

Strokovni prispevek/Professional article

OBRAVNAVA BOLNIKOV Z BENIGNO HIPERPLAZIJO PROSTATE PRI ZDRAVNIKIH SPLOŠNE MEDICINE

GENERAL PRACTITIONERS' APPROACH TO PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Suzana Židanik

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Ob parku 5, 2000 Maribor

Prispelo 2002-12-17, sprejeto 2003-02-25; ZDRAV VESTN 2003; 72: 411-5

Ključne besede: splošna medicina; diagnostika; zdravljenje; benigna hiperplazija prostate

Key words: family practice; diagnosis; therapy; benign prostatic hyperplasia

Izvleček – Izhodišča. Zaradi naraščajoče prevalence benigne hiperplazije prostate (BHP) sem želela ugotoviti, kakšna je obravnava pacientov s to boleznijo pri zdravnikih splošne medicine. Zanimale so me razlike pri odkrivanju, zdravljenju in napotitvi k urologom glede na delovno dobo, izobrazbo (specialist/neprecizist) in zaposlitev (zasebnik/zdravnik v zdravstvenem domu – nezasebnik) zdravnikov. Predpostavljala sem, da postopki zdravnikov splošne medicine odstopajo od priporočenih strokovnih smernic.

Abstract – Background. Due to growing prevalence of benign prostatic hyperplasia (BPH) author of this article wanted to establish how general practitioners (GPs) treat patients with this disease. I was interested in differences in discovering, treating and referring to urologists among physicians considering their active years, education (specialist/non-specialist) and type of practice (private practice/physician in a health care centre – non-private) physicians. The assumption was that procedures of GPs deviate from recommended professional guidelines.

Metode. Za presečno raziskavo sem izbrala vzorec 140 zdravnikov splošne medicine, zaposlenih na območju dveh največjih slovenskih mest Ljubljane in Maribora s širšo okolico, ki sem jim poslala anonimni vprašalnik z desetimi vprašanji.

Methods. As a pattern of the survey 140 physicians in general practice, who work in the areas of the two biggest Slovenian cities of Ljubljana and Maribor and their environs, were chosen. An anonymous questionnaire with ten questions was sent to them.

Rezultati. V končno analizo sem vključila podatke iz 76 (54%) popolno izpolnjenih vprašalnikov. Zdravniki so ocenili, da imajo v populaciji opredeljenih pacientov $6,1 \pm 4,9\%$ (mediana 5%) takih z BHP. Bolnika, pri katerem prvič odkrijejo simptome BHP, zdravi samih 47,4% zdravnikov, k urologu bolnika takoj napoti 42,1% zdravnikov. Od preiskavnih metod, ki so glede na strokovna priporočila obvezne, pogosto uporablja vprašalnik za vrednotenje simptomov BHP 51,3% zdravnikov, digitalni rektalni pregled 47,4%, določanje serumskega kreatinina 40,8%. Od priporočenih preiskavnih metod določi PSA 63,2% zdravnikov, UZ meritev volumna zaostalega seča 50%. Od preiskavnih metod, ki niso priporočene, se zdravniki v 84,2% odločijo za UZ sečil. Zdravniki nezasebniki se statistično značilno pogosteje odločijo za določitev kreatinina ($p < 0,01$) in PSA ($p < 0,01$) kot zdravniki zasebniki. Mednarodni vprašalnik za točkovno vrednotenje simptomov AUA symptom index/IPSS pozna 68,5% zdravnikov. Najpogostejši terapevtski ukrepi zdravnikov splošne medicine pri bolniku s simptomi BHP so: predpisovanje alfa blokatorjev (75%), predpisovanje finasterida (71%) in opazovanje z občasnimi kontrolami (70%).

Results. In the final analysis data from 76 (54%) correctly completed polls were included. Physicians have estimated that in the population of their patients $6.1 \pm 4.9\%$ (median 5%) have BPH. 47.4% of physicians treat the newly diagnosed patients with symptoms of this disease themselves while 42.1% of physicians immediately refer such patients to urologists. As far as the recommended diagnostic procedures for estimating BPH symptoms are concerned, 51.3% of physicians use a questionnaire, 47.4% of physicians use digital rectal examination and 40.8% determine the serum creatinine level. Among the optional diagnostic procedures PSA is determined by 63.2% of physicians and 50% order postvoid residual urine by ultrasound. Statistics show that non-private physicians decide to determine serum creatinine level ($p < 0.01$) and PSA ($p < 0.01$) significantly more often than private physicians. 68.5% of physicians are familiar with the international questionnaire AUA symptom index/IPSS used as diagnostic tool. The most frequent therapeutic measures taken by GPs with a BPH patient are: prescription of alpha-blockers (75%), prescription of finasteride (71%) and expectant therapy with regular controls (70%).

Zaključki. Izsledki študije potrjujejo znatno odstopanje diagnostičnih postopkov zdravnikov splošne medicine pri bolniku z BHP glede na priporočila. V težnji po vzajemni oskrbi bolnikov z BHP med urologi in zdravniki splošne medicine bi bilo za optimalno obravnavo bolnikov s to motnjo treba izboljšati strokovno znanje slednjih.

Conclusions. According to the recommendations, the results of the study confirm a considerable deviation from the diagnostic procedures taken by GPs with BPH patients. Optimal mutual care of BPH patients by urologists and GPs would require improvement of professional knowledge of the latter.

Uvod

Bolezni prostate, kot je benigna hiperplazija prostate (BHP), postajajo zaradi splošnega pojava staranja prebivalstva čedalje pogostejše. BHP je nemaligno povečanje te žleze, za katero sta najpomembnejša dejavnika ogrožanja staranje in hormonsko neravnovesje. Je ena najpogostejših bolezni moških v starosti (1). Število bolnikov s to motnjo nenehno narašča, o čemer poroča več študij. Garraway in sodelavci so v raziskavi odkrili, da je prevalenca BHP za moške do 40 let okoli 15%, do 50 let okoli 25%, za stare več kot 60 let pa okoli 40% (2). Bolnike z BHP so tradicionalno obravnavali urologi. Razvoj zdravstvene oskrbe, možnosti farmakoterapije BHP in zgodnje odkrivanje karcinoma prostate pa so privedli do večje vloge zdravnika splošne medicine pri odkrivanju in zdravljenju bolezni prostate (2-3). V prizadevanju za vzajemno oskrbo tovrstnih bolnikov med urologi in zdravniki splošne medicine so nastale strokovne smernice, ki obsegajo: diagnozo motenj mokrenja, indikacije za razpoznavo raka prostate, farmakoterapijo, indikacije za napotitev bolnikov z motnjami mokrenja k urologu (4).

Za postavitev diagnoze BHP še niso sprejeti splošno veljavni epidemiološki ali klinični kriteriji (1). Rutinske postopke za ugotavljanje bolezni prostate delimo v tri skupine:

- obvezni: vprašalnik za točkovno vrednotenje simptomov BHP, digitalni rektalni pregled prostate, določitev serumskega kreatinina za oceno ledvične funkcije, pregled seča;
- priporočeni: določanje prostatičnega specifičnega antigena (PSA), meritev pretoka seča - uroflow, ocena zaostalega seča - rezidualni urin s transabdominalno ultrazvočno preiskavo;
- preiskave, ki niso priporočene: intravenska pielografija, UZ zgornjih sečil, meritev tlaka/pretoka, uretrocistoskopija in transrektalna UZ preiskava (5).

V skladu z nacionalnimi strokovnimi smernicami sodijo v osnovni diagnostični postopek ne glede na to, ali moškega obravnava osebni zdravnik ali urolog, naslednje preiskave:

- usmerjena anamneza o vrsti in trajanju genitourinarnih simptomov;
- ocena simptomov s pomočjo posebnega vprašalnika (IPSS);
- usmerjeni pregled spodnjega abdomna, genitalij in digitalni rektalni pregled;

- analiza seča;
- določitev vrednosti serumskega kreatinina;
- določitev serumske koncentracije prostatičnega specifičnega antigena (PSA);
- ocena zaostalega seča po uriniranju (6).

Med različnimi vprašalniki za oceno simptomov BHP je najbolj uveljavljen t. i. AUA (American Urological Association Symptom Index) ali z drugim imenom IPSS (International Prostate Symptom Score) (1, 7, 8). Sestavljen je iz dveh delov. V prvem delu je sedem vprašanj o motečih simptomih mokrenja v preteklem mesecu dni: nepopolno izpraznenje mehurja, pogostost, prekinjanje curka urina, težko zadrževanje, šibak curek, napenjanje pred uriniranjem in nokturija. Težo simptomov ovrednoti bolnik z oceno od 0 do 5. Seštevek točk nam omogoči razdelitev bolnikov v naslednje skupine: 0-7 = bolniki z blagimi znaki, 8-19 = bolniki z zmernimi znaki, 20-35 = bolniki s hudimi znaki. V drugem delu bolnik oceni kakovost svojega življenja glede na težave z mokrenjem z oceno v razponu od 0 (zelo dobro) do 6 (zelo slabo).

O obravnavi bolnikov s simptomi BHP pri zdravniki splošne medicine obstaja več študij. Ameriška raziskava je pokazala, da je 61% anketiranih zdravnikov vprašalnik poznalo, le 38% ga je tudi uporabljalo (9), v drugi raziskavi pa je 64% zdravnikov odgovorilo, da omenjeni vprašalnik uporabljajo redko ali nikoli (3). Rezultati študij navajajo velike razlike pri izvajanju digitalnega rektalnega pregleda prostate v diagnostiki BHP. Opazovani zdravniki so ga pri svojih bolnikih s simptomi BHP rutinsko opravili v najmanj 84% (9) in največ 98% (3), v slednji raziskavi so tudi ugotovili, da je 66% zdravnikov rutinsko opravi določitev serumskega kreatinina. Tudi pogostost določanja nivoja PSA je bila predmet raziskav, ki so pokazale, da ga zdravniki rutinsko opravijo v 69% (9) in 91% (3). Ostale priporočene in nepriporočene diagnostične metode so zdravniki uporabljali manj pogosto (3, 9).

Namen zdravljenja BHP je zlasti izboljšati kakovost življenja z odpravo ali ublažitvijo motečih simptomov. Pri zdravljenju bolnikov z BHP velja načelo, naj bolnike z blagimi in zmernimi simptomi obravnavamo zdravniki splošne medicine sami. K urologu sodijo bolniki z absolutno indikacijo za operativno zdravljenje (retenca urina, obsežna hematurija, ponavljajoči uroinfekti, kamni v mehurju, pešanje ledvične funkcije zaradi

obstruktivne uropatije, veliki divertikli sečnika) in sumom na raka prostate (10). Že omenjena raziskava (9) je pokazala, da zdravniki splošne medicine, ki imajo do dvajset let delovne dobe, v višjem odstotku takoj sami zdravijo bolnike z BHP, v primerjavi s tistimi, ki imajo več kot dvajset let delovne dobe. Pri odločanju o najprimernejši obliki zdravljenja je najsmotrnejši pristop informiran pristanek bolnika in seznanjanje z uspešnostjo in sopojavi zdravljenja (1, 8). Bolniki z blagimi simptomi praviloma ne potrebujejo nobenega aktivnega zdravljenja, ampak le t. i. pozorno spremljanje, ki obsega dietno higienske ukrepe, kot so daljši sprehodi, redno iztrebljanje blata, zdravljenje anorektalnega področja, prepoved uživanja alkohola, mrzlih pijač in ostro začinjenih jedi. Bolniki z zmernimi simptomi potrebujejo praviloma farmakološko zdravljenje, kamor uvrščamo: dokazano učinkovite alfa blokatorje in zaviralce 5 α -reduktaze = finasterid (1, 8, 10) in naravne rastlinske izvlečke - fitoprepate, za katere je malo dokazov, da so pomembno učinkovitejši od placeba

Razpr. 1. *Diagnostični postopki zdravnikov splošne medicine (n = 76) pri bolnikih z novo odkrito BHP.*

Table 1. *Diagnostic procedures of general practitioners (n = 76) by newly diagnosed BPH patients.*

| Diagnostični postopki Diagnostic procedures | Vedno ali pogosto Always or often | | V okrog 50% primerov In 50% of cases | | Redko ali nikoli Rarely or never | | |
|--|---|----|---|----|-------------------------------------|----|----|
| | Z/P | N | Z/P | N | Z/P | N | |
| | Obvezne Recommended | | | | | | |
| | Vprašalnik za točkovno vrednotenje Symptom index | 19 | 20 | 2 | 5 | 13 | 13 |
| | DRP / DRE | 16 | 20 | 8 | 8 | 11 | 9 |
| | Raven serumskega kreatinina Creatinine level | 7 | 24 | 16 | 5 | 8 | 10 |
| Priporočene Optional | | | | | | | |
| | PSA test | 14 | 34 | 10 | 3 | 10 | 2 |
| | Ocena zaostalega seča Postvoid residual urine | 20 | 18 | 7 | 11 | 7 | 9 |
| Niso priporočene Not recommended | | | | | | | |
| | Ultrazvok sečil Renal ultrasound | 33 | 31 | 1 | 7 | 2 | |
| | Druge Other | | | 5 | 4 | 21 | 29 |

DRP - digitalni rektalni pregled / DRE - digital rectal exam

Z - zasebni zdravniki / P - private physician

N - zdravniki nezasebniki / non-private physician

(8). Že omenjena analiza vzorca zdravnikov splošne medicine je pokazala, da so se ti pri zdravljenju bolnikov z BHP odločili za naslednje možnosti: 44% – pozorno spremljanje, 75% – predpis alfa blokatorja, 24% – predpis finasterida, 20% – kombinacija zdravil: alfa blokator in finasterid (9).

Tuji avtorji so mnenja, da zdravniki splošne medicine nismo optimalno izobraženi za odkrivanje in zdravljenje bolezni prostate (11). Zaradi obsežnosti problema poteka od leta 1999 v Evropi velika prospektivna multinacionalna raziskava, katere namen je dobiti podatke o obravnavi tovrstnih bolnikov v splošni medicini (12). V Sloveniji študija obravnave bolnikov z boleznijo prostate pri zdravnikih splošne medicine še ni bila opravljena. Namen moje raziskave je bil analizirati obravnavo omenjene bolezni prostate glede diagnostike, zdravljenja in napotitve k urologom pri vzorčni skupini zdravnikov splošne medicine. Zanimale so me razlike glede na delovno dobo, izobrazbo zdravnikov (specialist/neposrednik), vrsto zaposlitve (zasebnik / zdravnik nezasebnik).

Metode in preiskovanci

Raziskava je potekala marca in aprila leta 2000 in obsega analizo odgovorov na vprašalnik, ki sem ga s spremnim dopisom in priloženo ter frankirano ovojnico poslala 140 zdravnikom splošne medicine (70 je bilo zdravnikov zasebnikov in 70 nezasebnikov), ki so delali na območju mesta Ljubljana in Maribor s širšo okolico. Vsi sodelujoči so ostali anonimni. Anketa je obsegala deset vprašanj. Poleg splošnih podatkov: – spol, – starost, – delovna doba (dve podskupini: 1–16 let in 17–40 let), – izobrazba (zdravnik brez specializacije, specialist), – vrsta zaposlitve (zasebnik, nezasebnik) me je zanimalo naslednje: – zdravnikova subjektivna ocena deleža bolnikov z BHP v % med populacijo obravnavanih pacientov, – ukrepanje pri bolniku z novo odkrito BHP (ali ga zdravi sam ali ga takoj napoti k urologu), – vrsta preiskavnih metod pri prvem obisku bolnika z BHP, – poznavanje vprašalnikov za točkovno vrednotenje simptomov BHP, – terapevtski ukrepi pri bolniku z BHP.

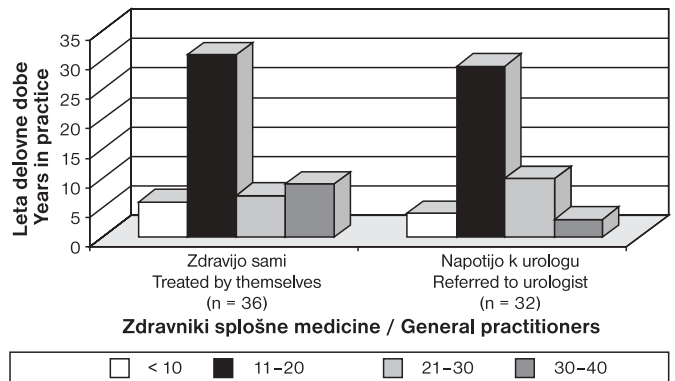
Dobljene podatke sem testirala s pomočjo neparametričnega testa hi-kvadrat. Kjer je bilo treba, sem upoštevala Yatesov popravek in Fisher exact test. Uporabila sem računalniška statistična programa Microsoft Excel in Epi Info. Dopustno tveganje je bilo 5%.

Rezultati

Po pošti vrnjenih vprašalnikov je prispelo 79 (56%), od tega je bilo uporabnih 76 (54%). Vsi anketiranci na vsa zastavljena vprašanja niso odgovorili, zato se nanašajo rezultati na vsako posamezno vprašanje in temeljijo na številu odgovorov na vprašanje in ne na skupnem številu vseh sodelujočih v anketi.

43 preiskovancev (56,6%) je bilo ženskega, 33 (43,4%) moškega spola. Povprečna starost zdravnikov je bila $44,2 \pm 7,6$ leta. Njihova povprečna delovna doba je bila $18,6 \pm 7,9$ leta (mediana 16 let). 31 zdravnikov (40,8%) je delalo po opravljenem strokovnem izpitu in kot specializanti splošne medicine, torej brez specializacije, 42 (55,3%) kot specialisti. Zdravnikov zasebnikov je bilo 37 (48,7%), nezasebnikov pa 39 (51,3%).

Zdravniki so ocenili, da imajo znotraj populacije pacientov, ki jo obravnavajo, $6,1 \pm 4,9\%$ (mediana 5%) bolnikov s simptomi BHP. 36 (47,4%) zdravnikov je odgovorilo, da bolnika, pri katerem prvič odkrijejo simptome BHP, sami zdravijo. 32 (42,1%) zdravnikov takega bolnika takoj napoti k urologu. Med podskupinami zdravnikov glede let delovne dobe ni bilo nobenih statistično značilnih razlik glede ukrepanja pri bol-

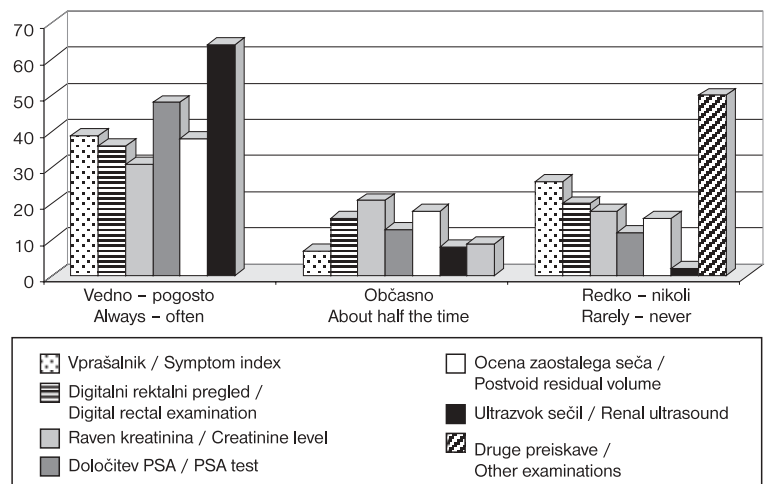


Sl. 1. Ukrepanje zdravnikov splošne medicine (n = 68) pri bolnikih z novo odkrito BHP.

Figure 1. Treatment options of general practitioners (n = 68) by newly diagnosed BPH patients.

niku z novo odkrito BHP (sl. 1), prav tako ni bilo značilne razlike glede na izobrazbo in vrsto zaposlitve.

Od obveznih preiskav pogosto uporablja vprašalnik za vrednotenje simptomov BHP 51,3% zdravnikov, 47,4% jih opravi digitalni rektalni pregled, 40,8% določi raven serumskega kreatinina. Od priporočenih preiskav določi PSA 63,2% zdravnikov, UZ meritev volumna rezidualnega urina odredi 50%. Med preiskavami, ki niso priporočene, izstopa naročanje UZ sečil z 84,2% (sl. 2). Zdravniki nezasebniki statistično značilno pogosteje določajo nivo kreatinina ($p < 0,01$) in PSA ($p < 0,01$). V zvezi z uporabo preiskavnih metod drugih statistično značilnih razlik glede na leta delovne dobe in izobrazbo zdravnikov nisem dokazala.

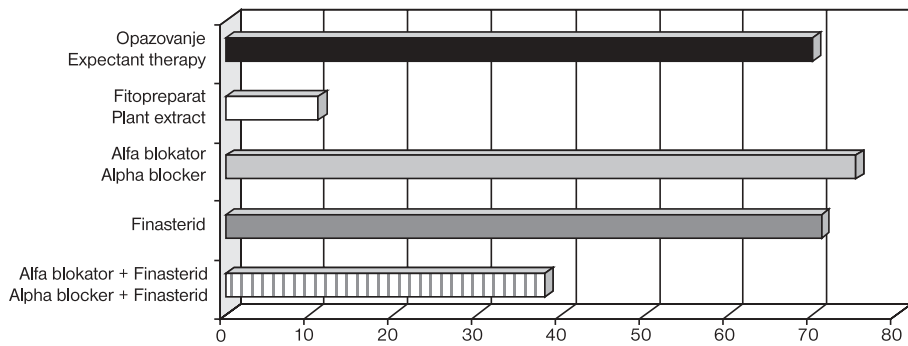


Sl. 2. Diagnostični postopki zdravnikov splošne medicine (n = 76) pri bolnikih z novo odkrito BHP (v %).

Figure 2. Diagnostic procedures of general practitioners (n = 76) by newly diagnosed BPH patients (in %).

Vprašalnik za točkovno vrednotenje simptomov BHP pozna 68,5% zdravnikov, glede na njihovo izobrazbeno strukturo ni pri poznavanju nobene značilne razlike.

Med terapevtskimi ukrepi zdravnikov pri pacientih s simptomi BHP (sl. 3) je bilo najpogostejše predpisovanje alfa blokatorjev (75%), sledi predpisovanje finasterida (71%) in opazovanje z občasnimi kontrolami (70%).



Sl. 3. Terapevtski ukrepi zdravnikov splošne medicine ($n = 73$) pri pacientih z BHP (v %).

Figure 3. Treatment options of general practitioners ($n = 73$) by BPH patients in %.

Razpravljanje

Po podatkih Zdravniške zbornice Slovenije je bilo v času nastanka študije v Sloveniji zaposlenih 750 zdravnikov splošne medicine, tako da predstavljajo anketirani zdravniki okoli 10% preiskovane populacije. Izsledke ankete moramo interpretirati previdno, saj je na vprašanja odgovorilo le okoli 54% anketiranih. Med tistimi, ki na vprašanja niso odgovorili, so lahko zdravniki z manjšim znanjem in strokovnim interesom za bolezen prostate, kar vpliva na rezultate (3).

Zdravniki so ocenili, da obravnavajo znotraj svoje populacije opredeljenih pacientov okoli 5% bolnikov s simptomi BHP. Podatki iz literature (1, 2, 9, 12, 13) o prevalenci BHP niso enoviti, vendar pa so izračunane prevalenice precej večje od ocenjene v anketi. Razliko v podatkih o prevalenci BHP med svojo in drugimi študijami pripisujem temu, da mnogi bolniki o svojih uroloških problemih v ambulantni sploh ne spregovorijo, tako da ostanejo njihove težave neprepoznane (13).

47,4% anketiranih zdravnikov splošne medicine je odgovorilo, da sami zdravijo bolnike, pri katerih prvič odkrijejo simptome BHP. V razpoložljivi literaturi je tovrstni delež višji - 60% (9). Ocenjujem, da se tudi pri nas zdravniki splošne medicine postopoma aktivneje vključujemo v vzajemno oskrbo bolnikov z BHP skupaj z urologi v skladu s strokovnimi priporočili drugih avtorjev (2, 3, 6).

68,5% anketiranih zdravnikov pozna IPSS vprašalnik za točkovno vrednotenje simptomov BHP, kar je primerljivo z izsledki ameriške študije - 61% (9) in boljše od deleža zdravnikov v drugi študiji, kjer jih je kar 66,5% navedlo, da IPSS vprašalnika ne poznajo (11). Čeprav številni strokovnjaki poudarjajo veliko koristnost tega vprašalnika (1, 3, 7, 8), je njegova uporaba v Sloveniji razširjena predvsem v uroloških ambulantah. Ker je vprašalnik na voljo tudi v domačem jeziku, bi ga bilo smotrno več uporabljati. Sestavljen je tako, da ga bolnik samostojno izpolni, tako da je lahko na razpolago v čakalnici, kar pomeni prihranek časa pri anamnezi. Razen tega nam koristi pri oceni, kadar nismo prepričani o stopnji simptomov in kadar bolnik težko spregovori o uroloških problemih (13). Po drugi strani pa so raziskave pokazale, da se nekaterim bolnikom ob uporabi takšnih diagnostičnih pripomočkov porajajo občutki manjšega zaupanja in neosebne pristopa (14). V eni od študij se je izkazalo tudi, da znaten delež preiskovancev ne zna ustrezno prebrati vprašalnika in potrebuje pri njegovem izpolnjevanju pomoč (15), zato vprašalnik nikakor ne more nadomestiti posveta med bolnikom in zdravnikom.

Med obveznimi preiskavnimi metodami uporablja med anketiranimi zdravniki vprašalnik o težavah 51,3% zdravnikov, sklepam lahko, da se nekateri poslužujejo omenjenega IPSS vprašalnika. Dobljeni rezultati so podobni rezultatom drugih študij, ki poročajo o premalo razširjeni uporabi tega vprašal-

nika med zdravniki splošne medicine (3, 9, 11). Moja analiza je pokazala, da opravi digitalni rektalni pregled le slaba polovica vprašanih zdravnikov, kar je znatno manj kot v drugih raziskavah (3, 9). Le 40,8% zdravnikov je odgovorilo, da pogosto določi nivo kreatinina, za razliko od ameriške študije, v kateri je pogosto določilo raven kreatinina 66% vprašanih (3).

Med priporočenimi preiskavami pri bolniku ob prvem obisku zaradi simptomov BHP izstopa določanje PSA, saj se kar 63,2% vprašanih zdravnikov pogosto odloči za to preiskavo. Zdravniki, ki delajo kot zasebniki, statistično značilno pogosteje določajo tako raven kreatinina kot PSA v primerjavi z zdrav-

niki zasebniki. Ocenjujem, da tako ravnanje zasebnikov ni znak boljšega poznavanja diagnostičnega postopka pri pacientu s simptomi BHP, ampak znak večje stroškovne zavesti o ceni preiskav. Tudi tuji avtorji so ugotavljali, da zdravniki splošne medicine PSA pogosto določajo (3, 9), čeprav sodi preiskava po tujih strokovnih smernicah samo med priporočene, ne pa tudi obvezne preiskave, ker nam ne omogoča zanesljivega razlikovanja med BHP in karcinomom prostate (5). Polovica zdravnikov se za UZ meritev volumna rezidualnega urina odloča pogosto, kar je veliko več kot v primerjalni analizi, kjer se je tako odločilo le 4% vprašanih (3).

Med preiskavami, ki sploh niso priporočene, izstopa prepogosto odločanje za UZ sečil s skoraj 85%, kar je glede na smernice (5) nesmotrno. V eni od študij, kjer so se zdravniki splošne medicine za isto preiskavo pogosto odločali v 7%, so avtorji študije kritično ocenili, da gre za drago prakso z malo učinka (3). Velika razlika pri odločanju za UZ preiskavo sečil med našimi zdravniki in podatki iz tujih raziskav gre lahko na račun tega, da se dela usmerjena UZ preiskava sečil le redko, navadno se sečila preiskujejo v sklopu preiskave vseh trebušnih organov. Uporaba ostalih preiskavnih metod ni pomembnejše zastopana.

Dve tretjini anketiranih zdravnikov se pri zdravljenju odloči za predpis alfa blokatorja, kar je primerljivo izsledkom v raziskavi Fawzija s sodelavci (3). Finasterid predpisujejo v 71%, v 70% se odločijo za opazovanje z občasnimi kontrolami, kar je več kot v omenjeni raziskavi (3). Še vedno prisotno predpisovanje fitopreparatov si kljub pomanjkanju dokazov o njihovi učinkovitosti (8) pojasnujem s premajhno izobraženostjo zdravnikov, saj je v eni od raziskav 15% vprašanih zdravnikov splošne medicine navedlo, da ne poznajo mehanizma delovanja celo za preverjena zdravila za BHP (11), tovrstno zdravljenje pa je še vedno priljubljeno tudi pri nekaterih bolnikih (8). Na podlagi dobljenih podatkov svoje analize se tako kot drugi avtorji strinjam, da bi bilo treba z dodatnim podiplomskim izobraževanjem izboljšati strokovno znanje zdravnikov splošne medicine na področju oskrbe bolnikov z BHP (11, 16). Za bolj kakovostno obravnavo bolnikov z BHP pa bi morali urediti tudi nekaj organizacijsko-finančnih težav: nejasna delitev dela med zdravniki na primarnem in sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva, neustrezno vrednotenje laboratorijskih stroškov in veliko število vsakodnevnih pregledov v ambulantah splošne medicine. Ocenjujem, da zaradi tega tudi tisti zdravniki splošne medicine, ki so o BHP strokovno dobro podkovani, niso primerno motivirani za izvajanje diagnostičnega postopka, kot je predviden v nacionalnih strokovnih smernicah (6).

Sklepi in predlogi

Opravljen študija je pokazala, da se bomo morali zdravniki splošne medicine v prihodnosti še aktivneje vključevati v

oskrbo bolnikov z BHP. Dobljeni podatki so potrdili, da pre malo upoštevamo strokovna priporočila za obravnavo tovrstnih bolnikov. V skladu s temi priporočili bi morali striktno opravljati usmerjeno anamnezo glede vrste in trajanja genitourinarnih simptomov, pri čemer nam je v veliko pomoč mednarodni vprašalnik za vrednotenje težav s prostato. Dоследno bi morali izvajati usmerjeni pregled spodnjega abdomna, genitalij in digitalni rektalni pregled prostate. Oba postopka sta enostavna, poceni in ju zna in zmore opraviti vsak zdravnik splošne medicine. Obenem bi morali pri vsakem bolniku, pri katerem sumimo na BHP, opraviti še: analizo seča, določitev vrednosti serumskega kreatinina, določitev PSA ter UZ sečil in trebušnih organov. Opravljene preiskave nam omogočijo odločitev glede terapevtskega pristopa: opazovanje, predpis zdravil ali napotitev k urologu. Temelj tovrstnega ukrepanja je dvig znanja zdravnikov splošne medicine. Že preverjeni in učinkoviti načini na področju podiplomskega strokovnega izobraževanja so lahko interdisciplinarna srečanja s specialisti urologi in učne delavnice za zdravnike splošne medicine.

Zahvala

Zahvaljujem se vsem kolegom zdravnikom splošne medicine, ki so odgovorili na vprašanja v anketi. Hvala tudi kolegici asist. Gordani Živčec-Kalan, dr. med., ki me je spodbudila k pisanju tega prispevka. Svojemu soprogu sem iskreno hvaležna, da je v času, ko sem pisala ta članek, skrbel za najin naraščaj.

Literatura

1. Barry M, Roehrborn C. Management of benign prostatic hyperplasia. *Annu Rev Med* 1997; 48: 177-89.
2. Garraway WM, Collins GN, Lee RJ. High prevalence of benign prostatic hypertrophy in the community. *Lancet* 1991; 338: 469-71.
3. McNaughton Collins M, Barry MJ, Bin L, Roberts RG, Oesterling JE, Fowler FJ. Diagnosis and treatment of benign prostatic hyperplasia. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 224-9.
4. Klomp ML, Rosmalen CF, Romeijnders AC, Oostrehof GO, Schlatmann TJ. Benign prostatic hyperplasia; recommendations for transmural care. Working Group, Dutch College of General Practitioners and Netherlands College of Urologists (see comments) 1998; 142: 2563-8.
5. McConnell JD, Barry MJ, Bruskewitz RC et al. Benign prostatic hyperplasia: Diagnosis and treatment. Clinical Practice Guideline. No. 8. Rockville, MD: Agency for health care policy and research. Public health service, United States Department of Health and Human Services, 1994. AHCPR, Publication No. 94-0582.
6. Oblak C. Diagnostični postopek in zdravljenje benigne hiperplazije prostate. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, Gradišek A eds. *Novosti s področja urologije: suplement/Srečanje skupin v osnovnem zdravstvu. Izbrani zdravnik in ambulantno vodenje bolnika.* Ljubljana: Sekcija za splošno medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2001: 29-31.
7. Barry MJ, Fowler FJ, O'Leary MP et al. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association. *J Urol* 1992; 148: 1549-57.
8. Eri LM, Wahlqvist R, Tveter KJ. Diagnosis and treatment of benign prostatic hyperplasia in general practice. *Norwegian Medical Society* (see comments) 1996; 116: 3240-4.
9. Fawzy A, Fontenot C, Guthrie R, Baudier SMM. Practice patterns among primary care physicians in benign prostatic hyperplasia and prostate cancer. *Fam Med* 1997; 29: 321-5.
10. Steers WD, Zorn B. Benign prostatic hyperplasia. *Dis Mon* 1995; 41: 437-97.
11. Plawker MW, Fleisher JM, Nitti VW, Macchia RJ. Primary care practitioners: an analysis of their perceptions of voiding dysfunction and prostate cancer. *J Urol* 1996; 155: 601-4.
12. Logie JW, Clifford GM, Farmer RD, Meesen BP. Lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction - Triumph: the role of general practice databases. *Eur Urol* 2001; 39: 42-7.
13. Naughton Collins MF, Friedman RH, Ash A, Hall R, Moskowitz MA. Underdetection of clinical benign prostatic hyperplasia in general medical practice. *J Gen Intern Med* 1996; 11: 513-8.
14. Weaver RR. Informatics tools and medical communication: patient perspectives of «Knowledge coupling» in primary care. *Health Commun* 2003; 15: 61-78.
15. MacDiarmid SA, Goodson TC, Holmes TM, Martin PR, Doyle RB. An assessment of the comprehension of the American Urological Association Symptom Index. *J Urol* 1998; 159: 873-4.
16. McSherry J, Weiss R. Managing benign prostatic hyperplasia in primary care. Patient-centred approach. *Can Fam Physician* 2000; 46: 383-9.

ERRATA CORRIGE

Na str. 389 in 390 v številki 6/2003 Zdravniškega vestnika je v naslovu in vsebini nekrologa za dr. Stefana Šobarja pravilna letnica smrti 2003. Za neljubo napako se uredništvo opravičuje svojcem, piscu nekrologa in bralcem.