

MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

DERMATITA ATOPICĂ LA COPIL

Protocol clinic național

Chișinău 2009



MOLDOVA GOVERNANCE
THRESHOLD COUNTRY PROGRAM

MILLENNIUM
CHALLENGE
CORPORATION

Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 12.06.2009, proces verbal nr. 3.

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 262 din 03.08.2009
cu privire la aprobarea Protocolului clinic național “Dermatita atopică la copil”

Elaborat de colectivul de autori:

<i>Tatiana Culeșin</i>	IMSP Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului
<i>Tatiana Gorelco</i>	IMSP Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului
<i>Liubov Vasilov</i>	IMSP Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului
<i>Elena Maximenco</i>	Programul Preliminar de Țară al “Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare

Recenzenți oficiali:

<i>Marcu Rudi</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Ala Nemerenco</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Grigore Bivol</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Victor Ghicavii</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Valentin Gudumac</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Ivan Zatushevski</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Iurie Osoianu</i>	Compania Națională de Asigurări în Medicină
<i>Maria Bolocan</i>	Consiliul Național de Acreditare și Evaluare

Coordonator:

Mihai Rotaru Ministerul Sănătății al Republicii Moldova

Redactor: Eugenia Mincu

Corector: Tatiana Pîrvu

EDIȚIA – I

Tipărit “T-PAR” SRL, 2009.

Tiraj: 2000 ex.

Această publicație a fost posibilă datorită susținerii generoase a poporului american prin intermediul Programului Preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare (Programul pentru Buna Guvernare), implementat de Millenium/IP3 Partners. Programul pentru Buna Guvernare este finanțat de Corporația „Millennium Challenge Corporation” (MCC) și administrat de Agenția Statelor Unite ale Americii pentru Dezvoltare Internațională (USAID) sub auspiciile Programului Preliminar de Țară.

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	4
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1. Diagnosticul	4
A.2. Codul bolii (CIM 10).....	4
A.3. Utilizatorii	5
A.4. Scopurile protocolului	5
A.5. Data elaborării protocolului	5
A.6. Data următoarei revizuirii	5
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului	5
A.8. Definițiile folosite în document.....	6
A.9. Informația epidemiologică	6
B. PARTEA GENERALĂ	7
B.1. Nivel de asistență medicală primară.....	7
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (alergolog, dermatolog).....	10
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească	11
C.1. ALGORITMI DE CONDUCERE	14
C.1.1. Algoritm diagnostic în dermatita atopică	14
C.1.2. Algoritm de tratament al dermatitei atopice	15
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	16
C.2.1. Clasificarea DA.....	16
C.2.2. Conduita pacientului cu DA	18
C.2.2.1. Anamneza	18
C.2.2.2. Examenul fizic	19
C.2.2.3. Investigațiile paraclinice în dermatita atopică.....	20
C.2.2.4. Diagnosticul diferențial	21
C.2.2.5. Criteriile de spitalizare	21
C.2.2.6. Tratamentul.....	21
C.2.2.7. Supravegherea pacienților	27
C.2.3. Complicațiile dermatitei atopice (subiectul protocoalelor separate).....	27
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	28
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	28
D.2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu	28
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de copii ale spitalelor raionale, municipale.....	29
D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de alergologie și dermatologie ale spitalelor republicane.....	30
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	31
ANEXE	33
Anexa 1. <i>Triggerii</i> dermatitei atopice	33
Anexa 2. Medicamentele folosite în terapia dermatitei atopice	35
Anexa 3. Formular de consultație la medicul de familie pentru dermatita atopică.....	37
Anexa 4. Ghidul părinților cu copil afectat de dermatită atopică	38
BIBLIOGRAFIE	40

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

DA	dermatită atopică
GCS	glucocorticosteroizi
GCST	glucocorticosteroizi topici
SCORAD	<i>ScoRing Atopic Dermatitis</i>
EASI	<i>Eczema Area and Severity Index</i>
SASSAD	<i>Six Area Six Sign Atopic Dermatitis</i>
TIS	<i>Three Item Severity Score</i>
IgE	imunoglobulină E
EAACI	Academia Europeană de Alergologie și Imunologie Clinică (<i>European Academy of Allergology and Clinical Immunology</i>)
AAAAI	Academia Americană de Alergie, Astm și Imunologie (<i>American Academy of Allergy Asthma and Immunology</i>)
PRACTALL	Inițiativa EAACI și AAAAI orientată spre aspectele alergologiei practice
UVB	raze ultraviolete B (cu lungimea de undă 290-320 nm)
UVA	raze ultraviolete A (cu lungimea de undă 330-400 nm)
PUVA	Terapie cu 8-methoxypsirolen + fototerapie UVA

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 catedrei Perfecționare a Medicilor Pediatri a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, în colaborare cu Programul Preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare, finanțat de Guvernul SUA prin Corporația *Millenium Challenge Corporation* și administrat de Agenția Statelor Unite ale Americii pentru Dezvoltare Internațională.

Protocolul de față a fost elaborat în conformitate cu recomandările internaționale actuale privind dermatita atopică la copil 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. Diagnosticul: *Dermatita atopică la copil*

Exemple de formulare a diagnosticului clinic:

1. Dermatită atopică, formă difuză, evoluție severă, perioadă acută.
2. Dermatită atopică, formă difuză, evoluție sever-medie, perioadă de cronizare.
3. Dermatită atopică, formă localizată, evoluție lejeră, perioadă subacută.
4. Dermatită atopică, formă difuză, evoluție sever-medie, perioadă acută, complicată cu infecție fungică.

A.2. Codul bolii (CIM 10): L20

L 20.0 Prurigo Besnier (Dermatita atopică)

A.3. Utilizatorii:

- Oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicului de familie).
- Centrele de sănătate (medici de familie).
- Centrele medicilor de familie (medici de familie).
- Instituțiile/secțiile consultative (pediatri, alergologi, dermatologi).
- Asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, pediatri, alergologi, dermatologi).
- Secțiile de copii ale spitalelor raionale și municipale (pediatri).
- Secția de alergologie, IMSP Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului (alergologi).

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

A.4. Scopurile protocolului

1. A spori ponderea pacienților *cu diagnosticul stabilit de dermatită atopică*.
2. A spori *calitatea examinărilor clinice și paraclinice* ale pacienților cu DA.
3. A spori numărul de pacienți, *la care dermatita atopică este controlată adecvat* în condițiile de ambulatoriu.
4. A spori numărul de pacienți cu DA, care *beneficiază de asistență educațională în domeniul acestei maladii* în instituțiile de asistență medicală primară.


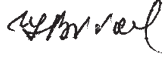



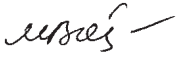

A.5. Data elaborării protocolului: aprilie 2009

A.6. Data următoarei revizuirii: aprilie 2011

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

Numele	Funcția deținută
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. Tatiana Gorelco, doctor în medicină	șef secție Alergologie, IMSP Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului
Dr. Liubov Vasilos, doctor habilitat în medicină, profesor universitar	șef Laborator Științific Pediatrie, IMSP Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului
Dr. Elena Maximenco, MPH	expert local în sănătate publică, Programul Preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare

Protocolul a fost discutat și aprobat

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

Dermatita atopică este o maladie cronică alergică, care se dezvoltă la persoanele cu predispunere ereditară către atopie, are o evoluție recidivantă cu un șir de particularități clinice de vîrstă și se manifestă prin erupții exsudative și/sau lichenoide, nivel înalt de IgE serice și hipersensibilitate către iritații specifice (alergice) și nespecifice.

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

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

Trigger (factor declanșator): factor de risc pentru apariția acutizărilor de dermatită atopică.

Hanifin&Rajca: criterii de diagnostic în dermatita atopică

SCORAD, EASI, SASSAD: indici de apreciere a severității dermatitei atopice.

A.9. Informația epidemiologică

DA este cea mai frecventă înregistrată maladie alergică la copii, incidența ei continuînd să crească în ultimele decenii. Conform datelor J. Hanifin, 2002 morbiditatea dermatitei atopice variază de la 6,0 la 25,0 la 1000 de populație. La moment DA se înregistrează la 17,2% din populația infantilă a SUA; la 15,6% dintre copiii din Europa; la 24% – din Japonia [1, 6].

În Republica Moldova dermatita atopică la copii, de asemenea, este în creștere și conform datelor statistice oficiale prevalența acestei maladii a crescut de la 11,9, în 1995, pînă la 19,6 la 10 000 de copii, în 2008.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară		
Descriere (măsurii)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia (prevenția)		
1.1. Profilaxia primară a dermatitei atopice	<ul style="list-style-type: none"> Profilaxia prenatală a sensibilizării alergice la momentul nu este posibilă. Unicul fapt dovedit și recunoscut este renunțarea mamei la fumat în timpul gravității și după naștere [1, 2, 10]. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evitarea fumatului în perioada sarcinii. Evitarea fumatului pasiv la copiii mici (în special, mamă fumătoare) și evitarea fumatului activ la adolescenți. Ameliorarea nutriției materne în decursul sarcinii. Alăptarea la sîn. Reducerea poluării locuințelor. Prevenirea infecțiilor respiratorii virale acute și a altor maladii infecțioase. Prevenirea sensibilizării alergice (a atopiei, ce probabil deține cel mai important rol în dezvoltarea DA) în perioada pre- și postnatală [1, 2, 4, 16].
1.2. Profilaxia secundară a dermatitei atopice	<ul style="list-style-type: none"> Micșorarea numărului de acutizări [11, 14, 16, 17, 18]. 	<ul style="list-style-type: none"> Evitarea contactului cu alergenul (alergenele) cauzal, după posibilități (<i>anexa I</i>). Respectarea de către mamă a unui regim alimentar hipoalergic în perioada alăptării. Îmbogățirea rației alimentare a mamei în timpul sarcinii și al lactației, cât și a rației copilului în primele 6 luni de viață cu <i>Lactobacillus spp.</i> La imposibilitatea alimentației naturale în primele luni de viață, folosirea amestecurilor hipoalergice.
2. Screening-ul	La momentul în plan de rutină nu se efectuează.	
3. Diagnosticul		

I	II	III
<p>3.1 Suspectarea diagnosticului de DA C.2.2.1-C.2.2.4 Algoritm C.1.1</p>	<p><i>Anamneza</i> permite suspectarea dermatitei atopice la copiii cu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atopie în familie. • Eritem toxic neonatal marcant. • Manifestări alergice tranzitorii apărute pe fundal de dereglări în alimentația mamei (la alimentarea naturală a copilului). • Reacții alergice postvaccinale. • Semne de hiperreactivitate cutanată [17]. <p><i>Examenul fizic</i> permite diagnosticarea dermatitei atopice prin aprecierea criteriilor de diagnostic: comune, frecvente și ocazionale [3, 16, 18].</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (<i>casetele 9, 10</i>). • Examenul fizic (<i>casetă 11</i>). • Examenul paraclinic (<i>casetă 12</i>): <ul style="list-style-type: none"> ➢ Hemoleucograma. ➢ Dieta de eliminare. • Diagnosticul diferențial (<i>casetă 13</i>). • Evaluarea severității bolii (<i>casetele 3, 4; tabelele 1, 2</i>).
<p>3.2. Luarea deciziei: consultația alergologului (dermatologului) versus spitalizare pentru confirmarea diagnosticului și pentru elaborarea programului de terapie ulterioară C.2.2.5</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Recomandarea consultației la specialist pacienților cu dificultăți de diagnostic și pacienților cu DA complicată. • Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>casetă 14</i>).
<p>4.Tratamentul C.2.2.6</p>		
<p>4.1. Tratamentul nemedicamentos</p>	<p>Modificarea stilului de viață, permite evitarea acutizărilor și menținerea controlului adecvat al dermatitei atopice [10, 11, 14, 16, 17].</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistența educațională a bolnavului și a familiei acestuia (<i>casetă 15; anexa 4</i>). • Controlul mediului (<i>anexa 1</i>).
<p>4.2. Tratamentul medicamentos Algoritm C.1.2</p>		
<p>4.2.1.Treapta I</p>	<p>Tratamentul conform acestei trepte se recomandă pacienților care manifestă doar xeroză dermică.</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminarea triggerilor. • Folosirea emolientelor (<i>casetele 17, 21</i>).

I	II	III
<p>4.2.2. Treapta II</p>	<p>Tratamentul conform acestei trepte se recomandă pacienților cu simptome lejere sau moderate de DA [1, 2, 9, 16].</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminarea triggerilor. • Remediile antihistaminice sistemice de generația 2-a. • GCST cu potență scăzută și medie (linia 1). • Inhibitorii calciuneuritei în zonele sensibile (linia 2) (<i>caseta 17; tabelele 5, 6, 7; anexa 2</i>).
<p>Notă: Dacă tratamentul curent (treapta II) nu asigură controlul DA, este necesară intensificarea activității terapiei cu trecerea la treapta III. Terapia de treptele III-IV se indică de medicul specialist și se efectuează sub supravegherea permanentă a medicului de familie și sub supravegherea periodică a specialistului.</p>		
<p>4.2.3. Treapta III</p>	<p>Tratamentul conform acestei trepte se recomandă pacienților cu simptome moderate și exprimate de dermatită atopică, [1, 2, 9, 16].</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminarea triggerilor. • Remediile antihistaminice sistemice de generația 2-a. • GCST cu potență medie și mare (linia 1). • La stabilizare (diminuarea simptomelor) – inhibitori ai calciuneuritei (linia 2) (<i>caseta 17; tabelele 5, 6, 7; anexa 2</i>).
<p>4.2.4. Treapta IV</p>	<p>Tratamentul conform acestei trepte se recomandă pacienților cu forme severe de dermatită atopică, care nu cedează la tratament</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminarea triggerilor. • Remediile antihistaminice sistemice de generația 2-a. • GCST cu potență medie și mare. • Imunosupresoare sistemice. • Fototerapie (<i>caseta 17; tabelele 5, 6, 7; anexa 2</i>).
<p>5. Supravegherea</p>		
<p>C.2.2.7</p>		
<p>5.1 Supravegherea cu reevaluarea nivelului de control al DA</p>		<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vizite – în fiecare 1-3 luni (<i>caseta 23</i>).

I	II	III
5.2. Decizia în schimbarea treptei		<ul style="list-style-type: none"> Conform recomandărilor de majorare sau de micșorare a treptei (<i>algoritmul 2</i>), după consultația medicului specialist.
6. Recuperarea		<ul style="list-style-type: none"> Conform programelor existente de recuperare și recomandărilor specialiștilor.

B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (alergolog, dermatolog)

Descriere (măsurii)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Diagnosticul 1.1. Confirmarea diagnosticului de DA, aprecierea nivelului de control al bolii, evaluarea severității C.2.2.1-C.2.2.4 Algoritmul C.1.1	<p><i>Anamneza</i> permite suspectarea dermatitei atopice la copiii cu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atopie în familie. Eritem toxic neonatal marcant. Manifestări alergice tranzitorii apărute pe fundal de dereglare în alimentația mamei (la alimentarea naturală a copilului). Reacții alergice postvaccinale. Semne de hiperreactivitate cutanată [17]. <p><i>Examenul fizic</i> permite diagnosticarea dermatitei atopice prin aprecierea criteriilor de diagnostic: comune, frecvente și ocazionale [3, 16, 18].</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anamneza (<i>casetele 9, 10</i>). Examenul fizic (<i>caseta 13</i>). Examenul paraclinic (<i>caseta 12</i>). ✓ Hemoleucograma. ✓ Aprecierea nivelului seric al IgE. ✓ Testarea alergologică cutanată (<i>prick-test</i>, probe de scarificare). ✓ Aprecierea nivelului de IgE- anticorpi către anumite alergene. • Diagnosticul diferențial (<i>caseta 13</i>). • Evaluarea severității bolii și aprecierea nivelului de control (<i>casetele 3, 4; tabelele 1, 2</i>). <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Testul de provocare cu alergene cu scop de depistare a alergiei alimentare. • Consultația dietologului, a psihoneurologului, a ORL-istului, a oftalmologului.

I	II	III
2. Tratatamentul la domiciliu va fi efectuat sub supravegherea medicului de familie		
C.2.2.6		
1.1. Tratatamentul nemedicamentos	Modificarea stilului de viață, permite evitarea acutizărilor și menținerea controlului DA [10, 11, 14, 16, 18].	<ul style="list-style-type: none"> Asistența educațională a bolnavului și a familiei acestuia (<i>caseta 15; anexa 4</i>). Controlul mediului (<i>anexa 1</i>).
1.2. Tratatament medicamentos conform algoritmului C.1.2		
3. Supravegherea temporară		Obligatoriu:
		<ul style="list-style-type: none"> Complicațiile acute (<i>caseta 24</i>). Cazurile de rezistență la tratament (<i>caseta 23</i>). Conform programelor existente de recuperare.
4. Recuperarea		

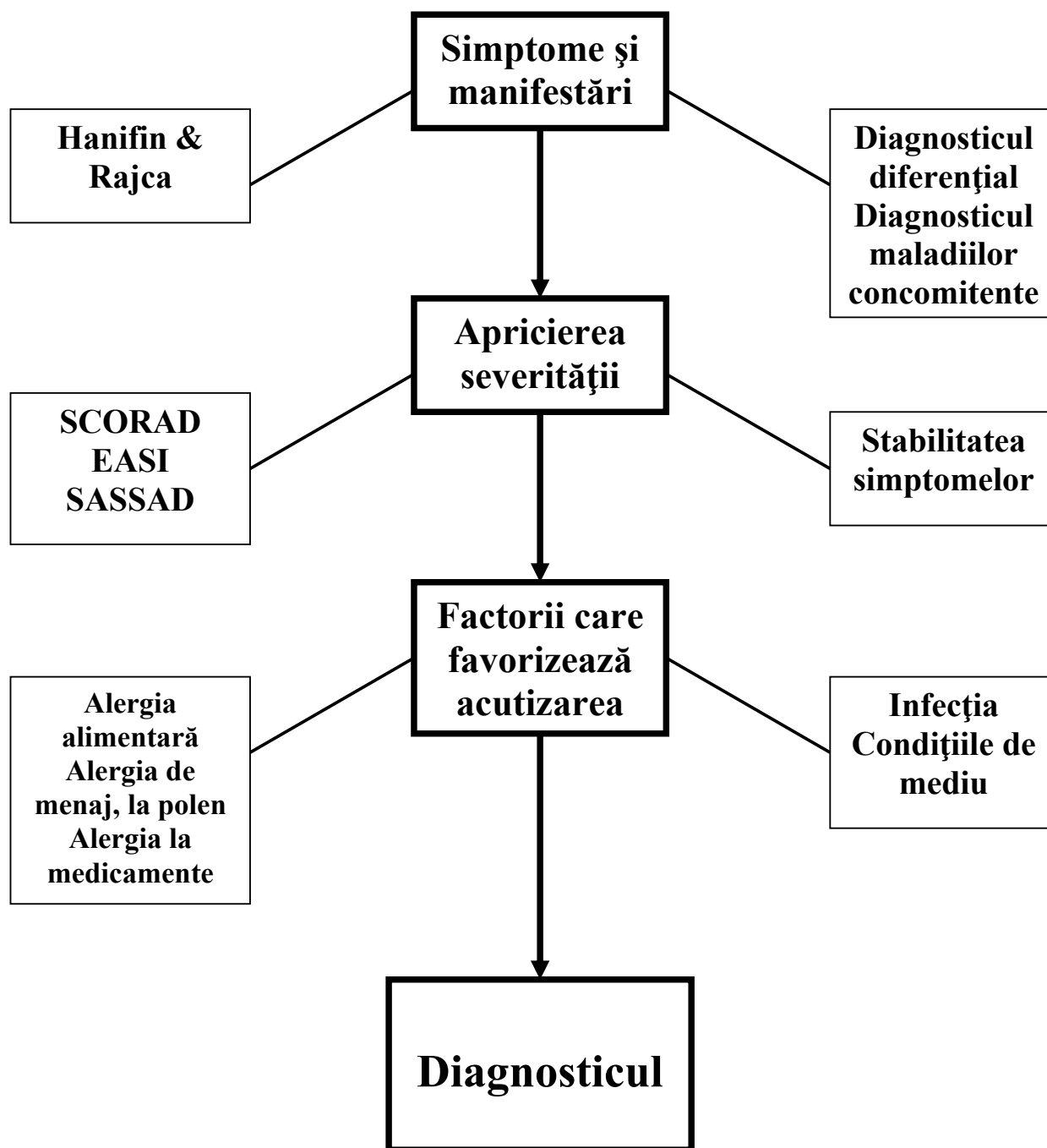
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească		
Descriere (<i>măsurii</i>)	Motive (<i>reperere</i>)	Pași (<i>modalități și condiții de realizare</i>)
I	II	III
1. Spitalizarea	<ul style="list-style-type: none"> Atingerea și menținerea controlului DA. 	<p>Criterii de spitalizare în secțiile pediatrie și alergologie (niveluri – raional, municipal, republican):</p> <ul style="list-style-type: none"> Acutizarea DA, însoțită de tulburări ale stării generale. Proces dermic răspândit, însoțit de infectarea secundară (bacteriană, herpetică). Infecții dermice recurente. DA în asocierie cu alte maladii atopice cu o evoluție severă. Ineficiența terapiei standard efectuate.

I	II	III
<p>2. Diagnosticul</p> <p>Algoritmul C.1.1</p> <p>2.1 . Confirmarea diagnosticului de DA, aprecierea nivelului de control al bolii, evaluarea severității</p> <p>C.2.2.1-C.2.2.4</p>	<p><i>Anamneza</i> permite suspectarea dermatitei atopice la copilii cu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atopie în familie. • Eritem toxic neonatal marcant. • Manifestări alergice tranzitorii apărute pe fundal de dereglare în alimentația mamei (la alimentarea naturală a copilului). • Reacții alergice postvaccinale. • Semne de hiperreactivitate cutanată [17]. <p><i>Examenul fizic</i> permite diagnosticarea dermatitei atopice prin aprecierea criteriilor de diagnostic: comune, frecvente și ocazionale [3, 16, 18].</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (<i>casetele 9, 10</i>). • Examenul fizic (<i>caseta 11</i>). • Examenul paraclinic (<i>caseta 12</i>): <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemoleucograma. ✓ Aprecierea nivelului seric al IgE. ✓ Testarea alergologică cutanată (<i>prick-test</i>, probe de scarificare). ✓ Aprecierea nivelului de IgE- anticorpi către anumite alergene. <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul diferențial (<i>caseta 13</i>). • Evaluarea severității bolii și aprecierea nivelului de control (<i>casetele 3, 4; tabelul 1</i>). <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Testul de provocare cu alergene cu scop de depistare a alergiei alimentare. • Consultația dietologului, a psihoneurologului, a ORL-istului, a oftalmologului. • Investigațiile la recomandarea specialiștilor.
<p>2.2. Confirmarea DA rezistente la tratament, cu identificarea cauzelor</p>		<p>Obligatoriu:</p> <p>De atras atenția la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aderare slabă la tratament. • Eșecul în modificarea stilului de viață. • Diagnosticul alternativ.

I	II	III
<p>3. Tratamentul medicamentos</p> <p>C.2.2.6</p>		
<p>Dermatita atopică, fiind o maladie cronică, necesită tratament atât în perioada de acutizare, cât și în perioada de remisiune. Scopul terapiei dermatitei atopice constă în diminuarea manifestărilor clinice ale maladii, micșorarea frecvenței acutizărilor, ameliorarea calității vieții pacientului, prevenirea complicațiilor infecțioase. Pentru atingerea acestui scop se utilizează un șir de remedii de acțiune sistemică și topică, se efectuează corecția patologiei concomitente [16].</p>		
<p>Severitatea evoluției DA variază de la ușoară la severă, volumul intervențiilor terapeutice fiind determinat de exprimarea manifestărilor clinice.</p>		
<p>3.1. Tratamentul medicamentos în perioada de acutizare</p> <p>C.2.2.6</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuarea manifestărilor clinice ale maladii. • Micșorarea frecvenței acutizărilor. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GCS (<i>caseta 17; anexa 2</i>). • GCST (<i>caselele 17, 18, 19, 20; tabelele 4, 5, 6; anexa 2</i>). • Remedii antihistaminice (<i>caseta 17; tabelul 7; anexa 2</i>). • Inhibitori ai calciuneurinei (<i>caseta 17; tabelul 4; anexa 2</i>). • Antibiotice sistemice (<i>caseta 17</i>).
<p>3.2. Tratamentul medicamentos în perioada de remisiune</p> <p>C.2.2.6</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ameliorarea calității vieții pacientului. • Prevenirea acutizărilor repetate. • Prevenirea complicațiilor infecțioase. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remedii emoliente (<i>caseta 21</i>). • Corecția patologiei concomitente.
<p>4. Externarea, nivel primar de tratament și de supraveghere continuă</p>	<p>Asigurarea continuității tratamentului început în staționar</p>	<p>Obligatoriu:</p> <p>Extrasul va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomandările explicite pentru pacient (<i>anexa 1</i>). • Recomandările pentru medicul de familie (<i>caseta 23</i>).

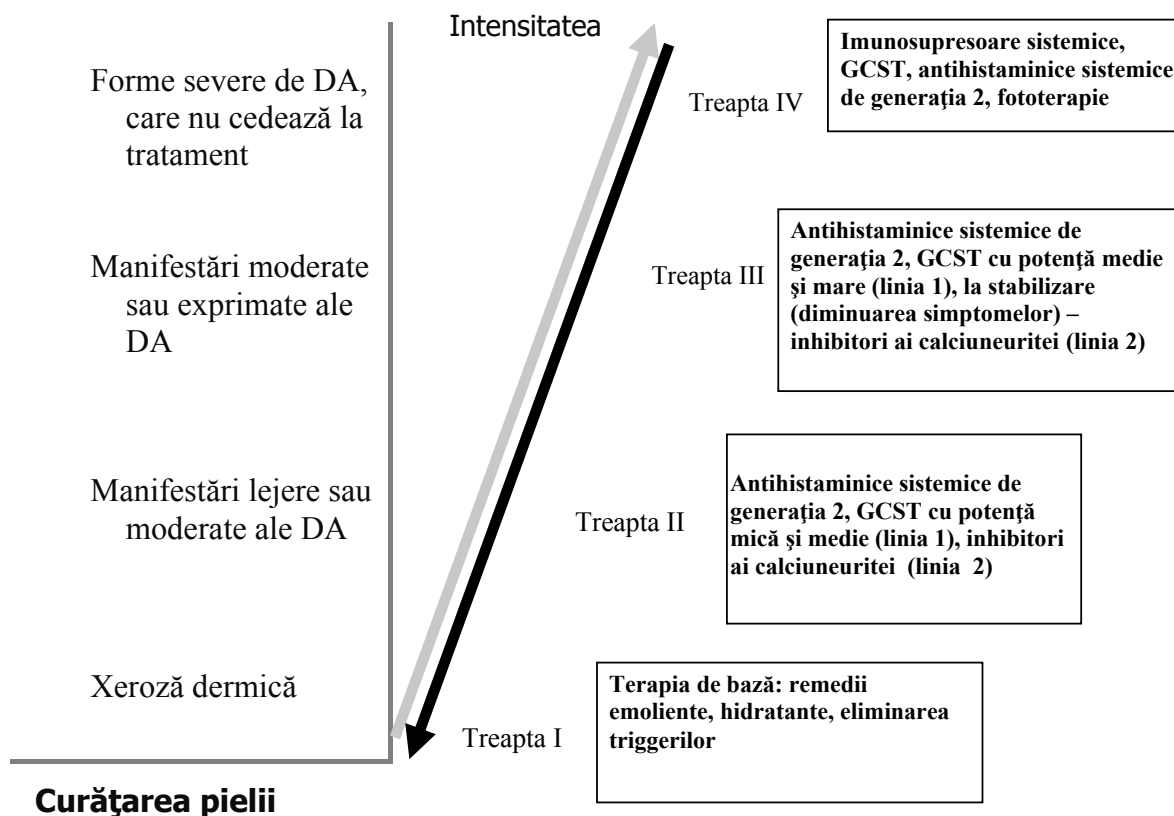
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm diagnostic în dermatita atopică



C.1.2. Algoritmul de tratament al dermatitei atopice

Terapia în trepte a dermatitei atopice la copil



Notă: Este alcătuit în baza recomandărilor EAACI/AAAAI/PRACTALL cu modificări.

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea DA

O clasificare unanim acceptată a dermatitei atopice nu este elaborată. Totodată majoritatea clinicilor folosesc clasificarea maladiei dependent de vârsta copilului, suprafața ariei afectate, severitate, perioada maladiei [16].

Caseta 1. Clasificarea DA în funcție de vîrstă

- Dermatita atopică infantilă (pînă la 2 ani)
- Dermatita atopică a copilului (pînă la 12 ani)
- Dermatita atopică a adolescentului (după 12 ani)

Caseta 2. Clasificarea DA în funcție de suprafața afectată

- Forma localizată, cînd suprafața afectării constituie mai puțin de 5% din țesutul tegumentar
- Forma raspindită, cînd suprafața afectării se extinde de la 5% la 50% din țesutul tegumentar
- Forma difuză, cînd suprafața afectării depășește 50% din totalul țesutului tegumentar

Caseta 3. Clasificarea DA după severitate (tabelul 1)

- Evoluție lejeră (usoară)
- Evoluție sever-medie
- Evoluție severă

Severitatea evoluției dermatitei atopice se apreciază reeșind din simptomele clinice ale maladiiei evidențiate în *tabelul 1*. Totodată există un șir de scheme (indici): SCORAD, EASI, SASSAD, în baza cărora poate fi apreciată severitatea manifestărilor clinice ale dermatitei atopice. Cel mai frecvent la noi în țară se folosește indicele SCORAD (*caseta 4*).

Tabelul 1. Clasificarea dermatitei atopice în funcție de severitate

Evoluție lejeră	Evoluție sever-medie	Evoluție severă
Hiperemie, exudație și excoriație neînsemnată a pielii (suprafata < 5%) Papule, vezicule unice Prurit ușor care nu afectează somnul copilului Limfadenopatie neînsemnată Nu mai mult de 2 acutizări per an	Ragaje, cojițe hemoragice Suprafața afectării pînă la 50% Prurit care afectează somnul copilului Limfadenopatie moderată Pînă la 4 acutizări per an	Focare masive de exudație sau lichenificare, pe suprafața > 50% Eroziuni, fisuri, cruste hemoragice Prurit marcant, paroxismal Inversia somnului Limfadenopatie marcantă Mai mult de 4 acutizări per an

Caseta 4. Aprecierea severității evoluției DA conform schemei SCORAD

Numele copilului		Instituția medicală:
Data nașterii		N.P. medicului:
Data examenului		

A: Răspîndirea (aria afectării) %

B: Intensitatea (punctajul total)

**C: Simptoame subiective:
prurit + dereglarea somnului (punctajul total)**

0 – absent
1 – ușor
2 – mediu
3 – pronunțat

Prurit (0 - 10)	<input style="width: 40%;" type="text"/>
Dereglarea somnului (0 - 10)	<input style="width: 40%;" type="text"/>

Criteriu	Intensitatea			
	0	1	2	3
Eritem				
Edem/papulă				
Cojițe/zemuire				
Exoriație				
Lichenificare				
Xeroză				

SCORAD

A/5 + 7B/2 + C

- A. Răspîndirea** – suprafața de răspîndire a procesului (%).
- B. Intensitatea manifestărilor clinice** se apreciază în baza a șase simptome: eritem, edem/papulă, cruste/zemuire, excoriație, lichenificare, xeroză dermică. Aprecierea se efectuează în baza ariilor cu manifestare clinică maximă, xeroza – pe sectoarele neafectate. Gradul de exprimare a fiecărui simptom se apreciază după scara de 4 puncte: 0 – absent; 1 – slab exprimat; 2 – moderat exprimat; 3 – puternic exprimat.
- C. Simptome subiective** – prurit și tulburări de somn. Se propune pacientului de a arăta pe o riglă de 10 cm intensitatea pruritului și a tulburărilor de somn în ultimele 3 zile. Fiecare simptom se apreciază cu 0-10 puncte.

Pentru aprecierea intensității manifestărilor clinice la copiii mai mici de 7 ani poate fi folosită modificarea schemei SCORAD – schema TIS, care se calculează la fel ca indicele SCORAD, însă în baza doar parametrilor A și B conform următoarei formule: $A/5 + 7B/2$. Parametrul C la copiii de pînă la 7 ani nu se apreciază, deoarece copiii acestei categorii de vîrstă nu sunt apti de a aprecia corect așa parametri subiectivi ca pruritul și nivelul dereglării somnului. Punctajul total al indicelui SCORAD poate varia de la 0 la 103.

Tabelul 2. Aprecierea severității DA în funcție de valorile indicelui SCORAD

Valorile indicelui	Severitatea evoluției dermatitei atopice
Pînă la 20	Evoluție lejeră
De la 20 pînă la 40	Evoluție sever-medie
Peste 40	Evoluție severă

Caseta 5. Clasificarea DA în funcție de stadiul (perioada) maladiei

- Stadiul acut (eritem, papulă, veziculă, eroziune, cojițe, excoriație)
- Stadiul subacut (papulă, excoriație, lichenificare)
- Stadiul cronic (lichenificare, papule fibrinoase)

C.2.2. Conduita pacientului cu DA

Caseta 6. Obiectivele procedurilor de diagnostic în DA

- Confirmarea semnelor clinice caracteristice dermatitei atopice
- Evaluarea severității dermatitei atopice

Caseta 7. Procedurile de diagnostic în DA

- Anamnestic
- Examen clinic
- Investigații de laborator și paraclinice

Caseta 8. Pașii obligatorii în abordarea pacientului cu DA

- Determinarea severității manifestărilor clinice
- Investigarea obligatorie privind factorii de risc (*anexa 1*) și a condițiilor clinice asociate
- Evaluarea statusului alergic
- Alcătuirea schemei de intervenție pentru persoana concretă, pentru termen scurt (1-3 luni) și pentru termen lung

C.2.2.1. Anamneza

Caseta 9. Aspecte care trebuie examinate la suspjecția dermatitei atopice

- A avut pacientul eritem toxic marcant în perioada neonatală a vieții?
- Este deranjat pacientul de prurit?
- A avut pacientul reacții alergice la vaccinuri?
- A avut pacientul erupții cauzate de careva deraglări în alimentație?
- Se micșorează gradul de exprimare a simptomelor după înlăturarea din alimentație a produselor alimentare cu un potențial alergic înalt, celor cu acțiune histaminoliberatoare, a produselor cu conținut înalt de histamină?
- Se micșorează manifestările clinice la administrarea remediilor antialergice?

Caseta 10. Recomandări pentru evaluarea antecedentelor personale și ereditare

- Prezența erupțiilor cutanate pruriginoase, cu localizare caracteristică, și evaluarea condițiilor de ameliorare ale acestora.
- Antecedente familiale de dermatită atopică sau de alte maladii atopice.

- Erupții apărute ca urmare a unui factor declanșator (expunerea la un alergen, stresul etc.).
- Factori personali, familiari, de mediu.
- Factori de risc:
 - ✓ Fumul de țigară.
 - ✓ Contactul cu animalele cu blană.
 - ✓ Contactul cu substanțele chimice casnice, poluante.
 - ✓ Contactul cu polen și mușegai din exterior.
 - ✓ Alimentație artificială precoce, dereglări în alimentație.
 - ✓ Antibioticoterapie în timpul sarcinii, lactației, cât și terapia cu antibiotice în perioada de sugar al copilului.
 - ✓ Dereglări în îngrijirea pielii.
 - ✓ Maladii respiratorii frecvente.
 - ✓ Dereglări funcționale ale tractului digestiv.

C.2.2.2 Examenul fizic

Caseta 11. Criteriile de diagnostic ale dermatitei atopice [3, 4, 18]

Manifestările comune:

- Prurit
- Morfolgie și localizare tipică
- Debut precoce al bolii
- Evoluție cronică cu recidive
- Antecedente familiale sau personale de atopie

Manifestări frecvente (observate în majoritatea cazurilor):

- Infecții cutanate
- Nivel crescut de IgE seric
- Dermatită nespecifică pe mâini și pe picioare
- Rezultate pozitive la testele alergologice cutanate
- Xeroză cutanată
- Hiperpigmentare periorbitală

Manifestări ocazionale (nespecifice):

- Eritem facial
- Intoleranță la unele alimente
- Ihtioză
- Pliu infraorbital Dennie Morgan
- Keratocon
- Eczemă a mamelonului
- *Pitiriazis alba*
- Conjunctivită recurentă
- Intoleranță la lână
- Prurit la transpirație

Diagnosticul necesită trei manifestări comune și alte trei manifestări frecvente sau ocazionale.

C.2.2.3 Investigațiile paraclinice în dermatita atopică

Caseta 12. Investigații paraclinice

Investigații obligatorii:

- Hemoleucograma.
- Nivelul seric al IgE.
- Nivelul de IgE-anticorpi către anumite alergene.
- Testarea alergologică cutanată (alergolog).
- Dieta de eliminare.

Investigații recomandabile:

- Testele de provocare (cu anumite alergene)
- Sumarul urinei.
- Indicii biochimici serici (proteina totală, glicemia, creatinina și ureea, lactatdehidrogenaza, aspartataminotransferaza, alaninaminotransferaza, bilirubina și fracțiile ei).
- Ionograma (Na, K, Ca, Cl).

Hemoleucograma în unele cazuri arată eozinofilie, care poate servi drept semn nespecific al maladiei; în caz de infectare secundară a focarelor este posibilă o leucocitoză neutrofilică.

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

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

Tabelul 3. 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. Se efectuează în lipsa manifestărilor acute ale dermatitei atopice. Administrarea remediilor antihistaminice, antidepresante, neuroleptice diminuează sensibilitatea receptorilor cutanați și ca urmare rezultatele pot avea un caracter fals-negativ. Din aceste considerente preparatele numite necesită a fi excluse pentru o perioadă de 3-7 zile în ajun de examinare.

Aprecierea nivelului de IgE- anticorpi către alergene concrete în serul sangvin se indică pacienților:

- Cu forme difuze de dermatită atopică.
- Care nu pot fi lipsiți de terapia antihistaminică, cu antidepresante, neuroleptice.
- Cu rezultate dubioase ale testării alergologice cutanate sau în lipsa corelării între manifestările clinice și rezultatele testelor cutanate.
- Cu risc înalt de dezvoltare al reacțiilor anafilactice la un oricare alergen în cadrul efectuării testării cutanate.
- De vîrstă sugară.
- În lipsa alergenelor pentru testarea alergologică cutanată și existența acestora pentru examinarea *in vitro*.

Indicarea dietei de eliminare și efectuarea testului de provocare cu anumite alergene se efectuează de medicul specialist (alergolog).

C.2.2.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 13. Diagnosticul diferențial

- Dermatita seboreică
- Candidoza pielii
- Dermatita alergică de contact
- Eczema microbiană
- Scabia
- Sindromul Wiscott-Aldrich
- Sindromul hiperIgE-emiei (Djoba)
- Dereglările ereditare ale schimbului de triptofan
- Ihtioza
- Psoriazisul

C.2.2.5. Criteriile de spitalizare

Caseta 14. Criteriile de spitalizare a pacienților cu DA

- Acutizarea DA, însoțită de tulburări ale stării generale.
- Proces dermic răspîndit, însoțit de infectare secundară (bacteriană, herpetică).
- Infecții dermice recurente.
- DA în asociere cu alte maladii atopice cu evoluție severă.
- Ineficiența terapiei standard efectuate.

C.2.2.6. Tratamentul

Caseta 15. Principalele elemente de colaborare medic-pacient în scopul controlului individual dirijat al dermatitei atopice

- Acordarea asistenței educaționale pacienților.
- Determinarea comună a scopului propus.
- Monitorizarea stării sale: pacientul este învățat să coordoneze aprecierea stării sale.
- Aprecierea sistematică de către medic a nivelului de control al DA, a necesității revederii tratamentului și a deprinderilor pacientului.

- Stabilirea planului individual de tratament formulat în scris. Faceți o listă cu denumirile și cu dozele corespunzătoare a medicamentelor care trebuie administrate permanent și a celor care produc o ameliorare rapidă.
- Monitorizarea stării în concordanță cu instrucțiunile scrise atât în terapia de susținere cât și în acutizări.

Caseta 16. Obiectivele unui management adecvat al dermatitei atopice

- Simptome minime sau inexistente.
- Episoade minime de acutizare.
- Lipsa vizitelor de urgență la medic sau la spital.
- Lipsa complicațiilor.
- Efecte secundare minime sau inexistente cauzate de medicație.

Caseta 17. Principiile generale de tratament medicamentos în DA

- Tratamentul topic (local) este un compartiment obligatoriu și important al terapiei complexe a dermatitei atopice.
- GCST sunt remediile de primă linie în tratamentul acutizărilor de DA.
- GCST prezintă medicația de start a dermatitei atopice cu evoluție medie severă și severă.
- În caz de complicații infecțioase sunt indicate preparatele combinate de uz topic – cu conținut de glucocorticosteroizi, antibiotice și antimicotice.
- Inhibitorii de calciuneurină se folosesc în formele lejere sau în cele medii severe, sau la ameliorarea stării (după tratamentul cu GCST) în formele severe de DA.
- Preparatele antiinflamatoare fără conținut de glucocorticosteroizi anterior folosite (dohot, naftalană, ihtiol), la moment din cauza eficacității reduse și a capacității înalte de fotosensibilizare a pielii practic nu se folosesc.
- Remediile emoliente se folosesc în mod obligatoriu în terapia DA pentru ameliorarea funcției de barieră a dermei și pentru restituiră stratului lipidic epidermic.
- Terapia antihistaminică sistemică, atât cu remedii sedative, cât și cu cele nonsedative este terapia de bază a dermatitei atopice la copii.
- Tratamentul antibacterian sistemic este indicat doar pacienților cu infecții bacteriene dermice severe, însoțite de febră, intoxicație, dereglări ale stării generale.
- Terapia de imunosupresie se folosește în cazurile deosebit de severe ale DA, la ineficiența altor metode de tratament. Se recomandă cure de scurtă durată de glucocorticosteroizi sistemici, Ciclosporină, Azatioprină.
- Terapia de hiposensibilizare specifică nu este recomandată pacienților cu DA. Totodată, poate fi înalt eficientă în caz de astm bronșic, rinoconjunctivită alergică asociate

Particularitățile de administrare a medicației copiilor suferinzi de dermatită atopică în funcție de vîrstă

Tratamentul topic este indicat tuturor pacienților cu dermatită atopică și se efectuează cu remedii de acțiune antiinflamatoare steroide și nonsteroidice, preparate combinate de uz topic (glucocorticosteroizi, antibiotice și antimicotice) și cu remedii emoliente. Selectarea formei terapeutice de administrare este dictată de perioada, caracterul afectărilor dermice și de localizarea procesului patologic.

Tabelul 4. Indicații pentru utilizarea diferitelor forme terapeutice ale remediilor de uz extern

Forma terapeutică	Indicațiile
Emulsie (loțiune)	<ul style="list-style-type: none"> • Zemuire • Partea piloasă a capului • Intoleranța altor forme
Crema	<ul style="list-style-type: none"> • Faza acută • Stadiu subacut • Zemuire • Zona pliurilor
Unguent	<ul style="list-style-type: none"> • Stadiu subacut • Inflamație cronică
Unguent gras	<ul style="list-style-type: none"> • Proces cronic • Lichenificare sau xeroză excesivă

Glucocorticoizii topici se indica copiilor cu forme medii severe, severe sau continuu recidivante ale dermatitei atopice, in cazul rezistenței la alte forme de tratament [3, 4, 5, 7]. În funcție de potența terapeutică, glucocorticoizii topici se divizează în câteva clase (sau grupuri), în Europa evidențiindu-se 4 clase (tabelul 5).

Tabelul 5. Clasificarea europeană a corticosteroizilor topici [3, 4, 16, 18]

Clasa	Denumirea preparatului
I – potență scăzută	Hidrocortizonă acetat 0,5%, 1%, 2,5% Prednisolon 0,5%
II – potență medie	Mazipredon clorhidrat 0,25% Hidrocortizonă 17 – butirat 0,1% Fluocinolonă acetamid 0,025% Flumetazonă pivalat 0,02% Fluocortolon 0,25%
III – potență mare (înaltă)	Betametazonă valerat 0,1% Triamcinolonă acetamid 0,1% Metilprednisolon aceponat 0,1% Budesonid 0,025% Halometazonă* monohidrat 0,05% Mometazonă furoat 0,1%
IV – superpotență	Clobetazol propionat 0,05% Halcinonid* 0,1%

Notă: * preparatul nu este înregistrat în RM

Caseta 18. Regulele de administrare ale glucocorticoizilor topici

1. Nu se folosesc cu scop de profilaxie a dermatitei atopice.
2. GCST contemporani pot fi administrați în orice regiune a tegumentelor (în afară de zona periorbitală).
3. Se preferă remediile cu eficiență înaltă, acțiune de lungă durată.
4. De început tratamentul cu glucocorticoizi de potență mare (3-5 zile), apoi de continuat cu remedii de potență medie și scăzută.
5. GCST se folosesc până la lichidarea simptomelor maladiei (inclusiv, a pruritului).
6. Durata tratamentului poate alcătui de la 3-5 zile până la 1 lună de administrare zilnică (în caz de necesitate e posibilă o cură mai îndelungată, în mod intermitent).
7. Copiilor în vârstă de până la 2 ani se indică remedii nefluorurate.
8. Complicațiile infecțioase necesită a fi sanate până la indicarea glucocorticoizilor topici.
9. Nu se recomandă administrarea remediilor clasei IV (foarte active) copiilor sub 14 ani.

Caseta 19. Contrindicații pentru administrarea glucocorticoizilor topici

1. Tuberculoză sau *lues* cutanat
2. Infecții virale (varicelă, *herpes simplex*)
3. Sensibilizare înaltă a pacientului față de componentele preparatului

Tabelul 6. Glucocorticoizii topici mai frecvent folosiți în tratamentul dermatitei atopice la copii

Preparatul	Vârsta de la care se permite administrarea	Frecvența administrării preparatului
Hidrocortizon acetat	De la naștere	2 ori în 24 de ore
Prednisolon	De la 1 lună	2 ori în 24 de ore
Metilprednisolon aceponat	De la 6 luni	1 dată în 24 de ore
Hidrocortizon 17 – butirat	De la 6 luni	1-2 ori în 24 de ore
Mometazonă furoat	De la 6 luni	1 dată în 24 de ore

Efecte adverse în administrarea de lungă durată a glucocorticoizilor topici:

Locale:

- Atrofia pielii
- Rozacee, acne, strii
- Hipertrihoză
- Infecțare secundară a pielii (bacteriană, fungică)
- Dereglări de pigmentare a pielii
- Tahifilaxie

Sistemice:

- Supresiunea axului adrenal-hipotalamic-pituitar
- Retenție în creștere
- Dezvoltarea sindromului Kușing

Caseta 20. Cauzele efectelor adverse ale glucocorticoesteroizilor topici

- Administrarea necontrolată a glucocorticoesteroizilor topici, îndeosebi a celor fluorurați
- Folosirea metodei de dizolvare a glucocorticoesteroizilor topici
- Folosirea GCST în perioada de remisiune a bolii
- Folosirea GCST pe porțiuni masive ale pielii (> 20%)

Imunomodulatorii de uz topic (inhibitorii de calciuneurină) prezintă o medicație antiinflamatoare nonsteroidă. În practica medicală se folosesc două remedii: crema Pimecrolimus și unguentul Tacrolimus [4, 15]. În RM este înregistrată crema Pimecrolimus 1%.

- Se administrează copiilor mai mari de 3 luni.
- Se aplică pe orice porțiuni ale pielii.
- E indicat copiilor cu DA lejeră și medie severă sau la ameliorare de stare (după finalizarea curei de glucocorticoesteroizi topici) în dermatitele severe.
- Riscul dezvoltării infecției secundare a pielii este mai scăzut la pacienții tratați cu Pimecrolimus, comparativ cu pacienții tratați cu GCST.
- Pacienților care administrează Pimecrolimus li se recomandă minimizarea expunerii la razele solare.

Remediile topice cu efecte antibacterian și antimicotic sunt eficiente în terapia pacienților cu DA complicată cu infecții bacteriene sau fungice ale pielii [16, 18]. Pentru evitarea extinderii infecției fungice pe fundal de terapie antibacteriană este indicată administrarea preparatelor combinate, cu conținut de bacteriostatice și antifungice (de exemplu, Natamicină + Neomicină + Hidrocortizonă sau Betametazonă + Gentamicină + Clotrimazol).

Remediile emoliente, datorită faptului că diminuează inflamația și relaxează țesuturile tegumentare, sunt incluse în standardele terapeutice de ultimă oră a dermatitei atopice [4, 5, 13, 16]. Acest grup de remedii include preparatele tradițional folosite (Lanolină, Dexapantenol) și preparatele cosmetice curative contemporane.

Caseta 21. Regulile de administrare ale emolientelor

- Se folosesc zilnic, nu mai puțin de 2 ori per zi.
- Se administrează în ansamblu cu GCST și cu inhibitorii de calciuneurină și în perioada de remisiune, în lipsa simptomelor bolii.
- Pentru evitarea tahifilaxiei este necesară substituirea preparatelor în fiecare 3-4 săptămâni.

Cu scop de **curățare** a pielii se recomandă:

- Băi zilnice, cu o durată de până la 10 min, cu temperatura apei 36-37°C.
- Folosirea produselor igienice (săpun, șampon, gel) cu pH neutru.
- Evitarea buretelor.

Tratamentul sistemic include folosirea preparatelor antihistaminice, antibacteriene, imunodepresive.

Remediile antihistaminice sunt preparatele cele mai frecvent folosite în terapia dermatitei atopice [3, 4]. Se indică la imposibilitatea eliminării alergenelor din mediul habitual al bolnavului, în contactul permanent cu alergenele incriminate, pentru diminuarea și suprimarea inflamației alergice a pielii, a pruritului cutanat. Terapia cu antihistaminice sedative și nonsedative (generațiile 1 și 2) se califică drept terapie de bază în dermatita atopică la copii (tabelul 7).

Tabelul 7. Remediile antihistaminice folosite în terapia dermatitei atopice la copii

Remediile de generația 1 (sedative)	Remediile de generația 2 (nonsedative)
Dimetinden	Loratadină
Quifenadină	Desloratadină
Clemastină	Cetirizină
Cloropiramină	Levocetirizină
Ciproheptadină	Fexofenadină

Antihistaminicele sedative

- Nu se folosesc timp îndelungat, continuu.
- Se folosesc doar în acutizări, în cure de scurtă durată înainte de somn.
- Nu se recomandă pacienților cu DA, în asociere cu astmul bronșic sau cu rinita alergică.

Efecte adverse: tahifilaxie, somnolență, deprimare a funcțiilor cognitive, efecte M-colinolitice.

Antihistaminicele nonsedative

- Se folosesc timp îndelungat pentru jugularea pruritului, nocturn și diurn.
- Aproape nu manifestă efecte sedative, posedă efect antiinflamator.
- Se folosesc în tratamentul pacienților cu DA, în asociere cu astmul bronșic sau cu rinita alergică.

Antibioticele sistemice (Spiromicină, Azitromicină, Cefuroxim, Ceftriaxon) se recomandă pacienților cu infecții bacteriene dermice severe, confirmate. Nu se folosesc în lipsa simptomelor de infectare dermică. Nu acționează evoluția dermatitei atopice. Administrarea de lungă durată în alte scopuri (de exemplu, terapia formelor rezistente în tratamentul standard) nu este recomandabilă [17].

Glucocorticosteroidii sistemici (Prednisolon, Dexametazonă) se indică în cure de scurtă durată [3, 5, 9].

- Se folosesc în formele severe de dermatita atopică, rezistente la tratamentele glucocorticosteroide – topic și antihistaminic.
- Se administrează în sindromul pruriginos agresiv pe fundal de afectare difuză a pielii.
- La folosire îndelungată au efecte adverse semnificative.

Ciclosporina A, Azatioprina sunt eficiente în dermatitelor atopice severe care nu cedează la alte modalități de tratament [8]. Din motivul toxicității și al multiplelor efecte secundare, utilizarea lor este foarte limitată. Mai frecvent se folosește Ciclosporina în cure scurte, cu durată medie de 8 săptămâni.

Fototerapia UVB + UVA/PUVA este indicată pacienților cu afectări dermice difuze, rezistente la terapia standard, copiilor mai mari de 12 ani [9].

Caseta 22. Criterii de externare

- Hemodinamică stabilă
- Lipsa pruritului, a manifestărilor acute
- Lipsa manifestărilor neurologice (somm liniștit)
- Lipsa de complicații

C.2.2.7. Supravegherea pacienților

Monitorizarea continuă este esențială în atingerea scopurilor terapeutice. În timpul acestor vizite, se analizează și se modifică schemele de tratament, medicațiile și controlul nivelului de tratament.

Caseta 23. Supravegherea pacienților cu DA

- Pacienții revin la consultația medicului la 2-4 săptămâni după prima vizită, iar ulterior – în fiecare 3 luni.
- Odată stabilit controlul asupra DA, rămân esențiale vizitele regulate de întreținere.
- Numărul vizitelor la medic și aprecierea nivelului de control depinde de severitatea inițială a patologiei la un anumit pacient și de gradul de școlarizare a pacientului privitor la măsurile necesare pentru menținerea controlului DA.
- Nivelul controlului trebuie să fie apreciat în anumite intervale de timp de medic, dar, și de pacient.

C.2.3. Complicațiile dermatitei atopice (subiectul protoalelor separate)

Caseta 24. Complicațiile posibile ale dermatitei atopice

- Cataracta
- Infecțiile cutanate (mai des stafilococice, uneori în forme subacute)
- Eczema herpetică (des survine după vaccinul antivariolic; are un debut subit)

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

<p><i>D. 1. Instituțiile de asistență medicală primară</i></p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medic de familie. • Asistentă a medicului de familie. • Laborant. <p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fonendoscop. • Laborator clinic standard pentru determinare de: hemoleucogramă, urină sumară, glicemie. <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glucocorticosteroizi topici (Hidrocortizonă acetat Prednisolon, Metilprednisolon aceponat, Hidrocortizonă 17 – butirat, Mometazonă furoat). • Glucocorticosteroizi sistemici (Metilprednisolon, Prednisolon, Dexametazonă). • Antihistaminice (Dimetinden, Quifenadină, Clemastină, Cloropiramină, Ciproheptadină, Loratadină, Desloratadină, Cetirizină, Levocetirizină, Fexofenadină). • Antibiotice (Spiromicină, Azitromicină, Cefuroxim, Ceftriaxon). • Inhibitori de calciuneurină (Pimecrolimus). • Emoliente.
<p><i>D. 2. Instituțiile/ secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu</i></p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alergolog. • Dermatolog. • Oftalmolog. • Medic de laborator. • Asistente medicale. <p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fonendoscop. • Ultrasonograf. • Laborator clinic standard pentru determinare de: hemoleucogramă, sumar al urinei, indici biochimici (proteină totală, glicemie, creatinină și uree, lactatdehidrogenază, aspartataminotransferază, alanina-minotransferază, bilirubină totală și fracțiile ei), ionogramă (Na, K, Ca, Cl). • Laborator imunologic. • Cabinet alergologic cu alergene de diagnostic.

	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glucocorticosteroizi topici (Hidrocortizonă acetat, Prednisolon, Metilprednisolon aceponat, Hidrocortizonă 17 – butirat, Mometazonă furoat). • Glucocorticosteroizi sistemici (Metilprednisolon, Prednisolon, Dexametazonă). • Antihistaminice (Dimetinden, Quifenadină, Clemastină, Cloropiramină, Ciproheptadină, Loratadină, Desloratadină, Cetirizină, Levocetirizină, Fexofenadină). • Antibiotice (Spiromicină, Azitromicină, Cefuroxim, Ceftriaxon). • Inhibitori de calciuneurină (Pimecrolimus). • Emoliente.
<p>D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de copii ale spitalelor raionale, municipale</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pediatru. • Dermatolog. • Alergolog. • Medic de laborator. • Medic-funcționist. • Asistente medicale. • Acces la consultații calificate: neurolog, otorinolaringolog, oftalmolog, dietolog.
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este comun cu cel al secțiilor consultativ-diagnostice raionale și municipale.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glucocorticosteroizi topici (Hidrocortizonă acetat, Prednisolon, Metilprednisolon aceponat, Hidrocortizonă 17 – butirat, Mometazonă furoat). • Antihistaminice (Dimetinden, Quifenadină, Clemastină, Cloropiramină, Ciproheptadină, Loratadină, Desloratadină, Cetirizină, Levocetirizină, Fexofenadină). • Antibiotice (Spiromicină, Azitromicină, Cefuroxim, Ceftriaxon). • Inhibitori de calciuneurină (Pimecrolimus). • Emoliente. • Pentru indicații selective – glucocorticosteroizi sistemici (Metilprednisolon, Prednisolon, Dexametazonă). • Medicamente pentru tratamentul complicațiilor (Aciclovir, Spiromicină, Azitromicină, Cefuroxim, Ceftriaxon).

<p><i>D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de alergologie și dermatologie ale spitalelor republicane</i></p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dermatologi. • Alergologi. • Medici specialiști în diagnostic funcțional. • Oftalmolog. • Medici de laborator. • Asistente medicale. • Acces la consultații calificate (otorinolaringolog, neurolog, dietolog).
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fonendoscop. • Ultrasonograf. • Cabinet de diagnostic alergologic dotat cu alergene de diagnostic • Laborator clinic standard pentru determinare de: hemoleucogramă, sumar al urinei, indici biochimici (proteină totală, glicemie, creatinină și uree, lactatdehidrogenază, aspartataminotransferază, alaninaminotransferază, bilirubină totală și fracțiile ei), ionogramă (Na, K, Ca, Cl). • Laborator microbiologic și imunologic. • Serviciul morfologic cu citologie.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glucocorticosteroizi topici (Hidrocortizonă hidroclorid, Prednisolon, Metilprednisolon aceponat, Hidrocortizonă 17 – butiric, Mometazon furoat). • Antihistaminice (Dimetinden, Quifenadină, Clemastin, Clorpiramină, Ciproheptadină, Loratadină, Desloratadină, Cetirizină, Levocetirizină, Fexofenadină). • Antibiotice (Spiromicină, Azitromicină, Cefuroxim, Ceftriaxon). • Inhibitori de calciuneurină (Pimecrolimus). • Emoliente. • Pentru indicații selective – glucocorticosteroizi sistemici (Metilprednisolon, Prednisolon, Dexametazonă). • Medicamente pentru tratamentul complicațiilor (Aciclovir, Spiromicină, Azitromicină, Cefuroxim, Ceftriaxon).

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori ponderea pacienților cu <i>diagnosticul stabilit de dermatită atopică</i>	1.1. Ponderea pacienților pînă la 18 ani cu erupții pruriginoase caracteristice, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul unui an	Numărul de pacienți pînă la 18 ani cu erupții pruriginoase caracteristice, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți pînă la 18 ani cu afectări dermice, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an
2.	A spori <i>calitatea examinărilor clinice și practicile</i> ale pacienților cu DA	2.1. Ponderea pacienților diagnosticați cu dermatită atopică și supuși examenului standard, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Dermatita atopică la copil</i> , pe parcursul a 6 luni	Numărul de pacienți cu diagnostic confirmat de dermatită atopică, supuși examenului standard, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Dermatita atopică la copil</i> , pe parcursul ultimelor 6 luni x 100	Numărul total de pacienți cu diagnostic confirmat de dermatită atopică, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimelor 6 luni
3.	A spori numărul de pacienți, <i>la care dermatita atopică este controlată adecvat</i> în condițiile de ambulatoriu	3.1. Ponderea pacienților cu dermatită atopică în remisiune, pe parcursul ultimului an 3.2. Ponderea pacienților supravegheați, cu diagnosticul de dermatită atopică confirmat, care au manifestat acutizări severe, pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu diagnostic confirmat de DA, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an Numărul de pacienți supravegheați, cu diagnosticul de dermatită atopică confirmat, care au manifestat acutizări severe, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnostic confirmat de DA, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an Numărul total de pacienți cu diagnostic confirmat de DA, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
4.	A spori numărul de pacienți cu DA, care <i>beneficiază de asistență educațională în domeniul acestei maladii</i> în instituțiile de asistență medicală primară	<p>4.1. Ponderea părinților cu copii cu DA care s-au adresat în instituția medico-sanitară și cărorora, în mod documentat, li s-a oferit informații (discuții, ghid al pacientului cu dermatită atopică etc.) privind conduita pacientului cu dermatită atopică, pe parcursul ultimilor 3 luni</p> <p>4.2. Ponderea pacienților supravegheați, cu diagnosticul de DA, care frecventează Școala pacientului atopic conform registrului, pe parcursul ultimului an</p>	<p>Numărul de părinți cu copii cu DA care s-au adresat în instituția medico-sanitară, pe parcursul ultimilor 3 luni, și cărorora în mod documentat li s-a oferit informații (discuții, ghid al pacientului cu dermatită atopică etc.) privind conduita pacientului cu DA, pe parcursul ultimului an x 100</p> <p>Numărul de pacienți supravegheați cu diagnosticul de DA, care frecventează Școala pacientului atopic conform registrului, pe parcursul ultimului an x 100</p>	<p>Număr total de copii cu diagnostic confirmat de DA, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimilor 3 luni</p> <p>Număr total de copii cu diagnostic confirmat de DA, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an</p>

ANEXE

Anexa 1. Triggerii în dermatita atopică

Triggerii	Elementele de anamneză sugestivă	Metodele de evitare
Substanțe care provoacă alergii din praful de casă (atît de mici, că nu sunt vizibile cu ochiul liber)	<ul style="list-style-type: none"> • Apariția/agravarea simptomelor de afectare dermică la contactul cu covoarele persane/mochetele groase, draperiile, mobila tapițată, bibliotecile cu cărți vechi; în special în timpul nopții! 	<p>Recomandări:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spălarea lenjeriei de pat și a paturilor în apă fierbinte și uscare lor în uscător fierbinte sau la soare • Schimbarea cît se poate de frecventă a lenjeriei de pat (o dată la 3-4 zile) • Îmbrăcarea pernelor și a acarieni • Scoaterea covoarelor/mochetelor și a draperiilor din dormitor • Înlocuirea covoarelor cu linoleum sau cu parchet, în special, în dormitoare • În locul mobilierului tapițat, utilizarea vinilinei, pielii sau a mobilei din lemn simplu • Utilizarea aspiratoarelor cu filtru
Substanțe care provoacă alergii de la animalele cu blană	<ul style="list-style-type: none"> • Apariția/agravarea bolii după prezența în casă (și, în special, în dormitor) de pisică, cîine sau rozătoare mici (hamster etc.) 	<p>Recomandări:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De îndepărtat animalul din casă sau cel puțin din dormitor <p>ATENȚIE: alergenele provenite din pisică pot persista în casă timp de 6 luni!</p> <ul style="list-style-type: none"> • În cazul păstrării animalului – spălarea cît mai frecventă a acestuia
Alimente	<ul style="list-style-type: none"> • Apariția/agravarea bolii după consumarea de: ouă, lapte, ciocolată, citrice, nuci, pește, produse de mare, miere de albine, coloranți, aditivi 	<p>Recomandări:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De exclus din alimentație aceste produse • Substituirea formulelor lactice prin formule hidrolizate la sugari
Polen și mucegai din exterior	<ul style="list-style-type: none"> • Existența de suprafețe acoperite de mucegai în casa pacientului • Agravarea simptomelor într-o anumită perioadă a anului 	<p>Recomandări:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schimbarea locului de trai • Aflarea în casă cînd nivelul de polen este extrem de ridicat • Schimbarea hainelor după revenirea în încăpere

Fum de țigară (în cazul în care pacientul fumează sau inhalează fumul de la cei din jur)	<ul style="list-style-type: none"> • Apariția/agravarea bolii în mediul fumătorilor 	Recomandări: <ul style="list-style-type: none"> • Pacienții și persoanele care îi înconjoară nu trebuie să fumeze
Medicamente și vaccinuri	<ul style="list-style-type: none"> • Apariția/agravarea bolii după administrare de: insulină, antibiotice, sulfanilamide, vaccinuri, preparate din ser 	<ul style="list-style-type: none"> • A nu se administra insulină, antibiotice, vaccinuri, preparate din ser în cazul în care ele provoacă simptome de dermatită atopică
Efort psihoemoțional	<ul style="list-style-type: none"> • Apariția/agravarea bolii după un efort psihoemoțional 	Recomandări: <ul style="list-style-type: none"> • Evitarea stresurilor
Infecții virale acute	<ul style="list-style-type: none"> • Apariția/agravarea maladiei în caz de infectare virală acută 	Recomandări: <ul style="list-style-type: none"> • Evitarea contactelor cu bolnavii în perioada acută a bolii • Vaccinarea planică și de sezon
Condiții meteo (timp rece, îndeosebi, perioada de iarnă, vânt)	<ul style="list-style-type: none"> • Apariția/agravarea maladiei în timp rece, cu vânt 	Recomandări: <ul style="list-style-type: none"> • Minimizarea plimbărilor pe timp rece, cu vânt • Evitarea suprarăcelilor
Substanțe chimice folosite în gospodăria casnică	<ul style="list-style-type: none"> • Apariția/agravarea maladiei la contactul cu detergenții, balsamurile de clătit, substanțele înălbitoare etc. 	Recomandări: <ul style="list-style-type: none"> • Evitarea contactelor cu detergenții, substanțelor înălbitoare etc. • Excluderea din folosință a balsamurilor de clătit

Anexa 2. Medicamentele folosite în terapia dermatitei atopice

Medicamentele	Dozajul	Doza zilnică/24 de ore	Numărul de administrări zilnice
Medicamentele antihistaminice sistemice			
Antihistaminicele sedative (generația 1)			
Dimetinden	Picături 1 ml (20 de picături) 1 mg-10 ml	Pînă la 1 an 3-10 picături; de la 1 pînă la 3 ani – 10-15 picături; peste 3 ani – 15-20 de picături	3
Quifenadină	Comprimate 0,01g, 0,025 g; pulbere 0,01 g	De la 1 pînă la 3 ani 0,005 g; 3-7 ani – 0,01 g; 7-12 ani – 0,01-0,015 g; peste 12 ani – 0,025 g	2-3
Clemastină	Comprimate 0,001 g; fiole 2,0 ml (1 mg/ml)	De la 1 pînă la 6 ani – 0,25 mg; de la 6 pînă la 12 ani – 0,5 m g; peste 12 ani – 0,001g	2
Cloropiramină	Comprimate 0,025 g; fiole 2%, cîte 1,0-2,0 ml	Pînă la 1 an – 0,002-0,005 g; de la 1 pînă la 6 ani – 0,005-0,015 g; de la 6 pînă la 12 ani – 0,015-0,025 g Intramuscular – cîte 0,5-1,0 mg/kg greutate Intravenos – 1/3 din doza intramusculară	2-3
Ciproheptadină	Comprimate 0,004 g; sirop 0,4 mg/ml (2 mg/5 ml) – 100 ml	De la 6 luni la 2 ani 0,4 mg/kg; 2-6 ani 6mg/zi; 6-14 ani 12 mg/zi	3
Antihistaminicele nonsedative (generația 2)			
Loratadină	Comprimate 10 mg; suspensie buvabilă 5 mg/5 ml-120 ml	De la 2 pînă la 12 ani, cu greutatea corporală sub 30 kg – 5 mg; peste 30 kg – 10 mg	1
Cetirizină	Picături 1 ml (20 de picături) 10 mg-10 ml; picături 1 ml (20 de picături) 10 mg-20 ml; comprimate 10 mg	De la 6 luni pînă la 1 an – 5 picături o dată; de la 1 pînă la 2 ani – 5 picături 2 × ori; de la 2 pînă la 6 ani cîte – 5 picături 2 × ori sau 10 picături o dată; peste 6 ani – 20 de picături sau 1 comprimat o dată	1-2
Dezloratadină	Sirop 0,5 mg/ml 100 ml; comprimate 5 mg	De la 6 luni pînă la 1 an – 2 ml; de la 1 pînă la 6 ani – 2,5 ml; de la 6 pînă la 12 ani – 5 ml; peste 12 ani – 10 ml sau 1 comprimat	1

Levocetirizină	Picături 1 ml (20 de picături) 5 mg – 20 ml comprimate 5 mg	De la 2 pînă la 6 ani – 5 picături × 2 ori; peste 6 ani – 1 comprimat sau 20 de picături o dată	1-2
Fexofenadin	Comprimate 30 mg, 120 mg, 180 mg	De la 6 pînă la 12 ani – 30 mg × 2 ori; peste 12 ani – 120 mg sau 180 mg o dată	1-2
Remedii corticosteroide			
Glucocorticosteroizii sistemici			
Metilprednisolon	Comprimate 4 mg; fiole 40 mg/ml	0,25-2 mg/kg/zi	1-3
Prednisolon	Comprimate 5 mg; fiole 25 mg/1ml sau 30 mg/1ml	1-2 mg/kg/zi pentru 3-10 zile (maxim 60 mg/zi)	1-3
Dexametazonă	Comprimate 4 mg; fiole 4 mg/ml	0,15-0,45 mg/kg/zi pentru 3-10 zile	1-2
Glucocorticosteroizii topici			
Hidrocortizon acetat	Unguent 1% – 35 g și 50 g; cremă 2,5% – 10 g	Local, de la naștere	2
Prednisolon acetat	Unguent 0,5% – 10 g și 20 g	Local, de la vîrsta de 1 lună	2
Metilprednisolon aceponat	Unguent 0,1% – 15 g; cremă 0,1% – 15 g	Local, de la 6 luni	1
Hidrocortizon 17 – butirat	Unguent 0,1% – 20 g;	Local, de la 6 luni	1-2
Mometazonă furoat	Unguent 0,1% – 15 g; cremă 0,1% – 15 g	Local, de la 6 luni	1
Preparate combinate			
Natamicină + Neomicină + Hidrocortizon	Crema 15 g; unguent 15 g	Local, de la 1 an	2
Betametazonă + Gentamicină + Clotrimazol	Crema 30 g	Local, de la 2 ani	2
Inhibitori de calciuneurină			
Plmecrolimus	Crema 1% – 15 g și 30 g	Local, de la 3 luni	2
Preparate cu efect de imunosupresie			
Ciclosporină	Capsule 25 mg; 50 mg; 100 mg	2,5-5,0 mg/kg greutate	2

Anexa 3. Formular de consultație la medicul de familie pentru dermatita atopică

Pacient _____ băiat/fetiță; Anul nașterii _____

Factorii evaluați	Data	Data	Data	Data
1. Prurit (da/nu)				
2. Localizare tipică a erupțiilor (da/nu, specificați)				
3. Evoluție cronică sau recidivantă a procesului (da/nu)				
4. Xeroză (da/nu, specificați)				
5. Modificări periorbitare (da/nu)				
6. Reacție vasculară atipică (specificați)				
7. Modificări periorale, periarticulare (specificați)				
8. Cheratoză foliculară (da/nu)				
9. Ihtioză (da/nu)				
10. Desen palmar pronunțat (da/nu, specificați)				
11. Analiză generală a sîngelui				
12. Analiză generală a urinei				
13. Nivel de IgE seric (specificați)				
14. Probe alergice cutanate (specificați)				
15. Rezultate la depistarea IgE specifice				
16. Semne de complicații ale DA (da/nu)				

Anexa 4. Ghidul părinților cu copil afectat de dermatită atopică



Dermatita atopică este o afecțiune inflamatorie cronică, care se manifestă prin leziuni eczemoase. Majoritatea pacienților cu dermatită atopică prezintă un istoric personal sau familial de atopie.

CUM SE MANIFESTĂ CLINIC DERMATITA ATOPICĂ?

Dermatita atopică a copilului **incepe să se manifeste, în general, la vârsta de 2-6 luni**, dar poate apărea la orice vârstă, inclusiv la sugarii mai mici de 2 luni. Aceasta formă de dermatită afectează scalpul și zonele convexe ale feței, iar în momentul în care copilul începe să meargă sunt afectați genunchii, coatele. Principalul simptom al pacienților cu dermatită atopică este **pruritul cutanat** (senzația de mâncărime). **Gratajul** (scărpina) agravează și întreține pruritul. Ca urmare a frecării și a gratajului repetat, tegumentele devin **lichenificate** (se îngroașă).

Caracteristica clinică a dermatitei atopice o reprezintă uscăciunea pielii – **xerodermia (caseta 2)**.
Clasificarea DA în funcție de suprafața afectată

- Forma localizată, când suprafața afectării constituie mai puțin de 5% din țesutul tegumentar.
- Forma raspindită, când suprafața afectării se extinde de la 5% până la 50% din țesutul tegumentar.
- Forma difuză, când suprafața afectării depășește 50% din totalul țesutului tegumentar.

Ea este agravată de spălarea frecventă și de utilizarea de detergenți, săpunuri bazice etc. Anotimpul în care copilul suferă cel mai tare este iarna (frigul și vântul agravează dermatita atopică).

CUM EVOLUĂ ACEASTĂ BOALĂ?

Dermatita atopică are o evoluție, de obicei, de câțiva ani de zile, cu perioade de remisiune completă (în care copilul nu prezintă deloc leziuni de eczemă la nivelul pielii) sau parțială (cu ameliorarea leziunilor inițiale) întrerupte de exacerbări.

Se estimează că, la o dermatită atopică ce debutează înainte de 1 an, există șanse ca la vârsta de 5 ani, 50% din cazuri să nu mai pună probleme. Procentajul de persistență după pubertate este de 10-15%. La o parte dintre copii cu dermatită atopică vor apărea și alte manifestări atopice (rinită alergică, astm bronsic, conjunctivită alergică etc.), evoluție cunoscută și sub denumirea de „**marș atopic**”.

CUM SE TRATEAZĂ DERMATITA ATOPICĂ?

Este foarte important de știut deu toți membrii familiei pacientului, că dermatita atopică este o boală cronică.

- Îngrijirile locale sunt indispensabile și în afara puseurilor inflamatoare (tratament de fond cu emoliente + respectarea unor măsuri legate de igiena tegumentului).
- Glucocorticosteroizii topici sunt eficace și nu sunt periculoși, atât timp cât sunt folosiți judicios, respectând schemele prescrise de medic.
- Absența răspunsului la tratament se poate datora fie infecțiilor supraadaugate, fie persistenței contactului cu alergenii declanșatori (motiv pentru explorări alergologice pentru detectarea acestora).

CARE SUNT ALERGENII DECLANȘATORI AI DERMATITEI ATOPICE?

- **Praful de casă** – combinație complexă de alergeni; principala componentă alergizantă a prafului fiind acarienii și produsele activității lor.
- **Acarienii** – căpușe foarte mici care nu se observă cu ochiul liber; cea mai mare cantitate de căpușe se găsește în dormitoare (perne, saltele, plapume, lenjerie).
- **Alergenele fungice** (mușci).

- **Alergenele epidermice** includ particule de piele, mătreață și păr de animale, precum și alergenii pielii și ai părului omenesc.
- **Fumatul** activ și pasiv.
- **Factorii ecologici** – nocivități habituale, casnice; nocivități industriale atmosferice; fum, gaze de eșapament.
- **Condițiile meteo** – aer rece, vânt.
- **Polenul**.
- **Produsele alimentare:** laptele de vacă, peștele, produsele de mare, mierea de albine, cacao, ciocolata, ouăle, nucile etc.
- **Medicamentele și vaccinurile:** antibiotice – peniciline, cefalosporine, tetraciclone etc.; sulfanilamide – Biseptol; vaccinurile produse pe embrion de ou – vaccin antigripal.
- **Infecțiile virale, bacteriene și parazitate.**
- **Factorii de stres.**

CARE SUNT RECOMANDĂRILE PENTRU PACIENȚII CU DERMATITĂ ATOPICĂ?

- **Îmbrăcămintea** – evitarea contactului direct al pielii cu textile iritante (fibre sintetice, lână); preferarea bumbacului și inului, haine largi și nu prea călduroase, pentru a evita transpirația. Copilul va fi îmbrăcat conform temperaturii ambientale. Îmbrăcămintea trebuie spălată cu detergenți blânzi și bine clătită ; nu sunt permise balsamurile pentru clătit.
- **Îmbăierea** – de scurtă durată, cu apă nu prea fierbinte, cu săpunuri care nu usucă pielea și care nu conțin coloranți și parfumuri. După baie pielea trebuie hidratată.
- Menținerea unei **temperaturi** optime în camera de dormit.
- **Climatul familial** afectuos și calm, deoarece agitația din jurul copilului bolnav scade semnificativ pragul rezistenței la prurit.
- **Fumul de țigară** are un efect nociv prin creșterea riscului de a dezvolta simptome alergice respiratori: rinită și/sau astm.
- **Exercițiile fizice, sportul** – fără restricții în general; dacă transpirațiile declanșează puseurile, se va efectua adaptarea progresivă la sport; duș și emoliente după piscină.
- **Soarele** – fără restricție specială; expunere progresivă cu menținerea îngrijirilor obișnuite și creme fotoprotectoare în funcție de fototip, încurajarea vacanțelor de vară la mare. Dacă leziunile sunt exsudative sau infectate, trebuie evitat contactul cu nisipul.
- **Creșterea aplicațiilor de emoliente** pe timp rece și uscat.
- **Atenție la suprainfecția herpetică** – evitarea contactului bolnavului cu pacienții cu infecție herpetică activă (herpes labial, nazal etc.) și suspectarea acestei complicații la cei ce fac un episod de acutizare cu aspect clinic neobișnuit.
- **Vaccinarea** pe pielea neafectată (**nu** sunt contraindicate vaccinările).
- **Alergenele alimentare** – pentru copiii cu antecedente familiale: alăptare maternă prelungită (minim 6 luni), fără diversificare precoce, mai ales în cea ce privește laptele integral, ouăle, peștele, produsele de mare, nucile, citricele (se vor introduce după vârsta de 1 an). Din rația copilului vor fi excluse pe mai mult timp alimentele ce s-au dovedit a fi implicate în apariția puseurilor (prin anchetă sau investigații alergologice speciale).
- **Aeroalergenele de interior** (praf de casă, de cărți, acarieni) – măsuri de ventilare eficiente, controlul umidității (40%), aerisire corespunzătoare, evitare a covoarelor și a mochetelor în camere, ștergere regulată a prafului cu burete umede, aspirat o dată pe săptămână, spălare a draperiilor de 2-3 ori pe lună, huse de saltea și de perne din materiale speciale, tratament acaricid la intervale regulate (mai ales pe covoare și pe mochete).
- **Animalele cu blană** – evitarea creșterii lor în casă.
- **Polenurile** (la cei alergici la polen) – evitarea activităților la aer liber în zilele uscate și calde, aerisire dimineața și noaptea, pe timp ploios, duș după expunere, filtre pentru polen în mașină. Animalele și îmbrăcămintea pot vectoriza polenurile.

BIBLIOGRAFIE

1. Atopic dermatitis in children: clinical picture and diagnosis EBM Guidelines 2000.
2. Atopic eczema in primary care. MeReC Bulletin vol. 14 number 1, 2003.
3. Consensus Conference on Pediatric Atopic Dermatitis J. Am. Acad. Dermatol. 2003; 49: 1088-95.
4. Consensus Report EAACI/AAAAI/PRACTALL Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults. J. of Allergy and Clin. Immunol. and Allergy, 2006: (61): 969-987.
5. Ellis C., Luger T., Abeck D. et al. International Concensus Conference on Atopic Dermatitis II (ICCAD II): clinical uptade and current treatment strategies. Br. J. Dermatol., 2003 May; 148 Suppl. 63:3-10.
6. Hanifin J. M. Epidemiology of Atopic Dermatitis// Immunol. Allergy CM NA.- 2002.- Vol. 22 – P. 1-24.
7. Hanifin J. M., Gupta A. K., Rajagopalan R. Intermittent dosing of fluticasone propionate cream for reducing the risk relapse in atopic dermatitis patients. Br. J. Dermatol., 2002; 147(3): 528-537.
8. Harper J. I., Ahmed I., Barclay G et al. Cyclosporin for severe childhood dermatitis: shopt course versus continous therapy.Br. J. Dermatol., 2000: 142(1): 52-58.
9. Hoare C., Li Wan Po A., Williams H. Systematic review of treatments for atopic dermatitis// Helth. Technol. Assess. 2000;Vol.4, P. 1-191.
10. Johansson S. G. O., Haahtele Tan. Руководство WAO по профилактике аллергии и аллергической астмы// Аллергология и иммунология.- 2005, №. 6, С. 81-91.
11. Kramer M.S., Kakuma R. Material dietary antigen avoidance during pregnancy and/or lactation for preventing or treating atopic disease in the child (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2006.
12. Rautava S., Kallimaki M., Isolauri P. Probiotics during pregnancy and breast-feeding might confer immunomodulatory protectionagainst atopic disease in the infant. J. Allergy Clin. Immunol., 2002; 109(1): 119-121.
13. Shav J. C. Atopic dermatitis. UpToDate December 29, 2003.
14. Smethurs D., Macfarlane S. Atopic eczema. Clinical Evidence 2002, 2785- 1803.
15. WahnU., Bos J. D., Goodfield M. et al. Efficacy and Safetyof Pimecrolimus Cream in the Long-Term Management of Atopic Dermatitia in Children// Pediatrics.-2002-Vol 110(el.).
16. Аллергология и иммунология. Под ред. Баранова А. А. и Хаитова Р.М.- Москва, 2008, с.10-74.
17. Минаева Н. В., Корюкина И. П. Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение, профилактика. Пермь, 2007, 32 с.
18. Педиатрия. Клинические рекомендации. Под ред. Баранова А. А – М.:«ГОЭТАР-Медиа». – 2007.- с.17-35.