



**Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
IMSP SR Soroca**

Artrita juvenilă idiopatică, forma sistemică

Protocol clinic instituțional

PCI - 7



Soroca 2022

Aprobat prin ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății din 29.09.2016, proces verbal nr.3 Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 941 din 30.11.2016 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Artrita juvenilă idiopatică”



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
SPITALUL RAIONAL SOROCA

ORDIN

Din 19 aprilie 2022

Nr. 89/11

***„Cu privire la elaborarea Protocolului clinic instituțional
„Artrita juvenilă idiopatică forna sistemică”***

În scopul elaborării Protocolului clinic instituțional „ Artrita juvenilă idiopatică forna sistemică”, precum și în temeiul Regulamentului IMSP Spitalul Raional Soroca, aprobat de Ministerul Sănătății Ordinul Nr.1003 din 15 decembrie 2017, înregistrat Consiliul Raional Soroca Nr.20/04 din 26 octombrie 2017, înregistrat la Agenția Servicii Publice Departamentul de Înregistrare și Licențiere a Unității de Drept la data de 22 februarie 2018, dosar Nr.1003607150209,

ORDON:

1.0. Se aprobă Protocolul clinic instituțional „Artrita juvenilă idiopatică forna sistemică”, conform anexei.

2.0. Șefii secțiilor și subdiviziunilor :

2.1. Vor organiza implementarea prevederilor Protocolul clinic instituțional „ Artrita juvenilă idiopatică forna sistemică”, în cadrul asistenței medicale acordate populației.

3.0. Consiliul Calității din cadrul IMSP Spitalul Raional Soroca va organiza periodic controlul respectării prevederilor și eficienței utilizării Protocolul clinic instituțional „Artrita juvenilă idiopatică forna sistemică”.

4.0. Dnei Nadejda Romanciuc-farmacist diriginte:

4.1. Va organiza asigurarea secțiilor respective din cadrul instituției cu medicamentele necesare, incluse în Protocolul clinic instituțional „Artrita juvenilă idiopatică forna sistemică”.

5.0.Dlui Dorin Ursu-Programist:

5.1. Va organiza plasarea prezentului Protocol anexat la prezentul ordin pe pagina WEB a IMSP SR Soroca la rubrica „Activitate”.

6.0. Controlul executării prezentului ordin se atribuie **dlui Valeriu Bordian-vicedirector medical.**

**Director al IMSP
Spitalul Raional Soroca**

Angela Rusnac

Lista responsabililor de elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii operaționale.

Nr d/o	Elemente privind responsabil de operațiune	Numele și prenumele	Funcția	Data	Semnătura
1	2	3	4	5	6
1.1	Aprobat	Angela Rusnac	Director	03.02.2022	
1.2	Verificat	Valeriu Bordian	Vicedirector medical	02.02.2022	
1.3	Elaborat	Silvia Albu	Șefa secției pediatrie	01.02.2022	

1. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii operaționale.

Nr d/o	Ediția/revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
1	2	3	4	5
2.1	Ediția 1			2017
2.2	Revizia 1			2022

3. Lista persoanelor la care se difuzează ediția sau, după caz, revizia din cadrul ediției procedurii operaționale.

Nr d/o	Scopul difuzării	Exemplar	Compartiment	Funcția	Nume și prenume	Data primirii	Semnătura
1	2	3	4	5	6	7	8
3.1	Aplicare	1	Președintele CC	Director medical	Bordian Valeriu		
3.2	Informare	2	S. Informație și Statistică Medicală	Șef de secție	Ion Ursu		
3.3	Informare	3	Secția Boli interne	Șef de secție	Eugenia Rezuș		
3.4	Informare	4	Secția Neurologie	Șef de secție	Valeriu Petrovici		
3.5	Informare	5	Secția UPU	Șef de secție	Alexei Procopii		
3.6	Informare	6	Secția Pediatrie	Șef de secție	Silvia Tetiu		
3.7	Informare	7	Centrul Perinatal	Șef de secție	Igor Babără		
3.8	Informare	8	Secția Traumatologie	Șef de secție	Valeriu Petrovici		
3.9	Informare	9	Secția ATI	Șef de secție	Veaceslav Neamțu		
3.10	Informare	10	Secția boli contagioase	Șef de secție	Victoria Tverdohleb		
3.11	Informare	11	Secția Imagistică	Șef de secție	Veaceslav Donos		
3.12	Informare	12	Secția îngrijiri cronice	Șef de secție	Nelea Slivinschii		
3.13	Informare	13	Secția consultativă	Șef de secție	Rodica Todirean		
3.14	Informare	14	Laborator	Șef de secție	Liubovi Homa		
3.15	Informare	15	Farmacia	Șef de secție	Nadejda Romancic		
3.16	Informare	16	Secția transfuzie	Șef de secție	Angela Gușan		

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ACR	Colegiul Reumatologilor Americani
AINS	antiinflamatoare nesteroidiene
AJI	artrită juvenilă idiopatică
ALT	alaninaminotransferază
AMP	asistență medicală primară
AST	Aspartataminotransferază
DAS	scor de activitate a bolii
DMJ	dermatomiozită juvenilă
ECG	electrocardiografie
HLA-B27, A2	locusurile ale sistemului major de histcompatibilitate clasa 1
HLA-DR4, DR7	locusurile ale sistemului major de histcompatibilitate clasa 2
HTA	hipertensiune arterială
IC	insuficiență cardiacă
ILAR	Liga Internațională de Combatere a Reumatismului
IMSP IC	Instituția Medico-Sanitară Publică Institutul de Cardiologie
IMSP ICȘOSMȘC	Instituția Medico-Sanitară Publică Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului
LES	lupus eritematos sistemic
MTX	metotrexat
SATI	secția anestezie și terapie intensivă
SVA	scară vizual analoagă
TAd	tensiune arterială diastolică
TAs	tensiune arterială sistolică
VHB	virus hepatic B
VHC	virus hepatic C
VSH	viteză de sedimentare a hematiilor

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Artrita juvenilă idiopatică, forma sistemică

Exemple de diagnostice clinice:

1. 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.
2. Artrita juvenilă idiopatică, forma sistemică, perioada inducerii remisiunii medicamentos controlate. În anamneză - febră, artrită, anemie, splenomegalie, cardită.

A.2. Codul bolii (CIM 10): M08.2

A.4. Scopurile protocolului:

1. Majorarea numărului de pacienți, cărora li se va stabili diagnosticul de AJI, forma sistemică, în primele 3 luni de la debutul bolii.
2. Sporirea calității în examinările clinice și paraclinice ale pacienților cu AJI, forma sistemică.
3. Creșterea numărului de pacienți primari depistați cu suspjecție de AJI, forma sistemică, cărora li s-a acordat asistența medicală specializată în termen.
4. Sporirea calității tratamentului la pacienții cu AJI, forma sistemică.
5. Mărirea numărului de pacienți cu AJI, forma sistemică, supravegheați conform recomandărilor protocolului clinic național.
6. Majorarea numărului de pacienți cu AJI, forma sistemică, cărora li se vor monitoriza posibilele efecte adverse în tratamentul continuu cu preparate remisivă.
7. Majorarea numărului de pacienți cu AJI, forma sistemică, cu inducerea remisiunii complete.
8. Majorarea numărului de pacienți cu AJI, forma sistemică, cu menținerea funcției articulare și a activității zilnice.
9. Majorarea numărului de pacienți cu AJI, forma sistemică, cu ameliorarea calității vieții.

A.8. Definițiile folosite în document

Artrită juvenilă idiopatică, 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 pînă la 16 ani, și care necesită un suport specializat.

Recomandabil: nu poartă un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

A.9. Informația epidemiologică

AJI sistemică este manifestată în 11-20% din cazurile de AJI. Poate apărea în orice vîrstă a copilăriei cu toate că, după unele publicații, sunt recunoscute două apogee ale incidenței, unul - sub 6 ani și altul - între 11-12 ani, existînd cazuri în care boala se instalează la vîrsta de 1 an sau chiar la sugari [5, 11, 13, 16].

Prevalența AJI este estimată între 7-401 la 100,000 de copii. De asemenea, și incidența AJI variază în funcție de aria geografică studiată. Literatura de specialitate indică o variație largă a incidenței AJI între 0,83 și 22,6 la 100,000 de copii. Analiza studiilor epidemiologice relevă că, în unele țări, se notează o incidență relativ mică a AJI (Japonia - 0,83; Australia - 3,7; Canada - 5,34; Costa-Rica - 5,9) [17, 18]. În alte țări incidența AJI a fost mult mai mare (SUA - 11,7; Finlanda - 14; Franța - între 7,7 și 10) [17, 18, 19, 24].

După cum s-a relatat anterior, studiile epidemiologice constată o mare diferență în prevalență și în incidența AJI în diverse țări. În primul rînd, este necesar de remarcat protocolul de evaluare care, pe parcursul anilor, a suportat modificări în criteriile de diagnostic și de clasificare a AJI. În studiile epidemiologice au fost aplicate diferite criterii de diagnostic și de definiție a AJI care, în ultimii ani, au fost modificate semnificativ. Au fost supuse analizei diferite loturi de copii (comunitare, școlare, clinice etc.) [21, 23].

B. PARTEA GENERALĂ

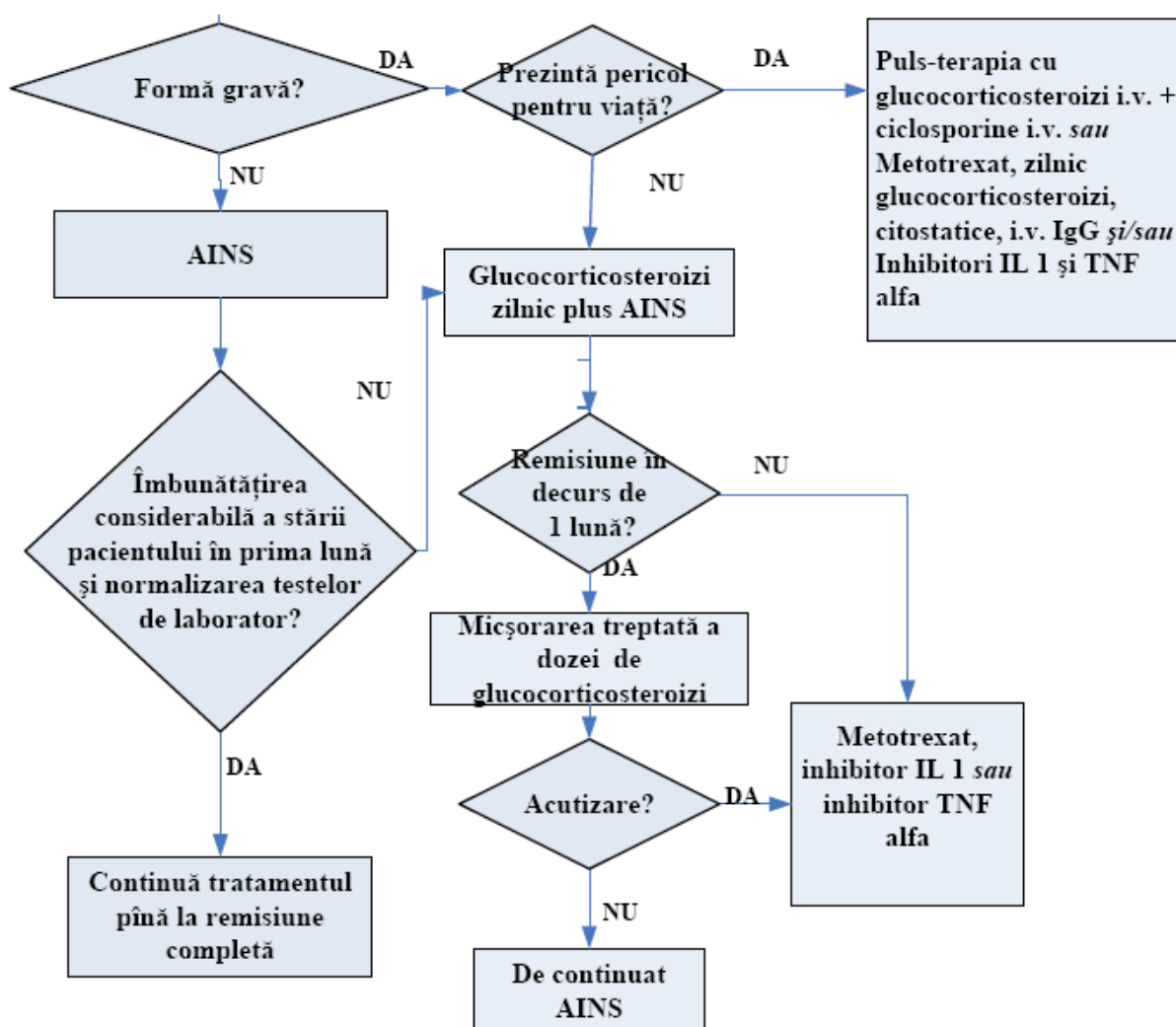
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească

Descriere (măsurile)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Spitalizarea		Obligatoriu:

		Spitalizarea în secțiile reumatologie și/sau în SATI ale spitalelor republicane conform criteriilor de spitalizare (casetele 9, 10).
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea AJI	Diagnosticul precoce și tratamentul de remisiune agresiv din start, pot minimaliza durata bolii și micșora numărul de copii invalizi în societate [8,9,15].	Investigații obligatorii: • Aprecierea factorilor de risc (casetă 3). • Anamneza (casetă 5). • Examenul fizic, incluzând evaluarea statutului funcțional (casetă 6, anexa 7). • Investigații paraclinice pentru determinare a gradului de activitate a bolii și supravegherea evoluției bolii pentru efectuarea diagnosticului diferențial (casetă 7). • Estimarea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: hematolog, nefrolog, dermatolog, traumatolog. • Efectuarea diagnosticului diferențiat (casetă 8).
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul medicamentos	Scopul tratamentului este inducerea remisiunii și normalizarea funcției articulare [8,9].	Obligatoriu: • AINS (casetă 12). • Glucocorticosteroizi (casetă 13). • Preparate de remisiune (casetă 14). • Tratamentul nonfarmacologic: reabilitare (casetă 15).
3.2. Tratamentul nemedicamentos		La indicații speciale: • Tratamentul nonfarmacologic: intervențional (casetă 15).
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. ALGORITMII DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritmul de tratament al AJI, forma sistemică [12]



Notă:

AINS – antiinflamatoare nesteroide

TNF-alfa – factor de necroză tumorală alfa

IL 1 – interleukina 1

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea AJI

Caseta 1. Clasificarea AJI (Durban, 1997, ILAR) [23]

1. Forma sistemică
2. Forma poliarticulară seropozitivă
3. Forma poliarticulară seronegativă
4. Forma oligoarticulară extensivă și persistentă
5. Artrita în asocieră cu enterite
6. Artrita psoriatică
7. Alte artrite

Caseta 2. Criterii de clasificare

1. Debutul bolii pînă la 16 ani.
2. Artrita în una sau mai multe articulații cu semne de durere, limitarea funcției, febră locală, tumefiere.
3. Durata bolii > 6 săptămîni.
4. Tipul de debut în primele 6 luni: sistemic, poliarticular: 5 și mai multe articulații, oligoarticular: 4 și mai puține articulații, artrita psoriazică, spondiloartropatiile.
5. Obligatoriu excluderea altor maladii cu atingere articulară.

C.2.2. Factorii de risc

Caseta 3. 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 on depistarea precoce a semnelor clinice de AJI și tratament corect și oportun al oricăror infecții, evitarea traumatismului habitual, evitarea hiperinsolației, respectarea orarului vaccinarilor.

C.2.3. Conduita pacientului cu AJI, forma sistemică

Caseta 4. Pașii obligatorii în conduita pacientului cu AJI, forma sistemică

1. Stabilirea diagnosticului precoce de AJI, forma sistemică.
2. Investigarea obligatorie pentru determinarea gradului de activitate și a posibilei implicării sistemice.
3. Alcătuirea schemei de tratament (individualizat) în funcție de: gradul de activitate, termenele de adresare primară, durata maladiei, exprimarea implicării sistemice.
4. Monitorizarea evoluției bolii, a complianței la tratament, a eficacității tratamentului de remisiune cu aprecierea criteriilor de remisiune ACR (anexele 6, 7, 8).

C.2.3.1. Anamneza

Caseta 5. Recomandări în colectarea anamnesticalui

- Evidențierea factorilor de risc (infecțiile intercurrente frecvente, traumatismul articular frecvent, hiperinsolația, reacțiile adverse postvaccinale și medicamentoase).
- Determinarea susceptibilității genetice.
- Debutul recent al bolii (acut sau insidios).
- 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).
- Tratament anterior (glucocorticosteroizi, antiinflamatoare nesteroidiene,

tratament de remisiune).

C.2.3.2. Examenul fizic

Caseta 6. Regulile examenului fizic în AJI, forma sistemică

- Determinarea stării generale.
- Evidențierea semnelor clinice comune de AJI, 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 proximal, 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;
 - ✓ poliserozitele (circa 25% dintre pacienți).
- Determinarea indicelui sau a scorului DAS28 (Disease Activity Score) (anexa 3).
- Determinarea parametrilor de remisiune ACR:
 - ✓ intensitatea durerii după scara vizual analoagă a durerii (SVA);
 - ✓ durata redorii matinale în minute;
 - ✓ numărul de articulații dureroase și tumefiate;
 - ✓ capacitatea funcțională articulară (anexa 1);
 - ✓ evaluarea globală a bolii de către medic și pacient după SVA de 100 mm (anexa 5).

C.2.3.3. Investigațiile paraclinice

Caseta 7. Investigații paraclinice

Teste pentru determinarea activității bolii și pentru supravegherea evoluției bolii:

- Hemograma, VSH, trombocitele, proteina C reactivă, fibrinogenul, ferritina, ferul seric.

Notă: Testele se efectuează obligatoriu la nivel de AMP și specializată. Ferritina și ferul seric se determină după posibilități.

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

- Biochimia serică (ALT, AST, bilirubina totală și fracțiile ei, reacția cu timol, fosfataza alcalină, ureea, proteina totală).
- Imunoglobulinele serice, anticorpii antinucleari, complementul C3 C4.
- Examinarea serologică pentru excluderea infecțiilor virale sau bacteriene (infecția cu virus Ebstein-Barr, citomegalovirus, infecție herpetică).
- Sumarul urinei.
- Examinarea radiologică articulară, a cutiei toracice.
- Ultrasonografia articulară sau tomografia computerizată (la necesitate) sau rezonanța magnetică nucleară articulară (la necesitate).

- Ecocardiografia.
- Electrocardiografia.
- Spirografia.
- Puncția articulară sau pleurală (la necesitate) cu examinarea bacteriologică a acestor fluide.
- Hemocultura.
- Puncția sternală (la necesitate).
- Ultrasonografia organelor interne.
- Scintigrafia scheletală (la necesitate).

Notă: AJI, forma sistemică nu poate fi diagnosticată sau confirmată prin metode paraclinice. Rezultatele de laborator sunt utile pentru excluderea altor diagnostice critice (infecțiile sau malignitățile).

C.2.3.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 8. Diagnosticul diferențial al AJI, forma sistemică

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

- 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 ulcerosă, sarcoidoza, boala Behcet.
- Alte maladii cronice ale țesutului conjunctiv - LES, DMJ, boala Kawasaki, alte vasculite, febra reumatismală acută.
- Sindrom de febră periodică.
- Imunodeficiența, boala Castelman.
- Sindrom de hipermobilitate.

Notă:

1. Excluderea infecțiilor virale, bacteriene prin examinarea fluidelor (metode: reacții de polimerizare în lanț sau serologice).
2. Excluderea leucemiei prin examinarea punctatului sternal (înaintea începerii tratamentului cu glucocorticosteroizi); evaluarea semnelor de inflamație sistemică: anemia, leucocitoza, trombocitoza, vigilență la semnele sindromului de activizare macrofagală.
3. Diferențierea de boli interstițiale pulmonare, tuberculoza diseminată, maladia Hodgkin, sarcoidoza - examinarea radiologică a curiei toracice.
4. Excluderea osteomielitei - efectuarea scintigrafiei osoase.
5. Diferențierea proceselor voluminoase abdominale - examinarea ultrasonografică a organelor abdominale (în special, în prezența hepatomegaliei, a splenomegaliei).
6. Diferențierea de endocardita bacteriană, miocardita, pericardita, anevrism (efectuarea ECG și ecocardiografiei).
7. Diferențierea de septicemie, alte maladii difuze ale țesutului conjunctiv (examinarea reactanților de fază acută a inflamației, anticorpilor nucleari).

C.2.3.5. Criteriile de spitalizare

Caseta 9. Criteriile de spitalizare a pacienților cu AJI, forma sistemică

- Adresare primară cu semne clinice de AJI forma sistemică.
- Adresare repetată cu semne clinice de agravare a bolii (reapariția febrei, intensificarea sindromului articular, apariția semnelor de implicare sistemică).

- Apariția semnelor de complicații ale AJI, forma sistemică, pe parcursul supravegherii de către medicul de familie (semne ale sindromului de activizare macrofagală, intensificarea insuficienței cardiace sau respiratorii, progresia sindromului anemic, apariția semnelor clinice și paraclinice de amiloidoză renală).
- Imposibilitate de îngrijire la domiciliu și de respectare a tuturor prescripțiilor medicale la domiciliu.
- Rezistență la tratament sau evoluție atipică a bolii, pentru reevaluarea pacientului.
- Comorbidități importante (deficit ponderal marcant, stările cu o imunitate compromisă).
- Ineficiență a tratamentului de remisiune.
- Puseu inflamator intens și trenant pentru investigații și reconsiderare terapeutică.
- Realizare de puls-terapie, plasmafereze etc.
- AJI sistemică, refractară cu degradare articulară importantă.

Caseta 10. Criteriile de spitalizare în SATI a pacienților cu AJI, forma sistemică

- Manifestările neurologice (stare confuză, copil somnolent, convulsii).
- Tahipneea ($FR > 40/\text{minut}$).
- Necesitatea ventilației asistate.
- Hipotensiunea: $TAs < 90 \text{ mmHg}$ și/sau $TAd \leq 60 \text{ mmHg}$ sau prăbușirea TA cu peste 40 mmHg , fără o altă cauză cunoscută.
- Tahicardia excesivă: $FCC > 150/\text{minut}$ sau neadekvată febrei.
- Hiperpirexia (temperatura corporală $> 39^\circ\text{C}$).
- Afectarea cardiacă (semne de insuficiență cardiacă congestivă progresivă, pericardită);
- Semnele de sindrom de activizare macrofagală (febră înaltă, hepatomegalie, icter, anemie, leucopenie, trombocitopenie, majorarea ALT, AST).
- Hiperleucocitoza (peste 40 mii/ml) sau leucopenia (sub 4 mii/ml).

C.2.3.6. Tratamentul

Caseta 11. Principiile tratamentului AJI, forma sistemică

- Regim cruțător (cu evitarea eforturilor fizice excesive în prezența semnelor de insuficiență poliorganică).
- Dieta cu restricții în lichide și hiposodată (în prezența semnelor de IC), cu aport sporit de Microelemente (în prezența semnelor de osteoporoză și tratament cronic cu glucocorticosteroizi).
- Tratamentul medicamentos:
 - ✓ AINS;
 - ✓ glucocorticosteroizi;
 - ✓ tratament de remisiune.
- Tratament intervențional (plasmafereză) - la necesitate.

- Tratament chirurgical (ortopedic) - la necesitate.
- Tratament de reabilitare.

Caseta 12. Tratamentul medicamentos al AJI, forma sistemică (AINS)

Sunt indicate la debutul bolii, la introducerea noului preparat de remisiune, în cazul persistenței semnelor clinice de sinovită acută.

Obligatoriu:

- **Naproxen** (15 mg/kg/zi), de 2 ori sau
- **Ibuprofen** (40 mg/kg/zi), de 3 ori, sau
- **Diclofenac** (2-3 mg/kg/zi), de 2 ori, sau
- **Indometacină** (2-3 mg/kg/zi), de 2 sau 3 ori, sau
- **Nimesulid** 5 mg/kg/24de ore, 2-3 prize, sau
- **Meloxicam** (pacienți mai mari de 15 ani) 0,15-0,2 mg/kg/24de ore, 1-2 prize, sau
- **Piroxicam** (pacienți mai mari de 12 ani) 0,3-0,6 mg/kg/24ore, 1-2 prize.

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

Caseta 13. Tratamentul medicamentos al AJI, forma sistemică (glucocorticosteroizi)

Sunt recomandate în prezența contraindicațiilor la AINS, în inițierea tratamentului cu preparate de remisiune ca „punte” pînă la apariția semnelor de eficacitate a citostaticelor, în lipsa de control al maladiei cu AINS.

Recomandabil:

- **Prednison:** oral, inițial 1-2 mg/kg/zi, cu reducerea treptată a dozei inițiale după obținerea răspunsului clinic și celui paraclinic (descreșterea dozei < 0,2 mg/kg/zi, imediat cum este posibil) sau
- **Metilprednisolon:** intravenos în puls terapie 500-1000 mg/1,73 ml (20-30 mg/kg) în 3 zile consecutive; poate fi repetat săptămînal sau lunar.
- **Glucocorticosteroizi intraarticular** (Betametason, Triamcinolonă).

Caseta 14. Tratamentul medicamentos al AJI, forma sistemică (remisiune)

Individualizat:

- **Metotrexat** 10-25 mg/ml/săptămîna, doza săptămînală; oral sau subcutanat (dozele mari trebuie indicate parenteral). Opțional - Acid folic (5 mg/săptămîna sau 1 mg zilnic). Hemograma și transaminazele vor fi monitorizate de 2 ori pe lună în timpul tratamentului cu Metotrexat [3, 7, 16, 20].
- **Azatioprin** 2-3 mg/kg.
- **Ciclosporină** A 3-5 mg/kg cu monitorizarea hemogramei, transaminazelor, creatininei, sumarului urinei, tensiunii arteriale, acidului uric lipidogramei.
- **Etanercept** 0,4 mg/kg subcutanat de 2 ori pe săptămîna (în cazul variantei

persistente și în tratament combinat).

- **Medicamente speciale** [1, 8, 25]:

- ✓ Imunoglobulină intravenoasă.
- ✓ Leflunomid.
- ✓ Infliximab.
- ✓ Adalimumab.
- ✓ Thalidomidă.
- ✓ Anti-interleukină 6.
- ✓ Rituximab.

Notă:

1. În cazul rezistenței la tratament sau într-o evoluție atipică a bolii, se va efectua reevaluarea pacientului în vederea prezenței infecției, sindromului de activizare macrofagală sau a altor maladii inflamatorii, așa ca vasculitele sistemice.
2. La inițierea tratamentului se indică teste hepatice (ALT, AST, fosfataza alcalină, proteinele serice, serologia pentru virusurile hepatice B și C).
3. La creșterea persistentă a valorilor ASAT, infecție cronică cu VHB sau cu VHC se recomandă puncția hepatică.
4. Monitorizarea obligatorie a nivelului AST, ALT, albumină, la fiecare 4-8 săptămâni.
5. La pacienții cu teste hepatice anormale și cu refuz la puncție hepatică se va întrerupe administrarea MTX.

Caseta 15. Tratamentul nonfarmacologic al AJI, forma sistemică

La recomandări speciale:

Tratamentul intervențional

- Transplant de măduvă osoasă în cazul insuficienței tratamentului medicamentos (tratament combinat inclusiv și doze mari de Metotrexat sau tratament cu Etanercept).

Tratamentul chirurgical

- Pacienții cu o durată a bolii și cu implicare severă articulară vor beneficia de tratament ortopedic (corecția tendoanelor, a ligamentelor, protezarea articulară, dacă este posibil în perioada de stopare a creșterii). O atenție sporită se acordă complicațiilor care vizează sectorul cervical al coloanei vertebrale.
- În cazul artritei localizate care nu se supune tratamentului medicamentos - sinovectomia.

Notă: Suportul anestezic 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 remedii fizice, terapia ocupațională, crioterapia.
- 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.

C.2.3.7. Evoluția

Caseta 16. Variantele evolutive ale AJI, forma sistemică

- 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.

C.2.3.8. Supravegherea pacienților cu AJI, forma sistemică

Caseta 17. Supravegherea pacienților cu AJI forma sistemică [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 SVA;
 - ✓ durata redorii matinale în minute;
 - ✓ numărul de articulații dureroase și tumefiate;
 - ✓ capacitatea funcțională articulară;
 - ✓ determinarea indicelui DAS28;
 - ✓ greutatea, înălțimea;
 - ✓ hemograma;
 - ✓ proteina C reactivă;
 - ✓ examinarea oftalmologică cu lampa cu fantă.
- Periodic, o dată în an:
 - ✓ radiografia articulară;
 - ✓ osteodensitometria.

Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu AJI, forma sistemică, de către medicul de familie:

- În primul an de supraveghere - o dată la 3 luni.
- În următorii ani (în caz de evoluție stabilă) - o dată la 6 luni.
- Evidența la medicul de familie - copii cu boală aflată în remisiune și care nu necesită continuarea unei terapii de fond, pacienții cu forme ușoare.
- Cooperarea cu alți specialiști - balneofizeoterapeut, psiholog, chirurg etc.

Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu AJI, forma sistemică, de către reumatolog:

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

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

C.2.4. Complicațiile AJI (subiectul protocoalelor separate)

Caseta 18. Complicațiile tipice ale AJI, forma sistemică

- Sindrom de activizare a macrofagelor.
- Amiloidoză.
- Osteoporoză.

- Retard fizic.

Caseta 19. Complicațiile posibile în urma tratamentului de remisiune

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

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secția Reumatologie pentru copii a ICȘOSMȘC	Personal: • medic reumatolog certificat; • medic-funcționalist certificat; • asistente medicale; • acces la consultațiile calificate: neurolog, nefrolog, endocrinolog, oftalmolog, hematolog, pulmonolog, ortoped, kinetoterapeut, fizioterapeut, psiholog. • laborant cu studii medii; • medic de laborator;
	Aparataj, utilaj: • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • oftalmoscop; • taliometru; • panglica-centimetru • cântar; • ecocardiograf; • cabinet de diagnostic funcțional; • cabinet radiologic; • laborator clinic standard pentru determinare de: creatinină serică, hemoglobină, ALT, AST, bilirubină totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, VSH, proteina C reactivă și realizarea de sumar al urinei. • laborator bacteriologic;
	Medicamente: • AINS. • Glucocorticosteroizi. • Metotrexat.

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	1. Sporirea numărului de pacienți, cărora li s-a stabilit în primele 3 luni de la debutul bolii diagnosticul de AJI, forma sistemică	Proporția pacienților cu diagnosticul de AJI, forma sistemică, în vîrstă de pînă la 16 ani, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primele 3 luni de la debutul bolii	Numărul de pacienți cu diagnosticul de AJI, forma sistemică, în vîrstă de pînă 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, forma sistemică, în vîrstă de pînă la 16 ani care se află la supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an
2.	2. Sporirea calității în examinările clinice și paraclinice ale pacienților cu AJI, forma sistemică	Proporția pacienților cu diagnosticul de AJI, forma sistemică, în vîrstă de pînă la 16 ani, cărora li s-a efectuat examenele clinice și paraclinice obligatorii, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Artita juvenilă idiopatică, forma sistemică</i>	Numărul de pacienți cu diagnosticul de AJI, forma sistemică, în vîrstă de pînă la 16 ani, cărora li s-a efectuat examenele clinice și paraclinice obligatorii, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Artita juvenilă idiopatică, forma sistemică</i> , pe parcursul ultimului an X 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AJI, forma sistemică, în vîrstă de pînă la 16 ani, care se află la supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an
3.	3. Sporirea calității tratamentului la pacienții cu AJI, forma sistemică	Proporția pacienților cu diagnosticul de AJI, forma sistemică, în vîrstă de pînă la 16 ani, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Artita juvenilă idiopatică, forma sistemică</i>	Numărul de pacienți cu diagnosticul de AJI, forma sistemică, în vîrstă de pînă la 16 ani, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Artita juvenilă idiopatică, forma sistemică</i> pe parcursul ultimului an X 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AJI, forma sistemică, în vîrstă de pînă la 16 ani, care se află la supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an
4.	4. Sporirea numărului de pacienți cu AJI, forma sistemică, supravegheați conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Artita juvenilă idiopatică, forma sistemică</i>	Proporția pacienților cu diagnosticul de AJI, forma sistemică, în vîrstă de pînă la 16 ani, care au fost supravegheați conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Artita juvenilă idiopatică, forma sistemică</i>	Numărul pacienților cu diagnosticul de AJI, forma sistemică, în vîrstă de pînă la 16 ani, care au fost supravegheați conform recomandărilor din protocolul clinic național AJI forma sistemică” pe parcursul ultimului an X 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AJI, forma sistemică, în vîrstă de pînă 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, forma sistemică, cărora li se vor monitoriza posibilele efecte adverse la tratamentul continuu cu preparate de remisiune	Proportia pacienților cu diagnosticul de AJI, forma sistemică, în vîrstă de pînă la 16 ani, cărora li s-au monitorizat posibilele efecte adverse la tratamentul continuu cu preparate de remisiune, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Artita juvenită idiopatică, forma sistemică</i>	Numărul de pacienți cu diagnosticul de AJI, forma sistemică, în vîrstă de pînă la 16 ani, cărora li s-au monitorizat posibilele efecte adverse la tratamentul continuu cu preparate de remisiune, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Artita juvenită idiopatică, forma sistemică</i> , pe parcursul ultimului an X 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AJI, forma sistemică, în vîrstă de pînă la 16 ani, care se află la supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an
6.	Sporirea numărului de pacienți cu AJI, forma sistemică, cu inducerea remisiunii complete	Proportia pacienților cu diagnosticul de AJI, forma sistemică, în vîrstă de pînă la 16 ani, cu remisiunea completă indusă, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Artita juvenită idiopatică, forma sistemică</i>	Numărul de pacienți cu diagnosticul de AJI, forma sistemică, în vîrstă de pînă la 16 ani, care se află la supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an X 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AJI, forma sistemică, în vîrstă de pînă la 16 ani, care se află la supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an
7.	Sporirea numărului de pacienți cu AJI, forma sistemică, cu menținerea funcției articulare și a activității zilnice	Proportia pacienților cu diagnosticul de AJI, forma sistemică, în vîrstă de pînă la 16 ani, la care se menține funcția articulară și activitatea zilnică	Numărul de pacienți cu diagnosticul de AJI, forma sistemică, în vîrstă de pînă 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, forma sistemică, în vîrstă de pînă la 16 ani, care se află la supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an

ANEXE

Anexa 1. 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?				
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 2. 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 autoîngriji.

Anexa 3. 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 pacient (SVA).

Indicele DAS se determină după formula:

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

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 pacient, după scala vizuală analoagă de 100 mm.

Interpretarea rezultatelor:

DAS28 > 5,1 corespunde activității înalte.

DAS28 < 3,2 - activității moderate sau minime.

DAS28 < 2,6 corespunde remisiunii maladiei.

Tabelul 2. Criteriile scorului DAS28 în aprecierea terapiei de remisiune eficiente

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

Anexa 5. Scara vizual analoagă a durerii

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

0	100 mm
Nicio durere	Durere foarte puternică

Anexa 6. Criterii de ameliorare ACR30

Cerințe

Realizate

>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 proteina C reactivă

Numele pacientului _____ Data _____ Semnătura medicului. _____

Anexa 7. Evaluarea pacientului cu AJI, forma sistemică

Dreapta pacientului

Stînga pacientului

0=absent

1=prezent

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

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

Anexa 9. 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 traumatism 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 oncheieturi. 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, ontindere 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). Obligatoriu în alimentație sunt grăsimile, uleiurile și dulciurile. Acestea furnizează multe calorii, dar cu o valoare nutritivă redusă; din acest ceste furnizează multe calorii, dar cu o valoare nutritivă redusă; din acest motiv folosiți-le moderat.

Tratamentul artritei juvenilă 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.