

Mittenakkuslik kõhulahtisus täiskasvanutel

Kõhulahtisuseks loetakse sümptomit, mille korral on roojamissagedus ja/või rooja maht suurenenud. Kõhulahtisust saab kestuse järgi jagada ägedaks ja krooniliseks ning põhjuse järgi nakkuslikuks ja mittenakkuslikuks. Artikkel keskendub peamiselt täiskasvanute kroonilise mittenakkusliku kõhulahtisuse sagedamini esinevatele põhjustele ja ravivõimalustele.



**MARTA
VELGAN**
perearst

Ageda kõhulahtisusega on tegemist, kui kõhulahtisus kestab kuni 14 päeva, ning selle peamiseks põhjuseks on enamasti viiruslik või bakteriaalne infektsioon, harvem on tekitajaks parasiidid. Kuigi puudub konsensus, millisest hetkest lugeda kõhulahtisust krooniliseks, räägitakse kroonilisest kõhulahtisusest üldjuhul siis, kui kaebused kestavad kauem kui neli nädalat. Kroonilise kõhulahtisuse põhjuseks võib olla samuti bakteriaalne, viiruslik või parasiitide nakkus, kuigi enamasti on sellel mittenakkuslik põhjus.

Kroonilise mittenakkusliku kõhulahtisuse põhjused

Krooniline kõhulahtisus on seisund, mille korral on roojamise sagedus ja rooja maht suurenenud kauem kui nelja nädala jooksul. Tegemist on sageli esineva probleemiga – 4–5%–l lääneriikide populatsioonist –, mille põhjuse väljaselgitamine ja ravi võib olla keeruline. Kroonilise kõhulahtisuse põhjuseks võib olla üle 100 erineva diagnoosi (1, 2).

Kroonilist kõhulahtisust võib jagada vesiseks, rasvaseks (imendumishäire) ja põletikuliseks. Krooniline kõhulahtisus ei pruugi aga olla rangelt vesine, imendumishäire või põletikuline, võib esineda ka kattumist. Vesist kroonilist kõhulahtisust saab omakorda jagada osmootseks (suure osmootse rõhuga soolesisaldis), sekretoorseks (vee imendumine on takistatud) ja funktsionaalseks (soolestiku motiilsushäire). Sekretoorset kõhulahtisust eristab osmootsest ja funktsionaalsest oluliselt suurem väljaheite maht (> 1 liitrit päevas), väljaheite maht

on suur ka pärast paastumist ja öösel. Funktsionaalse kõhulahtisuse korral on rooja maht väiksem (< 350 ml päevas) ning ei esine öist kõhulahtisust. Tabelis 1 on toodud üks võimalikest kõhulahtisuse jaotustest ja selle võimalikud põhjused (1).

Kroonilise kõhulahtisuse sagedasemad põhjused

Põhjuse väljaselgitamine

Kroonilise mittenakkusliku kõhulahtisuse põhjuse väljaselgitamisel on esmalt oluline mõista, mida inimene kõhulahtisuse all mõistab – milline on väljaheite hulk ja konsistents ning roojamise sagedus. Rooja konsistentsi täpsustamiseks soovitatakse kasutada Bristol'i roojaskaalat. Selle abil on võimalik eristada erinevaid kõhulahtisuse tüüpe ja seeläbi jõuda tekkepõhjuseni. Samuti on oluline teada, kas lisaks kõhulahtisusele esineb teisi kaebusi. Ohusümptomid, nagu näiteks veri ja/või mäda väljaheites, öine kõhulahtisus, palavik ja kaalulangus, järsku tekkinud muutused roojamises ja süvenev kõhuvalu võivad viidata tõsisematele põhjustele. Kroonilise kõhulahtisuse

“ Ohusümptomeid, nagu öine kõhulahtisus, progresseeruv valu, kaalulangus ja veri väljaheites, soole ärritus-sündroomiga ei esine.

“Soole ärritussündroomi ravis lähtutakse patsiendi peamisest sümptomist.

tisuse põhjuse väljaselgitamisel on oluline roll anamneesi kogumisel ja läbivaatusel. Sõltuvalt püstitatud diagnoosi hüpoteesist kasutatakse diagnoosi täpsustamiseks vere- ja roojaanalüüse, piltagnostikat ja endoskoopiat (1, 2). (Tabel 2)

Ravi

Kuna kroonilise mittenakkusliku kõhulahtisuse põhjuseid on väga palju, siis sõltub ravi peamiselt põhjusest. Teatud juhtudel on peamine ravi kõhulahtisuse põhjuse likvideerimine, näiteks kõhulahtisust põhjustavate ravimite tarvitamise lõpetamine, lehmapiimatoode- te asendamine laktoosivabade toodetega, gluteeni sisaldavate toiduainete vältimine või kõhulahtisust põhjustava kroonilise haiguse (näiteks kilpnäärme üle- ja alatalitluse) ravi (1). Teistel juhtudel kasutatakse erinevaid sümptomeid modifitseerivaid ravimeid.

Soole ärritussündroom

Soole ärritussündroom on kõige sagedasem kroonilise mittenakkusliku kõhulahtisuse põhjus arenenud riikides, mis esineb ligikaudu 10%-1 inimestest. Vaevused tekivad eelkõige nooremas täiskasvanueas ning esinevad naistel kaks korda sagedamini kui meestel (1, 3).

Tegemist on vesist tüüpi funktsionaalse kõhulahtisusega, millega kaasneb valu alakõhus ja sooletalitluse muutus kas kõhulahtisuse või kõhukinnisuse kujul. Üldiselt esineb kõhulahtisus ärkveloleku ajal ning tihti järgneb söömisele. Iseloomulik on see, et valu leeveneb roojamisega, ning pooled patsiendid kirjeldavad limast rooja. Enamikul püsivad sümptomid ajas muutumatuna ehk probleem on tihti esinenud aastaid. Ohusümptomeid, nagu öine kõhulahtisus, progresseeruv valu, kaalulangus ja veri väljaheites, soole ärritussündroomiga ei esine (1-3).

Tabel 1. Kroonilise mittenakkusliku kõhulahtisuse tüübid (1)

Vesine	Osmootne	- Süsivesikute imendumishäire (laktoos, fruktoos) - Tsöliaakia - Osmootsed lahtistid - Suhkuralkoholid (sorbitool, mannitool, ksülitool)
	Sekretoorne	- Alkoholi kuritarvitamine - Mikroskoopiline koliit - Endokriinhaigused (kilpnäärme ületalitus) - Vaskuliit - Mitteosmootsed lahtistid - Teatud ravimid - Anamneesis maost möödajuhtiv operatsioon
	Funktsionaalne	Soole ärritussündroom
Rasvane	Malabsorptsiooni sündroom	- Ravimid - Süsivesikute malabsorptsioon (laktoos, fruktoos) - Mesenteriaalisheemia - Amüloidoos - Tsöliaakia - Lühikese soole sündroom
	Soolefunktsiooni häire	- Hepatobiliaarsed häired - Pankrease haigused - Soole tühjendamise häired
Põletikuline	Crohni tõbi	
	Haavandiline koliit	
	Divertikuliit	
	Kasvajad	

Tabel 2. Põhjuse väljaselgitamisel olulised aspektid (2)

Vanus
Perekonnaanamnees (kasvajad, põletikulised soolehaigused)
Kõhu- ja vaagnapiirkonna operatsioonid
Varasem kõhunäärmehaigus
Kroonilised haigused (kilpnäärme ala- või ületalitus, diabeet, autoimmuunsed haigused)
Alkoholi kuritarvitamine
Toitumine (kofeiin, suhkruasendajad, laktoos, fruktoos)
Kasutatavad ravimid (Mg-preparaadid, AKE inhibiitorid, mittesteroidsed põletikuvastased ained, antibiootikumid)
Hiljutine reisimine
Hiljutine antibiootikumravi

Tabel 3. Rooma IV kriteeriumid (2, 4)

Korduv kõhuvalu , mis on esinenud vähemalt ühel korral nädalas viimase kolme kuu jooksul ning mis algas vähemalt kuus kuud tagasi. Sellega kaasneb vähemalt kaks järgnevast: - on seotud roojamisega (nt roojamisega valu väheneb) - on seotud roojamise sageduse muutusega - on seotud rooja konsistentsi muutusega
Diagnoosi toetavad sümptomid: - roojamise iseloomu muutus (nt pakitsustunne roojamisel, mittetäieliku roojamise tunne) - lima roojas - kõhupuhitus nähtava kõhuvenitusega või ilma

Soole ärritussündroom on sümptomitel põhinev diagnoos, mille diagnoosimiseks kasutatakse alates 2016. aastast Rooma IV kriteeriume (3, 4). Noorele tervele isikule, kelle kaebused leevenevad toitumise muutmisega, füüsilise aktiivsuse suurendamisega ja näiteks psühhoteraapiaga, ei ole vaja korraldada põhjalikke uuringuid. Täiendavate uuringute tegemine on põhjendatud ohusümptomite esinemisel (1–3). Soole ärritussündroomi diagnoosimine ja ravi on peamiselt perearsti pädevuses. Ravimite osas saavad nõustada ka apteekrid. (Tabel 3)

Soole ärritussündroomi ravi keskendub sümptomite leevendamisele ja nendega toime tulemisele. Peamine rõhk on toitumisel. Üks levinumaid soovitusi on rakendada FODMAP-dieeti, see tähendab välistada või vähendada toiduainete hulka, mis sisaldavad lühikese ahelaga süsivesikuid ja suhkrualkohole (õun ja pirn, kapsad, luuviljalised, suures koguses nisu ja rukis, kaunviljad, seened jne). Samuti soovitatakse vältida võimalusel laktoosi ja kofeiini. Siiski tuleb jälgida, et teatud toiduainete välistamisel saaks keha piisavalt vajalikke mikro- ja makrotoitaineid ning piisavalt kiudaineid. Alustada võiks pigem välistusmeetodist ja välja jätta toiduaineid, mis tekitavad olulisi sümptomeid. Soodne toime on leitud olevat ka psühhoteraapial (1, 3, 4).

Soole ärritussündroomi ravis lähtutakse patsiendi peamisest sümptomist. Kõhuvalu domineerimisel soovitatakse alustada ravi mebeveriiniga, mõnele võib sobida ka käsimüügis olev drotaveriin. Sümptomite leevendamiseks võib proovida ka piparmündiõlikapsleid. Samuti võib kasutada erinevaid käsimüügis olevaid sümptomeid leevendavaid ravimeid. Kui need ei toimi, võib sümptomite leevendamiseks proovida kroonilise valu ravis kasutatavaid tritsüklilisi antidepressante (amitriptüliin ja nortriptüliin) ning gabapentiini (3, 4).

Põletikulised soolehaigused

Põletikuliste soolehaiguste hulka kuuluvad haavandiline koliit ja Crohni tõbi. Haavandiline koliit on ägenemistega kulgev põletikuline soolehaigus jämesooles. Crohni tõbi on ägenemistega kulgev krooniline põletikuline soolehaigus, mille puhul haiguslikud muutused võivad esineda segmentaarselt seedetrakti kõikides osades alates suust kuni pärakuni (4).

Tabel 4. Kõhulahtisust põhjustavad ravimid kõhulahtisuse tüübi järgi

Vesine	Osmootne	- Ravimite ja toidulisandites sisalduvad abiained (laktoos, fruktoos, sorbitool jne) - Magneesiumi sisaldavad ravimid ja toidulisandid - Osmootsed lahtistid (laktuloos, makrogool) - AKE inhibiitorid - Propranolool
	Sekretoorne	- Mitteosmootsed lahtistid (bisakodüül) - Mittesteroidsed põletikuvastased ravimid (ibuprofeen, deksketoprofeen, naprokseen, diklofenak) - Kolhitsiin - Antiarütmilised ravimid (digoksiin) - Kasvajavastased ravimid - Karbamasepiin - Simvastatiin
Rasvane	Malabsorptsiooni-sündroom	- Ravimite ja toidulisandites sisalduvad abiained (laktoos, fruktoos, sorbitool jne) - Metformiin - Metüüldopa - Orlistat
	Soolefunktsiooni häire	L-türoksiin
Põletikuline	Mittesteroidsed põletikuvastased ravimid (ibuprofeen, deksketoprofeen, naprokseen, diklofenak)	
	Prootonpumba inhibiitorid (omeprasool, pantoprasool, esomeprasool)	
	Olemsartaan	
	Oraalsed rasestumisvastased vahendid	

Põletikulisele soolehaigusele tuleks mõelda, kui 15–40-aastaselt patsiendil esineb verist ja mädast rooja, millega võib kaasneda krampidena esinev kõhuvalu, kaalulangus, palavik ja rauavaegusaneemia. Põletikulise soolehaiguse kahtlusele tuleks teha vereanalüüsid (hemogramm, ESR) ja roojaanalüüs (peitveri ja kalprotektiin). Diagnoos kinnitatakse koloskoopial võetud biopsia abil, Crohni tõve korral võib olla vajalik ka kapselendoskoopia teostamine (1, 2). Põletikuliste soolehaiguste lõplik diagnoosimine, ravi ja jälgimine on gastroenteroloogi pädevuses.

Põletikuliste soolehaiguste ravi on peamiselt medikamentoosne, tüsistuste või medikamentoossele ravile mitteallumise korral kasutatakse ka kirurgilist ravi. Ravi valimisel võetakse arvesse erinevaid aspekte, sealhulgas haiguse aktiivsuse taset. Põletikuliste soolehaiguste raviks ka-

sutatakse mitmeid ravimeid: mesalasiin, immuunsüsteemi mõjutavad ravimid (metotreksaat, asatiopriin), raskematel juhtudel bioloogilist ravi. Ägenemiste allasurumiseks kasutatakse glükokortikosteroide (prednisoloon, metüülprednisoloon) ja infektsioonide raviks antibiootikume. Ravi eesmärk on saavutada haiguse remissioon ja vältida uusi ägenemisi (4).

Mikroskoopiline koliit

Mikroskoopiline koliit on peamiselt vanemaealistel inimestel esinev haigus, mida iseloomustab perioodiline vesine sekretoorne kõhulahtisus. Mikroskoopilisele koliidile on iseloomulik peamiselt öösel esinev kõhulahtisus, mis tekib ka paastumise järel. Tekkepõhjus ei ole teada, kuid on leitud, et haiguse tekke riski suurendab kauem kui kuus kuud kestnud ravi MSPVA-dega (ibuprofeen, naprokseen, diklofenak jne). Kuigi haiguse korral esineb mikroskoopiline põletik, siis puuduvad süsteemsed sümptomid ja roojas ei esine põletikurakke ega verd. Mikroskoopilist koliiti on võimalik diagnoosida vaid koloskoopial võetud biopsia abil (1, 2). Mikroskoopilise koliidi diagnoosimiseks

“Mikroskoopilise koliidi korral on kõige olulisem lõpetada ravi MSPVA-dega.

ja raviks võiks patsiendi suunata gastroenteroloogi konsultatsioonile.

Mikroskoopilise koliidi korral on kõige olulisem lõpetada ravi MSPVA-dega. Sümptomeid on võimalik leevendada toitumise muutmisega: vähendada rasva- ja kiudainerohket toitu; vältida laktoosi sisaldavaid toite, kofeiini ja suhkrut. Lisaks võib olla abi kõhulahtisust vähendavatest sümptomaatilistest ravimitest (loperamiid), kuid kasutatakse ka glükokortikosteroide ja immunosupresseeriva toimega ravimeid (6).

Kõhulahtisust põhjustavad ravimid

Mitmed ravimid, toidulisandid ja ravimtaimed võivad kõrvaltoimena põhjustada kõhulahtisust. Rohkem kui 700 ravimit on seostatud kõhulahtisuse tekkega. Kõhulahtisuse põhjuseks võivad olla ka ravimite ja toidulisandites sisalduvad abiained, nagu näiteks laktoos ja sorbitool. Sõltuvalt toimemehhanismist ja abiainetest võivad ravimid põhjustada nii vesist, rasvast kui ka põletikulist kõhulahtisust.

“Põletikulisele soolehaigusele tuleks mõelda, kui 15–40-aastaselt patsiendil esineb verist ja mädast rooja, millega võib kaasneda krampidena esinev kõhuvalu, kaalulangus, palavik ja rauavaegusaneemia.

Kõhulahtisus on kõige sagedasemaks kõrvaltoimeks antibakteriaalsete ravimite kasutamisel, olles enamasti lühiajaline ja taandudes ravi lõppemisel. Kroonilist kõhulahtisust võivad põhjustada paljud pikaajaliselt kasutatavad ravimid, mis on toodud tabelis 4.

Krooniline kõhulahtisus on sümptom, mille puhul on roojamise sagedus ja rooja maht suurenenud rohkem kui nelja nädala jooksul. Krooniline kõhulahtisus on sageli esinev sümptom, mille taga võib olla enam kui 100 erinevat haigust. Kõhulahtisust võivad kõrvaltoimena põhjustada ka üle 700 ravimi, lisaks ka toidulisandid ja ravimtaimed. Kuigi mitmed käsimüügis olevad preparaadid võivad aidata leevendada krooni-

lise kõhulahtisuse sümptomeid, vajab see seisund lähemat uurimist ja põhjuse väljaselgitamist.

Kasutatud kirjandus

1. Juckett G, Trivedi R. Evaluation of Chronic Diarrhea. *American Family Physician*. 2011; 84 (10).
2. Ramesh AP *et al*. Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults: British Society of Gastroenterology, 3rd edition. *Gut* 2018; 67: 1380–1399.
3. Salupere R. Soole ärritussündroom. *Eesti Arst* 2008; 87 (6): 465–469.
4. Lehrer JK, Lichtenstein GR. Irritable Bowel Syndrome. *Medscape*. [https://emedicine.medscape.com/article/180389-overview#a1\[login required\]](https://emedicine.medscape.com/article/180389-overview#a1[login required]). Accessed 11.10.2020.
5. Ida-Tallinna Keskhaigla. Põletikuline soolehaigus. <https://www.itk.ee/patsiendile/patsiendi-infomaterjalid/haigused/poletikuline-soolehaigus>. Accessed 06.03.2021.
6. Mayo Clinic. Microscopic colitis: diagnosis and treatment. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/microscopic-colitis/diagnosis-treatment/drc-20351483>. Accessed 12.10.2020.
7. Philip NA, Ahmed N, Pitchumoni CS. Spectrum of Drug-induced Chronic Diarrhea. *J Clin Gastroenterol*. 2017 Feb;51(2):111–117.