS SCR „Timofei Moșneaga”		
Descriere (măsură)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Spitalizarea		Standard/Obligatoriu: • Spitalizarea în secțiile reumatologie, artrologie și/sau în SATI ale spitalelor republicane conform criteriilor de spitalizare (casetele 11,12).
2. Diagnosticul		
2.1 Confirmarea AJI (forma sistemică, oligoarticulară, poliarticulară, în asociere cu entezite, în asociere cu psoriazis).	Diagnosticul precoce și tratamentul de remisiune agresiv din start, poate minimaliza durata bolii și micșora numărul de copii invalizi în societate [11, 12, 19]. Monitorizarea reacțiilor adverse posibile în cadrul tratamentului de fond va minimaliza complicațiile din partea organelor interne și ochilor.	Investigații obligatorii: • Aprecierea factorilor de risc (caseta 4). • Anamneza (caseta 6). • Examenul fizic, incluzând evaluarea statutului funcțional (caseta 7 , anexa 2,3). • Investigații paraclinice pentru determinarea gradului de activitate a bolii, supravegherea evoluției bolii și pentru efectuarea diagnosticului diferențial (caseta 8). • Estimarea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: hematolog, nefrolog, dermatolog, oftalmolog, traumatolog. • Efectuarea diagnosticului diferențial (caseta 9, 10).
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul medicamentos		Standard/Obligator:

	Scopul tratamentului este inducerea remisiunii și normalizarea funcției articulare [13].	• AINS (<i>caseta 14</i>). • Glucocorticoizi (<i>caseta 14</i>). • Preparate de inducere a remisiunii (<i>casetele 14, 15</i>).
3.2 Tratamentul nemedicamentos		La indicații speciale: • Tratament biologic • Tratamentul nonfarmacologic (<i>caseta 16</i>).
4. Externarea, nivelul primar, tratament continuu și supraveghere		Extrasul obligatoriu va conține: • Diagnosticul confirmat detaliat. • Rezultatele investigațiilor efectuate. • Recomandările explicite pentru pacient. • Recomandările pentru medicul de familie.

C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ. Clasificarea AJI



C.1.1. Aprecierea factorilor de prognostic rezervat

<i>Forma clinică a AJI</i>	<i>Factorii de prognostic rezervat</i>
Forma oligoarticulară	<i>Prezența cel puțin a unui factor:</i> • Artrita coxofemurală sau afectarea porțiunii cervicale a coloanei vertebrale • Afectarea talocrurală sau radiocarpiană și reactanți de fază acută elevați îndelungat • Modificări radiologice (eroziuni sau îngustarea spațiului articular)
Forma poliarticulară	<i>Prezența cel puțin a unui factor:</i> • Artrita coxofemurală sau afectarea porțiunii cervicale a coloanei vertebrale • FR pozitiv sau anticorpii anti-CCP • Modificări radiologice (eroziuni sau îngustarea spațiului articular)
Forma sistemică, cu modificări sistemice active (și fără artrită activă)	Durata de 6 luni a activității înalte a bolii, manifestată prin: febră, reactanții de fază acută crescuți sau necesitatea tratamentului cu GCS sistemici.
Forma sistemică, cu artrită activă (și fără modificări sistemice)	<i>Prezența cel puțin a unui factor:</i> • Artrita coxofemurală • Modificări radiologice (eroziuni sau îngustarea spațiului articular)
Prezența sacroileitei active	• Modificări radiologice ale oricărei articulații (eroziuni sau îngustarea spațiului articular)
AJI cu complicații oculare	• Artrita oligoarticulară. • Artrita poliarticulară RF-negativă. • Artrita psoriazică. • Artrita nediferențiată cu ANA pozitiv. • Vârsta sub 7 ani la debutul bolii. • Durata bolii mai mică de 4 ani.
<i>Sursa:</i> 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis: Therapeutic Approaches for Non-Systemic Polyarthritis, Sacroiliitis, and Enthesitis 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Screening, Monitoring, and Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis–Associated Uveitis 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis: Therapeutic Approaches for Oligoarthritis, Temporomandibular Joint Arthritis, and Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis	

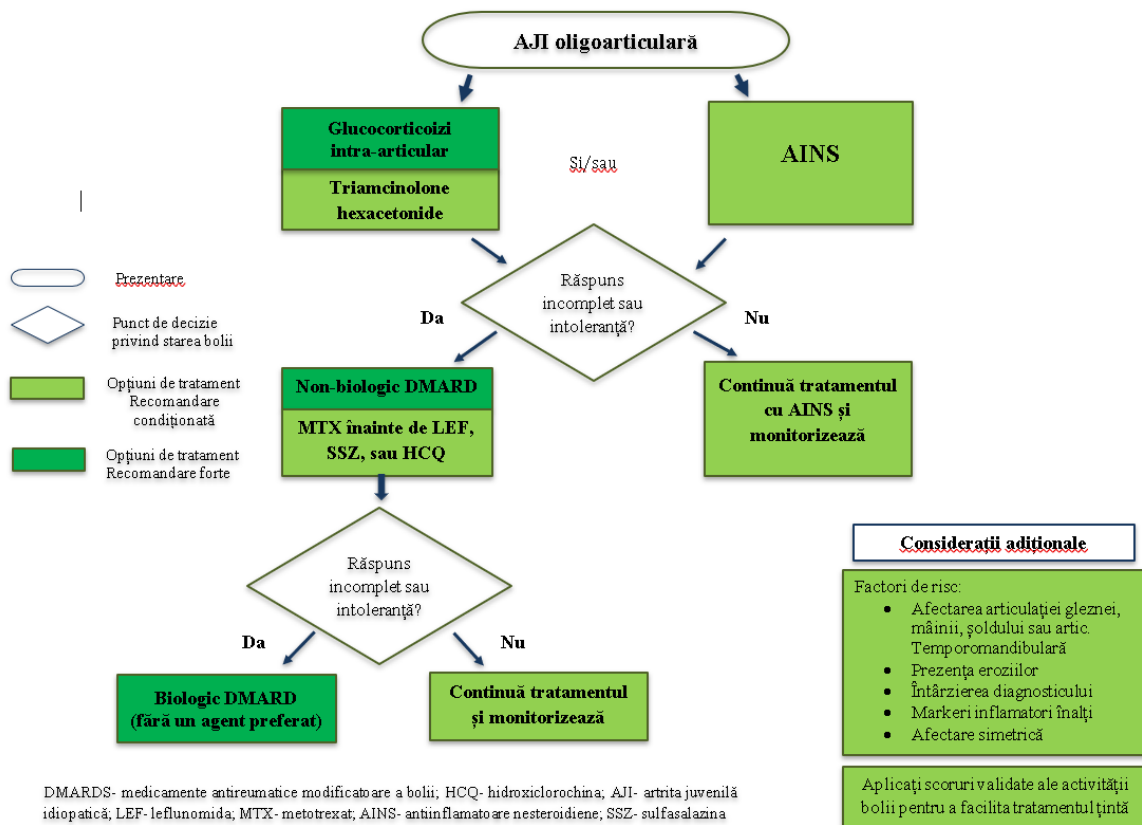
C.1.2. Managementul AJI, forma oligoarticulară [2]

Aprecierea activității bolii:

Activitatea joasă a bolii (prezența obligatorie a tuturor criteriilor)	Activitatea moderată a bolii (nu se include în criteriile de activitate joasă sau înaltă a bolii)	Activitatea înaltă a bolii (prezența a cel puțin 3 criterii)
Cel puțin 1 articulație implicată	Cel puțin 1 criteriu mai mare decât criteriile enumerate pentru activitatea joasă a bolii	Mai mult de 2 articulații implicate
Valori normale ale VSH sau PCR	ȘI Mai puțin de 3 criterii din criteriile enumerate pentru activitatea înaltă a bolii	VSH sau PCR mai mari de 2 ori decât valoarea limită
Aprecierea globală a activității bolii de către medic <3 din 10		Aprecierea globală a activității bolii de către medic ≥7 din 10
Aprecierea globală a activității bolii de către pacient/părinte <3 din 10		Aprecierea globală a activității bolii de către pacient/părinte ≥4 din 10

Recomandări terapeutice:

Algoritm de tratament al AJI oligoarticulară

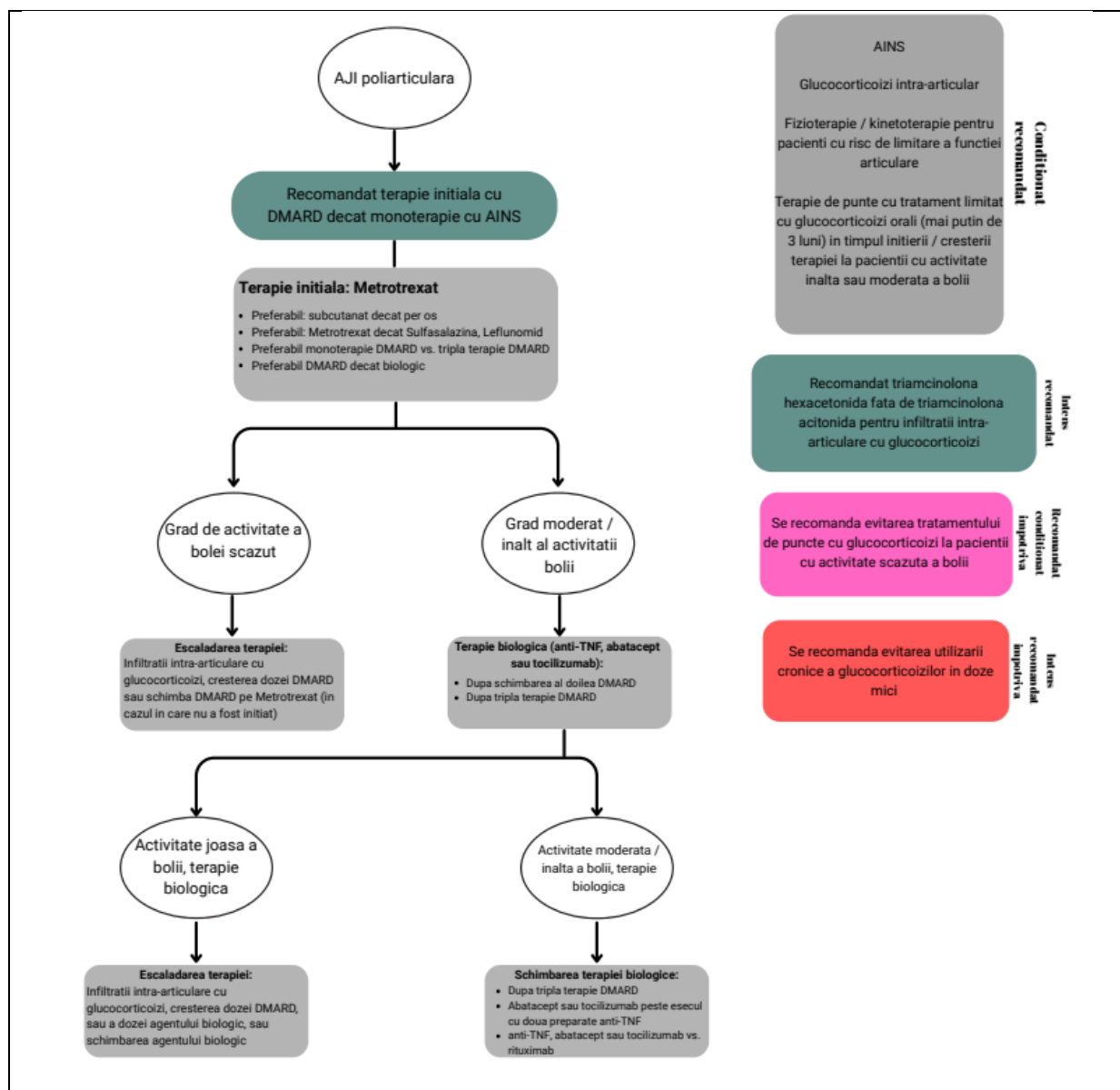


C.1.3. Managementul AJI, forma poliarticulară [2]

Aprecierea activității bolii:		
Activitatea joasă a bolii (prezența obligatorie a tuturor criteriilor)	Activitatea moderată a bolii (nu se include în criteriile de activitate joasă sau înaltă a bolii)	Activitatea înaltă a bolii (prezența a cel puțin 3 criterii)
≤4 articulații afectate	Cel puțin 1 criteriu mai mare decât criteriile enumerate pentru activitatea joasă a bolii	≥8 articulații implicate
Valori normale ale VSH sau PCR	ȘI Mai puțin de 3 criterii din criteriile enumerate pentru activitatea înaltă a bolii	VSH sau PCR mai mari de 2 ori decât valoarea limită
Aprecierea globală a activității bolii de către medic <4 din 10		Aprecierea globală a activității bolii de către medic ≥7 din 10
Aprecierea globală a activității bolii de către pacient/părinte <2 din 10		Aprecierea globală a activității bolii de către pacient/părinte ≥5 din 10

Recomandări terapeutice

Algoritm de tratament al AJI poliarticulară



C.1.4. Managementul AJI, forma sistemică, cu modificări sistemice (și fără artrită activă) [2]

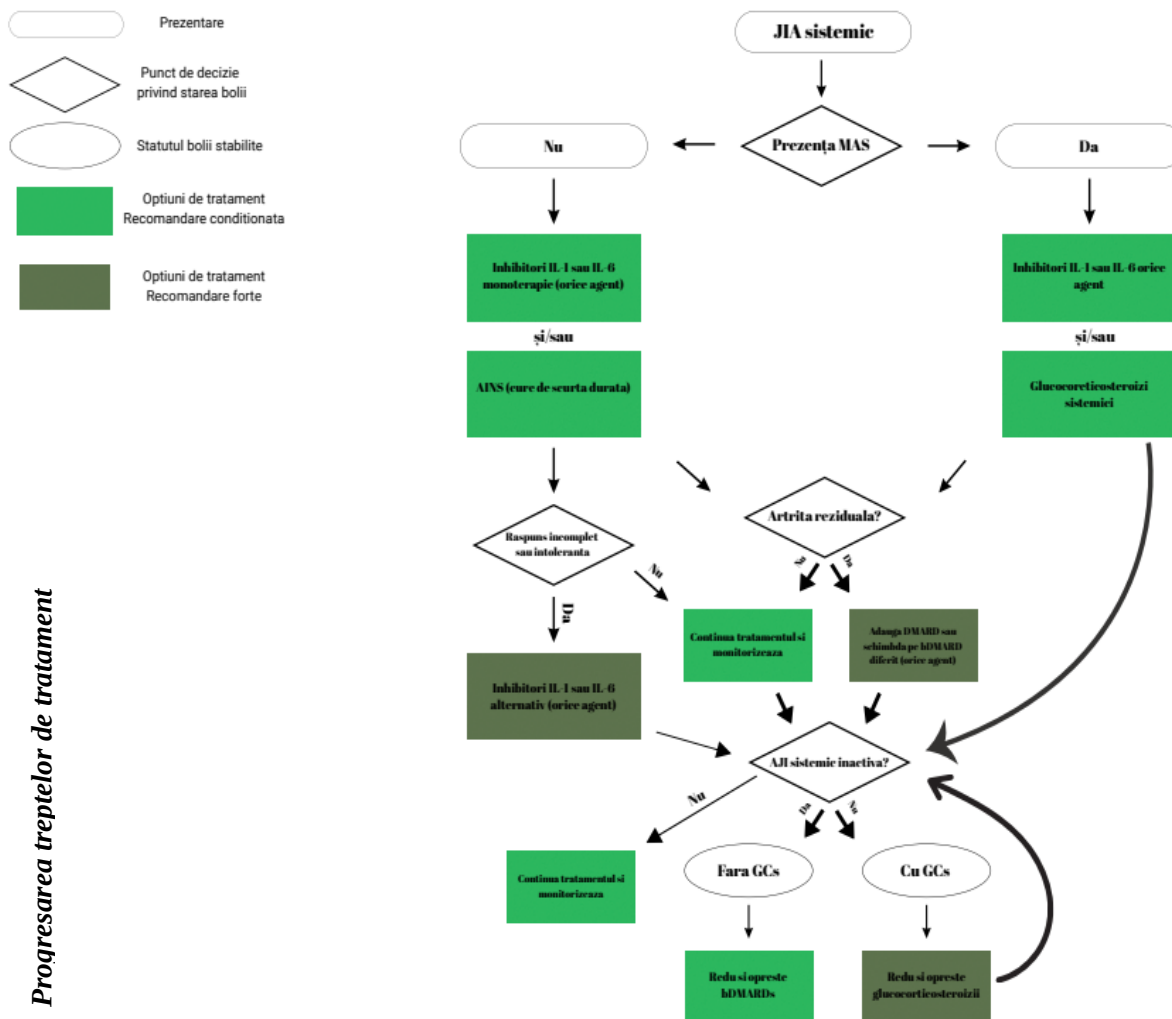
Aprecierea activității bolii:

Febră activă ȘI Aprecierea globală a activității bolii de către medic <7 din 10

Febră activă ȘI modificări sistemice ale activității înalte a bolii (ex.: serozită semnificativă) ce determină Aprecierea globală a activității bolii de către medic ≥7 din 10

Recomandări terapeutice:

Algoritm de tratament al AJI sistemică



bDMARD = medicamente anti-reumatice modificatoare a bolii biologice;
 csDMARD = medicamente anti-reumatice modificatoare a bolii conventional sintetice;
 GCs = glucocorticoizi; IL = interleukina; AJI = artrita juvenila ideopatica;
 MAS = sindrom de activare macrofaga; AINS = antiinflamatoare nesteroidiene

Acti
Acces

C.1.5. Managementul AJI, forma sistemică, cu artrită activă (și fără modificări sistemice) [2]

Aprecierea activității bolii:		
Activitatea joasă a bolii (prezența obligatorie a tuturor criteriilor)	Activitatea moderată a bolii (nu se include în criteriile de activitate joasă sau înaltă a bolii)	Activitatea înaltă a bolii (prezența a cel puțin 3 criterii)
≤4 articulații afectate	Cel puțin 1 criteriu mai mare decât criteriile enumerate pentru activitatea joasă a bolii ȘI Mai puțin de 3 criterii din criteriile enumerate pentru activitatea înaltă a bolii	≥8 articulații afectate
Valori normale ale VSH sau PCR		VSH sau PCR mai mari de 2 ori decât valoarea limită
Aprecierea globală a activității bolii de către medic <4 din 10		Aprecierea globală a activității bolii de către medic ≥7 din 10
Aprecierea globală a activității bolii de către pacient/părinte <2 din 10		Aprecierea globală a activității bolii de către pacient/părinte ≥5 din 10

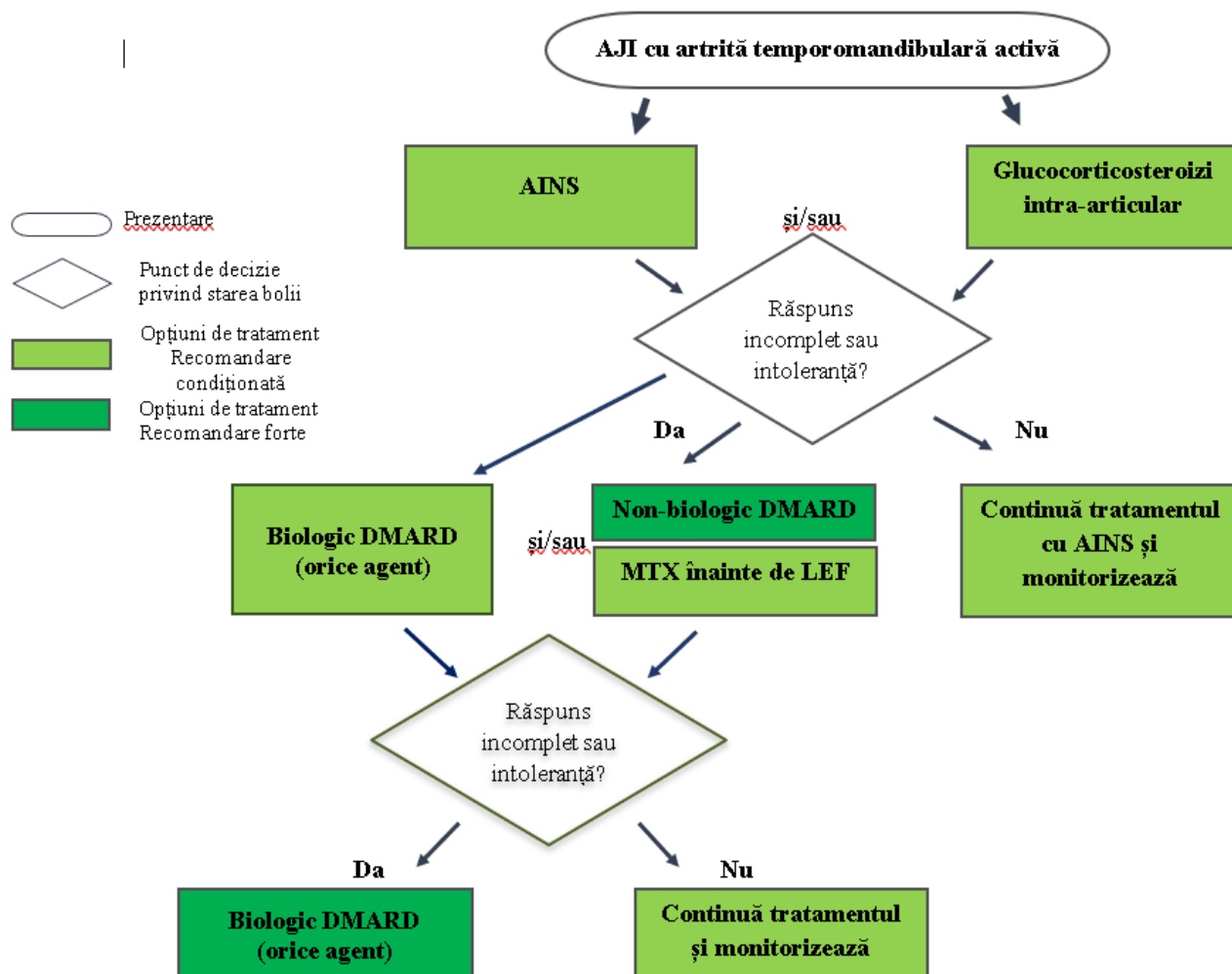
Recomandări terapeutice:

```
graph TD; A["După 1 lună de AINS cu GCS intraarticular la necesitate:  
AB – Joasă, Moderată, Înaltă  
FPR – Indiferenți"] --> B["Methotrexatum*"]; B -.-> B1["La necesitate – suplimentar,  
AINS sau GCS intraarticular"]; B --> C["După 3 luni de MTX:  
AB – Moderată, Înaltă  
FPR – Indiferenți"]; C --> D["Inhibitori TNF-α"]; C --> E["Anakinrum*"]; D -.-> D1["La necesitate – suplimentar,  
AINS sau GCS intraarticular"]; E -.-> E1["La necesitate – suplimentar,  
AINS sau GCS intraarticular"]; D --> F["Vezi Nota"]; E --> F; F --> G["După 4 luni de inhibitori TNFα:  
AB – Moderată, Înaltă  
FPR – Indiferenți"]; G --> H["Abataceptum*"];
```

Progresarea treptelor de tratament

Nota: Trecerea de la Anakinrum* la inhibitorii TNFα poate fi recomandată pentru unii pacienți cu activitatea bolii moderată sau înaltă, indiferent de prezența factorilor de prognostic rezervat, însă este posibil un rebound al modificărilor sistemice latente la sistarea tratamentului cu Anakinrum*.

C.1.5. Managementul AJI cu artrita temporomandibulară

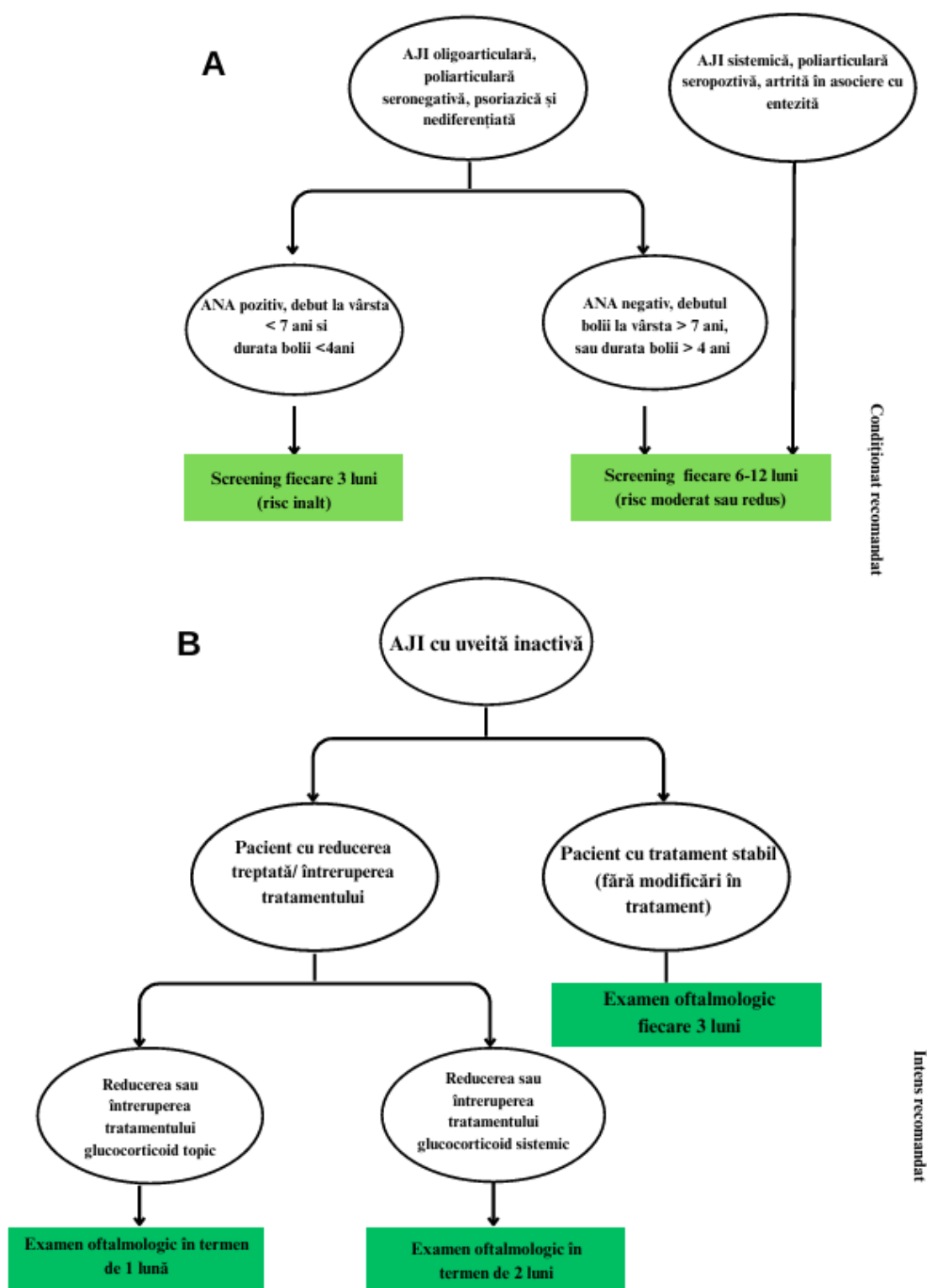


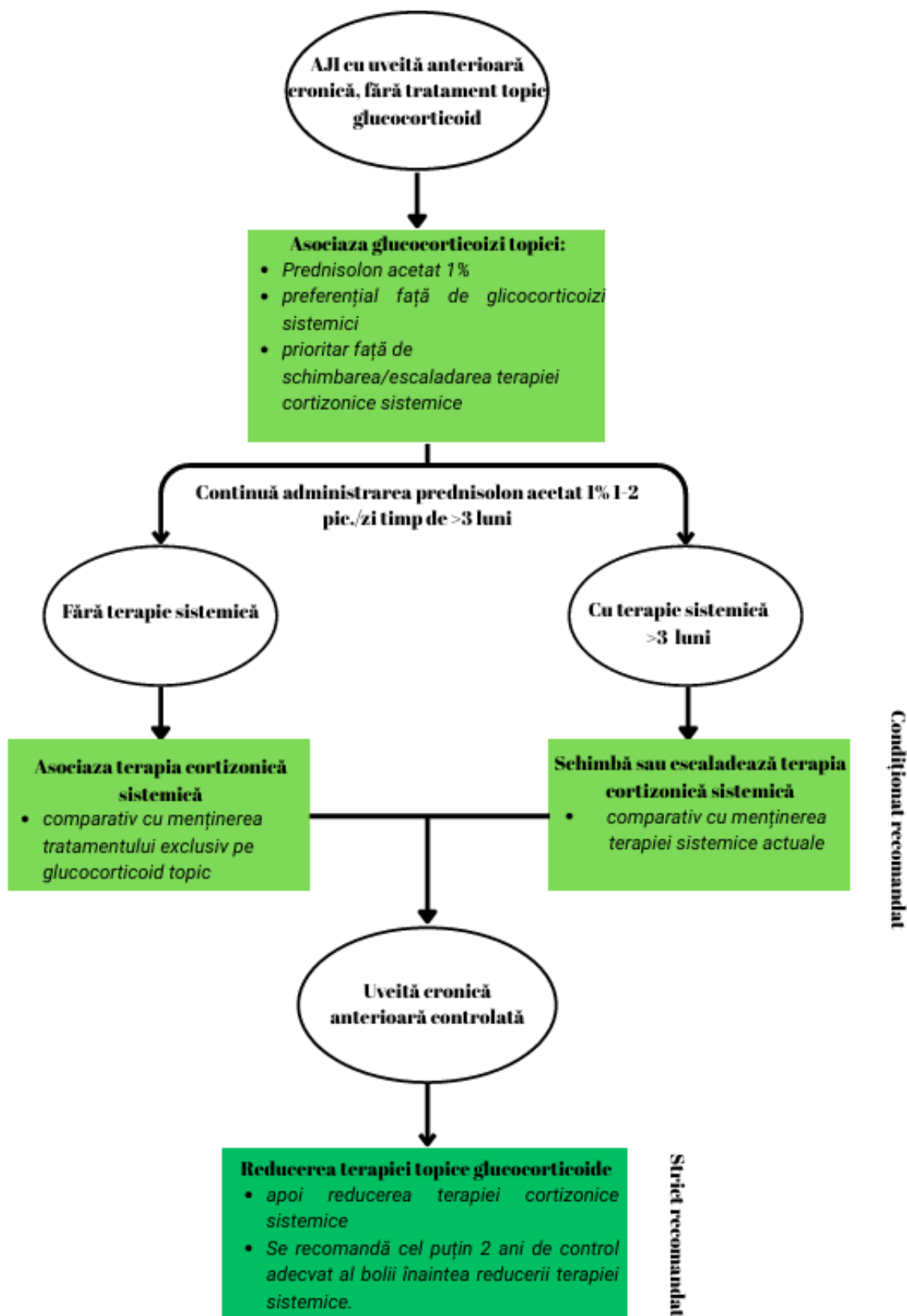
DMARD- medicamente antireumatice modificatoare a bolii; AJI- artrita juvenilă idiopatică; LEF- leflunomida; MTX- metotrexat; AINS- antiinflamatoare nesteroidiene, AINS- antiinflamatoare nesteroidiene

C.1.6. Managementul AJI, cu sacroileită activă [2]

Aprecierea activității bolii:		
Activitatea joasă a bolii (prezența obligatorie a tuturor criteriilor)	Activitatea moderată a bolii (nu se include în criteriile de activitate joasă sau înaltă a bolii)	Activitatea înaltă a bolii (prezența a cel puțin 2 criterii)
Flexia posterioară în normă	Cel puțin 1 criteriu mai mare decât criteriile enumerate pentru activitatea joasă a bolii ȘI Mai puțin de 3 criterii din criteriile enumerate pentru activitatea înaltă a bolii	VSH sau PCR mai mari de 2 ori decât valoarea limită
Valori normale ale VSH sau PCR		
Aprecierea globală a activității bolii de către medic <4 din 10		Aprecierea globală a activității bolii de către medic ≥7 din 10
Aprecierea globală a activității bolii de către pacient/părinte <2 din 10		Aprecierea globală a activității bolii de către pacient/părinte ≥5 din 10
Recomandări terapeutice: Inițierea tratamentului cu inhibitori TNFa este recomandată pacienților ce întrunesc următorii parametri clinici:		
Tratament precedent	Activitatea bolii	Factori de prognostic rezervat
Tratament cu AINS	Înalt	Prezenți
MTX timp de 3 luni	Înalt	Indiferenți
MTX timp de 3 luni	Moderat	Prezenți
MTX timp de 6 luni	Moderat	Absenți
Sulfasalazinum timp de 3 luni	Moderat sau Înalt	Indiferenți
Sulfasalazinum timp de 6 luni	Scăzut	Prezenți

C.1.7. Managementul AJI cu complicații oculare





C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea AJI

Caseta 1. Clasificarea AJI (Durban, 1997, ILAR) [5,6,17]

1. Forma sistemică
2. Forma poliarticulară seropozitivă
3. Forma poliarticulară seronegativă
4. Forma oligoarticulară extensivă și persistentă
5. Artrita în asociere cu entezite
6. Artrita în asociere cu psoriazis
7. Alte artrite

Clasificarea funcțională:

Clasa I: activitate fizică normală.

Clasa II: activitățile fizice pot fi efectuate, dar cu durere și cu reducerea mobilității articulare.

Clasa III: capacitate de autoîngrijire dificilă.

Clasa IV: infirmitate importantă, incapacitate de autoîngrijire.

Stadializarea radiologică:

Stadiu I: nici un semn radiologic de distrucție, poate fi prezent aspect de osteoporoză.

Stadiu II: osteoporoză juxtaarticulară, absența deformităților, atrofie musculară periarticulară, tumefiere periarticulară.

Stadiu III: îngustarea spațiului articular, eroziuni ale osului subcondral.

Stadiu IV: distrucții cartilaginoase și osoase, anchiloză osoasă sau fibroasă, deformări articulare, poziții vicioase, subluxații.

Caseta 2. Criterii de diagnostic al Artritei juvenile idiopatice [5]

Toate criteriile trebuie să fie prezente:

- Artrita persistentă mai mult de 6 săptămâni;
- Debutul artritei înainte de vârsta de 16 ani;
- Excluderea altor afecțiuni asociate cu artrită.

Caseta 3. Criterii de clasificare ale AJI:

Forma oligoarticulară extensivă și persistentă:

1. Debutul bolii până la 16 ani;
2. Mai frecvent la copiii cu vârstele cuprinse între 1 și 5 ani;
3. Mai frecvent la fete (85%);
4. Artrita în cel mult 4 articulații în primele 6 luni de la debutul bolii (oligoartrita persistentă);
5. Implicarea în proces a mai mult de 4 articulații după 6 luni de la debutul bolii (oligoartrita extensivă);
6. Durata artritei de geneză nedeterminată mai mult de 6 săptămâni;
7. Sindromul articular: sunt afectate articulațiile genunchilor, talocrurale, coatelor, radiocarpene, asimetric, în 40% evoluție agresivă cu distrucție articulară;
8. Iridociclita la 30-50% copii;
9. Obligator excluderea altor maladii cu atingere articulară.

Forma sistemică:

1. febra prelungită: mai înaltă de 39°C, zilnică, uneori de 2 ori pe zi, deseori după amiază, seara, cu o durată mai mare de 14 zile;
2. artrita sau poliartralgia, inclusiv în sectorul cervical, articulațiile temporomandibulare, evidențierea atrofiei musculare, durerilor musculare;
3. prezența exantemului evanescent pe trunchi, extremități proximal, cu nuanță pală, (caracter macular în – 90%, maculopapular – în 10%) în asocieri cu prurit sau cu fenomenul Koebner sau de tip urticarian, migratoriu cu intensificare la picul febril;
4. limfadenopatia generalizată (2/3 dintre pacienți);
5. hepatomegalia, splenomegalia;
6. poliserozitele (circa 25% dintre pacienți).

Forma poliarticulară seronegativă:

1. Debutul bolii până la 16 ani;
2. Mai frecvent la copii de 1-15 ani;
3. Mai frecvent la fete (90%);
4. Debut acut sau cronic;
5. Artrita a mai mult de 5 articulații în primele 6 luni de la debutul bolii;
6. Sindrom articular: simetric, afectarea articulațiilor mari, medii, mici (inclusiv temporomandibulare și sectorul cervical al coloanei vertebrale);
7. În 10% - evoluție agresivă cu distrucția articulațiilor coxofemorale;
8. Risc sporit pentru uveita anterioară;
9. Factorul reumatoid negativ;
10. Durata artritei de geneză nedeterminată mai mult de 6 săptămâni;
11. Obligatoriu excluderea altor maladii cu atingere articulară.

Forma poliarticulară seropozitivă:

1. Debutul bolii până la 16 ani;
2. Artrita a mai mult de 5 articulații în primele 6 luni de la debutul bolii;
3. Mai frecvent la copii de 8-15 ani;
4. Debut subacut;
5. Sindrom articular: simetric cu afectarea articulațiilor genunchilor, radiocarpene, talocrurale, mici ale pumnului și plantelor;

6. Factorul reumatoid pozitiv în 2 examinări consecutive cu interval de 3 luni și persistență timp de 1 an;
7. Durata artritei de geneză nedeterminată mai mult de 6 săptămâni;
8. Obligatoriu excluderea altor maladii cu atingere articulară.

Forma în asociere cu entezite:

Prezența artritei și entezitei în asociere cu minimum 2 dintre:

1. durere în regiunea lombosacrală de tip inflamator sau sacroileita;
2. HLA-B27 pozitiv;
3. maladii cronice asociate cu HLA-B27 pozitiv la rudele de generația I;
4. iridociclita anterioară, deseori asimptomatică;
5. debut la băieți cu vârsta mai mare de 8 ani.

Criterii de excludere

1. Factor reumatoid pozitiv de 2 ori la interval de cel puțin 3 luni
2. Prezența artritei sistemice
3. Psoriazis sau istoric familial de psoriazis la rude de gr. I

Forma în asociere cu psoriazis:

Artrita asociată psoriazisului tegumentar sau artrita în asociere cu minim 2 din următoarele criterii:

1. dactilita;
2. pichete unghiale sau onicholiza;
3. rash psoriaziform;
4. istoric familial pentru psoriazis la rudele de I generație.
5. obligatoriu excluderea altor maladii cu atingere articulară.

C.2.2. Factorii de risc

Caseta 4. Factori de risc ai AJI:

- Infecțiile intercurrente (virale, bacteriene, bacteriene intracelulare).
- Traumatismul articular frecvent.
- Hiperinsolația.
- Reacțiile adverse postvaccinale, alergice medicamentoase și/sau alimentare.
- Susceptibilitatea genetică.

Notă: Toți copiii cu susceptibilitate genetică de AJI (copii din familiile cu un istoric de artrită reumatoidă, artrită psoriazică, spondiloartrite, boli inflamatorii cronice intestinale, alte maladii ale țesutului conjunctiv; copii cu exprimarea HLA-B 27 sau A2, sau DR4, DR7 și al.) vor necesita supraveghere în depistarea precoce a semnelor clinice de AJI și tratament corect și oportun al oricăror infecții, evitarea traumatismului habitual, evitarea hiperinsolației, respectarea orarului vaccinărilor.

C.2.3. Conduita pacientului cu AJI

Caseta 5. Pași obligatorii în conduita pacientului cu AJI

1. Stabilirea diagnosticului precoce de AJI.
2. Investigarea obligatorie pentru determinarea gradului de activitate și a posibilei implicări oculare.
3. Alcătuirea schemei de tratament (individualizat) în funcție de: gradul de activitate, termenii adresării primare, durata maladiei, forma clinică evolutivă.

4. Monitorizarea evoluției bolii, complianței la tratament, eficacității tratamentului de remisiune cu aprecierea criteriilor de remisiune ACR (anexele 4,7).

C.2.3.1. Anamneza

Caseta 6. Recomandări în colectarea anamnesticalui:

- Evidențierea factorilor de risc (infecțiile intercurrente frecvente, traumatismul articular frecvent, hiperinsolația, reacțiile adverse postvaccinale și medicamentoase).
- Simptomele AJI, forma sistemică, (durată a febrei >14 zile, dureri și/sau tumefieri articulare, erupții eritematoase, maculopapuloase la picul febril, limfadenopatie, hepatosplenomegalie, dispnee, palpitații, dureri în cutia toracică, astenie, fatigabilitate).
- Determinarea susceptibilității genetice, istoric familial de psoriazis sau maladii cronice inflamatorii intestinale în asociere cu HLA-B27 pozitiv la rudele de generația I.
- Debutul recent al bolii (acut, insidios, cronic).
- Evidențierea simptomelor AJI în funcție de forma evolutivă (caseta 7)
- Tratament anterior (glucocorticoizi, antiinflamatoare nesteroidiene, ș.a.).

C.2.3.2. Examenul fizic

Caseta 7. Regulile examenului fizic în AJI:

- Determinarea stării generale cu evidențierea semnelor de pericol sau sistemice.
- Evidențierea semnelor clinice comune de AJI:
 - ✓ febra (durata, timpul apariției, semnele pasagere febrei, maximul febrei);
 - ✓ artrita sau poliartralgia, inclusiv în sectorul cervical, articulațiile temporomandibulare, sectorului lombosacral, evidențierea atrofiei musculare, durerilor musculare;

Evidențierea semnelor clinice particulare de AJI:

1. **Forma oligoarticulară persistentă și extensivă:** aproximativ la o jumătate din numărul de pacienți cu această formă este afectată articulația genunchiului, urmată de articulația talocrurală; majoritatea copiilor prezintă acuze la durere, redoare matinală, dar există un grup de pacienți la care lipsesc aceste semne (aproximativ 25%); destul de frecvent se dezvoltă uveita anterioară; 20% copii pot dezvolta iridociclita (care de obicei este asimptomatică);
2. **Forma sistemică:** febra prelungită: mai înaltă de 39°C, zilnică, uneori de 2 ori pe zi, deseori după amiază, seara, cu o durată mai mare de 14 zile, artrita sau poliartralgia, inclusiv în sectorul cervical, articulațiile temporomandibulare, evidențierea atrofiei musculare, durerilor musculare, prezența exantemului evanescent pe trunchi, extremități proximale, cu nuanță pală, (caracter macular în – 90%, maculopapular – în 10%) în asociere cu prurit sau cu fenomenul Koebner sau de tip urticarian, migratoriu cu intensificare la picul febril, limfadenopatia generalizată (2/3 dintre pacienți), hepatomegalia, splenomegalia, poliserozite (circa 25% dintre pacienți).
3. **Forma poliarticulară seronegativă:** artrita este insidioasă și asimetrică; frecvent se afectează articulațiile mici inclusiv articulațiile interfalangiene distale; la 5% copii se poate dezvolta iridociclita;
4. **Forma poliarticulară seropozitivă:** artrita este deseori insidioasă și simetrică cu afectarea articulațiilor mici ale pumnului; frecvent se afectează mai mult de 30 articulații; la debut poate fi febra; nu este caracteristică iridociclita;
5. **Forma în asociere cu entezite:** prezența inflamației tendoanelor și/sau ligamentelor; entezita va fi definită în prezența durerii în 3 din 8 puncte de inserție tendinoasă la presiune digitală cu o forță de cel puțin 4kg (obligator presiunea se va efectua în

următoarele zone: articulația sacroiliacă, polul inferior al patelei, tendonul Achilles, punctul de inserție al fasciei plantare la osul calcanean); copiii cu HLA-B27 pozitiv pot avea afectare axială similară spondilitei anchilizante.

6. **Forma în asociere cu psoriazis:** artrita este tipic asimetrică; în 15% se asociază cu iridociclita asimptomatică; afectarea patului unghial; dactilita; psoriazis tegumentar.
- Determinarea indicelui sau a scorului DAS 28 (*Disease Activity Score*) (*anexa 4*).
 - Determinarea parametrilor de eficacitate a tratamentului în conformitatea cu cerințele ACR pediatrice:
 - ✓ Numărul articulațiilor active;
 - ✓ Numărul articulațiilor cu limitarea funcției;
 - ✓ VSH sau PCR;
 - ✓ evaluarea globală a bolii de către medic după SVAD de 100 mm;
 - ✓ evaluarea globală a bolii de către pacient după SVAD de 100 mm;
 - ✓ Determinarea capacității funcționale după chestionarul CHAQ (*anexa 2*).

Indicele ACR pediatric 20, 50, 70, 90 este indicatorul ameliorării cu 20, 50, 70 sau 90% de la valorile inițiale a cel puțin 3 din 6 parametri cu admiterea agravării cu 30% nu mai mult de 1 parametru. Lipsa eficacității tratamentului se constată în cazul lipsei ameliorării cu 30% a parametrilor de eficacitate ACR timp de 3 luni.

C.2.3.3. Investigațiile de laborator și paraclinice în Artrita juvenilă ideopatică

Caseta 8 – Recomandările pentru efectuarea investigațiilor				
Investigațiile de laborator și paraclinice		Semne sugestive pentru ARe	Nivel consultativ specializat	Nivel staționar
Hemoleucograma		Determinarea gradului de activitate a procesului inflamator	O	O
VSH			O	O
Analiza generală a urinei		Pentru excluderea afectărilor renale	O	O
Proteina C-reactivă		Determinarea gradului de activitate a procesului inflamator	O	O
Fibrinogenul			O	O
Feritina serică				
Izolarea agentului patogen		Permite izolarea agentului patogen pentru determinarea etiologică și conduita terapeutică antibacteriană	O	O
	Metode microbiologice clasice (frotiu faringian, hemocultura, urocultura)			
	Metode imunologice (determinarea titrului anticorpilor specifici în serul pacientului: infecția cu virus Ebstein-Barr, citomegalovirus, infecție herpetică, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealitycum, Chlamydia trachomatis, Borrelia burgdorferi)			O
	Metode molecular-biologice (reacția de polimerizare în lanț)			O
Factorul reumatoid;		Pentru diagnosticul diferențial	O	O
Biochimia serică (ALAT, ASAT, bilirubina totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, ureea, creatinina, proteina totală, fier, creatinkinaza, creatinkinaza-MB, lactatdehidrogenaza)		Pentru excluderea patologiei organelor interne pe fundalul procesului autoimun indus	O	O

Punctia articulara (în caz de sinovită) cu examinarea bacteriologica (molecular-bilogic prin reacția de polimerizare în lanț la ADN agentului provocator) și clinică a lichidului sinovial	Pentru diagnostic diferențial, determinarea agentului etiologic, conduita terapeutică antibacteriană și tratament antiinflamator local		O
Examinarea radiologică articulațiilor afectate și articulațiilor sacro-iliace cu aprecierea stadiului radiologic	Apreciază modificările structurale osoase și caracterizează diagnosticul, necesar pentru aprecierea comparativă al evoluției bolii	O	O
Electrocardiografia;	Permite stabilirea dereglărilor de ritm și de conducere în cazul afectărilor cardiace prin proces autoimun indus	O	O
Ecocardiografia	Permite depistarea afectărilor cardiace prin miocardită, aortită și al. aparente pe fundalul procesului autoimun indus	O	O
Ultrasonografia articulară	Apreciază modificările structurale osoase, cartilaginoase și ligamentare, determină gradul sinovitei și caracterizează diagnosticul, necesar pentru aprecierea comparativă al evoluției bolii	O	O
Tomografia computerizată, rezonanța magnetică nucleară articulară	Necesară pentru efectuarea diagnosticului diferențial	R	O
Scintigrafia scheletală	Necesară pentru aprecierea focarelor de inflamație articulară și diagnostic diferențial	R	O
Atroscopie, biopsie sinoviala	Necesare în scop diagnostic		
Testarea la HIV/SIDA;	Necesită determinarea ca fiind în grupul de risc de prognostic negativ		O
Testarea la HVB, HVC	Necesită determinarea ca fiind în grupul de risc de prognostic negativ	R	O

Tipizarea la HLA-B27, Imunoglobulinele serice A, M, G, E, anticorpii antinucleari (ANA), complementul C3, C4, interleukina 6, interleukina 8, proteina S100	Necesară pentru efectuarea diagnosticului diferențial și determinarea gradului de risc pentru prognostic negativ	R	O
Ultrasonografia organelor interne	Permite depistarea afectărilor organelor interne aparente pe fundalul procesului autoimun indus		O
Consultul medicilor specialiști – oftalmolog, dermatolog, gastroenterolog	Pentru efectuarea diagnosticului diferențial	O	O

O – obligatoriu; **R** - recomandabil

2.3.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 9. Diagnosticul diferențial al AJI

În funcție de prezentarea clinică, varianta evolutivă, este necesar de efectuat diagnosticul diferențial cu eliminarea altor cauze de artrite la copii:

1. *Forma oligoarticulară*: artrita septică, artrita reactivă, sinovita cauzată de corp străin, sinovita vilonodulară, malformații arterial-venoase, hemofilia, traumatism, boala Lyme, leucemia, artrita de geneză tuberculoasă, sarcoidoza;
2. *Forma sistemică*: maladii infecțioase (bacteriene, virale – Ebștein-Barr sau citomegalovirus), infecții osteoarticulare – osteomielita, artrita septică, traumatism articular, maladii neoplazice – leucemia, limfoamele, neuroblastomul generalizat, histiocitoza, maladii cronice inflamatorii – colita ulceroasă, sarcoidoza, boala Behcet, alte maladii cronice ale țesutului conjunctiv – LES, DMJ, boala Kawasaki, alte vasculite, febra reumatismală acută, sindrom de febră periodică, imunodeficiența.
3. *Forma poliarticulară* : maladii difuze ale țesutului conjunctiv, limfoame, leucemia, sinovita postvirală trenantă, spondiloartropatia seronegativă, spondilita anchilozantă, artrita psoriazică, artritele din boli inflamatorii intestinale, boala Lyme, sarcoidoza, sindroame sinovite hipertrofice familiale și mucopolizaharidoza;
4. *Forma în asociere cu entezite*: AJI forma sistemică, psoriazisul, maladii cronice inflamatorii intestinale, sarcoidoza, artrita reactivă;
5. *Forma în asociere cu psoriazis*: maladii cronice inflamatorii intestinale, sarcoidoza, artrita reactivă.

Notă:

1. Excluderea infecțiilor virale, bacteriene prin examinarea fluidelor (metode PCR sau serologice).
2. Excluderea leucemiei prin examinarea punctatului sternal (înaintea începerii tratamentului cu glucocorticoizi); evaluarea semnelor de inflamație sistemică: anemia, leucocitoza, trombocitoza, vigilență la semnele sindromului de activare macrofagală.
3. Diferențierea de boli interstițiale pulmonare, tuberculoza diseminată, maladia Hodgkin, sarcoidoza – examinarea radiologică a cutiei toracice.
4. Excluderea osteomielitei – efectuarea scintigrafiei osoase.
5. Diferențierea de septicemie, alte maladii difuze ale țesutului conjunctiv (examinarea reactanților de fază acută a inflamației, anticorpilor antinucleari).

Caseta 10. Diagnosticul diferențial al formelor de AJI și al AJI cu alte patologii. [5]

Investigații		Argumentarea investigațiilor			
		Diagnostic diferențial	Subclasificarea AJI	Monitorizarea AJI	Monitorizarea reacțiilor medicamentoase adverse
Hematologice	Hemoleucograma completă	Leucemia, LES			DMARDs și agenți biologici
	Examinarea măduvei osoase	Leucemia		Sindromul de activare macrofagală	
	VSH			Rezultatul poate fi variabil	

Biochimice	Funcția hepatică	Leucemia, sdr. de activare macrofagală			AINS și MTX
	Enzime musculare	DMJ, LES, overlap			
	Funcția renală include analiza urinei	Nefrita din LES			AINS
	Catecolaminele urinare	Neuroblastom			
	Aminoacizii urinei	Boli metabolice ereditare			
	ANA	LES, DMJ, overlap, alte leucemii autoimune		Asociat cu riscul uveitei anterioare cronice	
Imunologice	FR	Overlap	La pacienții FR pozitiv		
	HLA-B27		Esențial		
	Imunoglobulinele	Deficiență imună			
	Bacteriană, mycoplasma și titrurile virale	Artrita reactive			Titrurile varicelei înainte de începerea tratamentului DMARDs, agenți biologici sau steroizi
Microbiologice	Cultura și microscopia fluidului sinovial	Artrita septică			
	Testul cutanat pentru Tbc				Înainte de începerea tratamentului DMARDs, agenți biologici sau steroizi
Imagistice	Raze -X	Fractură, modificări osoase locale, displazia scheletală moștenită		Dezvoltarea bolii erozive	
	Ultrasonografia articulară	Sinovita coxofemurală	Confirmă numărul articulațiilor afectate	Monitorizarea sinovitei	
	RMN	Mai multe modificări articulare și periarticulare		Dezvoltarea eroziunilor	

C.2.3.5. Criteriile de referire la medicul reumatolog

1. Semne de inflamație articulară persistente:

- Durere articulară > 4–6 săptămâni, fără cauză clară.
- Tumefiere articulară persistentă, vizibilă sau palpabilă.
- Limitarea mobilității articulare din cauza durerii sau rigidității (în absența unui traumatism).
- Redoare matinală ce durează > 30 de minute sau reapare după repaus.

2. Implicarea anumitor articulații sau pattern-uri sugestive:

- Afectarea unei singure articulații ≥ 6 săptămâni.
- Afectare simetrică a articulațiilor mici (mâini, picioare).
- Afectare a articulației genunchiului, gleznei sau cotului fără traumă semnificativă.
- Șchiopătat inexplicabil.

3. Semne de afectare sistemică:

- Febră persistentă sau recurentă, fără sursă infecțioasă.
- Oboseală marcată, iritabilitate, scăderea performanței școlare.
- Scădere în greutate sau stagnare în creștere.
- Erupții cutanate evanescente, corelate cu febră.

4. Manifestări oculare asociate

- Uveită sau suspiciune de uveită (ochi roșu, dureros, fotofobie, scădere acuitate vizuală).
- Copii cu Ac ANA pozitiv și simptome articulare au risc crescut → recomandare de trimitere.

5. Analize de laborator sugestive (Nu sunt obligatorii pentru AJI, dar justifică trimiterea dacă sunt prezente):

- VSH/CRP crescute persistent.
- Ac ANA pozitiv, în contextul simptomelor clinice.
- Factor reumatoid (FR) pozitiv la copil cu artralгии persistente.
- Absența altor cauze pentru inflamația articulară (infecții, traumatisme, boli hematologice).

6. Lipsa unui răspuns la tratamentul inițial

- Persistența simptomelor > 2–4 săptămâni după AINS (Ibuprofen, Naproxen) prescrise în doze corecte.
- Simptome care se agravează în pofida tratamentului simptomatic.

7. Situații ce impun trimitere urgentă

- Suspiciune de AJI sistemică (febră, erupție, artrită).
- Suspiciune de uveită acută.
- Afectare severă a unei articulații mari cu limitare funcțională majoră.
- Durere articulară asociată cu semne de alarmă: vânătăi neexplicate, paloare severă, dureri osoase nocturne – în aceste cazuri se ia în considerare evaluare urgentă și pentru alte patologii.

C.2.3.6. Criteriile de spitalizare a pacienților cu Artrită juvenilă idiopatică

Caseta 11. Criteriile de spitalizare a pacienților cu AJI în secțiile de reumatologie, artrologie ale IMSP SCR „Timofei Moșneaga”:

- Adresare primară copil cu semne clinice AJI.
- Adresare repetată cu semne clinice de agravare a bolii (febra, intensificarea sindromului articular, apariția semnelor de implicare sistemică, complicațiilor la tratament de fond, agravarea uveitei).
- Apariția semnelor de complicații ale AJI pe parcursul supravegherii de către medicul de familie (semne ale sindromului de activare macrofagală, progresia sindromului anemic, apariția semnelor clinice și paraclinice de amiloidoză renală).
- Rezistență la tratament sau evoluție atipică a bolii, pentru reevaluarea pacientului.
- Lipsa eficacității tratamentului la 3 luni de la debut după ACR.
- Puseu inflamator intens și trenant, pentru investigații și reconsiderare terapeutică.

Caseta 12. Criteriile de spitalizare în SATI a pacienților cu AJI:

- Manifestările neurologice (stare confuză, copil somnolent, convulsii);
- Tahipneea (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);
- Semnele de sindrom de activare macrofagală (febră înaltă, hepatomegalie, icter, anemie, leucopenie, trombocitopenie, feritina serică majorată, majorarea ALAT, ASAT);
- Hiperleucocitoza (peste $40 \cdot 10^9/l$) sau leucopenia (sub $4 \cdot 10^9/l$).

C.2.3.7 Tratamentul AJI

Caseta 13. Principiile tratamentului AJI:

- Regim (cruțător cu evitarea eforturilor fizice excesive în prezența semnelor de insuficiență poliorganică).
- Dietă cu restricții lichidiene și hiposodată (în prezența semnelor de IC), cu aport sporit de microelemente (în prezența semnelor de osteoporoză și tratament cronic cu glucocorticoizi).
- Tratamentul medicamentos:
Preparate modificatoare ale simptomatologiei clinice:
 - ✓ AINS;
 - ✓ Glucocorticoizi
 - ✓ Preparate antireumatice de bază sau antireumatice specifice
 - ✓ Imunosupresante mai bine imunodepresive;
 - ✓ Preparate biologice.
- Tratament intervențional (plasmafereză) – la necesitate.
- Tratament chirurgical (ortopedic) – la necesitate.
- Tratament de reabilitare.

Caseta 14. Tratamentul medicamentos al AJI [5]

Antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS)

- **Ibuprofenum** - 10 mg/kg/doză, de 4 ori sau
- **Naproxenum** - 10 mg/kg/doză, de 2 ori sau
- **Diclofenacum** 2-3 mg/kg/24 ore, de 2 ori

Notă: Monitorizarea reacțiilor adverse la tratament cu AINS – nausea, 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.

GCS intraarticular

Triamcinolonum acetonidum

- 1mg/kg/articulație pentru articulațiile mari
- 0,5 mg/kg/articulație pentru articulațiile mijlocii
- 1-2,5 mg/articulație pentru articulațiile interfalangiene

Methotrexatum

- 10-15 mg/m²/doză; o dată săptămânal; per os sau subcutanat

Sulfasalazinum

- 30-50 mg/kg/zi; 2 ori pe zi

GCS, parenteral

- Methylprednisolonum 10-30 mg/kg/doză zilnic, timp de 1-3 zile
- Prednisolonum 0,2-2 mg/kg/doză, o dată în zi.
- **Hydroxychloroquinum***: 200-600mg/zi (nedepășind 6mg/kg) datorită toxicității oculare. Beneficiul clinic apare la 4-6 săptămâni. Beneficii suplimentare se obțin și prin efectele lor antigregant și hipolipemiant.

Inhibitorii TNF α

Etanerceptum*

- Injecții subcutanate în doza de 0,8 mg/kg/săptămânal sau 0,4 mg/kg 2 ori pe săptămână
- Prognostic mai bun în combinație cu MTX săptămânal

Infliximabum

- Infuzie intravenoasă în doza de 3-10 mg/doză fiecare 4-8 săptămâni
- Prognostic mai bun în combinație cu MTX săptămânal

Adalimumabum

- 24mg/m²/doză fiecare 2 săptămâni (max 40mg) subcutanat
- Prognostic mai bun în combinație cu MTX săptămânal

Golimumabum

- <40 kg- 45mg/0.45 ml, lunar (doza se ajustează individual în dependență de talie și masă)

- > 40 kg- 50 mg/0,5 ml, lunar

Preparate IL-1

*Anakinrum**

Injectii subcutanate zilnic în doza de 1-2mg/kg/doză

*Canakinumabum**

- 2-4 mg/kg fiecare 4săptămâni (max.150mg) subcutanat

Preparate IL-6

Tocilizumabum

- <20kg – 12mg/kg, fiecare 2 săptămâni; intravenos
- >20kg – 8 mg/kg, fiecare 2 săptămâni; intravenos

Inhibitor al Janus kinazei (JAK)

*Tofacitinibum **

Soluție orală cu eliberare imediată:

- 10-20 kg – 3,2 mg oral de două ori pe zi
- 20-40 kg- 4 mg oral de două ori pe zi
- > 40 kg: 5 mg oral de două ori pe zi

Comprimat cu eliberare imediată:

- > 40 kg 5 mg oral de două ori pe zi

Notă: * preparatele nu sunt omologate în Republica Moldova

Caseta 15. Tratamentul medicamentos al AJI – monitorizarea tratamentului

Methotrexatum

- Methotrexatum un preparat citostatic, DMARD, utilizat în tratamentul AJI. Mecanismul său citotoxic este inhibarea dihidrofolat reductazei, de aceea este impusă utilizarea concomitentă cu acidul folic (doza zilnică 1mg, în zilele fără MTX).
- Administrarea per os se recomandă cu o oră înainte de masă pentru o absorbție mai bună. Răspunsul terapeutic apare tardiv după 4-12 săptămâni.
- Asocierea cu AINS sporește nivelele serice de MTX.
- Indicii de laborator monitorizați în timpul tratamentului cu Methotrexatum: indicii hemoleucogramei, trombocite, creatinina serică (la 2 săptămâni de la inițierea tratamentului); valorile hemoleucogramei, albuminemiei, bilirubinemiei, transaminazelor, creatinina la 4 săptămâni de la inițierea tratamentului).
- Reacții adverse: nausea, ulcerații orale, dureri abdominale, hepatotoxicitate (anorexie, diaree, icter, creșterea transaminazelor), toxicitate pulmonară (pneumonie interstițială de hipersensibilitate severă, uneori letală), efecte oncogene, etc.
- *Criterii de neeficacitate a tratamentului cu Methotrexatum:*
Lipsa răspunsului clinic și paraclinic la tratament cu Methotrexatum în doza de 20 mg/m² pe săptămână timp de ultimele 3 luni; mai mult de 5 articulații active și mai mult de 3 articulații cu limitarea funcției plus durere; boala este controlată numai cu steroizi în doze mai mari de 0,25 mg/kg zilnic în ultimele 6 luni.

Tocilizumabum

- Tocilizumabum este un medicament biologic, este receptorul antagonist al IL-6, aprobat în tratamentul artritei juvenile, forma sistemică (AJIs). Este utilizat pentru a suprima sistemul imunitar în bolile autoimune.

- Tocilizumabum se administrează o dată la 2 săptămâni, sub formă de perfuzie intravenoasă, cu o durată de 60 min. Efectul apare de obicei peste 6-12 săptămâni de la prima administrare, dar s-a notat și ameliorarea stării pacienților la o săptămână de la administrare. Doza de Tocilizumabum este ajustată în funcție de greutatea pacientului. La copii, doza este de 8 miligrame per kilogram, la cei cu o greutate > 20 kg și 12 miligrame per kilogram la cei < 20 de kilograme.
- Indicii de laborator monitorizați în timpul tratamentului cu Tocilizumabum: indicii hemoleucogramei, trombocite, valorile transaminazelor, lipidelor serice.
- Tocilizumabum poate fi administrat ca monoterapie sau în asociere cu Methotrexatum sau alte medicamente non - biologice utilizate pentru tratamentul AJI.
- Tocilizumabum nu se administrează în asociere cu un alt medicament biologic.
- Reacții adverse: risc crescut de infecție, perforații gastrointestinale, reacții postinfuzionale, anafilaxie; modificări paraclinice de laborator: neutropenie, trombocitopenie, creșterea transaminazelor, hiperlipidemii, imunogenicitate, malignizare, etc.

Criterii de includere a pacienților la tratament biologic:

Forma sistemică, forma poliarticulară (seronegativă sau pozitivă), sacroileita activă

Criterii de excludere a pacienților din grupul de tratament biologic:

Infecții active, tuberculoza, septicemia, malignități, imunodeficiențe.

Caseta 16. Tratamentul nonfarmacologic al AJI

La recomandări speciale:

Tratamentul chirurgical

- În cazul artritei localizate care nu se supune tratamentului medicamentos – sinovectomia urmată de infiltrare cu glucocorticoizi.

Notă: Suportul anestezicologic va lua în considerație posibila implicare în procesul autoimun a articulațiilor temporomandibulare sau a altor artrite ale sectorului cervical (dificultăți în intubație, risc de cvadriplegie).

Tratamentul de reabilitare

- Reabilitarea reprezintă cheia succesului în cazul artritei persistente: se va utiliza terapia intensivă cu proceduri fizice, terapia ocupațională, crioterapia.
- Terapia fizică și ocupațională trebuie inițiată precoce prin proceduri fizice în toate formele de boală, împreună cu cea medicamentoasă și/sau alte modalități terapeutice.
- Elaborarea programului de gimnastică curativă la domiciliu, protecția articulară habituală, coordonarea tratamentului ocupațional cu programul școlar.
- Reabilitarea psihologică pentru pacienți și pentru părinți, pedagogi; acordarea asistenței educaționale părinților, suport psihosocial. Se recomandă tehnici cognitive comportamentale care reduc intensitatea durerii, redau încrederea în sine, sporesc speranța vindecării.

Criterii de includere în programul de reabilitare/balneoterapie:

A. Criterii clinice:

- Boală aflată în remisie clinică sau cu activitate inflamatorie redusă, fără puseu acut.
- Prezența durerii articulare cronice controlate terapeutic.

- Limitări funcționale persistente: reducerea mobilității, rigiditate, scăderea forței musculare, tulburări de postură sau mers.
- Capacitate de cooperare cu programul de reabilitare.
- Stare generală bună, fără afectare sistemică acută.

B. Criterii biologice:

- VSH și CRP normale sau moderat crescute, fără semne de activitate sistemică.
- Absența markerilor de infecție acută.

C. Criterii funcționale:

Necesitatea unui program structurat de:

- kinetoterapie individualizată,
- hidroterapie moderată,
- terapie ocupațională,
- reeducare posturală și a mersului.

Contraindicații absolute:

1. Activitate inflamatorie acută severă (puseu).
2. Manifestări sistemice active (febră inflamatorie, viscerite, rash tipic AJI sistemice).
3. Infecții acute sau cronice necontrolate.
4. Uveită activă severă.
5. Stare generală grav alterată.
6. Afecțiuni cardiace, pulmonare, renale sau hepatice decompensate.
7. Imunosupresie severă cu risc crescut de infecții.

Contraindicații relative:

1. Deformări articulare severe sau instabile.
2. Hipermobilitate articulară marcată.
3. Afecțiuni dermatologice active sau infectate.
4. Intoleranță la temperaturi ridicate.
5. Tulburări psihocomportamentale care împiedică cooperarea.

Caseta 17 – Managementul AJI conform recomandărilor medicinei bazate pe dovezi			
Sursa, anul publicării	Tratament recomandat	Nivel de evidență	Grad de recomandare
2011 American College of Rheumatology Recommendations for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis: Initiation and Safety Monitoring of Therapeutic Agents for the Treatment of Arthritis and Systemic Features. Timothy Beukelman et al, 2011	AJI forma oligoarticulară: <i>AINS (monoterapie):</i> Inițierea monoterapiei cu AINS (cu sau fără injecții intraarticulare cu GCS) a fost recomandată pentru pacienții cu activitate scăzută a bolii, fără contracturi articulare și fără factori de prognostic rezervat. <i>GCS intraarticular:</i> Se va recomanda la toți pacienții cu artrită activă, indiferent de activitatea bolii, cu factori de prognostice rezervat, cu contracturi articulare. <i>Methotrexatum:</i> Inițierea terapiei cu Methotrexatum este recomandat ca tratament inițial la pacienții cu activitate înaltă a bolii și factori de prognostic rezervat. <i>Sulfasalazinum:</i> Inițierea terapiei cu sulfasalazine este recomandată după GCS intraarticular sau AINS la pacienții cu artrită asociată entezitei, cu o activitate moderată sau înaltă a bolii și fără factori de prognostic rezervat. <i>Hydroxychloroquinum*:</i> Inițierea tratamentului cu Hydroxychloroquinum* (cu sau fără AINS) este necorespunzător la pacienții cu artrită activă.		B
			C
			C
			B
			C
	AJI forma poliarticulară <i>AINS (monoterapie):</i> Inițierea monoterapiei cu AINS (cu sau fără injecții intraarticulare cu GCS) a fost recomandată pentru pacienții cu activitate scăzută a bolii, fără contracturi articulare și fără factori de prognostic rezervat.		B

	<i>Methotrexatum</i>: Inițierea terapiei cu Methotrexatum se va efectua după tratamentul cu AINS (1-2 luni) la pacienții cu activitate moderată a bolii fără factori de prognostic rezervat <i>Inhibitorii TNF</i>: inițierea terapiei biologice cu inhibitorii TNF este recomandată la pacienții care au primit Methotrexatum sau leflunomidă cel mult 3 luni, o doză maxim tolerată și care au o activitate a bolii moderată sau înaltă, cu factori de prognostic rezervat <i>Hydroxychloroquinum*</i>: Inițierea monoterapiei cu Hydroxychloroquinum* (cu sau fără AINS) este necorespunzător la pacienții cu artrită activă. AJI forma sistemică <i>AINS</i>: Inițierea sau continuarea terapiei cu AINS a fost incertă la pacienții cu febră. Inițierea monoterapiei cu AINS a fost necorespunzătoare la pacienții cu febră și SVAD (70-100 mm) <i>GCS</i>: Inițierea terapiei cu GCS după cel puțin 2 săptămâni de AINS a fost recomandată la toți pacienții febrile <i>Methotrexatum</i>: Inițierea terapiei cu Methotrexatum se va efectua la pacienții care au urmat cel puțin 1 lună de AINS (cu sau fără GCS intraarticular), semne de prognostic rezervat <i>Inhibitorii TNF</i>: Inițierea terapiei biologice a fost recomandată la pacienții care au primit cel puțin 3 luni Methotrexatum și care au o activitate moderată sau înaltă a bolii cu semne de prognostic rezervat		B B A D C B B
--	---	--	--

Evidence and consensus based GKJR guidelines for the treatment of juvenile idiopathic arthritis. Gregor Dueckers, 2012	AINS: Preparatele recomandate pentru tratamentul AJI: Diclofenacum, Naproxenum, Ibuprofenum, Indometacinum	I, II	A
	GCS intraarticular: Injecții intraarticulare cu GCS a fost recomandat ca tratament de primă linie cu eficacitate dovedită	II	A
	GCS: Utilizarea pe termen lung a GCS nu este recomandată. Tratamentul continuu cu GCS nu este recomandat, deoarece există un risc înalt de reacții adverse	III	A
	Methotrexatum: Administrarea de Methotrexatum este recomandată datorită eficacității sale demonstrate de a reduce activitatea bolii	I	A
	Preparate biologice: Eficacitatea Etanerceptum* și Adalimumabum a fost demonstrată la pacienții cu AJI poliarticulară, care nu au răspuns la tratamentul cu AINS, GCS intraarticular, Methotrexatum	I	A
	Administrarea de Anakinrum*, Tocilizumabum este recomandată la copiii cu AJI sistemică refractară	II	A

C.2.3.7. Evoluția AJI

Caseta 18. Variantele evolutive ale AJI.

- Monociclică (tratarea maladiei în câteva luni fără sechele articulare).
- Policiclică (variantea cu dezvoltarea poliartritei distructive care nu răspunde la terapia convențională și induce un handicap sever și mortalitate precoce).
- Persistentă.

Caseta 19. Indicii de pronostic nefavorabil în AJI.

- Boala activă timp de ultimele 6 luni.
- Debut și evoluție poliarticulară
- Oligoartrita extensivă.
- Sexul feminin.
- Factor reumatoid pozitiv.
- ANA pozitiv.
- Redoare matinală prelungită și persistentă.
- Tenosinovită.
- Noduli reumatoizi.
- Afectarea articulațiilor mici ale pumnului și tălpii.
- Apariția rapidă a eroziunilor osoase.
- Afectarea articulațiilor coxofemorale.
- VSH majorat persistent.
- Limfadenopatie generalizată persistentă.

C.2.3.8. Supravegherea pacienților cu AJI

Caseta 20. Supravegherea pacienților cu AJI [6]

- Pe parcursul spitalizării, zilnic se va monitoriza temperatura corpului, frecvența respiratorie, pulsul, tensiunea arterială, statusul articular, durata redorii matinale, numărul de articulații dureroase și tumefiate.
- Periodic la intervale de 3-6 luni:
 - ✓ intensitatea durerii după SVAD;
 - ✓ durata redorii matinale în minute;
 - ✓ numărul de articulații dureroase și tumefiate;
 - ✓ capacitatea funcțională articulară;
 - ✓ determinarea indicelui DAS 28;
 - ✓ greutatea, înălțimea;
 - ✓ hemograma;
 - ✓ proteina C-reactivă;
 - ✓ examinarea oftalmologică cu lampă cu fantă
 - ✓ USG articulară.
- Periodic, o dată în an:
 - ✓ radiografia articulară;
 - ✓ osteodensitometria.

C.2.4. Complicațiile AJI (subiectul protocoalelor separate)

Caseta 21. Complicațiile tipice ale AJI:

- Sindrom de activare macrofagală.
- Amiloidoză.
- Osteoporoză.
- Retard fizic.
- Scolioza.
- Probleme psihosociale, depresie, anxietate.
- Dizabilitate.
- Contracturi articulare.
- Micșorarea acuității vizuale, cecitate.
- Colaps vertebral.
- Nanism.
- Pubertate întârziată.
- Infecții intercurrente frecvente.
- Toxicitate la agenți terapeutici.
- Pericardita cu risc de tamponadă.

Caseta 22. Complicațiile posibile în urma tratamentului de remisiune:

- Acutizarea infecțiilor oportune.
- HTA.
- Toxicitate pulmonară, hepatică, hematologică, gastroenterologică, nefrologică.
- Osteoporoză.
- Retard fizic.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMSA – Secția consultativă IMSP SCR „Timofei Moșneaga”	Personal: • medic reumatolog; • asistent/ă medical/ă. • medic în laborator
	Aparataj, utilaj: • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • oftalmoscop; • taliometru; • panglica-centimetru • cântar; • ecocardiograf; • cabinet de diagnostic funcțional; • cabinet radiologic; • laborator clinic standard pentru determinare : creatininei serice, hemoglobina, ALAT, ASAT, bilirubina totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, VSH, proteină C reactivă și sumarul urinei.

	• cabinet de recuperare medicală; • cabinet pentru psihoterapie.
	Medicamente pentru prescriere (casetele 14,15): • AINS. • Glucocorticoizi. • Methotrexatum.
D.2. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMS: Secțiile de reumatologie, artrologie ale IMSP SCR „Timofei Moșneaga”	Personal: • medic reumatolog; • asistent/ă medical/ă; • acces la consultul calificat: neurolog, nefrolog, endocrinolog, oftalmolog, hematolog, pulmonolog, ortoped, kinetoterapeut, fizioterapeut, psiholog și alți medici specialiști după necesitate.
	Aparataj, utilaj: • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • oftalmoscop; • taliometru; • panglica-centimetru; • cântar; • cabinet pentru manipulații intraarticulare; • ecocardiograf; • cabinet de diagnostic funcțional; • cabinet radiologic; • tomograf computerizat; • rezonanța magnetică nucleară; • laborator radioizotopic; • densitometru prin raze X; • ultrasonograf articular; • laborator clinic standard pentru determinare: creatininei serice, hemoglobina, ALAT, ASAT, bilirubina totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, VSH, proteina C reactivă și sumarul urinei; • laborator imunologic; • laborator virusologic; • laborator bacteriologic; • secție de reanimare și terapie intensivă; • secție pentru plazmafereză; • secție de reabilitare; • secție ortopedie.
	Medicamente (casetele 14,15): • AINS • Glucocorticoizi. • Methotrexatum. • Sulfasalazinum • Hydroxychloroquinum* • Acidum folicum

	• Preparate biologice • Preparate pentru tratamentul comorbidităților și complicațiilor tratamentului de fond
--	---

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Majorarea numărului de pacienți, cărora li s-a stabilit în primele 3 luni de la debutul bolii diagnosticul de AJI.	Proporția pacienților cu diagnosticul de AJI în vârstă de până la 16 ani, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primele 3 luni de la debutul bolii	Numărul de pacienți cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primele 3 luni de la debutul bolii, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani care se află la supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an
2.	Sporirea calității în examinările clinice și paraclinice ale pacienților cu AJI,	Proporția pacienților cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani, cărora li s-a efectuat examenele clinice și paraclinice obligatoriu, conform recomandărilor din Protocolul clinic național „Artita juvenilă idiopatică”.	Numărul de pacienți cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani, cărora li s-a efectuat examenele clinice și paraclinice obligatoriu, conform recomandărilor din Protocolul clinic național „Artita juvenilă idiopatică”, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani, care se află la supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an
3.	Ameliorarea calității tratamentului la pacienții cu AJI.	Proporția pacienților cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor din Protocolul clinic național „Artita juvenilă idiopatică”.	Numărul de pacienți cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor din Protocolul clinic național „Artita juvenilă idiopatică”, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani, care se află la supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an
4.	Creșterea numărului de pacienți cu AJI, supravegheați conform recomandărilor din protocolul clinic național „Artita juvenilă idiopatică”.	Proporția pacienților cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani, care au fost supravegheați conform recomandărilor din Protocolul clinic național „Artita juvenilă idiopatică”.	Numărul pacienților cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani, care au fost supravegheați conform recomandărilor din Protocolul clinic național „Artita juvenilă idiopatică” pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani, care sunt supravegheați de către medicul de familie, pe parcursul ultimului an

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
5.	Sporirea numărului de pacienți cu AJI, cărora li se vor monitoriza posibilele efectele adverse la tratamentul continuu cu preparate de remisiune	Proporția pacienților cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani, cărora li s-au monitorizat efecte adverse la tratamentul continuu cu preparate de remisiune, conform recomandărilor din Protocolul clinic național „Artita juvenilă idiopatică”.	Numărul de pacienți cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani, cărora li s-au monitorizat efecte adverse la tratamentul continuu cu preparate de remisiune, conform recomandărilor din Protocolul clinic național „Artita juvenilă idiopatică”, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani, care se află la supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an
6.	Majorarea numărului de pacienți cu AJI cu inducerea remisiunii complete	Proporția pacienților cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani, cu remisiunea completă indusă, conform recomandărilor din Protocolul clinic național „Artita juvenilă idiopatică”.	Numărul de pacienți cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani, cu remisiunea complet indusă, conform recomandărilor din PCN „Artita juvenilă idiopatică” pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani, care se află la supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an
7.	Sporirea numărului de pacienți cu AJI, cu menținerea funcției articulare și a activității zilnice	Proporția pacienților cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani, la care se menține funcția articulară și activitatea zilnică	Numărul de pacienți cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani, la care se menține funcția articulară și activitatea zilnică, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AJI, în vârstă de până la 16 ani, care se află la supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE

Tratamentul pacienților cu Artrită juvenilă idiopatică se efectuează în IMSP SCR „Timofei Moșneaga” în cadrul Secțiilor Artrologie, Reumatologie. Pacienții cu Artrită juvenilă idiopatică care nu întrunesc criteriile pentru spitalizare vor fi consultați de către specialistul reumatolog în Secția consultativă SCR „Timofei Moșneaga” și vor fi recomandate investigațiile și tratamentul ambulator conform PCN.

F.1. Adresarea pacientului

Pacienții cu Artrită juvenilă idiopatică se adresează în SCR „Timofei Moșneaga” cu următoarele tipuri de trimiteri:

- Trimitere din Secția consultativă a IMSP SCR „Timofei Moșneaga”;
- Trimitere din secțiile consultative raionale, municipale, CMF, Centre de Sănătate;
- Trimitere din instituțiile spitalicești sau consultative private;
- Transportați prin intermediul centrului național de consultare și transfer intraspitalicesc și concordare la nivel administrativ;
- Transfer interspitalicesc (raional, municipal);

F.2. Internarea pacientului

Tratamentul în staționar în secțiile Artrologie, Reumatologie este indicat următoarelor categorii de bolnavi cu Artrită juvenilă idiopatică: forme moderat-severe ale AJI, cu afectare articulară importantă (artrită acută sau recurentă, tumefacții articulare, limitarea funcționalității), suspiciune sau confirmare de manifestări oculare asociate (uveită), apariția semnelor de implicare sistemică (febră persistentă sau recurentă, fără sursă infecțioasă, oboseală marcată, iritabilitate, scădere în greutate sau erupții cutanate evanescente, corelate cu febră), eșecul tratamentului ambulator sau lipsa răspunsului la terapia orală inițială, prezența bolilor concomitente severe/avansate, evoluția atipică a bolii, dificultățile în diagnosticare și în elaborare a tacticii de tratament (Telefoane de contact 022-40-35-16/ 3-42; (22)-40-35-15/ 3-41).

Pacienții cu diagnosticul de *Artrită juvenilă idiopatică* sau pacienții la care se dezvoltă deteriorarea stării generale și/sau care dezvoltă: dezechilibre acido-bazice, hidroelectrolitice, cardio-respiratorii, afectare cardiacă (semne de insuficiență cardiacă congestivă progresivă, pericardită), alterarea statusului neurologic, sepsis, alte manifestări care pun viața în pericol, vor fi internați/transferăți în Secția terapie intensivă (TI chirurgie generală și toracică).

Internarea pacienților în SCR „Timofei Moșneaga” cu diagnosticul de AJI se realizează conform procedurii operaționale standard POS: AEP-01 „Privind internarea pacientului”, precum și informarea pacientului și obținerea acordului informat (POS DP-02).

F.3. Evaluare paraclinică (investigații) și conduita terapeutică

Investigațiile specificate în PCI „Artrita juvenilă idiopatică” (hemoleucograma, VSH, analiza generală a urinei, Proteina C-reactivă, fibrinogenul, feritina serică, factorul reumatoid, ALT, AST,

bilirubina totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, urea, creatinina, proteina totală, fier, creatinkinaza, creatinkinaza-MB, lactatdehidrogenaza) vor fi efectuate în cadrul Departamentului investigații de laborator (laboratorul investigații programate, laboratorul secției de internare și laboratorul blocului chirurgical).

Examinările imagistice și funcționale vor fi efectuate în cadrul Departamentului imagistică medicală SCR „Timofei Moșneaga”.

Ultrasonografia articulară, Electrocardiografia, Ecocardiografia vor fi efectuate în secțiile respective (Diagnostic funcțional, Endoscopie) (Tel. 4-89, 3-86).

Radiografia cutiei toracice, Radiografia articulațiilor afectate și articulațiilor sacroiliace, Scintigrafia scheletală va fi efectuată în Secția Radioimagică (Tel. 2-52/2-54).

CT și RMN zona articulațiilor afectate, se va efectua în Secția radioimagică (Tel. 2-52/2-54). RMN și CT se va efectua după examinarea în consiliul medical în următoarea componență: șef departament, șef secție, șef clinică, medic curant. Pentru efectuarea investigației pacientul se va prezenta cu concluzia consiliului medical și tichetul pentru investigație (cu semnăturile și parafele membrilor consiliului), fișa medicală a bolnavului de staționar.

F.4. Procedura generală de transfer al pacientului cu Artrita juvenilă idiopatică

1. Medicul curant, medicul de gardă informează șeful secției despre agravarea stării pacientului, apariția complicațiilor sau necesitatea transferului pacientului.
2. Șeful secției consultă pacientul în comun cu medicul curant. Pacientul este consultat de către șeful clinicii sau conferențiarul catedrei responsabili de secția respectivă.
3. În caz de transfer intern, este solicitat consultul specialistului din secția respectivă pentru a lua decizia cu privire la transfer. În caz de transfer în altă instituție se informează vicedirectorul medical despre cazul respectiv, prin intermediul șefului secției.
4. Se organizează consiliul medical în componență: șeful clinicii, vicedirectorul medical, șeful secției, medicul curant, consultantul invitat și alți specialiști de profil (la necesitate).
5. În cazul transferului intern (în altă secție în cadrul instituției) medicul curant completează epicriza de transfer intern. În cazul transferului extern medicul curant completează biletul de trimitere (F-027e).
6. Pacientul este informat de către medicul curant despre necesitatea transferului la alt nivel de asistență medicală (transfer extern sau intern). Transferul se efectuează cu acordul al pacientului.
7. Biletul de trimitere (F-027e) la transferul extraspitalicesc al pacientului va include obligatoriu: datele de pașaport, diagnosticul, date despre starea pacientului, date despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor, tratamentul administrat, concluzia consiliului cu argumentarea necesității transferului, recomandări.
8. Pentru transportarea pacientului în altă instituție medicală (transfer extern) va fi utilizat transportul IMSP SCR „Timofei Moșneaga” sau AMU.

F.5. Externarea pacientului

Externarea pacientului din staționar se realizează conform procedurii operaționale standard POS: AEP-02 „Privind externarea bolnavului de staționar”. Extrasul va conține informația necesară cu privire la tratament, rezultatele investigațiilor, evoluția bolii, recomandări pentru regimul și tratamentul ambulator, necesitatea evidenței și monitorizării în dinamică și va fi prezentat pacientului în prezența rudelor sau însoțitorilor. Pacientul va beneficia de Ghidul pacientului cu AJI / Informație pentru părinți (Anexa 8).

Este necesară precizarea modalității de transportare a pacientului din staționar la o altă instituție sau la domiciliu. În caz de transfer al pacientului din staționar la o instituție medicală inferioară (Spital Raional, Secții de îngrijiri paliative, etc) se fixează în extras tipul și necesitatea transferului, precum și datele de contact ale persoanei responsabile de acordul la transfer din instituția respectivă.

Telefoanele de contact pentru coordonarea asistenței medicale:

Funcția	Nr. telefon intern	Telefon de contact
Vicedirector medical		(022) 40-36-94
Șef UPU	2-10/ 5-41	(022) 72-83-69
Șef Departament ATI		(022) 40-36-57
Șef Departament chirurgie		(022) 40-35-34
Șef Departament terapie		(022) 40-35-14
Șef Departament investigații de laborator		(022) 40-35-79
Șef Departament imagistica medicală	3-54	(022) 00-06-32
Șef Secție TI chirurgie generală și toracică		(022) 40-35-49
Secția Medicină Nucleară	3-56	(022) 40-35-74
Secția radioimagică	2-52/2-54	
Secția diagnostic funcțional	4-89	(022) 40-36-36
Secția consultativă	5-11	
Șef departament de bioinginerie		(022) 40-36-01
Serviciul de prevenire al infecțiilor asociate asistenței medicale	5-22	(022) 40-36-87
Laborator planic	5-62	(022) 40-36-72

Telefoanele de urgență:

Secția	Număr de telefon, serviciu	Telefon intern
UPU	(022) 72-83-14	5-41
Registratura	(022) 40-36-11	
Serviciu operativă	(022) 40-36-18	
Paza		5-15
Serviciul tehnic		7-77
Laborator de urgență		4-86
ECG		2-10

Anexa 1. Chestionar de evaluare a pacientului inițial

Data nașterii

Sexul

Domiciliul

Diagnosticul (clasificarea bolii conform ILAR)

Data debutului bolii

Comorbidități sau alte maladii

Tratamentul anterior

Datele inițiale:

Numărul de articulații active

Numărul de articulații cu limitarea funcției

Evaluarea globală a bolii de către medic

Evaluarea globală a bolii de către pacient

Capacitatea funcțională (chestionar)

VSH

Prezența sau absența uveitei (activă sau nu, dreapta, stânga, bilateral)

Înălțimea

Greutatea

Radiologia articulară (descrierea completă în conformitate cu cerințele clasificării Steinbrocker)

Anticorpii antinucleari (ANA, anti ADN)

Indicii biochimici (funcția renală, hepatică)

Datele trimestriale

Numărul de articulații active

Numărul de articulații cu limitarea funcției

Evaluarea globală a bolii de către medic

Evaluarea globală a bolii de către pacient

Capacitatea funcțională (chestionar)

VSH

Prezența sau absența uveitei (activă sau nu, dreapta, stânga, bilateral)

Înălțimea

Greutatea

Toxicitatea medicamentoasă (descriere)

Anexa 2. Chestionar de evaluare a statusului funcțional

Activitate	Fără dificultate	Cu dificultate	Cu ajutor din partea altei persoane	Nu pot efectua
1. Poți să te dezbraci, inclusiv să-ți dezlegi șireturile și să-ți închei nasturii?	0	1	2	3
2. Poți să te scoli din pat sau de pe scaun fără a te sprijini în mâini?	0	1	2	3
3. Poți să duci un pahar sau o cană până la gură?	0	1	2	3
4. Poți merge în aer liber, pe teren plat?	0	1	2	3
5. Poți să te speli și să te usuci pe tot corpul?	0	1	2	3
6. Poți să te apleci după un obiect de pe podea?	0	1	2	3
7. Poți deschide și închide un robinet?	0	1	2	3
8. Poți intra și ieși din mașină, autobuz, tren sau avion?	0	1	2	3
9. Poți parcurge pe jos distanțe lungi (3,38 km)?	0	1	2	3
10. Poți face sport după dorință?	0	1	2	3
11. Poți dormi bine?	0	1	2	3
12. Poți depăși stările de anxietate, iritabilitate?	0	1	2	3
13. Poți depăși stările de depresie sau de tristețe?	0	1	2	3

Instrucțiuni pentru determinarea scorului

Aprecierea scorului total este în corespundere cu următoarele instrucțiuni: pentru întrebările 1-10 se sumează totalul punctelor obținute, iar suma obținută se transformă după anumiți coeficienți (tabelul 1.); pentru întrebările 11-13: punctele obținute nu se transformă în coeficienți respectivi, aceste puncte se sumează direct la totalul obținut, în rezultatul transformării rezultatelor întrebărilor 1-10.

Tabelul 1. Coeficientul de transformare a rezultatelor obținute la întrebările 1-10 din chestionarul de evaluare a statusului funcțional

1=0,33	7=2,33	13=4,33	19=6,33	25=8,33
2=0,67	8=2,67	14=4,67	20=6,67	26=8,67
3=1,0	9=3,0	15=5,0	21=7,0	27=9,0
4=1,33	10=3,33	16=5,33	22= 7,33	28=9,33
5=1,67	11=3,67	17=5,67	23=7,67	29=9,67
6=2,0	12=4,0	18=6,0;	24=8,0	30=10,0

Anexa 3. Aprecierea capacității funcționale după Steinbrocker

Se va efectua cu determinarea a 4 clase funcționale

- ✓ *clasa I* – bolnavul poate efectua toate activitățile;
- ✓ *clasa II* – activitatea zilnică este relativ limitată din cauza durerii și a reducerii mobilității articulare;
- ✓ *clasa III* – activitatea limitată, exclusiv la activitatea casnică și autoîngrijire;
- ✓ *clasa IV* – copil anchilozat la pat sau la scaun cu roțile și nu se poate autoîngrijii.

Anexa 4. Indicele de activitate a bolii sau scorul DAS

Este indicele complex de activitate a bolii care vizează mai mulți parametri de activitate. Avantajul acestui indice este faptul că permite o interpretare neambiguă a activității bolii și permite comparația rezultatelor din diverse studii clinice. Acest indice combinat este obținut printr-un calcul complex, în funcție de particularitățile articulațiilor afectate, VSH și de starea globală de sănătate. Astfel, pentru determinarea scorului de activitate DAS, se utilizează următorii parametri:

- ✓ numărul de articulații dureroase (după numărătoarea din 28 de articulații);
- ✓ numărul articulațiilor tumefiate (după numărătoarea din 28 de articulații);
- ✓ VSH;
- ✓ evaluarea globală a activității bolii de către pacient (SVAD).

Indicele DAS se determină după formula:

$$DAS28 = 0,56 \times \sqrt{NAD28} + 0,28 \times \sqrt{NAT28} + 0,7 \times \ln VSH + 0,014 \times EGB$$

Notă:

- ✓ NAD – numărul de articulații dureroase;
- ✓ NAT – numărul de articulații tumefiate;
- ✓ VSH – viteza de sedimentare a hematiilor;
- ✓ Ln – logaritmul natural;
- ✓ EGB – evaluarea globală a activității bolii de către pacient, după scala vizuală analogă a durerii de 100 mm.

Interpretarea rezultatelor:

DAS28 > 5,1 corespunde activității înalte.

DAS28 < 3,2 – activității moderate sau minimale.

DAS28 < 2,6 corespunde remisiunii maladiei.

Tabelul 2. Criteriile scorului DAS 28 pentru aprecierea terapiei de remisiune eficiente

<i>Inițial DAS28</i>	<i>Reducerea DAS în timpul tratamentului de remisiune</i>		
	<i>> 1,2</i>	<i>> 0,6 < 1,2</i>	<i>< 0,6</i>
DAS < 3,2	Satisfăcător	Moderat	Absentă
DAS > 3,2 < 5,1	Moderat	Moderat	Absentă
DAS > 5,1	Moderat	Absentă	Absentă

Anexa 5. Scala vizual analogă a durerii

Plasați un semn pe linia de mai jos pentru a indica cât de acută a fost durerea articulară.

0 Nici o durere 100 mm Durere foarte puternică

Anexa 6. Criterii de ameliorare ACR pediatric 30

Cerințe	<u>Realizate</u>
>30% Ameliorarea numărului de articulațiilor dureroase	_____
>30% Ameliorarea numărului de articulațiilor tumefiate	_____
+	
>30% Ameliorarea a 3 criterii din următoarele 5:	
Evaluarea globală a bolii de către pacient (EGBP)	_____
Evaluarea globală a bolii de către medic (EGBM)	_____
Determinarea capacității funcționale de pacient	_____
Indicii VSH sau PCR	_____

Numele pacientului _____ Data _____ Semnătura dr. _____

Anexa 7. Evaluarea pacientului cu AJI de către medic

Dreapta pacientului

Stânga pacientului

0=absent

1=prezent

Articulație	Durere		Inflamare		Articulație	Durere		Inflamare	
Umăr	0	1	0	1	Umăr	0	1	0	1
Cot	0	1	0	1	Cot	0	1	0	1
Radiocarpiană	0	1	0	1	Radiocarpiană	0	1	0	1
MCF I	0	1	0	1	MCF I	0	1	0	1
MCF II	0	1	0	1	MCF II	0	1	0	1
MCF III	0	1	0	1	MCF III	0	1	0	1
MCF IV	0	1	0	1	MCF IV	0	1	0	1
MCF V	0	1	0	1	MCF V	0	1	0	1
MTF I	0	1	0	1	MTF I	0	1	0	1
MTF II	0	1	0	1	MTF II	0	1	0	1
MTF III	0	1	0	1	MTF III	0	1	0	1
MTF IV	0	1	0	1	MTF IV	0	1	0	1
MTF V	0	1	0	1	MTF V	0	1	0	1
Genunchi	0	1	0	1	Genunchi	0	1	0	1

Notă: Numărul de articulații dureroase (total) și numărul de articulații tumefiate (total).

Anexa 8. Informație pentru părinți

Artrita este inflamația articulațiilor.

Multe dintre cauzele artritei sunt necunoscute. Unele dintre cauzele posibile ale artritei sunt: agenții infecțioși (virusi, bacterii, fungi), mediul (apa, hrana, aerul), stresul sau alte forme de traumatisme emoționale, fizice (luxații, lovitura în regiunea genunchiului) și factorul genetic.

Artrita juvenilă idiopatică este o boală care se poate manifesta în orice perioadă a copilăriei. Este o boală autoimună, în care sistemul imun al corpului copilului se atacă însuși. Cauza nu este cunoscută. Posibil că, la un agent necunoscut (posibil virus, bacterie), este stimulat sistemul imun, pentru a distruge agentul străin, care reacționează neadecvat și atacă propriile articulații.

Simptomele principale ale artritei sunt durerea și inflamația articulației, durere și rigiditatea articulară, în special după somn; durerile cedează după mișcare. Alte semne importante sunt temperatura înaltă a corpului, dificultăți în mișcare, oboseala la efort minim, slăbiciunea, pierderea în greutate.

În artrita juvenilă pot fi prezente simptome care nu vizează articulațiile. Artrita juvenilă poate afecta întregul corp, inclusiv inima, plămânii, ochii, ficatul, vasele sangvine.

Artrita juvenilă este o boală cronică, poate să varieze în funcție de gradul de severitate cu perioade de acutizare și de dispariție a semnelor de inflamație. Perioadele de acutizare a bolii pot alterna cu perioadele de remisiune, în timpul cărora umflarea, durerea, tulburările de somn și slăbiciunea pot dispărea.

Nu există vindecare completă pentru artrita juvenilă. Este important ca dumneavoastră să vă adresați la timp la medicul de familie, la reumatolog, pentru începerea unui tratament precoce. În acest mod veți opri progresia bolii și copilul nu va avea dureri de încheieturi. Stabilirea unei scheme concrete de tratament va permite reducerea impactului negativ al bolii asupra modului de viață al copilului.

Pe lângă tratamentul medicamentos, copilul necesită o îngrijire deosebită. Aceasta se referă la efortul fizic, alimentația, regimul zilei. Pentru a stabili mișcarea care nu afectează articulațiile se cere de verificat fiecare articulație prin diferite mișcări (exerciții), până la apariția durerii. Aceste exerciții trebuie să fie ușoare, cu accent pe extensiune, întindere zilnică. Se recomandă somnul după amiază. Este important ca copilul să nu se epuizeze, nu suprasolicitați fizic copilul. Somnul de noapte trebuie să fie la aceeași oră, 9-10 ore de somn. Astfel, se tratează oboseala. Alimentația copilului cu artrită trebuie să fie rațională, să conțină cereale (pâine, orez, paste făinoase), fructe și legume, lapte, iaurt, brânză. Este important să fie produse alimentare care furnizează proteine, vitamina B, fier, zinc (carne de vită, pui, pește, fasole, ouă, alune, unt de arahide). Obligatorii în alimentație sunt grăsimile, uleiurile și dulciurile. Acestea furnizează multe calorii, dar cu o valoare nutritivă redusă; din acest motiv folosiți-le moderat.

Tratamentul artritei juvenile este complex și presupune consultarea mai multor specialiști (hematolog, gastrolog, oftalmolog, nefrolog, ginecolog, ortoped, fizioterapeut, psiholog). Programul de tratament este individual. Medicamentele indicate de doctor au drept scop să aline durerea, să crească nivelul de mobilitate articulară, să prevină alte complicații etc. Este important să respectați regimul medicamentos prescris, să evitați sfaturile de ocazie și în suspendarea programului de tratament. Astfel, dvs. veți asigura un control al bolii și veți da posibilitate copilului să-și mențină funcția articulară cât mai mult posibil. Orice problemă nouă privind această maladie necesită o consultație medicală urgentă.

FIȘA STANDARDIZATA DE AUDIT BAZAT PE CRITERII PENTRU PROTOCOLUL CLINIC STANDARDIZAT „ARTRITA JUVENILĂ IDIOPATICĂ”		
	Domenii/parametri evaluați	Codificarea
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3	Data de naștere a pacientului	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
4	Mediul de reședință	0=urban; 1=rural; 9=nu se cunoaște.
5	Genul/sexul pacientului	0 = masculin; 1 = feminin; 9 = nu este specificat.
6	Categoria Artritei juvenile idiopatice	Sistemică[a] = 1; Oligoarticulară [b] = 2; Poliarticulară seronegativă [c]=3; Poliarticulară seropozitivă [d]=4; În asociere cu entezite [e]=5; Psoriazică [f]=6.
INTERNAREA		
7	Data debutului simptomelor	Data (DD: MM: AAAA) sau 9 = necunoscută
8	Data internării în spital	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscut
9	Timpul/ora internării la spital	Timpul (HH: MM) sau 9 = necunoscut
10	Biroul de internare	Secția de profil terapeutic = 0; Secția de profil chirurgical = 1; Secția de terapie intensivă = 2;
11	Pacienții internați de urgență în staționar	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
12	Pacienții internați programat	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
13	Transferul pe parcursul internării în secția de terapie intensivă în legătură cu agravarea stării generale	A fost efectuat: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
DIAGNOSTICUL		
14	Evaluarea semnelor critice clinice	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
15	Anamneza	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
16	Examenul fizic, incluzând evaluarea statutului funcțional	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
17	Investigații paraclinice	Au fost efectuate: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
18	Aprecierea DAS 28	Remisie clinico-biologică=0; activitate minimală=1; activitate moderată=2; activitate înaltă a bolii=3;
19	Aprecierea factorilor de pronostic rezervat	A fost evaluat: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
20	Aprecierea factorilor de risc	În cazul răspunsului afirmativ indicați rezultatul obținut: Au fost estimați după internare: nu = 0; da = 1
TRATAMENTUL		
21	Tratament antiinflamator până la internare	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
22	Tratament cu steroizi	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
23	Tratament de fond cu Methotrexatum	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
24	Tratament biologic	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA		
25	Data externării sau decesului	Include data transferului la alt spital, precum și data decesului Data externării (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută Data decesului (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
DECESUL PACIENTULUI LA 30 DE ZILE DE LA INTERNARE		
26	Decesul în spital	Nu = 0; Deces al persoanei cu AJI = 1; Deces favorizat de AJI= 2; Alte cauze de deces = 3; nu se cunoaște = 9

