

Vjesnik

Zavod za javno zdravstvo
Dubrovačko-neretvanske županije



TRAVANJ 2013.

GODINA XII.

BROJ 35

Teme ovog broja:



OTVORENO SAVJETOVALIŠTE ZA PREHRANU



Stranica 2



ZDRAVSTVENI ODGOJ ŠKOLSKE DJECE I STUDENATA

Stranica 3



TJEDAN MOZGA 11. - 17. OŽUJKA

Stranica 5



NEKE SPOZNAJE IZ PODRUČJA OVISNOSTI

Stranica 6



PSIHOSOMATSKI ASPEKT INKOTINENCIJE

Stranica 7



REZISTENCIJA BAKTERIJSKIH IZOLATA U DNŽ 2007. - 2012.

Stranica 9



SVJETSKI DAN ZDRAVLJA - ZNATE LI KOLIKI JE VAŠ TLAK?

Stranica 13

SAVJETOVALIŠTE ZA PREHRANU

Marija Vezilić, dipl. ing., nutricionist

Prehrana ima važnu ulogu u očuvanju zdravlja čovjeka. Loše prehrambene navike, neodgovarajući raspored obroka tijekom dana, nedovoljan unos hranjivih i zaštitnih tvari u organizam može rezultirati pojavom pothranjenosti, pretilosti ili dovesti do razvoja kroničnih nezaraznih bolesti koje su usko povezane s prehranom (dijabetesa tipa 2, bolesti srca i krvnih žila, gihta, malignih i drugih).



U Zavodu za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije **otvoreno je Savjetovalište za prehranu**, čiji je cilj rad s osobama koje žele promijeniti svoje prehrambene navike sukladno njihovim potrebama i mogućnostima. Osnovne aktivnosti savjetovališta su:

- pomoć pri regulaciji tjelesne težine
- izrada osobnog plana prehrane (izrada jelovnika)
- izrada plana i programa prehrane za osobe sa specifičnim potrebama kao što su oboljeli od kroničnih nezaraznih bolesti, trudnice, sportaši, djeca, osobe starije životne dobi
- edukativna predavanja o temeljnim principima pravilne prehrane za razne institucije (vrtiće, škole, domove umirovljenika, sportske klubove, ugostiteljske objekte).

Osmislili smo nekoliko paketa usluga (programa) za smanjenje prekomjerne i održavanje poželjne tjelesne težine.

PAKET 1 namijenjen je osobama koje žele dobiti osnovne informacije o pravilnoj prehrani uz određivanje sastava tjelesne mase

pomoću specijalne vage i procjenu stupnja uhranjenosti.

PAKET 2 namijenjen je osobama koje žele unaprijediti svoje prehrambene navike. Paket uključuje osnovne informacije o pravilnoj prehrani, određivanje sastava tjelesne mase, procjenu prehrambenih navika te smjernice za poboljšanje/promjenu prehrambenih navika s primjerima dnevnog jelovnika.

PAKET 3 namijenjen je osobama s prekomjernom tjelesnom težinom ili pretilim osobama. Uključuje individualni tromjesečni program regulacije tjelesne težine, gdje osim smjernica za promjenu prehrambenih navika korisnik dobije i osobni plan prehrane za deset tjedana.

Oni koji žele naučiti nešto više, promijeniti ili poboljšati svoje prehrambene navike te dugoročno smanjiti tjelesnu težinu, poboljšati kvalitetu života i zdravstveno stanje, naučiti kako kreirati vlastiti jelovnik i steći znanja o namirnicama, pravilnoj prehrani, pravilnom odabiru, kombiniranju i načinu pripreme obroka te o količini i sastavu pojedinih obroka i energetskim vrijednostima obroka mogu odabrati **PAKET 4** - Tromjesečni program regulacije tjelesne težine u grupi. Ovaj program obuhvaća **PAKET 2** + osobni plan prehrane za 10 tjedana + predavanja + program različitih vrsti tjelovježbe.

Trudnice, sportaši, djeca, osobe starije životne dobi i oboljeli od kroničnih nezaraznih bolesti mogu odabrati **PAKET 5** i procijeniti stupanj uhranjenosti, prehrambene navike te dobiti smjernice za promjenu/poboljšanje istih. **PAKET 5+** nudi i osobni plan prehrane za deset tjedana.

Programi su prilagođeni za rad s djecom i odraslom populacijom. Za sada HZZO ne financira usluge savjetovališta, pa su navedeni programi besplatni za djecu do 18. godine, a odrasli sami snose troškove usluga (studenti imaju 50% popusta). Više informacija o uslugama i radu Savjetovališta možete saznati na tel. 020 341 051 ili na e-mail: marija.vezilic@zzjzdnz.hr.

ULOGA ŠKOLSKOG LIJEČNIKA U PROVEDBI ZDRAVSTVENOG ODGOJA

Asja Palinić Cvitanović, dr. med., spec. školske medicine
Matija Čale Mratović, dr. med., spec. školske medicine

Zdravstvena edukacija je edukacija ljudi o zdravlju. Područja koja bi zdravstvena edukacija u širem smislu trebala obuhvatiti su: okolinsko, tjelesno, emocionalno, socijalno, intelektualno i duhovno zdravlje. Možemo je definirati kao kombinaciju planiranog iskustva učenja temeljenog na dokazanim teorijama koja pojedincu, skupini ili zajednici omogućava stjecanje informacija i vještina potrebnih za donošenje odluka koje će rezultirati unapređenjem i očuvanjem zdravlja ili liječenjem i ublažavanjem bolesti.

Zdravstveni odgoj kao integralni dio djelatnosti školske medicine je mjera zdravstvene zaštite kojom se putem razvijanja zdravog i mijenjanja štetnog zdravstvenog ponašanja te podučavanjem i širenjem informacija o zdravstvenim postupcima, postiže unaprjeđenje zdravlja i sprječavaju ponašanja rizična za nastanak bolesti kod djece i mladih. Kao dio preventivnih zdravstvenih mjera u Službi za školsku medicinu, već dulji niz godina provodi se zdravstveni odgoj s učenicima osnovnih i srednjih škola, studentima, roditeljima i učiteljima. Teme su odabirane u dogovoru sa školama, u skladu s programom mjera, potrebama škole ali i normativu i mogućnostima pojedinog liječnika školske medicine u Službi za školsku medicinu u Zavodu za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije.

Zdravstveni odgoj koji se uvodi u škole 2012 g. izrađen je kao odgovor na najčešće zdravstvene probleme i po zdravlje rizična ponašanja djece školske dobi u Hrvatskoj. Služba za školsku medicinu Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo kontinuirano prati stanje zdravlja školske djece kroz godišnja izvješća Službi za školsku medicinu u županijama i putem različitih istraživanja (Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2002., 2006., 2010. i druga istraživanja).

Teme koje će djecu poučavati djelatnici školske medicine su: pravilna higijena zubi (I. razred osnovne škole — r. OŠ), pravilna prehrana i kretanje (III. r. OŠ), rast i razvoj tijela

(IV. r. OŠ), pubertet i higijena (V. r. OŠ), prva pomoć (VII. r. OŠ), prevencija spolno prenosivih bolesti (VIII. r. OŠ). U prvom razredu srednje škole obradit će se utjecaj spolno prenosivih bolesti na reproduktivno zdravlje, a u drugom razredu srednje škole zaštita reproduktivnog zdravlja. Ove teme nadovezuju se na teme koje u pojedinim modulima u školi provode učitelji, nastavnici i stručni suradnici. Teme za studente dogovaraju se sa Sveučilištem u Dubrovniku, sukladno interesima studenata. Služba za školsku medicinu naše županije izrazito je deficitarna po broju timova te ćemo zdravstveni odgoj uskladiti s postojećim kapacitetima.

Mišljenja smo da je zdravstveni odgoj koji provode timovi školske medicine nedostatan, jer je to jedan ulazak u razred po navedenim generacijama. Da bi učenik usvojio i integrirao u svoj stav određenu informaciju on mora imati razvijen dobar odnos s predavačem. Predavač treba jasno i jednostavno kazati informacije, koje su mu dobro poznate, u koje i sam vjeruje, da bi iznošenje informacija bilo autentično. Važno je pružiti mogućnost slušaču da ih komentira i na taj način uči kritički primati informacije, argumentirano ih braniti ili osporavati, što je jako važno za formiranje stavova i donošenje odluka. Dobro je i pohvalno da se pokušava uključiti i ostale stručnjake u provođenje tog važnog segmenta za zdravlje i sreću mladih. Jako je važno voditi računa o tome da se na području zdravstvenog odgoja može napraviti i velika šteta ukoliko izvođači nisu educirani i ne poznaju područje o kojem govore šire od nekih gotovih radnih listova. U situacijama kada se ne primjenjuje cjeloviti prethodno evaluiran program, svaki kompetentan predavač bi sam trebao slagati radne listove i modelirati radionice prema svom znanju i iskustvu. Kada govorimo o temama spolnog odgoja, najučinkovitije bi bilo kada bi se učenicima naveo naslov teme, npr. Zaštita reproduktivnog zdravlja, podijelili listiće i zatražilo da anonimno (pismeno) napišu sve o čemu žele razgovarati i da svi predaju listiće, bez obzira jesu li napisali pitanje.

Naše je iskustvo da su uz ovakav način rada, djeca najviše zainteresirana za sudjelovanje. Na taj način, sadržajno, tema se kreira prema njihovim napisanim pitanjima, odnosno prema onome što te učenike zanima u tom trenutku njihova razvoja. Za takvu vrstu zdravstvenog odgoja uistinu trebamo biti kompetentni. Jako je važno informacije prilagoditi razvojnoj dobi djeteta, jer bismo u najboljoj namjeri mogli učiniti štetu. To se najlakše događa kada govorimo o područjima gdje nemamo iskustvo, odnosno evaluaciju osobnog dosadašnjeg rada s mladima na tim područjima.

Ako razgovaramo o razvijenom odnosu, sigurno je da školski timovi većinom nisu približeni učenicima poput njihovih učitelja, jer se viđaju rijetko i kratko, obzirom na broj djece i mladih koji po svakom našem timu prelazi 4 000. Učitelji skoro svakodnevno imaju priliku razvijati taj odnos, a roditelji su tek pravi modeli koji najviše vremena provode uz svoju djecu i čije informacije djeca najlakše usvajaju.

Zato smo mišljenja da bi liječnici školske medicine trebali više sudjelovati u informiranju roditelja i učitelja o medicinskim spoznajama, posebno u dijelu koji se odnosi na zajedničke teme spolnog odgoja i zaštite reproduktivnog zdravlja, teme koje su izazvale buru u javnosti. Učitelji su dobili pismena uputstva ali nisu još pozvani na edukacije. Također smo mišljenja da bi edukaciju svih provoditelja zdravstvenog odgoja trebalo organizirati po modulima i zajedno s djelatnicima iz zdravstva, jer bi na taj način i jedni i drugi imali uvid u cjelovitost modula, kao i priliku kritičkog promišljanja u cilju unapređenja i usklađenog pristupa i načina rada.

Sa zdravstvenim odgojem o nekoj temi potrebno je započeti prije nego su djeca formirala svoj stav. To se odnosi i na stavove u svezi spolnog ponašanja. To ne znači da o temi treba govoriti prerano, nego u ono vrijeme koje je odgovarajuće vrijeme za populaciju s kojom radimo. Koje je vrijeme najbolje, znat ćemo samo ako kontinuirano putem stručnih i znanstvenih istraživanja pratimo stavove i ponašanja te iste populacije. Spolna ponašanja prema dobi se razlikuju u gradskim i ruralnim područjima, možda i po županijama, tako da je pri provedbi programa potrebno razmišljati i o tim razlikama te im se prilagoditi.

U proces zdravstvenog odgoja neophodno bi bilo uključiti i roditelje na način da ih se informira o temama koje će slušati njihova djeca, te ih se jednako kratko, jasno, medicinski istinito upozna s informacijama koje bi trebali izmjenjivati i kritički razmatrati sa svojom djecom nakon susreta s timovima školske medicine i učiteljima. Tada bi zdravstveni odgoj imao puno veći učinak, jer bi učitelji, roditelji i školski liječnici razgovarali na sličan način o istoj temi, te bi postojala puno veća vjerojatnost usvajanja važnih znanja, stavova i ponašanja. O takvom modelu razmišljamo u našoj županiji, iako je to povećani posao za već preopterećene timove. Mislimo da je bolje obraditi i manje tema, ali ih obraditi sveobuhvatno radeći i s učiteljima i s roditeljima i s djecom.

Izuzetno je važno da sve tri skupine nauče razlikovati medicinske pojmove i razmišljanja od socioloških ili sličnih fenomena, jer zdravstveni odgoj treba počivati na medicinskim sadržajima.

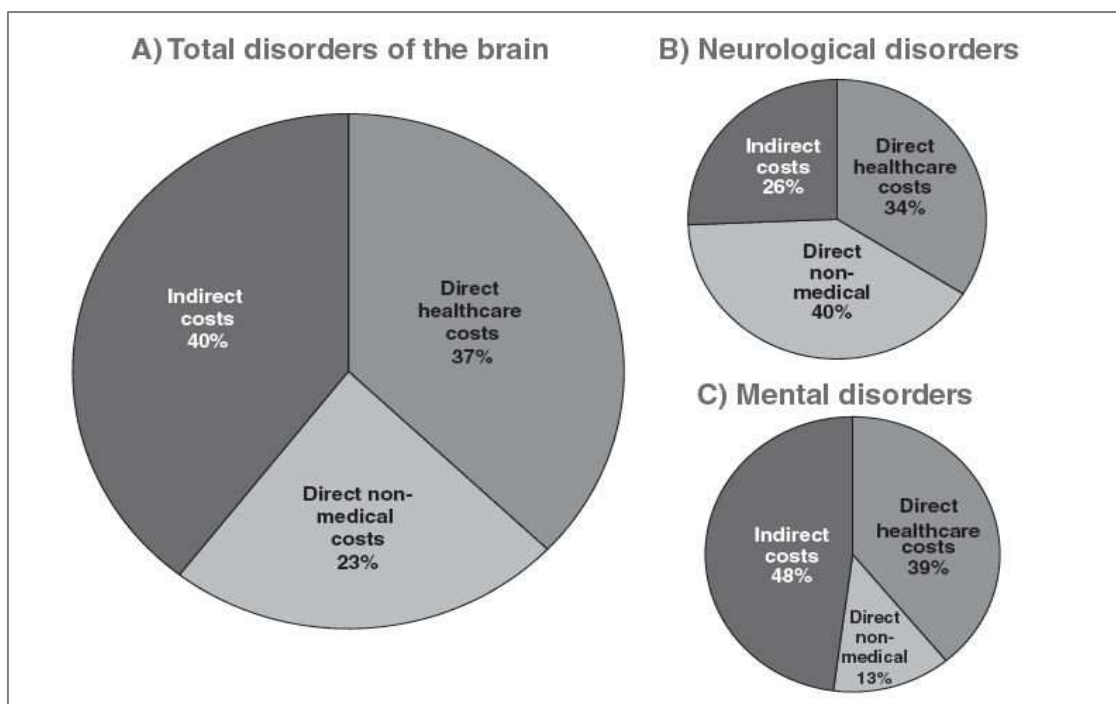


TJEDAN MOZGA, 11. - 17. OŽUJKA 2013.

mr. Ankica Džono Boban, dr. med., spec. javnog zdravstva

Svjetska kampanja poznata kao **Brain Awareness Week (Tjedan mozga)**, na inicijativu organizacije *Dana Alliance for Brain Initiatives*, ima za cilj popularizaciju znanja o funkcijama mozga i popularizaciju neuroznanosti. Najveći izazovi znanosti su odnos mozga i uma te pitanje genetske i evolucijske osnove specifično ljudskih funkcija kao što su govor i svijest o samom sebi. Nadalje tu su istraživanja o duševnim poremećajima i neurološkim bolestima.

Velika europska studija iz 2010. godine utvrdila je da ukupni troškovi za bolesti mozga iznose 798 milijardi eura (1). Od toga, 60% su direktni (zdravstveni i nezdravstveni) troškovi, a 40% indirektni (produktivni gubitak oboljelih), slika 1. Tako se u Europi prosječni troškovi po osobi oboljeloj od bolesti mozga kreću od 285 eura za glavobolju do 30.000 eura za neuromišićna oboljenja.



Slika 1. Distribucija troškova za bolesti mozga (1)

Za ovogodišnji Tjedan mozga Služba za promicanje zdravlja s Odjelom za mentalno zdravlje uključila se u obilježavanje promicanjem tjelovježbi koje usklađuju rad tijela i mozga te doprinose tjelesnom i mentalnom boljitku. Točnije, usklađivanjem dijelova tijela i uma poboljšavaju se motoričke sposobnosti, koncentracija, pamćenje, čitanje, pisanje, jezične i matematičke vještine te se smanjuje stres i napetost. Na našim web stranicama možete po-

gledati nekoliko jednostavnih vježbi http://zzjzdnz.hr/hr/zdravlje/mentalno_zdravlje/581-ch-0?&l_over=1 te rad s najmlađima u dubrovačkim dječjim vrtićima http://www.zzjzdnz.hr/hr/home/dogadjanja/585-ch-0?&l_over=1 (slika 2 i 3).

Literatura:

1. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2011;21(10):718-779.



Slika 2. Djeca iz dječjeg vrtića Palčica



Slika 3. Djeca iz dječjeg vrtića Ciciban

NEKE SPOZNAJE IZ PODRUČJA OVISNOSTI

Ivana Pavić Mikolaučić, dr. med., spec. psihijatrije

Povodom Mjeseca borbe protiv ovisnosti koji se svake godine obilježava od 15. studenog do 15. prosinca, Odjel za mentalno zdravlje Zavoda za javno zdravstvo organizirao je okrugli stol na temu „Dobra klinička praksa u liječenju ovisnika o opijatima“. Skup je organiziran u suradnji s Referentnim centrom za ovisnosti Ministarstva zdravlja te je samom skupu, kao gost predavač, nazočio i voditelj centra prof. dr. sc. Slavko Sakoman.

Prof. Sakoman je liječnicima obiteljske medicine prenio najnovije spoznaje o mogućnostima u liječenju ovisnika o opijatima, kao i svoja iskustva koja je stekao dugogodišnjim radom. Najvažnije činjenice koje je istaknuo tijekom svog predavanja donosimo u ovom tekstu.

Prema definiciji SZO ovisnost je kronična recidivirajuća bolest mozga. Uzroci koji dovode do ovisnosti su mnogobrojni, a najčešće se opisuje interakcija bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika koji u konačnici dovode do razvoja ovisnosti.

- Procijenjeni utjecaj nasljeđa na razvoj ovisnosti iznosi visokih 40%.
- Razina osobne odgovornosti za nastanak bolesti slična je kao i u drugim bolestima (npr. dijabetes).

Uspješno liječenje ovisnosti sastoji se, između ostaloga, i u propisivanju odgovarajuće farmakoterapije koja uključuje zamjensku

(supstitucijsku) terapiju metadonom ili buprenorfinom.

- Svaki postupak detoksifikacije tijekom liječenja praćen je izrazito visokim relapsom, odnosno nakon svakog pokušaja uspostavljanja apstinencije bez prikladne farmakoterapije do relapsa dolazi u 80-95% slučajeva.
- Šanse za uspostavljanje dugotrajne stabilne apstinencije su između 10-25%.
- Objašnjenje za to nude nova istraživanja na području neurobiologije ovisnosti kojima se uspjelo identificirati organsku podlogu za „drug seeking“ ponašanje i relaps.
- Suradljivost pacijenata u postupku liječenja je slična kao i kod drugih kroničnih bolesti.
- Danas dostupnim metodama liječenja, koje najčešće uključuju dugotrajno, čak i doživotno održavanje na supstitucijskoj terapiji, bolest nije moguće u potpunosti izliječiti, ali je moguće uspješno držati pod kontrolom.

Ciljevi koje težimo postići liječenjem ovisnosti su poboljšanje kvalitete života ovisnika te smanjenje štetnih posljedica, kako za samog pacijenta, tako i za društvo u cjelini. Kako bi to postigli potrebno je uključivanje ovisnika što ranije u postupak liječenja, kao i zadržavanje ovisnika što dulje u tretmanu osiguravanjem kvalitetnih programa liječenja, **jer ovisnik izvan tretmana stoji društvenu zajednicu 10 puta više nego njegovo liječenje.**

PSIHOSOMATSKI ASPEKT INKONTINENCIJE URINA

Hrvoje Marković, dr. med., spec. psihijatrije
Odjel za psihijatriju, Opća bolnica Dubrovnik

mr. Srećko Ljubičić, dr. med., spec. anestezije
Odjel za anesteziju, reanimaciju i intenzivno liječenje, Opća bolnica Dubrovnik

Sve učestalija pozornost na pojavu inkontinencije mokraće i stolice nameće potrebu analiziranja te pojave sa svih aspekata pa tako i psihosomatskog. U radu se razmatra utjecaj psihičkih čimbenika na pojavu inkontinencije mokraće te utjecaj te pojave na psihičko stanje bolesnika.

Ključne riječi: psihosomatske bolesti, inkontinencija urina, enureza.

Inkontinencija je nevoljno, nekontrolirano istjecanje mokraće ili stolice, ili oboje (incontinentio alvi et urinae). Te pojave nisu bolesti same za sebe, već su posljedica mnogih patoloških stanja u organizmu. One predstavljaju znatne poteškoće u životu bolesnika, ali i njegove bliže socijalne sredine.

Inkontinencija mokraće je znatno češća pojava od inkontinencije stolice. Javlja se u svakoj životnoj dobi. U djetinjstvu i adolescenciji poznata je kao noćna enureza (lat. Enuresis nocturna), a rjeđe i kao dnevna enureza (enuresis diurna). Kod osoba s mentalnom retardacijom (retardatio psychomotorica) posljedica je nedovoljnog razvoja središnjeg živčanog sustava (SZS) i posljedične intelektualne insuficijencije. Kod žena u menopauzi posljedica je nedostatka hormona (estrogena), gubitka elastičnosti mišića zdjeličnog pojasa, spuštanja maternice i rodnice, mjehura i uretre u višerotkinja. U muškaraca posljedica je povećanja prostate i dobroćudnih promjena kao posljedice starenja (povećanje prostate, adenom prostate). Kod starijih osoba javlja se inkontinencija u čak 30% te populacije, barem jednom tijekom tjedna, a jedna trećina od njih ima teži oblik koji zahtijeva primjenu raznih pomagala uz reduciranje ili čak prekidanje socijalne aktivnosti, što dovodi do samoizolacije, depresije ili čak do regresije (1).

Starenjem se događaju morfološke promjene donjeg urinarnog trakta (povećanje prostate, kronične upale, atrofične promjene sluznice, tumorozne tvorbe, gubitak hormona), što uz uzimanje lijekova radi drugih bolesti (diuretici, antihipertenzivi) predstavlja podlogu za nastanak inkontinencije. Ako se tome pridodaju

aterosklerotski procesi, koji uzrokuju regresivne promjene središnjeg i perifernog živčanog sustava, ukupnu mišićnu slabost, smanjenje opće životne aktivnosti, intelektualno propadanje, slabljenje voljne kontrole svih funkcija pa tako i mokrenja, onda se može reći da je problem zaokružen.

Prema ispitivanjima utvrđeno je da je inkontinencija urina u žena iznad 45. godine života prisutna u gotovo 50-58% žena. Gotovo svaka druga žena u odrasloj dobi ima problema s inkontinencijom, iz čega se može zaključiti obzirom na statističke podatke, da je inkontinencija u odraslih žena "gotovo normalna pojava" (2). Prema istraživanjima Državnog Univerziteta u Tennessee-ju iz 2002. godine 15-30% stanovnika Sjedinjenih Američkih Država pati od nekog oblika inkontinencije (3).

Psihosomatski aspekt inkontinencije urina i enureze

Psihosomatskim bolestima nazivamo bolesti psihogenog porijekla, dakle, uvjetovane emocionalnim stanjima (ljubavi, agresije ili straha), a njihovi se simptomi manifestiraju na razini organa i mijenjaju njihovu funkciju. To znači da određena emocionalna stanja mogu dovesti do promjena funkcije organa, a tjelesne promjene koje nastaju zbog ovih disfunkcija samo su popratni simptomi emocija.

Christian Friedrich Nasse, njemački internist (1778.–1851.) i Maximilian Jacobi (1775.–1858.), njemački psihijatar, zaslužni su za popularizaciju termina „psihosomatski poremećaj“ u dvadesetim godinama 19. stoljeća. Od tada, ovaj termin je postajao staromodan i odbacivan više puta. Konačno je izbačen iz američke i međunarodne klasifikacije duševnih bolesti. Deseta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) je uklonila pojam „psihosomatski poremećaji“ i zamijenila ga dijagnozom "Psihički i bihevioralni čimbenici u vezi s drugom svrstanim poremećajima ili bolestima" (F54).

U psihosomatskim bolestima tjelesni simptomi su neposredni rezultat emocija, uglav-

nom nesvjesnih, koje traže izlaz zaobilaznim i kompliciranim putem do organa. Znanstvenici još uvijek ne znaju uzrok tome. Istraživanja pokazuju kako se radi o složenom međudjelovanju niza čimbenika: naslijeđenih gena, imunološkog sustava, mikroorganizama i okolišnih čimbenika, koji uz stres čine određeni organski sustav osjetljivijim na njegovo negativno djelovanje. Dokazana je važnost trajanja stresnih situacija, tj. da dugotrajni stres (ne i kratkotrajni) nosi veći rizik za ponovno javljanje simptoma već ranije prisutnih psihosomatskih bolesti (4).

Prema nekim modernim trendovima u medicini (npr. holističkim), svaki se poremećaj može smatrati psihosomatskim bilo da su simptomi fizički, emocionalni, ponašajni, kognitivni ili kombinacija svega navedenog.

Već sam pojam inkontinencije ukazuje na psihički utjecaj, (lat. *incontinentio* - nemogućnost suzdržavanja). Emocionalna labilnost koja u jačem obliku prelazi u emocionalnu inkontinenciju uz pojavu tzv. prisilnog smijeha ili prisilnog plača javlja se kod organsko-funkcionalnih oštećenja mozga različite etiologije. Analogno tome možemo govoriti i o inkontinenciji mokraće - postoji korelacija u pojavi emocionalne i urinarne inkontinencije.

Iako inkontinencija predstavlja značajan problem u populaciji, čini se da joj nije posvećeno dovoljno pažnje. Prvo, to nije bolest sui generis, nego je posljedica, simptom različitih bolesnih stanja. Također, ona je često posljedica bolesti u kojih je "vitalna simptomatologija" primaran interes, dok pojava inkontinencije nije od vitalne važnosti. U najranijem djetinjstvu zbog nezrelosti središnjeg živčanog sustava, javlja se kao fiziološki proces i tada se naziva enureza. Enureza je nekontrolirano mokrenje nakon 4. godine života. Kao uzroci se navode infekcije mokraćnog mjehura, bolesti bubrega, tumori, dijabetes, epileptički napadi. S psihoanalitičkog stajališta enureza je posljedica intrapsihičkog konflikta u djetinjstvu i predstavlja simboličku masturbaciju te prerušen oblik iskazivanja prezira prema roditeljima. Djeca gube osjećaj samopoštovanja ako ih vršnjaci ismijavaju, a u roditelja osjete srdžbu i odbacivanje. Nisu rijetke ni pojave enureze u adolescenciji što dovodi do daljnjih psiholoških problema (5).

Proučavajući psihoneurotske pojave, bez obzira na različita tumačenja njihove etiologije, uočava se često poremećaj urogenitalnog

sustava s pojavom učestalog nagona na mokrenje (panični poremećaj), nadimanje, bol tijekom mokrenja (multipli somatizacijski poremećaj), retencija mokraće, teškoće u mokrenju, inkontinencija (konverzivni poremećaj), retencija mokraće ili inkontinencija (depresivni poremećaji).

U starijoj životnoj dobi dolazi do disfunkcije SŽS-a, suprotnog od onog u djetinjstvu (u djetinjstvu proces izgradnje novih funkcija napreduje progresivno, dok u starosti proces ide regresivno prema razgradnji ranijih funkcija).



Inkontinencija u toj dobi je simptom odnosno posljedica oštećenja mozga, koji mogu biti različite etiologije kao npr. posljedice tumora, ozljeda glave, infekcija, kardiovaskularnih bolesti, prirodnih bolesti, primarno psihijatrijskih, fizioloških promjena (epilepsija, hidrocefalus), metaboličkih bolesti (deficit vitamina, endokrini poremećaji), degenerativnih demencija (Alzheimerova, Wilsonova bolest), demijelinizirajućih bolesti (multipla skleroza), posljedica uzimanja droga ili izlaganje otrovima (alkohol, trovanje teškim metalima). U mnogim slučajevima kod navedenih bolesti ne treba zanemariti niti psihološki utjecaj u pojavi inkontinencije.

Periferni uzroci inkontinencije mogu biti ozljede živaca ili mišića nakon kirurških zahvata ili iradijacije zdjelice. Međutim, dosta često se inkontinencija javlja radi slabosti zdjelične muskulature u žena koje su imale višebrojne trudnoće s posljedičnim prolapsom (ispadanje organa ili dijela organa iz jednog unutrašnjeg prostora u drugi ili iz tijela; pojava kada se jedan ili više zdjeličnih organa spuste u vaginu). Takav poremećaj naziva se stres inkontinencija. U ovoj inkontinenciji psihološki čimbenik igra vrlo značajnu ulogu, jer se pojačava pod utjecajem emocionalnih stanja.

Tu je psihosomatski aspekt evidentan, jer dolazi do izražaja utjecaj psihičkog stanja na tjelesnu simptomatologiju, ali i obrnuto, tjelesna bolest utječe na stanje psihe (strah, neugoda, depresija, povlačenje iz socijalne sredine) (6).

Sličan utjecaj psihičkih čimbenika na inkontinenciju i poremećaje mokrenja uočava se kod muškaraca s povećanom prostatom, kod kojih se javlja urgentni, neodgodiv nagon na mokrenje prilikom slušanja šuma istjecanja vode iz slavine i sl.

Iako do sada nije bilo cjelovitog pristupa ovoj temi o psihosomatskom aspektu inkontinencije urina, nadamo se da će ovaj mali prilog potaknuti na daljnja proučavanja i razmišljanja kako bi inkontinencija zauzela

mjesto koje joj pripada ne samo kao posljedici niza navedenih stanja, već i kao važnom aspektu normalnog biološkog, psihološkog i socijalnog djelovanja svakog pojedinca.

Literatura:

1. Gilja I. Uzroci, problemi i iskustva s inkontinencijom. SimBex, Selce, 1994;8-11.
2. Sirovec A. Urogenitalno starenje, Inkontinencija. Zaklada SimBex, Zagreb, 2001;13-14.
3. Merkelj I. Basic Assessment of Urinary Incontinence. South Med J. 2002;95(2):178-182.
4. Kecmanović D. Psihijatrija, Tom II »Medicinska knjiga. Beograd-Zagreb, 1989;1277-1298.
5. Davison GC. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 1999;507-509.
6. Miličić D. Suvremeni pristup inkontinenciji mokraće u žena. Liječnički vjesnik. Zagreb, 1991;5-6:179-181.

KRETANJE REZISTENCIJE NAJČEŠĆIH BAKTERIJSKIH IZOLATA U DNŽ OD 2007. DO 2012. GODINE

Marina Vodnica-Martucci, dr. med., spec. med. mikrobiologije s parazitologijom

Uz rutinske dijagnostičke postupke u traženju etiološkog agensa infektivnih bolesti, mikrobiološki laboratorij prati kretanje rezistencije značajnih izolata u sklopu rada Odbora za praćenje rezistencije bakterija na antibiotike pri Kolegiju za javno zdravstvo Akademije medicinskih znanosti Hrvatske. Za neke izolate razdoblje praćenja obuhvaća cijelu godinu (*β*HSA, *Salmonella* spp. i dr. rjeđi izolati), a drugi izolati se testiraju na veći panel antibiotika u tromjesečnom razdoblju (od 1.10. do 31.12.) svake godine.

Podaci se prikupljaju na nacionalnoj razini i zbirno izdaju u monografiji, dostupnoj u skraćenom obliku na web stranici AMZH i ISKRA-e (2). Na taj se način liječnicima, ali i

javnosti, naglašava važnost ograničenja i racionalizacije u propisivanju antibiotika, predočavaju korisne informacije o rezistenciji po pojedinim županijama i za cijelu Hrvatsku. U publikaciji se mogu pronaći podaci o osjetljivosti *M. tuberculosis*, rezistenciji invazivnih izolata te potrošnji antibiotika u Hrvatskoj.

Sljedeće tablice prikazuju kretanje rezistencije (izraženo postotkom - %) za neke od najčešćih bakterijskih izolata u našoj županiji, a koji su uključeni u projekt praćenja te testirani u mikrobiološkom laboratoriju Dubrovnik.

Važno je naglasiti da je kretanje rezistencije izravno povezano s potrošnjom antibiotika.

Tablica 1. Rezistencija¹ *BHS-A (Streptococcus pyogenes)* na antibiotike tijekom cijele godine od 2007. do 2012. god.

ANTIBIOTIK	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.
Eritromicin	28	34	37	14	10	24 (13)
Klindamicin	9	25	34	12	9	4

¹ podaci o rezistenciji prikazani su u postotcima (%)

U 2012. godini rezistencija na eritromicin (azitromicin) od 24% odnosi se na ukupan broj izolata u laboratoriju, uključujući bolesnike i kliconoše; rezistencija od 13% odnosi se na one izolate koji su izolirani samo od bolesnika (selekcija prema uputnicama liječnika i uputnim

dijagnozama) (tablica 1).

Nema opravdanja za traženje kliconoša BHS-A, jer je ono prolazno i nije potrebno provoditi kemoprofilaksu.

Tablica 2. Rezistencija¹ *Streptococcus pneumoniae* na antibiotike od 01.10. do 31.12. u razdoblju od 2007. do 2012. god.

ANTIBIOTIK	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.
Penicilin*	11 - R 21 - I	10 - R 22 - I	16 - R 14 - I	6 - R 22 - I	0 - R 22 - I	0 - R 22 - I
Ampicilin**	-	-	-	-	12	10
Eritromicin	54	39	52	45	37	40
Klindamicin**	51	32	48	37	32	-
Kotrimoksazol	73	60	43	45	23	17
Tetraciklin	46	32	43	31	26	29
Moksifloksacin	0	0	0	0	0	0

¹ podaci o rezistenciji prikazani su u postotcima (%)

*R – rezistentni, I – umjereno osjetljivi; **oznaka – odnosi se na vrijednosti koje nisu mjerene u promatranom razdoblju

Umjereno osjetljivi *S. pneumoniae* odnosi se na vrijednosti MIK-a (minimalna inhibitorna koncentracija) penicilina > 0,06 µg/l, a ≤ 2 µg/l (R izolati imaju MIK >2 µg/l).

Prema određenoj vrijednosti MIK-a penicilina, izolat se svrstava u kategoriju S

(osjetljiv), I (umjereno osjetljiv) ili R (rezistentan), za preporučeno doziranje i put primjene penicilina (oralno vs. parenteralno), a prema mjestu izolacije odnosno dijagnozi.

Tablica 3. Rezistencija¹ *Staphylococcus aureus* (MSSA - oksacilin osjetljiv) na antibiotike od 01.10. do 31.12. u razdoblju od 2007. do 2012. godine

ANTIBIOTIK	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.
Azitromicin	19	15	8	12	11	18
Klindamicin	17	13	5	11	8	17
Kotrimoksazol	0	0	0	0	0	2
Ciprofloksacin	2	3	1	0	2	8
Rifampicin	0	1	0	0	0	0
Gentamicin	4	9	4	5	6	4
Vankomicin	0	0	0	0	0	0
Linezolid	0	0	0	0	0	0

¹ podaci o rezistenciji prikazani su u postotcima (%)

Tablica 4. Rezistencija¹ *Enterococcus faecalis* na antibiotike od 01.10. do 31.12. u razdoblju od 2007. do 2012. godine

ANTIBIOTIK	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.
Amoksicilin	1	1	0	0	0	0
Vankomicin	0	0	0	0	0	0
Nitrofurantoin	0	0	0	0	0	0
Gentamicin (120 µg ili 30 µg)	14	26	17	19	26	24

¹ podaci o rezistenciji prikazani su u postotcima (%)

Tablica 5. Rezistencija¹ *Escherichia coli* na antibiotike od 01.10. do 31.12. u razdoblju od 2007. do 2012. godine

ANTIBIOTIK	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.
Ampicilin	46	41	39	41	43	39
Amoksiklav	2	0	0	1	1	2
Piperacilin + tazobaktam	0	0	0	1	1	1
Cefaleksin	3	2	3	4	5	4
Cefuroksim	1	0	2	4	5	4
Ceftazidim	1	0	2	4	3	3
Ceftriakson	1	0	2	4	4	4
Cefepim	1	0	2	4	3	2
Ceftibuten	1	0	2	4	1	2
Cefiksim	1	0	2	4	4	4
Ertapenem*	-	0	0	0	0	0
Imipenem	0	0	0	0	0	0
Meropenem	0	0	0	0	0	0
Ciprofloksacin	16	10	8	9	10	9
Norfloksacin	16	10	8	9	10	9
Gentamicin	6	4	6	7	7	5
Netilmicin	1	0	1	1	2	1
Amikacin	1	0	1	1	0	0
Nitrofurantoin	1	0	2	1	2	2
Kotrimoksazol	25	22	21	20	22	20

¹ podaci o rezistenciji prikazani su u postotcima (%); *oznaka – odnosi se na vrijednosti koje nisu mjerene u promatranom razdoblju

Tablica 6. Rezistencija¹ *Klebsiella pneumoniae* na antibiotike od 01.10. do 31.12. u razdoblju od 2007. do 2012. godine

ANTIBIOTIK	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.
Amoksiklav	6	10	5	4	9	13
Piperacilin + tazobaktam	0	2	5	14	16	15
Cefaleksin	10	18	18	26	26	24
Cefuroksim	6	10	18	24	26	24
Ceftazidim	5	29	18	24	26	24
Ceftriakson	5	29	18	24	26	24
Cefepim	5	29	18	24	26	20
Ceftibuten	5	29	18	24	23	11
Cefiksim	5	30	18	24	26	24
Ertapenem*	-	0	0	2	1	1
Imipenem	0	0	0	0	1	0
Meropenem	0	0	0	0	1	0
Ciprofloksacin	4	11	10	24	18	19
Norfloksacin	4	11	10	24	18	19
Gentamicin	6	12	17	25	19	19
Netilmicin	2	5	2	4	11	9
Amikacin	5	7	8	0	1	0
Kotrimoksazol	8	19	19	28	25	34

¹ podaci o rezistenciji prikazani su u postotcima (%); *oznaka – odnosi se na vrijednosti koje nisu mjerene u promatranom razdoblju

Tablica 7. Rezistencija¹ *Pseudomonas aeruginosa* na antibiotike od 01.10. do 31.12. u razdoblju od 2007. do 2012. g.

ANTIBIOTIK	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.
Gentamicin	15	17	21	17	20	15
Netilmicin	13	12	20	16	23	12
Amikacin	11	10	17	4	8	6
Piperacilin*	8	6	7	11	-	-
Piperacilin + tazobaktam	1	4	2	6	16	15
Ceftazidim	7	8	1	2	10	9
Cefepim	7	4	0	5	0	4
Ciprofloksacin	14	13	17	15	25	19
Imipenem	2	0	4	8	10	10
Meropenem	2	0	2	5	6	9

¹ podaci o rezistenciji prikazani su u postotcima (%); *oznaka – odnosi se na vrijednosti koje nisu mjerene u promatranom razdoblju

Rezistencija *Acinetobacter baumannii* na antibiotike u razdoblju 01.10. - 31.12. nije značajna s obzirom na mali broj izolata u tom razdoblju (približno <20 u svakom tromjesečju).

Tablica 8. Rezistencija¹ *Salmonella spp.* na antibiotike od 01.10. do 31.12. u razdoblju od 2007. do 2012. godine

ANTIBIOTIK	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.
Ampicilin	4	11	11	9	10	10
Amoksiklav	0	2	0	0	1	0
Ceftazidim	0	0	0	0	1	1
Ceftriakson	0	0	0	0	1	2
Ciprofloksacin	0	0	0	0	0	0
Nalidiksična kiselina	1	0	4	0	5	3
Kotrimoksazol	1	0	0	5	5	1
Kloramfenikol*	1	1	0	1	-	-

¹ podaci o rezistenciji prikazani su u postotcima (%); *oznaka – odnosi se na vrijednosti koje nisu mjerene u promatranom razdoblju

ZAKLJUČAK

Uvidom u podatke o rezistenciji, kod nekih izolata uočava se smanjenje rezistencije, što se postiglo jednostavnim mjerom ograničenja potrošnje antibiotika; za druge se rezistencija kroz promatrano razdoblje održala na istoj razini, što ukazuje da nastojanja ipak daju očekivane rezultate. Porast rezistencije kod drugih upozorava nas na stalno prisutnu opasnost od razvoja multirezistentnih sojeva bakterija te

djelovanje u smislu prevencije treba biti kontinuirano i multidisciplinarno, uključujući sve razine zdravstvene zaštite.

Literatura:

1. Služba za mikrobiologiju – odjel za mikrobiologiju Dubrovnik, Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije
2. Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, ISKRA (Interdisciplinarna sekcija za kontrolu rezistencije na antibiotike). Dostupno na: <http://iskra.bfm.hr/hrv/Resistance.aspx?id=66> (pregledano 20. ožujka 2013.)

HIPERTENZIJA – SVJETSKI DAN ZDRAVLJA

mr. Ankica Džono Boban, dr. med., spec. javnog zdravstva

Tema Svjetskog dana zdravlja, koji se obilježava 7. travnja 2013. godine, je hipertenzija s fokusom na uzroke i posljedice ove bolesti na zdravlje. Arterijska hipertenzija je jedan od vodećih rizičnih čimbenika velikog broja kardiovaskularnih i srodnih bolesti.

Europsko društvo za hipertenziju i Europsko kardiološko društvo objavilo je smjernice za dijagnosticiranje i liječenje arterijske hipertenzije. Osnovni cilj tih smjernica je provedba probirnih pregleda u zdravoj populaciji sa svrhom pravovremenog otkrivanja hipertenzije i učinkovitijeg liječenja oboljelih (1). Iako se pristup hipertenziji razlikuje u pojedinim europskim zemljama, prihvaćanje smjernica od nacionalnih društava za hipertenziju je preduvjet za njihovu odgovarajuću implementaciju u praksi i uspješne rezultate liječenja. U navedenim smjernicama ne spominje se hipertenzija u djece i adolescenata, čija je pojavnost sve učestalija u svakodnevnoj praksi. Pokazalo se da će djeca s povišenim arterijskim tlakom (AT) vjerojatno postati hipertenzivne osobe u odrasloj dobi. Stoga je donošenje preporuka Europskog društva za hipertenziju za postupanje kod povišenog AT u djece i adolescenata 2009. od posebnog značenja.



Arterijska hipertenzija, kao glavni nezavisni kardiovaskularni rizik, pokazatelj je učinkovitosti zdravstvene skrbi, ali i niske svijesti populacije o rizicima i posljedicama neliječenog povišenog AT. Studije u europskim zemljama kao i kod nas pokazuju da značajan udio osoba s hipertenzijom nije svjestan svog stanja ili ako jest ne liječi se. Stoga, niski postotak reguliranih hipertoničara zabrinjava, jer najdramatičnije

posljedice loše kontrole bolesti pogađaju srce i mozak s rizikom prijevremene smrti. To je signal da s mjerama primarne prevencije treba započeti u što ranijoj životnoj dobi te da su osvješćivanje problema, rano otkrivanje i poticanje oboljelih na redovito liječenje povišenog AT uz usvajanje zdravih životnih navika važni za postizanje uspješne kontrole hipertenzije, ublažavanje njenih posljedica i sprječavanje prijevremene smrti.



Danas je poznato da povišene vrijednosti AT u djece i adolescenata većinom nisu sekundarno uvjetovani, a najvažniji rizični čimbenik je debljina povezana s nedovoljno tjelesnom aktivnošću i nezdravim prehranbenim navikama. Stoga je Služba za promicanje zdravlja povodom obilježavanja ovogodišnjeg Svjetskog dana zdravlja organizirala radionice o zdravoj prehrani za djecu vrtićke dobi u Dubrovniku, Župi dubrovačkoj i Cavtatu te procjenu rizičnih čimbenika za osoblje. Više na http://www.zzjzdnz.hr/hr/home/dogadjanja/592-ch-0?&l_over=1



ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO DUBROVAČKO-NERETVANSKE ŽUPANIJE



Dr. Ante Šercera 4A, p.p. 58
20 001 Dubrovnik
tel. 020/341-000; fax: 020/341-099
Ravnatelj tel: 020/341-001
e-mail: ravnateljstvo@zzjzdnz.hr

Služba za epidemiologiju

Voditelj tel./fax: 680-299

e-mail: miljenko.ljubic@zzjzdnz.hr

Odjel za epidemiologiju Metković
tel: 680-299
e-mail: miljenko.ljubic@zzjzdnz.hr

Odjel za epidemiologiju Dubrovnik
tel/fax: 341-060
e-mail: katica.sarac@zzjzdnz.hr

Odjel za epidemiologiju Korčula
tel: 715-365
e-mail: stanka.komparak@zzjzdnz.hr

Odjel za epidemiologiju Ploče
tel: 670-422
e-mail: igor.piskac@zzjzdnz.hr

Služba za zdravstvenu ekologiju

Voditelj tel: 341-041

e-mail: mato.lakic@zzjzdnz.hr

Administracija tel: 341-040
fax: 341-044

e-mail: Odjel za vode: marija.jadrusic@zzjzdnz.hr
Odjel za namirnice: ivana.ljevakovic-musladin@zzjzdnz.hr
Odjel za okoliš: dolores.grilec@zzjzdnz.hr

Služba za promicanje zdravlja

Voditeljica tel: 341-077

e-mail: ankica.dzono-boban@zzjzdnz.hr

Odjel za socijalnu medicinu
tel: 341-006; fax: 341-099
e-mail: socijalna.medicina@zzjzdnz.hr
marija.masanovic@zzjzdnz.hr

Odjel za mentalno zdravlje
tel./fax: 341-082
e-mail: prevencija.ovisnosti@zzjzdnz.hr
ivana.pavic-mikolaucic@zzjzdnz.hr

Savjetovalište za prehranu
tel./fax: 341-051
e-mail: marija.vezilic@zzjzdnz.hr

Služba za mikrobiologiju

Voditeljica tel: 341-004

e-mail: marina.vodnica-martucci@zzjzdnz.hr

Odjel za mikrobiologiju Dubrovnik
tel: 341-020; fax: 341-099
e-mail: mikrobiologija@zzjzdnz.hr
paul.bohnert@zzjzdnz.hr

Odjel za mikrobiologiju Korčula
tel: 711-147
e-mail: borjanka.silic@zzjzdnz.hr

Odjel za mikrobiologiju Vela Luka
tel: 813-659
e-mail: mikrobiologija.velaluka@zzjzdnz.hr

Služba za školsku medicinu

Voditeljica tel./fax: 681-979

e-mail: asja.palinic-cvitanovic@zzjzdnz.hr

Odjel za školsku medicinu Dubrovnik
tel: 356-400; 358-120
e-mail: elena.brguljan@zzjzdnz.hr
matija.cale-mratovic@zzjzdnz.hr

Odjel za školsku medicinu Metković
tel./fax: 681-979
e-mail: asja.palinic-cvitanovic@zzjzdnz.hr

Odjel za školsku medicinu Korčula
tel: 711-544
e-mail: anja.zelic@zzjzdnz.hr

Služba za zajedničke poslove

Voditeljica tel: 341-008; fax: 341-099

Odjel za računovodstvo i financije
tel: 341-009
e-mail: racunovodstvo.financije@zzjzdnz.hr

Odjel za opće, pravne i kadrovske poslove
tel: 341-008
e-mail: jele.skrabic@zzjzdnz.hr

Izdavač

Zavod za javno zdravstvo
Dubrovačko-neretvanske županije

Za izdavača

Mato Lakić, dr.med.

Uredništvo

mr. Marija Mašanović, dr. med.
mr. Ankica Džono-Boban, dr. med.
Mato Lakić, dr. med.
Matija Čale-Mratović, dr. med.

Uređuje

Odjel za socijalnu medicinu
Služba za promicanje zdravlja

Grafička priprema

Mirela Musladin