

Ravijuhend. Ägeda kõhuvaluga haige käsitlemine

Urmas Lepner¹, Marko Murruste¹,
Tiit Vaasna¹, Joel Starkopf¹, Kuido Nõmm¹,
Ülle Kadastik¹, Fred Kirss¹, Mari Majass²,
Eda-Ann Värimäe¹ – ¹TÜ Kliinikum,
²Tallinna Lastehaigla

Ravijuhendi on tunnustanud Eesti Haigekassa.

EESSÕNA

Äge kõhuvalu on suhteliselt sage meditsiiniiline probleem. Erakorralise meditsiini osakonda pöördunud haigetest on see 5–10%-l peamine kaebus.

Ühelt poolt võib äge kõhuvalu olla eluohtliku haiguse sümptom, teisalt võib see olla organismi funktsionaalse häire väljendus, mis ravi ei vaja ja möödub spontaanselt. Seega on täpne diagnoos oluline patsiendi ravitaktika valikul ja prognoosi hindamisel. Diagnoosi püstitamine ägeda kõhuvaluga korral on arstikunsti üks raskemaid ülesandeid ja see jääb väljakutseks nii kirurgidele kui ka kõikidele arstidele, kes puutuvad kokku ägeda kõhuvaluga patsientidega.

Ravijuhendis on kajastatud ägeda kõhuvaluga haige käsitlemise kõige üldisemaid printsiipe, põhitähelepanu on pööratud ägeda kõhuvaluga tekke sagedasematele ja tõsisematele põhjustele. Loodame, et käesolev ravijuhend aitab parandada ägeda kõhuvaluga patsientide diagnostikat ja ravitaktikat ning seeläbi ka ravitulemusi.

1. ÄGEDA KÕHU MÕISTE

Äge kõhuvalu (äge kõht) on äkki tekkinud ja ägedalt kulgev haigestumine, kus valu (üldjuhul kestusega vähem kui 7 päeva) lokaliseerub kõhu piirkonda.

Äge kõht ei ole diagnoos, vaid mõiste, mis viitab sellele, et kohe pole olnud võimalik püstitada täpset diagnoosi. Ägeda kõhu mõistet kasutatakse vahel ekslikult sünonüümina olukordades, mis vajavad kohest kirurgilist ravi. Tegelikult vajab ägeda kõhuvaluga patsientidest ainult umbes kolmandik kirurgilist ravi.

Ägedat kõhuvalu võivad põhjustada kõhukoopa elundite haigused, aga samuti ekstraabdominaalsed ja süsteemsed haigused. Samas võivad ägedat kõhuvalu esile kutsuda mitteorgaanilised põhjused, nn funktsionaalsed häired.

Ägeda kõhuvalu põhjuste hulgas on olulisemad kirurgilist ravi vajavad intraabdominaalsed haigused, kuna enamik neist on potentsiaalselt eluohtlikud. Ägedat kõhtu põhjustavad kõhukoopa kirurgilised haigused võib tinglikult jagada 5 rühma:

- 1) põletikulised haigused (nt apenditsiit, koletsüstiit);
- 2) õõselundite perforatsioonid (nt haavanditõve perforatsioon);
- 3) õõselundite mehaanilised obstruktsioonid,
 - ekstraluminaalsed (nt liited, songad),
 - intramuraalsed (nt tuumorid),
 - intraluminaalsed (nt sapikivid, kõhukinnisus);
- 4) verejooksud,
 - intraluminaalsed (nt verejooks maohaavandist),
 - intraperitoneaalsed (nt ektoopiline rasedus, abdominaalaordi aneurüsmi ruptuur kõhuõnde);

5) kõhukoopaelundite vereringehäired (nt mesenteriaalisheemia, strangulatsiooniiileus, põrna infarkt).

Paljudel haigetel, kes on pöördunud erakorralist abi osutavasse meditsiinasutusse, ei selgu uuringute ja haige jälgimise käigus vaevuste põhjus. Küll aga saab nende uuringute alusel välistada potentsiaalselt ohtlikud ja edasilükkamatut ravi vajavad haigused. Sellistel juhtudel on seisundi kirjeldamiseks kasutusel mõiste mittespetsiifiline kõhuvalu (ingl *nonspecific abdominal pain*, vt allpool).

2. ÄGEDA KÕHU EPIDEMIOLOOGIA

Ägeda kõhuvalu diagnostikas on oluline teada, milline on haiguste esinemissagedus patsientidel, kes pöörduvad ägeda kõhuvaluga erakorralise meditsiini osakonda.

Diagnooside esinemissagedused erakorralise meditsiini osakonda ägeda kõhuvaluga pöördunud patsientidel on järgmised:

- mittespetsiifiline kõhuvalu 37–50%,
- äge apenditsiit 21–26%,
- äge koletsüstiit 7–9%,
- peensoole sulgus 3–6%,
- mao ja kaksteistsõrmiku perforatsioon 1–3%,
- divertikuliit 1–2%.

3. ÄGEDA KÕHUVALUGA HAIGE KÄSITLUS ESMATASANDIL

3.1. KÄSITLUS PEREARSTIKESKUSES JA PEREARSTI KODUVISIIDIL

Esmatasandil piirdub kõhuvalukaebusega patsiendi käsitus anamneesi ja objektiivse uurimisega. Selle alusel tuleb otsustada, kas patsient suunata edasi erakorralist abi osutavasse raviasutusse või jätta ta ambulatoorsele jälgimisele. Tuleb arvestada ägedale kõhule viitava kolme põhisümpptomiga: **äkki tekkinud kõhuvalu, soolepassaaži häired ja kiiresti halvenev üldseisund**. Samuti tuleb arvestada ägedale kõhule viitavate lokaalsete sümptomitega, milleks on lokaalne või difuusne palpatoorne valu, lokaalne või difuusne kõhulihaste kaitsepinge, kõhu puhitumine, positiivsed peritoneaalärritusnähud, palpeeritav tuumor, pulseeriv tuumor, pitsunud kõhuseinasong, veriokse, veriroe.

Aktiivset ravi vajava haiguse esinemise kahtluse korral tuleb patsient suunata kohe, sõltumata kellaajust, erakorralist abi osutavasse raviasutusse. Lisauuringud ei ole vajalikud.

Kui otsustatakse patsienti mitte suunata erakorralise meditsiini osakonda, on vaja patsiendi seisundit jälgida kas aktiivselt (kordusvisiit, tagasikutsumine, telefonikontakt) või passiivselt (patsient pöördub ise seisundi halvenemise korral).

Valuvaigisteid võib määrata, kui taktikaline otsus on tehtud, kuid arvestusega, et nende toime aeg ei segaks järgnevat eriarsti konsultatsiooni või korduvat kõhuseisundi hindamist.

3.2. KÄSITLUS KIIRABIARSTI POOLT

Äge kõhuvalu moodustab 5–10% kõigist kiirabi väljakutse põhjustest.

3.2.1. HAIGLASSE TRANSPORTIMISE KRITERIUMID

Ägeda kõhuvalu käsitusel peab keskenduma haige tähelepanelikule läbivaatusele, et selgitada, kas esinevad sümptomid, mis viitavad põhjalikumate uuringute ja ravi vajadusele (erakorralise meditsiini osakonnas). Tuleb arvestada, et ägeda kõhu korral võib kliiniline leid kiiresti muutuda.

Tõsise haiguse olemasolule viitavad järgmised sümptomid:

- arteriaalne hüpotensioon;
- teadvushäire;
- šokk;
- naha hall või kahvatu jume ning üldine jõuetus;
- eksikoosi tunnused;
- valu kõhu perkussioonil;
- kõhulihaste kaitsepinge esinemine (või n-ö laudkõva kõht);
- puuduv või oluliselt vaiksem soole peristaltika;
- patsient lamab liikumatult või vähkreb rahatult;
- seedetrakti verejooksu nähud (veriokse, meleena või veri *rectum*'is);
- aneemia kahtlus (väljendunud kahvatus);

- ikterus;
- eelnevad hiljutised operatsioonid või invasiivsed protseduurid kõhuõõnes või selle piiril;
- korduvad kiirabikutsed, kui eelnevalt on kõhuvalu põhjus jäänud ebaselgeks ja/või ravi efektiivsuse või raviefekt lühiaegseks.

Kindlasti tuleks olla ettevaatlik koduse toeta inimeste koju jätmisel – siin on oht jääda abita, kui seisund halveneb või tekib segasusseisund.

Alati peaks kaalutlema, kas on alust kahtlustada mõnda kirurgilist ravi vajavatest kõhuvalu põhjustest, ja kui on, siis tuleks haige edasisteks uuringuteks transportida haiglasse kirurgi konsultatsiooniks ja vajalike uurinute tegemiseks.

Haigetesse, kel esineb oluline kaasuv haigus (suhkurtõbi, südame isheemiatõbi jt), peaks samuti suhtuma suurema ettevaatlikkusega ja neid laiematel näidustustel statsionaari transportima.

Kui haige kliinilisel uurimisel kodus jääb arvamus, et tegemist on mittespetsiifilise kõhuvaluga ja haige võib koju jätta, siis tuleb anda talle konkreetsed juhised edasise (enese)jälgimise kohta ja rääkida sümptomitest, mille tekkimine nõuab korduvat meditsiinilist kontrolli.

3.2.2. HAIGLAEELNE RAVI

Konkreetne ravi sõltub diagnoosi hüpoteesist, haiguse raskusest, patsiendi east ja kaasuvatest haigustest. Haiglaeelses etapis rakendatakse järgmisi põhilisi raviprintsiipe:

- kirurgilist ravi vajava haiguse kahtluse korral ei tohiks midagi manustada suu kaudu;
- dehüdratatsiooni ja/või šoki korral tuleb alustada intravenoosset infusioonravi, kaotamata seejuures aega haige transportimisel haiglasse;
- analgeetikumide määramisel tuleb kaaluda valu vaigistamise vajaduse ja edasisteks läbivaatusteks sümptomite säilitamise vajaduse vahel. Vältida tuleks NSAIDide kasutamist, kui on gastriidi või peptilisest haavandist ja selle tüsistus-

test tingitud kõhuvalu kahtlus. Sel juhul peaks eelistama tramadooli või väga tugeva valu korral opioide;

- spasmolüütikumid on näidustatud koolikate (intestinaal-, neeru-, sapikoolika) korral;
- H₂-blokaatorid ja protonpumba inhibiitorid on näidustatud seedetrakti ülaosa probleemide (reflukshaigus, gastriit, mao- või duodeenumi haavand) kahtluse korral. Haige võib jätta kodusele ravile, kui ei ole perforatsiooni või seedetrakti verejooksu kahtlust.

4. ÄGEDA KÕHU KÄSITLUS STATIONAARIS

4.1. ÄGEDA KÕHUVALUGA HAIGE DIAGNOSTIKA

4.1.1. ANAMNEES

Täpne anamnees on õige diagnoosi võti. Anamneesi võtmisel tuleb esmalt fikseerida patsiendi kaebused tema enda sõnadega. Kontakti puudumise korral tuleb kasutada teisi objektiivseid fakte.

Edasi peab välja selgitama haigestumise alguse sümptomid, nende dünaamika ja haiguse anamneesi pikkuse.

Valuanamneesi kogumisel on vajalik üksikasjaliselt välja selgitada valude algus, iseloom, nende muutumine, tugevus, kestus, lokaliseerimine, kiirgumine, valu mõjutavad tegurid ja varasem samalaadsete valude esinemine.

Eluanamneesis tuleb selgitada välja varasem põetud haigused, kaasuvad kroonilised haigused, varasemad operatsioonid, pidevalt kasutatavad ravimid, perekondlik pärilik anamnees, sotsiaalne anamnees ja varasemad reisid.

Naistel tuleb koguda günekoloogiline anamnees.

4.1.2. OBJEKTIIVNE UURIMINE

Patsiendi objektiivne uurimine peab algama välisvaatlusest (sugu, rass, välisilme, asend, kontakt) ja üldseisundi hindamisest (vererõhk, pulss, hingamisagedus).

Kõhtu peab uurima patsiendile mugavas asendis. Välisvaatlusel hinnata esmalt

ägedale kõhule viitavaid sümptomeid nagu kõhu väliskuju, selle osalemine hingamises, kõhu asümmeetria, pulseeriva tuumori olemasolu, pitsunud songa esinemine, varasemate operatsioonide armid, nahavärvuse muutused (Grey Turneri ja Culleni laigud), nahaalused veenilaiendid (*caput medusae*).

Palpatsioonil tuleb alguses hoiduda maksimaalse valulikkuse kohast, seda piirkonda tuleks palpeerida viimasena. Palpatsioonil peab hindama kõhulihaste kaitsepinge ja resistentsuse olemasolu ning kõhukelmeärrituse sümptomeid. Samuti tuleb kontrollida võimalike kõhuseinasongade piirkondi.

Perkussioon on kasulik kõhu maksimaalse valulikkuse ja ka kõhukelme ärritusnähtude hindamiseks. Samuti on perkussioonil võimalik hinnata astsiidi esinemist, ületäitunud kusepõit ja suuremas koguses vaba vedeliku olemasolu kõhuõõnes.

Auskultatsioon. Peristaltika esinemise hindamiseks auskulteerida vähemalt 1–2 minutit. Üldiselt viitab peristaltika puudumine peritoniidile ja hüperperistaltika soolesulgusele. Need sümptomid on abistavad: nende põhjal kindlaid diagnostilisi ja taktikalisi otsuseid teha ei saa.

Süstoolne kahin auskultatsioonil võib viidata kõhuaordi või vistseraalarterite aneurüsmile või artereid okluseerivale haigusele, kuid see ei ole alati esinev sümptom.

4.1.3. LABORATOORNE DIAGNOSTIKA

Laboratoorsed analüüsid tuleb määrata, lähtudes anamneesist ja patsiendi läbivaatusest. Analüüside andmed eraldi ei tohiks mõjutada kliinilisi otsuseid, välja arvatud mõned erandid, näiteks amülaas või lipaas pankreatiidi diagnostikas.

Põletikulise reaktsiooni hindamisel on vajalik määrata leukotsüütide arv ja C-reaktiivne valk.

Patsiendi üldseisundi ja homeostaasihäirete ning infusioonravi tulemuse hindamiseks on vaja veres määrata hemoglobiini ja hematokriti ning urea, kreatiniini, vere-suhkru ja elektrolüütide sisaldus.

Need analüüsid on alati olulised peritoniidi, õõselundi perforatsioonide, soolesulguse ja kõhukoopa elundite isheemia kahtluse korral.

Maksafunktsiooni proovid tehakse, kui on kahtlus maksa ja sapiteede haiguste suhtes.

Uriini analüüs tuleb teha urotraktihaiguste kahtluse korral.

Rasedustest tuleb teha fertiilses eas naispatsiendile, kui on alust kahtlustada rasedust.

Veregrupi ja reesusfaktori määramine on vajalik verejooksuga patsientidel, samuti juhtudel, kui on prognoositav suuremahuline infusioonravi ja/või operatsioon.

4.1.4. RADIOLOOGILINE DIAGNOSTIKA

Radioloogiliste uurimismeetodite valik peab lähtuma anamneesist ja objektiivsest uurimise tulemusest. Arst peab teadma iga uurimismeetodi diagnostilisi võimalusi ja puudusi.

Ülevaateröntgenogramm kõhust. Selle põhilisteks näidustusteks on peptilise haavandi perforatsiooni või soolesulguse kahtlus. Meetodi sensitiivsus on kuni 80%.

Röntgenuurinud kontrastainega. Uuringus kasutatava kontrastaine valik sõltub diagnoosi kahtlusest: mis tahes õõselundi vigastuse, perforatsiooni või lekke kahtluse korral tuleb kasutada vesilahustavaid kontrastaineid.

Gastrointestinaaltrakti passaaži uurimisel on eelistatud baariumsulfaat (erand on kahtlus jämesoole sulguse suhtes, kus baariumsulfaat võib stenoosi korral põhjustada täieliku soolesulguse).

Intravenoosne püelograafia on näidustatud neerukooliku kahtluse korral, kui ülevaateröntgenogrammil konkrement ei visualiseeru või kui UH-uuringu leid on ebaseelge.

Angiograafia (või kompuuterangiograafia) on näidustatud soole isheemia kahtluse korral.

Röntgenogramm rindkerest on näidustatud, kui kõhuvalu põhjusena kahtlus-

tatakse ekstaabdominaalset haigust. Rindkere ülesvõttel nähtav pleura efusioon, vaba gaas diafragma all või diafragma kõrgseis on viited ägedale kõhuhaigusele.

Sonograafia. Uuringu tulemus sõltub uuringu teostajast, samuti tuleb arvestada, et patsiendid on uuringuks ette valmistamata. Samas on uuring kiiresti tehtav, läbiviidav ka ebastabiilisel patsiendil. Parimat infot saab ägeda koletsüstiidi, ägeda günekoloogilise haiguse, kõhuaordi aneurüsmi kahtluse korral. Samuti võimaldab uuring diagnoosida ägedat pankreatiiti, apenditsiiti, postoperatiivseid tüsistusi, kõhuõõne abstsesse, neerukoolikat.

Kompuutertomograafial (KT) on hulk eeliseid võrreldes ülevaate röntgenogrammiga kõhust. KT on oluliselt sensitiivsem väikeste vaba gaasi hulkade diagnoosimisel ja võimaliku patoloogia anatoomilise lokalisatsiooni identifitseerimisel kõhuõõnes. Uuringu määramisel tuleb lähtuda kindlast kliinilisest indikatsioonist. Uuringu kasutamist võib piirata patsiendi ebastabiilne üldseisund. KT abil on võimalik saada infot kõigi kõhukoopahaiguste kohta, seejuures on meetod täpsem ägeda apenditsiidi, ägeda pankreatiidi, divertikuliidi, intraabdominaalse abstsessi, kõhuaordi aneurüsmi ja selle ruptuuri diagnoosimisel.

4.1.5. INVASIIVSED DIAGNOSTIKAMEETODID

Laparoskoopia on nii diagnostiline kui ka terapeutiline protseduur ägedate kõhuhaiguste korral. Laparoskoopia kasutamise

näidustus on mitteinvasiivsete diagnostiliste meetodite ammendumine. Sagedamini kasutatakse seda alakõhuvaludega fertiilses eas naispatsientidel, et eristada günekoloogilise sfääri põletikulisi haigusi ägedast apenditsiidist.

Laparoskoopia on protseduur, mis tehakse üldanesteias ja mille korral võib sageli olla vajadus üle minna laparotoomiale, millest tulenevad omakorda lisariskid. Samuti vajab laparoskoopia tegemine kogemust ja günekoloogilise patoloogia eristamiseks günekoloogilise konsultatsiooni.

4.1.6. UURIMISMEETODI VALIK

Oluline on valida meetod, mis väikseima ajakuluga võimaldaks jõuda õige diagnoosini. Meetodi valikul tuleb arvestada ka haige seisundit. Ägedat kõhuvalu põhjustavad haigused on uurimismeetodi valiku kergendamiseks jagatud järgmistesse rühmadesse: põletikud, õõselundi perforatsioonid, soolesulgus, uriini- või sapiteede sulgus, kõhuõõnelundi isheemia, verejooks kõhuõõnde, seedetrakti verejooks.

Tabelis 1 on toodud soovitatavad uurinud erinevate diagnoosihüpoteeside korral.

4.2. ÄGEDA KÕHUVALU

DIFERENTSIAALDIAGNOSTIKA

Ägeda kõhu diferentsiaaldiagnostikas on oluline välistada mittekirurgilised ägeda kõhuvalu põhjused. Seega tuleks välistada mittespetsiifiline kõhuvalu, mis on peamine diferentsiaaldiagnostiline probleem nii kvantitatiivselt kui ka kvalitatiivselt.

Tabel 1. Soovitatavad uuringud ägeda kõhuvalu põhjuste selgitamiseks

Diagnoos	Baasuuringud	Alternatiiv
Põletik	UH-uuring, laboratoorsed analüüsid	KT, laparoskoopia
Õõselundi perforatsioon	Ülevaateröntgenogramm kõhust, laboratoorsed analüüsid	KT
Soolesulgus	Ülevaateröntgenogramm kõhust, laboratoorsed analüüsid	Röntgenuuringud kontrastainega, KT
Uriini- või sapiteede sulgus	UH-uuring, laboratoorsed analüüsid	KT
Isheemia	KT-angiograafia, laboratoorsed analüüsid	Angiograafia
Verejooks kõhuõõnde	UH-uuring, laboratoorsed analüüsid	Laparoskoopia
Seedetrakti verejooks	Endoskoopia, laboratoorsed analüüsid	Isotoopuuring, angiograafia

Ägeda kõhu diferentsiaaldiagnostikas peaks silmas pidama mõningaid üldisi põhimõtteid:

- äge kõhuvalu, mis on kestnud üle 6 tunni, vajab tavaliselt kirurgilist ravi;
- ägeda kõhuvaluga patsiendi puhul, kelle üldseisund halveneb kiiresti, on tõenäoliselt tegemist ägeda, kirurgilist ravi vajava haigusega;
- hästi lokaliseeritav valu ja palpatoorne valulikkus koos või ilma kõhulihaste pingeta on tavaliselt seotud n-õ kirurgilise põhjusega;
- iiveldus, oksendamise ja isutus enne kõhuvalu teket viitab üldjuhul haigusele, mis ei vaja kirurgilist ravi;
- äge apenditsiit ja soolesulgus on kõige sagedasemad haigused, mida esialgu võidakse ekslikult pidada operatiivset ravi mittevajavateks seisunditeks.

Oluline on silmas pidada patsientide vanust ja sugu:

- lastel (alates 2. eluaastast) on ägeda kõhuvalu põhjus kolmandikul juhtudel äge apenditsiit ja ülejäänud juhtudel enamasti mittespetsiifiline kõhuvalu;
- vanemaealistel patsientidel on sagedasemateks ägeda kõhu põhjusteks äge kolestsüstiit, soolesulgus ja kõhuõõneelundite isheemia;
- fertiilses eas naispatsientidel tuleb alakõhualude korral arvestada günekoloogiliste põhjustega (nt salpingiit, düsmenorröa, munasarjahaigused).

4.2.1. MITTESPETSIIFILINE KÕHUVALU

Mittespetsiifiline kõhuvalu (kood RHK-10 järgi R10–R19) on mitteorganilistest põhjustest tingitud kõhuvalu, mis möödub iseeneslikult. Selle diagnoosi saab püstitada alles siis, kui kirurgilised, günekoloogilised ja teised organilised haigused saab välistada. Tavaliselt on selle põhjuseks viirusinfektsioonid ja kerged bakteriaalsed infektsioonid, mõnikord ka psühhosomaatiline valu või helmintoosidest tingitud infektsioon.

Peab arvestama, et mittespetsiifilist kõhuvalu esineb oluliselt sagedamini noore-

mas eas. Lastel moodustab see vähemalt 60% ägeda kõhuvalu juhtudest, alla 50 a vanuserühmas 40–45% kõikidest ägeda kõhuvalu juhtudest. Vanemaealistel patsientidel peab sellesse diagnoosi suhtuma ülima ettevaatlikkusega. On näidatud, et esialgu mittespetsiifilise kõhuvalu diagnoosi saanud vanemaealistest patsientidest 10%–1 diagnoositakse hiljem pahaloomulised kasvaja-

4.2.2. ÄGEDAT KÕHTU SIMULEERIVAD HAIGUSED

Samuti tuleb ägeda kõhuvalu diferentsiaaldiagnostikas selgitada võimalikud ekstraabdominaalsed ja süsteemsed haigused, mis suhteliselt harvem võivad põhjustada ägedat kõhuvalu:

- ülakõhuvalu võivad sagedamini tingida müokardiinfarkt ja ägedad kopsuhaigused (nt alasagara pneumoonia, pneumotooraks, kopsuinfarkt, pleuriit);
- difuusse ja migreeruva kõhuvalu korral tuleb sagedamini arvestada diabeetilise ketoatsidoosiga, ägeda reumaatilise palaviku, nodoosse polüartriidi ja teiste vaskuliidivormidega, samuti ägeda intermitteeriva porfüüria ja ägeda leukeemiaga;
- valu kõhu piirkonnas võivad anda võõrohatis ja närvijuurte kompressioon mitmesuguste selgroohaiguste korral;
- alakõhuvalu võivad põhjustada puusaliigesehaigused.

Diagnoosimisel on abiks anamnees ja haige hoolikas uurimine. Mitmesugused abiuuringud aitavad diagnoosi täpsustada.

4.3. INFUSIOONRAVI ÜLDPÕHIMÕTTED

Ägeda kõhu haigetel põhjustavad üldseisundi halvenemist eelkõige hüповoleemia ja kõhukoopa infitseerumisest tingitud sepsise teke. Sõltuvalt etioloogiast ja anamneesi pikkusest on üldseisundi häirete raskusaste erinev. Rasketel juhtudel esineb hüповoleemiline/septiline šokk. Hüповoleemilist šokki saab diagnoosida viie alljärgneva sümptomi samaaegsel esinemisel:

- arteriaalne hüpotensioon (süstoolse vererõhu langus alla 90 mm Hg või rohkem

kui 40 mm Hg võrra eelnevast väärtusest);

- teadvushäired (rahutus, segasus, kooma);
 - nahanähud (jahe, kahvatu nahk, marmorraaz);
 - oliguuria või anuuria;
 - laktatsidoos (vereseerumi laktaat > 2 mmol/l).
- Infusioonravi eesmärgid on järgmised:
- korrigeerida enne ravi algust välja kujunenud vedelikudefitsiit;
 - korrigeerida vere glükoositaset ja elektrolüütide ning happe-leelistasakaal;
 - asendada jätkuvad välised (okse, nasogastraalaspiraat, drenid) ja seesmised (nn kolmas vedelikuruum) vedelikukaod;
 - asendada füsioloogiline vee ja elektrolüütide vajadus ning tagada kudede glükoositarve;
 - tagada südame küllaldane eelkoormus, adekvaatne hapnikutransport ja elundite perfusioon;
 - tagada vere küllaldane hapnikukandevõime (Hgb) ja onkootne rõhk.

4.3.1. OPERATSIONIEELNE JA -AEGNE PERIOOD

Olulisemad operatsioonieelse ja -aegse infusioonravi põhimõtted on järgmised:

- ägeda kõhu haigetel tuleb infusioonravi alustada kohe erakorralise meditsiini osakonnas enne lõpliku diagnoosi selgumist. Vedelikudefitsiidini viinud kaotused (okse, nasogastraalaspiraat, sooleseina turse, jätkuv eksudatsioon, kolmas vedelikuruum) on ligikaudu isotoonilise koostisega. Seetõttu tuleb infusioonravi alustada isotooniliste soolalahustega (0,9% NaCl, Ringer-laktaat) ja/või sünteetiliste kolloididega. Sama kehtib ka operatsioonieelse infusioonravi kohta;
- vedelikudefitsiidi aste võib olla erinev ning ei ole võimalik täpselt määrata hüpovolemia kõrvaldamiseks vajalikku infusioonihulka. Infusioonikiiruse määramisel juhendatakse kliinilistest sümptomitest (nt tahhükardia, arteriaalse hüpo-

tensiooni taandarenemine, tunnidiurees, tsentraalne venoosne rõhk);

- kui infusioonraviga ei õnnestu taastada adekvaatset vererõhku ja elundite perfusiooni, tuleb alustada ravi vasopressoritega. Esmavaliku preparaadiks on dopamiin või noradrenaliin manustatuna tsentraalsesse veeni. Vasoaktiivse ravi juhtimiseks on vajalik arteriaalse rõhu otsene monitooring;
- hüpovolemia tingitud anuuria ja ureemia (prerenaalset tüüpi neerupuudulikkuse) esmaseks ravivõtteks on infusioonravi ja ringleva veremahu taastamine, mitte vedelikukoormuse piiramine;
- tahhükardia kaasuvate südamehaigustega ägeda kõhu patsiendil on pigem tingitud hüpovolemia ja elektrolüütide tasakaalu häiretest kui manustamata jäänud südameravimistest. Antiarütmikumide manustamisel tuleb olla äärmiselt ettevaatlik;
- kirurgilise ravi näidustuse olemasolu korral tuleb haiget esimesel võimalusel opereerida. Vedelikudefitsiidi korrigeerimiseks (operatsiooniks ettevalmistuseks) eraldi aega jätta vaja ei ole – see toimub paralleelselt üldseisundi esmase hindamise, haiguse diagnoosimise ja anesteesia tegemisega.

4.3.2. OPERATSIONIJÄRGNE PERIOOD

Operatsioonijärgne infusioonravi on näidustatud, kui patsient ei saa operatsiooni järel 24 tunni jooksul suu kaudu juua ega süüa. Infusioonravi planeerimisel tuleb arvesse võtta organismi füsioloogilised vajadused, jätkuvad vedelikukaod (nasogastraalaspiraat, eritus drenidest, higistamine), kolmanda vedelikuruumi formeerumine ja eelneva vedelikudefitsiidi olemasolu.

Organismi ligikaudsed füsioloogilised vajadused on järgmised:

- H₂O 20–40 ml/kg ööpäevas,
- Na⁺ 2 mmol/kg ööpäevas,
- K⁺ 1 mmol/kg ööpäevas.

Eritus drenidest on iseloomult isotooniline, sageli valgurohke lahus. Seedetraktis

on vedeliku kaod kas hüpo- või isotoonilised. Kolmandasse vedelikuruumi sekvestreerunud vedelik on isotooniline, selle maht sõltub patoloogiast, operatsioonist, süsteemse põletikureaktsiooni tekkest/püsimisest. Tüsistumata operatsioonide korral formeerub kolmas vedelikuruum üldjuhul esimese kahe operatsioonijärgse päeva jooksul, misjärel liigub vedelik uuesti veresoonesse ja eritub diureesiga.

Eeltoodud põhipunkte arvestades ilmneb, et operatsioonijärgses infusioonravis peaks ligikaudu kolmandik kuni pool kasutatavast vedelikust olema isotooniline, ülejäänud aga soolavaba lahus. Sellest tulenevalt on otstarbekas operatsioonijärgses infusiooniks kasutada glükoosilahust, millele on vastavalt vajadustele lisatud elektrolüüte: 5,85% NaCl (lahus sisaldab naatriumi 1 mmol/ml) ja 7,45% KCl (lahus sisaldab kaaliumi 1 mmol/l). Glükoosilahuse kasutamine tagab glükolüütiliste kudede (ajukude, erütrotsüüdid, neerupealised) glükoositarbe, mis on ca 200 g päevas. Lisaks aitab glükoosi kasutamine vältida nälgusketoosi ja valkude katabolismi. Esiimesel-teisel operatsioonijärgsel päeval võib haige väline vedelikubilanss tänu kolmanda vedelikuruumi formeerumisele olla positiivne, seejärel muutub bilanss negatiivseks, kuna sekvestreerunud vedelik eritub diureesiga. Kindlasti tuleb vältida ainult füsioloogilise või Ringeri lahuse kasutamist operatsioonijärgses perioodis – see on ebafüsioloogiline ning viib mitmete negatiivsete tulemusteni.

5. RAVITAKTIKA VALIK ÄGEDA KÕHU KORRAL

5.1. PÕLETIKULISED HAIGUSED

Põhilised põletikulised ägeda kõhu põhjused on äge apenditsiit, äge koletsüstiit, äge pankreatiit ja divertikuliit.

5.1.1. ÄGE APENDITSIIT

Ravi on üldjuhul kirurgiline – apendektoomia. Apendektoomiat võib teha klassikaliselt avatud operatsioonina või laparoskoo-

piliselt. Pole tõestust, et ühel meetodil tervikuna oleks eelis teise ees. Meetodi valik sõltub diagnoosi täpsusest, eelnevatest operatsioonidest, patsiendi soost ja kehahitusest. Avatud operatsioon on eelistatum normaalse kehahitusega patsientidel, kellel haiguspilt on tüüpiline. Ülekaalulisel premenopausaalses eas naisel, kellel diagnoos ei ole väga selge, on soovitatav laparoskopiline juurdepääs.

Apendektoomia korral on haava infektsiooni vältimiseks näidustatud profülaktiline antibakteriaalne ravi. Kui patsiendil esines perforatiivne ussripikupõletik, tuleb pärast operatsiooni 5–7 päeva vältel kasutada antibakteriaalset ravi.

Infiltratiivse apenditsiidi ravi on antibakteriaalne. Kui kujuneb välja apendikulaarne abstsess, on valikmeetodiks UH-kontrolli all abstsessi dreenaž. Kui see ei õnnestu tehniliselt või osutub ebaefektiivseks, tuleb kasutada abstsessi dreenimist.

5.1.2. ÄGE KOLETSÜSTIIT

Ägeda koletsüstiidi ravitaktika valiku määrab haiguse kestus, komplikatsioonide olemasolu (perforatsioon, empüem), aga ka patsiendi üldseisund (vanus, kaasuvad haigused) ning haiguse genees (kalkuloosne või akalkuloosne koletsüstiit).

Kalkuloosse ägeda koletsüstiidi korral, kui patsiendi kirurgiline risk on väike ning haigus ei ole kestnud üle 72 tunni, on näidustatud varajane laparoskopiline koletsüstektoomia, mille edukus on ~90%. Haavainfektsiooni vältimiseks tuleb kasutada profülaktilist ravi antibiootikumiga.

Kui äge kalkuloosne koletsüstiit on kestnud üle 3 ööpäeva või patsient on suure kirurgilise riskiga, sõltumata haiguse kestusest, on ohutum valida esialgu konservatiivne ravi (analgeetikumid, spasmolüütikumid, 0-dieet, infusioonravi ja antibakteriaalne ravi). Kui konservatiivne ravi ei anna 48–72 t jooksul positiivset ravivastust, tuleb sapipõis UH-kontrolli all dreendada (perkutaanne koletsüstostoomia). Agressiivsem alternatiiv sellele on kirurgiline ravi:

kas koletsüstektoomia laparoskoopilise või avatud operatsioonina või vähem traumaatiline operatsioon – sapipõie drenaaz.

Kui konservatiivse raviga haigusnähud taanduvad ja puuduvad üldseisundist tulenevad vastunäidustused kirurgiliseks raviks, siis tuleb 1,5–2 kuu pärast teha plaanilises korras laparoskoopiline koletsüstektoomia.

Kui esineb ägeda koletsüstiidi tüsistus – perforatsioon kõhuõõnde ja üldperitoniidi teke, on näidustatud kohene kirurgiline ravi. Sõltuvalt patsiendi üldseisundist tehakse laparotoomia koletsüstektoomia või koletsüstostoomia. Kui perforatsioon piirdub sapipõie ümbruse abstsessiga, on näidustatud koletsüstektoomia ja abstsessi drenaaz kas avatud operatsioonil või laparoskoopiliselt. Kui patsiendi üldseisund on raske, tuleb rajada perkutaanne koletsüstostoom. Postoperatiivselt vajavad patsiendid 5–7 päeva vältel antibakteriaalset ravi.

Akalkuloosse koletsüstiidi korral, mis esineb sageli raskes üldseisundis patsientidel, on eelistatum perkutaanne koletsüstostoom ja antibakteriaalne ravi.

5.1.3. ÄGE PANKREATIIT

Ägeda pankreatiidi ravi on sõltumata etioloogiast esialgu konservatiivne ning vähemalt 90%-l juhtudest piirdubki sellega. Konservatiivne ravi hõlmab analgeesiat, 0-dieeti, infusioonravi, vajaduse korral nasogastraalaspirtsiooni (korduva oksendamise ja kõhupuhituse korral).

Kui kujuneb pankrease nekroos, ravitakse patsiente üldjuhul intensiivraviosakonnas, sest eelnevatele ravivõtetele lisaks rakendatakse elundisüsteeme toetavat (sageli ka kopsude kunstlikku ventilatsiooni) ning antibakteriaalset ravi.

Ägeda pankreatiidi ainukeseks absoluutseks kirurgilise ravi näidustuseks on infitseeritud pankrease nekroos koos sepsisega. Biliaarse pankreatiidi korral, kui jääb jätkuva biliaarse obstruktsiooni (bilirubiini sisalduse suurenemine veres) kahtlus, on lisaks üldisele konservatiivsele ravile näidustatud endoskoopiline retrograadne

kolangiograafia ning vajaduse korral papillotoomia ning konkremendi eemaldamine ühissapijuhast (papillist).

Pankrease abstsessi kui ägeda nekrootilise pankreatiidi hilistüsistuse ravi valikmeetod on UH-kontrolli all abstsessi drenaaz (edukas 78–86%-l juhtudest). Kui see ei õnnestu tehniliselt või osutub ebaefektiivseks, tuleb abstsess drenida kirurgilisel teel.

Teiseks ägeda pankreatiidi hilistüsistuseks on pseudotsüst, mille ravitaktika sõltub sellest, kas pseudotsüst põhjustab kaebusi või mitte. Vahelesegamine on näidustatud ainult sümptomaatilistel patsientidel ja suurte asümptomaatiliste pseudotsüstide korral. Pseudotsüsti ravis kasutatakse perkutaanset drenaazi UH-kontrolli all (edukas 80–90%-l juhtudest). Alternatiiv, eriti retsidiiveervate pseudotsüstide korral, on kirurgiline ravi: pseudotsüsti n-õ sisemise drenaazi (anastomoos gastrointestinaaltraktiga) rajamine kas endoskoopiliselt, laparoskoopiliselt või avatud operatsioonil.

5.1.4. DIVERTIKULIIT

Mittetüsistunud ägeda divertikuliidi ravi on konservatiivne: laia toimespektriga antibiootikumid, 0-dieet, infusioonravi ja analgeetikumid. Äge divertikuliit võib tüsistuda perforatsioonina kõhuõõnde, mis viib peritoniidi tekkeni, või perforatsiooni tulemusena kujuneva parakoolilise abstsessina. Peritoniidi korral tuleb patsienti kohe opereerida ning haigusest kahjustatud sooleosa resetseerida kas koos primaarse anastomoosi rajamisega või proksimaalse sooleosa toomisega kolostoomina kõhuseinale ja distaalse sooleosa sulgemisega (nn Hartmanni tüüpi operatsioon).

Alternatiivne võimalus on perforatsiooniva sutureerida ja katta suure rasvikuga ning see piirkond drenida. Lisaks on vaja proksimaalsele sooleosale (üldjuhul ristikäärsoolele) rajada külkolostoom.

Intraabdominaalse (parakoolilise) abstsessi korral on valikmeetodiks UH-kontrolli all abstsessi drenaaz.

5.2. GASTROINFESTINAALTRAKTI ELUNDITE PERFORATSIOONID

Perforatsioonide ravitaktika on kirurgiline. Üldjuhul on operatsiooni eesmärk perforatsiooniva sulgemine või perforeerunud seedetraktiosa resetseerimine.

Operatsioonimeetodina võib kasutada nii avatud kui ka laparoskoopilist meetodit. Meetodi valik peaks sõltuma diagnoosist ja kirurgi kogemusest. Laparoskoopilist meetodit tuleks vältida, kui tegemist on ebastabiilse patsiendiga või gaasist puhitunud kõhuga. Avatud meetodi korral tuleks eelistada kesklõiget. Konkreetne operatsioonimeetodi valik sõltub haiguse iseloomust.

Kui tehniliselt ei ole võimalik leket sulgeda, siis tuleb kasutada aktiivset дренаaži (topeltdreen) lekke piiramiseks ja seedetrakti sisu väljadreeneerimiseks.

Jämesoole perforatsioonide korral tuleb lisaks perforatsiooni likvideerimisele rajada kolostoom või lekkekoht välja tuua kõhuseinale.

5.3. SOOLESULGUS

Soolesulguse korral sõltub ravitaktika valik eelkõige sellest, kas soolesulgusega kaasneb soole verevarustuse häire (nn strangulatsiooni-iileus) või mitte. Strangulatsiooni-iileuse korral on üldjuhul näidustatud kohe kirurgiline ravi. Kui strangulatsioon on seotud kõhuseina songa pitsumisega ning haiguse anamnees on alla 8 tunni, tuleb kirurgilise ravi alternatiivina arvesse ka songa reponeerimine, eriti juhtudel, kui patsiendi kirurgilise ravi risk on suur.

Sigmasoole *volvulus*'e korral tuleks esimese valikuna püüda dekomprimeerida soolt sigmoidoskoobi või jämeda kummi-sondiga (maosond, klistiirison). Enamikul juhtudel osutub see edukaks. Kuna pärast edukat soole dekompressiooni tekib 50%-l patsientidest lühemas või pikemas perspektiivis *volvulus*'e retsidiiv, on soovitatav dekompressiooni järel plaanilises korras teha sigmasoole resektioon.

Soolesulguse korral, kus strangulatsiooni sümptomid puuduvad, on esialgne ravi kon-

servatiivne: 0-dieet, infusioonravi, aktiivne nasogastraalaspirtsatsioon. Konservatiivset ravi võiks rakendada kuni 36 tundi, üksikujuhtudel ka kauem (2–3 päeva), kui anamneesis on selge alimentaarne põhjus iileuse tekkeks (toidus rohkelt õunu, hapukapsast, seeni jt) ning puuduvad sümptomid, mis võiksid viidata algavale soole nekroosile (püsiv valu, kõrgenenud kehatemperatuur, tahhükardia, kõrge leukotsütoos). Kui konservatiivse raviga iileus ei lahene, tuleb rakendada kirurgilist ravi.

5.4. KÕHUÕONESISENE VEREJOOKS

Kõhuõonesise verejooksu korral on valikmeetod kiire laparotomia. Kõigepealt peab saama kontrolli alla verejooksu. Kui ei ole võimalik kohe lõplikult verejooksu sulgeda, tuleb verejooksu peatamiseks kasutada kaudseid meetodeid: tamponeerimist, kõhuaordi ajutist sulgemist klemmiga või komprimeerimist. Kaudsete meetodite kasutamisel tuleb arvestada, et arteriaalsete verejooksude korral võivad need olla ebaefektiivsed. Kõige lihtsam viis verejooksu peatada on tamponeerimine, mida kasutatakse peamiselt koagulopaatias tingitud verejooksu puhul. Haige seisundi stabiliseerumise ja koagulatsiooninäitajate paranemise järel tehakse relaparotomia ja verejooks suletakse lõplikult.

Kui verejooks on kontrolli all, tuleb anda anesthesioloogile aega patsiendi hemodünaamika stabiliseerimiseks. Edasiste taktikaliste otsuste tegemisel tuleb lähtuda patsiendi üldseisundist.

5.5. SEEDETRAKTI VEREJOOKSUD

Seedetrakti verejooksuga patsiendid tuleb kohe hospitaliseerida. Esmalt tuleb hinnata hemodünaamikat, selle normis olles hinnata ortostaasist tulenevaid hemodünaamilisi muutusi. Infusioonravi tegemiseks tuleb patsiendile asetada 2 (16–18 G) perifeerset venikateetrit või kanüüli tsentraalne veen.

Kõigil seedetrakti verejooksuga patsientidel tuleb määrata veregrupp ja reesusfaktor, hemoglobiin, hematokrit, trombotsüü-

did. Kindlate seedetrakti ülaosa verejooksu sümptomite puudumisel võib kasutada diagnostilisel eesmärgil nasogastraalsondi (lavaaži).

Pärast hemodünaamika stabiliseerimist tuleb verejooksu lokaliseerida. Põhiline diagnostiline meetod on endoskoopia, verejooksu lokalistasioonist lähtudes kas gastroduodenoskoopia, kolonoskoopia, rektoskoopia või anuskopia. Endoskoopia leiu hindamisel tuleb arvestada ka sümptomeid, mis võiksid viidata verejooksu võimalikule retsidiivruumisele: haavandi suurus, nähtav veresoone ots jt. Väga olulised on anamneesi andmed (nt NSAIDide kasutamine, varasemate verejooksude olemasolu).

Verejooksu lokaliseerimiseks kasutatakse ka **angiograafiat**, mis on diagnostiliselt efektiivne, kui verekaotus on vähemalt 1 ml/min. Seda saab kasutada ka ravimeetodina (veresoone emboliseerimine).

Radionukleotiidskaneerimine on efektiivne, kui verekaotus on 0,5 ml/min.

Medikamentoosse ravina rakendada seedetrakti ülaosa verejooksu korral prootonpumba inhibiitoreid intravenoosselt ning söögitoru veenilaiendite verejooksu korral portaalrõhku alandavaid ravimeid (somaatostatiin, selle analoog oktreotiid, propamolool).

Seedetrakti verejooksude põhiline ravimeetod on endoskoopiline ning selle näidustuse ja meetodi määrab endoskopist.

Kirurgiline ravi on näidustatud, kui verejooks ei peetu konservatiivse või endoskoopilise raviga või patsiendi üldseisundi tõttu ei ole endoskoopiline ravi jätkuva verejooksu tingimustes läbiviidav. Samuti tuleb kirurgilist ravi kasutada korduvate verejooksuretsidiivide korral.

Kirurgilise ravi taktika ning operatsioonimeetodi valik sõltub konkreetsest diagnoosist. Kui diagnoos on ebaselge, tuleb kõhuõõne revideerimisel lokaliseerida verejooks, avada selles lokalisasioonis seedetrakt, saavutada hemostaas (teha üleõmblus) ja sõltuvalt leiust teha edasised taktikalised otsused.

5.6. MESENTERIAALISHEEMIA

Ravitaktika valik mesenteriaalisheemia korral sõltub peritoniidi olemasolust ja isheemia vormist. Eristada tuleks

- ülemise mesenteriaalarteri varustusala tsirkulatsioonihäiret (tromboos, emboolia, mitteoklusiivne isheemia), mis tingib eelkõige peensoole verevarustuse häire;
- alumise mesenteriaalarteri varustusala tsirkulatsioonihäiret, mis tingib jämesoole (75%-l juhtudest vasempoolse jämesoole) verevarustuse häire, nn isheemilise koliidi;
- venooset tromboosi mesenteriaalisheemia põhjusena.

5.6.1. KAHTLUS MESENTERIAALISHEEMIA SUHTES (PERITONIITI EI ESINE)

Selles olukorras on võimalik (on aega) selgitada mesenteriaalisheemia põhjus, millest sõltub ka edasine ravi. Soovitavad uurinud on kas mesenteriaalne angiograafia või KT-angiograafia kõhukoopast, mis võimaldab eristada järgmist:

- Ülemise mesenteriaalarteri ega ka ülemise mesenteriaalveeni oklusiooni ei esine (võimalik on mitteoklusiivne isheemia). Ravi on konservatiivne: südamefunktsiooni parandamine, antikoagulantravi, vere reoloogiat parandavad preparaadid, laia toimega antibiootikumid.
- Esineb ülemise mesenteriaalarteri oklusioon. Näidustatud on laparotoomia ning ülemise mesenteriaalarteri eksploratsioon: emboli korral embolektomia, tromboosi korral trombendarterektoomia või tehakse šunteeriv operatsioon.
- Diagnoositakse isoleeritult *v. mesenterica superior* tromboosi. Siin on näidustatud trombolüütiline ravi (streptokinaas, urokinaas) koos antikoagulantravi ja vere reoloogiat parandavate preparaatidega. Peritoniidi kujunemisel on näidustatud laparotoomia ning võimaluse korral kahjustatud sooleosa reseksioon koos primaarse anastomoosiga.
- Isheemilise koliidi lahtluse korral ei ole angiograafia näidustatud, kuid KT tuleks

teha eelkõige diferentsiaaldiagnostilistel kaalutlustel. Ravi on konservatiivne: infusioonravi, 0-dieet, laiatoimelised antibiootikumid. Kui konservatiivse ravi foonil tekib peritoniit, massiivne verejooks pärasoolest või patsiendi üldseisund halveneb, on näidustatud kirurgiline ravi: isheemilise (nekrootilise) sooleosa eemaldamine ilma primaarse anastomoosita (Hartmanni operatsioon).

5.6.2. KAHTLUS MESENTERIAALISHEEMIA SUHTES (ESINEB PERITONIIT)

Peritoniidi korral on üldjuhul näidustatud kirurgiline ravi – laparotomia – ning edasine ravitaktika sõltub juba konkreetselt operatsioonileiust. Kui esineb

- laialdane peensoole nekroos (vähem kui 1 meeter peensoolt on eluvõimeline), rakendatakse ainult sümptomaatilist ravi;
- osaline peensoole nekroos (vähemalt 1 meeter peensoolt on eluvõimeline), tuleb resetseerida muutunud sooleosa ja teha primaarne anastomoos. Kui kirurgil jääb kahtlus allesjäänud sooleosa eluvõimelisuse suhtes, on soovitatav teha 24–36 tundi pärast esmast operatsiooni relaparotomia, et hinnata soole eluvõimelisust, ning vajaduse (ja võimaluse) korral eluvõimetu sooleosa resetseerida. Postoperatiivses ravis on oluline antikoagulantide, vere reoloogiat parandavate medikamentide ning antibiootikumide kasutamine;
- jämesoole osaline või täielik nekroos, siis tuleb muutunud jämesoole osa resetseerida, primaarset anastomoosi ei tehta (Hartmanni operatsioon).

5.7. ÄGEDA KÕHUVALU GÜNEKOLOOGILISED PÕHJUSED

Fertiilses eas naistel on ägeda kõhuvalu korral vajalik selgitada võimaliku raseduse olemasolu: määrata verest koorioni gonadotropiini (HCG). Raseduse korral tuleb kõhuvalu puhul mõelda eelkõige ektoopilisele rasedusele. Kui HCG on < 1000 U/L, ei saa välistada väikest, veel mittenähtavat rasedust emakaõõnes.

Günekoloogilise põhjusega ägeda kõhuvalu kahtluse korral on vajalik konsulteerida naistearstiga.

5.7.1. EMAKAVÄLINE RASEDUS

Emakaväline rasedus moodustab 1,3–4% günekoloogilistest haigustest. 1000 fertiilses eas naise kohta esineb 3–4, 1000 sünnituse kohta 25–30 emakavälist rasedust.

Tavaliselt on sel juhul eelnenud menstruaatsiooni peetus 2 nädalat, seejärel tekib määriv vereeritus genitaalidest. Ektoopilise raseduse ruptuuri korral tekib äkkvalu alakõhtu, survetunne pärakule, millele lisanduvad verekaotuse sümptomid (nõrkustundest kuni hemorraagilise šokini). Mitteruptureerunud (aborditüüpi) ektoopilise raseduse katkemise korral tekiavad perioodilised hoovaldu alakõhtu.

Diagnostika: vereseerumis on HCG positiivne, informatiivne on transvaginaalne UH-uuring – lootemuna ei ole nähtav emakaõõnes, esineb veri Douglase õõnes ja kõhukoopas.

Tavaline raviviis on laparoskoopiline operatsioon. Hemorraagilise šoki korral teha laparotomia.

5.7.2. KOLLASKEHA RUPTUUR

Kollaskeha ruptuur esineb peamiselt 18–35 a naistel. Avaldub tavaliselt äkkvaluna menstruaaltsükli II faasis, sageli enne algavat menstruaatsiooni. Võib olla menstruaaltsükli peetus ja veritsus või verejooks tupest, harva hemorraagiline šokk.

Diagnostika: vereseerumis on HCG negatiivne, transvaginaalsel UH-uuringul on nähtav kollaskeha tsüst ja veri väikeses vaagnas, vaginaalsel palpatsioonil võib tunda ühepoolset tsüstjat massi.

Ravi on arteriaalse hüpotensiooni korral kirurgiline: laparoskoopiline munasarja tsüsti ekstsioon ja vajaduse korral munasarja koe koagulatsioon või õmblus. Munasarja mitte eemaldada.

5.7.3. EMAKAMANUSTE PÖÖRDUMINE

Esineb sageli noortel pikakasvulistel tütarlastel. Võib esineda ka naistel, kes saanud

ovulatsiooni stimulatsiooni; raseduse I trimestris munasarja tsüsti korral (sageli kollaskeha tsüst); lastel prepuberteedi eas ja postmenopausis naistel. Tavaliselt on adneksi torsioon ühepoolne (60% parempoolne).

Juhtiv kaebus on äkki tekkinud valu, mis muutub tundidega väga tugevaks. Sageli on valu alakõhus mõlemal pool. Valu võib kiirguda selga. Sageli esineb iiveldus ja oksendamine. Temperatuuri tõus ja põletikunäitajate tõus veres viitavad koe nekroosile, mille järel võib kõhuvalu muutuda nõrgemaks.

Vereseerumis on HCG negatiivne. Diagnostik selgub transvaginaalsel UH-uuringul koos Doppler-uuringuga (pöörduvad elundi verevoolu hindamiseks).

Ravi on kirurgiline. Tehakse laparoskopiline detorsioon ja seejärel tuleb hinnata 5–10 minuti järel verevarustuse taastumist elundis. Verevarustuse paranemisel ja tsüsti olemasolu korral tuleb tüst eemaldada. Täieliku nekroosi olemasolu korral tuleb munasari eemaldada.

5.7.4. MUNASARJA APOPLEKSIA

Tüüpiliselt esineb munasarja apopleksia oletatava ovulatsiooni ajal (menstruaaltsükli keskel), sageli noortel regulaarse menstruaaltsükliga naistel. Munasarja apopleksia võib olla seotud ovulatsiooni medikamentoose stimulatsiooniga.

Juhtiv vaevus on äkki tekkinud valu alakõhus, millele võib kaasuda iiveldus ja oksendamine. Esinevad verekaotuse sümptomid, harva võib verejooks viia hemorraagilisse šokki.

Diagnostika: HCG on vereseerumis negatiivne, transvaginaalsel UH-uuringul esineb veri väikeses vaagnas. Vaginaalsel palpatsioonil on sageli tunda ühepoolne kõhukatete pinget.

Ravi. Laparoskopilisel operatsioonil tuleb teha hemostaas – munasarja koe koagulatsioon või suturatsioon. Munasarja mitte eemaldada. Kui verekaotus hemodünaamika häireid ei põhjusta, siis võib patsienti jälgida ja ravida konservatiivselt: ca 80%-l juhtudest nähud mööduvad, kaovad.

5.7.5. PÕLETIKULISED HAIGUSED (PID – PELVIC INFLAMMATORY DISEASE)

PID esineb igas vanuses, kuid sagedamini noortel seksuaalelu elavatel naistel. Soodustav tegur on spiraal emakas.

Tavaliselt on põhjuseks sugulisel teel levivad infektsioonid, ent PID võib esineda ka sekundaarselt apenditsiidi ja divertikuliidi korral.

Juhtiv kaebus on äge või kroonilise kuluga alakõhuvalu, mis pikkamööda süveneb. Sellele lisanduvad kehatemperatuuri tõus, põletikuline voolus tupest ja sageli ka düsuuria.

Diagnostika. HCG on vereseerumis negatiivne, vere analüüsides esinevad põletikulised muutused – leukotsütoos ja CRV tõus. Transvaginaalsel UH-uuringul võib sedastada põletikulised muutused naissuguelundeis ja vaba vedelikku väikeses vaagnas. Magnetresonantsuuring on näidustatud tuboovariaalse abstsessi (TOA) kahtluse korral. Vaginaalsel palpatsioonil on TOA korral tuntav mass adneksi piirkonnas.

Ravi on TOA ruptuuri korral kohene operatsioon (laparoskopiline või lahtine meetod), mäda evakatsioon ja vajaduse korral tuleb eemaldada mädakoldega elund. Fertiilses eas naistel tuleb, kui võimalik, säilitada suguelundid. Ruptureerumata TOA olemasolu korral alustada antibakteriaalse raviga ja operatsioon teostada 24–48 t möödudes. Ägeda põletiku korral ja põletikulise infiltraadi puudumise korral alustada antibakteriaalse raviga, operatsioon ei ole vajalik (nt äge gonorröiline põletik). Põletikulise infiltraadi (abstsessi) olemasolu korral on vajalik operatiivne ravi.

5.7.6. MÜOOMISÖLME NEKROOS JA/VÕI PÖÖRDUMINE EMAKAL

Esineb harva, sagedamini premenopausi ja postmenopausi eas naistel. Sageli väljendub see pikkamööda areneva valuna alakõhus, mis võib põhjustada ägedat kõhtu. Lisaks esineb kehatemperatuuri tõus ja veresegune põletikuline voolus tupest.

Diagnostika: valulikud müoomisõlmed võivad olla palpeeritavad; veres on põletiku-

lised muutused (leukotsütoos ja CRV sisalduse kasv). Transvaginaalsel UH-uuringul (või MRI) on näha struktuuri muutustega müoomisõlm.

Ravi. Antibakteriaalne ravi 24–48 t vältel, seejärel laparoskoopilisel või lahtisel meetodil müoomisõlme eemaldamine või hüstrektomia.

6. ÄGE KÕHUVALU LASTEL

Kõhuvalu on üks sagedasemaid tervisehäireid lastel. Enamik juhte laheneb ravita, paljud juhud lahendab perearst ja vaid suhteliselt väike osa ägeda kõhuvaluga lastest vajab haiglaravi. Ka viimastest laheneb osa ilma, et selguks kõhuvalu põhjus. Neil juhtudel on tavaliselt diagnoosiks mittespetsiifiline kõhuvalu. Vaid väikesel osal kõhuvaluga lastest on selle põhjus kirurgilist ravi vajav haigus.

Kõige sagedasem kirurgilist ravi vajav ägeda kõhuvalu põhjus lastel on äge apenditsiit, imikutel ja kuni 1 aasta vanustel on selle sagedamaks põhjuseks mitmesugused mao-sooletrakti väärengud.

Kuni 7 a vanused ägeda kõhuvaluga lapsed kuuluvad diagnoosi täpsustamisele ja kirurgilisele ravile keskustes, kus töötab sertifitseeritud lastekirurg. Vanemaid lapsi, kel on ägeda apenditsiidi tüüpiline kliiniline pilt, võib hospitaliseerida ja opereerida keskhaiglates. Kõik lapsed, kel on ägeda kõhuvalu põhjuseks seedetrakti väärengud, tuleb suunata ravile Tallinna või Tartu lastekirurgia osakondadesse.

6.1. DIAGNOOSIMINE

Ägeda kõhuvalu põhjuste selgitamisel tuleb toonitada anamneesi tähtsust, mis imiku ja väikelapse puhul võib jääda lünklikuks, eriti kui last on hoidnud erinevad inimesed. Diagnoosimine võib olla raskendatud ka arengupeatusega lastel: enamasti ei panda tähele haigestumise algust ja arsti poole pöördutakse alles siis, kui lapsel on tekkinud peritoniit. Õige diagnoosi hilinemist võib täheldada ka viirushaiguste puhangute ajal, kui oksendavat ja kõhuvaluga last vaadatakse kui „kõhugripihaiget”.

Olenevalt lapse east võib kliiniline läbi vaatatus osutada komplitseeritaks ja nõuda arstilt tõsist kannatlikkust nii lapse kui ta vanemate suhtes. Negativistlikult meelestatud ja rahutu lapse kõhu palpeerimine ei anna õiget infot. Lapsega kontakti saamiseks tuleks kaasata ka vanemad, et last rahustada ja tähelepanu kõrvale juhtida. Otstarbekas on jälgida lapse käitumist anamneesi kogumise ajal: kas ta lamab vaikselt, hoidub liigutamisest, hoiab jalgu kõverdatult, või vastupidi – keerab küljelt küljele, ohib ega leia asu. Ettevaatlik peab olema valu (ja võimaliku nutu) provotseerimisel, sest see võib rikkuda saadud kontakti. Palpatsioonil on oluline selgitada valulikkuse ja lihaspinge olemasolu ning nende lokaliseerimist.

Tähtsal kohal on patsiendi korduv ülevaatatus mõne tunni möödudes, et hinnata muutuste dünaamikat (valu püsivus, intensiivsus ja lokaliseerimine, kehatemperatuur).

6.2. MITTESPETSIIFILINE KÕHUVALU

Suur osa kõhuvalu episoodidest lastel laheneb, ilma et nende põhjus selguks – sel puhul on kasutusel diagnoos mittespetsiifiline kõhuvalu (MSK). Oma kulult on MSK sagedamini koolikutaoline, ligi poolelt juhtudest kaasneb valuga iiveldus ja oksendamine.

MSK võimalikuks põhjuseks peetakse gaaside suurenenud produktsiooni lapse sooletraktis („gaasivalu“). Kooliku tüüpi kõhuvalu tekkel peetakse oluliseks ka psüh-hogeenseid põhjusi. MSK teket võivad soodustada muutused lapse dieedis, mis võib põhjustada gaaside kogunemist sooles. Ka seedetrakti limaskesta ärritavad toidud soodustavad spasmiidide teket ja kõhuvalu. Dieedi muutusega võib kaasneda ka episoodiline kõhukinnisus ja sellest põhjustatud kõhuvalu.

Kliinilises praktikas on ülioluline MSK eristamine kirurgilist ravi vajavast haigusest (kõige sagedamini ägedast apenditsiidist). Sagedasti on MSK korral valu lokaliseerimine nii selle tekkides kui ka lapse haiglasse jõudes sarnane ägeda apenditsiidi puhuse kõhuvaluga (keskkõhus või paremal alakõhus).

Ägedast apenditsiidist eristavad MSKd järgmistest tunnused:

- valu on sagedamini koolikulise kuluga,
- tavaliselt valu ei progresseeru aja jooksul,
- valu ei tugevne liigutamisel,
- lihaspinge paremal alakõhus esineb harva,
- harva esineb leukotsütoos ja CRV on normi piires.

MSK ravis kasutatakse medikamentidest spasmolüütikume ja nõrgatoimelisi valuvaigisteid. Soolegaaside kogunemise korral on näidustatud gaasitoru asetamine pärasoolde ja/või defekatsiooni provotseerijate kasutamine (nt microlax).

6.3. ÄGE APENDITSIIIT

Äge apenditsiit (ÄA) on kõige sagedasem kirurgilist ravi vajav ägeda kõhuvalu põhjus lastel. ÄA võib esineda kõikides eearühmades, ent sagedamini 5–14 aasta vanustel lastel.

Alla 3 aasta vanustel lastel esineb ÄA harvem. Nooremad lapsed satuvad sageli haiglasse ÄA tüsistunud juhtudega, kuna haigestumise algus ja kaebused on tihti ebamäärased ning harva mõeldakse ägeda apenditsiidi võimalusele selles vanuses laste puhul.

ÄA kliiniline pilt väikelastel võib oluliselt erineda selle tüüpilisest leiust täiskasvanutel. Kui tavaliselt on apenditsiidi üheks esimeseks sümptomiks kõhuvalu, mis algab naba ümbrusest ja seejärel kandub paremale alakõhu piirkonda, ning alles hiljem lisanduvad isutus, iiveldus ja oksendamine, siis väikelapsel võib korduv oksendamine eelineda kõhuvalule. Kõhulahtisuse esinemine võib olla tüsistunud ussjätkepõletiku ja peritoniidi tunnuseks.

Vanemaealiste (üle 7 a) laste haiguse kulgu, kliiniline pilt ja kirurgiline ravi ei erine täiskasvanute omast.

Teismeliste tütarlaste kõhuvalukaebused võivad olla seotud menstruaaltsükliga, munasarja või munasarjatsüsti torsiooniga. Neil juhtudel on vajalik konsulteerida güne-

koloogiga. Poisslastel tuleb kontrollida, kas vaevuste põhjuseks ei ole *testis*'e torisioon.

Primaarne peritoniit (PP) on infektsioosne protsess kõhuõones, mis pole lähtunud kõhuõoneelunditest, vaid kandunud sinna hematogeensel või lümfogeensel teel, ja väikeste tüdrukute puhul otseselt astsendeeruv nakkus tupe, emaka ja munajuhade kaudu. Sel puhul esinevad kõhuvalu, oksendamine, sageli kõhulahtisus, kehatemperatuuri tõus febrilsetes väärtustes, põletikulised nihked vereanalüüsis. Haigus esineb sagedamini 5–10aastastel tütarlastel. Kõhu palpatsioonil on lokaalset valulikkust raske leida, kuid esinevad difuussed peritoneaalsed ärritusnähud. Tähelepanelikult võetud anamnees võib anda vihjeid PP eristamiseks ÄAst ning võimaluse rakendada konservatiivset ravi (lõpetada söötmine-jootmine, vedelike veenisisene manustamine, vajaduse korral antipürees). Lapse seisund üldjuhul paraneb. Kui aga ikkagi jääb kahtlus ägeda apenditsiidi suhtes ja laps on võetud operatsioonile ning kõhuõones leitakse muutusteta ussripik ja PP-le iseloomulikku rohket vahutavat veidi hägusat eksudaati, revideeritakse peensool Meckeli suhtes, aspireeritakse vedelik kõhuõonest ja emaldatakse ka ussripik.

6.4. MESENTERIAALNE LÜMFADENIIIT

Valu, mis on põhjustatud peensoole kinnisti lümfisõlmede põletikust, on iseloomulik kogu lapseas, kuid eriti tüüpiline 3–5aastastel lastel. Kliiniliselt väljendub hoolis-tes valudes, mis võivad olla üle kogu kõhu või ainult keskkõhus. Tüüpiline on palavik (39–40 °C), võib kaasneda iiveldus ja oksendamine. Palpatsioonil on maksimaalne valulikkus peensoole kinnisti piirkonnas ja peritoneaalnähud on negatiivsed. Ultraheliuuring kinnitab diagnoosi.

Mesenteriaalne lümfadeniit taandareneb spontaanselt ja üldjuhul ravi ei vaja. Vajaduse korral manustatakse valuvaigisteid ja asendatakse vedelikukaotus.

6.5. SOOLE INVAGINATSIOON

Invaginatsioon on lapseale iseloomulik soolesulguse vorm, mille korral proksimaal-

ne sooleosa toppub distaalsesse ossa. Sellega koos võib pitsuda ka soolekinnisti ja kujuneda soole verevarustuse häire. Invaginatsiooni teket soodustab soole hüperperistaltika (nt gastroenteriidi korral), lümfoidkoe hüperplaasia sooleseinas ja mesenteriaalsetes lümfisõlmedes (nt viirusnakkuste korral). Sagedasem invaginatsiooni vorm on peensoole osa toppumine jämesoolde (80%-l juhtudest). Sagedamini esineb seda poistel. Haigus ilmneb enamasti esimesel eluaastal (üle 50%-l juhtudest).

Kliinilises pildis on iseloomulikud hoolised kõhuvalud, mis korduvad 10–15 minuti järel. Valuhooegade vahel laps rahuneb ja võib isegi uinuda. Lapse rahunedes võib kõhu palpatsioonil olla invaginaat tuntav. Elavnenud peristaltika süvendab sooleosa toppumist ja soole verevarustuse häiret, suurendades soolenekroosi ohtu. Lapse seisund halveneb progresseeruvalt, esineb rohke sapiseguste oksemassidega oksendamine. Pärasoolest võib erituda vaarikaželeed meenutav veresegune lima. Haiguse algstaadiumis võib ühel korral esineda normaalse konsistentsiga iste (jääkiste).

Diagnoosi täpsustab kõhuõõne UH-uuring, kus invaginaat on hästi nähtav. Invaginatsiooni kahtluse korral tuleb laps suunata uuringuteks ja raviks lastekirurgia osakonda.

6.6. PÜLOROSTENOOS

Pülorostenooos on seedetrakti passaaži häire maolukuti tasemel tingituna tsirkulaarse lihaskihi hüpertroofiast, mis viib pülooruse kanali ahenemise kuni täieliku sulguseni.

Hüperetroofilist pülorostenooosi esineb 1,5–4 juutu 1000 vastsündinu kohta, seejuures poistel neli korda sagedamini. Tüüpiliselt ilmneb see 2.–8. elunädalal.

Kliinilises pildis on iseloomulik sage oksendamine. Oksemassid koosnevad maos seiskunud kalgendunud piimast ega sisalda sappi. Oksendamise järel on imik näljane ja hakkab uuesti ahnelt sööma. Diagnoosi ja ravi hilinedes lapse seisund halveneb kiiresti.

Parim diagnostiline võte pülorostenooosi kahtluse korral on UH-uuring. Diagnoosi kinnitab pülooruse seina paksus üle 3 mm, kitsenenud püloorusekanali pikkus üle 15 mm ja tihenend paksu mukooskihi olemasolu.

Pülorostenooosi kahtluse korral tuleb imik hospitaliseerida lastekirurgia osakonda, kus koos diagnoosi täpsustamisega korrigeeritakse vee-elektrolüütide tasakaal ja rakendatakse operatiivset ravi.

6.7. MALROTATSIOON

Ebatüüpiline loote soole pöördumine ja fikseerumine 5.–10. rasedusnädalal võib hilisemas elueas põhjustada mitmesuguseid ägedaid või kroonilisi haigusseisundeid. Kliiniliselt avalduvad need üldjuhul esimesel eluaastal, kuid võivad olla soolesulguse põhjuseks isegi täiskasvanueas. Soolesulgust võivad põhjustada kaasasündinud liited (Ladd'i liited) või soolestiku väärasetus.

Raskeim avaldusvorm on soolekeerd ehk *volvulus*. Kitsal jalal kinnitunud mesenteeerium võimaldab kesksoolel ümber oma telje pöörduda ja häirida soole verevarustust ülemise mesenteriaalaarteri varustusosal. See avaldub varem terve imiku ägeda haigestumisenähtude korduva oksendamisega, seejuures sisaldavad oksemassid sappi. Lapse läbivaahtusel esineb lisaks oksendamisele rahutus, ärevus („laps on vaevas“), ülakõht võib olla ette võlvunud seoses sulgusega kaksteistsõrmiku distaalses osas. Soole limaskestast isheemia korral võib esineda nii veriokse kui ka veriroe. Lapse seisund halveneb kiiresti.

Kesksooli *volvulus*'e diagnoosimise valikmeetodiks on seedetrakti röntgenuuring, vajaduse korral kontrastainega. Neid uurinuid tehakse lastehaiglates.

Volvulus'ega imik vajab kiiret kirurgilist ravi. Kuna malrotatsiooni korral on ka ussripiku asetsemine ebatüüpiline, soovitatatakse see operatsiooni käigus eemaldada.

7. ÄGE KÕHUVALU RASEDATEL

7.1. ÄGE APENDITSIIIT

Ägeda apenditsiidi esinemissageduseks on ligikaudu 1 juutum 1000 raseduse kohta.

Diagnostika võib olla raskendatud, sest tüüpilised sümptomid nagu isutus, iiveldus ja oksendamine võivad esineda ka normaalse raseduse korral ja lisaks võib ussripiku anatoomiline lokalisatsioon erineda mitteraseda omast seoses emaka kasvuga. Tuleb arvestada, et peritoneaalärritusnähud ja lihaspinge võivad rasedal puududa tingituna kõhuseina väljavenitavusest.

Diferentsiaaldiagnostikas on oluline ägeda apenditsiidi eristamine ägedast püelonefriidist.

Esimese kolme raseduskuu ajal on ussripiku lokalisatsioon tavapärane ja selle eemaldamiseks kasutatakse vahelduvloiget. Teises ja kolmandas raseduse trimestris on parem kasutada kõhukatete avamiseks kas kõrget vahelduvloiget või paramediaanset loiget maksimaalse valulikkuse piirkonnas. Survet emakale tuleb vältida.

Kuni 20. rasedusnädalani on lubatud ka laparoskoopiline loikus, kui diagnoos enne operatsiooni ei ole kindel ja ei ole tegemist perforerunud ussripikuga.

Raseda patsiendi korral on vajalik günekoloogi konsultatsioon. Postoperatiivses perioodis tuleb patsienti jälgida võimalike emakakontraktsioonide tekke suhtes.

7.2. SOOLESULGUS

Soolesulguse esinemissageduseks on ligikaudu 1 juhtum 1500 raseduse kohta. See võib olla põhjustatud suurenenud emaka survest sooltele, eriti neil juhtudel, kui patsiendi on varem opereeritud (ja kõhuõõnes on liiteid). Soolesulgus tekib tavaliselt raseduse kolmandas trimestris.

Diagnostika ja ravitaktika ei erine tavalisest soolesulgusepuhusest tegevusest.

Vajalik on günekoloogi konsultatsioon. Keisrilõike sooritamise vajadus selgub operatsiooni käigus.

Ravi tulemused on halvad (ema ja loote suur suremus) strangulatsioon-iileuse, soole nekroosi ja peritoniidi tekke korral.

7.3. ÄGE KOLETSÜSTIIT JA SAPIKIVITÕBI

Ägedat koletsüstiiti esineb ca 1 juht 2000 raseduse kohta

Rasedatel esineb sapikivitõbe sagedamini kui samaealistel mitterasedatel naistel. Selle põhjus on sapipõie mootorika ja tühjenemise aeglustumine raseduse ajal. Enamasti on sapikivid raseduse ajal asümptomaatilised, vaevuste tekke korral on sümptomid tüüpilised.

Raseduse korral tuleb lisaks tavalisele diferentsiaaldiagnostikale sapikividest tingitud valu eristada rasket preeklampsias ja raseda ägedast rasvmaksast.

Sapikivitõve ja selle tüsistuste korral on vajalik naistearsti konsultatsioon.

Ägeda koletsüstiidi ravitaktika ei erine oluliselt mitteraseda omast. Haiguse algstaadiumis ja eriti raseduse esimeses trimestris tuleb esialgu üritada konservatiivset ravi (spasmolüütikumid ja valuvaigistid, vajaduse korral ka antibiootikumid). Kui konservatiivne ravi ei anna tulemusi, on näidustatud kirurgiline ravi. Laparoskoopiline sapipõie eemaldamine on eelistatud kõigis kolmes raseduse trimestris (laparoskoopiline koletsüstektomia on kõige sagedasem laparoskoopiline vahelesegamine raseduse ajal).

Koletsüstektoomiat ei soovitata rasedal asümptomaatiliste sapikivide korral.

7.4. MUNASARJA TSÜST

Munasarja tsüste, mis on > 6 cm, esineb 1 juhtum 4000 raseduse kohta. Enamik tsüste on kollaskeha tsüstid ning kaovad spontaanselt esimese rasedustrimestri lõpuks.

Diagnostika valikmeetod on UH-uuring (raseduse esimeses trimestris transvaginaalne UH-uuring). Munasarja tsüsti avastamise korral on vajalik günekoloogi konsultatsioon.

10–15% -l juhtudest tekib persisteerivate tsüstide (esinevad pärast teist rasedustrimestrit) puhul tsüsti torsioon. Juhtiv vaevus sel puhul on alakõhu valu. Tsüsti torsiooniga suureneb enneaegse sünnituse risk ja võib kaasuda ka raseduse katkemine.

8. ÄGE KÕHUVALU EAKATEL

Vanemaealiste ägeda kõhuvaluga haigete prognoos on halvem. See tuleneb ühelt

poolt nende sagedasti ettetulevast hilisest pöördumisest haiglasse, teisalt mõjutavad vanemaealiste haigete prognoosi kaasuvad haigused.

Ägedad kõhuõõnehaigused võivad eakatel avalduda oluliselt erinevalt noortest patsientidest ning see võib põhjustada diagnostilisi raskusi ja ravi hilinemist, mis omakorda halvendab veelgi prognoosi. Seetõttu on ülioluline ägeda kõhuvalu diagnoosimisel vanemaealistel arvestada asjaolusid, mis võiksid aidata paremini ja kiiremini õige diagnoosini jõuda:

- Sageli on haiguspilt ebatüüpiline, haigus iseloomustavad sümptomid on vähe väljendunud või isegi puuduvad (nt peritoniidi korral võib puududa kõhulihaste pinget).
- Vanemaealistel on enam kaasuvaid orgaanilisi haigusi, seega on ka diferentsiaaldiagnostika raskem. Tuleb arvestada mitmete ägedat kõhuvalu põhjustavate (nt müokardiinfarkt; dekompenseeritud diabeet ja ketoatsidoos) haigustega.
- Eakad tarvitavad sageli krooniliste haiguste tõttu pidevalt mitmeid ravimeid, mis võivad olla ägeda kõhuvalu põhjuseks. Näiteks soodustavad lahtistid, rahustid ja parkinsonismi ravimid *volvulus*'e teket; diureetikumide ja steroidide kasutamine võib põhjustada ägeda pankreatiidi teket; NSAID-preparaatide kasutamine võib ühelt poolt maskeerida ägeda kõhu põhisümptomi – valu –, teisalt võivad NSAID-preparaadid mao ärrituse tõttu põhjustada kõhuvalu, samuti haavandi ja seedetrakti verejooksu.
- Mitmed uuringutulemused, eelkõige põletikumarkerid – leukotsütoos, CRV ja kehatemperatuuri tõus –, on piiratud väärtusega vanemaealiste ägeda kõhu diagnostikas: sageli täheldatakse normväärtusi, vaatamata patsiendil esinevale olulisele põletikulisele protsessile.
- Eakate ägedat kõhtu põhjustavate haiguste esinemissagedus erineb noortest:

sagedasemad kõhuvalu põhjused on äge koletsüstiit, soolesulgus ja vaskulaarsed haigused; samuti esineb sagedamini kõhukinnisust ja divertikuliiti.

- Vanemaealistel peaks hospitaliseerimise lävi olema madalam, s.t kui ägeda kõhuvalu diagnoosimisel on väiksemaidki probleeme või kahtlusi, tuleks patsient alati hospitaliseerida, et teda korduvalt kliiniliselt uurida, hinnata tema sümptomaatikat ja üldseisundit ning seeläbi jõuda õige diagnoosi ning ravini.

9. RAVI TULEMUSED

Ägeda kõhu ravitulemused sõltuvad ühelt poolt patsiendi õigeaegsest pöördumisest, samuti tema üldseisundist (kaasuvatest haigustest), teisalt sõltuvad need korrektsest diagnostikast, ravitaktika valikust ning ravist.

Ägeda kõhu ravitulemuste hindamise üheks kriteeriumiks on letaalsus. Patsientidel, kes on hospitaliseeritud kirurgilise ägeda kõhu diagnoosidega, jääb üldletaalsus 1–2% piiridesse. Postoperatiivne letaalsus jääb 2–3% vahele (eakatel võib küündida kuni 8%–ni).

Alati on siiski täpsem vaadata letaalsuse näitajaid diagnooside kaupa. Nii peaks jääma ägeda apenditsiidiga patsientide letaalsus 0,1%; ägeda koletsüstiidi korral 1–2% ja ägeda pankreatiidi korral 4–6% (raske pankreatiidi korral 17–39%) piiridesse. Suurema letaalsusega on äge mesenteriaalisheemia (letaalsus 60–80%) ja ruptureerunud kõhu-aordi aneurüsm (40–70%).

Ägeda kõhuvaluga haige käsitlust hinnatakse ka nn negatiivse apendektoomia sagedusega. Negatiivne apendektoomia on operatsioon, mis võetakse ette ägeda apenditsiidi kahtluse korral, ent operatsiooni-leiaks on normaalne ussripik, mis tavaliselt eemaldatakse. Negatiivse apendektoomia sagedus jääb enamasti 10–20% vahele. Mida väiksem see on, seda adekvaatsem on ägeda kõhuga patsientide käsitlus.

KIRJANDUS

1. Isai S, Takada T, Kawarada Y, et al. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: surgical management. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2006;13:48–55.
2. Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. *Med Clin NA* 2006;90:481–503.
3. American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with chief complaints of nontraumatic acute abdominal pain. *Ann Emerg Med* 2000;36:406–15.
4. Hendrickson M, Naparst TR. Abdominal surgical emergencies in the elderly. *Med Clin NA* 2003;21:937–69.
5. Lyon C, Clark DC. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. *Am Family Physician* 2006;74:1537–44.
6. Laurell H, Hansson L-E, Gunnarson V. Acute abdominal pain among elderly patients. *Gerontology* 2006;52:339–44.
7. Jones PF. Suspected acute appendicitis: trends in management over 30 years. *Br J Surg* 2001;88:1570–7.
8. Morino M, Pellegrino L, et al. Acute nonspecific abdominal pain. A randomized, controlled trial comparing early laparoscopy versus clinical observation. *Ann of Surg* 2006;244:881–8.
9. Garth SH, Scott RS. Acute and chronic mesenteric ischemia. *Surg Clin NA* 2007;87:1115–34.
10. Gray J, Wardrope J, Fotherill DJ. Abdominal pain, abdominal pain in women, complications of pregnancy and labour. *Emerg Med J* 2004;21:606–13.
11. Tracey M, Fletcher HS. Appendicitis during pregnancy. *Am Surg* 2000;66:555–9.
12. Mishell DR. Management of common problem in obstetric and gynecology. USA 2002.
13. Chion S-Y, Lev-Toaff AS, Masuda E, et al. Adnexal torsion: new clinical and imaging observations by sonography, computed tomography and magnetic resonance imaging. *Ultrasound Med* 2007;26:1289–301.
14. Webb EM, Green GE, Scout LM. Adnexal mass with pelvic pain. *Radiol Clin North Am* 2004;42:329–485.
15. Smith DS. *Field Guide to Bedside Diagnosis*. 2007.
16. Mazze R, Kallen B. Appendicectomy during pregnancy: Swedish registry study of 728 cases. *Obstet Gynecol* 1991;77:835–40.
17. Mourad J, Elliot JP, Erickson L, Lisboa L. Appendicitis in pregnancy: New information that contradicts long-held clinical beliefs. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1027–9.
18. Connolly MM, Unti JA, Nora PF. Bowel obstruction in pregnancy. *Surg Clin North Am* 1995;75:101–13.
19. Bisharah M, Tulandi T. Laparoscopic surgery in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2003;46:92–8.
20. Sharp HT. Gastrointestinal surgical conditions during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1994;37:306.
21. Sergent F, Verspyck E, Marpeau L. Management of an ovarian cyst during pregnancy. *Presse Med* 2003;32:1039–45.
22. Loveland JA, Boffard KD. Damage control in abdomen and beyond. *Br J Surg* 2004;91:1095–101.
23. Silen W. *Cope's early diagnosis of the acute abdomen*. New York, Oxford University Press 2000.
24. Barkun A. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper GI bleeding. *Ann Int Med* 2003;139: 843.
25. Eesti kiirabi ravijuhendid: äge kõht. <http://www.tems.ee/ravijuhised/Tekst.pdf>
26. Manitoba Health. Emergency treatment guidelines – abdominal pain (<http://www.gov.mb.ca/health/ems/guidelines>)
27. Kavanagh S. The acute abdomen – assessment, diagnosis and pitfalls. *YSM Online CaseBook* 2004;12:11–7.
28. Laurell H. Acute abdominal pain. Uppsala University. http://www.diva-portal.org/diva/getDocument?urn_nbn_se_uu_diva-7161-1_fulltext.pdf
29. Dang C, Aguilera P, Dang A, et al. Acute abdominal pain. Four classifications can guide assessment and management. *Geriatrics* 2002;57:30–42.