

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 képzőanyag 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. Ezekon 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 Képzőanyag 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.