

Enne rikkaks ja siis terveks?

Sven Lindström, Ingmar Lindström –
OÜ SL Meedik

Riigi jõukus ja tema kodanike heaolu on vastastikku sõltuvad: terved inimesed on tööviljakad, vajavad vähem arstiabi ja sotsiaalteenuseid, on edukamad nii isiklikus elus kui ka majanduslikus tegevuses. Iseseisev Eesti on olnud majanduslikult edukas ja poliitikud on veendunud, et lähema kümnendiku vältel on Eesti jõukamate Euroopa riikide nimekirjas. Seni on meie rahva tervisenäitajad muret tekitavad.

Eesti meeste keskmine eluiga on 10 aastat lühem kui arenenud euroliidu (EL-15) maades. Võrreldes nende maadega on meil oluliselt suurem suremus südame-veresoonkonnahaigustesse ja traumatismi, seni veel pidurdamatult sagenevad HIV-infektsiooni levik, alkoholism ja narkomaania (1). Oleme saanud rikkamaks ja saame kulutada enam raha haiguste ravimisele ja ennetamisele. Nii kulutas haigekassa ühe kindlustatu kohta 1992. a 500 kr, 2004. a kümme korda enam (2).

Teatud edu olemesaavutanud südame-veresoonkonnahaiguste üldtuntud riskitegurite – suitsetamine, ülekaalusisus, kõrge vererõhk, suhkurtõbi, hüperkolesteroleemia – esinemissageduse vähendamisel rahvastikus. Sellele vaatamata oli meeste suremus müokardiinfarkti 2005. a suurem kui 1989. a (1989. a 47,21/100 000; 2005. a 69,2/100 000) (3). Samal ajavahemikul on oluliselt paranenud

kardioloogilise abi võimalused nii aparatuur kui ka ravimite osas.

Kui Eurostati andmetele tuginedes võrrelda südame-veresoonkonnahaiguste riskitegurite esinemissagedust Eestis ja mõnes teises Euroopa riigis (Soome, Rootsi, Inglismaa), on Eesti meeste hulgas oluliselt enam suitsetajaid, kuid teiste riskitegurite esinemine ei ole meie inimeste seas oluliselt suurem (4). Ilmselt mõjutavad meie inimeste haigestumist veel mitmed teised olulised tegurid, mida me ei tunne või vähemalt meie ühiskond ei arvesta neid piisavalt.

Risk haigestuda südame-veresoonkonnas ning ka teistesse kroonilistesse haigustesse on mõjutatud lisaks geneetilistele teguritele ka väga paljudest sotsiaalsetest teguritest. Vanemate tervis, nende kahjulikud harjumused (suitsetamine, alkoholism), pere majanduslik olukord määravad oluliselt lapse riski haigestuda hilisemas elueas (5). Uuringud on näidanud, et depressiivsetel meestel on suurem risk haigestuda südame-veresoonkonnahaigustesse (6).

Tervist ja haigestumise riski mõjutab suurel määral toitumine. Ekspertide hinnangul on ligi kolmandik südame-veresoonkonnahaigustest Euroopas tingitud ebatervislikust ja tasakaalustamata toitumisest (7). Üheks oluliseks komponendiks toidus on oomega-3-rasvhapped. Nende vähesuse korral toidus suureneb oluliselt risk haigestuda südame-veresoonkonnahaigustesse (8). Meie senised väikesemahulised uuringud on näidanud oomega-3-rasvhapete vähesust terve naiste toidus (9). Arvata võib, et see on nii ka meie teistes rahvastikurühmades.

Mikroelement seleeni vähesus toidus soodustab paljude haiguste, sealhulgas pahaloomuliste kasvajate teket (10). Uuringud on kinnitanud, et ligi pooltel uuritud Eesti elanikest esines organismis seleeni defitsiit ja 25%-l uurituteist magneesiumi defitsiit (11).

Viimastel aastatel on uuringud selgitanud hüperhomotsüsteineemia osa arteriaalse vererõhu kõrgenemise ja südame-veresoonkonnahaiguste patogeneesis. Foolhappe defitsiit organismis soodustab hüperhomotsüsteineemia kujunemist (12). Kanadas võeti vastu otsus lisada mõnele toiduainele (jahu, riis jt) foolhapet (13). Ka Eesti toitumisteadlased soovivad suurendada folaatide tarbimismäära (7). Lisaks mikroelementidele ei ole vähem oluline vitamiinide sisaldus toidus.

Kuigi paljusid inimese tervist mõjutavaid tegureid me ei tunne, on paljude riikide kogemused tõestanud, et tõhusa ennetustegevusega on võimalik oluliselt vähendada suremust südame-veresoonkonnahaigustesse. Soomes vähenes aastatel 1982–1997 suremus nendesse haigustesse 63%, hinnatavalt veerand suremuse vähendamisest oli saavutatud efektiivsema raviga, ülejäänud osa tõhusa ennetustegevusega (14). USAs vähenes suremus südame-veresoonkonnahaigustesse ajavahemikul 1980–2000 kaks korda ja 44% sellest ennetamise tõhustamise tulemusel (15). Inglismaal vähenes aastatel 1981–2000 meeste suremus nendesse

haigustesse 62% ja 48% sellest tulemustest tänu suitsetamise vähendamisele (16).

Et Eesti inimeste kolme sagedamini esineva ja enneaegset suremust põhjustava haiguse – südame-veresoonkonnahaigused, pahaloomulised kasvaja ja traumatism – ennetus oleks edukas, on vajalik kogu ühiskonna ja iga üksiku inimese aktiivne panus, sest ainult arstiabi tõhustamine sihile ei vii.

Peamisteks tegevussuundadeks peaks olema suitsetamise vähendamine, liigse alkoholitarbimise ohjeldamine ja tervisliku toitumise propageerimine. Ülioluline on uurida ja teada, mida rahva igapäevane toit ja joogivesi tegelikult sisaldavad, kas tarvitav toit sisaldab piisavalt vitamiine, vajalikke mineraale ja rasvhappeid jms.

Tervisliku toitumise propagandat ei tohi juhtida tootjate majanduslikud huvid, vaid see peab põhinema objektiivsel teadmisel, millise koostisega toitu siinsed inimesed vajavad ja millistest vajalikest toiduga saadavatest ainetest on puudus. Arvestades suitsetamise levikut eriti meeste hulgas, tuleks kaaluda tõhusamate meetmete rakendamist, et aidata inimesi sellest harjumusest vabaneeda. Näiteks võiks kaaluda võimalust osaliseltki kompenseerida ravimeid, mis aitavad suitsetamisest loobuda.

Paljusid terviseedenduse meetmeid on meil võimalik kohe ellu viia. Meil pole tarvis, me ei tohigi nende rakendamisega oodata, seni kuni riik kosub ja inimesed rikkaks saavad. Haigete inimestega riik ei saagi rikkaks!

KIRJANDUS

1. Kaasik A-E. Väljavaated Eesti rahvastiku tervise parandamiseks. *Eesti Arst* 2007;86(2):100–9.
2. Eesti Haigekassa Statistika. Kättesaadav: www.haigekassa.ee
3. Eesti statistika. Kättesaadav: www.stat.ee
4. EUROSTAT. Kättesaadav: www.sm.ee
5. Lawlor DA, Ronalds G, Clark H, et al. Birth weight is inversely associated with incident coronary heart disease and stroke among individuals born in the 1950s: findings from the Aberdeen Children of the 1950 s prospective cohort study. *Circulation* 2005;112:1414–8.
6. Kamphuis MH, Kalmijn S, Tijhuis MA, et al. Depressive symptoms as risk factor of cardiovascular mortality in older European men: the Finland, Italy and Netherlands Elderly (FINE) study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006;13:199–206.
7. Vaask S, Liebert T, Maser M jt. Rohkem tähelepanu toitumisele. *Eesti Arst* 2006;85:313–7.
8. Iso H, Kobayashi M, Ishihara J, et al. JPHC Study Group Intake of fish and Ω 3 fatty acids and risk of coronary heart disease among Japanese: the Japan Public Health Center Based (JPHC) Study. Cohort I *Circulation* 2006; 113:195–2002.
9. Lindström S, Lindström I. Naise tervis ja oomega-3-rasvhapped. *Lege Artis* 2007;63:33–4.
10. Rayman MP. Selenium in cancer prevention: a review of the evidence and mechanism of action. *Proc Nutr Soc* 2005;64(4):527–42.
11. Lindström S, Angerjäv K, Lindström I. We need more trace elements and less vitamins! In: *Proceedings of the 2nd International Symposium on Trace Elements and Health*; 2007 June 20; Helsinki, Finland. p. 72.

12. Virtanen JK, Voutilainen S, Alftan G, et al. Homocysteine as a risk factor for CVD mortality in men with other CVD risk factors: the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor (KIHD) Study. *J Intern Med* 2005;257(3):255–62.
13. Ray JG, Vermulen MJ, Boss SC, et al. Declining rate of folate insufficiency among adults following increased folic acid food fortification in Canada. *Can J Public Health* 2002;93:249–5.
14. Laaksonen M, Talala K, Martelin T, et al. Health behaviours as explanations for educational level differences in cardiovascular an all-cause mortality: a follow-up of 60 000 men and women over 23 years. *Eur J Public Health* June 14 2007; doi:10.1093/euro/pub/ckm051.
15. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, et al. Explaining the decrease in U.S deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med* 2007;356:2388–98.
16. Unal B, Critchley JA, Capewell S. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. *Circulation* 2004;109:1101–9.

sven.lindstrom@slmeedik.ee

Aasta arst 2007 on dr Sven Lindström



Interneti-portaali www.arst.ee lugejad valisid detsembri lõpul aasta arsti 2007, kelleks sai doktor Sven Lindström.

Dr Lindström töötab praegu ravikeskuses SL Meedik. Ta on lõpetanud Tartu Ülikooli arstiteaduskonna 1977. aastal, seejärel töötanud aastatel 1977–1996 Tallinna Keskhaigla sisehaiguste osakonnas arstina ja verekirurgia osakonna juhatajana. 1988. aastal kaitses ta meditsiiniteaduste doktori kraadi.

Ettevõtmise eesmärgiks oli tunnustada avalikkuse poolt arste ja arstiks olemist. Nimeetatud tiitel on eriline, sest kandidaate aasta arsti tiitlile said tänavu esitada kõik soovijad nii Interneti teel kui ka Terviselehe kaudu.

MEELDETULETUSEKS:

2002. aastal pärjati aasta arsti tiitliga Telliskivi perearstikeskuse perearst Urve Prits;
2003. aastal lastehaigla vastsündinute ja imikute osakonna tohter Priit Reedik;
2004. aastal kiirabi arst Tina Metsar;
2005. aastal Põhja-Eesti Regionaalhaigla ortopeed Vello Linnamäe;
2006. aastal Lääne-Tallinna Keskhaigla kardioloog Ilja Lapidus.

Pidulik tunnustamine ja klaasikunstniku Ivo Lille loodud auhinna kätteandmine toimus 21. detsembril Tallinna raekojas.