



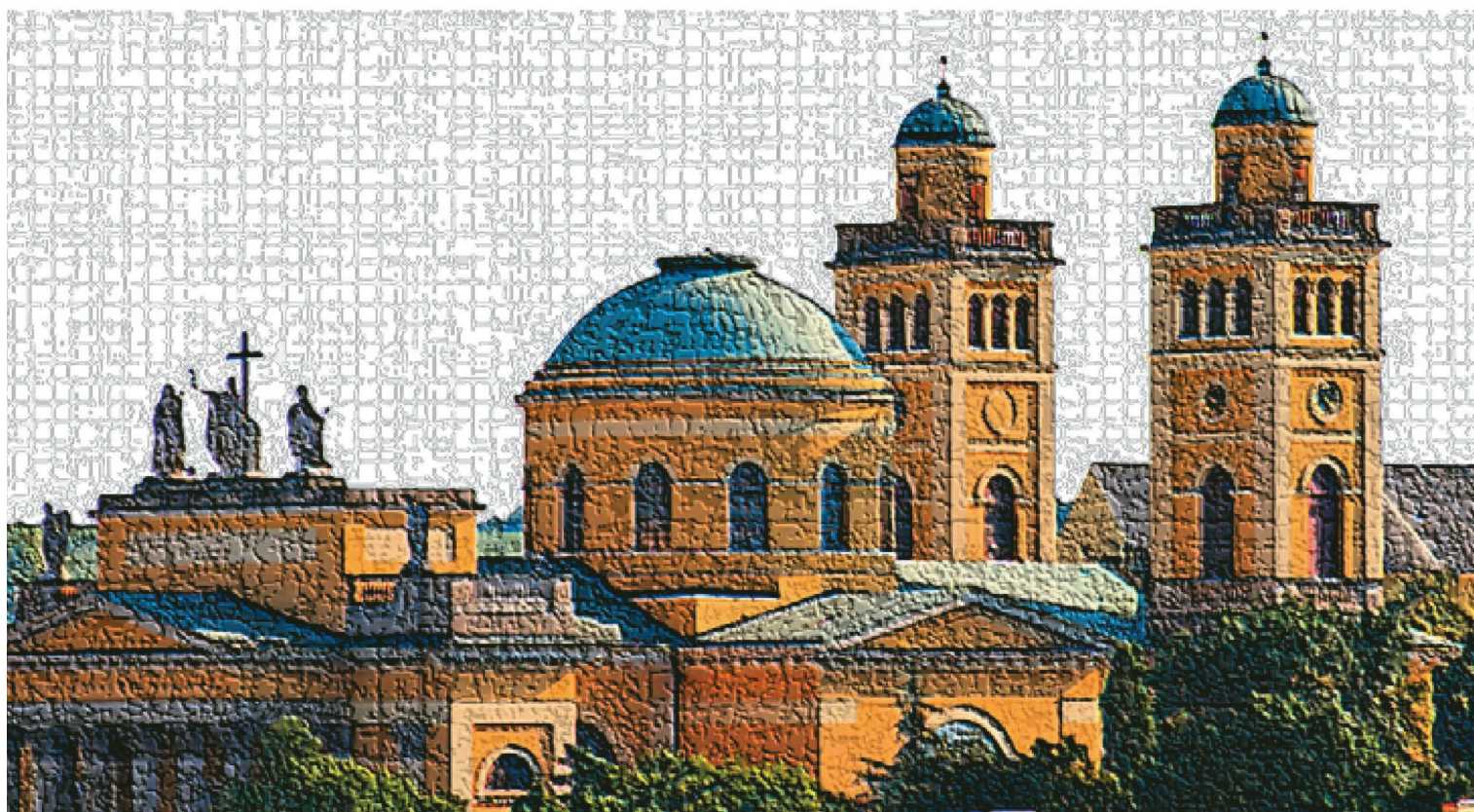
**MAGYAR
REHABILITÁCIÓS
TÁRSASÁG**

Alapítva 1966.

MAGYAR REHABILITÁCIÓS TÁRSASÁG

XXXVII. VÁNDORGYŰLÉSE

PROGRAM



EGER, HOTEL EGER & PARK

2018. szeptember 13-15.

A vándorgyűlés védnökei

Prof. Dr. Karádi István
a MOTESZ elnöke
Habis László
Eger Megyei Jogú Város polgármestere

Tudományos bizottság

Elnök:
Dr. Varjú Cecília PhD

Tagok:
Dr. Boros Erzsébet
Dr. Dénes Zoltán PhD
Dr. Fazekas Gábor PhD
Dr. Mayer Ágnes PhD
Mezei Zoltán MSc
Dr. Tóth István

Helyi szervező

Dr. Bora László

A vándorgyűlés időpontja

2018. szeptember 13–15.

A vándorgyűlés helyszíne

Eger Park Hotel
3300 Eger, Szálloda u. 3.

Szervezőiroda

Expert Quality Kongresszusi és Utazási Iroda
1052 Budapest, Kígyó u. 4–6.
Levélcím: 1243 Budapest, Pf. 553.
Internet: <http://www.eqcongress.hu>
Tel: +36 (1) 311-6687
E-mail: congress@eqcongress.hu

Támogatók, kiállítók

Artmed Kft.
BTL Magyarország Kft.
Carter & Carter Kft.
Consilior Kft.
LBT Kft.
MedDevice Kft.
Medicina Könyvkiadó Zrt.
Meyra-Ortopedia Kft.
Mozgássérült Emberek Rehabilitációs Központja
MQS Hungary Kft.
Orma 2000 Kft.
Ortetika Kft.
OrtoProfil-Magyarország Kft.
Rehab Zrt.
REX-SAN Kft.
Sandoz Hungária Kft.
Schicke&Bagdy Bt.
Thuasne Hungary Kft.

A Vándorgyűlés Szervezőbizottsága ezúton mond köszönetet minden kiállítónak és támogatónak, hogy részvételükkel hozzájárultak a rendezvény sikeréhez.

Kedves Kollégák!

A Magyar Rehabilitációs Társaság 52 évvel ezelőtt alakult meg, a XXXVII. Vándorgyűlésre kerül sor ebben az évben. Ennek, az évtizedek óta minden évben megrendezett kongresszusnak a célja a szakma újabb eredményeinek bemutatása, a továbbképzés, de ezek mellett a kapcsolatok ápolása is, vagyis az, hogy a rehabilitációval foglalkozó szakemberek jobban megismerhessék egymást: ki mivel foglalkozik, milyen körülmények között dolgozik. A rehabilitációs szakemberek képzése, az osztályok infrastruktúrája sokat javult az elmúlt évtizedben. A szakmai színvonal további emelésének egyik eszköze lehet a Rehabilitációs Ellátási Programok (REP) alkalmazása. Az konferencia első napján megrendezésre kerülő szakmapolitikai fórum a REP második próbaszakaszának tapasztalataival foglalkozik. Természetesen idén is sor kerül a Vas Imre-emlékérem átadására: a díjazott *Mészáros Gabriella*, aki több évtizede úttörő munkát végez a rehabilitációban munkapszichológusként és egyúttal a Magyar Rehabilitációs Társaság Pszichológus Szekciójának „motorja”. Ebben az évben is meghallgathatjuk a Fialatok Fórumán első díjat nyert előadást, *Dudás Judit* munkáját. A konferencia előadói között több neves meghívott is szerepel, köztük *Martin Niedermeyer* professzor Innsbruckból, aki a robottechnológia felhasználásával kapcsolatos tapasztalatait ismerteti a járás újratanítása során.

A fejlett technológia alkalmazási lehetőségei több más előadásban is szóba kerülnek, és a kiállításon is megtekinthetők egyes eszközök. Az oktatókurzus a diabetológia terén igyekszik a napi munkában felhasználható ismereteket adni. A hagyományosan a rehabilitáció és egy-egy más orvostudományi szakág határterületeivel foglalkozó Őrjárat a rehabilitációs szakemberek számára fontos néhány reumatológiai területet jár körül. A fő témák közül külön szekciók foglalkoznak a kardiológiai és pulmonológiai rehabilitációval, a thrombosis-profilaxissal, a szakterületünkön előforduló kommunikációs kérdésekkel, az alsó végtagi funkciózavarokkal. Szokás szerint olyan sok neurorehabilitációs előadás érkezett, hogy ezek több szekciót is megtöltenek. A gyermekgyógyászati szekciót idén könyvbemutató is kiegészíti. A révészek érzékenyítő foglalkozást szerveztek. Az idei kongresszus újdonsága az előzetes értékelés során legmagasabb pontszámot kapott absztraktok szerzőinek szekciója. Ide nyolc, különböző témájú előadás került. Az igen sokszínű, sok-sok gyakorlati ismeretet, messze nem csak elvontabb, tudományos háttérrel nyújtó program remélhetőleg minden hallgató hasznára válik.

A helyszín az ország egyik legszebb városa, számos látnivalóval. Reméljük, kellőképpen érdekes lesz a konferencia ahhoz, hogy a város szépségei ne vonják el túlzottan a hallgatóságot.

Fazekas Gábor
az MRT elnöke

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

Regisztráció

Helyszíni regisztráció nyitva tartása:

- | | |
|------------------------------------|------------|
| • 2018. szeptember 13. (csütörtök) | 8.00–18.00 |
| • 2018. szeptember 14. (péntek) | 8.00–18.00 |
| • 2018. szeptember 15. (szombat) | 8.00–14.00 |

Részvétei díj

A vándorgyűlés helyszínén

- | | |
|--------------------------------|-----------|
| • Társasági tagok* | 33 000 Ft |
| • Nem tag | 38 000 Ft |
| • Oktatókurzus | 4 000 Ft |
| • Napijegy (csütörtök, péntek) | 18 000 Ft |
| • Napijegy (szombat) | 10 000 Ft |

* aki 2018-as tagdíját rendezte

Tagdíjbefizetése könyvelését megnézheti a következő linken: <https://rehab.hu/bejelentkezés.aspx?c=due>

A részvételi díj tartalmazza:

- részvételt a szakmai programon,
- az akkreditációs pontokat,
- a kiállítás megtekintésének jogát,
- a Vándorgyűlés kiadványait,
- kávészüneteket 3 napra,
- a szeptember 13-i nyitófogadást.

A napijegy tartalmazza:

- részvételt az adott napi szakmai programon,
- a kiállítás megtekintésének jogát,
- mindhárom napijegy megvásárlása esetén az akkreditációs pontokat.

Tudományos információ

Akkreditáció

Az akkreditálás és a kreditpontok értékének meghatározása orvosok és szakdolgozók számára folyamatban van. A Vándorgyűlés egy egységben kerül akkreditálásra, így a napijegyekre kreditet csak mindhárom napijegy megvásárlása esetén lehet jóváírni.

Előadások

Felhívjuk az előadók figyelmét a rendelkezésükre álló idő (előadás 8 perc, poszter 3 perc) pontos betartására! Az előzetesen megadott időtartamok túllépésére nem lesz lehetőség.

Technikai tájékoztató az előadásokhoz

Prezentációk feltöltése: A feltöltés a központilag történik. Kérjük legalább két órával az adott szekció kezdete előtt memory sticken (pendrive) adják le az előadásuk anyagát az I. emeleten a kiállítói terem előtti folyosón, illetve a kora reggeli szekciókban való részvétel esetén azt már előző nap töltsék fel. Az adott terembe internetes rendszeren keresztül közvetítik ki az előadások anyagait. Az előadóteremben saját laptop használata nem lehetséges!

Technikai lehetőségek: PC, projector, PowerPoint és Microsoft Office, Windows 10 és Office 2013

Technikai információk

Szállás

Az előre megrendelt szállodai szobákat a résztvevő(k) nevére lefoglaltuk, azok a megküldött visszaigazolás szerint vehetők igénybe, az érkezés napján 14.00 órától az elutazás napján 10.00 óráig.

Korábbi érkezés vagy elutazás esetén a csomagok elhelyezésében a szállodai recepció nyújt segítséget.

Névkitűző használata

A Vándorgyűlésen a névkitűző használata kötelező, ennek viselésével juthatnak be mind az előadótermekbe, mind pedig a kiállítási területre. Kérjük, hogy érkezéskor a regisztrációs csomagot felvenni szíveskedjenek, amelyben megtalálják a névkitűzőt is.

Társasági programok, étkezések

Nyitófogadás

2018. szeptember 13. (csütörtök)

Helyszín: Eger Park Hotel

Díját a részvételi díj tartalmazza (a napijegy kivételével).

Társasvacsora

2018. szeptember 14. (péntek)

Helyszín: Eger Park Hotel

Díja: 10 800 Ft/fő

Ebéd

A regisztrációs lapon kiajánlott büféebéd (díja 4600 Ft/fő/alkalom) a szálloda éttermében, ital nélkül. Az ebédeket előzetes rendelés és fizetés esetén biztosítjuk, mindhárom nap a programban megadott időpontok szerint. Kérjük, a jegyeket vigyék magukkal, mert az étteremben

csak a jegy ellenében vehető igénybe étkezés. Az elvesztett jegyet nem áll módunkban pótolni.

Kávészünetek

A kiállítási területen tartva, kávét, ásványvizet vagy üdítőt tartalmaz.

- 2018. szeptember 13., csütörtök, 14.30–15.00
- 2018. szeptember 13., csütörtök, 16.15–16.35
- 2018. szeptember 14., péntek, 9.30–10.00
- 2018. szeptember 14., péntek, 14.00–14.30
- 2018. szeptember 14., péntek, 15.15–15.40
- 2018. szeptember 15., szombat, 9.40–10.00

Felelősség- és egyéb biztosítás

A vándorgyűlés közzétett részvételi és egyéb díjai nem tartalmaznak baleset-, betegség-, poggyász- és felelősség-biztosítási díjat. Baleset, betegség és valamely káresemény bekövetkezése esetén a szervezőknek nem áll módjukban semmilyen felelősséget vagy kártérítést vállalni.

Általános gyógyászat • Reumatológia • Fizikoterápia • Sportorvoslás • Ortopédia • Rehabilitáció • Sebészet • Fájdalomcsillapítás



SCHICKE & BAGDY Bt.
Orvosi Műszer Forgalmazás és Szerviz

ARENDS
nagyfelületű professzionális masszírozókészülékek

HYDROSUN VIS + wIRA
sugárzó (infravörös hőterápia)

TONTARRA
orvosi/sebészeti acélműszerek

PHYSIOMED
Hivamat (Deep Oscillation), Physiodyn,
Physioson stb. elektroterápiás készülékek

4024 DEBRECEN, Sumen u. 10
Tel. 06 (52) 533 493; Mob. 06 (20) 444 0929
info@schickeandbagdy.hu

Sajnos az idei Rehabilitációs Vándorgyűlésen logisztikai okok miatt nem tudunk részt venni, de a már ismert címeken természetesen továbbra is az Önök rendelkezésére állunk!

2018. szeptember 13., csütörtök		
11.00	11.00–12.30: Szakmapolitika – Rehabilitációs Ellátási Programok	
12.00	12.30–13.30: Ebédszünet	
13.00	13.30–14.30: Megnyitó, köszöntők	
14.00		
15.00	15.00–16.15: Thrombosis-profilaxis és lymphoedema-kezelés	
16.00		
17.00	16.35–18.10: Neurorehabilitáció – segédeszközök	
18.00		
19.00		
20.00	19.30– Nyitófogadás	
2018. szeptember 14., péntek		
	A terem	B terem
8.00	8.00–9.30: Oktatókurzus – Diabetesek betegek ellátása a rehabilitáció során	8.00–9.45: Kardiológiai és pulmonológiai rehabilitáció
9.00		
10.00	10.00–11.30: A legjobb beküldött absztraktok előadásai	10.00–10.45: Révészek
11.00	11.30–12.00: Rex-San Szimpózium	
12.00	12.00–13.00: Ebédszünet	
13.00	13.00–14.10: Kommunikáció I.	13.00–14.00: Gyermekgyógyászati rehabilitáció
14.00	14.10–14.20: BTL Szimpózium	
15.00	14.30–15.20: Kommunikáció II.	14.20–15.15: Neurorehabilitáció – Gerincsérültek rehabilitációja
16.00	15.40–17.00: Alsó végtagi funkciózavarok	
17.00	17.15–18.15: Közgyűlés	15.30–17.00: Egyéb témák I.
18.00		
19.00		
20.00	20.00– Társasvacsera	
2018. szeptember 15., szombat		
	A terem	B terem
8.00	8.10–9.40: Őrjárat – Az osteoporosiskezelés gyakorlata és a biológiai terápiák aktualitásai	
9.00		
10.00	10.00–11.30: Neurorehabilitáció – Koponya- és agysérültek rehabilitációja	10.00–11.15: Egyéb témák II.
11.00		
	11.30– A vándorgyűlés zárása	

2018. szeptember 13., csütörtök

A terem

11.00–12.30 SZAKMAPOLITIKA – REHABILITÁCIÓS ELLÁTÁSI PROGRAMOK

Üléselnökök: *Cserháti Péter, Vekerdy-Nagy Zsuzsanna*

- E01 *Vekerdy-Nagy Zsuzsanna, Boros Erzsébet, Angyal Gyöngyi, Korpos Sándor*: A Rehabilitációs Ellátási Programok szakmai tartalmi jellemzői, legfontosabb tanulságok a második próbaszakasz alapján
- E02 *Kerekesné Kretzer Éva, Poppné Schoner Csilla, Pacheco Erika*: A Rehabilitációs Ellátási Programok gyakorlati alkalmazásának tapasztalatai a finanszírozó szemszögéből
- E03 *Sipos Júlia, Németh Judit*: A szolgáltatók és a menedzsment szempontjai a Rehabilitációs Ellátási Programok második próbaszakaszában
- E04 *Cserháti Péter*: A Rehabilitációs Ellátási Programokkal kapcsolatos továbblépés esélyei

12.30–13.30 Ebédszünet

13.30–14.30 MEGNYITÓ, KÖSZÖNTŐK

- E05 *Bora László*: Az Egre Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, valamint a helyi Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály rövid bemutatása

Vas Imre-emlékérem átadása, a díjazott előadása:

- E06 *Mészáros Gabriella*: Ki vagy mi fontosabb a rehabilitációban?

A Fiatalok Fóruma díjnyertes előadása

- E07 *Dudás Judit*: Együtt egymásért – Egy fiatal gyógypedagógus tapasztalatai a gyermekrehabilitációban

14.30–15.00 Kávészünet

15.00–16.15 THROMBOSIS-PROFILAXIS ÉS LYMPHOEDEMA-KEZELÉS

Üléselnökök: *Huszár Sándor, Boros Erzsébet*

- E08 *Pfliegler György*: Thrombosis-profilaxis a rehabilitációban
- E09 *Putz Miklós, Both Béla, Klauber András*: Gerincvelősérültek thromboembolia-profilaxisa
- E10 *Szegedi Anikó, Luterán Ferenc*: Antikoaguláns kezelés időzítése és feltételei agyvérzés után – dilemmák két eset kapcsán
- E11 *Nemes-Toldi Judit, Boros Erzsébet*: Primer lymphoedemás betegek állapotának változása: fókuszban a compliance, az adherencia és a perzisztencia
- E12 *Nagy Alice, Lakatos Adrienn Veronika, Kánya Judit*: A lymphoedema kezelése és gondozása mozgásszervi rehabilitációs osztályunk gyakorlatában
- P1 *Magyarné Szabó Tímea, Zahuczky Katalin*: „Elsőfokú riasztás” – Az ápoló mint elsőfokú jelző tag a teamben

16.15–16.35 Kávészünet

16.35–18.10 NEUROREHABILITÁCIÓ – SEGÉDESZKÖZÖK

Üléselnökök: *Dénes Zoltán, Mezei Zoltán*

- E13 *Niedermeyer, Martin*: Intensive gait training using robotics in neurorehabilitation

- E14 *Ádám Eszter, Dénes Zoltán, Fazekas Gábor, Szabó Imre*: Hemispherectomián átesett, hemiparetikus beteg robotasszisztált eszközzel végzett járásgyakorlásának vizsgálata
- E15 *Fazekas Gábor, Sobják Anna, Pilissy Tamás, Stefanik Györgyi, Tóth András*: Felhasználók bevonása a fejlesztésbe – az iToilet projekt eredményei és tapasztalatai
- E16 *Pallag Adrienn, Horváth Dalma Kata, Gelányi László, Szilágyi Brigitta*: Funkcionális elektrostimuláció (FES) hatékonysága a stroke-on átesett páciensek járásrehabilitációjában
- E17 *Baroch Barbara, Zahuczky Katalin*: Lehet így is...
- E18 *Csohány Ágnes, Paraicz Éva*: Súlyos mozgáskorlátozott cerebrális paretikus tinédzserek segédeszköz-ellátási nehézségei

19.30– Nyitófogadás

TUDOMÁNYOS PROGRAM

2018. szeptember 14., péntek

A terem

- 8.00–9.30 OKTATÓKURZUS – DIABETESSES BETEGEK ELLÁTÁSA A REHABILITÁCIÓ SORÁN
 Üléselnökök: *Tóth István, Bora László*
 E19 *Tóth István*: Diabetesek rehabilitációjának nehézségei
 E20 *Domboróczky Zsolt*: Aktualitások a diabetes kezelésében – fókuszban a biztonság
 E21 *Mező Róbert*: A diabetesek láb „sarokpontjai”
- 9.30–10.00 Kávészünet
- 10.00–11.30 A LEGJOBB BEKÜLDÖTT ABSZTRAKTOK ELŐADÁSAI
 Zsűri: *Kullmann Lajos, Tóth István, Mayer Ágnes*
 E22 *Szücs Ádám Attila, Mészáros Krisztina*: Total laryngectomián átesett személyek beszédérthetőségének és a beszéddel összefüggő életminőségének vizsgálata
 E23 *Verseghi Anna, Wagner Anna*: Kapcsolatok nyelve
 E24 *Terebessy Tamás, Hevér Dalma, Horváth Nikoletta, Domos Gyula, Kiss Sándor, Szőke György*: A többszintű botulinumtoxin-kezelés ortopédiai és rehabilitációs hatásai
 E25 *Tóth Ágnes, Luterán Ferenc*: Dupla protézis – egy esély
 E26 *Papp Edit, Petrovicz Edina*: Infektív endocarditis előfordulása stroke-on átesett betegek elsőbbségi rehabilitációja során. Három eset ismertetése
 E27 *Tarjányi Szilvia, Nagy Helga, Varga Kinga, Frey Erika, Dénes Zoltán*: Súlyos agykárosodáshoz társuló szemészeti szövődmények – Két eset bemutatása
 E28 *Tónay Gabriella, Fazekas Gábor*: Irányelvek alkalmazása a kutatásban: az EQUATOR guidelines
 E29 *Horváth Zsófia, Jakab Balázs, Tirnitzné Mészáros Eszter, Ormos Gábor*: Az időskorúak eleséskockázatának becslésére alkalmas (FRQ) kérdőív hazai validálása

11.30–12.00 REX-SAN SZIMPÓZIUM

12.00–13.00 Ebédészünet

13.00–14.10 KOMMUNIKÁCIÓ I.

Üléselnökök: *Cserháti Péter, Verseghi Anna*

- E30 *Bálint Brigitta, Németh Mariann, Verseghi Anna, Dénes Zoltán*: Kommunikációs csoport a „nehezen beszélőknek”
- E31 *Németh Mariann, Belinszkaja Galina, Kuzmányi János, Dénes Zoltán*: Logopédiai munka a Korai Részlegen
- E32 *Nagy Helga, Farkas Judit, Frey Erika, Tarjányi Szilvia, Verseghi Anna, Dénes Zoltán*: Kommunikációs kihívások/problémák a súlyos agysérült betegek rehabilitációjában
- E33 *Bene Gáborné Takács Szilvia, Csányi Dániel, Sziucs Ádám Attila, Békésy Mariann*: Hogyan tovább, ha letelt a kórházi rehabilitáció? Egy életmódcsoport lehetőségei a kommunikáció, az önkifejezés és a gyógyítás támogatására
- E34 *Fáy Veronika, Kontra Andrea, Simoncsics Eszter*: Mondjuk, de hogy és mit? I.
- E35 *Fáy Veronika*: Mondjuk, de hogy és mit? II.

14.10–14.20 BTL SZIMPÓZIUM

14.20–14.30 Kávészünet

14.30–15.20 KOMMUNIKÁCIÓ II.

Üléselnökök: *Záborszky Zita, Mészáros Éva*

- E36 *Havlikné Glabisz Iwona, Sipos Júlia, Németh Judit*: A kommunikáció hatékonyságának növelése az elektronikus fizioterápiás dokumentáció bevezetésével az OORI-ban
- E37 *Herczeg Eszter, Papp Edit, Mészáros Éva, Fodor Zoltán, Osváth Lajos*: Siketnéma, afáziás, hemianopsiás beteg rehabilitációja stroke után
- E38 *Kark Erika, Szabó Edina, Szilassy Géza*: Kommunikációs probléma egy ritka neurológiai kórképben
- E39 *Hrivnák Gergely, Horváth Hanka, Veress Mónika*: Kinek adható meg az esély?
- P2 *Földi Júlia, Berencsi Andrea, Vámos Tibor*: A felső végtag szenzoros és motoros funkcióinak vizsgálata stroke következtében mozgáskorlátozottá vált személyek körében

15.20–15.40 Kávészünet

15.40–17.00 ALSÓ VÉGTAGI FUNKCIÓZAVAROK

Üléselnökök: *Farkas Péter, Bujdosó Róbert*

- E40 *Mayer Ágnes, Bodnár Hajnalka, Hamvasi Mercédesz, Vizi László Tamás*: A magyarországi művégtaggyártás története a XIX. századtól napjainkig
- E41 *Matesz István, Aranyi Erika, Farkas Péter, Németh Balázs, Rembeczki László*: Rehabilitációs célú alsó végtagi műtétek perifériás idegblokádban történő érzéstelenítésének tapasztalatai az Országos Orvosi és Rehabilitációs Intézetben
- E42 *Ritzné Pethő Edit, Komárominé Horváth Noémi, Benéné Csapó Szilvia, Kovács Noémi, Benedek Tünde, Bartal Renáta, Varjú Cecília*: Rehabilitációs kihívások egy dupla amputált beteg esetében
- E43 *Makai Gábor, Kiss Enikő Csilla*: Protektív és veszélyeztető tényezők szerepe az amputált betegek megküzdésében
- E44 *Szalóki Tímea, Kőszegi Gabriella, Ardai Evelyn, Trócsányi Márta*: Hálóingből kisestélyibe! – Gondolatok a felső végtagi sérültek komplex rehabilitációjához

17.00–17.15 Szünet

17.15–18.15 KÖZGYŰLÉS

20.00– Társasvacsora

B terem

8.00–9.45 KARDIOLÓGIAI ÉS PULMONOLÓGIAI REHABILITÁCIÓ

Üléselnökök: *Varga János Tamás, Jenei Zoltán*

- E45 *Seres Éva*: Magyar tüdőtranszplantált páciensek életminősége, fizikai aktivitása és pszichés jólléte
- E46 *Varga János Tamás, Dózsa Csaba, Szilasi Mária*: A tüdőgyógyászati ambuláns rehabilitációs tevékenység finanszírozási kódjai
- E47 *Máthé Csaba, Kováts Zsuzsanna*: COPD-s betegek rehabilitációja a Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinikáján
- E48 *Máthé Csaba*: A tüdőrák rehabilitációja
- E49 *Szilasi Mária, Varga János Tamás*: A krónikus obstruktív tüdőbetegek költségghatékony kezelése
- E50 *Horváth Judit, Nagy Adél, Burgond Bettina, Jenei Zoltán*: Obez betegek komplex rehabilitációs programja során észlelt élettani és funkcionális változások
- E51 *Németh Balázs, Ajtay Zénó, Kreska Zita, Kustán Péter, Kőszegi Tamás, Péter Iván*: A transzkután szén-dioxid-kezelés hatása a nitrogén-monoxid biológiai hozzáférhetőségére
- E52 *Matáncsi Daniella, Füzesné Csike Noémi, Keresztes Aliz, Körmöczi Edina, Juhász Vivien, Szabó Kata, Tóth Lilla, Ajtay Zénó*: Hidroterápia lehetőségei a kardiológiai rehabilitációban
- E53 *Királyné Gósi Erika, Horváth Balázsné*: Egyénre szabott terápia – komplex rehabilitáció
- P3 *Matáncsi Daniella, Keresztes Aliz, Füzesné Csike Noémi, Körmöczi Edina, Juhász Vivien, Szabó Kata, Tóth Lilla, Ajtay Zénó*: Különböző tréningformák alkalmazási lehetőségei diabetes mellitusban a gyógytornász szempontjából (nemzetközi ajánlások alapján)

9.45–10.00 Kávészünet

10.00–10.45 RÉVÉSZEK

Érzékenyítő óra 45 percben

Ungvári Mihály, Fancsali Zoltán, Harmath János

12.00–13.00 Ebédészünet

13.00–14.00 GYERMEKGYÓGYÁSZATI REHABILITÁCIÓ

Üléselnökök: *Csohány Ágnes, Zahuczky Katalin*

Könyvbemutató: Medicina Kiadó: A gyermekrehabilitáció sajátosságai

- E54 *Makó Veronika, Hajtó Krisztina, Lengyel Anna, Péntek-Dózsa Melinda*: Csecsemő- és kisgyermekkorú evészavarok diagnosztikája – a háttérben álló fejlődési zavarok és a családok evéssel kapcsolatba hozható paramétereinek vizsgálata
- E55 *Hevér Dalma, LAuné Gerda, Szakály Norbert, Molnár Géza, Szőke György, Terebessy Tamás*: Rugalmas ortézis szerepe a CP rehabilitációjában
- E56 *Leskó Eszter, Zahuczky Katalin*: A pulmonális rehabilitáció lehetőségeinek változásai osztályunkon a gyógytornász szemszögéből
- E57 *Szatmári Edina, Zahuczky Katalin*: Juvenilis idiopathiás arthritises betegeink diagnosztikus és terápiás lehetőségeinek áttekintése 10 év távlatában
- E58 *Szegleti Gabriella, Korzenszky Klára*: Zeneterápia a gyermekrehabilitációs osztályon
- P4 *Vissi Tímea, Szabó Regina, Bágyi Blanka, Göntér Adél, Akkir Fanni, Szigeti Mátyás, Papp Gabriella, Feketéné Szabó Éva, Kelemen Anna*: Cerebrális parézissel élő gyermekek számára készült diagnózisspecifikus életminőségfelmérő kérdőív (CPQOL) magyar nyelven történő alkalmazása

14.00–14.20 Kávészünet

14.20–15.15 NEUROREHABILITÁCIÓ – GERINCSÉRÜLTEK REHABILITÁCIÓJA

Üléselnökök: *Klauber András, Luterán Ferenc*

- E59 *Szilassy Géza, Kark Erika, Tóth Julianna, Berecz Kornél*: Bechterew-kórban szenvedő tetraparetikus betegeink rehabilitációs nehézségei
- E60 *Kovács Nikolett, Vámos Tibor*: Traumás sérülés utáni izomgyengeség miatt kialakult öltözködési nehézség javítása ergoterápiás módszerekkel – Esetismertetés
- E61 *Kecskésné Szele Beáta, Farkas Rita*: A mechanikai eredetű gerincfájdalom kezelése McKenzie-módszerrel
- E62 *Veress Mónika, Nagy Margit Éva*: Szerepek és kompetenciák a gerincvelősérültek korai rehabilitációjában
- P5 *Varga Fruzsina, Zsoldi-Kruchio Ferenc*: Paraplégiától a segédeszköz nélküli önálló járásig

15.30–15.30 Kávészünet

15.30–17.00 EGYÉB TÉMÁK I.

Üléselnökök: *Urbán Edina, Mándó Zsuzsanna*

- E63 *Monek Bernadett, Polgár Anna*: Algoritmusok és labirintusok a rheumatoid arthritis rehabilitációjában az evidenciák tükrében
- E64 *Mándó Zsuzsanna, Gyarmati Noémi, Kulisch Ágota, Mózes Magdolna*: Mikroökonómiai műhelymunka rehabilitációs osztályon
- E65 *Nusser Nóra, Vekerdy-Nagy Zsuzsanna*: A Zsigmondy Vilmos Harkányi Gyógyfürdőkórház elmúlt tíz éve a számok tükrében
- E66 *Rendeki Beáta, Nusser Nóra, Vekerdy-Nagy Zsuzsanna*: Mentőszállítás elsőbbségi rehabilitációra: próbavizsgálat tapasztalatai
- E67 *Eckhardt Fanni, Fekete Zsófia*: Közösségi zeneterápia az afázia rehabilitációjában
- E68 *Fekete Zsófia*: A zene mindenkié?
- E69 *Fromhercz Adriana, Huszár Sándor, Csatáry Ágnes, Buda Andrea, Perger Zsuzsanna*: A járművezetői engedély „rehabilitációjától” az önvezető autókig – csatlakozva a korábbi évek témájához még egyszer a vezetői alkalmasságról
- E70 *Szabó Erzsébet, Mekler Attiláné*: Adherencia – út a terápiás sikerhez?
- P6 *Mészáros Gabriella*: A fejlesztési jogviszony új rendszere

2018. szeptember 15., szombat

A terem

- 8.10–9.40 **ŐRJÁRAT – AZ OSTEOPOROSISKEZELÉS GYAKORLATA ÉS A BIOLÓGIAI TERÁPIÁK AKTUALITÁSAI**
Üléselnökök: *Vekerdy-Nagy Zsuzsanna, Pettyán Ilona, Varjú Cecília*
E71 *Takács István*: Osteoporosis-diagnosztika, terápiaindítás és -követés gyakorlata a rehabilitációs osztályokon
E72 *Valkusz Zsuzsanna*: A szeretet és a csontanyagcsere kapcsolata
E73 *Varjú Cecília*: A biológiai terápiák alkalmazásának aktualitásai. A rehabilitációs ellátást érintő kérdések
- 9.40–10.00 Kávészünet
- 10.00–11.30 **NEUROREHABILITÁCIÓ – KOPONYA- ÉS AGYSÉRÜLTEK REHABILITÁCIÓJA**
Üléselnökök: *Fazekas Gábor, Fáy Veronika*
E74 *Dénes Zoltán, Nagy Helga, Tarjányi Szilvia, Frey Erika*: Baleset következtében súlyos agykárosodást szenvedett betegek állapota 5 évvel a kórházi osztályos rehabilitáció után
E75 *Fehér Melinda, Agg Zsófia, Farkas Eszter, Fazekas Gábor*: Az agyi plaszticitás vizsgálatának módszerei stroke utáni állapotban
E76 *Kovács Noémi, Tasnádi Emese, Péley Iván, Schwarcz Attila, Dandé Árpád*: Korai rehabilitáció és a klinikai diszciplínák együttműködése lépcsőről lépésre egy politraumatizált beteg esete kapcsán
E77 *Tamás Viktória, Tasnádi Emese, Kovács Noémi, Péley Iván*: Neuropszichológiai diagnosztika és rehabilitáció jóindulatú sella környéki térfoglaló folyamat esetén – esetbemutatás
E78 *Jenei Zoltán*: Aerob tréning gyakorlati alkalmazása a stroke-rehabilitációban – újabb evidenciák, ajánlások és metaanalízisek eredményei
E79 *Pádár Alexandra, Nagy Szabina, Szabados Éva Anna, Bajusz-Leny Ágnes, Jenei Zoltán*: Hemiparetikus betegek körében alkalmazott elektromiogram-triggerelt funkcionális elektromos stimulációs kezelés és a vizuális feedback tréning hatékonyságának vizsgálata a felső végtagi funkciók fejlesztésének tekintetében (pilot study)
P7 *Vámos Tibor, Földi Júlia, Berencsi Andrea*: A mozgástanulás gyors szakasza a funkcionális állapot függvényében hemiparetikus betegek esetén
- 11.30– A vándorgyűlés zárása

B terem

- 10.00–11.15 **EGYÉB TÉMÁK II.**
Üléselnökök: *Ortutay Judit, Papp Edit*
E80 *Nagy Adél, Burgond Bettina, Bacsó Ágnes, Jenei Zoltán*: A hatfokozatú, egyszerűsített célszála használhatóságának vizsgálata komplex testtömegcsökkentő programban részt vevő páciensek körében
E81 *Ardai Evelyn, Jósmai Dániel*: Nyomtassunk rehabilitációt!
E82 *Kocsy Tímea, Drescher Edit*: Rheumatoid arhritiszes betegek életminőségének javítása a korai, célértékhez igazított gyógyszeres terápia és a rehabilitáció segítségével

- E83 *Mészáros Angéla, Monek Bernadett, Polgár Anna: A spondylitis ankylopoetica rehabilitációjának aktualitásai 10 pontban*
- E84 *Mikula Andrea, Schmidt Andrea, Szerencsi Orsolya, Monek Bernadett, Polgár Anna, Poór Gyula: Innovatív elektroterápiás kezelés a komplex reumatológiai rehabilitációban*
- E85 *Bujdosó Balázs: Rehabilitálhatósági kilátások becslése gondozóintézetben élő pszichiátriai betegeknél és értelmi fogyatékosoknál*
- P8 *Csaba Attila, Somogyi Péter: Amikor egy társbetegség a gyógyulás akadályá*

Mészáros Gabriella

A Vas Imre-emlékérmet alapítása óta második alkalommal kapja pszichológus alapvégzettségű tagtársunk.

Középiskoláit Budapesten végezte, majd 1982-ben az A. A. Zsdanov Leningrádi Állami Egyetemen szerzett műszaki pszichológus – tanári diplomát. Érdeklődésének megfelelően Magyarországon is felsőfokú szakképesítést szerzett, 1992-ben a Budapesti Műszaki Egyetem Ergonómia és Pszichológia Tanszékén munka szakpszichológusként végzett.

Első munkahelyén, a Struktúra Szervezési Vállalatnál 1980–1990 között ergonómiai munkatársként dolgozott, ahol ipari nagyvállalatok dolgozóinak munkapszichológiai alap- és speciális vizsgálatát, vezető kiválasztást, többszörösen balesetező munkatársak vizsgálatát végezte, és dolgozói tréningeket vezetett.

1991 óta az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben munkapszichológusként dolgozik, ahol felméri az intézetben ellátott fekvő- és ambuláns, megváltozott munkaképességű betegek általános képességeit, a munkahelyet, ennek alapján javaslatot tesz az ellátható munkatevékenységekre. Emellett pályaaorientációs, átképzési tanácsadást végez, pácienseinek sorsát bevérvizsgálattal követi.

Mészáros Gabriella az OORI-ban egy egyszemélyes önálló „intézmény”, hiszen, bár a baleseti sérültek rehabilitációs osztályának dolgozója, az intézet valamennyi osztályának az ő profiljába illő munkát szívesen elvégzi, sőt számos külső igényt is kielégít.

Amikor speciális végzettségével az országos intézetbe került, szinte senki sem tudta, hogy mire való a munkapszichológia. Az ipar világából érkező ő pedig az egészségügyet nem ismerte. Ennek ellenére könnyen beilleszkedett. Nyitottságának és nagyfokú empátiás készségének köszönhetően mindenféle felmerülő feladatba nagy energiával vetette bele magát, és tevékenységét fokozatosan nemcsak az OORI-ban, hanem országosan is megismerték, mára e terület elismert szakemberévé vált. Korábbi munkája és folyamatos egyetemi oktató tevékenysége révén a rehabilitációs szakma számára számos új kapcsolatot teremtett, amelyekből tudományos eredmények is születtek.

Nem vált szakbarbárrá, munkája során a szigorúan vett feladatai mellett sokszor kisegítette az osztályt, ha klinikai pszichológus hiányában valamely betegnek együttérző meghallgatásra, támogató jelenlétre volt szüksége. Az osztályon dolgozó klinikai



pszichológusoknak is segítségére volt. Emellett gyakran támogatást nyújtott a rehabilitációs team többi tagjának is, elősegítve a teamtagok közötti konfliktusok megoldását, ezzel előmozdítva az igazi munkaközösség kialakulását, a hatékonyabb teammunkát.

Igazi kapcsolattartó nemcsak a munkatársak, de a betegek körében is. Ez teszi lehetővé, hogy a súlyos sérültek számára mindig mozgósítani tud olyan sorsatársat, aki már túl van a nehezen.

Dinamizmus és ötletgazdagság jellemzi. Ezért is hatékony és sokszínű a napi munkán kívül az oktatásban és a tudományos tevékenységben is.

1990 óta folyamatosan részt vesz a Budapesti Műszaki Egyetem Ergonómia és Pszichológia Tanszékén, graduális és posztgraduális szintű munka szakpszichológus, rehabilitációs szakmérnök, terméktervező mérnök, foglalkozási rehabilitációs szakértő képzéseiben.

2010 óta oktatja az ELTE Pszichológiai Intézetében a klinikai és egészségpszichológia szakirány hallgatóit.

Részt vett az első révész-képzés tematikájának kidolgozásában, a mozgássérültek állami intézetében pszichológia és önismeret tantárgyakat tanított. 1999–2005 között a Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetségének szervezésében folyó OKJ-s gyógymasször-tanfolyamon általános pszichológiát tanított, önismereti csoportot vezetett, majd 2005–2015 között a Labora Oktatási BT-nél OKJ-s szociális gondozó és ápoló,

szociális asszisztens képzés során oktató, önismereti csoportot vezetett. 1990 óta az OORI-ban folyamatosan ad órát a szakorvosi képzésekben.

Az oktatói munkájához hasonlóan színes az önképzési és tudományos tevékenysége is. Tudásának gyarapítása céljából számos hazai és nemzetközi képzésen vett részt. Számos előadást tartott és közleményt írt, dolgozott a szakmai munkájához kapcsolódó projekteken, amelyek közül a legutóbbiak: Aktív Műhely Foglalkoztatást Fejlesztő Eszközrendszer hatékonyságának és eredményességének mérésére program, kliensek munkapszichológiai szempontú felmérése, mentorálása, a fejlesztési jogviszony keretében foglalkoztatottak szakmai protokolljának kidolgozása stb.

Társadalmi tevékenységekben is fáradhatatlan, a Magyar Pszichológiai Társaság, a Magyar Rehabilitációs Társaság, a Magyar Videotrénings Egyesület és a Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesületének tagja. A Rehabilitációs Társaságban szorgos munkával

életet lehel a Pszichológiai Szekcióba, amely ma Társaságunk egyik legaktívabb szekciója.

Mindezek mellett arra is van energiája, hogy önkéntes munkát végezzen, Szolnokon az „Én is vagyok” Mozgásérült Generációk Érdekvédelmi Egyesületénél havonta egy-egy alkalommal ifjúsági csoportot vezet és a fogyatékkal élő fiatalok szülei részére konzultációt biztosít.

Igen jó munkatárs, pontos, vállalásait bizonyosan teljesíti.

Kiváló emberi tulajdonságai – szorgalom, nyitottság, új iránti érdeklődés, empátia – tették lehetővé, hogy egy új szakmát egyedül képviselve juttatott el az országos ismertségig és elismertségig, ami végül Társaságunk elismerését is meghozta számára.

A magam és a Magyar Rehabilitációs Társaság Elnökségének és Vezetőségének nevében is szívből gratulálok, és további örömet adó, sikeres munkát és mindehhez jó egészséget kívánok!

Boros Erzsébet

E07 | Együtt egymásért – Egy fiatal gyógypedagógus tapasztalatai a gyermekrehabilitációban

Dudás Judit

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Gyermekrehabilitációs Osztály, Miskolc

Bevezetés: A rehabilitáció célját mindannyian ismerjük, a sérült emberek függetlenségének és önmeghatározásának megvalósítását jelenti. A fogyatékossgal élő gyermekek esetében minél korábbi életkorban elkezdjük a szokványostól eltérő fejlődést korrigálni. Mivel az értelmileg akadályozott gyermekek fejlődésének menete eltér az ép fejlődésmentől, így a beszédfejlődés is érintett. Sokan közülük nem képesek hangos beszéddel kommunikálni. A gyógypedagógia egyik alaptézise azonban, hogy minden ember kommunikál fogyatékossgától függetlenül, valamilyen formában. Ezért a komplex fejlesztés érdekében nagy hangsúlyt fektetünk a kommunikáció fejlesztésére is. Előadásunkban ennek egy általunk kifejlesztett módszere bevezetésének első lépéseit mutatjuk be.

Módszer: Az értelmileg akadályozott gyermekek számára egyfajta képi kommunikációs rendszert próbálunk

bevezetni, az autisták által használt „képcserés kommunikációs rendszer” mintájára, saját készítésű kártyákkal, amely segíti kifejezni és megértetni magukat a külvilággal.

Eredmények: képeket egyeztet, egy gyermek szemmel való követéssel választ, négy gyermek kérésre kiválasztja, illetve egyezteti a képeket, egy gyermeket pedig a képi kommunikáció a hangos beszédre ösztönözi.

Összegzés: Társas lények vagyunk, ezért lehetetlen nem kommunikálnunk, csak ki kell választanunk a megfelelő kommunikációs eszközt a sérült személyek számára. Tervünk egy egységes rendszer kialakítása, amelyben a képek segítségével a gyermek képes a természetes közegben kommunikálni. A képi kommunikációt meg kell tanítani mindenkinek, aki a gyermekkel foglalkozik, így megkönnyíthetjük a sérült gyermek, a szülei és az egész rehabilitációs team életét, munkáját.

E09 | Gerincvelősérültek thromboembolia-profilaxisa

Putz Miklós, Both Béla, Klauber András

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, GRO, Budapest

Bevezetés: 2011-ben végeztünk egy átfogó kutatást, amelyben az osztályon alkalmazott thrombosis-profilaxist szolgáló módszereket az aktuális hazai és nemzetközi ajánlások tükrében vizsgáltuk. Azóta számtalan nemzetközi vizsgálat történt a témában, és 2016-ban a Consortium For Spinal Cord Medicine egy összefoglaló Klinikai Gyakorlati Irányelvet adott ki. Ezzel definiálva a különböző javaslatok evidenciaszintjét.

Tárgyalás: A gerincvelősérültek thromboemboliás rizikója igen magas, más traumás sérültekhez viszonyítva 8,6-szoros előfordulással. A kockázatot növeli a

paraplégia (a tetraplégiával szemben), az idősebb életkor, a komplett sérülés (az inkomplettel szemben), alsó végtagi törés mint társsérülés, thromboembolia az anamnézisben, elmaradt vagy későn kezdett tromboprofilaxis és thrombophilia. A gyakoriság szintén nagyobb az akut szakban, majd lecsökken, de az átlagpopuláció szintjénél mindig magasabb marad.

Az intermittáló pneumatikus kompresszió bevezetése kompressziós harisnya használatával együtt vagy anélkül 1C szintű evidencia, míg az aktív vagy passzív mozgások végzésére nincs evidencia. Aktív vérzés kizárása esetén

az LMWH bevezetése az akut szakban javasolt, vérzés-
gyanú miatti késlekedés esetén pedig naponta szükséges
újrágondolni (1C). Akut szakban nem ajánlott K-vita-
min-antagonisták bevezetése (1C). Orális antikoagulán-
sok megfontolhatóak a rehabilitációs szak alatt (2C). A
mechanikai módszerek és az antikoagulánsok kombinált
használatára 2C evidenciát találtak. 1C szintű evidencia,
hogy legalább 8 hétig tartó antikoaguláns terápia szük-
séges a korlátozott mozgású betegeknek. A posztakut,
rehabilitációs szakban a következők közül egy javasolt:
LMWH (2B), orális K-vitamin-antagonista (2C) vagy
orális antikoaguláns (2C). Szűrés céljából végzett ultra-
hangvizsgálatot sem az akut szakban, sem a rehabilitá-
ció során nem javasolnak (2B). Gyermekes esetén kortól
függetlenül javasoltak a mechanikai módszerek (2C), ser-
dülőknél az antikoaguláns is javasolt (1C). A krónikus
sérülteknél, akik belszervi vagy sebészi betegség miatt

kórházba kerülnek, a megnövekedett kockázat idejére
tromboprofilaxis adása javasolt (1C). Szintén 1C szintű
ajánlás, hogy minden – gerincvelősérülteket ellátó – osz-
tályon legyen írásos tromboprofilaxis-stratégia, valamint
hogy időről időre ellenőrizzék betartását.

Konklúzió: Osztályunkon korábban a Magyar Throm-
bosis és Haemostasis Társaság és az Amerikai Mellkas-
sebészeti Társaság irányelveit alapul véve fektettük le
a thromboemboliás szövődmények kivédésének alap-
elveit, amelyeket betegek írott formában is megis-
merhettek. Nem használunk intermittáló pneumatikus
kompressziót, a mechanikus módszerek közül haris-
nyát alkalmazunk. LMWH adásánál egyelőre a koráb-
ban leírtak szerinti 3 hónapos időtartamot követjük, ez
a fenti „legalább 8 hetet” is teljesíti. Ezeket figyelem-
be véve osztályunkon relatív magas betegszám mellett
sporadikusan fordul elő thromboemboliás szövődmény.

E10 | Antikoaguláns kezelés időzítése és feltételei agyvérzés után – dilemmák két eset kapcsán

Szegedi Anikó, Luterán Ferenc

Petz Aladár Megyei Oktatókórház, Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Győr

Bevezetés: Elsőbbségi rehabilitációra gyakran kerülnek
korai stádiumban agyállományi vérzésen átesett betegek.
Többször előfordul, hogy a rehabilitáció időszakára esik
az orális antikoaguláns kezelés vissza- vagy beállítása.

Tárgyalás: Osztályunkon az utóbbi másfél év anya-
gát áttekintve 33 agyállományi vérzett beteg vett
részét elsőbbségi rehabilitációs programban. Közülük
2 betegnek volt pitvarfibrillációja.

Első betegünk 67 éves férfi, akinek súlyos fokú jobb oldali
hemiparézisét, non-fluens afáziáját bal oldali thalamusvér-
zés okozta. Az 5. naptól kapott preventív dózisu LMWH-t.
A szakirodalom a 24–72 órán belül elkezdett LMWH-ke-
zelést javasolja a mélyvénás thrombosis megelőzésére. A
kontroll-koponya-CT-n a vérzés időarányos regressziója
volt látható. Átvétele után dyspnoe, precollapsus jelent-
kezett, amelynek hátterében pitvarfibrillációs arrhythmia
igazolódott. Gyógyszeres ritmusverzió történt, sinusritmu-
sa helyreállt, kezdetben terápiás dózisu LMWH-t, majd
krónikus antikoaguláns kezelést javasoltak.

Második betegünk 69 éves férfi. 2017 januárjában bal
oldali, atípusos lokalizációjú fronto-parietalis állomány-
vérzést szenvedett el. 4 hónappal később ismételt
jobb oldali hemiparézis, kevert afázia jelentkezett, foká-
lis epilepsziás rohama is zajlott. Koponya-CT recidív,
bal oldali parietalis állományvérzést detektált. Ekkor

már felmerült az amyloid-angiopathia lehetősége. Át-
vétele előtti napon magas frekvenciájú pitvari flutter
miatt elektromos cardioversio történt, kardiológus orális
antikoaguláns kezelést javasolt. Mivel nem áll rendelkez-
ésünkre evidence-based irányelv, ezért minden eset-
tet egyedileg, a társszakmákat bevonva kell mérlegelni.
Alapvetően 2 dolgot kell figyelembe vennünk:

- Akut fázisban: a haematoma növekedésének veszé-
lyével szemben mekkora a thromboemboliás szö-
vődmény esélye
- Krónikus fázisban: a visszatérő vérzés veszélye-
sebb-e, vagy az, ha a magas thromboemboliás rizi-
kójú beteg nem kap antikoaguláns kezelést

Konklúzió: Az irodalmat áttekintve az megállapítható,
hogy ha a betegnek kisebb méretű vérzése volt és nem
volt eddig más vérzéses szövődménye, továbbá a throm-
boemboliás eseménynek (stroke, myocardialis infarctus)
nagyobb az esélye, akkor visszaállítható/elkezdhető az
antikoaguláns kezelés. A jobb mellékhatásprofil alapján
ma már egyértelműen az új típusú antikoagulánsok aján-
lottak ilyen esetben. A visszaállítás időpontja is indivi-
duális, a metaanalízisek szerint ez átlagosan a 10–39.
post-stroke-napon következett be. A nagyobb lebe-
nyvérzéseknel, ahol felmerül az amyloid-angiopathia
gyanúja, nem javasolják az antikoaguláns kezelés visszaállítást.

E11 Primer lymphoedemás betegek állapotának változása: fókuszban a compliance, az adherencia és a perzisztencia

Nemes-Toldi Judit, Boros Erzsébet

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

Bevezetés: A lymphoedema nem gyógyítható betegség, a lehető legjobb állapot fenntartása a betegek élete végéig tartó kezelést, megfelelő életforma folytatását igényli. A fiatal primer lymphoedemás betegek esetében különösen fontos, hogy a Komplex Fizikális Oedematerápia (KFÖ) eredményességének különböző összetevőit alaposan megismerjük.

Célkitűzés: Az osztályunkon kezelt primer lymphoedemás betegek tünetei mind 35 év alatt (lymphoedema praecox) kezdődtek. Valamennyien rendszeresen Földi-féle KFÖ-ban részesülnek. Mivel az ugyanazon kezelési módszer ellenére az állapotuk és a kezelések hatékonysága nagyon változóan alakul, vizsgálatunk célja ennek okainak feltárása volt, abból a célból, hogy a kezeléseink hatékonyságát a jövőben fejleszthessük.

Módszer: Retrospektív kórlapvizsgálat során 12 primer nyirokoedemás betegünk elmúlt 10 évben fellelhető valamennyi adatát (anamnézis, testsúly, végtagkörfog, végtagtérfog, bőr állapota stb.) vizsgáltuk, majd összevetettük az intenzív kezeléseket és az önkezelés időszakainak eredményeit, keresve velük a compliance, az adherencia és perzisztencia összefüggéseit.

Eredmények: A vizsgált primer nyirokoedemás beteg (6 férfi és 6 nő) közül a férfiak esetében a BMI minden esetben 40 feletti, a nőknél 25–40 közötti. A férfi

páciensek általában fáslit nem vagy alig használnak, a gondozást és az intenzív oedematerápiát ritkábban veszik igénybe, nem végeznek önkezelést, így a folyamat gyorsabban progrediál, az intenzív kezelésre gyakran már szövődmények (nyirokcsorgás, szöveti fibrosis, sebek) megjelenésekor kerül sor. Ez esetben a bőrápolás és a sebkezelés kerül a fókuszba. A kezelés első felében a szöveti lazítás a kezelés célja, és csak ezt követően tud elindulni a nyirokmentesítő folyamat. A vizsgált nők többségében a terápia 2.-3. napjától már a mobilizálható nyirok távozása megindul. A férfi betegek életmódja a vizsgált időszakban érdemben nem változott, és azt többnyire a szociális környezetük sem segíti. A nők többsége az önkezelés, mozgásterápia terén aktív, amiben egészségtudatosságuk, hiúságuk egyaránt szerepet játszik, így esetükben mind a compliance, mind az adherencia és a perzisztencia magasabb szintű.

Következtetések: A primer lymphoedemás férfi betegek compliance-e, adherenciája és perzisztenciája kiemelt figyelmet érdemel, javításuk érdekében szorosabb együttműködésre van szükség az orvos, a dietetikus, gyógytornász, lymphoterapeuta és a pszichológus között. Újabb módszerek (belső motivációs interjúk, sorsközösségek verbuválása) keresése és a szorosabb betegkövetés pozitív hatású lehet.

E12 A lymphoedema kezelése és gondozása mozgásszervi rehabilitációs osztályunk gyakorlatában

Nagy Alice, Lakatos Adrienn Veronika, Kánya Judit

Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Rehabilitációs Osztály

Bevezetés: A lymphoedema gyakori, de aluldiagnosztizált kórkép, amelynek kezelése nélkül súlyos szövődmények és jelentős életminőség-romlás alakulhat ki. Ezen betegség speciális és komplex kezelést igényel a

betegellátás különböző szintjein. A szerzők bemutatják egyes profilú mozgásszervi rehabilitációs osztályukon a nyirokoedema-kezelés menetét az osztályos gyakorlatban.

Tárgyalás: A felmérés retrospektív vizsgálati módszerrel történt 2014 januárjától 2018 májusáig a manuális és gépi kezelésben részt vett lymphoedemás betegek között. A kezelés során szerzett adatokat a szerzők az általuk szerkesztett speciális adatlappal dokumentálták. A betegek összlétszáma az adott időszakban 32 fő volt összesen 49 megjelenés alkalmával. Átlagéletkoruk 67,4 év, a férfi-nő arány 11:21 volt. Az osztály jellegéből adódóan a szekunder nyirokoedemás betegek voltak túlsúlyban (posztoperatív csípőtörött és protetizált, hemiparetikus, artrotikus háttérrel). A szerzők kiemelik, hogy a rehabilitációs kórképek mellett másodlagosan történik a nyirokoedema kezelése. Az alsó és felső végtagi lymphoedema aránya kezelt eseteikben alsó végtagi túlsúlyt mutatott. Az osztályon a betegek minden esetben részesültek manuális drainage-ban és amennyiben belgyógyászati állapotuk, illetve az oedema stádiuma

lehetővé tette, gépi kompressziós kezelést is kaptak. A kezeléseket követően minden esetben combtőig/hónaljig érő bandázs került felhelyezésre, valamint ebben keringésfokozó tornát végeztek a páciensek. A szerzők a beteg-educációra nagy hangsúlyt fektettek, ugyanis az oedemamentes állapot fenntartásához elengedhetetlen a betegek aktív közreműködése.

Konklúzió: Eredményeiket értékelve kiemelik a komplex oedemamentesítő kezelés jótékony hatásait, a gondozás szükségességét, amellyel a szövődmények megelőzhetőek, a munkaképesség sokáig fenntartható. A szerzők felhívják a figyelmet a nyirokoedemás esetek gyakoriságára, a multidiszciplináris kezelésre és annak jótékony hatásaira, amely jól alkalmazható akár egy mozgásszervi rehabilitációs osztályon is, ezért javasolják a team-tagok (orvosok, nővérek, gyógytornászok) továbbképzését a speciális nyirokterápia elsajátítása érdekében.

P1 „Elsőfokú riasztás” – Az ápoló mint elsőfokú jelző tag a teamben

Magyarné Szabó Tímea, Zahuczky Katalin

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Velkey László
Gyermekegészségügyi Központ, Miskolc

Bevezetés: Gyermekkorban immobilizált betegeknél szakmai ajánlás szerint nem alkalmazunk LMWH-kezelést, ellentétben a felnőtteknél minden tartós fekvéshez vezető trauma, műtét, sőt még szülés után is elterjedt. Gyermekkorban csak akkor alkalmazunk profilaxist, ha terhelő egyéni vagy családi anamnézis, illetve bizonyított véralvadási zavar áll fenn.

Tárgyalás: A rehabilitációs ápolásban a hangsúly az aktivizáló ápoláson van. Nem szabad azonban megfeledkeznünk az alapápolásról, különösen a tartósan fekvő gyermekek esetében. Az ápoló tölti a nap 24 óráját a beteggel, végzi az alapápolási feladatokat, tartja

a kapcsolatot a szülőkkel a legszorosabban. Ő értesül elsőként a panaszokról is, tájékoztatja ezekről a team többi tagját. Osztályunkon évente 500–600 gyermeket látunk el fekvőbetegként, közöttük 1% alatti a tartósan immobilizált. Évente 2-3 alkalommal fordult elő thrombotikus szövődmény. Ez elenyésző szám, viszont a rehabilitáció idejét lényegesen megnyújtja.

Amennyiben korai stádiumban nem történik meg felismerése, akár akut életveszélyes állapothoz is vezethet.

Konklúzió: Poszterünk célja a figyelem felhívása: az immobilizáció egyéb szövődményei mellett mindig gondoljuk a thrombosis lehetőségére is még gyermekkorban is!

E13 Intensive gait training using robotics in neurorehabilitation

Niedermeyer, Martin

Innsbruck

Neurological incidents (e.g. stroke, traumatic brain injury or spinal cord injury) may result in heavily reduced motor performance. Neuroplasticity allows for recovery after neurological incident to some degree. However, intensive and long-term therapy is necessary to regain motor functions, out of which a primary focus is set on walking ability. Traditionally, conventional therapy (e.g. physical therapy, occupational therapy) is used to regain gait functioning. Robotic assisted rehabilitation technology has the potential to support patients and therapists in the

rehabilitation process by providing tools to achieve high intensities, high rates of repetitions, individual adjustments according to the patients' needs, and immediate feedback for patients and therapists. Evidence shows that adding robotic assisted rehabilitation technology to therapy is effective; however, a proper integration of the technology is crucial to exploit the full potential of robotic assisted rehabilitation technology. Different examples for the clinical integration of robotic assisted rehabilitation devices will be given and discussed.

E14 Hemispherectomián átesett, hemiparetikus beteg robotasszisztált eszközzel végzett járásgyakorlásának vizsgálata

Ádám Eszter, Dénes Zoltán, Fazekas Gábor, Szabó Imre

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

Bevezetés: Hemiparetikus betegek mozgásterápiájában az egyik legfontosabb cél a járástanítás, amely során a páciens önálló, biztonságos járásmechanizmust sajátít el. A mai világ rohamosan fejlődő technológiai vívmányai lehetővé teszik, hogy ezt a fejlesztő tevékenységet már nem csupán emberi erővel, hanem robotok segítségével is véghez lehessen vinni a rehabilitáció során. Ez sokkal precízebb, biztonságosabb kivitelezést tesz lehetővé és megkönnyítheti, kiegészítheti a mozgásterapeuták munkáját. Egyéb funkciókkal együtt (feedback) feladathelyzetbe hozva a páciens, önálló járáskivitelezésre ösztönöz. *Módszer:* A lokomóciós tréning alkalmával a páciens nem csak az alsó végtagok lépésciklusainak végrehajtását éli meg, hanem a rácsatolt ortézisekkel együtt dolgozva izmait is erősítheti. Az egyéni képességekhez adaptálható biofeedback rendszer (virtuális közeg) feladatadatot ad használatjának, például a képernyőn található dobozok összegyűjtése. Az idegrendszer így több bemeneti csatornán keresztül kap impulzust, elősegítve a járási mechanizmus beindítását. Az előadás célja a járást segítő robot gyakorlatban való alkalmazásának bemutatása egy

hemispherectomián átesett, hemiparetikus páciens esetében, akinél figyelemzavar, neglect-szindróma, illetve látótérkiesés is szerepelt a motoros tünetek mellett. A vizsgált páciens 15 alkalom 30 perces terápiában részesült. Az intenzív terápiásorozatot előtt és végeztével állapotfelmérés történt (TUG, spaszticitás mérése, izometriás izomerő mérése az érintett oldali csípőízületi flexiót és extenziót, valamint a térdízületi flexiót és extenziót végző izomcsoportokban, FIM neuropszichológiai tesztek).

Eredmények: A kiindulási és a terápiásorozat befejezésekor végzett állapotfelmérés eredményeiben tapasztalható, hogy a páciens jobban – a terápia előtt 100, annak befejezése után 80 másodperc alatt – teljesített a TUG tesztben. A robottal végzett izometriás izomerő mérések eredményei megmutatták, hogy kifejezett javulás nem volt tapasztalható az érintett oldali csípőflexiót és -extenziót végző, illetve a térdízületi flexiót és extenziót végző izomcsoportokban. Ezen kívül a spaszticitás és FIM skála értékei is változatlanok maradtak: terápia előtt 78, terápiásorozat befejeztével 78 pont. A neuropszichológiai tesztekben minimális javulás volt

tapasztható a beteg figyelmi funkcióját tekintve. A páciens azonban a terápia előrehaladtával egyre könnyebben vette célba az összegyűjtendő dobozokat, illetve pontosabban irányította az ortéziseket.

Következtetés: A robotasszisztált, járást segítő eszközzel olyan terápiára nyílt lehetőség a páciens számára,

amely komplex járástanítást is lehetővé tett. A hagyományos járáselőkészítő és járógyakorlatokat kiegészítve ez a rendszer több bemeneti csatornán keresztül ingert adva az idegrendszernek segíthette a járás újratanulását. Ez hozzájárulhat a figyelmi funkciók fejlesztéséhez is.

E15 | Felhasználók bevonása a fejlesztésbe – az iToilet projekt eredményei és tapasztalatai

Fazekas Gábor,¹ Sobják Anna,¹ Pilissy Tamás,²
Stefanik Györgyi,¹ Tóth András²

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest,¹ Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet és Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Budapest²

Bevezetés: Az iToilet projekt az Európai Unió Active and Assisted Living (AAL) programja és a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (NKFIH) által támogatott kutatás-fejlesztés. A projektben három ország (Ausztria, Szlovénia, Magyarország) hat intézménye vesz részt. Az iToilet projekt célja a mozgásukban akadályozott személyek számára könnyebben használható, a fejlett technológia eredményeit felhasználó „önmozgó okos-WC” fejlesztése.

Tárgyalás: A kutatás-fejlesztés minden fázisa a potenciális felhasználók bevonásával történt. Erről az oldalról elsődleges (végfelhasználók, mozgásukban korlátozott személyek), másodlagos (hivatásos és nem hivatásos segítők) és harmadlagos (egészségügyi ellátás szervezők, finanszírozók, intézményfenntartók, jogszabályi döntéshozók) kerültek bevonásra. A kutatás-fejlesztés első lépéseként elsődleges, másodlagos és harmadlagos felhasználókkal folytatott fókuszcsoportos interjúk révén a felhasználói igények felmérésére került sor: ennek alapján kirajzolódott az elvárt iToilet-funkciók fontossági sorrendje, amely meghatározta a fejlesztés irányát. A létrejött prototípust elsődleges és másodlagos felhasználók tesztelték laboratóriumi körülmények között, valamint regisztráltak véleményezték kérdőív és egyéni interjú

formájában. A laboratóriumi tesztekkel párhuzamosan került sor a közösségi részvételen alapuló tervezésre (participatory design, PD), ami a WC legfontosabb kiegészítő elemeit vizsgálta. A laboratóriumi tesztek és a PD értékelése alapján a projekt egy terepvizsgálat keretében tesztelhető végső prototípust fejlesztett. Az iToilet végső prototípusa anyanyelvi szóbeli utasításokkal és a mindkét oldali WC-karfához épített távirányítókkal egyaránt vezérelhető okos-WC, amely a következő tulajdonságokkal rendelkezik: leülés- és felállássegítő funkció, egyénileg tárolt és igény szerint felülírható ülőkehelyzet (kényelmes magasság és dőlésszög), beállítható automatikus öblítés és bidé funkció, segélyhívás. Az intelligens WC környezethez tartozik továbbá egy elesés-érzékelő, egy az egyéni paramétereket tároló és betöltő szoftver, egy a tevékenységek megszűnése alapján vész-helyzet iránt érdeklődő kérdést feltevő szoftver, a fűthető ülőke és a két oldali karfába épített WC-papír-tartó. *Konklúzió:* A felhasználók és a műszaki partnerek együttműködésével többlépcsős fejlesztési folyamat során kifejlesztésre került a mozgásukban korlátozott személyek függetlenségét elősegítő intelligens WC, amely valós körülmények közötti tesztelése az absztrakt megírásakor folyamatban van.

E16

Funkcionális elektrostimuláció (FES) hatékonysága a stroke-on átesett páciensek járásrehabilitációjában

Pallag Adrienn,¹ Horváth Dalma Kata,² Gelányi László,³
Szilágyi Brigitta²

Pécsi Tudományegyetem KK, Idegsebészeti Klinika,¹ Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar,² Meddevice Kft., Vác³

Bevezetés: A stroke a hosszú távú fogyatékoság vezető okaként jelenik meg világszerte. A fejlett országok mortalitási és morbiditási statisztikáiban is élen jár. Egyre szembe tűnőbb a fiatalabb, munkaképes populáció magasabb érintettsége. Az évente nagyjából 50 000 érintett páciens 25%-a 60 év alatti. Számos nemzetközi kutatás vizsgálja a funkcionális elektrostimuláció (FES) hatékonyságát stroke-betegeknél. Több nemzetközi protokoll a mozgásterápia kiegészítéseként ajánlja a FES alkalmazását ugyanúgy, mint a hétköznapi feladatok elvégzése közben való alkalmazást. A FES azzal, hogy a n. peroneus communis stimulálja a lendítési fázisban – elkerülve ezzel az esőlábtartást és a steppelő járást –, a járást megkönnyítő, harmonizáló segédeszközként jelenik meg a rehabilitációban.

Módszer: Prospektív vizsgálatunk célja az volt, hogy felmérjük a n. peroneus communison alkalmazott funkcionális elektrostimuláció mint kiegészítő kezelés hatékonyságát az aktív ízületi mozgástartomány, az izomerő, az egyensúly (Berg Balance Skála – BBS) és a járás (Timed Up'n Go-TUG, 10 méteres járás teszt, 3 perces járás teszt) tekintetében. 8 stroke-páciens-t vontunk be a vizsgálatba, akik primer stroke-ot követően járásnehézségekkel küzdöttek. A páciensek egyensúly- és járásképeiket felmértük a FES felhelyezése előtt,

a FES alkalmazása mellett, majd a FES levétele után. Minden páciens egyhetes terápiasorozaton vett részt, amelyben a mozgásfejlesztés nagy hangsúlyt fektetett a szimmetria kialakítására, a járás harmonizálására FES alkalmazása mellett. Majd minden páciens eredményeit egy hét után újra felmértük.

Eredmények: A bokaízület aktív dorsalis flexiós, inversiós és eversiós mozgásirányait nézve a javulás lényeges volt. Az izomerővizsgálat eredményeiben azt tapasztaltuk, hogy az érintett alsó végtag minden irányú mozgásában jelentős izomerősödés történt. Mind az előméréskor, mind az utóméréskor a FES felhelyezés előtti egyensúly- és járáseredményekhez képest szignifikánsan jobbak lettek a FES-sel mért eredmények (BBS, TUG, 10 méteres és 3 perces járás teszt), valamint több tényező tekintetében a FES levétele utáni eredmények is (TUG, 10 méteres járás teszt, BBS). Az előméréskor mért eredményekhez képest jelentős javulást tapasztaltunk az utómérés pillanatára az egyensúly és a járás tekintetében, FES alkalmazása mellett és anélkül egyaránt (BBS, TUG, 10 méteres és 3 perces járás teszt).

Konklúzió: A n. peroneus communison alkalmazott funkcionális elektrostimuláció önmagában javítja az egyensúly és a járás képességeit. Egyhetes alkalmazása során kifejtett terápiás hatása is bizonyítást nyert.

E17

Lehet így is...

Baroch Barbara, Zahuczky Katalin

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Velkey László Gyermekegészségügyi Központ, Gyermekrehabilitációs Osztály, Miskolc

20 év szakmai tapasztalat alapján arra a következtetésre jutottam, hogy a szülők nem egyszer a saját elképzeléseik miatt utasítanak el egy-egy segédeszközt még akkor is, ha szakmailag indokolt lenne. Ilyen a

kerekesszék is. Nem akarják gyermeküket kerekesszékbe ültetni, mert szégyellik ezt a helyzetet, és úgy érzik, hogy az eddigi terápiák hiábavalóak voltak. Ezzel szemben a gyerekek a szabadság új dimenziójaként élik

meg a kerekesszékes életmódot. Közlekedésük minősége, sebessége, az általa elért függetlenség meg tapasztalása mind pozitív élményt jelent számukra. Számos olyan dolgot tehetnek meg önállóan, amelyre eddig segítség nélkül nem voltak képesek. Ezen felül lehetővé teszi az egészséges társaikkal való játékot, ami megkönnyíti a közösségbe való beilleszkedésüket is. A szülők szinte kivétel nélkül belátják, hogy

a kerekesszék nagymértékben megkönnyíti gyermekük mindennapi életét és beismerik, hogy ezt a lehetőséget hamarabb is biztosíthatnák volna.

Összegzés: Ez a film a szülők és a gyerekek szavain keresztül mutatja be az elfogadás folyamatát. Bízom benne, hogy ez a pozitív szemlélet nem csak az érintett családoknál idéz elő változást, hanem a gyermekkel foglalkozó szakemberek körében is.

E18 | Súlyos mozgáskorlátozott cerebrális paretikus tinédzserek segédeszköz-ellátási nehézségei

Csohány Ágnes, Paraicz Éva

MRE Bethesda Gyermekkórháza, Vegyesszervezésű Gyermekrehabilitációs Osztály, Budapest

Bevezetés: Az MRE Bethesda Kórház gyermekrehabilitációs ambulanciája betegforgalmának jelentős részét adja a cerebrális paretikus gyermekek ellátása, gondozása. Tinédzserkorra már a nagymozgások terén további jelentős előrelépés nem várható. A felnőtté válás folyamán főként a testméretek megváltozása, a szülők idősödése miatt egyre nagyobb probléma a megfelelő életminőséget biztosító segédeszközzel való ellátás.

Módszer: Retrospektív vizsgálattal 2 év ambuláns beteganyagát dolgozták fel a szerzők. 2016 januárja és 2018 márciusa között az ambulancián 482 cerebrális paretikus gyermeket láttak el; közülük 78 gyermek volt 12 és 14 év közötti. Segédeszköz-ellátásukkal kapcsolatos igényeik a növekedéssel és a napi életvitel változásával párhuzamosan fokozatosan megváltoztak, a változásokat az egyedi engedélyek és a segédeszköz-felírási gyakorlat értékelésével vizsgálták a szerzők. Emellett 18 súlyos mozgáskárosodott gyermek szüleit is online megkértek, hogy sorolják fel, milyen eszközök segítenék a család életét.

Eredmények: A szülők minden területre kiterjedően írták meg válaszaikat, ezek kiválasztásakor az internetes portálokat használták és közösségi fórumokat is felhasználták. A legtöbb igény a terápiás eszközökre vonatkozott (20), ezt követték az ápolást, táplálást (9) és gondozást segítő eszközök (8), kommunikációs eszközök (7) és végül a közlekedés segítségét (6) szolgáló kiegészítők. NEAK által finanszírozott és támogatott eszközöket az ülés (12 db ülőkorzett) és kültéri mobilizálás (12 db

„gyermekkosci” – 2017-től van NEAK listán), valamint a fürdetés segítésére (16 db fürdető, betegemelő) rendeltünk, de sok esetben vagy nem találtunk megfelelő eszközt a gyermeknek, vagy a család nem tudta vállalni a beszerzéséhez szükséges anyagi terhet.

Következtetés: A külföldi szakirodalomban Complex Rehab Technology címen foglalják össze azokat a segédeszközöket és segítő technikákat, amelyek a súlyos mozgássérültek mindennapi tevékenységét segítik, a legmagasabb szinten biztosítva mind a kliensek, mind az őt ápoló-gondozó személyek életminőségét. Ebbe beletartozik a fektetés, mobilizálás, fürdés és a megfelelő szintű kommunikáció biztosítása egyaránt.

A felmérés a szerzők tapasztalatát alátámasztva azt igazolja, hogy a felnőtté válás során ezek a problémák egyre inkább előtérbe kerülnek. A jelenlegi segédeszköz-ellátás keretein belül csak a kültéri mobilitás segítésére vannak korlátozottan lehetőségek. A fürdetés, betegemelés területén egyedi engedélyeztetéssel lehet megoldásokat biztosítani, amelyek sokszor vállalhatatlan anyagi terhet rónak a családokra.

Összességében elmondható, hogy miközben az egészségügyi ellátás rohamos fejlődésével egyre nagyobb számban jelennek meg a napi életvitelükben segédeszközökre szoruló gyermekek, jelenleg alig megoldott az igényeiknek és képességeiknek megfelelő segédeszköz-ellátás. Ez súlyosan rontja a gyermekek és családjaik életminőségét, amelyen javítani a rehabilitációs szakemberek feladata.

Total laryngectomián átesett személyek beszédérthetőségének és a beszéddel összefüggő életminőségének vizsgálata

Szücs Ádám Attila,¹ Mészáros Krisztina²

Szent Rókus Kórház és Intézményei, Budapest,¹ Országos Onkológiai Intézet, Fej-nyak-, Állcsont- és Rekonstrukciós Sebészeti Osztály, Budapest²

Bevezetés: „A beszéd maga a civilizáció. A szó, még ellentmondó is összekapcsolja az embereket. ... A szótlanúság elszigetel.” (Thomas Mann). Sajnos elmondható, hogy hazánkban is növekvő tendencia mutatkozik az onkológiai megbetegedések területén, különösen a gége megbetegedésére vonatkozóan. A statisztikai adatok is felhívják a figyelmet, hogy Magyarország Európában az elsők között szerepel a daganatos megbetegedések terén. A gégedaganatok eltávolításának egyik műtéti megoldása a laryngectomia. A laryngectomia totális, tehát a teljes gégeeltávolítás következménye, hogy a beteg elveszíti a hangadás szervét, a gégét, ezáltal képtelen természetes, vagyis hangszalagok rezgetésével előállított hang képzésére. A hang minőségének romlása, illetve elvesztése nagymértékben megváltoztathatja a mindennapi életet, életminőséget, ezért fontos a beszédképesség helyreállítása. Betegeinknél a beszédpótlás a nyelöcső-beszéd elsajátításával történt.

Módszer: A szerzők totál laryngectomián átesett páciensek beszédérthetőségének és ezzel összefüggő életminőségének vizsgálatát végezték kérdőívek és a beszédhang felvételével és elemzésével. A vizsgálatban 10 fő vett részt. A vizsgálati alanyok életkorát tekintve a legfiatalabb 42 éves, míg a legidősebb 76 éves volt. Az életminőség mérésére a nemzetközi vizsgálatokban leginkább rákbetegek körében elfogadott EORTC QLQ-C30-at, a beszédérthetőség mérésére pedig a Head & Neck Unit, Royal Marsden NHS Trust,

London Voice Prosthesis Questionnaire 2. beszédrehabilitációval kapcsolatos kérdőívet használták.

Eredmények: A hang elvesztése az esetek 10%-ánál teljesen, 10%-ánál jelentősen, 70%-ánál közepesen és 10%-ánál egyáltalán nem változtatta meg az életminőséget. A beszédük érthetőségét a páciensek 50%-a jól érthetőnek, 20%-a közepesen érthetőnek, 30%-a elégségesen érthetőnek értékelte. A meg nem értés következtében kialakult frusztrációt tekintve 10%-uk egyáltalán nem és a többiek valamilyen mértékben éreznek frusztrált-ságot. A hang visszaállítása a laryngectomizált személyek 20%-ának teljesen, 10%-ának jelentősen, 50%-ának közepesen és 20%-ának kevésbé segített abban, hogy visszatérjen a napi aktivitásához.

Konklúzió: Általánosan elmondható és a szakirodalmi adatok is azt támasztják alá, hogy a gégét eltávolító műtétet követően kialakult megváltozott helyzet és hosszú távon a kommunikációs képességek jelentős befolyással bírhatnak a beteg életminőségére, ezért a beszéd képességének visszaállítását mielőbb el kell kezdeni. A hangterápia és a hangrehabilitáció megoldást nyújthat a totál laryngectomián átesett személyek számára, hogy a korábbi életvitelüket legjobban megközelítő életet élhessék. A beszédképesség helyreállításának segítésével a gégeeltávolításon átesett, beszédképtelen betegek reintegrálhatók, visszasegíthetők a társadalomba, ami által ez a pszichés és szociális helyzet, az életminőség javításának egyik módja lehet.

Kapcsolatok nyelve

Verseghi Anna, Wagner Anna

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Agysérültek Rehabilitációs Osztálya, Budapest

Bevezetés: Rehabilitációs teamtagokként egyénekenként és szakmánk szerint mások és mások a feladataink, de nem működhetünk egymás nélkül, ha egy a főlérendelt célunk: mindig aktuálisan segíteni valakit egyre

önállóbbá válni bizonyos képességvesztés, funkciókárosodás után/ellenére. Ez csak úgy tud megfelelően megvalósulni, ha a team mint egy „egész” nem egyszerűen tagokból áll, hanem a résztvevők szervezett,

koordinált együttműködéséből, kapcsolódásaiból. A koordináció folyamatos élő információcserével tud megtörténni. Ha ez nincs, ha nincs párbeszéd, ha nincs kommunikáció, nem beszélhetünk együttműködő, összekötetésben álló szervezetről, teamről. Ahol nincs kommunikáció, ott megfagy az élet, leáll az élet áramlása. Kapcsolatvesztés jön létre. Milyen eszközeink vannak az információcserére? Milyen módokon fejeződik ki egymással kapcsolatos viszonyunk? Van-e közös nyelvünk, amelyben értjük egymást?

Tárgyalás: A fenti kérdésekre keressük a választ előadásunkban. Az elhangzott tartalom sosem önmagában értelmeződik, számos üzenetet közvetítünk nem verbális csatornákon és cselekvés által, ami jelentésében felülírhatja az elhangzott szöveget. Kapcsolataink történetében szerveződött tapasztalataink befolyásolják, hogy mennyire nyilvánulhatunk meg őszintén, és milyen mértékben születik valódi dialógus. Ennek megsegítésére használhatunk nyílt, tisztázó kérdéseket a feltételezéseink helyett. Fontos, hogy merjünk valós kérdéseket megfogalmazni a másik ember felé, és hogy meg tudjuk hallgatni és hallani a választ. Bizalommal teli kapcsolatban születhet ez meg. A félelemtel, versengő kapcsolatban megjelenő kommunikáció során ezzel szemben számtalan félreértés, meg nem értés keletkezik, kialakulhatnak érinthetetlen, elkerülendő témák a nem kimondhatóról. Ha nem beszélünk róla, az nem jelenti azt, hogy

ne jelenne meg a probléma az egymáshoz kapcsolódásban egy kevésbé nyilvánvaló szinten. Például kapcsolati feszültséget jelezhetnek a folytonosan visszatérő konfliktusaink. A feszültség mindig utat keres magának így vagy úgy. A folyamatos dialógushoz elengedhetetlen a közös nyelv használata egy teamben, amit tanulunk kell. Ebben a kommunikációs hullámzásban kell meglátni, hogy hol vagyunk megakadva, hol van szükség kihangosításra vagy lecsendesítésre. Témánkat a rehabilitációs szempontú neuropszichológia, a bioszisztémikus szomato-pszichoterápiás megközelítés, valamint a tranzakcióanalízis szemléleti keretében tárgyaljuk.

Összegzés: Az agysérült személyek rehabilitációs folyamatában különösen sérülékeny és kielezett lehet a teamtagok közötti és a páciensekkel, illetve hozzátartozóikkal kapcsolatos kommunikáció. Agykárosodás esetén az agy strukturális kapcsolataiban bekövetkező „szakadás” eredményeképpen több szinten is zavar keletkezhet az agysérült személy és környezete között. A személy bizonyos pszichés funkcióinak érintettsége a társas kapcsolatok hálózatára is kiterjed. A neurális hálózat akár az emberi kapcsolatok hálójához hasonlóan is értelmezhető. Trauma esetén megszakadnak egyes kapcsolatok, megszűnnek bizonyos funkciók, amelyek csak a hálózat többi résztvevőjének bevonásával, együttműködésével gyógyíthatók. Előadásunkban különböző bevonódási lehetőségekkel kísérletezünk.

E25 | Dupla protézis – egy esély

Tóth Ágnes, Luterán Ferenc

Petz Aladár Megyei Oktatókórház, Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Győr

Bevezetés: A szerzők egy spondylitis ankylopoeticában szenvedő fiatal férfi esetét mutatják be, akinek a rehabilitációs program alatti jelentős állapotváltozását képanyagos dokumentációval is szemléltetik.

Tárgyalás: 2011-ben nyaki, deréktáji, vállövi és csípőtáji fájdalmak indultak, a reumatológiai kivizsgálás végén szeronegatív spondylarthropathiát vélelményeztek. 1 éven át methotrexat-terápiát kapott, amely ineffektívnek bizonyult. Tartós NSAID-terápia mellett 2014–2017 között reumatológiai kontrollvizsgálaton nem jelentkezett. Súlyvesztés és étvágytalanság miatt belgyógyászati kivizsgálás történt immuneredetű bélbetegség irányában, amely negatívnak bizonyult.

2017 februárjától az alsó végtagi nagyízületek fájdalma miatt közel 3 hónapig ágyban feküdt. Ez idő alatt mind a csípőkben, mind a térdekben olyan nagyfokú flexiós contractura, az alsó végtagi izomzatban

immobilizációs atrophia alakult ki, amely miatt fokozatosan járásképtelenné vált.

2017 szeptemberében jelentkezett rehabilitációs szakambulancián nagyfokú csípőízületi arthrosissal, durva contracturák által deformált alsó végtagokkal. Statusából botmerev gerinc, jobb térdben 80, bal térdben 60 fokos flexiós contractura, mindkét csípőben 80 fokos flexiós contractura emelendő ki, amelyből további flexio 100 fokig volt kivihető. Állapotában konzervatív terápiától érdemi eredmény nem volt várható, ezért ortopédiai konzílium történt, amely mindkét csípőbe TEP-beültetést javasolt. Preoperatív fizioterápiás előkészítést követően került sor a csípőízületek egy ülésben elvégzett protetizálására, második ülésben a jobb térd flexor tenotomiájára. Posztoperatív jobb oldali n. femoralis károsodás okozta parézis nehezítette a kezelést. A jobb térdben 20, a bal térdben 5 fokos extenziós

elmaradással, a csípőízületek 15 fokra redukált flexiós, valamint 20-20 fokos kirotációs contracturájával indult a fizioterápia második szakasza. A beteg közel 5 hónapig tartó rehabilitációs programja során két könyökmankóval egyre hosszabb táv megtételére, sőt lépcsőzésre is képessé vált. A kezelés végére a bal térd extendálható, jobb térd contracturája 10 fokra mérséklődött. A jobb alsó végtag izomereje fokozatosan visszatért, parézise

megszűnt. Osztályról távozásakor váltott lábbal lépcsőzik, tisztálkodásban, étkezésben, öltözködésben önálló. *Konklúzió:* Bár a kezelés eredményességét számos tényező nehezítette (cachexia, posztoperatív n. femoralis laesio), a klinikai kép súlyossága ellenére a korrekciós műtétek megfelelő időzítése, az interdiszciplináris együttműködés a beteg életminőségének számottevő javulását eredményezte.

E26 Infektív endocarditis előfordulása stroke-on átesett betegek elsőbbségi rehabilitációja során. Három eset ismertetése

Papp Edit,¹ Petrovicz Edina²

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Hemiplégia Osztály, Budapest,¹ Dél-Pesti Centrumkórház, Hematológiai és Infektológiai Intézet, Szent László Kórház telephely, Budapest²

Bevezetés: Stroke-on átesett betegek elsőbbségi rehabilitációja során számos szövődménnyel kell szembenéznünk, amelyek jó része infekciós eredetű. Gyakran találkozunk húgyúti, felső és alsó légúti infekciókkal, ritkábban hasi gyulladással kórképekkel, elvéve azonban előfordulhat infektív endocarditis kialakulása is, amelynek felismerése nehézséget okozhat.

Tárgyalás: Osztályunkon 2012 júliusa és 2017 októbere között három páciens elsőbbségi rehabilitációja során merült fel infektív endocarditis gyanúja, amely egy esetben még osztályunkon, két esetben a betegek áthelyezését követően, az akut ellátásban igazolódott. Esetismertetés formájában mutatjuk be a figyelemfelhívó panaszokat, tüneteket és vizsgálati eredményeket. BG, 1965-ben született férfi beteg 2012. 04. 20-án szenvedett jobb oldali hemiparézist, afáziát okozó agyi infarctust. 2012. 05. 04-től más intézményben kezdődött rehabilitációja, amelyet 05. 29-től folytattunk osztályunkon. A már járóképes betegnél szédülés, sápadtság, romló erőnlét, csökkent terhelhetőség, hőemelkedés, majd láz, emelkedett gyulladással értékek alapján, ápolásunk 59. napján merült fel infektív endocarditis lehetsége. A beteget infektológiai osztályra helyeztük.

BG, 1979-ben született férfi beteg 2016. 02. 02-án szenvedett jobb oldali hemiparézist okozó agyállományi vérzést. 2016. 03. 30-án került átvételre osztályunkra. Kezdetől fennálló, mélyülő anaemia, kollaptiform rosszullét, progrediáló erőtlenség, ápolásunk 28. napján jelentkező, múló majd visszatérő láz, hőemelkedés,

emelkedett gyulladással markerek, pozitív hemokultúra, új keletű szívzöreje alapján ápolásunk 41. napján gondoltunk infektív endocarditisre, amely ápolásunk 45. napján cardialis UH-vizsgálat során igazolódott. A beteget infektológiai osztályra helyeztük.

BKG, 1949-ben született nőbeteg 2017. 05. 25-én szenvedett jobb oldali hemitüneteket, afáziát okozó agyállományi vérzést. Szövődményként fellépő glutealis decubitus, urocystitis szanálását követően is fennálló, nem javuló anaemia, sápadtság, erőtlenség, csökkent terhelhetőség, emelkedett gyulladással laborértékek, mellkas-röntgen által kimutatott szívmegegyesülés, szívelégtelenség alapján ápolásunk 109. napján merült fel infektív endocarditis gyanúja. A beteget kardiológiai osztályra helyeztük.

Konklúzió: az ismertetett panaszok, tünetek alapján, egyéb betegségek kizárásával merült fel pácienseink esetében az infektív endocarditis gyanúja. A több hétig tartó rehabilitációs program során lehetőségünk volt a betegek fizikális, mentális, pszichés állapotát mélyebben megismerni és az endocarditis okozta változásokat a teamtagok és családtagok értékes megfigyeléseinek segítségével felismerni. Esetismertetésünkkel szeretnénk felhívni a figyelmet arra, hogy a súlyos infekciókon átesett, bacteriaemia szempontjából veszélyeztetett, vélhetően legyengült immunrendszerű betegeknél előfordulhat infektív endocarditis lehetsége az elsőbbségi rehabilitáció során, különösen pozitív cardialis anamnézis esetén.

Súlyos agykárosodáshoz társuló szemészeti szövődmények – Két eset bemutatása

Tarjányi Szilvia, Nagy Helga, Varga Kinga, Frey Erika,
Dénes Zoltán

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

Bevezetés: Az osztályunkon rehabilitációban részesülő betegek különböző okokból súlyos agykárosodást szenvedtek el. Felvételkor a betegek jelentős százaléka szubjektív látászavart vagy a látásélesség romlását is panaszolja, azonban ezek nagy része csak átmeneti, a funkcionális és kognitív állapotuk javulásával szűnik, nem igényel terápiát. Nem szabad megfelelő kezelniük a már korábban fennálló szemészeti betegségekről sem. A korai diagnosztizálást gyakran nehezíti a beteg poszttraumás amnéziája vagy korlátozott együttműködési képessége.

Tárgyalás: Az általunk bemutatott két esetben hosszas szemészeti kezelés és műtéti beavatkozás is szükségessé vált, jelentősen befolyásolva a betegek életminőségét. A 47 éves férfi beteget agytörzset is diszlokáló clivus meningeóma miatt operálták. A műtétet követően többek között kétoldali n. abducens parézis és jobb oldali perifériás n. facialis parézis alakult ki, lagophtalmust és diplopiát okozva. A szövődmények közül a kétoldali tüdőembólia emelendő ki, amely miatt kezdetben terápiás dózisu LMWH, majd warfarin beállítása vált szükségessé. A műtétet követő 49. napon vettük át rehabilitációra, ahol a gyakori szemészeti ellenőrzés, a 24 órás óraüvegekötés-viselés és a gondos ápolói munka eredményeképpen a beteg kezdődő corneafekélye gyógyult. Jobb oldali perifériás n. facialis és n. abducens parézise azonban változatlan maradt, folyamatos gondozást igényelt. Otthonába

bocsátását követően 2 hónappal részleges szemhéjzárásra került sor, azonban a varratok nem tartottak. Egy évvel később, 2018 májusában a műtét ismételt elvégzését tervezték, ehhez a beteg LMWH-ra történő visszaállítása vált szükségessé.

A másik bemutatott esetünk egy 34 éves nő, akinél subarachoidealis vérzés alakult ki, amely háttérben aneurizmaruptúra igazolódott. Az 56. napon vettük át rehabilitációra, ahol felvételkor homályos látást panaszolt. Ennek háttérben szemészeti vizsgálat Tersonszindrómát, üvegtesti bevezést igazolt, amit szemészeti ultrahangvizsgálat is megerősített. A beteg szoros követését, valamint nem felszívódó vérzés esetén vitrectomia elvégzését javasolták, amely eddig nem történt meg. A beteget rendszeresen kontrollálják, egyéb tünete már nincs sem fizikálisan, sem kognitívan.

Konklúzió: Véleményünk szerint a multidiszciplináris team fontos tagja a szemész szakorvos. A korai diagnosztizálás, a esetleg szükséges 24 órás óraüvegekötés és a napi többszöri szemkezelés nehezen kivitelezhető a zavart, nem együttműködő betegek esetében. A súlyos agysérüléshez társuló szemészeti problémák egy része a rehabilitációt követően is fennmarad, jelentősen befolyásolhatja a beteg funkcióképességét és életminőségét. A lagophtalmus következtében corneafekély alakulhat ki, ami a látás elvesztéséhez vezethet, de akár a szem műtéti eltávolítása (enukleáció) is szükségessé válhat.

Irányelvek alkalmazása a kutatásban: az EQUATOR guidelines

Tónay Gabriella,¹ Fazekas Gábor²

Szent János Kórház, Budapest,¹ Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest²

Bevezetés: A betegellátásban az irányelvek alkalmazása jól ismert alapja a mindennapi munkának. A klinikai kutatásban is léteznek hasonló irányelvek, amelyek

a kutatás típusa szerint meghatározzák a tennivalókat. A rangosabb folyóiratok csak olyan közleményeket fogadnak el, amelyek deklarálják, milyen irányelv

alapján történt a klinikai vizsgálat (reporting guidelines). A szerzők célja, hogy a hazai kutatók számára ismertebbé tegyék ezeket az elvárásokat.

Tárgyalás: Az EQUATOR (Enhancing the Quality and Transparency of health Research) munkacsoport nemzetközi kezdeményezés, amelynek célja az egészségügyi kutatások megfelelő minőségének biztosítása. 398 kutatási irányelvet dolgoztak ki, amelyek közül a szerzők a nyolc leggyakoribbal foglalkoznak. Ezek a következő vizsgálat típusokra vonatkoznak: Kontrollált, randomizált vizsgálatok (Randomised trials, CONSORT); Megfigyeléses vizsgálatok (Observational studies, STROBE); Szisztematikusan szakirodalmi áttekintés (Systematic reviews, PRISMA) – gyakran, de nem feltétlenül metaanalízissel együtt; Esetismertetés (Case reports, CARE); Kvalitatív vizsgálat (Qualitative research, SRQR); Diagnosztikai célú vizsgálatok (Diagnostic/prognostic studies, STARD); Minőségfejlesztési vizsgálatok (Quality improvement studies, SQUIRE); Gazdasági kiértékelő

vizsgálatok (Economic evaluations, CHEERS) – költséghatékonysági kutatások esetében kell alkalmazni. Az irányelvek tartalmaznak egy rövid leírást arról, hogy pontosan milyen típusú kutatásra (esetismertetés, randomizált-kontrollált vagy megfigyeléses vizsgálat stb.) vonatkoznak, egy folyamatábrát a követendő eljárásról, ellenőrző listát, amely segít kontrollálni, hogy a kutató megfelelően hajtotta-e végre az egyes lépéseket, illetve nem hagyott-e ki valamit, linket az adott vizsgálati típust publikáló cikkhez és az adatok utolsó frissítésének dátumát. Az adott kutatással kapcsolatos irányelvet a vizsgálat tervezésekor már alkalmazni kell, de az utólagos ellenőrzésben is segítenek. Használatukat ajánlják a tudományos folyóiratok szerkesztői és lektorai számára is egy-egy beérkezett kézirat értékelésekor. *Konklúzió:* A legfontosabb EQUATOR irányelvek ismeretével a szerzők célja, hogy a klinikai vizsgálatok megbízhatósága és az ezekből készült anyagok nemzetközi publikálhatósága javuljon.

E29 | Az időskorúak eleséskockázatának becslésére alkalmas (FRQ) kérdőív hazai validálása

Horváth Zsófia, Jakab Balázs, Tirnitzné Mészáros Eszter,
Ormos Gábor

MAZSIHISZ Szeretkórház, Budapest

Háttér: Az idősek körében előforduló esések gyakoriak, súlyos következményekkel járhatnak. A Rubenstein és mtsai által 2011-ben kidolgozott FRQ (Fall Risk Questionnaire) kérdőív alkalmas az esések kockázatának előzetes becslésére. A kérdőív az Amerikai Geriátriai Társaság irányelveiben meghatározott esés kockázatát növelő tényezőket méri fel, mint korábbi esések, félelem az eséstől, egyensúlytartási probléma, izomerő-csökkenés, inkontinencia, érzészavar, depresszió és bizonyos gyógyszerek használata.

Cél: A szakirodalomban szereplő módszerrel az FRQ eleséskockázat-becslő kérdőív hazai validálása. Az FRQ egyes kérdéseire adott válaszok klinikai vizsgálatokkal való megfelelésének vizsgálata.

Anyag és módszer: Az angol nyelvű kérdőív kérdéseit ketten fordították le (az egyik szakmabeli). Majd a szerzők által elfogadott magyar verziót két angol anyanyelvű, magyarul beszélő fordította vissza angolra. A konszenzus után elfogadott végleges változatot alkalmaztuk a vizsgálat során. A vizsgálatban részt vevők a Szeretkórház szakambulanciáját keresték fel, és önként

jelentkeztek erre a felhívásra. A beválasztási feltételt a 65 éven felüli életkor és önálló életvitel, valamint az önálló olvasás és a szövegértés képezte. A résztvevők kitöltötték az FRQ kérdőívet. Ezt követően egy független vizsgáló kikérdezte őket a korábbi eséseikről és az eséstől való félelemről, amelyet 4 fokozatú skálán kellett értékelniük. Az esetleges depresszió felmérése a GDS 5 fokozatú skálájával, a mobilitás értékelése a Tinetti-teszttel történt. Továbbá kérdés szerepelt az inkontinenciáról, a gyógyszerhasználatról, a járási segédeszközök használatáról. A klinikai vizsgálat eredményeit dichotóm változóvá alakítottuk az eleséskockázat megléte szerint (igen/nem), amit párosítottunk az adott FRQ kérdésekkel és Cohen-kappát számoltunk az eredmények egymásnak való megfelelése jellemzésére.

Eredmények: Vizsgálatunkban 39 fő (35 nő, 4 férfi) vett részt, átlagéletkoruk: 80 év. Legtöbben, 67%-uk, panaszkodott járás közben érzett bizonytalanságról, és 41%-uk az eleséssel kapcsolatos félelmekről számolt be. Több mint 40 százalékuknak nehézséget okoz a kapaszkodás nélkül felállni a székből és/vagy fellépni a járdaszegélyre.

A klinikai vizsgálat és az FRQ eredményei közötti megfelelés szempontjából kiemelkedik a korábbi elesések száma ($\kappa=0,78$) és a segédeszköz-használat ($\kappa=0,81$). Jó megfelelést adott az esetleges depresszió megléte ($\kappa=0,71$), az altatók/hangulatjavítók szedése ($\kappa=0,63$), az eleséstől való félelem megléte ($\kappa=0,64$) és az alsó testfél izomerejének becslése ($\kappa=0,49$ -tól $0,54$ -ig).

Következtetés: Az FRQ kérdőív önálló kitöltésekor adott válaszok jól megfeleltek a vizsgálat során nyert

válaszoknak, illetve a funkcionális tesztek eredményeinek az eredeti vizsgálatnak megfelelően. A két kérdést, amelyre adott válasz legjobban megfelelt a klinikai vizsgálat eredményeinek, az eredeti FRQ értékelésnek megfelelően, magasabb pontszámmal kell beszámítani a kérdőív kiértékelésekor.

Az FRQ kérdőív magyar nyelvű validálása megtörtént, és költségkímélő, hatékony módszerként alkalmas az eleséskockázat szűrésére.

E30 | Kommunikációs csoport a „nehezen beszélőknek”

Bálint Brigitta, Németh Mariann, Verseghi Anna,
Dénes Zoltán

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Agysérültek Rehabilitációs Osztálya, Budapest

Bevezetés: Az afázia szerzett nyelvi zavar, amely a személyközi kommunikációs helyzetekben interpretálódik. Súlyossága és tünetei individuumhoz köthetők, így nem egységes kórképként szemlélendő, sokkal inkább gyűjtőfogalomként érdemes alkalmazni. Az érintett páciensek nehézségekbe ütköznek a nyelvhasználat több szintjén, amelyek felszínre kerülnek a beszélt és írott szövegek produkciójában és feldolgozásában. Az így megjelenő nyelvi diszfunkcionalitás következményeivel is számolnunk kell, mint a frusztráció, szorongás, kommunikációtól való félelem, szégyen, visszahúzódás a társas kapcsolatokról, súlyos esetben izoláció. Ezek a másodlagos következmények csökkenthetik a páciensek életminőségét. Az afáziás személyekkel történő egyéni terápiás munka önmagában sok esetben nem elegendő a szociális interakciókban megjelenő nehézségek kezelésére. Ezért indítottunk az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Agysérültek Rehabilitációs Osztályán olyan csoportos terápiát, amely kifejezetten a kommunikációban akadályozott páciensek szupportív megsegítését és szociális aktivitásuk fokozását célozza.

Tárgyalás: A csoportmunkát 2018 januárjában kezdtük, nyitott csoportként. Kettős csoportvezetéssel dolgozunk: neuropszichológus és logopédus összeállításban. Az első 5 hónapos intervallumban 15 fő került be a csoportunkba intézetünk 3 osztályáról, az Agysérültek Rehabilitációs Osztályáról, a Hemiplégia Rehabilitációs Osztályáról és a Gerincvelősérültek Rehabilitációs Osztályáról. A páciensek között nonfluens és fluens

afáziások egyaránt megjelentek. Afáziájuk súlyosságát tekintve a súlyostól az enyhe zavarig vettek részt a csoporton, az afáziakvócienseik a 23,8-tól 92,5-ig terjedő tartományban mozognak. Beválasztási kritériumként a Western afáziateszt beszédmegértés szubtesztjén elért legalább 50%-os eredményt határoztuk meg. Az üléseket a csoporttagok képességére szabtuk, ügyelve arra, hogy a verbalitáson alapuló feladatokat nonverbális elemekkel, módszerekkel is ki tudják egészíteni, s ezáltal teljes értékű tagnak érezhessék magukat. Legfőbb hangsúly munkánk során a csoporttagok egymással való együttműködésének megsegítése, szociális interakcióik elősegítése. Így nyílik lehetőségük egymás fejlődésének facilitálására, támogató szerep megélésére. A tagoktól távozásukkor félig nyílt interjú és képek formájában visszajelzést kértünk átélte élményeiről. A reflexiók alapján a tagok többsége új kapcsolatokat épített ki, megtapasztalta a valahova tartozás élményét. Több résztvevő a kommunikációs helyzetekben megélt frusztráció csökkenéséről számolt be.

Konklúzió: A kommunikációban akadályozott személyek egyéni terápiáját facilitáló, kiegészítő terápiaként alkalmazható a kommunikációs csoport. Megfelelő terepet biztosít a másodlagos következményként fellépő, a szociális interakciókat akadályozó tényezők észrevételére, csökkentésére. Fokozza a személyek kommunikációs bátorságát és önkifejezését a társas érintkezésekben, ezáltal segíthet visszakapcsolódni korábbi szociális hálójukba, valamint abba, hogy új kommunikációs helyzeteket vállaljanak fel.

E31

Logopédiai munka a Korai Részlegén

Németh Mariann, Belinszkaja Galina, Kuzmányi János,
Dénes Zoltán

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Agysérültek Rehabilitációs Osztálya, Korai Részleg,
Budapest

Bevezetés: Agysérülés következtében számtalan tartós vagy átmeneti funkciózavar fellépésével kell számolnunk, amelyek jelentősen csökkenthetik az egyén életminőségét. Ezen funkciókiesések minimalizálására és a megmaradt képességek maximalizálására fókuszálnak a rehabilitációs beavatkozásaink. A páciensek akut osztályokról történő minél korábbi átvétele a másodlagos károsodások (szövődmények) kialakulásának megelőzése érdekében szükséges, ami viszont lehetővé teszi a korai rehabilitációs tevékenységet. Ebben a szemléletben jelent meg a törekvés a korai rehabilitációra. A korai rehabilitációs osztályok átmenetet képeznek az akut és a krónikus betegellátó osztályok között. Súlyos agysérültek, esetleg GCS: 8 alatti betegek felvételére is sor kerülhet, ezáltal az egyéni szükségseleikhez képest biztosítható lehet a rehabilitációs munkába való bevonásuk.

Tárgyalás: Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Agysérültek Rehabilitációs Osztályának Korai Részlegén 8 ágyon folyik a súlyos agysérült páciensek korai rehabilitációja. Részlegünkre a 2017. évben 74 súlyos központi idegrendszeri sérült páciens került felvételre. A velük történő rehabilitációs munkát 2 fő mozgásterapeuta, 1-1 fő neuropszichológus, logopédus, zeneterapeuta, dietetikus és az ápoló személyzet végzi a részlegvezető

főorvos vezetésével. Az itt végzendő logopédiai tevékenység elkülönül a már aktív rehabilitációra alkalmas betegek esetében végzett munkaformától. A terápiás munkába befektetett energiaviszonyok eltolódnak a terapeuta oldala felé, gyakran a páciens teljes passzivitása tapasztalható. A kórképek közti prioritás megváltozik, a diszfágia és a diszfónia kezelése válik elsődlegessé. A nyelvi zavarok feltérképezése sok esetben háttérbe szorul, hiszen az általános és a kognitív állapotuk nem teszi lehetővé a nyelvi zavarok diagnosztizálását a papír-ceruza tesztek által. Ehelyett a kapcsolatteremtés, a kommunikációs csatorna megtalálása válik hangsúlyossá. Tehát úgynevezett logopédiai követés szükséges a pácienseink nagy részénél. Mindezekon kívül hatványozottabban jelenik meg a hozzátartozókkal való szoros együttműködés kialakítása, az edukációs fórum biztosítása.

Konklúzió: Bár formálisan nem különítjük el, azonban a mindennapi tevékenységek differenciálódása jelentkezik a korai rehabilitációs osztály és az egyéb rehabilitációs osztályokon végzett logopédiai munka között. A megfelelő időben történő alkalmazásuk facilitálhatja a későbbiekben végzett további rehabilitációs beavatkozásokat, ezáltal elősegítve a páciensek mihamarabbi képességmaximalizálását és az önálló életvitel elérését.

E32

Kommunikációs kihívások/problémák a súlyos agysérült betegek rehabilitációjában

Nagy Helga, Farkas Judit, Frey Erika, Tarjányi Szilvia,
Verseghi Anna, Dénes Zoltán

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

Bevezetés: Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Agysérültek Rehabilitációs Osztályán évente közel 300 súlyos agysérült beteget látnak el. Az előadás célja annak bemutatása, hogy milyen kommunikációs kihívásokkal küzd a rehabilitáció során az ezzel a speciális betegcsoporttal foglalkozó rehabilitációs team.

Tapasztalataink azt igazolják, hogy a kommunikációs akadályok és nehézségek megoldása a rehabilitáció kiemelt és sikerességének kulcsfontosságú eleme, valamint a team működésének is feltétele.

Tárgyalás: A súlyos agysérült beteg rehabilitációját a tünetek sokfélesége, komplexitása és a folyamatos

változás dinamikája határozza meg. Ezért a beteggel foglalkozó team is változó és összetett a beteg aktuális állapotához igazodva, ami az egyéni tényezőkhöz kívül a különböző szakmai modellek összehangolását is igényli. A kommunikáció a rehabilitáció során sokrétű és többirányú: a teamtagok között, a beteggel és annak hozzátartozóival, a betegársakkal. Ezek interakciója együttműködést, szinkronizálást és stratégiák kiépítését igényli a konfliktushelyzetek elkerülésére vagy megoldására. A hosszú rehabilitációs folyamat (a kórházi tartózkodás több hónap, fél év, néha még ennél is hosszabb) és a főleg a kezdeti időszakban a kimenetel bizonytalansága komoly kommunikációs kihívással is jár. A rehabilitáció kezdetén a betegek közel 50%-a kommunikációra nem képes. Rehabilitációjukban a családdal szoros együttműködés szükséges.

A kognitív tünetekből, az együttműködés és betegségkezelés hiányából (pl. dezorientáció, poszttraumás amnézia, konfabuláció, memóriazavar, érzelmi labilitás stb.)

adódó félreértések, értetlenség és ismeretek hiánya a leggyakoribb konfliktusforrás. A súlyos kiszolgáltatottság, a rögzítések, biztonsági és korlátozó intézkedések szükségszerűsége további kommunikációs terhet ró a teamtagokra. Az edukálás és traumafeldolgozás is speciális ebben a betegcsoportban. A team összehangolt működése, az állandó információáramlás, egyeztetés és megbeszélés megoldást nyújthat ezekre a nehézségekre. A „folyamat-kommunikáció”, mikroteamek alkalmazása és állandó, a beteg, a hozzátartozó és a teamtagok közötti edukálás további stratégiai megoldás lehet.

Összegzés: A komplex funkciózavarokból és a betegcsoport sajátosságaihoz adódóan több szakember bevonása szükséges a rehabilitációs teambe. A súlyos agysérültek rehabilitációjában összehangolt, szorosan együttműködő teamre van szükség, valamint a félreértések és konfliktusok megelőzése és megoldása érdekében mindenképpen több teret és időt kell adni a kommunikációra és szakmai egyeztetésre. Ennek hiánya a team széteséséhez vezethet.

E36 | A kommunikáció hatékonyságának növelése az elektronikus fizioterápiás dokumentáció bevezetésével az OORI-ban

Havlikné Glabisz Iwona, Sipos Júlia, Németh Judit

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

Bevezetés: Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben szükségessé vált a fizioterapeuták által vezetett betegdokumentáció módosítása, korszerűsítése. Az új, elektronikus úton vezetett fizioterápiás dokumentáció a 60/2003. (X. 20) ESzCsM rendeletben foglaltak elvárásainak megfelelően készült el, és 2018. 02. 01-től működik kórházunkban.

Tárgyalás: Az OORI-ban 2018. 01. 31-ig a fizioterapeuták által vezetett betegdokumentáció felépítése, tartalma az osztályokat vezető főorvosok egyéni döntésének felelt meg, és ennek megfelelően használták a mindennapokban. Ezért az osztályokon nem egységes tartalmú, felépítésű dokumentumokat vezettek, sőt még olyan osztály is volt, ahol papíralapon vezették a fizioterápiás kezelőlapot. Ennek számos hátránya és hiányossága került elő az utóbbi időben, ezért egy új, egységes, immár elektronikusan vezetett dokumentációs rend került kialakításra, amely a hatályos rendeleteknek is megfelel. Így nyomon követhetővé váltak a gyógytornász tevékenységek, és a beteg állapotával kapcsolatos kommunikáció is gördülékennyé vált.

Az új dokumentáció bevezetésével kapcsolatos tapasztalatok:

- Az OORI-ban sokszor az aktív fekvőbeteg-ellátást követően rehabilitációra kerül sor, így az intézetben belüli áthelyezést követően a betegről az összes információ azonnal elérhetővé válik a rehabilitációs osztályon;
- kézzelfogható előny, hogy a beteg fizioterápiás záró státusza azonnal áthelyezhető a zárójelentésébe ;
- amennyiben szükségessé válik az egyik gyógytornász helyettesítése (gyógytornász távolléte alatt), a betegről az aktuális információk elérhetővé válnak, így a terápia folytatódólagosan biztosított lesz a beteg számára;
- bevezetésekor a kollégáknak több időt, tudást és energiát kellett fektetni az új rendszer megismerésére, az esetleges hibák javítására;
- a beteggel foglalkozó más rehabilitációs teamtagok bármikor tanulmányozhatják a leírtakat, és a beteg állapotváltozásairól naprakész információkhoz juthatnak.

Ezzel a rehabilitációs csapatok kommunikációja hatékonyabbá vált.

Konklúzió: Az eddig eltelt rövid idő alatt azt tapasztaltuk, hogy egységes struktúrájának és logikus felépítésének köszönhetően az intézet összes osztályán sikeresen alkalmazhatóvá vált az új dokumentáció. Így a betegről az

aktuális információk nem akadnak el, időben jutnak el a vele foglalkozó szakemberekhez, nagymértékben hozzájárult a beteg ellátásában részt vevő csapatok közötti kommunikáció javításához. Véleményem szerint az OORI-ban kialakított jó gyakorlat bemutatása segítséget adhat más egészségügyi intézmények munkájának fejlesztésében.

E37 Siketnéma, afáziás, hemianopsiás beteg rehabilitációja stroke után

Herczeg Eszter, Papp Edit, Mészáros Éva, Fodor Zoltán,
Osváth Lajos

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

Bevezetés: A többszörös fogyatékosokban szenvedő beteg rehabilitációja mindig nagy kihívást jelent a rehabilitációs csapat számára. A szerzők egy stroke-ot elszenvedett siketnéma beteg rehabilitációját mutatják be.

Tárgyalás: Csecsemőkori meningitis miatt ototoxikus antibiotikum-kezelés következtében siketnéma, 55 éves férfi beteg elsőbbségi rehabilitációjára agytörzsi tüneteket (dysphagia, bal oldali n. oculomotorius parézis, diplopia) és jobb oldali hemiplégiát okozó ACP területi infarctus lezajlását követően került sor.

Első vizsgálatok bizonyos tünetek a siketnémaság miatti kommunikációs nehézség miatt kezdetben nem voltak egyértelműen megítélhetőek, így pl. az sem, hogy afáziás-e a beteg, van-e látótérkiesése. Diplopiája is csak később vált valószínűvé. Ezen tünetek megléte felől később indirekt jelekből lehetett következtetni, illetve az osztályon ápolóként dolgozó jeltolmács bevonásával és a beteg általános kooperációjának javulásával párhuzamosan lehetett megbizonyosodni.

A kommunikációs nehézség a beteg terápiába vonhatóságát, a csapatokkal való kooperációját, valamint bizonyos testi panaszok jelzését is nehezítette. Jeleléshez értő ápoló nem mindig volt nappali műszakban, így pl. a logopédiai foglalkozások időzítésénél és a nővéri beosztás elkészítésénél a speciális igényeket is figyelembe kellett venni. A logopédiai foglalkozásokra jeltolmács segítségével került sor. Az afáziás eredetű zavar azonosítása

informális teszt alkalmazásával történt. Az egyszerű kifejezések jelelését megértette, felszólításokat végrehajtott. Ugyanakkor önmaga a jelnyelvet nem használta (két kézzel a hemiplégia miatt jelezni nem tudott, illetve az afázia miatt sem), kivéve az egyszerű kerémmat ('rendben van/igen'). Rövid, írott információt önmagában képes volt elolvasni, azokat megértette. Logopédus a jelelésen alapuló foglalkozások folytatását javasolta.

A logopédiai foglalkozásokat a diplopia és hemianopsia is nehezítette. Ezen a jobb szem letakarásával és fejének a megfelelő vizuális inger irányába fordításával lehetett segíteni.

A rehabilitációs program végére a beteg kerekesszékre kis segítséggel volt kiültethető, az eszközt megtanulta hajtani, de súlyos látászavara miatt csak ismerős környezetben, korlátozottan volt képes tájékozódni. Gyógytornász segítségével, járókerettel, peroneussínen, rövid távon volt járatható.

Konklúzió: A jelen eset bemutatásával a szerzők szemléltetni kívánták, hogy a siketnéma, halmozottan sérült beteg rehabilitációja csak jeltolmács bevonásával volt a lehetőségekhez képest eredményes. A kommunikációs és kooperációs nehézségek leküzdése érdekében az ápolószemélyzetnek is célszerű volt egy-két alapvető jelet megtanulni. A súlyos fokban és halmozottan sérült személy rehabilitációja esetenként hosszabb időt vesz igénybe a megszokottnál.

E38 | Kommunikációs probléma egy ritka neurológiai kórképben

Kark Erika, Szabó Edina, Szilassy Géza

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Megyei Kórház, Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Nyíregyháza

Bevezetés: A szerotoninszindróma egy potenciálisan életveszélyes, meglehetősen ritka betegség. Gyógyszerreakció, amit a szerotonin nevű neurotranszmitter magas szintje okoz a szervezetben.

Módszer: A szerzők az elmúlt 2 év retrospektív vizsgálata alapján elemzik – egy eset bemutatásával összekötve – az ebben az extrém ritka kórképben kialakult kommunikációs problémát, főként logopédiai szempontból. Bemutatják, hogy az agy strukturális károsodása nélkül is kialakulhat kommunikációs probléma, beszédzavar, esetünkben verbális apraxia majd ataxiás dysarthria. Az izomkordinációs zavar nem csak a kommunikációs

rendszert, hanem a vázizomzatot is érintette, mozgásszervi eltérést is eredményezve. Az átfogó rehabilitáció során a teammunka fontosságára hívjuk fel a figyelmet, ami összetett esetünkben a sikeres rehabilitáció elengedhetetlen feltétele volt.

Konklúzió: Az idegrendszer funkcionális károsodása okozhat kommunikációs problémát, amely logopédiai terápiával javítható. A rehabilitációs cél a társadalomba, a munka világába való visszailleszkedés elősegítése volt. Ennek megfelelően sikeres rehabilitációt követően a beteg munkájába – eredeti közgazdász szakmájába – rész munkaidőben visszatért.

E39 | Kinek adható meg az esély?

Hrivnák Gergely, Horváth Hanka, Veress Mónika

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

Bevezetés: Akut osztályról rehabilitációs osztályra történő felvételt megelőzően el kell dönteni a beteg rehabilitálhatóságát. Igen nagy segítséget nyújt *prof. dr. Kullmann Lajos* már 25 évvel ezelőtt leírt algoritmusának eldöntésében, hogy egy gerincvelősérült ember rehabilitálható-e, vagy inkább az ápolás felé kell irányítani.

Tárgyalás: A bemutatásra kerülő esetben sok minden szólt az algoritmus szerinti rehabilitálhatóság ellen. A 49 éves, nyaki C2-es magasságban gerincvelő-sérülést szenvedett nőbeteg érkezésekor a fogyatékos ténye egyértelmű volt. A fizikai terhelhetősége igen kétséges volt, tekintettel a szív-táji panaszaira. Együttműködését a nyaktáji és térdfájdalma, krónikus alkoholizmusa, figyelemzavara, a rövid távú memória zavara,

tracheostomája, osteoporosisa, valamint negativisztikus jövőképe szinte lehetetlenné tette. Támogató családról sem beszélhetünk, mert egyetlen hozzátartozója az őt ritkán látogató, éppen felnőttkorúvá vált fia. Az izomstátusza volt az egyedüli pozitívan értékelhető tényező. Az ágyban fekvő, teljes ellátást igénylő gerincvelősérült állapota jelentősen javult az algoritmus alapján várható eredménnyel szemben: maximálisan együttműködő, járóképesévé vált, lépcsőn is közlekedik, FIM 32-ről 117-re alakult.

Konklúzió: Az algoritmus igen jól használható mint az akut szakban a rehabilitálhatóságot megítélő eszköz, de kétes esetekben a „próbarehabilitáció” lehetőségével is élnünk kell.

A felső végtag szenzoros és motoros funkcióinak vizsgálata stroke következtében mozgáskorlátozottá vált személyek körében

Földi Júlia,¹ Berencsi Andrea,¹ Vámos Tibor^{1,2}

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Gyógypedagógiai és Módszertani Rehabilitációs Intézet, Szomatopedagógiai Szakcsoport, Budapest,¹ Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest²

Bevezetés: A stroke következtében egyénenként eltérő mértékű és típusú funkcionális következményeket tapasztalhatunk, amelyek sok esetben a felső végtag szenzomotoros funkcióit is érinti. Ebből adódóan a felső végtagi funkciók objektív, céltudatos és szisztematikus állapotfelmérése, az állapotváltozás nyomonkövetése a mozgásszervi rehabilitáció egyik fontos alappillére, mindemellett a diagnosztikus eszköztár alkalmazása a kutatás területén is jelentős.

Módszer: A jelen vizsgálatban 31 hemiparetikus, stroke-on átesett személy felső végtagi funkciója került feltérképezésre, négy motoros (Nine Hole Peg Teszt, Jebsen–Taylor Hand Function Test [Jebsen–Taylor Kézfunkciós Teszt], Fugl–Meyer Teszt, Dynamométer) és egy szenzoros (Kétpont-küszöb) teszttel.

Vizsgálatunk célja az alkalmazott eszközök egyike, a Jebsen–Taylor Kézfunkciós Teszt magyar nyelvű adaptálhatóságának, hazai populációban való alkalmazhatóságának feltárása volt, emellett annak megismerése,

hogy az alkalmazott eljárások eredményei milyen mértékben mutatnak egymással együttjárást.

Eredmények: A Jebsen–Taylor Kézfunkciós Teszt magyar nyelvű változata a vizsgált populációban alkalmazhatónak bizonyult. A precíziós finommotoros mozgást igénylő feladatok (Nine Hole Peg Teszt, Jebsen–Taylor Kézfunkciós Teszt) eredményei – korábbi nemzetközi vizsgálatok eredményeivel összhangban – egymással szoros együttjárást mutatnak, azonban a szenzoros funkciókat mérő Kétpont-küszöb vizsgálat eredményeivel csupán a Jebsen–Taylor Kézfunkciós Teszt egyes szubtesztjei esetén jelenik meg együttjárás. A Fugl–Meyer Teszt és a Dynamométer során mért teljesítmények egymással erős korrelációt mutatnak.

Konklúzió: A jelen tanulmányon túlmutató irány lehet a vizsgálatok megismétlése további résztvevők bevonásával, ami a statisztikai próbák megbízhatóságát fokozza, és a Jebsen–Taylor Kézfunkciós Teszt alkalmazhatóságára vonatkozóan is tágabb ismereteket tenne elérhetővé.

A magyarországi művégtaggyártás története a XIX. századtól napjainkig

Mayer Ágnes,¹ Bodnár Hajnalka,² Hamvasi Mercédesz,²

Vizi László Tamás²

Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Fizioterápiai Tanszék, Budapest,¹ Kodolányi János Főiskola, Székesfehérvár²

Bár az első protetikai tárgyi emlék az egyiptomi korból való és a témával kapcsolatos szakkönyv pedig a XVI. századból maradt ránk, a magyarországi protetika történetével kapcsolatos történelmi emlékek a XIX. század közepétől állnak rendelkezésre.

Célunk e történet és tárgyi emlékeinek bemutatása napjainkig.

Az első írásos lelet Fisher Péter és Társa császári és királyi udvari szállítók képes árjegyzéke, amely tartalmazza az akkor korszerűnek számító típusok szerkezeti rajzait, az alkalmazott anyagok megnevezését, mindezek mellett pedig rajzokat közölnek a pontos méretvételi módszerekről és információkat a művégtag használatának gyakorlásáról. *Dollinger Gyula* ortopéd orvosnak úttörő

szerepe volt a magyarországi művétaggyártás megszervezésében. Teljes hatáskörrel megalapíthatta 1915-ben a Magyar Királyi Rokkantügyi Hivatal Művétaggyárát, ahol az első világháborúban amputált katonákat látták el. Tanfolyamokat tartott és tudományos cikkeket írt a protézisgyártás részleteiről és a rehabilitáció elemeiről. A rehabilitáció fő céljának az amputált katonák munkaképességének helyreállítását tartották. A háború alatt több nagyvárosban, mint Pozsony, Arad, Kolozsvár, Sátoraljaújhely és Kassa, hasonló elveken megszervezték a művétaggyártást. Az I. világháború alatt, 1917 őszéig a Felső Ipariskola műhelyeiben 19000 protézis készült el. A legtöbb rokkant katonát ellátták művétaggal és szükség esetén kaptak speciális munkavégzésre alkalmasat is. A járástanítást tornatanárok végezték. 1920-ban megindult az ortopédiai műszerész képzés.

Ebből az időből való protézisek gyűjteményé található a Semmelweis Orvostörténeti Múzeumban, Budapesten. A „Gyár” 1993-ig Gyógyászati Segédeszközök Gyára néven működött és a gyártás központja volt. A rendszerváltás környékén vállalkozások jelentek meg, és az addigi állami tulajdonú művétaggyártás részben, majd egészben magánkézbe került át.

Napjainkra a művétaggyártás magyar és külföldi tulajdonú magánvállalkozásokban történik, és elmondható, hogy a korszerű ellátási, rehabilitációs lehetőségek jelen vannak Magyarországon. Műszaki és egészségügyi szakemberek együttműködésében fejlesztő kutatások is zajlanak. A gyártásban részt vevő szakemberek képzése középfokon, a fejlesztő szakembereké BSC és MSC szinten zajlik. Célunk az ISPO képzési standardjaihoz való igazítás.

E41 | Rehabilitációs célú alsó végtagi műtétek perifériás idegblokkokban történő érzéstelenítésének tapasztalatai az Országos Orvosi és Rehabilitációs Intézetben

Matesz István, Aranyi Erika, Farkas Péter, Németh Balázs, Rembeczki László

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

Bevezetés: Az OORI szeptikus rehabilitációs és amputációs sebészeti osztályain főképp alsó végtagi rehabilitációs célú műtéteket végeznek. A kísérő súlyos társbetegségek (COPD, diabetes, veseelégtelenség) a betegeknél fokozott aneszteziológiai és műtéti kockázatot jelentenek. A helyi intenzív osztályos háttér hiánya miatt szükségessé vált az eddigi aneszteziológiai gyakorlat fejlesztése és új, kisebb megterheléssel és kevesebb szövődménnyel járó alsó végtagi perifériás idegblokkad technika bevezetése. A szakirodalom ritkán számol be a súlyos állapotú betegek alsó végtagjain végzett kombinált, a plexus lumbosacralis perifériás idegeinek, a nervus femoralis és a nervus ischiadicus érintő egyedüli műtéti érzéstelenítési eljárásról.

Módszer: Gerincérzéstelenítés során a gerincvelői szegmens blokkolása teljes motoros- és érzőblokkot hoz létre az adott gerincvelői szegmens alatt. A gerincérzéstelenítést követő szimpatikus blokkad miatt kialakuló paraszimpatikus túlsúly azonban komoly hemodinamikai megingást okozhat. Ezért célszerűnek láttuk a

gerincvelői blokkolása helyett a hemodinamikai változást nem okozó, az alsó végtagot ellátó plexus lumbosacralis alkotó fő perifériás idegek, a nervus femoralis és a nervus ischiadicus ultrahang és perifériás idegstimulátor vezérelte megkeresését és lokálanesztetikummal történő egyoldali blokkolását, ezzel az operált végtag szelektív érzéstelenítését.

Eredmények: 2014. 01. 01. és 2018. 04. 30. között 1182 db alsó végtagi anesztéziát végeztünk. Amíg 2014-ben az érzéstelenítések 67%-a spinális anesztéziában, 14%-a narkózisban és csupán 1,6%-a történt perifériás idegblokkadban, addig 2018-ban az áprilisig végzett műtétek 51%-a spinális és 46%-a már perifériás idegblokkadban történt. Az idegblokkadban történő műtéti szám emelkedésének oka, hogy pilot keretében az év első 6 hónapjában ultrahangkészülék állt rendelkezésünkre. A kombinált blokkad kivitelezéséhez a nervus femoralis és a nervus ischiadicus ultrahangos vizualizációja és perifériás idegstimulátor (PNS) általi motoros válasz kiváltása után folyamatos aspiráció mellett 20 ml-re hígított 15 ml naropint, 20

ml-re hígított 15 ml 1%-os Lidocaint használtunk. A betegek szedációját saját légzés megtartása mellett perifúzorban fenntartott folyamatos propofol adásával értük el, 3 elvezetéses EKG-t, szaturációt és facialis maszkon keresztül elhelyezett CO₂-mérő segítségével a kilégzett CO₂-ből származtatott légzésszámot monitorizáltunk. A légútbiztosítás lehetősége minden esetben rendelkezésre állt. Vizsgálatainkban meghatároztuk a minimálisan

használandó helyi érzéstelenítő dózist, amelyre konkrét javaslatot a szakirodalom nem tesz.

Konklúzió: Alsó végtagon a nervus femoralis és nervus ischiadicus perifériás idegstimulátorral végzett, ultrahangvezérelt blokkolása megfelelő mennyiségű helyi érzéstelenítő adása esetén alkalmas szelektív műtéti érzéstelenítésre kiküszöbölve az általános vagy a centrális regionális érzéstelenítés hátrányait.

E42 | Rehabilitációs kihívások egy dupla amputált beteg esetében

Ritzné Pethő Edit,¹ Komárominé Horváth Noémi,¹

Benéné Csapó Szilvia,¹ Kovács Noémi,² Benedek Tünde,³

Bartal Renáta,¹ Varjú Cecília¹

Pécsi Tudományegyetem, Korai Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály,¹ Pécsi Tudományegyetem, Neurorehabilitációs Központ,² Dombóvári Kórház, Rehabilitációs Osztály³

Bevezetés: Dupla amputált beteg járóképessége tétele önmagában is kihívás. A diabetéses, hypertóniás, korábban többszörös érműtéten és bal oldali lábszáramputációval átesett 56 éves nőbetegünk súlyos égési sérülést követően jobboldalt is lábszáramputálttá vált. Rehabilitációját a jobb felkar és kéz égési sérüléséből adódó csökkent terhelhetőség nehezítette. A rehabilitációs ellátás ideje alatt – feltételezhetően inaktivitásból adódó osteoporosis miatt – patológiás törés következett be igen kis traumára a másodjára amputált alsó végtagon. Vajon a bemutatott beteg egyedi eset, vagy fokozottan kell figyelni az amputált betegeknél az osteoporosis veszélyére?

Tárgyalás: A jobb femur condylus törése miatt fedett repositio, percutan csavaros osteosynthesis történt, 2 db csavarral az operált végtagot gipszsinben rögzítették, amely 6 hétig nem volt terhelhető. Hogyan tovább? Törését követően 3 hónap után ismételt protézis felírása történt. Betegünk égési sérülése miatt kompressziós kesztyűt és a bennhagyott, túlért csavarok miatt speciális, géllal bevont csonkvédő harisnyát alkalmaztunk a megfelelő terhelhetőség érdekében. Klinikánkon a beteg 2 könyökmankóval önállóan megtanult járni.

A szakirodalom adatai alapján nagyobb eséllyel alakul ki az alsó végtagi csonkon osteoporosis és csonttörés,

míg a megmaradt végtagon és a gerincen osteoarthritis, spondylarthritis és discopathia. Az osteoporosis megelőzésére a szokásos D-vitamin- és Ca-pótlás, valamint kialakult osteoporosis kezelésére biszfoszfonátok, raloxifen, denosumab vagy teriparatid adható az ismert szokásos terápiás protokollok alapján. Friss csonttörés esetén a végtag megfelelő rögzítése mellett D-vitamin és kalcium adása lehet szükséges, azonban ne kezdjünk biszfoszfonátot, mert szövődésként állízület és patológiás csontszerkezet alakulhat ki. Kiemelten súlyos esetekben, finanszírozási kérvényezést követően, teriparatid vagy raloxifen adható a jobb csontképződés elősegítésére. A denosumab-kezelésnek csak 1 hónap után válik mérhetővé a BMD-t növelő hatása. Az arthrosis és az elesések megelőzésére fontos a betegek egyénre szabott edukációja, a speciális ízületvédelem és torna gyógytornással történő begyakorlása.

Konklúzió: Az amputált betegek esetében az elesés és a végtagok aszimmetrikus terhelésének fokozott veszélye miatt kiemelten szükség van a betegek ízületvédelmi oktatására, valamint az arthrosist és az osteoporosist megelőző, szükség szerinti gyógyszeres kezelés és fizioterápia alkalmazására.

Protektív és veszélyeztető tényezők szerepe az amputált betegek megküzdésében

Makai Gábor,¹ Kiss Enikő Csilla²

Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Rehabilitációs Intézet,¹ Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar²

Bevezetés: A Rehabilitációs Szakmai Kollégium irányelve alapján az amputált betegek rehabilitációjának célja a lehető legmagasabb szintű funkcionális képesség elérése, ami optimálisan azt jelenti, hogy a rehabilitációs program végére az érintett személy elérje az amputáció előtti funkcionális szintet; ez jelentheti a visszatérést a foglalkozásba és a rekreációs életvitelhez egyaránt. Kutatásom célja, hogy alsóvégtag-amputált betegek esetében feltárjam azokat a protektív és veszélyeztető tényezőket, amelyek a reziliencia szemléletében relevánsak, és magyarázzák a betegek sajátos válaszreakcióját a traumára.

Módszer: Nem traumás eredetű alsóvégtag-amputált betegeket (n=28) vizsgáltunk utánkövetéssel az amputációt követő első, illetve a hatodik hónapban. Korrelációval teszteltük azt, hogy a depressziót és szorongást mérő eszközök mutatnak-e összefüggést a rezilienciával. Valamint azt is, hogy melyek a rezilienciát veszélyeztető és azt védő tényezők. Kettő időpontban vizsgáljuk ezeket az összefüggéseket, a korábbi időpontot az A1-es csoport (az amputációt követő első hónap) a későbbi időpontot az A2-es csoport jelöli (amputációt követő hatodik hónap). Mindkét csoportot ugyanazzal a kérdőív-csomaggal vizsgáltuk (REM-71, Beck, HADS, PANAS, Reziliencia kérdőív, SOC-13, MOS, Megküzdési Módoak, TENESSEE)
Eredmények: Mind a Beck, mind pedig a HADS veszélyeztető tényezőnek minősült a rezilienciát illetően, mert a korreláció negatív. Azaz minél erősebb a depresszió

és a szorongás, annál alacsonyabb a reziliencia. A Beck és a HADS depresszió hatása erősödik, amint az A2-t vizsgáljuk. A PANAS kérdőív pozitív alsóalakja és a MOS kérdőív minden eleme is protektív tényezőként jelentkezik a rezilienciát illetően, a PANAS negatív alsóalakja egy veszélyeztető tényező. A PANAS kérdőív mindkét alsóalakjával vett korreláció erősödik az idő előrehaladtával, jobban meghatározza a későbbi időpontban a rezilienciát. Ez a MOS alsóalakokra is igaz. A Megküzdés egyes alsóalakjai egy kivétellel protektív tényezők (ez az érzelmi indíttatású cselekvés, ez egy veszélyeztető tényező).
Konklúzió: A reziliencia, valamint a pozitív, negatív affektusok szerepe kevésbé ismert, azonban kulcsfogalom az amputált betegek gyógyítási folyamatában, látjuk, miszerint a magas rezilienciával rendelkező személyek hajlamosak pozitív élményekről beszámolni stressz esetén, a pozitív érzelmek pedig hozzájárulnak a stressz okozta negatív hatások csökkentéséhez, kiegyensúlyozásához. Sőt a rezilienciát befolyásoló tényezőket fel kell tárni ahhoz, hogy az amputációra adott érzelmi válaszreakciót, legyen az patológiás vagy adaptív megküzdés, megértsük. Jól látszik, hogy a szorongás és a depresszió rontja, negatív módon befolyásolja a rehabilitáció sikerességét, mindazonáltal érdemes látni, hogy a trauma ellenére vannak protektív tényezők is, ilyen a társas támasz, azaz kulcsfontosságú szerepet kap a társas támogatói háló.

Hálóingből kisestélyibe! – Gondolatok a felső végtagi sérültek komplex rehabilitációjához

Szalóki Tímea, Kőszegi Gabriella, Arday Evelyn, Trócsányi Márta

Szent János Kórház, Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Budapest

Bevezetés: A rehabilitációs osztályokra ritkábban kerül felső végtagi sérült beteg, holott a felső végtagi funkciók beszűkülése vagy funkcióvesztése az önellátást jelentősen károsítja. A szerzők a Szent János Kórház mozgásszervi rehabilitációs osztályán 2015. január 1. és 2018.

március 31. között felső végtagi sérülés miatt ellátott betegek komplex kezelését mutatják be.

Módszer: A kórház statisztikai rendszeréből a vizsgált idő alatt az osztályon S42; S52; M15-M19 BNO kódal kezelte betegeket válogattuk ki, az ő kezelésüket

dolgoztuk fel. Összesen 55 felső végtagi sérült volt, közülük 34 humerustörést, 12 könyök- és alkari törést szenvedett és 9 beteget degeneratív eltérés, vagy annak műtéte után vettünk fel osztályunkra. Az ellátott betegek közül 20 váll- és 2 könyökprotézist kapott. A betegek felvételi és távozási Barthel-értékével és a FIM önellátási értékeivel számoltunk. Ellátásuk során gyógytornát, fizioterápiát és ergoterápiát alkalmaztunk.

Gyógytorna során kezdetben önasszisztált gyakorlatokat, passzív mozgatót végzünk. Ehhez használjuk a vállmozgató gépet és a függesztőrácsot is. Ezek használatával pozicionálni, tehermentesíteni, megfelelő időben erősíteni tudunk. Már a mérsékelt védelmi fázisban kihasználjuk az elektroterápiás lehetőségeket. Lágyrészelváltozások kezelésére dinamikus ingeráram-kezelést, fájdalomcsillapításra főként TENS és TENS alternáló programot alkalmazunk. Izomlazításra interferencia, valamint folyamatos ultrahangkezelést adunk. Mágnes-terápiát leginkább csontépítést segítő hatása miatt, a TENS-burstot idegstimulálásra alkalmazzuk. Kezdetben az ergoterápia feladata, hogy megtanítsa a betegeket a mindennapos tevékenységek önálló végzésére a védelmi

fázis szabályait betartva. A gyógytornától eltérő eszközökkel segíti az aktív mozgások gyakorlását, erősítését, majd szimulációs helyzetekben begyakoroltat és megfelelő technikákat alakít ki az önellátásra.

Eredmények: Az 55 betegből 20 férfi és 35 nő volt, a felvételi Barthel átlaga 71,8, a távozási 93,2, ez 29,8 százalékos változás. Az önellátási FIM érték felvételkor 23,7, távozáskor 33,7, ez 29,85 százalékos változást jelent.

Következtetés: a számszerű értékekből látható, hogy felvételkor a betegek minden funkcióban segítséget igényeltek, és távozáskor sem érték el a teljes önellátás szintjét. Ugyanakkor ápolási igényük kisebb, mint ami a rehabilitációs osztályon általános.

A szerzők arra szeretnék felhívni a figyelmet, hogy a traumatológiai és ortopédiai osztályok felső végtagi sérülések ellátásánál nem használják ki a rehabilitációs osztály nyújtotta lehetőségeket. A teamben végzett tevékenységek egymást kiegészítve javítják a funkcióképességet, így segítve a minél nagyobb mértékű önállóság elérését. Ezek a betegek bejáróként is kezelhetők, a felső végtagi sérültek ellátása az ambuláns vagy nappali kórházi rehabilitáció jól kihasználható területe lehet.

E45 Magyar tüdőtranszplantált páciensek életminősége, fizikai aktivitása és pszichés jólléte

Seres Éva

Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest

Bevezetés: A tüdőátültetésen átesett betegek túlélése az utóbbi évek fejlődéseinek köszönhetően sokat javult, így egyre nagyobb jelentőségű a betegek életminősége. *Célkitűzés:* Tüdőátültetésen átesett, a Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinikáján gondozott betegek életminőségének vizsgálata.

Módszerek: Az SF-36, IPAQ és EQ5D validált életminőség-kérdőívek segítségével vizsgáltuk az életminőségi mutatókat tüdőtranszplantált betegeknél (n=33, 44,1±11,5 év, ffi/nő: 21/12, CF: 13, COPD: 7, fibrosis: 6, egyéb: 6, retranszplantáció: 1), és rehabilitáción részt vevő krónikus tüdőbetegeknél (n=9, 63,5±10,4, ffi/nő: 4/5). Egészséges személyek szolgáltak kontrollként (n=9, 3,4±13,5 év, ffi/nő: 9/10). Az SF-36 kérdőív elsősorban a gondozottak szubjektív véleményére kérdez rá, általános, szociális, mentális egészség és vitalitás témakörben. A tüdőátültetésen átesett betegek életminőségről alkotott véleményt nem, életkor, alapbetegség, illetve a transzplantáció óta eltelt idő tekintetében vizsgáltuk. Az IPAQ kérdőív segítségével

részletesen vizsgáltuk az alanyok fizikális aktivitását. Az EQ-5D-val az életminőséget meghatározó egyszerű szempontokra kérdeztünk rá.

Eredmények: Az SF-36 kérdőív eredményei szerint a tüdőtranszplantált betegek életminősége jelentősen rosszabb, mint a kontrollcsoporté és szignifikánsan jobb, mint a krónikus betegeké mind a fizikális (440±2050 vs. 1210±2100, p<0,01), mind a mentális (100±500 vs. 180±500, p<0,05) egészség szempontjából. A CF-es páciensek a nem CF-es csoporthoz képest szignifikánsan jobbnak ítélték meg ugyanezen paramétereket (fizikális összpontszám 1799±233 vs. 1208±499, p<0,05; mentális összpontszám 1238±145 vs. 985±318). A tüdőtranszplantált csoporton belül az életkor szignifikáns negatív korrelációt mutatott a fizikális (r²=0,19, p<0,05) és mentális egészséggel is (r²=0,14, p<0,05). A vitalitás a műtét után eltelt idővel csökkent (r²=0,15, p<0,05). Nemek szerint nem találtunk szignifikáns különbséget a vizsgált változók egyikében sem. IPAQ kérdőív alapján a transzplantáltak többsége közepes,

illetve magas aktivitási csoportba tartozik (42,42%, illetve 39,39%). Az EQ5D kérdőív adatai szerint a transzplantáltak valamivel nagyobb akadályoztatást éltek meg a mozgékonyással, önellátással, napi tevékenységekkel kapcsolatban, mint a kontrollcsoport tagjai.

Konklúzió: Tüdőtranszplantált betegeink többsége a beavatkozás után jónak ítélte életminőségét,

vizsgálatunk szerint a krónikus betegeké lényegesen rosszabb. A legjelentősebb befolyásoló tényezőnek az életkor bizonyult, a műtét óta eltelt idő hatása lényegesen szerényebb volt, míg nemi különbséget egyáltalán nem találtunk. A tüdőátültetésen átesett páciensek aktív életet élnek, de a mindennapokban alkalmanként akadályoztatást élnek meg.

E46 | A tüdőgyógyászati ambuláns rehabilitációs tevékenység finanszírozási kódjai

Varga János Tamás,¹ Dózsa Csaba,² Szilasi Mária³

Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Légzésrehabilitációs Osztály, Budapest,¹ Miskolci Egyetem,² Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Tüdőgyógyászati Klinika³

Az ambuláns tüdőgyógyászati rehabilitáció elterjedését és finanszírozhatóságát támogató ambuláns tevékenységeket és azok közfinanszírozásban használható kódjait vizsgáltuk meg, ami jelentős lendületet adhat az ellátórendszer számára. Kiemelt figyelmet kell fordítani a protokollra épülő 3–6 hetes programok megvalósítására, amelyek középpontjában a speciális fizioterápiás eszközökkel támogatott légzésfunkciós, inhalációs és légzőizomerősítő tevékenységek, valamint a kardiopulmonális állóképességet fejlesztő egyéni tréningek állnak, valamint a gyógytornászok által felügyelt légző- és egyéb más fizikai gyakorlatok.

Szakmai konszenzus van abban a tüdőgyógyászaton belül, hogy a betegek széles csoportja kell, hogy pulmonológiai rehabilitációban részesüljön és

szakmapolitikai szempontból az integrált ellátási modellekben megfelelő módon biztosítani kell a betegek hozzáférését a rehabilitációhoz. A program mielőbbi elterjesztésének kiemelt feltételei:

- a társadalmi ismeret, hozzáállás, vélemény a tevékenység szükségességével, hatékonyságával kapcsolatosan;
- a beteg információja, motivációja;
- a szolgáltatás hozzáférése.

Az ambuláns program minőségi követelményeit és ellenőrzését szakmai indikátorok kidolgozásával lehet elérni. A program tekintetében a tüdőgyógyász és rehabilitációs szakorvosok, a gyógytornászok és a szakdolgozók egyaránt fontos szerepet kaphatnak. Közös célként a krónikus tüdőbetegek minőségi ellátása áll.

E47 | COPD-s betegek rehabilitációja a Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinikáján

Máthé Csaba, Kováts Zsuzsanna

Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest

Bevezetés: irodalmi adatok alapján ismert, hogy a COPD-s betegek rehabilitációja javítja a betegek általános állapotát, életminőségét. Kérdés: milyen hatással van COPD-s betegeinkre a 3 hetes légzőszervi rehabilitáció?

Módszer: A Semmelweis Egyetem Tüdőklinikáján a 15 ágyas Rehabilitációs Osztályon a 2016. 09. 01. és 2018. 01. 31. közti időszakban 102 beteg vett részt 3 hetes

rehabilitáción. 84 (férfi: 43, nő: 41, átlagéletkor: 63,61 év, BMI: 26,54) beteg egyénre szabott légzőszervi rehabilitáción vett részt, amely napi kétszeri ergométeres, felsővégtag- és légzőizom-tréningből, expektoráltatásból, inhalációból, sz. e. oxigénterápiából állt. A betegek legalább egy alkalommal pszichológussal és dietetikussal találkoztak, valamint oktatáson is részt vettek. A

rehabilitáció előtt és után mértük a betegek légzésfunkcióját (FVC, FEV1), 6 perces járástávolságukat, életminőségüket különböző tesztekkel (EQ-5D-3L, CAT, mMRC). Néztük a pulzust, a nehézlégzést a Borg-skálával és az oxigénszaturációt a 6 perces járásteszt előtt és után.

Eredmények: a 6 perces járástávolság (370,76 vs. 422,00 m, $p < 0,001$), az FVC (70,18 vs. 73,65%, $p < 0,111$) és az FEV1 (44,57 vs. 47,24%, $p = 0,062$) javult. Az EQ-5D-3L (51,50±13,70 vs. 65,25±10,52, $p < 0,001$), a CAT (18,15±7,28 vs. 15,3±7,58, $p = 0,01$), az mMRC (1,75±1,21 vs. 1,45±1,12, ns) javulása egyértelműen jelzi az életminőség javulását. A nehézlégzés mértéke

a Borg-skála alapján a rehabilitáció után mind a terhelés előtt (0,95±1,02 vs. 0,55±0,80, ns), mind a terhelés után (5,65±2,00 vs. 4,55±1,88, $p < 0,01$) alacsonyabb volt, mint a rehabilitáció előtt. Ez látható a pulzus terhelések előtti (77,35±11,37 vs. 78,5±9,6, ns) és utáni (99,85±20,10 vs. 106,65±14,88, $p < 0,05$) értékein, valamint az oxigénszaturáció terhelések előtti (93,05±4,44 vs. 94,25±4,00, ns) és utáni (86,05±8,52 vs. 85,05±8,8, ns) értékein is.

Konklúzió: Klinikánk COPD-s betegeinek rehabilitációja után javult életminőségük, terhelhetőségük, légzésfunkciós paramétereik, oxigénszaturációjuk, ezért javasolt.

E48 | A tüdőrák rehabilitációja

Máthé Csaba

Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest

Az Európai Unió tagországai közül Magyarországon a legmagasabb a tüdőrák okozta halálesetek aránya a daganatos betegségekkel összefüggő összes elhalálozásban. Magyarországon évente több mint 10 000 tüdőrákos beteget diagnosztizálnak, és kb. 8000 beteg hal meg ebben a betegségben.

A daganatos halálozást tekintve első helyen a férfiaknál a tüdőrák áll, és a tüdőrákos nők száma is gyorsan emelkedik. Kezelése komplex, a műtéten kívül a betegek kemo- és

radioterápiában is részesülhetnek. Az újabb kezeléseknél köszönhetően (pl. célzott biológiai kezelés, immunterápia) a betegek túlélése javul. Ezáltal egyre nagyobb szükség van a betegek rehabilitációjára, amelynek során fizikai és lelki állapotukat, életminőségüket javítjuk.

Magyarországon a tüdőrákos betegek rehabilitációja gye-
rekcipőben jár, de egyre nagyobb igény van rá. A jelen előadás ennek a betegcsoportnak a rehabilitációjáról, a rehabilitáció fontosságáról és eredményességéről szól.

E49 | A krónikus obstruktív tüdőbetegek költséghatékony kezelése

Szilasi Mária,¹ Varga János Tamás²

Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen,¹ Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Budapest²

Bevezetés: A krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) jelentős nehézséget jelent az egészségügyi ellátórendszer számára. 2020-ra várhatóan a 3. leggyakoribb halálókká válik a szív-érrendszeri és daganatos betegségek után. Diagnosztikájának és gyógyszeres kezelésének finanszírozási eljárásrendje a nemzetközi irányelvek figyelembevételével készült.

Tárgyalás: A protokoll szerint a korszerű COPD-ellátás három pilléren nyugszik:

1. dohányzásleszokás támogatása,

2. gyógyszeres kezelés,

3. segédeszközökkel támogatott légzőszervi rehabilitáció.

A rehabilitációs eljárások és a gyógyszeres kezelés kiegészítik egymást, a megfelelő életminőség-javulás csak egy komplex program során érhető el. A tapasztalatok szerint a rehabilitáció hatására a COPD-t kiemelve a krónikus tüdőbetegek gyógyszerigénye mérséklődik, csökken az exacerbatiók száma, ritkábban kerül kórházba, így az életminőség javulásával

együtt csökken a kezelés költsége is. A cél egy költséghatékony ambuláns rehabilitáció megteremtése, kiégyesítve az otthoni rehabilitációval.

Saját tapasztalataink szerint a COPD-s betegeknel, ahol a legyengült légzőizmoknak nagyobb ellenállással szemben kell dolgozniuk, fontos a légzőizmok teljesítőképessége, amely a beteg terhelhetőségét is befolyásolhatja. Megfigyeléseink szerint a légzőizom-erősítő költséghatékony terápiás segédeszköz a betegek állapotromlásának megelőzésére. A beteg személyre szabott kezelésébe beépítettük klinikánkon, ahol a cél a tünetek csökkentése, az optimális funkcionális státus elérése, a részvétel fokozása volt.

A gyógyszeres és a rehabilitációs kezelés egyszerre történő alkalmazása során a betegek az otthonukban önállóan használták a rehabilitációs eszközöket.

A terápia megválasztása során együttesen indulhat a gyógyszeres és a rehabilitációs kezelés. Használható önálló terápiaként vagy a rehabilitáció során intézeti körülmények között.

A tréning következtében nő a terhelhetőség, az életminőség javul, és csökkent a nehézlégzés súlyossága, az orvos-beteg találkozások és a kórházban töltött napok száma. Összességében az egészségügyi kiadások csökkenthetőek a betegség szisztémás következményeinek stabilizálása vagy visszafordítása révén.

A fizioterápiás kezelés ezen COPD-s beteg esetében is kiemelt szerephez jut, a köpetürítés, a légzési és a perifériás izmok erősítése és a légzésmechanika javítása prioritás. A légzőizmokat PowerBreathe nevű légzőizomtrénerrel erősítettük az expektorációt a Shaker Deluxe flutterrel végeztük.

E50 | Obez betegek komplex rehabilitációs programja során észlelt élettani és funkcionális változások

Horváth Judit, Nagy Adél, Burgond Bettina, Jenei Zoltán

Debreceni Egyem Klinikai Központ, Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Klinika

Bevezetés: Az obezitás az egyik legjelentősebb népegészségügyi probléma. Az elhízott betegek jelentős mennyiségű fehér zsírszövettel rendelkeznek. A fehér zsírszövet aktív endokrin és immunszerv, biológiailag aktív molekulákat, úgynevezett adipokineket termel. Az adipokinek befolyásolják a vaszkuláris funkciókat, részt vesznek a gyulladásra és oxidatív stresszre adott válaszreakciókban. **Célkitűzés és módszer:** Kutatásunk célja az obez betegek komplex rehabilitációs programjának (mozgásterápia, diétetika) hatásvizsgálata a vérzsírok termelődésére és a funkcionális javulásra. Az adipokinszint változásának ismeretében összefüggést keresünk a fizikai teljesítmény (izomerő, VO_2 max, HR max) és a mérhető funkciók változása között (FIM, FNO, 6 perces járásteszt, haskörfogat, timed up and go teszt, apnoeteszt). Vizsgáljuk, hogy az adipokinek alkalmasak-e a komplex rehabilitáció preventív hatásának megítélésére, igazolására. A vizsgálatot a Debreceni Egyetem Rehabilitációs és Fizikális Medicina Klinikáján végezzük. A 6 hetes önkontrollos, prospektív, beavatkozással nem járó klinikai vizsgálatba eddig 17 beteget (12 nő, 5 férfi) vontunk be. Átlagéletkoruk 57,11 (nő: 56, férfi: 59,8) év. Minden beteget térd- és/vagy csípő- és/vagy derékpanaszok miatt kezeltük.

Eredmények: A betegek testsúlya szignifikánsan csökkent ($57,12 \pm 8,49$). A funkcionális tesztekben – 6 perces járásteszt ($373,18 \pm 93,35$ – $437,12 \pm 67,98$; $p=0,0084$); timed up and go tesztben ($8,85 \pm 2,2$ – $6,77 \pm 1,32$; $p=0,000421$); apnoeteszt ($35,11 \pm 11,91$ – $53,78 \pm 4,38$; $p=0,000421$); haskörfogat ($127,91 \pm 18,22$ – $122,79 \pm 15,71$; $p=0,00029$); MET ($3,05 \pm 1,54$ – $3,99 \pm 1,25$; $p=0,0064$); VO_2 max. ($10,66 \pm 5,36$ – $14,02 \pm 4,36$; $p=0,0053$); szignifikáns javulást értünk el. A vérzsírok közül a koleszterin ($5,08 \pm 1,09$ – $4,65 \pm 1,26$; $p=0,0089$); az Apo A ($1,48 \pm 0,2$ – $1,29 \pm 0,18$; $p=0,0139$) szignifikánsan javult, a HDL-C ($1,24 \pm 0,25$ – $1,29 \pm 0,18$; $p=0,0118$) szignifikánsan változott. Eredményként elmondhatjuk, hogy a funkcionális tesztekben (6 perces járásteszt, apnoeteszt, TUG teszt, haskörfogat és testsúly) szignifikáns javulást értünk el. A betegek terhelhetősége objektíven mérve (MET, VO_2 max.) szignifikánsan nőtt. A koleszterin, Apo A 100, HDL-C szignifikánsan változott. **Konklúzió:** A komplex rehabilitációs program során elért javulás hosszú távon a betegek funkcionális javulásához vezet. A kardiovaszkuláris betegségekben kulcs szerepet játszó vérzsírok szintjének csökkentésével, a kardiorespiratorikus paraméterek javulásával (VO_2 max, MET) a kardiovaszkuláris betegségek mortalitásában csökkenés érhető el.

E51 A transzkután szén-dioxid-kezelés hatása a nitrogén-monoxid biológiai hozzáférhetőségére

Németh Balázs,¹ Ajtay Zénó,¹ Kreska Zita,¹ Kustán Péter,²
Kőszegi Tamás,² Péter Iván¹

Zsigmondy Vilmos Harkányi Gyógyfürdőkórház,¹ Pécsi Tudományegyetem KK, Laboratóriumi Medicina Intézet²

Bevezetés: A transzkután szén-dioxid (CO₂)-kezelés mikrocirkulációra kifejtett jótékony hatása miatt számos vaszkuláris rendellenességgel járó betegség kezelésében használatos.

Célkitűzés: Kutatásunk során célul tűztük ki, hogy megvizsgáljuk a CO₂-kezelésnek a nitrogén-monoxid biológiai hozzáférhetőségére gyakorolt hatását. Az NO biológiai hozzáférhetőségére az L-arginin/aszimmetrikus dimetilarginin (ADMA) arányának változásából következtettünk. Az L-arginin az NO prekürzora, az ADMA pedig a nitrogén-monoxid-szintáz (NOS) endogén kompetitív inhibitora.

Anyag és módszerek: Vizsgálatunkba 75 hipertóniás, 3 hetes kardiológiai rehabilitáción részt vevő beteget vontunk be. A betegek heti 3×30 perc CO₂-kezelésben részesültek. A vérmintákat az első CO₂-kezelés előtt 1 órával, a CO₂-kezelés után 1 órával, 24 órával és 3 héttel vettük. A plazma ADMA- és L-arginin-koncentrációját tömegspektrométer segítségével határoztuk meg.

Eredmények: A betegek plazma-ADMA-szintje egy órával a kezelést követően szignifikánsan csökkent ($p < 0,001$). 24 órával a kezelés után az ADMA-koncentráció nőtt, de továbbra is szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a kiindulási érték ($p < 0,001$). A távozás előtt mért ADMA-koncentráció is szignifikánsan alacsonyabb volt a kiindulási értékhez viszonyítva ($p = 0,025$). Hasonló változás volt kimutatható az L-arginin/ADMA arány esetében. Az L-arginin/ADMA arány 1 órával az első kezelés után szignifikánsan megnőtt ($p < 0,001$), majd fokozatosan csökkenni kezdett, de mindvégig szignifikánsan magasabb volt, mint a kiindulási L-arginin/ADMA arány (24 óra; $p < 0,001$), 3 hét $p = 0,046$).

Következtetések: A vizsgálat során kimutatott rövid és hosszú távú ADMA- és L-arginin/ADMA arány csökkenés arra utalhat, hogy a CO₂ nem csupán vazodilatátor, hanem hatással van az NO-útra; valószínűleg az oxidatív stressz csökkentése révén.

E52 Hidroterápia lehetőségei a kardiológiai rehabilitációban

Matáncsi Daniella, Füzesné Csike Noémi, Keresztes Aliz,
Körmöczi Edina, Juhász Vivien, Szabó Kata, Tóth Lilla,
Ajtay Zénó

Zsigmondy Vilmos Harkányi Gyógyfürdőkórház, Harkány

Bevezetés: A víz fizikai hatásait és kémiai tulajdonságait régóta ismerjük és alkalmazzuk különböző kórképek kezelésére, panaszok enyhítésére a mai napig is. Az elmúlt évtizedben a hidroterápia megjelent a kardiológiai rehabilitációban is, amivel kapcsolatban egyfajta szemléletváltás is bekövetkezett.

Tárgyalás: Számos tanulmány vizsgálja a subaquális környezet hatásait kardiovaszkuláris betegségek fennállása esetén. A vízbe merülés következtében a szimpatikus aktivitás, a katekolaminok szintézise, a perifériás vaszkuláris ellenállás csökkenése, továbbá a vazopresszin és a renin-angiotenzin-aldoszteron

rendszer nagyobb mértékű blokkolása következik be talajalapú tréningekhez képest.

Tapasztalataink szerint a subaqualis tornák során a pulzusszám jelentős csökkenése figyelhető meg, amely az intenzív mozgás ellenére is kis mértékben emelkedik, továbbá a páciensek alacsonyabb Borg-értékkel jellemzik fáradtságuk szintjét, mint talajalapú tréning során. A subaqualis környezet vérnyomásra és pulzusra kifejtett hatását megelőző tesztmérések céljából kardiológiai rehabilitációs programban részt vevő betegeink körében vizsgáltuk. Más szerzők

eredményeihez hasonlóan a vízbe merülést követően szinte azonnali pulzusszám-csökkenés és systolés vérnyomás emelkedése következett be.

Konklúzió: Saját tapasztalataink és megfigyeléseink, illetve más szerzők kutatási eredményei alapján előnyösnek tarjuk a kardiológiai betegek subaqualis térben végzett mozgásterápiáját.

Előadásunkban célunk rámutatni a kardiológiai hidroterápia előnyeire, sajátosságaira, jellegzetességeire, élettani hatásaira és alkalmazásai lehetőségeire a gyógytorna eszközkészletével kardiológiai betegek körében.

E55 | Rugalmas ortézis szerepe a CP rehabilitációjában

Hevér Dalma, L'Auné Gerda, Szakály Norbert, Molnár Géza,
Szőke György, Terebessy Tamás

Semmelweis Egyetem, Ortopédiai Klinika, Budapest

Célkitűzés: Az infantilis cerebrális parézisben (CP) szenvedő gyermekek rehabilitációjában több szempontból is jelentősége van a testközeli segédeszközzel való ellátásnak. Az eszköz egyrészt segít megtartani az aktuális mozgásállapotot, másrészt képes pótolni kiesett funkciókat, elősegítve ezzel a meglévő képességek fejlesztését, továbbá a közösségbe történő beilleszkedést. Feltevésünk szerint e folyamat részeként a spasztikus parézises gyermekek járásképeinek javításával a rehabilitáció hatékonysága növelhető. Rugalmas ortézis használatával javulhat az általános járásképe, a patológiás járásminta közeledhet a fiziológiás járáshoz, a kiesett funkciók pótlásával az ízületi mozgásterjedelem beszűkülése megelőzhető. A jelen vizsgálatunk célja annak megítélése, hogy a rugalmas ortézis viselése hogyan hat a CP-s betegek járásképeire.

Módszer: A Semmelweis Egyetem Ortopédiai Klinika járáslaborjában 2017 júniusa óta végeztük az önállóan járóképes (GMFCS I, II és III csoportba tartozó), rugalmas ortézist használó, cerebrális parézisű gyermekek járásvizsgálatát. Ennek során megállapítottuk a Rodda-Graham szerinti járásmintázatot. Ezt követően 3D járásanalízis vizsgálat történt először mezítláb, majd rugalmas ortézisben Vicon MX T40, Plug-in-Gait marker protokoll használatával. Meghatároztuk a betegek ún. járáseltérési indexét (Gait Deviation Index – GDI), valamint a járást részleteiben leíró kinematikai görbék standardtól való eltérését.

Eredmények: A járásképe általános jellemzésére szolgáló GDI rugalmas ortézis viselésével szignifikánsan javult: 57,39-ről ($\pm 15,3$) 70,67-re ($\pm 11,17$) nőtt az értéke. A támaszfázisban a csípőextenzió, valamint a térdnyújtás mértéke; lengő fázisban a csípőflexió és a térdhajlítás foka szintén szignifikánsan közeledett az átlagos fiziológiás járáshoz. Mezítláb végzett járásanalízis során az esetek 13,5%-ában rögzítettünk sarokütést, míg a rugalmas ortézisben ez az arány 66,7%-ra emelkedett. A járást részleteiben leíró 12 kinematikai görbét vizsgálva 10-ben találtunk javulást, amelyek közül a medencebillenés, a csípő flex./ext. görbe, valamint a bokarotáció esetében szignifikáns eltérést láttunk.

Következtetés: Vizsgálatunk során azt tapasztaltuk, hogy a rugalmas ortézis viselése több szempontból hatással van a CP-s gyermekek járásképeire. Rodda-Graham-besorolástól függetlenül javítja az általános járásképet (az ezt jelző GDI értéke pozitív irányba változott), a kóros csípő- és térdmozgások mértékét csökkenti. A betegek patológiás járásmintája közeledett a fiziológiás járáshoz. A sarokütés megléte bizonyítja, hogy az általunk vizsgált ortézis pótolja a boka kiesett dorsalis flexióját talajérintéskor. Összességében elmondhatjuk, hogy a rugalmas ortézis hatására a leírt paraméterekben történő változás a gyerekek számára megkönnyíti a járás kivitelezését, ezáltal növeli az aktivitási szintet, javítja az önállóság mértékét, hozzájárulva ezzel a rehabilitáció hatékonyságának fokozásához.

E56 A pulmonális rehabilitáció lehetőségeinek változásai osztályunkon a gyógytornász szemszögéből

Leskó Eszter, Zahuczky Katalin

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Velkey László
Gyermekegészségügyi Központ, Miskolc

Bevezetés: Osztályunk 3 évtizede látja el a megye pulmonológiai gondozottjainak rehabilitációra szoruló gyermekeit. Ez alatt az idő alatt a kórképek diagnosztizálása, gyógyszeres kezelésük, terápiák lehetőségei sok mindenben változtak, fejlődtek.

Kezdetben a fizikai terhelés korlátozása, akár tiltása és a passzív technikák alkalmazása, a betegek „kiszolgálása” volt az elfogadott. Napjainkban az aktivitás megőrzése, az önkezelésre nevelés a hosszú távú cél.

Tárgyalás: Előadásunkban a gyermekkorban leggyakrabban előforduló pulmonológiai betegség, az asthma bronchiale kerül részletezésre, és az utóbbi évtizedekben a prognózisában talán legtöbbet javult cystás fibrosis. Betegeink kezelése a Velkey László

Gyermekegészségügyi Központ különböző részlegein zajlik, rehabilitációjuk pedig osztályunkon. A légzőszervi rehabilitáció 2-3 hetes blokkokban mind fekvő, mind nappali és ambuláns formában is elérhető, barlangterápiás lehetőséggel kiegészítve.

Konklúzió: A pulmonológiai betegek rehabilitációjának alapját ma is a különféle váladékürítő technikák adják, használva a betegek saját segédeszközeit és a pályázatok útján beszerzett eszközeinket is. Cél az érintettek lehető legjobb fizikai és pszichés állapotának minél további fenntartása és önállóságuk kialakítása. Ehhez elengedhetetlen a szakmai tudás, a tapasztalatok bővítése, a technikai fejlődés követése, a folyamatos eszközfejlesztés is.

E57 Juvenilis idiopathiás arthritises betegek diagnosztikus és terápiás lehetőségeinek áttekintése 10 év távlatában

Szatmári Edina, Zahuczky Katalin

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Velkey László
Gyermekegészségügyi Központ, Gyermekrehabilitációs Osztály, Miskolc

Bevezetés, módszer: Gyermekrehabilitációs szakrendelésünkön 2007 és 2017 között megjelent betegek adatait tekintettem át, kb. 3300 fő/év. 348 gyermek érkezett ízületi fájdalommal, amelyből fizioterápiás kezelésre 278 gyermek panaszja megszűnt (reaktív arthritises, traumából, túlterhelésből eredő panaszok). Immunológiai szakrendelésen 60 esetben juvenilis idiopathiás arthritist, JIA-t, 10 gyermeknél monoarthritist véleményeztek. *Eredmények:* Az irodalmi adatok ismeretében néztem meg a nemek közötti és életkori megoszlást. JIA-s gyerekeknél lány:fiú=65:35%, leggyakrabban 1-5 éveseknél fordult elő. Monoarthritist megoszlása: lány:fiú=90:10%, elsősorban 11–16 éves korban jelentkezett.

JIA-s alcsoportoknak megfelelő polyarticularis forma előfordulása ritkább, mint az irodalomban (12–35%), az oligoarticularis esetek viszont gyakrabban fordultak elő (60–45%). Több ízületet érintő gyulladásban a leggyakrabban érintett nagy- és kisízületek: térd 65%-ban, boka 45%-ban, csukló és ujjak 42%-ban. Kísérő tünetek közül: uveitis, glaucoma, asthma, coeliakia, sacroileitis, discus hernia fordult elő. Különösen fontos elkülöníteni a JIA-t az osteomyelitistől, a reaktív arthritistől és az osteochondritistől. A diagnózisban elengedhetetlen a laboratóriumi értékek, mint a gyulladásos paraméterek, rheumafaktor=Rf és antinuclearis antitest=ANA (JIA-ban 60%, monoarthritistben 30% pozitív) rendszeres

vizsgálata. ANA-pozitivitás esetén 3 havonta személyes-
ti kontroll javasolt. Az ízületek ultrahanggal 56%-ban
és MRI-vizsgálattal 22%-ban mutatták ki a gyulladást,
7%-ban discus hernia, sacroileitis volt detektálható.

Összegzés: Felmért eredményeim lényeges elemeiben
megegyeznek az irodalmi adatokkal, kivéve a JIA alcso-
portok előfordulási arányát és az ízületek érintettségét.

Az ízületi gyulladások prevalenciája nagyon alacsony,
rehabilitációs igénye magas. Gyógyszeres kezelések
mellett az ízületvédelem, ízületi merevség megelőzé-
se elsődleges, figyelve a heveny és a krónikus fázi-
sok váltakozását. Napjainkban a betegek jelentős része
fizikai aktivitásában nem vagy csak résztevékenységek
során korlátozott.

E58 | Zeneterápia a gyermekrehabilitációs osztályon

Szegleti Gabriella, Korzenszky Klára

MRE Bethesda Gyermekkórháza, Budapest

Bevezetés: A zene érzelmi, kognitív, szociális képesség-
és személyiségfejlesztő, valamint kompetencia-növelő
transzferhatása a neurofiziológiai és neuromorfológi-
ai vizsgálatokkal egyre részletesebben feltérképezhe-
tő. A zene az agyféltekék optimális, kiegyensúlyozott
aktivizálása révén hasznos transzferhatásokat indukál,
emocionális hatásai révén memóriafejlesztő hatással
rendelkezik, továbbá az idegrendszer jutalmazó rend-
szerén keresztül érzelmi többletet is nyújt. Az utóbbi
években az agykutatás a zene terápiai alkalmazhatósá-
gának is egyre nagyobb figyelmet szentel, és a közpon-
ti idegrendszeri sérültek rehabilitációja során igénybe
vehető segítségét is igyekszik feltárni.

Tárgyalás: Gyermekrehabilitációs osztályunkon főként
központi idegrendszeri sérült és égési sérült gyerme-
kek komplex rehabilitációja történik, aminek kiemel-
ten fontos részét képezik a csoportos zeneterápiás

foglalkozások. A mozgásukban és beszédükben akadá-
lyozott gyermekek aktuális állapotát és potenciális fej-
leszhetőségét figyelembe véve foglalkozásaink során
elsősorban a zenei fejlesztés kognitív transzferhatásait
igyekszünk kihasználni (figyelem, memória, végrehajtó
funkciók, mozgáskoordináció stb. fejlesztése).

Konklúzió: Foglalkozásainkon a legújabb kutatási ered-
ményekre támaszkodva állítjuk össze a gyermekek
képességeinek megfelelő játékos „feladatokat”, amelyek
segítségével a ritmustréning, a kontrollélmény megszer-
zése és az önkifejezés révén leküzdhetik a kommuni-
kációra való képtelenséget, valamint csökken bennük a
mozgásképtelenség okozta elszigeteltség érzése, és a cso-
porthoz tartozás örömteli élményét is megélhetik. Elő-
adásunkban interaktív módon, eseteink ismertetésével
mutatjuk be a gyermekrehabilitációs osztályunkon alkal-
mazott zeneterápiás módszereinket, tapasztalatainkat.

P4

Cerebrális parézissel élő gyermekek számára készült diagnózisspecifikus életminőségfelmérő kérdőív (CPQOL) magyar nyelven történő alkalmazása

Vissi Tímea, Szabó Regina, Bágyi Blanka, Göntér Adél,
Akkir Fanni, Szigeti Mátyás, Papp Gabriella,
Feketéné Szabó Éva, Kelemen Anna

Semmelweis Egyetem PAK, Budapest

Bevezetés: A Cerebral Palsy Quality of Life (CPQOL) az első magyar nyelvre lefordított, kifejezetten a cerebrális parézissel élő gyermekek és fiatalok számára készült életminőség-felmérő kérdőív, amelyet a Semmelweis Egyetem Pető András Kara validált 2017 tavaszán. A jelen tanulmányban a Pető András Kar gyakorlóóvodájába és gyakorló általános iskolájába járó, cerebrális parézissel élő gyermekek és szülei/gondozói körében 2017 őszén – 2018 tavaszán végzett felmérés eredményeit tartalmazza. *Vizsgálatba vont személyek és módszerek:* A vizsgálatban mindkét korosztály (4–12 éves és 13–18 éves) számára kifejlesztett kérdőív kipróbálásra került. Az első csoportban 47 szülő és 18 9–12 éves gyermek (62% fiú, 38% lány), a második csoportban 13 szülő és 37 kamaszgyermek (55% fiú – 45% lány) vett részt. A súlyosság szerinti besoroláshoz a GMFCS (Gross Motor Function Classification System) mutatókat használtuk (1 szint=10%, 2 szint=14%, 3 szint=23%, 4 szint=29%, 5 szint=24%). Az adatgyűjtés önkéntes kérdőívre adott válaszokkal történt.

Eredmények: Más vizsgálatokhoz hasonlóan jellemző volt a pozitív válaszok dominanciája, a magas átlagértékek, valamint hogy a gyermekek, kamaszok magasabbnak ítélték életminőségüket, mint a proxy személyek. Mindkét korosztályban a fiúk átlagértékei enyhén pozitívabbak, mint a lányoké. Nem találtunk összefüggést a mozgásállapot súlyossága és az életminőség-vizsgált területei között. Szintén nem mutatkozott eltérés az életminőség-mutatók között abban a tekintetben, hogy a vizsgált gyermek az oktatási intézményben napközis vagy hetes bentlakó.

Következtetések: A vizsgált kérdőívek cerebrális parézissel élő gyermekek körében alkalmazhatóak, valamint alkalmasak lehetnek az életminőségben bekövetkező változások időbeli követésére.

A vizsgálatban részt vevő személyek alacsony száma miatt további következtetések levonásához, összefüggések kereséséhez újabb adatgyűjtés és elemzés szükséges.

E60

Traumás sérülés utáni izomgyengeség miatt kialakult öltözködési nehézség javítása ergoterápiás módszerekkel – Esetismertetés

Kovács Nikolett,¹ Vámos Tibor²

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Központi Ergoterápia, Budapest,¹ Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet, Szomatopedagógiai Szakcsoport, Budapest²

Bevezetés: Egy 27 éves életkorú nőbeteg esetében motorbaleset következményeként a nyaki gerincvelő kontúziója,

a mellő szarvi motoneuronok sérülése miatt a felső végtagok kétoldali parézise alakult ki a C5-6 szegmentumoknak

megfelelően. A kialakult mozgásállapot jelentősen megehezítette azt, hogy a páciens képes legyen önállóan öltözködni. Az izomgyengeség miatt a karemelés nehezítetté vált a számára, ezért a felső ruházatba bújás, a cipzárás, a ruha elrendezése a felső testen akadályozottá vált. *Módszer:* Az ergoterápiás tréningprogram az öltözködés egyes elemeit részekre bontva szimulálta az öltözködés folyamatát. A beteg izomzatát erősítő ergoterápiás feladatok egyúttal a felső ruházat (kardigán) felhúzását szimuláló mozdulatsorok voltak. A valós öltözködési tevékenység

előkészítéseként célzott koordinációfejlesztés, törzskontrolljavítás, illetve felső végtagi izomerősítés is történt.

Konklúzió: Bár a páciens izomereje jelentősen nem változott a terápia során, a kardigán ujjába bújást, a kardigán ujjának felhúzását a felső végtagra, a kardigán átadását a törzs mögött, valamint a cipzárás végrehajtását ergoterápiás feladatokkal szimulálva az ergoterápiás tréningprogram gyakorlása – a többi mozgásterápiás programot kiegészítve – hozzájárult ahhoz, hogy a kliens képessé vált az önálló öltözködésre.

E61

A mechanikai eredetű gerincfájdalom kezelése McKenzie-módszerrel

Kecskésné Szele Beáta, Farkas Rita

Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger

A mechanikai erők által kiváltott gerincproblémák kezelésére szolgáló McKenzie-módszer egy oki terápia, amely a gerincfájdalom mechanikai eredetét szünteti meg, és tartós panaszmentességet eredményez, amihez ismételt mozgásokat alkalmaz vizsgálati és kezelési céllal. A szerzők a módszer eredetét, vizsgálati rendszerét ismertetik. *Vizsgálati anyag és módszer:* Rövid anatómiai áttekintés, különös tekintettel a gerinc mozgásszegmentumainak megismerésére; mechanikai eredetű gerincproblémák jellemzése, kialakulásuk ismertetése; a mechanikai eredetű fájdalom osztályozása; a mechanikai diagnózis felállításának menete. Kezelési lehetőségek bemutatása

McKenzie-módszer szerint az iránydiagnózis vetületében. Indikációk-kontraindikációk felsorolása.

Eredmények: Betegvizsgálat, diagnózisfelállítás, kezelés részletezése, elért eredmények bemutatása osztályunkon kezelt betegeinkről.

Következtetések: A gyógytorna nemcsak tüneti kezelés, amely a gyengült izmok erősítését végzi, hanem oki terápiaként is működik. Az általunk is alkalmazott McKenzie-módszerrel a derék-, nyak- és hátfájós betegek nagy százaléka kezelhető. Munkánkkal a betegek nagy többségénél teljes gyógyulást, illetve jelentős életminőség-javulást érünk el.

E62

Szerepek és kompetenciák a gerincvelősérültek korai rehabilitációjában

Veress Mónika, Nagy Margit Éva

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Gerincvelősérültek Rehabilitációs Osztálya részlegeként 2013. április 2-án kezdte el működését a Tetraplég Betegek Korai Rehabilitációs Részlege, amelynek létjogosultsága a súlyos, magas nyaki gerincvelő-sérülést szenvedett betegek rehabilitációs szempontok szerinti ellátásának szükségessége, mihamarabbi átvételének lehetősége. A részlegen 13 ápoló dolgozik folyamatos intenzív

orvosi háttérrel, valamint az osztállyal közös gyógytornászokkal, pszichológussal, masszőrrel, rehabilitációs szakorvosokkal, háttérként az intézet teljes szolgáltatási portfóliójával. A részlegen egyszerre 10 beteget tudunk ellátni speciális intenzív ágyakon, 8 bedside monitorral, lélegeztetőgéppel, jet lélegeztetővel, infúziós pumpákkal, légággal, fluidizációs ággal. Állapotnak megfelelően oxigénterápia biztosítása folyamatosan, illetve

intermittálva. 2013. április 2-a és 2017. december 31. között 263 beteget láttunk el. Lehetőségeinket jelentősen beszűkíti a labor és az röntgen folyamatos működésének hiánya, amelynek oka a jelenlegi finanszírozás. *Módszer:* Teammunka – ahol összekapcsolódik az ápolók és gyógytornászok munkájának fontossága, ápolói feladatok, gyógytornász feladatok. *Következtetés, összefoglalás:* A sérültek rehabilitációját több tényező határozza meg. Számos pozitív és negatív

hatás éri őket a korai időszakban. Előadásunkban ezen hatásokat ismertetjük, melyik miként hat a beteg állapotára, a rehabilitáció folyamatára. Előadásunkban felhívjuk a figyelmet a gerincvelősérültek rehabilitációját hátráltató tényezőkre, az ápolói szerepekre és kompetenciákra, amelyek mind a rehabilitációs, mind az intenzív jellegű ellátás ápolói normáinak megfelel. A részleg bemutatását azért tartottuk fontosnak, hogy felhívjuk a figyelmet az ilyen jellegű ellátás fontosságára.

P5 Paraplégiától a segédeszköz nélküli önálló járásig

Varga Fruzsina, Zsoldi-Kruchio Ferenc

Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Eger

Ez az esetismertetés egy NMO-val (neuromyelitis optica / Devic-betegség) diagnosztizált 24 éves nőbeteg (akkor infektológiai osztályon dolgozó nővér) 186 napos hospitalizációját mutatja be, amelyből 154 napot a mozgásszervi rehabilitációs osztályon töltött.

A fiatal nőbeteg az első tünetek (fejfájás, hányás, hőemelkedés) megjelenésétől mintegy 96 óra alatt parapléggé vált. Ezen idő alatt elvégzett számos vizsgálat (labor, koponya-CT, koponya-MR, lumbalpunkció, neurológiai és infektológiai szakvizsgálat) felvetette az NMO lehetőségét, majd a végleges diagnózist a cervicothoracalis MR, illetve az immunológiai vizsgálat támasztotta alá. Triggerként szerológiai vizsgálattal igazolt *Mycoplasma pneumoniae* infekció feltételezhető.

A végleges diagnózis felállítását követően a korábban megkezdett szteroidterápia mellett plazmaferézis végeztek, majd bázisterápia felépítését kezdték meg azathioprin formájában. Mindezek mellett mindvégig

intenzív gyógytornában és szelektív ingeráram-kezelésben részesült a beteg. Állapota folyamatosan javult, a parapleg beteg paraparetikussá vált.

Ápolása 32. napján a beteg mozgásszervi rehabilitációs osztályra került átvételre, ahol a fokozatosan felépített gyógytorna (az alsó végtagok passzív átmozgatása, aktív gyógytorna, járást előkészítő gyakorlatok, járásgyakorlatok különböző segédeszközökkel – hónaljtámaszos járókeret, járókeret, 2 könyökmankó, 1 könyökmankó, 1 pontos bot –, egyensúlyfejlesztő gyakorlatok, intimtorna, illetve felső végtagi erősítés) mellett meg kellett küzdeniük a neuropathia okozta fájdalommal.

Ezen komplex kezelések eredményeképpen a beteg segédeszköz használata nélkül, minimális neurológiai deficittel 186 nap ápolást követően otthonába távozott, jelenleg is kórházunk aktív dolgozója. A jelen esetismertetés is alátámasztja, hogy a ritka betegségek esetén is alkalmazhatóak a hagyományos rehabilitációs technikák.

Algoritmusok és labirintusok a rheumatoid arthritis rehabilitációjában az evidenciák tükrében

Monek Bernadett,^{1,2} Polgár Anna¹

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest,¹ Semmelweis Egyetem, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Egészségtudományi Kar, Fizioterápiai Tanszék²

Bevezetés: A rheumatoid arthritis ismeretlen eredetű, autoimmun patomechanizmusú, krónikus, progresszív sokízületi gyulladás, amely az ízületek destrukciója és deformitása révén a betegek fájdalmas mozgáskorlátozottságát, rokkantságát és életminőség-romlását idézi elő. A komplex fizioterápia multidiszciplináris team feladata. Az előadás célja a rheumatoid arthritis nem gyógyszeres kezelése aktualitásainak, elsősorban mozgásterápiájának összefoglalása a nemzetközi irányelvek alapján, az evidencián alapuló fizioterápia összegzésével.

Tárgyalás: A komplex fizioterápia célja a mozgásszervi funkciók megtartása és javítása, a betegség progressziójának csökkentése, az extraartikuláris károsodások megelőzése, valamint a gyulladás és fájdalom csökkentésével a remisszió elérése.

A mozgásterápia összeállításának alapja a mozgásszervrendszer károsodásának felmérése: az anatómiai elváltozás, a fájdalom, a betegség aktivitásának, valamint a funkciókárosodásnak a detektálása. A betegség aktivitását és a károsodást egyaránt tükröző funkcionális állapot felmérésére az irányelvek a módosított HAQ-DI kérdőívet, az életminőség mérésére a teljes HAQ, AIMS, RAQoL, SF-36, NHP, EUROQoL használatát javasolják, míg a társbetegségek objektív elemzésére a Charlson Comorbidity Index használatos. A fájdalom és ízületi merevség objektívizálására a VAS (mm), izomerőmérés dinamométerrel, ROM mérés, az aerob kapacitás mérésére pedig a 6 perces séta teszt vagy szubmaximális kerékpárterhelés Borg-skála használatával javasolt. A tudományos vizsgálatok igazolják a mozgásterápia erős evidenciáját, azonban a gyakorlatok intenzitásának meghatározásában különbségeket találunk a szakirodalomban. Az ACR irányelvei között 2002 óta szerepel a rendszeres dinamikus torna (úszás, séta, kerékpározás, test-súlyterheléssel végzett gyakorlatok). Az American Pain Society is hangsúlyozza a mozgásterápia fájdalomcsillapító hatásának létjogosultságát rheumatoid arthritisben, amelynek összetevői a mozgásterjedelem növelés, a stretching, az izometriás, dinamikus és ellenállásos izomaktivitás, az aerob mozgásforma és az „egész testre” kiterjedő fizikai aktivitás.

A német irányelvek is a dinamikus mozgásformát ajánlják, amelynek célja az izomerő csökkenésének kivédése, az állóképesség és aerob kapacitás növelése. Az irányelv kiemeli az akut szakasz specifikumait, amelyben az ajánlható mozgásforma esetleg az úszás, kerékpározás és rugalmas talajon történő séta lehet. Még remisszióban is kontraindikált a küzdősport, a nagy és egyoldalú terheléssel járó és statikus sportok.

A mindennapi fizikai aktivitásra vonatkozóan az American College of Sports Medicine és az American Heart Association ajánlása: legalább 30 perces közepes intenzitású fizikai aktivitás, minimum heti 5 alkalommal. A hatékonyság alapja a beteg motivációja, a fokozatosságra épülő tréning, a gyógytornász által végzett kontroll, érthető és világos instrukciók, valamint az aktivitás változatossága követelmény (pl. játékelmény).

Nincs egyértelmű bizonyíték rheumatoid arthritisben az önmagában alkalmazott termoterápia, lézer és TENS hatékonyságára. Az ultrahang, a masszázs, a balneoterápia és a manuálterápia esetében is alacsony evidencia jellemző, de kiegészítő terápiaként használhatóak. A passzív ízületi mobilizáció az ACR és az EULAR ajánlásaiban szintén nem szerepel. A holland irányelv megfogalmazza, hogy a rheumatoid arthritis fizioterápiás kezelése döntően az aktív módszerekre épül. A kiválasztott terápiás módszer pedig minden esetben a porckárosodás mértékéhez adaptált és a beteg aktuális állapotának függvénye.

Kifejezett kontraindikációként említi a szakirodalom a nyaki gerincen végzett manuálterápiás és manipulációs fogásokat. Kevés az erős evidencia a manuális eljárások összességét tekintve.

Konklúzió: A rheumatoid arthritis fizioterápiás kezelése multidiszciplináris team feladata, amelynek középpontjában a személyközpontú komplex kezelés, a megfelelő kommunikáció és elsősorban az írott betegtájékoztató áll. A rehabilitációban kiemelt az ízületvédelem, a hatékony betegoktatás és a gyógytornász-fizioterapeuta által összeállított, rendszeres dinamikus mozgás, valamint a mindennapi fizikai aktivitás fokozása, hangsúlyozása.

E64 Mikroökonómiai műhelymunka rehabilitációs osztályon

Mándó Zsuzsanna, Gyarmati Noémi, Kulisch Ágota,
Mózes Magdolna

Hévízgyógyfürdő és Szent András Reumakórház, Hévíz

Bevezetés: Hazánkban publikált egészség-gazdaságtani szakirodalom többnyire makroszintű, az egészség-gazdaságtan és technológiaelemzés lehetőségeiből nagyon keveset használunk mikroszinten. A gyógyítás folyamata során két kérdés vetődik fel: A hozott döntés szakmailag mennyire szolgálja a hatáosság elvét? A hozott döntés mennyire költséghatékony? Az egészségügyi döntések meghozatalában orvosszakmai szempontokon kívül pénzügyi-gazdasági megfontolások is szerepet kell hogy játsszanak, hiszen az erőforrások szűkösen állnak rendelkezésre az egészségügyben. Gyakorló orvosként naponta találkozunk azzal a problémával, hogy a részünkre „biztosított” eszköztárat maximálisan – ugyanakkor nem mindig feltétlenül optimálisan – használjuk fel. A kutatás során a célkitűzés az intézmény fekvőbeteg-osztályain történő fizioterápiás kezeléseinek hatékonysági vizsgálata volt, valamint javaslatok megfogalmazása makro- és mikroszinten az egészségügy költséghatékonyabb működtetése érdekében.

Módszer: A szerzők a Hévízgyógyfürdő és Szent András Reumakórház 4 mozgásszervi rehabilitációs fekvőbeteg-osztályán történő fizioterápiás kezelések kiírási gyakorlatának hatékonysági elemzését végezték el 2012 és 2017 között. A kutatás első részében a medikai informatikai rendszerben tárolt adatok alapján elemzésre kerültek az egyes osztályok betegforgalmi adatai, a Rehabilitációs Ellátási Programok szerinti csoportosítás alapján a betegösszetétel, általános és betegség-specifikus tesztek alapján pedig a rehabilitáció eredményessége került

felmérésre. A kutatás második részében a fekvőbeteg-osztályokon történő fizioterápiás kezelések kiírási gyakorlatának egységesítése és racionalizálása érdekében megoldási és intézkedési terv került kidolgozásra és ezen új fizioterápiás szabályzók szerinti működés egyéves adatai kerültek elemzésre.

Eredmények: Megállapítást nyert, hogy az egyes osztályokon hasonló betegszámot, hasonló betegségösszetételben, hasonló eredményességgel kezelnek – ugyanakkor jelentős különbség volt az osztályok által kiírt fizioterápiás kezelésszámban. A fizioterápiás szabályzók bevezetése utáni egyéves periódusban a korábbi 4 év számított átlagához képest 38 546 db fizioterápiás kezelés megtakarítás történt, az eredményességi mutatókban nem volt szignifikáns változás, a hatékonysági ráta 10,13%-kal emelkedett.

Konklúzió: Mikroszinten is van lehetőség az orvosi terápiás gyakorlatot szabályozó intézkedésekkel jelentős költségcsökkentést, hatékonyságjavulást elérni a gyógyításban ugyanolyan eredményesség mellett. A menedzsment-intézkedések hatékonyságjavító eredményei csakis a közreműködő orvoskollégák aktív együttműködésével valósulhatnak meg. Ezért fontos és szükséges az orvostársadalomnak az eddiginél fokozottabb egészség-gazdaságtani, egészségügyi-menedzsment jellegű szemléletformálása. A műhelymunka jó gyakorlatként jellemezhető és kiterjesztése, alkalmazása javasolható más egészségügyi intézmények és más gyógyító szakmák számára is.

A Zsigmondy Vilmos Harkányi Gyógyfürdőkórház elmúlt tíz éve a számok tükrében

Nusser Nóra,¹ Vekerdy-Nagy Zsuzsanna²

Zsigmondy Vilmos Harkányi Gyógyfürdőkórház,¹ Pediátriai, Rehabilitációs Rendszerszervező és Oktató Bt., Budapest²

A Harkányi Kórházban 5 évvel ezelőtt vezetőváltás történt és elindult egy folyamat, amelynek célja a rehabilitációs tevékenységünk szakmai színvonalának emelése, ezen belül az addig kevésbé hangsúlyos elsőbbségi rehabilitáció előtérbe helyezése.

A Harkányi Kórházban hagyományosan a balneoterápián, elsősorban a harkányi gyógyvízen alapuló betegellátást végezzük. A lassan 200 éve alkalmazott gyógyvíznek jól ismert előnyös hatása van degeneratív gerinc- és ízületi betegségekben. Térarthrosisos betegek esetében klinikai vizsgálattal is igazoltuk hatékonyságát. Ezt a tradicionális irányvonalat megőrizve 5 évvel ezelőtt úgy döntöttünk, hogy a rehabilitációs ellátási programok kapcsán újragondoljuk a kórházban folyó rehabilitációs ellátást és az elsőbbségi rehabilitációt erősítjük. Ezen belül elsősorban négy területen terveztük a betegszám emelését: ortopédiai, idegsebészeti műtétek, trauma, amputáció és stroke utáni elsőbbségi rehabilitáció. *Módszer:* Négy év adatait hasonlítottuk össze: a 2007., 2012., 2015. és 2017. évet. A betegellátással kapcsolatos adatok részben az általunk alkalmazott számítógépes programból, részben az OSAP jelentésből származnak. *Eredmények:* 2007 óta az ellátott betegek átlagéletkora $70,8 \pm 12,1$ évről 68 ± 11 évre csökkent. 2012-höz

képest 2017-ben közel kétszer annyi közvetlenül a műtő intézményből átvett elsőbbségi beteget láttunk el. Ezek elsősorban ortopédiai, idegsebészeti műtétek és trauma utáni elsőbbségi rehabilitációra érkező betegek voltak. Az amputáció és stroke után rehabilitációra felvett betegek száma 2012-től 2015-ig átmenetileg emelkedést mutatott, majd 2017-re újra visszaesett. A visszaesés okaiként mind személyi változás, mind a pécsi rehabilitáció indulása megemlíthető. Érdekes, hogy a rehabilitált tumoros betegek számában is észlelhető változás. Míg 2007-ben és 2012-ben nem vettünk fel a kórházba ilyen betegeket, úgy a tumoros betegek fizioterápiájáról alkotott szakmai vélemény változásának köszönhetően 2015-ben 62, 2017-ben pedig 55 tumoros beteget láttunk el. Ez nem nagy szám, de jó tendenciát mutat. A két adatbázis összehasonlítása során eltéréseket is találtunk, ami a jelenlegi kórházi kódolási rendszer nem kellő pontosságára hívja fel a figyelmet.

Következtetések: A harkányi kórházban az elmúlt öt évben a kitűzött céloknak megfelelően változás történt a jellemző betegösszetételben. A két adatbázis elemzése során észlelt eltérések szakmai feloldását a REP rendszer kódolásától várjuk.

Mentőszállítás elsőbbségi rehabilitációra: próbavizsgálat tapasztalatai

Rendeki Beáta,¹ Nusser Nóra,¹ Vekerdy-Nagy Zsuzsanna²

Zsigmondy Vilmos Harkányi Gyógyfürdőkórház,¹ Pediátriai, Rehabilitációs Rendszerszervező és Oktató Bt., Budapest²

Bevezető: Az elmúlt években egyre nőtt azoknak a betegeknek a száma, akik műtétet követően közvetlenül a klinikákból, kórházakból érkeznek elsőbbségi rehabilitációra intézetünkbe. A betegek döntő hányada mentővel érkezik, többször előfordul a késői érkezés, emiatt a betegek elégedetlensége, valamint a mi nehézségeink a késő délutáni, esetleg esti érkezés miatt. A vizsgálatunk

nem titkolt célja az volt, hogy olyan rendszerhibákra tudjuk felhívni a figyelmet, amelyek megváltoztatásának gyakorlati haszna lenne a betegeink számára és egyben segítené a mi munkaszervezésünket is.

Módszerek: Összeállítottunk próbavizsgálatként egy kérdőívet annak megismerésére, hogy van-e valamilyen szabályszerűség a betegszállítási rendszerben, ami

ezekhez a problémákhoz vezet. A kérdőívet a felvevő szakszemélyzet tölti ki, nagyrészt a kötelező kórházi adatok alapján, kisebb részében a betegek válaszai szerepelnek a szállítás körülményeiről.

Eredmények: Három hónap alatt 58 kérdőívet töltöttünk ki, amelyből 55 volt értékelhető. 32 db kérdőív kitöltése után történt az első értékelés, és ennek eredményeképpen változtattunk a kérdőív kérdésein. Az új kérdések a betegek szubjektív állapotának megítélésére vonatkoznak. Eredményként megállapítható, hogy az egyes klinikák mentőrendelési szokásai döntően befolyásolják a betegek kórházunkba érkezésének időpontját, az utazás időtartama nem függ a mentő megrendelésének időpontjától és a betegek szállítási módja (ülve vagy fekve) nem függ a szállítást megrendelő klinikától. Az eddigi adatok értékelése alapján elmondhatjuk,

hogy korábbi feltételezésünkkel szemben a következő kérdések nem bizonyultak fontosnak: pl. van-e inzulinnal kezelt diabeteze, kapott-e transzfúziót.

Konklúzióként megállapítottuk, hogy érdemes a vizsgálatot tovább folytatni és további adatokat gyűjteni. Egyrészt a nagyobb betegszám pontosabb, statisztikailag is elemezhető eredményeket ad. Másrészt a kórházba érkező betegek általános fizikai állapotára és szubjektív állapotára vonatkozó kérdésekkel kiegészített kérdőívek eddigi elemzése alapján további pontosítást tervezünk a kérdésekben. A kiterjesztett vizsgálatunk eredménye alapján a későbbiekben vezetői szinten kezdeményezhetjük az érintett klinikáknál a mentő megrendelésével kapcsolatos változtatásokat. Ezáltal nőhet az elsőbbségi rehabilitációra érkező betegek biztonsága a betegszállítás során.

E67 | Közösségi zeneterápia az afázia rehabilitációjában

Eckhardt Fanni, Fekete Zsófia

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

Bevezetés: Számos súlyos afáziás beteg, bár nem tudja kifejezni magát a spontán beszédében, mégis el tudja énekelni a régről ismert dalok szövegét. Betegségük után gyakran ez a képesség jelenti a legerősebb kapcsolatot a társadalmilag elfogadott nyelvhasználattal.

Tárgyalás: Ma már tudományosan, képpalkotó eljárásokkal bizonyított tény, hogy az expresszív afáziás tünetek esetében kifejezetten terápiás hatása van az éneklésnek. Emiatt zajlik hét éve közösségi éneklés az OORI-ban, és ezzel a céllal alakult meg két éve Magyarországon a Hangadó Énekegyüttes – budapesti afáziás kórus, amelynek működését az Afázia – Az Újrabeszélők Egyesülete és az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet támogatja. A közösségi énekes alkalmakon a régi, közismert dalok éneklése mellett melódiaintonációs gyakorlatok

is zajlanak. Ma már számos nemzetközi példa van a közösségi terápiás éneklésre: az Amerikai Egyesült Államok mellett Ausztriában, Ausztráliában és Angliában is egyre több, célzottan afáziások számára alapított énekegyüttes működik (Stroke A Chord Choir, Neurochoir). *Konklúzió:* A közösségi énekléssel célunk, hogy a szubakut rehabilitációs szakasz után az integrációs periódusban is biztosítsuk az afáziás betegeknek a közösségi zeneterápiát, aminek a beszédfejlesztés mellett az interperszonális kommunikációt segítő funkciója is van. A közösségi énekléssel és fellépéseinkkel az afáziás betegeknek a társadalomba és a közösségbe való reintegrációját segítjük elő, miközben hozzájárulunk a társadalom fogyatékosokkal együtt élő személyek felé irányuló érzékenyítéséhez is.

E68 | A zene mindenkié?

Fekete Zsófia

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

Bevezetés: „Nincs jó fülem”, „nincs ritmusérzésem”, „már régen megmondták, hogy ne énekeljek” – ezek a mondatok nem egy olyan betegről hangzottak el az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben, akinek zeneterápiát javasoltak. Az ilyen elutasítások már önmagukban ellentmondást hordoznak, hiszen mindenkinek van hallása, aki megtanult beszélni, mindenkinek van ritmusérzéke, aki megtanult járni, és valójában mindenki énekel, amikor először elkezdett gügyögni. Ugyanakkor nyilvánvalóan egyéneként változik, hogy kinél hogyan bontakoztak ki ezek a képességek, mindenkinek más zenei előélete van.

Tárgyalás: A zeneterápia számos betegnek hatékony, ez evidenciaként kezelhető. Mégis sok olyan zeneterápiás helyzet adódik, amikor ezt a hasznos módszert az

orvosi ajánlás és a tények ellenére rövidebb vagy hosszabb ideig elutasítja a beteg. Az előadás nem érinti a pszichológiában jól ismert tudattalan védelmi mechanizmusok területét, ellenben fontos témája a kodályi gondolatok, a zenepedagógia és a zeneterápia egymásba fonódó hosszú távú vizsgálata. Mivel még kutatás hazánkban nem történt e témában, az író elsősorban a saját 19 éves zeneterápiás tapasztalatára, esetismertetésekre és kollégákkal történt interjúkra támaszkodik. *Konklúzió:* Az előadás célja, hogy ezt a sokszor megtapasztalt jelenséget ne kudarcként fogja fel a terapeuta, hanem egy lehetőségként, amelyben a beteg előéletének megismerése mellett a saját önismereti munkájához is újabb kapuk nyílhatnak ki.

E69 | A járművezetői engedély „rehabilitációjától” az önvezető autókig – csatlakozva a korábbi évek témájához még egyszer a vezetői alkalmasságról

Fromhercz Adriana,¹ Huszár Sándor,¹ Csatáry Ágnes,¹
Buda Andrea,² Perger Zsuzsanna²

Szent Kozma és Damján Rehabilitációs Szakkórház, Visegrád,¹ Háziorvosi Rendelő, Pomáz²

Bevezetés: A nyomtatott és elektronikus médiában évről évre megjelenő tudósítások élénk társadalmi vitákat provokálnak, amelyek a koruknál és/vagy krónikus betegségeik következtében kialakult megváltozott cselekvőképességű járművezetők által okozott tragikus balesetekről adnak információt. Ugyanakkor az egyén önértékelésének, önbecsülésének és társadalmi integrálásának fontos része a képességei révén korábban megszerzett jogosítványainak megléte.

Tárgyalás: Az uniós jogharmonizációra törekvés okán a szaktárca ez év elején 1/2018.(I./12.) EMMI rendeletben módosította a 13/1992. (VI. 26.) NM rendeletet a közúti járművezetők egészségi alkalmasságának megállapításáról. A módosítások nem érintették a mozgáskorlátozottaknál figyelembe veendő szabályozást, amely már megjelenésekor is az uniós ajánlásnál jóval szűkebb,

általánosabb és megengedőbb volt. A szerzők előadásukban a vonatkozó, minden érintett orvosra kötelezettséget előíró szabályozók ismertetésén túl releváns statisztikai adatokkal és saját beteganyagukban előfordult jellegzetes esetek ismertetésével nyújtanak áttekintést a fenti témakörben.

Következtetés: Javasolják saját gyakorlatukban a szakmai grémium és szakértők által esetleg kialakítandó egységes rehabilitációs kórlapban a fentiekre vonatkozó kautélák rögzítését. A zárójelentésben a fennálló adatok és esetleges korlátozottság tényének rögzítésén túl a családorvos mint elsőfokú eljáró közvetlen tájékoztatását, amelyet a kliens a hatályos adatvédelmi törvény alapján korlátozhat vagy tilthat, de az orvos ugyanezen törvény alapján a vonatkozó jogszabályi kötelezettség miatt nem vehet figyelembe.

Adherencia – út a terápiás sikerhez?

Szabó Erzsébet, Mekler Attiláné

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

Bevezetés: A betegek számára szükséges terápiás előírások betartása nem csupán társadalom-egészségügyi, hanem komoly gazdasági kérdés is. A terápiák önkényes elhagyása súlyos költséget jelent a világ valamilyen országára számára. A rehabilitációs teammunka a legfontosabb szereplő, a beteg közreműködése nélkül nem sok sikert ígér.

Tárgyalás: A kor és társadalmi struktúra változása az orvos-beteg kapcsolatban is megmutatkozik, a korábbi alá-felé rendelt viszony helyébe a jóval hatékonyabb, az együttműködést hangsúlyozó modell kerül. Ennek szellemében, ideális esetben, a beteggyüttműködésben a compliance (annak mértéke, hogy a beteg milyen mértékben követi az egészségügyi szakemberek terápiás utasításait) helyébe egyre inkább az adherencia (az egyén egészségügyi szakemberrel egyeztetett ajánlásoknak megfelelő viselkedése a gyógyszerszedés, diéta és az életmódváltozás területén) lép.

A beteggyüttműködést befolyásoló tényezők függhetnek a betegtől, a beteg egészségi állapotától, a terápiától, egészségügyi ellátástól, személyzettől, a társadalmi-gazdasági tényezőktől. Az adherencia kialakítása mind a beteg, mind az orvos, mind a társadalom részére jelentős előnnyel jár. Míg a teljes non adherens viselkedésű beteg kezelése komoly kihívást jelent, a részleges non adherencia kellő türelemmel kezelhető lehet. A beteg teammunkába való bevonásában nagy segítség lehet a motivációs interjú (MI), amelynek három mondatos rövid változata még a zsúfolt rendelésekbe is beleférhet.

A napi gyakorlatból szeretnénk egy non adherens beteg esetét bemutatni. Az 50-es években járó, műszaki értelmiségi, enyhe kezelt hypertonián kívül más betegségben nem szenvedő férfi a múlt év decemberében szenvedett balesetet. Otthonában a létráról esett le, jobb lábát, talpát ütötte be, talpa bevérzett, bokája és lábszára bedagadt. A területileg illetékes traumatológiai ambulancián készített röntgen-felvételeken a törést csak gyanították, gipszszínt kapott, és egy hét múlva visszarendelték. A színt otthonában levette és csak részlegesen használta. A kontroll-röntgenen már felismerhető volt a calcaneus-törés, és bár már akkor is hangoztatta a rögzítés számára elviselhetetlen voltát, megkapta a szokásos (nála: könnyített) gipszrögzítést. Otthonában rövid időn belül a sérült lábfej teljes elfehéredését és jéghideggé válását tapasztalta, emiatt a rögzítést eltávolította. Ez után került sor további vizsgálatokra, amelyek os naviculare, szalag- és ínsérüléseket igazoltak. A beteg a gipszrögzítés tekintetében kérelmelhetetlennek bizonyult, azonban a terápia további részeiben együttműködő volt. A megbeszélte fizioterápiát maradéktalanul alkalmazta, a terhelhetőségi tilalmat betartotta. A 3 hónap után végzett röntgenvizsgálatnál törése gyógyult, rehabilitációja jelenleg is folyik.

Konklúzió: A pozitív, támogató, viselkedés az egészségügyi szakemberek részéről, a beteg bevonása a döntésekbe, a megfelelő kommunikációs stratégia kialakítása az első pillanatban még reménytelennek látszó esetben is meghozhatja az elfogadható eredményt. Az adherencia a terápiás siker meghatározó pillére.

A fejlesztési jogviszony új rendszere

Mészáros Gabriella

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

Bevezetés: 2017. április 1-jétől az 1993. évi III. törvény módosítását követően kaptak új típusú lehetőséget azok a fogyatékossgal élő személyek, akik megváltozott képességeik súlyossága miatt nem tudnak elhelyezkedni a nyílt munkaerő-piacon.

Tárgyalás: A fejlesztő foglalkoztatást szociális szolgáltató vagy szociális intézmény nyújtja a fogyatékossgal élő emberek, a szenvedélybetegek, a pszichiátriai

betegek és a hajléktalan személyek számára. A foglalkoztatás célja, hogy egyéni gondozási és rehabilitációs terv szerint vegyen részt a kliens olyan munkatevékenységben, amely megfelel egészségi állapotának, fizika és mentális képességeinek. Ez a napi gyakorlatban azt jelenti, hogy egyénre szabottan olyan munkafeladatokat lát el a kliens, amelyek során fejlődhetnek képességei és képessé válhat az önálló munkavégzésre, esetleg

a nyílt munkaerő-piacon való elhelyezkedésre. A szociális szolgáltatás, illetve szociális intézményi jogviszony azt jelenti, hogy a fejlesztési jogviszony által nyújtott szolgáltatást az veheti igénybe, aki a következők valamelyikében részesül:

- közösségi alapellátás,
- támogatott szolgáltatás,
- nappali ellátás,
- átmeneti elhelyezést nyújtó intézményi ellátás,
- ápolást és gondozást nyújtó intézményi ellátás,
- lakóotthoni ellátás,
- támogatott lakhatás.

A foglalkozási rehabilitációban fontos szerepe van a fent említett törvény módosításának, mivel sok megváltozott munkaképességű személy az orvosi rehabilitációját követően nem tud visszatérni eredeti munkakörébe. Ilyen esetekben további, egyénre szabott fejlesztésre lenne szüksége, amit a fejlesztési jogviszony biztosíthatna. A feltételes mondat pedig azért került ide, mert

ebben a szolgáltatásban csak az intézményi jogviszonnyal rendelkezők részesülhetnek.

További ellentmondásokkal terhes a rendszer, például nem kér foglalkozás-egészségügyi szakvéleményt a fejlesztő foglalkoztatás ellátásához, előír kötelező munkapszichológiai javaslatot, de ehhez nem ad támpontokat. A felsorolt ellentmondások feltárására, a törvényt módosító javaslatok előterjesztésére az Emberi Erőforrások Minisztériuma Foglalkoztatási és Rehabilitációs Főosztálya munkacsoportot hozott létre.

Konklúzió: A munkacsoport legfontosabb javaslatai:

- a fejlesztő szolgáltatást ne csak az intézményi ellátottak, hanem a lakóterületen élő rászorulóknak is igénybe vehessék,
- foglalkozás-egészségügyi vizsgálat szükségessége,
- a munkapszichológiai javaslat szakmai protokolljának kidolgozása,
- a szolgáltatást igénybe vevők személyiségi jogainak és jogi védelmének biztosítása.

E73

A biológiai terápiák alkalmazásának aktualitásai. A rehabilitációs ellátást érintő kérdések

Varjú Cecília

Pécsi Tudományegyetem, Reumatológiai és Immunológiai Klinika, Korai Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály

A különböző biológiai vagy szintetikus szerek (DMARD „Disease-modifying antirheumatic drugs”) a gyulladásos védekező folyamatokat gátolják. Előfordul, hogy a rehabilitációs ellátásra kerülő beteg korábban valamilyen DMARD-terápiában részesült, majd ezt a gyógyszert leállították. A DMARD-kezelés újraindítását a reumatológus gondozóorvossal szükséges egyeztetni, emellett az Amerikai Reumatológiai Kollégium (ACR) és az Amerikai Csípő- és Térdsebészeti Társaság (AAHKS) közös irányelvét is fontos ismerni, amely a tervezett csípő- vagy térd totális endoprotézis (TEP) implantáció optimális idejét határozza meg.

Az ACR/AAHKS ajánlás szerint mérsékelt aktivitású RA, SPA, arthritis psoriatica, SLE vagy JIA fennállása esetén a csípő vagy térd TEP műtétek perioperatív szakában a methotrexat, leflunomid, chloroquin és sulfasalazin bázisszerek alkalmazása a fertőzések kockázatát lényegesen nem növeli, így azok adása a perioperatív időszakban is javasolt.

Biológiai vagy egyéb szintetikus DMARD-ok, mint a TNF- α -blokkolók, tocilizumab-, rituximab-, secukinumab-, ustekinumab-, tofacitinib-kezelés mellett a műtétek

körüli fertőzésveszély kb. másfélszeresre növekszik. Az elektív műtétek időpontját úgy célszerű meghatározni, hogy az adott szer egy tervezett beadási napján ki kell hagyni a DMARD-ot, és az azutáni hétre javasolt kitűzni a műtét napját. Szövődménymentes műtétet követően 14 nappal a DMARD folytatódhat. Amennyiben sebgyógyulási zavar vagy fertőzőes szövődmény lép fel, úgy az újrakezdés időpontját tovább kell halasztani.

Súlyos szervi érintettséggel járó SLE fennállása esetén a csípő vagy térd TEP műtétek perioperatív szakában a mycophenolat mofetil, azathioprin, cyclosporin és tacrolimus bázisszerek alkalmazását folytatni szükséges, mert nagyobb veszély az alapbetegség aktiválódása, mint a gyógyszerzedés miatti fokozott fertőzőkockázat. Azonban ha az SLE tartósan nem jár súlyos szervi érintettséggel, akkor ezeket a bázisszereket ki kell hagyni a műtétek előtt és után 1-1 hétre, kivéve a cyclosporint, mert annak adagját tilos hirtelen lecsökkenteni, vagy kihagyni.

Vírusos, bakteriális és egyéb fertőzések fennállása esetén is a DMARD szerek szüneteltetése szükséges, majd antimikrobiális terápiát követően a fertőzés tüneteinek megszűnése után 1-2 héttel lehet folytatni a biológiai terápiát.

Amennyiben a beteg tartósan kortikoszteroid-kezelésben is részesült, azt a műtét ideje alatt vagy fertőzések fennállása esetén is egyénileg mérlegelt, kis adaggal folytatni kell, hiszen a mellékvesekéreg hormontermelése nem tud alkalmazkodni a műtét, fertőzés okozta stresszhez.

Konklúzió: Mivel immunszupprimált betegeknél a perioperatív szakban nagyobb a fertőzés veszélye, a hagyományos és a biológiai DMARD szerek átmeneti szüneteltetése megfontolandó. Fertőzés esetén az antimikrobás kezelést mihamarább szükséges elkezdeni mikrobiológiai leoltások mellett.

E74 | Baleset következtében súlyos agykárosodást szenvedett betegek állapota 5 évvel a kórházi osztályos rehabilitáció után

Dénes Zoltán, Nagy Helga, Tarjányi Szilvia, Frey Erika

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

Háttér: A korábbi vizsgálatunkban a 2013. évben baleset következtében súlyos agykárosodást szenvedett betegek posztakut kórházi osztályos rehabilitációjának eredményeit ismertettük.

Célkitűzés: A betegek utánvizsgálata az első osztályos rehabilitációt követően öt évvel.

Módszer: Prospektív, leíró vizsgálat telefonos megkeresés, ambuláns vizsgálat alapján.

Eredmények: A 2013. évben az osztályon 232 esetet kezeltek, ebből 99 volt a baleset következtében súlyos agysérülést szenvedettek száma, amelyből 66 beteg első rehabilitációs adatait sikerült feldolgozni, majd 50 beteget (37 férfit és 13 nőt) utánkövetni, öt évvel az első rehabilitációt követően. A megtalált betegek átlagéletkora 42 (22–72) év volt. A betegek többsége (36/50) közlekedési balesetben sérült, a politraumtizáltak száma: 35. A kómás állapot átlagos ideje 19 (1–90) nap, a PTA átlagos ideje 45 (5–150) nap volt. A páciensek a balesettől számolva átlagosan a 44. (11–111.) napon kerültek

a rehabilitációs osztályra. Az elsőbbségi rehabilitáció átlagosan 95 (10–335) napig tartott. A kibocsátáskor 37 beteg volt járóképes, az utánkövetéskor 41. A FIM skála első 6 pontja alapján 36 feletti értéket kapott, vagyis az első rehabilitáció során önellátóvá 38 beteg vált. Az utánkövetéskor szintén 38 beteg volt önellátó, 2 páciens közepes és egy kis segítséget igényelt. Az öt év alatt 3 beteg hunyt el. A baleset után 5 évvel a poszttraumás epilepszia aránya 6/50 volt. Az utánvizsgálat idején négyen felsőfokú tanulmányokat folytattak, 24-en dolgoztak (6 védett munkakörben, 6 ugyanott, 12 másik munkahelyen). Nem dolgozott 22 korábbi páciensünk, ebből kettő nyugdíjas volt.

Következtetések: A vizsgálat során a betegek és a hozzátartozók egyaránt örömmel vették állapotuk iránti érdeklődésünket. A betegek visszailleszkedése sikeres volt a súlyos agysérülés után. Kiemelkedően jó rehabilitációs eredménynek tartjuk, hogy 24-en dolgoznak, és négyen továbbtanultak.

E75 | Az agyi plaszticitás vizsgálatának módszerei stroke utáni állapotban

Fehér Melinda, Agg Zsófia, Farkas Eszter, Fazekas Gábor

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

Bevezetés: A stroke kiemelkedő jelentőségű az élet-hosszig tartó fogyatékossgot okozó neurológiai kórképek között. Az elmúlt 20 évben az agyi plaszticitás

vizsgálata a reorganizációban betöltött szerepe miatt egyre nagyobb figyelmet kapott. A folyamat megértése és detektálása a preklinikai, míg az érintett agyi területek

befolyásolását célzó kísérletek a klinikai vizsgálatokban kaptak nagyobb hangsúlyt. Célkitűzésünk a leggyakrabban használt vizsgálómódszerek rövid áttekintése.

Tárgyalás: Az elmúlt 15 év vizsgálatait a Pubmed adatbázisból „stroke”, „brain plasticity”, „physiotherapy” és „rehabilitation” kulcsszavak segítségével választottuk ki. Az agyi plaszticitás mérésére leggyakrabban használt műszeres módszer a funkcionális MRI (fMRI) volt. Ezen képalkotó használatával az agyi aktivitás változását próbálták kimutatni, emellett kiemelt figyelmet kapott, hogy bizonyos terápiák (gyógyszer, gyógytorna, non-invazív stimuláció) milyen hatást gyakorolnak az érintett területekre. A mérőeljárások között, az fMRI mellett, megtalálható volt az EMG, EEG, magnetoencefalográfia (MEG) is. Ezeken kívül általában az előzőek valamelyikével kombinálva, károsodást mérő módszereket is használtak, többek közt a Fugl-Meyer scale-t, Wolf Motor Function Testet, Jebsen Taylor Function Testet és a Motor Activity Logot. A fogyatékoság mérő skálák közül a FIM és a Barthel is megjelent. A vizsgálatok során a végrehajtott mozgás jellemzőit

(erő, sebesség, gyorsulás, nyomaték, idő) és azoknak változását is detektálták. A humán kísérletek mellett természetesen nagyszámú állatkísérlet is történt, amelyek során biokémiai markerek sorát vizsgálták például immunhisztokémiai technikákkal, elektronmikroszkóppal, illetve polimeráz-láncreakció (PCR) segítségével. A felsoroltakon kívül változatos módszerek kerültek még alkalmazásra, bár főleg a funkcionális tesztek közül sok csak egy-egy kutatásban jelent meg.

Konklúzió: Az agyi plaszticitás mechanizmusának megértéséhez további vizsgálatok szükségesek. Az alkalmazott vizsgálómódszerek megismerése a jövőbeni kutatások tervezési folyamatában adhat segítséget, megkönnyítve azon lehetőségek kiválasztását, amelyek evidenciaalapúak, továbbá amelyek egy-egy kutatócsoport számára a leginkább elérhetőek mind tárgyi, mind emberi erőforrás szempontjából. Egy jól megtervezett vizsgálat, reményeink szerint, arra is adhat választ, hogy milyen betegcsoportnak melyik az a terápia, amellyel a lehető legnagyobb mértékben tudjuk a helyreállítás folyamatában az agyi plaszticitást kihasználni.

E76

Korai rehabilitáció és a klinikai diszciplínák együttműködése lépésről lépésre egy politraumatizált beteg esete kapcsán

Kovács Noémi,¹ Tasnádi Emese,¹ Péley Iván,¹ Schwarcz Attila,²
Dandé Árpád³

Pécsi Tudományegyetem KK, Idegsebészeti Klinika, Súlyos Agysérültek Rehabilitációs Osztálya,¹
Pécsi Tudományegyetem KK, Idegsebészeti Klinika, MTA Pécsi Tudományegyetem, Klinikai
Idegtudományi Képző Kísérleti Kutatócsoport,² Pécsi Tudományegyetem KK, Traumatológiai és
Kézsebészeti Klinika³

Bevezetés: Politraumatizált betegek esetén a rehabilitáció időzítése a beteg állapotától függően változik, és az elszenvedett sérülések akut stabilizálását követően még az akut – intenzív – ellátás során fontos a korai rehabilitáció megalapozása (fizioterápia fokozatos felépítése, pozicionálás stb.). A politraumatizáció kapcsán elszenvedett sérülések önmagukban, illetve a szervezetben beindított folyamatoknak köszönhetően komplex patofiziológiai folyamatokat generálnak. Ennek megfelelően a páciensek állapota percről percre változhat.

Tárgyalás: A politraumatizáltak akut ellátása során a cél az élet védelme, így bizonyos sérülések ellátása későbbiekben újabb beavatkozást, módosítást igényelhet, illetve a gondos akut ellátás ellenére szövődmények

alakulhatnak ki, amelyek aktív beavatkozást, az egyes társszakmák rendszeres és szoros együttműködését igényelhetik. A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, Idegsebészeti Klinika Súlyos Agysérültek Rehabilitációs Osztálya szoros, aktív klinikai, intenzív osztályos háttérrel bír. Mindez lehetővé teszi, hogy a betegek a központi idegrendszeri sérülést követő nagyon korai szakaszban (politrauma esetén átlagosan 15–24 nappal) kerüljenek az osztályra, szükség szerint a szubintenzív részlegre. Prezentációnkban szeretnénk bemutatni egy politraumatizált beteg rehabilitációja kapcsán a különböző felmerülő problémák, szövődmények kezelésének, ellátásának menetét, az egyes társszakmák közti szoros, rendszeres kommunikáció jelentőségét.

A középkorú nőbeteg 2017. 09. 29-én kerékpárosként sérült, bal oldaláról személygépkocsi ütötte el. A bal eset során koponya- és gerincsérülést, bal oldali végtagtöréseket, mellkasi és medencesérülést szenvedett el. Az akut – traumatológiai ellátás –, első műtétet követően pár napon belül gerincstabilizáló műtetre is szükség volt. Miután idegsebészeti és traumatológiai szempontból mobilizálhatóvá vált, intenzív ellátás már nem igényelt és vitálisan stabil lett, 2017. 10. 27-én vettük át közvetlenül a Központi Intenzív Osztályról neurorehabilitációs osztályunkra és kezdtük el korai

rehabilitációját. A négy hónapos rehabilitáció végén jelentős funkcionális javulást sikerült elérnünk esetében, azonban több nehézséggel és szövődémmel is szembekerültünk, ami aktív együttműködésre sarkalta osztályunkat a beteg akut ellátóival, a traumatológiával és az idegsebészettel.

Konklúzió: Politraumatizált betegek esetén az egyes társszakmák szoros együttműködése, a páciens állapotváltozásának visszajelzése elengedhetetlen a megfelelő rehabilitációs ellátásának megszervezésében, a minél magasabb szintű funkcionális kimenetel elérésében.

E78 | Aerob tréning gyakorlati alkalmazása a stroke-rehabilitációban – újabb evidenciák, ajánlások és metaanalízisek eredményei

Jenei Zoltán

Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Klinika és Tanszék

Bevezetés: A jelenlegi bizonyítékok alapján az aerob tréning (AT) integrálása a stroke-rehabilitációba eredményes lehet mind a motoros, mind a kognitív funkciók javításában. Az AT pontos hatásmechanizmusa részben ismert, ugyanakkor a kardiovaszkuláris tréning elemének ajánlásszerű adaptálása a stroke-rehabilitációba jelentős klinikai kihívást jelent az ismert nehezítő körülmények miatt. A szerző az összefoglalóban a legújabb ajánlások (American Heart Association és American Stroke Association) és az elmúlt 5 év metaanalízisei (Cochrane) alapján foglalja össze az integrált AT alkalmazásának lehetőségeit, módjait és eredményeit a stroke utáni rehabilitációban.

Tárgyalás: A leggyakrabban javasolt (A osztályú ajánlás) és alkalmazott tréningforma a kerékpár-ergométer, a futópad, valamint a funkcionális fizikai aktivitás volt heti 3–5 alkalommal, 20–40 perc ideig és 3 héttől 6 hónapig terjedő hosszan. Az ajánlások a pulzusrezerv (HRR) 40–50%-án elkezdett és a HRR 60–80%-ig emelt intenzitást fogalmazznak meg, de a gyakori, 40–85%-ban előforduló dekonkondicionált állapot esetén a HRR<40%-án

szükséges a tréning elkezdése. A testsúlytámogatott terhelési rendszerek használata javasolt. Az maximális pulzus előzetes ergometriás meghatározása mellett a terápiás hatás felmérésére a maximális oxigénfelvétel (VO_2 max), ahol ez nem elérhető, 6 perces járásteszt javasolt standard módszernek. A VO_2 max ($p<0,001$), a maximális terhelhetőség ($p<0,001$), a járástávolság ($p<0,001$) és a maximális járássebesség ($p<0,003$) tekintetében az AT hatékonyan bizonyult (1 és 2 evidencia szintek). Az egyensúly javítása szempontjából nem egységesek az eredmények. A kognitív funkciókban a figyelem és a végrehajtási sebesség doménokban igazolt a kedvező hatás ($p=0,005$), míg a munkamemória és az exekutív doménokban nem volt meggyőző javulás ($p>0,05$).

Konklúzió: Az enyhe és középsúlyos stroke rehabilitációjában az AT szerepe és jelentősége bizonyított. A elmúlt évek vizsgálatait, ajánlásait új evidenciákat tártak fel az AT alkalmazásának javasolt módszereiről és jellemzőiről, amelyek a leghatékonyabb motoros és kognitív funkciók javítását szolgálják a napi rehabilitációs gyakorlatban.

Hemiparetikus betegek körében alkalmazott elektromiogram-triggerelt funkcionális elektromos stimulációs kezelés és a vizuális feedback tréning hatékonyságának vizsgálata a felső végtagi funkciók fejlesztésének tekintetében (pilot study)

Pádár Alexandra, Nagy Szabina, Szabados Éva Anna,
Bajusz-Leny Ágnes, Jenei Zoltán

Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Klinika

Bevezetés: A hemiparetikus betegek felső végtagi funkcióinak javítása kulcsfontosságú. Célunk, a konvencionális terápiához adott feladatorientált elektromiogram (EMG)-triggerelt funkcionális elektrostimulációs (FES) kezelés, a vizuális feedback tréning és az ergoterápiás módszerek hatékonyságának összehasonlítása. A pilot vizsgálat hipotézise szerint az egyes terápiák eltérő hatékonyságúak lehetnek.

Anyagok, módszerek: A 4 hetes randomizált, kontrollált vizsgálatot a Debreceni Egyetem Rehabilitációs Klinikáján végeztük 9 stroke-on (min. 3 hónapja, max. 5 éve) átesett hemiparetikus beteg részvételével (életkoruk: 55–73 év, 8 férfi, 1 nő). Randomizációt követően az A csoport: feladatorientált EMG-triggerelt FES kezelésben (20 perc) részesült, a B csoport: vizuális feedback tréningben (20 perc), míg a C csoport: ergoterápiás foglalkozáson (20 perc) vett részt. Minden beteg további napi 90 perc hagyományos rehabilitációs ellátást kapott.

A kézfunkciókat ARAT és Fugl–Meyer (FMA)-tesztel, az izomerőt Biometrics dinamométerrel értékeltük.

Eredmények: Az ARAT tesztben (A csoport: +13,66 pont, B csoport: +18,66 pont, C csoport: +12,33 pont), az FMA tesztben (A csoport: +5,66 pont, B csoport: +12,66 pont, C csoport: +6,33 pont), a statikus szorítóerőben (A csoport: –2,56 kg, B csoport: +0,16 kg, C csoport: –0,7 kg), valamint a kulcsfogás szorítóerőjében (A csoport: +0,80 kg, B csoport: +1,90 kg, C csoport: –0,23 kg) is a B csoport eredményei lettek a legjobbak. A többi paraméterben nem észleltünk releváns változást.

Következtetések: Vizsgálatunkban a felső végtagot fejlesztő kezelések eltérő mértékben javítják a funkciókat. A pilot eredményei arra utalnak, hogy a vizuális feedback tréning alkalmazásának igen kedvező hatása valószínű. A hipotézis statisztikailag szignifikáns eredményekkel történő bizonyításához a vizsgálat folytatása szükséges.

A mozgástanulás gyors szakasza a funkcionális állapot függvényében hemiparetikus betegek esetén

Vámos Tibor,^{1,2} Földi Júlia,² Berencsi Andrea²

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest,¹ Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Gyógypedagógiai és Módszertani Rehabilitációs Intézet, Szomatopedagógiai Szakcsoport, Budapest²

A stroke-on átesett személyek rehabilitációja során kiemelt feladat a felső végtag funkcionális állapotának megismerése, ezt követően a sérült kézfunkciók helyreállítása, aminek feltétele bizonyos új motoros készségek elsajátítása, megtanulása. A stroke-ot követő egyénenként eltérő mértékű és típusú következményekkel járó funkcionális állapotváltozás számos szakirodalommal alátámasztott, ugyanakkor a motoros tanulási kapacitással való kapcsolata eddig még feltáratlan. Ennek megfelelően a vizsgálat célkitűzése, hogy a szenzoros és motoros funkcionális állapot összefüggését vizsgálja a mozgástanulás jellemzőivel a tanulás kognitív fázisában, egy kézi szorítóerő pontos kifejtésének megtanulását célzó finommozgásos feladatban.

A jelen vizsgálatban 15 hemiparetikus stroke-on átesett személy felső végtagi funkciója került feltérképezésre, négy motoros (Nine Hole Peg Teszt, Jebsen–Taylor Kézfunkciós Teszt, Fugl–Meyer-teszt, Dinamométer) és egy szenzoros (Kétpont-küszöb) teszttel. Ezt követően a résztvevők feladata az ALLADIN Diagnostic Device elnevezésű műszer segítségével a hüvelyk-, a mutató- és a középső ujj meghatározott erővel történő összeszorításának megtanulása volt. Az elsajátítás variábilis tréningeloszlásban történt, amely során a résztvevők maximális szorítóerejük 15, 20, 25, 30, és 35%-ának

megfelelő erő kifejtését gyakorolták, összesen 80 próbán keresztül úgy, hogy minden erőkifejtés után teljesítményükről vizuális feedbackben részesültek. A rákövetkező napon maximális erejük 25 és 40%-ának megfelelő erő kifejtése volt a cél (retenciós és transzfer teszt), ezáltal feedback nélkül.

Az eredmények azt mutatják, hogy a gyakorlás kezdeti és végső fázisa között tanulási hatás megfigyelhető. A funkcionális tesztek vonatkozásában korábbi szakirodalommal egybehangzóan a Nine Hole Peg Tesztben és a Jebsen–Taylor Kézfunkciós Tesztben kapott eredmények szoros együttjárást mutatnak. A funkcionális tesztek és a mozgástanulási feladat kapcsolatának vizsgálata során a gyakorlás kezdeti fázisa, a gyakorlás alatti teljesítményváltozás, valamint a retenciós teszt során mért eredmények a szenzoros és motoros funkciókat vizsgáló tesztek eredményeivel nem mutattak együttjárást, ugyanakkor a transzfer teszt során mért változók a Jebsen–Taylor Kézfunkciós Tesztben és a Nine Hole Peg Tesztben elért teljesítménnyel pozitív együttjárást mutattak.

A jelen tanulmányban vizsgált kognitív szakaszon túl további irány lehet a hosszabb távú tanulás, a tanulás ún. lassú szakaszának (Dayan & Cohen, 2011) a fókuszba állítása, valamint további szenzoros tesztek alkalmazása is.

A hatfokozatú, egyszerűsített célskála használhatóságának vizsgálata komplex testtömegcsökkentő programban részt vevő páciensek körében

Nagy Adél,¹ Burgond Bettina,¹ Bacsó Ágnes,² Jenei Zoltán¹

Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Tanszék,¹ XIII. Kerületi Egészségügyi Szolgálat Közhasznú Nonprofit Kft.²

Bevezetés: A célskála segít rehabilitációs célokat kitűzni, motiválja a páciens, könnyebbé teszi a páciens haladásának a mérését és elősegíti a kommunikációt a pácienssel és a teamtagok között.

Módszer: A jelen vizsgálatban a motiváció céljából alkalmazott 6 fokozatú, egyszerűsített célskála használhatóságának vizsgálatát tűztük ki célul, amelyet komplex testtömegcsökkentő programban részt vevő páciensek körében alkalmazunk. A tanulmány típusa: retrospektív, kontrollált, klinikai vizsgálat. Résztvevők: a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Tanszékén működő háromhetes, komplex testtömegcsökkentő programban részt vevő, 18 év feletti túlsúlyos és obez páciensek. A terápia kezdetén célokat tűztünk ki a páciensek bevonásával: a vizsgálati csoport résztvevőivel célskála segítségével, a kontrollcsoport résztvevőivel „csak” szóban történt megállapodás a célokról. A használhatóság vizsgálatának szempontjai: elfogadhatóság, igény,

kivitelezés, praktikusság, adaptáció, integráció, kiterjesztés és hatásosság tesztelése. Ezen felül követtük a testtömegindex, a hatperces járateszt, a Timed up and go teszt és a haskörfogát változását.

Eredmények: a célskálát a túlsúlyos és obez páciensek körében a fent felsorolt szempontok alapján jól használhatónak ítélte a munkacsoport, azonban a csoportok közötti összehasonlítás alapján nem volt szignifikáns különbség egyik paraméterben sem ($p > 0,05$). A felvételi és a távozási értékekben azonban mindkét csoportban a testtömegindex, a hatperces járateszt, a Timed up and go teszt és a haskörfogát változása is szignifikáns volt ($p < 0,000$).

Következtetések: a célskála megfelelt a használhatóság kritériumainak obez betegek körében, a 3 hetes komplex testtömegcsökkentő program esetén nem volt hozzáadott értéke a kimeneti változók eredményeihez. A célskálák használhatóságának pontosabb megítélése ebben a betegcsoportban hosszabb távú követéses vizsgálatokat igényel.

Nyomtassunk rehabilitációt!

Ardai Evelyn,¹ Jósvai Dániel²

Szent János Kórház, Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Budapest,¹ FreeDee Printing Solutions, Budapest²

Bevezetés: A rehabilitációban az ergoterápiás foglalkozások során elsődleges célunk a kézfunkciók helyreállítása. Gyakorta szükséges olyan eszközöket alkalmaznunk, amelyek a funkciók átmeneti vagy tartós pótlását segítik. A számítógépes technológia legújabb lehetőségeit kihasználva készítettük el saját tervezésű ergoterápiás eszközünket azzal a céllal, hogy egy olcsón előállítható és mechanikus működtethető eszközt fejlesszünk.

Tárgyalás: Műszaki 3D-s tervezőprogram és 3D nyomtató segítségével elkészített eszközünk azáltal nyújt

segítséget, hogy dorsalis irányból, megfelelő extenziós helyzetben rögzíti a csuklót, és pántok segítségével stabilizálja az ujjak helyzetét. A csuklót rögzítő rész igazítható az alkar méretéhez, illetve az ujjakat stabilizáló karmok megfelelő mozgásteret adnak az ujjaknak abductiós irányban is. A szorítóerő növelésére rugós ellenállást adtunk szintén dorsalis irányból. A rugók erőssége a kéz szorító erejének megfelelően variálható. Ugyanezen rugók ellenállása segíti az ujjak extenziós irányú mozgását abban az esetben, ha pácienseink ezt

önállóan nem, vagy csak nehezen tudják kivitelezni. Így az eszköz mindkét irányba mechanikusan, saját ellenállása által segíti a mozgásokat. Kialakítása lehetővé teszi a szelektív ujjmozgások és az oppositív mozgások gyakorlását, erősítését. A vizsgálatokban részt vevő betegek kézfunkcióit például Fugl–Meyer-, valamint Box and Block tesztek segítségével mérjük.

Összegzés: Eddigi vizsgálataink azt mutatják, hogy az eszköz eredményesen segíti a szorítóerő növelését, a fogás stabilitását, megfelelően pozicionálja a csuklót, és segíti az ujjak mozgását. Az eszköz tervezése mérnöki

tervezőszoftverben történik, az alkatrészeit pedig a gyártási idő és a költségek csökkentésére műanyagalapú 3D nyomtatással állítjuk elő. Mivel célunk az, hogy a betegektől érkező visszajelzések alapján eszközünket továbbfejlesszük, valamint elérhetővé tegyük, ezt a módszert alkalmazva apróbb változtatások bármikor, akár pár óra leforgása alatt végrehajthatók.

Bár szabadalmi kérdéseket még nem gondoltunk végig, adott esetben az érdeklődők nem gyártási jegyzőkönyvet, hanem a nyomtatáshoz használt fájlokat kaphatják meg.

E82 Rheumatoid arhritises betegek életminőségének javítása a korai, célértékhez igazított gyógyszeres terápia és a rehabilitáció segítségével

Kocsy Tímea, Drescher Edit

Csolnoky Ferenc Kórház, Reumatológiai és Mozgásszervi Rehabilitációs Centrum, Veszprém

Bevezetés: A rheumatoid arthritis krónikus, autoimmun patomechanizmusú progresszív polyarthritis, a leggyakoribb gyulladásozó típusú reumatológiai megbetegedés. A korai diagnózis felállítása és a haladéktalanul megkezdett bázisterápia, ennek hatástalansága esetén biológiai terápia beállítása elengedhetetlen a klinikai remisszió vagy alacsony betegségaktivitás eléréséhez. A célértéken alapuló kezelési stratégia, biológiai terápia beállítása lehetővé teszi a betegség korai fázisában az ízületi funkciók megőrzését, megakadályozza az ízületi deformitások kialakulását, illetve a már meglévő destrukciók progresszióját. Sajnos az esetek többségében a korai megfelelő gyógyszeres kezelés elmaradása miatt funkcionális károsodások alakulnak ki, és a betegek mozgásszervi rehabilitációjára van szükség. A Veszprémi Kórház Arthritis Centrumában 2005 óta kezeljük a gyulladásozó ízületi kórképekben szenvedő betegeket a nemzetközi és hazai ajánlásoknak megfelelően. Jelenleg összesen közel 400 biológiai terápiában részesülő beteget gondozunk, közülük 250 fő rheumatoid arthritis miatt kezelt. 2017-ben Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályunkon rheumatoid arthritis okozta funkciózavar miatt 54 esetben osztályon történő rehabilitációra volt szükség.

Tárgyalás: Előadásunkban bemutatjuk egy 54 éves nő esetét, akinél 2010-ben más intézetben rheumatoid arthritis diagnózisát állították fel. Kezdetben sulfasalazin, majd methotrexat bázisterápiát kapott, amelyet 3 év múlva mellékhatás miatt leállítottak, a beteg ezt követően sajnos bázisterápiában nem részesült, csak

közepes dózisú szteroidot és NSAID analgetikumokat szedett, amivel ízületi statusa nem volt remisszióban, ízületeiben mind a funkcionális, mind a strukturális károsodások progrediáltak. 2016 nyarán jelentkezett a veszprémi reumatológia szakrendelésünkön betegségének progressziója, főként csípő és térdízületi fájdalmak, mozgásképességének romlása, következményes munkaképtelenség miatt. Rehabilitációs osztályunkon állapotfelmérés, a betegség aktivitásának meghatározása, bázisterápia beállítása, komplex mozgásterápia, ortopédiai konzílium történt. 2016. novemberben jobb csípő, 2017. májusban bal csípő TEP implantációt, műtétek utáni korai rehabilitációt követően a beteg életminősége jelentősen javult, munkaképességét visszanyerte. Azóta is monitorozzuk ambulanciánkon rheumatoid arhritisesének aktivitását 3 havonta, a beállított bázisterápiával jelenleg a beteg remisszióban van.

Konklúzió: A korai diagnózis, a betegségaktivitás pontos meghatározása, a megfelelő korai bázis-, sz. e. biológiai gyógyszeres terápia beállítása mellett fontos a betegek állandó, 3 havonkénti monitorozása, célértéken történő kezelés, remisszió vagy alacsony ízületi aktivitás fenntartása, a beteg életminőségének felmérése és követése, mert a tartós remisszió elérésével az életminőség javulása, a rehabilitációs szükségletek csökkenése várható. A betegség különböző fázisaiban az akut és krónikus ellátás egységben történő működése optimálisan biztosítja a személyre szabott kezelést, ami a betegek életminőségének jelentős javulását eredményezi.

A spondylitis ankylopoetica rehabilitációjának aktualitásai 10 pontban

Mészáros Angéla,¹ Monek Bernadett,² Polgár Anna¹

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest,¹ Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Semmelweis Egyetem, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Budapest²

Bevezetés: A spondyloarthritisek csoportjába tartozó megbetegedés, a gerinc ízületeinek ismeretlen eredetű gyulladása, amely csontosodással jár együtt. Kiemelten fontos a betegoktatás és a rendszeres fizikai aktivitás, amelynek célja elsősorban a flexiós tartás megelőzése és elkerülése, a gerinc mobilitásának megőrzése.

Célkitűzés: Az előadás célja a spondylitis ankylopoetica mozgásterápiájának összefoglalása gyakorlati szempontból a nemzetközi irányelvek alapján az evidencián alapuló fizioterápia összegzésével.

Anyag és módszer: A szerző szakirodalmi áttekintést végez a spondylitis ankylopoetica rehabilitációjával kapcsolatosan. Ismerteti a legfontosabb nemzetközi

irányelveket és megfogalmazza 10 pontban az ajánlásokat a mindennapokban. A szerző bemutatja a fizioterápiás vizsgálat céljait, a fizioterápiás kezelések prioritási sorrendjét, a betegségaktivitás és a terápiás módszerek kiválasztásának összefüggéseit és a kezelések kontraindikációit a rehabilitációban.

Összegzés: A spondylitis ankylopoetica fizioterápiás kezelése multidiszciplináris team feladata, amelynek középpontjában a személyközpontú kezelés és a megfelelő kommunikáció, motiváció áll. A rehabilitáció célja a funkcionális kapacitás és az életminőség javítása, amelynek hatékonysági tényezői mind az egészségügyi team, mind a beteg oldaláról összegzésre kerülnek.

Innovatív elektroterápiás kezelés a komplex reumatológiai rehabilitációban

Mikula Andrea,¹ Schmidt Andrea,¹ Szerencsi Orsolya,²
Monek Bernadett,¹ Polgár Anna,¹ Poór Gyula¹

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest,¹ Semmelweis Egyetem, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Egészségtudományi Kar, Fizioterápiai Tanszék, Budapest²

Az általunk elkészített esettanulmány során az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézetben – az újonnan alkalmazott – BTL-6000 TR-Therapy (Targeted Radiofrequency Therapy – célzott rádiófrekvenciás terápia; TR-terápia) nagyfrekvenciás elektroterápiás készülék hatását teszteltük. A vizsgálatokat kizárólag spondylitis ankylopoeticában (SPA) szenvedő betegek körében végeztük.

Hipotézisek:

- A TR-terápiás kezelés hatékony fizioterápiás eljárás a gyulladással járó kórképek esetében.
- A TR-terápiával való kezelést követően azonnali terápiás hatás várható.
- A kezelés hatására a betegek fájdalmai csökkennek, mozgásterjedelmük nő, ami javulási tendenciát eredményez az ADL (Activities of Daily Living) funkciók esetében is.

- A TR-terápiával kezelt páciensek szubjektív és az objektív vizsgálataiban során kedvezőbb eredményeket kaptunk, mint a kontrollcsoport esetében.

Anyag és módszer: A kutatás során 10 SPA-ban szenvedő beteg 6 alkalommal részesült TR-terápiás kezelésben. A kutatás során két csoportot alakítottunk ki. A vizsgálati csoport TR-terápiában és komplex fizioterápiás kezelésben, a kontrollcsoport kizárólag komplex fizioterápiás kezelésben részesült. A betegek besorolása randomizáltan történt.

A betegek vizsgálatához az általunk összeállított fizioterápiás vizsgálati lapot használtuk, amely objektív és szubjektív mérési elemeket tartalmaz. Az objektív paraméterek meghatározásához betegspecifikus vizsgálatok (pl. föld – ujj távolság, occiput – fal távolság, BASMI), illetve kérdőíveket, mérőskálákat (BASFI,

BASDAI) használtunk, a fájdalom intenzitásának meghatározására a Vizuális Analóg Skálát (VAS) alkalmaztuk. A vizsgálatot a kezelést megelőzően és közvetlenül utána is elvégeztük mind a TR-terápiával kezelt, mind a kontrollcsoportban. A kezelési idő és a protokoll megegyezik a két csoport esetében.

A kutatás beválogatási kritériuma az ACR/EULAR klasszifikációs kritériumai alapján diagnosztizált spondylitis ankylopeticában szenvedő betegek. A betegek kizárási kritériuma a következő szempontokat követte: nem történt lokális szteroidinjekciós kezelés az elmúlt 3 hónapban a gerinc területére, illetve az abszolút és relatív elektroterápiás kontraindikációk (pl. tumor, láz, sérült bőrfelület, fertőző betegségek).

Az eszköz 0,5 MHz-en alkalmazott endotermiás rendszer, egy újonnan bevezetett terápiás lehetőség a fizioterápiába. A terápia hatásmechanizmusa a rádiófrekvenciás elektromos hullámok (későbbiekben RH) és a biológiai struktúrák közötti kölcsönhatáson alapul. Az RH hatására a szövetekben azonnali ionaktivitás jön létre, ami endogén hőképződést eredményez. Ezáltal stimulálja a véráramot, fokozza a lokális vérkeringést és az anyagcsere-folyamatokat, a szöveti oxigenizációt és a regenerációt (Prouza & Gonzalez, 2016). Ezen élettani hatásai miatt kutatásunk célja a TR-terápia ízületi gyulladásokra gyakorolt hatásának vizsgálata. A gyulladásos megbetegedések kezelésére

atermikus üzemmódban alkalmazható a készülék, amely fokozza a keringést a hőképződés minimalizálásával, így csökkenti az oedemát és a gyulladást. A TR-terápia kontraindikációs listája megegyezik a nagyfrekvenciáéval, azzal a kivétellel, hogy akut gyulladás esetén is alkalmazható a kezelés.

Eredmények: A két csoport viszonylatában a BASMI, BASDAI, BASFI és VAS értékének változását emelném ki. A vizsgálati csoport esetében a BASMI, BASDAI felmért eredményei 2-3-szoros javulást mutatnak a kontrollcsoportéhoz képest. A fájdalom mértékének változásában (VAS) is jelentős javulást tapasztaltunk, 2,5-szeres csökkenést. A BASFI eredménye 13-szoros javulást mutat a kontrollcsoportéhoz képest, mert a kontrollcsoport 4-es betegének esetében állapotromlást dokumentáltunk.

Konklúzió: Vizsgálatunk során igazolódott, hogy a TR-terápiás készülék alkalmazásával a kezelésben részt vevő pácienseknél – a kontrollcsoporttal összevetve – jelentős javulás mutatkozott mind az objektív vizsgálatok, mind a kérdőívek, valamint a VAS skála eredményeinek tekintetében. Az első részeredményeink alapján megállapítható, hogy a TR-terápia alkalmasnak bizonyulhat a jövőben a komplex rehabilitáció kiegészítésére, azonban további nagyobb elemszámú vizsgálatok szükségesek az alkalmazhatóság pontosítására a reumatológiai kórképek esetén.

E85 Rehabilitálhatósági kilátások becslése gondozóintézetben élő pszichiátriai betegeknél és értelmi fogyatékosoknál

Bujdosó Balázs

Szentgotthárdi Szakosított Otthon

Bevezetés: A téma két szempontból is különös jelentőséggel bír a jelen időszakban: a nemzetgazdaság megnövekedett munkaerő-szükséglete, illetve az egyre nagyobb mértékű munkaerőhiány; a nagy létszámú totális intézmények „kitagolása”, „lakóotthonná” történő átalakítása, illetve ezen lakóotthonok integrálása a „nyílt” társadalom szövetébe.

A pszichiátriai betegek és értelmi fogyatékosok foglalkoztatása természetesen nem tudja megoldani a nemzetgazdaság munkaerőpiaci problémáit, azonban számtalan olyan területen tud (vagy jelenleg inkább tudna) kiváltani „ép” munkaerőt, amit – jelenleg – képezhető, átképezhető, relatív alacsony iskolázottságú, de ép munkavállalók

látnak el. A pszichés beteg, illetve fogyatékos emberek a társadalmi vélekedéseket (beleértve a gazdasági élet szereplőit is) messze meghaladó számú munkakört tudnak ellátni megfelelő színvonalon, mint ezt egy korábbi felmérésünk (Bujdosó Balázs: Foglalkoztató Iskolát végzett fiatalok számára ajánlható munkakörök jegyzéke. In: Rehabilitációs Tanácsadás) igazolta, amelynek hatására több vállalnál jöttek létre ún. védett munkahelyek. Akkor is a munkaerőhiány volt az, ami felülírta a félelmet a foglalkoztatás terén, s a munkaköri jegyzék (FEOR besorolásban) nagyban elősegítette e félelmek leküzdését. Talán most sem lenne haszontalan egy ilyen kiadvány, amelyet el kellene juttatni a gazdaság szereplőihöz!

Ezért döntő jelentőségű, hogy a totális intézményekből jó rehabilitálhatósági kilátásokkal rendelkező lakók kerüljenek a nyitott(abb) formákba át.

Módszer: A Szentgotthárdi Szakosított Otthon „rehabilitációs koordinátoraként” a 2012-2013-as években egy olyan becselő kérdőívet alakítottam ki, amellyel a lakókat rehabilitálhatóságuk szempontjából lehet csoportosítani „jó”, „közepes” és „gyenge” kilátással rendelkező csoportokba. A kérdőívet 100 kliensről vettük fel, s a kapott eredményeket összevetettük a gondozók, a munkafoglalkoztatás-vezetők véleményével és egyéb (objektívnek tekinthető – pl. munkajutalmak, keresetek stb.) adataival.

A tényezők összevetéséből és az objektív statisztikai elemzésből azt láttuk, hogy a kérdőív kifejezetten jól működött; alkalmazható olyan csoportoknál, amelyek

tekintetében nem áll rendelkezésre előzetesen objektív adat a rehabilitációs kilátásokat illetően. A kérdőív 4 faktort (állóképesség, irányíthatóság, együttműködés, önállóság) mért egy 5 fokozatú skálán.

Eredmények: A szentgotthárdi pszichiátriai intézményben (mely Közép-Európa legnagyobb ilyen profilú intézménye) a lakókat rehabilitálhatóságuk/rehabilitációs kilátásaik alapulvételével csoportosítottuk, a későbbi „nyílt” társadalomba visszavezetendő út várható és szükséges lépéseit figyelembe véve.

Konklúzió: Kellő szakértelemmel és célzott beavatkozással a pszichiátriai beteg és fogyatékos személyek „átzilipelese” a nyílt társadalomba, a munkaerőpiacra nagy létszámú „ép” (képezhető) munkaerőt szabadítana fel, ami a jelenleg egyre fojtogatóbb munkaerőpiaci problémák egyik szelepe lehetne a nyugat-magyarországi régióban.

NÉVMUTATÓ

Félkövér szedés: első szerző

Ádám Eszter	63	Havlikné Glabisz Iwona	74
Agg Zsófia	99	Herczeg Eszter	75
Ajtay Zénó	85	Hevér Dalma	86
Akkir Fanni	89	Horváth Dalma Kata	65
Aranyi Erika	78	Horváth Hanka	76
Ardai Evelyn	80, 104	Horváth Judit	84
Bacsó Ágnes	104	Horváth Zsófia	71
Bágyi Blanka	89	Hrivnák Gergely	76
Bajusz-Leny Ágnes	102	Huszár Sándor	96
Bálint Brigitta	72	Jakab Balázs	71
Baroch Barbara	65	Jenei Zoltán	84, 101, 102, 104
Bartal Renáta	79	Jósvai Dániel	104
Belinszkaja Galina	73	Juhász Vivien	85
Benedek Tünde	79	Kánya Judit	61
Benéné Csapó Szilvia	79	Kark Erika	76
Berencsi Andrea	77, 103	Kecskésné Szele Beáta	90
Bodnár Hajnalka	77	Kelemen Anna	89
Boros Erzsébet	61	Keresztes Aliz	85
Both Béla	59	Kiss Enikő Csilla	80
Buda Andrea	96	Klauber András	59
Bujdosó Balázs	107	Kocsy Tímea	105
Burgond Bettina	84, 104	Komárominé Horváth Noémi	79
Csatáry Ágnes	96	Korzenszky Klára	88
Csohány Ágnes	66	Kovács Nikolett	89
Dandé Árpád	100	Kovács Noémi	79, 100
Dénes Zoltán	63, 70, 72, 73, 99	Kováts Zsuzsanna	82
Dózsa Csaba	82	Körmöczy Edina	85
Drescher Edit	105	Kőszegi Gabriella	80
Dudás Judit	59	Kőszegi Tamás	85
Eckhardt Fanni	95	Kreska Zita	85
Farkas Eszter	99	Kulisch Ágota	93
Farkas Judit	73	Kustán Péter	85
Farkas Péter	78	Kuzmányi János	73
Farkas Rita	90	Lakatos Adrienn Veronika	61
Fazekas Gábor	63, 64, 70, 99	L'Auné Gerda	86
Fehér Melinda	99	Leskó Eszter	87
Feketéné Szabó Éva	89	Luterán Ferenc	60, 68
Fekete Zsófia	95, 96	Magyarné Szabó Tímea	62
Fodor Zoltán	75	Makai Gábor	80
Földi Júlia	77, 103	Mándó Zsuzsanna	93
Frey Erika	70, 73, 99	Matáncsi Daniella	85
Fromhercz Adriana	96	Matesz István	78
Füzesné Csike Noémi	85	Máthé Csaba	82, 83
Gelányi László	65	Mayer Ágnes	77
Göntér Adél	89	Mekler Attiláné	97
Gyarmati Noémi	93	Mészáros Angéla	106
Hamvasi Mercédesz	77	Mészáros Éva	75

Mészáros Gabriella	97	Szabados Éva Anna	102
Mészáros Krisztina	67	Szabó Edina	76
Mikula Andrea	106	Szabó Erzsébet	97
Molnár Géza	86	Szabó Imre	63
Monek Bernadett	92, 106	Szabó Kata	85
Mózes Magdolna	93	Szabó Regina	89
Nagy Adél	84, 104	Szakály Norbert	86
Nagy Alice	61	Szalóki Tímea	80
Nagy Helga	70, 73, 99	Szatmári Edina	87
Nagy Margit Éva	90	Szegedi Anikó	60
Nagy Szabina	102	Szegleti Gabriella	88
Nemes-Toldi Judit	61	Szerencsi Orsolya	106
Németh Balázs	78, 85	Szigeti Mátyás	89
Németh Judit	74	Szilágyi Brigitta	65
Németh Mariann	72, 73	Szilasi Mária	82, 83
Niedermeyer, Martin	63	Szilassy Géza	76
Nusser Nóra	94, 94	Szőke György	86
Ormos Gábor	71	Szücs Ádám Attila	67
Osváth Lajos	75	Tarjányi Szilvia	70, 73, 99
Pádár Alexandra	102	Tasnádi Emese	100
Pallag Adrienn	65	Terebessy Tamás	86
Papp Edit	69, 75	Tirnitzné Mészáros Eszter	71
Papp Gabriella	89	Tónay Gabriella	70
Paraicz Éva	66	Tóth Ágnes	68
Péley Iván	100	Tóth András	64
Perger Zsuzsanna	96	Tóth Lilla	85
Péter Iván	85	Trócsányi Márta	80
Petrovicz Edina	69	Vámos Tibor	77, 89, 103
Pilissy Tamás	64	Varga Fruzsina	91
Polgár Anna	92, 106	Varga János Tamás	82, 83
Poór Gyula	106	Varga Kinga	70
Putz Miklós	59	Varjú Cecília	79, 98
Rembeczki László	78	Vekerdy-Nagy Zsuzsanna	94
Rendeki Beáta	94	Veress Mónika	76, 90
Ritzné Pethő Edit	79	Verseghi Anna	67, 72, 73
Schmidt Andrea	106	Vissi Tímea	89
Schwarcz Attila	100	Vizi László Tamás	77
Seres Éva	81	Wagner Anna	67
Sipos Júlia	74	Zahuczky Katalin	62, 65, 87
Sobják Anna	64	Zsoldi-Kruchio Ferenc	91
Stefanik Györgyi	64		