

# Polski rynek leczenia operacyjnego

Joanna Kanabrocka

**C**hirurgiczne leczenie nietrzymania moczu można podzielić na dwie podstawowe grupy: zabiegi z użyciem taśm oraz operacje bez ich użycia, czyli wszystkie pozostałe.

## Operacje z użyciem taśm

Najpopularniejszymi zabiegami przeprowadzanymi u kobiet cierpiących na NTM są operacje z użyciem taśm. Z danych Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w latach 2004-2005 liczba operacji z użyciem taśm była około czterech razy większa od łącznej liczby wszystkich operacji bez użycia taśmy.

Obecnie zabiegi tego rodzaju zaczyna się uznawać za tzw. „złoty standard” w leczeniu wysiłkowego NTM. W Polsce wykonywane są różne rodzaje operacji z użyciem taśm: TVT (ang. tension free vaginal tape), TOT (ang. trans obturator tape), IVS (ang. intravaginal sling). Różnica między nimi polega na rodzaju taśm (mono i multiflamentowe) oraz ich charakterystyce biomechanicznej, a także instrumentarium służącemu implantacji. Skuteczność większości dostępnych na rynku systemów do leczenia operacyjnego nietrzymania moczu jest podobna.

Operacje z użyciem taśmy TVT są wykonywane w Polsce od długiego czasu. W tym roku minęło już dziesięć lat od wprowadzenia ich na nasz rynek. Jedną z firm produkujących taśmy opublikowała wyniki siedmioletnich obserwacji, z których wynika, że 81% pacjentek operowanych tą metodą wyleczono całkowicie, a znacząca poprawa nastąpiła u 16% chorych. Ciągłe prowadzone są badania w celu udoskonalenia zarówno metod implantacji taśm jak i samych materiałów do implantacji. W ich wyniku kilka lat temu wprowadzono TVT-O (operacja z dostępu przez otwory zasłonięte), a od września 2006 - TVT Secur (zabieg wymagający jedynie dostępu od strony pochwy). Procedura TVT Secur umożliwia bardzo szybkie (nawet ambulatoryjne) wykonanie zabiegu w znieczuleniu miejscowym. Według profesora Tomasza Rechbergera -

przewodniczącego Sekcji Uroginekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego „najpopularniejsze w chwili obecnej są zabiegi pętlowe typu TVT i pochodne zabiegów TVT, jak np. IVS, przy czym od mniej więcej dwóch lat bardzo dużą popularnością cieszy się odmiana operacji pętlowej wykonywana przez otwór zasłonięty”.

Mimo tak dobrych notowań nie ma stuprocentowej pewności, że pacjentka zostanie wyleczona. Specjaliści szacują, że po zabiegu z użyciem taśmy ok. 70-90 procent chorych powraca do zdrowia. Operacje te są obciążone stosunkowo niewielką liczbą powikłań. Według dr Roberta Kozłowskiego - ordynatora Oddziału Urologii w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku - „częstość występowania powikłań po zabiegach wszczepienia taśmy z powodu NTM jest określana na ok. 6-10%. Część tych powikłań, jak np. erozja taśmy do światła pęcherza moczowego, erozja taśmy do światła pochwy lub zwężenie cewki moczowej, wymaga leczenia operacyjnego.” W oddziale kierowanym przez dr Kozłowskiego w latach 2004-2006 leczono sześć pacjentek operowanych w różnych ośrodkach regionu północno-wschodniej Polski, u których stwierdzono powyższe powikłania.

Czas rehabilitacji po wszczepieniu taśmy wynosi od 2 do 6 tygodni. Zwykle po tym okresie pacjentka może powrócić do normalnej aktywności fizycznej. Oczywiście należy ograniczyć wówczas bardzo ciężką pracę fizyczną.

## Operacje bez użycia taśm

W szpitalach wykonywane są również operacje bez użycia taśm. W przypadku leczenia wysiłkowego NTM metodą najbardziej znaną i mającą stosunkowo duży odsetek powodzeń jest kolposuspensja (podwieszenie ściany pochwy) sposobem Bur-



cha. Jednak i ta metoda stosowana jest już coraz rzadziej na rzecz równie efektywnych, a mniej inwazyjnych procedur operacyjnych na wprowadzeniu taśm polipropylenowych.

Ze względu na niską skuteczność zaprzestano wykonywania przedniej plastyki pochwy i przepochwowego igłowego podwieszenia szyi pęcherza. Bardzo rzadko wykonuje się załonowe podwieszenie szyi pęcherza (operacja MMK). Nadal wykonywane są natomiast operacje pętlowe (ang. sling) z zastosowaniem powięzi własnej ze względu na wysoką skuteczność w przypadkach tzw. skomplikowanego NTM (np. wcześniejsze niepowodzenia leczenia operacyjnego lub nawroty NTM).

Wszczepienie sztucznego zwieracza hydraulicznego ma zastosowanie u tych chorych, u których nie powiodło się wielokrotne leczenie operacyjne lub u chorych, u których występuje ciężka niewydolność zwie-

racza zewnętrznego cewki moczowej. Sztuczne zwieracze cewkowe są urządzeniami trwałymi, ale kosztownymi (w Polsce ok. 25 tys. zł). Zwieracze wszczepia się głównie u mężczyzn, kobiety stanowią ledwie ok. 10 % wszystkich operowanych.

## Refundacja

Kwestię refundacji zabiegów reguluje Zarządzenie Prezesa NFZ nr 12/2006 z dn. 23 lutego 2006 r. Operacyjne leczenie nietrzymania moczu jest w 100% refundowane przez NFZ (wyjątek stanowią materiały wstrzykiwane i neurostimulatory, które nie są refundowane w ogóle). Implantacja lub wymiana hydraulicznego zwieracza cewki moczowej to zabieg wprowadzony do katalogu procedur refundowanych przez NFZ dopiero od jesieni 2005 roku - wcześniej zgodę na refundację można było uzyskać po zaakceptowaniu przez NFZ wniosku indywidualnego.

Refundacji nie podlegają również operacje łączone np. związane z zaburzeniami statyki dna miednicy i NTM. Pacjentkę, która cierpi na te dwie dolegliwości trzeba operować dwukrotnie - raz z powodu zaburzeń statyki i kolejny raz - lecząc nietrzymanie moczu.

W roku 2004 na leczenie operacyjne NTM Narodowy Fundusz Zdrowia wydał kwotę 13,7 mln zł. Suma ta jest stosunkowo niewielka w porównaniu do kwoty jaka w tym samym roku została przeznaczona na refundację środków wchłaniających (101,5 mln zł).

## Ginekologia czy urologia?

Zabiegi wykonywane są w oddziałach: położnictwa i ginekologii, urologii oraz ginekologii onkologicznej. Do początku lat 90-tych chirurgicznym leczeniem nietrzymania moczu zajmowali się głównie urodzcy. Wtedy to, po opracowaniu przez Ulmstena i Petrosa (ginekologów) podstaw naukowych tzw. Teorii integralnej po raz pierwszy wykonano operacje z zastosowa-

niem taśm. Od tego czasu operacje na nietrzymanie moczu coraz częściej zaczęto wykonywać na oddziałach ginekologicznych. Obecnie zabiegi nietrzymania moczu są wykonywane częściej przez ginekologów niż urologów. Można to wiązać z większą dostępnością ginekologa dla pacjentek (nie potrzeba skierowania) oraz większą liczbą oddziałów ginekologicznych. „Jeżeli chodzi o leczenie powikłań po implantacji taśm to nadal są one leczone głównie w oddziałach urologicznych“ - twierdzi profesor Andrzej Borówka, Krajowy Konsultant w Dziedzinie Urologii.

Wyjątek stanowi implantacja sztucznego zwieracza (pełna nazwa: hydrauliczny zwieracz cewki, ang. AUS - artificial urinary sphincter), którą przeprowadza się wyłącznie w oddziale urologii. W Polsce są dwa ośrodki, w których wykonuje się zabieg implantacji lub wymiany hydraulicznego zwieracza cewki moczowej. Są to Międzyzleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie oraz Szpital Uniwersytecki im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Najdłuższe doświadczenie w wykonywaniu tego typu operacji ma oddział urologii w Międzyzlesiu kierowany przez profesora Borówkę. W ciągu ostatnich kilku lat wykonano tam ponad sześćdziesiąt zabiegów wszczepienia sztucznego zwieracza.

W tym miejscu warto wspomnieć o stosunkowo nowej dyscyplinie, która dopiero się rozwija, a mianowicie o uroginiekologii. To dziedzina interdyscyplinarna, która daje pole do działania zarówno urologom, jak i ginekologom. Operację będzie mógł przeprowadzić lekarz, który przejdzie szkolenie i uzyska odpowiedni certyfikat. Powstanie tej dyscypliny to szansa na podniesienie jakości serwisu uroginiekologicznego.

## Jakość leczenia w Polsce

Jakość operacyjnego leczenia NTM w Polsce nie odbiega od standardów światowych. Wypełniamy wszystkie zachodnie standardy, a skuteczność leczenia nie odbiega od najnowszych danych literaturo-

wych. Wszystkie nowoczesne techniki są wprowadzane na Polski rynek niemalże natychmiast. Klinika Ginekologii Akademii Medycznej w Lublinie kierowana przez profesora Rechbergera często bierze udział w testowaniu nowych systemów operacyjnych. Czasami więc są one używane w Polsce nawet wcześniej niż w innych krajach.

W ostatnim Sympozjum Naukowym Sekcji Uroginiekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (Lublin, maj 2005) uczestniczyło ponad tysiąc ginekologów i urologów z całej Polski. Podczas zjazdu prezentowano światowe nowości w tej dziedzinie. Nasi lekarze są zatem szkoleni w zakresie nowoczesnego postępowania z pacjentami chorymi na NTM.

Poprawie powinien natomiast ulec system współpracy pomiędzy szpitalami a NFZ. Problem jest tu taki sam jak na wszystkich innych oddziałach - niewystarczające limity. Według profesora Borówki w Polsce brakuje też ośrodków specjalizujących się w leczeniu nietrzymania moczu, które są intelektualnie i klinicznie do tego przygotowane. Ośrodki takie powinny oferować chorym kompleksowe leczenie tej choroby. Problemu NTM nie da się bowiem podzielić na oddzielne kawałki, np. operacje z użyciem taśm, wszczepianie zwieraczy, czy leczenie farmakologiczne. Zespół lekarzy, który zajmowałby się leczeniem powinien znać zagadnienie nietrzymania moczu dogłębnie oraz panować nad całościowym leczeniem pacjenta. Ważne jest też indywidualne podejście do każdego pacjenta. Chirurgia nie polega bowiem wyłącznie na operowaniu. Profesor Borówka twierdzi, że „lekarzem jest się wtedy, kiedy ma się czas na porozmawianie z chorym. Ludzie nie są bowiem przedmiotem, tylko podmiotem leczenia. Dlatego potrzebny jest lekarz, który zna się na problemie, ma czas dla chorego i poświęca się swojemu zawodowi, bo w przeciwnym razie to wszystko można spłaszczyć i sprowadzić do poziomu hydrauliki.“

## Liczba procedur i wydatki NFZ w zakresie lecznictwa szpitalnego związane z NTM

Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Wartość punktowa	2004		2005	
		Liczba procedur	Kwota refundacji	Liczba procedur	Kwota refundacji
Operacje pochwowe lub nadłonowe z użyciem taśmy	250 pkt	4005	9 867 365,00	3976	9 986 407,50
Operacje pochwowe lub nadłonowe bez użycia taśmy	220 pkt	1501	3 214 293,20	1125	2 471 942,00
Implantacja lub wymiana hydraulicznego zwieracza cewki moczowej*	2 550 pkt	brak	nierefundowane	brak	nierefundowane

\* na liście refundowanych świadczeń NFZ od 2006 roku

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia