



TARTALOM

A krónikus perifériás nyiroködéma komplex kezelése

Complex treatment of the chronic peripheral lymphoedema

Az emlődaganatos betegek komplex fizioterápiás kezelése és a daganat vagy annak kezelése kapcsán kialakuló nyiroködéma terápiája

Complex treatment in patients with breast cancer and breast cancer-related lymphoedema (BCRL)

Írányelvek, javaslatok, tapasztalatok az emlő onkoplasztikai műtéteinek posztoperatív fizioterápiájában

Guidelines, recommendations and clinical experience in post operative physiotherapy management after reconstruction breast surgeries

Alice Program – Malignus emlődaganatos nők életminőségét javító, komplex rehabilitációs program

Alice Program-Complex rehabilitation program for women with breast cancer to improve the quality of life

Gyógytornász – beteg terápiás kapcsolat az onkológiai betegellátásban

Physiotherapist Patient Relationship in the field of Oncology



A MAGYAR GYÓGYTORNÁSZ-FIZIOTERAPEUTÁK TÁRSASÁGA 8. PRE-KONGRESSZUSA

A Magyar Artroszkópos Társaság és a Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társasága
2016 évi közös Kongresszusán

2016. október 20. - Budapest

A Magyar Artroszkópos Társaság és a Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társasága 2016 évi közös Kongresszusa az MGYFT 8. Pre-Kongresszusával

2016-ban először kerül megrendezésre a **MAT és az MGYFT közös kongresszusa** és az **MGYFT 8. Pre-Kongresszusa**. A két társaság együttműködésének célja az ismeretek cseréjén túl az az együttes gondolkodás, amely segíti a gyógytornászok szakmai fejlődését. Az MGYFT a MAT támogatásával szakmai kerekasztalokon történő egyeztetések alapján olyan kidolgozott ajánlások megjelenítését tervezi, amely nagyban segítheti a gyógytornászok hatékony munkájának gyakorlati megvalósulását a betegágy mellett. A jelenlegi kurzusok programját a sport ihlette. Nagy megtiszteltetés számunkra, hogy az oktatók között először szerepel dr. Erdélyi Gábor a Magyar férfi kézilabda-válogatott csapatorvosa! Bizunk benne, hogy mindenki talál érdeklődésének megfelelő témát.

2016 őszén is

„Hangolódj a tudományra az MGYFT 8. Pre-Kongresszusán!
Tanulj a legjobbtól, hogy a Te is legjobbak közé kerülhess!”

PK1: FELSŐ ÉS ALSÓ VÉGTAGI PROPRIOCEPCIÓ FEJLESZTÉS A GYÓGYTORNÁSZ NAPI GYAKORLATÁBAN

Kovács Bea, Schmidtka-Várnagy Anna, Duska Zsófia, Gutí Réka

Az utóbbi két évtizedben egyre inkább kiemelik a propriocepció fejlesztés jelentőségét mind az alsó, mind a felső végtag rehabilitációjában. Az evidencián alapuló elméleti háttéranyagok ismeretében sokszor nehéz eligazodni a konkrét feladatok, gyakorlatok kiválasztásakor. A kurzus célja, hogy ehhez nyújtson segítséget, konkrét ötletekkel megkönnyítve a gyakorló gyógytornászok napi munkáját. A programban kitérünk a váll konzervatív és a posztoperatív fizioterápiájára, hangsúlyozva a propriocepció fejlesztés jelentőségét és helyét a rehabilitációban. Az alsó végtagnál olyan példákat mutatunk, amelyek eszközigény nélkül is hatékony fejlesztést biztosítanak. A hatékony sportrehabilitációban nélkülözhetetlen a plyometrikus fejlesztés. Elméleti ismertetést követően ebbe is betekintést nyújtunk. A FIFA 11+ sérülés prevenció, bemelegítő program részletezése zárja a képzést.

PK2: BOKA INSTABILITÁS MŰTÉTI ÉS KONZERVATÍV KEZELÉSE

Dr. Erdélyi Gábor, Óber Andrea

A napot a Magyar férfi kézilabda-válogatott csapatorvosa kezdi biomechanikai alapokkal, a diagnózis felállításának lépéseivel, majd a konzervatív vagy műtéti megoldás lehetőségeit tárja fel. Feszíti a „brace vagy tape” evidencia és gyakorlati kérdéseit és foglalkozik a sportcipők és talpbetétek problémájával is. A boka instabilitásának evidencia alapú rehabilitációja elméleti és gyakorlati alapokon is bemutatásra kerül. A kurzus résztvevői az MGYFT módosított, színes kiadványát is megkapják, amely a kibővített gyakorlatokon kívül már tartalmazza a legújabb kérdőíveket is, így segítve a gyakorlati munkát. Természetesen a képalkotók értékelése és a fizikális vizsgálat sem hiányzik majd a kurzus programjából.

PK3: ÚSZÓK, SZINKRONÚSZÓK, VÍZILABDÁZÓK VÁLLPROBLÉMÁINAK PREVENCIÓS ÉS KEZELÉSI LEHETŐSÉGEI

Prof. dr. Szabó István, Benkovics Edit, Szendrő Gabriella, Törös Károly, dr. Mayer Ágnes, Tóth Péter Zoltán

A program egy „Up to date” irodalmi összeggel kezdődik, amely az úszók, szinkronúszók és vízilabdázók vállfájdalmainak tudományosan vizsgált „ok vagy okozat” eredményeit mutatja be. Az anamnézis, a fizikális vizsgálat és a képalkotók jelentőségét, az orvosi diagnózis és a funkcionális diagnózis összefüggéseit és különbségeit prof. Dr. Szabó István esettanulmányokra fűzi fel és teszi igazi „klinikai gyöngyszemmé” a gyógytornászok számára. „Az úszóváll prevenció lehetőségei” pedig igazi csemegét rejteget mindazoknak, akik szeretnék az úszókkal gyógytornászként foglalkozni. Így video elemzésekkel bemutatásra kerül az 4 fő úszásnem helyes kivitelezésének biomechanikája, majd mind ezek alapján azok a leggyakoribb technikai hibák, amelyek még megfelelő edzésterhelés mellett is a vállfájdalom kialakulásához vezethetnek. Ismertetésre kerülnek a mozgástartomány és izombalansz úszásra jellemző változásai és ezek korrekciói, célzott mozgásprogramja, amely a Jövő Bajnokai Programban 240 gyermek részvételével már működik Magyarországon az Úszó Szövetség Támogatásával.

A 8. Pre-Kongresszus kurzusai 2016.10.20-án 10:00-kor kezdődnek. Az étkezés a helyszínen önköltségesen megoldható. A kurzusok azonos időben, párhuzamosan zajlanak, ezért csak egy kiválasztottira lehet jelentkezni. Minden kurzus kreditponttal rendelkezik.

VÁLTOZÁS:

Az első Pre-Kongresszus 2011-ben került megrendezésre, az azóta eltelt öt évben a kurzus körüli járulékos költségek jelentősen megemelkedtek. Ezeket a kiadásokat az MGYFT eddig kompenzálta, de 2016-ban a részvételi díjak megemelésére kényszerülünk.

Így az **MGYFT tagoknak 12 000 Ft + áfa, nem MGYFT tagoknak 17 000 Ft + áfa az új díjazás.**

Az MGYFT ugyanakkor **TÁMOGATNI KÍVÁNJA HŰSÉG AKCIÓJÁVAL** azokat a tudásuk fejlesztésére törekvő gyógytornászokat, akik rendszeres résztvevői a pre-kongresszusnak: akik **legalább három alkalommal már részt vettek pre-kongresszuson, a régi díjazással vehetnek részt a 8. Pre-Kongresszuson Budapesten!**

Akiket érint, a jelentkezésnél a megjegyzés rovatba kérjük beírni: **MGYFT hűség akció**

Helyszín: **DANUBIUS HOTEL FLAMENCO · 1113 Budapest, Tas vezér u. 3-7.**

8. Pre-Kongresszusra jelentkezés:

<http://www.asszisztencia.hu/mgyft/2016/prekongresszus/>

Ne maradj le róla!

Benkovics Edit
Pre-Kongresszus szervező

2 | BEVEZETÉS

TANULMÁNYOK

DR. DARÓCZY JUDIT

- 3 | A krónikus perifériás nyiroködéma komplex kezelése
Complex treatment of chronic peripheral lymphoedema

ALBERT TÓTH JUDIT

- 7 | Az emlődaganatos betegek komplex fizioterápiás kezelése és a daganat vagy annak kezelése kapcsán kialakuló nyiroködéma terápiája
Complex treatment in patients with breast cancer and breast cancer-related lymphoedema (BCRL)

OROSZ KRISZTINA, KAPITÁNY ZSUZSANNA

- 14 | Irányelvek, javaslatok, tapasztalatok az emlő onkoplasztikai műtéteinek posztoperatív fizioterápiájában
Guidelines, recommendations and clinical experience in post operativ physiotherapy management after reconstruction breast surgeries

BÁTHORY SZILVIA

- 21 | Alice Program – Malignus emlődaganatos nők életminőségét javító, komplex rehabilitációs program
Alice Program-Complex rehabilitation program for women with breast cancer to improve the quality of life

CSATÁRINÉ VARGA ZSUZSANNA

- 27 | Gyógytornász – beteg terápiás kapcsolat az onkológiai betegellátásban
Physiotherapist Patient Relationship in the field of Oncology

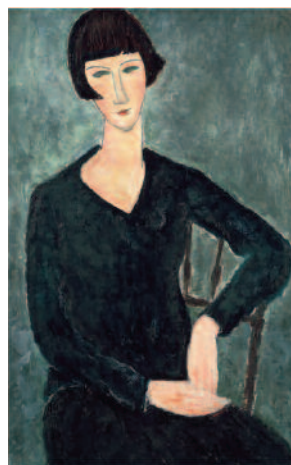
PORTRÉ

- 33 | Kapitány Zsuzsával Bajkay Ágnes beszélgetett

37 | KÜLFÖLDI KITEKINTŐ

38 | HÍREK, BESZÁMOLÓK

40 | ÚTMUTATÓ SZERZŐINKNEK



AMADEO MODIGLIANI (1884–1920)

Ülő kék ruhás nő, (Fernande Barrey?), 1918

A Magyar Nemzeti Galériában október elejéig látható az olasz festő életművének első nagyszabású bemutatóját Magyarországon.

Modigliani rövid időt élt meg, mégis hatalmas életművet hagyott hátra. Tizennégy évesen kezdte művészi tanulmányait, huszonegy évesen költözött Párizsba, ahol csatlakozott a Párizsban élő külföldi modern művészekhez. A személyét övező mítoszok gyakran elterelik a figyelmet valódi művészetéről. Az avantgárd összes irányzata hatott rá, a kubizmustól a fauve-okig. Egyedi stílust alakított ki, amely a modernizmus egyik ágába sem sorolható. Egyszerre volt klasszikus és avantgárd művész, de valójában sosem tért el a klasszikus formálástól. Más avantgárd művészekkel ellentétben, őt az aktok és az arcok érdekelték. Hosszúak az arcú, hosszú nyakú melankolikus portrékat festett, amelyek az itáliai klasszikusokat és a manierizmust idézik, de ez az ábrázolástípus a primitív népek művészetében is jelen van. Portréira jellemző, hogy a szemeket nem festette meg részletesen, az emberiség ösztönvilágának misztikuma izgatta. 1917-től Léopold Zborowski lengyel költő vette pártfogásába, és valószínűleg az ő hatására született meg a nagyjából 30-35 képből álló, leghíresebb művei közé tartozó aktsorozata. A sorozat egyik képe 170,4 millió dollárért kelt el tavaly a Christie's árverésén.

A kiállításról vigyük magunkkal Modigliani legfőbb jellemzőjét: az őt ért nagyon sokféle hatást harmonikusan építette be a művészetébe és így hozta létre saját egyéni stílusát.

Kedves Kollégák, Tisztelt Olvasók!

A 2016. év 3. számát tartjátok a kezetekben. A nyár végi-ősz eleji számunk a 2. szám folytatásaként ismét az onkológiai fizioterápiáról szól, kiemelve az onkológiai betegségek között gyakoriságával igen előkelő helyen álló mamma carcinomát és a műtét utáni, illetve a szövődé-nyeivel kapcsolatos fizioterápiás teendőket. Mint különleges téma a fizioterápiában, a tanulmányok olvasása kapcsán átértékelhetjük a fizioterápia, a fizikális terápia és a fizioterápia lelki vonatkozásai közötti összefüggésekről alkotott nézeteinket. A cikkeket olvasva többször megfogalmazódott bennem, hogy az onko-fizioterápia olyan különleges területe a fizioterápiának, ahol valóban minden kiejtett szó, mondat, kimondott, megfogalmazott gondolat, minden verbális és non-verbális megnyilvánulás maximális tudatosságot, előre tervezettséget kíván a gyógytornásztól annak érdekében, hogy elősegítse a páciense aktív részvételét a terápiában, illetve a legreménytelenebb esetekben is méltó kísérője lehessen az útja végéhez közeledő embertársunknak. Nem tudom, hogy van-e még érzelmileg ennyire megterhelő területe a gyógytornának és vajon honnan merítik az erőt és a határozottságot, a hozzáértést és az önuralmat azok a gyógytornászok,

akik nap mint nap reménytelen, néha mégis reményteljes esetekben kedves, mosolygós, magabiztosságot és szakértelmet sugárzó apró, de nélkülözhetetlen „csapágyai” a hatalmas onkológiai gépezetnek? A gyógytornafoglalkozás nyilvánvalóan a „béke szigete” szerepet is betölti az onkológiai kezeléseken részt vevő betegek mindennapjaiban, hiszen végre egy hely, végre egy terapeuta, aki nem szúr, nem vág, nem sugaraz és nem közöl kellemetlen tényeket. Ellenben mosolyog, új lehetőségeket mutat a fennálló korlátozottság ellenére, mindig alkalmazkodik az aktuális fizikai és pszichés állapothoz, tántoríthatatlanul megköveteli a szükséges és az állapotot javító fizioterápiás eljárásokban, gyakorlatokban való részvételt, és végső esetben végigkíséri a páciens, lehetőségeihez mérten, a haláláig.

Minden elismerést megérdemelnek az onkológiai fizioterápiában dolgozó gyógytornászok. Olvassátok szeretettel és átéléssel a mélyen elkötelezett és a több évtizedes munkájukra visszatekintő kollégák tanulmányait.

HOLCSA JUDIT

A Fizioterápia Szerkesztőbizottságának elnöke



WWW.WCPT.ORG/NEWS/WORD-PT-DAY-2016-JUN16

A FIZIOTERÁPIA VILÁGNAPJA 2016.

Az idei fő téma: Hogyan lehetne egészségesebb az időskor?

A Fizioterápia Világnapja 2016. szeptember 8., melynek kapcsán a WCPT arra bíztat minden fizioterapeutát a világon, hogy próbálják hangsúlyozni szerepüket az egészséges időskor elérésében, s a várható élettartam növelésében.

A WHO által közzétett *Öregedés és Egészség a világban* című tanulmányban olvasható, hogy a legfontosabb feladat az idős emberek számára a *funkcionális képességek elérése*. A WCPT-nek rendkívül fontos szerepe volt a kutatások során, melynek eredményeképp megszülethetett a legújabb WHO egészségügyi ajánlás az idősödő korosztály számára.

Számítások szerint 2050-re a Föld teljes populációját alapul véve, több mint 2 milliárd ember lesz túl a 60.-ik életévén és több mint 400 millió ember lesz, aki már a 80.-ik évét is betöltötte.

Minden évben ezen a napon (szeptember 8.) végre kiemelkedő szerephez juthatunk Mi, Fizioterapeuták és rávilágíthatunk munkánk és az egészségben öregedés, illetve az egészséges életmód és a mozgás fontosságára. A Fizioterápia Világnapja egy lehetőség arra, hogy a fizioterapeuták és szervezeteik kifejezhessék örömlüket, annak kapcsán, hogy hozzájárultak egy egészségesebb világhoz és egy egészségesebb időskori társadalomhoz.

A krónikus perifériás nyiroködéma komplex kezelése

PROF. DR. DARÓCZY JUDIT MTA DOKTORA, C. EGYETEMI TANÁR

MeDoc Egészségközpont, Budapest

ÖSSZEFOGLALÁS

Világszerte a lakosság 3-4 %-ának van különböző okokra visszavezethető nyiroködémája. A nyiroködéma kialakulhat a nyirokrendszer veleszületett elégtelensége (elsődleges nyiroködéma) vagy szerzett károsodása (másodlagos nyiroködéma) következtében. Különböző kóros állapotokat (véna keringési elégtelenség, érszűkület, pajzsmirigybetegség, diabetes mellitus stb.) kísér nyiroködéma. A nyiroködéma kezelés nélkül szövődményekhez és a beteg rokkanttá válásához vezet. A komplex ödémamentesítő kezelés nemzetközi irányelve alapján a kezelés fő elemei a kézi nyirokdrenázs, kompressziós pólyák alkalmazása, gyógytorna, bőrápolás. Fontos része az ellátásnak, hogy a beteget megtanítsuk arra, hogyan kell együttműködni a terapeutával és együtt élnie a krónikus nyiroködémával. A nyiroködéma kezelése minden esetben csak szakorvos véleménye alapján és felügyelete mellett történhet.

Kulcsszavak: perifériás nyiroködéma, komplex ödémamentesítő fizioterápia (CDP), nemzetközi kezelési irányelv, betegoktatás

SUMMARY

Around 3-4% of the world population is suffering from different types of lymphoedema. Lymphoedema can develop due to inborn failure (primary lymphoedema) or because of damage to the lymphatic system (secondary lymphoedema). Various conditions (venous insufficiency, arteriosclerosis, diabetes mellitus, thyroid diseases, etc.) may be accompanied by lymphoedema. Without decongestive physiotherapy complications and disability set in chronic lymphoedema. Complete decongestive therapy (CDT) in accordance with international guideline is considered the mainstay of lymphoedema treatment. It consists of manual lymphatic drainage, compression bandaging, exercises to enhance lymphatic drainage and skin care. The education of patients with lymphoedema, and helping them to cooperate with the therapist are important elements of the treatment. Lymphoedema treatment must be prescribed and supervised by physicians who specialized in treating lymphoedema.

Keywords: peripheral lymphoedema, complete decongestive physiotherapy (CDT), international guideline of the treatment, patient education

BEVEZETÉS

A nyirokerek feladata, hogy a szöveti nyirokfolyadékot visszaszállítsák a szívbe. Nyiroködéma akkor alakul ki, ha a nyirokrendszer (nyirokerek, nyirokcsomók) már nem tudja elszállítani a nyirokköteles anyag- és folyadékmenyiséget a szövetekből, amelyet a vénák nem képesek visszaszállítani a szívbe. A nyiroködéma a nyirokrendszer leggyakoribb betegsége, amelyet az jellemez, hogy a fehérje- és zsírdús folyadékgyülem felszaporodik a szövetekben. A perifériás nyiroködéma kialakulhat az arcon, a törzsen, a végtagokon és a nemi szerveken.

KLINIKAI TÜNETEK

A nyiroködéma megkülönböztethető más ödémáktól (szív, vese, máj stb.).

A jellegzetes klinikai tünetek:

- a végtagok megvastagodottak,
- a kéz- és lábujjak „kolbász-szerűek”,
- az ujjak tövében, valamint a boka és a csukló területén csecsemőráncok,
- az ujjak Stemmer pozitívak,
- narancsbőr tünet,
- gyakori a papillomatosis (1., 2., 3., 4., 5. kép)



1. kép | A láb nyiroködémájának jellemzői:
az ujjak megvastagodtak, az ujjak tövében és a bokánál csecsemőráncok, a boka és a láb cipőszerűen duzzadt

A NYIROKÖDÉMA OSZTÁLYOZÁSA

❶ Elsőleges (primér) nyiroködéma: akkor alakul ki, ha a nyirokrendszer elemei veleszületetten hypo- vagy hyperplaziásak. A lakosság 0,5–1%-át érinti. Rejtett rizikófaktorokként lehet jelen 3–5%-ban.

❷ Másodlagos (szekunder) nyiroködéma: akkor alakul ki, ha valamilyen károsodás éri a nyirokrendszert: például műtét, daganat, besugárzás, trauma, mozgáskorlátozottság stb.

KOMPLEX ÖDÉMAMENTESÍTŐ KEZELÉS

A kezelés elve: a károsodott nyirokrendszer csökkent működése következtében a szövetekben rekedt magas fehérje- és zsírtartalmú ödémaanyagot a szöveti, úgynevezett praelymphaticus résekből a nagyobb nyirokerekbe, majd nyiroktörzsekbe kell juttatni. Az eljárás során akti-



2. kép | A kéz nyiroködémájának jellemzői: a megvastagodott ujjak tövében és a csuklónál csecsemőráncok. A kéz cipőszerű, az alkar is megvastagodott



3. kép | A Stemmer-féle jel azt mutatja, hogy milyen mértékben ráncolható az ujjak bőre. A széles Stemmer-féle jel a nyiroködéma jele



4. kép | A narancsbőrtünet a krónikus, fibrotikus nyiroködémát jelzi



5. kép | A papillomatosis a lábujjakon gyakori szövődmény

válódnak a nyirokcsomók, csökken a kötőszöveti nyomás, csökken a perifériás vénás nyomás, aktiválódik az izompumpa, új nyirokerek és folyadékvezetési utak nyílnak meg és lehetőség van a kötőszövet átépítésére is. (1, 2)

A kezelést minden esetben orvos kezdeményezi, és a gyógytornással együtt határozzák meg az adott beteg esetében a kezelés elemeit. A kezelés tervezésénél hasznos az elvezető nyirokutak meghatározása (6. kép). Az orvos ellenőrzi a kezelés hatékonyságát és a kezelés közben felépő esetleges szövődményeket.

A KEZELÉS ELEMEI

Kézi (manuális) nyirokdrenázs: A centrális nyirokszervek – nyaki, mellkasi, hasi nyirokcsomók és a nagy nyirokerek – régiójának aktivizálásával a kezelő szívó (drenáló) hatást gyakorol a perifériás nyirokerekre. Ezt kiegészítve a nyirokkapillárisok és a bőrben lévő kis gyűjtőerek a végtagokon és a törzsön alkalmazott „fogásokkal” készíthetők összehúzódnak. A nyirokerek rendszerének ismeretében felkeresendők azok a nyirokerek, amelyek megkerülik a károsodott vagy elégtelen elvezető kapacitással rendelkező nyirokellátási régiót. A nyirokdrenázst olyan gyógytornász vagy gyógymasszőr végezheti, aki a módszert akkreditált képzési rendszerben megtanulta és az elmélet mellett gyakorlati oktatásban is részesült.

A kezelés időtartama elsősorban a nyiroködéma stádiumától függ. A kezelés egymás utáni napokon történik, naponta 30–50 perc.

Kompressziós kezelés rugalmas pólyákkal:

A végtag perifériájától a centrum felé haladva fokozatosan csökkenő nyomással kompressziót kell gyakorolni a kötőszövetre, és ezáltal az izmokra, valamint az izmokba ágyazott nyirokerek falára.

Figyelembe kell venni:

- a végtagok artériáiban mérhető nyomást: kívánatos, hogy elérje a 60 Hgmm-t;
- Megfelelő segédeszközök alkalmazása:

- végtagonként 5 db, rövid megnyúlású rugalmas pólya;
- cellona vatta;
- vese- vagy ovális alakú gumikompressz;
- cérnahrarisa (7. kép)

■ A kompressziós kötés alkalmazásakor a nyomást fokozatosan kell csökkenteni a periféria felől a végtag proximalis része felé haladva;

■ egyenletes nyomáeloszlásra kell törekedni (Laplace-féle törvény: $P = T/r$, $P =$ nyomás fordítottan arányos a nyomás alatt lévő kör (T) sugarával (r);

■ a rugalmas pólyákat úgy kell felhelyezni a végtagra, hogy az egyenetlenségeket (Achilles-ín bemélyedés, tenyérbemélyedés) kiegyenlítő kompresszek segítségével henger alakúvá alakuljon a végtag, hogy egyenletesen oszoljon el a pólya nyomása.

A módszert meg kell tanulnia a betegnek, vagy az otthonápolásban dolgozó szakápolónak/hozzátartozónak. (8. kép) A kompressziós pólya félévente ismételt felírandó, mert a hordási idő alatt elveszti a rugalmasságát.

A Mobiderm® és a Kinezio tape alkalmazása kiegészítésként megkísérélhető, azonban alkalmazásuk nem alapul evidencián. Nem helyettesíthetik a rövid megnyúlású rugalmas pólyákat.

Gyógytorna: elemei a következő szempontok szerint kerülnek összeállításra:

- a tornát légzőgyakorlatok és a végtagok proximalis izompumpáját megmozgató gyakorlatok vezetik be, amelyeket a végtagok perifériás részeit megmozgató gyakorlatok követnek;
- a gyakorlatok fekvő, ülő helyzetben is végezhetők;
- a torna alatt a kompressziós pólya a végtagra legyen felhelyezve (9. kép);
- a megtanult tornát a beteg otthonában is naponta végezze;
- gyakran szükséges egyéni gyógytorna (arthrosis, idős kor, kontraktúra stb.) célzott terápiája.



6. kép | A kezelés tervezésénél hasznos az elvezető nyirokutak berajzolása a drenázs irányának meghatározásához



7. kép | A segédeszközöket a rendeltetésük ismeretében kell összeállítani. A képen az alsó végtag kezelésének segédeszközei



8. kép | A combtőig felhelyezett kompressziós pólya szakszerű alkalmazására a beteget meg kell tanítani



9. kép | Az izompumpát fokozó torna mindig kompressziós pólyában történjen

Bőrápolás: Az ödémás bőr feszül, és a kezelés következtében (kézi drenázs fogásai, kompressziós pólya nyomása) mechanikus irritációnak is ki van téve. A hám napi ápolására illatszer nélküli bőrápoló (például Cremor Refrigerans recept nélkül kapható krém) javasolt. A nagy hajlatokban (hónalj, lágyékhajlat, hasredő, mell alatti terület) hintőpor, a lábujjak közé fertőtlenítő ecsetelő javasolt.

Megfelelő lábbeli: a nyiroködémás láb kezelésekor olyan cipőt kell viselni, amelybe a kompressziós pólya belefér, és amelyben a talp gördíthető, hogy az izompumpa működjön. Ajánlott a fűzhető, ezért tágitható tornacipő vagy tépőzáras szandál.

Intermittáló pneumatikus gépi kompresszió (hullámmasszázs): a sorba kapcsolt rekeszek a nyirokerek pulzációját utánzó ritmussal nyomást fejtenek ki a végtag kötőszövetére, izmaira. A gép nyomáserőssége 20-60 Hgmm között szabályozható, percenként 5-20 frekvenciájú nyomáshullámra állítható be.

A gép alkalmazása csak a komplex kezelés kiegészítéseként jöhet szóba, azokban az esetekben, amelyekben a mobilis ödéma folyadék már kiürült. A gépi kezelés sok esetben nem alkalmazható: például kezeletlen nyiroködémában, malignus nyiroködémában, az ujjak Stemmer-pozitivitása esetén, gyulladás fennállásakor stb. Ujjbenyomatot tartó nyiroködéma esetén, mivel a folyadék nem összenyomható, a gépi kompresszió az ödémás szövetben lévő erekre ható nyomás miatt thrombozist, emboliát, kritikus ischémiát okozhat.

Orvosi gyógyharisnya: lehet karharisnya, kesztyű, lábharisnya (10. kép), lábtű, harisnyanadrág, félszáras harisnyanadrág. A harisnya nyomáserőssége 2-3-4-es erősségű lehet. Standard és egyéni méretben készülhet. A gyógyharisnyát receptre orvos írja fel, miután a beteg állapotáról tájékozódott és a harisnya típusát és minőségét a beteggel és a gyógytornással együtt



10. kép | Az orvosi gyógyharisnya és kesztyű csak a mobilis ödémától mentes végtagra írható fel

meghatározta. Fontos, hogy a harisnya próbáját a beteg a rendelés helyén, illetve az orvosi rendelőben is elvégezhesse. A harisnya félévente ismételtelen felírandó, mert a hordási idő alatt elveszti a rugalmasságát. Használati és kezelési útmutatásra mind az orvos, mind a gyártó cég köteles.

Beteg/hozzátartozó/gondozó oktatása: minden krónikus betegség esetén szükséges, hogy a beteg/hozzátartozó szakszerű tájékoztatást kapjon a betegségéről. Csak így tud az orvossal és a nyirokterapeutával sikeresen együttműködni. Megtanítandó a kompressziós pólya alkalmazása, a torna végrehajtása, a harisnya felhelyezése.

Kezelési szakaszok:

I. Intenzív kezelés szakasza: cél, hogy a mobilis ödémafolyadék optimálisan kiürüljön a végtagból. A beteg naponta részesül kezelésben. A kezelés idejét pontosan nem lehet meghatározni, függ az ödéma stádiumától, a beteg (és a keringés) általános állapotától, a beteg együttműködési készségétől. A kezelés elemei:

- kézi nyirokdrenázs;
- kompressziós kezelés, rövid megnyúlású pólyával;
- gyógytorna;
- bőrápolás;
- betegoktatás.

II. A javult állapot fenntartásának szakasza: a végtag optimális állapotban nem tartalmaz mobilis, ujjbenyomatot tartó ödémafolyadékot. A végtag alkalmassá vált orvosi gyógyharisnya viselésére. A kezelés elemei:

- orvosi gyógyharisnya;
- naponta 1-3 óra kompressziós pólyában;
- gyógytorna, testmozgás;
- bőrápolás;
- szükség esetén tanácsadás.

Gondozás-kontroll: félévente szükséges a kompressziós pólya és harisnya felírása, amely a beteg állapotának az ellenőrzésével egy időben történik. Panasz, szövődmény esetén, a beteg azonnal jelentkezzen a kezelésen.

A kezelés tervezése:

- ① A kezelés megkezdése előtt meg kell határozni a diagnózist, az ödéma lokalizációját, kiterjedését, stádiumát, a kezelés kontraindikációit, az alkalmazandó kezelési elemeket.
- ② A nyiroködéma stádiumai:
 - Stádium I.: ujjbenyomatot tartó, reverzibilis, nyugalomban visszafejlődő ödéma;
 - Stádium II.: ujjbenyomatot tartó, spontán irreverzibilis ödéma, nyugalomban nem fejlődik vissza;
 - Stádium III.: ujjbenyomatot nem tartó (non-pitting), irreverzibilis ödéma, a nyirokfolyadék fibrotikussá vált, a kötőszöveti rostok megszorodtak, különböző szövődmények kísérik;
 - Stádium IV.: elefantiázisnak nevezett klinikai kép, szövődmények kísérik, irreverzibilis állapot.
- ③ A nyiroködéma kezelés kontraindikációi: malignus nyiroködéma, daganat áttételek a bőrön, gyulladásos ödéma, orbánc, gombás bőrfertőzés, kardiális dekompenzáció, légzési elégtelenség, kezeletlen magas vérnyomás stb.
- ④ A komplex kezelés elemeinek megválasztása: kézi drenázs, kompressziós pólya, torna, bőrtünetek kezelése, gépi kezelés, harisnya.
- ⑤ A kezelés tervezett időtartama, a rehabilitáció ütemterve.

MEGBESZÉLÉS

A krónikus nyiroködéma komplex kezelése olyan teammunka, amelyben a nyiroködéma kezelésében jártas orvos és a szakmai testületek által akkreditált tanfolyamon elméleti és gyakorlati továbbképzésben részesült gyógytornász vesz részt. A kezelés minőségbiztosítása alapvetően fontos. A személyi és tárgyi feltételek mellett a kezelésnek az evidenciákra alapuló irányelvek alapján kell történnie. A beteg állapotának, kezelésének és az eredményeknek regisztrálása is szükséges.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Daróczy J.: A krónikus vénás-lymphás elégtelenség kezelése. *Praxis*, 2006, 5 (1), 51-54.
2. Daróczy J.: *Nyiroködéma*. Budapest, K.u.K. Kiadó, 2009, 56-77.

Levelezési cím:
Prof. Dr. Daróczy Judit
judit@daroczy.net

Az emlődaganatos betegek komplex fizioterápiás kezelése és a daganat vagy annak kezelése kapcsán kialakuló nyiroködéma terápiaja

ALBERT TÓTH JUDIT GYÓGYTORNÁSZ, LYMPHTERAPEUTA

Országos Onkológiai Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

Háttér: Az emlődaganatos betegek rehabilitációjának legfontosabb része a mozgásterápia. A gyógytorna szerepe széles körű, nemcsak mozgásszervi rehabilitációt takar, hanem jelentős szerepet kap a rehabilitáció során a gyógytorna segítségével megvalósuló lelki támogatás is.

A gyógytorna-mozgásterápia másik fontosabb célkitűzése a nyiroködéma megelőzése, illetve a már kialakult nyiroködéma kezelése.

Cél: A mellműtét utáni terápia során alkalmazott mozgásterápia bemutatása. A gyógytorna célja, hogy a mozgás hatásainak segítségével a beteg minél hamarabb visszatérjen a mindennapi tevékenységeihez. Ez mind a hétköznapi, mind a szabadidős sporttevékenységekre értendő; a fő cél: az életminőség javítása.

Módszer: A beteg állapotának és a kezelés céljának megfelelően kiválasztott gyakorlatok segítik az átmenetileg elveszített vállövi mozgástartomány teljes visszaállítását és még a nyiroködéma megelőzésében is szerepük lehet. A betegek tájékoztatása során elhangzó információk hozzásegítik őket ahhoz, hogy tisztában legyenek a mindennapokra vonatkozó feladataikkal, tevékenységi korlátaikkal, lehetőségeikkel, a betartandó szabályokkal.

Eredmények: Az alkalmazott mozgásprogram és a beteg tájékoztatás eredményeként a betegek műtét vagy tumor által károsított mozgásszervi rendszeri státusza kedvezően változott. A nyiroködéma mobilitásában és mértékében is javulást tapasztaltunk. A beteg tájékoztatás eredményeként észrevettük, hogy a mamma-műtött betegek már kisfokú ödéma észlelése kapcsán is jelentkeznek kezelőorvosuknál, így az idejében elkezdett nyiroködéma-terápiával jobb eredményeket érhetünk el. Ezenkívül a mozgásterápia a testi funkciók javításán túl lelki támogatást is jelent a gyógytornára járó pácienseknek, a terapeuta támogató jelenléte, valamint a csoportos tornán való részvétel miatt, amely „támogató csoportként” is működhet.

Limitációk: Az utóbbi két-három évben intézetünkben bevezetett újfajta műtéti eljárás, az onkoplasztikai műtétek szövödményeként előforduló vállövi-vállízületi mozgástartományban jelentkező mozgáspálya-csökkenésről, illetve a terápiájáról még nagyon kevés tapasztalat áll rendelkezésünkre.

Kulcsszavak: mozgásterápia, teljes vállízületi mozgástartomány, nyiroködéma-megelőzés és -kezelés, betegoktatás, onkoplasztikai műtétek

SUMMARY

Background: The most important part of rehabilitation program for breast cancer patients is physiotherapy. The physiotherapy treatment not only helps physical rehabilitation but also gives these patients psychological support. The other function of physiotherapy is to prevent and manage lymphoedema.

Objective: To introduce physiotherapy treatment for breast cancer related lymphoedema. The physiotherapist helps the patients to achieve the abilities to move or to perform functional activities in their daily lives or sport activities. Physiotherapy plays a unique role in cancer care because of improving the quality of life for cancer patients.

Method: The appropriate exercises for the patient depending on the patient's rehabilitation status, and the goal of the therapy can help to restore the temporary loss of shoulder movement and can prevent lymphoedema. Patient education helps the patients managing long-term side effects, and changes in their everyday life.

Results: *The physiotherapy and patient education helped to restore musculoskeletal function impaired by surgery or cancer. The swelling of the affected areas remained soft with no skin changes and the circumferential measurements tended to decrease significantly. The patient education increased awareness, so the patients after breast cancer surgery consult their doctors when the first symptoms of lymphoedema occur. The diagnosis of lymphoedema at the earliest possible stage is very important, because early diagnosis leads to more effective treatment. Physiotherapy (and physiotherapist) also gives emotional support for patients and lymphoedema peer group could be supporting as well.*

Limitations: *There was a novel approach in our institution referred as oncoplastic breast surgery in the last two-three years. There are no data on the incidence of complications, the loss of shoulder movements because of oncoplastic breast surgery and effective therapeutic approaches.*

Keywords: *physiotherapy, full range of motion in shoulder, prevention and treatment of lymphoedema, patient education, reconstruction breast surgery*

BEVEZETÉS

A mai modern onkoterápiás szemléletet figyelembe véve az emlődagánattal operált betegek rehabilitációja az életminőség helyreállítását, illetve javítását célozza meg. Az emlőműtéten átesett betegek rehabilitációjának legfontosabb eleme a mozgásterápia. A tanulmány következő részében a mozgásterápia terápiás indikációk szerint felosztott időszakait szeretném bemutatni, kiemelve az időszakokra jellemző főbb feladatokat. A gyakorlatok szempontrendszerét két-három évvel ezelőtt jelentősen megváltozott – ezt is részletesen bemutatom.

A *Cancer* 2012. év 8. számában megjelent tanulmány (5), amely a 2001–2011 között megjelent 19 releváns Clinical practice guideline eredményeit összegzi, a következő alapokat fekteti le:

- a kíméletes mozgatót postoperatív 1. napon el kell kezdeni;
- a postoperatív első héten a mozgáspályát kell növelni;
- a postoperatív második héttől, ill. a drain kivétel után lehet stretching technikákat alkalmazni;
- a postoperatív 6-8. hétre kell elérni a teljes mozgáspályát;
- ellenállásos gyakorlatokat 4-6 héttel a műtét után ajánlott végezni.

A POSTOPERATIV IDŐSZAK

A műtét utáni időszakot az emlőműtétek esetében is korai és késői postoperatív időszakra osztjuk. A korai postoperatív szak közvetlenül a műtétet követő időszak, amely a 8. hétig tart, ezt követi a késői postoperatív időszak. Az utóbbi néhány évben jelentősen csökkent a műtétet követően – a korai postoperatív szakban – a kórházi tartózkodás ideje. Amíg két-három évvel ezelőtt átlagosan 5-6 napot tartózkodtak a mammaműtét után a betegek a kórházban, mára ez az időszak olyannyira lecsök-

kent, hogy komplikációmentes esetben a műtétet követő 2. napon hazaengedik őket. A kórházi rehabilitáció időtartama ezáltal minimálisra csökkent. Intézetünkben ezen rövid időtartam alatt próbáljuk a mammaműtött betegeknek megtanítani az otthonukban végzendő tornát és elmagyarázni a gyógytorna és a mozgás fontosságát.

A KORAI POSTOPERATIVUM MOZGÁSTERÁPIÁJA

„Ideális esetben a beteg már a műtét előtt találkozik a gyógytornással. Ez azért fontos, mert már ekkor felvilágosítást kap a műtét után végzendő gyógytorna-gyakorlatokról és jelentőségükről. Fájdalom nélkül megtanulhatja azokat, így a műtét után bátrabban fog hozzákezdeni”. (7)

A gyógytorna célja:

- a vállízületi mozgástartomány helyreállítása;
- a keringési viszonyok optimalizálása, a vénás- és nyirok-keringés segítése;
- a megfelelő izomegyensúly kialakítása, kontraktúrák megelőzése;
- a kétoldali szimmetria helyreállítása;
- a mellkas és háti gerinc mobilitásának a megtartása.

A gyakorlatok összeállítása:

- Légzőgyakorlatok, amelyek segítik a mellkas mobilitásának visszaállítását és egyben feszültségoldó hatásuk van.
- Keringésvajító gyakorlatok, amelyek a felső végtag agonista és antagonist izomcsoportjainak ritmikus összehúzóásával, az úgynevezett izompumpahatást váltják ki; ez a légzőgyakorlatokkal kombinálva facilitálja a felső végtagi keringést.
- Tartásvajító és gerincmobilizáló gyakorlatok, amelyek a kényszerített megelőzésére, illetve korrigálására és ezenkívül a keringés javítására szolgálnak.



1. ábra (12)

A gyógytornát csoportosan, tükör előtt végzik a betegek. (1. ábra) Az emlőműtéten átesett nők legtöbbször először itt szembesülnek a műtét következtében kialakult testi változásokkal. A mell egy részét (quadrantectomia) vagy teljes egészét (mastectomia) elveszítik. Akár részleges, akár teljes emlőeltávolítás történt, a betegek úgy érzik, nőiességükben sérültek, ráadásul ez a megváltozott testi adottság, protézis hiányában, a külső szemlélő számára is egyértelműen érzékelhető. Ez az oka annak, hogy a betegek gyakran kényszerszármazást vesznek fel, amellyel palástolni próbálják a műtét következtében kialakult hiányt: a váll elevatióba és protractióba kerül. Tartásjavító gyakorlatokkal próbáljuk a kényszerszármazást oldani, mert ennek későbbi következményei lehetnek.

A MAMMAMŰTÉT UTÁNI GYÓGYTORNA FELÉPÍTÉSE ÉS VÁRHATÓ HATÁSAI

A tornát a nyaki és háti gerinc mobilizálásával kezdjük, majd a vállízület bemelegítése következik – fontos a helyes testtartás és a lapockák fiziológiás helyzetének megtartása. A vállövi-vállízületi mobilizálást követően, először rövid, majd hosszú teherkarral végzett gyakorlatokat végeztetünk a fent említett szempontok figyelembevételével. A vállízület teljes mozgástartományának elérése-helyreállítása érdekében az egészséges és az érintett oldali karral külön-külön és együtt is (két kéz összekulcsol-

va), felváltva végeztetünk gyakorlatokat. Nagyon fontos szempont, hogy a beteg csak aktívan végezze a gyakorlatokat, a passzív kimozgatás kontraindikált! A gyakorlat-sor elengedhetetlen része a „pangásgátló gyakorlatok” (7): két kézzel való „pumpálás” – mindkét kéz gyors, ritmusos öklöbe szorítása, majd az ujjak nyújtása különböző karhelyzetekben. A másik „pangásgátló” mozdulatsor: mindkét tenyér-kar gyors ritmusos ki- és beforgatása különböző karhelyzetekben, elől és oldalt emelve a kart. (7)

A váll-vállöv komplexum mozgástartományának csökkenése a műtétet követően a legtöbb esetben nem az emlő eltávolításának mértékétől (quadrantectomia vagy mastectomia), hanem az eltávolított nyirokcsomók mennyiségétől függ. A nyirokcsomó-eltávolítás blokkokban történik: „I–II–III-as block”. A komplett axillaris blockdissectio mindhárom blokkban történő eltávolítást jelent, de nagyon ritkán történik a III-as (apicalis) régió eltávolítása. Minél nagyobb a műtét radikalitása, ez annál inkább jelentkezik a vállízületi mozgás beszűkülésében. Gyakran merül fel kérdésként a csoportban tornázó betegek részéről, hogy miért van különbség az azonos időpontban műtöttek között a vállízületi mobilitásban, s legtöbb esetben a fent említett nyirokcsomó-eltávolítás különbsége az ok.

Abban az esetben, ha a beteg nem integrálható a csoportos tornába, mert idős, mozgáskorlátozott, vagy más

egyéb körülmény gátolja a csoportos tornán való részvételét, egyéni, kórtermi tornát tartunk részére.

A csoportosan végzett torna pszichés hatásairól se feledkezzünk meg. A csoportban a betegek látják, hogy nincsenek egyedül a problémájukkal, a másik betegnek is vannak fájdalmai, nehézségei, más sem tudja a korábbi mozgástartományban mozgatni a karját, így csökken az elszigeteltség érzése, erőt ad a csoportban végzett munkához és később az otthoni gyakorlatok végzéséhez is. A mammaműtétek utáni, régebben szokásos 5-6 napos kórházi ellátás időszakában a betegek szembesülhetnek a mozgástartomány változásával, amit a néhány nap alatti gyógytornával értek el; szembetűnő volt számukra is a különbség a 2. napi és az 5. napon nyújtott teljesítményük között. Mára sajnos ez az élmény nem jelentkezik az ellátásuk során, hiszen a 2. napon hazaengedik őket. A gyógytornát otthonukban kell(ene) folytatniuk önállóan, a kívánt eredmény – a váll mozgástartományának helyreállítása, a helyes testtartás kialakítása, a törzs szimetriáinak felépítése-elérése érdekében.

A FESZÜLTSG OLDÁSA A TORNA ALATT

Nagyon fontosnak tartom, hogy ne csak „tornáztassuk” a mammaműtött betegeket, hanem a torna időtartama alatt megfelelő kommunikációval oldjuk a kialakult állapot miatti feszültséget. Nem szabad megfeledkezni arról, hogy daganatos betegekkel foglalkozunk. A torna alatt legtöbbször sikerül a feszültségek oldása, a gyakran szorongó arckifejezéssel tornára érkező beteg a torna végén mosolyogva távozik.

A KÉSŐI POSTOPERATIV IDŐSZAK GYÓGYTORNÁJA

A műtét utáni 8. héttől a betegeknek lehetőségük van haladó tornán való részvételre. A csoporthoz való csatlakozást a betegek állapotfelmérő fizioterápiás vizsgálata előzi meg. Az esetleges szövődmények kezelése után a torna fő célja a teljes vállízületi mozgástartomány elérése. A mozgásterápia feladatai közé tartozik még az izomerősítés, a testtartásjavítás és a kondicionálás. Ezt célzott izomerősítő- és nyújtó-, valamint légzőgyakorlatok kombinációjával érjük el. Cél lehet még egy másfajta mozgásforma, szabadidősportra való felkészítés is.

Fel szeretném hívni a figyelmet az onkológiai mozgásterápia és a klasszikus fizioterápia lényeges különbségeire. Az onkológiai fizioterápiában kizárólag aktív gyakorlatokat végzünk, a passzív kimozgatás a korai postoperatív szakban kifejezetten kontraindikált. Szintén kerülendő a svédmasszázs és a legtöbb fizikoterápiás eljárás is. Ez

utóbbi gyakran merül fel tudományos fórumokon is. Adható-e elektromos kezelés tumor műtét utáni állapotokban? Gyakran kérdés számomra is, hogy a kialakult nyirokódéma vajon nem a nemrégiben kapott elektromos kezelés mellékhatása-e egy adott páciensnél? A lágyszövettechnikák, valamint bizonyos masszázstechnikák alkalmazása ajánlott, bár nem minden esetben.

ONKOPLASZTIKA

A XXI. század újfajta emlősebészete az onkoplasztika, amelyet intézetünkben is alkalmaznak. Az onkoplasztika a daganateltávolítás utáni rekonstrukciót jelenti. Kétféle változata létezik: az egyik, amikor halasztottan végzik a rekonstrukciós műtétet, tehát az emlő eltávolítása után nem azonnal, hanem bizonyos idő elteltével történik a plasztikai műtét. A másik az azonnali rekonstrukció, amikor az emlő eltávolítása után azonnal megtörténik a korrekció. A rekonstrukció történhet saját szövettel (például hasfalból vett zsírszövettel) vagy implantátum-beültetéssel. A plasztika a m. pectoralis majoron „nyugszik”. A halasztott rekonstrukciós műtéteknél gyakran izom átfordításával (például m. latissimus dorsi, m. rectus abdominis) alakítják ki az emlőt. Az átforgatott izom alá helyezik be az implantátumot. A műtét során először a m. pectoralis major alá expandert helyeznek be, amelyet fiziológias sóoldattal töltenek fel, majd hetente kis adagokkal tovább töltik, így növelve fokozatosan az expander térfogatát, míg el nem éri a szükséges méretet, majd ekkor helyezik be a megfelelő méretű implantátumot. Rekonstrukciós műtét csak negatív szövettani lelet birtokában végezhető. Gyakran az ép oldali emlőt plasztikai műtét segítségével „hozzáigazítják” a rekonstrukciós műtéttel elért elsőként operált mell alakjához és méretéhez, annak érdekében, hogy megfelelő esztétikai eredményt érjenek el.

Mindkét típusú – tehát a halasztott és az azonnali onkoplasztika esetében is eltér a mozgásterápia a plasztikai műtét nélkül végzett rehabilitációhoz viszonyítva. Óvatosabb, lassúbb ütemű, a mozgástartomány helyreállítása is lassúbb tempóban történik. A műtétet követően három órával fel kell kelteni a beteget a thromboembolia megelőzése céljából. A plasztikai műtött betegnél is a műtétet követő 2. napon kezdjük a gyógytorna-foglalkozásokat óvatos vállízületi mozgásokkal.

A legfontosabb szempontok, amelyek megkülönböztetik a plasztikai műtöttek gyógytornáját a quadrantectomián, illetve mastectomián átesett betegek tornájától:

■ Az onkoplasztikai műtét után 7-10 napig nem szabad 90° fölé emelni a kart. Amennyiben 90° alatti mozgástarto-

mányban is feszülést érez a beteg, abban az esetben a feszülés által határolt magasságig emeltetjük csak fel a kart.

■ A mellizom gyakorlatok végzése az első 7-10 napban tilos, mert a mellizmok kontrakciójával nagy a behelyezett implantátum elmozdulásának a veszélye.

■ A mellkast kiemelő, lapockákat záró gyakorlatok végeztetése sem ajánlott.

Az első 7-10 nap letelte után fokozatos növekedő terhelés, a feszülésérzés határáig lehet végezni a gyógytornagyakorlatokat. **Ehhez képest a quadrantectomián, illetve mastectomián átesett betegek gyógytorna gyakorlatáiban a feszülésérzés nem szab határt, a gyakorlatok fájdalomhatárig, illetve minimális fájdalomérzetig végezhetők.**

A rekonstrukciós műtéten átesett betegek szintén rövid ideig tartózkodnak intézetünkben. A bent tartózkodás ideje alatt éppen csak elkezdni van időnk a mozgásterápiát. Ezért az onkoplasztikán átesett betegeket mindenképpen visszahívjuk ambuláns kezelésre, hogy megtaníthassuk számukra a megfelelő gyógytorna gyakorlatokat.

A késői postoperatív időszakban a torna jellege hasonlóvá válik a quadrantectomián, illetve mastectomián átesett betegek gyógytornájához. Mindenképpen figyelembe kell venni, hogy az a beteg, akinek m. latissimus dorsi forgattak át, vagy m. rectus abdominis felhúzásával történt a plasztika, megváltozott statikai, izomműködési paraméterekkel rendelkezik. A m. latissimus dorsi átforgatása a gerinc thoracalis szakaszán az izomegyensúly megbomlásához vezet, emiatt néha hátfájalomról panaszkodhat a beteg, így törekedni kell a gyakorlatok összeállításánál a megfelelő tartás- és izomegyensúly kialakítására. A m. rectus abdominis felhúzásakor szintén célszerű adekvát, a hasfal stabilitását elősegítő gyakorlatokat végeztetni.

Intézetünkben két-három éve kezdték az onkoplasztikai műtétek végzését, így a felmerült mozgásszervi rendszeri problémák köre nem jelentős. Ahogy a quadrantectomia, illetve mastectomia esetében, az onkoplasztikai műtétek során is előfordulhatnak szövődmények, mint például a periarthrit is humeroscapularis, vagy a nyiroködéma. 5-10 év elteltével már a nagyobb esetszám függvényében több részletet fogunk ismerni ezeknek a műtéteknek a késői kimeneteléről.

A BETEGEK INFORMÁCIÓVAL VALÓ ELLÁTÁSA A GYÓGYTORNÁ-FOGLALKOZÁSOK KERETÉBEN

Intézetünkben az elmúlt húsz évben rendszeressé vált az emlőműtött betegek mozgásterápiája mellett a betegsüggükkel kapcsolatos információk átadása, a betegoktatás.

A betegoktatás célja elsősorban a nyiroködéma kialakulásának megelőzése (a kockázat csökkentése), valamint kialakulásakor a lehető legkorábbi stádiumban való felismerésének elősegítése. A korai diagnózis a mielőbbi hatékony kezelés érdekében nagyon fontos. Tapasztalatunk, hogy a tájékoztató elhangzott ismereteknek köszönhetően a betegek már kezdődő nyiroködémával jelentkeznek ambulanciánkon, a 10-15 évvel ezelőtti, nagyfokú ödémával érkező betegekkel szemben.

A tájékoztató alkalmával hangsúlyozzuk a mozgásterápia jelentőségét, a mindennapi életbe való integrálás fontosságát, az érintett oldali kar bizonyos fokú kímélének előtérbe helyezését.

Három fő szempontot említünk:

- rendszeres napi torna
- vérvétel, infúzió, vérnyomásmérés kerülendő az érintett oldali karban
- statikus terhelés az érintett oldali felső végtagon max. 4-5 kg engedélyezett

Néhány további javaslat (7):

- általában óvja az érintett oldali karját mindenféle sérüléstől
- kerülje a nagy hőhatásokat, úgymint szauna, túlzott napfürdőzés
- fordítson nagy gondot a testápolásra, és ha bármely bőrfertőzés, bőrgombásodás jeleit véli felfedezni magán, forduljon orvoshoz
- kerti munkánál a sérülések elkerülése érdekében használjon kesztyűt
- házimunka végzéséhez a tisztítószerek által okozott bőrproblémák elkerülése érdekében használjon kesztyűt
- ápolja rendszeresen a bőrét bőrsemmleges PH értékű testápolóval
- ne hordjon olyan melltartót, ruhát, aminek a vállpántja „bevág”
- mosás, mosogatás során kerülje a forró vizet
- óvakodjon a rovarcsípéstől
- ne hordjon gyűrűt az érintett oldali kezén

A betegek felvilágosítást kapnak az ödéma jelentkezésének lehetőségéről és arról, hogy kismértékű karduzzanat esetén is jelentkezzenek az ambulanciánkon.

A felvilágosítás nemcsak az életviteli szempontok betartása miatt fontos, hanem a mozgásterápia is hatékonyabb és motiváltabb abban az esetben, ha a beteg tisztában van a lehetőségeivel és a lehetséges következményekkel.

A késői postoperatív időszakban a megfelelő kondicionális állapot elérését követően számtalan mozgásforma végezhető. Ajánlott az úszás, a nordic walking, a jóga. Dinamikus terhelés esetén azon sportágak is üzhetők, amelyek esetében az érintett oldali kar terhelése meghaladja a 4-5kg-ot, például a fokozatosság elvét betartva, akár teniszezni is kezdhet a komplikációmentes, stabil állapotú beteg. A teniszlabda ütésekor ugyan a megengedett statikus terhelésnél nagyobb erővel üti meg a teniszütővel a labdát a játékos, de a dinamikus izomműködésnek köszönhetően ez nem okoz túlterhelést az adott felső végtagban. A sportmozgások végzésére minden esetben általánosan igaz, hogy ha sportolás után az érintett karon bármiféle változást tapasztal a mammaműtött sportoló, azonnal hagyja abba a szóban forgó sporttevékenységet és jelentkezzen ambulanciánkon. Munkám során több olyan hobbi teniszező mammaműtött pácienssel foglalkoztam, akik rendszeresen teniszeztek az érintett oldali felső végtagjukkal, ám az ödéma ettől a terheléstől egyáltalán nem romlott.

A NYIROKÖDÉMA KIALAKULÁSA

A nyiroködéma kialakulásának emlőcarcinoma esetében több oka is lehetséges:

- ① A tumor következtében kialakuló nyiroködémát okozhatja maga a daganat, amely a térszűkítő folyamat következtében elzárja a nyirokutakat. A nyirokcsomókban lassul a nyirokáramlás, vagy lehetetlenné válik, és ez vezet a nyiroködéma kialakulásához.
- ② A műtét következtében keletkező heg, azaz fibrotikus szövet szintén befolyásolja a nyirokáramlást.
- ③ Axillaris blockdissectio esetében, vagyis több nyirokcsomó eltávolításakor a nyirokerek ellátási területei sérülnek és ez szintén ödéma kialakulásához vezethet.
- ④ Végül a mammaműtét utáni kezelések, a radiológiai kezelések és a kemoterápia is hozzájárulhat a nyiroködéma kialakulásához. A sugárterápia hatására a fibrotikus területeken csökken a nyirokerek működése, összenövés alakulhatnak ki. A kemoterápia az egész keringési rendszerre, az artériás, vénás és nyirokérrendszerre egyaránt károsító hatással lehet.

Azok az emlődaganattal operált betegek, akiknél axillaris blockdissectio történt, a nyirokrendszer érintettsége miatt potenciális lymphoedema betegnek tekintendők.

A nyiroködémának öt stádiumát különböztetjük meg:

- ① **stádium:** latens nyiroködéma, körfogatváltozás nélkül. Jellemző tünete a hűrtünet, amely egy összehegedt nyirokér kiemelkedése a hónaljárokban. A vállízület

mobilitása lecsökkent. A hűrt megfelelő technikával próbáljuk fellazítani. A keringésjavító torna jelentősége már ekkor óriási, az 1. stádium megelőzésének szempontjából.

- ② **stádium:** ujjbenyomatot tartó reverzibilis nyiroködéma, terhelésre jelentkezik, a terhelés megszüntetésére csökken, nyugalomban visszafejlődik, terápiája a keringésjavító torna és a kompressziós gyógyharisnya.
- ③ **stádium:** spontán irreverzibilis nyiroködéma, tünetei közé tartozik az ujjak, kézfej megvastagodása, Stemmer-jel* pozitívítás. Komplex nyiroködéma-mentesítő kezelés szükséges, önmagától nyugalomban nem fejlődik vissza.
- ④ **stádium:** irreverzibilis, fibrotizált, ujjbenyomatot nem tartó nyiroködéma, jellemző tünete a csecsemőránc.
- ⑤ **stádium:** elephantiasis, a végtag alaktalanává, amorffá válik, jelentős fibrózis és bőrtünetek kialakulása jellemző.

*Stemmer jel: pozitívnak tekintendő, ha az ujjak területén (lábón a második lábujj alapperce) a bőr ráncolhatósága nem lehetséges.

A mammacarcinoma kapcsán leggyakrabban észlelt másodlagos nyiroködéma az axilláris nyirokcsomók radikális sebészi eltávolítása miatt alakul ki. Leggyakrabban a műtétet követő 2-5 év között, de előfordulhat, hogy a műtét után közvetlenül néhány héten belül kialakul radikális műtétek, a besugárzás, illetve esetegesen a kemoterápia szövödményeként. Azonban egyes esetekben akár a műtétet követő 10-12. évben is kialakulhat.

A nyiroködéma-prevenció legfontosabb eleme a mozgásterápia. A nyiroködéma észlelésekor azonnal kezelőorvoshoz kell fordulnia a betegnek, aki nyirokterapeutához irányítja. Abban az esetben, ha nincs a területen ilyen szakirányú végzettségű gyógytornász, haladéktalanul el kell kezdeni a keringésjavító torna betanulását és ellátni a beteget az alapvető életmódbeli tanácsokkal – lásd fent – addig is amíg megfelelő végzettségű terapeutához kerül a beteg.

A lymphoedema kezelésében alkalmazott eljárások függnek a beteg

- onkológiai státuszától
- aktuális állapotától
- egyéb társbetegségeitől.

A kezelés részei:

- mozgásterápia
- manuális lymphdrainage
- gépi kezelés
- bandázsolás
- karharisnya (kezeletlen végtagra tilos harisnyát húzni!)

■ kinesiotape – keringésvitató hatása miatt alkalmazható kiegészítő kezelésként

A terápia felépítése elsősorban az onkológiai státusztól függ, a kezelési módok meghatározása többféle a különböző területeken.

Intézetünkben a mammacarcinoma-műtét utáni első évben fellépő nyiroködémát csak bandázsolással és mozgásterápiával kezeljük. A kemoterápia időszakában a nyiroködéma kezelésének hatásossága bizonytalan, így életmódbeli tanácsokkal látjuk el erre az időszakra a beteget.

Komplex nyiroködéma kezelést – manuális lymphdrainage, gépi kezelés, bandázs és mozgásterápia – csak abban az esetben alkalmazunk, ha a műtét után eltelt egy év és a beteg a nyiroködémától eltekintve a tumor tekintetében tünetmentes. Az ödéma súlyosságától függően a komplex kezelési kúrát 4 vagy 6 havonta ismételjük meg. Abban az esetben, ha az emlődaganat metastasist képez, a komplex nyiroködéma-mentesítő kezelést nem szabad folytatni, illetve elkezdni. Ebben az esetben palliatív kezeléssel, bandázsolással és gyógytornával érhetünk el állapotjavulást.

Nagyon fontos, hogy a beteg maximálisan részt vegyen a terápiaiban, aktív részese legyen a nyiroködéma kezelésének, mert csak együttműködve lehet javulást elérni.

A komplex nyiroködéma-mentesítő kezelés kontraindikációi:

- metastasis
- mélyvénás trombózis
- fertőző betegség

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Cook M: Exercise after breast surgery. Steps to reduce your risk of overloading. Cancer Council Queensland, November 2011.
2. Daróczy J.: *A krónikus vénás-lymphás elégtelenség kezelése. Praxis*, 2006, 5 (1), 51-54.
3. Daróczy J.: *Nyiroködéma*. Budapest, K.u.K. Kiadó, 2009.
4. Gärtner R, Mejdahl MK, Andersen KG, Ewertz M, Kroman N: Development in self-reported arm-lymphedema in Danish women treated for early-stage breast cancer in 2005 and 2006 – a nationwide follow-up study. *Breast* (Edinburgh, Scotland), 2014 Aug; 23(4): 445-452.
5. Harris SR, Smits KH, Campbell K, McNeely ML: Clinical Practice Guidelines for Breast Cancer Rehabilitation. *Cancer*, 2012; 118(8): 2312-2324.
6. Josenhans E: *Physiotherapeutic treatment for axillary cord formation following breast cancer surgery*. 2007, Deutscher Verband Für Physiotherapie
7. Köves I., Farkas E., Kovács T., Szabados M., Tamás Zs.: *Amit az emlőről és betegségeiről tudni kell*. Budapest, Kossuth, 1998. 87-96.
8. Lopez Penha TR, Voogd AC, Heuts EM, Ijsbrandy C, Hendrix NA, von Meyenfeldt MF, van der Hulst RR: Reduced prevalence of lymphedema

- nem kezelt magas vérnyomás
- lázas állapot
- terhesség
- szívbetegség

Az onkoplasztikai műtéten átesett betegeknél is előfordulhat nyiroködéma. Az azonnali rekonstrukciós műtétet negatív axilla esetén végzik, de mivel sugárterápiát ebben az esetben is gyakran kapnak a betegek, azonnali onkoplasztika után is kialakulhat nyiroködéma a felső végtagon. A halasztott rekonstrukciós műtétek esetén az első műtét során eltávolítják azokat a nyirokcsomókat, amelyeket szükséges, így a nyiroködéma kialakulásának a veszélye ezeknél a pácienseknél is fennáll.

MEGBESZÉLÉS

Az elmúlt húsz év tapasztalatait figyelembe véve megállapítható, hogy az emlőtumorok sebészi kezelése, az utókezelés menete, a kórházban töltött idő és ezáltal a fizioterápiás tevékenységünk, a rehabilitáció folyamata jelentősen megváltozott. Úgy gondoljuk, hogy a bevezetett betegoktatási rendszerünk meghozta a tőle várt eredményeket. A betegek tájékozottságuk miatt sokkal hamarabb jelentkeznék szövődményeikkel ambulanciánkon, amire a korai stádiumban kezelt nyiroködémás páciensek számának jelentős növekedéséből, illetve az elhanyagolt, 3-4-es stádiumú másodlagos nyiroködémával jelentkező betegek számának csökkenéséből következtethetünk. Reméljük, hogy a későbbiek során tanulmányunkat kiegészíthetjük statisztikai adatokkal, illetve az onkoplasztikai műtétek hosszú távú, gyógytornával összefüggő tapasztalatairól.

in patients with reconstructive breast surgery. *Breast J.*, 2014 Nov-Dec; 20(6): 671-3.

9. Mátrai Z. – Gulyás G. – Kásler M.: *Az emlőrak korszerű sebészete*. Budapest, Medicina, 2015.

10. Penha TR, Botter B, Heuts EM, Voogd AC, von Meyenfeldt MF, van der Hulst RR: Quality of Life in Patients with Breast Cancer-Related Lymphedema and Reconstructive Breast Surgery. *J. Reconstructive Microsurgery*, 2016 Jul; 32(6): 484-490.

11. Cancer Research UK. Exercises after breast reconstruction surgery using implants 2014 <http://www.cancerresearchuk.org>

12. Csátrai Varga Zsuzsanna: „A csoporttorna jelentősége emlőrákos betegek komplex kezelésében”. 2007. 09. 15. Győr – Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Magyarországi Társasága XXVI. Vándorgyűlése, előadás

Levelezési cím:
Albert Tóth Judit
alberttjudit2@t-online.hu

Irányelvek, javaslatok, tapasztalatok az emlő onkoplasztikai műtéteinek postoperatív fizioterápiájában

OROSZ KRISZTINA GYÓGYTORNÁSZ, LYMPHTERAPEUTA
Alfa Egészségközpont

KAPITÁNY ZSUZSANNA FŐISKOLAI OKTATÓ
Egészségtudományi Kar, Semmelweis Egyetem

ÖSSZEFOGLALÁS

Háttér: A nők leggyakoribb rosszindulatú daganatos megbetegedése az emlőrák: Európában 2012-ben mintegy 464 ezer újonnan diagnosztizált esettel – ami az összes daganat 13%-át teszi ki – vezető helyen szerepelt a malignus daganatok tekintetében. (1)

A korszerű emlőterápiában az elmúlt évtizedben bekövetkezett paradigmaváltásnak köszönhetően a radikális, kiterjedt sebészeti beavatkozások helyett egyre inkább az onkoplasztikai eljárások kerülnek előtérbe. A külső pótlások viselése gyakran már csak átmeneti jellegű, hiszen a számos rekonstrukciós lehetőségnek köszönhetően ma már végleg elhagyható a külső szilikonprotézis.

Az új onkoplasztikai technikák segítenek az érintett nőknek a megváltozott testkép elfogadásában, a daganatos betegség elleni megküzdési stratégiában, valamint a pszichés támogatásban.

A gyógytornász már a diagnózis felállításától bekapcsolódik az onko-team munkájába, és az onkoterápiás, valamint a rehabilitációs szakaszt is végigkíséri. A diagnózis körüli krízisintervenció, a műtétre történő felkészítés és a korai postoperatív időszak teendői rendkívül hangsúlyosak. Az emlődaganatos betegek fizioterápiás ellátását az onkológiára specializálódott holisztikus szemléletű gyógytornász végzi. A mozgásszervi funkciók helyreállítása, a műtét miatt kialakult aszimmetria korrekciója, a fájdalomkontroll kialakítása, valamint az ADL-funkciók fejlesztése egyaránt része a gyógytornász munkájának. A kölcsönös bizalmon alapuló gyógytorna-foglalkozások ösztönzik a beteget arra, hogy későbbiekben életvitelszerűen sportoljon, rendszeres fizikai aktivitást végezzen, amely nagymértékben csökkenti a daganat kiújulási esélyeit.

Cél: A tanulmány célja, hogy alapvető ismeretek talaján ajánlásokat fogalmazzon meg a különböző rekonstrukciós műtéti beavatkozásokat követő fizioterápiára.

Anyag / Módszer: A hazai és nemzetközi szakirodalom feldolgozása mellett az onkológiai tapasztalattal rendelkező fizioterapeuták empirikus ismereteinek feldolgozása és összehasonlítása a külföldi ajánlásokkal.

Összefoglalás: Az emlőrekonstrukciós műtétek komplexitása, nagy kiterjedése miatt elengedhetetlen a gondosan felépített, egyéni fizioterápia a műtét utáni első naptól kezdve. A gyógytornász feladata, hogy az onkoplasztikai beavatkozás ne csak esztétikai élményt nyújtson, hanem segítse a jó ADL-funkciók elérését, illetve a megváltozott testkép elfogadását. A rekonstrukciós műtétet követő korai és késői fizioterápiás kezelési terv elkészítésében egyaránt figyelembe kell venni az onkológiai státuszt, az onkoplasztikai sebész javaslatát, a beteg általános és mozgásszervi állapotát.

Kulcsszavak: onkoplasztika, emlőrák, postoperatív fizioterápia, javaslatok

SUMMARY

Background: Breast cancer is the most common cancer among women. The estimated 464,000 new cases of breast cancer in Europe in 2012 represent about 13 percent of all cancer diagnoses (1). Instead of radical surgical mastectomy the focus is on breast reconstruction because of the paradigm shift in the management of breast cancer in the last decade. Breast reconstruction after mastectomy wearing external breast prosthesis may be temporary choice for women. Oncoplastic techniques in breast conserving surgery help women

to accept changes in body image, to use coping strategies to adjust to the stress of treatment, and give mental support. The physiotherapist plays an extensive role in the oncology team during cancer treatment and in the rehabilitation as well. Emphasis shall be put on preoperative physiotherapy in prevention of complication of cancer treatment and early rehabilitation after surgery. Specialized physiotherapists provide patient-centered holistic approach for cancer patients. Physiotherapists help to restore musculoskeletal function, treat postural asymmetry after surgery, improve activities of daily living. The therapeutic relationship of the physiotherapist and the patient may inspire the patient to stay motivated in exercising later on preventing cancer recurrence.

Objective: *To provide clinical guidelines for specific exercise after reconstruction breast surgery.*

Method: *We searched national and international literature on reconstruction breast surgery. Relevant experiences of physiotherapists and clinical guidelines were also reviewed.*

Conclusions: *Personalized, early physiotherapy intervention after reconstruction breast surgery is essential to an efficient recovery. With the help of physiotherapists reconstructive oncoplastic surgery is not only a cosmetic intervention but aims to improve everyday life, and to accept the change of body image as well. The goal setting, intervention planning of early physiotherapy and rehabilitation after reconstructive oncoplastic breast surgery are influenced by tumor status, recommendation of surgeon, performance status, and musculoskeletal status.*

Keywords: *reconstruction breast surgery, breast cancer, post operative physiotherapy management, guidelines*

ONKOPLASZTIKA

Az Egyesült Királyságban a 2005–2009 közötti időszak adatai alapján emlőrákban az életkorra standardizált relatív túlélés aránya nőknél 95,8% volt az első évben, 85,1% az 5. évben és 77% a megbetegedést követő 10. évben. Az 5 éves relatív túlélés 1971 és 1975 között 52% volt, így a három évtizeddel későbbi 30%-os javulás egyértelműen igazolja, hogy a fejlett emlőrákellátó rendszerek markáns mortalitáscsökkentésre képesek. A sikeresen gyógyított emlőrákban az életminőség javítása és az emlőrekonstrukció elsődleges rehabilitációs jelentőséggel bír. (1)

Az emlőrák onkoplasztikus ellátásának célja, hogy a rosszindulatú daganatot megfelelő onkológiai radikalitással eltávolítsa, emlőmegtartó műtét esetén a keletkezett szövethiányt korrigálja, teljes emlőeltávolítás esetén azonnali vagy halasztott rekonstrukcióval a lehető legjobb esztétikai eredményt érje el. Mindemellett az ellenoldali emlővel kialakított szimmetria elérése is hangsúlyos. Az onkoplasztikus sebészeti technikák, visszaállítva az emlő térfogatát és formáját, jelentősen javítják a betegek életminőségét anélkül, hogy a malignus daganat kezelését, prognózisát, kiújulását vagy utánkövetését befolyásolnák. (1)

A körültekintő onkoplasztikus gondolkodás meghatározza és befolyásolja a postmastectomiás emlőrekonstrukció időpontját (azonnali vagy halasztott), az alkalmazott plasztikai sebészeti módszert (autológ, implantátummal, vagy ezek kombinációjával történő emlő-helyreállítás) és

a szövődmények rizikóját. Számításba kell venni a testi és lelki teherbíró képességet a komplex onkológiai kezelések tükrében, és a beteggel együtt kiválasztani a legmegfelelőbb műtéti eljárást. (1)

EMLŐREKONSTRUKCIÓS MŰTÉTEK AZ ONKOLÓGIAI FIZIOTERÁPIA SZEMLÉLETÉBEN

Az onko-plasztikai eljárások az esztétikai helyreállítás mellett nagy terhelést jelentenek a beteg mozgás-szervrendszerére. A rekonstrukciós műtéti technikák komplexitása, kiterjedése miatt a testvonalak mentén, bőr-fascia-izomszöveti szinten hozhat létre funkcionális és strukturális elváltozásokat. A műtetre való fizioterápiás felkészítés és az edukáció egyaránt fontos szerephez jut az új testkép elfogadásában.

Az emlőrekonstrukciós műtétek strukturális és funkcionális változásokat egyaránt létrehozhatnak a nyak-vállöv, a felső végtag, a törzs ventralis és dorsalis, valamint a medence területén is. A váll mobilitásának és a felső végtag teljes funkcióinak visszaszerzésével egyidejűleg minimalizálni kell az érintett oldalon a szövődmények kialakulását, mely elengedhetetlen komponense az onkoplasztikai műtéten átesett beteg ellátásának. A postoperatív fizioterápia korai megkezdése fontos szerepet játszik a rehabilitációban.

Az onkoplasztikai műtét után az egyéni terápiát részesítjük előnyben. Ennek oka, hogy az eljárások sokkal komplexebbek és a páciensről függően eltérőbbek lehet-

Rekonstrukciós eljárás	Leírás	Várható szövődmények
Implantátum/expander alapú rekonstrukció	Az implantátumot a m. pectoralis alá helyezik, sóoldatot, szilikongélt vagy a kettő kombinációját tartalmazhatja	M. pectoralis nyújthatóságának és erejének csökkenése
Nyeles TRAM lebeny	Hasi zsírszövet, bőr, egyik vagy mindkét oldali m. rectus abdominis átforgatása a rekeszizom alatti csatornán keresztül	Hasfal gyengülése hasi sérvvel vagy anélkül. Törzsextensorok gyengülése. Derékfájdalom
Szabad lebenyes TRAM	Zsírszövet, bőr, m. rectus abdominis alsó részének eltávolítása, külön mikroérműtétet végeznek, hogy transzplantálják a lebenyt a mastectomia helyére	Fájdalom: rekonstruált emlő területén, has, axilla, nyak, háti területen
DIEP	A m. rectus abdominis elülső hüvelyét, izom integritását megtartják, csak a hasi bőrt, zsírszövetet távolítják el, a mély inferior epigastralis erekkel együtt	Hasfal gyengülése: kisebb mértékben mint a TRAM műtétek esetében
Latissimus lebenyrekonstrukció	Gyakran kombinálják implantátum vagy expander behelyezésével. A m. latissimus dorsiból vett izomlebenyt bőrrel vagy anélkül a mellkas elülső részére forgatják, fő thoracodorsalis ereket meghagyva biztosítják a jó vérellátást	Vállfájdalom Vállízület flexios irányának csökkenése Csökken a váll, kar izomereje, funkciói. Funkcionális mozgásokban és sport tevékenységekben nehezítettség (fej fölé nyújtózás) (golf, tenisz)

Emlőrekonstrukciós műtétek struktúrára és funkciókra gyakorolt hatásai (7)

nek, mint egy emlőeltávolító műtét esetében. Az alkalmazott fizioterápia jellege és algoritmusai betegenként változó, melyet a gyógytornász a sebészi intenciókat figyelembe véve folyamatosan kontrolál.

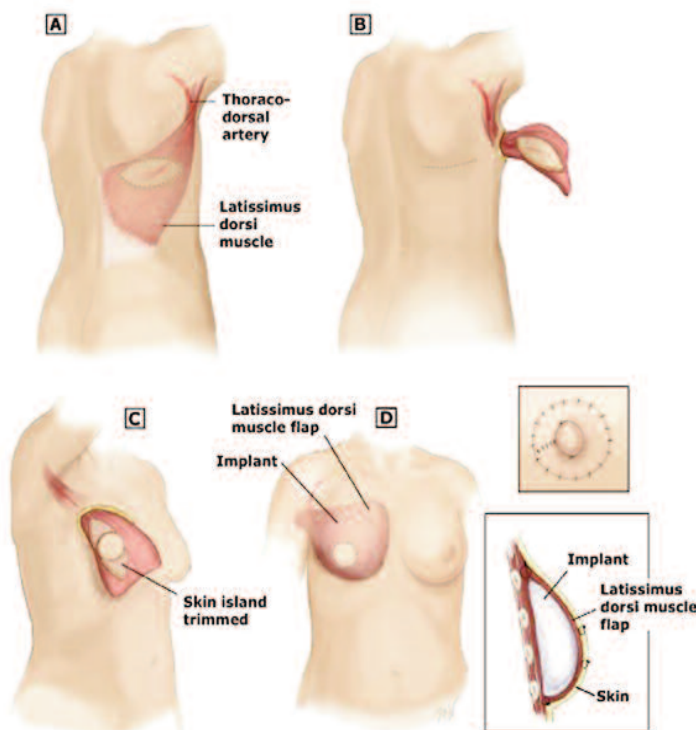
Az egyéni terápiát olyan szakgyógytornász felügyelete mellett javasolt elkezdeni, aki ismeri a műtéti technikákat, a várható szövődményeket és van tapasztalata az onkológiai fizioterápiában. (3)

Az alábbi irányelvek nem előírások, inkább javaslatok, tapasztalatok, mivel ezen a területen nagyon csekély a bizonyítékon alapuló kutatási eredmény.

EMLŐHELYREÁLLÍTÁS M. LATISSIMUS DORSI MUSCULOCUTAN LEBENNYEL (LD)

Az LD a leggyakoribb autológ szövetből végzett emlőhelyreállító műtét. A m. latissimus dorsi egy részének lebenyes átforgatása történik a mellkasra emlőkialakítás céljából. Előnye, hogy nagy kiterjedésű, jól vascularizált bőrsziget, amelynek alacsony a szövődménykockázata. Könnyű és viszonylag gyors műtéti technika. (1. ábra)

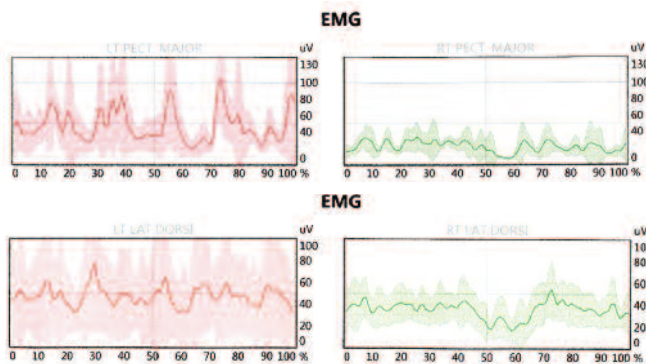
Az emlő méretétől és a rendelkezésre álló izomtömegtől függ, hogy szükséges-e implantátum beültetése vagy sem. (1)



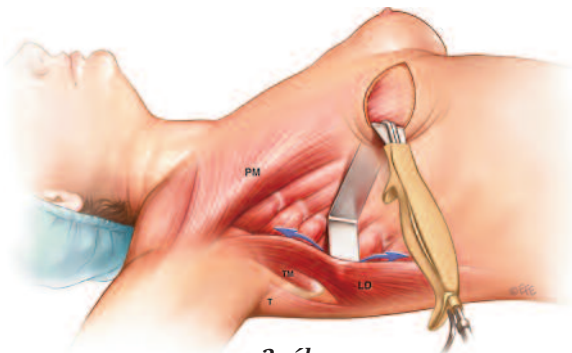
1. ábra | Emlőhelyreállítás m.latissimus dorsi musculocutan lebennnyel (LD)

Amennyiben a műtét után besugárzás várható, számítani kell arra, hogy a sugárkárosodott zsírszövet zsugorodása következtében az emlő alakja változik. Ilyenkor mérlegelni kell a halasztott helyreállítás lehetőségét. (1)

A szakirodalom számos kutatása megerősíti, hogy az LD lebeny forgatása mérhetően csökkenti a vállízület stabilitását, izomerejét, a mozgáspályát és a funkciókat. Az átültetett izomlebeny aszimmetriát és izomaktivitás csökkenést is eredményez. (2. ábra)



2. ábra



3. ábra

A korlátozottság az első 3 hónapban jelentős hatással van a napi aktivitásra és a szabadidős tevékenységekre. A funkciók általában a műtét után 6-12 hónapra kezdenek visszaállni az eredeti állapotukra. Tanulmányok igazolják, hogy célzott gyakorlatokat alkalmazva, egy idő után, más izomcsoportok képesek átvenni a m. latissimus dorsi működését. (2)

Mérlegelendő abban az esetben, ha a páciens aktívan sportol, különösen a hegymászók, síelő, úszók szenvedhetnek az izomhiánytól.

AZ LD MŰTÉT POSTOPERATIV FIZIOTERÁPIÁJA

A m. latissimus dorsi beidegzése ép marad, így minden olyan mozgást, aktivitást, ami a széles hátizmokat és a m. pectoralis majort működésbe hozza, nyújtja, kerülni kell a sebgyógyulás végéig.

A postoperatív fizioterápia javaslatai, ellenjavaslatai az első 2 hétben:

- Rövid teherkarral megkezdhető a váll abductiója, elevatioja, illetve a lapocka pro- és retractio mozgásai.
- Kerülni kell a 90 fokon túli abductiót/elevatiót és a váll extenzióját. (3)
- Könnyű önellátást segítő mozgások a vállmagasságig szabadon kivitelezhetők.
- Kerülni kell a kar törzs mögé helyezését, illetve a tenyértámasszal járó helyzeteket (ágyból felkelés, nehéz ajtó kinyitása).

A postoperatív fizioterápia javaslatai, ellenjavaslatai a 2. héttől:

- Fokozatosan megkezdhetők a vállmagasság fölötti mozgások.
- Nehéz súlyok és nehéz háztartási munka a 12. hétig kerülendő.
- Nagyobb figyelmet fordítsunk az abductio és kirotatio növelésére, mivel ezek az irányok előszeretettel beszűkülnek és a sugárterápia is nehezítheti a gyógyulási folyamatot.
- Lapockamobilizációs gyakorlatok.
- A törzs stabilitásának fejlesztése, egyensúly és koordinációs gyakorlatok megkezdése.
- Teljes önállóságra törekvés.

A postoperatív fizioterápia javaslatai, ellenjavaslatai a 4. héttől:

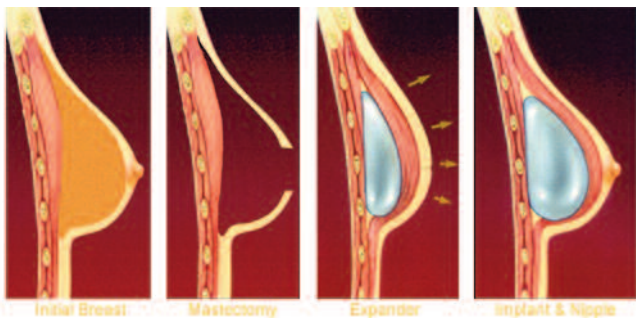
- A 4. hétre el kell érni a váll-vállöv teljes aktív elevatiós mozgását.
- Az operált oldalon nyújtó gyakorlatokkal fokozzuk az abductiós irányt, a törzs lateralflexióját, nyitjuk a mellkas oldalsó részét.
- Vezetés megkezdhető, ha a mozgáspálya teljes és a beteg a karját biztonsággal tudja használni.
- A lágyrésztechnikák alkalmazása segíthet a letapadt területek felszabadításában.
- Lapockamobilizáció, stretching technikák alkalmazása.
- Testtartás javítása, gerinc mobilizációja.

A műtét után hónapokkal még fennállhat feszülő érzés, fájdalom, hyperesthesia az operált oldalon.

IMPLANTÁTUMMAL/EXPANDERREL TÖRTÉNŐ REKONSTRUKCIÓK

Az implantátummal történő rekonstrukció történhet önmagában vagy autológ lebenypótlás kombinációjával. A két lépésben végzett rekonstrukciónál a mastecto-

miával egy ülésben a szöveti expander submuscularis helyzetbe kerül, általában a m. pectoralis major, és/vagy a pótolts lebny, leggyakrabban a m. latissimus dorsi alá. A műtétet követően a beültetett expander a hozzá kapcsolt szelepen keresztül fokozatosan feltöltik fiziológiás sóoldattal, a kívánt méret eléréséig. (4. ábra) Ez körülbelül fél évig tart, amelynek idejét a szövetek rugalmassága, nyúlása, alkalmazkodása befolyásolhatja. Az implantátummal történő rekonstrukció előnye, hogy adjuváns kemoterápiával párhuzamosan végezhető. (4) Természetesen, mint minden műtéti beavatkozásnál, itt is előfordulhatnak szövődmények:



4. ábra

Korai szövődmények:

- infekció (0,5–15%, átlag 5%)
- haematoma
- az implantátum felgyűrődése (3–26%, átlag 12,3%), kinyomódása, elmozdulása
- bőrnecrosis (1–9–26%, átlag 8,5%)
- seromaképződés (1,5–9%, átlag 5,2%)
- port elmozdulása (1,6–7%, átlag 4,8%)

Késői szövődmények:

(általában a végleges implantátum behelyezése után jelentkeznek)

- capsularis contractura (hegesedés az implantátum körüli tokban, amely deformitást okoz) (3,8–55%, átlag 20,9%)
- ruptura (0–24%, átlag 5,9%)
- szilikonómák kialakulása (implantátumszivárgás vagy -ruptúra esetén) (4)

FIZIOTERÁPIA MENETE AZ IMPLANTÁTUM / EXPANDER BEÜLTETÉSE ESETÉN

Az implantátum/expander beültetése után a nemzetközi ajánlások szerint kerülni kell a 90 fokon túli vállöv-vállízületi elevatiót, flexiót és a nehéz súlyok emelését az első hétben. Továbbá 2-3 hétig mellőzni kell az izom kontrakcióját, nyújtását kiváltó mozdulatokat, helyzeteket (3).

A 2. héttől a fizioterápia célja a ROM növelése, a funkciók maradéktalan visszaállítása, a törzsstabilizáció, a mellkas mobilizációja, a motoros funkciók visszanyerése. (1)

A mellizomzat közvetett nyújtása céljából erősíthető a mellkasi légzés. (1)

Ha a rekonstrukciós műtét együtt jár a nyirokcsomók eltávolításával, akkor ne feledkezzünk meg a nyirokódéma-prevenzióról sem.

A 6. héttől a megengedhető a korábbi aktivitás, de a nehéz súlyok hirtelen emelése ezek után is kerülendő. (3)

Tapasztalataink azt mutatják, hogy a mastectomia- és rekonstrukciós műtétek a m. pectoralis major és minor izomcsoportokra negatív hatással vannak. Az izomszövet feszülése-rövidülése sok esetben fájdalommal jár. Számos esetben a gyógytornásznak végig kell kísérnie az expander-feltöltési időszakot, ha a páciensnél a folyamatos tágitás során fájdalmas vállízületi beszűkülés és neurológiai (zsibbadás) tünetek jelentkeznek. Ezeknél a betegeknél megfigyelhető kóros testtartás, gerincoszlop eltérése (kyphosis, scoliosis). Előfordulhat az is, hogy a választott implantátum nagysága, súlya megterheli a gerincet, így annak stabilizálása és a dorsalis elhelyezkedő izmok erősítése nagy hangsúllyal szerepel a fizioterápiás programban. A mozgásterápia mellett hatékony lehet az aktív stretching és különböző lágyrésztechnikák alkalmazása.

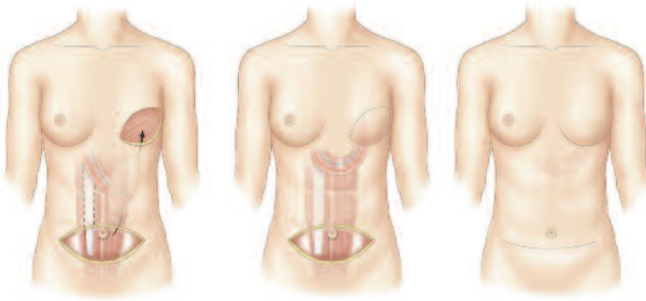
TRAM (TRANSVERSE RECTUS ABDOMINIS MUSCULOCUTAN) LEBENY / DIEP REKONSTRUKCIÓ

Az emlő alakja a mellkasfalra helyezett saját szövetrel is rekonstruálható. Bőr, zsír, izom kerülhet áthelyezésre mint lokális lebny, nyeles lebny vagy mint szabad lebny, amely az ellátó erek mikro-ér varratát teszi szükségessé. (4)

A TRAM myocutan lebenyt (hasi bőr, zsírszövet, m. rectus abdominis) a hasfal bőre alatt kialakított kis csatornán keresztül vezetik fel a mellkasfalra. Az eltávolított lebenyterület helyére szintetikus hálót ültetnek be. (5. ábra) Hátránya, hogy 20-40%-al gyengíti a hasfalat, előboltozulást vagy sérvet okozhat. Az emlő kialakításában nem szükséges protézis alkalmazása, ha természetes alakú és a bőr textúrája hasonló az eredeti emlőjéhez.

Nagy kiterjedésű műtéti eljárásról van szó, amely struktúráisan és funkcionálisan megváltoztatja a törzs szimmetriáját.

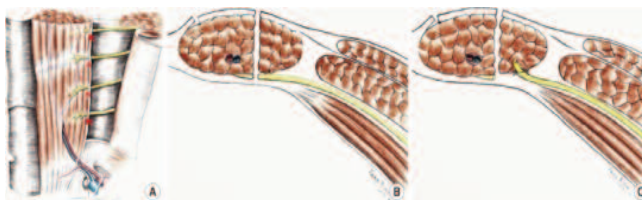
A TRAM műtétek lehetséges következményéről, egy a Michigan Egyetem által végzett kétéves prospektív vizsgálat eredményeiből értesülhetünk. A vizsgálat 183 TRAM (lebenyes vagy szabad) műtéten átesett beteg törzs ROM-



5. ábra | TRAM lebeny rekonstrukció

ját vizsgálta, majd hasonlította össze az implantátummal rendelkező csoporttal. A vizsgálat eredménye azt mutatja, hogy a m. rectus abdominis felhasználásával történő műtét következtében két év alatt 6-19 %-al csökkent a törzs flexiója, összehasonlítva az implantált csoporttal. (8)

Jeong és mts. egy 2013-ban közzétett tanulmányukban a m. rectus abdominis műtét utáni aktivitásának vizsgálatát publikálták. Az egyik minta 9, a másik 10 TRAM eljárásos betegből állt. A különbség abban volt, hogy az egyik csoportnál az egyenes hasizom laterális harmadát megtartva, megőrizték vagy részben helyreállították a beidegzését. (7. ábra) A másik a teljes átültetés miatt idegkárosodás alakult ki. (8. ábra) Az EMG-vizsgálat jelentős különbséget mutatott a két csoport között, ami arra enged következtetni, hogy a rectus abdominis részleges felhasználása megfelelő idegvédelem mellett jelentősen csökkenti az izomatrófiát és hosszabb távon segíti a hasfal stabilitását. (9)



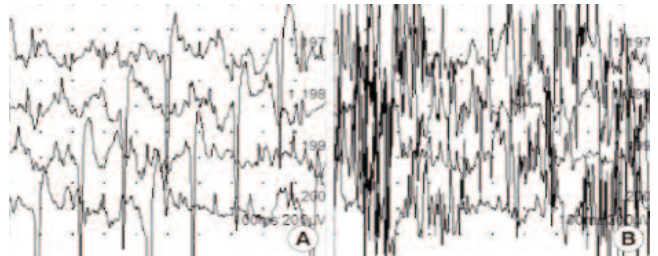
6. ábra | Részleges RA átültetés, n. intercostalis regenerációval

Más tanulmány szerzői a korai immobilizációra, a rugalmas hasi bandázs tartós viselésére és a fizikai aktivitás hiányára vezetnek vissza a hasfali renyheséget. A vizsgálat során arra is fény derült, hogy a m. rectus abdominis közvetlen érintettsége ellenére, az atrófia bilaterálisan valamennyi hasizomnál megjelenik. (10)

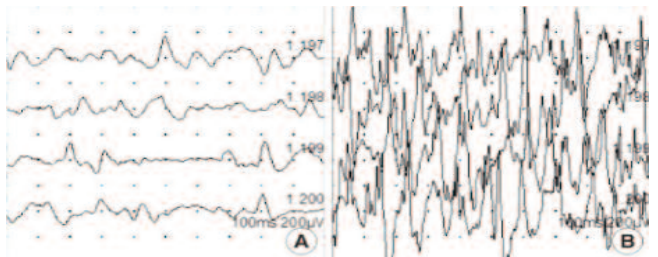
A TRAM műtét kontraindikációi:

- ha nincsen elegendő használható hasizomszövet
- nagy kiterjedésű hegyszövet esetén a hason

- ha túl nagy zsírszövet fedi a hasat
- BMI index 30-at meghaladó értéknél
- diabetes
- ha valaki dohányos vagy csak a közelmúltban hagyta abba
- ha volt korábbi hasi műtétje, esetleg plasztikája
- ha valamilyen okból nem tolerálja a hosszú ideig tartó altatást
- annál, aki nem akar alhasi heget (4)

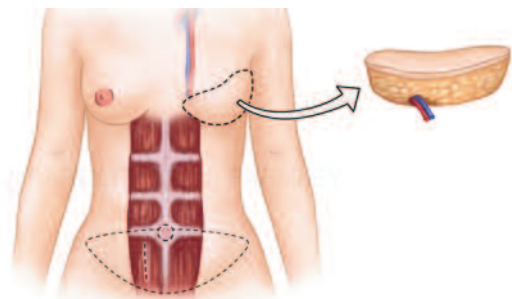


7. ábra | EMG-RA kontrakció részleges átültetés követően – n.intercostális regenerációval



8. ábra | EMG-RA kontrakció teljes átültetést és n. intercostális neurotómiát követően

A DIEP (deep inferior epigastric perforator) bőr-zsír lebeny átforgatása az eltávolított emlő helyére, amely a hasizmot közvetlenül nem érinti. (9. ábra) A perforatorlebennyel történő rekonstrukció kevesebb perioperatív fájdalommal és gyorsabb felépüléssel jár. A tisztán érző idegek megkímélésével a helyreállított emlő bőrérzete is visszatérhet.



9. ábra | DIEP lebeny rekonstrukció

FIZIOTERÁPIA MENETE TRAM / DIEP LEBENYREKONSTRUKCIÓ UTÁN

Az első napokban a legfontosabb a hasfal védelme (rugalmas kötés, kompressziós melltartó viselése) és az átültetett szövet keringésének támogatása. Kerülni kell a hasizom izotóniás kontrakciójával járó mozgásokat. Ugyanakkor az izometriás gyakorlatokat mielőbb el kell kezdeni, hogy a haspréssel járó tevékenységek (ürítési folyamatok, köhögés, tüsszentés, csuklás) ne okozzanak sérülést az operált területeken. A megfelelő izomtudatot facilitációval, taktilis ingerekkel, illetve spontán izomműködést elősegítő gyakorlatokkal lehet kialakítani. Hatékony lehet továbbá az erőltetett kilégzési technika (FET).

Mind a TRAM, mind pedig a DIEP típusú műtét gyengíti a hasfalat, a hasizom erejét, így nem csak az elülső apparátus támogatására kell gondolnunk, hanem figyelembe kell venni, hogy a lumbalis gerincszakaszra is nagyobb terhelés fog hárulni. (5) (6)

A korai mozgásprogram célja a TRAM műtét után az első 2 hétben:

- Trombózis, pneumonia profilaxisis (FET technika)
- Medence és lumbalis gerincszakasz mobilizálása csípő- és térdflexio mellett
- Helyes felülés, felállás előkészítése a vertikális testhelyzetek céljából
- A testkontroll kialakítására törzs és nyak-vállöv mobilizációs gyakorlatok
- A felső végtag mobilizálása, flexiós-abductiók gyakorlatok 90 fokig asszisztált, majd rövid teherkarral történő formában
- Séta

Korai mozgásprogram célja a TRAM műtétet követő 2 héttől:

- Testkontroll, a törzsszimmetria kialakítása
- A megváltozott testkép elfogadtatása
- A törzs stabilizációja, az egyensúly és a koordinációs készségek, a motoros kontroll fejlesztése
- A törzs flexiós és lateralflexiós mozgástartományának fokozatos növelése
- Az izometriás hasizomgyakorlatok folytatása
- Az érintett oldali felső végtag mozgáspályájának növelése, teljes ROM elérése a cél
- Az állóképesség növelése, egyre több sétával, lépcsőzéssel
- A gyakorlatban mérlegelendő az első 2 hétben ellenjavallt 90 fokon túli mozgásterjedelem kerülése. A beteg szöveti állapota, feszülés-határa eltérő lehet, így ha a

gyakorlatok, hétköznapi, önálló tevékenységek fájdalom- és feszülésmentesen kivitelezhetőek, akkor ne hagyjuk, hogy az ízület idő előtt beszűküljön.

MEGBESZÉLÉS

Az onkoplasztikai műtétek nagy kiterjedése és komplexitása miatt a hatékony és biztonságos fizioterápia érdekében a beteget végig egyéni terápiában részesítjük, illetve törekszünk a folyamatos kontroll és a kontakt fenntartására. A holisztikus gondolkodásmód nemcsak a terápia felépítésében jelenik meg, hanem a várható szövődmények figyelembevételében is. A fizioterápia dinamikáját elsősorban a beteg onkológiai státusza és a sebész orvos postoperatív javaslatai fogják meghatározni, majd ezt követi a mozgásszervi állapot és az ezzel kapcsolatos rövid és hosszú távú célkitűzéseink.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Mátrai Z., Gulyás G., Kásler M.: Az emlőrák korszerű sebészete. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 2015.
2. Smith S L.: Functional morbidity following latissimus dorsi flap breast reconstruction. *J AdvPractOncol.* 2014 May–Jun, 5(3): 181–187.
3. Dick Rainsbury – AlexisWillett: *Oncoplastic breast reconstruction: Guidelines for best practice*, 2012.
4. Mátrai és tsai: A modern emlősebészet onkoplasztikai kihívásai. *Magyar Onkológia* 2011, 55: 40–52.
5. Futter C. M.: Abdominal donor site morbidity: impact of the TRAM and DIEP flapon strength and function. *Sem PlastSurg.* 2002; 16: 119–130.
6. Atisha D., Aldermann A. K.: A systematic review of abdominal wall function following abdominal flaps for postmastectomy breast reconstruction. *AnnPlasticSurg* 2009, 63: 222–230.
7. McNeely M.L and al: A prospective a model of care for breast cancer rehabilitation: postoperative and postreconstructive issue. *Cancer*, 118, 15 April 2012: 2226–2236.
8. Alderman AK, Kuzon WM Jr, Wilkins EG: A two- year prospective analysis of trunk function in TRAM breast reconstruction. *PlastReconstrSurg* June 2006. 117(7): 2131–2138
9. W. Jeong, D. Son, H. Yeo, H. Jeong, J. Kim, K. Han, S. Lee: Anatomical and Functional Recovery of Neurotized Remnant Rectus Abdominis Muscle in Muscle-Sparing Pedicled Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous Flap. *Arc Plast Surg.* July 2013, 40(4): 359–366.
10. L. Liaw, S. Lin, L. Guo, Y. Hou, M. Hou, A. Hsu: Ultrasound imaging of abdominal muscles after breast reconstruction with a Unilateral Pedicled Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous Flap. *Physical Therapy* 2013, 93: 356–368.

ÁBRÁK FORRÁSAI

1. ábra: <http://cursoenarm.net/UPTODATE/contents/mobipreview.htm?35/31/36341>
2. ábra: SE ETK Zebris Labor Kapitány Zsuzsanna
3. ábra: <http://blog.mediillsb.com/dr-levent-efe-cmi-breast-reconstruction-with-the-scarless-latissimus-dorsi-flap-technique/>
4. ábra: <http://www.etsuplasticsurgery.com/breast-reconstruction-expander-flap-implant.html>
5. ábra: <https://www.uihealthcare.org/plastic-and-reconstructive-surgery/breast-reconstruction/>
- 6., 7., 8. ábra: W. Jeong, D. Son, H. Yeo, H. Jeong, J. Kim, K. Han, S. Lee: Anatomical and Functional Recovery of Neurotized Remnant Rectus Abdominis Muscle in Muscle-Sparing Pedicled Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous Flap, *Arc Plast Surg.* 40(4):359-366 July 2013
9. ábra: <http://www.jessicaparmley.com/portfolio/Minolta-illustration/breast-reconstruction-illustrations/>

Levelezési cím:

Orosz Krisztina • kriszti.orosz@gmail.com
Kapitány Zsuzsanna • kapitanyzs@se-etk.hu

Alice Program (AP) – Malignus emlődaganatos nők életminőségét javító, komplex rehabilitációs program

BÁTHORY SZILVIA DIETETIKUS, GYÓGYTORNÁSZ-FIZIOTERAPEUTA MSC

Uzsoki Kórház, II. Rehabilitáció

ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés: A magas incidenciájú emlőrák a korszerű daganatterápiáknak köszönhetően magas prevalenciájú betegséggé vált. Mivel a betegség és az onkológiai kezelések egyaránt nyomot hagyhatnak az életminőség valamennyi dimenzióján, kiemelt jelentőségű feladatnak kell tekintenünk az emlőrákos betegek életminőségének javítását, amit csak úgy tudunk elérni, ha valamennyi dimenzióban csökkentjük a negatív faktorkok számát.

Anyag és módszer: Az Alice Program hiánypótló és újszerű megközelítés az onkorehabilitáció területén. A program kidolgozásánál felhasználtam az eredeti Madzsar-konceptió szempontrendszerét, amelynek segítségével sikerült a gyakorlatok adaptálása és az onkorehabilitációs célnak megfelelő összeállítása.

Megbeszélés: A program hatásvizsgálatának eredményei biztatóak, mivel jelenleg még csak kis esetszám vizsgálatára volt lehetőség, a későbbiekben az Alice Program további hatásvizsgálatára lesz szükség. Az Alice Program biomechanikai, anatómiai háttérének kifejtésére és a nagyobb esetszámú hatásvizsgálat bemutatására a későbbiekben remélhetőleg egy újabb publikáció keretein belül nyílik majd lehetőségem.

Kulcsszavak: emlőrák, Alice Program, életminőség, onkorehabilitáció

SUMMARY

Background: *The high incidence of breast cancer - thanks for the modern therapy of cancer methods - became a high-prevalence disease.*

As both the disease and oncology treatments may leave marks in all dimensions of the quality of life, so due to this should be considered high priority task improving quality of life of the breast cancer patients. That can be achieved if reduced the numbers of negative factors in all dimensions.

Material and methods: *Alice Program is a niche and innovative approach in the rehabilitation for cancer patients. Developing this program I used the criteria of the original Madzsar's concept, which helped to adapt the exercises for these patient.*

Discussion: *The results of the impact assessment are really encouraging however currently only a small number of cases were possible to examine, so in the future will be needed more impact assessment in this program. To discussion of the Alice Program's biomechanic and anatomy background and the presentation of the larger number of cases impact assessment hopefully I will have possibility in the future within the framework of a new publication.*

Keywords: *breast cancer, Alice Program, quality of life, rehabilitation for cancer patients*

BEVEZETÉS

Az emlőrák világviszonylatban és Magyarországon is az egyik leggyakoribb malignus daganat a nők körében. Magyarországon évente átlagosan 7400 új esetet diagnosztizálnak, ugyanakkor az egyre korszerűbb onkoterápiás kezeléseknél és hatékonyabb szűrővizsgálatoknak köszönhetően a korai stádiumban felfedezett emlőrák gyógyulási esélye jelentős mértékben megnövekedett. Folyamatosan emelkedik azoknak a ráktúlélő betegeknek

a száma, akik számára az onkoterápiás kezelések lehetőséget adnak a rákkal való megküzdésre, ugyanakkor előidézhetnek olyan késői mellékhatásokat, szövődeményeket, amelyek a betegek életminőségét negatív irányba befolyásolhatják. (14)

Amikor az életminőségről az egészségi állapottal és betegséggel összefüggésben beszélünk, akkor nem hagyhatjuk figyelmen kívül azokat a tényezőket, amelyek az egyén fizikai, pszichés és mentális állapotán keresztül

befolyásolják a társadalmi teljesítőképességét, szociális kapcsolatait és azok szubjektív megélését. Ezért az életminőséget rontó tünetek megszüntetése, illetve csökkentése kiemelt fontosságú feladat, mert nem elégedhetünk meg az életévek visszaadásával, távlati célként azt kell kitűznünk, hogy minőségi életéveket biztosítsunk a dagados betegek számára. (6, 8)

Sajnálatos módon az onkorehabilitáció jelenlegi gyakorlatában – annak ellenére, hogy számos kutatás bizonyította a mozgásterápia kedvező hatását, mind a postoperatív, mind pedig a programozható rehabilitáció időszakában – nem szerepel kellő hangsúllyal a gyógytornász irányításával, intézményi keretek között zajló, az életminőség javítását célzó intervenciós program. Egy online kérdőíves felmérés adatai alapján a megkérdezettek (86 fő) 84%-a (72 fő) nem tudott csatlakozni semmilyen kórházi rehabilitációs mozgásprogramhoz. A műtétet követően a budapesti betegek 75%-ának, a vidéken műtöttek 84%-ának egyáltalán nem javasolták, hogy forduljon gyógytornászhoz, jöllehet a gyógyulása érdekében hasznos lehetett volna a megfelelő gyakorlatok elsajátítása. (2) A fenti adatokból látszik, hogy milyen nagy az eltérés a betegek igénye és a rendelkezésre álló életminőséget javító rehabilitációs lehetőségek között.

Ahhoz, hogy a jövőben a szükségleten alapuló komplex rehabilitációs kezeléseket valóban a beteg igényeihez igazítottan tudjuk alkalmazni, egyfelől fontos, hogy az életminőséget befolyásoló tényezőket egy bio-pszichoszociális egészségfelfogás keretei között vizsgáljuk, másrészt a gyógytornász-fizioterapeuta szakmának az onkorehabilitáció területén is jóval nagyobb szerepvállalására is szükség lenne.

Az emlőrákos betegek életminőség-javításának érdekében világszerte számos, eltérő támadáspontú rehabilitációs program került kidolgozásra. Vannak olyan programok amelyek csak egyféle kezelési módot alkalmaznak, mások különböző technikák, módszerek kombinálásával próbálják csökkenteni a testi, pszicho-szociális és mentális tünetek életminőséget rontó hatását. (1, 4, 7) Lényeges, hogy az ilyen jellegű intervenciós programok hatását és hatékonyságát is megvizsgáljuk, mivel a nyert adatok alapján felmérhetjük, hogy milyen típusú kezelések a leghatékonyabbak, amelyek segíthetnek az újabb rehabilitációs guideline-ok és szakmai állásfoglalások kidolgozásában. (9) Ennek megfelelően az Alice Program jövőbeli, hosszabb távú vizsgálatát első lépésként megelőzte egy kis esetszámú Alice csoport eredményeinek statisztikai elemzése.

AZ ÚT A MADZSAR-KONCEPCIÓTÓL AZ ALICE PROGRAMIG

1912-ben Madzsar Alice (1877–1935) a megszerzett Mensendieck-diploma birtokában első lépésként elindította az „Egészségi és szépségi torna” oktatását Budapesten, majd ezt követően saját céljainak és elképzeléseinek megfelelően továbbfejlesztve a Mensendieck-módszert, megalkotta a Madzsar-féle tornarendszert. Mindkét módszer alapja a pontos anatómiai, élettani ismeretek, Madzsarnál mindez kiegészült a mozgások elemzésével és a pszichológiai háttér vizsgálatával. A modern neuro-pszicho-immunológiai kutatások azóta sok tekintetben igazolták Madzsar empirikus úton nyert mozgáskarakterológiai megállapításait, miszerint az ember testtartásának, járásának jellegzetességei összefüggnek pszichés állapotával. (3) Ezzel egy évszázaddal ezelőtt sikerült olyan holisztikus szemléletű rendszert megalkotnia – hangsúlyozva a testlélek-elme funkcionális integritását –, amely teljes egészében megfelel a 21. század szükségletalapú, többdimenziós onkorehabilitáció igényeinek is. Azt, hogy Madzsar Alice módszere mennyire előremutató és száz év elteltével is helytállóan minősülő elgondolás volt, néhány idézettel szeretném érzékeltetni.

Madzsar Alice: „A test és lélek fejlődése a legszorosabban összefügg és életünk e kettő egymásra hatásának szakadatlan láncolata.” (55. old.)

Modern terminológia: coping, poszttraumás fejlődés kontra distressz, alkalmazkodási zavar

Madzsar Alice: „...a test minden fizikai elváltozása nyomot hagy a lélekben is, de kétségtelen az is, hogy a lelki folyamatok nagy hatással vannak a testre.” (56. old.)

Modern terminológia: szomatikus tünetek pszichés hatásai, pszichoszomatikus elváltozások

Madzsar Alice: „A testkultúra azonban frissességet ad és még valamit [...] nagyobb önismeretre tanít.” (41. old.)

Modern terminológia: A testtudatosság segít a belső erőforrások megismerésében.

Madzsar Alice: „Magunknak, egy ilyen értelmű test-lelki fölfedezése, képessé tesz arra..., hogy biztonsággal válaszszuk azt az utat, melyen a legharcosabbak [...] lehetünk.” (42. old.)

Modern terminológia: pozitív attitűd, küzdőszellem

Madzsar Alice: „Mindenkinek saját magában kell elkezdenie a megváltást.” (45. old.)

Modern terminológia: Lényeges a beteg aktív részvétele a gyógyulási folyamatban.

Madzsar Alice: „A női tornának tehát az a speciális feladata van, hogy a helyes alapállásból kiindulva, rászoktassa a nőket, a gerincoszlop helyes tartására [...] a medence helyes beállításával...” (61. old.)

Modern terminológia: A proximális stabilitás biztosítja a disztális mobilitást.

Madzsar Alice: „Olyan mozdulatot sohasem szabad csináltatnunk, melynek helyességét anatómiai szempontból nem tudjuk megokolni.” (62. old.)

Modern terminológia: „evidence based practice” - bizonyítékon alapuló gyakorlat.

„A tudományban nem lehet megállni, ha gondolkodás és megfigyelés nélkül mindig csak azt csinálnánk, amit a mestertől tanultunk, nem lenne soha haladás. Magam is csak akkor leszek munkám eredményével igazán megelégedve, ha valamikor tanítványaim továbbépítik, amit én megkezdtem.”

(Madzsar J.-né, *A női testkultúra új útjai. Sport, 1977.*
(Első kiadás: 1926.)

Gyógytornászként én is Madzsar Alice késői tanítványának tartom magam és felelősségemnek érzem komoly szakmai örökségünk ápolását, amelyet a legszebben úgy valósíthatunk meg, ha újra életre keltjük az eredeti Madzsar-gyakorlatokat. Úgy gondolom a Madzsar-konceptió új tartalommal gazdagodhat, ha beleépítjük a legújabb tudományos kutatások eredményeit, valamint felhasználjuk a gyógytorna modern eszköztárát is, ami kulcsfontosságú az eredeti gyakorlatok új, az onkorehabilitáció területén való alkalmazásakor.

Ehhez a feladathoz elsőként, 2015-ben megvizsgáltam és átfogóan elemeztem az MTA Művészettörténeti Intézetének gyűjteményében található több száz gyakorlatot, aminek révén mélyebben megértettem a Madzsar-konceptiót.

Ezt követően kutatásaimat a gyakorlatba is átültettem: az eredeti gyakorlatokat a módszer szempontrendszerének megtartása mellett adaptáltam az általam kidolgozott, az emlődaganatos betegek komplex rehabilitációját célzó *Alice Program*ba.

Az emlőrák és a kezelések nyomot hagyhatnak a testlélek-elme mint funkcionális egység valamennyi dimenzióján. A daganat eltávolítása és a rekonstrukciós műtétek következtében testi tünetként jelentkezhet az izomegyen-



1. kép | Az Alice Program helyszíne

súly megbomlása, a váll-vállövi és törzsmozgások beszűkülése, fájdalmassá válása, a poszturális kontroll csökkenése. Egyes kemoterápiás szerek neuro- és kardiotoxikus hatásuknál fogva perifériás idegkárosodást, szívproblémákat okozhatnak. Musculosceletalis diszfunkcióhoz vezethet a sugárkezelés hatására kialakuló hegesedés, az izomszövet strukturális átrendeződése. A pszichés tünetek közül az egyik leggyakoribb a krónikus fáradtság, a kiújulástól való félelem, a szorongás és a depresszió. Mentális problémaként a „chemo-brain” jelenség az egyéb testi és pszichés tünetekkel együtt tovább ronthatja a beteg életminőségét és így a betegséggel való megküzdést is nehezíti. (5, 10, 12, 13)

A daganatos betegek életminőségének javítását csak úgy tudjuk elérni, ha valamennyi dimenzióban csökkentjük a negatív faktorok számát.

AZ ALICE PROGRAM BEMUTATÁSA

Az *Alice Program* kidolgozásával olyan komplex rehabilitációs program összeállítása volt a célom, ahol a programba felvett emlőrákos nők nem passzív befogadói, hanem aktív résztvevői annak a folyamatnak, amely a testtudatosság fejlesztésén keresztül csökkenti mind a testi, mind a lelki és a mentális diszfunkciók mértékét, ezáltal végső célként elősegíti az életminőség javulását. Az *Alice Program* az egyéb mozgásprogramoktól eltérő módon nem a hiányosságokra, hanem az erősségekre fókuszál. A helyes mozgásminta elsajátítása, a testtudat fejlődése, az elért eredmények beépítése a mindennapi tevékenységekbe segíti a belső erőforrások, kompetenciák felismerését, ezáltal a beteg képessé válik a társadalmi szerepeinek jobb megélésére.

A testtudat fejlesztésén kívül, a dietetikai és életmódtanácsok interaktív módon történő feldolgozásával a prog-

ram másik célja a tudatos vásárlói attitűd, az életmódtudatos magatartás kialakítása, ami segíthet a betegség kiújulásának megelőzésében.

Az *Alice Program* mozgásanyagának összeállításánál alapvető szempont volt az emlőrákos nőknél a daganat és a multimodális kezelések következtében kialakuló fizikai, pszichés és mentális elváltozások, az életkorból fakadó komorbiditás valószínűsége, valamint az egyes korcsoportokhoz társuló preferenciák figyelembevétele. Ezért fontosnak tartottam a célcsoport korcsoport szerinti felosztását, majd ezt követően az adott korcsoportra vonatkoztatva állítottam össze a megfelelő fókuszpontú gyakorlatsort. A hatásvizsgálat tárgyát a fiatal, maximum 55 éves korú emlőrákos nők számára összeállított AP képezte.

Azoknak a nőknek, akiknél fiatal korban diagnosztizálják az emlőrákot, az emlőjük mint a nőiesség és az anyaság szimbóluma elvesztésével a női és az anyaszerepük megélése is károsodik, ez pedig hatással van az életminőség valamennyi dimenziójára. (10) Megfordítva a gondolatsort, ha azt szeretném elérni, hogy a megváltozott testkép miatt ne alakuljon ki tartós életminőség-deficit, akkor első lépésként a test feletti kontroll megszerzését, illetve visszanyerését kell a fókuszpontba helyeznem. Majd ezt követően a gyakorlatok segítségével meg kell mutatnom a betegek számára azt a fejlődési utat és módszert, amelynek elsajátításával határozottabbá válhat a megváltozott testséma feletti kontroll, javul a test jelzéseinek észlelése, értelmezése, fejlődik a mozgáskoordináció, az egyensúlytartás, harmonikusabb és ergonomikusabbá válnak a végtag- és törzsmozgások. A cél, hogy ezáltal növekedjen az önértékelés, a belső erőforrások felismerése és alkalmazása, csökkenjen a szorongás, a kiújulástól való félelem, ami elősegíti a betegséggel való megküzdést és javítja az életminőséget.

Az eredeti Madzsar-koncepció ismeretében úgy vélem, a fenti célok elérésére valamennyi Madzsar-gyakorlat alkalmas. Ennek ellenére az onkorehabilitáció területén történő alkalmazásukkor nem hagyhatjuk figyelmen kívül a korábban már leírt szempontokat sem (a daganatos betegek fizikai állapota, komorbiditás). Ezért a vizsgált Madzsar-gyakorlatok közül csak azok kerülhettek be az *Alice Program*ba, amelyeket az eredeti szempontrendszer figyelembevételével, többszöri osztályozás, szelektálás, módosítás után megfelelően biztonságosnak találtam ahhoz, hogy a „Ne árts!” elv érvényesülése mellett, hatékonyan lehessen felhasználni a daganatos betegek rehabilitációjában.

Az *Alice Program* az úgynevezett programozható rehabilitációs programok közé sorolható. A programhoz csat-

lakozás feltétele a célcsoportba tartozás mellett az onkoterápiás kezelések (kemoterápia, sugárterápia) befejezése. Ideális esetben a műtétet követően a postoperatív ellátás során a betegek elsajátíthatják azt a gyógytornasort, amelynek segítségével minimalizálható vagy teljesen megelőzhető a musculosceletalis szövődmények kialakulása. Az *Alice Program*hoz csatlakozásnak alapvetően nem feltétele a korai rehabilitációban való részvétel, de mindenképp kedvezőbb feltételekkel csatlakozik az a beteg, aki már részesült fizioterápiás ellátásban. Ezért fontosnak tartom a hatékony betegedukációt, amelynek segítségével a betegek számára egyértelműen fontos az időben elkezdett és a megfelelően képzett szakember irányításával végzett mozgásprogram.



2. kép | Alice-gyakorlat külső korrekcióval

Az *Alice Program* szomato-kognitív mozgásanyagának elemei, jellemzői:

- a megfelelő medence- és vállöv-beállítás megéreztetése, kóros mozgásminták leépítése
- szelektív izomtudat kialakítása a feszítés-lazítás gyakoroltatásán keresztül
- „core” izmok erősítése, különös tekintettel a medencefenék izmaira
- Valamennyi gyakorlat indítása pontos medence- és vállöv-beállítás mellett történik, és a fokozatosság elvének megfelelően egyszerűtől halad a komplex felé, könnyített testhelyzettől a kisebb alátámasztás felé, eszköz nélküli gyakorlattól az eszközös felé.

- propiocepció fejlesztése szemkontrollal és szemkontroll nélkül
- az egyensúlytartás javítása instabil felületen
- helyes légzéstechnika begyakoroltatása
- ízületi mozgásterjedelem növelése a teljes ízületi mozgáspályán végig vitt gyakorlatokkal
- alacsony ismétlésszámmal (3-5), koncentrált figyelem mellett, lassan végrehajtott gyakorlatok
- a kezdeti külső, szóbeli korrekciót felváltja a beteg belső önkontrollja
- szuggesztív diktálás, ezzel is támogatva a beteg belső energiáit
- kis csoportlétszám (max. 6 fő) és a zárt csoport (a kezdeti csoportlétszámhoz újabbak nem csatlakozhatnak) biztosítja az egyre nehezedő gyakorlatok elsajátítását.



3. kép | Önkontrollal végzett Alice-gyakorlat

A 14 alkalom során a progresszíven felépített gyakorlatsorok begyakorlása lehetőséget ad a beteg számára a TUDATOSSÁG-VÁLTOZÁS-EGYENSÚLY folyamat belső felfedezésére, teljes megélésére. Ez segíthet az elért eredmények mindennapokban történő alkalmazásában.

AZ ALICE PROGRAM HATÁSVIZSGÁLATA

A gyógytornász-fizioterápia szakmának is törekednie kell az EBP (evidence-based practice) alkalmazására a mindennapi terápiás gyakorlat során. Ezzel együtt az EBP részét kell képeznie az új terápiás eljárások hatásvizsgálatának is, hogy csak a valóban bizonyítottan hatásos eljárások kerülhessenek be a klinikai gyakorlatba.

Az AP hatásvizsgálatához elvégeztem a program belső kontrollós vizsgálatát. A pilot kutatás eredményeinek feldolgozásával arra szerettem volna első lépésként választ kapni, hogy jelen formájában az AP hatásos módszer-e az onkológiai betegek rehabilitációjában. Amennyiben feltevésém igazolódik, abban az esetben a későbbi kutatás megtervezésénél hasznos információt jelenthet a program eddigi eredményeinek kiértékelése. Ennek érdekében a hatásvizsgálatnál, mind a fizikai, mind a pszichés és mentális változók részletes felmérésére törekedtem. Vizsgáltam a váll-vállöv, a törzs mozgásait, az egyensúlytartást, a fájdalomérősséget, az állapot- és vonás-szorongás mértékét, a „chemo-brain” jelenség meglétét, az életminőség szintjét. A vizsgálatba 10 mammacarcinoma (C50) miatt műtött nő került, közülük 3 fő személyes okok miatt nem tudott részt venni a teljes programban, így 7 beteg adatai kerültek statisztikai feldolgozásra. A szignifikanciavizsgálatnál valamennyi mért változóban szignifikáns javulás volt mérhető. A kvantitatív értékek mellett fontosnak tartottam a betegeknek a program hatásáról szubjektíven megélt élményeit is, amelyek teljes mértékben korrelálnak a mért objektív eredményekkel.

Néhány idézet a betegeknek a „*Volt-e hatással az Ön egészségi állapotára/életminőségére az Alice Program?*” kérdésre adott válaszaiból.

„Igen, élvezek minden fajta testmozgást és méltányolom a testem erőfeszítéseit, amit a torna alatt érzek.”

„A kedvem és a magamról alkotott képem is sokkal jobb. Nem ijedek meg azonnal, ha fáj valami, vagy valami szokatlant érzek.”

„Ismét része lett a műtét után az életemnek a rendszeres testmozgás.” „A karomban a műtét óta érzett húzó fájdalom megszűnt.”

„Jobb a kedvem, jobb a közérzetem, nem fáj a karom.”

„Megismertem a testem működését, jobban tudom koordinálni a mozgásomat, a környezetemben lévőknak is feltűnt a változás.”

MEGBESZÉLÉS

A daganatos betegek számára a minőségi életévek visszaadását kell célként kitűznünk, ehhez egy olyan bio-pszicho-szociális keretrendszer alkalmazására van szükség, ahol a gyógyítás fókuszpontjában nem a betegség, hanem az egészség áll.

Az *Alice Program* kidolgozásával egy olyan holisztikus szemléletű rehabilitációs programot akartam bevezetni az onkorehabilitációba, amely a jelenlegi klinikai gyakorlatban hiánypótló kezdeményezés a daganatos betegek életminőségének javítása érdekében.

A rehabilitációs program összeállításakor nemcsak a legújabb nemzetközi és hazai kutatási eredményekre, húszéves gyógytornász szakmai tapasztalatomra és dietetikai végzettségemre támaszkodtam, hanem olyan értékes szakmai örökségünkre is, amely száz év elmúltával is eredményesen alkalmazható a jelen és a jövő onkorehabilitációjában. A program kvalitatív és kvantitatív eredményei azt mutatják, hogy jó hatással alkalmazható az emlő-daganatos nők életminőségének javításában, ugyanakkor a kutatás korlátai miatt (a jelenlegi kórházi betegutak nem biztosítják a betegek programba történő bevonását) az eredmények szignifikanciaszintjére vonatkozó megállapítások a kis elemszám következtében csak korlátozottan érvényesek, ezért a program további, nagyobb esetszámú vizsgálatát teszik szükségessé. Az újabb eredmények megerősíthetik azt a feltevésemet, hogy az *Alice Program* segítségével nem csupán hatékonyan, hanem költséghatékonyan is javíthatjuk a rosszindulatú daganatos betegek egészségi állapottal összefüggő életminőségét.

A későbbi kutatás megtervezéséhez a statisztikai vizsgálat eredményei mellett értékes adalékkal szolgálnak a korábbi program szervezésével kapcsolatos tapasztalataim. Úgy gondolom, hogy a betegek részéről nagy az igény a gyógytornász irányításával zajló mozgásprogramban való részvételre, ugyanakkor a betegek hatékonyabb informálásához új utak, lehetőségek felhasználására is szükség van, úgymint közösségi oldalak, önszorgító csoportok, daganatos betegségekkel foglalkozó tájékoztató honlapok. Hasznos lehet a más intézményekkel történő együttműködés vagy egy átfogóbb méretű kutatáshoz való csatlakozás, ahová az *Alice Program* eredményei újabb adatkapuként szolgálhatnak.

Úgy vélem, hogy a Madzsar-gyakorlatok sokszínűsége, változatossága lehetőséget ad arra, hogy kellő alázat és értő alkalmazás mellett, hatékony eszközzé váljon nemcsak az emlő-daganatos, hanem a nőgyógyászati és egyéb tumoros betegek programozható rehabilitációjában is.

Madzsar *Alice* egy évszázaddal ezelőtt kidolgozott mozgásrendszere alapjául főként az empiria, vagyis a saját és a tanítványok testének tudatos megfigyelése szolgált. Az azóta ismerté vált biomechanikai, neuro-pszicho-immunológiai kutatások lehetővé teszik, hogy immár tudományos háttérrel is alátámasszuk Madzsar *Alice* holisztikus szemléletű módszerének eredményeit. Jelen írás terjedel-

mi korlátait jelentősen szétfeszítené az *Alice Program* biomechanikai, anatómiai megalapozottságának kifejtése, ezt további publikációimban szeretném megkísérelni.

Jelen tanulmányommal remélhetőleg sikerül felkeltenem a gyógytornász-fizioterapeuta szakma érdeklődését az „újrafogalmazott” Madzsar-módszer onkorehabilitációs alkalmazása iránt. Az *Alice Program* hatékonyságának statisztikailag is szignifikáns módon való igazolásához azonban jóval több beteg részvételére volna szükség, így köszönettel fogadok minden olyan, a kollégáktól érkező segítséget, amely a malignus emlő-daganatos nők számára lehetővé teszi, hogy megismerkedjenek az *Alice Programmal*.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., et al. (2006): How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74 (6): 1143-1152.
2. Báthory, I.-né: Az *Alice Program*, mint komplex rehabilitációs program hatásvizsgálata, a malignus emlő-daganatos nők körében. Budapest, SE-ETK Fizioterápia Mesterképzés, 2016. 40-43.
3. Carney, D. R., Cuddy, A. J. C., and Yap A. J.: Power Posing: Brief Nonverbal Displays Affect Neuroendocrine Levels and Risk Tolerance. *Psychological Science* XX (X): 1-6.
4. Cohen, M., Fried, G. (2007): Comparing relaxation training and cognitive-behavioral group therapy for women with breast cancer. *Research on Social Work Practice* 17 (3): 313-323.
5. Ganz, P. A., Kwan, L., Castellon, S. A., Oppenheim, A., Bower, J. E., Silverman, D. H. S., Belin, T. R.: Cognitive Complaints After Breast Cancer Treatments: Examining the Relationship With Neuropsychological Test Performance. *JNCI Journal of the National Cancer Institute* (2013).
6. Groenvold, M.: Health-related quality of life in early breast cancer. *Dan Med Bull.* 2010 Sep; 57(9): B4184. Letöltve: <http://www.danmedj.dk>
7. Lauridsen, M. C., Christiansen, P., Hesse, I.: The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: A randomized study. *Acta Oncologica* (2005) 44 (5): 449-457.
8. Montazeri, A.: Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research.* 27, (2008). 32.
9. Revicki, D. A., Osoba, D., Fairclough, D., Barofsky, I., Berzon, R., Leidy, N. K., Rothman, M.: Recommendations on health-related quality of life research to support labeling and promotional claims in the United States. *Qual Life Res.* (2000). 9(8): 887-900.
10. Riskó, Á.: A daganatos betegség különböző fázisaiban az alkalmazkodás pszichoszociális jellemzői. In Horti J. – Riskó Á. szerk.: *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Budapest, Medicina, 2006. 85-92.
11. Riskó, Á.: A sikeresen túlélő daganatos betegek lelki és társadalmi alkalmazkodása, életminősége. In Horti J. – Riskó Á. szerk.: *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Budapest, Medicina, 2006. 92-94.
12. Servaes, P., Verhagen, S., Bleijenberg, G.: Determinants of chronic fatigue in disease-free breast cancer patients: a cross-sectional study. *Annals of Oncology* 2002 13: 589-598.
13. Szántó, J.: *Klinikai onkológia a gyakorlatban*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 2005.
14. WHO, Globocan, 2012. globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx

Levelezési cím:
Báthory Szilvia
aliceprogram2015@gmail.com

Gyógytornász–beteg terápiás kapcsolat az onkológiai betegellátásban

CSATÁRINÉ VARGA ZSUZSANNA GYÓGYTORNÁSZ

Országos Onkológiai Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés: A gyógytorna sajátos helyet foglal el az onkológiai betegellátásban, mivel a terápiás cél nem a rákbetegség gyógyítása, hanem az onkoterápiában részt vevő beteg erőnlétének, a lehető legjobb fizikai állapotának az elérése. Ezért a daganatellenes kezeléseken átvélően, gyakorlatilag a beteg életútjának bármely fázisban szükség lehet gyógytornász közreműködésére. A betegkövetés ezen módja nagy emberi és szakmai kihívást jelent.

Cél: A gyógytornász és a beteg együttműködése sajátos arculatának bemutatása, nem mellőzve a legnagyobb emberi és szakmai felkészültség mellett is előforduló hibákat, kritikus helyzeteket.

Anyag és módszer: Az Országos Onkológiai Intézet Rehabilitációs osztályán végzett gyógytornakezelések terápiás gyakorlatát ismertetem.

Következtetés: A pszichésen és érzelmileg megterhelő onkológiai betegellátásban a gyógytornász team egymásnak nyújtott pszichés támogatása segít a problémás helyzetek együttes feldolgozásában. Így az érzelmileg szélsőséges terápiás helyzetek feldolgozhatók.

Kulcsszavak: terápiás kommunikáció, megterhelő terápiás helyzetek, empátia, onkológia

SUMMARY

Introduction: The role of physiotherapist in oncology and in palliative care is very special as it helps the patients to obtain maximum physical functioning within the limits imposed by disease not to restore pre-morbid function. Physiotherapy provides care for cancer patients to optimize the function and the quality of life through prehabilitation to end-of-life care. This way treating cancer patients is a huge emotional and professional challenge.

Objective: This study reveals the unique issue of the physiotherapist – patients relationship, the challenging and occurring mistakes and critical conditions despite maximum professional care.

Material and Methods: Physiotherapy clinical practice guidelines of the National Institute of Oncology, Budapest, Department Rehabilitation.

Conclusion: In cancer care dealing with challenging interpersonal situations in the physiotherapist-patient relationship, members of the physiotherapist team can support each other in coping with situations filled with exaggerated emotions.

Keywords: therapeutic communication skills, challenging therapeutic communication, empathy, cancer care

Az Országos Onkológiai Intézetben 1985 óta működik gyógytornarészleg a Rehabilitációs Osztályon, szoros együttműködésben a neurológus/pszichiáter és pszichológus kollégákkal. A gyógytornász munkáját a kezdetektől áthatotta a beteg pszichés állapota iránti érzékenység. Az Intézetben 1990-től Dr. Riskó Ágnes vezetésével Bálint csoport¹ működött, melynek fókuszában a gyógytornász–beteg kapcsolat állt. (6) 2010-től 2012-ig a gyógytornászok kérésére Nógrádi Csilla pszichológus pszicho-

drama² csoportot vezetett a nehéz terápiás helyzetek feldolgozásának segítésére.

A testi közelségben végzett terápiás munka és a betegek érzelmi állapotának empatikus átélése nagyfokú emocionális megterhelést jelent a gyógytornászoknak. (1, 4, 5)

A fizikai és lelki fájdalmakkal való napi találkozás, a rövid idejű, de nagy szakmai felelősséggel járó kezelések (intézményünkben a Sebészeti Osztályon és az Aneszteziológiai Intenzív Terápiás Osztályon végzett munka), vagy a hosszan

tartó, elhúzódó, gyakran családtagok bevonásával is járó ellátások (intézményünkben a Kemoterápiás Osztályokon végzett munka, lymphoedematerápia) különbözőképpen, de érzelmi, fizikai és szellemi megterhelést jelentenek.

Egy 2005-ös tanulmány szerint a gyógytornászok kiegészítő veszélyeztetettsége szignifikánsan magasabb az orvosokénál és nővérekénél. Különösen az érzelmi kimerülés (emotional exhaustion) terén mutatnak magasabb fokú érintettséget a gyógytornászok. (4)

Egy 2013-as tanulmány, amely a gyógytornászok kiegészítő kockázatát vizsgálta, többek között arra a megállapításra jutott, hogy az nincs összefüggésben a gyógytornász hivatásban eltöltött idővel. A gyakorlott, régóta praktizáló gyógytornászoknak, illetve a pályakezdő szakembereknek ugyanúgy szükségük van támogató környezetre, ahol lehetőségük van terápiás nehézségeik verbalizációjára³. (1)

Egy 2015-ös összehasonlító vizsgálat a gyógytornászokat érintő kiegészítő okaiként a gyógytornász-beteg kapcsolat nagyfokú érzelmi és fizikai intenzitásán túl szignifikáns faktorként jelöli az időhiányt, a szerepkonfliktusokat és bizonytalanságokat. Ezek az összeegyeztethetetlen szervezeti igényekből, a tisztázatlan hatáskörből és elvárásokból állnak. (5)

Saját terápiás tevékenységünk során szerzett tapasztalataink a megterhelő komponensekről egyeznek a külföldi szakirodalomban megjelölt okokkal. A megterhelő terápiás helyzetek verbalizációjával,³ a feladatok megosztásával, szükség esetén átszervezésével tudunk enyhíteni magunk és kollégáink terhelésén.

A továbbiakban az Országos Onkológiai Intézet Rehabilitációs Osztályának gyógytornászlegén végzett tevékenységet szeretném bemutatni.

A Sebészeti Osztályokon a betegek átlagos tartózkodási ideje 3-5 nap, így egy-egy beteggel rövid ideig tart a terápiás kapcsolat. Néhány találkozásba kell belesűrítünk a szükséges feladatokat, miközben a betegek, reaktív pszichés állapotuktól függően (szorongás, beszűkült percepció), információval különbözőképpen terhelhetők. Sebészeti beavatkozáskor, illetve a műtét körüli időszakban, a dagasztos betegséggel való szembesüléskor, a testi fájdalmaktól való félelmen túl megjelennek a hozzákapcsolódó mély asszociációk, és bekapcsolódnak a kulturális minták.

A leggyakoribb pszichés reakciók:

- kontrollálhatatlannak érzett halálfélelem;
- az elképzelt kiszolgáltatottság miatti intenzív szorongás;
- nem enyhülő félelem a testi integritás megszűnésétől, a csonkításától;
- félelem a test és/vagy a testi funkciók megváltoztatásától;
- félelem az altatás és a fájdalom veszélyeitől. (7)

A pszichés állapot és a találkozások kis számának figyelembevételével, hatékonyságunk fokozására a mellkasi, a nagyobb hasi, illetve a rekeszizmot érintő műtétek előtt bevezettük a **preoperatív betegvizsgálatot**, amely során a páciens vizsgálatával és a korai posztoperatívum mozgásfeladatainak ismertetésével segítő kezet nyújtunk a korai műtét utáni időszak áthidalásához. Pozitív szuggesztiokat⁴ alkalmazhatunk, hogy: „Igen, Ön tud majd mozogni műtét után!”, „Igen, Ön fel fog tudni ülni!” vagy „Igen, fog majd mozogni a karja!”. A beteg mozgásállapotának ismeretében személyre szabott mozgástervvel tudjuk indítani a műtét utáni terápiát, illetve építhetünk a mozgásképtettségére, vagy számolhatunk a meglévő társbeteg-

2015-ben az alábbi esetszámmal történt a betegellátás:

Osztályok	Fekvőbeteg ellátás	Járóbeteg ellátás
Sebészeti és Mellkas Sebészeti Osztályok	4627	874
Fej-nyak Sebészeti Osztály	189	100
Aneszteziológiai és Központi Intenzív Terápiás Osztály	1185	4
Nőgyógyászati Osztály	373	1
Kemoterápiás Osztályok A, B, C, D	378	600
Sugárterápiás Központ	721	523
Bőrgyógyászati Osztály	8	47
Egyéb		30
Összes esetszám	7481	2216

ségekkel. Ennek köszönhetően fájdalommentes környezetben tudunk raportot⁵ kialakítani, ez mindkettőnk számára könnyíti a műtét utáni ellátást.

Korai műtét utáni ellátás során, mivel a műtėti terület mozgatása fájdalmas, nagy segítségünkre van a kezelőorvos, illetve más teamtagok támogatása. (Például a kötözös nővér funkcionális helyzetben helyezi fel a kötést, így mozgatás során nem okoz szükségtelen fájdalmat a betegnek, illetve gyakran ő is látja az elmaradó mozgásokat és bátorítja a beteget a gyógytorna-foglalkozáson való részvételre).

Kemoterápiás osztályokon változó a betegek tartózkodási idejének hossza. Az egyalkalmas mozgásterápiabetanítástól kezdve a heteken keresztül zajló mobilizációig többféle terápiás folyamattal dolgozunk. A kemoterápiás kezelés mellékhatásai nagy mértékben módosítják a beteg közérzetét, így a testi és lelki terhelhetőségét.

A leggyakoribb, számtalan variációban megnyilvánuló mellékhatások: hajhullás, vérképző szervi károsodások, hányinger, hányás, fáradékonyosság, fogyás, száj- és nyálkahártya-károsodások, ideg- és izomfájdalmak, irritabilitás, depresszió, koncentrációs zavarok. (7) A beteg terhelhetőségének meghatározásakor nagy figyelmet kell fordítanunk a beteg vérképére (anaemia, leukopenia, thrombocitopenia). Megfigyelésem szerint a kemoterápiás következményként kialakuló leukopénia miatt a betegek sokszor lehangoltak, s nagyon nehéz együttműködni velük, annyira leverték és fáradtak.

Sugárterápiás osztályokon a tartózkodási idő hosszabb, 2-5 hét így lehetőségünk van hosszabb kezelésre. A kezelési idő előrehaladtával fokozatosan kialakuló bőrtünetek jelentkezhetnek, amelyek miatt többnyire nem kell a fizioterápiát módosítanunk. Korai helyi mellékhatások a kezelés alatt az ép szövetekben (bőr, nyálkahártyák stb.) fellépő gyulladásos jelenségek: bőrpír, égő, majd száraz nyálkahártyák stb. (3)

A továbbiakban gyakorlati példákon keresztül szeretném érzékelteni a leggyakrabban előforduló feszterhes terápiás helyzeteket:

❶ A páciens kontrolligénye:

A sebészeti osztályokon gyakran találkozunk olyan helyzettel, amikor a beteg szeretné kontrollálni a történéseket. Ez a gyógytorna árnyalt vagy konkrét elutasításában fejeződik ki. A helyzet kezeléséhez meg kell értenünk, hogy mit is utasít el a beteg valójában.

Gábor – tüdő tumoros, 50 körüli férfibeteg, a műtét utáni 1. napon. Amikor megyek hozzá, már tudja, hogy

irresecabilisnak (nem operálhatónak) bizonyult a tumorra. Már ismerjük egymást, a műtét előtti légúti előkészítéskor találkoztunk, nagyon szimpatikus, okos és érdeklődő, határozott személyiségű férfi. Rendszeresen sportolt, légzőszervi panaszja nem volt, szűrővizsgálaton derült ki a betegsége.

Gyógytornász: Jó napot!

Gábor: Jó napot!

Gy: Hogy van?

G: Hát így. Tudja ugye?

Gy: Igen-igen.

Nézzük egymást.

G: Szóval most nem tornáznék. Jól vagyok, köszönöm, nem fáj semmi.

Gy: Elég a levegő?

G: Persze, mondom, hogy minden rendben. Most inkább gondolkodnék. Valahogy ki kell találnom, hogy hogyan tovább. Tudja, nem erről volt szó.

Leülök az ágya mellé kicsit. Együtt hallgatunk.

Gy: Igen-igen... holnap?

G: Hát, jöjjön be hozzám. Köszönöm, hogy meglátogatott.

További kórházi benntartózkodása alatt minden nap elfogadta a gyógytornát. Körülbelül két hét múlva találkoztunk a folyosón.

Gy: Jó napot! Hogy van?

G: Köszönöm, jól! Írom a bakancslistám.

Gy: Értem... elmondja, hogy miket írt fel?

G: Hát... még sosem lovagoltam... Könnybe lábad a szeme.

Gy: Ne haragudjon, nem akartam felzaklatni...

G: Pedig sikerült.

Csak nézzük egymást, megsimogatom a vállát.

Gy: Vigyázzon magára... És továbbmegyek.

Igen kínosan éreztem magam, de nem mehettem el mellette a folyosón, mintha nem venném észre, illetve elmehettem volna, de nem akartam.

Elismerhetjük, hogy a beteg nehéz helyzetben van, mesélhetünk tapasztalatainkról, arról, hogy mások hasonló helyzetben hogyan oldották meg. De együtt hallgatni is lehet, ezzel nem sértünk határt.

Vagy egy másik, mindennapos, nem túl bonyolult helyzet:
Beteg: Mit mondja nekem ezeket, honnan tudja, hisz olyan fiatal!

Gyógytornász: 14 éve dolgozom itt, azóta csinálom ezt a kezelést; engedje meg, hogy a tapasztalataimra hivatkozzam!

B: Ja, elnézést. Olyan fiatalnak látszik.

Gy: Hát, köszönöm!

Szerencsés, ha a kialakuló helyzetet bizalmivá tudjuk fordítani: elutasítás megértése, elfogadása.

Beteg: Most nem szeretnék tornázni, nagy fájdalmaim vannak, talán kicsit később.

Gyógytornász: Persze, kérlek Önnek fájdalomcsillapítót a nővértől?

B: Igen, köszönöm.

Nagy felelőssége van a gyógytornásznak, ha a beteg olyan kezelést utasít vissza, amelynél még a késlekedés sem megengedhető – például légzési elégtelenségbe hajló állapotok esetén. Ennél a kezelési formánál elengedhetetlen a pontos és gazdaságos együttműködés. (A cikk keretei nem engedik, hogy ebben a témában elmélyüljek, de a továbbiakban tervezem ilyen helyzetek bemutatását.)

Ha a beteg tájékozatlansága miatt utasítja vissza a tornát: „...tegnap operáltak, nem tudok tornázni...” – Ilyen helyzetek megelőzésére dolgoztuk ki a műtét előtti vizsgálatot, amikor még fájdalommentes környezetben tájékoztatjuk a beteget a posztoperatív gyógytornáról. Teret engedünk a kérdéseinek, pozitív és megoldható megküzdési lépéseket vázolunk neki. Rávetjük, hogyan tud aktívan részt venni a saját gyógyulásában. Nagy segítségünk van, ha a kezelőorvos, illetve a többi teamtag is informálja a beteget (például „a műtét után gyógytornász fog segíteni, hogy mihamarabb rendeződjene a mozgásai”).

Ha a páciens kifejezi kontrolligényét, a terápiás folyamat sértése nélkül engedjük neki teret. Például: „Melyik oldalra szeretne kiülni?”, „A sétához melyik papucsát szeretné felvenni?”, „Kéri a köntösét?” stb. Ezzel a figyelmeséssel biztosítjuk a beteget, hogy figyelünk rá.

Van olyan helyzet, hogy engem, az embert utasít vissza, mert fiatalnak, egészségesnek lát, mert hajam van vagy emlékeztetem valakire, aki fontos neki, vagy éppen ellenzenvesnek lát. Ha ezt nem tudom feloldani, a legcélravezetőbb átadni a beteget egy másik gyógytornász kollégának.

2 Ha a beteg ragaszkodik a mozgásterápiához, miközben tehetetlennek érezzük magunkat

Speciális, az onkológiai ellátásra jellemző terápiás helyzet, amikor aktív onkoterápia ellenére daganatos progresszió következik be, és emiatt romlanak a mozgás és/vagy keringési funkciók. A terápiánk nem bizonyul hatékonynak, de a beteg ragaszkodik hozzá, mert megéli a törődést és a gyógytornakezeléstől reméli a javulást.

Ilyen esetben konzultálok gyógytornász kollégákkal, illetve a beteg beleegyezésével be is vonhatok ko-terapeutát a kezelésbe. Felváltva is elláthatjuk a beteget a tehetetlenségünk enyhítése céljából. Előfordul, hogy a másik kolléga meglátja azt a kezelési célt, amit nekem ebben a helyzetben nem sikerült, így új utak nyílhatnak mindannyiunk számára.

3 A kompetenciahatárok betartásának nehézségei, a határsértés veszélyei

■ Amikor a felvilágosítás kicsúszhat a kezünk közül:

■ Előfordulhat olyan helyzet, amikor a beteg tőlem szeretné megtudni labor-, MR-, CT-eredményeit, mert a kezelőorvossal csak később találkozhat.

■ Kínos helyzetet eredményez, amikor megkérdez a műtéti ellátás menetéről. A standard műtéti eljárásokat ismernem kell, de hangsúlyoznom kell azt, hogy mindenki a saját panaszának megfelelő ellátást kapja, és erről pontosan a kezelőorvosától kérjen felvilágosítást.

■ Ha a páciens különleges hatalommal ruház fel minket

Sebész kolléga küldött hozzám nőbeteget, azzal a panasszal, hogy kétoldali emlőtumor miatt excisio és kétoldali Sentinel nyirokcsomó biopszia után mindkét oldali hónaljában hűrképződés (Axillary Web Sy.) alakult ki, csökkentve a felső végtagi mozgásfunkciókat. A beteg, a szövettani eredmény ismeretében, a számára ajánlott kemoterápiás kezelést visszautasította (erre a kezelőorvos külön felhívta a figyelmemet). A páciens a gyógytorna-ellátás közben elmondta, hogy visszautasította a kemoterápiát, és szeretett volna megerősítést nyerni döntésének helyességéről. A helyzetet úgy oldottam meg, hogy elismertem a döntéshez való jogát, de eredményének helyességét nem ítélem meg. Javasoltam neki pszichológus segítségét, de nem kérte. A tornafigyelőszobákra rendszeresen járt, amíg a panasza fennállt.

4 Együttműködési nehézségek:

■ „Kompetens” beteg

Találkozhatunk olyan beteggel, aki különböző, általa érvényesnek tekintett forrásokból (például internet, szomszéd, családtag) pontos és részletes képpel rendelkezik arról, hogy milyen kezelést kellene kapnia. Előfordul, hogy kifogásolja, megkérdőjelezi az általunk ajánlott kezelést. Ilyen esetben lehetőségünk, hogy tájékoztatjuk az együttműködésünk kereteiről. Fontos, hogy felvilágosítsam a rám vonatkozó szakmai felelősségről. Szerencsés, ha tudok olyan alternatívákat ajánlani, természetesen a szakma szabályainak megsértése nélkül, ahol döntési helyzet-

hez juthat. Így erősíthetem benne a partnerséget: például mikor kezdjük a kezelést, mely napok alkalmasak neki.

■ A gyógytornász is ember

Nekünk is lehetnek olyan személyes korlátaink, amelyeket nem tudunk átlépni. Nekem a fiatal, 15-30 éves korosztály kezelése okoz nehézséget. Ezekben az esetekben úgy érzem, hogy kicsúszik a kontroll a kezem közül, ezért feszült vagyok, és nem tudok magabiztosságot, kompetenciát sugározni. Dühös vagyok, amiért ilyen fiatalon itt kell lenniük, nehezemre esik terápiás célt felállítani és a támogató szerepet felöltetni.

Endre, intenzív osztályon fekvő 30 éves férfitbeteg medián sternotomián esett át csecsemőmirigyből kiinduló tumor miatt. Postoperatív 1. napon megosztja velem, hogy rossz híreket kapott, a műtét során nem sikerült a daganatot eltávolítani. – Nem akarok meghalni – mondja, és közben néz rám... Annyit tudtam csak mondani, hogy egyelőre ebből a helyzetből kell kimásznia, de érzem, hogy ez így nem elég. Tudom, hogy nem tudom meggyógyítani, de nem tudom, mit kellene mondanom. Az vezérel, hogy hiteles legyek, de azt érzem, hogy ez ebben a helyzetben nem segít. Pszichológus kolléganőhöz fordultam tanácsért.

9 hónap múlva Endre újra nálunk feküdt a sebészetén. A bécsi mellkassebészetén operálták- sikeresen. Hosszan tartó kemoterápiás kezelés hatására regrediált a tumora, és resecabilissá (operálhatóvá) vált. A postoperatív időszakra szállították intézetünkbe, így kerül az ellátandó betegek listájára. Egymásra ismertünk – nagy volt az öröm. Elmesélte, hogy három napig feküdt a bécsi kórház mellkassebészetén. A postoperatív első napon nagy fájdalomra és légszomjra panaszkodott, de nem kapott segítséget. Pánikba esett, majd eszébe jutott, hogy az előző műtét után is ugyanilyen nehézséggel küzdött. Fel tudta idézni azt a légzéstechnikát és gyakorlatokat, melyeket tanítottam neki, és egyedül kijött a helyzetből.

Ezzel a befejezéssel megerősítést nyertem, hogy mégiscsak van értelme jelen lenni, annak ellenére, hogy nem éreztem, hogy irányítani tudom a helyzetet.

5 Palliatív ellátás, de meddig? Hol a kezelés vége?

A haldoklás folyamatában, amikor a beteg búcsúzna, akkor ez a testhelyzetén, mozgásos motivációs jeleiben is megnyilvánul. A halállal kapcsolatos gondolatait sok esetben a beteg meg is osztja velünk. Egyik betegem mesélt az álmáról:

„...bolyongok egy utcán, körülöttem emberek, nem tudom, hol voltam. Próbáltam kikeveredni a tömegből,

sehogy se ment. Aztán egyszer csak itt találtam magam a kórházban, itt a folyosón. (A kórházban átépítés zajlik, új épületszárny alapozása folyik, földmunkával.) Kimegyek oda, oda a munkásokhoz, ilyen faládák voltak a földön. Bele akartam feküdni az egyikbe, erre rám szólnak, hogy az nem az enyém, menjek oda, ott egy ajtó. Na, azt azon az ajtón túl ott van az én ládám. Megyek oda, ki akarom nyitni az ajtót, egyszer valaki megszólal: »Te hová mész?« Felnézek, hát a lányom az. Felébredtem. A földön voltam, leestem az ágyról. Na, ilyeneket álmodok.”

Elfekvő betegnél a csökkent mozgásos motiváció gyakran gyógytorna-indikációt képez. Attól függően, milyen régóta áll fenn ez az állapot, illetve mennyire előrehaladott az onkológiai státusza, milyen a belgyógyászati és mozgásszervi állapota, fokozatos mobilizációba kezdünk. Ha a beteg általános állapota javul, egyre inkább fokozódik az aktivitása, örömmel várja a következő foglalkozást, akkor ez mind annak a jele, hogy rendelkezik mobilizálható energiataralékokkal. Jó úton járunk, ha erősítjük.

Nincsenek objektív mércék arra, hogy mikor hagyjuk abba a beteg foglalkoztatását. A halálra készülésnek – a daganat progressziójától, a belgyógyászati státuszától függően, valamint a homeosztázis felbomlása mellett – vannak jelei, amelyek együttes és konzekvens megjelenésénél tudni véljük, hogy el kell engednünk a beteget. A fizikai aktivitás csökken, gyengül a motiváció, egyre kevésbé vonható kontaktusba, fokozatosan veszti a realitásérzékét, nehezen ébreszthető és egyre többet alszik, jellegzetes arca lesz, egyre többet fekszik magzati pózban. A kezelőorvossal, nővérekkel egyeztetve, megfigyeléseikre és szakvéleményükre támaszkodva növeljük a távolságot, hogy ne zavarjuk meg a beteg távozását.

6 Együttműködés a teamben - amikor a kezelőszemélyzet gyógytornára vonatkozó kérését indokolatlannak ítélik:

Adódhatnak feszültségek abból, hogy minden igyekezetünk ellenére mégsem tudja a kezelőszemélyzet, hogy az egészségügyi hierarchiában hol és hogyan helyezkedik el a gyógytornász. Ki indikálja a kezelést? Mi a gyógytornász hatásköre, mi a terápiás tevékenysége? A nővér megsértődik, hogy miért keressük a kezelőorvost, miért nem elég, hogy ő kéri, hogy mobilizáljuk a beteget. Az orvos meg felháborodik, hogy miért érdeklődünk a beteg állapota felől, különben is ki kérte a tornát. Ezek feloldására lehetőségünk a korrekt adminisztráció és a kompetenciahatárok tiszteltetben tartása és tartatása. Rendszeres részvételünkkel az osztály-megbeszéléseken lehetőséget teremthetünk a párbeszédre. Amennyiben több osztály részéről is tapasztaljuk a prob-

lémát, szervezhetünk belső képzést, ahol szélesebb körben nyújthatunk információt a kollégák részére.

Ezeknek a helyzeteknek a közös megbeszélése, verbalizációja segít, hogy több szempontból is megvizsgáljuk, elemezzük és megoldást találjunk a megoldható nehézségekre. Az érzelmileg megterhelő, intellektuálisan nem

megoldható terápiás helyzetek esetében nagy segítséget nyújt az empátikus és támogató légkör.

A cikk mondanivalóját tízévnnyi, az Országos Onkológiai Intézetben eltöltött aktív gyógytornászi tevékenység tapasztalataiból összegeztem. Ezúton is szeretném megköszönni Nógrádi Csillának és Komáromi Éduának az együttgondolkodást és a biztatást.

JEGYZETEK

1. **Bálint-csoport** – „Az esetmegbeszélő csoport problémaorientált, középpontjában az orvos (segítő) és beteg (kliens) kapcsolat, az érzelmileg megterhelő esetek és szituációk állnak. A támogató légkörű csoportban lehetőség nyílik a konfliktusos helyzetek elemző megbeszélésére, hosszú távon segítve a kommunikációt, szakmai és személyes kompetencia fejlődését, az önismeret mélyülését, konfliktuskezelési repertoár gazdagítását.” (Magyarországi Bálint Mihály Pszichoszomatikus Társaság)
2. **Pszichodráma** – „...hatásmechanizmusát a belső lelki tartalmak, élmények és konfliktusok megjelenítésén keresztül fejti ki – felhasználási területe rendkívül széles: alkalmazható az önismeret fejlesztésében, szervezete-fejlesztésben, közösségformálásban, konfliktuskezelés-, személyes hatékonyság fejlesztése során, de jó kiegészítő módszer oktatásban, képzésben is.” (Magyar Pszichodráma Egyesület)
3. **Verbalizáció** – „Balkányi pszichoanalitikus tanulmányaiban kiemeli, hogy nem lehet túlegyszerűsítve a verbalizáció és a beszéd fogalma közé egyenlőségeket tenni. A verbalizáció nem csupán közlés – tehát kommunikatív –, hanem intrapszichés folyamat is. A tudattalan impulzusok a tudatfelőrtésben hangalakot nyerve szóvá alakulnak, s így juthatnak be a tudatba. A hallgatókban mindez fordítva zajlik: az elhangzott szavak felkeltik a megfelelő impulzusokat, élményeket: »de – verbalizálódnak«. A fentiekben az általam is kiemelt »megtalálás«, a megfelelő kifejezésre való rábukkanás itt is megerősítést nyer.” (2)
5. A **szuggesztiós hatás** lényege az, hogy a közlésre a befogadó nem engedelmeségből, nem mint parancsra reagál, nem is mint kérés teljesíti, hanem egyszerűen „önkéntelenül” befogadja a kommunikáció lényegi tartalmát, amely hat rá (8). A gyógytornászok részéről alkalmazható szuggesztiók elméleti hátterét és módzatait a „Szuggesztív kommunikáció a szomatikus orvoslásban” című képzésen sajátíthatjuk el.
6. **Raport** – Főleg a pszichológiában használatos szakkifejezés („rapport”-ként is ismert a szakirodalomban). Jelentése: tisztelet, kölcsönös biza-

lom, és a megengedő attitűdön alapuló terápiás kapcsolat. A jó raport kellemes légkört és az együttlét céljának kölcsönös megértését jelenti.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Fisher M, Mitsche M, Endler P, Mesenholl-Strehler E, Rothaller H, Roth R: Burnout physiotherapists – Use of clinical supervision and desire for emotional closeness or distance to clients. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, November, 2013, vol. 20, no. 11: 550-558.
2. Hárđi I.: Beszéd és mentálhigiéné. *Magyar Nyelvőr* 110. évf, 1986, január-márc. 1 szám: 31.
3. Kovács Á., Hadjiev J., Horváth Á.: *Sugárterápia*. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 2014. 40.
4. Li Calzi S, Farinelli M, Ercolani M, Alianti M, Manigrasso V, Taroni A. M.: Physical rehabilitation and burnout: different aspects of the syndrome and comparison between healthcare professionals involved. *Europa Medicophysics*, 2016 March; 42(1): 26-36.
5. Nowokowska-Domagala K PhD, Jablowska-Górecka K, PhD, Kosztrzanowska-Jarmokowska L, Morton M, and Stecz P, PhD: The interrelationships of coping styles and Professional Burnout Among Physiotherapists. *Medicine* (Baltimore), 2015 Jul; 94 (28): 1.
6. Dr Riskó Á.: A rákbetegekkel foglalkozó gyógytornászok számára szervezett Bálint csoport főbb tanulságai. In *Halálközben II*. Budapest, Magyar Hospice Alapítvány, 1995, 161.
7. Dr Riskó Á.: A test, a lélek és a daganat. In *Bevezetés az Onkopszichológiába*. Budapest, Animula Egyesület, 1999. 17-18, 21, 23.
8. Dr. Varga K., Dr. Diószeghy Cs.: *HÜTÉSBEFIZETÉS avagy a szuggesztiók szerepe a mindennapi orvosi gyakorlatban*. Budapest, Pólya Kiadó, 2001. 9.

Levelezési cím:
Csatáriné Varga Zsuzsanna
csvargazsuzska@gmail.com



FÜGGESZTÉSES TECHNIKÁK TERÁPIÁBAN ÉS TRÉNINGBEN



Nürnbergi Rácsos Függesztő



Magasságállítós,
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

Az onkológia nagykövete

KAPITÁNY ZSUZSANNÁVAL BAJKAY ÁGNES BESZÉLGETETT



Kerek harminc éve foglalkozik onkológiai betegekkel. Sokan köszönhetik neki a teljes gyógyulást, mások pedig azért lehettek hálásak neki, mert elviselhetőbbé tette a már visszafordíthatatlant. Erős embernek látom, aki nem torpan meg a nehézségektől, sőt, inkább inspirációt talál bennük, ami továbbviszi egy mások által még ki nem taposott úton. Bár azért ültünk le beszélgetni, hogy róla, a személyéről kérdezzem, kikerülhetetlen volt, hogy szakmázzunk, hogy az onkológiai gyógytornáról – s leginkább sajnos magyarországi hiányosságairól – is beszéljünk. Szerinte nem elég empátiával rendelkezni a gyógytornász hivatáshoz. Az empátia az alap, a minimál program. Anélkül nem is menne, az még semmi...

Az onkológia a legtöbb gyógytornász számára félelmetes terület. Neked miért esett éppen erre a választásod?

Nincs küldetésudatom, nem akarok nagyobb szerepet kreálni magamnak, mint amekkora van a szakmában, de az onkológia iránti elkötelezettségemben benne van egyrészt, hogy mennyire eltolják maguktól a kollégák ezt a problémakört, mennyire tartanak tőle, én pedig ezen változtatni szeretnék. Másrészt, az érintettek oldalán hatványozottan nő felénk az igény. Már 53 éves vagyok, tehát nem tegnap kezdtem a szakmát, sem az onkológiával való foglalkozást, de ez a kettő szempont meghatározó az életemben.

Az első „találkozás” hogy történt, mikor ismerted fel azt, hogy mekkora a hiány és mekkora szükség van ránk ezen a területen is?

Már főiskolásként megtalált egy rákbetegeket támogató szervezet. Az Andrassy úton, egy klubhelyiségben gyűltek össze emlőműtött betegek, akik egyszerűen éheztek azt, hogy gyógytornászként valaki a testükkel, a lelkükkel foglalkozzon. Nem én kerestem őket, szerintem ebben még Gardi Zsuzsának, az akkori iskolavezetőnek lehetett szerepe. Ez 1986-ban történt, éppen harminc éve. Harmadéves diákként már egy évet dolgoztam heti két alkalommal a klubban.

Végzett gyógytornászként a mai főiskola Vas utcai épületében a Balassa János kórházban helyezkedtem el. Cséffalvay tanár úr égisze alatt dolgoztam, itt volt Magyarországon először nőgyógyászati osztályon gyógytornász státusz. Aztán két év után megint csak csörgött a telefon, Gardi Zsuzsa hívott, hogy lenne egy tanulási lehetőség Németországban egy lymphológiai klinikán. Ott kezdtem el Dr. Déry György vezetésével tanulni és részben dolgozni is ezen a területen. Tulajdonképpen akkor kerültem igazán közel a daganatos betegekhez, hiszen a szekunder nyirokódomás betegek jelen-

tős része a daganatos betegek közül kerül ki. Ezzel elindult egy néhány éves tanulmányi út, konferenciák, vizsgák, és amikor hazajöttem, azonnal közös munkába kezdtünk a Rákellenes Ligával. Legalább 6-8 évig nagyon aktívan dolgoztam velük, nekik, értük. Németországból hazatérve kerestük a terepet, hogy hova, milyen intézménybe lehetne a gyógytornászok számára a lymphológiai képzést beágyazni. Göncz Zsuzsa elnök asszony a köztársasági rezidencián biztosított helyet és lehetőséget számunkra, hogy megfelelő szakmai fórumon mutathassuk be a téma fontosságát. Az előadás után Bálint Géza főorvos úr, aki akkor a mi tanszékünknek volt a tanszékvezetője és mellette az ORFI igazgatója is, odajött hozzám, és elhívott az ORFI-ba dolgozni. Létrehoztunk egy nyirokódéma-ambulanciát, és mindaddig ott voltam, amíg szét nem vált az intézet. 1999-ben az ORFI-ban folytatott munkám elismeréséül Göncz Árpád elnök úrtól Köztársasági Aranyéremmel kitüntetésben részesültem. Az intézet kettéválása óta alapítványi keretek között dolgozom a betegekkel. Például hat évig voltam a rákbetegeket rehabilitáló Tűzmadár Alapítványban, a Gyógyulj Velünk Egyesületnek pedig egyik pártoló tagja vagyok.

A Tűzmadár Alapítvány az ország minden részéből fogad betegeket, a legkülönbözőbb diagnózissal, stádiummal, terápiával. Nekem az az időszak sok szempontból nagyon értékes volt. Ott bárki megtalálhatott, konzultációkat, foglalkozásokat tartottam, rehabilitációs programokat állítottam össze egyénileg a betegeknek, és mellette folyamatosan, ha nekem volt valami gondom, kérdésem, konzultálnom kellett X onkológussal, Y belgyógyással, Z háziorvossal. Ez nagyon nehéz, mert elég bonyolult az egészségügyi hierarchiában érvényt szerezni a mi szerepünknek. De amikor ott van veled szemben egy olyan beteg, aki tényleg rád szorul, akkor ez mindent fölülír. Ebből idővel hatalmas kapcsolati tőkém lett,

aminek persze komoly ára van, hiszen oda-vissza kell, hogy számíthassunk egymásra.

A Gyógyulj Velünk Egyesület néhány éve alakult, helyileg szintén a László Kórházban van. Volt egy betegem, egy negyvenes éveie elején járó fiatalember, akit vastagbél-daganattal operáltak. Egy ilyen kolorektális tumornál 90%-ban majdnem egy éven keresztül kemoterápiát kapnak a betegek, 48 órás blokkokban 3-4 hetente. Úgy szerveztük meg, hogy ez a fiatalember reggel elment a laborba, és amíg várt az eredményre, mielőtt bekötötték volna neki az infúziót, mindig átjött hozzám tornázni. Idővel nagyon jó kapcsolat alakult ki közöttünk. Ő volt az, aki elkezdte felhívni a figyelmet Magyarországon a vastagbélrák komoly veszélyére. Kijutott Brüsszelbe is, az Európai Parlamentbe, és ott próbált a képviselőkhöz keresztül valahogy támogatást szerezni a hazai szűrővizsgálatokra. Egy váratlan pancreas tumor miatt nem tudta tovább folytatni ezt a munkát, de az elindított szakmai programok már elkezdtek futni, és amikor meglett a diagnózisa, akkor ő kért meg engem, hogy képviseljem ezt az ügyet. Ez elindított engem egy újabb úton. Számos alkalommal voltam én is Brüsszelben előadást tartani az EuropaColonnak; ez egy ernyőszervezet, azért jött létre, hogy csökkentse Európában a vastagbél-daganatos betegek számát szűrőprogramokon keresztül, illetve a legkorszerűbb terápiák alkalmazásával. Ennek a vonalnak egy mellékága, hogy két évvel ezelőtt megalkult egy világszervezet, a Word Pancreatic Cancer Coalition, ami a pancreas tumor kutatásával foglalkozik. Velük is aktív kapcsolatom van. Tréningekre, meetingekre járok; most májusban például Orlandóban voltam.

Nagy szükség van ezekre a szervezetekre, hiszen a daganatos betegek száma egyre emelkedik, mintegy civilizációs betegséggé nőtte ki magát. Mi a helyzet itthon?

Európában évente kb. 1 700 000 daganatos beteg hal meg, nálunk olyan 35-40 ezer, ezzel a számmal eléggé az élen vagyunk. Pedig ennél még fontosabb, hogy vannak olyan új terápiák, amelyekkel egyre több daganatos betegség gyógyítható, vagy legalább többé-kevésbé jó életminőséggel egészen hosszú távú túlélés biztosítható. Az onkológiai kezelések, legyen az kemoterápia, sugárterápia, sebészi beavatkozások, különböző szupportív kezelések, azonban mindent megváltoztatnak. Egy daganatos betegség nem egy daganatról szól. A daganat csak az, ahol a betegség manifesztálódott, valójában azonban ez az egész testet érintő generalizált betegség. Ebből adódóan a tartó-mozgató apparátustól kezdve a különböző neurológiai vonatkozásokig, a kognitív zavaroktól elkezdve a koordinációs zavarokig nagyon sok feladata van a gyógytornásznak. Körülbelül 350 ezerre becsülik azt a populációt, aki ma Magyarországon daganatos betegséggel él együtt. Ez olyan döbbenetes szám, ami engem elkötelezetté tesz. A Tűzmadár Alapítványnál rengeteg olyan esetet megéltem, hogy jöttek a betegek innen-onnan, és kiderült, hogy sosem látott gyógytornászt, vagy ha látott, akkor azt mondta neki a gyógytornász, hogy ő ehhez nem ért, ezért elküld-

te másikkhoz, aki szintén azt mondta, hogy ő sem ért hozzá, tehát elindult egy „labdázás” szegény beteggel. Azok a rák-betegek viszont, akik találkoztak olyan gyógytornászzal, aki vállalta a terápiát, minden esetben pozitív visszajelzést adtak. Sajnos, ebből volt kevesebb.

Nem lehet, hogy ezt óvatosságból teszik? Mert félnek, hogy ártanak a betegnek, nem eléggé ismerve a betegségük természetét?

Természetesen ez lehet egy olvasata ennek a problémának. De amikor már sokadszorra ismétlődik meg, miközben látom, hogy az érintettnek, a családjának, a környezetének miket kell megélnie, akkor ezt nem tudom elfogadni. Volt olyan fiatal betegem, akinek kicsi gyereke volt. Volt olyan, akinek a terhessége alatt derült ki a betegsége. Érttem én, hogy van egy ilyen félelem a terapeutákban, de attól például senki sem fél, hogy a traumatológián vagy az ortopédián egy frissen műtött beteget kezeljen. Pedig ha valaki az ortopédiában igazán elhivatott, az pontosan tudja, hogy a patológiás törések döntő részének hátterében daganatos betegségek állnak. Mindenesetre érdekes, hogy ott nem tartanak attól, hogy ártanak a betegnek. Van egy beágyazottság, egy látszólagos védettség, megvannak a bejárat utak.

Igen, hiszen a különböző protokollokban le van írva, hogy hányadik héten mit lehet tenni, illetve a műtétet végző orvostól is lehet tanácsot kérni. Neked mi ebben a tapasztalatod: az orvosok tisztában vannak vele, hogy a fizioterápiának milyen szerepe lehet egy onkológiai betegnél? Eszükbe jut, hogy gyógytornászhoz küldjék őket?

Sokkal kevesebbszer, mint az szükséges lenne. De azt kell hogy mondjam, nekünk is felelősségünk van ebben. Az elmúlt tíz évben ugyanis hihetetlenül nagyot változott az onkológia, az onko-sebészettől kezdve a gyógyszeres kezelésig paradigmaváltás következett be. Tehát aki a klinikai onkológiában dolgozik – az onkológus, a sebész –, azt igénybe veszi, hogy naprakész legyen, hogy tudjon teljesíteni, hogy az aránytalanul nagy betegszámot el tudja látni. Szerintem fizikailag, mentálisan, időben erőn felül dolgoznak. Sajnos viszonylag kevés az olyan orvos, akiben fölmerül, hogy a betegét gyógytornászhoz küldje, de az is igaz, hogy nagyon sok helyre nem is tudná küldeni. Azt gondolom, kettőn áll a dolog. A gyógytornász társadalomnak is meg kell erősödnie ezen a területen. Meg kell mutatnunk, miért van ránk szükség, jó diplomáciai érzékel, jó kommunikációval, kurázssal kell rendelkezünk, és persze sokat olvasni, tanulni. Minden klinikai területen fontos haladni a korral, de ennyire összetett, ennyire kombinált problémakörrel egy klinikai terület sem foglalkozik. Ez adja a szépségét is ennek a területnek. Ha valaki hosszabb távon követi egy daganatos beteg életét, akkor a neurológiától a traumatológiáig számtalan szakterület előkerül a fizioterápián belül. Tehát ötvözni kell sok mindent, mindenhez visszanyúlunk. Közben tudni kell, hogy a sugárterápiának milyen hatása van a betegre, ha valaki sugárterápiára jár,

miért fontosak például a nyújtó gyakorlatok. Ismernünk kell a sugárterápia, a kemoterápia hatásait, mellékhatásait, amit az is nehezít, hogy nagyon sokféle van, és mindenki individuálisan reagál a különböző kezelésekre. Így a fizioterápiás tudás tárházából kell adaptálni mindig az aktuális esethez, beteghez, hogy milyen terápiát alkalmazzunk. Nem azt mondom, hogy nem lehet irányvonalakat megadni, de azokat nem szabad szentségnek venni. Csak az emlőműtétek területén is legalább húszféle műtéttípus van, és a kezelések is nagyon változatosak. Megjelentek a palettán a rekonstrukciós műtétek, amelyek igazán gyógytornász-csemegének számítanak. Van olyan műtéttípus, amikor a latissimus dorsiból csinálnak emlőt, vagy a rectus abdominist fordítják át ellenoldali irányba a rekonstrukció során. Olyan is előfordul, hogy egy betegnél egy emlőben egymástól szövettanilag teljesen független két emlőrák típust találunk. Nehéz a feladatunk, hiszen mindenki szeretné tudni, hogy melyik az a tíz dolog, amit megtanítok a betegemnek és azzal segíteni tudok.

Az onkológiában is célszerű lenne egy olyan protokoll, amely irányt mutat, amely ad legalább egy alapot, hogy mi az, amit feltétlenül ne mulasszunk el megtenni, és mi az, amit semmiképp ne tegyünk. Biztos, hogy több gyógytornász merne akkor onkológiai betegeket kezelni. Vagy létezik ilyen ajánlás?

Pillanatnyilag még nincs lefektetve, de elkezdünk rajta dolgozni. Ehhez az is kellett, hogy találjunk egy olyan onkológust, aki támogat ebben minket. Még a László Kórházban végzett tevékenységem során ismertem meg Petrányi Ágota főorvosnőt, ő végtelenül nyitott, vele szorosan együtt tudunk dolgozni, és támogatja a munkánkat. Ez azért nagyon fontos, mert ahhoz, hogy az onkológiába beágyazzuk a gyógytornát, igen jelentős támogatás, ha egy onkológus mellénk áll, és ő is képvisel minket. Így más a súlya.

Külföldön jobb a helyzet? Nagyobb arányban kerülnek a betegek gyógytornászhoz? Vannak külföldi kutatások, amelyekkel lehetne a magyar orvosok ajtaján kopogtatni, hogy igenis a mi munkánkkal hatékonyabb lehet a kezelés?

Tőlünk nyugatabbra sokkal nagyobb szerepe van már a mozgásnak mind az onkológiában, mind a rehabilitációban, amit az evidence-based kutatások is igazolnak. Megjelent a korszerű emlősebészetről egy könyv, amelybe engem kértek fel a fizioterápia fejezet megírására. Ezért alaposan utána kellett olvasnom, hogy más országokban mit is alkalmaznak. Azt láttam, hogy léteznek protokollok, de nagyon minimalizáltak. Hiszen ha valamit széles körben használható módon be akarunk ágyazni a rehabilitációba, annak viszonylag egyszerűnek kell lennie, és mindenki számára könnyen megtanulhatónak, befogadhatónak. Beszélgettem erről korábban gyógytornász kollégákkal, akik hasonlóan involválódnak az onkológiában, hogy ez egy annyira minimalizált dolog, ami bennünket nem elégit ki. Ez azonban nagyon furcsa és önző szempont, ugyan a kutatások azt mutatják, hogy a rendszeresen végzett öt

gyakorlat, ha mindennap megcsinálják, igen jelentős pozitív eredményt hoz. Tehát ha ilyen közös utakat, szabályokat akarunk lefektetni, akkor ezeket figyelembe kell venni. Ebben egyébként én nyitott vagyok, mert az elmúlt három évben sok területen dolgoztam, például három európai uniós programban is. Az egyik a fonyódi kistérség onkológiai prevenció programja volt, ami két évig tartott. Havonta kétszer utaztunk el az ottani falvakba, és nekem ez nagyon tanulságos volt: reálisan kell látni, hogy mi az, amit el lehet juttatni szélesebb körbe. Pozitívnak tartom, hogy tőlünk nyugatabbra rendszerbe foglalt, strukturált helye van a mozgásnak, ugyanakkor nem tartom pozitívnak, hogy a gyógytornában rejlő lehetőségek messze nincsenek kihasználva.

Hadd mondjak egy szélsőséges példát: egy pszichológus kollégát megoperáltak Washingtonban, a Nemzeti Rákkutató Intézetben, és utána nem tudták rehabilitálni. Szerintem ez pusztán a gyógytornász nemtörődömségén múlott. Minél magasabb szintű ugyanis a technika, annál kevésbé van jelentősége a személyre szabott terápiáknak, különösen a manuális terápiáknak. Volt egy pertrochanter törése az ismerősömnek, meg kellett operálni, és kiderült, hogy csontfolyamata van. A műtetet végző orvos azt mondta neki, felejtse el, hogy valaha is tud majd vezetni. Ha Amerikában élsz, és nem vezetsz, akkor ott lezárul az élet. Ő pedig egy agilis, aktív nő, kétségbeesésében kihívott engem, és az ötödik nap már úgy mentünk kirándulni, hogy ő vezette az autóját. Semmi olyat nem csináltam, amire ne lenne képes bármelyik más gyógytornász is. A hallgatónak azt szoktam mondani, hogy a szakmai tudásomnak legalább az 50 százalékát a betegeimtől kaptam. Komoly energia-befektetés, idő, odafigyelés. Ha látnád, milyen dossziém vannak... Legalább 300 betegdokumentációt állítottam már össze daganatos kórtörténetekkel. Van olyan, aki tizenöt éve daganatos beteg, kis szünettel, aztán máshol újult ki, csontműtét, kivették a csigolyáját, implantátumot kapott, ilyen ortézist, olyan protézist... Szakmailag ezt nagyon szép követni. Viszont bődületesen sok idő, rengeteg energia.

Az onkológiai betegek jobban érzik annak a súlyát, hogy nekik is kell tenni azért, hogy gyógyuljanak, hogy nem halogathatnak?

Sokfélélük vagyunk. Egy daganatos beteg nem feltétlenül motívált. Az elmúlt 10-15 évben szerencsére sokat változott a helyzet, de azért összességében még mindig azt lehet mondani, hogy iszonyatos stigma övezi a rákos megbetegedéseket. Ha megtudod valakiről, hogy rákos, az sok esetben egy utolsó kenettel felér. Ez egy általános jelenség, és sajnos rávetül sokszor a betegekre is. Tudom, hogy vannak depresszív alkatok, vannak, akiknek nemcsak pszichológushoz, hanem pszichiáterhez kell járniuk. Van egy réteg, ahol megnő a szuicid hajlam. Közben pedig sokaknál olyan életigenlést vált ki ez a betegség, hogy a végtelenségig mindent megpróbálnak megtenni. Az ilyen erősen motívált betegek is kell vigyázni, mert nagyon sok alternatív út van, vagy zsákutca, amivel teljesen ki tudják őket használni.

A gyógyult betegek utánkövetésében mennyire vesznek részt a gyógytornászok? Hiszen a daganatos betegség egy másik kategória, esély van a kiújulásra, illetve vannak olyan gyógyult betegek, akik szeretnének az életmódjukon változtatni, és ebben is szerepe lehet a gyógytornásznak.

Mégpedig nagyon nagy szerepe van, lehet. Persze az lehetetlen, hogy öt-tíz éven keresztül csak a gyógytornához kötődjön a beteg mozgása. Én nagyon fontos szerepet látok abban is, hogy a különböző alternatív mozgásformákra – a Pilatestől kezdve a ma divatos táncokig vagy nordic walkingig – rávezessük őket. Szerintem az első lépés a gyógytornász, és muszáj, hogy maradjon kapcsolat. Nekem bizony vannak 25 éve operált betegeim, és persze van, aki elment közben. Nyilván ez már egy laza kapcsolat, de időnként felkeresnek, és abban is segíték nekik, hogy megtalálják azt a mozgásformát, amit szeretnek, amit könnyen kivitelezni tudnak. Időnként találkozunk, átbeszéljük az elején a terhelést, hogy hányszor menjen egy héten, milyen típusú mozgást válasszon. Ha olyat szeret, amit én nem tartok nagyon előnyösnek, akkor sem beszélem le róla, mert az egy jelentős motiváció, ha valaki szeret valamilyen mozgást. Ilyen esetben arra kérem csak, hogy egészsítsük ki valamivel. Ez nagyon jól tud működni. Az egészségügyi rendszer viszont erre nem ad lehetőséget. Ha valaki kapcsolatot tart a betegeivel, dokumentációt vezet róluk, éveken keresztül utánköveti őket, az igen csak önerőből történik.

Úgy tűnik neked, hogy az te erőd végtelen. Nemcsak az általad említett alapítványoknál bukkantam a nevedre, hanem például az Amazon Alapítvány is megjelentetett egy DVD-t a közreműködéseddel.

Az az igazság, hogy sokan rám találnak. Egy lelkes, fiatal onkológus a Kútvolgyi Kórház keretein belül szervezett egy emlékműtött csoportot, akikkel felvettünk egy műtét után javasolt tornagyakorlatsort. Több hasonló kezdeményezés is volt. Legutóbb például az emlékonszenzus anyagának a kidolgozásában vettem részt. Ötévente összeülnek az onkológia területén dolgozó radiológusok, patológusok, egyéb munkatársak, és az aktuális tudományos eredmények alapján egy emlértérapiás anyagot hoznak létre. Ez egy sok száz oldalas anyag, és döbbenetes, de az eddigiekben nem szerepelt a fizioterápia. Valahogy ők is rám találtak, és felkértek, hogy készítsek egy ilyen fejezetet. Idén májusban Kecskeméten rendezték meg az Emlőrák Konszenzus Konferenciát, még ott is csiszoltattuk az anyagot, jelentős szakmai csörték voltak a szó jó értelmében. Született egy nagy szakmai anyag, amit kiküldenek Sankt Gallenbe, ahol az Európai Emlőkonszenzus Konferenciát tartják már sok éve. Erre a munkámra most nagyon büszke vagyok.

Honnan jön, hogy ennyire aktív, agilis vagy? Otthon is ilyen példát láttál, nagy volt az elvárás az irányodba?

Valójában nem. Debreceni születésű vagyok, meghatározó éveimet ott éltem. Harmadik gyermek voltam, talán ennek lehet köze ehhez. Ugyanis amolyan korán született harmadikként hamar önjáró lettem. Biztos, hogy ez az alaptermeszetem is, de a szükség is megkívánta. Velem az a nehézség, hogy kevés dolgot tudok külső kényszerből megcsinálni. Viszont a belső motiváció, vagy egy adott szituációból fakadó szükség megsokszorozza az érdeklődésemet, az energiámat. Most is nagyon sok minden érdekel, érzem, hogy szükség van rám, és ez erőt ad. Persze nem könnyű ezeket mindig összeegyeztetni.

Tudsz valamikor kompenzálni egy kicsit? Például amikor itt az egyetemen nyári szünet van, akkor a többi munkádból is le tudsz adni valamit?

Igyekszem egyes dolgokat leadni olyankor, más dolgokat pedig pótolni. Sok minden van, amivel igazán ki tudok kapcsolódni: olvasás, zene, kertészkedés. Pár éve elkezdtünk a férjemmel rendszeresen táncolni járni; standard és latin táncokat tanulunk. Időnként rám tör az alkotási vágy is, olyankor varrok egy gyönyörű ruhát, vagy főzök egy különleges ételt a családnak. Utazni is nagyon szeretek, például Franciaországnak minden porcikája gyönyörű. Már dokumentumfilmet is forgattunk ott a férjemmel, aki történész. Mi tagadás, engem már az is felüdít, hogy esténként nem egy orvos férjhez megyek haza. Jó, hogy más terepen vagyunk, ez is segít az otthoni teljes kikapcsolódásban.



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

Időtartam: 6 nap, 54 óra **Kreditpont:** folyamatosan
Téli képzés: I. rész: 2017. január 20-21-22.
II. rész: 2017. február 10-11-12.
Jelentkezési határidő: 2017. január 6.

Résztvevők: gyógytornászok, 3-4. éves gyógytornász hallgatók, mozgásszervi orvosok
Részvételi díj: bruttó 65.000.-Ft (ÁFA mentes végösszeg)

Frissítő Kursus - Kiemelkedően magas óraszámában: páciens-gyakorlat
2016. november 10-13.
Jelentkezési határidő: 2016. október 10.
Résztvevők: scoliosis terápiával foglalkozó gyógytornászok
Részvételi díj: bruttó 45.000.- Ft (Áfa mentes végösszeg)

MIÉRT ÉRDEMES HOZZÁNK JÖNNI TANULNI?

- 37 sikeres tanfolyam, 1100 elégedett hallgató
- Pedagógus, gyógytornász-manuálterapeuta, Schroth-terapeuta tanfolyamvezető 15 év oktatási tapasztalattal
- Magyarország vezető szakembereinek előadása: az orvosi konzervatív terápiáról, a műtėti 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
- Hospitalálási lehetőség a SpineArt Egészségközpontban

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

A kineziotape használata mint terápiás lehetőség a nyiroködéma kezelésében??

A kineziotape (rugalmas ragasztószalag, elasztikus tape stb., továbbiakban KT) nagyon elterjedt a musculoskeletal, neurológiai és a nyirok-megbetegedések kezelésében is. Több vizsgálat is foglalkozott hatékonyságának bizonyításával.

A „Kineziotape hatékonyságának áttekintő vizsgálata – tények vagy csak divat?” című tanulmányban a kutatók négy ismert adatbázisban KT-hatékonyságot vizsgáló tanulmányokat elemeztek. 91 kontrollcsoportos vizsgálat közül 12 felelt meg a beválasztási kritériumuknak. Ezek közül 2 vizsgálta a KT hatékonyságát a nyiroködéma terápiájában. Egymásnak ellentmondó eredmények születtek a tanulmányokban (Kalron A, Bar-Sela S: A systematic review of the effectiveness of Kinesio Taping – fact or fashion? *Eur J Phys Rehabil Med* 2013, 49(5): 699-709.)

A 2009-ben publikált, „Helyettesítheti-e a kineziotape a kompressziós pólyázást a daganatos mellműtét utáni nyiroködéma kezelésében” című közlemény azt vizsgálta, hogy az irányelveknek megfelelő ödémacsökkentő kezelések után alkalmazott kompressziós pólyák helyettesíthetőek-e KT alkalmazásával. 41 beteget vizsgáltak, akik egyoldali mellrák utáni nyiroködémájára legalább 3 hónapja fennállt. Random módon kompressziós pólya (n=21) és KT csoportba (n=20) sorolták őket. A KT csoportban bőrápolást, 30 perces manuális nyirokdrenázst, 1 órás gépi kompressziót, majd KT-felhelyezést végeztek. Ezután 20 perces aktív tornát végeztek a betegekkel. A mérés során a végtag körfogatát, a végtag víztartalmát, a nyiroködéma tüneteit, életminőséget, és a beteg kompressziós pólya, illetve KT iránt érzett rokonszenvét mérték. Az eredményesség tekintetében nem volt szignifikáns különbség a két csoport között, azaz mindkét csoport betegeinek állapota javult az 1 hónapos utánkövetésben. Azonban a kompressziós pólyát használók csoportjában a végtagkörméret és a végtag víztartalma kisebb volt. A KT elfogadása jobb volt, mint a kompressziós pólyáé; hosszabb ideig viselték a betegek, a könnyű használhatóságnak és kényelemnek köszönhetően.

Értelmezés: A KT helyettesítheti a kompressziós pólyát, alternatív lehetőséget jelenthet a nyiroködéma kezelésében.

(Tsai HJ, Hung HC, Yang JL, Huang CS, Tsao JY (2009): Could Kinesio tape replace the bandage in decongestive lymphatic therapy for breast-cancer-related lymphedema? A pilot study.

Support Care Cancer. 2009 Nov; 17 (11): 1353-1360.

Egy másik vizsgálatban 65 nőt kezeltek II., illetve III. típusú egyoldali nyiroködémával. Véletlenszerűen három csoportba sorolták őket (KT n=20), hamis KT csoport (n=22), és a többrétegű kompressziós pólyát viselők csoportja (n=23). Egy hónapon keresztül, hetente 3x kezelték a betegeket. Bőrápolást, 45 perc gépi masszázst, 1 órás manuális nyirokdrenázst, a KT csoportban kineziotape (illetve hamis KT) felhelyezése, a kontrollcsoportban többrétegű rövid megnyúlású kompressziós pólya felhelyezése történt. A terápiát heti 3 x 1 hónapon keresztül végezték. A mért változók a következők voltak: végtagkörfogat, végtagvíztartalom. Az eredmények szerint a kétféle (hamis és valódi) KT-t alkalmazó csoportja között nem volt különbség. Az ödémacsökkentő többrétegű kompressziós pólyák alkalmazása szignifikánsan jobb eredményt hozott, mint a kineziotape alkalmazása.

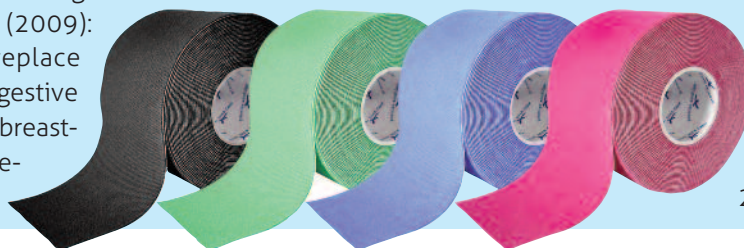
A közlemény szerint a KT nem alkalmas a kompressziós pólyák helyettesítésére.

(„A KT hatása a mellrák eredetű nyiroködémára.” Kontrollcsoportos vizsgálat. Smykla A, Walewicz K, Trybulski R, Halski T, Kucharzewski M, Kucio C, Mikusek W, Klakla K, Taradaj J: Effect of Kinesiology Taping on Breast Cancer-Related Lymphedema. *Biomed Res Int*. 2013: 767106. Published online 2013 Nov 27.)

Egy 2012-ben közölt esettanulmány szerint mellrák szövődeményeként kialakult nyiroködémás beteget kezeltek manuális nyirokdrenázssal és kineziotape-pel. A nyiroködémás karon egy, a hemodialízis miatt kialakított arteriovenous shunt volt, amelyen ezért nem lehetett szoros pólyázást alkalmazni. 12 alkalommal kezelték a beteget, szignifikánsan jó eredménnyel.

A szerzők nem gondolják, hogy a kineziotape helyettesítheti a rövid megnyúlású kompressziós pólyákat, de sikeresen alkalmazható olyan esetekben, ahol az érintett kart nem lehet fokozott nyomásnak kitenni. Ugyanakkor felhívják a figyelmet a kineziotape óvatos alkalmazására az érzékeny bőr miatt is.

(Chou YH, Li SH, Liao SF, Tang HW (2012): Case report: Manual lymphatic drainage and kinesio taping in the secondary malignant breast cancer-related lymphedema in an arm with arteriovenous (A-V) fistula for hemodialysis. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013 Aug; 30(5): 503-506. Epub 2012 Aug 9.)





Beszámoló

2016. július 4-8. között rendezte meg IFOMPT (The International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists), a WCPT manuálterápiás csoportja világkongresszusát Glasgow-ban.

A manuálterápiás világszervezetnek (IFOMPT) 22 ország rendes tagja, 10 ország megfigyelő (Registered Interest Groups) tag, köztük a Magyar Manuálterapeuták Egyesülete is, melyet a magyarországi Maitland munkacsoport hozott létre. Négyévente találkozhatunk a szakmapolitikai, manuálterápia elméleti-klinikai kutatást végző munkacsoportokkal és az azokat irányító szakmai vezetőkkel. A szervezet (IFOMPT) 1974 óta irányítja a manuálterápián belül az oktatási és klinikai munkát.

A 2016-os kongresszus címe és mottója, a „**Szélesítsd a látóköröd**”, tökéletesen takarta a meghívott előadók szándékát minden témában. A megnyitó ünnepségen az IFOMPT egyik kiváló szakmai vezetője Gwendolen Jull professzor (Ausztrália) beszámolt a manuálterápia fejlődésének néhány fontos állomásáról az elmúlt harminc évből. Bemutatták azt a számos szerző által összeállított könyvet (*Modern Musculoskeletal Physiotherapy*), amelyben követhetjük a manuálterápia fejlődését és klinikai alkalmazását.

A számos meghívott előadó által ismertetett különböző témakörökből kiemelek három olyat, melyek egymáshoz szorosan kapcsolódtak és a legnagyobb érdeklődést keltették. Az egyik fő téma előadását egy ausztrál kutató, Dr. Lorimer Moseley tartotta, aki a fájdalom biológiájáról, mechanizmusáról, immunrendszerrel való kapcsolatáról és a munkacsoportja által kidolgozott „fájdalom-menedzsment”-ről beszélt. Rendkívül szemléletesen mutatta be azt a klinikai modellt, mely bio-pszicho-szociális szempontból értékeli a fájdalmat és nem a fájdalom strukturális forrását keresi. A vázolt kezelési modell segítségével a terapeuta közvetlen kapcsolatba kerül a beteggel és a beteg által megélt fájdalomérzettel. Természetesen a funkcionális diagnosztika segítségével felmért strukturális elváltozást helyre kell állítani, de ez a program ezt csak részfeladatnak tekinti. Ezt a figyelemre méltó kezelési programot nemcsak Ausztráliában, hanem Európában is hatékonyan oktatják. 2011-ben Amszterdamban a WCPT kongresszusán már hallottuk a program elindítójától, David Buttlertől és Lorimer Moseley-től a fájdalom-

menedzsment alaptételeit, amelyeket mára széles körben alkalmazható betegoktatási programmá fejlesztettek.

Ehhez a témához kapcsolódva hallhattuk a másik nagy témakör elméleti kutatását, amelyben a perifériás idegek viselkedését tanulmányozták biológiai szempontok alapján. A meglévő tényeket felhasználva tovább gazdagították a **neurodinamikai kutatások** eredményeit és klinikai következtetéseit. Minderről Dr. Annina Schmid beszélt finom női humorral és nagyon szemléletesen. Az általa felvázolt perifériás idegproblémák kezelésében a fizioterápia már több mint harmincöt éve használja a neurodinamikai tesztek és mobilizációs technikákat, de a feltételezett mechanizmusok leírására csak az elmúlt években került sor. Betekintést nyerhettünk a diagnózis és a klinikai döntéshozatal mechanizmusának változásai.



Professor Lorimer Moseley, Professor of Clinical Neurosciences and Chair in Physiotherapy, University of South Australia

A harmadik nagy témakör a vállízületi krónikus fájdalom rejtélyes világába vitt minket. A téma európai kutatást vezető fizioterapeuta Dr. Jeremy Lewis Londonból. Számos érdekes klinikai tény mutatott be a subacromialis impingement és a rotátorköpeny sérüléseivel kapcsolatban. Az előző kongresszuson feltett kérdést, miszerint tényleg speciálisak-e a speciális tesztek a vállöv vizsgálatánál, megválaszolta. Tovább boncolgatta, hogy létezik-e strukturálisan megbízható differenciálás tesztek segítségével. Ehhez számos vizsgálat kapcsolódott például Írországból, Hollandiából, ahol a háti gerinc és a vállízületi fájdalmak közötti összefüggéseket elemezték.

A szakmai előadások mellett a kongresszus fénypontját Brian Mulligan jelentette, amikor átvette az ebben az évben neki ítelt Maitland-díjat. A 84 éves manuálterapeuta a Mulligan-konceptió és iskola alapítója Új-Zélandról. Teljes szellemi és fizikai frissességgel mesélt, és bemutatta a manuálterápia fejlődését az 1970-es évektől kezdve. A mai napig aktívan dolgozik saját klinikáján és a legfontosabbnak a manuális készség kialakítását tartja. Rögtönzött workshopjában a színpadon a teniszkönyökök

fájdalommal rendelkező kollégákon bemutatta az általa kidolgozott mobilizálási technikák hatékonyságát. Bámulatos volt vitalitása és szakmaszeretete! Azokban a percekben az előadóteremben állva tapsolt mindenki és egy pillanatra mindenkinek ő volt a példaképe.

Kivételes élményt jelentett nemcsak az előadók nagyon magas felkészültsége, hanem az az összefogás is, ahogy a különböző országokban dolgozó munkacsoportok napra készen követik és tovább viszik egymás eredményeit, ezzel gazdagítva a mi klinikai munkánkat.

Itthon nagyon fontos lenne a nemzetközi csoportok által kidolgozott klinikai programok követése. Ennek lehetséges forrása a világszervezet honlapján keresztül (www.ifompt.org) elérhető standardok.

Az IFOMPT szervezésében a következő kongresszust 2020-ban, Melbourne-ben rendezik. Reméljük, hogy a következő kongresszuson szakmai összefogás eredményeként egy kis lelkes magyar csapat vesz részt.

HANTÓ ZSUZSANNA

OMT Mozgásszervi Centrum vezető

OLVASÁSRA AJÁNLJUK

ÖSSZEÁLLÍTOTTA: STRÉDA ÁGNES, HORVÁTH ZSÓFIA

Fekete G. és mtsai

Szelektív dorsalis rhizotomia a spasticitás kezelésében- magyarországi tapasztalatok
Ideggyogy Sz 2016; 96: E042-E046.

Sáró E. és mtsai

A degeneratív spondylolisthesis instrumentált fúziós sebészi kezelésének hatása az életminőségre
Ideggyogy Sz 2016; 69: 203-209.

Fazekas G. és mtsai

A neurohabilitáció újabb lehetőségei: terápiás robotok alkalmazása központi idegrendszeri károsodás utáni állapotokban
Ideggyogy Sz 2016; 69: 148-154.

Bocskai T. és mtsai

A narkózis hatása a kognitív funkciókra
Ideggyogy Sz 2016; 69: 255-260.

Prinold J. A. I., Bull A. M. J.

Scapula kinematics of pull-up techniques avoiding impingement risk with training changes
Journal of Science and Medicine in Sport 2016: 629-635

Rinne M. et al

Therapeutic exercise training to reduce chronic headache in working women: a protocol of randomised controlled trial
Physical Therapy 2016; 96: 631-640.

Az ORVOSI HETILAP 157.évfolyam 17. száma középpontjában az orvos-beteg, illetve az egészségügyi teamen belüli kommunikáció áll:

Muszbek K., Gaal I.: *Az orvos-beteg kommunikáció csapdái daganatos betegség esetén*
Orvosi Hetilap 2016, 157(17): 649-665.

Kollár J.: *Kommunikáció az egészségügyi teamen belül: orvosok és szakdolgozók*
Orvosi Hetilap 2016, 157(17): 659-663.

Sándor I., Pilling J.: *Tévhit az orvosi kommunikációról*
Orvosi Hetilap 2016, 157(17): 644-648..

▶ 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 (doc) formátumban. Kérjük, a file név tartalmazza az első szerző nevét és a cikk rövidített címét szóközzök és írásjelek nélkül – *példa*: Balog_I_A_nyak_anatómiája_és_biomechanikája.

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, min. 150, max. 250 szó, rövidítések nélkül, magyar és angol nyelven is kérjük, 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 vizsgált 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, értékelik az elért eredmények tudományos fontosságát stb.
- Kulcsszavak (Keywords): 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 magyar és nemzetközi irodalom megjelenítése a következő formátumban:
 - Hivatkozások folyóíratra: [Szerző neve, nevei]: [Közlemény cím]. [Folyóirat rövidített címe], [Évszám], [Évfolyam] [(kötet-szám)], [oldalszámok] – *példa*: Balogh I.: A nyak anatómiája és biomechanikája. Fizioterápia, 2015, 24(2), 3-11.
 - Hivatkozás könyvre/könyvfejezetre: [Szerző neve/szerkesztő neve]: [könyv címe]. [kiadás helye], [kiadó], [kiadás éve], [hivatkozás oldalszáma] – *példa*: Szendrői M.: Ortopédia. Budapest, Semmelweis Kiadó, 2005, 20-21.
 - Könyv fejezetére hivatkozáskor meg kell adni a kötet teljes bibliográfiai tételét az In: megjegyzés után.
– *példa*: Köllő K, Mester Á, Mészáros T.: Vizsgálómódszerek az ortopédiában. In: Szendrői M. (ed.): Ortopédia. Budapest, Semmelweis Kiadó, 2005, 19-40.
 - A szövegben az adott helyen felhasznált irodalomra hivatkozás számmal (1) az irodalomjegyzékben szereplő forrásra.
 - A hivatkozásjegyzéket kérjük szerzői betűrend szerint rendezni.
 - Ábrák, képek és táblázatok: csak jó minőségű, éles, kontrasztos képet érdemes nyomdába adni. A képeket, ábrákat, táblázatokat külön fileban is kérjük elküldeni. Kérjük, a file név tartalmazza az első szerző nevét és a cikk rövidített címét, és a kép / ábra / táblázat sorszáma, szóközzök és írásjelek nélkül.
– *példa*: Balog_I_A_nyak_anatómiája_és_biomechanikája_1_ábra_Az_atlas_felülnézetből
 - A képek felbontása: min. 300 dpi (valós méretben), színmódja: RGB vagy CMYK (composite), fájlformátum: tif, jpg, psd, bmp.

A cikket kérjük e-mailben info@gyogytornaszok.hu, illetve holcsa.judit@gmail.com címre küldeni.

A kéziratot egyidejűleg 2 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 üdvözlő Önöket
a Szerkesztőbizottság

FIZIOTERÁPIA – A MAGYAR GYÓGYTORNÁSZ-FIZIOTERAPEUTÁK TÁRSASÁGA SZAKMAI FOLYÓIRATA

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,
Dr. Molics Bálint, Stréda Ágnes

Kiadványszerkesztés
és 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



Így használd a Gyógytornasort!

Egyszerű, mint az 1x1...



Gyógytornasor

A **proenzi**® támogatásával.

A **Gyógytornasor weboldal** több száz fényképes gyógytorna gyakorlatot tartalmaz, amit tetszőleges gyakorlatsorként össze lehet állítani a páciensek vagy saját magad számára.

Az oldal használata minden MGYFT-tag számára **ingyenes**.

A **www.gyogytornasor.gyogytornaszok.hu** weboldalon tudsz belépni.

Mit találsz az oldalon?

Több száz fényképes gyakorlatot.

bemelegítés

izomaktiváció

nyújtás

flexibilitásnövelés

egyensúly- és tartásjavítás

szenzomotoros aktiváció

esés megelőzés

és még sok minden más...

Miért jó?

- Gyorsabb, mint pálcikaembereket rajzolgatni minden egyes alkalommal.
- A mentett gyakorlatsorok bármikor felhasználhatók.
- Megkönnyíti és felgyorsítja a mindennapi munkát.

Belépés



Gyakorlatsor összeállítása:

szűrés
(fő kategóriák,
eszköz, funkció,
helyzet, testtáj)



gyakorlatok
hozzáadása



gyakorlatsor
véglegesítése



Egyedi
leírás,
elnevezés,
mentés



Mentés saját magadnak

Közzététel kollégáidnak

Küldés e-mailben

Nyomtatás

Próbáld ki Te is, és ajánld kollégáidnak a Gyógytornasort!

www.gyogytornasor.gyogytornaszok.hu

BACKSCAN®

by medimouse

3D gerincoszlop-analízis. Precíz, egyszerű és hatékony!

- Egyszerű, precíz, sugárzásmentes, gyors
- 3D kép a C7-S3 gerincszakasról
- Funkcionális vizsgálat terhelésben is
- 6 éves kortól alkalmazható, bármikor ismételhető vizsgálat

Előre egyeztetett időpontban a gépről vizsgálati bemutató kérhető rendelőkben.

BACKSCAN®

5% kedvezmény
az eszközre
gyógytornászoknak



ORIOIUSMED

Oriolus-Med Kft.
Budapest, 1063
Bajnok u. 13.
Tel.: +36-70/3895927
info@oriolus-med.hu
www.oriolus-med.hu

Oriolus-Med: a BackScan hivatalos magyar partnere, forgalmazója.

BackScan® - Formába hozzuk!

A Backscan nem helyettesíti az MRI vagy röntgen vizsgálatot, hanem annak kiváló kiegészítője.