



**Instituția Medico-Sanitară Publică
Centrul de Sănătate Ungheni**

BRONȘIECTAZII LA COPIL

**Protocol clinic instituțional
(ediția III)**

PCI - 126



INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE UNGHENI

ORDIN

Nr. 104

„11” 08 2025

*Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.534 din 19.06.25
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
”Bronșiectazii la copil”, ediția III
în cadrul IMSP CS Ungheni.*

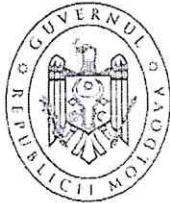
Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 534 din 19.06.2025 „Cu privire la aprobarea **Protocolului Clinic Național ”Bronșiectazii la copil”, ediția III**, elaborat în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr.148/2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății” și în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților în cadrul IMSP CS Ungheni,

ORDON:

1. De implementat în activitatea medicilor de familie IMSP CS Ungheni Protocolul Clinic Național **”Bronșiectazii la copil”, ediția III**.
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național **”Bronșiectazii la copil”, ediția III** în cadrul IMSP CS Ungheni de către grupul de audit medical intern.
3. De organizat asigurarea cu medicamente necesare, incluse în Protocolul Clinic Național **”Bronșiectazii la copil”, ediția III**.
4. De organizat participarea personalului medical la seminarele zonale ce vor fi organizate în scopul instruirii implementării PCN.
5. De elaborat Protocolul Clinic Instituțional în baza PCN **”Bronșiectazii la copil”, ediția III** în cadrul IMSP CS Ungheni.
6. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Șefului Adjunct pe probleme medicale D-nei Natalia Bargan.

Șef IMSP CS Ungheni

Oleg BELBAS



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun. Chișinău

19 iunie 2025

Nr. 534

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Bronșiectazii la copil”, ediția III

În vederea asigurării calității serviciilor medicale acordate populației, în temeiul Hotărârii Guvernului nr.148/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății,

ORDON:

1. Se aprobă Protocolul clinic național „Bronșiectazii la copil”, ediția III, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Bronșiectazii la copil”, ediția III.
3. Conducătorul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Protocolul clinic național „Bronșiectazii la copil”, ediția III.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Bronșiectazii la copil”, ediția III, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Conducătorul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate va organiza evaluarea implementării Protocolului clinic național „Bronșiectazii la copil la copil”, ediția III, în procesul de evaluare și acreditare a prestatorilor de servicii medicale.
6. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza controlul respectării cerințelor Protocolului clinic național „Bronșiectazii la copil la copil”, ediția III, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
7. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Institutul Mamei și Copilului, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Bronșiectazii la copil la copil”, ediția III, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
8. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, conducătorul Centrului de Excelență în Medicină și Farmacie „Raisa Pacalo” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza includerea Protocolului clinic național „Bronșiectazii la copil la copil”, ediția III, în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Se abrogă Ordinul Ministerului Sănătății nr. 33 din 17.01.2011 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Boala bronșiectatică la copil”, cu modificările ulterioare.
10. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE IN DOCUMENT	3
SUMARUL RECOMANDĂRILOR	4
PREFAȚĂ	6
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	7
A.1. Diagnosticul. Exemple de formulare a diagnosticului clinic.....	7
A.2. Codul bolii (CIM 10):	7
A.3. Utilizatorii protocolului	7
A.4. Obiectivele protocolului.....	7
A.5. Data elaborării: 2009.....	7
A.6. Revizuire: 2025	7
A.7. Următoarea revizuire: 2030	7
A.8. Definițiile folosite în document:.....	7
B. PARTEA GENERALĂ	10
Nivel de asistență medicală primară	10
C. CONDUITA TERAPEUTICĂ A PACIENTULUI	12
C.1. Algoritm de conduită.....	12
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR.....	13
C.2.1. Conduita în bronșiectaziile la copil-----	13
C.2.1.1. Anamneza -----	13
C.2.1.2. Examenul fizic obiectiv-----	13
C.2.1.3 Investigații paraclinice-----	16
C.2.1.4. Tratamentul bronșiectaziilor la copil-----	19
C.2.2. Prognosticul bronșiectaziilor -----	22
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PCN.....	24
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI.....	25
F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE -----	26
ANEXA	27
Anexa 1. Ghidul părinților, copilului cu Bronșiectazii.....	27
Anexa 2. Formular de consult la medicul de familie pentru copilul cu Bronșiectazii	30
Anexa 3. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criteriile pentru protocolul clinic național <i>Bronșiectazii la copil</i>	31

ABREVIERILE FOLOSITE IN DOCUMENT

AINS	Antiinflamatoare nesteroidiene
ABT	Antibioticoterapie
AMO	Amoxicillinum
AMP	Asistență Medicală Primară
AMS	Asistență Medicală Spitalicească
AMSA	Asistență Medicală Specializată de Ambulator
AMU	Asistența Medicală Urgentă
AMUP	Asistența Medicală Urgentă Prespitalicească
BC	Bronșiectazii la copii
B	Bronșiectazii
CG	Cameră de gardă
CFTR	Conductorul transmembranar al genei fibrozei chistice
DMU	Departament Medicină Urgentă
ECG	Electrocardiograma
EcoCG	Ecocardiografia
FCC	Frecvența contracțiilor cardiace
FC	Fibroza chistică
VEMS (FEV1)	Volumul expirator maxim în 1 secundă, indice spirometric
FEGDS	Examenul fibroesofagogastroduodenoscopic
FNT	Factor de necroză tumorală
FR	Frecvența respirației
FVC	Capacitatea vitală forțată, indice spirometric
GCS	Glucocorticoizi
GCSI	Glucocorticoizi inhalatorii
Hb	Hemoglobină
HTP	Hipertensiune pulmonară
ICC	Insuficiență cardiacă cronică
Ig	Imunoglobulină
IMSP	Instituție Medico-Sanitară Publică
IL	Interleuchină
IR	Insuficiență respiratorie
i.v.	Intravenos
LES	Lupus eritematos sistemic
PEF	Debitul (fluxul) expirator maxim, în l/min
per os	Peroral
p.i.v.	Perfuzii intravenoase
SpO ₂	Saturația periferică cu oxigen
TA	Tensiunea arterială
TC/HRCT	Tomografia computerizată/tomografie computerizată de rezonanță înaltă (high-resolution computed tomography)
TP	Tuberculoza pulmonară
VSH	Viteza de sedimentare a hematiilor

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Bronșiectaziile: anatomo-clinic caracterizate prin dilatații permanente, regulate și neregulate a arborelui bronșic și o evoluție clinică dominată de tuse cu expectorații mucopurulentă abundentă și episoade infecțioase repetate de tip pneumonic sau bronhopneumonic; deci are loc o dilatare ireversibilă a calibrului bronhiilor medii (subsegmentare), cu alterări structurale ale componentelor elastice și musculare ale peretelui și obstrucție a ramificațiilor distale (“fund de sac”). Exista și bronșiectazii nesupurate, fără bronhoree (forme „uscate”, forme hemoptoice), așa cum exista și bronhoree fără bronșiectazii.

- La copiii/adolescenții cu bronșiectazie suspectată sau confirmată, le sugerăm un grup minim de teste efectuate. Panelul minim de teste cuprinde:

- 1) CT toracic (pentru diagnosticul bronșiectaziei),
- 2) testul sudorii,
- 3) testele funcției pulmonare (la copii/adolescenți care pot efectua spirometrie),
- 4) analiza generală a sângelui completă,
- 5) teste imunologice (IgG totale, IgA, IgM, IgE și anticorpi specifici la antigenele vaccinului) și
- 6) bacteriologia căilor respiratorii inferioare.) (*recomandare condițională, evidență foarte joasă*).

- La copiii/adolescenții cu bronșiectazie, sugerăm să se ia în considerare teste suplimentare în funcție de prezentarea clinică a acestora. Acestea includ evaluări imunologice suplimentare aprofundate (în consultare cu un imunolog pediatru), bronhoscopie diagnostică cu analiză de lavaj bronhoalveolar (microbiologie) și teste pentru diskinezia ciliară primară și boala de reflux gastro-esofagian. (*recomandare condițională, evidență foarte joasă*).

- La copiii/adolescenții cu bronșiectazie, o exacerbare respiratorie este considerată prezentă atunci când un copil/adolescent are simptome respiratorii (predominant tuse mai intensă, mai frecventă, cu sau fără creșterea cantității de spută și/sau purulență) timp de ≥ 3 zile. (*recomandare condițională, evidență foarte joasă*).

- **Exacerbarea:** un episod acut de deteriorare clinică: accentuarea tusei, majorarea cantității și purulenței expectorațiilor, diminuarea toleranței la efort sau nivelul activității fizice, pierdere în greutate sau diminuarea apetitului, alterarea funcției respiratorii.

- **Criterii de spitalizare:**

- Semne de exacerbare a procesului pulmonar
- Lipsa adausului ponderal timp de 2 luni
- Pierdere ponderală timp de 1 lună
- Asocierea complicațiilor sau altor comorbidități
- **Spitalizarea în secțiile de ATI**
- Deteriorarea conștiinței
- Dispnea marcată, respirație zgomotoasă
- Hipercapnie severă > 80 mm Hg
- Cianoza rezistentă la oxigenoterapie
- $SaO_2 < 70$ mmHg

- Hemodinamica instabilă

- **Tratament:**

- Eradicarea focarelor de infecții cronice, dentare, rinofaringiene, sinusale, amigdalene (antibioterapie sistemică, tratamente locale stomatologice)
- Tratamentul episoadelor infecțioase bronhopulmonare cu remedii antibacteriene
- Antibioticoterapie țintită conform datelor antibioticogramei tulpinilor germenilor identificați în titru diagnostic din spută, aspirat traheal, lavaj bronhoalveolar
- Administrare parenterală a remediilor antibacteriene (în forme severe) sau oral în episoade infecțioase ușoare
- Durata antibioticoterapiei – 2-3 săptămâni (până la obținerea unui efect terapeutic calitativ și sigur), confirmat prin examen bacteriologic

La copii și adolescenți cu bronșiectazie, ERS nu recomandă utilizarea de rutină a glucocorticoizilor inhalatori fie singuri, fie în combinație cu β 2-agoniști cu acțiune prelungită. Glucocorticoizii inhalatori pot fi de folos la pacienții care au inflamație eozinofilă a căilor respiratorii.

ERS nu recomandă utilizarea ADN-azei umane recombinante și a Bromhexinum la copiii și adolescenții cu bronșiectazie. Nici manitolul inhalat, nici soluția salină hipertona nu trebuie utilizate în mod obișnuit.

Copiii și adolescenții trebuie să învețe tehnicile de clearance a căilor respiratorii (ACT) și să efectueze asta regulat. În timpul exacerbărilor acute ale bronșiectaziei, drenajul ar trebui efectuat mai frecvent.

ERS recomandă un curs de 14 zile de terapie cu antibiotice pentru o exacerbare respiratorie acută a bronșiectaziei la copii și adolescenți.

În urma unei detectări inițiale sau noi a *Pseudomonas aeruginosa*, ERS sugerează terapia de eradicare la pacienții pediatrici cu bronșiectazie.

Pentru copiii și adolescenții care au exacerbări recurente ale bronșiectaziei, ERS recomandă terapia pe termen lung cu antibiotice macrolide.

- **Tratamentul chirurgical al bolii bronșiectatice la copii**

- Forme moderate și severe de bronșiectazii localizate cu simptome permanente (expectorație abundentă, respirație fetidă, tuse cronică severă)
- Bronșiectazii secundare cu etiologie cunoscută
- Forme refractare la tratamente conservative administrate pe o durată de 1-2 ani
- Hemoptizii amenințătoare de viață (cu sursă segmentară sau lobară)
- Vârsta copilului 4-12 ani.

- **Profilaxie**

- Vaccinarea conform calendarului național de vaccinare
- Vaccinarea anuală antigripală.

MEDICINA BAZATĂ PE DOVEZI

Nivel de evidență (Evaluarea dovezilor)	Definiție	Grad de recomandare a (Evaluarea recomandărilor)
Ia	Un bun <i>review</i> sistematic recent al studiilor concepute pentru a răspunde la întrebarea de interes	A+
Ib	Unul sau mai multe studii riguroase menite să răspundă la întrebare	A-
II	Unul sau mai multe studii clinice prospective, dar nu răspund riguros, la întrebare	B+
III	Unul sau mai multe studii clinice retrospective, dar nu răspund riguros	C
IVa	Comparație formală de opinii ale experților	D
IVb	Alte informații	E

† Studii care includ copii sau copii/adolescenți, dar care nu se limitează la adolescenți post-pubertali

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

PREFAȚĂ Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: PCN-126 „Bronșiectazii la copil”, ediția III, și Ordinul nr. 429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implimentării protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locului de lucru” de către grupul de lucru în componență:

Belbas Oleg - șef IMSP CS Ungheni;

Bargan Natalia -șef adjunct pe probleme medicale;

Andrieș Ana – farmacist diriginte;

Marcu Elena – medic pediatru;

Ciobanu Irina. - medic de familie;

Morari Tatiana – medic de familie;

Mămăliga Constantin –audit medical intern

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința medicală instituțională pentru aprobarea PCI.

Data elaborării protocolului: august (Aprobat prin Ordinul directorului 104 din 11.08.2025) în baza:

- PCN-126 „Bronșiectazii la copil”, ediția III, Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 534 din 19.06.2025 Cu

privire la actualizarea Protocolului clinic național „Bronșiectazii la copil”,
ediția III

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul. Exemple de formulare a diagnosticului clinic

- Bronșiectazii (B) cilindrice și sacciforme difuze. Infecție cronică pulmonară cu *Ps. aeruginosa*. IR gr. II cronică, mixtă

A.2. Codul bolii (CIM 10):

J47 – Bronșiectazia

Q33.4 – Bronșiectazia congenitală

A.3. Utilizatorii protocolului

- Prestatorii serviciilor de AMP (medici de familie, medici pediatri și asistentele medicale de familie)

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

A.4. Obiectivele protocolului

1. Stabilirea precoce a diagnosticului permite inițierea unui tratament timpuriu și adecvat pentru prevenirea progresării procesului patologic bronhopulmonar
2. Ameliorarea calității asistenței medicale la toate nivelele a copiilor cu B confirmată pentru profilaxia și reducerea ratei complicațiilor
3. Reducerea frecvenței și severității episoadelor de exacerbare a B pentru ameliorarea calității vieții copilului cu B
4. Educația familiei și copilului cu B pentru o colaborare eficientă cu lucrătorii medicali, în urmarea tratamentului cronic
5. Evaluarea timpurie a indicațiilor tratamentului chirurgical al B pentru prevenirea degradării funcției pulmonare la copil
6. Reducerea cazurilor de deces prin B.

A.5. Data elaborării: 2009

A.6. Revizuire: 2025

A.7. Următoarea revizuire: 2030

A.8. Definițiile folosite în document:

Bronșiectazii: anatomoclinic caracterizat prin dilatații permanente, regulate și neregulate a arborelui bronșic și o evoluție clinică dominată de tuse cu expectorații mucopurulentă abundentă și episoade infecțioase repetate de tip pneumonic sau bronhopneumonic; deci are loc o dilatare ireversibilă a calibrului bronhiilor medii (subsegmentare), cu alterări structurale ale componentelor elastice și musculare ale peretelui și obstrucție a ramificațiilor distale (“fund de sac”). Exista și bronșiectazii nesupurate, fără bronhoree (forme „uscate”, forme hemoptoice), așa cum exista și bronhoree fără bronșiectazii.

Definiția nu include

- Distensiile bronșice reversibile (tranzitorii) secundare pneumoniilor și atelectaziilor
- Distensiile cilindrice preterminale, fără obstrucție distală din bronșite
- Bronșiolectaziile din fibrozele pulmonare difuze (“fagure de miere”)

Reversibilitatea bronhoconstricției: creșterea VEMS2 >15% după administrarea inhalatorie a unui bronhodilatator, în cazul creșterii VEMS2 cu 10-15% – reversibilitatea bronhoconstricției este puțin semnificativă.

Transplant pulmonar: substituția plămânului afectat cu un plămân sănătos de la un donator recent decedat.

Wheezing: respirație zgomotoasă, șuierătoare percepută la distanță (în expir).

Hipertensiune pulmonară (HTP): afecțiune severă, caracterizată prin creșterea presiunii arteriale în artera pulmonară peste 25mmHg în repaus și peste 30 mmHg la efort fizic (National Institutes of Health Registry)

Cord pulmonar cronic: prezintă hipertrofia și/sau dilatarea compartimentelor drepte ale cordului, ca complicație a HTP din maladii pulmonare cronice.

Insuficiența respiratorie cronică: reprezintă o incapacitate cronică permanentă, a plămânilor de a-și asigura funcția, care se manifestă prin compromiterea schimbului gazos (hipoxemie și hipercapnie), ce rezultă din evoluția unor maladii respiratorii.

Nebulizator: dispozitiv pentru administrarea topică a medicamentelor în formă de spray dispersat.

Oxigenoterapia de lungă durată: inhalarea aerului îmbogățit cu oxigen în stare de repaus sau în timpul efortului fizic pe parcurs a peste 15 ore/zi, care are ca scop creșterea valorii PaO₂ ≥60mmHg și/sau a SaO₂ ≥90%.

Pneumotoraxul spontan: acumularea de aer în spațiul pleural prin pătrunderea aerului în cavitatea pleurală în absența oricărui traumatism sau unei manevre instrumentale.

Tehnici de clearance respirator: metode de eliberare a căilor respiratorii de mucusul dens și vâscos, care se expectorează prin tuse.

Tuse cronică: tuse zilnică cu o durată de peste 4-8 săptămâni.

Exacerbarea: un episod acut de deteriorare clinică: accentuarea tusei, majorarea cantității și purulenței expectorațiilor, diminuarea toleranței la efort sau nivelul activității fizice pierdere în greutate sau diminuarea apetitului, alterarea funcției respiratorii.

Infecție bronhopulmonară cronică: colonizare cronică asociată cu semne directe sau indirecte de infecție.

3

A.9. Informația epidemiologică

Bronșiectazii – afecțiune caracterizată anatomic prin dilatare ireversibilă a lumenului bronhiilor medii (subsegmentare), cu alterări structurale ale componentelor elastice și musculare din perete și obstrucție a ramificațiilor distale (“fund de sac”).

Bronșiectazia, o afecțiune pulmonară cronică, este un termen umbrelă pentru un sindrom clinic de tuse umedă/productivă recurentă sau persistentă, infecție și inflamație a căilor respiratorii și dilatație bronșică anormală la tomografia computerizată a toracelui (CT), care, dacă este detectată devreme, poate fi reversabilă în timp, printr-un tratament adecvat.

Incidența

În 1963 Clark a estimat o incidență a bronșiectaziilor în SUA de 1,06 cazuri la 10000 populație pediatrică. Un studiu mai recent (Weycker D. și coautorii, 2006) a indicat că circa 110000 pacienți în SUA sunt diagnosticați cu bronșiectazii, inclusiv și adulți. În țările dezvoltate frecvența bolii bronșiectatice la copii este identică cu cea din SUA, fiind în declin ca urmare a vaccinurilor profilactice și a antibioticoterapiei. Frecvența bolii bronșiectatice este mai înaltă în țările în curs de dezvoltare, unde rujeola, pneumonia, tuberculoza, infecția HIV sunt des asociate cu bronșiectazii.

Twiss și colegii (2005) au raportat o incidență de 3,7 cazuri la 100000 populație a bronșiectaziilor la copiii sub 15 ani. Incidența bronșiectaziilor este mai crescută la copiii din regiunile Pacificului, constituind 17,8 cazuri la 100000 locuitori.

Mortalitatea și morbiditatea

Studii recente referitor la mortalitatea și morbiditatea din boala bronșiectatică sunt insuficiente. În studiul prezentat de Field (1949), realizat la etapele inițiale ale erei antibiotice, 4% din copiii tratați conservativ de bronșiectazii au decedat (majoritatea din complicații infecțioase), după tratament chirurgical au decedat 3% copii. Karadag și coautorii au demonstrat că boala bronșiectatică la copii și în prezent este o cauză frecventă în structura morbidității pediatrice din țările în curs de dezvoltare. Twiss și colegii recent au demonstrat prezența obstrucției marcate, cu deteriorare în timp, la copii cu bronșiectazii. Karadag și colegii au demonstrat o alterare mult mai lentă a funcției pulmonare la copii cu bronșiectazii neasociate FC, comparativ cu copiii diagnosticați cu FC. Akalin și colegii au raportat reducerea funcției ventriculului stâng și a toleranței la efort fizic la copiii cu bronșiectazii.

Rasa

Au fost identificate grupuri etnice la care boala bronșiectatică are o frecvență mai ridicată în Noua Zelandă, Samoa, Alaska. La o populație de circa 26000 locuitori în Samoa de West, prevalența bronșiectaziilor a constituit 0,6%, fiind cea mai înaltă prevalență din lume. Karadag și colegii într-un studiu din Turcia au sugerat o posibilă predispoziție genetică a bronșiectaziilor la unele populații, demonstrând că la 45% copii diagnosticați cu bronșiectazii părinții erau rude de gradul unu sau doi.

Sex

Morrissey și colegii au demonstrat o frecvență și severitate mai înaltă a bronșiectaziilor la sexul feminin.

Vârsta

Karadag și colegii au raportat o vârstă medie de diagnostic a bronșiectaziilor de $7,4 \pm 3,7$ ani. În studiile realizate de Clark, $\frac{1}{2}$ copii au dezvoltat simptomatologia caracteristică bronșiectaziilor până la vârsta de 3 ani.

B. PARTEA GENERALĂ

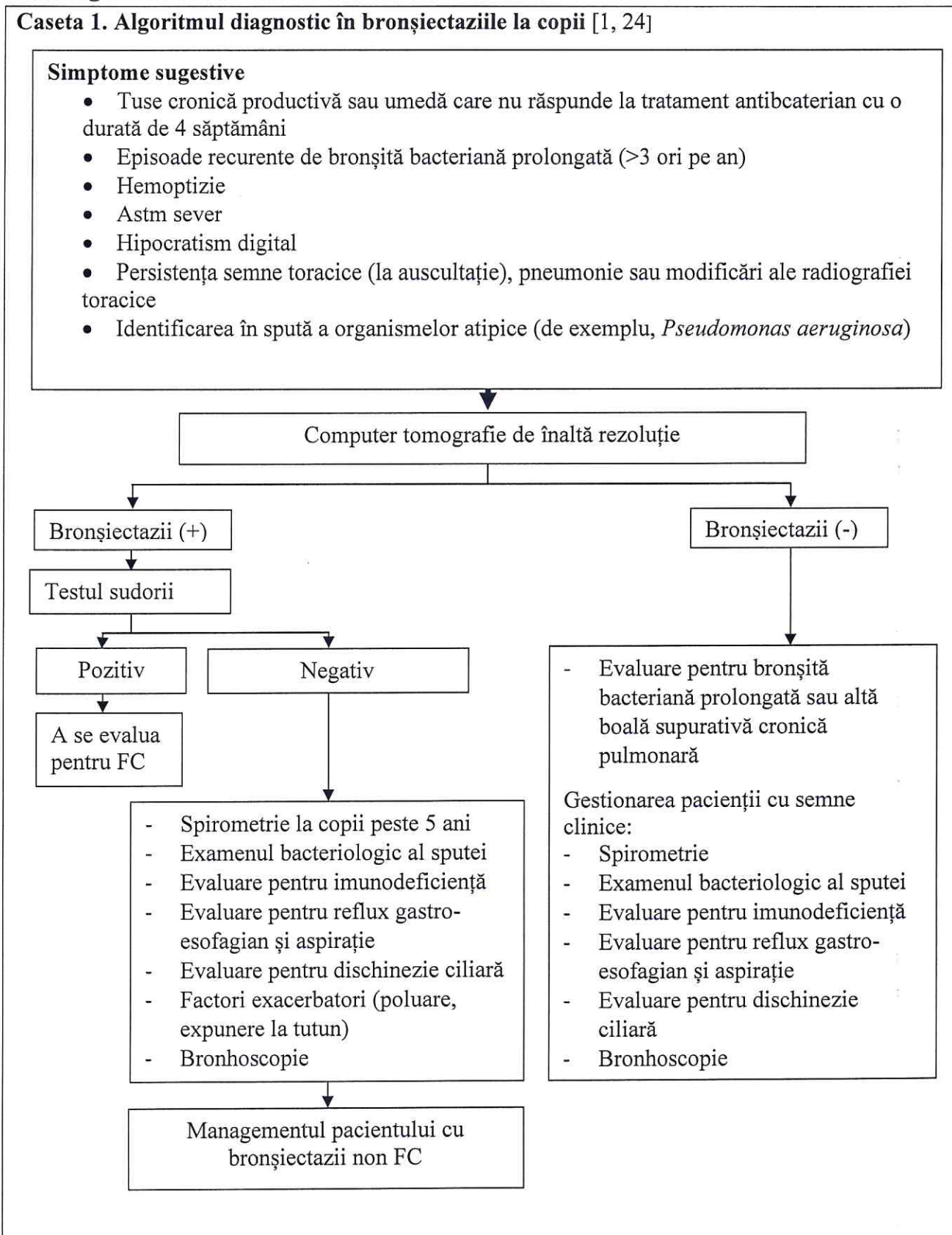
Nivel de asistență medicală primară		Motive	Pași
Profilaxia			
1. Profilaxia primară a bronșiectaziilor la copii	<ul style="list-style-type: none"> Identificarea copiilor din familii social-vulnerabile, nevaccinați, care suportă episoade frecvente de infecții respiratorii cu tratament neadecvat 	<p>Standard/Obligativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vaccinarea corectă și la timp a copiilor contra tuberculozei, rujeolei și pertusisului Tratamentul corect al infecțiilor pulmonare Tratamentul adecvat al tuberculozei 	
2. Diagnosticul clinic prezumtiv			
2.1. Identificarea pacientului cu afecțiuni bronhopulmonare recurente, tuse cronică	<ul style="list-style-type: none"> Depistarea precoce a copiilor cu tuse cronică (>4 săptămâni), cu expectorații zilnice Copii cu pneumonii recidivante, cu evoluție severă și insuficiență respiratorie, răspuns terapeutic incompletă la dozele uzuale de antibiotice Evoluția trenantă a bronșitelor din perioada copilăriei mici, cu toleranță la tratamentele clasice Depistarea copiilor cu tuberculoză Identificarea momentului de aplatizare a curbei ponderale 	<p>Standard/Obligativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anamneza (caseta 3) Examenul obiectiv general și local (casetele 4,5,6,7) Transpunerea pe somatograme a indicilor de creștere <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examenul de laborator (caseta 8) Evaluarea semnelor de acutizare a maladiei (caseta 7) 	
3. Tratamentul copiilor cu boală bronșiectatică			
3.1. Tratamentul indicat de medicii specialiști	<ul style="list-style-type: none"> Asigurarea controlului maladiei Asigurarea unei remisii mai îndelungate a procesului pulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> Antibiototerapie (caseta 11,12, tabelele 1,2) Mucolitice (caseta 13), inhalator (caseta 13) Kinetoterapie respiratorie (caseta 14) 	
Supravegherea medicală a copiilor cu bronșiectazii			
4.1. Evaluarea parametrilor clinici funcționali	<ul style="list-style-type: none"> Aprecierea evoluției clinice a maladiei Depistarea semnelor de progresare a maladiei Asigurarea controlului maladiei 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizarea FR, FCC, TA, SpO2 Antropometria (greutatea, talia, transpunerea pe somatograme) 	

<p>4.2. Evaluarea explorativă</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asigurarea accesului la servicii de recuperare psihologică și trimitere la Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă • Aprecierea evoluției paraclinice a maladiei 	<p><i>Frecvența vizitelor la medicul de familie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • forme moderate – o dată la 3 luni • forme severe – o dată în lună <p><i>Frecvența expertizei medicale: o dată la 2 ani</i></p> <p>Analiza generală a sângelui (la necesitate)</p>
<p>1. Supravegherea la medicul pediatru</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizarea eficacității supravegherii medicale în asistența medicală primară • Trimiterea în instituții specializate pentru reevaluare clinico-explorativă, tratamente programate și la indicații speciale 	<p>Standard/Obligativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (<i>caseta 3</i>) • Examenul clinic obiectiv (<i>casetele 4,5,6,7</i>) <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spirograma (<i>caseta 9</i>) • Radiografia pulmonară (<i>caseta 9</i>)

C. CONDUITA TERAPEUTICĂ A PACIENTULUI

C.1. Algoritm de conduită

Caseta 1. Algoritm diagnostic în bronșiectaziile la copii [1, 24]



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Conduita în bronșiectaziile la copil

Caseta 2. Momente-cheie în conduita bronșiectaziilor la copil

- Stabilirea precoce a diagnosticului de bronșiectazii la copil
- Investigarea obligatorie pentru determinarea cauzelor apariției bronșiectaziilor
- Evaluarea statusului prezent al copilului și aprecierea gradului de afectare a sistemului bronhopulmonar
- Elaborarea programului individual de tratament în relație cu tabloul clinic și explorativ
- Monitorizarea sistematică a evoluției maladiei, a efectelor tratamentului în perioadele de acutizări, a celui cronic
- Evaluarea indicațiilor pentru tratament chirurgical

C.2.1.1. Anamneza

Caseta 3. Colectarea anamnesticului

- Evaluarea acuzelor caracteristice
 - ✓ Sindrom de tuse persistentă asociată cu episoade infecțioase respiratorii, evoluție trenantă, exacerbări nocturne, caracter paroxistic, chintoasă, obositoare
 - ✓ Episoade frecvente de infecții respiratorii (dispnee îndelungată, respirație zgomotoasă, bronșite simple și obstructive, pneumonii recurente)
 - ✓ Aduș ponderal insuficient sau pierdere ponderală
- Vârsta de debut și durata acuzelor prezentate
 - ✓ Pneumonii recurente cu răspuns lent la tratament în perioada neonatală, la sugar sau la copilul mic
- Colectarea informației despre vaccinurile efectuate

C.2.1.2. Examenul fizic obiectiv

Caseta 4. Indicii principali în evaluare

- Evaluarea indicilor antropometrici
 - ✓ Talia și greutatea cu transpunerea pe somatograme centile (anexa 2)
 - ✓ Perimetrul cranian la sugari, cu transpunerea pe somatograme centile
 - ✓ Retracții și deformații hemitoracelui, scolioze, cifoze
 - ✓ Evaluarea indicilor vitali: FR, FCC, TA, temperatura corpului, evaluarea SpO₂

Caseta 5. Simptome clinice ale bronșiectaziilor la copil

Manifestări bronhopulmonare

- Tuse cronică productivă (>4-8 săptămâni) – cel mai frecvent semn al bronșiectaziilor (98% cazuri)
 - ✓ Tuse zilnică cu exacerbări matinale, la schimbarea poziției după somn (în bronșiectazii posterioare sau anterioare), pe parcursul zilei (localizare apicală), nocturnă (localizare centrală)
 - ✓ Expectorații

- muco-purulente abundente, purulente, periodic cu miros fetid, sanguinolente
- zilnice, preponderent matinale („toaleta bronșică”), la schimbarea poziției, după efort, drenaj postural, kinezoterapie,
- Hemoptizie (56-92%)
 - ✓ Bronșiectazii „uscate” – cazuri extrem de rare, caracterizate prin hemoptizii episodice, cu expectorații minime sau absente; de regulă sunt sechele posttuberculoase localizate în lobii superiori
 - ✓ De obicei sunt ușoare și se manifestă prin striuri de sânge în sputa muco-purulentă
 - ✓ Hemoragia are originea din arterele dilatate ale bronhiilor, care conțin sânge cu presiune sistemică, și nu pulmonară, factor care poate favoriza sângerări masive, dar care rar sunt fatale
- Dispnee recidivantă (62-72%)
 - ✓ caracteristică în bronșiectazii difuze
 - ✓ dispnee accentuată este mai frecventă în maladii concomitente (bronșite, emfizem pulmonar) sau în în fazele de acutizare
- Durere toracică pleuritică (19-46%)
 - ✓ simptom intermitent, secundar tusei cronice
 - ✓ poate fi identificat în exacerbarea procesului pulmonar infecțios, în extinderea afecțiunii la pleură
- Wheezing
 - ✓ este raportat frecvent, fiind rezultat al obstrucției bronșice din destrucția bronhopulmonară
 - ✓ este mai accentuat în asocierea astmului bronșic
- Reținerea în dezvoltarea fizică
 - ✓ este explicată prin necesități energetice majorate ale organismului în cadrul unei infecții cronice
 - ✓ pierderea ponderală indică o boală avansată, dar nu este patognomonică pentru bronșiectazii la copil
- Episoade recurente de bronșită sau infecții pulmonare, care reprezintă exacerbări ale bronșiectaziilor și necesită tratament antibacterian
- Deformații toracice: emfizem toracic, torace „în carenă”, cifoză, lordoză, scolioză, prezența șanțului Harison, proeminarea abdomenului
- Tabloul pulmonar auscultativ
 - ✓ vibrații mari transtoracice la palpare
 - ✓ raluri localizate subcrepitante, se atenuază după tuse, tratamente
 - ✓ matitate, submatitate pulmonară localizată
 - ✓ diminuarea murmurului vezicular, respirație suflantă, bronhofonie
 - ✓ semne de condensare pulmonară în pneumonie, fibroză parenchimului peribronșiectatic
 - ✓ sindrom pleural (matitate, abolirea murmurului vezicular, durere toracică)
 - ✓ sindrom cavitar (respirație amforică, cavernoasă, raluri buloase)
- Hipocratism digital (hipoxie cronică persistentă severă)
- Identificarea *H.influenzae*, *Ps.aeruginosa* *S. aureus* în spută, uneori alți germeni gram pozitivi sau anaerobi

- Fatigabilitate (19-46%)
- Hipocratism digital (37-51%)

Caseta 6. Manifestări clinice ale bronșiectaziilor la copil

- Manifestări bronhopulmonare
 - ✓ Tuse cu expectorații abundente, muco-purulente/purulente, sputa uneori fetidă, hemoptizii
 - ✓ Sindrom bronhoobstructiv cu *wheezing* recurent, expir prelungit, determinat de inflamație bronșică cu bronhospasm
 - ✓ Insuficiență respiratorie progresivă
 - ✓ Deformații toracice: emfizem toracic, torace „în carenă”, cifoză, lordoză, scolioză, prezența șanțului Harison, proeminarea abdomenului
 - ✓ Tabloul pulmonar auscultativ
 - vibrații mari transtoracice la palpare
 - raluri localizate subcrepitante, se atenuează după tuse, tratamente
 - matitate, submatitate pulmonară localizată
 - diminuarea murmurului vezicular, respirație suflantă, bronhofonie
 - semne de condensare pulmonară în pneumonie, fibroză parenchimului peribronșiectatic
 - sindrom pleural (matitate, abolirea murmurului vezicular, durere toracică)
 - sindrom cavităar (respirație amforică, cavernoasă, raluri buloase)
 - ✓ Hipocratism digital (hipoxie cronică persistentă severă)
 - ✓ Identificarea germenilor rezistenți (*Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae*)
- Manifestări extrapulmonare
 - ✓ paloare
 - ✓ astenie
 - ✓ febră intermitentă
 - ✓ retard staturo-ponderal
 - ✓ cefalee, anxietate

Caseta 7. Semnele și simptomele exacerbarii procesului pulmonar

- Intensificarea simptomelor respiratorii
 - accentuarea tusei cu sau fără creșterea cantității de spută și/sau purulenței acesteia timp de ≥ 3 zile,
 - dificultăți de respirație,
 - respirație șuierătoare,
 - dureri toracice,
 - hemoptizie,
 - prezența dispneei (creșterea efortului respirator) sau a hipoxemiei sugerează o exacerbare mai severă (indiferent de durată)
- Alte constatări care susțin diagnosticul de exacerbare, dar care pot lipsi
 - modificări ale tabloului auscultativ și ale radiografiilor toracice,
 - simptome sistemice: febra, oboseala, stare de rău, modificarea comportamentului

- sau a apetitului copilului,
- indicatori de laborator pozitivi ai inflamației: proteina C reactivă crescută, neutrofilia și interleukina-6 (aceștia nu sunt utilizați în mod obișnuit pentru luarea deciziilor clinice),
 - noi infiltrate la radiografia toracică.

C.2.1.3 Investigații paraclinice

Casetă 8. Teste de laborator B.1 Prestatori de AMP; B.2 Prestatori de AMUP B.3 Prestatori de AMSA B.4. Prestatori de AMS; O-obligator R-recomandabil	Nivelul acordării asistenței medicale			
	B.1	B.2	B.3	B.4
Analiza generală a sângelui ✓ leucocitoză, neutrofilie, majorarea VSH (în episoade infecțioase)	O	O	O	O
Imunograma (IgA, IgM, IgG, IgE, CIC) ✓ imunocompromisie celulară, umorală ✓ insuficiență fagocitară ✓ insuficiența umorală nespecifică	R	R	O	O
Bacteriologia sputei: ✓ Identificarea germenilor etiologici - <i>H. influenzae</i> (32-42%) - <i>Ps. aeruginosa</i> , inclusiv forme mucoide (13-31%) - <i>Moxarella catarrhalis</i> (2-20%) - <i>Str. pneumoniae</i> (6-13%) - <i>S. aureus</i> (4-14%) - <i>Mycobacterium</i> (2-17%) - Lipsa creșterii bacteriene (21-23%) ✓ Antibiograma	R	R	O	O
Teste serologice: ✓ Identificarea anticorpilor specifici la <i>Chlamydia</i> , <i>Mycoplasma</i> , virusuri respiratorii	R	R	R	O
Gazele sanguine: ✓ Hipoxemie, hipercapnie ✓ Acidoză respiratorie	R	R	R	O

Casetă 9. Examinări instrumentale B.1 Prestatori de AMP; B.2 Prestatori de AMUP B.3 Prestatori de AMSA B.4. Prestatori de AMS; O-obligator R-recomandabil	Nivelul acordării asistenței medicale			
	B.1	B.2	B.3	B.4
Spirografie: ✓ modificări obstructive, asociate cu component restrictiv ✓ reducerea capacității vitale, creșterea volumului rezidual	R	R	O	O

Bronhoscopie: ✓ endobronșită cataral-purulentă ✓ hiperplazie focală a mucoasei bronșice ✓ deformații cilindrice a bronhiilor ✓ vizualizarea modificărilor arborelui traheo-bronșic ✓ în prezent este indicată rar, fiind o metodă diagnostică invazivă, neplăcută și cu risc crescut pentru pacienții pediatrici	R	R	O	O
Scintigrafie pulmonară: ✓ Reducerea sau lipsa perfuziei pulmonare în sectoarele afectate	R	R	O	O
Radiografia pulmonară: ✓ Accentuarea segmentară și diminuarea desenului pulmonar ✓ Diminuarea volumului pulmonar (condensarea interstițiului) ✓ Dilatații bronșice chistice, uneori cu nivele hidroaerice ✓ Aspect alveolar „în fagure” al dilatațiilor chistice (în forme severe) ✓ Hiperinflație compensatorie	R	O	O	O
Angiografia pulmonară: ✓ Permite excluderea sau confirmarea plămânului polichistic sau a anomaliilor arteriovenoase	R	R	R	O
CT pulmonară – standard de aur pentru diagnosticul bronșiectaziilor (sensibilitate și specificitate de 90%) ✓ Fenomene cronice bronhopulmonare avansate cu emfizem, atelectazii, bronșiectazii, fibroză, scleroză pulmonară - diametrul bronhului mai mare decât cel al arterei ce-l însoțește (semnul <i>signet ring sign</i>) - lipsa îngustării periferice a bronhiilor - nivele de lichid - îngroșarea peretelui bronșic, dopuri mucoide, sechestrarea focală a aerului ✓ Evidențierea perioadei de acutizare sau remisiune (eficacitatea tratamentului antibacterian) a procesului pulmonar	R	R	O	O
Rezonanța magnetică nucleară (RMN) ✓ Zone bronșiectatice, caracteristica bronșiectaziilor ✓ Zone pulmonare inflamatorii ✓ Sectoare de fibroză, scleroză pulmonară ✓ Țesuturi tumorale	R	R	O	O

<p>Examenul histomorfologic:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Examenul macroscopic <ul style="list-style-type: none"> - sectoare cu bronhii dilatate, cu conținut în lumen ✓ Examenul microscopic – semne de endobronșită, cu implicarea mucoasei, submucoasei și parțial a tunicii medii a peretelui bronșic <ul style="list-style-type: none"> - infiltrație limfo-histiocitară difuză cu hiperplazia celulelor caliciforme mucosecretoare - epiteliu lezat, cu descumare și defecte superficiale - dilatări chistice a glandelor submucoasei și tunicii medii - hipersecreție de mucus, în lumen exsudat muco-leucocitar sau mase necro-purulente - procese de fibroză și scleroză a structurilor elastice din structura peretelui bronșic <p>pneumofibroză peribronhială și hipoplazia țesutului pulmonar</p>	R	R	R	O
<p>ECG, EcoCG:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Semne de cord pulmonar ✓ Determinarea hipertensiunii pulmonare secundare 	R	O	O	O
<p>FEGDS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reflux gastroesofagian, reflux total (duodenogastroesofagian) ✓ Esofagite de reflux 	R	R	O	O
<p>Radiografia sinusurilor maxilare și etmoidale, nazofaringelui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ sinuzită, polipoză nazală 	R	R	O	O

C.2.1.4. Tratamentul bronșiectaziilor la copil

C.2.1.4.1. Tratamentul conservativ ale bronșiectaziilor la copil

Caseta 10. Măsuri igieno-dietetice

- Regim general cruțător cu realizarea tratamentului la domiciliu (în recrudescențe ușoare) sau în condiții de staționar (în forme moderate, severe ale acutizărilor maladive, complicații, patologii asociate grave)
- Evențiunea factorilor iritanți inhalatorii (tabagism, gaze și fumuri industriale, habituale, noxe ecologice)
- Condiții habituale optimizate
- Regim alimentar hipercaloric, hiperproteic
- Ape minerale sulfuroase

Caseta 14. Principii pentru asanarea infecției

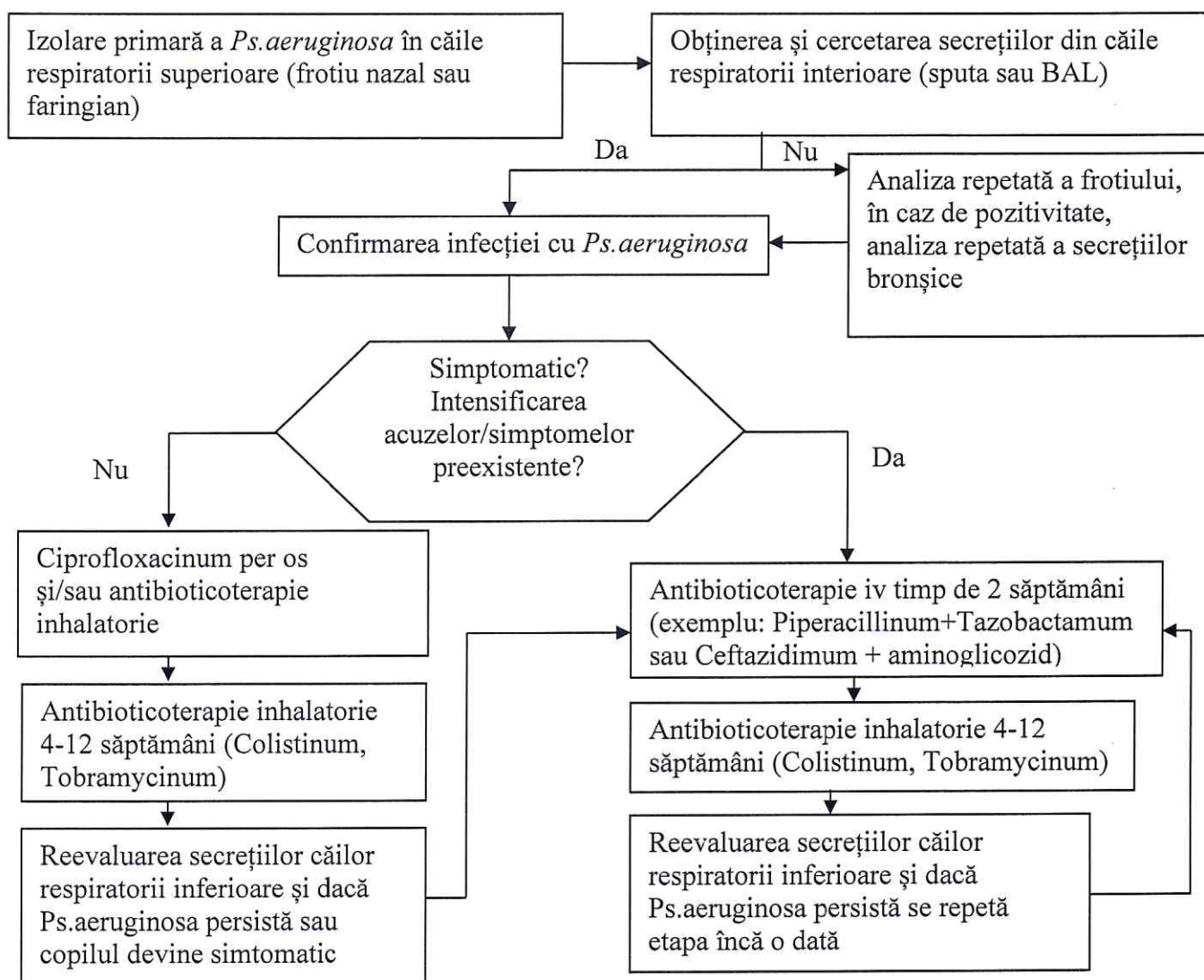
- Eradicarea focarelor de infecții cronice dentare, rinofaringiene, sinusale, amigdaliene (antibioterapie sistemică, tratamente locale stomatologice, rino-sino-faringiene)
- Tratamentul episoadelor infecțioase bronhopulmonare cu remedii antibacteriene
 - ✓ Aminopeniciline (*Amoxicillinum*) protejate cu Acidum clavulanicum, Sulbactamum*
 - ✓ Cefalosporine generațiile II, III, IV) (*Cefuroximum*, *Cefotaximum*, *Cefiximum*, *Ceftazidimum*)
 - ✓ Aminoglicozide (*Amikacinum*, *Gentamicinum*, *Tobramycinum*)
 - ✓ Lincozamine (*Lincomycinum*; *Clindamycinum*)
 - ✓ Macrolide (*Clarithromycinum*, *Azithromycinum*, *Roxithromycinum*)
 - ✓ Antifungice – în infecția micotică (*Fluconazolom*)
 - ✓ Derivații nitroimidazolului (*Metronidazolom*) – în infecții cu germeni anaerobi
 - ✓ Carbapeneme (*Meropenemum*), Fluorochinolone (*Ciprofloxacinum*) – antibacteriene de rezervă (se utilizează în infecții nozocomiale, tulpini polirezistente, complicații purulente, stări septice)
- Antibioticoterapie țintită conform datelor antibioticogramei tulpinilor germenilor identificați în titru diagnostic din spută, aspirat traheal, lavaj bronhoalveolar
- Administrare parenterală a remediilor antibacteriene (în forme severe) sau oral în episoade infecțioase ușoare
- Durata antibioticoterapiei – 2-3 săptămâni (până la obținerea unui efect terapeutic calitativ și sigur), confirmat prin examen bacteriologic
- Antibioticoterapie combinată cu ajustarea la efecte de sinergism al preparatelor antibacteriene – în etiologia polivalentă a acutizărilor maladive infecțioase
- Antibioterapie inhalatorie cu aminoglicozide (*Gentamicinum*, *Amikacinum*, *Tobramycinum*) în infecția cu *Ps.aeruginosa*, alte tulpini bacteriene nosocomiale rezistente
- ABT i.v., în cazul germenilor agresivi (*Ps.aeruginosa*, *Achromobacter xylosoxidans*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Burkholderia cepacia*), se realizează cu 2 preparate antibacteriene (cefalosporine de generația III-IV și aminoglicozide) conform

sensibilității la examenul bacteriologic al sputei pentru a preveni dezvoltarea antibioticorezistenței

- Sunt indicate doze crescute de antibiotice pentru a atinge concentrații terapeutice de antibiotic în secretul bronșic, dar și pentru formele mucoide de *Ps.aeruginosa* la care pelicula de alginat protejează agentul microbial de acțiunea remediei antibacterian
- *Ciprofloxacinum* poate fi administrată și la copil cu bronșiectazii sub 12 ani în cazul infecției cu *Ps. aeruginosa*
- Nu este recomandată asocierea a 2 antibiotice β -lactamice (Ceftazidimum, Cefepimum, Imipenemum)
- Lavaj bronșic cu remedii antibacteriene în cadrul bronhoscopiilor terapeutice

Algoritm

Caseta 12. Managementul copilului cu bronșiectazii cu izolare primară a *Pseudomonas aeruginosa* (algoritm de eradicare)



Caseta 13. Fluidificarea secrețiilor bronșice

- Rehidratare orală (Dextrosom+ Kalii chloridum+ Natrii chloridum+ Natrii citras), ceaiuri din plante medicinale cu efecte expectorante și mucolitice
- Remedii expectorante și mucolitice în acutizare – **cu efect limitat și nedemonstrat**
 - ✓ Ambroxolum, Bromhexinum
 - ✓ Carbocisteinum, Acetylcysteinum
- Medicație fitoterapeutică (plante medicinale cu efecte mucolitice, expectorante, antibacteriene, antiinflamatoare)
- Aerosolterapie (inhalatii hipertone, bronhodilatatoare, corticosteroizi inhalatori, oxigenoterapie)
- Speleoterapie în condițiile minelor saline, condiții policlinice (la etape de recuperare)

Tabelul 1. Antibioterapia în infecția bronhopulmonară cu *S.aureus* și *H. influenzae*

<i>Antibioticul</i>	<i>Doza în 24 ore</i>	<i>Mod de administrare</i>	<i>Număr de prize în zi</i>
<i>Profilactic sau la acutizare ușoară și tratamentul de recuperare</i>			
<i>Amoxicillinum + Acidum clavulanicum</i>	80 mg/kg	per os	2-3 ori
	200 mg/kg	i.v.	2-3 ori
<i>Amoxicillinum</i>	50-100 mg/kg	per os	3-4 ori
<i>Azithromycinum</i>	>6 luni – 10 mg/kg <40 kg – 250 mg >40 kg – 500 mg	per os	O dată în 3 zile (3 ori în săptămână) cu scop antiinflamator *
<i>Clarithromycinum</i>	15 mg/kg	per os	2 ori
<i>Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum (SMX-TMP)</i>	6 săpt.–5 luni–120 mg 6 luni–5 ani –240 mg 6-12 ani – 480 mg	per os	2 ori
<i>Cefiximum</i>	8 mg/kg	per os	1-2 ori
<i>Cefaclorum</i>	20 mg/kg	per os	3 ori
<i>Oxacillinum*</i>	300 mg/kg	i/v	3-4 ori
	100-150 mg/kg	per os	4 ori
<i>Acutizarea moderată și severă a infecției bronhopulmonar</i>			
<i>Ceftriaxonum</i>	50-80 mg/kg	i.m., i.v.	1-2 ori
<i>Ciprofloxacinum</i>	30 mg/kg (max 1,2 g/zi)	i.v.	2-3 ori
<i>Vancomycinum</i>	40 mg/kg	i.v.	3-4 ori

Tabelul 2. Antibioterapia în infecția bronhopulmonară cu *Ps.aeruginosa*

Antibioticul	Doza zilnică pentru copil	Modul de administrare	Numărul de prize în zi
<i>Amikacinum</i>	30-35 mg/kg/zi	i.v.	1
<i>Gentamicinum</i>	5-7 mg/kg/zi	i.v.	1
<i>Tobramycinum</i>	8-12 mg/kg/zi	i.v.	1
<i>Ciprofloxacinum</i>	15-40 mg/kg/zi	per os	2
	10 mg/kg/zi	i.v.	2-3
<i>Ceftazidimum</i>	150-300 mg/kg/zi	i.v.	2-3
<i>Cefoperazonum</i>	150 mg/kg	i.v.	3
<i>Ceftriaxonum</i>	150 mg/kg/zi	i.v.	3
<i>Cefepimum</i>	150 mg/kg/zi	i.v.	3
<i>Imipenemum</i>	50-75 mg/kg/zi	i.v.	3-4
<i>Colistimethatum naticum</i>	50 mii UN/kg/zi	i.v.	3
<i>Clarithromycinum</i>	250 mg/zi	per os	peste o zi
<i>Azithromycinum</i>	250 mg/zi	per os	3 ori în săptămână

Caseta 14. Kinetoterapia respiratorie

- Drenajul postural: poziționarea pacientului în diferite poziții pentru ca secrețiile să fie drenate din anumite regiuni ale sistemului respirator, fapt ce va permite reexpansionarea acestora.
- Tehnica expirației forțate: efectuarea de către pacient a câtorva expirații forțate, urmate de respirație relaxată.
- Ciclul de respirație activă: metoda folosește tehnica expirației forțate combinată cu exercițiile de expansiune toracică.
- Presiunea expiratorie pozitivă: tehnică realizată de pacient de sine stătător. Ea presupune efectuarea unui inspir profund, urmat de expirație care creează rezistență pentru a menține căile respiratorii deschise.
- Drenaj autogen: tehnică respiratorie, care presupune identificarea regiunilor din pulmoni care conțin secreții, iar apoi respirația într-un anumit mod în dependență de care parte este mai afectată.
- *Flutter device*: este un aparat mic manual în care pacientul expiră. Expirația prin flutter provoacă vibrarea pereților căilor respiratorii, fapt care mobilizează spre exterior secrețiile.

C.2.2. Prognosticul bronșiectaziilor

Caseta 15. Evoluția și prognosticul bronșiectaziilor la copil

- favorabil – în bronșiectazii localizate, fără complicații pulmonare și extrapulmonare, după tratamente chirurgicale cu recuperare eficientă
- evoluție persistent cronică – în leziuni bronhoectatice generalizate, maladii ereditare bronhopulmonare, complicații pulmonare, pleurale, tratamente incomplete și discontinui, supraveghere medicală inadecvată

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PCN

<p><i>Prestatori de asistență medicală primară</i></p>	<p>Personal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. medic de familie 2. medic pediatru 3. asistent/ă medical/ă de familie
	<p>Aparate, utilaj</p> <p>1. stetoscop, pulsoximetru, termometru, tensiometru, panglică – centimetru, cântar, <i>Peakflowmetru</i> (PEF-metru), distanțier (<i>spacer</i>), glucometru, balon de oxigen</p>
	<p>Medicamente de urgență conform Normelor minime de dotare a trusei medicului de familie (Secțiunea 16, Anexă nr.1 „Norme de reglementare a Asistenței Medicale Primare din Republica Moldova” la Ordinul Ministerului Sănătății nr.695 din 13.10.2010</p>
	<p>Medicamente pentru prescriere:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oxigen 2. Peniciline (<i>Amoxicillinum</i>, <i>Amoxicillinum + Acidum clavulanicum</i>) 3. Macrolide (<i>Clarithromycinum</i>, <i>Azithromycinum</i>, <i>Midecamycinum</i>*) 4. Cefalosporine (<i>Cefalexinum</i>) 5. Antiinfecțioase (<i>Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum</i>) 6. β2 - agoniști cu acțiune rapidă (<i>Salbutamolum</i>). 7. Metilxantine (<i>Aminophyllinum</i>). 8. Mucolitice (<i>Ambroxolum</i>) 9. Antipiretice, analgezice (<i>Paracetamolum</i>) 10. Glucocorticoizi (<i>Prednisolonum</i>) 11. Glucocorticoizi inhalatori (<i>Budesonidum</i>, <i>Beclometasonum</i>*) 12. Recuperare imunologică (<i>Broncho-Munal</i>, <i>Imudon</i>, <i>IRS®19</i>)

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Ameliorarea calității examinării clinice și celei paraclinice a copiilor cu B	1.1. Ponderea copiilor cu diagnosticul de B, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu, conform recomandărilor PCN <i>Bronșiectazii la copil</i>	Numărul de copii cu diagnosticul de B, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu, conform recomandărilor PCN <i>Bronșiectazii la copil</i> în ultimele 3 luni x 100	Numărul total de copii cu diagnosticul de B de pe lista medicului de familie, în ultimele 3 luni
2.	Sporirea ratei de apreciere a acutizării procesului pulmonar la copiii cu B	2.1. Ponderea copiilor cu diagnosticul de B, cărora li s-au evaluat semnele de acutizare de către medicul de familie, conform recomandărilor PCN <i>Bronșiectazii la copil</i>	Numărul de copii cu diagnosticul de B, cărora li s-au evaluat semnele de acutizare de către medicul de familie, conform recomandărilor PCN <i>Bronșiectazii la copil</i> în ultimele 3 luni x 100	Numărul total de copii cu diagnosticul de B de pe lista medicului de familie, în ultimele 6 luni
3.	Adminstrarea tratamentului cronic la copiii cu B	3.1. Ponderea copiilor cu diagnosticul de B, cărora li s-a administrat tratamentul cronic la domiciliu de către medicul de familie și/sau de medicul de familie și/sau de medicul pneumolog/fiziopneumolog, conform PCN <i>Bronșiectazii la copil</i> ultimele 3 luni 3.2. Ponderea copiilor cu diagnosticul de B, cărora li s-a administrat tratamentul complex în staționar, conform recomandărilor PCN <i>Bronșiectazii la copil</i>	Numărul de copii cu B, cărora li s-a administrat tratamentul cronic la domiciliu de către medicul de familie și/sau de către medicul pneumolog/ fiziopneumolog, conform recomandărilor PCN <i>Bronșiectazii la copil</i> în ultimele 3 luni x 100 Numărul de copii cu B, cărora li s-a administrat tratamentul complex în staționar, conform recomandărilor PCN <i>Bronșiectazii la copil</i> , ultimele 3 luni x 100	Numărul total de copii cu diagnosticul de B tratați la domiciliu în ultimele 3 luni Numărul total de copii cu diagnosticul confirmat de B spitalizați pe parcursul ultimelor 3 luni
4.	Reducerea deceselor prin B la copil	4.1. Ponderea copiilor decedați prin B 4.2. Proporția pacienților decedați prin B la copil confirmată morfopatologic	Numărul de copii decedați prin B ultimele 12 luni x 100 Nr. de copii decedați prin B confirmați morfopatologic ultimele 12 luni x 100	Numărul total de copii cu diagnosticul de B la medicul de familie, ultimele 12 luni Numărul total de copii decedați prin B ultimele 12 luni x 100

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE

Cerințele privind necesitatea intervențiilor diagnostic-curativă a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigațiile respective.

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
Spirografia	IMSP CS Ungheni	Cab 311
Echo cord	IMSP SR Ungheni	SIRMS
ECG	IMSP CS Ungheni	Cab 318,311,320
Rdiografia digitala	IMSP CS Ungheni	Cab 119
FGDS	IMSP CS Ungheni	
Consultația ftiziopulmonolog	IMSP CS Ungheni	Registratura (026) 2-23-82
Ivestigații de laborator	IMSP CS Ungheni	cab 319, 320, 321

Procedura de pregătire diagnostic-curativă a pacientului:

1. Necesitatea efectuării investigațiilor, consultațiilor medicilor specialiști vor fi argumentate în cartela medicală (formular 025e).
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea investigației, consultației respective. Îndreptarea se completează de medicul de familie.

Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusive întoarcerea în instituție la locul de observare.

1. Programarea pacienților pentru investigații și consultații suplimentare, se efectuează în baza contractelor încheiate cu centrele de profil. Pacienții vor fi direcționați la persoana responsabilă, care asigură programarea acestora, prin SIRSM sau contactarea telefonică a registraturii instituției medicale solicitate. Biletul de trimitere forma 027e va fi înregistrat în registrul de evidență.
2. La întoarcerea în instituție, la locul de observare, pacientul va prezenta medicului de familie rezultatele investigațiilor, consultațiilor efectuate și concluzia medicală în formularul 027e.

Cerințele față de organizarea circulației (trimiterii) pacientului.

1. Pacientul este obligat să respecte rîndul de programare, cu excepția cazurilor de urgențe medicale.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul investigațiilor.

1. Medicul de familie va explica pacientului necesitatea și scopul realizării investigației sau consultației respective, tehnica de pregătire, precum și modalitatea efectuării acesteia.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcere, pentru evidența ulterioară.

1. Pacientul este informat despre necesitatea prezentării obligatorii la medicul de familie cu rezultatele investigației, pentru conduita în dinamică.

Anexa 1. Ghidul părinților, copilului cu Bronșiectazii

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul copiilor cu bronșiectazii (B) în cadrul Serviciului de sănătate din Republica Moldova. În ghid se explică indicațiile adresate pacienților cu bronșiectazii, dar și familiilor acestora, părinților și tuturor celor care doresc să cunoască cât mai mult despre aceasta maladie. Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de profilaxie, îngrijire și tratament al bronșiectaziilor. Ghidul nu oferă descrierea în detalii a maladei, analizelor și tratamentului necesar. Despre acestea veți fi informat de către medicul de familie.



Bronșiectaziile reprezintă apariția și asocierea infecției în bronșiectazii, care reprezintă dilatarea și deformarea ireversibilă a lumenului bronhiilor.

Manifestările clinice



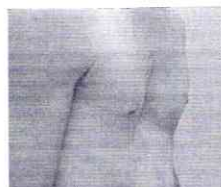
Infecții respiratorii recidivante: acumularea secrețiilor bronșice în bronhiile deformate creează condiții favorabile pentru asocierea bacteriilor, dezvoltarea proceselor infecțioase cronice bronhopulmonare

Tuse cronică: copii cu bronșiectazii frecvent au tuse persistentă cu expectorarea sputei muco-purulente (de culoare galben, verzuie)

Hemoptizia: expectorarea în timpul tusei a sângelui



Hipocratism digital: bombarea cu aspect lucios al unghiilor degetelor mâinilor și picioarelor, fiind determinat de insuficiența respiratorie, oxigenarea insuficientă a organismului



Deformarea cutiei toracice: cutia toracică modificată prin înfundarea/proeminarea sternului sau formarea unui gheb

Cord pulmonar: cordul pulmonar reprezintă dilatarea părții drepte a inimii cauzată de patologia pulmonară

În urma **investigațiilor** necesare (analiza generală a sângelui, radiografia, tomografia și scintigrafia pulmonară), consultația medicilor specialiști (la necesitate) se stabilește diagnosticul și conduita de tratament.

Tratamentul Bronșiectaziilor la copil se indica de pneumolog-pediatru, chirurg-pediatru și include terapie antibacteriană (în dependența de sensibilitatea agentului microbial la antibiotice), mucolitică, bronhodilatatoare, simptomatică și la indicații intervenție chirurgicală.

Kinetoterapia respiratorie

Metodele de epurare ale căilor aeriene sunt folosite pentru eliminarea mucusului din arborele bronșic și constituie o obișnuință zilnică pentru majoritatea copiilor cu

bronșiectazii. Aceste tehnici presupun eliberarea căilor respiratorii prin metode de forțare manuală sau mecanică, după care pacienții tușesc și expectorează spută.

Drenajul postural include poziționarea pacientului în diferite poziții pentru ca secrețiile să fie drenate din anumite regiuni ale sistemului respirator, iar aerul să pătrundă în toate porțiunile plămânilor, fapt ce va permite reexpansionarea acestora. Plămânii sunt drenați atât datorită forței de gravitate, cât și de tapotamentul spatelui, care mobilizează sputa din bronhii. De obicei pacientul este plasat cu capul mai jos de nivelul corpului, pentru ca să fie posibilă acțiunea forței de gravitate. Fiecare poziție durează 3-15 minute.

Drenajul bronșic trebuie efectuat zilnic pentru a menține arborele bronșic liber de secrețiile bronșice. În dependență de severitatea simptomelor ale fiecărui pacient, terapia trebuie efectuată de 1-4 ori în zi.

Tehnica expirației forțate: efectuarea de către pacient a câtorva expirații forțate, urmate de respirație relaxată. Perioada de respirație liniștită permite pacientului să se relaxeze și previne mobilizarea unei cantități mari de spută, care ar poate obstrua căile respiratorii. Pacientul va repeta de câteva ori expirațiile forțate, până când sputa va fi expectorată cu ușurință.

Ciclul de respirație activă: metoda folosește tehnica expirației forțate combinată cu exercițiile de expansiune toracică. Exercițiile de expansiune toracică sunt respirații profunde, efectuate pentru eliminarea secrețiilor dense, care provoacă obstrucția arborelui bronșic.

Drenaj autogen: este o tehnică respiratorie, care presupune identificarea regiunilor din pulmoni care conțin secreții (de obicei necesită o practică), iar apoi respirația într-un anumit mod în dependență de care parte este mai afectată.

Rezervoare potențiale ale microorganismelor patogene în și căile posibile de transmitere a acestora

- Apă stătută (lavoare, toalete, cabina de duș, cada de baie, bazine)
- Apă stătută din rezervoarele naturale (iazuri, mlaștini)
- Aparataj medical, care funcționează prin intermediul apei sau vaporilor (aparate pentru inhalare)
- Aparat pentru controlul umidității aerului
- Aparataj stomatologic
- Pacienți colonizați cu germeni patologici
- Persoane sănătoase purtătoare de agenți patogeni
- Pământ umed
- Plante
- Fructe

Căile de transmisie

- Microorganismele din aerosol pătrund direct în căile respiratorii
- Folosirea alimentelor infectate pot pătrunde în căile respiratorii și tractului gastrointestinal
- Contactul direct între copii cu bronșiectazii colonizați cu diferiți germeni sau diferite tulpini patogene
- Infectarea încrucișată poate avea loc intra- și extraspitalicesc (apartament, școli, instituții preșcolare, tabere de vară)

Prognosticul

Deși prognosticul la moment s-a ameliorat mult, iar FC din o patologie letală se transformă în una cronică cu evoluție progresivă, durata și calitatea vieții depinde în mare parte de vârsta stabilirii diagnosticului, de gravitatea manifestărilor clinice, de regularitatea și corectitudinea tratamentului administrat. Cel mai important indice prognostic este severitatea modificărilor pulmonare.

Supravegherea copiilor cu bronșiectazii se efectuează de către pneumolog-pediatru și chirurg-pediatru. Periodic o dată la 3 luni se efectuează analiza generală a sângelui, examenul radiologic (o dată în 12 luni), ce permite monitorizarea modificărilor pulmonare.

Respectați regimul tratamentului prescris, recomandările medicului și control regulat. Toate aceste măsuri sunt direcționate către însănătoșirea copilului Dvs. și previn dezvoltarea complicațiilor grave.

Anexa 2. Formular de consult la medicul de familie pentru copilul cu Bronșiectazii

Pacient _____ băiat/fetiță; Anul nașterii _____

Factorii evaluați	Data	Data	Data	Data
Greutatea, kg				
Talia/înălțimea, cm				
1. Tuse (da/nu)				
2. Expectorații (da/nu, specificați)				
3. Wheezing (da/nu)				
4. Febră (da/nu, specificați)				
5. Dispnee (da/nu)				
6. FR (specificați)				
7. FCC (specificați)				
8. Raluri crepitante/subcrepitante, buloase, sibilante (da/nu, specificați)				
9. SpO ₂				
10. Fumatul la părinți (da/nu)				
11. Analiza generală a sângelui				
12. Analiza generală a urinei				
13. Radiografia toracică				
14. ECG				

Anexa 3. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru protocolul clinic național *Bronșiectazii la copil*

Domeniul/Parametri evaluați	Codificarea
Denumirea instituției medico-sanitare evaluată prin audit	
Persoana responsabilă de completarea Fișei	Nume, prenume, telefon de contact
Perioada de audit	DD-LL-AAAA
Mediul de reședință a pacientului	0 = urban; 1 = rural; 9 = nu se cunoaște
Data de naștere a pacientului	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
Genul/sexul pacientului	0 = masculin 1 = feminin 9 = nu este specificat
Patologia	Bronșiectazii non CF = 0; Postinfecțioase = 1; Pneumonie segmentară = 3; Din obstrucție bronșică localizată = 4; Din aspirații cronice = 5; Congenitale primare = 6; Congenitale secundare = 7; Imunodeficiențe primare = 8; Imunodeficiențe secundare = 8; Boli genetice = 9; din Astm bronșic = 10; Asociate cu maladii autoimune = 10
INTERNAREA	
Data debutului simptomelor	Data (DD: MM: AAAA) sau 9 = necunoscută
Data internării în spital	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscut
Timpul/ora internării la spital	Timpul (HH: MM) sau 9 = necunoscut
UPU/DMU, CG	Departamentul de urgență = 0 ; Secția de profil terapeutic = 1; Secția de profil chirurgical = 2; Secția de terapie intensivă = 3
Transferul pacientului pe parcursul internării în secția de terapie intensivă în legătură cu agravarea pneumoniei	A fost efectuat: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
DIAGNOSTICUL	
Evaluarea semnelor critice clinice	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Pulsoximetria	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Analiza bacteriologică a sputei	A fost prelevată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Analiza imunologică	În cazul răspunsului afirmativ indicați rezultatul obținut: sputocultura negativă = 0; sputocultura pozitivă = 1; rezultatul nu se cunoaște = 9
Examenul radiologic al cutiei toracice	A fost efectuat: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Locul de efectuare a primului examen radiologic al cutiei toracice	Ambulator = 0; la spital = 1; nu se cunoaște = 9
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENȚILOR	
Pacienții internați de urgență în staționar	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Pacienții internați programat cu îndreptare de la CMF	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
TRATAMENTUL	
Tratament antibacterian până la internare	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Tratament antibacterian inițiat după estimarea factorilor de risc și conform debutului pneumoniei	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9

	În cazul răspunsului negativ tratamentul efectuat a fost în conformitate cu protocol: nu = 0; da = 1
EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA	
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
Prescrierea antibioticelor la externare	Externat din spital cu indicarea tratamentului cu antibiotice: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
DECESUL PACIENTULUI LA 30 DE ZILE DE LA INTERNARE	
Decesul în spital	Nu = 0; Decesul cauzat de pneumonie = 1; Moartea nu ar fi survenit în absența pneumoniei = 2; Alte cauze de deces = 3; nu se cunoaște = 9