

Aprobat

Şef IMSP CS Edineţ

Oleg Guţan



Instituția Medico-Sanitară Publică

Centrul de Sănătate Edineţ

DERMATITA ATOPICA LA COPIL

**Protocol clinic instituțional
(ediția II)**

PCI – 79

Edineţ 2025

**INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE EDINEȚ**

ORDIN

Nr. 89 .

“ 10 ” 11 2025

*“Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.122 din 31.01.25
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
„Dermatita atopică la copil“, ediția II
în cadrul IMSP CS Edineț”*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 122 din 31.01.2025 „Cu privire la aprobarea *Protocolului Clinic Național "Dermatita atopică la copil", ediția II*, elaborat în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr.148/2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății“ și în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților în cadrul IMSP CS Edineț.

ORDON :

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

Șef IMSP CS Edineț



Oleg Guțan

Lutan



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun. Chișinău

21 ianuarie 2025

Nr. 122

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Dermatita atopică la copil”, ediția II

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

ORDON:

1. Se aprobă Protocolul clinic național „Dermatita atopică la copil”, ediția II, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Dermatita atopică la copil”, ediția II.
3. Conducătorul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Protocolul clinic național „Dermatita atopică la copil”, ediția II.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Dermatita atopică la copil”, ediția II, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Conducătorul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate va organiza evaluarea implementării Protocolului clinic național „Dermatita atopică la copil”, ediția II, în procesul de evaluare și acreditare a prestatorilor de servicii medicale.
6. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza controlul respectării cerințelor Protocolului clinic național „Dermatita atopică la copil”, ediția II, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
7. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Institutul Mamei și Copilului, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Dermatita atopică la copil”, ediția II, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
8. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, conducătorul Centrului de excelență în medicină și farmacie „Raisa Pacalo” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza includerea Protocolului clinic național „Dermatita atopică la copil”, ediția II, în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Se abrogă Ordinul Ministerului Sănătății nr.262 din 03.08.2009 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Dermatita atopică la copil”, cu modificările ulterioare.
10. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

Cuprins

SUMARUL RECOMANDĂRILOR.....	3
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	4
PREFAȚĂ.....	5
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	5
A.1. Diagnosticul: Dermatita atopică la copil.....	5
A.2. Codul bolii (CIM 10): L20	6
A.3. Utilizatorii:	6
A.4. Obiectivele protocolului:.....	6
A.5. Data elaborării protocolului: 2009	6
A.6. Data revizuirii protocolului: 2025	6
A.7. Data următoarei revizuirii: 2030	6
A.8. Definițiile folosite în document.....	6
A.9. Informația epidemiologică	7
B. PARTEA GENERALĂ.....	8
<i>Nivel de asistență medicală primară.....</i>	8
C. 1. ALGORITMII DE CONDUITĂ.....	12
<i>C. 1.1. Algoritmul diagnostic în dermatita atopică</i>	12
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR.....	13
C.2.1. Clasificarea DA	13
C.2.2. Conduita pacientului cu DA	15
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL.....	25
Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP	25
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	26
F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE	28
ANEXE.....	30
<i>Anexa 2. Medicamentele folosite în terapia dermatitei atopice</i>	30
<i>Anexa 3. Formular de consultație la medicul de familie pentru dermatita atopică.....</i>	34
<i>Anexa 4. Ghidul părinților cu copil afectat de dermatită atopică.....</i>	35
<i>Anexa 5. Fișa standardizată de audit.....</i>	38

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, mușgaiul, polenul). Totodată, există riscul ca anumite alimente să provoace alergii și să contribuie la apariția dermatitei atopice. E demonstrat, că maladia poate să se dezvolte 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, însămânțări 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 reieșind din simptomele clinice ale maladiei. 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
GCS	Glucocorticoizi
GCT	Glucocorticoizi 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 (<i>cu lungimea de undă 290-320 nm</i>)
UVA	Raze ultraviolete A (<i>cu lungimea de undă 330-400 nm</i>)
PUVA	Terapie cu 8-methoxypsirolen + fototerapie UVA

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: PCN-79 ”Dermatita atopică la copil”, și Ordinul nr.429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implementării protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locului de lucru” de către grupul de lucru în componență:

Guțan Oleg – Șef IMSP CS Edineț;

Lilia Negrea – Șef adjunct pe probleme clinice;

Cristina Cara – Farmacist diriginte;

Angela Lupu – Medic de familie, Șef secție;

Eleonora Postolachi – Medic de familie;

Ecaterina Sorocan – Medic de familie;

Nina Solomca – Pediatru;

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

Data elaborării protocolului: Noiembrie (Aprobat prin Ordinul directorului 89 din 10.11.2025)
în baza:

- PCN-79 ”Dermatita atopică la copil”, Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.122 din 31.01.2025 Cu privire la aprobarea protocolului clinic național ”Dermatita atopică la copil”, ediția II.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Dermatita atopică la copil.

Exemple de diagnostic clinic:

1. Dermatită atopică, evoluție severă, perioadă acutizare.
2. Dermatită atopică, evoluție grav-medie, periodică 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 de asistență medicală primară (medici de familie, asistente medicale de familie)

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

A.4. Obiectivele 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: 2009

A.6. Data revizuirii protocolului: 2025

A.7. Data următoarei revizuirii: 2030

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 vârstnică la nivel mondial. DA afectează populația tuturor țărilor, totuși, înregistrându-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

<i>Nivel de asistență medicală primară</i>		
Descriere	Motive	Pași
1. Profilaxia		
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 vârstă de la 4 la 6 luni, reducerea poluării locuințelor și mediului sunt un avantaj în prevenirea îmbolnăvirii.	Standard/Obligativ: • 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 până la vârsta 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 1</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 alergenelor 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 1</i>). • Eliminarea alergenilor alimentari din rație. La imposibilitatea alimentației naturale în primele luni de viață, folosirea

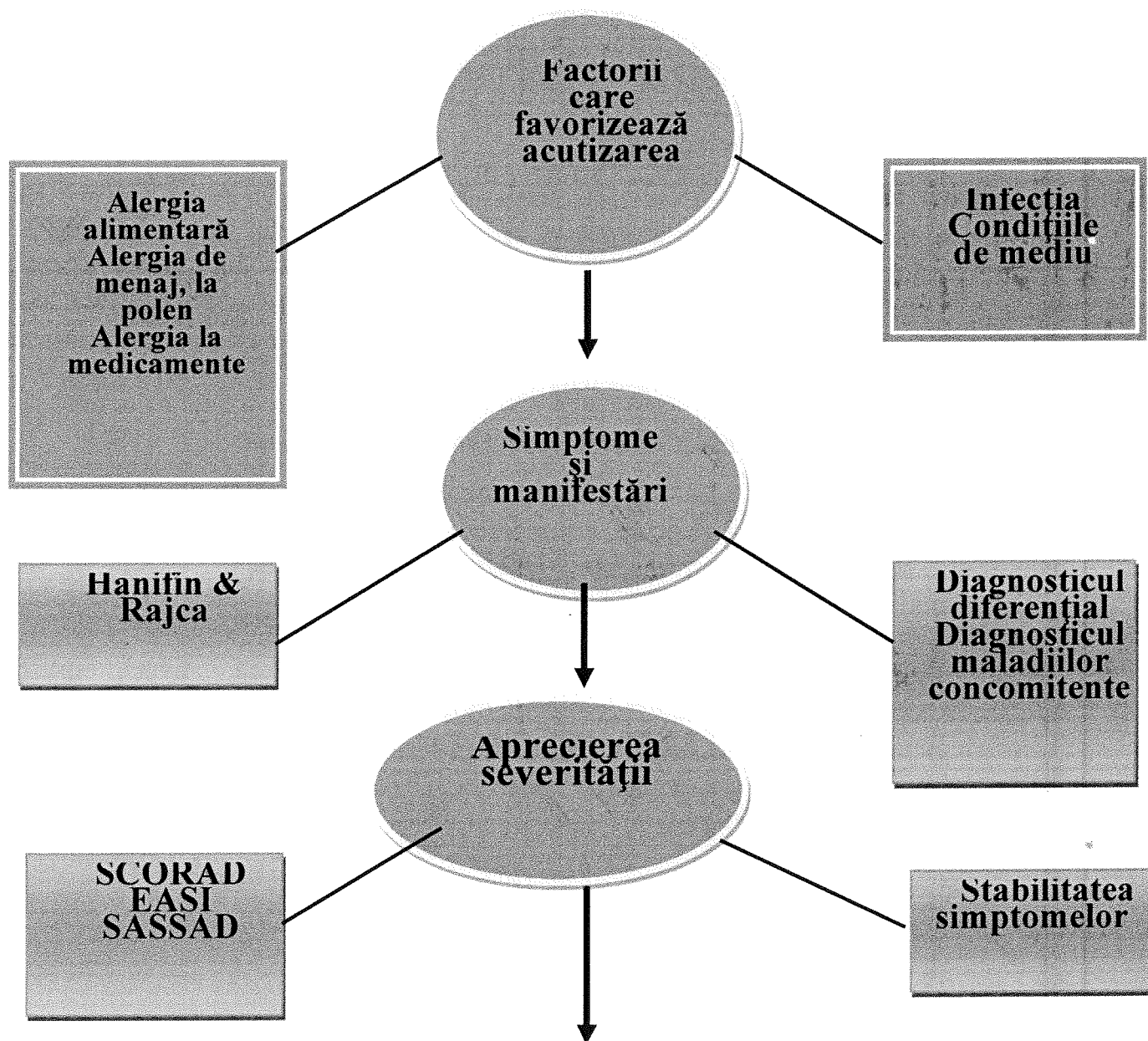
		amestecurilor hipoalergice (parțial hidrolizate). • Aplicarea de emolient la fiecare 4-6 ore • Evitarea transpirației.
3. Diagnosticul		
3.1 Suspectarea diagnosticului de DA C.2.2.1-C.2.2.4 Algoritmul C.1.1	<i>Anamneza</i> permite suspectarea dermatitei atopice la copiii cu: • Atopie în familie. • Eritem 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	Standard/Obligativ: • 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. Referirea la consultația alergologului (dermatologului) sau spitalizarea pentru confirmarea diagnosticului și 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>).
4.Tratamentul		
C.2.2.6		

4.1. Tratamentul nemedicamentos	Modificarea stilului de viață, permite evitarea acutizărilor și menținerea controlului adecvat al dermatitei atopice	Standard/Obligativ: • Asistența educațională a bolnavului și a familiei acestuia (<i>caseta 15; anexa 4</i>). • Controlul triggerilor (<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.	Standard/Obligativ: • Eliminarea triggerilor. • Folosirea emolientelor • Programe de instruire (<i>casele 17, 21</i>).
4.2.2. Treapta I	Tratamentul conform acestei trepte se recomandă pacienților cu simptome lejere de DA	Standard/Obligativ: • GCT (linia 1) (<i>caseta 17; tabelele 5, 6, 7; anexa 2</i>). • Inhibitorii calciuneuritei în zonele sensibile (linia 2) (<i>caseta 17; tabelele 5, 6, 7; anexa 2</i>) • În caz de prurit persistent remedii H1-antihistaminice sistemice de generația 2-a. • În caz de reacții acute alergice concomitente – H1-antihistaminice sistemice de generația 1. • 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.	Standard/Obligativ: • GCT (linia 1), inclusiv și metoda proactivă (<i>caseta 17; tabelele 5, 6, 7; anexa 2</i>) • Inhibitorii calciuneuritei în zonele sensibile (linia 2) inclusiv și metoda de terapie proactivă (<i>caseta 17; tabelele 5, 6, 7; anexa 2</i>) • În caz de prurit persistent remedii H1-antihistaminice sistemice de generația 2-a (<i>caseta 17; tabelele 5, 6, 7; anexa 2</i>)

		• În caz de reacții acute alergice concomitente – H1-antihistaminice sistemice de generația I (<i>caseta 17; tabelele 5, 6, 7; anexa 2</i>) • 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	Standard/Obligativ: • Terapia în volumul treptei II plus • Terapia sistemică cu - Glucocorticoizi sistemici (Prednisolonum, Methylprednisolonum, Dexamethasonum) - Citostatice (Methotrexatum, Azathioprinum) • Pentru pacienții cu vârstă: - > 6 ani Dupilumabum* (anticorpi monoclonali) - > 12 ani Upadacitinibum* (inhibitor selectiv și reversibil al kinazei Janus) - > 16 ani Cyclosporinum (imunosupresor)
5. Supravegherea		
C.2.2.7		
5.1 Supravegherea cu reevaluarea nivelului de control al DA		Standard/Obligativ: Vizite – în fiecare 1-3 luni (<i>caseta 23</i>).
5.2. Decizia în schimbarea treptei		Conform recomandărilor de majorare sau de micșorare a treptei (<i>algoritmul 2</i>), după consultația medicului specialist.
6. Recuperarea		Conform programelor existente de recuperare și recomandărilor specialiștilor.

C. 1. ALGORITMII DE CONDUITĂ

C. 1.1. Algoritmul diagnostic în dermatita atopică



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 după severitate (tabelul 1)

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

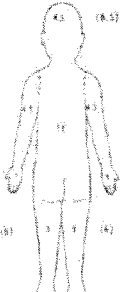
Severitatea evoluției dermatitei atopice se apreciază reieșind din simptomele clinice ale maladiei evidențiate în *tabelul 1*. Totodată există un șir de scheme (indici): SCORAD, EASI, SASSAD, în baza cărora poate fi apreciată severitatea manifestărilor clinice ale dermatitei atopice. Cel mai frecvent 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 până la 50% Prurit care afectează somnul copilului Limfadenopatie moderată Până 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 2. Aprecierea severității evoluției DA conform schemei SCORAD

Numele copilului		Instituția medicală:	
D		N.P. medicului:	
Data			

A: Răspândirea (aria afectării) %

B: Intensitatea (punctajul total)

C: Simptoame subiective:

0 – absent

1 – ușor

2 – moderat

3 – puternic

Prurit (0 - 10)

Dereglaarea somnului (0 - 10)

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

SCORAD

$A/5 + 7B/2 + C$

- A. Răspândirea** – suprafața de răspândire 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 până la 7 ani nu se apreciază, deoarece copiii acestei categorii de vârstă nu sunt apți 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
Până la 25	Evoluție lejeră
De la 25 până la 50	Evoluție grav-medie
Peste 50	Evoluție severă

C.2.2. Conduita pacientului cu DA

Caseta 3. Obiectivele procedurilor de diagnostic în DA

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

Caseta 4. Procedurile de diagnostic în DA

- Anamnestic
- Examen clinic detaliat cu aplicarea criteriilor Hanifin & Rajca
- Investigații de laborator și paraclinice

C.2.2.1. Anamneza

Caseta 5. Aspecte care trebuie examinate la suspecția 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 dereglări 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 6. 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 mușchi 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 7. Criteriile de diagnostic ale dermatitei atopice Hanifin și Rajka

Criterii majore:

- Prurit
- Morfologie 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
- Hiperpigmentate periorbitală
- Cheilite
- Intoleranță la unele alimente
- Ihtioză
- Pliuri infraorbitale Dennie - Morgan
- Keratocon
- Eczemă mamelonului
- Pitiriazis alba
- Conjunctivite recurente
- Intoleranță la lână/solvenți grași
- Prurit la transpirație
- Aggravarea emoțională a leziunilor

Diagnosticul necesită trei manifestări majore și minim trei manifestări minore.

C.2.2.3 Investigațiile paraclinice în dermatita atopică

Caseta 8. 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) sau prin metoda de prick testare.

Tabelul 3. Aprecierea reacției alergice prin testul cutanat (prick sau 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 vârstă 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 9. Diagnosticul diferențial:

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

C.2.2.5. Criteriile de spitalizare

Caseta 10. 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 11. 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 12. *Principiile generale de tratament medicamentos în DA*

- Tratamentul topic (local) este un compartiment obligatoriu și important al terapiei complexe a dermatitei atopice.
- GCT sunt remediile de primă linie în tratamentul acutizărilor de DA.
- GCT 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 GCT) în formele severe de DA.
- Preparatele antiinflamatoare fără conținut de glucocorticoizi anterior folosite (dohot, naftalină, 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 H1-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 glucocorticoizi sistemici, Cyclosporinum, Azathioprinum, Methotrexatum
- Din grupul preparatelor biologice în terapia DA la copii sunt recomandate Dupilumabum* și Upadacitinibum*.
- 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 vârstă

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 (glucocorticoizi, 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 medicamentoasă	Indicațiile
Emulsie (loțiune)	• 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

Glucocorticoizii topici se indică 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, glucocorticoizii topici se divizează în câteva clase (sau grupuri), în Europa evidențiindu-se 4 clase (tabelul 5).

Tabelul 5. Clasificarea europeană a glucocorticoizilor topici

Clasa	Denumirea preparatului
I – potență mică	Hydrocortisonum acetatum 0,5%, 1%, 2,5% Prednisolonum 0,5%
II – potență medie	Mazipredonum* 0,25% Hydrocortisonum 17 – butyratum 0,1% Fluocinoloni acetonidum 0,025% Flumethasonum* 0,02% Fluocortolonum* 0,25%
III – potență mare	Betamethasonum valeratum 0,1% Triamcinolonum acetonidum 0,1% Mehylprednisolonum aceponatum 0,1% Budesonidum 0,025% Mometasonum furoatum 0,1%
IV – potență foarte mare	Clobetasolum 0,05% Halcinonidum* 0,1%

Caseta 13. Regulile de administrare ale glucocorticoizilor topici

1. Nu se folosesc cu scop de profilaxie a dermatitei atopice.
2. GCT 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. GCT 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 în formula chimică a căroră nu se conțin atomi de Cl și F.
8. Complicațiile infecțioase necesită a fi sanate până la indicarea glucocorticosteroizilor topici.
9. Nu se recomandă administrarea remediilor clasei IV (foarte înalte) copiilor sub 14 ani.

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

Preparatul	Vârsta de la care se permite administrarea	Frecvența administrării preparatului
Bethametasonum 0,05%	De la 12 luni	1-2 ori în 24 de ore
Mehylprednisolonum aceponatum	De la 4 luni	1 dată în 24 de ore
Hydrocortisonum 17 - butyratum	De la 12 luni	1-2 ori în 24 de ore
Mometasonum furoatum 0,1%	De la 24 luni	1 dată în 24 de ore
Prednisolonum 0,5%	De la 12 luni	2 ori în 24 de ore

Efecte adverse în administrarea de lungă durată a glucocorticosteroizilor topici:

Locale:

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

Sistemice:

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

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

- Pimecrolimusum* 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 infectării secundare a pielii este mai scăzut la pacienții tratați cu Pimecrolimus* și Tacrolimus, comparativ cu pacienții tratați cu GCT.
- 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 infectării fungice pe fundal de terapie antibacteriană este indicată administrarea preparatelor combinate, cu conținut de bacteriostatice și antifungice (de exemplu, Natamycinum + Neomycinum + Hydrocortisonum* sau Betamethasonum + Gentamicinum + Clotrimazolum).

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 (Lanolinum, Dexpanthenolum) și preparatele cosmetice curative contemporane. Copiilor nu sunt recomandate preparatele cu conținut de uree.

Caseta 14. Regulile de administrare ale emolientelor

- Se folosesc zilnic, de obicei o dată la 4-6 ore.
- Se administrează în ansamblu cu GCT 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 bureților.

Tratamentul sistemic include folosirea preparatelor H1-antihistaminice, antibacteriene, imunodepresive.

H1-antihistaminice sunt preparatelor 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 pe o perioadă de 10-14 zile.

Tabelul 7. H1-antihistaminice folosite în terapia dermatitei atopice la copii

Preparatele de generația 1 (sedative)	Preparatele de generația 2 (nonsedative)
Dimetindenum Quifenadinum Clemastinum Chloropyraminum Cyproheptadinum Hydroxyzinum*	Loratadinum Desloratadinum Cetirizinum Levocetirizinum Fexofenadinum* Bilastinum Rupatadinum

H1-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.

H1-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 și/ sau cu rinita alergică.

Antibioticele sistemice (Azithromycinum, Cefuroximum, Ceftriaxonum) 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.

Glucocorticoizii sistemici (Prednisolonum, Methylprednisolonum, Dexamethasonum) se indică în cure de scurtă durată.

- Se folosesc în formele severe de dermatita atopică, rezistente la tratamentul cu GST și H1-antihistaminice.
- Se administrează în sindromul pruriginos agresiv pe fundal de afectare difuza a pielii.
- La folosire îndelungată au efecte adverse semnificative.

Cyclosporinum, Azathioprinum*, Methotrexatum 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 Cyclosporinum 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 Dupilumabum* pentru pacienții mai mari de 6 ani și Upadacitinibum*, 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.

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 15. 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.

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

Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP	Personal: • Medic de familie. • Medic pediatru. • Asistent medical/asistentă medicală de familie. • Asistent medical în diagnostic de laborator.
	Aparataj, utilaj: • Fonendoscop. • Laborator clinic standard pentru determinare de: hemoleucogramă, urină sumară, glicemie.
	Medicamente: • Glucocorticoizi topici (Hydrocortisonum acetatum, Prednisolonum, Methylprednisolonum aceponatum, Hydrocortisonum 17 – butyrum, Mometasonum furoatum). • Glucocorticoizi sistemici (Methylprednisolonum, Prednisolonum, Dexamethasonum). • H1-antihistaminice (Dimetindenum, Quifenadinum, Clemastinum, Chloropyraminum, Cyproheptadinum, Loratadinum, Desloratadinum, Cetirizinum, Levocetirizinum, Fexofenadinum*). • Antibiotice (Azithromycinum, Cefuroximum, Ceftriaxonum). • Inhibitori de calciuneurină (Pimecrolimusum*). • Emoliente.

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori ponderea pacienților <i>cu diagnosticul stabilit de dermatită atopică</i>	1.1. Ponderea pacienților până la 18 ani cu erupții pruriginoase caracteristice, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul unui an	Numărul de pacienți până 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 până 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 <i>dermatita atopică este controlată adecvat</i> 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	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

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
		severe, pe parcursul unui an		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 pacientului cu dermatită atopică, pe parcursul ultimelor 3 luni	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 pacientului cu DA, pe parcursul ultimului an x 100	Număr total de copii cu diagnostic confirmat de DA, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimelor 3 luni
		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

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE

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

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
Consultația pediatru	IMSP CS Edineț	Cab.304, Cab.309
Investigații de laborator	IMSP CS Edineț	Laborator
Consultația dermatolog pediatru	IMSP IMC	Registratura (022) 523121 mama-copilul.md
Consultația alergolog pediatru	IMSP IMȘIC	Registratura (022) 523121 mama-copilul.md

Procedura de pregătire diagnostic-curativă a pacientului:

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

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

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

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

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

Cerințele față de organizarea circulației (trimiterii) pacientului.

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

Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul investigațiilor.

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

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

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

ANEXE

Anexa 1. 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>H1-antihistaminicele sedative (generația 1)</i>			
Dimetindenum	<i>Picături 1 ml (20 de picături) 1 mg-10 ml</i>	<i>te 2 pic/kg/24 ore</i>	3
Quifenadinum	<i>Comprimat 10 mg, 25 mg; Pulbere 0,01</i>	<i>De la 2 până 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
Clemastinum	<i>Comprimat 1 mg; Sol. fiole 2,0 ml (1 mg/ml)</i>	<i>De la vârsta de 1 an: 0,025 mg/kg/24 ore i/m sau i/v De la 1 până la 6 ani – 0,25 mg; de la 6 până la 12 ani – 0,5 mg; peste 12 ani – 0,001g</i>	2
Chloropyraminum	<i>Comprimat 25mg; Sol. fiole 2%, câte 1,0-2,0 ml</i>	<i>Până la 1 an – 0,005 g i/m, i/v sau pr os; de la 1 până la 6 ani – 0,01 g i/m, i/v sau per os; de la 6 până la 12 ani – 0,01-0,02 g i/m, i/v sau per os</i>	2 2 2-3
Cyproheptadinum	<i>Comprimat 4 mg; sirop 0,4 mg/ml (2 mg/5 ml) – 100 ml</i>	<i>De la 2 ani până la 6 ani 0,25mg/kg/24 ore; mai mari de 7 ani 8-12 mg/zi</i>	2-3

Hydroxyzinum*	Comprimat 25 mg, 50 mg.	De la 6 luni – 5 ani -5-15mg/zi, 6-17 ani 15-25mg/zi la necesitatea creșterea dozei la 2mg/kg/24h.	2
H1-antihistaminicele nonsedative (generația 2)			
Loratadinum	Comprimat 10 mg; suspensie buvabilă 5 mg/5 ml-120 ml	De la 2 până la 6 ani, 5 mg; mai mari de 6 ani – 10 mg	1
Cetirizinum	Picături 1 ml (20 de picături) 10 mg-10 ml; picături 1 ml (20 de picături) 10 mg-20 ml; comprimat 10 mg	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	1-2
Desloratadinum	Sirop 0,5 mg/ml 100 ml; comprimat 5 mg	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	1
Levocetirizinum	Picături 1 ml (20 de picături) 5 mg – 20 ml comprimat 5 mg	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	1-2
Fexofenadinum*	Comprimat 30 mg, 120 mg, 180 mg	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	2

Rupatadinum	<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>
Bilastinum	<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 glucocorticoideo			
Glucocorticoizii sistemici			
Methylprednisolonum	<i>Comprimate 4 mg; Sol. fiole 40 mg/ml</i>	<i>0,25-2 mg/kg/zi</i>	<i>1-3</i>
Prednisolonum	<i>Comprimate 5 mg; Sol. fiole 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>
Dexamethasonum	<i>Comprimate 4 mg; Sol. fiole 4 mg/ml</i>	<i>0,15-0,45 mg/kg/zi pentru 3- 10 zile</i>	<i>1-2</i>
Glucocorticoizii topici			
Hydrocortisonum acetatum	<i>Unguent 1% – 35 g și 50 g; cremă 2,5% – 10 g</i>	<i>Local, de la vârsta de 12 luni</i>	<i>2</i>
Prednisolonum acetatum	<i>Unguent 0,5% - 10g și 20 g</i>	<i>Local, de la vârsta de 12 luni</i>	<i>2</i>
Methylprednisolonum aceponatum	<i>Unguent 0,1% – 15 g; cremă 0,1% – 15 g</i>	<i>Local, de la 4 luni</i>	<i>1</i>
Hydrocortisonum 17 – butyratum	<i>Unguent 0,1% – 20 g</i>	<i>Local, de la 6 luni</i>	<i>1-2</i>
Mometasonum furoatum	<i>Unguent 0,1% – 15 g Cremă 0,1% – 15 g</i>	<i>Local, de la 24 luni</i>	<i>1</i>
Preparate combinate			
Natamycinum + Neomycinum + Hydrocortisonum*	<i>Cremă 15 g; unguent 15 g</i>	<i>Local, de la 1 an</i>	<i>2</i>
Betamethasonum + Gentamicinum + Clotrimazolum	<i>Cremă 30 g</i>	<i>Local, de la 2 ani</i>	<i>2</i>
Inhibitori de calciuneurină			

Pimecrolimusum	Cremă 1%-15g și 30 g	Local, de la 3 luni	2
Tacrolimus	Cremă 0,03% Cremă 0,1%	Local, de la 2 ani Local de la 15 ani	2 2
Preparate cu efect de imunosupresie			
Cyclosporinum	Capsule 25 mg; 50 mg; 100 mg	2,5-5,0 mg/kg greutate	2
Azathioprinum*	Comprimate 50 mg	1-3 mg/kg/24 ore	
Methotrexatum	Comprimate 2,5 mg	0,3-0,4 mg/kg/săptămână	
Preparate biologice			
Dupilumabum*	Seringă-doză 300 mg/2,0 ml	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 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	
Upadacitinibum*	Comprimate 15 mg	>12 ani: 15 mg/24h	

Anexa 2. 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 3. 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 răspândită, 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 bronșic, conjunctivită alergică etc.), evoluție cunoscută și sub denumirea de „**marș atopic**”.

CUM SE TRATEAZĂ DERMATITA ATOPICĂ?

Este foarte important de știut de 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),
- Glucocorticosteroizi 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 supraadăugate, 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 – Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum; 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.

Anexa 4 Fișa standardizată de audit

FIȘA STANDARDIZATA DE AUDIT BAZAT PE CRITERII PENTRU PROTOCOLUL CLINIC NAȚIONAL "DERMATITA ATOPICĂ"		
Nr	Criterii de evaluare	Codificarea criteriilor de evaluare
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	Denumirea oficială
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3	Ziua, luna, anul de naștere a pacientului/ei	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
4	Mediul de reședință al copilului	0=urban; 1=rural; 9=nu știu.
5	Genul/sexul pacientului/ei	1 = masculin; 2 = feminin
6	Data debutului simptomelor	Data (DD: MM: AAAA) sau 9 = necunoscută
DIAGNOSTICUL		
7	Anamneza	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; eritem toxic în perioada neonatală = 2; prurit cronic = 3; reacții alergice la vaccinuri = 4; erupții alimentare = 5
8	Evaluarea antecedentelor personale și ereditare	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; erupții cutanate pruriginoase = 2; antecedente familiale de DA = 3; erupții la factor declanșator = 4; factori de risc: fumatul de țigară = 5; contact cu animale cu blană = 6; contact cu substanțe chimice casnice = 7; contact cu polen și mucegai = 8; alimentație artificială precoce = 10; antibioticoterapia în timpul sarcinii = 11; maladii respiratorii frecvente = 12; dereglările tractului digestiv = 13
9	Criterii majore Hanifin și Rajka	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; prurit = 2; morfologie și distribuție tipică a leziunilor = 3; modalitate evolutivă cronică sau cu recăderi = 4; istoric personal/familial de atopie = 5
10	Criterii minore Hanifin și Rajka	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; debut precoce = 2; susceptibilitate la infecții cutanate = 3; nivele ridicate de IgE seric = 4; dermatită nespecifică pe mâini și pe picioare = 5; dermatita pleoapelor = 6; rezultate pozitive la testele alergologice cutanate = 7; xeroză cutanată = 8; hiperpigmentate periorbitală = 10; cheilite = 11; intoleranță la unele alimente = 12; ihtioză = 13; pliuri infraorbitale Dennie – Morgan = 14; keratocon = 15; eczemă mamelonului = 16; pitiriazis alba = 17; conjunctivite recurente = 18; intoleranță la lână/solvenți grași = 19; prurit la

		transpirație = 20; agravarea emoțională a leziunilor = 21
11	Investigații paraclinice obligatorii	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; hemoleucograma = 2; nivelul seric IgE = 3; nivelul de IgE-anticorpi către anumite alergene = 4; testarea alergologică cutanată = 5; dieta de eliminare = 6
12	Investigații paraclinice recomandabile	Nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 9; testele de provocare (cu anumite alergene) = 2; sumarul urinei = 3; indicii biochimici serici (proteina totală, glicemia, creatinina și ureea, lactatdehidrogenaza, aspartataminotransferaza, alaninaminotransferaza, bilirubina și fracțiile ei) = 4; ionograma (Na, K, Ca, Cl) = 5
TRATAMENTUL		
13	Tratamentul topic	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; GCT = 2; Imunomodulatoare = 3; remedii cu efecte antibacteriene și antimicotice = 4; remedii emoliente = 5
14	Tratamentul sistemic	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; H1-antihistaminice sedative = 2; H1-antihistaminice nonsedative = 3; antibiotice = 4; GCT = 5; Cyclosporinum, Azathioprinum*, Methotrexatum = 6; fototerapia = 7; preparate biologice = 8; terapia de hiposensibilizare specifică = 10
15	Supravegherea pacienților	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; la 2-4 săptămâni după prima vizită = 2; ulterior fiecare 3 luni = 3
16	Complicații	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; cataracta = 2; infecțiile cutanate (mai des stafilococice, uneori în forme subacute) = 3; eczema herpetică (des survine după vaccinul antivariolic; are un debut subit) = 4