



**Pneumonie acută** - proces inflamator infecțios al parenchimului pulmonar cu afectarea structurilor alveolare și/sau a interstițiului.  
**Pneumonia comunitară la copil** - prezența semnelor clinice și simptomelor de pneumonie apărute la un copil sănătos, în condiții de habitat zilnic (extraspitalicesc). Pneumonia este comunitară, dacă copilul nu a fost spitalizat pe parcursul ultimelor 14 zile înainte de apariția semnelor de boală.

Codul bolii (CIM-10): J12 – J18

## Clasificarea

### Conform formelor clinico-radiologice:

- Bronhopneumonie în focar.
- Pneumonie în focare confluențe.
- Pneumonie segmentară.
- Pneumonie franco-lobară.
- Pneumonie interstițială.

### Conform agentului patogen:

- Bacteriene (*St. pneumoniae*, *S. aureus*, *H. influenzae*).
- Mixte (cu implicarea  $\geq 2$  diferiți factori etiologici).
- Virale (*Virusul respirator sintițial*, *paragripal*, *gripal A*, *adenovirusul*, *virusul varicelei*, *rujeolei*).
- Cu infecții atipice (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*).

## Profilaxia nespecifică

- Consilierea privind modul sănătos de viață a copilului și familiei lui.
- Alimentația naturală, diversificarea corectă a alimentației sugarului și copilului mic.
- Profilaxia și terapia stărilor premorbide ale sugarului și copilului mic (rahitism, anemie, tulburări de nutriție).
- Metodele de călire a copilului de la cele mai mici vârste.
- Profilaxia infecțiilor respiratorii virale acute, evitarea locurilor aglomerate.

## Profilaxia specifică

- Profilaxia specifică prin vaccinarea contra pneumococului și *H.influenzae*, conform calendarului de vaccinări.
  - Identificarea copiilor pentru efectuarea vaccinării contra gripei.
- Vaccinul antigripal este recomandat:** copiilor frecvent bolnavi de infecții respiratorii, boli cronice somatice, școlărilor și copiilor instituționalizați (toamna, în perioadele asimptomatice).

## Factorii de risc

- **Medicali:**
  - ✓ vârsta copiilor pînă la 1 an, prematuritatea;
  - ✓ malnutriția și alte tulburări de nutriție;
  - ✓ stările imunocompromise;
  - ✓ infecția virală recentă a căilor respiratorii superioare.
- **Sociali/de habitat:**
  - ✓ copiii instituționalizați;
  - ✓ statutul socio-economic precar.

## Manifestările clinice

### ACUZELE:

- Semnele de pneumonie de etiologie bacteriană
  - ✓ poate afecta copii de diferite vârste;
  - ✓ febră  $> 38^{\circ}\text{C}$ , durată  $>3$  zile;
  - ✓ tahipnee (7zile – 2 luni  $\geq 60$  r/min, 2-12 luni  $\geq 50$  r/min, 12 luni–5 ani  $\geq 40$  r/min.);
  - ✓ tiraj al cutiei toracice;
  - ✓ tuse (productivă sau semiproductivă, dar nu este obligatorie, în special, la copiii sugari, nou-născuți).
- **Semnele de pneumonie virală**
  - ✓ afectează nou-născuții, uneori copii sugari;
  - ✓ febră  $< 38,5^{\circ}\text{C}$ ;
  - ✓ respirație normală sau ușor accelerată.
- **Semnele de pneumonie de etiologie atipică** (*Mycoplasma pn.*, *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia pn.*)
  - ✓ afectează copiii de vîrstă preșcolară și școlară;
  - ✓ tuse;
  - ✓ sindrom febril sau subfebrilitate prelungită

## Examenul clinic

- Semne generale: febră, scădere a poftei de mîncare, slăbiciune generală, etc.
- Examen obiectiv local al toracelui:
  - ✓ inspecție: respirație accelerată, cianoză, tiraj al cutiei toracice (fără prezența wheezing-ului), flotații preinspiratorii ale aripilor nazale, tuse, accentuare a vibrațiilor vocale în zona afectată;
  - ✓ percuție: matitate sau submatitate localizată;
  - ✓ auscultație: respirație aspră sau atenuată, decelarea ralurilor crepitante localizate, asociate deseori cu raluri bronșice buloase (în zone de condensare extinse);
  - ✓ prezența sau lipsa semnelor generale de pericol.
- **În funcție de severitatea bolii pot apărea schimbări din partea altor sisteme:** colaps circulator, paloarea extremităților, puls slab, rapid; vome, meteorism, diaree; oligurie, albuminurie; hiperexcitabilitate sau inhibiție motorie, somnolență.

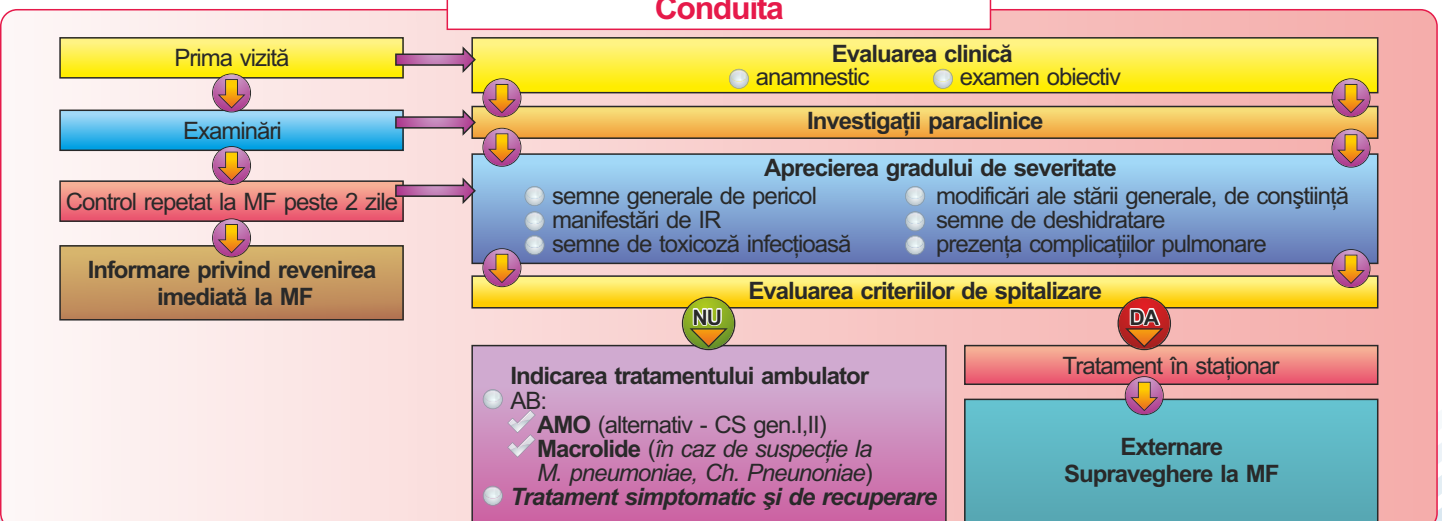
## Examenul paraclinic

- Analiza generală a sîngelui
  - Analiza generală a urinei
  - Radiografia cutiei toracice
  - Pulsoximetria (se efectuează la orice copil cu tahipnee sau semne de hipoxie)
- Referirea la specialist, în caz de necesitate, pentru:**
- Spirogramă
  - Bacteriologie a sputei
  - Examen serologic specific (*Mycoplasma pneumoniae*, *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia pneumoniae*)

## Diagnosticul diferențial

Se face cu: ● Pneumonia nosocomială ● Bronșita acută obstructivă ● Bronșita acută ● Tuberculoza pulmonară

## Conduita



## Tratamentul

Strategia terapeutică în PC este determinată de asigurarea unor măsuri generale de îngrijire și susținere a copilului, tratamentul etiotrop și de recuperare.

### Măsuri generale

- Poziționarea copilului: în pat cu trunchiul mai ridicat și schimbarea poziției fiecare 1-2 ore, așezându-l în decubit lateral drept și stîng, pentru a evita staza pulmonară.
- Regim hidric: optimizat la gradul de deshidratare produs de febră, tahipnee, transpirație (prioritate la lichide orale).

### Terapie simptomatică

- Restabilirea permeabilității căilor aeriene, fluidificarea secrețiilor:
  - ✓ Mucolitice și expectorante: (Ambroxol 15 mg x 2-3 ori/zi (se administrează pînă la orele 16.00), 1-3 zile).
- Combaterea sindromului febril:
  - ✓ Metode fizice de combatere a febrei
  - ✓ Antipiretice (Paracetamol 15 mg/kg/priză; Ibuprofen 10 mg/kg/priză).

### Terapie antibacteriană

Tratamentul etiotrop este decisiv pentru evoluția clinică a PC bacteriene. Programarea tacticii de administrare a AB necesită o ajustare ideală la:

- ✓ calitățile factorului etiologic;
- ✓ particularitățile clinice ale bolii;
- ✓ vîrsta copilului;
- ✓ asocierea complicațiilor morbide;
- ✓ caracteristicile și efectele adverse ale preparatului AB;
- ✓ tratamentul precedent (pînă la 3 luni) cu AB (antibiorezistență a agentului patogen).

#### ANTIBACTERIENE

- **Amoxicilină** - 50 mg/kg/24 ore, în 3 prize (fiecare 8 ore), 7 - 8 zile.
- **Cefuroxim** - 15 mg/kg/24 ore, în 2 prize (fiecare 12 ore), 7 - 8 zile.
- **Cefaclor** - 40 mg/kg/24 ore, în 3 prize (fiecare 8 ore), 7 - 8 zile.
- **Azitromicină** - 10 mg/kg/24 ore, în priză unică (acțiunea 24 ore), 5 - 10 zile.
- **Claritromicină** - 15 mg/kg/24 ore, în 2 prize (fiecare 12 ore), 7 - 10 zile.

**Notă:** Administrarea per os a remediilor AB este eficientă în PC cu evoluție ușoară/medie. Dacă copilul cu PC necesită administrarea i/m a medicației AB, atunci el necesită spitalizare.

### Tratamentul de recuperare (după terminarea tratamentului antibacterian)

- Vitaminoterapie (Vit. A, Vit. E, vitaminele grupului B).
- Gimnastică curativă, kineziterapie respiratorie, masaj.
- Corecția stărilor de fon (remedii antianemice, antihelmințice, vit D).

### Criteriile de eficacitate a tratamentului antibacterian

- **Eficacitatea completă:**
  - ✓ reducerea sindromului febril (<38°C) în 24-48 ore, ameliorarea stării generale, pofta de mîncare, reducerea dispneei;
  - ✓ dinamica pozitivă în statutul fizic pulmonar;
  - ✓ se va continua administrarea AB cu o durată de încă 3-5 zile afebrile.
- **Ineficacitatea terapeutică:**
  - ✓ sindrom febril rebel, febră persistă mai mult de 4 diurne;
  - ✓ progresare a simptomatologiei pulmonare;
  - ✓ manifestări toxico-infecțioase, agravare a stării generale.
- **Eficacitatea incompletă:**
  - ✓ persistența sindromului febril (subfebril) mai mult de 3-5 zile;
  - ✓ ameliorarea parțială a simptomelor generale;
  - ✓ reevaluarea efectului terapeutic se va realiza repetat peste 2-3 zile cu reevaluare clinică;
  - ✓ în lipsa efectului terapeutic complet → spitalizare.

## Referirea la specialist

- Necesitatea confirmării diagnosticului.
- Ineficiența tratamentului administrat.
- Necesitatea ajustării tratamentului medicamentos.

## Criteriile de spitalizare

- Copiii de vîrsta pînă la 6 luni cu PC.
- Pneumonia severă.
- Ineficiența tratamentului administrat.
- Complicațiile pulmonare: destrucții pulmonare, abces pulmonar, pleurezii, atelectazii, pitorace, piopneumotorace, pneumotorace.
- Complicațiile extrapulmonare piemice: meningită, osteomielită, otită, enterocolită, abcese de diferită localizare.
- Complicațiile toxice: encefalopatie toxico-infecțioasă, sindrom convulsiv, IR și cardiovasculară, hepatită toxică, nefrită toxică, ileus paralic.
- Copiii sugari la care sunt prezente următoarele semne: tirajul cutiei toracice, orice semn general de pericol, apnee, geamăt, malnutriție severă, semne de deshidratare, familiile social-vulnerabile sau familiile necompliante, răspuns neadecvat la tratamentul aplicat în condiții de ambulator sau agravarea stării generale pe fon de tratament.
- Copiii de vîrstă mai mare de 1 an cu: cianoză, tiraj al cutiei toracice, orice semn general de pericol, semne de deshidratare, familiile social-vulnerabile sau familiile necompliante.

## Supravegherea

### ÎN FAZA ACUTĂ A MALADIEI

#### Regimul de supraveghere:

- Vizită repetată la MF pentru reevaluare clinică – peste 2 zile.
- Ulterior – fiecare 5 zile, la o evoluție favorabilă, pînă la vindecare completă.
- După externare – conform recomandărilor pediatrului sau medicului pneumolog din staționar.

#### Volumul cercetărilor:

- Analiza generală de sînge (în debutul bolii și sfîrșitul tratamentului; în cazul prezenței modificărilor – mai frecvent, conform necesităților).
- Radiografia pulmonară repetată:
  - ✓ în pneumoniile cu complicații pleuro-pulmonare se efectuează peste 7-10 zile;
  - ✓ în evoluție trenantă – peste 2-3 săptămîni.

### DUPĂ VINDECARE

#### Regimul de supraveghere:

- Vizită la MF pentru evaluare clinică la 3, 6, 12 luni.
- **Volumul cercetărilor:**
  - Analiza generală de sînge.
  - **La necesitate:**
    - Radiografia cutiei toracice.

## Evoluția în dependență de formele clinico-morfologice

- **Bronhopneumonia în focar**
  - ✓ vindecare la a 3-4 săptămîină, dacă copilul nu are maladii asociate.
- **Pneumonia confluentă**
  - ✓ favorabilă cu vindecare în 1-2 luni.
  - ✓ risc de mortalitate la sugar, copilul mic, în septicemii.
  - ✓ risc de cronicizare (pneumofibroză, bronșiectazii), sechele pleurale, aderențe pleurale (în complicații pleuro-pulmonare).
- **Pneumonia franco-lobară**
  - ✓ favorabilă în tratament cu peniciline.
- **Pneumonia segmentară**
  - ✓ prelungită, 4-8 săptămîni, risc de pneumofibroză segmentară, cronicizare.
  - ✓ sindromul lobului mediu.
- **Pneumonia interstițială**
  - ✓ favorabilă cu vindecare.

### Abrevierile folosite în document:

AB – antibacteriene

IR – insuficiență respiratorie

FR – frecvența respiratorie

PC – pneumonii comunitare

AMO – Amoxicilină

CS I, II – cefalosporine de generația I, II

MF – medic de familie

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 1287 din 20.12.2012 cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie „Pneumonii comunitare la copil” Implementat de Ministerul Sănătății în cadrul Proiectului „Servicii de Sănătate și Asistență Socială” cu suportul Băncii Mondiale și Centrului Strategii și Politici de Sănătate

Elaborat în baza Protocolului Clinic Național „Pneumonii comunitare la copil” (PCN - 124)  
Elaborat: octombrie 2012