



Aprobat

Șef IMSP CS Ungheni

Oleg Belbas



Instituția Medico-Sanitară Publică

Centrul de Sănătate Ungheni

RINITA ALERGICĂ LA COPIL

**Protocol clinic instituțional
(ediția II)**

PCI - 138



INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE UNGHENI

ORDIN

Nr. 64

„13” 05 2025

*Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.123 din 31.01.25
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
"Rinita alergică la copil", ediția II
în cadrul IMSP CS Ungheni.*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 123 din 31.01.2025 „Cu privire la aprobarea **Protocolului Clinic Național "Rinita alergică la copil", ediția II**, elaborat în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr.148/2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății” și în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților în cadrul IMSP CS Ungheni,

ORDON:

1. De implementat în activitatea medicilor de familie IMSP CS Ungheni Protocolul Clinic Național **"Rinita alergică la copil", ediția II**.
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național **"Rinita alergică la copil", ediția II** în cadrul IMSP CS Ungheni de către grupul de audit medical intern.
3. De organizat asigurarea cu medicamente necesare, incluse în Protocolul Clinic Național **"Rinita alergică la copil", ediția II**.
4. De organizat participarea personalului medical la seminarele zonale ce vor fi organizate în scopul instruirii implementării PCN.
5. De elaborat Protocolul Clinic Instituțional în baza PCN **"Rinita alergică la copil", ediția II** în cadrul IMSP CS Ungheni.
6. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Șefului Adjunct pe probleme medicale D-nei Natalia Bargan.

Șef IMSP CS Ungheni

Oleg BELBAS



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun. Chișinău

31 ianuarie 2025

Nr. 193

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Rinita alergică la copil”, ediția II

În vederea asigurării calității serviciilor medicale acordate populației, în temeiul Hotărârii Guvernului nr.148/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății,

ORDON:

1. Se aprobă Protocolul clinic național „Rinita alergică la copil”, ediția II, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Rinita alergică la copil”, ediția II.
3. Conducătorul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Protocolul clinic național „Rinita alergică la copil”, ediția II.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Rinita alergică la copil”, ediția II, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Conducătorul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate va organiza evaluarea implementării Protocolului clinic național „Rinita alergică la copil”, ediția II, în procesul de evaluare și acreditare a prestatorilor de servicii medicale.
6. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza controlul respectării cerințelor Protocolului clinic național „Rinita alergică la copil”, ediția II, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
7. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Institutul Mamei și Copilului, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Rinita alergică la copil”, ediția II, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
8. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, conducătorul Centrului de excelență în medicină și farmacie „Raisa Pacalo” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza includerea Protocolului clinic național „Rinita alergică la copil”, ediția II, în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Se abrogă Ordinul Ministerului Sănătății nr.540 din 30.06.2011 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Rinita alergică la copil”, cu modificările ulterioare.
10. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

CUPRINS

<i>ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT</i>	4
<i>PREFAȚĂ</i>	5
A.1. Diagnostic: Rinita alergică.....	5
A.2. Codul bolii (CIM 10): J30.1-J30.4	5
A.3. Utilizatorii:.....	5
A.4. Obiectivele protocolului	6
A.5. Data elaborării protocolului: 2011	6
A.6. Data revizuirii protocolului: 2025	6
A.7. Data următoarei revizuirii: 2030.....	6
A.8. Definițiile folosite în document	6
A.9. Informație epidemiologică.....	6
<i>B. PARTEA GENERALĂ</i>	7
<i>Nivel de asistență medicală primară</i>	7
<i>C. 1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ</i>	12
<i>C 1.1. Algoritmul de diagnostic al rinitei alergice</i>	12
<i>C1.2. Algoritmul de tratament al rinitei alergice</i>	12
<i>C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR</i>	14
<i>C.2.1. Profilaxia rinitei alergice</i>	14
<i>C.2.2. Conduita pacientului cu RA</i>	14
Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP.....	21
<i>E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI</i>	22
<i>F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE</i>	23
<i>ANEXE</i>	25
<i>Anexa 1. Triggerii rinitei alergice</i>	25
<i>Anexa 2. Medicamentele folosite în terapia rinitei alergice</i>	26
<i>Anexa 3. Ghid pentru părinții copilului cu rinita alergică</i>	29
<i>Anexa 4 Fișa standardizată de audit</i>	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 maladii 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 paranazale, 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 maladii 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 vârf (<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

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: PCN-138 „**Rinita alergică la copil**”, ediția II, și Ordinul nr. 429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implementării protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locului de lucru” de către grupul de lucru în componență:

Belbas Oleg - șef IMSP CS Ungheni;

Bargan Natalia -șef adjunct probleme medicale;

Andrieș Ana – farmacist diriginte;

Ciobanu Irina - medic de familie;

Morari Tatiana – medic de familie;

Chirinciuc Iulia - medic de familie;

Mămăliga Constantin –audit medical intern

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința medicală instituțională pentru aprobarea PCI.

Data elaborării protocolului: mai

(Aprobat prin Ordinul directorului 64 din 13.05.2025) în baza:

- PCN-138 „Rinita alergică la copil”, ediția II”, Aprobat prin Ordinul MS al RM nr. 123 din 31.01.2025 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Rinita alergică la copil”, ediția II

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)

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 revizuirii: 2030

A.8. 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.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, 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.

B. PARTEA GENERALĂ

Nivel de asistență medicală primară		
Descriere	Motive	Pași
1. Profilaxia (prevenția)		
1.1. Profilaxia primară a rinitei alergice	<ul style="list-style-type: none"> ● 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; ● Profilaxia primară include un șir de măsuri ce au scopul prevenirii apariției RA la copii cu predispoziție ereditară față de maladii atopice. 	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Alimentația rațională a gravidei (în caz de prezența reacțiilor alergice) ● Evitarea fumatului în perioada sarcinii; ● Evitarea fumatului pasiv la copii mici ca un factor de sensibilizare timpurie a copilului (în special mama fumătoare); ● De exclusiune noxe profesionale din prima lună de graviditate; ● Folosirea medicamentelor doar după indicații stricte; ● Evitarea operațiilor cezariene neargumentate ● Alăptarea la sân minim până la 4 luni, inițierea diversificării în perioada de la 4 la 6 luni, ● Reducerea poluării locuințelor, mediului; ● Prevenirea sensibilizării alergice (a atopiei, ce probabil joacă cel mai important rol în dezvoltarea RA).
1.2. Profilaxia secundară a rinitei alergice	Profilaxia secundară este orientată asupra copiilor sensibilizați (IgE total mărit, prezența maladiilor alergice) și are drept scop preîntâmpinarea dezvoltării RA	<ul style="list-style-type: none"> ● Profilaxia IRA ● Programe educaționale (<i>caseta 18</i>) ● Eliminarea alergenilor din mediul copilului (<i>anexa 1</i>)
1.3. Profilaxia terțiară a rinitei alergice	Profilaxia terțiară are drept scop prevenirea acutizărilor și progresării RA.	<ul style="list-style-type: none"> ● Administrarea remediilor efective și inofensive (<i>caseta 9, 10</i>) ● Eliminarea alergenilor (<i>anexa 1</i>) ● Administrarea CSTn cu 1 lună înainte de perioada de înflorire pacienților cu rinită alergică sezonieră (copiii > 12 ani)

<p>2. Evaluarea</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● RA trebuie să fie considerată factor de risc al astmului bronșic (în rând cu alți factori de risc); ● Se presupune că prevenirea sau tratamentul timpuriu al RA poate preveni apariția AB la copil sau poate micșora severitatea AB. 	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <p>Pacienții cu RAP trebuie să fie evaluați pentru excluderea AB (anamneza, examinarea cutiei toracice, spirometria cu testul bronhodilatator) (<i>casetă 1</i>)</p>
<p>3. Diagnostic</p> <p>3.1 Suspectarea diagnosticului de RA</p> <p>C.2.3.1-C.2.3.4</p> <p>Algoritmul C.1.1.</p>	<p><i>Anamneza</i> permite suspectarea RA la persoanele cu antecedente personale sau familiare de boli alergice (AB, DA, urticarie etc.).</p> <p><i>Sindromul fizic</i> clasic de obstrucție nazală cronică este semnalat în majoritatea cazurilor. Caracteristic pentru RA sunt rinoreea, pruritul nazal, strănutul.</p> <p>În favoarea maladii sunt depistarea a cel puțin 2 din aceste simptome clinice, ce se mențin cel puțin 2 zile în șir, timp de mai mult de o oră pe zi.</p> <p>Prezența simptomelor și de <i>conjunctivită</i> alergică permit suspectarea RA.</p> <p>Schimbările depistate în cazul efectuării <i>rinoscopiei nazale anterioare</i> permit suspectarea RA.</p>	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Anamneza (<i>casetă 5, 6</i>) ● Examenul fizic (<i>casetă 7</i>) ● PEF-metria și testul bronhodilatator (pentru pacienții cu RAP) ● Evaluarea severității maladii cu aprecierea treptei de tratament (<i>casetele 11 - 15</i>)
<p>3.2. referirea la</p>	<p>Referirea la consultul specialistului pacienților cu RA primar depistată</p>	

consultul specialistului alergolog, ORL pentru confirmarea diagnosticului de RA		și cu dificultăți de diagnostic
4. Tratamentul C.2.3.6.		
4.1. Tratament nefarmacologic	Modificarea modului de viață, permite evitarea acuzărilor	Standard/Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Controlul mediului – eliminarea alergenului(elor) (dacă e posibil) (<i>anexa 1</i>) Educația bolnavului și a familiei acestuia
4.2. Tratament medicamentos		
Algoritmul C.1.2.		
4.2.1. TREAPTA 1	Tratamentul conform acestei trepte se recomandă: pacienților cu RA evoluție ușoară (sau simptome ocazionale	Medicație cu unul din: <ul style="list-style-type: none"> H1-antihistaminice orale fără efect sedativ H1-antihistaminice topice nazale (<i>caseta 15</i>) antileucotriene (<i>anexa 2</i>) Terapia de urgență - decongestante*
*Notă 1: Decongestantele nu sunt recomandate copiilor de vârstă fragedă din cauza efectelor lor adverse (<i>caseta 8</i>). Copiilor de vârstă mai mare decongestantele sunt recomandate doar pe perioada de 3-7 zile (în caz de folosire îndelungată poate să se dezvolte rinita medicamentoasă).		
Notă 2: 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 moderat/severă și pacienților cu RAP evoluție ușoară	Medicație cu unul din: <ul style="list-style-type: none"> GCTn (de preferință) H1-antihistaminice orale fără efect sedativ H1-antihistaminice topice nazale (<i>caseta 9</i>) antileucotriene (<i>anexa 2</i>) Terapia de urgență - decongestante*
*Notă 1: Decongestantele nu sunt recomandate copiilor de vârstă fragedă din cauza efectelor lor adverse (<i>caseta 13</i>). Copiilor de vârstă mai mare decongestantele sunt recomandate doar 3-7 zile (în caz de folosire îndelungată poate să se dezvolte rinita medicamentoasă).		
Notă 2: 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>Notă 3: Atenție deosebită la pacienții ce suferă și de AB – în caz de administrare concomitentă a GCI+GCTn poate apărea efectul cumulativ!</p> <p>Notă 4: Indicați consultul alergologului referitor la posibilitatea petrecerii imunoterapiei specifice (caseta 14).</p>	<p>Tratamentul conform acestei trepte se recomandă: pacienților cu RAP evoluția moderat/severă, când nu se atinge controlul cu CSTn</p>	<p>Medicație: Combinția GCTn cu unul sau mai multe</p> <ul style="list-style-type: none"> ● H1-antihistaminice orale fără efect sedativ ● H1-antihistaminice topice nazale (caseta 10) ● antileucotriene (anexa 2)
<p>Notă 1: 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.</p> <p>Notă 2: Atenție deosebită la pacienții ce suferă și de AB – în caz de administrare concomitentă a GCI+GCTn poate apărea efectul cumulativ!</p> <p>Notă 3: Indicați consultul alergologului referitor la posibilitatea petrecerii imunoterapiei specifice (caseta 14).</p>	<p>Tratamentul conform acestei trepte se recomandă: pacienților cu RAP evoluția moderat/severă, la care tratamentul cu CSTn, antihistaminice nonsedative, antileucotriene nu au asigurat controlul RA.</p> <p>E necesar de precizat diagnosticul, de revăzut complianța, de exclus infecții sau alte cauze</p>	<p>Medicație: Ca la treapta 3 +</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Omalizumab (copiilor mai mari de 12 ani) ● Glucocorticoizi sistemici oral (cură scurtă) (caseta 11; anexa 2)
<p>4.2.4. TREAPTA 4</p>	<p>*Notă 1: Decongestantele nu sunt recomandate copiilor de vârstă fragedă din cauza efectelor lor adverse (caseta 13). Copiilor de vârstă mai mare decongestantele sunt recomandate doar 3-7 zile (în caz de folosire îndelungată poate să se dezvolte rinita medicamentoasă).</p> <p>Notă 2: Atenție deosebită la pacienții ce suferă și de AB – în caz de administrare concomitentă a GCI+GCTn poate apărea efectul cumulativ!</p> <p>Notă 3: Indicați consultul alergologului referitor la posibilitatea efectuării imunoterapiei specifice (caseta 14).</p> <p>Notă 4: Folosirea glucocorticoizilor sistemici orali la copii micșorează simptomele RA, dar, având în vedere posibilitatea apariției reacțiilor adverse, e dorit să fie evitată (caseta 13).</p> <p>Notă 5: 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)</p> <p>Notă 6: În caz de ineficiența tratamentului conform treptei 4 recomandați consultul chirurgului (e posibilă intervenția chirurgicală) (caseta 18).</p>	

Notă generală: Dacă pacientul cu RA prezintă și conjunctivită alergică, la tratament de adăugat:

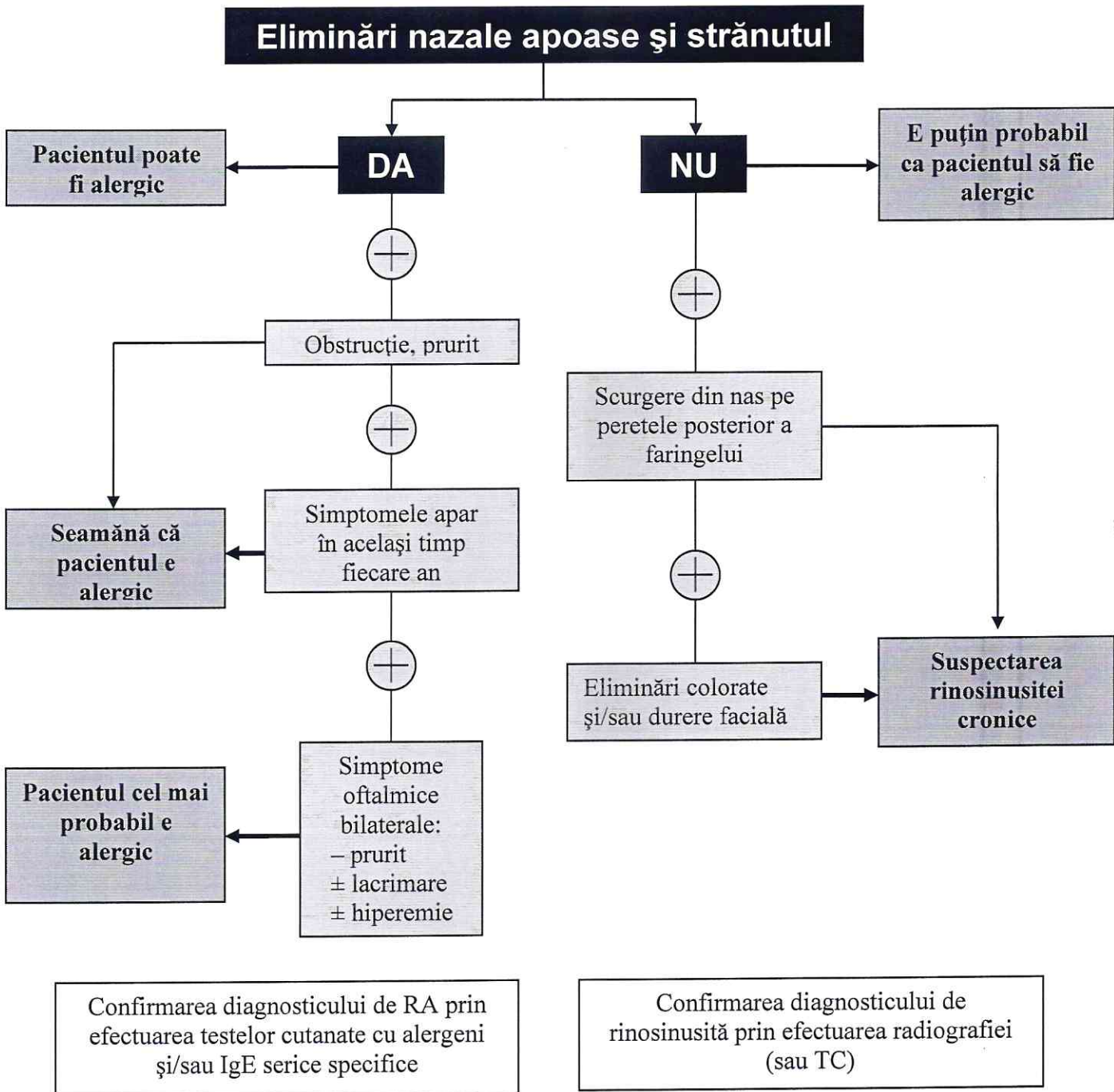
- H1-antihistaminice orale
- sau H1-antihistaminice în sacul conjunctival
- sau inhibitorii degranulării mastocitelor (cromoni) în sacul conjunctival

5. Supravegherea C.2.3.7.

5.1 Supravegherea cu reevaluarea treptei de tratament RA	<p>Standard/Obligativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RA controlată ✓ II vizită - peste 2-4 săptămâni ✓ III vizită - peste 1-3 luni ✓ Următoarele vizite – o dată în 6 luni (<i>casetă 11 - 15</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

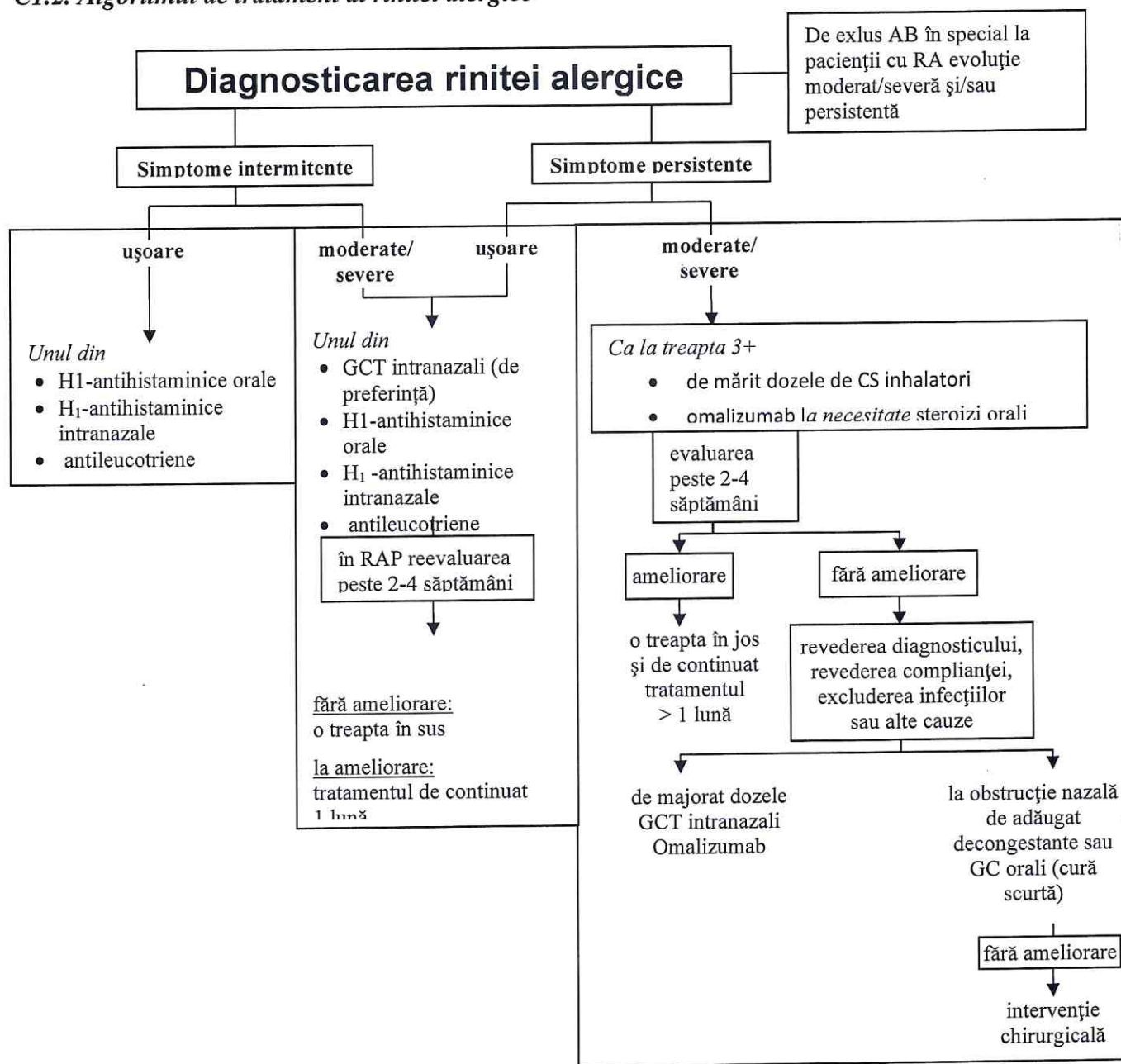
C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C 1.1. Algoritm de diagnostic al rinitei alergice*



* Acest algoritm nu se aplică la copiii preșcolari

CI.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. Profilaxia rinitei alergice

Caseta 1. 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 2. Profilaxia secundară a RA

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

Caseta 3. 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.2.2. Conduita pacientului cu RA

Caseta 4. Procedurile de diagnostic în RA

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

C.2.2.1. Anamneza

Caseta 5. 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 6. 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.2.2.2 Examenul fizic

Caseta 7. 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.

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 (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.

C.2.2.3. *Tratamentul*

Caseta 8. *Tratamentul RA conform treptei 1*

- Tratamentul conform acestei trepte se recomandă: pacienților cu RAI evoluție ușoară (sau simptome ocazionale)
 - *Medicație: unul din*
 - ✓ H1-antihistaminice orale (generația II)
 - ✓ H1-antihistaminice topice nazale
 - ✓ 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 9. *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

- ✓ GCTn intranazali (de preferință)
- ✓ H1-antihistaminice orale (generația II)
- ✓ H1-antihistaminice topice nazale
- ✓ antileucotriene

La necesitate

- ✓ 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 10. 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*
 - ✓ H1-antihistaminice orale
 - ✓ H1-antihistaminice topice nazale
 - ✓ 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 administrare concomitentă a GCI+GCT intranazali poate apărea efectul cumulativ!**

Caseta 11. 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+*
 - ✓ de mărit dozele de GC inhalatori
 - ✓ omalizumab
 - La necesitate*
 - ✓ 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 12. Tratamentul conjunctivitei alergice asociate

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

Caseta 13. 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 14. Imunoterapia specifică

- Este indicată numai în perioada când rinita alergică este controlată
- Se indică pacienților cu sensibilizare la polen (mesteacăn, timoftică, 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 15. 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
- Deviarea 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.2.2.4. 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 16. 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 17. 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 18. 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

Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie • medic pediatru • asistent medical/asistentă medicală de familie • asistent medical/asistentă medicală în diagnostic de laborator
	<p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop • PEF-metru
	<p>Medicamente pentru prescriere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • H1-antihistaminice orale nonsedative (Levocetirizinum, Desloratadinum, Cetirizinum, Loratadinum, Fexofenadinum*) • H1-antihistaminice topice nazale (Azelastinum, Levocabastinum*) • Decongestante topice (Nafazolinum, Oximetazolinum, Xilometazolinum) • GCTn (Beclometasonum, Budesonidum, Fluticasonăum propionat, Mometazonum furoat etc.) • Glucocorticoizi sistemici (Dexametazonum, Metilprednisolonum, Prednisolonum) • Antileucotriene (Montelukastum, Zafirlucastum*)

* - 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</i> , <i>testele cutanate cu alergeni 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</i> , <i>testele cutanate cu alergeni 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	Numărul de pacienți supravegheați cu RAP, investigați pentru a	Numărul total de pacienți care se află la evidența

No	Scopurile protocolului	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
		excluză AB (PEF-metria, test bronhodilatator) pe parcursul unui an	excluză AB (PEF-metria, test bronhodilatator) pe parcursul unui an x 100	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. Proportia 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. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE

Cerințele privind necesitatea intervențiilor diagnostic-curativă a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigațiile respective.

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
Consultația pediatru	IMSP CS Ungheni	CIT "Licurici"
Investigații de laborator	IMSP CS Ungheni	Cab 319, 320, 321
Consultația alergolog	IMSP SR Ungheni	

Procedura de pregătire diagnostic-curativă a pacientului:

1. Necesitatea efectuării investigațiilor vor fi argumentate în cartela medicală (formular 025e).
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (formular 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea investigației respective. Îndreptarea se completează de către medicul de familie.

Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimeterea pacientului.

1. Pentru efectuarea investigațiilor, consultației la medicul specialist în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul de familie, îndreptare, care va include obligatoriu diagnosticul clinic complet, rezultatele investigațiilor realizate la nivel de AMP și argumentarea necesității procedurii, consultației medicului specialist (formular 027e). Pacientul va prezenta formular 027e în instituția medicală vizată.

Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusive întoarcerea în instituție la locul de observare.

1. Programarea pacienților pentru investigații și consultații suplimentare, se efectuează în baza contractelor încheiate cu centrele de profil. Pacienții vor fi direcționați la persoana responsabilă, care asigură programarea acestora, prin contactarea telefonică a registraturii instituției medicale solicitate sau SIRS.M. Biletul de trimitere formular 027e va fi înregistrat în registrul de evidență.
2. La întoarcerea în instituție, la locul de observare, pacientul va prezenta medicului de familie rezultatele investigațiilor efectuate și concluzia medicală în formularul 027e.

Cerințele față de organizarea circulației (trimiterii) pacientului.

1. Pacientul este obligat să respecte rîndul de programare, cu excepția cazurilor de urgențe medicale.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul investigațiilor.

1. Medicul de familie va explica pacientului necesitatea și scopul realizării investigației, consultației, tehnica de pregătire, precum și modalitatea efectuării acestora.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcere, pentru evidența ulterioară.

1. Pacientul este informat despre necesitatea prezentării obligatorii la medicul de familie cu rezultatele investigației, pentru conduita în dinamică.

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)	<ul style="list-style-type: none"> aparitia/agravarea simptomelor RA în case cu covoare persane/mochete groase, draperii, mobilă tapițată, biblioteci cu cărți vechi; în special în dormitor!! 	Recomandări: <ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> aparitia/agravarea maladiei după luarea în casă (și în special în dormitor) a unei pisici, câine sau rozătoare mici (hamster etc.) 	Recomandări: <ul style="list-style-type: none"> de îndepărtat animalul incriminat din casă sau cel puțin din dormitor <p>ATENȚIE: alergenii proveniți de la pisică pot persista în casă timp de 6 luni!!!</p> <ul style="list-style-type: none"> În cazul păstrării animalului incriminat spălarea acestuia cât mai frecventă
Alimente	<ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> de exclus din alimentație aceste produse
Substanțe de la gândacii de bucătărie care provoacă alergii	<ul style="list-style-type: none"> existența a numeroși gândaci în locuința pacientului 	Recomandări: <ul style="list-style-type: none"> efectuarea curățeniei de utilizat aerosol pesticid - însă doar atunci când pacientul nu este acasă
Polen și mușegai din exterior	<ul style="list-style-type: none"> existența de suprafețe acoperite de mușegai în casa pacientului RA sezonieră (aparitia/agravarea simptomelor într-o anumită perioadă a anului, în special după ploaie), deseori asociat cu astm bronșic sezonier 	Recomandări: <ul style="list-style-type: none"> 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
Combinatia CS topici intranasali + antihistaminice topice intranasale				
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 săptămâni	12 ani
Decongestante topice intranasale				
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
Phenylefrinum	Picături nazale 0,125%	1-2 picături în fiecare vestibul nazal	2-3	0,125% - de la 1 lună
Phenylefrinum/ Dimetindenum (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	Comprimate 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*	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. 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 rinită 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 **alergenii 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):

- *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 4 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 paranazale (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 intranazali (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 intranazali: 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 intranazali: 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