

Kroonilise nohuga patsiendi käsitlemine

Allergiline ja mitteallergiline riniit on arenenud riikides üks levinuim haigus, mis võib oluliselt halvendada elukvaliteeti. Erinevate andmete põhjal põeb seda haigust 10–40% populatsioonist. Artikli eesmärk on anda lühike ülevaade sagedasematest kroonilise riniidi ja rinosinusiidi põhjustest ja vormidest, nende uurimismeetoditest ja ravivõimalustest.



REI MEIER

kõrva-nina-kurgu-
haiguste eriala
arst-resident
Tartu Ülikooli
Kliinikumi
kõrvakliinik

Krooniline riniit on heterogeenne haiguste grupp, mille kestus on rohkem kui neli nädalat järjest. Seda tuleks eristada ägedast riniidist, mis kestab mõned päevad kuni neli nädalat ja mis on etioloogiliselt tavaliselt infektsioosne ning enamasti põhjustatud ülemiste hingamisteede viirushaigustest.

Kõige sagedasem kroonilise riniidi põhjus on allergia, mis võib olla IgE-ga seotud immuunvastus, aga sellel võib olla ka teisi põhjuseid. Kroonilise riniidi etioloogia on väga erinev ja see võib olla ka ilma põletikulise komponendita.

Riniidid jaotatakse kahte gruppi: mitteallergiline riniit (NAR) ja allergiline riniit. Samuti võib esineda ka segatüüpi vorm mõlema komponendiga.

Kroonilisel riniidil on oluline mõju inimese elukvaliteedile. See võib väljenduda unehäiretena, kroonilise väsimusena, maitse- ja lõhnatundlikkuse häirena, sotsiaalsete probleemidena – näiteks võib see põhjustada inimese puudumist töölt või koolist, vähendada produktiiv-

sust ja avaldada lisakoormust meditsiinisüsteemile.

Ravimata krooniline riniit võib olla seotud või tüsistuda raskemate haigustega, näiteks ägeda või kroonilise sinusiidi, kuulmetörve düsfunktsiooni, keskkõrvapõletiku, ninaverejooksu ja ninapolüpoosiga.

Riniidi diagnostika

Kõikide riniitide korral võivad esineda vesine ninasekreet, ninakinnisus, aevastamine, lõhnatundlikkuse vähenemine, ninaneelunohu, raskustunne peas, peavalud. Riniit võib olla aastaringne, hooajaline või aastaringne hooajalise ägenemisega.

ALLERGILINE RINIIT

Allergilise riniidi korral on rohkem väljendunud aevastamine, lisaks võib olla ka silmade vesisus ja sügelus näo piirkonnas, silmades ja ninas. Allergiline riniit on pigem hooajaline ja seda esineb peamiselt alla 20aastastel inimestel (tihti alates lapsepõlvest).

Meeles tuleb pidada, et allergeene võib olla mitu ning nende tuvastamine ja kõrvaldamine on oluline osa allergilise riniidi ravist.

Allergilise riniidi diagnoosimiseks on vajalik saada tõestus allergeenide olemasolule, seda kas verest või nahatestidest. Ilma selleta allergilist riniiti diagnoosida ei saa.

Allergiat saab tavaliselt välistada või kinnitada nahatestide abil – küünarvarre naha alla süstitakse erinevad allergeenid ja seejärel hinnatakse tekkinud kuplade diameetrit. Lisaks tehakse ka negatiivne kontrolltest füsioloogilise lahusega ja positiivne kontrolltest histamiiniga. Iga uuritud allergeeni kohale tekkinud kublade mõõdetakse. Testi peetakse positiivseks, kui 15 minuti pärast on kubla diameeter ≥ 3 mm. Kuna saame testida väga piiratud arvu allergeene, siis uuritud allergeenide testide negatiivsed tulemused siiski allergiat ei välista.

Abiks võib olla ka spetsiifiline IgE määramine vereseerumist, mis võib anda vihe allergilisele riniidile. IgE määratakse ka siis, kui nahatestid on vastunäidustatud.

KROONILINE RINOSINUSIIT

Kui räägitakse kroonilisest riniidist, siis väga sageli on tegemist siiski hoopis kroonilise rinosinusiidi (KRS) ehk nina- ja ninakõrvalurgete limaskestade põletikuga. KRS-i võib jagada kaheks: krooniline rinosinusiit ninapolüpoosiga (KRSwP) ja krooniline rinosinusiit ninapolüpoosita (KRSSP). Vahel tuuakse välja ka kolmas vorm, mis on allergiline seensinusiit

“Kõige sagedasem kroonilise riniidi põhjus on allergia, mis võib olla IgE-ga seotud immuunvastus, aga sellel võib olla ka teisi põhjuseid.

(ingl *allergic fungal rhinosinusitis*, AFRS), mida klassifitseeritakse polüpoosiga variandi alavormina.

Diagnostilised kriteeriumid

Esineb kaks või enam sümptomit (kestusega üle 12 nädala) järgmisest loetelust.

- Limajas-mädane eritis ninast (eesmine või ninaneelunohu).
- Ninakinnisus või turse.
- Vähenenud või kadunud lõhnatundlikkus.
- Survetunne või valulikkus nääri piirkonnas.

Üks sümptomitest peab kindlasti olema kas eritis ninast või ninakinnisus.

Mitteallergilise riniidiga patsientidel esineb rohkem ninakinnisust ja ninaneelunohu. Patsient ei oska täpselt osutada provotseerivale tegurile, sümptomid on aastaringised.

Mitteallergilise riniidi vormid:

- ravimindutseeritud (*rhinitis medicamentosa*) – ksülometasoliini või muu dekongestandi pideval kasutusel;
- ravimite põhjustatud – vererõhu-ravimite, beetablokaatorite, rasedusvastaste preparaatide, mittesteroidsete põletikuvastaste ravimite (MSPVA), aspiriini ja antidepressantide kasutamisel;

uuring, mis sarnaselt röntgeniga annab mingi informatsiooni kõrvalkoobaste sisaldise kohta, aga üldjuhul need uuringud ei muuda ega mõjuta patsiendi käsitluse strateegiat ja neid ei ole soovitatav teostada. Kui patsiendi sümptomaatiline ja konservatiivne ravi ei aita, siis üldine soovitus on suunata patsient eriarsti juurde, kus tehakse juba palju informatiivsemad uuringud (näiteks CBCT vm).

Kroonilise nohuga patsiendi käsitlus

Kroonilise nohuga patsiendi käsitlus algab nõustamisest ja konservatiivsest ravist. Konservatiivse raviga võib alustada kohe perearstikeskuses ja sõltuvalt patsiendi seisundist võib teda vajadusel suunata ka eriarsti vastuvõtule.

KONSERVATIIVNE RAVI

- Keskkonna ja harjumuste muutused. Allergeenivaba keskkond, provotseerivate faktorite vältimine, õhuniisutaja/puhastaja ja tööl hingamisteede kaitsevahendite kasutamine, ravimite vahetamine või neist loobumine. *Rhinitis medicamentosa* korral soovistatakse dekongestandi kasutamine lõpetada ja minna üle lokaalse glükokortikosteroidi (GKS) peale.
- Regulaarsed ninaloputused soolalahusega – aitavad allergeene ja muid ärritajaid ninalimaskestadest välja loputada. Sobivad nii isotoonilised kui ka hüpertoonilised lahused. Viimased võivad mingil määral turse korral aidata, aga samas soodustavad ka ninakuivust. Nina loputades peab olema korraliku survega vool, lihtsalt pihustamisest ei piisa.
- Lokaalsed ninasisesed GKS-id on kroonilise riniidi/rinosinusiidi ravinurgakivi ja käsitluse kõige olulisem komponent. Need vähendavad sõltumata etioloogiast limaskestade põletikku ja on efektiivsed nii allergilise kui ka mitteallergilise riniidi ravis. Krooniline rinosinusiit on samuti eluaegne haigus, seega seda välja ravida ei ole võimalik, aga sümptomeid saab kontrolli all hoida. Ravi teostatakse kuuridena või kasutatakse pidevalt, seda sõltuvalt sümptomite raskusest. Olulised kõrvaltoimed on ninaverejooksud ja ninakuivus. Nende esinemisel võib lisaks kasutada ka niisutavaid ninasalve ja õlisid. Oluline on ka manustamisviis – üldjuhul peab

“ Allergilise riniidi korral on rohkem väljendunud aevastamine, lisaks võib olla ka silmade vesisus ja sügelus nääri piirkonnas, silmades ja ninas.

Diagnoosi peab kinnitama kas:

1) endoskoopiline leid: polüübid ja/või limajas-mädane eritis ja/või turse keskmises ninakäigus, mõnes ravijuhendis aktsepteeritakse ka eesmise rinoskoopia leidu;

2) ja/või KT-leid: limaskestade muutused ostiomeetaalkompleksis või paranasaalsiinustes.

Ilma selleta kroonilist rinosinusiiti diagnoosida ei saa.

Samuti tuleb tähelepanu pöörata raske astmaga patsientidele. KRS ja astma on sageli koos esinevad seisundid ja mõlema haiguse patogenees on tänapäeva arusaama järgi sarnane (ühise hingamistee teooria). 84–100%–l haigetest esinevad kompuutertomograafial (KT) muutused paranasaalsiinustes ning KRS-i ravi parandab ka astma sümptomeid.

MITTEALLERGIINE RINIIT

Kroonilise mitteallergilise riniidi diagnoosi paneb arst kliinilise pildi alusel siis, kui välistatud on anatoomilised defektid, KRS ja allergia (või ei ole allergia-kahtlust). Mitteallergilise riniidi põhjuse otsimine võib olla komplitseeritud, sageli on haigus multifaktoriaalne. Seetõttu on korraliku anamneesi võtmine väga oluline.

- hormonaalne riniit – võib olla näiteks raseduse, menstruatsiooni, kilpnäärmehaiguste korral;
- atroofiline riniit – kirurgilise või konservatiivse sekkumise järel, vanusega kaasnev;
- ärritajatest põhjustatud või ametiga seotud – näiteks külm õhk, kuiv õhk, lõhnad, keemilised ühendid, suitsetamine, alkohol, vürtsikas toit;
- süsteemsest haigusest tingitud riniit;
- mitteallergiline riniit eosinofiilse sündroomiga (NARES);
- vasomotoorne ehk idiopaatiline riniit – põhjus teadmata, võib olla seotud autonoomse süsteemi düsregulatsiooniga.

Kõrva-nina-kurguarsti juures tehakse uuringud, kasutades vajadusel abivahendeid, näiteks fiiberendoskoopi, et kinnitada või välistada anatoomilisi defekte, põletikulise või kasvajalise haiguse olemasolu. Visiidil on võimalik võtta ka biopsia ja suunata koonuskiire kompuutertomograafiasse (CBCT), KT-sse või magnetresonantstomograafiasse (MRT), mis aitab hinnata nina ja ninaõõne koobaste olukorda ja planeerida edasist ravi.

Mõned Eesti perearstid kasutavad siiani röntgeniülesvõtet ninaõõne koobastest. Soomes on kasutusel ka UH-

enne kasutamist nina korralikult puh-
taks tegema. See tähendab, et üleliigne
sekreet tuleb välja nuusata ja vajadu-
sel loputada soolalahusega. Rohtu peab
pihustatama sisse hingates ja suunaga
pigem lateraalsemale, kõrvalesta suu-
nas, mitte vaheseina poole. Siis on ra-
vimi efektiivsus kõige suurem.

- Suukaudsed või intranasaalsed lo-
kaalsed antihistamiinikumid (näiteks
kortikosteroididega kombineerituna).
Sobivad väga hästi ägenemiste kupee-
rimiseks. Süsteemseid antihistami-
nikume ei tohi kasutada pikaajaliselt.
Lokaalsed antihistamiinipreparaa-
did on efektiivsed nii allergilise kui ka
mitteallergilise riniidi ravis. Saadaval
on ka lokaalsed preparaadid kombi-
neerituna glükokortikosteroididega.
- Ägenemistel võib kasutada süsteemseid
(pseudoefedriin) ja lokaalseid (ksülo-
metasoliin) dekongestantpreparaate.
Kasutamine on lubatud maksimaalselt
5–7 päeva.
- Kui kaasuva haigusena on patsiendil
astma, siis kasutatakse ka leukotrie-
e antagoniste ja raskematel juhtu-
del bioloogilist ravi.

KIRURGILINE RAVI

Kui konservatiivne ravi ei olnud efektiiv-
ne ja patsiendil ei ole kroonilisele rino-
sinusiidile viitavaid tunnuseid, vaid ainult
ninakinnisus või ninaeritis, siis tehakse
järgmise etapina tavaliselt ninakarbikute
plastikat või koblatsooni. Kuna alumine
karbik on kõige suurem, siis selle mahu
vähenemine annab kõige parema efekti.
Efekt on üldjuhul ajutine ja väga tihti tu-
leb protseduuri tulevikus korrata.

Kui patsiendil esinevad anatoomilise-
sed iseärasused, mis soodustavad rino-
sinusiiti ja takistavad ravimi pääsemist
sügavamale ninaõõnde, näiteks kõver-
dunud ninavahesein, polüübid, bulloos-
ne karbik, siis neid korrigeeritakse. Kõige
sagedasem operatsioon on funktsionaal-
ne endoskoopiline kõrvalurgete kirurgia
(*functional endoscopic sinus surgery*, FESS),
mille käigus eemaldatakse põletikulised
koed, anatoomilised kitsused ja võetak-
se lahti paranasaalsiinused. Operatsiooni
eesmärk on soodustada ravimi pääsemist
kaugemale ninaõõnde ning parandada
ventilatsiooni ja dreenaži. Operatsioon ei
ole definitiivne ehk üldjuhul tuleb kon-
servatiivse raviga jätkata.

Kokkuvõte

Krooniline nohu võib inimese elukvali-
teeti oluliselt halvendada, seega vajab see
õigeaegset sekkumist. Käsitlusel on oluline
tuvastada, mis faktorid (või allergeenid al-
lergilise riniidi korral) provotseerivad hai-
gust, ja need siis kas kõrvaldada või neid
vältida. Kõikide krooniliste riniitide (rino-
sinusiitide) ravis on olulisim regulaar-
ne ninahooldus ja lokaalsete nahasiseste
GKS-ide kasutamine.

Kui on kahtlus allergiale, siis tuleb pat-
sient suunata täpsustavateks uuringuteks
allergoloogi juurde. Kui algne conserva-
tiivne ravi ei ole efektiivne ja allergoloo-
gi vastuvõtul on käidud (või ei ole kahtlust
allergiale), siis võib konsulteerida kõrva-
nina-kurguarstiga, kes vajadusel korral-
dab edasise ravi.

Kasutatud kirjandus

1. Patel CR, Eloy JA. Acute and Chronic Nasal Disorders. In: Ballenger's otorhinolaryngology 18: Head and Neck Surgery. USA: People's Medical Publishing House; 2016: 637–642.
2. Plaas M, Kasenõmm P. Rinosinusiidi diagnostika ja ravi – üle-
vaade ravijuhenditest ja konsensusdokumentidest. Eesti
Arst 2017; 96(10): 597–604.
3. Lieberman PL. Chronic nonallergic rhinitis. [https://www.up-
todate.com/contents/chronic-nonallergic-rhinitis?search=rhinitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2](https://www.up-todate.com/contents/chronic-nonallergic-rhinitis?search=rhinitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)