***ALERGIE***

Częstość występowania chorób alergicznych dramatycznie zwiększa się w całym świecie, zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się. Do chorób tych należy astma oskrzelowa, nieżyt nosa, anafilaksja, alergia na leki, pokarmy i owady, wyprysk oraz pokrzywka i obrzęk naczynioruchowy. Narastająca częstość alergii dotyczy szczególnie dzieci, które w największym stopniu odczuwają tę tendencję, zachodzącą w ostatnich dwóch dziesięcioleciach. W krajach uprzemysłowionych i rozwijających się jedną z najczęściej występujących wśród dzieci i młodzieży chorób przewlekłych jest alergia, definiowana jako nadmierna reakcja organizmu na substancje zwane alergenami. Dzieci najczęściej reagują uczuleniem na: pyłki roślin, roztocza kurzu domowego, sierść, naskórek i wydzieliny zwierząt, grzyby, pleśnie, leki, środki pielęgnacyjne, pokarmy (głównie mleko, jaja, orzechy, czekolada).

Alergia jest niestety chorobą przewlekłą, często bagatelizowaną przez społeczeństwo, nierzadko również przez samego chorego. Nie wszyscy zdają sobie sprawę, że nieleczona lub źle leczona może mieć poważne konsekwencje zdrowotne. W Europie 10% do 20% młodzieży w wieku 13 i 14 cierpi na ciężki alergiczny nieżyt nosa. Ponadto dzieci z jedną formą alergii są bardziej narażone na rozwój innych form alergii. Na przykład, w bardzo młodym wieku mogą mieć alergię pokarmową, a kiedy ta mija rozwijają się alergie układu oddechowego. Postęp od jednego przejawu alergii do innego w okresie czasu jest zwany jako "marsz alergiczny" . Dlatego wczesne rozpoznanie i odpowiednia kontrola alergicznego nieżytu nosa są niezbędne, aby powstrzymać rozwinięcie się choroby w astmę.

**Alergiczny nieżyt nosa** (ANN) to stan zapalny śluzówek nosa i zatok, wywołany alergenami wziewnymi, takimi jak: pyłki drzew, traw, chwastów, alergeny zwierząt (pies, kot, gryzonie), alergeny grzybów pleśniowych (*Alternaria, Cladosporium*). ANN spowodowany przez pyłki roślin jest nazywany katarem siennym bądź pyłkowicą. W Polsce uczulają najczęściej pyłki traw, chwastów (bylica, babka lancetowata), drzew (brzoza, olcha, leszczyna) oraz grzybów pleśniowych. Ten typ ANN określa się jako sezonowy, ponieważ powtarza się co roku w określonych miesiącach odpowiadających sezonowi pylenia rośliny lub występowania zarodników z rodzaju *Alternaria* i *Cladosporium*. Roztocza powodują natomiast całoroczny alergiczny nieżyt nosa – chory styka się z nimi stale, ale szczególne natężenie dolegliwości występuje jesienią i zimą. Alergiczny nieżyt nosa jest chorobą dzieci i osób młodych, zwykle poniżej 20 roku życia, choć zapadają na niego także osoby starsze. Ocenia się, że na alergiczny nieżyt nosa choruje około 10 - 25% ludzi na świecie. ANN wiąże się z 2-3-krotnie zwiększonym ryzykiem rozwoju astmy oskrzelowej. Najczęstsze objawy to wodnisty wyciek z nosa, kichanie, świąd i zaczerwienienie nosa, rzadziej także jego zatkanie, spływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła, osłabienie węchu. Niekiedy chorzy skarżą się na zaburzenia koncentracji, utrudniające pracę albo naukę, zmęczenie, suchość w ustach, chrapanie, podwyższoną temperaturę ciała. Alergiczny nieżyt nosa uważa się za ciężki, gdy utrudnia wykonywanie codziennych czynności i uniemożliwia uprawianie sportu oraz gdy pojawiają się zaburzenia snu. Leczenie polega przede wszystkim na unikaniu lub ograniczeniu kontaktu z alergenem, np. poprzez prowadzenie profilaktyki przeciwroztoczowej i przeciwpyłkowej, izolację psa czy kota itd. Zapalenie błony śluzowej nosa i zatok obocznych jest jedną z najczęstszych i generujących największe koszty jednostek chorobowych. Zapalenie błony śluzowej nosa i zatok obocznych występuje w wielu postaciach, a do najczęstszych należą postacie ostre lub przewlekłe. Początkowe leczenie zapalenia błony śluzowej nosa i zatok obocznych prowadzone jest zwykle przez lekarza pierwszego kontaktu. Jeżeli nie jest skuteczne, lekarz pierwszego kontaktu powinien przekazać chorego albo do chirurga, albo do alergologa w celu uzyskania opieki specjalistycznej. W zdecydowanej większości przypadków udaje się uzyskać kontrolę zapalenia błony śluzowej nosa i zatok obocznych poprzez odpowiednie postępowanie zachowawcze bez konieczności leczenia operacyjnego. Leczenie operacyjne należy rozważać wyłącznie u tych chorych, którzy są prawidłowo leczeni, ale stosowanie różnych schematów terapeutycznych nie przynosi efektu.

**Alergiczne zapalenie spojówek** to stan zapalny spojówek (cienkich błon pokrywających oczy i powieki od wewnątrz) spowodowany uczuleniem na alergen. Objawia się zaczerwienieniem, łzawieniem, swędzeniem i pieczeniem oczu. Może również wystąpić wtedy obrzęk powiek i światłowstręt. W leczeniu stosuje się krople obkurczające naczynia i antyhistaminowe oraz leki antyhistaminowe działające ogólnoustrojowo.

**Astma** jest trwającym całe życie przewlekłym zapalnym schorzeniem dróg oddechowych, powiązanym z różnymi zmianami strukturalnymi, występującymi u dzieci i dorosłych w każdym wieku. W chorobie tej stwierdza się nadreaktywność i obturację oskrzeli, które często ustępują albo spontanicznie, albo pod wpływem leczenia. Astma może znacząco zakłócać zwykłą aktywność, istotnie wpływając na jakość życia poszczególnych osób. Ze względu na zbyt rzadkie rozpoznawanie i nieodpowiednie leczenie astma stanowi poważny problem zdrowia publicznego na całym świecie, a szczególnie w krajach o małych i średnich dochodach. Atopia, czyli genetyczna predyspozycja do rozwoju nadwrażliwości na powszechnie występujące alergeny wziewne z udziałem IgE, jest najczęściej wykrywanym czynnikiem predysponującym do rozwoju astmy, zwłaszcza u dzieci. Wiele dowodów wskazuje na powiązania pomiędzy alergicznym nieżytem nosa a astmą. Badania epidemiologiczne konsekwentnie pokazują, że często współistnieją one u tego samego pacjenta. Wygląda na to, że przynajmniej 60% chorych na astmę cierpi na nieżyt nosa i spojówek, podczas gdy około 20%–30% cierpiących na nieżyt, ma również astmę.

Dawniej chorzy na astmę byli klasyfikowani zgodnie ze stopniem nasilenia zmian klinicznych na czterech poziomach: przerywany, łagodny trwały, umiarkowany trwały i poważny trwały. Główna zmiana miała miejsce w 2004 roku, kiedy Światowa Inicjatywa Zwalczania Astmy (GINA) zaleciła klasyfikację chorych raczej na podstawie stopnia kontroli klinicznej niż nasilenia objawów. Nowa klasyfikacja zmieniła podejście do chorego na astmę i odzwierciedla przekonanie, że kontrola objawów klinicznych i przyszłych zagrożeń to główne cele leczenia astmy. Ze względu na szczególne cechy astmy u dzieci w wieku poniżej 5 lat, GINA wydala konkretne wytyczne dotyczące tych młodych pacjentów. Kontrola astmy w dzieciństwie pomoże zapobiec zaostrzeniom i ciężkim uszkodzeniom płuc w późniejszym życiu. Klasyfikacja astmy na podstawie kontroli u dzieci w wieku 5 lat stanowi poważny problem kliniczny, ponieważ kontrola jest oceniana na podstawie raportów opiekunów, którzy mogą przeoczyć mniej widoczne, aczkolwiek ważne, objawy. W związku z tym eksperci GINA opracowali klasyfikację dla tej grupy wiekowej (tabela 5).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Charakterystyka** | **Kontrolowana**  **Wszystkie poniższe** | **Częściowo kontrolowana (którykolwiek z obecnych środków w którymkolwiek tygodniu)** | **Niekontrolowana( trzy lub więcej cechy częściowo kontrolowanej astmy w którymkolwiek tygodniu)** |
| Dzienne objawy: | Brak | Częściej niż dwa razy/tyg | Częściej niż dwa razy/tyg |
| świszczący oddech, kaszel, | (mniej niż dwa razy/ tyg | (zwykle krótko okresowe | (zwykle krótko okresowe |
| trudności w | zwykle krótkookresowe | kilkuminutowe szybko | kilkuminutowe lub godzinne |
| oddychaniu | kilkuminutowe szybko uśmierzone przez zastosowanie szybko działającego leku rozszerzającego oskrzela) | uśmierzone przez zastosowanie szybko działającego leku rozszerzającego oskrzela) | ale szybko uśmierzone przez zastosowanie szybko działającego leku rozszerzającego oskrzela) |
| Ograniczenie | Brak | Jakiekolwiek | Jakiekolwiek |
| aktywności | (dziecko jest w pełni aktywne, bawi się i biega bez ograniczeń czy objawów) | (możliwy kaszel, charczenie lub trudności w oddychaniu podczas ćwiczeń, energicznej zabawy lub śmiechu) | (możliwy kaszel, charczenie lub trudności w oddychaniu podczas ćwiczeń, energicznej zabawy lub śmiechu) |
| Nocne | Brak | Jakiekolwiek | Jakiekolwiek |
| objawy/  budzenie | (w tym brak nocnego | (zazwyczaj kaszle podczas snu | (zazwyczaj kaszle podczas snu |
|  | kaszlu podczas snu) | lub budzi się kaszląc, świszczący oddech i/lub trudności w oddychaniu). | lub budzi się kaszląc, świszczący oddech i/lub trudności w oddychaniu). |
| Potrzeba uśmierzania/lecze-nie ratunkowe | <2 dni w tygodniu | > 2 dni w tygodniu | > 2 dni w tygodniu |

Astma jest chorobą przewlekłą, której na poziomie obecnej wiedzy medycznej nie można całkowicie wyleczyć, można jednak za pomocą leczenia kontrolować jej objawy. Większość leków przeciwastmatycznych to leki podawane wziewnie, bezpośrednio do miejsca, gdzie toczy się proces zapalny. Głównym celem leczenia farmakologicznego jest uzyskanie kontroli astmy. Astmę kontrolowaną określa się, gdy objawy choroby występują rzadko lub nie występują wcale. Astma prawidłowo rozpoznana i leczona umożliwia zahamowanie rozwoju choroby i zniesienie lub ograniczenie objawów oraz prawidłowe funkcjonowanie chorego. Stąd niezmiernie istotne jest wczesne rozpoznanie, prawidłowe leczenie i współpraca pacjenta z lekarzem w czasie stosowania leków. Odpowiednie leczenie astmy może również w znaczący sposób obniżyć koszty społeczne choroby

Podejrzenie alergicznej choroby skóry może budzić obecność następujących objawów lub dolegliwości skórnych: bąble jak po oparzeniu pokrzywą, zaczerwienienie skóry, pęcherzyki z płynem, drobne grudki na podłożu zaczerwienionej skóry, złuszczanie skóry, pęknięcia skóry, nawracające wysypki skórne, świąd.

Szczególną wskazówką diagnostyczną jest związek między występowaniem wykwitów a kontaktem skóry z określonymi czynnikami chemicznymi lub biologicznymi. Należy pamiętać równocześnie, że każdy z wymienionych objawów może mieć wiele innych przyczyn niż alergia. Dopiero skojarzenie obrazu klinicznego i wyników badań dodatkowych, w tym alergologicznych, pozwala na rozpoznanie choroby alergicznej skóry. Do najczęstszych chorób alergicznych skóry należy alergiczne kontaktowe zapalenie skóry oraz pokrzywka, niekiedy z towarzyszącym obrzękiem naczynioruchowym. Często spotykanym w populacji schorzeniem, w którym mechanizmy nadwrażliwości odgrywają ważną rolę jest atopowe zapalenie skóry (AZS). **Atopowe zapalenie skóry** jest najczęstszą przewlekłą zapalną chorobą skóry o zróżnicowanym spektrum klinicznym. Atopowe zapalenie skóry jest często pierwszym objawem chorób z kręgu atopii. Wczesna interwencja może zwolnić lub zahamować marsz atopowy. Atopowe zapalenie skóry, które często wiąże się z nadwrażliwością na alergeny powietrznopochodne i pokarmowe, dotyczy około 10-20% dzieci i 1-3% dorosłych. AZS często rozpoczyna się już w okresie niemowlęcym. Pierwsze zmiany to szorstkie i zaczerwienione ogniska na policzkach i kończynach dziecka, którym czasami towarzyszy nietolerancja mleka. Rozpoznaje się wtedy skazę białkową. U dzieci i młodzieży zmiany skórne zwykle lokalizują się w zgięciach łokciowych i podkolanowych, na szyi, karku oraz twarzy. Silny świąd jest bodźcem skłaniającym do drapania i pocierania skóry, która w związku z tym ulega pogrubieniu i wygląda „jak oglądana przez szkło powiększające”. To pogrubienie i uwydatnienie naturalnego poletkowania skóry nazywamy lichenizacją.

Wystąpienie wyprysku atopowego jest spowodowane wrodzoną nieprawidłową funkcją naskórka jako bariery oraz zaburzeniami ze strony układu immunologicznego. U osób z AZS dochodzi do zwiększonej utraty wody przez naskórek, co powoduje wysuszenie skóry i zwiększoną podatność na działanie środków drażniących, takich jak detergenty i inne środki chemiczne. Sam termin „atopia” oznacza skłonność układu immunologicznego do wytwarzania swoistych przeciwciał IgE w odpowiedzi na alergeny środowiskowe – wziewne i pokarmowe, stąd u „atopików” często występuje uczulenie na roztocza kurzu domowego, pyłki roślin i sierść (naskórek) zwierząt.

Jednym z częstych schorzeń skóry jest również pokrzywka, która w części przypadków ma podłoże alergiczne. Średnio jedna na pięć osób (15-25%) przynajmniej raz w życiu cierpi z powodu pokrzywki lub obrzęku naczynioruchowego, zazwyczaj samoistnie ustępującego w ciągu kilku dni lub tygodni. U około 20% pacjentów przebieg choroby jest burzliwy, wymagający hospitalizacji. Natomiast przewlekła pokrzywka utrzymująca się przez wiele miesięcy lub lat występuje u 0,5% populacji ogólnej. Według danych z Europy i Stanów Zjednoczonych częstość alergii kontaktowej w populacji ogólnej wynosi w przybliżeniu od 12 do 40%, średnio 21%. Najczęściej występuje uczulenie na nikiel, które stwierdza się aż u 17% kobiet i 3% mężczyzn, średnio u 9% osób. Alergia typu kontaktowego nie jest również rzadkim zjawiskiem u dzieci i młodzieży. Dla alergicznego kontaktowego zapalenia skóry, zwanego również „wypryskiem alergicznym” lub „egzemą” charakterystyczne jest występowanie zaczerwienia, pęcherzyków z płynem i drobnych sączących grudek w fazie ostrej, natomiast w fazie przewlekłej dominuje złuszczanie, pękanie, suchość i pogrubienie skóry. Pacjenci skarżą się na świąd o różnym nasileniu. Umiejscowienie zmian skórnych w zależności od uczulenia na różne alergeny kontaktowe przedstawiono w Tabeli 3.

Tabela 3. Umiejscowienie zmian chorobowych skóry zależne od uczulenia na różne alergeny

kontaktowe.

|  |  |
| --- | --- |
| **Lokalizacja** | **Alergeny kontaktowe** |
| Owłosiona skóra głowy | Farby, zwłaszcza parafenylenodiamina, płyny do pielęgnacji włosów, kosmetyki |
| Czoło | Otoki czapek |
| Powieki | Kosmetyki, zwłaszcza barwniki, lakiery do paznokci, perfumy, środki czyszczące, aerozole używane w gospodarstwie  domowym, leki stosowane miejscowo |
| Twarz | Kosmetyki, wody do golenia, mydło do golenia, substancje zapachowe |
| Uszy | Kolczyki, oprawki okularów |
| Usta | Szminki, pasty do zębów, protezy |
| Nos | Krople do nosa, aerozole, perfumy, higieniczne chusteczki zawierające mentol lub środki zapachowe |
| Szyja | Podłoża, konserwanty, spływające preparaty do trwałej ondulacji, farby do włosów, odżywki, substancje zapachowe, nikiel pochodzący z biżuterii, kołnierze, chustki na szyję, szaliki, wody kwiatowe |
| Pachy | Potniki, środki przeciw poceniu się, depilatory, dezodoranty, barwniki ubrań, wody kwiatowe, środki piorące |
| Tułów | Ubrania (barwniki, formaldehyd, guma, nikiel i inne metale, ozdoby, suwaki, guziki) |
| Ręce | Barwniki, skóra (chromiany), ozdoby (metale), guma, kosmetyki, szkodliwości zawodowe |
| Okolica narządów płciowych i odbytu | Leki stosowane miejscowo, czopki, irygacje, prezerwatywy i diafragmy lateksowe, substancje plemnikobójcze, środki nawilżające |
| Uda i podudzia | Leki do stosowania miejscowego, guma, włókna sztuczne, farby |
| Stopy | Skóra (chromiany), składniki gumy, kleje, sztuczne włókna, farby, środki przeciwgrzybicze, leki zmniejszające pocenie |

W pokrzywce podstawowymi wykwitami są bąble przypominające zmiany wywołane kontaktem z pokrzywą. Powstają one wskutek obrzęku skóry, mają barwę różową lub porcelanowobiałą, różny kształt i wielkość. Towarzyszy im znaczny świąd lub pieczenie. Zazwyczaj ustępują w ciągu kilku - kilkunastu godzin. Większość pokrzywek trwa krótko i ustępuje samoistnie. Czasami stają się one jednak długotrwałą i uciążliwą chorobą. Ze względu na czas trwania dzielimy pokrzywki na ostre (do 6 tygodni) i przewlekłe (powyżej 6 tygodni). Niekiedy zamiast bąbli lub równocześnie z nimi (nawet w 50% przypadków) występuje głębiej umiejscowiony obrzęk skóry i tkanki podskórnej, dotyczący najczęściej twarzy, rąk lub stóp. Nazywamy go obrzękiem naczynioruchowym. Niekiedy towarzyszyć mu może obrzęk śluzówek jamy ustnej, języka, gardła i krtani. Do najczęstszych przyczyn ostrych pokrzywek należą: pokarmy (na przykład ryby, mleko, orzechy, czekolada, jaja, pomidory, różne owoce), leki, ukąszenia owadów i infekcje. Pokrzywki przewlekłe mogą być spowodowane przez podobne czynniki lub towarzyszyć przewlekłym zakażeniom, zaburzeniom hormonalnym, chorobom związanym z nieprawidłowościami układu odpornościowego, nowotworom. Około 15-20% przewlekłych pokrzywek to tak zwane pokrzywki fizykalne, wywołane działaniem bodźców fizycznych: ciepła, zimna, ucisku, bodźców mechanicznych, światła albo wysiłku fizycznego. W wielu przypadkach jednak - nawet do 70-80% wszystkich pokrzywek - nie udaje się zidentyfikować przyczyny. Rozpoznaje się wtedy pokrzywkę idiopatyczną. Szczególną odmianę pokrzywki stanowi pokrzywka kontaktowa, w której bąble powstają w miejscu kontaktu skóry z czynnikami wywołującymi, takimi jak lateks, niektóre pokarmy (orzechy, ryby, skorupiaki), sierść i naskórek zwierząt. Najczęstszą lokalizacją pokrzywki kontaktowej jest skóra rąk, występuje ona u osób używających rękawic lateksowych, pracujących przy przetwórstwie żywności lub u weterynarzy. Niekiedy te same czynniki (białka zwierzęce lub roślinne) powodują wystąpienie nie bąbli pokrzywkowych, ale zmian o charakterze wyprysku (zaczerwienie, pęcherzyki, grudki, złuszczanie). Rozpoznaje się wtedy białkowe zapalenie skóry.

**Alergia pokarmowa**. Wśród chorób alergicznych, które według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczą aż 30–40% całej populacji świata, szczególną pozycję zajmuje alergia pokarmowa (AP), występująca zarówno u osób dorosłych (1–2%), jak i u dzieci, zwłaszcza u najmłodszych, to jest niemowląt i dzieci do 3 roku życia (6–8%). Rozwój uczulenia na pokarmy, a także typ reakcji alergicznej i rodzaj jej manifestacji klinicznej jest uwarunkowany głównie czynnikami genetycznymi i środowiskowymi. Sprzyja temu również bardzo młody wiek dziecka i związana z tym niedojrzałość morfologiczna oraz czynnościowa niewydolność barier ochronnych i mechanizmów immunologicznych. Do pokarmów będących najczęstszą przyczyną uczulenia należą: mleko krowie, jaja, ryby, skorupiaki i mięczaki, orzechy, soja i pszenica. Szczególnym problemem jest możliwość współistnienia uczulenia na więcej niż jeden alergen (alergia wielopokarmowa), a także występowanie reakcji krzyżowych. Reakcje krzyżowe mogą zachodzić zarówno między alergenami roślinnymi (banan-orzech, brzoza-jabłko), jak i zwierzęcymi (białko mleka krowiego -sierść zwierząt), a także między alergenami roślinnymi i zwierzęcymi (białko mleka krowiego -pyłki traw). Jedną z częstszych manifestacji klinicznych alergii krzyżowej jest tak zwany zespół alergii jamy ustnej ze świądem i pieczeniem języka, warg i policzków oraz obrzękiem podniebienia. Narastające objawy miejscowe mogą być zapowiedzią wstrząsu anafilaktycznego. Do objawów ze strony przewodu pokarmowego należą ulewania i wymioty, biegunka lub zaparcia, kolka jelitowa wywołana skurczem mięśni gładkich jelita. Nierzadko stolce zawierają krew, częściej — tak zwaną utajoną, wykrywaną badaniem laboratoryjnym. Z objawów ogólnoustrojowych i związanych z innymi narządami należy wymienić utratę łaknienia, czasem z silną awersją do posiłków zawierających alergen odpowiedzialny za uczulenie, ponadto rozdrażnienie, zaburzenia snu i niedokrwistość. Często obserwujemy u tych dzieci nadpobudliwość psychoruchową. Długotrwałe zaburzenia w odżywianiu mogą znacznie upośledzić rozwój somatyczny. Podstawowe działanie terapeutyczne w AP polega na wprowadzeniu diety eliminacyjnej, całkowicie wykluczającej obecność alergenu w posiłkach. W przypadku alergii wielopokarmowej aspekty żywieniowe komplikuje konieczność wyeliminowania więcej niż jednego produktu (grupy produktów). U dzieci z alergią wielopokarmową wytworzenie tolerancji w stosunku do poszczególnych alergenów na ogół nie następuje jednocześnie, co dodatkowo utrudnia komponowanie jadłospisu.

**Wstrząs anafilaktyczny.** Różnorodność objawów i nasilenia anafilaksji w pewnym stopniu zależy od drogi wniknięcia alergenu lub czynnika wywołującego, tzn. pozajelitowej w porównaniu z doustną. Droga pozajelitowa często wywołuje silniejsze reakcje. Do opisu anafilaksji używa się różnych określeń, co powoduje niejasności szczególnie w odniesieniu do definicji i leczenia. Używane określenia obejmują: uogólnioną reakcję systemową, systemową reakcję alergiczną, reakcję konstytucjonalną i ciężką reakcją nadwrażliwości. Anafilaksja ma etiologię zarówno alergiczną, jak i niealergiczną.

Wstrząsem anafilaktycznym określa się ciężką, szybko postępującą reakcję anafilaktyczną, która powoduje zagrażające życiu obniżenie ciśnienia tętniczego. Główną przyczyną wstrząsu anafilaktycznego są reakcje alergiczne na takie czynniki, jak: pokarmy, leki, alergeny wziewne, pokarmy oraz białka podawane pozajelitowo (hormony, krew, preparaty krwiopochodne). Pierwsze objawy anafilaksji objawiają się już od kilku do kilkudziesięciu minut od kontaktu z bodźcem wyzwalającym. W sytuacji, gdy alergenem jest pokarm, reakcja może ujawnić się do kilku godzin od posiłku. Objawy są gwałtowne, ich szczyt przypada zwykle do 30 minut od wystąpienia pierwszych symptomów. Przybierają postać łagodną, umiarkowaną bądź ciężką. Reakcja anafilaktyczna może przebiegać jedno- lub dwufazowo. Większość pacjentów początkowo skarży się na objawy ze strony skóry i błon śluzowych. Najczęściej występują: pokrzywka, świąd, uogólniony rumień, obrzęk, mrowienie dłoni, stóp i narządów płciowych. Czasami anafilaksja przebiega bez objawów skórnych, a jedynie z symptomami zapaści sercowo-naczyniowej. Niekiedy pierwszymi objawami anafilaksji są poczucie zagrożenia i lęk. Inne symptomy oddziałują na przewód pokarmowy (wymioty, nudności, luźne stolce, kurczowe bóle brzucha), układ oddechowy (obrzęk języka, gardła, krtani, jamy ustnej, nieżyt nosa, które powodują stridor krtaniowy, chrypkę), układ krążenia (wilgotna skóra, hipotonia, żyły podskórne zapadnięte, zaburzenia świadomości, nitkowate tętno, drgawki) lub układ moczowo-płciowy (skurcze macicy, parcie na pęcherz moczowy, nietrzymanie moczu). Leczenie reakcji anafilaktycznych skupia się na działaniach ogólnych, których celem jest zapobieganie następowania ekspozycji na bodziec wywołujący. Dodatkowo ma za zadanie zniwelowanie wstrząsu anafilaktycznego. Postępowanie ogólne opiera się na przerwaniu ekspozycji na alergen oraz zapobieganiu jego rozprzestrzenienia się. Ważnym elementem postępowania ogólnego jest utrzymanie ciągłego kontaktu słownego z poszkodowanym, co pozwala na ewaluowanie jego stanu oraz obniżenie lęku i niepokoju pacjenta. Niezbędne jest również utrzymanie drożności dróg oddechowych i zapewnienie ciśnienia tętniczego. W przypadku zajścia wstrząsu anafilaktycznego rekomendowane jest postępowanie według poniższego algorytmu.

1. Postępowanie wstępne:

a) podanie w pozycji siedzącej tlenu – 6-12l/min;

b) badanie podmiotowe i przedmiotowe poszkodowanego;

c) utworzenie dostępu dożylnego lub doszpikowego;

d) stały monitoring ciśnienia tętniczego krwi, kapnometrii, saturacji, EKG.

2. Podanie adrenaliny 0,5 mg domięśniowo, co można powtarzać co 3-5 minut.

3. Zastosowanie agresywnej płynoterapii: 20ml/kg masy ciała lub 1-1,5l dożylnie.

4. Podanie pożylnie leków przeciwhistaminowych – Clemastyna 2mg.

5. Zastosowanie glikokortykosteroidów: Hydrokortyzonu (200-300 mg dożylnie) lub Deksametazon (8-12 mg dożylnie).

6. W duszności związanej z napędem astmy w anafilaksji rekomendacje podają nebulizację z adrenaliny i/lub salbutamolu.

Mgr pielęgniarstwa - Agnieszka Gruszczyńska