



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Boala diareică acută la copil

Protocol clinic național

PCN-67

Chișinău 2017

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 29.12.2016, proces verbal nr.4
Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.129 din 21.02.2017
Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Boala diareică acută la copil”**

Elaborat de colectivul de autori:

Galina Rusu	USMF „Nicolae Testemițanu”
Tatiana Juravliov	USMF „Nicolae Testemițanu”
Angela Vămășescu	Spitalul Clinic Municipal de Boli Contagioase la copii
Ana Kirilova	Spitalul Clinic Municipal de Boli Contagioase la copii

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavii	Comisia de specialitate a MS în farmacologie clinică
Valentin Gudumac	Comisia de specialitate a MS în medicina de laborator
Ghenadie Curocichin	Comisia de specialitate a MS în medicina de familie
Vladislav Zara	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Diana Grosu -Axenti	Compania Națională de Asigurări în Medicină
Maria Cumpănă	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	5
A.1. Diagnosticul. Boala diareică acută la copil: (etiologia bacteriană - Shigelloza, Salmoneloza, Escherichioza, etc., virală (rotaviroza, etc.) și etiologic nedeterminată).	5
A.2. Codul maladiei (CIM 10):	5
A.3. Utilizatorii:	6
A.4. Scopurile protocolului	6
A.5. Data elaborării protocolului:	6
A.6. Data următoarei revizuirii:	6
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:	6
A.8. Definițiile folosite în document.	7
A.9. Informația epidemiologică	8
B. PARTEA GENERALĂ	10
B.1. Nivel de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească: echipe profil general și specializat 903 (112)	10
B.2. Nivel de asistență medicală primară	11
B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (infecționist, pediatru infecționist)	13
B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească	15
C.1. Algoritmi de conduită	17
C.1.1. Algoritm de conduită a pacientului cu BDA	17
C.1.2. Algoritm de profilaxie a BDA	18
C.1.3. Algoritm de profilaxie a BDA nozocomiale	19
C. 2. Descrierea metodelor, tehnicilor și procedurilor	20
C.2.1. Clasificarea formelor clinice	20
C.2.1.1. Clasificarea formelor clinice în shigelloză	20
C.2.1.2. Clasificarea formelor clinice în salmoneloză	20
C.2.1.3. Clasificarea formelor clinice în escherichioze	21
C.2.2 Profilaxia BDA	21
C.2.2.1 Profilaxia specifică –nu se aplică.	21
C.2.2.2. Profilaxia nespecifică	21
C.2.3 Conduita pacientului cu BDA	22
C.2.3.1. Anamneza	22
C.2.3.2 Manifestările clinice în diverse BDA	23
C.2.3.2.1 Manifestările clinice în shigelloză forme tipice	23
C.2.3.2.2. Manifestările clinice în shigelloză forme atipice	23
C.2.3.2.3. Manifestările clinice în salmoneloză forma gastrointestinală	24
C.2.3.2.4. Manifestările clinice în salmoneloză forme generalizate	25
C.2.3.2.5. Manifestările clinice în escherichioze	26
C.2.3.3 Diagnosticul BDA la copil.	28
C.2.3.3.1. Investigații paraclinice în BDA	28
C.2.3.4 Diagnosticul diferențial al BDA	31
C.2.3.4.1 Diagnosticul diferențial al BDA în funcție de etiologie	Ошибка! Закладка не определена.
C.2.3.4.2 Diagnosticul diferențial al BDA la copil cu maladiile chirurgicale acute	Ошибка! Закладка не определена.
C.2.3.4.3 Diagnosticul diferențial în BDA însoțite cu sindrom de diaree secretorie	34
C.2.5.4. Criteriile de spitalizare a pacienților cu BDA	35
C.2.5.5. Tratamentul BDA la copil	35
C.2.5.5.1. Tratamentul BDA la domiciliu	35
C.2.5.5.2. Tratamentul BDA la etapa prespitalicească	41
Casetă 32. <i>Tratamentul BDA la etapa prespitalicească</i>	41
C.2.5.5.3. Tratamentul pacienților cu BDA la etapa spitalicească	41
C.2.3.7. Evoluția și prognosticul BDA	46
C.2.3.8. Criterii de externare a pacienților cu BDA	46
C.2.3.9. Supravegherea postexternare a pacienților cu BDA	47
C.2.4. Complicațiile în BDA (subiectul protocoalelor separate)	47
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	48
D.1. Serviciul de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească: echipe profil general și specializat 103 (112)	48
D.2. Instituțiile de asistență medicală primară; instituții/secții de asistență medicală specializată de ambulator	48
D.3. Instituții de asistență medicală spitalicească:	49
secții de boli infecțioase ale spitalelor raionale, municipale; spitale de boli contagioase; secții reanimare și terapie intensivă	49
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	Ошибка! Закладка не определена.

ANEXE	52
Anexa 1. Colectarea și transportarea materialelor biologice la laborator.	52
Anexa 2. definiții de caz de boală infecțioasă pentru sistemul de supraveghere epidemiologică și raportare	53
Anexa 3. Aprecierea gradului de deshidratare a copilului cu BDA	57
Anexa 4. Apreciați și clasificați copilul bolnav	58
Anexa 5. Principii de tratament în BDA la copil în perioada de convalescență	
Anexa 6. Formular de conduită a pacientului în vîrstă pînă la 18 ani cu BDA	60
Anexa 7. Ghidul pacientului cu BDA	63
Anexa 8. Fișa standartizată de audit medical bazat pe criterii pentru PCN "Boala diareică acută la copil"	66
BIBLIOGRAFIE	65

Abrevierile folosite în document

ALT	alaninaminotransferaza
AMP	asistență medicală primară
AST	aspartataminotransferaza
BDA	boală diareică acută
BDP	boală diareică persistentă
CIM(10)	Clasificarea Internațională a Maladiilor revizia a X-a
CIMC	Conduita Integrată a Maladiilor la Copii
CSP	Centrul de Sănătate Publică
EAEC	enteroagregativă escherichia coli
EHEC	enterohemoragică escherichia coli
EIEC	enteroinvazivă escherichia coli
EPEC	enteropatogenă escherichia coli
ETEC	enterotoxigenă escherichia coli
ECG	electrocardiograma
FCC	frecvența contracțiilor cardiace
FR	frecvența respirației
i.m.	intramuscular
i.v.	intravenos
LCR	lichidul cefalorahidian
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
RHAI	reacția de hemaglutinare indirectă
SCID	sindromul de coagulare intravasculară diseminată
SNC	sistemul nervos central
SRO	soluție pentru rehidratare orală
TRO	terapie de rehidratare orală
VSH	viteza de sedimentare a hematiilor

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii catedrei Boli infecțioase la copii a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind BDA la copil și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea MS RM pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

Nivelul dovezilor și Gradul recomandărilor (după ANAES)

<i>Nivelul probelor științifice furnizate de literatura</i>	Gradul recomandărilor
Nivel 1 <ul style="list-style-type: none"> • Studii randomizate comparative puternice • Meta - analiza studiilor randomizate comparative • Studii de analiza deciziei 	A <i>Probe științifice certe</i>
Nivel 2 <ul style="list-style-type: none"> • Studii randomizate comparative puțin puternice • Studii comparative non-randomizate bine efectuate • Studii de cohorta 	B <i>Prezumții științifice</i>
Nivel 3 <ul style="list-style-type: none"> • Studii caz-martor Nivel 4 <ul style="list-style-type: none"> • Studii comparative cu erori sistematice importante • Studii retrospective • Studii descriptive (transversale, longitudinale) • Opinii ale unor autoritati in domeniu, bazate pe observatii clinice, studii descriptive, rapoarte ale unor comisii de experti (conferinte de consens) 	C <i>Nivel scazut al dovezilor</i>

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul. Boala diareică acută la copil: (etiologia bacteriană - Shigelloza, Salmoneloza, Escherichioza, etc.), virală (infecția rotavirală, etc.) și etiologic nedeterminată).

Exemple de formulare a diagnosticului clinic de bază:

1. Salmoneloza thyphimurium, forma gastroenterocolitică, severă.
2. Salmoneloza enteritidis, forma gastroenteritică, medie.
3. Salmoneloza enteritidis, forma gastritică, medie.
4. Shigelloza cu Sh. flexneri, forma severă, cu predominarea sindromului colitic.
5. Shigelloza cu Sh. sonnei, forma medie.
6. Shigelloza cu Sh. sonnei, forma atipică, frustă, ușoară.
7. Escherichioza cu Escherichia coli enteropatogenă, forma gastroenteritică, medie.
8. Gastroenterita acută cu Rotavirus, severă.

A.2. Codul maladiei (CIM 10):

A03 Shigelloza (dizenteria baciliară)

- A03.1 Shigelloza cu Shigella flexneri
- A03.2 Shigelloza cu Shigella boydii
- A03.3 Shigelloza cu Shigella sonnei
- A03.8 Alte Shigelloze
- A03.9 Shigelloza fără precizare

A02 Alte salmonelloze

- A02.0 Enterita cu Salmonella
- A02.1 Septicemia cu Salmonella
- A02.2 Infecția localizată cu Salmonella
- A02.8 Alte infecții precizate prin Salmonella
- A02.9 Salmonelloze, fără precizare

A04 Alte infecții intestinale bacteriene

- A04.0 Infecția enteropatogenă prin Escherichia coli
- A04.1 Infecția enterotoxigenă prin Escherichia coli
- A04.2 Infecția enteroinvazivă prin Escherichia coli
- A04.3 Infecția enterohemoragică prin Escherichia coli
- A04.4 Alte infecții intestinale prin Escherichia coli
- A04.8 Alte infecții intestinale, precizate
- A04.9 Alte infecții intestinale, fără precizare
- A08.0 Gastroenterită acută prin Rotavirus

A.3. Utilizatorii:

- Oficiile medicilor de familie (medici de familie, asistente medicale de familie);
- Centrele de sănătate (medici de familie, asistente medicale de familie);
- Asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, infecționiști, pediatri);
- Secțiile consultative (infecționiști, pediatri);
- Secțiile de boli infecțioase ale spitalelor raionale, municipale (infecționiști, pediatri, reanimatori);
- Spitalele de boli contagioase municipale și republicane (infecționiști, pediatri, reanimatori).

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

A.4. Scopurile protocolului

1. A spori depistarea precoce a pacienților cu BDA și calitatea notificării cazurilor de boală.
2. A spori calitatea examinării clinice și paraclinice a pacienților cu BDA.
3. A spori calitatea tratamentului și supravegherii pacienților cu BDA la domiciliu.
4. A preciza criteriile de spitalizare a pacienților cu BDA.
5. A spori calitatea tratamentului de staționar a pacienților cu BDA.
6. A spori calitatea supravegherii (dispensarizării) convalescenților după BDA.
7. A reduce letalitatea copiilor prin BDA.




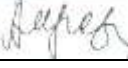


A.5. Data elaborării protocolului: aprilie 2009

A.6. Data următoarei revizuirii: 2019

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția deținută
Galina Rusu	d.ș.m., conferențiar universitar, șef catedră Boli Infecțioase la Copii USMF „Nicolae Testemițanu”
Tatiana Juravliov	asistent universitar Catedră Boli Infecțioase la Copii USMF „Nicolae Testemițanu”, medic infecționist, categorie superioară.
Angela Vămășescu	Șef secție Intestinale № 3 Spitalul Clinic Municipal de Boli Contagioase la copii, Chișinău, medic infecționist, categorie superioară
Ana Kirilova	Asistenta șefa secție Intestinale № 2 Spitalul Clinic Municipal de Boli Contagioase la Copii, Chișinău

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat

Denumirea instituției	Persoana responsabilă - semnătura
Comisia științifico-metodică de profil „Boli infecțioase”	
Comisia științifico-metodică de profil „Pediatrie”	
Agenția Medicamentului	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.8. Definițiile folosite în document.

Diareea acută se definește clinic ca o emisie prea frecventă (de 3 ori și mai mult în 24 ore) de mase fecale prea lichide, ce duce la pierdere spontană de apă și electroliți.

Boala diareică acută (BDA) durează de la câteva zile până la 2 săptămâni.

Boală diareică persistentă (BDP) durează 14 zile și mai mult.

Shigelloza (dizenteria bacilară) este o boală diareică infecțioasă, provocată de bacterii de genul *Shigella* și caracterizată clinic prin sindrom toxic și colitic.

Salmoneloză este o boală diareică infecțioasă produsă de *Salmonella* și toxine bacteriene, clinic manifestă prin afecțiuni gastrointestinale sau septicemie.

Escherichiozele sunt boli infecțioase acute provocate de tulpinile diareogene ale escherichiilor, caracterizate clinic prin manifestări de gastroenterită, enterocolită sau prin localizări extraintestinale (meningită, pielonefrită, colecistită, pneumonie etc.) și septicemie.

Copil: persoană cu vârsta până la 18 ani.

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

Diareea secretorie:

- cu germeni toxigeni (*Vibrio cholerae*, *Escherichia coli* enterotoxigenă). Enterotoxina cauzează o secreție abundentă de apă și electroliți. Creșterea secreției de apă și electroliți (la nivelul epiteliului intestinului subțire în special) prin activarea de către toxine a adenilatciclazei membranice ce sporește prin urmare concentrația intracelulară de adenozinmonofosfat ciclic fără alterarea epiteliului mucoasei intestinale.
- cu germeni enteroaderenți (*Escherichia coli* enteroaderentă, *Escherichia coli* enterohemoragică). Diminuarea absorbției cauzate de leziunile enterocitelor și atrofia mai mult sau mai puțin pronunțată a vilozităților și pierderea osmotică a apei.

Diareea invazivă (sanguinolentă, dizenteriformă)

- cu germeni enteroinvazivi (*Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia enterocolitica*, *Escherichia coli* enteroinvazivă, *Campylobacter*) ce se multiplică intracelular și duc la dezagregarea celulelor.
- cu germeni citotoxici (*Salmonella*, *Escherichia coli* enteropatogenă, *Escherichia coli* enterohemoragică, *Shigella*, *Clostridium difficile*).

Diareea osmotică

- cu virusuri - în urma dereglării funcției sistemului fermentativ al enterocitelor.

A.9. Informația epidemiologică

BDA este cauza principală a morbidității și mortalității copiilor în țările în curs de dezvoltare.

Annual, în lume numărul de episoade de diaree la copiii în vârstă pînă la 5 ani atinge 1 miliard și cauzează 3,5 milioane decese. BDA prezintă, în fond, 2 riscuri majore: deshidratarea și denutriția.

BDA are anumite particularități epidemiologice:

- gradul de răspândire (în toată lume);
- gradul de contagiozitate înalt;
- mecanismul de infectare fecalo-oral;
- apariția focarelor epidemice.

Sursa de infecție – omul bolnav, purtătorii de germeni, sănătoși sau convalescenți și în unele cazuri animalele și păsările.

Calea de transmitere – alimentară, habituală, hidrică.

Mecanism de transmitere – fecalo-oral, aerogen (pentru unele nozologii).

Receptivitatea – mai frecvent fac BDA copiii de vîrsta fragedă.

Sezonalitatea maladiei – vara, toamna; pentru diareile virale – iarna.

Imunitatea – specifică de tip, de scurtă durată.

BDA ocupă locul III după infecțiile respiratorii acute și parazitoze în structura morbidității cauzate de boli infecțioase.

În ultimii ani morbiditatea prin salmoneloză în RM a scăzut de la 52,22 în 2014 pînă la 35,86 în a.2015, iar prin shigeloză - de la 5,17 în 2014 pînă la 3,12 la 100 mii populație.

Începând cu a.2008, odată cu implementarea supravegherii sentinelă la infecția rotavirală s-a atestat creșterea numărului de cazuri de infecție rotavirală raportate, deși morbiditatea prin ea a crescut de la 16,2 în a.2011 pînă la 22,0 la 100 mii în a.2012. După implementarea vaccinului contra infecției rotvirale indicele morbidității este în descreștere și în a.2015 constituie 5,09 la 100 mii de oameni.

Rămâne actuală problema morbidității prin BDA a copiilor primului an de viață.

Tabelul 1. Etiologia bolilor diareice acute

Bacterii	Virusuri	Paraziți
<i>Shigella</i>	<i>Rotavirus</i>	<i>Cryptosporidium</i>
<i>Salmonella</i>	<i>Adenovirus</i>	<i>Giardia lamblia</i>
<i>Escherichia coli diareegenă</i>	<i>Enterovirus</i>	<i>Entamoeba histolytica</i>
<i>Clostridium difficile</i>	<i>Coronavirus</i>	<i>Isospora belli</i>
<i>Bacillus cereus</i>	<i>Calicivirus</i>	<i>Microsporidium</i>
<i>Campylobacter (coli, jejuni)</i>	<i>Cytomegalovirus</i>	
<i>Klebsiella</i>	<i>Astrovirus</i>	
<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Norovirus</i>	
<i>Yersinia enterocolitica</i>		
<i>Vibrio cholerae</i>		

Remarcă: Conform recomandărilor OMS escherichiile patogene se mai numesc diareegene și în funcție de patogenitatea și toxigenitatea lor se repartizează în 5 categorii: enteropatogene (EPEC), enteroinvazive (EIEC), enterotoxigene (ETEC), enterohemoragice (EHEC), enteroagregative (EAEC). Escherichiozele dețin un loc important în patologia sugarului și a copiilor mici.

Tabelul 2. Clasificarea escherichiilor diareegene [32,40]

Categoria escherichiilor	Serotipuri
Enteropatogene (EPEC)	(I) - O ₅₅ , O ₈₆ , O ₁₁₁ , O ₁₁₉ , O ₁₂₅ , O ₁₂₆ , O _{128ab} , O ₁₄₂ , (II) - O ₁₈ , O ₄₄ , O ₁₁₂ , O ₁₁₄
Enteroinvazive (EIEC)	O _{28ac} , O ₂₉ , O ₁₂₄ , O ₁₃₆ , O ₁₄₃ , O ₁₄₄ , O ₁₅₂ , O ₁₆₄ , O ₁₆₇ .
Enterotoxigene (ETEC)	O ₆ , O ₈ , O ₁₅ , O ₂₀ , O ₂₅ , O ₂₇ , O ₆₃ , O ₇₈ , O ₈₀ , O ₈₅ , O ₁₁₅ , O _{128ac} , O ₁₃₉ , O ₁₄₈ , O ₁₅₃ , O ₁₅₉ , O ₁₆₇
Enterohemoragice (EHEC)	O ₁₅₇ , O ₁₂₆ , O ₁₄₅
Enteroagregative (EAEC)	O ₁₅₆

Actualmente bolile diareice acute sunt clasificate după factorul etiologic, confirmat în baza datelor investigațiilor specifice, care permit depistarea formelor nosologice ale IIA (Shigelloza, salmoneloza, etc.). În lipsa confirmării de laborator, diagnosticul se stabilește după localizarea topică a procesului patologic (enterită, gastroenterită, enterocolită, gastroenterocolită).

Printre diareile virale rotaviroza ocupă un loc de frunte, înregistrându-se cel mai frecvent la copiii de vîrstă fragedă.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească: echipe profil general și specializat 903 (112)		
Descriere (măsur)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
Protecția personalului	Protejarea de la contact cu lichidele biologice, de la expunere la agenții infecțioși se efectuează în timpul examenului clinic al pacientului.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Protecția personalului prin utilizarea articolelor de protecție (halate, măști, mănuși) • Spălarea pe mâini cu săpun și apă curată
1. Diagnosticul		
1.1. Diagnosticul preliminar C.2.3	Diagnosticul precoce a BDA permite prevenirea răspândirii bolii și inițierea terapiei de rehidratare corectă și precoce favorizând reducerea considerabilă a complicațiilor și a sechelelor.	Obligatoriu <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza clinico-epidemiologică (caseta 8) • Date obiective (casele 9-23, tabelul 3, Algoritmul C.1.2)
2. Tratamentul		
2.1. Tratamentul stărilor de urgență la etapa prespitalicească C.2.3.6.2	Inițierea la timp a tratamentului de urgență suprimă progresia bolii și va preveni dezvoltarea de consecințe severe [4,28,46,49,51].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Acordarea primului ajutor la etapa prespitalicească în formele severe ale BDA (caseta 32, Algoritmul C.1.1)
2.2. Luarea deciziei versus necesitate în spitalizare C.2.3.5		Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Aprecierea criteriilor de severitate a bolii (caseta 7) • Evaluarea criteriilor de spitalizare (caseta 25; algoritmul C.1.1)
3. Transportarea		
3.1. Transportarea pacienților cu BDA în secțiile de boli infecțioase ale spitalelor raionale, municipale sau în spitalele de boli contagioase C.2.3.6.2	Stabilizarea și monitorizarea funcțiilor vitale permite evaluarea complicațiilor și transportarea pacientului în staționarul de profil.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Aprecierea criteriilor de stabilizare și asigurarea posibilităților de transport (casele 26, 27, 29, 30, 31; Algoritmul C.1.1)

B.2. Nivel de asistență medicală primară		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
Protecția personalului	Protejarea de la contact cu lichidele biologice, de la expunere la agenții infecțioși se efectuează în timpul examenului clinic al pacientului.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Protecția personalului prin utilizarea articolelor de protecție (halate, măști, mănuși) • Spălarea pe mâini cu săpun și apă curată
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia specifică <i>C.2.2.1</i>		Nu se aplică
1.2. Măsurile antiepidemice în focar <i>C.2.2.2</i> <i>C.2.3</i>	Scopul – localizarea infecției [8, 13, 18, 22, 23, 30, 31, 32, 38, 42, 45, 47, 50].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Depistarea precoce a bolnavilor, izolarea lor la domiciliu, sau la necesitate, spitalizarea lor (<i>caseta 8, 25</i>); • Declararea cazului la CSP teritorial (prezentarea formularului nr.058/e pe hârtie sau în sistemul electronic) cu diagnosticul primar și final; • Examenele clinic și bacteriologic al persoanelor de contact; • Evidența și supravegherea medicală zilnică a persoanelor de contact. • Dezinfecție curentă (<i>Algoritmul C.1.2</i>)
2. Diagnosticul		
2.1. Diagnosticul preliminar al BDA și evaluarea severității bolii <i>C.2.3</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Anamneza clinico-epidemiologică permite suspectarea BDA [18, 23, 32, 50]. • Datele obiective permit diagnosticarea BDA [2, 3, 6, 30, 40, 46, 50, 51]. • Determinarea precoce a gradului de urgență în BDA va permite asistența prespitalicească la timp corectă și prevenirea dezvoltării de consecințe severe [44, 49, 50, 51]. 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza clinico-epidemiologică (<i>caseta 8, Algoritmul C1.2</i>); • Date obiective (<i>caselele 9-21</i>); • Diagnosticul diferențial (<i>tabelele 6,7</i>); • Determinarea gradului de urgență și a transportabilității pacientului (<i>caseta 25,26, Algoritmul C.1.1</i>). Recomandabil: Investigații de laborator (tabelul 4)

<p>2.2. Confirmarea diagnosticului etiologic al BDA și evaluarea gradului de severitate a bolii C.2.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinul MS RM Nr.385 din 12 octombrie 2007 „Cu privire la aprobarea definițiilor de caz pentru supravegherea și raportarea bolilor transmisibile în RM” [23, 31]. 	<p>În focarul în care există cazuri confirmate diagnosticul se stabilește în baza datelor clinico-epidemiologice (<i>casetele 9-21</i>) Obligatoriu: Investigații microbiologice a cazurilor suspecte la BDA (<i>tabelul 4</i>) <i>Notă:</i> la suspectarea BDA cu etiologie virală (Rotavirus, etc.) investigațiile se organizează conform documentelor respective în vigoare.</p>
<p>2.3. Luarea deciziei versus necesitatea consultației specialistului și/sau spitalizării C.2.3.5</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Consultația infecționistului, pediatrului, chirurgului (la necesitate). <p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>caseta 25, Algoritmul C.1.1</i>)
<p>3. Tratamentul</p>		
<p>3.1. Tratamentul stărilor de urgență la etapa prespitalicească C.2.3.6.2</p>	<p>Inițierea la timp a tratamentului de urgență suprimă progresia bolii și va preveni dezvoltarea de consecințe severe [4, 28, 46, 49, 51].</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul BDA, forme severe, la etapa prespitalicească (<i>caseta 32</i>)
<p>3.2. Tratamentul BDA forme, ușoare și medii, la domiciliu C.2.3.6</p>	<p>Inițierea la timp a tratamentului în BDA va preveni progresia bolii și apariția de complicații [4, 28, 44, 46, 49, 51].</p>	<p>Recomandabil (în caz de prezență a condițiilor de izolare la domiciliu și a supravegherii medicale la fiecare 2-3 zile):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antipiretice (la febră); • Aport de lichide – SRO, etc. • Continuarea alimentației. <p>(<i>tabelul 8, casete 26-31</i>)</p>
<p>4. Supravegherea</p>		
<p>4.1. Supravegherea pacienților cu BDA, tratați la domiciliu C.2.3.6</p>	<p>Va permite depistarea semnelor de progresie a bolii, la instalarea acestora, pacientul este obligat apariția căror semne să revină imediat la lucrătorul medical [9, 24, 44, 51].</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supravegherea pacientului și aprecierea eficienței tratamentului, caracterului evoluției bolii (după 48 – 72 de ore), vizită activă. • Informarea mamei (altor persoane de îngrijire) despre eventualele semne, când va trebui să revină imediat la lucrătorul medical. • Reevaluarea criteriilor de spitalizare (<i>tabelul 8, caseta 25</i>).

4.2. Supravegherea postexternare (dispensarizarea) a convalescenților, după suportarea BDA C.2.3.	Scopurile: 1. Tratamentul convalescenților. 2. Evaluarea și tratamentul sechelelor BDA (în comun cu medicii specialiști).	Obligatoriu: • Dispensarizarea se va efectua cu consultația specialiștilor (la necesitate) (caseta 38)
5. Recuperarea		• Conform programelor existente de recuperare și recomandărilor specialiștilor.

B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (infecționist, pediatru-infecționist)		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
Protecția personalului	Protejarea de la contact cu lichidele biologice, de la expunere la agenții infecțioși se efectuează în timpul examenului clinic al pacientului.	Obligatoriu: • Protecția personalului prin utilizarea articolelor de protecție (halate, măști, mănuși). • Spălarea pe mâini cu săpun și apă curată.
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia specifică C.2.2.1		Nu se aplică.
1.2. Măsurile antiepidemice în focar C.2.2.2 (algoritm C.1.2)	Scopul – localizarea infecției [8, 13, 18, 22, 23, 30, 31, 32, 38, 42, 45, 47, 50].	Obligatoriu: • Depistarea precoce a bolnavilor, izolarea , sau la necesitate, spitalizarea lor (caseta 8, 25, Algoritm C1.2); • Declararea cazului la CSP teritorial (prezentarea formularului nr.058/e pe hîrtie sau în sistemul electronic) cu diagnosticul primar și final; • Examenul clinic și bacteriologic al persoanelor de contact; • Evidența și supravegherea medicală zilnică a persoanelor de contact. • Dezinfecția curentă (Algoritm C1.2)
2. Diagnosticul		
2.1. Diagnosticul preliminar al BDA și evaluarea severității bolii C.2.3	• Anamneza clinico-epidemiologică permite suspectarea BDA [18, 23, 31, 50].	Obligatoriu: • Anamneza clinico-epidemiologică (caseta 8);

	<ul style="list-style-type: none"> • Datele obiective permit diagnosticarea BDA [2, 3, 6, 30, 40, 46, 50, 51]. • Determinarea precoce a gradului de urgență în BDA va permite asistența prespitalicească la timp, corectă și prevenirea dezvoltării de consecințe severe [44, 49, 50, 51]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Date obiective (<i>casetele 9-21</i>); • Diagnosticul diferențial (<i>tabelele 6-7</i>); • Determinarea gradului de urgență și a transportabilității pacientului (<i>caseta 25, algoritmul C.1.1</i>). <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigații de laborator (tabelul 1; <i>Algoritmul C.1.1</i>)
2.2. Confirmarea diagnosticului etiologic de BDA C.2.1 C.2.3.3	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinul MS RM Nr.385 din 12 octombrie 2007 „Cu privire la aprobarea definițiilor de caz pentru supravegherea și raportarea bolilor transmisibile în RM” [23, 31]. 	<p>În focare la primele cazuri se identifică agentul etiologic prin metode microbiologice, ulterior pentru celelalte cazuri, cu manifestare clinică similară, diagnosticul poate fi stabilit în baza datelor clinico-epidemiologice (<i>casetele 8-21</i>)</p> <p>Obligatoriu: Investigații bacteriologice a cazurilor suspecte la BDA (<i>tabelul 4</i>)</p> <p>Recomandabil: <i>Notă:</i> la suspectarea BDA cu etiologie virală (Rotavirus, etc.) investigațiile se organizează conform documentelor respective în vigoare.</p>
2.3. Luarea deciziei versus necesitatea în consultația altor specialiști și/sau spitalizării C.2.3.5		<ul style="list-style-type: none"> • Consultația pediatrului, chirurgului, ORL (la necesitate); <p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>caseta 25</i>)
3.Tratamentul		
3.1. Tratamentul stărilor de urgență la etapa prespitalicească C.2.3.6.2	Inițierea la timp a tratamentului de urgență suprimă pro-gresia bolii și va preveni dezvoltarea de consecințe severe [4,28,46,49,51].	Obligatoriu:
3.2. Tratamentul BDA, forme ușoare și medii, la domiciliu C.2.3.6.1	În majoritatea cazurilor acești pacienți nu necesită spitalizarea. Inițierea precoce a tratamentului va preveni progresarea bolii. [4, 28, 44, 46, 49, 51].	Recomandabil (în caz de prezență a condițiilor de izolare la domiciliu și a supravegherii medicale la fiecare 2-3 zile):
		<ul style="list-style-type: none"> • Antipiretice (la febră); • Aport de lichide – SRO, etc. • Continuarea alimentației. (<i>caseta 26-31, tabelul 8</i>)

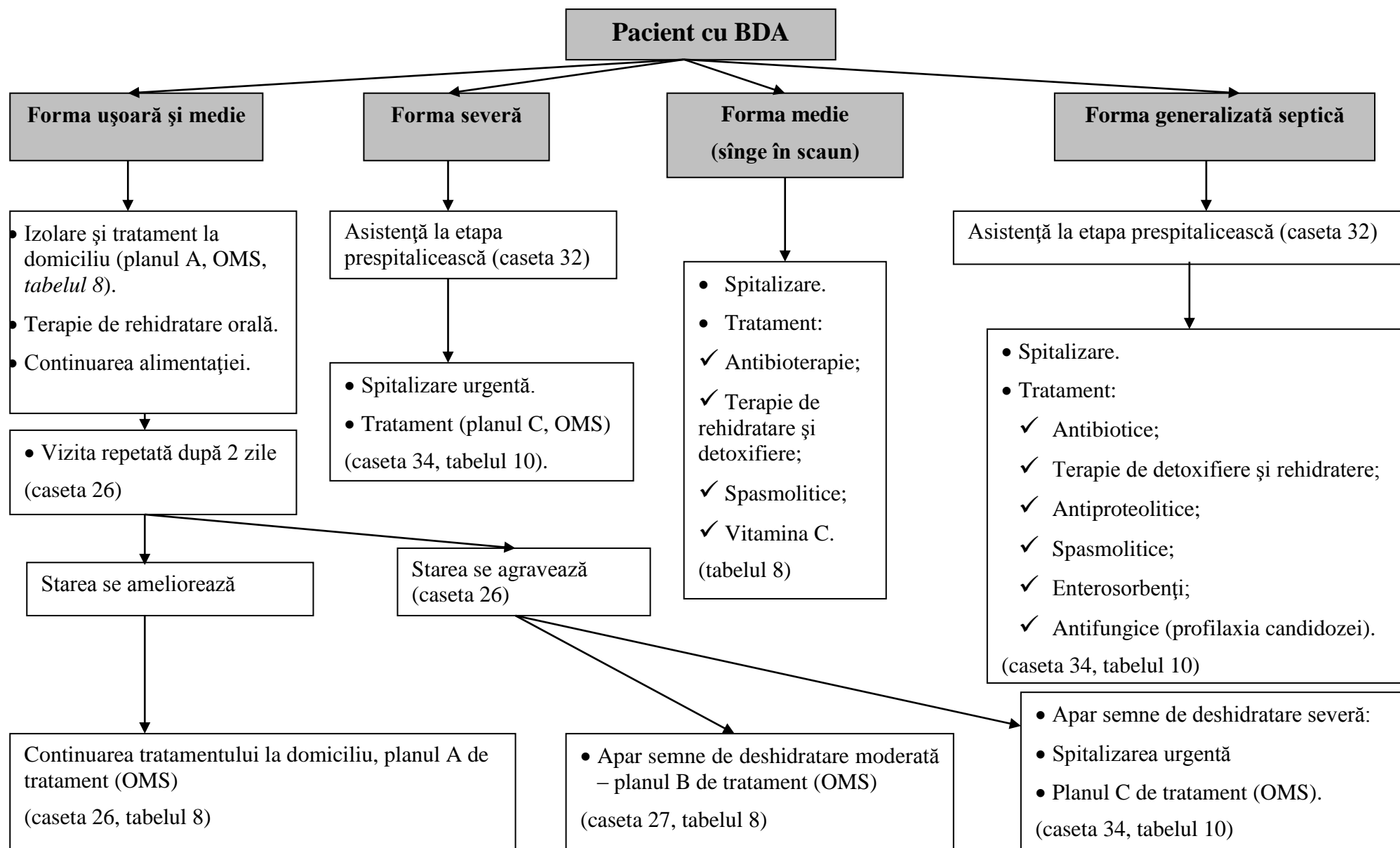
Nota: toate activitățile se efectuează de colaborare cu medicului de familie.

B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
Protecția personalului	Protejarea de la contact cu lichidele biologice, de la expunere la agenții infecțioși se efectuează în timpul examenului clinic al pacientului.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Protecția personalului prin utilizarea articolelor de protecție (halate, măști, mănuși) • Spălarea pe mâini cu săpun și apă curată
1. Profilaxia		
1.1. Măsurile antiepidemice C.2.2.2		Obligatoriu: <i>Algoritmul C.1.3. Algoritmul de profilaxie a BDA nozocomiale.</i>
2. Spitalizarea		
C.2.3.5	Vor fi spitalizați pacienții care prezintă cel puțin un criteriu de spitalizare [9, 24, 44, 49, 51].	<ul style="list-style-type: none"> • Pacienții cu BDA se vor spitaliza în secții de boli infecțioase ale spitalelor raionale (municipale) și în spitalele clinice de boli contagioase (<i>caseta 25</i>) • În secțiile de Reanimare și Terapie intensivă se vor spitaliza copiii cu BDA, forme severe și/sau stări urgente.
3. Diagnosticul		
3.1. Diagnosticul preliminar al BDA și evaluarea gradului de severitate a bolii C.2.3	Tactica de conduită a pacientului cu BDA și alegerea tratamentului medicamentos în funcție de severitatea bolii, forma clinică, complicațiile posibile precum și de factorii de risc individual și maladiile concomitente (premorbidul nefavorabil) [9, 24, 44, 45, 47, 48, 51].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza clinico-epidemiologică (<i>caseta 8</i>) • Date obiective (<i>casetele 9-21</i>) • Examenul de laborator: (<i>tabelele 4, 5; algoritmul 1.1</i>) • Diagnosticul diferențial (<i>tabelele 6,7</i>) • Determinarea gradului de urgență (<i>caseta 25</i>) Luarea deciziei versus necesitatea consultației specialiștilor: a chirurgului, a ORL-istului (<i>la necesitate</i>).

		Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> Investigații de laborator:(tabelul 4)
3.2.Confirmarea diagnosticului etiologic ale BDA C.2.1 C.2.3	<ul style="list-style-type: none"> Ordinul MS RM Nr.385 din 12 octombrie 2007 „Cu privire la aprobarea definițiilor de caz pentru supravegherea și raportarea bolilor transmisibile n RM” [23, 31]. 	În epidemii diagnosticul se stabilește în baza datelor clinico-epidemiologice (<i>casetele 8-21</i>) Obligatoriu: Investigații microbiologice a cazurilor suspecte de BDA Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigații virusologice a primelor cazuri suspecte la BDA de etiologie virală (rotavirus) ✓ Reacția de hemaglutinare indirectă cu diagnosticum de Shigele, Salmonelle, Escherichii, Yersinii (<i>tabelul 4</i>)
4. Tratamentul		
4.1. Continuarea tratamentul stărilor de urgență C.2.3.6.2	Continuarea tratamentului stărilor de urgență va preveni dezvoltarea de complicații severe [4, 12, 28, 46, 49, 51].	Obligatoriu (numai în stări de urgență): <ul style="list-style-type: none"> Se va continua tratamentul inițiat la etapa prespitalicească (<i>casete 32</i>).
4.2. Tratamentul BDA conform formelor clinice C.2.3.6.1 C.2.3.6.3	În majoritatea cazurilor de BDA spitalizarea nu este necesară [9, 24, 44, 51].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Tratamentul BDA se va efectua conform formelor clinice și severității bolii (<i>tabelele 8, 9, 10; casetele 26-35</i>)
5. Externarea		
5.1. Externarea, nivel primar de tratament (în perioada de convalescență) și de supraveghere C.2.3.8	Externarea pacientului se recomandă după vindecarea completă sau după ameliorarea stării generale, în lipsa de complicații.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Conform criteriilor de externare (<i>casete 37</i>). Eliberarea extrasului din foaia de observație care va conține obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnosticul confirmat. ✓ Rezultatele investigațiilor efectuate. ✓ Tratamentul efectuat. ✓ Recomandările explicite pentru pacient. ✓ Recomandările pentru medicul de familie.

C.1. Algoritmi de conduită

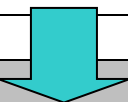
C.1.1. Algoritm de conduită a pacientului cu BDA [9, 24].



C.1.2. Algoritmul măsurilor de prevenire a BDA

Prevenirea bolilor cu mecanism de transmitere fecalo-oral și protecția sănătății

- Asigurarea populației cu apă și produsele alimentare inofensive
- Pregătirea și păstrarea produselor alimentare conform cerințelor igienice, prelucrarea (tratarea) apei potabile
- Salubritatea teritoriilor, combaterea insectelor și rozătoarelor
- Respectarea igienei personale
- Alimentația naturală a copiilor
- Promovarea sănătății și prevenirea bolilor

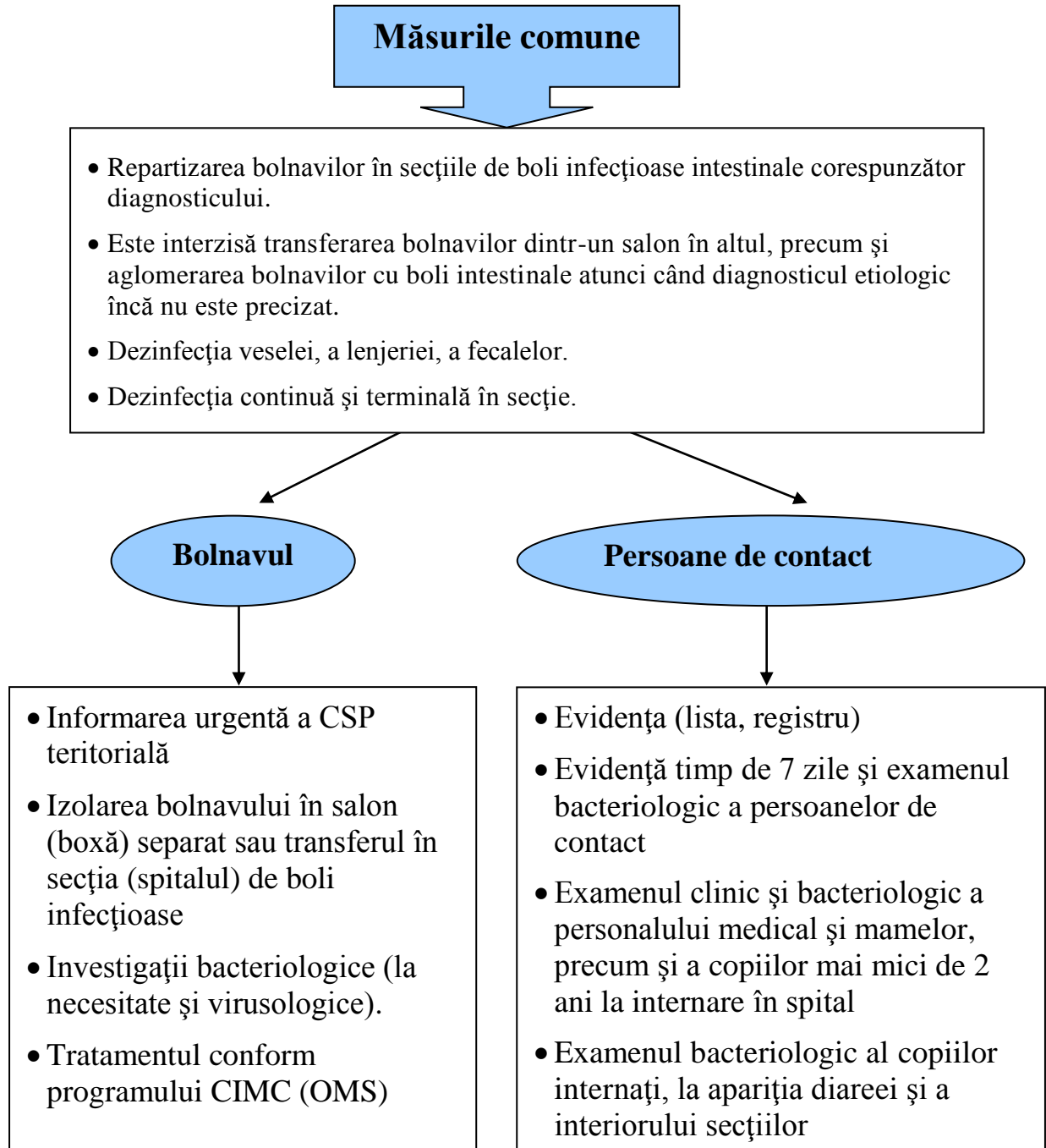


Măsuri de prevenție primară a BDA

- depistarea precoce (activă și pasivă) și izolarea bolnavilor (în caz de suspjecție la holeră spitalizarea este obligatorie) cu aplicarea tratamentului adecvat;
- notificarea urgentă la CSP teritoriale a fiecărui caz de boală;
- ancheta epidemiologică a focarului: pentru toate cazurile de BDA, inclusiv holeră, febră tifoidă și paratifoidă, yersinioză, focarelor cu cazuri multiple de diaree (2 și mai multe cazuri), toate cazurile de deces cauzate de BDA, toate cazurile BDA la copii pînă la 6 ani;
- determinarea limitelor focarului;
- colectarea probelor de la pacient, din mediul ambiant și de la persoanele care au fost în contact cu bolnavul;
- dezinfecția terminală sau curentă în focare, dezinfecția profilactică;
- efectuarea profilaxiei de urgență (conform indicațiilor suplimentare);
- supravegherea medicală a persoanelor de contact în focare (persoanelor suspectate la holeră sau bolnavilor de BDA din focarele de holeră li se aplică aceleași măsuri ca și bolnavilor de holeră);
- externarea bolnavilor după examene bacteriologice și evidența lor;
- externarea din staționar a copiilor cu șigeloză, salmoneloză confirmate prin metode microbiologice, instituționalizați în instituții de educație, instruire și de odihnă, se va efectua după o coprocultură negativă, efectuată peste două zile de la finalizarea tratamentului antibacterian;
- copiii cu salmoneloze sau shigelloze tratați în staționar sau la domiciliu, vor fi supravegheați de către medicul de familie și/sau medicul infecționist timp de 2 săptămîni după externare sau cu tratament ambulator și coprocultură negativă;
- în cazul depistării rezultatului pozitiv a coproculturii, copilul va fi consultat de către infecționist care va decide tratamentul în continuare după care se vor efectua 2 coproculturi la interval de 2 zile de la finalizarea tratamentului;
- copiii care au suportat shigeloză, salmoneloză, vor fi admiși în instituții de educație, instruire și de odihnă după o coprocultură negativă, efectuată la două zile de la finalizarea tratamentului, în baza certificatului eliberat de către medicul de familie.

C.1.3. Algoritmul de profilaxie a BDA nozocomiale

Caz de BDA la un copil din secția somatică sau chirurgicală



C. 2. Descrierea metodelor, tehnicilor și procedurilor

C.2.1. Clasificarea formelor clinice

C.2.1.1. Clasificarea formelor clinice în shigelloză [4, 50]

Caseta 1. Clasificarea shigellozei conform tipului de boală

Forme clinice:

- Forma tipică
- Forma atipică:
 - ✓ asimptomatică (*inaparentă*);
 - ✓ frustă;
 - ✓ tip toxiinfecție alimentară;
 - ✓ dispeptică (*la sugari*);
 - ✓ hipertoxică.

Caseta 2. Clasificarea shigellozei conform gradului de severitate a bolii

Forme clinice:

- Ușoară
- Medie
- Severă:
 - A. cu predominarea sindromului toxic
 - B. cu predominarea sindromului colitic
 - C. mixtă.

Caseta 3. Clasificarea shigellozei în funcție de durata și de evoluția bolii

Forme clinice:

- abortivă (2 zile);
- acută (1 lună);
- trenantă (2-3 luni);
- cronică (mai mult de 3 luni):
 - ✓ continuă
 - ✓ recidivantă
- ✓ fără complicații;
- ✓ cu complicații;
- ✓ cu acutizări.

C.2.1.2. Clasificarea formelor clinice în salmoneloză [4, 50]

Caseta 4. Clasificarea salmonelozei conform tipului de boală

Forme clinice:

- **Forma gastrointestinală:**
 - ✓ gastritică;
 - ✓ gastroenteritică;
 - ✓ gastroenterocolitică.
- **Forma generalizată:**
 - ✓ forma tifoidică;
 - ✓ forma septică.
- **Forma atipică:**
 - ✓ frustă;
 - ✓ inaparentă.

- **Stare de portaj de salmonele:**

- ✓ acută (pînă la 1 lună);
- ✓ trenantă (1-3 luni);
- ✓ cronică (>3 luni);
- ✓ portaj sănătos.

C.2.1.3. Clasificarea formelor clinice în escherichioze [40, 46, 50]

Caseta 5. Clasificarea escherichiozei conform tipului de boală

Forme clinice:

- **Forme gastrointestinale:**

- ✓ gastroenteritică;
- ✓ gastroenterocolitică;
- ✓ enterocolitică.

- **Forme generalizate:**

- ✓ forma septică;
- ✓ forma tifoidă;
- ✓ meningită;
- ✓ pielonefrită;
- ✓ pneumonie.

Caseta 6. Clasificarea escherichiozei conform gradului de severitate a bolii

Forme clinice:

- ✓ Ușoară
- ✓ Medie
- ✓ Severă

Caseta 7. Criteriile de evaluare a gradului de severitate a BDA:

- **Criterii generale:**

- ✓ sindromul neurotoxic
- ✓ dereglări metabolice
- ✓ dereglări cardiovasculare
- ✓ gradul de deshidratare
- ✓ forme generalizate

- **Criterii locale:**

- ✓ aspectul scaunelor (afecaloide, cu mucus și striuri de sînge, apoase)
- ✓ dureri abdominale permanente, colici abdominale
- ✓ prolaps rectal, anus beant, anus rezilent
- ✓ frecvența scaunelor:
 - forma ușoară - 5-10 ori/zi;
 - forma medie - 10-20 ori/zi;
 - forma gravă - peste 20 ori/zi

C.2.2 Profilaxia BDA

C.2.2.1. Profilaxia specifică – nu se aplică.

C.2.2.2. Profilaxia nespecifică – măsuri antiepidemice în focar (Algoritmul C.1.2 și C.1.3)

C.2.3 Conduita pacientului cu BDA

Perioada de incubație este de 1-7 zile (mai frecvent 2-3 zile).

În majoritatea cazurilor debutul este brusc, cu febră de 38-39°C, neregulată. Ea poate lipsi în formele ușoare. Tulburările digestive se manifestă prin grețuri, vome, dureri abdominale, scaune diareice cu sau fără incluziuni patologice.

C.2.3.1. Anamneza

Caseta 8. *Recomandări pentru culegerea anamnesticalui*

- **Date epidemiologice:**
 - ✓ Aflarea în ultimele 18 zile peste hotarele țării;
 - ✓ Prezența pacientului în ultimele 7 zile la o festivitate (zi de naștere, sărbători, etc) cu consumarea produselor alimentare;
 - ✓ Modul de alimentare a copilului: alăptarea naturală sau alimentația artificială;
 - ✓ Consumarea apei potabile din fântână, izvor, etc. și ne tratată termic;
 - ✓ Scăldatul, pescuitul în ultimele 7 zile (unde)
 - ✓ Contact direct cu un bolnav cu diaree;
 - ✓ Contact direct cu o persoană purtătoare de germeni diareogeni (enterobacterii, virusuri, etc.);
 - ✓ Situație epidemică cu BDA în zona geografică;
 - ✓ Cazuri de BDA în instituția preșcolară, școlară etc.;
 - ✓ Pacient din focar de BDA;
 - ✓ Nerespectarea igienei personale;
 - ✓ Utilizarea alimentelor posibil contaminate, cu termen expirat, păstrate incorect sau pregătite în condiții antisantitare;
 - ✓ Îmbolnăviri în grup a persoanelor ce au utilizat același produs;
 - ✓ Prezența unor focare epidemice în colectivități;

- **Date clinice – sindroamele de bază:**
 - **Sindromul toxic:**
 - ✓ febră,
 - ✓ slăbiciune,
 - ✓ scăderea poftei de mâncare, anorexie,
 - ✓ vome repetate;
 - ✓ În formele severe: hipertermie, astenie, adinamie, cefalee, somnolență, tulburări de conștiință, convulsii, semne meningiene, dereglări cardiovasculare, șoc endotoxic (presiunea arterială scade, cianoză, acrocianoză, extremități reci, hipotermie).

 - **Sindromul gastrointestinal:**
 - ✓ dureri abdominale,
 - ✓ tenesme,
 - ✓ flatulență,
 - ✓ spasm sigmoidian,
 - ✓ diaree: aspectul scaunelor și frecvența lor (sărace sau voluminoase, apoase, nedigerate, frecvente, afecaloide, cu mucus și striuri de sânge)

 - **Semne de deshidratare (anexa 3)**

C.2.3.2 Manifestările clinice în diverse BDA

C.2.3.2.1 Manifestările clinice în shigelloză forme tipice

Caseta 9. *Shigelloza forma ușoară* (50-80%)

- ✓ subfebrilitate (37,5-38,0°C) de scurtă durată;
- ✓ vome unice (sau absente);
- ✓ dureri și garguiment pe traiectul intestinului gros, spasm sigmoidian (în unele cazuri), tenesme absente;
- ✓ scaune de 5-10 ori pe zi, fecaloide cu mucus tulbure în cantități mici, rareori cu striuri de sânge;
- ✓ uneori la copii colita se asociază cu enterită, scaunele fiind abundente, lichide, neprelucrate, fecaloide cu mucus, durerile abdominale sunt localizate în zona periumbilicală;
- ✓ tulburări cardiovasculare, neurologice, semne de deshidratare absente.

Caseta 10. *Shigelloza forma medie* (20-40%)

- ✓ febră 38–39°C cu durată de 2-4 zile;
- ✓ vome repetate, apetit scăzut;
- ✓ tegumente și mucoase palide;
- ✓ limbă uscată, saburală;
- ✓ colici abdominale, tenesme, chemări false;
- ✓ garguiment în abdomen, spasm sigmoidian pronunțat, anus beant, anus rezilent;
- ✓ scaune de 10-20 ori în zi, sărace, fecaloide cu mucus și striuri de sânge;
- ✓ zgomotele cardiace frecvente, asurzite;
- ✓ tensiunea arterială normală sau crescută;
- ✓ semne de deshidratare moderată la copiii de vîrstă fragedă.

Caseta 11. *Shigelloză forma severă*

- ✓ mai frecvent apare la copii în vîrstă de 1-4 ani;
- ✓ debut acut, brutal, febră 39-40°C cu frison;
- ✓ vome repetate;
- ✓ convulsii, somnolență, astenie, adinamie sau hiperexcitabilitate psihomotorie, cefalee, vertij, semne de iritație meningiană
- ✓ tensiunea arterială scăzută (posibil colaps);
- ✓ respirație aritmică, tahipnee;
- ✓ colici abdominale difuze, tenesme; spasm sigmoidian;
- ✓ hepatomegalie;
- ✓ scaune foarte frecvente, în debut fecaloide, fetide, apoi sărace, sanguinolente;
- ✓ anus beant, anus rezilent;
- ✓ semne de deshidratare moderată sau severă;
- ✓ complicații frecvente.

C.2.3.2.2. Manifestările clinice în shigelloză forme atipice

Caseta 12. *Shigelloza, forme atipice:*

- **Forma asimptomatică (inaparentă)**
 - ✓ semne clinice absente
- **Forma frustă**
 - ✓ semne de intoxicație absente;
 - ✓ temperatură corpului normală;
 - ✓ scaune de 1-2 ori în 24 ore lichide sau moi cu mucus;

- ✓ dureri abdominale moderate;
- ✓ colonul sigmoid sensibil la palpare.
- **Forma dispeptică** (*la copiii în primul an de viață*)
 - ✓ debut treptat, lent;
 - ✓ temperatura corpului normală;
 - ✓ starea generală nealterată;
 - ✓ vome absente;
 - ✓ scaune dispeptice, apoase, nedigerate, fără mucus și striuri de sînge.
- **Forma clinică de tip toxiinfecție alimentară**
 - ✓ debutul acut cu semne de intoxicație progresive, febră, frisoane;
 - ✓ paliditate sau cianoză tegumentară;
 - ✓ vome repetate;
 - ✓ convulsii;
 - ✓ insuficiență cardiovasculară (pînă la stare de colaps);
 - ✓ dureri abdominale difuze;
 - ✓ scaune lichide, abundente, apoase, cu miros fetid, de culoare verzuie.
- **Forma hipertoxică**
 - ✓ din debut toxicoza severă cu afectarea sistemului nervos central și cardiovascular;
 - ✓ convulsii;
 - ✓ pierderea conștienței;
 - ✓ scăderea bruscă a tensiunii arteriale;
 - ✓ cianoză, acrocianoză, extremități reci;
 - ✓ șoc toxiinfecțios;
 - ✓ uneori decesul survine preventiv diareei.

C.2.3.2.3. Manifestările clinice în salmoneloză forma gastrointestinală

Caseta 13. Salmoneloză, forma gastritică – mai frecvent la copiii de vîrsta mai mare de 3 ani, rareori la sugari (1-3%)

- ✓ debut acut cu greață, vomă;
- ✓ temperatură subfebrilă sau normală;
- ✓ semne de intoxicare și deshidratare moderate;
- ✓ dureri în epigastru, apetit diminuat;
- ✓ limbă saburală.

Caseta 14. Salmoneloză, forma gastroenteritică (50-60%)

- ✓ simptomele formei gastritice și
- ✓ scaune lichide, abundente, spumoase de culoare verzuie, fetide;
- ✓ dureri abdominale difuze;
- ✓ abdomenul balonat, garguismente;
- ✓ semne de intoxicație și deshidratare pronunțate.

Caseta 15. Salmoneloză, forma gastroenterocolitică (25-35%)

- ✓ debut cu semne de gastroenterită;
- ✓ în a 2-3-a zi a bolii sau chiar peste o săptămână apar simptome caracteristice colitei:
 - dureri spastice abdominale;
 - scaune sărace, cu mult mucus verzui,
 - la 15-20% din copii și cu striuri de sînge;
- ✓ semne de intoxicație, febră;
- ✓ abdomenul balonat sau excavat;
- ✓ colonul spasmă, dureros;

- ✓ anus beant, anus rezilent;
- ✓ adesea se înregistrează hepatosplenomegalie;
- ✓ complicații frecvente.

Tabelul 3. Manifestările clinice ale salmonelozei forma gastrointestinală conform gradului de severitate a bolii

Forma clinică	Manifestările clinice
Ușoară	<ul style="list-style-type: none"> - simptomele de intoxicație lipsesc sau sunt discrete; - temperatura nu depășește 38°C, timp de 1-2 zile; - voma lipsește sau se produce de 1-2 ori; - frecvența scaunelor lichide pînă la 10 ori în 24 ore.
Medie	<ul style="list-style-type: none"> - intoxicare pronunțată, febră de 38-39,5°C; - adinamie, cefalee, mialgii, insomnie, anorexie; - paliditatea tegumentelor; - deshidratare moderată; - vomă repetată; - dureri abdominale moderate, inconstante; - scaune lichide cu mucus, pînă la 20 în 24 ore.
Severă	<ul style="list-style-type: none"> - simptome de neurotoxicoză: dereglări de conștientă, hipertermie, halucinații, convulsii, vertij, sincope; - tegumentele și mucoasele palide, cianotice; - tensiunea arterială descrește pînă la 30-40 mm/Hg; - pulsul frecvent, filiform; - zgomotele cardiace asurzite, limitele cordului lărgite, suflu sistolic la apex; - modificări caracteristice miocarditei toxice: ECG – crește intervalul QRS, amplituda căruia descrește, inversarea undei T, se marchează depresia segmentului ST, se mărește perioada sistolei; - deshidratare severă.

C.2.3.2.4. Manifestările clinice în salmoneloză forme generalizate

Caseta 16. *Forme generalizate în salmoneloză, manifestări clinice*

- **Forma septică** (frecventă la copii de vîrstă fragedă)
 - ✓ frecventă în cazurile de contaminare cu serovariante spitalicești (Salm.typhimurium);
 - ✓ tabloul clinic este similar septicemiilor de altă etiologie;
 - ✓ focare purulent-destructive se pot instala în plămâni, pleură, pericard, encefal, meninge, oase, ficat, rinichi și alte organe;
 - ✓ dereglările gastrointestinale lipsesc sau apar pe parcursul bolii;
 - ✓ hepatită parenchimatousă toxică (1 %);
 - ✓ nefrită toxică;
 - ✓ SCID.
- **Forma tifoidică** (0,5-1%)
 - ✓ apare mai frecvent la copii de vîrstă școlară;
 - ✓ debut acut cu febră, intoxicație (cefalee, adinamie, inapetență, insomnie);
 - ✓ tegumente palide, cianotice, uscate;
 - ✓ abdomenul ușor balonat;
 - ✓ hepatomegalie din primele zile, splenomegalie – din a 4-6-a zi în 20-25% din cazuri;
 - ✓ la a 5-9-a zi apar erupții unice rozeoloase care dispar peste 1-3 zile;

- ✓ tahicardia trece în bradicardie, zgomotele cardiace sunt atenuate;
- ✓ tensiunea arterială scăzută;
- ✓ dereglările gastrointestinale sunt moderate sau lipsesc.

C.2.3.2.5. Manifestările clinice în escherichioze

Caseta 17. *Escherichioza cu Escherichia coli enteropatogenă*

- **Forme tipice de gravitate medie:**
 - ✓ debutul acut, la 30% de pacienți mai lent;
 - ✓ temperatura crește în 2-3 zile;
 - ✓ sindroame clinice de bază: toxic și de deshidratare;
 - ✓ vome persistente, dar nu frecvente;
 - ✓ scaune lichide, nedigerate, apoase, de culoare galbenă intensă, fără incluziuni patologice sau cu puțin mucus transparent;
 - ✓ abdomenul dureros, balonat, gargușment intestinal;
 - ✓ tahipnee, tahicardie;
 - ✓ simptome de deshidratare moderată.
- **Forma tipică severă (4-6% din cazuri):**
 - ✓ febra 38-39°C de durată;
 - ✓ vomă frecventă, uneori cu aspect „zaț de cafea”;
 - ✓ deshidratare severă progresivă;
 - ✓ semne clinice de hipopotasemie: adinamie, hiporeflexie, hipotonie musculară ce conduce la ileus paralytic, hipotensiune arterială, modificări din partea cordului – zgomotele asurzite, suflu sistolic, limite extinse, pe ECG – intervalul Q-T se mărește, voltaj diminuat, se reduce unda T, poate fi sub linie, apare unda suplimentară U. Valorile potasiului plasmatic reduse brusc și considerabil (sub 3 mmol/l);
 - ✓ sunt posibile forme grave cu predominarea sindromului toxic (șoc toxiinfecțios, neurotoxicoză) la copii cu deshidratare moderată.
- **Forma generalizată** – septică, (cazuri excepționale la sugari), se declanșează cu focare diseminate destructiv-purulente (pleurezie; meningoencefalite, pielonefrită, peritonită etc.).

Caseta 18. *Escherichioza cu Escherichia coli enteroinvazivă*

- ✓ debut acut, cu febră 38-39°C, frison;
- ✓ semne de intoxicație evidente;
- ✓ abdomen suplu, colonul sigmoidian spasmă, dureros;
- ✓ dureri abdominale spastice (crampe), tenesme;
- ✓ chemări false;
- ✓ scaune lichide de 5-10 ori în zi, adesea cu mucus și striuri de sânge;
- ✓ maladia durează 5-7 zile, în formele severe un timp mai îndelungat.

Caseta 19. *Escherichioza cu Escherichia coli enterotoxigenă*

- ✓ febra absentă;
- ✓ debut acut cu grețuri, vome repetate;
- ✓ dureri epigastrice intense;
- ✓ scaune lichide, apoase, riziforme pînă la 10-15 în 24 ore;
- ✓ deshidratare moderată, rareori severă, de regulă izotonă;
- ✓ durata bolii – 3-5 zile.

Caseta 20. Escherichioza cu *Escherichia coli* enterohemoragică

- ✓ debut acut;
- ✓ dureri abdominale moderate din debut, apoi se intensifică;
- ✓ grețuri, vome repetate;
- ✓ în debut scaune lichide, frecvente, apoi sanguinolente cu puține materii fecale;
- ✓ se pot declanșa: șocul toxiiinfecțios, sindromul de coagulare intravasculară diseminată, dereglări neurologice – convulsii, pareze, comă, sindromul hemolítico-uremic Gasser (anemie hemolitică, icter, insuficiență renală acută, tulburări neurologice, sindrom hemoragic cu letalitate frecventă);
- ✓ anemie, trombocitopenie, bilirubinemie pe contul fracției neconjugate, uremie, hematurie, proteinurie;
- ✓ sunt posibile forme ușoare și medii.

Caseta 21. Escherichioza cu *Escherichia coli* enteroagregativă

- ✓ se înregistrează la pacienții cu imunitate scăzută;
- ✓ mai frecvent sunt depistate afecțiuni extraintestinale: pielonefrită, cistită, colecistită, colangită;
- ✓ Sunt posibile forme septice

Caseta 22. Particularități clinice și de evoluție a BDA la nou-născuți și sugari

- Nou-născuții și sugarii pot fi atacați de infecțiile generalizate cu salmonelle, iersinii, stafilococi, klebsiele, ECEP, campilobacterii (bacteriemie, septicemie). La sugari sunt frecvente (15-20%) infecțiile intestinale acute mixte (bacteriene, bacterio-virale). Acestea influențează nefavorabil prognosticul.
- La copiii mici și sugari mult mai frecvent apare sindromul enterocolitic. Apar scaune apoase voluminoase cu mucus și striuri de sânge.
- La copiii de vîrstă fragedă cu enterocolită se asociază semne de deshidratare inițial isotonă (pielea uscată, limba saburală, ochii înfundați, plică cutanată se reface lent), care apoi se transformă în deshidratare hipotonă; tulburări metabolice: hipopotasemie, acidoză metabolică, azotemie.
- La sugari și în formele ușoare pot interveni tulburări metabolice în deshidratarea inițial isotonă care apoi se transformă în deshidratare hipotonă.
- Dismicrobismul intestinal ce se instalează la copiii mici favorizează suprainfecțiile virale, bacteriene care agravează starea și pot fi cauză a deceselor.

Caseta 23. Particularități clinice și de evoluție a salmonelozii la nou-născuți și la sugari

- predomină gastroenterocolita persistentă, ondulantă;
- febra este durabilă – pînă la 1-2 săptămâni și ondulantă;
- la majoritatea copiilor se depistează hepatosplenomegalia;
- abdomenul balonat este un semn permanent,
- scaune cu mult mucus (60%), cu sânge (40%), uneori cu mult sânge la fel ca în hemoragii intestinale;
- la 3-5% din copii se declanșează forma septică cu sindrom toxico-septic și toxico-distrofic;
- recidive tardive, cu agravarea stării generale, febră, dereglări gastrointestinale;
- portaj de salmonelle un timp îndelungat: la copii în vîrstă pînă la 1 lună – în 25% din cazuri, de 3 luni și mai mult – în 8-10%;
- complicații frecvente;
- serodiagnosticul imposibil;
- letalitatea majoră – 2-6%.

Caseta 23a. Manifestări clinice și de evoluție în infecția rotavirală la copii

- Debut acut cu febră, vomă, diaree;
- Flatulență
- Scaune apoase afecaloide, uneori albicioase cu mici flocoane, foarte frecvente (pînă la 15-20 pe zi);
- Durata 5-7 zile;
- Complicații rar întâlnite (invaginația intestinală, dismicrobism intestinal)

C.2.3.3 Diagnosticul BDA la copil.

Diagnosticul bolilor diareice acute se stabilește în 2 etape:

- I. - diagnosticul preliminar
- II. - diagnosticul confirmat

Diagnosticul preliminar al BDA poate fi sindromal (topic), în funcție de secțiunea tubului digestiv afectată:

- **Gastrită acută** – debut acut cu febră, dureri și presiune în epigastru, grețuri, vome repetate;
- **Enterita acută** – garguimente, dureri abdominale difuze care apar periodic, scaune diareice apoase, spumoase, voluminoase, nedigerate, de culoare galbenă sau galbenă-verzuie, cu miros acriu, fără incluziuni patologice, cu miros fetid.
- **Gastroenterită acută** – asociere de gastrită și enterită.
- **Enterocolită** – asociere de enterită și colită.
- **Gastroenterocolită**. Se întâlnește în shigeloză, salmoneloză, iersinioză, etc.
- **Colită distală** – dureri spastice în zona infraombilicală stângă, tenesme, spasm sigmoidian, anus beant (sau rezilent) la sugari, scaune afecaloide sărace, cu mucus și striuri de sînge. Acest sindrom este frecvent în shigeloză la copii mari și adulți. La copiii mici și sugari mult mai frecvent apare sindromul enterocolitic.

La etapa a II-a se stabilește *diagnosticul confirmat bacteriologic, virusologic, serologic*. Drept bază a acestuia servesc datele investigațiilor specifice (izolarea agentului cauzal și decelarea anticorpilor specifici)

C.2.3.3.1. Investigații paraclinice în BDA

Tabelul 4. Investigații paraclinice în BDA

Investigația paraclinică	Rezultatele scontate	Nivelul acordării asistenței medicale		
		Nivel AMP	Nivel consultativ	Nivel staționar
Analiza generală a sîngelui	leucocitoză, neutrofilie, VSH accelerată	R	R	O
Analiza generală a urinei	în normă, în formele severe - microhematurie, leucociturie	R	R	O
Analiza urinei după Neciporenko (la necesitate)	leucociturie, hematurie	R	R	R
Coprocitograma	mucus, eritrocite, leucocite, fibre musculare, acizi grași, amidon etc.	R	O	O
Analiza materiilor fecale la ouă de helminți		R	R	O
Coprocultura (grad recomandare B)	depistarea agentului cauzal	O	O	O

Antibiograma	sensibilitatea agentului cauzal depistat	O	O	O
Reacția de hemaglutinare indirectă cu diagnosticul de shigelle, salmonelle, escherichii etc. (grad recomandare C)	creșterea titrelor de anticorpi specifici de 4 și de mai multe ori pe parcursul bolii	-	R	R
ELISA pentru antigenul rotaviral (grad recomandare C)	pozitiv	-	-	R
În forme severe și generalizate suplimentar				
Hemocultura	depistarea agentului cauzal	-	-	O
Urocultura	depistarea agentului cauzal	-	-	O
Cultura lichidului cefalorahidian la fora enteropatogenă	în caz de meningită	-	-	O
Culturile maselor vomitive sau spălăturilor gastrice (<i>la necesitate</i>)	depistarea agentului cauzal	-	-	O
Reacția Latex-aglutinare la fora enteropatogenă	pozitivă	-	-	R
Echilibrul acido-bazic	acidoză metabolică	-	-	O
Ionograma (K, Na, Cl, Ca) sîngelui	hipopotasemie, hiponatriemie, hipocloremie	-	-	O
Proteina totală	hipoproteinemie	-	-	O
Testul protrombinic	reduc	-	-	O
Hematocritul	crescut	-	-	O
Trombocitele	scăzute	-	-	O
Indexul de coagulabilitate	hipocoagulare sau hipercoagulare	-	-	O
Creatinina	crescută	-	-	O
Ureea	crescută	-	-	O
Bilirubina totală	în normă	-	-	O
Bilirubina conjugată	în normă	-	-	O
Bilirubina neconjugată	posibil crescută	-	-	O
ALT	posibil crescută	-	-	O
AST	posibil crescută	-	-	O
Alfa-amilaza sîngelui	posibil crescută	-	-	O
Alfa-amilaza urinei	posibil crescută	-	-	O
Glicemia	scăzută sau crescută	-	-	O
Grupul sangvinic		-	-	O
Rh-factorul		-	-	O
Analiza generală a LCR	în caz de meningită în forma generalizată: proteinorahie crescută, pleiocitoză neutrofilică	-	-	O
Glucoza LCR	în caz de meningită în forma generalizată – scăzută	-	-	O
Clorizii LCR	în caz de meningită în forma generalizată – în normă	-	-	O
ECG		-	-	O

Puncția lombară (<i>la necesitate</i>)		-	-	O
Radiografia toracelui (<i>la necesitate</i>)		-	-	R*
Consultația chirurgului (<i>la necesitate</i>)		-	-	R*
Consultația oftalmologului (<i>la necesitate</i>)		-	-	R*
Consultația neurologului (<i>la necesitate</i>)		-	-	R*
Notă: O – obligatoriu, R – recomandabil; R* - recomandabil numai în caz de complicații				

Caseta 24. Indicații pentru efectuarea puncției lombare

- Forme generalizate (septice) în cazul suspectării meningitei (febră, cefalee, vome, semne meningiene prezente)
- Cu acordul informat al pacientului sau al părinților (persoanelor de îngrijire), sau la decizia unui consiliu medical
- Exclusiv în condiții aseptice de spital (secția de boli infecțioase a spitalelor raionale (municipale), spitalele de boli contagioase)

Tablel 5. Monitorizarea pacienților cu BDA forme severe

Monitorizare clinică	Monitorizare paraclinică
<ul style="list-style-type: none"> • Diureza - în fiecare oră • Tensiunea arterială - în fiecare oră • Reexaminarea clinică - în fiecare oră • Monitoringul cardiopulmonar - în fiecare 15 minute • Controlul scaunului • Controlul vomelor • Controlul TRO • Masa corporală 	<ul style="list-style-type: none"> • Ionograma sîngelui (K, Na, Cl, Ca) • Echilibrul acido-bazic • Ureea • Creatinina • Glucoza • Testul protrombinic • ALT, AST • Hematocritul • Proteina totală • Electrocardiograma <p>Notă: în primele 2-3 zile – zilnic, apoi la necesitate.</p>

C.2.3.4 Diagnosticul diferențial al BDA

Datele clinice și epidemiologice permit diferențierea BDA de origine infecțioasă de cele neinfecțioase.

Diareea infecțioasă diferă de cele neinfecțioase prin debutul acut, febră, scaune cu mucus și, uneori, cu striuri de sânge.

C.2.3.4.1 Diagnosticul diferențial al BDA în funcție de etiologie

Tabelul 6. Diagnosticul diferențial al BDA în funcție de etiologie

Semne de baza	Shigelloza	Salmoneloza	Escherichioze			Rotaviroza	Enterocolita stafilococică
			EPEC	EIEC	ETEC		
Vîrsta	După 2 ani	Pînă la 2 ani	Pînă la 1 an	2-7 ani	Pînă la 3 ani	1-3 ani	Pînă la 3 luni
Sezonalitatea	Vara-toamna	Iarna-primăvara (transmiterea prin contact), vara – calea alimentară	Iarna-primăvara	Vara-toamna	Vara	Toamna-iarna	Pe parcursul anului
Căile de transmitere	✓ prin con-tact, ✓ alimentară, ✓ hidrică	La copii în vîrstă pînă la 1 an – prin contact, peste 1 an – calea alimentară	Prin contact, calea alimentară	Calea alimentară	Calea alimentară, hidrică	Prin contact, posibil calea alimentară, hidrică	Calea alimentară
Debut	Acut	Acut, mai rar treptat	Mai frecvent treptat	Acut	Acut	Acut	Acut, mai rar treptat
Febră (nivelul maximal și durata ei)	38-39 ⁰ C – 1-2 zile	39-40 ⁰ C, ondulantă, 2-3 săptămâni	Subfebrilitate, sau febră, 1-5 zile	38-39 ⁰ C – 1-2 zile	Normală	Subfebrilă, febrilă, 2-3 zile	Subfebrilă, febrilă, 3-5 săptămâni
Sindromul cataral	-	-	-	-	-	+ discret	-
Vomă	1-2 ori/zi 1-2 zile	Frecventă, 3-5 zile	Regurgitări, vome 7-10 zile	1-2 zile	1-2 zile	1-3 zile	Regurgitări

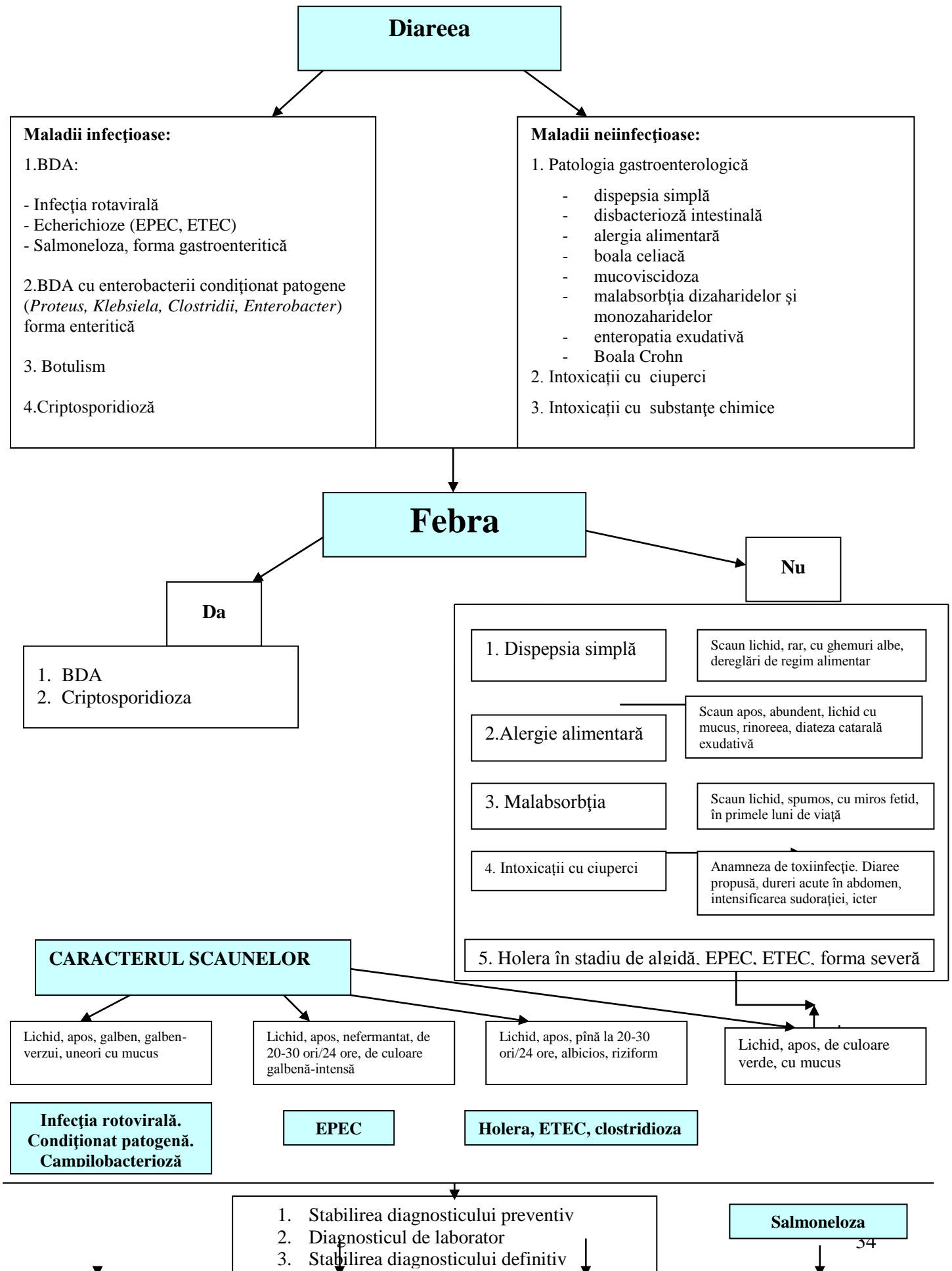
Dureri abdominale	Dureri spastice, tenesme	Moderate, în zona epigastrică sau/și paraombilicală	Moderate	Dureri spastice în zona iliacă stângă	Dureri în zona epigastrică și paraombilicală	Rar, moderate	Moderate
Meteorism	-	Frecvent la copii pînă la 1 an	Caracteristic, uneori foarte pronunțat	-	-	-	Rar
Hepato-splenomegalie	-	Frecvent la copii în vîrstă pînă la 1 an	-	-	-	-	Frecvent la copii în vîrstă pînă la 1 an
Exantem	-	-	-	-	-	-	-
Caracterul scaunelor	Frecvent, lichid, sărac, cu mucus și striuri de sînge, scuipat rectal	Frecvent, lichid, voluminos, de culoare verzuie, cu miros fetid, cu mucus, la 50% copii cu striuri de sînge	Frecvent, lichid, apos, de culoare galbenă aprinsă, fără incluziuni patologice	Frecvent, lichid, cu mucus și striuri de sînge	Frecvent, apos, afecaloid, fără incluziuni patologice	Frecvent, lichid, apos, spumos, riziform, fără incluziuni patologice	Frecvent, lichid, de culoare galbenă aprinsă, cu mucus, la 50% copii cu striuri de sînge
Analiza generală a sîngelui	Leucocitoză, neutrofilie, VSH accelerată	Leucocitoză, neutrofilie, VSH accelerată, la copii pînă la 1 an – aneozinofilie, anemie, monocitoză	Leucocitoză moderată, limfocitoză, VSH accelerată moderat	Leucocitoză neînsemnată, neutrofilie, VSH accelerată moderat	Leucocitoză neînsemnată, posibil neutrofilie	Leucopenie, Limfocitoză, VSH în normă	Leucocitoză moderată, neutrofilie, VSH accelerată moderat
Coprocitograma	Multe leucocite polinucleare și hematii	Leucocite polinucleare, uneori și hematii	Particule alimentare nedigerate	Multe leucocite polinucleare și hematii	Particule alimentare nedigerate	Particule alimentare nedigerate	Particule alimentare nedigerate mai rar - leucocite, hematii

C.2.3.4.2 Diagnosticul diferențial al BDA la copil cu maladiile chirurgicale acute

Tabelul 7. Diagnosticul diferențial al BDA la copil cu maladiile chirurgicale acute

Semne de bază	Shigelloza	Salmoneloza	Apendicita acută	Invaginație intestinală	Pancreatita acută
Anamneza	Contactul cu pacienții cu shigelloză	Contactul cu pacienții cu salmoneloză sau utilizarea unor alimente contaminate	-	Erori alimentare	Utilizarea alimentelor grase, picante, prăjite
Debutul bolii	Acut	Acut	Acut	Acut	Acut
Febra	37,5-38,5°C	38-39°C	37-38°C	-	±
Semne de intoxicație	Prezente	Prezente	-	-	±
Voma	1-2 ori	Repetată, uneori incoercibilă	Repetată	±	+
Hepatosplenomegalie	-	±	-	-	-
Dureri abdominale (palpația abdomenului)	Spasm sigmoidian	Dureri difuze, meteorism	Dureri locale în zona iliacă dreaptă, semnul Sciotchin-Blumberg, alte semne de iritare peritoneală	Dureri locale, se palpează invaginatul	Dureri abdominale „în centură”
Scaune (frecvența, caracterul)	Frecvente, sărace cu mucus și striuri de sânge	Frecvente, voluminoase, verzui, cu mucus și miros fetid	Scaune oformate, la copii mici – moi, fără incluziuni patologice	Scaunul absent	Scaune lichide, voluminoase, frecvente
Analiza generală a sîngelui	Leucocitoză, neutrofilie, VSH accelerată	Leucocitoză, neutrofilie, VSH accelerată	Leucocitoză progresivă, neutrofilie, VSH accelerată	Normală	Normală, sau leucocitiză, neutrofilie.
Amilazemia, amilazuria	În normă	În normă, uneori-crescută	În normă	În normă	Crescută

C.2.3.4.3 Diagnosticul diferențial în BDA însoțite cu sindrom de diaree secretorie



C.2.5.4. Criteriile de spitalizare a pacienților cu BDA [17,31]

C.2.5.5. Tratamentul BDA la copil

Caseta 25. Criteriile de spitalizare a pacienților cu BDA

- forme grave cu febră, vome repetate, scaune sanguinolente;
- forme grave cu semne de intoxicație severă și/sau deshidratare severă;
- forme de gravitate medie în cazul în care rehidratarea orală nu este posibilă sau nu este eficientă;
- forme de gravitate medie, pentru localitățile unde nu sunt medici de familie;
- hemocolită, tratați la domiciliu fără ameliorare timp de 2 zile;
- boli concomitente care necesită tratament în condiții de staționar;
- diareea acută cu deshidratare severă;
- diareea persistentă (mai mult de 2 săptămâni) cu semne de deshidratare la copil;
- diareea acută sau persistentă la copil sub 6 luni cu tulburări de nutriție severe;
- forme generalizate;
- holera;
- shigelloza la copii cu vârsta de până la 1 an;
- copiii din familii social vulnerabile, din colectivități de copii tip închis
- prezența în familie a unui copil până la 6 ani.

NOTĂ Produsele neînregistrate în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor vor fi marcate cu asterisc (*) și însoțite de o argumentare corespunzătoare pentru includerea lor în protocol.

C.2.5.5.1. Tratamentul BDA la domiciliu

Se vor trata pacienții cu BDA forme ușoare și medii, în cazul asigurării cu condiții de izolare și tratament.

Componentele principale ale tratamentului:

- Prevenirea deshidratării
- Tratamentul eficient al deshidratării instalate
- Continuarea alimentației pacientului
- Terapia cu antibiotice sau chimiopreparate conform indicațiilor speciale

Caseta 26. Planul A: Tratați diareea la domiciliu (CIMC, OMS)

Consultați mama privitor la cele 3 reguli de tratament la domiciliu:

- Oferiți lichide suplimentare,
- Continuați alimentarea,
- Să știți când să reveniți cu copilul.

1. OFERIȚI LICHIDE SUPLIMENTARE (atâtă cât copilul va bea)

➤ SPUNEȚI MAMEI:

- A alăpta la sân mai frecvent și mai îndelungat ca de obicei.
- Dacă copilul este alimentat exclusiv la sân administrați-i SRO sau apă curată ca adaos la laptele matern.
- Dacă copilul nu este alimentat exclusiv la sân, administrați-i unul sau câteva din următoarele tipuri de lichide: soluție SRO, lichide ce au la bază produse alimentare (așa ca supă, fiertura de orez, amestecurile acidolactice) sau apă curată.

Este deosebit de important de a administra SRO la domiciliu atunci, când:

- Copilul a primit tratament conform planului B sau C în timpul vizitei curente.

– Dacă nu poate reveni cu copilul la ambulatoriu în cazul în care diareea se accentuează.

➤ **INSTRUIȚI MAMA CUM SĂ DIZOLVE ȘI SĂ ADMINISTREZE SRO COPILULUI. DAȚI MAMEI 2 PACHETE DE SRO PENTRU A FI UTILIZATE LA DOMICILIU.**

➤ **ARĂTAȚI MAMEI CÂT LICHID SRO TREBUIE ADMINISTRAT:**

- Până la 2 ani – 50-100 ml după fiecare scaun lichid;
- 2 ani și mai mult – 100-200 ml după fiecare scaun lichid.

Spuneți mamei:

- Să administreze lichidele din cană prin înghițituri mici frecvente.
- Dacă la copil a apărut voma, de așteptat 10 minute. Apoi de continuat, dar mai lent.
- Să continue administrarea lichidelor suplimentare până la încetarea completă a diareei.

2. CONTINUAȚI ALIMENTAREA

3. SĂ ȘTIȚI CÂND SĂ REVENIȚI CU COPILUL:

- **vizita repetată după 2 zile (în diareea persistentă – după 5 zile);**
- **să revină imediat:**
 - ✓ dacă starea se agravează;
 - ✓ copilul nu poate bea sau suge piept;
 - ✓ apare febra;
 - ✓ apare sânge în scaun;
 - ✓ bea puțin.

În condiții de ambulator (la nivel de asistență medicală primară și specializată) se vor trata pacienții cu forme ușoare și medii de BDA fără maladii concomitente severe.

Caseta 27. Planul B: Tratați deshidratarea moderată cu ajutorul SRO (CIMC, OMS, (grad recomandare A)

Administrați cantitatea recomandată de SRO timp de 4 ore

- **Determinați cantitatea de SRO care trebuie administrată în 4 ore.**

Vârsta	<4 luni	4-12 luni	12 luni-2 ani	2-5 ani
Greutatea corpului	<6 kg	6<10 kg	10-12 kg	12-19 kg
SRO, ml	200-400	400-700	700-900	900-1400

Notă: Utilizați vârsta copilului doar atunci, când nu este cunoscută greutatea lui. Cantitatea aproximativă de SRO (în ml) mai poate fi calculată prin înmulțirea greutății copilului (kg) la 75.

- ✓ Dacă copilul dorește să bea mai multă SRO decât este arătat în tabel, atunci dați-i mai mult SRO.
- ✓ Copiilor mai mici de 6 luni, care nu se află la alimentație naturală, dați 100-200 ml de apă curată pentru aceeași perioadă de timp (4 ore).
- **Demonstrați mamei modul de administrare a SRO copilului:**
 - ✓ A administra lichide din cană prin înghițituri mai frecvente.
 - ✓ Dacă la copil a apărut voma, să aștepte 10 minute. Apoi să continue, dar mai lent.
 - ✓ Să continue alăptarea la solicitarea copilului.
- **După 4 ore:**
 - Apreciați repetat starea copilului și clasificați gradul de deshidratare și se alerge planul de tratament corespunzător:

- ✓ starea s-a ameliorat – treceți la planul de tratament A;
- ✓ starea se menține aceeași – de repetat tratament B încă 4 ore;
- ✓ starea s-a agravat – semnele de deshidratare progresează (copil letargic, nu poate să bea, sau bea puțin, ochii înfundați, plică cutanată persistă mai mult de 2 secunde) copilul se spitalizează pentru rehidratarea perfuzională – planul de tratament C.

- ✓ Alegeți un plan potrivit pentru continuarea tratamentului.
- ✓ Începeți alimentarea copilului în ambulatoriu.

• **Dacă mama trebuie să părăsească ambulatoriul pînă la sfârșitul tratamentului:**

- ✓ Demonstrați-i modul de pregătire a soluției SRO la domiciliu.
- ✓ Arătați-i câtă soluție de SRO trebuie de administrat copilului pentru a termina cursul de tratament de 4 ore la domiciliu.
- ✓ Dați-i un număr suficient de pachete cu SRO pentru a termina rehidratarea. La fel, dați-i 2 pachete după cum se recomandă în planul A.
- ✓ Explicați mamei cele trei reguli de tratament la domiciliu:

1. Oferiți lichide suplimentare

2. Continuați alimentarea

3. Să știți când să reveniți cu copilul

Nota: Tratamentul se efectuează în punctele pentru rehidratare orală, în staționare de zi, sau la domiciliu.

Tabelul 8. Tratamentul BDA la domiciliu în condiții de izolare

Tipul de tratament	Recomandări obligatorii
Tratament nemedicamentos	
Regimul zilei	<ul style="list-style-type: none"> • Repaos la pat în toate zilele febrile, plus 2 zile afebrile.
Dieta	<ul style="list-style-type: none"> • La sugar se va continua alimentația naturală, dar alăptările vor fi mai frecvente; • În caz de alimentație artificială copilului în vîrstă pînă la 6 luni i se vor administra amestecuri adaptate, de preferință cu activitatea lactozei scăzută (grad recomandare A), copilului mai mare de 6 luni - pireuri din legume, terciuri, supă din legume cu carne fiartă tocată, pește, adăugând ulei vegetal, jeleuri din mere coapte, chefir. • Lichide în baza produselor alimentare: fiertură de orez, fierturi din legume, iaurt; apă fiartă.
Tratament medicamentos	
Rehidratarea orală la copil fără semne de deshidratare	<ul style="list-style-type: none"> • Planul A (caseta 26)
Rehidratarea orală la copil cu semne de deshidratare moderată	<ul style="list-style-type: none"> • Planul B (caseta 27)
Analgezice, antipiretice (la febră $\geq 38^{\circ}\text{C}$)	<ul style="list-style-type: none"> • Fricționați copilul cu apă de temperatura camerei, și/sau • Paracetamol 500 mg – 10-15 mg/kg doză unică copiilor, <i>per os</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1-3 ani – 125 mg ($\frac{1}{4}$ comprimat);

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 3-5 ani – 250 mg (1/2 comprimat); ✓ >5 ani – 500 mg (1 comprimat), la fiecare 6 ore, <i>sau</i> ✓ Ibuprofenum -5-10 mg/kg/zi, <i>per os</i>, după mese, copiilor: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 3-6 luni - 50 mg de 2 ori/24 de ore; ✓ 6-12 luni - 50 mg de 3-4 ori/24 de ore; ✓ 1-3 ani - 100 mg de 3 ori/24 de ore; ✓ 4-6 ani - 150 mg de 3 ori/24 de ore; ✓ 7-9 ani - 200 mg de 3 ori/24 de ore; ✓ 10-12 ani - 300 mg de 3 ori/24 de ore.
Antimicrobiene (în caz de diaree sanguinolentă)	<ul style="list-style-type: none"> • Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum 120 mg, sau 480 mg – <i>per os</i>, 5 zile: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 3-12 luni câte 240 mg de 2 ori/24 de ore; ✓ 1-5 ani câte 360 mg de 2 ori/24 de ore; ✓ 5-12 ani câte 480 mg de 2 ori/24 de ore, <i>sau</i> • Furazolidonum (după mese), <i>per os</i>, 5 zile: <ul style="list-style-type: none"> ✓ <1 an – 25 mg de 3 ori pe zi, ✓ 1-4 ani – 30 mg de 3 ori pe zi, ✓ >5 ani – 50 mg 3 ori pe zi, <i>sau</i> • Amoxicillinum – 30-60 mg/kg/zi la fiecare 8 ore, <i>per os</i>, 5 zile: <ul style="list-style-type: none"> ✓ >3 luni - 20mg/kg în 3 prize; ✓ 3-6 ani – 125 mg de 3 ori pe zi; ✓ 7-9 ani – 250 mg de 3 ori pe zi; ✓ 10-14 ani – 500-1000 mg de 3 ori pe zi, <i>sau</i> • Nifuroxazidum – comprimate 100 mg, sau capsule 200 mg, <i>per os</i>, 5 zile <ul style="list-style-type: none"> ✓ <2 ani – 200 mg de 2 ori pe zi, ✓ >2 ani – 200 mg de 3 ori pe zi, ✓ adulți – 200 mg de 4 ori pe zi, <i>sau</i> • Nifuroxazidum – suspensie buvabilă 220 mg/5ml, <i>per os</i>, 5 zile <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1-6 luni – 2,5 ml de 2-3 ori pe zi; ✓ 7 luni-2 ani – 2,5 ml de 4 ori pe zi; ✓ 2-7 ani – 5 ml de 3 ori pe zi.
Spasmolitice (la tenesme)	<ul style="list-style-type: none"> • Papaverinum 10-20 mg 2-3 ori pe zi, <i>per os</i>, 2-3 zile, copii – 6 mg/kg/zi sau 200 mg/m²/zi, divizate în 3-4 prize, <i>sau</i> • Drotaverinum 40 mg 2-3 ori pe zi, <i>per os</i>, 2-3 zile; copii sub 6 ani câte 10-20 mg, 6-12 ani – 20 mg 1-2 ori pe zi.
Vitamine	<ul style="list-style-type: none"> • Acidum ascorbicum – 100 mg de 2 ori pe zi, <i>per os</i>, 10-14 zile, <i>sau</i> • Revit (combinație), <i>per os</i>, 10-14 zile: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1-3 ani – 1 drajeu pe zi; ✓ 3-7 ani – 1 drajeu de 2 ori pe zi; ✓ >7 ani – 1 drajeu de 3 ori pe zi.
Prebiotice, probiotice	<ul style="list-style-type: none"> • Iogurt* – <i>per os</i>, 7-10 zile: <ul style="list-style-type: none"> ✓ <12 luni - ½ capsulă pe zi ✓ 1-3 ani – 1 capsulă de 2 ori pe zi; ✓ 3-12 ani – 1 capsulă de 3 ori pe zi; ✓ >12 ani – 1-2 capsule de 3 ori pe zi
Supravegherea medicală la domiciliu	
Supravegherea medicală va dura 5-7 zile de la debutul bolii.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Măsurarea temperaturii 2 ori pe zi. 2. Urmărirea scaunelor 3. Dacă diareea va dura mai mult de 14 zile – spitalizare.

	<p>4. Apariția complicațiilor va indica spitalizarea.</p> <p>5. Izolarea la domiciliu a pacientului va dura pînă la dispariția semnelor clinice.</p> <p>6. Va reveni imediat la lucrătorul medical, dacă:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Starea copilului se agravează; ✓ Nu poate bea sau suge piept; ✓ Apare febră; ✓ Vome repetate; ✓ Apar scaune cu sînge.
<p><u>Peste 2 zile întrebați:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ A scăzut frecvența scaunului? ✓ Este mai puțin sînge în scaun? ✓ A scăzut temperatura? ✓ Au diminuat durerile abdominale? ✓ A început copilul să se alimenteze mai bine? 	<p>Tratamentul:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dacă copilul este deshidratat, atunci tratați deshidratarea. • Dacă frecvența scaunului, cantitatea de sînge din scaun, febra, durerile abdominale sau pofta de mîncare au rămas la același nivel sau situația s-a înrăutățit: <p>Treceți la un preparat antibacterian de linia a 2-ua recomandat pentru tratamentul shigelozei în localitatea dată. Administrați-l timp de 5 zile. Spuneți mamei să revină cu copilul peste 2 zile.</p> <p><u>Excepții, dacă copilul:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – este mai mic de 12 luni sau – era deshidratat în timpul primei vizite – sau are maladii concomitente – spitalizați-l! <ul style="list-style-type: none"> • Dacă frecvența scaunului, cantitatea de sînge din scaun, febra, durerile abdominale s-au micșorat și pofta de mîncare s-a îmbunătățit, continuați tratamentul cu același preparat antibacterian pînă la finisarea tratamentului.

Caseta 28. Rehidratarea orală nu este eficientă în următoarele cazuri:

- ✓ scaune frecvente și voluminoase (15 ml/kg/ oră și mai mult) - copilul nu este în stare să consume o cantitate adecvată de lichide;
- ✓ vomă incoercibilă sau repetată (3 ori pe oră și mai frecventă);
- ✓ pareză intestinală (ileus paralitic);
- ✓ copilul refuză să bea, sau nu poate bea;
- ✓ alte probleme severe;
- ✓ soluția este preparată incorect.

Caseta 29. Indicațiile pentru tratamentul antimicrobian în BDA:

- BDA forme grave;
- BDA formele ușoare și medii de la copiii primului an de viață și la copiii mai mari cu stări imunodeficitare, HIV infectați, tratamente imunosupresive, anemie hemolitică, complicații bacteriene secundare, holera, shigelloza, campilobacterioza;
- BDA cu hemocolita.

Nota:

- Antibioterapia în BDA la copii la domiciliu – preparate de linia I-a („de start”).
- Nu sunt indicate antibiotice în BDA forme ușoare și medii, diaree secretorie (cu excepția holerei).
- Antibioterapia în BDA de linia a II-a („de rezervă”) se va utiliza preponderent în staționar.

- Produsele medicamentoase Iogurt*, Bactisubtil*, Biosporin* nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor și sunt marcate cu asterisc (*), dar sunt recomandate de ghidurile internaționale.

Caseta 30. Principiile antibioterapiei în BDA la copil

- Selectarea preparatului antimicrobian.
- Se va determina doza, calea de administrare: per os - în forme gastrointestinale și i.m. sau/și i.v. în forme generalizate.
- Se va determina durata tratamentului.
- Se va ține cont de:
 - ✓ biodisponibilitate, căile de eliminare, acțiunea bactericidă;
 - ✓ spectrul antimicrobian;
 - ✓ rezistența germenilor ce circulă în perioada respectivă în zonă sau în staționar;
 - ✓ reacții adverse posibile;
 - ✓ anamneza alergologică

Caseta 31.

Copii în vârstă pînă la 5 ani nu sunt indicate antidiareice – Loperamidum, antivomitice – Metoclopramidum!

C.2.5.5.2. Tratamentul BDA la etapa prespitalicească

Caseta 32. *Tratamentul BDA la etapa prespitalicească*

- **Antipiretice** (la necesitate) la febră $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$):
 - ✓ Paracetamolium 500 mg – 10-15 mg/kg doză unică copiilor, *per os*:
 - 1-3 ani – 125 mg ($\frac{1}{4}$ din comprimat);
 - 3-5 ani – 250 mg ($\frac{1}{2}$ din comprimat);
 - 5 ani – 500 mg (1 comprimat), *sau*
 - ✓ Ibuprofenum -5-10 mg/kg/zi, *per os*, după mese, copiilor:
 - 3-6 luni - 50 mg de 2 ori/24 de ore;
 - 6-12 luni - 50 mg de 3-4 ori/24 de ore;
 - 1-3 ani - 100 mg de 3 ori/24 de ore;
 - 4-6 ani - 150 de 3 ori/24 de ore;
 - 7-9 ani - 200 mg de 3 ori/24 de ore;
 - 10-12 ani - 300 mg de 3 ori/24 de ore, *sau*
- **la necesitate (hiperpirexie, vome repetate, inconștiență)**
- ✓ **Amestec litic**, la febră peste $38,0^{\circ}\text{C}$, *i.m.*:
 - sol. Metamizoli natrium 50% – 0,1ml/an;
 - sol. Diphenhydraminum 1% – 0,1ml/an;
 - sol. Papaverinum 2% – 0,1 ml/an.
- **Anticonvulsivante:**
 - ✓ Sol. Diazepamum 0,5% – 0,1-0,2 ml/an, *i.m.*, *sau*
 - ✓ Diazepamum *rectal* 10 mg/2 ml – (doza 0,5 mg/kg):
 - <4 luni – 0,5 ml,
 - 4-12 luni – 1,0 ml,
 - 1-3 ani – 1,25 ml,
 - 3-5 ani – 1,5 ml.
- **SRO prin înghițituri frecvente în timpul transportării.**
- **Oxygen**

C.2.5.5.3. Tratamentul pacienților cu BDA la etapa spitalicească

În caz de infectare pe cale alimentară se recomandă lavaj gastric (dacă starea copilului permite) prin sondă cu SRO și apă fiartă răcorită pînă la ape curate. Cantitatea de lichide pentru lavaj gastric depinde de vîrsta copilului și se va utiliza fracționat.

Tabelul 9. Cantitatea de lichide pentru lavajul gastric:

Vîrsta copilului	Cantitatea de lichide
nou-născut	200 ml
<3 luni	500 ml
4-12 luni	1000 ml
1-5 ani	3000-5000 ml
5-10 ani	6000-8000 ml
>10 ani	8000-10000 ml

Nota: Lavaj gastric este contraindicat în stare de șoc hipovolemic!

Caseta 33. Indicații pentru rehidratarea intravenoasă a pacienților cu BDA

- ✓ deshidratare severă;
- ✓ scaune voluminoase foarte frecvente;
- ✓ rehidratarea orală inefficientă;

- ✓ ileus paralic;
- ✓ intoleranță alimentară (refuz să bea, să mănânce, vomă repetate frecvente);
- ✓ vomă repetată, incoercibilă.

Nota: Perfuziile intravenoase se fac în conformitate cu planul C (casetă 34)

Casetă 34. Planul C: Tratament în caz de deshidratare severă (CIMC, OMS)

Tratați deshidratarea severă rapid

- Începeți perfuzia intravenoasă imediat. Dacă copilul poate bea, administrați SRO în timpul perfuziei intravenoase. Administrați soluție Ringer (Natrii chloridum+Kalii chloridum+ Calcii chloridum) lactat în volum de 100 ml/kg (sau dacă ea nu este disponibilă – soluție izotonică de Natrii chloridum):

Vârsta /Doza	Inițial 30 ml/kg timp de:	Apoi 70 ml/kg timp de:
<12 luni	1 oră*	5 ore
>12 luni	30 minute*	2 ore 30 minute

*Repețiți, dacă pulsul radial este foarte slab sau nu se determină.

- Apreciați repetat starea copilului fiecare 1-2 ore. Dacă starea de hidratare nu se îmbunătățește, realizați infuzia i.v. cu o viteză mai mare.
- Imediat ce copilul va fi apt să bea, administrați SRO (aproximativ 5ml/kg/oră): de obicei peste 3-4 ore (copiii pînă la 1 an) sau peste 1-2 ore (copiii mai mari de un an).
- Apreciați repetat sugarul peste 6 ore, iar copilul mai mare de 1 an peste 3 ore. Clasificați gradul de deshidratare. Apoi alegeți planul potrivit (A, B sau C) pentru continuarea tratamentului.

Remarcă: Se administrează soluție Ringer lactat (Natrii chloridum+Kalii chloridum+ Calcii chloridum), în lipsa lui – soluție Natrii chloridum izotonică cu soluție Glucosum 5-10% în raport de 1:1, 1:2 sau 1:3 în funcție de vârsta copilului și tipul de deshidratare. În deshidratarea severă, numai după restabilirea diurezei se va administra suplimentar soluție Kalii chloridum de 4 % sau 7,5% (2-3 mmol/kg/24 ore), astfel încât concentrația lui în soluția de glucoza să nu depășească 1% (se va administra fracționat în 2-3 porțiuni într-un ritm lent).

Casetă 35. Rehidratarea corectă este confirmată de:

- ✓ Normalizarea pulsului (amplitudine și ritm);
- ✓ Tesiunea arterială se normalizează mai încet, după administrarea a ½ din deficitul de lichide;
- ✓ Normalizarea stării de hidratare cutanată (plica cutanată);
- ✓ Ameliorarea evidentă a stării generale a bolnavului cu dispariția crampelor musculare, cianozei, vărsăturilor, precum și a modificărilor conștienței (stuporarea și coma pot dura 12-24 ore la copil);
- ✓ Normalizarea greutateii corpului;
- ✓ Restabilirea diurezei (după 6-12 ore)

Tabelul 10. Tratamentul de spital al copiilor cu BDA forme severe

Tipul de tratament	Recomandări obligatorii
Tratament nemedicamentos:	
Regimul zilei	<ul style="list-style-type: none"> • Repaos la pat în toate zilele febrile, plus 2 zile afebrile
Dieta	<ul style="list-style-type: none"> • La sugar se va continua alimentația naturală, dar alăptările vor fi mai frecvente • La necesitate alimentație prin sondă nazogastrică • În caz de alimentație artificială copilului în vîrstă pînă la 6 luni i se vor administra amestecuri adaptate, de preferință cu activitatea lactozei scăzute, copilului mai mare de 6 luni – pireuri din legume, terciuri, supă din legume cu carne fiartă tocată, pește, adăugând ulei vegetal, jeleuri din mere coapte, chefir • Lichide în baza produselor alimentare: fiertură de orez, fierturi din legume, iaurt, apă fiartă
Tratament medicamentos	
<u>Tratamentul etiotrop: în diaree invazivă</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicillinum – 30-60 mg/kg/zi la fiecare 8 ore, <i>per os</i>, 5 zile: <ul style="list-style-type: none"> ✓ >3 luni – 20 mg/kg în 3 prize; ✓ 3-6 ani – 125 mg de 3 ori pe zi; ✓ 7-9 ani – 250 mg de 3 ori pe zi; ✓ 10-14 ani – 500-1000 mg de 3 ori pe zi, <i>sau</i> • Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum – <i>per os</i>, 5 zile: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 3-12 luni cîte 240 mg de 2 ori/24 de ore; ✓ 1-5 ani cîte 360 mg de 2 ori/24 de ore; ✓ 5-12 ani cîte 480 mg de 2 ori/24 de ore • Furazolidonum (în combinație!)(după mese), <i>per os</i>, 5 zile: <ul style="list-style-type: none"> ✓ <1 an – 25 mg de 3 ori pe zi, ✓ 1-4 ani – 30 mg de 3 ori pe zi, ✓ >5 ani – 50 mg 3 ori pe zi, <i>sau</i> • Nifuroxazidum – suspensie buvabilă 220 mg/5 ml, <i>per os</i>, 5 zile: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1-6 luni – 2,5 ml de 2-3 ori pe zi; ✓ 7 luni-2 ani – 2,5 ml de 4 ori pe zi; ✓ 2-7 ani – 5 ml de 3 ori pe zi, <i>sau</i> • Nifuroxazidum – 220 mg, capsule sau comprimate, <i>per os</i>, 5 zile <ul style="list-style-type: none"> ✓ < 2 ani – 200 mg de 2 ori pe zi, ✓ 2 ani – 200 mg de 3 ori pe zi, ✓ adulți – 200 mg de 4 ori pe zi, <i>sau</i> • Ciprofloxacinum – 10 mg/kg, <i>per os</i>, în 2 prize – 5 zile
<u>Antiparazitare</u> (grad recomandare B)	<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazolum – 30-40mg/kg/zi, <i>per os</i>, în 3 prize, 5 zile, <i>sau</i> • Metronidazolum – 20-30 mg/kg/zi <i>i.v.</i>, în 3 prize, cu viteza 5 ml/minut, 5 zile
<u>Tratamentul etiotrop în formele severe și generalizate</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Ampicillinum – 30-50 mg/kg/zi divizată în 4 prize, <i>per os</i>; 100 /kg/24 de ore la fiecare 8 ore, <i>i.m.</i>, <i>i.v.</i>, în meningită – 200-400 mg/kg/24 ore în 4 prize <i>i.m.</i>, <i>sau i.v.</i>, <i>sau</i> • Ciprofloxacinum – 7,5-10 mg/kg/zi, <i>i.v.</i> în 2 prize; <i>sau</i> • Amoxicillinum+Acidum clavulanicum – 40-60 mg/kg/zi <i>per os</i>, <i>sau i.v.</i>; <i>sau</i> • Cefotaximum – 50-100 mg/kg/zi în 2-3 prize <i>i.v.</i>, <i>i.m.</i>; <i>sau</i> • Ceftriaxonum – 20-75 mg/kg/zi în 1-2 prize <i>i.v.</i>, <i>i.m.</i>;

	Notă: Antibioticele sunt indicate separat, sau în forme generalizate - în asociere, intravenos sau/și intramascular, cu durata unei cure de 10-12 zile.
Anticonvulsivante (la necesitate)	<ul style="list-style-type: none"> • Sol. Diazepamum 0,5% – <i>i.m.</i> sau <i>i.v.</i>(doza unică): <ul style="list-style-type: none"> ✓ <1 an – 0,3-0,5 ml, ✓ 1-7 ani – 0,5-1 ml, ✓ 8-14 ani – 1,2 ml-1,5 ml, <i>sau</i> • Diazepamum <i>rectal</i> 10 mg/2 ml – (doza 0,5 mg/kg): <ul style="list-style-type: none"> ✓ <4 luni – 0,5 ml, ✓ 4-12 luni – 1,0 ml, ✓ 1-3 ani – 1,25 ml, ✓ 3-5 ani – 1,5 ml. • Sol. Natrii oxybutyras 20% – 50-150 mg/kg (în absența tulburărilor respiratorii), <i>i.m.</i>, <i>i.v.</i>, <i>sau</i> • Sol. Phenobarbitalum 10 mg/kg cu Sol. Natrii chloridum 0,9% <i>i.v.</i> (în 10-15 min)
Antipiretice/analgezice și spalmolitice (la febra $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fricționați copilul cu apă de temperatura camerei, și/sau • Paracetamolum 500 mg – 10-15 mg/kg doză unică, <i>per os</i>, copiilor în vîrstă: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1-3 ani – 125 mg (¼ comprimat) ✓ 3-5 ani – 250 mg (1/2 comprimat) ✓ >5 ani – 500 mg (1 comprimat), la fiecare 6 ore, <i>sau</i> ✓ Ibuprofenum -5-10 mg/kg/zi, <i>per os</i>, după mese, copiilor: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 3-6 luni - 50 mg de 2 ori/24 de ore; ✓ 6-12 luni - 50 mg de 3-4 ori/24 de ore; ✓ 1-3 ani - 100 mg de 3 ori/24 de ore; ✓ 4-6 ani - 150 mg de 3 ori/24 de ore; ✓ 7-9 ani - 200 mg de 3 ori/24 de ore; ✓ 10-12 ani - 300 mg de 3 ori/24 de ore, <i>sau</i> • la necesitate (hiperpirexie, vome repetate, inconștiență) ✓ Amestec litic, <i>i.m.</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sol. Metamizoli natrium 50% – 0,1 ml/an; ✓ Sol. Diphenhydraminum 1% – 0,1 ml/an; ✓ Sol. Papaverinum 2% – 0,1 ml/an.
Terapia de detoxifiere și rehidratare	<ul style="list-style-type: none"> • Rehidratare perorală (SRO). • Perfuzii intravenoase: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sol. Natrii chloridum 0,9%, <i>sau</i> ✓ Sol. Ringer lactat (Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum); ✓ Sol. Glucosum 5-10%; ✓ Monitorizarea diurezei orare.
La necesitate	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sol. Albuminum 10% – 10-15 ml/kg; ✓ Sol. Kalii chloridum 4%; ✓ Sol. Calcii gluconas 10%; ✓ Sol. Magnesii sulfas 25% – 0,2 ml/kg copiilor pînă la un an, după 1 an – 1 ml/an de viață.
Spasmolitice	<ul style="list-style-type: none"> • Papaverinum – 10-20 mg de 2-3 ori pe zi, <i>per os</i>, <i>sau</i> • Sol. Papaverinum 2% – 10-20 mg 2-3 ori pe zi; <i>i.m.</i> 3-5 zile, <i>sau</i> • Drotaverinum – 40 mg de 2-3 ori pe zi, <i>per os</i>, <i>sau</i> • Sol. Drotaverinum 2% – 40 mg de 2-3 ori pe zi, <i>i.m.</i>, <i>i.v.</i> ✓ copii <6 ani – 10-20 mg 1-2 ori pe zi,

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 6-12 ani – 20 mg 1-2 ori pe zi.
Antiproteolitice	<ul style="list-style-type: none"> • Aprotininum 10 000-20.000 AtrU de 2 ori pe zi (sau 1000 AtrU/kg) i.v. in perfuzii pînă la normalizarea amilazei în sînge și urină
Preparate enzimatice (în perioada de retrocedare a bolii)	<ul style="list-style-type: none"> • Pancreatinum 10 000-25 000 U de 3 ori pe zi după mese (capsule sau drajeuri fără a le strivi, <i>per os</i>, 7-10 zile
Antihistaminice (<i>la necesitate</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Chloropyraminum – 25 mg, <i>per os</i>, 7-10 zile <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1-12 luni – 1/4 comprimat de 2 ori pe zi; ✓ 1-6 ani – 1/3 comprimat de 2 ori pe zi; ✓ 7-14 ani – 1/2 comprimat de 2 ori pe zi; ✓ >14 ani – 1 comprimat de 2 ori pe zi, <i>sau</i> • Clemastinum – 1 mg, <i>per os</i>, 7-10 zile: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 6-12 ani – 0,5 mg de 2 ori pe zi; ✓ > 12 ani – 1 mg de 2 ori pe zi, <i>sau</i> • Prometazinum – 25 mg – <i>per os</i>, 7-10 zile: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 2-12 luni – 6,25 mg de 3 ori pe zi; ✓ 1-6 ani – 12,5 mg de 3 ori pe zi; ✓ 7-14 ani – 25 mg de 3 ori pe zi.
Vitamine	<ul style="list-style-type: none"> • Sol. Acidum ascorbicum 5% – 1-2 ml, i.v. • Acidum ascorbicum – 100 mg, de 2 ori pe zi, <i>per os</i>, 10-14 zile, <i>sau</i> • Revit (combinație), <i>per os</i>, 10-14 zile: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1-3 ani – 1 drajeu pe zi; ✓ 3-7 ani – 1 drajeu de 2 ori pe zi; ✓ > 7 ani – 1 drajeu de 3 ori pe zi.
Glucocorticoizi (<i>la necesitate în șoc toxiinfecțios</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Prednisolonum – 1-2 mg/kg/zi <i>i.m.</i> – 3-5 zile, <i>sau</i> • Dexametazonum 0,1-0,2 mg/kg/zi – 3-5 zile.
Antifibrinolitice și angioprotectoare (în diarei cu sînge)	<ul style="list-style-type: none"> • Sol. Etamsylatum 12,5% – 1-2 ml, <i>i.v.</i>, <i>i.m.</i>, apoi comprimate 0,25 – 1/2-1 de 3-4 ori pe zi, <i>sau</i> <ul style="list-style-type: none"> - adulți – 250-500 mg <i>per os</i> de 3-4 ori pe zi, sau 125-250 mg <i>i.m.</i>, <i>i.v.</i> de 3-4 ori pe zi; - copii – 10-15 mg/kg/zi divizate în 3 prize; • Acidum aminocapronicum – granule se dezolvă în apă proaspăt fiartă pînă la semnul 100 ml. Soluția obținută conține 0,2 g acid aminocaproic în 1 ml: <ul style="list-style-type: none"> ✓ <1 an -5 ml; ✓ 2-4 ani – 5-7,5 ml; ✓ 5-8 ani – 7,5 – 10 ml; ✓ 9-10 ani – 15 ml de 3 ori pe zi – 3-5 zile.
Combaterea SCID	Heparini natrium 5000 U/1ml de 2-3 ori pe zi, <i>s.c.</i>
Antifungice (<i>profilaxia candidozei postantibiotice</i>)	Fluconazolium 50-100 mg 1 dată pe zi.
Antiflatulente	<p>Simethiconum 0,04 – capsule, picături – <i>per os</i>, de 3-5 ori pe zi, 3-5 zile:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1-5 ani – 25 picături de 2-3 ori pe zi ✓ 6-14 ani – 25-50 picături de 3-5 ori pe zi

	✓ adulți – 25-50 picături de 3-5 ori pe zi.
Prebiotice, probiotice	<ul style="list-style-type: none"> • Linex*(<i>Lactocillicus acidophilus</i> + <i>Bifidobacterium infantis</i> + <i>Enterococcus faecium</i>) <ul style="list-style-type: none"> ✓ < 2 ani – 1 capsulă de 3 ori pe zi, <i>per os</i>; (capsula se desface, se amestecă cu ceai, suc); ✓ 4-12 ani – 1-2 capsule de 3 ori pe zi, <i>per os</i>; ✓ >12 ani – 2capsule de 3 ori pe zi, <i>per os</i>; sau • Bifidumbacterin*(<i>Bifidobacterium bifidum</i>) - <i>per os</i> cu 20-30 minute pînă la masă, 2-3 săptămîni: <ul style="list-style-type: none"> ✓ <6 luni – 2-3 doze de 2 ori pe zi; ✓ 6 luni-1 an – 5 doze, de 2 ori pe zi; ✓ 1-5 ani – 5 doze, de 2 ori pe zi; ✓ >5 ani – 5-10 doze, de 2 ori pe zi, sau • Iogurt*(grad recomandare B) – <i>per os</i>, 7-10 zile: <ul style="list-style-type: none"> ✓ <12 luni - ½ capsulă pe zi ✓ 1-3 ani – 1 capsulă de 2 ori pe zi; ✓ 3-12 ani – 1 capsulă de 3 ori pe zi; ✓ >12 ani – 1-2 capsule de 3 ori pe zi, sau • <i>Lactobacillus acidophilus</i>(în combinație) – <i>per os</i>, după mese, 7-10 zile: <ul style="list-style-type: none"> ✓ <2 ani – ½ comprimat de 3 ori pe zi; ✓ 2-12 ani – 1 comprimat de 3 ori pe zi; ✓ >12 ani – 1-2 comprimate de 3 ori pe zi, sau
Sinbiotice	<ul style="list-style-type: none"> • Lacta-G (combinație)- <i>per os</i>, cu 15 minute înainte de masă cu o cantitate suficientă de apă. Doza zilnică poate fi administrată o singură dată: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Copiilor pînă la 2 ani – se administrează conținutul unei capsule amestecînd-o cu puțin lichid (suc, apă cu zahar); ✓ 2-12 ani – 1-2 capsule pe zi; ✓ > 12 ani – 2-3 capsule pe zi.
Externarea din spital	După vindecarea clinică și paraclinică peste 5-7 zile de la debutul bolii sau 10-14 zile în forme generalizate, cu normalizarea scaunelor și stării generale.

C.2.3.7. Evoluția și prognosticul BDA

Caseta 36. Aspecte evolutive ale BDA:

- În formele ușoare și medii durata bolii este de 5-7 zile cu vindecare completă.
- În formele severe și în formele generalizate boala durează 2-3 săptămîni,
- În formele asociate sau cu complicații boala are o evoluție ondulantă, caracterizată prin apariția similară a formelor clinice prelungind durata bolii.

C.2.3.8. Criterii de externare a pacienților cu BDA

Caseta 37. Criteriile de externare a pacienților cu BDA

- Vindecare (ameliorare) clinică.
- Externarea din staționar a copiilor cu șigeloză, salmoneloză confirmate prin metode microbiologice, instituționalizați în instituții de educație, instruire și de odihnă, se va efectua după o coprocultură negativă, efectuată peste două zile de la finalizarea tratamentului antibacterian;

- În cazul depistării rezultatului pozitiv a coproculturii, copilul va fi consultat de către infecționist care va decide tratamentul în continuare după care se vor efectua 2 coproculturi la interval de 2 zile după două zile de la finalizarea tratamentului.

C.2.3.9. Supravegherea postexternare a pacienților cu BDA

Caseta 38. Supravegherea postexternare a pacienților cu BDA

- Copiii cu salmoneloze sau shigelloze tratați în staționar sau la domiciliu, vor fi supravegheați de către medicul de familie și/sau medicul infecționist timp de 2 săptămâni după externare sau tratament ambulator și coprocultură negativă.
- În policlinici se efectuează numai evidența copiilor de vârstă preșcolară și a adulților din categoria persoanelor ce activează în instituțiile de alimentare publice, din contingentele cu risc epidemiologic sporit.
- Persoanele de contact sunt la evidență 7 zile, se efectuează insămânțarea fecalelor, nu sunt supuși izolării. Copiii cu salmoneloze sau shigelloze tratați în staționar sau la domiciliu, vor fi supravegheați de către medicul de familie și/sau medicul infecționist timp de 2 săptămâni după externare sau tratament ambulator cu coprocultură negativă.
- în cazul depistării rezultatului pozitiv a coproculturii, copilul va fi consultat de către infecționist care va decide tratamentul în continuare după care se vor efectua 2 coproculturi la interval de 2 zile după două zile de la finalizarea tratamentului.
- Copiii care au suportat shigeloză, salmoneloză, vor fi admiși în instituții de educație, instruire și de odihnă după o coprocultură negativă, efectuată la două zile de la finalizarea tratamentului, în baza certificatului eliberat de către medicul de familie.
- Deosebit de importantă în acest context este educația sanitară a populației, deoarece protecția populației receptive poate fi realizată numai prin respectarea măsurilor sanitare-igienice.

C.2.4. Complicațiile în BDA (subiectul protocoalelor separate) [50,51]

Caseta 39. Complicațiile în BDA

- **Complicații specifice:**

- ✓ șoc toxiinfecțios
- ✓ SCID
- ✓ insuficiența renală acută
- ✓ sindromul hemolítico-uremic Gasser
- ✓ hemoragie intestinală
- ✓ perforație intestinală
- ✓ peritonită
- ✓ prolaps rectal
- ✓ invaginație intestinală
- ✓ dismicrobism intestinal

- **Complicații nespecifice (cu suprainfecții virale și bacteriene):**

- ✓ otita medie
- ✓ pneumonia
- ✓ infecție reno-urinară
- ✓ piodermita, etc.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Serviciul de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească: echipe profil general și specializat 903 (112)	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medic pediatru; • medic reanimatolog-pediatru; • asistentă medicală.
	Aparataj, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop; • tonometru (copii, adulți); • perfuzoare; • seringi; • sondă nazo-gastrică.
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • Antipiretice/analgezice și spasmolitice (Paracetamol, Ibuprofen, Sol. Metamizoli natrium 50%, sol. Diphenhydraminum 1%, sol. Papaverinum 2%). • Anticonvulsivante (Sol. Diazepamum 0,5%, Diazepamum rectal). • SRO. • Oxigen.
D.2. Instituțiile de asistență medicală primară; insituții/secții de asistență medicală specializată de ambulator	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie; • medic infecționist; • medic pediatru; • medic de laborator sau laborant cu studii medii; • asistenta medicală de familie • asistenta medicală în punctul pentru rehidratare orală, sau în staționar de zi.
	Aparataj, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop; • tonometru (copii, adulți); • cântar; • laborator clinic standard pentru determinarea analizei generale a sîngelui și sumarului urinei; • seringi.
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • Antipiretice (Paracetamol, Ibuprofen). • Antimicrobiene (Sulfamethoxazol + Trimethoprim, Furazolidon, Nifuroxazid). • Antibiotice (Amoxicilin). • Spasmolitice (Papaverin, Drotaverin). • Prebiotice, probiotice (Iogurt*). • Vitamine (Acidum ascorbicum, Revit (combinație)). • SRO.

D.3. Instituții de asistență medicală spitalicească: secții de boli infecțioase ale spitalelor raionale, municipale; spitale de boli contagioase; secții reanimare și terapie intensivă	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medici infecționiști; • medici infecționiști-pediatri; • medici reanimatologi; • medici de laborator; • asistente medicale; • acces la consultații calificate (ORL, pediatru, chirurg).
	Aparataj, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • laborator clinic; • laborator biochimic; • laborator bacteriologic; • tonometru; • electrocardiograf; • fonendoscop; • cântar; • aparat pentru respirație asistată; • aspirator electric; • ciocan neurologic; • mască; • cateter nazal; • cardiomonitor; • lineomat; • catetere i.v. periferice; • sisteme Butterfly; • perfuzoare; • seringi; • catetere urinare; • sondă gastrică; • Oxigen.

Medicamente:

- Glucocorticoizi (Prednisolonum, Dexamethasonum).
- Anticonvulsivante (Sol. Diazepam 0,5%, Diazepamum rectal, Sol. Natrii oxybutyras 20%, Sol. Phenobarbitalum).
- Antipiretice/analgezice și spasmolitice (Paracetamolum, Ibuprofenum, Sol. Metamizoli natrium 50%, Sol. Diphenhydraminum 1%, Sol. Papaverinum 2%).
- Sol. Glucosum 5%, 10%.
- Sol. Ringer lactat (Natrii chloridum+Kalii chloridum+ Calcii chloridum).
- Sol. Albuminum 10%.
- Sol. Natrii chloridum 0,9%.
- Sol. Magnesii sulfas 25%.
- Antibiotice (Ampicillinum, Amoxicillinum, Metronidazolum, Ciprofloxacinum, Amoxicillinum+Acidum clavulanicum, Cefotaximum, Ceftriaxonum).
- Antimicrobiene (Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum, Furazolidonum, Nifuroxazidum).
- Antiproteolitice (Aprotininum).
- Antifibrinolitice și angioprotectoare (Sol. Etamsylatum 12,5%, comprimate, Acidum aminocaproicum).
- Anticoagulant (Heparini natrium).
- Antifungice (Fluconazolum).
- Antiflatulent (Simethiconum)
- Antihistaminice (Chlorpyraminum, Clemastinum, Promethazinum).
- Vitamine (Acidum ascorbicum, Revit(combinație)).
- Enzime (Pancreatinum).
- Prebiotice, probiotice (Linex*(Lactocillicus acidophilus + Bifidobacterium infantis + Enterococcus faecium), Bifidumbacterin, Iogurt*, Lactobacillus acidophilus (în combinație)).
- Sinbiotic (Lacto-G (combinație)).
- SRO.
- Oxigen.

Nota: * preparat compus

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori depistarea precoce a pacienților cu BDA	Ponderea persoanelor cu BDA, depistați și spitalizați în primele 2 zile de la debutul bolii, pe	Numărul de persoane cu BDA, depistați în primele 2 zile de la debutul bolii, pe	Numărul total de persoane cu BDA, care au fost declarați, pe
2.	A spori calitatea examinărilor clinice și paraclinice ale pacienților cu BDA	Ponderea pacienților cu BDA examinați și tratați conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>BDA la copil</i> , pe	Numărul de pacienți cu BDA, examinați și tratați conform recomandărilor din protocolul clinic național	Numărul total de pacienți cu BDA, declarați, pe parcursul ultimului an
3.	A spori calitatea tratamentului și a supravegherii la pacienții cu BDA la domiciliu	Ponderea pacienților cu BDA, tratați și supravegheați de către medicul de familie la domiciliu conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>BDA la</i>	Numărul de pacienți cu BDA, tratați și supravegheați de către medicul de familie la domiciliu conform	Numărul de pacienți cu BDA, declarați, pe parcursul ultimului an
4.	A preciza criteriile de spitalizare a pacienților cu BDA	Ponderea pacienților cu BDA care au fost spitalizați conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>BDA la copil</i> , pe	Numărul de pacienți cu BDA, care au fost spitalizați conform recomandărilor din protocolul clinic național	Numărul de pacienți cu BDA, care au fost declarați, pe parcursul ultimului an
5.	A spori calitatea tratamentului de staționar al pacienților cu BDA	Ponderea pacienților cu BDA, tratați în spital conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>BDA la copil</i> , pe	Numărul de pacienți cu BDA, tratați în spital conform recomandărilor din protocolul clinic național	Numărul total de pacienți cu BDA, declarați, pe parcursul ultimului an
6.	A spori calitatea supravegherii (dispensarizării) convalescenților	Proporția convalescenților după BDA, supravegheați conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>BDA la copil</i> , pe	Numărul de convalescenți după BDA, supravegheați conform recomandărilor din protocolul clinic național	Numărul total de pacienți cu BDA, declarați, pe parcursul ultimului an
7.	A reduce letalitatea copiilor prin BDA	Ponderea deceselor copiilor prin BDA, pe parcursul ultimului an	Numărul de copii decedați prin BDA, pe parcursul	Numărul total de copii cu BDA de-clarați, pe

ANEXE

Anexa 1. Colectarea și transportarea materialelor biologice la laborator.

- Colectarea materialului de la bolnavi se efectuează pînă la începutul tratamentului etiotrop. Responsabil de realizarea acestei proceduri este medicul (felcerul), care pentru prima dată a formulat diagnosticul (depistat bolnavul).
- Materialul colectat (fecale, mase vomitive, spălături gastrice, sîngele) se prezintă în laboratorul bacteriologic pentru determinarea enterobacteriilor patogene.
- Materialul pentru investigația bacteriologică se colectează în vas steril, fără urme ale substanțelor dezinfectante. Pentru fiecare probă se folosește un vas separat.
- În fișa de însoțire, pe suport hârtie sau electronic, a materialului patologic în laborator se indică instituția medicală care a expediat materialul, numele, prenumele și vîrsta pacientului, locul de lucru (pentru copii – denumirea și numărul instituției preșcolare, școlii frecventate, data îmbolnăvirii, diagnosticul preliminar, investigația primară sau repetată, data și ora colectării probei, numele și funcția persoanei care a expediat materialul (lucrătorul medical).
- Colectarea fecalelor se efectuează în termenul cît mai scurt posibil de la debutul bolii (la spitalizare, adresare la medic), imediat după defecație din ploscă, oala de noapte ori pe scutec cu ajutorul unei anse sterile, spatule de lemn ori materialul se colectează nemijlocit din rect cu ajutorul tamponului rectal sau ansei. În proba colectată se includ amestecurile patologice prezente în fecale (mucus).
- Cultura maselor fecale permite diagnosticul etiologic în BDA prin izolarea bacteriilor pe medii solide sau lichide, ca și identificarea lor, pe baza aspectelor morfologice și a caracterilor biochimice, ca și testarea chimiosensibilității lor.
- Cultura maselor fecale nu este pozitivă decât la 50-60% din bolnavi cu BDA. Pentru obținerea unui indice sporit de pozitivitate recoltarea produsului patologic se face în anumite condiții:
 - precoce, în debutul bolii, când este mai mare concentrația agentului cauzal;
 - preventiv administrării antibioticelor și altor antimicrobiene;
 - recoltarea zonelor patologice (mucus, puroi);
 - însămânțarea urgentă pe medii de îmbogățire și selective; dacă însămânțarea imediată nu este posibilă după recoltare, produsul se păstrează în lichid conservant (soluție de glicerina de 30% în soluție fiziologică la frigider t +3 +5° C).
- **Masele vomitive și spălături gastrice** se colectează pentru examinare într-un vas steril, de la pacienți cu manifestări clinice de gastroenterită. Pentru investigațiile bacteriologice se folosesc primele porții de material nativ în volum de 100 ml fără adăugarea permanganatului de potasiu sau altor substanțe dezinfectante. În cazul reacției acide a maselor vomitive înainte de însămânțare se adaugă o soluție de 10% de bicarbonat de sodiu pentru neutralizare. Materialul colectat se supune centrifugării cu însămânțarea ulterioară a sedimentului. Nu se admite amestecarea acestor materiale dela diferiți bolnavi.
- **Hemoculturile** sunt utile în infecțiile intestinalele generalizate și permit izolarea, identificarea și testarea chimiosensibilității bacteriilor implicate etiologic. Bacteremia poate să apară în infecțiile cu Salmonella, Escherichia coli, Yersinia, etc.
- **Diagnosticul serologic** se efectuează pentru confirmarea diagnosticului clinic în cazul rezultatului negativ al examenului bacteriologic. Diagnosticul se stabilește în baza majorării în dinamică a titrului de anticorpi. În acest scop se efectuează examinarea serurilor pare. Prima probă de sînge se colectează la depistarea bolnavului, a doua – la sfîrșitul primei sau începutul săptămânii a doua a bolii. Efectuarea investigațiilor serologice în termene mai avansate denotă scăderea titrului de anticorpi specifici, însă deasemenea poate avea importanță de diagnostic (titrul minim de diagnostic la copil 1:100).

- Materialul pentru examenul bacteriologic în ambalaj, care exclude răsturnarea eprubetelor (borcanelor) cu îndrumarea respectivă se prezintă în laboratorul bacteriologic de către lucrătorul medical nu mai târziu de 2 ore după colectare. În caz contrar:
 - ✓ materialul (excrementele) se păstrează la frigider (4-8°C) și se prezintă în laborator nu mai târziu de 12 ore după colectare;
 - ✓ materialul (excrementele) se însămânțează pe mediul nutritiv solid (geloză bismut sulfat), se incubează pe 24 ore în termostat; în laborator se prezintă pe cutii.

Aspectul macroscopic al materiilor fecale permite o apreciere cauzală a sindromului diareic. Aspectul lichid, volum mare, fetiditatea, definesc "scaunul enterocolitic", frecvent întâlnit în diareile infecțioase la copii.

Scaunul lichid, tulbure albicios, afecaloid, fără miros, emis repetat și în cantitate mare este considerat "scaun holeriform".

"Scaune dizenterice", deși emise repetat, fiind însoțite de tenesme rectale, au un aspect destul de caracteristic, fiind mucosanguinolente, "spută rectală" și afecaloide. Ele sunt emise în cantități mici, dar în număr foarte mare, în funcție de severitatea bolii.

Examenul microscopic al materiilor fecale. Coprocitograma permite aprecierea conținutului acestuia, în special a prezenței de leucocite, particule alimentare nedigerate (în insuficiența pancreatică și în steatoree), ca și posibilitatea evidențierii de paraziți intestinali. Prezența a mai mult de 10 leucocite pe câmpul microscopic orientează diagnosticul spre forma enterovazivă de diaree acută, iar absența leucocitelor pledează pentru forma enterotoxigenă. Prezența de leucocite polinucleare, hematii, epitelii, mucus confirmă procesul inflamator în intestinul gros.

Pentru examenul virusologic materiile fecale se vor păstra în frigider.

Depistarea paraziților în materiile fecale (calde) se va efectua nu mai târziu de 20 minute după actul de defecație.

definițiilor de caz pentru supravegherea și raportarea bolilor transmisibile în Republica Moldova și Recomandări metodice „Măsuri suplimentare în profilaxia și combaterea bolilor diareice acute la copii”, MS RM, Chișinău, 2005]:

Definiția de caz în salmoneloză (Non-Typhi, Non-Paratyphi) - A02 (ord.385/2007)

Descriere clinică

Tablou clinic compatibil cu salmoneloză, și anume diaree dureri abdominale, febră, greață și uneori vomă. Acest organism poate cauza infecții extraintestinale.

Criterii de laborator pentru diagnostic

— Izolarea *Salmonella* (non-typhi, non-paratyphi) într-o probă clinică.

Clasificarea cazurilor

Posibil:	N.A.
Probabil:	Izolarea agentului etiologic fără semne clinice, sau caz compatibil cu descrierea clinică și având o legătură epidemiologică, sau detectarea de anticorpi specifici în RHAİ în titre diagnostice.
Confirmat:	Un caz compatibil cu descrierea clinică și confirmat în laborator.

Definiția de caz în shigeloză - A03 (ord.385/2007)

Descriere clinică

O afecțiune de o gravitate variabilă caracterizată prin diaree, febră, greață, crampe abdominale, deseori scaun cu mucus și/sau striuri de sânge, spasm sigmoidian și tenesme.

Criterii de laborator pentru diagnostic

— Izolarea *Shigella sp.* într-o probă clinică;

Clasificarea cazurilor

Posibil:	N.A.
Probabil:	Un caz compatibil cu descrierea clinică și având o legătură epidemiologică, si/sau detectarea anticorpilor specifici în RHAİ în titre diagnostice.
Confirmat:	Un caz compatibil cu descrierea clinică și confirmat în laborator.

Definiția de caz Boala diareică acută provocată de enterobacterii condiționat patogene (ECP) și stafilococi (Recomandări metodice, 2005)

Caz posibil

Copil cu diaree, vomă, febră, dureri abdominale, scaune apoase abundente, sau în cantități mici cu/sau fără mucus, cu/sau fără striuri de sânge (posibile în klebsielloză, diareea cu stafilococi).

Caz probabil

Copil cu semne menționate în caz posibil și:

- contact cu bolnavi diareici sau;
- contact cu bolnavi cu diaree etiologic confirmată sau;
- date despre utilizarea alimentelor contaminate, sau alterate sau;
- îmbolnăviri de BDA în grup.

Caz confirmat

Copil cu semne menționate în caz probabil și

- coproculturi (izolarea de ECP, stafilococi peste 10⁵ unități formatoare de colonii la 1 g materii fecale), urinoculturi, hemoculturi (izolarea de ECP, stafilococi) sau/și din spălăturile gastrice, masele vomitive, resturi de alimente.

Definiție de caz la holeră - A00
(ord.385/2007)

Descriere clinică

Tablou clinic compatibil cu holera, cu diaree acută apoasă, abundentă și/sau vomă, deshidratare. Gravitatea este variabilă.

Criterii de laborator pentru diagnostic

- Izolarea *Vibrio cholerae* O1 sau O139 toxigene (toxina holerică) din scaun sau mase vomitive;
- Depistarea acidului dezoxiribonucleic (ADN) în probe clinice (d.e. prin PCR);
- Evidențierea formării antitoxinei și a anticorpilor vibriocizi specifici.

Clasificarea cazurilor

Posibil:	N.A.
Probabil:	Un caz compatibil cu descrierea clinică și având o legătură epidemiologică.
Confirmat:	Un caz compatibil cu descrierea clinică și confirmat în laborator.

Definiție de caz Infecția cu Campylobacter - A04.5
(ord.385/2007)

Descriere clinică

Tablou clinic compatibil cu campilobacterioza, și anume o afecțiune diareică, febră, dureri abdominale, de o severitate variabilă.

Criterii de laborator pentru diagnostic

- Izolare a *Campylobacter sp.* din orice probă clinică;
- Detectarea ADN *Campylobacter sp.* (d.e. prin PCR).

Clasificarea cazurilor

Posibil:	N.A.
Probabil:	Un caz compatibil cu descrierea clinică și având o legătură epidemiologică.
Confirmat:	Un caz compatibil cu descrierea clinică și confirmat în laborator.

Definiția de caz infecția cu Escherichia coli entero-hemoragică - EHEC - A04.3
(ord.385/2007)

Descriere clinică

Tablou clinic compatibil cu infecția cu EHEC, și anume diaree (deseori sanguinolentă) și crampe abdominale. Starea generală se agravează rapid prin deshidratare și intoxicare progresivă. Boala poate fi complicată de un sindrom hemolitic-uremic (SHU) sau de o purpură trombocitopenică trombotică (PTT).

Criterii de laborator pentru diagnostic

- Izolarea *E. coli* ce aparține unui serogrup confirmat ca declanșator al bolii enterohemoragice;
- Confirmare serologică la pacienți cu sindrom hemolitic-uremic și purpură trombocitopenică trombotică;
- Detectarea genelor care codifică producerea de Stx1/Stx2.

Clasificarea cazurilor

Posibil:	N.A.
Probabil:	Izolarea agentului etiologic fără semne clinice, sau caz compatibil cu descrierea clinică și având o legătură epidemiologică.
Confirmat:	Un caz compatibil cu descrierea clinică și confirmat în laborator.

Definiție de caz în yersinioza - A04.6, A28.2
(ord.385/2007)

Descriere clinică

Afecțiune de o gravitate variabilă, caracterizată prin diaree, febră, grețuri, crampe și tenesme.

Criterii de laborator pentru diagnostic

- Izolarea *Yersinia enterocolitica* sau *pseudotuberculosis* într-o probă clinică.
- Evidențierea unui răspuns imun specific în test serologic.
- Identificarea ADN în probe clinice (d.e. prin PCR).

Clasificarea cazurilor

Posibil:	N.A.
Probabil:	Un caz compatibil cu descrierea clinică și având o legătură epidemiologică.
Confirmat:	Un caz compatibil cu descrierea clinică confirmat în laborator.

Definiție de caz în Boala diareică acută de etiologie virală
(Recomandări metodice,2005)

Caz posibil

Copil cu febră, vomă, diaree secretorie, scaune apoase abundente fără miros, fără mucus și sânge.

Caz probabil

Copil cu semne menționate în caz posibil și:

- contact cu bolnavi diareici cu scaune apoase abundente;
- sezonul rece al anului.

Caz confirmat

Tot ceea ce se referă la caz probabil și:

- Creșterea titrelor de anticorpi la rotavirusuri și enterovirusuri de 4 ori și mai mult.

Definiție de caz infecția rotavirală - A08.0
(ord.385/2007)

Descriere clinică

Îmbolnăvire acută care se manifestă prin diaree apoasă nesanguinolentă, vomă, febră, în cazuri severe – deshidratare.

Criterii de laborator pentru diagnostic

- Reacția imunoenzimatică și/sau reacția latex-aglutinare pentru detectarea antigenului rotaviral grupul A în fecalii;
- Detectarea acidului nucleic în materiile fecale cu ajutorul tehnicilor de amplificare genică (d.e.PCR).

Clasificarea cazurilor

Posibil:	Un caz compatibil cu descrierea clinică.
Probabil:	Un caz compatibil cu descrierea clinică (la un copil în vârsta până la 3 ani) și/sau legătură epidemiologică cu un caz confirmat.
Confirmat:	Un caz compatibil cu descrierea clinică și confirmat în laborator.

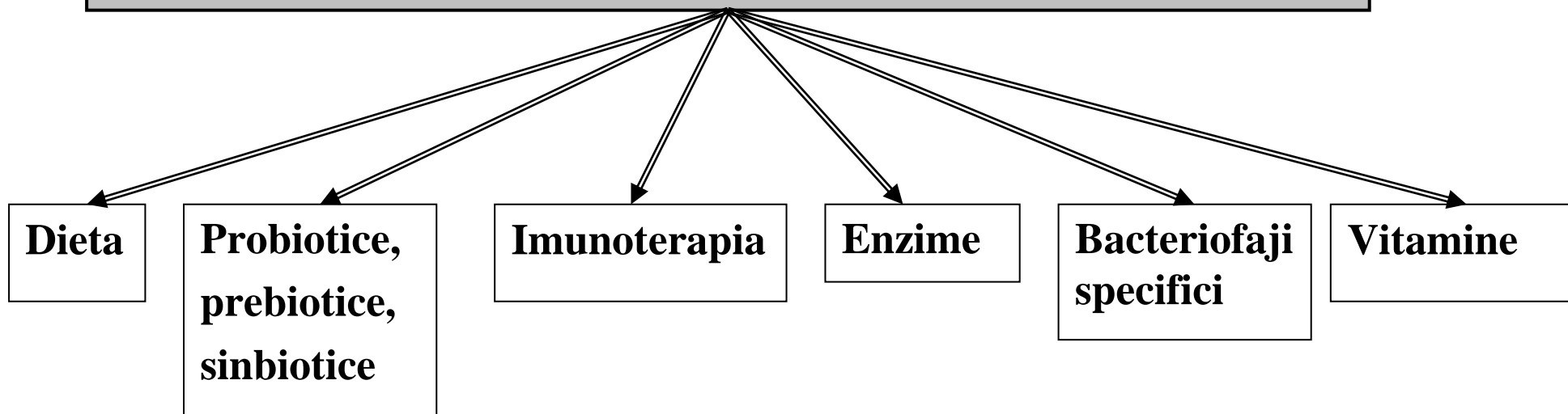
Anexa 3. Aprecierea gradului de deshidratare a copilului cu BDA**Tabelul 11. Aprecierea gradului de deshidratare a copilului cu BDA (CIMC, OMS)**

	A	B	C
1. Observați starea generală: – ochii – senzația de sete	Bună, plin de forță Normali Bea normal, nu este însetat	Agitat, neliniștit Înfundați Bea cu lăcomie, sete	Letargică sau inconștientă, moliciune Înfundați Bea prost sau nu poate bea
2. Determinați elasticitatea pielii (plica cutanată)	Revine la normal imediat	Revine la normal lent (până la 2 sec.)	Revine la normal foarte lent (mai mult de 2 sec)
3. Decideți:	DESHIDRATARE NEGATIV	Dacă sunt prezente 2 sau mai multe semne - DESHIDRATARE MODERATĂ	Dacă sunt prezente 2 sau mai multe semne – DESHIDRATARE SEVERĂ
4. Tratați:	Aplicați PLANUL DE TRATAMENT A	Aplicați PLANUL DE TRATAMENT B	Aplicați PLANUL DE TRATAMENT C

Anexa 4. Apreciați și clasificați copilul bolnav

Programul OMS. ”Conduita integrată a maladiilor la copii”.					
Are copilul diaree?					
DACĂ DA, ÎNTREBAȚI:	EXAMINAȚI ȘI SESIZAȚI:				
<ul style="list-style-type: none"> •Cât timp? •Este sânge în scaun? 	<ul style="list-style-type: none"> •Observați starea generală. Copilul: <ul style="list-style-type: none"> Este letargic sau fără conștiință? Agitat sau irascibil? •Are ochii înfundați. •Propuneți copilului lichid Copilul: <ul style="list-style-type: none"> Nu poate bea sau bea cu dificultate? Bea cu lăcomie, sete? •Verificați reacția plicei cutanate abdominale. Plica revine la normal: <ul style="list-style-type: none"> Foarte lent (mai mult de 2 secunde)? Lent? 	<p>după gradul de deshidratare</p>	<p>Două din următoarele semne:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Letargic sau fără conștiința •Are ochi înfundați •Nu poate bea sau bea cu dificultate •Plica cutanată revine la normal foarte lent. 	<p>DESHIDRATARE SEVERĂ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Dacă copilul nu suferă de o altă maladie severă: <ul style="list-style-type: none"> - Administrați lichid în caz de deshidratare severă (Planul C) <p style="text-align: center;">SAU</p> <ul style="list-style-type: none"> Spitalizați URGENT, pe drum spre staționar mama trebuie să administreze SRO prin înghițituri frecvente. Recomandați mamei să continue alăptarea la sân.
			<p>Două din următoarele semne:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Agitat sau irascibil? •Are ochii înfundați. •Bea cu lăcomie, sete •Plică cutanată revine la normal lent. 	<p>DESHIDRATARE MODERATĂ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Administrați lichide și alimente în caz de deshidratare moderată (Planul B) ➢ Dacă copilul suferă de o altă maladie severă: <ul style="list-style-type: none"> - Spitalizați URGENT, pe drum spre staționar mama trebuie să administreze SRO prin înghițituri frecvente. Recomandați mamei să continue alăptarea la sân. ➢ Explicați mamei, când să revină imediat. ➢ Vizită repetată – peste 2 zile, în lipsa ameliorării.
			<p>Semne insuficiente pentru clasificarea ca deshidratare moderată sau severă.</p>	<p>DESHIDRATARE NEGATIV</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Administrați lichide și alimente – tratamentul diareei la domiciliu (Planul A) ➢ Explicați mamei, când să revină imediat. ➢ Vizită – peste 2 zile, în lipsa ameliorării.
		și dacă diareea continuă timp de 14 zile și mai mult	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deshidratare – pozitiv 	<p>DIAREE PERSISTENTĂ SEVERĂ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Dacă nu este o altă maladie gravă, tratați deshidratarea înainte de spitalizare. ➢ Spitalizați
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deshidratare – negativ 	<p>DIAREE PERSISTENTĂ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Explicați mamei cum să alimenteze copilul care suferă de diaree persistentă. ➢ Vizita repetată – peste 5 zile.
			<p>Sînge în scaun</p>		<ul style="list-style-type: none"> ➢ Tratați timp de 5 zile cu ajutorul unui preparat antibacterian oral recomandat în caz de shigeloză. ➢ Explicați mamei, când să revină imediat. ➢ Vizita repetată – peste 5 zile.
		și dacă este sânge în scaun	<p>Sînge în scaun</p>	<p>DIZENTERIE</p>	

Principii de tratament în BDA la copil în perioada de convalescență



Anexa 6. Formular de conduită a pacientului în vîrstă pînă la 18 ani cu BDA
(Examenul clinic și paraclinic, tratamentul de bază, consecințele)

FACTORII EVALUAȚI	DATA			
I. Manifestările clinice				
Sindrom toxic:				
Febră				
Cefalee				
Vome				
Slabiciune				
Dureri abdominale: <input checked="" type="checkbox"/> în epigastriu; <input checked="" type="checkbox"/> periombilicale; <input checked="" type="checkbox"/> în fosa iliacă dreaptă; <input checked="" type="checkbox"/> în fosa iliacă stîngă				
Tenesme				
Chemări false				
Scaune:				
<input checked="" type="checkbox"/> apoase abundente				
<input checked="" type="checkbox"/> sărace				
<input checked="" type="checkbox"/> nedigerate				
<input checked="" type="checkbox"/> cu mucus				
<input checked="" type="checkbox"/> cu striuri de sînge				
Spasm sigmoidian				
Anus beant				
Anus rezilent				
Prolaps rectal				
Icter				
Hepatomegalie				
Splenomegalie				
SCID				
Focare septice secundare:				
<input checked="" type="checkbox"/> meningită;				
<input checked="" type="checkbox"/> otită;				
<input checked="" type="checkbox"/> pneumonie;				
<input checked="" type="checkbox"/> peritonită				
<input checked="" type="checkbox"/>				
II. Datele paraclinice				
Analiza generală a sîngelui				
Analiza generală a urinei				
Coprocitograma				
Coprocultura				
Reacția de hemaglutinare indirectă cu diagnosticum de shigelle, salmonelle, escherichii				
ELISA pentru antigenul rotaviral				
Hemocultura				
Urocultura				
Culturi maselor vomitive sau spălăturilor gastrice				

Analiza LCR: ✓ citologică ✓ biochimică				
Cultura lichidului cefalorahidian la flora enteropatogenă				
Antibioticograma culturilor depistate				
Analiza urinei după Neciporencu (<i>la necesitate</i>)				
Echilibrul acido-bazic				
Ionograma (K, Na, Cl, Ca) sîngelui				
Proteina totală				
Testull protrombinic				
Hematocrit				
Trombocite				
Indexul de coagulabilitate				
Creatinina				
Ureea				
Bilirubina totală				
Bilirubina conjugată				
Bilirubina neconjugată				
ALT				
AST				
Alfa-amilaza sîngelui				
Alfa-amilaza urinei				
Glucosa sîngelui				
Grupa de sînge				
Rh-factor				
Analiza generală a LCR				
Glucosa LCR				
Clorizii LCR				
ECG				
III. Tratament				
1. Glucocorticoizi: - Prednisolonum - Dexametasonum				
2. Antipiretice: - Paracetamolium - Ibuprofenum - Sol. Metamizoli natrium 50% - Sol. Diphenhydraminum 1% - Sol. Papaverinum 2%				
3. Anticonvulsivante: - Sol. Diazepamum 0,5% - Diazepamum <i>rectal</i> - Sol. Natrii oxybutyras 20% - Sol. Phenobarbitalum				
4. Perfuzii intravenoase: ✓ Sol. Ringer lactat (Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum) - Sol. Natrii chloridum 0,9% - Sol. Glucosum 10%				

5. La necesitate: – Sol.Albuminum 10% – Sol. Kalii chloridum 4% – Sol.Calcii gluconas10% – Sol.Magnesii sulfas25%				
6. Spasmolitice: – Papaverinum – Drotaverinum				
7. Antiproteolitice: –Aprotininum				
8. Preparate enzimatice: – Pancreatinum				
9. Antimicrobiene: –Co-trimoxazol –Nifuroxazidum –Furazolidonum (în combinație!)				
10. Antibiotice: – Ampicillinum – Amoxicillinum – Metronidazolom – Ciprofloxacinum – Amoxicillinum+Acidum clavulanicum, – Cefotaximum, – Ceftriaxonum				
11. Antiparazitare (Metronidazolom)				
12. Antifungice (Fluconazolom)				
13. Antifibrinolitice și angioprotectoare (Etamsylatum, Acidum aminocaproicum)				
14. Antihistaminice: – Chlorpyraminum – Clemastinum – Promethazinum				
15. Prebiotice, probiotice: – Bifidumbacterium bifidum – Linex (Lactocillicus acidophilus + Bifidobacterium infantis + Enterococcus faecium) – Iogurt* – Lactobacillus acidophilus(în combinație)				
16.Sinbiotic (Lacto-G (combinație))				
16. Antiflatulente (Simethiconum)				
17. Vitamine: – Acidum ascorbicum – Revit (combinație)				
IV. Supravegherea postexternare				
1. Copiii cu salmoneloze sau shigelloze tratați în staționar sau la domiciliu, vor fi supravegheați de către medicul de familie și/sau medicul infecționist timp de 2 săptămâni după externare sau cu tratament				

ambulator și coprocultură negativă.				
2. În cazul depistării rezultatului pozitiv a coproculturii, copilul va fi consultat de către infecționist care va decide tratamentul în continuare după care se vor efectua 2 coproculturi la interval de 2 zile de la finalizarea tratamentului.				
3. Copiii care au suportat shigeloză, salmoneloză, vor fi admiși în instituții de educație, instruire și de odihnă după o coprocultură negativă, efectuată la două zile de la finalizarea tratamentului, în baza certificatului eliberat de către medicul de familie.				

Anexa 7. Ghidul pacientului cu BDA

Boala diareică acută

(Ghid pentru pacienți, părinți și persoane de îngrijire)

Introducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul copiilor cu BDA în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. În ghid se explică indicațiile adresate pacienților cu BDA, dar și familiilor acestora, părinților și persoanelor de îngrijire, la fel și tuturor celor care doresc să cunoască mai multe despre această infecție.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de îngrijire și tratament ale BDA, care trebuie să fie disponibile în serviciul de sănătate. Nu sînt descrise în detalii maladia, analizele și tratamentul necesar. Despre acestea veți afla de la medicul de familie sau de la asistenta medicală. În ghid veți găsi exemple de întrebări pe care le veți putea adresa pentru a obține explicații. Sînt prezentate și surse suplimentare de informații.

Indicațiile din ghidul pentru pacienți includ:

- ✓ Modul în care medicii trebuie să stabilească dacă o persoană suferă de BDA.
- ✓ Tratamentul diverselor forme de BDA la domiciliu și la spital.
- ✓ Urgențele în BDA și tratamentul lor.
- ✓ Modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu BDA.

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Tratamentul și îngrijirea medicală de care beneficiați trebuie să ia în considerare necesitățile și preferințele dvs. personale. Aveți dreptul să fii informat pe deplin și să luați decizii împreună cu cadrele medicale care vă tratează. În acest scop, cadrele medicale trebuie să vă ofere informații necesare și relevante pentru starea dvs., să vă trateze cu respect, sensibilitate și cu loialitate și să vă explice pe înțeles ce este BDA și care este tratamentul care vi se recomandă. Informația oferită de cadrele medicale trebuie să includă detalii despre avantajele și eventualele riscuri în administrarea tratamentelor.

În tratamentul și în asistența medicală de care beneficiați, trebuie să se țină cont și de alte aspecte: religie, etnie etc. Trebuie să se țină cont și de alți factori: dizabilități fizice, probleme de vedere sau de auz, dificultăți de citire și de vorbire.

BDA boală contagioasă acută produsă de enterobacterii patogene, condiționat patogene.

BDA include astfel maladii frecvent înregistrate la copil: dizenteria (*shigelloza*), salmonelloza etc. Diareea acută durează pînă la 14 zile, diareea persistentă - 14 zile și mai mult.

Diareea acută se definește clinic ca o emiterie prea frecventă de mase fecale prea lichide, ceea ce duce la pierdere spontană de apă și electroliți.

Instruire și echipament

Medicii de familie și asistentele medicale trebuie să fie instruiți de modul în care se examinează un pacient cu BDA, îndeosebi cu dureri difuze abdominale acute pentru a diferenția BDA de o boală acută chirurgicală.

Diagnosticarea BDA

Analizele bolnavilor spitalizați cu BDA trebuie să includă 1-2 analize de sânge, 1-2 analize de urină, 1-2 analize de alfa-amilază în sânge și în urină, 1-2 coproculturi, examenul serologic în dinamică minim de 2 ori. După obținerea rezultatelor testelor și ale analizelor de laborator, medicul trebuie să discute rezultatul cu dvs. și să vă comunice modalitățile de tratament.

Tratamentul medicamentos

De la prima consultație, medicul vă evaluează severitatea bolii și criteriile de spitalizare. Diagnosticul de BDA, odată stabilit, indică inițierea imediată a tratamentului, în special, rehidratarea. Medicul de familie va invita „Ambulanța”, inițiind pe parcurs asistența medicală urgentă prespitalicească în caz de o formă severă a bolii. În formele ușoare și medii ale BDA, în prezența la domiciliu a condițiilor de izolare, este posibil tratamentul ambulatoriu. Dacă pe parcursul tratamentului starea se va agrava (apare febra, scaunele cu sânge, vomelile repetate, copilul nu poate consuma lichid, medicul de familie sau medicul „Ambulanței” vă va acorda ajutorul medical necesar și vă va spitaliza.

Tratamentul nemedicamentos

Medicul de familie și asistenta medicală trebuie să discute cu Dvs. alimentația, necesitatea aportului de lichide și programul de rehidratare. După încheierea tratamentului medicul de familie trebuie să supravegheze starea sănătății Dvs.

Întrebări - model despre medicamentele utilizate în BDA

- ✓ Explicați-mi de ce-ați ales să-mi prescrieți acest medicament?
- ✓ Cum îmi va ajuta medicamentul?
- ✓ De ce trebuie se beau mai mult lichid?
- ✓ Ce efecte adverse pot fi în acest caz?
- ✓ Care sînt efectele adverse realizate de acest medicament? La ce trebuie să fi atent (ă) îndeosebi?
- ✓ Ce trebuie să fac în caz de efecte adverse? (să sun medicul de familie sau să chem „Ambulanța”, sau să merg la secția de urgențe a unui spital?)
- ✓ Cît timp va dura tratamentul?
- ✓ Ce se va întîmpla dacă refuz acest medicament?
- ✓ Unde mai pot citi despre acest medicament?

Întrebări - model despre evidența tratamentului

- ✓ Există alte medicamente pentru această boală, pe care le-aș putea administra?
- ✓ Pot să schimb pe parcurs doza medicamentului?
- ✓ Dacă mă voi simți bine, pot să întrerup medicamentul mai devreme decît a fost indicat?
- ✓ Cînd trebuie să mă programez pentru o altă vizită?

**Anexa 7. FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZAT PE CRITERII PENTRU
BOALA DIAREICĂ ACUTĂ LA COPIL**

FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZAT PE CRITERII PENTRU BOALA DIAREICĂ ACUTĂ LA COPIL			
	Domeniul Prompt	Definiții și note	caz
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	denumire oficială	
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	nume, prenume, telefon de contact	
3	Numărul fișei medicale		
4	Ziua, luna, anul de naștere a pacientului/ei	ZZ-LL-AAAA; necunoscut = 9	
5	Sexul pacientului/ei	masculin = 1; feminin = 2	
6	Mediul de reședință	urban = 1; rural = 2; necunoscut = 9	
7	Numele medicului curant	nume, prenume, telefon de contact	
INTERNAREA			
8	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	AMP = 1; AMU = 2; secția consultativă = 3; instituție medicală privată = 5; staționar = 6; adresare directă = 6; alte instituții = 7; necunoscut = 9	
9	Data și ora internării în spital	Data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00); necunoscut = 9	
10	Data și ora internării în Terapie intensivă/SATI	Data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00); nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
11	Durata internării în Terapie Intensivă/SATI (zile)	număr de ore; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
12	Durata internării în spital (zile)	număr de zile; necunoscut = 9	
13	Transferul în alte secții	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
14	Respectarea criteriilor de transportare	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
15	Respectarea criteriilor de internare	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
DIAGNOSTICUL			
16	Starea pacientului la internare	ușoară = 2; medie = 3; gravă = 4; necunoscut = 9	
17	Faza evolutivă a bolii la internare	ciclică (comună) = 2; cu complicații nespecifice = 3; cu complicații specifice = 4; cu maladii intercurrente = 6; cu acutizarea maladiilor de fon = 7; necunoscut = 9	
18	Investigații de laborator	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9 analiza gen. a sângelui = 2; analiza gen. a urinei = 3; coprocultura = 4; coprograma = 6	
19	Cosultat de alți specialiști	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
20	Investigații indicate de către alți specialiști	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENȚILOR			
21	Profilaxia specifică	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
22	Face parte pacientul din grupul de	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	

	risc		
23	Managementul starilor de urgență	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
24	Maladii concomitente înregistrate	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
25	Sechele	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
	TRATAMENTUL		
26	Unde a fost inițiat tratamentul	AMP = 2; AMU = 3; secția consultativă = 4; instituție medicală privată = 6; staționar = 7; adresare directă = 8; alte instituții = 10; necunoscut = 9	
27	Tratamentul etiopatogenetic	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
28	Tratamentul simptomatic (inclusiv cel de urgență)	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
29	Respectarea criteriilor de monitorizare clinică și paraclinică a pacientului/ei cu gripă, formă gravă	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
30	Efecte adverse înregistrate	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
31	Rezultatele tratamentului	vindecare = 2; complicații = 3; necunoscut = 9	
32	Respectarea criteriilor de externare	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
33	Data externării/transferului sau decesului	data externării/transferului (ZZ: LL: AAAA); necunoscut = 9	
		data decesului (ZZ: LL: AAAA); necunoscut = 9	

BIBLIOGRAFIE

1. Adrogue H, Madias N. Hyponatremia. *N Engl J Med* 2000;342: 1493--1499.
2. American Academy of Pediatrics. Drugs for parasitic infections. In: Pickering LK, ed. *Red Book*, 2003: report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove, IL: American Academy of Pediatrics, 2003:744-70.
3. American Medical Association, American Nurses Association, American Nurses Foundation, Centers for Disease Control and Prevention, Center for Food Safety and Applied Nutrition, U.S. Food and Drug Administration, Food Safety and Inspection Service, U.S. Department of Agriculture. Diagnosis and management of foodborne illnesses: a primer for physicians and other health care professionals. *MMWR Recomm Rep* 2004 Apr 16;53(RR-4):1-33. [PubMed](#)
4. Boli infecțioase la copii sub red. Galina Rusu Chișinău, 2001.
5. Burks AW, Vanderhoof JA, Mehra S, Ostrom KM, Baggs G. Randomized clinical trial of soy formula with and without added fiber in antibiotic-induced diarrhea. *J Pediatr* 2001;139:578--82.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Diagnosis and management of foodborne illnesses: a primer for physicians. *MMWR* 2001;50(No. RR-2):1--69.
7. Cezard JP, Duhamel JF, Meyer M, et al. Efficacy and tolerability of racecadotril in acute diarrhea in children. *Gastroenterology* 2001;120:799--805.
8. Chiotan M. Boli infecțioase la copii , vol.15. colecția „Medicul de familie” București, 2001.
9. „Conduita Integrată a Maladiilor la Copii”. OMS. UNICEF.
10. Duggan C, Gannon J, Walker WA. Protective nutrients and functional foods for the gastrointestinal tract. *Am J Clin Nutr* 2002;75: 789--808.
11. Duggan C, Refat M, Hashem M, Wolff M, Fayad I, Santosham M. How valid are clinical signs of dehydration in infants? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1996;22:56--61.
12. Duggan C, Santosham M, Glass RI. The management of acute diarrhea in children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. *MMWR* 1992;41(No. RR-16):1--20.

13. Galețchi Petru, Buiuc Dumitru, Plugaru Ștefan. Ghid practic de microbiologie medicală. I.E.P. Știința Chișinău, Editura Tehnică București, 1997, p. 257-275.
14. Galețchi Petru, Galina Rusu cu autorii. Dismicrobism intestinal la copii. Ghid practic pentru medici pediatri, infecționiști, microbiologi, medici de familie, rezidenți, studenți. Chișinău, 2008,
15. Gibson GR, Roberfroid MB. Dietary modulation of the human colonic microbiota: introducing the concept of prebiotics. *J Nutr* 1995;125:1401--12.
16. Guandalini S, Pensabene L, Zikri MA, et al. Lactobacillus GG administered in oral rehydration solution to children with acute diarrhea: a multicenter European trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;30:54--60.
17. Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, et al. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. *Clin Infect Dis* 2001;32:331--51.
18. Indicații metodice „Epidemiologia salmonelozelor la om și animale. Măsurile de profilaxie și combatere” MS RM, Chișinău, 2005.
19. Jackson J, Bolte RG. Risks of intravenous administration of hypotonic fluids for pediatric patients in ED and prehospital settings: let's remove the handle from the pump. *Am J Emerg Med* 2000;18:269--70.
20. Managing Acute Gastroenteritis Among Children. Oral Rehydration, Maintenance, and Nutritional Therapy
21. Nager AL, Wang VJ. Comparison of nasogastric and intravenous methods of rehydration in pediatric patients with acute dehydration. *Pediatrics* 2002;109:566--72.
22. Nănulescu Lidia. Elemente de patologie infecțioasă, 1996.
23. Ordin nr.385 din 12.10.2007 „Cu privire la aprobarea definițiilor de caz pentru supravegherea și raportarea bolilor transmisibile în RM”, Chișinău.
24. Ordin nr.446 din 03.12.2007 „Cu privire la monitorizare și evaluarea prevederilor Programului „Conduita Integrată a Maladiilor la Copii în republică”.
25. Ozuah PO, Avner JR, Stein RE. Oral rehydration, emergency physicians, and practice parameters: a national survey. *Pediatrics* 2002;109:259--61.
26. Pang XL, Honma S, Nakata S, Vesikari T. Human caliciviruses in acute gastroenteritis of young children in the community. *J Infect Dis* 2000;181:S288--94.
27. Perlstein PH, Lichtenstein P, Cohen MB, et al. Implementing an evidence-based acute gastroenteritis guideline at a children's hospital. *Jt Comm J Qual Improv* 2002;28:20--30.
28. Pilly E. *Maladies Infectieuses et Tropicales* (20-e edition), 2006, 639: 416-417.
29. Ramsook C, Sahagun-Carreón I, Kozinetz CA, Moro-Sutherland D. A randomized clinical trial comparing oral ondansetron with placebo in children with vomiting from acute gastroenteritis. *Ann Emerg Med* 2002;39:397--403.
30. Reberea Ileana. Boli infecțioase. București, editura medicală, 2000, p.186.
31. Recomandări metodice „Măsurile suplimentare în profilaxia și combaterea bolilor diareice acute la copii”, MS RM, Chișinău, 2005.
32. Red Book Report of the Committee on Infections Diseases, American Academy of Pediatrics, 2003.
33. Reeves JJ, Shannon MW, Fleisher GR. Ondansetron decreases vomiting associated with acute gastroenteritis: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2002;109:e62.
34. Salazar-Lindo E, Santisteban-Ponce J, Chea-Woo E, Gutierrez M. Racecadotril in the treatment of acute watery diarrhea in children. *N Engl J Med* 2000;343:463--7.
35. Sandhu BK. Practical guidelines for the management of gastroenteritis in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001;33(Suppl 2):S36--9.
36. Sandhu BK; European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Working Group on Acute Diarrhoea. Rationale for early feeding in childhood gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001;33(Suppl 2):S13--6.
37. Vanderhoof JA, Young RJ. Use of probiotics in childhood gastrointestinal disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998;27:323--32.
38. Voiculescu Marin Gh. Boli infecțioase. Volumul II, București, 1990.
39. World Health Organization. The management of bloody diarrhoea in young children. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1994. Available at http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/WHO_CDD_94.49.htm
40. Аликеева Г.К., Ющук Н.Д., Кожевникова Г.М. «Эшерихиозы», Лечащий врач, ноябрь 2007, № 9, с.36-41.
41. Антибактериальная терапия. Практическое руководство. Под редакцией Л.С.Страчунского, Ю.Б.Белюсова, С.Н.Козлова. 2000.

- 42.Иванова В.В. Инфекционные болезни у детей Москва, 2002.
- 43.Казанцев А.П. с соавторами. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней.
- 44.Комплексная терапия острых кишечных инфекции у детей в поликлинических условиях. Пособие для врачей. Москва, 1999.
- 45.Покровский В.И., Пак С.Г. Инфекционные болезни и эпидемиология. Москва, 2004.
- 46.Рахманова А.Г. с соавторами. Инфекционные болезни. Руководство 2-ое издание Санкт-Петербург, 2001.
- 47.Симовьян Э.М. Инфекционные болезни у детей. Справочник в вопросах и ответах. Ростов на Дону, 2002.
- 48.Сушко Е.Н. Матвеев В.А. Инфекционные болезни у детей. Минск, 1997.
- 49.Тимченко В.Н. с соавт. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций. Санкт-Петербург, 2005.
- 50.Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. Москва, 1998.
- 51.Учайкин В.Ф., Молочный В.П. Неотложные состояния в педиатрии. Москва, 2005.
- 52.Prisacaru Viorel. „Epidemiologie specială”.Manual. Chişinău, 2015
- 53.Rusu Galina. Boli infecţioase la copii. Manual. Chişinău, 2012, p.153-194
- 54.Marshfield Clinic Research Foundation. Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. – 2013.– V. 62. – С. 1-34.
- 55.Kroger AT, Atkinson WL, Marcuse EK, Pickering LK. General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. – 2011.– V. 60. – С. 1-60.
- 56.КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ, Москва 2013, 84 стр.
- 57.КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ ШИГЕЛЛЕЗОМ, Москва 2015, 89 стр.
- 58.Alfredo Guarino (Coordinator), yShai Ashkenazi, Dominique Gendrel, Andrea Lo Vecchio, Raanan Shamir, and Hania Szajewska. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014, 21 p. JPGN 2014;59: 132–152)