



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI
FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA
MOLDOVA**

Dermatita atopică la copil

Protocol clinic național

Elaborat de colectivul de autori:

Ecaterina Stasii	USMF „Nicolae Testemițanu”
Tatiana Gorelco	IMSP Institutul Mamei și Copilului
Tatiana Culeșin	IMSP Institutul Mamei și Copilului
Andrei Calistru	USMF „Nicolae Testemițanu”
Olesea Nicu	IMSP Spitalul Clinic Municipal „Valentin Ignatenco”
Irina Moldovanu	IMSP Spitalul Clinic Municipal „Valentin Ignatenco”
Vera Rusanovschii	Spitalul Internațional Medparc

Recenzenți oficiali:

Ala Holban	doctor în științe medicale, conferențiar universitar, Departamentul Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Larisa Procopișin	doctor în științe medicale, conferențiar cercetător, Laboratorul Alergologie și Imunologie clinică, IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT.....	3
PREFAȚĂ.....	3
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	3
A.1. Diagnosticul.....	3
A.2. Codul bolii (CIM 10):.....	3
A.3. Utilizatorii.....	3
A.4. Scopurile protocolului.....	4
A.5. Data elaborării protocolului.....	4
A.6. Data următoarei revizuirii	4
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului.....	4
A.8. Definițiile folosite în document.....	5
A.9. Informația epidemiologică.....	5
B. PARTEA GENERALĂ.....	6
B.1. Nivel de asistență medicală primară.....	6
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (alergolog, dermatolog).....	8
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească.....	9
C. 1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ.....	112
C.1.1. Algoritm diagnostic în dermatita atopică.....	122
C.1.2. Algoritm de tratament al dermatitei atopice.....	133
C.2.1. Clasificarea DA.....	144
C.2.2. Conduita pacientului cu DA.....	166
C.2.2.1. Anamneza.....	166
C.2.2.2. Examenul fizic.....	17
C.2.2.3. Investigațiile paraclinice în dermatita atopică.....	188
C.2.2.4. Diagnosticul diferențial	19
C.2.2.5. Criteriile de spitalizare.....	19
C.2.2.6. Tratamentul.....	19
C.2.2.7. Supravegherea pacienților.....	244
C.2.3. Complicațiile dermatitei atopice (subiectul protocoalelor separate).....	244
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL.....	255
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară.....	255
D.2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu.....	255
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de copii ale spitalelor raionale, municipale.....	266
D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de alergologie și dermatologie ale spitalelor republicane.....	266
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....	288
ANEXE.....	300
Anexa 1. Triggerii dermatitei atopice.....	300
Anexa 2. Medicamentele folosite în terapia dermatitei atopice.....	322
Anexa 3. Formular de consultație la medicul de familie pentru dermatita atopică.....	344
Anexa 4. Ghidul părinților cu copilul afectat de dermatită atopică.....	355
BIBLIOGRAFIE.....	377

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

Etiologia dermatitei atopice este multifactorială. Unul dintre factorii principali implicați în dezvoltarea maladiei este cel genetic. Astfel, pacienții cu dermatită atopică prezintă alterări ale structurii proteinelor filagrinei, ce intră în compoziția celulelor epidermale și intervin în menținerea unei bariere a pielii față de factorii nocivi din mediul extern (praful, poluarea ridicată, mușchiul, polenul). Totodată, există riscul ca anumite alimente să provoace alergii și să contribuie la apariția dermatitei atopice. E demonstrat, că maladia poate a se dezvolta la spălarea pielii cu produse neadecvate sau apă fierbinte, folosirea hainelor din materiale textile sintetice, expunerea regulată la stres, folosirea unor medicamente (antibiotice, imunosupresoare).

De cele mai multe ori debutul dermatitei atopice este la copiii sugari începând cu vârsta de 2-3 luni. Stabilirea diagnosticului este realizată în baza unui examen clinic detaliat cu utilizarea criteriilor Hanifin & Rajca. În unele situații poate fi recomandată efectuarea unor investigații suplimentare (hemoleucograma, evaluarea nivelului de IgE specifice alergenilor respectivi, teste cutanate pentru determinarea alergenilor, însemnări de pe țesutul tegumentar).

E important de menționat că manifestările clinice pot să difere la diferite categorii de vârstă a copiilor. Astfel, sunt cunoscute dermatita atopică infantilă, ce se dezvoltă la copiii cu vârsta de până la 2 ani; dermatita atopică a copilului caracteristică celor cu vârsta de la 2 ani până la 12 ani și dermatita atopică a adolescentului (după 12 ani).

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

Principiul de bază a tratamentului dermatitei atopice este reprezentat de *terapia complexă în trepte*.

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

DA	Dermatită atopică
CS	Corticosteroizi
CST	Corticosteroizi 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-methoxypsiren + 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 Mamei și Copilului și specialiștii Departamentului Pediatrie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. 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, evoluție severă, perioadă acutizare.
2. Dermatită atopică, evoluție grav-medie, perioadă remisie.
3. Dermatită atopică, evoluție legeră, perioadă remisie incompletă.
4. Dermatită atopică, evoluție grav-medie, perioadă acutizare, complicată cu infecție mixtă (bacterian-fungică) a pielii.

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

L 200 Prurigo Besnier (Dermatita atopică)

L208 Alte dermite atopice

L209 Dermită atopică, fără precizare

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii serviciilor medicale în cadrul instituțiilor de asistență medicală primară (medici de familie, asistente medicale de familie)
- Prestatorii serviciilor medicale specializate de ambulator (alergologi, dermatologi)

- secțiile de pediatrie ale spitalelor raionale și municipale (pediatri)
 - Departamentul Consultativ Specializat Integrat al IMSP Institutul Mamei și Copilului (alergologi, dermatologi, pediatri)
 - Secția Alergologie a IMSP Institutul 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: 2024

A.6. Data următoarei revizuirii: 2027

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

Numele	Funcția deținută
Ecaterina Stasii	Medic alergolog-imunolog pediatru, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Departamentul Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Tatiana Gorelco	Medic alergolog pediatru, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător, șefa secției Alergologie, IMSP Institutul Mamei și Copilului, specialist principal în domeniul alergologiei pediatrice al MS RM
Tatiana Culeșin	Medic alergolog pediatru, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător, secția Alergologie, IMSP Institutul Mamei și Copilului
Andrei Calistru	Secundar Clinic Departamentul Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Olesea Nicu	Medic alergolog pediatru, IMSP Spitalul Clinic Municipal „Valentin Ignatenco”
Irina Moldovanu	Medic pediatru, șefa secției Pneumologie/Alergologie, IMSP Spitalul Clinic Municipal „Valentin Ignatenco”
Vera Rusanovschii	Medic pediatru, Spitalul Internațional Medparc

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat

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

A.8. Definițiile folosite în document

Dermatita atopică este o maladie inflamatorie cronică a pielii, care de obicei se dezvoltă la persoanele cu predispunere ereditară către atopie, are o evoluție recidivantă cu un șir de particularități clinice de vârstă.

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 acutizărilor de dermatită atopică.

Hanifin&Rajca: criterii de diagnostic în dermatita atopică

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

Terapie reactivă: terapie în perioada de acutizare

Terapie proactivă: terapie în perioada de recuperare

A.9. Informația epidemiologică

DA este cea mai frecvent întâlnită maladie alergică la copii, incidența ei continuând să crească în ultimele decenii. Conform datelor EuroGuiDerm, 2022 la moment maladia se înregistrează la 20-30% dintre copii și 2-10% populație vîrstnică la nivel mondial. DA afectează populația tuturor țărilor, totuși, înregistrîndu-se mai frecvent în țările cu nivel socio-economic înalt dezvoltat.

În Republica Moldova dermatita atopică la copii, de asemenea, este în creștere și conform datelor statistice către 2021 la supraveghere se aflau circa 5000 copii (comparativ cu 3000 în 2015).

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară		
Descriere (măsurile)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia (prevenția)		
1.1. Profilaxia primară a dermatitei atopice	Profilaxia prenatală a sensibilizării alergice la moment nu este posibilă. E recunoscut că renunțarea mamei la fumat în timpul gravidității și după naștere, alimentația naturală la sân pe parcursul a cel puțin 4 luni de viață, inițierea diversificării în intervalul de vîrstă de la 4 la 6 luni, reducerea poluării locuințelor și mediului sunt un avantaj în prevenirea îmbolnăvirii.	Obligatoriu: - Evitarea fumatului în perioada sarcinii. - Evitarea fumatului pasiv la copiii mici (în special, mama fumătoare) și evitarea fumatului activ la adolescenți. - Ameliorarea nutriției materne în decursul sarcinii cu excluderea alergenului cauzal în caz de alergie alimentară la mamă - Evitarea operațiilor cezariene neargumentate. - Alăptarea la sân cel puțin pînă la vîrsta de 4 luni. - 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 (<i>anexa I</i>)
1.2. Profilaxia secundară a dermatitei atopice	Profilaxia secundară este orientată asupra copiilor sensibilizați (IgE total mărit, prezența maladiilor alergice) și are drept scop preîntâmpinarea dezvoltării DA	- Eliminarea alergenilor din mediul copilului - Programe educaționale
1.3 Profilaxia terțiară a dermatitei atopice	Micșorarea numărului de acutizări și recidive	- Evitarea contactului cu alergenul (alergenele) cauzal, după posibilități (<i>anexa I</i>). - Eliminarea alergenilor alimentari din rație. La imposibilitatea alimentației naturale în primele luni de viață, folosirea amestecurilor hipoalergice (parțial hidrolizate). - Aplicarea de emolient la fiecare 4-6 ore - Evitarea transpirației
2. Screening-ul	La moment în plan de rutină nu se efectuează.	

I	II	III
3. Diagnosticul		
3.1 Suspectarea diagnosticului de DA C.2.2.1-C.2.2.4 Algoritmul C.1.1	<i>Anamneza</i> permite suspectarea dermatitei atopice la copiii cu: • 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 <i>Examenul fizic</i> permite diagnosticarea dermatitei atopice prin aprecierea criteriilor de diagnostic Hanifin și Rajka: cel puțin 3 majore și 3 sau mai multe minore	Obligatoriu: • Anamneza (<i>casetele 9, 10</i>). • Examenul fizic (<i>caseta 6, 7, 11</i>). • Examenul paraclinic (<i>caseta 12, tabelul 3</i>): ➤ Hemoleucograma. ➤ Dieta de eliminare. • Diagnosticul diferențial (<i>caseta 13</i>). • Evaluarea severității bolii (<i>casetele 3, 4; tabelele 1, 2</i>).
3.2. Luarea deciziei: consultația alergologului (dermatologului) versus spitalizarea pentru confirmarea diagnosticului și pentru elaborarea programului de terapie ulterioară C.2.2.5		• Recomandarea consultației la specialist pacienților cu dificultăți de diagnostic și pacienților cu DA complicată. • Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>caseta 14</i>).
I	II	III
4.Tratamentul		
C.2.2.6		
4.1. Tratamentul nemedicamentos	Modificarea stilului de viață, permite evitarea acutizărilor și menținerea controlului adecvat al dermatitei atopice	Obligatoriu: • Asistența educațională a bolnavului și a familiei acestuia (<i>caseta 15; anexa 4</i>). • Controlul mediului (<i>anexa 1</i>).
4.2. Tratamentul medicamentos Algoritmul C.1.2		
4.2.1 Terapia de bază	Tratament de bază se recomandă tuturor pacienților indiferent de forma evolutivă a bolii.	Obligatoriu: • Eliminarea triggerilor. • Folosirea emolientelor • Programe de instruire (<i>casetele 17, 21</i>).
4.2.2. Treapta I	Tratamentul conform acestei trepte se recomandă pacienților cu simptome lejere de DA	Obligatoriu: • CST (linia 1) (<i>caseta 17; tabelele 5, 6, 7; anexa 2</i>). • Inhibitorii calciuneuritei în zonele sensibile (linia 2) (<i>caseta 17</i>;

		tabelele 5, 6, 7; anexa 2) • În caz de prurit persistent remedii antihistaminice sistemice de generația 2-a. • În caz de reacții acute alergice concomitente - antihistaminice sistemice de generația I • Hidratarea suficientă a pielii
Notă: Dacă tratamentul curent (treapta I) nu asigură controlul DA, este necesară intensificarea activității terapiei cu trecerea la treapta II. Terapia de treptele II-III se indică de medicul specialist și se efectuează sub supravegherea permanentă a medicului de familie și supravegherea periodică a specialistului.		
4.2.3. Treapta II	Tratamentul conform acestei trepte se recomandă pacienților cu simptome moderate și exprimate de dermatită atopică.	Obligativ: • CST (linia 1), inclusiv și metoda proactivă (caseta 17; tabelele 5, 6, 7; anexa 2) • Inhibitorii calciuneuritei în zonele sensibile (linia 2) inclusiv și metoda de terapie proactivă (caseta 17; tabelele 5, 6, 7; anexa 2) • În caz de prurit persistent remedii antihistaminice sistemice de generația 2-a (caseta 17; tabelele 5, 6, 7; anexa 2) • În caz de reacții acute alergice concomitente - antihistaminice sistemice de generația I (caseta 17; tabelele 5, 6, 7; anexa 2) • Hidratarea suficientă a pielii • UVB în doze medii • Consult psihosomatic
4.2.4. Treapta III	Tratamentul conform acestei trepte se recomandă pacienților cu forme severe de dermatită atopică, care nu cedează la tratament	Obligativ: • Terapia în volumul treptei II plus • Terapia sistemică cu - Corticosteroizi sistemici - Methotrexat - Azathioprin • Pentru pacienții cu vârstă: - > 6 ani Dupilumab - > 12 ani Upadacitinib - > 16 ani Ciclosporin
I	II	III
5. Supravegherea C.2.2.7		
5.1 Supravegherea cu reevaluarea nivelului de control al DA		Obligativ: • Vizite – în fiecare 1-3 luni (caseta 23).
5.2. Decizia în schimbarea treptei		• Conform recomandărilor de majorare sau de micșorare a

		trepte (algoritmul 2), după consultația medicului specialist.
6. Recuperarea		Conform programelor existente de recuperare și recomandărilor specialiștilor.

B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (alergolog, dermatolog)		
Descriere (măsurile)	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	<i>Anamneza</i> permite suspectarea dermatitei atopice la copiii cu - 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 . <i>Examenul fizic</i> permite diagnosticarea dermatitei atopice prin aprecierea criteriilor de diagnostic Hanifin și Rajka: cel puțin 3 majore și 3 sau mai multe minore .	Obligatori: - Anamneza (casetele 9, 10). - Examenul fizic (casetă 13). - Examenul paraclinic (casetă 12). ✓ Hemoleucograma. ✓ Aprecierea nivelului seric al IgE. ✓ Testarea alergologică cutanată (prick-test, probe de scarificare). ✓ Aprecierea nivelului de IgE-anticorpi către anumite alergene. - Diagnosticul diferențial (casetă 13). - Evaluarea severității bolii și aprecierea nivelului de control (casetă 3, 4; tabelul 1, 2). Recomandabil: - Testul de provocare cu alergene cu scop de depistare a alergiei alimentare. - Consultația dietologului, a psihoneurologului, a ORL-istului, a oftalmologului.
2. Tratamentul la domiciliu va fi efectuat sub supravegherea medicului de familie C.2.2.6		
2.1. Tratamentul nemedicamentos	Modificarea stilului de viață, permite evitarea acutizărilor și menținerea controlului	- Asistența educațională a bolnavului și a familiei acestuia (casetă 15; anexa 4). - Controlul mediului (anexa 1).
2.2. Tratament medicamentos conform algoritmului C.1.2		
3. Supravegherea temporară		Obligatori:

		• Complicațiile acute (<i>caseta 24</i>). • Cazurile de rezistență la tratament (<i>caseta 23</i>).
4. Recuperarea		• Conform programelor existente de recuperare.

B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească

Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Spitalizarea	• Atingerea și menținerea controlului DA.	Criterii de spitalizare în secțiile pediatrie și alergologie (raionale, municipale, republicane): • Acutizarea DA, însoțită de tulburări ale stării generale. • Proces dermic răspândit, însoțit de infectarea secundară (bacteriană, herpetică). • Infecții dermice recurente. • DA în asociere cu alte maladii atopice cu o evoluție severă. • Ineficiența terapiei standard efectuate.
I	II	III
2. Diagnosticul <i>Algoritmul C.1.1</i>		

2.1 . Confirmarea diagnosticului de DA, aprecierea nivelului de control al bolii, evaluarea severității C.2.2.1-C.2.2.4	<i>Anamneza</i> permite suspectarea dermatitei atopice la copiii cu: • 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. • <i>Examenul fizic</i> permite diagnosticarea dermatitei atopice prin aprecierea criteriilor de diagnostic Hanifin și Rajka: cel puțin 3 majore și 3 sau mai multe minore.	Obligatoriu: • Anamneza (<i>casetele 9, 10</i>). • Examenul fizic (<i>caseta 11</i>). • Examenul paraclinic (<i>caseta 12</i>): ✓ Hemoleucograma. ✓ Aprecierea nivelului seric al IgE ✓ Frotiu cutanat la flora bacteriană, fungică (în caz de manifestări de infectare cutanată). • Diagnosticul diferențial (<i>caseta 13</i>). • Evaluarea severității bolii și aprecierea nivelului de control (<i>casetele 3, 4; tabelul 1</i>). Recomandabil: • 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.
2.2. Confirmarea DA rezistente la tratament cu identificarea cauzelor		Obligatoriu: <i>De atras atenția la:</i> • Aderare slabă la tratament. • Eșecul în modificarea stilului de viață. • Diagnosticul alternativ.

I	II	III
3. Tratamentul medicamentos C.2.2.6 Dermatita atopică, fiind o maladie cronică, necesită tratament atât în perioada de acutizare, cât și în perioada de remisie. 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. Severitatea evoluției DA variază de la ușoară la severă, volumul intervențiilor terapeutice fiind determinat de exprimarea manifestărilor clinice.		

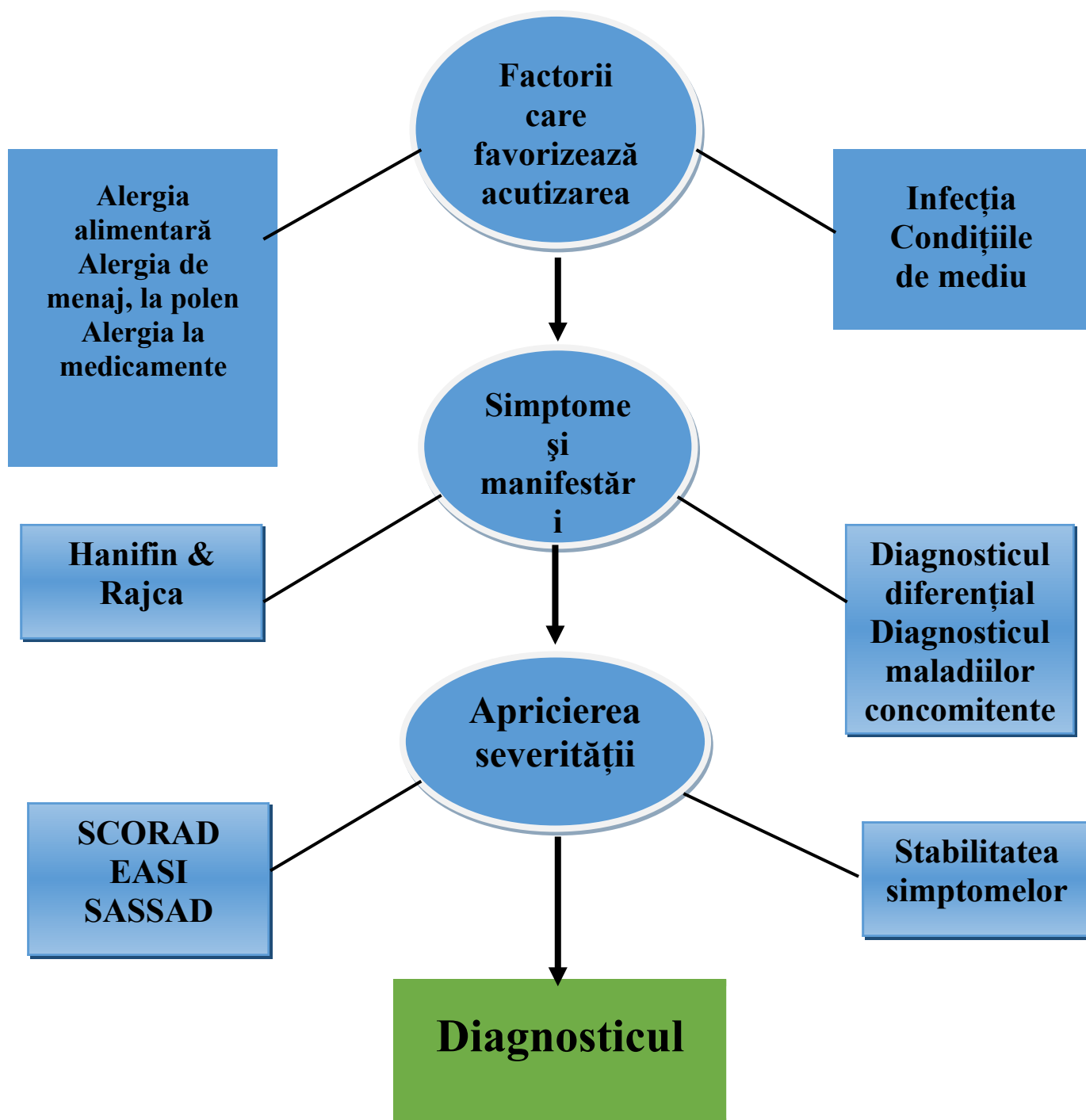
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
3.1. Tratamentul medicamentos	• Diminuarea manifestărilor	Obligatoriu:

în perioada de acutizare C.2.2.6	clinice ale maladiei. Micșorarea frecvenței acutizărilor.	• CS (<i>caseta 17; anexa 2</i>). • CST (<i>casetele 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>). • Remedii de acțiune imunosupresantă • Terapie biologică.
3.2. Tratamentul medicamentos în perioada de remisiune C.2.2.6	• Ameliorarea calității vieții pacientului. • Prevenirea acutizărilor repetate. • Prevenirea complicațiilor infecțioase.	Obligatoriu: • Remedii emoliente (<i>caseta 21</i>). • Corecția patologiei concomitente.

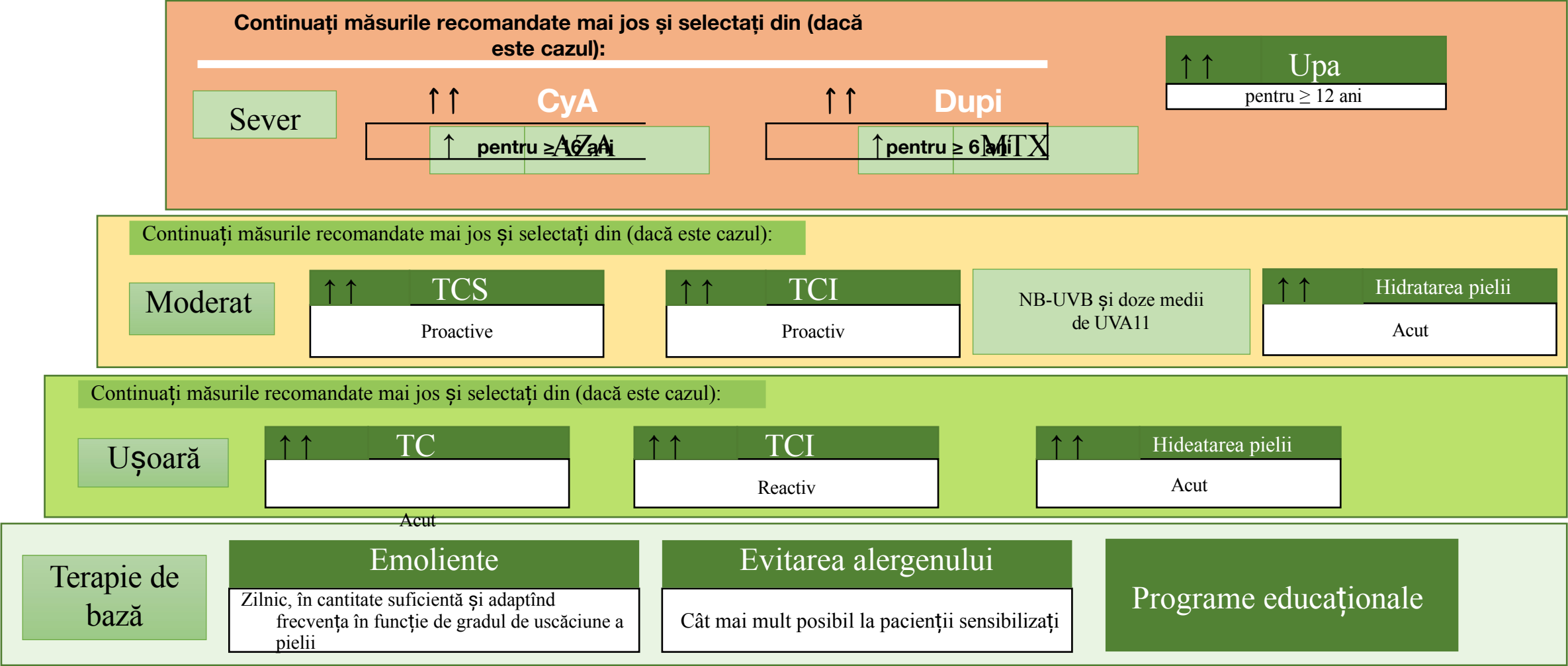
4. Externarea, nivelul primar de tratament și de supraveghere continuă	Asigurarea continuității tratamentului început în staționar	Obligatoriu: Extrasul va conține: • Recomandările explicite pentru pacient (<i>anexa 1</i>). • Recomandările pentru medicul de familie (<i>caseta 23</i>).
--	--	--

C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C. 1.1. Algoritmul diagnostic în dermatita atopică



C. 1.2 Algoritmul de tratament în dermatita atopică



AZA=azatioprină; CyA=ciclosporină; Dupi=dupilumab; MTX=metotrexat; TCI=inhibitori de calcineurină topici;

TCS=corticosteroizi topici; Upa = upadacitinib;

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.

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, exsudație și excoriație neînsemnată a pielii (suprafața < 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 exsudație 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		

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

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)

Dereglarea somnului (0 - 10)

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 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 25	Evoluție lejeră
De la 25 pînă la 50	Evoluție grav-medie
Peste 50	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 detaliat cu aplicarea criteriilor Hanifin & Rajca
- Investigații de laborator și paraclinice

Caseta 8. Pași 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 alte maladii atopice.
- Erupții apărute ca urmare a unui factor declanșator (expunerea la un alergen, stresul etc.).

- Factori personali, familiali, de mediu.
- Factori de risc:
 - ✓ Fumul de țigară.
 - ✓ Contactul cu animalele cu blană.
 - ✓ Contactul cu substanțele chimice casnice, poluante.
 - ✓ Contactul cu polen și mușcări 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 Hanifin și Rajka

Criterii majore:

- Prurit
- Morfolgie și distribuție tipică a leziunilor
- Modalitate evolutivă cronică sau cu recăderi
- Istoric personal/familial de atopie

Criterii minore:

- Debut precoce
- Susceptibilitate la infecții cutanate
- Nivele ridicate de IgE seric
- Dermatită nespecifică pe mâini și pe picioare
- Dermatita pleoapelor
- Rezultate pozitive la testele alergologice cutanate
- Xeroză cutanată
- Hiperpigmentare periorbitală
- Cheilite
- Intoleranță la unele alimente
- Ictioză
- Pliuri infraorbitale Dennie - Morgan
- Keratocon
- Eczemă mamelonului
- Pitiriazis alba
- Conjunctivite recurente
- Intoleranță la lână/solvenși grași
- Prurit la transpirație
- Agravarea emoțională a leziunilor

Diagnosticul necesită trei manifestări majore și alte trei manifestări minore.

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 al 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). De obicei dieta de eliminare se efectuează pe o perioadă de 2 săptămâni, cu reevaluarea stării, programului de terapie.

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 răspândit, însoțit de infectare secundară (bacteriană, fungică, 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 dozele corespunzătoare a medicamentelor ce trebuie administrate permanent și a celor ce produc ameliorarea rapidă.
- Monitorizarea stării în concordanță cu instrucțiunile scrise atât pentru terapia de susținere cât și pentru 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.
- CST sunt remediile de primă linie în tratamentul acutizărilor de DA.
- CST prezintă medicația de start al dermatitei atopice cu evoluție grav medie și severă.
- În caz de complicații infecțioase sunt indicate preparatele combinate de uz topic – cu conținut de glucocorticosteroizi, antibiotice și antimicotice sau terapia antibacteriană, antimicotică sistemică.
- Inhibitorii de calciuneurină se folosesc în formele lejere, în cele medii sau la ameliorarea stării (după tratamentul cu CST) 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 tuturor formelor de DA pentru ameliorarea funcției de barieră a dermei și pentru restituirea stratului lipidic epidermic.
- Terapia antihistaminică sistemică cu remedii de generația II este recomandată pacienților cu prurit persistent, cu remediile de generația I - în caz de reacții acute alergice concomitente.
- 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, Ciclosporin, Azathioprin, Methotrexat
- Din grupul preparatelor biologice în terapia DA la copii sunt recomandate Dupilumab și Upadacitinib.
- 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 (loțiuni)	• Zemuire • Partea piloasă a capului • Intoleranța altor forme
Cremă	• Faza acută • Stadiu subacut • Zemuire • Zona pliurilor
Unguent	• Stadiu subacut • Inflamație cronică
Unguent gras	• Proces cronic • Lichenificare sau xeroză excesivă

Glucocorticosteroizii topici se indica copiilor cu forme grav medii, severe sau continuu recidivante ale dermatitei atopice, în cazul rezistenței la alte forme de tratament. În funcție de potența

terapeutică, glucocorticosteroizii topici se divizează în câteva clase (sau grupuri), în Europa evidențiindu-se 4 clase (*tabelul 5*).

Tabelul 5. Clasificarea europeană a corticosteroizilor topici

Clasa	Denumirea preparatului
I – potență scăzută	Hidrocortizon acetat 0,5%, 1%, 2,5% Prednisolon 0,5%
II – potență medie	Mazipredon clorhidrat 0,25% Hidrocortizon 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% Galometazon monohidrat 0,05% Mometazonă furoat 0,1%
IV – superpotență	Clobetazol propionat 0,05% Halcinonid 0,1%

Caseta 18. Regulele de administrare ale glucocorticosteroizilor topici

1. Nu se folosesc cu scop de profilaxie a dermatitei atopice.
2. CST 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 glucocorticosteroizi de potență mare (3-5 zile), apoi de continuat cu remedii de potență medie și scăzută.
5. CST 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, 2 ori pe săptămână).
7. Copiilor în vârstă de până la 2 ani se indică remedii nefluorurate.
8. Complicațiile infecțioase necesită a fi sanate până la indicarea glucocorticosteroizilor topici.
9. Nu se recomandă administrarea remediilor clasei IV (foarte active) copiilor sub 14 ani.

Caseta 19. Contrindicații pentru administrarea glucocorticosteroizilor topici

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

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

Preparatul	Vârsta de la care se permite administrarea	Frecvența administrării preparatului
Fluticason 0,05%	De la 3 luni	1-2 ori în 24 de ore
Metilprednisolon aceponat	De la 4 luni	1 dată în 24 de ore

Hidrocortizon 17 – butirat	De la 3 luni	1-2 ori în 24 de ore
Mometazonă furoat 0,1%	De la 24 luni	1 dată în 24 de ore
Prednisolon 0,1%	De la 12 luni	2 ori în 24 de ore

Efecte adverse în administrarea de lungă durată a glucocorticosteroizilor topici:

Locale:

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

Sistemic:

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

Caseta 20. Cauzele efectelor adverse ale glucocorticosteroizilor topici:

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

Imunomodulatorile de uz topic (inhibitorii de calciuneurină) prezintă o medicație antiinflamatoare nonsteroidă. În practica medicală se folosesc două remedii: Pimecrolimus cremă și Tacrolimus unguent.

- Pimecrolimus 1% se administrează copiilor mai mari de 3 luni; Tacrolimus 0,03% celor mai mari de 2 ani și Tacrolimus 0,1% - copiilor mai mari de 15 ani.
- 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 glucocorticosteroizi topici) în dermatitele severe.
- Riscul dezvoltării infecției secundare a pielii este mai scăzut la pacienții tratați cu Pimecrolimus și Tacrolimus, comparativ cu pacienții tratați cu CST.
- Pacienților care administrează aceste remedii 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. 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 + Hidrocortizon sau Betametazon + Gentamicină + Clotrimazol).

Remediile emoliente, datorită faptului că diminuează inflamația și relaxează țesuturile tegumentare, sunt incluse în toate standardele terapeutice a dermatitei atopice. Acest grup de remedii include preparatele tradițional folosite (Lanolină, Dexapantenol) și preparatele cosmetice curative contemporane. Copiilor nu sunt recomandate preparatele cu conținut de uree.

Caseta 21. Regulile de administrare ale emolientelor

- Se folosesc zilnic, de obicei o dată la 4-6 ore.
- Se administrează în ansamblu cu CST 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. 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, în caz de reacții acute alergice concomitente.

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

Remediile de generația 1 (sedative)	Remediile de generația 2 (nonsedative)
Dimetinden	Loratadin
Quifenadin	Desloratadin
Clemastin	Cetirizin
Cloropiramin	Levocetirizin
Ciproheptadin	Fexofenadin
Hydroxyzin hydroclorid	Bilastin
	Rupatadin

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 (Josamycin, Azitromicin, 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.

Glucocorticosteroizii sistemici (Prednisolon, Metylprednisolon Dexametazon) se indică în cure de scurtă durată.

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

Ciclosporina, Azatioprina, Metotrexatul sunt eficiente în dermatitele atopice severe care nu cedează la alte modalități de tratament. 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.

Preparatele biologice recomandate în terapia DA la copii sunt Dupilumab pentru pacienții mai mari de 6 ani și Upadacitinib, pacienților începând cu vârsta de 12 ani.

Terapia de hiposensibilizare specifică nu este recomandată pacienților cu DA. Totodată, poate fi înalt eficientă în caz de astm bronșic, rinoconjunctivită alergică asociate

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 protocoalelor 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

D. 1. Instituțiile de asistență medicală primară	Personal: • Medic de familie. • Asistentă a medicului de familie. • Laborant. Aparataj, utilaj: • Fonendoscop. • Laborator clinic standard pentru determinare de: hemoleucogramă, urină sumară, glicemie. Medicamente: • Glucocorticosteroizi topici (Hidrocortizon acetat Prednisolon, Metilprednisolon aceponat, Hidrocortizon 17 – butirat, Mometazon furoat). • Glucocorticosteroizi sistemici (Metilprednisolon, Prednisolon, Dexametazonă). • Antihistaminice (Dimetinden, Cvifenadină, Clemastină, Clorpiramin, Ciprogeptamină, Loratadină, Desloratadină, Cetirizină, Levocetirizină, Fexofenadină). • Antibiotice (Josamycin, Azitromicin, Cefuroxim, Ceftriaxon). • Inhibitori de calciuneurină (Pimecrolimus). • Emoliente.
D. 2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu	Personal: • Alergolog. • Dermatolog. • Oftalmolog. • Medic de laborator. • Asistente medicale. Aparataj, utilaj: • Fonendoscop. • Ultrasonograf. • 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 imunologic. • Cabinet alergologic cu alergene de diagnostic. Medicamente: • Glucocorticosteroizi topici (Hidrocortizon acetat, Prednisolon, Metilprednisolon aceponat, Hidrocortizon 17 – butirat, Mometazonă furoat). • Glucocorticosteroizi sistemici (Metilprednisolon, Prednisolon, Dexametazonă). • Antihistaminice (Dimetinden, Cvifenadină, Clemastină, Clorpiramină, Ciprogeptamină, Loratadină, Desloratadină, Cetirizină, Levocetirizină, Fexofenadină). • Antibiotice (Josamycin, Azitromicină, Cefuroxim, Ceftriaxon). • Inhibitori de calciuneurină (Pimecrolimus). • Emoliente.

D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de copii ale spitalelor raionale, municipale	Personal: • Pediatru. • Dermatolog. • Alergolog. • Medic de laborator. • Medic-funcționalist. • Asistente medicale. • Acces la consultații calificate: neurolog, otorinolaringolog, oftalmolog, dietolog.
	Aparataj, utilaj: • Este comun cu cel al secțiilor consultativ-diagnostice raionale și municipale.
	Medicamente: • Glucocorticosteroizi topici (Hidrocortizon acetat, Prednisolon, Metilprednisolon aceponat, Hidrocortizon 17 – butirat, Mometazonă furoat). • Antihistaminice (Dimetinden, Cvifenadin, Clemastin, Clorpiramin, Ciprogeptamină, 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, Josamycin, Azitromicin, Cefuroxim, Ceftriaxon).
D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de alergologie și dermatologie ale spitalelor republicane	Personal: • Dermatologi. • Alergologi. • Medici specialiști în diagnostic funcțional. • Oftalmolog. • Medici de laborator. • Asistente medicale. • Acces la consultații calificate (otorinolaringolog, neurolog, dietolog).
	Aparataj, utilaj: • 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.
	Medicamente: • Glucocorticosteroizi topici (Hidrocortizon hidroclohid, Prednisolon, Metilprednisolon aceponat, Hidrocortizon 17 – butirat, Mometazon furoat). • Antihistaminice (Dimetinden, Cvifenadin, Clemastin, Clorpiramin,

	Ciprogeptamină, Loratadină, Desloratadină, Cetirizină, Levocetirizină, Fexofenadină). • Antibiotice (Josamycin, Azitromicin, 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 diagnosticul stabilit de dermatită atopică	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 calitatea examinărilor clinice și paraclinice 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, la care dermatita atopică este controlată adecvat în condițiile de ambulatoriu	3.1. Ponderea pacienților cu dermatită atopică în remisiune, pe parcursul ultimului an	Numărul de pacienți cu diagnostic confirmat de dermatită atopică, la care s-a atins o remisiune completă, pe parcursul a cel puțin 3 luni în ultimul an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnostic confirmat de DA, care se află sub supravegherea medicului de familie, 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 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
4.	A spori numărul de pacienți cu DA, care beneficiază de asistență educațională în domeniul acestei maladii în instituțiile de asistență medicală primară	4.1. Ponderea părinților cu copii cu DA care s-au adresat în instituția medico-sanitară și cărora, în mod documentat, li s-a oferit informații (discuții, ghid al pacientului cu dermatită atopică etc.) privind conduita	Numărul de părinți cu copii cu DA care s-au adresat în instituția medico-sanitară, pe parcursul ultimilor 3 luni, și cărora în mod documentat li s-a oferit informații (discuții, ghid al pacientului cu dermatită atopică etc.) privind conduita	Număr total de copii cu diagnostic confirmat de DA, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimelor 3 luni

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
		pacientului cu dermatită atopică, pe parcursul ultimelor 3 luni	pacientului cu DA, pe parcursul ultimului an x 100	
		4.2. Ponderea pacienților supravegheați, cu diagnosticul de DA, care frecventează Școala pacientului atopic conform registrului, pe parcursul ultimului an	Numărul de pacienți supravegheați cu diagnosticul de DA, care frecventează Școala pacientului atopic conform registrului, pe parcursul ultimului an x 100	Număr total de copii cu diagnosticul confirmat de DA, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an

ANEXE

Anexa 1. Triggerii în dermatita atopică

<i>Triggerii</i>	<i>Elementele de anamneză sugestivă</i>	<i>Metodele de evitare</i>
Substanțe care provoacă alergii din praful de casă (atât de mici, că nu sunt vizibile cu ochiul liber)	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!	Recomandări: - Spălarea lenjeriei de pat și a paturilor în apă fierbinte și uscarea lor în uscător fierbinte sau la soare - Schimbarea cât se poate de frecventă a lenjeriei de pat (o dată la 3-4 zile) - Îmbrăcarea pernelor și a cuverturii în huse impermeabile la 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	Apariția/agravarea bolii după prezența în casă (și, în special, în dormitor) de pisică, câine sau rozătoare mici (hamster etc.)	Recomandări: - De îndepărtat animalul din casă sau cel puțin din dormitor ATENȚIE: alergenele provenite din pisică pot persista în casă timp de 6 luni! - În cazul păstrării animalului – spălarea cât mai frecventă a acestuia
Alimente	Apariția/agravarea bolii după consumarea de: ouă, lapte, ciocolată, citrice, nuci, pește, produse de mare, miere de albine, coloranți, aditivi	Recomandări: - De exclus din alimentație aceste produse - Substituirea formulelor lactice prin formule hidrolizate la sugari
Polen și mucegai din exterior	- Existența de suprafețe acoperite de mucegai în casa pacientului - Agravarea simptomelor într-o anumită perioadă a anului	Recomandări: - Schimbarea locului de trai - Aflarea în casă când nivelul de polen este extrem de ridicat - Schimbarea hainelor după revenirea în încăpere
Fum de țigară (în cazul	Apariția/agravarea bolii în mediul	Recomandări:

în care pacientul fumează sau inhalează fumul de la cei din jur)	fumătorilor	• Pacienții și persoanele care îi înconjoară nu trebuie să fumeze
Medicamente și vaccinuri	• Apariția/agravarea bolii după administrare de: insulină, antibiotice, sulfanilamide, vaccinuri, preparate din ser	• A nu se administra insulină, antibiotice, vaccinuri, preparate din ser în cazul în care ele provoacă simptome de dermatită atopică
Efort psihoemoțional	• Apariția/agravarea bolii după un efort psihoemoțional	Recomandări: • Evitarea stresurilor
Infecții virale acute	• Apariția/agravarea maladiei în caz de infectare virală acută	Recomandări: • Evitarea contactelor cu bolnavii în perioada acută a bolii • Vaccinarea planică și de sezon
Condiții meteo (timp rece, îndeosebi, perioada de iarnă, vânt)	• Apariția/agravarea maladiei timp rece, cu vânt	Recomandări: • Minimizarea plimbărilor pe timp rece, cu vânt • Evitarea suprarăcelilor
Substanțe chimice folosite în gospodăria casnică	• Apariția/agravarea maladiei la contactul cu detergenții, balsamurile de clătit, substanțele înălbitoare etc.	Recomandări: • Evitarea contactelor cu detergenții, substanțelor înălbitoare etc. • Excluderea din folosință a balsamurilor de clătit

Anexa 2. Medicamentele folosite în terapia dermatitei atopice

Exemple de medicamente	Dozaj	Doza zilnică/24 de ore	Numărul de administrări zilnice
<i>Medicamentele antihistaminice sistemice</i>			
<i>Antihistaminicele sedative (generația 1)</i>			
Dimetinden	<i>Picături 1 ml (20 de picături) 1 mg-10 ml</i>	<i>Cîte 2 pic/kg/24 ore</i>	3
Quifenadină	<i>Comprimate 0,01g, 0,025 g; pulbere 0,01 g</i>	<i>De la 2 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</i>	2 2 2-3 2
Clemastină	<i>Comprimate 0,001 g; fiole 2,0 ml (1 mg/ml)</i>	<i>0,025 mg/kg/24 ore i/m sau i/v 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</i>	2
Cloropiramină	<i>Comprimate 0,025 g; fiole 2%, cîte 1,0-2,0 ml</i>	<i>Pînă la 1 an – 0,005 g i/m, i/v sau pr os; de la 1 pînă la 6 ani – 0,01 g i/m, i/v sau per os; de la 6 pînă la 12 ani – 0,01-0,02 g i/m, i/v sau per os</i>	2 2 2-3
Ciproheptadină	<i>Comprimate 0,004 g; sirop 0,4 mg/ml (2 mg/5 ml) – 100 ml</i>	<i>De la 2 ani pînă la 6 ani 0,25mg/kg/24 ore; mai mari de 7 ani 8-12 mg/zi</i>	2-3
Hydroxyzin	<i>Comprimate 0,025g,0,05g.</i>	<i>De la 6 luni – 5 ani - 5-15mg/zi, 6-17 ani 15-25mg/zi la necesitatea creșterea dozei la 2mg/kg/24h.</i>	2
<i>Antihistaminicele nonsedative (generația 2)</i>			
Loratadină	<i>Comprimate 10 mg; suspensie buvabilă 5 mg/5 ml-120 ml</i>	<i>De la 2 pînă la 6 ani, 5 mg; mai mari de 6 ani – 10 mg</i>	1

Cetirizină	<i>Picături 1 ml (20 de picături) 10 mg-10 ml; picături 1 ml (20 de picături) 10 mg-20 ml; comprimate 10 mg</i>	<i>De la 6 luni până la 2 ani – 2,5 mg în zi; de la 2 până la 6 ani 2,5-5 mg în zi; de la 6 la 12 ani – 5-10 mg în zi; peste 12 ani 10 mg/zi</i>	<i>1-2</i>
Dezloratadină	<i>Sirop 0,5 mg/ml 100 ml; comprimate 5 mg</i>	<i>De la 6 luni până la 1 an – 1 mg/zi; de la 1 până la 5 ani –1,25 mg/zi; de la 6 până la 12 ani – 2,5 mg/zi; peste 12 ani – 5 mg/zi</i>	<i>1</i>
Levocetirizină	<i>Picături 1 ml (20 de picături) 5 mg – 20 ml comprimate 5 mg</i>	<i>De la 6 luni până la 6 ani –1,25 mg/zi; 6-12 ani – 2,5 mg/zi; peste 12 ani 5 mg/zi</i>	<i>1-2</i>
Fexofenadin	<i>Comprimate 30 mg, 120 mg, 180 mg</i>	<i>De la 6 luni până la 2 ani 15 mg; de la 2 ani până la 12 ani – 30 mg; peste 12 ani – 60 mg</i>	<i>2</i>
Rupatadin	<i>Sirop 1 mg/1,0 ml; comprimate 10 mg</i>	<i>De la 2 la 12 ani 2,5 mg în zi celor cu greutatea 10-25 kg și 5 mg în zi celor cu greutatea peste 25 kg; mai mari de 12 ani 10 mg în zi</i>	<i>1</i>
Bilastin	<i>Comprimate 10 mg, 20 mg</i>	<i>De la 6 la 12 ani 10 mg în zi; peste 12 ani 20 mg în zi</i>	<i>1</i>
Remedii corticosteroide			
Glucocorticoizii sistemici			
Metilprednisolon	<i>Comprimate 4 mg; fiolen 40 mg/ml</i>	<i>0,25-2 mg/kg/zi</i>	<i>1-3</i>
Prednisolon	<i>Comprimate 5 mg; fiolen 25 mg/1ml sau 30 mg/1ml</i>	<i>1-2 mg/kg/zi pentru 3-10 zile (maxim 60 mg/zi)</i>	<i>1-3</i>
Dexametazonă	<i>Comprimate 4 mg; fiolen 4 mg/ml</i>	<i>0,15-0,45 mg/kg/zi pentru 3-10 zile</i>	<i>1-2</i>
Glucocorticoizii topici			
Hidrocortizon acetat	<i>Unguent 1% – 35 g și 50 g; cremă 2,5% – 10 g</i>	<i>Local, de la naștere</i>	<i>2</i>
Prednisolon acetat	<i>Unguent 0,5% - 10g și 20 g</i>	<i>Local, de la vârsta de 1 lună</i>	<i>2</i>
Metilprednisolon aceponat	<i>Unguent 0,1% – 15 g; cremă 0,1% – 15 g</i>	<i>Local, de la 6 luni</i>	<i>1</i>

Hidrocortizon 17 – butirat	<i>Unguent 0,1% – 20 g</i>	<i>Local, de la 6 luni</i>	<i>1-2</i>
Mometazonă furoat	<i>Unguent 0,1% – 15 g</i> <i>Cremă 0,1% – 15 g</i>	<i>Local, de la 6 luni</i>	<i>1</i>
Preparate combinate			
Natamicină + Neomicină + Hidrocortizon	<i>Cremă 15 g;</i> <i>unguent 15 g</i>	<i>Local, de la 1 an</i>	<i>2</i>
Betametazonă + Gentamicină + Clotrimazol	<i>Cremă 30 g</i>	<i>Local, de la 2 ani</i>	<i>2</i>
Inhibitori de calciuneurină			
Plimecrolimus	<i>Cremă 1% – 15 g și 30 g</i>	<i>Local, de la 3 luni</i>	<i>2</i>
Tacrolimus	<i>Cremă 0,03%</i> <i>Cremă 0,1%</i>	<i>Local, de la 2 ani</i> <i>Local de la 15 ani</i>	<i>2</i> <i>2</i>
Preparate cu efect de imunosupresie			
Ciclosporină	<i>Capsule 25 mg; 50 mg; 100 mg</i>	<i>2,5-5,0 mg/kg greutate</i>	<i>2</i>
Azatioprină			
Metotrxat			
Preparate biologice			
Dupilumab	<i>Seringă-doză 300 mg/2,0 ml</i>	<i>6-11 ani: de la 15 kg <60 kg, inițial 300 mg s.c. ziua 1 și 15 urmată de 300 mg, la 260 kg, inițial 600 mg s.c. ziua 1 urmată de 300 mg</i> <i>12-17 ani: <60 kg: inițial 400 mg s.c. ziua 1 urmată de 200 mg, când ≥60 kg: inițial 600 mg s.c. ziua 1 urmată de 300 mg</i>	
Upadacitinib	<i>Comprimate 15 mg</i>	<i>>12 ani: 15 mg/24h</i>	

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 **începe 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** (scărpinarea) 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 exacerbari.

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).
- **Alergene fungice** (mucegai).
- **Alergene 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, tetraciline etc.; sulfanilamide – Biseptol; vaccinurile produse pe embrion de ou – vaccin antigripal.
- **Infecțiile virale, bacteriene și parazitare**.
- **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 clătire.
- **Înbăierea** – 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 respiratorii: 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 eficace, 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. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part I - systemic therapy, 2022
2. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part II: non – systemic treatments (therapi), 2022
3. Atopic dermatitis (eczema) guidelines: 2023 American Academy of Allergy, Asthma and Immunology.