

Veel üks põhjus suitsetamisest loobumiseks



Iga kümnes inimene Euroopas põeb ohtlikku obstruktiivset kopsuhai- gust, mille nimetamiseks kasutatakse ka lühendit KOK. Surma põhjuste hulgas on see haigus koguni neljandal kohal.

Obstruktiivse kopsuhaiguse põhi- line riskigrupp on keskealised me- hed ja linnaelanikud ning haigu- se levimus suureneb koos eaga. Ka Eestis põevad haigust kümneid tu- handed inimesed, kuid arsti juurde haigust kontrollima jõuavad neist paraku vähesed.

Selle haiguse puhul on rasken- datud sisse- ja väljahingamine ning haige kopsumaht väheneb järk-jär- gult. Haiget vaevab pidev köha, hingeldus, rögaeritus, hommiku- sed peavalud ja päevane unisus. Tihti kaasneb haigusega ka keha- kaalu langus ning isutus, harvemi- ni valu rindkeres ja veriköha.

Kopsukoos kujuneb emfüseem – see on kopsusompude püsiv laie- nemine koos neid eraldavate vahe- seinte hävimisega. Põletike puhul suureneb kopsusompude vahe- seinu hävitavate ainete hulk kop- sus. Suitsetamine vähendab nende ühendite hulka.

Haiguse arenedes tekib hinga- misteede ahenemine, mis on pöör- dumatu.

Õhu liikumine hingamisteedes takistub, sest bronhide valendik on

topistunud sitke limaga. Hingamiste- dede ahenedes muutub ka välja- hingamine aina raskemaks ja kop- sud tühjenevad õhust järjest aegla- semalt.

Eri tüüpi põdejad

KOKi põdejad võib jagada kaheks tüübiks vastavalt sellele, kas domi- neerivad emfüseemist või krooni- lisest bronhiidist põhjustatud vaevused.

1. Emfüseemi tüüp ehk “roosa hingeldaja” – pikka aega kestnud hingeldus vähese köha ja limase röga eritusega. Diagnoositakse ta- valiselt 60.–65. eluaastal.

Lihased võivad olla kõhetu- nud ja sissehingamisel on raken- datud abilihastena kõiki lihaseid, mis kinnituvad õlavöötmele, kol- jule või selgroole ning on võimeli- sed roideid tõstma; väljahingami- se abilihasteks on peamiselt kõhu- lihased. Istudes on kergem hinga- ta ettepoole nõjatudes ning inime- se koormustaluvus järjest kahaneb.

2. Kroonilise bronhiidi tüüp ehk “sinine hingeldaja” on tavaliselt noorem kui nn roosa hingeldaja, diagnoositakse 50.–55. eluaastal. Põhilised on bronhiidile iseloomu- likud vaevused (köha, rögaeritus). Haiguse alguses toimuvad ägene- mised peamiselt talvel, haiguse hili- ses staadiumis esineb pidev mädase röga eritus. Nahk muutub sinakaks.

Spirograafia on uuring, mille käi- gus hinnatakse väljahingatava õhu

koguseid ja väljahingamise kiirust. Hingamispuudulikkuse raskus- astet võimaldavad selgitada hap- niku ja süsihappegaasi osarõhku- de määramine vereanalüüsist, kus võib esineda ka puna- ja valgevereliblede hulga suurenemine.

Röga uurimisel leitud bakterid aitavad kroonilise bronhiidi ägene- misel neile mõjuvat antibiootiku- mi leida.

Rindkere röntgenogrammiga saab selgusele, kui kaugele on are- nenud kopsuemfüseemile iseloo- mulikud muutused.

Kompuutertomograafilise uu- ringuga määratakse kindlaks bron- hide laienemise ulatus ja emfüse- mi tüüp.

Peapõhjuseks suitsetamine

80%-l haigetest on haiguse põhju- seks suitsetamine, kuid haigust või- vad põhjustada ka ebasoodsad töö- tingimused. Näiteks töötamine jää- hallis või kaevanduses, töötamine pidevas tuuletõmbes ning keevita- misel sisse hingatavad aaurud.

Kuigi KOK on suurel määral pöör- dumatu ja süvenev haigus, on selle kulgu võimalik aeglustada, kuid selle eelduseks on haiguse varajane avas- tamine. KOKi saab diagnoosida nii perearst kui kopsuarst inimese küsit- lemise, füüsilise läbivaatuse ja kop- sufunktsiooni testide põhjal.

ELGA MESIMAA

arstikeskuse *Qualitas pulmonoloogia*