

SISSEJUHATUS

Tavaliselt põhjustab valu koe põletik, trauma või õõneselundite venitus.

Rindkere määratlemine valu asukohana on kliinilises praktikas mõjutatud rindkereelundite sagedaste haiguste tekitatud valu tüüpilisest lokatsioonist. Kliinilises praktikas mõeldakse rindkerevalu asukohana mõttelist risttahukat kujutavat ruumi, mille ülemine transversaalpind on ligikaudu rinnakupideme kägisälgu kõrgusel, alumine transversaalpind mõõkjätke tipu kõrgusel, tagumine pind moodustub keskmiste aksillaarjoonte vahele ja eesmine pind on paralleelne rinnakukeha eesmise küljega. Valu, mis lokaliseerub selles ruumis nimetatakse tavapäraselt rindkerevaluks. Teatavas osas meditsiinalases kirjanduses eelistatakse terminit äge rindkerevalu, mis rõhutab selle olulist mõju inimese elukvaliteedile. Eestis kasutatakse väljendeid äge rindkerevalu ja rindkerevalu enamasti sünonüümidenä.

Valu, mis paikneb nimetatud risttahuka ülemise ja alumise pinna vahel, kuid jääb tahapoole keskmisest aksillaarjoonest, nimetatakse sageli rindkeretaguseks valuks.

Rindkerevalu jaotatakse somaatiliseks ja vistseraalseks valuks. Somaatiline valu jaotatakse omakorda pindmiseks valuks ja süvavaluks. Nahast lähtuv valu on pindmine valu. Süvavalu on sidekoest, lihastest, luudest ja liigestest lähtuv valu. Vistseraalne valu on rindkere- ja kõhuõõne elunditest lähtuv valu.

RINDKEREVALU LIIGITAMINE ANATOOMILISE PAIKNEMISE ALUSEL

Rindkere seina valu

Rindkere ilmse nahakahjustuse korral liigitatakse valu somaatiliseks pindmiseks valuks. Rindkereseina nahaalustest kihtidest lähtuv valu liigitatakse somaatiliseks süvavaluks. Rindkere seina süvavalu on iseloomult terav ja täpselt lokaliseeritav. Sageli suudab patsient viidata valu asukohale ühe sõrmega. Valu ilmneb palpatsioonil ja rindkere liikumisel. Valu on hästi provotseeritav hingamisliigutusega.

Pleuriitiline valu

Rindkerevalu puhul nimetatakse eraldi pleuriitilist valu, mis tekib, kui kahjustatud rindkerekelme kopsupoolne leste ja seinmine leste hõõrduvad teineteise vastu. Sensoorsed närvilõpmed on ainult parietaalses (seinapoolses) lestmes. Pleuriitiline valu on oma olemuselt somaatiline süvavalu, kuid oma iseloomulike avaldumiste tõttu leiab rindkerevalu puhul sageli eraldi nimetamist. Pleuriitiline valu on terav ja otseselt seotud hingamisega. Pleuriitilise valuga käsikäes ilmneb sageli nn pleuriitiline hingamine. Soovides vältida rindkere liikumisel tekkivat valu, hingab patsient pindmiselt, kompenseerides hingamismahu puudujääke hingamissageduse tõusuga. Pleuriitiline hingamine on omane roidemurruga patsientidele, kes püüavad rindkere liikumise vähendamise kompenseerida valuliku murrukoha liikumist.

Rindkereelundite valu

Rindkereelundite valu on vistseraalne valu ja lähtub rindkereõõnes paiknevatest elunditest. Vistseraalne valu võib kiirguda kindlasse piirkonda. Samas võib asukoht olla määratav vaid üldjoontes (vasakul või paremal, üldiselt rindkeres jne). Sellisel juhul viitavad haiged rindkere siseselt tuntavale valule, andes iseloomustusi nagu näriv, tuim, ängistav jne.

RINDKEREVALU PROJEKTSIOON

Valu projektsiooni korral tunneb inimene valu märgatavalt suuremal alal, kui seda traumeeritud pindala järgi eeldada võiks. Rindkerevalu projektsioon esineb näiteks olukorras, kus inimene saab tugeva hoobi ülakõhtu, roidekaare alla. Patsient võib tunda valu kõikjal rindkeres. Tugev ja hingamist pärssiv valusööst pärineb tõenäoliselt nii vahelihasest kui ka roietevahenärvidest.

Neuralgiline valu on projitseeritud valu liik, mille vältimatuks osaks on püsiv närvi mehaaniline ärritus. Neuralgiline valu on iseloomulik lülisamba haigustele, mille tagajärjel tekib surve seljaajust väljuvatele närvijuurtele.

RINDKEREVALU KIIRGUMINE

Valu kiirgumine on nähtus, kui siseelundi haiguse tagajärjel tekkiv valu tundub asuvat rindkere seinas või ka umbmäärasemalt rindkeres. Mõnel juhul on võimalik valu

kiirgumine ka ülajäsemetesse, kaela, alalõuga ja ülakõhtu. Võimalik on ka ülakõhus paiknevate elundite haiguste korral valu kiirgumine rindkere alaossa. Nähtus on seletatav asjaoluga, et nii rindkeres asuvatelt elunditelt kui ka nahalt ja rindkere seinalt valuimpulsse edastavad neuronid annavad signaali üle ühele ja samale neuronile. Seljaajus signaali vastuvõtnud neuron kannab info edasi peaaaju.

ANAMNEES

Rindkerevaluga patsiendilt anamneesi võtmine peaks kindlasti hõlmama järgmiseid aspekte.

Traumatism. Tavaliselt on trauma diagnoosimine selge anamneesi tõttu kerge. Tähelepanu nõuavad eakamad patsiendid, kellele võib trauma tekitada ka nooremale inimesele kahjusid mittepõhjustav tegur. Näiteks võib vanur murda roide vaid rõduservale naaldumisest. Lastelt saadav traumaanamnees on sageli ebatäpne.

Valu algus. Väljaspool traumatismi on valu järsk algus reeglina rindkereõõne elundite haigustunnuseks. Vastupidine on pigem omane luu- ja lihaskonnahaigustele.

Valu kestvus. Üldreeglina on lühiaegne ja äge valu ohtlikuma haiguse tunnuseks kui pikaaegne kestav valu. Erakorralise meditsiini üks põhilisi eesmärgi on valu vähendamine, mistõttu kroonilise valu olemasolu ei vähenda vajadust erakorralise käsitluse järele.

Valu iseloom ja asukoht. Hoolimata selgetest tunnustest on rindkere seinas asuv valu kliinistile ebakindel juhtlõng. Meditsiinilase kirjanduse kui ka füsioloogia põhjal võib rindkere seina valu diagnoosiga rahulduda vaid juhul, kui teiste haiguste esinemine on piisavalt välistatud. Südamepatoloogiale viitavat valu kirjeldatakse harva kui teravat ja lõikavat, mis on sage tekkima õõneselundite perforatsiooni, veresoonte rebendi (noahoobiga võrreldav valu) ja kopsuhaiguste korral (hingamisega teisendatav). Südamepatoloogia sagedasem kirjeldus on erinevate nüanssidega raskustunne rindkeres. Valu, mida on võimalik mingi erilise liigutusega vaigistada või esile kutsuda on sageli lülisamba haiguse tunnuseks.

Kiirgumine

Kiirgumise puhul mõeldakse tavaliselt valu, mis omab valutsentrit ja millega kaasneb vähem intensiivsem valu tsentrist eemal. Tuleb meeles pidada, et valutsentrita, kuid tüüpilisse asukohta kiirgunud valu võib olla samuti tähtsaks sümptomiks.

Valutsentri puudumine on omane diabeetikutele. Siiski pole õige seostada kiirgumist vaid südamehaigustega. Valu kiirgumist esineb ka söögitoru haiguste korral. Valu kiirgub kätte, õlga, alalõuga, abaluude vahele. Õlga kiirgumisega võib olla seotud ka kõhuõõne äge patoloogia. Põhjus on vahelihase ja õlalihaste ühises innervatsioonitees. Pleuriitiline valu kiirgub harva.

Valuga alanud teised sümptomid. Külma higi, iiveldus ja oksendamine on kliinilise kogemuse põhjal pigem südamepatoloogia tunnused. Pulsside puudumine rindkerevaluga patsiendil viitab suurte veresoonte rebendile nagu ka neuroloogiline defitsiit. Kaasuva düspnoe iseloomu tuleb püüda detailideni täpsustada, et eristada pleuraärritusest tingitud hingamishäire. Köha teke viitab hingamiselundkonna haigusele. Diagnostilise väärtusega on harvemini esinev vereköha. Siiski tuleb köha puhul võimaluse piires eristada põhjus ja tagajärg, sest elatanud, aga ka füüsiliselt nõrgad inimesed, võivad sagedase köha (bronhiit) tagajärjel saada rindkerevalu. Reflukshaigusele viitab suhu tõusnud maosisaldise ebameeldiv maitse. Rindkereõõne elundite haigused võivad avalduda valuna kõhu piirkonnas, eriti ülakõhus. Samamoodi võivad ülakõhu elundite haigused avalduda valuna rindkeres.

Valu püsivus. Pleuriitiline valu on reeglina püsiv. Rindkere sein valu on seotud liigutamise ja kehaasendiga. Söögitoru haigused (va perforatsioon) halvenevad sageli öösel maosisu kergema tagasivalgumise tõttu. Südamepatoloogia valu on pigem lainetava iseloomuga, mille orienteeruvaks kestuseks on kümned minutid ning sellele järgneb ligikaudu sama pikkusega valuvaba periood.

Provotseeritavus. Tüüpiliselt tugevneb rindkere sein valu liigutamisel. Südamepatoloogia sümptomid süvenevad suurenenud südamelöögimahu tagajärjel. Söögitoruhaiguse valu mõjutab paremuse või halvemuse poole söömine. Pleuriitilist valu aitab vähendada hingamistöö muutmine.

Varasem valu. Patsiendi valukogemus abistab diagnoosi leidmisel, sest kõige paremini tunneb iseenda tervist patsient. Siiski ei peaks kliinilist pilti varasema valuga sobitama.

Riskifaktorid. Eesmärk on teada saada, kas patsiendi harjumused, töö iseloom ning varasemad pöördumised arstiabi saamiseks sisaldavad riskifaktoreid.

RINDKEREVALUGA SEOTUD HAIGUSED

Rindkerevalu patsiendi käsitlemisel peab arst lähtuma alati eluohtliku haiguse välistamise põhimõttest. Põhilised rindkere valu tekitavad ja erakorralist abi nõudvad seisundid on järgmised:

- südame isheemiatõbi (sh südameinfarkt);
- perikardiit;
- aordi dissektsioon;
- kopsuveresoonte emboolia;
- pingeline pneumotooraks;
- söögitoru ruptuur.

Süsteemsed reumaatilised haigused on sagedasti rindkerevalu ja rindkeretaguse valu põhjuseks. Erakorralise meditsiini osakonnas reeglina puudub võimalus diagnoosida reumaatilisi haiguseid. Erakorralise meditsiini rolliks reumaatiliste haiguste käsitlemisel on tavaliselt valuvaigistav ravi. Reumaatilise haiguse kahtlusega, kuid eluohtliku seisundita patsiendi käsitus peab kindlasti jätkuma perearsti juures.

Mõningate reumaatiliste haiguste iseloomustus erakorralisest käsitlusest lähtuvalt.

- Reumatoidartriit on autoimmuunhaigus, mille korral kahjustuvad tüüpiliselt perifeersed liigesed. Haigus võib haarata ka rindkere piirkonna liigesed, põhjustades patsiendile valu.
- Anküloseeriv spondüliit on süsteemne põletikuline haigus, mille tüüpiliseks avalduskohaks on lülisamba liigesed. Nende kahjustamine põhjustab valu.
- Psoriaatiline artriit kaasneb naha psoriaasiga. Psoriaatiline artriit tekib erinevatel andmetel 5...40% naha psoriaasi põdevatest haigetest. Kahjustuvad suured perifeersed liigesed ja iseloomulikult käeliigesed ning käeluud. Tavaliselt kaasneb ka lülisamba valu, mis võib esineda ka rinnaosas.

- Retsidiveeruv polükondriit e süsteemne kondromalaatsia. Haigust iseloomustab selge mustrita kõhrepõletike teke. Esineda võib kõikjal, kus leidub kõhresid.
- Fibromüalgia. Sagedane reumaatiline haigus, mida iseloomustab lihasvalu, hellus ja jäikus. Valu esineb sageli kaela ja alaselja piirkonna lihastes, kuid esineb ka rindkere seinas.

Mõningate mittereumaatiliste, kuid süsteemsete haiguste iseloomustus erakorralisest käsitlusest lähtuvalt.

- Rindkere skeleti ja lihaskonna infektsioonid. Antud piirkonna infektsioonid assotsieeruvad immuunsupresseeritud patsientidega. Erandina esineb vöötohatis, mis on viiruse *Varicella Zoster* avaldumisvorm vanemas eas. Rangelt võttes on tegemist neuroinfektsiooniga, kuid haiguse ägenemine tekitab tavaliselt rindkerel ühe dermatoomi piirkonnas valusa lööbe. Vöötohatis on HIV infektsiooni indikaatorhaigus, mistõttu kõigil sellise haigusega patsientidel tuleb määrata HIV antikehad.
- Osteoporoos. Osteoporoosi põdeval patsiendil esineb spontaanseid luumurde rindkere ja rindkeretaguses piirkonnas.
- Neoplasmaid. Rindkere seinaga seotavad rinnanäärme kasvaja. Neoplasmade mitmekülgse arenemise tõttu kindlaid valumustreid tuua ei saa. Müeloomtõve kolded tekivad lülisamba lülidesse.
- Sirprakuline aneemia. Aneemilise kriisi korral tekib sageli rindkere valu.

Mõningate, pleuriitilist valu põhjustavate, haiguste iseloomustus

- Kopsuarteri emboolia. Valu ei ole reeglina esmane ja peamine emboolia sümptom. Sageli puudub see üldse. Embooliaga kaasnevad düspnoe ja sünnikoop. Massiivse emboolia puhul ka tahhükardia ja hüpoksia.
- Pneumoonia. Võib tekitada pleuriitilist valu, kuid on sagedasti valuvaba haigus.
- Spontaanne pneumotooraks. Võib tekitada pleuriitilist valu, kuid on rohkem seotud düspnoe ja hüpoksiaga.

- Perikardiit. Perikardiiti iseloomustab äge terav rinnakutagune valu, mis sageli kaob ettepoole naaldudes. Auskultatsioonil kuuldav perikardi hõõrdumine on tugeva patognostilise väärtusega.
- Trahheiit ja trahheobronhiit tekitavad kriipivat valu köhimisel.
- Pleuriit kui mõistele sisu andja.

SOOVITATUD INSTRUMENTAALSED UURINGUD

- Kardiogramm

SOOVITATUD LABORATOORSED UURINGUD

Arst võib lisaks allpool nimetatule ordineerida ka lisaanalüüse

- Hemogramm
- Kreatiini kinaasi lihas- ja närvikoe isoensüüm CK- MB.
- C -reaktiivne valk
- Kõrgtundlik troponiin T
- D- dimeerid
- Lipaas
- Veregaaside analüüs (suure informatiivsusega).

SOOVITATUD RADIOLOOGISED UURINGUD

Radioloogiliste uuringute valik rindkerevalu puhul on soovitav teha peale anamneesi võtmist ning laboratoorsete uuringute vastuse saamist. Tänapäeval on veregaaside analüüsivastuse saamine kiire. See annab omakorda täiendavat diagnostilist infot, mis aitab määrata radioloogiliste uuringute vajaduse.

- Ultraheli on sobiv vedelikunivoode määramiseks pleura- ja perikardiõõnes.
- Rindkere röntgenülesvõte on kiire, lihtne ja odav uurimismeetod.
- Kompuutertomograafia on täpne, kuid ajakulukas ning annab suurema kiirgusdoosi.

DIFERENTSIAALDIAGNOSTIKA

Eluohtlikud seisundid, millele tuleb alati mõelda

Südame isheemiatõbi, perikardiit, aordi dissektsioon, kopsuveresoonte emboolia (NB! embooliat ei põhjusta ainult trombid), pingeline pneumotooraks, söögitoru ruptuur.

Kardiovaskulaarelundkond

Müokardi isheemiatõbi, perikardiit, aordi stenoos, aordi dissektsioon, kopsuveresoonte emboolia, kardiomüopaatia, müokardiit, mitraalklapi prolaps, kopsuhüpertensioon, aordiklapi puudulikkus, parema vatsakese hüpertroofia.

Hingamiselundkond

Pneumoonia, pleuriit, bronhiit, pneumotooraks, neoplasma.

Seedeelundkond

Söögitoru ruptuur, gastroösofagiaalne reflukshaigus, ösofagiaalne spasm, Boerhaave sündroom, maohaavandtõbi, sapipõiehaigused, pankreatiit, funktsionaalne kõhuvalu.

Skelett ja lihaskond

Lülisamba kaela- ja rindkereosa diskide haigused ning sama piirkonna artriit, õlaliigese artriit, kostokondriit, subakromiaalne bursiit.

Teised elundkonnad

Ärevus ja paanikahäire, Herpes Zoster' i infektsioon, rinnanäärme haigused, rindkereseina neoplasma, mediastiniit.