

OKULISTYKA

Postęp w okulistyce odbywa

O postępie w okulistyce, dostępie do najnowszych terapii w leczeniu jaskry, zaćmy, zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), przeszczepie rogówki oraz o oczekiwaniach pacjentów i lekarzy mówi prof. dr hab. n. med. Jacek P. Szaflik, kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, specjalista w chirurgii przedniego odcinka oka oraz w przeszczepach rogówki, od 2019 r. prezes Polskiego Towarzystwa Okulistycznego.

| Nakłady na okulistykę z roku na rok się zmniejszają, czy mimo to mamy szansę na dalszy postęp?

Wyceny procedur okulistycznych w ostatnich latach uległy znacznemu obniżeniu, przez co dostęp do nowoczesnych zabiegów jest ograniczony. W ubiegłym roku zniesiono limity na liczbę wykonywanych zabiegów zaćmy w ramach kontraktów z NFZ, co było dobrym krokiem. Niestety jesteśmy często zmuszeni do korzystania z jak najtańszych sprzętów i materiałów zużywalnych, do których należą m.in. soczewki wewnątrzgałkowe. Jednak postęp w okulistyce odbywa się niezależnie od finansowania, dzięki zaangażowaniu i pasji lekarzy, którzy często wykonują pracę na granicy wydolności. Z pewnością, gdyby mieli oni zapewnione niezbędne środki, mogliby bardziej skupić się na rozwoju i badaniach.

| Dostępność zabiegów mikroinwazyjnej chirurgii jaskry (*micro-invasive glaucoma surgery* – MIGS) w Polsce jest ciągle niewystarczająca. Pod tym względem wypadamy znacznie gorzej od naszych zachodnich sąsiadów. Czy polscy pacjenci mają szansę na szersze refundowanie tych zabiegów?

Koszt chirurgii mikroinwazyjnej jest znacznie wyższy niż klasycznej chirurgii ze wzglę-



PAP/Łeszek Szymański

”

Wprowadzenie programu lekowego leczenia AMD zwiększyło niewątpliwie dostęp pacjentów do tej formy terapii. Dobrą jego stroną jest wymagana regularność kontroli i podawania iniekcji, co przekłada się na polepszenie wyników leczenia

du na konieczność zastosowania drogich środków zużywalnych, takich jak jednorazowe cewniki, implanty i inny sprzęt medyczny. Gdyby w przyszłości finansowanie tych zabiegów było zapewnione, umożliwiłoby to bezpieczne leczenie jaskry już we wcześniejszych stadiach. Wpłynęłoby to korzystnie na efekty leczenia i dało pacjentom większą szansę na zachowanie wzroku. Poza tym pacjent po udanej operacji jaskry często przez wiele lat nie musi korzystać z kropli przeciwjaskrowych lub korzysta z nich w mniejszym zakresie. Dzięki temu może uniknąć powi-

kłań, które mogą się pojawić po ich stosowaniu. Krótko mówiąc: wydamy pieniądze na kosztowną operację, ale oszczędzimy na kroplach, które obciążają zarówno pacjenta, jak i płatnika. W okulistykę warto zainwestować, ponieważ środki wydane na leczenie okulistyczne pozwalają pacjentowi efektywnie pracować i normalnie funkcjonować w społeczeństwie. Czy mamy szansę na szersze refundowanie zaawansowanych zabiegów? Polskie Towarzystwo Okulistyczne zabiega i będzie o to zabiegać w imieniu naszych pacjentów i okulistów, ale konkretne decyzje zapadają na poziomie Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia.

| Podczas IV Konferencji Jaskry przedstawił pan implant Preserflo MicroShunt. Jakie są szanse wprowadzenia go na większą skalę?

Implant Preserflo MicroShunt to bardzo obiecujące rozwiązanie chirurgiczne stosowane w leczeniu jaskry otwartego kąta, łączące efektywność i bezpieczeństwo. Jednak jest to metoda stosunkowo nowa i wymaga jeszcze dalszych obserwacji. Do jego szer-

szego zastosowania potrzebny byłby model dofinansowania tego rodzaju zabiegów przez publicznego płatnika. Do czasu jego wprowadzenia z tej skutecznej i bezpieczniejszej od innych możliwości skorzystają tylko ci pacjenci, których stać na prywatne leczenie.

| Zniesienie limitów, które ograniczały liczbę operacji zaćmy, było bardzo dobrym krokiem ministra zdrowia. Dzięki temu pacjenci mogą być operowani wtedy, gdy tego najbardziej potrzebują. Na jakie jeszcze pilne decyzje administracyjne czekają pacjenci?

Z pewnością istnieje potrzeba rozszerzenia programu leczenia iniekcjami doszkliskowymi leku anti-VEGF pacjentów z cukrzycowym obrzękiem plamki (DME). Powikłania cukrzycy są jedną z niechłubnych głównych przyczyn utraty wzroku we współczesnym świecie. Program dla tych pacjentów przygotowano jakiś czas temu analogicznie do programu leczenia AMD, ale dotąd nie został on wdrożony. Co prawda pacjenci mogą być leczeni *off label* zastrzykami doszkliskowymi, ale nie mają

się na naszych oczach

Rozmawiała Agata Misiurewicz-Gabi

zapewnionej systematyczności, którą dałby im program. Z niecierpliwością czekamy na decyzje administracyjne, które pozwoliłyby leczyć osoby dotknięte tym częstym schorzeniem.

| Jakie nowe możliwości są dostępne w leczeniu zaćmy? W jakich przypadkach można skorzystać z lasera femtosekundowego?

Zastosowanie lasera femtosekundowego w chirurgii zaćmy jest szczególnie korzystne u pacjentów z osłabionym śródbłonkiem rogówki, ponieważ pozwala znacząco zredukować uraz śródoperacyjny, dzięki czemu wielu chorych może uniknąć przeszczepienia rogówki lub odsunąć tę operację w czasie. Istotnym postępowaniem w leczeniu zaćmy jest zastosowanie soczewek z grupy zaawansowanych technologicznie, redukujących astygmatyzm soczewek wieloogniskowych, soczewek o wydłużonej ogniskowej, które dają pacjentom wolność od stosowania okularów. Wykorzystanie lasera femtosekundowego w chirurgii zaćmy pozwala na stworzenie idealnych warunków do wszczepienia takich właśnie soczewek.

| Pojawiają się nowe soczewki – wieloogniskowe, okularowe i kontaktowe lub do wszczepiania wewnątrzgałkowego, w tym korygujące astygmatyzm. Jak jeszcze wady wzroku można korygować soczewkami? Jakiego rozwiązania brakuje dla osób, którym stale pogarsza się jakość życia?

Operując zaćmę czy zmieniając zmętniałą własną soczewkę pacjenta na sztuczną, korygujemy nadwzroczność, krótkowzroczność i astygmatyzm. Rozwiązaniem, na które czekamy, byłoby skuteczne i bezpieczne leczenie starczowzroczności w sposób niewymagający wymiany własnej soczewki, jeśli nie jest ona zmętniała. Być może taką perspektywę stworzą doszczepiane do wnętrza oka tzw. soczewki fakijne o wydłużonej ogniskowej, odpowiednie zwłaszcza dla osób w wieku 40, 50 lat i starszych, u których z czasem następuje pogorszenie się wzroku. Wówczas mogłyby one zrezygnować z noszenia okularów na co dzień i widzieć przedmioty zarówno z bliska, jak

i z daleka. Choć takie soczewki mogłyby wymagać wymiany na przykład raz na 10 lat, to i tak są bardzo wyczekiwanym rozwiązaniem. Na razie jednak nie wiemy, czy obecnie testowane modele się sprawdzą, ponieważ ciągle są w fazie badań.

| Jakie zmiany nastąpiły ostatnio w terapii zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem?

W tym roku spodziewamy się wprowadzenia nowego leku w terapii AMD. Jest to lek z grupy anti-VEGF podawany w formie zastrzyku do gałki ocznej. Wstępne wyniki pokazują, że może on być skuteczniejszy i wymagać rzadszego stosowania niż dotychczasowe leki, które podawano w iniekcji w schematach często nawet co miesiąc.

| Wprowadzono program lekowy leczenia AMD. Jak ocenia pan jego efektywność? Jakie elementy programu wymagają poprawy?

Wprowadzenie programu lekowego leczenia AMD zwiększyło niewątpliwie dostęp pacjentów do tej formy terapii. Dobrą jego stroną jest wymagana regularność kontroli i podawania iniekcji, co przekłada się na polepszenie wyników leczenia. Uważam, że nie wszyscy pacjenci w kraju, którzy tego wymagają, są objęci programem. Gdyby wycena była wyższa, moglibyśmy pomóc większej liczbie chorych.

| W Polsce rocznie wykonuje się ok. tysiąc transplantacji rogówki. To ciągle za mało, zważywszy że na operację czeka ponad 5 tys. chorych. Jakie rozwiązania mogłyby zwiększyć liczbę przeprowadzanych przeszczepów?

Czynnikiem ograniczającym wykonywanie przeszczepień rogówki w Polsce jest zbyt mała liczba pozyskiwanych tkanek. Nasze możliwości chirurgiczne, a także potencjał banków tkanek są kilkukrotnie większe niż wykorzystywane dotychczas. My jako klinika Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego bez problemu moglibyśmy wykonać więcej przeszczepień, mamy kilku wykwalifikowanych w tych operacjach chirurgów. Nasz potencjał wykorzystujemy zaledwie w 20–30 proc. Przyczyną jest brak dawców. Pamiętajmy, że zmarły może być dawcą do kilkunastu godzin po śmierci, tego materiału moglibyśmy mieć bardzo dużo, jednak szpitale nie mają motywacji finansowej czy też administracyjnej, by zgłosić do banku tkanek potencjalnego dawcę rogówek. Banki tkanek mają mało zgłoszeń i przez to nie dostarczają tkanek do przeszczepu. Być może przydałaby się jakaś strategia wobec szpitali, która skłoniłaby je do dokonywania większej liczby pobrań? Może zachętą byłaby znacząca premia finansowa albo z drugiej strony utrata finansowania z NFZ w przypadku braku efektywnej współpracy z Poltransplantem? Kiedy w USA wprowadzono takie rozwiązania, doprowadziło to wręcz do pobierania większej liczby tkanek, niż mogą być wykorzystane. Nadwyżka jest na tyle duża, że rogówki są stamtąd wysyłane na cały świat. Niestety koszty ich pozyskania w warunkach amerykańskich są zbyt wysokie, aby mogły być wykorzystywane w Polsce.

| Jaki jest związek między SARS-CoV-2 a oczami? Zdaniem okulistów do infekcji może dojść przez oczy, a wirus może powodować zapalenie spojówek. Czy zapalenie spojówek może być sygnałem dla lekarza, że dana osoba jest zarażona?

Zapalenie spojówek jest opisywanym objawem COVID-19, niemniej nie mamy w tej chwili dowodów, że może to być całkowicie izolowany objaw. W przypadku zapalenia spojówek zdecydowanie bardziej prawdopodobne jest, że mamy do czynienia z inną chorobą niż wywołana koronawirusem. Natomiast u części pacjentów z COVID-19 rzeczywiście stwierdza się zapalenie spojówek. Istnieje możliwość zakażenia wirusem SARS-CoV-2 poprzez spojówki, dlatego zaleca się ochronę oczu przed materiałem potencjalnie zakaźnym. Wydaje się, że najczęstszą drogą, którą dochodzi do zarażenia, są jednak drogi oddechowe. ■

”

Czy mamy szansę na szersze refundowanie zaawansowanych zabiegów? Polskie Towarzystwo Okulistyczne zabiega i będzie o to zabiegać w imieniu naszych pacjentów i okulistów, ale konkretne decyzje zapadają na poziomie Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia

