

Epidemiologija, primarna i sekundarna prevencija bolesti probavnog sustava: tko, kada i kako?

Marko Banić^{1,3,4}, Lidija Prka¹, Ranko Stevanović^{2,4}

¹Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinika za unutarnje bolesti, KB Dubrava, Zagreb

²Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb

³Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

⁴Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

SAŽETAK Bolesti probavnoga sustava zauzimaju četvrto mjesto među najčešćim uzrocima smrti i stoga su važan javnozdravstveni problem. Također, karcinom debeloga crijeva, nakon karcinoma pluća i dojke, najčešći je uzrok pobolijevanja i smrtnosti od zloćudnih bolesti. S obzirom na navedeno, jasno je da prevencija i rano otkrivanje bolesti probavnoga sustava čine važan dio zdravstvene zaštite cjelokupnog pučanstva. Najvažniji oblici primarne prevencije bolesti probavnoga sustava odnose se na edukaciju i zdravu prehranu – prehranu bogatu vlaknima, uzimanje više voća i povrća, smanjenje količine masti u hrani i smanjenje dnevnog unosa crvenoga mesa. U sekundarnoj prevenciji važno je prepoznati populaciju visokog rizika da bi se mogle provesti zaštitne mjere prije nastanka bolesti te rano otkrivanje bolesti. Nesudjelovanje bolesnika (tzv. loš „*compliance*“) u prevenciji, tj. liječenju, znatno produljuje trajanje liječenja, a zbog učestalijih komplikacija umnogostručuje se broj hospitalizacija kao i ukupan trošak liječenja, uz istodobno povećanje mortaliteta i smanjenje kvalitete života. Stoga je aktivno sudjelovanje stanovnika i bolesnika u prevenciji i liječenju jedan od prioriteta u postizanju boljega zdravlja probavnoga sustava u populaciji.

KLJUČNE RIJEČI primarna prevencija; probavni sustav; sekundarna prevencija

Probavni sustav jedan je od najsloženijih sustava ljudskog organizma. Obuhvaća velik broj organa, a proteže se cijelim tijelom, zbog čega je često sijelo različitih poremećaja i bolesti. Neke od najvažnijih bolesti probavnoga sustava jesu zloćudni tumori, a pri tomu je karcinom debeloga crijeva, nakon karcinoma pluća i dojke, najčešći uzrok pobolijevanja i smrtnosti od zloćudnih bolesti. Veliko epidemiološko značenje imaju i bolesti želudca, jetre i gušterače, uzrokovane prekomjernim unosom alkohola te nekritičnom primjenom lijekova, osobito lijekova iz skupine nesteroidnih antireumatika. Jetra je također često zahvaćena i virusnim bolestima, od kojih su kronične virusne infekcije jetre (hepatitis B i C) velik javnozdravstveni problem. Autoimune bolesti probavnoga sustava (celijakija, upalne bolesti crijeva, autoimune bolesti jetre i žučnih vodova), također su vrlo velik problem zbog svojega kroničnog tijeka te dugotrajne i složene terapije. Ne manje važne su i funkcionalne bolesti crijeva – konstipacija, kronični proljev, grčevi, žgaravica, nadutost, simptomi iritabilnog crijeva. One u pravilu nisu uzrok smrtnosti i trajne invalidnosti, ali znatno utječu na kvalitetu života oboljelih i svakodnevno funkcioniranje. Također, zbog svoje učestalosti i još uvijek nedostatno učinkovite terapije, funkcionalne bolesti probavnoga sustava imaju znatan ekonomski utjecaj na zdravstveni sustav zbog čestih bolovanja te brojnih pretraga koje se u takvih bolesnika obavljaju.

EPIDEMIOLOGIJA BOLESTI PROBAVNOGA SUSTAVA U HRVATSKOJ

Prema učestalosti bolesti probavnoga sustava pri samom vrhu i kao uzrok smrti i kao uzrok hospitalizacija, kao i razlog javljanja bolesnika u djelatnostima opće i specijalističke zaštite.

Udio bolesti gastrointestinalnoga sustava među uzrocima smrti u Hrvatskoj u 2013. godini. Vodeći uzrok smrti u 2013. godini u Hrvatskoj bile su kardiovaskularne i cerebrovaskularne bolesti od kojih su umrle 24.232 osobe (569,4/100.000), a na drugom su mjestu bile novotvorine, od kojih je umrlo 14.012 osoba (329,2/100.000). Tri četvrtine svih uzroka smrti u Hrvatskoj iz tih je dviju skupina bolesti, a preostale smrti odnose se na ozljede i otrovanja (64,8/100.000), bolesti probavnoga sustava (50,6/100.000), bolesti dišnoga sustava (50,4/100.000) i druge manje zastupljene uzroke.

Bolesti probavnoga sustava među uzrocima smrti u Hrvatskoj zauzimaju četvrto mjesto s 2152 umrle osobe ili ukupno 4,27%, s frekvencijom od 50,57 na 100.000 stanovnika. Muškarci češće umiru od žena – u ukupnom broju umrlih od bolesti probavnoga sustava, muškaraca je bilo 1325 ili 5,30% s frekvencijom od 64,51 na 100.000 muškaraca, a žena 827 ili 3,26% s frekvencijom od 37,56 na 100.000 žena. Kronične bolesti jetre – fibroza i ciroza, na desatom su mjestu među uzrocima smrti, s ukupno

TABLICA 1. Umrli s prebivalištem u Hrvatskoj (bolesti probavnoga sustava i ukupno) te udio i stope na 100.000 stanovnika u 2013. godini prema spolu

		Ukupno				Muškarci				Žene			
Skupina bolesti – stanja prema MKB-10		Broj	%	Stopa na 100.000 stanovnika	Rang	Broj	%	Stopa na 100.000 stanovnika	Rang	Broj	%	Stopa na 100.000 stanovnika	Rang
XI	Bolesti probavnog sustava	2152	4,27	50,57	4	1325	5,30	64,51	4	827	3,26	37,56	5
Ukupno		50.386	100,00	1183,97		24.988	100,00	1216,68		25.398	100,00	1153,46	

Izvor podataka: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku, 2014. god. (DEM-2/13)

Stanovništvo – Državni zavod za statistiku, procjena sredinom 2013. godine

TABLICA 2. Utvrđene bolesti ili stanja (bolesti probavnoga sustava i ukupno) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Hrvatskoj u 2014. godini

Naziv bolesti ili stanja	Šifra	0–6 g.	7–19 g.	20–64 g.	65 g. i više	Ukupno
Zarazne bolesti probavnog sustava	A00–A09	23.606	24.355	46.628	9859	104.448
Zloćudna novotvorina želuca	C16	0	0	837	1731	2568
Zloćudna novotvorina završnog debelog crijeva (rektuma)	C20	0	0	2067	4422	6489
Bolesti usne šupljine, žlijezda slinovnica i čeljusti	K00–K14	4914	5094	24.737	7130	41.875
Ulkus želuca i duodenuma (gastroduodenalni)	K25–K27	3	178	11.547	8974	20.702
Akutna upala crvuljka (apendicitis)	K35	92	1471	1917	280	3760
Preponska kila (ingvinalna hernija)	K40	1026	597	8403	5856	15.882
Ostale hernije trbušne šupljine	K41–K46	379	170	5687	3683	9919
Bolesti jetre	K70–K77	52	471	20.626	8457	29.606
Žučni kamenci i upala žučnjaka	K80–K81	23	142	17.732	11.697	29.594
Ostale bolesti probavnog sustava		6908	27.136	215.254	129.778	379.076
Međuzbroj za K00–K93		13.397	35.259	305.903	175.855	530.414
Ukupno bolesti i stanja	A00–Z99	1,054.665	1,268.155	5,637.255	3,333.619	11,293.694

982 umrle osobe, ali su među populacijom muškaraca već na šestom mjestu sa 777 umrla muškarca u 2013. godini (tablica 1).

Kao najčešći uzrok smrti zbog bolesti probavnoga sustava izdvajaju se kronične bolesti jetre, fibroza i ciroza, s 982 umrle osobe ili 1,95% od svih umrlih, osobito među muškarcima s 3,11%. Podacima o broju umrlih od bolesti probavnoga sustava treba dodati da je uz njih samo od zloćudnih novotvorina debeloga crijeva u 2013. godini umrlo 2037 osoba ili 4,04% svih umrlih i da zloćudne novotvorine debeloga crijeva u muškaraca zauzimaju 4. mjesto s 4,73%, a u žena 5. mjesto s 3,37% svih umrlih.^{1,2}

Udio bolesti gastrointestinalnog sustava u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i djelatnosti medicine rada. Skupina bolesti probavnoga sustava s udjelom od 4,7% na desetom je mjestu od ukupnog broja utvrđenih bolesti i stanja zbog kojih se bolesnici javljaju liječniku u djelatnosti primarne zdravstvene zaštite. Od ukupno

11,293.694 utvrđenih bolesti i stanja u djelatnostima primarne zdravstvene zaštite, njih 530.414 odnosilo se na bolesti probavnoga sustava (bez zloćudnih bolesti i zaraznih bolesti probavnoga sustava kojih je bilo oko 110.000) (tablica 2).³

U djelatnosti medicine rada bolesti probavnoga sustava, također se pojavljuju relativno često (1,7%) (tablica 3).⁴

Napomena: Prikupljeni podatci o utvrđenim bolestima i stanjima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ne mogu poslužiti za određivanje udjela pojavljivanja pojedinih značajnih bolesti (ili skupina bolesti), nego samo kao uvid u kretanje učestalosti korištenja zdravstvene zaštite u djelatnostima primarne zdravstvene zaštite zbog pojedinih bolesti i stanja.

Udio bolesti gastrointestinalnog sustava u bolničkom pobolu. Bolesti probavnoga sustava često se pojavljuju kao uzrok hospitalizacija (više od 50.000

TABLICA 3. Utvrđene bolesti ili stanja (bolesti probavnoga sustava i ukupno) u djelatnosti medicine rada u Hrvatskoj u 2014. godini

Naziv bolesti ili stanja	Šifra	do 21	22–45	46 i više	Ukupno
Zarazne bolesti probavnog sustava	A00–A09	0	11	7	18
Zloćudna novotvorina želuca	C16	1	3	10	14
Zloćudna novotvorina kolona i rektuma	C18–C20	0	11	79	90
Bolesti usne šupljine, žlijezda slinovnica i čeljusti	K00–K14	131	480	432	1043
Vrijed želuca i dvanaesnika	K25–K27	11	106	414	531
Ingvinalna hernija	K40	7	133	190	330
Ostale hernije trbušne šupljine	K41–K46	3	81	186	270
Ciroza jetre	K70–K77	4	67	156	227
Žučni kamenci i upala žučnjaka	K80–K81	6	164	383	553
Ostale bolesti probavnog sustava		76	758	929	1763
Međuzbroj za K00–K93		238	1789	2690	4717
Ukupno bolesti i stanja	A00–Z99	36.221	88.773	146.334	271.328

TABLICA 4. Bolnički pobol i struktura (%) hospitalizacija (bolesti probavnoga sustava i ukupno) prema dobnim skupinama u stacionarnom dijelu bolnica Hrvatske 2014. godine

Skupina bolesti–stanja	Ukupno	Dobna skupina							
		0	1–4	5–9	10–19	20–39	40–59	60 i više	Nepoznata
XI Bolesti probavnog sustava	50.123	454	1038	1239	2981	6665	14.100	23.646	0
	8,7	2,2	5,5	7,8	9,3	7,9	10,3	8,8	0
Ukupno	578.569	20.832	18.835	15.944	31.949	84.567	137.527	268.903	12
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Izvor podataka: Bolesničko–statistički obrazac

hospitalizacija, tj 8,7%) (tablica 4). Preponska kila u muškaraca i žučni kamenci u obaju spolova vodeći su uzroci hospitalizacija među bolestima probavnoga trakta. Ako se tim hospitalizacijama dodaju hospitalizacije zbog zloćudnih bolesti i zaraznih bolesti probavnoga sustava, onda njihov udio raste na više od 10% svih hospitalizacija.⁵

Bolesti probavnoga sustava nešto se rjeđe pojavljuju kao uzrok hospitalizacija u dnevnim bolnicama (oko 10.000 hospitalizacija, tj. 1,6%) (tablica 5).⁵

Bolesti probavnoga sustava češće se pojavljuju u osoba starije životne dobi. Najveća stopa hospitalizacija bilježi se u dobi 85 i više godina (26,42 na 1000 stanovnika), u muškaraca češće (34,1 na 1000 stanovnika) nego u žena (23,62 na 1000 stanovnika). Slični rezultati bilježe se i kod ukupnih hospitalizacija za stariju dobnu skupinu, za dob 85 i više godina ukupna stopa hospitalizacija na 1000 stanovnika je 332,08, u muškaraca češće (397,92 na 1000 stanovnika), nego u žena (308,15 na 1000 stanovnika) (tablica 6).⁶

Udio bolesti gastrointestinalnog sustava u skupini zloćudnih bolesti – podatci iz Registra za rak. U 2013. godini među pet najčešćih sijela karcinoma u muškaraca, što ukupno čini 57% svih oboljelih, na trećem mjestu je bio karcinom kolona (10%), a na petom mjestu karcinom rektuma i rektosigme (7%). Također, među pet najčešćih sijela karcinoma u žena na drugom je mjestu bio karcinom kolona (8%), a na petom mjestu karcinom rektuma i rektosigme (5%). Tih pet sijela sudjeluje s 52% u ukupnoj incidenciji karcinoma u žena. Karcinom debeloga crijeva (kolon i rektum zajedno) dolazi na drugo mjesto i u muškaraca i u žena, u muškaraca s udjelom u incidenciji od 16%, a u žena s udjelom u incidenciji od 13%.²

**PRIMARNA I SEKUNDARNA PREVENCIJA
BOLESTI PROBAVNOGA SUSTAVA**

Osnovni ciljevi programa primarne prevencije uključuju nadzor nad kretanjima pojavnosti bolesti, edukaciju cilj-

TABLICA 5. Bolnički pobol i struktura (%) hospitalizacija (bolesti probavnoga sustava i ukupno) prema dobnim skupinama u dnevnim bolnicama Hrvatske 2014. godine										
Skupina bolesti – stanja		Ukupno	Dobna skupina							Nepoznata
			0	1–4	5–9	10–19	20–39	40–59	60 i više	
XI	Bolesti probavnog sustava	9858	117	446	404	1324	2759	2348	2455	5
	%	1,6	2,1	1,9	2,2	3,9	4,1	1,4	0,8	4,4
Ukupno		615.300	5605	23.934	18.477	34.387	67.765	171.423	293.595	114
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Izvor podataka: Bolesničko–statistički obrazac

TABLICA 6. Bolnički pobol osoba starije životne dobi prema dobnim skupinama (bolesti probavnoga sustava i ukupno) u bolnicama Hrvatske 2013. godine										
Skupina bolesti – stanja prema MKB 10			Dobna skupina							
			65–74 g.		75–84 g.		85 i više godina		65 i više godina	
			Broj	Stopa na 1000 stanovnika	Broj	Stopa na 1000 stanovnika	Broj	Stopa na 1000 stanovnika	Broj	Stopa na 1000 stanovnika
XI	Bolesti probavnog sustava	Muškarci	5093	28,35	3711	34,36	619	34,10	9423	30,81
		Žene	3689	15,72	3860	20,62	1180	23,62	8729	18,50
		Ukupno	8782	21,20	7571	25,65	1799	26,42	18.152	23,35
Ukupno		Muškarci	50.788	282,71	40.118	371,46	7223	397,92	98.129	320,89
		Žene	48.279	205,77	51.227	273,71	15.392	308,15	114.898	243,56
		Ukupno	99.067	239,13	91.345	309,48	22.615	332,08	213.027	273,98

Izvor podataka: Bolesničko–statistički obrazac

Stanovništvo: Državni zavod za statistiku, Procjena stanovništva Republike Hrvatske u 2013.

nih skupina pučanstva u vezi s čimbenicima rizika, sa svrhom smanjenja incidencije bolesti te također oblike javnozdravstvene prevencije kao što su cijepljenje i programi probira na rano otkrivanje prekanceroza. Dok edukaciju treba ciljano i sustavno provoditi od prvih godina života (roditelji, vrtići, škole), cijepljenje i programi probira na rano otkrivanje prekanceroza trebaju provoditi timovi primarne zdravstvene zaštite i zavodi za javno zdravstvo. Te programe treba provoditi kontinuirano i sustavno uz bilježenje podataka u (elektroničke) kartone bolesnika i stalnu evaluaciju rezultata rada. Osobito treba intenzivirati aktivnosti na primarnoj prevenciji zloćudnih novotvorina probavnoga sustava, s obzirom na to da nama okolne zemlje (Austrija, Češka, Slovenija, Mađarska itd.) bilježe znatno smanjenje standardizirane stope smrtnosti od zloćudnih novotvorina na 100.000 stanovnika, dok ona u Hrvatskoj stagnira još od 1990. godine.

Najvažniji oblici primarne prevencije odnose se na edukaciju, zdravu prehranu – prehranu bogatu vlaknima, uzimanje više voća i povrća, smanjenje količine masti u hrani i smanjenje dnevne količine crvenoga mesa. Dokazan je i povoljan učinak fizičke aktivnosti, nadomjesne hormonske terapije u žena u postmenopa-

uzi te izbjegavanje alkohola i pušenja, kao i održavanje optimalne tjelesne mase.

Ciljevi sekundarne prevencije uključuju sprječavanje napredovanja bolesti uz smanjenje potrebe za bolničkim liječenjem i izdvajanjem iz zajednice, racionalnu dijagnostiku i farmakoterapiju, uvažavajući načelo subsidiarnosti, što znači primjenu učinkovite metode ili oblika prevencije na svim razinama zdravstvene zaštite. Preduvjet za ostvarenje tih ciljeva jest edukacija zdravstvenih profesionalaca i svih članova zdravstvenih timova uz osnovno načelo holističkog i partnerskog odnosa prema bolesniku.

U sekundarnoj prevenciji važno je prepoznati populaciju visokog rizika da bi se mogle provesti zaštitne mjere za nastanak bolesti, prije svega rano otkrivanje bolesti. Za osobe s povećanim rizicima za bolest treba redovito provoditi programe ranog otkrivanja bolesti, osobito probir na zloćudne novotvorine i prekanceroze. Programe probira na rano otkrivanje karcinoma trebaju provoditi timovi primarne zdravstvene zaštite i zavodi za javno zdravstvo. I te programe treba provoditi kontinuirano i sustavno, uz bilježenje podataka u (elektronički) karton i stalnu evaluaciju rezultata rada. Primjerice, u

slučaju karcinoma debeloga crijeva u populaciju visokog rizika ubrajaju se osobe s obiteljskom adenomatoznom polipozom, juvenilnom adenomatoznom polipozom, hamartomima, obiteljskom anamnezom polipa ili karcinoma kolona te kroničnim kolitisom. Nadalje, u tu skupinu ulaze i osobe koje u osobnoj anamnezi imaju kolorektalne polipe, preboljeni karcinom kolorektuma i zračenje zdjelice. Sve navedene osobe treba redovito kontrolirati. Potreba ranog otkrivanja karcinoma debeloga crijeva temelji se na činjenici da su rezultati liječenja bolji što se bolest ranije otkrije. U osoba starijih od 50 godina pregled stolice na okultno krvarenje i digitorektalni pregled trebalo bi provoditi jednom godišnje, sigmoidoskopiju svakih pet godina, a kolonoskopiju svakih deset godina. Testiranje stolice na okultno krvarenje jednom godišnje sprječava nastanak karcinoma u 18–33% osoba, sigmoidoskopija svakih 5 godina u 34–55% osoba, a kolonoskopija svakih deset godina u 75% osoba.

Bolesnik mora sudjelovati. Poseban je problem i nesudjelovanje bolesnika u prevenciji i liječenju – prema istraživanjima i izvještajima Svjetske zdravstvene organizacije, u razvijenim zemljama pridržavanje uputa o pravilnom uzimanju dugotrajne terapije za kronične bolesti iznosi prosječno 50%, a u zemljama u razvoju samo 26–43% bolesnika uzima odgovarajući lijek za kroničnu bolest. Takvo slabo sudjelovanje bolesnika u liječenju znatno produljuje trajanje bolesti i liječenja, a zbog učestalijih komplikacija umnogostručuje se broj hospitalizacija kao i ukupan trošak liječenja, uz istodobno povećanje mortaliteta i smanjenje kvalitete života.

Ukratko, pridržavajući se ovih općih mjera, građani bi sami mogli prevenirati znatan dio bolesti probavnog sustava. Opće mjere prevencije mogu se svesti na šest ključnih preporuka:

1. Jest i više manjih obroka. Mnogi zagovornici mršavljenja zagovaraju manje, češće obroke kako bi se izbjeglo prejedanje i poticao metabolizam. To pravilo može pomoći u sprječavanju nastanka pretilosti, a također može i izravno pomoći u prevenciji mnogih probavnih tegoba. Konzumiranje velikih obroka može izazvati osjećaj nadutosti, bol u trbuhu, žgaravicu, plinove, mučninu i povraćanje. Konzumacija pet do šest manjih obroka na dan može pomoći u promicanju cjelokupnog zdravlja probavnoga sustava. U svakom obroku trebalo bi jesti mješavinu ugljikohidrata i proteina s malo masnoća. Također, trebalo bi izbjegavati ležanje nakon obroka.

2. Jest i više vlaknaste hrane. Kad je u pitanju zdravlje probavnoga sustava, vlaknasta hrana jedna je od ključnih komponenti. Vlakna se nalaze u biljnim namirnicama i ne mogu se probaviti. Klinika Mayo preporučuje ukupan dnevni unos vlakana od 38 grama za muškarce i 25 grama za žene u dobnoj skupini do 50 godina. Nakon 50. godine potrebno je nešto manje vlakana, prema preporukama 30 grama na dan za muškarce i 21 gram za žene. Hrana iznimno bogata vlaknima jesu voće, povrće, grah, mahunarke, cjelovite žitarice i sl.

3. Piti dovoljno vode. Optimalna hidracija nužna je za održavanje konstantne koncentracije unutarstaničnih

nih i izvanstaničnih elektrolita što je nužan preduvjet za očuvanje homeostaze cijeloga organizma pa tako i funkcioniranje probavnoga sustava, osobito održavanje normalne peristaltike crijeva. Optimalna hidracija je u kontekstu bolesti probavnoga sustava, također osobito korisna u sprječavanju konstipacije. Također, hidracija može pomoći boljoj i učinkovitijoj apsorpciji hranjivih tvari. Smatra se da je unos vode od oko 35 mL/kg tjelesne mase optimalan, uz napomenu da se unos svakako mora prilagoditi eventualnim povećanim zahtjevima (pojačano znojenje, tjelesni naponi, vrućine, proljev, visoka temperatura, povraćanje i sl.). U održavanju uredne peristaltike i sprječavanju konstipacije važnu ulogu ima i tjelovježba, stoga je potrebno održavati umjerenu fizičku aktivnost.

4. Izbjegavati pušenje, prekomjernu upotrebu alkohola te održavati optimalnu tjelesnu težinu. Zna se da pušenje može izazvati i pogoršati već postojeću žgaravicu i simptome refluksne bolesti. Prekomjerna tjelesna masa, također pogoduje razvoju gastroezofagealne refluksne bolesti. Prekomjerna uporaba alkohola velik je javnozdravstveni problem. Osim zbog mnogobrojnih psihosocijalnih posljedica na obitelj i društvo općenito, prekomjerna uporaba alkohola u kontekstu bolesti probavnoga sustava važan je etiološki čimbenik u nastanku ciroze jetre – za koju je ranije pokazano da je među najčešćim uzrocima smrti u Hrvatskoj, osobito među muškarcima. Osim bolesti jetre kronična uporaba alkohola važan je etiološki čimbenik i u nastanku akutnog i kroničnog pankreatitisa te krvarenja iz probavnoga sustava, osobito iz varikoziteta jednjaka nastalih kao posljedica uznapredovale ciroze jetre.

5. Racionalna primjena lijekova. Za lijekove iz skupine nesteroidnih antireumatika se zna da izazivaju učestale gastrointestinalne tegobe, najčešće u obliku gastritisa i ulkusne bolesti. Posebnu pozornost treba obratiti na indikacije za primjenu tih lijekova, trajanje njihove primjene te eventualne druge, a jednako učinkovite opcije liječenja, osobito u svrhu kontrole kronične boli. Poseban je problem i sve učestalija višegodišnja uporaba aspirina i drugih derivata acetilsalicilne kiseline u skupini kardiovaskularnih bolesnika. Ukoliko je primjena navedenih lijekova nužna i neizbježna, potrebno ih je uzimati nakon obroka i uz primjenu farmakološke gastroprotekcije te posebno educirati bolesnika o njihovim gastrointestinalnim nuspojavama u svrhu ranog prepoznavanja simptoma i pravodobnog sprječavanja težih komplikacija. Druga skupina lijekova s važnim utjecajem na funkcioniranje probavnoga sustava jesu psihofarmaci. Vrlo česta nuspojava kronične uporabe različitih psihofarmaka jest poremećaj peristaltike probavnoga sustava te posljedična opstipacija koja je često kronična i bolesnicima znatno ometa svakodnevni život. Stoga posebnu pozornost u toj skupini bolesnika treba obratiti na druge nefarmakološke mjere koje pomažu sprječavanju opstipacije (dobra hidracija, fizička aktivnost, konzumacija vlaknaste hrane, probiotici i sl.).

6. Javiti se liječniku na vrijeme. Kronični problemi od strane probavnoga sustava (dugotrajni nejasni bolovi u trbuhu, kronični proljev, krv u stolici, crna stolica,

inapetencija, gubitak tjelesne mase, osjećaj gađenja na hranu i sl.) upućuju na moguće pa i ozbiljne zdravstvene probleme za koje je potrebna liječnička pomoć te ih se ne smije ignorirati. Također je od iznimne važnosti odazivati se na preventivne preglede organizirane na nacionalnoj razini, osobito u svrhu ranog otkrivanja zloćudnih bolesti.

ZAKLJUČAK

Bolesti probavnoga sustava prema učestalosti su pri samom vrhu i među uzrocima smrti i među razlozima hospitalizacija i među najčešćim su tegobama zbog kojih se bolesnici javljaju liječniku u djelatnostima opće i specijalističke zaštite u Republici Hrvatskoj. Stoga je od iznimne javnozdravstvene važnosti posvetiti posebnu pozornost prevenciji, ranom otkrivanju i liječenju bolesti probavnoga sustava. Cilj je primarne prevencije spriječiti nastanak bolesti. U tom smislu najvažnije je educirati stanovništvo o zdravom načinu prehrane i općenito o zdravom načinu života, promjeni štetnih navika i održavanju optimalne tjelesne mase, a ujedno i

o alarmantnim simptomima zbog kojih bi se trebali žurno javiti liječniku. Cilj je sekundarne prevencije otkriti bolest u što ranijoj fazi radi veće mogućnosti izlječenja, spriječiti napredovanje već postojeće bolesti i razvoj komplikacija, a sve sa svrhom postizanja maksimalne kvalitete života za bolesnika, uz što manju potrebu za bolničkim liječenjem. Za optimalno provođenje mjera sekundarne prevencije važno je prepoznati populaciju visokoga rizika te u ciljnim skupinama redovito i sustavno provoditi programe ranog otkrivanja bolesti, osobito probir na zloćudne novotvorine i prekanceroze. Važno je istaknuti da strategije programa probira na kolorektalni karcinom nisu iste u svim zdravstvenim sustavima te polučuju i različite rezultate. Preduvjet provođenja i uspješnosti programa probira na zloćudne bolesti probavnoga sustava jest poticanje i podizanje svijesti stanovništva za aktivno sudjelovanje u svim programima prevencije te kontinuirani rad na stvaranju partnerskog odnosa bolesnika i liječnika, što zahtijeva multidisciplinarnu aktivnost stručnih, edukacijskih i istraživačkih timova unutar cjelokupnoga zdravstvenog sustava.

Epidemiology, primary and secondary prevention of diseases of the digestive system: who, when and how?

Marko Banić^{1,3,4}, Lidija Prka¹, Ranko Stevanović^{2,4}

¹Department of Gastroenterology and Hepatology, Clinic of Internal Medicine, University Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia

²Croatian Institute of Public Health, Zagreb, Croatia

³School of Medicine, University of Zagreb, Croatia

⁴School of Medicine, University of Rijeka, Croatia

SUMMARY Diseases of the digestive system represent an important public health issue as they are the fourth most common cause of death. After lung and breast cancer, colon cancer represents the most common cause of morbidity and mortality from malignant diseases and it is evident that the prevention and early detection of diseases affecting the digestive tract are an important part of health care to the entire population. The most important forms of primary prevention of gastrointestinal diseases are related to being educated about the diseases and maintaining a healthy diet – one that is rich in fibre, fruits and vegetables, reducing the amount of unhealthy fats in food as well as reducing daily consumption of red meat. In secondary prevention, it is important to identify the high-risk population in order to take preventive measures before the occurrence of the disease, as well as early detection of the disease. The non-participation of patients (i.e. bad compliance) in prevention programs, or that are in treatment, greatly prolongs the duration of the treatment, and due to more frequent complications the total number of hospitalizations and money spent on treatment multiplies, all while increasing mortality and decreasing the quality of life. Therefore, the active participation of the general population and patients in the prevention and treatment is one of the priorities for achieving better health of the digestive system in the population.

KEY WORDS digestive system; primary prevention; secondary prevention

LITERATURA

1. Rodin U, Čorić T, Mihel S, Belić D. Stanovništvo i vitalni događaji. U: Poljičanin T, Benjak T (ur). Hrvatski zdravstveno–statistički ljetopis za 2014. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2015;25–62.
2. Šekerija M, Bubanović Lj, Novak P. Registri kroničnih bolesti: Registar za rak. U: Poljičanin T, Benjak T (ur). Hrvatski zdravstveno–statistički ljetopis za 2014. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2015;273–277.
3. Stevanović R, Kokić M. Primarna zdravstvena za-

- štita: Djelatnost opće medicine. U: Poljičanin T, Benjak T (ur). Hrvatski zdravstveno–statistički ljetopis za 2014. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2015;97–103.
4. Dečković–Vukres V, Rodin U, Stevanović R i sur. Primarna zdravstvena zaštita: Djelatnost medicine rada. U: Poljičanin T, Benjak T (ur). Hrvatski zdravstveno–statistički ljetopis za 2014. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2015;117–125.
5. Tomić B, Ivičević–Uhernik A, Peroš Lj i sur. Sta-

- cionarna zdravstvena zaštita. U: Poljičanin T, Benjak T (ur). Hrvatski zdravstveno–statistički ljetopis za 2014. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2015;205–253.
6. Mihel S, Rodin U. Povolni i uzroci smrti osoba starije životne dobi. U: Poljičanin T, Benjak T (ur). Hrvatski zdravstveno–statistički ljetopis za 2014. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2015;307–319.

ADRESA ZA DOPISIVANJE

Prof. dr. sc. Marko Banić, dr. med

Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinika za unutarnje bolesti, KB Dubrava
Avenija Gojka Šuška 6, 10000 Zagreb

E–mail: mbanic@kbd.hr

Telefon: +385 1 2902 550