

# Köha põhjustest ja ravist

**Köha on väga sage põhjus arsti poole pöördumiseks nii täiskasvanuil kui lastel<sup>(1,4,5)</sup>. Ägeda haiguse korral on häirivaks sage ärritusköha, hospitaliseerimise põhjuseks lastel lakkamatu köha-ärritus, sagedamini koos kaasneva hingelduse või intoksikatsiooni nähtudega. Nõmme Lastehaigla andmeil on hospitaliseerimise põhjuseks sageli ka pikaajaline köha, mille põhjust pole lapsel suudetud ambulatoorselt välja selgitada või pole köha ravile allunud.**

## Kuidas tekib köha

Köha on kaitsemehhanism hingamisteede puhastamiseks sinna sattunud võõrkehade ja ülemäärasest limast. Köha refleksikaar on kompleksne, sest köhareseptorid asuvad hingamisteede limaskestas alates ülemistest hingamisteedest kuni bronhideni. Köhareseptoreid on ka väliskuulmekanalil, trummikilel, vahelihases, pleural ja perikardil. Refleksikaare moodustavad aferentsed ja eferentsed närvid: vagus ja trigeminus ning glossofarüngeaal- ja freenikusnärv. Köharefleksil närvitsentrum asub medullas<sup>(1,4)</sup>. J.G. Widdicombe'i andmeil on köha vahendatud peamiselt *nervus vaguse* poolt koos tema sensoorsete retseptoritega, mis asuvad epiteelil ja epiteeli all alates kõrist kuni väikeste bronhideni. Retseptorid on polümodaalsed, vastates suurele stiimulite mitmekesisusele: mehhaanilised ja keemilised ärritajad, põletiku mediaatorid, kopsumahu muutused. Ärrituse ja põletikuga vabastavad C-kiudude retseptorid neurokiniine, mis stimuleerivad köhareseptoreid. Köharefleksil tsentraalse närvitee täpsustavad uuringud jätkuvad (2).

Terve laps ei köhi. Täiskasvanuil peetakse lubatavaks köhimist 1-2 korda tunnis, sedagi tavaliselt hommikuti hingamisteede puhastamiseks<sup>(4)</sup>.

## Köha põhjused

Peamine köha põhjus on **infektsioon**. Äge nasofarüngiit, sinusiit ja bronhiit võivad kulgeda nii ärritusköha kui produktiivse köhaga. Kuigi viirusinfektsiooni äge periood kestab mõne päeva, võib köha püsida 1-3 nädalat hingamisteede limaskesta kahjustuse või bronhiaalpuu hüperreaktiivsuse tõttu<sup>(4)</sup>. Pikaajalise köha põhjuseks on infektsioonidest sagedasemad läkaköha, paroläkaköha, mükoplasma või *Chlamydia pneumoniae* poolt esilekutsutud haigestumine. Kuna neid infektsioone diagnoositakse sagedamini seroloogiliste testide abil, tuleb arvestada, et analüüsid muutuvad positiivseks alles 3.-4. haigusnädalal, mistõttu varasem analüüsi teostamine ei saagi diagnoosi kinnitada. Meie osakonna tähelepanekute järgi on see just ambulatoorses abis üheks diagnostilise ebaedu põhjuseks.

Täiskasvanuil on **suitsetamine** teiseks sagedasemaks köha põhjuseks. Suitsetamine on hingamisteede limaskesti ärritav tegur<sup>(4)</sup>.

Lastel ja mittesuitsetavatel täiskasvanutel on pikaajalise köha esinemissageduselt järgmisteks põhjusteks **allergiline riniit** ja **sinusiit** postnasaalse eritusega ning **astma**. Pikaajalist köha põhjustab ka **krooniline bronhiit** ja **gastroösofageaalne refluks**. Infektsiooni väljalülitamise järgselt tuleks diagnostiliselt mõelda eelkõige nendele haigustele.

Kuiva ärritusköha põhjused võivad olla ka psüühilised. **Psühhogeenne** köha ägeneb tavaliselt stressi korral, öösel haiged ei köhi. Seetõttu tuleks jälgida köhimise kohta ja aega, sest köha võib olla seotud töökohal, koolis või kodus esinevate mitmete ärritavate teguritega.

Harvem võivad köha põhjuseks olla mitmed muud haigused (kasvajad, südamehaigused jt), mistõttu pikaajalise köha põhjus tuleks alati püüda välja selgitada.

Kuiva ärritusköha võivad esile kutsuda ka mõned ravimid. AKE-inhibiitorid, nagu kaptopriil, enalapriil jt võivad 15% haigeist esile kutsuda kuiva täksivat köha, mida seostatakse C-kiudude stimuleerimisega hingamisteedes ja köha refleksikaare aktiveerimisega. Beetablokaatorid võivad esile kutsuda köha bronhospasmi indutseerimise tõttu<sup>(4)</sup>. Inhaleeritavad ravimid (sümpatomimeetikud, kromoglükaadid, kortikosteroidid jt) võivad mõnikord esile kutsuda kuiva köha lokaalse ärritava toime tõttu. Kõigil neil juhtudel tuleb ravis teha korrektuurid ja köha esile kutsuv ravim või selle manustamisviis muuta. Kui kuiva köha põhjust on hoolikalt uuritud ja põhjust ei ole leitud, võib tegemist olla idiopaatilise kuiva köhaga, mille puhul on tegemist köharetseptorite ülemäärase tundlikkusega<sup>(3)</sup>.

## Köha ravi

Kõige efektiivsem, on köha ravi siis, kui põhjus on leitud ja kõrvaldatud (näit mõned allergeenid) või ordineeritud vastav ravi: bakteriaalsed infektsioonid – antibiootikum, astma – bronhodilaatorid, inhaleeritavad kortikosteroidid, allergiline riniit – toopilised kortikosteroidid jne.

Kui köha põhjust ei õnnestunud leida või köha ise on nii tugev ja sage, et ta häirib haiget, on vaja lisada sümptomaatiline ravi. Selle eesmärgiks on:

- soodustada bronhiaalsekreedi veeldamist ning välja köhimist;
- tsentraalse köhatsentrumi või perifeerset köharetseptorite stimulatsiooni ja supressiooni köhaärrituse vaigistamiseks.

Sümptomaatilise köha raviks kasutatakse vastavalt köha iseloomule köhavaigisteid, niisutavaid lahuseid, mukolüütikuid, ekspektorante, sümpatomimeetilisi dekongestante<sup>(4,6)</sup>. Produktiivse köha korral tuleb soodustada röga välja köhimist ja köhavaigisteid mitte kasutada. Kuiva tugeva ärritusköha puhul tuleks valida, kas kasutada tsentraalse toimega köhavaigisteid või eelistada uuemaid ravimeid, mis pärsivad köha, toimides supressorina vaaguse sensorsetele retseptoritele, vältides sealjuures tsentraalset toimet<sup>(2,5)</sup>. Ravikuuri pikkus ei tohiks olla üle 5–10 päeva.

**MARJA PÄRLIST**, lastearst  
Nõmme lastehaigla

## Refereeritud kirjandus

1. Chang AB. Cough, cough receptors, and asthma in children. *Pediatric Pulmonology*. 28(1):59-70, 1999 Jul.
2. Widdicombe JG. Advances in understanding and treatment of cough. *Monaldi Archives for Chest Disease*. 54(3):275-9, 1999 Jun.
3. MacRedmond R. O'Connell F. Treatment of persistent dry cough. *Monaldi Archives for Chest Disease*. 54(3):269-74, 1999 Jun.
4. Nikitas J. Zervanos, Keith M. Shute Acute, disruptive cough. *VOL 95/NO March 1994/ Postgraduate Medicine*.
5. Donald C. Bolser Mechanisms of Action of Central and Peripheral Antitussive drugs. *Pulmonary Pharmacology*, 1996, 9, 357-364.
6. Mitchelson F. Which cough mixture? *Australian Family Physician*. 27(11):1041-6, 1998 Nov.

*Artikkel on valminud koostöös ravimitootjaga Heinrich Mack Nachf. GmbH & Co. KG.*