



TARTALOM

Betegség-e a lúdtalp?
Biomechanika,
diagnosztika kezelési
taktika

Does the flatfoot require
treatment? Biomechanics,
diagnostics, treatment
options

Veleszületett
lábdeformitások: Kifliláb,
Sarlóláb (pes/metatarsus
adductus)

Congenital foot deformities
(pes adductus)

Veleszületett lúdtalp
Talus verticalis
Vertical Talus

A veleszületett
dongaláb kezelése
Treatment of Congenital
Clubfoot

A Pes Equinovarus
Congenitus leggyakoribb
recidívájának magyarázata
gyógytornász szemmel
The most common
occurrence of Pes
equinovarus Congenitus –
The physiotherapist's
perspective

**Kattints ránk,
és felejtsd el a radírt!**



Gyógytornasor

A proenzi támogatásával.



**Próbáld ki
a Gyógytornasort!**



Állítsd össze a saját gyógytornasorod, aztán küldd el pácienseidnek! Több száz fényképes gyakorlatból választhatsz a gyógytornászok oldalán! gyogytornasor.gyogytornaszok.hu

TARTALOM · 2016 / 1

2 | BEVEZETÉS

TANULMÁNYOK

DR. SZABÓ MIKLÓS KÁROLY,
DR. KÖRMENDI ZOLTÁN, DR. CS. FRANK LÁSZLÓ,
DR. MARSCHALKÓ PÉTER

3 | Betegség-e a lúdtalp? Biomechanika, diagnosztika kezelési taktika

Does the flatfoot require treatment?

Biomechanics, diagnostics, treatment options

DR. KÖRMENDI ZOLTÁN, DR. SZABÓ MIKLÓS
KÁROLY, DR. CS. FRANK LÁSZLÓ,
DR. MARSCHALKÓ PÉTER

9 | Veszületett lábdeformitások: Kifliláb, sarlóláb (pes/metatarsus adductus)

Congenital foot deformities (pes adductus)

DR. KÖRMENDI ZOLTÁN, DR. SZABÓ MIKLÓS
KÁROLY, DR. CS. FRANK LÁSZLÓ,
DR. MARSCHALKÓ PÉTER

12 | Veszületett lúdtalp Talus verticalis *Vertical Talus*

DR. CS. FRANK LÁSZLÓ, DR. SZABÓ MIKLÓS
KÁROLY, DR. KÖRMENDI ZOLTÁN,
DR. MARSCHALKÓ PÉTER

15 | A veszületett dongaláb kezelése *Treatment of Congenital Clubfoot*

TÜREI ORSOLYA

20 | A Pes Equinovarus Congenitus leggyakoribb recidívájának magyarázata gyógytornász szemmel *The most common occurrence of Pes equinovarus Congenitus – The physiotherapist's perspective*

PORTRÉ

24 | Egy mai szüfrasset

Csűrös Évával Bajkay Ágnes beszélgetett

26 | KÜLDÖLDI KITEKINTŐ

27 | HÍREK, BESZÁMOLÓK



CZÓBEL BÉLA

1883–1976

Virágcsendélet

Kedves Kollégák!

Idei évi első lapszámunkkal ismét a tavaszt köszönthetjük, amely a téli sötétség, hideg végét, a napfényt, a csírázást, a megújulást jelenti. Ennek tükrében szeretnénk figyelmetekbe ajánlani Az újragondolt Czóbel kiállítást, mely a festő halálának 40. évfordulóján a szentendrei Czóbel Múzeumban nyitotta meg kapuit.

Czóbel a 20. századi modern magyar képzőművészet kimagasló képviselője. Pályakezdetétől fogva alakította a magyar festészet fejlődését. Alapító tagja volt a Nyolcannak, a 20. század eleje legjelentősebb magyar avantgárd művészcsoportjának. A csoport tagjai valamennyien megfordultak Párizsban a Julian Akadémián, Czóbel az innen hazahozott friss képeivel sok fiatal festőt meghódított. Később a fauve-os stílust, a vad színeket felváltotta a klasszicizálás igénye, csendéleteket, aktkompozíciókat, tájképeket festett. Az első világháború elől Hollandiába menekült, majd Berlinben lakott, ahol a német expresszionisták hatottak rá. Majd újra Párizs következett, itt alakította ki egyéni újra kiszínesedő stílusát. 1940-től Szentendrén telepedett le, ahol 1975-ben még életében önálló múzeuma nyílt. Kései festményei egyre világosabbak, derűsebbek lettek. Műveiből most 160 festményt és ezer grafikát tekinthetnek meg.

Stréda Ágnes

Kedves Kollégák! Tisztelt Olvasó!

Szakmai lapunk 2016. évi első számát tartjátok a kezetekben. Egy új év kezdete mindig újdonságokat tartogat számunkra. Új tervek, elképzelések, remény és bizakodás. Ez így van rendjén. A világot ez viszi előre. Folyamatos változást hoz a jövő, lendületet ad, újabb és újabb ötletekkel ruház fel bennünket. Nektek, gyógytornászoknak, az újságnak jó ez a pozitív irányú lendület. Azt gondolom, hogy fontos a megújulás, fontos az új emberek bekapcsolódása a Társaság életébe, akik kreatívan, energikusan folytatják a megfáradt kollégák megkezdett munkáját.

Meg kell tanulnunk önzetlenebbnek lenni, tenni egy közösségért, ahová tartozunk. Kell, hogy legyen identitástudatunk! Kell, hogy tartozzunk egy szakmai közösséghez!

Nagyon büszke voltam, amikor ott lehettem a Magyar Gyógytornászok Társasága alakuló ülésén. Én akartam ott lenni, és nem kérdeztem, hogy milyen hasznom lesz belőle. Amikor pár évvel később beválasztottak a szerkesztőbizottságba, akkor is büszkeséggel töltött el, hogy tehetek valamit azért a közösségért, ahová tartozom. És amikor a szerkesztőbizottság elnöke lettem, ugyanazt



éreztem, amit most Holcsa Judit, az utódom: meg tudok-e felelni egy olyan feladatnak, amit az előttem tevékenykedők olyan profizmussal csináltak, tudok-e ezeknek az embereknek a nyomdokaiba lépni. Örültem, hogy tehetek a kollégákért, a szakmai fejlődésükért, igyekeztem jól végezni a rám bízott feladatokat.

Arra biztatlak Benneteket, hogy kapcsolódjatok be társaságunk és folyóiratunk életébe, hiszen jövője Tőletek függ. Írjatok esettanulmányokat, kutatásaitok eredményeit, tapasztalataitokat, osszátok meg az ország más részein élő kollégáitokkal! Adjátok át tudásotokat nekik az újságon keresztül.

Elköszönök a *Fizioterápia* szerkesztőbizottságától, de nem köszönök el a *Fizioterápiától*. Lelkes olvasója maradok, még ha mostantól nem is én leszek az első, aki elolvashatja a benne megjelenő írásokat.

Kívánok a szerkesztőbizottságnak, ennek a csodálatos és szorgalmas kis csapatnak további nagyon jó munkát, az olvasóknak kellemes időtöltést a lap olvasásához, aktív részvételt az újság tartalmának megtöltéséhez!

Csűrös Éva

Lezárult egy év – lezárult egy korszak

Az új év sokunk számára fogadalmakat, elhatározásokat jelent, sokan megfogadják, hogy életüket hogyan, s miként változtatják meg, hogyan járnak utána régi elhatározásaiknak, mit tesznek majd másként az új évben, mint annak előtte. Nem vagyok híve a fogadalmaknak, nem tulajdonítok különös jelentőséget Szilveszter és Újév napjának sem, folyamatnak tekintem az egyik évből átlépést a másikba, és jobban szeretem, amikor maguktól jönnek a változások, amikor nem kell elhatározni semmit, hanem egyszerűen az életünkbe hópelyhekként beszállingózó új kihívásoknak lehet szentelni az elkövetkező éveket. Így jártam most is, amikor megkaptam a megtisztelő felkérést: vegyem át Csűrös Évától a szerkesztőbizottság elnöki tisztét. Éva tizenöt éve dolgozik fáradhatatlanul az újságnál, évről évre, számról számra, saját bevallása szerint velünk álmodva és ébredve, hogy mi, gyógytornászok egyre színvonalasabb, egyre értékesebb, egyre figyelemfelkeltőbb újságot vehessünk kezünkbe.

Nézem a polcomon sorakozó számokat, a legelsőt kézbe véve – az 1989/1. számot (nahát! akkor még, gimnazista voltam...), amely „Tájékoztató” címmel jelent meg.



Olvasom dr. Ménesi Lászlóné, a szerkesztőbizottság akkori elnökének a köszöntőjét:

„...egy elszánt, hivatását hittel és szeretettel művelő kis csapat elhatározta, hogy [...] elindít egy újságot, hogy hírül adja, a magyar gyógytornászok összefogtak, hogy közös erővel és akarral megvívják a maguk minőségi forradalmát.

Az újság célja, hogy a sok felhalmozott tudásnak, tapasztalatnak hangot adjon, azt közkinccsá tegye... Szerkesztőtársaim nevében is megígérem, hogy mindent elkövetünk azért, hogy a Magyar Gyógytornászok Lapja színvonalas, igényes újság legyen.”

A magyar gyógytornász-fizioterapeuták szakmai folyóirata immár huszonhat éve, folyamatosan változva, fejlődve, szépülve jelenik meg. Először *A Magyar Gyógytornászok Lapja*, 1992-től *Mozgásterápia*, majd a 2007/3. számtól *Fizioterápia* címen, s a kezdeti ígéretnek maximálisan eleget tett. Köszönjük ezt a lelkes és fáradhatatlan szerkesztőbizottsági tagoknak és a szerkesztőbizottság elnökeinek, akiknek én is szeretnék a nyomdokaikba lépni, folytatni ezt a csodálatos, kihívásokkal teli munkát.

Holcsa Judit

Betegség-e a lúdtalp?

Biomechanika, diagnosztika, kezelési taktika

DR. SZABÓ MIKLÓS KÁROLY, DR. KÖRMENDI ZOLTÁN, DR. CS. FRANK LÁSZLÓ,
DR. MARSCHALKÓ PÉTER

Heim Pál Gyermekkórház, Ortopédia

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők körbejárják a láb fejlődését a születéstől a növekedés befejeztéig, kísérletet tesznek az egészséges állapot meghatározására az egyes életkorokban, kitérnek a kezelést igénylő patológiás eltérésekre, a felismerésüket segítő diagnosztikai lépésekre és javaslatot tesznek az ellátásukra. Állást foglalnak a láb számára hasznos lábbeli jellemezőiről az egyes fejlődési periódusokban.

Kulcsszavak: lúdtalp, lapos talp, hosszboltozat, talpbetét, flexibilis lúdtalp, calcaneostop, arthroereisis

SUMMARY

The authors review the steps of the development of the foot from birth until the end of growth, attempt to define normality according to age, cover pathological deviations needing special treatment, as well as the diagnostic steps of the latter and suggest therapeutic options for those. They take a stand on the characteristics of the footwear favorable to the foot in the different phases of development.

Keywords: flatfoot, longitudinal arch, arch support, flexible flatfoot, subtalar arthroereisis

BEVEZETÉS, ÁLTALÁNOS MEGFONTOLÁSOK

A rugalmas lapos talp vagy „lúdtalp” (a kifejezés hungarikum) mibenlétének precíz meghatározása nehézkes, a köznyelvben a hosszanti boltozat megereszkedését vagy hiányát jelenti. Gyakoriságát a pontos kritériumok hiánya miatt csak becsülni lehet. A talpképek és röntgenvizsgálatok elemzése alapján a legtöbb gyermeknél jelen van a növekedés valamelyik fázisában, más közlemények szerint gyakorisága a teljes felnőtt populációban akár 20% is lehet.

A tény, hogy a rugalmas, lapos talp gyakran az egész családot jellemzi, valamint, hogy bizonyos etnikai csoportokban különösen gyakori, genetikai tényezőre utal. Az ízületek testszerte észlelhető átlagosnál nagyobb lazasága általános jellemzője ennek a lábtípusnak. Egyes esetekben az Achilles-ín feszesebb vagy megrövidült volta is szerepet játszik a kialakulásában.

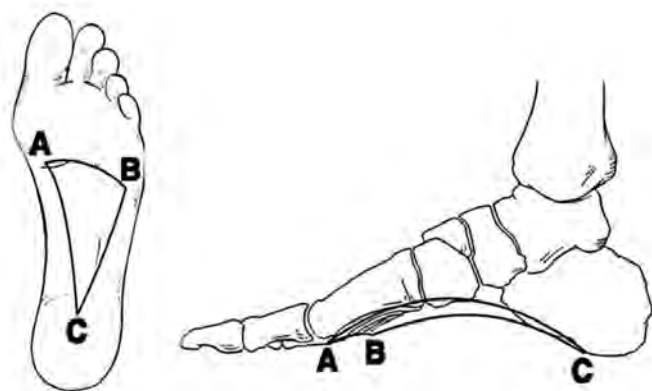
Irodalmi adatok szerint nincs összefüggés a boltozat magassága és a kialakuló panaszok között. Sok gyermek lényeges boltozati lapossággal panaszmentes, mások jónak látszó hosszanti boltozattal is panaszosak. Típusos

panasz a hosszanti boltozat, azaz a talp belső középső részén egy ujjal megmutatható fájdalom, feszülés, mely statikus vagy dinamikus terhelésre jelentkezik. Ez kiegészülhet a lábszár elülső vagy hátsó részének panaszosságával. Kisgyermekkorban a lúdtalp által okozott deréktáji fájdalom igen ritka, azonban a lapos talppal, a sarok valgus állással gyakran együtt járó térd valgus állás térdízületi panaszok forrása lehet. A testsúly szerepe a panaszokban kézenfekvő feltételezés, bár a túlsúlyhoz társuló kóros tengelyállással inkább van ok-okozati összefüggésben, mint a fájdalommal. Az aktívabb, mozgékonyabb vagy éppen sportoló gyermek lába bár fokozott terhelést kap, mégis általánosságban kevésbé panaszos, mint keveset mozgó, sokat ülő társaié. A láb mozgása nem írható le egy-egy síkban létrejövő izolált mozgásként. Egy, a későbbiekben részletezett összetett mozgáspálya határozza meg a csontok, izmok egymáshoz viszonyított helyzetének megváltozását. Ezért a sarok „bedől”, a boltozat „lesüllyed” kifejezések valójában ennek a komplex mozgásnak a külső, látható eredményét jellemzik, néha igen szemléletes módon. Lényeges különbség van a láb állás

és a járás közben tapasztalt alakja között. Amire álló helyzetben oda tudunk figyelni, arra egy összetett mozgás során kevesebb figyelem jut.

A LÁB SZERKEZETE, MECHANIKÁJA

A talp boltozatos szerkezete, mely két hosszanti és egy haránt irányú boltozatból áll (1. ábra), olyan komplex, energia elnyelő, tároló és visszatöltő mechanikai rendszer, mely a sarokütés tompítását, a járás rugalmasságát és a talajegyenetlenség kompenzálását végezve segíti a test előrehaladását.



1. ábra | Belső hosszanti boltozat (CA); oldalsó hosszanti boltozat (CB), elülső haránt boltozat (AB)

A fenti feladatokból következően egyszerre kell megfelelnie a proprioceptív receptorok által beállított, stabilitást adó, mégis három dimenzióban azonnal alkalmazkodni képes szerkezet kihívásainak. Mindezt élethosszon keresztül, fájdalommentesen.

A különböző térbeli felületekhez stabilan alkalmazkodni tudásának alapja a láb három pontos támasztó szerkezetében rejlik. Köznapi hasonlattal élve a háromlábú kisház az, amely minden talajon stabilan áll. A sarokcsont, az I. és V. lábközépcsont feje egy olyan előre nyíló hegyesszögű háromszöget alkot, melynek hátsó csúcsa sarokütéskor a talaj billenésmentes elérését, mintegy a lépés bázisát adja, első két csúcsa az elért pozíciót stabilizálva a test biztonságos továbbhaladását segíti. Az elülső megtámasztást adó I. és V. lábközépcsont fejek lehetővé teszik a törzs stabil helyzetét támaszfázisban és segítik az elrugaszkodásnál a megfelelő oldalirányú kiegyenlítést, azaz a haladási iránynak megfelelően tudjuk ellökni magunkat.

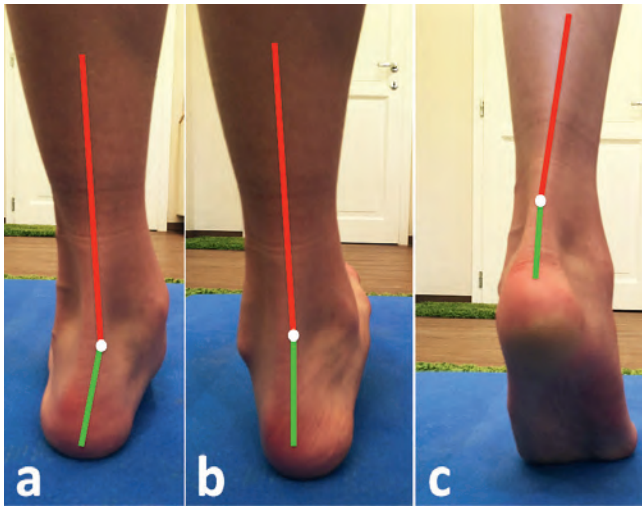
A boltozatok nemcsak alátámasztási pontokkal, hanem ívekkel és azok legmagasabb pontjaival is jellemezhetőek.

A hosszanti boltozat elemei belső oldalon a sarokcsont-ugrócsont-sajkacsont-ékcson-I. lábközépcsont, külső oldalon a sarokcsont-köbcsont-ékcson-V. lábközépcsont. A harántboltozat elemei a szezámcsontokkal kezdődően az I-V. lábközépcsontok. A hosszboltozat legmagasabb pontja az ékcson, a harántboltozaté a II-III. lábközépcsont.

A szerkezeti elemek mellett egyetlen funkciót kell kiemelnünk, ez pedig az ugrócsont és sarokcsont közötti úgynevezett alsó ugróízület mozgása. Ez gömbízület módjára három dimenzióban működve járul hozzá a talaj egyenetlenségeihez elengedhetetlen hárompontos támaszkodás létrehozásához. Amire korábban komplex mozgáspályaként utaltunk, az a következőkben foglatható össze: külső talpélre álláskor, lábujjhegyre álláskor a sarokcsont elülső része a belső oldal felé (mediális irányba) fordul és hossz tengelye körül kifelé forog, eközben az ugrócsont elülső része oldal felé (laterális irányba) tart, nyílrányú síkban nézve „emeli a fejét”. Visszaereszkedéskor fordított folyamat jön létre, azaz a sarokcsont elülső része oldafelé tart, tengelye körül befelé forog, az ugrócsont elülső része a belső oldal irányába mozdul és „bólintva” a talp felé tart.

A gyakran hangoztatott sarokbedőlés nem értelmezhető egyszerűen egy frontális síkú mozgásként. Az alsó ugróízületben a sarokcsont, ugrócsont alatti laterális, oldalirányú elmozdulása a sarok „bedőlését”, valgus állását fokozza, ellenkező irányú, azaz mediális, belső irányban történő elmozdulása a sarok varus állását hozza létre. Ez kitűnően modellezhető „medvejárással”, azaz külső talpélre terheléssel, vagy lábujjhegyen állással. Fontos megjegyezni, hogy a sarok fiziológiás állása felnőtt embernél 5-8° valgus állás, aktuális állása, mozgáspályája pedig igen sok tényezőtől függ, ilyenek az életkor, ízületi lazaság, az izomtónus, a csont és lágyrész fejlődési variációk, a kényszertartás.

Fontos kitérni arra is, hogy mit értünk az „aktív korrekció” kifejezésen. Lábujjhegyre emelkedéskor a hajlítóizmok csoportjába tartozó gastrocnemius és soleus mellett a tibialis posterior izom is erőteljesen működik. Ennek az izomnak a legfontosabb feladata a sajkaconon és a belső ékcsonon levő tapadásából adódóan a boltozat kialakítása, „felhúzása”, miközben a hosszboltozat megtartásáért jórészt a talpi hosszú szalag (ligamentum plantare longum) a felelős. Az Achilles-ín megfeszülése a sarok elemelkedését okozza, ami az alsó ugróízület fent részletezett mechanikai sajátosságából adódóan a sarok varus állásba történő görbülésével helyzetbe hozza a tibialis posterior izmot, melynek eredménye az ilyenkor kialakuló kitűnő hosszanti, íves boltozat (2. ábra).



2. ábra | (a) Fokozott valgus sarokállás, (b) külső talpélreállítás, (c) lábujjhegyre állás. Aktív izommunka mellett jól megfigyelhető a sarok magas kezdeti valgus értékének csökkenése és a mérsékelt varus sarokállás kialakulása

Az Achilles-ín központi szerepéről szót kell ejteni. A csontok növekedésének következménye az ín eredése és tapadása közötti távolság növekedése. Ez az izom-ín egységben feszülést hoz létre. A szervezet válasza az ín-csont, valamint az izom-ín átmenetben található feszülésérzékelő receptorok aktivációjára az ín-, izom hosszúnövekedése. Mihelyt a feszülés enyhül, az aktiváció szintje csökken, lassul a növekedés. Ez fiziológiás folyamat. A feszülés azonban nem kizárólag növekedés következtében csökkenhet, hanem azért is, mert a feszes ín kimozdítja végpontját – esetünkben a sarokcsontot – az alaphelyzetéből, kifelé vagy befelé forgatva. Előbbi mechanizmusra példa a lúdtalp, utóbbira a dongaláb kialakulása. Ez a folyamat legtöbbször kóros, okai között az egyéb izmok alacsony tónusa, az ízületek túlzott lazasága, a nagyobb testsúly említendő meg. Az ezt követő időszak magával hozhatja az Achilles-ín következményes rövidülését, amely nem más, mint alkalmazkodás egy új helyzethez. Nem tisztázott, hogy az ín rövidülése oka vagy következménye a lapos talp kialakulásának.

KORSPECIFIKUS MEGKÖZELÍTÉS

A méhen belüli életben a végtagok kifejlődésekor a láb boltozatos szerkezete kialakul. Születés után a lábak alkalmazkodnak a megnövekedett térhez és a legtöbb, úgynevezett tartási rendellenesség az első három hónap

során spontán is lényegesen javul, vagy megszűnik (felcsapott láb, mérsékelt sarló láb). Ahol a boltozatos szerkezet eleve hiányzik, ott a láb szerkezeti elemeinek ultrahanggal is értékelhetően kóros viszonyaival találkozunk. Például, a függőleges vagy ferde állású ugrócsontnál (talus verticalis, talus obliquus) a sarokcsont az ugrócsont feje fölött és tőle oldalsó irányban található, a sarokcsont elülső része az ugrócsont alatt oldal felé helyezett, hátsó része pedig felhúzott a rövid Achilles-ín miatt. Lúdtalpról értelemszerűen nem beszélhetünk.

Az egy év körüli, felálló, járását éppen tanuló kisdied terhelte lábkepe sokszor boltozat nélkülinek tűnő kép. Ez önmagában nem kóros állapot, hanem a láb válasza a frissen megszerzett függőleges pozíció kihívásaira. Terhelésre a sarok mérsékelt bebillenésével (valgizálódásával) a boltozat csökken, emellett a talpi zsírpárna meglétéből fakadó vizuális belső boltozati kitöltöttség is fontos „látványelem”. Ez a folyamat nem egy tisztán nyílrányú (szagittális síkú) süllyedés, hanem a fent már említett mechanizmus egészséges működése. Ebben az életkorban a járásképe és a láb pozicionálása alig értékelhető, lúdtalpról még nem beszélhetünk.

A lábujjhegyre állás vagy „pipiskedés” ennek az életkorban a jellemzője. A mozdulat, mely során azonnal látszik a hosszboltozat kialakulása és a lapos talp hajlékony mivolta, flexibilitása a legtöbb járóképes kisdiednél spontán tetten érhető, de felszólításra bizonyosan kivitelezhető. Ezt az ambuláns lapon a „lábujjhegyen álláskor jó/teljes aktív korrekció” kifejezéssel jelezzük. Mivel éppen a boltozatot kialakító izmok működnek, a lábujjhegyen állás elemi kíváncsiságtól vezérelt mozzanata nemcsak hogy megengedett, hanem kifejezetten támogatott mozgáselem. Más megítélés alá esik a később járnival kezdők (például hypotonia miatt) vagy feszes izomzattal járók lábtartása, járásképe, amelynek speciális diagnosztikájára és kezelésére jelen közleményünkben nem térünk ki.

Az időben járást kezdő gyermek első cipőjének tehát olyan lábbelit javasolunk, amelynek a talpa kifejezetten rugalmas. Nem szükségszerűen vékony, nem puha, hanem hajlékony. Hasznos, ha a cipő vagy szandál kéregrésze nem egy pánt csupán, hanem a sarokcsont, illetve az Achilles-ín lefutásának megfelelően magasabb és megtámasztó jellegű. A magas kéregrész nem elemi szükséglete a kezdőcipőnek, hiszen a láb be- és kifordulása (in-, eversio) alsó ugróízület eredetű, tehát elegendőnek tűnik az úgynevezett félmagas szárú cipő viseltetése is. Amennyiben egy cipő kéreg magasra van vezetve és ez segít a saroknak egyenesben maradni, segítheti a járást, de nem alapkövetelmény az első cipő választásakor. Olyan

lábbeli, melynek merev, rugalmatlan a talpa, akár csak annyira, hogy a gyermek saját súlya képtelen a meggörbítésére, semmiképpen sem alkalmas a láb fejlődésének megfelelő irányítására.

Három-négy éves korban már értékelhető a gyermek lábtartása, jól látható az esetleges ízületi lazaság, a boka bedőlése, a belső talpél egyenessége, esetleges konvexitása. Egész eddig az életkorig nem beszélhetünk valódi „lúdtalpról”. Panaszmentes esetben a fenti izmok rendszeres tornáztatása az elsőként választandó módszer. Bár lúdtalptornából igen sok fajta létezik, ehelyütt elsősorban az aktív ellenállás mellett végzett beforgató (inverziós) gyakorlatok fontosságát emeljük ki (3. ábra). Az ellenállást lehet rugalmas szalaggal vagy kézzel is adagolni. Ilyenkor a m. tibialis posterior egy, a lábat a járófelület felé húzó erő ellen dolgozik, így az ellenállás adagolásával az izom célzottan, kitűnően erősíthető. Ezek a gyakorlatok gyógytornász-felkészültséget feltételeznek és nem keverendők össze a mackójárás és papírdarabka-szedés általános gyakorlataival.

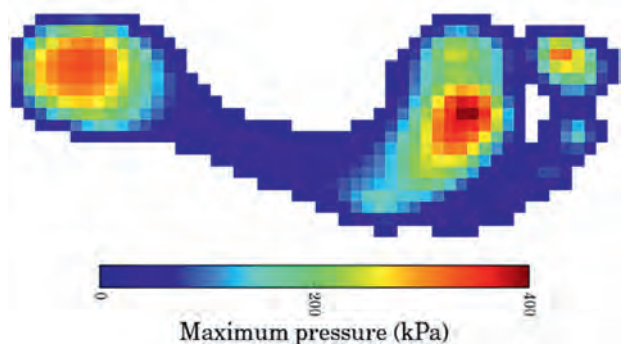


3. ábra | A rugalmas szalagot a sarok alá szorítva a belső (mediális) ívet leszorító erőt hozhatunk létre, ez ellen dolgozva célzottan erősíthető a boltozatot emelő izomzat

Ezt követően a láb növekszik, a sarok helyzete a boltozat magassága 7-9 éves korra kialakul. Közös gyermekortopéd álláspont szerint eddig az életkorig, ha egy mód van rá, ne adjunk betétet a gyermeknek, mert a betét által közvetített megtámasztástól nem alakul ki a boltozat, nem erősödnek az izmok, azaz nem tudunk oki terápiát folytatni általa. E helyen is hangsúlyoznunk kell a boltozatot tartó izmok gyógytornával végzett célzott erősítését. A láb 15-18 éves korra éri el végleges méretét, de szerkezete a külső erőhatások függvényében életünk végéig folyamatosan változik.

HOGYAN JUSSUNK DIAGNÓZISHOZ?

A diagnózis felállításához a szülőknek elég egy kitaposott, eljárt kergű cipő vagy nyáron a vizes talplenyomat. A lúdtalpas gyermek klinikai vizsgálatok a panaszokat, a láb formáját, mobilitását, a fentebb részletezett aktív korrekció tényét, az izmok, de különösen a tibialis posterior funkcióját értékeljük; deformitásra, kóros terhelésre utaló bőrkeményedéseket keresünk. Hasznos vizsgálati elem az Achilles-ín lefutásának bejelölése filctollal és az így húzott tengely változásának dokumentálása, fotózása vagy lejegyzése lábujjhegyre álláskor és külső talpélre terheléskor.



4. ábra | A digitális pedobarográfiás kép, mint egy domborzati kép úgy mutatja az egészséges vagy éppen kóros nyomásviszonyokat

A talpi nyomáseloszlás analóg vagy digitális (4. ábra) megjelenítése (pedobarográfia) is részévé kell hogy váljon az igényes vizsgálatnak, szemléletes eszköze a valódi terhelési pontok megjelenítésének. Sok lúdtalpnak véleményezett lábánál kiderül, hogy bár a belső hosszanti boltozata valóban mintha eltűnt volna, azaz talplenyomata árulkodó, valódi terhelést nem kap, éppen csak érintkezik a járófelülettel. A láb mezítláb járatás utáni „kosztérképe” hasonlóan informatív tud lenni.

Fontos, hogy az Achilles-ín feszessége, illetve a felső ugróízület mozgástartományának megítélésakor a sarokcsontot középhelyzetben tartsuk. Téves következtetést vonhatunk le a sarokcsont extrém valgus állása mellett elérhető extenziós mozgástartományból.

Kifejezett panaszokkal, extrém sarokcsonti valgussal, rendkívül szabad vagy erősen beszűkült alsó ugróízületi mozgékonyassággal, illetve aszimmetrikus lábtartással járó eseteknél radiológiai vizsgálat indokolt. Terhelt felvételeket készítünk két irányból, így a sarokcsont pontos tengelye, a boltozat magassága számszerűen is meghatároz-

ható, az I. lábközepcsont feje és a sarokcsont hátsó gumója közé húzott egyenes és sajkcsonst alsó pereme magasságának a hányadosa kiszámítható. A felvételeket ismételve a hányadosok összehasonlításával a változás jellege és mértéke meghatározható. Kifejezett alsó ugróízületi merevség esetén, ahol felmerül a lábtőcsontok összenövésének lehetősége, a fenti felvételek ferde beállításokkal vagy CT-vizsgálattal kiegészíthetők.

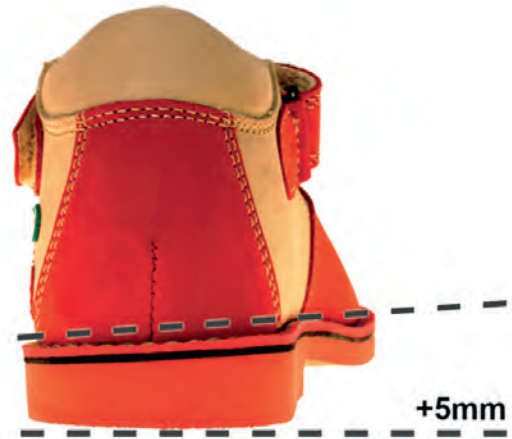
KEZELÉS

A konzervatív kezelés alapja a megfelelő intenzitású célzott izomerősítés, mely minden életkorban ajánlott, attól kezdve, hogy a gyermek képes aktív gyakorlatokat végezni. 7-9 éves korig a boltozat kialakulásában is szerepet játszanak e gyakorlatok, ezt követően teherbírásnövelő, panaszcsökkentő hatásuk kerül előtérbe. A célzott torna soha nem felesleges, kiemelendő az aktív ellenállás mellett végzett beforgató gyakorlatok fontossága. Mivel a lúdtalp kialakulásának egyik oka az Achilles kisfokú rövidülése lehet, ennek rendszeres nyújtása a sarokcsont középhezletben tartása mellett igen fontos gyógytornász feladat.

A sarokcsont frontális síkban értelmezett középhezletét műanyag sínrel megtartva is végezhető célzott Achilles-nyújtás. Bizonyos megközelítés szerint mozgóbokás, a sarkat jól befogó, alulról megtámasztó, térd alatti műanyag sínezettel (AFO) is lehet kezelni a nagymértékű flexibilis lúdtalpat azokban az esetekben, ahol az Achilles-ín feszsége vagy rövidsége a kiváltó ok. Ezeket az eszközöket a gyermekek járásukkor a cipőben hordják. A fenti álláspont képviselői minden egyes lépés korrekciós hatását hangsúlyozzák. A szerzőknek ezzel a kezelési módszerrel tapasztalatuk nincs. Előnye lehet, hogy a kiemelt külön gyógytorna helyett, a mindennapi rutin részévé válik az Achilles-ín nyújtása, hátránya talán a sínezethez használható cipő elfogadási nehézsége lehet.

Elterjedtek a szupináló vagy döntött sarkú cipők (5. ábra), melyek sorozatban vagy egyedileg gyártva is elérhetők. Jellemzője, hogy a belső oldalon megemelt és előrevezetett sarok billentő és beforgató hatással van a lábra, lapos talppal és kirotáló járásképp gyermekeknél használata ésszerű. Különösen a panaszos lábú gyermekeknél jótékony hatású, a 3-8 éves korcsoportban a gyermekek nagy többségével elfogadtatható. Tudományos szemszögből nézve azonban arra, hogy ortopéd cipő, műanyag sín vagy lúdtalpbetét hordása befolyásolja-e a boltozat kialakulásának folyamatát, nincs bizonyíték. Két prospektív

vizsgálat próbált választ keresni a fenti kérdésre, eredményeik szerint a fenti eszközöknek nincs statisztikailag bizonyítható hatásuk a boltozat változására.



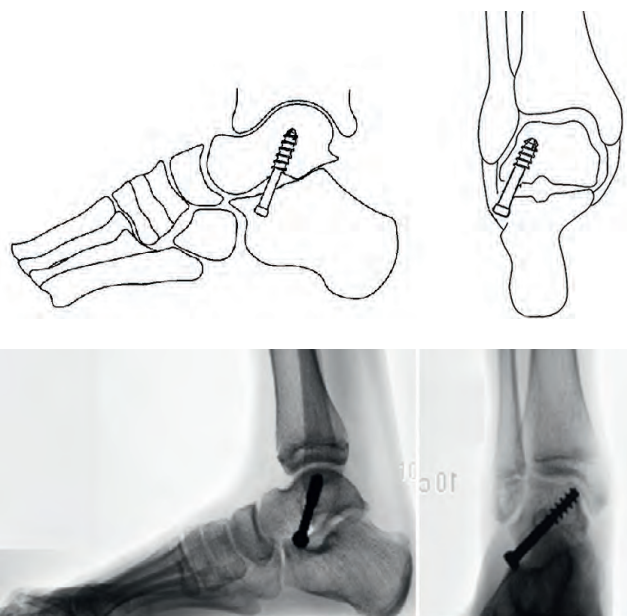
5. ábra | A szupináló sarkú cipőnél a döntés a cipő sarkába van építve, a döntést tehát nem utólagos betéttel hozza létre

Talpbetétrel lehetőség szerint a boltozat kialakulása, azaz 7-9 éves kor után lássunk csak el gyermeket. A betét elsődleges hatása a passzív megtámasztás, a rossz, már kialakult struktúrák megfelelő helyzetbe hozása. Ismert és kiszámítható alkalmi túlterhelés esetén igen fontos, jól lehet ilyenkor a cipővel való korrekció is mérlegelendő. Gyermekeknél a sajkaszerű, oldalra felmenő, a sarkat körülölelő betétet részesítsük előnyben, ez szendvicsszerűen kombinálva alkalmasabb a nagyobb testsúlyú gyermekek boltozatainak megtámasztására. Panaszmentes esetben a gyermek betétrel való ellátásának hasznossága kétséges, ha a beteg motivációja gyenge, nem fogja hordani a betétet. Panaszos, de merev alsó ugróízületű láb esetén a betét használata ellenjavallt, ilyenkor további kivizsgálás javasolt.

Szélsőségi kezelés igen ritkán indokolt a flexibilis lúdtalpnál. Azon esetek számára tartunk fenn, melyek a konzervatív kezelés kimerítését követően is panaszosak maradnak, rövid vagy feszes Achilles-ínnal járnak együtt, a lábon deformáltságot vagy komoly cipőhordási nehézséget okoznak. Az esetek egy részében, ahol ez utóbbi a kiváltó ok, az Achilles mérsékelt hosszabbítása elegendő lehet. Megoldást adhat a mostanában divatos talocalcanealis arthroereisis technika (calcaneo-stop). Optimális életko-

ri tartománya 8-13 év. A calcaneostop technika (6. ábra) során a beteg által akaratlagon is korrigálható mobilis alsó ugróízületet állítjuk be a korábbihoz képest szupinált állásba oly módon, hogy a behelyezett csavar beállított értéken túli mozgástartományban kellemetlenséget okoz. Ezt elkerülendő, a lábat a beteg a tervezett korrekciós helyzetbe állítja be, megtanulja ott is tartani, mind statikus helyzetben, mind járáskor, sportoláskor. A csavaros technika működése nem elsősorban mechanikai kitámasztáson, hanem a sinus tarsin keresztül a proprioceptív reflexkörre gyakorolt hatáson alapul. A műtét utáni lábkép, a boltozat azonnali kialakulása látványos, magáért beszél. Az Achilles-ín hosszabbításával együtt végezni ritkán válik szükségessé. Mérsékelt óvatosságra adhat okot, hogy az első járásanalitikai közlések szerint más terhelési képet ad a láb a műtét elvégzését követően, mint előtte, de ez sem a normális terhelési viszonyokat reprezentálja, hanem másfajta módon patológiás járásképre hasonlít. Arthrodesis, azaz ízületi elmerévítés a flexibilis lapos talp esetén gyermekkorban nem javasolt.

A merev lúdtalp, melynek oka a lábtő csontjainak kóros összenövése lehet, mindenképpen kezelendő. A szakirodalom szerint 8–12 éves kor között a sarokcsont és sarkacsont közötti, 12-16 éves kor között pedig az ugrócsont és a sarokcsont közötti összenövés a gyakoribb lelet. A pontos diagnosztikában a röntgenfelvételek mellett a CT-vizsgálat bizonyító erejű.



6. ábra | A calcaneostop műtét vázlatos rajza és radiológiai képe

A panaszos csontos összenövések műtéti kezelését 15 éves kor előtt célszerű elvégezni. Kezelésében az összenövés kimetszése és valamilyen „szigetelő” szövet közéforgatása a javasolt megoldás.

MEGBESZÉLÉS

A láb boltozatának a növekedés során észlelt változása a terhelésre adott szervezeti szintű válasz. A láb összetett, rugalmas szerkezete több, egyaránt egészséges egyensúlyi helyzetet tud beállítani és kezelni. Nincs szoros összefüggés a panaszok és a boltozat számszerűsített magassága között. A kisgyermekkori lapos talp legtöbbször nem igényel teendőt. A panaszos láb azonban mindig kezelésre szorul, jelezve, hogy a terhelés és teherbírás közötti egyensúly felborult. A kezelés alapja minden esetben a célzott gyógytorna és csak a konzervatív kezelésre nem reagáló, panaszos láb megoldása legyen műtéti. A felnőttkorban panaszos lapos talp és a gyermekkori flexibilis lúdtalp kapcsolata kézenfekvőnek tűnik, azt azonban, hogy melyik panaszmentes gyermekkori flexibilis lúdtalpból lesz panaszos felnőttkori elváltozás, nem lehet egyértelműen meghatározni. A prevencióban ezért is a körültekintő kiértékelést követő fizioterápiás kezelésnek van kiemelt szerepe.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Szendrői Miklós szerk.: *Ortopédia + CD* (2. kiadás). Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, 2009
2. Bender György: *Gyermekláb – gyermekcipő*. Golden Book Kiadó, 2000
3. Lynn T. Staheli, Kit M. Song: *Pediatric Orthopaedic Secrets* (3rd edition). Mosby, 2007
4. Richard M. Jay: *Pediatric foot and ankle surgery*. W. B Saunders Company, 1999
5. Mosca VS: Flexible flatfoot and skewfoot: An instructional course lecture of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. *J. Bone Joint Surg Am* 77: 1937–1945, 1995
6. Staheli LT, Chew DE, Corbett M: The longitudinal arch: A survey of eight-hundred and eighty-two feet in normal children and adults. *J. Bone Joint Surg Am* 69A: 426–428, 1987
7. Wenger DN, Mauldin D, Speck G, et al: Corrective shoes and inserts as treatment for flexible flatfoot in infants and children. *J. Bone Joint Surg Am* 71: 800–810, 1989
8. Mosca VS: Flexible flatfoot in children and adolescents. *J Child Orthop*. 4 (2): 107–121, 2010 Apr.
9. Moraleda L, Mubarak SJ: Flexible Flatfoot: Differences in the Relative Alignment of Each Segment of the Foot Between Symptomatic and Asymptomatic Patients. *Journal of Pediatric Orthopaedics* 31 (4): 421–428, June 2011
10. Bauer K, Mosca VS, Zions L: What's New in Pediatric Flatfoot? *Journal of Pediatric Orthopaedics* Post Author Corrections: August 20, 2015

Levelezési cím:

Dr. Szabó Miklós Károly
dr.szabomikloskaroly@gmail.com

Veleszületett lábdeformitások

Kifliláb, sarlóláb

DR. KÖRMENDI ZOLTÁN, DR. SZABÓ MIKLÓS KÁROLY, DR. CS. FRANK LÁSZLÓ,
DR. MARSCHALKÓ PÉTER

Heim Pál Gyermekkorház, Budapest

ÖSSZEFOGLALÁS

A metatarsus adductus az egyik leggyakoribb lábdeformitás csecsemő- és kisgyermekkorban. A szülők gyakran aggódva fordulnak védőnőhöz, háziorvoshoz, gyógytornászhoz. Érthető módon aggódnak, hiszen gyakran „dongaláb” diagnózissal küldik szakrendelőbe, esetleg gyógytornászhoz őket, ezért fontos, hogy a betegség eredetét, illetve lefolyását megismerjük, elkülönítsük azt a súlyosabb lábdeformitásoktól, és tisztában legyünk az állapot legtöbb esetben jóindulatú lefolyásával, és azzal, hogy mikor kell gyógytornászhoz, szakorvoshoz fordulniuk, ami ritkán bár, de műtéti korrekciót is jelenthet.

Kulcsszavak: metatarsus adductus, differenciáldiagnózis, lefolyás, gyógytornász, műtéti korrekció

SUMMARY

Metatarsus adductus is one of the most common foot deformities in infants and small children. Parents often get concerned and turn to health visitors, GPs and physiotherapists. Their concern is understandable since they get the initial diagnosis of “club foot” and are referred to a specialist or physiotherapy. This is why it is important to get acquainted with the origin and course of this disease, tell it apart from the more severe foot deformities, be aware of the mostly benign course of this condition, and to know when to refer patients to physiotherapist or specialist which might include – although rarely – surgical correction.

Keywords: metatarsus adductus, differential diagnosis, physiotherapist, disease course, surgical correction

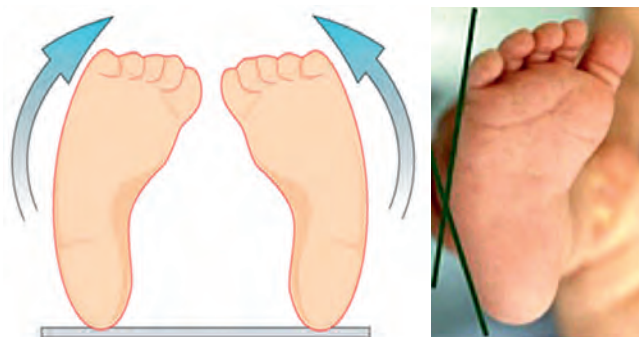
MEGHATÁROZÁS

Az előláb adductus tartása a sarokhoz képest, miközben a lábon egyéb kóros eltérés nem észlelhető. A sarok középpállásban, equinus, varus, valgus nélkül, az előláb pro-supinatus középpállásban.

Szinonimái: pes/metatarsus adductus, sarlóláb, ferdeláb, kifliláb

ETIOLÓGIA

Tudnunk kell, hogy a pes adductus közvetlenül a születés után nem észlelhető, jellemzően a születés után néhány héttel jelenik meg, részben a lábizomzat egyensúlyzavara miatt. Jellemzően a születés pillanatában nincs jelen a deformitás. A csecsemő életének első heteiben alakul ki. Koraszülött gyermekeknél nem jelentkezik, kizárólag időse született csecsemőknél. Etiológiáját tekintve számos faktor felelős a pes adductus kialakulásáért, ugyanakkor az, hogy koraszülött gyermekeknél nem figyelték meg, felveti a méhen belüli relatív helyhiány/tér-



1., 2. ábra | Pes adductus/annak „vonalzós-tesztje

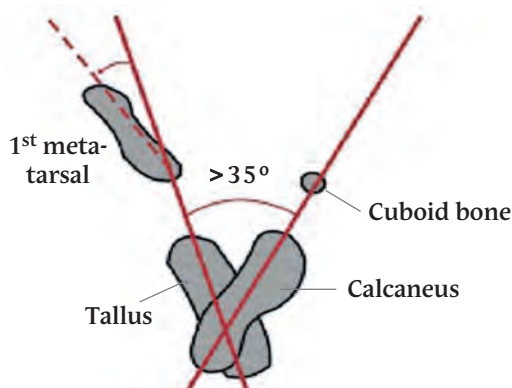
aránytalanság kóros szerepét is. A '80-as '90-es években, amikor a hason fektetés általános volt, lényegesen gyakrabban jelentkeztek a szülők pes adductus miatt, de amióta a csecsemőket a hátukon fektetik – a hirtelen bölcsőhalál szindróma elkerülése okán – ritkábban észleljük a fenti deformitást. Nem szabad lebecsülnünk az izomrendszer szerepét sem. A m. adductor hallucis, a m. tibialis

anterior és posterior izmok erősebbek a peroneus izomzathoz képest, amely izomegyensúly-eloszlási zavar adductus tendenciát hoz létre az előlábban.

KLINIKAI KÉP

Az előláb addukciós helyzetben van a sarokhoz képest, ugyanakkor el kell különítenünk a normál sarokállás mellett létrejövő metatarsus adductust, illetve abnormális – valgus – sarok mellett létrejött metatarsus adductust. Jó prognózisú, spontán gyakran rendeződő állapot esetén az AP röntgenfelvételen vizsgálva a talocalcanearis (TC) szög 35 foknál kisebb, ugyanakkor az I-es metatarsus a talus tengelytől medial felé helyezkedik el (pes adductus). Spontán kevésbé várható javulás abban az esetben amelyben az I-es metatarsus a talus tengelyétől medialisán esik és a TC szög 35 foknál nagyobb (skew foot).

A kezelhetőség döntően attól függ, hogy a talus tengelyétől medialisán elhelyezkedő I. metatarsus mellett a TC szög 35 foknál kisebb vagy nagyobb. Amennyiben a TC szög a 35 fokot meghaladja, rosszabb prognózisra számítunk.

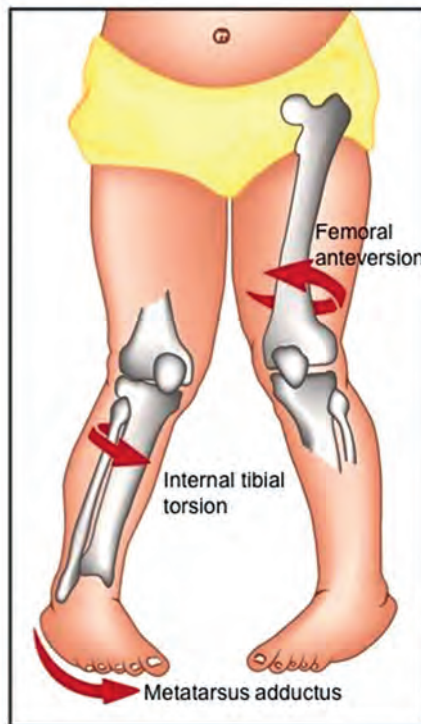


3. ábra | Rtg kép elemzés

DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKA:

Az előláb adductus helyzetét létrehozhatja a lábszár befelé rotációja is, mely rotációs helyzet a medial felé húzó izmok (a m. adductor hallucis, m. tibialis anterior és posterior) túlműködését hozza létre. Egyértelmű esetekben röntgenfelvétel nem szükséges, ugyanakkor amennyiben a sarok valgítás kifejezett, illetve felmerül, hogy a TC szög 35 foknál nagyobb, röntgenfelvétel javasolt. Ugyancsak gyakori jelenség, hogy a gyermek fokozott femur-fej-anteversiója következtében jön létre a femur-térd-lábszár láncolat befelé rotációja, ami a láb befelé rotációját okozza, a gyermek a saját lábában megbotlik, elesik. Ilyen esetekben azonban az előláb a sarokhoz képest nincs befelé fordulva (adductus helyzetben), csupán hasonlóság észlelhető a valódi pes adductushoz.

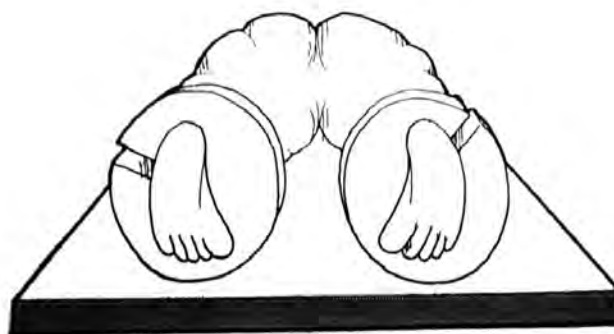
Ugyancsak a pes adductushoz hasonló klinikai képet kaphatunk a gyermek vizsgálatakor abban az esetben, ha a gyermek a lábujjaival spontán markoló mozgást végez, ugyanakkor ez esetben a markoló mozgás befejeztével az előláb adductió helyzete spontán megszűnik.



4. ábra | Femur anteversio hatás-mechanizmusa

PROGNÓZIS, KEZELÉS:

Az esetek közel 85%-ában (TC szög jellemzően 35 fok alatt) kezelés nélkül is spontán gyógyulás várható, így nem kétséges, hogy alapvetően jóindulatú deformitásról beszélhetünk. Ilyen esetekben a fizioterápia/gyógytorna nagymértékben gyorsíthatja a gyógyulást. Amennyiben az állapot persisztál, statikai problémákat okozhat. Legegyszerűbb és legolcsóbb kezelési mód a *fektető gyűrű*



5. ábra | Éjszakai terápiás szivacsarika

alkalmazása, amelyet hason fekvő csecsemőknél alkalmazunk. Ez a boka magasságában, a lábra húzott nagyméretű szivacska, mely a lábat hason fekvéskor az ágyról elemeli, pronációs helyzetét megátalja.

Az aktívabb kezelés szükségességét megítélendő, tesztet végzünk, mikor is a láb külső élének stimulációjakor spontán normál helyzet felvételét keressük (adductált helyzetből előláb középállásba kerül), illetve passzív repónálhatóságát vizsgáljuk. Ilyenkor gyógytornász által a szülőnek betanított gyakorlatok végzése minden pelenkázáskor néhány percig javasolt.

Szükség esetén *Bebax cipőt* vagy esetenként korrekciós körkörös gipszet helyezünk fel.

A *Bebax* cipő két félből épül fel: egy elülső és egy hátsó részből áll. A két részt egy gömbcsuklóban végződő rudacska tartja össze, melynek segítségével az előláb a sarokhoz képest a tér bármely irányában elmozdítható és imbuszfejú csavarokkal rögzíthető, így adductus láb esetén az előláb abductiós helyzetbe hozva azt korrigálhatjuk. Szükség esetén pro-supinációs korrekciót is be tudunk állítani.



6. ábra | *Bebax* cipő

Bebax cipő javaslata esetén 2-3 hónapon keresztül a nap 23 órájában viseltetjük a cipőt, amelyet előtte szakorvos korrekciós helyzetbe beállított. A feladást követő első héten kontroll szükséges, hiszen nem egyszer meg-esik, hogy a szülő a cipőt fordítva adja fel (oldaltévesztés), illetve a cipő a lábat feltörheti. Amennyiben megfelelő kooperációt tapasztalunk, 1 hónapig éjjel-nappal, további 1-2 hónapig 12 órát (éjszaka) viseltetjük a cipőt. Ezek után a gyermek a cipő viselését elhagyhatja és 6 hetet követően végleges kontrollt végzünk. Termé-

szetesen stabil járáskor, majd ezt követően évente kontrolláljuk.

Gipszelés esetén combtőig érő (a gipsz lecsúszását megakadályozandó) körkörös gipszet használunk 2-6 héten keresztül, heti váltásban, de megszakítás nélkül. Amennyiben a gyermek 7 éves koráig sem múlik el a metatarsus adductus, ritkán bár, de műtét is szóba jön. Lágyrész műtétek (medialis felszabadítás) általában nem elégségesek, jellemzően inkább csontos műtétek szükségesek, záró ékosteotomia, kombinálva nyitó – cuneiformén végzett – ékosteotomiával.

MEGBESZÉLÉS

A pes adductus problematikájával nagyszámú gyermeket hoznak szüleik ortopéd orvoshoz, illetve gyógytornászhoz, így fontosnak tartottam tisztázni és lehetőleg összefogni a többféle kezelési stratégiát, mely a szülőket sokszor összezavarja, elbizonytalanítja.

A „Nem kell azt kezelni, magától elmúlik” – vélemény-től a szivacsakarikán, a *Bebax* cipőn át, a korrekciós sínig, valamint egészen a körkörös combtőig felhelyezett gipszig széles a kezelési paletta.

Ebben kívántam egy kis segítséget nyújtani a tisztában látás kedvéért, illetve, hogy valóban lássuk ki/kik szorulnak, s milyen szintű kezelésre.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Farsetti P, Weinstein SL, Ponseti IV (1994) The long-term functional and radiographic outcomes of untreated and non-operatively treated metatarsus adductus. *J Bone Joint Surg (Am)* 76: 257–65
2. Hubbard A, Davidson R, Meyer J, Mahboubi S (1996) Magnetic resonance imaging of skewfoot. *J Bone Joint Surg Am* 78: 389–97
3. Katz K, Naor N, Merlob P, Wielunsky E (1990) Rotational deformities of the tibia and foot in preterm infants. *J Pediatr Orthop* 10: 483–5
4. Katz K, David R, Soudry M (1999) Below-knee plaster cast for the treatment of metatarsus adductus. *J Pediatr Orthop* 19: 49–50
5. Peterson HA (1986) Skewfoot (forefoot adduction with heel valgus). *J Pediatr Orthop* 6: 24–30
6. Rushforth GF (1974) The natural history of hooked forefoot. *J Bone Joint Surg (Br)* 60: 530–2
7. Smith JT, Bleck EE, Gamble JG, Rinsky LA, Pena T (1991) Simple method of documenting metatarsus adductus. *J Pediatr Orthop* 11: 679–80
8. Hefti F (1999) Osteotomien am Ruckfus bei Kindern und Jugendlichen. *Orthopade* 28: 750–9
9. Jani L (1986) Der kindliche Knick-Senkfuß. *Orthopade* 15: 199–204
10. Koutsogiannis E (1971) Treatment of mobile flat foot by displacement osteotomy of the calcaneus. *J Bone Joint Surg (Br)* 53: 96–100
11. Lin C, Lai K, Kuan T, Chou Y (2001) Correlating factors and clinical significance of flexible flatfoot in preschool children. *J Pediatr Orthop* 21: p378–82
12. Lowman CL (1923) An operative method for correction of certain forms of flatfoot. *JAMA* 81: 1500–5

Levelezési cím:
Dr. Körmendi Zoltán
zoltankormendi@hotmail.com

Veleszületett lúdtalp

DR. KÖRMENDI ZOLTÁN, DR. SZABÓ MIKLÓS KÁROLY, DR. CS. FRANK LÁSZLÓ,
DR. MARSCHALKÓ PÉTER

Heim Pál Gyermekkorház, Budapest

ÖSSZEFOGLALÁS

A talus verticalis (veleszületett lúdtalp) egy viszonylag ritka, súlyos lábdeformitás, amely a talus verticalis helyzetével és az os naviculare dorsalis dislocációjával jár. Fontos, hogy amennyiben súlyos „lúdtalpat” észlelünk gyógytornásként vagy orvosként, ill. ha egyoldali súlyos „lúdtalp” kerül a látóterünkbe, gondoljunk a talus verticalis lehetőségére, melynek a magyar megnevezése – veleszületett lúdtalp – azért lehet megtévesztő vagy félrevezető, mert azt sugallhatja, hogy a láb a hagyományos lúdtalpkezelési stratégia mentén kezelhető.

Kezelési metodikája utóbbi években sokat változott. Súlypontja az összetett műtétek felől a precíz, gipszel végzett manipulációsorozat, illetve minimal invazív műtét/műtétek kombinációja felé terelődött. Cikkünkben a konzervatív kezelés (gipszelés) fontosságát és hatásosságát szeretnénk kiemelni, melyet nagyon jól kiegészít a gipszelések között a láb gyógytornász általi átmozgatása, hangsúlyozva, hogy a gipszelési sorozat egy folyamatos, megszakítás nélküli tevékenység.

Kulcsszavak: talus verticalis, gipszelés, minimál invazív beavatkozás

SUMMARY

Vertical talus (congenital flatfoot) is a quite rare and severe foot deformity with vertical position of the talus and dorsal dislocation of the navicular bone. It is important that if we see a severe “flatfoot” as a physiotherapist or physician or if a patient presents with a severe unilateral “flatfoot” we should consider vertical talus in the background. Its Hungarian name – congenital flatfoot – may be deceptive or misleading because it suggests that the foot can be treated using the traditional strategy for flatfoot therapy.

The treatment strategy of vertical talus has significantly changed in the recent years. The focus has turned from complex surgical procedures to the combination of precise series of manipulation with plaster cast and minimal invasive surgery/surgeries. In this paper, I wish to emphasize the importance and efficacy of conservative (plaster cast) therapy which is very well complemented with foot mobilization by physiotherapist in between cast applications, although it needs to be stressed that the series of plaster cast applications should be performed in a continuous and uninterrupted manner.

Keywords: vertical talus, treatment strategy, plaster cast, minimal invasive surgery

ETIOLÓGIA

A talus verticalis előfordulása: 1/10000. Az esetek 50 százalékában önmagában jelentkezik, 50 százalékában neurológiai, illetve egyéb szisztémás megbetegedésekkel társulva. Meningomyelocele-s gyermekek 10 százalékában megjelenik a talus verticalis.

Eredetét tekintve pontos okát nem ismerjük, multifaktoriális okok állnak a háttérben. Az izoláltan jelentkező

talus verticalis esetén terhesség alatt fellépő okokra gondolhatunk. A 7. terhességi hétig a láb dorsalextensióban van, mely fokozatosan plantarflexióba fordul az ezt követő hetekben. Ezen helyzetváltozás elmaradása együtt járhat a m. triceps surae és a láb extensorok megrövidülésével. Hamanishi a következő beosztást javasolja:

- ❶ típus: talus verticalis gerincfejlődési anomáliákkal kapcsolódva



Talus verticalis csecsemő ill. gyermekkorban, annak kezelési sor szerinti rtg képével

- ② típus: talus verticalis neuromuscularis anomáliákkal kapcsolódva
- ③ típus: talus verticalis malformatiókkal kapcsolódva
- ④ típus: talus verticalis kromoszómális rendellenességekkel kapcsolódva
- ⑤ típus: idiopathias talus verticalis

Patoanatómiai szempontból az os naviculare a lábhát felé diszlokálódik, a talus a calcaneus előtt vertikális irányba billen, és oldalfelvételen a calcaneus horizontálisan áll. A sustentaculum tali hypoplasiás, ami lehetővé teszi a talus lecsúszását. Az összes szalag és ín mediálisan a belboka mögött meghosszabbodott, a m. triceps surae és a láb extensorok megrövidültek, kontraktúrák.

DIAGNOSZTIKA

Születéskor jellemzően diagnosztizálható: klinikai vizsgálat alapján a gyermek talpa konvex, bőrén callus, illetve idősebb korban, járóképes gyermeknél nyomási felület észlelhető.

A medialisan lebillent talus fej gyakorta tapintható. A sarok magasan áll, fölötte behúzóadás észlelhető, equinus deformitás tapasztalható, melyet gyakran elfed az előláb dorsalis extensioja.

DIFFERENCIÁL DIAGNÓZIS

Fontos elkülönítenünk prognosztikai szempontból a talus verticalistól a flexibilis lúdtalpat vagy ferde talus-t, melynek metodikája a következő. Oldalirányú lábfelvételt végzünk, először plantigrád pozícióban, majd maximális plantarflexióban. Flexibilis lúdtalp, illetve ferde talus esetében maximális plantarflexiót lábhelyzetnél a talus és a naviculare abnormális konfigurációja megszűnik. MR, illetve CT felvétel nem szükséges.



a
talus verticalis

b
flexibilis lúdtalp/
ferde talus

A talus verticalis diagnózisnak akkor is fel kell merülnie bennünk, ha nagyfokú vagy egyoldali „lúdtalpat” észlelünk.

KEZELÉS

Szindrómákkal nem társult idiopathias verticalis talus esetén:

Amilyen hamar csak lehet, (néhány hetes korban), elkezdjük a kezelést körkörös, combtőig érő gipszsorozat felhelyezésével, jellemzően 6 héten keresztül, heti váltásban. A korrekció lényege, hogy a lebillent talus fejre talp felől rátartva az előlábát pronatios és flexiós helyzetbe hozva gyakorlatilag dongaláb pozíció felé visszük a lábat, amely során a luxált naviculare fokozatosan a talus elé, normál pozícióba helyeződik, a vertikális helyzetű talus pedig fokozatosan horizontális helyzetet vesz föl, és reponálódik. A talonavicularis ízület percutan retrograd tűzése, ami szükség esetén nyitottan is végezhető, ezt követően Achillotomia. Amennyiben a talocalcanealis ízületet fel kell tárni, a tibialis anterior ínat a naviculare-ról leválasztjuk, és a talus nyakra dorsalisán varrjuk le, és ezzel a talonavicularis ízület helyzetét stabilizáljuk.



Korrekciós irányok gipszelés során

Szindrómákkal társult esetekben a fenti metodika szintén működőképes lehet, azonban hosszabb gipszelési periódussal számoljunk, illetve gyakrabban válik szükségessé nyílt, komplexebb műtétek végzése. Nincs konszenzus abban a tekintetben, hogy 1 vagy 2 lépcsőben végezzük el a műtéteket. Hároméves korig érdemes a műtéteket elvégezni. A műtét magába foglalja a boka körüli hátsó capsulotomiát, az Achilles-ín hosszabbítást, a naviculare nyílt repositióját és a talonavicularis ízület transfixatióját. Néhány szerző a m. tibialis anterior inát, a m. peroneus longus inát javasolja a talus nyakra átültetni.



MEGBESZÉLÉS

A fentieket azért tartom fontosnak átgondolni, mert az ortopédián és gyógytornán kezelt betegek jelentős része lábdeformitásokkal jelentkezik, és a napi rutin során könnyen elnézhetünk talus verticalis beteget amennyiben időről-időre nem szélesítjük látóterünket.

Fontos azt is szem előtt tartani, hogy a korábban döntően műtétrel, ill. műtétek esetleges sorozatával orvosolt lábdeformitások esetén előtérbe kerülnek a speciális gipszelési technikák mint fő kezelési elv, s ezt kiegészíti a kisebb műtéti beavatkozás.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Diepstraten AFM, Lacroix H (1992) Operative treatment of congenital vertical talus. European Pediatric Orthopaedic Society, 11th meeting, papers and abstracts 25
2. Dodge LD, Ashley RK, Gilbert RJ (1987) Treatment of congenital vertical talus: a retrospective review of 36 feet with long-term follow-up. Foot Ankle 7: 326–32
3. Drennan JC, Sharrard WJ (1971) The pathological anatomy of convex pes valgus. J Bone Joint Surg (Br) 53: 455–61
4. Duncan R, Fixsen J (1999) Congenital convex pes valgus. J Bone Joint Surg Br 81: 250–4
5. Evans D (1975) Calcaneo-valgus deformity. J. Bone Jt Surg (Br) 57: 270–8
6. Green NE, Lowery ER, Thomas R (1993) Orthopaedic aspects of prune belly syndrome. J Pediatr Orthop 13: 496–500
7. Hamanishi C (1984) Congenital vertical talus: classification with 69 cases and new measurement system. J Pediatr Orthop 4: 318–26

Levelezési cím:

Dr. Körmendi Zoltán
zoltankormendi@hotmail.com



**3D SCOLIOSIS TERÁPIA TANFOLYAM
A SCHROTH RENDSZER ALAPJÁN**
 Megújult, kibővített jegyzet!!!

Időtartam:	6 nap, 54 óra	Kreditpont: 40 pont
Tavaszi képzés:	I. rész: 2016. május 20-21-22. II. rész: 2016. június 3-4-5.	
	Jelentkezési határidő: 2016. május 6.	
Őszi képzés:	I. rész: szeptember 16-17-18. II. rész: október 14-15-16.	
	Jelentkezési határidő: 2016. szeptember 2.	
Részvevők:	gyógytornászok, 3-4. éves gyógytornász hallgatók, mozgásszervi orvosok	
Részvételi díj:	bruttó 65.000.- Ft (ÁFA mentes végösszeg)	

MIÉRT ÉRDEMES HOZZÁNK JÖNNI TANULNI?

- 32 sikeres tanfolyam, 935 elégedett hallgató
- Pedagógus, gyógytornász-manuálterapeuta, Schroth-terapeuta oktató, 13 év oktatási tapasztalattal
- Magyarország vezető szakembereinek előadása: az orvosi konzervatív terápiáról, a műtéti terápiáról és a korzettkészítésről
- Magas színvonalú, elegáns oktatóterem, Schroth eszközökkel felszerelt tornaterem
- Magas számú gyakorlati óra, a gyakorlati órákon gyakorlott páciensek, 3 gyakorlati oktató
- Részletes, kibővített, képekkel illusztrált jegyzet
- Hospitálási lehetőség a SpineArt Egészségközpontban

Tanfolyamvezetők: Holcsa Judit Schroth-terapeuta, gyógytornász-manuálterapeuta, testnevelés-rekreáció szakos tanár
 Braunerné Árkai Judit 3DST oktató, gyógytornász-manuálterapeuta
 Deák Rita 3DST oktató, gyógytornász-manuálterapeuta

A tanfolyamokról bővebb információ:
 e-mail: holcsa.judit@gmail.com, telefon: +36 30 991 5059
 Részletes program és Jelentkezési lap: www.spineart.hu

M A G Y A R



LOVASTERÁPIA
SZÖVETSÉG

Képzéseink 2016-ban

A korábbi évekhez hasonlóan, 2016-ban is lovasterapeuta képzést indít a Magyar Lovasterapia Szövetség Alapítvány, gyógypedagógusok, gyógytornászok számára. A képzések a Pedagógus továbbképzés Akkreditációs Rendszerében akkreditáltak. A képzés várhatóan 2016 júniusában indul.

Lovasterapeuta képzés gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna szakágon Alapítási engedély szám: 100/004/207/2011

Lovasterapeuta képzés hippoterápia szakágon
 Alapítási engedély szám: 100/004/206/2011

A Magyar Lovasterapia Szövetség Alapítvány (E-000793/2014) lovasoktatók és lovasedzők számára meghirdeti a

Fogyatékos személyek szabadidős- és lovasport-oktatója (E-000793/2014/B003)

elnevezésű képzését, mely várhatóan 2016 októberében indul.

Részletes információk: www.lovasterapia.hu
e-mail: mltsz@gyermekmento.hu

A veleszületett dongaláb kezelése

DR. CS. FRANK LÁSZLÓ, DR. SZABÓ MIKLÓS KÁROLY, DR. KÖRMENDI ZOLTÁN,
DR. MARSCHALKÓ PÉTER

Heim Pál Gyermekkórház, Budapest

ÖSSZEFOGLALÁS

A veleszületett dongaláb (pes equinovarus congenitus) az alsó végtag leggyakoribb fejlődési rendellenessége, 1000-ból egy újszülött születik dongalábbal. A deformitás oka ismeretlen. Kezelése jelenleg a világon a konzervatív terápia irányába tolódott. A legelfogadottabb kezelési módszert Ignatio Ponseti dolgozta ki, és a 90-es évek végétől terjedt el világszerte. Alapvető előnye a módszernek, hogy egyszerű, olcsó és rendkívül hatékony. Típusos, idiopátiás dongaláb esetén négyféle deformitás jellemző: cavus, varus, adductus, equinus. A kezelés alapja a deformált láb biológiája és funkcionális anatómiája. Először a cavust, az előláb adductust és a sarok varus helyzetét korrigáljuk hetente váltott gipszekkel. A kezelést általában 2-4 hetes korban kezdjük. Általában öt gipsz elegendő a cavus, az adductus és a varus megfelelő korrekciójának eléréséhez. Ezután percutan Achillotómiát végzünk az equinus korrekciója céljából, majd 3 hét gipszelés következik. Az elért korrekciót éjszakai abductió sín viselésével tartjuk meg. A kezelést a gyermek 2-4 éves koráig folytatjuk. A gyógytornász elsődleges feladata a korrekció megtartása, illetve az esetleges recidívák korai felismerése és lehetőség szerinti kezelése. Amennyiben a terápiás elveket betartjuk, típusos dongaláb esetén a kezelés a beteg egész életére erős, flexibilis és fájdalommentes lábat eredményezhet.

Kulcsszavak: dongaláb, pes equinovarus congenitus, Ponseti-módszer, konzervatív kezelés

SUMMARY

The congenital talipes equinovarus is the most common congenital deformity of the lower limb, one child out of every 1000 births has clubfoot. The cause of the deformity remains unknown. Nowadays the treatment is mainly conservative. The gold standard is the Ponseti method which was developed by Ignatio Ponseti and spread widely around the world since the end of the 90's. The concept is simple, cheap and very effective. The typical features of the clubfoot include cavus, varus, adductus, equinus. In our practice the treatment starts at 2-4 weeks after birth. To achieve the appropriate correction of cavus, adductus and varus 5 casting periods are necessary. The next step is percutaneous Achillotomy to correct equinus followed by the last cast for 3 weeks. The correction is maintained by night splinting using a foot abduction brace, which is continued until 2-4 years of age. The role of the physiotherapist begins in this part of the treatment to maintain the correction, to recognize and treat the early relapses as far as possible. If we observe the rules of the method the foot will be strong, flexible and pain free, allowing a normal life.

Keywords: clubfoot, congenital talipes equinovarus, Ponseti method, conservative treatment

BEVEZETÉS

A veleszületett dongaláb (1. kép) a gyermekortopédia egyik leggyakrabban említett problémája. Ennek egyik oka, hogy ez az alsó végtag egyik leggyakoribb fejlődési rendellenessége, minden 1000 élve született újszülött közül egynek dongalába van, mely az esetek felében kétoldali. A fiúk gyakrabban érintettek, mint a lányok.



1. kép | Típusos dongaláb

Oka mindmáig ismeretlen, bár sokféle elmélet született az elváltozás kialakulásának magyarázatára. Az egyik elmélet szerint a lábtőcsontok egymáshoz való viszonyának megváltozása okozza. Oka lehet a sinus tarsi ereinek hypoplasiája vagy a láb, illetve az izmok beidegzésének zavara. Egyesek az izmok, mások a kötőszövet kóros elváltozásával magyarázzák. Genetikai okok

sem kizárhatók, mivel a dongalábás szülők gyermekeinél gyakrabban jelenik meg a deformitás. Ha mindkét szülő érintett, ez az arány akár 30% is lehet.

A dongaláb kezelésének tradicionális megközelítése elsősorban konzervatív: redressziós gipszelés heti, majd kétheti váltásokkal a lehető legkorábbi kezdettel. A helytelen gipszelési alapelvek miatt azonban nagyon gyakran volt szükség kiterjesztett lágyrészműtétekre (Achillotomia és hátsó medialis felszabadítás). Ezek a műtétek később igen gyakran vezettek recidívákhoz, túllkorrekcióhoz, hosszabb távon ízületi mozgásbeszűküléshez, deformitásokhoz és fájdalomhoz.

Az új utak keresésének eredményeként Ignatio Ponseti az Egyesült Államokban, az 50-es években fejlesztette ki a dongaláb kezelésének jelenleg legelfogadottabb módszerét, mely a kilencvenes évektől terjedt el világszerte. A módszer rendkívül egyszerű és hatékony, típusos esetben 95%-ban ad rövid idő alatt jó eredményt. Emellett olcsó, így akár a fejlődő országokban is alkalmazható, ahol az esetek nagy száma miatt nemcsak orvosok, hanem gyógytornászok is végezhetik a redressziós gipszelést. A Ponseti-módszer eredményes lehet elhanyagolt, későn kezdett esetekben, illetve már más módon kezelt lábak esetén is. Így érthető, hogy radikálisan csökkentette az operatív kezelések számát. Jelenleg műtétet sikertelen konzervatív kezelés, recidív és más betegséghez társuló vagy annak következtében kialakuló másodlagos esetekben, illetve a szülők és a gyermek nem megfelelő együttműködése miatt feladott konzervatív kezelés esetében végzünk.

A KEZELÉS ALAPJA

A kezelés alapja a deformitás biológiája és funkcionális anatómiája.

1. BIOLÓGIA

A dongaláb a terhesség 16. hete után válik detektálhatóvá ultrahanggal, ezért azt gondoljuk, hogy a normál módon fejlődő láb alakul át kórosan a terhesség folyamán.

A láb fejlődése során intenzív kollagén-szintézis folyik a szalagokban, az inakban, illetve az izmokban. Ez a folyamat 3-4 éves korig zajlik. Ez lehet az oka, hogy a nem megfelelően kezelt esetekben eddig az életkorig várhatunk recidívát, emiatt kell az éjszakai ortézist a gyermek 4 éves koráig hordani.

Dongaláb esetén a boka körüli és a lábtőcsontok közti szalagok vastagok és feszesek. A kollagén rostok csavartak, hullámosak. Ez a jelleg teszi lehetővé, hogy a szalagok probléma nélkül nyújthatók. Néhány nap múlva a ros-

tok ismét csavarttá válnak, ami újabb nyújtást tesz lehetővé. Ez az alapja a heti váltásokkal végzett redressziós kezelésnek.

2. FUNKCIONÁLIS ANATÓMIA

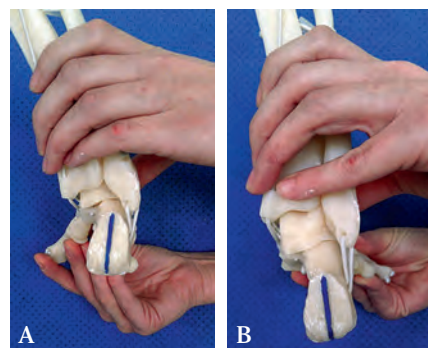
A dongaláb anatómiájának megértése kiemelten fontos mind az orvos, mind a gyógytornász számára.

A. izmok A m. tibialis posterior ina kiszélesedett, húzása igen intenzív, melyet a m. triceps surae és a m. flexor digitorum longus is támogat. Ezek az izmok a súlyossággal fordított arányban kisebb méretűek (lábszár atrophia) és rövidebbek. Funkcionálisan ezek tartják a lábat equinusban és az os navicularét és a calcaneust adductióban és inversióban.

B. csontok Dongaláb esetén a talus súlyos fokú plantarflexióban van, a talusnyak medial és plantar felé deformált, a fej ék alakú. Az os naviculare súlyos fokban medial felé diszlokált, a talusfej medialis részével képez ízületet. A calcaneus adductusban és inversióban van a talus alatt.

C. ízületek Funkcionális anatómiai szempontból a legfontosabb, hogy a tarsusok mozgásának nem egy tengelye van, és a tarsalis ízületek funkcionálisan egymástól függő viszonyban vannak. Mindegyiknek megvan a saját mozgástartománya, melyet az ízületi felszínek alakja és az ízületi szalagok határoznak meg.

A korábbi elképzelések szerint a tarsusok mozgása egy tengely körül is leírható. Ez a képzeletbeli ferde tengely a sinus tarsin futna keresztül fentről, anteromedialis irányból posterolaterális irányba lefelé. Dongaláb esetén a calcaneus elülső része a talus feje alatt van. Ez okozza a sarok varus és equinus helyzetét. Ha a képzeletbeli tengelynek megfelelően pronáljuk a lábat, akkor növeljük az előláb cavusát és hozzányomjuk az addukált calcaneust a talushoz. Ugyanígy, ha az eversiót erőltetjük abdukció



2. kép | A. A calcaneus varusban

B. Ha a támaszkodási pontunk a talus feje, akkor az előláb abdukciójakor a calcaneus középhelyzetbe kerül

nélkül, akkor a calcaneus a talushoz nyomódik, és nem fogjuk korrigálni a sarok varust sem. Ha a calcaneust abdukáljuk, akkor a sarok varus helyzete korrigálódik.

A korrekció során ezért az előlábát supináljuk és abdukáljuk úgy, hogy ellentartunk a talusfej laterális részén. Az előláb abdukciónál – az ízületek egymástól való függő viszonya miatt – a calcaneus is abductióba kerül, vagyis a sarok varus helyzete korrigálódik (2/A és 2/B kép). Az elért korrekciót gipszeléssel tartjuk meg. Öt nap elteltével a ligamentum újra nyújthatóvá válik, így a korrekció folytatható. Az equinus korrekciója céljából, mivel az ín nem nyújtható, az utolsó gipsz előtt Achillotomiát végzünk.

DIAGNÓZIS

A diagnózis a fizikális vizsgálaton alapul. A terápia szempontjából négyféle deformitás jellemző a dongalábra: cavus, adductus, equinus, varus. (Magyarországon tradicionálisan ötféle deformitásról beszélünk: equinus, varus, supinatus, adductus, plantiflexus.) A világon kétféle osztályozás terjedt el a deformitás súlyosságának és a terápia eredményességének megítélésére. Intézetünkben elsősorban az

SAROK	ELŐLÁB	
Sarokredő	Lateralis talpél görbülete	Medialis talpi redő
0=normál		
½=mérsékelt súlyos		
1=súlyos		
A calcaneus tapinthatósága		Az előláb korrigálhatósága a talus feje körül
0=a tuber tapintható	0=teljes	
½=a tuber részlegesen tapintható	½=részleges	
1=a tuber nem tapintható	1=fix, a talus feje subluxált	
Az equinus rigiditása (passzív dorsalflexio)		
0	½	1

1. táblázat | A Pirani-féle osztályozási rendszer.
Az elváltozás súlyosságát az adott pontok összege határozza meg.

angolszász pontozási rendszert (Catterall – Pirani score) használjuk (1. táblázat). Műteti eseteinkben a francia rendszert (Dimeglio – Bensahel score) vesszük alapul.

Egyes esetekben röntgenvizsgálatra is szükség lehet, főleg bizonytalan fizikális lelet vagy recidívák észlelése esetén, illetve műtėti terv felállításához. Normál esetben a talus és calcaneus hossz tengelye által bezárt szög az oldalirányú felvételeken 25 és 40 fok, az anteroposterior irányú felvételeken 30 és 50 fok közé esik. Dongaláb esetén, mivel a calcaneus a talus alatt van, mindkét irány esetén 0 fok körüli.

A diagnózis felállításában az ultrahang is segíthet, sőt a kezelés is követhető a megfelelő síkokban végzett mérésekkel.

OSZTÁLYOZÁS

A dongaláb osztályozása a prognózis megítélése, illetve a terápiai terv felállítása szempontjából fontos.

1. TÍPUSOS DONGALÁB

a. tartási A láb külső megjelenésében megtaláljuk a deformitásra jellemző összes jegyet, de az elváltozás annyira flexibilis, hogy egy-két gipszrel teljes korrekciót tudunk elérni.

b. típusos, idiopátiás Az egyébként egészséges gyermeknél a diagnózishoz szükséges fizikális kritériumoknak megfelelő lábat találunk, mely a Ponseti-féle kezelésre jól reagál.

Terápia szempontjából ebbe a csoportba tartozik még a későn kezdett (6 hónapos kor után), a korábban más módon kezelt típusos, illetve azok a recidív esetek, melyek a módszer nem megfelelő alkalmazása miatt következnek be (például, ha a gyermek nem viseli az éjszakai sint).

2. ATÍPUSOS DONGALÁB

a. rigid, rebellis A jól kivitelezett terápia ellenére sem tudunk jó eredményt elérni. Az ilyen láb általában rövid, pufók, a medialis és a sarokredő mély, az I. sugár rövidült és az I. metatarsophalangealis ízület hyperextendált.

b. szindróma része – pl. arthrogryposis

c. teratológiás – valamilyen méhen belül elszenvedett probléma miatt alakul ki a dongaláb

d. neurogén – pl. nyitott gerincvelő (meningomyelocele) esetén

e. szerzett

Utóbbi esetekben is a Ponseti-módszerrel kezdjük a terápiát, de a kezelés nehéz, a deformitás gyakran recidív, gyakran kényszerülünk kiterjesztett lágyrész vagy csontos műtét elvégzésére.

KEZELÉS

Fontos leszögezni, hogy a kezelés célja nem a normál anatómia helyreállítása, hanem, hogy hosszú távon a láb erős, flexibilis és fájdalommentes legyen.

A kezelés akkor a legeredményesebb, ha 7-10 napos korban kezdjük, de a módszer tulajdonképpen a gyermekor folyamán bármikor elkezdhető.

1. GIPSZELÉS

A gipszeléshez Ponseti ajánlása szerint normál gipszet használunk. Megfelelő alábélelés után az ujjvégektől a combtőig gipszelünk a térd 90 fokos flexiója mellett (3. kép). Első lépés a talusfej azonosítása. Ez lesz az a pont, amihez képest az előlábát mozgatjuk. Ha hüvelykujjunkat a talusfejre téve az előlábát supinált helyzetben abdukáljuk, akkor érezhetjük a naviculare és a calcaneus lateralis irányú mozgását. A korrekció első része, hogy az I. sugár felemelésével, vagyis az előláb supinációjával korrigáljuk a cavust. A további gipszelések során csak ezután tudjuk korrigálni az adductust és a varust. Típusos esetben heti váltásban 5 gipsz elegendő a megfelelő előláb-korrekció eléréséhez.



3. kép | A korrekció megtartására combtőig érő, derékszögű gipszet használunk

2. ACHILLOTOMIA

Az utolsó gipszelés előtt, általában helyi érzéstelenítésben, pontszerű metszésből (percutan) teljes Achillotomiát végzünk. Ezután ismét gipszelés következik, a láb teljes



4. kép | Denis-Browne sín

dorsalflexiós és kisméretű hyperabductiós helyzetében. Az utolsó gipszet 3 hét múlva távolítjuk el.

3. SÍN

Az utolsó gipsz után abductiós sínt (Denis-Browne sín) helyezünk fel az elért korrekció megtartására (4. kép). A sínben az egészséges láb 45°-os, a kezelt pedig 70°-os kirotált helyzetben van, a két láb vállszélességnyi távolságban. A két lábat összekötő rúd felfelé hajlított helyzetben van, így biztosítja a szükséges dorsalflexiót. Az első 3-4 hónapban a gyermek 24 órán át viseli, majd 12 órás éjszakai viselés következik a gyermek 3-4 éves koráig.

HIBÁK

1. AZ ELŐLÁB PRONÁCIÓJA

Az erőltetett pronáció növeli a cavust, a calcaneus adductióban és inversióban, azaz zárt helyzetben marad a talus alatt. A calcaneus a talushoz nyomódik. Hosszabb távon ez a talus trochleájának ellapulásához, következményes mozgásbeszűküléshez és fájdalomhoz vezet.

2. A LÁB KIROTÁCIÓJA

Ebben a helyzetben a calcaneus varusban marad, a talus a bokavillában kirotált helyzetbe kerül, a lateralis malleolus posterior irányú subluxációjához/luxációjához vezet. Ennek elkerülésére a talusfej lateralis részét támasztjuk meg hüvelykujjunkkal a korrekció során, ezáltal tesszük lehetővé a calcaneus abductióját.

3. KITE-FÉLE HIBA

Kite a tradicionális kezelés meghatározó alakja volt. Elképzelése szerint a deformitás minden egyes komponensét külön kell kezelni. Az előláb korrekciójához támasztási pontként a calcaneocuboid ízület közelében, a láb lateralis részén elhelyezkedő pontot ajánlotta (5. kép). Azonban ekkor a sarok varus helyzete nem korri-

gálódik. Nem ismerte fel, hogy a calcaneus varus helyezte csak akkor korrigálódhat, ha előbb abductióba kerül a talus alatt.



5. kép | Korrekciókor a támaszkodási pontunk a talus feje (TH). Korábban Kite nem ezt a pontot, hanem az os cuboideum és az V. metatarsus közötti ízület magasságát (NO) ajánlotta (Kite-féle hiba)

4. HINTALÁB

Ha az equinust a kielégítő előláb korrekció elérése előtt akarjuk korrigálni, akkor az a talpi rész ívelt, a hinta alsó részéhez hasonló elváltozásához vezet.

5. A SÍN VISELÉSE

Ahhoz, hogy a megfelelő korrekciót hosszú távon meg tudjuk tartani, elengedhetetlen a sín megfelelő viselése. Ennek elmaradása a legfőbb oka a recidíváknak.

KÖVETKEZTETÉS

Cikkünk elsődleges célja a módszer ismertetése és széles körben való terjesztése. Véleményünk szerint ma Magyarországon ez az elsődlegesen választandó módszer a dongaláb kezelésében. Jelenleg a világon közel 200 000 lábat kezeltek ezzel a módszerrel, és a sikeres kezelés aránya minden országban, beleértve az afrikai és ázsiai fejlődő országokat is, 90% felett van.

A dongaláb kezelése nem egyszemélyes feladat. A csapat része az orvos mellett a gyakorlott asszisztens, az ortopéd segédeszköz készítő, adott esetben az altatóorvos és nem utolsósorban a gyógytornász. Intézetünkben a gyógytornász szerepe elsősorban az elért korrekció

megtartásában, illetve a recidívák felismerésében és kezelésében van. Ennek része a gipszelések közötti passzív manipuláció, a sín viselésének időszakában végzett időszakos intenzív gyógytorna a teljes mozgásterjedelem kialakítása érdekében, később az izmok megfelelő erősítése, stimulációja, a reziduális deformitások korrekciója és a napi gyógytorna gyakorlatának kialakítása.

A dongaláb kezelésének fizioterápiás kezeléséről bővebben kollégánknak, Türei Orsolya cikkében olvashatnak.

A dongaláb kezelésének a Ponseti-módszerhez hasonló alapokon kifejlesztett változata elsősorban Franciaországban és Észak-Amerikában terjedt el. Az úgynevezett francia funkcionális módszer szerinti korrekciót gyógytornászok végzik. Ennek alapja a több hónapon át végzett intenzív passzív manipuláció és az elért korrekció rögzítése nem rugalmas tapasszal. A módszerrel a korrekció elérésének ideje hosszabb, mint a Ponseti-módszerrel, de irodalmi adatok szerint az eredmények szignifikánsan nem rosszabbak.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Bhargava SK, Tandon A, Prakash M, Arora SS, Bhatt S, Bhargava S. Radiography and sonography of clubfoot: a comparative study. *Indian J Orthop.* 2012;46:229-35.
2. Dimeglio A, Bensahel H, Souchet P, Mazeau P, Bonnet F. Classification of club-foot. *J Pediatric Orthopaedics Part B* 1995;4:129-36.
3. Dobbs MB, Morcuende JA, Gurnett CA, Ponseti IV. Treatment of idiopathic clubfoot: an historical review. *Iowa Orthop J.* 2000;20:59-64.
4. Dyer PJ, Davis N. The role of Pirani scoring system in the management of clubfoot by the Ponseti method. *J Bone Joint Surg Br* 2006;88:1082-4.
5. Herzenberg JE, Radler C, Bor N. Ponseti versus traditional methods of casting for idiopathic clubfoot. *J Pediatr Orthop.* 2002;22:517-521.
6. Jowett CR, Morcuende JA, Ramachandran M. Management of congenital talipes equinovarus using the Ponseti method: A systematic review. *J Bone Joint Surg Br* 2011;93:1160-4.
7. Morcuende JA, Dolan LA, Dietz FR, Ponseti IV. Radical reduction in the rate of extensive corrective surgery for clubfoot using the Ponseti method. *Paediatrics* 2004;113:376-800.
8. Pirani S, Outerbridge HK, Sawatzky B, Stothers K. A reliable method of clinically evaluating a virgin clubfoot. In: *Proceedings of the 21 st SICOT World Congress.* Sydney, Australia: 1999.
9. Ponseti IV. *Congenital clubfoot: fundamentals of treatment* Oxford University Press, New York 1996.
10. Radler C, Manner HM, Suda R, et al. Radiographic evaluation of idiopathic clubfeet undergoing Ponseti treatment. *J Bone Joint Surg* 2007; 89-A:1177-1183.
11. Richards BS, Faulks S, Rathjen KE, Karol LA, Johnston CE, Jones SA. A comparison of two nonoperative methods of idiopathic clubfoot correction: the Ponseti method and the French functional (physiotherapy) method. *J Bone Joint Surg* 2008, 90(11), 2313-2321.
12. Staheli L. *Clubfoot: Ponseti Management.* 3 rd ed. Global Help, USA; 2009. Szendrői, M. (szerk.) *Ortopédia Semmelweis Kiadó* 2009.

TOVÁBBI HASZNOS INFORMÁCIÓK AZ ALÁBBI LINKEKEN TALÁLHATÓK:

www.global-help.org
www.orthobooks.org
www.ponseti.info/
dongalaborvos.blogspot.hu/

Levelezési cím:
Dr. Cs. Frank László
csfrank@gmail.com

A Pes Equinovarus Congenitus leggyakoribb recidívájának magyarázata gyógytornász szemmel

TÜREI ORSOLYA

Heim Pál Gyermekkorház

„Hallom és elfelejtem
Látom és elhiszem
Csinálom és megértem”
Confucius

ÖSSZEFOGLALÁS

A Pes Equinovarus Congenitus Ponseti szerint végzett funkcionális szemléletű redressziós gipszelése csak a veleszületetten fennálló rövidülések kezelésére fókuszál. A terápia alatt alkalmazott korrekciós erők egész testre kifejtett hatásaira nem fordít kellő figyelmet. Így dominánsan az alsó végtagot érintő funkcionális deficitlánc képződik, amely a mozgásfejlődés során sem képes rendeződni. A fokozatosan elmélyülő hiányosságok generálják az előláb recidívát. Megoldásként javaslom kineziológiai ismereteink feltárását az ortopéd gyógyító team tagjai felé, segítve a terápia hiátuszainak kitöltését, illetve a kezelés folyamatába több ponton való kapcsolódásunk lehetőségének bővítését.

Kulcsszavak: Ponseti-féle redressziós gipszelés, funkcionális hiányosságok, járás kinematikája, adductus supinatus recidíva, fizioterapeuta kapcsolódási pontjai

SUMMARY

The functional approach of plaster according to Ponseti focuses only on the treatment of congenital shortening. It doesn't pay enough attention on the effects of the corrective forces during the therapy. Thus it leads to a functional deficit chain dominantly affecting the lower limbs which can't be resolved during the movement development. As a solution, I propose to explore the knowledge of kinesiology to the members of the healing orthopedic team to fill the gaps in therapy.

Keywords: Plaster according to Ponseti, functional deficiencies, gait kinematics, recurrence of adductus supinatus, interfaces of the physiotherapist

A dongaláb – *Pes Equinovarus Congenitus* – a leggyakoribb veleszületett láb deformitás. A kórkép korszerű kezelési metódusa Ignatio Ponseti által kidolgozott korrekciós protokoll. Az említett terápiát alkalmazó, ortopéd klinikai területet képviselő szakmai team gyógytornász tagjaként dolgozom a Heim Pál Gyermekkorházban. Fizioterapeutaként közel tíz éve kezelek dongalábas gyerekeket. Az általam alkalmazott terápiás módszerek 2011-től Dévény – szakgyógytornászi ismeretekkel és szemlélettel bővültek. Az intézmény még hivatalosan nem ellátási centrum, de az előforduló óriási esetszám és nagyfokú variabilitás miatt szinte már annak tekinthető.

Ponseti által kidolgozott, a láb összetett ízületi működéseit teljességgel szem előtt tartó korrekciós protokoll folyamatát a Heim Pál Gyermekkorház ortopéd szakorvosi team csapatától olvashatjuk a korábbi oldalakon.

Az alábbiak ismerete könnyen érthetővé teszi a terápia apró, de a test működése szempontjából nem elhanyagolható hiányosságait.

Mindezek ellenére ezt a kezelési formát ajánlom a korábban alkalmazott technikával szemben. Állásfoglalásomat az évek alatt megélt, átgondolt és rendszerezett összehasonlító gyakorlati tapasztalataimra építem (helyreállított struktúra – megvalósult funkció).

A dongaláb kezelése során típusos és individuális funkcionális eltérések jelenhetnek meg a kezelt gyermekek-nél pl.: genu valgum, genu recurvatum, súlypont frontális síkú eltolódása stb. (1.ábra). Természetesen mindezek minimalizálására törekszünk.

A visszaesés magyarázatát a recidivált esetek tanulmányozásából és elemi kineziológiai ismereteket felhasználva vezetem le.



1. ábra | A dongaláb kezelése során kialakuló típusos funkcionális eltérések

A LEGGYAKORIBB RECIDÍVA: ELŐLÁB ADDUCTUS, SUPINATUS

Az adductus, supinatus a korábban említett funkcionális deficitlánc egyik eleme. Azért generálódik, mert a deformitás strukturális korrekciója csak részben biztosítja az érintett végtagrészt fiziológiás működését („új” mozgásbeszűkülések alakulnak – alakulhatnak ki).

MI ÉS HOGYAN ZAJLIK LE PONTOSAN?

Gondolataimat az alábbi vázlat mentén rendszerezem:

1. A terápia predilectios pontjai és várható funkcionális következményei
2. A járás elemi, idetartozó kinematikai jellemzői
3. A hiányosságok talaján kialakuló torzulások, a recidíva manifesztálódása

1. A TERÁPIA PREDILECTIOS PONTJAI ÉS VÁRHATÓ FUNKCIONÁLIS KÖVETKEZMÉNYEI

1.1. A kórkép kongenitális lágyrész kontraktúráinak sorozatát a redressziós gipszelés és az egyponthoz achillotomia fel-, illetve megoldja, ugyanakkor a láb ízületeinek tartós rögzítése új funkcionális akadályokat képez a korrigált mozgásirányokkal ellentétesen. Ezek közül meghatározó a plantarflexio részleges vagy teljes beszűkülése. Tapasztalataim azt mutatják, hogy a Denis-Browne-féle ortézis (továbbiakban: D-B sín) viselése alatt sem képes a jelzett hiányosság magától rendeződni. Mindezek mellett az összetett mozgásokra való képesség is hiányos (pl.: plantarflexioban végzett abductio).

1.2. A gipszelés alatt a subtalaris rendszerben alkalmazott abductio irányú korrekciós erő a térd ízületben is rotációs erőt generál. A térd ízület is kirotált helyzetbe kerül. A gipszrögzítés miatt lágyrész rövidülés alakul ki laterálisan a térdet hajlító és a tibiát kirotáló izomcsop-

portban. Nevezett mobilitási probléma felerősödhet a testre egyedileg, generálisan jellemző izomtónus miatt is (hypoton jellegű izomzat fokozottan érintett). Ez a funkcionális eltérés kiinduló alapja lehet a D-B sín viselésekor gyakran észlelhető genu valgumnak. Mindezekkel párhuzamosan a térd mediális statikus-, és dinamikus stabilizátorainak túlnyúlása jön létre, ami a növekedés során tovább mélyítheti a valgus irányú tengelyállást (1. ábra).
1.3. A gipszelés alatt kialakult térd flexiós kontraktúra a Hamstrings izomcsoport rövidülését jelenti, ami a medence sagittális síkú billenését befolyásolhatja kedvezőtlenül.
1.4. Egyoldali dongaláb esetén mindig, kétoldali érintettség esetén gyakran bekövetkezik a súlyvonal frontális síkú eltolódása a „lazább” ízületi rendszer irányába. A súlyvonal fiziológiás helyzetének megváltozása a teherviselő ízületeket főizomként mozgató antigravitációs izmok aszimmetrikus terhelését idézi elő. Az érintett izomcsoportok túl-, illetve alul funkcionáltatása alakul ki, ami látványos körfogatbeli különbséget okoz (1. ábra).

Könnyedén előre vetíthető, hogy a kialakuló vagy fennmaradó eltérések, az egészséges alsóvégtagtól elvárható mozgásmínőséget nem tudják biztosítani. Ha a testben uralkodó finom statikai egyensúly megbomlik, akkor a precíz mechanikai folyamatokban is zavar keletkezik. A struktúra meghatározza a funkciót, a funkció pedig visszahat a struktúrára.

2. A JÁRÁS ELEMİ KINEMATIKAI JELLEMZŐİ

A fiziológiás járásképet elemi ismerete segít az eltéréseket észlelni és értelmezni. Terjedelmi korlátok miatt csupán a legfontosabb kinematikai történéseket emelem ki.

A járás alapegysége a *lépésciklus*. Két lépés alkotja, de egy végtag mozgásának viszonyában értelmezzük. A lépésciklus a vizsgált végtag talajra érkezésének pillanatától ugyanazon végtag talajra érkezésének pillanatáig tart. Két nagy egységre bontható: a *támaszkodásra* és a *lengésre*. Jelenleg számunkra a zárt kinetikus láncban zajló támaszkodási fázis a lényeges.

A támaszkodás fázisa *három alfázisra* tagolható, mindezek négy pillanattal határozhatóak meg.

A támaszkodás alfázisai:

1. Saroktámasz: Heel-Strike (HS) – Foot-Flat (FF) között
2. Gördítés: Foot-Flat (FF) – Heel Rise (HR) között
3. Elrugaszkodás: Heel-Rise (HR) – Toe-Off (TO) között

A támaszkodás alfázisait elhatároló pillanatok:

1. A sarok talajérintésének pillanata: heel-strike
2. A teljes talp leérkezésének pillanata: foot-flat

3. A sarok elemelkedésének pillanata a talajról: heel-rise
4. Öregujj teljes elemelkedése a talajról: toe-off

Az általunk észlelt funkcionális eltérések torzító hatása mindhárom egységben nyomon követhetőek.

A fiziológiás járásminta létrejöttének kulcsa a *subtalaris ízület*, működése a teljes alsóvégtag mozgásmintáját indukálja. Az alsó ugróízületi rendszer a saroktámasz pillanatában még enyhén invertált helyzetű, majd gyors evértálódás zajlik le benne, ami a talp leérkezésének pillanatára éri el maximumát. Ettől a ponttól kezdve az ízületben inverziós irányú elmozdulás kezdődik, ugyanakkor az ízületi helyzet még evértált marad, ami a gördítés és az elrugaszkodás ideje alatt biztosítja az adaptációt. A sarok elemelkedésekor az alsó ugróízület már invertált helyzetű, ami a hallux elemelkedésekor éri el maximumát. Ez az ízületi helyzet a stabilitást szolgálja a hatékony elrugaszkodás érdekében. Az elrugaszkodás a hallux proximális végéről történik.

A felső ugróízület mozgásainak áttekintése is elengedhetetlen, hiszen funkcionális egységet képez a subtalaris rendszerrel

A felső ugróízületben a saroktámasz fázisában az ízületi elmozdulás iránya plantárflexiós. A gördítés alatt folyamatos dorzálflexió zajlik egészen a sarok elemelkedésének pillanatáig. Az elrugaszkodás fázisában gyors és energikus plantárflexió történik, amihez a hallux elemelkedésének pillanatában maximális plantárflektált ízületi helyzet társul.

Tehát: a hallux talajról történő elemelkedésekor a felső ugróízület maximálisan plantárflektált, az alsó ugróízület pedig invertált helyzetben van.

Az öregujj ideális pozicionálásához szükséges a lábtőcsontok és a lábközépcsonatok közötti ízületi apparátus integrált működése. Ez az integritás a plaszticitást szolgálja.

3. A HIÁNYOSSÁGOK TALAJÁN KIALAKULÓ TORZULÁSOK, A RECIDÍVA MANIFESZTÁLÓDÁSA

A fiziológiás járásmintához fiziológiás mozgásjellemzőkre van szükség az alsó végtag mobilitását biztosító ízületi rendszerben! Az ízületek megfelelő mozgásminőségét a képletek fiziológiás mozgékonyasága jelenti, ami a *mobilitással* és az *izomerővel* jellemezhető.

A kezelés során manifestálódó funkcionális eltérések miatt a láb ízületeinek mozgáslehetőségei az alábbi módon alakulnak

A felső ugróízület mozgékonyasága plantárflexió irányába csökkent, ezért a láb dorzális felszínén lévő lágyrészek

aktív-, és passzív megnyúlásra való képessége is csökken. Ebből adódóan a m.triceps surae (TS) alulműködött állapotba kerül. Az izom ereje nem lesz kielégítő a test optimális vertikális irányú mozgásához. A korlátozott mozgásterjedelem miatt az elrugaszkodás kisebb erővel és kisebb mozgáspályán zajlik. A lábháton elhelyezkedő képletek rövidülése nem biztosítja a lábtő és az előláb közti integritás ideális megvalósulását, ezért a hallux nem képes az elrugaszkodás idejére a talajra kerülni. Az előláb invertált helyzetben marad, az elrugaszkodás helye lateralizálódik. Mindez a súlypont laterálisabb előre haladását jelenti. Az inverzió miatt a mediális talpszél nem érintkezik a talajjal, ami a lábujjak megemelkedésével jár együtt. Az egyensúlyi helyzet fenntartására az ujjak fokozott flexiója jön létre. A láb „kapaszkodik” a talajba.



2. ábra | A kép kiválóan mutatja a funkcionális hiányok talaján ismételten létre jövő adductus supinatus

Járáskor lateralizálódva előre haladó súlypont a lábszár külső-, és belső oldalán elhelyezkedő kontraktilis-, és nem kontraktilis elemekre aszimmetrikus terhelést ró. Kongenitálisan a laterális oldalon lévő képletek lazábbak, így gyengébbek is. Tehát a subtalaris ízület pozicionálása a talajfogáskor és a súlypont előrehaladásakor nem lesz megfelelő, a sarokcsont varizálódása észlelhető.

AJÁNLOTT KEZELÉSI PROTOKOLL

Tapasztalataimból kiindulva gondolatébresztő és cselekvésre ösztönző szakmai ajánlással élnék: Ideálisan kezelt esetekre vonatkoztatva meghatároznom a fizioterapeuta minimális kapcsolódási pontjait a kezelés folyamatába.

A felállított szempont rendszer kitűnően illeszthető a mozgásfejlődés lépcsőjéhez:

1. 3-5 HÓNAPOS ÉLETKOR – STRUKTURÁLIS KORREKCIÓ ALATT VAGY KÖZVETLENÜL UTÁNA

Első konzultáció a gyógytornással

Feladataink:

- gipszelés mellett, illetve a gipszeléstől kialakuló vagy elmélyülő testtartási rendellenességek korrigálása, megszüntetése DSGM technikával
- strukturálisan korrigált láb mindenirányú mozgékony-ságának megtartása egyéb manuális technikákkal (szülő részére is elsajátítható formák)

2. 8-10 HÓNAPOS ÉLETKOR – RÉSZTERHELÉS ILLETVE TELJES TESTSÚLYTERHELÉS MELLETTI ALSÓ VÉGTAG HASZNÁLAT

Második konzultáció a gyógytornással

Feladataink:

- szabályos felállás jellemzőinek ismertetése és gyakoroltatása
- egyoldali érintettség esetén biztosan kialakuló alsó végtagi oldaldominancia csökkentésére irányuló törekvések, javaslatok

3. 12-18 HÓNAPOS ÉLETKOR – ÖNÁLLÓ JÁRÁS

Harmadik konzultáció a gyógytornással

Az egész gyógyító folyamat itt vizsgáljuk. Láthatóvá válik a struktúra és funkció ok-okozati összefüggés rendszere.

Cél: egészséges láb, fiziológiás járásképp (mozgékony-ság, izomerő)

- járásképp elemzés
- cipőviselési tanácsok

4. 5-6 HAVONTA KONTROLL (SZABÁLYOS FUTÓMOZGÁS MEGJELENÉSÉIG 3-4 ÉVES ÉLETKOR)

Dinamikus mozgások minőségi kontrollja

Ez a javaslat a *minőségi minimumot* jelenti és kizárólag Ponseti szerint, ideálisan korrigált struktúrára értendő! *Ha a terápia során bármilyen szinten eltérést tapasztalunk, akkor feladataink megsokszorozódnak!*

KÖVETKEZTETÉS

A részletezett biomechanikai történésekkel világosan magyarázható az előlábban funkcionáltatás hatására (önálló járás) ismételten megjelenő adductus supinatus deformitás. Az optikailag jól korrigálnak mondott dongaláb (struktúra) nem biztosíthatja megfelelően a funkciót, ha nem ideális a mobilitása.

Ez a gyakorlati tapasztalat arra figyelmeztet minket, gyógytornászokat, hogy ismertessük kineziológiai tudásunkat a szakmai team tagjaival. Tágítsuk gondolkodásunkat a test működésének holisztikus megközelítése felé. „...Ha a részfunkció működése hiányos, az „egész” működése sem lehet teljes.” (Dévény Anna)

A dongaláb kezelésekor számunkra a szülő értő figyelmének elnyerése a legfontosabb, hiszen az általunk közvetített feladatokat – a mobilitás megőrzése, izomerősítés – a hétköznapi történéseibe illesztve biztosítható csak a terápia sikeressége.

Köszönöm, hogy velem tartottatok és kitartottatok a nem éppen olvasmányos, de annál inkább hasznos, gyakorlati tapasztalatokból összegződő szakmai értekezésre.

Levelezési cím:

Türei Orsolya

tureiorsi@freemail.hu



FÜGGESZTÉSES TECHNIKÁK TERÁPIÁBAN ÉS TRÉNINGBEN



Nürnbergi Rácsos Függesztő



Magasságállítósú,
osztott fekvőfelületű
kezelőágy



Redcord Profi Munkaállomás

KÉRJE RÉSZLETES TERMÉKISMERTETŐNKET! • DIA-MED KFT. • 25 ÉVE AZ EGÉSZSÉGÜGY SZOLGÁLATÁBAN!

2040. Budaörs, Bor u. 76. • Tel: 06-23-441-293, 06-20-9349-740 • e-mail: dia-med@t-online.hu • www.dia-med.hu

Egy mai szüfrazsett

CSÚRÖS ÉVÁVAL BAJKAY ÁGNES BESZÉLGETETT

„Csak az lehet jó szakember, aki jó ember.” Ez a hitvallása Csűrös Évának, a Merényi Gusztáv Kórház gyógytornásznak. Elhivatottsága és munkabírása példaértékű. Nemcsak gyógyít, tudását és tapasztalatát át is adja a fiatal gyógytornász-nemzedéknek, oktat, segít, bátorít. Jó szakember, jó ember. Hosszú éveken át a Fizioterápia lap főszerkesztője, aki a közelmúltban adta át a stafétabotot. Ebből az alkalomból kérdeztem munkáról, tanulásról, családról. Próbáltam megfogni, vajon honnan meríti soha nem lankadó lelkesedését és tetterejét.



Sok gyógytornásztól hallottam már, hogy eredetileg orvosi pályára készült. Te mindig is gyógytornász szerettél volna lenni?

Nálam is így volt. Pontosabban az édesanyám szeretett volna orvos lenni, és mivel az Ő élete másként alakult, bennem akarta megvalósítani ezt a régi vágyát. Közel is állt hozzám ez a pálya, viszont mivel nagyon szerettem sportolni, dilemmáztam, hogy testnevelő tanár vagy orvos legyek. Ekkor mondta nekem az egyik – egyébként kórházban dolgozó - unokatestvérem, hogy miért nem leszek gyógytornász. Ez a pálya ötvözi mindkét hivatást; gyógyítasz is és tornáztatsz is.

A traumatológiát te választottad, vagy csak a véletlen hozta így?

Már a főiskolai gyakorlatok alatt is a traumatológia és az ortopédia tetszett a legjobban. Nagyon nehéznek találtam, eleinte nem értettem a műtétek logikáját, hogy mit, miért, hogyan rögzítenek, statika, dinamika. De az nagyon tetszett benne, hogy ezek a páciensek nem betegek, hanem sérültek, van esélyük a teljes gyógyulásra. Persze az élet ezt nem pont így igazolja, mert itt sem mindig teljes a gyógyulás, de akkor még ebbe nem láttam bele. Például reumatológia gyakorlaton az ORFI-ban láttam a fiatal RA-s betegeket, és tudtam, hogy sosem fognak teljesen meggyógyulni. Az nagyon nyomasztott engem. Már ekkor tudtam, hogy a baleseti sebészet vonz leginkább.

Van kedvenc területed a traumatológián belül?

Nagyon szeretem a térd, a váll és a csípőízület sérüléseinek postoperatív- és utókezelését, de most a munkám során, a kórházban és a magánrendelőben is, nagyon sok gerinc problémával küzdő páciensem van, akik persze nem csak traumatológiai, hanem ortopédiai problémával is jönnek hozzám.

Nagyon sokat vállalsz magadra; elvégezted a Testnevelési Egyetem Humánkineziológia szakát, a Merényi Kórház gyakorlati hely és államvizsgahely, így aktív részt veszel a jövő gyógytornászainak képzésében, a Fizioterápia lap főszerkesztője voltál mostanáig, és mindemellett még magánpraxisod is van. Mindig ilyen aktív voltál?

Igen, mindig ilyen voltam. Nem szeretek unatkozni, szeretem aktívan eltölteni a mindennapjaimat. De vannak olyan időszakok is, amikor kicsit a háttérbe szorulok, vagyis inkább a háttérbe bújok.

Tehát ez mindig saját döntés?

Igen. Próbálok mindig racionálisan dönteni. Egyrészt, hogy mennyit tudok vállalni, hogy amit vállallok, el tudom végezni maradéktalanul. Másrészt, hogy kell-e nekem mindent elvállalni. Egyébként vezéregyéniség vagyok, szeretek dönteni. Ez így van otthon is és itt a munkában is. A férjem mindig azt mondja, hogy ha korábban születek, szüfrazsett lettem volna. Az újság szerkesztése mindig nagyon

vonzott, nagyon örültem, mikor beválasztottak a szerkesztőbizottságba, és annak is, amikor az előző elnök helyére léphettem a szerkesztőbizottság elnökeként. Bár akkor még félelem is volt bennem, nem láttam még úgy át a dolgokat.

Az egyetemet azért végeztem el, mert a főiskolások folyamatosan jöttek gyakorlatra a már 4 éves főiskoláról, ami az én időmben még 3 éves volt, és attól féltem, hogy többet fognak tudni, mint én. Másrészt a főiskola is ajánlotta, hogy akik gyakorlatot vezetnek, nem árt, ha elvégzik az egyetemet. Akkor még ez volt a mesterképzése a gyógytornászoknak, ez az egy lehetőség volt. Szerettem volna egyetemi diplomát, de leginkább szerettem volna többet tudni.

Érzed a gyakorlati hasznát az ott megszerzett tudásnak?

Konkrétan itt a kórházban a betegek kapcsán nem. De arra nagyon jó volt, hogy egy szemléletet adott. Például mi a főiskolán még nem tanultunk annak idején kutatáselméletet. Nagyon szerettem és jól megtanították a gyógytestnevelést és a biomechanikát. A főiskolás oktatásban is remekül tudom alkalmazni. Egyszer egy hallgató megkérdezte gyakorlaton, hogy mi a különbség a CT és a spirál CT között? Szerencsémre biofizikából pont akkor tanultunk erről az egyetemen, és olyan büszke voltam magamra, amiért tökéletesen el tudtam magyarázni neki.

A családod hogy viseli ezt a rengeteg aktivitást?

Megszokták. Amikor az egyetemre jártam, egy kicsit nehezen viselte a férjem. Azt kaptam ajándékba a diplomaosztómra, hogy befizetett egy római útra a gyerekkel együtt. Egy buszos, idegenvezetős útra mentünk el, ahol szájatva hallgattam az idegenvezetőt, hogy mennyit tud. Velencében, Rómában bármelyik templomba bementünk, az összes festményt kente-vágta. Annyira csodáltam a tudását, hogy amikor hazajöttünk a gyerekkel, lelkesen meséltem a férjemnek, hogy úgy döntöttem, beiratkozom az ELTE-re művészettörténet szakra. Persze csak viccből mondtam, de a férjem, biztos ami biztos, azt mondta, hogy ha viszed a felvételi jelentkezési lapodat feladni, ne felejtse el a válókereseti papírt is beadni. Mert még egy egyetemet nem asszisztál végig. Persze Ő is csak viccnek szánta. Volt olyan, hogy szigorlat előtt otthon zokogtam, hogy nem megyek el, abbahagyom, nem csinálom tovább. Értethető, hogy több ilyen nem akart. De egyébként jól viseli. Jövőre lesz 30 éve, hogy házasságunk.

Van bármi köze az egészségügyhöz?

Nem, ő gépészmérnök. De mára egészen jól elsajátította a gyógytornával kapcsolatos dolgokat. Ezt baráti tár-

saságban hallom néha, amikor például valaki panaszkodik, hogy fáj a dereka és tanácsot akar kérni tőlem, és hallom, hogy a férjem mondja, hogy arra nem jó a McKenzie. Úgyhogy sok minden ragadt rá az évek alatt. A fiunknak, Péternek viszont van, szereti az egészségügyet, és szerintem ez tőlem származik.

Mikor kicsi volt, rengeteg időt töltött velem a kórházban. A férjem és én is vidékiek vagyunk, így nem volt nagymama, aki segítsen, amikor beteg volt a gyerek. Ezért olyankor többször előfordult, hogy kénytelen voltam bevinni a kórházba. A fiatal orvos kollégák lelkesen vizsgálták, nézték a torkát, mérték a lázát, le tudtuk fektetni, ha pedig már jobban volt, ment a gipszelőbe „segédkezni” a Pistának, aki akkor a gipszelős kolléga volt a Csepeli Traumatológián. Odament a nénihez, simogatta őket, hogy „nagyon fáj?”. Sokáig orvos akart lenni, de annyira szerette a kémiát, hogy végül úgy döntött, gyógyszerész lesz.

2016 óriási változást hozott az életedbe, ugyanis lemondta a Fizioterápia lap szerkesztőbizottságának elnöki tisztségéről. Nagyon hosszú út vezetett ehhez a döntéshez? Sokáig rágódtál rajta?

Igen, az utolsó egy-két évben már éreztem, hogy túl sokat vállalkoztam. Másrészt azt is gondoltam, hogy át kell adni a stafétabotot a fiataloknak. Szerintem, amikor új ember kerül egy pozícióba, az új ötletekkel áll elő, lehet, hogy bizonyos területeken kreatívabb, és azt gondoltam, hogy ez jól tesz majd az újságnak.

Már a kezdetektől részt vettél az újság szerkesztésében.

2000-ben választottak be szerkesztőbizottsági tagnak. Abban az időben mindenkinek volt egy saját rovata. Az enyém a sport rovat volt, ahol a rokkant sporttal kapcsolatos cikkeket kellett nekem összegyűjteni és minden számba biztosítani legalább egyet ezekből. Nem volt könnyű feladat rendszeresen, minden számba prezentálni egy ilyen tárgyú aktuális cikket. De nagyon szerettem azt is.

A sporthoz ma milyen a viszonyod?

Sajnos az utóbbi években magamra nem volt időm. Mind a középiskolás, mind a főiskolás években röplabdáztam, sőt a főiskolán én voltam a csapatkapitány, de alacsony lévén, csak feladó lehettem. Édesapám hatására pedig teniszezni kezdtem, és most is az egész család teniszez nálunk. Én viszont az utóbbi időben tényleg reggeltől estig dolgoztam.

Miután főszerkesztő lettél, megváltozott a lap neve, változások voltak az arculatban is. Miért volt erre szükség?

Egyrészt a nemzetközi szakmai protokoll is megkívánta ezt, másrészt, nyomdát váltottunk, és a nyomda kérése volt, hogy változtassunk nevet. Mivel a világon mindenhol Fizioterápia néven fut a gyógytornászok szakmai lapja, így közös döntésként született meg ez az elnevezés.

Minden a nyakadba zúdult akkor? Vagy sokat segítettek a tagok?

A többi szerkesztőbizottsági tag nem is annyira. De az akkori elnök rengeteget segített, és a Magyar Gyógytornász Társaságtól is sok támogatást kaptam.

Gondolom sok sikerélményed volt, és mellette bizonyára rossz élményekkel, stresszel is járt ez a munka. Ki tudnál emelni ezekből egyet-egyét?

Valóban, kaptunk hideget, meleget is. Sokszor jogos kritikák értek, de rengeteg dicséretet is kaptunk. Például egyszer külföldön voltam, amikor Dr. Tringer Lászlóné Kati – a MGYT akkori elnöke – felhívott csak azért, hogy elmondja, „Megjelent az újság és gyönyörű! Gratulálok!”. Nekem ez nagyon jólesett, ráadásul még nem is láttam készen az újságot, mivel nem voltam itthon. Ami pedig a legnehezebb volt, hogy sok nyomdával dolgoztunk. Volt olyan, hogy 1-2 évente váltották egymást, mert sok problémánk volt velük. Nem csinálták meg időre, nem csinálták meg jól, nem javították ki a hibákat. Főleg még az elején, amikor a korrektúra úgy működött, hogy kinyomtatuk az anyagot, és abba írogattuk be ceruzával a javításokat.

Most melyik érzés dominál benned? Jó egy kicsit megpihenni, megkönnyebbültél, vagy hiányzik azért az újság?

Az egyik szemem sír, a másik nevet. Nagyon hiányzik az újság, nagyon nehéz volt meghozni a döntést, főleg az utóbbi időben, amikor egy nagyon jó kis csapat állt össze. Viszont hétvégén ülök a kanapén, és arra gondolok, hogy „jaj, mit is kellene még megcsinálnom”. És felsóhajtok: semmit. Megkönnyebbültem, lazábban élem a hétvégéimet és a késő estéimet. De ugyanakkor nagyon hiányzik, egy űr maradt bennem.

Most akkor végre jut majd egy kis időd magadra is.

Majd lassan igen. Újra el akarom kezdeni a teniszt, kirándulgatni szeretnék, több időt tölteni a családommal és persze szakmailag tovább képezni magamat.

Megint a tanulást említed.

Igen, mert ez egy olyan szakma, amit egy életen át kell tanulni. És az a szörnyű, hogy minél többet tudunk, arra jövünk rá, hogy még mennyi mindent nem tudunk.

Igen, erre azért is van szükség, mert folyamatosan jelennek meg új módszerek, új eszközök. Mennyire vagy nyitott, mennyire használod ezeket te magad a munkád során?

A nyugati orvoslás híve vagyok, a keleti gyógyításból nem fogadok el mindent. Új módszerekre, technikákra nyitott vagyok, szívesen megtanulom és alkalmazom ezeket.

Említetted, hogy mindig vezetőegyénség voltál. Milyen szerinted vagy számodra egy jó vezető?

Következetes, de azért lojális. Én nem szeretek nagyon szigorú lenni, nem szeretem, ha valaki túl szigorú, kemény. És nem bírom az igazságtalanságot sem elviselni, sokáig rágódom rajta.

Csak rágódsz rajta, vagy meg is mondod a véleményedet?

Meg is mondom. Amikor fiatalabb voltam, nyersebb voltam. De nagyon sokat lágyultam az évek alatt.

Abban is változtál, ahogy a betegekkel viselkedsz?

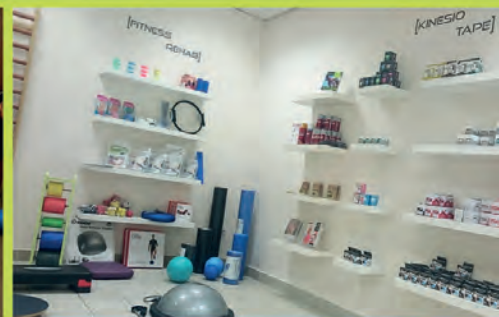
Igen. Amikor elkezdtem dolgozni, nem tudtam, hogyan viselkedjek a betegekkel. Ezért mindig figyeltem, mások hogyan viselkednek velük. Volt egy időszak, amikor azt éreztem, kezdek nagyon kiméret és szigorú lenni, mert ezt láttam a környezetemben, ezt a viselkedésmintát utánoztam. Akkor rájöttem, hogy ez nem jó egy beteg, magára hagyott, kiszolgáltatott embernek. Próbáltam másként viszonyulni hozzájuk, és láttam, hogy így a jobb. De ha túl közel kerülünk hozzájuk, az sem mindig jó, visszaélhetnek vele. Nagyon nehéz megtalálni azt a szeretetteljes középút, amiben a beteg is jól érzi magát meg a gyógytornász is.

Mindenkinek sikerül? Mindenki, aki megtanulja a gyógytornász szakmát, tud jó gyógytornász lenni?

Csak az lehet jó szakember, aki jó ember. Nagyon nagy empátia kell, és szeretni kell Őket, a kiszolgáltatott betegeket.

Fontos az alázat. A gyógytornászoknak ez többnyire sikerül. Alázatosak vagyunk, éppen ezért nehéz kialakítanunk a szakma presztízsét, ami sajnos még mindig nincs a megfelelő helyen jelenleg Magyarországon. A főiskolások még tapasztalgtatják ezt az alázatot, mint mi is annak idején. De ha jó példát mutatunk, akkor minden rendben lesz.

Továbbképzések - Webshop - Szaküzlet



Nyitvatartás

Hétfőtől péntekig
10:00 - 18:00 h



Oriolus-Med Kft.

1063 Budapest
Bajnok utca 13

Email: info@oriolus-med.hu

Web: www.oriolus-med.hu

Talán senki sem gondolta volna, hogy az onabotulinumtoxin A – közismertebb nevén Botox – már hivatalosan is elnyerte a gyógyszer nevet. Az FDA (Amerikai Élelmiszer és Gyógyszerfelügyeleti Hatóság) alig hat évvel azután, hogy bizonyítottan tekintette a Botox jótékony hatásait a felső végtagi spaszticitás kezelésében, immá-



ron az alsó végtagi spasztikus megbetegedések esetén is javasolja. A Medscape információja szerint az FDA egy olyan klinikai vizsgálat eredményét fogadta el, melyben több mint 400 beteget kezeltek – döntően stroke kapcsán kialakult spaszticitás miatt – Botoxal. A betegek szignifikáns javulást mutattak a kezelés első 4-6 hetében, összehasonlítva a kontrollcsoporttal. A vizsgálat főképp a boka és lábujjak megfigyelésére terjedt ki, a többi alsó végtagi ízületben nem volt jelentős változás. 2010-ben is kimutatták, hogy a Botox jótékony hatással van a felső végtagi spaszticitásra, de csakis a könyök, csukló és ujjízületek tekintetében. A további vizsgálati eredmények jelenleg még nem publikusak, de bízunk benne, hogy a kutatásnak további folytatása lesz.

A mastitis kezeléséhez nem feltétlenül szükséges antibiotikum, hisz gyakorta van más megoldás is – mondja Melinda Cooper, egy vezető ausztrál nőgyógyász-fizioterapeuta. Az antibiotikum használata akkor javasolt, amikor valamilyen fertőzés áll a háttérben, ugyanakkor az újdonsült kismamák gyakran tapasztalhatják a mastitishez hasonló tüneteket magukon – beleértve a lázat, duzzanatot, fájdalmat – de ugyanakkor még sincs fertőzés a szervezetben, így antibiotikum sem szükséges. A fájdalom nem jelenti mindig azt, hogy fertőzéssel állunk szemben, és mint ismeretes az indokolatlan antibiotikum adása, csak ronthat az anya és gyermeke helyzetén, mivel bizonyos antibiotikumok képesek az anyatejjel átjutni a babába is. Ezért különösen fontos, hogy amennyiben csak lehet, alternatív megoldások mellett döntsünk. Sok kismama nem is tudja, hogy a fizioterápia – különösen a terápiás jelleggel végzett ultrahangkezelés – sikeres lehet a mastitis kezelésében, mivel azonnal csökkenti a fájdalmat és a duzzanatot. Felhívja ugyanakkor a figyelmet arra, hogy a nem megfelelően végzett ultrahangkezelés a tüneteket akár fel-



is erősítheti, még rosszabb helyzetbe hozva ezzel a kismamát. Különösen fontos tehát, hogy szakmájában gondos és a kezelésben is járatos fizioterapeuta foglalkozzon a kismamákkal – emelte ki Melinda Cooper.

Valószínűleg sokan közületek már ismeritek, és talán használják is a Wikipedia mintájára létrehozott Physiopedia-t. Az oldal rengeteg érdekes és hasznos információt, cikket tartalmaz, s aki szeretne jobban elmélyülni bizonyos témákban, annak lehetősége van erre is. Nemzetközi kapcsolatokra is szert tehetünk, kommunikálhatunk más ország vagy akár földrész szakembereivel, feltehetjük kérdéseinket vagy épp megoszthatjuk egymás-



sal híreinket, érdekességeinket, cikkeinket. A népszerűsítés érdekében a Kanadai Fizioterápiás Társaság tagjai most teljes hozzáférést kaptak az oldalhoz, ahol a videók, az érdekes klinikai vizsgálatok és a folyamatosan frissülő evidenciák tengerében úszkálhatnak. Érdemes Nektek is rápillantani. <http://www.physio-pedia.com/>

2016. ÉVI KONGRESSZUSI ÖSSZEFOGLALÓ

ÖSSZEÁLLÍTOTTA: BOLLA DÁNIEL

IDŐPONT	TÁRSASÁG	RÖVID ISMERTETŐ	HELYSZÍN
Március 2–6.	European Society of Radiology (ESR)	www.myesr.org	Ausztria, Bécs
Március 12–15.	Congress of Psychiatry	www.epa-congress.org	Spanyolország, Madrid
Március 18–19.	Magyar Obezitológiai és Mozgásterápiás Társaság	• Elhízás és kardiometabolikus kockázat • Kezelési lehetőségek www.momot.hu	Budapest, Magyar Telekom Székház
Március 31– Április 2.	SIASTOK – Semmelweis Egyetem Intenzív Terápiás, Aneszteziológiai és Sürgősségi Továbbképző Orvostudományi Kongresszus	www.convention.hu	Budapest, Ramada Resort
Április 24–26.	European Congress for Trauma & Emergency Surgery	http://www.estesonline.org	Ausztria, Bécs
Május 5–7.	Magyar Kardiológusok Társasága	www.mkardio.hu	Balatonfüred, Kongresszusi központ
Május 13–18.	American Thoracic Society International Conference	http://conference.thoracic.org	San Francisco, CA, USA
Május 19–21.	Magyar Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Társaság	• Enhanced Recovery • Perioperatív sürgősségi ellátás • Mindennapi ellátási esetek átbeszélése • Élvezetes pro-con viták • „Hands-on” gyakorlati kurzusok	Siófok, Hotel Azúr
Május 26–28.	Magyar Osteoporosis és Osteoartrológiai Társaság	www.osteoporosis.hu	Balatonfüred
Május 28–30.	European Society of Anaesthesiology	http://euroanaesthesia2016.esahq.org	Anglia, London
Május 31.– Június 4.	ACSM's 63rd Annual Meeting, 7th World Congress on Exercise is Medicine® and World Congress on the Basic Science of Energy Balance	www.ACSM.org	Boston, MA, USA
Június 2–4.	Magyar Sebész Társaság	http://www.mst.hu	Budapest, Novotel
Június 8–11.	American Physical Therapy Association	Az Amerikai Gyógytornászok Társaságának kongresszusa www.apta.org	Nashville, TN, USA
Június 9–11.	Európai Hospice Palliatív Társaság	Palliatív orvoslás, etikai kérdések, növekedés a gyógyásban, poszttraumás személyiségfejlődés http://www.eapcnet.eu/research2016	Írország, Dublin
Június 23–25.	Magyar Ortopéd Társaság	www.ortopedtarsasag.hu	Pécs
Szeptember 1.	Magyar Traumatológus Társaság	http://www.asszisztencia.hu/mtt	Budapest

Elnöki beszámoló

Tisztelt kollégák, kedves gyógytornászok!

Négy évvel ezelőtt 2012. február végén vettem át az elnökség stafétabotját Dr. Tringer Lászlóné Katitól. E felelősséget, melyet Kati egyedül vitt a hátán, én megoszthattam két kollégámmal (mára két jó baráttal) Benkovics Edittel és Vámosi Istvánné Marikával. Tettük mindezt azért, hogy a Társaság működése minél hatékonyabb legyen.

A kezdetek nem voltak könnyűek! Köszönet Tringer Katinak és Balogh Ildikónak (a két örökös tiszteletbeli elnöknek), akik mindig mellettünk álltak és segítettek a munkánkat. Nem volt igazán tapasztalatunk, mit is kellene csinálni, bár ötletekben nem volt hiány! A jogi-társadalmi körülmények is változtatást, rugalmas alkalmazkodást követeltek. Több személyi változás is történt (főtitkár, irodavezetők, ügyvéd, könyvelő személyében), hogy hatékony és megbízható háttérrel biztosítsunk a Társaság számára, ami tovább nehezítette munkánkat. Mostanra persze nyoma sincs ezen kezdeti nehézségeknek!

Első talán legfontosabb teendőink közé tartozott az alapszabályunk módosítása, korszerűsítése. Az egyik lényeges változás volt a régiók kialakítása a megyék összehívásával. Azt feltételeztük, hogy a megyék összefogásával hatékonyabb lesz egy-egy régió működése.

A másik -inkább látványos- változás a Társaság új arculatának megteremtése volt. Megváltozott Társaságunk és folyóiratunk neve és külleme is. Korszerűsítettük honlapunkat, modernizáltuk logónkat.

Változott a tagdíjunk, a befizetés lehetősége és annak érvényességi ideje is. Hiszen haladnunk kell a korrall! Ez időszakosan visszaesést jelentett a tagság létszámában, de idénre már újra elérjük a négy évvel ezelőtti taglétszámot és nagyon remélem, hogy a jövőben túl is haladjuk majd. Hiszem, a gyógytornászoknak ez a Társaság a fóruma!

A célok, amiket magunk elé tűztünk: a társaság összefogása a szakmaiságot segítve, mélyítve, egységes érdekképviselet megtartása, nemzetközi kapcsolatok felelevenítése, az ifjúság segítése és társaságunk aktív szereplőivé válása, Társaságunk „népszerűsítése” a lakosság körében, és elismertebbé tétele szakmai körökben. A régiók bevonása az aktív, tevékeny társasági életbe. Folyóiratunk színvonalának folyamatos emelése és nem utolsósorban az anyagi biztonság megteremtése.

Mára sikerként élhetjük meg: a szakmai társaságok elismerését, a gyógytornászok munkája iránti nagyfokú érdeklődést, a lakosság felé történő kommunikációs csa-



tornák kiépítését, és újságunk szakmai tartalmának emelését. A nemzetközi életben is jelen vagyunk, mind Európában, mind a Világszövetségben. Számos külföldi előadó, szakmai társaságok vezetői tiszteltek meg minket látogatásukkal és előadásaikkal. Mi pedig képviseltük hazánkat Koppenhágában és Szingapúrban. Két nagy sikerű, magas színvonalú kongresszus szakmai sikere, több nagy népszerűségnek örvendő pre-kurzus megszervezése és lebonyolítása és az újonnan bevezetett Régiók játéka, mint csapatépítés sem maradhat említés nélkül.

A társaság tagjainak részéről nagyobb aktivitást ígynelne: az ifjúság számottevő jelenléte, a régiók munkájának növelése, a szakmaiság mélyítéséhez szükséges tanfolyamok elindítása és lebonyolítása társaságon keresztül, valamint az újsághoz való szakmai cikkek beküldése.

Mint mindig, ha egy szakasz lezárul egy pillanatra meg kell állni és összegeznünk kell, mit is tettünk az elmúlt négy év alatt. Ezt a könnyebb áttekinthetőség miatt egy táblázatban foglaltunk össze elnöktársaimmal, amely a következő oldalakon látható. Köszönöm mindazoknak, akik munkánkban segítettek, támogattak minket, és aktív résztvevői a társaság munkájának.

Végezetül: ne felejtsetek el! 2016. április 15-én 13 órától a gyógytornászok közgyűlése lesz, mely nyilvános és fő téma a Tisztújítás.

Legyetek aktívak: jelöljétek elnököt, alelnököket, regionális koordinátorokat és bizottsági vezetőket.

A Társaság értetek van, rólatok szól!

Üdvözlettel:
EGYED MÁRTA
BENKOVICS EDIT · VÁMOSI ISTVÁNNÉ

Az MGYFT tevékenysége – 2012–2015

2012. február	Megalakult az MGYT új vezetősége	Személyi változások, arculat váltás (logó, név, honlap)
2012. március 31. – április 1.	Az MGYT és a Magyar Atlétikai Szövetség együttműködése	„Gyógytornász szerepe az eredményességben” továbbképző tanfolyam 28 gyógytornász résztvevővel
2012. április	MGYFT alapszabály	Megújítás, módosítás
2012. április 19.	A Debreceni Egyetem NK Fizioterápiás Tanszéke, a DE NK Hallgató Önkormányzata és az MGYFT Hajdú-Bihar megyei tagozata III. Fizioterápiás Szakmai Nap	„Középpontban a gerinc” címmel elméleti előadások és gyakorlati workshopok
2012. március 23-24.	MOMOT Kongresszus az MGYFT támogatásával Budapesten	Gyógytornászok szekciója
2012. június 13.	MGYFT 2. Pre-Kongresszusa a MOT 55. Kongresszusa előtt, Győrben	150 gyógytornász résztvevő – A kurzusok: Alfio Albasini EB McConell módszer, differenciál diagnosztika az ortopédiában, neurodinamika, scoliosis, égett beteg
2012. szeptember 15.	„100 éves a Madzsar Gyógytornász képző iskola”	Szakmai nap 100 gyógytornász résztvevővel
2012. október 5.	MGYFT Veszprémi Megyei Szervezetének Szakmai napja	Hantó Zsuzsanna és dr. Szántó Ervin előadásaival
2012. december 7–8.	A Magyar Gerincgyógyászati Társaság Kongresszusa az MGYFT részvételével Bükkfűrdőn	
2013. március 20–21.	Lipcei Therapie Leipzig kiállítás és konferencia az MGYFT részvételével	Középpontban a gyógytornászok migrációja állt. Rochlitz Ildikó képviselte a társaságot és előadással vett részt a konferencián. A kiutazás szponzori támogatással valósult meg.
2013. április 12–13.	Első „KAPOSVÁLL” A Somogy Megyei Kaposi Mór Oktatókórház Ortopédiai Osztálya, a Magyar Váll- és Könyöksebészeti Társaság és az MGYFT közösen megrendezett tudományos ülése	162 gyógytornász résztvevő – „Vállizületi instabilitás” címmel
2013. május	FISZE Kongresszus Makó MGYFT részvételével	
2013. május 15.	Balatonfüredi Szakmai nap az MGYFT Dunántúli régiójának szervezésében	Az előadások témája „A fájdalom”
2013. június 14.	„Hazamentem a PIC-ből” V. Konferencia	Az MGYFT 8 gyógytornász részvételét finanszírozta
2013. június 26.	MGYFT 3. Pre-Kongresszusa a MOT és az MTT közös Kongresszusa előtt Budapesten	180 gyógytornász résztvevő – A kurzusok: egynapos sebészet térd és láb, váll- és csípőprotetika, porcporong degeneráció és a képalkotók, neurodinamika, medencefenék fizioterápiája
2013. augusztus 28.	MGYFT 4. Pre-Kongresszusa Nyíregyházán	80 gyógytornász résztvevő A kurzusok: James Earls, Wojciech Cackowski fascia, térd és láb, váll, gerinc, nőgyógyászat
2013. augusztus 29–31.	MGYFT IX. Kongresszusa Nyíregyházán	520 gyógytornász résztvevő – Meghívott külföldi vendégek: Marilyn Moffat a WCPT elnöke, Sarah Bazin az ER-WCPT elnöke, James Earls Kinesis UK oktatója
2013. szeptember	MGYFT és MOT együttműködés	dr. Szőke Györggyel, a MOT elnökével történt hosszú távú együttműködési megállapodás a 2. és 3. Pre-Kongresszus sikere alapján
2013. szeptember 3.	„Mozdulj Nyíregyháza” MGYFT szakmai támogatásával	Vámosi Istvánné Marika közreműködésével
2013. október 1.	Gerontológiai és Geriátriai Társaság Kongresszusa az MGYFT részvételével	Mészárosné Lászlóné Valika közreműködésével
2013. október 29–30.	SIASTOK az SE AITK Intenzív Terápiás Kongresszusa az MGYFT részvételével és támogatásával	Benkovics Edit, Bolla Dániel és Óber Andrea közreműködésével
2013. november 30.	Szegedi Szakmai Nap: Gardi Zsuzsáról elnevezett tornaterem avatása az MGYFT részvételével	
2013. november 29–30.	Budapest Spine Conference a Magyar Gerincgyógyászati Társaság, az MGYFT és a Spine Experts Group közös konferenciája Budapesten	
2014. február 20.	Népegészségügyi szűrőprogram	
2014. március 1.	Podiátria és Lábsebészeti Társaság Szakmai Nap	8 gyógytornász részvételét az MGYFT finanszírozta
2014. március 11.	MGYFT Ifjúsági Tagozata Szakmai Nap Budapesten	
2014. április 10–12.	Második „KAPOSVÁLL” A Somogy Megyei Kaposi Mór Oktatókórház Ortopédiai Osztálya, a Magyar Váll- és Könyöksebészeti Társaság és az MGYFT közösen megrendezett tudományos ülése	170 gyógytornász résztvevő – „Rotátor köpeny szakadása” címmel
2014. május 8-10.	ER-WCPT közgyűlés Koppenhágában	Az MGYFT delegáltjainak a részvételével
2014. május 23.	Balatonfüredi Szakmai nap az MGYFT Dunántúli régiójának szervezésében	Előadások vegyes témákban
2014. május 24.	REHA Hungary Továbbképző nap az MGYFT részvételével	
2014. május 29–31.	Osteológiai Kongresszus a Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság és az MGYFT közös szervezésében Balatonfüreden	A gyógytornászok szakmai előadásaival és workshopokkal

2014. június 21.	MGYFT 5. Pre-Kongresszusa a MOT és az MTT közös Kongresszusa előtt Szolnokon	120 gyógytornász résztvevő – A kurzusok: LCA szakadás és LCAR, boka instabilitás és láb funkcionális kezelés, „Láss ne csak nézz” – a képpalkotóról a gyógytornász szemszögéből, szülésfelkészítés
2014. szeptember	„Ízületőr Program” MGYFT lakosság felé történő kommunikációja	Az MGYFT média szereplése
2014. szeptember 12.	Az MGYFT 25. Jubileumi ülése – „Múltunk 25 éve és távlataink”	Dr. Tringer Lászlóné Kati közreműködésével
2014. szeptember 24.	Budapest XI. ker. Újbuda Önkormányzata és az MGYFT Geriátriai munkacsoportja továbbképző nap	„Helyes testtartás” címmel
2014. október 3–4.	A Magyar Kardiiovaszkuláris Rehabilitációs Társaság Kongresszusa az MGYFT társszervezésével Velencén	A kardiológiai rehabilitáció módszerei szekció nyerteseinek díját az MGYFT ajánlotta fel
2014. november 28.	Balatonfüredi Szakmai nap az MGYFT Dunántúli régiójának szervezésében	Előadások vegyes témákban
2014. december 5–6.	A Magyar Gerincgyógyászati Társaság Kongresszusa az MGYFT részvételével Bükkfűrdőn	
2015. január 30.–február 1.	THERAPRO Szakkiállítás és Kongresszus, Stuttgart	Társaságunkat Rochlitz Ildikó képviselte. A kiutazás szponzori támogatással valósult meg
2015. február 19–21.	Magyar Radiológusok Társasága továbbképző tanfolyam: „Eső előtt köpönyeg- A mozgásszervi diagnosztika igazságügyi vonatkozásai” gyógytornászok részére is	Benkovic Edit, Makovicsné Landor Erika, Monek Bernadett közreműködésével
2015. március 19–21.	Therapie Leipzig	Konferenciával összekötött orvosi, rehabilitációs és szakvásár, ahol Társaságunk Nemzetközi Kapcsolatok Bizottságának tagja, Rochlitz Ildikó vett részt
2015. február 25.	Népegészségügyi szűrőprogram	
2015. április 24.	Az MGYFT és az Izlandi Gyógytornászok Társasága/Icelandic Physiotherapy Association együttműködésével	10 izlandi gyógytornász tett látogatást az OORI-ban, ahol Havlikné Glabisz Iwona vezető gyógytornász fogadta őket
2015. április 29. – május 4.	WCPT közgyűlése és a WCPT Világkongresszusa	Az MGYFT delegáltjainak részvételével az EMMI támogatásával
2015. május 8–9.	Harmadik „KAPOSVÁLL” A Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató-kórház Ortopédiai Osztálya, a Magyar Váll- és Könyöksebészeti Társaság és az MGYFT közösen megrendezett tudományos ülése	196 gyógytornász résztvevő „A Jó, a Rossz és a Csúf” címmel
2015. május 28–30.	Osteológiai Kongresszus a Magyar Osteoporosis és Osteoarthritis Társaság és az MGYFT közös szervezésében Balatonfűrdőn	A gyógytornászok szakmai előadásával és workshopokkal
2015. május 8.	Budapest XI. ker. Újbuda Önkormányzata és az MGYFT Geriátriai munkacsoportja továbbképző nap	„Újbuda 60+ Program” címmel
2015. május 16.	REHA Hungary Továbbképző nap a MOTESZ, az SE ETK, „Csont és Ízület Évtizede Nemzeti Akciós Hálózata” és az MGYFT szervezésében valamint a „Csont és Ízület Évtizede Alapítvány támogatásával	„A kommunikáció fontossága az orvosi rehabilitációban” címmel
2015. május 22.	A Debreceni Egyetem NK Fizioterápiás Tanszéke, a DE NK Hallgató Önkormányzata és az MGYFT Hajdú-Bihar megyei tagozata VI. Fizioterápiás Szakmai Nap	„Középpontban a gerinc” címmel elméleti előadások és gyakorlati workshopok
2015. május 28.	Balatonfüredi Szakmai nap az MGYFT Dunántúli régiójának szervezésében	Az MGYFT 3 gyógytornász részvételét finanszírozta
2015. május 30.	„Hazamentem a PIC-ből” VII. Konferencia.	3 fő gyógytornász ingyenes részvételét tudta Társaságunk biztosítani
2015. június 5.	Az MGYFT Észak-Magyarországi régiójának Pest megyei szervezete Szakmai Napot szervezett Gödöllőn	„Osteoporosis, esésmegelőzés a 60+ korosztálynál” 40 gyógytornász résztvevő
2015. június 10.	MGYFT 6. Pre-Kongresszusa a MOT és MTT 2015. évi közös kongresszusa előtt	A kurzusok: csípős esetek, nyakas vállpanaszok, boka instabilitás, szülésfelkészítés
2015. június	Az „Ízületőr program” keretén belül gyógytornászok munkáját segítő program kidolgozása	
2015. szeptember 6.	Coca-Cola Testérbesztrő XVII. Családi és Női Mozgásfesztiválon az MGYFT részvételével	Az MGYFT képviselői a mozgásgazdag életmód népszerűsítésével vettek részt
2015. október 10.	„A csípőízület betegségei gyermek- és felnőttkorban” tanfolyamon Szolnokon	Az MGYFT 8 gyógytornász részvételét finanszírozta
2015. október 28.	MGYFT 7. Pre-Kongresszusa Budapesten	170 gyógytornász résztvevő. A kurzusok: gnatológia, intenzív, medencefenék, Schroth, lumbális gerinc differenciál diagnosztika, dinamikus manuál terápia, esésmegelőzés
2015. október 29–31.	MGYFT X. Jubileumi Kongresszusa Budapesten	1200 gyógytornász résztvevő Meghívott külföldi vendégek: Sarah Bazin az EU-WCPT elnöke, Dr. George J. Davies a Savannah UNIV emeritus fizioterapeuta professzora, prof. Dr. Hacki Tamás
2015. november 11.	MESZK Küldöttgyűlés és tagozatvezető választás	Vámosi Istvánné Marika Gyógytorna-Fizioterápia Tagozat országos tagozatvezető
2015. december 4–6.	A Magyar Gerincgyógyászati Társaság Kongresszusa az MGYFT részvételével Bükkfűrdőn	Fő témája az Alapellátás megbeszélése

Kedves Küldöttek!

Az MGYFT elnöke, Egyed Márta

2016. április 15-én 13 órára

hívja össze a Társaság éves küldöttgyűlését.

A küldöttgyűlés alkalmával választjuk meg Társaságunk Elnökét, Alelnökeit, Regionális koordinátorait valamint a Bizottságok vezetőit.

Minden tag jelölhető, de jelölést csak a küldött tehet!

A küldöttek a küldöttgyűlésen nem helyettesíthetők, azaz szavazatukat csak személyesen adhatják le, szóbeli nyilatkozataikat is csak személyesen tehetik meg!

A küldöttgyűlés nyilvános!

A választási szabályok a Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társasága Alapszabályának V. pontja tartalmazza, melyet honlapunkon olvashattok: www.gyogytornaszok.hu

A jelöléseket 2016. április 1. 24:00 óráig kell eljuttatni a 2016. február 19-én tartott vezetőségi ülésen megválasztott Jelölőbizottság vezetőjének:

Nagy Ildikó – nagy55ildiko@gmail.com,

vagy levélben Társaságunk postai címére: MGYFT 1446 Budapest, Pf. 430.

OLVASÁSRA AJÁNLJUK

ÖSSZEÁLLÍTOTTA: STRÉDA ÁGNES

Herold R. és mtsai

Mentalizációs deficit neurológiai betegségekben: összefoglaló közlemény
Ideggyogy Sz 2015; 68: 364-373.

Molics B. és mtsai

A neurológiai kórképek fizioterápiás ellátásának egészségbiztosítási vonatkozásai a járóbeteg-szakellátásban
Ideggyogy Sz 2015; 68: 399-408.

Vitrai J. és mtsai

Új lehetőségek a magyarországi egészségveszteségek becslésére
LAM 2015; 25: 283-290.

Csontos E.

A hang nem tud elmosogatni
LAM 2015; 25: 316-320.

Brys Z. és mtsai

Közösségi részvétel a fenntartható fejlődésben – a közösségi medicina nyomában
LAM 2015; 25: 529-535.

Rudavsky A, Cook J.

Physiotherapy management of patellar tendinopathy (jumper's knee)
Journal of Physiotherapy 60: 122-129.

Bisset L. M., Vicenzino B.

Physiotherapy management of lateral epicondylalgia
Journal of Physiotherapy 61: 174-181.

MEGEMLÉKEZÉS DR. CSERMELY MIKLÓSRÓL

A Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társasága mély megrendüléssel vette tudomásul, hogy Dr. Csermely Miklós 2015. november 22-én 88 éves korában elhunyt.

Munkássága a fizioterápiával foglalkozó szakemberek generációit támogatta. Magas szakmai színvonalat képviselő tanórái és tankönyvei segítettek az orvosok, a gyógytornászok valamint a fizioterápiás szakasszisztensek, masszőrök képzését.

Dr. Csermely Miklós 1927. december 4-én született. 1953-ban végzett a Budapesti Orvostudományi Egyetemen. 1958-ban ortopédsebészből, majd 1980-ban reumatológiából és fizioterápiából szerzett szakorvosi képesítést.

1957-1992 között az ORFI-ban mint ortopédsebész dolgozott, majd 1976-tól az ORFI reuma M és Központi Fizioterápiás Osztályát vezette. 1980-tól reumatológia, fizioterápia és rehabilitáció szaktárgyakból a HIETE Szakvizsgáztató Bizottságának tagja, a fővárosi ÁNTSZ természetgyógyászati szakfelügyelő főorvosa.

10 évig volt a Magyar Balneológiai Egyesület főtitkára. 1976-ban Budapestért emlékérmet, 1992-ben Schulhof Vilmos és Ödön emlékérmet kapott.

1975-től vett részt a gyógytornászok főiskolai képzésében. Az elektro-balneo-hidro-termoterápia (EBHKT)



tantárgy oktatójaként a hallgatók érdeklődését és szeretetét tanári munkássága során a legteljesebb mértékben kiérdemelte.

Ortopéd szakorvosként a funkcionális szemléletet képviselte. Reumatológus és fizioterápiás szakorvosi munkássága során számos meghatározó könyvet írt a fizioterápiáról, és több új elektroterápiás készülék bevezetéséhez adta szakértelmét. Osztályvezető főorvosként empátiája és betegszeretete példaértékű volt az osztályán dolgozó munkatársai számára.

Nyugdíjba vonulása után a médiában szerepelve hasznos felvilágosító munkát végzett. Munkatársai, betegei és tanítványai széleskörű szaktudása mellett azért is szerették, mert mind a kórházban, mind a tanteremben családias, meleg, vidám hangulatot teremtett.

Személyében kiváló orvost és tanárt veszítettünk el.

Emlékét szeretettel és tisztelettel őrizzük.

DR. DARABOSNÉ TIM IRMA
mestertanár

Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar
Alkalmazott Egészségtudományi Intézet
Fizioterápiai Tanszék

MEGEMLÉKEZÉS ÁRVA KÁLMÁNNÉ, SZÜLETETT HERPAY ESZTERRŐL

BÚCSÚ ESZTERTŐL

A búcsúzás mindig fájdalmas, de még fájdalmasabb, ha egy olyan embertől kell végső búcsút vennünk, akit tiszteltünk, szerettünk, és aki nagyon közel állt hozzánk.

Búcsúzunk Árva Kálmánné, született Herpay Eszter aranyoklevelés gyógytornásztól, aki 1943. május 17-én Debrecenben született és élete 73. évében 2015. karácsonyán, december 25-én Budapesten hunyt el.

Életét mindenkor az emberek iránti szeretet és a segíteni akarás vezérelte. Pályaválasztásakor is ezt az elvet követte,



csakúgy, mint amikor az Állami Gyógytornászképző Szakiskolát elvégezve az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézetben, az ORFI-ban 1965-ben megkezdte gyógytornászi munkáját. Eszter a gyógytornát nem munkának, hanem a szó nemes értelmében hivatásnak tekintette, folyamatos eredményekkel bizonyította, hogy a szakmának fontos szerepe van a betegek gyógykezelési folyamatában. Az Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Kar Gyógytornászképző Szakán 1981-ben felsőfokú végzettséget szerzett.

MEGEMLEKEZÉS DR. DÉKÁNY PÁLNÉ SZÜLETETT ENYEDI JUDITRÓL

A Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társasága mély megrendüléssel vette tudomásul, hogy 2016. január 26-án, 96 éves korában elhunyt Dr. Dékány Pálné sz. Enyedi Judit, gyógytornász generációk Judit nénije. Munkássága, embersége örök példa minden gyógytornász számára. Személyében a Madzsar iskola képviselőjének egyik meghatározó személyisége távozott körünkől.

A nagy gyermekparalízis járvány idején a rózsadombi Heine-Medin Kórház vezető gyógytornászként dolgozott. 1959-től a járvány lecsengését követően is folytatta a bénult gyermekek rehabilitációját. Az Ortopédiai Osztály gyógytornászként a helyreállító műtéteket követő fizioterápiát végezte példamutató lelkesedéssel. Empátiája, gyermekszeretete erőt és reményt adott kis betegeinek a gyógyulásra, illetve segítséget nyújtott állapotuk elfogadására.

Gyógytornászok generációit tanította, a gyakorlati képzés során, e nehéz feladatra.



Nyugdíjba vonulása után tovább folytatta hivatását. Heroikus munkát végzett a Baba utcai Légzésbénult Osztályon, ahol, a külső szemlélő számára, reménytelen életet élő betegeinek családjais, meleg, sőt vidám hangulatot teremtett. Erre csak olyan erős lelkű, elhivatott ember képes, aki alázattal rendeli alá tudását a test és lélek gyógyításának, az emberi szenvedés megkönnyítésének. Azt vallotta, hogy az élet adomány, még a legnehezebb körülmények között is. Betegei rajongtak érte, és ez volt élete legmagasabb rangú kitüntetése.

Személyében egy kiváló kollégát és gyakorlatvezető tanárt veszítettünk el.

Példamutató emlékét megőrizzük.

DR. TRINGER LÁSZLÓNÉ
ÉS DR. FESZTHAMMER ARTÚRNÉ
nyugalmazott docensek

Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar
Alkalmazott Egészségtudományi Intézet

Ahogy arról az ORFI történetének 40. évfordulójára kiadott album is megemlékezik, néhány munkatársával – szabadidejüket is feláldozva – számos hang, majd videokazetta, később DVD elkészítésével tették lehetővé a betegek számára a szükséges gyakorlatok otthoni elvégzését, új lendületet adva ezzel a gyógyulási folyamat gyorsításának. Szeretett tanulni és tanítani. A szakmai féltékenységnek a csírája sem volt benne. Fiatalabb kolléganői – visszaemlékezéseik szerint – bármikor fordulhattak hozzá szakmai támogatásért, sőt emberi problémáik megoldásában való segítségnyújtásért is. Ahogy mondták: munkájával, munkája szeretetével, emberségével példát mutatott nekik. A legelestebb betegek felé is szeretettel nyújtott kezet, nagy türelemmel, odaadással, gondoskodással segítette gyógyulásukat. Nem véletlen, hogy az eltelt évtizedek alatt

számos kolléganővel és beteggel szoros baráti kötelék alakult ki közöttük.

A Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társasága tagjaként nyugállományba helyezését követően is a kongresszusok rendszeres résztvevője volt. A Társaság X. kongresszusán a Parlament felsőházi termében ünnepélyes keretek között már betegen, de még átvehette az ötven éves gyógytornászi munkát elismerő aranyoklevelet.

Köszönjük Eszter, hogy együtt dolgozhattunk Veled!

*„Sosem halványul szívünkben emléked
Sosem szűnik meg lelkünk gyásza Érted”*

Emlékedet megőrizzük!

ORSZÁGOS REUMATOLÓGIAI
ÉS FIZIOTERÁPIÁS INTÉZET GYÓGYTORNÁSZAI

► ÚTMUTATÓ SZERZŐINKNEK

Kérjük cikkíróinkat, hogy a szerkesztőbizottság és a nyomda munkájának megkönnyítése és gyorsítása érdekében az írásait az alábbi irányelvek alapján készítsék el:

A tudományos cikk terjedelme legfeljebb 4 oldal legyen, ami körülbelül 20 ezer karakternek felel meg.

A nyersanyag leadási paraméterei:

Folyó szöveg Microsoft Word 97/2000/2011 (doc, docx) formátumban.

A cikk elején szerepeljen:

- A cikk címe (rövid és pontos, magyar és angol nyelven kérjük)
- A szerző/k teljes neve, tudományos fokozata
- A közlemény származási helye (kórház, osztály, egyetem, klinika stb.)
- Absztrakt (Abstract), mely a cikk rövid, lényegi részét tartalmazza, lehetőleg az alábbiak szerint:
Háttér (Background) vagy Bevezetés (Introduction), mely a cikk tudományos megközelítését fejt ki
- Cél (Objective), melyben a szerző/k ismerteti az adott vizsgálat, kutatás, tanulmány stb. célját/céljait
- Anyag és Módszer (Material and Methods), mely során a vizsgálat anyagok felsorolása illetve az alkalmazott módszerek ismertetése történik
- Eredmények (Results), mely során a szerző/k ismerteti a vizsgálat, kutatás, tanulmány stb. általuk talált eredményeit
- Limitációk (Limitations), amennyiben voltak limitáló tényezők (pl. kis betegcsoport, rövid vizsgálati idő stb.)
- Megbeszélés vagy Következtetés (Discussion vagy Conclusion), itt a szerzők a saját eredményeiket összehasonlíthatják a szakirodalomban talált hasonló adatokkal, értékeli az elért eredmények tudományos fontosságát stb.
- Természetesen az Absztraktot magyar és angol nyelven is kérjük
- kulcsszavak (3–10 szó, magyar és angol nyelven kérjük)

A cikk szerkezete (ha nincs különleges indok az eltérésre):

- Az Absztraktban már megjelent formai és szerkezeti követelményeknek megfelelően a cikk teljes és részletes kidolgozása
- A cikk legvégén a felhasznált irodalom (irodalmi hivatkozás szükség szerint, de lehetőleg 15 tételnél nem több) megjelenítése

Ábrák, képek és táblázatok:

Csak jó minőségű, éles, kontrasztos képet érdemes nyomdába adni. Nem megfelelő képminőség esetén a cikk nem, vagy képek nélkül jelenhet csak meg. A képeket, ábrákat, táblázatokat mindenképpen külön is kérjük elküldeni. Ennek hiányában nem tudjuk a cikket megjelentetni. A képek felbontása: min. 300 dpi (valós méretben), színmódja: RGB, CMYK(composite), fájlformátum: tif, jpg, psd, vagy bmp.

A cikket kérjük a MGYFT e-mail címére info@gyogytornaszok.hu, illetve holcsa.judit@gmail.com címre küldeni.

A kéziratot egyidejűleg két lektornak elküldjük; a cikkek csak lektorálás után kerülhetnek közlésre.

Csak olyan cikkekkel tudunk érdemben foglalkozni, amelyek megfelelnek a leírt formai követelményeknek, ellenkező esetben kénytelenek vagyunk a szerzőknek visszaküldeni javításra.

Együttműködésüket kérve üdvözlí Önöket
a Szerkesztőbizottság

FIZIOTERÁPIA – A MAGYAR GYÓGYTORNÁSZ-FIZIOTERAPEUTÁK TÁRSASÁGÁNAK LAPJA

A társaság elnöke:

Egyed Márta
Telefon: (1) 411-1208
Fax: (1) 411-1209



Magyar Gyógytornász-
Fizioterapeuták Társasága
Postacím: 1446 Budapest, Pf. 430
E-mail: info@gyogytornaszok.hu

© Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társasága

A kiadvány szerzői jogvédelem alatt áll,
a róla való másolat készítése részben
vagy egészben – a kiadó előzetes
engedélye nélkül – tilos!

Szerkesztőbizottság:

Elnök: Holcsa Judit
Tagok: Bajkay Ágnes, Bálványossy Eszter,
Bolla Dániel, Horváth Zsófia,
Stréda Ágnes

Kiadványszerkesztés:

Arktisz Stúdió

Nyomdai előállítás:

Arktisz Stúdió

Hirdetésfelvétel:

Lehel-Gyöngyösi Judit
judit.lehel@gyogytornaszok.hu

HU ISSN 1789-4492

Cikkekkel kapcsolatos információ:
Holcsa Judit • holcsa.judit@gmail.com



HOZZÁVALÓK:

- * 1 kg finomliszt (lehet $\frac{3}{4}$ kg finom és $\frac{1}{4}$ kg teljes kiőrlésű is, a tönköly egészségesebb)
- * 10 dkg vaj (nem margarin!)
- * 10 dkg barna nádcukor
- * 1 kiskanál só
- * 6-7 dl tej
- * 5 dkg élesztőt egy pohár langyos tejbe morzsolunk, 1 kávéskanál cukorral kb. 10 percig felfuttatjuk (ez a tej már része a 6-7 decinek!)
- * (+1 tojás, aki nagyon szeretne a tésztába, kengetni is lehet a kész kalácsot fehérjével, mielőtt a sütőbe tennénk)

ELKÉSZÍTÉS:

- * Először összekeverjük a por alapú alapanyagokat és a maradék tejben felolvasztjuk a vajat
- * Ezeket összeöntjük, bele tesszük a pohár tejet a felfuttatott élesztővel
- * Ezután az egészet összegyúrjuk (kicsit kell dagasztani, a tetejére pár csepp olívaolaj csorgatni, és elkenni rajtra, hogy ne ragadjon a tálba)
- * Letakarva fűtőtesten vagy napon megkelesztjük
- * 3-4 részre osztva kinyújtjuk, vagy hurkává sodorva fonjuk
- * A kakaós kalácshoz kb. 3 kanál kakaó, 9 kanál cukor keverékét töltjük bele a kilapogatott hurkákba, aztán a csíkok szélét összecsippentgetve újra hurkát formálunk belőle, amit fonni lehet, egy kalácshoz 3 ilyen hurka kell.
- * Jó, ha megfonva, letakarva pihen kicsit a tészta, és újra megkel.
- * 200 C fokon sütjük

Jó sütögetést!

Kellemes Húsvéti Ünnepeket kíván a



MGYFT

Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társasága

és a Szerkesztőbizottság



Vasarely

SZERIGRÁFIÁK
ÉS MULTIPLIKÁK
—
SÉRIGRAPHIES
ET MULTIPLES

A Szépművészeti Múzeum – Vasarely Múzeum kiállítása a Frankofón Fesztivál alkalmából a Francia Intézetben
A kiállítás megtekinthető » Francia Intézet, Budapest • 2016. március 18.–június 18.