

RAPORT

WYTYCZNE (GUIDELINES OF EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY) A PRAKTYKA CODZIENNA W PORADNIACH UROLOGICZNYCH W POLSCE, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM POSTĘPOWANIA W ZAKRESIE BPH, LUTS I NADREAKTYWNOŚCI PĘCZERZA U MĘŻCZYZN - BADANIE RYNKU



BRASS

Pharmaceutical Consulting
Marketing & Advertising

- Warszawa, sierpień 2013 -

Spis treści

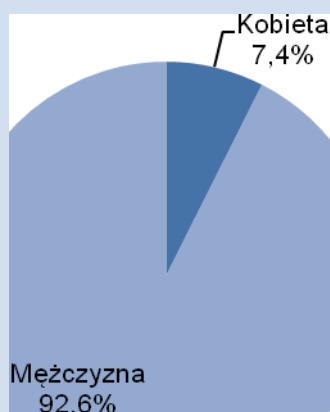
Część I – Uczestnicy badania a Guidelines EAU	2
Część II dotycząca LUTS i pęcherza nadreaktywnego u mężczyzn	26
Część III - Farmakoterapia LUTS i pęcherza nadreaktywnego.....	50
Wnioski i rekomendacje uczestników badania	73
Podsumowanie	75
Spis rysunków i tabel	81

Część I – Uczestnicy badania a Guidelines EAU

Dane badacza

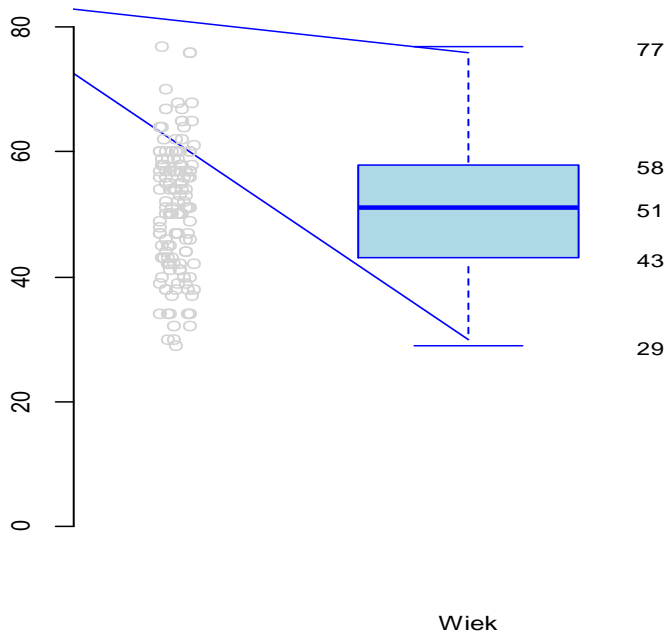
Znacząca większość lekarzy biorących udział w badaniu to mężczyźni – ich udział wyniósł aż 92,6%. Kobiety stanowiły zaledwie 7,4% respondentów.

Rysunek 1. Płeć



Połowa lekarzy biorących udział w programie miała 51 (mediana) lub więcej lat. Co czwarta osoba biorąca udział w badaniu przekroczyła 58 rok życia. Analogicznej wielkości grupę stanowiły osoby, które miały, co najwyżej 43 lata. Najstarszy respondent miał 77 lata, a najmłodszy 29 lat.

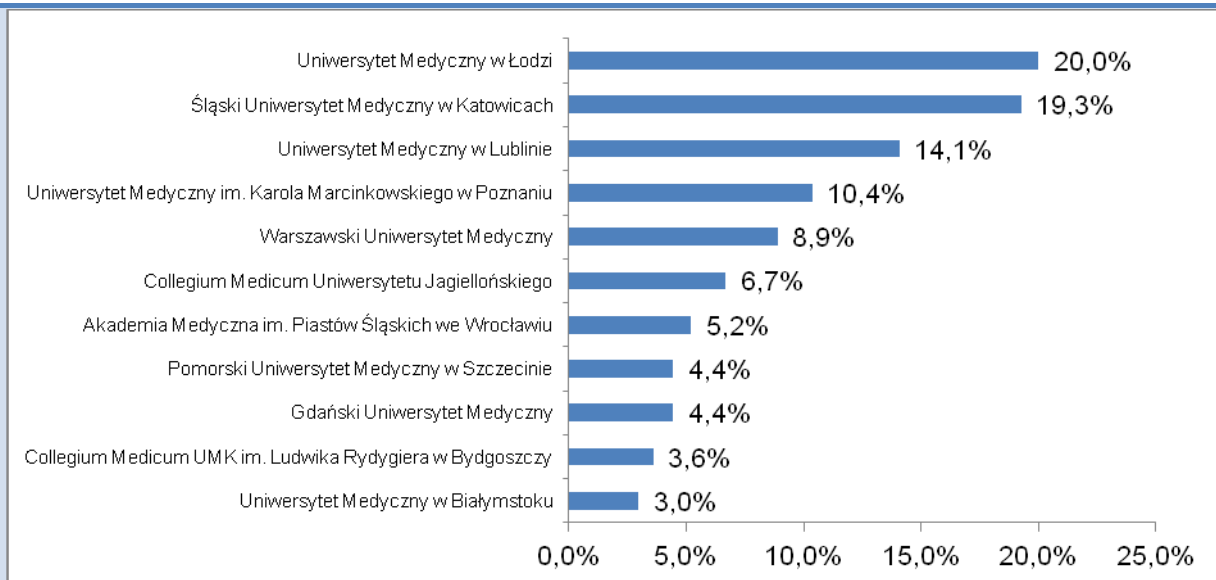
Rysunek 2. Wiek



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

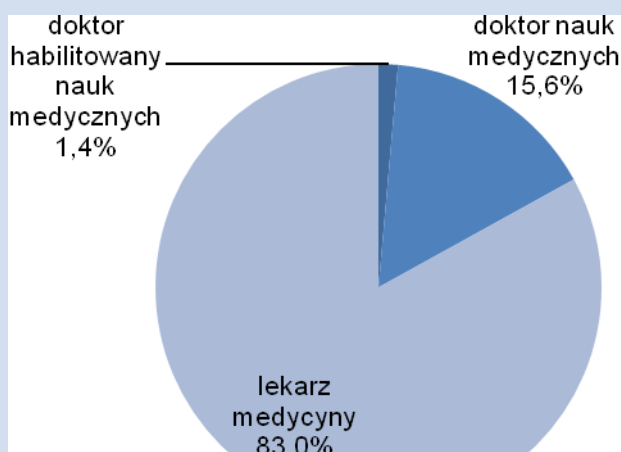
Uczestniczący w badaniu lekarze to absolwenci wielu różnych Uniwersytetów Medycznych. Najliczniejszą grupę stanowili lekarze, którzy ukończyli wydział lekarski na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi (20,0%) lub Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach (19,3%). Ponad 10% respondentów stanowili absolwenci Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (14,1%) oraz Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (10,4%). Najmniej liczną reprezentację tworzyli lekarze z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Rysunek 3. Ukończony Uniwersytet Medyczny



Wśród uczestników badania największą grupę stanowiły osoby z tytułem lekarza medycyny (83,0%). Mniej liczna była grupa lekarzy z tytułem doktora nauk medycznych (15,6%). Respondenci z tytułem doktora habilitowanego nauk medycznych stanowili zdecydowanie najmniejszą grupę (1,4%).

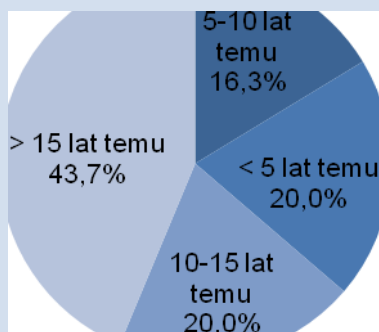
Rysunek 4. Zdobyty tytuł naukowy



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Włączeni do badania lekarze byli bardzo zróżnicowani pod względem stażu pracy urologa. Najliczniejszą grupę tworzyły osoby, które zdobyły specjalizację ponad 15 lat temu (43,7%). 20%-owe grupy stanowili respondenci, którzy uzyskali specjalizację urologiczną od 10 do 15 lat temu oraz posiadają ją niecałe 5 lat. Najmniej liczna była grupa uczestników badania, posiadająca dyplom od 5 do 10 lat (16,3%).

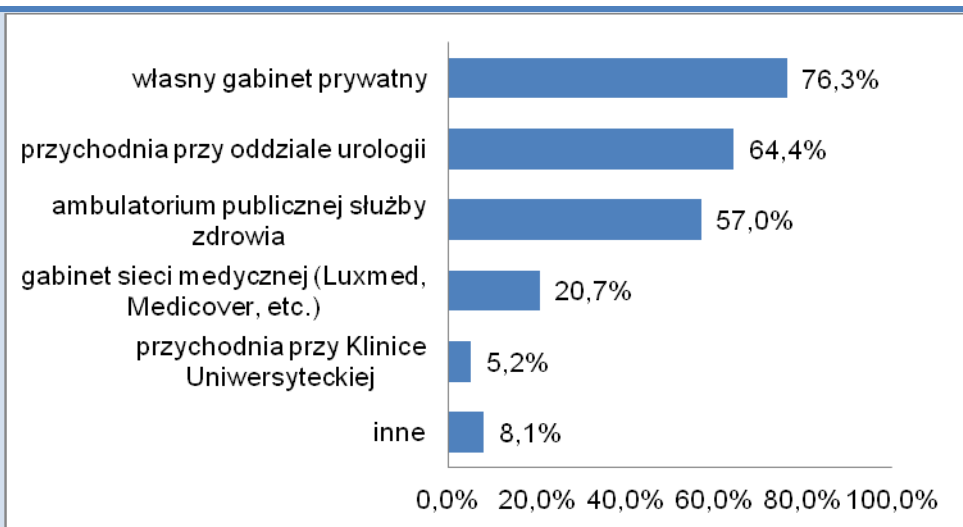
Rysunek 5. Czas, jaki upłynął od uzyskania specjalizacji z urologii



W ramach przeprowadzonej ankiety zebrano także dane dotyczące miejsca pracy. Najczęściej wskazywaną przez respondentów odpowiedzią była praca we własnym gabinecie prywatnym, którą wykonuje aż 76,3% lekarzy. Wyraźna większość lekarzy praktykuje także w przychodni przy oddziale urologii (64,4%) oraz w ambulatorium publicznej służby zdrowia (57,0%).

Respondenci mieli także możliwość wskazania innego, niewyszczególnionego w ankiecie miejsca pracy. Wśród odpowiedzi respondentów, którzy praktykują w innych miejscach, najczęściej pojawiały się wskazania NZOZ oraz poradni urologicznych. W pojedynczych przypadkach wymieniano oddział szpitalny, katedrę uniwersytecką, oddział chirurgiczny.

Rysunek 6. Miejsce pracy

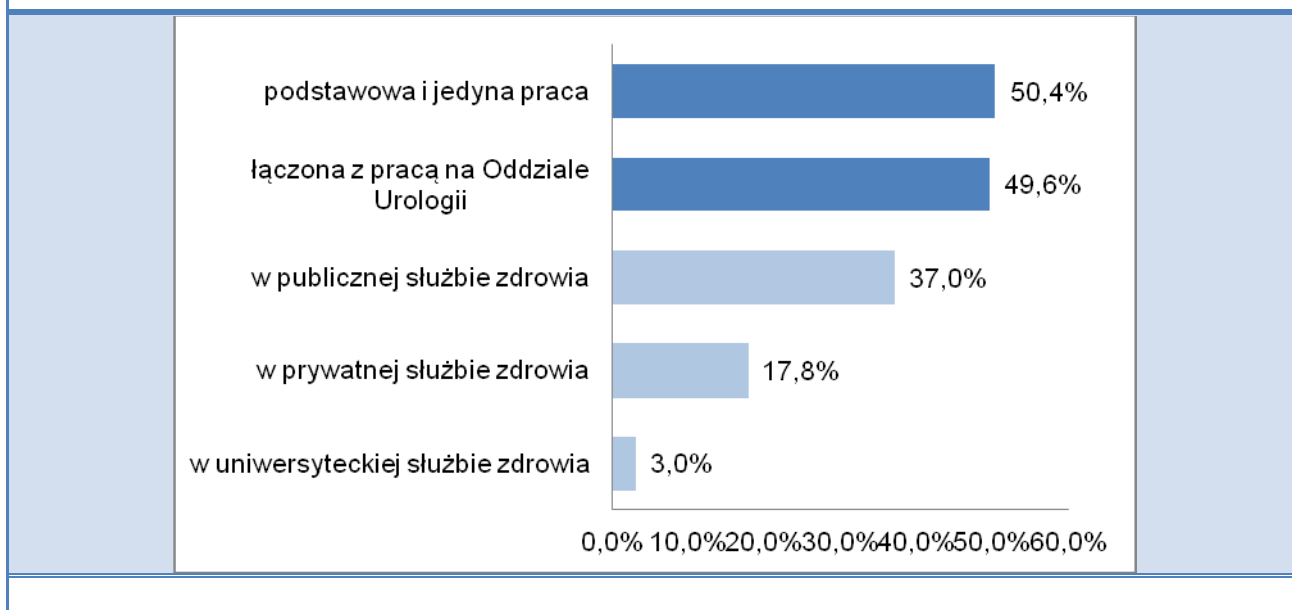


Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Dla niewiele ponad połowy respondentów praca w poradni urologicznej stanowi podstawową i jedyną pracę. W większości przypadków praktyka rozpoczęta została bezpośrednio po uzyskaniu specjalizacji. Pozostali urolodzy praktykujący wyłącznie w poradni całkowicie oddali się tej pracy po upływie średnio 12 lat pracy na Oddziale Urologii lub w Klinice Uniwersyteckiej.

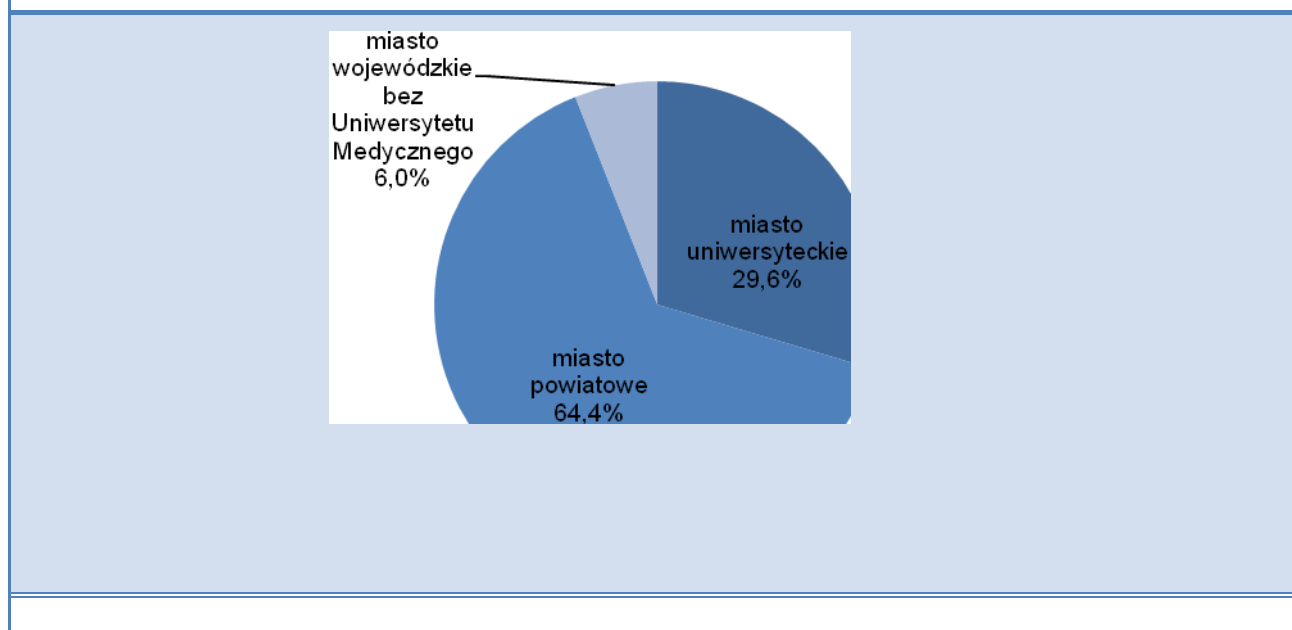
Niespełna 50% respondentów stanowili lekarze, którzy pracę w poradni łączą z pracą na Oddziale Urologii. Praktykują oni głównie w publicznej służbie zdrowia. Rzadziej wskazywano na pracę w szpitalach prywatnych, a zaledwie w pojedynczych przypadkach w uniwersyteckiej służbie zdrowia.

Rysunek 7. Praca w poradni urologicznej



W badaniu najliczniej udział wzięli lekarze pracujący w miastach powiatowych –64,4%. Blisko 30% praktykuje w miastach uniwersyteckich. Najmniej liczną grupę tworzyli respondenci pracujący w miastach wojewódzkich nie posiadających Uniwersytetu Medycznego.

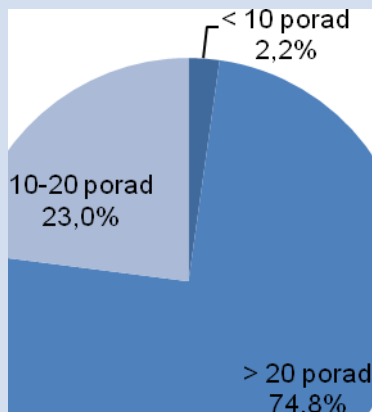
Rysunek 8. Lokalizacja miejsca pracy



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Lekarze, zapytani o ilość dziennie udzielanych porad, najczęściej wskazywali na więcej niż 20 porad (74,8%). Od 10 do 20 porad świadczy znacznie mniej, bo 23,0% respondentów. 2,2% to respondenci, którzy udzielają mniej niż 10 porad dziennie.

Rysunek 9. Dzienna ilość porad



Uczestniczący w badaniu lekarze bardzo często udzielają porad w zakresie dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych. Aż 58,0% respondentów udziela ponad 100 porad miesięcznie w tym zakresie. 38,5% urologów świadczy co najmniej 100 porad w miesiącu dotyczących LUTS spowodowanego łagodnym rozrostem stercza.

Znacznie rzadziej do lekarzy urologów zgłaszają się pacjenci z problemem nadreaktywnego pęcherza. Najwięcej lekarzy udziela około 10-30 porad miesięcznie w tym zakresie. Szczegółowe dane odnośnie ilości świadczonych porad przedstawiono w tabeli.

Tabela 1. Aktualna przybliżona liczba chorych w miesiącu, zgłaszających się po porady

Rodzaj porady	Liczba porad w miesiącu				
	0-10	10-30	30-60	60-100	>100
1) LUTS (z każdej etiologii)	0,8%	7,5%	13,3%	20,8%	57,5%
2) LUTS spowodowanymi BPH	2,6%	11,2%	21,6%	25,9%	38,8%
3) pęcherz nadreaktywny (każdej etiologii)	17,5%	45,0%	20,0%	13,3%	4,2%
4) pęcherz nadreaktywny spowodowany/ współistniejący z przeszkodą podpęcherzową	18,5%	43,7%	22,7%	9,2%	5,9%

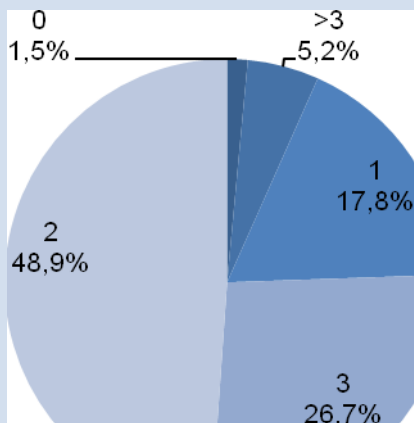
Obliczono na podstawie:

1) 120 odpowiedzi, 2) 116 odpowiedzi, 3) 120 odpowiedzi, 4) 119 odpowiedzi.

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

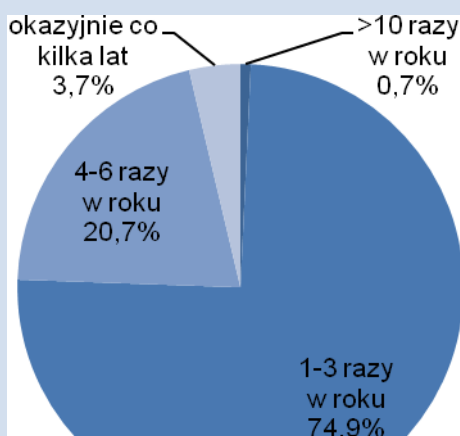
Pod względem ilości prenumerowanych lub otrzymywanych czasopism, największą grupę stanowili lekarze prenumerujący dwa czasopisma urologiczne - ich udział wyniósł 48,9%. Kolejną pod względem wielkości grupą były osoby prenumerujące trzy czasopisma (26,7%). Odsetek lekarzy, którzy nie zamawiają żadnych czasopism jest znikomy i wynosi zaledwie 1,5%.

Rysunek 10. Liczba prenumerowanych lub otrzymywanych czasopism urologicznych



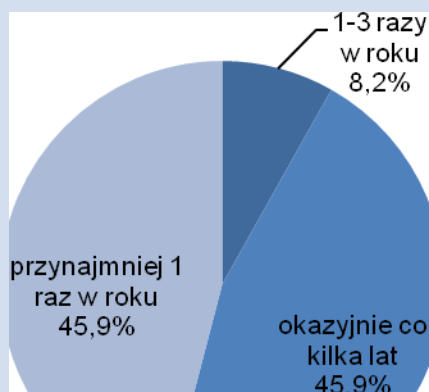
Biorąc pod uwagę udział w zebraniach, sympozjach i zjazdach krajowych najliczniejszą grupę stanowili respondenci uczestniczący w takich wydarzeniach od 1 do 3 razy w roku (74,9%). Około co 5 lekarz zadeklarował uczestnictwo w tego rodzaju spotkaniach od 4 do 6 razy w roku.

Rysunek 11. Częstość uczestnictwa w zebraniach, sympozjach i zjazdach krajowych



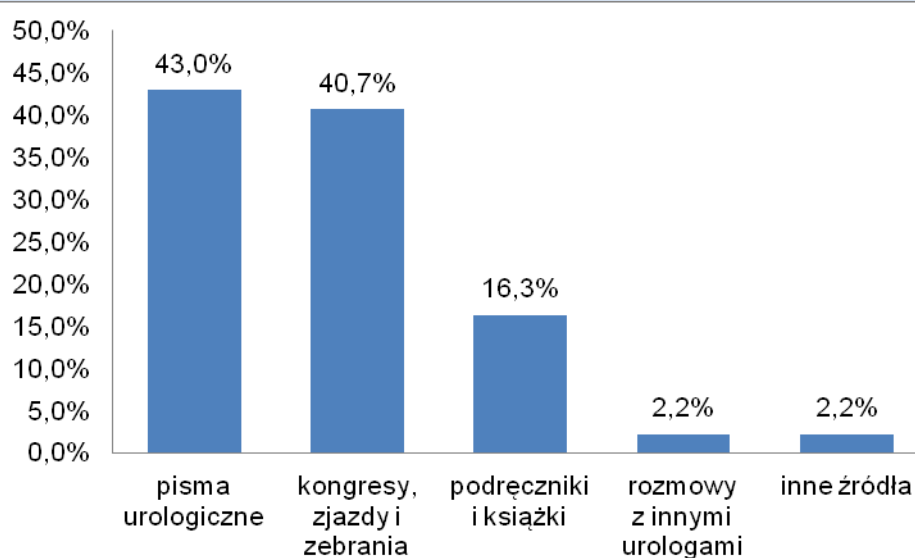
Blisko 46% respondentów, oprócz spotkań medycznych organizowanych w Polsce, regularnie uczestniczy także w różnego rodzaju konferencjach zagranicznych. Lekarze ci deklarują swoje uczestnictwo przynajmniej raz w roku. Podobna pod względem wielkości grupa pogłębia swoją wiedzę na zjazdach zagranicznych okazjnie, z częstotliwością rzędu raz na kilka lat.

Rysunek 12. Częstość uczestnictwa w zebraniach, sympozjach i zjazdach międzynarodowych



Uczestniczący w badaniu lekarze, jako źródła poszerzania swojej wiedzy dotyczącej postępów w urologii, wskazywali przede wszystkim pisma urologiczne (43,0%) oraz kongresy, zjazdy i zebrania (40,7%). Znacznie rzadziej polscy lekarze korzystają z podręczników i książek – na ten sposób pozyskiwania wiedzy wskazało 16,3% respondentów. Bardzo rzadko respondenci czerpią informacje z rozmów z innymi specjalistami lub z innych źródeł, takich jak np. Internet.

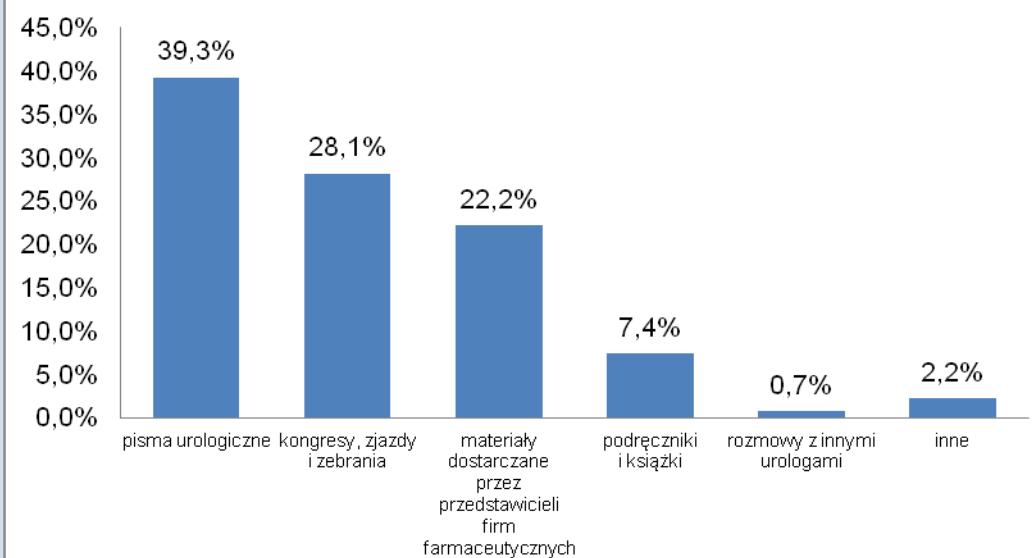
Rysunek 13. Źródła poszerzania wiedzy z dziedziny urologii



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

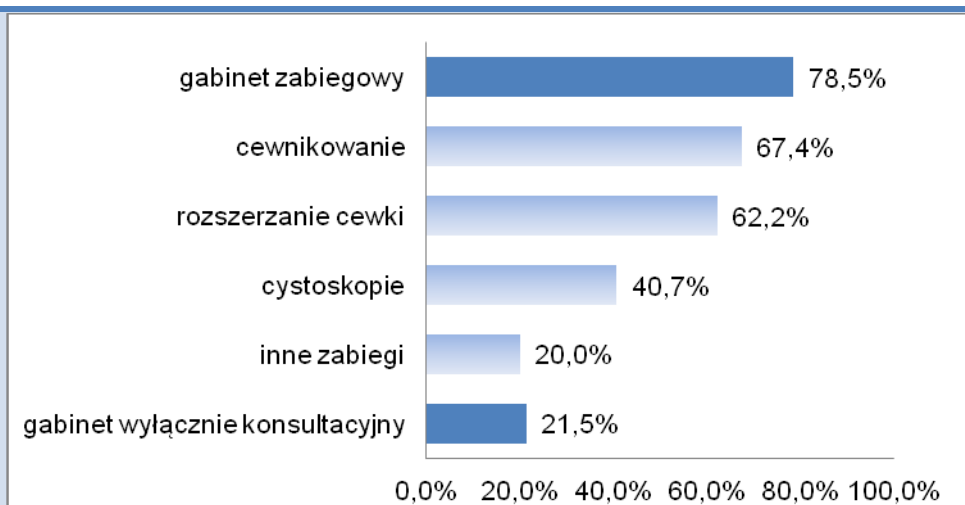
Swoją wiedzę dotyczącą postępów farmakoterapii urologicznej aż 39,3% lekarzy poszerza czytając specjalistyczne pisma. Mniejszą grupę stanowili respondenci, którzy wskazywali na kongresy, zjazdy i zebrania (28,1%). Duże znaczenie mają także materiały dostarczane przez przedstawicieli firm farmaceutycznych, z których korzysta 22,2% respondentów. Tylko 7,4% urologów do uzupełnienia swojej wiedzy w zakresie postępów farmakoterapii wykorzystuje podręczniki i książki. Tylko 0,7% urologów do uzupełnienia swojej wiedzy w zakresie postępów farmakoterapii wykorzystuje rozmowy z innymi urologami. Tylko 2,2% urologów do uzupełnienia swojej wiedzy w zakresie postępów farmakoterapii wykorzystuje inne źródła.

Rysunek 14. Źródła poszerzania wiedzy dotyczącej postępów farmakoterapii urologicznej



78,5% respondentów pracuje w gabinetach zabiegowych. W gabinetach tych wykonuje się przede wszystkim cewnikowanie (67,4%) oraz rozszerzanie cewki (62,2%). W ponad połowie gabinetów zabiegowych możliwe jest także wykonanie cystoskopii. Co 5 lekarz posiada gabinet, w którym przeprowadzane są także inne, niewyszczególnione w ankiecie zabiegi, w tym biopsje stercza, badania urodynamiczne, uroflowmetrie, punkcje wodniaków jądra, usuwanie mięsaka cewki, torbieli nasiennych, kaszaków moszny, plastyka wędzidełka, usg, iniekcje, obrzezanie, operacje stulejki oraz inne niesprecyzowane bliżej drobne zabiegi chirurgiczne.

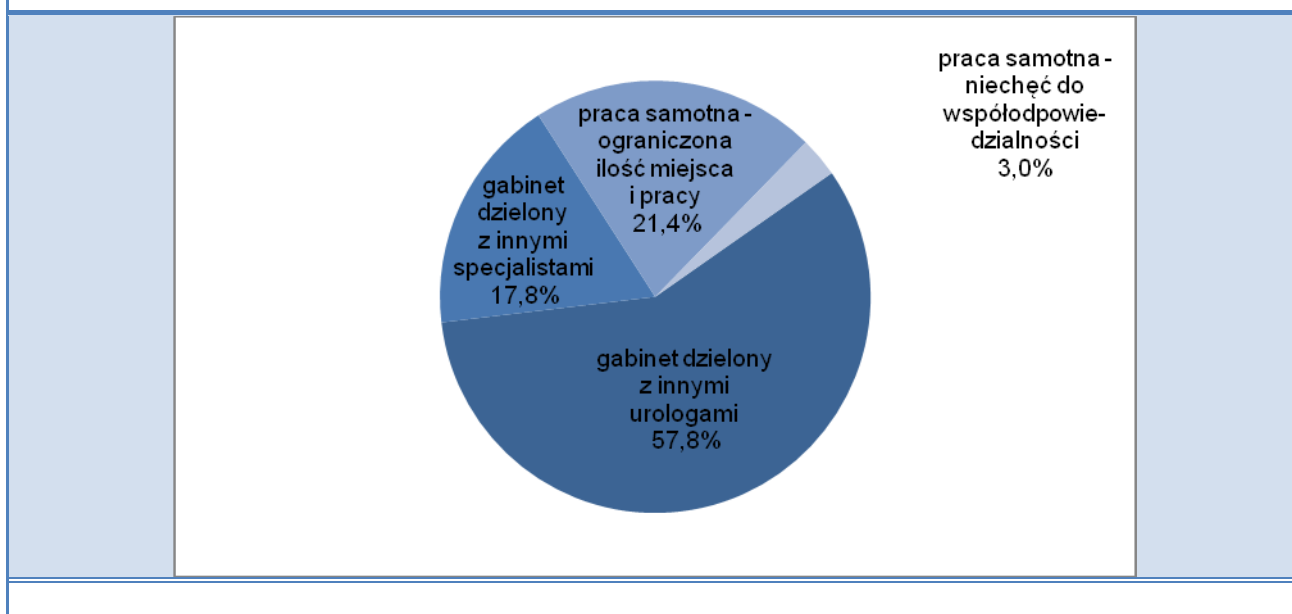
Rysunek 15. Gabinet lekarski



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

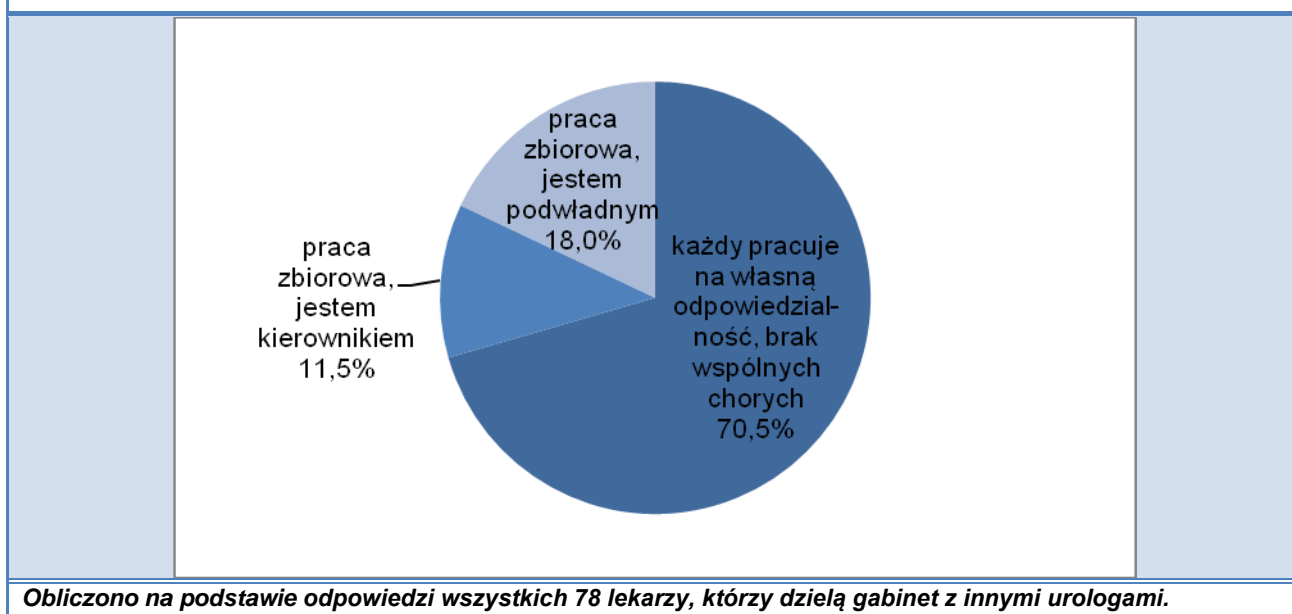
Ponad $\frac{3}{4}$ lekarzy praktykuje w gabinetach, w których pracują także inni lekarze urolodzy (57,8%) lub lekarze innych specjalności (17,8%). Gabinet na wyłączność posiada niespełna co 4 lekarz, przy czym w większości przypadków jest to spowodowane brakiem miejsca i pracy dla większej liczby osób. Zaledwie 3,0% respondentów samotną pracę uzasadniało niechęcią do współodpowiedzialności.

Rysunek 16. Ilość lekarzy w gabinecie



Lekarze dzielący gabinet z innymi urologami zazwyczaj pracują w sposób „niezależny”, tzn. każdy ze specjalistów praktykuje na własną odpowiedzialność, samodzielnie prowadząc zgłaszających się do niego pacjentów. Na taki sposób pracy wskazało ponad 70% lekarzy, którzy nie posiadają własnego gabinetu. Blisko 30% urologów pracujących z innymi lekarzami o tej samej specjalności wybrało pracę zbiorową oraz współpracę w leczeniu chorych, przy czym 18,0% respondentów pełni funkcję kierownika, a 11,5% rolę podwładnego.

Rysunek 17. Zasady pracy w gabinecie dzielonym z innymi urologami

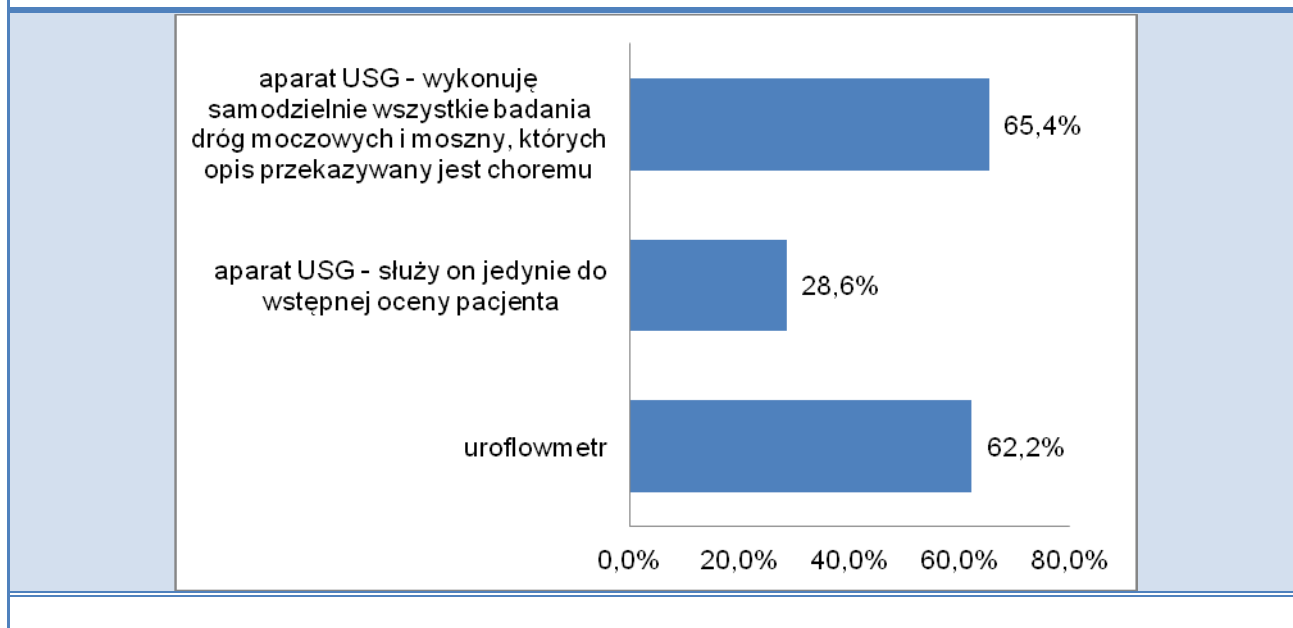


Obliczono na podstawie odpowiedzi wszystkich 78 lekarzy, którzy dzielą gabinet z innymi urologami.

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Prawie wszyscy urolodzy mają do dyspozycji w swoich gabinetach sprzęt USG. Ponad 65% lekarzy wykonuje za pomocą niego wszystkie badania dróg moczowych i moszny, a następnie przekazuje ich opis choremu. Należy przy tym podkreślić, że przeważająca część lekarzy posiada certyfikat uprawniający do wykonywania tego typu badań. W blisko 30% gabinetów aparat USG używany jest wyłącznie do wstępnej oceny pacjenta obejmującej ewentualny zastój w górnych drogach moczowych, zaleganie po mikcji etc. Większość lekarzy posiada także dostęp do uroflowmetru.

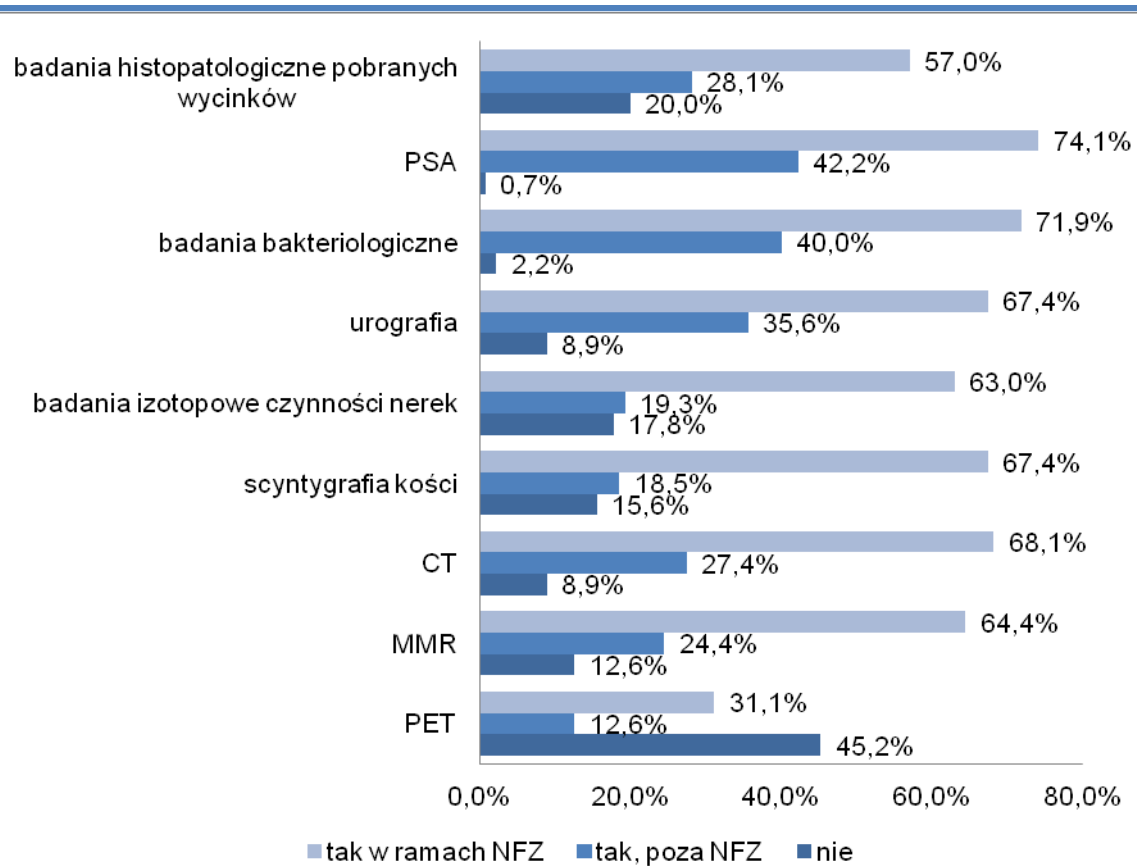
Rysunek 18. Wyposażenie gabinetu



Zdaniem większości lekarzy prawie wszystkie podstawowe badania urologiczne można bez trudności wykonać w ramach NFZ. Wyjątek stanowi jedynie badanie PET, w przypadku którego na brak przeszkód w wykonaniu ze środków NFZ wskazało mniej niż $\frac{1}{3}$ urologów.

Trudności w przeprowadzaniu badań, czy to w ramach NFZ czy poza Funduszem, napotykanne są przede wszystkim w przypadku badania PET – na problemy w wykonaniu tego badania wskazało ponad 45% lekarzy. Część lekarzy zauważa także utrudnienia w wykonywaniu badań histopatologicznych pobranych wycinków (20,0%), badań izotopowych czynności nerek (17,8%) czy też scyntygrafii kości (15,6%).

Rysunek 19. Możliwość bezproblemowego wykonania badań



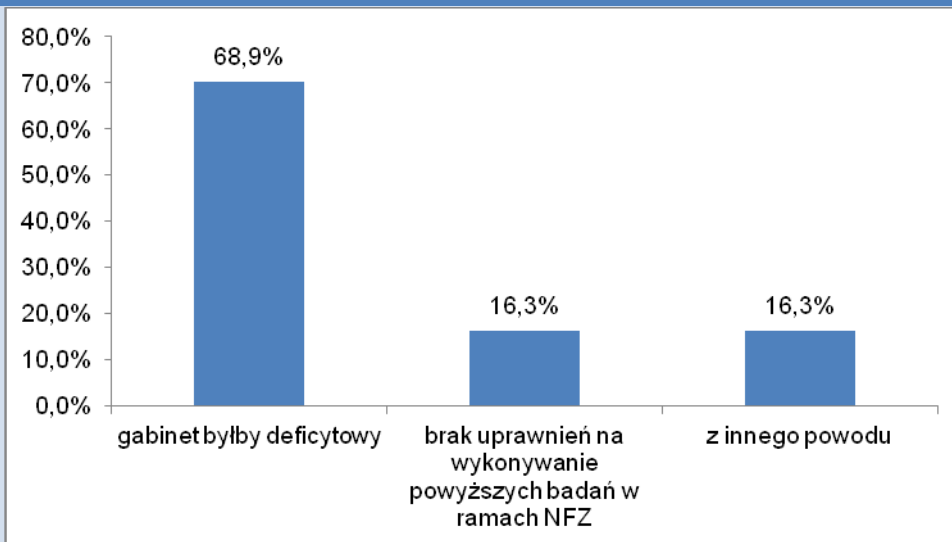
Uczestniczącym w badaniu lekarzy poproszono także o zawarcie w formie komentarza własnych spostrzeżeń związanych z diagnostyką pacjentów. Respondenci przedstawili następujące uwagi:

- „Pacjenci kierowani do badań z kontrastem muszą odbyć kolejną wizytę w celu uzyskania wyników badania parametrów nerkowych”,
- „Trudności diagnostyczne nie dotyczą rodzaju badań a raczej czasu oczekiwania np. na badania KT wykonywane w ramach NFZ”,
- „Ograniczona możliwość wykonania badania urograficznego w trybie ambulatoryjnym”,
- „Czasem nie ma możliwości obejrzenia badań na CD - brak komputera w poradni”,
- „Brak badań urodynamicznych”,
- „Zbyt kosztowne”,
- „Urografia jest wyceniona znacznie poniżej kosztów”,
- „Limitowanie usług przez NFZ”,
- „Długi okres oczekiwania na badania w ramach NFZ”.

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

W ramach ankiety lekarze zapytani zostali także o powody niewykonywania niektórych badań, pomimo ich dostępności i refundacji NFZ. Jako przyczynę takiego stanu rzeczy respondenci wskazywali głównie obawę, że gabinet stałby się deficytowy (68,9%). Dla ponad 16% specjalistów przeszkodą w wykonywaniu badań stanowił brak uprawnień na przeprowadzanie wymienionych wcześniej badań. Analogicznej wielkości grupa wskazała na inne, nieokreślone bliżej powody.

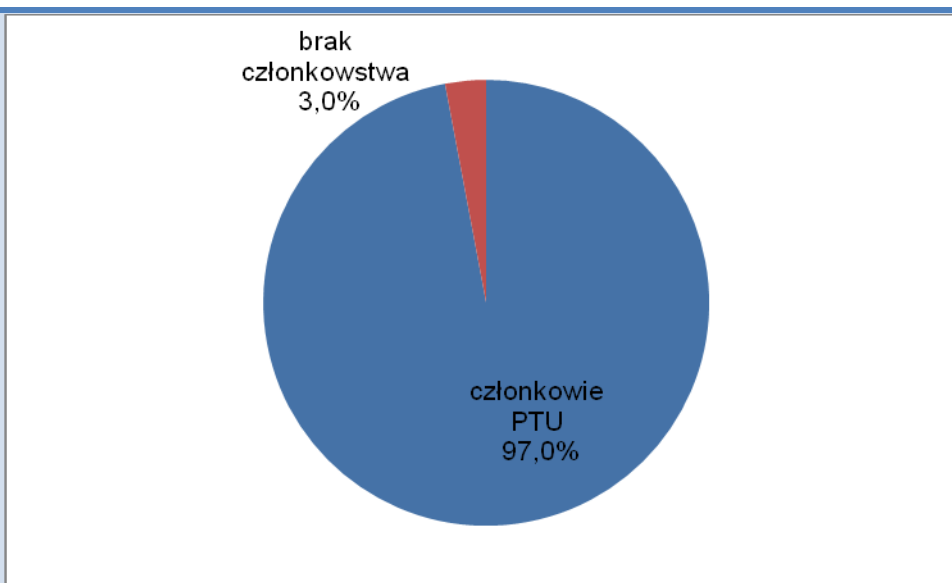
Rysunek 20. Przyczyny nie wykonywania badań w refundowanym przez NFZ gabinecie



Polskie Towarzystwo Urologiczne (PTU)

Prawie wszyscy uczestniczący w badaniu lekarze należą do Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Członkostwa w tej organizacji nie posiada zaledwie 3,0% respondentów, jednak za wyjątkiem jednej osoby, która nie dostrzega związanych z tych korzyści, są oni w trakcie dopełniania formalności i oczekują na przyjęcie.

Rysunek 21. Członkostwo PTU



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Wyraźna większość respondentów wyraziła pozytywną opinię na temat częstotliwości organizowania Kongresu PTU. Prawie 70% ankietowanych jest zadowolonych z faktu, że Kongres organizowany jest co roku. Niewiele ponad 30% lekarzy jest zdania, że Kongres powinien odbywać się rzadziej. Zdecydowana większość z nich sugeruje by odbywał się raz na dwa lata, a niektórzy opowiadają się nawet za częstotliwością 3-letnią.

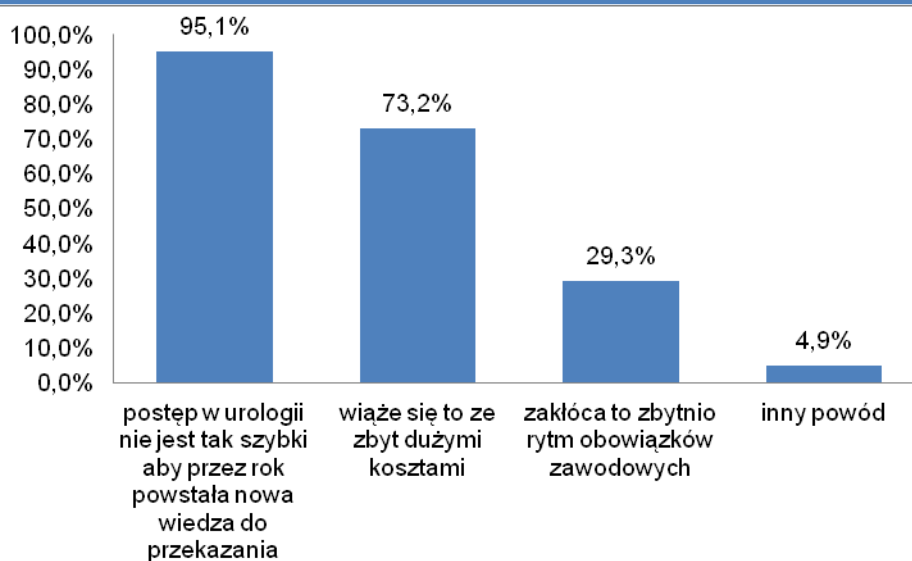
Rysunek 22. Opinie odnośnie corocznego organizowania Kongresu PTU



Osoby, zdaniem których Kongres odbywa się zbyt często, poproszone zostały także o uzasadnienie swojej opinii. Przyczyną takiej opinii okazało się przekonanie, że postęp w urologii nie jest na tyle szybki aby aktualizować stan wiedzy tak często. Uzasadnienie to wskazało aż 95,1% lekarzy. Wielu respondentów swoją opinię motywowało dużymi kosztami związanymi z wyjazdem (73,2%). Zdaniem blisko 30% urologów coroczne uczestnictwo w Kongresie w sposób znaczny zakłóca rytm obowiązków zawodowych.

Niespełna 5% respondentów wskazało na inny, niewyszczególniony w ankiecie powód, a mianowicie chęć wzięcia udziału w innych wydarzeniach naukowych. Aspekt ten jeden z lekarzy ujął w następujących słowach: „Poza Kongresem PTU odbywa się wiele spotkań regionalnych lub multidyscyplinarnych (np. uro-onkologia).”.

Rysunek 23. Powody, dla których Kongres PTU powinien być organizowany rządziej (wg lekarzy)



European Association of Urology (EAU)

40% lekarzy urologów biorących udział w ankiecie należy do European Association of Urology, w skrócie EAU. Większość lekarzy nie jest jednak zainteresowana przynależnością do tej organizacji, co uzasadniali wysokimi kosztami członkostwa oraz brakiem potrzeby. Dla niektórych lekarzy wystarczające jest członkostwo w PTU, inni z kolei wskazywali na brak korzyści z członkostwa, brak czasu czy brak możliwości. Pojedyncze osoby wymieniły zaniedbanie, brak znajomości języka angielskiego, wiek.

Rysunek 24. Członkostwo EAU

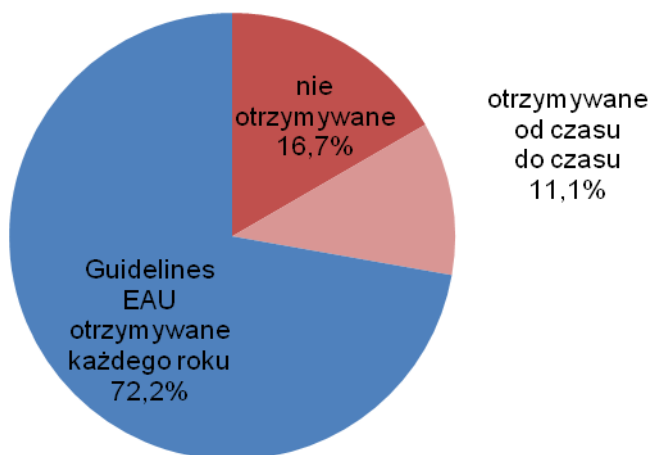


Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Lekarze, poproszeni o wskazanie innych towarzystw naukowych, których są członkami, w większości oświadczyli, iż nie należą do żadnych innych organizacji tego typu. Kilku urologów zadeklarowało przynależność do AUA, PTCH, SAU, PTL. W pojedynczych przypadkach wymieniono takie organizacje jak: SIU, DGU, ICS society, PTG, PTIDiK, PZW.

Wyrażna większość członków EAU każdego roku otrzymuje Guidelines EAU. Pismo co rok trafia w ręce ponad 70% członków stowarzyszenia. Około 11% urologów zapewniło, że pismo otrzymuje od czasu do czasu.

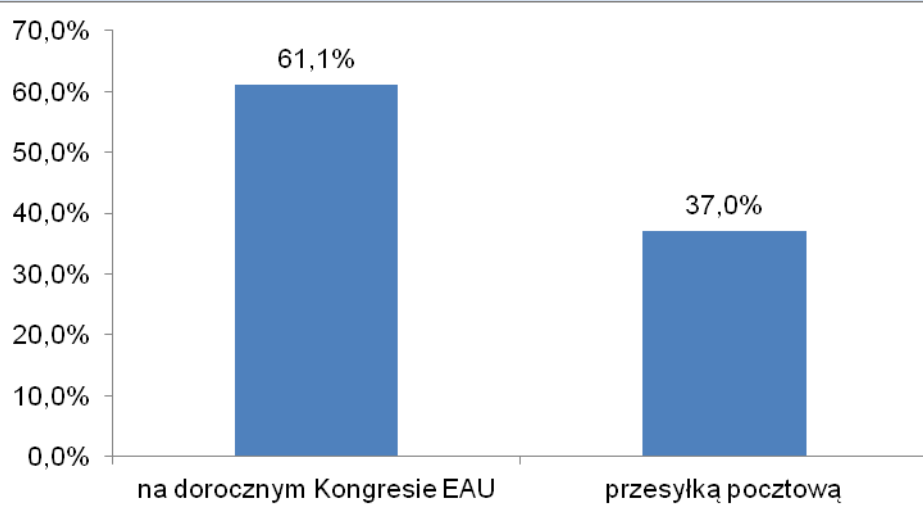
Rysunek 25. Guidelines EAU



Obliczono na podstawie 54 odpowiedzi.

Lekarze, którzy przynależą do European Association of Urology odpowiadali także na pytanie, w jaki sposób dociera do nich Guidelines EAU. Okazało się, że większość lekarzy otrzymuje je na corocznym Kongresie EAU. Mniejsza część respondentów otrzymuje egzemplarz przesyłany za pośrednictwem poczty.

Rysunek 26. Sposób otrzymywania Guidelines EAU

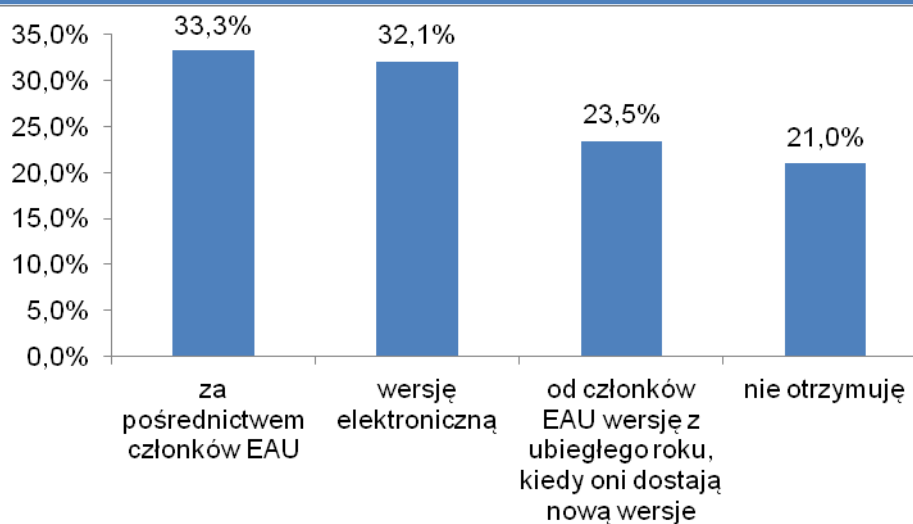


Obliczono na podstawie 54 odpowiedzi.

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Respondenci spoza organizacji EAU najczęściej otrzymują Guidelines EAU od osób, które posiadają członkostwo (33,3%) lub też korzystają z wersji elektronicznej (32,1%). Blisko co 4 urolog nie należący do stowarzyszenia korzysta z ubiegłorocznej wersji Guidelines EAU, którą otrzymuje od zrzeszonych kolegów. Około co 5 lekarz nie będący członkiem EAU nie ma dostępu do pisma.

Rysunek 27. Sposób otrzymywania, co roku Guidelines EAU przez osoby spoza organizacji

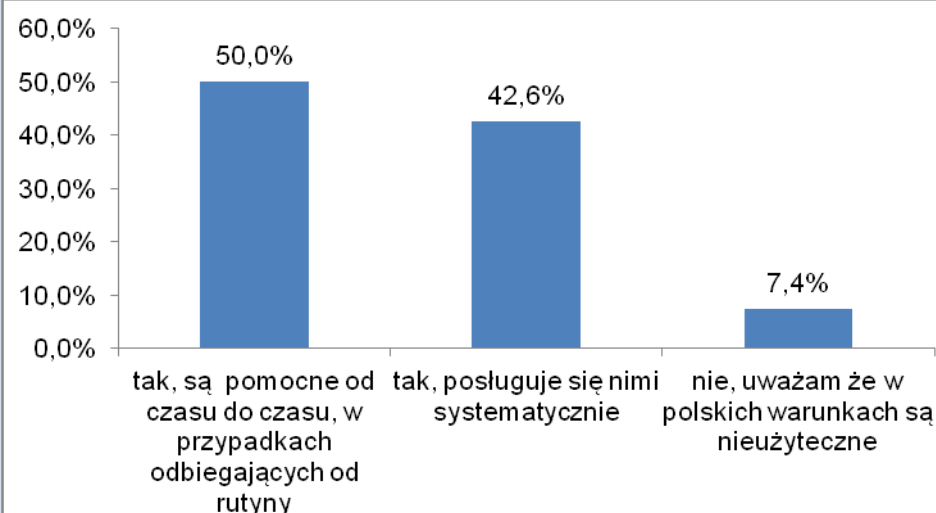


Obliczono na podstawie 81 odpowiedzi.

Część wspólna dla lekarzy zrzeszonych i niezrzeszonych w EAU

Wyniki badania wskazują, że posiadanie Guidelines EAU ma duże znaczenie dla polskich urologów. Połowa z nich uważa je za pomocne od czasu do czasu, zwłaszcza w przypadkach nietypowych, a kolejne ponad 40% posługuje się nimi systematycznie. 7,5% respondentów wyraziło przekonanie, że Guidelines EAU jest nieużyteczne w polskich warunkach.

Rysunek 28. Znaczenie posiadania Guidelines EAU

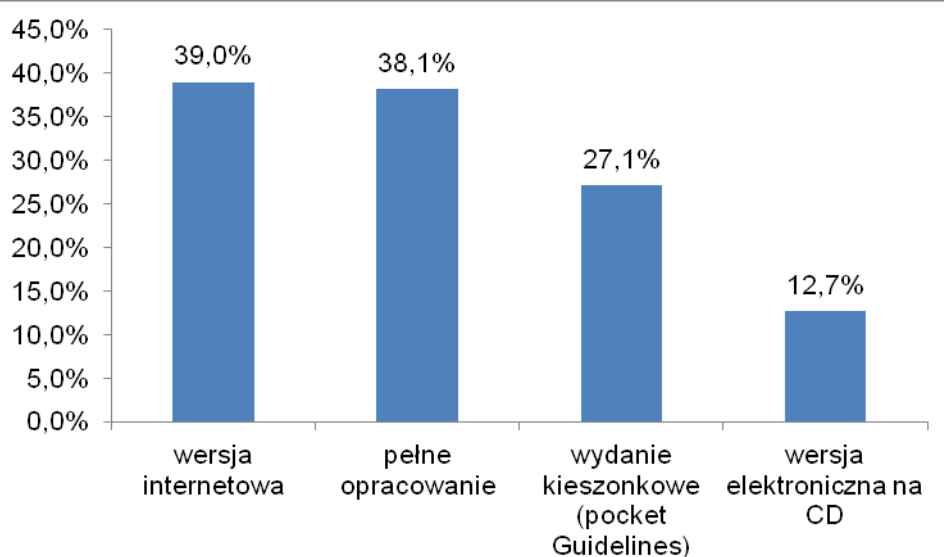


Obliczono na podstawie 122 odpowiedzi.

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Wśród użytkowników Guidelines EAU największą popularnością cieszy się wersja internetowa, z której korzysta 39,0% lekarzy. Niewiele mniej liczna grupa (38,1%) posługuje się pełnym opracowaniem. Wydanie kieszonkowe używane jest przez 27,1% lekarzy biorących udział w badaniu. Najmniej preferowaną formą wydania jest wersja elektroniczna na CD – posługuje się nią 12,7% respondentów.

Rysunek 29. Wersja Guidelines EAU



Obliczono na podstawie 118 odpowiedzi.

Polskie Towarzystwo Urologiczne przetłumaczyło i wydało Guidelines EAU 2011 dotyczące raka stercza. Skorzystała z tego większość polskich urologów. Ponad 36% respondentów zadeklarowało, że posługuje się tą wersją częściej niż wersją oryginalną. Blisko 25% respondentów preferuje wersję wydaną przez PTU ze względu na brak znajomości języka angielskiego.

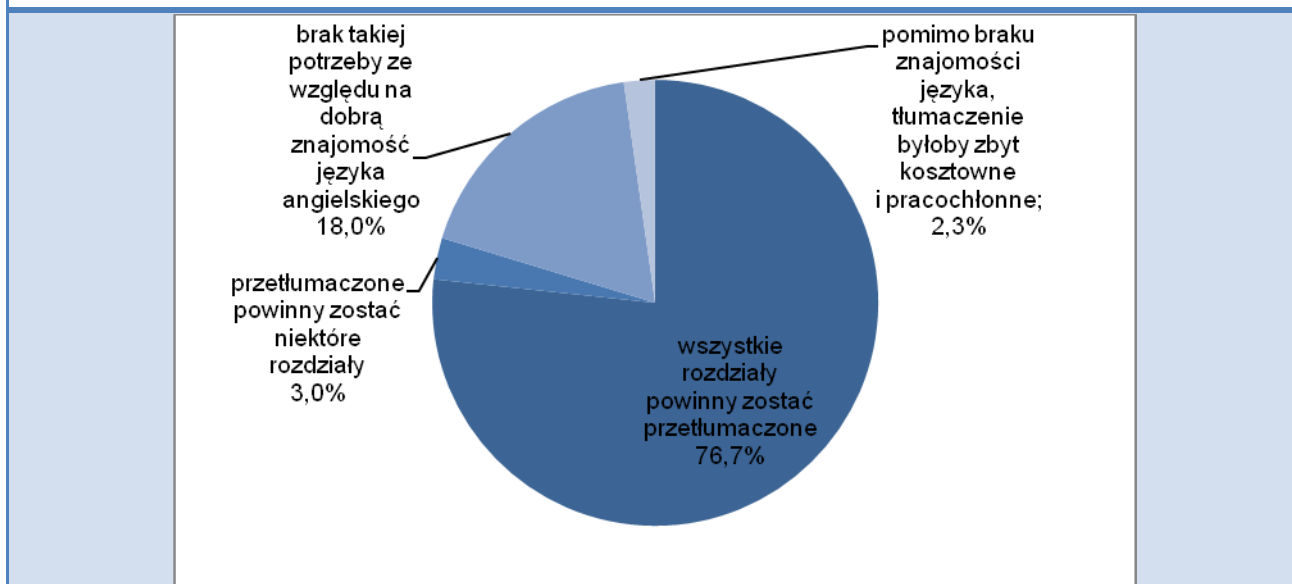
Rysunek 30. Preferencje odnośnie tłumaczenia Guidelines EAU dotyczące raka stercza



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Wśród uczestników badania największą grupę stanowiły osoby, które chciałyby, by każdy rozdział Guidelines EAU był tłumaczony na język polski (76,7%). Kolejna, znacznie mniejsza pod względem liczności grupa (18,0%), złożona była z osób, którym tłumaczenie jest niepotrzebne, ponieważ znają język angielski. 3,0% lekarzy wolałoby, aby tłumaczono tylko niektóre rozdziały. W swoich propozycjach lekarze podawali takie kwestie jak: BPH, rak nerki i rak pęcherza moczowego.

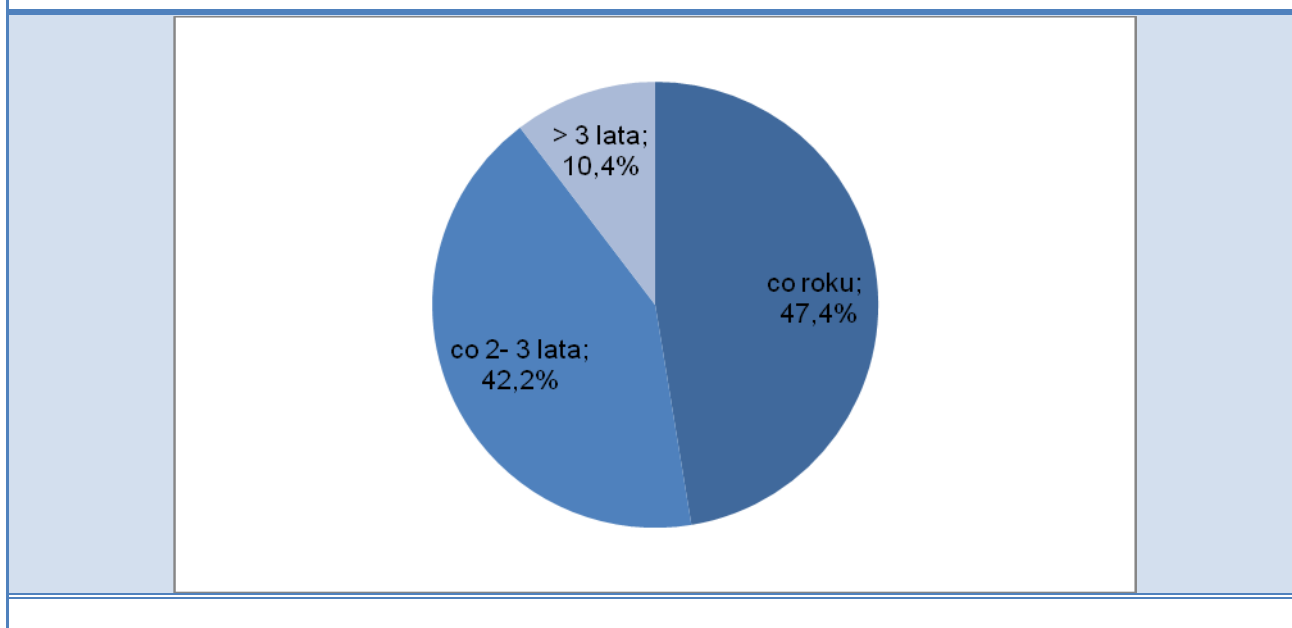
Rysunek 31. Preferencje odnośnie tłumaczenia Guidelines EAU dotyczące innych rozdziałów



Obliczono na podstawie 133 odpowiedzi.

Gdy zapytano, co jaki czas powinny pojawiać się tłumaczenia Guidelines EAU lekarze przeważnie odpowiadali, że co roku (47,4%). Wielu ankieterowanych (42,2%) życzyłoby sobie, aby tłumaczenie pojawiało się, co 2-3 lata. Pozostałe 10,4% chciałoby, aby takie tłumaczenie ukazywało się rzadziej aniżeli co 3 lata.

Rysunek 32. Preferowana częstotliwość dokonywania tłumaczenia Guidelines EAU



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Prawie wszyscy uczestniczący w badaniu lekarzy stosują się do zaleceń rocznika wydawanego przez European Association of Urology. 52,6% z nich czyni to wybiórczo, a 46,7% zawsze. Ponad 20% respondentów uwzględnia zalecenia Guidelines EAU tylko w niektórych jednostkach chorobowych oraz jeżeli ograniczenia finansowe narzucone przez NFZ na to pozwalają. Odsetek lekarzy, którzy nigdy nie kierują się wytycznymi Guidelines EAU, stanowił znikomy odsetek ogółu respondentów.

Rysunek 33. Stosowanie zaleceń Guidelines EAU



Lekarze zostali także poproszeni o podanie czterech rozdziałów dotyczących jednostek chorobowych, których zazwyczaj wyszukują w Guidelines. Każda osoba przyporządkowywała cyfry chorobom począwszy od tych, których wyszukują najczęściej.

Na pierwszym miejscu respondenci najczęściej wyszukują w Guidelines informacji na temat raka stercza (57,0%). W pierwszej kolejności wskazywano także BPH (14,8%), rozrost gruczołu krokowego (5,5%), raka pęcherza moczowego (4,7%) oraz LUTS (2,3%).

Na pozycji drugiej najczęściej wymieniano raka pęcherza moczowego (33,6%). Blisko 2-krotnie rzadziej wskazywano na raka stercza. Pozostałe jednostki chorobowe wymieniano w mniej niż 10% przypadków.

Szczegółowe dane przedstawione zostały w tabeli. Ze względu na duże zróżnicowanie odpowiedzi, pominięto rozdziały, które wskazywano w mniej niż 1% przypadków.

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Tabela 2. Najczęściej wykorzystywane rozdziały

Jednostka chorobowa	1 pozycja	Jednostka chorobowa	2 pozycja	Jednostka chorobowa	3 pozycja	Jednostka chorobowa	4 pozycja
rak stercza	57,0%	rak pęcherza moczowego	33,6%	rak nerki	14,8%	rak nerki	11,0%
BPH	14,8%	rak stercza	17,9%	rak pęcherza moczowego	11,7%	BPH	9,4%
rozrost gruczołu krokowego	5,5%	BPH	7,8%	BPH	8,6%	nietrzymanie moczu	7,0%
rak pęcherza moczowego	4,7%	rak nerki	7,0%	rak stercza	7,0%	kamica nerkowa	6,3%
LUTS	2,3%	kamica układu moczowego	6,3%	kamica nerkowa	6,3%	rak pęcherza moczowego	5,5%
		LUTS	2,3%	pęcherz nadreaktywny	5,5%	kamica moczowa	3,9%
		gruczolak stercza	1,6%	nietrzymanie moczu	4,7%	LUTS	3,1%
				kamica moczowa	2,3%	rak stercza	3,1%
				guzy nerek	1,6%	infekcje układu moczowego	3,1%
				choroby zapalne męskich narządów płciowych (N49)	1,6%	rak jądra	2,3%
				rak jądra	1,6%	zaburzenia erekcji	1,6%
				zaburzenia erekcji	1,6%	rak komórkopochodny	1,6%
						urazy w urologii	1,6%
						zakażenia układu moczowego	1,6%

Obliczono na podstawie 128 odpowiedzi.

Kolejne pytanie postawione respondentom dotyczyło najlepiej ich zdaniem opracowanych rozdziałów w Guidelines. Tutaj także lekarze mieli możliwość wpisania czterech rozdziałów przypisując im kolejne cyfry a tym samym szeregując je w kolejności począwszy od najlepiej opracowanych.

W opinii respondentów zdecydowanie najlepiej opracowanym rozdziałem jest część dotycząca raka stercza. 52,9% badaczy wymieniło ten rozdział jako pierwszy pod względem jakości opracowania, a 13,4% jako drugi. Co 10 lekarz najwyżej ocenił rozdział poświęcony BPH. Analogicznej wielkości grupa określiła go jako drugi pod względem jakości treści.

Podobnie jak w przypadku poprzedniego pytania w poniższym zestawieniu pominięto wskazania stanowiące mniej niż 1% odpowiedzi.

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Tabela 3. Najlepiej opracowane rozdziały

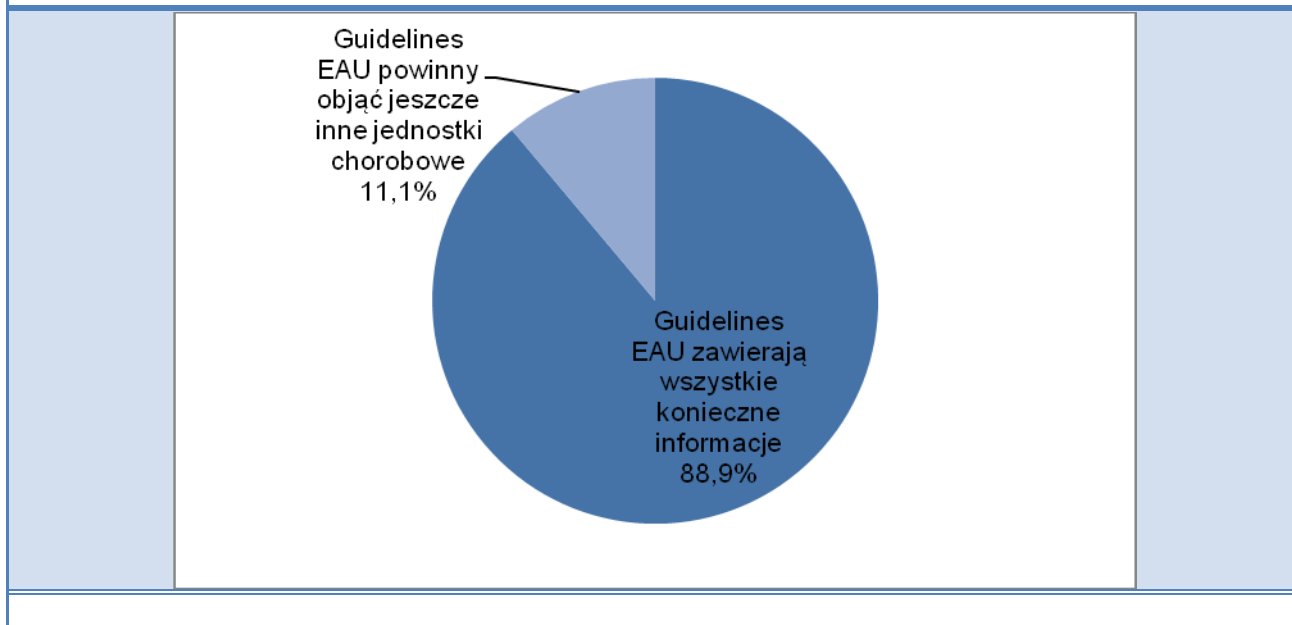
Jednostka chorobowa	1 pozycja	Jednostka chorobowa	2 pozycja	Jednostka chorobowa	3 pozycja	Jednostka chorobowa	4 pozycja
rak stercza	52,9%	rak pęcherza moczowego	21,0%	BPH	13,5%	rak nerki	13,5%
BPH	10,1%	rak stercza	13,4%	rak pęcherza	10,9%	BPH	8,4%
rak pęcherza moczowego	5,9%	BPH	10,1%	rak nerki	8,4%	rak pęcherza	6,7%
LUTS	3,4%	rak nerki	10,1%	kamica nerkowa	5,0%	kamica nerkowa	5,0%
kamica nerkowa	1,7%	kamica	2,5%	rak stercza	5,0%	nieдержание mocz	4,2%
nowotwory	1,7%	gruczolak stercza	1,7%	kamica moczowa	4,2%	infekcje układu moczowego	3,4%
zaburzenia neurogenne dolnych dróg moczowych	1,7%	kamica nerkowa	1,7%	LUTS	4,2%	LUTS	3,4%
		LUTS	1,7%	kamica (bliżej nieokreślona)	3,4%	guzy nerek	2,5%
		rak jądra	1,7%	nieдержание mocz	3,4%	kamica (bliżej nieokreślona)	2,5%
		urazy	1,7%	nowotwory jąder	1,7%	OAB	2,5%
				pęcherz nadreaktywny	1,7%	kamica moczowa	1,7%
						rak komórkopochodny	1,7%
						ZUM	1,7%

Obliczono na podstawie 119 odpowiedzi.

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

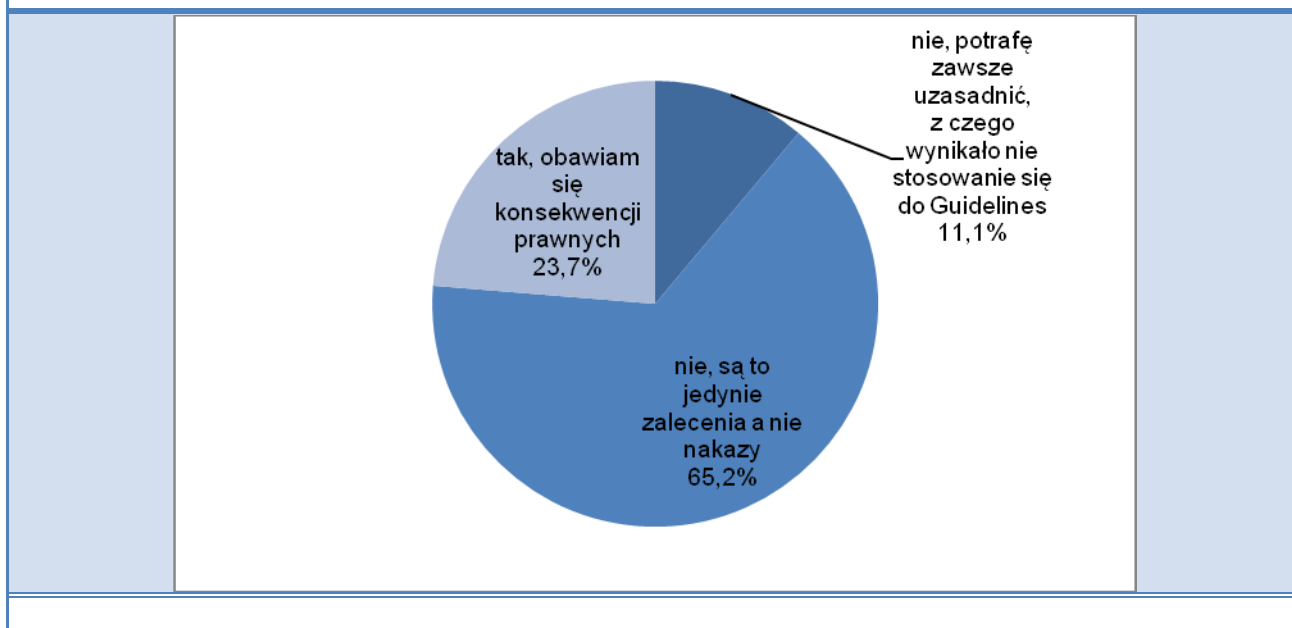
Wśród badanych lekarzy aż 88,9% uważa, że inne jednostki chorobowe nie wymagają omówienia w roczniku wydawanym przez EAU. Pozostałe osoby chciałyby ujęcia zagadnień dotyczących innych nowotworów układu moczowo-płciowego, w tym m.in. raka pęcherza, prącia i jąder. W pojedynczych przypadkach wskazywano także na priapizm oraz kamice pęcherza moczowego.

Rysunek 34. Opinie odnośnie zawartości Guidelines EAU



Wyraźna większość, bo blisko 80% lekarzy, nie obawia się konsekwencji prawnych wynikających z niestosowania się do wytycznych Guidelines. Brak obaw wynika przede wszystkim z przekonania, że wytyczne Guidelines nie są nakazami, a jedynie zaleceniami. Rzadziej jako uzasadnienie wskazywano możliwość wyjaśnienia powodów odstępstwa od wytycznych. Strach przed konsekwencjami prawnymi odczuwa 23,7% respondentów.

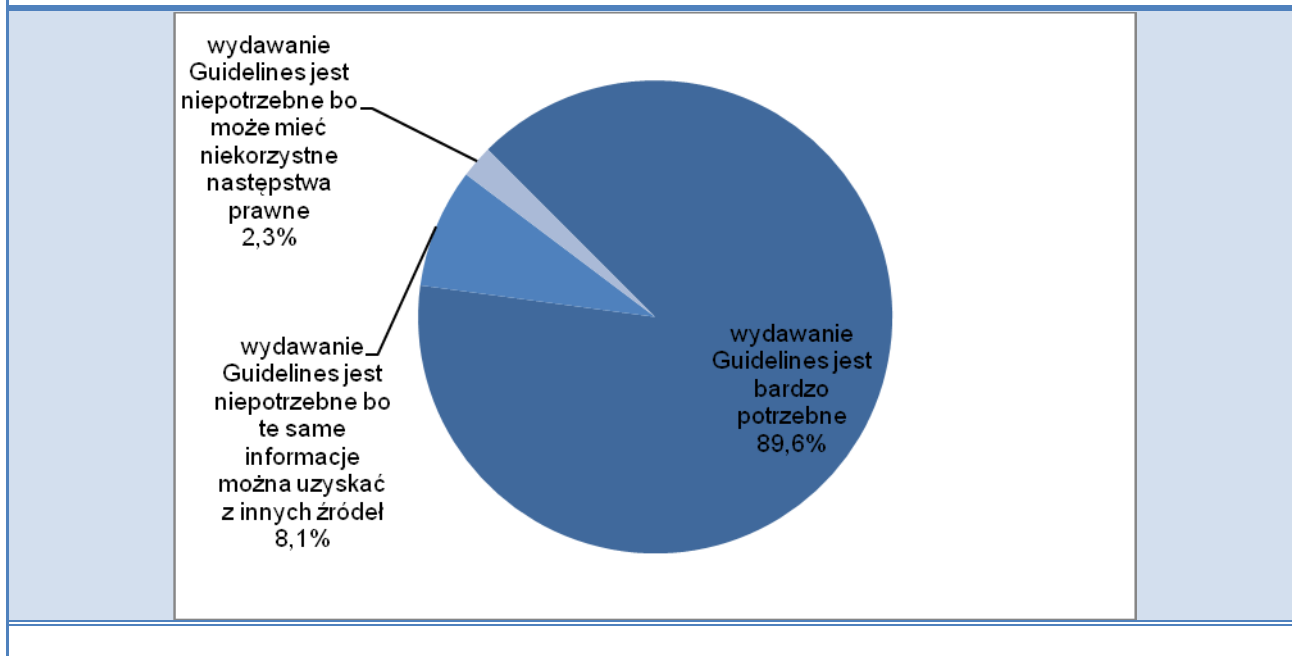
Rysunek 35. Obawy następstw prawnych nie stosowania się do zaleceń Guidelines EAU



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

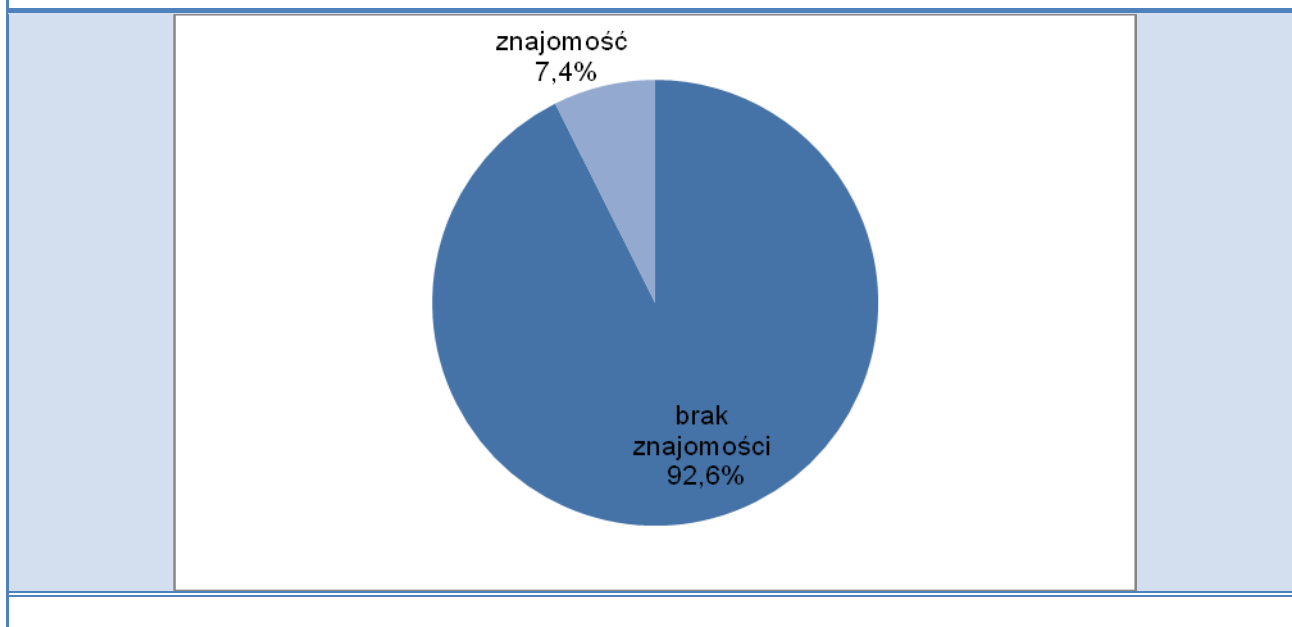
Zdaniem prawie wszystkich respondentów wydawanie Guidelines jest bardzo potrzebne. Za brakiem konieczności wydawania pisma opowiedział się około co 10 lekarz. Większość z nich swoją opinię umotywowwała możliwością uzyskania tych samych informacji na zjazdach i kongresach lub w książkach i czasopiśmie medycznych. Sporadycznie wśród lekarzy pojawia się obawa, że wydawanie Guidelines może pociągnąć za sobą niekorzystne konsekwencje prawne.

Rysunek 36. Zasadność wydawania Guidelines



Znajomość innych towarzystw urologicznych, które co roku uaktualniają Guidelines zadeklarowało zaledwie 7,4% respondentów. Około 80% z nich rozwinęło swoją odpowiedź wskazując na American Urological Association (AUA).

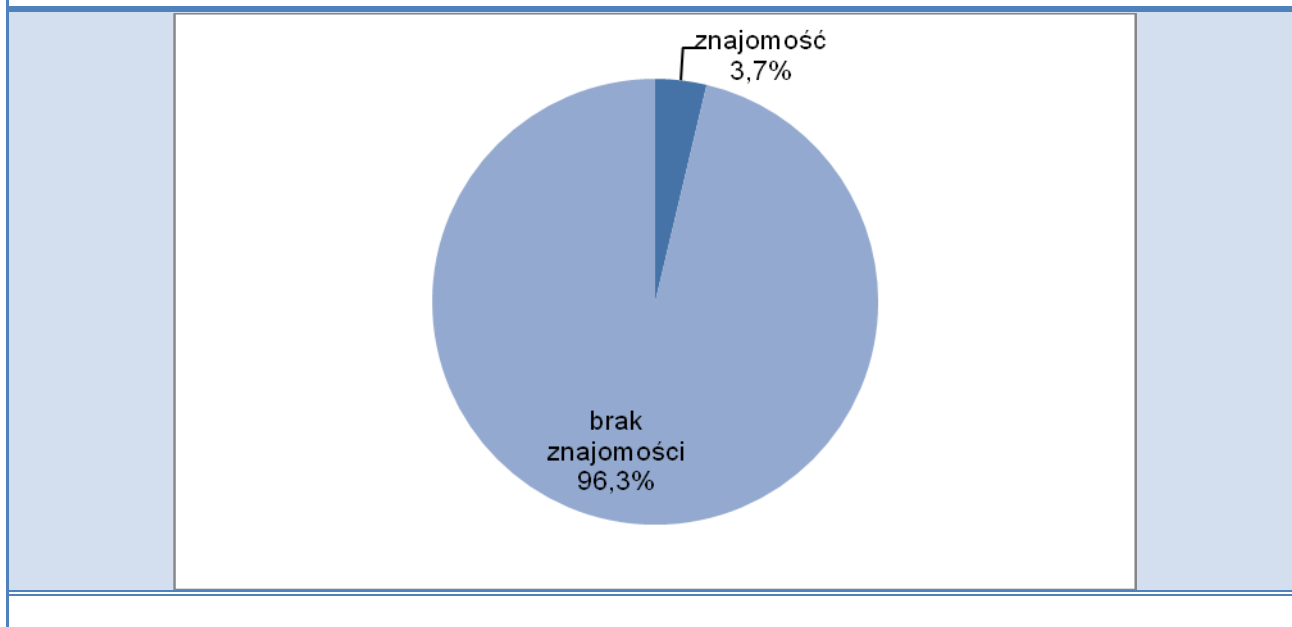
Rysunek 37. Znajomość innych towarzystw urologicznych, które uaktualniają Guidelines



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

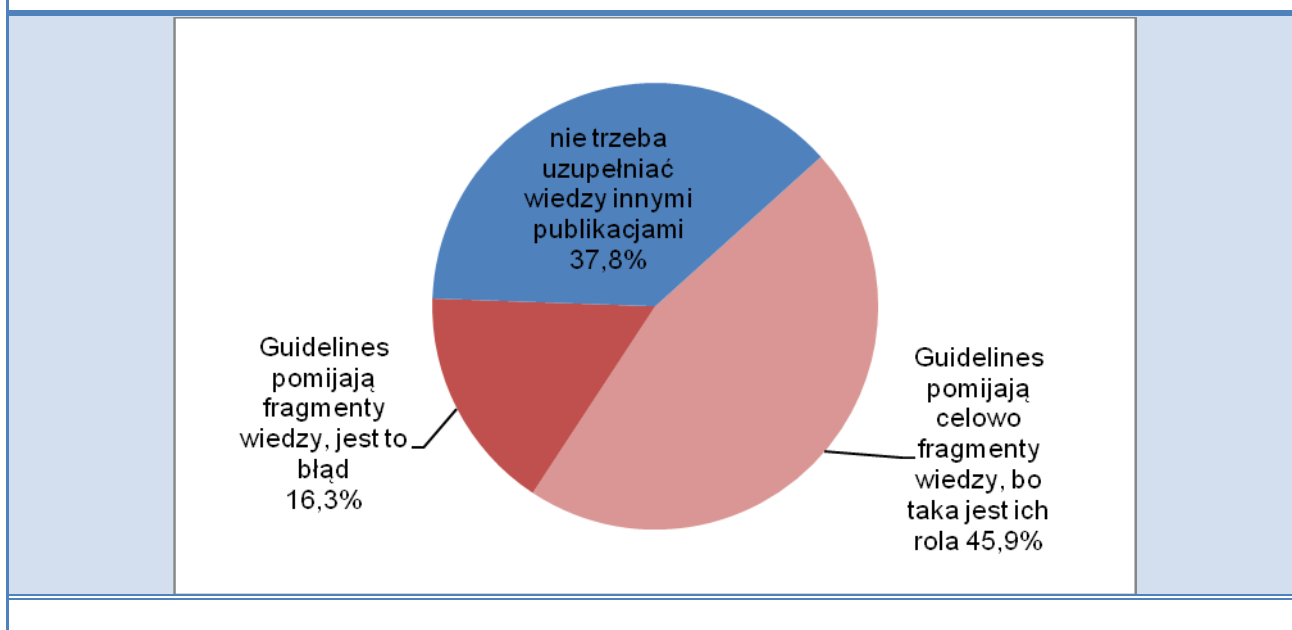
Respondentów zapytano także o znajomość towarzystw pozaurologicznych, które wydają Guidelines co roku. Wiedzę na temat takich towarzystw zadeklarowało 3,7% lekarzy. Osoby te wymieniły towarzystwa: kardiologiczne, anestezyjologiczne oraz TChP.

Rysunek 49. Znajomość towarzystw pozaurologicznych, które wydają Guidelines



Na zakończenie części I badania, lekarzy poproszono o opinię na temat aktualności i zawartości merytorycznej w Guidelinea EAU. Okazało się, że zdaniem przeważającej części respondentów, Guidelines pomija niektóre aspekty wiedzy. 45,9% lekarzy twierdzi, że taka jest ich rola, dlatego też zasób wiedzy należy uzupełniać za pomocą lektury innych wydawnictw, natomiast 16,3% uważa, że jest to błąd, gdyż wydanie powinno obejmować cały zakres wiedzy urologicznej. 37,8% urologów jest przekonanych, że wiedza zawarta w Guidelines jest pełna i nie wymaga uzupełnienia innymi publikacjami.

Rysunek 38. Aktualność i wystarczalność wiedzy zawartej w Guidelines EAU



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Część II dotycząca LUTS i pęcherza nadreaktywnego u mężczyzn

Przed przystąpieniem do części II badania lekarzom udostępniono tekst dotyczący zmian w Guidelines EAU o następującej treści:

Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat pojęcia na temat leczenia chorób stercza i męskich LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) uległy dużym zmianom. Przed erą farmakoterapii, celowanej antybiotykoterapii, skutecznego leczenia przeciwzakrzepowego, postępów w anestezjologii czy pojawienia się technik minimalnie inwazyjnych, leczenie operacyjne BPH (Benign Prostatic Hyperplasia) związane było z dużą śmiertelnością. Dlatego operowano jedynie mężczyzn z powikłaniami BPH. Wtedy jednak mieliśmy pewność, że przyczyną dolegliwości jest BPH, a operacyjne usunięcie gruczołka stercza było skuteczne i uzasadnione

Postęp medycyny a także coraz większa dbałość o jakość życia (Quality of Life) sprawiły, że zaczęliśmy leczyć nie tylko chorych z powikłaniami BPH, ale także tych z dokuczliwymi objawami z dolnych dróg moczowych, które łączono z łagodnym rozrostem stercza skutkiem czego pojawił się termin dokuczliwe objawy z dolnych dróg moczowych związane z BPH (LUTS related to BPH).

Powiązanie LUTS z BPH spowodowało, że leczeniu ukierunkowanemu na BPH podawani byli chorzy, których dolegliwości spowodowane były zupełnie innymi przyczynami. Związane to było z faktem, że w początkowych stadiach rozwoju BPH, połączenie przyczyn ze skutkami było znacznie trudniejsze niż u chorych u których progresja BPH doprowadzała do powikłań. Za część tego źle ukierunkowanego leczenia odpowiadała definicja „LUTS related to BPH”, która sprzyjała przekonaniu, że większość dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych u mężczyzn wiązana była z BPH. Obecnie kiedy wiemy już znacznie więcej na temat zależności między BPH a LUTS przyczyny tych niepowodzeń są dla nas bardziej zrozumiałe.

Łagodny rozrost stercza (Benign Prostatic Hyperplasia, BPH) jest rozpoznaniem anatomopatologicznym, które samo przez się nie ma znaczenia klinicznego. Nabiera znaczenia jako wyraźna jednostka chorobowa, jeżeli powiększeniu stercza (EP- enlargement of the prostate) towarzyszą objawy z dolnych dróg moczowych (LUTS) i/lub przeszkoda podpęcherzowa (BOO-bladder outlet obstruction). U około 50% mężczyzn powyżej 40 roku życia w zależności od wieku rozwinię się w przyszłości histologiczny rozrost stercza. 30-50% z nich będzie miało dokuczliwe LUTS, ale mogą być one powodowane także przez inne przyczyny niż BPH. W przebiegu choroby u niektórych stercz zwiększy znacznie swoją objętość, co u znacznego odsetka z spowoduje pojawienie się przeszkody podpęcherzowej. Jednak przeszkoda podpęcherzowa może się również rozwinąć z innych przyczyn niż EP i BPH.

Wiemy także dzisiaj, że dolegliwości (LUTS) narastają wraz z wiekiem i występują u mężczyzn z BPH jak i bez BPH, ale także u kobiet. Biorąc powyższe pod uwagę w 2008 roku porzucono definicję „objawy z dolnych dróg moczowych związane z BPH”, zastępując ją definicją „męskie LUTS”. Dla większej jasności przekazu wyłączono z tej analizy dolegliwości powstałe w związku z chorobami ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego, stąd pełna nazwa brzmi „non neurogenic male LUTS”.

Męskie LUTS można podzielić na 3 grupy: z fazy gromadzenia (storage), opróżniania (voiding) i pomikcyjnej (postmicturition). Najbardziej dokuczliwe są objawy związane z fazą gromadzenia moczu: częstomocz dzienny i nocny, nagłe parcia na mocz (objaw wiodący), nietrzymanie moczu zarówno wysiłkowe jak i związane z parciem. Nieco mniej dokuczliwe są objawy związane z fazą pomikcyjną: uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza oraz sączenie moczu kroplami, a także te związane z fazą oddawania moczu: słaby, wąski, rozszczepiony lub przerywany strumień moczu, trudności z rozpoczęciem mikcji.

Dotychczasowa wiedza, że powiększenie stercza prowadzi do powstania przeszkody podpęcherzowej (BOO – Bladder Outlet Obstruction) i objawów z dolnego odcinka dróg moczowych LUTS, został obecnie poszerzony o stwierdzenie, że za męskie LUTS odpowiada nie tylko stercz, ale także pęcherz i inne choroby ogólne, np. choroby serca i nerek, które mogą być odpowiedzialne za nocną poliurię. U mężczyzn po operacji stercza w większości przypadków ustępują objawy przeszkodowe związane z fazą

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

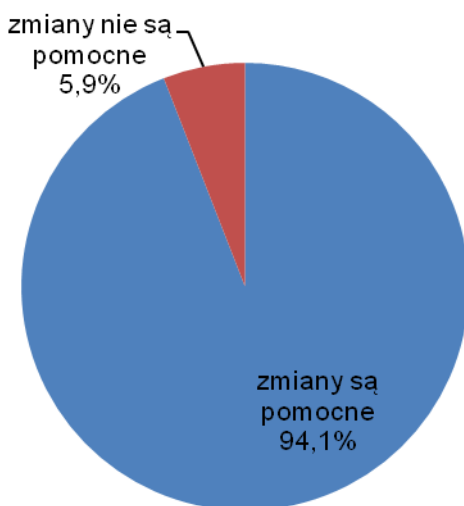
opróżniania pęcherza, natomiast mogą przetrwać objawy związane z fazą napełniania, lub mogą one nawrócić nawet w wiele lat po zabiegu i wówczas u prawie 2/3 chorych związane są z nadczynnością mięśnia wypieracza (DO – detrusor overactivity). Wykazano także, że BOO i DO są ściśle ze sobą powiązane. Badania urodynamiczne wykazują, że u 80% mężczyzn z BOO stwierdza się także DO, co przewyższa dwukrotnie odsetek DO u mężczyzn bez BOO. Blisko 2/3 mężczyzn z LUTS ma jednocześnie objawy związane z fazą napełniania i opróżniania pęcherza.

Dokuczliwe objawy zdominowały na tyle sposób podejścia do chorych, że w Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Urologicznego od roku 2011 (Guidelines of European Association of Urology 2011) rozdział BPH zastąpiony został rozdziałem nieneurogenne, męskie LUTS (Non neurogenic male LUTS) a od 2013 roku postępowanie w męskich LUTS z włączeniem BPH (Management of male LUTS, including BPH).

Po zapoznaniu się z tekstem, lekarzy zapytano, czy zawarte w nim informacje są dla nich logiczne i zrozumiałe. Wszyscy lekarze biorący udział w ankiecie odpowiedzieli na to pytanie twierdząco.

Ponadto zmiany w Guidelines EAU opisane powyżej są pomocne w ustaleniu rozpoznania i wyborze terapii dla 94,1% lekarzy.

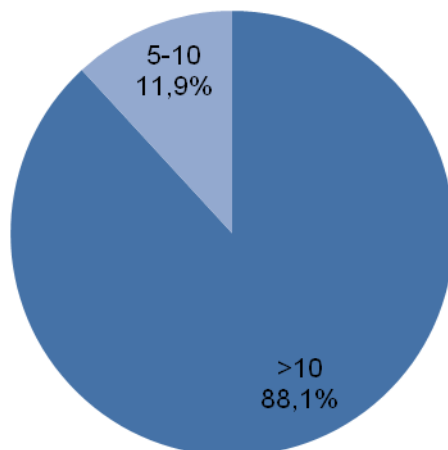
Rysunek 39. Użyteczność zmian w Guidelines EAU w ustaleniu rozpoznania i wyborze terapii



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

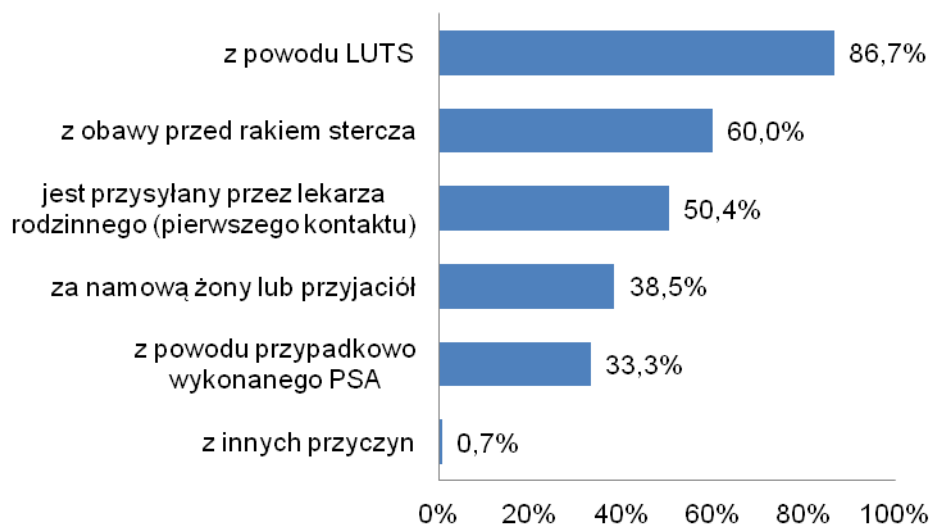
88,1% biorących udział w badaniu urologów konsultuje więcej niż 10 chorych z LUTS w ciągu tygodnia. Pozostałe 11,9% przyjmuje od pięciu do dziesięciu pacjentów z tym rozpoznaniem.

Rysunek 40. Ilość chorych z LUTS konsultowanych podczas tygodnia



Najczęstszym powodem, dla którego chorzy zgłaszają się do lekarza w związku z „prostata” jest LUTS – na taką przyczynę wskazało aż 86,7% urologów. Przeważająca część lekarzy przyjmuje także chorych zgłaszających się na wizytę z obawy przed rakiem stercza (60,0%) lub też kierowanych do specjalisty przez lekarza rodzinnego (50,4%). Istotny powód poszukiwania porady lekarskiej stanowi także namowa bliskich (38,5%) oraz przypadkowo wykonane PSA (33,3%). Na inny powód wskazano tylko w 1 przypadku, a był to przerost stercza stwierdzony badaniem USG.

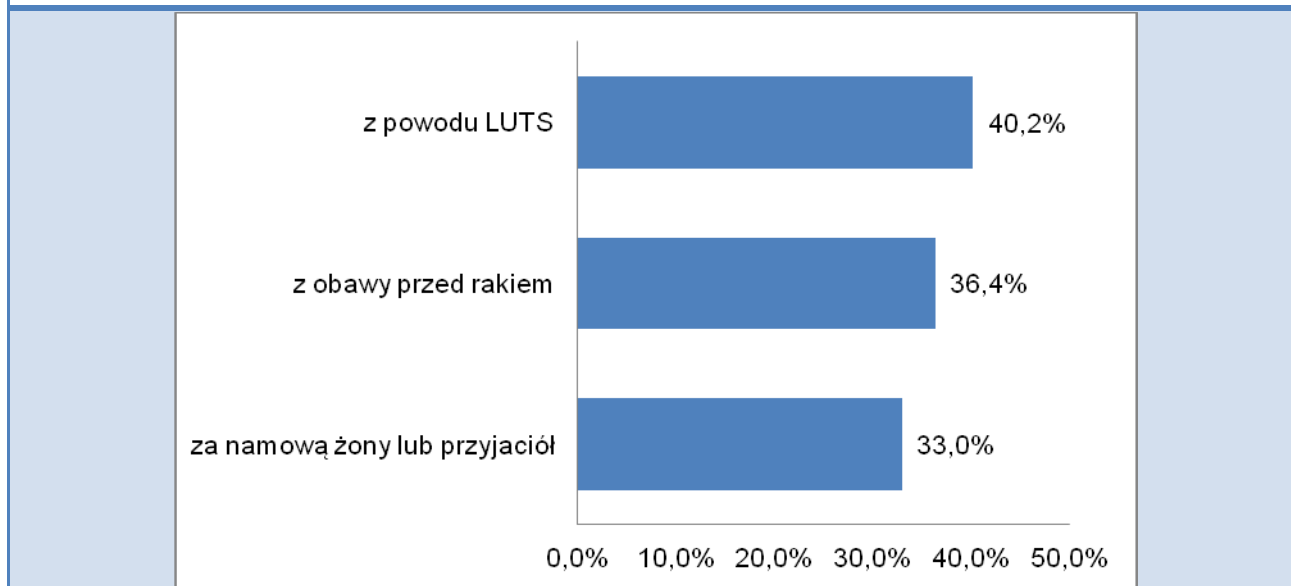
Rysunek 41. Przyczyny, dla których zgłaszają się chorzy z powodu „prostaty”



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

40,2% lekarzy zapewniło, że posiada wiedzę odnośnie odsetka chorych szukających pomocy urologa (wg badania Triumph) z powodu LUTS. Frakcja ta jest nieznacznie mniejsza w przypadku wiedzy na temat wizyt z obawy przed rakiem (36,4%) oraz za namową żony lub przyjaciół (33,0%).

Rysunek 42. Wiedza na temat odsetka chorych szukających pomocy (wg badania Triumph)



Obliczono na podstawie odpowiednio: 107, 104 i 103 odpowiedzi.

Uczestniczącym w badaniu urologów poproszono także o określenie zaobserwowanej w praktyce proporcji pacjentów szukających porady z różnych przyczyn. W tabeli 5 przedstawiono średni % chorych zgłaszających się na wizytę z określonych powodów. Z zebranych danych wynika, że urolodzy udzielają głównie porad związanych z LUTS. Ankietowani lekarze leczą średnio 52,7% chorych z tym problemem. Rzadziej po poradę zgłaszają się pacjenci odczuwający obawę przed nowotworem – urolodzy przyjmują średnio 22,2% takich pacjentów. Najmniejsza grupa chorych odwiedza lekarza z powodu obawy przed nietrzymaniem moczu – średnio 5,7% ogółu pacjentów.

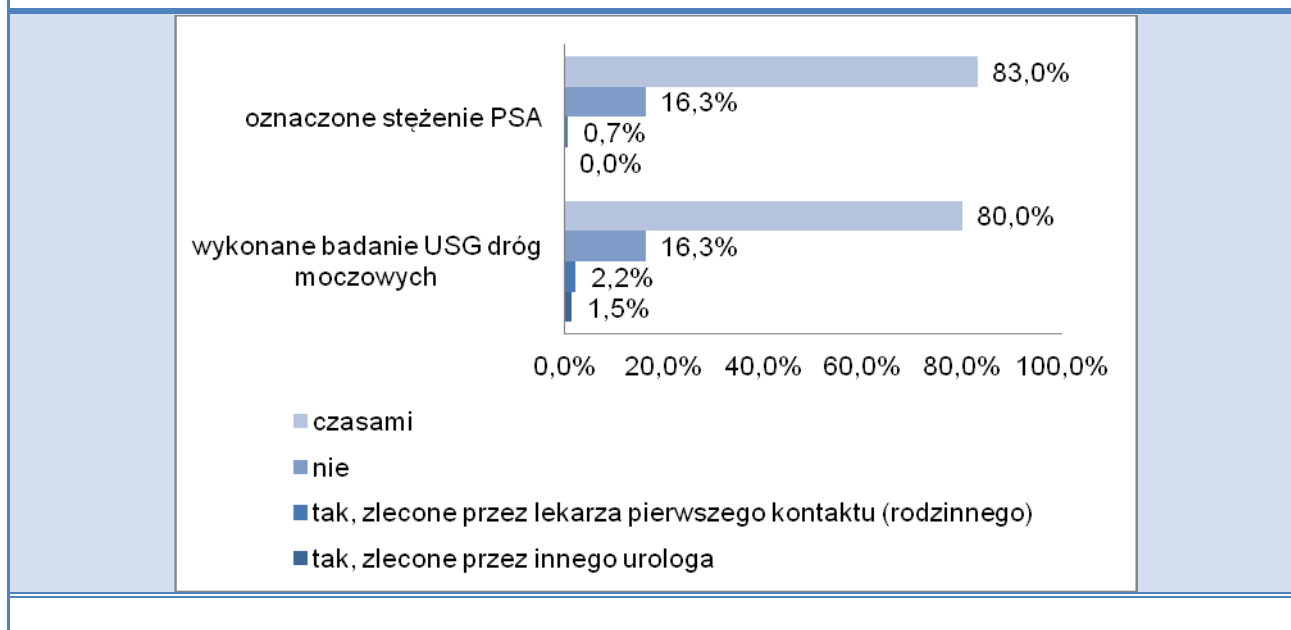
Tabela 4. Odsetek chorych szukających pomocy

Powody wizyty	Średni %
LUTS	52,7%
obawa przed rakiem	22,2%
namowa przez żonę lub przyjaciół	12,5%
obawa przed zatrzymaniem moczu i cewnikowaniem	9,2%
obawa przed nietrzymaniem moczu	5,7%

Zdecydowana większość lekarzy oświadczyła, że zgłaszający się do nich pacjenci nie zawsze mają oznaczone już stężenie PSA (83,0%) czy też wykonane badanie USG dróg moczowych (80,0%). W przypadku obu wymienionych badań ponad 16% urologów zadeklarowało, że chorzy odwiedzający ich gabinet, wcześniej nie byli kierowani na te badania. Znikomy odsetek lekarzy, zarówno w przypadku PSA jak i USG, przyjmuje pacjentów, którzy już wcześniej wykonali badania na zlecenie innego lekarza – pierwszego kontaktu lub innego urologa.

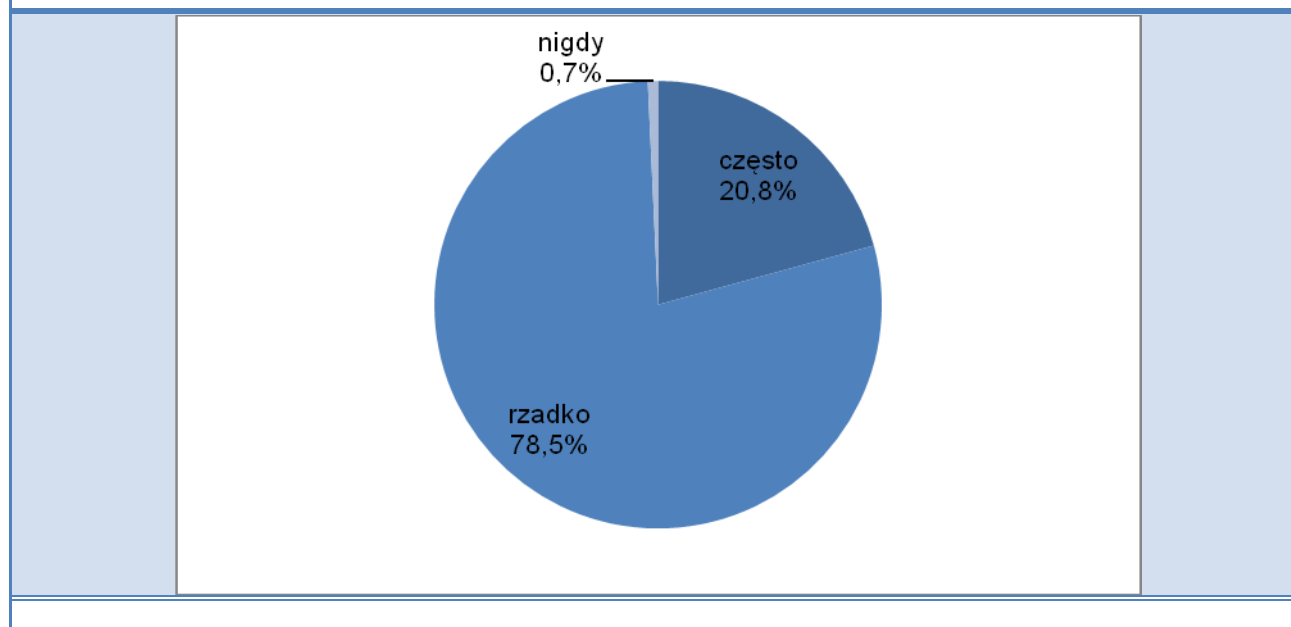
Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Rysunek 43. Badania wykonane przed zgłoszeniem się do gabinetu urologa



Lekarze, zapytani zostali jak często zdarza im się zmieniać rodzaj leczenia zaproponowany przez innego urologa. Większość lekarzy w tej kwestii postępuje zgodnie z wytycznymi pierwszego specjalisty, na zmianę terapii decydując się w sporadycznych przypadkach (78,5%) lub nigdy (0,7%). Około co 5 lekarz często zleca choremu inną terapię niż jego poprzednik.

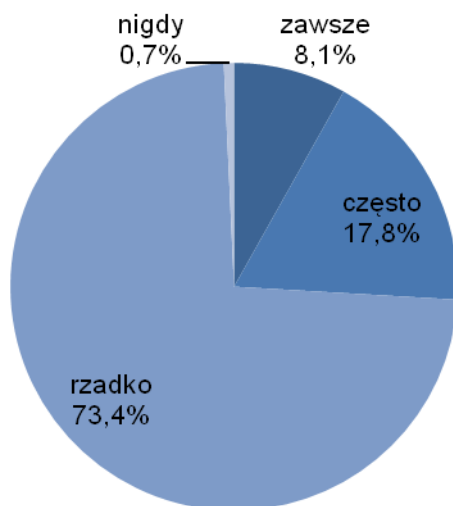
Rysunek 44. Zmiana terapii zaproponowanej wcześniej przez innego urologa



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

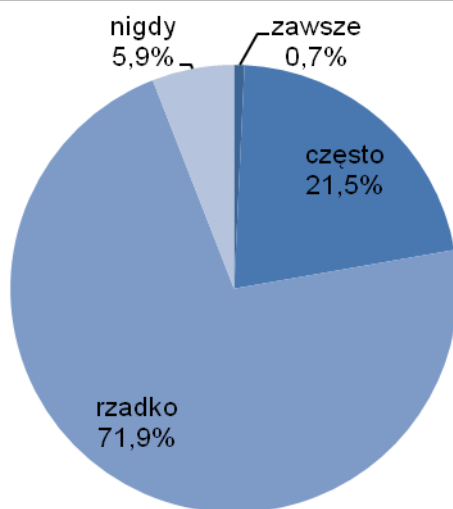
Uczestniczący w badaniu lekarze raczej nie są skłonni prosić o konsultację innych urologów celem rozstrzygnięcia wątpliwości. 73,4% respondentów rozważa taką możliwość rzadko, a 0,7% nigdy. O „second opinion” w trudnych przypadkach często zwraca się 17,8% urologów, a 8,1% robi to zawsze.

Rysunek 45. Rozważanie konsultacji innego urologa



Respondentom postawiono także pytanie: „Czy bywa Pani/Pan adresatem konsultacji pochodzących od kolegi/koleżanki urologa?”. Odpowiedzi na to pytanie również wskazują na nikłą współpracę pomiędzy urologami, gdyż blisko 78% ankietowanych adresatem konsultacji pochodzących od innych urologów jest rzadko lub nigdy.

Rysunek 46. Bywanie adresatem konsultacji innego urologa



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Uczestników badania poproszono o przypomnienie lub wyobrazenie sobie sytuacji, w której konsultują chorego otrzymującego leczenie urologiczne od 6 miesięcy, przy czym rodzaj i charakter leczenia jest odmienny od tego, które sami zaproponowałby pacjentowi. Okazało się, że 37,0% urologów postawionych w takiej sytuacji nie informuje ani chorego, ani lekarza o swoich poglądach, tylko przepisuje inne leki. Nieco mniej respondentów - 28,9% - powiadamia lekarza uprzednio leczącego o konieczności zmiany preparatów. 27,4% informuje chorego, że jest niewłaściwie leczony i proponuje zmianę przepisanego preparatu. W badanej grupie najmniejszy udział miały osoby, które ze względu na chęć zachowania autorytetu kolegi, nie zmieniają charakteru terapii.

Część lekarzy, dokładnie 5,9%, wskazało na inne sposoby wyjścia z tej kłopotliwej sytuacji. Wśród ich propozycji znalazły się: korekta sposobu leczenia po porozumieniu z chorym, poinformowanie chorego o możliwości zmiany leczenia, poinformowanie pacjenta w taki sposób, aby nie podważyć autorytetu lekarza, propozycja własnej terapii.

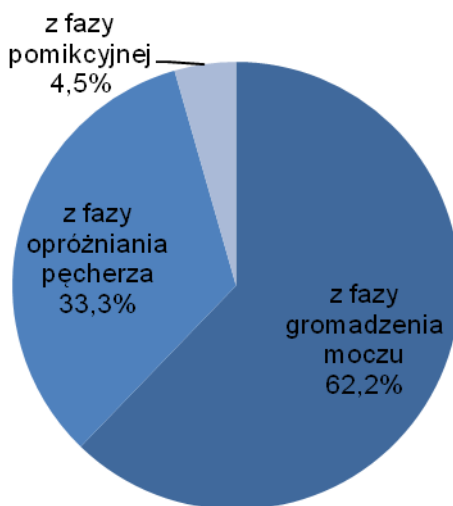
Rysunek 47. Postępowanie lekarza, w sytuacji konsultacji chorego leczonego urologicznie od 6 miesięcy w sposób odmienny od tego, który on sam zaproponowałby pacjentowi



Przeważająca część lekarzy zapewnia, że u chorych z LUTS zgłaszających się do nich na wizytę dominują objawy z fazy gromadzenia moczu. Na najczęstsze występowanie tych objawów wskazało 62,2% urologów. Z doświadczeń ankietowanych lekarzy wynika, że znacznie rzadsze są objawy z fazy opróżniania pęcherza, na których dominację wskazało 33,3% respondentów. Niespełna 5% urologów do najczęstszych symptomów zaliczyło objawy z fazy pomikcyjnej.

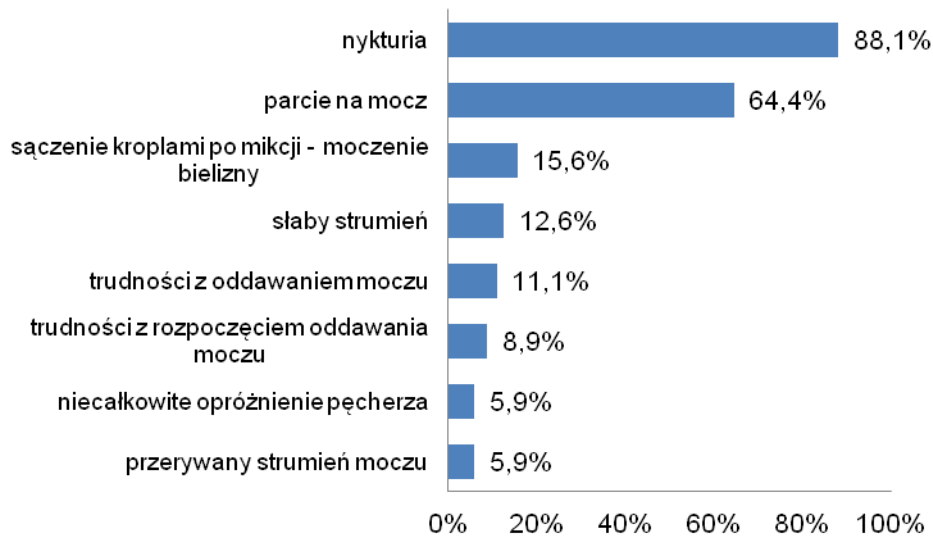
Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Rysunek 48. Objawy dominujące u zgłaszających się do gabinetu chorych z LUTS



Uczestniczącym w ankiecie lekarzom zadano pytanie, jakie ich zdaniem objawy LUTS (wg piśmiennictwa) chorzy uważają za najbardziej dokuczliwe. Okazało się, że urolodzy zaliczali do nich głównie nykturię (88,1%) oraz parcie na mocz (64,4%). Pozostałe wymienione w ankiecie symptomy, takie jak sączenie kroplami po mikcji, słaby strumień, trudności z oddawaniem moczu, trudności z rozpoczęciem oddawania moczu, niecałkowite opróżnienie pęcherza czy przerywany strumień moczu wymieniano zdecydowanie rzadziej. Odsetek ich wskazań nie przekroczył 15,6%, a najniższy był dla dwóch ostatnich z wymienionych objawów i wyniósł 5,9%.

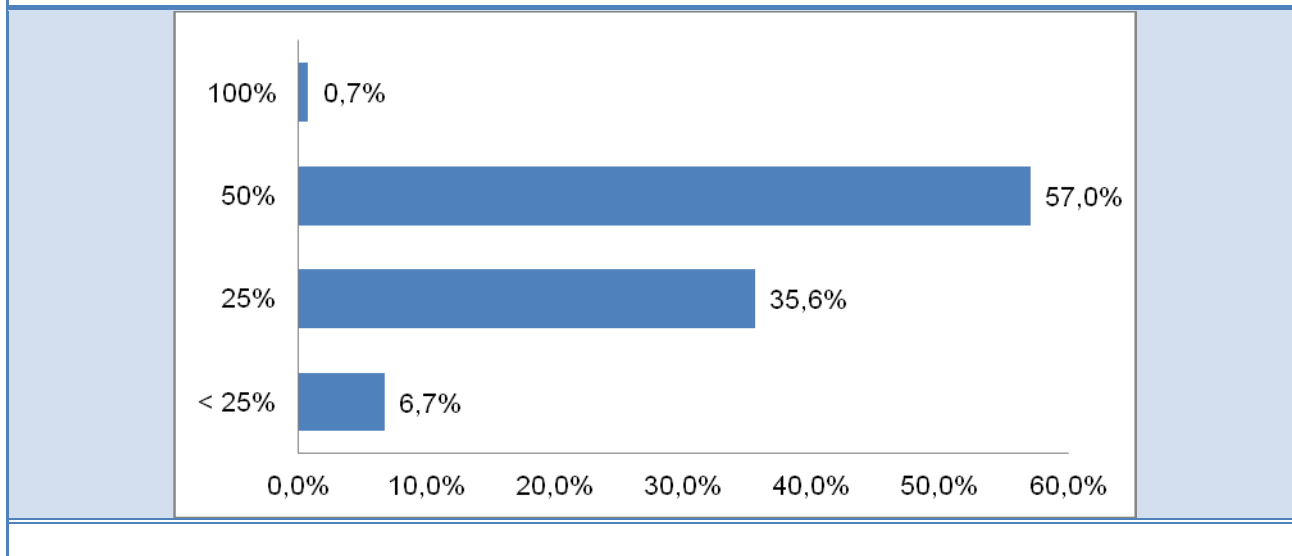
Rysunek 49. Objawy LUTS uważane przez chorych za najbardziej dokuczliwe (wg piśmiennictwa)



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

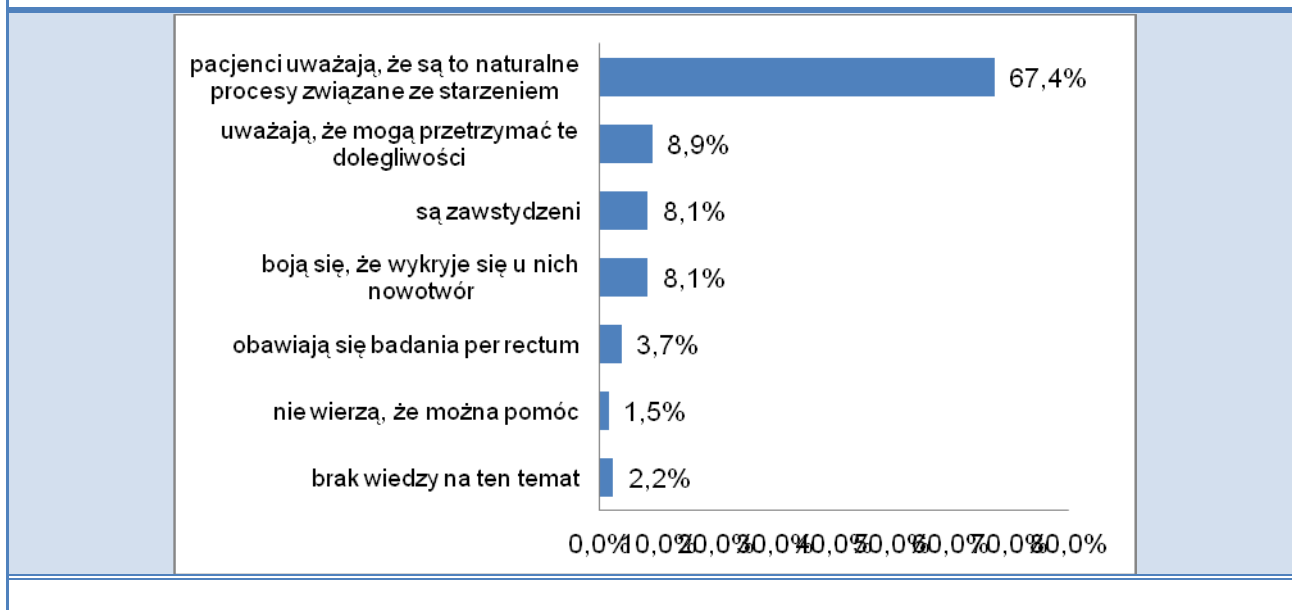
W opinii przeważającej części lekarzy, około połowa chorych z LUTS zgłasza się ze swoim problemem do lekarza. Rzadziej, bo w 35,6% przypadków, lekarze szacowali, że odsetek ten wynosi około 25%. Optymistyczne założenie, że każdy chory z LUTS zgłasza się po poradę lekarską, przyjmuje niespełna 1% specjalistów.

Rysunek 50. Odsetek chorych z LUTS szukających porady lekarskiej



Uczestnicy badania poproszeni zostali także o wskazanie czynników, które ich zdaniem powodują, że chorzy z LUTS przez długi czas nie zgłaszają się po poradę lekarską. Zdecydowanie najczęściej, bo 67,5% ankietowanych lekarzy uważa, że główną przyczynę stanowi tutaj przekonanie chorych, że objawy LUTS stanowią naturalną konsekwencję starzenia się. Pozostałe przedstawione w kwestionariuszu potencjalne przyczyny stanowiły poniżej 10% wskazań. 2,2% urologów oświadczyło, że nigdy nie zadawali pacjentom pytań o powody długiej zwłoki ze zgłoszeniem się po poradę lekarską, dlatego też nie dysponują wiedzą w tym zakresie.

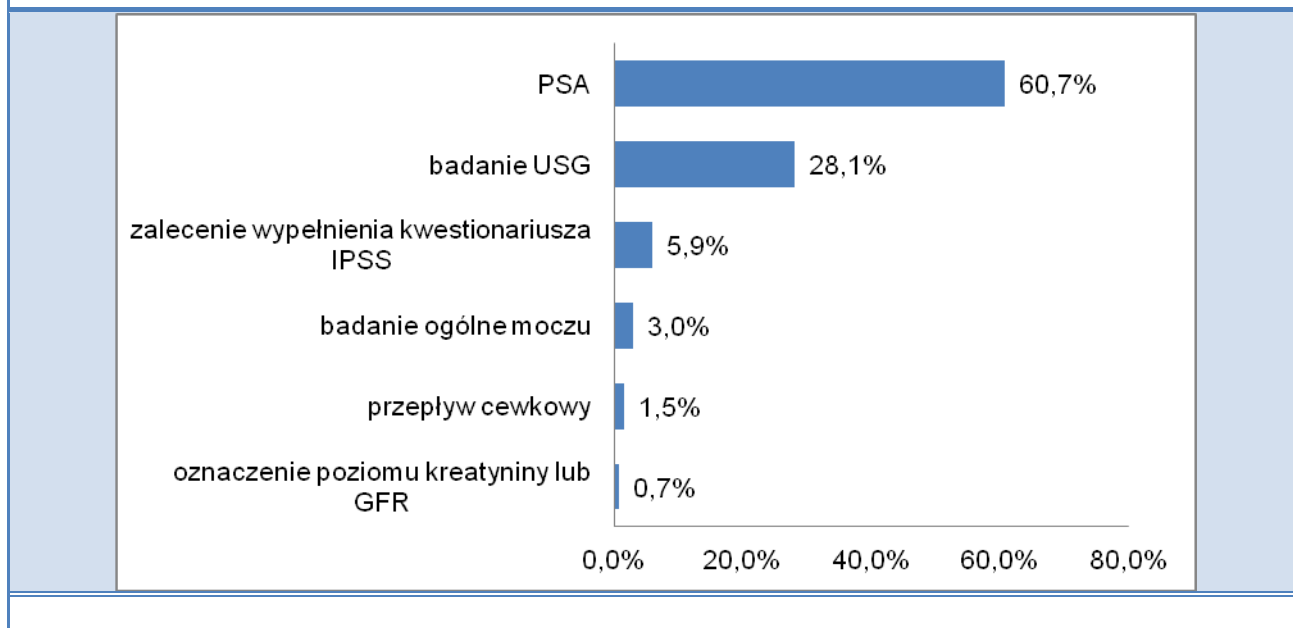
Rysunek 51. Powody, dla których chorzy mimo LUTS długo nie szukają konsultacji



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

W sytuacji, gdy pacjent nie dostarczył wyników żadnych badań dodatkowych, a badanie proktologiczne nie nasuwa podejrzenia raka stercza, ankietowani lekarze zazwyczaj wykonują PSA (60,7%). Ponad dwukrotnie mniejsza grupa lekarzy przeprowadza wtedy badanie USG (28,1%). Niewielki odsetek urologów zaleca wtedy choremu wypełnienie kwestionariusza IPSS (5,9%) bądź decyduje się na badanie ogólne moczu (3,0%), przepływ cewkowy (1,5%) czy oznaczenie poziomu kreatyniny lub GFR (0,7%).

Rysunek 52. Działanie podejmowane przez lekarza dla wstępnej oceny, jeżeli chory nie ma żadnych badań dodatkowych, a badanie per rectum nie nasuwa podejrzenia raka stercza

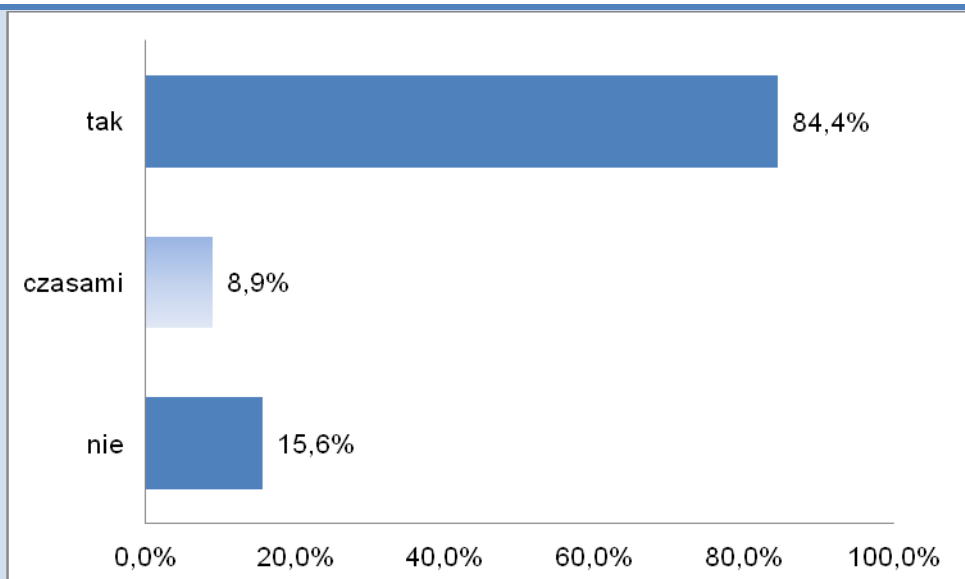


Blisko 85% urologów deklaruje stosowanie wariacji stężeń PSA. Wśród nich znajdują się także osoby, które czynią to jedynie czasami - 8,9%. Lekarze Ci stosowanie wariacji PSA za zasadne uznają w przypadkach:

- przypadki wątpliwe przy narastających PSA,
- PSA o wartości od 4 do 10,
- przed podjęciem decyzji o biopsji,
- gdy DRE jest prawidłowe, a PSA w granicach 4-10 ng/ml,
- wątpliwe DRE, PSA 4-15 ng/ml,
- wzrost TPSA przy prawidłowym DRE,
- brak korelacji między DRE a TPSA,
- wzrost PSA przy jednoczesnym braku zmian DRE,
- niewielki wzrost PSA,
- niepewny wynik, przypadki wątpliwe.

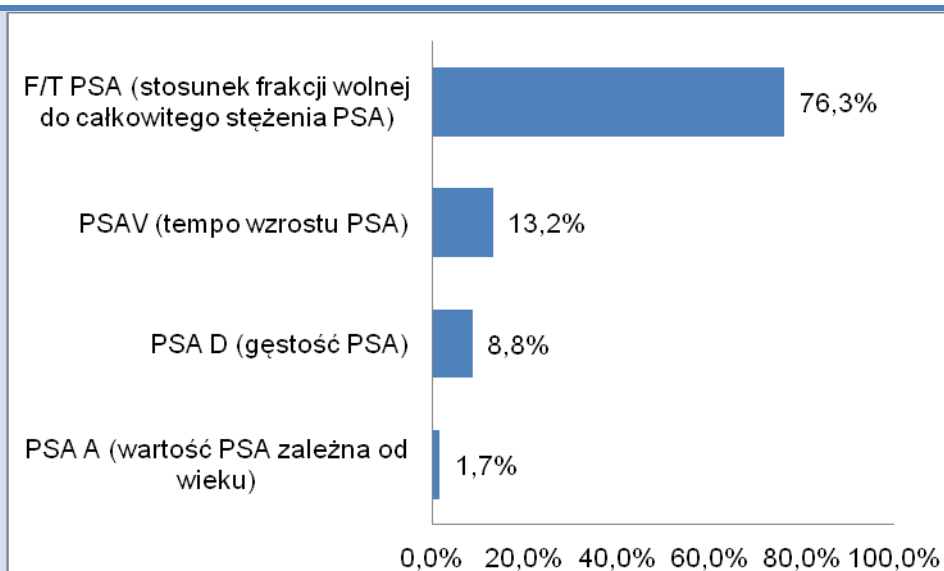
Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Rysunek 53. Stosowanie wariacji stężeń PSA



Zdecydowanie najbardziej preferowaną przez urologów wariacją PSA jest F/T PSA, czyli stosunek frakcji wolnej do całkowitego stężenia PSA. Kalkulację taką najczęściej stosuje 76,3% lekarzy. Zdecydowanie mniejszą popularnością cieszą się formy PSAV, PSA D oraz PSA A, które najczęściej wybiera odpowiednio 13,2%, 8,8% oraz 1,7% lekarzy.

Rysunek 54. Najczęściej stosowane przez lekarzy wariacje/kalkulacje PSA



Obliczono na podstawie 114 odpowiedzi.

W celu dokonania oceny dolegliwości związanych z przerostem prostaty, lekarze mogą zastosować m.in. kwestionariusz punktowej oceny objawów BPH. Przeważająca część lekarzy uważa stosowania kwestionariusza IPSS za zasadne, gdyż polecają oni wypełnienie go choremu i dostarczenie na kolejną wizytę (43,0%) lub też jest on zawsze wypełniany przez pacjenta podczas pierwszej wizyty (12,6%).

Wśród polskich urologów istnieje spora grupa lekarzy, dla której informacje uzyskane za pomocą kwestionariusza IPSS nie przedstawiają większej wartości. Blisko 45% lekarzy stosuje kwestionariusz tylko w wyjątkowych sytuacjach, gdyż w ich opinii, wypełnienie ankiety jest zbyt czasochłonne w stosunku do znaczenia jej wyników w podejmowaniu decyzji.

Rysunek 55. Stosowanie kwestionariusza punktowej oceny objawów BPH (International Prostate Symptom Score – IPSS)



Stosowanie kwestionariusza IPSS podyktowane jest głównie ułatwieniem rozmowy z chorym – taki powód wskazało 51,1% lekarzy. Ponadto dzięki regularnemu dokonywaniu oceny punktowej pacjentowi łatwiej dostrzec realną poprawę zdrowia mierzoną za pomocą różnic pomiędzy kolejnymi kwestionariuszami.

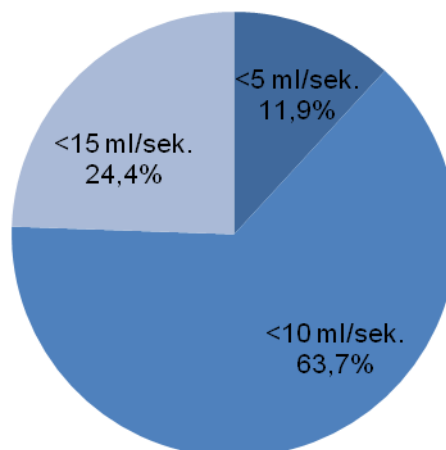
Pozostali lekarze, jako profity wynikające z dokonywania oceny punktowej wymieniają umożliwienie śledzenia postępów leczenia w sposób obiektywny (35,6%) oraz pomoc w podejmowaniu decyzji terapeutycznych (28,9%).

Rysunek 56. Powody stosowania kwestionariusza IPSS



Uczestniczącym w badaniu lekarzy poproszono o wskazanie wielkości maksymalnego przepływu cewkowego przemawiającego za przeszkodą podpęcherzową. Wartością najczęściej wskazywaną przez lekarzy okazała się być <10 ml/sek. – odpowiedzi takiej udzieliło 63,7% lekarzy.

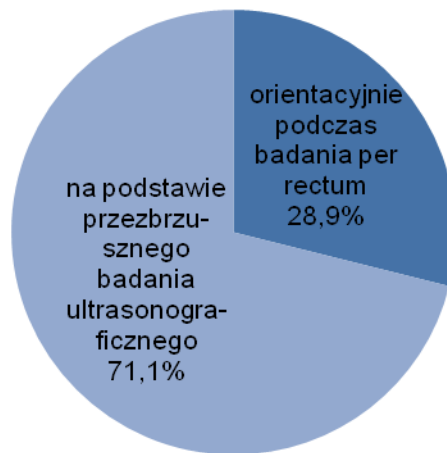
Rysunek 57. Maksymalny przepływ cewkowy przemawiający za przeszkodą podpęcherzową



Urologów zapytano także, w jaki sposób dokonują oceny wielkości stercza. Zdecydowana większość z nich czyni to za pomocą przezbrzusznego badania ultrasonograficznego. Około 3 na 10 lekarzy ocenia wielkość gruczołu krokowego orientacyjnie podczas badania przez odbytnicę.

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Rysunek 58. Sposoby oceny wielkości stercza



Dla znamienitej większości urologów wielkość stercza ma znaczenie dla podejmowanych przez nich decyzji. 43,7% z nich wielkość gruczołu krokowego uwzględnia przy podejmowaniu decyzji co do techniki leczenia zabiegowego. Dla analogicznej wielkości grupy, powiększenie stercza ma znaczenie, jeżeli występuje wraz z dokuczliwymi LUTS. Nieco mniej lekarzy podejmując decyzje terapeutyczne sugeruje się rozmiarem prostaty w przypadku jednoczesnego wystąpienia przeszkody podpęcherzowej. Ponad 20% urologów powiększenie stercza traktuje jako wskazanie do leczenia.

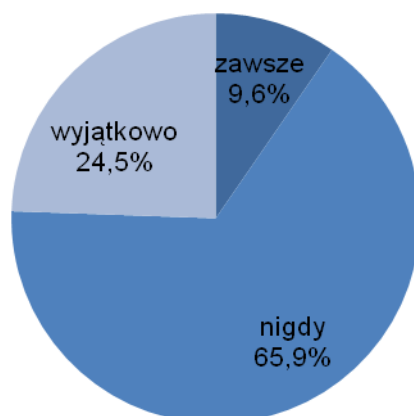
Rysunek 59. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy wielkość stercza ma znaczenie dla podejmowanych przez Pani/Pana decyzji?”



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

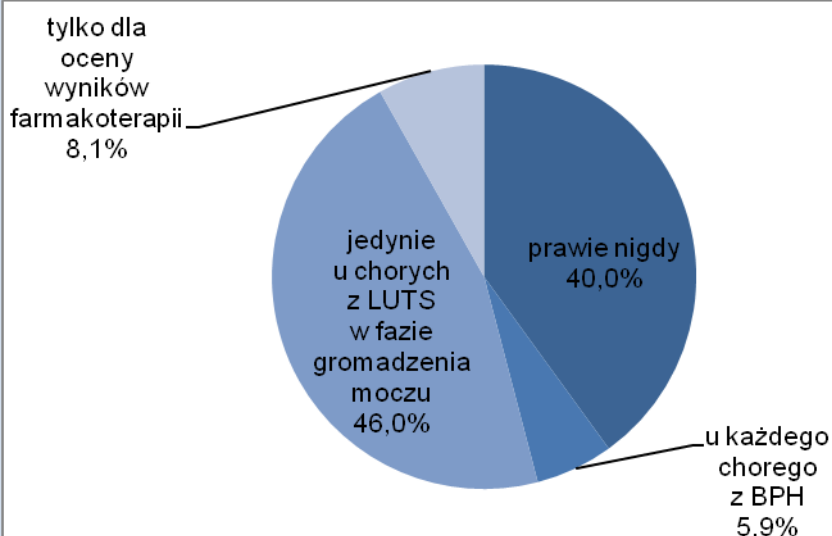
Większość lekarzy nigdy nie stosuje urografii w ocenie LUTS/BPH. Zawsze robi to zaledwie 9,6%, a wyjątkowo – 24,5% specjalistów. Wyjątkowe sytuacje, w przypadku których urolodzy decydują się wykonać urografię stanowią: kamica pęcherza, uchyłki, zastój w górnych drogach moczowych, podejrzenie powikłań, obecność zmian w USG (np. zastój w górnych drogach moczowych), kamica nerkowa, wodonercza, zastój w nerkach, uropatia zaporowa w przebiegu BPH, zastój w UKM, kwalifikacja do leczenia zabiegowego, krwimocz, duży stercz oraz poszerzenie górnych dróg moczowych.

Rysunek 60. Stosowanie urografii w ocenie LUTS/BPH



W ramach ankiety lekarzom postawiono także pytanie, jakim pacjentom zalecają prowadzenie dzienniczka mikcji. Największa część respondentów, stanowiąca 46,0% badanych, zleca uzupełnianie takiego dzienniczka jedynie u chorych z LUTS w fazie gromadzenia moczu. 8,1% wydaje takie zalecenie wyłącznie w celu oceny wyników farmakoterapii. Niespełna 6% urologów uważa prowadzenie dzienniczka za zasadne w przypadku każdego pacjenta z BPH.

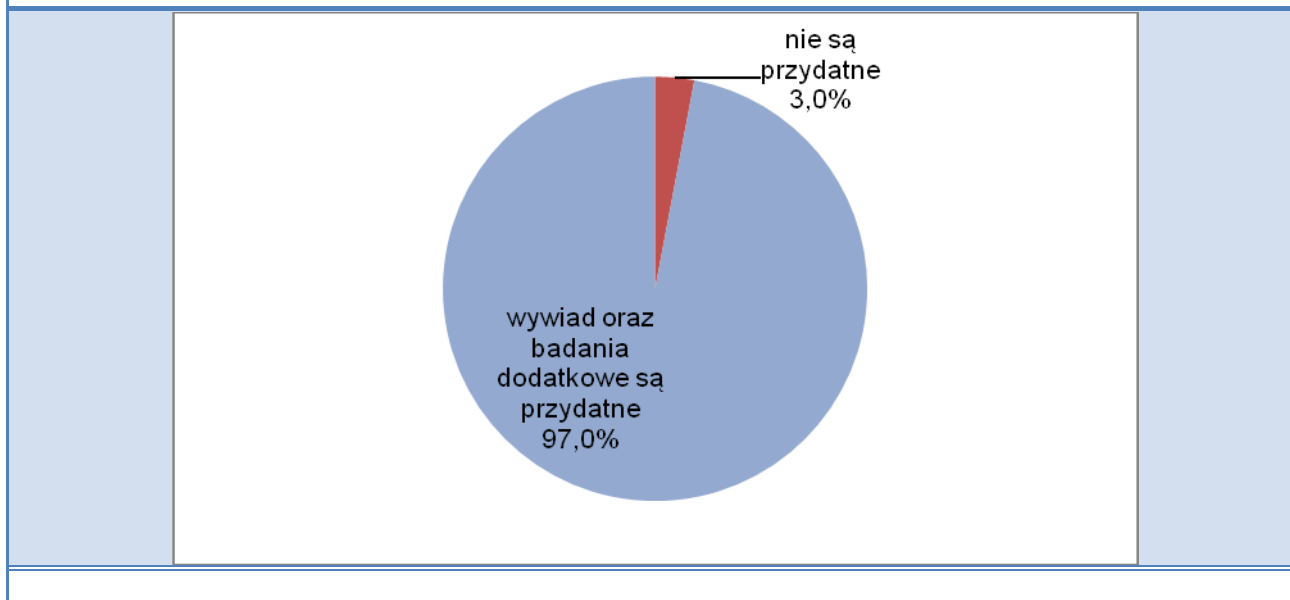
Rysunek 61. Pacjenci/sytuacje, w których lekarz zaleca prowadzenie dzienniczka mikcji



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Prawie wszyscy lekarze dostrzegają duże znaczenie przeprowadzonego z pacjentem wywiadu oraz zleconych badań dodatkowych w ustaleniu, czy LUTS wskazują na fazę gromadzenia moczu (nadreaktywność pęcherza), fazę wydalania moczu (przeszkoda podpęcherzowa), fazę pomikcyjną czy też ewentualnie dotyczą wszystkich trzech grup objawów.

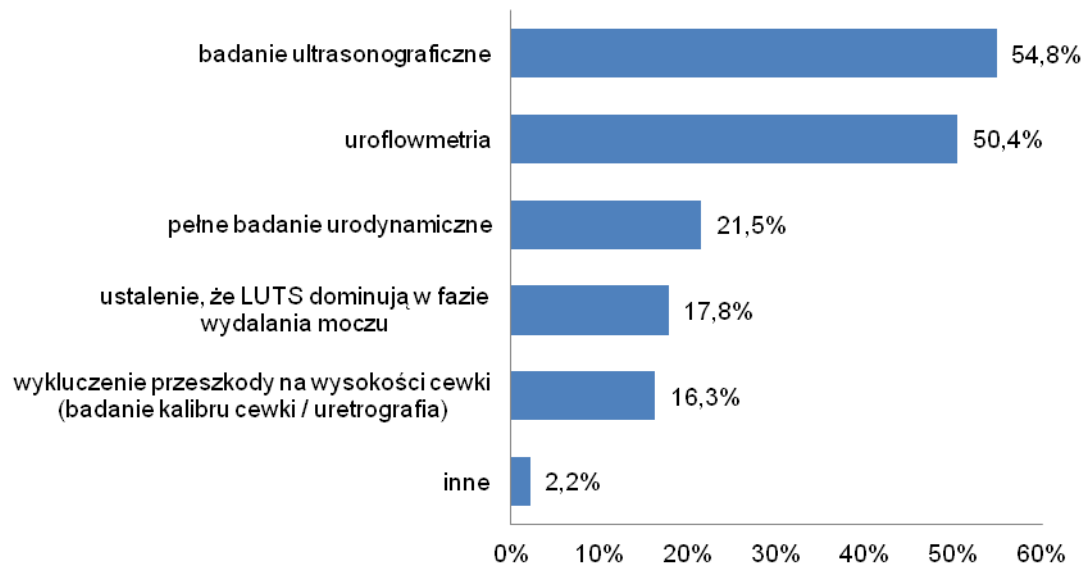
Rysunek 62. Opinia na temat przydatności wywiadu i zleconych badań dodatkowych w ustaleniu, na którą fazę wskazują LUTS



Lekarze urolodzy zostali poproszeni o wskazanie elementów niezbędnych do stwierdzenia zależności przeszkody podpęcherzowej od BPH. Zdecydowanie najczęściej wymieniano badanie ultrasonograficzne oraz uroflometrię, których wynikami kieruje się ponad połowa badanych. Nieco rzadziej wskazywano na potrzebę pełnego badania urodynamicznego (21,5%), stwierdzenia dominacji LUTS w fazie wydalania moczu (17,8%) oraz wykluczenia przeszkody na wysokości cewki (16,3%).

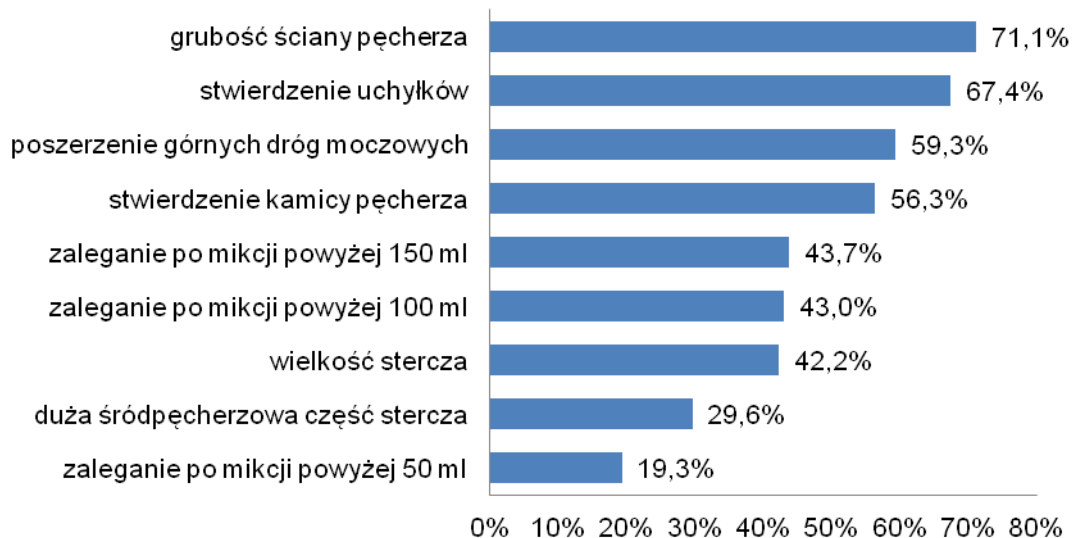
W 2,2% przypadków padły inne, nieuwzględnione w ankiecie odpowiedzi, wśród których znalazły się połączenie zestawu badań dodatkowych, wywiad oraz ocena zalegania po mikcji.

Rysunek 63. Elementy potrzebne lekarzowi do stwierdzenia zależności przeskody podpęcherzowej od łagodnego rozrostu stercza



W kwestii przeskody podpęcherzowej, lekarzy poproszono także o wskazanie możliwych do wykrycia za pomocą badania USG odchyłeń mogących wskazywać na występowanie tego schorzenia. Według pytaných urologów na przeskodę podpęcherzową w badaniu USG może wskazywać przede wszystkim grubość ściany pęcherza (71,1%), stwierdzenie uchyłków (67,4%), poszerzenie górnych dróg moczowych (59,3%) oraz stwierdzenie kamicy pęcherza (56,3%). Nieco mniej popularne wskaźniki pozwalające na zdiagnozowanie przeskody to zaleganie po mikcji powyżej 150 ml (43,7%), zaleganie po mikcji powyżej 100 ml (43%) oraz wielkość stercza (42,2%).

Rysunek 64. Czynniki wskazujące na przeskodę podpęcherzową w badaniu USG

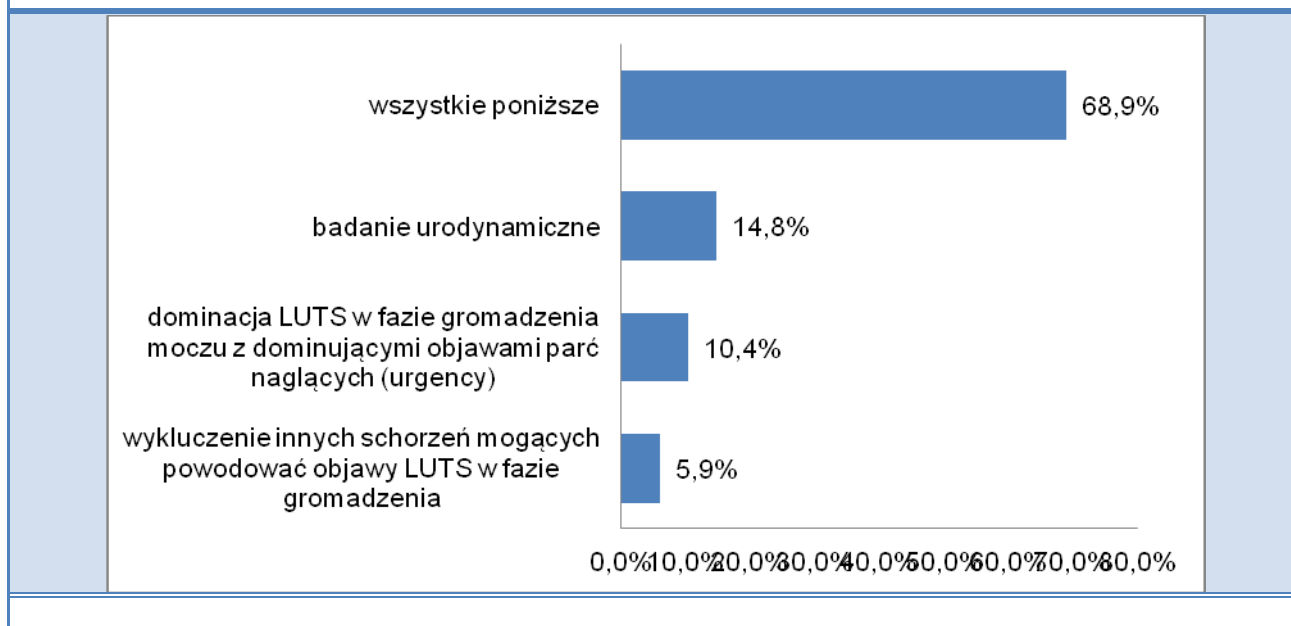


Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Biorący udział w badaniu lekarze wskazali także czynniki, na podstawie których diagnozują zespół objawów określanych jako nadreaktywność pęcherza. W rozpoznaniu tego schorzenia wyraźna większość urologów bierze pod uwagę zestaw czynników, na który składają się dominacja LUTS w fazie gromadzenia moczu z dominującymi objawami parć nagłych, wykluczenie innych schorzeń mogących powodować objawy LUTS w fazie gromadzenia (np. zakażenia moczu, CIS, pęcherz popromienny) oraz badanie urodynamiczne.

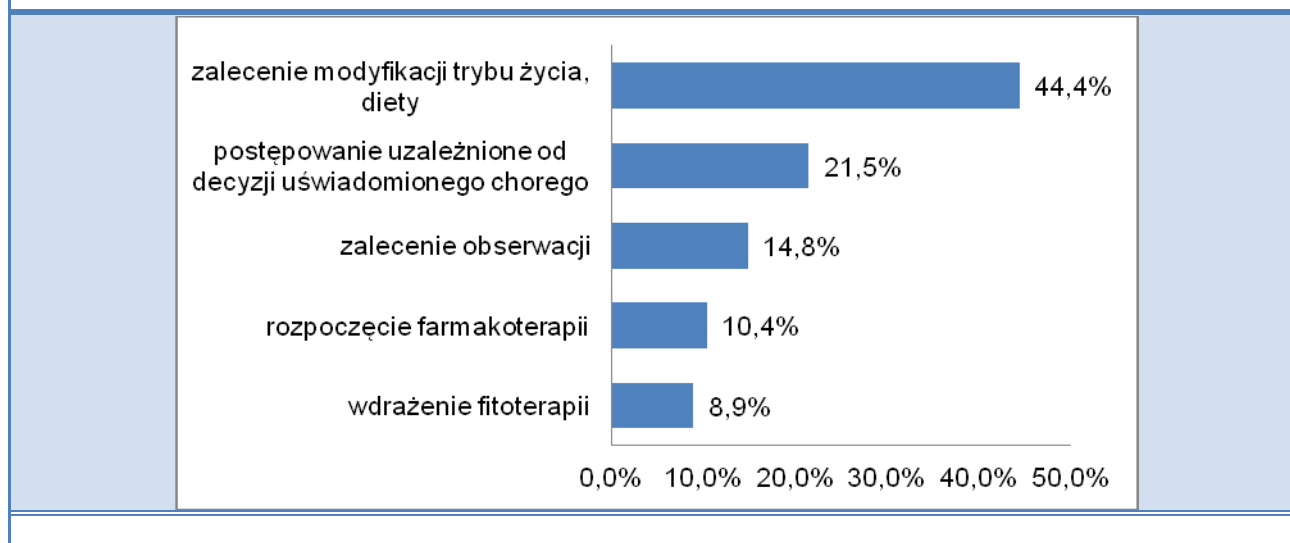
Dla blisko 15% lekarzy rozpoznanie pęcherza nadreaktywnego wymaga jedynie analizy wyników badania urodynamicznego. Kolejnym około 10% urologów do postawienia diagnozy wystarcza stwierdzenie dominacji LUTS w fazie gromadzenia moczu z dominującymi objawami parć nagłych (urgency).

Rysunek 65. Podstawy do rozpoznania nadreaktywności pęcherza (overactive bladder – OB)



W ramach ankiety zebrano także informacje na temat postępowania lekarzy w przypadku stwierdzenia na podstawie badań i wywiadu LUTS o znikomym lub miernym nasileniu. Okazało się, że najczęściej lekarzy (44,4%) w takiej sytuacji zaleca modyfikację trybu życia i diety, na którą składają się redukcja ilości spożywanych płynów, kawy i napojów alkoholowych, zmiany dotyczące pory dnia optymalnej dla przyjmowania płynów i leków, trening pęcherza, leczenie zaparć. Ponad dwukrotnie rzadziej lekarze decydują się na uświadomienie chorego i uzależnienie postępowania od jego decyzji. W blisko 15% przypadków urolodzy zlecają obserwację. Pozostali lekarze podejmują decyzje o rozpoczęciu farmakoterapii (10,4%) lub fitoterapii (8,9%).

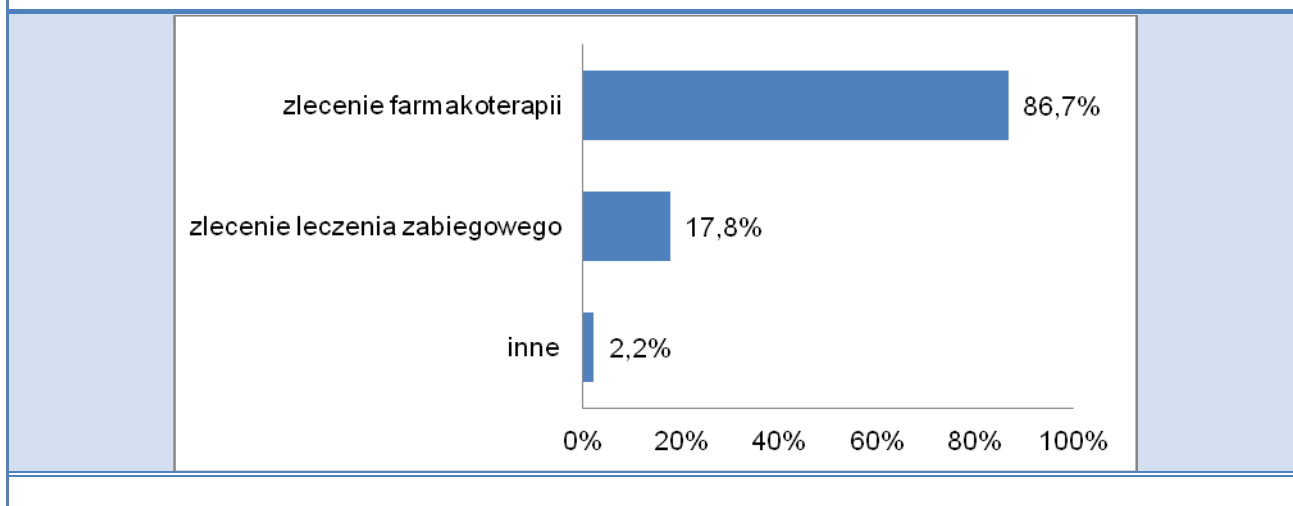
Rysunek 66. Postępowanie lekarza w przypadku stwierdzenia LUTS o znikomym lub miernym nasileniu



Z kolei w przypadku stwierdzenia LUTS o dużym nasileniu z przewagą objawów w fazie wydalania moczu, znacząca większość urologów zleca farmakoterapię (86,7%). Zdecydowanie mniej powszechnym sposobem walki z tym schorzeniem jest leczenie zabiegowe, na które decyduje się 17,8% respondentów.

Niektórzy lekarzy wybierają także inne niewymienione w kwestionariuszu formy terapii, w tym poszerzenie diagnostyki i leczenia zabiegowego (zalecane po stwierdzeniu nieskuteczności terapii) oraz przezcewkową resekcję stercza (TURP).

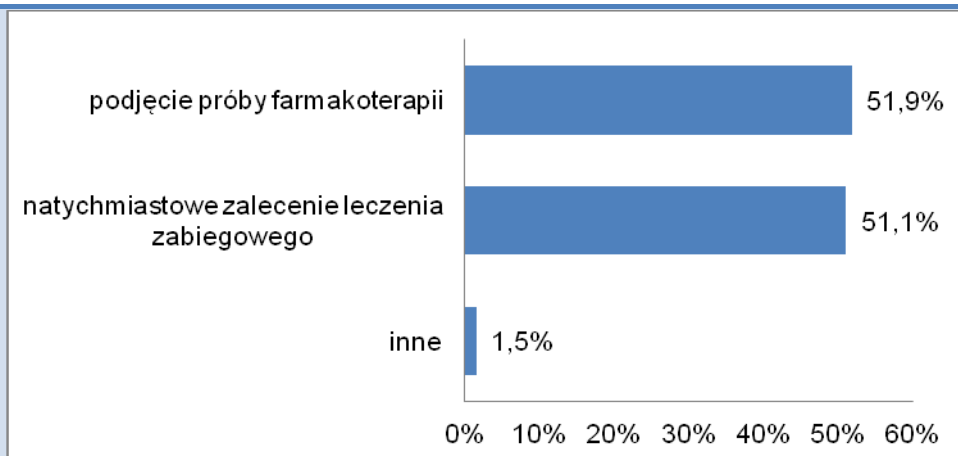
Rysunek 67. Postępowanie lekarza w przypadku stwierdzenia LUTS o dużym nasileniu z przewagą objawów w fazie wydalania moczu



Opinie lekarzy na temat optymalnego postępowania w razie stwierdzenia powikłania BPH spowodowanego przeszkodą podpęcherzową są bardzo podzielone. Niektórzy z nich podejmują w tej sytuacji próbę farmakoterapii, inni natomiast zlecają leczenie zabiegowe. W pojedynczych przypadkach wskazano na inne postępowanie, a mianowicie przezcewkową resekcję gruczołu krokowego oraz działanie uzależnione od rodzaju i nasilenia powikłania.

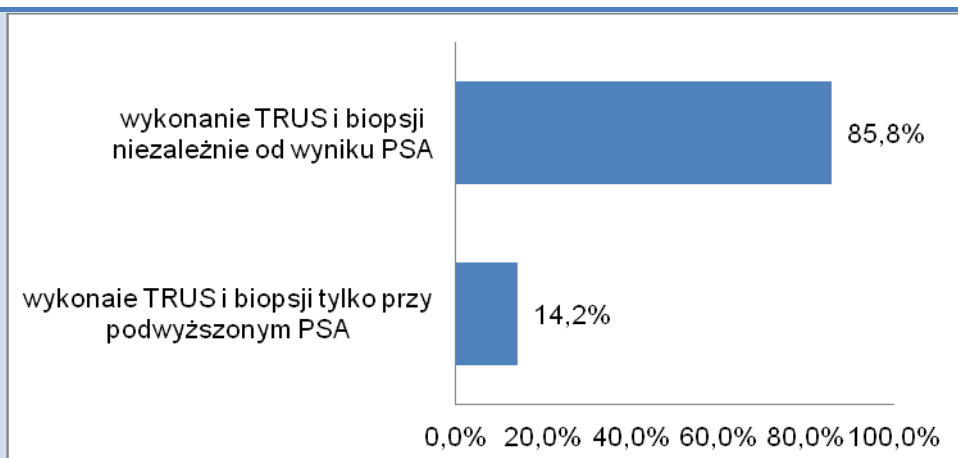
Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Rysunek 68. Postępowanie lekarza w przypadku stwierdzenia powikłania BPH spowodowanego przeszkodą podpęcherzową



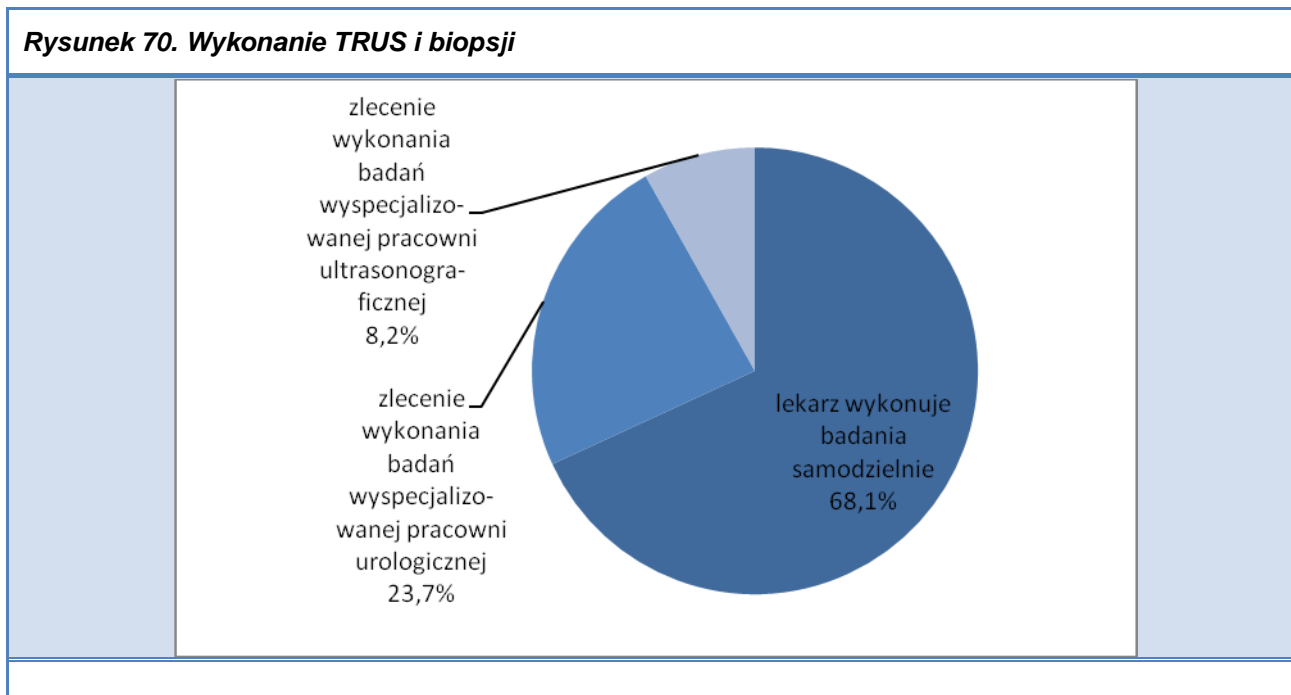
W przypadku, gdy badanie per rectum nasuwa podejrzenie nowotworu, 85,8% urologów wykonuje lub zleca wykonanie przezodbytniczego USG gruczołu krokowego i biopsji niezależnie od wyniku PSA. Pozostałe 14,2% wysyła chorego na te badania jedynie przy podwyższonym poziomie PSA.

Rysunek 69. Postępowanie lekarza w sytuacji, gdy badanie per rectum nasuwa podejrzenie nowotworu



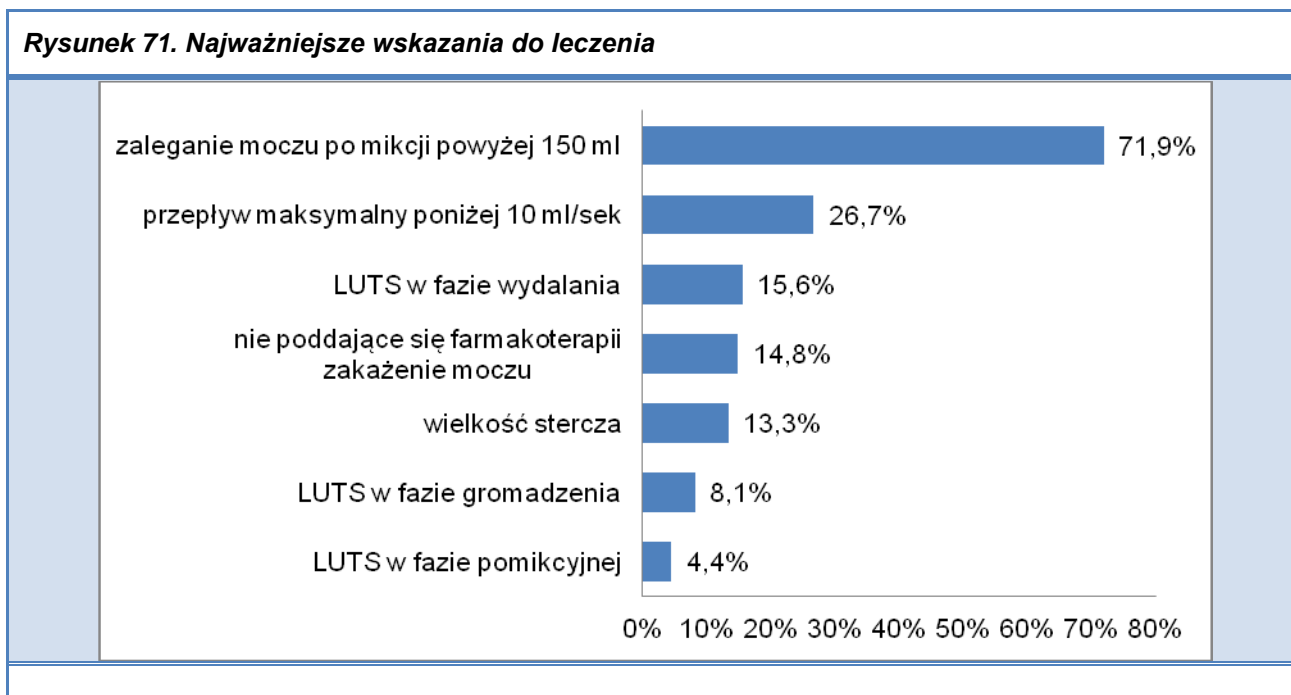
Badanie TRUS i biopsję lekarze najczęściej wykonują samodzielnie (68,1%). Ponad 20% urologów zleca ich wykonanie wyspecjalizowanej pracowni urologicznej, a niespełna 10% pracowni ultrasonograficznej.

Rysunek 70. Wykonanie TRUS i biopsji



Uczestniczącym w badaniu urologów poproszono o wymienienie najważniejszych ich zdaniem wskazań do leczenia. Ankietowani zdecydowanie najczęściej wymieniali zaleganie moczu po mikcji powyżej 150 ml (71,9%). Znacznie mniejsza grupa urologów, stanowiąca niespełna 27%, do najważniejszych wskazań zalicza przepływ maksymalny poniżej 10 ml/sek. W kilkunastu % do poważnych wskazań zaliczono LUTS w fazie wydalania, nie poddające się farmakoterapii zakażenie moczu oraz wielkość stercza.

Rysunek 71. Najważniejsze wskazania do leczenia



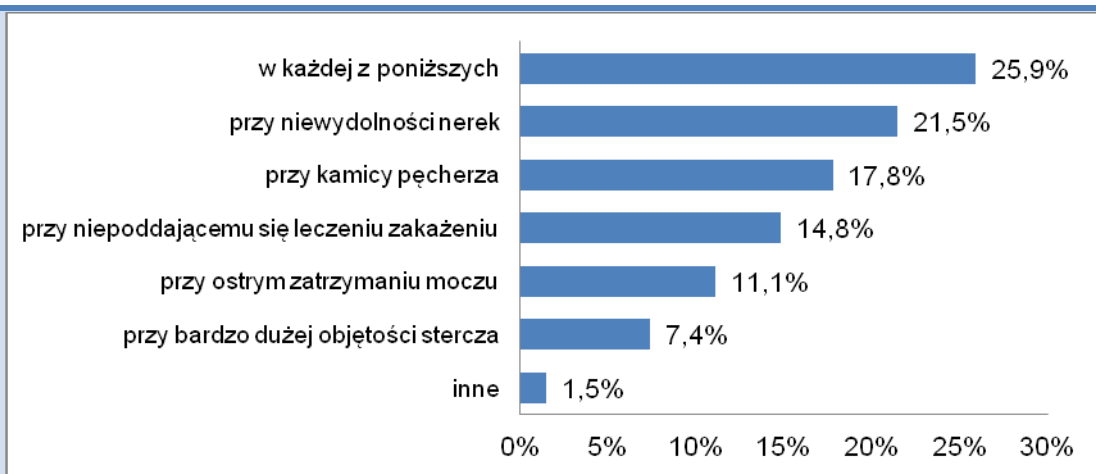
Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Blisko 80% urologów zadeklarowało, że w prowadzonej przez nich praktyce leczenie zabiegowe prawie zawsze poprzedzane jest farmakoterapią BPH.

Na leczenie zabiegowe jako leczenie z pierwszego wyboru około co 4 lekarz decyduje się w przypadku wszystkich pacjentów z niewydolnością nerek, kamicą pęcherza, niepoddającym się leczeniu zakażeniu, ostrym zatrzymaniu moczu oraz bardzo dużą objętością stercza.

W pojedynczych przypadkach wskazano także na inne sytuacje, które wymagają natychmiastowego leczenia zabiegowego, a były to III okres BPH wg profesora Kwiasa w momencie rozpoznania choroby oraz zaleganie moczu powyżej 150 ml.

Rysunek 72. Sytuacje, w których lekarz pomija farmakoterapię BPH i stosuje zawsze leczenie zabiegowe jako leczenie pierwszego wyboru



W ramach badania zebrano także sugestie lekarzy odnośnie technik minimalnie inwazyjnych niewartych polecenia w 2013 roku ze względu na ich niską skuteczność. Jako niewarte stosowania medycy najczęściej wymieniali rozszerzanie balonem (77,0%), stenty cewkowe (53,3%) oraz termoterapię przezcewkową (43,0%). Najmniej negatywnych rekomendacji zebrała waporyzacja za pomocą technik laserowych, którą za niegodną polecenia uznało zaledwie 3,7% urologów.

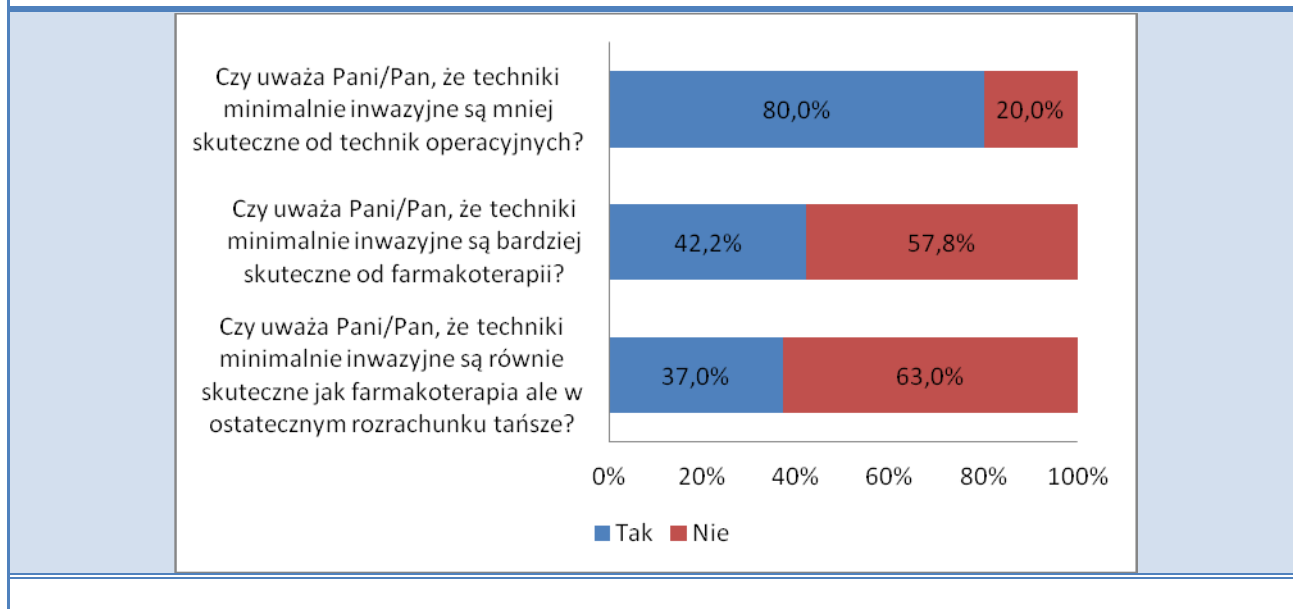
Rysunek 73. Techniki minimalnie inwazyjne niewarte polecenia w roku 2013



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

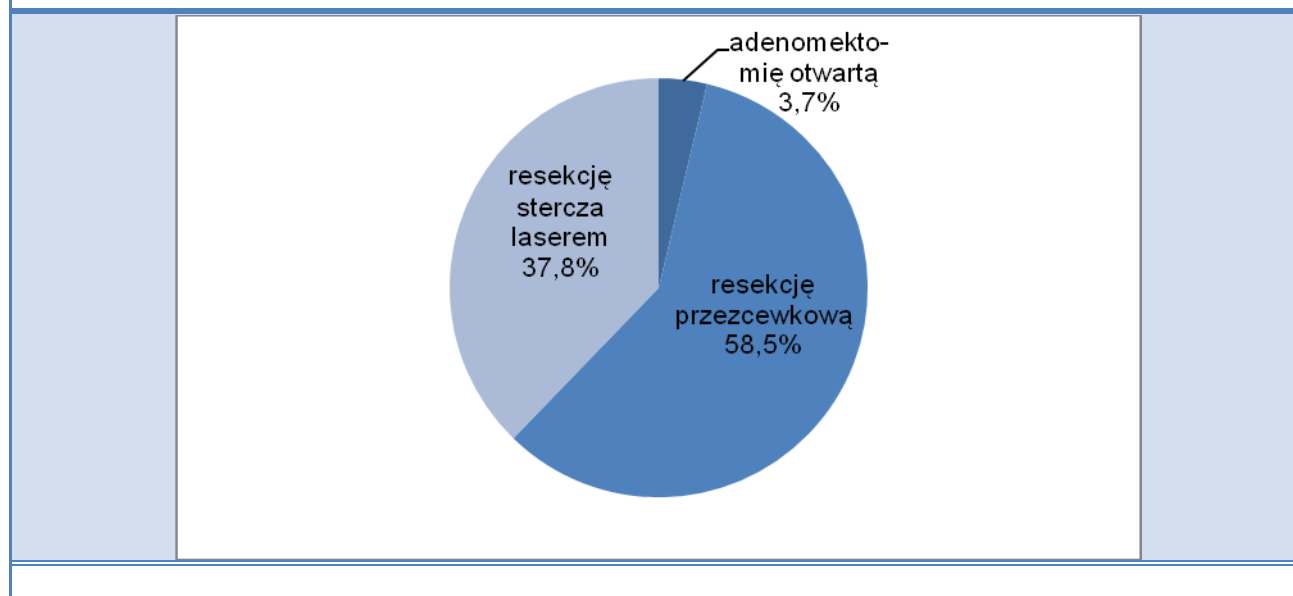
Za pomocą pytań kwestionariusza uzyskano opinie urologów na temat technik minimalnie inwazyjnych. Okazało się, że aż 80,0% lekarzy uważa te techniki za mniej skuteczne niż leczenie operacyjne. Zdaniem blisko dwukrotnie mniejszej grupy respondentów techniki te cechują się większą skutecznością niż farmakoterapia. Ponadto nieznacznie mniejszy odsetek lekarzy obok skuteczności porównywalnej z leczeniem farmakologicznym zauważa zaletę w postaci ostatecznie niższych kosztów terapii.

Rysunek 74. Techniki minimalnie inwazyjne a inne formy terapii



W celu określenia preferencji lekarzy odnośnie technik leczenia operacyjnego respondentów zapytano, którą technikę, dysponując możliwościami i umiejętnościami, wybraliby. Lekarze mogli wskazać jedną z trzech odpowiedzi. Okazało się, że przeważająca część lekarzy wybrałaby wykonanie resekcji przezcewkowej. Kolejną pod względem uznania lekarzy jest resekcja stercza laserem, na którą zdecydowałoby się blisko 40% respondentów.

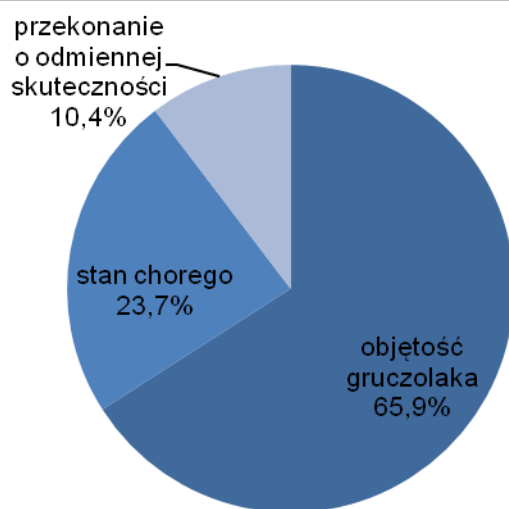
Rysunek 75. Preferencje lekarzy odnośnie technik leczenia operacyjnego



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Wybór preferowanej techniki operacyjnej wielu lekarzy uzależnia od objętości gruczolaka. Czynniki ten wpływa na decyzje 65,9% urologów. Blisko 25% ankietowanych wyboru techniki dokonuje na podstawie oceny stanu chorego. Przekonanie o odmiennej skuteczności technik determinuje decyzje około 10% lekarzy.

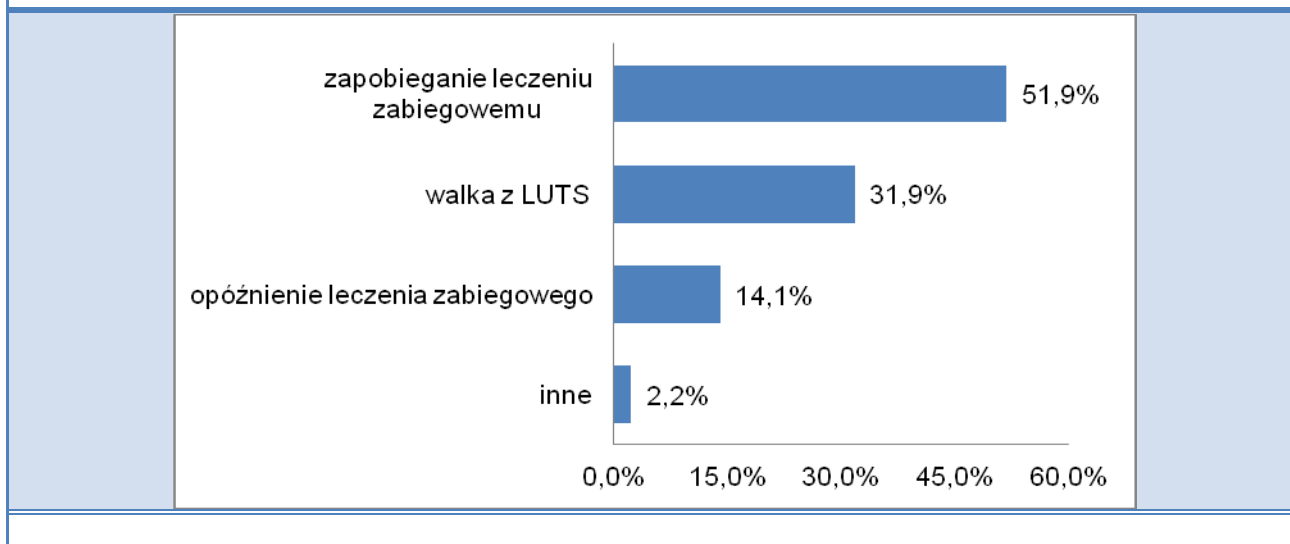
Rysunek 45. Czynniki wpływające na wybór techniki operacyjnej



Część III - Farmakoterapia LUTS i pęcherza nadreaktywnego

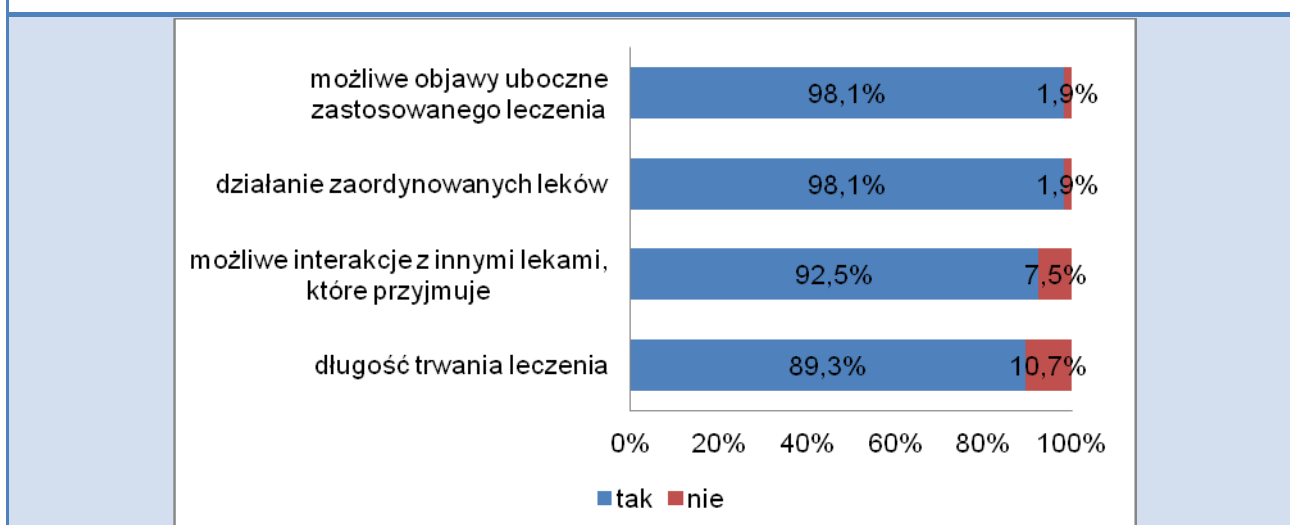
Respondenci, zapytani o to w jaki sposób, zlecając leczenie farmakologiczne LUTS, wyjaśniają choremu pacjentowi, dlaczego stosowana jest farmakoterapia zamiast innych metod leczenia (np. leczenia zabiegowego), w ponad połowie przypadków stwierdzali, że chcieli zapobiec leczeniu zabiegowemu. Więcej niż 3 na 10 osób uznało, że nie miały na myśli zapobiegania progresji BPH, lecz była to walka z LUTS. 2,2% badanych wskazało inne wyjaśnienia niż wymienione w ankiecie. Były to próba leczenia zachowawczego i poprawa jakości życia za pomocą leczenia farmakologicznego.

Rysunek 76. Sposoby wyjaśniania choremu powodów wdrażania farmakoterapii



W następnym pytaniu respondenci zostali poproszeni o odpowiedź, czy zlecając leczenie farmakologiczne LUTS, wyjaśniają choremu związane z tym zagadnienia. Najwięcej, bo aż 98,1% lekarzy, informuje pacjenta o możliwych do wystąpienia skutkach ubocznych i działaniu zaordynowanych leków. Najbardziej wyjaśnianym zagadnieniem jest długość trwania leczenia, czego nie dokonuje mniej więcej 1 na 10 lekarzy.

Rysunek 77. Wyjaśnianie choremu aspektów związanych z leczeniem farmakologicznym LUTS

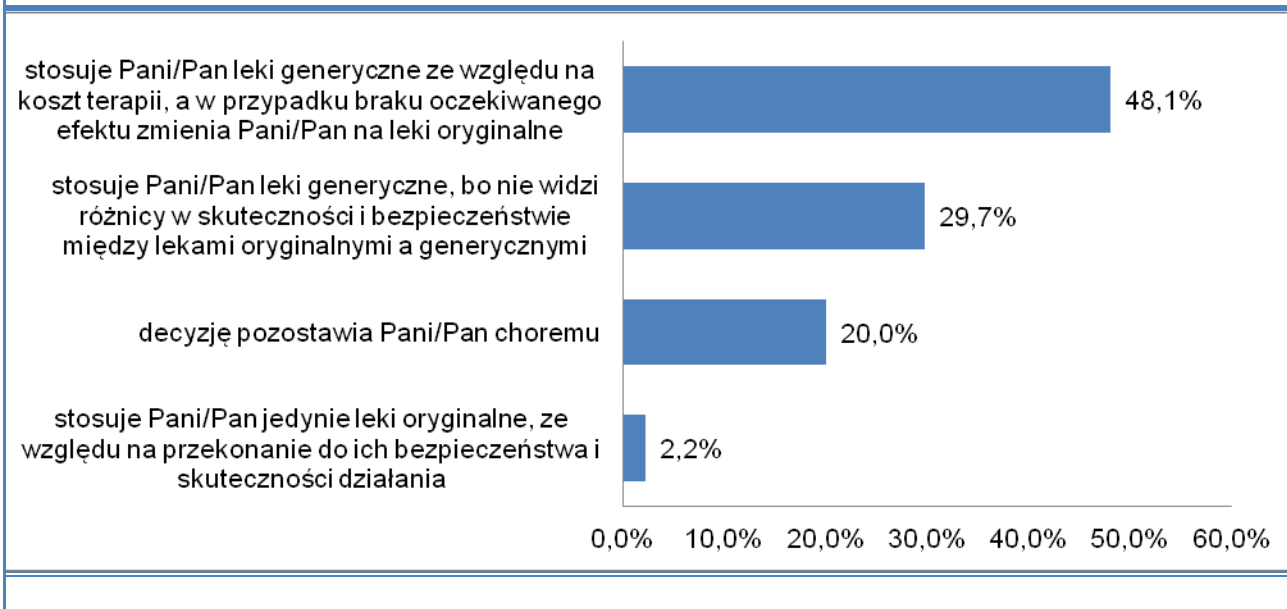


Obliczono odpowiednio na podstawie odpowiednio 106, 104, 106, 103 odpowiedzi.

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Ankietowane osoby, zlecając farmakoterapię generyczną niemal w 50% kierowały się kosztami terapii, a gdy nie przynosiła ona zamierzonego efektu, następowała zmiana kuracji na leki oryginalne. Blisko 30% lekarzy nie dostrzega istotnych różnic pod względem skuteczności i bezpieczeństwa między lekami generycznymi a oryginalnymi. Zaledwie 2,2% badanych, stosuje wyłącznie leki oryginalne, co uzasadniali związanym z tym bezpieczeństwem i skutecznością działania.

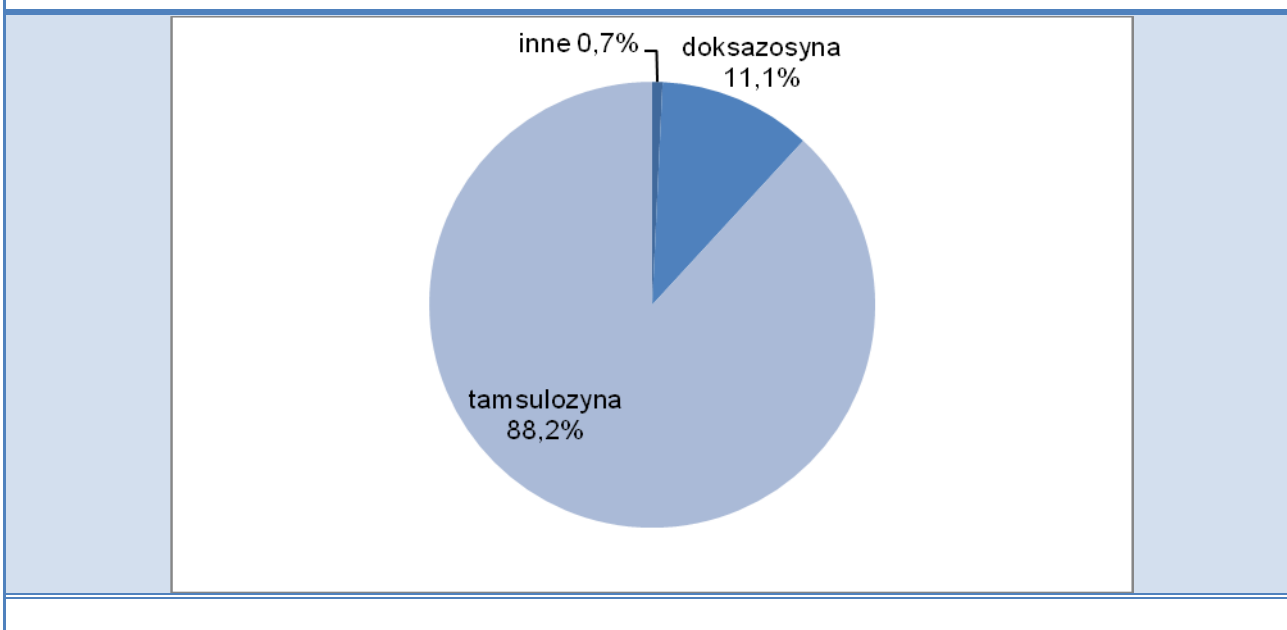
Rysunek 78. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Zlecając farmakoterapię...”



α1 blokery

Respondenci, zapytani o α1 blokery, które stosują najczęściej, z bardzo znaczącą przewagą wskazywali na tamsulozynę (88,2%). Kolejnym wymienianym lekiem była doksazosyna, którą stosuje 11,1% lekarzy.

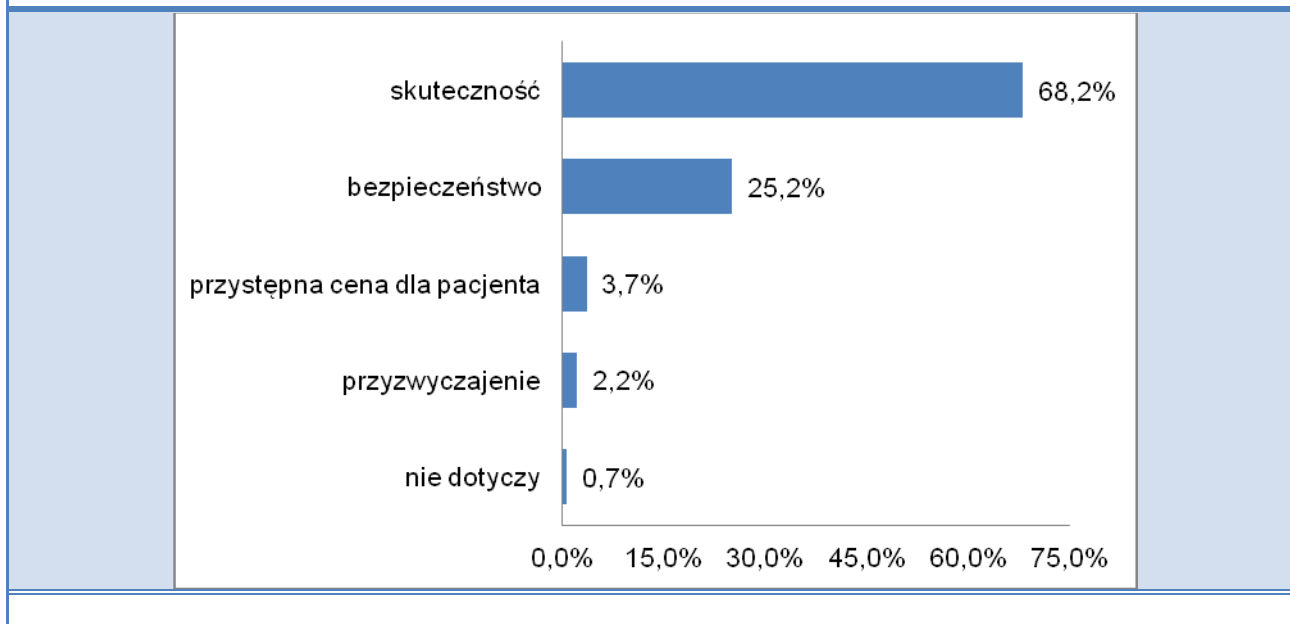
Rysunek 79. Najczęściej stosowane α1 blokery



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

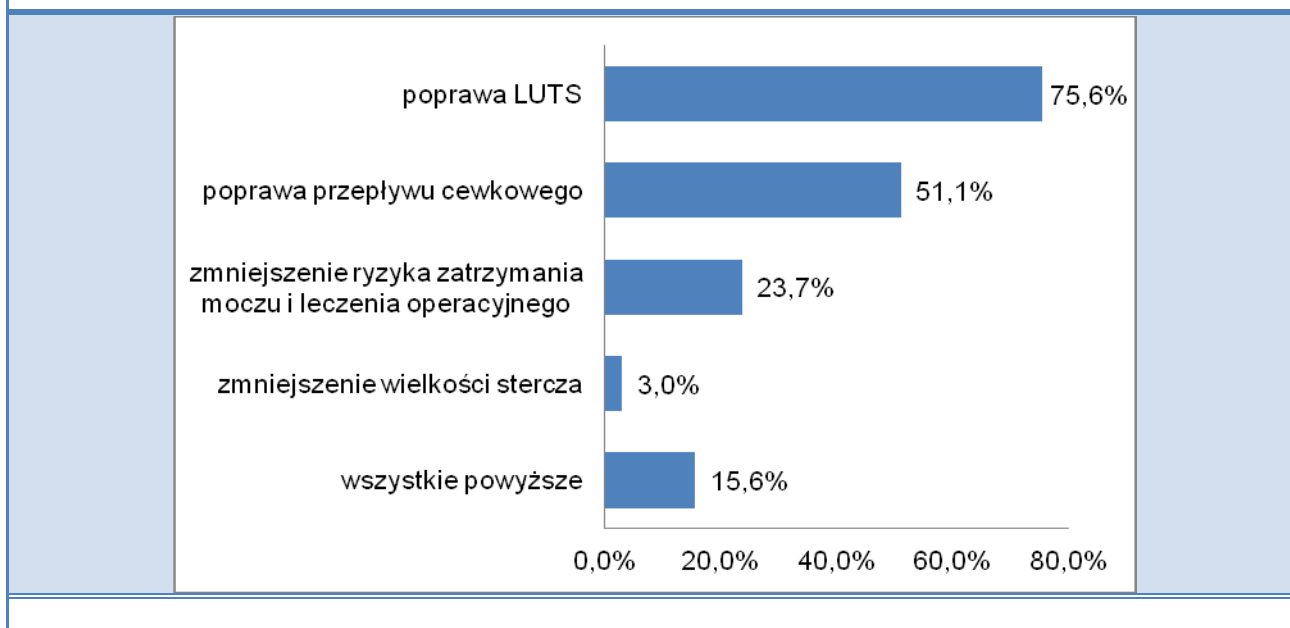
Główna determinanta stosowania $\alpha 1$ bloкера, który dany respondent wybiera najczęściej, to jego skuteczność - twierdzi tak około 2/3 badanych. Przy korzystaniu z danego bloкера, istotne jest także jego bezpieczeństwo (25,2% wskazań). Do przystępnej dla pacjenta ceny oraz przyzwyczajenia, nie przywiązywano zbyt dużej uwagi.

Rysunek 80. Najważniejsze powody stosowania najczęściej wybieranego $\alpha 1$ bloкера



W związku z korzystaniem z $\alpha 1$ bloкера, lekarze oczekiwali przede wszystkim poprawy LUTS, co potwierdziło ponad 75% odpowiedzi. Od stosowania $\alpha 1$ bloкера, ankietowani oczekiwali także w dużej mierze polepszenia stanu przepływu cewkowego. Ponad 15% osób oczekuje wszystkich wyszczególnionych w ankiecie aspektów.

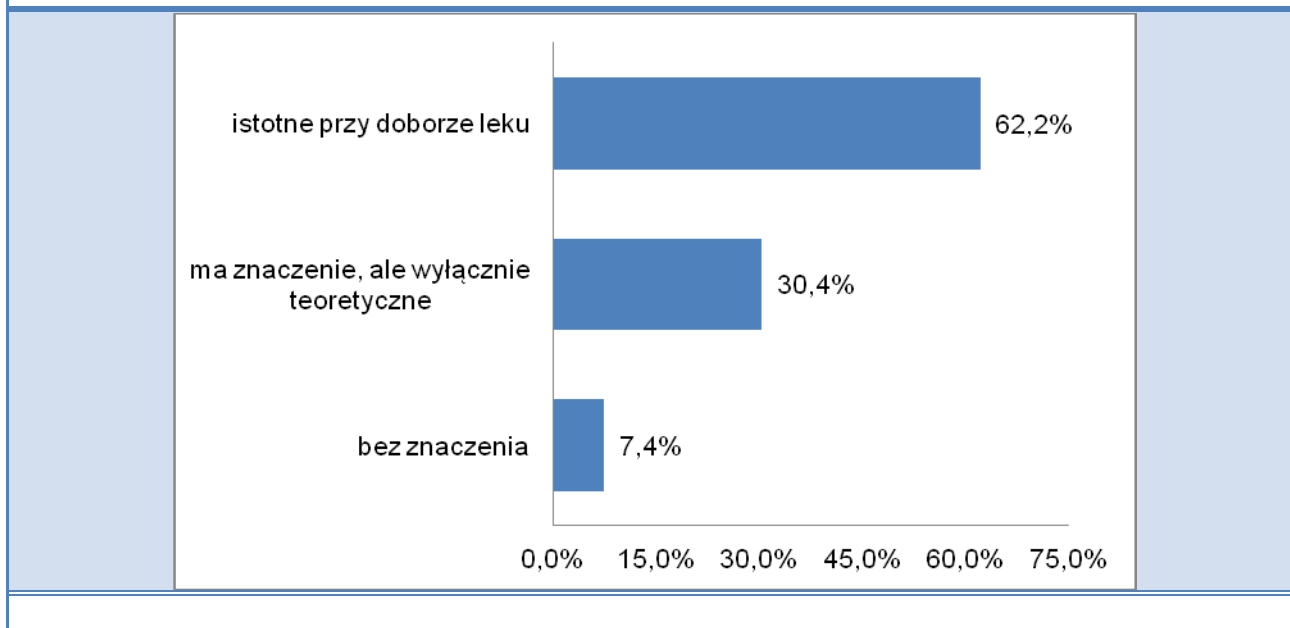
Rysunek 81. Oczekiwania związane ze stosowaniem $\alpha 1$ bloкера



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

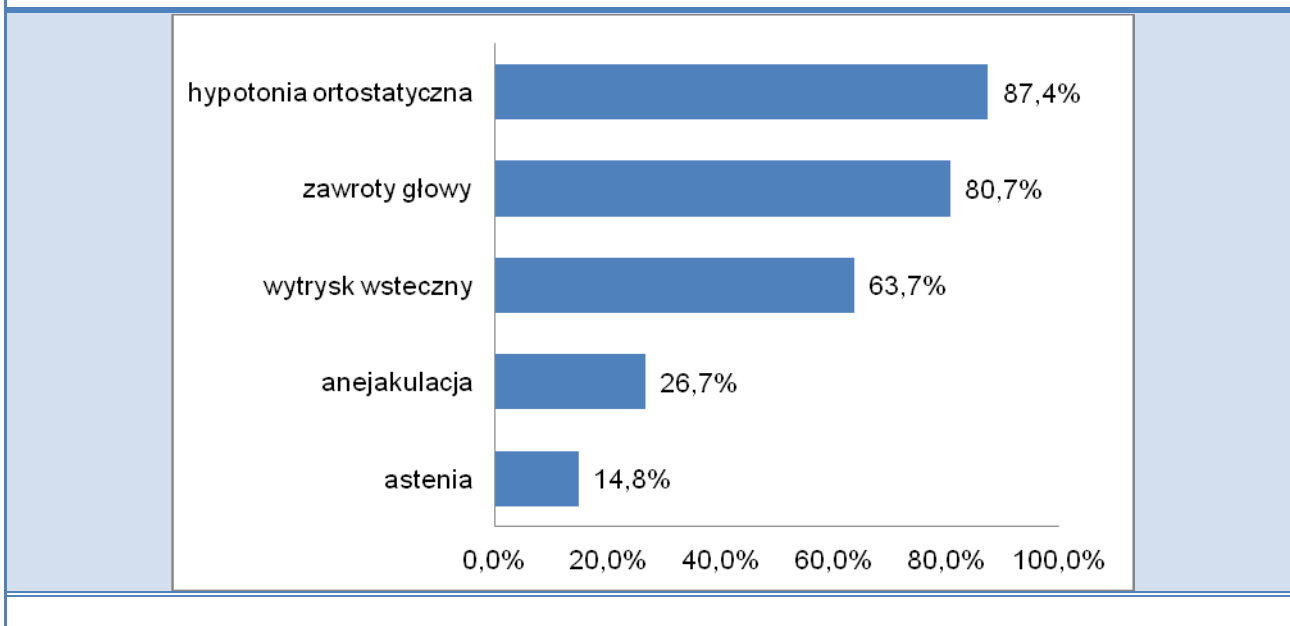
Zjawisko równoważności biologicznej jest istotne dla ponad 60% respondentów. Dla kolejnych 30,4% badanych, znaczenie równoważności biologicznej jest wyłącznie teoretyczne.

Rysunek 82. Znaczenie zjawiska równoważności biologicznej



Kolejne zadane lekarzom pytanie dotyczyło skutków ubocznych $\alpha 1$ blokerów. Okazało się, że najczęstszym negatywnym efektem występującym w związku ze stosowaniem $\alpha 1$ blokerów jest hipotonia ortostatyczna. Z objawem tym spotkało się aż 87,4% urologów. Nieznacznie rzadziej pojawiającym się skutkiem ubocznym są zawroty głowy, wskazane także przez ponad 80% osób. Przeważająca część respondentów spotkała się także z wytryskiem wstecznym – 63,7% wskazań.

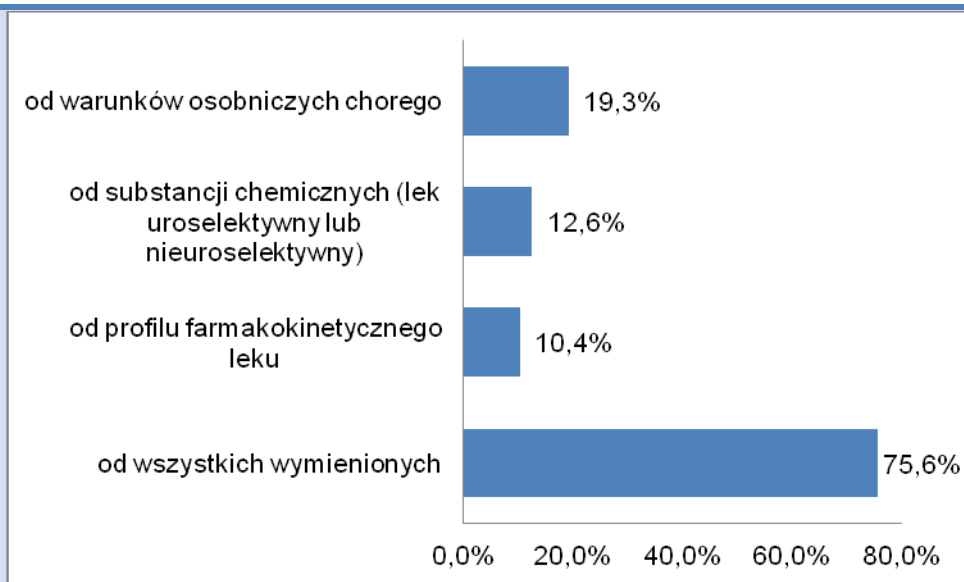
Rysunek 83. Objawy uboczne powodowane przez $\alpha 1$ blokery



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

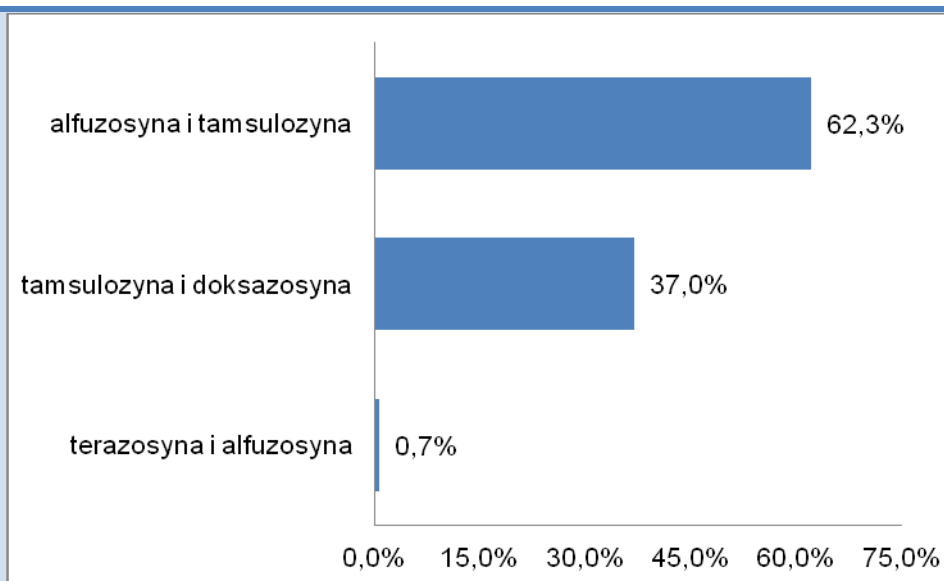
Niekorzystne skutki uboczne $\alpha 1$ blokerów zdaniem lekarzy zależą przede wszystkim od warunków osobniczych chorego, od zawartych w blokerze substancji chemicznych, a także profilu farmakokinetycznego leku, razem wziętych. Na istotne znaczenie zestawu tych czynników wskazało 75,6% respondentów. Pojedynczy czynnik, który najczęściej wywołuje objawy uboczne, to warunki osobiwe chorego pacjenta z 19,5% wskazań.

Rysunek 84. Zależność niekorzystnych objawów ubocznych $\alpha 1$ blokerów



Jak zadeklarowali respondenci, najbezpieczniejszym zestawem dwóch $\alpha 1$ blokerów są alfuzosyna i tamsulozyna, które uzyskały ponad 60% głosów. Co warto podkreślić, alfuzosyna w „połączeniu” z innym $\alpha 1$ blokerem - terazosyną, nie otrzymała nawet 1% poparcia.

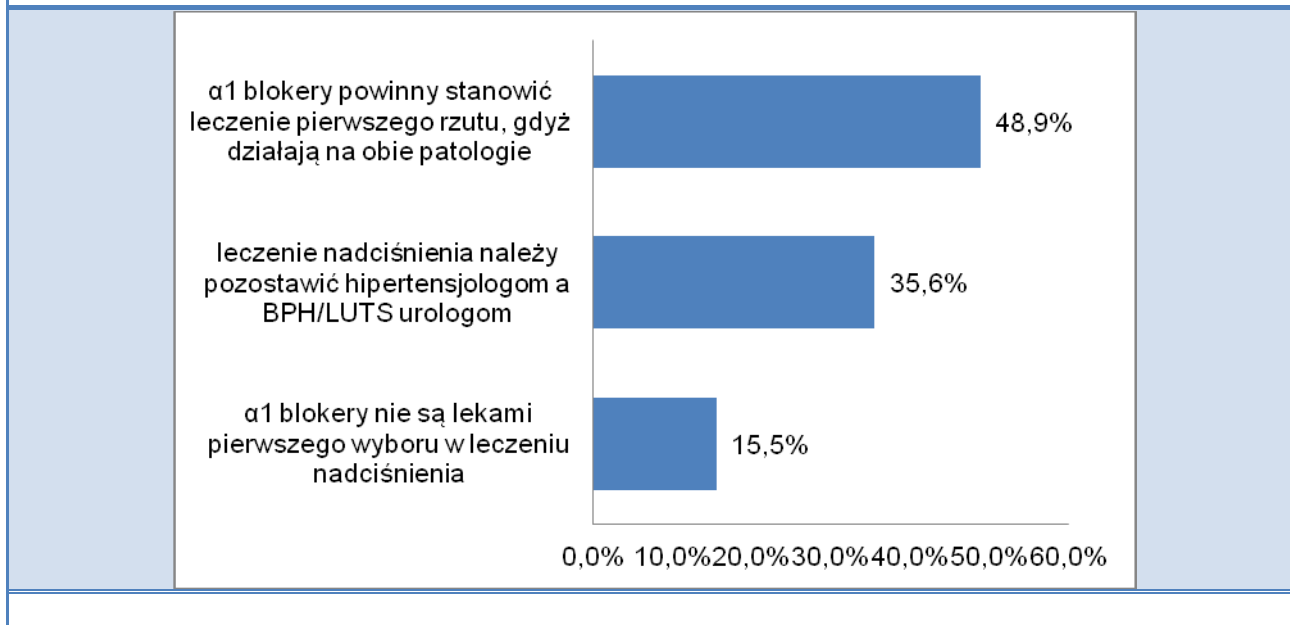
Rysunek 85. Najlepszy profil bezpieczeństwa dwóch $\alpha 1$ blokerów



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

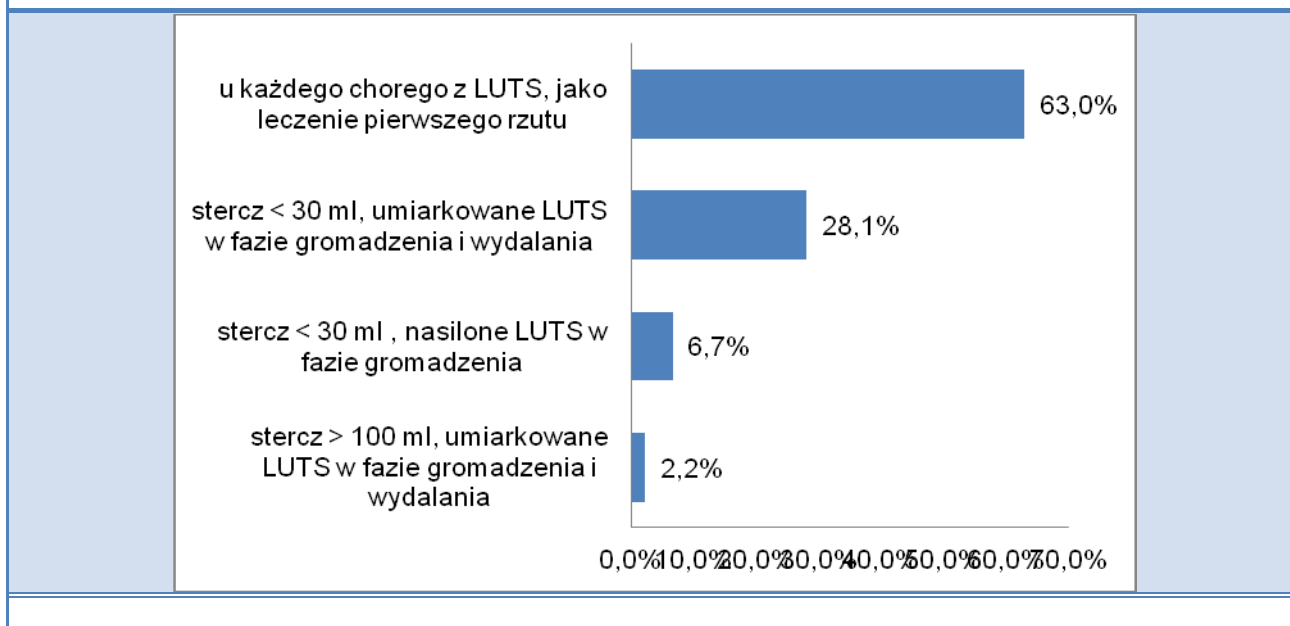
Następnie, opiniodawcy mieli wskazać nieprawidłowe stwierdzenia odnoszące się do chorego z nadciśnieniem i BPH. Prawie połowa osób nie zgodziła się ze sformułowaniem, że $\alpha 1$ blokery powinny stanowić leczenie pierwszego rzutu, z racji działania na obie patologie. Najrzadziej, jako nieprawidłową wskazano tezę, mówiącą o tym, że $\alpha 1$ blokery nie są lekami pierwszego wyboru w leczeniu nadciśnienia.

Rysunek 86. Nieprawidłowość stwierdzeń: „U chorego z nadciśnieniem i BPH...”



Respondenci najczęściej, bo w 63,0% przypadków, decydują się na monoterapię u każdego chorego z LUTS, jako leczenie pierwszego rzutu. Ze znacznie mniejszą intensywnością monoterapia była podejmowana w sytuacji, gdy stercz < 30 ml, przy umiarkowanym LUTS w fazie gromadzenia i wydalania – na monoterapię w tej sytuacji decyduje się około 28% lekarzy.

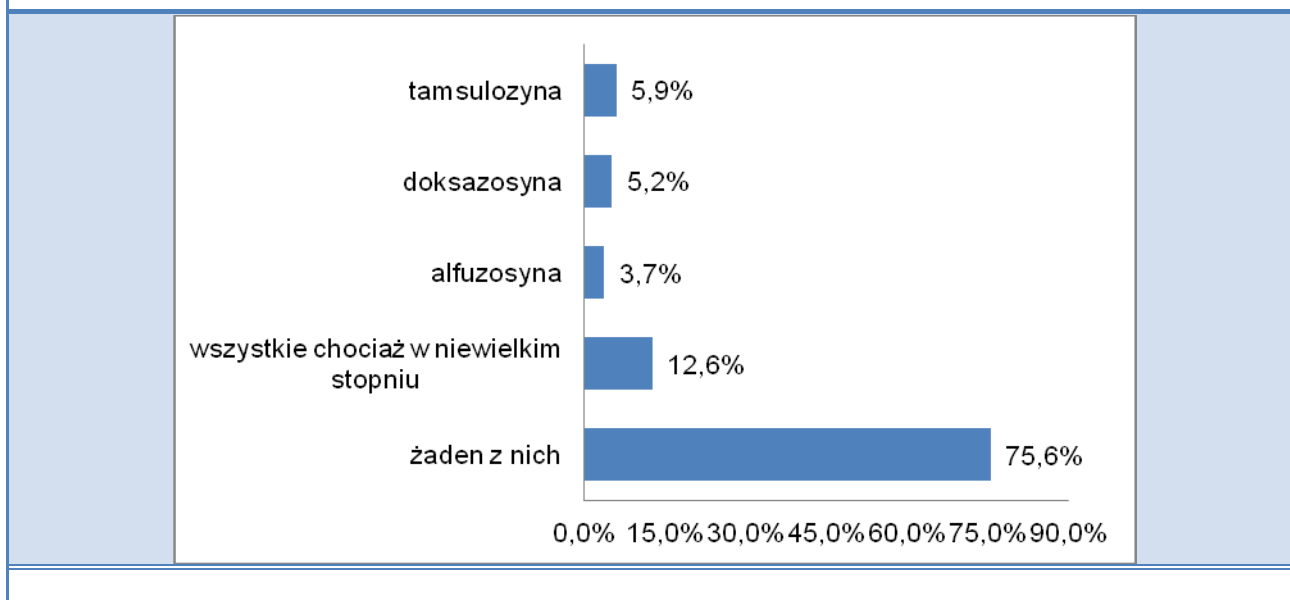
Rysunek 87. Sytuacje, w których lekarze decydują się na monoterapię $\alpha 1$ blokerami



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Zdaniem zdecydowanej większości lekarzy - 75,6% - długotrwałe stosowanie żadnego z wymienionych $\alpha 1$ blokerów, tzn. tamsulozyny, doksazosyny oraz alfuzosyny, nie zapobiega wzrostowi stercza. Zdecydowanie mniejsza grupa medyków, bo stanowiąca 12,6% badanych, uważa, że wszystkie $\alpha 1$ blokery wykazują w niewielkim stopniu działanie hamujące wzrost stercza.

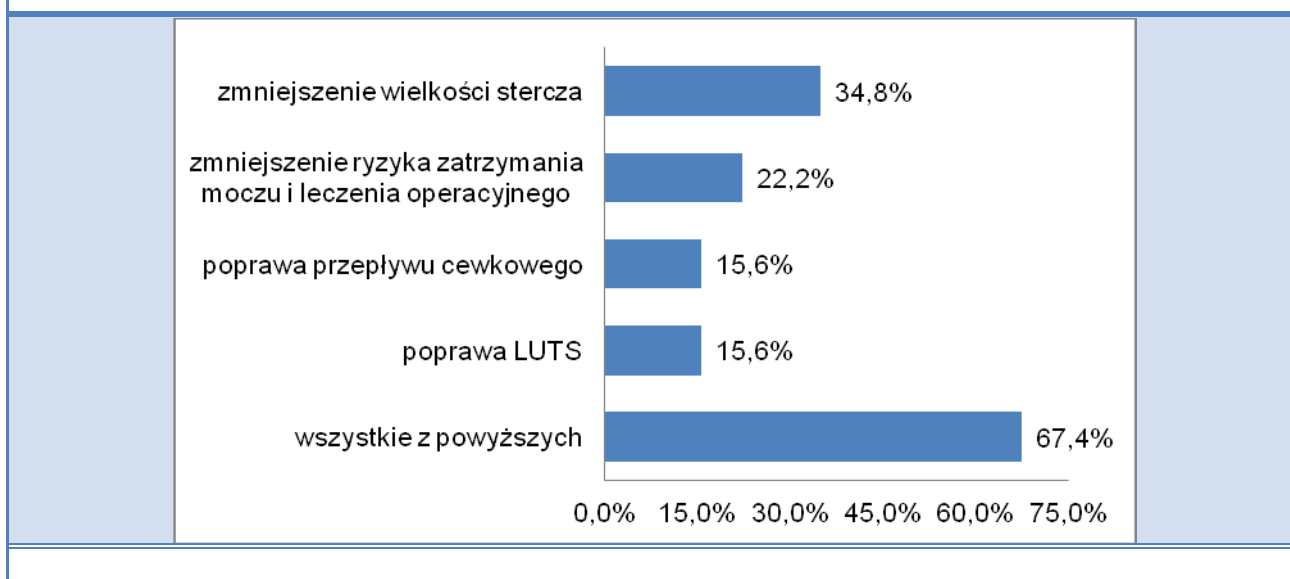
Rysunek 88. Zapobieganie wzrostowi stercza za pomocą $\alpha 1$ blokera (gdy stosowany co najmniej 12 miesięcy)



5ARI – inhibitory 5 alfa reduktazy

Po zastosowaniu 5ARI, respondenci w ponad 1/3 przypadków spodziewają się zmniejszenia wielkości stercza. Około 19 punktów procentowych mniej przypisano zarówno poprawie przepływu cewkowego, jak i poprawie LUTS. Blisko co 4 respondent po zastosowaniu preparatu z grupy 5ARI oczekuje zmniejszenia ryzyka zatrzymania moczu i leczenia operacyjnego. Jednak zdecydowanie najczęściej lekarze oczekują efektów wielopłaszczyznowych – 67,4% wskazań.

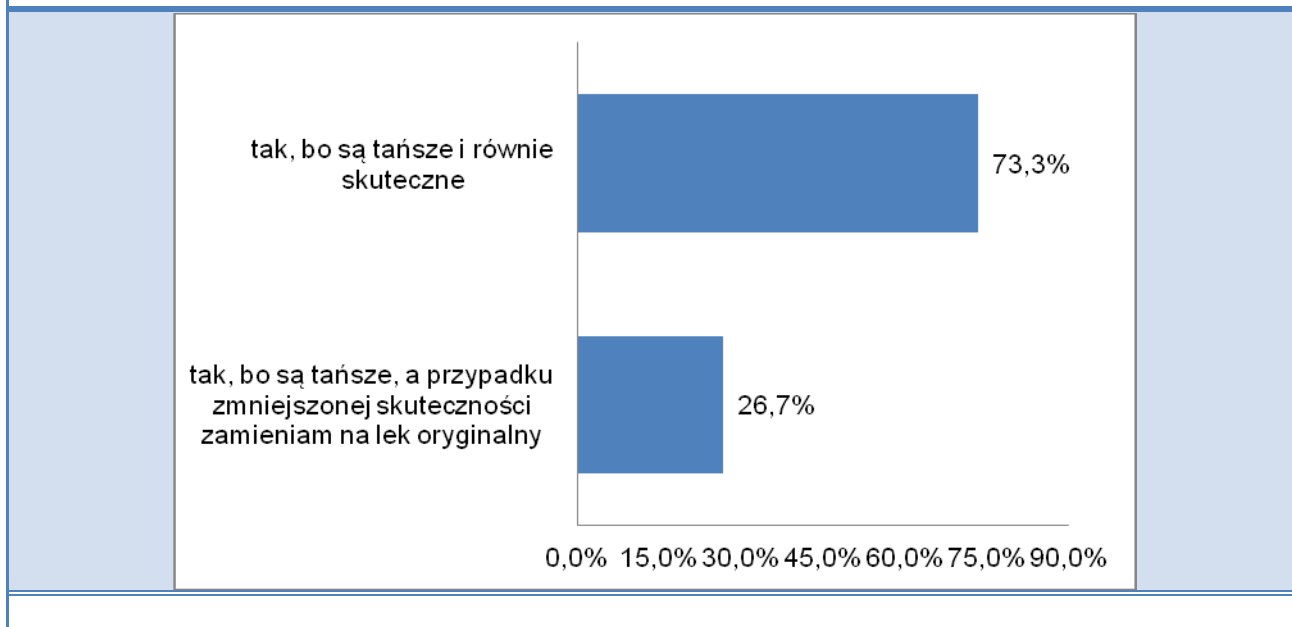
Rysunek 89. Oczekiwania dotyczące stosowania 5ARI



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

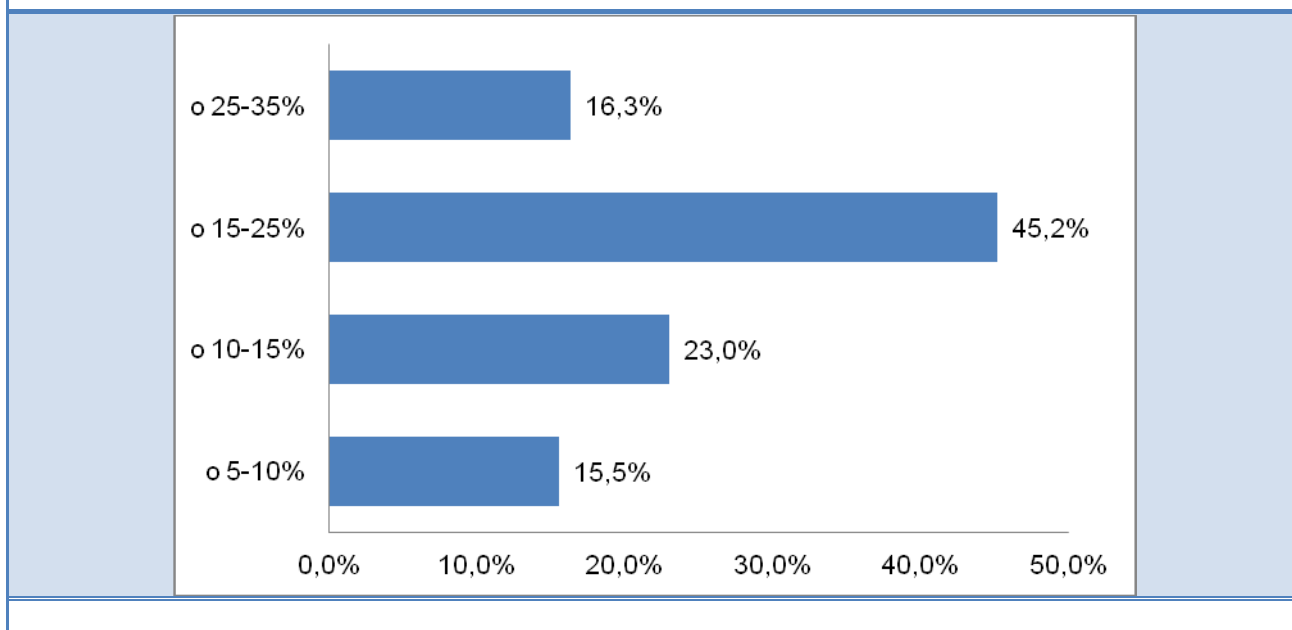
Wszystkie ankietowane osoby zadeklarowały stosowanie generycznych 5ARI. Prawie $\frac{3}{4}$ opiniodawców czyniło to z powodu ich ceny i zarazem porównawczej skuteczności do innych preparatów. Dla pozostałych respondentów, motywacją do stosowania generycznych 5ARI była cena. Lekarze ci w przypadku słabszej skuteczności zamieniają zamiennik na lek oryginalny.

Rysunek 90. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy stosuje Pani/Pan generyczne 5ARI?”



Prawie połowa respondentów, którzy stosują leki z grupy 5ARI, uważa, że powodują one zmniejszenie objętości stercza w granicach 15-25%. Niemal co czwarta osoba zauważa spadek wynoszący od 10% do 15%.

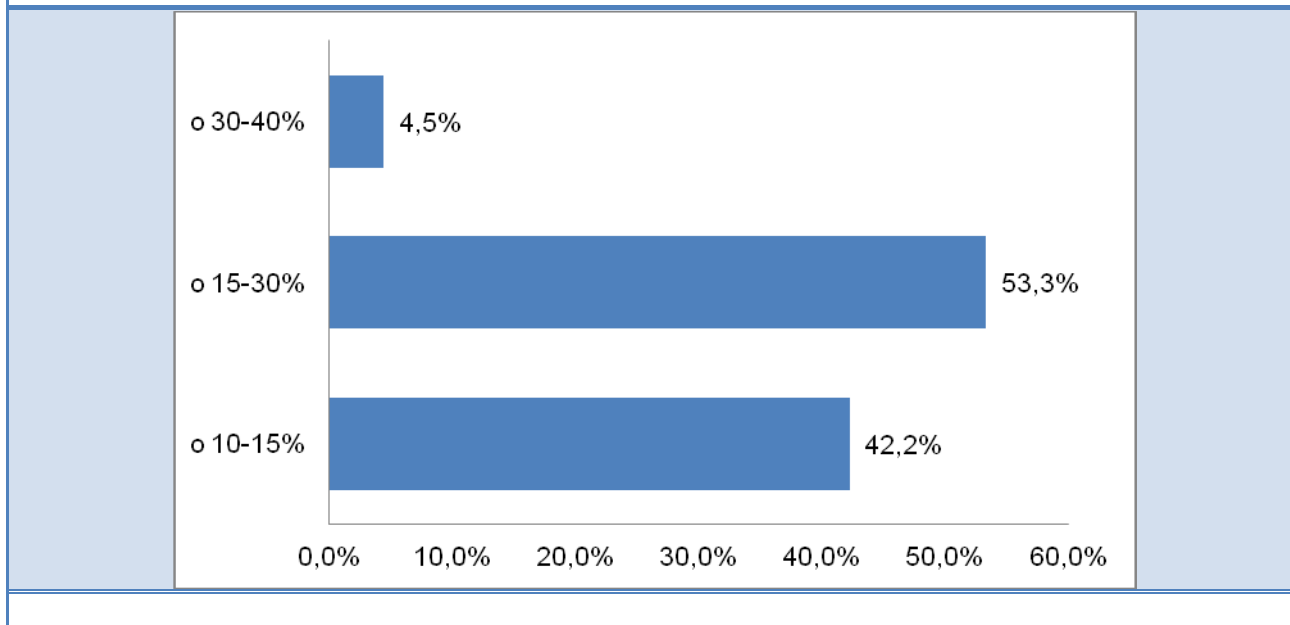
Rysunek 91. Zmniejszanie objętości stercza w przypadku stosowania leków z grupy 5ARI



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

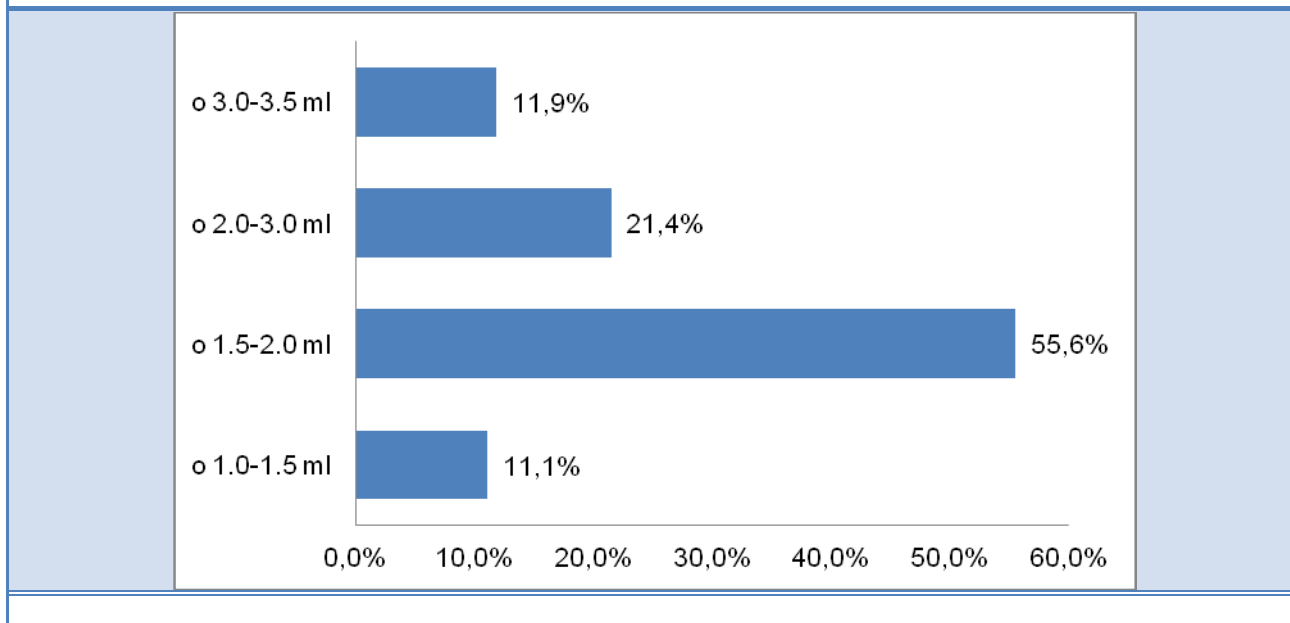
Zdaniem przeważającej części opiniodawców (53,3%) zmniejszenie LUTS (wg skali IPSS) powodowane stosowaniem leków z grupy 5ARI mieści się w przedziale 15-30%. Nieznacznie mniejsza grupa lekarzy szacuje tenże spadek w granicach 10-15%. Na obniżenie LUTS o co najmniej 30% wskazało 4,5% badanych.

Rysunek 92. Zmniejszanie LUTS w skali IPSS w przypadku stosowania leków z grupy 5ARI



W opinii większości lekarzy, bo stanowiącej ponad 55% wszystkich respondentów, stosowanie leków z grupy 5ARI powoduje zwiększenie maksymalnego przepływu cewkowego od 1,5 do 2,0 ml. Ponad co 5 ankietowany twierdzi, iż wzrost przepływu waha się w granicach od 2,0 do 3,0 ml.

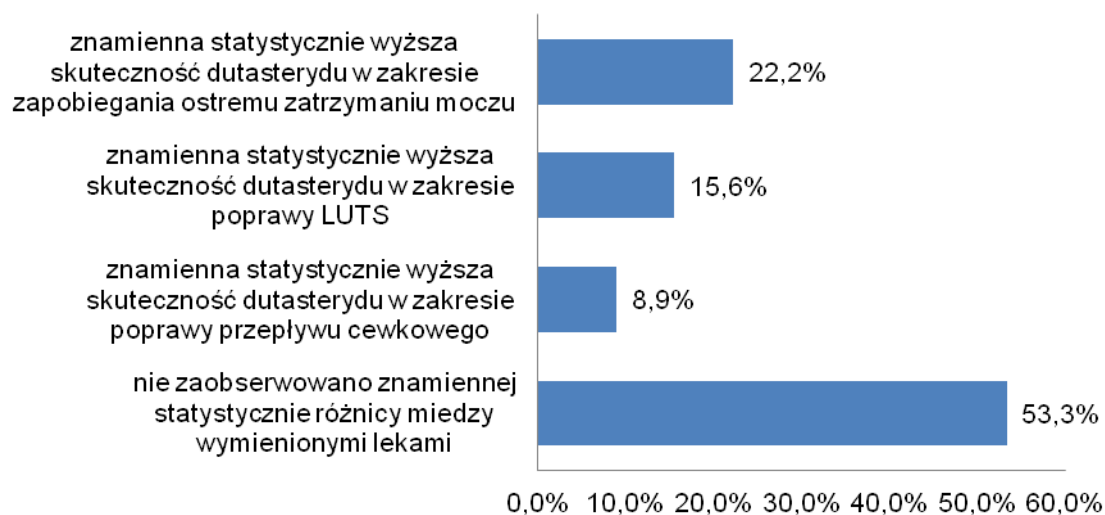
Rysunek 93. Zwiększanie maksymalnego przepływu cewkowego w przypadku stosowania leków z grupy 5ARI



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

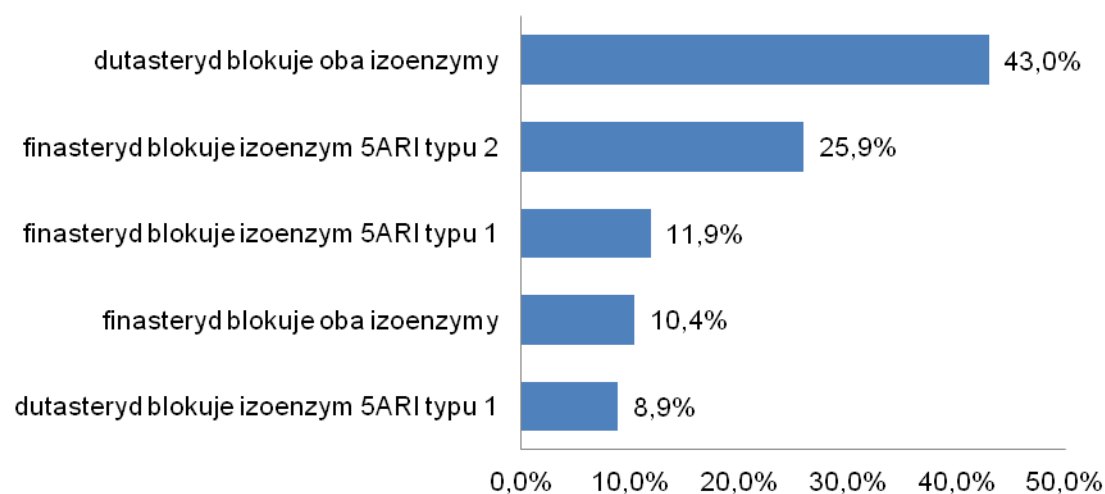
Następnie, ankietowane osoby poproszono o zaznaczenie faktów, jakie zostały stwierdzone w badaniach porównujących finasteryd i dutasteryd. Ponad połowa respondentów wskazała na brak znamiennej statystycznie różnicy pomiędzy tymi dwoma lekami. Na wyższą skuteczność dutasterydu w zakresie zapobiegania ostremu zatrzymaniu moczu, poprawy LUTS oraz zwiększenia przepływu cewkowego wskazało odpowiednio 22,2%, 15,6% oraz 8,9% lekarzy.

Rysunek 94. Stwierdzenia dotyczące badań bezpośrednich porównujących finasteryd i dutasteryd



Włączeni do badania lekarze poproszeni zostali także o wskazanie spośród pięciu stwierdzeń dotyczących izoenzymów, zdania prawdziwego. Warto zauważyć, że odpowiedzi udzielane przez lekarzy w tym obszarze są dosyć mocno zróżnicowane, jednakże najczęściej, bo w 43,0% przypadkach, wskazywano na prawdziwość sformułowania „dutasteryd blokuje oba izoenzymy”. Co 4 respondent przekonany był do prawdziwości stwierdzenia „finasteryd blokuje izoenzym 5ARI typu 2”. Częstości wskazań pozostałych sformułowań oscylują w granicach 10%.

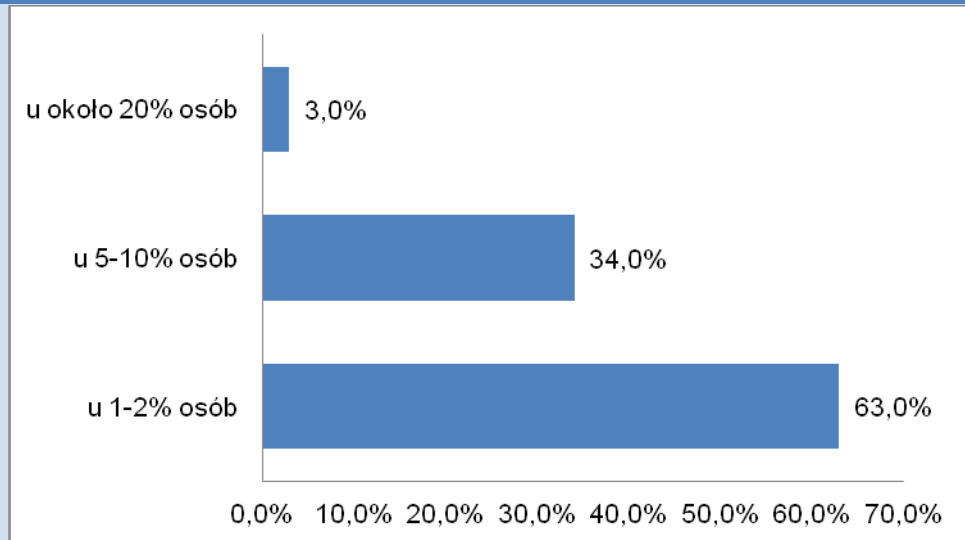
Rysunek 95. Stwierdzenia dotyczące izoenzymów



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Jak wynika z doświadczenia przeważającej części lekarzy (63,0%), ginekomastia po leczeniu 5ARI występuje u 1-2% chorych. Około $\frac{1}{3}$ respondentów napotyka ten problem u 5-10% leczonych pacjentów. Znikomy odsetek lekarzy (3,0%) ginekomastię diagnozuje u około 20% pacjentów przyjmujących 5ARI.

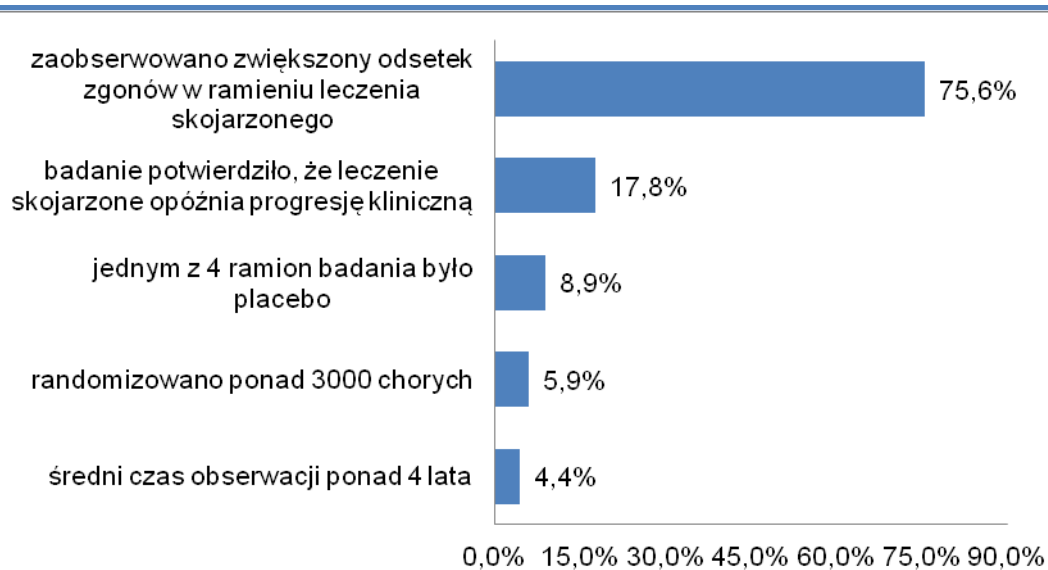
Rysunek 96. Występowanie ginekomastii po leczeniu 5ARI



Leczenie skojarzone

W części ankiety dotyczącej leczenia skojarzonego, lekarze poproszeni zostali o wskazanie stwierdzeń o badaniu MTOPS (Medical Therapy of Prostatic Symptoms), które ich zdaniem są niezgodne z prawdą. Okazało się, że ponad 75% ankietowanych nie zgadza się ze stwierdzeniem, że w badaniu MTOPS dostrzeżono zwiększony odsetek zgonów w ramieniu leczenia skojarzonego. Na nieprawdziwość pozostałych hipotez wskazywano zdecydowanie rzadziej. Szczegółowe dane odnośnie częstości wskazań poszczególnych danych przedstawiono na wykresie.

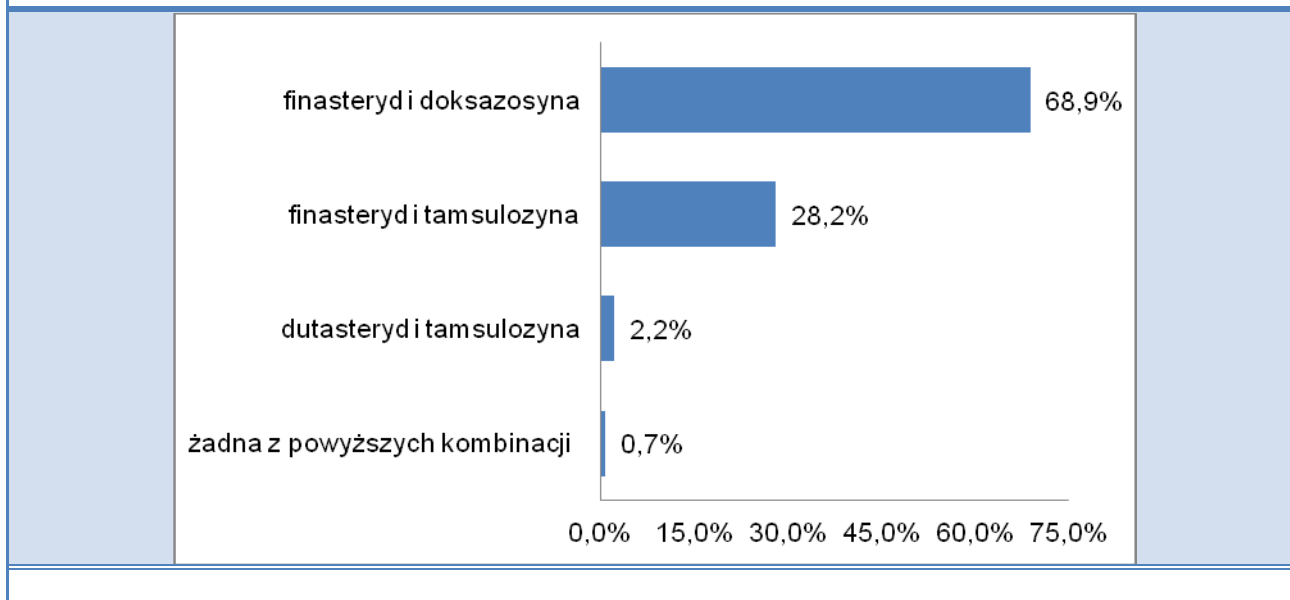
Rysunek 97. Nieprawdziwość (w opinii lekarzy) danych o badaniu MTOPS



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

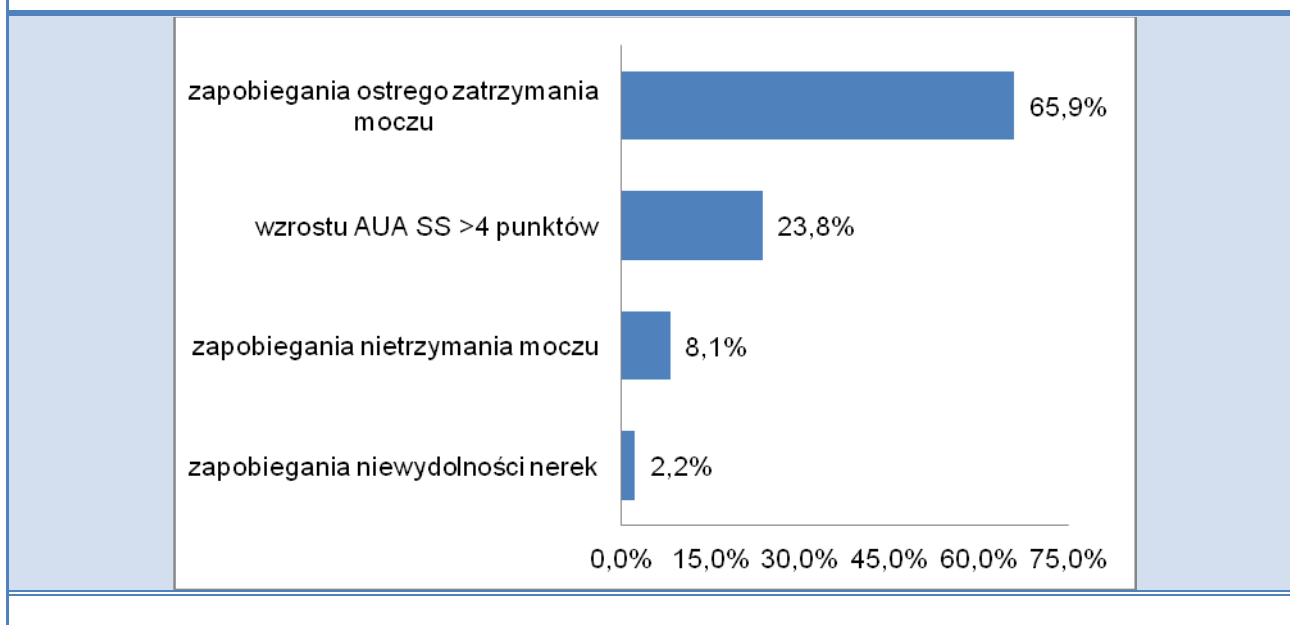
W ramieniu leczenia skojarzonego badania MTOPS, zdaniem większości, a dokładniej ponad 2/3 osób, stosowano finasteryd i doksazosynę. Umiarkowane przekonanie (28,2%) w tej kwestii odnosiło się także do finasterydu i tamsulozyny.

Rysunek 98. Przekonania na temat stosowanych preparatów w ramieniu leczenia skojarzonego badania MTOPS



Zdaniem ankietowanych lekarzy, konstrukcja badania MTOPS spowodowała, że w zapobieganiu progresji klinicznej największe było zwłaszcza w zakresie zapobiegania ostrego zatrzymania moczu. Taką opinię wyraziło bowiem 65,9% respondentów. Na najwyższe przeciwdziałanie progresji klinicznej w obszarze wzrostu AUA SS o więcej niż 4 punkty wskazało 23,8% opiniodawców. Zdecydowanie rzadziej wymieniano zapobieganie nietrzymania moczu (8,1%) oraz zapobieganie niewydolności nerek (2,2%).

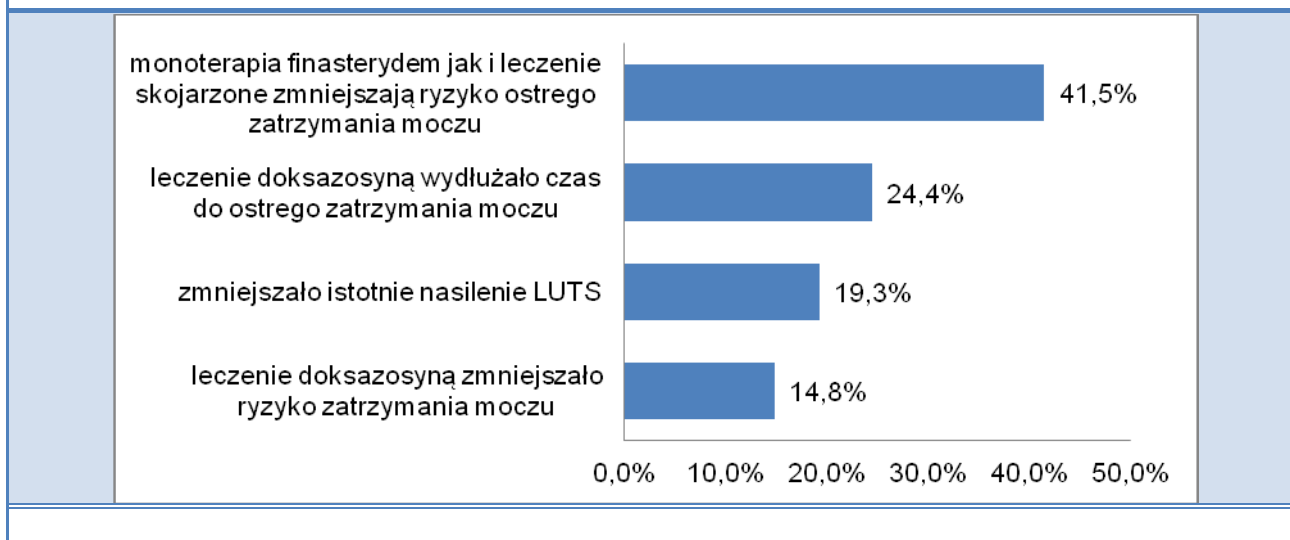
Rysunek 99. Zakres, w którym zapobieganie progresji klinicznej w ramieniu leczeniu skojarzonego było największe



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

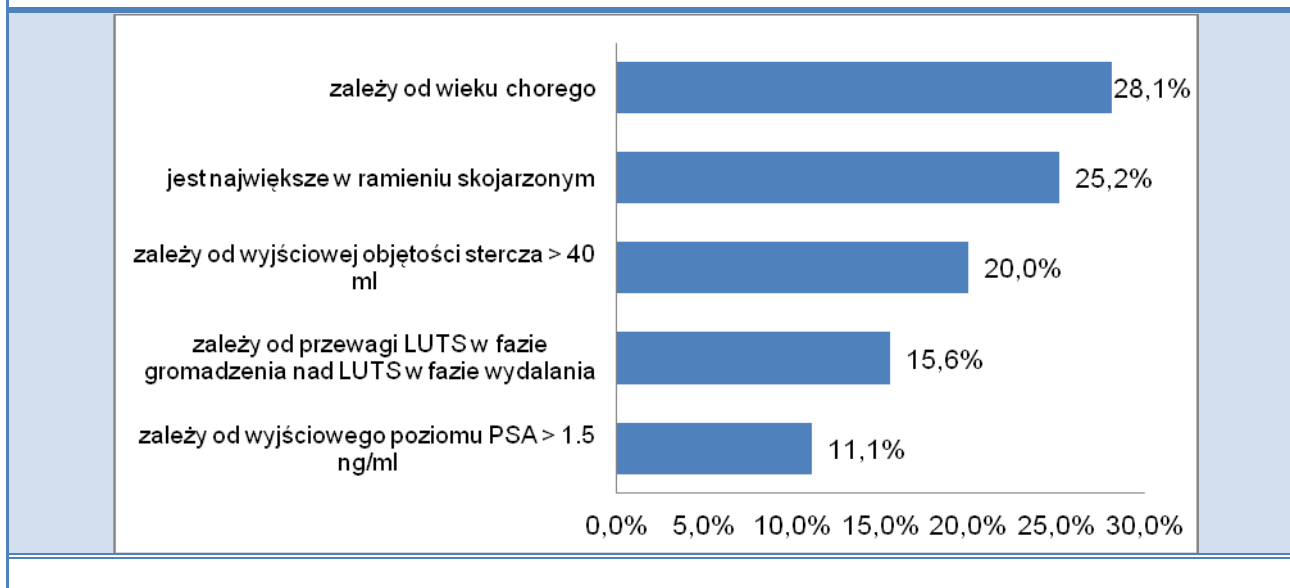
Zdaniem ponad 40% ankietowanych, sformułowanie, że monoterapia finasterydem, jak i leczenie skojarzone zmniejszają ryzyko ostrego zatrzymania moczu, jest nieprawdziwe. Co 4 lekarzowi wątpliwe wydało się twierdzenie o spowodowanym leczeniem doksazosyną wydłużeniu czasu do ostrego zatrzymania moczu. Najbardziej zgodna z prawdą hipotezą uznano zdanie dotyczące zmniejszania ryzyka zatrzymania moczu wskutek leczenia doksazosyną. Jedynie 14,8% osób uważa tę kwestię za nieprawdziwą.

Rysunek 100. Nieprawdziwość (w opinii lekarzy) stwierdzeń w kwestii leczenia skojarzonego BPH w badaniu MTOPS



W przypadku określania nieprawdziwych odpowiedzi odnoszących się do opóźnienia progresji BPH rozumianej jako ryzyko wystąpienia zatrzymania moczu i konieczności leczenia zabiegowego nie wystąpiła dominanta z dużą przewagą – rozkład procentowy dla kolejnych stwierdzeń był zbliżony. Zdaniem respondentów, najmniej słuszne stwierdzenie dotyczyło zależności opóźnienia progresji BPH od wieku chorego, a także, że jest ono największe w ramieniu skojarzonym. Najbardziej wiarygodne sformułowanie nawiązywało do powiązania opóźnienia progresji BPH z wyjściowym poziomem PSA > 1,5 ng/ml. Stwierdzenie to, za niezgodne z prawdą, uznane zostało w 11,1% przypadków.

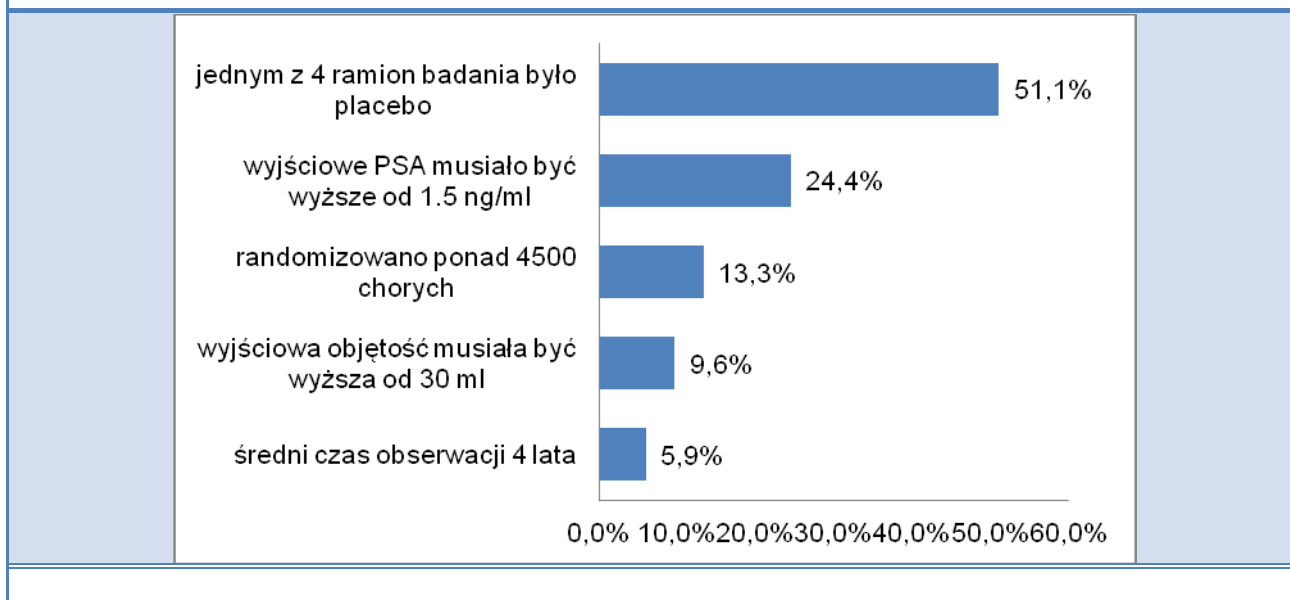
Rysunek 101. Nieprawdziwość (w opinii lekarzy) stwierdzeń w kwestii opóźnienia progresji BPH



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

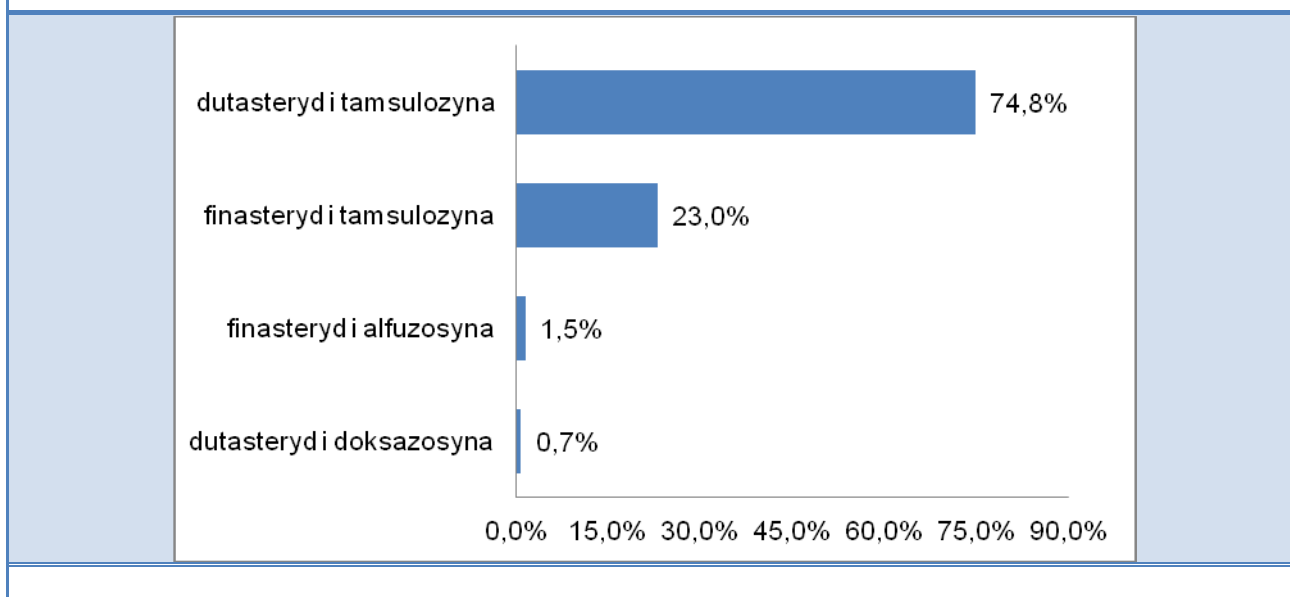
W kolejnym pytaniu opiniodawcy zostali poproszeni o wskazanie, które ze zdań dotyczących badania CombAT jest ich zdaniem niezgodne z prawdą. Ponad połowa respondentów nie była przekonana do prawdziwości stwierdzenia, że jednym z 4 ramion badania CombAT było placebo. Niemal co czwarta osoba nie zgadzała się z tym, że wyjściowe PSA w tym badaniu było wyższe od 1,5 ng/ml. Najmniej wskazań dotyczyło średniego czasu obserwacji, wynoszącego 4 lata.

Rysunek 102. Nieprawdziwość (w opinii lekarzy) danych o badaniu CombAT



Niemal trzech na czterech respondentów było przekonanych, że w przypadku badania CombAT, w ramieniu leczenia skojarzonego, użyto dutasterydu i tamsulozyny. Mniej więcej co czwarty ankietowany uznał, że w sposób skojarzony stosowane były preparaty finasteryd i tamsulozyna. W pojedynczych przypadkach wskazywano na połączenie finasterydu i alfuzosyny oraz dutasterydu i doksazosyny.

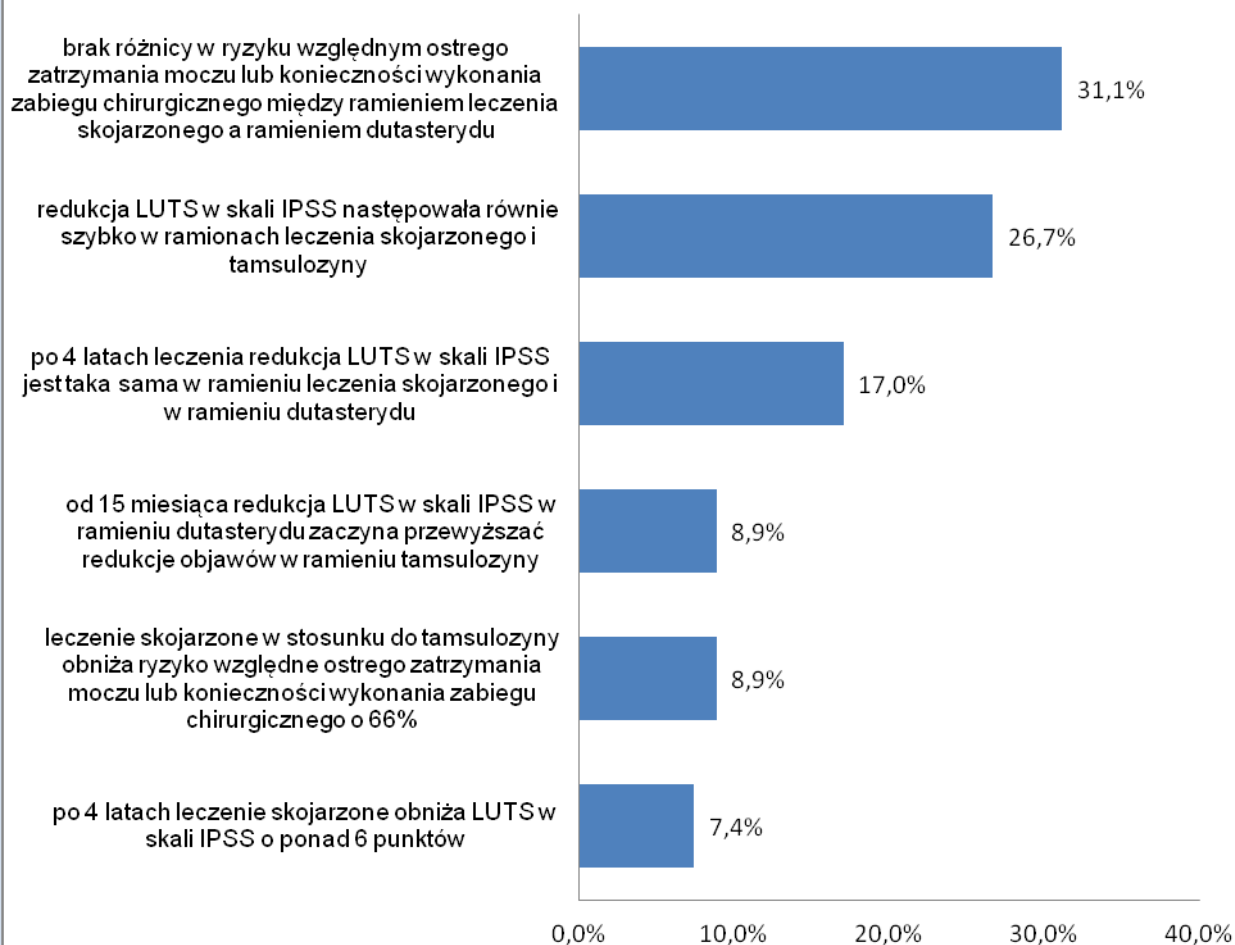
Rysunek 103. Przekonania na temat stosowanych preparatów w badaniu CombAT



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

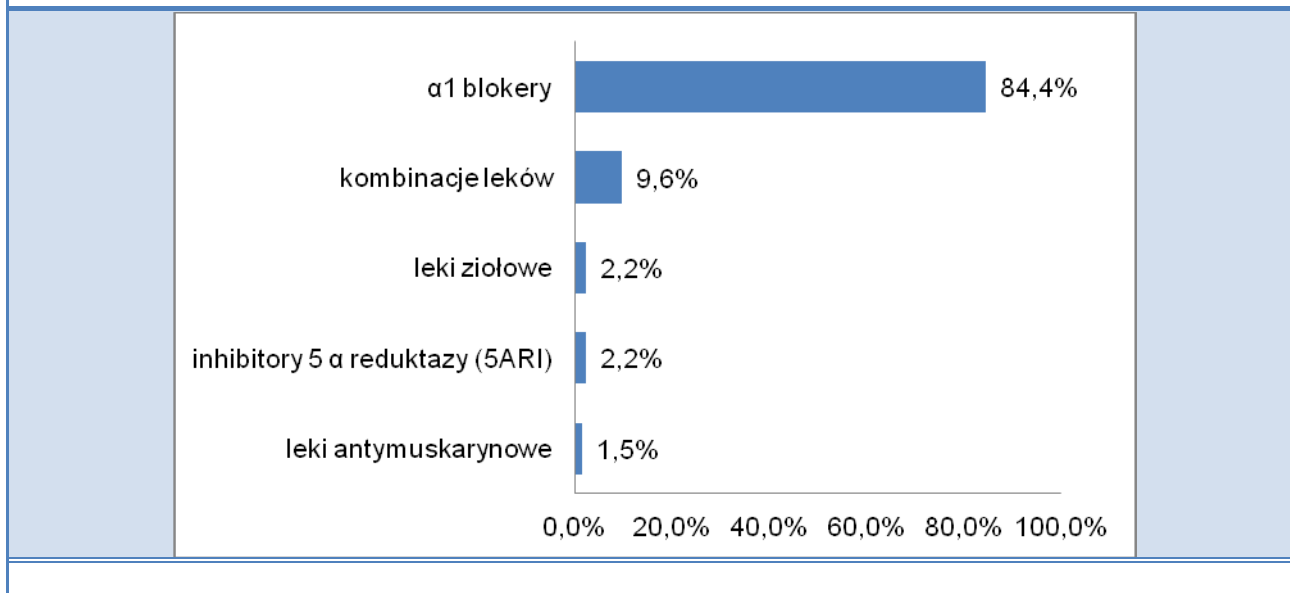
4-letnie wyniki leczenia w badaniu CombAT przyniosły pewne wnioski, których znajomość w środowisku lekarskim także poddano weryfikacji. Respondenci poproszeni zostali o wskazanie tezy nieprawdziwej spośród sześciu twierdzeń dotyczących leczenia mężczyzn ze sterczem > 30 ml i PSA > 1,5ng/ml. Około 3 na 10 badanych nie uznało prawdziwości stwierdzenia mówiącego o braku różnicy w ryzyku względnym ostrego zatrzymania moczu lub konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego między ramieniem leczenia skojarzonego a ramieniem dutasterydu. Znaczna reprezentacja lekarzy, bo stanowiąca 26,7% ogółu, nie zgodziła się z tezą, iż badanie CombAT wykazało, że redukcja LUTS w skali IPSS następowała równie szybko w ramionach leczenia skojarzonego i tamsulozyny. Na nieprawdziwość pozostałych hipotez wskazywano w mniej niż 20% przypadków.

Rysunek 104. Nieprawdziwość stwierdzeń odnoszących się do leczenia mężczyzn ze sterczem > 30 ml i PSA > 1,5 ng/ml



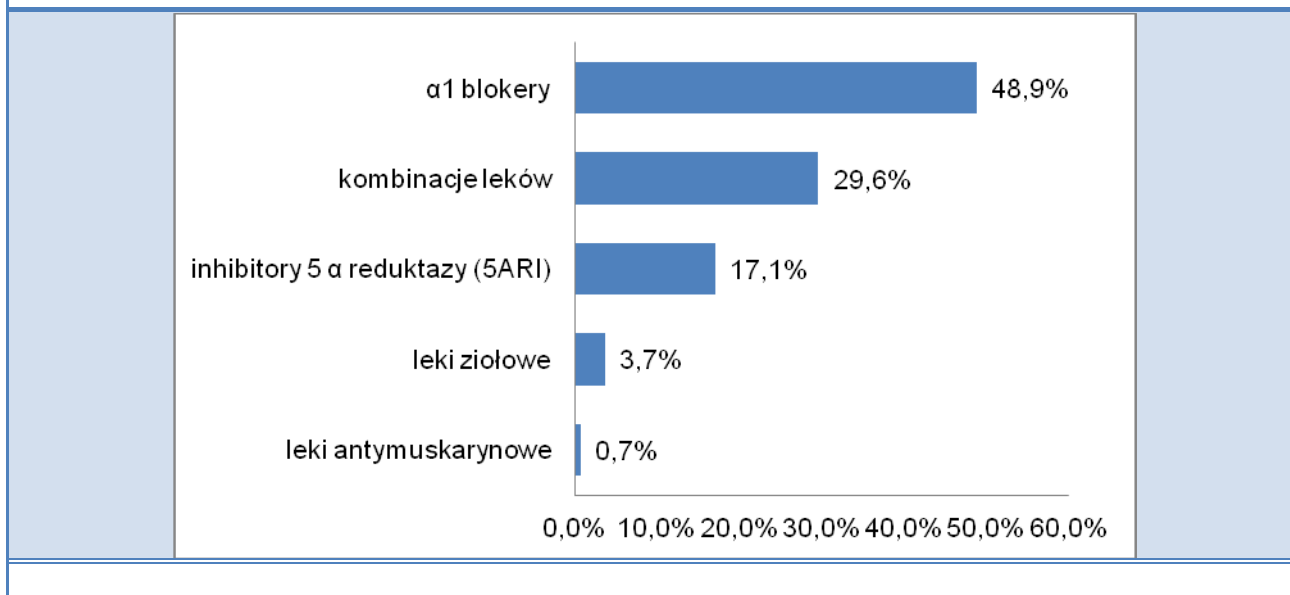
Rozpoczynając terapię, niewątpliwie najczęściej, urolodzy podają chorym ze sterczem < 40 ml i LUTS (od niewielkich do nasilonych) α 1 blokery – czyni tak prawie 85% respondentów. Prawie co dziesiąty opiniodawca stosuje połączenia kilku leków. Pozostałe leki, a dokładniej leki ziołowe, inhibitory 5 α reduktazy i leki antymuskarynowe stosowane są jako leki pierwszego wyboru sporadycznie.

Rysunek 105. Stosowanie leków pierwszego wyboru u chorych ze sterczem < 40 ml i LUTS



U chorych ze sterczem > 40 ml i LUTS pierwszym zlecanym przez doktorów lekiem również najczęściej jest α 1 bloker – takiego wyboru dokonuje blisko połowa ankietowanych. Prawie 30% lekarzy w takich przypadkach stosuje na pierwszym miejscu kombinacje leków. Inhibitory 5 α reduktazy wybierane są przez około 17% respondentów. Najrzadziej lekarze decydują się na stosowanie leków ziołowych oraz leków antymuskarynowych.

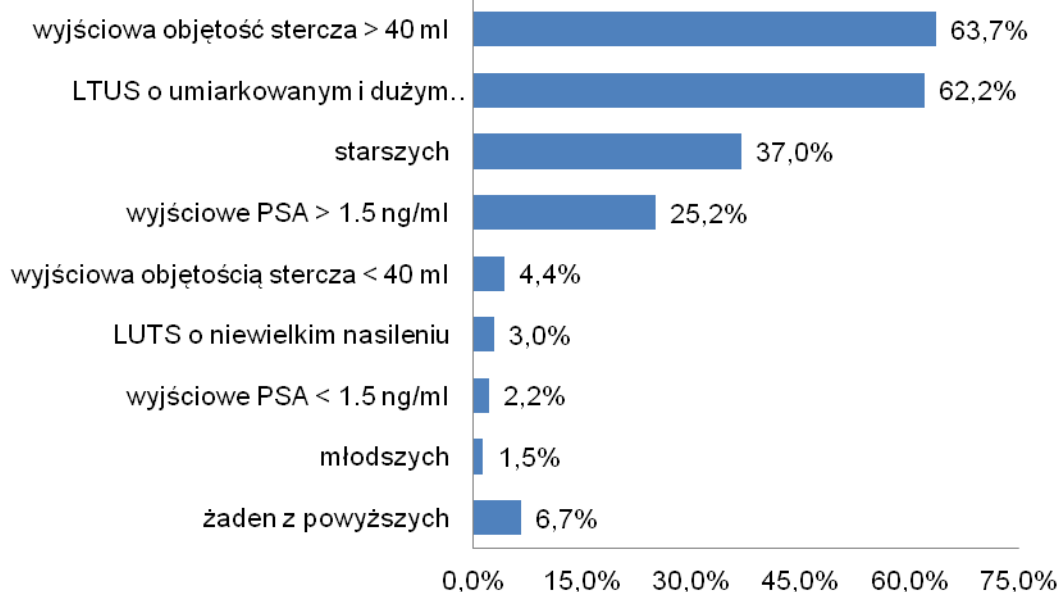
Rysunek 106. Lek pierwszego wyboru u chorych ze sterczem > 40 ml i LUTS



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

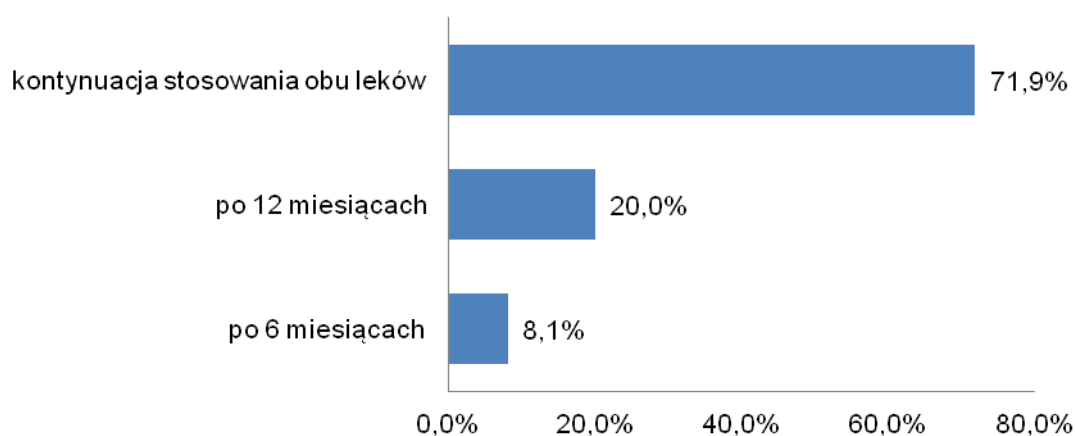
Na stosowanie kombinacji 5ARI i α 1 blokerów zamiast monoterapii 5ARI lekarze najczęściej decydują się w przypadku chorych, u których wyjściowa objętość stercza przekracza 40 ml oraz chorych z LUTS o dużym lub umiarkowanym nasileniu. Na wybór terapii łączonej w obu tych przypadkach decyduje się ponad 60% lekarzy. W badanej grupie urologów istotne czynniki determinujące wybór kombinacji leków stanowią także zaawansowany wiek chorego (37,0% wskazań) oraz wyjściowe PSA powyżej 1,5 ng/ml (25,2% wskazań).

Rysunek 107. Sytuacje, w których lekarze częściej decydują się na kombinację 5ARI i α 1 blokerów w porównaniu z monoterapią 5ARI



Przy stosowaniu kombinacji 5ARI i α 1 blokerów zdecydowana większość, bo aż 71,9% badanych lekarzy, nie przerywa terapii. Co piąty urolog decyduje się na odstawienie α 1 bloкера po roku leczenia. Na odstawienie leku już po 6 miesiącach terapii wskazało 8,1% badanych.

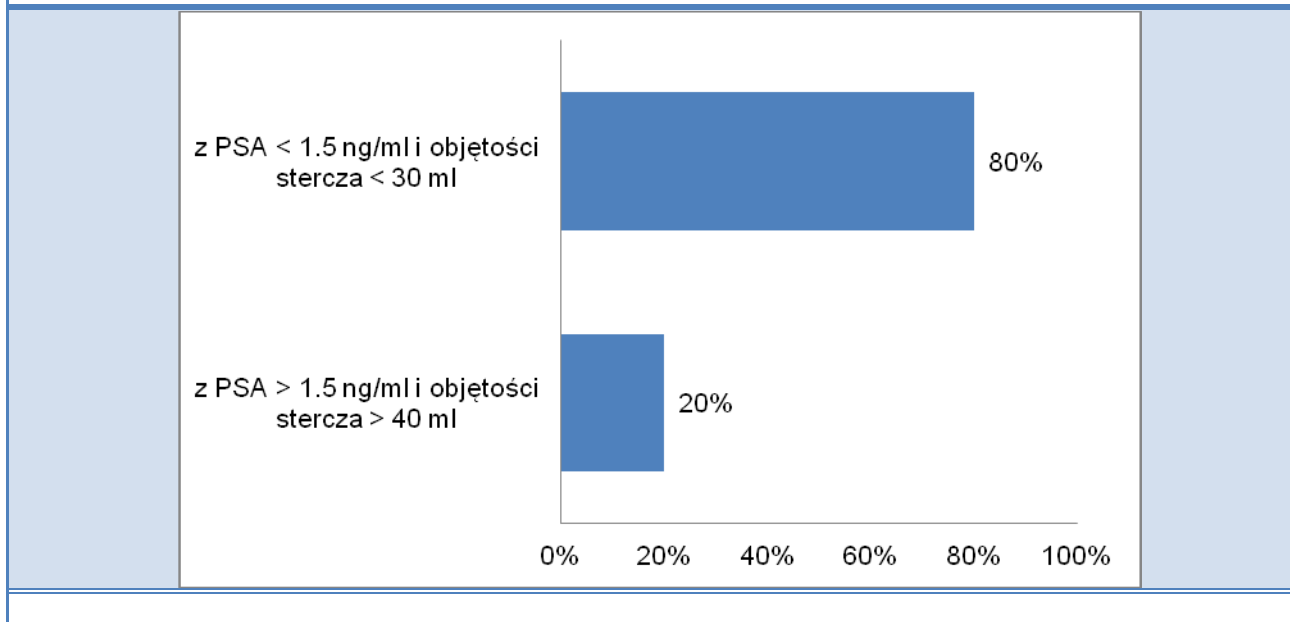
Rysunek 108. Moment odstawienia α 1 bloкера przy kombinacji 5ARI i α 1 blokerów



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

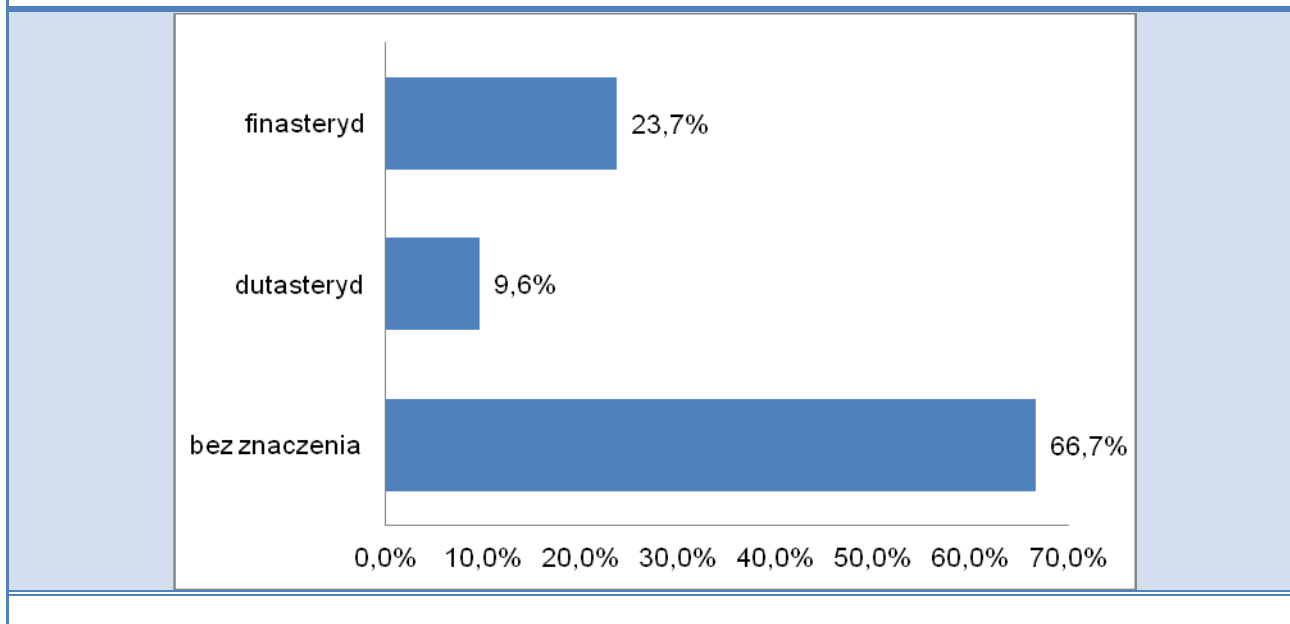
Podczas stosowania kombinacji 5ARI i $\alpha 1$ blokerów, 80,0% lekarzy, łatwiej podjąć decyzję o odstawieniu $\alpha 1$ blokera u chorych z PSA poniżej 1.5 ng/ml i objętości stercza poniżej 30 ml. Pozostali częściej decydują się na ten krok u pacjentów z PSA powyżej 1.5 ng/ml i objętością stercza przekraczającą 40 ml.

Rysunek 109. Sytuacje, w których podczas terapii kombinacją 5ARI oraz $\alpha 1$ blokerami, lekarze częściej decydują się na odstawienie $\alpha 1$ blokerów



Zdecydowana większość, bo aż $\frac{2}{3}$ uczestniczących w badaniu lekarzy, uważa, że rodzaj leku skojarzonego nie ma znaczenia przy podejmowaniu decyzji o wyłączeniu z terapii $\alpha 1$ blokera. Lekarze, dla których kwestia ta ma istotny wpływ na podejmowane decyzje terapeutyczne, częściej decydują się na odstawienie $\alpha 1$ blokera skojarzonego z finasterydem – 23,7% wskazań.

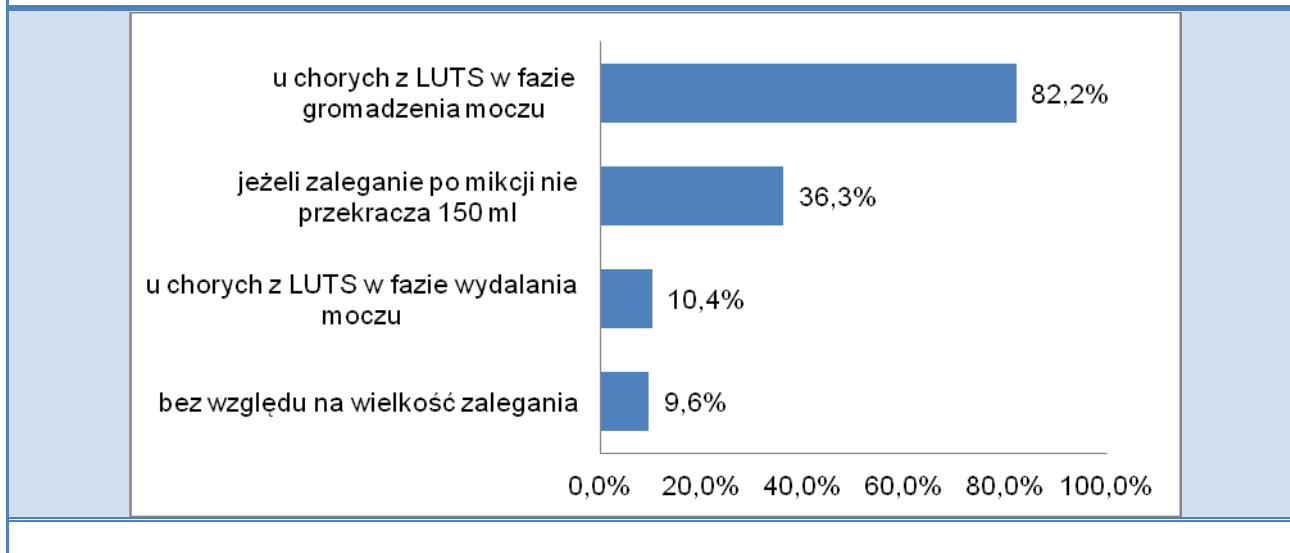
Rysunek 110. Kombinacje leków, przy których częściej $\alpha 1$ bloker jest odstawiany



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

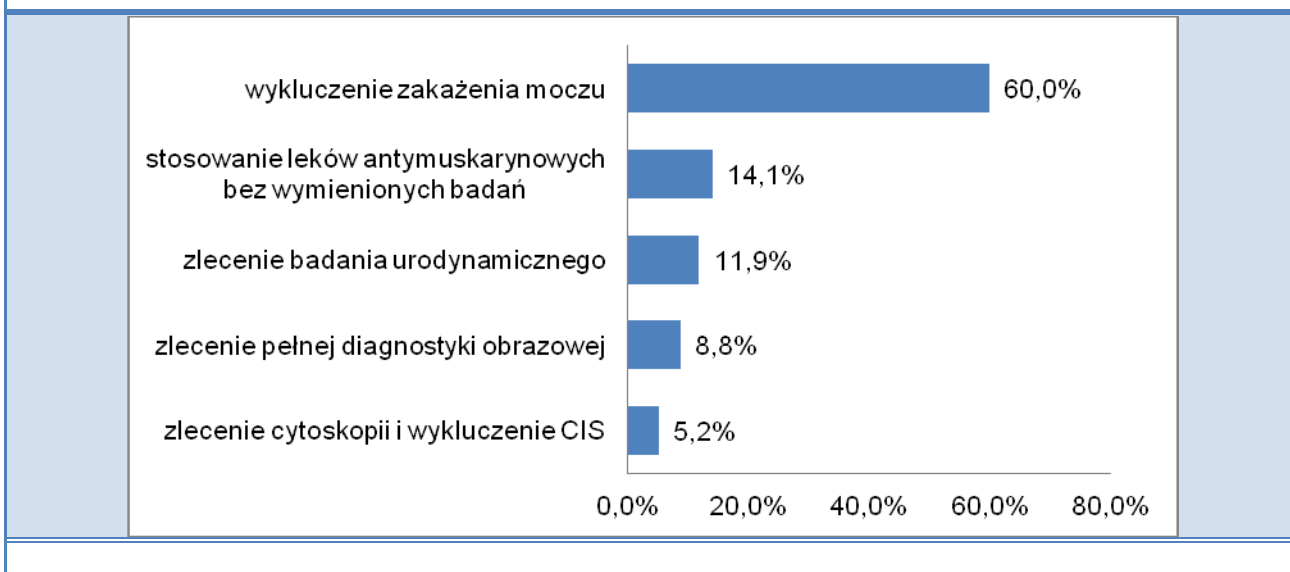
Leki antymuskarynowe najczęściej stosowane są u chorych z LUTS w fazie gromadzenia moczu. U tych pacjentów leki blokujące receptory muskarynowe zalecane są przez ponad 80% lekarzy. Znacznie rzadziej lekarze wybierają te leki w przypadku pacjentów, u których zaleganie po mikcji nie przekracza 150 ml (36,3%). Około 1 na 10 urologów stosowanie blokerów receptorów muskarynowych za zasadne uważa w przypadku chorych z LUTS w fazie wydalania moczu. Podobnej liczności grupa zleca leki z tej grupy bez względu na wielkość zalegania.

Rysunek 111. Sytuacje, w których lekarze decydują się na stosowanie leków antymuskarynowych



Uczestniczący w badaniu lekarze, w przypadku, gdy po leczeniu zabiegowym ustępują LUTS z fazy oddawania moczu, ale utrzymują się lub pojawiają de novo objawy z fazy gromadzenia moczu, najczęściej w pierwszej kolejności wykluczają zakażenie moczu. Na takie postępowanie wskazało aż 60,0% respondentów. Ponad 14% ankietowanych decyduje się w takiej sytuacji na podanie leków antymuskarynowych bez wcześniejszego wykonywania badania urodynamicznego, diagnostyki obrazowej i cytoskopii. Nieznacznie rzadziej, bo w blisko 12% przypadków, lekarze wykonują badanie urodynamiczne.

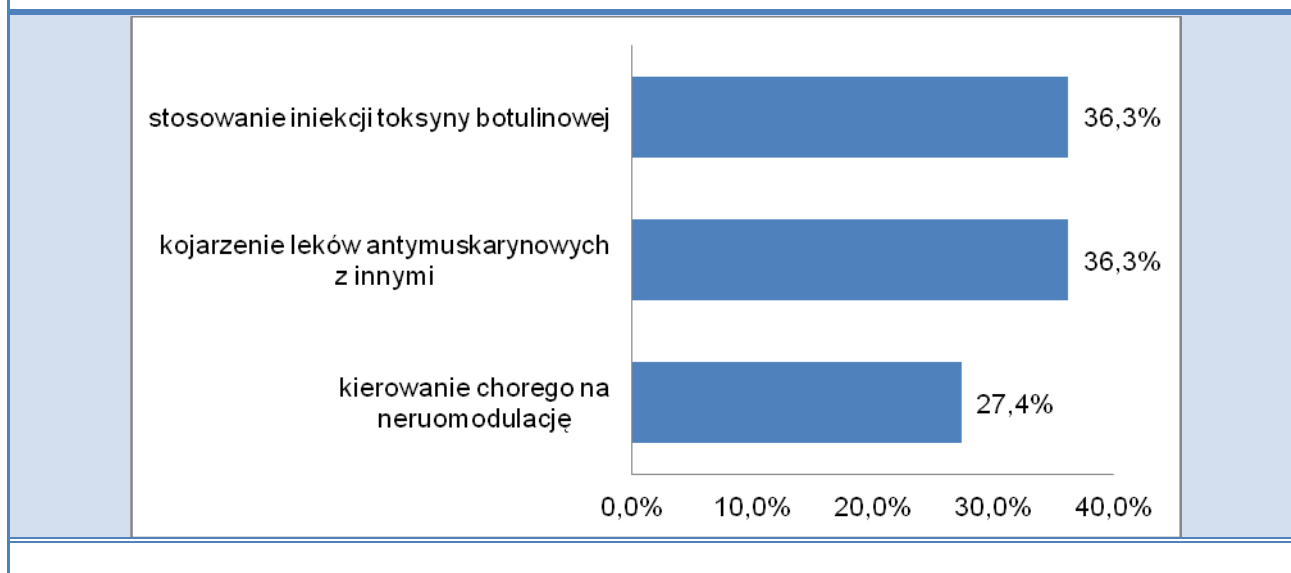
Rysunek 112. Postępowanie lekarzy, gdy po leczeniu zabiegowym ustępują LUTS z fazy oddawania moczu, ale utrzymują się lub pojawiają de novo objawy z fazy gromadzenia moczu



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

W identycznej jak uprzednio przedstawionej sytuacji, gdy utrzymują się objawy LUTS w fazie gromadzenia moczu pomimo stosowania leków antymuskarynowych, 36,3% respondentów kojarzy leki antymuskarynowe z innymi lub stosuje iniekcje toksyny botulinowej. Nieznacznie rzadziej urolodzy decydują się na skierowanie chorego na neruomodulację. Taki krok podejmuje ponad 27% uczestników badania.

Rysunek 113. Postępowanie lekarzy, gdy po leczeniu zabiegowym ustępują LUTS z fazy oddawania moczu, ale utrzymują się lub pojawiają de novo objawy z fazy gromadzenia moczu i utrzymują się pomimo podania leków antymuskarynowych



Lekarze, którzy w opisanej sytuacji decydują się na zastosowanie terapii skojarzonej, najczęściej łącznie z lekami antymuskarynowymi podają chorym α blokery. Zestawienie leków stosowanych w terapii łączonej wraz z częstością wskazań przedstawiono w tabeli.

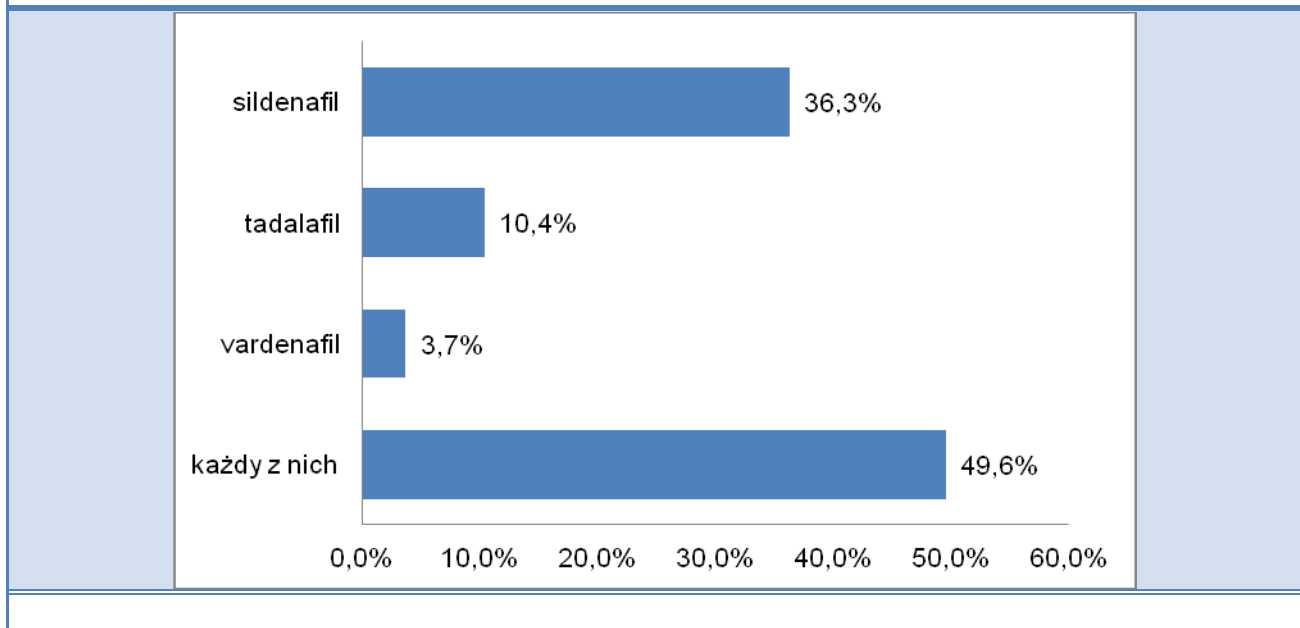
Tabela 5. Preparaty kojarzone z lekami antymuskarynowymi

Nazwa leku	Częstość wskazań	Nazwa leku	Częstość wskazań
α bloker	34,7%	diclofenac	2,0%
terazosyna	18,4%	rozkurczowe	2,0%
tamsulosin	10,2%	chemioterapeutyki	2,0%
doxazosyna	8,2%	cipronex500	2,0%
przeciwzapalne	6,1%	elektrostymulacja	2,0%
antybiotyki	4,1%	fokusin	2,0%
olterodyna	4,1%	PDE5	2,0%
solifenacyna	4,1%	alfuzosyna	2,0%
ziołoterapia	4,1%	leki odkażające mocz	2,0%

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Według blisko połowy lekarzy, zgodnie z ostatnimi badaniami u chorych z zaburzeniami erekcji i LUTS leczonym kombinacją $\alpha 1$ blokerów i 5ARI, $\alpha 1$ bloker można zastąpić dowolnym z trzech wyszczególnionych w ankiecie inhibitorów diesterazy typu 5 – sildenafilem, tadalafilem lub vardenafilem. Stosunkowo często, bo w ponad $\frac{1}{3}$ przypadków, jako jedyny dopuszczalny lek zastępczy lekarze wymieniali sildenafil.

Rysunek 114. Możliwy zastępnik $\alpha 1$ bloкера w leczeniu kombinacją 5ARI i $\alpha 1$ blokerami



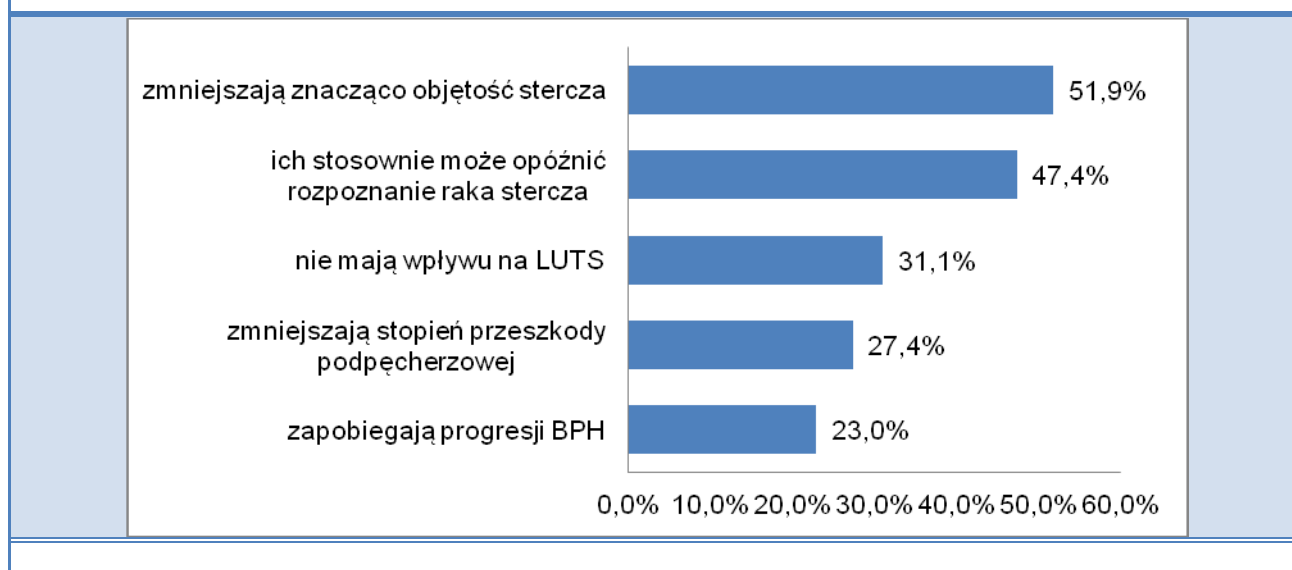
Uczestniczącym w badaniu lekarzom przedstawiono pięć potencjalnych przyczyn, z powodu których w Guidelines EAU stwierdza się, że niemożliwe jest ustalenie żadnych rekomendacji dotyczących stosowania preparatów ziołowych. Respondenci poproszeni zostali o wskazanie tej z nich, która w ich opinii jest niewłaściwa. Jako odpowiedź niezgodną z prawdą lekarze najczęściej, bo w ponad 45,2% przypadków, wskazywali brak poprawnie przeprowadzonych badań klinicznych. Ponad dwukrotnie rzadziej jako przyczynę nieprawdziwą typowano brak potwierdzenia proponowanych mechanizmów działania w praktyce klinicznej. Najbardziej wiarygodnym uzasadnieniem niemożności wydania rekomendacji w badanej grupie lekarzy okazało się być inne stężenie substancji czynnych przygotowanych z tych samych ziół przez różnych producentów.

Rysunek 115. Czynniki nie stanowiące podstawy, na jakiej w Guidelines EAU stwierdza się, że nie można ustalić żadnych rekomendacji odnośnie stosowania preparatów ziołowych



Respondentów poproszono także o wskazania nieprawidłowego stwierdzenia na temat badań nad preparatami ziołowymi. W przekonaniu nieco ponad połowy badanych fałszywym jest sformułowanie, że badania nad preparatami ziołowymi nie potwierdziły znacznego zmniejszenia objętości stercza. Odpowiedzi takiej udzieliło 51,9% respondentów. Nieco mniejsza grupa, bo stanowiąca 47,4% ankietowanych, twierdzi, iż błędną jest opinia, jakoby nie potwierdzono działania preparatów ziołowych w opóźnieniu rozpoznania raka stercza. Prawie co trzeci badany uważa, że potwierdzono brak wpływu preparatów ziołowych na LUTS. Przekonanych o udowodnionym korzystnym działaniu ziół na stopień przeszkody podstępcherzowej oraz progresję BPH jest odpowiednio 27,4% oraz 23,0% lekarzy.

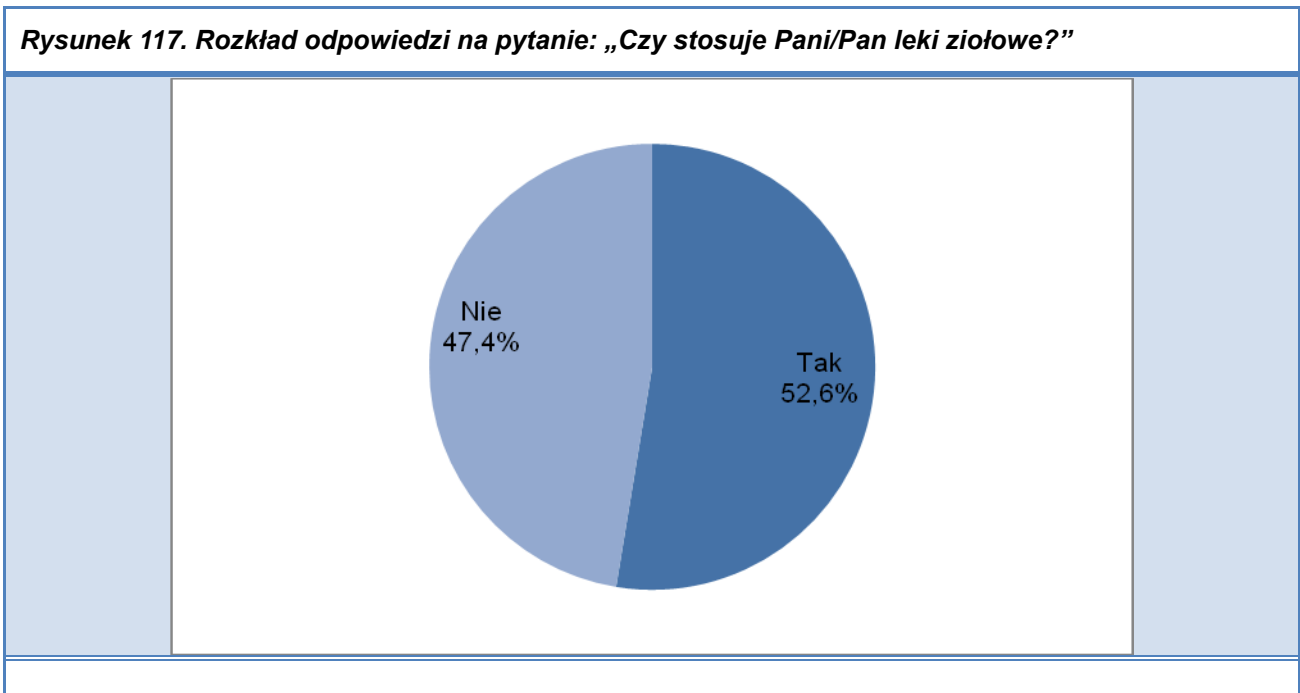
Rysunek 116. „Badania nad preparatami ziołowymi nie potwierdziły, że...” – stwierdzenia nieprawdziwe



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Na zakończenie III części badania lekarzom zadano pytanie o stosowanie leków ziołowych. Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 52,6% ankietowanych medyków. Najczęściej stosowane są one przez nich w leczeniu wczesnych stadiów choroby, w wybranych przypadkach oraz jako forma leczenia uzupełniającego.

47,4% lekarzy, którzy nie zlecają pacjentom fito farmaceutyków, do najczęstszych powodów ich niestosowania zalicza: brak wyraźnej poprawy po zastosowaniu leku, koszty leczenia oraz brak rekomendacji Guidelines EAU.



Wnioski i rekomendacje uczestników badania

Wyrażna większość uczestniczących w badaniu lekarzy wyraziła pozytywną opinię na temat zrealizowanego przedsięwzięcia. Do mocnych stron badania zaliczano m.in. wysoki poziom merytoryczny, ciekawy temat badania, możliwość oceny posiadanej wiedzy oraz możliwość weryfikacji słuszności podejmowanych decyzji terapeutycznych oraz wygodną i łatwo dostępną formę elektroniczną ankiety. Swoje zadowolenie i korzyści z udziału w badaniu lekarze ujęli m.in. w następujących słowach:

- „Po raz pierwszy uczestniczę w tej formie badania i oceniam ją bardzo pozytywnie. Konstrukcja całego projektu badania jest przejrzysta i jasna, chociaż na początku trzeba opanować umiejętność logowania się do systemu. Prace nad badaniem można wykonywać w dowolnym czasie, co jest dużym plusem. Ciekawy jest też sam temat poruszanych zagadnień, często zmuszający do lektury piśmiennictwa, ale jednocześnie wytyczający kierunek i zwracający uwagę na ważne tematy, które często przy przeglądaniu literatury medycznej pozostająby niezauważone. Badanie takie może być forum przekazywania informacji medycznych systematyzujących naszą wiedzę i pomagających w codziennej pracy, która jest coraz trudniejsza w związku z lawinowo narastającą biurokracją służby zdrowia. Mam coraz mniej czasu albo wcale na szkolenia, przegląd piśmiennictwa i samokształcenie, które jest nieodłączną częścią mojego zawodu. Temat badania popularny, potrzebny, ważny, ciekawie przedstawiony, w dużym stopniu pogłębiający moją wiedzę praktyczną.”
- „Badanie jest przydatne. Pozwala w nawale pracy zatrzymać się nad problemami leczenia BPH, OAB, LUTS. Zmusza do myślenia. Edukuje lekarzy.”,
- „Powyższy raport uzmysłowił mi powierzchowną wiedzę na temat badań typu MTOPS i podobnych. Zwrócił moją uwagę na aspekty decyzji terapeutycznych.”,
- „W moim odczuciu program poruszał wiele ciekawych zagadnień, rzadko na ogół rozpatrywanych w tego typu opracowaniach. Uczestnictwo w powyższym programie pozwoliło spojrzeć retrospektywnie na moje nawyki terapeutyczne, co może przyczynić się do lepszego leczenia pacjentów.”,
- „Tematy poruszone w badaniu są bardzo przydatne dla codziennej pracy szczególnie ambulatoryjnej, często rutynowe stosowanie leków przyczynia się, że zapominamy o innych preparatach. Część pytań zobowiązywała do przypomnienia wiedzy medycznej. W niektórych pytaniach trudno było wybrać jedną odpowiedź. Uważam za przydatny i praktyczny ten sposób przeprowadzenia badania.”.

Spora część lekarzy zgłosiła także sugestie oraz krytyczne uwagi dotyczące badania. Dotyczyły one przede wszystkim zbyt dużej obszerności ankiety, zarówno pod względem merytorycznym, jak i czasowym. Wśród wypowiedzi respondentów pojawiły się m.in. następujące komentarze: „Badanie obszerne, niepotrzebne wskazywanie leków, zbyt dużo szczegółowych nieistotnych pytań”, „Projekt badawczy jest za bardzo rozciągnięty w czasie, zajmuje bardzo dużo czasu. Niektóre pytania są tendencyjne.” czy też „Badanie bardzo potrzebne pomagające przypomnieć posiadaną wiedzę i rozszerzyć ją. Miejscami wydaje się bardzo szczegółowe i może zbyt rozbudowane.”.

Część lekarzy zwróciła także uwagę na niejednoznaczność niektórych ujętych w kwestionariuszu pytań oraz zbyt ograniczenie w wyborze odpowiedzi. Jako przykład wskazano m.in. punkt 34 z części IV badania, w którym to lekarz winien był wskazać firmę medyczną, której przedstawiciel złożył w ciągu ostatnich 3 miesięcy wizytę w jego gabinecie. Jak słusznie zauważył jeden z respondentów w pytaniach tego typu powinna być możliwość wskazania kilku odpowiedzi, gdyż „wiadomym jest, że tych firm zgłasza się co najmniej kilka”.

Kilku respondentów dostrzegło pojawiający się w ankiecie błąd merytoryczny, a mianowicie zaliczenie leku Urorec do leków antymuskarynowych.

Część lekarzy w raporcie końcowym z badania poruszyło kwestię słabej kondycji polskiej służby zdrowia. Specjaliści podkreślali, iż wytyczne EAU są bardzo przydatne, jednak nie zawsze istnieje możliwość Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

ich zastosowania w polskich warunkach. Wśród wypowiedzi respondentów pojawiły się m.in. takie spostrzeżenia:

- „Na podstawie przeprowadzonego badania stwierdzam, że polskie realia diagnostyki i leczenia BPH znacząco odbiegają od standardów EAU. Głównie wynika to z ograniczeń narzucanych przez instytucje kontroli wydatków na służbę zdrowia (NFZ). Niemniej znajomość tych wytycznych pozwala na właściwe dostosowanie leczenia do posiadanych narzędzi.”,
- „Badanie potwierdziło moje obawy, że ze względu na koszty musimy ograniczać możliwości nowoczesnego diagnozowania i leczenia pacjentów.”.

Uczestniczący w badaniu lekarze-urolodzy dostrzegają potrzebę kontynuacji i rozszerzenia zakresu tematycznego tego typu przedsięwzięć. Propozycje kontynuacji i rozszerzenia podjętej inicjatywy ujęto m.in. w następujących słowach:

- „Program uważam za wartościowy, godny kontynuacji, proponuję badania dotyczące innych schorzeń urologicznych - rak stercza.”,
- „Mam nadzieje, że takie akcje będą kontynuowane, bowiem z jednej strony dają Państwu informacje, których potrzebujecie, z drugiej zaś dają możliwość nam sprawdzenia swojej wiedzy i porównania się z innymi lekarzami.”,
- „Wytyczne EAU są podstawowym źródłem wiedzy dla każdego praktykującego urologa. Coroczne aktualizacje wytycznych oparte są na wynikach najnowszych badań, które nierzadko w sposób istotny zmieniają nasze dotychczasowe postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne. Przeprowadzony projekt badawczy pt. "Praktyka diagnostyki i leczenia LUTS/BPH w Polsce vs wytyczne EAU" stanowił bardzo cenne narzędzie do oceny stanu wiedzy i stosowania się do zaleceń w nich zawartych. Powyższą inicjatywę należy szczególnie pochwalić, ze względu na poruszaną tematykę, ponieważ dolegliwości z dolnych dróg moczowych stanowią duży problem społeczny. Uważam, że podobne programy są godne kontynuowania w przyszłości, ponieważ zwracają uwagę na ważne pod względem epidemiologicznym zagadnienia, dają możliwość sprawdzenia swego stanu wiedzy oraz mobilizują do ciągłego samokształcenia.”.

Podsumowanie

Prof. Andrzej Borkowski, dr Tomasz Borkowski, Klinika urologii WUM
Prof. Piotr Chłosta, Klinika Urologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Komentarz do Ankiety na temat wpływu wytycznych EAU (EAU Guidelines) na codzienną praktykę w poradniach urologicznych w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn

Część I . Uczestnicy badania a Guidelines EAU

Na ankietę odpowiedziało 134 urologów, co stanowi około 15% (a może nawet 20%) wszystkich urologów praktykujących w poradniach urologicznych i gabinetach prywatnych. Ponad 83% z nich to lekarze medycyny, około 16 % posiada tytuł dr nauk medycznych, 63% z nich pracuje ponad 10 lat od czasu uzyskania specjalizacji z urologii, a więc mamy do czynienia z grupą doświadczonych specjalistów ($\frac{3}{4}$ udziela ponad 20 porad dziennie), pracujących z przeciętnymi chorymi urologicznymi (64.4% lekarzy pracuje w mieście powiatowym). 76.3% z nich pracuje w gabinetach prywatnych, 64.4% w przychodniach przy oddziałach urologii, 57% ambulatorium publicznej służby zdrowia a 20% w gabinetach sieci medycznych (Luxmed, Medicover, etc.), co świadczy, że większość z nich pracuje w więcej niż jednym miejscu. Dla 50.4% z nich jest to jedyne miejsce pracy, 49.6% łączy pracę w poradni z pracą na oddziale urologicznym. Fakt, że ponad $\frac{3}{4}$ urologów pracuje w gabinetach prywatnych, świadczy o burzliwym rozwoju tej części rynku medycznego po transformacji ustrojowej.

Ponad 70% lekarzy prenumeruje więcej niż 2 czasopisma urologiczne, ponad 95 % uczestniczy w zebraniach i kongresach naukowych przynajmniej 1 x w roku (ponad 20% w co najmniej 4), a prawie 50% co najmniej 1 x w roku uczestniczy w zjazdach międzynarodowych. Dla przeważającej grupy źródłem poszerzania i uaktualniania wiedzy są czasopisma urologiczne (43%) oraz kongresy i zjazdy (40.7%), znacznie rzadziej podręczniki i książki (16.3%). Aż 97% respondentów należy do Polskiego Towarzystwa Urologicznego (PTU), prawie 70% uważa za korzystne organizowanie dorocznych kongresów, 30% uważa, że kongresy organizowane są za często (95% postęp urologii nie wymaga spotkań co rok, 73% zbyt wysokie koszty, prawie 30% zakłócenie obowiązków zawodowych)

78.5% praktykuje w gabinetach zabiegowych (w 40% z nich wykonywane są cystoskopie), tylko 21.5% w gabinetach wyłącznie konsultacyjnych. Prawie wszystkie gabinety wyposażone są w aparat usg i uroflowmetr, 65.4% lekarzy wydaje opis badania usg choremu, dla 28.6% służy on tylko do wstępnej oceny. 60-75% gabinetów ma możliwość wykonywania badań dodatkowych (badania histologiczne, PSA, badania bakteriologiczne, urografia, badania izotopowe, scintigrafia, NMR i CT) w ramach NFZ, dodatkowo około 20 – 35% poza NFZ. Ale aż 68.9% urologów deklaruje, iż nie wykonuje badań refundowanych przez NFZ, gdyż gabinet byłby wówczas deficytowy.

40% ankietowanych należy do European Association of Urology (EAU). 72.2 % członków EAU otrzymuje co roku nowe wydanie Guidelines (61% na kongresie, 37% przesyłką), ale prawie 30 % otrzymuje Guidelines sporadycznie lub nie otrzymuje ich wcale. Ankieta nie wyjaśnia czy przyczyny leżą po stronie EAU, czy członków, ani dlaczego brak jest interwencji z ich strony. Aż 80% urologów nie będących członkami EAU korzysta z Guidelines za pośrednictwem członków EAU, lub z wersji elektronicznej. 42% respondentów posługuje się nimi systematycznie, 50% od czasu do czasu, 7.4% uważa, że są one nieużyteczne w polskich warunkach. Najczęściej używana jest wersja internetowa (39%) i książkowa (38.1%), rzadziej wydanie kieszonkowe (27.1%) a najrzadziej wersja CD (12.7%). Polskie wydanie Guidelines dotyczące raka stercza jest używane częściej (60%) niż wersja oryginalna angielska, i ponad 75% respondentów chciałoby tłumaczenia innych rozdziałów najchętniej co roku (42.7%). Prawie wszyscy biorący udział w ankiecie stosują się do zaleceń Guidelines (46.6% zawsze, 52.6% wybiórczo), najczęściej korzystają z rozdziałów dotyczących raka stercza (57%) i BPH (14.8%). 88.9% urologów uważa, że Guidelines zawierają wszystkie konieczne informacje, 11.1% chciałoby aby objęły one wszystkie jednostki

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

chorobowe. 45.9% respondentów uważa że Guidelines celowo pomijają pewne fragmenty wiedzy bo taka jest ich rola, 16.3% uważa, że to jest błąd, ale 37.8% uważa, że nie trzeba uzupełniać wiedzy innymi publikacjami. Ponad 90% respondentów uważa wydawanie Guidelines za bardzo potrzebne. Bardzo ciekawa ewolucja poglądów nastąpiła w kwestii odpowiedzialności prawnej. Przed laty, kiedy rozpoczęto wydawanie Guidelines znaczna część środowiska urologicznego obawiała się iż mogą one być używane przeciwko lekarzom dla udowodnienia błędu w sztuce. Wdaje się że ten okres mamy już za sobą. Obecnie 65.2% nie obawia się następstw prawnych, gdyż nastąpiło zrozumienie faktu, że są one jedynie zaleceniami a nie nakazami, 11.1% uważa, że zawsze potrafi udowodnić z czego wynikało nie stosowanie się do Guidelines a tylko 23.7% obawia się w dalszym ciągu następstw prawnych.

Część II. LUTS i pęcherz nadreaktywny u mężczyzn

Tą część ankiety poprzedzono krótkim tekstem wyjaśniającym ewolucję poglądów od BPH poprzez LUTS related do BPH aż do męskich LUTS z włączeniem BPH. Wszyscy uczestnicy ankiety odpowiedzieli, że informacje w nim zawarte są logiczne i zrozumiałe, a 94 % lekarzy uważa że zmiany te pomagają im w ustaleniu rozpoznania i wyborze leczenia, a prawie 90% z nich konsultuje ponad 10 chorych z LUTS w ciągu tygodnia. Najczęstszym powodem dla którego zgłaszają się chorzy z „prostata” (można było podać więcej niż 1 powodu) są LUTS 86.77% (znacznie częściej niż w Europejskim badaniu Triumph) rzadziej obawa przed rakiem stercza (60%), zalecenie od lekarza pierwszego kontaktu (50.4%), namowa żony lub przyjaciół (38.5%), przypadkowo wykonane PSA (33.3%). Ponad 80% chorych zgłaszających się na pierwszą wizytę nie ma określonego stężenia PSA i ultrasonograficznego badania dróg moczowych. Jeżeli chory leczony uprzednio przez urologa jest przez niego skierowany po tzw. „second opinion”, 78.5 % respondentów nie zmienia zaleconego uprzednio leczenia, chociaż uczestniczący w badaniu urolodzy bardzo rzadko proszą o konsultacje innych urologów (<20%). Natomiast kiedy do gabinetu trafia samoistnie chory leczony uprzednio co najmniej przez 6 miesięcy, przez innego urologa, sposób leczenia ulega zmianie w ponad 90% przypadków co świadczy o tym iż respondenci uznali uprzednie leczenie za nieskuteczne (skoro chory zmienił lekarza).

U chorych zgłaszających się na poradę z powodu LUTS 62.2% to chorzy z dolegliwościami z fazy gromadzenia moczu, 33.3% z fazy opróżniania pęcherza a tylko 4.5 % z fazy pomikcyjnej. Zdaniem ankietowanych, za najbardziej dokuczliwy objaw polscy chorzy uznają nykturię(88.1%), parcie na mocz (66.4%), sączenie kroplami po mikcji powodujące moczenie bielizny (15.6%). Odpowiedzi te świadczą o pewnej polskiej specyfice, w podobnych badaniach europejskich na plan pierwszy wysuwają się parcia naglące, o wiele częściej zgłaszane są także objawy z fazy postmikcyjnej, zwłaszcza moczenie bielizny. W ocenie 50% urologów polskich odsetek chorych szukających porady z powodu LUTS wynosi 57% w ocenie pozostałych znacznie mniej(w innych badaniach europejskich poniżej 25%), a główną przyczyną (aż w 67.4% przypadków) jest przekonanie iż są to naturalne problemy związane ze starzeniem się, i obawa przed rozpoznaniem nowotworu (8.1% - również przyczyna niedoceniana w Polsce).

Jeżeli chory z LUTS zgłasza się bez żadnych badań a badanie per rectum nie nasuwa podejrzenia raka stercza 60.7% urologów zleca określenie stężenia PSA, tylko 28.1% usg dróg moczowych, a 5.9% wypełnienie kwestionariusza IPSS. Dominuje przekonanie iż kwestionariusz IPSS zabiera zbyt wiele czasu w stosunku do jego znaczenia w podejmowaniu decyzji. Dane te są rozbieżne z deklarowanym na wstępie zrozumieniem ewolucji poglądów na temat męskich LUTS.

67% ankietowanych uważa że o istnieniu przeszkody podpęcherzowej, świadczy maksymalny przepływ poniżej 10 ml//sek. 71% ocenia wielkość stercza na podstawie usg, 30 % na podstawie badania per rectum. Tylko 9.6% urologów uważa, że wielkość stercza nie ma znaczenia dla podejmowanych decyzji terapeutycznych u chorych z LUTS. 40% respondentów nie zleca prowadzenia dzienniczka mikcji, 46% jedynie u chorych z dolegliwościami w fazie gromadzenia moczu.

Aby stwierdzić zależność przeszkody podpęcherzowej od BPH, ponad połowa lekarzy wykonuje badanie ultrasonograficzne oraz uroflowmetrię, 16.3 % wskazuje na konieczność wykluczenia przeszkody na poziomie cewki, ale co jest zadziwiające, aż 21% wskazuje na potrzebę pełnego badania urodynamicznego. W opinii respondentów czynnikami wskazującymi na istnienie przeszkody podpęcherzowej w badaniu usg są głównie: grubość ściany pęcherza (71.1%), uchyłki (67.4%), poszerzenie górnych dróg moczowych(59.3%), Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

kamica pęcherza (56%) i dopiero na piątym miejscu zaleganie po mikcji > 150 ml. Aż 42% urologów uważa ciągle że wielkość stercza wskazuje na przeszkodę podpęcherzową. Znowu dane rozbieżne z deklarowanym na wstępie zrozumieniem tekstu wstępnego.

Prawie 70% urologów jest przekonanych, że aby rozpoznać nadreaktywność pęcherza trzeba aby współistniały: dominacja LUTS w fazie gromadzenia z dominującymi objawami parć naglących, wykluczenia innych przyczyn mogących wywoływać LUTS w fazie gromadzenia oraz przekonywujące badanie urodynamiczne. Od 5- 15% uważa że wystarczy tylko jeden z powyższych czynników.

Co bardzo rozsądne tylko 10% urologów rozpoczyna farmakoterapię przy małym lub miernym nasileniu LUTS, a prawie 90% przy stwierdzeniu LUTS o dużym nasileniu z przewagą objawów w fazie wydalania. W przypadku przeszkody podpęcherzowej 50% urologów decyduje się na próbę farmakoterapii, a 50% na natychmiastowe leczenie zabiegowe.

W przypadku podejrzenia nowotworu stercza w badaniu per rectum aż 14.2% urologów nie wykonuje biopsji stercza przy nie podwyższonym poziomie PSA co stoi w sprzeczności z Guidelines. Prawie 70% wykonuje TRUS i biopsje własnoręcznie, 20 % zleca to badania wyspecjalizowanej pracowni urologicznej a 10% ultrasonograficznej.

80% urologów poprzedza leczenie zabiegowe farmakoterapią, co jest zgodne z faktem, że co 4 lekarz decyduje się od razu na leczenie zabiegowe w przypadku niewydolności nerek (21%), kamicy pęcherza (17.8%), niepoddającemu się leczeniu zakażeniu moczu, przy ostrym zatrzymaniu moczu czy bardzo dużej objętości stercza. Techniki zabiegowe, które obecnie nie powinny być już stosowane to zdaniem respondentów rozszerzanie balonem (77%), stenty cewkowe (53.3%), termoterapia(43%). Aż 80% respondentów uważa, że techniki małoinwazyjne są mniej skuteczne od technik operacyjnych, a około 60% uważa także, że są mniej skuteczne od farmakoterapii. Prawie 60% urologów preferuje resekcję przezcewkową, prawie 40% techniki laserowe, tylko 3% widzi ciągle miejsce dla operacji otwartych, co jest zgodne z tendencjami światowymi. Na wybór techniki operacyjnej ma wpływ objętość gruczolaka (65.9%), stan chorego (23.7%) a także przekonanie o odmiennej skuteczności (10.4%).

Praktyka kliniczna a wytyczne EAU (EAU Guidelines)

Zasadniczym celem badania była ocena czy polscy urolodzy stosują wytyczne opracowane przez Europejskie Towarzystwo Urologiczne, zawarte w EAU Guidelines. Pytania zostały tak skonstruowane by ocenić codzienną praktykę dotyczącą diagnostyki oraz leczenia chorych z LUTS.

W części dotyczącej diagnostyki mężczyzn z objawami z dolnych dróg moczowych prawie wszyscy lekarze (97%) dostrzegają znaczenie przeprowadzonego z chorym wywiadu oraz zleconych badań dodatkowych w ustaleniu, czy LUTS związane są z fazą gromadzenia moczu, fazą wydalania moczu, czy fazą pomikcyjną, czy też ewentualnie dotyczą wszystkich trzech grup objawów.

Zastanawiającym jest jednak fakt nie stosowania kwestionariusza punktowej oceny objawów IPSS w codziennej praktyce. Blisko 45% urologów wykorzystuje to narzędzie tylko w wyjątkowych sytuacjach, gdyż w ich opinii wypełnianie ankiety jest zbyt czasochłonne. Pozostaje to w sprzeczności z wytycznymi zawartymi w EAU Guidelines. Podobna sytuacja dotyczy stosowania dzienniczka mikcji, który według EAU Guidelines powinien być stosowany u chorych z nocturią i/lub polyurią w celu wykluczenia/potwierdzenia nocnej polyurii. 40% respondentów nie używa tego narzędzia prawie nigdy, a około 6% korzysta z dzienniczka u każdego chorego.

W dalszej części badania, uczestnicy zostali poproszeni o wskazanie maksymalnego przepływu cewkowego przemawiającego za przeszkodą podpęcherzową. Prawie 36% lekarzy nie wskazała wartości <10ml/sek. Ponadto, niepokojącym jest fakt, że 22% urologów powiększenie stercza traktuje jako wskazanie do leczenia, i aż 42% respondentów wiąże wielkość gruczołu krokowego z występowaniem przeszkody podpęcherzowej. Ponadto 21,5% urologów wskazała na konieczność wykonania badania urodynamicznego w celu stwierdzenia zależności przeszkody podpęcherzowej od BPH, a kolejne 16% proponowała wykluczenie przeszkody na wysokości cewki moczowej. Powyższe odpowiedzi są rozbieżne z wytycznymi zaprezentowanymi w EAU Guidelines.

Jednak prawie 70% urologów prawidłowo uważa za niezbędne do rozpoznania nadaktywności pęcherza moczowego, obecność LUTS w fazie gromadzenia moczu z dominacją parć naglących oraz Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

wykluczenia innych schorzeń mogących być przyczyną objawów.

W diagnostyce nieprawidłowości stercza stwierdzonych w badaniu per rectum, 85% urologów właściwie kieruje chorego na przezodbytnicze badanie ultrasonograficzne wraz z biopsją stercza. Jednak niepokojącym jest fakt, że w przypadku, gdy badanie per rectum nasuwa podejrzenie nowotworu 14,2% lekarzy wysłała chorego na badanie TRUS z biopsją stercza jedynie przy podwyższonym poziomie PSA. Pozostaje to w sprzeczności z wytycznymi zawartymi w EAU Guidelines.

Część III. Farmakoterapia LUTS i pęcherza nadreaktywnego

Zlecając leczenie farmakologiczne ponad 65% urologów tłumaczy chorym że ma to służyć zapobieganiu lub opóźnieniu leczenia zabiegowego, a tylko 31.9% ma na celu walkę z LUTS. Ponad 90% urologów informuje chorego o możliwych objawach ubocznych, działaniu leku i czasie leczenia. Jedynie 2% urologów zleca leki oryginalne pozostali zapisują leki generyczne lub pozostawiają decyzję choremu.

$\alpha 1$ blokery – prawie 90% respondentów zleca tamsulosynę, drugim zlecanym lekiem jest doksazosyna (11.1%), inne stanowią mniej niż 1% zleceń. Zlecenie konkretnego $\alpha 1$ blokeru w 68 % podyktowane jest przekonaniem o jego skuteczności, a w 25 % o bezpieczeństwie jego stosowania. 75% urologów oczekuje poprawy LUTS, 51% poprawy przepływu cewkowego, ale aż 23 % oczekuje zmniejszenia ryzyka leczenia operacyjnego i zmniejszenia objętości stercza (3%). Aż 25 % respondentów oczekuje zmniejszenia wielkości stercza, jeżeli $\alpha 1$ blokery są stosowane powyżej 12 miesięcy. Świadczy to o niepełnej wiedzy na temat mechanizmu działania. Zjawisko równoważności biologicznej jest ważne dla 60% respondentów bez znaczenia dla pozostałych. Objawy uboczne stosowania $\alpha 1$ blokerów są dość dobrze rozpoznane; 87% stawia na pierwszym miejscu hypotonię ortostatyczną, 80% zawroty głowy, 63.7% wytrysk wsteczny a 26.7 % anejakulację. Co bardzo ciekawe, mimo iż urolodzy wiedzą iż objawy uboczne zależą między innymi od substancji chemicznej (lek uroselektywny lub nieuroselektywny) oraz od profilu farmakokinetycznego leku oraz że uznają za najbardziej bezpieczne $\alpha 1$ blokery: tamsulosynę i alfuzosynę (ponad 60%) to ta ostatnia zapisywana jest u mniej niż 1% chorych.

Niestety pokutuje ciągle utrwalone przed laty przekonanie iż u chorego z BPH i nadciśnieniem leczeniem pierwszego rzutu są $\alpha 1$ blokery, gdyż działają na obie patologie (48.9%). O tym, że leczenie nadciśnienia należy pozostawić hipertensjologom, a BPH urologom oraz że $\alpha 1$ blokery nie są lekami pierwszego wyboru w leczeniu nadciśnienia wie tylko 35.6% i 15.5% respondentów mimo wielu sympozjów poświęconych temu tematowi oraz opublikowaniu przez zespół ekspertów PTU i Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego wytycznych na ten temat.

63% urologów stosuje monoterapię $\alpha 1$ blokerami jako leczenie pierwszego rzutu u każdego chorego z LUTS, oraz ponad 30 % u chorych ze sterczem < 30 ml.

5 ARI- 100% respondentów stosuje leki generyczne (26.7% zmienia je na leki oryginalne, jeżeli są mało skuteczne). Dobrze znany jest efekt działania, o tym iż należy oczekiwać zmniejszenia wielkości stercza, ryzyka zatrzymania moczu i konieczności leczenia operacyjnego, poprawy przepływu cewkowego i LUTS wiedzą wszyscy. Przeważająca część respondentów podaje prawidłowo iż stercz zmniejszy się o 15-25% (45.2%), LUTS o 15—30% (53.3%) a przepływ zwiększy o 1.5 – 2 ml/sek (55.6%). 53.3% urologów odpowiedziało iż nie widzi znamiennej różnicy w działaniu finasterydu lub dutasterydu, ale ciągle zbyt wielu z nich wierzy, że dutasteryd jest bardziej skuteczny w zapobieganiu zatrzymania moczu(22%), w zakresie poprawy LUTS (15.5%) oraz w zakresie poprawy przepływu cewkowego (8.9%). Ponad 60% respondentów odpowiedziało prawidłowo, że ginekomastia występuje jedynie u 1-2% chorych leczonych 5 ARI.

Leczenie skojarzone: Mimo niezliczonych publikacji i wystąpień na zjazdach i sympozjach wiedza o największych prospektywnych, randomizowanych doświadczeniach klinicznych na temat LUTS i BPH jakimi były badanie MTOPS i CombAT jest bardzo słaba.

Badanie MTOPS: Prawdziwe wiadomości na temat badania podaje tylko niewiele osób: że leczenie skojarzone opóźnia progresję kliniczną (17.8%), że w jednym z ramion stosowane było placebo (8.9%), że randomizowano ponad 3000 chorych (5.9%), że średni czas obserwacji wynosił 4 lata (4.4%), natomiast w nieprawdziwe stwierdzenie iż zaobserwowano większy odsetek zgonów w ramieniu leczenia skojarzonego wierzy aż 75%. Tylko niecałe 70% respondentów podaje prawidłowo iż w badaniu stosowano finasteryd i Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

doksazosynę. To, że zapobieganie progresji klinicznej było największe w zakresie wzrostu AUA SS > 4 punktów wiedziało tylko 23.8% respondentów. To, że leczenie skojarzone zmniejsza ryzyko ostrego zatrzymania moczu wiedziało tylko 41.5% respondentów. To, że opóźnienie progresji BPH zależy od wyjściowego stężenia PSA > 1.5 ng/ml i objętości stercza > 40 ml wiedziało odpowiednio tylko 11.1% i 20% respondentów.

Badanie CombAT: Nieprawidłowe odpowiedzi na temat konstrukcji badania : że w jednym z ramion próby podawano placebo (51%), że w badaniu nie stosowano dutasterydu i tamsulosyny (ponad 25%) . Jeszcze gorzej wpadły odpowiedzi na temat wyników badania. Na 6 twierdzeń dotyczących wyników leczenia, prawidłowe odpowiedzi na poszczególne pytania uzyskano tylko od 6-31.1 % respondentów.

O ile u chorych ze sterczem < 40 ml i LUTS około 85% respondentów rozpoczyna prawidłowo leczenie od α 1 blokera, to już u chorych z objętością stercza > 40 ml i LUTS tylko około 30% myśli o leczeniu skojarzonym, a 17 procent o ARI. Postawieni między koniecznością wyboru między leczeniem skojarzonym a samym ARI ponad 60% wybiera leczenie skojarzone u chorych ze stercze powyżej 40 ml i nasilonymi objawami LUTS. Raz rozpoczęte leczenie skojarzone jest kontynuowane przez ponad 70 % respondentów, 20% odstawi α 1 bloker po 6, a 8% po 12 miesiącach. Ponad 80% z tych, którzy decydują się na odstawienie α 1 blokera robi to w sytuacji, kiedy PSA<1.5 ng/ml, a objętość stercza < 30 ml.

Leki antymuskarynowe stosowane są przez ponad 80% respondentów w przypadku nasilonych LUTS w fazie gromadzenia moczu, jeżeli zaleganie po mikcji < od 150 ml (36.6%). Jeżeli po leczeniu zabiegowym ustępują objawy z fazy oddawania moczu a nasilają się objawy z fazy gromadzenia ponad 60 % respondentów stara się wykluczyć najpierw zakażenie moczu, 14% stosuje od razu leki antymuskarynowe a tylko od 11 respondentów zleca badanie urodynamiczne, prawie 9% pełną diagnostykę obrazową a tylko 5% poszukuje CIS. W tej sytuacji, przy braku skuteczności leków antymuskarynowych 36.3% stosuje iniekcje toksyny botulinowej 27% skierowałoby chorego na neuromodulację (jeżeli była by dostępna w Polsce) a 36.3% poszukiwałoby skojarzenia leków antymuskarynowych z lekami z innej grupy (najczęściej bo w ponad 50% przypadków z α 1 blokera ami).

Inhibitory PDE5 mogą być stosowane łącznie z α 1 blokerami, ale jest to leczenie nowe i ciągle uznawane za eksperymentalne. Dlatego tylko 10% respondentów wybrało prawidłową odpowiedź że inhibitorem PDE5 z wyboru w takiej kombinacji jest tylko tadalafil.

Aż 50% respondentów stosuje preparaty ziołowe mimo że 41 % ma świadomość, że brak jest poprawnie przeprowadzonych badań klinicznych na poparcie takiego postępowania a mechanizm ich działanie jest nieustalony.

Zaskakującym odkryciem tej części ankiety jest fakt iż prawie 100% lekarzy w leczeniu LUTS/BPH stosuje leki generyczne, oraz że mimo bardzo słabej znajomości wyników badania MTOPS i CombAT zarówno leczenie skojarzone jak i mnoterapia stosowane są przez większość respondentów dość poprawnie, co najprawdopodobniej jest zasługą Guidelines.

Praktyka kliniczna a wytyczne EAU (EAU Guidelines)

W części dotyczącej terapii mężczyzn z objawami z dolnych dróg moczowych oceniono postępowanie lekarzy w przypadku stwierdzenia na podstawie badań i wywiadu, LUTS o znikomym lub miernym nasileniu. Postępowanie uzależnione od świadomej decyzji chorego zadeklarowało jedynie 21,5% lekarzy. Co pozostaje w sprzeczności z EAU Guidelines. Niemniej tylko 10% rozpoczyna farmakoterapię u chorych z LUTS o znikomym lub miernym nasileniu, a prawie 90%, gdy LUTS są znacznie nasilone.

Jako najważniejsze wskazania do leczenia respondenci zaliczyli zaleganie moczu po mikcji>150ml, zmniejszony maksymalny przepływ cewkowy <10ml/sek i obecność LUTS. Jednak aż 13,3% urologów jako wskazanie do leczenia podało wielkość stercza, co pozostaje w sprzeczności z EAU Guidelines.

Leczenie zabiegowe prawie zawsze poprzedzone jest farmakoterapią BPH przez blisko 80% urologów. 46% lekarzy prawidłowo pomija farmakoterapię i stosuje leczenie zabiegowe w przypadku wystąpienia niewydolności nerek w przebiegu BPH. Jednak tylko 42% urologów leczy operacyjnie kamicę pęcherza moczowego w przebiegu BPH, a tylko 39% respondentów przeprowadza zabieg, gdy występuje niepoddające się leczeniu zakażenie układu moczowego w przebiegu BPH. Pozostaje to w sprzeczności z zaleceniami przedstawionymi w EAU Guidelines.

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Zlecając choremu leczenie farmakologiczne tylko 31,9% lekarzy wyjaśnia, że ma to służyć walce z LUTS. Ponad 50% urologów tłumaczy choremu, że farmakoterapia zapobiega leczeniu zabiegowemu, co pozostaje w sprzeczności z EUA Guidelines.

63% lekarzy stosuje monoterapię α 1 blokerem jako leczenie pierwszego rzutu u każdego chorego z LUTS, a 28% urologów przepisuje α 1 bloker, gdy występują umiarkowane LUTS, a wielkość stercza <30ml.

Najczęstszym α 1 blokerem, stosowanym przez urologów jest tamsulozyna (88,2%), kolejnym wymienianym lekiem była doksazosyna, którą stosuje 11,1% lekarzy. Aż 23% lekarzy stosujących α 1 blokery oczekuje zmniejszenia ryzyka zatrzymania moczu i leczenia operacyjnego, a 3% oczekuje zmniejszenia wielkości gruczołu krokowego co nie jest zgodne z charakterystyką produktu leczniczego oraz wytycznymi zawartymi w EUA Guidelines.

Ponadto blisko połowa urologów uważa, że α 1 blokery powinny stanowić leczenie pierwszego rzutu u chorych z BPH i nadciśnieniem tętniczym, bo działają na oba schorzenia. Taki pogląd nie jest zgodny z wytycznymi zawartymi w EUA Guidelines.

Prawidłowo zaś, większość lekarzy stosowała α 1 blokery jako leki pierwszego rzutu u chorych z LUTS (od niewielkich do nasilonych) u chorych ze sterczem <40ml.

Zastanawiającym jest fakt, że tylko około 47% respondentów przepisywała inhibitory 5 α reduktazy (osobno lub w kombinacji) jako lek pierwszego wyboru u chorych ze sterczem >40ml. Pozostali w takiej sytuacji stosowali α 1 blokery (48,9%) lub leki ziołowe (3,7%).

Stosując inhibitory 5 α reduktazy wszyscy urolodzy używali leków generycznych, przy czym aż 73% respondentów uważa, że są to leki tańsze i równie skuteczne, co może świadczyć o braku zrozumienia zjawiska biorównoważności.

Lekarze uczestniczący w badaniu prawidłowo wskazali na zmniejszenie objętości stercza w związku ze stosowaniem inhibitorów 5 α reduktazy o 15-25% oraz zmniejszenie LUTS o 15%-30%.

Na stosowanie kombinacji 5ARI i α 1 blokerów zamiast monoterapii 5ARI lekarze prawidłowo decydują się przy umiarkowanym lub dużym nasileniu LUTS i przy objętości stercza >40ml, przy wyjściowym PSA >1.5ng/ml.

Leki antymuskarynowe prawidłowo najczęściej stosowane są u chorych z LUTS w fazie gromadzenia moczu. Jednak aż 10% urologów zapisuje je, gdy występują objawy z fazy wydalania moczu co jest niezgodne z zaleceniami zawartymi w EUA Guidelines.

Spis rysunków i tabel

Spis rysunków

Rysunek 1. Płeć.....	2
Rysunek 2. Wiek.....	2
Rysunek 3. Ukończony Uniwersytet Medyczny.....	3
Rysunek 4. Zdobyty tytuł naukowy.....	3
Rysunek 5. Czas, jaki upłynął od uzyskania specjalizacji z urologii.....	4
Rysunek 6. Miejsce pracy.....	4
Rysunek 7. Praca w poradni urologicznej.....	5
Rysunek 8. Lokalizacja miejsca pracy.....	5
Rysunek 9. Dzienna ilość porad.....	6
Rysunek 10. Liczba prenumerowanych lub otrzymywanych czasopism urologicznych.....	7
Rysunek 11. Częstość uczestnictwa w zebraniach, sympozjach i zjazdach krajowych.....	7
Rysunek 12. Częstość uczestnictwa w zebraniach, sympozjach i zjazdach międzynarodowych.....	8
Rysunek 13. Źródła poszerzania wiedzy z dziedziny urologii.....	8
Rysunek 14. Źródła poszerzania wiedzy dotyczącej postępów farmakoterapii urologicznej.....	9
Rysunek 15. Gabinet lekarski.....	9
Rysunek 16. Ilość lekarzy w gabinecie.....	10
Rysunek 17. Zasady pracy w gabinecie dzielonym z innymi urologami.....	10
Rysunek 18. Wyposażenie gabinetu.....	11
Rysunek 19. Możliwość bezproblemowego wykonania badań.....	12
Rysunek 20. Przyczyny nie wykonywania badań w refundowanym przez NFZ gabinecie.....	13
Rysunek 21. Członkostwo PTU.....	13
Rysunek 22. Opinie odnośnie corocznego organizowania Kongresu PTU.....	14
Rysunek 23. Powody, dla których Kongres PTU powinien być organizowany rzadziej (wg lekarzy).....	15
Rysunek 24. Członkostwo EAU.....	15
Rysunek 25. Guidelines EAU.....	16
Rysunek 26. Sposób otrzymywania Guidelines EAU.....	16
Rysunek 27. Sposób otrzymywania, co roku Guidelines EAU przez osoby spoza organizacji.....	17
Rysunek 28. Znaczenie posiadania Guidelines EAU.....	17
Rysunek 29. Wersja Guidelines EAU.....	18
Rysunek 30. Preferencje odnośnie tłumaczenia Guidelines EAU dotyczące raka stercza.....	18
Rysunek 31. Preferencje odnośnie tłumaczenia Guidelines EAU dotyczące innych rozdziałów.....	19
Rysunek 32. Preferowana częstotliwość dokonywania tłumaczenia Guidelines EAU.....	19
Rysunek 33. Stosowanie zaleceń Guidelines EAU.....	20
Rysunek 34. Opinie odnośnie zawartości Guidelines EAU.....	23
Rysunek 35. Obawy następstw prawnych nie stosowania się do zaleceń Guidelines EAU.....	23
Rysunek 36. Zasadność wydawania Guidelines.....	24
Rysunek 37. Znajomość innych towarzystw urologicznych, które uaktualniają Guidelines.....	24
Rysunek 38. Aktualność i wystarczalność wiedzy zawartej w Guidelines EAU.....	25

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Rysunek 39. Użyteczność zmian w Guidelines EAU w ustaleniu rozpoznania i wyborze terapii.....	27
Rysunek 40. Ilość chorych z LUTS konsultowanych podczas tygodnia	28
Rysunek 41. Przyczyny, dla których zgłaszają się chorzy z powodu „prostaty”	28
Rysunek 42. Wiedza na temat odsetka chorych szukających pomocy (wg badania Triumph)	29
Rysunek 43. Badania wykonane przed zgłoszeniem się do gabinetu urologa	30
Rysunek 44. Zmiana terapii zaproponowanej wcześniej przez innego urologa	30
Rysunek 45. Rozważanie konsultacji innego urologa.....	31
Rysunek 46. Bywanie adresatem konsultacji innego urologa.....	31
Rysunek 47. Postępowanie lekarza, w sytuacji konsultacji chorego leczonego urologicznie od 6 miesięcy w sposób odmienny od tego, który on sam zaproponowałby pacjentowi.....	32
Rysunek 48. Objawy dominujące u zgłaszających się do gabinetu chorych z LUTS.....	33
Rysunek 49. Objawy LUTS uważane przez chorych za najbardziej dokuczliwe (wg piśmiennictwa).....	33
Rysunek 50. Odsetek chorych z LUTS szukających porady lekarskiej.....	34
Rysunek 51. Powody, dla których chorzy mimo LUTS długo nie szukają konsultacji	34
Rysunek 52. Działanie podejmowane przez lekarza dla wstępnej oceny, jeżeli chory nie ma żadnych badań dodatkowych, a badanie per rectum nie nasuwa podejrzenia raka stercza.....	35
Rysunek 53. Stosowanie wariacji stężeń PSA.....	36
Rysunek 54. Najczęściej stosowane przez lekarzy wariacje/kalkulacje PSA.....	36
Rysunek 55. Stosowanie kwestionariusza punktowej oceny objawów BPH (International Prostate Symptom Score – IPSS).....	37
Rysunek 56. Powody stosowania kwestionariusza IPSS	38
Rysunek 57. Maksymalny przepływ cewkowy przemawiający za przeszkodą podpęcherzową.....	38
Rysunek 58. Sposoby oceny wielkości stercza.....	39
Rysunek 59. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy wielkość stercza ma znaczenie dla podejmowanych przez Pani/Pana decyzji?”	39
Rysunek 60. Stosowanie urografii w ocenie LUTS/BPH.....	40
Rysunek 61. Pacjenci/sytuacje, w których lekarz zaleca prowadzenie dzienniczka mikcji	40
Rysunek 62. Opinia na temat przydatności wywiadu i zleconych badań dodatkowych w ustaleniu, na którą fazę wskazują LUTS.....	41
Rysunek 63. Elementy potrzebne lekarzowi do stwierdzenia zależności przeszkody podpęcherzowej od łagodnego rozrostu stercza	42
Rysunek 64. Czynniki wskazujące na przeszkodę podpęcherzową w badaniu USG	42
Rysunek 65. Podstawy do rozpoznania nadreaktywności pęcherza (overactive bladder – OB).....	43
Rysunek 66. Postępowanie lekarza w przypadku stwierdzenia LUTS o znikomym lub miernym nasileniu	44
Rysunek 67. Postępowanie lekarza w przypadku stwierdzenia LUTS o dużym nasileniu z przewagą objawów w fazie wydalania moczu.....	44
Rysunek 68. Postępowanie lekarza w przypadku stwierdzenia powikłania BPH spowodowanego przeszkodą podpęcherzową.....	45
Rysunek 69. Postępowanie lekarza w sytuacji, gdy badanie per rectum nasuwa podejrzenie nowotworu	45
Rysunek 70. Wykonanie TRUS i biopsji	46
Rysunek 71. Najważniejsze wskazania do leczenia	46
Rysunek 72. Sytuacje, w których lekarz pomija farmakoterapię BPH i stosuje zawsze leczenie zabiegowe jako leczenie pierwszego wyboru	47
Rysunek 73. Techniki minimalnie inwazyjne niewarte polecenia w roku 2013	47
Rysunek 74. Techniki minimalnie inwazyjne a inne formy terapii.....	48

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Rysunek 75. Preferencje lekarzy odnośnie technik leczenia operacyjnego	48
Rysunek 76. Sposoby wyjaśniania choremu powodów wdrażania farmakoterapii	50
Rysunek 77. Wyjaśnianie choremu aspektów związanych z leczeniem farmakologicznym LUTS	50
Rysunek 78. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Zlecając farmakoterapię...”	51
Rysunek 79. Najczęściej stosowane $\alpha 1$ blokery	51
Rysunek 80. Najważniejsze powody stosowania najczęściej wybieranego $\alpha 1$ blokeru	52
Rysunek 81. Oczekiwania związane ze stosowaniem $\alpha 1$ blokeru	52
Rysunek 82. Znaczenie zjawiska równoważności biologicznej	53
Rysunek 83. Objawy uboczne powodowane przez $\alpha 1$ blokery	53
Rysunek 84. Zależność niekorzystnych objawów ubocznych $\alpha 1$ blokerów	54
Rysunek 85. Najlepszy profil bezpieczeństwa dwóch $\alpha 1$ blokerów	54
Rysunek 86. Nieprawidłowość stwierdzeń: „U chorego z nadciśnieniem i BPH...”	55
Rysunek 87. Sytuacje, w których lekarze decydują się na monoterapię $\alpha 1$ blokerami	55
Rysunek 88. Zapobieganie wzrostowi stercza za pomocą $\alpha 1$ blokeru (gdy stosowany co najmniej 12 miesięcy)	56
Rysunek 89. Oczekiwania dotyczące stosowania 5ARI	56
Rysunek 90. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy stosuje Pani/Pan generyczne 5ARI?”	57
Rysunek 91. Zmniejszanie objętości stercza w przypadku stosowania leków z grupy 5ARI	57
Rysunek 92. Zmniejszanie LUTS w skali IPSS w przypadku stosowania leków z grupy 5ARI	58
Rysunek 93. Zwiększanie maksymalnego przepływu cewkowego w przypadku stosowania leków z grupy 5ARI	58
Rysunek 94. Stwierdzenia dotyczące badań bezpośrednich porównujących finasteryd i dutasteryd	59
Rysunek 95. Stwierdzenia dotyczące izoenzymów	59
Rysunek 96. Występowanie ginekomastii po leczeniu 5ARI	60
Rysunek 97. Nieprawdziwość (w opinii lekarzy) danych o badaniu MTOPS	60
Rysunek 98. Przekonania na temat stosowanych preparatów w ramieniu leczenia skojarzonego badania MTOPS	61
Rysunek 99. Zakres, w którym zapobieganie progresji klinicznej w ramieniu leczeniu skojarzonego było największe	61
Rysunek 100. Nieprawdziwość (w opinii lekarzy) stwierdzeń w kwestii leczenia skojarzonego BPH w badaniu MTOPS	62
Rysunek 101. Nieprawdziwość (w opinii lekarzy) stwierdzeń w kwestii opóźnienia progresji BPH	62
Rysunek 102. Nieprawdziwość (w opinii lekarzy) danych o badaniu CombAT	63
Rysunek 103. Przekonania na temat stosowanych preparatów w badaniu CombAT	63
Rysunek 104. Nieprawdziwość stwierdzeń odnoszących się do leczenia mężczyzn ze sterczem > 30 ml i PSA > 1,5 ng/ml	64
Rysunek 105. Stosowanie leków pierwszego wyboru u chorych ze sterczem < 40 ml i LUTS	65
Rysunek 106. Lek pierwszego wyboru u chorych ze sterczem > 40 ml i LUTS	65
Rysunek 107. Sytuacje, w których lekarze częściej decydują się na kombinację 5ARI i $\alpha 1$ blokerów w porównaniu z monoterapią 5ARI	66
Rysunek 108. Moment odstawienia $\alpha 1$ blokeru przy kombinacji 5ARI i $\alpha 1$ blokerów	66
Rysunek 109. Sytuacje, w których podczas terapii kombinacją 5ARI oraz $\alpha 1$ blokerami, lekarze częściej decydują się na odstawienie $\alpha 1$ blokerów	67
Rysunek 110. Kombinacje leków, przy których częściej $\alpha 1$ bloker jest odstawiany	67
Rysunek 111. Sytuacje, w których lekarze decydują się na stosowanie leków antymuskarynowych	68
Rysunek 112. Postępowanie lekarzy, gdy po leczeniu zabiegowym ustępują LUTS z fazy oddawania moczu, ale utrzymują się lub pojawiają de novo objawy z fazy gromadzenia moczu	68

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn.

Rysunek 113. Postępowanie lekarzy, gdy po leczeniu zabiegowym ustępują LUTS z fazy oddawania moczu, ale utrzymują się lub pojawiają de novo objawy z fazy gromadzenia moczu i utrzymują się pomimo podania leków antymuskarynowych.....	69
Rysunek 114. Możliwy zastępnik α 1 blokerów w leczeniu kombinacją 5ARI i α 1 blokerami	70
Rysunek 115. Czynniki nie stanowiące podstawy, na jakiej w Guidelines EAU stwierdza się, że nie można ustalić żadnych rekomendacji odnośnie stosowania preparatów ziołowych	71
Rysunek 116. „Badania nad preparatami ziołowymi nie potwierdziły, że...” – stwierdzenia nieprawdziwe	71
Rysunek 117. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy stosuje Pani/Pan leki ziołowe?”	72

Spis tabel

Tabela 1. Aktualna przybliżona liczba chorych w miesiącu, zgłaszających się po porady.....	6
Tabela 2. Najczęściej wykorzystywane rozdziały	21
Tabela 3. Najlepiej opracowane rozdziały	22
Tabela 4. Odsetek chorych szukających pomocy	29
Tabela 5. Preparaty kojarzone z lekami antymuskarynowymi.....	69