

„Aprob”

Administrator IMSP „SR Edineț”

Jitaru Anatolii

„10” „XII” 2025

RINITA ALERGICĂ LA COPIL EDIȚIA II PCI-5

Elaborat în baza:
Protocolului clinic național
PCN-138

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

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT.....	3
A.1. Diagnostic: Rinita alergică	4
A.2. Codul bolii (CIM 10): J30.1-J30.4.....	4
A.3. Utilizatorii.....	4
A.4. Obiectivele protocolului	4
A.5. Data elaborării protocolului: 2011	4
A.6. Data revizuirii protocolului: 2025	4
A.7. Data următoarei revizuirii: 2030	4
A.8. Lista persoanelor care au participat la instituționalizarea protocolului.....	4
A.9. Definițiile folosite în document	6
A.10. Informație epidemiologică	6
PARTEA GENERALĂ	7
B.1. Nivelul consultativ specializat de ambulator (alergolog)	10
B.2. Nivel de asistență medicală spitalicească.....	12
C. 1. ALGORITMII DE CONDUITĂ	13
C 1.1. Algoritmul de diagnostic al rinitei alergice.....	13
C1.2. Algoritmul de tratament al rinitei alergice.....	13
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	15
C.2.1 Clasificarea clinică a rinitei alergice.....	15
C.2.2. Profilaxia rinitei alergice.....	15
C.2.3. Conduita pacientului cu RA.....	16
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	23
D.1. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMSA.....	23
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	24
F. Procedura generală de transfer a pacientului în IMSP „SR Edineț”	21
ANEXE	25
Anexa 1. Triggerii rinitei alergice	25
Anexa 2. Medicamentele folosite în terapia rinitei alergice.....	26
Anexa 3. Formular de consultație la medicul de familie pentru rinită alergică	28
Anexa 4. Schema privind administrarea subcutanată a preparatului Omalizumabum.....	29
Anexa 5. Ghid pentru părinții copilului cu rinita alergică	30
Anexa 5. Fișa standardizată de audit	33

Sumarul recomandărilor

- Rinita alergică (RA) este o maladie IgE-determinată a mucoasei nazale, ce se dezvoltă după expunere cu alergeni și se manifestă clinic prin rinoree (eliminări din nas), obstrucție nazală, prurit nazal, strănut. În favoarea maladiei sunt depistarea a cel puțin 2 din simptomele clinice ce se mențin cel puțin 2 zile în șir, timp de mai mult de o oră pe zi.
- Factorii principali ce determină dezvoltarea RA sunt predispoziția ereditară față de atopie și dezvoltarea sensibilizării organismului la alergeni mediului înconjurător. Deseori afectarea mucoasei nazale în cazul rinitei alergice se asociază cu afectarea mucoasei sinusurilor paranasale, faringelui, bronșilor. La copii se manifestă, deasemenea, o asociere frecventă a rinitei alergice cu dermatita atopică, astmul bronșic, afectările alergice ale tractului digestiv. Totodată, circa 90% copii cu rinită alergică au probleme cu somnul (la copiii sănătoși-în 17% cazuri) sub formă de somn superficial, apnoe, coșmaruri, somnolență în timpul zilei. Hipostatură este o stare frecvent întâlnită la pacienții suferinzi de rinită alergică (80% de somatotropină se eliberează în timpul somnului). Circa 20% copii cu rinită alergică sezonieră în perioada înfloririi au semne de hipoacuzie.
- Studiile ultimilor ani au demonstrat că maladia poate debuta la orice vârstă a copilăriei, avînd un debut maxim către vîrsta de 5 - 6 ani. Pentru copii este caracteristica sensibilizarea polivalentă a organismului.
- Diagnosticul maladiei se bazează pe datele anamnestice (antecedente personale sau familiare de boli alergice) și datele examenului clinic. **Sindromul fizic** clasic de obstrucție nazală cronică este semnalat în majoritatea cazurilor. Caracteristic pentru RA sunt rinoreea, pruritul nazal, strănutul. Prezența simptomelor și de **conjunctivită** alergică permit suspectarea RA. Schimbările depistate în cazul efectuării **rinoscopiei nazale anterioare** permit suspectarea RA, iar testele cutanate cu alergeni sau prezența IgE serice specifice cu alergeni permit depistarea spectrului de sensibilizare a organismului.
- Tratamentul rinitei alergice se efectuează în trepte. Terapia de bază include medicamentele steroidiene topice intranasale, antihistaminicele nonsedative, antileucotrienele. În cazuri grave se admite folosirea de scurtă durată a steroizilor sistemici, terapiei biologice (omalizumab copiilor mai mari de 12 ani). În cazul sensibilizării vădite la acarienii prafului de casă, la unele polenuri (mesteacăn, timofitică, ambrozie) este recomandată terapia de hiposensibilizare specifică. Terapia de urgență se reduce la folosirea decongestantelor pe o perioadă scurtă de timp (3-7 zile).

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

RA	Rinită alergică
RAI	Rinită alergică intermitentă
RAP	Rinită alergică persistentă
AB	Astmul bronșic
DA	Dermatită atopică
AINS	Antiinflamatoare nesteroidiene
GC	Glucocorticoizi
GCTn	Glucocorticoizi topici nazali
GCI	Glucocorticoizi inhalatori
IgE	Imunoglobulina E
IRA	Infecție respiratorie acută
IRVA	Infecție respiratorie virală acută
PEF	Debitul expirator de vîrf (<i>peak expiratory flow</i>)
TC	Tomografia computerizată
ARIA	Allergic Rhinitis and its Impact of Asthma
EAACI	European Academy of Allergy and Clinical Immunology Organisation
PCN	Protocol clinic național

A.1. Diagnostic: Rinita alergică

Exemple de formulare a diagnosticului clinic:

1. Rinită alergică intermitentă, evoluție ușoară, perioada acutizare.
2. Rinită alergică persistentă, evoluție moderată, perioada remisie.
3. Rinită alergică persistentă, evoluție severă, perioada acutizare.
4. Rinită alergică intermitentă, evoluție moderată, perioada acutizare.

A.2. Codul bolii (CIM 10): J30.1-J30.4

J30.1 Rinită alergică cauzată de polen

J30.2 Alte rinite alergice sezoniere

J30.3 Alte rinite alergice

J30.4 Rinită alergică neidentificată

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii serviciilor de asistență medicală primară (medici de familie, medici pediatri, asistente medicale de familie)
- Prestatorii serviciilor de asistență medicală specializată de ambulator, Departamentul Consultativ Specializat Integrat al IMSP Institutul Mamei și Copilului (alergologi, medici ORL, medici pediatri)

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

A.4. Obiectivele protocolului

1. Ameliorarea calității examinării clinice și paraclinice a pacienților cu RA.
2. Ameliorarea calității tratamentului acordat de către medici pacienților cu RA.
3. Creșterea numărului de copii cu RA controlată.
4. Sporirea numărului de copii cu RA incluși în programele educaționale în domeniul RA (și AB) în instituțiile de asistență medicală primară.

A.5. Data elaborării protocolului: 2011

A.6. Data revizuirii protocolului: 2025

A.7. Data următoarei revizui: 2030

A.8. 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.Gheorghică	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.9. Definițiile folosite în document

Rinita alergică: este o maladie IgE-determinată a mucoasei nazale, ce se dezvoltă după expunere cu alergeni și se manifestă clinic prin rinoree (eliminări din nas), obstrucție nazală, prurit nazal, strănut. Factorii principali ce determină dezvoltarea RA sunt predispoziția ereditară față de atopie și dezvoltarea sensibilizării organismului la alergenii mediului înconjurător.

Rinita alergică intermitentă (de sezon, acută, ocazională): rinita în cazul căreia simptomele persistă < 4

zile în săptămână sau < 4 săptămâni.

Rinita alergică persistentă (perenă, cronică, de lungă durată): rinita în cazul căreia simptomele persistă > 4 zile în săptămână și > 4 săptămâni.

Rinita infecțioasă: este rinita indusă de viruși, bacterii, fungi.

Rinita nealergică (nonatopică): o formă a rinitei în patogenia căreia nu sunt implicate mecanisme imune (cea mai frecventă este rinita vasomotorie).

Rinita medicamentoasă: rinita indusă de medicamente (decongestante, aspirină) și droguri (cocaină).

Rinita hormonală: rinita ce poate să apară în perioadă de pubertate, graviditate, menzis, în caz de dereglări endocrine.

Rinita vasomotorie: este rinită persistentă nonalergică cauza căreia sunt disfuncțiile vasculare și/sau neurologice a mucoasei nazale.

Copil: persoană cu vârsta egală sau mai mică de 18 ani.

Screening: examinarea populației cu scop de depistare a unei maladii anumite.

Trigger (factor declanșator): factor de risc pentru apariția RA.

A.10. Informație epidemiologică

Rinita alergică este o problemă globală de sănătate, afectează 10-20% din populație și incidența ei este în permanentă creștere. Pacienții din toate țările, grupele etnice, de toate vârstele suferă de această maladie. Conform datelor ARIA (Allergic Rhinitis and its impact on Asthma – grupei de lucru a OMS), mai mult de 500 milioane de oameni de pe glob suferă de rinită alergică. Conform datelor Organizației Mondiale Alergologice (World Allergy Organization – IAACI), rinita alergică afectează 1,8–20,4% copii de 6–7 ani și 1,4–39,7% copii de 13–14 ani.

PARTEA GENERALĂ

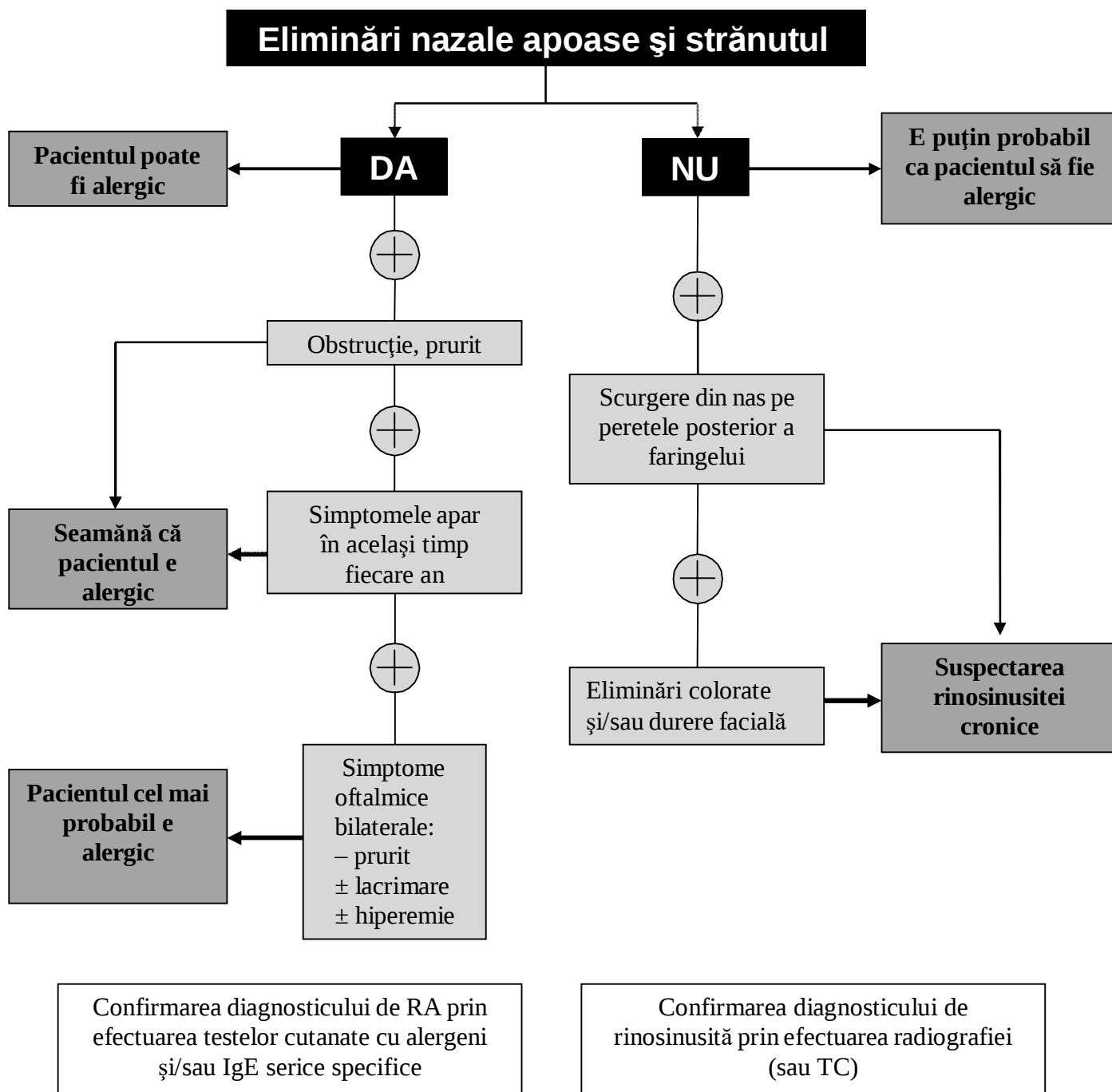
B.1. Nivelul consultativ specializat de ambulator (alergolog)		
Descriere	Motive	Pași
1. Diagnostic		
1.1. Confirmarea diagnosticului de RA și aprecierea treptei de tratament C.2.3.1. - C.2.3.4. Algoritmul C.1.1	Anamneza permite suspectarea RA la persoanele cu antecedente personale sau familiare de boli alergice (AB, DA, urticarie etc.). Sindromul fizic clasic de obstrucție nazală cronică este semnalat în majoritatea cazurilor. Prezența simptomelor și de conjunctivită alergică permit suspectarea RA. Schimbările depistate în cazul efectuării rinoscopiei nazale anterioare permit suspectarea RA.	Standard/Obligativ: - Anamneza (caseta 8, 9) - Examenul fizic (caseta 10) - Examenul paraclinic (caseta 11) - Rinoscopia anterioară - Testele cutanate cu alergeni sau - IgE serice specifice cu alergeni - Diagnosticul diferențial (caseta 12) - Evaluarea severității maladiei cu aprecierea treptei de tratament (casetele 18–22; algoritmul 2) Recomandabil: - Aprecierea nivelului IgE serice totale - Examinarea frotiului din cavitatea nazală (depistarea eozinofilelor) - Radiografia (sau TC) a sinusurilor paranasale (se petrece la suspexie la sinusită) - Endoscopia nazală/nazofaringeană (se indică după consultul medicului ORL pentru excluderea altor cauze de obstrucție nazală – corp străin, deviația septului nazal)
2. Tratamentul la domiciliu va fi efectuat sub supravegherea medicului de familie C.2.3.6.		
2.1 Tratament nefarmacologic	Modificarea modului de viață, permite evitarea acutizărilor.	Standard/Obligativ: - Controlul mediului – eliminarea alergenului(elor) (dacă e posibil) (anexa 1) - Educația bolnavului și a familiei acestuia (caseta 28)
2.2 Tratament medicamentos Algoritmul C.1.2.		
4.2.1.TREAPTA 1	Tratamentul conform acestei trepte se recomandă: pacienților cu RAI evoluție ușoară (sau simptome ocazionale)	Medicație cu unul din: - H1-antihistaminice orale fără efect sedativ - H1-antihistaminice topice nazale (caseta 15) - antileucotriene (anexa 2) Terapia de urgență - decongestante*
Dacă tratamentul curent (treapta 1) nu asigură controlul RA recomandați tratamentul conform treptei 2 (decizia se va lua peste 2-4 săptămâni).		
4.2.2. TREAPTA 2	Tratamentul conform acestei trepte se recomandă pacienților cu RAI evoluție moderată/severă și pacienților cu RAP evoluție ușoară	Medicație cu unul din: - GCTn (de preferință) - H1-antihistaminice orale fără efect sedativ - H1-antihistaminice topice nazale (caseta 16) - antileucotriene (anexa 2)

		Terapia de urgență - decongestante* La necesitate: imunoterapia specifică (<i>caseta 21; anexa 2</i>)
Dacă tratamentul curent (treapta 2) nu asigură controlul RA (decizia se va lua peste 2-4 săptămâni) recomandăm tratamentul conform treptei 3 (o treaptă în sus). În caz de ameliorare – de continuat tratamentul în decurs de 1 lună. Atenție deosebită la pacienții ce suferă și de AB – în caz de primire concomitentă a GCI+GCTn poate apărea efectul cumulativ!		
4.2.3. TREAPTA 3	Tratamentul conform acestei trepte se recomandă: pacienților cu RAP evoluția moderată/severă, când nu se atinge controlul cu CSTn.	Medicație: Combinția GCTn cu unul sau mai multe · H1-antihistaminice orale fără efect sedativ · H1-antihistaminice topice nazale (<i>caseta 17</i>) · antileucotriene (<i>anexa 2</i>) Copiilor mai mari de 12 ani e admisă combinația fixată GCTn + H1-antihistaminic topic intranazal Terapia de urgență - decongestante* La necesitate: · imunoterapia specifică (<i>caseta 21; anexa 2</i>)
Dacă tratamentul inclus în treapta 3 nu asigură controlul RA (decizia se va lua peste 2-4 săptămâni) recomandăm tratamentul conform treptei 4. În caz de ameliorare – o treaptă în jos și de continuat tratamentul în decurs de > 1 lună. Atenție deosebită la pacienții ce suferă și de AB – în caz de primire concomitentă a GCI+GCTn poate apărea efectul cumulativ!		
4.2.4. TREAPTA 4	Tratamentul conform acestei trepte se recomandă: pacienților cu RAP evoluția moderat/severă, la care tratamentul cu CSTn, antihistaminice, antileucotriene nu au asigurat controlul RA. E necesar de precizat diagnosticul, de revăzut complianța, de exclus infecții sau alte cauze	Medicație: Ca la treapta 3 + · Omalizumab · Glucocorticoizi sistemici oral (cură scurtă)
Folosirea glucocorticoizilor sistemici orali la copii micșorează simptomele RA, dar, având în vedere posibilitatea apariției reacțiilor adverse, e de dorit să fie evitată (<i>caseta 20</i>). Pacienților cu forme grave de rinită alergică, în lipsă de ameliorare la terapia standard efectuată se recomandă includerea preparatului Omalizumab (pacienților începând cu vârsta de 12 ani) În caz de ineficiența tratamentului conform treptei 4 recomandăm consultul chirurgului (e posibilă intervenția chirurgicală) (<i>caseta 25</i>)		
Notă generală: Dacă pacientul cu RA prezintă și conjunctivită alergică, la tratament de adăugat: · H1-antihistaminice orale · sau H1-antihistaminice în sacul conjunctival · sau inhibitorii degranulării mastocitelor (cromoni) în sacul conjunctival		
5. Supravegherea C.2.3.7		
5.1 Supravegherea cu reevaluarea treptei de tratament RA		Standard/Obligativ: · RA controlată - ü II vizită - peste 2-4 săptămâni - ü III vizită - peste 1-3 luni

		ü Următoarele vizite – o dată în 6 luni (<i>caseta 26</i>)
5.2 Deciderea schimbării treptei		Conform recomandărilor de majorare sau micșorare a treptei (<i>algoritmul 2</i>), după consultul medicului specialist
6. Recuperarea		Conform programelor existente de recuperare și recomandărilor specialiștilor
<i>B2. Nivel de asistență medicală spitalicească</i>		
Indicații pentru spitalizare nu sunt – tratamentul se efectuează în condiții de ambulator.		

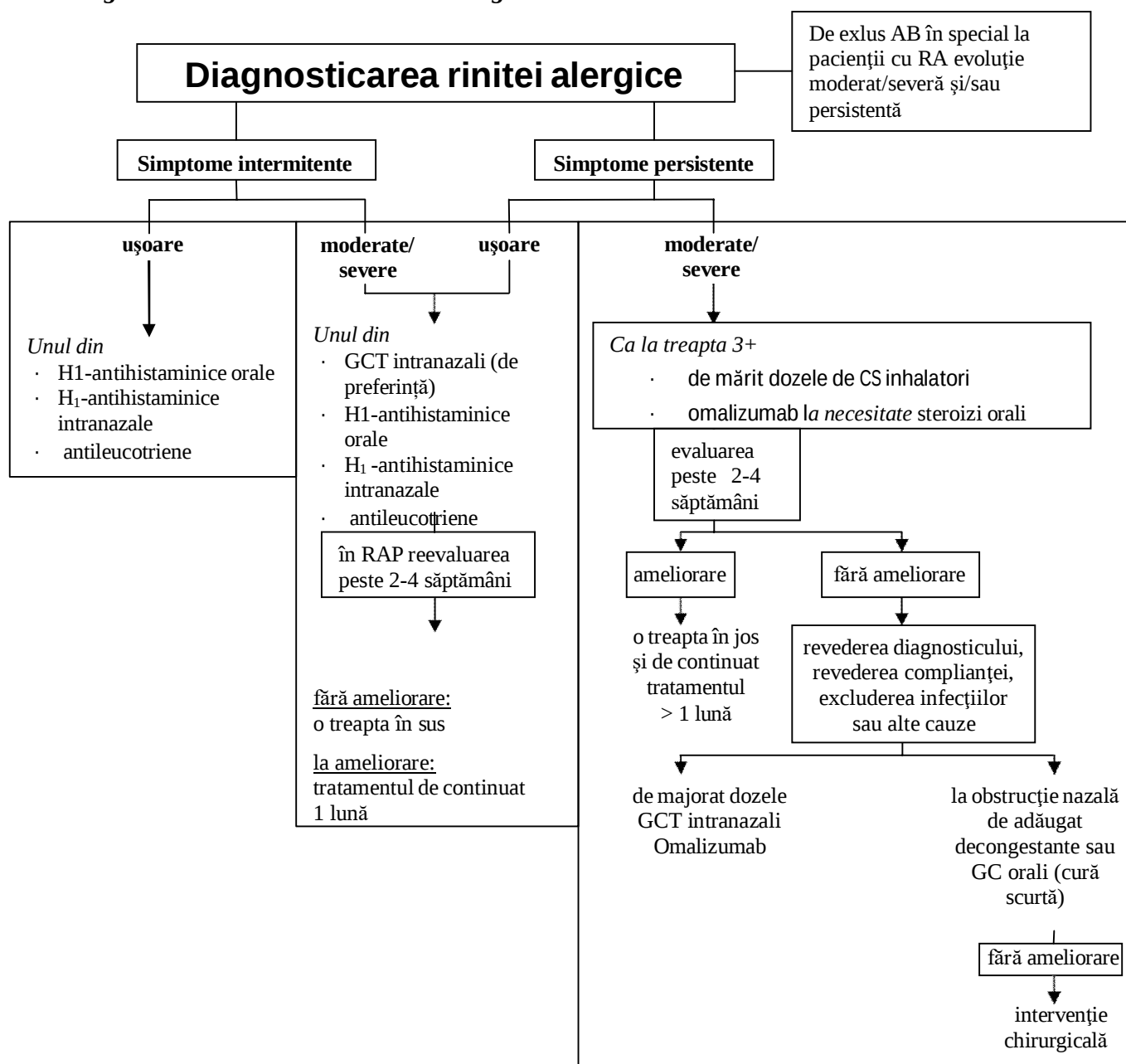
1. ALGORITMII DE CONDUITĂ

C 1.1. Algoritmul de diagnostic al rinitei alergice*



* Acest algoritm nu se aplică la copiii preșcolari

C1.2. Algoritmul de tratament al rinitei alergice



Evitarea alergenilor

Cu scop de urgență se recomandă folosirea decongestantelor. Decongestantele nu sunt recomandate copiilor de vârstă fragedă din cauza efectelor lor adverse. Copiilor de vârstă mai mare decongestantele sunt recomandate doar 3-7 zile (în caz de folosire îndelungată poate să se dezvolte rinita medicamentoasă).

În caz de conjunctivă de adăugat:

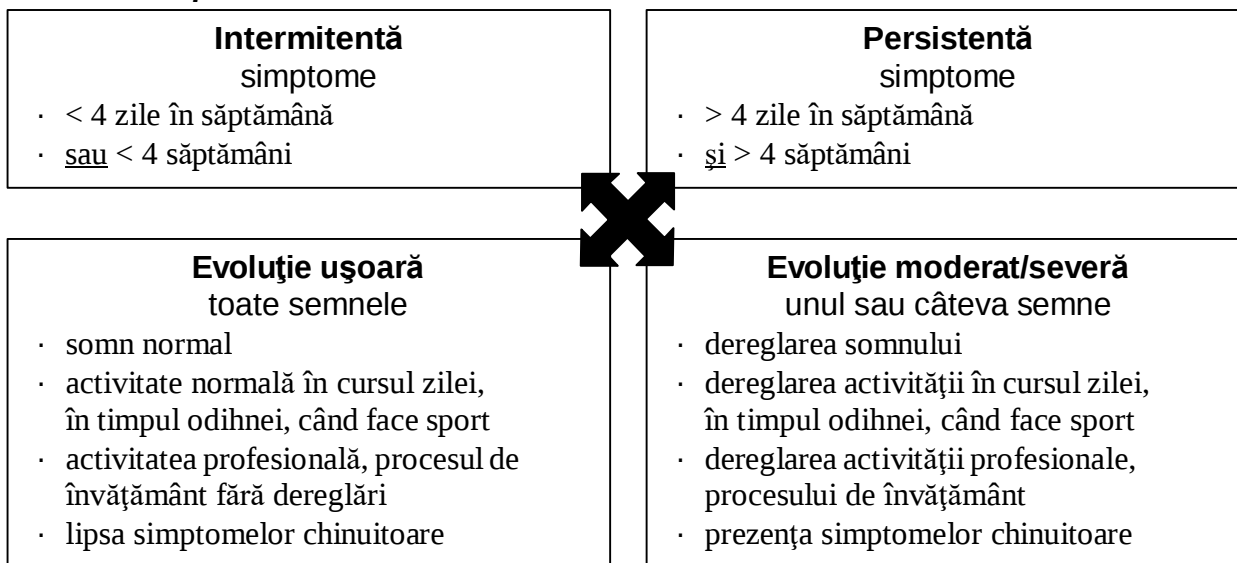
- H₁-antihistaminice orale
- sau H₁-antihistaminice în sacul conjunctival
- sau inhibitorii degranulării mastocitelor (cromone) în sacul conjunctival (sau saline)

Decizia privind efectuarea imunoterapiei specifice

C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1 Clasificarea clinică a rinitei alergice

Caseta 1. Clasificarea clinică a RA



Caseta 2. Particularitățile evoluției rinitei alergice la copii

- Deseori afectarea mucoasei nazale se asociază cu afectarea mucoasei sinusurilor paranazale, faringelui, bronhiilor
- Asociere frecventă cu dermatita atopică, astmul bronșic, afectările alergice ale tractului digestiv
- Debut maxim către vârsta de 5 - 6 ani
- Sensibilizare polivalentă

Caseta 3. Relația RA cu conjunctivita alergică și astmul bronșic

Relația RA cu conjunctivita alergică:

- 42% pacienți cu RA prezintă simptome de conjunctivită alergică.
- Semnele de conjunctivită alergică sunt tipice pentru pacienții cu RA intermitentă (cauzată de alergenii de polen).

Relația RA cu astmul bronșic:

- Majoritatea pacienților cu astm atopic și non-atopic suferă de RA.
- Mulți pacienți cu RA suferă de astm bronșic.
- Prezența RA este un factor de risc în apariția astmului bronșic.
- Mulți pacienți suferinzi de RA prezintă o hiperreactivitate bronșică nespecifică ridicată.

C.2.2. Profilaxia rinitei alergice

Caseta 4. Profilaxia primară a RA

- Alimentația rațională a gravidei. În caz de prezență a reacțiilor alergice din alimentație se exclud alergenii cauzale.
- De exclus noxe profesionale din prima lună de graviditate.
- Folosirea medicamentelor doar după indicații stricte.
- Evitarea fumatului în perioada sarcinii, interzicerea fumatului activ și pasiv ca un factor de sensibilizare timpurie a copilului.
- Alăptarea la sân minimum 4-6 luni. Introducerea complementului nu mai devreme de 4 luni.
- Reducerea poluării din mediul copilului.

Caseta 5. Profilaxia secundară a RA

- Controlul mediului.
- Evitarea contactului cu alergenul (alergeni) cauzal.
- Imunoterapia specifică.
- Profilaxia IRA ca trigger al alergiei.
- Programe educaționale.

Caseta 6. Profilaxia terțiară a RA

- Micșorarea numărului de acutizări (tratamentul medicamentos, eliminarea alergenilor).
- Se recomandă tratamentul cu CSTN cu 1 lună înainte de sezonul de polenizare (de la 12 ani).

C.2.3. Conduita pacientului cu RA**Caseta 7. Procedurile de diagnostic în RA**

- Anamneza.
- Examenul fizic.
- Examenul paraclinic și investigații de laborator.
- Evaluarea pacientului cu RAP pentru a exclude astmul bronșic.

C.2.3.1. Anamneza**Caseta 8. Întrebările ce trebuie examinate la suspjecția rinitei alergice**

- Prezența antecedentelor alergice personale: maladii alergice (dermatită atopică, astm bronșic, urticarie etc.), reacții alergice.
- Care este caracterul, frecvența, longevitatea, gravitatea simptomelor (a rinoreei, obstrucției nazale, pruritului nazal, strănutului)?
- Sunt oare simptomele dependente de sezon (sezoniere)?
- Ce factori provoacă acutizarea (spre exemplu: contactul cu praful de casă, polenul, cu animalele domestice etc.)?
- Care sunt medicamentele, ce le folosește pacientul, răspunsul la tratament?

Caseta 9. Simptome sugestive pentru diagnosticul de RA la copii

Două sau mai multe simptome mai mult de 1 oră în decurs de mai multe zile:

- ü eliminări apoase din nas
- ü strănut mai ales în accese
- ü obstrucția nazală
- ü prurit nazal
- ü ± conjunctivită

C.2.3.2 Examenul fizic**Caseta 10. Examenul fizic în RA**

- Prezența rinoreei, obstrucției nazale, pruritului nazal, strănutului.
- Prezența simptomelor de conjunctivită alergică: prurit ocular, hiperemie, eliminări apoase (caracteristic pentru pacienții cu RA cauzată de polen).
- La efectuarea rinoscopiei anterioare: prezența edemului și cianozei mucoasei nazale, prezența petelor albe din cauza spasmului vaselor.
- Prezența „feței alergice” la pacient: cearcăne sub ochi, dereglări de dezvoltare a scheletului facial (dereglări de ocluzie, bolta palatină arcată, abraziunea molarilor).
- Prezența „salutului alergic” (pliu pe dorsul nasului).
- Starea generală:
 - ü dereglată – dereglarea somnului; dereglarea activității în cursul zilei, în timpul odihnei, când face sport;

dereglarea activității profesionale, procesului de învățământ; prezența simptomelor chinuitoare;
 ü normală – somn normal; activitate normală în cursul zilei, în timpul odihnei, când face sport; activitate profesională, procesul de învățământ fără dereglări; lipsa simptomelor chinuitoare.

C.2.3.3 Investigațiile paraclinice în rinita alergică

Caseta 11. Investigații paraclinice

Investigații obligatorii:

- Rinoscopia anterioară
- Teste cutanate cu alergeni sau IgE serice specifice (analiza imunofermentativă) (alergolog)
- Pacienților cu RAP (cu scopul excluderii astmului bronșic):
 - ü examenul fizic al cutiei toracice
 - ü spirografie sau PEF-metrie
 - ü testul cu bronhodilatator

Investigații recomandabile:

- Endoscopia nazală
- Examinarea citologică a frotiului din cavitatea nazală pentru depistarea eozinofilelor (se petrece în acutizarea RA)
- IgE serice totale
- Radiografia (sau TC) a sinusurilor paranazale (pentru excluderea sinusitei)
- Probele de provocare cu alergeni (alergolog)

Rinoscopia anterioară

- ü permite depistarea edemului și cianozei mucoasei nazale, petelor albe (din cauza spasmului vaselor), confirmă diagnosticul de rinită alergică

Testele cutanate cu aplicarea alergenilor

- ü 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)sau prick-testare

Tabelul 1. Aprecierea reacției alergice prin testul cutanat de scarificare sau prick-testare

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

Notă: Aprecierea reacțiilor se face peste 20 min.

Testul de apreciere a nivelului de IgE specifice

- ü permite depistarea nivelului de IgE specifice cu diferite alergeni „in vitro”. Poate înlocui sau completa testele cutanate cu alergeni. Este mai puțin sensibil și mai scump decât testele cutanate. La 25% pacienți cu testele cutanate pozitive rezultatele testului sunt negative, din care cauză utilizarea lui în depistarea RA este limitată.

Spirografia

- ü permite aprecierea severității și reversibilității obstrucției bronșice
- ü permite diferențierea de afecțiunile ce se manifestă prin restricție

PEF-metria

- permite aprecierea și monitorizarea severității și reversibilității obstrucției bronșice
- formula de calcul al PEF-ului în procente față de valoarea prezisă

$$\%PEF = \frac{PEF \text{ minim al zilei date}}{PEF \text{ prezis}} \times 100\%$$
- variabilitatea circadiană al PEF-ului se calculează după formula:

$$\text{Variabilitatea circadiană} = \frac{2(PEF_{\text{vesperal}} - PEF_{\text{matinal}})}{(PEF_{\text{vesperal}} + PEF_{\text{matinal}})} \times 100\%$$

Teste farmacologice

- testul cu bronhodilatator - valorile spirometrice sau ale PEF-metriei efectuate la 15 minute după inhalarea unei doze de β_2 -agonist cu durată scurtă de acțiune sînt comparate cu cele obținute înainte de inhalare; creșterea valorilor VEMS-ului $\geq 12\%$ sau PEF $\geq 20\%$ arată o reversibilitate a obstrucției și este sugestivă pentru astm.

Endoscopia nazală/nazofaringeană

- se petrece după consultul medicului ORL pentru excluderea altor cauze a obstrucției nazale: prezența corpului străin, deviația septului nazal etc.

Examinarea citologică a frotiului din cavitatea nazală

- depistarea eozinofilelor confirmă diagnosticul de RA

Radiografia (sau TC) a sinusurilor paranazale

- se petrece pentru a exclude sinusita

C.2.3.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 12. Diagnosticul diferențial:

Diagnosticul diferențial al RA se face cu următoarele maladii:

- rinite infecțioase (cauzate de viruși, bacterii, fungi)
- rinite neinfecțioase non-alergice (inclusiv rinita vasomotorie – cea mai frecvent întâlnită)
- rinite medicamentoase (cauzate de acid acetilsalicilic, decongestante, inspirația cocainei etc.)
- rinite profesionale (se întâlnesc mai frecvent la maturi, pot fi atât alergice cât și non-alergice)
- rinite cauzate de schimbări hormonale (pubertate, dereglări endocrine, menzis, graviditate)
- vegetații adenoide
- defecte mucociliare
- rinoree cerebrospinală
- tumori (maligne, benigne)
- obstacole mecanice (defecte anatomice, corp străin)
- maladii sistemice (de exemplu, granulomatoza Wegener: rinoree permanentă, eliminări purulente sau hemoragice, ulcere bucale sau nazale, poliartralgie, mialgie etc.)
- Alte cauze: emoții, substanțe iritative, rinita non-alergică cu sindromul de eozinofilie, reflux gastroesofagian.

C.2.3.5. Criteriile de spitalizare

Criteriile de spitalizare nu sunt (tratamentul RA se petrece în condiții de ambulator)

C.2.3.6. Tratamentul

Caseta 13. Măsurile terapeutice în tratamentul RA

- Eliminarea alergenelor (anexa 1)
- Tratamentul medicamentos (casetele 15, 18, 19, 20, 21, 22)
- Imunoterapia specifică (caseta 21)
- Educația pacientului (caseta 28)

Caseta 14. Principiile terapiei medicamentoase ale RA (conform ARIA 2019)

Se recomandă

- **H1-antihistaminice orale fără efect sedativ**
- H1-antihistaminice topice (conjunctivită, rinită)

- **Glucocorticoizi intranazali –cele mai eficiente remedii ale rinitei alergice**
- Antileucotriene
- Decongestante – cură scurtă la obstrucție nazală
- Glucocorticoizi sistemici
- Terapie biologică – Omalizumabum
- **Respectarea principiilor terapiei în trepte**

Caseta 15. Tratamentul RA conform treptei 1

- Tratamentul conform acestei trepte se recomandă: pacienților cu RAI evoluție ușoară (sau simptome ocazionale)
 - Medicație: *unul din*
 - ü H1-antihistaminice orale (generația II)
 - ü H1-antihistaminice topice nazale
 - ü antileucotriene

Cu scop de urgență se recomandă folosirea decongestantelor. Aceste remedii nu sunt recomandate copiilor de vârstă fragedă din cauza efectelor lor adverse (*caseta 20*). Copiilor de vârstă mai mare decongestantele sunt recomandate doar pe timp de 3-7 zile (în caz de folosire îndelungată poate să se dezvolte rinita medicamentoasă).

Dacă tratamentul curent (treapta 1) nu asigură controlul RA recomandați tratamentul conform treptei 2 (decizia se va lua peste 2-4 săptămâni).

Caseta 16. Tratamentul RA conform treptei 2

- Tratamentul conform acestei trepte se recomandă pacienților cu RAI evoluție moderat/severă și pacienților cu RAP evoluție ușoară
- Medicație:
 - unul din*
 - ü GCTn intranazali (de preferință)
 - ü H1-antihistaminice orale (generația II)
 - ü H1-antihistaminice topice nazale
 - ü antileucotriene

La necesitate

- ü imunoterapia specifică

Cu scop de urgență se recomandă folosirea decongestantelor. Decongestantele nu sunt recomandate copiilor de vârstă fragedă din cauza efectelor lor adverse (*caseta 20*). Copiilor de vârstă mai mare decongestantele sunt recomandate doar 3-7 zile (în caz de folosire îndelungată poate să se dezvolte rinita medicamentoasă).

Dacă tratamentul curent (treapta 2) nu asigură controlul RA (decizia se va lua peste 2-4 săptămâni) recomandați tratamentul conform treptei 3 (o treaptă în sus). În caz de ameliorare – de continuat tratamentul în decurs de 1 lună.

Atenție deosebită la pacienții ce suferă și de AB – **în caz de administrare concomitentă a GCI+GCT intranazali poate apărea efectul cumulativ!**

Caseta 17. Tratamentul RA conform treptei 3

- Tratamentul conform acestei trepte se recomandă: pacienților cu RAP evoluția moderat/severă
- Medicație:
 - combinarea* GCT intranazali cu unul sau mai mulți
 - ü H1-antihistaminice orale
 - ü H1-antihistaminice topice nazale
 - ü antileucotriene

La necesitate

- ü imunoterapia specifică

Dacă tratamentul inclus în treapta 3 nu asigură controlul RA (decizia se va lua peste 2-4 săptămâni) recomandați tratamentul conform treptei 4. În caz de ameliorare – o treaptă în jos și de continuat tratamentul în decurs de > 1 lună.

Atenție deosebită la pacienții ce suferă și de AB – **în caz de administrare concomitentă a GCI+GCT intranazali poate apărea efectul cumulativ!**

Caseta 18. Tratamentul RA conform treptei 4

- Tratamentul conform acestei trepte se recomandă pacienților cu RAP evoluție moderat/severă, la care tratamentul cu CSTN, antihistaminice și leucotriene nu au asigurat controlul
- E necesar de precizat diagnosticul, de revăzut complianța, de exclus infecții sau alte cauze
- Medicație:

Ca la treapta 3+

- ü de mărit dozele de GC inhalatori
- ü omalizumab

La necesitate

- ü glucocorticoizi intern

*Decongestantele nu sunt recomandate copiilor de vârstă fragedă din cauza efectelor lor adverse (*caseta 20*). Copiilor de vârstă mai mare decongestantele sunt recomandate doar 3-7 zile (în caz de folosire îndelungată poate să se dezvolte rinita medicamentoasă).

Atenție deosebită la pacienții ce suferă și de AB – **în caz de administrare concomitentă a GCI+GCTn poate apărea efectul cumulativ!**

Folosirea glucocorticoizilor sistemici orali la copii micșorează simptomele RA, dar, având în vedere posibilitatea apariției reacțiilor adverse, e de dorit să fie evitată (*caseta 20*).

În caz de ineficiență a tratamentului conform treptei 4 recomandați consultul chirurgului (e posibilă intervenția chirurgicală) (*caseta 25*).

Caseta 19. Tratamentul conjunctivitei alergice asociate

- Dacă pacientul cu RA prezintă și conjunctivită alergică, la tratament de adăugat unul din:
 - ü H1-antihistaminice orale
 - ü H1-antihistaminice în sacul conjunctival
 - ü Inhibitorii degranulării mastocitelor în sacul conjunctival

Caseta 20. Efecte adverse ale medicamentelor folosite în tratamentul RA

- Efecte adverse ale **H1-antihistaminicelor generația II**. Efectele adverse sunt mult mai puțin pronunțate decât la generația I: aritmie, dereglări ale somnului și dispoziției, ale atenției, uscăciunea cavității bucale.
- Efecte adverse ale **GCT intranazali**: alterări ale funcției axului hipotalamic-hipofizar-corticosuprarenal, osteoporoză, încetinirea creșterii, atrofia și uscăciunea mucoasei, hemoragii mici în mucoasa nazală, perforația septului nazal, cruste nazale.
- Efecte adverse ale **decongestantelor**: neliniște, palpitații, cefalee, grețuri, uscăciunea și iritarea mucoaselor, eliminări abundente, majorarea edemului mucoasei nazale, rinita medicamentoasă, tahifilaxie.
- Efecte adverse ale **antileucotrienelor**: dispepsie, dereglări de somn, cefalee, creșterea nivelului enzimelor hepatice

Caseta 21. Imunoterapia specifică

- Este indicată numai în perioada când rinita alergică este controlată
- Se indică pacienților cu sensibilizare la polen (mesteacăn, timofică, ambrozie), acarienii prafului de casă și pisici
- La moment la copii este preferată imunoterapia specifică prin administrarea orală sau sublingvală a alergenului cauzal semnificativ
- Tratamentul se face pe parcursul întregului an în caz de alergie la acarienii prafului de casă, pisici și timp de 5-6 luni în cazul alergiei la polen timp de 3-5 ani consecutiv

Caseta 22. Indicații pentru tratament endoscopic chirurgical (minimal invaziv) în caz de RAP

- Hipertrofia pronunțată a cornetelor nazale inferioare, ce servește drept cauză a obstrucției nazale și rinoreei rezistente la farmacoterapie
- Devierea septului nazal (ce are o importanță clinică)
- Anomalii de anatomie intranazală
- Sinusită cronică (recomandări separate)
- Afectări micotice a sinusurilor paranazale (micetoma, forme invazive de micoze)
- Patologia sinusurilor paranazale ce nu poate fi lichidată prin alt mod de tratament
- Altă patologie: boala Wegener, tumori

C.2.3.7. Supravegherea pacienților

Pentru atingerea scopurilor terapeutice este necesară **monitorizare continuă**. În timpul acestor vizite se analizează și se modifică planurile de tratament și medicațiile ce le primește pacientul.

Caseta 23. Supravegherea pacienților cu RA

- Medicul de familie:
 - ü vizitele în acutizare – 1 dată în 5-7 zile
 - ü vizitele în remisie – 1 dată în 6 luni
- Alergologul:
 - ü vizitele în acutizare – după necesitate
 - ü vizitele în remisie – 1 dată în 3-6 luni

Caseta 24. Indicații pentru consultul medicilor specialiști (alergolog, ORL)

- Ineficiența medicației (per os/intranazală)
- Simptome moderate și severe persistente
- Necesitatea în efectuarea testării alergice/efectuarea IgE specifice cu diferite alergeni pentru identificarea alergenului cauzal cu scop de a efectua măsurile de eliminare și a lua decizia despre petrecerea imunoterapiei specifice
- Prezența maladiilor concomitente (AB, DA, rinusinusitei cronice/recidivante)

- Orice reacții alergice grave
- Imunoterapia specifică
- Diagnosticul diferenciat

Caseta 25. Educația pacientului

- De a oferi pacientului informație anumită despre măsurile de eliminare
- Familiarizarea pacientului cu metodele contemporane de tratament și cu efectele adverse posibile ale medicamentelor
- Familiarizarea pacientului cu diferite metode de profilaxie a acutizărilor RA (profilaxia înainte de sezonul de înflorire, înainte de contactul presupus cu alergenul cauzal)
- Accesul pacientului la diferite materiale metodice referitor la RA (surse de literatură, audio, video etc.)

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D1. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMSA	Personal: · medic pediatru · medic secialist în alergologie și imunologie · medic otorinolaringolog · medic oftalmolog · medic în laborator · asistent medical/asistentă medicală
	Dispozitive medicale: · fonendoscop · utilaj pentru efectuarea riniscopiei anterioare: sursa de lumină, oglindă frontală, specula nazală, spatulă · PEF-metru · spiograf · aparataj și reactive pentru parametrilor sistemului imun · alergeni de diagnostic (de menaj, polen, alimentare, fungice, epidermale etc.)
	Medicamente pentru prescriere: · H1-antihistaminice orale nonsedative (Levocetirizinum, Desloratadinum, Cetirizinum, Loratadinum, Fexofenadinum*) · H1-antihistaminice topice nazale (Azelastinum, Levocabastinum*) · Decongestante topice (Nafazolinum, Oximetazolinum, Xilometazolinum) · GCTn (Beclometasonum, Budesonidum, Fluticasonum propionat, Mometazonum furoat etc.) · Glucocorticoizi sistemici (Dexametazonum, Metilprednisolonum, Prednisolonum) · Antileucotriene (Montelukastum, Zafirlucastum*) · Terapie biologică – Omalizumab

* - medicamente ce nu sunt înregistrate în Republica Moldova.

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopurile protocolului	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori proporția pacienților cu RA stabilită	1.1. Proporția pacienților de pe lista medicului de familie cu obstrucție nazală și rinoree, cărora li s-a efectuat rinoscopia anterioară, testele cutanate cu alergeni sau aprecierea IgE specifice, pe parcursul unui an	Numărul pacienților de pe lista medicului de familie, cu vârsta până la 18 ani, cu obstrucție nazală și rinoree, cărora li s-a efectuat rinoscopia anterioară, testele cutanate cu alergeni sau aprecierea IgE specifice, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți până la 18 ani care se află la evidența medicului de familie cu obstrucție nazală și rinoree pe parcursul ultimului an
2.	A spori calitatea examinării clinice și paraclinice a pacienților cu RA	2.1. Proporția de pacienți diagnosticați cu RA și supuși examenului standard pe parcursul a 6 luni, conform recomandărilor PCN RA la copil	Numărul pacienților cu diagnostic confirmat de RA aflați sub supraveghere și supuși examenului standard pe parcursul ultimelor 6 luni, conform recomandărilor PCN RA la copil x 100	Numărul total de pacienți cu diagnostic confirmat de RA, care se află sub supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimilor 6 luni
3.	A spori numărul de pacienți la care RA este controlată adecvat în condițiile de ambulatoriu	3.1. Proporția de pacienți cu RA în remisie pe parcursul ultimului an	Numărul pacienților cu diagnostic confirmat de RA aflați sub supraveghere, la care s-a atins o remisie completă pe parcursul cel puțin a 3 luni în ultimul an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnostic confirmat de RA, care se află sub supravegherea medicului de familie în ultimul an
		3.2. Proporția pacienților supravegheați, cu diagnosticul de RA confirmat, care au manifestat acutizări pe parcursul unui an	Numărul pacienților supravegheați, cu diagnosticul de RA confirmat, care au manifestat acutizări pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți care se află la evidența medicului de familie cu diagnostic confirmat de RA pe parcursul ultimului an
		3.3. Proporția pacienților cu RAP, investigați pentru a exclude AB (PEF-metria, test bronhodilatator) pe parcursul unui an	Numărul de pacienți supravegheați cu RAP, investigați pentru a exclude AB (PEF-metria, test bronhodilatator) pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți care se află la evidența medicului de familie cu diagnostic confirmat de RAP pe parcursul ultimului an
4.	A spori numărul de pacienți cu RA, care beneficiază de educație în domeniul acestei maladii în instituțiile de asistență medicală primară	4.1. Proporția părinților copiilor cu RA veniți la clinică pe parcursul ultimilor 3 luni cărora în mod documentat li s-a oferit informație (discuții, ghidul pacientului cu RA etc.) privind conduita pacientului cu RA	Numărul părinților copiilor cu RA veniți la clinică pe parcursul ultimilor 3 luni cărora în mod documentat li s-a oferit informație (discuții, ghidul pacientului cu RA etc.) privind conduita pacientului cu RA x 100	Numărul total de adresări în clinică pe parcursul ultimilor 3 luni a pacienților cu diagnostic confirmat de RA, care se află sub supravegherea medicului de familie

F.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 dependența de starea pacientului .
10. În dependența 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. Triggerii rinitei alergice

Triggeri	Elemente de anamneză sugestivă	Metode de evitare
Substanțe din praful de casă care provoacă alergii (sunt foarte mici, invizibile cu ochiul liber)	apariția/agravarea simptomelor RA în case cu covoare persane/mochete groase, draperii, mobilă tapițată, biblioteci cu cărți vechi; în special în dormitor!!	Recomandări: - spălarea săptămânală a lenjeriei de pat și păturilor în apă fierbinte și uscarea lor în uscător fierbinte sau la soare - îmbrăcarea pernelor și cuverturii în huse impermeabile la acarieni - scoaterea covoarelor/mochetelor și draperiilor din dormitor - înlocuirea covoarelor cu linoleum sau parchet, în special în dormitoare - în locul mobilierului tapițat, utilizarea vinilinei, pielii sau mobilei din lemn simplu - utilizarea aspiratoarelor cu filtru
Substanțe din blana animalelor care provoacă alergii	apariția/agravarea maladiei după luarea în casă (și în special în dormitor) a unei pisici, câine sau rozătoare mici (hamster etc.)	Recomandări: - de îndepărtat animalul incriminat din casă sau cel puțin din dormitor ATENȚIE: alergenii proveniți de la pisică pot persista în casă timp de 6 luni!!! - În cazul păstrării animalului incriminat spălarea acestuia cât mai frecventă
Alimente	la bolnavii cu alergii la polen problema alergiei alimentare este actuală din cauza existenței la ei a alergiei încrucișate la alimente (spre exemplu, alergii la polenul mesteacănului și alergii la mere)	Recomandări: de exclus din alimentație aceste produse
Substanțe de la gândacii de bucătărie care provoacă alergii	existența a numeroși gândaci în locuința pacientului	Recomandări: - efectuarea curățeniei - de utilizat aerosol pesticid - însă doar atunci când pacientul nu este acasă
Polen și mucegai din exterior	- existența de suprafețe acoperite de mucegai în casa pacientului - RA sezonieră (apariția/agravarea simptomelor într-o anumită perioadă a anului, în special după ploaie), deseori asociat cu astm bronșic sezonier	Recomandări: - schimbarea locului de trai - aflarea în casă când nivelul de polen este extrem de ridicat

Anexa 2. Medicamentele folosite în terapia rinitei alergice

Exemple de medicamente	Forme de livrare	Doza nictimerală (24 ore)	Numărul de administrări zilnice	Vârsta de la care se indică
Medicamentele antihistaminice				
Antihistaminice sistemice nonsedative				
Cetirizinum	Picături pentru uz intern 0,1%-10 ml; 0,1%-20 ml; comprimate 10 mg/	6 luni-1 an: 5 pic o dată; 1-2 ani: 5 pic. 2 ori; 2-6 ani: câte 5 pic. 2 ori sau 10 pic. o dată; > 6 ani: 20 pic sau 1 comprimat o dată	1-2	în picături – de la 6 luni; în compr. – de la 6 ani
Loratadinum	Comprimate 10 mg; suspensie buvabilă 5 mg/5 ml-120 ml	2- 12 ani cu greutatea corporală sub 30 kg: 5 mg; peste 30 kg: 10 mg	1	1 an
Levocetirizinum	Picături pentru uz intern 0,5%-20 ml; comprimate 5 mg	6 luni-2 ani 5 pic o dată în zi; 2- 6 ani: 5 pic. 2 ori; > 6 ani: 1 compr. sau 20 pic. o dată	1-2	2 ani
Desloratadinum	Sirop 0,5 mg/ml-100ml; comprimate 5 mg	6 luni-1 an: 2 ml; 1-6 ani: 2,5 ml; 6-12 ani: 5 ml; > 12 ani: 10 ml sau 1 comprimat	1	6 luni
Fexofenadinum*	Comprimate 30 mg, 120 mg, 180 mg	6-12 ani: 30 mg; > 12 ani: 120mg sau 180 mg	2 1	6 ani
Bilastinum	Comprimate 10mg, 20 mg,	6-12 ani: 10 mg; > 12 ani: 20mg;	1	6 ani
Antihistaminicele H₁ topice (intranazal, în sacul conjunctival)				
Azelastinum*	Aerosol nazal 140 mkg (1 puf); picături oftalmice 0,05% 15 mkg (1 pic.)	1 puf în fiecare vestibul nazal; 1 picătură în fiecare sac conjunctival	2	aerosol nazal de la 6 ani; picături de la 4 ani
Levocabastinum*	Aerosol nazal 0,5 mg/ml; picături oftalmice 0,5 mg/ml	2 pufuri în fiecare vestibul nazal; 1 picătură în fiecare sac conjunctival	2	aerosol nazal de la 6 ani; picături de la 12 ani
Glucocorticoizi				
Glucocorticoizi sistemici				
Metilprednisolon	Comprimate 4 mg; sol. în fiole 4%-1 ml	0,25-2 mg/kg/zi	1-3	0 luni
Prednisolonum	Comprimate 5 mg; sol. în fiole 2,5%-1 ml sau 3%-1 ml	1-2 mg/kg/zi pentru 3-10 zile (maximal 60 mg/zi)	1-3	0 luni
Dexametazonum	Comprimate 4 mg; sol. în fiole 0,4%-1 ml și 0,4%-2 ml	0,15-0,45 mg/kg/zi pentru 3-10 zile	1-2	1 lună
Glucocorticoizi topici nazali				

Beclometasonum dipropionat **	Aerosol nazal 50 mkg (1 puf)	1 puf în fiecare vestibul nazal	2-4	6 ani
Budesonidum**	Aerosol nazal 50 mkg (1 puf)	2 pufuri în fiecare vestibul nazal	2	6 ani
Fluticasonum furoat	Aerosol nazal 27,5 mkg (1 puf)	2-11 ani, 1 puf în fiecare vestibul nazal Mai mari de 12 ani, 2 pufuri în fiecare vestibul nazal	1	2 ani
Fluticasonum propionat	Aerosol nazal 50 mkg (1 puf)	4-11 ani 1 puf în fiecare vestibul nazal Mai mari de 12 ani 2 pufuri în fiecare vestibul nazal	1	4 ani
Mometazonum furoat	Aerosol nazal 50 mkg (1 puf)	1 puf în fiecare vestibul nazal Mai mari de 12 ani 2 pufuri în fiecare vestibul nazal	1	2 ani
Combinăția CS topici intranazali + antihistaminice topice intranazale				
Furoat de mometazonă / clorhidrat de azelastină (denum. comercială ®GLENSPRAY ACTIVE)	Aerosol nazal 50/140 mkg (1 puf)	1 puf în fiecare vestibul nazal	2	12 ani
Terapia biologică				
Omalizumabun*	Flacon 150 mg	Doze de la 75 la 600 mg (conform tabelului)	o dată la 2-4 săptămîni	12 ani
Decongestante topice intranazale				
Nafazolinum	Picături nazale 0,025%-5 ml, 0,05%-10 ml, 0,1%-10 ml Aerosol nazal 0,05%-15 ml	1-2 picături în fiecare vestibul nazal 4 ori pe zi 1 puf în fiecare vestibul nazal 3 ori pe zi;	3-4	0,025% - de la 1 an; 0,05% și 0,1% - de la 12 ani
Oximetazolinum	Picături nazale 0,01%-10 ml, 0,05%-10 ml Aerosol nazal 0,05% -15 ml;	1 puf în fiecare vestibul nazal; 1-2 picături în fiecare vestibul nazal	2-3	0,01% – 0-12 luni; 0,025% – 1-6 ani 0,05% – 6 ani
Xylometazolinum	Picături nazale 0,05% , 0,1%	1-2 picături în fiecare vestibul nazal	2-3	0,05 de la 2 ani 0,1 de la 6 ani
Phenynilefrinum	Picături nazale 0,125%	1-2 picături în fiecare vestibul nazal	2-3	0,125% - de la 1 lună
Phenynilefrinum/ Dimitindenum (denum. comercială Vibrocil®)	Picături nazale și spray 2,5mg în ml / 0,25mg în ml, 10 ml	1-2 picături în fiecare vestibul nazal	2-3	2,5mg în ml / 0,25mg în ml, 10 ml Picături de la 0-6 ani; Spray de la 6 ani

Antileucotriene				
Montelukastum	Comprimat 4;5;10 mg	6 luni- 6 ani – 4 mg/zi; 6-12 ani – 5 mg/zi; >12 ani – 10 mg/zi	1	6 luni
Zafirlukastum*	Comprimat 10; 20 mg	>12 ani – 10 mg/zi	2	12 ani

* – medicamente ce nu sunt înregistrate în Republica Moldova.

** – folosirea la copii e limitată (posibilitatea efectelor adverse)

Anexa 3. Formular de consultație la medicul de familie pentru rinită alergică

Pacient _____ **băiat/fetiță; Anul nașterii** _____

Factorii evaluați	Data	Data	Data	Data
1. Obstrucție (da/nu, specificați)				
2. Prurit nazal (da/nu)				
3. Rinoree (da/nu, specificați)				
4. Strănut (da/nu)				
5. Simptome oculare (da/nu, specificați)				
6. Rinoscopia anterioară				
7. Probele alergice cutanate (specificați)				
8. IgE serice specifice (specificați)				

Anexa 4. Schema privind administrarea subcutanată a preparatului Omalizumabum.

IgE (IU/ml)	Frecvența dozei	Greutatea corporala (kg)											
		20-25	25-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	90-125	125-150		
30-100	Fiecare 4 spt	75	75	75	150	150	150	150	150	300	300		
>100-200		150	150	150	300	300	300	300	300	225	300		
>200-300		150	150	225	300	300	225	225	225	300	375		
>300-400		225	225	300	225	225	225	300	300	Date insuficiente pentru a fi recomandate.			
>400-500		225	300	225	225	300	300	375	375				
>500-600		300	300	225	300	300	375						
>600-700		300	225	225	300	375							
>700-800	Fiecare 2 spt	225	225	300	375								
>800-900		225	225	300	375								
>900-1000		225	300	375									
>1000-1100		225	300	375									
>1100-1200		300	300										
>1200-1300		300	375										

Anexa 5. Ghid pentru părinții copilului cu rinita alergică

DEFINIȚIA RINITEI ALERGICE.

Rinita alergică este o maladie alergică a mucoasei nazale ce se dezvoltă după expunerea la alergeni și se manifestă prin prurit nazal, strănut, eliminări din nas, obstrucție nazală.

42% de pacienți cu rinita alergică prezintă și simptome de conjunctivită alergică (hiperemie, prurit ocular pronunțat, eliminări apoase). Mulți pacienți cu rinita alergică suferă de astm bronșic.

MANIFESTĂRILE RINITEI ALERGICE

În dependența de durata maladiei la copil poate să se dezvolte:

- **Rinită alergică intermitentă** (de sezon, acută, întâmplătoare) – simptomele persistă <4 zile în săptămână sau < 4 săptămâni.
- **Rinită alergică persistentă** (perenă, cronică, le lungă durată) – simptomele persistă >4 zile în săptămână și > 4 săptămâni.

În caz de evoluție gravă la copil se dereglează somnul, activitatea în cursul zilei, în timpul odihnei, când face sport. De asemenea este dereglat procesul de învățământ (scade capacitatea de însușire), apar simptome chinuitoare.

FACTORI CAUZALI (ESENȚIALI) ÎN RINITA ALERGICĂ

- Alergenii **prafului de casă**. Componentul principal alergizant al prafului sunt **acarienii** și produsele activității lor (acarienii sunt căpușe foarte mici, invizibile cu ochiul liber, ce se află în cantități mari în dormitoare în plapume, saltele, perne).
- **Blana animalelor** (pisici, câini, rozătoare mici) și **penele păsărilor** (papagali etc.) ce provoacă alergii.
- Substanțe de la **gândacii** de bucătărie ce provoacă alergii.
- **Polenul**.
- **Alergeni fungici** (mucegai).
- **Alergeni epidermali** (inclusiv particule de piele, mătreață și păr de animale, precum și alergenii pielii și ai părului omenesc).

TRATAMENTUL RINITEI ALERGICE

1. Tratamentul nemedicamentos al rinitei alergice

Scopul de bază al tratamentului nemedicamentos este eliminarea alergenilor cauzali:

- Reducerea contactului copilului cu acarienii **prafului de casă**.

Se recomandă:

- ü spălarea săptămânală a lenjeriei de pat și păturilor în apă fierbinte și uscarea lor în uscător fierbinte sau la soare
- ü îmbrăcarea pernelor și cuverturii în huse impermeabile la acarieni
- ü scoaterea covoarelor/mochetelor și draperiilor din dormitor
- ü înlocuirea covoarelor cu linoleum sau parchet, în special în dormitoare
- ü în locul mobilierului tapițat, utilizarea vinilinei, pielii sau mobilierului din lemn simplu
- ü utilizarea aspiratoarelor cu filtru

- Evitarea contactului copilului cu **animalele** cu **blană**.

Se recomandă:

- ü De îndepărtat animalul incriminat din casă sau cel puțin din dormitor.
- ü După îndepărtarea animalului din casă de efectuat curățenie umedă minuțioasă (repetat)
(**ATENȚIE: alergenii proveniți de la pisică pot persista în casă timp de 6 luni!!!**)
- ü În cazul păstrării animalului incriminat spălarea acestuia cât mai frecventă.
- ü Nu vizitați cu copilul grădina zoologică, circul și case unde sunt animale.
- ü Nu procurați și nu folosiți pentru copil îmbrăcăminte din blana animalelor.

- Reducerea contactului copilului cu **alergenii de polen.**

Se recomandă:

- ü În perioada înfloririi plantelor cauzale nu organizați plimbări în parc, odihnă la pădure.
- ü Stați cu copilul în casă (pe cât e posibil) în perioada de înflorire (mai-iunie), nu ieșiți afară în orele de dimineață și pe timp uscat și cald când concentrația de polen e maximală.
- ü În timpul plimbării folșiți ochelarii de soare, când veniți acasă spălați mucoasele ochilor și nasului, spălați părul, primiți un duș.
- ü Efectuați zilnic curățenie umedă în apartament.
- ü Nu folosiți cosmetice, fitopreparate, adausuri alimentare, ce conțin polen și extracte din plante.

- Evitarea contactului copilului cu **alergenii fungici (mucegaiul).**

Se recomandă:

În apartament

- ü De folosit climatizoare pentru uscarea aerului în încăperi cu umiditate înaltă (>40%).
- ü De folosit climatizoare, încălzitoare, ventilatoare pentru crearea umidității optimale.
- ü De folosit soluție 5% de amoniu pentru prelucrarea suprafețelor în camera de baie și alte încăperi pentru lichidarea mucegaiului.
- ü De înlocuit tapetele cu vopsirea pereților, de folosit covor din plastic, ce ușor se spală.

În afară apartamentului

- ü Copilul nu trebuie să lucreze în grădină primăvara și toamna deoarece iarba și frunzele căzute sunt sursa de mucegai în aer.

2. **Tratamentul medicamentos al rinitei alergice**

Lichidarea inflamației mucoasei nazale. În caz când nu e stabilit alergenul cauzal se indică:

- **Preparate antihistaminice** (reduc pruritul și inflamația mucoasei nazale):
 - § Nonsedative: Cetirizinum, Loratadinum, Dezloratadinum, Fexofenadinum, Levocetirizină, Belastinum
 - Nota bene: Pot fi folosite un timp îndelungat, nu au efect sedativ.**
 - ! Pot fi combinate cu inhibitorii degranulării mastocitelor (cromone) intranazale.**
- **Preparate antihistaminice topice (locale):** Azelastinum, Levocabastinum.
 - § Se folosesc de la 6 ani, în decurs de 2-3 săptămâni și mai mult.
 - § Pot fi folosite ca picături oftalmice pentru tratamentul local al conjunctivitei alergice asociate.
 - § Sunt inofensive în utilizare.
- **Decongestante topice (locale) - vasoconstrictoare:** Nafazolinum, Oximetazolinum, Fenilefrinum.
 - § Se utilizează în perioada acută a rinitei alergice în combinație cu antihistaminice de generația II.
 - § Sunt foarte efective în tratamentul obstrucției nazale.
 - § Tratamentul nu trebuie să fie > 3-7 zile.
 - ! ATENȚIE! Folosirea > 7 zile poate avea efecte adverse: eliminări abundente, majorarea edemului mucoasei nazale.**
- **Corticosteroizi topici (locali) nazali:** Beclometasonum dipropionat, Budesonidum, Fluticasonum propionat, Mometazonum furoat.
 - § Se utilizează în calitate de preparate de prima linie în caz de RA persistent, evoluție grav-medie și gravă.
 - § Posedă o activitate antiinflamatoare pronunțată.
 - § Sunt efective în tratamentul tuturor simptomelor nazale inclusiv și obstrucția nazală.

- § Sunt mai superioare decât antihistaminicile pentru toate simptomele nazale.
- § Efectele adverse (uscăciunea mucoasei, cruste nazale, hemoragii mici în mucoasa nazală) sunt neînsemnate la utilizarea dozelor minimale, ce controlează rinita alergică.
- § La copii se administrează 1 dată pe zi, dimineața.
- *Corticosteroizi sistemici*: Metilprednisolonum, Prednisolonum, Dexametazonum.
 - § Utilizarea lor la copii trebuie evitată.
 - § Se admite doar o cură scurtă de administrare orală (< 5 zile) la prezența simptomelor severe de rinita alergică ce nu răspunde la tratament.
- *Antileucotriene*: Zafirlucastum de natriu (de la 12 ani), Montelukastum de natriu (de la 6 ani).
 - § Mai puțin efective decât corticosteroizii topici nazali și antihistaminicile.
 - § Contribuie la ameliorarea simțului olfactiv, dar nu reduc obstrucția nazală.
 - § Pot avea efect aditiv cu antihistaminicile.
 - § Eficace mai ales la pacienții, care suferă și de astm bronșic.
 - § Costisitoare, nepractice pentru majoritatea pacienților.

3. *Imunoterapia specifică al rinitei alergice*

- Se petrece în caz de imposibilitatea înlăturării alergenilor cauzali.
 - § Este cea mai efektivă metodă în tratamentul rinitei alergice, care induce o remisie îndelungată.
 - § Se petrece în perioada de remisie a rinitei alergice (înainte e necesară sanarea focarelor cronice de infecție) în decurs de 3-5 ani.
 - § Imunoterapia specifică poate fi efectuată: parenteral, sublingual, endonazal.

Anexa 5. Fișa standardizată de audit

FIȘA STANDARDIZATA DE AUDIT BAZAT PE CRITERII PENTRU PROTOCOLUL CLINIC NAȚIONAL "RINITA ALERGICĂ LA COPIL"		
Nr	Criterii de evaluare	Codificarea criteriilor de evaluare
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	Denumirea oficială
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3	Ziua, luna, anul de naștere a pacientului/ei	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscut
4	Mediul de reședință al copilului	0=urban; 1=rural; 9=nu știu.
5	Genul/sexul pacientului/ei	1 = masculin; 2 = feminin
6	Data debutului simptomelor	Data (DD: MM: AAAA) sau 9 = necunoscută
DIAGNOSTICUL		
7	Evaluarea semnelor clinice	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; eliminări apoase din nas = 2; strănut mai ales în accese = 3; obstrucție nazală = 4; prurit nazal = 5; conjunctivită = 6
8	Anamneza	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; antecedente alergice personale: dermatita atopică = 2; astm bronșic = 3; urticarie = 4, reacții alergice = 5; sezonabilitatea = 6; factori ce provoacă acutizarea: praful de casă = 7; polenul = 8; animalele domestice = 10
9	Examenul fizic	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; rinoree = 2; obstrucție nazală = 3; hiperemie oculară = 4; eliminări apoase = 5, la rinoscopia anterioară: edemul și cianoza mucoasei nazale = 6; pete albe = 7, „fața alergică” = 8; „salutul alergic” = 10
10	Investigații paraclinice obligatorii	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; rinoscopia anterioară = 2; Teste cutanate cu alergeni sau IgE serice specifice = 3; pacienților cu RAP: examenul fizic al cutiei toracice = 4; spirometrie sau PEF-metrie = 5; testul cu bronhodilatator = 6
11	Investigații paraclinice recomandabile	Nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 9; endoscopia nazală = 2; examinarea citologică a frotiului din cavitatea nazală pentru depistarea eozinofilelor (se petrece în acutizarea RA) = 3; IgE serice totale = 4; radiografia (sau TC) a sinusurilor paranasale (pentru excluderea sinusitei) = 5; probele de provocare cu alergeni = 6
TRATAMENTUL		
12	Eliminarea alergenilor	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
13	Tratament RA conform treptei I	Nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 9; H1-antihistaminice orale (generația II) = 2; H1-antihistaminice topice nazale = 3; antileucotriene = 4
14	Tratament RA conform treptei II	Nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 9; GCTn intranasali (de preferință) = 2; H1-antihistaminice orale (generația II) = 3; H1-antihistaminice topice nazale = 4; antileucotriene = 5; la necesitate imunoterapia specifică = 6
15	Tratament RA conform treptei III	Nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 9; combinarea GCTn intranasali: cu H1-antihistaminice orale (generația II) = 2; cu H1-antihistaminice topice nazale = 3; cu antileucotriene = 4; la necesitate imunoterapia specifică = 5
16	Tratament RA conform treptei IV	Nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 9; combinarea GCTn intranasali: cu H1-antihistaminice orale (generația II) = 2; cu H1-antihistaminice topice nazale = 3; cu antileucotriene = 4; omalizumab = 5; la necesitate imunoterapia specifică = 5, glucocorticoizi intern = 6
17	Supravegherea pacienților	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; la medicul de familie: în acutizare 1 dată în 5-7 zile = 2, în remisie o dată în 6 luni = 3; la alergolog în acutizare la necesitate = 4; în remisie 1 dată în 3-6 luni = 5
18	Educația pacientului	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; măsurile de eliminare ale alergenilor = 2; metode contemporane de tratament și efecte adverse posibile = 3; metode de profilaxie a acutizărilor RA = 4

