

**MINISTERUL  
SĂNĂȚII  
AL REPUBLICII MOLDOVA**



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА**

# **Rinita alergică la copil**

**Protocol clinic național**

**PCN-138**

*Chișinău 2011*

**CUPRINS**

<b>ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT .....</b>	<b>3</b>
<b>PREFAȚĂ .....</b>	<b>3</b>
<b>A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ .....</b>	<b>3</b>
A.1. Diagnostic .....	3
A.2. Codul bolii (CIM 10).....	3
A.3. Utilizatorii .....	4
A.4. Scopurile protocolului .....	4
A.5. Data elaborării protocolului.....	4
A.6. Data reviziei următoare .....	4
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului .....	4
A.8. Definițiile folosite în document.....	5
A.9. Informație epidemiologică .....	5
<b>B. PARTEA GENERALĂ.....</b>	<b>6</b>
B.1. Nivel de asistență medicală primară .....	6
B.2. Nivelul consultativ specializat de ambulator (alergolog) .....	9
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească .....	11
<b>C. 1. ALGORITMI DE CONDUCĂ.....</b>	<b>12</b>
C 1.1. Algoritm de diagnostic al rinitei alergice .....	12
C1.2. Algoritm de tratament al rinitei alergice.....	13
<b>C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR.....</b>	<b>14</b>
C.2.1 Clasificarea clinică a rinitei alergice.....	14
C.2.2. Profilaxia rinitei alergice .....	15
C.2.3. Conduita pacientului cu RA .....	15
C.2.3.1. Anamneza .....	15
C.2.3.2 Examenul fizic .....	16
C.2.3.3 Investigațiile paraclinice în rinita alergică.....	16
C.2.3.4. Diagnosticul diferențial .....	18
C.2.3.5. Criteriile de spitalizare .....	19
C.2.3.6. Tratamentul.....	19
C.2.3.7. Supravegherea pacienților .....	22
<b>D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI .....</b>	<b>24</b>
D1. Instituțiile de asistență medicală primară .....	24
D2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulator .....	24
<b>E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI .....</b>	<b>25</b>
<b>ANEXE .....</b>	<b>26</b>
Anexa 1. Triggerii rinitei alergice.....	26
Anexa 2. Medicamentele folosite în terapia rinitei alergice .....	27
Anexa 3. Formular de consultație la medicul de familie pentru rinită alergică .....	29
Anexa 4. Ghid pentru părinții copilului cu rinita alergică.....	30
<b>BIBLIOGRAFIE .....</b>	<b>33</b>

## ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

<b>RA</b>	rinită alergică
<b>RAI</b>	rinită alergică intermitentă
<b>RAP</b>	rinită alergică persistentă
<b>AB</b>	astmul bronșic
<b>DA</b>	dermatită atopică
<b>AINS</b>	antiinflamatoare nesteroidiene
<b>CS</b>	glucocorticosteroizi
<b>CSTN</b>	glucocorticosteroizi topici nazali
<b>CSI</b>	glucocorticosteroizi inhalatori
<b>IgE</b>	imunoglobulina E
<b>IRA</b>	infecție respiratorie acută
<b>IRVA</b>	infecție respiratorie virală acută
<b>PEF</b>	debitul expirator de vârf ( <i>peak expiratory flow</i> )
<b>TC</b>	tomografia computerizată
<b>ARIA</b>	Allergic Rhinitis and its Impact of Asthma
<b>EAACI</b>	European Academy of Allergy and Clinical Immunology Organisation
<b>PCN</b>	Protocol clinic național

## PREFAȚĂ

Protocolul național a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii IMSP Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului și specialiștii Facultății de Perfecționare a Medicilor a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

Protocolul de față a fost elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind rinita alergică la copii și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea MS RM pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

## A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

### 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:

- oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistente medicale de familie);
- centrele de sănătate (medici de familie);
- centrele medicilor de familie (medici de familie);
- secțiile asistență specializată de ambulator a spitalelor raionale (medici alergologi);
- asociațiile medicale teritoriale (medici de familie și medici alergologi);
- secțiile de copii ale spitalelor raionale și regionale (medici-pediatri);
- secția de alergologie a IMSP Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului (medici alergologi).

### A.4. Scopurile 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 reviziei următoare: 2013

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

Numele	Funcția deținută
Dr. Tatiana Gorelco, doctor în medicină	șef secție Alergologie, IMSP Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului
Dr. Tatiana Culeșin, doctor în medicină	alergolog, IMSP Institutului de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, specialist principal pediatru-alergolog al MS RM
Dr. Petru Stratulat, doctor habilitat în medicină, profesor universitar	șef Catedră pediatrie și perinatologie a Facultății de perfecționare a medicilor USMF „Nicolae Testemițanu”, specialist principal pediatru al MS

### Protocolul a fost discutat aprobat și contrasemnat:

Denumirea instituției	Persoana responsabilă - semnătura
Societatea Științifico-Practică a Pediatriilor din Moldova	
Asociația Medicilor de Familie din RM	
Comisia Științifico-Metodică de profil „Pediatrie”	
Agenția Medicamentului	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

## A.8. Definițiile folosite în document

**Rinita alergică:** este o maladie IgE-determinată a mucoasei nazale, ce se dezvoltă după expoziție de alergene și se manifestă clinic prin rinoreie (eliminări din nas), obstrucție nazală, prurit nazal, strănut.

Factorii principali ce determină dezvoltarea RA: predispoziția ereditară față de atopie și dezvoltarea sensibilizării organismului la alergenele 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 (decongestive, 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.9. 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, din toate grupele etnice, de toate vârstele suferă de această maladie. Conform datelor ARIA (Allergic Rhinitis and its impact on Asthma – grupele 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 0,8–14,9% copii de 6–7 ani și 1,4–39,7% copii de 13–14 ani.

În Republica Moldova rinita alergică la copii de asemenea este în creștere și conform datelor statistice oficiale în 2009 incidența RA la copii a constituit 4,2 la 10 000 de copii; iar prevalența – 5,9 la 10 000.

## B. PARTEA GENERALĂ

<b>B.1. Nivel de asistență medicală primară</b>		
<b>Descriere (măsuri)</b>	<b>Motive (repere)</b>	<b>Pași (modalități și condiții de realizare)</b>
<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>
<b>1. Profilaxia (prevenția)</b>		
<b>1.1. Profilaxia primară a rinitei alergice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaxia prenatală a sensibilizării alergice la moment nu este posibilă. Unicul fapt dovedit și recunoscut este renunțul mamei la fumat în timpul gravidității și după naștere [12];</li> <li>• Profilaxia primară include un șir de măsuri ce au scopul prevenirii apariției RA la copiii cu predispoziție ereditară față de maladii atopice.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentația rațională a gravidei. În caz de prezența reacțiilor alergice din alimentație se exclud alergenele cauzale;</li> <li>• Evitarea fumatului în perioada sarcinii;</li> <li>• Evitarea fumatului pasiv la copii mici ca un factor de sensibilizare timpurie a copilului (în special mama fumătoare);</li> <li>• De exclusiune noxe profesionale din prima lună de graviditate;</li> <li>• Folosirea medicamentelor doar după indicații stricte;</li> <li>• Alăptarea la sân minim până la 4-6 luni, introducerea complementului nu mai devreme de 5-6 luni, excluderea din rațiunea copilului laptelui de vaci;</li> <li>• Reducerea poluării produse de emisiile autovehiculelor;</li> <li>• Prevenirea sensibilizării alergice (a atopiei, ce probabil joacă cel mai important rol în dezvoltarea RA) [7].</li> </ul>
<b>1.2. Profilaxia secundară a rinitei alergice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaxia secundară este orientată asupra copiilor sensibilizați (IgE total mărit, prezența maladiilor alergice) și are drept scop preîntâmpinarea dezvoltării RA [13, 14, 15, 16, 17]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia preventivă cu antihistaminice (<i>caseta 15, 16, 17, anexa 2</i>)</li> <li>• Profilaxia IRA</li> <li>• Programe educaționale (<i>caseta 28</i>)</li> <li>• Eliminarea alergenilor (<i>anexa 1</i>)</li> </ul>
<b>1.2. Profilaxia terțiară a rinitei alergice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaxia terțiară are drept scop prevenirea acutizărilor și progresării RA. [13, 14, 15, 16, 17]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrarea remediilor efective și inofensive (<i>caseta 16, 17</i>)</li> <li>• Eliminarea alergenilor (<i>anexa 1</i>)</li> <li>• Administrarea CSTN cu 1 lună înainte de perioada de înflorire (copiilor &gt; 12 ani)</li> </ul>
<b>2. Screening</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RA trebuie să fie considerată ca un factor de risc al astmului bronșic (în rând cu alți factori de risc);</li> <li>• Se presupune că prevenirea sau tratamentul timpuriu al RA poate preveni apariția AB la copil sau poate micșora severitatea AB.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacienții cu RAP trebuie să fie evaluați pentru excluderea AB (anamneza, examinarea cutiei toracice, spirometria cu testul bronhodilatator) (<i>caseta 11 – Investigații obligatorii</i>)</li> </ul>
<b>3. Diagnostic</b>		

<p>3.1 Suspectarea diagnosticului de RA <b>C.2.3.1-C.2.3.4</b> <b>Algoritmul C.1.1.</b></p>	<p><i>Anamneza</i> permite suspectarea RA la persoanele cu antecedente personale sau familiare de boli alergice (AB, DA, urticarie etc.). <i>Sindromul fizic</i> clasic de obstrucție nazală cronică este semnalat în majoritatea cazurilor. Prezența simptomelor și de <i>conjunctivită</i> alergică permit suspectarea RA. Schimbările depistate în cazul efectuării <i>rinoscopiei nazale anterioare</i> permit suspectarea RA.</p>	<p><b>Obligatoriu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza (<i>caseta 8, 9</i>)</li> <li>• Examenul fizic (<i>caseta 10</i>)</li> <li>• PEF-metria și testul bronhodilatator (pentru pacienții cu RAP)</li> <li>• Evaluarea severității maladii cu aprecierea treptei de tratament (<i>casetele 18, 19, 20, 21, 22</i>)</li> </ul>
<p>3.2. Deciderea consultului specialistului alergolog pentru confirmarea diagnosticului de rinita alergică</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomandarea consultului specialistului pacienților cu RA primar depistată și cu dificultăți de diagnostic (<i>caseta 27</i>)</li> </ul>
<p><b>4.Tratamentul C.2.3.6.</b></p>		
<p><b>4.1. Tratament nefarmacologic</b></p>	<p>Modificarea modului de viață, permite evitarea acutizărilor [13, 14, 15, 16, 17].</p>	<p><b>Obligatoriu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlul mediului – eliminarea alergenului(elor) (dacă e posibil) (<i>anexa 1</i>)</li> <li>• Educația bolnavului și a familiei acestuia (<i>caseta 28</i>)</li> </ul>
<p><b>4.2. Tratament medicamentos</b> <b>Algoritmul C.1.2.</b></p>		
<p>4.2.1. TREAPTA 1</p>	<p>Tratamentul conform acestei trepte se recomandă: pacienților cu RAI evoluție ușoară (sau simptome ocazionale) [1, 2, 3, 4, 8, 9].</p>	<p><b>Medicație</b> <i>În ordine voluntară</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antihistaminice orale (generația II) <i>sau</i></li> <li>• antihistaminice topice nazale <i>sau/și</i></li> <li>• decongestive* <i>sau</i></li> <li>• antileucotriene (<i>caseta 18; anexa 2</i>)</li> </ul>
<p><b>*Notă 1:</b> Decongestivele nu sunt recomandate copiilor de vârstă fragedă din cauza efectelor lor adverse (<i>caseta 23</i>). Copiilor de vârstă mai mare decongestivele sunt recomandate doar 3-7 zile (în caz de folosire îndelungată poate să se dezvolte rinita medicamentoasă). <b>Notă 2:</b> Dacă tratamentul curent (treapta 1) nu asigură controlul RA recomandați tratamentul conform treptei 2 (decizia se va lua peste 2-4 săptămâni).</p>		
<p>4.2.2. TREAPTA 2</p>	<p>Tratamentul conform acestei trepte se recomandă pacienților cu RAI evoluție moderat/severă și pacienților cu RAP evoluție ușoară [1, 2, 3, 4, 8, 9].</p>	<p><b>Medicație</b> <i>În ordine voluntară</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antihistaminice orale (generația II) <i>sau</i></li> <li>• antihistaminice topice nazale <i>sau/și</i></li> <li>• decongestive*</li> </ul>

		<p><i>sau</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CSTN (glucocorticosteroizi topici nazali)</li> </ul> <p><i>sau</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antileucotriene (sau cromone nazale)</li> </ul> <p>(<i>caseta 19; anexa 2</i>)</p>
<p><b>*Notă 1:</b> Decongestivele nu sunt recomandate copiilor de vârstă fragedă din cauza efectelor lor adverse (<i>caseta 23</i>). Copiilor de vârstă mai mare decongestivele sunt recomandate doar 3-7 zile (în caz de folosire îndelungată poate să se dezvolte rinita medicamentoasă).</p> <p><b>Notă 2:</b> 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.</p> <p><b>Notă 3:</b> Atenție deosebită la pacienții ce suferă și de AB – <b>în caz de primire concomitentă a CSI+CSTN poate apărea efectul cumulativ!</b></p> <p><b>Notă 4:</b> Indicați consultul alergologului referitor la posibilitatea petrecerii imunoterapiei specifice (<i>caseta 24</i>).</p>		
4.2.3. TREAPTA 3	<p>Tratamentul conform acestei trepte se recomandă: pacienților cu RAP evoluția moderat/severă, când nu se atinge controlul cu CSTN [1, 2, 3, 4, 8, 9].</p>	<p><b>Medicație</b> <i>În următoarea ordine</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CSTN (glucocorticosteroizi topici nazali)</li> <li>• antihistaminice H<sub>1</sub></li> </ul> <p><i>sau</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antileucotriene (<i>casetele 20; anexa 2</i>)</li> </ul>
<p><b>Notă 1:</b> 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 &gt; 1 lună.</p> <p><b>Notă 2:</b> Atenție deosebită la pacienții ce suferă și de AB – <b>în caz de primire concomitentă a CSI+CSTN poate apărea efectul cumulativ!</b></p> <p><b>Notă 3:</b> Indicați consultul alergologului referitor la posibilitatea petrecerii imunoterapiei specifice (<i>caseta 24</i>).</p>		
4.2.4. TREAPTA 4	<p>Tratamentul conform acestei trepte se recomandă: pacienților cu RAP evoluția moderat/severă, la care tratamentul cu CSTN și antihistaminice (generația II) nu au asigurat controlul RA. E necesar de precizat diagnosticul, de revăzut complianța, de exclus infecții sau alte cauze [1, 2, 3, 4, 8, 9].</p>	<p><b>Medicație</b> <i>Ca la treapta 3 +</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de mărit dozele CSTN (glucocorticosteroizi topici nazali)</li> <li>• în caz de rinoree – anticolinergice nazale</li> <li>• în caz de obstrucție nazală – decongestive* sau glucocorticosteroizi oral (cură scurtă)</li> </ul> <p>(<i>casetele 21; anexa 2</i>)</p>
<p><b>*Notă 1:</b> Decongestivele nu sunt recomandate copiilor de vârstă fragedă din cauza efectelor lor adverse (<i>caseta 23</i>). Copiilor de vârstă mai mare decongestivele sunt recomandate doar 3-7 zile (în caz de folosire îndelungată poate să se dezvolte rinita medicamentoasă).</p> <p><b>Notă 2:</b> Atenție deosebită la pacienții ce suferă și de AB – <b>în caz de primire concomitentă a CSI+CSTN poate apărea efectul cumulativ!</b></p> <p><b>Notă 3:</b> Indicați consultul alergologului referitor la posibilitatea petrecerii imunoterapiei specifice (<i>caseta 24</i>).</p> <p><b>Notă 4:</b> Folosirea glucocorticosteroizilor sistemici orali la copii micșorează simptomele RA, dar, având în vedere posibilitatea apariției reacțiilor adverse, e de dorit să fie evitată (<i>caseta 23</i>).</p> <p><b>Notă 5:</b> În caz de ineficiența tratamentului conform treptei 4 recomandați consultul chirurgului (e posibilă intervenția chirurgicală) (<i>caseta 25</i>).</p>		
<p><b>Notă generală:</b> Dacă pacientul cu RA prezintă și conjunctivită alergică, la tratament de adăugat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antihistaminice H<sub>1</sub> orale</li> <li>• sau antihistaminice H<sub>1</sub> în sacul conjunctival</li> <li>• sau cromone în sacul conjunctival</li> </ul>		
<p><b>5. Supravegherea C.2.3.7.</b></p>		



5.1 Supravegherea cu reevaluarea treptei de tratament RA		<b>Obligatoriu</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>RA controlată <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ II vizită - peste 2-4 săptămâni</li> <li>✓ III vizită - peste 1-3 luni</li> <li>✓ Următoarele vizite – o dată în 6 luni (<i>caseta 18, 19, 20, 21, 22, 26</i>)</li> </ul> </li> </ul>
5.2 Deciderea schimbării treptei		<ul style="list-style-type: none"> <li>Conform recomandărilor de majorare sau micșorare a treptei (<i>algoritmul 2</i>), după consultul medicului specialist</li> </ul>
<b>6. Recuperarea</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Conform programelor existente de recuperare și recomandărilor specialiștilor</li> </ul>

### B.2. Nivelul consultativ specializat de ambulator (alergolog)

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Diagnostic</b>		
1.1. Confirmarea diagnosticului de RA și aprecierea treptei de tratament  C.2.3.1. - C.2.3.4. Algoritmul C.1.1	<p>Anamneza permite suspectarea RA la persoanele cu antecedente personale sau familiare de boli alergice (AB, DA, urticarie etc.).</p> <p>Sindromul fizic clasic de obstrucție nazală cronică este semnalat în majoritatea cazurilor.</p> <p>Prezența simptomelor și de conjunctivită alergică permit suspectarea RA.</p> <p>Schimbările depistate în cazul efectuării rinoscopiei nazale anterioare permit suspectarea RA.</p>	<b>Obligatoriu</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anamneza (<i>caseta 8, 9</i>)</li> <li>Examenul fizic (<i>caseta 10</i>)</li> <li>Examenul paraclinic (<i>caseta 11</i>) <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Rinoscopia anterioară</li> <li>✓ Testele cutanate cu alergene sau</li> <li>✓ IgE serice specifice cu alergene</li> </ul> </li> <li>Diagnosticul diferențial (<i>caseta 12</i>)</li> <li>Evaluarea severității maladiei cu aprecierea treptei de tratament (<i>casetele 18–21; algoritmul 2</i>)</li> </ul> <b>Recomandat</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aprecierea nivelului IgE serice totale</li> <li>Examinarea frotiului din cavitatea nazală (depistarea eozinofilelor)</li> <li>Testele de provocare cu alergene (în secția de alergologie)</li> <li>Radiografia (sau TC) a sinusurilor paranazale (se petrece la suspexie la sinusită)</li> <li>Endoscopia nazală/nazofaringeană (se indică după consultul medicului ORL pentru excluderea altor cauze de obstrucție nazală – corp străin, deviația septului nazal etc.)</li> </ul>
<b>2. Tratamentul la domiciliu va fi efectuat sub supravegherea medicului de familie</b>		
C.2.3.6.		
2.1 Tratament nefarmacologic	Modificarea modului de viață, permite evitarea acutizărilor [13, 14, 15, 16, 17].	<b>Obligatoriu</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Controlul mediului – eliminarea alergenului(elor) (dacă e posibil) (<i>anexa 1</i>)</li> <li>Educația bolnavului și a familiei acestuia (<i>caseta 28</i>)</li> </ul>

<b>2.2 Tratament medicamentos</b> <b>Algoritmul C.1.2.</b>		
4.2.1. TREAPTA 1	Tratamentul conform acestei trepte se recomandă: pacienților cu RAI evoluție ușoară (sau simptome ocazionale) [1, 2, 3, 4, 8, 9].	<p><b>Medicație</b> <i>În ordine voluntară</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antihistaminice orale (generația II) <i>sau</i></li> <li>• antihistaminice topice nazale <i>sau/și</i></li> <li>• decongestive* <i>sau</i></li> <li>• antileucotriene (<i>caseta 18; anexa 2</i>)</li> </ul>
<p><b>*Notă 1:</b> Decongestivele nu sunt recomandate copiilor de vârstă fragedă din cauza efectelor lor adverse (<i>caseta 23</i>). Copiilor de vârstă mai mare decongestivele sunt recomandate doar 3-7 zile (în caz de folosire îndelungată poate să se dezvolte rinita medicamentoasă).</p> <p><b>Notă 2:</b> Dacă tratamentul curent (treapta 1) nu asigură controlul RA recomandați tratamentul conform treptei 2 (decizia se va lua peste 2-4 săptămâni).</p>		
4.2.2. TREAPTA 2	Tratamentul conform acestei trepte se recomandă pacienților cu RAI evoluție moderată/severă și pacienților cu RAP evoluție ușoară [1, 2, 3, 4, 8, 9].	<p><b>Medicație</b> <i>În ordine voluntară</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antihistaminice orale (generația II) <i>sau</i></li> <li>• antihistaminice topice nazale <i>sau/și</i></li> <li>• decongestive* <i>sau</i></li> <li>• CSTN (glucocorticosteroizi topici nazali) <i>sau</i></li> <li>• antileucotriene (sau cromone nazale)</li> </ul> <p><i>La necesitate</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• imunoterapia specifică (<i>caseta 19; anexa 2</i>)</li> </ul>
<p><b>*Notă 1:</b> Decongestivele nu sunt recomandate copiilor de vârstă fragedă din cauza efectelor lor adverse (<i>caseta 23</i>). Copiilor de vârstă mai mare decongestivele sunt recomandate doar 3-7 zile (în caz de folosire îndelungată poate să se dezvolte rinita medicamentoasă).</p> <p><b>Notă 2:</b> 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.</p> <p><b>Notă 3:</b> Atenție deosebită la pacienții ce suferă și de AB – <b>în caz de primire concomitentă a CSI+CSTN poate apărea efectul cumulativ!</b></p>		
4.2.3. TREAPTA 3	Tratamentul conform acestei trepte se recomandă: pacienților cu RAP evoluția moderată/severă, când nu se atinge controlul cu CSTN [1, 2, 3, 4, 8, 9].	<p><b>Medicație</b> <i>În următoarea ordine</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CSTN (glucocorticosteroizi topici nazali)</li> <li>• antihistaminice H<sub>1</sub> <i>sau</i></li> <li>• antileucotriene</li> </ul> <p><i>La necesitate</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• imunoterapia specifică (<i>caseta 20; anexa 2</i>)</li> </ul>
<p><b>Notă 1:</b> 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 &gt; 1 lună.</p> <p><b>Notă 2:</b> Atenție deosebită la pacienții ce suferă și de AB – <b>în caz de primire concomitentă a CSI+CSTN poate apărea efectul cumulativ!</b></p>		

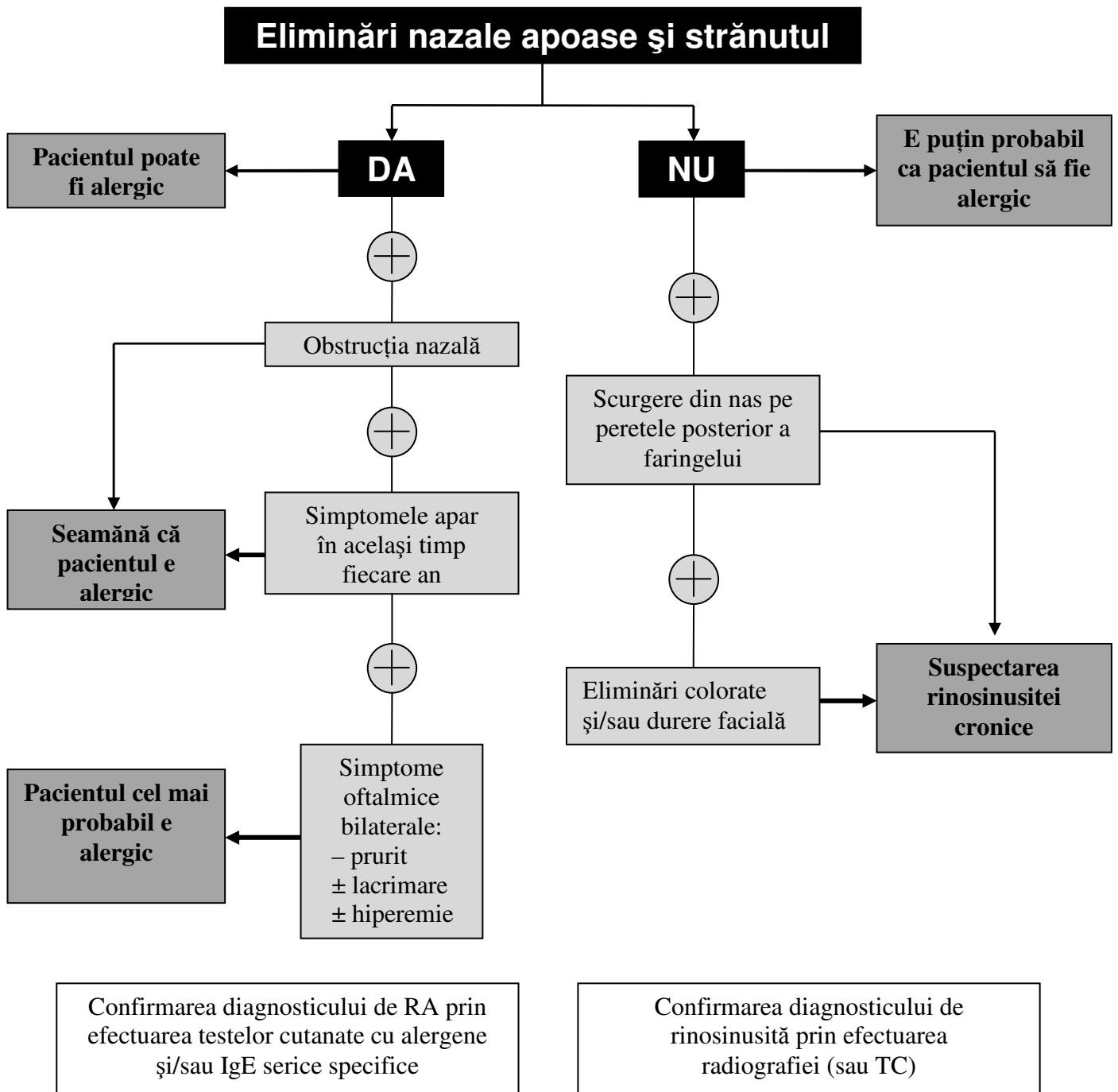
4.2.4. TREAPTA 4	<p>Tratamentul conform acestei trepte se recomandă: pacienților cu RAP evoluția moderat/severă, la care tratamentul cu CSTN și antihistaminice (generația II) nu au asigurat controlul RA.</p> <p>E necesar de precizat diagnosticul, de revăzut complianța, de exclus infecții sau alte cauze [1, 2, 3, 4, 8, 9].</p>	<p><b>Medicație</b>  <i>Ca la treapta 3 +</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de mărit dozele CSTN (glucocorticosteroizi topici nazali)</li> <li>• în caz de rinoree – anticolinergice nazale</li> <li>• în caz de obstrucție nazală – decongestive* sau glucocorticosteroizi orali (cură scurtă)</li> </ul> <p><i>La necesitate</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• imunoterapia specifică (<i>caseta 21; anexa 2</i>)</li> </ul>
<p><b>*Notă 1:</b> Decongestivele nu sunt recomandate copiilor de vârstă fragedă din cauza efectelor lor adverse (<i>caseta 23</i>). Copiilor de vârstă mai mare decongestivele sunt recomandate doar 3-7 zile (în caz de folosire îndelungată poate să se dezvolte rinita medicamentoasă).</p> <p><b>Notă 2:</b> Atenție deosebită la pacienții ce suferă și de AB – <b>în caz de primire concomitentă a CSI+CSTN poate apărea efectul cumulativ!</b></p> <p><b>Notă 3:</b> Folosirea glucocorticosteroizilor sistemici orali la copii micșorează simptomele RA, dar, având în vedere posibilitatea apariției reacțiilor adverse, e de dorit să fie evitată (<i>caseta 23</i>).</p> <p><b>Notă 4:</b> În caz de ineficiența tratamentului conform treptei 4 recomandați consultul chirurgului (e posibilă intervenția chirurgicală) (<i>caseta 25</i>).</p>		
<p><b>Notă generală:</b> Dacă pacientul cu RA prezintă și conjunctivită alergică, la tratament de adăugat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antihistaminice H<sub>1</sub> orale</li> <li>• sau antihistaminice H<sub>1</sub> în sacul conjunctival</li> <li>• sau cromone în sacul conjunctival</li> </ul>		
<p><b>5. Supravegherea C.2.3.7</b></p>		
5.1 Supravegherea cu reevaluarea treptei de tratament RA		<p><b>Obligatoriu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RA controlată</li> <li>✓ II vizită - peste 2-4 săptămâni</li> <li>✓ III vizită - peste 1-3 luni</li> <li>✓ Următoarele vizite – o dată în 6 luni (<i>caseta 26</i>)</li> </ul>
5.2 Deciderea schimbării treptei		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conform recomandărilor de majorare sau micșorare a treptei (<i>algoritmul 2</i>), după consultul medicului specialist</li> </ul>
<b>6. Recuperarea</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conform programelor existente de recuperare și recomandărilor specialiștilor</li> </ul>

**B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească**

**Indicații pentru spitalizare nu sunt – tratamentul se petrece în condiții de ambulator.**

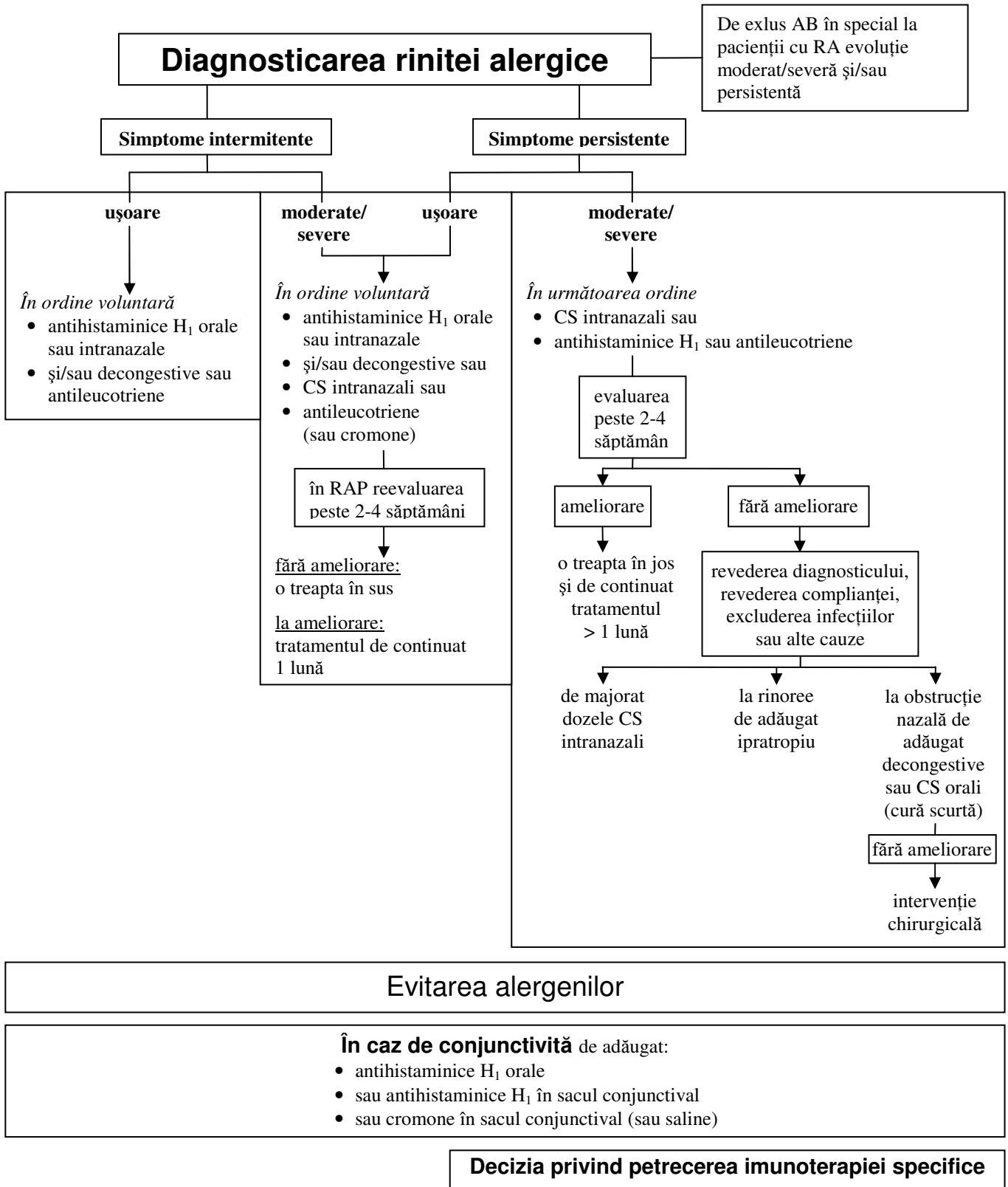
## C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

### C 1.1. Algoritm de diagnostic al rinitei alergice\*



\* Acest algoritm nu se aplică la copiii preșcolari

## C1.2. Algoritm de tratament al rinitei alergice



### Evitarea alergenilor

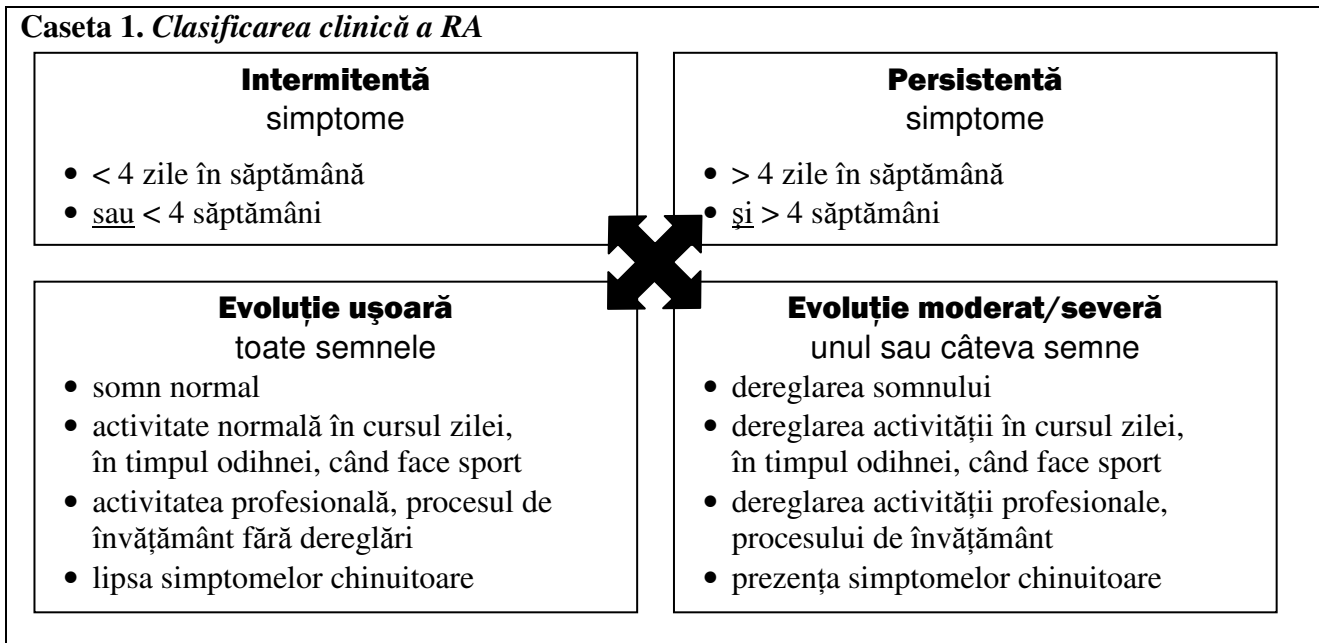
**În caz de conjunctivă** de adăugat:

- antihistaminice H<sub>1</sub> orale
- sau antihistaminice H<sub>1</sub> în sacul conjunctival
- sau cromone în sacul conjunctival (sau saline)

### Decizia privind petrecerea imunoterapiei specifice

## C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

### C.2.1 Clasificarea clinică a rinitei alergice



**Caseta 2. Particularitățile evoluției rinitei alergice la copii**

- Deseori afectarea mucoasei nazale se asociază cu afectarea mucoasei sinusurilor paranasale, 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 alergenele 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 alergenele 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 5-6 luni. De exclus din rațiunea copilului laptele de vaci.
- Reducerea poluării produsă de emisiile autovehiculelor.

### **Caseta 5. Profilaxia secundară a RA**

- Controlul mediului.
- Evitarea contactului cu alergenul (alergene) cauzal.
- Terapie preventivă cu antihistaminice.
- Imunoterapia specifică.
- Profilaxia IRA ca trigger'ul 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 suspecția 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:

- ✓ eliminări apoase din nas
- ✓ strănut mai ales în accese
- ✓ obstrucția nazală
- ✓ prurit nazal
- ✓ ± 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:
  - ✓ dereglată – dereglarea somnului; dereglarea activității în cursul zilei, în timpul odihnei, când face sport; dereglarea activității profesionale, procesului de învățământ; prezența simptomelor chinuitoare;
  - ✓ 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 alergene sau IgE serice specifice (analiza imunofermenativă) (alergolog)
- Pacienților cu RAP (cu scopul excluderii astmului bronșic):
  - ✓ examenul fizic al cutiei toracice
  - ✓ spirometrie sau PEF-metrie
  - ✓ testul cu bronhodilatator

##### **Investigații recomandate**

- 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 alergene (alergolog)

#### **Rinoscopia anterioară**

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



**Testele cutanate cu aplicarea alergenilor**

- ✓ 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)

**Tabelul 1. Aprecierea reacției alergice prin testul cutanat de scarificare**

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 analizei imunofermentative**

- ✓ permite depistarea nivelului de IgE specifice cu diferite alergene „in vitro”. Poate înlocui sau completa testele cutanate cu alergene. 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**

- ✓ permite aprecierea severității și reversibilității obstrucției bronșice
- ✓ 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  $\beta_2$ -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

**Probele de provocare cu alergene**

- ✓ se utilizează ocazional în practica clinică. Pot fi folosite în diagnosticarea RA profesională

### 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, decongestive, inspirația cocainei etc.)
- rinite profesionale (se întâlnesc mai frecvent la maturi, pot fi atât alergice cât și non-alergice)
- rinite cauzate de schimbări hormonale (pubertat, 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.

#### Caseta 13. Diagnosticul diferențial al RA cu rinita vasomotorie:

**Rinita vasomotorie** – este o rinită non-alergică persistentă cauzată de disfuncții vasculare sau/și neurologice ale mocoasei nazale. Obstrucția nazală și eliminările din nas apar ca răspuns la schimbările de temperatură, umiditate, presiune atmosferică, mirosuri (parfum, fum de țigară etc.), stres.

criterii clinice	Rinita alergică	Rinita vasomotorie
Anamneza	Apare din vârstă fragedă	Apare la 50-60 ani (90%femei)
Contactul cu alergenul cauzal	Polenul, praful de casă etc.	Alergenul nu se depistează
Dependența de sezon	Poate avea caracter sezonier	Schimbări sezoniere nu sunt caracteristice
Efectul eliminării	Este prezent	Lipsește
Alte maladii alergice	Deseori sunt prezente	Lipsesc
Predispoziție ereditară	Deseori e prezentă	Lipsește
Alte criterii	Defectele anatomice se depistează rar Frecvent se asociază cu AB, DA, urticaria alergică	Dezvoltarea rinitei este deseori anticipată de folosirea îndelungată a decongestivelor, prezența deviației sau defectului septului nazal
Rinoscopia	Mucoasa este roz-pală între acutizări și edemată, cianotică la acutizare	Mucoasa hipertrofiată, cianotică, petele Voyagek
Testele cutanate	Pozitive cu alergene cauzale	Negative
Eozinofilia în sânge	Deseori prezentă	Lipsește
IgE total în sânge	Mărit	Norma
Efectul la antihistaminice/CSTN	Evident pozitiv	Lipsește sau e mai puțin pronunțat (glucocorticoizii pot fi efectivi la această maladie)

**C.2.3.5. Criteriile de spitalizare – nu sunt (tratamentul RA se petrece în condiții de ambulator)**

**C.2.3.6. Tratamentul**

**Caseta 14. Măsurile terapeutice în tratamentul RA**

- Eliminarea alergenelor (anexa 1)
- Tratamentul medicamentos (casetele 15, 18, 19, 20, 21, 22)
- Imunoterapia specifică (caseta 24; tabele 1, 2)
- Educația pacientului (caseta 28)

**Caseta 15. Principiile terapiei medicamentoase ale RA (conform ARIA 2008)**

Se recomandă

- **Remedii antihistaminice generația 2**
- Antihistaminice topice (conjunctivită, rinită)
- **Corticoizi intranazali –cele mai eficiente remedii ale rinitei alergice**
- Cromone topice (efect neesențial, înalt inofensive)
- Antileucotriene (doar la rinita sezonieră de la 6 ani)
- Ipratropium intranasal la rinoree manifestă (nu e înregistrat în RM)
- Decongestive – cură scurtă la obstrucție nazală
- **Respectarea principiilor terapiei în trepte**

**Caseta 16. Cerințele de bază ale EAACI-ARIA către eficacitatea remediilor antihistaminice H<sub>1</sub>**

- Blocadă selectivă și evidentă a H<sub>1</sub>- receptorilor
- Efect rapid și marcat antialergic
- Durată de acțiune prelungită (administrare o dată în 24 ore)
- Lipsa efectului de tahifilaxie (lipsa necesității de a schimba preparatul)
- Eficiență demonstrată în toate formele de rinită alergică, inclusiv formele persistente
- Eficiență demonstrată la obturația nazală și alte simptome ale bolii
- Eficiență demonstrată la copiii de vârstă fragedă și persoanele în etate
- Efect pozitiv asupra evoluției astmului bronșic

**Caseta 17. Cerințele de bază ale EAACI-ARIA către inofensivitatea remediilor antihistaminice H<sub>1</sub>**

- Lipsa acțiunii colinolitice
- Lipsa efectelor cardiotoxice
- Lipsa efectului sedativ și de deprimare a funcțiilor cognitive
- Lipsa activității negative asupra evoluției altor maladii
- Eficiență demonstrată la copiii de vârstă fragedă și persoanele în etate
- Inofensivi privitor creșterea greutatei corporale
- Lipsa interacțiunii cu alimentele, alte grupuri de medicamente, sistema citocromului P 4503A (CYP3A)

### Caseta 18. *Tratamentul RA conform treptei 1*

- Tratamentul conform acestei trepte se recomandă: pacienților cu RAI evoluție ușoară (sau simptome ocazionale)
- Medicație:

*În ordine voluntară*

- ✓ antihistaminice orale (generația II)  
*sau*
- ✓ antihistaminice topice nazale  
*sau/și*
- ✓ decongestive\*  
*sau*
- ✓ antileucotriene

\* Decongestivele nu sunt recomandate copiilor de vârstă fragedă din cauza efectelor lor adverse (*caseta 23*).

Copiii de vârstă mai mare decongestivele sunt recomandate doar 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 19. *Tratamentul RA conform treptei 2*

- Tratamentul conform acestei trepte se recomandă pacienților cu RAI evoluție moderat/severă și pacienților cu RAP evoluție ușoară
- Medicație:

*În ordine voluntară*

- ✓ antihistaminice orale (generația II)  
*sau*
- ✓ antihistaminice topice nazale  
*sau/și*
- ✓ decongestive\*  
*sau*
- ✓ CSTN (glucocorticosteroizi topici nazali)  
*sau*
- ✓ antileucotriene (sau cromone nazale)

*La necesitate*

- ✓ imunoterapia specifică

\* Decongestivele nu sunt recomandate copiilor de vârstă fragedă din cauza efectelor lor adverse (*caseta 23*). Copiii de vârstă mai mare decongestivele 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 primire concomitentă a CSI+CSTN poate apărea efectul cumulativ!**

### Caseta 20. *Tratamentul RA conform treptei 3*

- Tratamentul conform acestei trepte se recomandă: pacienților cu RAP evoluția moderat/severă, când nu se atinge controlul cu CSTN
- Medicație:

*În următoarea ordine*

- ✓ CSTN (glucocorticosteroizi topici nazali)
- ✓ antihistaminice H<sub>1</sub>  
*sau*

- ✓ antileucotriene

*La necesitate*

- ✓ 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 primire concomitentă a CSI+CSTN poate apărea efectul cumulativ!**

### **Caseta 21. Tratamentul RA conform treptei 4**

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

*Ca la treapta 3*

+

- ✓ de mărit dozele de CSTN (glucocorticosteroizi topici nazali)
- ✓ în caz de rinoree – anticolinergice nazale
- ✓ în caz de obstrucție nazală – decongestive\* sau glucocorticosteroizi orali (cură scurtă)

*La necesitate*

- ✓ imunoterapia specifică

\* Decongestivele nu sunt recomandate copiilor de vârstă fragedă din cauza efectelor lor adverse (*caseta 23*). Copiilor de vârstă mai mare decongestivele 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 primire concomitentă a CSI+CSTN poate apărea efectul cumulativ!**

Folosirea glucocorticosteroizilor sistemici orali la copii micșorează simptomele RA, dar, având în vedere posibilitatea apariției reacțiilor adverse, e de dorit să fie evitată (*caseta 23*).

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

### **Caseta 22. Tratamentul conjunctivitei alergice asociate**

- Dacă pacientul cu RA prezintă și conjunctivită alergică, la tratament de adăugat:
  - ✓ antihistaminice H<sub>1</sub> orale
  - ✓ sau antihistaminice H<sub>1</sub> în sacul conjunctival
  - ✓ sau cromone în sacul conjunctival

### **Caseta 23. Efecte adverse ale medicamentelor folosite în tratamentul RA**

- Efecte adverse ale **antihistaminicelor H<sub>1</sub> generația I**: somnolență, vertijii, slăbiciune, deprimarea funcțiilor cognitive, creșterea greutateii corporale, uscăciunea mucoaselor, grețuri etc.
- Efecte adverse ale **antihistaminicelor H<sub>1</sub> 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 **CSTN**: 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 **decongestivelor**: neliniște, palpitații, cefalee, grețuri, uscăciunea și iritarea mucoaselor, eliminări abundente, majorarea edemului mucoasei nazale, rinita medicamentoasă, tahifilaxie.
- Efecte adverse ale **antileucotrienelor**: dispepsie, diaree, cefalee, ridicarea nivelului enzimelor hepatice, foarte rar – sindromul Churg-Strauss (rinită, sinusită, semne de astm bronșic).
- Efecte adverse ale **cromonelor**: practic nu există.

**Caseta 24. Imunoterapia specifică**

- Este indicată numai în perioada când rinita alergică este controlată
- Se indică pacienților cu sensibilizare la polen și acarieni prafului de casă; cu un efect mai puțin pronunțat în caz de sensibilizare la alergenele mușcăiului și animalelor
- Injectarea alergenului cauzal în diluții 1:100000, 1:10000 și 1:1000 se face în fiecare zi sau peste o zi
- Următoarele injecții în 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 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

**Tabelul 2. Schema imunoterapiei specifice cu alergene**

Diluția alergenului standard	Doza administrată subcutan (ml)
1:100000	0,1; 0,2; 0,4; 0,8
1:10000	0,1; 0,2; 0,4; 0,8
1:1000	0,1; 0,2; 0,4; 0,8
1:100	0,1; 0,2; 0,3; 0,4; 0,5; 0,6; 0,7; 0,8; 0,9; 1,0
1:10	0,1; 0,2; 0,3; 0,4; 0,5; 0,6; 0,7; 0,8; 0,9; 1,0

**Caseta 25. 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 intranasală
- 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 26. Supravegherea pacienților cu RA**

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

**Caseta 27. 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 alergene 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 28. 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

<b>D1. Instituțiile de asistență medicală primară</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medic de familie</li> <li>• asistenta medicului de familie</li> <li>• laborant</li> </ul>
	<b>Dispozitive medicale:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fonendoscop</li> <li>• PEF-metru</li> </ul>
	<b>Medicamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antihistaminice orale generația III (Levocetirizină, Dezloratadină), generația II (Cetirizină, Loratadină, Terfenadină etc.), generația I (Dimetinden, Clorofeniramină, Quifenadină, Clemastină etc.)</li> <li>• Antihistaminice topice nazale (Azelastină, Levocabastină)</li> <li>• Inhibitor al degranulării mastocitelor (Ketotifen)</li> <li>• Decongestive topice (Nafazolină, Oximetazolină, Xilometazolină)</li> <li>• CSTN (Beclometasonă, Budesonid, Fluticasonă propionat, Mometazon furoat etc.)</li> <li>• Glucocorticosteroizi orali (Dexametason, Metilprednisolon, Prednisolon)</li> <li>• Cromone topice: intranazal, în sacul conjunctival (Cromoglicat disodic, Nedocromil)</li> <li>• Anticolinergice intranazale (*Ipratropiu bromid)</li> <li>• Antileucotriene (Montelukast, *Zafirlucast)</li> </ul>
<b>D2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulator</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medic alergolog</li> <li>• medic ORL</li> <li>• medic oftalmolog</li> <li>• medic funcționalist</li> <li>• medic de laborator</li> <li>• asistente medicale</li> </ul>
	<b>Dispozitive medicale:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fonendoscop</li> <li>• utilaj pentru efectuarea riniscopiei anterioare: sursa de lumină, oglindă frontală, specula nazală, spatulă</li> <li>• PEF-metru</li> <li>• spirograf</li> <li>• aparat și reactive pentru parametrilor sistemului imun</li> <li>• alergene de diagnostic (de menaj, polen, alimentare, fungice, epidermale etc.)</li> </ul>
	<b>Medicamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antihistaminice orale generația III (Levocetirizină, Dezloratadină), generația II (Cetirizină, Loratadină, Terfenadină etc.), generația I (Dimetinden, Clorofeniramină, Quifenadină, Clemastină etc.)</li> <li>• Antihistaminice topice nazale (Azelastină, Levocabastină)</li> <li>• Inhibitor al degranulării mastocitelor (Ketotifen)</li> <li>• Decongestive topice (Nafazolină, Oximetazolină, Xilometazolină)</li> <li>• CSTN (Beclometasonă, Budesonid, Fluticasonă propionat, Mometazon furoat etc.)</li> <li>• Glucocorticosteroizi orali (Dexametason, Metilprednisolon, Prednisolon)</li> <li>• Cromone topice: intranazal, în sacul conjunctival (Cromoglicat disodic, Nedocromil)</li> <li>• Anticolinergice intranazale (*Ipratropiu bromid)</li> <li>• Antileucotriene (Montelukast, *Zafirlucast)</li> </ul>

\* - 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 <i>rinoscopia anterioară, testele cutanate cu alergene sau aprecierea IgE specifice</i> , 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 <i>rinoscopia anterioară, testele cutanate cu alergene sau aprecierea IgE specifice</i> , 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

## ANEXE

### Anexa 1. Triggerii rinitei alergice

<i>Triggeri</i>	<i>Elemente de anamneză sugestivă</i>	<i>Metode de evitare</i>
Substanțe din praful de casă care provoacă alergii (sunt foarte mici, invizibile cu ochiul liber)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• apariția/agravarea simptomelor RA în case cu covoare persane/mochete groase, draperii, mobilă tapițată, biblioteci cu cărți vechi; <b>în special în dormitor!!</b></li> </ul>	<p><b>Recomandări:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• spălarea săptămânală a lenjeriei de pat și păturilor în apă fierbinte și uscarea lor în uscător fierbinte sau la soare</li> <li>• îmbrăcarea pernelor și cuverturii în huse impermeabile la acarieni</li> <li>• scoaterea covoarelor/mochetelor și draperiilor din dormitor</li> <li>• înlocuirea covoarelor cu linoleum sau parchet, în special în dormitoare</li> <li>• în locul mobilierului tapițat, utilizarea vinilinei, pielii sau mobilei din lemn simplu</li> <li>• utilizarea aspiratoarelor cu filtru</li> </ul>
Substanțe din blana animalelor care provoacă alergii	<ul style="list-style-type: none"> <li>• apariția/agravarea maladiei după luarea în casă (și în special în dormitor) a unei pisici, câine sau rozătoare mici (hamster etc.)</li> </ul>	<p><b>Recomandări:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de îndepărtat animalul incriminat din casă sau cel puțin din dormitor</li> </ul> <p>ATENȚIE: alergenii proveniți de la pisică pot persista în casă timp de 6 luni!!!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• În cazul păstrării animalului incriminat spălarea acestuia cât mai frecventă</li> </ul>
Alimente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la bolnavii cu alergie la polen problema alergiei alimentare este actuală din cauza existenței la ei a alergiei încrucișate la alimente (spre exemplu, alergia la polenul mesteacănului și alergia la mere)</li> </ul>	<p><b>Recomandări:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de exclus din alimentație aceste produse</li> </ul>
Substanțe de la gândacii de bucătărie care provoacă alergii	<ul style="list-style-type: none"> <li>• existența a numeroși gândaci în locuința pacientului</li> </ul>	<p><b>Recomandări:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• efectuarea curățeniei</li> <li>• de utilizat aerosol pesticid - însă doar atunci când pacientul nu este acasă</li> </ul>
Polen și mucegai din exterior	<ul style="list-style-type: none"> <li>• existența de suprafețe acoperite de mucegai în casa pacientului</li> <li>• RA sezonieră (apariția/agravarea simptomelor într-o anumită perioadă a anului, în special după ploaie), deseori asociat cu astm bronșic sezonier</li> </ul>	<p><b>Recomandări:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• schimbarea locului de trai</li> <li>• aflarea în casă când nivelul de polen este extrem de ridicat</li> </ul>

**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
<i>Medicamentele antihistaminice sistemice</i>				
<b>Antihistaminice generația 1</b>				
Clorfeniramină	Comprimate 25 mg; sol. în fiole 2%-1ml și 2%-2 ml	1 lună-1 an: 2-5 mg; 1-6 ani: 5-15 mg; 6-12 ani: 15-25 mg; Intramuscular 0,5-1 mg/kg	2-3	1 lună
Clemastină	Comprimate 1 mg; sol. în fiole 0,1%-2 ml	1-6 ani: 0,25 mg; 6-12 ani: 0,5 mg; > 12 ani: 1 mg	2	1 an
Dimetinden	Picături pentru uz intern 0,1%-10 ml	1 lună-1 an: 3-10 picături; 1-3 ani: 10-15 picături; > 3 ani: 15-20 picături	3 ori	1 lună
Quifenadină	Comprimate 10 mg, 25 mg; pulbere pentru uz intern 1 mg	1-3 ani: 5 mg; 3-7 ani: 10 mg; 7-12 ani: 10-15 mg; > 12 ani: 25 mg	2-3	1 an
<b>Antihistaminice generația 2</b>				
Cetirizină	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
Loratadină	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
Acrivastină	Comprimate (capsule) 8 mg	> 12 ani: 8 mg	3	12 ani
<b>Antihistaminice generația 3</b>				
Levocetirizină	Picături pentru uz intern 0,5%-20 ml; comprimate 5 mg	2- 6 ani: 5 pic. 2 ori; > 6 ani: 1 compr. sau 20 pic. o dată	1-2	2 ani
Dezloratadină	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

Fexofenadin	Comprimate 30 mg, 120 mg, 180 mg	6-12 ani: 30 mg; > 12 ani: 120mg sau 180 mg	2 1	6 ani
<b>Inhibitor al degranulării mastocitelor</b>				
Ketotifen	Comprimate 1 mg; sirop 0,2 mg/ml – 100 ml	< 3 ani: 0,5 mg; > 3 ani: 1 mg	2	6 luni
<b>Antihistaminicele H<sub>1</sub> topice (intranazal, în sacul conjunctival)</b>				
Azelastină	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
Levocabastină*	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
<b>Glucocorticoizi</b>				
<b>Glucocorticoizi sistemici</b>				
Metilprednisolon	Comprimate 4 mg; sol. în fiole 4%-1 ml	0,25-2 mg/kg/zi	1-3	0 luni
Prednisolon	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
Dexametason	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
<b>Glucocorticoizi topici nazali</b>				
Beclometason dipropionat **	Aerosol nazal 50 mkg (1 puf)	2 pufuri în fiecare vestibul nazal	2	6 ani
Budesonid**	Aerosol nazal 50 mkg (1 puf)	1 puf în fiecare vestibul nazal (doza maximă 200 mkg)	1	6 ani
Fluticason propionat	Aerosol nazal 50 mkg (1 puf)	4-11 ani 1 puf în fiecare vestibul nazal	1	4 ani
Mometazon furoat	Aerosol nazal 50 mkg (1 puf)	1 puf în fiecare vestibul nazal	1	2 ani
<b>Cromone topice (intranazal, în sacul conjunctival)</b>				
Cromoglicat disodic	Aerosol nazal 2%-15 ml; picături oftalmice 2%- 2 ml, 4%-2 ml	1 puf în fiecare vestibul nazal; 1 picătură în fiecare sac conjunctival	4	6 ani

<b>Decongestive topice intrnazale</b>				
Nafazolină	Aerosol 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	3-4	0,025% - de la 1 an; 0,05% și 0,1% - de la 12 ani
Oximetazolină	Aerosol nazal 0,05% - 15 ml; picături nazale 0,01%-10 ml, 0,05%-10 ml	1 puf în fiecare vestibul nazal; 1-2 picături în fiecare vestibul nazal	2-3	12 ani
Fenilefrină	Picături nazale 0,0125%-10 ml, 0,5%-10 ml	1-2 picături în fiecare vestibul nazal	2-3	0,0125% - de la 0 ani; 0,5% - de la 12 ani
<b>Anticolinergice intrnazale</b>				
Ipratropiu bromid*	Aerosol nazal 20 mkg (1 puf)	2-3 pufuri în fiecare parte a nasului	3	12 ani
<b>Antileucotriene</b>				
Montelukast	comprimate 4;5;10 mg	2-6 ani – 4 mg/zi; 6-12 ani – 5 mg/zi; >12 ani – 10 mg/zi	1	2 ani
*Zafirlucast	comprimate 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** \_\_\_\_\_

<b>Factorii evaluați</b>	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. 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 alergene 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 (ESEȚIALI) 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** (includ 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:

- ✓ 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 mobilierului din lemn simplu
- ✓ utilizarea aspiratoarelor cu filtru

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

Se recomandă:

- ✓ De îndepărtat animalul incriminat din casă sau cel puțin din dormitor.
- ✓ 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!!!**)
- ✓ În cazul păstrării animalului incriminat spălarea acestuia cât mai frecventă.
- ✓ Nu vizitați cu copilul grădina zoologică, circul și case unde sunt animale.
- ✓ Nu procurați și nu folosiți pentru copil îmbrăcăminte din blana animalelor.

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

Se recomandă:

- ✓ În perioada înfloririi plantelor cauzale nu organizați plimbări în parc, odihnă la pădure.
- ✓ 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.
- ✓ În timpul plimbării folosiți ochelarii de soare, când veniți acasă spălați mucoasele ochilor și nasului, spălați părul, primiți un duș.
- ✓ Efectuați zilnic curățenie umedă în apartament.
- ✓ Nu folosiți cosmetice, fitopreparate, adausuri alimentare, ce conțin polen și extracte din plante.

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

Se recomandă:

În apartament

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

În afară apartamentului

- ✓ 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):

- De generația I: Clorfeniramină, Clemastină, Dimetinden

! **ATENȚIE! De folosit cu precauție un timp scurt de 5-7 zile din cauza reacțiilor posibile adverse (somniață, scăderea atenției, inhibarea funcțiilor cognitive)**

- De generația II: Cetirizină, Loratadină, Dezloratadin, Fexofenadin, Acrivastin etc.

- De generația III: Levocetirizină, Dezloratadină, Fexofenadin.

! **Nota bene: Pot fi folosite un timp îndelungat, nu au efect sedativ. Pot fi combinate cu cromone intranazale.**

- **Preparate antihistaminice topice (locale):** Azelastină, Levocabastină.

- 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.

- *Inhibitor al degranulării mastocitelor*: Ketotifen
- *Decongestive topice (locale) - vasoconstrictoare*: Nafazolină, Oximetazolină, Fenilefrină.
  - Se utilizează în perioada acută a rinitei alergice în combinație cu I.
  - Sunt foarte efective în tratamentul obstrucției nazale.
  - Tratamentul nu trebuie să fie > 3-7 zile.
- **ATENȚIE! Folosirea > 10 zile poate avea efecte adverse: eliminări abundente, majorarea edemului mucoasei nazale.**
- *Cromone*: Cromoglicat disodic, Nedocromil.
  - Reduc inflamația mucoasei nazale.
  - Pot fi folosite un timp îndelungat.
  - Se utilizează de la vârsta de 6 ani.
  - Pot fi folosite ca aerosol nazal și picături oftalmice.
- *Glucocorticoستيروizi topici (locali) nazali*: Beclometason dipropionat, Budesonid, Fluticason propionat, Mometazon 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.
- *Glucocorticoستيروizi sistemici*: Metilprednisolon, Prednisolon, Dexametason.
  - 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*: Zafirlucast de natriu (de la 12 ani), Montelukast de natriu (de la 6 ani).
  - Mai puțin efective decât glucocorticoستيروizii 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 3-4 ani.
  - Imunoterapia specifică poate fi efectuată: parenteral, sublingual, endonazal



## **BIBLIOGRAFIE**

1. Allergic Rhinitis and Allergic Conjunctivitis. Revised Guidelines, April 2003. // Global Resources in Allergy. P. 7–27.
2. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Update. // Allergy 2008; 63 (Suppl. 86): 8–160
3. Annes I., Orszyszczyn M., Charpin D. et al. Prevalence of rhinitis and asthma in teenagers the French ISAAC study. // Allergy. – 1985. – Suppl. 26. – V. 50. – P. 83.
4. ARIA. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma. At-A-Glance Pochet Reference 2007. 1-st edition. 6 p
5. ARIA. Лечение аллергического ринита и его влияние на астму. Карманное руководство. Под ред. Р.И. Сепиашвили. «Медицина – Здоровье» – 2003, 23 с.
6. Bende M., Pircorn U. Topical levocabastine, a selective H1 antagonist, in seasonal allergic rhinoconjunctivitis. // J. Allergy. – 1987 – Vol. 42. – P. 512–515.
7. Bogdan M.A., Mihălțan F., Bumbăcea D. - Managementul astmului bronșic la adulți, Amaltea, 1999, 48 p
8. Chronic Airways Diseases. A Guide for Primary Care Physicians. January 2005. P. 4–5, 17–18.
9. Management of Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma. Pocket Guide for Phisicians and Nurses. 2001, 23 p.
10. Sibbad B. Epidemiology of allergic rhinitis. In Burn M. / ed. Monograph on epidemiology of allergic disease. Basel: S. Karger. – 1993. – P.61–79.
11. Storms W.W., Bodman S.F., Natan R.A. et al. A new antihistamine decongestant for seasonal allergic rhinitis// Allergy clin. Immunol. – 1989. – Vol. 83, N 6. – P. 1083–1090.
12. Thomson NC, Chaudhuri R, Livingston E. Asthma and cigarette smoking. Eur Respir J 2004;24(5):822-33
13. Аллергические болезни у детей. // Под ред. М.Я. Студеникина, И.И. Балаболкина. – М. Медицина. – 1998. – Стр. 252–258.
14. Аллергический ринит. Клинические рекомендации. Практика педиатра. Аллергология. Сентябрь 2008, с. 73-80
15. Аллергология и иммунология. Клинические рекомендации для педиатров. // Под ред. А.А. Баранова и Р.М. Хайтова. – М.: Союз педиатров России, 2008. – Стр. 75–91.
16. Баранов А.А., Богомилский М.Р., Ревякина В.А. Аллергический ринит у детей: пособие для врачей. М., 2002. 80с.
17. Детская аллергология. Руководство для врачей. // Под ред. А.А. Баранова, И.И. Балаболкина. – М. «ГЭОТАР-Медиа». – 2006. – Стр. 372–385.