

EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS

1. Taotluse algataja	
Organisatsiooni või ühenduse nimi	<i>Eesti Uroloogide Selts</i>
Postiaadress	<i>Eesti Uroloogide Selts Reg. Nr. 80112954 Address: Tartu 51014, L. Puusepa 8 President Toomas Tamm AS Ida Tallinna Keskhaigla Ravi 18, Tallinn</i>
Telefoni- ja faksinumber	<i>Tel. 6171670</i>
E-posti aadress	<i>martin.kivi@regionaalhaigla.ee</i>
Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi ning kontaktandmed	<i>Martin Kivi , uroloog J. Sütiste tee 19 Tallinn 13419 SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, üld-j onkouroloogia osakond</i>

2. Teenuse nimetus, kood ja kohaldamise tingimus(ed)	
2.1. Teenuse nimetus	Meeste lingusüsteem kerge ja mõõduka stress-uriiinipidamatuse raviks
2.2. Teenuse kood tervishoiuteenuste loetelus (<i>edaspidi</i> loetelu) olemasoleva teenuse korral	<i>uus kood</i>
2.3. Kohaldamise tingimus(ed)	
2.4. Ettepaneku eesmärk	<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse (<i>edaspidi</i> teenuse) lisamine loetellu ¹ <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva teenuse piirhinna muutmise ² <input type="checkbox"/> Teenuse kohaldamise tingimuste muutmise ³ <input type="checkbox"/> Teenuse nimetuse muutmise ⁴ <input type="checkbox"/> Teenuse kustutamine loetelust ⁵ <input type="checkbox"/> Teenuse omaosaluse määra muutmise ⁶ <input type="checkbox"/> Muu (selgitada)
2.5. Peatükk loetelus, kus teenus peaks sisalduma	<input type="checkbox"/> Üldarstiabi <input type="checkbox"/> Ambulatoorne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Meditsiiniseadmed ja ravimid <input checked="" type="checkbox"/> Statsionaarne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Uuringud ja protseduurid

¹ Täidetakse kõik taotluse väljad või tuuakse selgitus iga mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

² Kui teenuse piirhinna muutmise tingib uue meditsiiniseadme, ravimi vm lisamine teenuse kirjeldusse, täidetakse taotluses uue ressursi kohta kõik väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja juurde, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita. Kui piirhinna muutmise tingib ressursi maksumuse muutus, täidetakse vähemalt väljad 1- 2 ning 8.1.

³ Täidetakse kõik allpool esitatud väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

⁴ Täidetakse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse nimetuse muutmise vajalikkuse kohta.

⁵ Täidetakse taotluse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse kustutamise kohta.

⁶ Täidetakse punktid 1-2, 4.6, 9 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus omaosaluse muutmise kohta.

	<input type="checkbox"/> Operatsioonid <input type="checkbox"/> Laboriuuringud, lahangud ja kudede transplantaadid <input type="checkbox"/> Veretooted ja protseduurid veretoodetega <input type="checkbox"/> Hambaravi <input type="checkbox"/> Kompleksteenused <input type="checkbox"/> Ei oska määrata/ Muu (selgitada)
--	--

3. Tõenduspõhisus ja näidustused

3.1. teenuse osutamise meditsiinilised näidustused ja vajadus teenuse osutamiseks; Uriinipidamatust esineb kuni 39 % meestest. (1). Sagedaseim stress-uriinipidamatuse tekkepõhjus on radikaalne prostatektoomia, mis on tänapäeval lokaliseeritud eesnäärmevähi standartne ravimeetod.

Eesnäärmevähk on sagedaseim meeste pahaloomuline kasvaja Euroopas ja Eestis; sellesse haigestumine on Eestis pideva tõusutendentsiga. Iga aastaga kasvav eesnäärmevähi esmajuhtude arv toob kaasa suurema vajaduse eesnärmekirurgia järele. 2012. aastal tehti Eestis 491 radikaalset prostatektoomiat (Eesti Uroloogide Selts, aastaaruanne 2012). Postoperatiivne uriinipidamatus mõjutab märkimisväärselt elukvaliteeti ning piirab patsiendi sotsialiseerumist.

Stress-uriinipidamatuse tekkepõhjused ja esinemissagedus:

1. Radikaalse prostatektoomia järgselt esineb stress-uriinipidamatust 2-60% juhtudel(1), 12 kuu operatsioonist möödudes esineb uriinipidamatust 13-20%-l (1,2) ja 24 kuu möödudes 7%-l patsientidest(1).

Kahe postoperatiivse aasta möödudes ei ole enam oodata uriinipidamise spontaanset paranemist. Postoperatiivne/adjuvantne kiiritusravi omakorda lükkab edasi ja takistab uriinipidamise taastumist.

2. Eesnäärme hüperplaasia operatsioonide järgselt esineb stress-uriinipidamatust kuni 10%-l (EAU Guidelines 2014)

Postoperatiivse stress-uriinipidamatuse ravi võimalused:

1. Konservatiivne - väikse vaagna lihaste harjutused, esimese 12 kuu jooksul kiirendab kontinentsi taastumist
2. Medikamentoosne- postoperatiivse stress-uriinipidamatuse puhul ei ole efektiivne.
3. Injektsioonid sfinktri piirkonda kusiti valendiku sulgemiseks (kollageen, Teflon, autoloogiline rasv.) Efektiivsus piiratud ja ajutine (EAU Guidelines 2014), vajadus korduvate protseduuride järele on kõrge.
4. Kirurgiline ravi :
 - 4.1 kusepõiesfinkteri protees. Võimalik kasutada kõikide raskusastmete postoperatiivse stress-uriinipidamatuse raviks. Miinuseks võib lugeda kõrget hinda. Eestis on kasutusel täieliku uriinipidamatuse raviks, võimalus paigaldada kuni 10 kusepõiesfinktri proteesi aastas.

4.2 Meeste lingsüsteemid : fikseeritud ja reguleeritavad

Patsientidel, kellel 12-24 kuu möödudes operatsioonist konservatiivse raviga ei ole toimunud kontinentsi paranemist, vajavad uriinipidamatuse kirurgilist korrigeerimist.

Fikseeritud AMS AdVance meeste lingusüsteemi näidustused:

1. kerge ja mõõdukas stress-uriinipidamatus

(keskmiselt ööpäevas uriinikadu kuni 500 g, sisemise sulgurlihase nähtava jääkfunktsiooni olemasolu, operatsioonist peab olema möödas 12 kuud, prostatalooži adjuvantsest kiiritusest peab olema möödas vähemalt 6 kuud)

3.2. teenuse tõenduspõhisus avaldatud kliiniliste uuringute alusel taotletud näidustuste lõikes;

<i>J r k n r.</i>	<i>Uuringu autori(te) nimed</i>	<i>U u ri n g u k v al it ee t⁷</i>	<i>Uuringuss a hõlmatud isikute arv ja lühiselo mustus</i>	<i>Uuritav a teenuse kirjeldus</i>	<i>Esmane tulemus , mida hinnati</i>	<i>Muu(d) tulemus(ed) , mida mõõdeti/ hinnati</i>	<i>Alternati iv(id) millega võrreldi</i>	<i>Jälgi mise perio d</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
<i>1</i>	<i>Peter Rehder et al 2012, European Urology 62</i>	<i>B</i>	<i>156</i>	<i>Meeste nõrga kuni keskmise inkontinentsi kirurgiline ravi meeste linguga</i>	<i>Mähkmete kasutamise vähenemine</i>	<i>Tervenened ja paranenud (76.8%).</i>	<i>Operatsioonieelse seisundiga</i>	<i>36 kuud</i>
<i>2</i>	<i>Bauer et al, BJU Int 2011</i>	<i>B</i>	<i>137</i>	<i>Meeste nõrga kuni keskmise</i>	<i>Kontinentsi taastamine. Mähkm</i>	<i>Tervenened ja paranenud 75.4%</i>	<i>Operatsiooni eelse seisundiga</i>	<i>27 kuud</i>

⁷ Märgitakse järgmiselt:

A – tugevalt tõenduspõhine (põhineb süstemaatilisel ülevaatel kõigist asjakohastest randomiseeritud kliinilistest uuringutest ja/või metaanalüüsil);

B – tõenduspõhine (põhineb vähemalt ühel korralikult disainitud randomiseeritud kliinilisel uuringul),

C – kaheldav või nõrgalt tõenduspõhine (juhul, kui pole A ega B, aga tõenduspõhisus on kirjeldatud kirjanduse põhjal);

D – muu, selgitada.

				<i>inkontinentsi kirurgiline ravi meeste linguga</i>	<i>ete kasutamise vähenemine</i>			
3	<i>Cornu et al BJU Int. 2011</i>	<i>B</i>	<i>136</i>	<i>Meeste nõrga kuni keskmise inkontinentsi kirurgiline ravi meeste linguga</i>	<i>Kontinentsi taastamine</i>	<i>Tervenenuid 62% ja paranenuid 16%</i>	<i>Operatsiooni eelse seisundiga</i>	<i>21 kuud</i>
4	<i>Rehder 2010 BJUI</i>	<i>B</i>	<i>118</i>	<i>Meeste nõrga kuni keskmise inkontinentsi kirurgiline ravi meeste linguga</i>	<i>Kontinentsi taastamine</i>	<i>90,6% paranemist</i> <i>Mähkmete arv päevas vähenes 2,3 tk/päevas kuni 0,7 tk/päevas</i>	<i>Operatsiooni eelse seisundiga</i>	<i>12 kuud</i>
5	<i>Cornu et al 2009 European Urology</i>	<i>B</i>	<i>102</i>	<i>Meeste nõrga kuni keskmise inkontinentsi kirurgiline ravi meeste linguga</i>	<i>Kontinentsi taastamine</i>	<i>63% tervenenuid, 17% paranenuid.</i>	<i>Operatsiooni eelse seisundiga</i>	<i>13 kuud</i>

3.3. teenuse sisaldumine punktis 3.1 esitatud näidustustel Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes;

EAU Guidelines 2014

„*Recommendations for surgery in men with stress urinary incontinence*“

- 1. Pakkuda fikseeritud lingusüsteemi meestele kerge ja mõõduka stress-uriinipidamatuse raviks eesnäärme kirurgia järgselt; Soovitus B.**
- 2. Hoiatada patsiente, et fikseeritud lingusüsteemide kasutamine täieliku uriinipidamatuse korral, eelneva radioteraapia ja kusiti struktuuri kirurgia järgselt on seotud halvemate tulemustega. Soovitus C*

3.4. teenuse osutamise kogemus maailmapraktikas ja Eestis punktis 3.1 esitatud näidustuste lõikes;

Funktsionaalne transobturatoorne retroluminaalne mittekompressiivne meeste ling (AMS AdVance) on eesnäärme kirurgia järgselt stress-uriinipidamatuse raviks välja töötatud Peter Rehdeir, Christian Gozzi ja American Medical Systems USA poolt ning võetud kliinilisse kasutusse alates 2006. aastast. Nimetatud transobturatoorne fikseeritud meeste lingusüsteem erineb oma tööpõhimõtte ja funktsiooni poolest seni kasutatud kompressioonitüüpi lingudest ja balloonidest. Selle tulemusena on kontinentsi paranemine võimalik kuni 90.6% ja tüsistuste risk on madal. Seetõttu on nimetatud fikseeritud meeste lingusüsteem on laialt levinud Euroopa riikides kerge ja mõõduka stress-uriinipidamatuse raviks

Fikseeritud meeste lingusüsteemi AdVance kasutamise kogemus Eestis:

- alates 2009 aastast Eestis kasutusel*
- operatsioonid teostatud ühe arsti poolt suurema kogemuse omandamise eesmärgil (dr. Martin Kivi)*
- 5 kuni 7 operatsiooni aastas*
- suuri tüsistusi ei ole esinenud*
- enamuse patsiente on peale operatsiooni kontinentsed*
- postoperatiivselt abivahendeid (mähkmed) vajasis üksikud patsiendid, kuid ka neil on mähkmete arv võrreldes preoperatiivse olukorraga kordades vähenud.*
- ühel patsiendil tekkis 1 kuu möödudes operatsioonist raske füüsilise koormuse tagajärjel uriinipidamatuse retsidiiv.*
- patsiendide rahulolu ravitulemusega märkimisväärne.*
- reoperatsioone ei ole olnud*
- tehtud operatsioonide tulemused on võrreldavad suurte Euroopa keskustega.*
- kirurgiline meetod on reprodutseeritav, selgete näidustustega ja vastunäidustustega*
- oluline on väljatöötatud kirurgilise meetodika järgimine.*

3.5. Meditsiinilise tõendus põhise võrdlus Eestis ja rahvusvaheliselt kasutatavate alternatiivsete tervishoiuteenuste, ravimite jm,

Kuna tegemist on uue protseduuriga, puuduvad vastavad võrdlevad uuringud.

Alternatiiviks on hetkel Eestis mähkmete kasutamine, mis ei ole ravimeetod. Võrdlus kusepõiesfinkteri proteesiga ei ole päris täpne, kuna näidustused on mõnevõrra erinevad.

Uuringu nimetus	Teenusest saadav tulemus	Alternatiiv 1 -	Alternatiiv 2 -
1	2	4	5
Bauer et al. 2009 <i>Prospective Evaluation of the Functional Sling Suspension for Male Postprostatectomy Str after 1 Year</i>	77.1% edukas (51.4% täiesti kontinentsed, 25.7% parem kontinentsus) • Keskmise 24-h mähkmetest vähenes 292.2 g -lt 16.1 g-le	-	-
1. Drogo K. Montague <i>Artificial Urinary Sphincter: Long-Term Results and Patient Satisfaction</i> 2. Frank Van der Aa <i>The Artificial Urinary Sphincter After a Quarter of a Century: A Critical Systematic Review of Its Use in Male Non-neurogenic Incontinence</i>	-	1. 90% patsientidest on rahul, 92% laseksid AUS800 t 2. Kontinents 61-100 % Täiesti mähkmevabad 4	-

Uuringu nimetus	Teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused	Alternatiiv 1 -	Alternatiiv 2 -
Bauer et al. 2009 Prospective	Erosioon 0,8 % Retensioon 12,9 % Haava- infektsioon 0,8%	-	-

Evaluation of the Functional Sling Suspension for Male Postprostatectomy Incontinence: Results at 1 Year			
2. Frank Van der Aa <i>The Artificial Urinary Sphincter After a Quarter of a Century: A Critical Systematic Review of Its Use in Male Non-neurogenic Incontinence</i>		Infektsioon ja erosioon 8,5 % Mehhaaniline rike 6,2% Atroofia 7,9 % Reoperatsioonide arv 26%	

3.6. teenuse seos kehtiva loeteluga, sh uue teenuse asendav ja täiendav mõju kehtivale loetelule;

Peale fikseeritud meeste lingusüsteemi asetamise operatsiooni ca 65 % patsientidest enam ei kasuta abivahendeid (mähkmeid) ja 20% kasutab abivahendeid kordades vähem. Paraneb patsientide rahuolu, elukvaliteet ja töövõime.

Kehtivas loetelus kusepõiesfinktri proteesile uus teenus mõju ei avalda

3.7. teenuse seos erinevate erialade ja teenuse tüüpidega;
Ei ole

4. Teenusest saadav tulemus ja kõrvaltoimed

4.1. teenuse oodatavad ravitulemused ning nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiividega (ravi tulemuslikkuse lühi- ja pikaajaline prognoos):

P 3.2. tabeli uuringu järk nr.	Teenusest saada tulemus	Taotletav teenus	Alternatiiv 1 -	Alternatiiv 2 -
1	2	3	4	5
		<i>Fikseeritud AMS Advance meeste lingusüsteem</i>	<i>Reguleeritavad meeste lingusüsteemid</i>	<i>Kusepõiesfinktri protees</i>
<i>1</i>	<i>Kontinents (tervenenud- ei pea kasutama</i>	<i>53.8% - 12 kuud hiljem; 53.0%- 3</i>	<i>Toodud kesmine tulemus: Terveneud 68%,</i>	<i>Proteesioperatsioonide järel saavutatakse kontinents 85-92% patsientidest,</i>

	<i>abivahendeid)</i>	<i>aastat hiljem</i>	<i>paranenud 9%</i>	pikemaajalise jälgimisperioodi kestel tulemus halveneb (10 aasta järel kontinentsed 60-70% opereeritud patsientidest)
	Kontinents (<i>paranenud ≥ 50% võrra vähenes mähkmete kasutamise</i>)	23.1% - 12 kuud hiljem 23.8%- 3 aasta hiljem		
2		27 kuud jälgitud , 51.6% tervenenu ja 23.8% paranenu		
3		Tervenenu 62% ja paranenud 16%		
4		Tervenenu 73.7% ja paranenud 16.9 %		

4.2. teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused, nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiivide kõrvaltoimetega:

P 3.2. tabeli uuringu jrk nr.	Teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused	Taotletav teenus	Alternatiiv 1 -	Alternatiiv 2 -
		<i>Fikseeritud Advance meeste lingusüsteem</i>	<i>Reguleeritavad meeste lingusüsteemid</i>	<i>Kusepõiesfinktri protees</i>
Taotleva fikseeritud lingusüsteemi ja alternatiivsete ravimeetodite tüsistuste ja kõrvaltoimede profiil on erinev, kuna tegemist on erineva põhimõtte alusel funktsioneeritavete		Sagedaseim tüsistus on perineumi valulikus ca 50 %-l patsientidest, mis laheneb ca 6 nädala möödudes. Uriini retensioon 0.6-9%.	Lingu täiendav reguleerimine kuni 38.6%, perineaalne valu 15%. Lingu eemaldamine vajalik 12%-l kusepõie vigastuse , lingu infektsiooni ja	Kusepõiesfinkteri proteeimise tüsistuseks võivad olla : Ureetra atroofia muhvi kohal 3-9,3% Proteesi mehhaaniline rike 12,4% Proteesi infektsioon

süsteemidega		Infektsioonid 0.6%, lingu eemaldamise läbilõikamise vajadus alla 1% <u>Kusiti</u> <u>atroofiat,</u> <u>lamatist,</u> <u>kusepõie</u> <u>vigastusi</u> <u>ning lingu</u> <u>osade</u> <u>mehhanilisi</u> <u>rikkeid</u> <u>praktiliselt ei</u> <u>esine.</u>	kusiti erosioonide tõttu (5). Lingu osade mehhanilised rikked.	6% Lamatis muhvist 0-7,5%

4.3. punktis 4.2. ja 3.5 esitatud kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi kirjeldus (kasutatavad tervishoiuteenused ja/või ravimid (k.a ambulatoorsed ravimid);

4.4. Postoperatiivselt:

4.5. Uriini retensiooni tekkimisel – kusepõie lühiajaline (2-3 päeva) kateteriseerimine, kusepõie tühjenemise raskuste püsimisel patsiendi enesekateteriseerimine (harva vajadus kuni 2-3 kuud)

4.6. Perineumi valulikkus – valuvaigistid- reeglina laheneb 6 nädala jooksul

4.7. Haava infektsioon- suukaudne antibakteriaalne ravi.

4.8. Lingu infektsioon alla 1% - suukaudne antibakteriaalne ravi, harva lingu eemaldamine

4.9. Postoperatiivne haava hematoom -konservatiivne ravi.

4.10. De novo düsuuriliste kaebuste korral (üliaktiivse kusepõie sümptomid) suukaudsed anti-antikolinergeetilised preparaadid

4.11. taotletava teenuse osutamiseks ja patsiendi edasiseks jälgimiseks vajalikud tervishoiuteenused ja ravimid (s.h ambulatoorsed) vm ühe isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni ning võrdlus punktis 3.5 nimetatud alternatiividega kaasnevate teenustega;

Spetsialiseeritud uroloogia osakond, Aseptiline operatsioonituba,

4.12. teenuse võimalik väär-, ala- ja liigkasutamine; teenuse optimaalse ja ohutu kasutamise tagamiseks teenusele kohaldamise tingimuste seadmise vajalikkus;

Teenuse väär- või liigkasutamine on võimalik kui patsientide selektsioon on ebaadekvaatne ja väljatöötatud kirurgilist metoodikat ei järgi.

Selle välistamiseks vajalik teenuse tsentraliseerimine, mis garanteerib vastava taseme.

Alakasutamist arvestades radikaalsete operatsioonide arvu ei ole oodata.

4.13. patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele;

Patsiendi valikul tuleb lähtuda lisaks meditsiinilistele näidustustele patsiendi koostöövalmidusest ja soovist järgida operatsioonijärgseid soovitusi, sest operatsiooni pikaajalised tulemused on sellest tingitud.

Varajane (kuni 6 nädalat peale operatsiooni) liigne füüsiline aktiivsus võib mõjutada ravi tulemusi

- meeste lingusüsteemi dislokatsioon ja uriinipidamatuse taastekkimine -

Patsiendi vanus ja kaasuvad haigused peaksid võimaldama operatsioonijärgselt vähemalt osalist töövõime taastumist või vabastama patsiendi põetamisvajadusest.

5. Vajadus

5.1. Eestis teenust vajavate patsientide arvu hinnang (ühe aasta kohta 4 aasta lõikes), kellele on realselt võimalik teenust osutada taotletud näidustuste lõikes:

Teenuse näidustus	Patsientide arv aastal t^*	Patsientide arv aastal $t+1$	Patsientide arv aastal $t+2$	Patsientide arv aastal $t+3$
1	2	3	4	5
Kerge -,mõõdukas stressuriinipidamatus	10	20	20	20

* t – taotluse menetlemise aastale järgnev aasta;

5.2. teenuse mahu prognoos ühe aasta kohta 4 järgneva aasta kohta näidustuste lõikes:

Teenuse näidustus	Teenuse maht aastal t	Teenuse maht aastal $t+1$	Teenuse maht aastal $t+2$	Teenuse maht aastal $t+3$
1	2	3	4	5
Kerge ja mõõdukas stress-uriinipidamatus	10	20	20	20

6. Taotletava teenuse kirjeldus

6.1. teenuse osutamiseks vajalik koht (palat, protseduuride tuba, **operatsioonituba**, vm);
Aseptiline operatsioonituba

6.2. patsiendi ettevalmistamine ja selleks vajalikud toimingud: premedikatsioon, desinfektsioon või muu;

Tavaline üldanesteesia läbiviidava operatsiooni puhul . Antibakteriaalne profülaktika

6.3. teenuse osutamise kirjeldus tegevuste lõikes;

Operatsioonitehnika:

Operatsioon viiakse läbi üldanesteesia. Patsient on dorsaalse litotoomia asendis.

Ling asetatakse madala perineaalse lõike kaudu, musculus bulbospongiosus avatakse keskjoonel, bulbus urethrae prepareeritakse lahti, läbitakse perineumi keskmine ligament – selle tulemusel muutub sugutisibula proksimaalne osa mobiilsemaks.

Ling asetatakse fossa obturatoria' te kaudu spetsiaalsete ühekordsete trookaarite abil nii, et ling jääb häbemeluu alumiste harude taha . Lingu keskosa fikseeritakse sugutisibula külge. Lingu pingutamisel liigub sugutisibul 3–4 cm kraniaalses suunas ja toimub corpus spongiosum'i ja proksimaalse ureetra relokatsioon väiksesse vaagnasse, mis kutsub esile sulgurlihase kompleksi toetuse ureetra membranoosse osa tasemel.

Pärast lingu pingutamist tehakse tsüstoskoopia ureetra sulgemise pikkuse ja lingu asendi hindamiseks. Seejärel kinnitatakse lingu otsad nahaalusesse tunnelisse, mis tagab lingu

fikseerimise õigesse asendisse eriti esimestel operatsioonijärgsetel päevadel
Operatsioon võtab aega 60-90 min .
Peale operatsiooni asetatakse kusepõide kateeter.
Postoperatiivne jälgimine statsionaaris 3-4 päeva.

7. Nõuded teenuse osutajale

- 7.1. teenuse osutaja (**regionaalhaigla, keskhaigla**, üldhaigla, perearst, vm);
Meeste fikseeritud lingusüsteemi paigaldamise operatsioonid on soovitatav tsentraliseerida mitte enamasse kui kahte haiglasse Eestis, arvestades kontingendi ning seega ka omandatava kogemuse vähesust. Vastav väljaõpe ja varasem uroloogiliste meeste lingude paigaldamise kogemus on praegu Eestis olemas .
- 7.2. infrastruktuur, tervishoiuteenuse osutaja täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu vajadus;
Vajalik on operatsiooni-, anestezioloogiline teenistus
- 7.3. personali (täiendava) väljaõppe vajadus;
Obligatoorne on kirurgi väljaõpe, mis on Eestis praegu olemas .
- 7.4. minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks;
Maailma kirurgia tavastandard on keskmiselt 10 operatsiooni aastas.
- 7.5. teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele.
Teenuse osutaja valmisolekul on ravi tulemusele otsustav mõju kuna uriinipidamatusega haige käsitlemine on tervik alates patsiendi selektsioonist, näidustuste/vastunäidustuste vaagimisest, operatsioonitehnikast, infektsiooni vältimisest kuni patsiendi täieliku rehabiliteerimiseni.

8. Kulutõhusus

- 8.1. teenuse hind; hinna põhjendus/selgitused;
- Operatsioon kuulub IV gruppi (stress-inkontinentsi operatsiooni kood 040301).
Fikseeritud transobturaatorse AMS AdVance meeste lingusüsteemi hind 1995.00 eur-t (ilma KM-ta)
Toodetud American Medical Systems Inc. (USA) poolt, ainsana pakutav meeste lüngu süsteem Eestis. (Esindaja Eestis: AB Technology OÜ, Tondi 51-22, Tallinn 11316)
Töövõimelises eas patsiendi töövõime taastumise prognoos on hea kuue nädala operatsioonist möödudes.
- 8.2. teenuse osutamisega kaasnevate teenuste ja soodusravimite, mis on nimetatud p 4.4, isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni esitatud kulude võrdlus alternatiivsete teenuste kuludega isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni;
- Operatsiooniga seondult täiendavat kompenseerimist ravimite osas haigla- ja rekonvalesentsi perioodil ei vaja. Lisavahendeid (kogumiskotid, kateetrid, desinfits. vahendid) ei vaja.
Operatsioonijärgsetel meeste lingusüsteemiga patsient üldjuhul lisakulutusi ei vaja, erandiks on 20% opereeritud patsientidest kes vajab üksikuid kaitsesidemeid ning 10% patsientidest, kellele operatsioon ei andnud tulemusi, jätkavad kasutama mähkmeid.
Postoperatiivselt uriini retensiooni tekkimise korral , mis esineb harva, on vajalik kusepõie lühiajaline kateteriseerimine.
Näidustatud uroloogi konsultatiivne vastuvõtt ambulatoorselt sagedusega üks kord aastas. (*versus* arsti külastusi opereerimata patsientidel keskmiselt 3 - 4 korda aastas).
- 8.3. ajutise töövõimetuse hüvitise kulude muutus ühe raviepisoodi kohta tuginedes

tõenduspõhistele uuringutele võrreldes alternatiivsete teenustega;

Puuduvad meeste lingusüsteemi ja kaitsesidemete või kunstliku sulgurlihase võrdlusuuringud töövõimekuse suhtes, kuid on selge, et pikaajaline töövõime on oluliselt parem ilma uriinipidamatuseta patsientidel.

8.4. patsiendi poolt tehtavad kulutused võrreldes alternatiivsete teenuste korral tehtavate kuludega

Operatsioonieelsed kulud patsiendile koosnevad peamiselt püksmähkmete hinnast ja on 0.4 - 5.2 eurot päevas, sõltuvalt mähkmete suurusest, imavusest ja hinnast .

Perioodiliste uroinfektsiooni episoodide tõttu lisanduvad kulutused antibakteriaalsetele ravimitele. Erinevad nahahooldusvahendid kubeme piirkonna naha ärrituse raviks , mis on tingitud uriini pidamatuses.

Pesemisvahendite suurem kulu rõivaste pesemiseks, mis on uriiniga kontakteerunud jt.

Tegemist on mitmekülgse probleemiga.

Peale edukat operatsiooni

a)senised patsiendi poolt tehtavad operatsioonieelsed püsikulutused – põhiliselt mähkmete, põletikuvastastele ja psühhiaatrilistele ravimitele vähenevad kindlustatud patsientidel omaosaluse võrra

b)patsiendi sissetulekud operatsioonijärgselt võivad suureneda tema töövõime taastumisel vastavalt tema positsioonile tööturul

c)oluliselt paraneb patsiendi sotsiaalsus, suhtlusvõimalus väljaspool kodu, psühholoogiline sättumus oma haigusesse ja töövõimesse

Võrdlus püksimähete kasutamisega. Kerge ja mõõduka uriinipidamatuse korral kulub 1-4 püksimähete ööpäevas. Ühe mähkme hind 0.4 kuni 1.3 eurot (erinevate apteekide jaemüügi andmetel) korda 365 päeva kulu on 146(0.4x1x365) kuni 1898(1.3x4x365) eurot aastas .

2.Töövõimetuse haigekassapoolsed kulud.

3.Lisanduvad inkontinentsi poolt põhjustatud põletiku medikamentoosse ravi osalise kompenseerimise kulud haigekassale (hinnanguliselt 50-60 eurot aastas)

4.Uriinipidamatuse poolt põhjustatud sagedaste psüühiliste häirete korrigeerimine psühhiaatri ja psühholoogi juures , medikamentoosse ravi kompenseerimise kulud haigekassale.

Lisandvad töövõimelises eas patsientide puhul saamata jäänud maksud palgafondist.

5.Kusepõiesfinktri proteesiga võrdlevaid uuringuid kirjanduses ei ole. Kusepõiesfinktri proteesi Eestis kasutatakse täieliku uriinipidamatuse raviks, mis on näidanud häid tulemusi. Samuti saab proteesi asetada patsientidele kerge ja mõõduka uriinipidamatusega, kuid arvestades proteesi hinda ja toetudes EAU ravijuhistele on esmavalik kerge ja mõõduka urinipidamatuse korral fikseeritud meeste lingusüsteem.

6.Kollageeni või autoloogilise rasva injektsioonid sfinkteri piirkonda on vähese efektiga ja harva kasutatavad meetodid, mistõttu võrdlusmomenti ei saa esile tuua.

Omaosalus

8.5. hinnang patsientide valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult

Fikseeritud meeste lingu süsteemi paigaldamine on elukvaliteeti parandav protseduur, mis taastab patsiendi sotsialiseerituse ja töövõime.

Kõige sagedamini on kerge või mõõdukas stress-uriinipidamatus meestel on põhjustatud eesnäärme operatsioonidest.

Kuna enamasti on tegemist kirurgiliste operatsioonide tagajärjel tekkinud uriinipidamatusega, siis patsiendi omaosalust ei planeeri.

Arvestades praegust palga/pensioni taset Eestis, pole omaosalus meeste lingu süsteemi eest tasumiseks reaalne.

9. Esitamise kuupäev

01.12.2014

10. Esitaja nimi ja allkiri

Martin Kivi

11. Kasutatud kirjandus

1. EUROPEAN UROLOGY 62 (2012) 140–145 **Treatment of Postprostatectomy Male Urinary Incontinence With the Transobturator Retroluminal Repositioning Sling Suspension:3-Year Follow-up.** Peter Rehdera, Francois Haabb, Jean-Nicolas Cornub, Christian Gozzic

2. BJU Int. 2011 Jul;108(1):94-8. **Mid-term results for the retroluminal transobturator sling suspension for stress urinary incontinence after prostatectomy.** Bauer RM¹, Soljanik I, Füllhase C, Karl A, Becker A, Stief CG, Gozzi C.

3. BJU Int. 2011 Jul;108(2):236-40. **Mid-term evaluation of the transobturator male sling for post-prostatectomy incontinence: focus on prognostic factors.** Cornu JN¹, Sèbe P, Ciofu C, Peyrat L, Cussenot O, Haab F.

4. BJU Int. 2010 Dec;106(11):1668-72. **The 1 year outcome of the transobturator retroluminal repositioning sling in the treatment of male stress urinary incontinence.** Rehder P¹, Mitterberger MJ, Pichler R, Kerschbaumer A, Glodny B.

5. Eur Urol. 2011 Jun;59(6):985-96. **Contemporary management of postprostatectomy incontinence.** Bauer RM¹, Gozzi C, Hübner W, Nitti VW, Novara G, Peterson A, Sandhu JS, Stief CG.

6. Urology. 2010 Jun;75(6):1494-8. **Complications of the AdVance transobturator male sling in the treatment of male stress urinary incontinence.** Bauer RM¹, Mayer ME, May F, Gratzke C, Buchner A, Soljanik I, Bastian PJ, Stief CG, Gozzi C.

7. **Epidemiology of Urinary (UI) and Faecal (FI) Incontinence and Pelvic Organ Prolapse (POP)**
I. MILSOM(Sweden),D. ALTMAN(Sweden),M.C. LAPITAN(The hilippines),R. NELSON(U.K),U. SILLÉN(Sweden),D. THOM(USA)

8. **EAU Guidelines 2014**

