

Krooniline kõhulahtisus

Perearst

02.september.2008

Doktor Benno Marguse loengu põhjal, ITK gastroenteroloog

Kroonilist kõhulahtisust võib defineerida defekatsiooni sageduse (üle 3 korra ööpäevas), väljaheite konsistentsi muutuse (ei vormu) või väljaheite ööpäevase koguse suurenemise (üle 250 g) kaudu. Arvestada tuleb ka olukorra muutusi võrreldes sellega, kuidas defekatsioonid ning väljaheite konsistents varem on olnud. Kroonilise kõhulahtisuse ajaliseks kriteeriumiks peetakse kestust üle nelja nädala.

Tegemist on väga sagedase probleemiga, mis halvendab haige elukvaliteeti ja kahandab töövõime. Korduvate arsti juures käimiste ja kallite uuringute tõttu kulutab see nii vaimset kui ka materiaalist ressursi. Hinnanguliselt on umbes 10% esmatasandi arstikülastuste ja 20–50% gastroenteroloogi poole pöördumise põhjuseks kroonilise kõhulahtisusega kulgev haigus.

Tekkekoha järgi jaotatakse kõhulahtisust peen- ja jämesoole tüüpi diarröaks. Tekkemehhanismilt liigitatakse kõhulahtisus osmootseks, sekretoorseks, põletikuliseks ja soole mootorikahäirest tingituks.

Osmootne diarröa on tüüpiline süsivesikute malabsorptsiooni korral (laktaasdefitsiitsus), aga ka osmootsete kõhulahtistite ja raskesti imenduvate süsivesikute (laktuloosi, sorbitooli, fruktoosi) tarbimise ning ka soolelimaskesta haiguste (nagu tsöliaakia) korral.

Sekretoorne diarröa esineb tüüpiliselt bakteriaalsete infektsioonide korral, mil bakter toodab enterotoksiini (koolera, enterotoksogeenne *E. coli*), ning soolt stimuleerivate kõhulahtistite (nagu senna või bisakodüüli) tarvitamise korral. Seda võib ette tulla ka mõne hormoonaktiivse kasvaja (kartsinoidi, vipoomi, gastrinoomi), ent ka sapphapete malabsorptsiooni korral, näiteks Crohni tõve puhul, või pärast terminaaliileumi reseksiooni ning mikroskoopilise koliidi korral.

Põletikuline (eksudatiivne) diarröa esineb enterotoksiine mitteprodutseerivate sooleinfektsioonide (viiruste, bakterite, parasiitide), põletikulise soolehaiguse ja sooleisheemia korral.

Soole mootorikahäirest tingitud diarröa esineb tüüpiliselt soole ärritussündroomi ja mõne endokriinhaiguse (hüpertüreooosi, feokromotsütoomi) puhul ning autonoomse neuropaatiaga haigetel (suhkurdiabeet).

Kliinilisest aspektist on oluline diarröa eristamine väljaheite konsistentsi alusel: vesine, verine ja suurenenud rasvasisaldusega (steatorröa).

Steatorröad põhjustab toidurasva malabsorptsioon (tsöliaakia, giardiaasi, Whipple'i tõve, sklerodermia korral) või maldigestioon (pankrease eksokriinne puudulikkus kroonilise pankreatiidi puhul või pärast pankrease reseksiooni). Steatorröa puhul on väljaheide puderjas, heledam (n-ö savijas) ja kipub poti seintele kleepuma.

Vesise väljaheite korral tuleb otsida sekretoorset diarröad, kui väljaheite maht on suur ja nälgimine seda ei leevenda. Kui maht on väiksem ja nälgimine toob leevendust, on tegemist osmootse diarröaga. Kui maht on normaalne, sagedus normist pisut suurem ning konsistents veidi pehmem, on põhjust oletada soole mootorikahäiret.

Verise väljaheite puhul on vaja täpsustada, kas lisaks vereeritusele on muutunud ka väljaheide. Enamasti on põhjuseks põletikuline soolehaigus, kui aga väljaheide on normaalne, siis kas hemorroidid või tuumor.

Lisaks on tähtis, kas esineb kiiret vajadust potile joosta, mittetäieliku sooletühjenemise tunnet, kõhuvalu, ebamugavustunnet kõhus, tenesme, kõhupuhitust ja venitustunnet. Oluline on ka diarröa kestus, intensiivsus, kõhulahtisuse olemus (stabiilselt ühetaoline või muutlik), päevane või öine esinemine jne. Tõsisemale hädale viitab öine diarröa, kaalu vähenemine, vereeritus pärakust, nahalööbe ja liigesevaevuste kaasnemine.

Kroonilise diarröaga haige puhul tuleb alati täpsustada, mis ravimeid (nii retsepti- kui ka käsimüügiravimeid) ta tarvitab, milliseid operatsioone on tehtud, millised on kaasuvad haigused, toitumisharjumused ja pereanamnees.

Kroonilist diarröad põhjustavad haigused

1. Soole ärritussündroom

Sageli esinev haigus, esinemissagedus 5–25%, mis võib kaasuda mõnele orgaanilisele soolehaigusele. Märksa sagedamini on seda naistel kui meestel. Enamik haigeid kahjuks arsti poole ei pöördugi. Haiguse etioloogia ei ole lõplikult selge, patogeneesis on olulised soole mootorikahäire, vistseraalne ülitundlikkus, kesknärvisüsteemi moduleeriv roll, autonoomse enteraalise närvisüsteemi osa, serotoniini kui mediaatori osa. Diagnoosimise kriteerium (Rooma III, *Longstreth* 2006) on taastekkiv valu või ebamugavustunne kesk- või alakõhus viimase kolme kuu jooksul vähemalt kolmel päeval kuus, millega kaasneb vähemalt kaks järgmistes sümptomitest: leevendub roojamisel, on seotud roojamissageduse muutumisega, on seotud väljaheite konsistentsi muutusega. Vaevused peavad olema tekkinud vähemalt 6 kuud tagasi.

Diagnoosi toetavad sümptomid on defekatsioon üle kolme korra päevas, rooja ebanormaalne konsistents, defekatsiooniks peab pingutama, kiire roojamisvajadus, mittetäieliku sooletühjenemise tunne, limaeritus, kõhupuhitus. Juhul kui diagnostilised kriteeriumid on täidetud ja ohusümptomeid ei esine (veritsus soolest, kehakaalu vähenemine, stabiilselt püsiv kõhulahtisus, aneemia, palavik, haigussümptomite progresseerumine, haigussümptomite esmane teke vanuses üle 50 aasta, lähisugulastel soolevähk või põletikuline soolehaigus, öised sümptomid, analüüsinihked), ei ole edasisi uuringuid vaja. Enamasti käib soole ärritussündroomi diagnoosimine välistamise meetodil. Haiged ei ole tavaliselt oma diagnoosiga rahul, käivad korduvalt erinevate arstide juures ning kulutavad palju ressursi korduvatele analüüsidele ja uuringutele.

Ravis on esmatähtis haigele seletada haiguse funktsionaalset olemust ja aidata tal oma haigusega kohaneda. Medikamentoosne ravi on sümptomaatiline ning osalt ka patogeneetiline (spasmolüütikumid – mebeveriin; soolemootorika pärssijad – loperamiid; 5-HT₃-antagonistid – alosetroon; kolestüramiin; tritsüklilised antidepressandid – amitriptüliin jt; kõhupuhitusevastased ained – simetikoon). Kahjuks ei ole ravi efektiivsus paljudel haigetel piisav ning ravimite tarvitamisele vaatamata on nende haigussümptomitest tingitud elukvaliteedi halvenemine märgatav.

2. Põletikuline soolehaigus (haavandiline koliit ja Crohni tõbi)

Sageli esinevad haigused, mille esinemissagedus on pidevalt suurenenud (haigestumus keskmiselt 8 / 100 000, Hay & Hay 1992). Eestis on haigestumust siiski oluliselt vähem (2 / 100 000, Salupere 2001) võrreldes Skandinaavia maade, Euroopa riikide ja USAga. Diagnoos määratakse endoskoopia ja histoloogilise uuringu alusel. Peensoolekahjustuse täpsustamiseks tehakse soole kontrasteerimisega kompuutertomograafia või magnetresonantstomograafia. Ravi

gastroenteroloogi juures – mesalasiin, kortikosteroidid, immunomodulaatorid (asatiopriin, metotreksaat), bioloogiline ravi (TNF α -inhibiitorid jt).

3. Tsöliaakia

Autoimmuunse geneesiga haigus, mille esinemissagedus maailmas ja ka Eestis on kasvanud. Eestis on haigestumus 1 juhtum 290 kohta aastas (345 / 100 000, Ress 2007). Antigeeniks on teravilja gluteen. Täiskasvanuil sobib sõeltestina koe transglutaminaastest (TTG), kuid kuna tegemist on IgA-testiga, siis on testi adekvaatsuse hindamiseks vaja määrata ka seerumi üld-IgA (IgA-puudulikkuse korral TTG-test ei tööta). Diagnostiline on vaid peensoole histoloogilise uuringu tulemus soolehattude põletikuinfi ltratsiooni ja atroofi liste muutustega. Ravi seisneb eluaegses gluteenivabas dieedis, mille tulemusel kaob sümptomaatika ning taastub ka soolelimaskesta hatuline struktuur.

4. Laktaasdefi tsiitsus

Suhteliselt sage probleem, Eesti elanike hulgas keskmiselt 23–33% (Isokoski, Villako 1981), kliiniliselt avaldub enamasti vanemas eas. Eristatakse primaarset (geneetiliselt madalam laktaasiaktiivsus) ja sekundaarset laktaasdefitsiitsust (nt peensoolehaiguste korral – tsöliaakia, Crohni tõbi). Diagnoosimist hõlbustab anamnees ja laktoosi tolerantsustest. Abi saab laktoosi sisaldavate toiduainete (eriti röösk piim) eemaldamisel menüüst või asendusravist laktaasitablettidega.

5. Kõhulahtistite liigne tarvitamine

Psüühikahäire tõttu, mida haiged enamasti ei tunnista, esineb umbes 4% patsientidest, kes pöörduvad gastroenteroloogi poole kroonilise kõhulahtisuse tõttu (Caprilli et al. 2000).

6. Ravimtekkene diarröa ja soolekahjustus

- Pseudomembranoosne koliit – põhjuseks on enamasti antibakteriaalse ravi foonil tekkiv *Clostridium difficile* ülekasv, sümptomaatika lähtub toksiinide toimest. Raviks sobib metronidasool.
- NSAID-tekkesed soolekahjustused (erosioonid, haavandid, striktuurid, NSAID-enteropaatia aneemia ja hüpoproteineemiaga).
- Kontratseptiividest tingitud soolehäired.
- Diarröa kui paljude ravimite kõrvaltoime (antibootikumid, prokineetikumid, prootonpumba inhibiitorid, NSAIDid, biguaaniidid – metformiin, misoprostool, serotoniini tagasihaarde inhibiitorid, aminosaltsülaadid, kemoterapeutikumid jt).

7. Divertikuloos ja divertikuliit

Sage haigus vanemaealistel (40% üle 50aastastel ja 75% üle 80aastastel, Thiele 2005). Põhjustab intermiteeruvat diarröad divertiikulitesse jääva väljaheite roiskumise ja bakteriaalse ülekasvu tõttu. Kõhulahtisuse episoodide puhul on ravi antibakteriaalne (metronidasool).

8. Kõhukoopa operatsioonide järgne diarröa

- Lühikese soole sündroom – sooleresektsiooni tagajärjel tekkiv malabsorptsioon.
- Biliaarne diarröa – sapisoolade resorptsiooni häirumine pärast terminaalileumi resektsiooni; koletsüstektoomiajärgne biliaarse diarröa tekkemehhanism ei ole päris selge.

- Maldigestioonist tulenev diarröa (pärast pankrease resektsiooni) – kujuneb klassikaline malabsorptsioonisündroom, mis võib viia mitmete ainete puudusele organismis (vitamiinid, raud jne). Steatorröa esinemise korral on asendusravi seedeensüümidega, biliaarse diarröa puhul sappi siduvate ainete (kolestüramiin, algiinaadid).

9. Toit (toiduallergeenid, toidulisandid) kroonilise kõhulahtisuse põhjusena (sorbitool, fruktoos)

Täpsustada aitab hoolikalt võetud anamnees. Ravi – eemaldada menüüst diarröad põhjustanud toiduaine.

10. Soole düsbakterioos (düsbioos)

Lastel sagedasem, täiskasvanuil harvem, on tihtipeale seotud toitumisviisi muutustega, immuunhäiretega, antibakteriaalse raviga. Tegemist on soole mikrofloora kas kvalitatiivsete või kvantitatiivsete muutustega. Sageli kaob ise. Raviks soovitatakse probiootikume (laktobatsillid, bifidumbakterid, pärmiseened – *Saccharomyces boulardii*).

11. Sooleinfektsiooniga seonduv krooniline diarröa

- Invasiivne (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Mycobacterium tuberculosis* jt)
- Toksiline (*Clostridium diffi cile*, *Escherichia coli* jt)
- Parasiitne (*Entamoeba histolytica*, *Balantidium coli*, *Giardia lamblia* jt)
- Viiruslik (HIV, rotaviirus, Norwalkviirus jt)
- Seksuaalsel teel ülekantav (*Neisseria gonorrhoea*, *Treponema pallidum*, *Herpes simplex*, *Chlamydia trachomatis*, *Lymphogranuloma venereum* jt)
- Immuunpuudulikkuse korral (Histoplasma, CMV, *Mycobacterium avium* jt)

12. Pankrease eksokriinne puudulikkus

Steatorröa esinemine (määratakse väljaheite rasvasisalduse van de Kameri meetodil või väljaheite elastaas-1). Põhjuseks on krooniline pankreatiit, pankrease resektsioon või tsüstiline fibroos. Ravi on asendusravi seedeensüümidega.

13. Endokriinhaiguste (türeotoksikoosi, Addisoni tõve, diabeedi) puhune diarröa

Vastavate testidega diagnoositakse põhihaigus. Diarröa paraneb põhihaiguse raviga; diabeedi puhul võib kõhulahtisust põhjustada diabeedi ravi (biguniidid), peensoolebakterite ülekasv ning enteraalne neuropaatia (diabeetiline enteropaatia), mille ravi on sümptomaatiline.

14. Whipple'i tõbi (*Tropheryma Whippelii*)

Kahjustab peensoolt, hiljem ka südant, kopse ja kesknärvisüsteemi; lümfi sõlmed on suurenenud, sageli kaasuvad artralgia ja nahapigmentatsioon. Diagnoosi saab määrata peensoolebioplaadi (PAS-positiivsete makrofaagide leid) ja soolebioplaadi uuringuga, et tuvastada *T. whippelii*. Kaua kestev (12 kuud) antibakteriaalne ravi aitab vältida kesknärvisüsteemi hilisemat kahjustust.

15. Mikroskoopiline koliit (lümfotsütaarne ja kollageenkoliit)

Etioloogia on ebaselge. Kollageenkoliit esineb ülekaalukalt naistel (9 : 1), etioloogiliste faktoritena võib arvesse tulla NSAID-ravi ja rohke kohvijoomine. Lümfotsütaarset koliiti on naistel veidi enam kui meestel (2 : 1), etioloogilised faktorid võivad olla ranitidiin ja karbamasepiin. Diagnoos ei selgu koloskoopiaga. Muutused on sedastatavad vaid soolebiooptaatide histoloogilisel uuringul, kus mõlema haigusvormi korral leitakse limaskestast lümfotsütaarset infiltratsiooni, kollageenkoliidi puhul on subepiteliaalselt täheldatav kollageenladestus. Autoimmuunne patogenees. Ravi kestab kaua, on mõneti sarnane põletikulise soolehaiguse raviga, kasutatakse mesalasiini, kortikosteroide, antibiootikume.

16. Soolehormoone produtseerivad tuumorid (kartsinoid jt neuroendokriinsed tuumorid)

Kartsinoid on harva esinev tuumor. Diarröad põhjustab enamasti sooleväline kartsinoid. Kartsinoidikude produtseerib serotoniini. Tüüpilised on diarröa ja punetus. Diagnoosimiseks on võimalik serotoniini metaboliidi – 5-hüdroksüindooläädikhappe määramine uriinis, stsintigraafilise uuring.

17. Bakteriaalne ülekasv peensooles

Tekib peensoolepassaazi aeglustumise ja peensoole kaitsemehhanismide häirimise korral – normist kõrgem bakteriaalne kontsentratsioon peensooles põhjustab sapisoolade lagundamist bakterite toimel ning see omakorda rasvade malabsorptsiooni. Esineb vanemaealistel, täpsustada aitab d-ksüloosi test (d-ksüloos imendub ainult peensoolest). Ravi on antibakteriaalne, tetratsükliin kombinatsioonis metronidasooliga.

18. Pahaloomulised haigused (kartsinoom, lümfoom, sarkoom jt) ja sarkoidoos

Diagnoositakse endoskoopia ja radiodiagnostiliste uuringutega (USG, kompuutertomograafia, magnetresonantstomograafia jt), mida kinnitab histoloogiline uuring.

19. Radiatsiooni- ja keemiline koliit

Pärast kiiritus- ja keemiaravi, diagnoosi täpsustab anamnees, muude haiguste väljalülitamine, soolebiooptaatide histoloogiline uuring. Ravi on sümptomaatiline, kasutatud on ka aminosalitsülaate ja kortikosteroide.

20. Diarröad võib põhjustada ka regulaarne füüsiline treening (kiirendab soolepassaazi) ja alkohol (kiirendab samuti soolepassaazi, inhibeerib soole disahharidaase).

21. Roojapidamatus kroonilise diarröa simuleerijana

Esineb 2–7% elanikest (Morris et al.2005). Sellele tuleb mõelda vanemaealistel patsientidel, ka neil, kellel on tehtud päraku- või lahklihaoperatsioon või on olnud lülisambatrauma (seljaajuvigastusega) või on mõni muu anaalsfinkteri intaktsust häiriv haigus (nt Crohni tõbi) jne.

22. Vaskulaarsed soolehäired (mesenteriaalne isheemia – abdominaalne angiin, isheemiline koliit, Behçeti tõbi)

