

# **RAPORT**

## **WYTYCZNE (GUIDELINES OF EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY) A PRAKTYKA CODZIENNA W PORADNIACH UROLOGICZNYCH W POLSCE, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM POSTĘPOWANIA W ZAKRESIE BPH, LUTS I NADREAKTYWNOŚCI PĘCZERZA U MĘŻCZYZN - BADANIE RYNKU-EDYCJA 2**

---



**BRASS**

---

**Pharmaceutical Consulting**  
Marketing & Advertising

**- Warszawa, grudzień 2013 -**

## Spis treści

Część I – Dotycząca problemów nietrzymania moczu (NM) i pęcherza nadaktywnego (OAB).....	2
Część II - Pytania marketingowe do badania marketingowego OAB/NTM C3 2013 .....	42
Wnioski i rekomendacje uczestników badania .....	51
Spis rysunków i tabel .....	52

## Część I – Dotycząca problemów nietrzymania moczu (NM) i pęcherza nadaktywnego (OAB)

Wszyscy respondenci biorący udział w badaniu dotyczącym problemów nietrzymania moczu (NM) i pęcherza nadaktywnego (OAB) zgodnie stwierdzili, że problem nietrzymania moczu jest objawem występującym przy wielu schorzeniach i może być efektem zaburzeń czynnościowych.

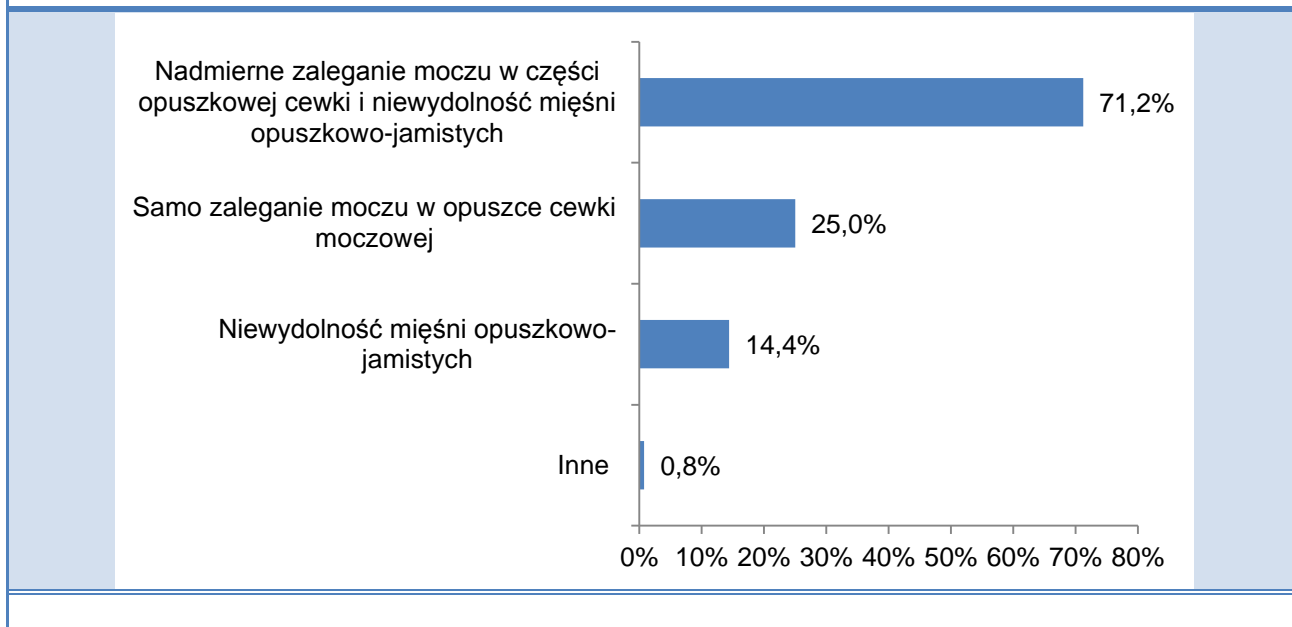
Znaczna większość badanych (91,3%) przyznała, że w praktyce problem NM najczęściej traktuje się jako wysiłkowy lub z tzw. parcia. Reszta badanych takie ograniczanie podziału NM uznała za nieprawidłowe.

**Rysunek 1. Czy w praktyce można NM traktować za wysiłkowe lub z tzw. parcia?**



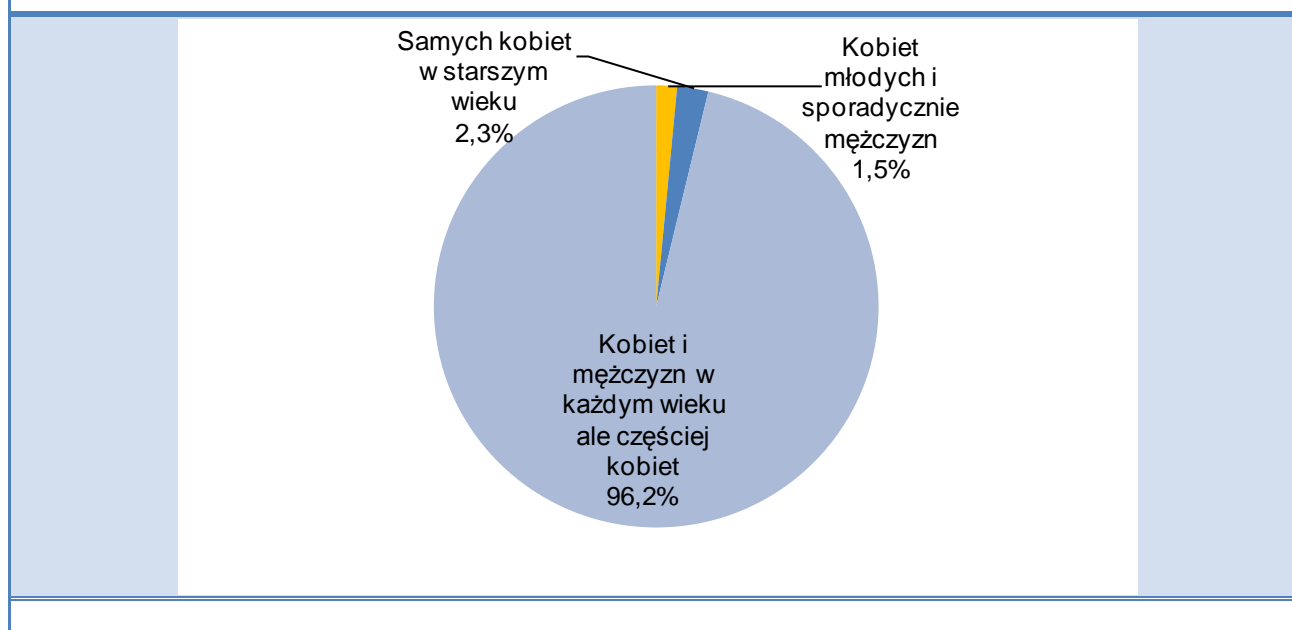
Najczęściej wskazywaną przez respondentów przyczyną kroplowania moczu po mikcji u mężczyzn jest nadmierne zaleganie moczu w części opuszkowej cewki i niewydolność mięśni opuszkowo-jamistych. Tę przyczynę wskazało 71,2% badanych. Inną przyczyną według respondentów jest samo zaleganie moczu w opuszcze cewki moczowej (25,0% wskazań) oraz niewydolność mięśni opuszkowo-jamistych (14,4% wskazań). Niewielki odsetek ankietowanych podał inne przyczyny.

**Rysunek 2. Jaka jest przyczyna kroplowania moczu po mikcji u mężczyzn?**



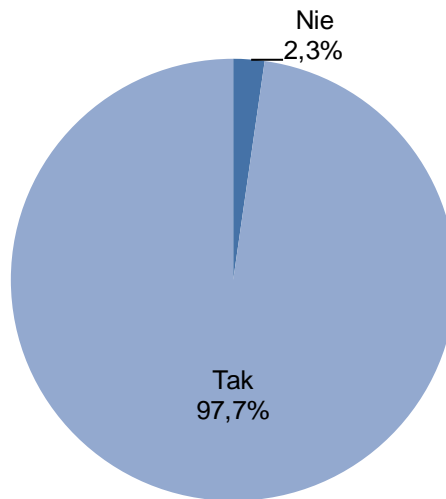
Zdania dotyczące tego, która grupa jest najbardziej narażona na tę dolegliwość są podzielone. Według większości badanych (96,2%) problem nietrzymania moczu (NM) może dotyczyć zarówno kobiet jak i mężczyzn w każdym wieku z tym, że częściej zdarza się to jednak u kobiet. Niewielki odsetek badanych (2,3%) stwierdził, że taki problem dotyczy kobiet w starszym wieku, jeszcze mniejsza część respondentów (1,5%) uważa, iż z tym problemem mają do czynienia wyłącznie młode kobiety oraz sporadycznie mężczyźni.

**Rysunek 3. NM dotyczy:**



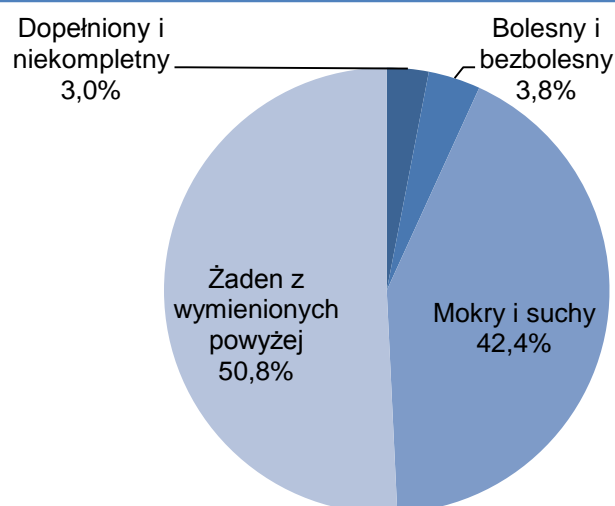
Większość badanych (97,7%) zgadza się z definicją ICS z 2002 roku, która mówi, że pęcherz nadreaktywny (OAB) jest wieloobjawowym zespołem, na który składają się parcia naglące i naglące nietrzymanie moczu, zwykle współistniejące z częstomoczem i nykturią.

**Rysunek 4. Czy podana definicja (ICS w 2002 r. International Incontinence Society) pęcherza nadreaktywnego to: OAB – jest wieloobjawowym zespołem, na który składają się parcia naglące i naglące nietrzymanie moczu, zwykle współistniejące z częstomoczem i nykturią.**

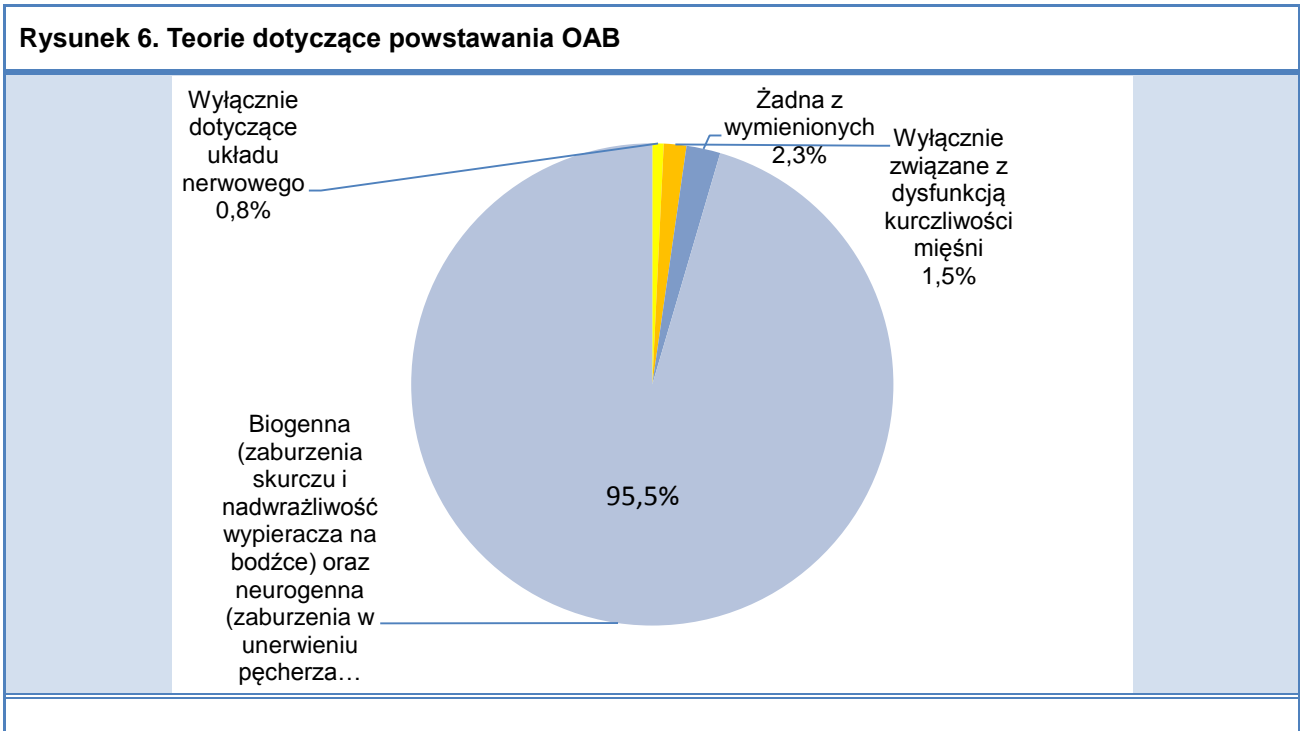


W ramach przeprowadzonej ankiety zebrano także dane dotyczące znajomości różnych typów pęcherza nadreaktywnego. Największa część lekarzy (50,8%) deklarowała znajomość innych typów niż te wymienione w ankiecie. Duża część badanych wskazywała na typ mokry i suchy (42,4%). Mniejsza ilość respondentów wskazała typ bolesny i bezbolesny (3,8%) natomiast najmniej wskazań dotyczyło typu dopełnionego i niekompletnego (3,0%).

**Rysunek 5. Typy pęcherza nadreaktywnego**

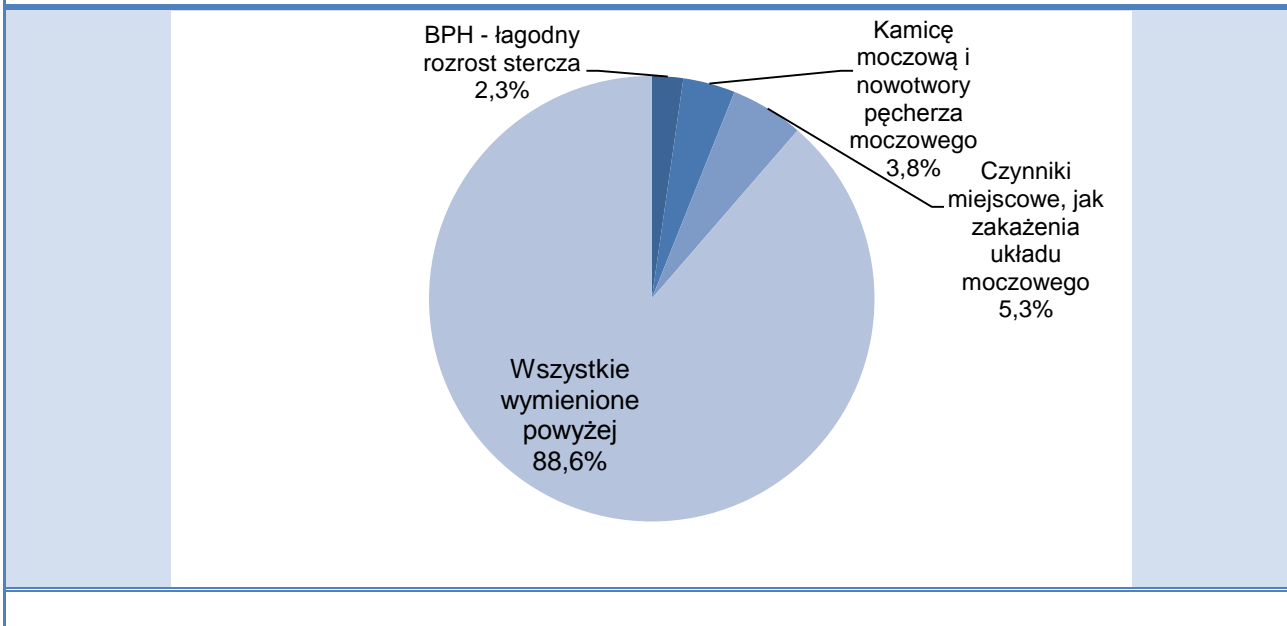


Według badanych lekarzy najczęściej przyjętą przez naukę teorią dotyczącą powstawania OAB jest teoria biogenna i neurogenna (95,5% wskazań). Teoria biogenna dotyczy zaburzeń skurczu i nadwrażliwości na bodźce, natomiast neurogenna związana jest z zaburzeniami w unerwieniu pęcherza moczowego. 2,3% badanych stwierdziło, że żadna z podanych teorii nie jest przyjęta przez naukę jako teoria powstawania OAB. Mały odsetek badanych (1,5%) uważa, że powstanie OAB jest związane wyłącznie z dysfunkcją kurczliwości mięśni, natomiast jeszcze mniejsza część badanych (0,8%) uważa, że jest to problem związany z układem nerwowym.



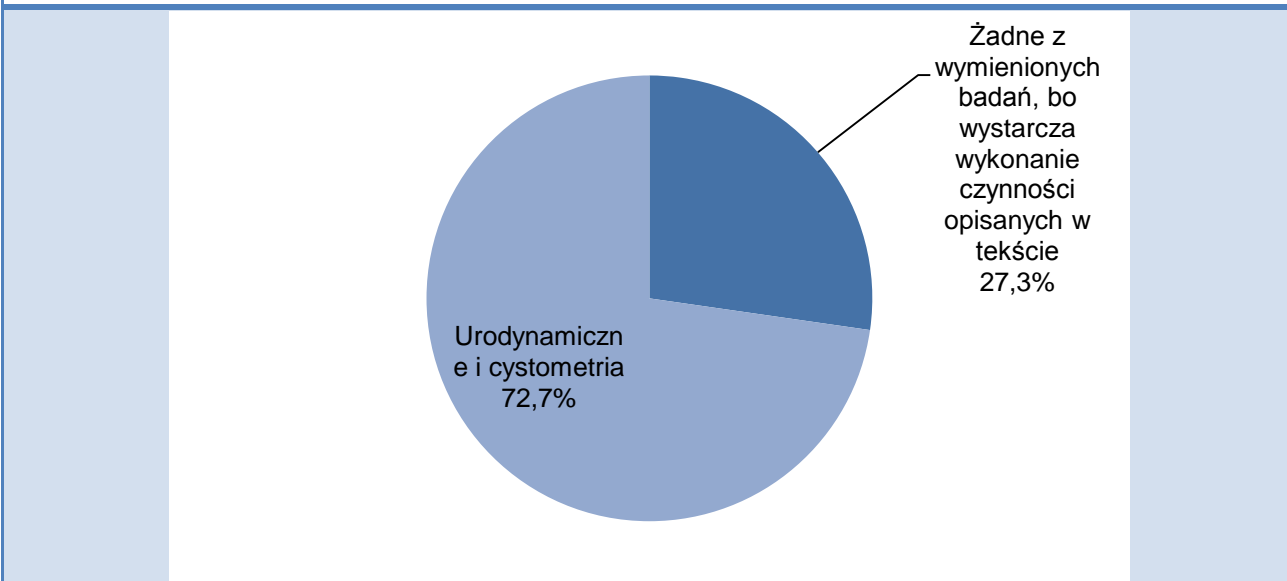
Jako czynniki wykluczane u chorych na MN z parciem i/lub z parciem nagłym wymieniono: kamień moczową i nowotwory pęcherza moczowego, czynniki miejscowe, takie jak zakażenia układu moczowego oraz BPH – łagodny rozrost stercza. Według największej części respondentów (88,6%) wszystkie wymienione czynniki są wykluczone. Znacznie rzadziej (5,3%) pojawiły się wskazania na same czynniki miejscowe takie jak zakażenia układu moczowego i nowotwory pęcherza moczowego oraz kamień moczową i nowotwory pęcherza (3,8%). Najmniejsza grupa badanych odpowiedziała, że wykluczony jest jedynie BPH- łagodny rozrost stercza, 2,3% wskazań.

**Rysunek 7. Czynniki wykluczane u chorych**



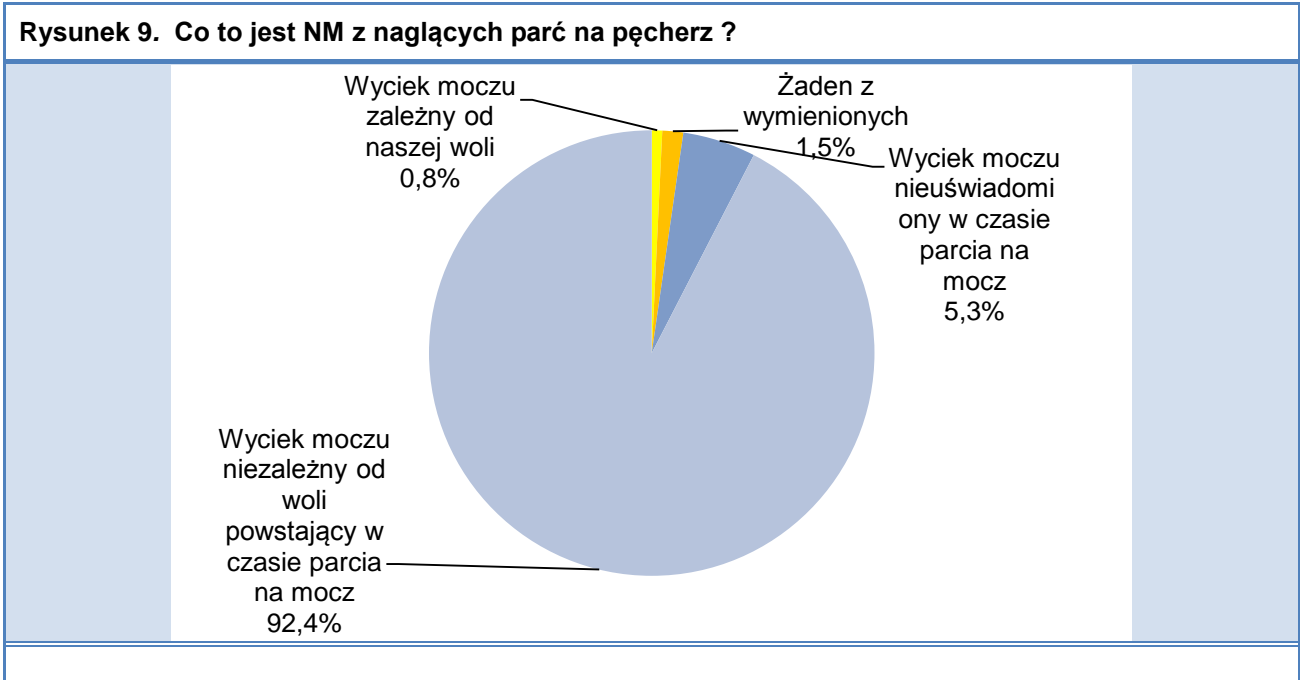
W diagnostyce OAB pomocne są dzienniczki mikcji oraz ocena USG zalegania moczu po mikcji. Jest to istotne szczególnie u kobiet z zaburzeniami mikcji w fazie opróżniania pęcherza (niedoczynność wypieracza, przeszkoda podpęcherzowa czynnościowa). Prostem i użytecznym jest też test wkładkowy pozwalający na ocenę obiektywną nasilenia NM niezależnie od jego przyczyny. 27,3% badanych uważa, że wykonanie wymienionych powyżej czynności w pełni wystarczy do diagnozy OAB. Znaczna większość badanych (72,7%) jako badanie konieczne do diagnozy tej choroby, wskazała badanie urodynamiczne i cystometrię.

**Rysunek 8. Badania konieczne do diagnozy OAB**

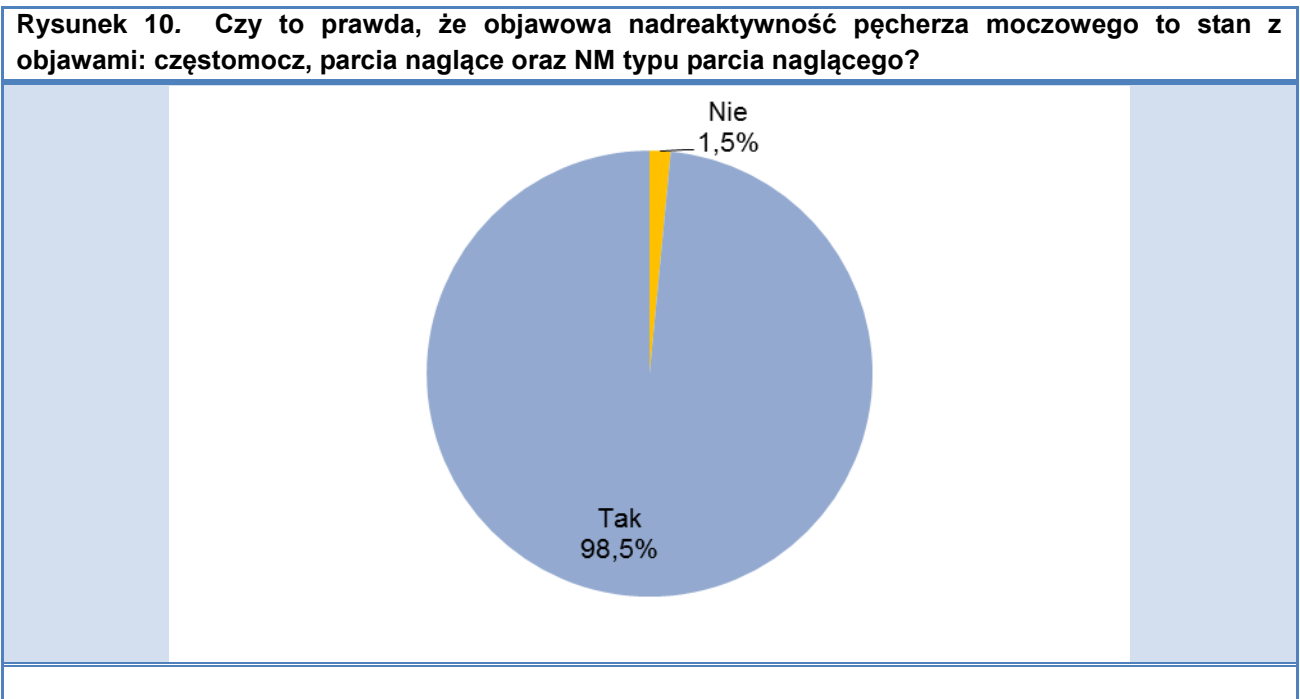


Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn - EDYCJA 2

Według większości badanych lekarzy (92,4%), NM z nagłych parć na pęcherz, jest to wyciek moczu niezależny od woli, powstający w czasie parcia na mocz. 5,3% respondentów uważa, że choroba ta polega na nieświadomym wycieku moczu w czasie parcia na mocz. Wśród wskazań pojawiła się też odpowiedź, iż żadne stwierdzenie nie jest prawdziwe i na taką odpowiedź zdecydowało się 1,5% badanych. Najmniej badanych odpowiedziało, że choroba ta jest związana z wyciekiem moczu zależnym od naszej woli.



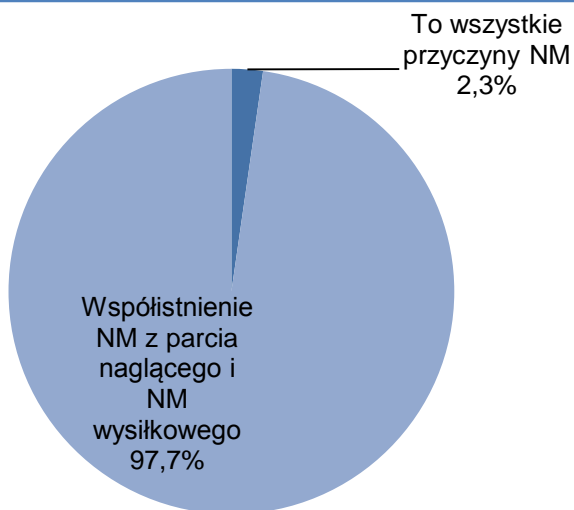
Skurcze wypieracza w fazie napełniania określa się niestabilnością, a rozpoznaje się je na podstawie badania urodynamicznego. Jest to rozpoznanie czynnościowe niezależne od przyczyny i aby uniknąć nieporozumień wprowadzono pojęcie nadreaktywności pęcherza moczowego. 98,5% badanych zgadza się ze stwierdzeniem, że objawowa nadreaktywność pęcherza moczowego to stan z objawami: częstomocz, parcia naglące oraz NM typu parcia naglącego.





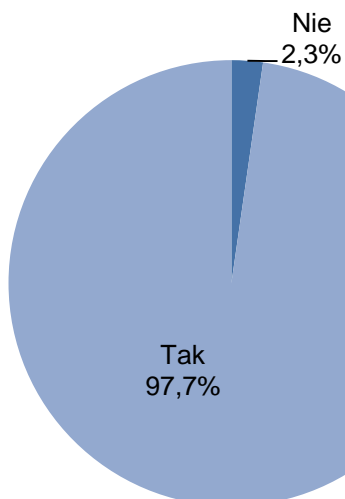
Ponad 97,0% respondentów zgodnie stwierdziła, że NM typu mieszanego jest to współistnienie NM z parcia naglącego i NM wysiłkowego. Mały odsetek badanych (2,3%) uważa, że za NM typu mieszanego przyjmuje się wszystkie przyczyny NM.

**Rysunek 11. Co to jest NM typu mieszanego?**



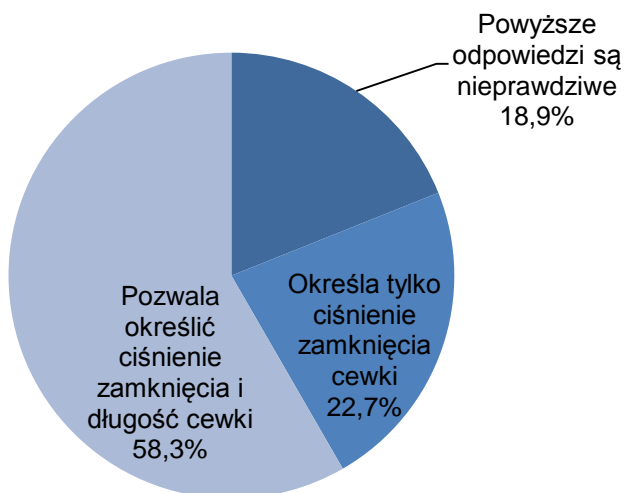
Blisko 98,0% badanych zgadza się ze stwierdzeniem, że NM z przepełnienia występuje, gdy czucie wewnątrzpęcherzowe jest upośledzone oraz występuje brak prawidłowego odruchu rozpoczęcia mikcji. Pęcherz rozciąga się do granic elastyczności. Mocz wycieka, gdy mechanizmy zwieraczowe nie są w stanie zrekompensować naporu moczu w przepełnionym pęcherzu.

**Rysunek 12. NM z przepełnienia – występuje, gdy jest upośledzone czucie wewnątrzpęcherzowe oraz jest brak prawidłowego odruchu rozpoczęcia mikcji. Pęcherz rozciąga się do granic elastyczności. Mocz wycieka, gdy nie są w stanie mechanizmy zwieraczowe zrekompensować naporu moczu w przepełnionym pęcherzu. Czy jest to stwierdzenie prawdziwe?**



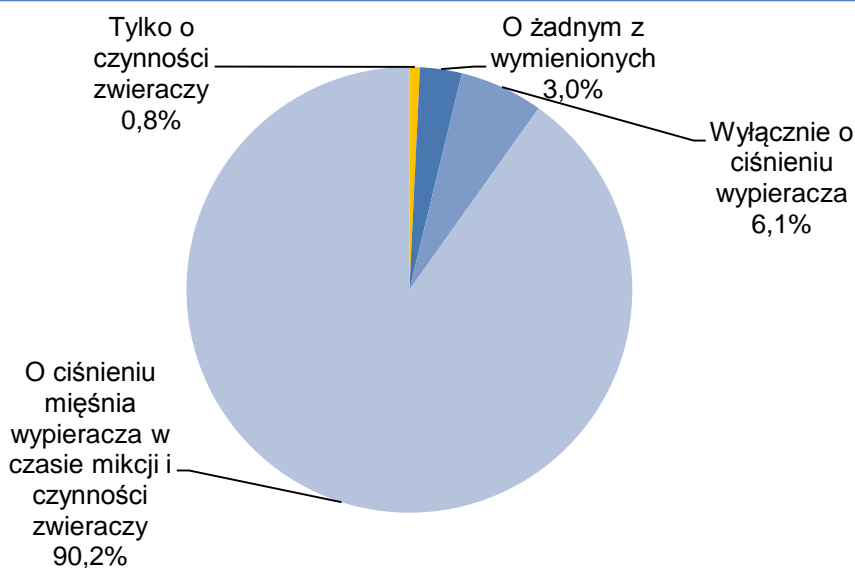
Na pytanie dotyczące elementów określanych przez profilometrię cewkową w badaniu urodynamicznym większość lekarzy odpowiedziała, że jest ona pomocna przy określeniu ciśnienia zamknięcia i długości cewki. Kolejna część respondentów (22,7%) uważa, że profilometria cewkowa określa wyłącznie ciśnienie zamknięcia cewki. Blisko co piąty badany uważa, że żadna z tych odpowiedzi nie jest prawdziwa.

**Rysunek 13. Jakie elementy określa profilometria cewkowa w badaniu urodynamicznym?**



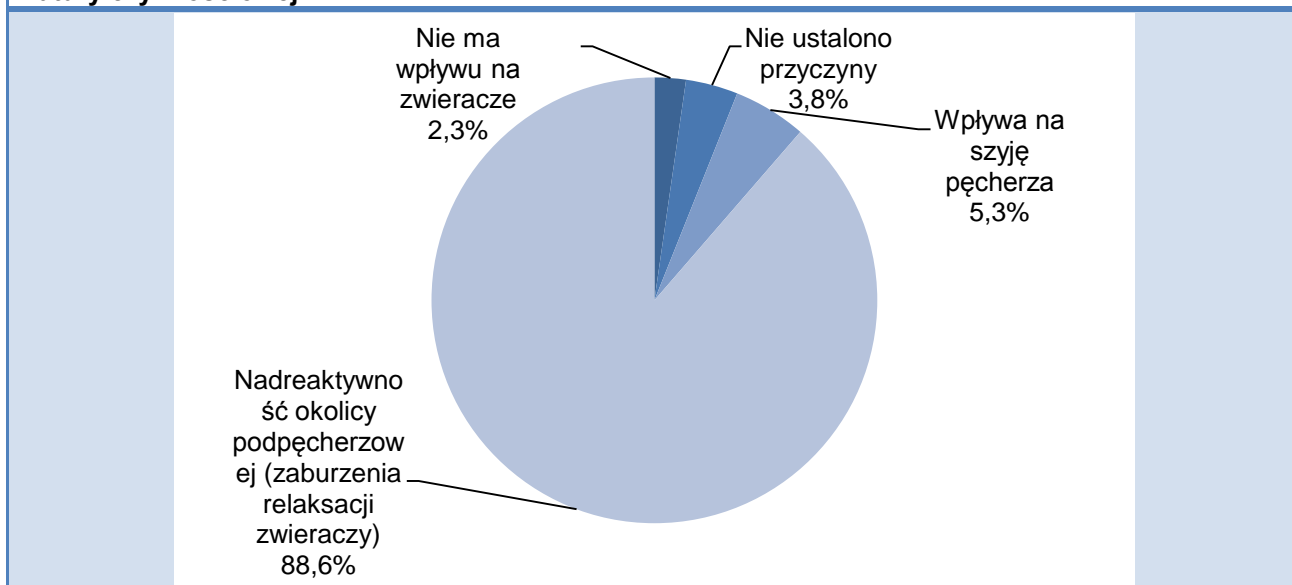
Badanie urodynamiczne w fazie opróżniania pęcherza może dostarczać istotnych danych. Według znacznej większości respondentów (90,2%) dane te dotyczą informacji o ciśnieniu mięśnia wypieracza w czasie mikcji i czynności zwieraczy. Mały odsetek badanych twierdzi, że badanie to dostarcza jedynie informacji na temat ciśnienia wypieracza, 3,0% respondentów uważa, że o żadnym z wymienionych czynności nie można uzyskać informacji na podstawie badania urodynamicznego. Najmniejszy odsetek badanych lekarzy uważa, że jedyne dane jakie można uzyskać po wykonaniu tego badania dotyczą czynności zwieraczy.

**Rysunek 14. Jakie dane dostarcza badanie urodynamiczne w fazie opróżniania pęcherza?**



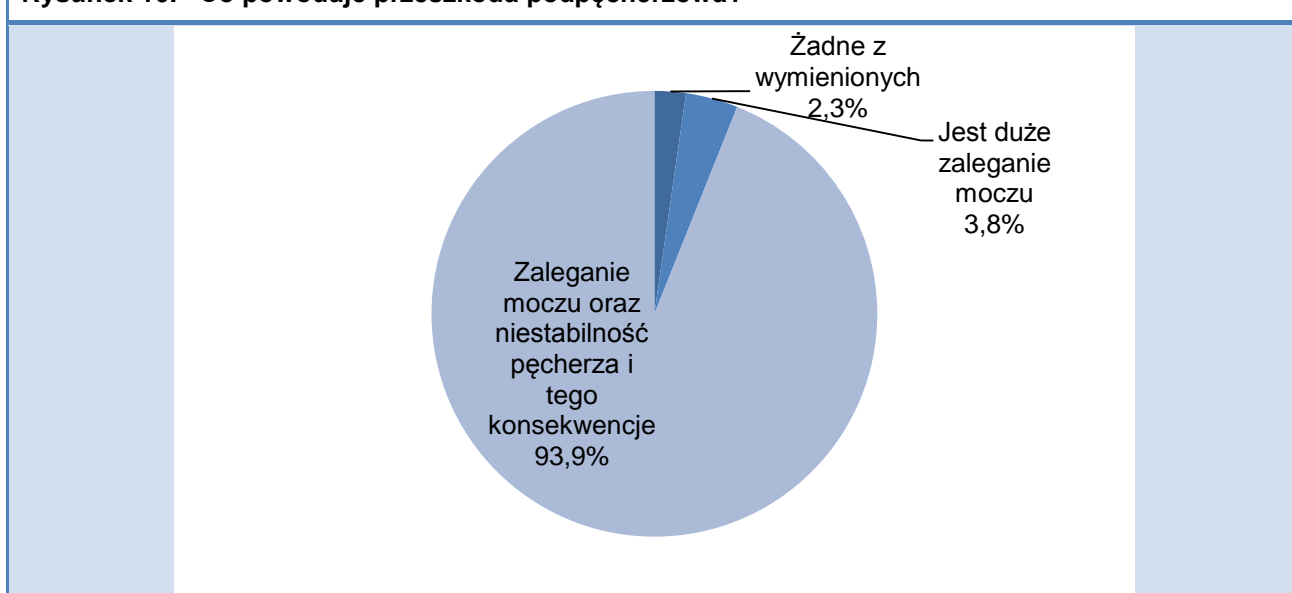
Przyczyną trudności opróżniania pęcherza moczowego może być przeszkoda podpęcherzowa (o charakterze anatomicznym lub czynnościowym). Przeszkoda natury czynnościowej według większości badanych (ponad 88,0%) powoduje nadreaktywność okolicy podpęcherzowej (zaburzenia relaksacji zwieraczy). 5,3% respondentów wskazało inny skutek przeszkody natury czynnościowej, a mianowicie wpływ na szyję pęcherza. Mały odsetek badanych (3,8%) uważa, że odpowiedź na to pytanie nie zostało jeszcze ustalone, natomiast reszta respondentów (2,3%) odpowiedziało, że przeszkoda natury czynnościowej nie ma wpływu na zwieracze.

**Rysunek 15. Przyczyną trudności opróżniania pęcherza moczowego może być przeszkoda podpęcherzowa (o charakterze anatomicznym lub czynnościowym). Co powoduje przeszkoda natury czynnościowej?**



Blisko 9 na 10 ankietowanych lekarzy uważa, że przeszkoda podpęcherzowa powoduje zaleganie moczu oraz niestabilność pęcherza i tego konsekwencje. Około 4,0% respondentów jest zdania, że przeszkoda podpęcherzowa powoduje duże zaleganie moczu. Również mały odsetek lekarzy stwierdził, że żadne z wymienionych nie jest skutkiem przeszkody podpęcherzowej.

**Rysunek 16. Co powoduje przeszkoda podpęcherzowa?**



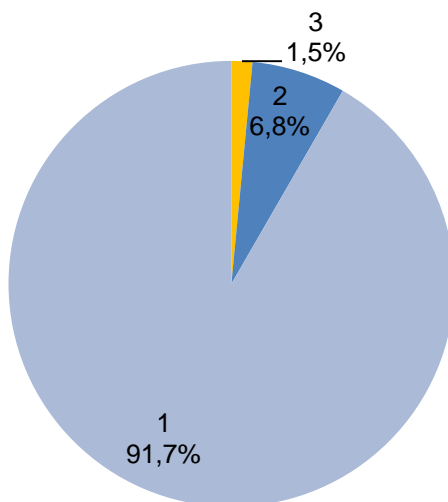
Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn - EDYCJA 2

Na poniższym wykresie ze względów estetycznych zdecydowano się na przypisanie wartości liczbowej poszczególnym odpowiedziom w następujący sposób:

- 1- Powstaje niedoczynność pęcherza z nietrzymaniem moczu - z tzw. przepełnienia
- 2- Żadna z odpowiedzi nie jest prawdziwa
- 3- Jest niedoczynność ale zwieracze trzymają mocz

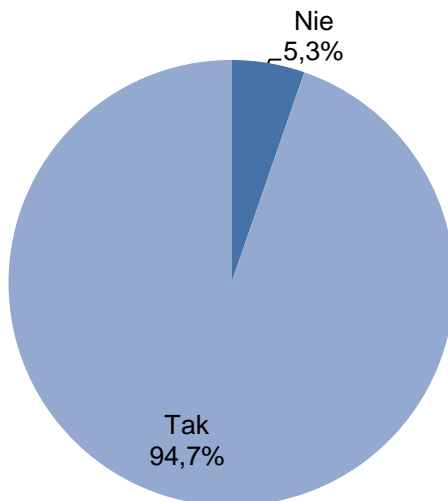
Blisko 92,0% badanych odpowiedziało, że z upływem czasu trwania przeszkody podpęcherzowej powstaje niedoczynność pęcherza z nietrzymaniem moczu- z tzw. przepełnienia. Natomiast około 7,0% respondentów uważa, że żadne z wymienionych czynności nie mogą być skutkiem trwania przeszkody podpęcherzowej. Najmniejsza część badanych twierdzi, że istnienie przeszkody nie wpływa na opróżnianie pęcherza i niedoczynność.

**Rysunek 17. Co może się stać z upływem czasu trwania przeszkody podpęcherzowej?**



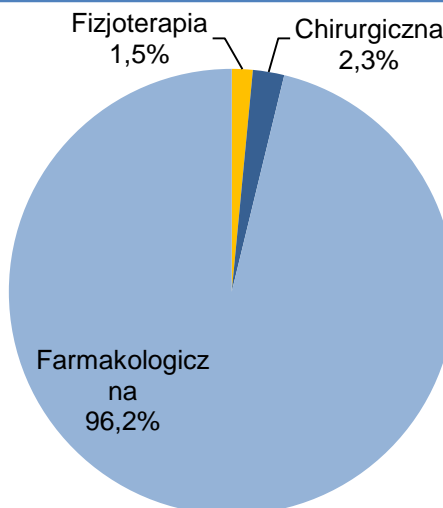
Prawie wszyscy respondenci zgodnie stwierdzili, że rozpoznanie typu i stopnia NM ma fundamentalne znaczenie dla podjęcia decyzji o rodzaju leczenia. Odmiennego zdania było tylko 5,3% badanych.

**Rysunek 18. Czy jest prawdą, że rozpoznanie typu i stopnia NM ma fundamentalne znaczenie dla podjęcia decyzji o rodzaju leczenia.**



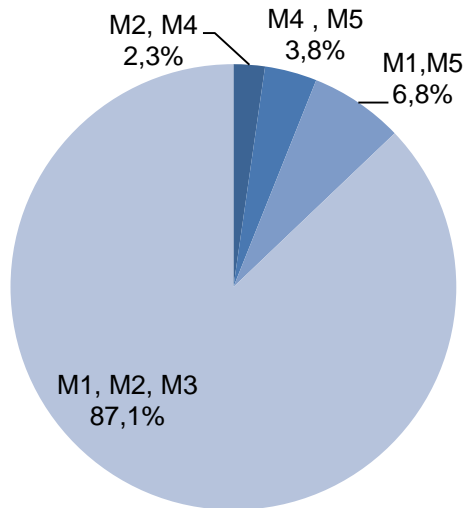
Większość ankietowanych lekarzy mając do wyboru metodę stosowaną w terapii OAB najczęściej stosuje metodę farmakologiczną. Mały odsetek respondentów (2,3%) podejmuje się leczenia chirurgicznego. Najczęściej stosowaną okazała się fizjoterapia.

**Rysunek 19. Czy jest prawdą, że rozpoznanie typu i stopnia NM ma fundamentalne znaczenie dla podjęcia decyzji o rodzaju leczenia.**



87,1% badanych twierdzi, że spośród pięciu podtypów muskarynowych (M) w pęcherzu moczowym stwierdzono podtypy M1, M2, M3. Prawie 7,0% respondentów jest zdania, że stwierdzono tam podtypy M1,M5. W odpowiedzi pojawiły się również podtypy M4 , M5, które wskazało 3,8% badanych oraz M2, M4 wskazane przez najmniejszą grupę badanych.

**Rysunek 20. Spośród pięciu podtypów muskarynowych (M) w pęcherzu moczowym stwierdzono:**

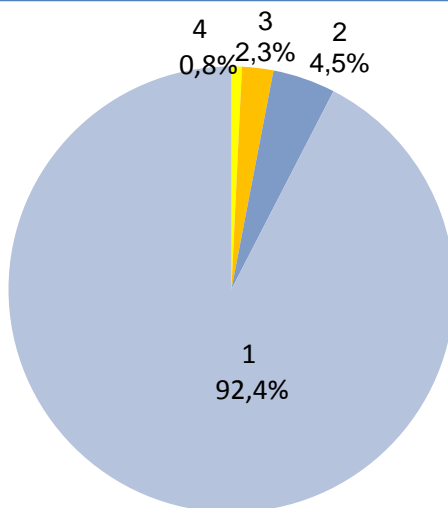


Na poniższym wykresie ze względów estetycznych zdecydowano się na przypisanie wartości liczbowej poszczególnym odpowiedziom w następujący sposób:

- 1- Chlorowodorek oksybutyniny
- 2- Tolterodyna
- 3- Toksyna botulinowa
- 4- Solifenacyna

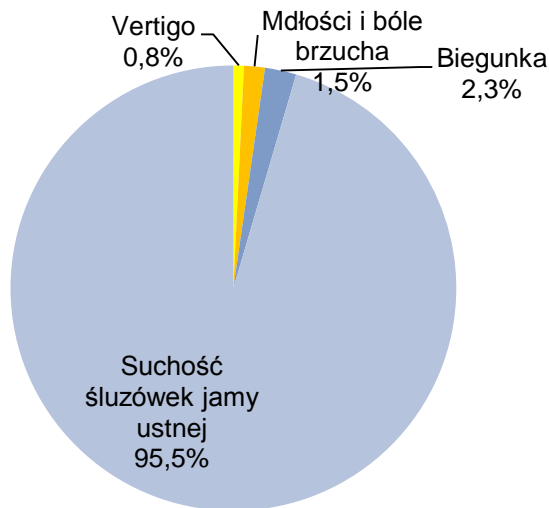
Ponad 92,0% badanych stwierdziło, że najdłużej stosowanym w terapii OAB, preparatem antycholinergicznym i spazmolitycznym jednocześnie jest chlorowodorek oksybutyniny. 4,5% respondentów wskazało Tolterodynę, ponad 2,0% mniej Toksynę botulinową, natomiast najmniej wskazań respondentów otrzymała Solifenacyna.

**Rysunek 21. Preparaty antycholinergiczne i spazmolityczne najdłużej stosowane w terapii OAB**



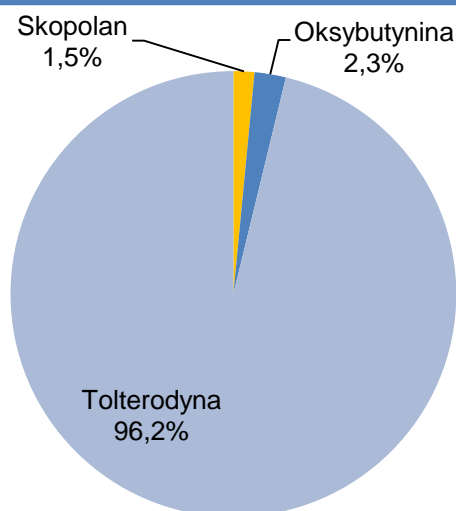
95,5% ankietowanych lekarzy, zapytanych o główny efekt niepożądany powodujący odstawienie oksybutyniny, wskazało suchość śluzówek jamy ustnej. Małe odsetki badanych wskazały na biegunkę, mdłości i bóle brzucha oraz vertigo.

**Rysunek 22. Główny efekt niepożądany powodujący odstawienie oksybutyniny szczególnie w leczeniu długotrwałym**



Na pytanie o nazwę antycholinergika selektywnego do receptorów muskarynowych o małym działaniu niepożądanym większość respondentów (96,2%) odpowiedziała, że chodzi o tolterodynę. 2,3% badanych wskazało oksybutyninę. Znikomy odsetek respondentów wskazał w tym pytaniu skopolan.

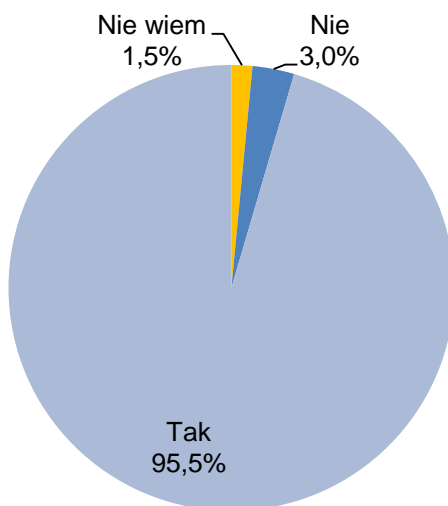
**Rysunek 23. Jaka jest nazwa antycholinergika selektywnego do receptorów muskarynowych o małym działaniu niepożądanym?**





Największa część respondentów (95,5%) uważa również, że najczęściej wskazywana w poprzednim pytaniu Tolterodyna, jest lekiem skutecznym i bezpiecznym dla chorych na BPH i OAB. 3% ankietowanych lekarzy jest odmiennego zdania, natomiast reszta respondentów nie zna odpowiedzi na to pytanie.

**Rysunek 24. Czy tolterodyna jest skutecznym i bezpiecznym lekiem dla chorych na BPH i OAB?**

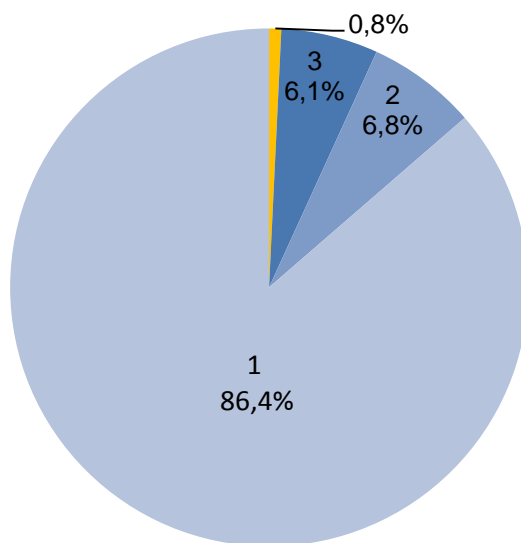


Na poniższym wykresie ze względów estetycznych zdecydowano się na przypisanie wartości liczbowej poszczególnym odpowiedziom w następujący sposób:

- 1- Wszystkie z podanych wyżej
- 2- Ustępowanie parć nagłych
- 3- Zmniejszenie częstotliwości mikcji
- 4- Kontynencja podczas parć na mocz

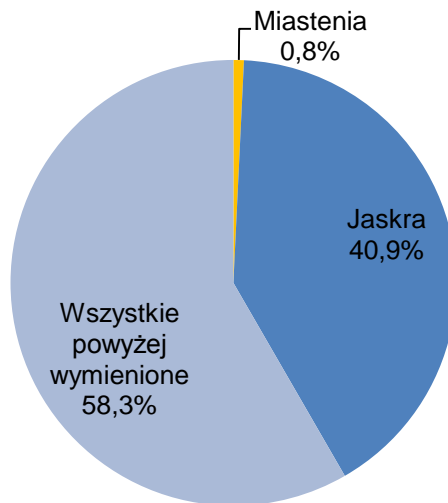
86,4% respondentów jako efekty działania antycholinergików wymienia zmniejszenie częstotliwości mikcji, ustępowanie parć nagłych oraz kontynencja podczas parć na mocz. Samo ustępowanie parć nagłych jako efekt działania antycholinergików wymieniło 6,8% , niewiele mniejsza grupa wskazała zmniejszenie częstotliwości mikcji.

**Rysunek 25. Efekt działania antycholinergików:**



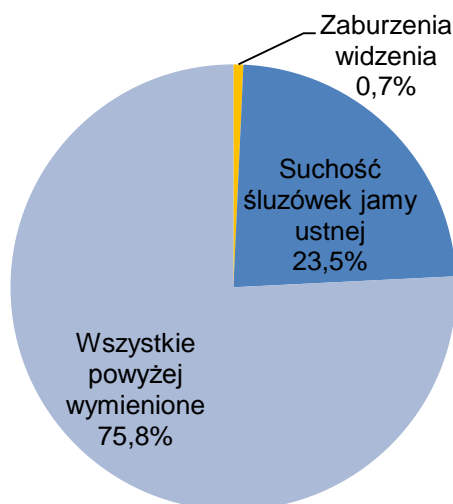
Większość badanych (58,3%) jako przeciwwskazania do stosowania wszystkich antycholinergicznycy preparatów wymieniło jaskrę, miastenię oraz chorobę Parkinsona leczoną farmakologicznie. Blisko 41,0% wskazała samą jaskrę, natomiast najmniej bo 0,8% wskazań dotyczyło miastenii.

**Rysunek 26. Przeciwwskazania do stosowania wszystkich antycholinergicznycy preparatów**



Jako niepożądane działania leków antycholinergicznycy większość ankietowanycy lekarzy (75,8%) wymienia suchość śluzówek jamy ustnej, zaburzenia widzenia oraz trudności opróżnienia pęcherza. Blisko co piąty badany wskazał tutaj tylko suchość śluzówek jamy ustnej, natomiast najmniejszy odsetek respondentów wskazał tylko zaburzenia snu.

**Rysunek 27. Niepożądane działania leków antycholinergicznycy**

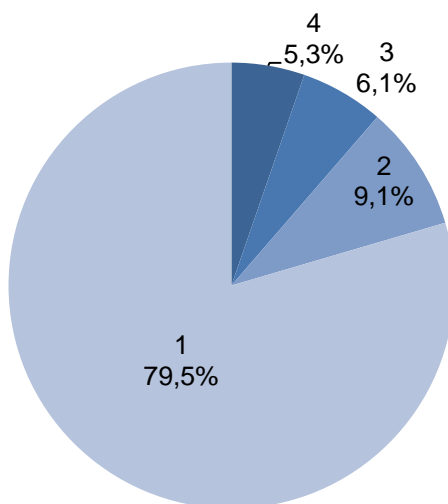


Na poniższym wykresie ze względów estetycznych zdecydowano się na przypisanie wartości liczbowej poszczególnym odpowiedziom w następujący sposób:

- 1- Wszystkie z wymienionych powyżej
- 2- Przeciwdepresyjne, blokery kanału wapniowego
- 3- Niesteroidowe leki przeciwzapalne, adrenolityki alfa-1
- 4- Estradiol stosowany dopochwowo, inhibitor selektywny wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny

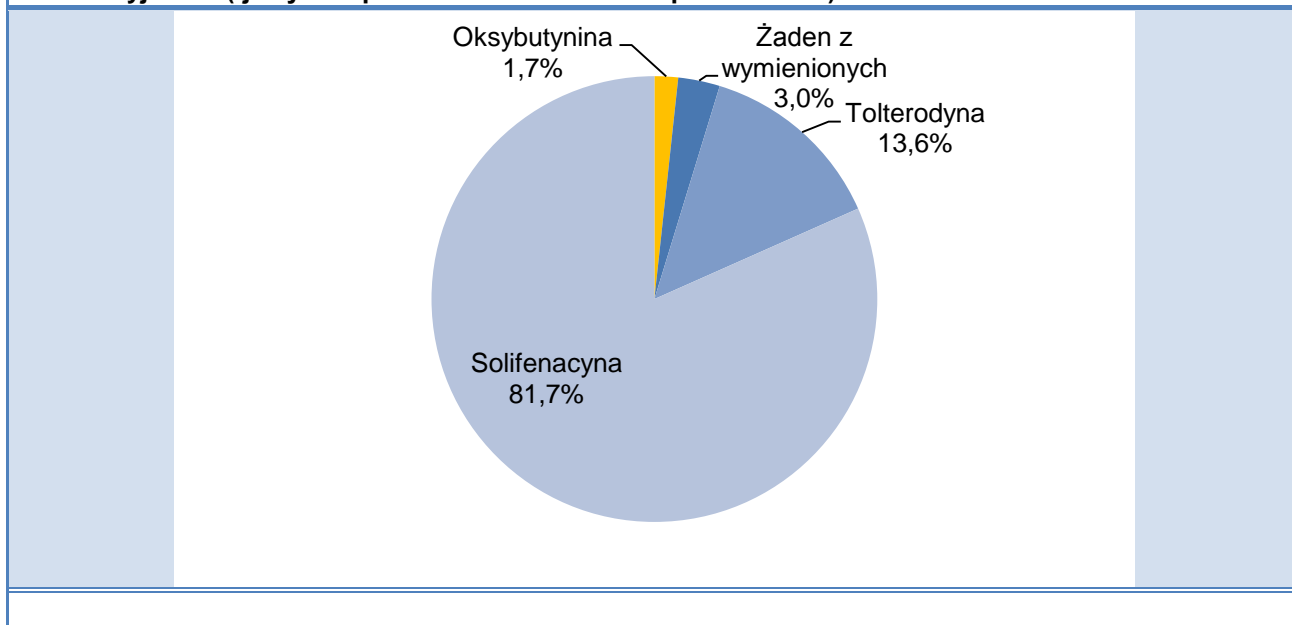
Na pytanie dotyczące wpływu wskazanych leków w terapii OAB najczęściej wskazań otrzymała odpowiedź „Wszystkie z wymienionych powyżej”. Zatem największa część respondentów (79,5%) zadeklarowała wpływ leków przeciwdepresyjnych, blokerów kanału wapniowego, niesteroidowych leków przeciwzapalnych, adrenolityków alfa-1 oraz estradiolu stosowanego dopochwowo, inhibitoru selektywnego wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny. Mniejsza część respondentów (9,1%) odpowiedziała, że wpływ mają jedynie leki przeciwdepresyjne, blokery kanału wapniowego. Mały odsetek wskazań dotyczył niesteroidowych leków przeciwzapalnych, adrenolityków alfa-1.

**Rysunek 28. Czy w terapii OAB mają znaczenie wspomagające leki:**



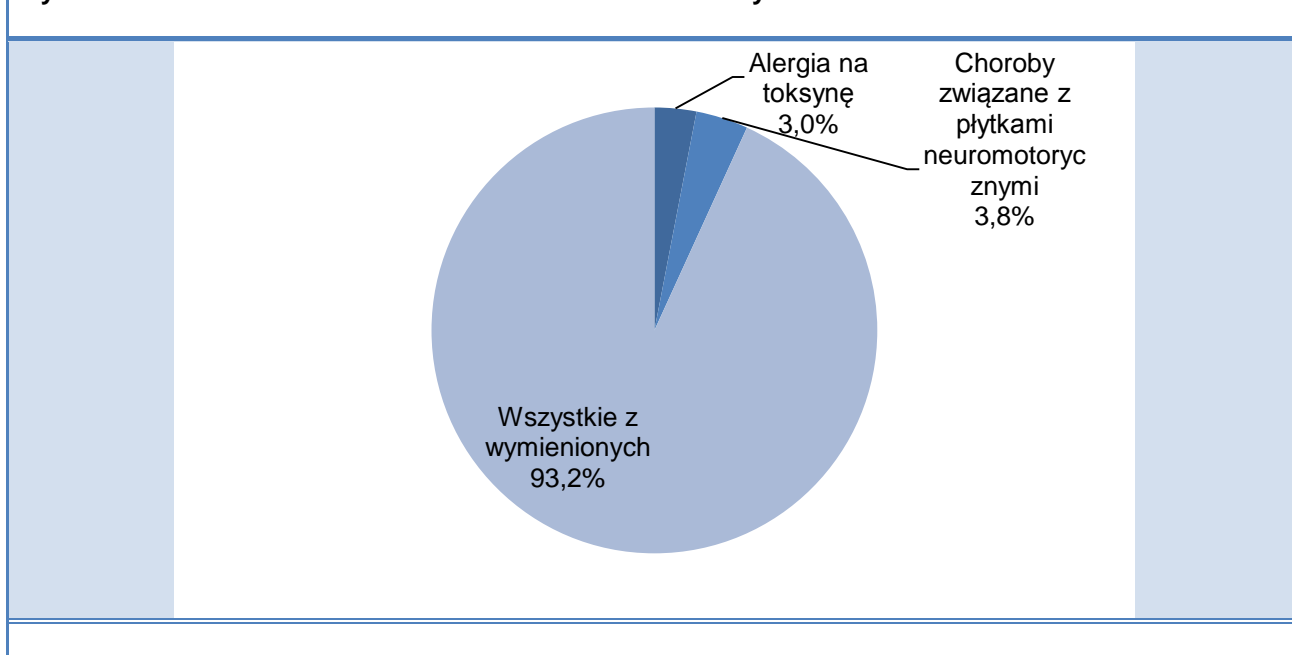
Ponad 81% badanych uważa, że według ICI najwyższy stopień referencyjności, czyli wysoki profil skuteczności i bezpieczeństwa ma preparat antycholinergiczny o nazwie Solifenacyna. Mniej więcej co dziesiąty badany jako taki preparat wskazał Tolterodynę. Najmniejszy odsetek wskazań dotyczy Oksybutyniny.

**Rysunek 29. Który z preparatów antycholinergicznych wg ICI ma najwyższy stopień referencyjności (tj. wysoki profil skuteczności i bezpieczeństwa)?**



Nową metodą leczenia OAB stają się neurotoksyny, np. toksyna botulinowa. W opinii badanych przeciwwskazaniami do stosowania tych toksyn są choroby związane z płytkami neuromotorycznymi, alergia na toksynę oraz zażywanie leków mających wpływ na przewodnictwo neuro-mięśniowe, np. aminoglikozydów. 3,8% badanych uważa, że przeciwwskazaniami mogą być jedynie choroby związane z płytkami neuromotorycznymi, natomiast 3,0% respondentów wskazało tylko alergię na toksynę.

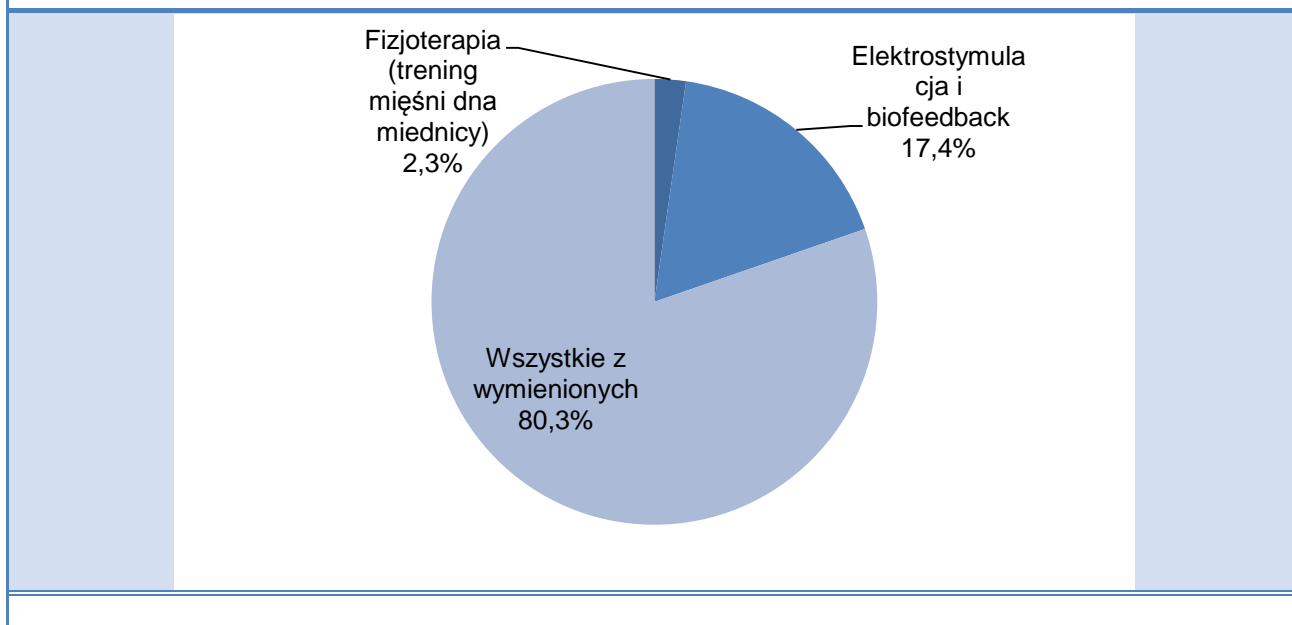
**Rysunek 30. Przeciwwskazania do stosowania neurotoksyn**



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn - EDYCJA 2

Zdaniem większości badanych w terapii OAB stosowane są metody operacyjne, elektrostymulacja i biofeedback oraz fizjoterapia polegająca na treningu mięśni dna miednicy. Blisko co piąty respondent wskazał tylko elektrostymulację i biofeedback. Jedynie 2,3% badanych wskazało fizjoterapię.

**Rysunek 31. Metody stosowane w terapii OAB?**

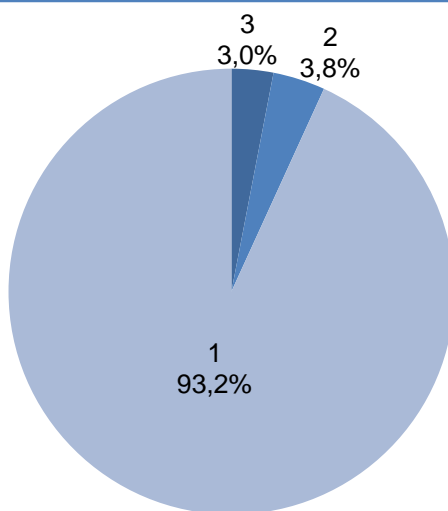


Na poniższym wykresie ze względów estetycznych zdecydowano się na przypisanie wartości liczbowej poszczególnym odpowiedziom w następujący sposób:

- 1- Wszystkich powyżej wymienionych
- 2- Niedoczynności wypieracza
- 3- Przeszkody podpęcherzowej czynnościowej

Według większości badanych (93,2%) ocena zalegania moczu po mikcji jest ważna u pacjentów z ryzykiem zaburzeń w fazie opróżniania z powodu niedoczynności wypieracza, przeszkody podpęcherzowej czynnościowej oraz przeszkody z powodu gruczolaka stercza. Blisko 4,0% badanych jako powód podała tylko niedoczynność wypieracza, natomiast reszta respondentów wskazała przeszkodę podpęcherzową czynnościową.

**Rysunek 32. Ocena zalegania moczu po mikcji jest ważna u pacjentów z ryzykiem zaburzeń w fazie opróżniania z powodu:**

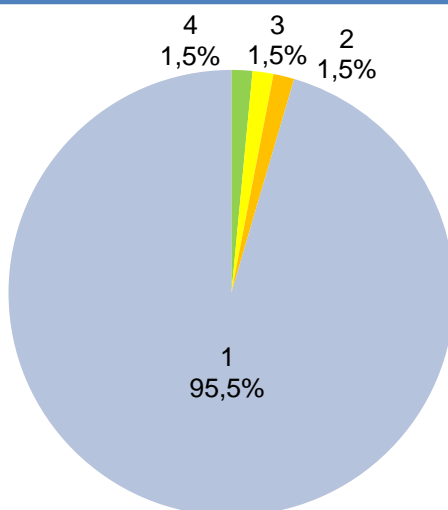


Na poniższym wykresie ze względów estetycznych zdecydowano się na przypisanie wartości liczbowej poszczególnym odpowiedziom w następujący sposób:

- 1- Wszystkich powyżej wymienionych
- 2- Uchyłków pęcherza i cewki moczowej
- 3- Przetoki moczowej
- 4- Odpływu wstecznego pęcherzowo-moczowodowego

W opinii największej części badanych, rozpoznanie chorób takich jak przetoka moczowa, odpływ wsteczny pęcherzowo-moczowodowy oraz uchyłki pęcherza i cewki moczowej, jest możliwe poprzez wykonanie Uretrocystografii. Mały odsetek respondentów nie uważa, że badanie to umożliwia rozpoznanie wszystkich wymienionych dolegliwości i w swojej odpowiedzi podaje tylko jedną z nich. Zdaniem jednej części respondentów liczącej 1,5% wszystkich badanych jest to przetoka moczowa, kolejne tyle samo liczące części respondentów wskazały na odpływ wsteczny pęcherzowo-moczowodowy oraz uchyłki pęcherza i cewki moczowe.

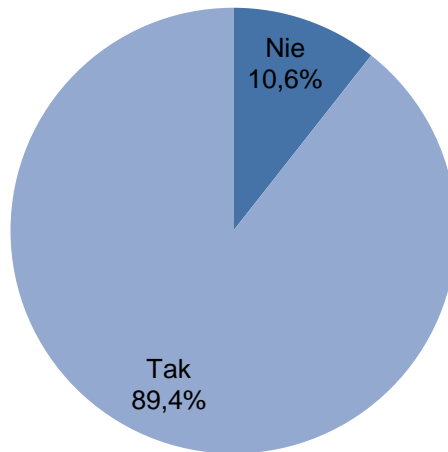
**Rysunek 33. Uretrocystografia umożliwia rozpoznanie:**





Prawie 90% badanych potwierdziła, że w skład badania urodynamicznego wchodzi: dzienniczek mikcji oraz pomiar zalegającego moczu w pęcherzu. Średnio co dziesiąty badany nie zgadza się z tym stwierdzeniem.

**Rysunek 34. Czy w skład badania urodynamicznego wchodzi : dzienniczek mikcji i pomiar zalegającego moczu w pęcherzu po mikcji?**

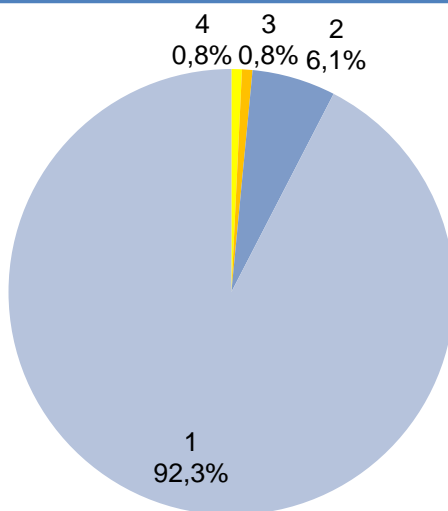


Na poniższym wykresie ze względów estetycznych zdecydowano się na przypisanie wartości liczbowej poszczególnym odpowiedziom w następujący sposób:

- 1- Wszystkie wymienione
- 2- Dzienniczek mikcji
- 3- Test podpaskowy
- 4- Ocenę zalegającego moczu

Ponad 90,0% respondentów do nieinwazyjnych metod badania urodynamicznego zalicza wszystkie metody wymienione w pytaniu, czyli: dzienniczek mikcji, test podpaskowy i ocenę zalegającego moczu. Sam dzienniczek mikcji jest metodą nieinwazyjną według 6,1% respondentów.

**Rysunek 35. Nieinwazyjne metody badania urodynamicznego**



Jeśli natomiast chodzi o metody inwazyjne, to blisko 95% respondentów uważa, że do tej grupy należą wszystkie wymienione metody, czyli: cystometria, badanie ciśnieniowo-przepływowe oraz profilometria cewkowa. Ponad 3,0% badanych za taką metodę uznaje cystometrię, natomiast znikomy odsetek respondentów uważa, że metodą inwazyjną badania urodynamicznego jest badanie ciśnieniowo-przepływowe i profilometria cewkowa.

**Rysunek 36. Inwazyjne metody badania urodynamicznego**

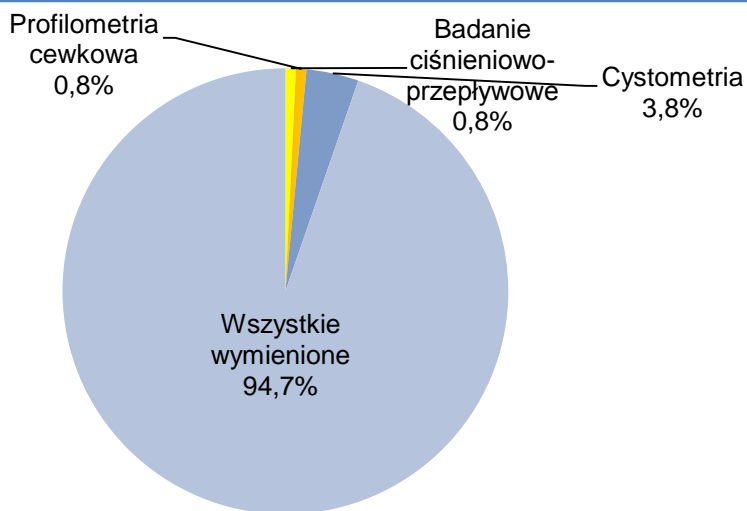
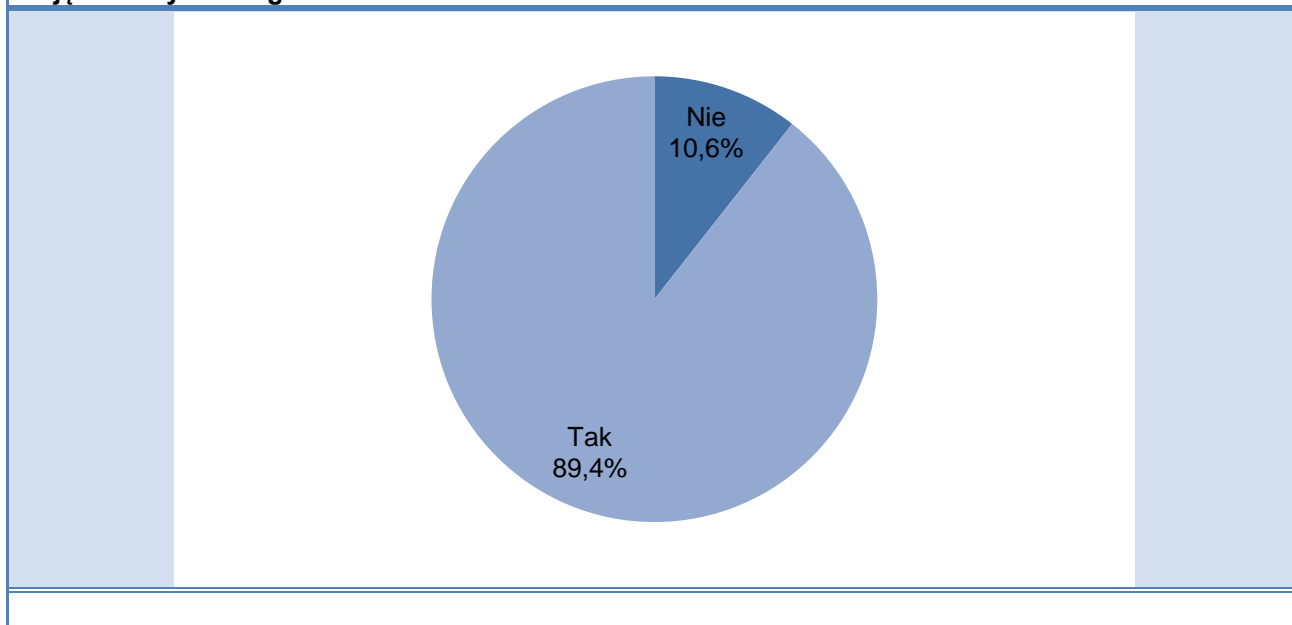


Tabela 1. Karta mikcyjna z prawidłowymi danymi

<b>zjawisko</b>	<b>częstość</b>
częstomocz dzienny	6 – 7 razy
nykturia	0 – 1 razy
częstomocz dobowy	8 razy
nocna objętość moczu	poniżej 20% dobowej objętości wydalonego moczu

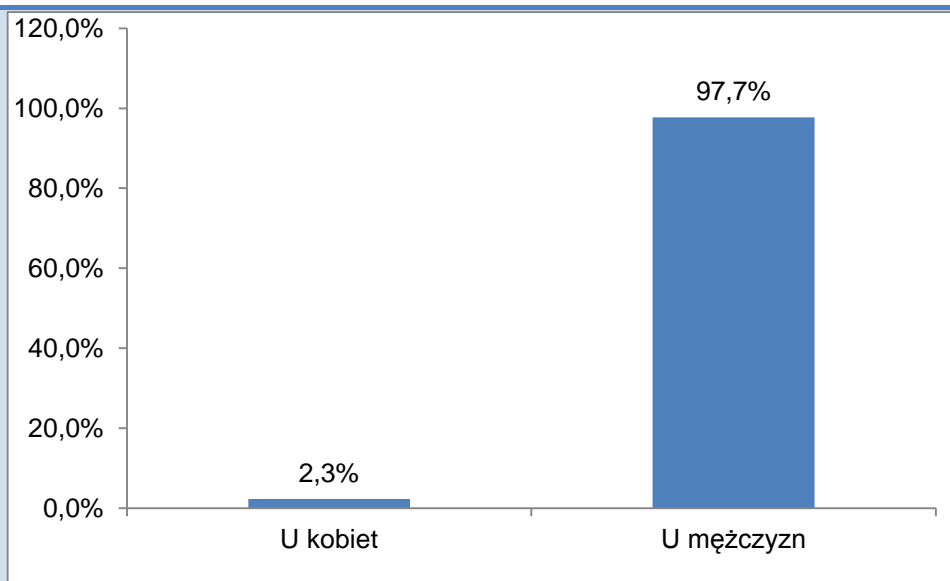
W opinii znacznej większości respondentów prawidłowe dane w karcie mikcyjnej powinny wyglądać tak jak wskazuje powyższa tabela. Reszta respondentów, czyli blisko 11% biorących udział w badaniu nie zgadza się podanymi wartościami.

**Rysunek 37. Czy do prawidłowych wartości w karcie mikcyjnej należą: częstomocz dzienny 6 – 7 razy; nykturia 0 – 1 razy; częstomocz dobowy 8 razy; nocna objętość moczu poniżej 20% dobowej objętości wydalonego moczu?**



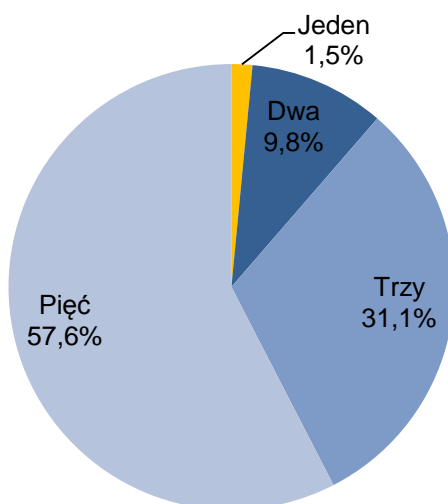
Ponad 97,0% respondentów uważa, że ocena zalegania moczu częściej jest wykonywana u mężczyzn.

**Rysunek 38. Ocena zalegania moczu jest częściej wykonywana u mężczyzn czy u kobiet?**



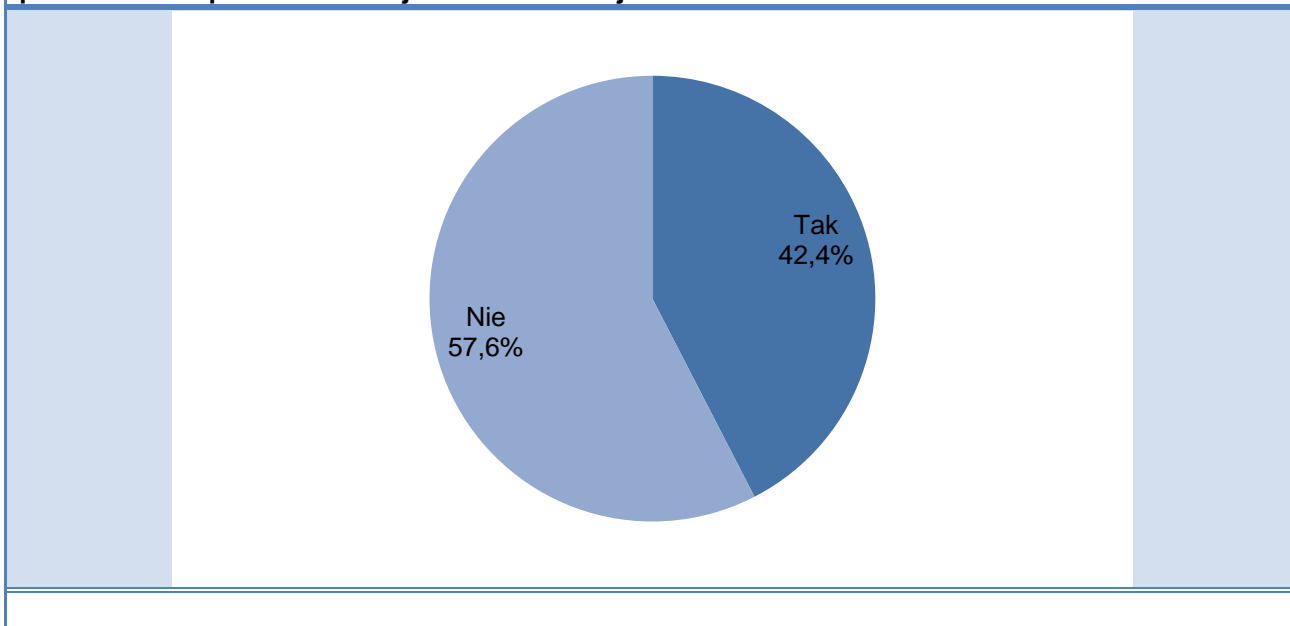
Blisko 6 na 10 respondentów uważa, że badanie za pomocą dzienniczka mikcji powinno trwać pięć dni. Mniejsza o połowę grupa badanych uważa, że wystarczające są trzy dni, natomiast co dziesiąty badany odpowiedział, że pacjent powinien wypełniać dzienniczek mikcji przez dwa dni.

**Rysunek 39. Ile dni pacjent winien wypełniać dzienniczek mikcji?**



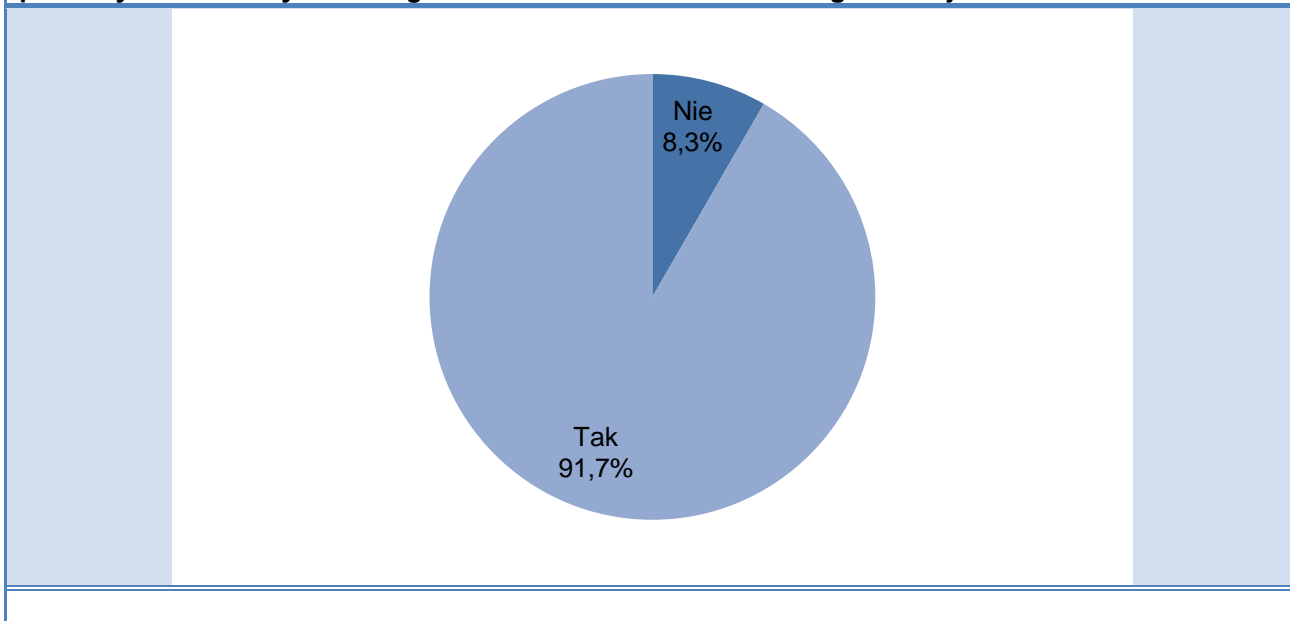
Większość respondentów (57,6%) nie jest zdania, że dzienniczek mikcji jest czułym i swoistym badaniem urodynamicznym, który pozwala na rozpoznanie zaburzeń mikcji.

**Rysunek 40. Czy dzienniczek mikcji jest czułym i swoistym badaniem urodynamicznym, który pozwala na rozpoznanie rodzaju zaburzeń mikcji?**



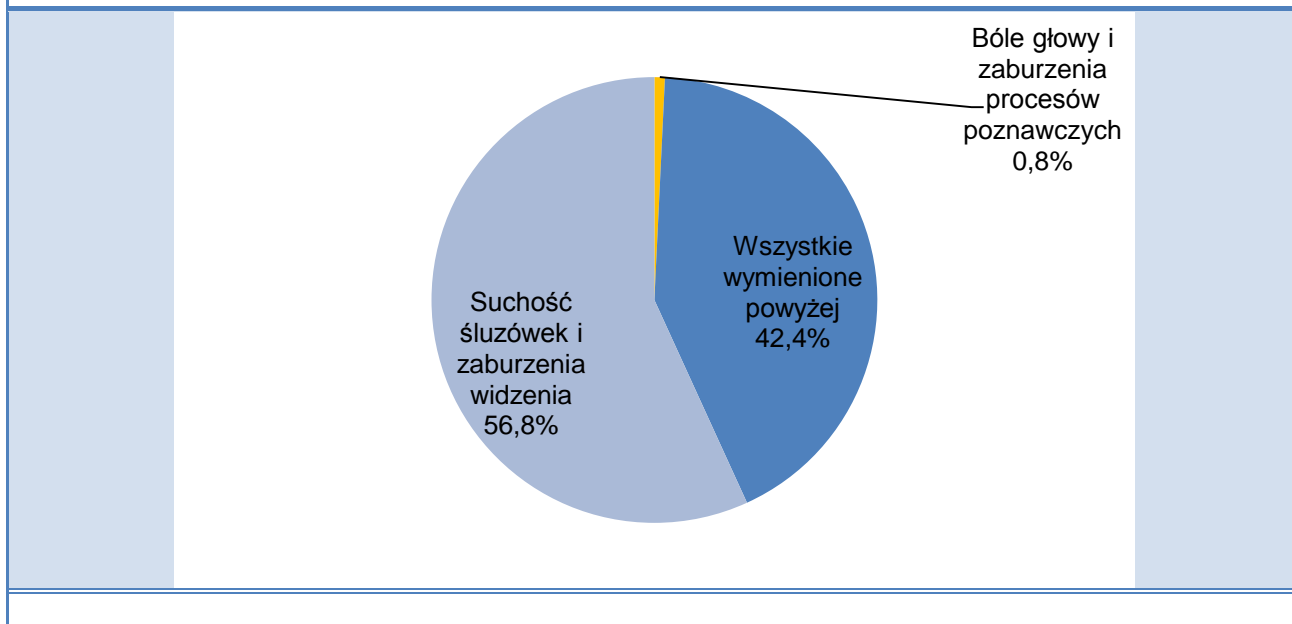
W miejscowej terapii estrogenowej preparaty estriolu i estradiolu są porównywalnie efektywne w łagodzeniu oraz leczeniu atrofii urogenitalnej kobiet, tego zdania jest 91,7% respondentów. Pozostała część badanych nie zgadza się z tym stwierdzeniem.

**Rysunek 41. Czy w miejscowej terapii estrogenowej preparaty estriolu i estradiolu są porównywalnie efektywne w łagodzeniu oraz leczeniu atrofii urogenitalnej kobiet?**



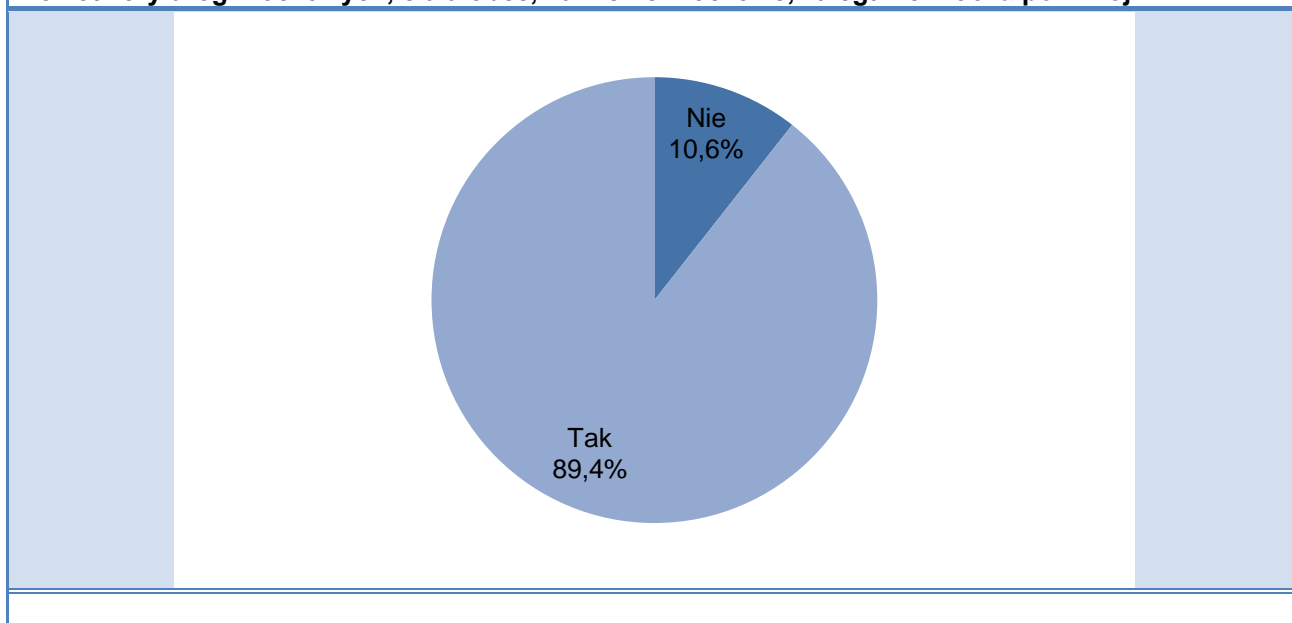
Jako najczęstsze niepożądane objawy po lekach antycholinergicznym respondenci wymienili suchość śluzówek i zaburzenia widzenia (56,8% wskazań). 42,4% badanych uważa, że objawy te to nie tylko suchość śluzówek i zaburzenia widzenia, ale również arytmia i nasilenie dolegliwości wrzodowych oraz bóle głowy i zaburzenia procesów poznawczych.

**Rysunek 42. Czy najczęstszymi niepożądanymi objawami po lekach antycholinergicznym są?**



Blisko 90,0% respondentów uważa, że infekcje i/lub nowotwory dróg moczowych, ciała obce, kamienie moczowe, zaleganie moczu po mikcji nie zaliczają się do czynników miejscowych innych przyczyn OAB.

**Rysunek 43. Czy do czynników miejscowych innych przyczyn OAB zaliczają się: infekcje i/lub nowotwory dróg moczowych, ciała obce, kamienie moczowe, zaleganie moczu po mikcji?**

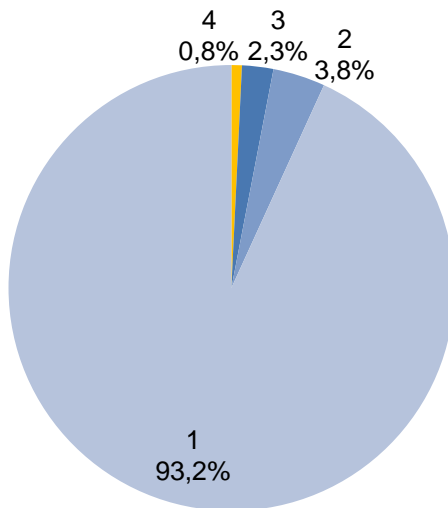


Na poniższym wykresie ze względów estetycznych zdecydowano się na przypisanie wartości liczbowej poszczególnym odpowiedziom w następujący sposób:

- 1- Wszystkie wymienione
- 2- Atrofia urogenitalna
- 3- Otyłość i cukrzyca
- 4- Hyperaktywność wypieracza pęcherza z zaburzeniami kurczliwości

Według opinii badanych czynnikami nasilającymi objawy OAB u kobiet są zarówno atrofia urogenitalna, otyłość i cukrzyca jak i hyperaktywność wypieracza pęcherza z zaburzeniami kurczliwości.

**Rysunek 44. Czy do czynników miejscowych innych przyczyn OAB zaliczają się: infekcje i/lub nowotwory dróg moczowych, ciała obce, kamienie moczowe, zaleganie moczu po mikcji?**



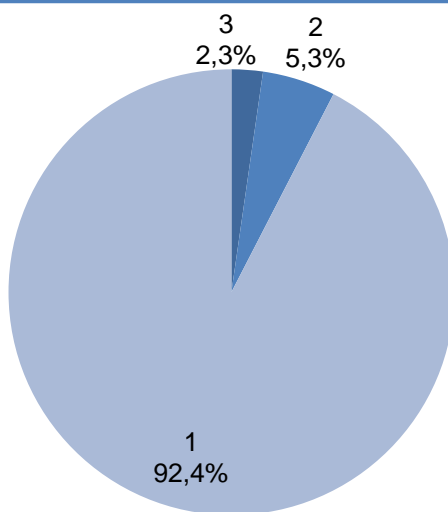


Na poniższym wykresie ze względów estetycznych zdecydowano się na przypisanie wartości liczbowej poszczególnym odpowiedziom w następujący sposób:

- 1- Wszystkie wymienione
- 2- Zespół metaboliczny - cukrzyca
- 3- Choroby neurologiczne i/lub układu sercowo-naczyniowego

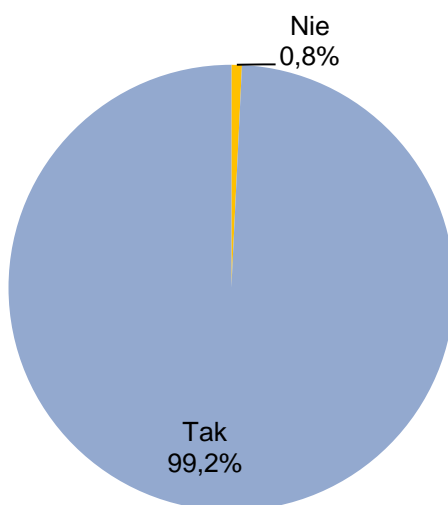
Według większości osób biorących udział w badaniu, schorzenia takie jak: zespół metaboliczny – cukrzyca, guzy pęcherza moczowego, guzy pęcherza moczowego oraz choroby neurologiczne i/lub układu sercowo-naczyniowego, mogą wywoływać objawy OAB. Co dwudziesty respondent uważa, że objawy OAB może wywołać jedynie zespół metaboliczny – cukrzyca.

**Rysunek 45. Czy do czynników miejscowych innych przyczyn OAB zaliczają się: infekcje i/lub nowotwory dróg moczowych, ciała obce, kamienie moczowe, zaleganie moczu po mikcji?**



Zdaniem niemal wszystkich badanych zakażenia dolnych dróg oddechowych mogą wywołać objawy OAB. Z tym stwierdzeniem nie zgadza się jedynie 0,8% respondentów.

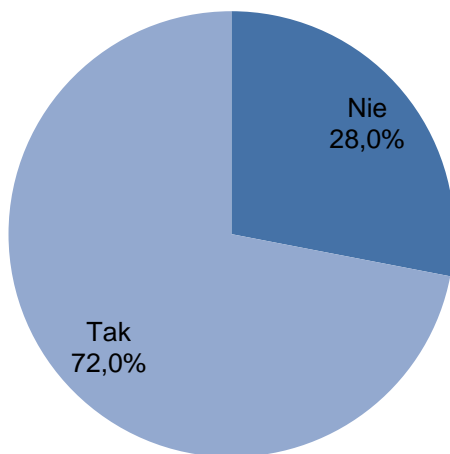
**Rysunek 46. Czy zakażenia dolnych dróg moczowych mogą wywoływać objawy OAB?**



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn - EDYCJA 2

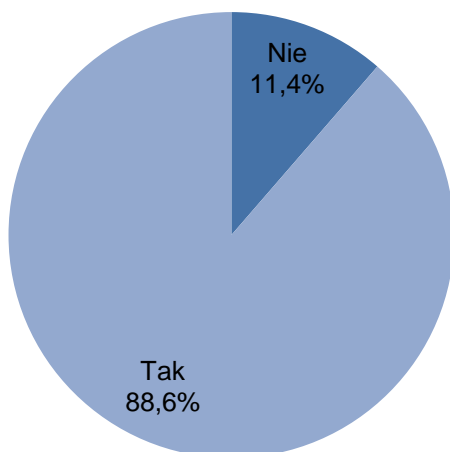
72,0% respondentów uważa, że u kobiet premenopauzalnych antykoncepcja zmniejsza ryzyko NM.

**Rysunek 47. Czy u kobiet premenopauzalnych antykoncepcja zmniejsza ryzyko NM?**



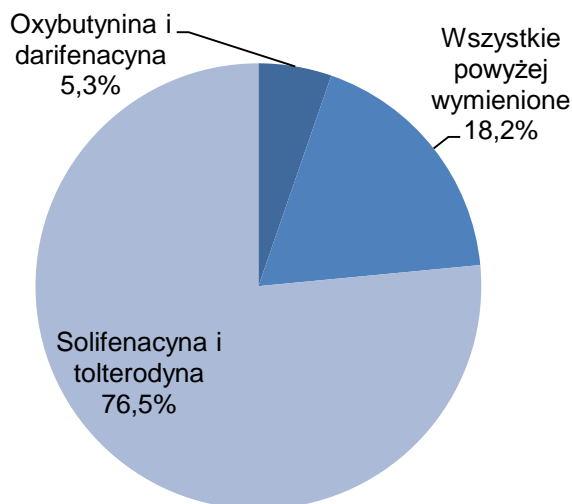
Prawie 89,0% badanych jest zdania, że po radioterapii w leczeniu parć naglących lekami pierwszego rzutu są preparaty antycholinergiczne, a w przypadku braku po nich efektu stosuje się toksynę botulinową. Około 11,0% respondentów ma inne zdanie na ten temat.

**Rysunek 48. Czy po radioterapii w leczeniu parć naglących lekami pierwszego rzutu są preparaty antycholinergiczne, a gdy brak po nich efektu – toksyna botulinowa?**



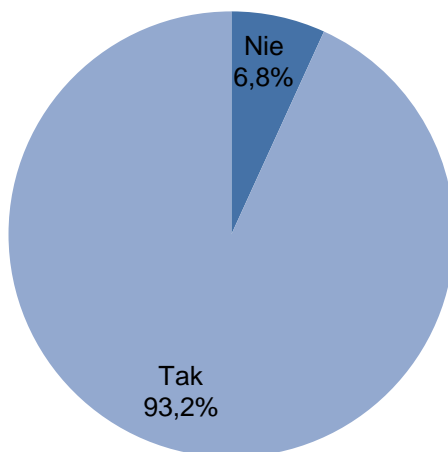
Solifenacyna i tolterodyna jako lek, który posiada stopień rekomendacji 1A, została wskazana przez respondentów największą ilością razy- wskazało tak ponad ¾ respondentów. Około 18% badanych uważa, że do takiej grupy można zaliczyć wszystkie wymienione leki: oxybutynina i darifenacyna, solifenacyna i tolterodyna, a także tropsium i fezoterodyna. Natomiast reszta respondentów za taki lek uznała jedynie oxybutyninę i darifenacynę.

**Rysunek 49. Które z leków antycholinergicznycych posiadają stopień rekomendacji 1A?**



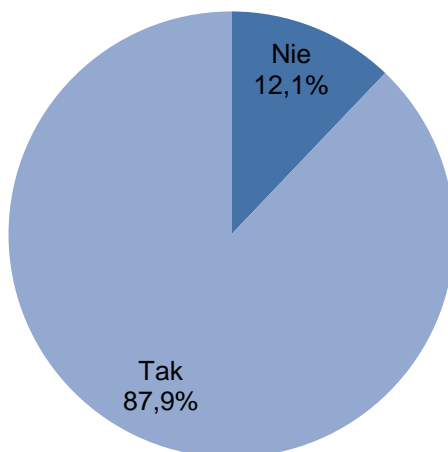
Desmopresyna zmniejsza diurezę i może spowodować zaburzenia elektrolitowe, z tym stwierdzeniem nie zgadza się jedynie 6,8% badanych.

**Rysunek 50. Czy desmopresyna zmniejsza diurezę i może spowodować zaburzenia elektrolitowe?**



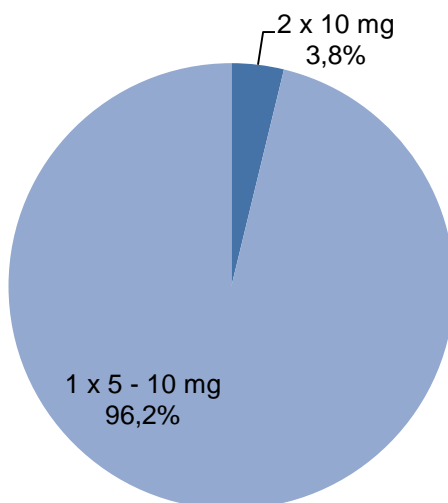
Blisko 89,0% respondentów jest zdania, że toksyna botulinowa to neurotoksyna hamująca wydzielanie acetylocholino z cholinergicznymi pęcherzykami presynaptycznymi powodująca odwracalną denerwację.

**Rysunek 51. Czy prawdziwe jest stwierdzenie: toksyna botulinowa to neurotoksyna hamująca wydzielanie acetylocholino z cholinergicznymi pęcherzykami presynaptycznymi powodująca odwracalną denerwację?**



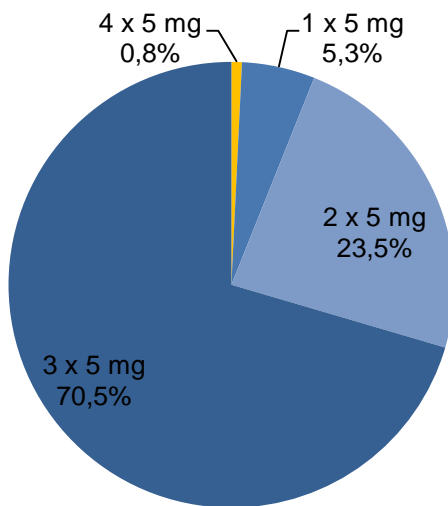
Według ankietowanych lekarzy najczęściej stosowaną w terapii OAB dawką solifenacyny jest 1x 5-10mg. Blisko 4,0% respondentów uważa, że odpowiednia jest dawka 2x 10mg.

**Rysunek 52. Które z dawek solifenacyny są stosowane w terapii OAB?**



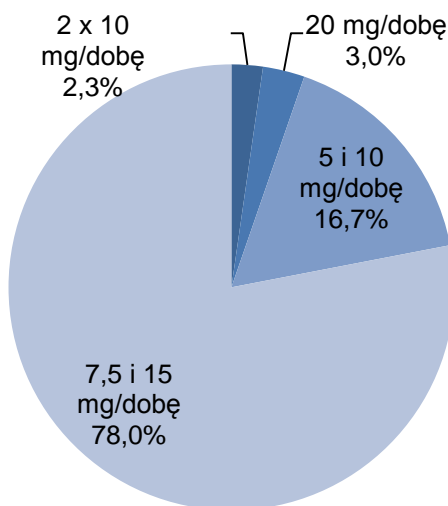
Jeśli chodzi natomiast o dawkowanie oksybutyniny, to według większości respondentów, aby leczenie było skuteczne, należy przyjmować 3x5mg tego leku. Ponad 20% badanych uważa, że wystarczająca będzie dawka 2x5mg. Inne dawki wskazał tylko mały odsetek badanych.

**Rysunek 53. Jakie jest skuteczne dawkowanie oksybutyniny**



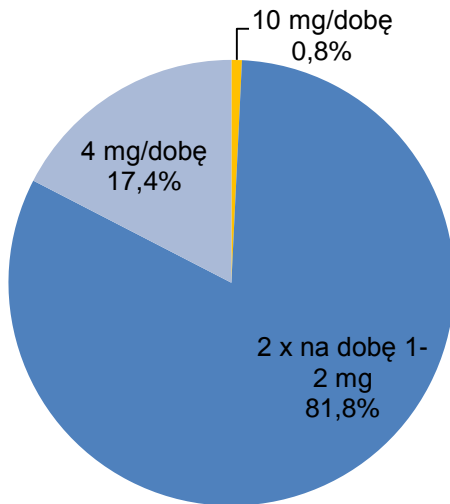
Darifenacyna to lek nowej generacji antycholinergików (super selektywny antagonist receptoru M3). 78,0% respondentów uważa, że powinna być stosowana w dawce 7,5 i 15 mg/dobę. Innego zdania jest blisko 17,0% badanych, którzy za odpowiednią dawkę przyjmują 5 i 10mg/dobę. Mały odsetek respondentów wskazał inne dawki.

**Rysunek 54. Darifenacyna stosowana jest w dawce:**



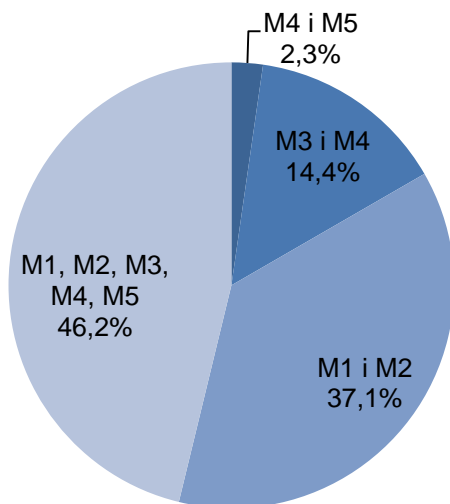
Podczas zażywania preparatu Tolterodyna, najwięcej respondentów uważa, że powinna być podawana dawka 2 x na dobę 1-2 mg. Ponad 17,0% badanych wskazało dawkę 4 mg / dobę. Mniej niż 1,0% stwierdziło, że odpowiednia będzie dawka 10 mg/dobę.

**Rysunek 55. Jakie jest skuteczne dawkowanie oksybutyniny.**



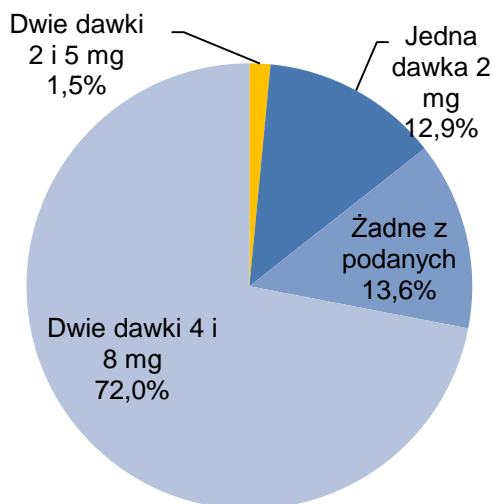
Na temat selektywności tolterodyny wobec receptorów muskarynowych zdania respondentów są podzielone. Ponad 46,0% uważa, że tolterodyna jest selektywna wobec receptorów M1, M2, M3, M4, M5. Mniejsza część badanych (37,1%) wskazała receptory M1 i M2, natomiast około 14,0% respondentów w swojej odpowiedzi wymieniła receptory M3 i M4.

**Rysunek 56. Tolterodyna jest selektywna wobec których receptorów muskarynowych:**



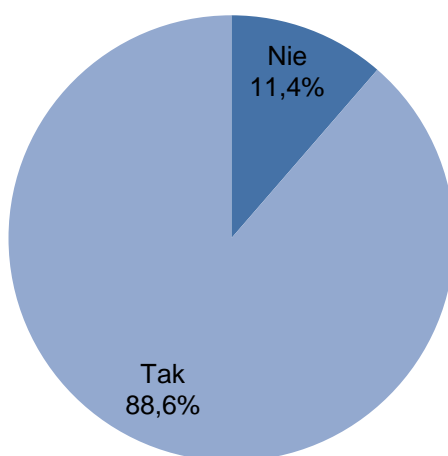
Fesoterodyna to pochodna tolterodyny i prolek, a po podaniu doustnym ulega hydrolizie do aktywnego metabolitu, który powstaje w efekcie hydrolizy tolterodyny. Ponad 70,0% respondentów jest zdania, że powinny być podawane dwie dawki 4 i 8 mg, natomiast blisko 14,0% uważa, że żadne z podanych dawek nie są odpowiednie. Mała grupa respondentów wskazała inne dawkowania.

**Rysunek 57. Dawkowanie fesoterodyny**



Przy ordynowaniu leków antycholinergicznycy należy uwzględnić potrzebę chorego, zatem należy przyjąć pewne zasady np. krótki czas półtrwania- gdy brany jest przed wyjściem z domu, nasilenie dolegliwości-lek o długim czasie półtrwania, bo brany jest codziennie, a także wiek chorego-chodzi o wyeliminowanie upośledzenia zdolności poznawczych. Według większości respondentów takie zasady są prawidłowe. 11,4% badanych nie zgadza się z podanymi zasadami.

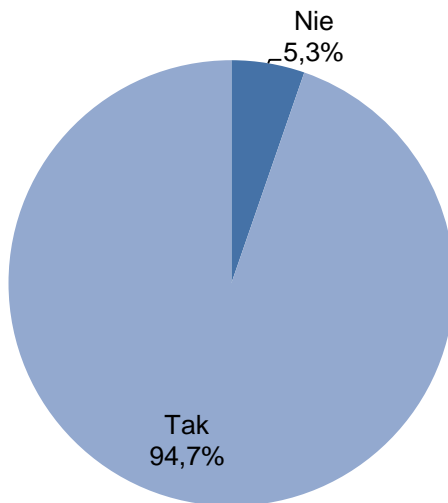
**Rysunek 58. Przy ordynowaniu leków antycholinergicznycy należy uwzględnić potrzebę chorego np. krótki czas półtrwania - gdy brany jest przed wyjściem z domu; nasilenie dolegliwości – lek o długim czasie półtrwania , bo brany codziennie; wiek chorego – chodzi o wyeliminowanie upośledzenia zdolności poznawczych. Czy są to zasady prawidłowe?**



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn - EDYCJA 2

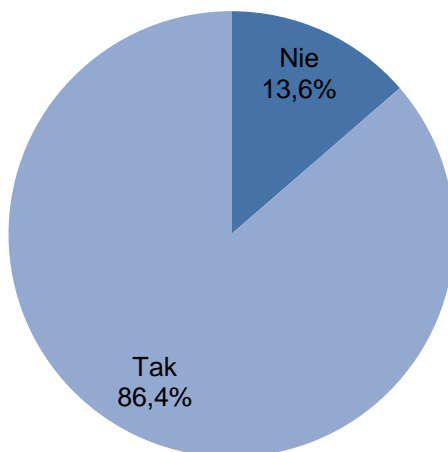
Ponad 94,0% badanych uważa, że czas półtrwania oksybutyniny to 3-4 godziny.

**Rysunek 59. Czy czas półtrwania oksybutyniny to 3-4 godzin?**



W przypadku tolterodyny czas półtrwania, według większości badanych, wynosi 3-6 godzin. Innego zdania jest 13,6% respondentów.

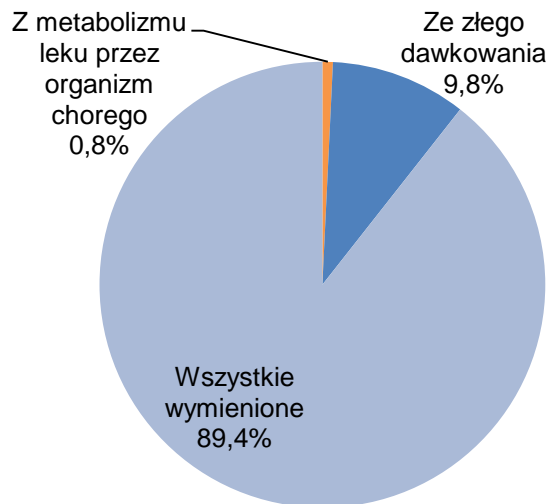
**Rysunek 60. Czy czas półtrwania tolterodyny to 3-6 godzin?**





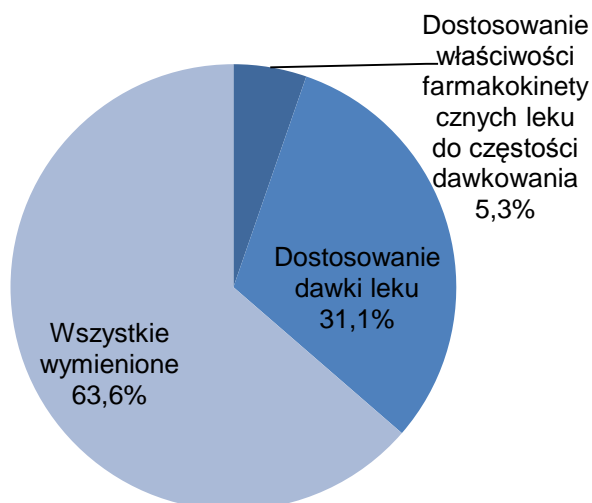
Niemal 90 na 100 respondentów uważa, że niska skuteczność terapii lekami antycholinergicznymi może wynikać ze złego dawkowania, z właściwości farmakokinetycznych leku oraz z metabolizmu leku przez organizm chorego. Złe dawkowanie leku antycholinergicznego wskazało 9,8% ogółu lekarzy uczestniczących w badaniu jako przyczynę niskiej skuteczności terapii lekami antycholinergicznymi.

**Rysunek 61. Niska skuteczność terapii lekami antycholinergicznymi może wynikać:**



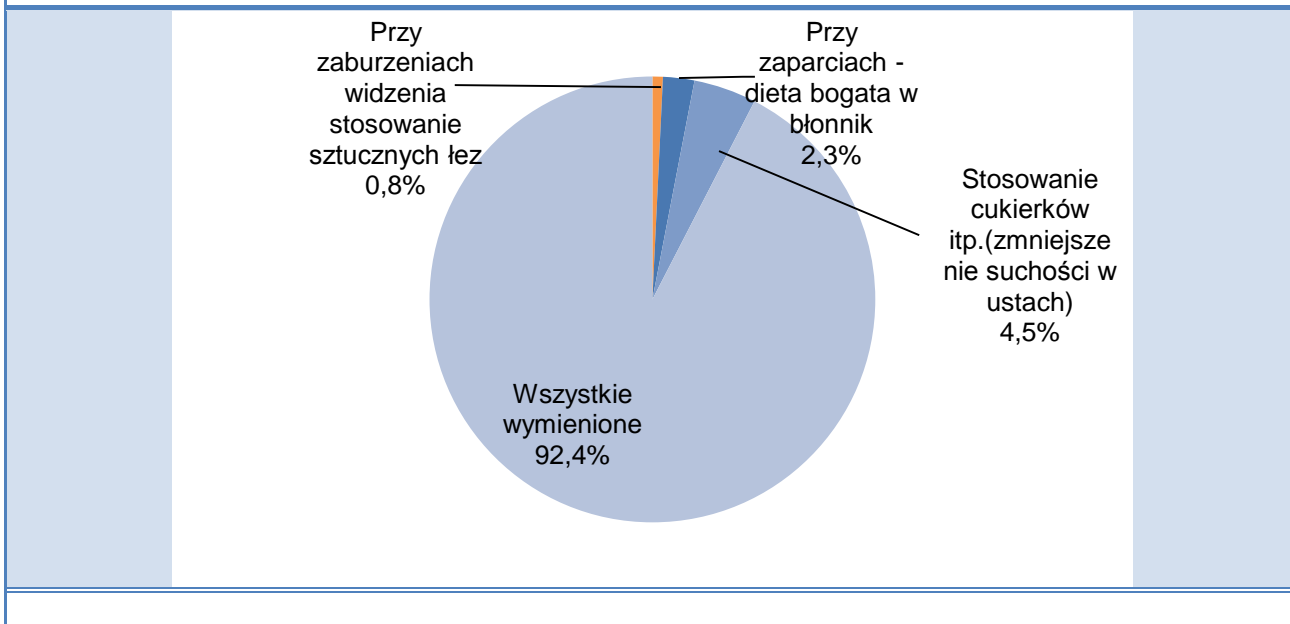
63,6% ogółu ankietowanych badaczy stwierdziło, że działania niepożądane można zmniejszyć przez dostosowanie dawki leku, dostosowanie właściwości farmakokinetycznych leku do częstości dawkowania oraz zmianę drogi podania leku. 31,3% ogółu stwierdziło, że można zmniejszyć działania niepożądane tylko dostosowaniem dawki leku.

**Rysunek 62. Działania niepożądane można zmniejszyć przez :**



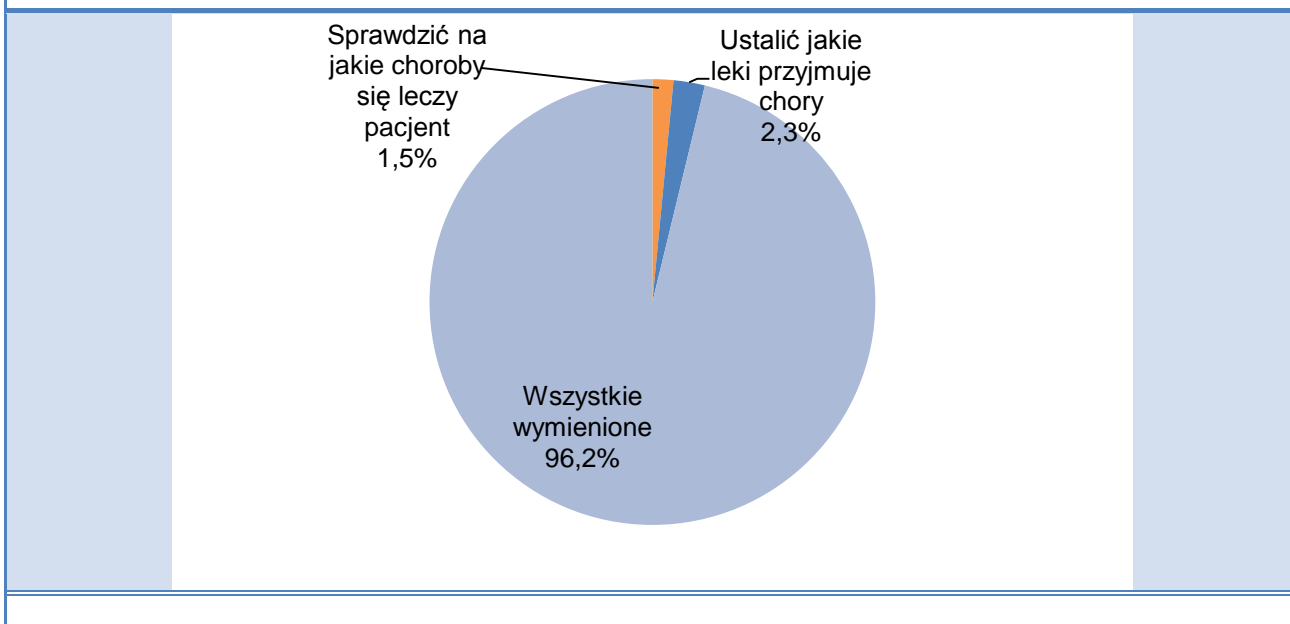
W opinii 92,4% badaczy możliwości łagodzenia działania ubocznego leków antycholinergicznycych to stosowanie cukierków itp.(zmniejszenie suchości w ustach), przy zaburzeniach widzenia stosowanie sztucznych łez oraz przy zaparciach – dieta bogata w błonnik.

**Rysunek 63. Możliwości łagodzenia działania ubocznego leków antycholinergicznycych to:**



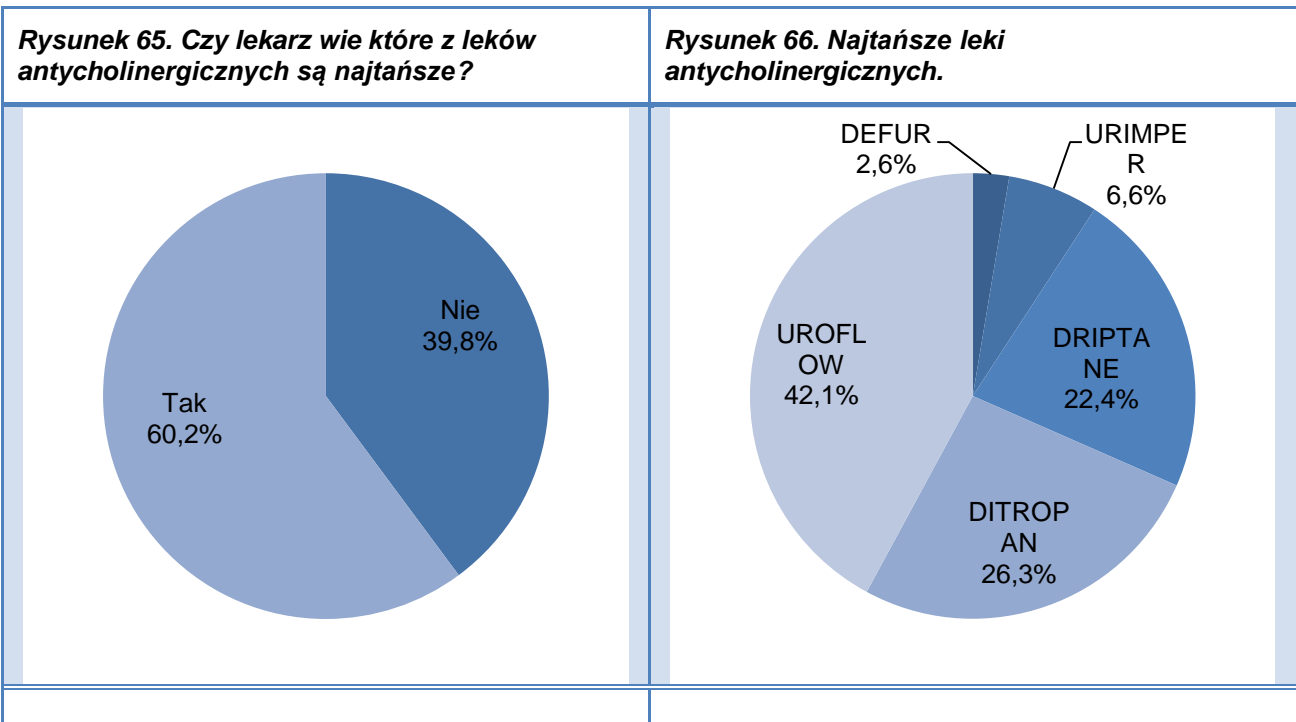
W opinii 96,2% badaczy przed ordynacją każdego z antycholinergicznycych należy ustalić jakie leki przyjmuje chory, sprawdzić na jakie choroby się leczy pacjent, ocenić przeciwwskazania i ustalić możliwość interakcji między lekami. Natomiast 2,3% albo 1,5% ogółu przed ordynacją każdego z antycholinergicznycych stwierdziło, że należy odpowiednio sprawdzić na jakie choroby się leczy pacjent albo ustalić jakie leki przyjmuje chory.

**Rysunek 64. Przed ordynacją każdego z antycholinergicznycych należy:**



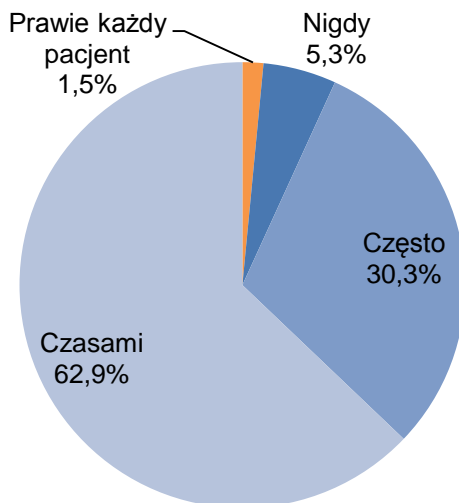
## Część II - Pytania marketingowe do badania marketingowego OAB/NTM C3 2013

W dalszej części ankiety zapytano lekarzy czy wiedzą jakie leki antycholinergiczne są najtańsze, ponad 6 na 10 badaczy ma taką wiedzę. Następnie osoby, które dysponowały taką wiedzą zostały poproszone o sprecyzowanie jakie konkretnie leki w ich opinii są najtańsze. Uroflow, ditropan albo driptane wskazało odpowiednio 42,1%, 26,3% albo 22,4% ogółu wskazań. Defur został najrzadziej wskazany jako najtańszy lek antycholinergiczny (2,6% ogółu).



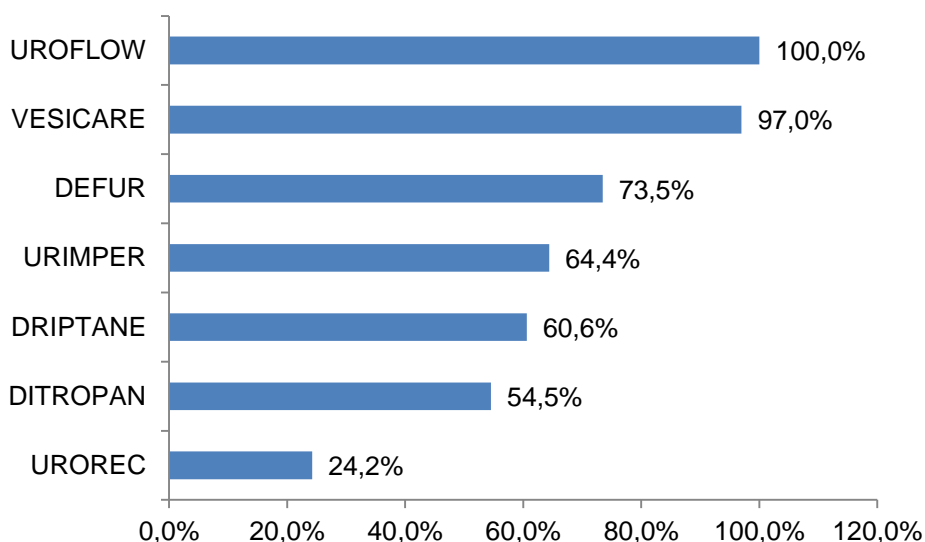
W opinii niemal 63 na 100 ankietowanych badaczy chorzy czasami proszą o zmianę przepisanego leku antycholinergicznego na tańszy. Odpowiedź „często” wskazało 30,3% ogółu. Niemal co 20 lekarzowi nigdy nie zdarzyła się sytuacja, w której pacjent prosi o przepisanie tańszego leku antycholinergicznego. 1,5% ogółu wskazało odpowiedź „prawie każdy pacjent”.

**Rysunek 67. Jak często w praktyce chorzy proszą, o zmianę przepisanego leku antycholinergicznego na tańszy?**



Uroflow to lek antycholinergiczny, który był stosowany w ostatnich trzech miesiącach przez wszystkich lekarzy uczestniczących w badaniu. Z kolei vesicare był stosowany tym czasie przez 97 na 100 lekarzy. Defur, urimper lub driptane stosowane były przed odpowiednio 73,5%, 64,4% lub 60,6% ogółu lekarzy. Urorec był stosowany najrzadziej w ostatnich 3 miesiącach.

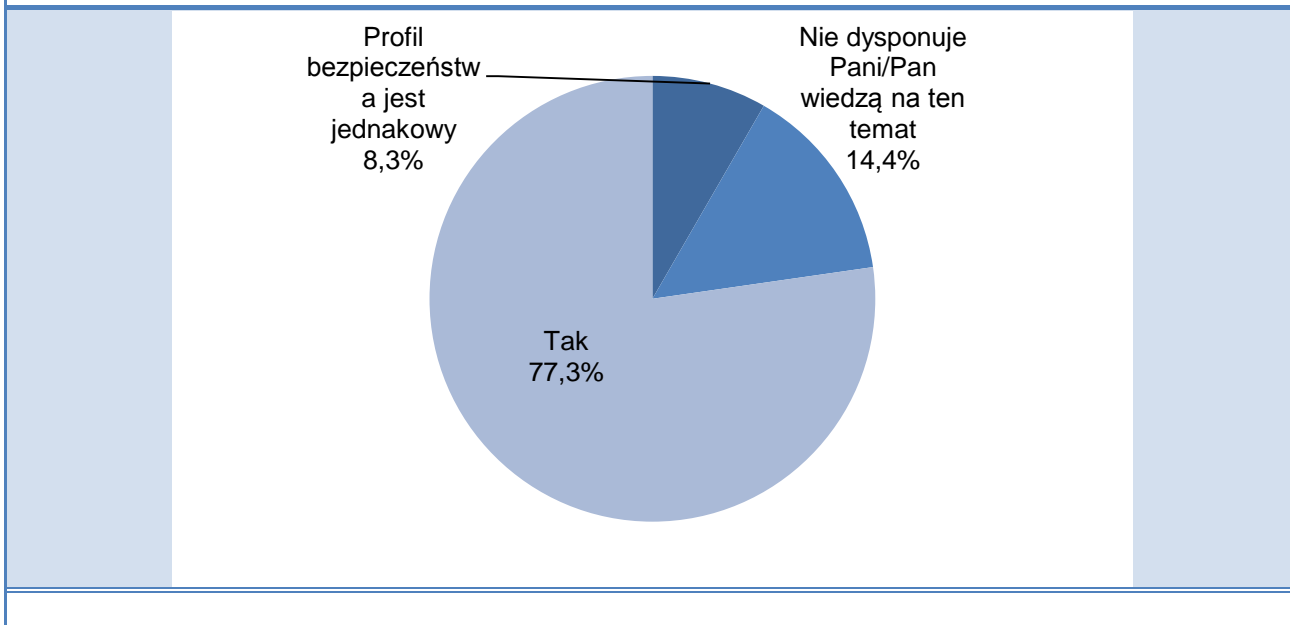
**Rysunek 68. Najczęściej stosowane preparaty leków antycholinergicznnych przez badaczy w ostatnich 3 miesiącach**



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn - EDYCJA 2

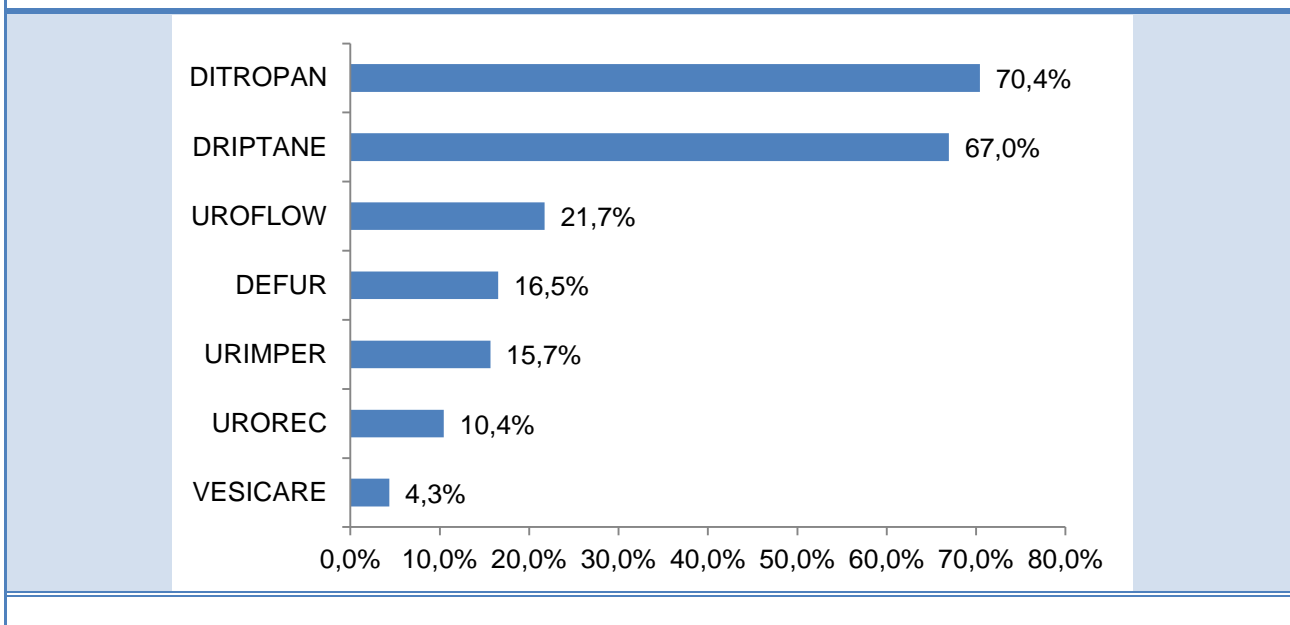
Ponad  $\frac{3}{4}$  ankietowanych lekarzy ma wyrobioną opinię, które z leków antycholinergicznych dają najczęściej powikłania. 14,4% ogółu nie dysponuje wiedzą na ten temat. Z kolei 8,3% badaczy stwierdziło, że profil bezpieczeństwa jest jednakowy.

**Rysunek 69. Czy lekarz ma wyrobioną opinię na temat, które z leków antycholinergicznych dają najczęściej powikłania**



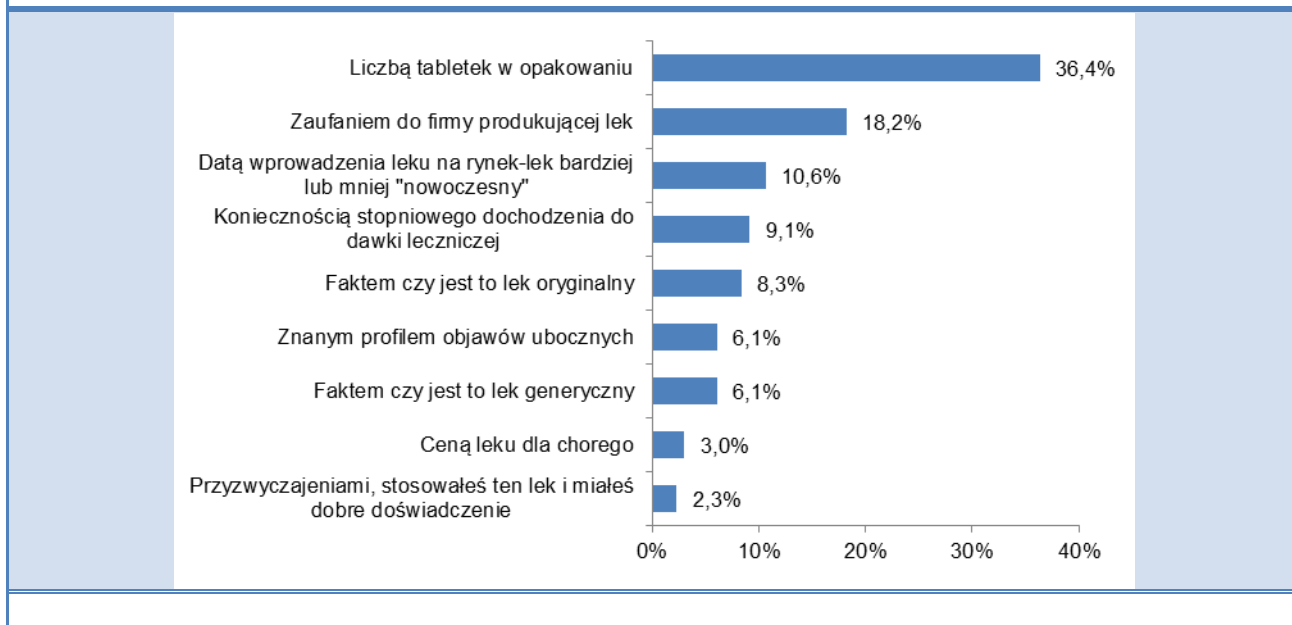
Ditropan oraz driptane to leki antycholinergiczne, które zostały wskazane przez największą grupę lekarzy jako te które dają najczęściej powikłania. Uroflow został wskazany przez niemal co 5 lekarza jako ten, który daje najczęściej powikłania. Vesicare to lek antycholinergiczny, który został wskazany jako ten, który daje najczęściej powikłania przez najmniejszy odsetek omawianej grupy respondentów.

**Rysunek 70. Leki antycholinergiczne, które dają najczęściej powikłania**



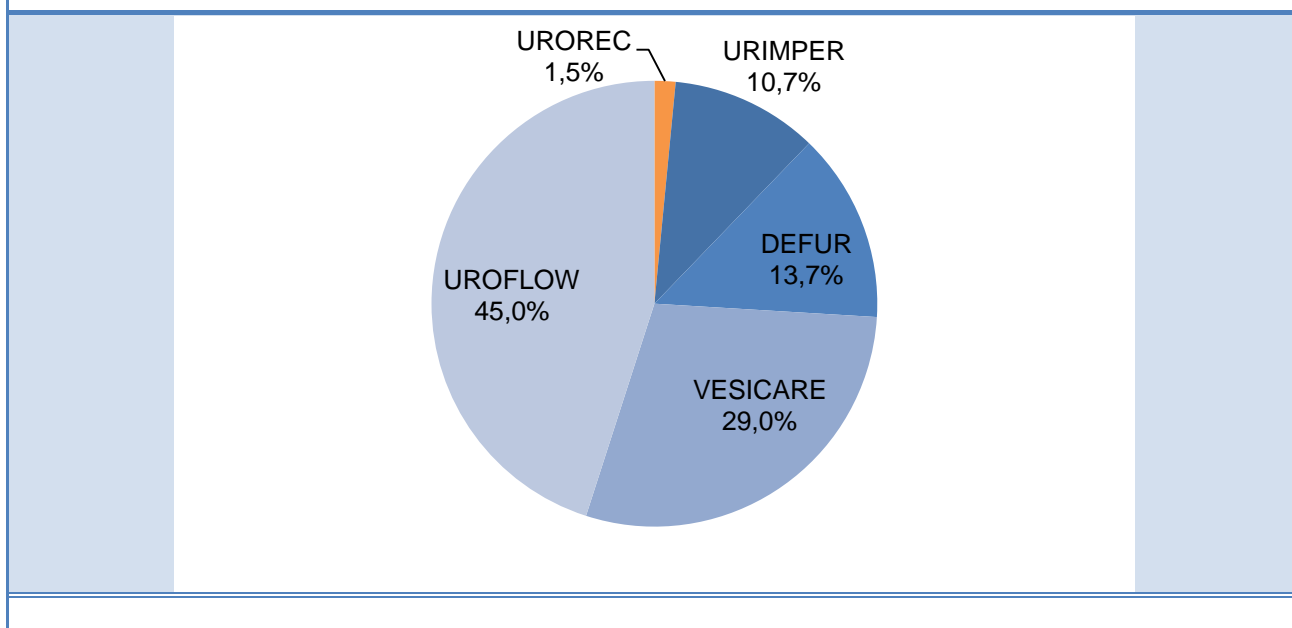
W kolejnym pytaniu ankiety zapytano badaczy jaki jest ich zdaniem najważniejszy powód, którym się kierują przy wyborze leku antycholinergicznego. Głównym powodem wyboru leku antycholinergicznego w opinii ponad 36 na 100 respondentów jest liczba tabletek w opakowaniu. 18,2% ogółu kieruje się zaufaniem do firmy produkującej lek. Poniższy wykres obrazuje dokładny rozkład najważniejszych powodów, którymi kierują się lekarze przy wyborze leku antycholinergicznego.

**Rysunek 71. Najważniejszy powód, którym kieruje się lekarz przy wyborze leku antycholinergicznego**



Uroflow to najintensywniej promowany przez lekarzy preparat w ciągu ostatnich 3 miesięcy, lek ten wskazało 45 na 100 respondentów. Vesicare albo defur stosuje odpowiednio 29,0% albo 13,7% ogółu. Najrzadziej wskazywanym preparatem jako najczęściej promowany był urorec (1,5% wskazań).

**Rysunek 72. Który z preparatów był najintensywniej promowany według lekarza w ciągu ostatnich 3 miesięcy?**



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn - EDYCJA 2

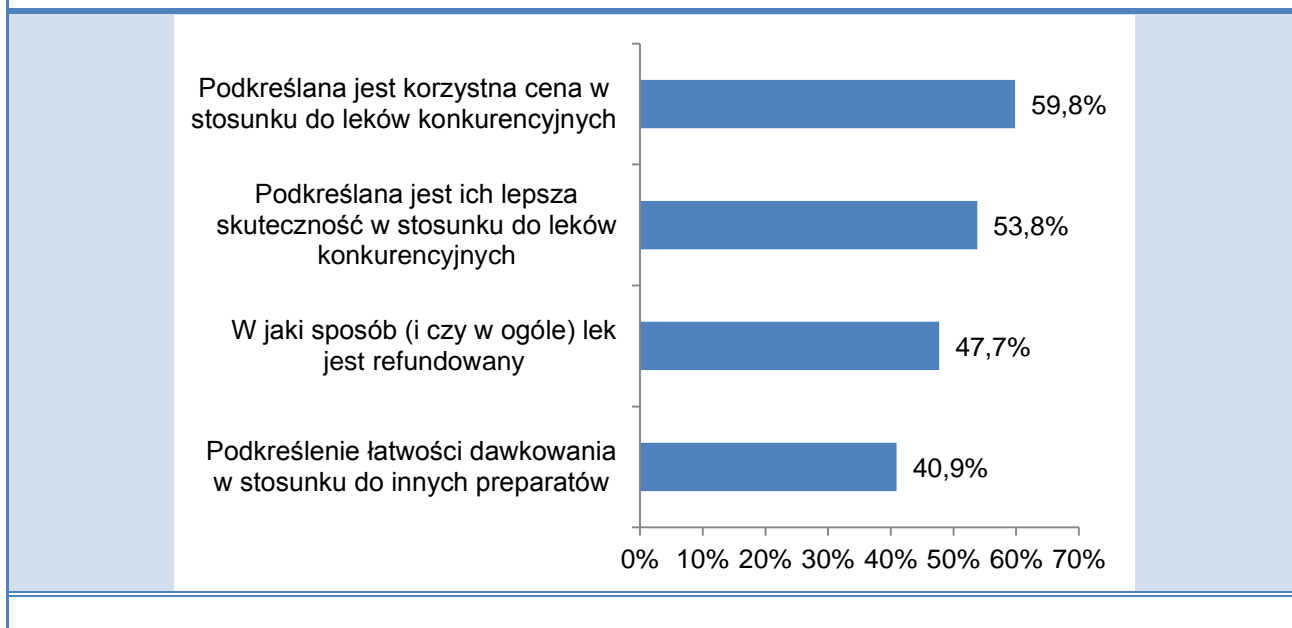
Skuteczność oraz bezpieczeństwo to zagadnienia merytoryczne, na które jest głównie kładziony nacisk podczas rozmowy o leku (odpowiednio 87,1% oraz 62,1% ogółu). Profil pacjenta odnoszący największą korzyść ze stosowania leku to najrzadziej wskazywane zagadnienie merytoryczne.

**Rysunek 73. Podczas rozmowy o leku główny nacisk kładziony jest na zagadnienia merytoryczne:**



Podkreślanie korzystnej ceny lub lepszej skuteczności w stosunku do leków konkurencyjnych to zagadnienia marketingowe, na które głównie jest kładziony nacisk podczas rozmowy (odpowiednio 59,8% lub 53,8% wskazań). Podkreślenie łatwości dawkowania w stosunku do innych preparatów wskazało 40,9% ogółu badaczy.

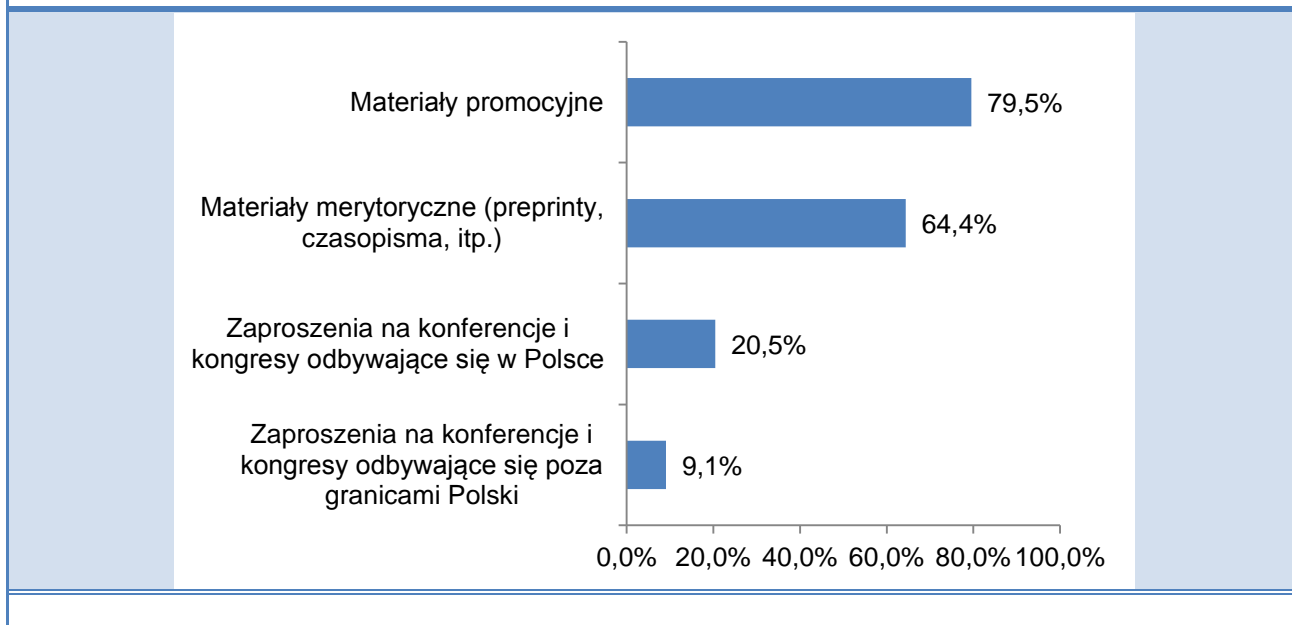
**Rysunek 74. Podczas rozmowy o leku główny nacisk kładziony jest na zagadnienia marketingowe:**



Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn - EDYCJA 2

Materiały promocyjne oraz materiały merytoryczne to najczęściej otrzymywane profity lekarzy podczas wizyt przedstawicieli firm medycznych (odpowiednio 79,5% oraz 64,4% ogółu). Zaproszenia na konferencje i kongresy odbywające się w Polsce otrzymał ponad co 5 lekarz. 9,1% ogółu badaczy wskazało zaproszenia na konferencje i kongresy odbywające się poza granicami Polski.

**Rysunek 75. Profity lekarzy podczas wizyty przedstawiciela firmy medycznej?**



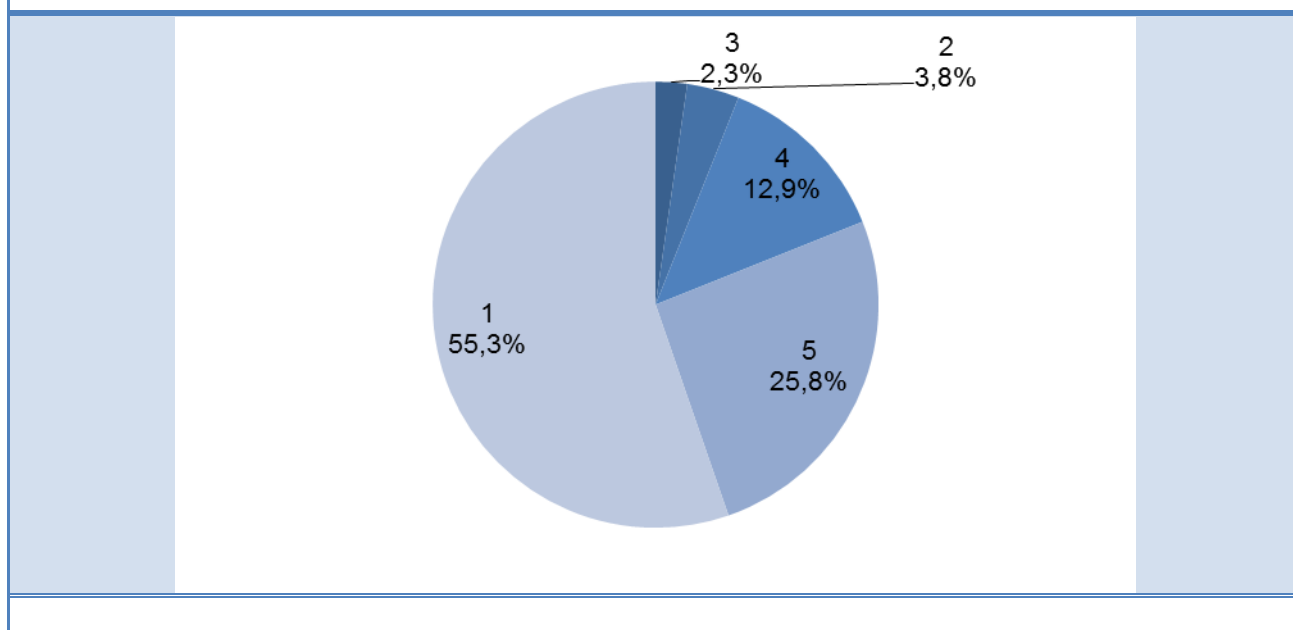


Na poniższym wykresie ze względów estetycznych zdecydowano się na przypisanie wartości liczbowej poszczególnym odpowiedziom w następujący sposób:

- 1 - Czasami tak, gdyż uzyskała Pani/Pan jakieś wcześniej nieznanne fakty,
- 2 - Nie, gdyż uważa Pani/Pan że przedstawiciele starają się wypromować lek na zasadach marketingowych a nie merytorycznych (naukowych),
- 3 - Nie, gdyż uznaje to Pani/Pan za nieuprawnioną ingerencję w swoje kompetencje,
- 4 - Nie, gdyż wiedzę o lekach czerpie Pani/Pan z prasy fachowej i konferencji naukowych,
- 5 - Zdecydowanie tak, jest to często pierwsza informacja leku.

Ponad połowa ankietowanych lekarzy twierdzi, że wizyta firmy medycznej czasami wpływa na postępowanie lekarza, gdyż można w ten sposób uzyskać wcześniej nieznanne fakty. 25,8% respondentów odpowiedziało, że taka wizyta wpływa na postępowanie lekarza, gdyż dzięki temu można uzyskać pierwszą informację o leku. Znaczna część ankietowanych (12,9%) zadeklarowała, że wiedzę o lekach czerpie z prasy fachowej i konferencji naukowych, dlatego wizyta przedstawiciela nie wpływa na jego postępowanie. Znikomy odsetek badanych stwierdził, że wizyta nie wpływa na postępowanie lekarza, gdyż przedstawiciele starają się wypromować lek na zasadach marketingowych, a nie merytorycznych. Jeszcze mniejsza część ankietowanych uważa, że wizyta firmy medycznej jest nieuprawnioną ingerencją w swoje kompetencje.

**Rysunek 76. Czy wizyta przedstawiciela firmy medycznej wpływa na postępowanie lekarza?**

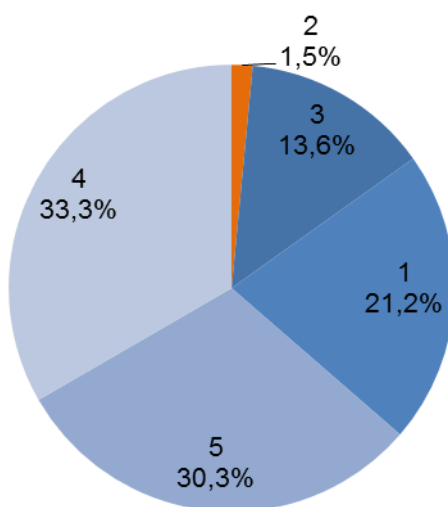


Na poniższym wykresie ze względów estetycznych zdecydowano się na przypisanie wartości liczbowej poszczególnym odpowiedziom w następujący sposób:

- 1 - Daje Pani/Pan do zrozumienia, że informacja jest cenna i zastanowi się Pani/Pan nad stosowaniem leku,
- 2 - Daje Pani/Pan do zrozumienia, że lek nie odróżnia się korzystnie od leków, które stosowała Pani/Pan dotychczas,
- 3 - Przyjmuje Pani/Pan przekazane informacje bez komentarzy,
- 4 - Przyjmuje Pani/Pan przekazane informacje bez komentarzy,
- 5 - Stara się Pani/Pan dyskutować, jeżeli nie zgadzasz się Pani/Pan z formą przekazywania informacji.

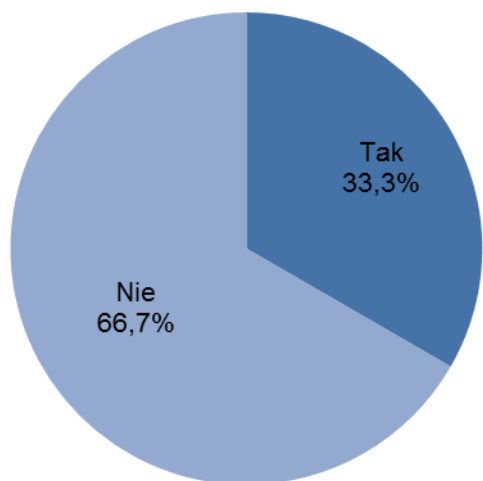
Co trzeci ankietowany badacz przyjmuje przekaz informacji bez komentarzy, natomiast 30,3% ogółu stara się dyskutować, jeżeli nie zgadzają się z formą przekazywania informacji. 21,2% ogółu daje do zrozumienia, że informacja jest cenna i zastanowią się nad stosowaniem leku.

**Rysunek 77. Zachowanie lekarza podczas wizyty przedstawiciela firmy medycznej**



Zapytano lekarza czy w ciągu ostatniego roku wizyta przedstawiciela firmy medycznej wpłynęła na zmianę leku, który stosował uprzednio. 66,7% ogółu udzieliło odpowiedzi „nie”. Co trzeci badacz po wizycie przedstawiciela firmy medycznej zmienił uprzednio stosowany lek. Wszystkie osoby, które zmieniły ditropan albo urorec zmieniły je na uroflow. Poniższa tabela przedstawia rozkład zamian leków po wizycie przedstawiciela firmy medycznej.

**Rysunek 78. Czy w ciągu ostatniego roku wizyta przedstawiciela firmy medycznej wpłynęła na zmianę leku, który stosowała Pani/Pan uprzednio.**



**Tabela 2. Zamiana z jakiego leku na jaki (nazwy handlowe)?**

		Zmiana na:			
		DEFUR	URIMPER	UROFLOW	VESICARE
Zmiana z:	DEFUR	-	-	75,0%	25,0%
	DITROPAN	-	-	100,0%	-
	DRIPTANE	-	6,7%	80,0%	13,3%
	UROFLOW	33,3%	16,7%	-	50,0%
	UROREC	-	-	100,0%	-
	VESICARE	-	-	100,0%	-

## Wnioski i rekomendacje uczestników badania

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

- „Z zainteresowaniem wypełniłem obie części badania. Udział w badaniu zmusił mnie do zastanowienia się nad moim podejściem do problemu pęcherza nadreaktywnego. W natłoku codziennych obowiązków nie ma zwykle czasu na podsumowania, na spojrzenie z perspektywy na własną działalność leczniczą. Układ formularzy, pytania były jasne i czytelne, choć niektóre z nich zmusiły mnie do wysiłku intelektualnego (poszperania w podręcznikach) co odbieram jako dodatkową korzyść z udziału w badaniu.”
- „Program pozwalający odświeżyć wiedzę na temat OAB. Ilość pytań dobrze dopasowana.”,
- „Program z dużą ilością pytań, które pozwoliły mi przypomnieć sobie posiadanych wiadomości. Problemy poruszane na temat pęcherza nadreaktywnego trafne.”,
- „Serdecznie dziękuję za zaproszenie do badania, które miało bardzo szczegółową i rozbudowaną formę. Czytając każde z pytań a w zasadzie szerokich opisów bardzo łatwo dostrzec nieprawdopodobnie dużą wiedzę autora jego wspaniałe przygotowanie merytoryczne doskonale formułowanie myśli i ogromny wkład merytoryczny i stylistyczny. Cały materiał obejmuje zagadnienie funkcjonowania patologii i diagnostyki układu moczowego i to od podstawowej komórki i receptorów do wymiaru makro i urodynamiki.”,
- „Pomysł projektu badawczego w wersji online, uważam za bardzo dobry.”.

Spora część lekarzy zgłosiła także sugestie oraz krytyczne uwagi dotyczące badania. Dotyczyły one przede wszystkim zbyt dużej obszerności ankiety, zarówno pod względem merytorycznym, jak i czasowym. Wśród wypowiedzi respondentów pojawiły się m.in. następujące komentarze:

- „Uważam, że program jest zbyt szczegółowy. Niektóre pytania są niejasno sformułowane i brakuje im alternatywnych odpowiedzi.”,
- „Moim zdaniem program badawczy obejmował za dużo pytań zbyt szczegółowych, które często wykraczały poza praktykę gabinetową.” \

Odnotowano również wiele głosów, które wskazywały, że kwestie poruszone w badaniu rozwinęły wiedzę lekarzy w nim uczestniczących co obrazują słowa:

- „Po wypełnieniu powyższego formularza niezbędne będzie przypomnienie pewnych informacji, głównie dotyczących typów receptorów muskarynowych. pęcherza moczowego.”,
- „Nad wieloma informacjami nie zastanawiamy się w codziennej praktyce, a ten program zmusza do odświeżenia wiedzy na temat leków, terapii nietrzymania moczu i pęcherza nadreaktywnego.”.

Uczestniczący w badaniu specjaliści stwierdzili potrzebę kontynuacji i rozszerzenia zakresu tematycznego tego typu projektów, co wyrażają słowa:

- „Pragnę oświadczyć, iż program w bardzo istotny i dość "brutalny" sposób odświeżył moją wiedzę na temat, który wydawał mi się w pełni opanowany. Jak widać rutyna to nie zawsze najlepszy doradca a powtórzenie teorii i bycie "na bieżąco" to nasz obowiązek. Proponuje powtarzanie programu także na inne tematy urologiczne.”,
- „Oceniam bardzo pozytywnie tego typu badania. Często zapomniane wiadomości na temat konkretnego preparatu przypominamy sobie, są one pomijane w codziennej rutynowej pracy. Uważam, że tego typu projekty są bardzo przydatne z korzyścią dla lekarza i pacjenta.”.

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn - EDYCJA 2

### Spis rysunków

Rysunek 1. Czy w praktyce można NM traktować za wysiłkowe lub z tzw. parcia? .....	2
Rysunek 2. Jaka jest przyczyna kroplowania moczu po mikcji u mężczyzn? .....	3
Rysunek 3. NM dotyczy: .....	3
Rysunek 4. Czy podana definicja (ICS w 2002 r. International Incontinence Society) pęcherza nadreaktywnego to: OAB – jest wieloobjawowym zespołem, na który składają się parcia naglące i naglące nietrzymanie moczu, zwykle współistniejące z częstomoczem i nykturią. ....	4
Rysunek 5. Typy pęcherza nadaktywnego .....	4
Rysunek 6. Teorie dotyczące powstawania OAB .....	5
Rysunek 7. Czynniki wykluczane u chorych .....	6
Rysunek 8. Badania konieczne do diagnozy OAB .....	6
Rysunek 9. Co to jest NM z naglących parć na pęcherz? .....	7
Rysunek 10. Czy to prawda, że objawowa nadreaktywność pęcherza moczowego to stan z objawami: częstomocz, parcia naglące oraz NM typu parcia naglącego? .....	7
Rysunek 11. Co to jest NM typu mieszanego? .....	8
Rysunek 12. NM z przepełnienia – występuje, gdy jest upośledzone czucie wewnątrzpęcherzowe oraz jest brak prawidłowego odruchu rozpoczęcia mikcji. Pęcherz rozciąga się do granic elastyczności. Mocz wycieka, gdy nie są w stanie mechanizmy zwieraczowe zrekompensować naporu moczu w przepełnionym pęcherzu. Czy jest to stwierdzenie prawdziwe? .....	8
Rysunek 13. Jakie elementy określa profilometria cewkowa w badaniu urodynamicznym? .....	9
Rysunek 14. Jakie dane dostarcza badanie urodynamiczne w fazie opróżniania pęcherza? .....	9
Rysunek 15. Przyczyną trudności opróżniania pęcherza moczowego może być przeszkoda podpęcherzowa (o charakterze anatomicznym lub czynnościowym). Co powoduje przeszkoda natury czynnościowej? .....	10
Rysunek 16. Co powoduje przeszkoda podpęcherzowa? .....	10
Rysunek 17. Co może się stać z upływem czasu trwania przeszkody podpęcherzowej? .....	11
Rysunek 18. Czy jest prawdą, że rozpoznanie typu i stopnia NM ma fundamentalne znaczenie dla .....	12
Rysunek 19. Czy jest prawdą, że rozpoznanie typu i stopnia NM ma fundamentalne znaczenie dla .....	12
Rysunek 20. Spośród pięciu podtypów muskarynowych (M) w pęcherzu moczowym stwierdzono: .....	13
Rysunek 21. Preparaty antycholinergiczne i spazmolityczne najdłużej stosowane w terapii OAB .....	14
Rysunek 22. Główny efekt niepożądany powodujący odstawienie oksybutyny szczególnie w leczeniu długotrwałym .....	15
Rysunek 23. Jaka jest nazwa antycholinergika selektywnego do receptorów muskarynowych o małym działaniu niepożądanym? .....	15
Rysunek 24. Czy tolterodyna jest skutecznym i bezpiecznym lekiem dla chorych na BPH i OAB? .....	16
Rysunek 25. Efekt działania antycholinergików: .....	17
Rysunek 26. Przeciwwskazania do stosowania wszystkich antycholinergicznych preparatów .....	18
Rysunek 27. Niepożądane działania leków antycholinergicznych .....	18
Rysunek 28. Czy w terapii OAB mają znaczenie wspomagające leki: .....	19
Rysunek 29. Który z preparatów antycholinergicznych wg ICI ma najwyższy stopień referencyjności (tj. wysoki profil skuteczności i bezpieczeństwa)? .....	20
Rysunek 30. Przeciwwskazania do stosowania neurotoksyn .....	20
Rysunek 31. Metody stosowane w terapii OAB? .....	21
Rysunek 32. Ocena zalegania moczu po mikcji jest ważna u pacjentów z ryzykiem zaburzeń w fazie opróżniania z powodu: .....	22

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn - EDYCJA 2

Rysunek 33. Uretrocystografia umożliwia rozpoznanie: .....	23
Rysunek 34. Czy w skład badania urodynamicznego wchodzi : dzienniczek mikcji i pomiar zalegającego moczu w pęcherzu po mikcji? .....	24
Rysunek 35. Nieinwazyjne metody badania urodynamicznego .....	25
Rysunek 36. Inwazyjne metody badania urodynamicznego.....	26
Rysunek 37. Czy do prawidłowych wartości w karcie mikcyjnej należą: częstomocz dzienny 6 – 7 razy; nykturia 0 – 1 razy; częstomocz dobowy 8 razy; nocna objętość moczu poniżej 20% dobowej objętości wydalonego moczu?.....	27
Rysunek 38. Ocena zalegania moczu jest częściej wykonywana u mężczyzn czy u kobiet?.....	28
Rysunek 39. Ile dni pacjent winien wypełniać dzienniczek mikcji? .....	28
Rysunek 40. Czy dzienniczek mikcji jest czołowym i swoistym badaniem urodynamicznym, który pozwala na rozpoznanie rodzaju zaburzeń mikcji? .....	29
Rysunek 41. Czy w miejscowej terapii estrogenowej preparaty estriolu i estradiolu są porównywalnie efektywne w łagodzeniu oraz leczeniu atrofii urogenitalnej kobiet? .....	29
Rysunek 42. Czy najczęstszymi niepożądanymi objawami po lekach antycholinergicznym są?.....	30
Rysunek 43. Czy do czynników miejscowych innych przyczyn OAB zaliczają się: infekcje i/lub nowotwory dróg moczowych, ciała obce, kamienie moczowe, zaleganie moczu po mikcji? .....	30
Rysunek 44. Czy do czynników miejscowych innych przyczyn OAB zaliczają się: infekcje i/lub nowotwory dróg moczowych, ciała obce, kamienie moczowe, zaleganie moczu po mikcji? .....	31
Rysunek 45. Czy do czynników miejscowych innych przyczyn OAB zaliczają się: infekcje i/lub nowotwory dróg moczowych, ciała obce, kamienie moczowe, zaleganie moczu po mikcji? .....	32
Rysunek 46. Czy zakażenia dolnych dróg moczowych mogą wywoływać objawy OAB? .....	32
Rysunek 47. Czy u kobiet premenopauzalnych antykoncepcja zmniejsza ryzyko NM? .....	33
Rysunek 48. Czy po radioterapii w leczeniu parć nagłych lekami pierwszego rzutu są preparaty antycholinergiczne, a gdy brak po nich efektu – toksyna botulinowa? .....	33
Rysunek 49. Które z leków antycholinergicznym posiadają stopień rekomendacji 1A? .....	34
Rysunek 50. Czy desmopresyna zmniejsza diurezę i może spowodować zaburzenia elektrolitowe? .....	34
Rysunek 51. Czy prawdziwe jest stwierdzenie: toksyna botulinowa to neurotoksyna hamująca wydzielanie acetylocholino z cholinergicznym pęcherzyków presynaptycznym powodująca odwracalną denerwację? .....	35
Rysunek 52. Które z dawek solifenacyny są stosowane w terapii OAB? .....	35
Rysunek 53. Jak jest skuteczne dawkowanie oksybutyniny .....	36
Rysunek 54. Darifenacyna stosowana jest w dawce: .....	36
Rysunek 55. Jak jest skuteczne dawkowanie oksybutyniny. ....	37
Rysunek 56. Tolterodyna jest selektywna wobec których receptorów muskarynowych: .....	37
Rysunek 57. Dawkowanie fesoterodyny .....	38
Rysunek 58. Przy ordynowaniu leków antycholinergicznym należy uwzględnić potrzebę chorego np. krótki czas półtrwania - gdy brany jest przed wyjściem z domu; nasilenie dolegliwości – lek o długim czasie półtrwania , bo brany codziennie; wiek chorego – chodzi o wyeliminowanie upośledzenia zdolności poznawczych. Czy są to zasady prawidłowe? .....	38
Rysunek 59. Czy czas półtrwania oksybutyniny to 3-4 godzin? .....	39
Rysunek 60. Czy czas półtrwania tolterodyny to 3-6 godzin?.....	39
Rysunek 61. Niska skuteczność terapii lekami antycholinergicznymi może wynikać:.....	40
Rysunek 62. Działania niepożądane można zmniejszyć przez :.....	40
Rysunek 63. Możliwości łagodzenia działania ubocznego leków antycholinergicznym to: .....	41
Rysunek 64. Przed ordynacją każdego z antycholinergicznym należy: .....	41
Rysunek 65. Czy lekarz wie które z leków antycholinergicznym są najtańsze? .....	42
Rysunek 66. Najtańsze leki antycholinergicznym. ....	42

Wytyczne (Guidelines of European Association of Urology) a praktyka codzienna w poradniach urologicznym w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zakresie BPH, LUTS i nadreaktywności pęcherza u mężczyzn - EDYCJA 2

Rysunek 67. Jak często w praktyce chorzy proszą, o zamianę przepisane go leku antycholinergicznego na tańszy? .....	43
Rysunek 68. Najczęściej stosowane preparaty leków antycholinergiczn ych przez badaczy w ostatnich 3 miesiącach.....	43
Rysunek 69. Czy lekarz ma wyrobioną opinię na temat, które z leków antycholinergiczn ych dają najczęściej powikłania.....	44
Rysunek 70. Leki antycholinergiczne, które dają najczęściej powikłania.....	44
Rysunek 71. Najważniejszy powód, którym kieruje się lekarz przy wyborze leku antycholinergicznego.....	45
Rysunek 72. Który z preparatów był najintensywniej promowany według lekarza w ciągu ostatnich 3 miesięcy? .....	45
Rysunek 73. Podczas rozmowy o leku główny nacisk kładziony jest na zagadnienia merytoryczne: .....	46
Rysunek 74. Podczas rozmowy o leku główny nacisk kładziony jest na zagadnienia marketingowe: .....	46
Rysunek 75. Profity lekarzy podczas wizyty przedstawiciela firmy medycznej? .....	47
Rysunek 76. Czy wizyta przedstawiciela firmy medycznej wpływa na postępowanie lekarza? .....	48
Rysunek 77. Zachowanie lekarza podczas wizyty przedstawiciela firmy medycznej .....	49
Rysunek 78. Czy w ciągu ostatniego roku wizyta przedstawiciela firmy medycznej wpłynęła na zamianę leku, który stosowała Pani/Pan uprzednio.....	50

## ***Spis tabel***

Tabela 1. Karta mikcyjna z prawidłowymi danymi .....	27
Tabela 2. Zamiana z jakiego leku na jaki (nazwy handlowe)? .....	50