

Krooniline köha

Mare Pauklin^{1,2}, Marget Savisaar³

Artiklis on tutvustatud kroonilise köha viimaseid ravijuhendeid ja käsitletud selle tüüpilisemaid põhjuseid. Hoolika tegevuse korral õnnestub põhjus tuvastada ja põhjushaiguse raviga on võimalik köhast vabaneda.

Köha on elutähtis kaitsekohastumuslik refleks sekreedi, sissehingatud ja aspireeritud ainete eemaldamiseks hingamisteedest ning kopsudest. See on valdavalt tahetele allumatu reflektorne tegevus (v.a psühhogeenne köha), mille pärssumine võib olla seotud tõsiste tüsistustega (1). Efektive köhata on risk, et hingamisteedes peetunud osised põhjustavad hingamishäirete ning põletike tekke (2). Samas pole intensiivne köhimine turvaline, ammugi mitte meeldiv. Kontrollimatu köhimine võib olla väsitav, kurnav ja frustreriv ning seotud väga erinevate tervisehäiretega. Samal ajal kui näiteks magamatus või uriinipidamatus mõjutavad peamiselt elukvaliteeti, on roidemurd, õhkrind, rütmihäire, põrna- ja vahelihase rebend eluohtlikud köha esilekutsutud seisundid (3). Olemuslikult on köha üsna ebaspetsiifiline haigustunnus, s.t köha ei esine mitte ainult hingamiseldite haiguste korral (2).

Kestuse järgi jaotatakse köha ägedaks, alaägedaks ja krooniliseks köhaks (4). Käesolevas artiklis tuleb juttu eeskätt kroonilisest köhast, kuna krooniline köha on sage kaebus ja põhjus meditsiinilise abi otsimiseks pere- ning eriarsti tasandil. Sagedasemad kroonilise köha põhjused on

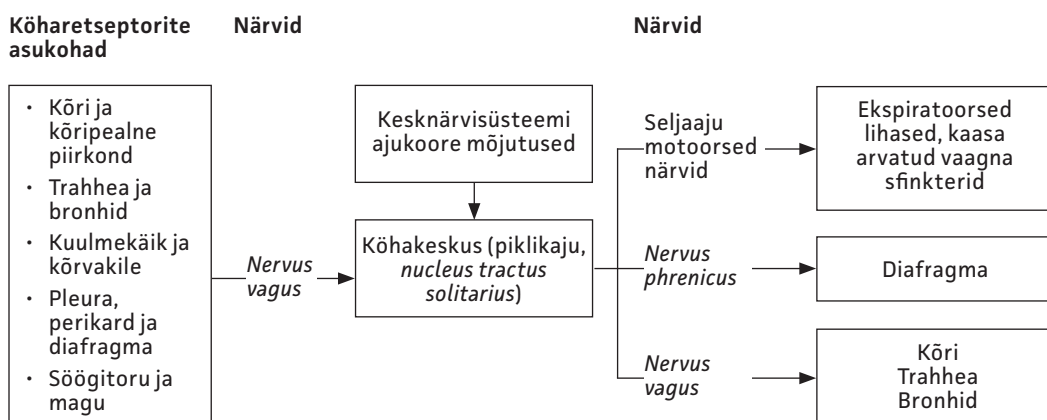
hästi teada. Nendeks on mittesuitsetaval ja angiotensiini konverteeriva ensüümi ehk ACE inhibiitorit (ACEi) mittetarvitaval köhijal ülemiste hingamisteede köhasündroom, mao-söögitoru tagasivooluhaigus ehk gastroösofageaalne reflukshaigus (GÖR), bronhiaalastma (4). On äärmiselt oluline, et kroonilise köha käsitlemisel toimiks süstemaatiliselt (5). Hoolika tegevuse korral õnnestub põhjus tuvastada suuremal osal patsientidel. Põhjushaiguse raviga on võimalik köhast vabaneda, vastasel juhul ravitakse vaid köha kui haigustunnust.

Artiklis on tutvustatud kroonilise köha viimaseid ravijuhendeid ja käsitletud selle tüüpilisemaid põhjuseid (1, 4, 6).

KÖHA OLEMUS JA TEKKEMEHHANISM

Köha

- a) on kaitsemehhanism, kõrvaldab liigse sekreedi või võõrkeha hingamisteedest;
- b) osaleb infektsioonide levitamisel;
- c) hoiab teadvusel potentsiaalselt eluohtlike rütmihäirete korral ja/või muudab rütmihäire hemodünaamiliselt stabiilseks rütmiks (1).



Joonis 1. Köhatekke mehhanism (modifitseeritud 5. viite põhjal).

Eesti Arst 2019; 98(2):79–89

Saabunud toimetusse: 30.10.2018
Avaldamiseks vastu võetud: 28.12.2018
Avaldatud internetis: 27.02.2019

¹ TÜ Kliinikumi sisekliinik,
² TÜ sisekliinik,
³ TÜ Kliinikumi kopsukliinik

Kirjavahetajaautor:
Mare Pauklin
mare.pauklin@gmail.com

Võtmesõnad:
köha

Tabel 1. Köha tüsistused (modifitseeritud 3. viite põhjal)

TÜSISTUSED	SÜMPTOMID
KARDIOVASKULAARSED	arteriaalne hüpotensioon bradüarütmid ja tahhüarütmid teadvusekaotus
ÜLDSÜMPTOMID	silma sidekestaaluste, nina- või anaalveenide rebendid ja silmasisene verejooks liigne higistamine, anoreksia, väsimus
GASTROINTESTINAALSED	gastroösofageaalne reflukshaigus mao verejooks pärast perkutaanset endoskoopilist gastrostoomiat maksatsüsti ruptuur songad gastrostoomi funktsioonihäire Mallory-Weissi rebend põrna rebend
UROGENITAALSED	põiepidamatus
MUSKULOOSKELETAALSED	vahelihase rebend roiete murrud rinnakuhaava rebenemine
NEUROLOOGILISED	äge kaela radikulopaatia aju õhkembol seljaajuvedeliku eritus ninast antikoagulantravil oleval haigel epiduraalne hematoom köhast tingitud süngoop pearinglus peavalu krambid
OFTALMOLOOGILISED	silmakoopa rõhu äge iseeneslik tõus
PSÜHHOSOTSIAALSED	raske haiguse kartus elustiili muutused liigne eneseteadvus
ELUKVALITEET	elukvaliteedi halvenemine
HINGAMISSÜSTEEM	astma ägenemine kopsusong (nt roitevaheline või rangluualune kopsusopistus) peritoneaaldialüüsiga patsiendil vesirinna teke kõritrauma (kõriturse ja häälekähedus) õhkrind, õhk keskseinandis bronhirebend
NAHK	täppverevalumid ja punetus operatsioonihaavade rebenemine

Köha refleksikaar algab sensoorsete närvilõpmete stimulatsiooniga. Need närvilõpmed on peamiselt adapteeruvad retseptorid ja C-närvikiud. Nii keemilised (nt kapsaitsiin) kui ka mehaanilised (nt osakesed õhus) ärritajad võivad vallandada köharefleksi. Sensoorsed signaalid liiguvad mööda uitnäarvi (*nervus vagus*) ja ülemist kõrinärvi ajutüvesse – *nucleus tractus solitarius*'esse –, mis arvatakse olevat n-ö köhakeskus (vt joonis 1). Köharefleks hõlmab endast lihaste tahtest olenematut aktiveerumist. Häälepaelad lähenevad üksteisele ja põhjustavad hingamisteede sulguse (1, 2). Köhakeskus genereerib signaali, mis liigub uitnäarvi ja vahelihasenärvi (*nervus phrenicus*) ning seljaaju motoneuroneid pidi väljahingamist kontrollivate lihasteni (5). Lihased kontraheeruvad, tekitades positiivse rindkeresise rõhu. Tekib järsk kõrikontraktsiooni vabanemine, millele järgneb õhu kiire väljavool (1, 2).

Sõltuvalt populatsioonist esineb kroonilist köha 5–40%-l (7). Naistel esineb kroonilist köha sagedamini kui meestel ning see on tingitud asjaolust, et naistel on köharefleksi tundlikkus suurem (8).

Mitme uuringud on näidanud, et kroonilise köhaga patsientide elukvaliteet on halvenenud. Peamiseks põhjuseks on köhaga seotud psühhosotsiaalsed tegurid. Samas võivad köha tüsistused haarata enamikku elundisüsteeme (vt tabel 1) (6, 3). Naised otsivad meditsiiniabi sagedamini, kuna tunnetavad tugevamat elukvaliteedi halvenemist ja neil esineb rohkem köhaga seotud füüsilisi tüsistusi (nt uriinipidamatus) (3).

KÖHA DIAGNOOSIMINE

Praguseks on ilmunud Ameerika rindke- rearstide assotsiatsioonil (*The American College of Chest Physicians, CHEST*) kolm suuremat köha ravijuhendit: aastal 1998, 2006 ja 2018 (1, 4, 6).

Ravijuhendite järgi jaotatakse köha kolmeks: ägedaks (kestusega alla 3 nädala; näiteks ägeda infektsiooniga seotud köha), alaägedaks (3–8 nädalat; näiteks köha, mis seotud lakköha või tuberkuloosiga või mis on infektsioonist pikemalt püsima jäänud ehk postinfektsioosne köha) ja krooniliseks (kestusega üle 8 nädala; põhjustest tuleb juttu edaspidi). Juhendites on esitatud ka nende alatüüpide käsitus (6, 4).

2006. aasta ravijuhendis toodi sisse kaks uut mõistet (4):

1. Termin „postnasaalne tilkumine“ (*postnasal drip*) asemel soovitati kasutada mõistet „ülemiste hingamisteede köhasündroom“ (*upper airway cough syndrome*). See tuleneb asjaolust, et ülemiste hingamisteede köhasündroomi põhjuseid on mitu: üks on ninaneelunohu ehk postnasaalne tilkumine, aga on ka otsene ärritusköha, ülemiste hingamisteede köharetseptorite põletik (4).
2. Termin „idiopaatiline köha“ asemel soovitati kasutada mõistet „ebaselge põhjusega köha“ (4).

Pärast 2006. aasta köha ravijuhendi avaldamist on köha käsitluse mõned aspektid muutunud või täienenud. 2018. aastal avaldatud uue täiendatud ravijuhendi oluliseks erinevuseks varasematega on soovitude tõendus põhiseuse paranemine (põhinevad süstemaatilistel ülevaadetel) (6).

Kroonilise köha põhjuse kindlakstegemist alustatakse anamneesi selgitamisest ja objektiivselt läbivaatusest. Objektiivsel läbivaatlusel tuleks uurida nii südamekui ka hingamiseldite haiguste suhtes (kuulatlada vilinate või räginat olemasolu) ning hinnata kuulmekanali, kõrvakile, ülemiste hingamisteede ja kuuente seisundit. Kuna köha võib olla mõne teise elundi või süsteemse haiguse väljenduseks (nt sarkoidoos), võib lõpliku diagnoosini viia põhjalik üldine läbivaatus (2).

Peaaegu kõigil kroonilise köhaga haigetel on vaja teha kopsude röntgenoloogiline uuring, ilmtingimata aga tervist kahjustava töö tegijatel ja suitsetajatel (sh tulevalt suitsetamiskoormusest ka endistel suitsetajatel) ning neil, kellel on varasem köha iseloomult muutunud või lisandunud häälemuutus või hingeldus (2). Kroonilise köha käsitlusel ei tohiks hindamata jätta köha ja röga iseloomu. Vere eritumine rögaga kas kiududena või puhta verena vajab kindlasti tähelepanu ja kohest tegutsemist. Kroonilise köhaga patsientidel, kellel on tegemist produktiivse köhaga, on vajalikud röga mikrobioloogilised uuringud, sh tuberkuloosi suhtes, eriti neil, kes elavad tuberkuloosi levikualas. Röga tsütoloogiline uurimine võimaldab rakkude leiust lähtudes hinnata põletiku iseloomu ja on abiks pahaloomuliste haiguste tuvastamisel (2).

Kõige sagedasemad kroonilise köha põhjused, kui rindkere röntgenoloogiline

uuring on normileiuga või mittespetsiifiliste muutustega, on ülemiste hingamisteede köhasündroom, bronhiaalastma ja/või gastroösofageaalne reflukshaigus (4, 6, 9). Harvemad kroonilise köha põhjused on eosinofiilne mitteastmaatilise bronhiit, bronhiektasiasitõbi, neoplasmad ning interstitsiaalsed kopsuhaigused (5).

Köha on üsna ebaspetsiifiline haigus-tunnus, s.t köha ei esine mitte ainult hingamiseldite haiguste korral (2). Diagnoosi püstitamisel tuleb alati kaaluda ka teisi elundisüsteemi haigusi (nt kardiovaskulaarhaigused, riniit, süsteemsed haigused) (5). Köha võib olla ka ravimite kõrvaltoimeks, eriti AKEi kasutajatel (1).

Kroonilise köha põhjus leitakse 75–90%-l juhtudest, samas võib mõnel patsiendil köha põhjus jääda vaatamata põhjalikele uuringutele tuvastamata. Sel juhul tulekski diagnoosida teadmata põhjusega (varasema nimetusega idiopaatiline) köha (5).

ÜLEMISTE HINGAMISTEEDE KÖHASÜNDROOM, MIS ON LISANDUNUD NINA JA PARANASAALSIINUSTE HAIGUSTELE

Mitmed uuringud viitavad sellele, et ülemiste hingamisteede köhasündroom, mis on seotud ninaneelunohuga, on sage alaägeda ja kroonilise köha põhjus. Põhjuseks olevateks haigusteks võib olla allergiline või vasomotoorne riniit, äge nasofarüngiit, sinusiit. Kui esineb sekreet ülemistes hingamisteedes, on köha põhjustatud tõenäoliselt köharetseptorite stimulatsioonist kõri limaskestal. Sümptomiteks on eritis ninast ja/või tunne, nagu vedelikku tilguks neelu tagaossa. Samas võivad iseloomulikud kaebused puududa. Objektiivselt on läbivaatusel viiteks munakivitaoline limaskest ja sekreedi esinemine ninaneelus (5).

Diagnoos põhineb anamneesil, objektiivsel ja radioloogilisel leiul ning spetsiifilise ravi vastuse olemasolul. Patognoomilised haigusspetsiifilised muutused puuduvad. Ülemiste hingamisteede köhasündroomi diagnoosi kinnitamiseks võib rakendada prooviravi histamiin-1 vastase aine (H-1 AH) ja/või sümptomimeetilise ainega (dekongestandiga).

Enamikul patsientidest peaks sellise raviga köha paranema nädala jooksul, vastasel juhul peaks tegema täiendavaid

uuringuid (nt ülesvõtte paranasaalsinustest) ja konsulteerima teiste spetsialistidega (1, 4).

Pärast allergilise nohu diagnoosi kinnitamist ravitakse haigust, lähtudes sümptomite kestusest (kas hooajaline või aastaringne riniit) ja haiguse raskusastmest (10).

BRONHIAALASTMAST TINGITUD KROONILINE KÖHA

Bronhiaalastma on täiskasvanutel teisel kohal püsiva köha põhjuste seas (5). Köha tekib astmasümptomeid vallandavate tegurite olemasolu korral ja kaob nende ekspositsiooni möödumisel. Samuti on köha haigustunnus, mis viitab astma haiguskontrolli halvenemise või haiguse ägenemisele (2). Võimalikule astma diagnoosile võib viidata atoopilise dermatiit ning samuti perekondlik anamnees (5).

Ravimata bronhiaalastma (nt veel diagnoosimata haigus) või astmakontrolli halvenemisega ja/või astma ägenemisega kaasneva köha ravi peab olema astmeline, lähtudes astma ravijuhendist (11).

Köhavariantse astma korral on köha ainsaks haigustunnuseks. Sel juhul puuduvad teised bronhiaalastmale omased vaevused nagu vilistav hingamine, õhupuuduse ja rindkere pigistuse tunne (2). Patsientidel, kellel kahtlustatakse köhavariantset astmat, aga läbivaatus ja spiromeetiline uuring diagnoosi täpsustada ei aita, on näidustatud provokatsioonitestid (metakoliinest, mannitooltest, koormusprovokatsioon, bronhide hüperreaktiivsuse test eukapnilise hüperventilatsiooniga) (4, 11).

Köhavariantse astma diagnoosi saab kinnitada ka siis, kui köha taandub astma raviks kasutatavate ravimitega (1, 4). Empiirilist ravi peaks tegema kindlasti siis, kui provokatsiooniteste pole võimalik teha. Köhavariantse astma raviskeemi kuuluvad inhaleeritavad lühitoimelised beeta₂-agonistid vajaduse korral kasutamiseks ning glükokortikosteroidid. Juhul kui eelneva ravi foonil köha ei taandu, võiks raviskeemis proovida järgnevalt leukotrieeni retseptori antagonist, enne kui ravi eskaleerida suukaudse glükokortikosteroidiga, manustades 30 kuni 40 mg prednisolooni päevas, lühiaegse ravina (umbes 1–2 nädalat) (4).

GASTROÖSOFAGEAALSEST REFLUKSHAIGUSEST TINGITUD KÖHA

Gastroösofageaalsest refluksahaigusest (GÖR) tingitud köha põhjusteks võivad olla järgmised tegurid:

- ülemiste hingamisteede retseptorite stimulatsioon;
- maosisu aspireerimine, mis stimuleerib retseptoreid alumistes hingamisteedes;
- söögitoru-trahheobronhiaalne köharefleks, mis on vallandatud happe tungimisest söögitoru alaossa (5, 12).

Rinnakutagune põletustunne pärast söömist või lamavas asendis, sagedased rõhatused, häälekähedus, krooniline köha ja kurguvalu võivad viidata GÖRile (2, 4). Larüngoskoopial võib olla refluksi väljenduseks kurgunibu põletik (2).

Normaalne ösofagoskoopia leid ei välista GÖRi köha põhjusena. GÖRist tingitud kroonilist köha saab diagnoosida ainult siis, kui antirefluksravi foonil köha kaob. Esmalt soovitatakse alustada prooviraviga. Juhul kui see võtte pole tõhus, on soovitatav lisaks (antisekretoorse ravipausi ajal) 24 tunni jooksul pH-d jälgida (12, 13).

Enamikku GÖRist tingitud köhaga patsiente saab ravida järgmise skeemi alusel:

- eridieet, mille korral tarvitatakse vähem kui 45 g rasva 24 tunni jooksul. Tuleks vältida kohvi, teed, gaseeritud jooke, šokolaadi, münti, tsitruselisi ja tomatit ning alkoholi. Hoiduda tuleks ka suitsetamisest ja vältida punnestust (tõstab kõhusisest rõhku) nõudvat füüsilist koormust;
 - happesuse mahasurumine (nt protonpumba inhibiitoritega, histamiin-2 vastase ainega, H-2 AH) 8–12 nädala vältel (14);
 - prokineetiline ravi, mis reguleerib söögitoru ja maoperistaltika õigesuunalist liikumist (nt metoklopramiid, erütromütsiin, domperidoon) (15);
 - kaasnevate haiguste nagu obstruktiivse uneapnoe või teiste haiguste ravimite mõju (nt nitraadid, progesteron, kalsiumikanali blokaatorid) vähendamine.
- Ravi tulemusi peaks hindama 1–2 kuu möödumisel. GÖRist tingitud krooniline köha laheneb 70–100%-l juhtudest umbes 3 kuu pikkuse konservatiivse raviga, mis koosneb elustiili muutustest, antisekretoorsest ravist ja/või prokineetilise ravist (16). GÖRist tingitud kroonilise köhaga

patsientidel, kellel ei saavutata edu maksimaalsete ravivõtete kasutamise, võib kõha paraneda antirefluksoperatsiooniga (1, 4).

EOSINOFIILSEST MITTEASTMAATILISEST BRONHIIDIST TINGITUD KROONILINE KÕHA

Eosinofiilsest mitteastmaatilise bronhiidist (EMAB) tingitud kroonilise kõha diagnoosi võimalust tuleb kaaluda, kui kopsude röntgenoloogiline leid on normaalne, spiromeetria tulemused on normaalsed ja pole viiteid vahelduvale hingamisteede obstruktsioonile või hingamisteede hüperreaktiivsusele, kui rögas või bronhide loputusvedelik on eosinofiilia ning kõha paraneb glükokortikosteroididega (17). EMABist tingitud kroonilise kõhaga patsientide esmavaliku ravimiks on inhaleeritavad glükokortikosteroidid (2–4 nädala vältel) (14).

Kliiniliselt olulise sensibiliseerumise korral tuleb eelkõige vältida allergeenikontakti. EMABist tingitud kroonilise kõhaga patsientidel, kui sümptomid on eriti häirivad või hingamisteede eosinofiilia halveneb vaatamata ravile suures annuses inhaleeritavate glükokortikosteroididega, peaks kasutama haiguse üle kontrolli saavutamiseks suukaudseid glükokortikosteroide lühiajaliselt (umbes 1–2 nädalat) (4, 18).

KROONILISEST BRONHIIDIST JA KROONILISEST OBSTRUKTIIVSEST KOPSUHAIGUSEST TINGITUD KÕHA

Täiskasvanutel, kellel on anamneesis kõha ja rögaeritus enamikul päevadel vähemalt 3 kuu jooksul ja vähemalt 2 järjestikuse aasta jooksul, peaks diagnoosima kroonilist bronhiiti, kui teised kroonilist produktiivset kõha põhjustavad hingamisteede ja südame haigused on välistatud (19).

Kui esineb krooniline kõha, tuleb alati mõelda ka kroonilisele obstruktiivsele kopsuhaigusele (KOK), mida iseloomustavad lisaks kõhale veel teised püsivad hingamisteede sümptomid nagu hingeldus ja rögaeritus. KOKi sümptomid on tingitud hingamisteedes olevast õhuvoolutakistusest (ehk obstruktsioonist), mis enamasti on süvenev ning seotud kroonilise põletikuga hingamisteedes ja kopsukoes vastusena sissehingatud kahjulikele osakestele ja/või gaasidele (tubakasuits, sise- ja väliskeskkonna saaste, sh biomassi põlemisaadused).

Kroonilise bronhiidi riskitegurid ühtivad KOKi omadega. Riskitegurite vältimine on võimalus muuta mõlema haiguse kulgu (19).

KOKi puhul peab medikamentoosne ravi toimuma haiguse ravijuhendi soovitude alusel, et vähendada sümptomite esinemise ja ägenemiste sagedust ja raskusastet ning parandada elukvaliteeti ja kehalist võimekust (19).

Antibakteriaalne ravi on kroonilise bronhiidi ja KOKi ägenemise korral näidustatud juhul, kui on muutunud röga hulk ja iseloom (röga on muutunud mädaseks), tekkinud kehatemperatuuri tõus ja/või süvenenud hingeldus (1, 19). Suukaudne metüülksantiin (teofülliin) ei ole ägenemise raviks näidustatud. Kõha sümptomite leevendamiseks võib kasutada lühiaegselt tsentraalseid kõhapärssijaid nagu kodeiin ja dekstrometorfaan (4).

BRONHIEKTAASIATÕVEST TINGITUD KROONILINE KÕHA

Bronhiektasiatõbi tekib korduvatest rasketest või püsivatest hingamisteede infektsioonidest. Bronhid deformeeruvad, tekivad laiendid ja see viib röga väljutamise halvenemiseni, sekreedi kogunemiseni hingamisteedesse ja alumiste hingamisteede kroonilise infektsioonini (5). Bronhiektasiatõbi on kroonilise kõha põhjuseks suhteliselt väikesel hulgal patsientidest.

Haigetele, kellel kahtlustatakse bronhiektasiatõbe, kuid kelle röntgenogramm on normis, võib planeerida täiendavalt kompuutertomograafilise uuringu rindkerest. Bronhiektasiatõve korral peaks pöörama tähelepanu põhjuste tuvastamisele (immuunpuudulikkus, tsüstiline fibroos, bronhiaalastma jt), sest põhihaiguse raviga saab aeglustada või peatada haiguse progressiooni. Patsientidele, kellel on hingamisteede obstruktsioon ja/või bronhide hüperreaktiivsus, võib ravi bronhilöögastitega olla tõhus. Pikaajaline süsteemne antibiootikumide kasutamine bronhiektasiatõve korral on seotud kõrvaltoimetega ja seetõttu tuleb kindlasti kaaluda antibiootikumide kestvat kasutamist, hinnates kasu-kahju suhet. Lima hüpersekretsiooni (kliiniliselt rögaga kõha) ja selle väljutamise probleemide korral on vajalik rindkere füsioteraapia. Teatud juhtudel, kui bronhiektasiid on piiratud alal, kuid põhjustavad vaatamata maksimaalsele medikamentoossele ravile talumatuid vaevusi, on näidustatud operatiivne ravi.

Bronhiehtaasiatõve ägenemise korral peaks kasutama tõenäolisele tekitajale vastavat antibakteriaalset ravi (1, 4).

INFEKTSIOONIJÄRGNE KÖHA

Kui patsient kurdab köha, mis tekkis koos ägeda hingamisteede infektsiooniga ja on kestnud vähemalt 3 nädalat, kuid mitte rohkem kui 8 nädalat, on köha suure tõenäosusega infektsioonijärgne (nt respiratoorsed viirused, *Chlamydomphila pneumoniae* ja *Mycoplasma pneumoniae*) ning seotud infektsioonijärgse hingamisteede hüperreaktiivsusega (5, 20).

Täiskasvanutel, kellel on infektsioonijärgne köha, mis ei ole tingitud bakteriaalsest sinusiidist või läkaköhast (*Bordetella pertussis*'e infektsioonist), on köha raviks järgmised soovitusel (20):

- antibiootikumid ei ole näidustatud, sest tegemist ei ole enam bakteriaalse infektsiooniga (20);
- köha leevendamiseks võib kaaluda prooviravi inhaleeritava ipratroopiumbromiidiga;
- vajaduse korral võib ordneerida köha leevendamiseks inhaleeritavaid glükokortikosteroide, kui patsiendi infektsioonijärgne köha mõjutab oluliselt elukvaliteeti ja köha ei parane vaatamata ravile ipratroopiumpromiidiga (20);
- kui teised köha põhjused on kindlalt välistatud, on raske infektsioonijärgse köha raviks näidustatud 30 kuni 40 mg prednisolooni päevas lühiaegse ravina (kuni 3 nädalat) (21);
- vajaduse korral võib määrata tsentraalse toimega köhavastaseid aineid nagu kodeiin ja dekstrometorfaan, kui teised meetodid ei ole toonud leevendust (20).

Kui patsiendil on hootine köha koos köhahoojärgse oksendamise ja vilistava sissehingamisega kestnud üle 2 nädala, võib põhjuseks olla läkaköha (20). Ainuke kindel meetod selle haiguse diagnoosimiseks on bakteri isoleerimine. Läkaköha kahtlusega täiskasvanud ja lapsed peaksid saama ravi makroliidantibiootikumiga ning nad peaks pärast ravi alustamist 5 päevaks isoleerima. Kõik lapsed peaksid olema haiguse profülaktika eesmärgil vaktsineeritud (21).

KOPSUTUUMORIST TINGITUD KROONILINE KÖHA

Kopsuvähile peaks mõtlema eriti patsientidel, kes suitsetavad või on endised suitse-

tajad. Kopsuvähist tingitud köhale viitavad järgnevad tunnused:

- köha, mis on uus või mille iseloom on muutunud;
- köha, mis tekib, kui suitsetamisest loobumise on möödunud rohkem kui üks kuu;
- veriköha, mis ei esine seoses hingamisteede infektsiooniga (3).

Nendel patsientidel, kelle probleemiks on köha ja kellel on kopsukasvaja või mõne muu kopsu metastaaase andva kasvaja tekkerisk, on näidustatud rindkere röntgenoloogiline uuring. Juhul kui röntgenuuring on hinnatav normaalseks, kuid hingamisteede pahaloomulise kasvaja kahtlus püsib (nt suitsetajad, kellel on veriköha), tuleks tsentraalse kopsukasvaja kahtluse korral teha täiendavalt rindkere kompuutertomograafia ja bronhoskoopia (1, 4). Köha taandub, kui kasvajaspetsiifiline ravi osutub põhihaiguse suhtes tõhusaks. Ka tsentraalselt toimivad opioidid võivad kasvajaga patsientidel köha efektiivselt vähendada (4).

KÖHA, MIS ON TINGITUD ORAAL-FARÜNGEALSEST DÜSFAAGIAST

Köhaga patsientidel peaks anamneesis tähelepanu pöörama neelamiskaebustele (köha esinemine seoses söömise ja joomisega). Juhul kui söömisel ja joomisel esinevad aspiratsioonitunnused või alumiste hingamisteede infektsiooniga haigel on aspiratsioonikahtlus, tuleks haige suunata täiendavatele neelamisuuringutele ja logopeedi konsultatsioonile. Raskesti käsitletavate aspiratsioonide korral tuleb kaaluda kirurgilist sekkumist, näiteks trahheostoomi või toitesondi paigaldamist (4).

ANGIOTENSIINI KONVERTEERIVA ENSÜÜMI INHIBIITORIST PÕHJUSTATUD KÖHA

Angiotensiini konverteeriva ensüümi inhibiitorist (AKEi-st) põhjustatud köha esineb 5–30%-l ravimi tarvitajatest ja see ei ole annusest sõltuv ilming. AKEi metaboliseerib bradükiniini ja tahhükiniini nagu substants P-d. AKEi põhjustab närvilõpmete sensibiliseerimise bradükiniini kuhjumise tõttu (2).

AKEi-st tingitud köhale on iseloomulikud järgmised tunnused:

- tavaliselt algab mitteproduktiivne köha ühe nädala möödumisel ravi algusest, kuid võib tekkida ka kuni 6 kuu jooksul;
- iseloomulik on köditav, kraapiv või sügelev tunne kurgus;

- köha kaob tavaliselt ühe kuni nelja päevaga, kõige hiljem kuu möödumisel ravi katkestamisest;
- köha tekib tavaliselt uuesti ravi taasalustamisel sama ravimiga või teise sama ravimirühma esindajaga;
- esineb rohkem naistel kui meestel;
- AKEi-st tingitud köha ei esine rohkem astmaatikutel võrreldes mitteastmaatikutega;
- tavaliselt ei kaasne hingamisteede obstruktsiooni (5).

Kõigil patsientidel, kelle on krooniline ebaselge põhjusega köha ja kes tarvitavad AKEi-d, peaks ravi prooviks katkestama, sõltumata ajalisest seosest köha ja AKEi-ravi alustamise vahel (2). Püsiva või mittetalutava AKEi-st põhjustatud köha korral peaks ravi vahetama angiotensiini retseptori blokaatori (ARB) vastu, kui see on näidustatud, või asendada mõne muu sobiva ravimirühma preparaadiga (4).

HARJUMUSLIK KÖHA JA PSÜHHOGEENNE KÖHA

Kroonilise köhaga täiskasvanutel saab harjumuslikku või psühhogeenset köha diagnoosida vaid siis, kui on välistatud teised köha põhjused ja köha paraneb spetsiifilise teraapiaga (nt käitumisteraapia või psühhiaatrilise teraapiaga) (22). Diagnoosimisel peaks välistama ka bioloogilised ja geneetilised tikkhaigused (nt Tourette'i sündroom). Ebaselge kroonilise köhaga täiskasvanutel ja lastel peaks mõtlema psühhosotsiaalsete probleemide võimalusele, tuleb hinnata, ega ole tegemist ärevuse, depressiooni, koduvägivalla või lapse hooletusse jätmisega (4).

KROONILINE KÖHA, MIS ON SEOTUD INTERSTITSIAALSE KOPSUHAIGUSEGA VÕI SARKOIDOOSIGA

Interstitiaalsete kopsuhaiguste (*interstitial lung disease*, ILD) korral võib köha esineda koos koormushingeldusega ning olla haiguse esmane sümptom. Kroonilise köhaga patsiendil peaks siiski kahtlustama esmalt sagedasemaid haigusi, näiteks ülemiste hingamisteede köhasündroomi, astmat, gastroösofageaalset reflukshaigust, kuid ei tohi ära unustada, et nendel haigustel on interstitsiaalse kopsuhaigusega sarnaseid kliinilisi tunnuseid ja samas võivad eespool nimetatud haigused ILD korral olla köhavaevuse süvendajaks. ILDist tingitud köha

korral peaks ravi keskenduma kopsuhaigusele (nt immuunosupressiivsed ravimid), sümptomaatiliseks raviks on näidustatud opioidsed köhapärssijad, gabapentiin ja köhateraapia (23).

Sarkoidoosi korral võib olla köha ainsa haigustunnusena, kuigi enamasti on kliiniline haiguspilt väga varieeruv, sõltub kahjustatud elundist, haiguse kuluvariandist ja granulomatoosse protsessi aktiivsusest (24). Põhihaigust kontrolliv ravi, näiteks glükokortikosteroididega, vähendab sarkoidoosist tingitud sümptomeid, sealhulgas ka köha (23).

KÖHA, MIS ON MÕJUTATUD TÖÖ- JA VÄLISKESKKONNAST

Kroonilise köha põhjustajaks või olemasoleva köha ägestajaks võib olla töö- või väliskeskkond. Kroonilise köha põhjuse selgitamine ja kokkupuute vältimine võib viia köha täieliku või osalise paranemiseni, ravimite vajaduse vähenemiseni ja parandada ka pikaajalist prognoosi. Ülemisi ja alumisi hingamisteed siseruumides mõjutavad tegurid on tubakasuits, küpsetamisel tekkivad aurud, kodukeemia kasutamine, kokkupuude loomadega, tolmu- ja tolmukestadega, hallitusseentega või prussakatega. Väliskeskkonnas on hingamisteede ärritajaks eeskätt saasteained.

Töökeskkonnas levivad ained võivad põhjustada ülitundlikkusreaktsioone, millel võivad olla väga erinevad kliinilised avaldumisvormid, näiteks riniit, ülemiste hingamisteede köhasündroom, astma, hüpersensitiivsus-pneumoniit. Diagnoosi seisukohalt on seega väga oluline täpse anamneesi kogumine, objektiivsed uuringud ja vajaduse korral erialaspetsialistide konsultatsioonid. Köhast vabanemiseks peaks soovitada töökeskkonna parendamist, sh töökaitsevahendeid, saaste- ja hingamisteed ärritavate ainetega liigse kokkupuute vältimist (25).

KROONILINE KÖHA IMMUUNKOMPRIMEERITUD PATSIENTIDEL

Immuunpuudulikkus võib tekkida erinevate seisundite korral (nt hematoloogilised haigused, kasvaja, kaasasündinud immuunpuudulikkus, HIV-infektsioonid, aga ka immuunsust pärssiv ravi). Paljudel immuunpuudulikkusega haigetel esineb köha ja võib olla muutusi kopsu röntgenogrammil

(26). Immuunkomprimeeritud patsientide kroonilise köha diagnostiline käsitlus on esmaselt sarnane tavapopulatsiooniga. Juhul kui esinevad röntgenoloogilised muutused, siis peaks kaaluma täiendavaid uuringuid (sh kõrglahutuslik õhukese kihi kompuutertomograafia, bronhoskoopia) (27).

Need patsiendid on tihti raskesti haiged ja esmane käsitlus keskendub kindla (enamasti oportunistlike) kopsuinfektsiooni tuvastamisele. HIV-infektsiooniga patsientidel, kelle CD4+ lümfotsüütide arv on vähem kui 200 rakku/ μ l, või neil, kellel on üle 200 rakku/ μ l, kaasnevana ebaselge palavik, kaalukaotus või köha, peaks kahtlustama *Pneumocystis jirovecii* infektsiooni, tuberkuloosi või teisi oportunistlikke infektsioone (erinevate viiruste reaktivatsioonid, seeninfektsioonid, atüüpiliste mükobakterite infektsioonid). Ravi käsitlus sõltub haigustekitajast (26).

TEADMATA PÕHJUSEGA (IDIOPAATILINE) KÖHA

Teadmata põhjusega köha diagnoos on välistusdiagnoos, millele peaks eelnema põhjalikud diagnostilised uuringud ja spetsiifiline ravi ning mille korral tuleks ebataivalised põhjused välistada (28). Kroonilist teadmata põhjusega köha nimetatakse ka köha hüpersensitiivsussündroomiks (HSKS). See on mitmepalgeline haigusseisund, mille korral on muutunud köharefleksi tundlikkus (hüpersensitiivsus erineb astmapuhusest bronhiaalsest hüperreaktiivsusest) ning samal ajal esinevad erinevad vallandavad tegurid, kaasuvad haigusseisundid (ülemiste hingamisteede köhasündroom, EMAB, GÖR, AKEi põhjustatud köha, suitsetaja-bronhiit, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus). Iseloomulik on kuiv hootine, eelneva kurgukõditustundega tekkiv köha, millega kaasneb vahetevahel ka vähene rögaeritus.

Köha vallandajaks võivad olla väga erinevad mehaanilised, termilised ja keemilised tegurid: aurud, parfüümid, tubakasuits, vürtsine toit, füüsiline pingutus, laulmine, rääkimine (allotussia), külm õhk, õhuvahetus, pikali asend. Tihtipeale on selline köha väsitav, häirib tööd ja põhjustab sotsiaalseid probleeme. Olgugi et selle sündroomi täpsem definitsioon, klassifikatsioon, diagnostika ja ravipõhimõtted ei ole veel üheselt selged, on eksperdid arvamusel, et köharefleksi sensitiivsuse testimine kaptsaitsiini ja/või sidrunhappega ei ole

näidustatud, sest need testid ei võimalda eristada neid, kellel ei ole HSKSi, neist, kellel on HSKS koos teiste haigustega (astma, GÖR, bronhiit) (29, 30).

Sellise köha raviks ei ole ühest soovitud võimalik anda. Valitud haigetel võib kasutada köha ravis amitriptüliini või gabapentiini (28), lühiajaliselt narkootilisi köha pärssijaid nagu kodeiin ja hüdrokodon. Mittemedikamentoosetest võtetest on osale haigetele soovitatav kõneteraapia (1, 4).

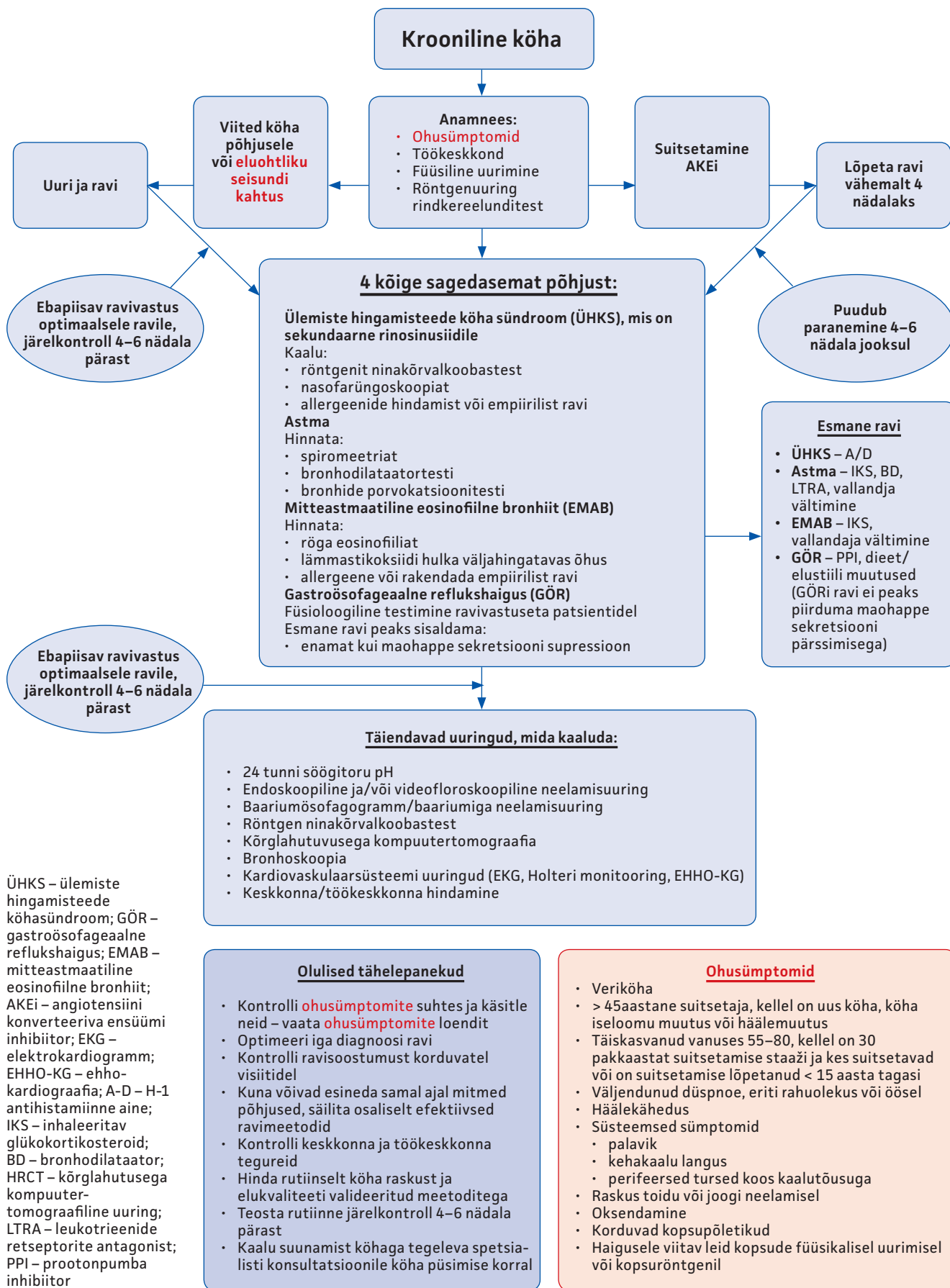
KROONILISE KÖHAGA PATSIENDI KÄSITLUS

Köha käsitlus algab põhjalikust anamneesist ja füüsilisest uurimisest, köha iseloom ja ajastus annavad põhjuse selgitamiseks lisainfot. Kroonilise köha põhjusi võib olla rohkem kui üks. Patsientide ravi peaks olema järkjärguline, lisades ravimeid üksteisele (vt joonis 2). Empiirilises ravis keskendutakse kõige tavalisematele köha põhjustele: ülemiste hingamisteede köhasündroom, astma, eosinofiilne mitteastmaatiline bronhiit, gastroösofageaalne reflukshaigus (4, 5).

Kroonilise köhaga patsientide empiiriline ravi peaks algama suukaudse esimese põlvkonna H-1 AH ja dekongestandiga. Patsientidel, kelle krooniline köha püsib pärast ülemiste hingamisteede köhasündroomi ravi, peaks mõtlema järgmisena astmale. Kui spiromeetriline uuring ei näita hingamisteede pöörduvat obstruktsiooni, peaks tegema bronhoprovokatsiooni testi (BPT). Kui BPT ei ole kättesaadav, tuleks proovida empiirilist astmaravi või suunata diagnoosi täpsustamiseks patsient suuremasse keskusesse kopsuarsti vastuvõtule.

Kui ülemiste hingamisteede köhasündroom ja astma on välistatud, peaks järgmisena mõtlema EMABst tingitud kroonilise köha peale. Juhul kui röga tsütoloogiline uuring eosinofiilide suhtes ei ole võimalik, on soovitatav empiiriline ravi glükokortikosteroididega. Patsientidel, kelle köha vastab ainult osaliselt või ei vasta üldse ülemiste hingamisteede köhasündroomi, astma või EMABst tingitud kroonilise köha ravile, peaks ravima GÖRi. Sõltuvalt kliinilisest leiust ja ravivastuse puudumisest eelnevale, tuleks järgmisena mõelda ka harvematele köhapõhjustele (4, 5, 6).

Ohusümptomite esinemise (vt joonis 2) korral peaks patsient saama kohest meditsiinilist tähelepanu, abi, et ei jääks



ÜHKS – ülemiste hingamisteede kõhasündroom; GÖR – gastroösofageaalne reflukshaigus; EMAB – mitteastmaatiline eosinofiilne bronhiit; AKEi – angiotensiini konverteeriva ensüümi inhibiitor; EKG – elektrokardiogramm; EHKO-KG – ehokardiograafia; A-D – H-1 antihistamiinne aine; IKS – inhaleeritav glükokortikosteroid; BD – bronhodilataator; HRCT – kõrglahutusega kompuutertomograafiline uuring; LTRA – leukotrieenide retseptorite antagonist; PPI – prootonpumba inhibiitor

Joonis 2. Kroonilise kõha käsitlus täiskasvanutel (modifitseeritud 6. viite põhjal).

diagnoosimata ohtlikud haigused (kopsuvähk, tuberkuloos) (6).

Kroonilise köhaga patsiendid peaksid lõpetama kontakti tervist kahjustavate teguritega, vajaduse korral peaks neid kindlasti abistama loobumisel. Tervist kahjustavate riskiteguritega kokkupuute korral tuleks alati mõelda ka KOKi võimalikkusele, diagnostikale (6, 19).

Juhul kui köha teke on seostatav ravimitega (nt AKEi), peaks ravi lõpetama ja vajaduse korral ravimi sobivaga asendama (4).

Valitud haigetel, kellel on teadmata põhjusega ravirefraktaarne köha, võib ravis kasutada spetsiifilisi neuromoduleerijaid (amitriptüülin, gabapentiin, pregabaliin) ning kõneteraapiat, füsioteraapiat (22, 31).

Laste, rasedate ja saavutus- või tipp-sportlaste köha põhjused, köha põhjuste tuvastamine ja üldine käsitlus, kuid eelkõige ravimite valik (vanuserühmast tulenevad kõrvaltoimed, embrüotoksilisus ja teratogeensus, sportlastel keelatud ravimid) on tavapopulatsiooniga võrreldes mitmete erinevustega. Seetõttu võib nende eespool nimetatud rühmade puhul osutada vajalikuks tavapärasest tihedam koostöö vastavate erialade spetsialistidega (32, 33, 34).

KÖHA RAVI

Farmakoloogiline köha ravi jaguneb järgmiselt:

- pärssiv ravi, et vältida, kontrollida või elimineerida köha;
- soodustav ravi, et teha köha efektiivsemaks.

Spetsiifiline köhavastane ravi (sh mitte-medikamentoosne) on suunatud vallandavale tegurile või mehhanismile (nt suitsetamine, ülemiste hingamisteede köhasündroom). Mittespetsiifilised köhavastased ravimid on aga suunatud sümptomile ja leiavad kasutamist siis, kui spetsiifilist ravi ei ole võimalik rakendada (nt kopsuvähi, teadmata põhjusega köha korral). Köha soodustavat (mukolüütiline, mukokineetiline, ekspektoreeriv) ravi tuleks kaaluda juhul, kui köhimisel on haiguses oluline roll, näiteks bronhieктаasia korral (1).

KOKKUVÕTE

2018. aastal ilmunud Ameerika rindkerearstide assotsiatsiooni koostatud ravijuhendi alusel jaguneb köha kolmeks: ägedaks, alaägedaks ja krooniliseks. Kroonilise köha all mõistetakse olukorda, kui köha on

kestnud üle kaheksa nädala. Pikaleveninud köha kõige sagedasemateks põhjusteks on mittesuitsetajatel ja AKE inhibiitorit mitte tarvitaval isikutel ülemiste hingamisteede köhasündroom, astma ja gastroösofageaalne reflukshaigus. Kroonilise köha käsitlus peab olema süstemaatiline, efekti võib anda teinekord prooviravi rakendamine. Kroonilise köha käsitluse korral peaks vältima esialgu liigsete uuringute tegemist ja pigem mõtlema enam levinud põhjustele. Ohusümptomite esinemise korral peaks aga patsient saama kohest meditsiinilist tähelepanu ja abi. Raviks on kaks võimalust: etioloogiale või mehhanismile suunatud spetsiifiline ravi või mittespetsiifiline sümptomitele orienteeritud ravi.

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel puudub huvide konflikt seoses artiklis kajastatud teemaga.

SUMMARY

Chronic cough

Mare Pauklin^{1,2}, Marget Savisaar³

According to the American Chest Physician Association (CHEST) guidelines Publisher in January 2018, cough is divided into three categories: acute, subacute, and chronic. Chronic cough is defined as a cough that persist longer than eight weeks. The most important etiologies of persistent cough in non-smokers and in persons who do not take ACE-inhibitors, are most probably upper airway cough syndrome, asthma, and gastroesophageal reflux disease. Chronic cough should be managed systematically, sometimes trial therapy is effective. The management of chronic cough should first concentrate on the most common causes, while unnecessary tests should be avoided. However, in presence of the signs of danger („red flags“), the patient should receive immediate medical attention. The therapy involves two options: specific therapy against the etiology or mechanism of cough, or non-specific symptom-oriented therapy.

KIRJANDUS/ REFERENCES

1. Irwin RS, Boulet L, Cloutier M, et al. Managing cough as a defense mechanism and as a symptom. CHEST 1998;114:133-81
2. Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL. Harrison's principles of internal medicine. 19th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2015.
3. Irwin RS. Complications of cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. CHEST 2006;129:54-8

¹ Internal Medicine Clinic, Tartu University Hospital, Tartu, Estonia,

² Department of Internal Medicine, University of Tartu, Estonia,

³ Lung Clinic, Tartu University Hospital, Tartu, Estonia

Correspondence to:
Mare Pauklin
mare.pauklin@gmail.com

Keywords:
cough

4. Irwin RS, Baumann MH, Boulet L, et al. Diagnosis and management of cough executive summary. CHEST 2006;129:1-23.
5. Silvesteri, RS, Barnes PJ, Hollingsworth H. Evaluation of subacute and chronic cough in adults. Viimati muudetud juuni 2017. https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-subacute-and-chronic-cough-in-adults?search=chronic%20cough&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
6. Irwin RS, French CL, Chang AB, et al. Classification of cough as a symptom in adults and management algorithms. CHEST 2018;153:196-203.
7. Fuller RW, Jackson DM. Physiology and treatment of cough. Thorax 1990;45:425-30.
8. Morice AH. Chronic cough hypersensitivity syndrome. Cough;2013;9:1-4.
9. Harding SM, Richter JE. The role of gastroesophageal reflux in chronic cough and asthma. Chest 1997;111:1389-402.
10. Allergilise riniidi Eesti käsitusjuhend. Eesti Arst 2011;90:145-58.
11. Reddel HK, Bacharier L, Bateman ED, et al. Global initiative for asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2018.
12. Hom C, Vaezi FV. Extra-esophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease: diagnosis and treatment. Drugs 2013;73:1281-95.
13. Perotin J, Launois C, Dewolf M. Managing patients with chronic cough: challenges and Solutions. Ther Clin Risk Manag 2018;14:1041-51.
14. Gibson PG, Chang AB, Glasgow NJ. CICADA: Cough in children and adults: diagnosis and assessment. Australian Cough Guidelines summary statement. MJA 2010;192:265-71.
15. Quigley EM. Prokinetics in the management of functional gastrointestinal disorders. J Neurogastroenterol Motil 2015;21:330-6.
16. Morice AH. The diagnosis and management of chronic cough. Eur Respir J 2004;24:481-92.
17. Brightling CE, Ward R, Goh K, et al. Eosinophilic bronchitis is an important cause of chronic cough. Am J Respir Crit Care Med 1999;160:406-10.
18. Dicipinigitis PV. Cough 4: Cough in asthma and eosinophilic bronchitis. Thorax 2004;59:71-2.
19. Vogelmeister C, Lopez V, Frith P, et al. Global initiative for chronic obstructive lung disease. global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, 2018.
20. Braman SS. Postinfectious cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. CHEST 2006;129:138-46.
21. Tozzi AE, Celentano LP, Atti ML. Diagnosis and management of pertussis. CMAJ 2005;172:509-51.
22. Vertigan AE. Somatic cough syndrome or psychogenic cough—what is the difference? J Thorac Dis 2017;9:831-8.
23. Birring SS, Kavanagh JE, Irwin RS. Treatment of interstitial lung disease associated cough. CHEST, 2018.
24. Altraja A, Püttsepp E. Sarkoidoos – olemus, diagnostika ja ravi. Eesti Arst 2006;85:460-74.
25. Tarlo SM. Cough: occupational and environmental considerations: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. CHEST 2006;129:186-96.
26. Rosen MJ, Ireland B, Narasimhan M. Cough in ambulatory immunocompromised adults. CHEST 2017;152:1038-42.
27. Holmes RL, Fadden CT. Evaluation of the patient with chronic cough. Am Fam Physician 2004;69:2159-66.
28. Gibson P, Wang G, McGarvey L. Treatment of unexplained chronic cough. CHEST 2016;149:27-44.
29. Escamilla R, Roche N. Cough hypersensitivity syndrome: towards a new approach to chronic cough. Eur Respir J 2014;44:1103-6.
30. Song W, Morice AH. Cough hypersensitivity syndrome: a few more steps forward. Allergy Asthma Immunol Res 2017;9:394-402.
31. Chung KF. Approach to chronic cough: the neuropathic basis for cough hypersensitivity syndrome. J Thorac Dis 2014;6:699-707.
32. World Anti-Doping Agency Prohibited List. January 2018.
33. https://www.wada-ama.org/sites/default/files/prohibited_list_2018_en.pdf
34. Boulet LP, Turmel J, Irwin RS. Cough in the athlete. CHEST 2017;151:441-54.
35. Vasar M. Krooniline köha lapsel. Eesti Arst 2009;88:522-9.

LÜHIDALT

Dementsete patsientide arv kasvab kogu maailmas

Maailma Terviseorganisatsiooni egiidi all tegutsev organisatsioon Global Burden of Disease (GBD) kogub andmeid ligi 350 haiguse leviku, haigestumuse, suremuse ja neist põhjustatud vaegurluses elatud aastate ning enneaegselt kaotatud eluaastate kohta maailma 195 riigist ja territooriumilt. Hiljuti avaldati andmed Alzheimeri tõve ja teiste dementsuse vormide esinemise kohta maailmas 2016. aastal võrreldes 1990. aastaga.

2016. aastal elas maailmas 43,8 miljonit dementset inimest; 1990. aastal oli nende arv 20,2 miljonit, seega on 26 aastaga

dementsete isikute arv maailmas enam kui kahekordistunud (kasv 117%). Dementseid naisi elas 2016. aastal maailmas 27,0 ja mehi 16,8 miljonit. Sagedamate surmapõhjuste hulgas on dementsus 5. kohal, põhjustades 2016. aastal 24,8 miljonit surma ja 28,8 miljonit vaegurluses elatud aastat. GBD andmeil oli pea 35% dementsuse tõttu vaegurluses elatud aastat seotud tervise muudetavate riskiteguritega: suur kehamassiindeks, suitsetamine, kõrgenenud vere-suhkrutase ja rohke suhkruga magustatud jookide tarvitamine.

Ülevaate autorite hinnangul on dementsuse suurema levimuse põhjuseks maailmas vanemaeliste isikute arvu kasv rahvastikus. Dementsuse raviks ei ole tõhu-

said võimalusi, see on paljudest teguritest põhjustatud seisund, mille patogenees ei ole piisavalt selge ja mille kohta ei ole võimalik esitada tõendus põhiseid soovitusi ennetuseks. Praeguste tendentside jätkudes elab prognoosi kohaselt 2050. aastal maailmas 100 miljonit dementset haiget. Dementne patsient on suureks koormuseks nii oma lähedastele kui ka kogu ühiskonnale.

Esitatud andmete kohaselt elas 2016. aastal Eestis 16 325 dementset patsienti, 1990. aastal oli nende arv 11 248.

REFEREERITUD

GBD 2016 Dementia Collaborators. Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Neurology 2019;18:88-106.