

Evidence Based Medicine és balneológia

A szerző 1973-ban Kolozsváron született, ugyanott érettségizett a Báthory Líceumban, egyetemi tanulmányait ugyancsak Kolozsváron végezte az Általános Orvosi Karon. Jelenleg a Rehabilitációs Klinika szakorvosa és a Rehabilitációs Tanszék tanársegéde.

Az Evidence Based Medicine (EBM – Tényeken Alapuló Orvostudomány) világát éljük, ami egy költséghatékony rendszerben megalapozott, csak sajnos nem alkalmazható minden esetben.

A EBM a következő összefüggésben kell, hogy megtalálja a helyét:

Az első dokumentált, kontrollált, prospektív klinikai vizsgálatról a *Bibliában* olvashatunk, Dániel próféta könyvében. Nabukodonozor, a babiloni megszálló király udvarában Dániel és még három fiatalember udvari tisztséget próbált megpályázni és elfoglalni. A király elrendelte, hogy mind a négyen ugyanazt egyék, mint ő, vagyis főleg húsfélét és bort. Dániel ellenben azt kérte: „Tégy próbát, kérlek, a te szolgáliddal tíz napig, és adjanak nekünk zöldségféléket, hogy azt együnk, és vizet, hogy azt igyunk.” Tíz nap után Dániel és társai egészségesebbnek néztek ki, mint azok, akik a király ételét ették.

Szintén összehasonlító kísérletről olvashatunk Ambroise Parétól, aki 1537-ben különböző gyógyírokat próbált találni lőtt sebekre.

James Lind 1747-ben 12 skorbutos betegen próbált ki különböző kezeléseket, közben arra is figyelve, hogy a betegek homogén csoportokat alkossanak. Lind bebizonyította, hogy az a két beteg, aki citromot és narancsot evett, a többivel ellentétben hat nap alatt munkaképes lett. Ez a kísérlet még akkor is fontos, ha tudjuk, hogy a skorbutra az amerikai indiánok már korábban jó eredménnyel alkalmazták egy tuja főzetét, hiszen ezt bizonyítani először Lindnek sikerült.

Ezek az első tanulmányok természetesen sok hibalehetőséget rejtettek magukban, amelyek egyike például a betegek alacsony száma.

Az EBM tükrében felmerül a kérdés, hogy a balneológia és fizioterápia mennyire felel meg

ezeknek a követelményeknek, illetve fordítva: mennyire alkalmazható az EBM a balneoterápiában. A balneológia általában olyan betegségekre ajánlott, amelyeknél a kezelés hatékonyságát döntően funkcionális tesztekkel mérjük fel, és ebben főleg az artrózisos betegek érintettek. Gondoljunk csak arra, mennyire szubjektív a fájdalomskála, mennyire függ attól, hogy hogyan tesszük fel a kérdést („na ugye, ma nem fáj annyira?”), mennyire függ a beteg hangulatától és más tényezőktől az, hogy éppen aznap mekkora távolságot tud megtenni fájdalom nélkül, stb. A betegnek a megszokott környezettől való elszakadása is lényeges változásokat von maga után (kórház vagy jelen esetben még inkább gyógyfürdő).

A multientrikus tanulmányok lebonyolítása szintén nehézségekbe ütközik, hiszen két teljesen egyforma összetételű ásványvíz aligha található. Szintén nehéz bizonyos esetekben kettős vak vizsgálatot lebonyolítani, és itt például csak a kénes ásványvizekre gondoljunk: ezt bármilyen formában adagoljuk, nehéz a betegnek nem észrevenni.

Ha a Cochrane Adatbázist tanulmányozzuk a balneoterápiára vonatkozóan, akkor arthrosisra és reumatoid arthritisre találunk pozitív visszajelzést. Lényeges, hogy a szerzők (Verhagen és munkatársai) elismerik, hogy a balneoterápiára vonatkozó cikkek több mint felét (!) nem tudták még csak figyelembe sem venni nyelvi nehézségekre hivatkozva.

Fontosnak tartom kihangsúlyozni, hogy ha egy kezelési módszer hatékonyságát még nem bizonyították több, randomizált, kettős vak tanulmány segítségével, az talán azért is lehetséges, mert objektív módszerekkel nem kivitelezhető a kimutatása, nem pedig azért, mert nem hatásos.

DR. IRSAY LÁSZLÓ