

# **RAPORT**

## **BADANIE RYNKU DOTYCZĄCE STOSOWANIA INHIBITORÓW POMPY PROTONOWEJ PRZEZ LEKARZY GASTROLOGÓW I POZ W POLSCE**

---



**BRASS**

---

**Pharmaceutical Consulting**  
Marketing & Advertising

**- Warszawa, sierpień 2013 -**

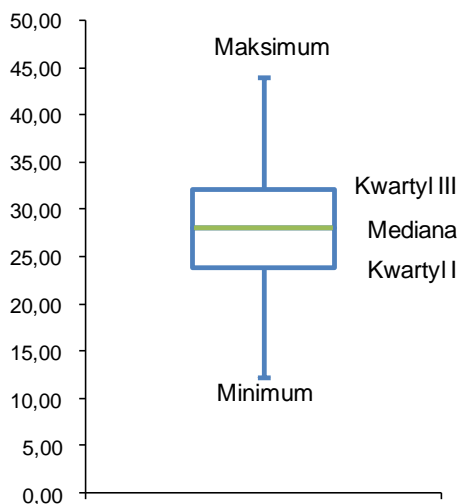
## **SPIS TREŚCI**

DEFINICJE I OZNACZENIA .....	3
DANE BADACZA .....	4
CHARAKTERYSTKA DECYZJI TERAPEUTYCZNYCH .....	12
SEGMENTACJA RYNKU DOTYCZĄCA CHOROBY REFLUKSOWEJ PRZEŁYKU .....	47
ROZKŁAD ODPOWIEDZI W PODZIALE NA LEKARZY SPECJALISTÓW I POZ .....	68
BIBLIOGRAFIA .....	101
SPIS RYSUNKÓW I TABEL .....	102

## DEFINICJE I OZNACZENIA

Tabela 1. Definicje i oznaczenia.

Oznaczenie	Definicja
Średnia	Średnia arytmetyczna
Odchylenie standardowe	Odchylenie standardowe z próby – informuje ile średnio rzecz biorąc obserwacje zmiennej odchylają się od jej wartości średniej
Minimum	Minimalna wartość pomiaru z próby
Maksimum	Maksymalna wartość pomiaru z próby
Kwartyl I	Wartość obserwacji zmiennej, poniżej której mieści się 25% danych
Mediana	Wartość środkowa w uporządkowanym rosnąco szeregu obserwacji
Kwartyl III	Wartość obserwacji zmiennej, poniżej której mieści się 75% danych
Test chi-kwadrat	Test niezależności; niskie wartości $p < 0,05$ świadczą o istotności związku pomiędzy zmiennymi
Mann-Whitney	Test porównujący rozkłady zmiennych w dwóch podgrupach; niskie wartości uzyskanego w wyniku testu poziomu istotności $p$ świadczą o zróżnicowaniu zmiennej w grupach
Kruskal-Wallis	Test będący nieparametrycznym odpowiednikiem jednoczynnikowej analizy wariancji; niskie wartości uzyskanego w wyniku testu poziomu istotności $p$ świadczą o zróżnicowaniu zmiennej w grupach

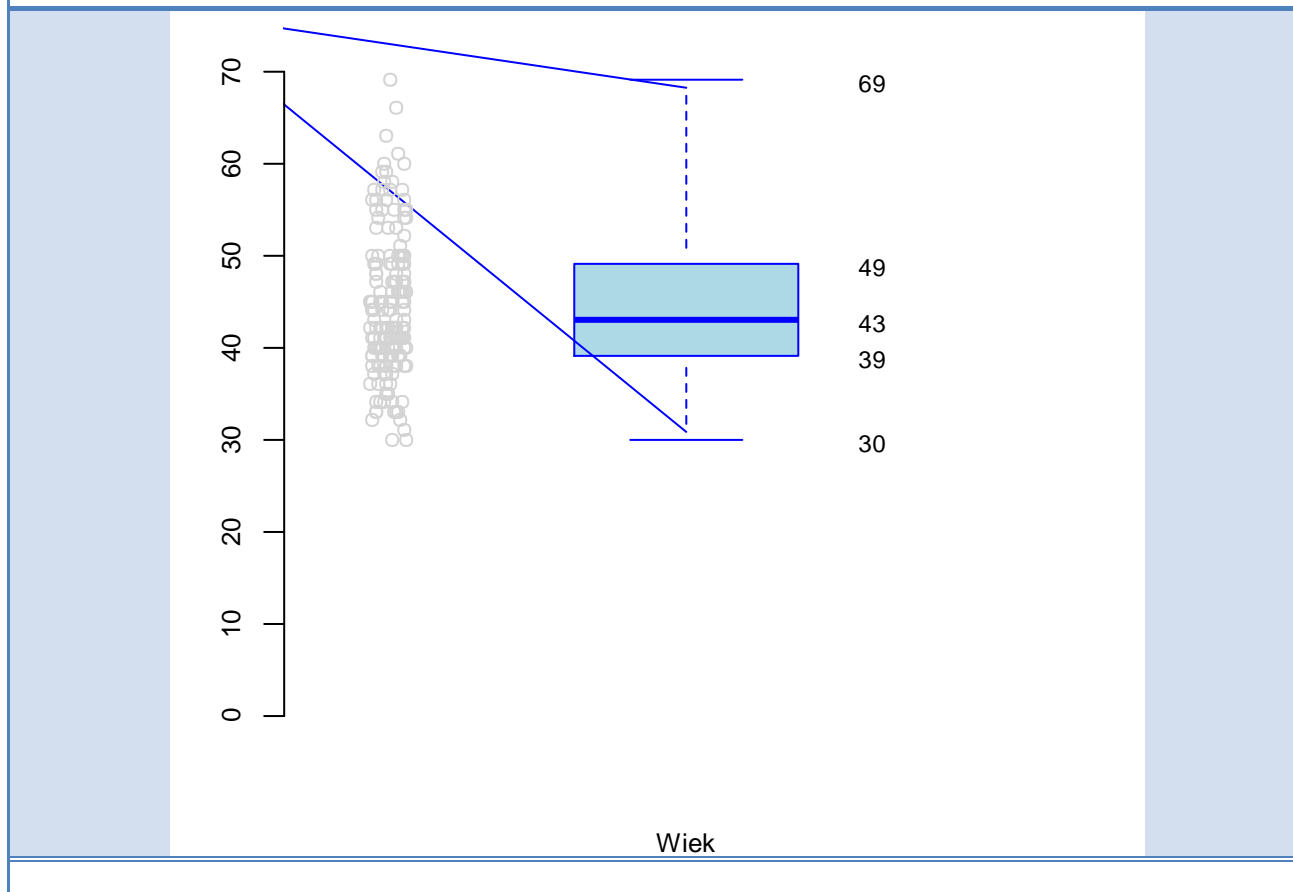


Legenda do wykresów typu boxplot.

## DANE BADACZA

Połowa badaczy biorących udział w programie miała 43 lata lub więcej.  $\frac{1}{4}$  lekarzy przekroczyła 49 rok życia. Analogicznej wielkości grupę stanowiły osoby, które miały co najwyżej 39 lat. Najstarszy lekarz w chwili badania miał 69 lat, a najmłodszy 30 lat.

**Rysunek 1. Wiek**

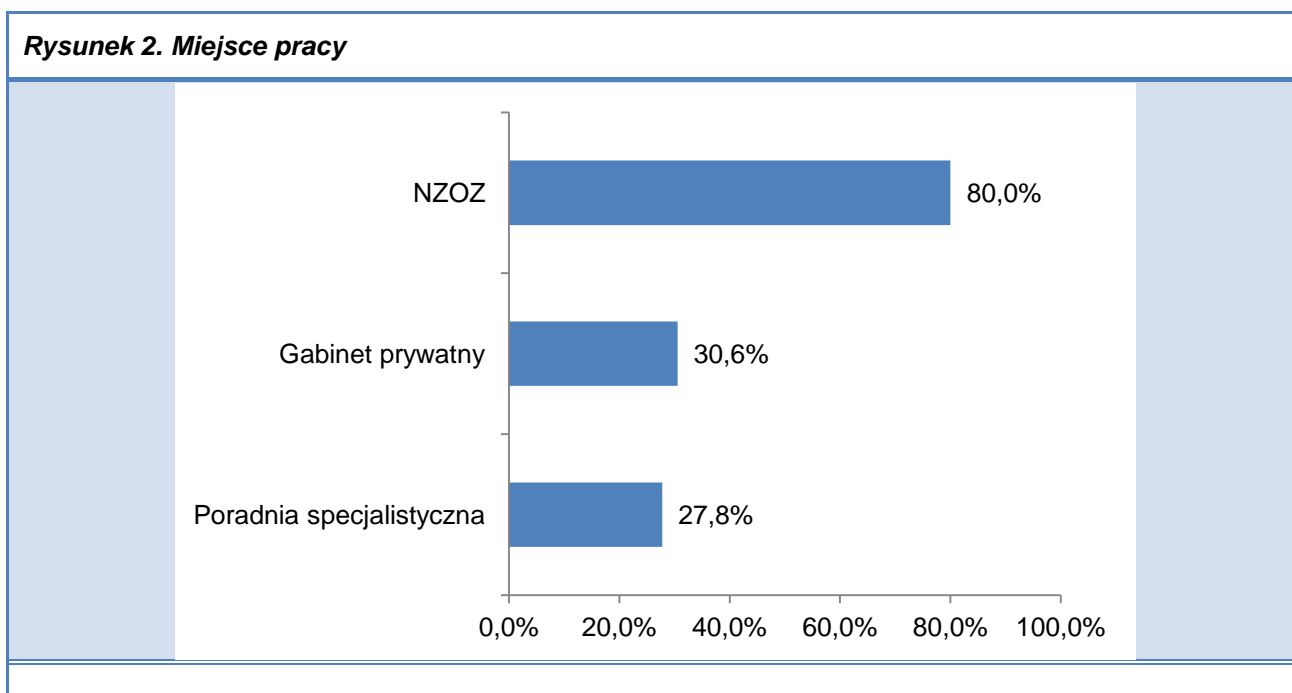


Wszystkie ankietowane osoby są z wykształcenia lekarzami medycyny. Poniższa tabela przedstawia specjalizacje lekarzy. Największą grupę stanowią lekarze o specjalizacji medycyna rodzinna albo choroby wewnętrzne (73 osoby), z czego dla odpowiednio 55 lekarzy albo 47 lekarzy jest to jedyna specjalizacja. Gastroenterologią zajmuje się 32 badaczy, z czego 17 specjalizuje się dodatkowo w czymś innym (choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, interna). Dokładne licznosci wskazań wykonywanych specjalizacji obrazuje tabela poniżej.

**Tabela 1. Wykonywana/e specjalizacja/e:**

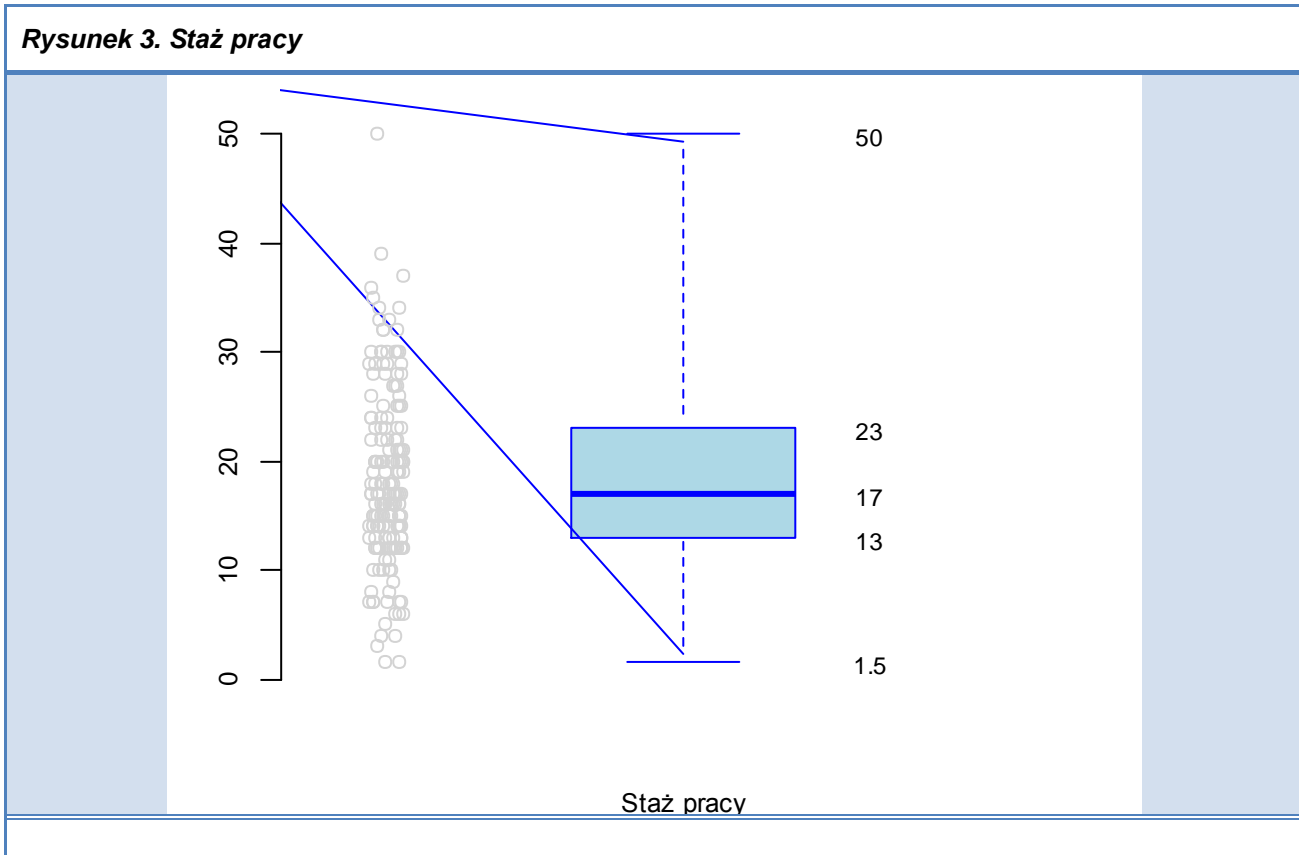
Wykonywana/-e specjalizacja/-e:	N
chirurgia ogólna	7
choroby wewnętrzne, medycyna ratunkowa, patomorfologia	1
choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna	10
choroby wewnętrzne	<b>47</b>
choroby wewnętrzne, choroby płuc	1
choroby wewnętrzne, diabetologia	1
choroby wewnętrzne, gastroenterologia	10
choroby wewnętrzne, reumatologia	2
gastroenterologia	<b>15</b>
gastroenterologia, chirurgia ogólna	4
interna	11
interna, gastroenterologia	3
interna, reumatologia	1
medycyna rodzinna	<b>55</b>
medycyna rodzinna, interna	3
medycyna rodzinna, pediatria	2
medycyna rodzinna, chirurgia	1
medycyna rodzinna, choroby wewnętrzne, reumatologia	1
medycyna rodzinna, pediatria, interna	1
neurologia	1

8 na 10 lekarzy włączonych do badania pracuje w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej (NZOZ). Natomiast w gabinecie prywatnym lub w specjalistycznej poradni pracuje odpowiednio 30,6% oraz 27,8% ankietowanych lekarzy.



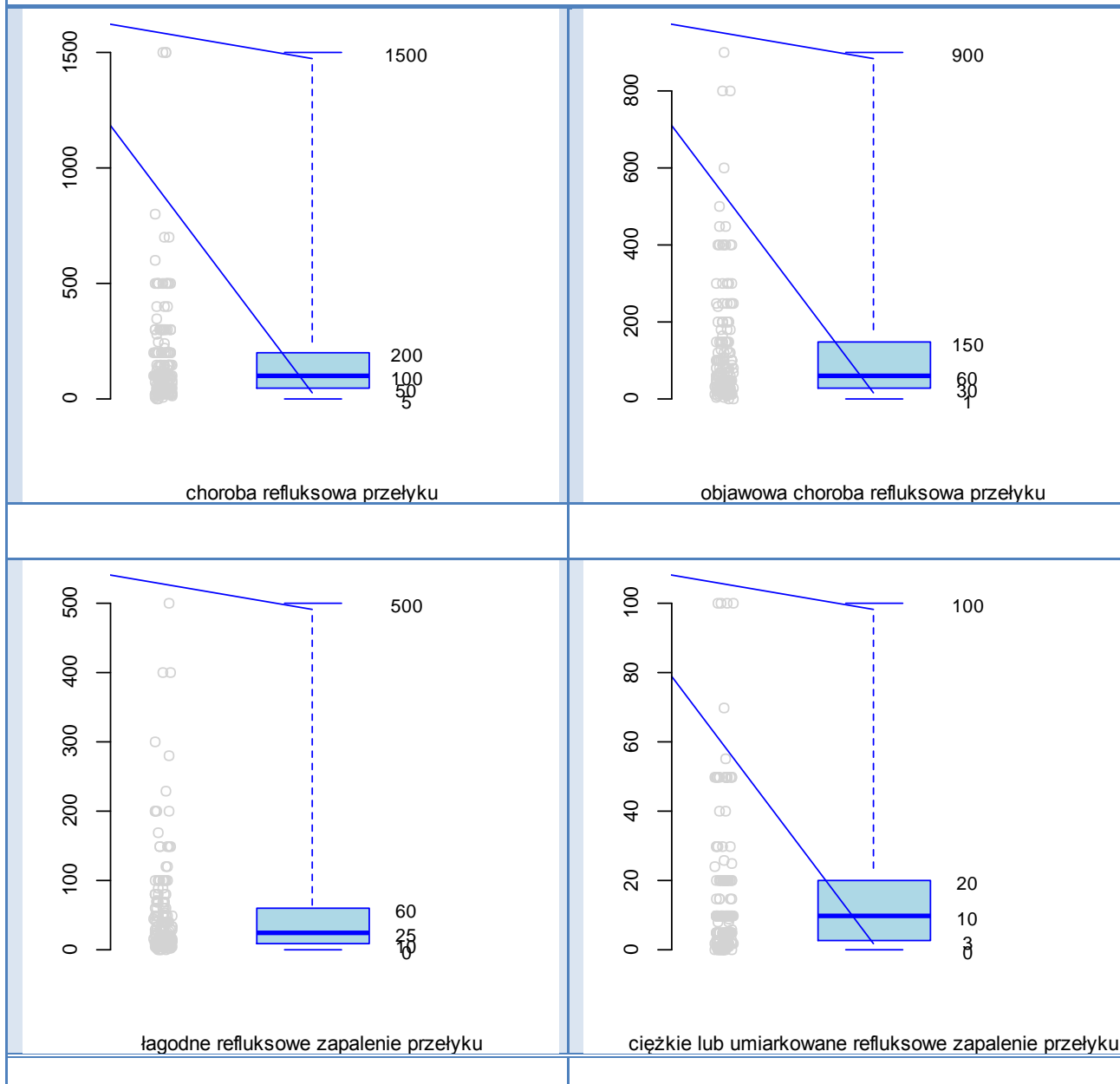
Połowa ankietowanych lekarzy pracuje w swoim zawodzie od 17 lat lub dłużej. Staż pracy  $\frac{1}{4}$  badaczy to co najmniej 23 lata. Analogicznej wielkości grupę stanowiły osoby, które pracowały co najwyżej 13 lat. W omawianej grupie znalazł się lekarz, który pracował od 50 lat. Najkrótszy staż w badanej grupie miał lekarz pracujący od 1,5 roku.

**Rysunek 3. Staż pracy**



Połowa ankietowanych badaczy w przybliżeniu prowadzi 100 pacjentów z chorobą refluksową przełyku, a 60 z objawową chorobą refluksową przełyku. Łagodne refluksowe zapalenie przełyku dotyczy przeciętnie 25 chorych w przypadku 50% badaczy. Z kolei na ciężkie lub umiarkowane refluksowe zapalenie przełyku średnio cierpi 10 pacjentów połowy lekarzy.

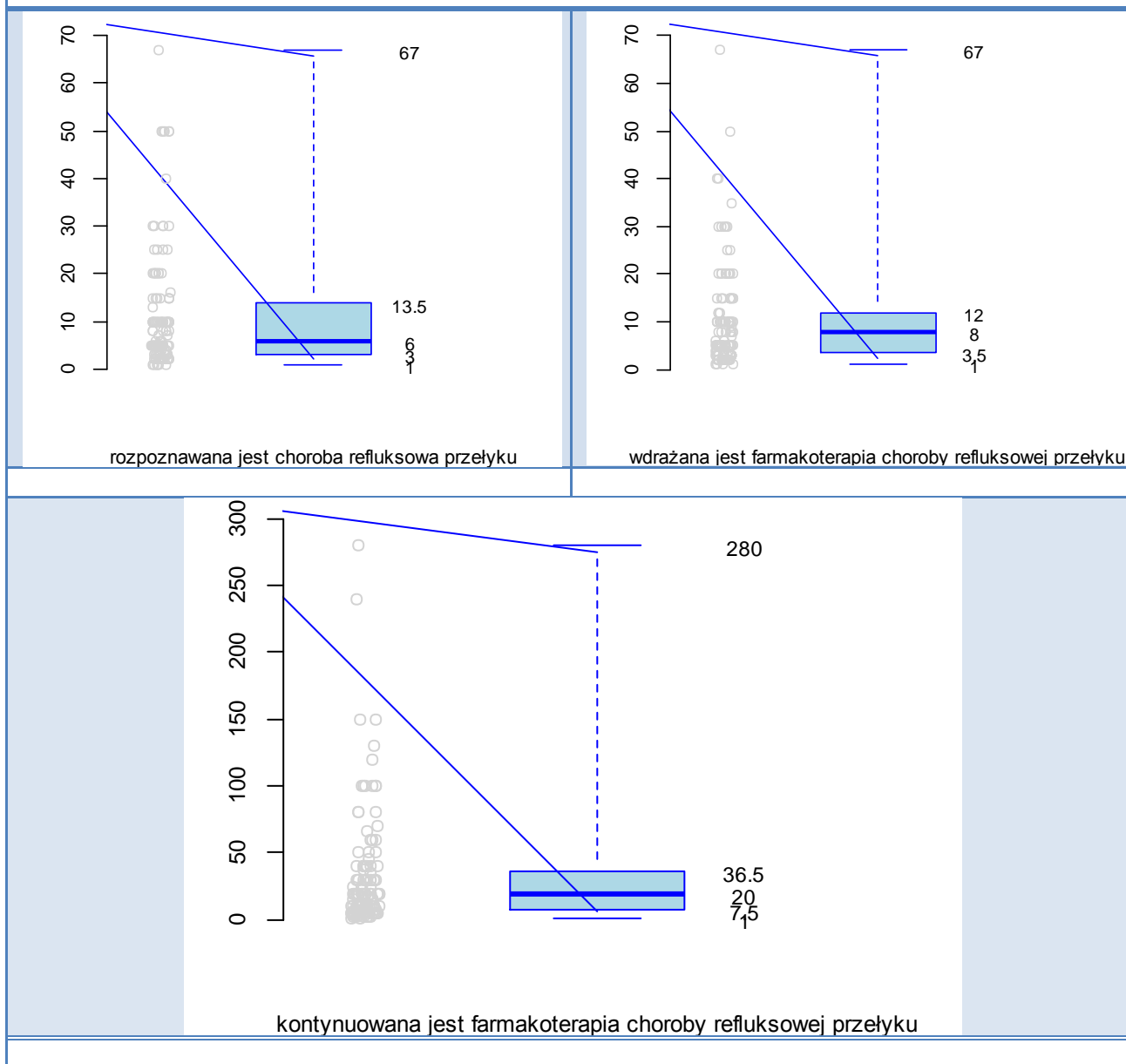
**Rysunek 4. Aktualna, przybliżona, łączna liczba prowadzonych pacjentów z:**





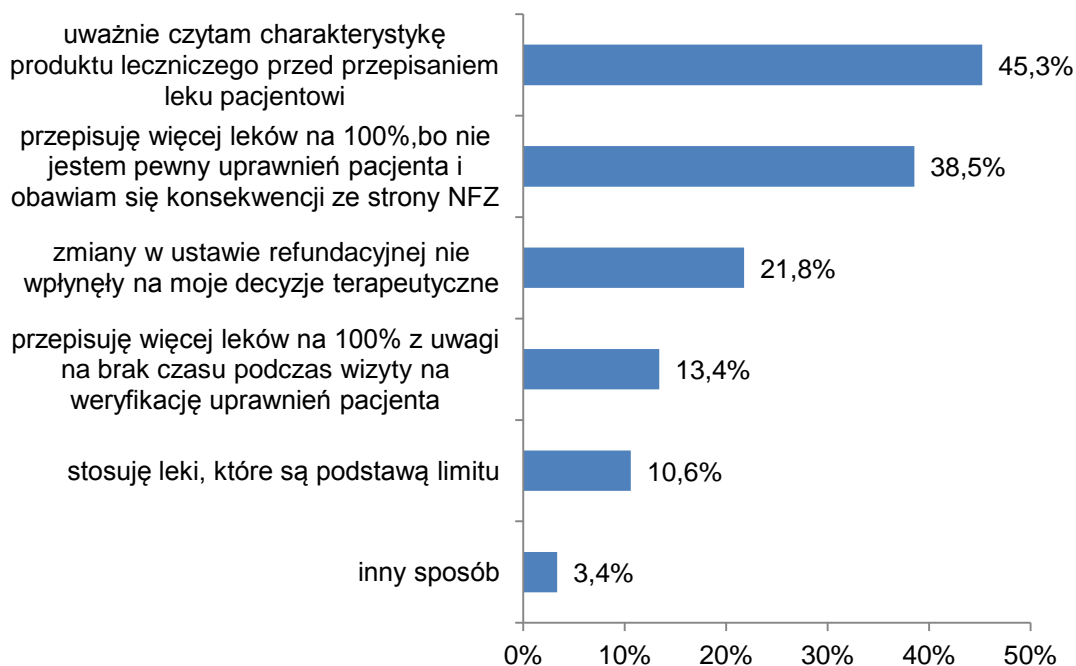
Połowa ankietowanych lekarzy wskazało, że przybliżona liczba pacjentów, u których w przeciętnym tygodniu rozpoznawana jest choroba refluksowa przełyku, wdrażana jest farmakoterapia choroby refluksowej przełyku albo kontynuowana jest farmakoterapia choroby refluksowej przełyku to odpowiednio 6, 8 albo 20 osób.

**Rysunek 5. Przybliżona liczba pacjentów, u których w przeciętnym tygodniu:**



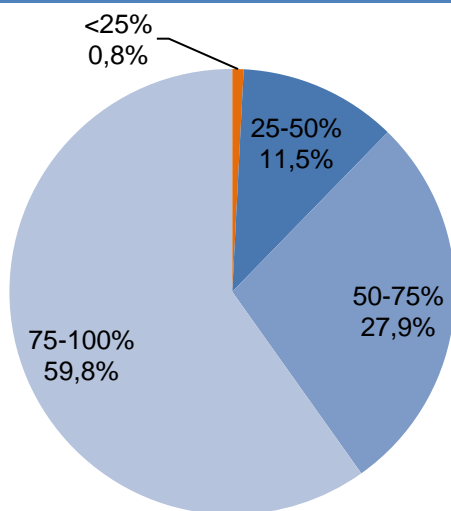
Gdy zapytano lekarzy w jaki sposób wprowadzone zmiany w ustawie refundacyjnej wpłynęły na podejmowane przez nich decyzje terapeutyczne, 45,3% ogółu odpowiedziało, że uważnie czyta charakterystykę produktu leczniczego przed przepisaniem leku pacjentowi. Niemal 39 na 100 badaczy przepisuje więcej leków na 100%, ponieważ nie są pewni uprawnień pacjenta, co powoduje, że obawiają się konsekwencji ze strony NFZ. Na decyzje ponad co 5 lekarza nie wpłynęły zmiany w ustawie refundacyjnej. 13,4% ogółu przepisuje więcej leków na 100%, ponieważ podczas wizyty nie wystarcza czasu na weryfikację uprawnień pacjenta. 10,6% stosuje leki, które są podstawą limitu. Wskazując na inne odpowiedzi, respondenci uznali m.in., że tracą zbyt wiele czasu na sprawdzanie refundacji oraz że pamiętają kilka leków, które zgodnie z ustawą mogą stosować bez obaw o ewentualne konsekwencje.

**Rysunek 6. W jaki sposób zmiany wprowadzone w ustawie refundacyjnej wpłynęły na podejmowanie przez Pana/ią decyzje terapeutyczne?**



Zapytano lekarzy świadczących usługi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej u jakiego odsetka pacjentów włączają leczenie inhibitorem pompy protonowej bez konsultacji z gastroenterologiem. Niemal 60,0% lekarzy POZ włącza leczenie inhibitorem pompy protonowej bez konsultacji z gastroenterologiem w ponad 3 na 4 przypadków. 27,9% ankietowanych badaczy robi to u od 50,0% do 75,0% pacjentów. 11,5% respondentów nie konsultuje się z gastroenterologiem w 25 do 50% przypadków. Najczęściej konsultuje się z gastroenterologiem 0,8% ogółu.

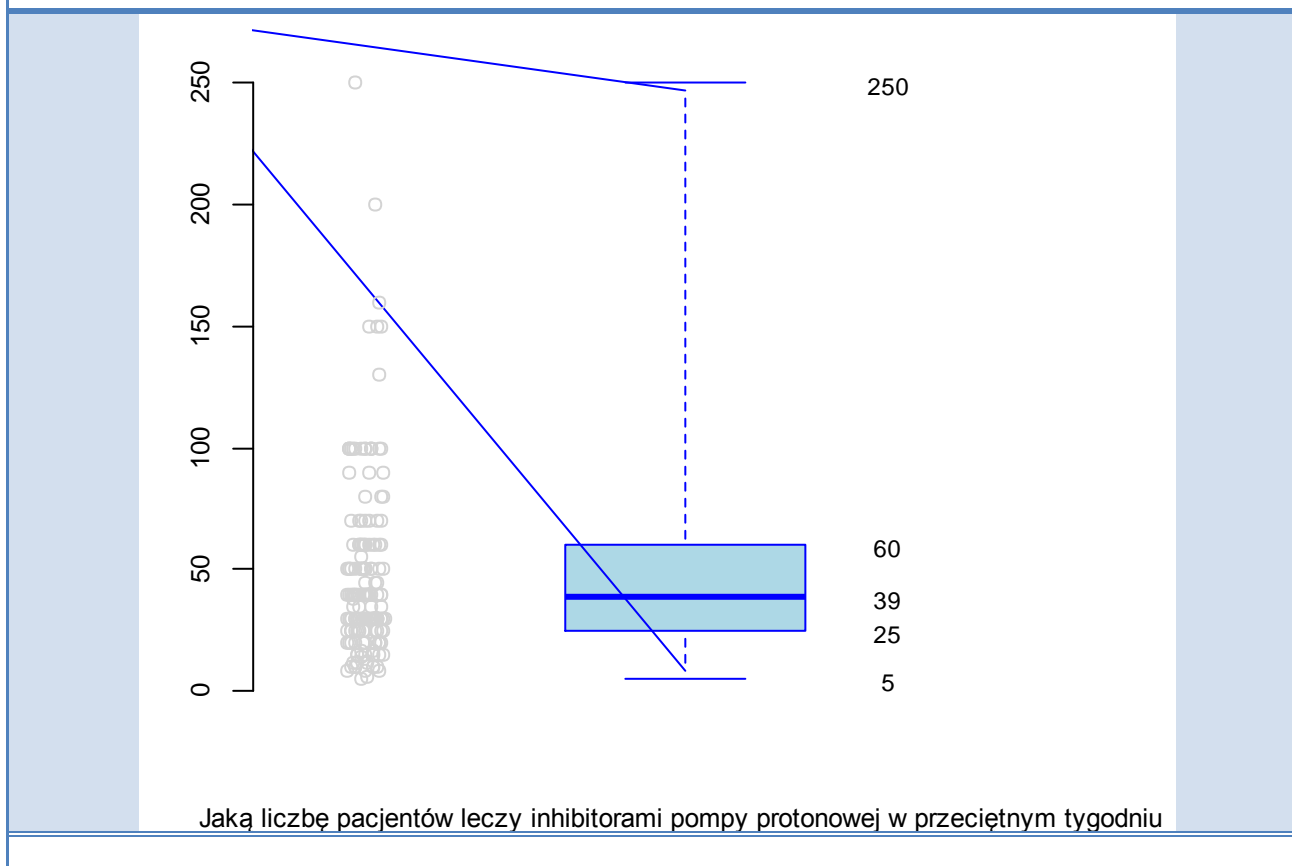
**Rysunek 7. Procent pacjentów, u których lekarz z POZ włącza leczenie inhibitorem pompy protonowej bez konsultacji z gastroenterologiem**



## CHARAKTERYSTKA DECYZJI TERAPEUTYCZNYCH

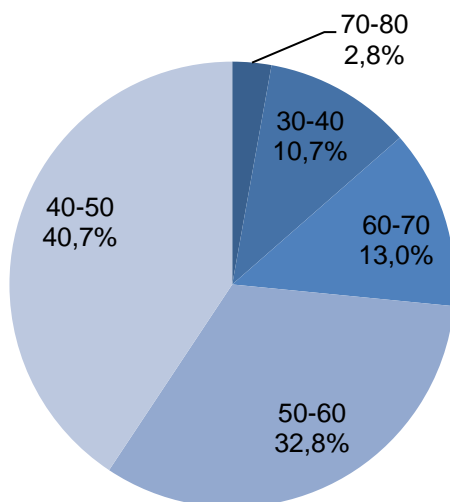
Przeciętna liczba pacjentów leczonych w tygodniu inhibitorem pompy protonowej (mediana) wyniosła 39 osób.  $\frac{1}{4}$  badaczy leczyła w ten sposób co najmniej 60 pacjentów w przeciętnym tygodniu. Analogicznej wielkości grupę stanowili lekarze, którzy w ciągu jednego tygodnia preparat ten zalecali co najwyżej 25 pacjentom.

**Rysunek 8. Liczba pacjentów leczona inhibitorami pompy protonowej w przeciętnym tygodniu**



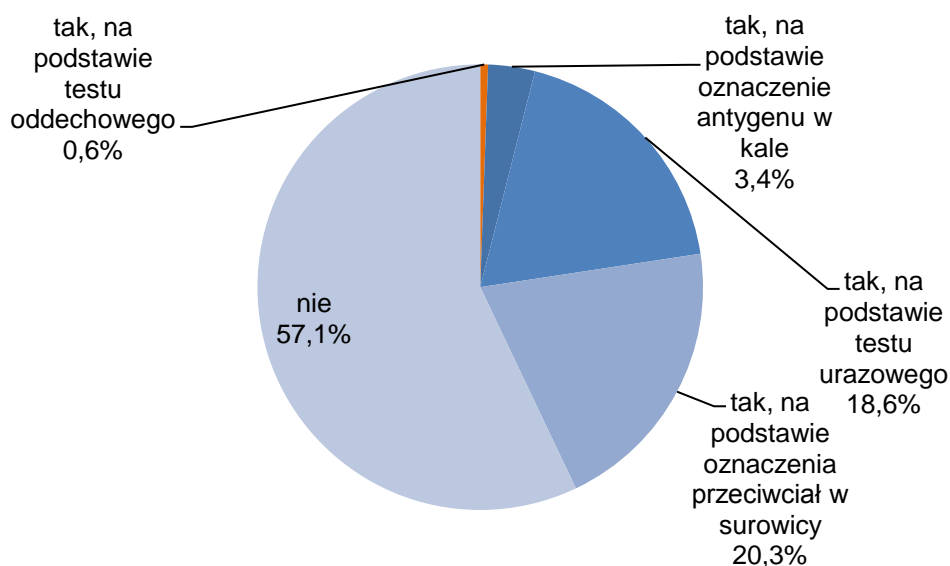
Najwięcej ankietowanych lekarzy przeważnie włącza inhibitor pompy protonowej pacjentom między 40 a 50 rokiem życia. Niemal co 3 lekarz najczęściej stosuje inhibitor pompy protonowej u pacjentów w wieku od 50 do 60 roku życia. Lekarze nie stosują tego preparatu u osób najmłodszych (przed 30 rokiem życia) oraz u osób najstarszych (powyżej 80 roku życia).

**Rysunek 9. Do jakiej grupy wiekowej należą pacjenci, którym najczęściej włącza się inhibitor pompy protonowej?**



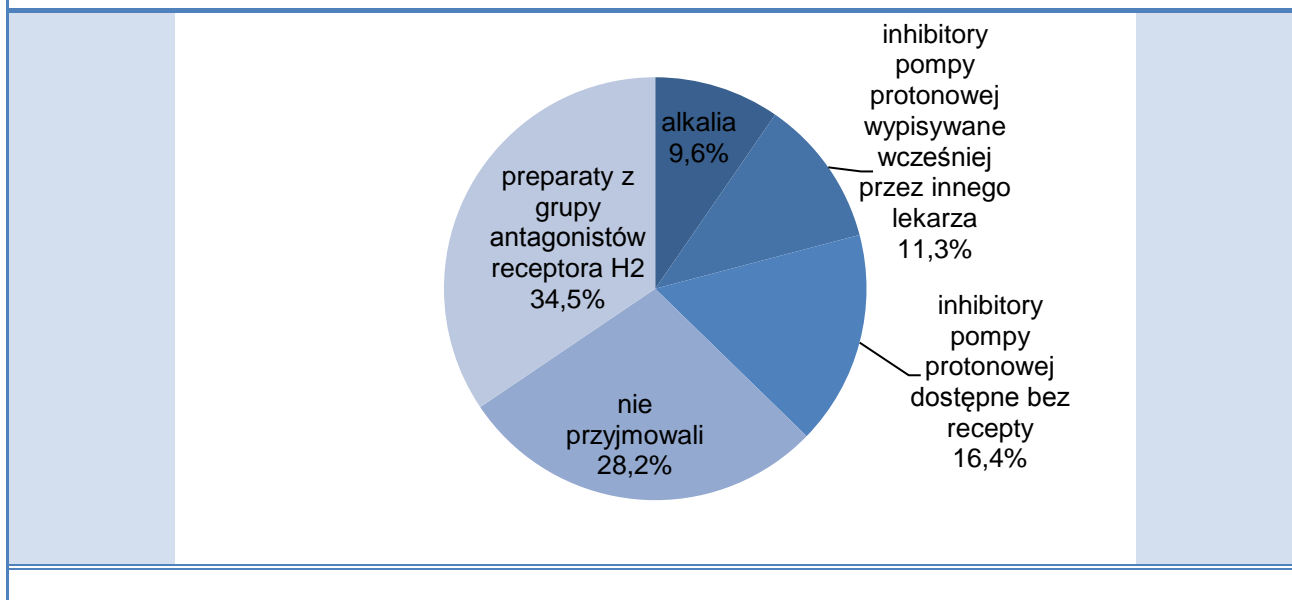
57,1% lekarzy objętych ankietą przy włączaniu inhibitora pompy protonowej nie testuje pacjenta w kierunku infekcji H. pylori. Robi to natomiast 42,9% na podstawie odpowiednio oznaczenia przeciwciał w surowicy, testu urazowego, oznaczenia antygenu w kale albo testu oddechowego.

**Rysunek 10. Czy włączając do leczenia inhibitor pompy protonowej testuje się pacjenta w kierunku infekcji H. pylori?**



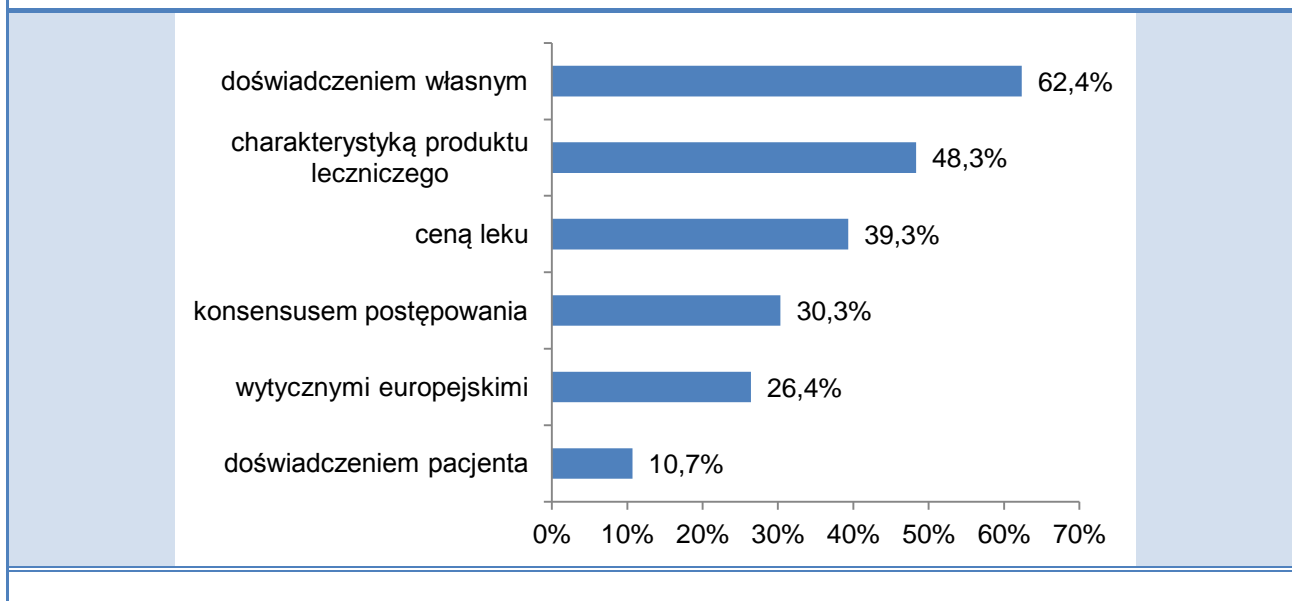
Najczęściej przyjmowane leki zobojętniające lub hamujące wydzielanie soku żołądkowego przed włączeniem u pacjenta inhibitora pompy protonowej to preparaty z grupy antagonistów receptora H<sub>2</sub> (34,5% wskazań). Natomiast inhibitory pompy protonowej dostępne bez recepty albo wypisane wcześniej przez innego lekarza przyjmowało odpowiednio 16,4% albo 11,3% ogółu. Alkalia były przyjmowane najczęściej przez 9,6% pacjentów. Ponad 28,0% pacjentów nie przyjmowało leków tego typu.

**Rysunek 11. Najczęściej przyjmowane leki zobojętniające lub hamujące wydzielanie soku żołądkowego przed włączeniem leczenia inhibitorem pompy protonowej**



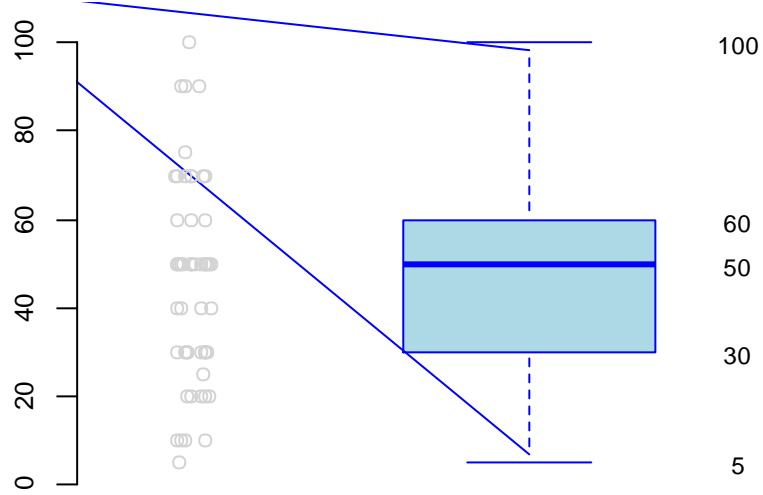
Gdy zapytano lekarzy czym kierują się przy wyborze inhibitora pompy protonowej najczęściej odpowiadano, że własnym doświadczeniem (62,4% wskazań). Niemal połowa ankieterowanych badaczy wskazała odpowiedź „charakterystyką produktu leczniczego”. Cena leku wpływała na 39,3% ogółu lekarzy przy wyborze inhibitora pompy protonowej. Konsensus postępowania lub wytyczne europejskie miały wpływ na odpowiednio 30,3% oraz 26,4% ogółu lekarzy. Najrzadziej wybieraną odpowiedzią było „doświadczenie pacjenta” (10,7% wskazań).

**Rysunek 12. Czym kieruje się lekarz przy wyborze inhibitora pompy protonowej?**



Co najmniej 50,0% lekarzy gastrologów zapytanych u jakiego odsetka pacjentów przyjmujących inhibitory pompy protonowej inicjatorem terapii ww. grupy leków był lekarz POZ odpowiedziało, że u połowy pacjentów. Natomiast wartości kwartyli I oraz III były równe odpowiednio 30,0% oraz 60,0% przypadków.

**Rysunek 13. U jakiego odsetka pacjentów przyjmujących inhibitory pompy protonowej inicjatorem terapii ww. grupą leków był lekarz POZ?**



Proc pacjentów przyjmujących inhibitory pompy protonowej z inicjatywy lekarza POZ

Pacjenci najczęściej trafiają do lekarza gastrologa od lekarza POZ ze wskazaniem stosowania inhibitora pompy protonowej z powodu leczenia objawowej choroby refluksowej przełyku (64,3% wskazań), Drugim najczęściej odnotowanym wskazaniem do stosowania tego preparatu jest leczenie i zapobieganie owrzodzeniom żołądka i dwunastnicy związanych z przyjmowaniem NLPZ (niesteroidowych leków przeciwzapalnych). Odnotowano również, że leczenie i zapobieganie nawrotom choroby refluksowej przełyku oraz zapobieganie krwawieniom z przewodu pokarmowego u pacjentów z wysokim ryzykiem kardiologicznym leczonych skojarzoną terapią antyagregacyjną w takim samym stopniu (po 17,9% wskazań) w opinii gastrologów wpływa na wskazanie lekarzy POZ do stosowania inhibitora pompy protonowej. Zapobieganie nawrotom refluksowego zapalenia przełyku w opinii specjalisty najrzadziej wpływa na lekarzy POZ, aby zastosować ww. preparat.

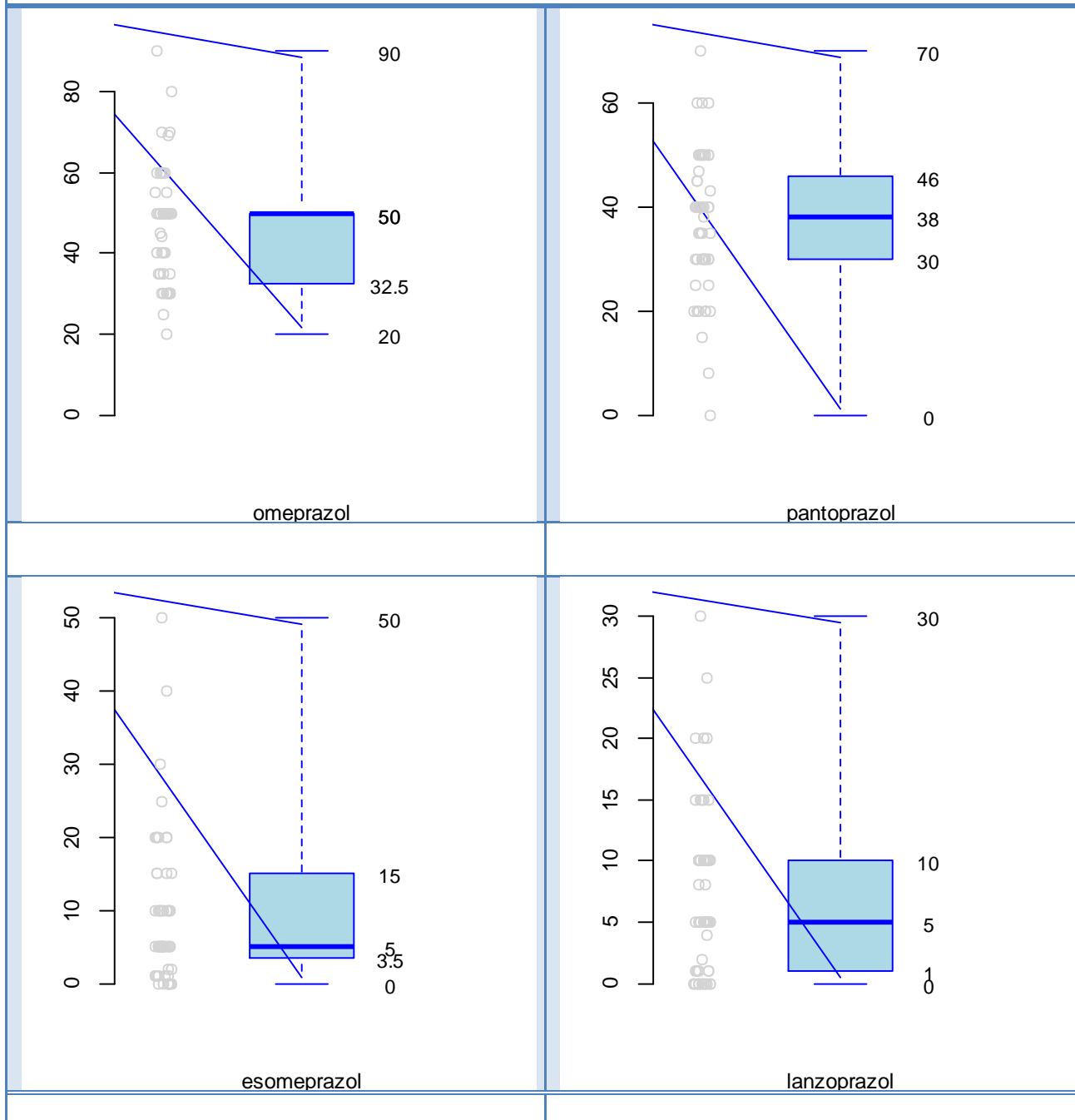
**Rysunek 14. Z jakim wskazaniem do stosowania inhibitora pompy protonowej najczęściej trafiają do specjalisty pacjenci od lekarza POZ?**





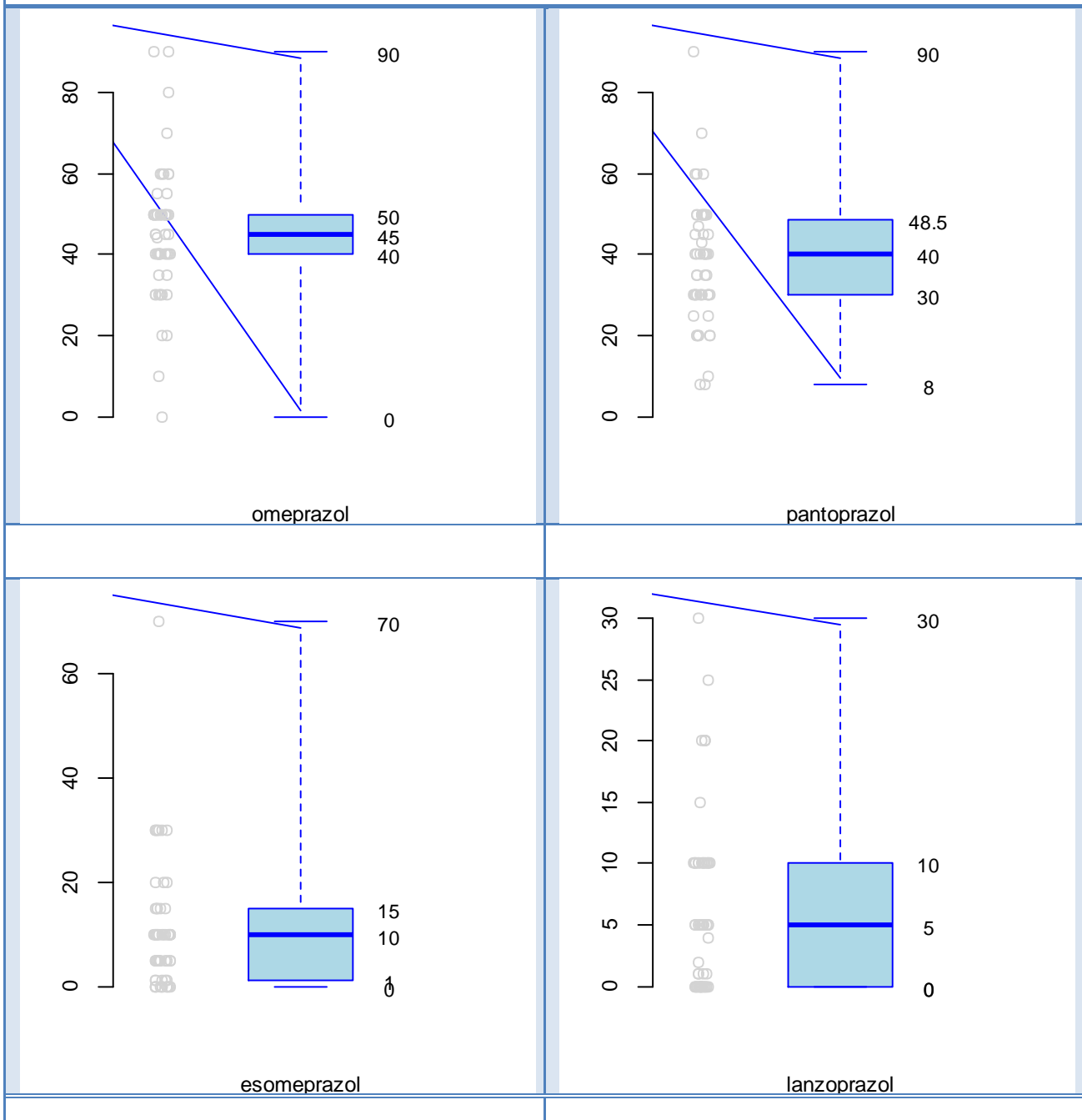
Najczęściej wybieraną substancją czynną przez lekarzy POZ w celu leczenia objawowej choroby refluksowej przełyku (w opinii specjalistów) był omeprazol (w co najmniej połowie przypadków). Pantoprazol był stosowany przeciętnie (mediana) w 38% ogółu. Z kolei mediana esomeprazolu oraz lanzoprazolu wyniosła 5%. Jednak w przypadku esomeprazolu  $\frac{1}{4}$  wskazań znajdowała się powyżej 15%, a w przypadku lanzoprazolu powyżej 10%.

**Rysunek 15. Substancja czynna, którą najczęściej wybierają lekarze POZ u skierowanych do specjalisty pacjentów ze wskazaniem do leczenia objawowej choroby refluksowej przełyku**



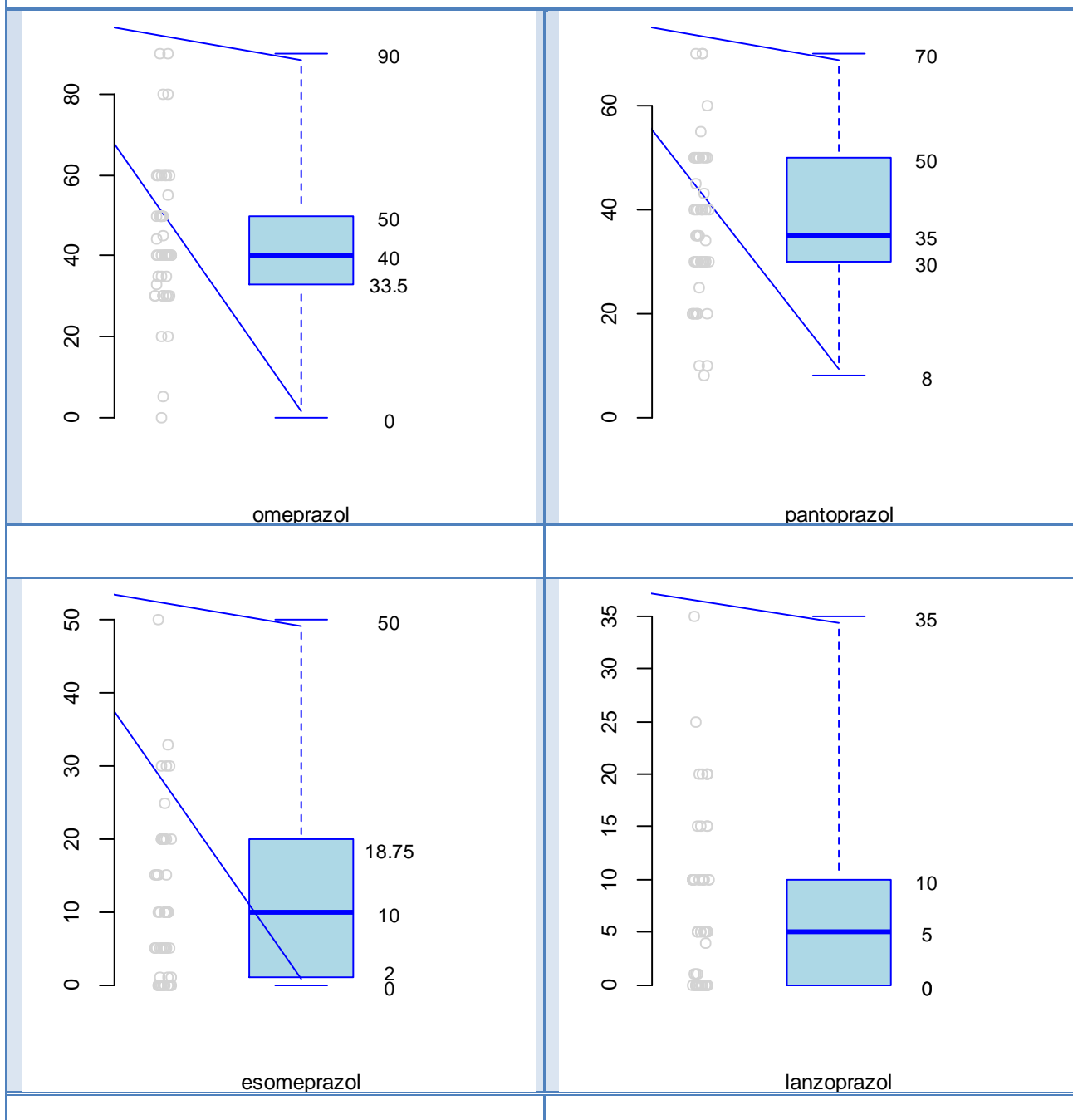
W opinii gastrologów najczęściej wybieraną substancją czynną przez lekarzy POZ w celu leczenia refluksego zapalenia przełyku jest omeprazol (mediana równa 45%), następnie pantoprazol (mediana równa 40%) i esomeprazol (mediana równa 10%). Najrzadziej specjaliści wymienili lanzoprazol (mediana równa 5%) jako najczęściej stosowaną substancję czynną przez lekarzy POZ.

**Rysunek 16. Substancja czynna, którą wybierają najczęściej lekarze POZ u skierowanych do specjalisty pacjentów ze wskazaniem do leczenia refluksego zapalenia przełyku**



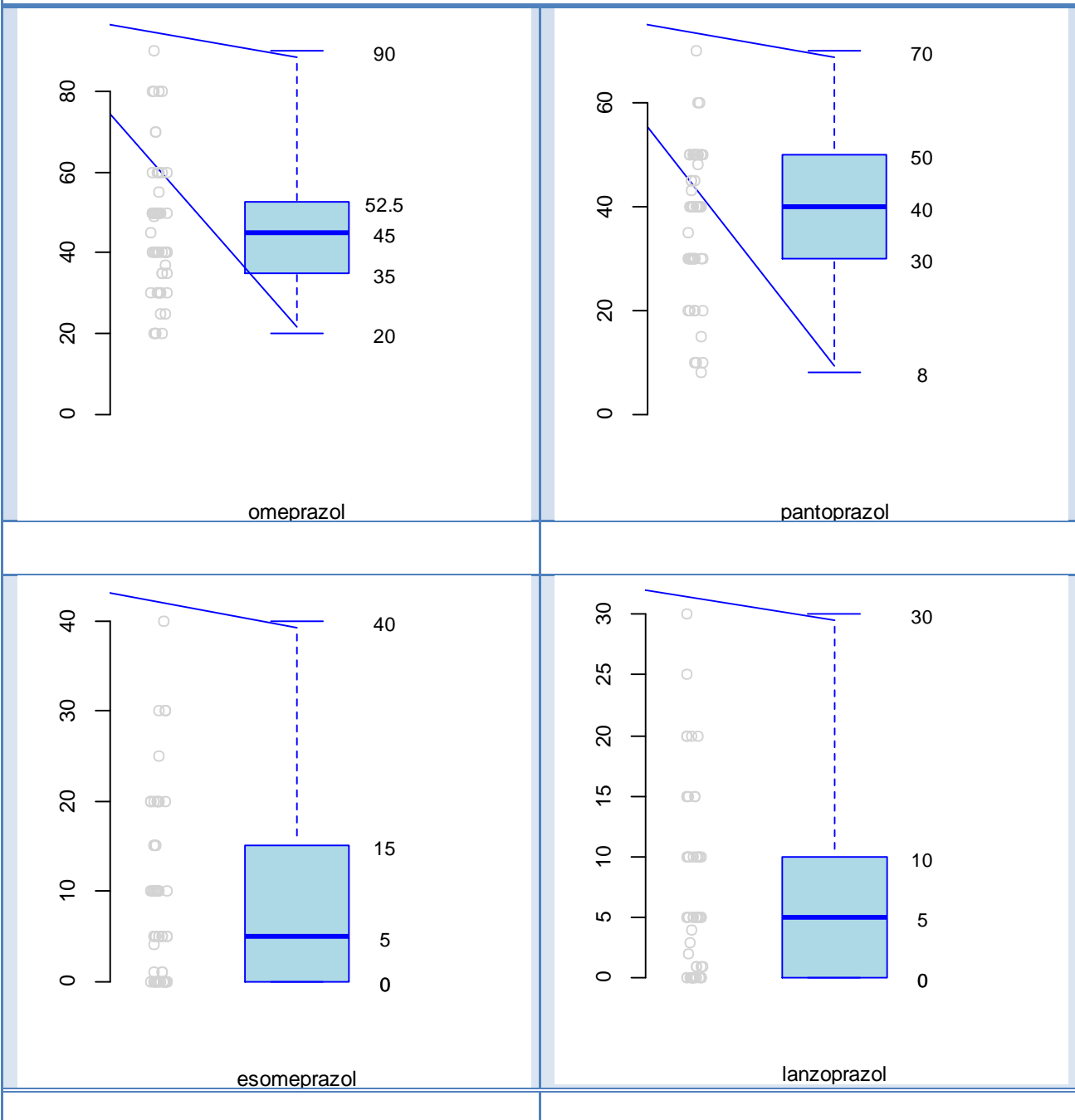
W opinii gastrologów najczęściej wybieraną substancją czynną przez lekarzy POZ w celu zapobiegania nawrotom refluksowego zapalenia przełyku jest omeprazol (mediana równa 40%), następnie pantoprazol (mediana równa 35%) i esomeprazol (mediana równa 10%). Najrzadziej specjaliści wymienili lanzoprazol (mediana równa 5%) jako najczęściej stosowaną substancję czynną przez lekarzy POZ. W przypadku pantoprazolu nie odnotowano braku wskazań tego leku jako najczęściej wybieranego przez lekarza POZ.

**Rysunek 17. Substancja czynna, którą wybierają najczęściej lekarze POZ u skierowanych do specjalisty pacjentów do zapobiegania nawrotom refluksowego zapalenia przełyku**



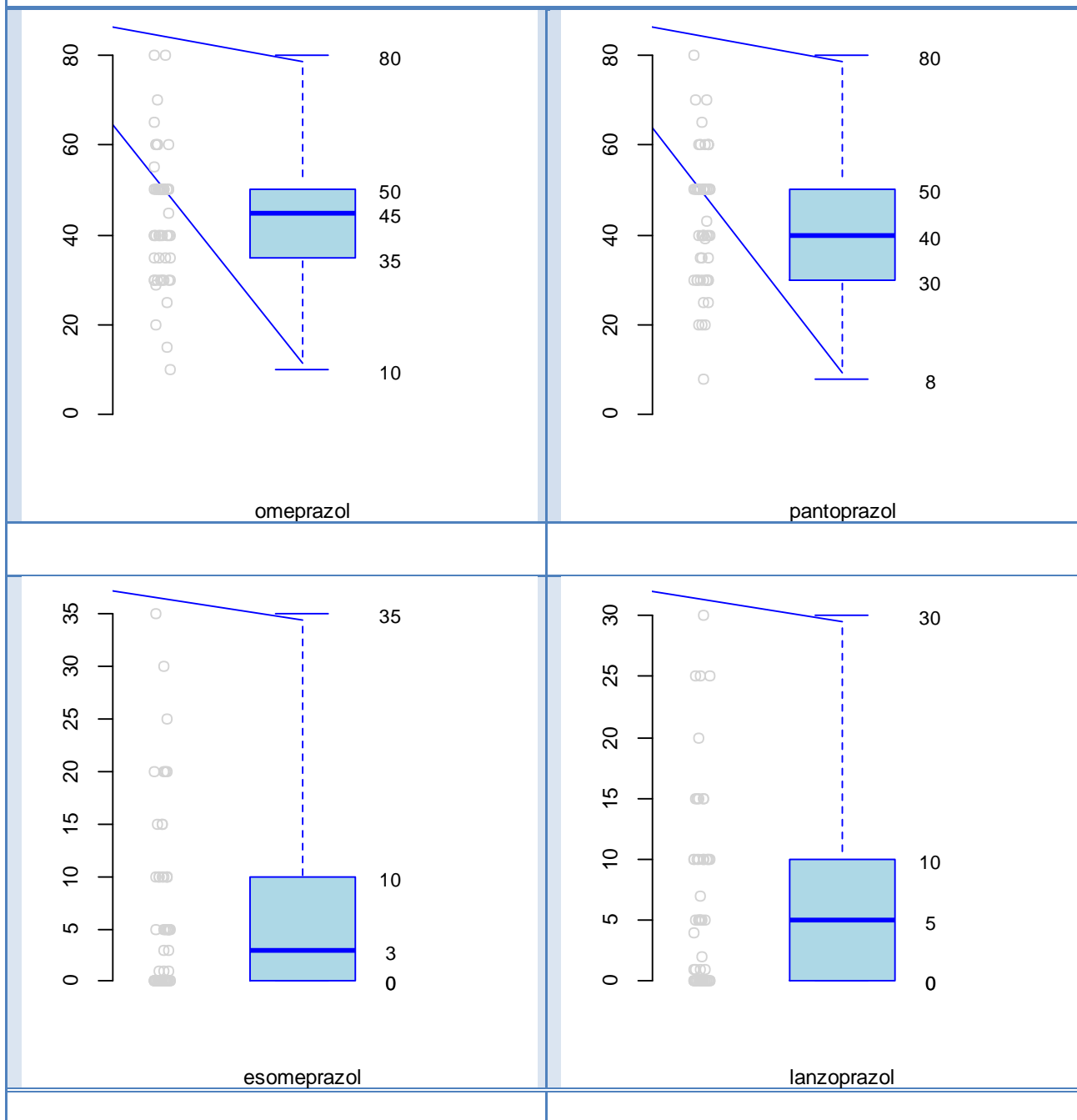
W opinii gastrologów najczęściej wybieraną substancją czynną przez lekarzy POZ w celu leczenia i zapobiegania owrzodzeniom żołądka i dwunastnicy jest omeprazol (mediana równa 45% respondentów), następnie pantoprazol (mediana równa 40%). Z kolei mediana esomeprazolu oraz lanzoprazolu wyniosła 5%. Jednak w przypadku esomeprazolu 1/4 wskazań znajdowała się powyżej 15%, a w przypadku lanzoprazolu powyżej 10%.

**Rysunek 18. Substancja czynna, którą wybierają najczęściej lekarze POZ u skierowanych do specjalistów pacjentów ze wskazaniem do leczenia i zapobiegania owrzodzeniom żołądka i dwunastnicy**



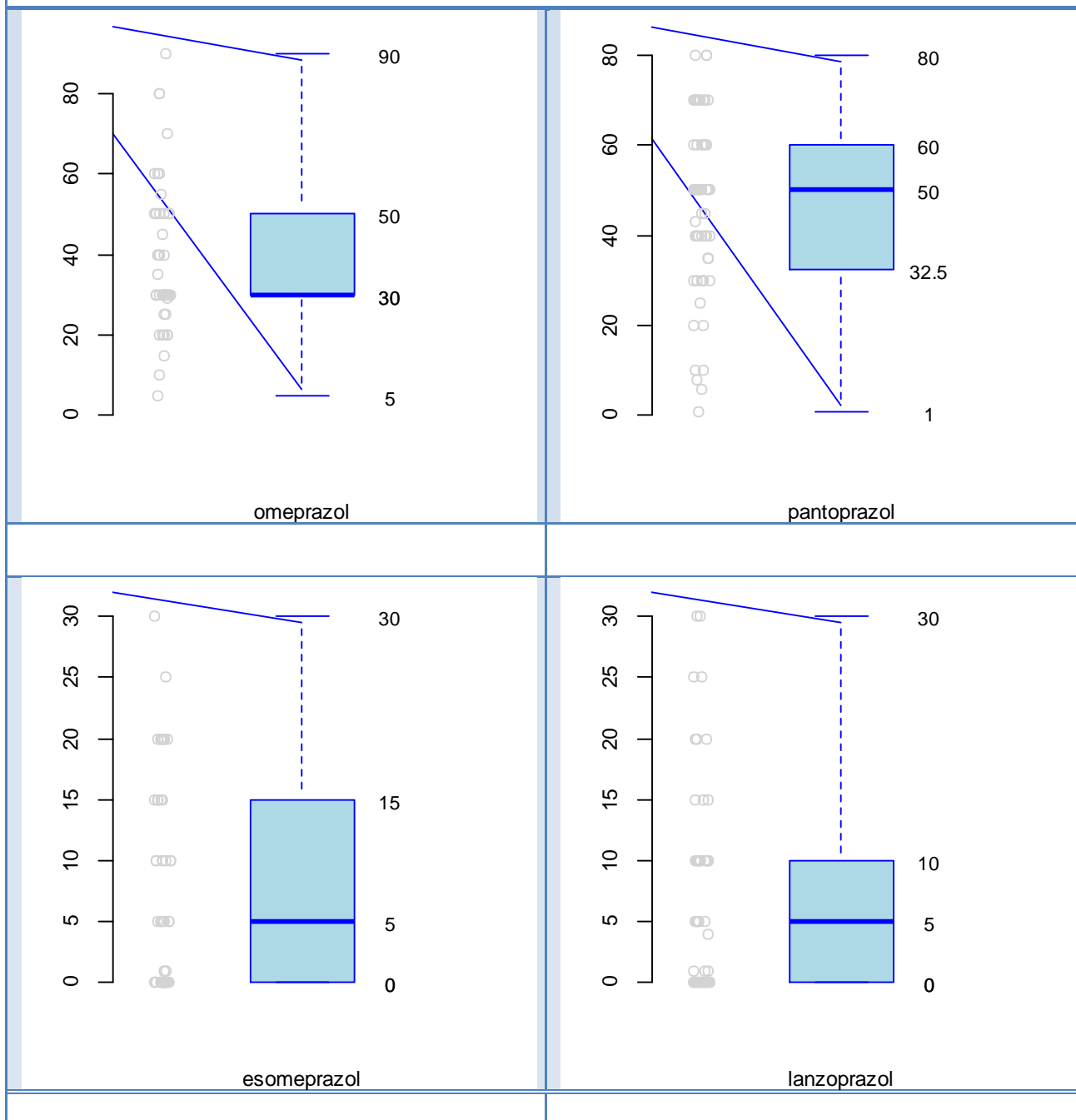
Tak jak w przypadku ww. schorzeń w opinii gastrologów najczęściej wybraną substancją czynną przez lekarzy POZ w celu leczenia i zapobiegania owrzodzeniom żołądka i dwunastnicy związanych z przyjmowaniem NLPZ (niesteroidowych leków przeciwzapalnych) jest omeprazol (mediana równa 45%), następnie pantoprazol (mediana równa 40%). Z kolei mediana esomeprazolu oraz lanzoprazolu wyniosła odpowiednio 3% oraz 5%. Zarówno w przypadku omeprazolu jak i pantoprazolu nie odnotowano braku wskazań tych leków jako najczęściej wybranego przez lekarza POZ.

**Rysunek 19. Substancja czynna, którą najczęściej wybierają lekarze POZ u skierowanych do specjalistów pacjentów ze wskazaniem do leczenia i zapobiegania owrzodzeniom żołądka i dwunastnicy związanych z przyjmowaniem NLPZ (niesteroidowych leków przeciwzapalnych)**



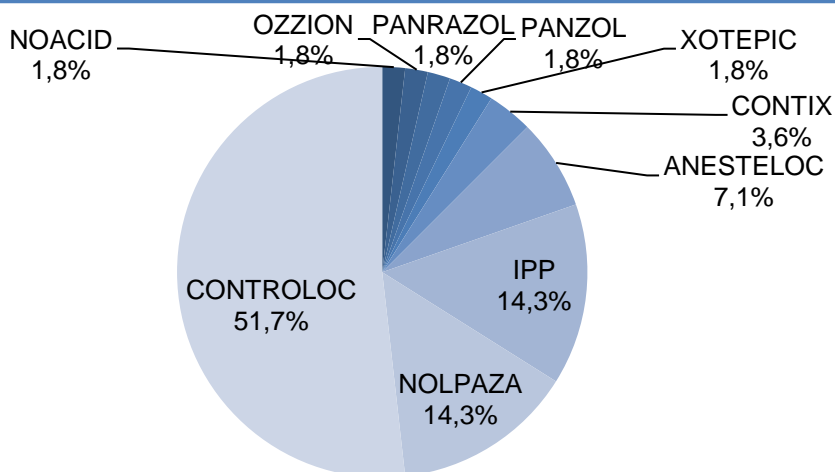
Inaczej niż w przypadku wyżej opisywanych schorzeń w opinii gastrologów w celu leczenia i zapobiegania krwawieniom z przewodu pokarmowego u pacjentów z wysokim ryzykiem kardiologicznym leczonych skojarzoną terapią antyagregacyjną (ASA, pochodne tienopirydyny) najczęściej wybieraną substancją czynną przez lekarzy POZ jest pantoprazol (mediana równa 50%). Następnie omeprazol (mediana równa 30%). Z kolei mediana esomeprazolu oraz lanzoprazolu wyniosła 5%. Zarówno w przypadku omeprazolu jak i pantoprazolu nie odnotowano braku wskazań tych leków jako najczęściej wybieranego przez lekarza POZ.

**Rysunek 20. Substancja czynna, którą najczęściej wybierają lekarze POZ u skierowanych do specjalistów ze wskazaniem do leczenia i zapobiegania krwawieniom z przewodu pokarmowego u pacjentów z wysokim ryzykiem kardiologicznym leczonych skojarzoną terapią antyagregacyjną.**



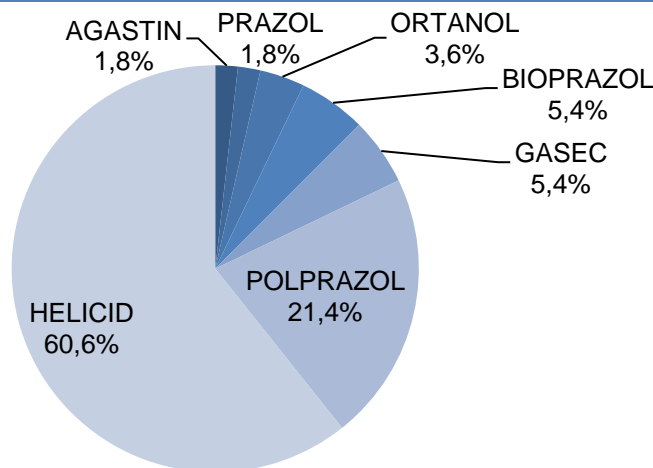
Według obserwacji specjalistów najczęściej stosowanym przez lekarzy POZ preparatem inhibitora pompy protonowej (preparat pantoprazolu) jest CONTROLOC (51,7% wskazań). Natomiast preparat NOLPAZA albo IPP to najczęściej stosowane preparaty przez lekarzy POZ zdaniem 14,3% ogółu specjalistów. ANESTELOC albo CONTIX to najczęściej stosowane preparaty pantoprazolu przez lekarzy POZ w opinii odpowiednio 7,1% albo 3,6% badaczy. NACID, OZZION, PANRAZOL, PANZOL albo XOTEPIC to najczęściej stosowane preparaty według 1,8% specjalistów.

**Rysunek 21. Najczęściej stosowany przez lekarzy POZ preparat inhibitora pompy protonowej (preparat pantoprazolu) wśród pacjentów kierowanych do specjalistów**



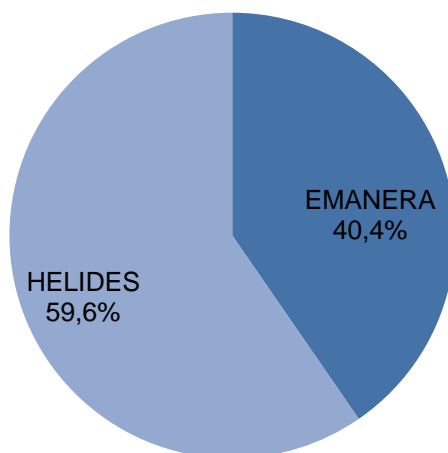
Według obserwacji specjalistów najczęściej stosowanym przez lekarzy POZ preparatem inhibitora pompy protonowej (preparat omeprazolu) jest HELICID (60,6% wskazań). Preparat POLPRAZOL to najczęściej stosowany preparaty przez lekarzy POZ zdaniem 21,4% ogółu specjalistów. GASEC, BIOPRAZOL, ORTANOL, PRAZOL albo AGASTIN według odpowiednio 5,4%, 5,4%, 3,6%, 1,8% albo 1,8% specjalistów to najczęściej stosowane preparaty przez lekarzy POZ.

**Rysunek 22. Najczęściej stosowany przez lekarzy POZ preparat inhibitora pompy protonowej (preparat omeprazolu) wśród pacjentów kierowanych do specjalistów**



HELIDES zdaniem 59,6% ankieterowanych specjalistów jest preparatem inhibitora pompy protonowej (preparat esomeprazolu) najczęściej stosowanym przez lekarzy POZ. Z kolei EMANERA to preparat inhibitora pompy protonowej (preparat esomeprazolu), który w opinii 40,4% specjalistów jest najczęściej stosowanym preparatem tego typu przez lekarzy POZ.

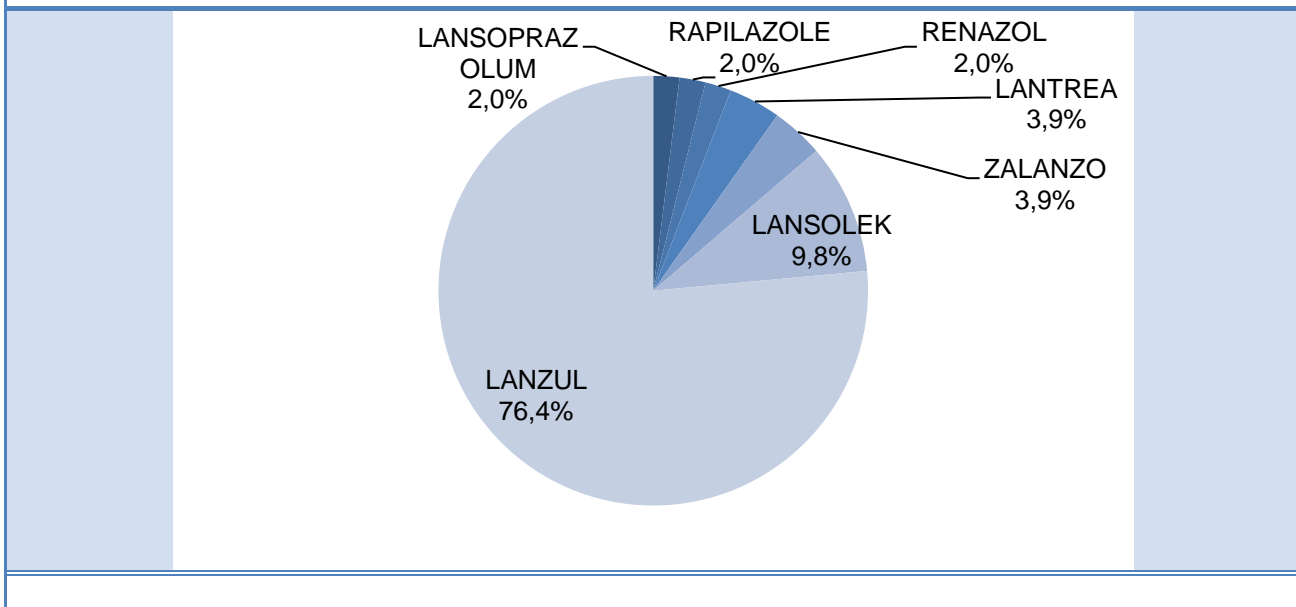
**Rysunek 23. Najczęściej stosowany przez lekarzy POZ preparat inhibitora pompy protonowej (preparat esomeprazolu) wśród pacjentów kierowanych do specjalistów**





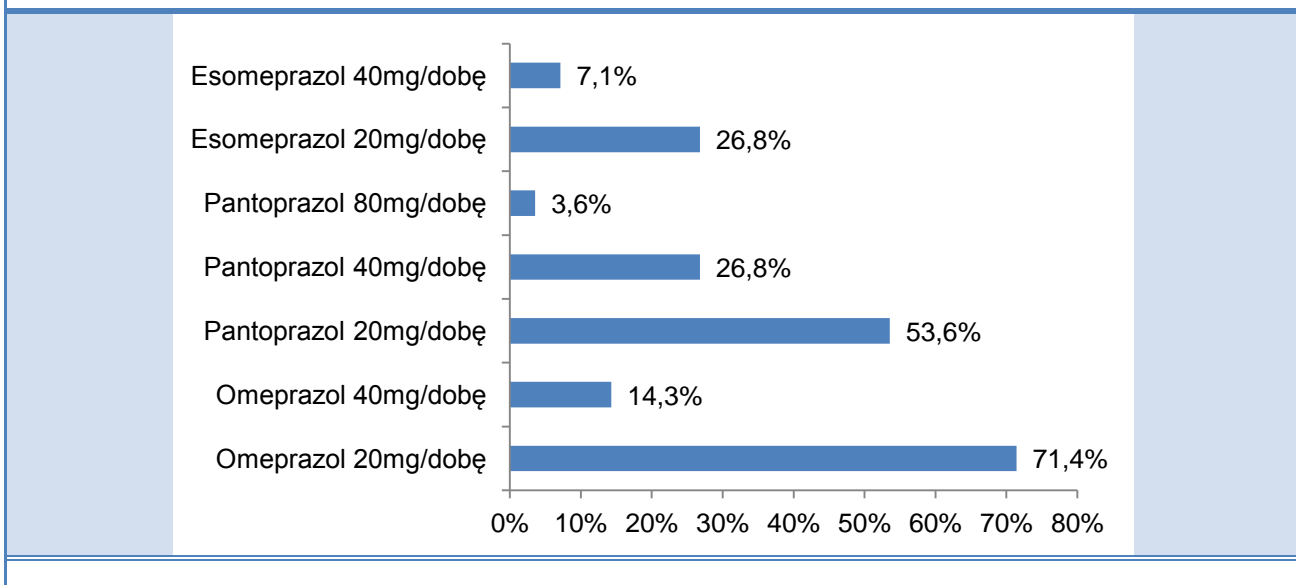
Według obserwacji specjalistów zdecydowanie najczęściej stosowanym przez lekarzy POZ preparatem inhibitora pompy protonowej (preparat lanzoprazolu) jest LANZUL (76,4% wskazań). Preparat LANSOLEK to najczęściej stosowany preparaty przez lekarzy POZ zdaniem 9,8% ogółu specjalistów. ZALANZO, LANTREA, RENAZOL, RAPILAZOLE albo LANSOPRAZOLUM według odpowiednio 3,9%, 3,9%, 2,0%, 2,0% oraz 2,0% specjalistów to najczęściej stosowane preparaty lanzoprazolu przez lekarzy POZ.

**Rysunek 24. Najczęściej stosowany przez lekarzy POZ preparat inhibitora pompy protonowej (preparat lanzoprazolu) wśród pacjentów kierowanych do specjalistów**



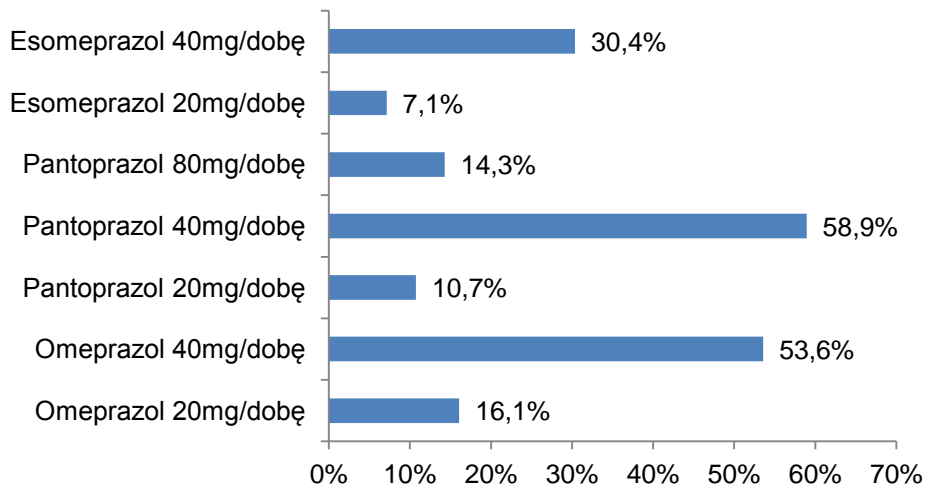
Zarówno dla preparatów esomeprazolu, pantoprazolu jak i omeprazolu zdaniem lekarzy specjalistów częściej stosowane są mniejsze dawki przez lekarzy POZ (20mg/dobę). Omeprazol 20mg/dobę jest najczęściej stosowaną dawką preparatu inhibitora pompy protonowej przez lekarzy POZ w terapii łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles).

**Rysunek 25. Dawka inhibitora pompy protonowej stosowana przez lekarzy POZ w terapii łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) w opinii lekarzy specjalistów**



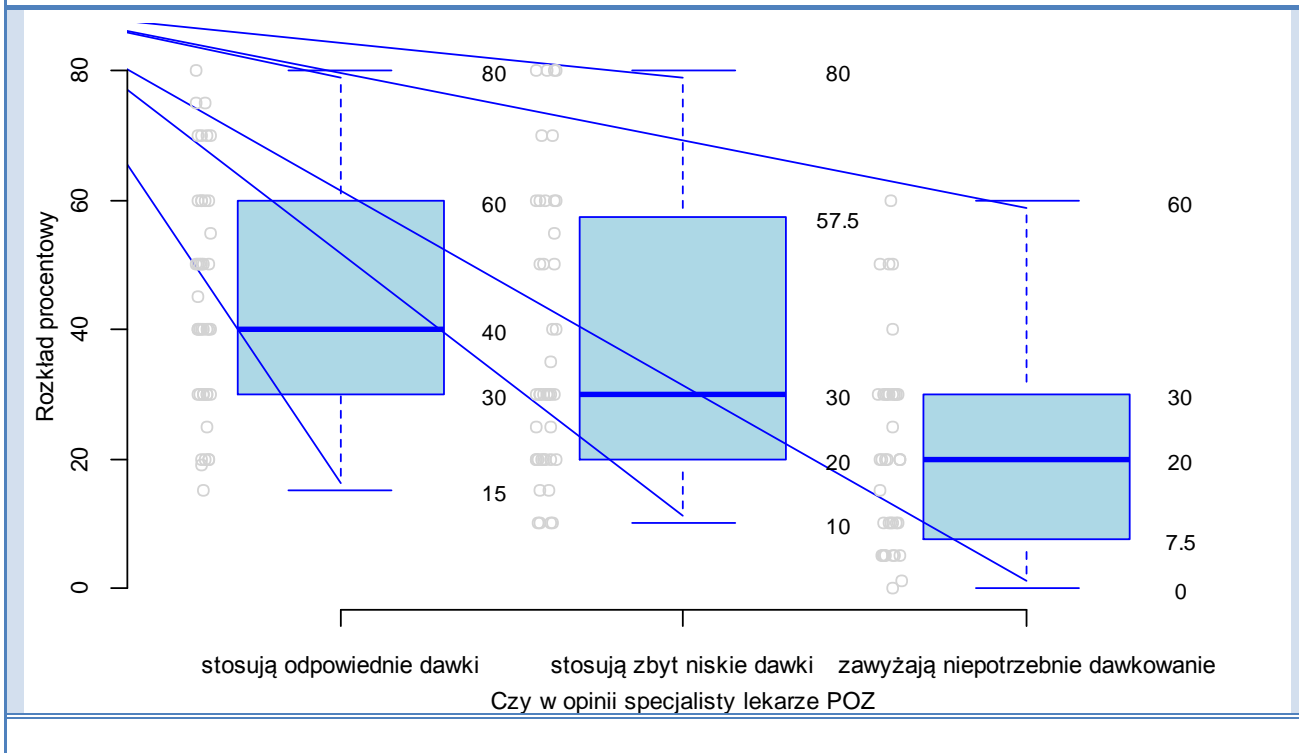
W opinii lekarzy specjalistów najczęściej stosowaną dawką preparatu inhibitora pompy protonowej przez lekarzy POZ w terapii umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) jest 40mg/dobę dla preparatów esomeprazolu, pantoprazolu oraz omeprazolu. Pantoprazol 40mg/dobę oraz omeprazol 40mg/dobę to najczęściej stosowane inhibitory pompy protonowej (odpowiednio 58,9% oraz 53,6% wskazań) przez lekarzy POZ.

**Rysunek 26. Dawka inhibitora pompy protonowej stosowana przez lekarzy POZ w terapii umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) w opinii lekarzy specjalistów**



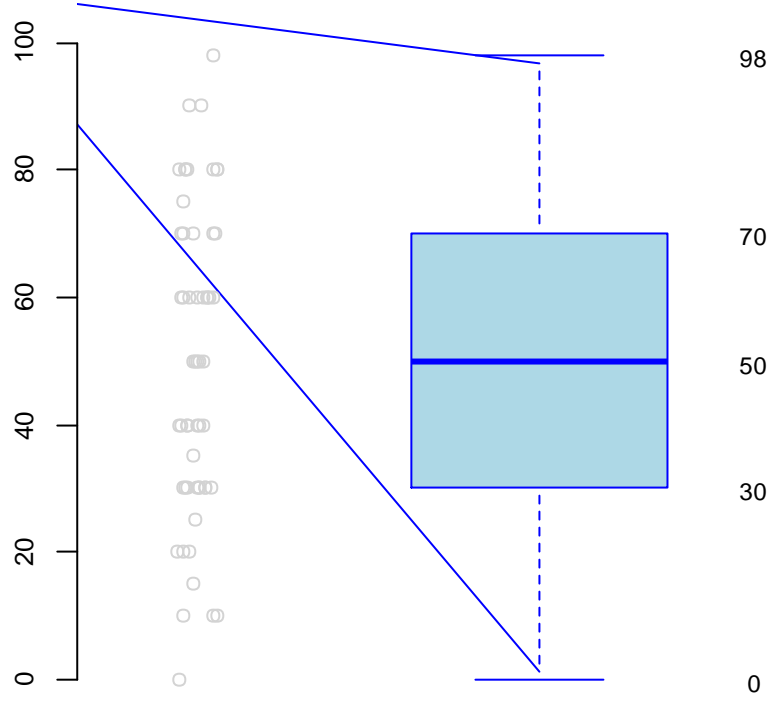
Zdaniem lekarzy specjalistów przeciętnie (połowa z nich) uważa, że odpowiednio co najmniej 40%, 30% albo 20% lekarzy POZ stosuje odpowiednie dawki, zbyt niskie dawki lub zawiąże niepotrzebnie dawkowanie. Co 4 specjalista stwierdził, że odpowiednio co najmniej 60%, 57,5% albo 30% ogółu lekarzy POZ stosuje odpowiednie dawki, stosuje zbyt niskie dawki albo zawiąże niepotrzebnie dawkowanie. 6 specjalistów udzieliło odpowiedzi „nie mam zdania”.

**Rysunek 27. Opinia lekarzy specjalistów na temat dawkowania inhibitorów pompy protonowej przez lekarzy POZ**



Półowa badaczy biorących udział w programie 50% pacjentów zmieniło uprzednie zalecenia lekarza POZ dotyczące zalecanej terapii inhibitorem pompy protonowej.  $\frac{1}{4}$  lekarzy podjęła taką decyzję w co najmniej 70% przypadków. Analogicznej wielkości grupę stanowiły osoby, które zmieniły zalecenia lekarza POZ u co najwyżej 30% swoich pacjentów.

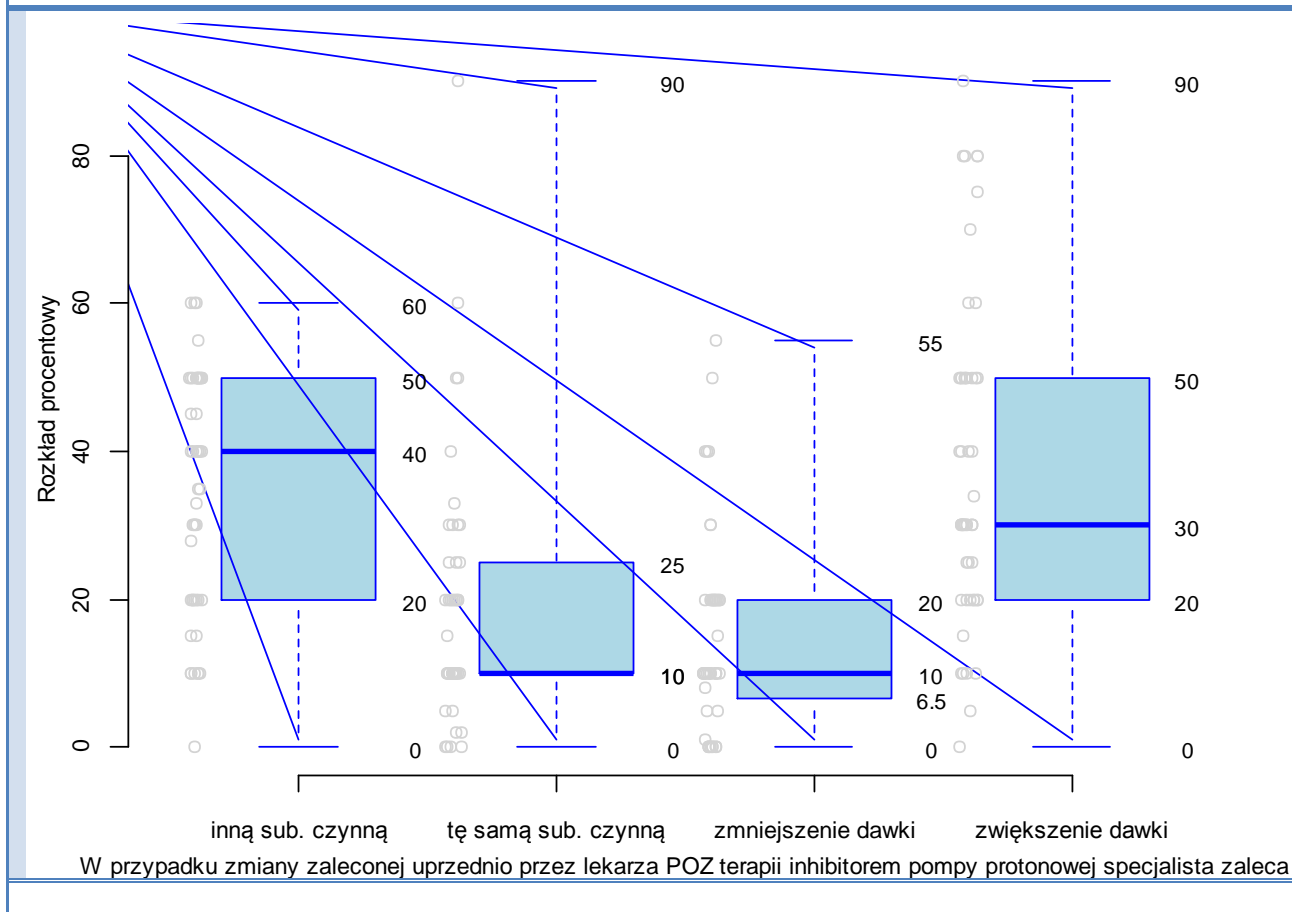
**Rysunek 28. Odsetek pacjentów, którym specjalista zmienił uprzednie zalecenia lekarza POZ dotyczące zalecanej terapii inhibitorem pompy protonowej**



Odsetek pacjentów którym specjalista zmienił uprzednie zalecenia lekarza POZ

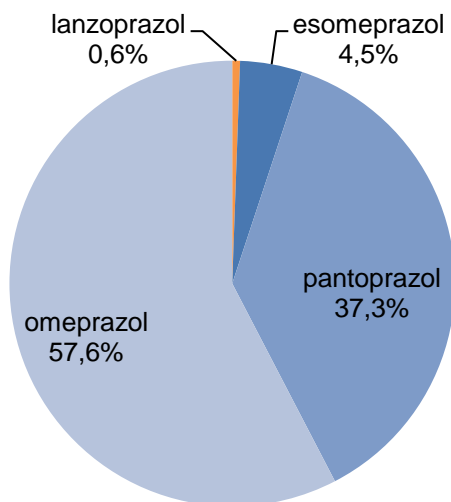
Przeciętnie lekarze specjaliści najczęściej dokonują zmiany na preparat zawierający inną substancję czynną (połowa z nich zaleca to co najmniej 40% swoich pacjentów). Najrzadziej z kolei lekarze w przypadku zmiany dawki uprzednio zleconej przez lekarza POZ zalecają zmniejszenie dawkowania bez zmiany preparatu. 25% badaczy zaleca zwiększenie dawkowania bez zmiany preparatu co najmniej połowie pacjentów.

**Rysunek 29. Zalecenia specjalisty w przypadku zmiany zaleconej uprzednio przez lekarza POZ terapii inhibitora pompy protonowej**



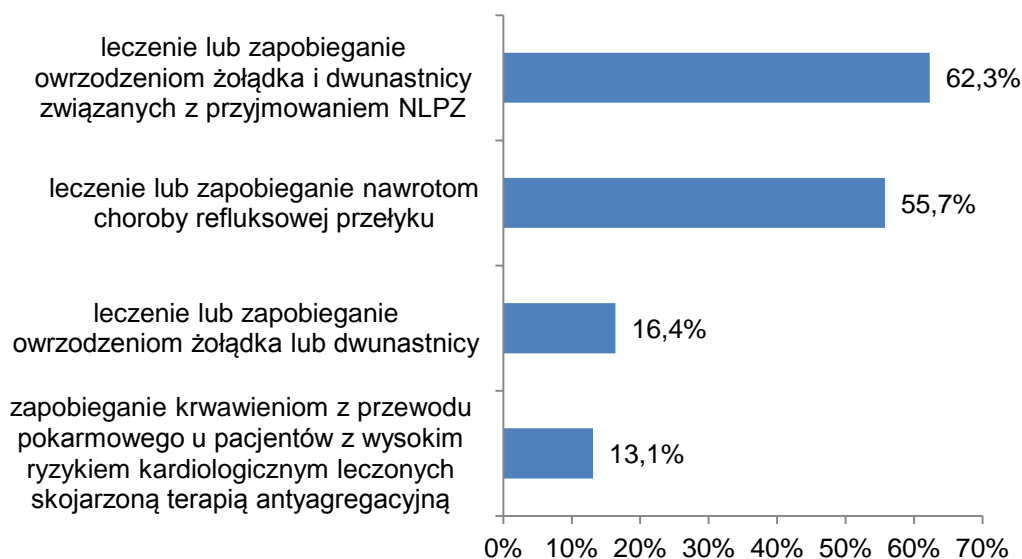
Na pytanie, który z inhibitorów pompy protonowej lekarz stosuje najczęściej, większość badanej grupy (57,6% wskazań) odpowiedziało „omeprazol”. Pantoprazol jest najczęściej stosowany przez 37,3% ogółu, a esomeprazol przez 4,5% wszystkich lekarzy. Lanzoprazol wybrało 0,6% ogółu.

**Rysunek 30. Najczęściej stosowany inhibitor pompy protonowej**



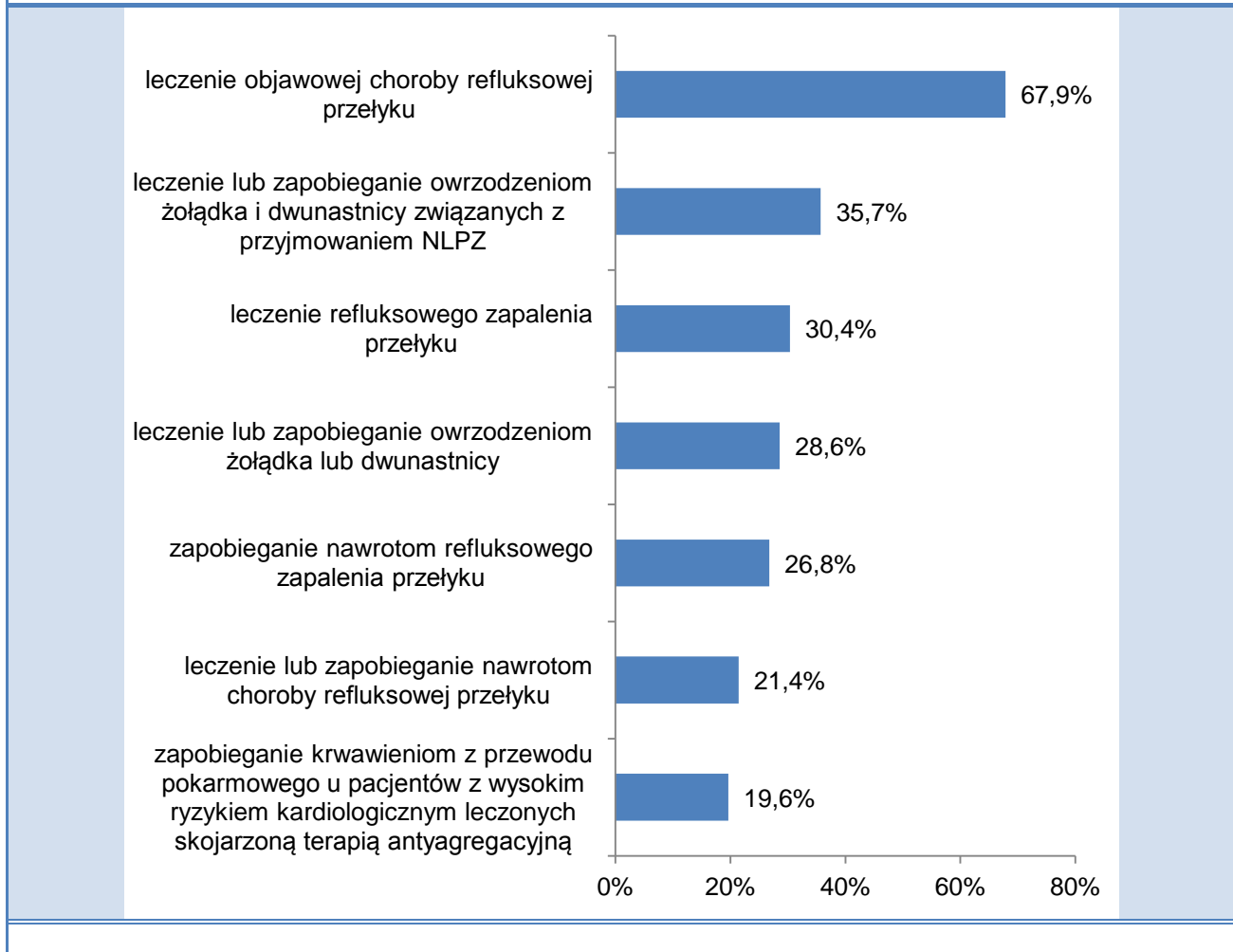
Leczenie lub zapobieganie owrzodzeniom żołądka i dwunastnicy związanych z przyjmowaniem NLPZ lub nawrotom choroby refluksowej przełyku to najczęstsze wskazania do włączenia inhibitora pompy protonowej (odpowiednio 62,3% lub 55,7% wskazań lekarzy POZ). Z kolei zapobieganie krwawieniom z przewodu pokarmowego u pacjentów z wysokim ryzykiem kardiologicznym leczonych skojarzoną terapią antyagregacyjną (ASA, pochodne tienopirydyny) wskazało 13,1% tej grupy.

**Rysunek 31. Najczęstsze wskazanie w praktyce do włączenia inhibitora pompy protonowej wg lekarzy POZ**



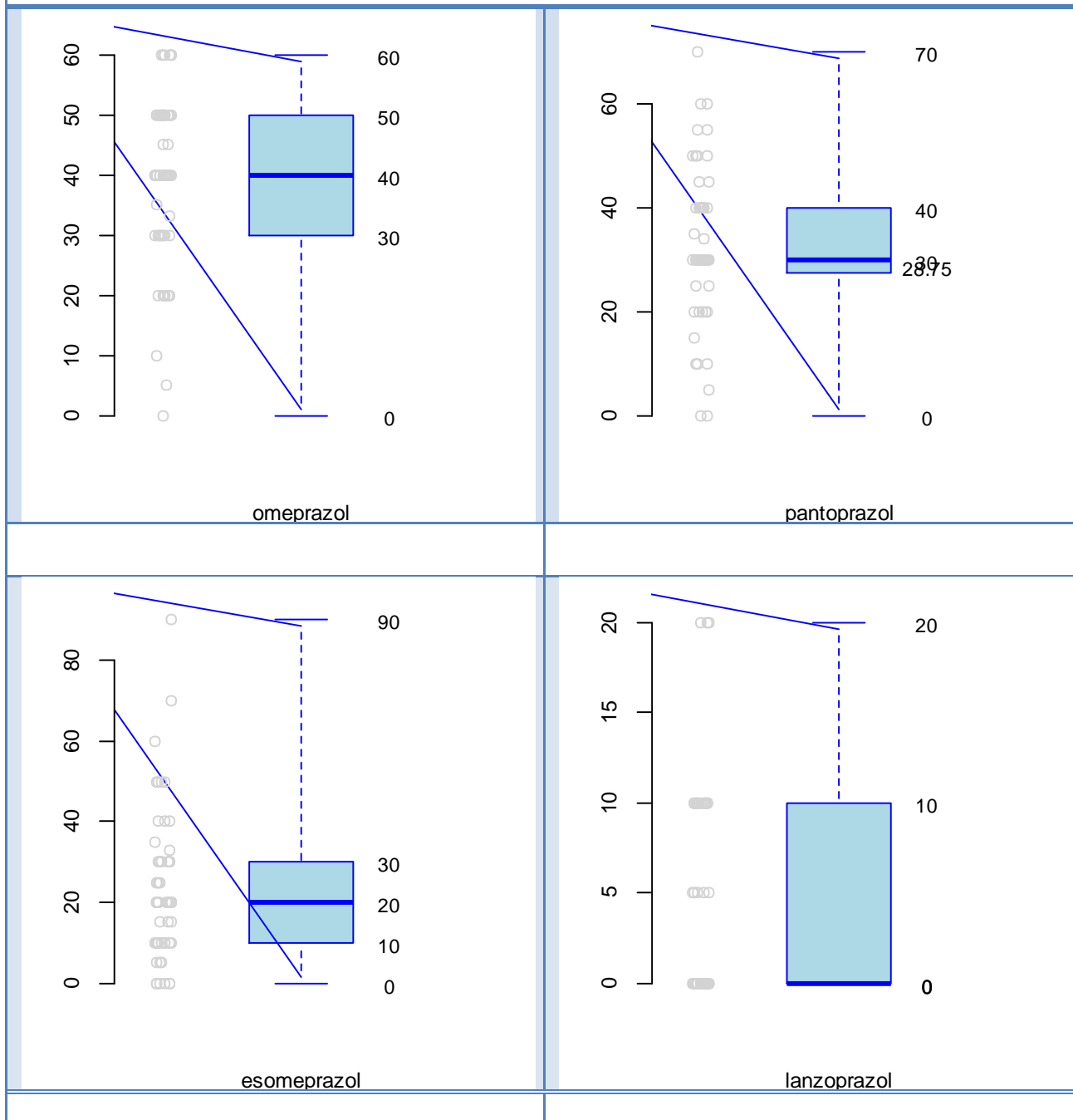
Niemal 68,0% lekarzy specjalistów stwierdziło, że leczenie objawowej choroby refluksowej przełyku jest w ich praktyce najczęstszym wskazaniem do włączenia inhibitora pompy protonowej. Tak samo jak w przypadku lekarzy POZ zapobieganie krwawieniom z przewodu pokarmowego u pacjentów z wysokim ryzykiem kardiologicznym leczonych skojarzoną terapią antyagregacyjną (ASA, pochodne tienopirydyny) jest najrzadszym wskazaniem do włączenia inhibitora pompy protonowej w opinii lekarzy gastrologów.

**Rysunek 32. Najczęstsze wskazanie w praktyce do włączenia inhibitora pompy protonowej wg lekarzy gastrologów**



Najczęściej wybieraną substancją czynną przez lekarzy gastrologów w celu leczenia objawowej choroby refluksowej przełyku jest omeprazol (mediana równa 40%), następnie pantoprazol (mediana równa 30%). Z kolei mediana esomeprazolu wyniosła 20%. W przypadku lanzoprazolu  $\frac{3}{4}$  wskazań znajdowała się poniżej 10%.

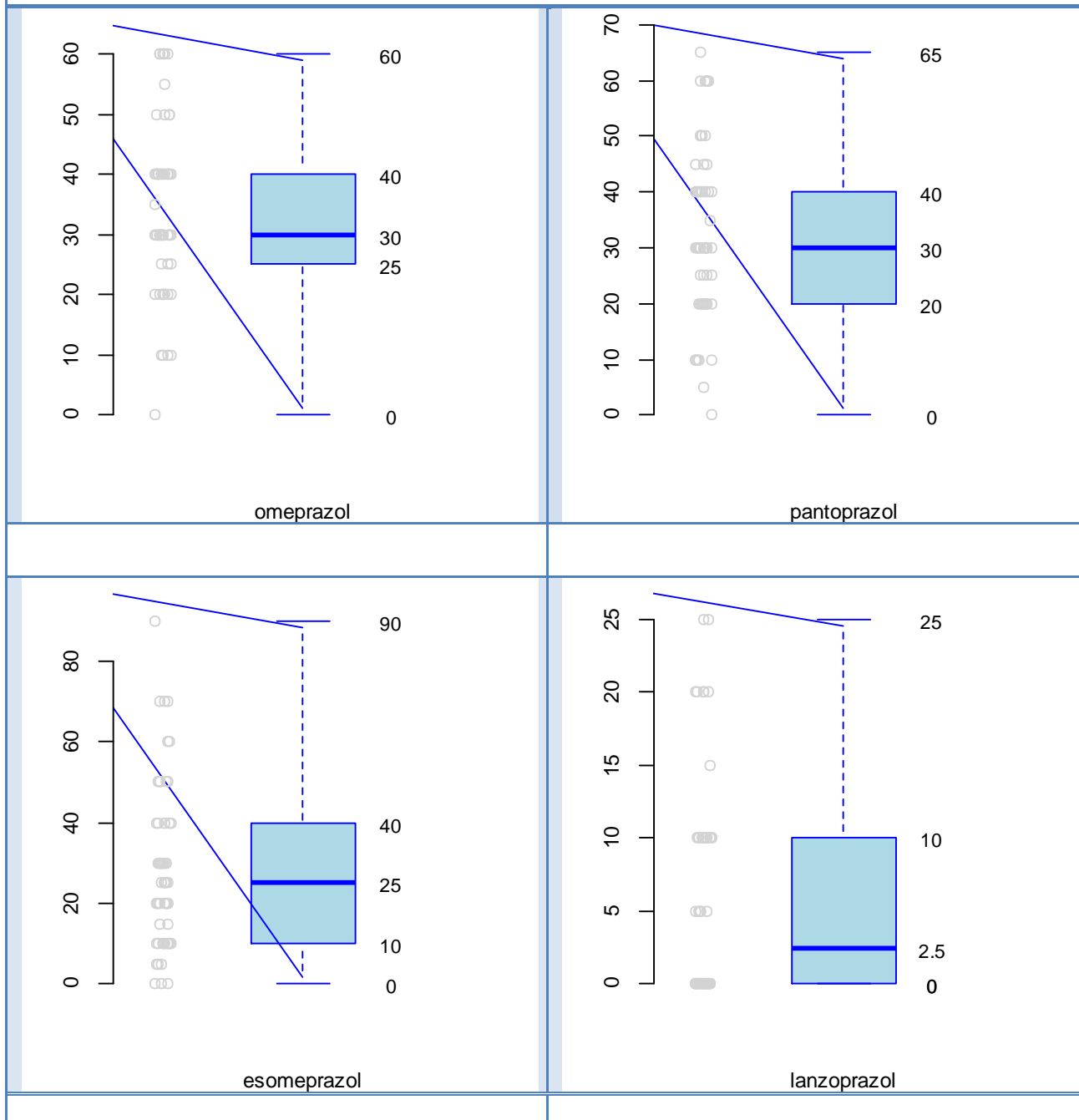
**Rysunek 33. Substancja czynna, którą wybierają lekarze specjaliści w leczeniu objawowej choroby refluksowej przełyku**





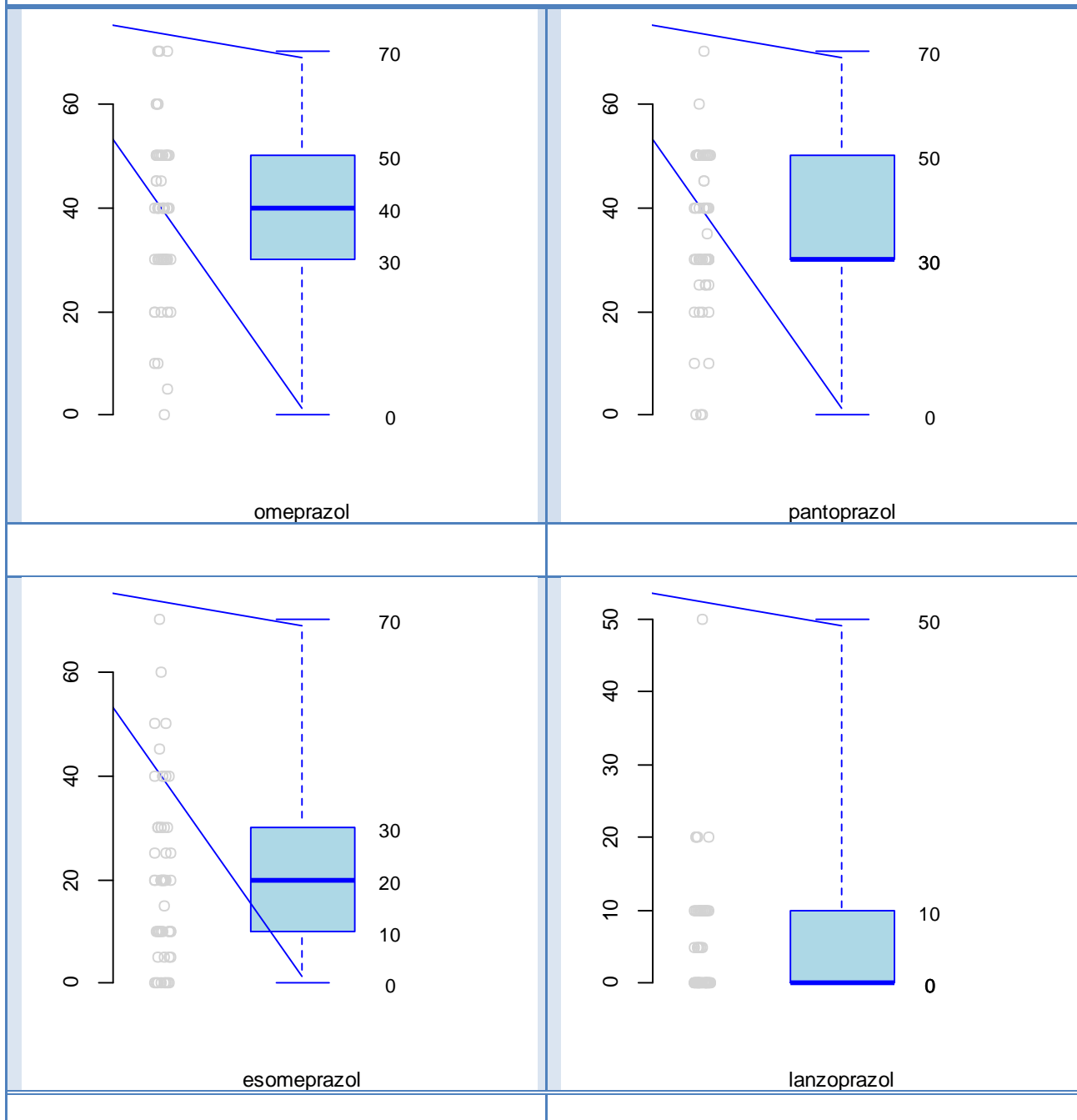
Omeprazol oraz pantoprazol to najczęściej wybierane substancje czynne przez lekarzy gastrologów w celu leczenia refluksowego zapalenia przełyku (mediana równa 30%), Następnie esomeprazol (mediana równa 25%). W przypadku lanzoprazolu  $\frac{1}{2}$  wskazań znajdowała się poniżej 2,5%. W badaniu wziął udział lekarz, który stwierdził, że w leczeniu refluksowego zapalenia przełyku stosuje esomeprazol w 90 przypadkach na 100.

**Rysunek 34. Substancja czynna, którą wybierają lekarze specjaliści w leczeniu refluksowego zapalenia przełyku**



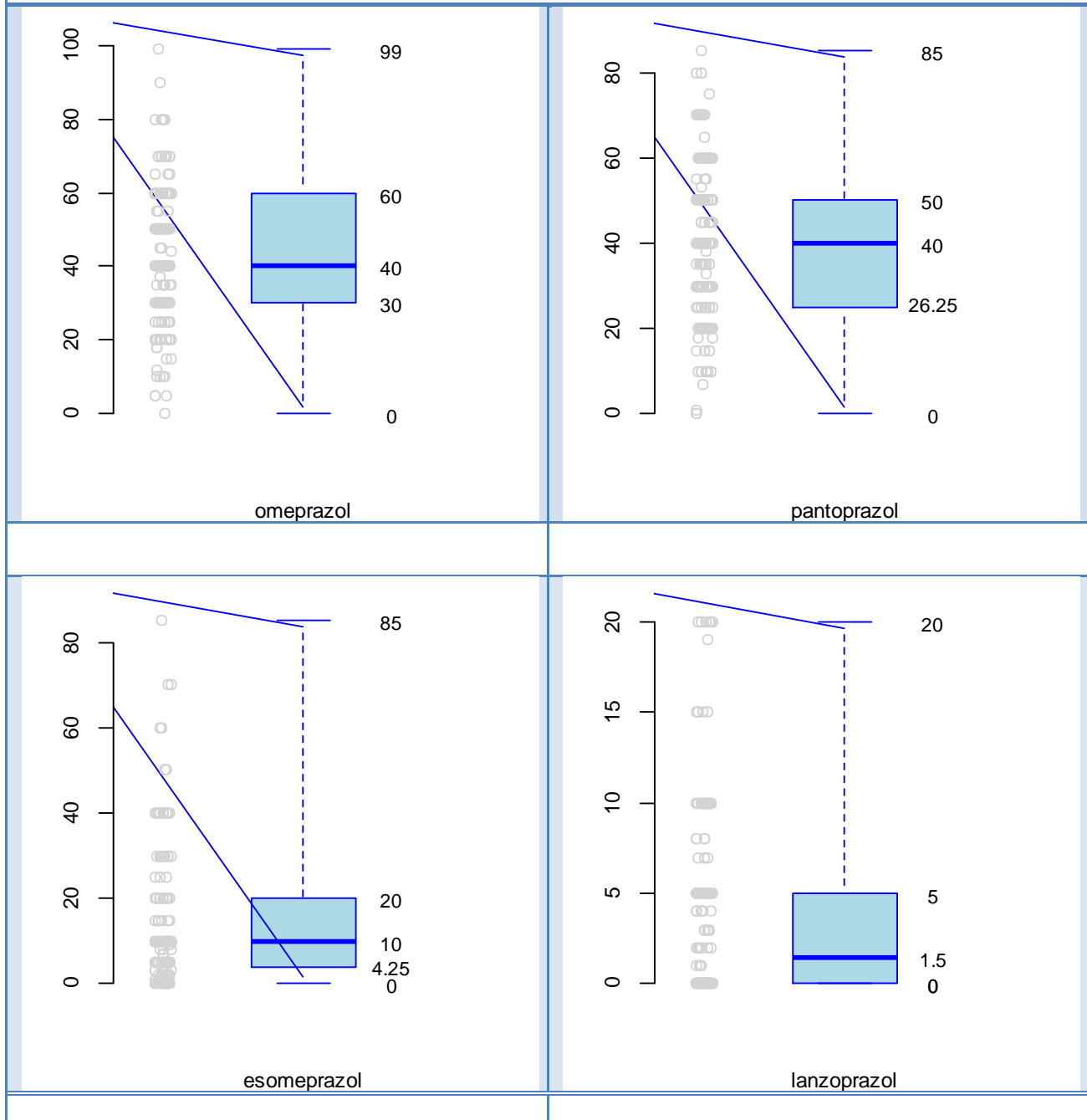
Gastrologi w zapobieganiu nawrotom refluksowego zapalenia przełyku najczęściej stosują omeprazol (połowa badaczy wskazała co najmniej 40% pacjentów). Natomiast w przypadku pantoprazolu połowa specjalistów wskazała odsetek pacjentów powyżej 30%. Następnie esomeprazol (mediana równa 20%). W przypadku lanzoprazolu  $\frac{3}{4}$  wskazań znajdowała się poniżej 10%.

**Rysunek 35. Substancja czynna, którą wybierają lekarze specjaliści w zapobieganiu nawrotom refluksowego zapalenia przełyku**



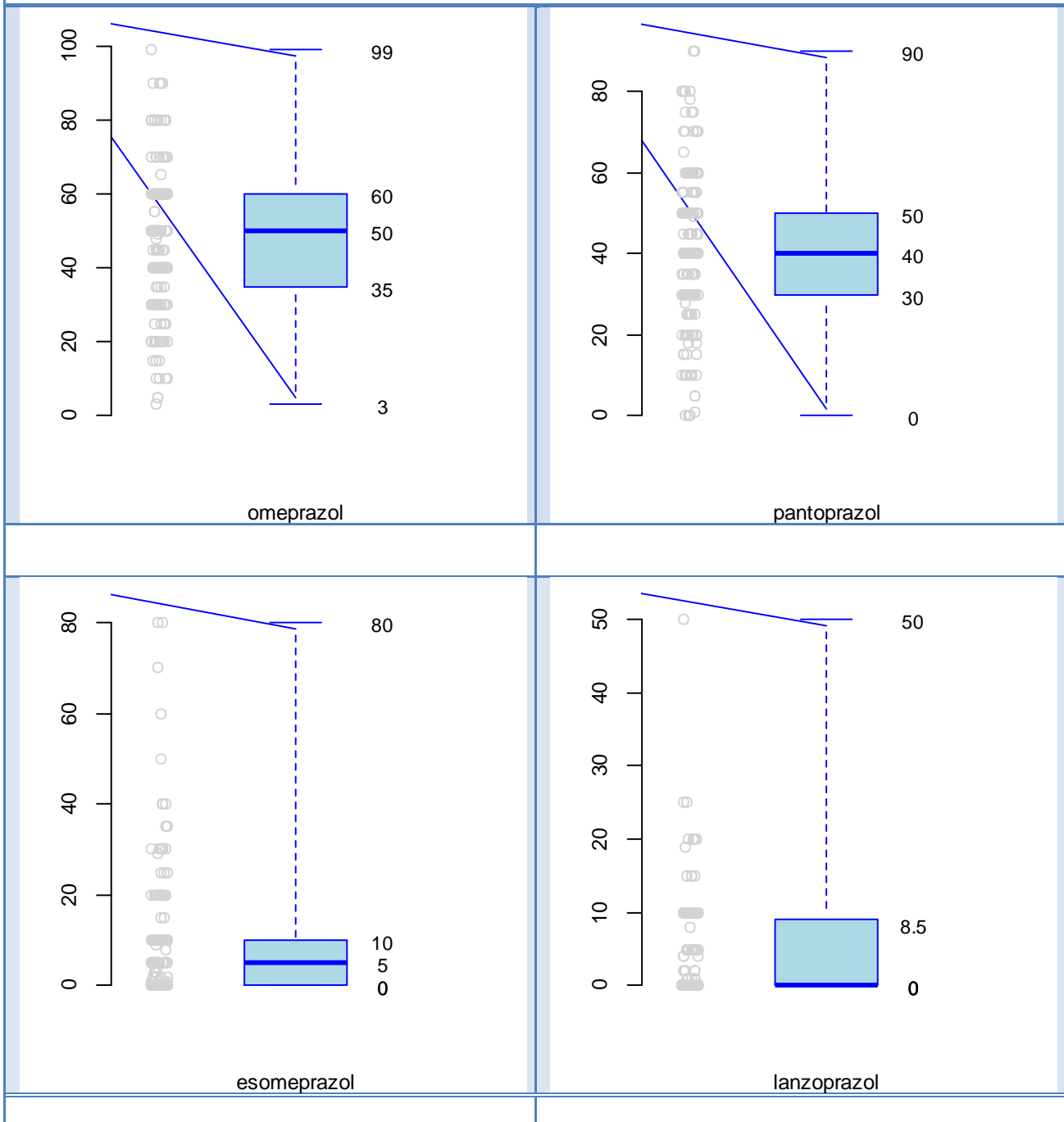
Omeprazol oraz pantoprazol to dwie najczęściej stosowane substancje czynne przez lekarzy (POZ oraz specjalistów) w leczeniu lub zapobieganiu owrzodzeniom żołądka lub dwunastnicy (mediana równa 40%). Jednak w przypadku omeprazolu  $\frac{1}{4}$  ogółu badaczy wskazało co najmniej 60%, a dla pantoprazolu co najmniej 50%. Natomiast 75% ogółu lekarzy wskazało esomeprazol lub lanzoprazol w co najwyżej odpowiednio 20% oraz 5% przypadków.

**Rysunek 36. Substancja czynna, którą wybierają lekarze (POZ oraz specjaliści) w leczeniu lub zapobieganiu owrzodzeniom żołądka lub dwunastnicy**



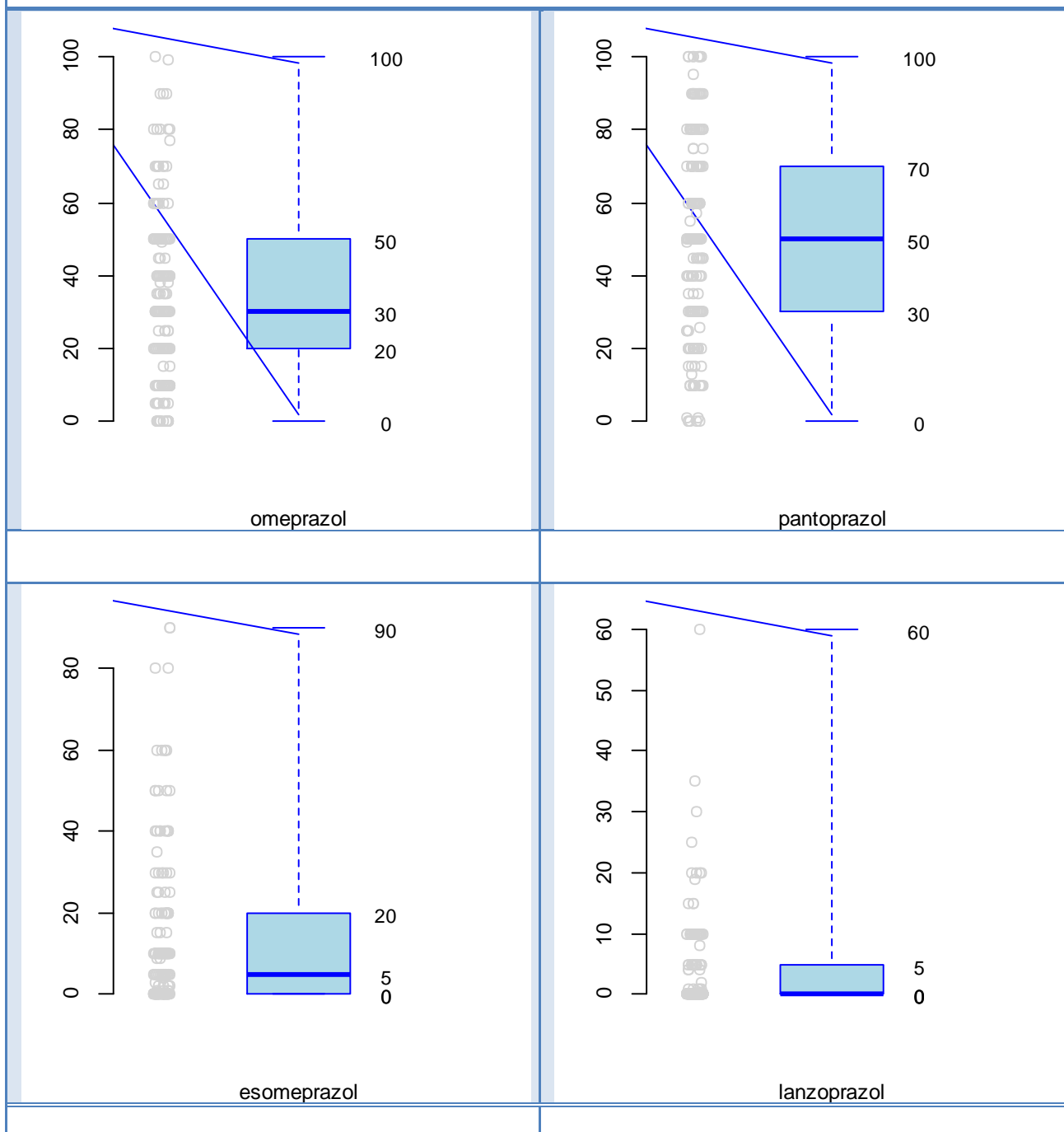
Najczęściej wybieraną substancją czynną przez lekarzy (POZ oraz specjalistów) w leczeniu lub zapobieganiu owrzodzenia żołądka i dwunastnicy związanych z przyjmowaniem NLPZ (niesteroidowych leków przeciwzapalnych) jest omeprazol, połowa lekarzy stosuje go w co najmniej 50% przypadków. Z kolei pantoprazol jest zalecany przez  $\frac{1}{4}$  badaczy u co najmniej 50% pacjentów. Mediana wskazań esomeprazolu wyniosła 5%. Natomiast w przypadku lanzoprazolu 75% badaczy wskazało jego stosowanie w mniej niż 8,5% przypadków.

**Rysunek 37. Substancja czynna, którą wybierają lekarze (POZ oraz specjaliści) w leczeniu lub zapobieganiu owrzodzeniu żołądka i dwunastnicy związanych z przyjmowaniem NLPZ (niesteroidowych leków przeciwzapalnych)**



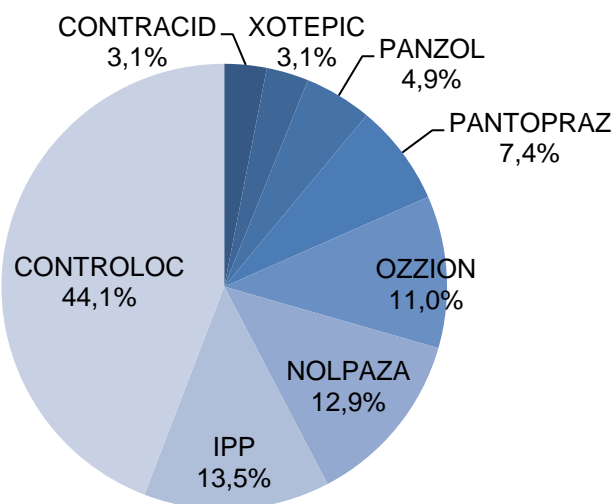
Inaczej niż w przypadku wyżej opisywanych schorzeń w opinii lekarzy (POZ oraz specjalistów) w celu leczenia i zapobiegania krwawieniom z przewodu pokarmowego u pacjentów z wysokim ryzykiem kardiologicznym leczonych skojarzoną terapią antyagregacyjną (ASA, pochodne tienopirydyny) najczęściej wybieraną substancją czynną jest pantoprazol (mediana równa 50%). Następnie omeprazol (mediana równa 30%). Z kolei mediana esomeprazolu oraz lanzoprazolu wyniosła odpowiednio 5% oraz 0%. Zarówno w przypadku omeprazolu jak i pantoprazolu odnotowano 100% wskazanie tych leków jako najczęściej wybieranego przez lekarzy (POZ oraz specjalistów).

**Rysunek 38. Substancja czynna, którą wybierają lekarze (POZ oraz specjaliści) w leczeniu lub zapobieganiu krwawieniom z przewodu pokarmowego u pacjentów z wysokim ryzykiem kardiologicznym leczonych skojarzoną terapią antyagregacyjną (ASA, pochodne tienopirydyny)**



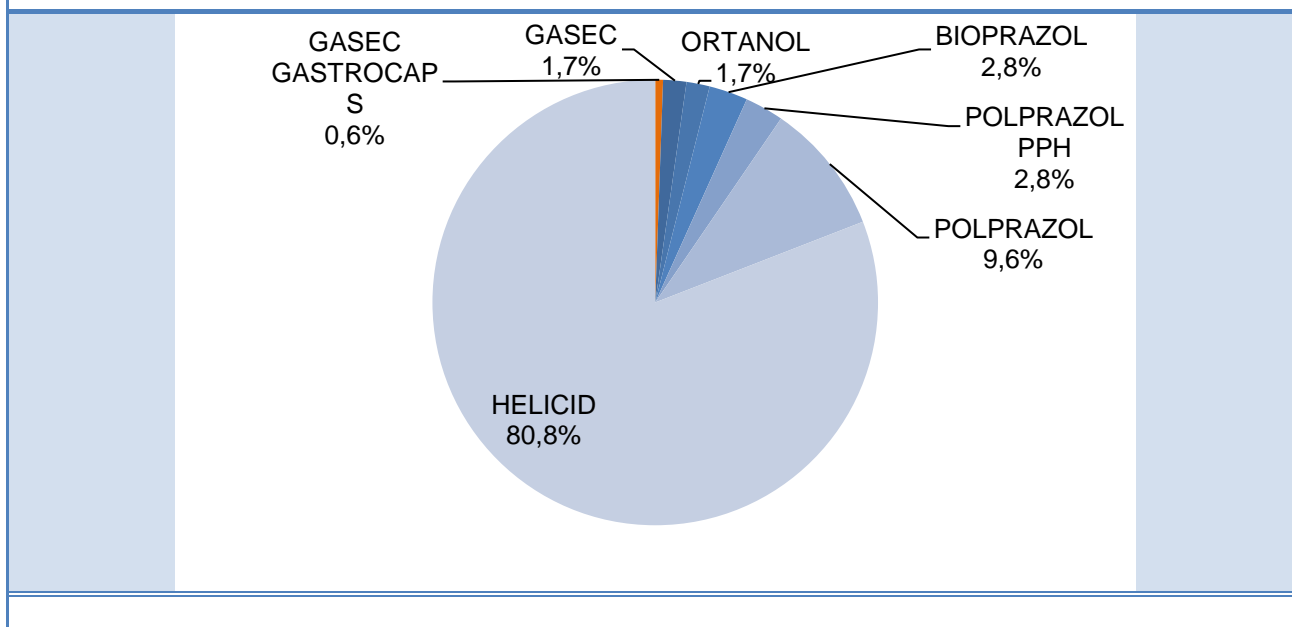
Najczęściej stosowanym przez lekarzy preparatem inhibitora pompy protonowej (preparat pantoprazolu) jest CONTROLOC (44,1% wskazań). Natomiast preparat IPP albo NOLPAZA to najczęściej stosowane preparaty odpowiednio przez 13,5% albo 12,9% ogółu lekarzy. OZZION albo PANTOPRAZ to najczęściej stosowane preparaty pantoprazolu przez odpowiednio 11,0% albo 7,4% badaczy. Z kolei PANZOL, XOTEPIC albo CONTRACID najczęściej używało odpowiednio 4,9%, 3,1% albo 3,1% ogółu. Ze względu na brak przejrzystości, na poniższym wykresie nie odnotowano tych preparatów, które zostały wymienione przez mniej niż 5 lekarzy (CONTIX (4 wskazania), ANESTELOC (4 wskazania), PANTOPRAZOLE (2 wskazania), HELOPAN (1 wskazanie), GASTROSTAD (1 wskazanie) oraz ANESTELOC MAX (1 wskazanie)).

**Rysunek 39. Najczęściej stosowany przez lekarzy (POZ oraz specjaliści) preparat inhibitora pompy protonowej (preparat pantoprazolu)**



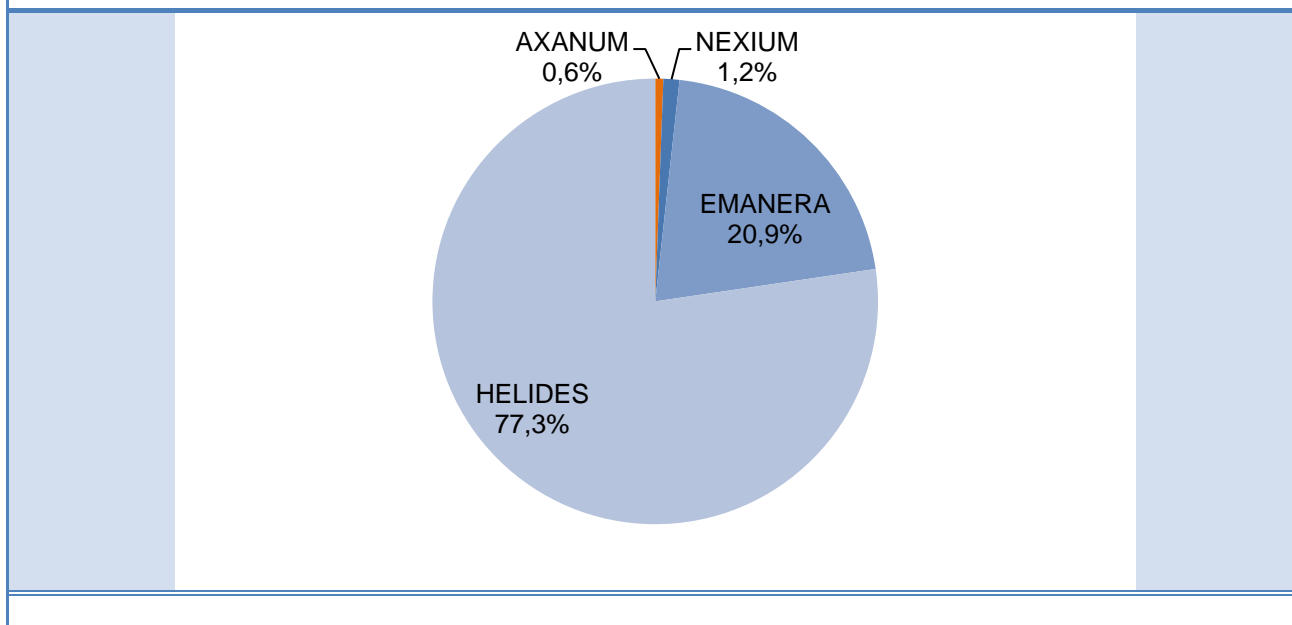
Najczęściej stosowanym preparatem inhibitora pompy protonowej (preparat omeprazolu) jest HELICID (80,8% wskazań ogółu lekarzy). Preparat POLPRAZOL to najczęściej stosowany preparat przez 9,6% lekarzy. POLPRAZOL PPH, BIOPRAZOL, ORTANOL, GASEC albo GASEC GASTROCAP według odpowiednio 2,8%, 2,8%, 1,7%, 1,7% albo 0,6% ogółu to najczęściej stosowane preparaty omeprazolu.

**Rysunek 40. Najczęściej stosowany przez lekarzy (POZ oraz specjaliści) preparat inhibitora pompy protonowej (preparat omeprazolu)**



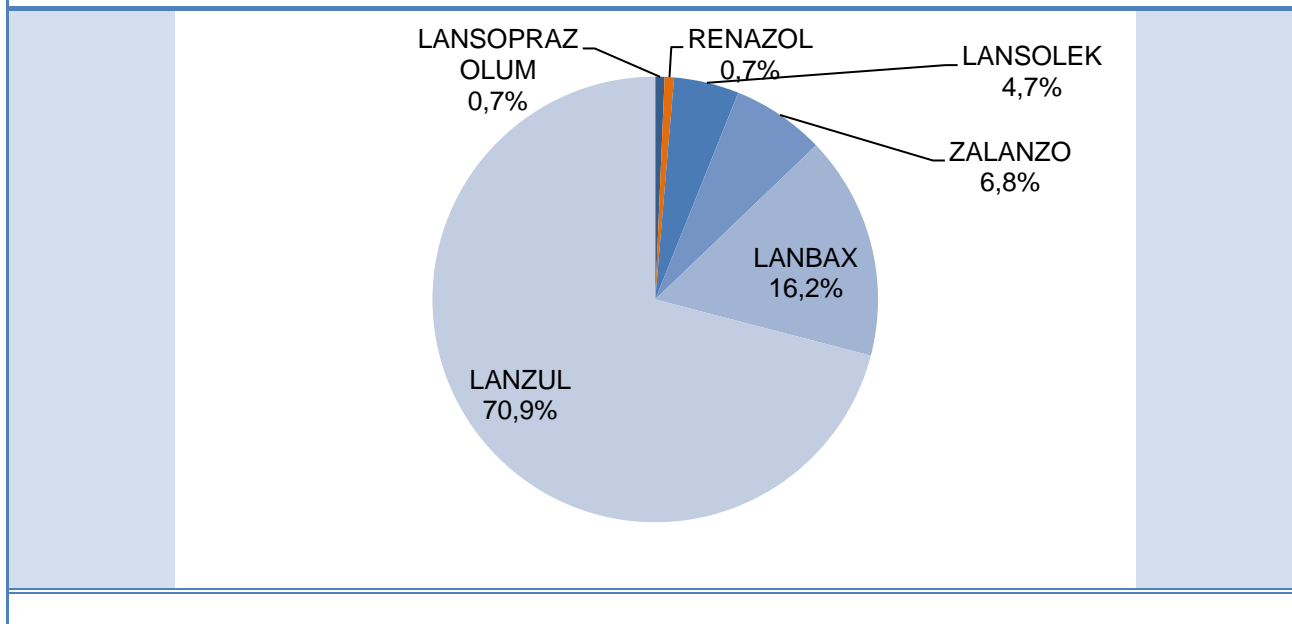
HELIDES zdaniem 77,3% ankietowanych lekarzy jest najczęściej stosowanym preparatem inhibitora pompy protonowej (preparat esomeprazolu). Z kolei EMANERA to preparat inhibitora pompy protonowej (preparat esomeprazolu), który w opinii 20,9% badaczy jest najczęściej stosowanym preparatem tego typu. NEXIUM albo AXANUM najczęściej stosuje odpowiednio 1,2% albo 0,6% ankietowanych lekarzy.

**Rysunek 41. Najczęściej stosowany przez lekarzy (POZ oraz specjaliści) preparat inhibitora pompy protonowej (preparat esomeprazolu)**



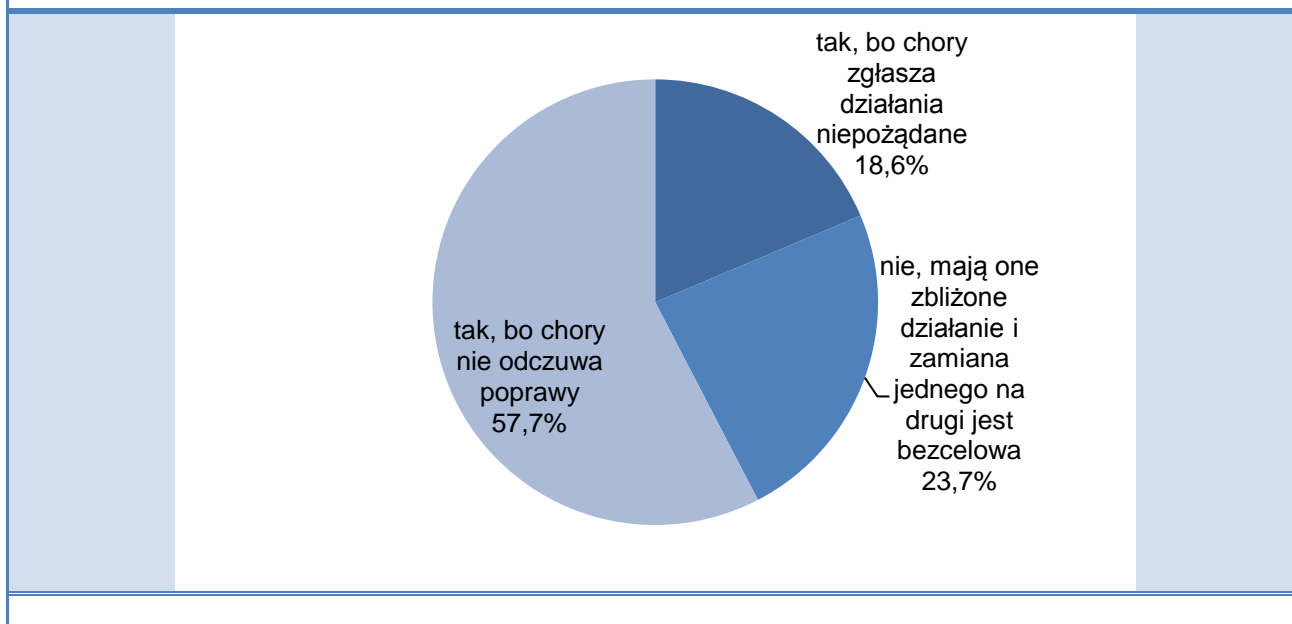
Najczęściej stosowanym przez lekarzy (POZ oraz specjalistów) preparatem inhibitora pompy protonowej (preparat lanzoprazolu) jest LANZUL (70,9% wskazań). Preparat LANBAX to najczęściej stosowany preparaty przez 16,2% ogółu badaczy. ZALANZO, LANSOLEK, RENAZOL albo LANSOPRAZOLUM według odpowiednio 6,8%, 4,7%, 0,7% albo 0,7% ogółu to najczęściej stosowane preparaty lanzoprazolu.

**Rysunek 42. Najczęściej stosowany przez lekarzy (POZ oraz specjaliści) preparat inhibitora pompy protonowej (preparat lanzoprazolu)**



Gdy zapytano lekarzy, czy zdarza się im zmieniać uprzednio zalecony preparat omeprazolu, niemal 58,0% ogółu udzieliło odpowiedzi „tak, bo chory nie odczuwa poprawy”. 23,7% wszystkich ankietowanych lekarzy stwierdziło, że zamiana uprzednio zaleconego preparatu omeprazolu na inny jest bezcelowa, ze względu na zbliżone działanie tego typu preparatów. Odpowiedź „tak, bo chory zgłasza działania niepożądane” została wskazana przez 18,6% ogółu lekarzy.

**Rysunek 43. Czy zdarza się lekarzowi zmieniać uprzednio zalecony preparat omeprazolu?**





Przy zmianie przez lekarza omeprazolu na inny lek, najczęściej zmienianym preparatem jest BIOPRAZOL (18,5% ogółu respondentów). HELICID, POLPRAZOL albo GASEC wskazało odpowiednio 14,6%, 14,0% albo 11,2% ogółu jako najczęściej zmieniany preparat omeprazolu. Poniższa tabela przedstawia dokładny rozkład wskazań najczęściej zmienianych preparatów omeprazolu.

**Tabela 2. Najczęściej zmieniany preparat omeprazolu**

Najczęściej zmieniany preparat	N	%
BIOPRAZOL	33	18,5%
HELICID	26	14,6%
POLPRAZOL	25	14,0%
GASEC	20	11,2%
ORTANOL	14	7,9%
PRAZOL	11	6,2%
ULTOP	7	3,9%
AGASTIN	5	2,8%
LOSEC	5	2,8%
OMAR	4	2,2%
ORTANOL PLUS	4	2,2%
POLPRAZOL PPH	4	2,2%
GASEC GASTROCAPS	3	1,7%
BIOPRAZOL BIO	2	1,1%
OMEPRAZOL-EGIS	2	1,1%
PIASTPRAZOL	2	1,1%
PROGASTIM	2	1,1%
EXTER	1	0,6%
GOPRAZOL	1	0,6%
LOSEPRAZOL	1	0,6%
OMEPRAGAL	1	0,6%
OMEPRAZOL TEVA	1	0,6%
OMEPRAZOLE PHARGEM	1	0,6%
OMEPRAZOLUM 123RAT	1	0,6%
ORTANOL MAX	1	0,6%
ULZOL	1	0,6%

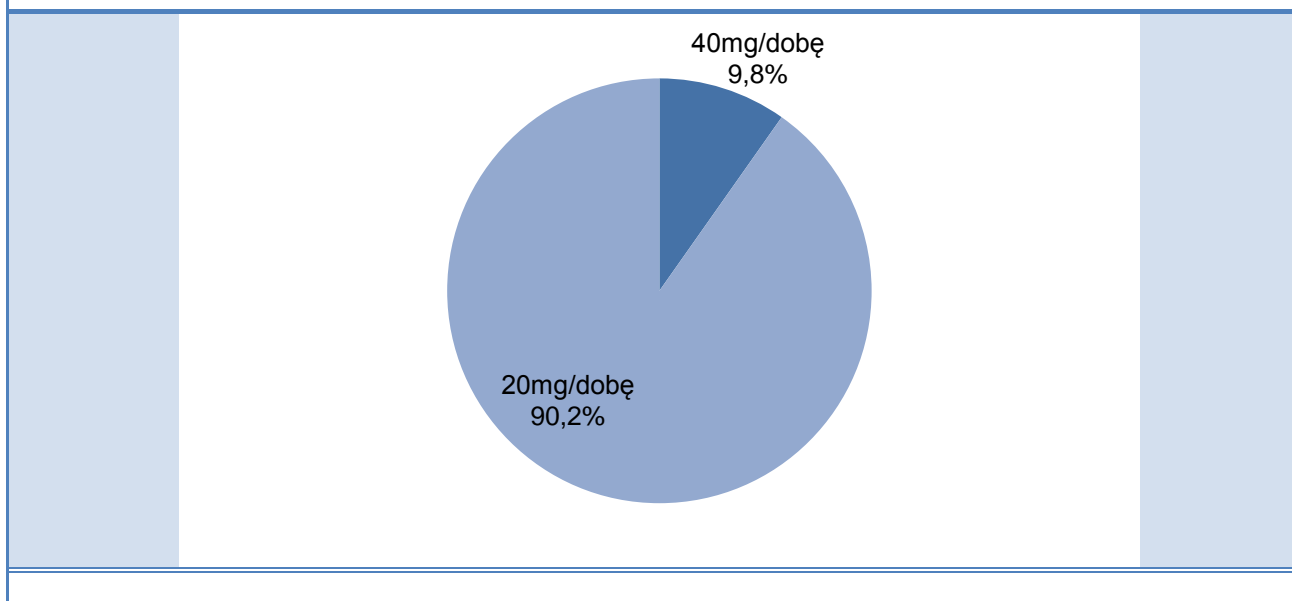
Lek, na który lekarze zdecydowanie najczęściej zmieniają omeprazol to HELICID (69,1% wskazań). POLPRAZOL, POLPRAZOL PPH, GASEC czy BIOPRAZOL w zamian za omeprazol, najczęściej stosuje odpowiednio 9,0%, 5,6%, 3,4% czy 2,8% ogółu badaczy. Poniższa tabela przedstawia dokładny rozkład wskazań preparatów, na które najczęściej zamieniany jest omeprazol.

**Tabela 3. Jeżeli lekarz dokonuje zmiany omeprazolu na inny lek, to na jaki?**

Nazwa preparatu	N	%
HELICID	123	69,1%
POLPRAZOL	16	9,0%
POLPRAZOL PPH	10	5,6%
GASEC	6	3,4%
BIOPRAZOL	5	2,8%
LOSEC	3	1,7%
GASEC GASTROCAPS	2	1,1%
OMAR	2	1,1%
OMEPRAZOL TEVA	2	1,1%
ORTANOL	2	1,1%
PRAZOL	2	1,1%
AGASTIN	1	0,6%
LOSEPRAZOL	1	0,6%
OMEPRAZOL-EGIS	1	0,6%
ORTANOL MAX	1	0,6%
ORTANOL PLUS	1	0,6%

Blisko co 10 lekarz objęty badaniem stwierdził, że standardową dawką omeprazolu stosowaną w jego praktyce lekarskiej jest 20mg/dobę. Pozostali respondenci (9,8%) wskazali odpowiedź „40mg/dobę” jako dawkę omeprazolu, którą sami stosują.

**Rysunek 44. Standardowa dawka omeprazolu stosowana przez ankietowanych lekarzy**



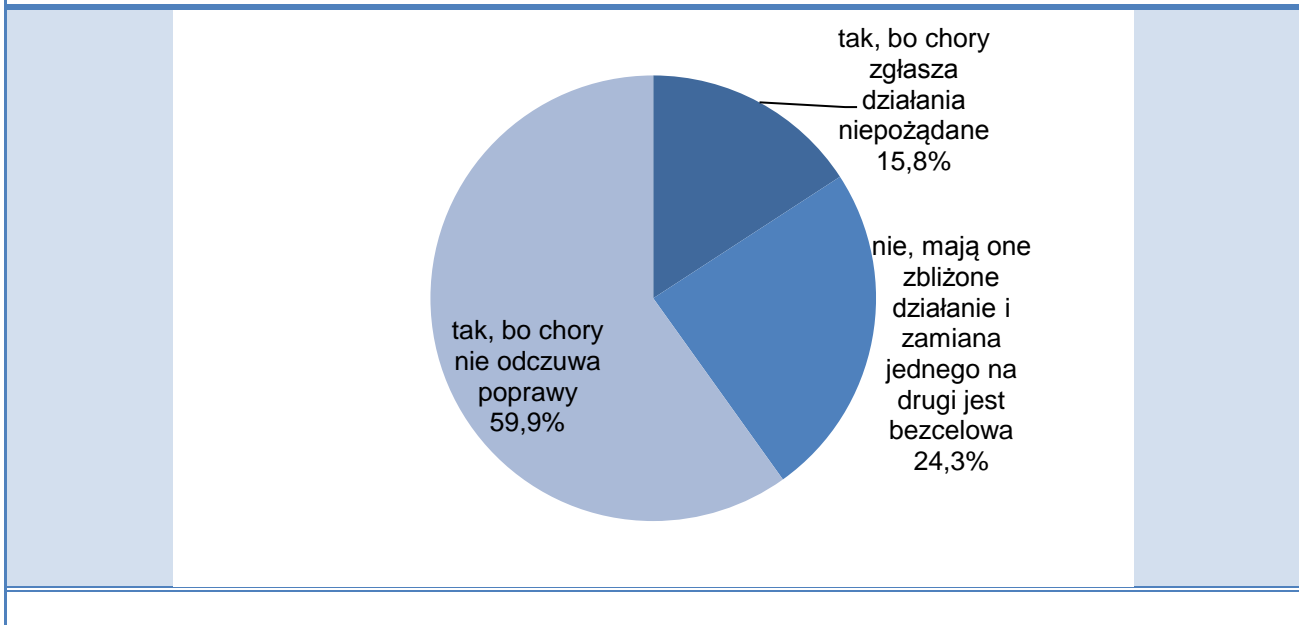
57,3% ogółu ankietowanych lekarzy stosuje ponadpodstawową dawkę omeprazolu podczas leczenia owrzodzeń żołądka lub dwunastnicy. U chorych, którzy wymagają leczenia refluksowego zapalenia przełyku 52,8% badaczy stosuje ponadpodstawową dawkę omeprazolu. Decyduje się na to również 34,3% lub 27,0% ogółu lekarzy podczas odpowiednio leczenia owrzodzeń żołądka i dwunastnicy związanych z przyjmowaniem NLPZ lub podczas leczenia objawowej choroby refluksowej przełyku. Najmniejszy procent lekarzy, którzy decydują się na zwiększenie dawkowania omeprazolu odnotowano podczas zapobiegania nawrotom refluksowego zapalenia przełyku.

**Rysunek 45. Kiedy lekarz stosuje ponadpodstawową dawkę omeprazolu?**



Gdy zapytano lekarzy, czy zdarza się im zmieniać zalecony uprzednio preparat pantoprazolu, niemal 60,0% ogółu udzieliło odpowiedzi „tak, bo chory nie odczuwa poprawy”. 24,3% wszystkich ankietowanych lekarzy stwierdziło, że zamiana uprzednio zaleconego preparatu pantoprazolu na inny lek jest bezcelowa, ze względu na zbliżone działanie tego typu preparatów. Odpowiedź „tak, bo chory zgłasza działania niepożądane” została wskazana przez 15,8% ogółu lekarzy.

**Rysunek 46. Czy zdarza się lekarzowi zmieniać uprzednio zalecony preparat pantoprazolu?**



Przy zmianie przez lekarza pantoprazolu na inny lek, najczęściej zmienianym preparatem jest CONTROLLOC (23,6% ogółu respondentów). NOLPAZA, ANESTELOC albo IPP wskazało odpowiednio 12,4%, 10,7% albo 10,7% ogółu jako najczęściej zmieniany preparat pantoprazolu. Poniższa tabela przedstawia dokładny rozkład wskazań najczęściej zmienianych preparatów pantoprazolu.

**Tabela 4. Najczęściej zmieniany preparat pantoprazolu**

Najczęściej zmieniany preparat	N	%
CONTROLLOC	23,6%	42
NOLPAZA	12,4%	22
ANESTELOC	10,7%	19
IPP	10,7%	19
CONTIX	7,3%	13
PANTOGEN	4,5%	8
PANOGASTIN	3,9%	7
PANZOL	3,9%	7
PANTOPRAZ	3,4%	6
NOACID	2,8%	5
PANRAZOL	2,2%	4
PANTOPRAZOLE ARROW	2,2%	4
RANLOC	2,2%	4
GASTROSTAD	1,7%	3
OZZION	1,7%	3
PANTOPRAZOLE	1,7%	3
XOTEPIC	1,7%	3
CONTRACID	1,1%	2
CONTROLLOC CONTROL	1,1%	2
PANPRAZOX	1,1%	2

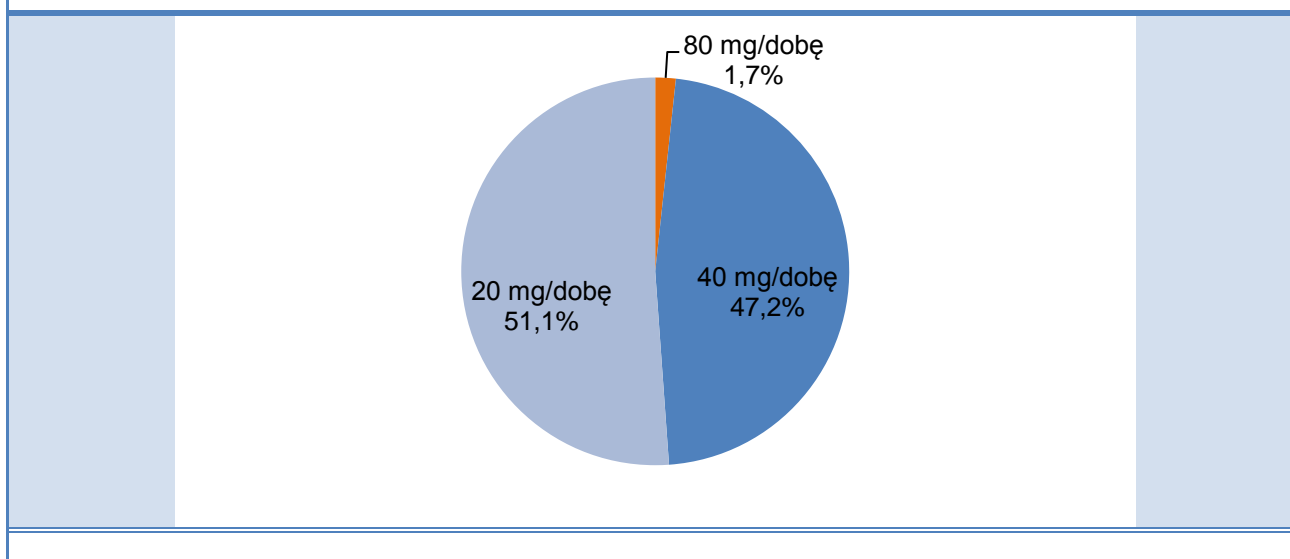
Lek, na który lekarze najczęściej zmieniają pantoprazol to CONTROLOC (50,0% wskazań). OZZION, NOLPAZA, IPP czy PANZOL (w zamian za pantoprazol) najczęściej stosuje odpowiednio 13,5%, 9,6%, 7,3% czy 3,4% ogółu badaczy. Poniższa tabela przedstawia dokładny rozkład wskazań preparatów, na które najczęściej zamienia się pantoprazol.

**Tabela 5. Jeżeli lekarz dokonuje zmiany pantoprazolu na inny lek, to na jaki?**

Nazwa preparatu	N	%
CONTROLOC	50,0%	89
OZZION	13,5%	24
NOLPAZA	9,6%	17
IPP	7,3%	13
PANZOL	3,4%	6
ANESTELOC	2,8%	5
CONTIX	2,8%	5
XOTEPIC	2,2%	4
CONTRACID	1,7%	3
NOACID	1,7%	3
PANRAZOL	1,7%	3
PANTOPRAZ	1,7%	3
ANESTELOC MAX	0,6%	1
GASTROSTAD	0,6%	1
PANTOGEN	0,6%	1

Ponad połowa respondentów (51,1% wskazań) stwierdziło, że standardową dawką pantoprazolu stosowaną w ich praktyce lekarskiej jest 20mg/dobę. W praktyce lekarskiej 47,2% badaczy standardową dawką pantoprazolu jest 40mg/dobę. Pozostali respondenci (1,7% wskazań) wskazało odpowiedź „80mg/dobę” jako dawkę pantoprazolu, którą sami stosują.

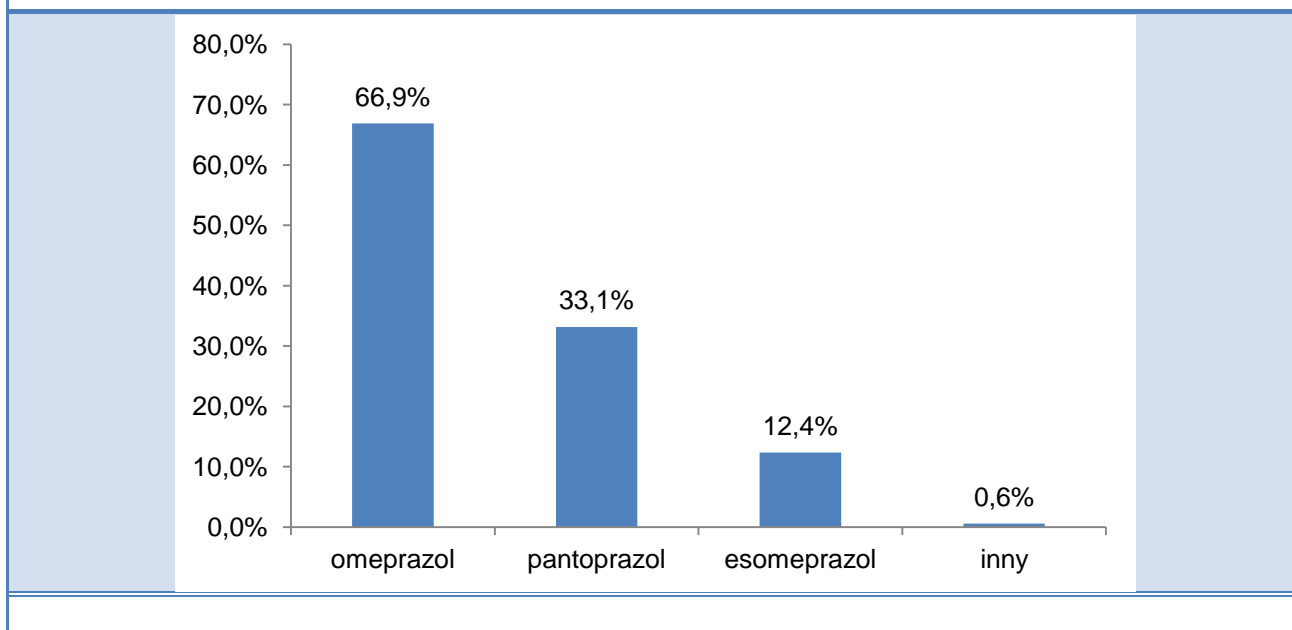
**Rysunek 47. Standardowa dawka pantoprazolu stosowana przez ankietowanych lekarzy**



## SEGMENTACJA RYNKU DOTYCZĄCA CHOROBY REFLUKSOWEJ PRZEŁYKU

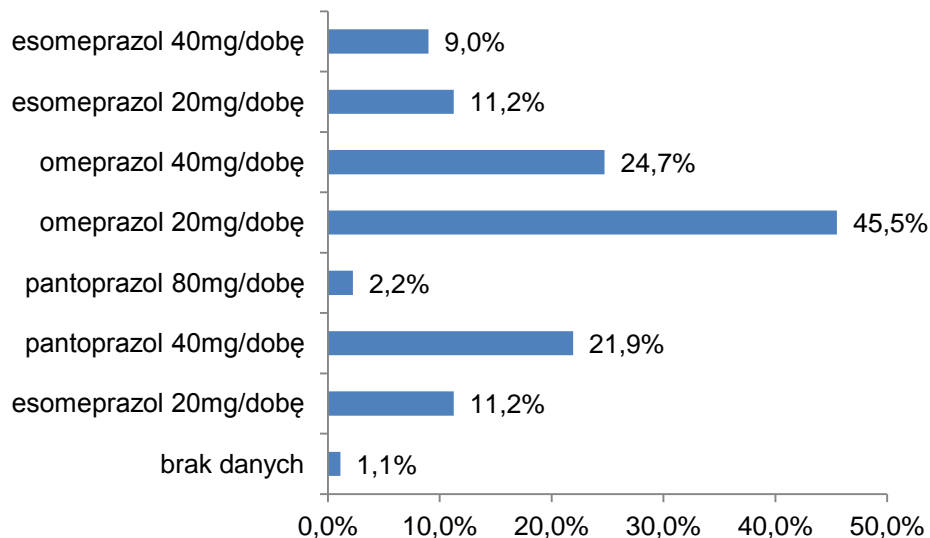
W pytaniu dotyczącym sposobu leczenia objawowej choroby refluksowej przełyku najczęściej wybieraną odpowiedzią był omeprazol (66,9% wskazań). Z kolei na pantoprazol wskazało 33,1% ankietyowanych. Kolejne 12,4% lekarzy leczy chorobę refluksową przełyku esomeprazolem. Zdecydowanie najmniejszy odsetek respondentów (0,6%) wskazał na inny inhibitor pompy protonowej, gdzie w szczegółowych odpowiedziach pojawił się polprazol.

**Rysunek 48. Inhibitory pompy protonowej, które są używane w leczeniu objawowej choroby refluksowej przełyku**



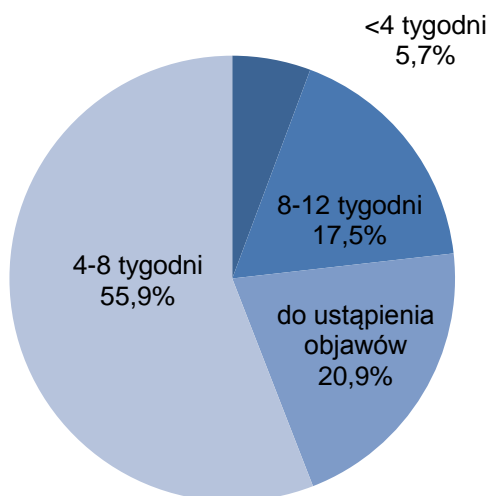
Lekarze zapytani o dawki leku, które stosują we wstępnym leczeniu objawowej choroby refluksowej przełyku w 45,5% przypadków wskazywali omeprazol 20mg/dobę. Kolejną często wybieraną odpowiedzią był także omeprazol 40mg/dobę (24,7% wskazań). Niewielu mniej respondentów (21,9% ogółu) wskazało pantoprazol 40mg/dobę. Najmniejszy odsetek osób biorących udział w badaniu (2,2%) zaleca pantoprazol 80mg/dobę.

**Rysunek 49. Dawki inhibitora pompy protonowej stosowane w leczeniu wstępnym objawowej choroby refluksowej przełyku**



Większość biorących udział w badaniu lekarzy (55,9% wskazań) stosuje inhibitor pompy protonowej od 4 do 8 tygodni. Jego stosowanie aż do ustąpienia objawów zaleca 20,9% medyków. Kolejna grupa (17,5%) to osoby, które posługują się inhibitorem od 8 do 12 tygodni. Zdecydowanie najmniej ankietowanych (5,7%) użytkuje go krócej niż 4 tygodnie.

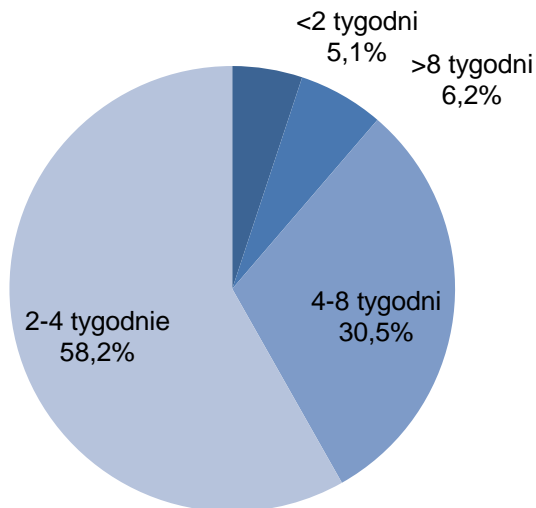
**Rysunek 50. Czas stosowania inhibitora pompy protonowej w terapii objawowej choroby refluksowej przełyku**





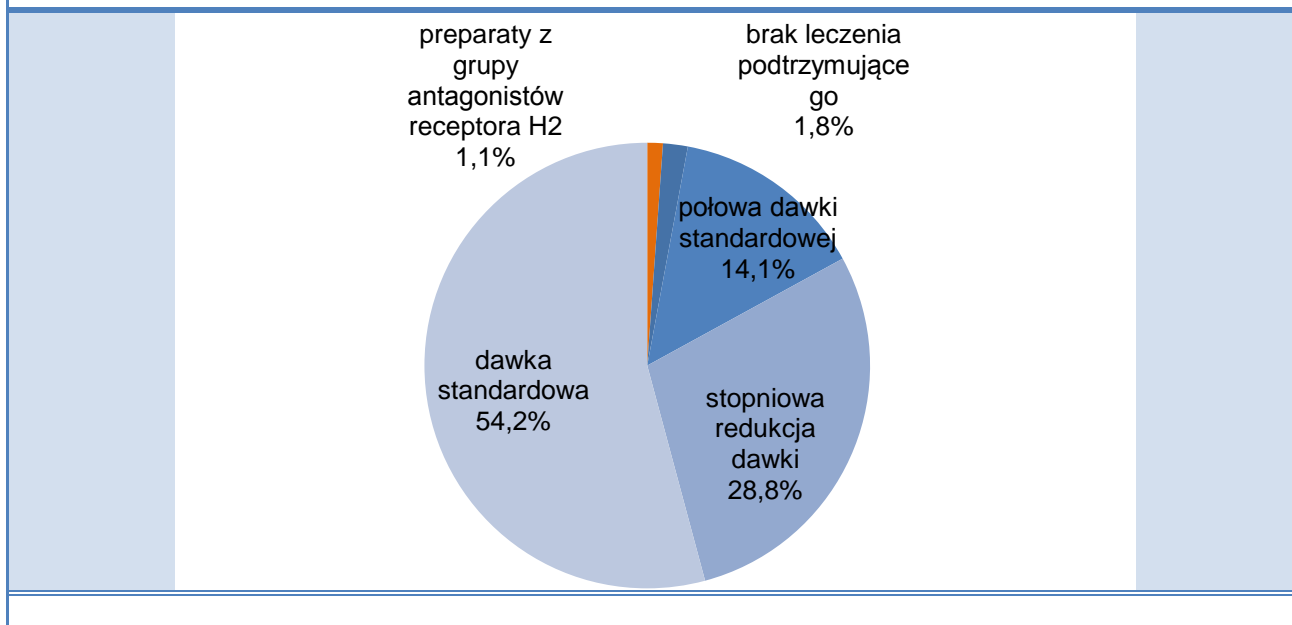
Pod względem czasu, po którym lekarze zalecają pierwszą wizytę kontrolną, największą grupę (58,2% ogółu) stanowiły osoby, które radzą by przyjść na wizytę pomiędzy 2 a 4 tygodniem terapii. Kolejną pod względem ilości reprezentantów grupą (30,5% wskazań) były osoby wyznaczające taką wizytę na okres od 4 do 8 tygodni. Z kolei 6,2% medyków prosi o przyjście na taką wizytę po upływie 8 tygodni. Pozostałe 5,1% ogółu to osoby, które doradzają by na wizytę kontrolną przyjść do 2 tygodni od rozpoczęcia terapii.

**Rysunek 51. Czas, po którym zaleca się pierwszą wizytę kontrolną w trakcie terapii objawowej choroby refluksowej przełyku**



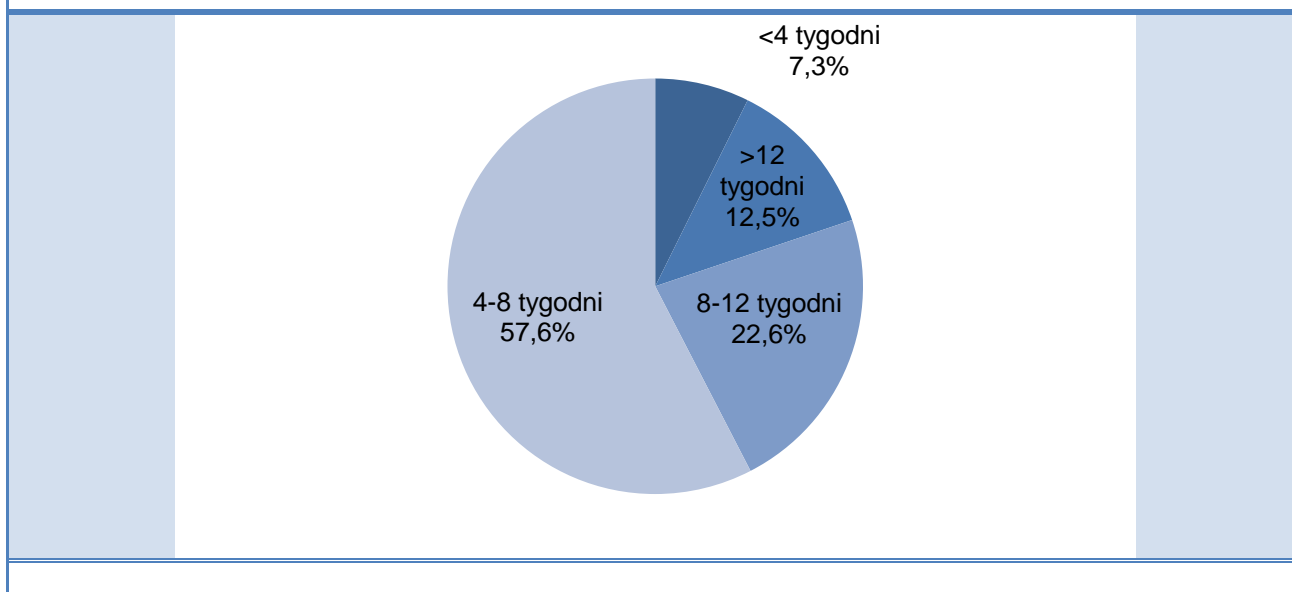
Lekarze zapytani o leczenie podtrzymujące stosowane w objawowej chorobie refluksowej przełyku zwykle stosują standardową dawkę inhibitora pompy protonowej (54,2% wskazań). Ta dawka jest stopniowo redukowana przez 28,8% badanych osób, a 14,1% ogółu zaleca w takim przypadku połowę dawki standardowej. Natomiast 1,8% osób nie korzysta z inhibitora pompy protonowej w leczeniu podtrzymującym a pozostali (1,1%) stosują preparaty z grupy antagonistów receptora H2.

**Rysunek 52. Leczenie podtrzymujące stosowane w objawowej chorobie refluksowej przełyku**



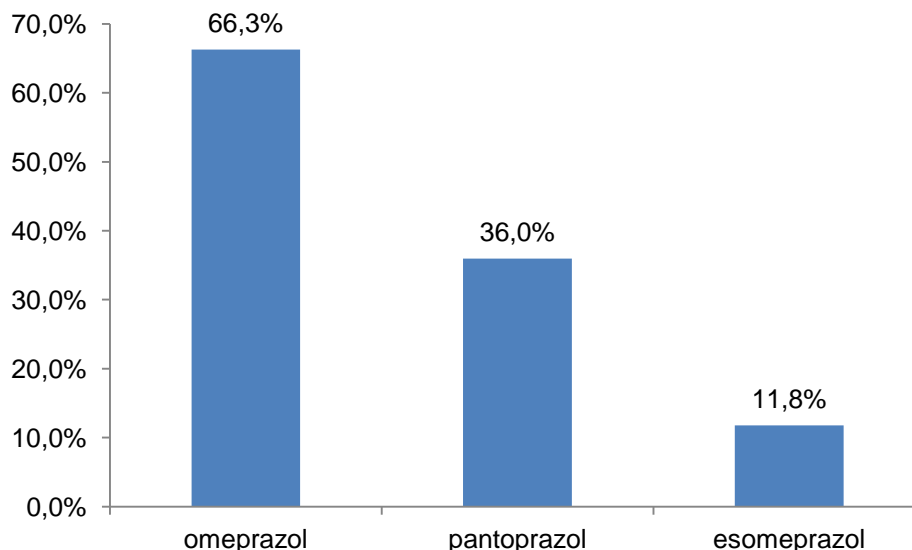
Wśród uczestników badania najliczniej reprezentowani byli lekarze zalecający badanie kontrolne po 4 do 8 tygodni (57,6% wskazań). Następną grupą były osoby, które polecają by wykonać takie badania w czasie od 8 do 12 tygodni (22,6% ogółu). Wizytę kontrolną po 12 tygodniach zaleca 12,5% biorących udział w badaniu osób. Na wykonanie takich badań w czasie krótszym niż 4 tygodnie nalega 7,3% medyków.

**Rysunek 53. Przedział czasu, w jakim zalecana jest wizyta kontrolna podczas leczenia podtrzymującego choroby refluksowej przełyku**



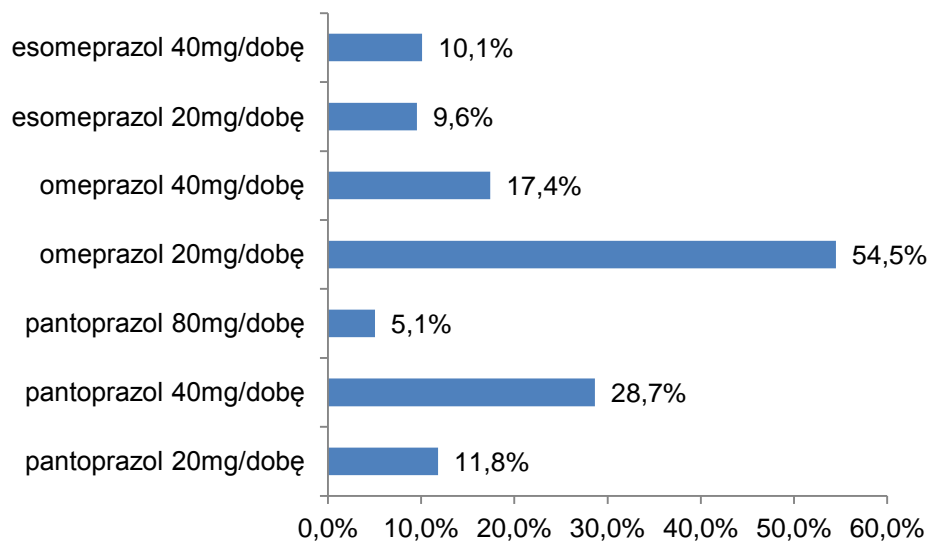
Najwięcej lekarzy podaje omeprazol swoim pacjentom z łagodnym refluksowym zapaleniem przełyku (66,3% wskazań). Kolejnym często stosowanym inhibitorem pompy protonowej jest pantoprazol (36,0% ogółu). Z kolei 11,8% lekarzy wskazało esomeprazol jako najczęściej stosowany w leczeniu łagodnego refluksowego zapalenia przełyku

**Rysunek 54. Inhibitory pompy protonowej, którymi najczęściej leczy się łagodne refluksowe zapalenie przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles)**



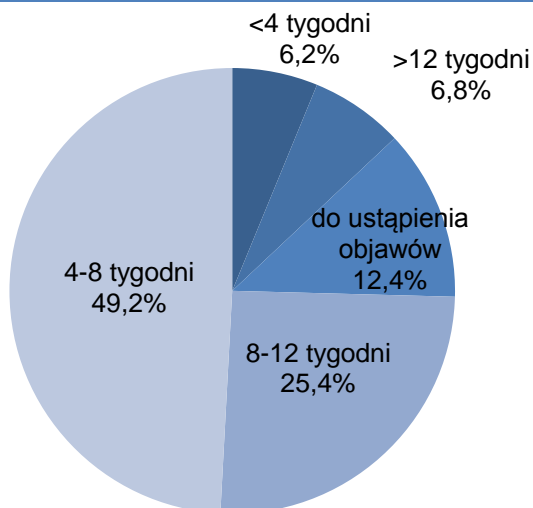
Respondenci zapytani o dawki inhibitora pompy protonowej, które podają swoim pacjentom w terapii łagodnego refluksowego zapalenia przełyku wymieniali głównie omeprazol 20mg/dobę (54,5% ogółu odpowiedzi). Kolejna grupa reprezentantów to lekarze, którzy leczą to schorzenie pantoprazolem 40mg/dobę (28,7% wskazań). Omeprazol 40mg/dobę zalecany jest przez 17,4% ogółu osób. Niewielka grupa ankietowanych (5,1% ogółu) stosuje pantoprazol 80mg/dobę.

**Rysunek 55. Dawki inhibitora pompy protonowej, jakie stosuje się w terapii łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles)**



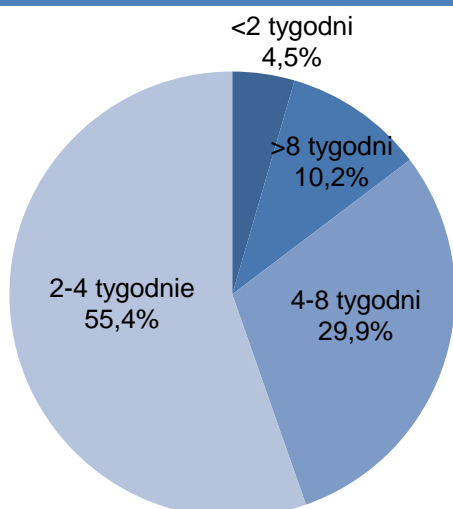
W pytaniu dotyczącym czasu stosowania pompy protonowej w terapii objawowej choroby refluksowej przełyku najczęściej (49,2% ogółu) wskazywaną odpowiedzią był okres od 4 do 8 tygodni. 25,4% lekarzy stosuje inhibitory pompy protonowej przez okres od 8 do 12 tygodni. 12,4% badaczy podaje takie leki aż do chwili ustąpienia objawów. Kolejna grupa ankietowanych (6,8% wskazań) stosuje takie leczenie dłużej niż 12 tygodni. Krócej niż przez 4 tygodnie inhibitor pompy protonowej podaje 6,2% respondentów.

**Rysunek 56. Czas stosowania inhibitora pompy protonowej stosowana w terapii łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles)**



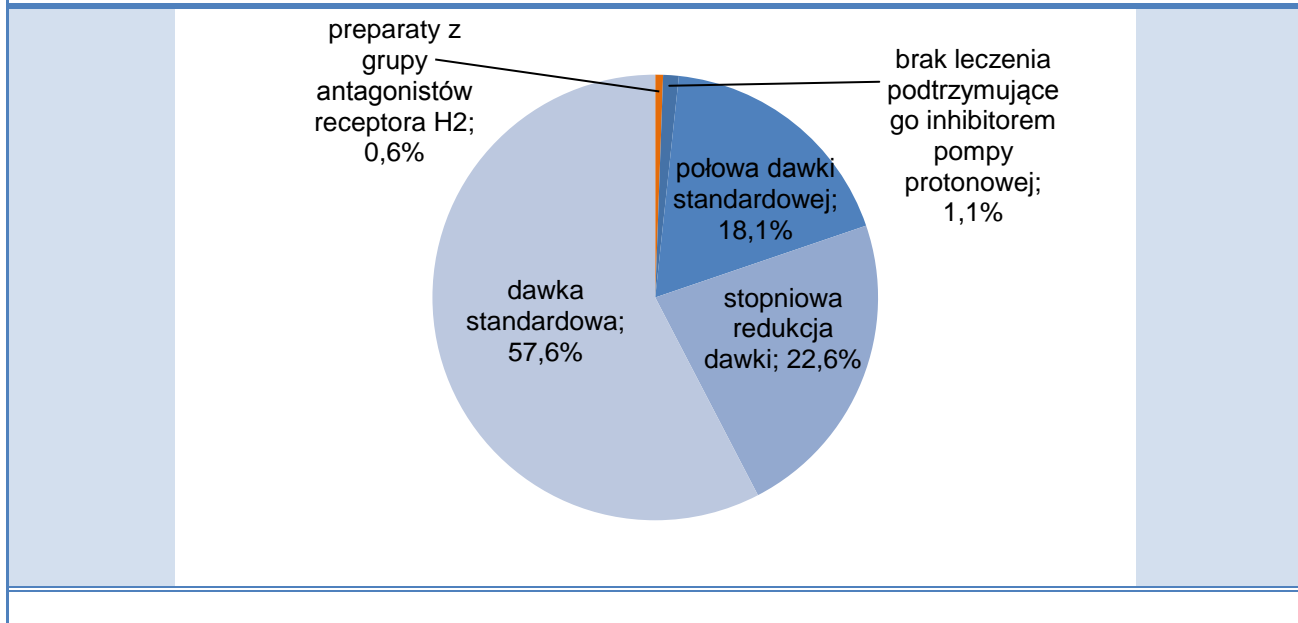
55,4% ankietowanych lekarzy zaleca pierwsze badania kontrolne w trakcie leczenia łagodnego refluksowego zapalenia przełyku po upływie 2 do 4 tygodni. Pierwszą wizytę kontrolną po 4 jednak przed upływem 8 tygodni zaleca 29,9% osób objętych badaniem. 10,2% ogółu respondentów uważa, że kontrola powinna odbyć się dopiero po upływie 8 tygodni. Pozostałe osoby polecają by pierwsza wizyta kontrolna miała miejsce do 2 tygodni.

**Rysunek 57. Czas, po którym zalecana jest pierwsza wizyta kontrolna w trakcie leczenia łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles)**



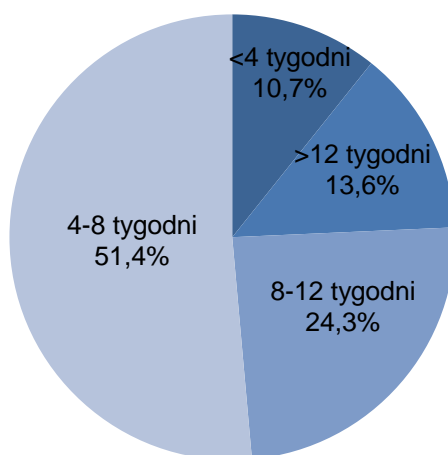
Pojawiło się także pytanie o to, jaki rodzaj leczenia podtrzymującego lekarze stosują najczęściej podczas łagodnego refluksowego zapalenia przełyku. Ankietowani przeważnie odpowiedzieli, że stosują standardową dawkę inhibitora pompy protonowej (57,6% wskazań). Stopniową redukcję dawki wybrało 22,6% badaczy. Niewiele mniejszy odsetek lekarzy (18,1% wskazań) podaje połowę dawki inhibitora pompy protonowej. 1,1% osób nie stosuje leczenia podtrzymującego opartego o inhibitor pompy protonowej, natomiast 0,6% ogółu stosuje preparaty z grupy antagonistów receptora H2.

**Rysunek 58. Rodzaj leczenia podtrzymującego łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles)**



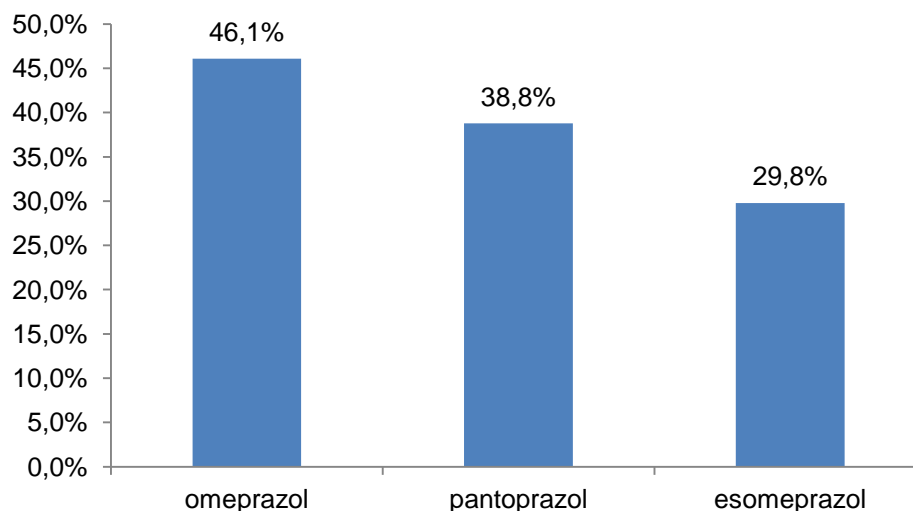
Wśród uczestników badania najczęściej reprezentowani byli lekarze, którzy radzą by badania kontrolne w trakcie leczenia podtrzymującego łagodnego refluksowego zapalenia przełyku odbyły się w okresie od 4 do 8 tygodni. Udział takich lekarzy wyniósł 51,4% ogółu badaczy. Mniej było respondentów zalecających kontrolę po 8 do 12 tygodni (24,3% wskazań). 13,6% lekarzy sugeruje, aby przyjść na obserwację po 12 tygodniach. Najmniejszą grupę, stanowiącą 10,7% obserwacji, tworzyły osoby proponujące by taka wizyta kontrolna miała miejsce do 4 tygodni.

**Rysunek 59. Przedział czasu, w którym zaleca się wizytę kontrolną w trakcie leczenia podtrzymującego łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles)**



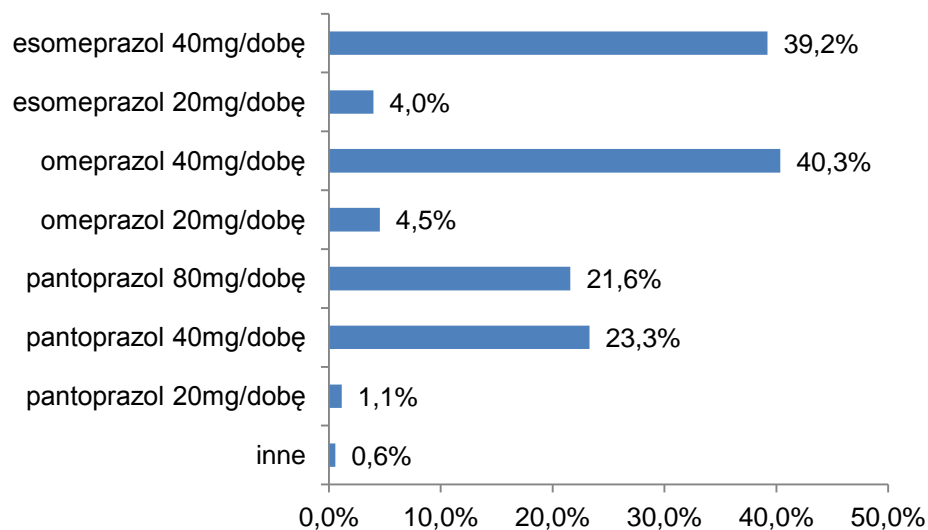
Lekarze zapytani o to, jakim inhibitorem pompy protonowej najczęściej leczą swoich pacjentów z umiarkowanym i ciężkim refluksowym zapaleniem przełyku odpowiedzi z reguły, że omeprazolem. Odsetek takich odpowiedzi stanowił 46,1% ogółu obserwacji. Pantoprazol przepisuje 38,8% medyków, którzy wzięli udział w badaniu. 29,8% ogółu zaleca esomeprazol.

**Rysunek 60. Inhibitory pompy protonowej, którymi najczęściej są leczeni pacjenci w umiarkowanym i ciężkim refluksowym zapaleniu przełyku (typu C i D wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles)**



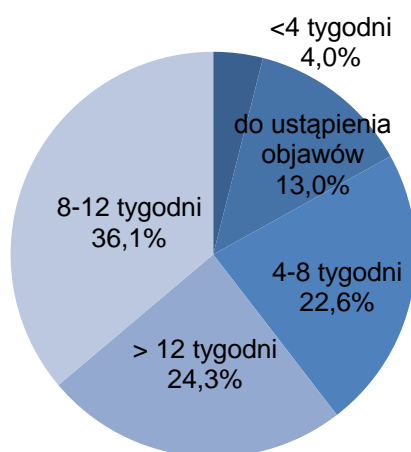
W umiarkowanym i ciężkim refluksowym zapaleniu przełyku lekarze stosują zazwyczaj omeprazol 40mg/dobę (40,3% wskazań). W odpowiedziach ankietowanych pojawiły się także esomeprazol 40mg/dobę i pantoprazol 40mg/dobę (odpowiednio 39,2% i 23,3% wskazań). Kolejna pod względem liczby reprezentantów była grupa medyków, którzy przepisują swoim pacjentom pantoprazol 80mg/dobę - ich udział to 21,6% ogółu. Natomiast 0,6% lekarzy wskazało na inną dawkę leku: esomeprazol 80mg/dobę.

**Rysunek 61. Dawki inhibitora pompy protonowej stosowane w umiarkowanym i ciężkim refluksowym zapaleniu przełyku (typu C i D wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles)**



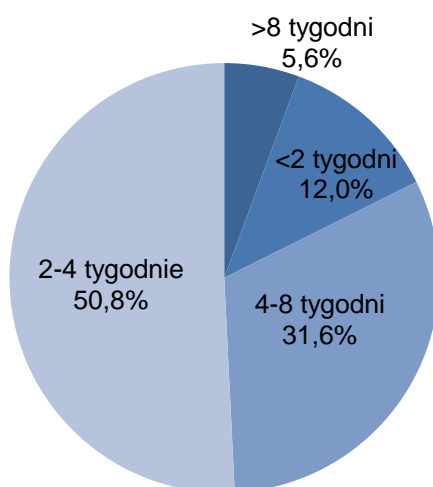
Głównie wymienianym okresem, w jakim stosuje się inhibitor pompy protonowej w terapii umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku był czas od 8 do 12 tygodni (36,1% wskazań). Kolejne często pojawiające się odpowiedzi to stosowanie dłużej aniżeli 12 tygodni albo przez okres 4 do 8 tygodni (odpowiednio 24,3% wskazań albo 22,6% wskazań). Do ustąpienia objawów lek stosuje 13,0% ankietowanych. Z kolei najmniejszy procent osób biorących udział w badaniu podaje pacjentom inhibitor pompy protonowej krócej niż przez 4 tygodnie.

**Rysunek 62. Czas stosowania inhibitora pompy protonowej podczas umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles)**



Lekarze zachęcają do przyścia na pierwszą wizytę kontrolną w trakcie terapii umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku głównie w okresie od 2 do 4 tygodni (50,8% wskazań). 31,6% respondentów zaleca badania kontrolne w czasie od 4 do 8 tygodni. Z kolei udział osób, które zachęcają by taka wizyta miała miejsce w czasie do 2 tygodni wynosi 12,0%. 5,6% osób objętych badaniem poleca by taką wizytę odbyć dopiero po 8 tygodniach.

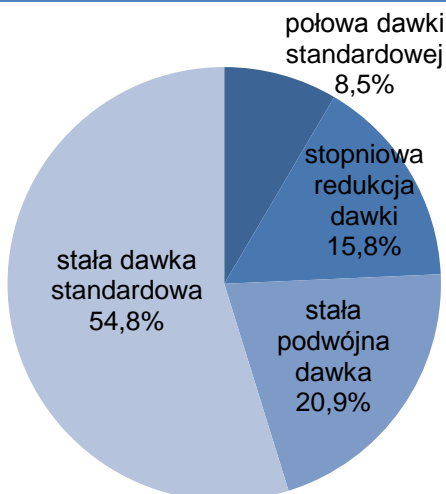
**Rysunek 63. Czas, po którym lekarze zalecają pierwszą wizytę kontrolną w trakcie terapii umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles)**





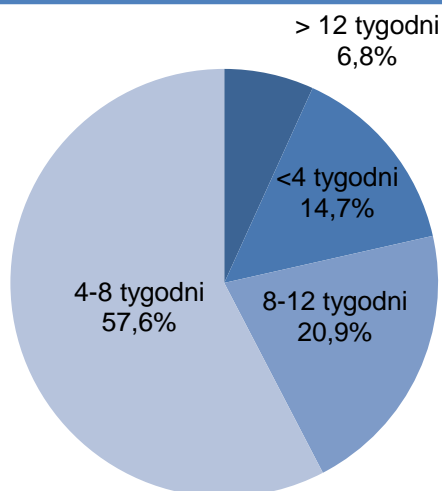
Ankietowani zapytani o wzorzec działania podczas leczenia podtrzymującego w umiarkowanym i ciężkim refluksowym zapaleniu przełyku najczęściej odpowiadali, iż stosują stałą dawkę standardową inhibitora pompy protonowej (54,8% ankietowanych). Stałą podwójną dawkę standardową inhibitora przepisuje 20,9% ogółu ankietowanych. Stopniowa redukcja dawki to sposób działania 15,8% medyków biorących udział w badaniu, natomiast pozostałe osoby podają połowę dawki standardowej (8,5% wskazań).

**Rysunek 64. Schemat leczenia podtrzymującego w umiarkowanym i ciężkim refluksowym zapaleniu przełyku (typu C i D wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles)**



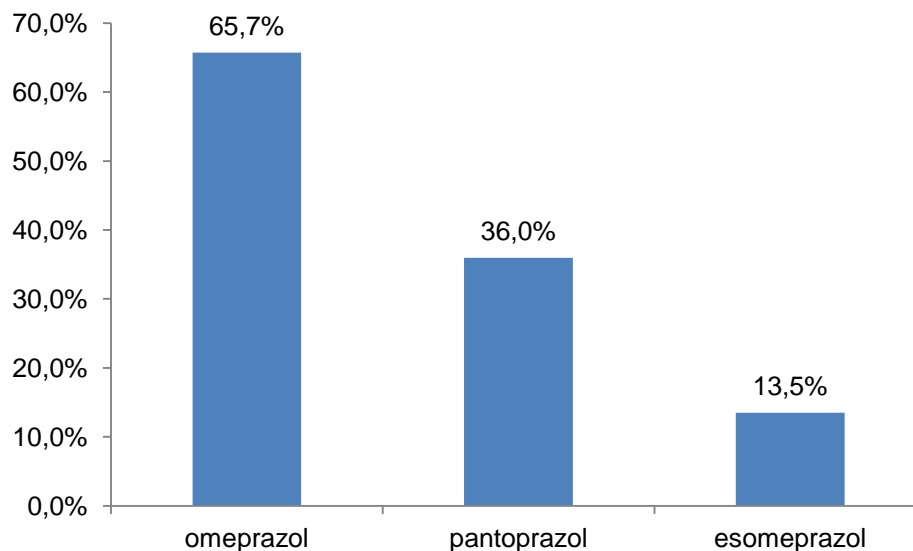
Jeśli chodzi o przedział czasu, w którym zalecana jest przez lekarzy wizyta kontrolna podczas leczenia podtrzymującego umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku jest to najczęściej okres od 4 do 8 tygodni (57,6% wskazań). Istotnie mniejszy odsetek osób (20,9% ogółu) zachęca do wykonania badań kontrolnych po 8 do 12 tygodni. Z kolei 14,7% lekarzy zaleca by przyjść na obserwację w czasie do 4 tygodni. Najmniej osób proponuje kontrolę dopiero po 12 tygodniach.

**Rysunek 65. Przedział czasu, w jakim zalecana jest wizyta kontrolna w trakcie leczenia podtrzymującego umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles)**



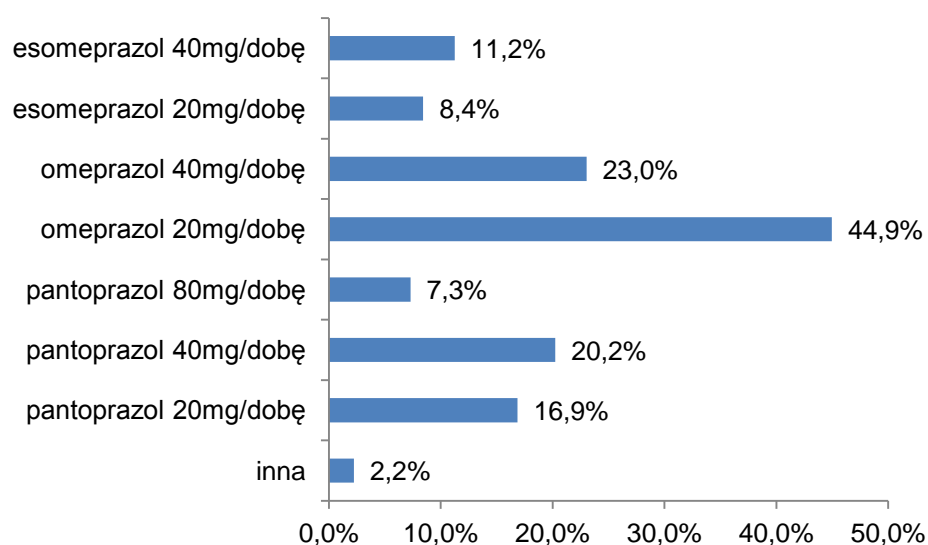
Odnosnie inhibitorów pompy protonowej stosowanych w terapii zespołów pozaprzętkowych choroby refluksowej przełyku lekarze w większości stosują omeprazol (65,7% wskazań). Pantoprazol podawany jest przez 36,0% osób biorących udział w badaniu. 13,5% ankietowanych lekarzy stosuje esomeprazol.

**Rysunek 66. Inhibitory pompy protonowej stosowane w terapii zespołów pozaprzętkowych choroby refluksowej przełyku**



Zespół pozaprzętkowy choroby refluksowej jest leczony głównie omeprazolem 20mg/dobę. Odsetek lekarzy w badanej grupie, którzy podają taki lek swoim pacjentom wynosi 44,9%. Omeprazol 40mg/dobę stosuje 23 na 100 lekarzy. Z kolei pantoprazol 40mg/dobę stosuje 20,2% biorących udział w badaniu. Wśród odpowiedzi pojawiła się także do wyboru opcja innej dawki, wybrało ją 2,2% ogółu osób. Jako szczegółowe odpowiedzi wypisano esomeprazol 80mg/dobę oraz omeprazol 60mg/dobę.

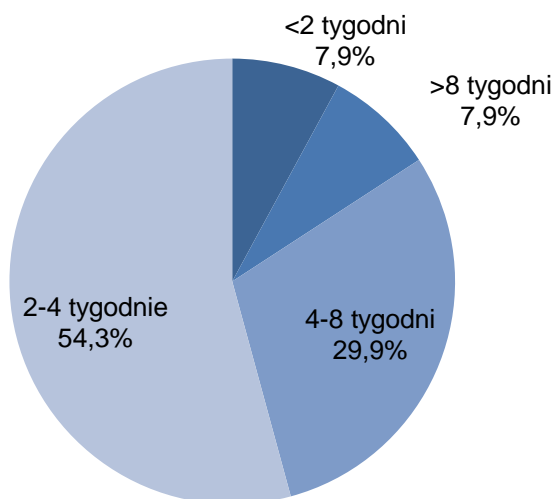
**Rysunek 67. Dawki inhibitora pompy protonowej stosowane w leczeniu zespołu pozaprzętkowego choroby refluksowej**



Ankietowani zalecają zazwyczaj pierwszą wizytę kontrolną w terapii zespołu pozaprzętkowego choroby refluksowej po czasie 2 do 4 tygodni (54,3% wskazań). Natomiast 29,9% ankietowanych poleca przyjść

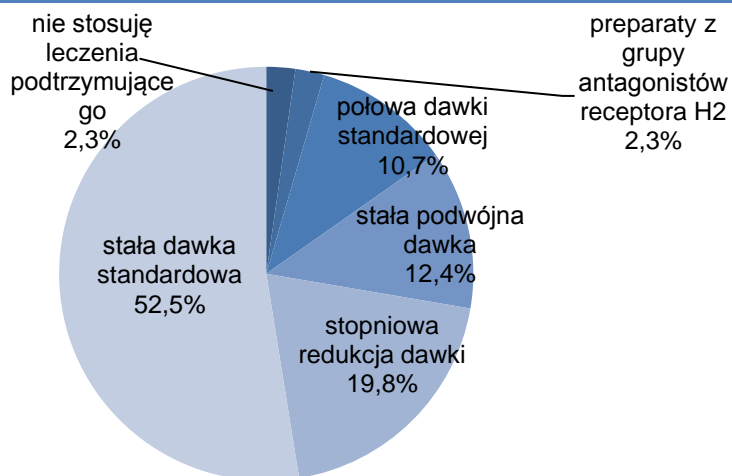
na pierwszą kontrolę po okresie 4 do 8 tygodni. 7,9% ogółu badaczy zaleca pierwszą wizytę kontrolną w trakcie terapii zespołu pozaprzelykowego choroby refluksowej po czasie dłuższym niż 8 tygodni albo krótszym niż 2 tygodnie.

**Rysunek 68. Czas, po jakim zaleca się pierwszą wizytę kontrolną w trakcie terapii zespołu pozaprzelykowego choroby refluksowej**



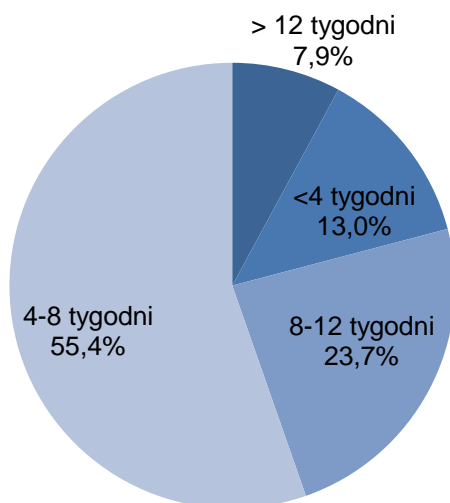
W pytaniu dotyczącym leczenia podtrzymującego zespołu pozaprzelykowej choroby refluksowej największy procent lekarzy stosuje stałą dawkę standardową inhibitora pompy protonowej (52,5% wskazań). Znacznie mniej osób (19,8% ogółu) stopniowo redukuje dawkę leku. Stałą podwójną dawkę standardową inhibitora zaleca swoim pacjentom 12,4% badaczy, natomiast 10,7% podaje połowę dawki standardowej inhibitora pompy protonowej. Pozostali uczestnicy badania dzielą się na tych, którzy aplikują swoim pacjentom preparaty z grupy antagonistów receptora H2 lub wcale nie stosuje leczenia podtrzymującego (po 2,3% wskazań).

**Rysunek 69. Schemat leczenia podtrzymującego zespołu pozaprzelykowego choroby refluksowej**



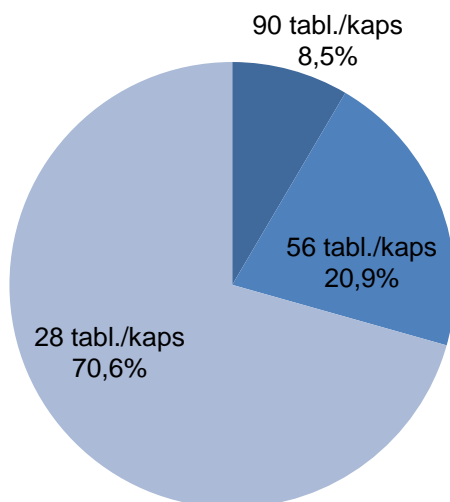
Osoby biorące udział w badaniu zostały jeszcze zapytane o przedział czasu, w którym zalecają wizytę kontrolną podczas leczenia podtrzymującego zespołu pozaprzęłykowego choroby refluksowej. Przede wszystkim pojawiała się odpowiedź, iż taka wizyta powinna mieć miejsce w okresie od 4 do 8 tygodni (55,4% wskazań). Kolejną pod względem ilości osób była grupa, która polecała by zrobić takie badania w czasie od 8 do 12 tygodni (23,7% ogółu). 13,0% lekarzy chciałoby, aby ich pacjenci przychodzili na badania kontrolne do 4 tygodni. Pozostali ankietowani, to medycy, którzy podczas leczenia podtrzymującego zespołu pozaprzęłykowego choroby refluksowej zalecają przyjscie na kontrolę po 12 tygodniach.

**Rysunek 70. Przedział czasu, w którym zaleca się wizytę kontrolną podczas leczenia podtrzymującego zespołu pozaprzęłykowego choroby refluksowej**



Jeśli chodzi o wielkość opakowania inhibitorów pompy protonowej, które są najczęściej zalecane pacjentom to 70,6% lekarzy biorących udział w badaniu wskazało, iż poleca opakowania 28tabl./kaps. 20,9% badaczy objętych ankietą doradza swoim pacjentom opakowania 56 tabl./kaps. Pozostali lekarze (8,5% wskazań) zaleca 90 tabl./kaps

**Rysunek 71. Najczęściej zalecane opakowanie inhibitora**



Lekarze POZ oraz specjaliści zostali poproszeni o wybranie spośród podanych w ankiecie chorób, które ich zdaniem wymagają wypisania inhibitorów pompy protonowej w opakowaniach o większej liczbie tabletek. Poniższe wykresy zawierają dokładne odpowiedzi poszczególnych grup lekarzy.

W grupie lekarzy POZ dokładnie połowa osób wybrała zapobieganie krwawieniom z przewodu pokarmowego u pacjentów z wysokim ryzykiem kardiologicznym leczonych skojarzoną terapią antyagregacyjną jako chorobę, która wymaga wypisania większej ilości tabletek. Kolejna grupa (48,4% wskazań), to reprezentanci lekarzy, którzy uważają, iż zapobieganie owrzodzeniom żołądka i dwunastnicy związanych z przyjmowaniem NLPZ wymaga większej liczby tabletek lub zalecają większe opakowania osobom z nawrotami choroby refluksowej przełyku. Zdecydowanie najmniejszy procent (2,4% wskazań) to medycy, którzy uważają, iż żadna z podanych w ankiecie chorób nie wymaga większej liczby tabletek.

**Rysunek 72. Choroby, które wymagają wypisywania inhibitorów pompy protonowej w opakowaniach o większej liczbie tabletek (lekarze POZ)**



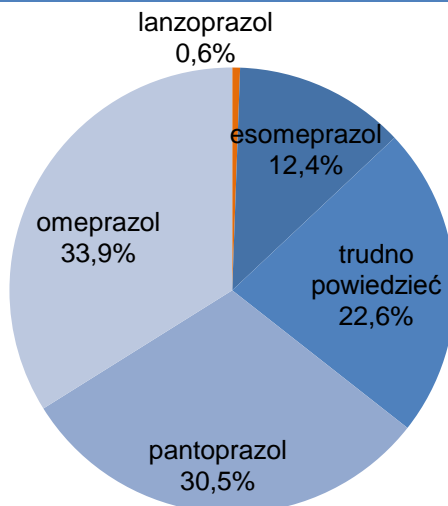
Lekarze specjaliści odpowiadali głównie, że opakowania z większą liczbą tabletek powinny być stosowane w leczeniu objawowej choroby refluksowej przełyku (67,9% wskazań). Z kolei 58,9% ogółu zaleca je w leczeniu refluksowego zapalenia przełyku. Zapobieganie owrzodzeniom żołądka lub dwunastnicy zdaniem 35,7% ogółu wymaga zastosowania większej liczby tabletek. 1,8% ankietowanych twierdzi, iż żadna z możliwych odpowiedzi nie wymaga takiego leczenia.

**Rysunek 73. Choroby, które wymagają wypisywania inhibitorów pompy protonowej w opakowaniach o większej liczbie tabletek (lekarze specjaliści)**



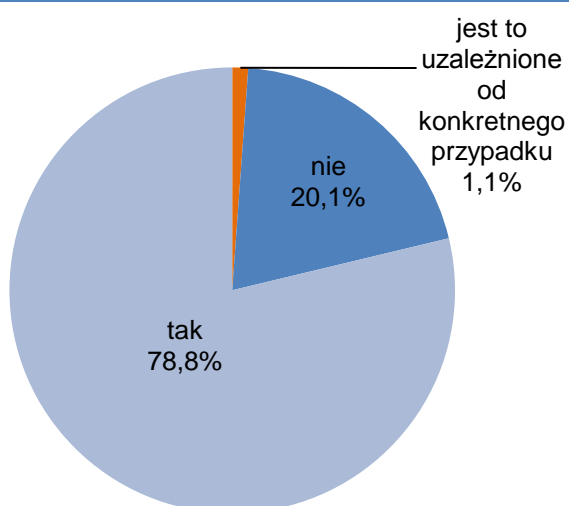
Najwięcej lekarzy (33,9% ogółu) wskazało omeprazol jako najbezpieczniejszy inhibitor pompy protonowej. Kolejny pod względem ilości wyborów był pantoprazol, który został wskazany przez 30,5% ankietowanych osób. 22,6% badaczy nie potrafiło stwierdzić, który inhibitor pompy protonowej jest najbezpieczniejszy. Esomeprazol albo lanzoprazol wybrało odpowiednio 12,4% albo 0,6% respondentów.

**Rysunek 74. Najbezpieczniejszy inhibitor pompy protonowej**



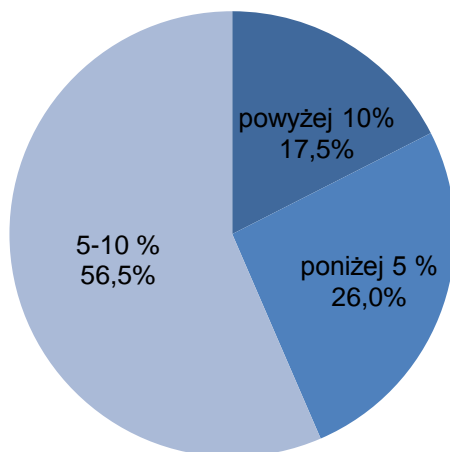
Wśród ankietowanych największą grupę stanowią osoby, które uważają, iż omeprazol jest równie skuteczny, co pantoprazol (78,8% wskazań). Natomiast 20,1% ankietowanej grupy jest odmiennego zdania. 1,1% osób spośród biorących udział w badaniu twierdzi, iż skuteczność różni się w zależności od przypadku. W szczegółowych odpowiedziach lekarze argumentowali swój wybór tym, iż każdy pacjent inaczej reaguje na konkretny lek, lub że zależy to od zestawu chorób i doświadczenia pacjenta.

**Rysunek 75. Czy omeprazol jest tak samo skuteczny jak pantoprazol w przypadku stosowania równoważnych dawek?**



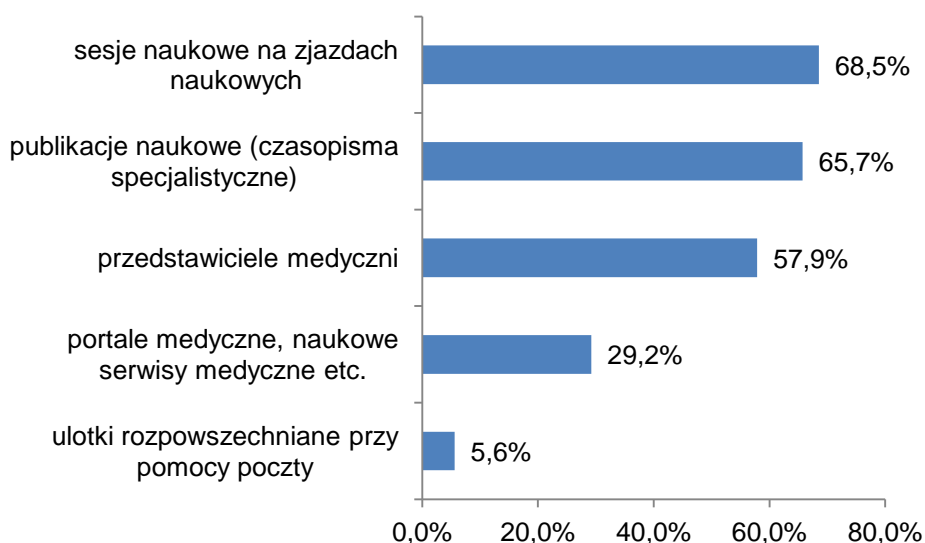
Ankietowani zapytani o odsetek pacjentów, u których byli zmuszeni do zmiany preparatu lub jego dawki by osiągnąć lepsze wyniki terapeutyczne odpowiadali głównie, że miało to miejsce u 5-10% pacjentów (56,5% wskazań). 26,0% lekarzy takich zmian dokonywało u mniejszego odsetka aniżeli 5%. Natomiast 17,5% ogółu respondentów zmian tego typu dokonało u większej grupy niż 10% swoich pacjentów.

**Rysunek 76. Odsetek pacjentów, dla których lekarz był zmuszony zmienić lub skorygować dawkę preparatu inhibitora pompy protonowej by osiągnąć satysfakcjonujący efekt terapeutyczny**



Lekarze zostali także zapytani o źródła wiedzy, z których najczęściej korzystają, gdy chodzi o inhibitory pompy protonowej. Biorące udział w badaniu osoby najczęściej korzystały z wiedzy zdobytej w trakcie sesji odbywających się na zjazdach naukowych (68,5% wskazań). 65,7% ogółu to zwolennicy wyszukiwania informacji w publikacjach naukowych, czy czasopismach. Najmniej liczną grupę (5,6% wskazań) stanowiły osoby, które wykorzystują wiedzę z ulotek rozpowszechnianych przy pomocy poczty.

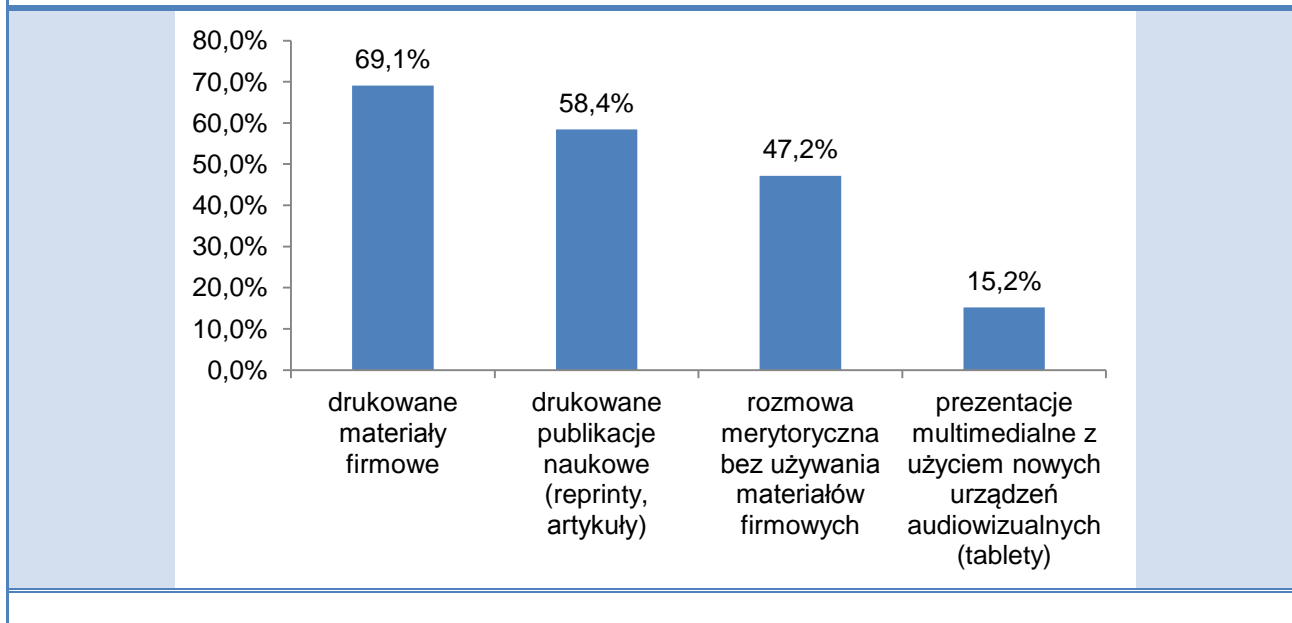
**Rysunek 77. Najczęściej wykorzystywane źródła wiedzy na temat inhibitorów pompy protonowej**





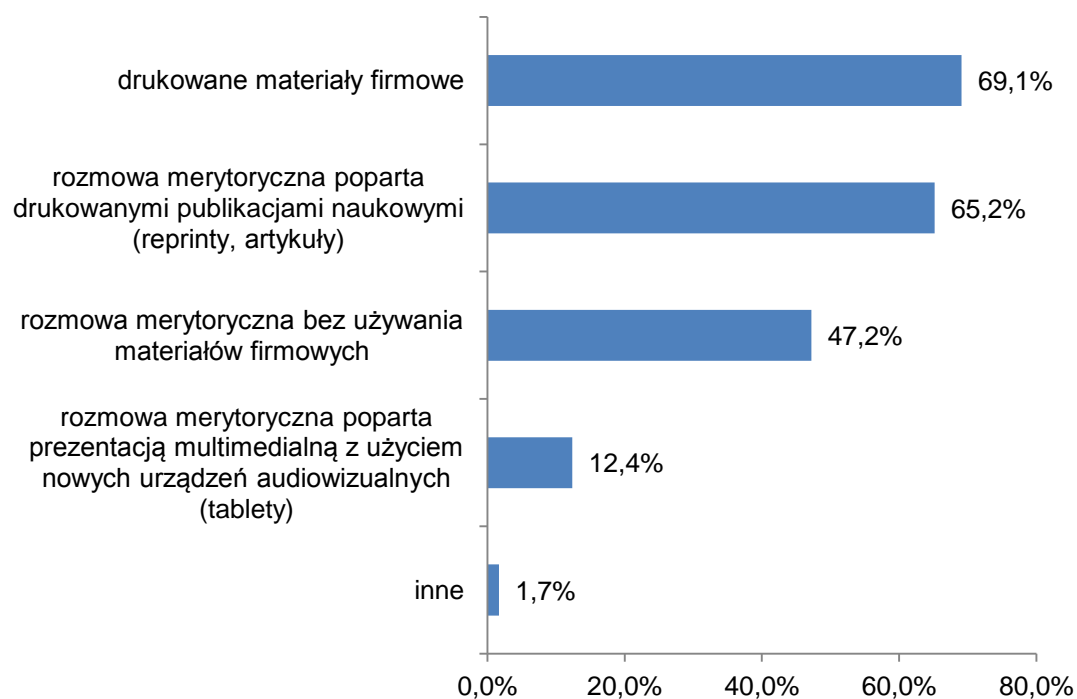
W pytaniu o materiały, jakie są najczęściej otrzymywane od przedstawicieli firm farmaceutycznych, lekarze odpowiadali głównie, iż są to drukowane materiały firmowe (69,1% wskazań). Drukowane publikacje naukowe wskazało 58,4% ankietowanych. Rozmowa merytoryczna z przedstawicielami firm pojawiła się w przypadku 47,2% respondentów. Najmniejszy odsetek osób (15,2% ogółu) wskazał na prezentacje multimedialne z użyciem nowych urządzeń audiowizualnych.

**Rysunek 78. Materiały najczęściej otrzymywane od przedstawicieli firm farmaceutycznych**



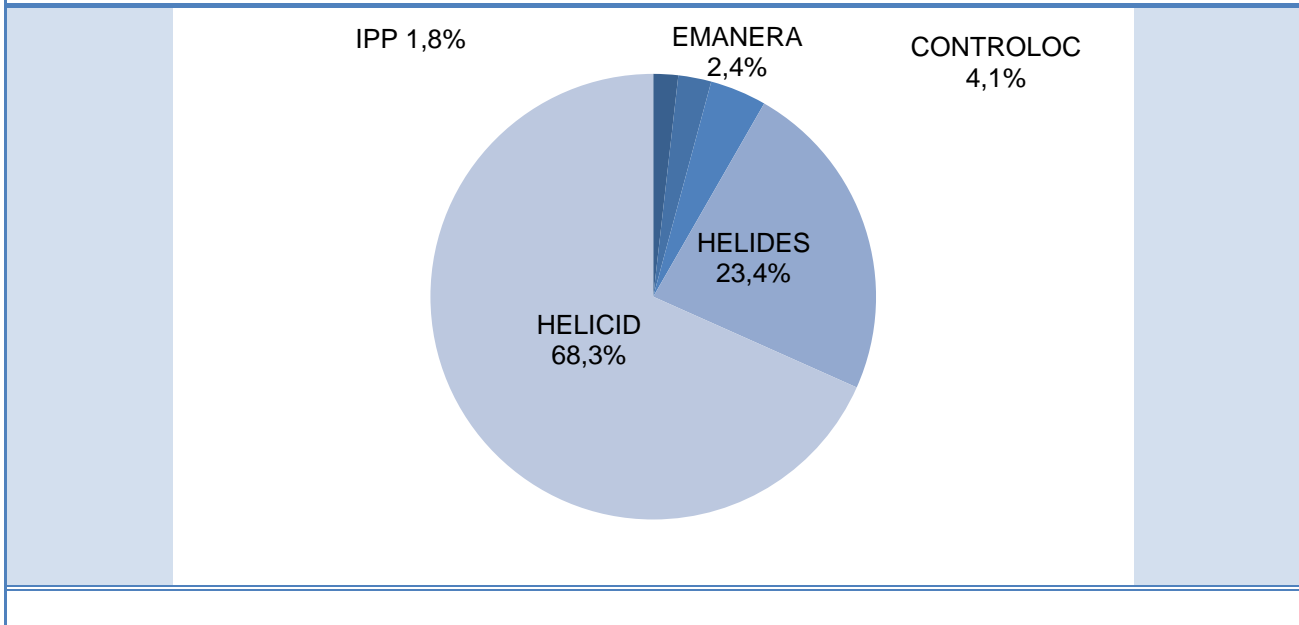
Najczęściej pojawiającą się odpowiedzią, jeśli chodzi o najlepsze formy promocji firm farmaceutycznych były „drukowane materiały firmowe” (69,1% wskazań). Osoby, które wskazały na rozmowy merytoryczne z przedstawicielami firm, poparte drukowanymi publikacjami naukowymi jako najlepszą formę promocji stanowiły 65,2% ogółu. Najmniejszy odsetek lekarzy (1,7% wskazań) odpowiedział, że to inne formy promocji są dla nich najodpowiedniejsze. Wśród szczegółowych odpowiedzi pojawiły się „druki najnowszych wytycznych leczenia” oraz „żadna z form nie spełnia oczekiwań”.

**Rysunek 79. Najlepsze formy promocji stosowane przez firmy farmaceutyczne**



Przedstawiciele HELCID są najczęściej rekomendowani innym lekarzom, którzy chcą poszerzyć swoją wiedzę o inhibitorach pompy protonowej (68,3% wskazań). Lekarze, którzy swoim kolegom poleciliby osobę reprezentującą HELIDES stanowili 23,4% ogółu. Przedstawiciel produktu CONTROLLOC, EMANERA albo IPP zostałby polecony innemu lekarzowi przez odpowiednio 4,1%, 2,4% albo 1,8% respondentów omawianej grupy. Na wykresie zostały pominięte wszystkie odpowiedzi, które miały mniej niż 3 wskazania, były to: OZZION, POLPRAZOL oraz z pojedynczymi wskazaniami: ANESTELOC, GASEC, NOLPAZA, ORTANOL, PANTOPRAZ, POLPRAZOL PPH, PRAZOLACID.

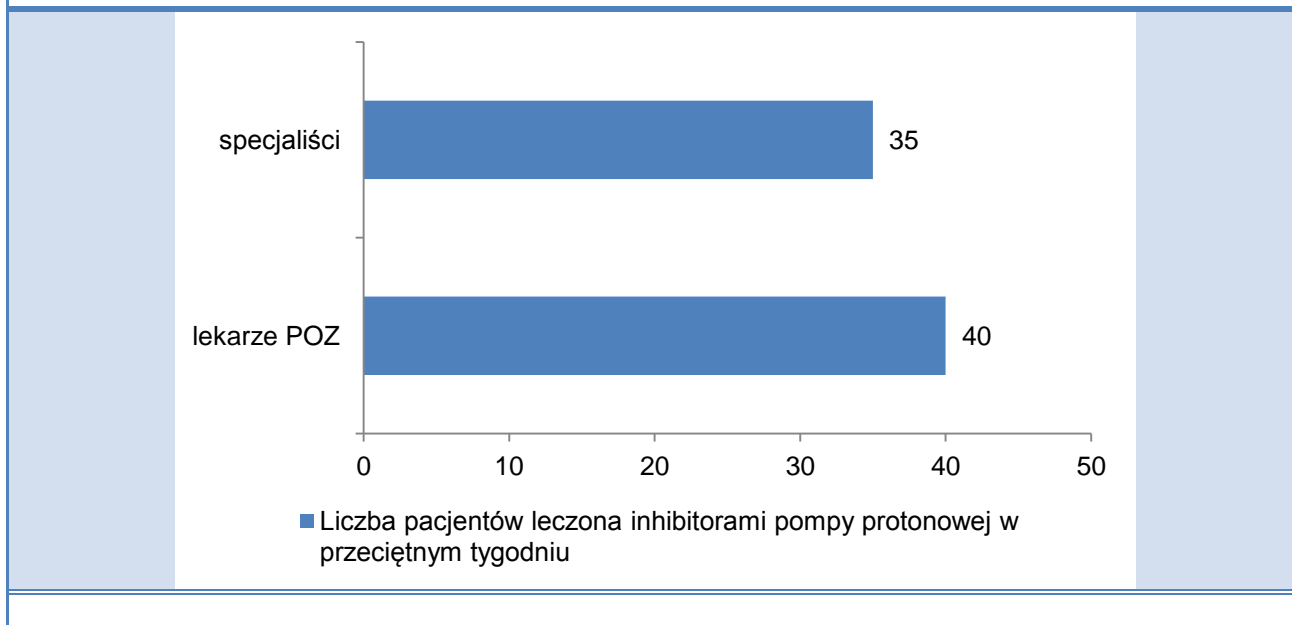
**Rysunek 80. Przedstawiciel produktu, którego lekarze polecają swoim kolegom chcących dowiedzieć się czegoś więcej o inhibitorach pompy protonowej**



## ROZKŁAD ODPOWIEDZI W PODZIALE NA LEKARZY SPECJALISTÓW I POZ

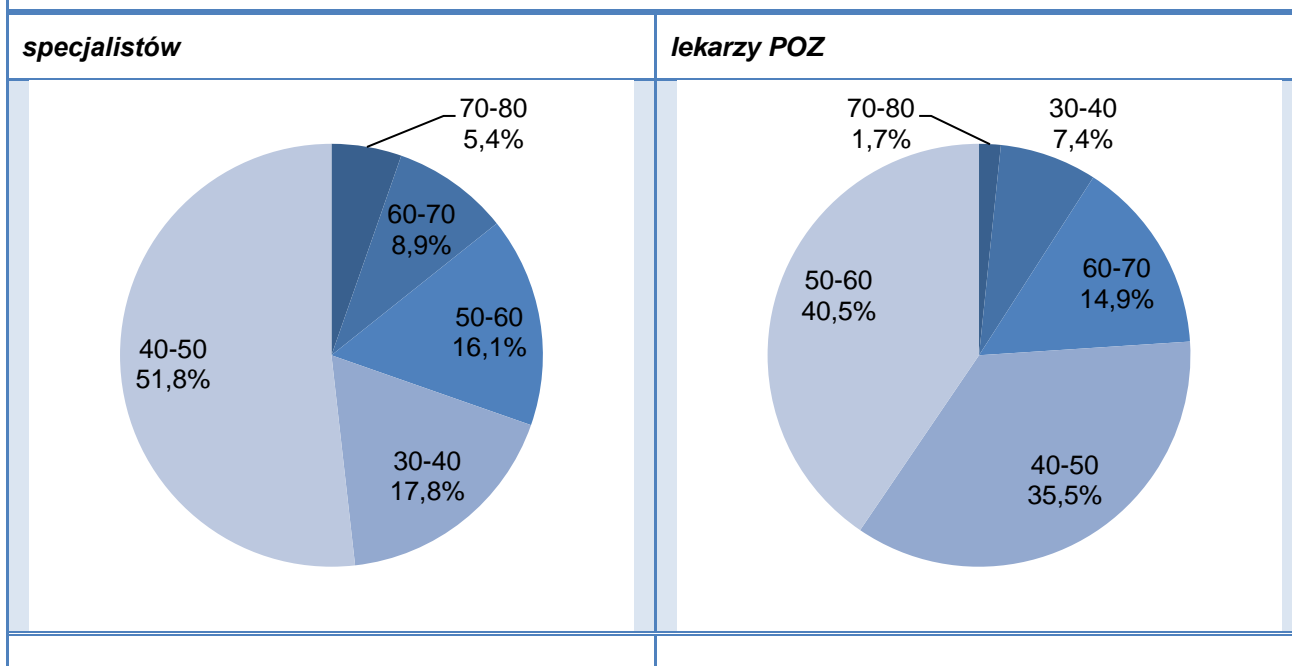
W przeciętnym tygodniu lekarze POZ leczą inhibitorami pompy protonowej średnio 40 pacjentów, natomiast lekarze specjaliści 35.

**Rysunek 81. Liczba pacjentów leczona inhibitorami pompy protonowej w przeciętnym tygodniu**



Największy procent lekarzy specjalistów (51,85% wskazań) włącza leczenie inhibitorem pompy protonowej u pacjentów w wieku od 40 do 50 lat. Natomiast lekarze POZ robią to najczęściej (40,5% wskazań) wśród pacjentów między 50 a 60 rokiem życia. Zarówno wśród lekarzy specjalistów jak i wśród lekarzy POZ najrzadziej wskazywaną grupą wiekową pacjentów, którym włącza się leczenie inhibitorem pompy protonowej jest „70-80”.

**Rysunek 82. Grupa wiekowa do której należą pacjenci, którym najczęściej włącza się inhibitor pompy protonowej wg:**



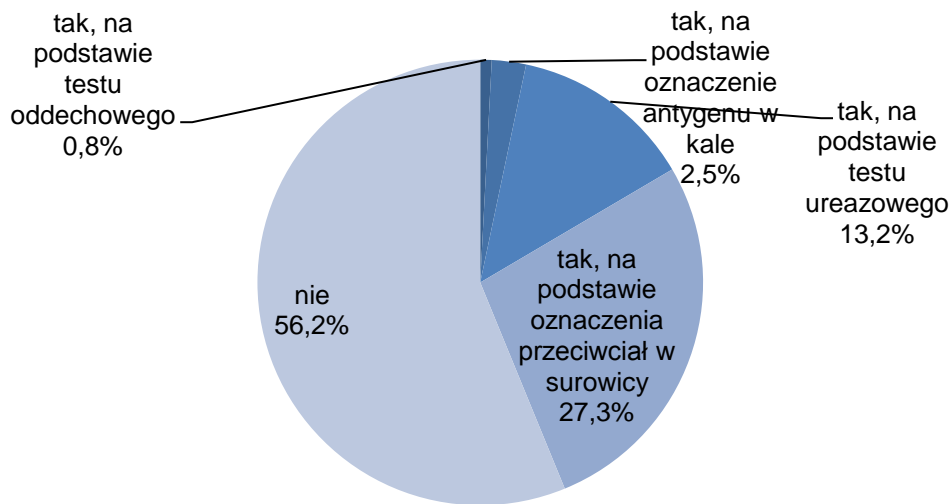
Większość lekarzy specjalistów oraz lekarzy POZ przy włączeniu do leczenia inhibitora pompy protonowej nie testuje pacjenta w kierunku infekcji H. pylori (odpowiednio 58,9% oraz 56,2% ogółu tych grup. Natomiast 30,4% lekarzy specjalistów robi to na podstawie testu ureazowego, a 27,3% ogółu lekarzy POZ na podstawie oznaczenia przeciwciał w surowicy. Dokładny rozkład odpowiedzi na to pytanie przedstawiają poniższe wykresy.

**Rysunek 83. Czy przy włączeniu do leczenia inhibitora pompy protonowej lekarz testuje pacjenta w kierunku infekcji H. pylori wg:**

**specjalistów**



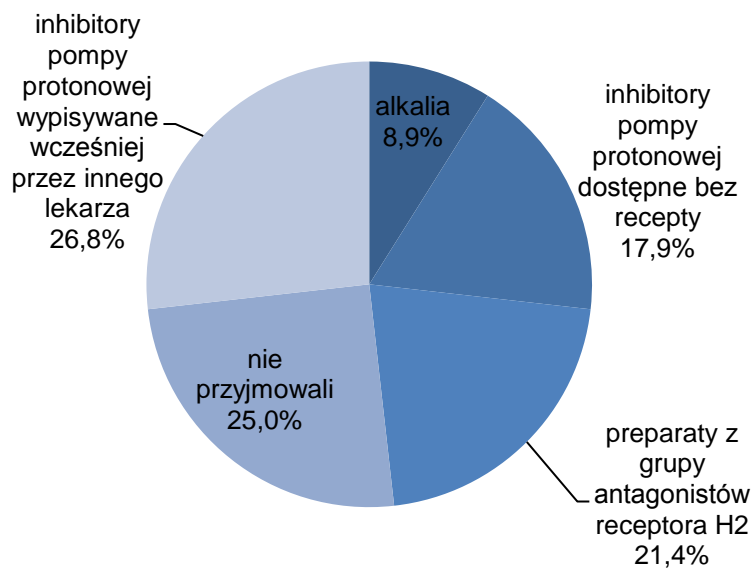
**lekarzy POZ**



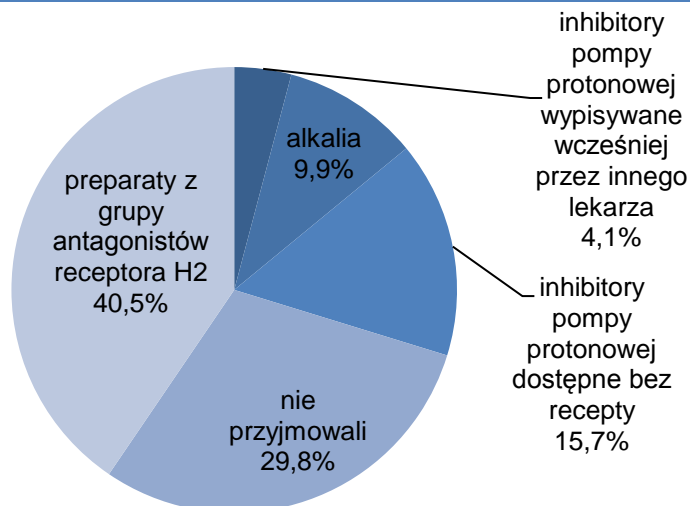
W opinii specjalistów pacjenci, którym włącza się leczenie inhibitorem pompy protonowej najczęściej przyjmowali wcześniej leki zobojętniające lub hamujące wydzielanie soku żołądkowego typu inhibitory pompy protonowej wypisane wcześniej przez innego lekarza (26,8% ogółu). Co 4 lekarz tej grupy twierdzi, że pacjenci wcześniej nie przyjmowali żadnych leków. Z kolei lekarze POZ najczęściej wskazywali (40,5% ogółu) preparaty z grupy antagonistów receptora H2 jako najczęściej przyjmowane wcześniej leki zobojętniające lub hamujące wydzielanie soku żołądkowego. Niemal 30,0% tej grupy twierdzi, że pacjenci wcześniej nie przyjmowali żadnych leków. Dokładny rozkład odpowiedzi na to pytanie przedstawiają poniższe wykresy.

**Rysunek 84. Czy pacjenci, którym włącza się leczenie inhibitorem pompy protonowej, najczęściej przyjmowali wcześniej leki zobojętniające lub hamujące wydzielanie soku żołądkowego wg:**

**specjalistów**

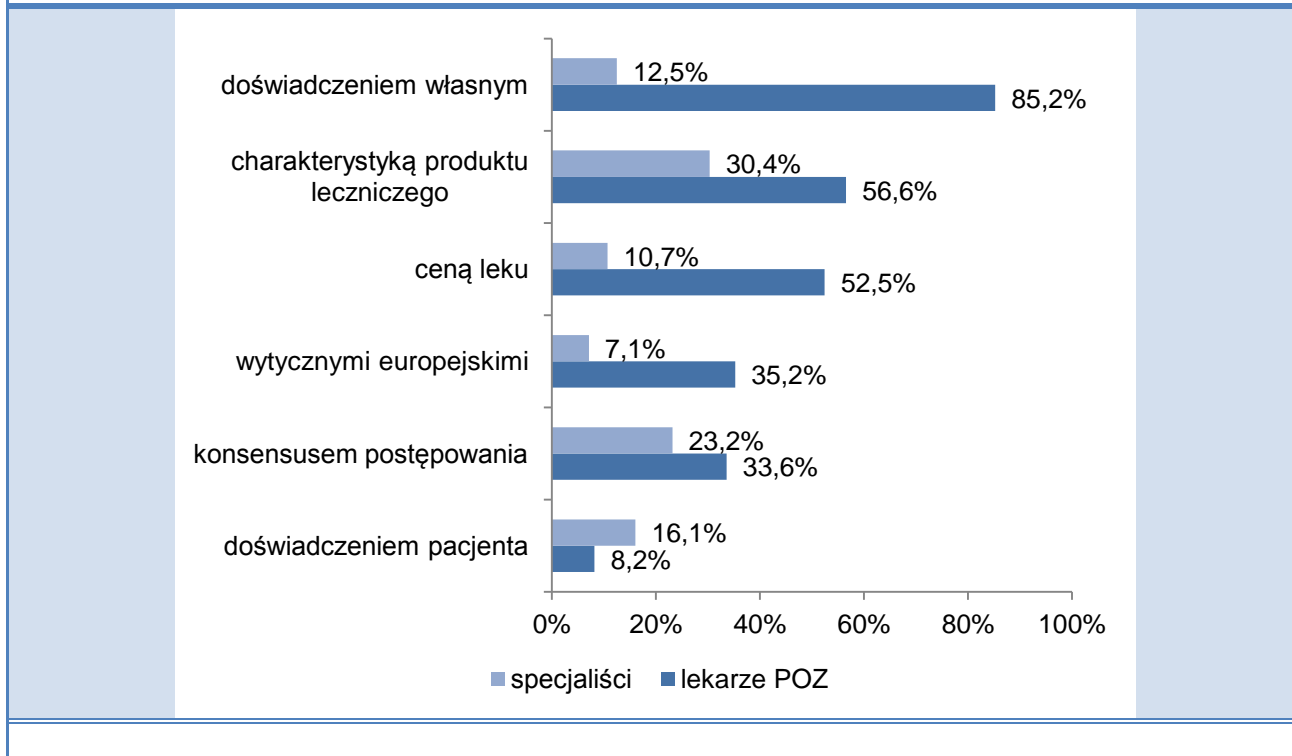


**lekarzy POZ**

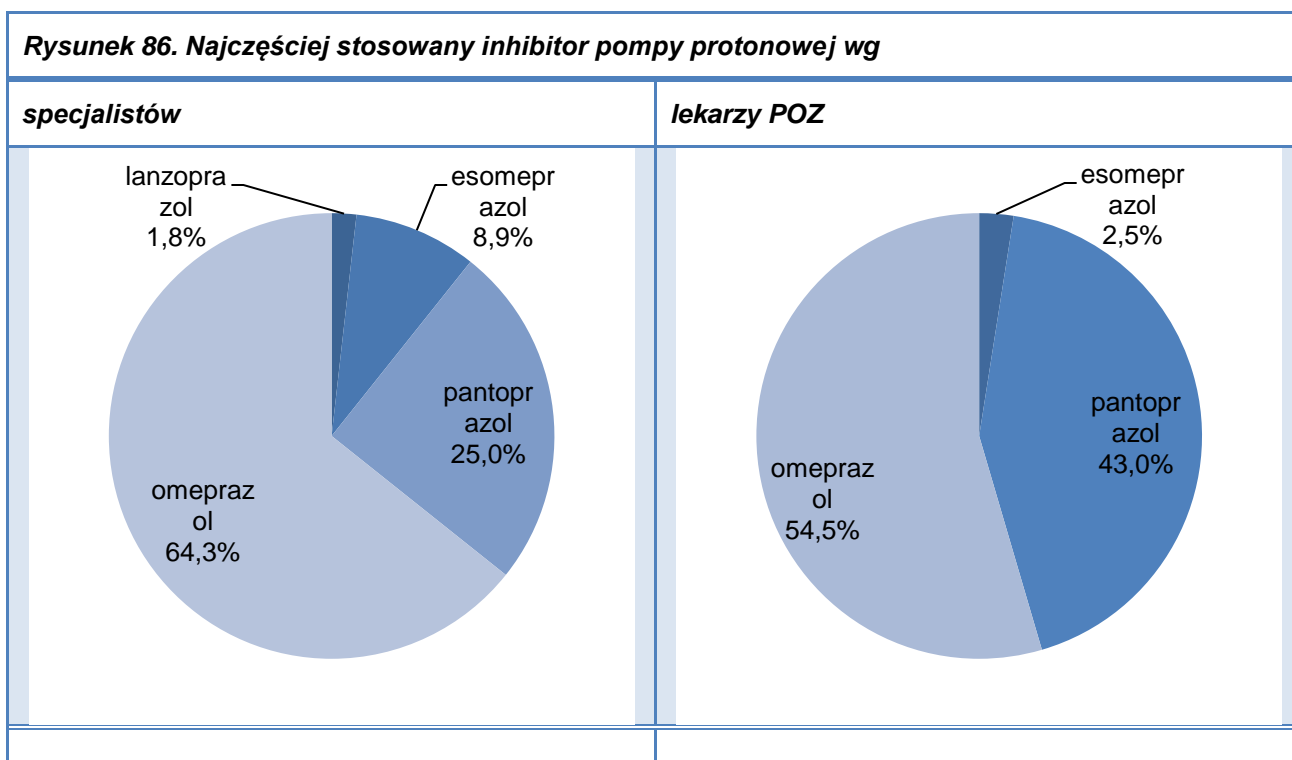


Najczęściej wymienianym czynnikiem kierującym przy wyborze inhibitora pompy protonowej przez lekarzy POZ jest „doświadczenie własne”, odpowiedź tę wskazało 85,2% ogółu tej grupy. Z kolei specjaliści najczęściej (30,4% wskazań) wymienili charakterystykę produktu leczniczego jako główny motywator wyboru inhibitora pompy protonowej. Dokładny rozkład odpowiedzi przedstawia poniższy wykres.

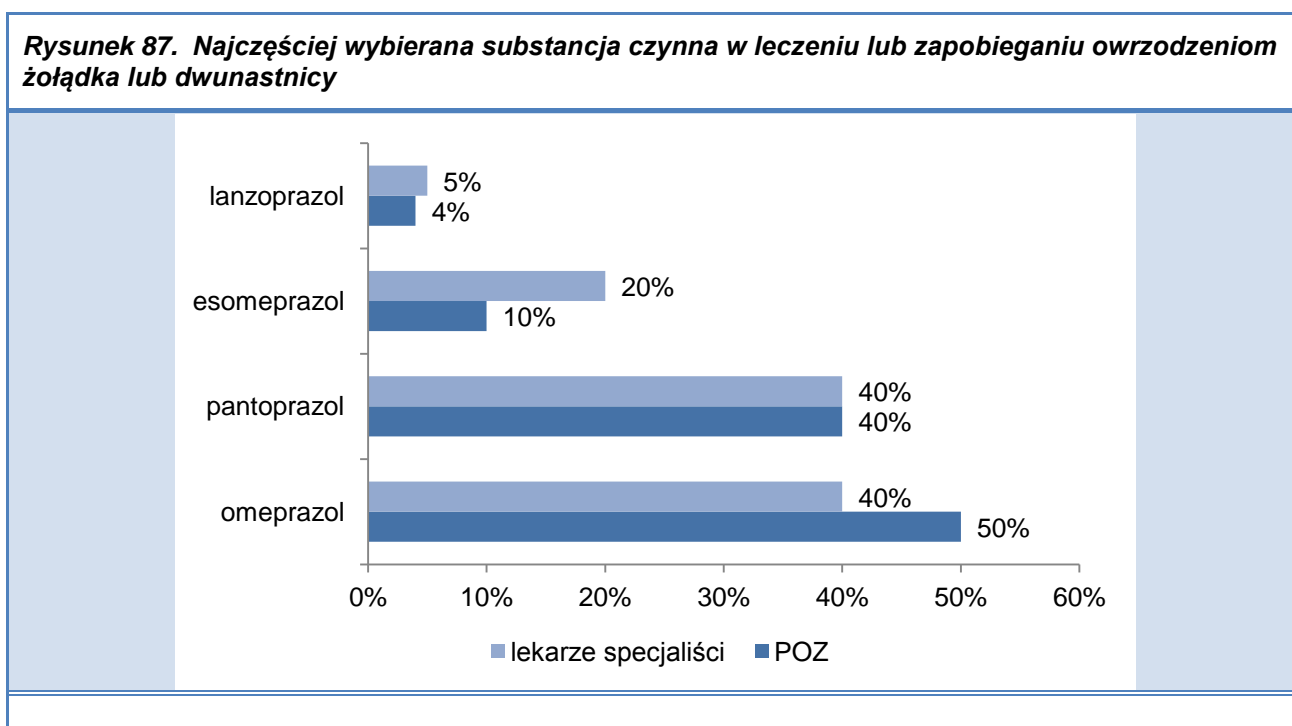
**Rysunek 85. Czym kieruje się lekarz przy wyborze inhibitora pompy protonowej**



Najwięcej lekarzy specjalistów jak i lekarzy POZ wskazywało omeprazol jako najczęściej stosowany inhibitor pompy protonowej (odpowiednio 64,3% albo 54,5% wskazań). Pantoprazol był wybrany przez odpowiednio 25,0% albo 43,0% ogółu. Lanzoprazol został wskazany tylko w przypadku lekarzy specjalistów.



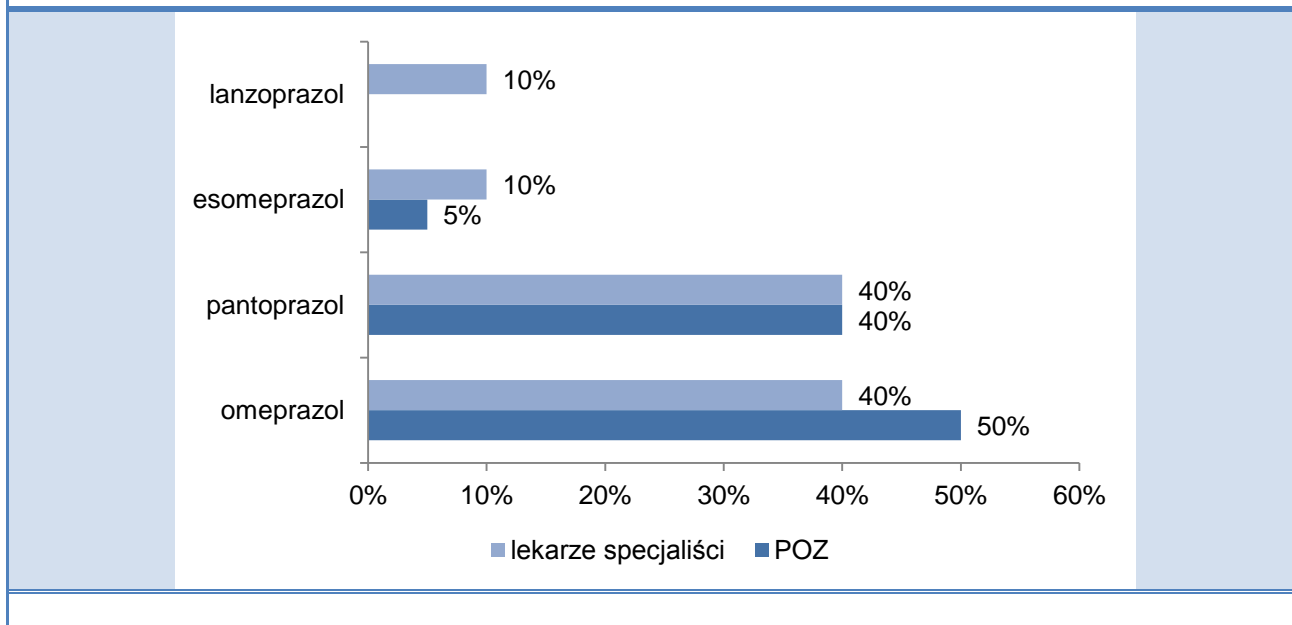
Najczęściej wybieraną substancją czynną przez lekarzy specjalistów jest pantoprazol oraz omeprazol (mediana równa 40% przypadków, w których je stosują) w leczeniu lub zapobieganiu owrzodzeniom żołądka lub dwunastnicy. Z kolei lekarze POZ najczęściej wskazali omeprazol (50% wskazań).





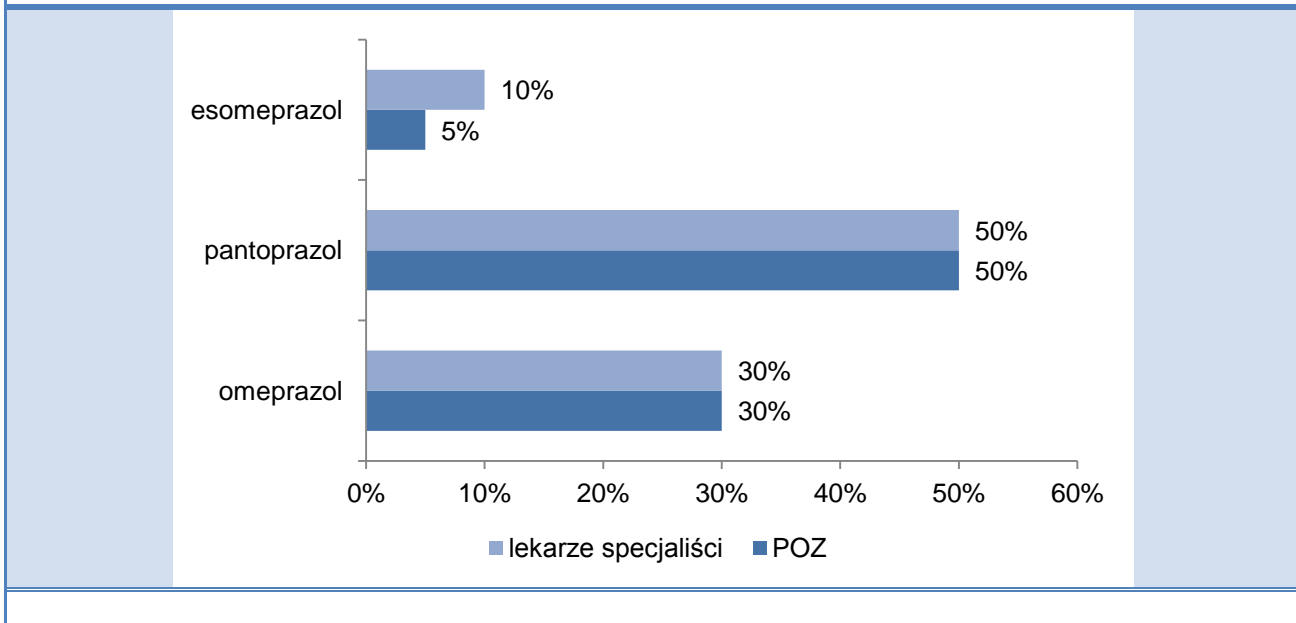
Najczęściej wybieraną substancją czynną przez lekarzy specjalistów jest pantoprazol oraz omeprazol (mediana równa 40% przypadków, w których je stosują) w leczeniu lub zapobieganiu owrzodzeniom żołądka lub dwunastnicy związanych z przyjmowaniem NLPZ (niesteroidowych leków przeciwzapalnych). Z kolei lekarze POZ najczęściej wskazali omeprazol (50% wskazań).

**Rysunek 88. Najczęściej wybierana substancja czynna w leczeniu lub zapobieganiu owrzodzeniom żołądka lub dwunastnicy związanych z przyjmowaniem NLPZ (niesteroidowych leków przeciwzapalnych)**



Najczęściej wybieraną substancją czynną przez lekarzy specjalistów oraz lekarzy POZ jest pantoprazol (mediana równa 50% przypadków, w których ją stosują) w leczeniu lub zapobieganiu krwawieniom z przewodu pokarmowego u pacjentów z wysokim ryzykiem kardiologicznym leczonych skojarzoną terapią antyagregacyjną.

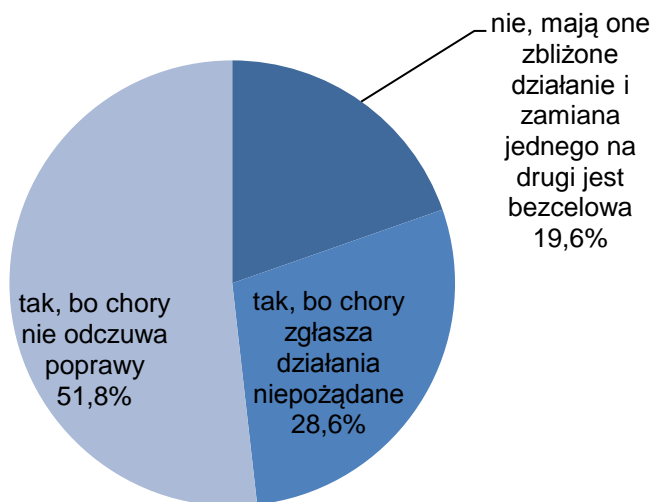
**Rysunek 89. Najczęściej wybierana substancja czynna w leczeniu lub zapobieganiu krwawieniom z przewodu pokarmowego u pacjentów z wysokim ryzykiem kardiologicznym leczonych skojarzoną terapią antyagregacyjną (ASA, pochodne tienopirydyny)**



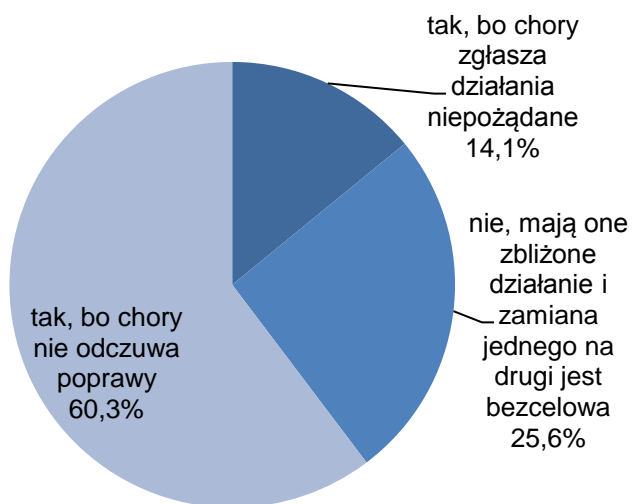
Gdy zapytano lekarzy specjalistów oraz lekarzy POZ czy zdarza się im zmieniać uprzednio zlecony preparat omeprazolu zarówno jedna grupa jak i druga w większości odpowiedziała „tak, bo chory nie odczuwa poprawy”. Dokładne rozkłady odpowiedzi przedstawiają poniższe wykresy.

**Rysunek 90. Czy zdarza się zmienić zlecony uprzednio preparat omeprazolu wg:**

**specjalistów**

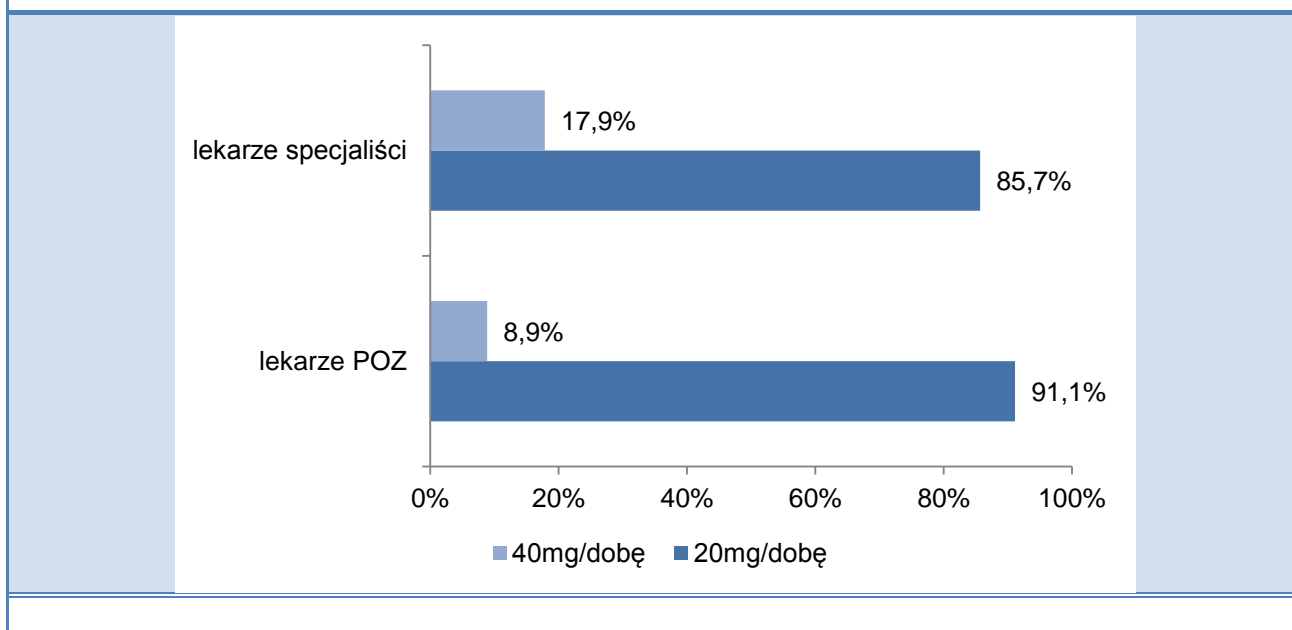


**lekarzy POZ**



Zarówno w przypadku lekarzy specjalistów jak i w przypadku lekarzy POZ najczęściej stosowaną standardową dawką omeprazolu jest 20mg/dobę (odpowiednio 85,7% lub 91,1% ogółu danej grupy).

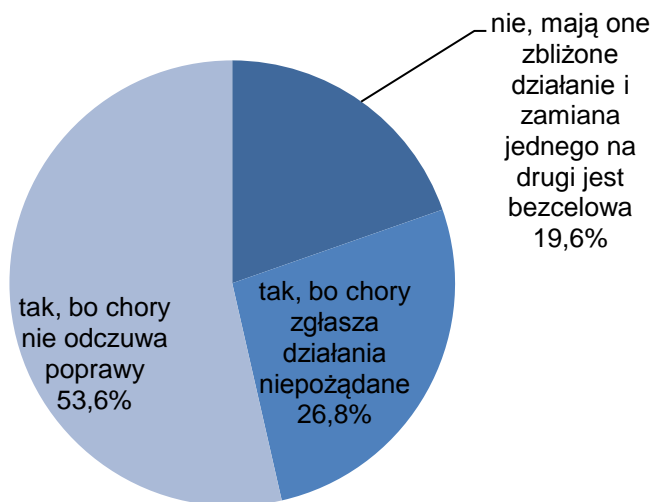
**Rysunek 91. Jaka jest standardowa dawka omeprazolu wg:**



Gdy zapytano lekarzy specjalistów oraz lekarzy POZ czy zdarza się im zmieniać uprzednio zlecony preparat pantoprazolu zarówno jedna grupa jak i druga w większości odpowiedziała „tak, bo chory nie odczuwa poprawy”. Dokładne rozkłady odpowiedzi przedstawiają poniższe wykresy.

**Rysunek 92. Czy zdarza się zmienić zlecony uprzednio preparat pantoprazolu wg:**

**specjalistów**

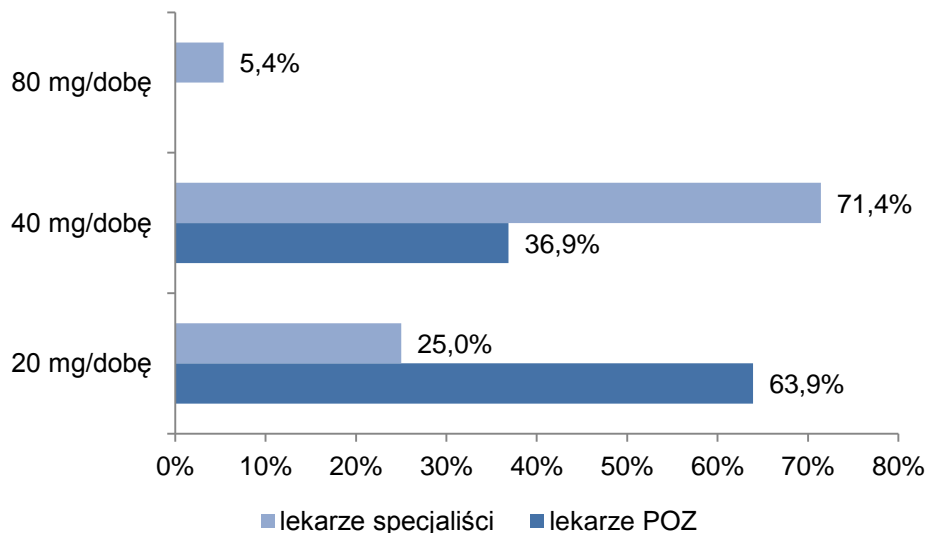


**lekarzy POZ**



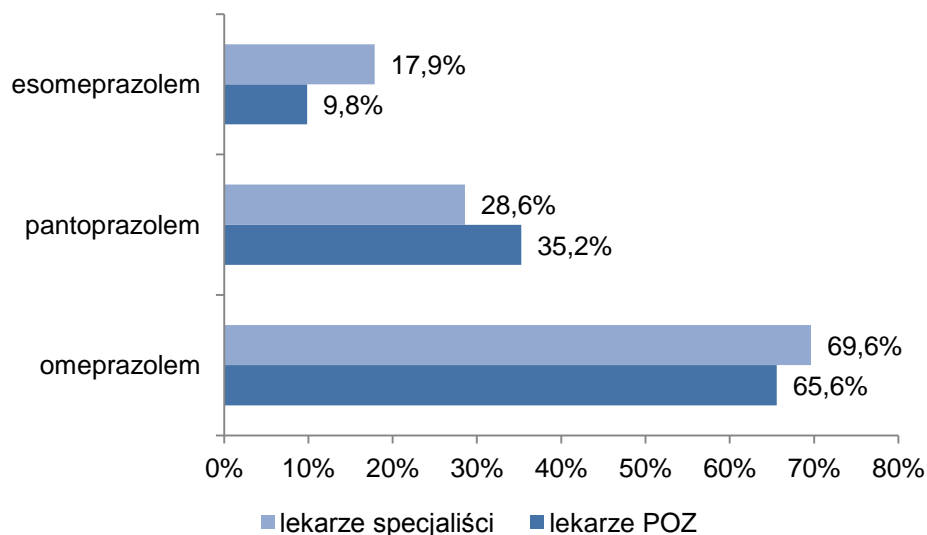
Najczęściej stosowaną dawką pantoprazolu przez lekarzy specjalistów jest 40 mg/dobę, z kolei w przypadku lekarzy POZ 20 mg/dobę. Dawkę 80 mg/dobę odnotowano tylko w przypadku lekarzy specjalistów. Dokładny rozkład odpowiedzi przedstawia poniższy wykres.

**Rysunek 93. Jaka jest standardowa dawka pantoprazolu wg:**



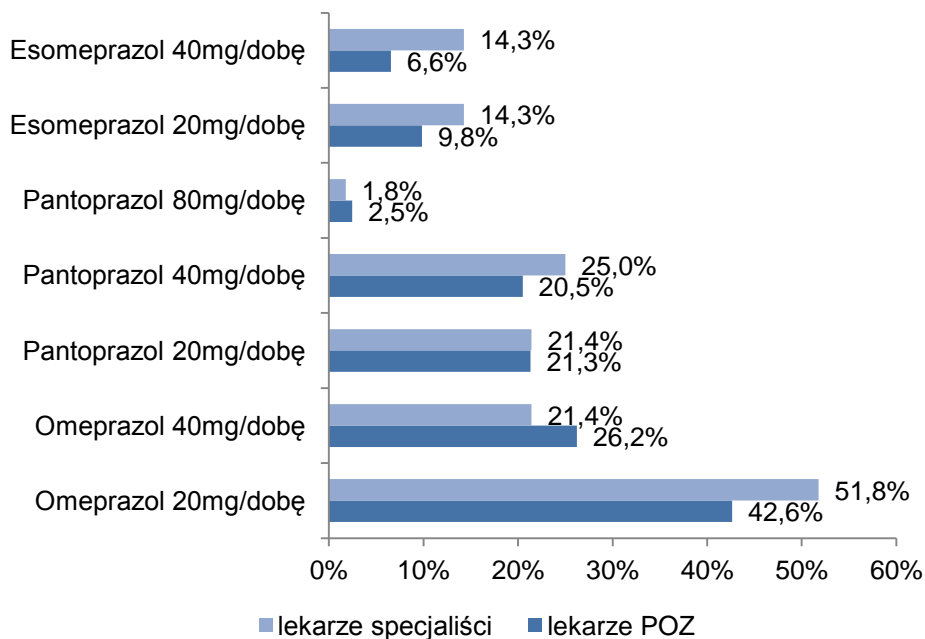
Omeprazol to inhibitor pompy protonowej, który najczęściej jest stosowany (w przypadku lekarzy specjalistów oraz lekarzy POZ) w leczeniu objawowej choroby refluksowej przełyku (odpowiednio 69,6% oraz 65,6% wskazań). Dokładny rozkład odpowiedzi przedstawia poniższy wykres.

**Rysunek 94. Jakim inhibitorem pompy protonowej najczęściej leczy się objawową chorobę refluksową przełyku**



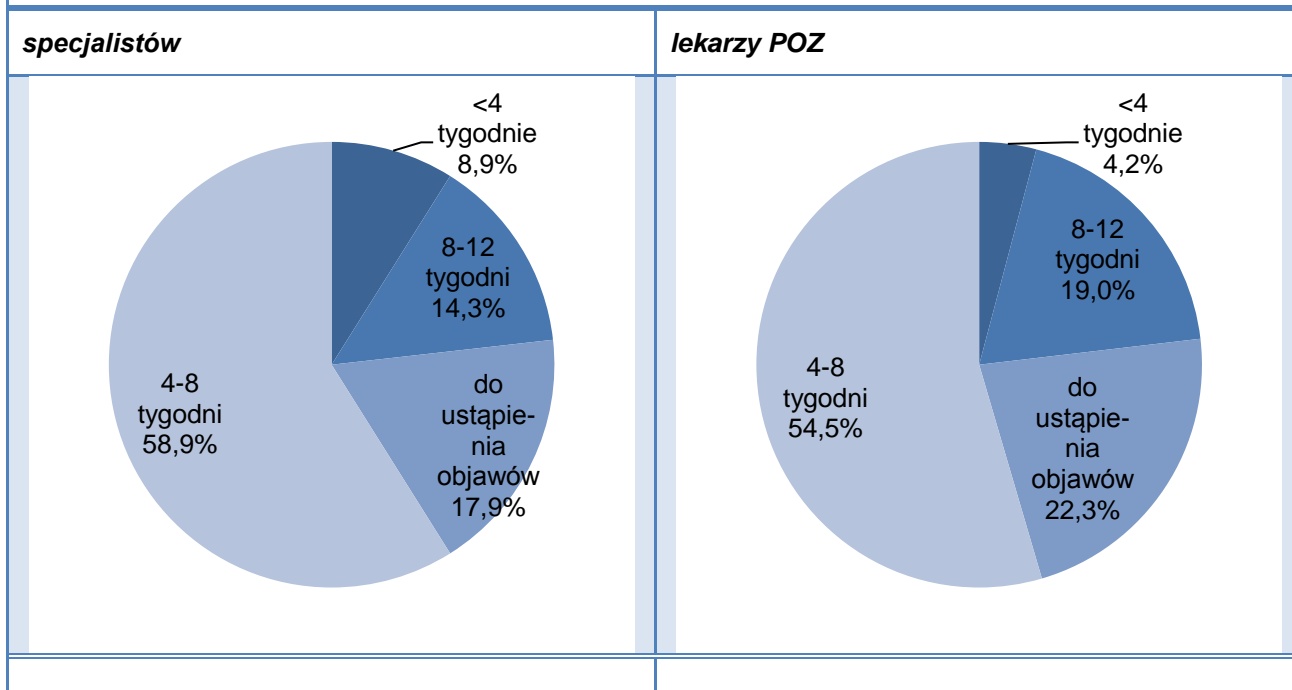
Omeprazol 20 mg/dobę to dawka inhibitora pompy protonowej, która jest najczęściej stosowana (w przypadku lekarzy specjalistów oraz lekarzy POZ) w leczeniu objawowej choroby refluksowej przełyku (odpowiednio 51,8% oraz 42,6% wskazań). Omeprazol 40 mg/dobę oraz pantoprazol 80 mg/dobę częściej stosują lekarze POZ niż lekarze specjaliści. Dokładny rozkład odpowiedzi przedstawia poniższy wykres.

**Rysunek 95. Dawka inhibitora pompy protonowej stosowana w leczeniu wstępnym objawowej choroby refluksowej przełyku**



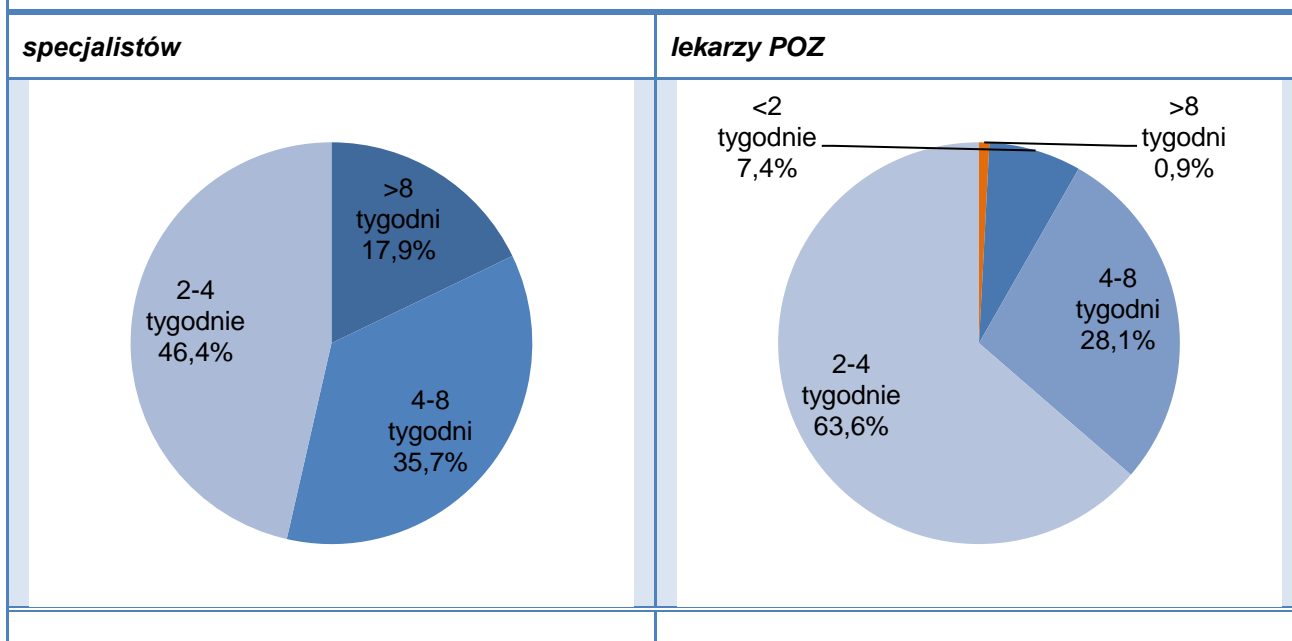
58,9% oraz 54,5% ogółu odpowiednio lekarzy specjalistów oraz lekarzy POZ stwierdziło, że inhibitor pompy protonowej w terapii objawowej choroby refluksowej przełyku stosuje od 4 do 8 tygodni. Dokładne rozkłady odpowiedzi przedstawiają poniższe wykresy.

**Rysunek 96. Jak długo stosowany jest inhibitor pompy protonowej w terapii objawowej choroby refluksowej przełyku wg:**



Zarówno lekarze specjaliści jak i lekarze POZ najczęściej zlecają pierwszą wizytę kontrolną w trakcie terapii objawowej choroby refluksowej przełyku po 2 do 4 tygodni (odpowiednio 46,4% oraz 63,6%). W przypadku lekarzy POZ odnotowano również odpowiedź „ <2 tygodnie ”. Dokładne rozkłady odpowiedzi przedstawiają poniższe wykresy.

**Rysunek 97. Czas po którym zaleca się pierwszą wizytę kontrolną w trakcie terapii objawowej choroby refluksowej przełyku wg:**

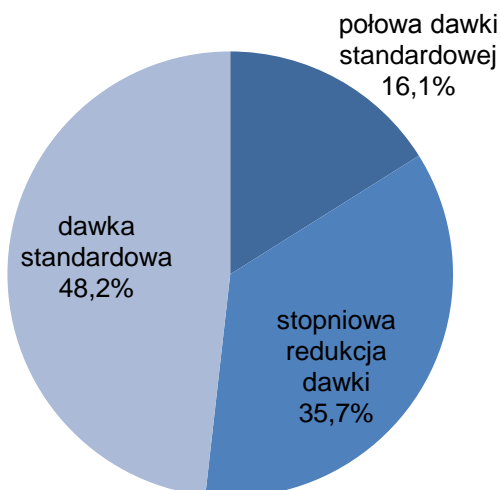




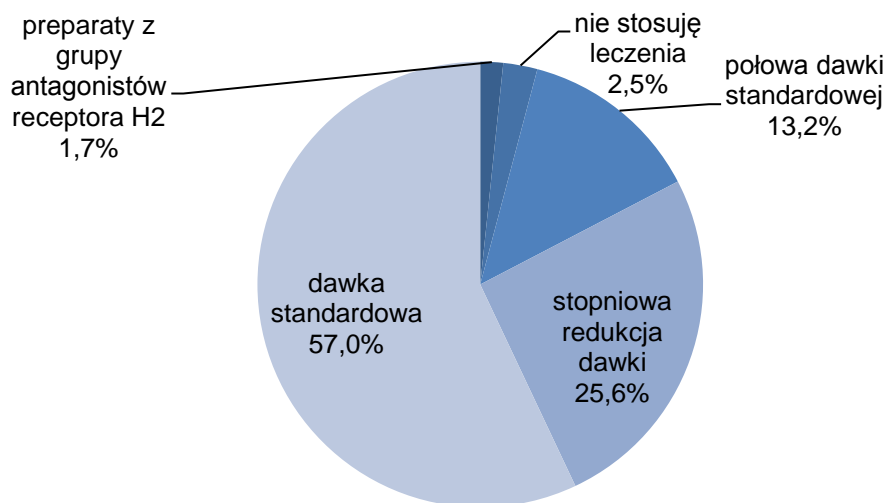
Leczenie podtrzymujące objawowej choroby refluksowej przełyku wśród lekarzy specjalistów oraz lekarzy POZ to głównie dawka standardowa inhibitora pompy protonowej (odpowiednio 48,2% oraz 57,0% wskazań). Odpowiedzi „nie stosuje leczenia podtrzymującego inhibitorem pompy protonowej” oraz „preparaty z grupy antagonistów receptora H2” odnotowano tylko wśród lekarzy POZ. Dokładne rozkłady odpowiedzi przedstawiają poniższe wykresy.

**Rysunek 98. Jak jest stosowane leczenie podtrzymujące objawowej choroby refluksowej przełyku wg:**

**specjalistów**

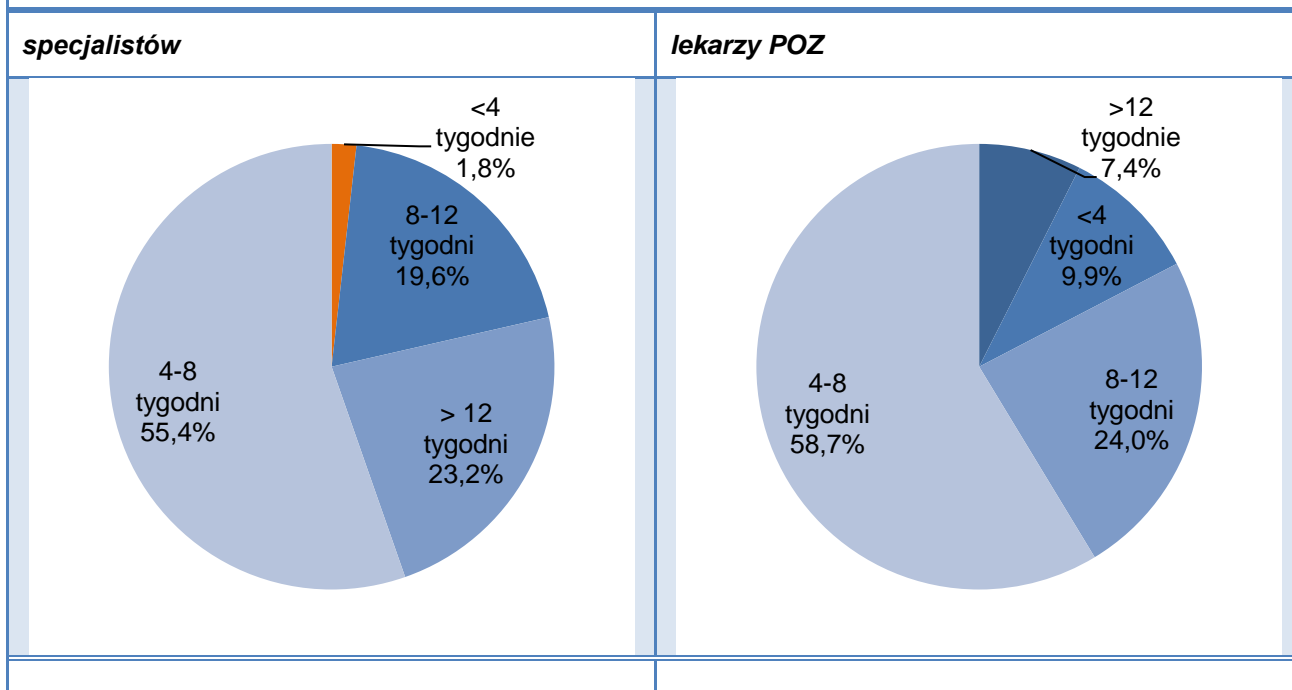


**lekarzy POZ**



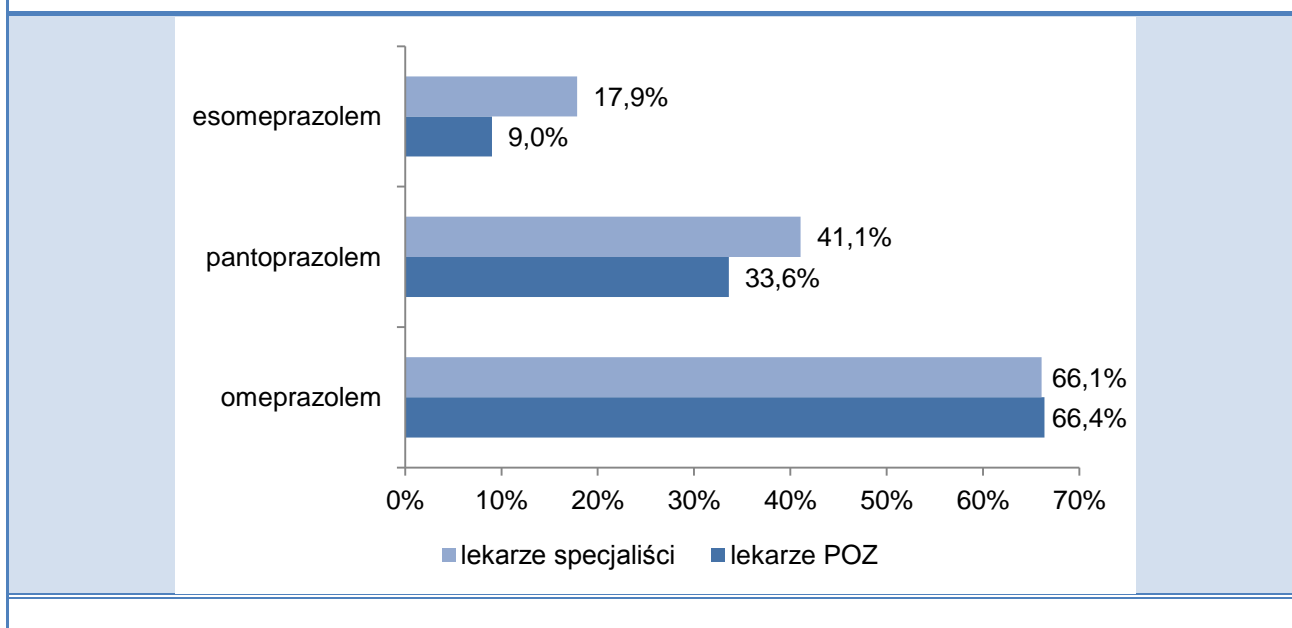
55,4% oraz 58,7% ogółu odpowiednio lekarzy specjalistów oraz lekarzy POZ stwierdziło, że zaleca wizytę kontrolną w trakcie leczenia podtrzymującego objawowej choroby refluksowej przełyku po 4 do 8 tygodni. Dokładne rozkłady odpowiedzi przedstawiają poniższe wykresy.

**Rysunek 99. Czas po którym zaleca się wizytę kontrolną w trakcie leczenia podtrzymującego objawową chorobę refluksowego przełyku wg:**



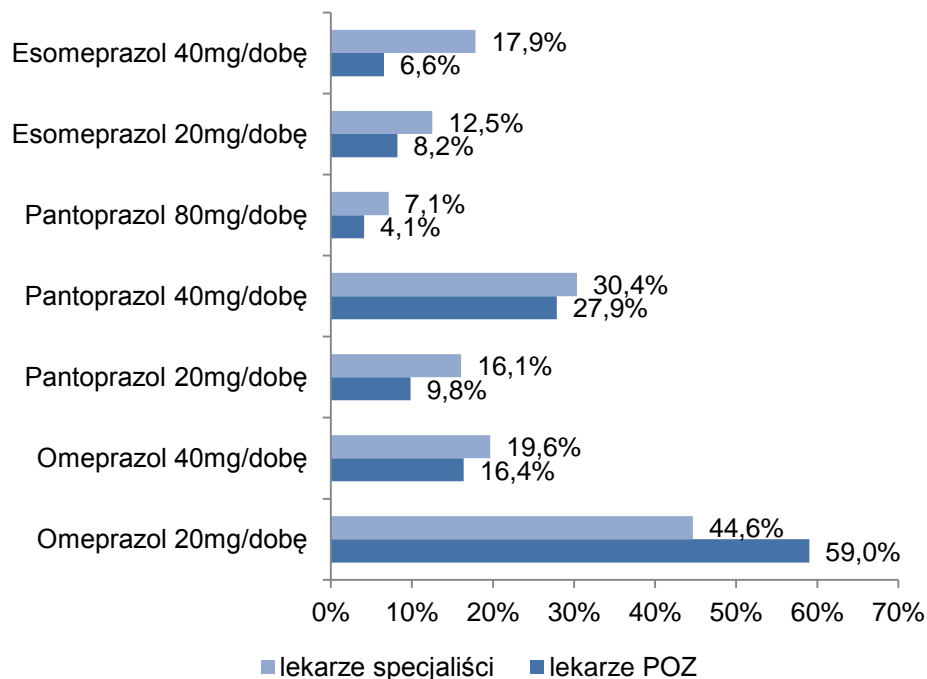
Omeprazol to inhibitor pompy protonowej, którym najczęściej (opinia lekarzy specjalistów oraz lekarzy POZ) leczy się łagodne refluksowe zapalenie przełyku (odpowiednio 66,1% oraz 66,4% wskazań). Pozostałe inhibitory pompy protonowej częściej stosowane są przez lekarzy specjalistów. Dokładny rozkład odpowiedzi przedstawia poniższy wykres.

**Rysunek 100. Inhibitor pompy protonowej, którym najczęściej leczy się łagodne refluksowe zapalenie przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles)**



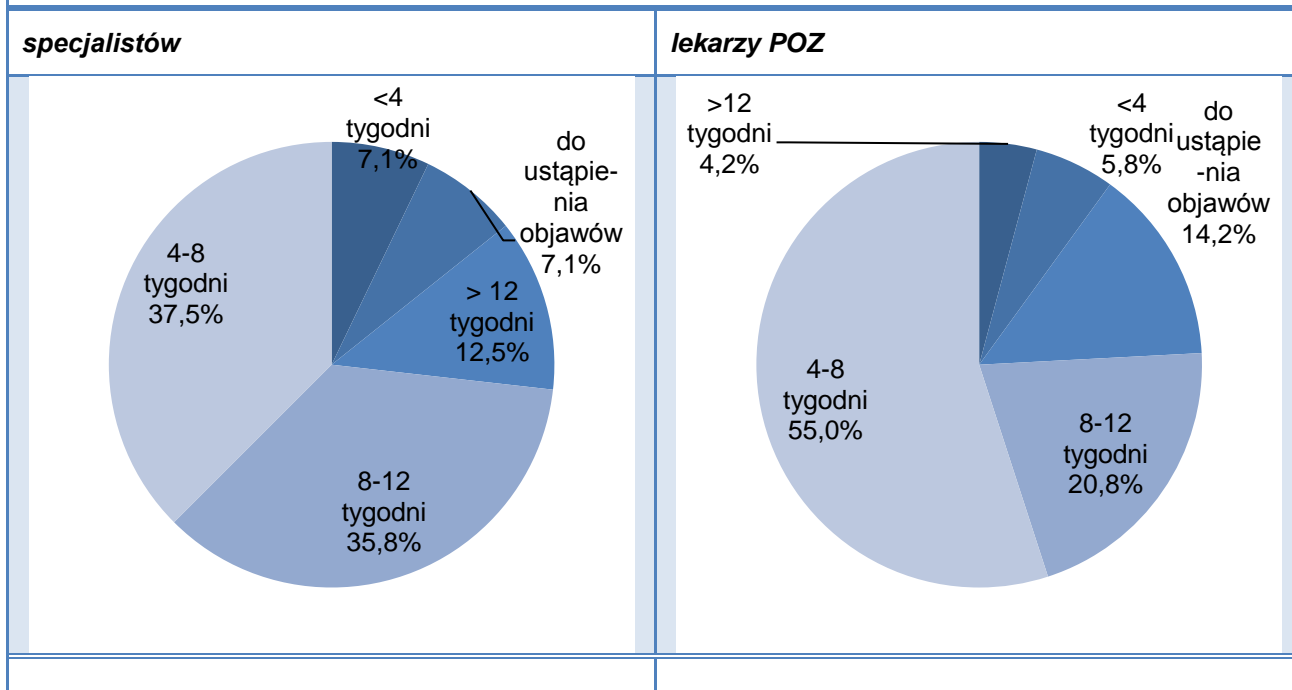
Omeprozol 20 mg/dobę to dawka inhibitora pompy protonowej, która jest najczęściej stosowana (w przypadku lekarzy specjalistów oraz lekarzy POZ) w terapii łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B zmodyfikowanego systemu Los Angeles) przez odpowiednio 44,6% oraz 59,0% ogółu tych grup. Pozostałe dawki inhibitorów pompy protonowej częściej stosowane są przez lekarzy specjalistów.. Dokładny rozkład odpowiedzi przedstawia poniższy wykres.

**Rysunek 101. Dawka inhibitora pompy protonowej stosowana w terapii łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B zmodyfikowanego systemu Los Angeles)**



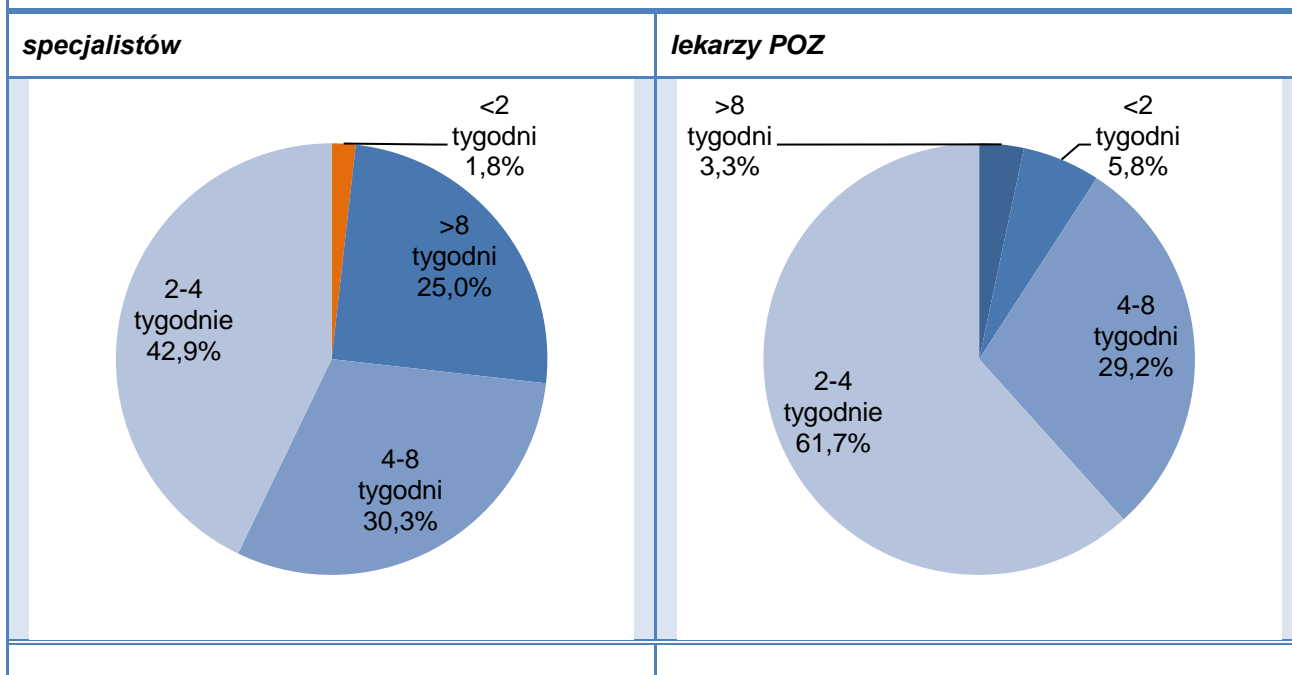
37,5% oraz 55% ogółu odpowiednio lekarzy specjalistów oraz lekarzy POZ stwierdziło, że inhibitor pompy protonowej w terapii łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) stosuje od 4 do 8 tygodni. Dokładne rozkłady odpowiedzi przedstawiają poniższe wykresy.

**Rysunek 102. Jak długo stosowany jest inhibitor pompy protonowej w terapii łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) wg:**



Zarówno lekarze specjaliści jak i lekarze POZ najczęściej zlecają pierwszą wizytę kontrolną w trakcie terapii łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) po 2 do 4 tygodni (odpowiednio 42,9% oraz 61,7%). Dokładne rozkłady odpowiedzi przedstawiają poniższe wykresy.

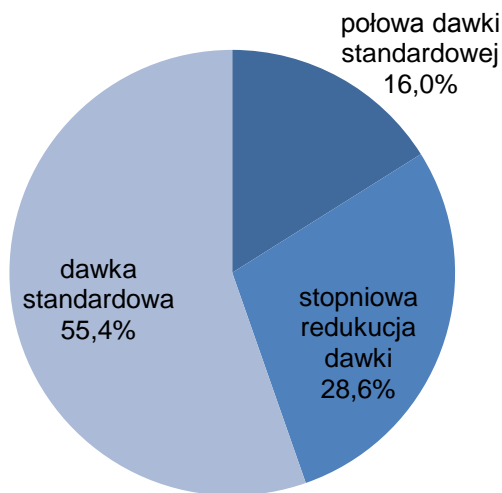
**Rysunek 103. Czas po którym zaleca się pierwszą wizytę kontrolną w trakcie terapii łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) wg:**



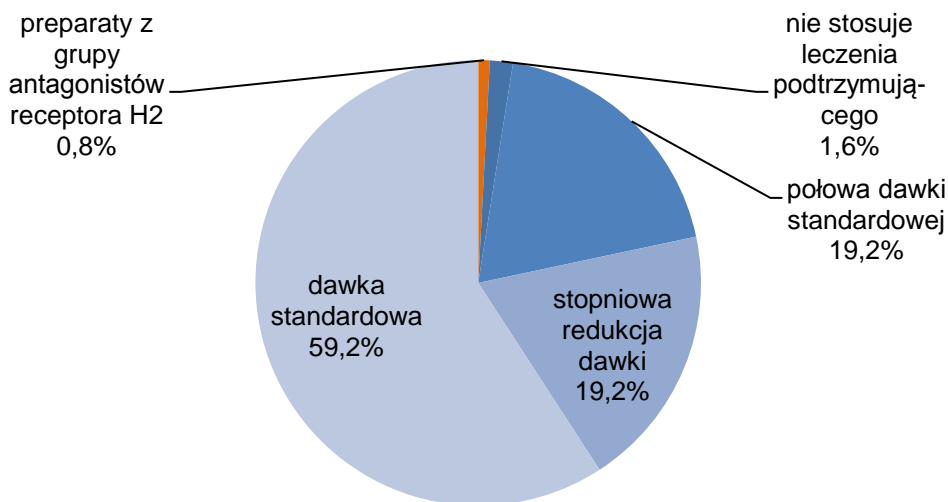
Leczenie podtrzymujące łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) wśród lekarzy specjalistów oraz wśród lekarzy POZ to głównie dawka standardowa inhibitora pompy protonowej (odpowiednio 55,4% oraz 59,2% wskazań). Odpowiedzi „nie stosuje leczenia podtrzymującego inhibitorem pompy protonowej” oraz „preparaty z grupy antagonistów receptora H2” odnotowano tylko wśród lekarzy POZ. Dokładne rozkłady odpowiedzi przedstawiają poniższe wykresy.

**Rysunek 104. Jakie jest stosowane leczenie podtrzymujące łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) wg:**

**specjalistów**

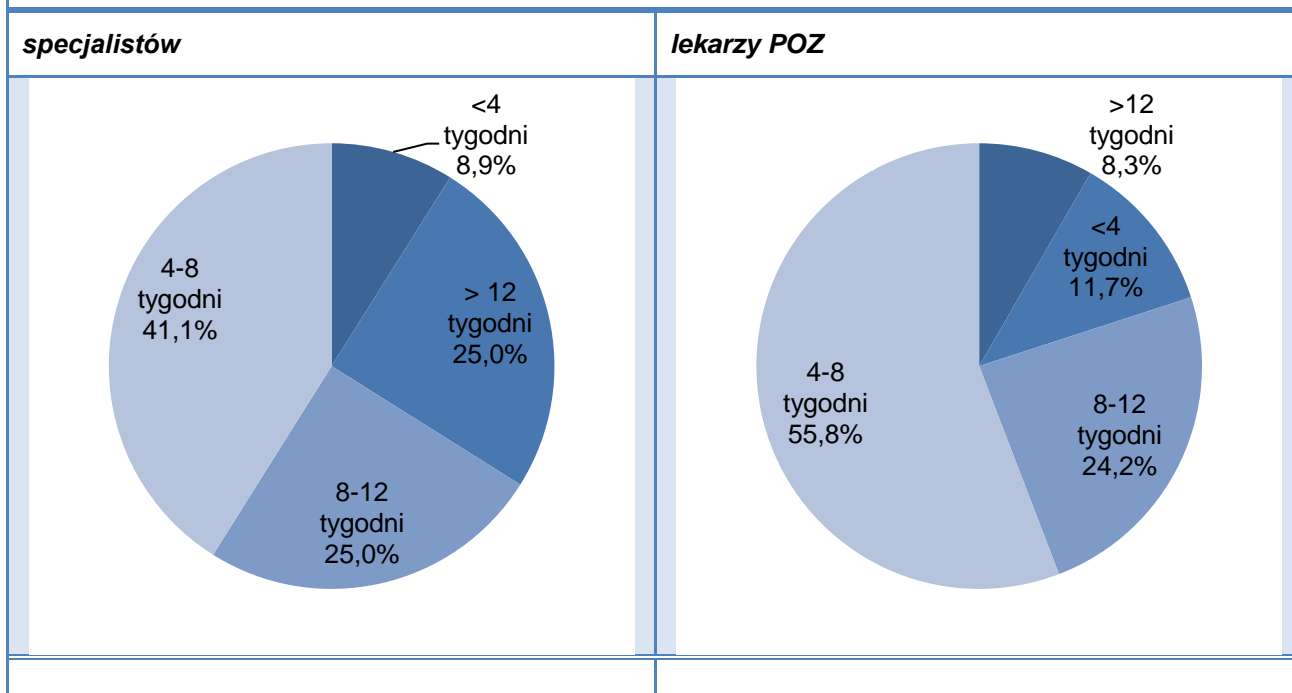


**lekarzy POZ**



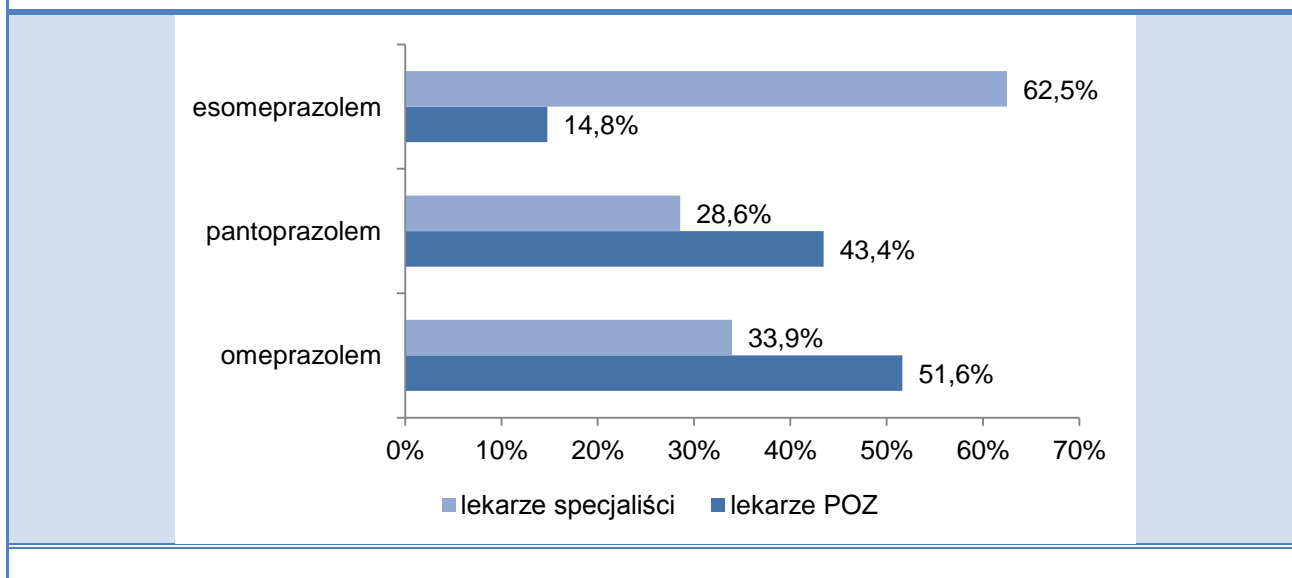
41,1% oraz 55,8% ogółu odpowiednio lekarzy specjalistów oraz lekarzy POZ stwierdziło, że zaleca wizytę kontrolną w trakcie leczenia podtrzymującego łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) po 4 do 8 tygodni. Dokładne rozkłady odpowiedzi przedstawiają poniższe wykresy.

**Rysunek 105. Czas po którym zaleca się wizytę kontrolną w trakcie leczenia podtrzymującego łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) wg:**



Podczas leczenia umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) lekarze specjaliści najczęściej stosują esomeprazol (62,5% wskazań). Z kolei lekarze POZ najczęściej stosują omeprazol (51,6% wskazań) Dokładny rozkład odpowiedzi przedstawia poniższy wykres.

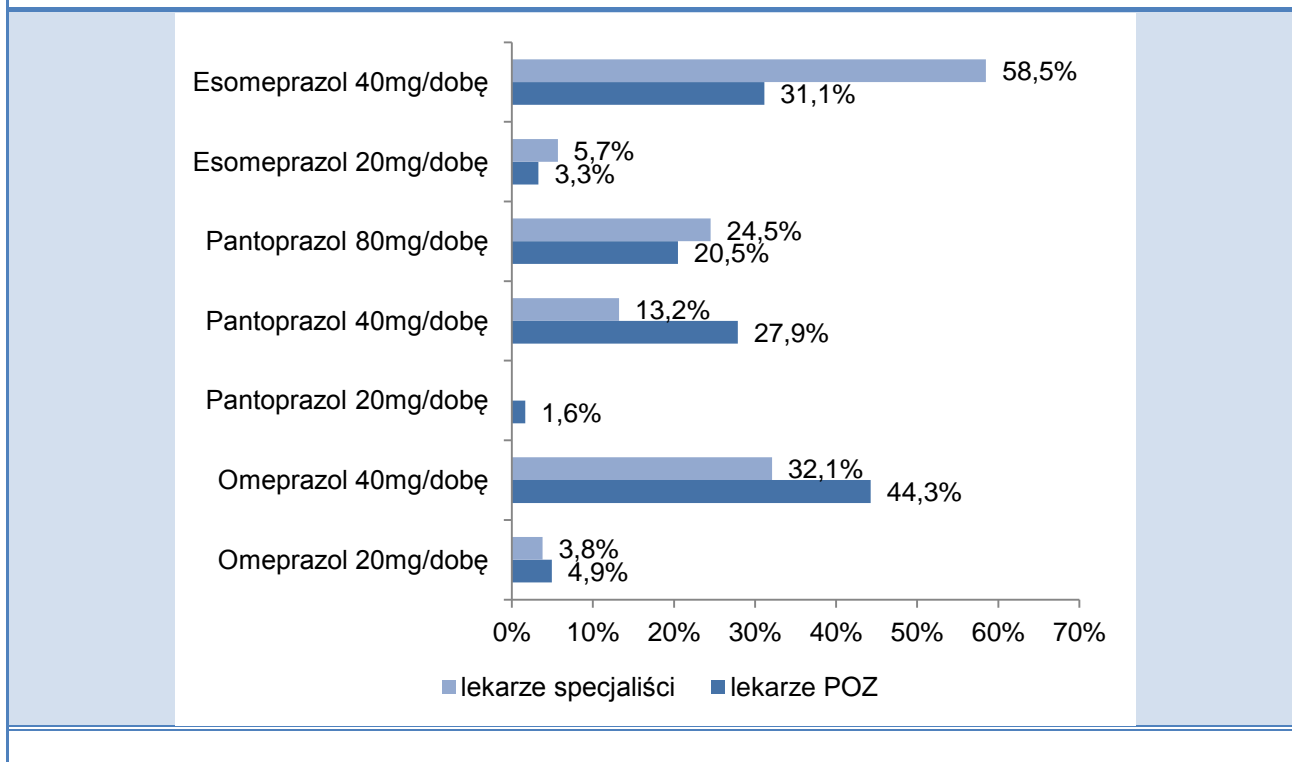
**Rysunek 106. Inhibitor pompy protonowej, którym najczęściej leczy się umiarkowane i ciężkie refluksowe zapalenie przełyku (typu C i D wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles)**



Badanie rynku dotyczące stosowania inhibitorów pompy protonowej przez lekarzy gastrologów i POZ w Polsce

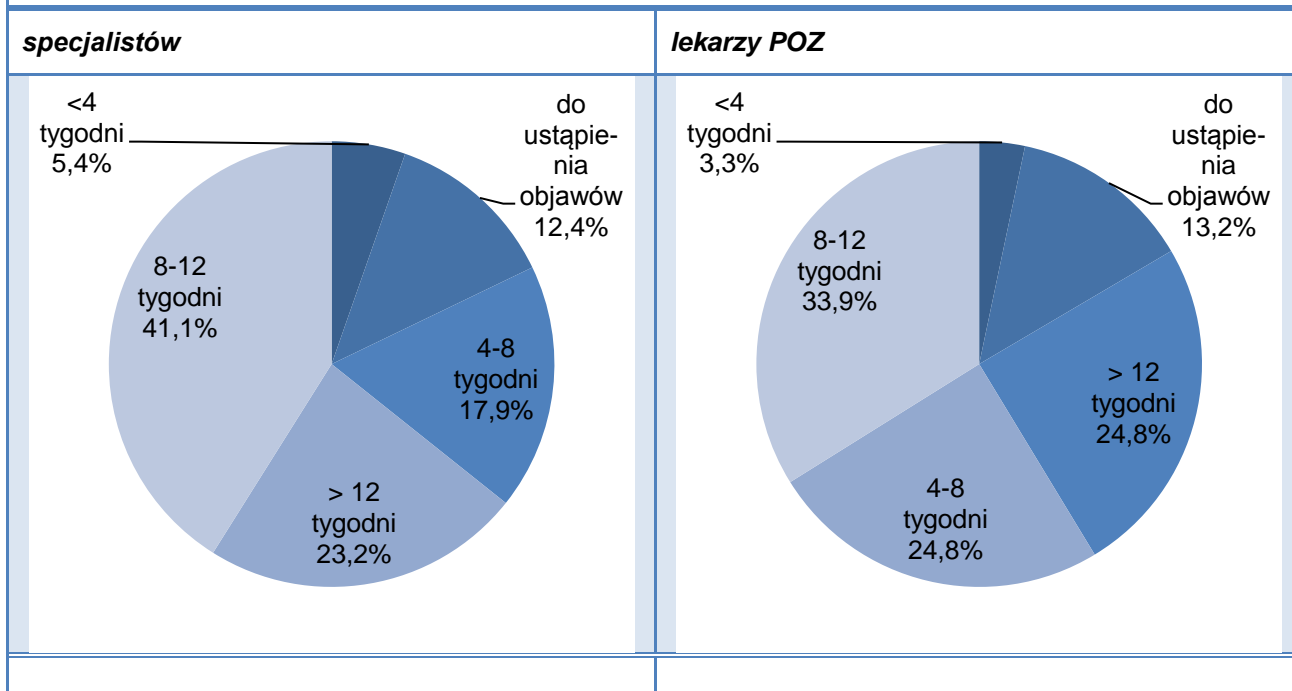
W terapii umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D zmodyfikowanego systemu Los Angeles) lekarze specjaliści najczęściej stosowali esomeprazol 40 mg/dobę (58,5% ogółu tej grupy). Z kolei lekarze POZ najczęściej stosowali omeprazol 40 mg/dobę (44,3% wskazań). Dokładny rozkład odpowiedzi przedstawia poniższy wykres.

**Rysunek 107. Dawka inhibitora pompy protonowej stosowana w terapii umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D zmodyfikowanego systemu Los Angeles)**



41,1% oraz 33,9% ogółu odpowiednio lekarzy specjalistów oraz lekarzy POZ stwierdziło, że inhibitor pompy protonowej w terapii umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D zmodyfikowanego systemu Los Angeles) stosuje od 8 do 12 tygodni. Dokładne rozkłady odpowiedzi przedstawiają poniższe wykresy.

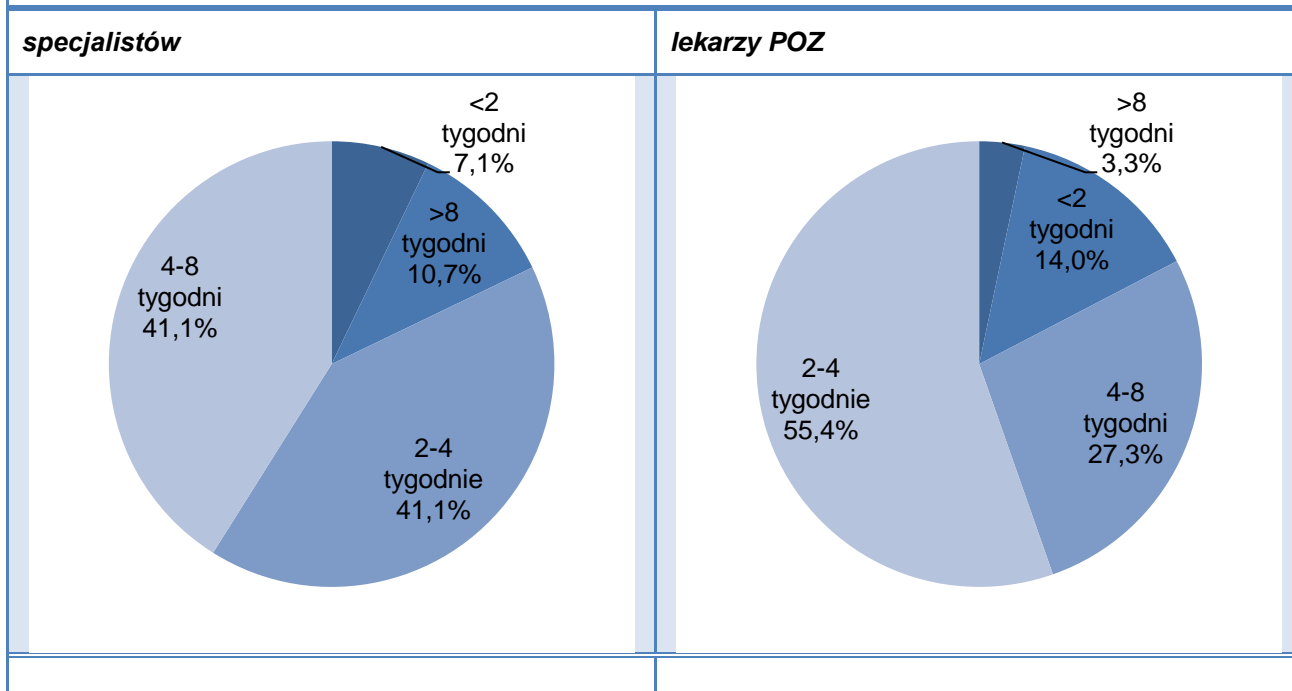
**Rysunek 108. Jak długo stosowany jest inhibitor pompy protonowej w terapii umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D zmodyfikowanego systemu Los Angeles) wg:**





Lekarze specjaliści najczęściej zalecają pierwszą wizytę kontrolną w trakcie terapii umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D zmodyfikowanego systemu Los Angeles) po 4 do 8 tygodni (41,1% ogółu tej grupy). Natomiast lekarze POZ najczęściej zlecają taką wizytę od 2 do 4 tygodni (55,4% wskazań).

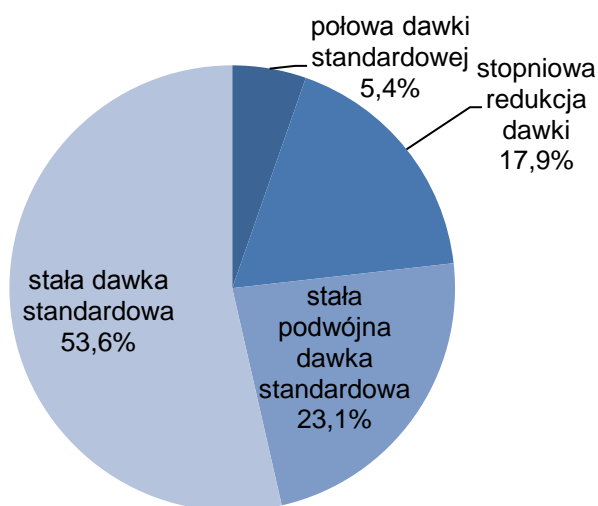
**Rysunek 109. Czas po którym zaleca się pierwszą wizytę kontrolną w trakcie terapii umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D zmodyfikowanego systemu Los Angeles) wg:**



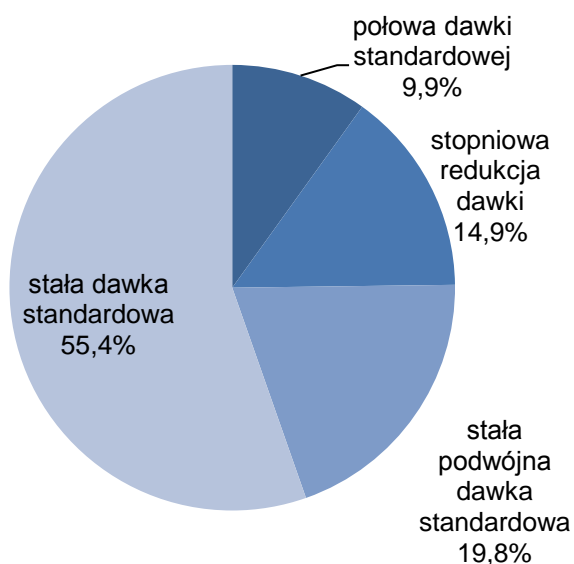
Leczenie podtrzymujące umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D zmodyfikowanego systemu Los Angeles) wśród lekarzy specjalistów oraz wśród lekarzy POZ to głównie stała dawka standardowa inhibitora pompy protonowej (odpowiednio 53,6% oraz 55,4% wskazań). Dokładne rozkłady odpowiedzi przedstawiają poniższe wykresy.

**Rysunek 110. Jakie jest stosowane leczenie podtrzymujące umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D zmodyfikowanego systemu Los Angeles) wg:**

**specjalistów**

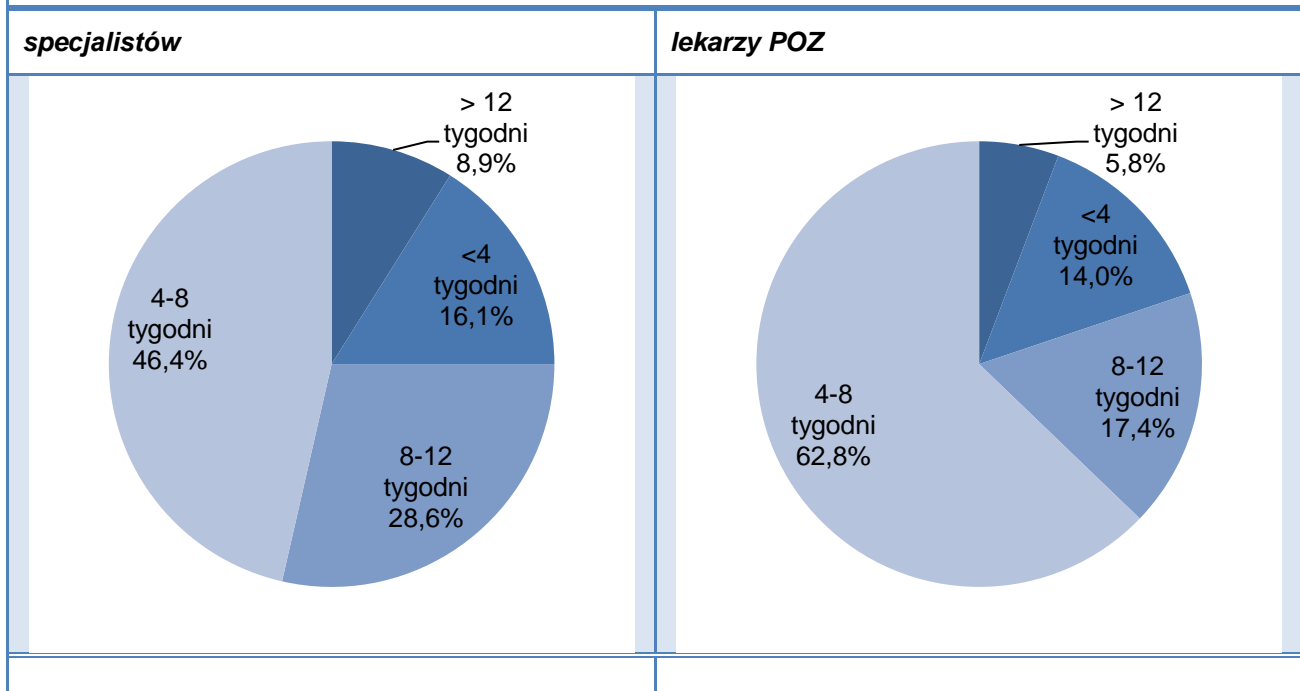


**lekarzy POZ**



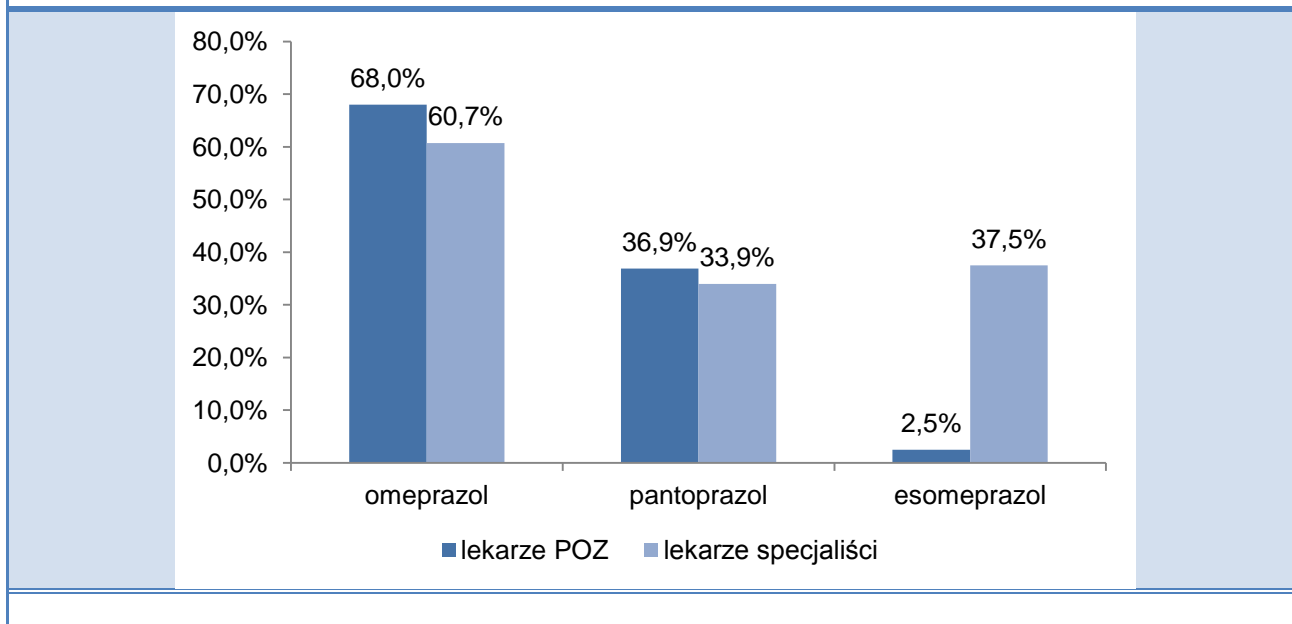
46,4% oraz 62,8% ogółu odpowiednio lekarzy specjalistów oraz lekarzy POZ stwierdziło, że zaleca wizytę kontrolną w trakcie leczenia umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D zmodyfikowanego systemu Los Angeles) po 4 do 8 tygodni. Dokładne rozkłady odpowiedzi przedstawiają poniższe wykresy.

**Rysunek 111. Czas po którym zaleca się wizytę kontrolną w trakcie leczenia podtrzymującego umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D zmodyfikowanego systemu Los Angeles) wg:**



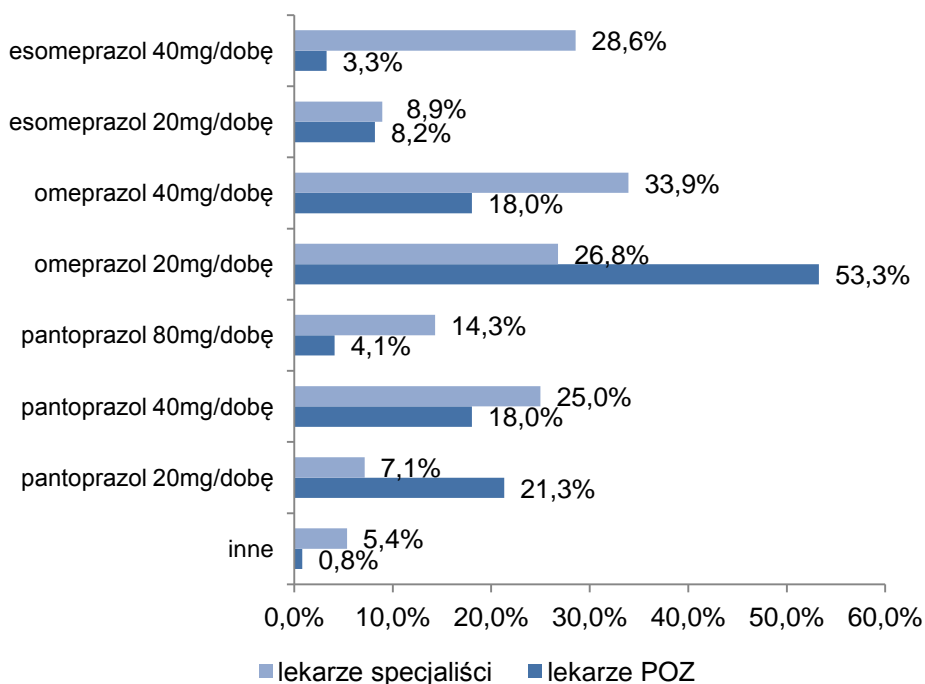
Lekarze obu grup (zarówno specjaliści jak i lekarze POZ) najczęściej stosują w terapii zespołów pozaprzętkowych choroby refluksowej przełyku omeprazol 68,0% wskazań wśród lekarzy POZ oraz 60,7% wśród lekarzy specjalistów. Bardzo duża różnica między grupami medyków pojawiła się w przypadku esomeprazolu, gdyż 37,5% lekarzy w grupie specjalistów udzieliło takiej odpowiedzi a 2,5% wśród lekarzy POZ.

**Rysunek 112. Inhibitory pompy protonowej stosowane w terapii zespołów pozaprzętkowych choroby refluksowej przełyku**



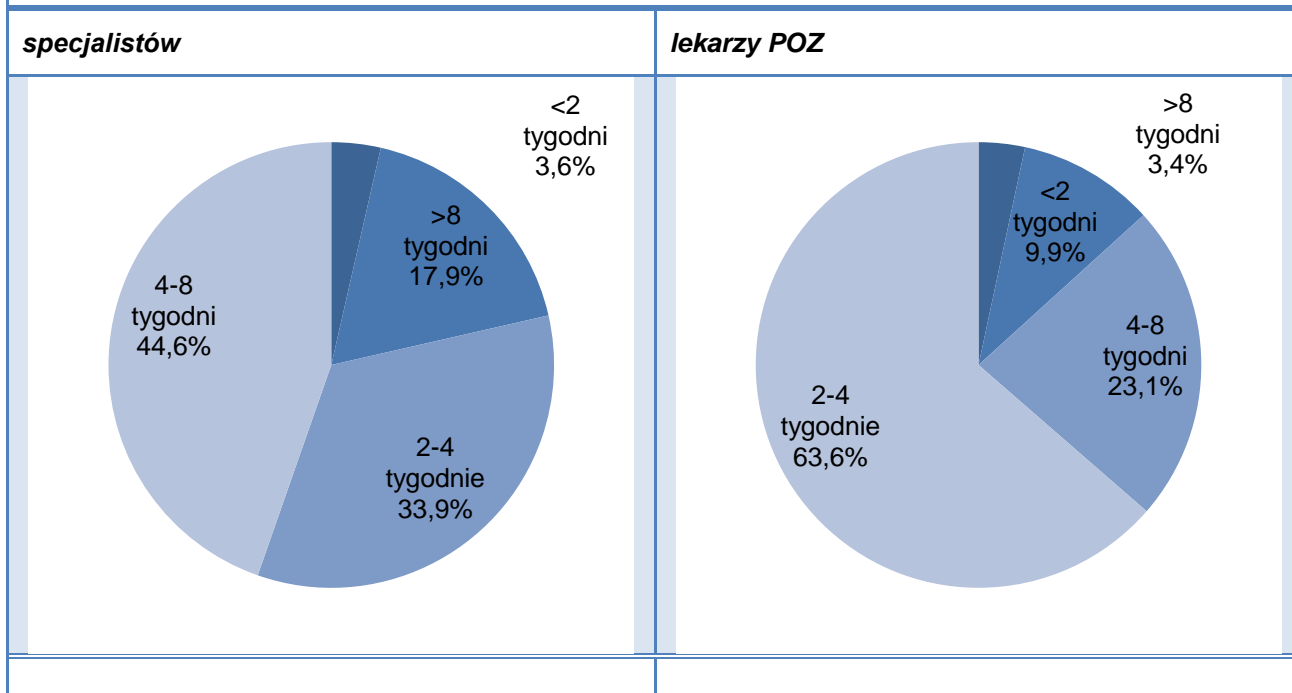
Najczęściej stosowaną dawką inhibitora pompy protonowej stosowaną przez lekarzy POZ w leczeniu zespołu pozaprzętkowego choroby refluksowej jest omeprazol 20mg/dobę, takiej odpowiedzi udzieliło 53,3% badanych tej grupy. Natomiast lekarze specjaliści najczęściej stosują omeprazol 40mg/dobę odsetek wynosił 33,9% wskazań medyków z tego bloku. Wśród odpowiedzi innych lekarze specjaliści wymienili: Esomeprazol 80mg/dobę oraz Omeprazol 60mg/dobę.

**Rysunek 113. Dawki inhibitora pompy protonowej stosowane w leczeniu zespołu pozaprzętkowego choroby refluksowej**



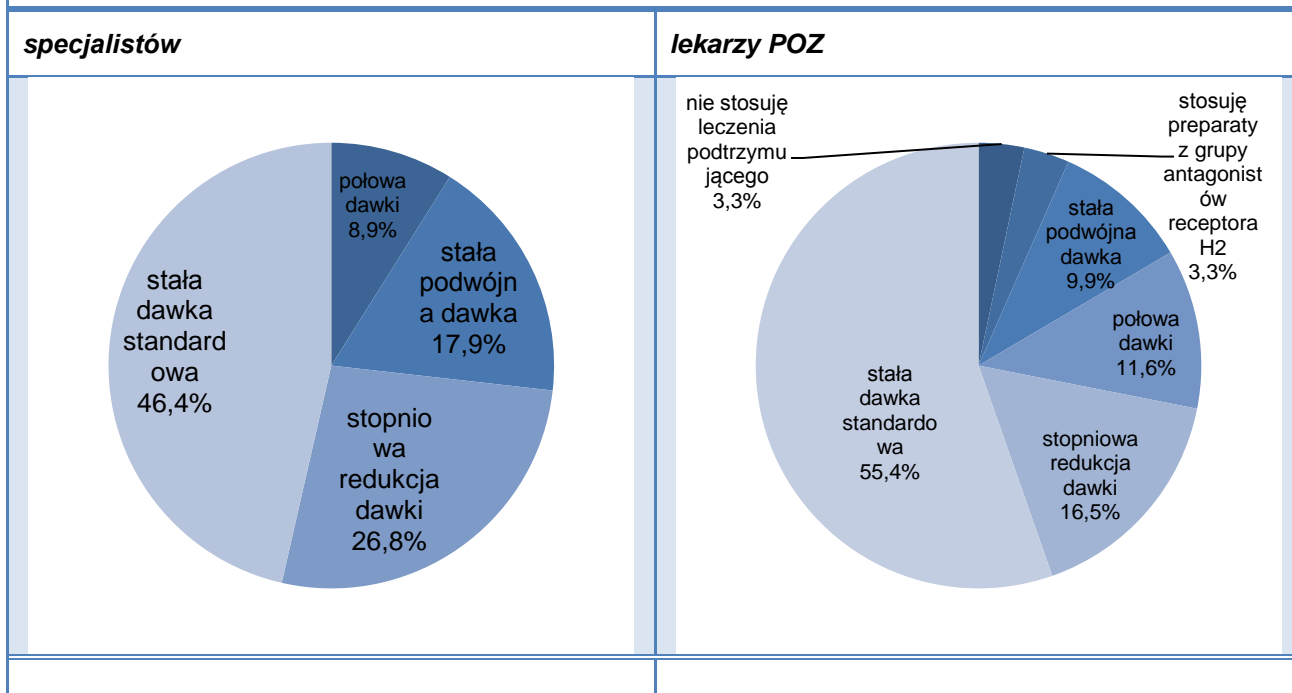
Lekarze zostali zapytani o to, po jakim czasie zalecają pierwszą wizytę kontrolną w terapii zespołu poza przetykowego. Wśród lekarzy specjalistów najczęściej jest to okres od 4 do 8 tygodni (44,6% odpowiedzi), natomiast wśród lekarzy POZ czas od 2 do 4 tygodni (63,6% wskazań).

**Rysunek 114. Czas, po jakim zaleca się pierwszą wizytę kontrolną w trakcie terapii zespołu pozaprzetykowego choroby reflowowej wg:**



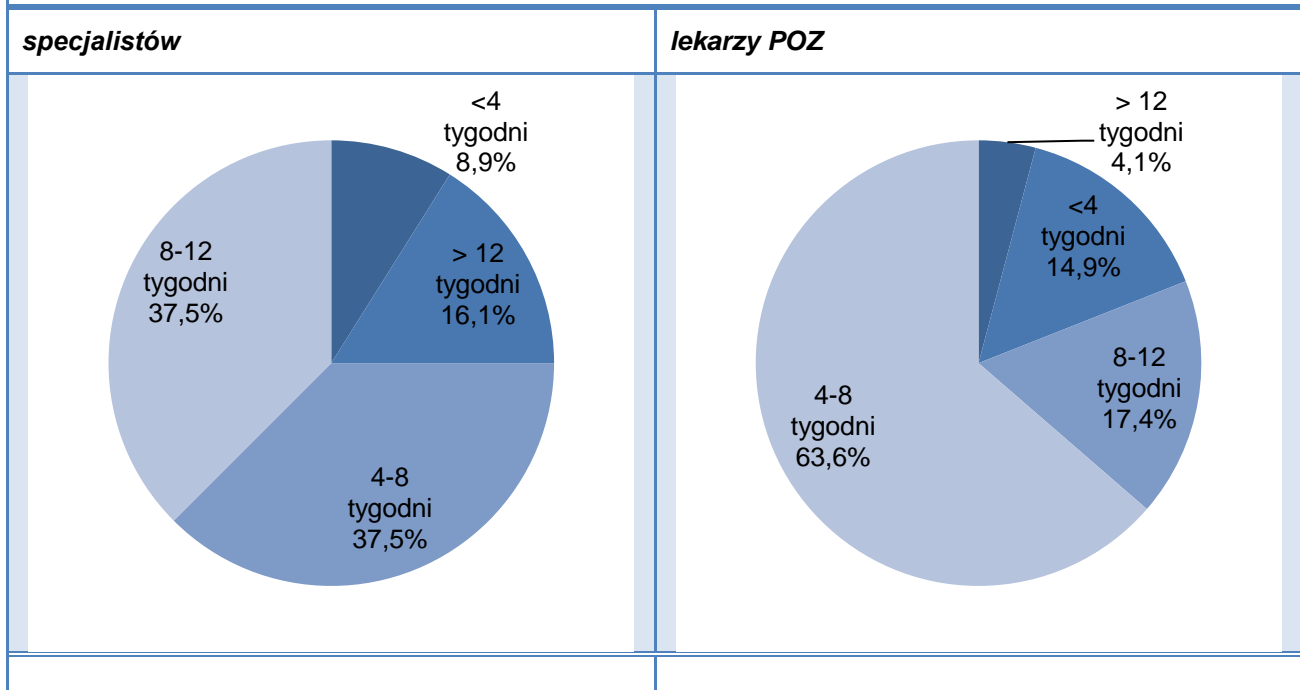
Dokładnie 46,4% lekarzy specjalistów zaleca swoim pacjentom z zespołem pozaprzelykowym choroby refluksowej stałą standardową dawkę inhibitora, podobne leczenie stosują medycy POZ (55,4% wskazań). Wśród lekarzy POZ pojawiły się odpowiedzi „nie stosuję leczenia podtrzymującego” oraz „stosuję preparaty z grupy antagonistów receptora H2 (3,3% badanych z POZ), odpowiedzi te nie zostały wskazane przez żadnego lekarza specjalistę.

**Rysunek 115. Schemat leczenia podtrzymującego zespołu pozaprzelykowego choroby refluksowej wg:**



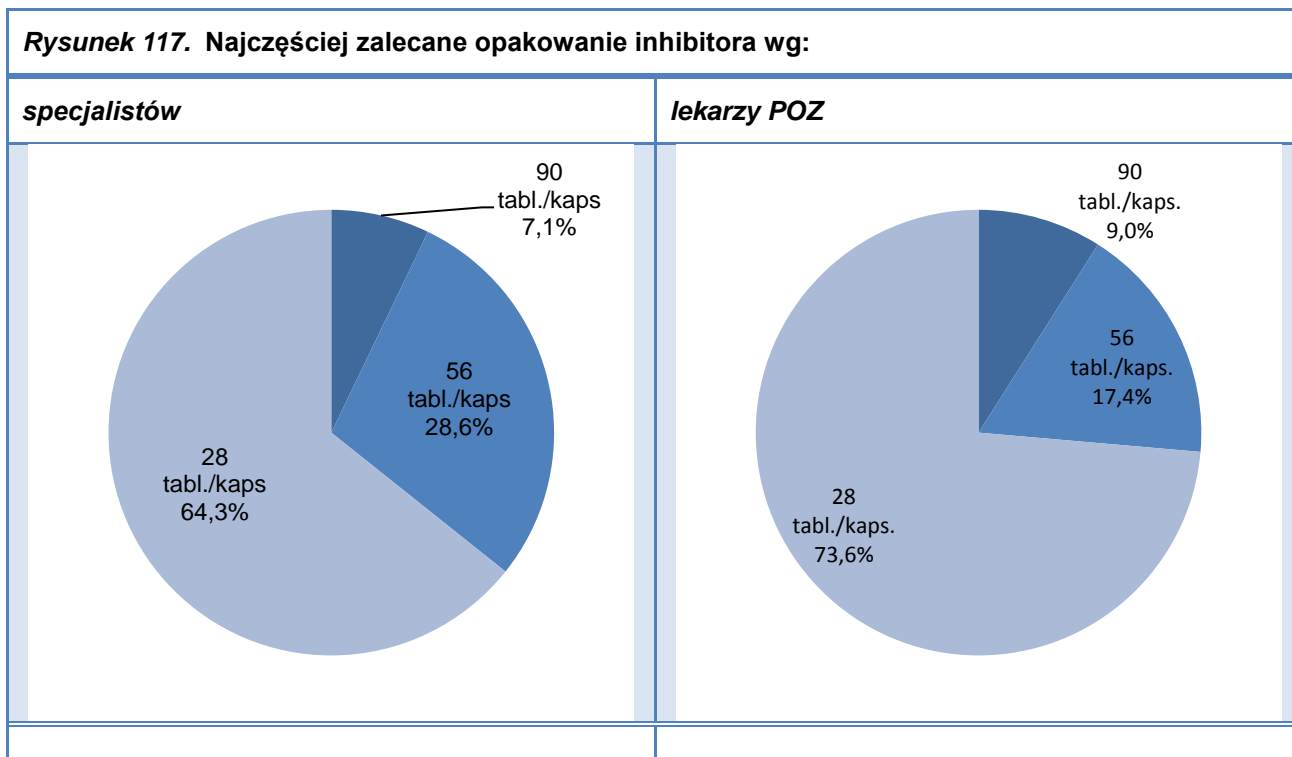
Dokładnie 37,5% lekarzy specjalistów zaleca wizytę kontrolną podczas leczenia podtrzymującego po 8 do 12 tygodni oraz po 4 do 8 tygodni. Z kolei wśród grupy lekarzy POZ najczęściej wybieraną odpowiedzią była wizyta kontrolna w czasie od 4 do 8 tygodni (63,6% wskazań).

**Rysunek 116. Przedział czasu, w którym zaleca się wizytę kontrolną podczas leczenia podtrzymującego zespołu pozaprzętkowego choroby refluksowej wg:**

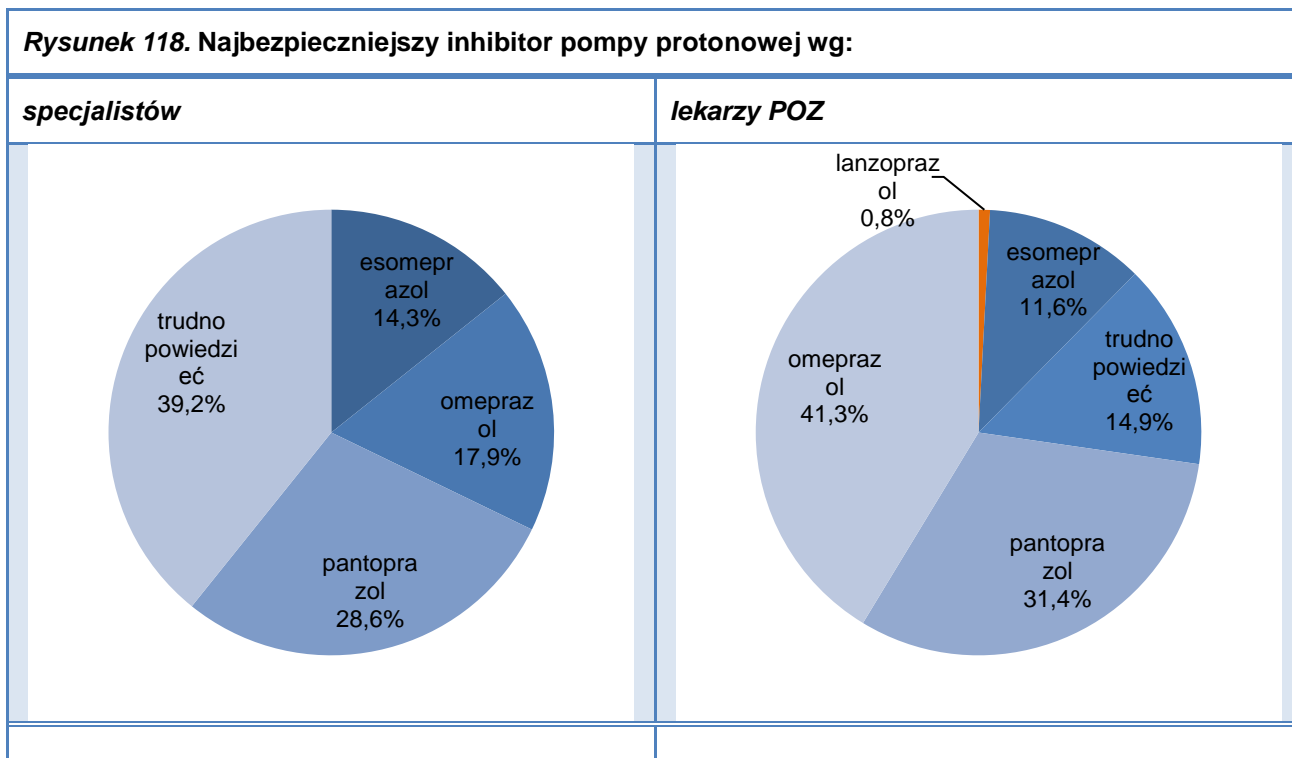




Jeżeli chodzi o najczęściej zalecane opakowanie z inhibitorem, to rozkład odpowiedzi wygląda w obu grupach bardzo podobnie. Zarówno wśród lekarzy specjalistów jak i wśród lekarzy POZ najczęściej udzielonych odpowiedzi wskazywało na opakowanie 28 tabl./kaps. Taką odpowiedź wybrało 73,6% lekarzy POZ oraz 64,3% medyków spośród specjalistów.

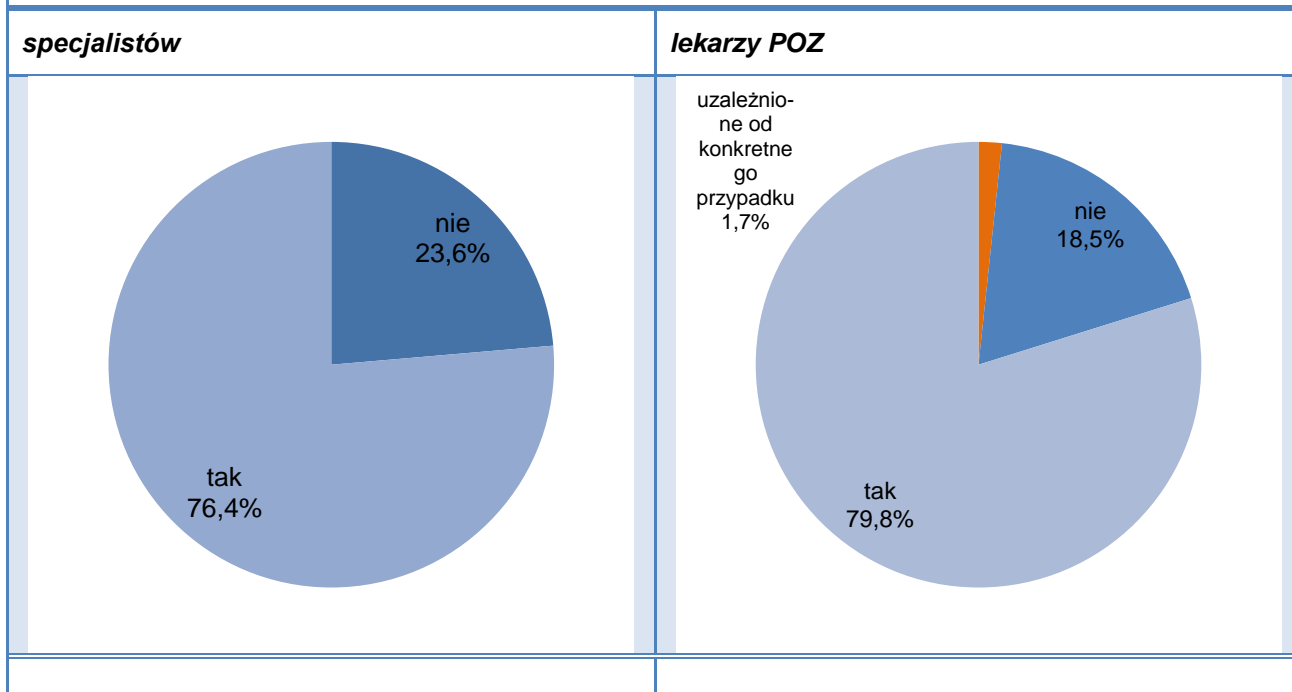


W pytaniu o to, który z inhibitorów pompy protonowej jest najbezpieczniejszy lekarze specjaliści odpowiedzieli, iż trudno powiedzieć (39,2% wskazań). Natomiast wśród lekarzy POZ najczęściej udzielaną odpowiedzią był omeprazol, wskazało na nią 41,3% lekarzy tej grupy.



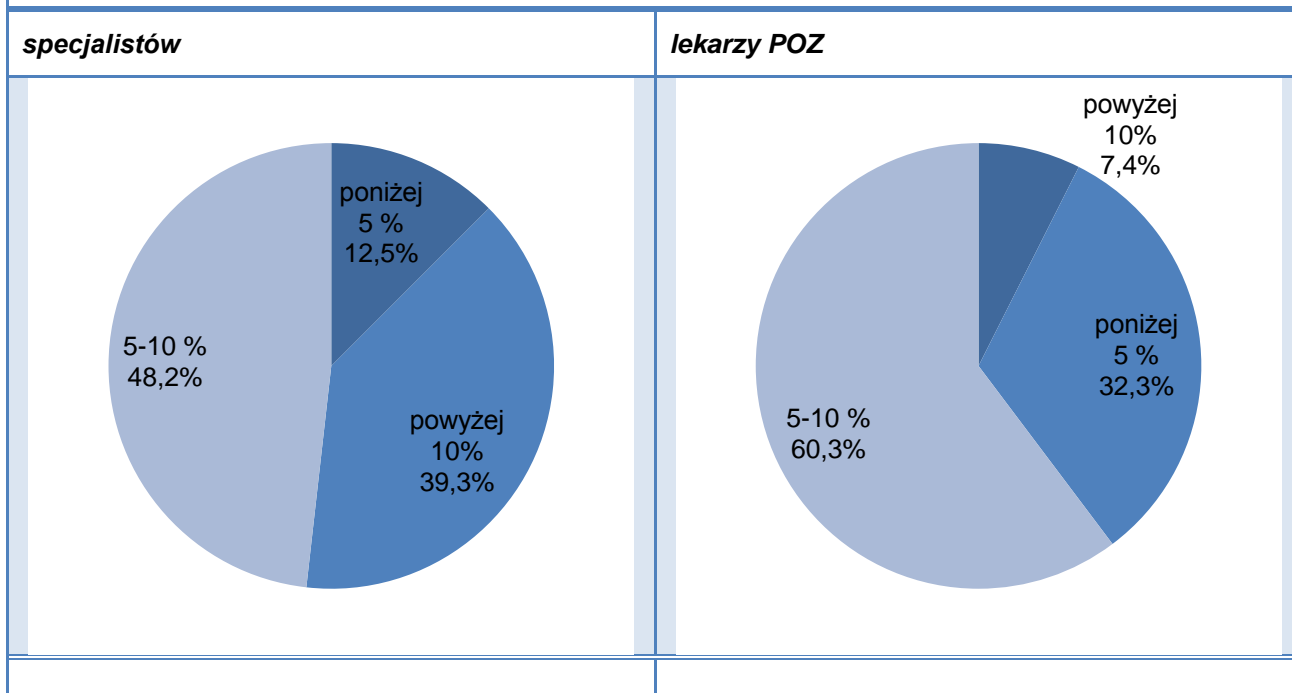
Największy procent lekarzy specjalistów (76,4% wskazań) uważa, że omeprazol jest tak samo skuteczny jak pantoprazol, lekarze POZ są tego samego zdania (79,8% wskazań). Wśród lekarzy POZ pojawiła się także odpowiedź, iż skuteczność tego inhibitora jest uzależniona od konkretnego przypadku (1,7% ogółu).

**Rysunek 119. Czy omeprazol jest tak samo skuteczny jak pantoprazol w przypadku stosowania równoważnych dawek?**



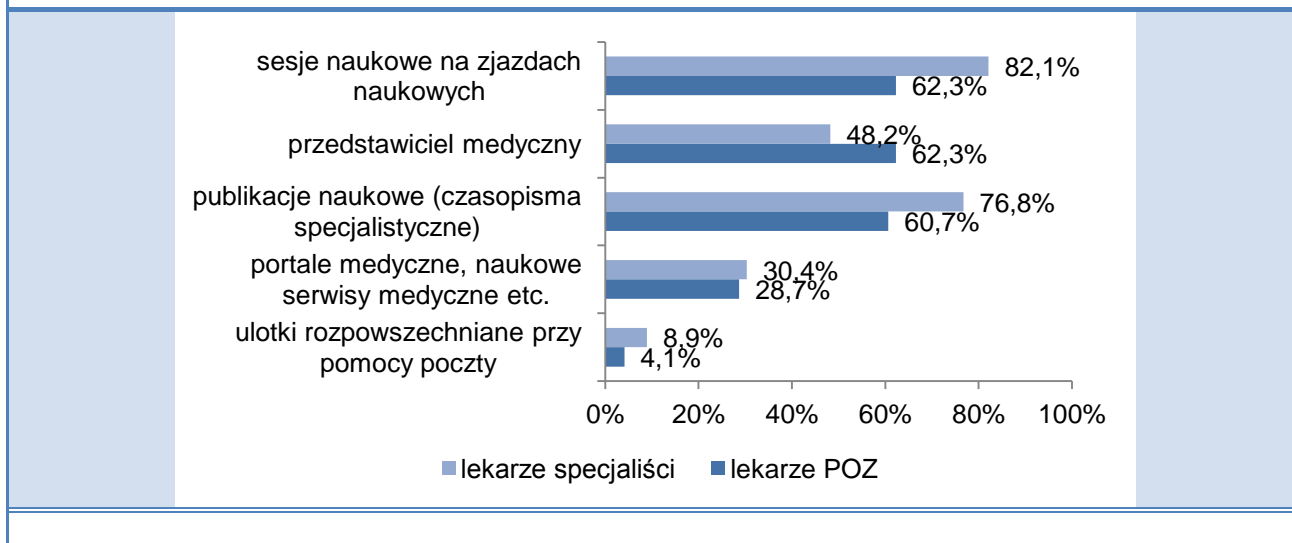
Zarówno lekarze specjaliści jak i lekarze POZ odpowiadali najczęściej, że u 5 do 10% badanych byli zmuszeni zmienić lub skorygować dawkę inhibitora dla lepszych efektów. Częstości, które się tutaj pojawiły to kolejno 48,2% w grupie lekarzy specjalistów i 60,3% u lekarzy POZ. Dokładne rozkłady odpowiedzi przedstawiają poniższe wykresy.

**Rysunek 120. Odsetek pacjentów, dla których lekarz był zmuszony zmienić lub skorygować dawkę preparatu inhibitora pompy protonowej by osiągnąć satysfakcjonujący efekt terapeutyczny wg:**



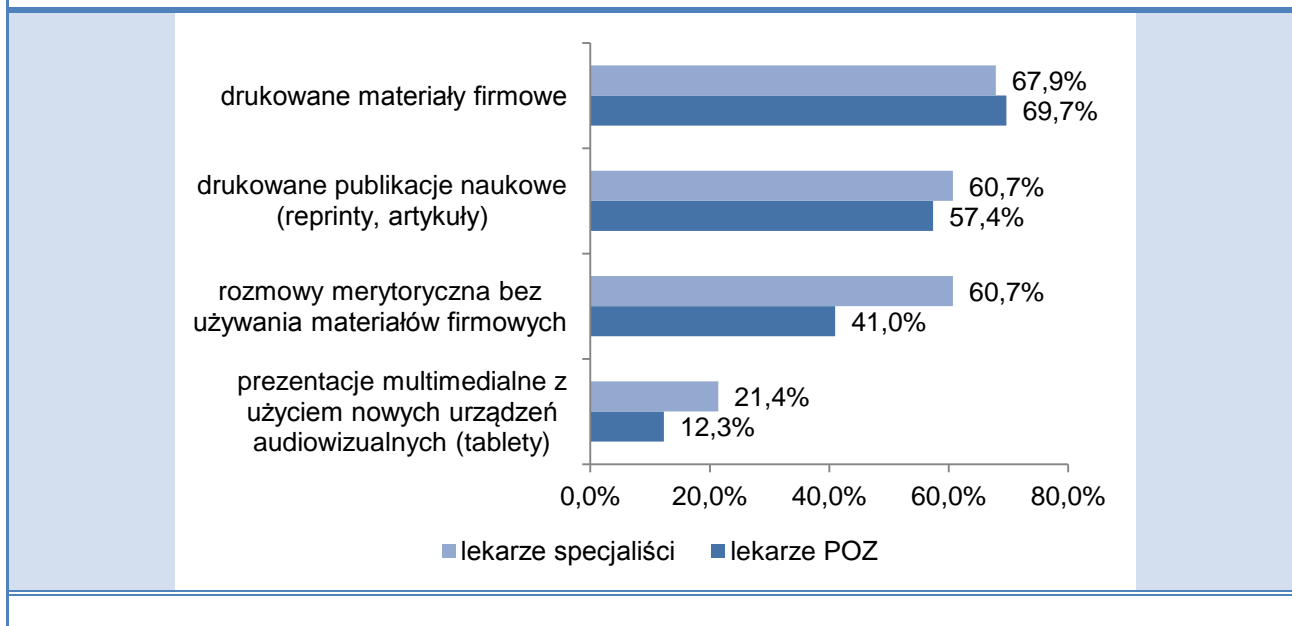
Lekarze obu grup najczęściej wykorzystują wiedzę na temat inhibitorów pompy protonowej zdobytą podczas sesji naukowych (82,1% lekarzy specjalistów oraz 62,3% lekarzy POZ). Tylko jedna odpowiedź została wybrana przez większy odsetek lekarzy POZ, była to wiedza zdobyta od przedstawicieli medycznych, którą wybrało 62,3% medyków tego bloku. Wszystkie pozostałe odpowiedzi były częściej wybierane przez odsetek lekarzy specjalistów aniżeli POZ.

**Rysunek 121. Najczęściej wykorzystywane źródła wiedzy na temat inhibitorów pompy protonowej**



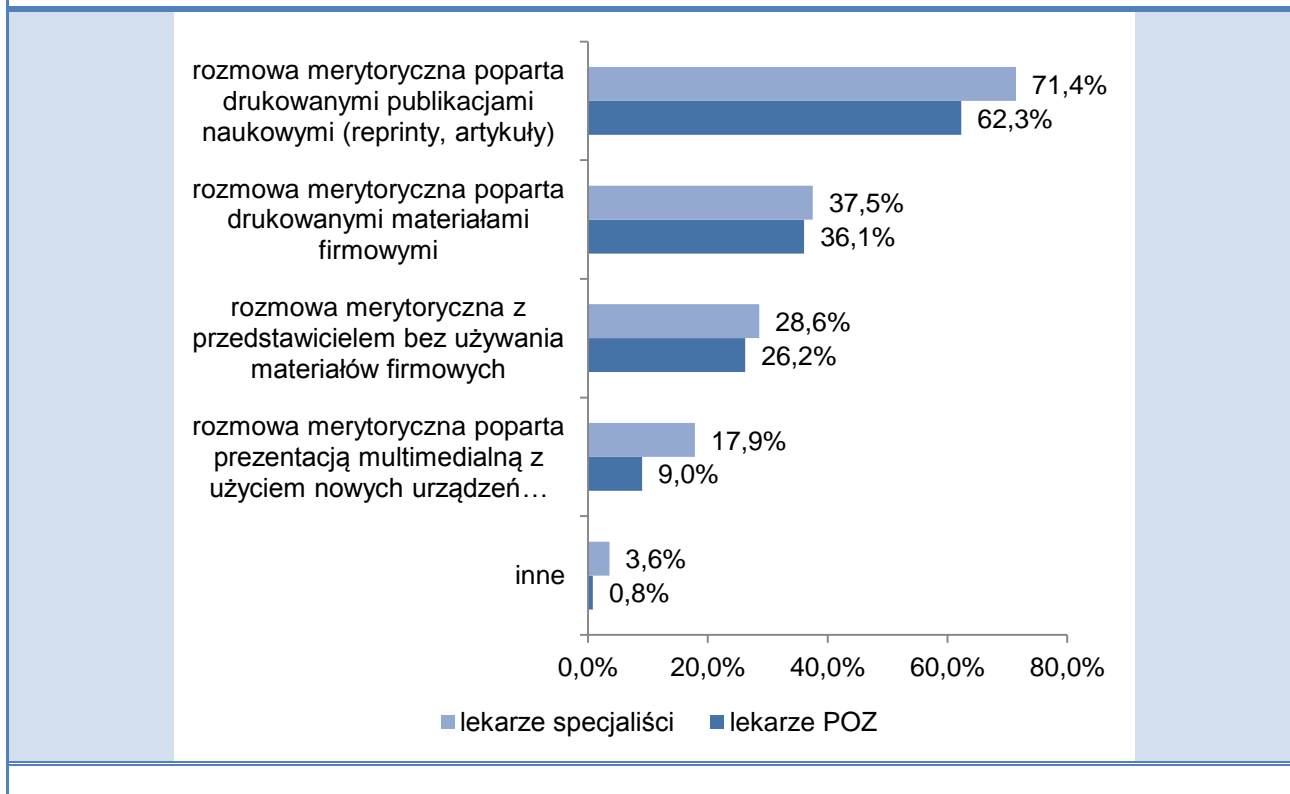
Lekarze specjaliści oraz lekarze POZ najczęściej otrzymują drukowane materiały firmowe od przedstawicieli firm farmaceutycznych. Odsetek takich medyków wynosił 69,7% wśród lekarzy POZ, natomiast 67,9% wśród lekarzy specjalistów. Wszystkie pozostałe odpowiedzi były częściej wskazywane przez lekarzy specjalistów.

**Rysunek 122. Materiały najczęściej otrzymywane od przedstawicieli firm farmaceutycznych**



Wśród obu grup lekarzy najczęściej pojawiającą się odpowiedzią, jeśli chodzi o najlepsze formy promocji firm farmaceutycznych były rozmowy merytoryczne poparte drukowanymi materiałami. Odpowiedziało tak 62,3% lekarzy POZ oraz 71,4% specjalistów. Wśród szczegółowych odpowiedzi pojawiły się: „druki najnowszych wytycznych leczenia” oraz „żadna z form nie spełnia oczekiwań”.

**Rysunek 123. Najlepsze formy promocji stosowane przez firmy farmaceutyczne**



## BIBLIOGRAFIA

- Collet D. Modelling binary data. Chapman & Hall/CRC New York 2003. Chapter: Modelling data from epidemiological studies. p. 215-264.
- Gourieroux Ch. Econometrics of qualitative dependent models. Cambridge University Press 2000.
- Long J.S. Regression models for categorical and limited dependent variables. SAGE Publications, Inc. Thousand Oaks 1997.
- Mason R., Lindt D. Statistical techniques in business and economics. IRWIN, Boston 1990.
- McClave J., Benson P.G. Statistics for business and economics. Dellen Publishing Company, San Francisco 1988.
- Ranter B. Statistical modeling and analysis for database marketing. Chapman & Hall/CRC 2003.
- Strasser H. Mathematical theory of statistics. Berlin- New York 1985.
- Walesiak M. Metody analizy danych marketingowych. PWN Warszawa 1996.

## SPIS RYSUNKÓW I TABEL

### Spis rysunków

Rysunek 1. Wiek .....	4
Rysunek 2. Miejsce pracy .....	6
Rysunek 3. Staż pracy .....	7
Rysunek 4. Aktualna, przybliżona, łączna liczba prowadzonych pacjentów z: .....	8
Rysunek 5. Przybliżona liczba pacjentów, u których w przeciętnym tygodniu: .....	9
Rysunek 6. W jaki sposób zmiany wprowadzone w ustawie refundacyjnej wpłynęły na podejmowanie przez Pana/ią decyzje terapeutyczne? .....	10
Rysunek 7. Procent pacjentów, u których lekarz z POZ włącza leczenie inhibitorem pompy protonowej bez konsultacji z gastroenterologiem .....	11
Rysunek 8. Liczba pacjentów leczona inhibitorami pompy protonowej w przeciętnym tygodniu .....	12
Rysunek 9. Do jakiej grupy wiekowej należą pacjenci, którym najczęściej włącza się inhibitor pompy protonowej? .....	13
Rysunek 10. Czy włączając do leczenia inhibitor pompy protonowej testuje się pacjenta w kierunku infekcji H. pylori? ..	13
Rysunek 11. Najczęściej przyjmowane leki zobojętniające lub hamujące wydzielanie soku żołądkowego przed włączeniem leczenia inhibitorem pompy protonowej .....	14
Rysunek 12. Czym kieruje się lekarz przy wyborze inhibitora pompy protonowej? .....	14
Rysunek 13. U jakiego odsetka pacjentów przyjmujących inhibitory pompy protonowej inicjatorem terapii ww. grupą leków był lekarz POZ? .....	15
Rysunek 14. Z jakim wskazaniem do stosowania inhibitora pompy protonowej najczęściej trafiają do specjalisty pacjenci od lekarza POZ? .....	16
Rysunek 15. Substancja czynna, którą najczęściej wybierają lekarze POZ u skierowanych do specjalisty pacjentów ze wskazaniem do leczenia objawowej choroby refluksowej przełyku .....	17
Rysunek 16. Substancja czynna, którą wybierają najczęściej lekarze POZ u skierowanych do specjalisty pacjentów ze wskazaniem do leczenia refluksowego zapalenia przełyku .....	18
Rysunek 17. Substancja czynna, którą wybierają najczęściej lekarze POZ u skierowanych do specjalisty pacjentów do zapobiegania nawrotom refluksowego zapalenia przełyku .....	19
Rysunek 18. Substancja czynna, którą wybierają najczęściej lekarze POZ u skierowanych do specjalistów pacjentów ze wskazaniem do leczenia i zapobiegania owrzodzeniom żołądka i dwunastnicy .....	20
Rysunek 19. Substancja czynna, którą najczęściej wybierają lekarze POZ u skierowanych do specjalistów pacjentów ze wskazaniem do leczenia i zapobiegania owrzodzeniom żołądka i dwunastnicy związanych z przyjmowaniem NLPZ (niesteroidowych leków przeciwzapalnych) .....	21
Rysunek 20. Substancja czynna, którą najczęściej wybierają lekarze POZ u skierowanych do specjalistów ze wskazaniem do leczenia i zapobiegania krwawieniom z przewodu pokarmowego u pacjentów z wysokim ryzykiem kardiologicznym leczonych skojarzoną terapią antyagregacyjną .....	22
Rysunek 21. Najczęściej stosowany przez lekarzy POZ preparat inhibitora pompy protonowej (preparat pantoprazolu) wśród pacjentów kierowanych do specjalistów .....	23
Rysunek 22. Najczęściej stosowany przez lekarzy POZ preparat inhibitora pompy protonowej (preparat omeprazolu) wśród pacjentów kierowanych do specjalistów .....	24
Rysunek 23. Najczęściej stosowany przez lekarzy POZ preparat inhibitora pompy protonowej (preparat esomeprazolu) wśród pacjentów kierowanych do specjalistów .....	24
Rysunek 24. Najczęściej stosowany przez lekarzy POZ preparat inhibitora pompy protonowej (preparat lanzoprazolu) wśród pacjentów kierowanych do specjalistów .....	25
Rysunek 25. Dawka inhibitora pompy protonowej stosowana przez lekarzy POZ w terapii łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) w opinii lekarzy specjalistów .....	25
Rysunek 26. Dawka inhibitora pompy protonowej stosowana przez lekarzy POZ w terapii umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) w opinii lekarzy specjalistów .....	26
Rysunek 27. Opinia lekarzy specjalistów na temat dawkowania inhibitorów pompy protonowej przez lekarzy POZ .....	27
Rysunek 28. Odsetek pacjentów, którym specjalista zmienił poprzednie zalecenia lekarza POZ dotyczące zaleconej terapii	
Badanie rynku dotyczące stosowania inhibitorów pompy protonowej przez lekarzy gastrologów i POZ w Polsce	

inhibitorem pompy protonowej .....	28
Rysunek 29. Zalecenia specjalisty w przypadku zmiany zaleconej uprzednio przez lekarza POZ terapii inhibitora pompy protonowej.....	29
Rysunek 30. Najczęściej stosowany inhibitor pompy protonowej.....	30
Rysunek 31. Najczęstsze wskazanie w praktyce do włączenia inhibitora pompy protonowej wg lekarzy POZ.....	30
Rysunek 32. Najczęstsze wskazanie w praktyce do włączenia inhibitora pompy protonowej wg lekarzy gastrologów.....	31
Rysunek 33. Substancja czynna, którą wybierają lekarze specjaliści w leczeniu objawowej choroby refluksowej przełyku .....	32
Rysunek 34. Substancja czynna, którą wybierają lekarze specjaliści w leczeniu refluksowego zapalenia przełyku .....	33
Rysunek 35. Substancja czynna, którą wybierają lekarze specjaliści w zapobieganiu nawrotom refluksowego zapalenia przełyku.....	34
Rysunek 36. Substancja czynna, którą wybierają lekarze (POZ oraz specjaliści) w leczeniu lub zapobieganiu owrzodzeniom żołądka lub dwunastnicy .....	35
Rysunek 37. Substancja czynna, którą wybierają lekarze (POZ oraz specjaliści) w leczeniu lub zapobieganiu owrzodzeniom żołądka i dwunastnicy związanych z przyjmowaniem NLPZ (niesteroidowych leków przeciwzapalnych). ..	36
Rysunek 38. Substancja czynna, którą wybierają lekarze (POZ oraz specjaliści) w leczeniu lub zapobieganiu krwawieniom z przewodu pokarmowego u pacjentów z wysokim ryzykiem kardiologicznym leczonych skojarzoną terapią antyagregacyjną (ASA, pochodne tienopirydyny).....	37
Rysunek 39. Najczęściej stosowany przez lekarzy (POZ oraz specjaliści) preparat inhibitora pompy protonowej (preparat pantoprazolu).....	38
Rysunek 40. Najczęściej stosowany przez lekarzy (POZ oraz specjaliści) preparat inhibitora pompy protonowej (preparat omeprazolu).....	39
Rysunek 41. Najczęściej stosowany przez lekarzy (POZ oraz specjaliści) preparat inhibitora pompy protonowej (preparat esomeprazolu).....	39
Rysunek 42. Najczęściej stosowany przez lekarzy (POZ oraz specjaliści) preparat inhibitora pompy protonowej (preparat lanzoprazolu).....	40
Rysunek 43. Czy zdarza się lekarzowi zmieniać uprzednio zalecony preparat omeprazolu? .....	40
Rysunek 44. Standardowa dawka omeprazolu stosowana przez ankietowanych lekarzy .....	42
Rysunek 45. Kiedy lekarz stosuje ponadpodstawową dawkę omeprazolu?.....	43
Rysunek 46. Czy zdarza się lekarzowi zmieniać uprzednio zalecony preparat pantoprazolu? .....	44
Rysunek 47. Standardowa dawka pantoprazolu stosowana przez ankietowanych lekarzy .....	46
Rysunek 48. Inhibitory pompy protonowej, które są używane w leczeniu objawowej choroby refluksowej przełyku.....	47
Rysunek 49. Dawki inhibitora pompy protonowej stosowane w leczeniu wstępnym objawowej choroby refluksowej przełyku.....	48
Rysunek 50. Czas stosowania inhibitora pompy protonowej w terapii objawowej choroby refluksowej przełyku.....	48
Rysunek 51. Czas, po którym zaleca się pierwszą wizytę kontrolną w trakcie terapii objawowej choroby refluksowej przełyku.....	49
Rysunek 52. Leczenie podtrzymujące stosowane w objawowej chorobie refluksowej przełyku.....	50
Rysunek 53. Przedział czasu, w jakim zalecana jest wizyta kontrolna podczas leczenia podtrzymującego choroby refluksowej przełyku .....	50
Rysunek 54. Inhibitory pompy protonowej, którymi najczęściej leczy się łagodne refluksowe zapalenie przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles).....	51
Rysunek 55. Dawki inhibitora pompy protonowej, jakie stosuje się w terapii łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles).....	51
Rysunek 56. Czas stosowania inhibitora pompy protonowej stosowana w terapii łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles).....	52
Rysunek 57. Czas, po którym zalecana jest pierwsza wizyta kontrolna w trakcie leczenia łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) .....	52
Rysunek 58. Rodzaj leczenia podtrzymującego łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles).....	53
Badanie rynku dotyczące stosowania inhibitorów pompy protonowej przez lekarzy gastrologów i POZ w Polsce	

Rysunek 59. Przedział czasu, w którym zaleca się wizytę kontrolną w trakcie leczenia podtrzymującego łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) .....	54
Rysunek 60. Inhibitory pompy protonowej, którymi najczęściej są leczeni pacjenci w umiarkowanym i ciężkim refluksowym zapaleniu przełyku (typu C i D wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles).....	55
Rysunek 61. Dawki inhibitora pompy protonowej stosowane w umiarkowanym i ciężkim refluksowym zapaleniu przełyku (typu C i D wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) .....	55
Rysunek 62. Czas stosowania inhibitora pompy protonowej podczas umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles).....	56
Rysunek 63. Czas, po którym lekarze zalecają pierwszą wizytę kontrolną w trakcie terapii umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) .....	56
Rysunek 64. Schemat leczenia podtrzymującego w umiarkowanym i ciężkim refluksowym zapaleniu przełyku (typu C i D wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) .....	57
Rysunek 65. Przedział czasu, w jakim zalecana jest wizyta kontrolna w trakcie leczenia podtrzymującego umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) ..	57
Rysunek 66. Inhibitory pompy protonowej stosowane w terapii zespołów pozaprzłykowych choroby refluksowej przełyku .....	58
Rysunek 67. Dawki inhibitora pompy protonowej stosowane w leczeniu zespołu pozaprzłykowego choroby refluksowej .....	58
Rysunek 68. Czas, po jakim zaleca się pierwszą wizytę kontrolną w trakcie terapii zespołu pozaprzłykowego choroby refluksowej .....	59
Rysunek 69. Schemat leczenia podtrzymującego zespołu pozaprzłykowego choroby refluksowej .....	59
Rysunek 70. Przedział czasu, w którym zaleca się wizytę kontrolną podczas leczenia podtrzymującego zespołu pozaprzłykowego choroby refluksowej .....	60
Rysunek 71. Najczęściej zalecane opakowanie inhibitora .....	60
Rysunek 72. Choroby, które wymagają wypisywania inhibitorów pompy protonowej w opakowaniach o większej liczbie tabletek (lekarze POZ) .....	61
Rysunek 73. Choroby, które wymagają wypisywania inhibitorów pompy protonowej w opakowaniach o większej liczbie tabletek (lekarze specjaliści) .....	62
Rysunek 74. Najbezpieczniejszy inhibitor pompy protonowej .....	63
Rysunek 75. Czy omeprazol jest tak samo skuteczny jak pantoprazol w przypadku stosowania równoważnych dawek? 63	
Rysunek 76. Odsetek pacjentów, dla których lekarz był zmuszony zmienić lub skorygować dawkę preparatu inhibitora pompy protonowej by osiągnąć satysfakcjonujący efekt terapeutyczny .....	64
Rysunek 77. Najczęściej wykorzystywane źródła wiedzy na temat inhibitorów pompy protonowej .....	64
Rysunek 78. Materiały najczęściej otrzymywane od przedstawicieli firm farmaceutycznych .....	65
Rysunek 79. Najlepsze formy promocji stosowane przez firmy farmaceutyczne .....	66
Rysunek 80. Przedstawiciel produktu, którego lekarze polecają swoim kolegom chcących dowiedzieć się czegoś więcej o inhibitorach pompy protonowej.....	67
Rysunek 81. Liczba pacjentów leczona inhibitorami pompy protonowej w przeciętnym tygodniu .....	68
Rysunek 82. Grupa wiekowa do której należą pacjenci, którym najczęściej włącza się inhibitor pompy protonowej wg: .68	
Rysunek 83. Czy przy włączeniu do leczenia inhibitora pompy protonowej lekarz testuje pacjenta w kierunku infekcji H. pylori wg: .....	69
Rysunek 84. Czy pacjenci, którym włącza się leczenie inhibitorem pompy protonowej, najczęściej przyjmowali wcześniej leki zobojętniające lub hamujące wydzielanie soku żołądkowego wg: .....	70
Rysunek 85. Czym kieruje się lekarz przy wyborze inhibitora pompy protonowej.....	71
Rysunek 86. Najczęściej stosowany inhibitor pompy protonowej wg .....	72
Rysunek 87. Najczęściej wybierana substancja czynna w leczeniu lub zapobieganiu owrzodzeniom żołądka lub dwunastnicy .....	72
Rysunek 88. Najczęściej wybierana substancja czynna w leczeniu lub zapobieganiu owrzodzeniom żołądka lub dwunastnicy związanych z przyjmowaniem NLPZ (niesteroidowych leków przeciwzapalnych) .....	73
Rysunek 89. Najczęściej wybierana substancja czynna w leczeniu lub zapobieganiu krwawieniom z przewodu	
Badanie rynku dotyczące stosowania inhibitorów pompy protonowej przez lekarzy gastrologów i POZ w Polsce	



pokarmowego u pacjentów z wysokim ryzykiem kardiologicznym leczonych skojarzoną terapią antyagregacyjną (ASA, pochodne tienopirydyny) .....	74
Rysunek 90. Czy zdarza się zmienić zlecony uprzednio preparat omeprazolu wg: .....	75
Rysunek 91. Jaka jest standardowa dawka omeprazolu wg: .....	76
Rysunek 92. Czy zdarza się zmienić zlecony uprzednio preparat pantoprazolu wg: .....	77
Rysunek 93. Jaka jest standardowa dawka pantoprazolu wg: .....	78
Rysunek 94. Jakim inhibitorem pompy protonowej najczęściej leczy się objawową chorobę refluksową przełyku .....	78
Rysunek 95. Dawka inhibitora pompy protonowej stosowana w leczeniu wstępnym objawowej choroby refluksowej przełyku .....	79
Rysunek 96. Jak długo stosowany jest inhibitor pompy protonowej w terapii objawowej choroby refluksowej przełyku wg: .....	80
Rysunek 97. Czas po którym zaleca się pierwszą wizytę kontrolną w trakcie terapii objawowej choroby refluksowej przełyku wg: .....	80
Rysunek 98. Jak jest stosowane leczenie podtrzymujące objawowej choroby refluksowej przełyku wg: .....	81
Rysunek 99. Czas po którym zaleca się wizytę kontrolną w trakcie leczenia podtrzymującego objawową chorobę refluksową przełyku wg: .....	82
Rysunek 100. Inhibitor pompy protonowej, którym najczęściej leczy się łagodne refluksowe zapalenie przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) .....	82
Rysunek 101. Dawka inhibitora pompy protonowej stosowana w terapii łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B zmodyfikowanego systemu Los Angeles) .....	83
Rysunek 102. Jak długo stosowany jest inhibitor pompy protonowej w terapii łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) wg: .....	84
Rysunek 103. Czas po którym zaleca się pierwszą wizytę kontrolną w trakcie terapii łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) wg: .....	84
Rysunek 104. Jak jest stosowane leczenie podtrzymujące łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) wg: .....	85
Rysunek 105. Czas po którym zaleca się wizytę kontrolną w trakcie leczenia podtrzymującego łagodnego refluksowego zapalenia przełyku (typu A i B wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) wg: .....	86
Rysunek 106. Inhibitor pompy protonowej, którym najczęściej leczy się umiarkowane i ciężkie refluksowe zapalenie przełyku (typu C i D wg zmodyfikowanego systemu Los Angeles) .....	86
Rysunek 107. Dawka inhibitora pompy protonowej stosowana w terapii umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D zmodyfikowanego systemu Los Angeles) .....	87
Rysunek 108. Jak długo stosowany jest inhibitor pompy protonowej w terapii umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D zmodyfikowanego systemu Los Angeles) wg: .....	88
Rysunek 109. Czas po którym zaleca się pierwszą wizytę kontrolną w trakcie terapii umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D zmodyfikowanego systemu Los Angeles) wg: .....	89
Rysunek 110. Jak jest stosowane leczenie podtrzymujące umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D zmodyfikowanego systemu Los Angeles) wg: .....	90
Rysunek 111. Czas po którym zaleca się wizytę kontrolną w trakcie leczenia podtrzymującego umiarkowanego i ciężkiego refluksowego zapalenia przełyku (typu C i D zmodyfikowanego systemu Los Angeles) wg: .....	91
Rysunek 112. Inhibitory pompy protonowej stosowane w terapii zespołów pozaprzelykowych choroby refluksowej przełyku .....	92
Rysunek 113. Dawki inhibitora pompy protonowej stosowane w leczeniu zespołu pozaprzelykowego choroby refluksowej .....	93
Rysunek 114. Czas, po jakim zaleca się pierwszą wizytę kontrolną w trakcie terapii zespołu pozaprzelykowego choroby refluksowej wg: .....	94
Rysunek 115. Schemat leczenia podtrzymującego zespołu pozaprzelykowego choroby refluksowej wg: .....	95
Rysunek 116. Przedział czasu, w którym zaleca się wizytę kontrolną podczas leczenia podtrzymującego zespołu pozaprzelykowego choroby refluksowej wg: .....	96
Rysunek 117. Najczęściej zalecane opakowanie inhibitora wg: .....	97
Rysunek 118. Najbezpieczniejszy inhibitor pompy protonowej wg: .....	97
Badanie rynku dotyczące stosowania inhibitorów pompy protonowej przez lekarzy gastrologów i POZ w Polsce	

Rysunek 119. Czy omeprazol jest tak samo skuteczny jak pantoprazol w przypadku stosowania równoważnych dawek? .....	98
Rysunek 120. Odsetek pacjentów, dla których lekarz był zmuszony zmienić lub skorygować dawkę preparatu inhibitora pompy protonowej by osiągnąć satysfakcjonujący efekt terapeutyczny wg: .....	99
Rysunek 121. Najczęściej wykorzystywane źródła wiedzy na temat inhibitorów pompy protonowej .....	99
Rysunek 122. Materiały najczęściej otrzymywane od przedstawicieli firm farmaceutycznych .....	100
Rysunek 123. Najlepsze formy promocji stosowane przez firmy farmaceutyczne .....	100

## **Spis tabel**

<i>Tabela 1. Definicje i oznaczenia.</i> .....	3
Tabela 2. Najczęściej zmieniany preparat omeprazolu .....	41
Tabela 3. Jeżeli lekarz dokonuje zmiany omeprazolu na inny lek, to na jaki? .....	42
Tabela 4. Najczęściej zmieniany preparat pantoprazolu .....	45
Tabela 5. Jeżeli lekarz dokonuje zmiany pantoprazolu na inny lek, to na jaki? .....	46