

Egy éven belül megtérülhet

Dr. Merkely Bélával, a Semmelweis Egyetem Cardiovascularis Centrumának vezetőjével a gyógyszerkibocsátó sztentek létjogosultságáról beszélgettünk.

H *Osztályvezető úr, miért ennyire népszerű az intervencionális kardiológia?*

– Az intervencionális kardiológia a kardiológia leggyorsabban fejlődő ága. Az intervenció az utóbbi időben jelentős mértékben kiszorította szívsebészeti beavatkozásokat, tekintettel arra, hogy az erek revaszkularizációja nagyon kicsi behatolási kapu felől megvalósítható. A módszer legnagyobb sikereit akut, sürgősségi helyzetekben érte el, elsősorban a rendkívül nehezen kezelhető kórképekben, mint a ST-elevációs és nem-ST-elevációs infarktus esetén.

H *Mi áll a gyors fejlődés hátterében?*

– Intervenciós lehetőségeink a technológiai fejlődés eredményeként kibővültek. Az orvosi műszerek gyártói kifejlesztették és rendelkezésünkre bocsátották a ballonra helyezhető sztenteket, ennek következtében a tágított, sérült érfalat, egy belső hengerszerű támasztékkal meg tudjuk erősíteni. Azonban ennek a technikának van egy jelentős problémája. Annak ellenére, hogy rendkívül hatékony módszerről beszélünk, hogy a visszaszűkülés esélye viszonylag magas, elérheti a 15-35 százalékot. Ez főként az alapbetegségtől

függ, például cukorbetegknél és vesebetegknél az ismételt revaszkularizáció még ezt az arányt is meghaladja.

H *Mi ennek az oka?*

– A sztentnél fokozott gyógyulási reakció, neointimális proliferáció következik be, és a sejtek a sztenten képesek benőni belüli lument, ami akár a sztent elzáródását is okozhatja. Ez a folyamat viszonylag lassan, tipikusan 3-9 hónapon belül következik be, és gazdaságossági szempontból komoly problémát jelent, hiszen ismételt beavatkozást tesz szükségessé. Adott esetben bypass műtétet kell végezni.

H *Megoldást jelenthetnek a gyógyszerkibocsátó sztentek?*

– Pontosan erre a célra fejlesztették ki az elmúlt években a gyógyszerkibocsátó sztenteket. Az amerikai FDA 2002-ben hagyta jóvá a Sirolimus kibocsátó, később a Paclitaxel kibocsátó sztenteket. Ezeknek a gyógyszereknek citosztatikus és citotoxikus hatásai vannak, gátolják a neointimális proliferációt, ennek következtében az ismételt revaszkularizáció aránya öt százalék alá csökken. A gyógyszerkibocsátó sztentekkel az a legnagyobb probléma, hogy áruk az egyszerűbb sztentek három és félszerese.

H *Világszerte milyen esetekben alkalmaznak gyógyszerkibocsátó sztenteket?*

– Az Európai Kardiológus Társaságnak ajánlása szerint a nagy területet ellátó, vagy a kis átmérőjű erek esetén, főtörzsi szűkületnél, a bypass ereinél, illetve cukorbetegknél érdemes gyógyszerkibocsátó sztenteket alkalmazni. Persze, világszerte találkozunk túlzásokkal is. Az Egyesült Államokban a DES (drug eluting stent) penetrációja meghaladja a 90 százalékot, csakúgy, mint Svájcban. Az európai országokban ez az arány, fejlettségtől és gazdasági helyzettől függően 40-60 százalék közötti.

H *És Magyarországon?*

– Magyarországon az OEP tételesen finanszírozza a gyógyszerkibocsátó sztenteket, és az összes sztentbeültetés 8-



Dr. Merkely Béla

9 százalékára elegendő kerete van. Pedig az indikációk alapján, a legspórolóssabb becslések alapján felmerülő minimális igény eléri a beavatkozások 25-30 százalékát. Egyébként ennél a 8-9 százaléknál minden intervenciós centrum több gyógyszerkibocsátó sztentet helyez be, még akkor is, ha a legszigorúbb indikációs listát veszi figyelembe, de a beavatkozásokat jelenleg a saját költségére, megfelelő egészségbiztosítói finanszírozás nélkül végzi, amely jelentős veszteségeket okoz.

H *Mi lenne az optimális arány?*

– Természetesen az lenne a legjobb, ha minden beteg, költségtől függetlenül a legjobb ellátásban részesülne. A 90 százalékos penetráció azonban túlságosan magas. A szakma által elvégzett gazdaságossági számítások világosan megmutatják, hogy milyen indikációkban érdemes gyógyszerkibocsátó sztentet alkalmazni. A Magyar Kardiológusok Társasága Intervencionális Kardiológus Munkacsoportja ezt le is írta, és a hemodinamikai centrumok ez alapján használják a sztenteket.

H *Hogyan finanszírozzák a kvótán túli beavatkozásokat?*

– Az erre az évre meghatározott keretet a nyár végére gyakorlatilag minden centrum felhasználta, illetve időarányosan messze túltejesítette. Ismerve a megszorításokat, a csökkenő finanszí-



PÁLYAKÉP

Merkely Béla 1991-ben végez a SOTE-n általános orvosként. Belgyógyászati és kardiológiai szakvizsgálója van. 1999-ben Ph.D. fokozatot szerez, 2006-ban elnyeri az MTA Doktora címet. Számatalan díj és kitüntetés birtokosa. A Magyar Kardiológusok Társasága Aritmia és Pacemaker Munkacsoport elnöke. Végzése óta a Semmelweis Egyetem Ér- és Szívsebészeti Klinika munkatársa, jelenleg osztályvezető egyetemi docens, a Cardiovascularis Centrum szakmai vezetője. Angolul és németül beszél, felesége fogorvos, két gyermekük van.

rozást nem tudjuk, hogyan tovább. Az az óriási kérdés, hogy milyen módon tudunk többletforrást biztosítani, és mit bír el az egyes intézmények költségvetése.

H *Hogyan lehet megindokolni a gyógyszerkibocsátó sztent költséghatékonyságát?*

– Amennyiben olyan esetekben alkalmazzuk, ahol a visszaszűkülés valószínűsége nagyon magas, 25-35 százalékos, akkor a gyógyszerkibocsátó sztenttel végzett beavatkozás egészen biztosan költséghatékony, és ismételt katéteres beavatkozást spórol meg. Ez az intézmény érdeke is, hiszen a teljesítményvolumen-korlát miatt az intéz-

mény számára egyáltalán nem jó megoldás a korábban kezelt beteg ismételt kezelése. Mindenkinek az a szakmai és gazdasági érdeke, hogy gyógyult pácienseket lásson. Különösen az egészségbiztosító számára fontos ez a megoldás, hiszen pont ez az a beavatkozás, ami már egy éven belül megtérülhet.