

původní práce

RŮZNÉ POHLEDY NA PROBLEMATIKU HYPERAKTIVNÍHO MOČOVÉHO MĚCHÝŘE ZE STRANY PACIENTA A ZE STRANY LÉKAŘE – SPECIALISTY

DIFFERENT PERSPECTIVE OF OVERACTIVE
BLADDER FROM A VIEW OF PATIENTS AND UROLOGISTS

Roman Zachoval¹, Jan Krhut²,
Miroslav Záleský¹, Vladimír Borovička¹

¹Urologické oddělení Fakultní
Thomayerova nemocnice, Praha

²Urologické oddělení, Fakultní nemocnice
Ostrava

Došlo: 6. 8. 2010.

Přijato: 22. 9. 2010.

Kontaktní adresa

doc. MUDr. Roman Zachoval, PhD.

Urologické oddělení FTN

Vídeňská 800, 140 59 Praha 4

e-mail: roman.zachoval@ftn.cz

Tato práce vznikla s podporou firmy Pfizer
spol. s r.o.

Souhrn

Zachoval R, Krhut J, Záleský M, Borovička V. Různé pohledy na problematiku hyperaktivního močového měchýře ze strany pacienta a ze strany lékaře – specialisty

Cíl:

Výrazný kvantitativní nárůst pozornosti o hyperaktivní močový měchýř (OAB) v poslední době vždy nedoprovázel adekvát-

ní kvalitativní nárůst vědomostí ze strany odborné i laické veřejnosti. Z tohoto důvodu jsme mezi lékaři – specialisty a mezi pacienty provedli výzkum týkající se řady významných aspektů OAB.

Materiál a metoda:

Primárními cíli práce bylo zjistit, jaký je komplexní pohled na problematiku OAB ze strany pacienta, jaký je komplexní pohled ze strany lékaře – specialisty, a porovnat tyto dva pohledy. Sekundárním cílem práce bylo zhodnotit, zda lékaři při léčbě OAB využívají celé spektrum terapie. K těmto účelům byly vytvořeny dva dotazníky, jeden pro pacienty, kteří se pro OAB léčí, a druhý pro jejich lékaře. Dotazníky byly v červenci 2009 celoplošně distribuovány lékařům – specialistům v ambulantní i nemocniční sféře (83 urologů, 17 urogynnekologů) z databáze České urologické společnosti ČLS JEP a následně byly statisticky zpracovány.

Výsledky:

Kompletně vyplněné dotazníky byly získány od 59 lékařů a 329 pacientů. Strukturu vzorku pacientů tvořili ze 77 % ženy a z 23 % muži, výskyt OAB stoupal od 40 let plynule v každém decénium až do 70 let. Výskyt komorbidit v souboru pacientů byl vysoký, více než polovina pacientů trpěla kardiovaskulárními chorobami a přibližně u každého šestého pacienta byla přítomna chronická zácpa či demence.

Pacienti se nejvíc obávají inkontinence, a to mnohem více než tak závažných onemocnění a stavů, jako jsou rakovina, operace a ztráty zaměstnání. Pacienti mají od farmakologické léčby OAB velká očekávání, 95 % z nich očekává zlepšení svého stavu alespoň o 50 %, pouze u 31 % pacientů jsou však tato očekávání jednoznačně splněna. Nejnepříjemněji na farmakologické léčbě OAB je vnímán pocit suchosti v ústech (24 % pacientů) a dále nutnost používání více tablet denně (13 % pacientů). Velká většina pacientů (90 %) udává, že o problematice OAB existuje dostatek informací, ale 91 % pacientů očekává, že jim tyto informace poskytne lékař a nikoliv jiná média či multimedia.

Podle odhadů lékařů je výskyt komorbidit u pacientů mnohem menší, než tomu je ve skutečnosti. Preskribce jednotlivých anticholinergik 1. a 2. generace pro různé skupiny pacientů neodpovídá specifickým farmakologickým vlastnostem jednotlivých preparátů.

Závěr:

Pohledy na řadu aspektů týkajících se OAB se ze strany pacientů a lékařů – specialistů významně liší. Z toho důvodu je nutné pokračovat v dalším získávání informací o tomto onemocnění od obou stran a navzájem tyto pohledy především pomocí lepší osvěty a komunikace s pacienty přibližovat.

Klíčová slova:

hyperaktivní močový měchýř, očekávání, kvalita života.

Summary

Zachoval R, Krhut J, Záleský M, Borovička V. Different perspective of overactive bladder from a view of patients and urologists

Aim:

Significant increase of interest for overactive bladder (OAB) in the recent years has not been accompanied accordingly by an increase of knowledge among medical professionals and general population. This was a reason for our survey about important aspects of overactive bladder among medical professionals and normal population.

Material and methods:

Primary end point of the study was to find out what are points of view of medical professionals and general population on OAB and to

compare them. Secondary end point was to find out whether medical professionals utilize the whole spectrum of pharmacological treatment for OAB patients. There were two questionnaires used in this study, one for patients with OAB and the other for their professionals. Questionnaires were distributed in July 2009 among specialists from out patient and in patient departments in Czech Republic (83 urologists and 17 urogynecologists) selected from database of Czech Urological Society and then were statistically evaluated.

Results:

Completely filled out questionnaires were obtained from 59 specialists and 329 patients. In a group of patients 77% were females and 23% males and the incidence of OAB increased gradually from fourth to seventh decade of age. Incidence of comorbidities of patients was very high, more than half of patients suffered from cardiovascular conditions and every sixth patient chronic constipation or dementia was present.

Patients fear incontinence the most, even more than cancer, surgical procedure and loss of job in context of OAB. Patients have high expectations for pharmacological treatment of OAB, 95% of them expect more than 50% improvement of symptoms but in only 31% of patients these expectations are fulfilled. The most important side effect of pharmacological treatment of OAB is dry mouth (24% of patients) and need of administration of drugs more than once a day (13% of patients). The majority of patients (90%) have sufficiency of information about OAB but 91% of patients prefer to obtain it from a specialist and not from multimedia.

According to the opinion of specialists the incidence of comorbidities of patients is much smaller than reality. Administration of different antimuscarinics for patients with different comorbidities does not respond to specific pharmacologic characteristics of antimuscarinics.

Conclusion:

There are lot of different points of view on many aspects of OAB between medical professionals and general population. Therefore it is very important to acquire more data about this topic and to bring near the different points of view by means of better education and communication.

Key words:

overactive bladder, expectations, quality of life.

ÚVOD

Výskyt hyperaktivního močového měchýře (OAB – overactive bladder) je velmi vysoký, podle výsledků většiny velkých epidemiologických studií se pohybuje kolem 10–12 % ve věkové skupině obyvatelstva nad 40 let (1–3). Podle první velké epidemiologické studie provedené v loňském roce v České republice byla zjištěna prevalence OAB 11 %, z toho 13 % u žen a 8 % u mužů (4). Zájem odborné i laické veřejnosti o OAB výrazně stoupl v posledním desetiletí, zejména v souvislosti s objevením řady látek, které jsou schopny tento syndrom pozitivně ovlivnit, a zlepšit tak podstatným způsobem kvalitu života pacientů. Výrazný kvantitativní nárůst pozornosti o toto relativně nové téma však vždy nedoprovázel adekvátní kvalitativní nárůst vědomostí a znalostí. Proto v současné době mohou mít jak lékaři, tak i pacienti na problematiku OAB dosti odlišný pohled. Hlavní oblasti zájmu odborné a laické veřejnosti jsou:

- definice pojmu hyperaktivní močový měchýř a jeho příznaků,
- epidemiologie a množství výskytu u obou pohlaví,
- vlivu na kvalitu života a obav pacientů z progresu onemocnění,
- přítomnosti komorbidit u postižené populace,
- možností a využití jednotlivých druhů léčby,
- reálných očekávání od léčby a výskytu nežádoucích účinků,
- informovanosti odborné i laické veřejnosti, roli různých zdrojů informací a roli jednotlivých lékařských specializací v problematice OAB.

Z tohoto důvodu jsme jak mezi lékaři – specialisty, tak i mezi pacienty provedli výzkum, který by mohl přinést nové informace o výše uvedených aspektech problematiky OAB.

MATERIÁL A METODA

Primárními cíli práce bylo zjistit, jaký je komplexní pohled na problematiku OAB ze strany pacienta, jaký je komplexní pohled ze strany lékaře – specialisty, a porovnat tyto dva pohledy. Sekundárním cílem práce bylo zhodnotit, zda lékaři při léčbě OAB využívají celé spektrum terapie. K těmto účelům byly vytvořeny dva dotazníky, jeden pro pacienty, kteří se pro

OAB léčí, a druhý pro jejich lékaře. Dotazník pro pacienty byl rozdělen na dvě části. První obsahovala skutečné a objektivní údaje o daném pacientovi s OAB (vyplnil ošetřující lékař) (obr. 1a) a druhá subjektivní názory daného pacienta na různé aspekty problematiky OAB (vyplnil sám pacient) (obr. 1b). Ve druhé části dotazníku pro pacienty byly odpovědi na otázky postaveny buď formou spontánních odpovědí pacientů, nebo formou tzv. „multiple choice“ odpovědí, což mělo diferencovat mezi spontánními znalostmi problematiky OAB mezi pacienty a znalostmi s určitým stupněm nápovědy. Dotazník pro lékaře obsahoval otázky na různé aspekty problematiky OAB tak, jak je subjektivně ošetřující lékař vnímal (obr. 2). Dotazníky byly v České republice celoplošně distribuovány lékařům – specialistům v ambulantní i nemocniční sféře (83 urologů, 17 urogynekologů) z databáze České urologické společnosti ČLS JEP tak, aby pokud možno co nejlépe reprezentovaly spektrum poskytovatelů zdravotní péče (graf 1). Dotazníky byly vyplněny u všech vhodných pacientů léčených pro OAB, kteří se do ordinace lékařů dostavili v měsíci červenci 2009. Zpracovatelem projektu byla renomovaná firma STEM/MARK zabývající se kromě jiného výzkumy veřejného mínění v různých oblastech.

VÝSLEDKY

Kompletně a validně vyplněné dotazníky byly získány od 59 lékařů a 329 pacientů.

Výsledky zpracování dotazníků pro pacienty

Strukturu vzorku pacientů tvořili ze 77 % ženy a z 23 % muži. Výskyt OAB stoupal od 40 let plynule v každém decénium až do 70 let (graf 2).

Výsledky zpracování dotazníků pro pacienty – objektivní údaje o jednotlivých pacientech získané od lékařů

Výskyt komorbidit v souboru pacientů byl vysoký. Více než polovina pacientů trpěla kardiovaskulárními chorobami a přibližně u každého šestého pacienta byla přítomna chronická zácpa či demence (graf 3).

Nefarmakologický léčebný postup byl využíván pouze u 30 % pacientů, z toho u dvou

Pacientský dotazník OAB

TUTO ČÁST VYPLNÍ LÉKAŘ:

Q1. Pacient je léčen:

Antimuskarinika 1. generace	1
Detrusitol SR	2
Vesicare	3
Toviaz	4

Pohlaví muž ☐ žena ☐

Věk _____ let

Délka trvání onemocnění _____ let

Komorbidity:

CNS (demence, RS) ☐ KVS (hypertenze) ☐ GIT (chronická zácpa) ☐

Historie léčby ☐ jiné ☐

a. Nefarmakologické postupy

Ano 1 => vyplšte: _____

Ne 2 _____

b. Farmakoterapie (minulá i současná)

Pacient byl léčen jinými preparáty před tím současným 1 => vyplšte: _____

Současný přípravek _____ 2 => vyplšte: _____

Pacient nebyl léčen farmakologicky 3

Obr. 1a.

Obr. 1.

Pacientský dotazník: objektivní údaje o pacientech (a), subjektivní názory pacientů (b)

Obr. 1.

Questionnaire for patients: objective data from medical records (a), subjective attitudes (b)

TUTO ČÁST DOTAZNÍKU VYPLNÍ PACIENT:

1. Jaká klíčová slova Vás napadnou v souvislosti s vyhledáváním informací o onemocnění hyperaktivní měchýř?

.....

2. Kdy jste se rozhodl/a poprvé navštívit lékaře (co Vás k návštěvě přimělo)?

.....

3. Které symptomy jsou pro Vás nejvíce obtěžující?

vyšší frekvence močení	1
nutkání na močení ve dne	2
nutkání na močení v noci	3
pomocování	4

4. V jaké oblasti Vás onemocnění nejvíce omezuje v běžném životě?

domácní aktivity	1
společenské aktivity, práce	2
spánek a výkonnost	3
sexuální život	4
psychika	5

5. Čeho se v souvislosti s onemocněním nejvíce obáváte?

.....

6. Jak hodnotíte svůj současný stav?

výborný	1
dobrý	2
neuspokojivý	3
špatný	4

7. Přála byste si, aby se Váš stav ještě více zlepšil?

určitě ano	1
spíše ano	2
spíše ne	3
určitě ne	4

8a. Co jste očekával/a od léčby?

zlepšení symptomů o 25%	1
zlepšení symptomů o 50%	2
zlepšení symptomů o 75%	3
úplné vymizení symptomů	4

8b. Naplnilo se toto Vaše očekávání?

určitě ano	1
spíše ano	2
spíše ne	3
určitě ne	4

9a. Za jak dlouho jste očekával/a, že se projeví účinek léčby?

za 2 týdny	1
za 1 měsíc	2
za 3 měsíce	3
za půl roku	4

9b. Naplnilo se toto Vaše očekávání?

určitě ano	1
spíše ano	2
spíše ne	3
určitě ne	4

10. Co považujete za největší úspěch léčby?

.....

11. Co je nejméně příjemné na léčbě?

Konkrétně:

12. Máte dostatek informací o léčbě?

určitě ano	1
spíše ano	2
spíše ne	3
určitě ne	4

13. Odkud získáváte informace o léčbě?

lékař	1
lékárník	2
přátelé a známí	3
noviny	4
literatura (knihy)	5
rádio	6
televize	7
internet	8

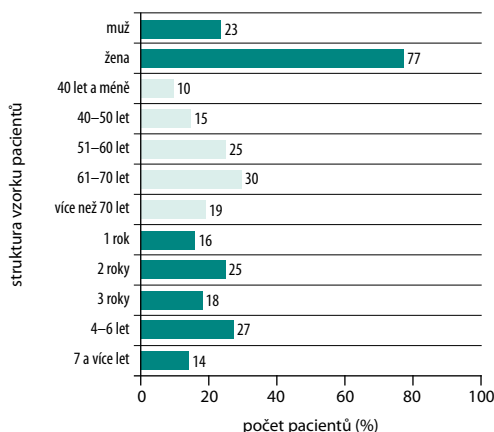
14. Jakého lékaře jste navštívil/a jako prvního?

praktický lékař	1
urolog	2
urogynnekolog	3
gynnekolog	4

15. Co obecně považujete za nejdůležitější na přístupu lékaře k pacientovi? (Bez ohledu na to, čeho by se léčba týkala.)

individuální přístup	1
vyšší odbornosti	2
přátelský přístup	3
umění naslouchat	4
jiné, vyplšte	5

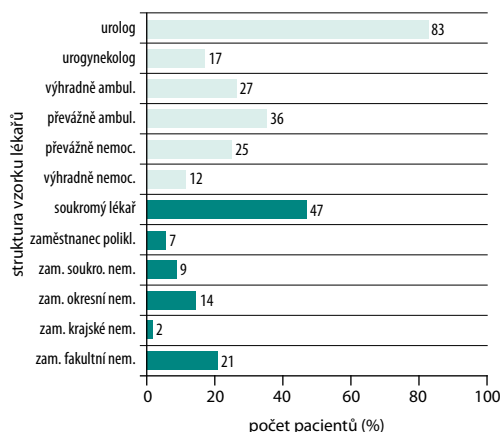
Obr. 1b.

**Graf 1.**

Struktura pacientů zařazených do studie

Graf 1.

Structure of patients in the study

**Graf 2.**

Struktura lékařů provádějících studii

Graf 2.

Structure of doctors in the study

Obr. 2d.

Q9b. Nyní bychom Vás chtěli požádat o porovnání antimuskarinik v těchto faktorech. Vaše hodnocení opět vyjadřujte na škále 1 až 10, kde 1= tato vlastnost přípravku zcela splňuje mé očekávání a 10=daný faktor přípravku vůbec nesplňuje mé očekávání.

Pokyn: Do každého řádku zapíšete 1 číslo podle škály v záhlaví tabulky.

Pro porovnání přípravků použijte hodnoty z následující škály:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Vůbec nesplňuje ← → Zcela splňuje

POROVNÁNÍ PŘÍPRAVKŮ v jednotlivých faktorech	Antimuskarinik a 1. generace	Detrusitol SR	Vesicare	Toviaz
1. Vysoká účinnost				
2. Dobrá snášenlivost				
3. Zvýšení kvality života				
4. Spokojenost pacienta				
5. Přijatelná cena				
6. Rychlé zmírnění symptomů				
7. Dlouhodobé zmírnění symptomů				
8. Snížení frekvence mikcí				
9. Snížení výskytu UI				
10. Zvýšení mikčního objemu				
11. Flexibilní dávkování				
12. Možnost titrace				
13. Prokázaná vyšší účinnost vyšší dávky				
14. Dávkování 1× denně				
15. Nízké lékové interakce				
16. Nižší lipofilita než ostatní antimuskarinika				
17. Vyšší selektivita k M3 receptorům				
18. Relativní orgánová selektivita				
19. Metabolismus bez účasti jaterního CYP				
20. Nižší výskyt sucha v ústech				
21. Nižší výskyt zácpy				
22. Nižší výskyt NÚ na CNS				
23. Nižší výskyt NÚ na KVS				
24. Méně časté přerušení léčby z důvodu NÚ				

Obr. 2e.

Q10a. Nolik je pro Vás DŮLEŽITÉ při výběru konkrétního antimuskarinika ZLEPŠENÍ stavu pacienta v následujících oblastech? Důležitost vyjadřujte na číselné škále od 1 do 10. (1=nejmenší důležitost a 10=největší důležitost)

Pokyn: V každém řádku zakroužkujte jednu odpověď.

ZLEPŠENÍ V OBLASTI:	Málo důležité					Velmi důležité				
1. Urgence na močení přes den	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Nykturie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Urgentní inkontinence	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Nízký mikční objem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Vysoká frekvence močení	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Denní aktivity	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Společenské aktivity, práce	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Spánek a výkonnost	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Sexuální život	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Psychika	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Q10b. Porovnejte nyní prosím jednotlivá antimuskarinika z hlediska schopnosti navodit ZLEPŠENÍ v těchto oblastech. Vaše hodnocení opět vyjadřujte na škále 1 až 10, kde 1=nízký účinek přípravku v této oblasti a 10=vysoký účinek přípravku v této oblasti.

Pokyn: Do každého řádku zapíšete 1 číslo podle škály v záhlaví tabulky.

Pro porovnání přípravků použijte hodnoty z následující škály:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nízké ← → Vysoké

POROVNÁNÍ PŘÍPRAVKŮ (ZLEPŠENÍ V OBLASTI:)	Antimuskarinik a 1. generace	Detrusitol SR	Vesicare	Toviaz
1. Urgence na močení přes den				
2. Nykturie				
3. Urgentní inkontinence				
4. Nízký mikční objem				
5. Vysoká frekvence močení				
6. Denní aktivity				
7. Společenské aktivity, práce				
8. Spánek a výkonnost				
9. Sexuální život				
10. Psychika				

Obr. 2f.

Q11a. Nolik jsou pro Vás DŮLEŽITÉ následující VLASTNOSTI při výběru konkrétního antimuskarinika? Důležitost vyjadřujte na číselné škále od 1 do 10. (1=nejmenší důležitost a 10=největší důležitost)

Pokyn: V každém řádku zakroužkujte jednu odpověď.

Přípravek...	Málo důležité					Velmi důležité				
1. ...poskytuje dodatečné zlepšení pacientům nespokojeným s terapií jinými antimuskariniky	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. ...poskytuje optimální a flexibilní dávkování se signifikantně lepším účinkem vyšší dávky	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. ...poskytuje optimální vyváženost mezi účinností a snášenlivostí	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. ...je účinný na všechny symptomy OAB	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. ...vysoké procento pacientů udává, že jejich stav se zlepšil nebo velmi zlepšil	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. ...méně než 1% pacientů muselo přerušit léčbu kvůli suchosti v ústech	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. ...poskytuje bezpečnou léčbu u pacientů s komorbiditami (demence, RS, hypertenze, chronická zácpa)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obr. 2g.

Q11b. Porovnejte nyní prosím jednotlivá antimuskarinika podle toho, nolik je vystihují jednotlivé výroky. Vaše hodnocení opět vyjadřujte na škále 1 až 10, kde 1=výrok přípravek vůbec nevystihuje a 10=výrok přípravek velice dobře vystihuje.

Pokyn: Do každého řádku zapíšete 1 číslo podle škály v záhlaví tabulky.

Pro porovnání přípravků použijte hodnoty z následující škály:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nevystihuje ← → Vystihuje

PŘÍPRAVEK...	Antimuskarinik a 1. generace	Detrusitol SR	Vesicare	Toviaz
1. ...poskytuje dodatečné zlepšení pacientům nespokojeným s terapií jinými antimuskariniky				
2. ...poskytuje optimální a flexibilní dávkování se signifikantně lepším účinkem vyšší dávky				
3. ...poskytuje optimální vyváženost mezi účinností a snášenlivostí				
4. ...je účinný na všechny symptomy OAB				
5. ...vysoké procento pacientů udává, že jejich stav se zlepšil nebo velmi zlepšil				
6. ...méně než 1% pacientů muselo přerušit léčbu kvůli suchosti v ústech				
7. ...poskytuje bezpečnou léčbu u pacientů s komorbiditami (demence, RS, hypertenze, chronická zácpa)				

Q12. Ohodnoťte prosím jaký přínos Vám přináší odlišný metabolismus fesoterodinu (Toviazu). Použijte škálu 1-10, kde 1=nízký přínos a 10=vysoký přínos

Pokyn: V každém řádku zakroužkujte jednu odpověď.

	Nízký přínos					Vysoký přínos				
1. vyvážený poměr mezi vysokou účinností a dobrou snášenlivostí	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. léčba není potřeba přizpůsobovat s ohledem na věk, pohlaví, rasu a typ metabolizéra - možnost léčby širšího spektra pacientů	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. vysoká míra předvídatelnosti účinku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. organizmus pacienta, který užívá více léčiv metabolizujících se přes játra, není touto léčbou tolik zatěžován	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. skutečný vztah mezi dávkou a účinkem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

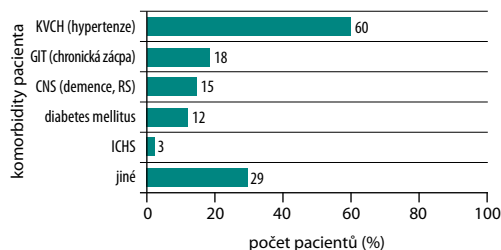
Obr. 2h.

Obr. 2.

Dotazník pro lékaře (a–h)

Obr. 2.

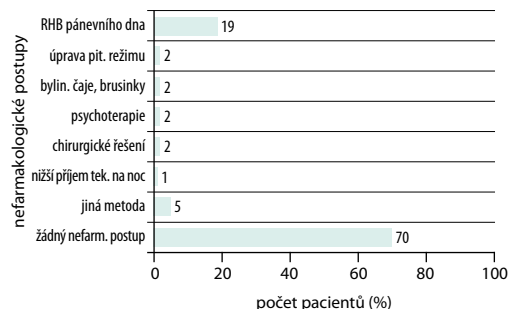
Questionnaire for doctors (a–h)

**Graf 3.**

Výskyt komorbidit u pacientů

Graf 3.

Incidence of comorbidities in patients with OAB

**Graf 4.**

Nefarmakologické postupy léčby OAB v souboru pacientů

Graf 4.

Non-pharmacological approaches in the treatment of OAB

třetin z nich se jednalo o jednu z forem rehabilitace pánevního dna (graf 4).

V souboru užívalo 40 % pacientů anticholinergika tzv. 1. generace (jiná než tolterodin, fesoterodin a solifenacin), 26 % pacientů solifenacin, 19 % pacientů tolterodin a 15 % pacientů fesoterodin. Přibližně jedné třetině pacientů byla anticholinergika tzv. 2. generace (tolterodin, fesoterodin a solifenacin) nasa-

zena jako primární léčba, u dvou třetin byly tyto preparáty nasazeny až po selhání léčby anticholinergiky 1. generace. Při volbě léčby anticholinergikem 1. nebo 2. generace nebyla zjištěna statistická významnost svědčící pro skutečnost, že by anticholinergika 2. generace byla preskibována pacientům s vyšším výskytem komorbidit (tab. 1) nebo ve vyšším věku (tab. 2).

Tab. 1. Volba anticholinergika v závislosti na charakteristikách pacientů**Table 1. Choice of antimuscarinic for the treatment of OAB according to comorbidities of patients**

		Přípravky 1. generace jako 1. volba	Přípravky 2. generace jako 1. volba	Přípravky 1. generace jako 2. volba	Přípravky 2. generace jako 2. volba	Celkem
Komorbidity	CNS (demenze, RS)	12	18	25	13	15
	KVCH (hypertenze)	57	54	83	59	60
	GIT (chronická zácpa)	14	12	36	17	18
	diabetes mellitus	14	10	17	10	12
	ICHS	3	0	3	3	3
	jiné	27	24	19	36	30

zeleně zvýrazněné pozadí = statistický významná korelace

Tab. 2. Volba anticholinergika v závislosti na věku pacientů**Table 2. Choice of antimuscarinic for the treatment of OAB according to age of patients**

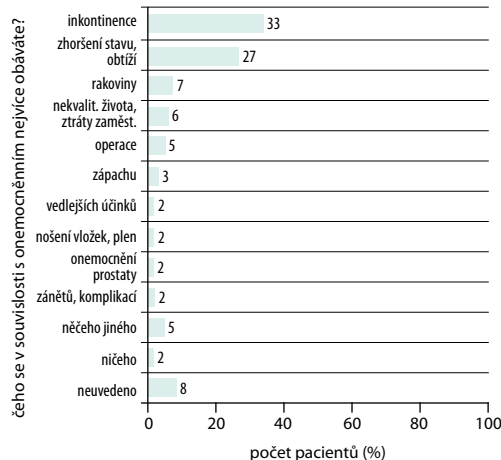
		Přípravky 1. generace jako 1. volba	Přípravky 2. generace jako 2. volba	Přípravky 1. generace jako 2. volba	Přípravky 2. generace jako 2. volba	Celkem
Věk pacienta (let)	průměr	60,3	57,6	60,3	57,9	58,8
	medián	61	59	65	58,5	60
	počet	95	50	36	144	325

Výsledky zpracování dotazníků pro pacienty – subjektivní názory pacientů na problematiku OAB

Při vyhledávání informací o OAB pacienti nejčastěji spontánně napadly následující pojmy: únik moči, inkontinence a pomočování ve 23 %, časté močení v 11 % a nucení na močení pouze v 8 %. Pacienti podle jejich spontánních odpovědí k první návštěvě lékaře pro OAB vedl únik moči ve 25 %, časté močení v 18 %, zhoršení obtíží ve 14 %, urgentní močení ve 12 % a noční močení v 7 %. Pokud si pacienti mohli vybrat z multiple choice odpovědi na otázku, co je nejvíce na OAB obtěžuje, odpověděli prakticky vyrovnaně na všechny čtyři odpovědi: pomočování, vyšší frekvence močení přes den, vyšší frekvence močení přes den a nutkání na močení. Velmi důležitým poznatkem je skutečnost, že pacienti se podle spontánních odpovědí zdaleka nejvíce obávají inkontinence, a to mnohem více než tak závažných onemocnění a stavů, jako jsou rakovina, operace, ztráty zaměstnání atd. (graf 5).

Svůj současný stav hodnotí 90 % pacientů jako alespoň dobrý, ale 88 % pacientů by si přálo ještě další zlepšení. Ukázalo se, že pacienti mají od farmakologické léčby OAB velká očekávání, 95 % z nich očekává zlepšení svého stavu alespoň o 50 %. Pouze u 31 % pacientů jsou však tato očekávání jednoznačně splněna (graf 6), přičemž platí, že čím větší očekávání pacient má, tím větší může být jeho nespokojenost s výsledkem léčby.

Rychlost nástupu účinku léčby je dobrá, většinou do 4 týdnů od zahájení terapie, a je s ní spokojeno 81 % pacientů. Za největší úspěch farmakologické léčby OAB podle spontánních odpovědí pacientů jsou pokládány zlepšení kvality života, snížení frekvence močení a zlepšení úniku moči. Snížení urgencí jako úspěch léčby je podle spontánních odpovědí pacientů oproti tomu udáváno pouze v malém množství. Nejnejpříjemnější na farmakologické léčbě OAB je podle spontánních odpovědí pacientů vnímán pocit suchosti v ústech (24 % pacientů) a dále nutnost používání více tablet denně (13 % pacientů). Mnohem méně často jsou nepříznivě vnímány další aspekty, jako je zácpa (8 % pacientů), nevolnost (1 % pacientů) či doplatky na lék (2 % pacientů). Velká většina pacientů (90 %) udává, že o problematice OAB existuje dostatek informací, ale 91 % pacientů očekává, že jim tyto informace poskytne lékař a nikoliv jiná média či multimedia (graf 7).

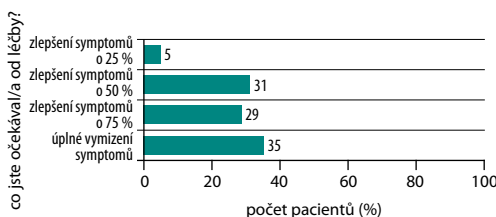


Graf 5.

Stavy, kterých se pacienti v souvislosti s OAB obávají

Graf 5.

The most feared conditions in relation to OAB

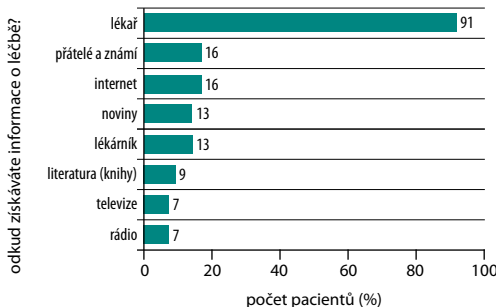


Graf 6.

Očekávání pacientů od léčby OAB

Graf 6.

Expectations of patients treated for OAB



Graf 7.

Vhodné zdroje informací o OAB z pohledu pacientů

Graf 7.

Adequate sources of information about OAB

První návštěva pacienta, který si stěžuje na OAB, vede v současné době ve 44 % k praktickému lékaři, ve 34 % k urologovi a ve 22 % ke gynekologovi. Pacienti si při vyšetření či

Tab. 3. Porovnání výskytu komorbidit podle výpisu ze zdravotní dokumentace a podle subjektivního názoru lékařů**Table 3.** Comparing of incidence of comorbidities according to the objective medical records and subjective opinion of doctors

	Pacienti	Lékaři
KVCH (hypertenze)	60	30
GIT (chronická zácpa)	18	10
CNS (demence, RS)	15	10
diabetes mellitus	12	nezjišťováno
ICHS	3	nezjišťováno
jiné	29	25

konzultaci ohledně OAB nejvíce cení individuálního přístupu a teprve poté vysoké odbornosti či přátelské komunikace s lékařem.

Výsledky zpracování dotazníků pro lékaře

Podle odhadů lékařů je výskyt komorbidit u pacientů mnohem menší, než tomu je ve sku-

tečnosti. Lékaři odhadují, že kardiovaskulární choroby se vyskytují přibližně u 30 % pacientů, zácpa u 10 % pacientů a demence také u 10 % pacientů. Porovnání těchto odhadů se skutečností zobrazuje tabulka 3.

Preskribce jednotlivých anticholinergik 1. a 2. generace pro různé skupiny pacientů (např. pro starší pacienty, pro pacienty s kardiovaskulárními chorobami, pro pacienty se zácpou, pro pacienty s demencí atd.) neodpovídá specifickým farmakologickým vlastnostem jednotlivých preparátů. Z průzkumu tedy vyplývá, že lékaři při předepisování jednotlivých anticholinergik vůbec nerozlišují, pro jakého pacienta (různý věk a různé komorbidity) je preparát určen (tab. 4).

Podle názoru lékařů anticholinergika 1. generace charakterizuje především vyšší výskyt nežádoucích účinků a nízká cena, anticholinergika 2. generace charakterizuje především dobrá účinnost a nízký výskyt nežádoucích účinků. Při léčbě OAB anticholinergikem je pro lékaře nejdůležitější, jak daný preparát ovlivňuje urgentní inkontinenci, poté nykturie, dále urgencye a nejméně frekventní močení přes den.

Tab. 4. Vztah léčby jednotlivými druhy anticholinergik k různým charakteristikám souboru pacientů**Table 4.** Relationship of different antimuscarinic treatment to different characteristics of patients

		Typický pacient s OAB, léčený 1. generací antimuskarinik			Pacient s OAB, vhodný pro léčbu přípravkem Detrusitol SR®			Pacient s OAB, vhodný pro léčbu přípravkem Vesicare®			Pacient s OAB, vhodný pro léčbu přípravkem Toviaz®		
		aritmetický průměr	prostřední hodnota (median)	N	aritmetický průměr	prostřední hodnota (median)	N	aritmetický průměr	prostřední hodnota (median)	N	aritmetický průměr	prostřední hodnota (median)	N
Pohlaví (%)	muž	23,2	20	57	20,2	20	52	19,5	15	56	19,8	17,5	44
	žena	77,2	80	58	79,8	80	52	80,5	85	56	80,2	82,5	44
Věk (let)	od	34,9	30	59	37,2	40	50	35,8	35	55	36,7	40	43
	do	78,8	80	59	75,2	77,5	52	74,5	75	56	73,9	75	43
Délka onemocnění (let)	v průměru od	1,5	1	57	1,4	1	51	1,5	1	56	1,3	1	41
	v průměru do	9,5	9	56	7,8	5	51	8	5	55	8,4	5	41
Komorbidity (%)	CNS (demence, RS)	13	10	59	10,5	8	52	15,9	10	55	12,7	5	43
	KVCH (hypertenze)	38,1	30	59	36,5	30,5	52	36,5	30	55	33,5	30	43
	GIT (chronická zácpa)	15,1	10	58	14,4	10	51	12,5	10	55	9,8	10	43
	jiné komorbidity	25,9	20	58	23,4	20	51	24,2	20	55	24,1	10	43
Pacienti (%)	ze všech pacientů s OAB	49,3	50	54	16,2	15	54	26,5	20	54	10,7	10	54

DISKUSE

Výskyt hyperaktivního močového měchýře je velmi vysoký a zájem odborné i laické veřejnosti o tento syndrom výrazně stoupl v posledním desetiletí, zejména v souvislosti s objevením řady látek, které jsou schopny symptomatologii OAB pozitivně ovlivnit. Zdá se však, že nárůst pozornosti o OAB nedoprovází adekvátní kvalitativní nárůst vědomostí jak ze strany pacientů, tak i ze strany lékařů, a proto mohou mít tyto skupiny na řadu aspektů týkajících se problematiky OAB dosti odlišný pohled.

Průzkum informací na toto téma je nejen u nás, ale i celosvětově ojedinělý (5, 6), a proto jsme se k ozřejmení těchto skutečností rozhodli provést mezi lékaři – specialisty a mezi pacienty s OAB dotazníkový průzkum.

Z výsledků lékařské části dotazníku vyplývá, že lékaři si k léčbě OAB mnohem častěji vybírají ženy než muže (77 : 23 %), přestože všechny velké mezinárodní studie zabývající se epidemiologií OAB prokázaly, že výskyt OAB je u obou pohlaví přibližně stejný (1). Tuto skutečnost si vysvětlujeme dvěma možnými důvody. Za prvé je příčina symptomů dolních močových cest (LUTS) u mužů mnohem častěji, a tedy nesprávně, přičítána benigní hyperplazii prostaty (BHP). To je pravděpodobně ze značné části způsobeno historickým vývojem poznatků o LUTS u mužů. Mnohem dříve než poznatky o OAB a jeho léčbě byly známy informace o BHP a při léčbě BHP byla rovněž mnohem dříve k dispozici celá řada účinných medikamentózních preparátů. Můžeme proto spekulovat, že se určitá část lékařů z jisté „setrvačnosti“ stále domnívá, že LUTS u mužů jsou způsobeny především BHP a lze je dostatečně ovlivnit medikamentózní léčbou BHP. Za druhé se může jednat o obavy lékařů z léčby OAB u mužů anticholinergiky. Anticholinergika mohou u některých pacientů zhoršovat vyprazdňovací funkci dolních močových cest, což může mít klinický význam především u mužů s již částečně alterovanou vyprazdňovací funkcí v důsledku obstrukce při BHP. U odborné veřejnosti stále existují obavy z možného nárůstu postmikčního reziduua a zvýšeného výskytu akutní retence moči, i když velké mezinárodní studie tuto skutečnost nepotvrdily. Výše zmíněné komplikace léčby anticholinergiky se u mužů s BHP buďto signifikantně častěji nevyskytují, anebo se vyskytují v minimálním množství (kolem 1 %) a pacienty lze dobře kontrolovat pravidelným sledováním (7).

Další významnou informací získanou z lékařského dotazníku je skutečnost, že lékaři odhadují procentuální výskyt závažných komorbidit (především kardiovaskulárních, gastrointestinálních a centrálních) u svých pacientů s OAB v mnohem menší míře (pouze 50 %), než je tomu ve skutečnosti. V této souvislosti vyplývá z dotazníků ještě závažnější závěr, a to že lékaři při předepisování různých preparátů na léčbu OAB vůbec jednotlivé komorbidity nezohledňují. Bylo přitom jasně prokázáno, že určité preparáty jsou z hlediska výskytu vedlejších účinků a možnosti dosáhnout lepšího efektu léčby jednoznačně výhodnější (8, 9). Přitom například již u jedné třetiny pacientů s OAB je primárně nasazena léčba „anticholinergiky 2. generace“, ale statisticky nebylo možné prokázat, že je tato léčba poskytována pacientům s komorbiditami, kteří by z tohoto druhu léčby měli profitovat.

Z porovnání lékařské a pacientské části dotazníků vyplývá, že obě skupiny mají odlišný pohled na závažnost jednotlivých symptomů OAB. Zatímco pro lékaře je nejvíce obtěžujícím symptomem urgentní inkontinence, urgence a nykturie, pro pacienty odpovídající pomocí spontánních odpovědí je to únik moči obecně a časté močení. Pokud však pacientům nabídneme možnost vybrat si odpovědi z „multiple choice“ otázek, popisují závažnost všech symptomů (frekvence, nykturie, urgence a urgentní inkontinence) přibližně ve stejné míře. Z toho vyplývá, že termíny urgence a urgentní inkontinence pacienty v souvislosti s OAB spontánně nenapadají a že je zde v tomto smyslu velký prostor pro zdravotní osvětu v oblasti terminologie mikčních obtíží a inkontinence. Podobné výsledky vlivu symptomů OAB na kvalitu života jako v naší studii popisují i jiní autoři, kteří zjistili, že pacienti jsou ochotni dobře tolerovat frekventní mikci přes den a jednu nykturii, ale velmi špatně snášejí únik moči a urgence (5).

Rovněž z pacientské části dotazníků vyplynula řada zajímavých výsledků. Pacienti se v souvislosti s OAB nejvíce obávají inkontinence, a to podstatně více než takových onemocnění a stavů, jako jsou rakovina, operace a ztráta zaměstnání.

Přestože u většiny pacientů má léčba OAB dobrý efekt, přeje si naprostá většina pacientů (88 %) další zlepšení svého stavu. Pacienti mají od léčby OAB anticholinergiky velice vysoká očekávání, 95 % pacientů očekává zlepšení symptomů alespoň o 50 %. To je ve shodě se

zjištěním jiných autorů, kteří popisují u 24 % pacientů očekávání kompletního vyléčení a u 55 % pacientů očekávání významného zlepšení symptomů. Tato očekávání byla však v naší studii splněna pouze u 31 % pacientů, přičemž platí pravidlo, že čím více pacient od léčby OAB očekával, tím více byl výsledkem léčby zklamán. Na druhou stranu je velmi zajímavým faktem, že v České republice stále více pacientů s OAB spoléhá na samoléčbu, v roce 2009 byl oproti roku 2003 zaznamenán nárůst z 23 % na 55 % pacientů provádějících samoléčbu. Muži při léčbě preferují volně prodejné medikamenty, ženy spíše léčbu pomocí protektivních pomůcek. Pacienti s OAB také čím dál tím více oddalují první návštěvu u lékaře, dříve se k ní odhodlají spíše pacienti mladší a pacienti mužského pohlaví (4).

Podle údajů pacientů je na medikamentózní léčbě OAB nejméně příjemný nežádoucí účinek – sucho v ústech a ihned poté následuje nutnost používat více než jednu tabletu denně, což k použití upřednostňuje většinou „anticholinergika 2. generace“. Naproti tomu jiné studii zabývající se očekáváním pacientů od léčby OAB bylo nejvíce pacientů ochotno tolerovat právě sucho v ústech (65 %), zatím-

co jen 36 % pacientů bylo ochotno akceptovat rozmazané vidění a 20 % pacientů zácpu (5).

Pro odbornou veřejnost je velice důležité zjištění, že pacienti mají k dispozici relativní dostatek informací o OAB, ale rozhodně si přejí být informováni ještě lépe. Zásadním zdrojem informací pro pacienty i v současném multimediálním světě zůstává ošetřující lékař, jehož kvalitní erudice a individuální přístup znamená pro pacienty mnohem více než poznatky získané z televize, rozhlasu, internetu či od známých apod. V České republice vyhledávají muži s OAB jako prvního lékaře především urologa a praktického lékaře a ženy především gynekologa (4).

ZÁVĚR

Pohledy na řadu aspektů týkajících se OAB se ze strany pacientů a lékařů – specialistů významně liší. Z toho důvodu je nutné pokračovat v dalším získávání informací o tomto onemocnění od obou stran a navzájem tyto pohledy především pomocí lepší osvěty a komunikace s pacienty přibližovat.

LITERATURA

1. **Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, et al.** Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol* 2006; 50(6): 1306–1314.
2. **Steward WF, van Rooyen JB, Cundiff GW, et al.** Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol* 2003; 20(6): 327–336.
3. **Broďák M, Holub L, Košina J, et al.** Prevalence symptomů dolních močových cest a hyperaktivního močového měchýře u žen a mužů v běžné populaci. *Urol pro Praxi* 2008; 9(1): 16–20.
4. **Kučera Z.** Inkontinence u muže a ženy v různých fázích životního cyklu ve světle populačního výzkumu. www.inco-forum.cz
5. **Renganathan A, Robinson D, Cardozo L, et al.** Do women with overactive bladder have realistic expectations for therapy? *Int Urogynecol J* 2010; 21(4): 409–414.
6. **Artibani W.** Outcomes in overactive bladder treatment: patient perception – a key to success. *Eur Urol* 2007; Suppl 6: 17–22.
7. **Athanasopoulos A, Mitropoulos D, Giannitsas K, Perimenis P.** Safety of anticholinergics in patients with benign prostatic hyperplasia. *Expert Opin Drug Saf* 2008; 7(4): 473–479.
8. **Patel B, Bavendam T, Badlani G.** Use of antimuscarinics in the elderly. *Scientific World Journal* 2009; 9: 459–465.
9. **Basra RK, Wagg A, Chapple C, et al.** A review of adherence to drug therapy in patients with overactive bladder. *BJU Int* 2008; 102(7): 774–779.