

# Allergilise riniidi käsitusjuhend

Mari Kivivare<sup>1</sup>, Marget Savisaar<sup>2</sup>, Alan Altraja<sup>2</sup>, Kaja Julge<sup>1</sup>, Maire Vasar<sup>1</sup>, Urve Putnik<sup>3</sup>, Maarja Pärlis<sup>3</sup>, Ljudmilla Raudla<sup>4</sup>, Ene Miller<sup>5</sup>, Vahur Ristioja<sup>6</sup> – <sup>1</sup>TÜ Kliinikumi lastekliinik, <sup>2</sup>TÜ Kliinikumi kopsukliinik, <sup>3</sup>Tallinna Lastehaigla, <sup>4</sup>AS Lasnamäe Tervisekeskus, <sup>5</sup>Põhja-Eesti Regionaalhaigla, <sup>6</sup>TÜ Kliinikumi kõrvkliinik

Allergilise riniidi käsitusjuhendi on heaks kiitnud Eesti Immunoloogide ja Allergoloogide Seltsi juhatus 16. detsembril 2002. a ja Eesti Kopsuarstide Seltsi juhatus 16. jaanuaril 2003. a.

## Sissejuhatus

Allergiline riniit on üle maailma sageli esinev haigus, mis haarab 5–25% rahvastikust ja mille esinemissagedus suureneb aasta-aastalt (1–6). Kuigi allergiline riniit ei ole raske haigus, avaldab ta olulist mõju patsientide elukvaliteedile, töövõimele ja õppeedukusele. Riniit põhjustab märkimisväärsed majanduslikke kulusid.

Käesolev käsitusjuhend, mis sisaldab uut haiguse klassifikatsiooni ja astmelist ravi, on mõeldud pere- ja eriarstidele. Juhiste koostamisel on aluseks võetud 2001. aastal avaldatud rahvusvahelise töörühma dokument (*allergic rhinitis and its impact on asthma – ARIA Workshop Report in collaboration with the World Health Organisation*), mis on kohandatud Eesti oludele.

## Definitsioon

**Allergiline riniit** (allergiline nohu) on ninatalitluse sümptomaatiline häire, mida põhjustab allergeenikontaktist vallandatud ja IgE vahendatud hüperreaktiivsusega kulgev limaskestapõletik.

## Sümptomid (vt tabel 1)

Tabel 1. Allergilise riniidi sümptomid

Ninasümptomid	Muud sümptomid (võivad kaasned)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninasügelus</li><li>• Aevastamine</li><li>• Vesine ninavoolus ehk vesine rinorröa</li><li>• Ninakinnisus</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Konjunktiviit</li><li>• Ninaneelunohu (ingl <i>post nasal drip</i>) → krooniline kõha</li><li>• Suuhingamine → norskamine → unehäired</li><li>• Lõhnatundlikkuse vähenemine</li><li>• Peavalu</li><li>• Väsimus</li><li>• Tähelepanu- ja keskendumisvõime vähenemine</li><li>• Kõrvade sügelemine</li><li>• Suuläe sügelemine</li></ul>

## Klassifikatsioon

Allergilise riniidi jaotus põhineb sümptomite kestusel:

- vahelduv ehk intermiteeruv allergiline riniit,
- püsiv ehk persisteeriv allergiline riniit.

Allergiline riniit jaotatakse sõltuvalt sümptomite raskusest ja mõjust elukvaliteedile raskusastmesse:

- kerge,
- mõõdukas/raske (vt tabel 2).

## Kaasuvad haigused

- Astma
- Allergiline riniit on astma riskiteguriks.
  - 75–80% allergilist ja mitteallergilist astmat põdevatel patsientidel esineb riniit (6).
  - Astma ja riniidi sage koosinemine toetab põhimõtet “üks hingamistee, üks haigus”.
  - 50–75%-l allergilist riniiti põdevatel patsientidel esineb mittespetsiifiline bronhide hüperreaktiivsus (7, 8).
- Konjunktiviit
- Atoopiline dermatiit

## Tüsistused

- Ninapolüpoos
- Keskkõrvapõletik
- Sinusiit

**Tabel 2. Allergilise riniidi klassifikatsioon**

<b>Vahelduvad sümptomid</b> - <4 päeva nädalas - <u>või</u> <4 nädalat kestev <b>Kerge riniit</b> - normaalne uni - igapäevaelu, sportimine ja vaba aja tegevus tavalised - tööil või koolis probleeme ei ole - koormavad sümptomid* puuduvad	<b>Püsivad sümptomid</b> - >4 päeva nädalas - <u>ja</u> >4 nädalat kestev <b>Mõõdukas/raske riniit</b> - unehäired - igapäevaelu, sportimine ja vaba aja tegevus häiritud - probleemid tööil või koolis - esinevad koormavad sümptomid*
--	--

\* Koormavad sümptomid on allergilise riniidiga kaasuvad haigused või tüsistused.

## Põhjused

### Allergeenid

• Allergilist riniiti põhjustavad sissehingatavad ehk inhaleeritavad allergeenid.

- Kodukeskkonna peamised allergeenid on tolmulestad, lemmik- ja koduloomad, prussakad, hallitusseened ning taimed.

- Väliskeskkonna sagedasemad allergeenid on õietolmud ja hallitusseened.

- Kutsehaigusena tuntakse riniiti vähem kui astmat, sageli võib täheldada riniidi- ja astmasümptomite koosinemist.

- Lateksiallergia muutub üha olulisemaks probleemiks, eriti tervishoiutöötajate seas.

- Ninasümptomeid võivad tekitada ka ristallergiat põhjustavad toiduained.

### Saasteained

• Epidemioloogiliste uuringute alusel on teada, et õhu saasteained raskendavad riniidi kulgu.

• Siseruumide õhusaastusel on suur tähtsus, sest tööstusriikide elanikud veedavad 80% oma ajast hoonetes. Siseruumide saastust põhjustavad olmeallergeenid ja siseruumide gaasid, eriti tubakasuits.

• Tähtsaimad väliskeskkonda (atmosfääri) saastavad ained on osoon, lämmastikoksiidid ja väeveldioksiid. Need ained põhjustavad nina-sümptomite avaldumist ning allergilise ja mitte-allergilise riniidiga patsientidel haiguse raskenemist.

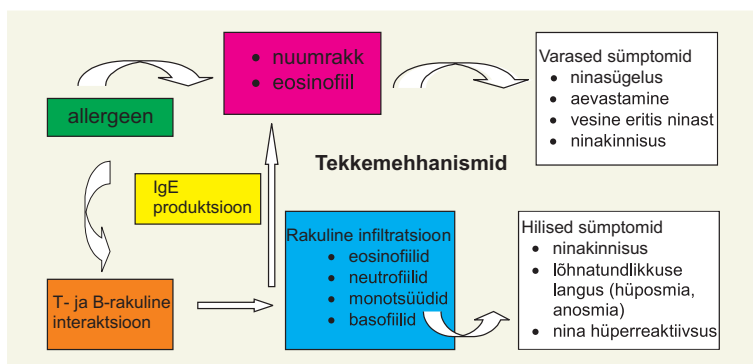
• Diislikütuse põlemisjäätgid võivad soodustada IgE teket ja allergilise põletiku kujunemist.

### Aspiiriin

Aspiiriin ja muud mittesteroidsed põletikuvastased ained (MSPVA) võivad nende ainete suhtes ülitundlikel isikutel põhjustada riniiti ning astmat.

Allergilise riniidi puhuse põletiku teke on seotud IgE vahendatud I tüüpi ülitundlikkusreaktsiooniga nina limaskestal. Allergilist riniiti iseloomustab põletikurakkude (eosinofiilid, T-lümfotsüüdid, nuumrakud jne) tungimine limaskesta. Tekib rakuline reaktsioon, millega kaasneb

- mitmesuguste rakutüüpide, sh eosinofiilide, T-rakkude, nuum- ja epiteelirakkude aktiveerumine;
- põletikurakkude suhtes selektiivsete kemotaktiliste faktorite (kemokiinide) vabanemine ja rakkude (edasine) transendoteliaalne migratsioon;



**Joonis 1. Allergilise riniidi tekkemehhanismid.**

**Tabel 3. Nina hüperreaktiivsusega seotud mittespetsiifilised ärritavad tegurid**

Nina otseselt ärritavad tegurid	Nina kaudselt ärritavad tegurid
Mehaanilised (ehitus-, puidu-, kangatolm)	Kehatemperatuuri muutus
Keemilised (deodorandid, parfüümid)	Kehaline koormus
Füüsikalised (külm kuiv õhk, päikesevalgus)	Kuum jook ja toit

- põletikurakkude elutsükli pikenemine;
- mediaatorite, sh efektoorseste mediaatorite vabanemine aktiveeritud rakkudest;
- põletikulise reaktsiooni muutumine püsivaks. Peamised efektoorsed ehk sümptomeid vahetult esile kutsuvad mediaatorid on histamiin ja tsüsteinüül-leukotrieenid (CysLT).

Allergilise riniidi (ka mitteallergilise riniidi) oluliste tunnuste hulka kuulub **mittespetsiifiline nina hüperreaktiivsus**. Selle all mõistetakse nina tavalisest intensiivsemat vastust tavaärritajatele, mille tagajärjel tekib aevastamine, ninakinnisus ja/või sekreedieritus (vt tabel 3).

**Minimaalne püsiv** ehk **persisteeriv põletik** on uus ja oluline mõiste. Püsiva allergilise riniidiga patsientide kontakt allergeenidega varieerub aasta kestel. Hoolimata sellest et neil patsientidel periooditi haigussümptomeid ei ole, püsib kudedes põletik (põletikurakkude hulga suurenemine ja põletikumediaatorite vabanemine). Selline seisund on analoogiline bronhiaalastma korral esineva püsiva põletikuga.

## Diagnostika

**Allergilise riniidi diagnoosimine** põhineb

- anamneesil, mis üksi ei kinnita siiski diagnoosi;
- ninavaatlusel, mis on vajalik kõikidel patsientidel. Püsiva riniidi korral teha vajadusel nasaalne endoskoopia;
- diagnostilistel testidel. Allergiliste haiguste diagnoosimisel saab kasutada *in vivo* ja *in vitro* teste.

### Nahatorketest (*prick*test)

- Enam kasutatav meetod IgE vahendatud allergilise reaktsiooni alusel tekkivate haiguste diagnostikas.

- Korrektse teostuse korral abistavad allergeeni kindlakstegemisel.

- Teste teeb ja tõlgendab vastava koolitusega spetsialist.

## Nahatorketeste ei tehta

- ägeda allergilise või üldhaigestumise ajal,

- raseduse ajal,

- naha reaktiivsust mõjutavate ravimite kasutamisel: H<sub>1</sub>- ja H<sub>2</sub>-blokaatorid, nahale lokaalselt manustatavad glükokortikoidid, amitriptüliin, nortriptüliin, imipramiin. H<sub>1</sub>-blokaatorid on histamiin-1-retseptorite antagonistid ehk antihistamiinikumid. H<sub>2</sub>-blokaatorid on histamiin-2-retseptorite antagonistid.

## Seerumi üldise IgE määramine

- Meetod ei ole sobiv allergilise riniidi sõeltestimiseks, sest ta ei näita sensibiliseerumist allergilist riniiti tegelikult põhjustava allergeeni suhtes. Spetsiifiliste IgE-tüüpi antikehade olemasolu aga ei pruugi anda üldise IgE tõusu.

## Allergeenispetsiifiliste IgE tüüpi antikehade määramine

- On nahatestidega kliiniliselt võrdväärne.

- On oluliselt kallim kui nahatest.

- On võrreldes nahatestiga aeganõudvam meetod.

- Korrelatsioon IgE väärtuste ja haigussümptomite vahel puudub.

- On valikmeetod ravimitest või nahakahjustusest tingitud naha areaktiivsuse ja valepositiivsust andva urtikariaalse dermatofismi korral.

## Allergeenispetsiifiliste IgG/IgG<sub>4</sub> tüüpi antikehade määramine

- ei oma allergilise riniidi korral diagnostilist väärtust.

## Ninasised provokatsioonitestid

Provokatsioonitestid allergeenieksaktidega on kasutusel peamiselt teaduslikes uurimistöodes. Kliinilises praktikas kasutatakse neid kindla positiivse anamneesi korral, mil teiste testimismeetodite tulemused on jäänud negatiivseks. Nina hüperreaktiivsuse testimiseks on külm õhk sobivaim ja enim kasutatud mittespetsiifiline ärritav tegur.

## Ninalima tsütoloogia

- Eosinofiilse nohu eristamiseks mitte-eosinofiilsest ja infektsioosest nohust.

**Tabel 4. Riniidi diferentsiaaldiagnostika**

Mehaanilised tegurid	Infektsioonid
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anatoomilised ebanormaalsused               <ul style="list-style-type: none"> <li>- adenoidide hüpertroofia</li> <li>- ninakarbike hüpertroofia</li> <li>- nina vaheseina deviatsioon</li> <li>- koanide kongenitaalne atreesia</li> </ul> </li> <li>Võõrkeha</li> <li>Ninapolüpoos</li> <li>Hea- ja pahaloomulised kasvaja</li> <li>Granulomatoossed haigused               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wegeneri granulomatoos</li> <li>- sarkoidoos</li> <li>- spetsiifilised infektsioonid</li> </ul> </li> <li>Meningotseele või entsefalotseele</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Viirusinfektsioonid</li> <li>Bakteriaased infektsioonid, k.a spetsiifilised infektsioonid (süüfilis, tuberkuloos, mükobakterioosid, leepira)</li> <li>Sekundaarsed retsidiveeruvad või kroonilised infektsioossed riniidid               <ul style="list-style-type: none"> <li>- immuundefitsiitsussündroom (nt IgA, IgG alaklasside puudulikkus)</li> <li>- tsüstiline fibroos</li> <li>- primaarne tsiliaarne düskineesia</li> </ul> </li> </ul>
Allergia	Muud riniidid
<ul style="list-style-type: none"> <li>Allergiline riniit</li> <li>Allergiline kutsehaigusriniit*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eosinofiilia sündroomiga mitteallergiline riniit (ingl k NARES)</li> <li>Mitteallergiline kutsehaigusriniit*</li> <li>Medikamentoosne riniit sekundaarselt toopilistele dekongestantidele</li> <li>Ravimindutseeritud riniit               <ul style="list-style-type: none"> <li>- aspiriin või teised MSPVAD</li> <li>- AKE inhibiitorid, reserpiin, metüüldopa</li> <li>- suukaudsed kontratseptiivid</li> <li>- silmasised preparaadid (β-blokaatorid)</li> <li>- kloorpromasiin</li> </ul> </li> <li>Hormonaalne riniit (rasedus, puberteet, hüpötüreoos, akromegaalia)</li> <li>Ärritavad tegurid (väljendunud selektiivne nina hüperreaktiivsus)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- koormusindutseeritud riniit</li> <li>- "suusatajariniit" (külmast kuivast õhust)</li> <li>- gustatoorne riniit (kuumast toidust)</li> </ul> </li> <li>Toidust indutseeritud riniit (nt teravas pipras sisalduva kapsaitsiini toime)</li> <li>Gastroösofageaalne reflukshaigus</li> <li>Emotsioonidest tingitud riniit</li> <li>Kokaiini tarvitamine</li> <li>Atroofiline riniit</li> <li>Idiopaatiline (vasomotoorne) riniit</li> </ul>

\* nt laboritöötajatel, kondiitritel, põllumajandus- ja puidutööstuse töölistel

### Radioloogilised uuringud

- Ei ole allergilise riniidi diagnoosimiseks tavaliselt vajalikud, küll aga muude sino-nasaalsete haiguste, ravimiresistentse riniidi põhjuste, ühepoolse riniidi ja allergilise riniidi tüsistuste puhul.

### Nasaalsete õhuteede läbitavuse testimine

- Rinomanomeetria
- Funktsionaalse testiina on usaldusväärne meetod obstruktsiooni mõõtmiseks.
- Akustiline rinomeetria
- Võimaldab lokaliseerida ahenemist nasaalsetes õhuteedes.
- Rinostereomeetria
- Meetod on nina limaskestast paksuse hindamiseks.
- Inspiratoorse või ekspiratoorse tippvoolu mõõtmine ninas

- Meetod on õhu liikumiskiiruse hindamiseks,
- korreleerub hästi rinomanomeetria tulemustega,
- sobib patsiendi pikemaajaliseks jälgimiseks ning medikamentoosse ja immuunravi efektiivsuse hindamiseks nii eriarstidele kui ka perearstidele.

### Bakterioloogilised uuringud

- On diagnostilise väärtusega bakteriaalse või seeninfektsiooni kahtlusel endoskoopiliselt võetud materjali korral.

### Astma diagnoosimine

- Imikute ja väikelaste astma diagnoosimisel on olulised haiguse kliiniline kulgu, sümptomid ning füüsikaline leid (9). Täiskasvanutel ja üle viieaastastel lastel peab lisaks uurima kopsufunktsiooni õhuteede obstruktsiooni ja selle taaspöörduvuse kindlaks tegemiseks.

**Tabel 5. Allergeeni vältimise võimalused****Kodutoolmulest**

- „Tolmulestakindla“ voodipesu kasutamine
- Voodipesu pesemine vähemalt 60 °C juures
- Eluruumide tuulutamine
- Õhuniiskuse hoidmine eluruumides alla 50%
- Toatemperatuuri hoidmine 20–22 °C juures
- Tolmu koguvate esemete ja mööbli vältimine ning pestavate pörandakatete kasutamine magamistoas
- Eluruumide märgkoristus

**Õietolmud**

- Muru tuleks niita nii sageli, et kõrrelised ja umbrohi ei jõuaks õitsema hakata
- Muru või heina niitmine on otsene allergeenikontakt, mida tuleks allergikul vältida
- Õietolmuperioodil mitte kuivatada pesu õues ning õueriideid mitte hoida eluruumides
- Vältida ristallergiat põhjustavaid toiduaineid

**Lemmik- ja koduloomad**

- Võimalusel loobuda

**Diferentsiaaldiagnoos** (vt tabel 4)**Ravi**

- Haiguse tekkemehhanismide mõistmine võimaldab allergilist riniiti ratsionaalsemalt ravida.
- Allergilise riniidi ravis kasutatavad meetmed:
  - allergeeni vältimine,
  - medikamentoosne ravi,
  - spetsiifiline immuunravi,
  - koolitus,
  - kirurgiline ravi.

**Medikamentoosne ravi****Ravimite valik** (vt tabel 6, 7)

- Ravimite ei ole pikaajalist toimet pärast ravi katkestamist, seetõttu on püsiva haiguse korral vajalik pidev ravi (annused sõltuvad sümptomite intensiivsusest);
- pikaajalise ravi korral tahhüfülaksiat tavaliselt ei esine;
- riniidiravimeid manustatakse otse nina (ninasiseselt ehk intranasaalselt) või suu kaudu.
- Ninasisene manustamine
  - Ninasisesel manustamisel satub ravim otse sihtorganisse, ravim imendub nina limaskestalt paremini, toime saabub kiiremini ja süsteemseid kõrvaltoimed on minimaalsed;
  - ninasiseste ravimite (vesilahuste) konservandid võivad põhjustada ninaärritust ja ripsepiteeli funktsioonihäireid;
  - ninasisene glükokortikoid võib põhjustada lokaalseid kõrvaltoimeid: ninaverejooksu, harvem nina

vaheseina perforatsioonid;

- pikaajaline dekongestantide ninasisene manustamine võib põhjustada medikamentoosset riniiti, ravimi suukaudsel manustamisel seda ohtu ei ole;
- ninasisene ipratroopiumbromiid võib põhjustada ebameeldivat ninakuivustunnet ja koorikute moodustumist;
- ninasiseseks ravimiseks tuleb esmalt likvideerida nina obstruktsioon (süsteemne glükokortikoid, dekongestant, vajadusel kirurgiline ravi).

**Immuunravi**

- Immuunraviga “harjutatakse” organismi allergeeni taluma. Ravitakse standardiseeritud allergeeni-ekstrakti(de)ga. Alustatakse väikestest annustest, mida suurendatakse kord-korralt säilitusraviks sobiva allergeenikoguseni. Ravi kestab keskmiselt 3 aastat.
  - Optimaalse manustamise korral on spetsiifiline immuunravi tõhus.
  - Eestis on immuunravi jaoks saadaval subkutaansed ja sublingvaalsed ravimid.
  - Subkutaanse immuunraviga tohib tegelda ainult selleks koolitatud personal. Patsiente tuleb jälgida 30 minuti jooksul pärast süsti tegemist.
- Immuunravi on näidustatud patsientidele,
- kes medikamentoosle ravile piisavalt hästi ei allu (manustatavad suukaudsed H<sub>1</sub>-blokaatorid ja ninasisesed ravimid ei kontrolli haigusnähte piisavalt või on vaja sagedasi süsteemse glükokortikoidi ravikuure);
  - kellele medikamentoosne ravi põhjustab soovimatuid kõrvaltoimeid;

**Tabel 6. Ravimite toime riniidisümptomitele**

	Aevastamine	Rinorröa	Ninakinnisus	Ninasügelemine	Silmasümptomid
H <sub>1</sub> -blokaatorid* suukaudsed	++	++	+	+++	++
ninasisesed	++	++	+	++	0
silmasisesed	0	0	0	0	+++
Glükokortikoidid ninasisesed	+++	+++	+++	++	++
Kromoglükaadid ninasisesed	+	+	+	+	0
silmasisesed	0	0	0	0	++
Dekongestandid ninasisesed	0	0	++++	0	0
suukaudsed	0	0	+	0	0
Antikolnergilised ained ninasisesed	0	++	0	0	0
Antileukotrieenid suukaudsed	0	+	++	0	++

\*H<sub>1</sub>-blokaatorid ehk histamiin-1-retseptorite antagonistid (e antihistamiinikumid)

- kes medikamentooset ravi ei soovi.

**Lastel** annab spetsiifiline immuunravi häid tulemusi. Turvalisuskaalutlusel ei soovitata seda ravi siiski alla viieaastastele lastele.

### Allergilise riniidi ravi nooruki- ja täiskasvanueas (astmeline lähenemine)

**Ninasisesed glükokortikoidid annust** võib vähendada (kuni poole võrra) siis, kui patsiendil on riniidisümpptomeid vähem või kui patsient on olnud vähemalt kuu aega sümptomivaba. Säilitusravi toimub väikseimas annuses, mis kontrollib haiguse sümptomeid. Ravi ebaefektiivsuse korral tuleb glükokortikoidi annust kahekordistada (ravimi lubatava annuse piirides).

- **Dekongestandi (ninasisene, suukaudne) kuur** kestab soovitatavalt kuni 10 päeva ja mitte üle kahe korra kuus.

- **Süsteemse glükokortikoidi kuur** kestab soovitatavalt 7–14 päeva, ravimiannus on kuni 30 mg prednisolooni (või tema ekvivalendis glükokortikoidi) päevas.

- **Eriarsti nõuanne** (kõrva-nina-kurguarst, allergoloog, silmaarst) on vajalik, kui haiguse sümptomite ja raskusastme järgi valitud ravi osutub 2–4 nädala vältel täiesti toimetuks või kolme kuu jooksul ebatõhusaks.

- **Medikamentoosse ravi kestus:** kui haigussümptomid raviga taanduvad või vähenevad, tuleks säilitusravi jätkata kerge püsiva riniidi raviastme kohaselt vähemalt 3 järjestikust kuud või kogu öietolmu esinemisperioodi vältel.

- **Ravi riniidi ja astma koosinemise korral**
- **Astma ravis tuleb järgida GINA ravijuhiseid (9).**

- Mõned ravimid (nt glükokortikoidid ja antileukotrieenid) on tõhusad nii riniidi kui ka astma korral. Ninasisesed ravimid astma korral tõhusad ei ole.

- Mõned ravimid (nt H<sub>1</sub>-blokaatorid) on riniidi puhul efektiivsemad kui astma korral.

- Suu kaudu manustatavad ravimid võivad mõjustada nii nina-, silma- kui ka bronhiaalseid sümptomeid.

- Ninasisese manustatavate ja sissehingatavate glükokortikoidide samaaegsel tarvitamisel on oht glükokortikoidide süsteemsete kõrvaltoimete tekkeks.

### Patsiendi nõustamine

- Ravimite tarvitamise üldjuhised ning käitumisplaan erakorralises situatsioonis tuleb koostada igale patsiendile individuaalselt.

- Patsiendile tuleb õpetada selgeks ninasiseste ravimite manustamine.

**Tabel 7. Allergilise riniidi ravis kasutatavad ravimid**

Nimetus ja sünonüümid	Geneeriline nimetus	Toime-mehhanism	Kõrvaltoimed	Kommentaariid
Suukaudsed H <sub>1</sub> -blokaatorid	2. Akrivastiin Semprex Desloratadiin Aerius Ebastiin Kestine Feksofenadiin Telfast Loratadiin Claritine Tsetirisiin Zodac, Zyrtec	- H <sub>1</sub> retseptori blokaad - mõningane anti-allergiline aktiivsus - uue põlvkonna ravimid manustatakse üks kord päevas - ei põhjusta tahhüülakasiat	2. põlvkond - enamikul ravimetest sedatiivset toimet ei ole - antikolinergilist toimet ei ole - ei ole kardiotoksilised - akrivastiinil on sedatiivne toime	- uue põlvkonna suukaudsed antihistamiinikumid on oma soodsas efektiivsuse ja ohutuse suhte ning farmakokineetika tõttu paremad - kiire toime (alla 1 tunni) nina- ja silmasümptomite korral - nõrk toime ninakinnisuse korral - kardiotoksilisi ravimeid tuleks võimaluse korral vältida
	1. põlvkond Difenhüdramiin Dimedrol, NytoHüdroksüsiin Atarax Ketotifeen Ketotifen, Zaditen Klemastiin Tavegyil Kloorfeniramiin Alergamon, Suprastin Meklosiin Postafan Kardiotoksilised Terfenadiin Hisfedin, Teridin		1. põlvkond - sedatsioon on tavaline - ja/või antikolinergiline toime	
Lokaalsed H <sub>1</sub> -blokaatorid (ninasisesed, silmasisesed)	Aselastiin Allergodil Levokabastiin Livostin	- H <sub>1</sub> -retseptori blokaad - aselastiinil mõningane antiallergiline aktiivsus	- väiksemad kohalikud kõrvaltoimed - aselastiin võib põhjustada mõru maitset suus	- kiire toime (<30 minuti) nina- ja silmasümptomite korral
Ninasisesed glükokortikoidid	Beklometasoon Beconase, Beclonasal forte Budesoniid Rhinocort, Tafen Flutikasoon Flixonase, Flixonase nasal drops Mometasoon Nasonex Triamtsinoolon Nasacort	- vähendab oluliselt ninalimaskesta põletikku - vähendab nina hüperreaktiivsust	- väiksemad lokaalsed kõrvaltoimed - pikkuskasvu mõjutavad vaid mõningad molekulid - väikelastel mõelda ninasiseste ja inhaleeritavate ravimite kombineerimise võimalikule kumulatiivsele toimele	- tõhusaim vahend allergilise riniidi medikamentooses ravis - tõhus nina-kinnisuse korral - toime lõhnatajule - toimet täheldatakse juba 6–12 tundi pärast esimest annust, maksimaalne toime saabub mõne päevaga
Suukaudsed ja parenteraalselt manustatavad glükokortikoidid	Deksametasoon Dexametason Hüdrokortisoon <i>Hydrocortison, Solu-Cortef</i> Metüülprednisoolon Medrol, Solomet, Solu-Medrol, Depo-Medrol Prednisoloon <i>Prednisolon</i> Triamtsinoolon Kenalog, Lederspan	- vähendab oluliselt ninalimaskesta põletikku - vähendab nina hüperreaktiivsust	- süsteemsed kõrvaltoimed on sagedased glükokortikoidide pikaajalisel tarvitamisel - depoonsüstid võivad põhjustada lokaalset koatroofiat	- suukaudsed, intravenoosselt või lihasesiseselt manustatavad glükokortikoidid tuleb võimalusel asendada ninasiseselt manustatavatega - raskete sümptomite korral võib olla vaja lühikest ravikuuri süsteemselt toimivate, eelistatult suukaudsete glükokortikoididega
Lokaalsed kromoglükaadid (ninasisesed i.n, silmasisesed i.o)	Naatrium-kromoglükaat Lomusol (i.n), Cromo-ratiopharm nasenspray (i.n) Stadaglicin (i.n; i.o), Lecrolyn(i.o)	- rakumembraanide stabilisaatorid	- vähesed lokaalsed kõrvaltoimed	- silmasisesed kromoglükaadid on väga tõhusad - ninasisesed kromoglükaadid on vähem tõhusad ning nende toime on lühiaegne

**Tabel 7 (jätkub). Allergilise riniidi ravis kasutatavad ravimid**

Nimetus ja sünonüümid	Geneeriline nimetus	Toime-mehhanism	Kõrvaltoimed	Kommentaariid
Ninasisesed dekongestandid	Ksülometasoliin Galazolin, Nasolin, Olynth, Otrivin, Rhino-Stas, Xymelin Nafasoliin Sanorin Oksümetasoliin Nazol, Sinex Tetrüsoliin Tyzine	- sümpatomimeetiline ravim - leevendab ninakinnisust	- medikamentoosne riniit (tagasilöögifenomen, mida esineb enam kui 10 päeva kestnud kasutamise korral) - süsteemsete kõrvaltoimete (südameklõppimine, vererõhutõus, peavalu, unetus) esinemine harv	- toime kiirem ja efektiivsem kui suukaudsetel dekongestantidel - medikamentoosse riniidi vältimiseks hoida ravikuuri pikkus alla 10 päeva
Suukaudsed dekongestandid	-Fenüülefriin kombineeritud preparaadina Contac, Rhinopront -Pseudoefedriin Sudafed Pseudoefedriin kombineeritud preparaadina Aktifed, Cirrus, Clarinase, Rinodex,	- sümpatomimeetiline ravim - leevendab ninakinnisust	- hüpertensioon - südameklõppimine - rahutus - erutus - treemor - unetus - peavalu - limaskestade kuivus - uriinipeetus - glaukoomi või türeotoksikoosi süvenemine	- kui patsiendil on raske südame-veresoonkonna-haigus, silmasisese rõhu tõus, eesnäärme hüperplaasia, hüpertüreos või diabeet, kasutada suukaudset dekongestanti eriti ettevaatlikult - suukaudse H <sub>1</sub> -blokaatori ja dekongestandi kombineeritud tooted võivad olla tõhusamad kui kumbki ravim eraldi, ent kõrvaltoimed on kombineeritud
Ninasisesed antikolinergilised ained	Ipratropium Atrovent (Eestis saadaval koos ninaadapteriga)	- antikolinergilised ained ravivad tõhusalt rinorröad	- vähesed lokaalsed kõrvaltoimed - süsteemne antikolinergiline toime praktiliselt puudub	- tõhus nii allergilise kui ka mitteallergilise riniidi puhuse rinorröa korral
Anti-leukotrieenid	Montelukast Singulair Zafirlukast Accolate	- blokeerivad CysLT <sub>1</sub> retseptori	- hästi talutavad	- paljulubavad ravimid kasutamiseks eraldi või kombinatsioonis H <sub>1</sub> -blokaatoriga

## Kirurgiline ravi

- Kirurgiline vahelesekumine on vajalik tüsistunud juhtudel (vt tüsistused).
- Enne medikamentoosse ravi alustamist tuleb korrigeerida nina ja ninaneelu mehaanilised takistused (vt tabel 4). Need raskendavad allergilise riniidi kulgu ja vähendavad medikamentoosse ravi tõhusust.

## Erijuhud

### Lapsed

Allergiline riniit on osa lapsepõlves esinevast "allergilisest marsist" (toiduallergia → astma → allergiline riniit). Vahelduv allergiline riniit tekib harva enne kolmanda eluaasta algust.

- Allergoloogiliste teste võib teha igas vanuses lapsele.
- Lastel võib allergiline riniit põhjustada kognitiivsete funktsioonide häireid ja õppeedukuse langust, mida võib veelgi süvendada sedatiivse toimega H<sub>1</sub>-blokaatorite kasutamine.
- Lastele kehtivad samad ravipõhimõtted kui

täiskasvanutele. Ravimiannused tuleb kohandada vastavalt lapse vanusele.

- Laste pikkuskasvu ei mõjosta pikemaajaline ninasisesed mometasooni (10) ja flutikasooni ning lühemaajaline budesoniidi (11) kasutamine.
- Väikelaste allergilise riniidi ravis tuleb vältida suukaudsete glükokortikoidide ja lihasesisesi manustatavate depooglükokortikoidide kasutamist.
- Enne und ja sööki sobib nina puhastumiseks soolalahus.
- Ohutud ravimid on kromoglükaadid (ka konjunktiviidi korral).

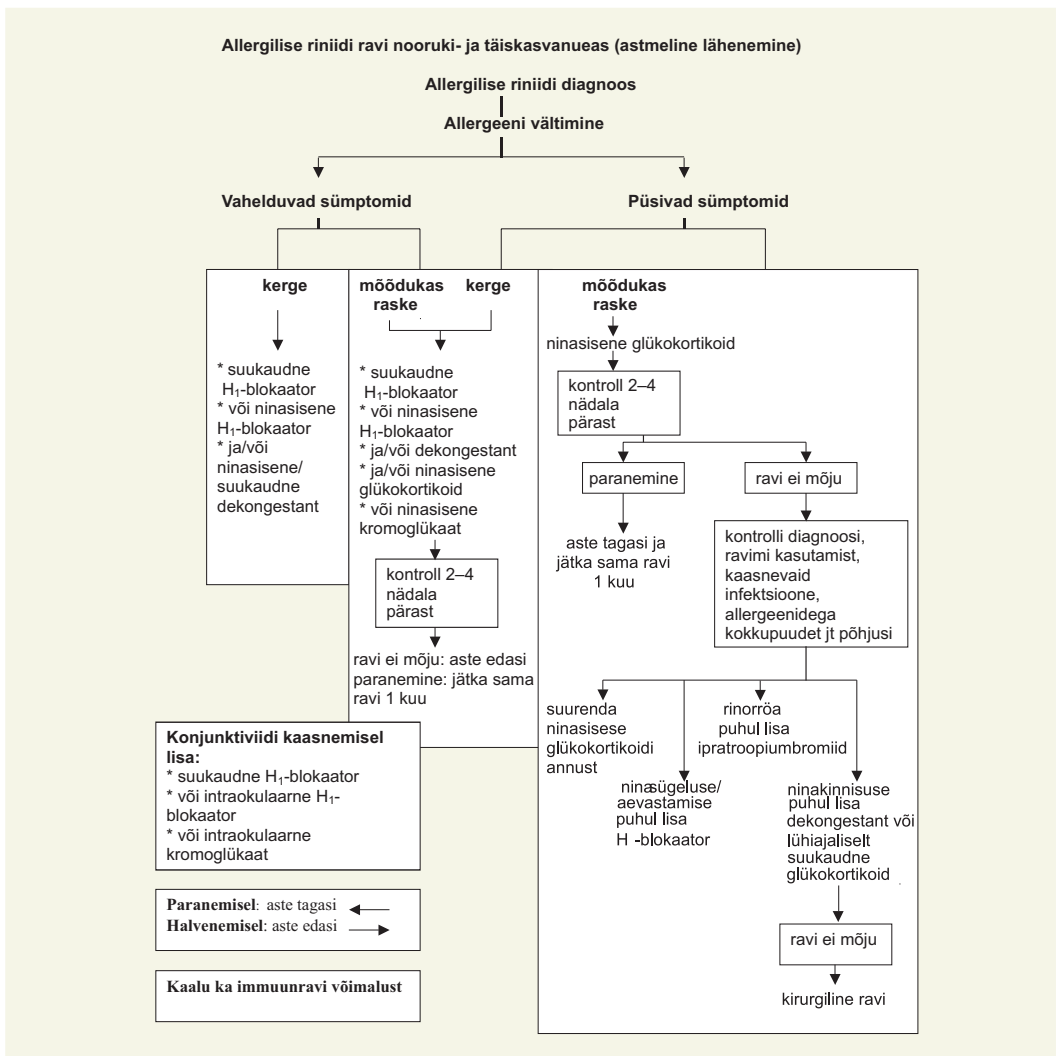
### Rasedad

- Rasedusaegne riniit on sageli probleemiks. Rasedus võib ka olemasolevat ninakinnisust süvendada.
- Mis tahes ravimi manustamisel tuleb raseduse ajal olla ettevaatlik ja täpselt kaaluda ravist saadava kasu ning selle põhjustatavate riskide vahetkorda.

### Eakad

- Vananemisel leiavad nina sidekoos ja





veresoones aset füsioloogilised muutused, mis võivad kujuneda kroonilise riniidi tekke eelduseks või soodustavaks teguriks.

- Üle 65aastastel inimestel põhjustab allergia püsivat riniiti harva.
- Atrofiline riniit on sage ja raskesti kontrollitav haigus.
- Rinorröad saab tõhusalt ravida antikolinergiliste ainetega.
- Mõned ravimid võivad eakatel põhjustada spetsiifiliste kõrvaltoimete teket.
- Dekongestandid ja antikolinergilise toimega ravimid võivad põhjustada uriinipeetust eesnäärme hüpertroofiaga patsientidel.

- Sedatiivsed H<sub>1</sub>-blokaatorid võivad anda raskeid kõrvaltoimeid.
- Mõned ravimid (reserpiin, guanetidiin, fentolamiin, metüüldopa, prasosiin, kloorpromasiin või AKE-inhibiitorid) võivad põhjustada riniiti.

### Tänuavaldus

Täname keelenõuande eest Aleksander Maastikku. Juhend on koostatud ja avaldatud ravimifirma Schering-Plough toetusel.

## Kirjandus

1. Lund J, Aaronson D, Bousquet J, Dahl R, et al. International Consensus Report on the diagnosis and management of Rhinitis. *Allergy* 1994;49(Suppl.19):1–34.
2. Julge K, Vasar M, Björkstén B. Development of allergy and IgE antibodies during the first five years of life in Estonian children. *Clin Exp Allergy* 2001;31:1854–61.
3. Sibbald B. Epidemiology of allergic rhinitis. In: *Epidemiology of clinical allergy*. Basel: Karger; 1993. p.61–9.
4. Wuthrich B, Schindler C, Leuenberger P, Ackermann-Liebrich U. Prevalence of atopy and pollinosis in the adult population of Switzerland (SAPALDIA study). *Swiss Study on Air Pollution and Lung Diseases. Int Arch Allergy Immunol* 1995;106:149–56.
5. Strachan D, Sibbald B, Weiland S, Ait-Khaled N, Anabwani G, Anderson HR, et al. Worldwide variations in prevalence of symptoms of allergic rhinoconjunctivitis in children: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Pediatr Allergy Immunol* 1997;8:161–76.
6. Bousquet J, Cauwenberge P, Khaltaev N et al. allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA). *J Allergy Clin Immunol* 2001;108:S148–255.
7. Kjellman N-IM. Natural course of asthma and allergy in childhood. *Pediatr Allergy Immunol* 1994;5(suppl): 13–8.
8. Sevarac SK, Djuric DV, Ivanisevic IM. Bronchial hyper-reactivity in allergic and non-allergic rhinitis. *Allergy* 2002;57:242.
9. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. National institutes of health. National heart, lung and blood institute. Workshop Report. Revised 2002:68–147
10. Schenkel E, Skoner D, Bronsky E, Miller S, Pearlman D, Rooklin A, et al. Absence of growth retardation in children with perennial allergic rhinitis following 1 year treatment with mometasone furoate aqueous nasal spray. *Pediatrics* 2000 ;101 :e22
11. Agertoft L, Pedersen S. Short-term lower leg growth rate in children with rhinitis treated with intranasal mometasone furoate and budesonide. *J Allergy Clin Immunol* 1999;104:948-52
12. Bousquet J, Cauwenberge P, Khaltaev N et al. allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) Pocket guide 2001. p.3–22
13. Cauwenberge P, Bachert C, Passalacqua G, et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. *Allergy* 2000;55:116–34
14. Slavin GR. Diagnostic Tests in Allergy. Fireman P. Allergic rhinitis. In: Fireman P, Slavin RG eds. *Atlas of Allergies Vol 2*. Mosby-Wolfe; 1999. p.43–159.
15. Holgate ST, Church MK. Rhinitis – pathophysiology and classification. allergic rhinitis– diagnosis and treatment. In: Holgate ST, Church MK, eds. *Allergy: Mosby-Wolfe; 1995. p. 17.1 – 18.10*
16. *Pharmaca Estica* 2002.

## Summary

### Clinical guidelines for the diagnosis and management of allergic rhinitis

Allergic rhinitis is a major chronic respiratory disease with high morbidity. It affects 5–25% of the population and has shown an increasing prevalence over the last decades. Although allergic rhinitis is usually not a severe disease, it alters significantly the quality of life, affects work/school performance and productivity, and a considerable economic burden. Allergic rhinitis has been identified as one of the top ten reasons for primary

care visits. The current document describes a new subdivision of allergic rhinitis with a severity classification and proposes a stepwise therapeutic approach to management. The document is created mainly on the basis of the ARIA publications (Allergic Rhinitis And Its Impact on Asthma – a workshop report in collaboration with the World Health Organization) and is adapted for local use by an Estonian expert group.