

# Krooniline köha lapsel

**Maire Vasar** – TÜ lastekliinik,  
TÜ Kliinikumi lastekliinik

**Võtmesõnad:** krooniline köha, lapsed, tõenduspõhised diagnoosimis- ja ravijuhendid

**Krooniline köha võib olla iseparaneva haiguse sümptomiks, aga ka tõsise haiguse väljendus. Kahjuks puudub laste kroonilise köha kohta konsensusdefiniitsioon, kuid rahvusvaheliselt aktsepteerituim on igapäevane köha kestusega üle 4 nädala. Krooniline köha jaotatakse spetsiifiliseks, kui köhaga kaasnevad põhihaigusele viitavad sümptomid, ja mittespetsiifiliseks, kui esineb ainult isoleeritud kuiv köha. Enamikul mittespetsiifilise isoleeritud köhaga lastel ei esine astmat, vaid soodsa prognoosiga respiratoorne infektsioon. Mittespetsiifilise kroonilise köha puhul on soovitatav nn oota-vaata-kontrolli taktika. Postinfektsioosne köha paraneb ise. Väga oluline on köha provotseerivate tegurite nagu tubakasuitsu ja teiste ärritajate vältimine ning lastevanemate nõustamine.**

Lapseas on köha üks sagedasemaid haigussümptomeid. Üldlevinud on arusaam, et terve laps ei köhi. Ometi kinnitavad objektiivsed audiovideouuringud, et ka terved lapsed köhivad keskmiselt 10–34 korda ööpäevas (1, 2). Sageli põhjustab köha lapsevanemate liialdatud murelikkust kahtlustatavate haiguste suhtes, asjatuid kalleid ja aeganõudvaid uuringuid ning mittevajalike

ravimite kasutamist. Igal juhul vajab lapse köha, eriti kauakestev ja korduv, alati põhjuse selgitamist. Viimasel kolmel aastal ilmunud laste köha uuringutest selgub, et kroonilise köha põhjused lastel ja täiskasvanutel on erinevad ning seetõttu vajab laste köha ka erinevat käsitlemist (3–7).

## KROONILISE KÖHA MÕISTE JA ALAJAOTUS

Lapseea köha jaotatakse erinevalt, lähtudes etioloogiast, köha iseloomust, kestusest. Kestuse järgi jaotatakse köha ägedaks ja krooniliseks. Täiskasvanutel peetakse krooniliseks pikaegset köha kestusega üle 8 nädala (8). Kahjuks ei ole konsensusdefiniitsiooni lapseea pikaleveninud ja kroonilise köha kohta. Eri autorite ja juhendite järgi on lastel köha defineeritud krooniliseks väga erinevalt, kestusega 3. nädalast (5, 9) kuni 12. nädalani (10). Ei ole ühtki uurinut, kus oleks selgelt määratletud, millal ja mis alusel pidada köha krooniliseks. Pediaatriline kroonilise köha definiitsioon lähtub eelkõige lapseea ägedate respiratoorsete infektsioonide eripärest. Äge köha, mis on kestnud 1–3 nädalat, on enamasti põhjustatud ägedast hingamisteede infektsioonist ja on iseparanev (11). Seetõttu on loogiline üle nelja nädala kestnud igapäevase köha kohta kasutada terminit krooniline köha. Sellest on lähtunud mitmete maade köha diagnoosimis- ja ravijuhendites (4), sealhulgas ka Ameerika Rindkeraarstide Kollegiumi (*American College of Chest Physicians, ACCP*) < 15aastaste laste tõenduspõhises köhajuhendis (3). 2008. a ilmunud Briti Rindkerahaiguste Ühingu (*British Thoracic*

*Society*) kõha käsitlusjuhendis aga defineeritakse < 12 a laste kõha ägedaks (kestusega kuni 3 nädalat), alaägedaks (kestusega 3–8 nädalat) ja krooniliseks (kestusega üle 8 nädala) sarnaselt täiskasvanutega (6). Britid soovivad ka lastel sellist 3–8nädalast jälgimisperioodi, mis jätab ruumi iseparanevate, tõenäoliselt viirusliku etioloogiaga haiguste mõõdamiseks, et alles siis otsustada uuringute vajalikkuse üle.

Täiskasvanute kroonilise kõha nn kolme suurt põhjust (kõhavarientne astma, ninaneelunohu ehk ülemiste hingamisteede kõhasündroom ja gastroösofageaalne refluks) esineb lastel ainult < 10% juhtudest (12). Seetõttu käsitletakse Põhja-Ameerika, Austraalia ja Euroopa erinevates juhendites laste kõha eraldi täiskasvanute kroonilisest kõhast. Noorukite kroonilise kõha korral soovitatakse arvestada nii laste kui ka täiskasvanute eripäraga, kuid pigem lähtuda täiskasvanute kroonilise kõha algoritmist.

Kõha põhjuse selgitamine kuulub perearsti ülesannete hulka, kuid sageli on vajalik koostöö lastehaiguste või kopsuhaiguste arstiga. Uutes juhendites soovitatakse kliiniliselt kasulikku ja konstruktiivset kroonilise kõha käsitlust, lähtudes kõha põhjustavate haiguste erinevast spektrist. Krooniline kõha jaotatakse järgmiselt:

1. Ootuspärane ehk arvatava põhjusega kõha – enamasti hingamisteede ägeda

infektsiooni järel püsima jäänud kauakeskev kõha (nt läkakõha puhul on kõha pikk kulg ootuspärane).

2. Spetsiifiline kõha – kõhaga kaasnevad ka teised haigusnähud, mis viitavad kindlale süsteemsele või hingamisteede haigusele (vt tabel 1). Krooniline produktiivne, rögaeritusega kõha on alati patoloogiline ja vajalikud on lisauuringud. Harvem esinevate põhjuste täpsem diagnostika ei ole sageli aga esmatasandil võimalik, mistõttu on spetsiifilise kõha põhjuse selgitamine enamasti laste kopsuhaiguste spetsialisti ülesanne. Kui uuringutega selgub kõha põhjus, on kõha ravi suunatud põhjuslikule haigusele.

3. Mittespetsiifiline isoleeritud kõha – esineb ainult isoleeritud kõha, teisi hingamisteede haigusnähte ei kaasata ja kõha põhjuseks ei ole ühtki konkreetset põhihaigust.

Spetsiifilise kõha põhjuseks on lai spekter laste bronhopulmonaalse süsteemi haigusi, mis vajaks eraldi käsitlust. Seetõttu on järgnevalt keskendunud vaid mittespetsiifilisele kroonilisele kõhale.

### MITTESPETSIIIFILINE ISOLEERITUD KÕHA

Kui peale kõha puuduvad teised haigus-sümptomid, võib põhjuse leidmine olla päris keeruline. Mittespetsiifilise kõha korral esinebki ainult kuiv, mitteproduktiivne kõha,

**Tabel 1.** Viited spetsiifilisele kroonilisele kõhale (3,7)

Sümptomid	Võimalik põhjus
Kopsude auskultatoorne leid: kiuned, krepitatsioonid ja/või räginad	Astma, bronhiit, võrkeha aspiratsioon, bronhopulmonaalsüsteemi anomaaliad
Kõha sünnist alates	Kaasasündinud bronhopulmonaalsüsteemi anomaalia
Rindkerevalu	Astma, pleuriit
Rindkereseina deformatsioon	Krooniline kopsuhaigus
Igapäevane rögaeritusega produktiivne kõha	Krooniline bronhiit, mädane kopsuhaigus
Trummipulksõrmed	Mädane kopsuhaigus
Pingutus- ja rahulolekudüspnoe	Krooniline kopsu- või südamehaigus
Kasvu-kaalupeetus	Immuunpuudulikkus, tsüstiline fibroos
Toitmisraskused, oksendamine	Aspiratsioon
Verikõha	Bronhiit, infektsioonid (sealhulgas tuberkuloos), mädane kopsuhaigus
Närvsüsteemihäigused	Primaarne või sekundaarne aspiratsioon
Korduv pneumoonia	Immuunpuudulikkus, kaasasündinud bronhopulmonaalsüsteemi anomaaliad, mädane kopsuhaigus

ei kaasne teisi haigusnähte ja kindlat haigust kõha põhjusena ei selgu. Pereaarstile on mittespetsiifiline kõha kui töödefiniitsioon *per exclusionem*. Tõenäoliselt esineb ka sellise kõhaga lapsel siiski põhjuslik haigus, kuid viited spetsiifilisele põhjusele parajasti puuduvad või on vähe väljendunud (vt tabel 2). Oluline on meeles pidada, et kuiv kõha võib olla produktiivse kõha nn mitteproduktiivne faas. Mõnel juhul spetsiifiline ja mittespetsiifiline kõha kattuvad. Väikelastel on enamasti mittespetsiifilise kroonilise kõha puhul tegemist healoomulise iseparaneva või rekurrentse kuluga viirusinfektsiooniga.

### Viirus- või infektsioonijärgne kõha.

Väikelapsed põevad respiratoorseid viirusinfektsioone sageli, keskmiselt esineb

neil 5–8 haigestumist aastas. Prospektiivsed uuringud viitavad, et 50% lastest paraneb viirusinfektsioonist 10 päevaga, 90% 25 päevaga ning 10%-l lastest esineb kõha veel 3.–4. nädalal (13). Kauakestev kõha võib olla seotud korduvate ägedate viirusinfektsioonidega (nt lasteaialaps!), kuid põhjuseks võib olla ka infektsioonist (lākakõha, mükoplasma-, klamüüdiainfektsioon, RS-viirus ja adenoviirus) põhjustatud bronhiimaksesta kahjustus (lümfootsütaarne põletik, mukotsiliaarse kliirensi häire) ja transitoorne hingamisteede hüperreaktiivsus. Mõnedel neist lastest esineb hoopis kõharetseptorite tundlikkuse suurenemine (14). Sageli möödub kauakestev postinfektsioosne kõha iseeneslikult.

**Tabel 2.** Heas üldseisundis lapsel esineva kroonilise ja sageli korduva kõha iseloomulikud tunnused, põhjused ja vajalikud uuringud (6)

Haiguslik seisund	Iseloomulikud tunnused	Põhjused	Uuringud
Sageli korduvad viirusbronhiidid	Episoodiline, sageli talvel, seotud nohu ja kõhaga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viirusinfektsioonid</li> <li>• Kehv eluasemestandard ehk ülerahvastatus</li> <li>• Passiivne suitsetamine</li> <li>• Lasteaialaps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei ole vajalikud</li> <li>• Vajaduse korral rindkere röntgenogramm</li> </ul>
Postinfektsioosne kõha	Häiriv päevane ja öine kõha pärast viirusinfektsiooni, laheneb 2–3 kuu jooksul	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viirusinfektsioonid</li> <li>• Klamüüdia- ja mükoplasma-infektsioonid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rindkere röntgenogramm</li> <li>• Vereseerumi seroloogia</li> <li>• Astma prooviravi (astmahaigel pikaleveninud paranemine viirusinfektsioonidest)</li> </ul>
Lākakõha ja lākakõhasarnane haigestumine	Hootine kõha, mis aeglaselt laheneb 3–6 kuu jooksul. Oksendamisel limane röga. Kõha hoole kaasub lākastamine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Bordetella pertussis</i></li> <li>• Paralākakõha</li> <li>• Adenoviirus</li> <li>• Gripp</li> <li>• Paragriip</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rindkere röntgenogramm</li> <li>• Vereseerumi seroloogia</li> </ul>
Kõhavarientne astma	Isoleeritud kuiv kõha, vilistavat hingamist ei esine. Pere/lapse atoopia taust ning positiivne efekt astmaravist kallutab astmadiagnoosi poole	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Astma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rindkere röntgenogramm</li> <li>• BDT</li> <li>• BHR-test</li> <li>• Allergiatestid</li> <li>• eNO</li> </ul>
Allergiline nohu, ülemiste hingamisteede kõha, sinuiit	Ei ole eriti aktsepteeritud kõha põhjus lastel. Päeval sage kurgu puhtaks kõhimine, "allergiline saluut"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allergilise nohu põhjused</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KNK-arsti konsultatsioon</li> <li>• Rindkere röntgenogramm</li> <li>• Allergiatestid</li> <li>• Nohu ravist positiivne efekt</li> <li>• KT siinustest</li> </ul>
Psühhoogeenne kõha	Tavaliselt teismeeas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vokaalse tiki sarnane "habituaalne kõha" pärast viirust või stressi korral</li> <li>• Kummaline, katkendlik, pööksuv kõha lapsel, kes kaunis ükskõikselt (<i>la belle indifférence</i>) suhtub kõhasse. Kõha kaob uneajal või tegevusele keskendumisel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress</li> <li>• Tähelepanuvajadus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uuringud on vahel vajalikud, et kinnitada arstile ja vanematele põhihaiguse puudumist</li> <li>• Uuringutega tuleb olla ettevaatlik, sest need võivad olemasolevat probleemi mõnel lapsel intensiivistada</li> </ul>

BDT – bronhodilatatsioonitest, BHR – bronhide hüperreaktiivsus, eNO – NO väljahingatavas õhus, KT – kompuutertomograafia, KNK-arst – kõrva-nina-kurguarst

Diskussiooniteemaks lastel on ainult kõhana esinev astma, gastroösofageaalne refluks ja ülemiste hingamisteede kõhasündroom, mis on kroonilise kõha enam levinud põhjusteks täiskasvanutel.

**Kõhavarieantne astma.** Kroonilise mitteproduktiivse kõha põhjuseks sarnaselt täiskasvanutega on sageli peetud ainult kõhana esinevat astmat (*cough variant asthma*). Astmaga lapsed küll kõhivad, kuid tõendus põhised uuringud viitavad, et kõha monosümptomina on siiski lastel harva astma väljenduseks. Nendel lastel ei ole leitud astmale tüüpilist bronhide hüperreaktiivsust (BHR) ja astma põletikuravi ei ole osutunud selle rühma lastel tõhusaks (15, 16). Uuringud viitavad, et väga üksikute isoleeritud kuiva kõhaga lastel esineb eosinofiilne põletik hingamisteedes (17, 18).

**Gastroösofageaalne refluks.** Gastroösofageaalne refluks (GÖR) on sage imikueas, kuid aspiratsioonita GÖR on uute uuringute põhjal muidu tervel lapsel siiski harva isoleeritud kõha põhjuseks (3, 4).

**Krooniline nohu.** Lastel esineb kroonilise nohu ja kõha vahel põhjuslik seos harva. Sagedamini põhjustab sama patoloogiline protsess (infektsioon, allergia), mõjutades nii ninaneeluruumi kui ka alumisi hingamisteid, nohu ja kõha kooseksisteerimist.

**Psühhogeenne ja habituaalne kõha.** Teisemeeas esineb sageli psühhogeenset kõha. Katkendlik, kummalise kõlaga prääksuv kõha lapsel, kes kaunis ükskõiksel (*la belle indifférence*) suhtub oma kõhasse ja rõhutatult rahulikult aktsepteerib seda, viitab alati psühhogeensele kõhale. Kirjanduses on psühhogeenset ja habituaalset kõha käsitletud sageli

koos. Siiski võib kliinilise kogemuse põhjal öelda, et habituaalne kõha (kuiv, mitteärritav korduv kõhimine/kõhatamine), esineb enamasti pärast respiratoorset viirusinfektsiooni. Psühhogeenne ja habituaalne kõha süveneb lapsevanemate ning õpetajate juuresolekul ning väheneb mingile tegelusele keskendumisel. Traditsiooniliselt ei esine selline kõha öisel ajal, kuigi mõned uuringud näitavad, et psühhogeenset kõha võib esineda ka uneajal.

### ANAMNEES JA UURINGUD

**Anamnees** annab olulist infot ja võimaldab teha järeldusi kõha põhjuste kohta:

- kõha iseloom: kuiv või produktiivne, kõha laad (kõlalt metalne, haukuv, prääksuv, paroksüsmidena esinev või *staccato* kõha) (vt tabel 3);
- kõha muutumine ajas (persisteeruv, intermiteeruv, öine, ärgates);
- kõha seos vallandajatega (külm õhk, kehaline pingutus, toitmine, sessoonsus, viirusinfektsioonid);
- leevendavad ravimid (bronhodilataatorid, antibiootikumid);
- kaasuvad sümptomid (ekspiratoorne düspnoe, tahhüpnöe);
- pereanamnees allergiahaiguste kohta;
- elukeskkond – suitsetamine, koduloomad-linnud.

**Keskkond.** Passiivse suitsetamise kahjulik mõju lapse tervisele on üldteada. Kokkupuude tubakasuitsuga on üks suuremate kodu ja keskkonna riskiteguritest hingamisteede haiguste tekkeks igas vanuses lastel. Kõik kõha käsitusjuhendid toonitavad, et kroonilise kõhaga lastel on oluline vältida tubakasuitsuga kokkupuutumist. Suitseta-

**Tabel 3.** Kõha iseloom ja võimalikud põhjused

Kõha iseloom	Võimalik põhjus
Haukuv, metalne	Larüngiit, larüngotraheiid, trahheomalaatsia, habituaalne kõha
Kummalise kõlaga – prääksuv, kraaksuv	Psühhogeenne kõha
Paroksüsmidega (ja repriisiga)	Läkakõha, paraläkakõha
<i>Staccato</i> (katkestatult)	Klamüüdiainfektsioon imikutel
Produktiivne, rögaeritusega	Bakteriaalsed, mädased kopuhaigused, pikaleveninud bakteriaalne bronhiit

vatele lapsevanematele tuleb alati soovitada suitsetamisest loobuda. Teiste sisekeskkonna saasteainete nagu  $\text{NO}_2$ ,  $\text{PM}_{10}$  (*particulate matter*, tahked osakesed, mille aerodünaamiline läbimõõt on kuni 10 mikromeetrit) ja gaasipliidi põlemise kõrvalproduktide kahjulik toime hingamisteedele on uuringutega samuti tõestatud (19, 20).

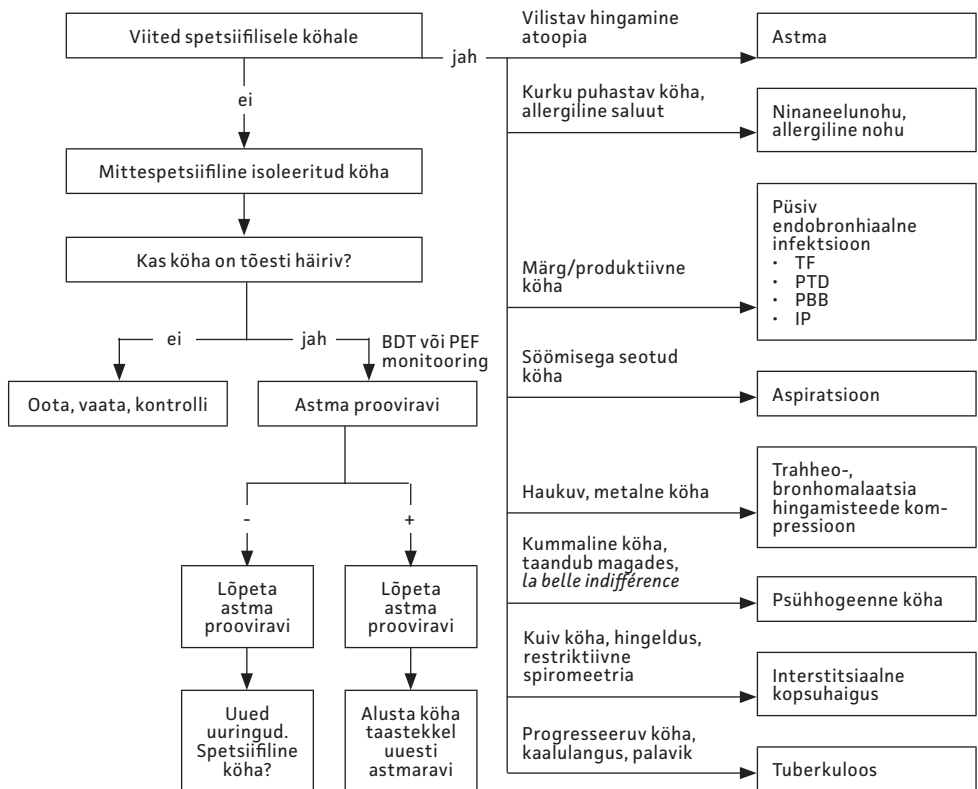
### UURINGUD

Lisauuringute vajadus sõltub anamneesi ja läbivaatuse andmetest. Viited spetsiifilisele köhale nõuavad lastehaiguste või lastekopsuhaiguste eriarsti kaasamist põhjuste selgitamiseks. Rindkere röntgeniülevõtte tuleks teha kõigil kroonilise köhaga lastel. Spiromeetriline uuring ja bronhodilatatsioonitest või bronhiaalne hüperreaktiivsuse test on soovitatav teha neil lastel, kes on võimelised tege-

ma hingamisfunktsiooni uuringuid. Produktiivse, rögaeritusega köha korral on kindlasti vajalik röga bakterioloogiline uuring.

### NN OOTA JA VAATA TAKTIKA

Kui peale köha ei ole haiguse põhjusele ühtegi viidet või ka esialgsed uuringud ei anna haiguse põhjuse kohta vihjet ning patsiendi üldseisund on rahuldav, soovitakse rakendada nn oota ja vaata strateegiat (vt jn). See taktika on soovitatav, kuna diagnoosita jäänud krooniline köha on enamasti soodsas prognoosis viirusjärgne köha, mis taandub spontaanselt ning lisauuringud ei vii enamasti diagnoosini. Kroonilise mittespetsiifilise köhaga laps peab olema siiski perearsti jälgimisel ning köha püsimise korral tuleb uuesti kontrollida, kas on ilmunud spetsiifilisele köhale viitavaid tunnuseid.



Joonis. Lihtsustatud kroonilise köha käsitlemise algoritm (6).

TF – tsüstiline fibroos, PTD – primaarne tsiliaare düskineesia, PBB – pikaleveninud bakteriaalne bronhiit, IP – immuunpuudulikkus, BDT – bronhodilatatsioonitest, PEF – *peak expiratory flow*, ekspiratoorne tippvool

**RAVI**

- Spetsiifilise haiguse ilmnemisel on vajalik haiguse põhjuslik ravi.
- Pikaleveninud bakteriaalse bronhiidi korral, kui primaarsed haigused on välistatud, on mõnikord vajalik pikaajaline antibiootikumravi ja füsioteraapia.
- Ravijuhendites ei soovitata heas üldseisundis mittespetsiifilise kroonilise kõhaga lapsele kohe empiirilist ravi rakendada. Kuna ka selle kõha korral on sagedasemaks põhjuseks korduvad viirusbronhiidid ja respiratoorse haiguse järgne kauakestev kõha, ei ole ükski ravim eriti tõhus ning kõha vaibub ja taandub tavaliselt aja möödudes. Väga oluline on lapsevanemate nõustamine ja nende veenmine, et kõha on seotud korduvate viirusinfektsioonidega.
- Uus läbivaatus tuleks teha 2–4 nädala (3) või 6–8 nädala pärast (6), oluline on hinnata spetsiifilisele kõhale viidete puudumist või olemasolu.
- Viidete puudumise korral spetsiifilise kõha suhtes üldjuhul astma, allergilise nohu ega gastroösofageaalse refluksi empiirilist ravikuuri ei soovitata.

**EMPIIRILINE RAVI ASTMA KAHTLUSE KORRAL**

Üsna sageli on raske otsustada, kas isoleeritud mittespetsiifilise kõha põhjuseks on astma, kuna astma definitsioon ei ole täiuslik ning puuduvad väikelastel kasutatavad diagnostilised testid. Seetõttu kasutatakse kliinilises praktikas lastel ikkagi nn astma prooviravi. See ei ole ideaalne variant, kuid kahjuks ainus võimalus kinnitada või eitada astma diagnoosi. Enne prooviravi tuleks võimaluse korral teha hingamisfunktsiooni uuringud, BDT ja/või füüsilise koormuse test, hinnata PEF-variablust (PEF – *peak expiratory flow*, ekspiraatorne tippvool). Empiirilise ravina soovitatakse väikeses annuses inhaleeritavat kortikosteroidi (IKS): 400 µg päevas beklometasooni või budesoniidi lühikese kuni 4nädalase kuurina (3) või 2–3kuulise ravikuurina (6). Kui kõha selle aja jooksul

pole taandunud, tuleks IKS-ravi lõpetada. Raviefekti puudumise korral ei soovitata IKS-i annust suurendada. Astmaga seotud kõha peaks taanduma juba 2–3nädalase raviga. Alternatiivse prooviravina kroonilise mitteproduktiivse kõha korral soovitatavad mõned autorid prednisolooni 1–2 mg/kg päevas 3–5 päeva kestel.

**SÜMPTOMAATILINE RAVI**

Kuigi lapsevanemad on kirjeldanud eri käsimüügiravimite, sh kõhasiirupite raviefekti, ei kinnita seda tõendus põhised uuringud. Beeta<sub>2</sub>-agonistid, antikolinergilised ravimid, kõhapärssijad ja rögalahtistava toimega ravimid pole uuringutel osutunud platseebost oluliselt tõhusamaks (3, 4, 6). Tsentraalseid kõhapärssijaid (kodeiin, dekstrometorfaan) ei soovitata väikelastel kasutada võimalike kõrvaltoimete (iiveldus, oksendamine, hingamishäired, hingamisseiskus) riski tõttu. Ka antihistamiinikumide tarvitamine mittespetsiifilise kroonilise kõha korral lastel ei ole näidustatud nende ebatõhususe tõttu. Juhuslikustatud kontrolluuringud on näidanud, et antihistamiinikumid on tõhusad ainult taimede õitsemise perioodil.

**KOOSTÖÖ LASTEVANEMATEGA**

Kroonilise kõha ravijuhendites soovitatav nn oota ja vaata taktika on osutunud sageli vastuvõetamatuks lapsevanematele, kes pigem ootavad, et nende lapse kõha ravitakse. Uutes juhendites on toonitatud pere nõustamise tähtsust. Hoiatada tuleks lapsevanemaid erinevatel veebilehekülgedel soovitatavate ebatõhusate ravimeetmete eest. Heal tasemel nõustamine peaks rahustama lapsevanemaid, vaigistama nende hirme ning ravimite nõudmist.

**KOKKUVÕTE**

Krooniline kõha võib olla lihtsa, ravita laheneva haiguse sümptomiks, aga ka tõsise haiguse väljendus. Kõha käsitlel tuleb lähtuda lastespetsiifilistest juhenditest, sest kõha põhjused ja ravi erinevad täiskasvanute kõhast.

Lõpetuseks kroonilise kõha käsitlemise **soovitused perearstile:**

1. Oluline on hinnata viiteid spetsiifilisele kõhale.
2. Esmastest uuringutest on vajalik kõigil kroonilise kõhaga lastel teha rindkere röntgeniülesvõte ja üle 5–6 a lastel spirometria.
3. Spetsiifilise kõha korral on vajalikud lisauuringud.
4. Kroonilise produktiivse, rögaeritusega kõha puhul on vajalikud lisauuringud, et välistada bronheктаasiad, tsüstiline fibroos, immuunpuudulikkus.
5. Kroonilise kõha põhjus tuleb välja selgitada ja ravida põhjust.
6. Mittespetsiifiline kõha võib taanduda iseeneslikult, ravita, kuid uute spetsiifi-

liste viidete ilmnemisel on vajalikud lisauuringud.

7. Enamikul mittespetsiifilise isoleeritud kõhaga lastel ei esine astmat. Astma kahtluse korral on soovitatav väikses annuses IKS-ravi. Kui empiirilise astmaraviga kõha ei taandu, tuleb ravi lõpetada.
8. Köhapärssijaid ja teisi käsimüügiravimeid ei soovitata kasutada, seda eriti väikelastel.
9. Väga oluline on mittespetsiifilise kõhaga laste vanemate nõustamine.
10. Kõha provotseerivaid tegureid (tubaka suits ja teised ärritajad) tuleb vältida ja selles osas peret nõustada.

*maire.vasar@kliinikum.ee*

### LUGUPEETUD KOLLEEG

Artikli lõpus esitatud küsimustele õigesti vastates on võimalik saada täienduskoolituse punkte. Selleks tuleb vastata kõigile küsimustele, märkides õige vastuse (nt 1a, 2b; esitatud näited on suvalised), ning saata vastused Eesti Arsti toimetusele kirja teel või elekt-

roonselt. Vastuste esitamise tähtaeg on 30. november 2009. Vastaja peab teatama oma nime, töökohta, ameti, eriala ja aadressi, kuhu saata tõend koolituse läbimise kohta. Vastused saata aadressil Eesti Arst, Pepleri 32, 51010 Tartu või e-postiaadressil [estiarst@estiarst.ee](mailto:estiarst@estiarst.ee).

### KÜSIMUSED

1. Kas kroonilise kõha põhjused lastel ja täiskasvanutel on sarnased?
  - a. Jah.
  - b. Ei.
2. Millist kõha nimetatakse Ameerika Rindkerekarstide Kolleegiumi laste kõhajuhen-di põhjal krooniliseks?
  - a. Igapäevane kõha kestusega 2–3 nädalat.
  - b. Igapäevane kõha kestusega üle 4 nädala.
  - c. 6 korda aastas ägedast hingamisteede infektsioonist põhjustatud kõha.
3. Mis on iseloomulik mittespetsiifilisele isoleeritud kõhale?
  - a. Produktiivne, rögaeritusega kõha.
  - b. Kuiv kõha, millega ei kaasne teisi haigusnähte ja mille põhjusena ei selgu kindlat haigust.
  - c. Kuiv kõha, mis enamasti esineb kehalisel pingutusel ja öösel.
  - d. Kuiv, korduv kõha, mis esineb enamasti pärast viirusinfektsiooni, kuid väheneb keskendumisel konkreetsele tegevusele.
4. Mis on kroonilise mittespetsiifilise kõha sagedasim põhjus väikelapseas?
  - a. Astma.
  - b. Gastroösofageaalne refluks.
  - c. Postinfektsioosne kõha.
  - d. Ülemiste hingamisteede kõhasündroom.
5. Missugust taktikat või ravi tuleks kasutada heas üldseisundis mittespetsiifilise kroonilise kõhaga lapsel?
  - a. Tuleb alustada empiirilist astmaravi väikses annuses inhaleeritava kortikosteroidiga.

- b. Soovitav on jälgimine, nn oota ja vaata taktika.
  - c. Esimeseks valikravimiks on inhaleeritav ipratroopiumbromiid.
  - d. Uuringutest tuleks teha vähemalt rindkere röntgeniülesvõte.
6. 2aastasel tüdrukul esineb produktiivne, rögaeritusega köha juba 5 nädalat. Ra-

- viks on saanud erinevaid kõhasirupeid. Toetudes köha diagnoosimis- ja ravijuhenditele, oleks järgnevast loetelust kõige kohasem
- a. kompuutertomograafiline uuring,
  - b. rinolarüngoskoopia,
  - c. empiiriline antibiootikumravi + füsioteraapia,
  - d. empiiriline astmaravi.

## KIRJANDUS

1. Munyard P, Bush A. How much coughing is normal? Arch Dis Child 1996;74:531–4.
2. Shann F. How often do children cough? Lancet 1996;348:699–700.
3. Chang AB, Glomb WB. Guidelines for evaluating chronic cough in pediatrics: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2006;129(1 Suppl):260S–83S.
4. Chang AB, Landau LI, van Asperen PP, et al. The Thoracic Society of Australia and New Zealand. Position statement. Cough in children: definitions and clinical evaluation. Med J Aust 2006;184:398–403.
5. Leconte S, Paulus D, Degryse J. Prolonged cough in children: a summary of the Belgian primary care clinical guideline. Prim Care Respir J 2008;1a:206–11.
6. Shields MD, Bush A, Everard ML, et al. BTS guidelines: recommendations for the assessment and management of cough in children. Thorax 2008;63(Suppl 3):S1–S15.
7. Chang AB. Chronic non-specific cough in children. J Paediatr Child Health 2008;18:333–9.
8. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, et al. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2006;129(Suppl 1):S1–S23S.
9. Irwin RS, Boulet LP, Cloutier MM, et al. Managing cough as a defense mechanism and as a symptom: a consensus panel report of the American College of Chest Physicians. Chest 1998;114:133S–181S.
10. Chang AB, Asher MI. A review of cough in children. J Asthma 2001;38:299–309.
11. Kusel MM, de KN, Holt PG, et al. Occurrence and management of acute respiratory illnesses in early childhood. J Paediatr Child Health 2007;43:139–46.
12. Marchant JM, Masters IB, Taylor SM. Evaluation and outcome of young children with chronic cough. Chest 2006;129:1132–41.
13. Hay AD, Wilson AD. The natural history of acute cough in children aged 0–4 years in primary care: a systematic review. Br J Gen Pract 2005;52:401–9.
14. Chang AB, Phelan PD, Sawyer SM, et al. Cough sensitivity in children with asthma, recurrent cough and cystic fibrosis. Arch Dis Child 1997;77:331–4.
15. Chang AB. Cough, cough receptors and asthma in children. Pediatr Pulmonol 1999;28:59–70.
16. Brooke AM, Lambert PC, Burton PR, et al. Recurrent cough: natural history and significance, in infancy and early childhood. Pediatr Pulmonol 1998;26:256–61.
17. Gibson PG, Simpson JL, Chalmers AC, et al. Airway eosinophilia is associated with wheeze but is uncommon in children with persistent cough and frequent chest colds. Am J Respir Crit Care Med 2001;164:977–81.
18. Fitch PS, Brown V, Schock B, et al. Chronic cough in children: bronchoalveolar lavage findings. Eur Respir J 2000;16:1109–14.
19. Hirsch T, Weiland SK, von Mutius E, et al. Inner city air pollution and respiratory health and atopy in children. Eur Respir J 1999;14:669–77.
20. Holscher B, Heinrich J, Jacob B, et al. Gas cooking, respiratory health and white blood cell counts in children. Int J Hyg Environ Health 2000;203:29–37.

## SUMMARY

### Chronic cough in children

In children, cough is very common and, in the majority of children is related to non-serious etiology. However, cough may also be cause of a significant serious disorder. There is no consensual definition of chronic cough in children, but a daily cough lasting more than 4 weeks has been generally accepted internationally. Children with chronic cough should be managed according to the child-specific guidelines, as the etiologic factors and treatments for children are different from those in adults. For clinically practical reasons, cough has divided into specific and non-specific. In specific cough the aetiology is usually evident

from the presence of coexisting symptoms. Non-specific isolated cough is defined as usually dry cough in the absence of specific pointers. Most children with non-specific cough do not have asthma, but symptoms are related to spontaneously resolving postviral cough. The suggested management is a “watch, wait and review” approach. Symptomatic treatments have not yet been proven to be effective. Their use should therefore be limited. In all children with cough attention to exacerbating factors as environmental tobacco smoke should be encouraged. Parental counselling and education are important as well.