

<http://www.weborvos.hu/cikk.php?id=186&cid=51694>

### Alladin nem csak mesealak

Uniós kutatás indul hazánkban a féloldali bénult betegek rehabilitációjának segítésére.



Népegészségügyi jelentőségű uniós projekt indul az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, a Budapesti Műszaki Egyetem és a Szent János Kórház közreműködésével a féloldali bénult betegek, túlnyomó többségükben stroke-on átesettek rehabilitációjáért. A hét uniós ország kooperációjában zajló kutatás részleteiről **Dr. Fazekas Gábor**, a Szent János Kórház Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályának és az OORI orvos-mérnöki rehabilitációs kutatási programjának vezető főorvosa beszélt lapunknak.

– Ez a mostani, úgynevezett Alladin-projekt az Európai Unió egyik kutatási keretprogramjának segítségével realizálódik majd meg, amely az OORI-ban, immár második a sorban. A közös bennük az, hogy mindkettőben a féloldali bénult betegek, túlnyomó többségükben stroke-on, közismertebb nevén, agyi érkatasztrófa átesettek rehabilitációjával foglalkozik. Ez Magyarországon jelenleg évente mintegy negyven-negyvenötezer beteget érint, és a leggyakoribb maradandó fogyatékosághoz vezető kórok, magyarul: óriási a népegészségügyi jelentősége is.

– *Kérem, ismertesse a tartalmi elemeket.*

– A rehabilitációs állapotfelmérés során napjainkban alapvetően három módszer létezik. Az első a hagyományos leírás, a második az, hogy különböző skálákat töltünk ki, a harmadik pedig a mérések végzése. Mindegyiknek van előnye és hátránya. A leggyorsabb és a legegyszerűbb a klinikai leírás, amikor a gyógytornász vagy az orvos saját szavaival írja le a beteg állapotát, ám ilyenkor az már korántsem biztos, hogy kifejezésük módja és nyelvezete mindenki számára ugyanazt jelenti. A skálák ennél valamivel jobbak, de kitöltésük meglehetősen időigényes, és a kollégák rendszerint nem szívesen bajlódnak vele.

A harmadik, tehát a biomechanikai mérések pontosabbak, ezeknek azonban igen nagy a költségvonzata. Mi azt szeretnénk, ha az egyszerűség és a pontosság között találnánk valamiféle optimális kapcsolatot. Tudniillik feltételezésünk az, hogy a stroke-on átesett betegek esetében a méréseknél meg tudunk határozni legalább tíz mérföldkövet, melyek egy kódrendszer pillérei lehetnek.

– *Érzékeltethető ez egy példával?*

– A bénult betegnek először egyáltalán nem funkcionálnak az ujjai, később úgynevezett tömegmozgásra képesek. A következő mozzanat viszont már az, amikor a szelektíven mozgatja az ujjait, majd a hüvelykujjat a többivel szembe képes fordítani. Amennyiben a klinikai leírást és a biomechanikai mérést párhuzamosan elég sok páciens állapot-változásánál végezzük el, megtalálhatjuk azt a közös „nevezőt”, hogy a gyógytornászok milyen kifejezéseket alkalmaznak. Így hozhatjuk létre majd az Alladin szoftvert, melynek segítségével a leírásból meg tudjuk határozni, a beteg hol helyezkedik el a kódrendszerben,

mert az orvos, az angol gyógytornász egy palmtopba, tehát kézi számítógépbe diktálja be észrevételeit, amit, egy szövegfelismerő program közbeiktatásával, betáplálunk a computerbe.

Két dolgot teszek hozzá: a biomechanikai mérések eredményeiről nekik nem lesz tudomásuk; később a magyar adaptáció is megtörténik. Következésképpen sem a skálák kitöltésére, sem pedig a drága mérések elvégzésére nincs szükség. Mindemellett a számokkal kifejezett kód arra is jó, ha netalán külföldi beteget rehabilitálunk. Szeretném hangsúlyozni azt a tényt: napjainkban alapvető követelmény az, hogy a módszerek eredményességére bizonyítékok álljanak rendelkezésre, másrészt nekünk a gyógyítás költséghatékonyágát is szem előtt kell tartanunk. Ez azonban kizárólag a pontos méréseken múlik.

– *Kik vesznek részt a tervek megvalósításában?*

– Az elképzelések szerint hét uniós tagállam, jelesül: Belgium, Egyesült Királyság, Görögország, Írország, Magyarország, Olaszország, Szlovénia tíz intézményének kooperációjával jönnek létre. Ahogy ilyenkor lenni szokott, a realizálásban természetesen további alvállalkozók és más partnerek is bekapcsolódnak. Az együttműködők egy részével mi már a korábbi esztendőben is együtt dolgoztunk. A lényeg az, hogy a vizsgálatokat nagy betegszámon végezzük el, hiszen egy, vagy néhány alapján nyilvánvalóan nem lehet jó következtetéseket levonni. Ezekre a belgiumi Gentben, Dublinban, illetve Budapesten kerül sor. Féléven keresztül, mérésekkel, néhány skála kitöltésével és a hagyományos klinikai leírásokkal, háromszáz beteg felső végtagfunkciójának és állapotának változását követjük. Ezt követően adatbányászatnak nevezett tudományos módszerrel egy kutatócsoport megkeresi, hogy egy-egy mérföldkőhöz milyen leírások tartoznak a kódrendszerben.

– *Kik a magyar közreműködők?*

– A Budapesti Műszaki Egyetem, az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, valamint a Szent János Kórház. A biomechanikai méréseket nálunk végezzük el, amely ebben a pillanatban még előkészítő szakaszban van. Erre a célra a mérnökpартnerek elkészítették egy negyvennyolc csatornás erőmérő berendezés prototípusát, telepítése a három városban decemberben, míg a személyzet betanítása januárban zajlik le. A tervek szerint a vizsgálatok februárban kezdődnek.

– *Mi ennek a metodikája?*

– A páciensnek, aki a vizsgálat helyszínére betolható székben ül, erőmérőket csatlakoztatunk az első három ujjára, a talpára, az alkarjára, a szék ülőlapjára és háttámlájára. A betegnek, akik természetesen nem lesznek félévig a kórházban, de be- és hazaszállításukat megoldjuk, hat, hétköznapi feladatot kell megpróbálni elvégezni, például a pohár, a kanál megfogása, kulcs elfordítása, üvegtárgy után történő nyúlás, annak áthelyezése, táska felemelése. A mozgás indításakor képződő erőt, illetve változásait mérjük. A rendszert számítógéppel irányítjuk. A vizsgálatok 2006 májusáig tartanak, majd a kiértékelés következik. Egyébiránt a projekt teljes költsége a hét országban a mérőrendszer kifejlesztésétől az adatfeldolgozásig hárommillió háromszázezer eurót, több mint nyolcszázhuszonötmillió forintot tesz ki.

**Nagy Attila, Weborvos, 2004-10-21**