

AUDITUL CLINIC
AL MANAGEMENTULUI
INFECȚIILOR RESPIRATORII ACUTE
LA COPIII DE 0-5 ANI PRIN PRISMA
MEDICINEI BAZATE PE DOVEZI

Marina ARAMA, Natalia CHIPER,
Adela HORODIȘTEANU-BANUH,
Dorina SAVOSCHIN,
IMSP Institutul Mamei și Copilului

Rezumat

Infecțiile respiratorii la copii reprezintă motivul cel mai frecvent de adresare în instituțiile medicale de diferit nivel. De aceea, scopul nostru a fost evaluarea gradului de respectare a protocolului clinic național (PCN) de diagnosticare și tratament al pneumoniei comunitare (PC) acute la copiii sub cinci ani în Republica Moldova la diferite nivele de asistență medicală. Au fost supuse analizei 177 de cazuri de pneumonie acută la copiii care s-au tratat la diferite nivele de asistență medicală, cu vârsta cuprinsă între 28 de zile și 5 ani, pe parcursul anului 2016. Conform datelor obținute, gradul de respectare a protocolului clinic național de diagnosticare a pneumoniei comunitare a constituit în medie 3/4 din cazurile studiate (74,3%), iar în 1/4 din cazuri (25,1%) protocolul a fost respectat parțial. Gradul de respectare a protocolului clinic național de tratament al PC la copii este puțin mai scăzut decât cel de diagnostic, dar nesemnificativ ($p>0,05$). Astfel, respectarea completă a fost constatată în medie la 2/3 (66,1%) din copiii tratați de pneumonie, respectarea incompletă (mai mult de 50% din recomandări) – la o treime (31,0%), respectarea parțială (mai puțin de 50% din cerințe) – în 1,2% cazuri și nerespectare – în 1,8% din cazurile analizate. În contrast cu PCN, în ghidurile internaționale, diagnosticarea și tratamentul PC la copii se face după severitate, iar stabilirea gradului de severitate se bazează în special pe criterii clinice, și nu pe criterii etiologice. Această abordare le face autonome față de necesitatea investigațiilor paraclinice, diagnosticarea și tratamentul fiind adaptate pentru toate nivele de acordare a asistenței medicale, abordare ce necesită să fie implementată și în țara noastră.

Cuvinte-cheie: pneumonie comunitară, copii, management, protocole clinice naționale, ghiduri internaționale

Summary

Clinical audit of acute research influences management in children 0-5 years through health-based medicine

Respiratory infections in children are the most common reason for addressing medical institutions at different levels. We focused on assessment of the degree of compliance of the national clinical protocol (NCP) for the diagnosis and treatment of acute community pneumonia (CP) in children under 5 years of age in the Republic of Moldova at different levels of healthcare. The study included data obtained by the evaluation of 177 cases of children treated with acute community-pneumonia, at different levels of healthcare, aged from 28 days to 5 years during 2016. According to the obtained data, the degree of compliance with the national clinical protocol for the diagnosis of community-acquired pneumonia was respected in 3/4 of the

studied cases (74,3%) and in one-quarter of cases (25,1%) – partially complied with. The degree of compliance with the national clinical protocol for the treatment of CP in children is slightly below the diagnostic but insignificant ($p>0,05$). Therefore, full compliance was considered on average to a total of 2/3 (66,1%) of the children treated with pneumonia, incomplete observance (more than 50% of the recommendations) – to a third (31,0%), partially compliance with less than 50% of the requirements) – in 1,2%, and unobserved – in 1,8% of the analyzed cases. In contrast to NCP, in international guides the diagnosis and treatment of CP in children is made by severity, and severity is based mainly on clinical criteria rather than an etiological criteria. This approach makes them independent of the necessity of paraclinical investigations and is adapted to all levels of health care, which is worth to be implemented in our country.

Keywords: community pneumonia, children, management, national clinical protocols, international guides

Резюме

Клинический аудит управления острыми респираторными инфекциями у детей 0-5 лет на основе доказательной медицины

Респираторные инфекции у детей являются наиболее распространенной причиной обращения в медицинские учреждения на разных уровнях. Исследования были сосредоточены на оценке степени соответствия национального клинического протокола (НКП) диагностики и лечения острой внебольничной пневмонии (ОВП) у детей в возрасте до 5 лет в Республике Молдова на разных уровнях оказания медицинской помощи. В исследование были включены данные, полученные в результате оценки 177 случаев заболевания детей с острой пневмонией в возрасте от 28 дней до 5 лет, которые получали лечение на разных уровнях медицинской помощи в течение 2016 года. Согласно полученным данным, степень соблюдения национального клинического протокола по диагностике внебольничной пневмонии была соблюдена в 3/4 изученных случаев (74,3%) и в четверти случаев (25,1%) – частично соблюдается. Степень соблюдения национального клинического протокола лечения ОВП у детей несколько ниже диагностического, но незначительна ($p>0,05$). Поэтому, полное соблюдение было рассмотрено в среднем для 2/3 (66,1%) детей, прошедших лечение от пневмонии, неполное соблюдение (более 50% рекомендаций) – до трети (31,0%), частичное соблюдение (менее 50% требований) – в 1,2% и не было соблюдено в 1,8% анализированных случаев. В отличие от НКП, в международных руководствах диагностика и лечение ОВП

у детей проводится по степени тяжести, а степень тяжести основана главным образом на клинических критериях, а не на этиологических критериях. Такой подход делает их независимыми от необходимости проведения параклинических исследований и адаптируется ко всем уровням оказания медицинской помощи, что стоит внедрить и в нашу страну.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, дети, менеджмент, национальные клинические протоколы, международные руководства

Introducere

Infecțiile respiratorii la copii reprezintă motivul cel mai frecvent de adresare în instituțiile medicale de diferit nivel. Organizația Mondială a Sănătății propune pentru reducerea cazurilor de morbiditate și mortalitate implementarea ghidurilor și protocoalelor standardizate/unificate, cu scopul promovării practicilor bazate pe dovezi, reducerii tratamentelor neargumentate, inclusiv a antibioterapiei. Îmbunătățirea calității serviciilor medicale în cadrul noilor aranjamente de finanțare și al modificărilor structurale majore din sistemul de sănătate al Republicii Moldova, impune elaborarea și respectarea protocoalelor naționale de practică medicală. Însă, evaluările serviciului pediatric efectuate de OMS în 2013 au constatat mai multe neajunsuri în managementul cazurilor de maladii respiratorii și imperfecțiunea funcționării evaluărilor/autoevaluărilor sistematice, în bază cărora instituțiile și factorii de decizie pot elabora măsuri de depășire a barierelor în reducerea morbidității și a mortalității copiilor prin îmbunătățirea serviciilor prestate. De aceea, auditul clinic în patologiile respiratorii acute la copii este indispensabil, ținând cont că această patologie ocupă locul trei în structura cauzală a mortalității infantile.

Așadar, scopul studiului a fost evaluarea gradului de respectare a protocolului clinic național de diagnosticare și de tratament al pneumoniei comunitare (PC) acute la copiii sub cinci ani în Republica Moldova la diferite nivele de asistență medicală.

Material și metode

Au fost supuse analizei 177 de cazuri de pneumonie acută ale copiilor care s-au tratat la diferite nivele de asistență medicală, pe parcursul anului 2016. În cadrul studiului au predominat copiii tratați la nivelul primar, care au constituit 36,4% din total: 1/4 din zona rurală și 3/4 din zona urbană; la nivelul doi (spitalele raionale și municipale) – 42% copii și la nivelul terțiar de asistență medicală (Secția de pneumologie a IMSP Institutul Mamei și Copilului) – 23,9% copii.

Criteriile de eligibilitate: vârstă de la 29 de zile până la 5 ani; diagnosticul clinic de pneumonie comunitară acută.

Criteriile de excludere: copii cu vârstă de până la 29 de zile și după 5 ani; patologie cronică asociată.

În scopul colectării materialului primar, în anul 2016 au fost efectuate deplasări în următoarele raioane: Criuleni, Orhei, Anenii-Noi, Cantemir, Ștefan-Vodă și mun. Chișinău. Au fost extras date din documentele medicale statistice ale copiilor, aflate la medicii curanți: *Carnetul de dezvoltare a copilului* (formularul 112/e) și *Fișa medicală a bolnavului de staționar* (formularul 003/e-212).

Repartizarea copiilor după vârstă la momentul tratamentului a fost următoarea: au predominat copii cu vârsta mai mare de 1 an – 66,5% cazuri; fiecare al patrulea copil a făcut pneumonie în vârsta cuprinsă între 6 și 11 luni (23,9% cazuri); copiii cu vârstă de 3-5 luni și 28 de zile – 2 luni au constituit 7,9% și, respectiv, 1,7%.

Analiza statistică a fost efectuată cu aplicarea setului de programe statistice Microsoft Excel, *Epi Info 7.1.5.2*.

Rezultate și discuții

Respectarea protocolului de diagnosticare a pneumoniei comunitare la copii

Analiza criteriilor clinice de diagnostic al pneumoniei acute la copii a fost efectuată prin prisma Protocolului clinic național *Pneumonii comunitare la copil* (anul 2009, revizuit în 2016), protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie *Pneumonii comunitare la copil* (2012), ghidurilor OMS (*Asistența spitalicească oferită copiilor*, OMS, 2013; *Pneumonia, Factsheet №331*, OMS, 2015), *Ghidurilor de practică clinică ale Societății Pediatriche de Boli Infecțioase și Societății de Boli Infecțioase a Americii – GSA* (Infectious Diseases Society of America, 2011) și *Ghidului Societății Britanice de Pediatrie – GSB* (British Thoracic Society, 2011).

Astfel, în studiul nostru, un simptom clinic de baza al PC a fost tusea (în 79,7% cazuri), însă tusea se consideră un criteriu nespecific pentru pneumonia acută în ghidurile nominalizate mai sus (*tabelul 1*).

Tahipneea, fiind foarte specifică pentru PC, a fost înregistrată la doar 14,5% din copiii tratați de pneumonie, iar ghidurile internaționale o consideră un semn sugestiv pentru pneumonia comunitară la copii.

Tirajul intercostal (efortul inspirator în dispnee) practic n-a fost descris de către medici la copiii cu pneumonie (la doar 2,6% din pacienți), însă acest semn este specific pentru pneumonia acută la copiii mici și este recomandabil de a fi luat în considerație de toate ghidurile internaționale menționate și protocoalele clinice naționale.

Tabelul 1

Criteriile de diagnostic al pneumoniei acute la copiii incluși în studiu, în corelație cu recomandările naționale și internaționale (%)

Recomandări / Criterii	OMS, 2015 ^{1,2}	British Thoracic Society, 2011	Diseases Society of America, 2011	Protocol național, 2009	Studiul PARC, 2016
Tuse				+	79,74%
Tahipnee, respirație accelerată	+	+	+	+	14,54%
Wheezing (respirație șuierătoare)				+	9,69%
Tiraj intercostal	+	+	+	+	2,64%
Febră mai mult de 3 zile	RS ³	+	-	±	26,63%
Infiltrație/opacități la Rh				+	72,69%
Altele				+	7,05%

Notă: ¹Asistența spitalicească oferită copiilor, OMS, 2013; ²Pneumonia, Fact sheet N^o331, OMS, 2015; ³RS – recomandare slabă.

Practic toți copiii tratați de pneumonie au prezentat febră, însă febra cu durata mai mare de trei zile a fost semnată în 23,6% cazuri. Ghidul Societății Britanice de Pediatrie (GSB) consideră pneumonia comunitară atunci când există febră persistentă sau repetată +38°C, împreună cu tirajul cutiei toracice și frecvența crescută a respirației. Însă, e necesar de menționat că OMS tratează febra ca semn clinic cu o recomandare slabă în stabilirea diagnosticului.

Conform protocolului clinic național, investigațiile paraclinice obligatorii în pneumonia comunitară la copii sunt (tabelul 2):

- hemograma (în infecțiile bacteriene cu leucocitoză >10x10⁹/l, cu neutrofilie, devierea formulei leucocitare în stânga, majorarea VSH >20 mm/oră);
- sumarul urinei;
- bacteriologia sputei;
- radiografia cutiei toracice;
- pulsoximetria se efectuează la orice copil cu tahipnee sau cu semne de hipoxie.

Tabelul 2

Investigațiile paraclinice efectuate copiilor cu pneumonie acută, prin prisma recomandărilor naționale și internaționale (%)

Recomandări / Investigații	OMS, 2015 ^{1,2}	British Thoracic Society, 2011	Diseases Society of America, 2011	Protocol național, 2009	Studiul PARC, 2016
Pulsoximetrie	+		RP ³	+	45,1%
Hemoleucogramă	+		RS ⁴	+	93,3%
Sumarul urinei				+	71%
PCR					17,7%
Bacteriologia sputei		RS ⁴	RS ⁴	+	40,1%
Imunologie					8,5%
Rh cutiei toracice	la P. severă, P. ce nu răspunde la tratament, sau cu complicații			+	94,3%
ECG					53,1%
USG cordului					1,1%
USG organelor interne					13,0%
TC					1,1%
Altele					18,4%

Notă: ¹Asistența spitalicească oferită copiilor, OMS, 2013; ²Pneumonia, Fact sheet N^o331, OMS, 2015; ³RP – recomandare puternică; ⁴RS – recomandare slabă.

Radiografia cutiei toracice care, conform protocolului clinic național, este obligatorie, a fost efectuată practic la toți copiii spitalizați din cauza pneumoniei și la 86% din cei care s-au tratat ambulatoriu. Notăm că ghidurile internaționale recomandă această investigație doar în caz de pneumonie severă care nu răspunde la tratament sau decurge cu complicații. Astfel, *confirmări radiologice* ale pneumoniei (infiltrație/opacități) s-au relevat în medie în 72,7% cazuri. Însă acest semn radiologic al pneumoniei s-a înregistrat practic la toți copiii (97,4-100%) tratați în spitale, indiferent de nivelul de asistență medicală, și în doar 65,6% cazuri de tratament ambulatoriu al pneumoniei la copii.

Pulsoximetria, care, conform protocoalelor internaționale/naționale, este strict recomandată pentru toți copiii cu patologie respiratorie, a fost efectuată la doar circa 1/2 (45,1%) din pacienți. Totodată, dacă în IMC pulsoximetria a fost efectuată la 97,8% copii cu pneumonie acută, în spitalul municipal – în 87,5% cazuri, atunci în spitalele raionale – în doar 16,3% cazuri, iar medicii de familie și pediatrii-consultanți n-au folosit această investigație simplă și informativă la copiii tratați de pneumonie în condiții de ambulatoriu ($p < 0,001$).

Hemoleucograma a fost efectuată în 93,6% din cazurile analizate, iar leucocitoză mai mult de 15.000 s-a înregistrat la doar fiecare al cincilea copil cu diagnosticul de pneumonie acută. Ghidurile de practică clinică ale Societății Pediatriche de Boli Infecțioase și Societății de Boli Infecțioase a Americii, precum și Ghidul Societății Britanice de Pediatrie, nu recomandă de efectuat hemograma în pneumonia comunitară neseveră. Totodată, hemograma are o recomandare slabă și din partea OMS.

Este de menționat că *spirograma* și *examenul serologic specific* (*Mycoplasma* și *Chlamydia*) sunt indicate numai în protocoalele clinice naționale ca fiind recomandabile.

Bacteriologia sputei a fost observată doar la copiii din Spitalul Republican și cel municipal (în 95% și, respectiv, 94% cazuri), ceea ce corespunde recomandărilor *Ghidurilor de practică clinică a Societății Pediatriche de Boli Infecțioase și Societății de Boli Infecțioase a Americii*, care menționează că bacteriologia sputei trebuie să fie obținută la copiii spitalizați și care produc spută.

Datele obținute au evidențiat un volum semnificativ de investigații care nu sunt obligatorii în cazurile de pneumonie comunitară acută la copii, conform protocolului clinic național și ghidurilor internaționale (ECG, USG organelor interne, USG cordului, TC și altele). Însă, în majoritatea cazurilor, investigațiile suplimentare au fost argumentate în documentația medicală.

Astfel, toți factorii menționați au avut un impact asupra gradului de respectare a protocolului clinic. *Protocolul clinic de diagnosticare* a fost respectat în medie în 3/4 (74,3%) cazuri studiate, iar respectarea parțială s-a observat în 1/4 (25,1%) din cazuri. Totodată, gradul de respectare a variat semnificativ în funcție de nivelul de asistență medicală (figura 1).

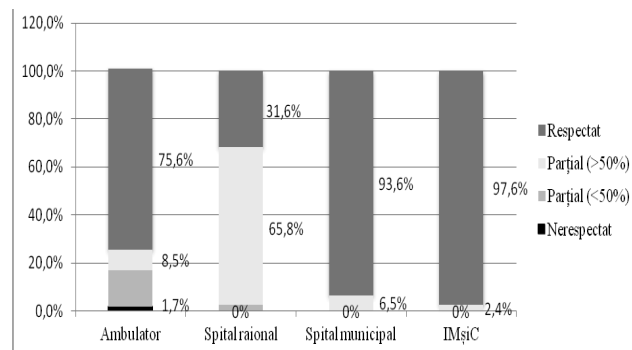


Figura 1. Gradul de respectare a protocolului de diagnosticare a pneumoniei comunitare la copii la diferite nivele de asistență medicală (%)

Dacă în Secția de pneumologie a IMC și în spitalul municipal protocolul clinic de diagnosticare a fost respectat complet practic la toți copiii tratați de pneumonie (97,6% și, respectiv, 93,6%), atunci în spitalele raionale (SR) situația rămâne dificilă – la doar 1/3 (31,6%) din copii diagnosticarea pneumoniei acute a corespuns protocolului în vigoare, iar la 2/3 (65,8%) din cei tratați a fost înregistrată respectarea parțială a protocolului respectiv.

Gradul de respectare a protocolului clinic de diagnosticare a pneumoniei acute la copii de către medicii de familie (MF) a fost analizat din punctul de vedere al Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie *Pneumonii comunitare la copil* (anul 2012). Menționăm că recomandările acestui protocol privind examinările paraclinice obligatorii sunt egale cu recomandările protocolului clinic național respectiv.

Așadar, conform datelor obținute, putem constata că MF din raioane au respectat în totalitate protocolul de diagnosticare a pneumoniei la copil în 1/4 (25,0%) cazuri, iar la jumătate din copiii tratați de pneumonie ambulatoriu în raion gradul de respectare a fost nesatisfăcător, fiind mai mic de 50% (figura 2). Aceasta nu se referă la MF din municipiul Chișinău, unde respectarea completă a cerințelor protocolului de diagnosticare a pneumoniei comunitare la copii a fost înregistrată în 93,0% cazuri analizate ($RR=10,7$; $95\%IC:5,1-22,1$; $p=0,000$).

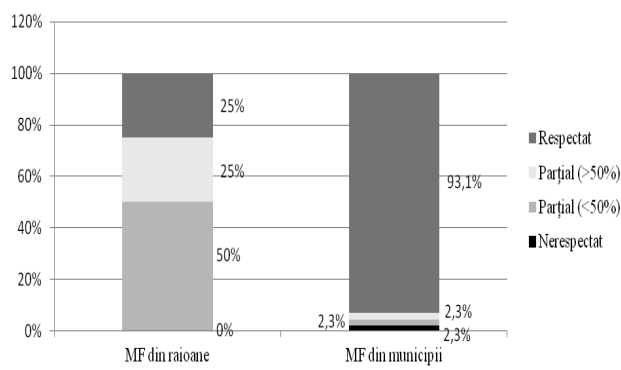


Figura 2. Gradul de respectare a protocolului de diagnosticare a pneumoniei comunitare la copii în condiții de ambulatoriu de către MF (%)

Conform protocolului național, unul dintre primele criterii de spitalizare în cazul pneumoniei nesevere este vârsta copilului până la 12 luni. În studiul nostru, 10,5% din copiii tratați de pneumonie în mod ambulatoriu în municipiu au avut vârsta de până la 12 luni, însă în raioane acest indicator a fost de trei ori mai înalt, constituind 31,3% ($RR=3,0$; $95\%IC:1,0-9,0$; $p=0,049$). Acest fapt ne sugerează că acești copii, nefiind spitalizați de către MF, au fost supuși riscului.

Respectarea protocolului de tratament al pneumoniei comunitare la copii

În contextual respectării tratamentului pneumoniei comunitare la copii am trecut în revistă următoarele documente: protocolul clinic național și Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie *Pneumonia comunitară la copii*, recomandările Organizației Mondiale a Sănătății (2013), *Ghidurile de practică clinică a Societății Pediatriche de Boli Infecțioase și Societății de Boli Infecțioase a Americii – GSA (2011)* și *Ghidul Societății Britanice de Pediatrie – GSB (2011)*.

Este logic faptul că spectrul antibioticelor administrate în caz de pneumonie diferă în funcție de nivelul asistenței medicale, luând în considerare, de exemplu, particularitățile pacienților spitalizați în Secția de pneumologie a IMC (cazuri cu evoluție nefavorabilă, refractare la prima cură de antibioterapie etc.). Însă, unele fapte sunt incompreensibile.

Astfel, *antibioterapia de start cu amoxicilină*, strict recomandată de ghidurile internaționale și protocolul național în cazul pneumoniei nesevere la copii, s-a constatat la doar 20,3% copii cu pneumonie (tabelul 3), iar primul loc îl ocupă *cefalosporinele de generația a III-a*, care au fost administrate din start la o pătrime (24,9%) din copiii suferinzi de pneumonie comunitară.

Tabelul 3

Antibioterapia efectuată copiilor în caz de pneumonie acută, prin prisma recomandărilor naționale și internaționale (%)

Recomandări	OMS, 2015 ^{1,2}	British Thoracic Society, 2011	Diseases Society of America, 2011	Protocol național, 2009	Studiul PARC, 2016
Antibioterapia de start cu amoxicilină per os	+	+	+	+	20,3% 3,5%
Durata antibioterapiei	3-5 zile			6-7 zile (în forme severe 10-14 zile)	7-10 zile – 38,6%, >10 zile – 11,5%
Mucolitice și expectorante	Contra-indicate			+	44,6%
Corticosteroizi sistemici	-	-	-	-	37,3%

Notă: ¹Asistența spitalicească oferită copiilor, OMS, 2013; ²Pneumonia, Fact sheet №331, OMS, 2015.

Analiza comparativă a evidențiat că cea mai adecvată situație se atestă în IMSP IMC: în pofida faptului că aici se cumulează cazuri complicate, o treime (38,1%) din copiii spitalizați au primit inițial *aminopeniciline*, restul – *cefalosporine de generațiile a II-a și a III-a*, ceea ce corespunde recomandărilor.

În spitalele raionale s-a înregistrat cel mai mare procent al antibioterapiei de start cu *amoxicilină* – 47,4% cazuri, iar la 10,5% copii, antibioterapia a fost inițiată cu *cefalosporine de generația a IV-a*, ceea ce este periculos din punctul de vedere al dezvoltării antibiorezistenței.

Astfel, putem concluziona că respectarea recomandărilor privind alegerea antibioticului de prima și a doua linie este nesatisfăcătoare.

Calea orală de administrare a antibioticelor este strict recomandată pentru pneumonia neseveră la copii, deoarece sunt multe dovezi științifice referitor la:

- 1) eficiența egală a preparatelor antibacteriene în acest caz, indiferent de calea administrării;
- 2) impactul negativ al fenomenului durerii în timpul administrării injectabile a preparatelor asupra stării psihosomatice a copilului.

În protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie există o notă: "Administrarea per os a remediilor antibacteriene (AB) este eficientă în PC cu evoluție ușoară/medie. Dacă copilul cu PC necesită administrarea parenterală a medicației AB, atunci el trebuie să fie spitalizat".

Totodată, la doar 3,5% copii preparatele antibacteriene au fost administrate per os, iar în 96,5% cazuri a avut loc administrarea injectabilă a acestor

preparate. Notăm că fiecare al patrulea copil (24,4%) a primit injecții intramusculare, astfel a persistat durerea nejustificată, iatrogenă. Cel mai înalt procent al inducerii acestui tip de durere la copiii bolnavi a fost înregistrat în spitale raionale – 62,3% injecții i/m, ceea ce poate fi explicat prin lipsa cateterelor periferice.

Este recomandabilă schema de tratament cu administrarea injectabilă a antibioticului de start și trecerea la forma orală după ameliorarea stării pacientului. Conform datelor obținute, în doar 16,7% cazuri de administrare injectabilă a fost efectuată trecerea ulterioară la forma orală a antibioticului.

Practic toți copiii (91-98%) au primit antibioterapie în doză adecvată, în funcție de instituția medicală.

Durata antibioterapiei la 2/3 din copii a depășit de două sau trei ori durata recomandabilă. Totodată, dacă în condiții de ambulatoriu, 91,2% copii cu pneumonie acută au primit antibiotic 5-7 zile, atunci în spitale cura de antibioterapie în jumătate din cazuri a constituit 10-14 zile. Acest tablou este logic și e legat de severitatea evoluției maladiei, însă aceasta nu poate explica toate cazurile de administrare îndelungată a preparatelor antibacteriene. Totodată, există și prelungirea neargumentată, ceea ce stimulează rezistența microbiană.

Referitor la tratamentul simptomatic al pneumoniei la copii, s-a conturat următorul tablou. *Mucolitice și expectorante* au primit fiecare al doilea (44,6%) copil cu vârsta până la 5 ani, inclusiv sugari, cu PC, aceste preparate fiind contraindicate de OMS.

Corticosteroizii sistemici nu sunt necesari în caz de pneumonie neseveră, totuși aceștia au fost administrați la fiecare al treilea copil (37,3%).

Astfel, numărul medicamentelor pe zi a constituit în medie $4,1 \pm 2,2$: de la 3 în cazul tratamentului la domiciliu sau în spitalul municipal până la 5 în spitalele raionale. Polipragmazia sau tratamentul excesiv (administrare de 6-8 medicamente) a fost observată doar în cazuri unice în raioane și municipii.

Notăm că, în spitalele raionale, 20,0% din copiii tratați de pneumonie au primit *terapie infuzională*, ceea ce nu corespunde recomandărilor.

Așadar, gradul de respectare a protocolului clinic de tratament este puțin mai mic decât cel de diagnostic, dar nesemnificativ ($p > 0,05$). Respectarea completă a fost constatată în medie la 2/3 (66,1%) din copiii tratați de pneumonie, respectarea incompletă (mai mult de 50% din recomandări) – la o treime (31,0%), respectarea parțială (mai puțin de 50% din cerințe) – în 1,2% cazuri, iar nerespectarea – în 1,8% cazuri analizate.

Atenționăm că gradul de respectare a protocolului de tratament al PC a variat considerabil în funcție de nivelul de asistență medicală (figura 3). Putem să concluzionăm că la nivel municipal și la nivel republican, situația este statistic veridic mai favorabilă decât la nivelul raional de asistență medicală spitalicească și la nivel de medicină primară, adică în asistența medicală de ambulatoriu. Astfel, 85,7% din copiii tratați în Secția de pneumologie a IMC și 87,1% din cei tratați în spitalul municipal au primit tratament în conformitate cu protocolul clinic în vigoare; în restul cazurilor (14,3% și, corespunzător, 12,9%) au fost observate doar devieri unice în respectarea protocolului respectiv. În aceste spitale n-au fost înregistrate cazuri de nerespectare sau de respectare a mai puțin de 50% din cerințe.

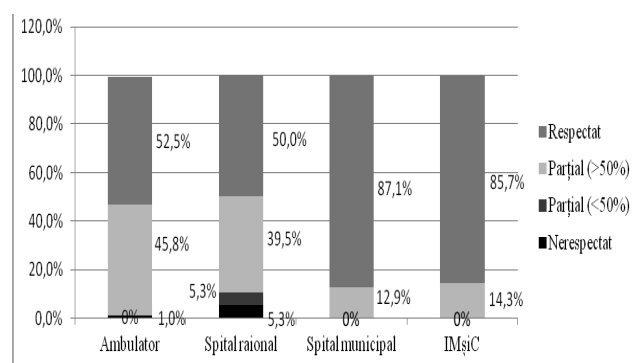


Figura 3. Respectarea protocolului de tratament al pneumoniei comunitare la copii la diferite nivele de asistență medicală (%)

Totodată, în raioane a fost înregistrată o situație mai puțin favorabilă. Numai jumătate din copiii tratați de pneumonie în spitalele raionale sau în condiții de ambulatoriu (50,0% și, respectiv, 52,5% cazuri) au primit tratament în conformitate cu cerințele protocolului clinic, ceea ce este statistic veridic mai puțin decât în spitalele municipale și cele republicane ($RR=3,5$; $95\%IC:1,9-6,5$; $p=0,0000$). În 39,5% și, respectiv, 48,8% cazuri, tratamentul pneumoniei a fost aproape de protocolul clinic (>50% recomandări respectate), și aceasta diferă de la nivelul municipal și cel republican statistic veridic ($RR=3,2$; $95\%IC:1,7-5,9$; $p=0,0000$). În spitalele raionale, în 10,6% cazuri a fost constatată nerespectarea sau respectarea a mai puțin de 50% din cerințele protocolului.

Concluzii

1. Respectarea recomandărilor internaționale și naționale privind diagnosticul și tratamentul an-

tibacterian nu este satisfăcătoare, ceea ce provoacă dezvoltarea fenomenului de rezistență antimicrobiană în Republica Moldova.

2. În contrast cu protocolul clinic național, în ghidurile internaționale, diagnosticarea și tratamentul PC la copii se face conform severității maladiei, iar stabilirea gradului de severitate se bazează în special pe criteriile clinice, și nu pe criteriile etiologice. Abordarea dată face diagnosticarea și tratamentul autonome față de necesitatea investigațiilor paraclinice, acestea fiind adaptate pentru toate nivelele de acordare a asistenței medicale, fapt ce ar trebui să fie implementat și în țara noastră.

3. Rezultatele studiului pot servi drept dovezi științifice pentru optimizarea PCN și elaborarea instrumentelor de evaluare/autoevaluare a managementului pneumoniei la copii și de reducere a mortalității copiilor de 0-5 ani provocate de maladiile respiratorii acute.

Bibliografie

1. *Protocol clinic standardizat pentru medicii de familie „Pneumonii comunitare la copil”*, aprobat de Consiliul de Experți al MS, proces-verbal nr. 4 din 06.12.2012. 2 p.
2. *Protocol clinic național „Pneumonii comunitare la copil” (PCN-100)*, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 96 din 09.02.2010. Chișinău, 2009. 39 p.
3. Bradley J.S., Byington C.L., Shah S.S. et al. *The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: clinical practice guidelines by Pediatric Infectious Diseases Society and Infectious Diseases Society of America*. In: Clin. Infect. Dis., 2011, vol. 53, p. 25-76.
4. Esposito S. et al. *Bacteremic Pneumococcal Community-acquired Pneumonia in Children Less Than 5 Years of Age in Italy*. In: Pediatric Infectious Disease Journal, July 2012, vol. 31, issue 7, p. 705-710.
5. *Integrated Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhea (GAPPD)*. Geneva: World Health Organization and The United Nations Children's Fund (UNICEF), 2013. 16 p.
6. Harris M., Clark J., Coote N. et al. *British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011*. In: Thorax, 2011, vol. 66, p. 1-23.
7. John S. Bradley, Carrie L. Byington, Samir S. Shah et al. *The Management of Community-Acquired Pneumonia in Infants and Children Older Than 3 Months of Age: Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America*. In: Clinical Infectious Diseases, 2011, vol. 53(7), p. 25-76.
8. World Health Organization. *Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocket book recommendations: newborn conditions, dysentery, pneumonia, oxygen use and delivery, common causes of fever, severe acute malnutrition and supportive care*. Geneva: WHO, 2012. 176 p. Accesat 28 aprilie, 2013. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44774>
9. World Health Organization. *Integrated management of childhood illness: caring for newborns and children in the community*. Geneva: WHO, 2011. 26 p. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44398>
10. Zar H.J., Jeena P. Argent A. et al. *Working Groups of the Pediatric Assembly of the South African Thoracic Society*. In: S. Afr. Med. J., 2005, vol. 95, p. 977-990.
11. Uehara S., Sunakawa K., Eguchi H. et al. *Japanese Guidelines for the Management of Respiratory Infectious Diseases in Children 2007 with focus on pneumonia*. In: Pediatr. Int., 2011, vol. 53, p. 264-276.

Natalia Chiper, dr. șt. med., cercet. șt.,
Laboratorul științific *Pediatrie*,
IMSP IMC, str. Burebista 93,
tel.: 069461226;
e-mail: naty_chiper@yahoo.com