

HAIGUS JA RISKITEGURID

Reinhold Birkenfeldt

Paljude haiguste tekkes on otsese etioloogilise teguri kõrval oluline koht real soodustavatel tegureil, millest oleneb suuremal või vähemal määral haigestumise iseloom, kulg ja lõpe.

Juba käesoleva sajandi 50-ndail aastail ilmusid ateroskleroosi ja koronaarhaiguste riskitegurite kontseptsioonid. Aluseks olid haigete kliinilise jälgimise, loomkatsete ja elanikkonna epidemioloogiliste uuringute andmed. Sellega pandi alus riskiteooriatele, mis hõlmavad loodusteaduslikke, meditsiinilisi ja sotsiaalseid küsimusi [10]. Järgnevatel aastakümnetel on toimunud riskitegurite uurimine paljudel erialadel [9]. Seniajani puudub aga riskiteguri mõiste selge määratlus ja paljude esitatud riskiteooriate küllaldane põhjendatus [14]. Kirjanduses esitatakse riskiteguritena pikki loetelusid teguritest, mõjudest, kliinilistest näitajatest jne. ning rõhutatakse nende kausaalsust, andmata põhjuse-tagajärje seose põhjendatud tõestust [8, 15]. Sageli ei ole veel ettekujutus riskitegurite bioloogilistest alustest ja osast nüüdisaja inimese adapteerumisprotsessis kiirelt muutuvaile ökoloogilistele tingimustele ja eluviisidele.

Mis on siis riskitegur? Sellel on väga palju määratlusi. Asi on seda keerulisem, et see mõiste tõstatab rea filosoofilisi, tunnetusmetoodilisi ja meditsiini teoreetilisi küsimusi. Toome näiteid. Riskiteguri all nähakse inimest mõjustavat protsessi, mis haigust esile kutsub [3]. Riskitegurid on eksogeensed ja endogeensed tegurid, millega assotsieerub suur osa antud haigusjuhtudest. J.-U. Niehoff [10] toob oma ülevaates selliseid definitsioone: "Riskitegurid on tunnused, mis ennustavad tulevast haigestumist ja tõenäoliselt on kausaalselt seotud haigestumisega" või "Riskitegurid on ... kindlad defineeritavad kahjulikud põhjused, mis nimetamisväärsel määral osalevad haiguste tekkes" või "Riskitegurid on ... inimesi teatud eeldustel tabavad kahjulikud, kuid teiste tingimuste puhul välditavad mõjustused". Seega ühelt poolt tõstetakse esile riskitegurite kausaalne tähendus, teiselt poolt tõlgendatakse neid kui ekspositsionaalseid tegureid ja kolmandaks kui haiguse põhjuseid. Autori arvates [10] "riskitegurid on samalaadsete haigete populatsiooni struktuurilised tunnused, nad võimaldavad hinnata haigestumissagedust samade struktuuriliste tunnustega populatsioonis, mis ei ole veel haigestunud."

Riskiteguri mõiste tähistab esmajoones nähtusi, mis on statistiliselt tõenäosuslikus ühenduses teise nähtusega, nimelt haigusega. Oluline on tulemuste õige interpretatsioon, milleks on vajalik vähemalt üks tööhüpotees.

Riskitegurite uurimisel taotletakse nelja omavahel seotud eesmärki: 1) krooniliste haiguste etioloogia ja patogeneesi uurimine, 2) haigestumise sageduse muutuste selgitamine ühe populatsiooni piires, 3) haiguse varajases staadiumis diagnoosimise asemel riskikandjate ehk riskigruppide otsimine ja ravimine, 4) terviseõpetuse kontseptsioonide teaduslik põhjendamine [10].

Jaotatakse riskitegureid mitmeti: eksogeensed ja endogeensed tegurid [7], füsioloogilis-biokeemilised ja sotsiaalsed tegurid [5, 12], bioloogilised ja psühhosotsiaalsed [9], mõjutatavad ja mittemõjutatavad; kindlaks tehtud, tõenäolised ja oletatavad tegurid [12] jne.

L.A.Leštšinski ja A.S.Dimov [14] leidsid, et riskitegurid on vahepealne etapp antud haiguse uurimisel, edasi peaks järgnema nende tegurite ringi vähendamine ja lõpuks etioloogilise teguri väljatoomine. Riskitegurite suur arv on tingitud rea haiguste etioloogia mittetundmisest, tegureid tuleks vähendada 3-4-le profülaktikas kõige olulisemale. Sellisel talitataksegi. Näiteks südame isheemiatõve 35 arvestatavast riskitegurist tuuakse välja 5 suurt riskiteguri: hüperkolesterineemia, arteriaalne hüpertensioon, suitsetamine, väheliikuv eluviis ja liigne kehakaal [12].

Milline on riskiteguri ja epidemoloogia vahetõde? Riskitegurite kindlakstegemine on algusest peale allutatud epidemioloogiale, kuid ei tohi samastada epidemioloogilist teguri riskiteguriga. Riskitegurite eristamisele ja konkretiseerimisele peab eelnema pikaajaline prospektiivne epidemioloogiline uuring [6, 9, 11]. See on aga küllaltki keeruline ja metoodiliselt komplitseeritud [4].

Pikaajalises prospektiivses uuringus (1960-1984) jälgisime 1310 reumahaiget Eesti saartel, samuti tegime rida täiendavaid uuringuid [2, 13]. Matemaatilisele töötusele võeti 165 epidemioloogilist ja kliinilist tunnust. Faktoranalüüs tõi välja 5 reuma riskiteguri ja neid moodustavad komponendid: 1) krooniline koldeinfektsioon (infitseeritud A-grupi beeta-hemolüütilise streptokokiga, krooniline tonsilliit, selle hilinenud saneerimine), 2) olmetegur (ebasoodsad elamu-olmetingimused ja sellega seotud reuma perekondlik levik, halvad töötingimused), 3) soolis-ealine tegur (lapse- ja noorukiiga, eriti naissoo), 4) geneetiline tegur (geneetiline eelsoodumus, päikese aktiivsus loote arengu ja sünni ajal, magnetotroopsus ja meteotroopsus), 5) puudulik teisene profülaktika (puudulik etappravi, bitsilliinprofülaktika viis ja kestvus). Neist riskitegurid 1-4 on olulised esmasel haigestumisel, 5. tegur on lisaks eelmistele oluline retsidiivide tekkes. Klapirikete teke on seotud 1., 2. ja 4. teguriga, haiguse ebasoodus lõpe (invalidistumus) 1., 2. ja 5. teguriga.

Kõik need "riskisündroomid" moodustavad kokku reuma riskitegurite kompleksi. Väljatöötatud tabelite abil on võimalik konkreetsel indiviidil määrata reumasse haigestumuse riski.

Oleme omalt poolt riskiteguri defineerinud järgmiselt: **Haiguse riskitegur on bioloogiline, ökoloogiline või sotsiaalne tunnus, mille suuremal väärtusel tekib haigus suurema statistilise tõenäosusega või kulgeb raskemalt** [1]. Antud definitsioon määratleb riskiteguri mõiste laienemist: riskitegur mõjub mitte ainult ohutegurina esmase haigestumise suhtes, vaid toimib ebasoodsalt ka haiguse kulu ja lõppe suhtes. See on eriti tähelepanev pikaajaliselt kulgevate krooniliste, perioodiliselt ägenevate mittespetsiifiliste haiguste puhul.

Arvame, et etioloogilise teguri tundmine ei lahenda veel lõplikult profülaktika probleemi. Praktilises tegevuses vajame konkreetseid teadmisi, kellele või millal on

etioloogiline tegur ohtlik. Näitena tooksime nina-neelu ägeda streptokokilise infektsiooni, mille järel haigestuvad reumasse, nefriiti jt. haigustesse vaid 3% põdenust. Etioloogiline tegur pääseb paljudel juhtudel mõjule vaid vastavate riskitegurite olemasolul.

Huvitavaks probleemiks on riskitegurite koosmõju küsimus. Iga konkreetne riskitegur võib suurendada või vähendada riski sõltuvalt teise teguri mõjust. Selles avaldub koosmõju ehk interaktsioon. Samal ajal omab iga tegur autonoomset toimet. Seega kahe teguri koosmõju võib olla suurem või väiksem nende üksikmõjude summast.

Elanikkonna läbivaatustel on ülesandeks haiguste avastamine varajases staadiumis. Samaaegselt peab toimuma riskirühmadesse kuulujate väljaselgitamine ja riskitegurite võimalik mõjutamine. Eesmärgiks peaks olema iga inimese suhtes põhilise võimaliku riski selgitamine ja selle teadustamine inimesele. Oluline on õige psühholoogiline lähenemine. Hoidutagu iatrogeeniast. Enamlevinud haiguste riskitegurite laialdane tutvustamine peab olema rahva terviseõpetuse lahutamatuks osaks.

Kirjandus

1. Birkenfeldt R. (1985). Riskitegurid haiguste profülaktikas. Nõukogude Eesti Tervishoid, 3, 166-168.
2. Birkenfeldt R., Villmann, Ch. (1984). Meteolabiilsus ja meteotroopsed haigused. Nõukogude Eesti Tervishoid, 4, 278-282.
3. Epstein F.H. (1978). Risikofaktor, Risikoindikator und Pathogenese. Medicina Clinica, 73, 381-387.
4. Epstein H. (1982). Die Entwicklung des Konzepts der Risikofaktoren. Risikofaktorenmedizin: Konzept und Kontroverse. Berlin, New York, Walter de Gruyter, S. 2-6.
5. Gerhardt U. (1982). Probleme der Definition sozialer Risikofaktoren. Risikofaktorenmedizin: Konzept und Kontroverse. Berlin, New York, Walter de Gruyter, S. 7-11.
6. Hansen H. (1982). Epidemiology as causal research? Risikofaktorenmedizin: Konzept und Kontroverse. Berlin, New York, Walter de Gruyter, S. 51-55.
7. Karmaus W. (1982). Phasen präventiver strategien. Risikofaktorenmedizin: Konzept und Kontroverse. Berlin, New York, Walter de Gruyter, S. 27-36.
8. Klemm P.G. (1980). Eine quantitative Theorie der Risikofaktoren. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 74, 9, S.428-332.
9. Meyer-Probst B., Teichmann H. (1984). Risiken für die Persönlichkeiten im Kindersalter. Leipzig, VEB Georg Thieme.
10. Niehoff J.-U. (1978). Risikofaktoren-Risikofaktorentheoria-Risikokonzept. Teil 1. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 72, 2, S. 84-89.
11. Niehoff J.-U. (1978). Risikofaktoren-Risikofaktorentheoria-Risikokonzept. Teil 2. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 72, 3, S. 145-149.
12. Valgma K. (1984). Müokardinfarkt. 'Valgus'. Tallinn.
13. Биркенфелдт Р. Р. (1988). Эндогенные и экзогенные факторы риска ревматизма. Автореферат дисс. докт. мед. наук. Москва, 32 с.
14. Лещинский Л. А., Димов А. С. (1981). Фактор риска: причины, условия болезней или ранние симптомы заболеваний? Критика понятия и предложения к классификации рискфакторов. Тезисы XVIII Всесоюзного съезда терапевтов. Часть I, Москва, с. 67-68.
15. Профилактика некоторых заболеваний внутренних органов. (1983). Киев, Вища школа, с. 83-102.