

Kevés a stroke-centrum

A neurológiai betegségek többsége viszonylag ritkán fordul elő, ám kezelésük igen drága. Komoly Sámuel professzor, a Neurológiai Szakmai Kollégium elnöke aggodalommal követi a biztosítási rendszer átalakítási folyamatát. A magas költségű beavatkozások finanszírozójaként egy központi kezelésű, elkülönített kasszát látna a legbiztonságosabbnak. Kevésnek tartja a betegek magas szintű ellátását biztosító stroke-központok számát, és gyengének az életveszélyes, nagy tömeget érintő agyi érbetegségek megelőzését célzó tevékenységet.

H *Hogyan érintette a szakmát, hogy a kórházi struktúraátalakítással elvesztette egyik legfontosabb bázisát, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetet?*

– Bár Magyarországon, egy szakmai döntés nyomán, már évekkel ezelőtt szétvált e két szakterület, az OPNI-nál továbbra is párhuzamosan működtek. Éppen ezért rendkívül érzékeny veszteséget jelentett a szakma számára az országos, központi szerepet játszó intézmény megszüntetése. Hiszen az országban az elsők között ott nyílt meg egy modern stroke-központ, az intézményben neurogenetikával, izombiopsziával és számos, speciális neurológiai területtel foglalkoztak. Ezek egy részének működtetése más intézményekhez került, vannak viszont olyan szakterületek, amelyek mind a mai napig gazdátlanok, mert ez idáig nem sikerült olyan alkalmas befogadót találnunk, ahol a továbbiakban is megfelelő minőségben és színvonalon folyhatna a munka. Ezek a szakterületek pillanatnyilag hiányoznak az ellátásból. A szakma szempontjából további veszteséget jelentett az országos intézmény tekintélyes tradíciókkal rendelkező neuropatológiai részlegének bezárása is. Pozitívumként értékelhető viszont, hogy a laboratóriumot sikerült integrálnunk a Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézetébe, ahol a munkavégzéshez szükséges feltételek kialakítás alatt állnak. Köszönettel tartozunk az egyetem menedzsmentjének azért, hogy lehetővé tette a szakma e

fontos szegmenségek további működtetését.

H *Hol kaptak helyet a szakma egyéb területét művelő részlegek?*

– Az akut stroke-ellátás és az epileptológia az Országos Idegsebészeti Intézetbe került, ami a két szakterület szempontjából ideális megoldásnak látszik. Az említett szakterületekkel foglalkozó neurológusok a helyben működő idegsebészettel szoros együttműködésben dolgozhatnak. A közös munka a közösen kialakított protokollokkal lehetővé teszi, hogy a közeljövőben egy kiváló minőségű, klinikai idegtudományi intézet ala-



Dr. Komoly Sámuel

kuljon ki. Ezzel a pécsi neurológiai és idegsebészeti klinikák együttműködésével már létrejött központ mellett kialakulhat egy újabb intézet, ahol zavartalanul megvalósulhat az epilepsziás betegek műtéti kezelése. Az epilepsziás betegek mintegy tíz százalékában (elsősorban a halántéklebény-epilepsziában) az epilepsziát fenntartó góc eltávolítható, és a korábban kombinált gyógyszeres kezelés ellenére is gyakran rohamozó beteg rohammentessé válik.

H *Ismerve a főváros közlekedését, feltételezhető, hogy az országos intézmény bezárásával Észak-Buda és az azt körülvevő agglomeráció településeinek akut stroke-os esetei közül valószínűleg nem*

mindenki juthat időben – a kritikus három órán belül – a számára legmegfelelőbb ellátáshoz.

– Az OPNI stroke-központjának megszűnése miatt a főváros budai oldalán, illetve az északi, északnyugati agglomerációban agyi érkatasztrófát elszenvedő betegek többsége valószínűleg a korábban hosszabb idő múlva juthatnak a számukra megfelelő színvonalú – életkilátása, későbbi rehabilitálhatósága szempontjából alapvetően fontos – intravénás trombolízis-kezeléshez. Mégpedig azért, mert Budán jelenleg csak a Szent Imre Kórházban működik ilyen szolgáltatást nyújtó stroke-centrum. Így könnyen előfordulhat, hogy a beteg a számára meghatározó kritikus három órán belül nem juthat hozzá az ellátáshoz. E hiányosság megszüntetése végett a megszűnő OPNI menedzsmentjével közös javaslatot tettünk az Egészségügyi Minisztériumnak, amelyben az akut stroke-esetek ellátására indítványoztuk egy erre szakosodott, harmincágyas osztály működtetését a Szent János Kórházban. Ezzel az intézkedéssel megoldódhatna az észak-budai, illetve az e területhez tartozó agglomerációs települések stroke-betegeinek minőségi ellátása. Sajnos, a tárca elutasította a javaslatunkat.

H *Egy szakmai jelentés már tavaly év elején figyelmeztetett arra, hogy az európai átlaghoz képest, a hazai stroke-betegek közül csak nagyon kevesen részesülnek trombolízis-kezelésben. Mi ennek az oka?*

– Valóban így van, és ezt a szakmában kudarcként tartjuk számon. Szándékunk és törekvéseink ellenére eddig nem sikerült országosan bővíteni azoknak a centrumoknak a számát, amelyek jogosultak lennének a trombolízis-kezelések alkalmazására. Magyarországon évente körülbelül 1000–1500 beteg volna alkalmas erre a korszerű, és a páciens későbbi életminőségét alapvetően meghatározó kezelésre, ehelyett tavaly például összesen mintegy kétszázan részesülhettek benne. Az OPNI megszüntetésével ez a létszáma harmadával tovább csökkent. Holott a kezelés, amely többek között a szigorú szakmai protokollnak is köszönhetően rendkívül biz-



tonságos és hatékony, szinte minden kórházban elvégezhető volna, ahol alkalmaznak neurológust, van az intézményben CT-készülék, és intenzív részleget is működtetnek. Magyarországon számos intézmény rendelkezik ezekkel az adottságokkal, szakmai testületünknek mégsem sikerült elérni, hogy megkapják a kezelés elvégzésének jogosultságát, illetve az ahhoz tartozó OEP-finanszírozást. További gondot jelent, hogy azon kórházak, amelyekben kijelölt stroke-központ működik, a trombolízis alkalmazásával erősen fogyasztták az adott intézmény TVK-keretét, hiszen egyetlen beavatkozás öt HBCS-pontot emészt fel. A saját klinikánkon például itt Pécsen, havonta 200–250 HBCS-pontot fordíthatunk az összes beteg kezelésére, amiből ha öt trombolízis-kezelést végzünk, máris „elvéttünk” 25 pontot a többi betegről, ez pedig esetenként számottevő hátrányt jelenthet az ellátásukban.

H *A szakmai kollégium milyen javaslatot tett a probléma megoldására?*

– Többször kértük a szaktárcától, hogy az akut stroke-os betegek intravénás trombolízisének finanszírozását emelje ki a TVK-keretből, és annak költségeit – a szülészeti, kardiológiai és egyéb szakmák némely beavatkozásához hasonlóan – attól függetlenül számolhassuk el; ám kudarcot vallottunk csakúgy, mint a centrumok számának növelésére tett javaslatunkkal. Indítványoztuk azt is, hogy évente, országosan körülbelül háromszáz trombolízis elvégzése költségeinek fedezésére hozzanak létre egy külön keretet, amiből azok a centrumok gazdálkodhatnak, amelyek pályázat útján elnyernék a plusztámogatást. Körülbelül 1500 HBCS-pontnak megfelelő összegből megoldható lett volna, mégsem sikerült megállapodásra jutnunk. Egy átmeneti időszakra minden stroke-os eset kezelésének HBCS-pontértékeit is csökkentették, ám ez a probléma mára megoldódni látszik.

H *Az infarktushoz, elhízáshoz vagy némely daganatos betegséghez hasonlóan, a stroke megelőzésére vajon miért nincs országos kampány, figyelemfelkeltő, tájékoztató program?*

– Sajnos, munkánkban az egyik legnagyobb gondot még napjainkban is az jelenti, hogy a közvélemény, a laikusok alig vagy egyáltalán nem tulajdonítanak a helyzet súlyosságának megfelelő jelentőséget a stroke-rohamot előjelező, illetve annak bekövetkeztét mutató tünetek-

nek. Míg például a kisebb-nagyobb szívproblémák észlelése után azonnal felkeresik az orvosukat, vagy mentőt hívnak, addig az agyi érkatasztrófát jósló, keringési zavarra utaló karzsiszbadást, vagy enyhe szájzug-elferdülést, esetleg átmeneti beszédzavart múltó tünetként értékelik, amivel nem szükséges felkeresni sürgősen a legközelebbi stroke-centrumot, vagy mentőt hívni. Fontos lenne a széles körű és általánosan végzett felvilágosító munka, hogy a betegek időben felismerjék a fenyegető veszélyt és orvoshoz forduljanak.

H *Ehhez milyen lehetőségek állnak a szakma rendelkezésére?*

– Általában az egyetemi centrumok váltatták magukra a laikusok ismereteinek gyarapítását. Ehhez igénybe veszik a helyi televíziók, az írott sajtó segítségét. Sajnos a más, életet fenyegető betegségek (szívinfarktus, mellrák stb.) megelőzésére szolgáló országos kampányokhoz hasonló program – bár a MOTESZ koordinációjával elkészült – eddig még nem kapott megfelelő támogatást. Szomorú tény, hiszen a stroke ma is a vezető hazai halálokok között szerepel. A másodlagos prevenciónak ennél kedvezőbb a helyzete. A tünetekkel kórházba kerülő betegek többsége megfelelő kezelésben, a későbbi életére vonatkozó szakszerű gyógyszerelésben és tanácsadásban részesül. Állapotát pedig folyamatosan kontrollálják. Mivel a stroke legveszélyesebb rizikófaktora a magas vérnyomás, a megelőző munkában sokat segít az országosan ismert, és jól működő „Élj 140/90 Hgmm alatt!” hipertóniaellenes projekt.

H *A neurológiai osztályok bezárásával, átszervezésével összességében országosan csökkent valamelyest a szakma ágyainak száma, ezzel szemben az ellátandók létszáma stagnál, helyenként emelkedik. Mi történik azokkal a betegekkel, akik nem juthatnak megfelelő minőségű neurológiai ellátáshoz?*

– Valószínű, hogy azon idős betegek, akik a neurológiai problémák mellett számos krónikus betegségtől (diabétesz, vesebetegség, kardiológiai tünetek stb.) is szenvednek, eredményesebben kezelhetők például a belgyógyászaton. A súlyos, kifejezetten stroke-os tüneteket produkáló betegek eredményes kezelése és gyógyulása szempontjából viszont kizárólag a neurológiai stroke-részlegek jöhetnek számításba. Ezt a tényt számos nemzetközi vizsgálat eredményei is

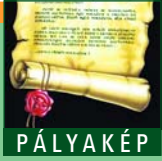
alátámasztják. Ennek a betegcsoportnak Magyarországon egyenlőtlen a százezer főre jutó esetszámok szerinti ellátása: vannak területek, ahol páciensek többsége megkaphatja az állapotának leginkább megfelelő ellátást, máshol viszont hiányoznak ehhez a feltételek. A szakmai kollégium kidolgozta az egyenlőtleneségek megszüntetését célzó tervet, többször benyújtotta a főhatósághoz, ám eddig nem sikerült realizálnunk az azokban foglaltakat.

H *A stroke-on átesett betegek egy részének állapota sajnos nem teszi lehetővé az önálló életvitelt. Mozgásukban, esetleg gondolkodásukban, beszédükben erősen korlátozottak. Közülük sokan igényelnének hosszabb idejű rehabilitációs/krónikus ellátást. Ápolásukra elegendő ágy áll rendelkezésre?*

– A kórházak átalakításával elvben országosan nagyobb lett a rehabilitációs és ápolási kapacitás, a gyakorlat viszont azt mutatja, hogy a stroke-on átesett betegek közül sokan, akik jogosultak volnának erre az ellátási formára, mégsem juthatnak hozzá. Nem azért, mert kevés lenne az ágy, hanem mert hiány van rehabilitációs és ápolási szakemberekből. Mivel korábban a rehabilitációnak országosan szűk volt a kapacitása, értelemszerűen kevés szakembert képeztek, ezért a megváltozott helyzetben hiányuk ma már jól érzékelhető. Ugyan a szakorvosképzésben elindult egy kedvező folyamat, ámde ennek látható, konkrét eredményeire éveket kell még várni.

H *Az egyéb neurológiai kórképek kezelésénél is hasonló gondok észlelhetők?*

– Alapvető problémánk, hogy – a korábbi gyakorlattal ellentétben – körülbelül két éve a neurológiai betegeknel szinte törvényszerűen kialakuló depresszió kezelésére szolgáló gyógyszereket kiemelt támogatással szakorvosaink nem írhatják fel. Erre kizárólag a pszichiáterek jogosultak, annak ellenére, hogy a neurológiai betegségekben szenvedők harmadában felében depresszió is kialakul, és a neurológiai szakorvosképzés curriculumában a pszichiátriai képzés szerepel. Betegeink többsége mozgáskorlátozott, idős beteg, akiknek (és családjuknak) felesleges és nehezen indokolható további terhet jelent kizárólag a kedvezményes receptfelírási javallat céljából a túlterhelt pszichiátriai szakrendelések felkeresése. Ennek ellenére, a gyógyszerfelírás kérdésében mind ez idáig sem a Pszichiátriai Szakmai Kollégiummal, sem a szaktárcával nem sikerült



PÁLYAKÉP

Dr. Komoly Sámuel 1977-ben summa cum laude minősítéssel végzett a Szegedi Orvostudományi Egyetem Általános Orvosdoktori Karán. 1997-ben kandidátusi tudományos fokozatot szerzett, két év múlva pedig az MTA doktori címét is elnyerte. 2004-ben egyetemi tanári címet kapott. Pályáját a SE Neurológiai Klinikáján kezdte.

Dolgozott a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház osztályvezető főorvosaként, a Neuroimmunológiai Nemzeti Központ tudományos igazgatójaként, 2004-óta pedig a PTE Neurológiai Intézetének igazgatója. A neurológia, a neuropatológia és az agyérbetegségek specialistája. A Neurológiai Szakmai Kolégium elnöki posztját 2004 óta tölti be.

konszenzusra jutnunk. A szklerózis multiplexben (SM) szenvedő betegek kezelése szempontjából pozitív változásként értékelhető, hogy az országos SM-hálózat centrumainak külön keretes gyógyszerfinanszírozása átkerült a százszázalékosan támogatott kategóriába. E tény valamivel jobban támogatja az orvos-beteg szabad gyógyszerválasztásának a lehetőségét. A speciális SM-kezelések finanszírozását évek óta folyamatosan bővítette az egészségbiztosító, és ennek köszönhető, hogy mára megszűntek az SM-centrumokban a várólisták.

H A neurológia egyéb területeire jellemző a hosszabb várólista?

– Bizonyos speciális területeken igen. Például neurológia és az idegsebészet szoros együttműködéseként megvalósuló, Parkinson-kórban szenvedő, gyógyszerrel már nem kezelhető betegek egy része alkalmas mély agyi stimulátor beültetésére, ami segítségével még évekig javult állapotban tartható, a korábban ágyhoz kötött beteg akár újra munkaképessé válhat. Mivel a beültetendő berendezés betegenként mintegy 5 millió Ft, és beültetése nagyon speciális idegsebészeti felkészültséget és neurológiai szakértelmet kíván, másfél éves várakozás is előfordulhat. Évente országosan körülbelül 100 műtetre volna szükség, és mintegy 50 történik, Jó hír ezzel kapcsolatban, hogy az OEP elfogadta a kezelés szükségességét, és évről évre törekszik a keret bővítésére. Hosszúnak tekinthető az alváslaborok várólistája is. Oka egyrészt az ott jelentkező betegek létszámának utóbbi időben tapasztalható jelentős mértékű felszaporodása, másrészt az, hogy kevés az ilyen vizsgálatok végzésére szakosodott ellátóhely. Ma már mind a betegek, mind az orvosok a korábbiánál sokkal intenzívebb figyelmet fordítanak az alvászavarokra, bizonyítottá váltak a kóros horkolás veszélyei, ez okozza a beteglétszám indokolt növekedését. Bár már néhány magán-álváslabor is működik az egyetemi klinikákon és Budapesten a BM Központi Kórházban

is található mellett, illetve azokkal együttműködésben, mégis úgy tűnik, hogy ez a kapacitás is kevés.

H Pár hónappal ezelőtti hír, hogy Kaposváron hamarosan megnyílik az ország első összejt-klinikája. A neurológiai betegek közül többen abban reménykednek, hogy az újmagánintézményben végrehajtott összejt-beültetés javíthat majd az állapotukon. Ön szerint lehet erre esélyük?

– Sajnos alaptalan a remény, ilyen módon semmi esélyük sincs a neurológiai betegeknek a gyógyulásra. Néhány külföldi klinikán szklerózis multiplexes betegeknek kísérleti jelleggel, már többször próbálkoztak a csontvelő-transzplantációhoz hasonló technikával végrehajtott összejt-beültetéssel, a betegek 5–10 százaléka meghalt a beavatkozás után, a túlélőknél pedig nem tapasztaltak állapotjavulást. Az elhalálozottak agyának vizsgálatakor kiderült, hogy onnan nem tűntek el a betegséget okozó hibás immunsejtek, mert ebben a szervben a beültetés hatására nem történik meg a sejtcseré. A tudomány jelenlegi állása szerint a degeneratív neurológiai betegségek összejt-beültetéssel való gyógyításának sajnos nincs realitása. Ezzel kapcsolatos szakmai állásfoglalásunk megtalálható a www.neurology.pote.hu című honlapon. Pár évvel ezelőtt külföldi klinikákon embrionális összejt-beültetéssel próbáltak javítani parkinsonos betegek állapotán. A beavatkozásokon átesett betegek állapota a kezdeti javulás után két-három év múltán rosszabbra fordult, mert a beültetett összejtek növekedése ellenőrizhetetlenné és kiszámíthatatlanná vált. Az eredeti elképzelésekkel ellentétben nem állt le a szaporodásuk, ennek pedig az lett a következménye, hogy a betegek egyre súlyosabb túlmozgásos tüneteket produkáltak. Állapotuk egy idő után sokkal rosszabbra váltott, mint amilyen a beavatkozás előtt volt.

H Ha nem az összejt-beültetés, akkor milyen más módszer adhat reményt arra

a degeneratív idegrendszeri betegségben szenvedőknek, hogy valamikor a közeli vagy távolabbi jövőben annak segítségével, általuk jól érzékelhetően javulhat majd az állapotuk, esetleg némelyek meggyógyulnának a ma még élethosszig tartó betegségeikből?

– A Parkinson-kórban vagy az agygyorsulású járó betegségeknél kitérésre pontként jöhet számítása például a fokozott idegsejt-védelem megvalósítása. A degeneratív neurológiai kórképekben a tumorképződéssel ellentétes folyamatok játszódhatnak le, a cél – többek között – az idegsejtek apoptózisának megakadályozása volna. Olyan eljárások, gyógyszerek kifejlesztése szükséges, amelyek megakadályozzák egyrészt az önkéntes sejt-halált, másrészt kiiktatják azokat a külső tényezőket, amelyek erre kényszeríthetik az idegsejteket és a velük szoros együttműködésben lévő oligodendroglia-sejteket. Ilyen irányú kutatások jelenleg hazánkban is folynak a szegedi és pécsi egyetemen. A különféle idegrendszeri betegségek kezelésében a szakmának nagy előrelépést jelentett a funkcionális mágneses rezonancia módszerének megjelenése. Az eljárás alkalmas az agyközpontok működés közben történő megjelenítésére, ami hihetetlen perspektívát nyit az agy működésének megértésében, de gyakorlati haszna is van. Segítségével például az idegsebészeti beavatkozások nagyságrendekkel pontosabban tervezhetőek. A műtét előtt eldönthető, hogy a tervezett beavatkozás érint-e elsődleges agykérgi központokat, azaz elvégezhető-e a műtét anélkül, hogy a beszéd-, a mozgató- vagy például a látókéregpálya sérülne.

H A biztosítási rendszer közeljövőben történő átalakítási elveinek ismeretében hogyan látja a hazai neurológiai ellátás jövőjét?

– A stroke-ellátás remélhetően javulni fog. Aggódunk azonban, hogy a viszonylag ritkának számító, ám kezelési költségeit tekintve általában drága autoimmun, genetikai, degeneratív etiológiájú neurológiai betegségek gyógyításának finanszírozását az üzleti alapon működő biztosítók hogyan fogják finanszírozni. A megnyugtató megoldás számunkra az volna, ha a ezen betegségeknek a finanszírozása továbbra is egy központi kockázatvállalási keretből történne.

LÓRÁNTH IDA

egészségügyi szakújságíró