

ALERGIA ALIMENTARĂ PCI-2

Elaborat în baza:
Protocolului clinic național
PCN-204

Aprobat prin ordinul IMSP „SR Edineț” nr.70 din 10.12.2025
Cu privire la aprobarea protocoalelor clinice instituționale: „Astmul bronșic la adult”, „Alergia alimentară”, „Astmul bronșic la copil”, „Dermatita atopică la copil ediția II”, „Toxidermiile la copil”, „Urticaria la copil”, „Anafilaxia la copil”

Edineț, 2025

CUPRINS

PREFAȚĂ

4

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.2. Codul bolii (CIM 10)	3
A.3. Utilizatorii	3
A.4. Scopurile protocolului	4
A.5. Data elaborării protocolului	4
A.6. Data revizuirii următoare	4
A.7. Lista persoanelor care au participat la instituționalizarea protocolului	4
A.8. Definițiile folosite în document	5
A.9. Informația epidemiologică	6

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu	8
B.2. Nivel de asistență medicală spitalicească	10

C.1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ

C.1.1. Algoritmul de diagnostic al alergiei alimentare	12
C.1.2. Algoritm de conduită a pacientului cu alergie alimentară	13
C.1.3. Algoritm de conduită a pacientului cu alergie alimentară (pentru reacții de tip imediat)	15
C.1.4. Algoritmul tratamentului pacientului cu alergie alimentară	16

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea alergiei alimentare	17
C.2.2. Profilaxia alergiei alimentare	17
C.2.2.1. Profilaxia primară	17
C.2.2.2. Profilaxia secundară	18
C.2.2.3. Profilaxia terțiară	19
C.2.3. Factorii de risc	19
C.2.4. Factorii etiologici	20
C.2.5. Conduita pacientului cu AA	21
C.2.5.1. Anamneza	21
C.2.5.2. Examenul obiectiv	22
C.2.5.3. Manifestări clinice	24
C.2.5.4. Examenul clinic	25
C.2.5.5. Diagnosticul diferențial	29
C.2.5.6. Tratamentul bolnavilor de AA	29
C.2.5.7. Prognostic	31

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Instituțiile consultativ-diagnostice	32
D.2. Secțiile de terapie ale spitalelor raionale, municipale	33

E. Procedura generală de transfer a pacientului în IMSP „SR Edineț”

30

ANEXE

Anexa 1. Principalii alergeni alimentari	34
Anexa 2. Cei mai răspândiți aditivi alimentari	35
Anexa 3. Produse comerciale care pot conține alergeni alimentari „neașteptați”	36
Anexa 4. Trei etape ale dietei de eliminare (după Bock S.A.)	36
Anexa 5. Caracteristica formulelor pe bază de proteine hidrolizate	38
Anexa 6. Produse hipoalergice recomandate pentru copii cu AA	39
Anexa 7. Dieta generală nespecifică hipoalergică după A.D. Ado	39
Anexa 8. Produse alimentare cu diferit potențial alergizant	39
Anexa 9. Produse alimentare excluse, limitate și permise pentru întreținere în dieta hipoalergică la mamele care alăptează	40
Anexa 10. Reacții încrucișate între polen și alergeni alimentari	40
Anexa 11. Agenți terapeutici utilizați în tratamentul reacțiilor anafilactice	40
Anexa 12. Produse alimentare contraindicate pacienților cu intoleranță la histamină	44
Anexa 13. Ghidul pacientului cu alergie alimentară	46

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AA	alergie alimentară
AB	astm bronșic
Ac	anticorpi
Ag	antigeni
CAP-RAST FEIA	o forma avansată RAST
DA	dermatita atopică
ELISA	testul enzimatic de imunoabsorbție
FDEIA/ FEIA	anafilaxie dependentă de alimentație și indusă de efort fizic
Ig	imunoglobulina
MAST CLA	testul alergo-sorbant-multiplu
RAST	testul Radio-Alergo-Sorbant
SAO	sindromul alergiei orale

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul:

Exemple de diagnoze clinice:

Edem angioneurotic Quincke al buzelor de geneză alergică, alergie la lobsteri.

Edem angioneurotic Quincke al buzelor, sindromul alergiei orale, reacție alergică cross la nuci și fructe sîmburoase. Polinoză: Rinoconjunctivită alergică, alergie la polenul de arbori (în anamneză).

Astm bronșic, forma atopică, intermitentă, evoluție ușoară, în acutizare; Rinoconjunctivită alergică în acutizare; Alergie alimentară la pește. Alergie la polenul de arbori și ierburi (în anamneză).

A.2. Codul bolii (CIM 10): se utilizează codurile simptomelor de baza identificate la pacient.

A.3. Utilizatorii:

- centrele consultative raionale (medici alergologi);
- secțiile terapeutice ale spitalelor raionale, municipale și republicane (medici interniști);
- secțiile de terapie ale spitalelor municipale și raionale;

A.4. Scopurile protocolului:

1. A spori numărul de pacienți din instituțiile de asistență medicală primară și din cele de asistență medicală de staționar, care beneficiază de educație în domeniul prevenirii alergiei alimentare.
2. A mări proporția pacienților cu AA cu diagnosticul stabilit la primele manifestări.
3. A spori calitatea examinării clinice și paraclinice a pacienților cu AA.
4. A unifica algoritmul și metodele de management al pacientului cu AA.
5. A spori calitatea tratamentului pacienților cu AA, inclusiv, și prin evitarea tratamentului cu eficacitate nedovedită.
6. A spori numărul de pacienți cu AA, la care sindroamele clinice sunt controlate adecvat în condițiile de ambulator.
7. A tinde spre managementul adecvat al pacientului cu AA.
8. A ameliora calitatea vieții pacienților cu AA.

A.5. Data elaborării protocolului: 2014

A.6. Data următoarei revizuirii: 2025, 2030

A.7. Lista persoanelor care au participat la instituționalizarea Protocolului Clinic Național :

Numele Prenumele	Funcția
A.Jitaru	Vice-director IMSP „SR Edineț” Președintele grupului de lucru
A.Gheorghită	Specialist Responsabil Managementul Calității
M.Șlepac	Specialist Responsabil Managementul Calității
A.Dolișcinski	Șef secție Pediatrie, medic pediatru
Gh.Mândreanu	Șef secție Pulmonologie, medic pulmonolog
N.Fetco	Medic pulmonolog
D.Galadiuc	Șef secție ATI, medic reanimatolog
A.Bostan	Șef UPU

A.8. Definițiile folosite în document

Alergia - o reacție de hipersensibilitate anormală, exagerată, excesivă a sistemului imunitar față de antigene exogene, care sunt bine tolerate de subiecții normali. Alergia poate fi mediată prin anticorpi sau prin celule ale sistemului imun.

Alergen alimentar - componentul specific al alimentului (proteină naturală sau haptent chimică) care este recunoscut alergen-specific de celulele imune.

Alergenele - antigene ce produc reacții alergice. Majoritatea alergenelor sunt proteine, dar sunt alergene și glucidele pure, substanțele chimice cu masă moleculară mică (izocianati, anhidride sau formaldehidă).

Alergia alimentară - reprezintă o reacție de hipersensibilitate, mediată imun, reproductibilă, ce survine ca urmare a expunerii la un anumit trofialergen (alergen alimentar) și se prezintă prin manifestări clinice cutanate, respiratorii, digestive și, mai rar, la nivel de alte organe și aparate, determinate de reacțiile de tip I, III sau IV (după Gell și Coombs).

Atopia - predispoziția genetică individuală și/sau familială de sensibilizare cu sintetizare de anticorpi de tip IgE la alergene exogene, care sunt bine tolerate de subiecții normali.

Aditivii alimentari - substanțe adăugate alimentelor în scopul conferirii unor calități gustative, de culoare sau conservare pe termen lung.

Intoleranța alimentară - prezintă reacțiile adverse de natură non-imunologică, cu caracter de „idiosincrazie”, în sensul unei intoleranțe proprii numai individului respectiv la o anumită substanță – fie alimentară, fie aditiv sau contaminat alimentar – în genere tolerată de către ceilalți indivizi.

Anafilaxia este un sindrom clinic reprezentat de o reacție alergică severă, brutală, acută, IgE mediată sau nu, care se declanșează de factori etiologici multipli și apare imediat, în minute după administrarea antigenului specific. Se manifestă prin o mare varietate de simptome și poate pune în pericol viața persoanei sensibilizate.

Anafilaxia indusă de efort este o formă de alergie fizică declanșată de efectuarea unui efort de intensitate variabilă.

Afecțiuni alergice ale tractului digestiv induse de alimente (Ortolani, Gullo, Vighi):

Esofagita eozinofilică, gastrita eozinofilică și gastroenterocolita eozinofilică alergică - un grup heterogen de afecțiuni digestive eozinofile, mediate de Ig E și celular (non Ig E), caracterizate de o inflamație eozinofilică a mucoasei, submucoasei și seroasei tractului digestiv (esofag, stomac, intestin), confirmată prin biopsie.

Esofagita eozinofilică - patologie cronică, fiind una dintre cele mai recunoscute boli inflamatorii ale esofagului, caracterizată printr-o infiltrare eozinofilică patologică a mucoasei esofagului, care duce de cele mai multe ori la disfagie și impact asupra alimentației. Simptomatologia este în funcție de localizare și de profunzimea și severitatea inflamației eozinofile.

Enterocolita la proteinele alimentare (laptele de vacă sau proteinele de soia). Se sugerează o reacție imună mediată celular, deși se presupune și o activare specifică, mediată de Ig E, a mastocitelor intestinale; alte ipoteze: reacție de tip III și, mai ales, de tip IV, cu citotoxicitate dependentă de anticorpi (s-au evidențiat biotipic plasmocite conținând Ig E și Ig M, alături de limfocite și eozinofile) după ingerarea proteinelor cauzale.

Enteropatia glutenică (boala celiacă) - este o enteropatie cronică produsă de intoleranța la gluten, caracterizată prin sindrom de malabsorbție de diferit grad asociat cu atrofie hiperregeneratorie a mucoasei intestinului subțire, răspuns clinic și morfologic la excluderea glutenului din alimentație și reapariția semnelor clinice și/sau numai histologice în cursul reintroducerii glutenului în alimentație. La subiecții predispuși genetic (persoanele susceptibile care poartă antigene codificate de alele complexului major de histocompatibilitate HLA clasa a II-DQ2/DQ8) apare un răspuns imun la o proteină alimentară (gliadina din gluten), de aceea poate fi considerată o alergie alimentară.

Dermatita herpetiformă - este o boală autoimună caracterizată clinic prin erupție veziculoasă și pruriginoasă, prin depozite granulare de IgA în dermul papilar, prin dermatism genetic și asociere frecventă cu enteropatia glutenică.

Dermatita alergică de contact este un tip de alergie care rezultă din contactul cutanat cu un alergen specific la care o persoană a dezvoltat o sensibilitate specifică.

Hipersensibilitatea gastrointestinală imediată - este definită ca o reacție gastrointestinală imună mediată IgE, cu

debut acut (minute pînă la 1-2 ore de la consumul alergenului alimentar responsabil) și o varietate de simptome (greați, vărsături, dureri abdominale, colici, diaree) și care adesea este însoțită de manifestările alergice ale altor organe țintă (de ex. pielea, plămîni).

Sindromul Heiner este o boală pulmonară cauzată de hipersensibilitatea alimentară, afectează în principal sugării, și este în mare parte cauzată de laptele de vacă. Aceasta produce frecvente crize de pneumonie, pierderi de sînge în scaun (care au ca rezultat anemia) și o stare generală de rău cu deficit de luare în greutate și creștere.

Sindromul alergiei orale (SAO) – manifestări orale care constau în prezența senzației de parestezie, prurit, tumefierea buzelor și limbii după consumul unor alimente crude (fructe, legume), mai rar simptome glotice sau laringiene, întâlnindu-se mai frecvent la persoanele inițial sensibilizate la polen (mesteacăn, ambrozie, pelin negru) și de obicei cu un istoric de rinită alergică sezonieră. Este cea mai tipică manifestare a alergiei alimentare veritabile.

Informația epidemiologică.

Date epidemiologice exacte privind prevalența alergiei alimentare într-o populație sunt greu de obținut pentru că metodele diagnostice și criteriile de selecție a pacienților diferă de la o publicație la alta. Conform unor surse, la nivel global 220-520 milioane de oameni ar putea suferi de careva alergii alimentare. Mai mult de 17 milioane de persoane din Europa suferă de alergii alimentare, iar unul din patru copii de vîrstă școlară ete alergic. [6, 8, 24]

Deși la nivel mondial incidența alergiilor în general este în creștere, prevalența reală a alergiei alimentare ar putea să nu fie atît de crescută cum o indică părerile exprimate în populație. În sprijinul acestei afirmații vin studiile care arată cifre diferite, după modalitatea de raportare a alergiei alimentare. Atunci cînd cifrele se bazează pe datele declarate de părinți sau pacienți, alergia alimentară are în SUA, de exemplu, o prevalență cuprinsă între 3 și 35%, dar după studiile care elimină subiectivismul și folosesc teste de provocare orală, prevalența alergiei alimentare este maximum 10,8%. [3, 6,15]

Alergiile alimentare se întalnesc mai frecvent la copii decît la adulți. Un procent cuprins 8% în cazul copiilor și 5 % în cazul adulților, au astfel de alergii. Alergiile alimentare apar în special la persoanele cu teren atopic, ceea ce înseamna ca au o tendință moștenită de a dezvolta reacții alergice. [14, 25]

În prezent răspîndirea reacțiilor adverse confirmate la alimente constituie 8 % la copii pînă la trei ani. Cercetările populaționale demonstrează, că alergia la laptele de vacă se întâlnește la 1,9 - 3,2 % cazuri în perioada sugarului, la alergenii ouălor de găină – la 2,65 % (printre copiii de 2,5 ani), la nuci – la 0,4 - 0,6 % printre copii mai mici de 18 ani. [6, 19]

Adulții alergici suferă de aceasta din copilărie, iar printre persoanele cu afecțiuni ale tractului gastrointestinal și al sistemului hepatobiliar frecvența fenomenului de alergie la produse alimentare este mai înalta decît printre persoanele ce nu prezintă asemenea afecțiuni și variază între 5 și 50 %. Alergia alimentară este mai des remarcată la bolnavii cu urticarie (63%), dermatită atopică (48%), polinoze (45%), astm bronșic (15%) și rinite alergice (15%). [6, 13, 17]

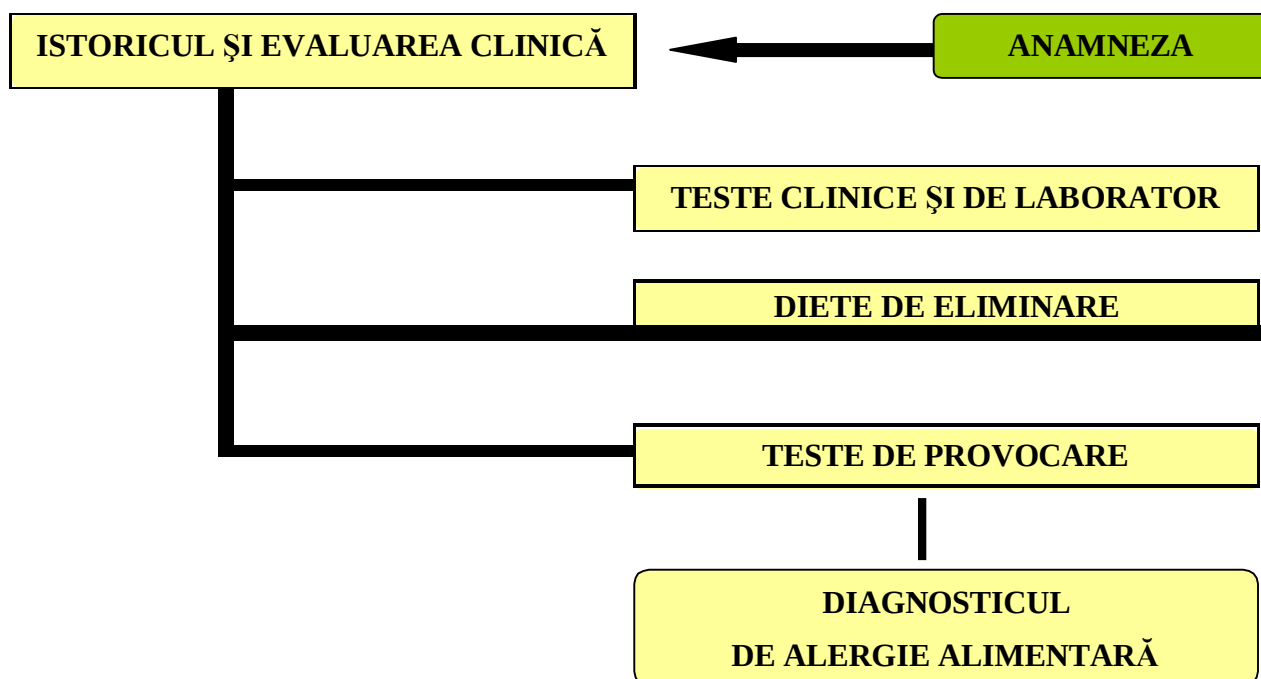
B.1. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (alergolog)		
Descriere (măsură)	Motivele (reperă)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Diagnostic		
1.1. Confirmarea diagnosticului de AA <i>Algoritmul C.1.1.</i> <i>Algoritmul C.1.2.</i> <i>Algoritmul C.1.3.</i> C.2.5 C.2.5.5	Diagnosticul definitiv se stabilește de către specialistul alergolog.	Obligatoriu: - ü Anamneza; (tabelul 6) - ü Examenul fizic; (caseta 6). - ü Screening test; (caseta 12) - ü Spirografia; - ü Teste cutanate alergologice; (caseta 13, tabelul 19) - ü Teste de identificare a antigenelor IgE <i>in vitro</i>; (caseta 14) - ü Diagnosticul diferențial (casetele 19, 16). Recomandabil: - ü Ultrasonografia abdominală; - ü ECG; - ü Examinarea medicală a tractului gastrointestinal. Pentru identificarea focarelor cronice de infecție este necesară consultația următorilor specialiști: - ü gastroenterolog; - ü endocrinolog; - ü medic ORL; - ü stomatolog - ü dermatolog
1.2. Deciderea asupra spitalizării C.2.5.6	În general, în cazul în care episodul alergic nu este foarte grav, pacientul se poate trata la domiciliu, dacă va urma întocmai recomandările medicului curant. Orice agravare impune însă reevaluarea tratamentului și internarea pacientului pentru acordarea tratamentului de specialitate.	Obligatoriu: Spitalizare necesită: - ü Pacienții cu diagnostic neclar necăutând la investigațiile efectuate în condiții de ambulator; - ü Pacienții în stare generală gravă (reacții sistemice, urticarie gneralizată, edem Quinke cu localizare amenințătoare, acces de AB care nu se cupează); - ü Imposibilitatea acordării ajutorului medical specializat în condiții de ambulator. (caseta 23)

2. Tratament. Algoritmul C.1.4. C.2.5.6 Anexa 11	Cunoasterea alimentelor care produc alergii alimentare și evitarea acestor alimente reprezintă cea mai bună metodă de prevenire a reacțiilor alergice. Planul de tratament este individualizat, adaptat pentru fiecare bolnav.	Obligatoriu: ü Dieta de eliminare; (caseta 10) ü Farmacoterapia cu aplicarea celor mai noi și mai efective preparate antialergice.
3. Supravegherea		Obligatoriu: ü complicații acute ü rezistențe la tratament
B.2. Nivel de asistență medicală spitalicească		
Descriere (măsuri)	Motivale (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
Spitalizare		Obligatoriu: Spitalizare necesită: ü Pacienții în stare generală gravă (anafilaxia, șocul anafilctic, reacții sistemice, urticarie generalizată, edem Quinke cu localizare amenințătoare, acces de AB care nu se cupează); ü Imposibilitatea acordării ajutorului medical sapecializat în condiții de ambulator. ü Pacienții cu diagnostic neclar necătfnd la investigațiile efectuate în condiții de ambulator. (caseta 23)
2. Diagnostic		
1.1. Confirmarea diagnosticului Algoritmul C.1.1. Algoritmul C.1.2. Algoritmul C.1.3. C.2.5.		Obligatoriu: ü Anamneza; (tabelul 6) ü Examenul fizic; (caseta 6) ü Examenul funcțional, de laborator și instrumental (caseta 6, tabelul 7); ü Teste dublu orb placebo controlat (caseta 11); Recomandabil: ü Examenul statutului imun (tabelul 8) ü Consultația următorilor specialiști: gastroenterolog; ü psihoneurolog; ü endocrinolog; ü cardiolog; ü medic ORL; ü stomatolog; ü dietolog; ü dermatolog.

3. Tratament		
2.1.1. Tratamentul medicamentos <i>Algoritmul C.1.4.</i> C.2.5.6.	Diminuarea manifestărilor clinice ale patologiei.	Obligatoriu: - ü Dieta de eliminare; (<i>caseta 10</i>) - ü Imunoterapie imunospecifică sublingvală, orală (<i>caseta 22</i>) - ü Farmacoterapia cu aplicarea celor mai noi și mai efective preparate antialergice.
2.1.2. Tratament chirurgical.		Obligatoriu: ü Traheostomia, în caz de edem glotic
4. Externarea Anexa 13	Asigurarea continuității tratamentului inițiat în staționar.	Obligatoriu: În extras vor fi stipulate: - ü Recomandări pentru pacient. - ü Recomandări pentru medicul de familie.

C.1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ

C.1.1. Algoritmul de diagnostic al alergiei alimentare. [6, 25]



C.1.2. Algoritm de conduită a pacientului cu alergie alimentară. [6, 16, 23]

ALGORITM DE CONDUITĂ A PACIENTULUI CU ALERGIE ALIMENTARĂ

IDENTIFICAREA PRIMARĂ

Suspectați o alergie alimentară dacă:

- pacientul a avut unul sau mai multe simptome, menționate în caseta cu manifestările clinice (să se acorde o atenție deosebită simptomelor persistente, care includ diferite sisteme de organe) sau
- urmează tratament pentru dermatita atopică, boala de reflux gastroesofagal sau simptome gastrointestinale (inclusiv constipația cronică), sau răspunsul la tratament nu a fost adecvat.



ANAMNEZA ȘI EXAMINAREA

- Nu efectuați teste la alergie, fără a colecta anamneza, punând în evidență întrebări care ar orienta către o etiologie alergică.
- Elementele diagnostice furnizate de anamneză:
 - ü Natura sindromului.
 - ü Circumstanțe de apariție.
 - ü Antecedente familiale și personale.
 - ü Probe de eliminare.
 - ü Jurnalul alimentar.
- Bazându-se pe datele anamnestică, efectuați examenul fizic. Trebuie de a atras atenția asupra:
 - ü retardului staturo-ponderal
 - ü semnelor care indică alte comorbidități alergice (dermatita atopică, astm și rinită alergică).

CÎND SE SOLICITĂ CONSULTAȚIA SPECIALISTULUI?

Pacientul va fi trimis la a doua etapă/examen medical specializat, când:

- Copilul sau adolescentul are:
 - ü deficit staturo-ponderal asociat cu unul sau mai multe simptome gastro-intestinale, prezentate în tabelul 1;
 - ü reacții sistemice acute sau reacții de tip întârziat (unice sau multiple);
 - ü dermatită atopică manifestă, iar părinții sau tutorii suspectă alergie multiplă sau cross-sensibilizare;
 - ü suspectarea alergiei alimentare.
- Părinții sunt ferm convinși de o alergie alimentară (în special în cazul în care simptomele sunt severe sau dificil de interpretat), în ciuda lipsei de date anamnestică, care ar confirma aceasta.



SE SUSPECTĂ ALERGIA ALIMENTARĂ

Furnizați informații relevante vârstei copilului, care vor remarca tipul de alergie (IgE-mediate, non-IgE mediate, mixt). Ea trebuie să includă informații despre:

- Categoria alergiei, care se suspectează;
- Riscul de reacții alergice severe;
- Impactul asupra altor probleme legate de ocrotirea sănătății, cum ar fi vaccinarea;
- Procesul de diagnosticare, care poate include:
 - ü dieta de eliminare, urmată de oportunitatea de a efectua testul de provocatoare/reintroducerea produselor alimentare;
 - ü prick testul și testul pentru determinarea IgE specifice, siguranța și limitarea acestora;
 - ü direcționare la etapa secundară/specializată de asistență medicală specializată.
- Grupurile de suport și contactele lor.



IgE mediată

- Indicați „prick testul” și/sau testul pentru determinarea IgE specifice la produsele alimentare suspectate ca alergeni și probabilele asocieri între acestea.
Argumentați alegerea testului prin:
 - ü anamneză;
 - ü trebuie să fie corespunzător, sigur, disponibil pentru pacienți;
 - ü prezența unui specialist competent.
- Testul trebuie efectuat doar de către o persoană profesionistă, competentă în domeniu în incinta instituțiilor medicale unde, în caz de necesitate (reacție anafilactică) poate fi acordat ajutor de urgență.
- Interpretați rezultatele testului în contextul anamnezei.
- Este contraindicat la etapa asistenței medicale primare sau în timpul tratamentului ambulator de efectuat testele de provocare sau testele cutanate.



Non - IgE mediată

- Încercați să eliminați alergenul suspectat pentru 2-6 săptămâni, apoi reintroduceți-l. Consultați un nutriționist referitor la regimul alimentar adecvat, durata dietei indicate și supravegherea pacientului.
- Ținând cont de aspectele socio-economice, culturale și religioase, furnizați informații cu privire la:
 - ü ce alimente și băuturi trebuie evitate;
 - ü cum să interpreteze etichetele de pe ambalajele produselor alimentare;
 - ü ce alimente trebuie consumate ca alternativă pentru asigurarea unui regim alimentar echilibrat;
 - ü referitor la durata, securitatea și restricțiile dietei de eliminare;
 - ü testele de provocare/re-introducerea alimentelor (dacă este necesar), siguranța lor și restricțiile.
- Dacă suspectați alergii la laptele de vaci, oferiți:
 - ü sfaturi mamei care alăptează, în ceea ce privește excluderea din alimentație a unor alimente;
 - ü informații cu privire la formule adecvate hipoalergice sau substituenții laptelui pentru mamele ai căror copii sunt hrăniți cu biberonul.

DIRECȚIONAȚI PACIENTUL LA CONSULTAȚIA SPECIALISTULUI ÎN CAZ DE:

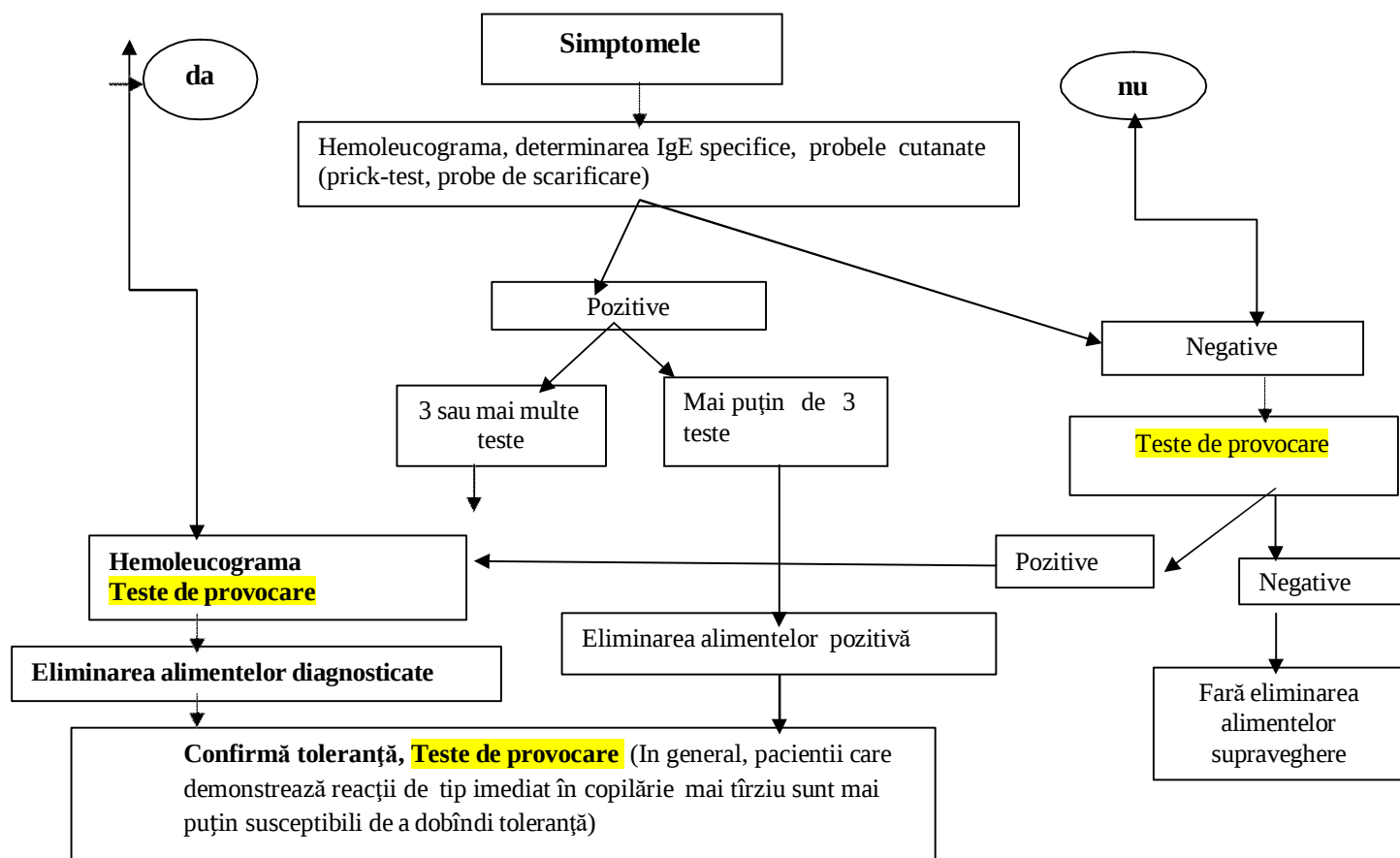
- Simptomele rămân aceleași necâtînd la dieta de eliminare cu excluderea unui alergen;
- La copil/adolescent a fost confirmat diagnosticul de alergii IgE mediată plus astm bronșic;
- Testele sunt negative, dar se suspectă clinic o alergii IgE mediată.

ELEMENTE ALTERNATIVE DE DIAGNOSTIC:

Nu folosiți în diagnosticarea alergiilor alimentare:

- VEGA-testul;
- Kinetoterapia;
- Analiza firelor de păr;
- Determinarea IgG specifice în ser.

C.1.3. Algoritm de conduită a pacientului cu alergie alimentară (pentru reacții de tip imediat).



Testele determinarea IgE specifice, probele cutanate (prick-test, probe de scarificare) de provocare sunt efectuate de specialist- alergologi în instituții specializate !

C.1.4. Algoritmul tratamentului pacientului cu alergie alimentară. [4, 6, 20]

Simptome severe în caz de suspectare sau ingestie a alergenului:

Unul sau mai multe din următoarele:

Pulmonii: dispnee, wheezing, tuse repetată

Inima: paliditate, cianoză, insuficiență cardiacă, puls filiform, amețeli, confuzie

Gâtul: voce răgușită, afectarea respirației, glutiției,

Gura: edem și obstrucție (limba, buzele)

Pielea: erupții cutanate, prurit,

Sau o combinație de simptome

din partea diferitor organe ale corpului

Intestinele: vomă, diaree, durere spastică.

Administrați Epinefrina **Adulți:**
0,3-0,5 ml soluție 1% s/c sau i/m.

· **Copii:** 0,01 mgr/kg/corp sau 0,1-0,3 ml sol.1% s/c sau i/m sau **epinefrina*** în injecție

· Monitorizați starea

· Administrați suplimentar medicamente:

 ü **Glucocorticoizi sistemici**

 ü **Antihistaminice** **din**

generația I și II;

 ü **Bronhodilatatoare**

inhalatorii în caz de AB.

Simptome ușoare:

Gura: prurit

Pielea: câteva erupții în jurul gurei, pe față, prurit ușor

Intestinele: greață ușoară, disconfort

· Administrați preparate antihistaminice (**generația II**)

· Dacă simptomele progresează, administrați Epinefrina

· Monitorizați starea.

Monitoringul

· Anunță echipa de salvare când a fost administrată Epinefrina. Dacă nu a fost administrată cere echipa de salvare să administreze Epinefrina. Notează timpul când epinefrina a fost administrată.

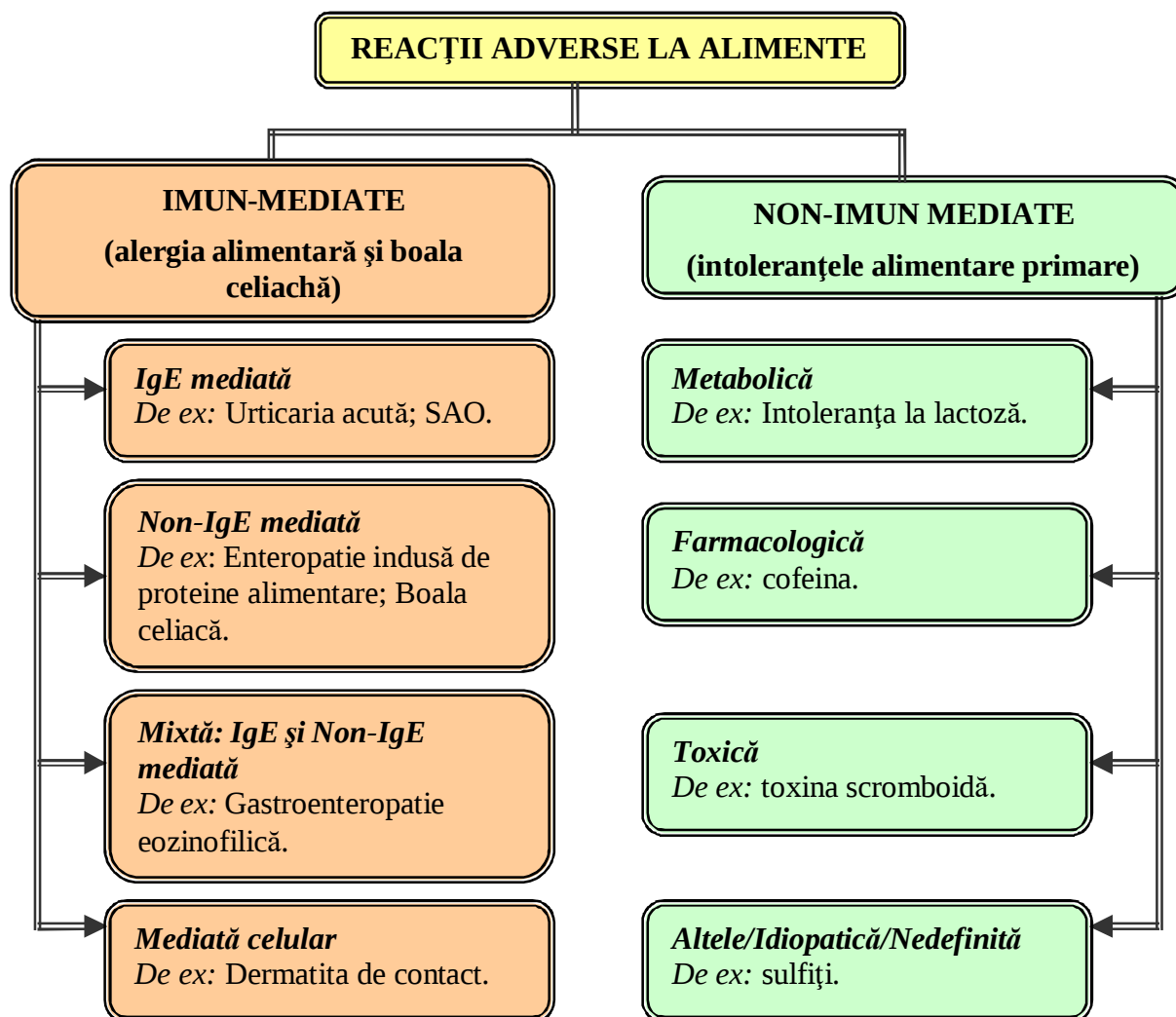
· A doua doză de Epinefrină poate fi administrată peste 5 minute sau mai multe după primele simptome care persist sau reapar.

· **ÎN cazul simptomelor severe trebuie de culcat pe spate cu picioarele ridicate**

C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea reacțiilor alergice la AA

Figura 1. Reacții declanșate de alimente.[2, 5, 6]



C.2.2. Profilaxia AA

Profilaxia manifestărilor alergice alimentare începe chiar cu gestația mamei și cu viața intrauterină a fătului. Destingem, profilaxie primară, profilaxie secundară și terțiară.

C.2.2.1. Profilaxia primară. [8, 10, 22]

Caseta 1. Principiile profilaxiei primare.

Ü Având în vedere existența riscului de atopie se vor întreprinde următoarele măsuri:

- Mama atopică gravidă în ultimul trimestru și în perioada lactație

Ü Spre a se evita sensibilizarea fătului, mamele atopice gestante în ultimele 3 luni, vor primi recomandări privind evitarea alimentelor intens alergizante: laptele de vacă, nucile și alunele.

Ü De asemenea, în perioada lactației mai trebuie evitate aceleași alimente, la care se adaugă peștele.

- Sugarul fără risc (identificat) de atopie

Cel mai util sfat este: alăptarea la sîn pe o perioadă de minim 6 luni. Avantajul laptelui matern constă din următoarele calități:

Ü Conține anticorpi antivirali capabili de a neutraliza microorganismele patogene care cresc permeabilitatea intestinală pentru Ag alimentare dar și să formeze complexe imune cu aceste Ag pe care le “descarcă” în lumenul intestinal.

Ü Prezintă urme fiziologice de Ag alimentare ingerate de mamă și care contribuie la instalarea unei toleranțe imunologice ulterioare.

· <i>Sugarul cu risc de atopie</i> - ü Identificarea factorului de risc. - ü Conduita față de alimentația cu lapte: <i>Copilul care tolerează laptele:</i> · alăptarea la sân până la 6 luni; · plus tratarea atentă a infecțiilor virale; · temporizarea, cu minim 3 săptămâni, a introducerii a unor alimente după gastro-enterită. <i>Copilul care nu tolerează laptele de vacă (în cazul când nu poate fi alăptat la sân):</i> · utilizarea unor preparate de lapte hipoalergic. - ü Conduita față de alimentația solidă: · se întârzie până la vârsta de 6 luni și se introduc alimente inițial găsite, apoi crude - în ordinea inversă al potențialului lor alergizant; · până la 1an: se introduc - la 15 zile interval - legume, legume, orezul, carnea și fructele citrice; · După vârsta de 1 an: se introduc - laptele de vacă, apoi citricile, preparatele din porumb.
· <i>Copilul mare</i> Singura măsură potențială benefică de profilaxie primară o constituie evitarea, la copiii cu alergii la polen a consumului de mere și altor fructe din familia Rozaceae, a piersicilor, țelinei și pătrunjelului, mai ales înaintea efortului fizic.

Tabelul 1. Vârsta și ordinea diversificării alimentației la copilul cu alergii alimentare. [8, 17, 18]

0-6 luni	Lapte matern/formule cu proteine extensiv hidrolizate
6 luni	Orez
7 luni	Legume portocalii: morcov, cartofi (introduse la interval de 5-7 zile)
8-10 luni	Fructe: mere, pere, banane, pișci, prune, caise (la interval de 5-7 zile) Legume verzi: spanac, broccoli, mazăre, fasole verde (la interval de 5-7 zile)
10-11 luni	Cereale: porumb, ovăz, orz, grâu (la interval de 5-7 zile)
12 luni	Carne: miel, porc, curcan, pui, vacă (la interval de 5-7 zile)
> 1 an	Lapte și soia
> 2 ani	Ouă
3-4 ani	Alune, nuci, pește, crustacee

C.2.2.2. Profilaxia secundară. [1, 21, 25]

Caseta 2. Principiile profilaxiei secundare Este întreprinsă la copil până la vârsta de 3 ani, la care mai pot persista manifestări de AA și la adultul care are la activ astfel de tulburări.
· <i>Dietele de eliminare</i> - ü identificarea și eliminarea alergenului alimentar cauzal, inclusiv aditivilor, capabili să genereze ei înșiși tulburări de intoleranță alimentară; - ü evicția alergenului alimentar cauzal trebuie să dureze 6-12 luni după care să fie introdus în cantități mici, crescute progresiv. · <i>Alimentarea preventivă față de triggeri (profilaxia nespecifică).</i> - ü evitarea condimentelor și altor aditivi, a băuturilor alcoolice (adult), a alimentelor histaminoeliberatoare și a medicamentelor iritante intestinale. - ü FDA cere ca toate ingredientele să apară pe ambalajul produselor alimentare, deoarece multe dintre alimentele care produc alergii sunt folosite ca ingrediente pentru obținerea altor produse (de exemplu: alunele, ouăle, laptele). · <i>Corectarea unor disfuncții digestive favorizante.</i> Apare ca foarte utilă prescrierea unei diete conținând brânzeturi sau iaurt la bolnavii cu deficit de bază intestinală care nu tolerează laptele dulce.
· <i>Educația pacientului cu alergii alimentare.</i>

- ü Pacienții intens sensibilizați trebuie educați să citească cu atenție etichetele produselor alimentare și să evite preparatele din restaurante. - ü Școlile și grădinițele trebuie să aibă locuri specializate pentru prim ajutor. - ü Părinții și educatorii trebuie să știe ce atitudine să adopte în caz de reacție alergică la alimente. Pentru cazurile expunerii accidentale la un alergen alimentar persoanele cu alergii multiple trebuie: - ü să poarte o insignă sau un lănișor care să specifice că persoana este alergică; - ü să aibă o seringă cu adrenalină și să știe să o folosească; - ü să solicite ajutor medical imediat. NB. Chiar și cantități foarte mici de alergen alimentar pot declanșa o reacție anafilactică (de ex.: un șoc anafilactic).

C.2.2.3. Profilaxia terțiară. [6, 16, 24]

Caseta 3. Principiile profilaxiei terțiare

- Cursuri de autoinstruire.
- Suport psihologic.

C.2.3. Factorii de risc

Tabelul 2. Factorii de risc în apariția AA. [8, 11, 18]

Predispoziția ereditară	- ü Principalul factor de risc este reprezentat de antecedentele familiale alergice; - ü Riscul de a suferi de alergii alimentare este de 20 - 40% atunci când unul din părinți suferă de o formă de alergie și de 60 -80% atunci când ambii părinți sunt alergici; - ü La 5 - 15% din pacienții cu alergii alimentare nu există o predispoziție familială.
Expunerea la antigen	- ü Copiii pot fi sensibilizați la un antigen prezent în laptele matern (din alimentația mamei); - ü Introducerea pentru prima dată în alimentația copilului a unor alimente care conțin antigenul respectiv poate declanșa apariția reacției alergice.
Permeabilitatea gastrointestinală crescută	- ü Permite penetrarea antigenilor; - ü Crește susceptibilitatea pentru alergiile alimentare; - ü La nou-născuți există o dezvoltare incompletă a barierei intestinale (ceea ce permite absorbția de macromolecule antigenice intacte), și un deficit de IgA. Permeabilitatea gastrointestinală scade cu vârsta, odată cu maturarea intestinală; - ü Bolile gastrointestinale (ce alterează bariera enterală), parazitozele intestinale, malnutriția, prematuritatea, stările de imunodeficiență pot fi asociate cu creșterea permeabilității gastrointestinale și cu riscul de dezvoltare a alergiilor alimentare. - ü Alimentarea dezordonată, mesele rare sau frecvente determină dereglări ale secreției gastrice, tulburări care în final favorizează constituirea alergiei alimentare sau a pseudoalergiei. - ü Aciditatea sucului gastric influențează formarea hipersensibilității la produsele alimentare de natură proteică. Astfel, creșterea pH-ului sucului gastric diminuează absorbția sporită de proteine nescindate.
Cantitatea crescută de alergen din hrană	ü Poate fi un factor ce poate influența apariția alergiilor alimentare. De exemplu, în Japonia orezul este un alergen mai frecvent implicat în alergiile alimentare comparativ cu Statele Unite.
Fumatul, stresul, exercițiul fizic, frigul	ü Pot favoriza și influența apariția alergiilor alimentare.

Caseta 4. Căile de pătrundere în organism a alergenilor. [9, 21, 23]

- **Calea digestivă.** Absorbția alergenilor poate începe în cavitatea bucală. Majoritatea alergenilor se absorb însă prin mucoasa gastrointestinală.
- Pe **calea respiratorie** pot pătrunde alergenii alimentari volatili.
- Prin **contactul tegumentelor** cu alergenii în timpul manevrării alimentelor (curățare) pot apărea eczeme și urticarii.
- **Calea injectabilă** poate reprezenta în situații foarte rare calea de pătrundere a alergenilor alimentari. Exemplul îl reprezintă administrarea de vaccinuri cultivate pe ou embrionat.

C.2.4. Factorii etiologici.

Tabelul 2. Alergeni și aditivi alimentari cu potențial alergic. [6, 7, 13, 24]

ALERGENI ALIMENTARI	ADITIVI ALIMENTARI
· Laptele de vacă · Oul · Peștele · Crustaceele · Legumele și fructele · Carnea · Arahidele · Glutenul · Brânzeturile · Ciocolata · Cafeaua · Nucile (funduc, nucile de Brazilia, anacarde, nuci de Pecan, fistic, migdale, nucă de cocos, nuci de pin și nuc)	· E 102 · E 110 · E 127 · E 122 · E 123 · E 124 · E 151 · E 210 · E 211-219 · E 220-227 · E 249-252 · E 621 · E 622 · E 623 · E 624 · E 625 · B 550-553

Tabelul 3. Potențialul alergizant al diferitor produse alimentare [8, 12]

POTENȚIAL	PRODUS ALIMENTAR
ÎNALT	Lapte de vaci, pește, crustacee, ou, carne de găină, căpușună, zmeură, coacăză neagră, mure, poamă, ananas, pepene galben, curmale, rodie, citrice, ciocolată, cafea cacao, nuci, miere, ciuperci, muștar, tomate, morcov, sfeclă, țelină, grâu, secară.
MEDIU	Carne devită, iepure, cartofi, mazăre, piersic, caise, coacăză roșie, banană, ardei verde, porumb, hrișcă, afine, orez, măcieș.
JOS	Carne cal, produse lactate, carne de miel (cu procent mic de grasime), dovlecei, patison, ridiche neagră, dovleac (culori deschise), mere galbene și verzi, coacăză albă, agriș, prune, pepene verde, migdale, castraveți, mărar, pătrunjel.

Tabelul 4. Spectrul celor mai frecvenți alergenii alimentari și rolul lor în dezvoltarea patologiilor alergice la copii și adulți. [6, 8, 18,25]

COPII	ADULȚI
ü AA frecvent este prima manifestare a unei patologii alergice. ü Cei mai frecvenți alergenii - lapte de vacă, ouăle, peștele, și boboasele. Adesea se întâlnește sensibilizarea la gluten sau izolat la grâu, proteinele bananelor și a orezului. ü La 76% copii se evidențiază sensibilizare polivalentă. ü Sensibilizare către hrișcă, cartofi, soia. ü Către boboase și porumb se întâlnește mai rar.	ü AA adesea este asociată cu o sensibilizare încrucișată cu alte grupe de alergenii, în special inhalatori (polenul de plante, alergenii habitualii și epidermali). ü Predomină alergiile la nuci (arahide, funduc, anacarde, fistic, etc.), pește, crustacee și moluște, cauzând adesea reacții severe până la șoc anafilactic. ü Reacțiile cross au un rol semnificativ, cel mai frecvent fiind implicate fructele și legumele proaspete. ü Alergia la lapte și ouă se întâlnește mai rar. ü Uneori se disting reacții severe în urma folosirii în alimentație a cărnii de vită sau de porc. ü Reacții severe se pot evidenția în urma consumului de cereale infectate cu căpușe.

Tabelul 5. Alimentele cu potențial alergic care contribuie la apariția patologiilor alergice la copii și adulți. [6, 7, 10, 14, 15]

Maladii	Grupele de vîrstă	Alimentele cauzale
Mediate IgE(debut acut ale simptomelor alergice)		
Urticarie/Angioedem Quincke	Copii>adulți	Copii: lapte, ou, grîu, hrișcă, pesti Adolescenți/adulți: crustacee, pesti, hrișcă, arahidă
Rinoconjunctivita/astm bronșic	N-n/copii>adulți, cu excepție boli profesionale	Multiple
Anafilaxia	Orice vîrstă	Mai frecvent: alune, nuci, fructe de mare, pește, lapte, ouă
Anafilaxie indusă de efort fizic	Adolescenți/adulți	Grîu, crustacee, țelina
Sindromul de alergie orală (Pollen-Food Syndrome)	Copii după 1 an; tipic-sub 5 ani/adulți (40%) cu alergie stabilită la polen (adulți>copii)	Fructe / legume proaspete, reactivitate încrucișată cu polen: mesteacăn - mere, piersici, pere, morcovi; ambrozie-pepene galben.
Hipersensibilitatea gastrointestinală imediată	Sugari,copii	Lapte, ou, alune, soia, cereale (grîu), alimente marine (pește)
Mixte mediate IgE și celular (debut întîrziat sau cronic)		
Eczema/dermatita atopică	N-n, copii>adulți	Alergeni majore (lapte, ou)
Afecțiuni gastrointestinale eozinofilice alergice-ezofagita, gastrita	Sugari - adolescență (scolari)/adulți tineri mai des de genul masculin	Multiple alimente: lapte, soia, alune și grîu, pește
Gastroenterocolita eozinofilică alergică	Orice vîrstă	Diferite alimente
Boli mediate celular – Non IgE (cu debut tardiv sau cronic)		
Enterocolita la proteine alimentare	N-n, sugari (de la 1 zi pînă la 1 an), copii/adulți	Lapte de vacă (cel mai frecvent), soia, orez, ovăz și alte cereale, carne de pasăre, pește, excepțional -laptele matern. Sugarii mai mari și copii: ou, grîu, orez, ovăz, alune, nuci, carne de pui, curcan și pește. Adulții: alimente marine - crabi, creveți, homari
Proctita/proctocolita la proteine alimentare	N-n, sugari (de la o 1 zi pînă la 1 an, de obicei între 2-8 săptămîni)	Lapte matern (60%) și de vacă, ou, soia
Dermatita alergică de contact	Orice vîrstă (de obicei tînără și medie)	Specii, fructe, legume

Caseta 5. Alimentele care pot contribui la apariția reacțiilor „fals” alergice. [5, 18, 19]

Astăzi sunt utilizate circa 350 de substanțe cu rol de anti-oxidanți, coloranți, conservanți care pot produce sindroame ce se aseamănă cu cele alergice, dar sunt non-alergice.

Astfel de alimente pot fi clasificate în:

- ü **bogate în histamină** (varza murată, șunca și cîrnăciori de vită, carnea de porc, conservele de carne, peștele conservat, sardinele, icrele, heringul, spanacul, tomatele, nucile, alunele, ciocolata, alcoolul, fructele exotice, etc.)
- ü **bogate în tiramină** (brînzeturile fermentate, brînză topită, drojdia de bere, scrumbia marinată, avokado, strugurii, cartofii, vinurile, etc.)
- ü **bogate în tirozină** (laptele, oul, carnea de porc, etc.)
- ü **bogate în feniletilamină** (ciocolata, brînzeturile fermentate, vinurile, etc.)
- ü **bogate în ac. benzoic** (mure, fragi, caise, piersici, struguri, etc.)

C.2.5. Conduita pacientului cu AA.

C.2.5.1. Anamneza

Tabelul 6. Recomandări pentru culegerea anamnesticalui. [16, 20, 21]

ELEMENTELE DIAGNOSTICE FURNIZATE ÎN URMA COLECTĂRII ANAMNEZEI	CARACTERISTICA LOR
NATURA SINDROMULUI	- ü Pentru AA pledează sindroamele digestive fără alte manifestări extradigestive; - ü Dermatita atopică (exacerbarea bolii); - ü Urticarie acută (dar trebuie luate în considerație și medicamentele și agenții fizici).
CIRCUMSTANȚE DE APARIȚIE	- ü Sugestive pentru: · cauze alimentare; · relația cu momentul ingestiei; · reproductibilitatea sindromului la același aliment; · obiceiuri alimentare; · estimarea cantității, naturei și frecvenței expunerii; · vârsta primei expuneri la antigen; · cât de repede s-a dezvoltat; · anturajul în care au apărut reacțiile (de ex. la școală sau acasă); · vârsta la care copilul a fost luat de la sân. - ü Neobișnuite pentru alte surse de alergii: lipsa unor expuneri la pneumoalergeni sau a administrării de medicamente. - ü În cazul unor sindroame cu evoluție cronică, fără ieșiri sau intrări în alt mediu, soldate cu deficit staturo-ponderal (la copii).
ANTECEDENTELE FAMILIALE ȘI PERSONALE DE BOLI ATOPICE	- ü Atopie în anamneza pacientului (astm bronșic, dermatită atopică sau rinită alergică) - ü Atopie (astm bronșic, dermatita atopică sau rinita alergică) în anamneza familială sau alergie alimentară la părinți și/sau frați/surori
PROBE DE ELIMINARE ȘI DE INTRODUCERE ULTERIOARĂ A ALIMENTELOR	ü Efectuate de către bolnavul însuși, destul de des bolnavii furnizează astfel de informații
JURNALUL ALIMENTAR	ü Ținut de către pacientul instruit de către medic (cu includerea și a unor rubrici privind corelația cronologică și cu alți eventuali alergeni sau triggeri).

C.2.5.2. Examenul obiectiv

Caseta 6. Informativitatea examenului obiectiv. [16, 21]

Examenul fizic obiectiv poate fi:

- Vizual fără semne patologice (par sănătoși) sau
- Stigmate ale afecțiunii atopice exprimate la nivel cutanat, digestiv și/sau respirator.

C.2.5.3. Manifestări clinice.

O buna parte din manifestările clinice ale alergiei alimentare la copii au o tendință de a dispărea.

Caseta 7. Manifestările clinice ale alergiei alimentare. [6, 9, 14]

Alergie alimentară (AA) – o reacție patologică clinică la proteinele alimentare cu o varietate de manifestări din partea diferitor organe și sisteme ale organismului:

- simptome cutanate (50–80%);
- afectarea la nivelul mucoaselor organelor tractului digestiv (48–67%);
- simptome respiratorii (20–30%);
- patologie viscerală (1–4%);
- hemopatii (1–2%);
- reacții anafilactice (0,5–1,5%).

Notă. Cele enumerate nu sunt exhaustive - lipsa simptomelor enumerate nu exclude alergia alimentară

Tabelul 7. Semne și simptome ale probabilei alergii alimentare. [7, 14, 15, 19]

Maladii	Manifestări clinice
Mediate IgE(debut acut ale simptomelor alergice)	

Urticarie/ Angioedem Quincke	- Ü Prurit; - Ü Eritem (localizat sau generalizat), - Ü Edem: mai frecvent al buzelor, feței sau în jurul ochilor)			
Rinoconjunctivită/ astm bronșic	- Ü Secreții nasale sero-mucoase abundente și consistente; - Ü Stranut; - Ü Dificultăți de respirație; - Ü Tuse; - Ü Wheezing; - Ü Dispnee; - Ü Senzație de constricție toracică.			
Anafilaxia	Unul sau mai multe din următoarele: - Ü Dispnee; - Ü Weezing; - Ü Tuse repetată; - Ü Paliditate/cianoză; - Ü Insuficiență cardiacă; - Ü Puls filiform; - Ü Vertije; - Ü hTA; - Ü Disfonie; - Ü Deglutiție îngreuiată; - Ü Prurit și angioedem (limba, buzele); - Ü Erupții cutanate; - Ü Vomă; - Ü Diaree; - Ü Durere abdominală cu caracter spastic.			
Anafilaxia indusă de efort fizic	Fazele anafilaxiei:			
	<i>Faza prodromală</i>	<i>Faza timpurie</i>	<i>Faza de instalare (poate dura 30 min și 4 ore)</i>	<i>Faza post-efort (poate dura între 24 și 72 ore)</i>
	- Ü fatigabilitate, prurit, - Ü eritem - Ü senzația de căldură;	- Ü erupție urticariană; - Ü plăcile uticariene, pot conflua (10 - 15 mm); - Ü ulterior apariția angioedemului (în special la nivelul feței, palmelor și plantelor)	Simptome și semne declanșate de suferința întregului organism: - Ü stridor; - Ü dispnee; - Ü wheezing; - Ü vomă; - Ü crampe abdominale; - Ü diaree; - Ü vertij; - Ü pierderea conștiinței; - Ü hTA/colaps.	- Ü Cefalee; - Ü leziuni urticariene persistente.
Sindromul de alergie orală (Pollen-Food Syndrome)	- Ü Simptomele la nivelul cavității bucale: prurit; eritem; edem; înțepături, arsuri, uscaciune, senzație de contracție a mucoasei jugale;gingivale, palatine și labiale, și faringiene plus micropapule vezicale). - Ü Simptomele la nivelul buzelor, tegumentelor periorale și ale feței, dar și la nivelul altor organe de șoc (rinită, astm, conjunctivită), incluzînd și tractul digestiv (greață, vomă, crampe intestinale, diaree); este caracteristică reacția alimentară încrucișată.			
Hipersensibilitatea gastrointestinală imediată	- Ü Grețuri; - Ü Vomă; - Ü Dureri abdominale/colici; - Ü Diaree (poate să apară la 2-6 ore după simptomele inițiale); - Ü Falimentul creșterii; - Ü Patologie atopică asociată (manifestări cutanate, oftalmice, respiratorii), și reacții nonimunologice.			
Mixte mediate IgE și celular				
Eczema/ dermatită atopică	- Ü Prurit; - Ü Eritem (localizat sau generalizat).			
Ezofagita eozinofilică alergică	- Ü Vomă intermitentă; - Ü Refuzul alimentelor;			

	- Ü Durere abdominală; - Ü Iritabilitate; - Ü Tulburări de somn; - Ü Reflux gastroesofagian; - Ü Ocazional stricturi esofagiene.
Gastroenterita eozinofilică alergică	- Ü Dureri abdominale; - Ü Anorexie; - Ü Falimentul creșterii; - Ü Întârzierea evacuării gastrice; - Ü Ascită; - Ü Edem generalizat.
Boli mediate celular – Non IgE	
Proctocolita la proteine alimentare	- Ü Stare generală satisfăcătoare - par sănătoși; - Ü Scaune cu striuri sange, moi→apoase, cu mucus; - Ü Lipsa simptome sistemice; - Ü Vomă; - Ü Diaree; - Ü Falimentul creșterii.
Enterocolita la proteine alimentare	Expunere cronică la sugari: - Ü Vărsături; - Ü Diaree sangvinolentă; - Ü Letargie; - Ü Deshidratare; - Ü Septicemie; - Ü Acidoza; - Ü Falimentul creșterii. Reexpunere după restricție: - Ü Vărsături; - Ü Diaree; - Ü Hipertenzie după 2 ore după ingestie.
Dermatita alergică de contact	- Ü Eritem; - Ü Papule; - Ü Vezicule; - Ü Prurit; - Ü Edem; - Ü Eroziuni, cruste și exfoliere. În cazul evoluției cronice: - Ü Papule; - Ü Exfoliere, lichenificare, excoriații.

C.2.5.4. Examenul clinic

Caseta 8. Grupele de pacienți direcționați pentru o examinare mai amplă în vederea stabilii diagnosticului de AA.. [6, 8, 11]

Experții identifică următoarele grupe de pacienți:

1. Pacienții cu simptome de anafilaxie sau reacții alergice la produsele alimentare enumerate anterior (în special copiilor de vîrstă mică sau în cazul în care simptomele apar mai des decît o dată după administrarea unui anumit produs alimentar).
2. Copii care suferă de dermatită atopică cu evoluție moderată și gravă, esofagită eozinofilică, enterocolită, enteropatie și rinită alergică.
3. Adulții cu esofagită eozinofilică.

Tabelul 8. Elemente cheie în diagnosticul AA. [3, 10, 16, 25]

Mediate IgE	Mixte mediate IgE și celular	Boli mediate celular – Non IgE

- ü Jurnalul alimentar; - ü Dietele de excludere sau de eliminare; - ü Teste de provocare „open”; - ü Test screening. - ü Testarea alergologică cutanată ; - ü Ig E total; - ü Teste de identificare a antigenelor IgE specifice. - ü triptaza (α, β) - ü Hemoleucograma - ü An.generale al sputei (eozinofilele și neutrofilele)	- ü Jurnalul alimentar; - ü Dietele de excludere sau de eliminare; - ü Teste de provocare „open”; - ü Test screening. - ü Testarea alergologică cutanată ; - ü Identificarea nivelului Ig E total; - ü Teste de identificare a antigenelor IgE specifice. - ü triptaza (α, β) - ü hemoleucograma, - ü Analize biochimică inclusiv albumina, proteinile serice ste suplimentare: - ü endoscopie /biopsie; - ü coprograma (sange, leucocite, eozinofile); - ü pH- esofagian	- ü Jurnalul alimentar; - ü Dietele de excludere sau de eliminare - ü Teste de provocare - ü IgA antiigliadină și antiendomisium și anti transglutaminază); - ü Biopsii - ü Endoscopie - ü studiu malabsorbție
Alte teste de laborator și instrumentale		
· Analiza serologică la helmintiaze; · Testul sudorii (util în efectuarea diagnosticului diferențial cu fibroza chistică). · Spirometrie; · USG ale organelor abdominale; · FEGDS; · ECG;		

Caseta 9. Jurnalul alimentar (7–14 zile). [16, 20, 21]

- Este una dintre metodele de diagnostic alergologic.
- În jurnal, pacienții trebuie să noteze detaliat toate alimentele ingerate, simptomele declanșate și timpul relativ de la ingestie la apariția simptomelor.
- În jurnal se trec:
 - ü alimentele și băuturile ingerate;
 - ü ora la care au fost consumate;
 - ü cantitatea ingerată;
 - ü modul de preparare la fiecare utilizare,
 - ü precum și simptomele apărute;
 - ü timpul relativ de la ingestie;
 - ü momentul debutului;
 - ü severitatea manifestării.
- În jurnalul alimentar se trece și medicația luată înainte sau după debutul simptomelor, deoarece anumite medicamente pot modifica simptomatologia clinică.
- Jurnalul (1–2 săptămâni) este util și ca bază de plecare pentru intervenția terapeutică ulterioară.

Caseta 10. Dieta de excludere sau de eliminare - următorul pas spre diagnostic. [6, 8, 16]

Acestea constau în eliminarea din nutriția bolnavilor a unor alimente, bănuite a fi implicate în declanșarea alergiei alimentare. Îndepărtarea lor duce la dispariția simptomatologiei.

Avantaje:

- sunt simplu de efectuat;
- necostisitoare;
- pot evalua multiple alimente.

Elemente cheie:

- Dietele de eliminare trebuie personalizate.
- Se începe cu excluderea inițială a alimentelor cu potențial alergizant cunoscut (ouă, lapte, grâu).
- Dacă după două săptămâni nu se constată o ameliorare a simptomatologiei se recurge la diete hipoalergenice mai stricte.
- Dacă pacientul continuă să prezinte simptome se poate trece la o *dietă elementară*, cea mai severă formă a dietei de eliminare. O dificultate a acestui tip de dietă o constituie faptul că:

ü este greu de acceptat de pacienți;

ü crește riscul de malnutriție.

Acest tip de dietă va fi prescrisă numai cazurilor cu alergii severe, la cei cu manifestări clinice acute și greu de tolerat.

- Dacă simptomatologia persistă chiar în cazul în care pacientul respectă aceste diete severe trebuie căutate alte cauze de alergii.
- După dispariția simptomelor, alimentele sunt reintroduse treptat în alimentație unul câte unul (de obicei la 6 zile).
- Este necesar a se aștepta câteva zile după fiecare aliment introdus datorită posibilității ca reacția alergică să fie prin mecanism imun întârziat.
- Dacă simptomatologia se ameliorează sau dispare prin dieta de eliminare este indicată efectuarea testului de provocare dublu orb placebo controlat pentru confirmare.
- În dietele de eliminare stricte este uneori necesară administrarea de vitamine și minerale pacienților.

Caseta 11. Testul dublu orb placebo controlat. [18, 22]

Testul dublu orb placebo controlat este numit „standardul de aur” în diagnosticarea alergiei alimentare.

Elemente cheie:

- Pacientul trebuie să fie asimptomatic în urma dietei de eliminare.
- Fiecare test trebuie să fie personalizat.
- Dozele de aliment sau placebo sunt prezentate în număr egal de o a treia persoană, nici pacientul și nici medicul necunoscând conținutul produselor administrate.
- Doza inițială este o doză minimă, incapabilă să provoace simptome. Cantitatea de aliment oferită este dublată la fiecare administrare pînă la 8–10 g substanță uscată sau 60–100 g aliment proaspăt.
- Administrarea se face randomizat. Una pînă la trei probe placebo trebuie plasate randomizat în timpul testului.
- Medicația antialergică (antihistaminice, glucocorticoizi) trebuie întreruptă cu o săptămînă anterior testării.
- Nu se testează mai mult de un aliment în 24 de ore sau în cazul reacțiilor tardive, în 7 zile.
- Testele de provocare „orb” pot fi efectuate concomitent cu testarea imunologică.
- Alimentul testat se încorporează în dietă sau se administrează sub formă deshidratată (sub formă de capsule).
- Se are mare grijă ca produsul testat să nu modifice culoarea, gustul sau mirosul mîncării.
- Ultima prezentare este un test de provocare „open” a alimentului suspectat. În acest caz pot apărea simptome care nu au apărut în timpul testului „orb”. Ocazional, simptomele pot apărea în cursul testului „deschis” dacă cantitatea oferită depășește „pragul” indicat de istoricul bolnavului. În acest caz este necesar un nou test de provocare la care se vor utiliza cantități mai mari de aliment decît cele administrate la primul test.
- Cele mai multe dintre alergii apar în următoarele două ore după administrarea alergenului. Reacțiile alergice non IgE mediate pot apărea la intervale mai mari de timp și de aceea pacientul trebuie monitorizat o perioadă mai lungă de timp.
- Dacă pacientul prezintă în antecedente reacții anafilactice severe testele de provocare se vor efectua numai după evidențe clare că persoana nu mai este reactivă la alergen și testele cutanate sunt negative.

NB! Testarea se face numai în clinică, sub stricta supraveghere și cu trusă de urgență la îndemînă.

Caseta 12. Caracteristicile screening testului (ALATOP, Phadiatop, Phadiatop Infant). [1, 2, 23]

Testul oferă un răspuns pozitiv/ negativ în ceea ce privește prezenta atopiei. Menționăm încă o dată că atopia reprezintă un factor de risc semnificativ pentru dezvoltarea astmului bronșic.

Phadiatop Infant:

- ü recomandat copiilor cu vârsta între 0-4 ani;
- ü oferă posibilitatea testării la cei mai obișnuiți alergeni alimentari și inhalatori.

Phadiatop:

- ü recomandat copiilor mai mari și adulților;
- ü demonstrează prezența anticorpilor IgE specifici la cei mai obișnuiți alergeni inhalatori din mediu.

Caseta 13. Testarea alergologică cutanată. (prick-test, probe de scarificare). [5, 8, 13, 24]

Se efectuează de către alergolog și are drept scop depistarea reacțiilor alergice IgE-induse. Se efectuează, de obicei, prin metoda de scarificare: scarificarea tegumentară de 4-5 mm cu aplicarea unei picături de alergen standard în concentrație de 5000 U/ml (1 unitate = 0,00001 mg azot proteic/1 ml).

Caracteristici generale:

- Sunt rapide, ușor de realizat și nu sunt costisitoare.
- Extractele de alergen se aplică epicutan prin **înțepare** („prick test”).
- Alergenii alimentari se testează comparativ cu un martor negativ (solventul soluției alergice) și un martor pozitiv (histamină).
- Papulă cu 3 mm mai mare decât „controlul negativ” indică un test pozitiv.
- Un test cutanat negativ are o valoare predictivă mare și sugerează absența unei hipersensibilități de tip imediat (IgE mediată).

NB. Testarea cutanată se face cu precauție și sub supraveghere medicală.

Tabelul 9 Aprecierea reacției alergice prin testul cutanat de scarificare. [6, 16, 23]

Aprecierea testului	Semnul convențional	Imaginea vizuală a reacției alergice
Negativ	-	Este identică cu testul de control
Incert	-/+	Hiperemie locală fără edem
Slab pozitiv	+	Edem papulos cu diametrul 2-3 mm și hiperemie peripapulară
Pozitiv	++	Edem papulos cu diametrul >3 mm <5 mm și hiperemie peripapulară
Intens pozitiv	+++	Edem papulos cu diametrul 5-10 mm, hiperemie peripapulară și pseudopodii
Exagerat pozitiv	++++	Edem papulos cu diametrul >10 mm, hiperemie peripapulară și pseudopodii

Caseta 14. Aprecierea nivelului de IgE- specific RAST, CAP- sistem, MAST-CLA- sistem și altele. [11, 12, 13, 25]

Caracteristici generale:

- sunt utile pentru *screening*-ul pacienților, dar nu pot fi utilizate pentru diagnosticul AA;
- sunt utilizate pentru identificarea unui aliment suspectat a fi implicat în AA, precum și pentru confirmarea mecanismului imun;

Testele imune pozitive trebuie confirmate prin testul de provocare dublu orb placebo controlat, „standardul de aur” în diagnosticarea alergiilor alimentare.

Caseta 15. Aprecierea nivelului IgE totale. [8, 16, 25]

Aprecierea nivelului seric al IgE totale nu este o probă specifică pentru AA. Nivelul scăzut al IgE totale în ser nu indică lipsa atopiei și nu prezintă criteriu de excludere a diagnosticului AA.

Tabelul 10. Diagnosticul bolilor cu manifestări gastrointestinale. [2, 9, 14, 15, 23]

Forma nosologică	Metodele de diagnosticare	Rezultate prognozate
Sindromul de alergie orală (Pollen-Food Syndrome)	Anamneza alergologică familială	rinite alergice frecvente
	Teste cutanate cu extracte proaspete și IgE specifice	pozitive

	Test de încărcare orală alimentară	pozitiv - cu fructe și legume proaspete, negativ - cu cele prelucrate termic.
Hipersensibilitatea gastrointestinală imediată	Anamneza alergologică: familială	des asociată cu alte boli atopice (dermatita atopică).
	Teste cutanate și IgE specifice	pozitive
	Test de încărcare (provocare) orală alimentară NB: cînd se presupune vindecarea	
Esofagita eozinofilică alergică	Anamneza alergologică	agravată
	Teste cutanate	pozitive
	IgE specifice	pozitive
	Teste de diagnostic principale:	
	Biopsie și endoscopie	infiltrație a mucoasei și submucoasei esofagiene, cu eozinofile, alungirea papilelor și hiperplazia zonei bazale; excluderea anomaliilor de dezvoltare ale esofagului, depistarea stricturilor inelelor Schatzki.
	Eozinofilia periferică	rară
	Investigație radiologică cu substanță de contrast (Bariu)	
	Dieta de eliminare (cel puțin 6 săptămîni)	răspuns pozitiv.
	Proba de încărcare(provocare) alimentară	
Gastroenterita eozinofilică alergică	Anamneza alergologică	70% dintre bolnavi sunt atopici
	Teste cutanate și IgE specific	pozitive
	Hemoleucograma	eozinofilie periferică (50% dintre cazuri)
	An. Biochimică a sîngelui	hipogamaglobulinemie
	Biopsia esofagiană, antrală și duodenală	infiltrație eozinofilică marcată a mucoasei și a submucoasei.
	Biopsia colonului	eozinofilie și abcese criptice.
	Test de diagnostic principal: dietă de eliminare	50% dintre bolnavi răspund
	Eliminarea alergenului alimentar responsabil	diminuează simptomele peste 24-72 ore, dispariția simptomelor apare la 3-8 săptămîni
	Test de încărcare (provocare) orală	la necesitate
Enterocolita la proteinele alimentare	Anamneza alergologică	neagravată
	Teste cutanate	negative
	IgE specifică alimente	negative
	Test de diagnostic principal: dieta de eliminare	La eliminarea alergenului: diminuarea simptomelor peste 72 ore.
	Biopsie (endoscopie)	Colon- abcese criptice; infiltrare difuză – plasmocite.

Proctocolită alergice indusă de proteine alimentare		Intestin subțire - edem, inflamație acută, leziuni, vilozitate în plaje.
	Proba încărcare (provocare) alimentară - sub control medical (risc crescut - hipotensiune /șoc 20% în decurs de 4 - 6 ore):	vărsături în 3-4 ore, diaree în 5-8 ore, leucocitoză periferică >3500/mm ³ , leucocite, sânge și eozinofile în fecale în decurs de 4 - 6 ore de la încărcare
	Anamneza alergologică	poate fi familială
	Eliminarea alergenului	diminuarea sîngerării peste 72 ore și dispariția completă a sîngerărilor în cîteva săptămîni
	Biopsie (endoscopie)	colită focală→difuzii, eroziuni lineare, ex. microscopic: 20 - 40 eozinofilie/camp.(mucus (Laden); 20% cazuri hiperplazie limfoidă nodulară

C.2.5.5. Diagnostic diferențial

În scopul diagnosticării patologiei concomitente relevante pentru dezvoltarea alergiei alimentare sau pseudoalergiei, deasemenea pentru corecția modificărilor patologice ale reacției alergice la bolnavii cu alergie alimentară se recomandă consultația următorilor specialiști:

- ü gastroenterolog;
- ü psihoneurolog;
- ü endocrinolog;
- ü cardiolog;
- ü medic ORL;
- ü stomatolog;
- ü dermatolog.

Caseta 16. Diagnostic diferențial în AA. [9, 17, 18, 23]

În AA diagnosticul diferențial trebuie realizat cuate reacții nedorite (greață, vomă, dureri abdominale, meteorism, adaos ponderal insuficient, pierderi în greutate și alt.) la alimente condiționate de:

- Patologii și anomalii a organelor tractului gastro intestinal-boala de reflux gastroesofagian, pancreatită, gastroenterita, boala ulceroasă, hepatită, dizbioză intestinală, deficit enzimatic (lipaze, dizaharidaze, etc.), colita ulceroasă nespecifică, boala Crohn și altele.
- Tulburări metabolice-acidoză metabolică, insuficiența renală cronică, dereglarea oxidării acizilor grași, etc.
- Afecțiuni endocrine-hipotireoza, hipoparatiroidoza, tireotoxicoza.
- Tulburări psihice-vomă psihogenă, bulimie neurogenă, anorexie nervoasă, etc.
- Infestații parazitare.
- Infecții intestinale (salmoneloza, iersinioza, amebiaza, etc.) și alte infecții (enterovirale, adenovirale, rotavirale, etc.).
- Sindroame de malabsorbție (fibroză cistică, celiachia).
- Intoxicații-supradoză de medicamente, intoxicații cu plumb, etc.
- Intoxicații cu substanțe toxice, care se găsesc în produsele alimentare-nitrați, nitriți, cianide, aflotoxine, hemaglutinine, precum și consumul de pește, crustacee, care se alimentează cu alge contaminate.

NB. În calificarea diagnosticului de AA și intoleranță alimentară de altă genă un rol important îl prezintă jurnalul alimentar completat de către pacient.

C.2.5.6. Tratamentul

Nici un tratament nu permite eliminarea alergiei alimentare.

Singura opțiune este interdicerea definitivă a alimentului (sau aditivului) care cauzează alergia din dieta pacientului.

Scopurile tratamentului.

- Cuparea simptomelor alergiei.
- Restabilirea funcțiilor perturbate ale organelor și sistemelor ca urmare a reacțiilor alergice.
- Normalizarea stării generale a organismului.

Caseta 17. Managementul pacienților cu alergie alimentară. [6, 9, 10]

Principiile de bază al conduitei acestor pacienți sunt:

- ü Instruire;
- ü Profilaxie (eliminarea alergenilor cauzali);
- ü Tratamentul reacțiilor alergice la alergeni alimentari.

Notă. Cele mai periculoase sunt reacțiile anafilactice la alergeni alimentari, frecvența lor constituie 4 cazuri la 1 mln. populație pe an, ceea ce constituie 500 de decese pe an.

Caseta 18. Tratamentul reacțiilor alergice la alergenii alimentari. [4, 6, 12, 22, 24]	
Tratament nemedicamentos (dietoterapia)	Tratament medicamentos.
Ü Dieta de eliminare în caz de alergie veritabilă. Ü Dieta hipoalergică în caz de reacție nonimunologică	Principiile tratamentului medicamentos: Ü Înlăturarea simptomelor bolii; Ü Prevenirea exacerbărilor. Tratament simptomatic: · glucocorticoizi sistemici, anitihistaminice generația I și II; · inhibitor al degranulării mastocitelor - Cromone · preparatele care contribuie la normalizarea funcției tractului digestiv (enzime pancreatice, preparate hepatoprotectoare, pro- și prebiotice, enterosorbenți); · imunoterapie imunospecifică sublingvală, orală (date veridice despre eficacitatea clinică acestei metode în caz de AA lipsesc). Tratament chirurgical. · Traheostomia, în caz de edem glotic.

Caseta 19. Principiile dietei hipoalergice. [16, 18, 23, 24, 25]

Tratamentul optim pentru alergiile alimentare este evitarea alimentelor care stau la baza producerii alergiei respective. Ne vom conduce de următoarele principii:

- eliminarea sau limitarea produselor alimentare ce conțin alergeni cauzale, produse cu sensibilizare înaltă, care conțin diferite ingrediente artificiale, histamina sau substanțe ce contribuie la eliberarea histaminei în țesuturile organismului;
- înlocuirea adecvată a produselor eliminate cu cele hipoalergice, diversificarea treptată (dieta rotatorii) a rației copilului;
- dieta trebuie să corespundă necesităților fiziologice de creștere a copilului, fiind echilibrată, conținând necesarul fiziologic de calorii, vitamine, microelemente în cantități necesare unei creșteri armonioase și necătând la toate restricțiile să posede calități organoleptice plăcute.

Caseta 20. Durata dietei hipoalergice. [16, 18, 23, 24, 25]

Pentru fiecare pacient interdicția alimentară poate fi:

- temporară;
- pe termen lung.

Menținerea unor manifestări alergice mai mult de 2 săptămâni după dieta hipoalergică presupune o sensibilizare polivalentă și impune o dietă mai severă, revederea zilnicului alimentar și obligatoriu consultația alergologului.

NB. La apariția unor reacții alergice ca:

- Ü prurit și senzație de arsură în gură;
- Ü grețuri, vomă, diaree;
- Ü erupții cutanate, prurit cutanat;
- Ü edem Quinche;
- Ü șoc anafilactic;
- Ü acces de astm.

produsul suspect va fi interzis încă pe 6 luni, uneori pe toată viața, în caz de toleranță – putem introduce alt aliment.

Caseta 21. Aspecte cheie al dietei hipoalergice. [16, 18, 23, 24, 25]

- Constant se vor face încercări precaute de reintroducere a alimentelor în rația alimentară, mai cu seamă a celor mai importante (carnea, legumele, lactatele).
- Se vor practica așa numitele diete rotatorii – revenirea la același produs alimentar după un interval de restricție – de obicei de 6 luni.
- Ținând cont că reacțiile alergice pot fi de tip imediat (ce apar în câteva minute sau ore) și de tip întârziat (câteva zile) reintroducerea unui nou aliment se va face odată la 5-7 zile, măbind treptat cantitatea produsului.
- Pentru așa alergeni ca oul, pește, alune, nuci, mierea de albine, ciocolata, intervalul de restricție alimentară va fi 4-5 ani și mai mult în unele cazuri.
- Severitatea dietelor de rotație este în funcție de gravitatea alergiei.
- Cele mai stricte diete sunt acelea în care un aliment se mănâncă doar odată în ziua rotației, iar lungimea unui ciclu de rotație este mai mare de 4-5 zile.
- Dietele extreme pot duce însă la carențe nutriționale, până la malnutriție.

Caseta 22. Imunoterapie imunospecifică sublingvală. [17]

- Este indicată numai în perioada de remisie;
- Injectarea alergenului cu diluții 1:100000, 1:10000 și 1:1000 se face în fiecare zi sau peste o zi;
- Următoarele injecții cu diluția 1:100, se fac o dată în 5-7 zile, până la obținerea efectului clinic;
- Mai departe alergenul se introduce în diluția 1:10, în doza 0,9 ml sau 1,0 ml o dată în 10-15 zile sau o dată în lună;
- Tratamentul se face pe parcursul întregului an, timp de 3-5 ani consecutiv.

Caseta 23. Indicații pentru spitalizare. [4, 5, 6, 17]

- Stare generală gravă (reacții sistemice, urticarie generalizată, edem Quinke cu localizare amenințătoare, acces de AB care nu se cupează);
- Imposibilitatea acordării ajutorului medical specializat în condiții de ambulator.

Caseta 24. Termenii aproximativi ai infirmității muncii (pierderii capacității de muncă). [3, 6, 11, 12, 23]

- În caz de reacții alergice cu evoluție ușoară (rino-conjunctivită alergică, SOA, urticarie, etc.) incapacitatea de muncă nu este perturbată sau este durată scurtă, de exemplu în caz de cupare în condiții de ambulator al reacției alergice acute în termenii cuprinși între o oră sau câteva ore.
- În caz de evoluție moderată sau gravă persoana este retrasă din câmpul de muncă pentru câteva zile; tratamentul pacientului va fi efectuat în condiții de ambulator, iar în caz de evoluție a șocului anafilactic sau al altei stări grave – în condiții de staționar.

C.2.5.7. Prognostic.**Tabelul 11. Prognosticul evoluției bolilor cu simptome alergice. [3, 6, 15, 16, 24]**

Maladii	Prognostic
Mediate IgE (debut acut ale simptomelor alergice)	
Urticarie/Angioedem Quinke	Depinde de alimentare
Rinoconjunctivite/astm	Depinde de alimentare
Anafilaxie	Depinde de alimentare
Anafilaxie indusă de efort fizic	Persistent
Sindromul de alergie orală (Pollen-Food Syndrome)	Poate fi persistent, sau variază în funcție de anotimpuri
Hipersensibilitatea gastrointestinală imediată	În 80% din cazuri alergiile la lapte, ou, grâu și soia se vindecă după eliminarea proteinei din dietă; alergia la alune, nuci, alimente marine (pește) probabil va persista.
Mixte mediate IgE și celular (debut întârziat sau cronic)	
Eczema/ dermatita atopică	De obicei - vindecare
Afecțiuni gastrointestinale eozinofilice alergice - ezofagită, gastrită	De obicei - vindecare răspund frecvent la formulele cu proteinele hidrolizate pentru sugari, pentru adulți - la dieta elementală (formule cu aminoacizi), la dieta de eliminare
Gastroenterocolita eozinofilică alergică	Răspunsul excelent la formulele cu proteine hidrolizate și la dietă elementală (formule cu aminoacizi)
Boli mediate celular – Non IgE (cu debut tardiv sau cronic)	
Enterocolita la proteine alimentare	De obicei – vindecare În general: lapte de vaci cu tratament: 50% cazuri vindecare la 18 luni; 90% cazuri vindecare la 36 luni; hipersensibilitatea poate persista în copilărie. soia: boala este mai persistentă
Proctita/ proctocolita la proteine alimentare	De obicei – vindecare (la vârsta de 1-2 ani)
Dermatita alergică de contact	De obicei - vindecare

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D1. Instituțiile consultativ-diagnostice	Personal: · medic ftiziopneumolog · medic alergolog · medic funcționalist · medic imagist · medic de laborator · asistente medicale
	Aparataj, utilaj: · tonometru · fonendoscop · PEF-metru · puls-oximetru · cabinet de diagnostic funcțional dotat cu spirometru · cabinet radiologic · electrocardiograf · ultrasonograf · fibrobronhoscop · laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, sumarului urinei, indicilor biochimici · laborator microbiologic · laborator imunologic
	Medicamente: · Glucocorticosteroizi inhalatori, sistemici · β_2 agoniști inhalatori cu durată scurtă și lungă de acțiune · Metilxantine cu durată scurtă de acțiune · Metilxantine cu eliberare lentă · Cromone* · Antagoniști de leucotriene
D.2 Secțiile de terapie ale spitalelor raionale, municipale	Personal: · medic internist · medic ftiziopneumolog · medic alergolog · medic de laborator · medic-funcționalist · medic-imagist · asistente medicale · acces la consultații calificate: neurolog, otorinolaringolog, nefrolog, endocrinolog, chirurg
	Aparataj, utilaj: · este comun cu cel al secțiilor consultativ-diagnostice raionale și municipale
	Medicamente: · Glucocorticosteroizi inhalatori · β_2 agoniști inhalatori cu durată scurtă și lungă de acțiune · Metilxantine cu durată scurtă de acțiune · Metilxantine cu eliberare lentă · Cromone* · Antagoniști de leucotriene · Pentru indicații selective - ü Anti- IgE suplimentar - ü Glucocorticosteroizi sistemici · Oxigen Medicamente pentru tratamentul complicațiilor

1.3 * - MEDICAMENTE CE NU SUNT ÎNREGISTRATE ÎN REPUBLICA MOLDOVA.

E.Procedura generală de transfer a pacientului în IMSP „SR Edineț”

1. Medicul curant informează șeful secției despre: complicațiile/patologia concomitentă/ Agravarea stării, parvenite la pacient.
2. Șeful secției consultă pacientul în comun cu medicul curant.
3. Pacientul este obligatoriu consultat de Șeful secției respective.
4. În caz de transfer intern, șeful secției invită consultantul din secția respectivă și se ia decizia respectivă.
5. În caz de transfer în altă instituție, prin intermediul șefului secției se informează Vice directorul medical despre cazul respectiv.
6. Vice directorul medical invită consultantul din instituția competentă externă pentru determinarea tacticii ulterioare de tratament sau transfer în altă instituție, la necesitate.
7. Se convoacă consiliul medical în componența: vice directorului, șeful secției, medicul curant, consultantul invitat și alți specialiști de profil (la necesitate).
8. Medicul curant scrie epicriza de transfer (pentru transfer intern - forma 003e; pentru transfer extern - f 027e), care va include obligatoriu: datele de pașaport, diagnosticul, starea pacientului, date despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor, tratamentul administrat, concluzia consiliului cu argumentarea necesității transferului, recomandări.
9. Pentru transportarea pacientului în altă instituție medicală (transfer extern) va fi utilizat transportul 112 sau SNCTI la necesitate, în dependență de starea pacientului .
10. În dependență de diagnoza și starea pacientului se va coordona cu vice-directorii medicali nivelul II și III.

Nr/ Ord.	Institutiia medicala	Numele ,Familia	Tel.de contact
1.	Spitalul Clinic Bălți	Condrea Ala	069385772 079082994
2.	Spitalul de psihiatrie Bălți	Vice-director	079032023
3.	Institutul de neurologie și neurochirurgie Chișinău	Misic Octavian	060030030
4.	Institutul de Medicină Urgentă	Rosu Gheorghe	067211122
5.	IMȘiC	Rotari V.	067177100
6.	<u>Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie</u>	Cerempei Octavian Sterpa Serghei	069117865 069244161
7.	Institutul de cardiologie	Grosu Aurel	079957958
8.	SNCTI	-	022250709
9.	AMUP	Lupu Svetlana Bicic Tatiana	068083232 069000277
10.	<u>Institutul de Ftiziopneumologie "Chiril Draganiuc"</u>	Domnica A.	067660374
11.	<u>SCMC "V. Ignatenco"</u>	Tomuz.I	060460019

ANEXE

Anexa 1. Principalii alergeni alimentari. [1, 5, 17, 18, 25]

ALERGEN ALIMENTAR	CARACTERISTICI
Laptele de vacă	- ü alergenul care provoacă manifestări clinice timpurii la copil; - ü conține cinci alergeni (principalele fiind, β – lactoglobulina și cazeina, iar celelalte: α – lactoglobulina, albumina și gamaglobulinele); - ü alergenul major produce sindroame clinice la copilul mic, dar nu și la adult (o explicație satisfăcătoare până în prezent nu există); - ü β - lactoglobulina și cazeina sunt cele care alergizează frecvent sugarul persistând în lapte după fierbere, în timp ce celelalte sunt alergizante numai în cazul consumului de lapte crud; - ü laptele toate generații reacții alergice încrucișate cu carnea de vită și fanerele; - ü cu vârsta laptele devine bine tolerat (ca alergen), dar există o declanșare indirectă, pseudoalergică-a unor manifestări urticariene la unii bolnavi cu o coloită de fermentație.
Oul	- ü alergenii majori din ou sunt conținuți în albușul de ou și sunt reprezentate de ovalbumine și ovomucoid; - ü este interesant faptul că gălbenușul de ou conține proteine – asemănătoare cu cele din albușul de ou, dar în cantități mai mici, ceea ce impune ideea că o dietă de excludere presupune eliminarea oului în totalitate; - ü nu există diferențiere în ceea ce privește oul de găină, rață, gâscă etc., orice ou putând reproduce simptomele clinice; - ü sensibilitatea la ou este, extrem de puternică: numai urmele de ou în alimentele compuse sau pe o farfurie, putând declanșa fenomene severe de șoc anafilactic; - ü prezintă alergie încrucișată cu fulgii de pasăre.
Peștele	- ü alergenii din alimentul pește sunt constituiți din țesut muscular și este regăsit în porțiunea volatilă (vapori de la fierbere, în miros); - ü majoritatea sunt termostabili; - ü reacțiile alergice încrucișate apar, față de toate speciile de pești, la jumătate din bolnavii cu alergie la proteine de pește.
Crustaceele	- ü sensibilitatea la crustacee nu este frecventă, dar este severă la subiecții susceptibili; - ü este recunoscută reacția „cross” între alergenii diverșilor membri din familia crustaceelor cât și cu stridiile; - ü creveții sunt cei mai alergizanți datorită căilor multiple de sensibilizare și termostabilității fracțiilor lor antigenice; - ü ei produc urticarie de contact, astm (vapori de bulion de creveți) și chiar șoc anafilactic.
Legumele și fructele	- ü Pentru fructe și legume au fost găsite niște caracteristici comune, care influențează asupra proprietăților lor alergice. Astfel : · sunt consumate prioritar în formă crudă, ceea ce permite alergenilor termostabili să-și exercite efectul atât prin contact, cât și pe cale digestivă sau inhalatorie. · prezintă alergie încrucișată cu polenuri de arbori (mesteacăn și nuc), datorită existenței în componența ambelor a unor proteine antigenice comune: profilinile. · în special fructele conțin lectine care induc degranularea mastocitară, contribuind la eliberarea de mediatori vasoactivi sporind frecvența manifestărilor clinice.
Carnea	- ü carnea de porc este cea mai alergizantă: alergenii rezistă la fierbere și prăjire. Majoritatea manifestărilor sunt declanșate de mezeluri și afumături, reprezentând pseudoalergii cauzate de histamina prezentă aici în cantități mari; - ü în mod excepțional, carnea de găină provoacă alergie la persoanele sensibilizate la ou; - ü carnea de vită poate determina reacții alergice la adulți și chiar la sugarii alergici la lapte (alergie la seralbumina, care este prezentă atât în carnea, cât și în laptele de vacă). Excepțională la adult, pare mai frecventă la sugari în cadrul polisensibilizărilor la proteine.
Arahidele	- ü sunt puternic alergice putând duce la șoc anafilactic; - ü fracțiunea alergică nu este distrusă prin denaturare termică; - ü riscul alergiilor cauzate de arahide este cu atât mai mare cu cât ele se introduc în foarte multe alimente;

	• alergenii s-au izolat și în untul de arahide.
Glutenul	• proteina elastică din grâu, secară și orz, întâlnit în industria biscuiților, pastelor și prăjiturilor – este un alergen puternic și important; • alergenul major din gluten este gliadina, proteină care produce sensibilizări mediate IgE. Prezintă reacții „cross” cu polenul de graminee; • la prepararea pâinii se adaugă o enzimă de origine aspergilară, denumită alfa – amilază fungică, care este și ea responsabilă de manifestări clinice alergice.
Brânzeturile	• sensibilizarea la brânzeturi diferă de la un tip la altul, drept cauză a manifestărilor alergice servind utilizarea de fungi în procesul de fabricație.
Ciocolata	• consumată abuziv, este frecvent inculpată în provocarea sau întreținerea urticariei și cefaleei vasomotorii. Este posibil datorită conținutului crescut de tiramina.
Cafeaua	• intervine în mod excepțional în producerea reacțiilor alergice; • alergenul ar fi un compus proteic rezistent la prajire; • poate interveni și indirect, prin creșterea permeabilității intestinale pentru histamină.
Nucile (funduc, nucile de Brazilia, anacarde, nuci de Pecan, fistic, migdale, nucă de cocos, nuci de pin și nuc)	• sunt puternic alergice putând duce la soc anafilactic; • au activitate de sensibilizare marcată; • prezintă reacții „cross” cu alte grupe de alergeni.

Anexa 2. Cei mai răspândiți aditivi alimentari. [13, 18, 22, 25]

Coloranți alimentari	E 102 E 110 E 127 E 122 E 123 E 124 E 151	• tartrazin; • galben-portocaliu; • eritrozina; • azorubin; • amarant; • roșu ponceau; • negru de briant BN.
Conservanți	E 210 E 211-219 E 220-227 E 249-252	• acid benzoic; • benzoați; • sulfiți, sulfați și derivații lor; • nitriți.
Aditivi gustativi	E 621 E 622 E 623 E 624 E 625	• glutamat de sodiu; • glutamat de calciu; • glutamat de calciu; • glutamat de amoniu; • glutamat de magneziu.
Aromatizatori	B 550-553	• glutamați.
Produsele care conțin sulfiți	• salate din roșii, morcov, ardei, ceapă, oțet; • marinade și murături; • sucuri de fructe; • vin; • bere; • lichioruri din fructe; • gelatină; • legume uscate; • carne tocată; • cașcavaluri; • sosuri pentru/la carne, pește; • legume conservate; • supe; • amestecuri uscate pentru supe; • produse de mare; • pește proaspăt; • amestecuri pentru copturi.	

Produsele care conțin Tartrazina	- ü cartofi crocanți prăjiți; - ü produse alimentare colorate în portocaliu; - ü prăjituri gata; - ü cozonaci; - ü turte dulci; - ü puding; - ü glazură; - ü produse de panificație congelate; - ü fulgi de ciocolată; - ü amestecuri gata pentru pregătirea aluatului; - ü bezele colorate; - ü băuturi gazate colorate; - ü caramele; - ü drajeuri; - ü ambalajul de la bomboane; - ü fulgi.
---	---

Anexa 3. Produse comerciale care pot conține alergeni alimentari „neșteptați”.[8, 9, 13, 19, 23]

PROTEINE	ALIMENTE
PROTEINE DIN LAPTE	Pâine, briose, biscuiți, napolitane, creme, brânză de soia, conserve de pește, laptele altor specii mamifere (ex. oaie)
PROTEINE DIN OU	Omletă, spaghete, paste făinoase, napolitane, vin (clarificat cu albuș de ou)
PROTEINE DIN GRÂU	Cipsuri, cereale, produse fără gluten (amidon din grâu), sos de soia
PROTEINE DIN SOIA	Pâine, „hot-dog” din carne de pui, briose, unt de arahide, napolitane
PROTEINE DIN ALUNE	Prăjituri, briose, ciocolată, înghețată, sosuri, chili, caramel

Anexa 4. Trei etape ale dietei de eliminare (după Bock S.A.). [7, 10, 16, 18]

Dieta de eliminare este o dietă foarte restrictivă nutrițional și nu trebuie folosită decât la indicația medicului sau dieteticianului și numai pe perioade scurte de timp (două săptămâni sau mai puțin). după dispariția simptomelor (după dieta de eliminare). Alimentele sunt reintroduse unul câte unul, sub supraveghere medicală, și se urmărește reapariția simptomelor de alergii.

Se începe cu o doză de 1/10 din cantitatea de aliment suspectat . Cantitatea de aliment se crește gradual pînă la apariția simptomelor. Cantitatea tolerată la care nu au apărut simptomele poate fi recomandată a se consuma de către pacient acasă.

	ALIMENTE PERMISE	ALIMENTE INTERZISE
DIETĂ DE ELIMINARE 1: Fără lapte, ou, grâu		
Surse de proteine animale	- ü miel; - ü pui; - ü curcan; - ü vită; - ü porc.	- ü lapte de vaci; - ü ouă de găină.
Surse de proteine vegetale	- ü lapte de soia; - ü semințe de soia; - ü fasole; - ü linte.	
Cereale și surse de fibre alimentare	- ü cartof alb; - ü cartof dulce; - ü orez; - ü tapioca; - ü hrișcă; - ü porumb; - ü orz; - ü secară; - ü mei; - ü ovăz.	ü grâu.
Vegetale	ü toate vegetalele.	
Fructe	ü toate fructele și sucuri de fructe.	

Dulciuri	- Ü zahăr de trestie sau sfeclă de zahăr; - Ü sirop de arțar; - Ü sirop de porumb.	
Uleiuri	Ü ulei de soia, de porumb, cocos, ulei de măsline, ulei de arahide, margarine fără lapte.	Ü unt și margarine care includ lapte.
Altele	- Ü sare; - Ü condimente.	
DIETĂ DE ELIMINARE 2: Dietă de eliminare mai strictă		
Surse de proteine animale	Ü miel.	Ü Toate celelalte proteine animale incluzând carne de porc, vită, pește, pui, ouă și lapte.
Surse de proteine vegetale	Ü nici una.	- Ü lapte de soia; - Ü semințe de soia; - Ü fasole; - Ü linte; - Ü arahide; - Ü semințe încolțite; - Ü toate tipurile de nuci și alune.
Cereale și fibre alimentare	- Ü cartof alb; - Ü cartof dulce; - Ü orez; - Ü tapioca; - Ü hrișcă; - Ü porumb.	- Ü grâu; - Ü ovăz; - Ü orz; - Ü mei; - Ü secară.
Vegetale	Ü mare parte.	- Ü mazăre; - Ü roșii.
Fructe	Ü cea mai mare parte de fructe și sucuri de fructe	- Ü citrice; - Ü căpșuni.
Dulciuri	- Ü zahăr din trestie sau sfeclă de zahăr; - Ü sirop de arțar; - Ü sirop de porumb.	
Uleiuri	- Ü ulei de cocos; - Ü ulei de măsline; - Ü ulei de susan.	- Ü unt; - Ü margarine; - Ü uleiuri vegetale; - Ü ulei de soia; - Ü ulei de porumb; - Ü ulei de arahide; - Ü grăsimi de origine animală.
Altele	- Ü sare; - Ü piper; - Ü condimente; - Ü extract de vanilie sau lămâie; - Ü bicarbonat de sodiu, sos tartar.	- Ü ciocolată; - Ü cafea; - Ü ceai; - Ü cola; - Ü băuturi alcoolice.
DIETĂ DE ELIMINARE 3:		
Restricție severă	- Ü orez; - Ü ananas; - Ü caise; - Ü măceșe; - Ü piersici; - Ü pere; - Ü mere; - Ü miel;	Ü toate celelalte alimente.

	ȕ pui; ȕ asparagus; ȕ sfeclă; ȕ morcovi; ȕ salată; ȕ cartofi dulci; ȕ oțet alb; ȕ ulei de măsline; ȕ miere; ȕ zahăr din sfeclă de zahăr. sau trestie de zahăr, sare	
--	---	--

Anexa 5. Caracteristica formulelor pe bază de proteine hidrolizate. [8]

HIDROLIZATE	FORMULE COMERCIALE	CARACTERISTICI GENERALE ALE HIDROLIZEI
ȕ Hidrolizate parțiale ale proteinelor din lastoser	ȕ NAN HA, Humana HA, Milumec HA, Novalac HA, Enfamil	ȕ Denumite și amestecuri hipoalergenice-HA, conțin lactoză și sunt totuși potențial contaminate cu proteina laptelui
ȕ Formula extensiv hidrolizate de Nutramigen, cazeina	ȕ Nutramigen, Pregestimil, Progress	ȕ Conține peptide mici, cu GM <1200 ("semielementală").
ȕ Hidrolizate de proteine din lactoser.	ȕ Hidrolizate de proteine din Lactoser, Alfare, Gallieva, Peptijunior, Alftark.	ȕ Formule semielementale (Alftark: hidroliză cu 2 enzime + 3 ultrafiltrări).
ȕ Mixtura de aminoacizi esențiali și non-esențiali	ȕ Mixtura de aminoacizi esențiali și non-esențiali Neocate (SHS), Vivonex, Pregonem	ȕ Formulă complet "elementală", pe bază de acizi aminați liberi

Anexa 6. Produse hipoalergice recomandate pentru copii cu AA. [1, 8, 5, 18]

PRODUSE ALIMENTARE PERMISE	PRODUSE ALIMENTARE NERECOMANDATE
Formule lactate acidulate (fermentate), unt	Lapte integru da vacă și alte specii, lapte acru
Brânzeturi nesărate, necondimentate	Brânzeturi dulci pentru copii
Crupe: orez, hrișcă, ovăs, meiul	Crupe de griș, porumb, cereale
Legume: cartofi, varză, bostănel, morcov (fiert), castraveți	Legume: bostan, sveclă, tomate, vinete, mazăre, fasole, ridiche, mărar, pătrunjel, salată
Fructe: mere, pere, prune proaspete și uscate, cireșe albe; la copil mare vișine, coacăză.	Fructe: eczotice, căpșune, zmeură, persic,abricos, zămos, ananas, mango, citrusuri. Sucuri conservate, compoturi
Uleiuri vegetale nerafinate presate la rece. Copil mare: semințe de in, dovleac, ulei din semințe de in, pește oceanic somon, macrou,hering (surse de grăsimi Omega-3)	Pește alb, roșu, icre pește, oțet, muștar, maioneză, usturoi
Pîne albă, pîne cu țărîțe, pesmeți, covrigei simpli; copil mare-coptură de casă pe drojdie fără ouă cu mere, prune uscate	Ciocolata, cacao, cafea, bomboane, torte, înghețată, aluat dulce
Carne: doar fiartă bine (în 2 ape) de curcan, iepure, vită; individual gălbenuș fiert	Carne găină, vițel, rață, gîscă, subproduse, bulion, nuci, halva, ciupercci, miere, cvas

Anexa 7. Dieta generală nespecifică hipoalergică după A.D. Ado [20, 21, 25]

NU SE RECOMANDĂ DE ÎNTREBUINȚAT	SE RECOMANDĂ DE ÎNTREBUINȚAT
• Citrice (portocale, mandarine, ananas, lămîie, grapefruit, etc.). • Nuci (alune de pădure, migdale, alune și altele). • Pește și produse din pește (proaspătă și sărată, bulion de pește, conserve din pește, icre etc.). • Pasăre (gîște, rață, curcan, găină, etc.) și produse din ea. • Ciocalată și produse care conțin ciocalată.	• Carne de vită fiartă cu procent mic de grăsimi. • Supe: din cereale, de legume pe bulion din carne de vită, vegetariene. • Unt, ulei de măsline, de floarea soarelui. • Cortofi fierți. • Terci: hrișcă, ovăs, orez. • Produse lactate: brînză de vaci, chefir, lapte

· Cafea. · Afumături. · Hrean, ridiche. · Tomate, vînătă. · Ciuperci. · Ouă. · Lapte. · Căpușune, pepene galben. · Aluat dospit. · Miere. · Categorie sunt interzise băuturile alcoolice.	· bătut. · Castraveți proaspeți, mărar, pătrunjel. · Mere coapte, pepene verde. · Ceai. · Zahăr. · Compot din mere, prune, coacăză, fructe uscate. · Pîine albă dospită.
---	--

Anexa 8. Produse alimentare cu diferit potențial alergizant. [8, 16, 18]

POTENȚIAL	PRODUS ALIMENTAR
ÎNALT	Lapte de vaci, pește, crustacee, ou, carne de găină, căpușună, zmeură, coacăză neagră, mure, poamă, ananas, pepene galben, curmale, rodie, citrice, ciocolată, cafea cacao, nuci, miere, ciuperci, muștar, tomate, morcov, sfeclă, țelină, grîu, secară.
MEDIU	Carne de vită, iepure, cartofi, mazăre, piersic, caise, coacăză roșie, banană, ardei verde, porumb, hrișcă, afine, orez, măcieș.
JOS	Carne cal, produse lactate, carne de miel (cu procent mic de grăsimi), dovlecei, patison, ridiche neagră, dovleac (culori deschise), mere galbene și verzi, coacăză albă, agriș, prune, pepene verde, migdale, castraveți, mărar, pătrunjel.

Anexa 9. Produse alimentare excluse, limitate și permise pentru întrebuințare în dieta hipoalergică la mamele care alăptează. [7, 8, 22, 25]

EXCLUDE	LIMITATE	PERMISE
Produse cu potențial înalt de alergizare: · Pește și produse de mare, icre, ouă, ciuperci, nuci, miere, ciocolată, cafea, cacao, legume, fructe și fructe de pădure de culoare roșie și portocalie, kiwi, ananas, avocado. · Bulioane, marinade, murături, bucate sărate și condimentate, conserve, condimente. · Bucate care conțin coloranți, conservanți. · Băuturi gazate, cvas. · Produse care conțin histaminoliberatori: varză murată, ridiche, cașcavaluri fermentate, salamuri, safalede, bere.	· Lapte de vaci (doar în terciuri), smîntînă în bucate. · Produse de patiserie și paste din făină de calitate superioară, griș. · Produse de cofetărie și dulciuri. · Zahăr. · Sare.	· Produse lactate acidulate (chefir, biochefir, iaurturi din fructe fără adaosuri și altele). · Crupe (hrișcă, porumb, orez, ovăș, etc.). · Legume și fructe (de culoare verde și albă). · Supe (vegetariene din legume și crupe). · Carne (de vită, porc, cu procent mic de grăsimi; fileu de curcan, pui fierte sau pregătite la abur). · Pîine de grîu de calitate a II-a, de secară. · Băuturi: ceai, compot, frech de fructe.

Anexa 10. Reacții încrucișate între polen și alergeni alimentari. [4, 6, 12]

POLEN	PRODUSE ALIMENTARE
Mesteacăn	mere; morcovi; cartofi; pere; țelină; roșii; prune; pătrunjel; vînătă; vișine; mărar; ardei; piersici; caise.
Plante din familia Asteraceae (sau Compositae) – pelin, ambrozia, păpădie	pepene galben, morcovi, cartofi, dovleac, țelina, roșii, pepene verde, pătrunjel, vînătă, dovlecei, mărar, ardei, banane.

Anexa 11. Agenți terapeutici utilizați în tratamentul reacțiilor anafilactice. [17]

DENUMIREA	MODUL DE PREZENTARE	DOZELE RECOMANDATE	NR DE PRIZE
Epinefrina	Sol. injectabilă 1 mg/ml	Adulți: 0,3-0,5 ml soluție 1% s/c sau i/m. Copii: 0,01 mgr/kg/corp sau 0,1-0,3 ml sol.1% s/c sau i/m	Medicament de prima intenție. Dozele se pot repeta la 10-15 minute. Administrarea i/v se practică atunci când nu s-a obținut răspuns pe cale s/c sau i/m sau dacă pacientul este în șoc sau copleș cardiovascular.
Antihistaminicele sedative (generația 1)			
Dimetinden*	Picături 1 ml (20 de picături) 1 mg – 10 ml	Copii 1-12luni 3–10 picături; 1-3 ani 10-15 picături; peste 3 ani 15-20 picături	3
Quifenadină	Comprimate 0,01g, 0,025g; pulbere 0,01g	Copii 1-3 ani 0,005 g; 3-7 ani 0,01g; 7-12 ani 0,01-0,015g, peste 12 ani–0,025g	2 - 3
Clemastină	Comprimate 0,001 g; fiole 2,0 ml (1 mg/ml)	Copii 1-6 ani–0,25 mg; 6-12 ani 0,5 mg; peste 12 ani–0,001g	2
Cloropiramină	Comprimate 0,025 g; fiole 2%, cîte 1,0-2,0 ml	Copii sub 1 an 0,002–0,005 g; 1-6 ani 0,005–0,015 g; 6-12 ani 0,015–0,02 g. i/m – cîte 0,5–1,0 mg/kg greutate.	2 - 3
Ciproheptadină	Comprimate 0,004 g; sirop 0,4 mg/ml (2 mg/5 ml) – 100 ml	Copii 6 luni- 2 ani 0,4 mg/kg; 2-6 ani 6 mg/zi; 6-14 ani 12 mg/zi	3
Antihistaminicele nonsedative (generația 2)			
Loratadină	Comprimate 10 mg; suspensie orală 5 mg/5 ml-120 ml	De la 2 pînă la 12 ani, cu greutatea corporală sub 30 kg–5 mg; peste 30 kg–10 mg	1
Cetirizină	Picături orale 1 ml (20 de picături) 10 mg-10 ml; picături orale 1 ml (20 de picături) 10 mg-20 ml; comprimate 10 mg	De la 6 luni pînă la 1 an–5 picături o dată; de la 1 pînă la 2 ani–5 picături 2 ori; de la 2 pînă la 6 ani cîte–5 picături 2 ori sau 10 picături o dată; peste 6 ani–20 de picături sau 1 comprimat o dată	1-2
Dezloratadină	Sirop 0,5 mg/ml 100 ml; comprimate 5 mg	De la 6 luni pînă la 1 an–2 ml; de la 1 pînă la 6 ani–2,5 ml; de la 6 pînă la 12 ani–5 ml; peste 12 ani–10 ml sau 1 comprimat	1
Levocetirizină	Picături orale 1 ml (20 de picături) 5 mg – 20 ml; comprimate 5 mg	De la 2 pînă la 6 ani – 5 picături 2 ori; peste 6 ani–1 comprimat sau 20 de picături o dată	1-2
Fexofenadină	Comprimate 30 mg, 120 mg, 180 mg	De la 6 pînă la 12 ani–30 mg 2 ori; peste 12 ani–120 mg sau 180 mg o dată	1-2
Acrivastină*	Comprimate (capsule) 8 mg	> 12 ani: 8 mg	3
Rupatadină*	Comprimate 10mg	> 12 ani: 10mg	1
Bilastină	Comprimate 20mg	> 12 ani: 20mg	1
Remedii corticosteroide			
Glucocorticosteroizii sistemici			
Metilprednisolon	Comprimate 4 mg; fiole 40 mg/ml	0,25-2 mg/kg/zi	1-3
Prednisolon	Comprimate 5 mg; fiole 25 mg/1ml sau 30 mg/1ml	1-2 mg/kg/zi pentru 3-10 zile (maxim 60 mg/zi)	1-3
Dexametazonă	Comprimate 4 mg; fiole 4 mg/ml	0,15-0,45 mg/kg/zi	pentru 3-10 zile 1-2
Glucocorticosteroizii topici			
Hidrocortizon acetat	Unguent 1% – 35 g și 50 g; cremă 2,5% – 10 g	Local, de la naștere	2
Prednisolon acetat	Unguent 0,5% – 10 g și 20 g	Local, de la vîrsta de 1 lună	2
Metilprednisolon	Unguent 0,1% – 15 g;	Local, de la 6 luni	1

aceponat	cremă 0,1% – 15 g		
Hidrocortizon 17 – butirat	Unguent 0,1% – 20 g	Local, de la 6 luni	1-2
Mometazonă furoat	Unguent 0,1% – 15 g și 30 g; cremă 0,1% – 15 g și 30 g.	Local, de la 6 luni	1
Fluticazonă propionat	Unguent 0,005% – 15 g; cremă 0,05% – 15 g	Local, de la 3 luni	1
Glucocorticoizi topici nazali			
Beclometason *	Spray nazal 50 mkg (1 puf)	De la 6 ani: 2 pufuri în fiecare vestibul nazal	2
Budesonid*	Spray nazal 50 mkg (1 puf)	De la 6 ani:1 puf în fiecare vestibul nazal	1
Fluticazonă propionat	Spray nazal 50 mkg (1 puf)	De la 4-11 ani 1 puf în fiecare vestibul nazal	1
Mometazon furoat	Spray nazal 50 mkg (1 puf)	De la 2 ani:1 puf în fiecare vestibul nazal	1
Fluticazonă furoat	Spray nazal 27,5 mkg (1 puf)	De la 2 ani:1 puf în fiecare vestibul nazal	1
Preparate combinate			
Natamicină + Neomicină + Hidrocortizon	Cremă 15 g; unguent 15 g	Local, de la 1 an	2
Betametazonă + Gentamicină + Clotrimazol	Cremă 30 g	Local, de la 2 ani	2
Inhibitori de calciuneurină			
Pimecrolimus	Cremă 1% – 15 g și 30 g	Local, de la 3 luni	2
Preparate cu efect de imunosupresie			
Ciclosporină	Capsule 25 mg; 50 mg; 100 mg	2,5-5,0 mg/kg greutate	2
Inhibitor al degranulării mastocitelor			
Ketotifen	Comprimate 1 mg; sirop 0,2 mg/ml –100 ml	< 3 ani: 0,5 mg; > 3 ani: 1 mg	2
Antihistaminicele H1 topice (intranazal, în sacul conjunctival)			
Azelastină	Spray nazal 140 mcg (1 puf); picături oftalmice 0,05% 15 mkg (1 pic.)	1 puf în fiecare vestibul nazal; aerosol nazal 1 puf în fiecare vestibul nazal; 1 picătură în fiecare sac conjunctival (picături de la 4 ani)	2
Levocabastină*	Spray nazal 0,5 mg/ml; picături oftalmice 0,5 mg/ml	2 pufuri în fiecare vestibul nazal; aerosol nazal de la 6 ani; 1 picătură în fiecare sac conjunctival (picături de la 12 ani)	2
Cromone topice (intranazal, în sacul conjunctival)			
Cromoglicat disodic*	Spray nazal 2%-15 ml; picături oftalmice 2%- 2 ml, 4%-2 ml	de la 6 ani 1 puf în fiecare vestibul nazal; 1 picătură în fiecare sac conjunctival	4
Cromoglicat disodic*	5 mg/puf 20 mg/caps inhalare	20-30 mg 80-100 mg	4
Nedocromil de sodiu*	2 mg/puf	16 mg	
Decongestive topice intranazale			
Nafazolină*	Spray nazal 0,05%- 15 ml ; picături nazale 0,025%-5 ml, 0,05%- 10 ml, 0,1%-10 ml	1 puf în fiecare vestibul nazal 3 ori pe zi; 1-2 picături în fiecare vestibul nazal 4 ori pe zi 0,025% - de la 1 an; 0,05% și 0,1% - de la 12 ani	3-4
Oximetazolină	Spray nazal 0,05% -	de la 12 ani 1 puf în fiecare vestibul	2-3

	15 ml; picături nazale 0,01%- 10 ml, 0,025%-10 ml, 0,05%-10 ml	nazal; 1-2 picături în fiecare vestibul nazal	
Fenilefrină*	Spray nazal 0,0125%-10 ml, 0,5%- 10 ml	1-2 picături în fiecare vestibul nazal 0,0125% - de la 0 ani; 0,5% - de la 12 ani	2-3
Anticolinergice intranazale			
Ipratropiu bromid*	Spray nazal 20 mcg (1 puf)	de la 12 ani 2-3 pufuri în fiecare parte vestibul nazal	3
Antileucotriene			
Montelukast	comprimate 4mg;5mg;10 mg	2-6 ani – 4 mg/zi; 6-12 ani – 5 mg/zi; >12 ani – 10 mg/zi	1
Zafirlucast*	comprimate 10; 20 mg	>12 ani – 10 mg/zi	2
β₂ - agoniști cu durată scurtă de acțiune (inhalatori)			
Salbutamol	suspensie de inhalat presurizată 100mcg/doză-200 doze 2mg/5ml *5 mg de prin nebulizer	600-800 mcg 2-8 mg	3-4 2-3
Fenoterol	soluție de inhalat presurizată 100mcg/doză-200 doze	600 μg	3-4
Metilxantine cu durată scurtă de acțiune			
Aminofilina	Soluție injectabilă 2,4%- 5 ml	0,24g - 10,0 0,5 g/zi i/v	1-2
Compr. Aminofilină	150 mg	300 mg	
Metilxantine cu eliberare lentă durată			
Teofilină retard	Comprimate 200mg, 300 mg	300-600 mg	1-2
β₂ - agoniști cu eliberare lentă și cu durată lungă de acțiune			
Salmeterol	suspensie de inhalat presurizată 25mcg/doză-120 doze	50 mcg 100 mcg	2
Salbutamol retard	comprimate 4 mg	8 mg	2
*Formoterol	4,5; 12 μg	24 μg	2
Corticosteroizi inhalatori			
Beclometazonă dipropionat(MDI)	soluție de inhalat presurizată 100mcg/doză-200 doze sau 250 mcg/doza-200 doze	100-250 mcg 250-500 mcg 500-1000 mcg	2-3
Budesonidă*(MDI)	50, 200, 400 mcg	200-400 mcg 400-800 mcg 800-1200 mcg	2
Fluticazonă propionat(MDI)	suspensie de inhalat presurizată 25mcg/doză, 125 mcg/doză, 250 mcg/doză-60 sau 120 doze	100-250 mcg 250-500 mcg 500-1000 mcg	2
Flunisolid*(MDI)	250 mcg	500-1000 mcg 1000-2000 mcg >2000 mcg	2
Ciclesonide*(MDI)	40, 80,160 mcg	80-160 mcg 160-320 mcg 320-1280 mcg	1-2
Mometazonă furoat*(DPI)	200 mcg	200 mcg 400 mcg 800 mcg	1-2
Triamcinolone* acetonide(MDI)	100 mcg	400-1000 mcg 1000-200 mcg 2000 mcg	3-4
Preparate combinate			
Salmeterol + Fluticazonă propionat (MDI)	suspensie de inhalat presurizată 25 , 50, 125, 250 mcg	25+50 mcg 25+125 mcg 25+250 mcg	2
Salmeterol + Fluticazonă propionat (DPI)	Pulbere de inhalat 50, 100, 250, 500 mcg	50+100 mcg 50+250 mcg 50+500 mcg	2

Formoterol + Budesonid*(DPI)	4,5, 12 mcg 80, 160, 320 mcg	4,5 + 80 mcg 12 + 160 mcg	2-4
Fenoterol + Ipratropiu bromid (MDI)	soluție de inhalat presurizată 50 mcg 20 mcg	50+21 mcg 200+104 mcg	3-6
Formoterol + Beclometazonă Dipropionat*(MDI)	6 mcg 100 mcg		1-2
Formoterol + Mometazonă furoat *(MDI)	5 mcg 100 mcg		2
Anti- IgE suplimentar			
Omalizumab	fiole 75, 150 mg/5 ml-pulbere și solvent pentru soluție injectabilă 75 mg+2ml(solventul) sau 150 mg+2 ml	150-375 mg 1dată la 2-4 săptămâni	1

Anexa 12. Produse alimentare contraindicate pacienților cu intoleranță la histamină. [7, 13, 19, 24, 25]

Alimente care au un conținut ridicat de histamină:	
- ü Alcoolul, în special bere și vin; - ü Alimente murate sau conservate; - ü Brânză: brânzeturi fermentate; - ü Carne afumată, șuncă afumată și salam; - ü Cele mai multe produse din pește ,scoici și în special conserve de pește; - ü Fasole și leguminoase (mai ales năut, fasole ,soia, arahide); - ü Produse din soia (lapte de soia, smântână de soia, tofu, sosuri de soia); - ü Varză acră sau alte alimente murate; - ü Unele fructe și legume (vinete, banane, kiwi, portocale, pere, căpșuni) - ü Alune, nuci, nuci caju; - ü Ciocolata, cacao, snacks-uri sărate, dulciuri cu conservanți și coloranți artificiali; - ü Produse fabricate din grâu; - ü Oțet; - ü Drojdie; - ü Alimente semi-preparate; - ü Ceai negru.	
Alimente care induc eliberarea de histamină:	
- ü Citrice; - ü Cacao și ciocolată; - ü Kiwi; - ü Lămâi; - ü Lime; - ü Nuci; - ü Papaya; - ü Ananas; - ü Prune; - ü Zmeură; - ü Căpșuni; - ü Tomate; - ü Germeni de grâu - ü Aditivi: Benzoat, coloranți alimentari, glutamat, nitriți, sulfiți.	
Alimente care blochează activitatea DAO (diaminoxidaza):	
- ü Alcool; - ü Ceai negru; - ü Cacao; - ü Băuturile energizante; - ü Ceai verde.	
ü Alimente care ar putea fi evitate în caz de intoleranță la histamină	
- ü Cireșe; - ü Dovlecei; - ü Albuș de ou; - ü Praz; - ü Iaurt.	

Alergiile afectează viețile
a milioane de oameni din toată lumea.
Florile proaspete de primăvară, câinele sau pisica
prietenului, chiar și prezența prafului le provoacă unora
mâncărimi sau strănut.
Dar ce se întâmplă cu banalul unt de arahide, cu paharul de
lapte sau cu peștele?
Alergiile la alimente pot fi amenințătoare de viață.
Cunoștințele despre alergii la alimente pot salva o viață.



Ce este alergiile alimentare?

Alergia alimentară este o reacție a sistemului
imun al organismului la o componentă a alimentelor, cel
mai frecvent la o proteină. Poate fi o afecțiune severă și ea
trebuie identificată de un alergolog. O alergie alimentară adevărată, așa numita hipersensibilitate alimentară
se poate manifesta în numeroase forme.

Cele mai frecvente cauze de alergii
alimentare sunt: laptele, oul, alunele,
nucile, soia, grâul, peștele și fructele de
mare. Acestea cauzează 90% din reacțiile
alergice la alimente. De asemenea, multe
alte alimente provoacă reacții alergice la
unii oameni.

Care alimente
determină
alergii?



Simptomele alergiei alimentare diferă mult între diferiți indivizi. Ele pot fi diferite și la același om la expuneri repetate la același alergen. Reacțiile alergice pot varia în ceea ce privește severitatea, timpul de apariție și pot apărea după ce alimentul a fost deja consumat.

Care sunt simptomele alergiei alimentare?



Simptomele cele mai frecvente include iritația pielii, eczeme, urticarie și simptome gastrointestinale cum sunt greața, diareea și voma. Strănutul, rinoreea și respirația scurtă și rapidă pot apărea în caz de alergie. La unii indivizi pot apărea reacții mult mai severe și anume anafilaxia.



Ce este anafilaxia?

Anafilaxia este rară dar potențial fatală în condițiile în care diferite părți ale organismului suferă reacții alergice.

Acestea pot include: mâncărimi, urticarie, edem glotic (umflarea gâtului), respirație dificilă, scăderea tensiunii arteriale și stare de inconștiență.

Simptomele apar de obicei rapid, uneori în câteva minute de la expunerea la alergen și poate amenința viața. Dacă apare anafilaxia sunt necesare îngrijiri medicale imediate. Tratamentul standard de urgență este înjecția cu adrenalină pentru deschiderea căilor respiratorii.



Majoritatea oamenilor care au o sensibilitate la vreun aliment au de fapt intoleranță alimentară. Puțini sunt cei care au alergie alimentară adevărată care implică sistemul imun. Conform datelor Institutului American de Sănătate, 5 milioane de americani (5-8% dintre copii și 1-2% dintre adulți) au alergie alimentară adevărată.

Am oare alergie alimentară?



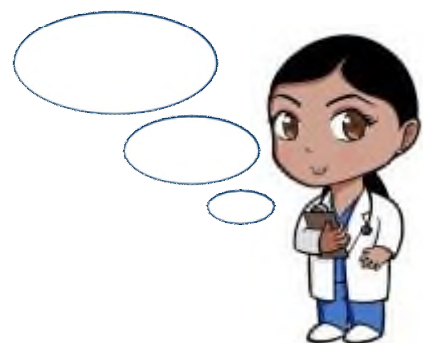
Celelalte reacții sau sensibilități la alimente se numesc intoleranță alimentară și idiosincrazie alimentară. În general intoleranța alimentară și idiosincrazia alimentară sunt localizate, sunt temporare și sunt foarte rar amenințătoare de viață, spre deosebire de alergia alimentară care poate duce chiar la deces.

Cum se numesc celelalte reacții sau sensibilități la alimente?



Intoleranța alimentară este o reacție adversă la componente ale alimentelor sau la aditivi și implică digestia sau metabolismul (respingerea alimentelor respective de către organism) dar nu implică sistemul imun. De exemplu intoleranța la lactoză este un exemplu de intoleranță alimentară. Ea apare atunci când persoana respectivă nu are enzima necesară metabolizării lactozei (glucidul din lapte).

Dacă o persoană cu intoleranță la lactoză consumă lapte sau produse lactate pot apare balonarea, disconfortul abdominal, producție excesivă de gaze.



Idiosincrazia alimentară este un răspuns anormal la alimente. Reacția care apare poate fi similară sau diferită de o alergie alimentară. Reacțiile idiosincrazice la alimente nu implică sistemul imun. Sensibilitatea la sulfiți sau astmul indus de sulfiți reprezintă un exemplu de idiosincrazie la alimente care afectează un număr redus de oameni.

Astmul indus de sulfiți poate fi amenințător de viață. Mai există și alte reacții la alimente care nu sunt considerate alergii, de exemplu arsurile după consumul de cili sau de alte alimente picante sunt considerate reacție chimică alimentară și nu reacție alergică.



Ce să fac dacă am o reacție adversă la un anumit aliment?

Cel mai indicat este să vă prezentați la un alergolog pentru stabilirea unui diagnostic. Dieta pacienților care prezintă alergii alimentare este cel mai bine stabilită de un alergolog și un dietetician, astfel încât să nu fie sacrificată plăcerea de a mânca.

De asemenea poate fi administrat și un tratament medicamentos antialergic.



Probabil că nu. Există idei greșite despre alergiile la aditivi alimentari și la conservanți. Deși unele alimente le pot provoca urticarie sau să declanșeze o criză de astm, aceste reacții nu sunt similare cu cele apărute în cadrul unei alergii alimentare. Mulți aditivi inclusiv aspartamul, glutamatul monosodic etc. au fost studiați îndeaproape. Cercetările științifice demonstrează faptul că acestea nu determină reacții alergice.

Sunt alergic la aditivi alimentari?



Pentru că alergia alimentară poate fi amenințătoare de viață, trebuie evitate alimentele la care știm că suntem alergici. FDA recomandă ca pe etichetele produselor să apară scrisă compoziția lor.

Fiți atenți la aceste componente pentru a evita produsele la care sunteți alergici. Multe alimente pot determina reacții alergice. Nu toate reacțiile la alimente sunt alergii alimentare ci doar sensibilizate la alimente.

Sensibilitatea la alimente poate fi: alergie alimentară, intoleranță alimentară sau idiosincrazie alimentară. Cele 8 cauze cele mai frecvente ale alergiilor alimentare sunt: laptele, oul, alunele, nucile, soia, grâul și peștele.

În caz de apariție a unei reacții alergice chemați urgent salvarea!

Ce este important de știut?

