

Kõhukinnisus – raskendatud, harv või näiliselt mittetäielik roojamine

Kõhukinnisuse esinemissagedus teatud populatsioonides on kuni 30% ja seda esineb sagedamini naistel, üle 65-aastastel ja kehvemas sotsiaalmajanduslikus seisus inimestel. Kroonilise kõhukinnisusega kaasneb tugev kõhuvalu, hemorroidid, mis võivad veritseda või olla valulikud, suurenenud ärrituvus ning isegi agressiivsus (eriti dementsusega inimestel).



**JEKATERINA
PAROVINČAKA**
proviisor

Ravimata kõhukinnisus mõjutab oluliselt füüsilist ja vaimset tervist, halvendab elukvaliteeti ja isikliku heaolu. Kõhukinnisuse etioloogia on mitmeteguriline, hõlmates nii sisemisi kui välised tegureid.

Kõhukinnisust põhjustavad sisemised tegurid

- **Soolesisu aeglane liikumine läbi jämesoole segmentide.** Kuna soolesisu püsib jämesooles kauem, suureneb seal vee ja elektrolüütide imendumine, mille järel väljaheite maht väheneb ja kõveneb. Seda võivad põhjustada ainevahetuse või hormonaalsed häired, süsteemsed haigused või teatud ravimid. Kõige sagedamini on see seotud jämesoole seina neuropaatiliste või müopaatiliste patoloogiatega.
- **Funktsionaalne kõhukinnisus.** See võib olla seotud neuroloogiliste häirete, seljaaju vigastuse või anatoomiliste muutustega. Funktsionaalset kõhukinnisust saab liigitada järgmiselt.
- **Pärasoole tundlikkuse vähenemine.** Soolesisu jõudmine pärasoolde stimuleerib soolestiku sensoorseid ret-

septoreid, mis saadavad impulsse mööda närviteid ajukoorde, tekitades roojamise soovi. Pärasoole tundlikkuse muutused, eriti pärasoole toonuse vähenemine, võivad põhjustada kõhukinnisust.

- **Düsunergiline defekatsioon.** Roojamise ajal toimub rõhu koordineeritud tõus kõhus, mis saavutatakse kõhuseina ja diafragma lihaste kokkutõmbumisel ning päraku sulgurlihaste lõdvestumisel. Nõrk või ebapiisav pärasoolerõhk või sulgurlihaste mittelõdvestumine võib põhjustada kõhukinnisust.

Mõnel inimesel võivad olla kaasatud mõlemad mehhanismid, teistel mitte kumbki.

Kõhukinnisuse välised tegurid

Kõhukinnisust võivad soodustada ka välistegurid, nagu toitumine, ravimid ja psühhosotsiaalsed mõjud.

- **Kiudainetevaene dieet.** Tänapäeval tarbime sageli töödeldud toiduaineid, mis imenduvad soolestikus täielikult ega moodusta vajalikku mahus väljaheidet, mistõttu stimuleeritakse soole tühjendamise refleksi ebapiisavalt. See soodustab ebanormaalset kõhu läbikäimist, kõhukinnisust, kõhu-

puhitust ja isegi vähki. Seetõttu on oluline tarbida kiudainerikast toitu, mis suurendab oluliselt väljaheite mahtu.

- Dehüdratsioon.
- Istuv eluviis.
- Lahtistite liigne kasutamine.
- Teatud ravimite kasutamine.
- Rasedus.
- Haigused, sealhulgas soole ärritus-sündroom, divertikuloos, hüpotüreos, hulgiskleroos, Parkinsoni tõbi, seljaaju kahjustused, kolorektaalne vähk, suur kaltsiumi sisaldus veres.
- Roojamistungi ignoreerimine või edasilükkamine.
- Valu või ebamugavustunne päraku ümber.
- Reisimine, muutused igapäevarutiinis.
- Psühholoogilised ja neurootilised seisundid, depressioon. Stress soodustab kõhukinnisust mitmel viisil. Stressihormoonid, nagu kortisool ja adrenaliin (epinefriin), mõjutavad otseselt soole talitlust, aeglustades peristaltikat. Kortikotropiini vabastava faktori eritumine võib põhjustada soolestiku talitlushäireid, tekitades muutusi soolestiku mikrobioota koostises – see mõjutab soolestiku motoorikat,

lääbilaskvust ja võib soodustada põletikku. Lisaks söövad stressis inimesed suurema tõenäosusega ebatervislikku toitu, joovad liiga vähe vett ja liiguvad vähem, mis kõik soodustab kõhukinnisuse tekkimist.

Kui kõhukinnisusel ei ole füüsilist (anatoomilist) või füsioloogilist (hormonaalset või muud biokeemilist) põhjust, võib sellel olla neuroloogiline, psühholoogiline või psühhosomaatiline põhjus (krooniline stress, trauma, kultuurilised aspektid jms).

Kuidas ravida?

Kõhukinnisuse sümptomite muutuv iseloom ja raskusaste nõuavad nende hindamiseks ja ravimiseks individuaalset lähenemist. Kroonilise kõhukinnisuse ravi sisaldab patsientide harimist, harjumuste ja toitumise muutmist ning kõhu läbikäimist soodustavat ravi.

Kõhukinnisuse ravi nurgakivi on **puu- ja köögivilju sisaldav kiudaineterikas dieet**. Menüü peaks sisaldama näiteks ube, lehtsalatit, seemneid, täisteratooted (nagu tangud), lisaks võib tarvitada ka kiudainetega toidulisandeid. Kõhu läbikäimist soodustavad näiteks ploom, papaia, õun, aprikoos, virsik, hurmaa ja mango. Köögiviljadest sobivad näiteks kapsas, spargelkapsas, lillkapsas, porgand ja kaalikas.

“Kõhukinnisuse sümptomite muutuv iseloom ja raskusaste nõuavad nende hindamiseks ja ravimiseks individuaalset lähenemist. Kroonilise kõhukinnisuse ravi sisaldab patsientide harimist, harjumuste ja toitumise muutmist ning kõhu läbikäimist soodustavat ravi.

Teine, mitte vähem oluline soovitus on **juua piisavalt vedelikku**. Kui juua vett, siis väljaheide paisub ja roojamine muutub lihtsamaks.

Kõhukinnisuse ennetamiseks on soovitatav **regulaarne füüsiline aktiivsus**, abiks on ka **spetsiaalsed kõhu- ja vaagnapõhjelihaste harjutused**.

OSMOOTSE TOIMEGA VAHENDID

Osmootse toimega vahendid on näiteks magneesiumiühendid (hüdroksiid, sul-

Kõige sagedamini kõhukinnisust põhjustavad ravimid

- Valuvaigistid, näiteks opioidid (kodeiin, fentanüül, tramadool).
- Mittesteroidsed põletikuvastased ravimid suurtes annustes.
- Antipsühhootikumid, näiteks klosapiin.
- Antidepressandid – selektiivsed serotoniini tagasihaarde inhibiitorid, näiteks fluoksetiin ja tsitalopraam; tritsüklilised antidepressandid, näiteks amitriptüliin (pikaajalisel kasutamisel).
- Antikolinergilised ravimid, näiteks atropiin.
- Diureetikumid, näiteks furosemiid (kui puudub piisav rehüdratsioon).
- Kaltsiumikanali blokaatorid, näiteks diltiaseem ja verapamiil.
- Beetablokaatorid, näiteks propranolool (harvem).
- Uriinipidamatuse ravimid, näiteks oksübutüniin.
- Mõned antihistamiinid, näiteks tsetirisiin, loratadiin.
- Antatsiidid, näiteks need, mis sisaldavad kaltsiumi ja alumiiniumi.
- Prootonpumba inhibiitorid, näiteks omeprasool.
- Raua või kaltsiumi toidulisandid.
- Iiveldust ja oksendamist pärssivad ravimid, näiteks ondansetron.
- Suukaudsed rasestumisvastased vahendid.
- Kodeiini tarvitamine on sageli seotud kõhukinnisusega, 40–95%-l patsientidest esineb see kõrvaltoime. Kodeiin mõjutab opioidireseptoreid sooleseinal, aeglustades mao tühenemist ja soole peristaltikat. Opioidid stimuleerivad ka sümpaatilist närvisüsteemi, vähendades vee sekretsiooni. Pikaajaliseks kasutamiseks kirjutatakse kodeiini sisaldavaid ravimeid sageli välja onkoloogilistele patsientidele ja kroonilise valuga inimestele, kuid seda sisaldavad ka näiteks kõhuvastased ravimid.

faat), sahhariidid (laktuloos, sorbitool) ja polüetüleenglükool. Need hoiavad vett soolestikus, pehmenavad väljaheidet, suurendavad selle mahtu ja parandavad soolestiku peristaltikat. Osmootseid lahtisteid tuleb tarvitada 2–3 päeva, enne kui avaldub nende toime. Osmootsete vahendite kasutamine ei põhjusta

seega võivad seda tarvitada ka diabeetikud ja inimesed, kes ei tarbi galaktoosi sisaldavaid tooteid. Teiste ravimite imendumine võib olla ajutiselt häiritud, kui neid võetakse koos makrogooliga.

Laktuloos on disahhariid, mis koosneb galaktoosist ja fruktoosist. Selle efektiivsus põhineb kahel mehhanismil – osmootne vee akumuleerimine ja soolestiku peristaltika stimuleerimine, mida soodustavad laktuloosi lõhustamise jääkproduktidena tekkivad väikemolekulaarsed happed.

Uuringud näitavad, et makrogool on laktuloosist efektiivsem, selle kasutamine on seotud retsidiivide ja kõrvaltoimete väiksema sagedusega.

Magneesiumit soovitatakse kasutada ainult ägeda kõhukinnisuse korral. See ei ole parim valik kroonilise kõhukinnisuse korral, kuna võib põhjustada liigset dehüdratsiooni ja elektrolüütide tasakaalu häireid. Magneesiumi kasutamisega peavad olema ettevaatlikud vanemaealised inimesed, kuna risk seedetrakti kõrvaltoimete tekkeks on suurem. Magneesiumi sisaldavaid lahtisteid ei ole soovitatav kasutada rasedatel ning neerupuudulikkuse või südamehaigustega patsientidel. Magneesium hakkab tavaliselt toimima 0,5–6 tunni jooksul pärast suukaudset manustamist. Eestis ei ole magneesiumi sisaldavaid tooteid kõhukinnisuse leevendamiseks registreeritud.

MUUD KÕHUKINNISUSE RAVIMID

Soolesisu mahtu suurendavad lahtistid (metüülselluloos). Nendega suurendatakse väljaheite mahtu, mis omakorda stimuleerib soolestiku tegevust. Toime hakkab avalduma 2–3 päeva jooksul.

Stimuleerivad lahtistid (bisakodüül, senna, naatriumpikosulfaat). Need mõjutavad närve, mis stimuleerivad soolelihaseid, aitades kaasa väljaheite liikumisele ja väljutamisele. Toime hakkab avalduma 6–12 tunni jooksul. Stimuleerivad lahtistid võivad põhjustada kõhukrampe (sagedane kõrvaltoime). Sennalehe tabletid võivad värvida uriini pruunikaspunaseks.

Mõnikord kasutavad patsiendid lahtisteid liiga sageli. See soodustab kahepäevase harjumuse kujunemist. Kõige sagedamini kuritarvitatakse otseselt stimuleerivaid lahtisteid – sooled lakkavad aja jooksul normaalselt funktsioneerimast ja need patsiendid peavad kõhu läbikäimise tagamiseks pidevalt kasutama lahtisteid. Lahtistavate vahendite liigse tarvitamise korral sarnaneb ravi söömis- häirete raviga, kus määratakse inimesest sõltuv individuaalne raviplaan.

LOKAALSELT KASUTATAVAD VAHENDID

Suposiitide või klistiiri kasutamist tuleks kaaluda ainult ravimiresistentsuse või vaagnalihaste düsfunktsiooniga patsientidel. Need ei ole paremad lahendused kui suukaudsed lahtistid.

Kuigi klistiir võib olla kasulik ravi raske kõhukinnisuse korral, kaasnevad sellega siiski teatud riskid, seega pole see ette nähtud sagedaseks kasutamiseks. Valesti tehtud klistiir võib kahjustada pärasoole/jämesoole kude, põhjustada soolemulgustust ning kui seade ei ole steriilne, soodustada põletiku teket.

Glütseriini rektaalsuposiit on stimuleeriv lahtisti, mida saab kasutada ajutise kõhukinnisuse kiireks leevendamiseks ja

Mida soovitada patsiendile?

- Vaadake üle oma toidulaud. Menüüs peab olema palju köögivilju ja rohelist (näiteks kapsas, kaunviljad), toidule tuleb iga päev lisada kiudaineid (1–3 spl kliisid, linaseemneid). Eelistada tuleb täisteratooteid. Tuleb vähendada valgest jahust toodete ja töödeldud toidu tarvitamist.
- Tuleb juua vett. Päeva on soovitatav alustada klaasi sooja veega ja juua 1,5–2 liitrit vedelikku päevas (kohvi kaasa arvamata).
- Osmootsete lahtistite kasutamise korral tuleb alati juua lisaks vett. Kui sümptomid korduvad, tuleb pöörduda gastroenteroloogi poole uuringute tegemiseks. Kui kasutatakse muid ravimeid, tuleb nende ja lahtisti kasutamise vahele jätta kahe tunni intervall.
- Päeva jooksul peab olema aktiivne. Istuva töö korral tuleb võtta kõndimispause. Võib teha kõhumassaaži päripäeva suunas, et soodustada soolesisu liikumist.
- Soovitage patsiendil pidada toitumis- ja kõhu läbikäimise päevikut seisundi objektiivseks hindamiseks ja edasise tegevuse soovitamiseks.

mida ei tohi kasutada kroonilise kõhukinnisuse raviks. Võimalikud on allergilised reaktsioonid.

Sorbitooli sisaldav rektaalne lahus on osmootse toimega vahend, mis suurendab soolesisu mahtu, soodustades roojamisrefleksi. Lahus sisaldab peptiseerivat ainet naatriumsitraati, mis vabastab kõvastunud väljaheitega seotud vee; sorbitooli, mis suurendab lahtistavat toimet, stimuleerides vee sissevoolu soole luumenisse; ning laurüülsulfoasetaat, mis toimib vett siduva ainena. Toime hakkab avalduma 5–15 minuti jooksul.

Farmatseutiline hool

Lahtistite peamine soovimatu kõrvalmõju on kõhulahtisus. Vee ja elektrolüütide tasakaaluhäirete tekke ohuga patsiendid (nt eakad, maksa- või neerufunktsiooni kahjustusega inimesed või diureetikume kasutavad patsiendid) peavad olema eriti ettevaatlikud ja kontrollima oma elektrolüütide taset.

Lahtistavaid vahendeid ei tohi kasutada, kui on esinenud allergiline reaktsioon, soolesulgus või veritsus pärasoolest.

Kui haigusnähud ei ole esmakordsed või on kroonilised, tuleks pöörduda

gastroenteroloogi poole ja teha põhjalikud uuringud – jämesoole transiitaja määramine, defekograafia, kolonoskoopia. Hoolikas anamnees ja uurimine võivad aidata välistada raskeid soolehaigusi, nagu jämesoolevähk, haavandiline koliit, Crohni tõbi jms.

Ägedate südamehaigustega patsientidel on eriti oluline jälgida, et kõht käiks läbi kergesti ja korrapäraselt. Nendel patsientidel võib kõrge rõhk kõhuõõnes põhjustada südameinfarkti. Kõhu hea läbikäimine tuleb tagada patsientidele pärast mistahes operatsiooni, samuti asja sünnitanud naistele.

Mõnel patsiendil on raske kõhukinnisuse teemal vestlust alustada. Patsient võib tunda end ebamugavalt, et sellel teemal nõu küsida. Kui on kahtlus, et patsiendil võib olla kõhukinnisus (näiteks patsient kasutab krooniliselt opioide, kaebab kõhuvalu või on passiivne/unine), tuleb esitada küsimusi „Kas teil on tualetti minnes ebamugavustunne? Kas teil esineb kõhupuhitust või käib kõht läbi ebaregulaarselt? Kui sageli teil kõht läbi käib? Kas olete pidanud kasutama lahtisteid?“.

Artikli ilmutmist toetas Ipsen Pharma.
FLX-EE-000064

Kasutatud kirjandus

1. Bakkali NL, Hoekman DR, Liem O, et al. Polyethylene glycol 3350 with electrolytes versus polyethylene glycol 4000 for constipation: a randomized, controlled trial. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2018; 66 (1): 10.
2. Bharucha AE, Dont SD, Lembo A, Pressman A. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. *Gastroenterology* 2013; 144 (1): 211–217.
3. Chang YM, El-Zaatar AL, Kao JY. Does stress induce bowel dysfunction? Expert review of *Gastroenterology & Hepatology* 2014; 8 (6): 583–585.
4. Hosseinzadeh ST, Poorsaadati S, Radkani B, Forootan M. Psychological disorders in patients with chronic constipation. *Gastroenterology and Hepatology from Bed to Bench* 2011; 4 (3): 159.
5. Mansour HA, Ibrahim A, Mohamed A. Effectiveness of Polyethylene Glycol 3350 versus Lactulose in Management of Functional Constipation in Children. *Int J Pediatr Res* 2022; 8: 089.
6. Murray K. Laxative abuse. *Addiction Center*. 2021. <https://www.addictioncenter.com/drugs/laxative-abuse/>.
7. Paquette JM, Varma M, Ternent C, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons' clinical practice guideline for the evaluation and management of constipation. *Diseases of the Colon & Rectum* 2016; 59 (6): 479–492.
8. Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, et al. Clinical practice guidelines for the management of constipation in adults. Part 1: Definition, aetiology and clinical manifestations. *Gastroenterología y Hepatología (English Edition)* 2017; 40 (3): 132–141.
9. Thomas K, Morgan J, Nelson RL. Lactulose versus polyethylene glycol for chronic constipation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (7): CD007570.
10. Włodarczyk J, Waśniewska A, Fichna J, Dziki Ł, Włodarczyk M. Current overview on clinical management of chronic constipation. *Journal of Clinical Medicine* 2021; 10 (8): 1738.
11. Yamada M, Sekine M, Tatsuse T, Fujimura Y. Lifestyle, psychological stress, and incidence of adolescent constipation: results from the Toyama birth cohort study. *BMC Public Health* 2021; 21: 1–9.
12. ZVA. Ravimi omaduste kokkuvõte. Microlax rektaallahus (vaadatud 16.05.2023).
13. ZVA. Ravimi omaduste kokkuvõte. Duphalac 667 mg/ml suukaudne lahus (vaadatud 16.05.2023).
14. ZVA. Ravimi omaduste kokkuvõte. Forlax 10 g suukaudse lahuse pulber (vaadatud 16.05.2023).
15. Portiatin M, Winstead N. Medical management of constipation. *Clinics in Colon and Rectal Surgery* 2012; 25 (01): 012–019.
16. Epsom Salt. Drugs. Medically reviewed Mar 17, 2023. <https://www.drugs.com/mtm/epsom-salt.html>.