



TARTALOM

A női vizeletinkontinencia ellátása: aktuális ajánlások és a hazai helyzet

The management of female urinary incontinence: current recommendations and the domestic situation

Fizioterápiás és mentálhigiénés kihívások a szülési záróizomsérülések felismerésében és kezelésében

Physiotherapeutic and mental health related challenges in obstetrical sphincter injury recognition and treatment

Várandósok medencefenék tréningjének kiegészítése EMG alapú biofeedback-kel

EMG biofeedback-assisted pelvic floor muscle training in pregnant women

Székletinkontinencia

Fecal incontinence

MGYFT 15. PRE-KONGRESSZUSA

A Társaság ÚJRA megrendezi a 15. Pre-Kongresszus legnépszerűbb kurzusait.

A 15. Pre-Kongresszus szervezését és lebonyolítását az MGYFT önállóan végzi,
JELENTKEZÉS AZ MGYFT HONLAPJÁN lehetséges.

DÁTUM ÉS IDŐPONT 2023. november 24. péntek 10:00-18:00 óráig

REGISZTRÁCIÓ A regisztráció a **HELYSZÍNEN 9:00-10:00-ig tart**. Itt kapjátok meg a csíptetős táblát, és a kurzus pontigazolását.

PONTÉRTÉKELES Nyilvántartási szám: SZTK-A-30438/2022 Pontérték: 20 pont

FONTOS! Pontot csak egyszer lehet rá kapni, így aki a tavalyi 15. Pre-Kongresszus más kurzusán már részt vett, úgy pontigazolásra nem jogosult! Kérlek, ezt jelentkezéskor a megjegyzés rovatban külön jelezd!

HELYSZÍN A pre-kongresszus a VI. kerület szívében, a Hősök teréhez közeli Benczúr Hotelben kerül megrendezésre. A helyszín könnyen megközelíthető tömegközlekedéssel és autóval egyaránt. Figyelem, a PK8 a gyakorlati rész miatt az Országos Korányi Pulmonológiai Intézetben kerül megrendezésre!

RÉSZVÉTELI DÍJ MGYFT tag 17 000 Ft

Nem MGYFT tag 29 000 Ft

Hallgatók (BSc) 16 000 Ft

A részvételi díj utalása az alábbi számlaszámra történik: 10918001-00000062-61040005 - UniCredit Bank

A közlenény rovatban jelezd, hogy melyik kurzusra jelentkezted! A részvételi díjról kiállított számlát online küldjük el.

JELENTKEZÉSI HATÁRIDŐ 2023. november 17. éjfélig

EBÉD A szálloda (PK2, PK3, PK4, PK6) külön díjazás ellenében biztosítja az ebéd lehetőségét kétféle menü választásával (normál, vegetáriánus). Az ebédigényeket november első felében mérjük fel. Az épületben büfé működik. Figyelem! A szálloda területén saját étel fogyasztására nincs lehetőség.

Az OKPI-ban (PK8) szintén lesz lehetőség az ebéd megrendelésére, valamint az AB hallban büfé működik.

FONTOS

- A pre-kongresszusra való regisztráció a részvételi díj befizetése után válik véglegessé!
- MGYFT tagként történő jelentkezés esetén a pre-kongresszus ideje alatt is érvényes tagsággal kell rendelkezni.



Kovács Bea
Várnagy Anna
Semmelweis Egyetem Ortopédiai
Klinika, Budapest

PK3

Kell-e félni a vállprotézis rehabilitációjától?
Tévhitek, buktatók és ahogyan mi csináljuk



Dr. Erdélyi Gábor
Doktor 24, Budapest
Benkovics Edit SE AITK,
DAVID Gerincklinika, Budapest

PK4

Sebesség korlátozás vagy felgyorsított rehabilitáció?
Döntéseink következményei az LCAR rehabilitáció során



Friedrichné Nagy Andrea
Dél-Budai Centrumkórház
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház,
SE ETK Fizioterápiás Tanszék, Budapest

PK6

A kismedence titkai nem csak nőknek és nem csak nőkről: medence diszfunkciók, kismedencei fájdalom szindrómák fizioterápiás vizsgálata és kezelése



Dr. Borka Péter
Dr. Kerti Mária
D. Petró Judit
Országos Korányi Pulmo-
nológiai Intézet, Budapest

PK8

Korszerű respiratorikus fizioterápia

FIGYELEM:
Kezdés 9.30-kor!

TARTALOM · 2023 / 3

2 | BEVEZETÉS

TANULMÁNYOK

- 3 Dr. MAJOROS ATTILA Ph.D, med. habil, Dr. SIPOS ATTILA,
Dr. OLÁH ORSOLYA, FRIEDRICHNÉ NAGY ANDREA

A női vizeletinkontinencia ellátása: aktuális ajánlások
és a hazai helyzet

*The management of female urinary incontinence:
current recommendations and the domestic situation*

- 7 RIGÓNÉ TAVASZI PIROSKA, Dr. WILLNER-HARRING PÉTER,
AGG ZSÓFIA, IVÁN EDINA

Fizioterápiás és mentálhigiénés kihívások a szülési
záróizomsérülések felismerésében és kezelésében

*Physiotherapeutic and mental health related challenges in
obstetrical sphincter injury recognition and treatment*

- 13 IVÁN EDINA, AGG ZSÓFIA, RIGÓNÉ TAVASZI PIROSKA

Várandósok medencefenék tréningjének kiegészítése
EMG alapú biofeedback-kel

*EMG biofeedback-assisted pelvic floor muscle training in
pregnant women*

- 19 BALOGH ZSUZSANNA, Dr. CSATÁR ÉVA

Széketinkontinencia

Fecal incontinence

- 23 A GYAKORLAT MŰHELYÉBEN

Validált kérdőívek

- APFQ - magyar validáció

- FSFI - magyar validáció

- 28 PORTRÉ

Szex receptre

Rigóné Tavaszi Piroskával Bajkay Ágnes beszélgetett

- 31 OLVASÁSRA AJÁNLJUK

- 32 HÍREK



Gulácsy Lajos (1882-1932)

„Itáliai-táj”

Festőként és grafikusként is kiemelkedő volt. Apja kisnemesi családból származó mérnök ember, akinek második feleségétől születik Gulácsy Lajos, mint egyetlen gyermek. Születésekor még jómódban éltek, de miután anyja nem tudta mostohanővéreit elviselni, azokat apja testvérehez küldték Beregszászra, és ezzel együtt az utánuk járó birtokok és haszonélvezeti díjak is testvérehez kerültek, ami nehezebb anyagi helyzetet okozott a családnak.

Szülei már kiskorában különbnek nevelték, mely mind öltözködésében, mind külsejében megnyilvánult. Különbsége, öntörvényűsége élete során megmaradt, sokszor az utcán is különböző jelmezekben járt. Az iskolában nem teljesített jól, viszont 17 évesen nagy elismerésként a Múcsarnokban kiállítják egyik festményét. Ezután apja, aki mindvégig támogatta a képzőművészethez való vonzódását, átírta a Minta-rajziskolába. Két év után azonban már ide is ritkán jár be, nem találja igazán a helyét, úgy dönt, hogy külföldre, a nagy mesterek képeinek másolásával képzi magát, Rómába megy először ahol szegénynegyedekben lakik. Életét az utazások és kiállítások határozzák meg, sokat jár Itáliában, aktív a művészeti életben, fontos számára, hogy művei kiállításokon szerepeljenek a Szépművészeti Múzeumban, a Nemzeti Szalonban és a Múcsarnokban. 1905-ben az Országos Magyar Képzőművészeti Társulat rendes tagjává választják.

Nem tartozott egyik irányzathoz sem, korai képein a romantika hatása figyelhető meg, talán innen ered a fantasztikum világa is misztikus hangulattal. Hatott rá a reneszánsz és a szecesszió akkori térhódítása is, majd 1911 felé megjelenik a rokokó, valamint a groteszk ábrázolás.

Irodalmi munkássága nem annyira jelentős, ismert a Na'-Conxypan, melyben egy saját mesevilágot teremtett furcsa groteszk alakokkal, később ezt a világot meg is festette.

1914-ben a háború híre Velencében éri, a fokozódó feszültségek hatására idegösszeomlást kap és ottani szanatóriumba kerül, hónapokat tölt itt, majd hazaszállítják a Moravcsik-klinikára. Azt elhagyva két évig aktívan szerepel, dolgozik, képeit a hazai nagy tárlatokon kiállítják, azonban pszichés állapota romlik, visszakerül a klinikára, dolgozni többé már nem tud, 1924-ben Lipótmezőre szállítják ahol 1932-ben bekövetkező haláláig él.

Tisztelt Kollégák, Kedves Olvasók!

Nagy örömmel tölt el, hogy a Fizioerápia jelen száma kiemelten foglalkozik az inkontinencia témájával. Több fontos tényező indokolja, hogy alaposabban körbejárjuk ezt a területet:

1. Az orvostudomány mind elméleti, mind gyakorlati szinten óriási előrelépést tett a medencefenék problémák okainak pontosabb tisztázásában. Ma már nem csak tünetekről, inkontinenciáról, kismencedei szervi süllyedésekről és kismencedei fájdalmaokról beszélünk, hanem konkrétan diagnosztizálható, egy-egy probléma mögött milyen izom, kötőszövet, ideg sérülés és működési zavar rejtőzik.
2. Egyre több a lehetőség az interneten és a közösségi hálón keresztül, hogy a vizsgálati és korszerű terápiás módokról a napra kész információ eljusson az érintettekhez. Így egyre nagyobb az igény a vizsgálaton alapuló, kontroll melletti és személyre szabott fizioerápiára.
3. Az eszközös felmérések lehetőségei kibővültek, ezáltal magasabb szintre emelhetjük a munkánkat, a szolgáltatásunk színvonalát. Az ultrahanggal és az EMG alapú biofeedback készülékekkel hatékonyabbá tehetjük az állapotfelmérést, terápiát, az eddig rejtett izmok működése vizualizálható, pontosítható, ezáltal gyorsabb tanulást, eredményt érhetünk el. A prevenciók lehetőségei is kinyíltak ezáltal a megelőzésre, a diszfunkciók kiszűrésére még azelőtt sor kerülhet, mielőtt tünetet okoznának. A hüvelyi szülés az egyik legnagyobb kockázati tényező. Ha ellenőrizzuk az izmok tényleges működését szülés előtt, akkor pontosan kiszűrhetők és speciális fizioerápiával felkészíthetők az édesanyák, hogy helyesen mozgassák és ténylegesen el tudják lazítani az izmaikat, ezáltal minimalizáljuk a sérülés lehetőségét. A szülési izomsérülések és a császármetszések számának csökkentése mind

anyai, mind magzati szempontból fontos lenne, óriási az igény, hogy a jelenlegi statisztikán csökkentsünk, gyógytornásként aktívan részt vegyünk ezekben a folyamatokban, szakmailag a maximumot biztosítsuk a felkészüléshez. Mindezeket túl a tudományos munkához is a fenti eszközök megteremtik a feltételeket, objektív méréseket végezhetünk, orvosi kongresszuson megismertethetjük a munkánkat, ezáltal növelve ezen a területen a szakmánk elismertségét, megbecsülését.

4. A medencefenék problémák kezelése, hasonlóan az egyéb más mozgásszervi betegségekhez nagyon komoly pszichés feladatot is jelentenek mind az érintetteknek, mind a szakembereknek. A feltétel nélküli elfogadás, a hitelesség és az empátia az alapja, hogy ezen az érzékeny területen hatékonyan tudjunk dolgozni. Különösen fontos a saját önismeretünk fejlesztése és karban tartása, a kiégés megelőzése.
5. A medencefenék funkcionális vizsgálata, a sportos életmódhoz, (pl. futás, súlyzós edzés stb.) a munkavégzés (emelés) megtervezéséhez, valamint a kismencedei műtétek rehabilitációjához és a műtéti eredmény megőrzéséhez is nélkülözhetetlen.

Reménytelen változás, hogy egyre több frissen végzett kolléga figyelme fordul a medencefenék problémákkal élők megsegítése felé és veti bele magát a tanulás és gyakorlat-szerzés izgalmas útjába. Ne feledkezzetek meg róla, hogy ez a munka komoly együttműködést igényel a kollégákkal, az orvosokkal, valamint a társszakmák képviselőivel (pszichológus, szülésznő, edző, dietetikus).

Kívánok kitartást, türelmet és sok sikert ehhez az úthoz!

Üdvözléssel: Rigóné Tavaszi Piroska

Vezető gyógytornász, manuálterapeuta, mentálhigiénés szakember



A fotó a Magyar Nőorvos Társaság 32. Nagygyűlésén készült, 2022. május 12-14, Siófok.

A képen balról jobbra:
Dr. Pácsa Szilvia,
Rigóné Tavaszi Piroska,
Agg Zsófia, Iván Edina,
Ligeti Cintia, Boros Edina

A női vizeletinkontinencia ellátása: aktuális ajánlások és a hazai helyzet

Dr. MAJOROS ATTILA Ph.D, MED. HABIL | 1; Dr. SIPOS ATTILA | 2; Dr. OLÁH ORSOLYA | 3;
FRIEDRICHNÉ NAGY ANDREA | 3

- ① Semmelweis Egyetem, ÁOK, Urológiai Klinika, Budapest
- ② Medcover Kórház, Nőgyógyászat, Budapest
- ③ Semmelweis Egyetem, ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest
- ④ Semmelweis Egyetem, ETK, Fizioterápiai Tanszék, Budapest

ABSZTRAKT

A szerzők bemutatják a női vizeletinkontinencia formáit, kivizsgálásának és ellátásának hazai helyzetét és az aktuális hazai és nemzetközi ajánlásokat. Felvázolják azon területeket, ahol lemaradások láthatók a nemzetközi gyakorlathoz képest és javaslatokat tesznek ezen területek fejlesztésére, javítására. Bemutatják a tervezett urogynékológiai és háziorvosi kontinencia licence vizsgálga által kínált lehetőségeket.

Kulcsszavak: vizeletinkontinencia, diagnosztika, terápia

The management of female urinary incontinence: current recommendations and the domestic situation

ABSTRACT

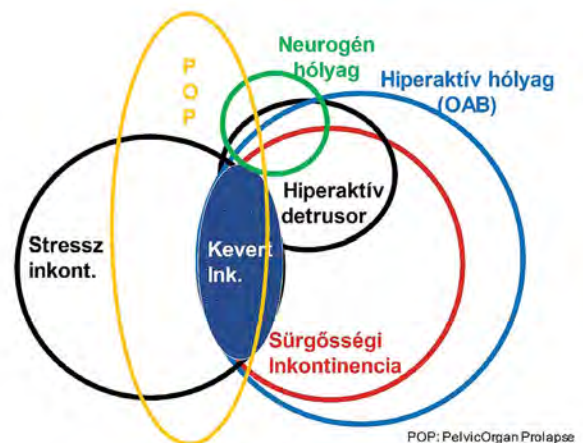
The authors present the type of the female urinary incontinence, the domestic situation of the examination and treatment of urinary leakages problems and the current Hungarian and international recommendations. They outline the areas where lags can be seen compared to international practice and make suggestions for the development and improvement of these areas. The possibilities offered by the planned urogynecology and GP continence license exam are presented.

Keywords: urinary incontinence, diagnosis, treatment

BEVEZETÉS

A vizeletinkontinencia akarattól független vizeletvesztést jelent (1). Leggyakoribb formája a fizikai terhelésre jelentkező vizeletvesztés, a terheléses, vagy más néven stressz inkontinencia és a sürgősségi ingerekhez kötötten fellépő sürgősségi, késztetési, vagy angol nevén „urge” inkontinencia. A két forma gyakran kombinálódik, ekkor kevert típusú vizeletinkontinenciáról beszélünk. A sürgősségi vizeletinkontinenciánál nagyobb kategóriát jelent a hiperaktív (túlműködő) hólyag szindróma, mely során a beteg sürgető vizelési késztetést (urgencia) érz, azonban ezen panaszt nem feltétlenül követi vizeletvesztés, így ennek az állapotnak van egy inkontinenciával kísért „nedves”, illetve egy enélkül járó, úgynevezett „száraz” formája. Gyakran keverik a hiperaktív hólyag (overactive bladder: OAB) és a detrusor hiperaktivitás fogalmát. Előbbi tüneti észlelés, mely a panaszok alapján diagnosztizálható, utóbbi azonban egy urodinamikai diagnózist takar, arra utal, ha az urodinamikai vizsgálat során akaratlan detrusor kontrakciót látunk (nem feltétlenül jelent panaszt és fordítva is igaz: OAB esetében nem mindig látunk a műszeres vizsgálat során detrusor hiperaktivitást). A vizelettartási panaszok egy része neurogén eredetre vezethető vissza, ekkor beszélünk neurogén hólyagról, vagy még pontosabban meghatározva neurogén alsó húgyúti

diszfunkcióról. A képet színezi, hogy a vizelettartási és ürítési panaszok nőknél gyakran kombinálódnak a kis-medencei szervi süllyedések (Pelvic Organ Prolapse: POP) különböző formáival (1,2,3). A női vizelettartási zavarok összefoglalását az 1. ábra mutatja. A vizeletinkontinencia elsősorban a nőket érinti, a férfi-női arány: 1-6. Mind a vizeletinkontinencia, mind pedig a POP súlyos életminőségromlást jelent a betegek számára, emellett a hüvelyi prolapsusok az esetek felében stressz, negyedében pedig kevert vizeletinkontinenciával kombinálódnak (2).



1. ábra | A női vizelettartási zavarok áttekintő ábrája

Hogyan kellene egy hatékony kontinencia ellátásnak működni?

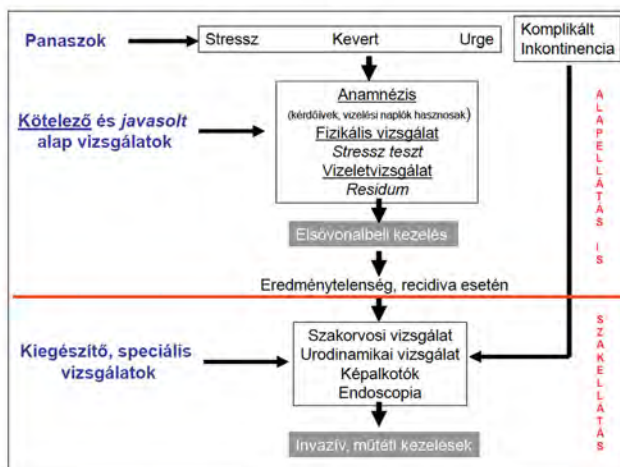
A vizeletinkontinencia és az urogenitalis prolapsusok ellátásban a műtétek csak a jéghegy csúcsát jelentik. Tekintettel arra, hogy mindkét probléma előfordulása népbetegség méretű, így az ellátás struktúráját piramisszerű felépítésben kell megvalósítani. Vizeletinkontinenciával küzdő betegek egyharmada első körben a háziorvosát keresi fel, azonban sajnos a betegek nagy része nem kap megfelelő kezelést panaszára (4). A háziorvos az elsővonalbeli konzervatív terápiát (életmódtanácsadás, gyógyszeres kezelések, hólyagtréning, fizioterápia, stb.) a kötelező alapvizsgálatok elvégzését követően javasolhatja és csak azon betegeket kellene további urológiai, nőgyógyászati szakellátásra utalni, akiknél az elsővonalbeli konzervatív kezelés eredménytelen, vagy a panaszok alapján nem egyértelműen azonosítható a vizeletinkontinencia oka, illetve úgynevezett komplikált (neurogén háttér gyanúja, férfi inkontinencia, vizelettartási és ürítési zavar együttesen, műtét után inkontinencia, recidív inkontinencia, véres vizelet mellette inkontinencia) vizeletinkontinenciájuk van (2). Invazív, műtéti kezelések előtt részletes urodinamikai vizsgálatot, sz.e. alsó húgyúti endoscopyt, medencefenéki ultrahangot, vagy egyéb speciális képalkotó vizsgálatokat (CT, MR) is el kell végezni, illetve indokolt esetben konzultációt kell kérni határterületi specialitások (pl. gyermekgyógyászat, nephrológia, sebészet, idegsebészet, geriátria, rehabilitáció, fizioterápia, ápolástan) képviselőitől is (2,3). A vizeletinkontinencia ellátás szerveződését a 2. ábra, a folyamatát pedig a 3. ábra mutatja be.



2. ábra | Kontinencia ellátás struktúrája

Milyen a hazai helyzet?

Rossz, de vannak pozitív fejlemények. Kevés a vizeletinkontinencia kezelésében képzett gyógytornász, így a medencefenéki izomtorna oktatása nem megoldott. Kevés az urodinamikai vizsgálatokban, kontinenciaellátásban gyakorlott szakasszisztens, nincs ezirányú szakmaspecifikus képzés. Fizioterápiás lehetőségek korlátozottan állnak rendelkezésre. A gyógyszeres kezelések relatív drágák, a



3. ábra | A vizeletinkontinencia ellátási algoritmus

leggyakrabban alkalmazott készítmény okozza legtöbb terápiás lemorzsolódást. Az inkontinencia és kismencedei prolapsusok műtéti kezelése nem centralizáltan történik. Stressz inkontinencia sebészi kezelésében még ma is szép számmal történik mellső hüvelyfali plasztika, melynek ezirányú eredményessége nagyon gyenge és végzése sem a hazai, sem a nemzetközi irányelvek alapján nem ajánlott ilyen indikációval (5,6,7). Vannak azonban jó hírek is. Az urológus szakma vezetésével, a nőgyógyász és a fizioterápiás szakmai tagozatok társszerzőségével, számos egyéb szakmai tagozat és szervezet, tudományos társaság jóváhagyásával, széleskörű együttműködéssel megszületett „A vizeletinkontinencia” hazai irányelve, mely azóta már első megújításán is túl van. Egy valóban multidiszciplináris, a Nemzetközi Kontinencia Társaság és az Európai Urológus Társaság inkontinencia irányelvét alapul vevő és az azokban foglaltakat a hazai viszonyokra adaptáló, a hiányzó ajánlásokat pótló irányvonal született, mely jelenleg is naprakész és segíti a kontinencia ellátásban dolgozók boldogulását (2). Ugyancsak az ellátás minőségét hivatott javítani a készülőben lévő urogynekológiai irányelv, illetve az erre alapozott urogynekológiai licence vizsga, továbbá a háziorvosok munkáját segítő kontinencia licence vizsga. A vizeletinkontinencia irányelv mellett talán a legnagyobb horderejű fejlemény, hogy 2018-ban egyesült a Magyar Kontinencia Társaság és a Magyar Nőorvos és Urológus Társaság közös Urogynekológiai Szekciója, létrehozva a Magyar Kontinencia és Urogynekológiai Társaságot (MAKUT). Az utóbbi években is több alkalommal találkozhattunk a MAKUT által szervezett háziorvosoknak, urológusoknak, nőgyógyászoknak és egyéb a kontinencia ellátásban dolgozóknak szervezett tanfolyamokkal, továbbképzésekkel. A MAKUT elkötelezett a szakterületen dolgozók folyamatos edukációjában, illetve a minőségibb betegellátás megteremtésében, megszervezésében. Talán a MAKUT csatlakozott az Európai Urogynekológiai Társasághoz.

Kontinencia ellátás az irányelvek alapján

A vizeletinkontinencia ellátási algoritmusát a 3. ábra mutatja. Ennek alapján a kivizsgálás és kezelés kétlépcsős modelljét már korábban említettük. Komplikált vizeletinkontinencia esetén már első körben speciális szakorvosi diagnosztikára és terápiára lehet szükség (2,3). Mind a stressz, mind a sürgősségi és a kevert vizeletinkontinencia esetében is három vonalban sorolhatjuk fel a különböző terápiás módszereket (4. ábra).

Stressz inkontinencia	Urge inkontinencia	Kevert inkontinencia	
Gátizomtorna + kiegészítő fizioterápia Biofeedback Duloxetine Életmódváltatás Nedvszívó eszközök	Viselkedésterápia Anticholinergikumok Béta receptor agonisták Életmódváltatás Nedvszívó eszközök	Stressz és urge inkontinencia 1. vonal terápia	1. vonal
PRIMER: TVT, TVTO RECIDIVA: második feszültségmentes szalag, autológ sling, colposuspensio	Botulinum toxin Sacralis neuromoduláció	Stressz és urge inkontinencia 2. vonal terápia	2. vonal
Műsphincter	Augmentáció Hólyagpótlás Kontinens, inkontinens stóma	Stressz és urge inkontinencia 3. vonal terápia	3. vonal

4. ábra | A női vizeletinkontinencia kezelési lehetőségei

Az elsővonalbeli, nem invazív kezeléseket a gyógyszeres és nem gyógyszeres konzervatív terápiák jelentik. Stressz inkontinencia esetén a kezelés alapja a medencefenéki izomtorna, mely szükség esetén kiegészíthető egyéb fizioterápiás módszerekkel (elektrostimuláció, biofeedback). Sokat segíthetnek az életmóddal kapcsolatos tanácsok. A testsúlyoptimalizálás elhízás esetén önmagában is hatékonyan javítja a stressz inkontinens panaszokat. Gyógyszeres kezelések közül érdemben egyedül a szerotonin-noradrenalin visszavételt gátló duloxetint tudjuk megemlíteni. Hazánkban ez a hatóanyag bizonyos antidepresszáns készítményekben található meg, azonban vizeletinkontinencia kezelésre kiadott indikációval nincs törzskönyvezett készítményünk. Sürgősségi vizeletinkontinencia, hiperaktív hólyagszindróma esetében a viselkedésterápiás módszerek (húgyhólyagtréning, toalett tréning) mellett a gyógyszereké a vezető szerep. Próbálkozhatunk anticholinerg típusú készítményekkel (oxybutinin, solifenacin, darifenacin, throspium chlorid, stb.) illetve béta 3 adrenoreceptor agonistákkal. Mindkét hatóanyag csoport azonos eredményességet biztosít, az anticholinergikumok alkalmazása több mellékhatás (szájszárazság, székrekedés, szem akkomodációs zavar, stb.) lehetőségével jár. Ugyancsak csökkenthetik a húgyhólyag kontrakciós képességét, ezért nem javasolt adni olyan betegeknek, akiknél eleve nehézvizeléses panaszok is jelen vannak, illetve akiknél a hólyagürülés nehezítettsége (residuum) objektívan is észlelhető. Ezzel szemben a béta 3

adrenoreceptor agonisták kevesebb mellékhatást okoznak (ritkán hypertónia fordulhat elő) és a húgyhólyag ürülésére sincsenek befolyással. Hazánkban a mirabegron hatóanyagtartalmú készítmény elérhető. Természetesen az életmódváltatásnak (koffein, alkohol fogyasztásának csökkentése, stb.) itt is pozitív hatásai lehetnek. Kevert vizeletinkontinenciában mindkét inkontinencia típusnál felsorolt módszereket alkalmazhatjuk és általánosságban igaz, hogy a súlyosabb panaszt kezeljük első körben. Nedvszívó segédeszközöket alkalmazhatunk bármely inkontinencia típusban a végleges kezelés lázáródásáig átmenetileg, illetve olyan betegeknek, akiknél érdemi gyógyító kezelés nem lehetséges akár tartósan, véglegesen is. A segédeszközökkel kapcsolatosan elvárás, hogy szívárgás és szagmentességet biztosítsanak. A beteg igényei és mérete, a vizeletvesztés súlyossága alapján kell mindenkinél egyénre szabottan kiválasztani azt minőségi vizeletfeszítő segédeszközt, mely a tünetmentességet képes biztosítani. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy a segédeszközök, nem gyógyítanak, csupán tünetmentességet lehet velük elérni, ezért csak olyan betegeknek javasoljuk végleges megoldásként, akiknél más, gyógyító eljárás a beteg általános állapota miatt nem végezhető, illetve, ha a beteg elzárkózik az egyéb kuratív terápiaformáktól (1,2,3).

Másodvonalbeli kezelésként már műtéti megoldások állnak rendelkezésre. Jelenleg a női stressz inkontinencia sebészi terápiájának leghatékonyabb módszerét a húgycső alá helyezett feszültségmentes szalagműtétek képezik. Lényegük, hogy egy polipropilén szalagot vezetünk át a húgycső középső harmada alatt hüvelyi feltárásból végezve, a szalag végeit pedig vagy retropubicusan (TVT) vagy a foramen obturatoriumon (TVTO) keresztül húzzuk át. A műtéteknek számos változata ismert. Mindkét beavatkozás egyformán hatékony, kevésbé megterhelő és kevés komplikációval jár. TVT esetében ritkán előfordulhat húgyhólyagsérülés, TOT pedig gyakrabban okoz lágyéki fájdalmat. Jó indikációval, illetve technikával végezve a hüvelyfali erózió nem gyakori ezen műtétek után, azonban posztoperatív átmeneti dysuria, vizeletretenció, „de novo” urge panasz, illetve szexuális funkciózavar előfordulhat (2,5,6). Recidíva esetén vagy ha a helyzet úgy kívánja akár primér műtétként is próbálkozhatunk autológ szalagokkal, vagy nyílt hasi műtét, illetve laparoscopia során végzett colposuspensioval (Burch műtét), melyek régebben alap műtéti beavatkozások voltak. Azonban napjainkban a kevésbé invazív technikák elterjedésével visszaszorultak (2,3). A hiperaktív hólyagszindróma/urge inkontinencia másodvonalbeli minimálisan invazív terápiáját a sacralis neuromoduláció és a botulinum toxin intradetrusor injectio jelenti. Előbbi egy idegsebészeti

beavatkozás, mely során a gerinccsatorna sacralis foraminein keresztül kilépő idegekre elektródákat ültetünk és az azokon keresztül történő folyamatos, de a beteg számára nem érzékelhető neurostimulációval befolyásoljuk a hólyag tárolási működését és csökkentjük az urge inkontinens panaszokat, illetve a gyakori nappali és éjszakai vizelések számát. Az eljárás egy 2-4 hetes teszt-stimulációval indul és csak jó eredményesség esetén kerül sor a végleges impulzusgenerátor subcutan beültetésére (1, 2). Hazánkban a budapesti és a pécsi Urológiai Klinikán történik ilyen műtét. Minimálisan megterhelő, kevés szövődménnyel járó eljárás. A botulinum toxin intradetrusor injectiós kezelés (Botox) során, érzéstelenítésben cystoscon keresztül, egy vékony speciális tű segítségével a toxint tartalmazó oldatból a húgyhólyag izomzatba fecskendezünk 1-1 ml-t, 20-30 helyre. A toxin átmenetileg gátolja a neuromuszkuláris szinapszisokban az acetilcholin felszabadulását és így az ingerületátvitelt. Javítja a sürgősségi vizeletinkontinenciát és csökkenti a gyakori vizelést. Súlyos mellékhatás, szövődmény nem fordul elő. Ritkán átmeneti vizeletretenció jelentkezhet (2, 8).

Legvégső esetben, amikor a kevésbé invazív műtétek nem eredményesek női stressz inkontinencia esetében, szóba jöhet a művi záróizom (múshinctor) beültetés. Az eszköz egy szilikonból készült pumpa rendszer, melynek három komponense van. A húgycső hólyagnyaki szakasza köré kerülő cuff, vagy mandzsetta, mely zárja a hólyagnyakat, a nyomásszabályozó ballon, melyet a peritoneumba, vagy a cavum retziibe helyezünk és a nagyajkak alá helyezett pumpa. A rendszer folyadékkal feltöltött és az alkotórészek egymással össze vannak kötve csövek segítségével. Amikor a beteg vizeletet szeretne üríteni, megnyomja a pumpát, majd ennek hatására a folyadék a mandzsettából átáramlik a pumpán keresztül a ballonba, a húgycső megnyílik, a beteg vizeletet tud üríteni, majd pár percen belül automatikusan záródik a húgycső, mivel a nyomásszabályozó ballonnál a folyadék visszaáramlik a mandzsettába. Nagyon hatékony, azonban sok, akár sú-

lyos szövődmény lehetőségével járó műtét, ezért végzése csak centrumban ajánlott, akkor, ha más megoldás már nem jön szóba (1,2). A sürgősségi vizeletinkontinencia, hiperaktív hólyagszindróma harmadvonalbeli kezelését a húgyhólyag kirekesztett bélszakasszal történő megnagyobbítása (augmentáció), vagy vékonybél felhasználásával végzett kontinens, vagy inkontinens sztómák képzése jelenti. Megterhelő, sok szövődmény lehetőséggel járó beavatkozások, végzése, csak centrumokban javasolt (2).

Melyek a jövőbeli megvalósítandó feladatok, tervek ?

A legfontosabb feladat a háziorvosok folyamatos oktatása, a „kontinencia licence vizsga” létrehozása, illetve a kontinenciaellátásban, urodinamikai vizsgálatokban, sztómaterápiában járatos szakasszisztensek képzése. Ezt követően van lehetőség az alapellátásban jelentkező betegek szakszerű kezelésére, illetve az úgynevezett „rejtőzködő”, panaszokkal orvoshoz nem forduló betegek felkutatására és kezelésére. A vizeletinkontinencia fizioterápiás kezelését rendszerszintűvé és finanszírozottá kell tenni. El kell ér-nünk, hogy a vizeletinkontinencia és a kismencedei szervi süllyedések kivizsgálása és műtéti kezelése az irányelvek mentén történjen. Szükség van a képzett szakorvosréteget biztosító urogynekológiai licence vizsga bevezetésére, centrumok kialakítására.

ÖSSZEFOGLALÁS

Hazánkban a női vizeletinkontinencia ellátásában sok előremutató fejlemény született az utóbbi időben, azonban sajnos még sok teendőnk van. Bár van, egy naprakész és minden kérdést szabályozó hazai irányelvünk, az abban foglalt ajánlások mégsem valósulnak meg maradéktalanul. Szükség van a háziorvosok, szakasszisztensek, urológusok, nőgyógyászok folyamatos továbbképzésére. Bővítenünk kell az inkontinencia fizioterápiás kezelésének hozzáférhetőségét.

Felhasznált irodalom:

1. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A (eds.) Incontinence. 6th Edition 2017. 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September, 2016. ISBN: 978-0-9569607-3-3
2. Nyirády P; Majoros A; Bajory Z; et al. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a felnőttkorban előforduló, nem-neurogén eredetű vizeletinkontinenciáról. EGÉSZSÉGÜGYI KÖZLÖNY 70:(15) pp. 2266-2328., 63 p. (2020). Megjegyzés: Az irányelv szakmai koordinátora voltam.
3. Burkhard FC, Bosch JLHR, Cruz F et al. European Association of Urology (EAU) Guidelines: Urinary Incontinence. 2020. <https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence>.
4. Barna I; Kékes E; Halmy E; Balogh Z; Kubányi J; Szóts G; Németh J; Pécsvárad Z; Majoros A; Daiki T; Erdei O; Dankovics G. Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramjának (MÁESZ) 2019. évi és 2010-2019 közötti összefoglaló adatai. LEGE ARTIS MEDICINAE 30:(3) pp. 89-102., 14 p. (2020)
5. Sipos A; Kovács Á; Nyirády P; Majoros A. A női vizeletinkontinencia

és urogenitális prolapszus sebészi kezelésének hazai gyakorlata. MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA 78:(1) pp. 38-45., 8 p. (2015)

6. Endrődi T; Oláh O; Majoros A. A hálóműtétek aktuális kérdései. NŐGYÓGYÁSZATI ÉS SZÜLÉSZETI TOVÁBBKÉPZŐ SZEMLE 20:(1) pp. 5-14., 10 p. (2018).
7. Kubik A; Keszthelyi A; Hamvas A; Nyirády P; Majoros A. Urogenitális prolapszusok konzervatív kezelése hüvelyi pesszáriummal. MAGYAR UROLÓGIA 28:(1) pp. 7-11., 5 p. (2016)
8. Majoros A; Romics M; Ali A; Hamvas A; Molnár PJ; Keszthelyi A; Nyirády P. Hiperaktív (túlműködő) hólyag kezelése botulinumtoxin-A-terápiával. ORVOSI HETILAP 162: 36 pp. 1459-1465., 7 p. (2021) IF: 0,540

Levelezési cím:
majorosat@web.de

Fizioterápiás és mentálhigiénés kihívások a szülési záróizomsérülések felismerésében és kezelésben

RIGÓNÉ TAVASZI PIROSKA, Dr. WILLNER-HARRING PÉTER, AGG ZSÓFIA, IVÁN EDINA | 1;

1 Tritonlife Kismedence Gyógyászati Központ, Budapest

ABSZTRAKT

Bevezetés: A szülési záróizom sérülés (obstetric anal sphincter injury, OASIS) aránya alábecsült a szakirodalomban, a rejtett végbélzáró izom sérülések egy jelentős része közvetlenül a szülés után nem kerül felismerésre.

Cél: A rejtett szülési záróizom sérülések korai szűrése és ellátása

Anyag, módszer: A TritonLife Kismedence Gyógyászati Központban 2018. január és 2022. február között egyéni rehabilitációra jelentkezett páciensek adatait elemeztük retrospektív módon, az állapotfelmérés és utankövetés adatoknak a feldolgozása alapján. Az intézetünkbe fizioterápiára érkező páciensek 80 %-ban szülés utáni állapotfelmérésre, rehabilitációra jelentkeztek orvosi javaslatra vagy egyéni elhatározás alapján. A 2745 esetből állapotfelmérés során kiszűrt pácienseket, 54 főt proctológiai kivizsgálásra küldtünk. Fizioterápiában minden páciens részesült, a súlyosabb sérülést szenvedettek gát- és végbélzáró izom plasztikai ellátásban részesültek. Önszervező csoportot hoztunk létre a páciensek számára, valamint az orvosi vizitek, beavatkozások és a fizioterápiás alkalmak egyben segítő beszélgetések is voltak.

Eredmények: Minden széklet- és széltartási zavarral érkező páciens panaszai csökkentek vagy megszűntek a komplex kezelést követően. A betegség okozta krízisen és a műtéti beavatkozáson átesítve egyik páciensnél sem alakult ki patológiás pszichés folyamat.

Megbeszélés: Az OASIS felfedezésében és kezelésben fontos szerepe volt a szülés utáni fizioterápián történő állapotfelmérésnek, szűrésnek, az időben történő alapos orvosi kivizsgálásnak, a záróizom sérülés mértékének megállapításának, az időben elvégzett, speciális műtéti beavatkozásnak, a lelki támogatásnak és a komplex kismedencei rehabilitációnak. A korai ellátással megelőzhető a súlyosabb fokú, idővel fokozódó széklettartási zavar (anal incontinence, AI) és a mentális megbetegedés.

Kulcsszavak: szülési végbélzáró izom sérülés, széltartási zavar, széklettartási zavarszülés utáni fizioterápiás állapotfelmérés, mentális egészség

Physiotherapeutic and mental health related challenges in obstetric anal sphincter injury recognition and treatment

ABSTRACT

Background: The rate of obstetric anal sphincter injury is underestimated in the literature and a large percentage of occult anal sphincter injuries remain unrecognized.

Objective: Early screening and treatment of occult perineal injuries

Material, method: We analyzed data from patients presenting for individual physiotherapy sessions at Tritonlife Pelvic Medical Center between January 2018 and February 2022. We did retrospective analysis of the anamnestic and follow-up data. 80% of the patients applied for a post-partum health assessment or rehabilitation on their own initiative or were referred to us by a specialist. Out of the 2,745 cases, 54 patients screened out during the condition assessment were sent for proctological examination. All patients received physiotherapeutic treatment and those with diagnosed substantial sphincter muscle injury underwent anal sphincter repair surgery. A patient support group was created, and mental health support techniques were also used during the medical visits, interventions, and physiotherapy sessions.

Results: The symptoms decreased among all patients with defecation and continence disorders, and most became asymptomatic after the complex treatment. None of the patients developed a pathological psychological condition despite the crisis caused by the disease and the surgical interventions.

Discussion: In the diagnosis and successful treatment of OASIS, the following factors were shown important: physical assessment immediately after childbirth, screening, early and thorough medical examination, correct diagnosis of the extent of the tear, early sphincter repair done by specialist surgeon, mental health support, and pelvic physiotherapy. It was also proved that deterioration of the symptoms, anal incontinence and mental illness can be prevented by early medical attendance.

Keywords: obstetric anal sphincter injury, anal incontinence, fecal incontinence, postpartum physiotherapy assessment, mental health

BEVEZETÉS

A szülési záróizomsérülés (obstetric anal sphincter injury, OASIS) sok esetben nem kerül felismerésre szüléskor. (1,2) Ha ellátásuk nem történik meg időben, súlyos következményekkel járnak a hosszútávú életminőség szempontjából, széklettartási zavart (anal incontinence, AI) és pszichés problémákat okoznak. A székletinkontinencia a

tünetek erősödésével egyre erősebb szociális elszigeteléshez és a lelki egészség súlyos zavarához vezethet. (3)

A szülés után első egy év döntő jelentőségű, hiszen az időben felfedezett sérüléseknél jobb esély van az anatómia és a funkció együttes helyreállítására, ezzel segítve a fizikális és mentális egészség megőrzését. Minél több idő telik el a sérülés és a helyreállítás között, annál nagyobb az esély az

izomszövet sorvadására, az izomcsontok visszahúzódására, a hegesedésre és a funkciók végleges romlására.

OASIS fogalma, előfordulás, osztályozás, fokozatok, rizikófaktorok, tünetek, figyelmeztető jelek, lelki tényezők, célok:

OASIS

A szülési anális sphincter sérülés (OASIS) a hüvelyi szülés következtében kialakuló különböző szintű károsodás a végbélzáró izomzatban. Előfordulhat természetes szülés során is, de bizonyos orvosi beavatkozásokkal (fogó, vákuum, Kristeller manőver) az arányuk nő. Harmad és negyedfokú perineális sérülések a hüvely nyálkahártyán túl a végbél záróizom komplexumot is érintik, és súlyosabb esetekben az anális nyálkahártyára is ráterjedhetnek. Korai tünetként elhúzódó gátseb gyógyulás, hegesedés, gáttáji fájdalom, deformitás, valamint a széklettartás különböző fokozatai jelentkezhetnek. Az OASIS vezető kockázati tényező a nők széklettartási képességének elvesztésében.

OASI előfordulása (10,11):

- A hüvelyi szülések 85%-ánál van valamilyen szintű gátsérülés
- OASIS előfordulása hüvelyi szülés esetén a WHO szerint 4-6,6%
- UH vizsgálattal a hüvelyi szülések 27-35%-ánál igazolható záróizom sérülés
- A felismert, a szülőszobán ellátott esetek után további korrekciót igényel: 33%

A perineális sérülések osztályozása (4):

Elsőfokú gátsérülés: Hüvely hám sérülése

Másodfokú gátsérülés: Perineális testhez kapcsolódó izmok sérülése, pl. Tr.perine

Harmadfokú gátsérülés: Anális záróizom komplex sérülése (1. kép)



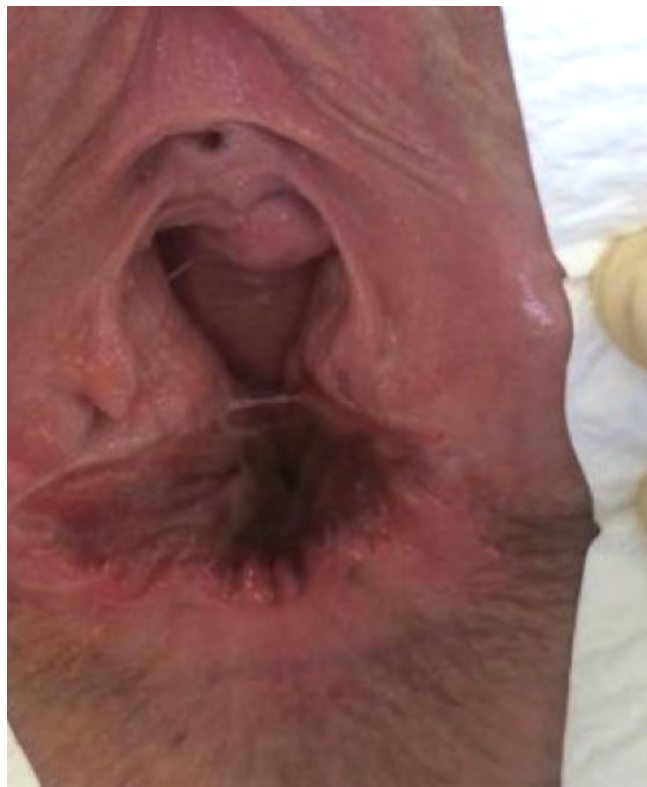
1. kép | 3. fokú gátsérülés utáni állapot, háromszögletű anus, 12 óránál a redőzet hiányzik, asszimmetrikus, ellapult, heges gát

3A : külső záróizom 50 % alatti sérülése

3B : külső záróizom 50 % feletti sérülése

3C : külső és belső záróizom együttes sérülése

Negyedfokú gátsérülés: Anális anoderma sérülése, cloaca (2. kép)



2. kép | 4. fokú sérülés, cloaca, teljes gát hiány

Az anális incontinencia fokozatai:

- Első fok: székletszennyezés a fehéreneműn, sürgető székelési inger
- Kettes fok: széklettartási zavar
- Hármask fok: híg széklet megtartásának nehezítettsége, képtelensége
- Negyed fok: kemény széklet megtartásának zavara

Fő rizikó faktorok (7,8, 9, 10):

- Primiparitás
- 35 év feletti életkor
- Episiotomia, főleg a középvonali
- Vákuum és fogó használat
- Elhúzódó kitolási szak
- Oxytocin használat
- 4000g feletti születési súly
- Korábbi felismert vagy fel nem ismert gátsérülés
- Hüvelyi szülés császármetszést követően. (10)

OASI-ra utaló tünetek:

- Székletszennyezés fehéreneműn

- Széltartási zavar
- Székletmegtartási zavar
- Sűrgető székelési inger
- Kismencedei fájdalom, pl. járásnál, székletürítés közben és után, végbélgörcs
- Szexuális inaktivitás, fájdalom, érzéketlenség
- Intenzív fizikai terhelésre gáttáji gyengeség, húzó érzet
- Végbéltáji viszketés, égő érzés, fájdalom
- Krónikus cystitis és bacterialis vaginitis
- A nyomonkövetés során javuló tünetek és funkció mellett nagyobb intenzitású fizikai aktivitásra állapotromlás, a AI tünetei újra megjelennek

Funkcionális állapotfelmérés során észlelt figyelmeztető jelek:

- Aszimmetrikus hüvelybemenet
- Elvékonyodott, lelapult gát, hiányzó gát
- Torzító heg a gáton
- Radiális redőzet hiányos az elülső ív mentén
- Végbél nyálkahártya látható körkörösén
- A perianalis bőr felázott, lichenifikált
- Háromszögletű anus
- Záróizom alapnyomás csökkent, anus tatóngó
- Anális csatorna megrövidült, rövidebb magasnyomású zóna
- Akaratlagos mozgások gyengék, vagy hiányoznak
- Puborectalis izom lazítási képességének csökkenése
- Inverz puborectalis mozgás (Valsalva manőverre a puborectalis izom nem lazul el)

A funkcionális állapotfelmérés alapján fizioterápiás kezelést végzünk az érvényes hazai és nemzetközi szakmai protokollok alapján. Munkánkat kiegészíti és támogatja a szakorvosainkkal történő rendszeres konzultáció. A diagnosztizálást központunk szülési izomsérülésekre specializálódott sebész főorvosa végezte speciális transducerekkel, köztük 3D endoanalízis ultrahang fej segítségével. (3. kép)



3. kép | Endoanalízis ultrahang transducer

Mentálhigiénés szempontok:

A várandósságot és a szülést önmagában normatív krízisnek tekintjük. A krízis nem válságot jelent normál esetben, hanem egy új élethelyzetet, mely elbizonytalanodást, átrendeződést okoz, ehhez lelki megküzdésre van szükség. Ha ehhez hozzájárulnak komolyabb testi tünetek, mint például a széklet megtartásának nehezítettsége, az édesanyára nagyobb teher hárul ebben a normál esetben sem könnyű időszakban. Három hónapon túli krízishelyzet fennállása esetén nagy az esély pszichés megbetegedés kialakulására.

Pszichés problémák az OASIS-val küzdőknél:

- Nyugtalanság, szorongás, befelé fordulás, regresszív tudatállapot. Több hónapos keresgélés jellemző, de egyes felmérések szerint akár több évig nem találják a megoldást. Jellemző a tünetek "normalizálása" a szakemberek részéről, a lelki okok keresése a fizikális sérülések feltárása helyett. Általános tapasztalat, hogy pszichológushoz küldik az anyákat, ami természetesen segítség lehet, de a fő okot (izomszakadást és ellátást) nem tárja fel és szünteti meg.
- Bizalomvesztés a szakemberekben (szülészorvos) a fel nem ismert betegség miatt
- Női, anyai önértékelés csökkenése, kötődési problémák a babával
- Szexuális inaktivitás, párkapcsolati problémák
- Szociális izoláció

Nyilvánvaló, hogy az AI mélyen negatív hatással van az életminőségre, így a betegek megaláztatást és megbélyegzést tapasztalhatnak a tüneteik miatt. Ezen túlmenően, az inkontinenciában szenvedő egyének szorongással és félelemmel is küzdenek a nyilvános helyen előforduló inkontinencia epizódjaival és az ebből fakadó következményekkel kapcsolatban. Egy áttekintés szerint a AI-ben szenvedőket négyszer nagyobb valószínűséggel sújtja a szorongás, és ötször nagyobb valószínűséggel érinti őket a depresszió. (6)

CÉLOK

A rejtett szülési záróizom sérülések korai szűrése és ellátása, ezen belül pedig fő célunk az érintettek minél korábban történő magas szintű ellátása.

ANYAG, MÓDSZER

A Tritonlife Kismencede Gyógyászati Központban 2018. január és 2022. február között 2725 pácienszt fogadtunk. Magasan képzett szakembergárdánkban két szülési izomsérülésre specializálódott sebész szakorvos, két nőgyógyász és öt gyógytornász kolléga dolgozik együtt. A gyógytornászok közül négy Budapesten, egy pedig Szegeden dolgozik.

A fizioterápiás adatokat elektronikus formában tároljuk, ambuláns lap formájában minden esetben a páciens kezébe adjuk. A kismencedei fizioterápiára érkezők döntően (80 %-ban) szülés utáni állapotfelmérésre jelentkeztek. Az anamnézis felvétele, nyugodt körülmények között, négy-szemközt történt, megfelelő időt szánva a kikérdezésre, tudatosan vezetve, a kínos tünetekre is tapintatosan rákérdezve. A fizikális vizsgálatokat is nagy körültekintéssel végeztük, ez sok esetben segített a kivizsgálás további irányának meghatározásában. Fizikális vizsgálatnál már jó eséllyel látható, kik lehetnek az érintettek. (4. kép) Szél- és széklettartási zavar, valamint nagyon gyenge szorítóerő és állóképesség esetén mindenkinek proctológiai kivizsgálást javasoltunk.

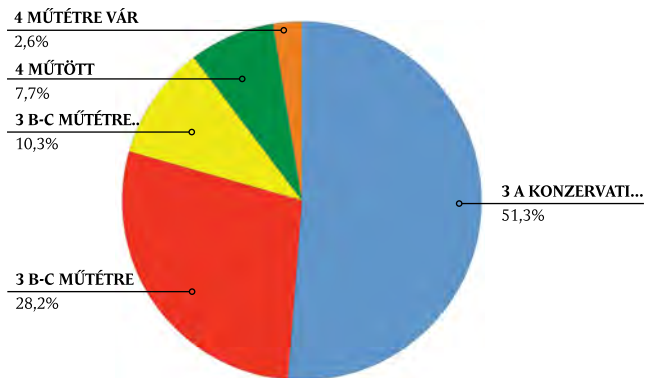


4. kép | Fizioterápiás vizsgálat, izomműködés megtekintése

52 főt proctológiai kivizsgálásra küldtünk. A gyanús esetekből 42 főnél diagnosztizálásra került az OASIS. Ebből

21 főnél 3A, 16 főnél 3B-C típusú és 4 esetben pedig, negyed fokú sérülést állapítottak meg. (1. diagramm) A szak-szerű kivizsgáláshoz, diagnózishoz endoanalízis ultrahang áll rendelkezésre. A speciális 3D UH-al a vizsgálat során pontosan megállapítható a záróizom sérülés mértéke és kiterjedése. A 3 A-B sérülés nagyon gyakori. A 3B-C és negyedfokú sérülteknél gát- és záróizom plasztikát javasoltak, tekintettel arra, hogy fizioterápia mellett sem várható hosszútávú javulás. (5-8. kép) A műtét sikerének érdekében a negyedfokú sérülteknél a széklet átmeneti deviálása történt, stoma képzéssel védve a műtési területet.

Fizioterápiában minden páciens részesült. Az operált páciensek három hónapos preoperatív gyógytornán, majd postoperatív tornán vettek részt.

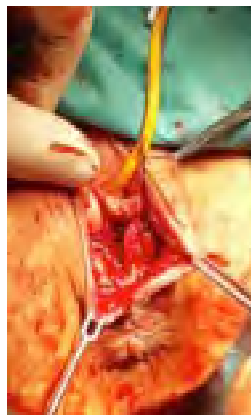


1. ábra | Igazolt záróizomsérülés ellátási formái

A páciensek fizioterápiás kezelése funkcionális állapotfelmérés után biofeedback-kel asszisztált medencefenék tornából, belső core izomzat erősítésből, szükség esetén elektroterápiából, manuális myofasciális technikákból, pre- és postoperatív gyógytornából álltak. Pácienseink



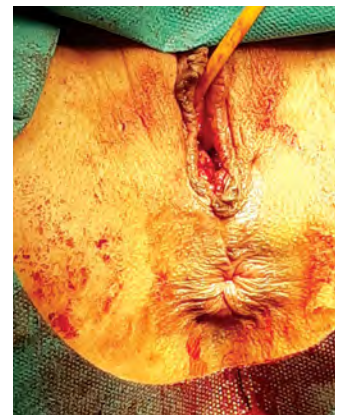
5. kép | Gát- és záróizom plasztika, a páciens operációra előkészítve, spinális anestesia, kő-metsző helyzet, maximális csípő flexió



6. kép | Gát- és záróizom plasztika, átfedő, kétrétegű izomvarrat, záróizom gyűrű már zárásra került, a levator szár egyesítése előtti állapot



7. kép | Utolsó öltések



8. kép | A műtési terület zárása, műtét utáni állapot, zárt anus gyűrű, izomvarrattal helyreállított gát

napi szintű medencefenék tornát végeztek az otthonukban, melyet folyamatosan ellenőriztünk és nehezítettünk. A páciensek lelki támogatására is különösen nagy hangsúlyt fektettünk. Önszorgító csoportot hoztunk létre, ahol az ellátás előtt állók kapcsolódni tudtak gyógyult társaikkal. A csoportban megtapasztalhatták a páciensek, hogy nincsenek egyedül a problémáikkal, a kezeléseken túl lévő bátorítani tudták az új érintetteket a beavatkozások előtt és után.

A gyógyulás érdekében az átmeneti stoma ellátásban részesültek nem érezték tehernek a stomát. Egy esetben a páciens nem fogadta el a stomát, vállalta a nagyobb kockázatot.

A fizioterápiás alkalmak egyben segítő beszélgetések is voltak. A fizioterápia során kiemelet figyelmet fordítottunk a rogers-i alapelvek alkalmazására, az együttérzésre, a feltétel nélküli elfogadásra valamint a hitelességre. Pozitív kommunikációval segítettük a sok esetben reményvesztett helyzetből való elmozdulást.

EREDMÉNYEK

Pácienseinknél minden esetben jelentős javulást értünk el a kezeléseink során. A terápiás folyamat időtartama egy és másfél év volt. Betegeink szél- és széklettartási problémái döntően megszűntek, vagy jelentős mértékben csökkentek azokban az esetekben, akik a szülés után egy éven belül időben kerültek ellátásra, rendszeresen medencefenék tornáztak, elérték a 3-s izomerőt, jó összehúzási és lazítási képességgel rendelkeztek. A sérülést követően egy éven túl műtötteknél kissé gyengébbek voltak az eredmények, enyhe széltartási zavar és sürgető székelési inger még megmaradt, izomerő 2-3 közötti volt. A súlyosabb, negyed fokozatú, műtött pácienseknél sem tapasztaltunk székletvesztést a nyomon követés során. Izomerőben nagy eltérés tapasztaltunk. Jó puborectalis funkció mellett jobb szorító erőt és funkciót értünk el (4-es izomerő). Kétoldali levator avulsio egy esetben fordult elő, itt a funkció és a tünetek is kisebb mértékben javultak (2-es izomerő, sürgető székelési inger).

Két esetben megfigyelhető volt, hogy a funkció javulásával a lelki gyógyulás lassabb ütemben haladt. Nagyon jó funkció mellett (4-es izomerő) is a szorítóerő, székletmegtartási képesség szubjektív megítélése gyenge volt, a félelem a székletvesztéstől több hónapon keresztül fennállt. Ezekben az esetekben pszichológus bevonását javasoltuk.

A rendszeres fizioterápia mindaddig zajlott, míg szorítóerőben legalább hármas vagy ennél jobb izomerőt értünk el. Ezután fél és egy év utáni kontrollokon ellenőrizzük az izomműködést és korrigáljuk az otthoni házi feladatokat, a fizikai terhelhetőséget (sport, fizikai munka) az aktuális állapothoz szabjuk.

A mentális egészség szempontjából fontos eredménynek tartjuk, hogy nem alakult ki pszichés betegség egyik páciensünkönél sem.

MEGBESZÉLÉS

A medencefenék gyógytorna esélyt adhat a frissen szült anyukáknak, hogy a sérülésre utaló jelek alapján mielőbb szakszerű fizioterápiás ellátást és orvosi segítséget kapjanak, így megelőzhető a későbbi, súlyosabb, életminőséget rontó állapotok, mind fizikális mind mentális szempontból.

Végezetül egy hat évig nem diagnosztizált, negyedfokú sérüléssel élő, majd a komplex kezelésünk utáni gyógyulását leíró köszönő levelével szeretném lezárni és rávilágítani a probléma mélységére és fontosságára. 2016-ban szült, hat évig bolyongott az egészségügyben sikertelenül, 2022-ben került Willner doktorhoz, aki diagnosztizálta a negyedfokú sérülést, 2023 októberben stoma ellátás mellett (Dr. Novák András) gát-és záróizom plasztika (Dr. Willner Péter) történt. 2023 június 9-én a stoma zárása történt, utána kaptuk ezt a köszönő levelet:

“Egy születés- és újjászületésnap margójára

2023. július 9-én a csodás nagyfiam 7. születésnapja van. Szívem tele van boldogsággal és hálával, mert végre igazi anyuka vagyok. Sürgök-forgok körülötte, jelen vagyok, nem kell mással foglalkoznom. Első születésnapja, amikor meghívta a barátait. 12 gyermek jön-megy, inni és enni kér, vízipisztolyt töltünk, nevetünk, gyertyát gyújtunk a tortán.

Apróságnak és talán éves rutinnak tűnhet, de nekem egy olyan élmény, amit nem tudtam még soha átélni. Ez a nap végre nem rólam szól, nem arról, hogy mennyit bírok, hogy van-e nálam váltás ruha, ha baleset adódik, felvehetek-e világos, nőies ruhát, mert mi van, ha nem érek el a mosdóig...

Nem rólam szól, mert kaptam egy új életet, ami sok nőnek simán a hétköznapról szól. Nekem az ÉLET.

Nincs több logisztika az elinduláskor, a bevásárláskor, egy összejövetelen, csak vagyok, vagyunk és örülünk, hálásak vagyunk és megélünk minden pillanatot. Úgy ülhetek a tenisz edzésén, hogy nem kell kihagynom egy percet sem, csak örülhetek a sikerének és büszke lehetek a kitartására. Végig tudunk játszani sok-sok kör UNO-t, és nevetgetünk, hogy még mindig nem jöttem bele. Medencézhetünk, fa-

gyizhatunk, társasozhatunk, lazíthatunk teljes élményeket megélve. Olyan pillanatok ezek a mai rohanó világban, amelyek nekünk kincsek.

Nagyon nehéz szavakba önteni, hogy mennyire hálás vagyok és köszönöm Önöknek azt a csodát, amit értem és a családomért tettek, mert oly sok minden várhat így ránk, ami arról lesz emlékezetes, amit akkor átélünk, nem arról, hogy éppen van-e a közelben mosdó!

Minden aggodás, visszaesés, probléma, fájdalom, nehéz emlék foszlott szerte másodpercek alatt abban a pillanatban, amikor a feldíszített születésnapi helyszínen körbenéz-

tem. Akkor értettem meg, hogy minden métere megérte annak az útnak, amin együtt indultunk el novemberben.

Kedves Piroska, Willner Doktor Úr, Novák Doktor Úr!

Kívánom, hogy az életben legyen meg mindenük, ami a legnagyobb boldogságot és teljességet hozza meg a szívükben!

Köszönöm a magam és családom nevében, amit értem, értünk tettek! Vigyázni fogok minden nap arra a csodára, amit az életemhez adtak!

“K”

Irodalomjegyzék:

- Johanna C. Roper, Raneer Thakar, Abdul H. Sultan: Underclassified obstetric anal sphincter injuries, International Urogynecology Journal, volume 33, pages1473–1479 (2022)
<https://doi.org/10.1177/135626229900500601>.
- Magdalena Jurczuk, Posy Bidwell, Ipek Gurol-Urganci, Jan van der Meulen, Nick Sevdalis, Louise Silverton, Raneer Thakar: The OASI care bundle quality improvement project: lessons learned and future direction, Int.Urogynecol J. ; 32(7): 1989–1995. (2021)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8295109/>
- Kuoch, K. L. J. et al.: Urinary and Fecal Incontinence: Psychological Factors and Management Recommendations. New Zealand Medical Journal. (2019)
<https://journal.nzma.org.nz/journal-articles/urinary-and-faecal-incontinence-psychological-factors-and-management-recommendations>
- Sultan AH, Monga A, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female anorectal dysfunction. Int Urogynecol. 28:5. (2017)
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green top guideline no. 29: The management of third- and fourth-degree perineal tears. June 2015. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf> (Accessed on January 08, 2018).
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. Obstet Gynecol 2016; 128:e1.
- Jha S, Parker V. Risk factors for recurrent obstetric anal sphincter injury (rOASI): a systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J 2016; 27:849.
- Rosen H, Barrett J, Okby R, et al. Risk factors for obstetric anal sphincter injuries in twin deliveries: a retrospective review. Int Urogynecol J 2016; 27:757.
- Chen C, Smith LJ, Pierce CB, et al. Do symptoms of pelvic floor disorders bias maternal recall of obstetrical events up to 10 years after delivery? Female Pelvic Med Reconstr Surg 2015; 21:129.
- Fenner DE, Genberg B, Brahma P, et al. Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United States. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:1543. Risk of obstetric anal sphincter injury among women who birth vaginally after a prior caesarean section: A state-wide cohort study, 2022 Jul;129(8):1325-1332.doi: 10.1111/1471-0528.17063. Epub 2022 Jan 6.
- Milena M Weinstein, MD, FACOG, Helai Hesham, MD, FACOG: Obstetric anal sphincter injury (OASIS). UpToDate, jun. 2023
<https://www.uptodate.com/contents/obstetric-anal-sphincter-injury-oasis>

Levelezési cím:

tavaszi.piroska@robertkorhaz.hu

Várandósok medencefenék tréningjének kiegészítése EMG alapú biofeedback-kel

IVÁN EDINA, AGG ZSÓFIA, RIGÓNÉ TAVASZI PIROSKA | 1;

1 Tritonlife Kismedence Gyógyászati Központ, Budapest

ABSZTRAKT

Háttér: A medencefenék izmainak funkciói közé tartozik a kontinencia fenntartása, és működési zavaruk vizeletinkontinenciát okozhat, ami gyakori jelenség a terhesség és a gyermekágyi időszak alatt. A medencefenék izmok tréningje ezért fontos a terhesség alatt, noha a legtöbb nő nem megfelelően végzi az izomösszehúzásokat és a lazítást.

Célok: leíró tanulmányunkban az intézményünkben megjelent várandósok elektromyográfiás (EMG) biofeedback tréningprogramját mutatjuk be.

Anyag és módszer: Vizsgálatunkba 74 alacsony kockázatú várandós nőt vontunk be. A résztvevők standardizált állapotfelmérést követően a medencefenék izomzat funkció vizsgálatára kaptak javaslatot biofeedback asszisztált, vagy nem asszisztált medencefenék tréningre. A biofeedback felmérés és tréning során a Nexus EMG alapú vizuális biofeedback készüléket használtuk.

Eredmények: minden biofeedback tréningen részt vett páciens megtanulta megfelelően aktiválni a medencefenék izmait, megfelelő irányba mozdítani és megtartani a kontrakciót instrukcióra átlagosan négy alkalom alatt. Az izom ko-aktivációk, ko-kontrakciók leépítéséhez és a megfelelő lazítás elsajátításához több alkalom volt szükséges.

Következtetések: Minden várandós esetén egyéni fizioterápiás állapotfelmérés, azon belül is medencefenék izom funkcionális vizsgálat szükséges, mivel csak így szűrhetők ki azon funkcionális pontatlanságok, hiányosságok, melyek akadályozhatják a hatékony medencefenék izomtréninget, és melyek gyakoriak a várandós populációban is. A felületi szenzorokkal végzett EMG biofeedback megbízható, hasznos és biztonságos kiegészítője a medencefenék izomtréningnek várandósok esetén.

Kulcsszavak: medencefenék, biofeedback, EMG, fizioterápia, rehabilitáció, medencefenék izomtréning, várandós, medencefenék diszfunkció

EMG biofeedback-assisted pelvic floor muscle training in pregnant women

ABSTRACT

Background: The muscles of the pelvic floor are responsible for maintaining continence and their dysfunction can cause urinary incontinence, a common phenomenon during pregnancy and the puerperium. Pelvic floor muscle training is therefore important during pregnancy, although most women do not perform muscle contractions and relaxation properly.

Objective: In our descriptive study, we present an electromyography (EMG) biofeedback training programme for pregnant women attending our institution.

Materials and methods: 75 low-risk pregnant women were included in the study. After a standardized physiotherapeutic assessment, participants were recommended biofeedback assisted or unassisted pelvic floor training based on pelvic floor muscle function testing. During the biofeedback assessment and training, the Nexus EMG-based visual biofeedback device was used.

Results: All patients who participated in biofeedback training learned to properly activate the pelvic floor muscles, to perform correct direction and maintain contraction on instruction in an average of four sessions. More sessions were required to break down muscle co-activations, co-contractions and to learn proper relaxation.

Conclusion: Individual physiotherapeutic assessment, including pelvic floor muscle functional testing, is required for all pregnant women, as this is the only way to screen for common functional inaccuracies and deficits that may hinder effective pelvic floor muscle training in the pregnant population.

Keywords: pelvic floor; biofeedback; electromyography; physical therapy; rehabilitation, pelvic floor muscle training, pregnant, pelvic floor dysfunction

BEVEZETÉS

A várandósság során jelentkező élettani változások kihatnak a medencefenék (MF) funkciókra. Az egyik leggyakoribb következményes diszfunkció a stressz (terheléses) inkontinencia (SI), mely globális adatok alapján 18,6-75%-ban fordul elő, és a terhesség előrehaladtával a prevalenciája növekvő tendenciát mutat (1). A harmadik trimeszterben a SI előfordulásának aránya 49-58% (2), primiparák esetében 31%, multiparák esetén ugyanez az arány 42% (3). A terhesség maga az egyik fő rizikófaktor a SI kialakulására (4,5), emellett általános kockázati tényező a me-

dencefenék izomzat (MFI) nem megfelelő tudatossága, helytelen működése és az akaratlagos izomkontroll hiánya (2). A problémát tovább árnyalja, hogy a nők jelentős része nem tudja megfelelően, akaratlagosan működtetni a MF izomzatát főként, ha korábban nem végzett medencefenék izomtréninget (MFIT). (6)

A megfelelő akaratlagos MFI összehúzás mellett, az izom lazítási képessége szintén egy lényeges funkció és vizsgálandó tényező a várandósok esetében. Az optimális összehúzás során csökken, míg megfelelő Valsalva manőver során nő a levator hiatus területe (utóbbi a levator ani

nyújthatóságától és relaxációs képességétől függ) (7). A levator ani izom koaktiváció (LAIK) azon jelenség, amikor a páciens Valsalva során nem ellazítja, hanem összehúzza a MF izomzatot. A 36. gesztációs hét után végzett transzperineális ultrahangos (TPUH) mérések során azt találták, hogy a nyugalomban és Valsalva során mért nagyobb levator hiatus (AP átmérő) összefüggésben van a rövidebb kitolási szakkkal normál hüvelyi szülés esetén. A levator ani nyújthatóságának és relaxációs képességének hiányára TPUH vizsgálat során a levator hiatus Valsalva során történő antero-posterior átmérőjének csökkenése utal LAIK fennállása esetén. A folyamatosan fennálló LAIK összefüggést mutat a hosszabb kitolási szakasszal nulliparák esetében (7). Hasonlóképpen, a MFI disszinerergia olyan paradox MFI, vagy záróizom összehúzódás, mely a MFI és egy funkcionális tevékenység közötti koordinációs zavart jelent. Ilyen például, amikor a MF izmok nem képesek ellazulni, vagy akár össze is húzódnak, olyan esetekben amikor az ellazulás funkcionálisan szükséges lenne (pl. vizelet -, vagy székletürítés). A MFI disszinergiának tünetei lehetnek ürítési problémák, akadályozott székletürítés, dyspareunia, valamint a medencefenéki izmok akaratlagos ellazulásának hiánya(8).

A MFIT a MFI erősségét, állóképességét, teljesítményét, relaxációját vagy e paraméterek kombinációját javító gyakorlatok összességét jelenti (8).

A biofeedback (BF) hatékony kiegészítő terápiás módszer a MFIT elsajátításában és a fizioterápiás gyakorlatban egyaránt. A biofeedback, mely lehet vizuális, auditív vagy mindkettő, önmagában nem kezelés, hanem a tréning kiegészítője, és arra használható, hogy a páciens jobban tudatában legyen az izomműködésnek, valamint hogy fokozza és motiválja a beteg erőfeszítéseit a tornaprogram során. A MFI biofeedback típusai a következők: perianális, vaginális és anális felületi EMG, urethrális, vaginális vagy anális manometria, vaginális dinamometria, valós idejű ultrahang (9).

CÉLOK

Jelen összefoglalónak két célja van 1) az EMG alapú BF használati lehetőségeinek ismertetése várandósok esetén 2) a TritonLife Kismedence Gyógyászati Központ gyakorlati munkájának bemutatása, a várandósok MF funkcionális vizsgálatára és tornájára vonatkozóan, a hazai és nemzetközi ajánlások tükrében.

ANYAG ÉS MÓDSZER

Retrospektív vizsgálatunkban a TritonLife Kismedence Gyógyászati Központban 2021. szeptember és 2023. május között állapotfelmérésen részt vett várandósok ada-

tait dolgoztuk fel. Beválasztási kritériumként a 18-42 év közötti életkort és az alacsony kockázatú várandósságot jelöltük meg. Kizárási kritériumok az alábbiak voltak: organikus eredetű alapbetegség megléte; orvosi kontroll nélküli belgyógyászati, pszichiátriai, vagy neurológiai komorbiditások; diagnosztizált harmad-, vagy negyedfokú szülési gátsérülés; harmad-, vagy negyedfokú kismedencei süllyedés; levator avulsio; idegsérülés; korábbi nőgyógyászati műtét.

A standardizált állapotfelmérés során részletes anamnézis felvétel, általános mozgásszervi és belgyógyászati felmérés került elvégzésre. Ezt követte a MF funkciót vizsgálata inspekcióval és - ha nem volt orvosi ellenjavallat - külső tapintással. A MF izomműködés vizsgálata során az izommozgások irányát (instrukcióra megfelelő irányban húzódik-e össze az izom), kontrakciós és relaxációs képességet (mértéke, időzítése), a gyorsított és az állóképességet néztük, valamint az esetleges ko-kontrakciókat és a légzéssel való összehangolást, reflexes működést köhögés során.

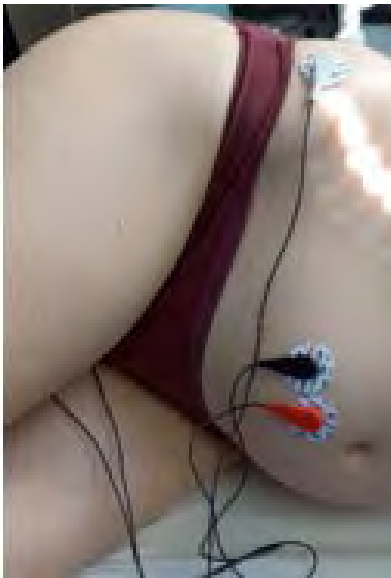
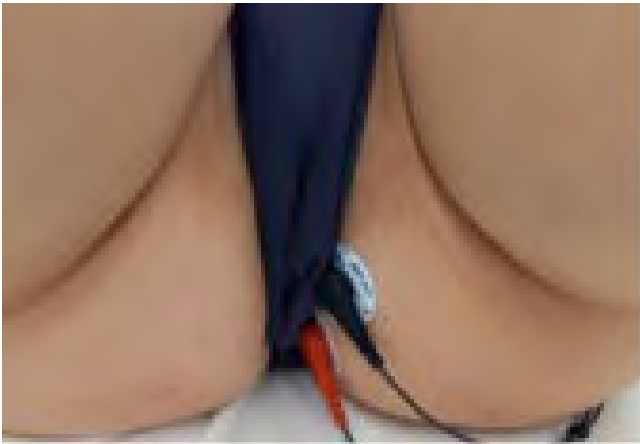
EMG BF felmérés külső szenzorokkal

Az EMG BF alkalmazásának indikációi közé tartozik: a) a MF izomzat akaratlagos kontrakció és/vagy relaxáció hiánya vagy elégtelensége b) a mm. glutei, mm. adductor, m. rectus abdominis ko-kontrakció, melyek izolációja különböző instrukciók segítségével sem kivitelezhető c) a lazítás légzéssel való összehangolásának elégtelensége. Az indikációt képező eltérések, diszfunkciók változását a BF tréningssorozat végén is vizsgáltuk.

A felmérés során a Nexus EMG alapú vizuális BF készüléket (1. ábra) használtuk kétcsatornás elvezetéssel, valamint egy semleges elvezetéssel. Egy bőrre rögzíthető felületi szenzorpárt helyeztünk a levator ani izomra egymástól 2 mm távolságra (2. ábra), egyet pedig a rectus abdominisra a köldök alatt 2 cm-rel, egymástól szintén 2 mm távolságra (3. ábra). A semleges elvezetést a crista iliaca csontos területére helyeztük. A mérés során a Biotrace szoftvert használtuk. A páciens a kezelőágyon oldalt fekvő testhelyzetben helyezkedett el a mérés során. A BF rendszerhez két monitor csatlakozott, az egyik a gyógytornász követte a mérést és tréning menetét, a másikon pedig a páciens.



1. ábra | Az EMG alapú BF rendszer működésének egyszerűsített ábrázolása



2-3. ábra | A m. levator ani területére helyezett felszíni szenzorok elhelyezkedése és a m. rectus abdominisre helyezett felszíni szenzorok elhelyezkedése

A páciensek előzetesen részletes szóbeli tájékoztatást kaptak a mérésre és a tréningre vonatkozóan. A mérés során a következő paramétereket vizsgáltuk és dokumentáltuk: alapvonal, identifikáció, izoláció, koordináció, reagálóképesség - kontrakció és relaxáció gyorsasága (sec), kontrakció és relaxáció intenzitása (μV), időtartam, fáradékonyság, kimerülés.

Az otthoni végzésre javasolt MF gyakorlatokat a mért paraméterek alapján, egyénre szabottan határoztuk meg, valamint további heti rendszerességgű BF tréninget javasoltunk. Ezen további alkalmak során az akaratlagos működtetés elsajátítására, gyakorlására, az izoláció és a koordináció fejlesztésére, valamint a páciens edukációra került sor. A felügyelt, BF asszisztált MFIT mellett a páciensek otthon, napi rendszerességgel végezték a gyakorlatokat. Ha a páciens megfelelően tudta működtetni a MFI-t, abban az esetben nem javasoltunk további BF asszisztált tréninget, csak az egyénre szabott otthoni gyakorlatok folytatását.

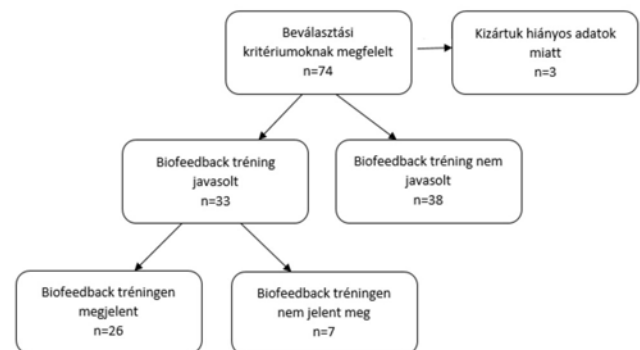
Vizsgáltuk az indikációt képező eltérések, diszfunkciók

összefüggését azzal, hogy végzett-e korábban a páciens MF tornát, valamint, hogy hány alkalom volt szükséges az eltérések korrekciójához.

EREDMÉNYEK

A beválasztási és kizárási kritériumoknak megfelelően a végleges minta nagysága 71 fő volt, a meghatározott kizárási kritériumokon túl 3 fő került kizárássra hiányos testsúly és/vagy testmagasság adatok miatt.

Az állapotfelmérésen meghatározott MFI funkció alapján három csoportba soroltuk a résztvevőket. 34 főnek (47,8%) javasoltuk a BF asszisztált MFIT-et, melyből 26 fő (36,62%) részt vett a BF asszisztált MFIT-en (biofeedbacken részt vett, BFR). A második csoportot az a 7 fő (9,86%) alkotta, akiknek ugyan javasoltuk a biofeedbacket, de nem vettek részt benne, mivel nem jelentek meg a javasolt tréningben (biofeedbacken nem vett részt, BFN). A harmadik csoportba pedig azok a páciensek kerültek, akiknek megfelelő volt az izomműködése az állapotfelméréskor, így számukra BF asszisztált tréninget nem javasoltunk (38 fő, 53,52%), (biofeedback nem javasolt, BFNJ). Az BFNJ csoportba került pácienseket egyénre szabott otthoni tornával, gyakorlati, valamint életmódbeli tanácsokkal láttuk el. Javasoltuk továbbá az egyéni, vagy csoportos kismama tornát individuális állapottól és céloktól függően (4. ábra, 1. táblázat).



4. ábra | A vizsgált minta terápia szerinti kategorizálásának ágrajza

Vizsgált minta terápia szerinti kategorizálása (n=71)	
Kategória	Elemsszám (%)
BF-en részt vett	26 fő (32,62%)
BF javasolt, de nem vett részt	7 fő (9,86%)
BF nem javasolt	38 fő (53,52%)

1. táblázat | Vizsgált minta terápia szerinti kategorizálása (n=71)

Az életkor, a BMI, a paritás, és a megjelenéskori gesztációs hét átlagának csoportonkénti megoszlását a 2. táblázatban foglaltuk össze.

A vizsgált minta csoportonkénti megoszlása életkor, BMI, paritás, geszt. hét alapján				
	Életkor	BMI	Paritás	Geszt. hét
BF javasolt (BFR+BFN, n=33)	33,66	23,6	1,36	24
BFNJ (n=38)	34,4	24,12	1,38	23,9

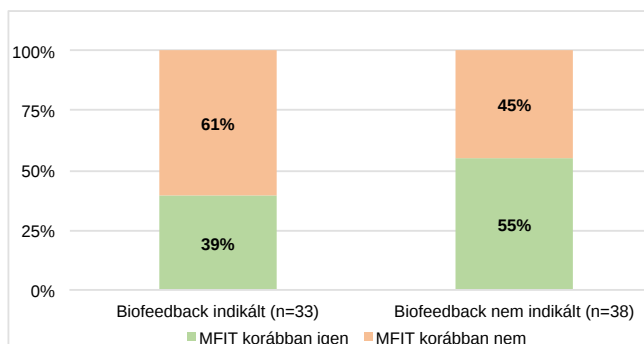
2. táblázat | A vizsgált minta csoportonkénti megoszlása életkor, BMI, paritás, gesztációs hét alapján

A BF indikációt képező eltérések alapján BFJ és BFN csoportokat összehasonlítva a BFNJ csoporttal (ahol megfelelő volt a MFI funkció) nem találtunk különbséget a táblázatba foglalt paraméterekben.

Az indikációt képező eltéréseket a 3. táblázatban foglaltuk össze. Öt fő funkcionális problémát azonosítottunk az állapotfelmérések során. A MFI mozgása egyáltalán nem, vagy alig volt látható 7 esetben, helytelen irányú mozgás 3 esetben, elégtelen, vagy csökkent lazítás 14 esetben, egyéb izom ko-kontrakció (leggyakrabban m. rectus abdominis és a m. gluteus maximus) és a megtartási képesség hiánya egyaránt 8-8 esetben fordult elő. 9 páciens esetén több funkcionális probléma is előfordult.

BF indikációt képező eltérések (BFR+BFN, n=33)		
Funkcionális probléma	Esetszám	A teljes vizsg. minta %-ában kifejezve
MF izomműködés nem, vagy alig látható	6 (18,18%)	8,45%
Helytelen irányú mozgás, összehúzás helyett préselés, vagy lazítás helyett összehúz	3 (9,09%)	4,22%
Lazítás nincs, vagy nem megfelelő	15 (45,45%)	21,12%
Egyéb izom kontrakció MFI helyett/mellett	9 (27,27%)	12,67%
Megtartási képtelenség (állóképesség nincs)	7 (21,21%)	9,85 %

3. táblázat | BF indikációt képező eltérések
A BFR+BFN csoportban a páciensek közel 43%-a végzett korábban valamilyen formában MFI tréninget, a BFNJ csoportban 56,41 %. (5. ábra)



5. ábra | Korábban MFIT-et végzettek aránya a két csoportban

A BFR csoportban (n=26) az indikációt képező eltérések, diszfunkciók a következőképpen változtak: a tréningsorozat végén minden páciens megfelelően tudta tudatosan mozdítani a MF izomzatát, megfelelő irányú koordinációval (összehúzás és lazítás iránya egyaránt megfelelő volt), és a megtartási képesség is mindegyikükénél fejlődött. 10 páciens közül 5-nél továbbra is fennállt a lazítási képesség bizonyos fokú hiánya, és a ko-kontrakciók is megmaradtak 6-ból 3 esetben (4. táblázat). 6 esetben a lazítási képesség teljesen normalizálódott, ők 4-7 alkalommal vettek részt a tréningen. 2 főnél enyhe fokú lazítási nehézség állt fenn, mely 1 alkalom után rendeződött, 5 esetben pedig a tréning végén is fennmaradt a lazítási elégtelenség, ők 1-4 alkalommal vettek részt a tréningen.

Funkcionális eltérések változásai BF asszisztált MFIT hatására (n=26)			
	Tréningsorozat előtt	Tréningsorozat után	Tréning alkalmak száma (átlag)
MF izomműködés nem, vagy alig látható	5	0	4,2
Helytelen irányú mozgás, összehúzás helyett préselés, vagy lazítás helyett összehúz	3	0	2,33
Lazítás nincs, vagy nem megfelelő	11	5	2,72
Egyéb izom kontrakció MFI helyett/mellett	7	3	3,71
Megtartási képtelenség	7	0	2,42

4. táblázat | Funkcionális eltérések változásai BF asszisztált MFIT hatására (n=26)

A vizsgálatunkban részt vettek között egy esetben sem fordult elő adverz hatás.

KÖVETKEZTETÉSEK

A Kismedence Gyógyászati Központ 2020-ban alakult az a céllal, hogy a medencefenék problémákra komplex - konzervatív és szükség esetén műtéti - terápiát nyújtson. Ennek része az általunk, gyógytornászok által nyújtott átfogó medencefenék állapotfelmérés, rehabilitáció. A magas szakmai színvonalú fizioterápiás szolgáltatást nem csak a folyamatos továbbképzések, szakmai előadások teszik lehetővé, hanem az is, hogy olyan eszközök állnak rendelkezésünkre, mint például az EMG BF.

Az állapotfelmérés alkalmával a mintánkban vizsgált várandósok 46,47%-a nem tudta megfelelően, akaratlagosan működtetni a MF izomzatát. 35,21%-uk egyáltalán nem, vagy rossz irányba mozdította az izmot, nem tudta 1 mp-nél tovább tartani, és/vagy ko-kontrakció is látható volt (többféle instrukció ellenére is). Ez az arány korrelál a nemzetközi mintán észlelt adatokkal, miszerint a nők több mint 30%-a nem képes az első konzultáció során megfelelően összehúzni a MF izomzatát, még alapos egyéni oktatás után sem (6).

Az általunk vizsgált várandósok között a SI tünetek 20,27%-ban voltak jelen, közülük négyen primiparák. A SI tünet jelenlétét az anamnézis felvétele során a SI-re vonatkozó kérdésre adott válaszuk alapján jelöltük. A SI változásának vizsgálata bár nem tartozott jelen beszámolónk elsődleges kimeneteli tényezőihez, ugyanakkor a SI tünetek csökkentek a MFIT-et rendszeresen, helyes technikával végzők körében. A nemzetközi szakirodalommal összevetve, hasonló eredmények láthatók. A terhesség alatt inkontinens és nem inkontinens nőkkel végzett randomizált vizsgálatokban a MFIT 26%-kal csökkentette a vizelet inkontinencia (VI) kockázatát a terhesség alatt és a szülés utáni időszakban. Továbbá azon várandós kontinens nők, akik a terhesség alatt gyakorolják a MF izomtréninget (elsődleges megelőzés), 62%-kal kisebb valószínűséggel tapasztalnak vizelet inkontinenciát a terhesség végén, és 29%-kal kisebb a kockázata a VI-nek a szülés után 3-6 hónappal (3).

A hazai és nemzetközi ajánlások egyhangúan javasolják a várandósság 2. és 3. trimeszterében a MFIT végzését, továbbá minden nőnek első vonalbeli kezelésként, SI esetén legalább 3 hónapig (10-13). Továbbá a megfelelő technika elsajátítása kiemelten ajánlott az optimális eredmények érdekében (14).

Minden várandós esetén egyéni fizioterápiás állapotfelmérés, azon belül is medencefenék izom funkcionális vizsgálat szükséges, mivel csak így szűrhetők ki azon funkcionális pontatlanságok, hiányosságok, melyek akadályozhatják a hatékony MFIT-et, és melyek gyakoriak a várandós populációban is (10,15).

A megfelelő lazítási képesség alapvető MF funkció és szerepe van a szülés kitolási szakaszában is. Ezért a gyógytornász általi szülésre való felkészítésnek része kell, hogy legyen a lazítási képesség vizsgálata és szükség szerint a helyes elsajátítás elősegítése, megtanítása.

Nagyobb eséllyel működteti megfelelően a MF izomzatát az a nő, aki korábban már végzett MFIT, így prevenciószempontból is kiemelten fontos a gyakorlatok rendszeres végzése várandósság előtt is. A várandósság előtt/alatt megfelelően elsajátított MFIT jobb tudatossághoz vezet és hatékonyabb tréninget tesz lehetővé szülés után is. A szülés utáni MF diszfunkciók kockázata csökkenhet, hozzásegítve az anyát a jobb életminőséghez. Vizsgálatunkban is ezt figyeltük meg, mivel azon páciensek, akiknek megfelelő volt a MFI funkciója, nagyobb százalékban végeztek korábban medencefenék tornát.

A MFIT mellett minden páciens folyamatos edukációban és életmódbeli tanácsokban részesült, melyek átadása szintén alapvető a fizioterápiás gyakorlatban.

Vizsgálatunk alapján elmondható, hogy a felületi szenzorokkal végzett EMG BF megbízható (16), hasznos és biztonságos kiegészítője a MFI tréningnek várandósok esetén is. A használata javasolt, ha a várandós nem képes megfelelően működtetni a MF izmait vagy bizonytalan a torna helyes végzésével kapcsolatban (13). A mindennapi gyakorlatunk tükrözi azon hazai és nemzetközi szakmai irányelveket, melyek hangsúlyozzák a MFIT BF módszerrel történő kiegészítését a MF akaratlagos koordinációjának javítására, SI okozta panaszok csökkentésére és az életminőség javításra (10, 13). Fontosnak tartjuk azonban megjegyezni, hogy a MFI EMG-értékelése az izom felszíni EMG-felvételének rehabilitációs célú felhasználásából és értelmezéséből áll, ezért elővigyázatosan kell eljárni, felismerve, hogy a fő cél az izomaktivációs mintázat minőségi leírása, és nem minőségi diagnózis (8).

Vizsgálatunk és gyakorlati tapasztalatunk alapján, legalább 4-5 alkalom szükséges a megfelelő izomműködés elsajátításához, azonban ez egyéni esettől függően változhat. Hasonló adatokról számolnak be Yoshida és mtsai tanulmányukban, ahol a szülés után a nők, akik nem végeztek korábban MF tréninget, 90% (nem inkontinens

csoport) illetve 60%-ban (SI csoport) tudtak 10-ből 9 korrek MF kontrakciót végezni az ötödik terápiás alkalom során, a hatodik találkozó alkalmával pedig nem volt különbség a két csoport között (17).

Mivel a BF minden formája javasolt kiegészíteni a MFI tornát, a várandósok esetén is érdemes a mindennapi gyakorlat részeként alkalmazni azt a formáját, amely az adott fizioterápiás praxisban elérhető.

További célunk, hogy a magyar gyakorlatban széles körben elérhetőbbé váljon a várandósok egyéni fizioterápiás állapotfelmérése a MFI-ra vonatkozóan is. Szükségesnek

tartjuk a jövőben olyan kutatások elvégzését a várandósok körében, ahol a fókusz a tünetek alakulásán és a szülés kimenetelén van.

Limitációként fontos kiemelni a vizsgálatunkban részt vevő páciensek alacsony számát, és az utánkövetés hiányát. Az utánkövetés során a fő akadályt a részt vevő páciensekkel való ismételt kapcsolatfelvétel jelentette, és bár folyik az utánkövetés, ebből megfelelő számú adat egyelőre nem áll rendelkezésünkre. Mindez kihathat a kutatás eredmények megbízhatóságára, a statisztika erősségére, ennél fogva figyelembe kell vennünk az eredmények értékelése és értelmezése során.

Irodalomjegyzék:

- Sangsawang B. (2014). Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 178, 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.04.010>
- Hübner, M., Rothe, C., Plappert, C., & Baeßler, K. (2022). Aspects of Pelvic Floor Protection in Spontaneous Delivery - a Review. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 82(4), 400–409. <https://doi.org/10.1055/a-1515-2622>
- Woodley, S. J., Boyle, R., Cody, J. D., Mørkved, S., & Hay-Smith, E. J. C. (2017). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD007471. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub3>
- FitzGerald, M. P., & Graziano, S. (2007). Anatomic and functional changes of the lower urinary tract during pregnancy. *The Urologic clinics of North America*, 34(1), 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2006.10.007>
- McKinnie, V., Swift, S. E., Wang, W., Woodman, P., O'Boyle, A., Kahn, M., Valley, M., Bland, D., & Schaffer, J. (2005). The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. *American journal of obstetrics and gynecology*, 193(2), 512–518. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.03.056>
- Bø, K., & Sherburn, M. (2005). Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Physical therapy*, 85(3), 269–282.
- Youssef, A., Brunelli, E., Pilu, G., & Dietz, H. P. (2021). The maternal pelvic floor and labor outcome. *American journal of obstetrics & gynecology MFM*, 3(6S), 100452. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100452>
- Bo, K., Frawley, H. C., Haylen, B. T., Abramov, Y., Almeida, F. G., Berghmans, B., Bortolini, M., Dumoulin, C., Gomes, M., McClurg, D., Meijlink, J., Shelly, E., Trabuco, E., Walker, C., & Wells, A. (2017). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *International urogynecology journal*, 28(2), 191–213. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3123-4>
- Bo K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M. Evidencebased physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2015.
- Emberi Erőforrások Minisztériuma - Egészségügyi szakmai irányelv A stressz inkontinencia fizioterápiás kezeléséről - 2022
- Emberi Erőforrások Minisztériuma - Egészségügyi szakmai irányelv A felnőttkorban előforduló, nem neurogén eredetű vizeletinkontinenciáról - 2020
- EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Female Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) - 2021
- Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management NICE guideline - 2021
- Mottola, M. F., Davenport, M. H., Ruchat, S. M., Davies, G. A., Poitras, V. J., Gray, C. E., Jaramillo Garcia, A., Barrowman, N., Adamo, K. B., Duggan, M., Barakat, R., Chilibeck, P., Fleming, K., Forté, M., Korolnek, J., Nagpal, T., Slater, L. G., Stirling, D., & Zehr, L. (2018). 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *British journal of sports medicine*, 52(21), 1339–1346. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-100056>
- Johnson V. Y. (2001). How the principles of exercise physiology influence pelvic floor muscle training. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 28(3), 150–155. <https://doi.org/10.1067/mjw.2001.113245>
- Gunnarsson M. Pelvic Floor Dysfunction: A Vaginal Surface EMG Study in Healthy and Incontinent Women. Lund, Sweden: Department of Urology, Faculty of Medicine, Lund University; 2002.)
- Yoshida, M., Murayama, R., Hotta, K., Higuchi, Y., & Sanada, H. (2017). Differences in motor learning of pelvic floor muscle contraction between women with and without stress urinary incontinence: Evaluation by transabdominal ultrasonography. *Neurourology and urodynamics*, 36(1), 98–103. <https://doi.org/10.1002/nau.22867>

Levelezési cím:
ivanedinaie@gmail.com

Széketinkontinencia

BALOGH ZSUZSANNA, Dr. CSATÁR ÉVA | 1;

1 Procto-Med Rendelő, Budapest

ABSZTRAKT

A széketinkontinencia jelentése, a széklet ürülése fölötti kontroll elvesztése, aminek következtében akaratlan székletvesztés következhet be. A megjelenési formái széles határokon belül mozognak, a kis fokú szennyezettségtől, a nagyobb mennyiségű széklet vesztéséig. Tágabb értelemben ide sorolhatjuk a bélgázok, a szelek akaratlan távozását is. A szakirodalom szerint minden 10. embert érinti életében valamikor ez a probléma. A pontos számot nehéz meghatározni, mert az érintettek felkutatása nehézségekbe ütközik az ilyen tünetektől szenvedő személy szégyenérzete miatt. Nem egyszerűen egy egészségügyi probléma, komoly pszichés és szociális következményei vannak. Szégyen-, megalázottság-, és kiszolgáltatottság érzése jellemzi az ilyen pácienseket, kerülnek a társasági alkalmakat, izolálódnak, életminőségük és jóllét érzésük jelentősen csökken. De jó hír, hogy nagyon sok esetben kezelhető, a sikeres kezelési módoknak széles tárháza áll rendelkezésre.

Kulcsszavak: széketinkontinencia, széklet állag, szülési gátsérülés, biofeedback tréning, sphincter rekonstrukció, sacrális neuromoduláció

Fecal incontinence

ABSTRACT

Fecal incontinence means, losing control of defecation, leading to unwanted stool passing through the anus. Symptoms can appear within big ranges, from the stool seepage to losing bigger amount of feces. Many definitions of fecal incontinence exist, some of which include flatus (passing gas), while others are confined to stool. By the literature, every 10. people will be involved to this problem in their life. To determine the prevalence is difficult because patients suffering from this symptom are hiding the problem. It is not only a medical problem, but also one of the most psychologically and socially debilitating conditions. It can lead to social isolation, loss of self-esteem and self-confidence, and depression. But the good news is, it can be treatable, there are many successful methods to help.

Keywords: fecal incontinence, stool consistency, OASI, biofeedback training, sphincter reconstruction, sacral neuromodulation

A széketinkontinencia definíciója túl tág jelentést ad jelenleg. Szakemberek szerint kifejezőbb lenne a definíciót pontosítani, árnyalni a súlyosság, a megjelenési forma, a tünetek, azok klinikai relevanciája, és a páciens által jelzett életminőség romlás alapján (6). Többek között ez is az oka, hogy a kórkép előfordulási adatai széles határok között mozognak. A személyes rákérdezés módszerével nyert adatok szerint, a széklettartási zavar előfordulása 2-10%, míg az anonim vizsgálatoknál az eredmény megduplázódik, azaz 20% körül volt. Egy az USA-ban végzett telefonos felmérés eredményében a széklettartási nehézséget felvállalók csoportjában 30% volt 65 évnél idősebb és 63% volt nő. 36% normál állagú székletet sem tudta tartani, 54% híg széklet esetén volt inkontinens, 60% pedig a bélgázok rendszeres szökését jelezte (1). A kor előre haladta, és a női nem minden vizsgálatban rizikó csoportnak bizonyult (2). Ennek oka, hogy a menopauza hormonális változásai az izmok, és a kötőszövet gyengüléséhez vezetnek, valamint, hogy vizsgálat szerint az első szülés a nők 35%-ánál okoz záróizom sérülést, amelyből csak 10% ad azonnal tünetet, a fennmaradó 25% menopauza után szembesül a kellemetlen jelenséggel (5) (7). Ötvenéves kor fölött a belső anális sphincter megvastagszik ugyan, de a funkciója csökken. A széketinkontinencia kialakulásához sokféle patológiás folyamat vezethet, mint például

a széklet konzisztenciájának megváltozása, a rectum kapacitásának abnormalitása, az anorectális érzékelés változása, valamint a releváns izmok dysfunkciója. A széklet állaga, a krónikus hasmenés vagy székrekedés jelentős tényező az állapot kialakulásában. A széklet állagát a Bristol skála szerint osztályozzuk (1. ábra)



1. ábra | Bristol széklet skála

Az évtizedekig fennálló székrekedés miatti rendszeres erőlködés is rongálja az izom-ideg komplexum működését. A krónikus gyulladásos-, illetve fekélyes bélbetegségek, valamint a különféle étel intoleranciák is laza, akár hasmenéses székletet eredményezhetnek, ami székletinkontinenciához vezethet. Az elhanyagolt, vagy a hosszú ideig kint lévő aranyerek a záróizmok funkciójának romlását okozva vezethetnek széklet-inkontinenciához. Ezen kívül az ilyen jellegű tartási nehézség a hosszú ideje fennálló diabetes mellitus, sclerosis multiplex és a demencia következménye is lehet (2).

A széklettartási nehézség leggyakrabban a medencefenék záróizmok, azaz gátizmok funkciójának renyeségéből, gyengeségéből adódik. Ennek eredete lehet sérülés, leggyakrabban szülés kapcsán, illetve anorectális műtétek következményeként, pl. aranyér, sipoly, tályog és daganat sebészet eseteinél. Durva analis sex során is létrejöhet sérülés. Rectalis, illetve más kismedencei tumor sugárterápiája is károsíthatja az izom szerkezetét, a hegesedés csökkenti a kontraktilis izomszövet állományt. A székletinkontinencia származhat beidegzési zavarból, centrális/perifériás ideg károsodás miatt, gondoljunk csak az olyan betegségekre, mint a gerincvelő sérülés, spina bifida, különböző eredetű neuropátiák, vagy a sclerosis multiplex (2). Lehet a székletinkontinencia funkcionális, amikor anatómiai ok nem detektálható, de székletvesztés előfordul, aminek hátterében a gátizmok tudatos működtetésének hiánya áll. Megkülönböztetünk passzív formát, amikor a páciens nem érzi a székletvesztést, illetve aktív formát, amely esetében a székelési inger létrejötté után a páciens már nem tud eljutni a vécéig (2).

A székletinkontinencia diagnózisa a beteg kikérdezésével és releváns tesztek elvégzésével felállítható, mi minden esetben a saját fordítású, nem validált Wexner score-t, rectum resection áttesett beteg esetében a LARS Score-t (Low Anterior Resection Syndrome) használjuk, de léteznek még más, magyar nyelvre nem fordított, és nem validált tesztek is (SMIQ, FICQ, FIS, FISS) (2) (2. ábra és 3. ábra)

	Soha (0)	Kevesebb, mint havonta 1 x (1)	Hetente havonta 1 x (2)	Pár naponta havonta (3)	Naponta (4)
Hányszor ürül tudta nélkül kemény széklet?					
Hányszor ürül tudta nélkül híg széklet?					
Hányszor ürül gáz a tudta, irányítása nélkül?					
Hord betétet vagy pelenkát?					
Az állapot mennyiben befolyásolja az életmódját?					
Összesített pontszám: (0-20)					

2. ábra | Wexner score

LARS SCORE (Széklet ürítés kérdőív)

Előfordul önkel bármikor, hogy bélgáz távozását nem tudja kontrollálni?

- ☐ Nem, soha 0
☐ Igen, ritkábban, mint hetente egyszer 4
☐ Igen, hetente legalább egyszer 7

Előfordul önkel bármikor, híg széklet véletlenszerű szivárgása?

- ☐ Nem, soha 0
☐ Igen, ritkábban, mint hetente egyszer 3
☐ Igen, hetente legalább egyszer 3

Milyen gyakran ürít székletet?

- ☐ Több mint 7-szer naponta (24 órán belül) 4
☐ 4-7-szer naponta 2
☐ 1-3-szor naponta 0
☐ Egynél kevesebbszer naponta 5

Kell székletet ürítenie az előző ürítést követően egy órán belül?

- ☐ Nem, soha 0
☐ Igen, ritkábban, mint hetente egyszer 9
☐ Igen, hetente legalább egyszer 11

Szokott olyan erős székelési ingere lenni, hogy rohanni kell a WC-re?

- ☐ Nem, soha 0
☐ Igen, ritkábban, mint hetente egyszer 11
☐ Igen, hetente legalább egyszer 16

Összesített pontszám:

Értékelés:

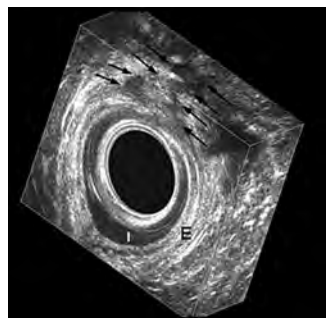
- 0-20 Nincs LARS
 21-29 Gyenge LARS
 30-42 Súlyos LARS

3. ábra | LARS score

Az ok felderítéséhez minden esetben szakorvosi vizsgálatra van szükség. A proktológus-sebész digitális (ujjal végzett), és eszközös vizsgálatokat végezhet, végbéltükrözést, perineális vagy anorectális ultrahangot körbe forgó fejes készülékkel, defecographiát, manometriát, kériheli colonoscopia elvégeztesítését (6). A proctológiában alkalmazott legmodernebb 3D ultrahang készülékekkel nagy részletességgel vizsgálhatók a sphincterek, és a puborectális izom, diagnosztizálható az elvékonyodás, folytonossági hiány, hegesedés stb. (5) (7) (4. ábra és 5. ábra).



4. ábra | Ultrahang kép 1



5. ábra | Ultrahang kép 2

A szülési gátsérülések súlyosságát a Sultán féle osztályozás mutatja. (4) (6. ábra).

Anális sphincter sérülés osztályozása

Sultan AH, Clinical Risc 1999;5:193-6
RCOG Green Top Guidelines 2001; ICI 2002

1. Stádium = hüvelyi epithelium sérülés
2. Stádium = perineális izom sérülés
3. Stádium = anális sphincter sérülés
 - 3a = a külső anális sphincter <50%-ban szakadt
 - 3b = a külső anális sphincter >50%-ban szakadt
 - 3c = a belső anális sphincter is szakadt
4. Stádium = az anorectális nyálkahártya is sérült

6. ábra | Sultan féle OASI osztályozás

A defecographia során fluoreszkáló kontrasztanyagot töltenek a végbélbe, és annak megtartása, illetve kiürítése közben vizsgálják fluorescope segítségével a folyamatban résztvevő anatómiai elemek működését. Diagnosztizálható vele az anális csatorna rendellenessége, az izmok funkciója, prolapsusok, entero-, és rectocele, nyálkahártya meg-, illetve egymásba csúszása. Neurológus szakorvos az idegrendszeri eredetet tisztázhatja gerinc MRI, ENG vizsgálatokkal kiegészítve, ritkán a nervus pudendus latencia mérését is indikálhatja.

Konzervatív terápiás lehetőségek:

A konzervatív kezelés első lépéseként fontos a betegoktatás, a széklet normalizálása érdekében. Székrekedés esetén a megfelelő folyadék, és rost bevitel, az étrend átbeszélése, a mozgás hangsúlyozása, szükség esetén étrend kiegészítők javaslata, mint például az útifűmaghéj, Hunyadi víz, fermentált zöldségcsepp stb. Túl laza széklet esetén szintén az étrendi javaslat az elsődleges. Számos gyógyszer is rendelkezésre áll erre a célra, széklet lazítás, illetve széklet ürítés segítésére laxatívumok, a krónikus hasmenéses állapotok kezelésére pedig a loperamid hidroklorid hatóanyagú Lopedium/ Imodium kapszula. Ez utóbbi hatóanyag csökkenti a székelési epizódok számát, lassítja a bél perisztaltikáját, így növelve a tranzitidőt, növeli a záróizom tónusát, csökkenti a rectális érzékelést, a sürgető érzést.

A székletinkontinencia konzervatív kezelési lehetőségei közül a gátizom tréning az, ami leggyakrabban gyógytornász- fizioterapeuta feladata. A biofeedback módszerrel végzett tréning egy eszközös kondicionált tanulás. Intra-anális, vagy intravaginális EMG vagy nyomásmérő segítségével mérjük az izom funkciót, illetve tanítjuk a gátizom gyakorlatok helyes kivitelezését. A páciens a képernyőn vagy a nyomásmérőn láthatja az izomműködés értékeit, ami elősegíti, megerősíti a jól koordinált, és jól izolált tudatos izomműködtetés képességét, valamint nagyon motiválja a pácienszt a jobb eredmény elérésében. A vizsgálat során először a nyugalmi paramétert mérjük, egy nyugalmi alaptónust, amelyért 80% -ban a belső záróizom,

20%-ban a külső sphincter, és az érpárnácskák felelnek. Ezek alul- vagy túlműködése eltérő terápiás irányt indít. Ezután különböző sebességgel, eltérő erővel, más-más szinteken és ideig való megtartással izomkontrakciós feladatokat tanítunk, rendelőkben követve egy Nyugat-Európában elterjedt protokoll 5 F metódusát (find, feel, force, follow through, functional training). Vagyis, hogy a páciens találja meg a megfelelő izmokat a testében, aktiválja az ideg-izom útvonalat; hogy érzetek keletkezzenek, és tudatosuljanak a megfelelő izomműködés során; majd következzen az erő-, és állóképesség fejlesztés; mindez egy szoros követés mentén felépített kezelési menet folyamán; majd mindennapi helyzetekben, illetve más mozgások során is képes legyen kivitelezni az izomkontrakciót. EMG-vel végzett biofeedback vizsgálat során a nyugalmi érték variabilitása a gátat beidegző idegpályák szerepét is mutatja hipertóniás izomzat esetén. A biofeedback tréningnek létezik egy ballon katéterrel végzett változata is, amely során a ballon felfújásával generált nyomásnövekedés érzetével szinkronizált izomkontrakciót tanítanak, vagy más esetekben nyomás/térfogat csökkentő kondicionálással az érzékelés javítható. A székletinkontinencia kezelésére a biofeedback tréning A szintű evidencia. Szükség esetén ez az aktív tréning kiegészíthető a gátizmok elektrostimulációjával (B evidencia), de csak az érzékelés előzetes vizsgálata után. Erre a célra komplett, a tüneteknek megfelelő impulzuscsomagokkal kezelő készülékek közül választhatunk. Míg a medencefenék izomrendszer aktív tréningje során elsődleges célunk ezen izomcsoport más izmoktól való tökéletes izolációja a gyakorlatok végzése során, meg kell említeni azokat a kutatási eredményeket, amelyek a gátizmok és a gluteális izmok ereje között korrelációt mutattak ki. Ez alapján a farizmok célzott erősítése is a program része lehet. A rendszeresen végzett szabályos guggolások a farizmok erősödése által normalizálják a medence dőlésszögét, ezáltal az urogenitális diaphragma pozícióját, és annak funkcióját is javítva (13). A gerinc görbületének megváltozása egy hibás légzési mintát eredményez, e miatt nő az intraabdominális nyomás, amely rontja a gátizmok funkcióját (2). Az integrált elmélet szerint, a gátgyakorlatok, a mély törzsfűző synergizmusának felélesztése, és a szabályos guggolások együttes végzése egy komplex funkcionális tréningként, az izmokon kívül erősíti a medenceszalagokat, a pubourethralis, és utherosacralis szalagokat, valamint a kismedencei diaphragmát (13). Ezzel kapcsolatban hangsúlyozni kell, hogy csak néhány, ausztrál munkacsoportok által végzett vizsgálat áll rendelkezésre erről, amelyek eredményét a klinikai tünetek javulása alapján véleményezzük. Randomizált kontrollált kutatások még nem állnak rendelkezésre.

Sebészeti lehetőségek:

A gátizmok, ezen belül az anális sphincterek nagyfokú

sérülése esetén sphincter rekonstrukciós műtetre lehet szükség. Ma már átmeneti tehermentesítő colostoma (vastagbél kivezetés) nélkül is elvégezhető a műtét, melynek overlap (átlapolós) változata 70-80% eredményt hoz átlagosan. Hazánkban csak 2-3 orvos végez ilyen műtétet. Súlyosabb EAS (External Anal Sphincter) vagy IAS (Internal Anal Sphincter) sérülésnél gracilis vagy gluteus izomból vett izomrostokkal is történhet pótlás. Itthon ez nagyon ritka változat, szakirodalom szerint ennek eredménye 66%. Az műtét eredményességét a kontinencia score csökkenése, a nyugalmi nyomás normalizálódása, és az akaratlagos szorító erő növekedése jelzi. Voltak, vannak próbálkozások mesterséges sphincter beültetésével, de ezek kis számban hoztak jó eredményt és sok volt a komplikáció (fertőzés, krónikus fájdalom), és végül 50%-ban eltávolításra kerültek (3). A szülési puborectális izom sebészi úton való rekonstrukcióját sajnos Magyarországon még egy szakember sem vállalta fel.

Viszonylag új műtéti megoldás a sacrális ideg stimuláció/moduláció (Sacral Neuromodulation), mely során minimál invazív beavatkozással elektródákat helyeznek az S2-S3 ideggökök kilépéséhez, melyeken keresztül a bőr alá ültetett elektrostimulátor ingerli az ideget, így normalizálhatja a nyugalmi nyomást, növelheti a szorító erőt, és hatásos lehet a colon motilitására (7. ábra).



7. ábra | Sacrális neuro-moduláció

Ezt a módszert alkalmazhatják, ha a konser-

Irodalomjegyzék:

- Nelson, R., Norton, N., Cautley, E., & Furner, S. (1995). Community-based prevalence of anal incontinence. *Jama*, 274(7), 559-561.
- Mazur-Bialy, A. I., Kołomańska-Bogucka, D., Oplawski, M., & Tim, S. (2020). Physiotherapy for Prevention and Treatment of Fecal Incontinence in Women-Systematic Review of Methods. *Journal of clinical medicine*, 9(10), 3255.
- Fecal Incontinence Updated: Mar 09, 2023 Author: Tanaz R Ferzandi, MD, MA; Chief Editor: Kris Strohbehn, MD, Medscape, Drugs & Diseases > Obstetrics & Gynecology
- Thubert, T., Cardaillac, C., Fritel, X., Winer, N., & Dochez, V. (2018). Definition, epidemiology and risk factors of obstetric anal sphincter injuries: CNGOF Perineal Prevention and Protection in Obstetrics [Guidelines]. *Gynecologie, obstetrique, fertilité & senologie*, 46(12), 913-921.
- Sultan, A. H., Kamm, M. A., Hudson, C. N., Thomas, J. M., & Bartram, C. I. (1993). Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *New England journal of medicine*, 329(26), 1905-1911.
- Bharucha, A. E., Fletcher, J. G., Harper, C. M., Hough, D., Daube, J. R., Stevens, C., & Zinsmeister, A. R. (2005). Relationship between symptoms and disordered continence mechanisms in women with idiopathic faecal incontinence. *Gut*, 54(4), 546-555.
- Abdool, Z., Sultan, A. H., & Thakar, R. (2012). Ultrasound imaging of the anal sphincter complex: a review. *The British journal of radiology*, 85(1015), 865-875.
- Ryn, A. K., Morren, G. L., Hallböök, O., & Sjödahl, R. (2000). Long-term results of electromyographic biofeedback training

vatív terápia nem volt eredményes, vagy minor anál-sphincter defektus esetében, vagy ha a székletinkontinencia oka neurológiai, például hiposzenzitivitás (10) (11).

Relatív új terápiás lehetőségként említhetjük Hialuronsav végbél mucosába való injekcióját, amely több mint 50 százalékos javulást hozhat.

Egyéb segédeszközök:

A betéteken és pelenkákon kívül léteznek még speciálisabb segédeszközök a székletinkontinencia kezelésében. Magyarországon is hozzáférhető egy gravitációtól független, pumpás, magas beöntő készülék, amely használatával akár a haránt vastagbélig kitisztítható a bélcsatorna, így a páciens akár 24 órára is biztonságban lehet. Valamint textil, vagy szilikon anyagból készült végbél tamponok, anális plugok is beszerezhetők.

A székletinkontinencia kezelésében tehát, a gyógytornász szerepe nagyon sokrétű. Prevenciós tevékenységként a helyes táplálkozás, a mozgás fontosságának hangsúlyozása, és a példamutatás lehet célravezető. A gyógytornász által vezetett kismamatorna, illetve szülésre felkészítő foglalkozások keretében a gátizom gyakorlatok helyes kivitelezésének megtanítása, a szülést segítő légzési technikák begyakoroltatása, valamint a szülés után előforduló esetleges tünetek felismerésének, és lehetséges terápiájának iránymutatása is a mi feladatunk. A férfi páciens kezelése is természetes kell legyen. A helyes gátizom tréning megtanítása mindenképpen biofeedback módszerrel egyértelműen gyógytornász kompetencia. A műtéti lehetőségek és egyéb terápiák, valamint segédeszközök ismerete, és adott esetben való ajánlása is része a komplex kezelésnek.

- for fecal incontinence. *Diseases of the colon & rectum*, 43, 1262-1266.18.10.028
- Madoff, R. D., Rosen, H. R., Baeten, C. G., LaFontaine, L. J., Cavina, E., Devesa, M., & Pählman, L. (1999). Safety and efficacy of dynamic muscle plasty for anal incontinence: lessons from a prospective, multicenter trial. *Gastroenterology*, 116(3), 549-556.
- Carrington, E. V., Evers, J., Grossi, U., Dinning, P. G., Scott, S. M., O'Connell, P. R., & Knowles, C. H. (2014). A systematic review of sacral nerve stimulation mechanisms in the treatment of fecal incontinence and constipation. *Neurogastroenterology & Motility*, 26(9), 1222-1237.
- Wexner, S. D., Collier, J. A., Devroede, G., Hull, T., McCallum, R., Chan, M., & Mellgren, A. (2010). Sacral nerve stimulation for fecal incontinence: results of a 120-patient prospective multicenter study. *Annals of surgery*, 251(3), 441-449.
- Bonis, M., Lormand, J., & Walsh, C. (2020). Immediate Effects of Exercise and Behavioral Interventions for Pelvic Floor Dysfunction and Lumbopelvic Pain. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 44(2), 54-62.
- Skilling, P. M., & Petros, P. (2004). Synergistic non-surgical management of pelvic floor dysfunction: second report. *International Urogynecology Journal*, 15, 106-110.

Levelezési cím:

baloghzsuzsa963@gmail.com

KÉRDŐÍV 1

Hungarian Version of Australian Pelvic Floor Questionnaire, APFQ-H
 Australian Pelvic Floor
 Questionnaire kérdőív, magyar validált változat; Hock M. és mtsai 2022.

Kérem, X-szel jelölje be az Önre legjellemzőbb választ az elmúlt egy hónap tünete alapján.

Név vagy kód:

Születési idő:

Hólyag funkciók

- | | |
|--|---|
| <p>1 Egy nap hányszor üríti vizeletét?</p> <p>0 7 vagy kevesebb alkalommal</p> <p>1 8-10 alkalommal</p> <p>2 11-15 alkalommal</p> <p>3 több mint 15 alkalommal</p> | <p>7 Előfordul Önnel, hogy a vizeletsugara gyenge, lassú vagy a vizelet ürítése túl hosszú ideig tart?</p> <p>0 soha</p> <p>1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal</p> <p>2 gyakran – heti egynél több alkalommal</p> <p>3 minden nap</p> |
| <p>2 Éjszaka hány alkalommal szükséges felkelnie vizeletét üríteni?</p> <p>0 0 - 1</p> <p>1 2 alkalommal</p> <p>2 3 alkalommal</p> <p>3 több mint 3 alkalommal</p> | <p>8 Előfordul Önnél, hogy úgy érzi nem tudja teljes mértékben üríteni húgyhólyagját?</p> <p>0 soha</p> <p>1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal</p> <p>2 gyakran – heti egynél több alkalommal</p> <p>3 minden nap</p> |
| <p>3 Előfordult már Önnél akaratlan vizeletvesztés éjszaka?</p> <p>0 soha</p> <p>1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal</p> <p>2 gyakran – heti 1 vagy több alkalommal</p> <p>3 mindig – minden éjjel</p> | <p>9 Előfordul Önnel, hogy erőlködni kell, hogy húgyhólyagját üríteni tudja?</p> <p>0 soha</p> <p>1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal</p> <p>2 gyakran – heti egynél több alkalommal</p> <p>3 minden nap</p> |
| <p>4 Előfordult már Önnel, hogy azonnal rohannia / sietnie kellett a mellékhelyiségbe vizelési inger jelentkezésekor?</p> <p>0 soha – tudom tartani</p> <p>1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal</p> <p>2 gyakran – heti egynél több alkalommal</p> <p>3 minden nap</p> | <p>10 Használ Ön betétet vagy tisztasági betétet vizelet elcseppenés miatt?</p> <p>0 soha</p> <p>1 csak elővigyázatosságból</p> <p>2 csak fizikai aktivitás során vagy megfázás esetén</p> <p>3 minden nap</p> |
| <p>5 Előfordul, hogy elcseppen a vizelete, amikor a mellékhelyiségbe siet?</p> <p>0 soha</p> <p>1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal</p> <p>2 gyakran – heti egynél több alkalommal</p> <p>3 minden nap</p> | <p>11 Előfordul Önnel, hogy kevesebb folyadékot fogyaszt, csak hogy elkerülje a vizelet elcseppenését?</p> <p>0 soha</p> <p>1 csak ha valahova menni kell, vagy társasági esemény előtt</p> <p>2 időnként</p> <p>3 minden nap</p> |
| <p>6 Előfordul Önnel, hogy elcseppen a vizelete köhögés, tüsszentés, nevetés vagy fizikai aktivitás során?</p> <p>0 soha</p> <p>1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal</p> <p>2 gyakran – heti egynél több alkalommal</p> <p>3 minden nap</p> | <p>12 Gyakran van Önnel húgyúti fertőzése?</p> <p>0 nem</p> <p>1 évente 1-3 alkalommal</p> <p>2 évente 4-12 alkalommal</p> <p>3 havonta több alkalommal</p> |

13 Előfordul, hogy vizeletürítés közben fájdalmat érez a húgycsőében, vagy húgyhólyagjában?

- 0 soha
- 1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal
- 2 gyakran – heti egyénél több alkalommal
- 3 naponta

14 Befolyásolja Önt a vizelet elcseppenés a napi rutin tevékenységekben (pl.: szabadidő, társasági élet, alvás, bevásárlás stb.)?

- 0 egyáltalán nem
- 1 kissé
- 2 közepesen
- 3 nagyon

15 Mennyire zavarja Önt a hólyag problémája?

- 0 egyáltalán nem
- 1 kissé
- 2 közepesen
- 3 nagyon

Egyéb tünetek (pl.: ülés/járás problémák, egyéb fájdalom, hüvelyi vérzés stb.)?

Kérdések 1-15 eredménye /45 =

Bél/széketürítési funkciók

16 Milyen gyakran üríti székletét általában?

- 0 naponta vagy két naponta
- 1 három naponta vagy ritkábban
- 2 heti egyszer vagy ritkábban
- 0 naponta többször

17 Milyen állagú a széklete általában?

- 0 puha 0 szilárd / jól formált
- 1 kemény / golyók
- 2 vizes / folyós
- 1 változó

18 Előfordul, hogy sokat kell erőlködni ahhoz, hogy székletét üríteni tudja?

- 0 soha
- 1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal
- 2 gyakran – heti egyénél több alkalommal
- 3 Naponta

19 Előfordul, hogy hashajtót kell használnia, ahhoz, hogy székletét üríteni tudja?

- 0 soha
- 1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal
- 2 gyakran – heti egyénél több alkalommal
- 3 naponta

20 Előfordul, hogy székrekedése van?

- 0 soha
- 1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal
- 2 gyakran – heti egyénél több alkalommal
- 3 naponta

21 Előfordult már Önnel, hogy nem tudta kontrollálni/visszatartani szellentését?

- 0 soha
- 1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal
- 2 gyakran – heti egyénél több alkalommal
- 3 naponta

22 Előfordul Önnel, hogy elsöprő/kibíráhatatlan sürgető inger érez a székletürítésre?

- 0 soha
- 1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal
- 2 gyakran – heti egyénél több alkalommal
- 3 naponta

23 Előfordul Önnel, hogy akaratán kívül üríti székletét, ha az folyós állagú?

- 0 soha
- 1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal
- 2 gyakran – heti egyénél több alkalommal
- 3 naponta

24 Előfordul Önnel, hogy akaratán kívül üríti székletét, ha az normál állagú?

- 0 soha
- 1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal
- 2 gyakran – heti egyénél több alkalommal
- 3 naponta

25 Előfordul, hogy úgy érzi, nem tudja teljes mértékben üríteni székletét?

- 0 soha
- 1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal
- 2 gyakran – heti egyénél több alkalommal
- 3 naponta

26 Előfordul, hogy ujjával nyomást kell gyakorolnia végbére, ahhoz, hogy székletét üríteni tudja?

- 0 soha
- 1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal
- 2 gyakran – heti egyénél több alkalommal
- 3 naponta

27 Mennyire zavarják Önt székletürítéssel kapcsolatos problémái?

- 0 egyáltalán nem
- 1 kissé
- 2 közepesen
- 3 nagyon

Egyéb tünetek (pl.: fájdalom, nyákos folyás, végbél süllyedés stb.)?

Kérdések 16-27 eredménye /34 =

Hüvelyfali süllyedéses tünetek

28 Érez előesést/kiboltosulást vagy dudort a hüvelyében?

- 0 soha
- 1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal
- 2 gyakran – heti egyénél több alkalommal
- 3 naponta

- 29 Tapasztal nyomó, húzó vagy nehézség érzést a hüvelyében?
 0 soha
 1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal
 2 gyakran – heti egynél több alkalommal
 3 naponta
- 30 Előfordul Önnel, hogy vissza kell nyomnia ujjával a hüvelyfali előbóltosulást, ahhoz, hogy vizeletét üríteni tudja?
 0 soha
 1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal
 2 gyakran – heti egynél több alkalommal
 3 naponta
- 31 Előfordul Önnel, hogy vissza kell nyomnia ujjával a hüvelyfali előbóltosulást, ahhoz, hogy székletét üríteni tudja?
 0 soha
 1 időnként – kevesebb mint heti 1 alkalommal
 2 gyakran – heti egynél több alkalommal
 3 naponta
- 32 Mennyire zavarja Önt a hüvelyfali süllyedése/előesése?
 0 egyáltalán nem 0 nincs süllyedésem
 1 kissé
 2 közepesen
 3 nagyon

Egyéb tünetek (pl.: ülés/járás problémák, egyéb fájdalom, hüvelyi vérzés stb.)?

Kérdések 28-32 eredménye /15 =

Szexuális funkciók

- 33 Aktív Ön szexuálisan? (Nem pontozzuk válaszát)
 nem
 kevesebb mint heti 1 alkalommal
 heti egynél több alkalommal
 naponta / a legtöbb napon
- Amennyiben Ön szexuálisan nem aktív, kérem, csak a 34-es és 42-es kérdésekre válaszoljon.
- 34 Amennyiben Ön szexuálisan nem aktív, kérem mondja el miért. (Nem pontozzuk válaszát)
 nincs partnerem
 a partnerem nem képes szexuális aktivitásra
 18 hüvelyi szárazság miatt
 18 túl fájdalmas
 18 hüvelyfali süllyedés / inkontinencia miatti szégyen egyéb okok miatt
- 35 Megfelelő Önnél a hüvely természetes síkossága / nedvessége szexuális aktus alatt?
 0 igen
 1 nem
- 36 Szexuális aktus során a hüvelyben tapasztalt érzés:
 0 normál / kellemes
 1 minimális érzés

- 1 fájdalmas
 3 nincs semmilyen érzés

- 37 Előfordul, hogy úgy érzi, hogy a hüvelye túl tág, vagy laza?
 0 soha
 1 néha
 2 gyakran
 3 mindig
- 38 Előfordul, hogy úgy érzi, hogy a hüvelye túl szűk?
 0 soha
 1 néha
 2 gyakran
 3 mindig
- 39 Előfordul Önnel, hogy fájdalmat tapasztal szexuális aktus során?
 0 soha
 1 néha
 2 gyakran
 3 mindig
- 40 Hol tapasztal fájdalmat szexuális aktus során?
 0 nincs fájdalom
 1 a hüvely bemeneténél
 1 mélyen / a medencében
 2 a hüvely bemeneténél és a medencében is
- 41 Előfordul Önnél akaratlan vizeletvesztés szexuális aktus során?
 0 soha
 1 néha
 2 gyakran
 3 mindig
- 42 Mennyire zavarják Önt ezek a szexuális problémák?
 0 egyáltalán nem 0 nincs problémám
 1 kissé
 2 közepesen
 3 nagyon

Egyéb tünetek (pl.: közösüléskor szellentés vagy székletinkontinencia, vaginizmus, stb.)?

Kérdések 33-41 eredménye /21 =

Kitöltés dátuma:

KÉRDŐÍV 2

Female Sexual Function Index kérdőív, magyar validált változat;
Hock M. és mtsai 2019.

K1 Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érzett szexuális vágyat, vagy érdeklődést?

- ☐ Majdnem mindig, vagy mindig
- ☐ Gyakran (az adott időszak több mint felében)
- ☐ Néha (körülbelül az adott időszak felében)
- ☐ Ritkán (az adott időszak kevesebb, mint felében)
- ☐ Majdnem soha, vagy soha

K2 Az elmúlt 4 hétben hogyan értékelné a szexuális vágyának, vagy érdeklődésének a szintjét?

- ☐ Nagyon magas
- ☐ Magas
- ☐ Közepes
- ☐ Alacsony
- ☐ Nagyon alacsony, vagy semmilyen

K3 Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érzett szexuális izgalmat nemi aktus, vagy egyéb szexuális tevékenység közben?

- ☐ Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ Majdnem mindig, vagy mindig
- ☐ Gyakran (az adott időszak több mint felében)
- ☐ Néha (körülbelül az adott időszak felében)
- ☐ Majdnem soha, vagy soha

K4 Az elmúlt 4 hétben milyennek értékelné szexuális izgalmát nemi aktus, vagy egyéb szexuális tevékenység közben?

- ☐ Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ Nagyon magas
- ☐ Magas
- ☐ Mérsékelt
- ☐ Alacsony
- ☐ Nagyon alacsony, vagy semmilyen

K5 Az elmúlt 4 hétben mennyire volt biztos abban, hogy a nemi aktus, vagy egyéb szexuális aktivitás közben szexuális izgalmat fog érezni?

- ☐ Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ Nagyon biztos voltam benne
- ☐ Biztos voltam benne
- ☐ Mérsékeltlen biztos voltam benne
- ☐ Alig voltam biztos benne
- ☐ Egyáltalán nem voltam biztos benne, nem hittem benne

K6 Az elmúlt 4 hétben milyen volt elégedett szexuális izgalmának szintjével nemi aktus, vagy egyéb szexuális aktivitás során?

- ☐ Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ Majdnem mindig, vagy mindig
- ☐ Az esetek többségében (az esetek több mint felében)
- ☐ Néha (körülbelül az esetek felében)
- ☐ Ritkán (az esetek kevesebb, mint felében)
- ☐ Majdnem soha, vagy soha

K7 Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran vált síkossá („nedvessé”) nemi aktus, vagy egyéb szexuális aktivitás során?

- ☐ Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ Majdnem mindig, vagy mindig
- ☐ Az esetek többségében (az esetek több mint felében)
- ☐ Néha (körülbelül az esetek felében)
- ☐ Ritkán (az esetek kevesebb, mint felében)
- ☐ Majdnem soha, vagy soha

K8 Az elmúlt 4 hétben volt nehéz síkossá („nedvessé”) válnia?

- ☐ Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ Rendkívül nehezemre esett, vagy nem sikerült
- ☐ Nagyon nehezemre esett
- ☐ Nehezemre esett
- ☐ Kissé esett nehezemre
- ☐ Nem esett nehezemre

K9 Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran sikerült megmaradnia síkosnak („nedvesnek”) nemi aktus, vagy egyéb szexuális aktivitás végéig?

- ☐ Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ Majdnem mindig, vagy mindig
- ☐ Az esetek többségében (az esetek több mint felében)
- ☐ Néha (körülbelül az esetek felében)
- ☐ Ritkán (az esetek kevesebb, mint felében)
- ☐ Majdnem soha, vagy soha

K10 Az elmúlt 4 hétben mennyire esett nehezebb a síkosság („nedvesség”) fenntartása a nemi aktus vagy az egyéb szexuális aktivitás végéig?

- ☐ Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ Rendkívül nehezemre esett, vagy nem sikerült
- ☐ Nagyon nehezemre esett

- ☐ Nehezemre esett
- ☐ Kissé esett nehezemre
- ☐ Nem esett nehezemre

K11 Az elmúlt 4 hétben nemi aktus, vagy egyéb szexuális ingerlés során milyen gyakran volt orgazmusa?

- ☐ Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ Majdnem mindig, vagy mindig
- ☐ Az esetek többségében (az esetek több mint felében)
- ☐ Néha (körülbelül az esetek felében)
- ☐ Ritkán (az esetek kevesebb, mint felében)
- ☐ Majdnem soha, vagy soha

K12 Az elmúlt 4 hétben nemi aktus, vagy egyéb szexuális ingerlés során mennyire volt nehéz az orgazmus elérése?

- ☐ Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ Rendkívül nehezemre esett, vagy nem sikerült
- ☐ Nagyon nehezemre esett
- ☐ Nehezemre esett
- ☐ Kissé esett nehezemre
- ☐ Nem esett nehezemre

K13-16 Az alábbiakban felsorolt minden állításra jelölje meg mennyire volt megelégedve

- ☐ Nem volt szexuálisan aktív

13. Az orgazmust elérő képességével nemi aktus, vagy egyéb szexuális aktivitás során?

Nagyon elégedett	Inkább elégedett	Is-is	Inkább elégedetlen	Nagyon elégedetlen
☐	☐	☐	☐	☐

14. A párja és Ön közötti érzelmi közelséggel szexuális együttlétük során?

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

15. Szexuális kapcsolatával partnerével?

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

16. Nemi életével általában?

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

K17 Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran volt kellemetlen illetve fájdalmas a hüvelyi behatolás?

- ☐ Nem próbált meg közösülni
- ☐ Majdnem mindig, vagy mindig
- ☐ Az esetek többségében (az esetek több mint felében)
- ☐ Néha (körülbelül az esetek felében)
- ☐ Ritkán (az esetek kevesebb, mint felében)
- ☐ Majdnem soha, vagy soha

K18 Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érzett kellemetlenséget, vagy fájdalmat hüvelyi behatolást követően?

- ☐ Nem próbált meg közösülni
- ☐ Majdnem mindig, vagy mindig
- ☐ Az esetek többségében (az esetek több mint felében)
- ☐ Néha (körülbelül az esetek felében)
- ☐ Ritkán (az esetek kevesebb, mint felében)
- ☐ Majdnem soha, vagy soha

K19 Az elmúlt 4 hétben hogyan értékelné a kellemetlenség, vagy a fájdalom szintjét hüvelyi behatolás közben, vagy ezt követően?

- ☐ Nem próbált meg közösülni
- ☐ Nagyon magas
- ☐ Magas
- ☐ Közepes
- ☐ Alacsony
- ☐ Nagyon alacsony, vagy egyáltalán nincs

NÉV/JELSZÓ/MÁS AZONOSÍTÓ:

Szex receptre

RIGÓNÉ TAVASZI PIROSKÁVAL BAJKAY ÁGNES BESZÉLGETETT



Talán kicsit bulvárba illő a cím, a beszélgetés témája azonban annál komolyabb, őszintébb, intimebb. Riportalanyom kismencede területére szakosodott gyógytornász, manuálterapeuta, és olyan témákról, egészségi problémákról mesélt teljesen fesztelenül, amiktől többnyire elpirulni szokás. De éppen ezzel a hozzáállásával, na meg óriási tapasztalatával – csak medencefenék témakörben több ezer beteget kezelt már – tudja elnyerni a hozzáfutók bizalmát. Ő maga is elszenvedett egy nagy traumát, szomorú, nem igazságos a sorstól, amiket meg kellett tapasztalnia a saját bőrén. Viszont talán vigaszul szolgál számára, hogy annál nagyobb szerencse ez azoknak a betegeknek, akiken már segített, és akiken még segíteni fog, hiszen máskülönben nem vezetett volna sem ehhez a pályához, sem ehhez a specializációhoz az útja. A riport nem csupán Rigóné Tavasz Piroskát mutatja be, hanem rendkívül hasznos információt is nyújt kismencede témában. Megtudhatjuk például, mi köze van a kutyának a gátizomtornához.

Nem csak gyógytornász vagy, hanem korábban megszerezted a dietetikus és mentálhigiénés szakember diplomát is. Miért vonzott ennyire az egészségügy? Családi példát követtél?

A környezetemben senki nem dolgozott az egészségügyben. A szüleim vidéki emberek, gazdálkodással foglalkoztak. Édesapám a mezőgazdaságban dolgozott, édesanyám pedig háztartásbeliként a ház és a kert körüli teendőket végezte, illetve ránk ügyelt. Gyerekként nekünk ez nagyon jó volt, mert meleg ebéddel várt minket, és mindent rendben tartott körülöttünk. Az viszont hatással lehetett rám, hogy mindkettő testvérem egészségi problémával született, és ez – a kezelések, a műtétek – végigkísérte a gyerekkorunkat. Jó volt megtapasztalni, hogy akár egy kis vidéki faluból, kapcsolatrendszer nélkül, milyen gyógyulást lehetett elérni, mennyire profi segítséget kaptunk. Mindkettő sikersztori, és ezek automatikusan vittek az egészségügy felé. Azt viszont őszintén bevallom, erős belső motivációm ekkor még nem volt arra nézve, hogy kiváló szakember legyek. Édesanya szerettem volna lenni, sok-sok gyereket szülni, és mellé egy olyan szakmát tanulni, ami egyrészt érdekel, de ennél fontosabb szempont volt, hogy nagycsalád mellett is tudjam végezni. Így döntöttem a dietetika mellett. Aztán az első szülésnél borult az egész terv. Olyan szinten sérültem, ami lehetetlenné tette, hogy sok gyereket vállaljak. Nem tudtam, mi történt velem, nem kaptam információt, csak azt éreztem, hogy vacakul vagyok, és ez egy traumatikus szülés, illetve szülészeti esemény volt, sok beavatkozással, sietetéssel. Anyyira megviselt, hogy úgy éreztem, lehet, soha többet

nem is fogok szülni. Viszont olyan erős hivatásérzésként munkálkodott bennem az anyaság, hogy a problémáim el- lenére természetes úton világra hoztam még két gyerme- ket. Mindkettő szép szülésélmény volt, megtapasztaltam, hogy tökéletesen működik a testem, tudok szülni beavat- kozások, orvosi „segítség” nélkül is.

Ha nem lettek volna ilyen problémáid, valószínűleg vállaltál volna még több gyereket és másképp alakult volna az életed, a karriered is?

Valószínűleg akkor dietetikus lennék, és még több gyer- mekem is született volna. Szerintem 5-6 gyerekig meg sem álltam volna. Valahogy a gyermek utáni vágy ben- nem jóval erősebb, mint általában a nőkben. Viszont így alakult, és mivel annak idején az orvos nem tulajdonított nagy jelentőséget a problémáimnak, én is próbáltam to- váblépni. Kerestem, hogyan tudnék segíteni magamon, ha már más nem segít rajtam, és először lelki irányba in- dultam el. Ekkor végeztem el a mentálhigiénés képzést. Ez a képzés sokat segített nekem abban is, hogy felálljak, hiszen úgy éreztem összeomlott az életem azáltal, hogy a nagy álmomat, a nagycsaládot nem tudom beteljesíteni. De fizikailag továbbra sem voltam jól, éreztem, ennyivel nem tudom megoldani a problémámat.

Már háromgyerekes anya voltam, amikor elkezdtem a gyógytornász szakot. Hiába voltak sikereim dietetikus- ként olyannyira, hogy még egy egyéves amerikai ösztön- díjat is felajánlottak, nem akartam visszamenni, mert nem tudtam magam elképzelni egy olyan munkakörben, amit nagyrészt íróasztal mellett ülve kell végezni. A fizi- kai aktivitás mindig is fontos volt számomra, és vonzott,

hogy gyógytornászként ez része lehet az életemnek, ráadásul talán magamon is segíthetek, jobban rálátok majd arra, mi is a problémám, és mit tehetnék, hogy fenntartsam a fizikai aktivitásomat. Ugrálni, futni ugyanis ekkor már nem tudtam, de valamit mégiscsak szerettem volna mozogni, ami nem árt. A három gyerek mellett óriási csáládi összefogásra volt szükség, hogy elvégezhessem a főiskolát. Rengeteget segített a férjem, az anyukám és az anyósom. A gyógytornász pályába pedig első pillanattól kezdve beleszerettem, és hiába, hogy majdnem belehaltam az anatómiába, meg az élettanba, de annyira érdekelt, hogy úgy éreztem, semmi akadály nem lehet annak, hogy tanuljak, bármilyen fáradt is vagyok a gyerekek mellett. Dr. Tarsoly Emil tanította az anatómiát, aki hihetetlenül jó tanár volt, a szakmai útjából adódóan számtalan gyakorlati példával színesítette a száraz anyagot. Szigorú is volt velünk, azt vallotta, aki elsőre átmegy a vizsgán, az nem tudja eléggé az anatómiát, mert csak egyszer tanulta meg. Ebből kiindulva nagyon sok bukás volt. Én olyan szorgalmasan tanultam, hogy elsőre ötöst kaptam. Így lett egy újabb megszállottságom: amit az anyaságban nem tudtam kiélni, megtaláltam a hivatásomban.

A történetedből számomra az derül ki, hogy a saját egészségi problémáid miatt választottad kimondottan ezt a szakterületet.

Ez így nem teljesen igaz. Szerettem volna segíteni magamon, megfejtetni, mi a problémám, viszont hiába volt a tanárom Friedrichné Nagy Andrea, aki az egyik legjobb ezen a területen, a pályám elején két dolgot nem akartam: központi idegrendszeri sérült gyerekekkel és szülésznőgyógyászattal foglalkozni. Azt gondoltam, ezek a területek annyira nehezek, hogy én kevés vagyok hozzá. Ezért először traumatológián és ortopédián kezdtem el dolgozni. Aztán 47 évesen felborult a kismedencém egyensúlya, ami miatt egyre jobban és jobban beleástam magam ebbe a területbe. Először még csak magam miatt. Viszont rájöttem, hogy Andin kívül kevesen vannak, akiktől segítséget lehet kérni, miközben mennyi inkontinens, meg pelenkás páciensem volt, illetve mennyire gyakori a férfiaknál a prosztataprobléma. A kismedencében ugyanúgy történnek sérülések, és ugyanúgy szükség van kontrollált tornára például egy leszakadt medencefenék izomzat esetében, mint egy rotátorköpeny szakadásánál.

Jó pár évig csak a magam felépítésével foglalkoztam, és közben folyamatosan képeztem magam. Például elvégeztem a manuálterápia képzést, mert találkoztam olyan izomtani elváltozásokkal, amikre önmagában a medencefenék torna kevés volt. Ráadásul akkor még a gerinc is a profilom részét képezte. Majd a képzést követően úgy alakult, hogy a Róbert Károly Kórházban gyakorlatilag már csak kismedence elváltozásokkal foglalkoztam.

És gondolom, már nem is bánod, hogy erre sodort végül az élet.

Most már kihívásnak élem meg, illetve amikor beleástam magam a témába, egyértelművé vált, hogy nagyon szeretnék segíteni másoknak is. Láttam, hogy óriási az igény

a magas szintű szakmaiságra, arra, hogy objektív visszajelzéseket kapjon egy beteg, a kontrollra, a prevenciós és terápiás fizioterápiás beavatkozásokra. Nagy erőfeszítést, odafigyelést és empátiát igényel, de megéri.

Az intim téma, illetve vizsgálati helyzet valóban különösen nagy empátiát igényelhet, ezért gondolom, nagy hasznát veszed a mentálhigiénés tanulmányaidnak is.

Nincs olyan páciensem, akit ne érintene lelkiileg is a betegsége, így a mentálhigiénés ismereteimet minden esetben alkalmazom. Emellett a táplálkozástani tanulmányaim is hasznosak bizonyos esetekben. Például egy hiperaktív hólyagnál fel tudom hívni a figyelmet arra, hogy létezik olyan diéta, ami kíméli a hólyag nyálkahártyáját. Vagy székrekedéses kismamáknak is tudok tanácsokat adni. Persze valódi szaktanácsot nem én adok, én csak ráírom ezeket a figyelmet, és ha úgy ítélem meg, hogy komolyan szüksége van rá a páciensemnek, elküldöm egy dietetikus kollégához.

Úgy képezem el, hogy ilyen kezeléseknél sokkal fontosabb az állandó kontroll, hiszen iszonyú nehéz lehet ráérezni ezekre a speciális izmokra, és biztosnak lenni abban, hogy jól csinálja-e valaki a gyakorlatokat. Általában milyen gyakorisággal járnak hozzád, és mennyire tudják önállóan végezni otthon a kiadott feladatokat?

Több kategória van. Van akinek jól működik a medencefenék izomzata; ha jól ráérez, megfelelően beazonosítja, nem használ segédizmokat, nincs idegsérülése, és nincs komolyabb izomsérülése sem, gyors lehet a terápia. Az első találkozáskor felméréseket végzünk, megkapja az adekvát feladatokat, amelyekbe progresszió is bele van építve, majd ellenőrizzük 6 hét múlva, vagy 3 hónap múlva, attól függően, milyen szinten van. Más kategória, amikor egyáltalán nem mozog az izom, mert például idegsérülés történt. Ilyen esetben elektroterápiát alkalmazok, ami miatt megint nem kell olyan sokszor jönni, hiszen ezt otthon ő maga csinálja. Persze 6 hét után itt is végzek ellenőrzést. Sokszor attól is függ a gyakoriság, hogy hol lakik a páciens. Valaki másik városból, sőt akár másik országból jön, és ilyen esetekben több önállóságra van szükség a beteg részéről. Aztán van az a kategória, amikor habár van idegsérülés, de egy kicsi akaratlagos izommozgás észlelhető. Ilyen esetben a biofeedback a megfelelő kezelés, amihez viszont hetente vissza kell járni. Nagyon speciális, komoly, klinikai felhasználásra készült biofeedback gépünk van, amely több csatornás, hasra is fel tudunk tenni több szenzort.

És általában sokáig elhúzódnak a terápiák?

A komolyabb sérüléseknél minimum egy évig. Először elkezdjük a medencefenékekkel, utána megvizsgálom komplexebben a páciens mozgásrendszerét, a medencét, a hasat, a belső core izmokat. Az állapotnak megfelelő kardióedzéshez és egyéb sportokhoz is adok tanácsot. Érintjük a táplálkozást is; táplálékkiegészítőket, kötőszövet erősítőket javaslok. A lelki dolgokkal együtt tulajdonképpen egy komplex életmódprogramot építünk fel.

Akkor nagy türelem kell hozzá. Mit szólnak ehhez a férfiek? Hiszen ez rólukról is türelmet igényel, illetve sok segítséget, akár lelki támogatás formájában, akár mindennapi tevékenységeknél, például hogy ne emelgessen nehéz csomagokat egy kismencedei problémával küzdő nő. De nyilván a szexuális életüket is érintik az ilyen jellegű problémák.

Amikor eljönnek hozzám, rettentő hálások a férfiek, mert az első házi feladat, amit mindig feladok, hogy kezdjék el mielőbb a szexuális életet. Az apukák szája ilyenkor fülig ér, és innentől örömmel segítenek mindenben. Szexelni mindenkinek szabad, aki medencefenék problémával küzd, nem kell félni, hogy rosszabbodik az állapota. Tulajdonképpen a szex egy reflexes torna, amiben van összehúzás és lazítás is. Aki gyógyulni szeretne, annak nagyon erősen ajánlott a szexuális életet is komolyan venni és gyakorolni. És ez tényleg nem vicc. A férfiak számára is komoly egészségügyi haszonnal jár. Egy amerikai kutatás során kimutatták, hogy a prosztatatarák megelőzésében a rendszeres szexuális életnek jelentős szerepe van; heti öt alkalom, ami védőhatással bír. Magyarul csak hétvégén lehet pihenni. A szex egy abszolút egészségvédő faktor, és hasznos lenne, ha a szülés után az orvos elmondaná a hat hetes kontrollon, milyen fontos is ez a medencefenék és a hosszabb távú egészség szempontjából.

Hogyan tudod áttörni a gátlásokat az emberekben?

A betegségem által olyan közvetlen kapcsolatba kerültem a saját testemmel, hogy nekem semmi gondot nem okoz, ha bejön hozzám bárki hasonló panasszal. Hatalmas segítség a saját élményem, illetve az élettapasztalatom is meghatározó abban, hogy könnyen kialakul a bizalmi légkör. Egy olyan professzionális háttér is biztosított az intézetben, ahol szoros szakmai kapcsolatban állunk az orvosainkkal, valamint korszerű eszközök is segítik a munkánkat (EMG alapú biofeedback és ultrahang). Maga a fizioterápiás vizsgálat az átlag nőgyógyászati vizsgálat-hoz sem hasonlítható, mert nem kell annyira kitárulkozni: hagyományos vizsgálóágyat használva, a páciens oldalánál állva vizsgálom meg a medencefenéket. Úgyhogy valójában nem annyira zavarba ejtő, és igyekszem kíméletesen elvégezni.

Mi a helyzet a nem kísérőként, hanem vizsgálatra érkező férfiakkal?

Nekik sincs semmi gondjuk ezzel, mert amikor eljutnak hozzám, már olyan komoly a panaszuk, hogy örülnek, ha valaki végre megvizsgálja őket és megoldást kínál a problémájukra.

Ebből kiindulva azt jól sejtem, hogy a nők jobban foglalkoznak a megelőzéssel és előbb eljutnak hozzád? Talán már akkor, amikor még nincsen annyira komoly baj?

Az tény, hogy prevencióssal még sosem jött férfi. Viszont a nők körében is nagyon elenyésző, pár százalék csupán, akik megelőzés miatt, vagy felmérés céljából keresnek meg. Kimondottan szomorú, hogy nagyon kevés a kismama is. Pedig ez lenne a fő fókusz. Az ultrahanggal és a biofeedback-kel teljesen objektív módon kiszűrhető,

aki nem tud jól lazítani, és ugyanezekkel a gépekkel meg tudjuk tanítani, hogy képes legyen rá, hiszen a lazítás a kulcsa a szülésnek. Az összehúzást még valamennyire meg lehet tanítani eszközök nélkül is, de ha van lazítási probléma, ez a kettő készülék alapvető, ezért hiánypótló, amit a klinikán nyújtunk. Nagyon szépen rendbe lehet hozni az ilyen problémákat, és úgy mehetne a kismama szülni, hogy képes kontrolláltan összehúzni és lazítani a medencefenék izomzatát, és lehet jó élmény is a szülés. A kitolási szakaszban történnek az izomsérülések, amelyek megelőzhetők lehetnének, ha felkészültebbek lennének a kismamák.

Van három gyermeked: egy lány és két fiú. Könnyen kommunikálsz velük is ezekről a témákról, hogy velük ne történjen ilyen jellegű baj, hogy benne legyen a napi rutinjukban például ezeknek az izmoknak a karbantartása is?

Végigélték a műtétjeimet, a sokéves szenvedésemet, így nyíltan beszélünk az ilyen témákról. A lányom még nem szült, de természetesen, ha aktuális lesz a gyermekvállalás, mindent megteszünk majd, hogy felkészülten menjen a szülőszobára. Egyébként azt gondolom, egyszer érdemes elmenni egy szakemberhez akkor is, ha valaki még nem szült, hogy visszajelzést kapjon arról, minden jól működik-e, és ha igen, normál sport és rendszeres szexuális élet mellett már sokat tesz a medencefenék izomzatáért.

De mi számít normál sportnak? Manapság már a nők is súlyokat emelnek, CrossFit edzésekre járnak. Nem ártalmasak ezek?

Igen, ezek nagy kockázatot jelentenek. Viszont a medencefenéket is lehet fejleszteni. Ezért azt tanácsolom, ha valaki CrossFit edzésbe kezd, menjen el előtte egy szakemberhez, és mérjék fel a medencefenék izomzatát, illetve alapozza meg a belső core izmait. Nem zárom ki, hogy súlyokkal edzenek a nők, csak előtte építsék fel a terhelés mértékéhez megfelelően a belső izmokat. Vannak speciális eszközök az egészséges medencefenék erősítésére.

Jó tudni, hogy megfelelő felkészülés mellett férfiasabb sportokba is belevághat egy nő, ha az érdekli igazán. De mi a helyzet a nőies szokásokkal? Úgy tudom, azok között is akadnak olyanok, amelyek ártalmasak lehetnek a medencefenék izomzatára. Például a magassarkú viseléséről ezt olvastam.

A magassarkú esetében előre billen a medence, megváltozik a medencefenék izom hossza, ami hosszú távon diszfunkciót okozhat. Én a nőies öltözködés partján állok, így azt mondom, egy csinos ruhához nyugodtan vegyünk fel magassarkú cipőt. De ha valaki állandóan és egész nap magassarkút visel, az már sok lehet a medencefenék szempontjából, és mellel a többi ízületének sem tesz jót vele. Szóval csak okosan. Én például ha elmegyek egy kongresszusra, viszek magammal laposabb cipőt is, amit váltogatni szoktam a magassarkúval.

Nem egészséges még a túl szoros ruha, mert lenyomja a belső szerveket. Az alakformáló bugyikat sem ajánlom azoknak, akiknek medencefenék problémája van. Ellenben

egy nem extrém szoros, sztreccs anyagból készült ruha, ami nem okoz túl erős kompressziót, akár még segíthet is. Végül a tanga bugyit is tiltólistára tenném. A végbélből származó baktériumok besodródhatnak a hüvely felé és krónikus vaginitist okozhatnak.

Tagja vagy a Gyógytornász Társaság Női Egészségcsoportjának. Nagy az érdeklődés a téma iránt?

Igen, már volt több online meetingünk, ahol igazán sok résztvevő volt, legalább 70-80 gyógytornász. Mindig szívesen megyek, és örömmel hallgatok és tartok előadást ebben a témában.

Az ilyen összejövetelek azonban csak a szakmában dolgozóknak szólnak. Nem lenne szükség egy betegszervezetre is egy olyan területen, ami ennyi embert érint?

Ha több erőm és kapacitásom lenne, biztos elindítanék valami ilyesmit. Jó lenne egy betegszervezet, egy érdekérvényesítő egyesület, hogy része legyen ez a téma is a nép-egészségügyi programnak, és ne csak magánúton lehessen igénybe venni hasonló kezeléseket. De azt gondolom, ez egész embert kívánó feladat.

Viszont mégiscsak aktívan teszel azért, hogy minél több emberhez eljusson, hogy van megoldás az ilyen jellegű problémákra. Rátaláltam a cikkeidre, veled készült rádióinterjúra, van egy igen részletes információt nyújtó honlapod, sőt blogod is, ahol sikertörténetek szerepelnek. Hogyan látod? Ma már jobban informáltak az emberek, kevésbé kell nyomozniuk szakember után, hamar rád szoktak találni?

Ha valaki ilyen témában keresget, gyorsan rám akad az interneten. Emellett nagyon sok orvos is küld hozzám beteget. Mindenképp a szakmai oldal felől akartam elindulni, orvosi kapcsolatok kiépítésével kezdtem a munkámat. Emiatt sokáig nem is volt honlapom. Viszont amikor már sok tapasztalat összegyűlt, fontosnak tartottam, hogy legyen egy honlapom, meg egy blogom is, ahol mindezt másokkal is megoszthatom. Nem marketing céllal, hiszen munkából nem szenvedek hiányt, gyakorlatilag egyik beteg hozza a másikat. Az anyuka elhozta a lányát, de olyan is van, hogy a lány hozza el az anyukát, meg a nagymamát.

A sok munka után, hogyan tudsz igazán kikapcsolódni?

A család, a mozgás, a különféle kulturális programok, a gyönyörű természeti környezetben eltöltött szabadidő, ami feltölt és kikapcsol. A családi összejöveteleinket nagy kincsnek tartom, hisz már minden gyermekem felnőtt, önálló életet él. Nyolc éve kezdtünk táncolni a férjemmel. Főként a latin táncokat kedveljük, salsa órákra, tánc táborokba, és táncos bulikba járunk. A férjemmel evezni is szeretünk, és azt tervezem, jövőre vele együtt én is részt veszek majd a Balaton átevezésen. Végül pedig a kutya sétáltatás az, ami a napi rutinomhoz hozzátartozik. Mivel nincs sok szabadidő, séta közben szoktam a napi medencefenék tornámat elvégezni. Szerencsére a kutya mérete éppen ideális, sem túl nagy, sem túl kicsi, így olyan tempóban tudunk sétálni, ami optimális az összehúzásokhoz, ellazításokhoz. Ha megállunk, akkor pedig megtartást is tudok végezni. Ilyen apró praktikákat beleillesztve a napi rutinunkba, már sokat tehetünk az egészségünkért.

OLVASÁSRA AJÁNLJUK

Éva Szatmári, Alexandra Makai, Viktória Prémusz, Béla József Balla, Eszter Ambrus, Iuliana Boros-Balint, Pongrác Ács, Márta Hock.

Hungarian Women's Health Care Seeking Behavior and Knowledge of Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse: A Cross-sectional Study.

Urogynecology, 2023;00:00-00;
DOI: 10.1097/SPV.0000000000001367

Hock Márta, Tiringer István, Ambrus Eszter, Németh Zoltán, Farkas Bálint.

Validation and translation of the Hungarian version of the Australian Pelvic Floor Questionnaire (APFQ-H)
International Urogynecology Journal, 2022; 1-8.
doi: 10.1007/s00192-022-05322-2.

Ambrus Eszter, Makai Alexandra, Prémusz Viktória, Boros-Balint Julianna, Tardi Péter, Tóvári Anett, Nusser Nóra, Járomi Melinda, Ács Pongrác, Koppán Miklós, Bódis József,
Hock Márta.

Női kismencedei funkciózavarok keresztmetszeti vizsgálata magyarországi populáción
(Cross-sectional study of female pelvic floor dysfunction in a Hungarian population) Orvosi

Hetilap 2021; 162 (43), 1724-173. DOI: <https://doi.org/10.1556/650.2021.32221>

Hock M.

Szülészet-nőgyógyászati fizioterápia.

Pécs, Magyarország: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar (PTE ETK) (2020), 50 p. ISBN: 9789634295396; <https://www.etk.pte.hu/public/upload/files/efop343/HockMarta-Szuleszet.pdf>

Hock Márta; Farkas Nelli; Tiringer István; Gitta Stefánia; Németh Zoltán; Farkas Bálint.

Validation and translation of the Hungarian version of the Female Sexual Function Index (FSFI-H). INTERNATIONAL UROGYNECOLOGY JOURNAL 2019; 30:12 pp. 2109-2120., 12 p. DOI: 10.1007/s00192-019-04049-x

Hock M; Ambrus E; Tóvári A; Tardi P; Szilágyi B; Leidecker E; Molics B; Járomi M; Ács P.

Fizikai aktivitás és gátizom diszfunkció.

SPORT- ÉS EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI FÜZETEK 2019;3(2):3-13. https://etk.pte.hu/public/upload/files/Sport_es_egtudomanyi_fuzetek/SETF_0302.pdf

Hock M; Tóth Sz; Hartmann G; Hartmann T; Bódis J; Garai J.

Quality of Life, Sexual Functions and Urinary Incontinence After Hysterectomy in Hungarian Women.

AMERICAN JOURNAL OF HEALTH RESEARCH. 2015; 3:6 pp. 393-398.

<https://www.sciencepublishinggroup.com/journal/paperinfo?journalid=656&doi=10.11648/j.ajhr.20150306.23>

Hock Márta, Domány Balázs, Bódis József, Garai János.

Does Surgery Benefit Postmenopausal Overweight Women with Pelvic Floor Dysfunction?
Open Journal of Therapy and Rehabilitation, 2014. 2, 114-119. doi: 10.4236/ojtr.2014.23016.

Hock M, Tardi P, Ambrus E, Tóvári A, Hajnal B, Szilágyi B, Leidecker E, Molics B, Járomi M, Kráncz J, Bódis J, Ács P.

Changes of pelvic floor muscle function during pregnancy.

Studia Universitatis Babes-Bolyai, Educatio Artis Gymnasticae. 2019; 64:2 pp. 57-68. DOI: 10.24193/subbeag.64(2).15

Tájékoztató a Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társasága 2023. évi Küldöttgyűléséről

A Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társasága 2023. május 19-én végre személyes jelenléttel tartotta meg éves Küldöttgyűlését az Országos Korányi Pulmonológiai Intézetben.

Balogh Ildikó elnök asszony köszöntötte az egybegyűlteket, majd ismertette a Küldöttgyűléssel, hogy az elmúlt időszakban a Vezetőségben személyi változások történtek, melyet a Vezetőség jóváhagyott.

- Nagy Marianna, az Ellenőrző Bizottság tagja lemondott megbízatásáról. Az ő helyére Szabó Angélát választotta a Bizottság.
- Bihari Vanda Pest megyei elnök, az Észak-Magyarországi Régió Regionális koordinátora korábbi lemondását követően a Társaság felkérte Kapin Mariannát a Régió és Pest megye vezetésére, melyet elfogadott.
- Csűrös Éva MGYFT Közép-Magyarországi Régió regionális koordinátora, Budapest elnöke lemondása után Dávid Zsuzsannát választotta meg a megyei szervezet.
- A Szerkesztőbizottság tagjai közé Dr. Finta Regina került be, így már a szegedi képzőhelyről is van tagja a Bizottságnak.
- A 2023-as év egyik fontos feladata a megyék, régiók összefogása, támogatása és segítése, a személyes kapcsolatok elősegítése, a szakmai élet felpozícióba hozása. Máhli Zsuzsanna már nagyon sokat dolgozott az ifjúsági tagozat összefogásában, a kongresszus, pre-kongresszus szervezésében, Régiók Játéka megvalósításában. Színes személyiségevel, lelkes és lendületes hozzáállásával nagyban elő tudja segíteni a Társaság munkáját, így elnök asszony felkérte a regionális koordinátorok vezetői posztjára.
- Fontos a hallgatók további integrálása a Társaság tagjai közé. Elnök asszony felkérte Szendrő Gabriellát az Ifjúsági Tagozat koordinálására, melyet Gabriella elfogadott.

A levezető elnök javasolta az új tisztségviselők jóváhagyását, melyet a Küldöttgyűlés egyhangúlag elfogadott.

Balogh Ildikó elnök asszony, valamint a Vezetőség beszámolt a Társaság 2022 évi tevékenységéről melyek ismét szerteágazóak voltak. Gyöngyösi Judit a Társaság főtitkára tájékoztatást adott, hogy Társaság a 2022-es évben 2 pályázatot nyújtott be:

- NEAO-KP-1-2022/7-000013 működési költségek támogatása – elnyert összeg 900 000 Ft vissza nem térítendő támogatás
- VCA-KP-1-2022/3-000012- Városi Civil Alap – Eszközbeszerzés támogatása a hatékony munkavégzésért c. pályázat nem nyert támogatást

A Társaság 2022. évi közhasznúsági jelentését az Ellenőrző Bizottság vezetője, Nagy Zoltán részletezte a könyvelőirodától megkapott főkönyvi kivonat alapján. A 2022-as év eredmény-kimutatását áttekintve örömmel látták, hogy az alaptevékenységből, és a vállalkozási tevékenységből származó eredmény is újra pozitív előjelű, ami összesen 5 810 eFt adózott eredménynek felel meg. A jelenlévők egyhangúlag elfogadták a beszámolót. A Küldöttgyűlésen elfogadásra került a 2023. évi költségvetés-tervezet, valamint a Társaság 2023 évi tervei.

Kérünk mindenkit, hogy akinek a megjelentekkel kapcsolatban bármi kérdése, felvetése van, úgy jelezze e-mailben az info@gyogytornaszok.hu címen.

Gyöngyösi Judit főtitkár

A Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuta Társasága 2022. évi közhasznúsági beszámolója

A Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuta Társasága 2023. május 19-én tartott Küldöttgyűlésén fogadta el a Vezetőség által a Küldöttgyűlés elé terjesztett és elfogadásra ajánlott 2022. évről szóló közhasznúsági jelentést.

A teljes szakmai és pénzügyi beszámoló a Társaság honlapján olvasható: www.gyogytornaszok.hu

A Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuta Társasága tagjai rendszeresen részt vesznek a fővárosi, városi, megyei egészségügyi intézmények, országos és a helyi szervezetek által szervezett egészségügyi rendezvényeken, ahol bemutatják a gyógytorna helyét és szerepét a prevencióban és a terápiában. A fővárosi és a megyei kollégák egyaránt működtetnek betegklubokat, emellett pedig alapítványokat támogatnak. Rendszeresen tartanak ingyenes szakmai tanácsadást, előadásokat és csoportos gyógytornát.

Egyéb tevékenységek:

- 2022. január 28. Eötvös Gimnázium PályaProgram” - a gyógytornász-fizioterapeuta szakma – Friedrichné Nagy Andrea
- 2022. február 4. FizioPéntek 14 – gerincfájdalom, stabilitás és poszturális kontroll
- 2022. február 9-10. TDK Budapest – MGYFT Különdíj
- 2022. február 24. Magyarország Egészségvédelmi Szűrőprogram Munkacsoporti megbeszélés MTA – Balogh Ildikó
- 2022. március 1. Karc FM – gerincsér – Monek Bernadett
- 2022. március 4. FizioPéntek 15 MISKOLCI kutatások irányvonalai
- 2022. március 8. Kossuth Rádió - Felfedező- Az egészségről műsor – Fő téma: az inkontinencia Friedrichné Nagy Andreával
- 2022. március 12. XII. A láb gyakori betegségei, mozgásszervi elváltozásai online tanfolyam – 5 fő díjmentes részvétel
- 2022. április 8. FizioPéntek 16 PTE ETK tudományos előadások
- 2022. április 9. Nyirokterapeuta szakmai nap - Magyar Nyirokterapeuta Társaság és az MGYFT Budapesti Régiója
- 2022. április 29. Gyógytornász szakmai nap a kardiológiai rehabilitációról – Balatonfüred
- 2022. május 6. Gyermekkori gerincegészség és gerincbetegség – 3 fő díjmentes részvételével
- 2022. május 6. FizioPéntek 17 - Okos eszközök, modern technológiák, robotok a fizioterápiás ellátásban
- 2022. május 6. TDK PTE ETK Szombathely – MGYFT Különdíj
- 2022. május 19-20. ER-WCPT GM Prága – Rochlitz Ildikó, Szendrő Gabriella
- 2022. június 18-19. Szülészeti fizioterápia aktualitásai – továbbképzés
- 2022. június 25. MGYFT Budapesti régiója tisztújítás és szakmai nap „Újdonságok a traumatológiában és ortopédiában – a gyógytornász szemszögéből” címmel
- 2022. szeptember 8. 15. Pre-Kongresszus – Fizioterápia Világnapja – 8 kurzus összesen: 340 fő
- 2022. szeptember 9-10. XIII. Kongresszus – Budapest 610 fő részvételével
- 2022. szeptember 15-17. Brüsszel - ER-WCPT munkacsoporti megbeszélés Szendrő Gabriella
- 2022. október 1-31. A Társaság első online továbbképző tanfolyama: „A fizioterápia aktuális kérdései a neurológiában” 78 fő részvételével, mely vizsgával zárult.
- 2022. október 5. Népegészségügyi Konferencia – Magyar Tudományos Akadémia
- 2022. október 7. FizioPéntek 18 „Biomechanikától a fizioterápiáig” a Semmelweis Egyetem Fizioterápiai Tanszék szervezésében
- 2022. november 4. FizioPéntek 19 – „A fürdőgyógyászat sokszínű lehetőségei”, az MGYFT Fürdőgyógyászati Munkacsoport szervezésében
- 2022. november 4-6. Függesztéses technikák tanfolyam Debrecenben
- 2022. november 5-6. BEVEZETÉS AZ ULTRAHANGOS NYOMONKÖVETÉSBE GYÓGYTORNÁSZOKNAK – teljesen új továbbképző program 40 fő részvételével
- 2022. november 18-19. a Magyar Elhízástudományi Társaság kongresszusa Gárdonyban. Társaságunkat Balogh Ildikó, Zaletnyik Zita és Dr. Borka Péter képviselte.
- 2022. november 19-20. Veresegyház, Szülészeti fizioterápia aktualitásai tanfolyam.
- 2022. november 24. SZÁZ ÉV ORTOPÉDIA ÉS ÖTVEN ÉV BALESETI SEBÉSZET az Uzsoki Kórház Ortopéd-traumatológiai Osztályának jubileumi tudományos ülése – a Társaságot Balogh Ildikó képviselte

Az MGYFT szakmai szempontjai alapján segíti a minket kereső kollégákat és a civil lakosságot szakmai és érdekvédelmi feladatok megoldásával, betegpanaszok kezelésével. A Tudományos Bizottságunk tagjai felkérésre szakmai szempontok alapján elemeznék tanfolyamokat és követelményeket. A különböző média-megjelenéseknek Társaságunk eleget tesz (Karc FM, Kosuth Rádió), hogy ezáltal is felhívjuk a lakosság figyelmét az egészségmegőrzés-betegségmegelőzés fontosságára.

Részt veszünk középiskolások részére szervezett pályorientációs esteken, ahol tapasztalt gyógytornász kollégák mutatják be a gyógytornász szakmát.

A KATA adózási forma átalakulásairól a gyógytornászok által feltett kérdésekre a Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége együttműködésével kaptak választ a kollégák.

A Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társasága rendszeresen támogatja felajánlásaival az intézmények által szervezett Tudományos Diákköri Konferenciát (SE-ETK, PTE-ETK).

A Társaság hazai kapcsolatainak építése érdekében részt vesz hazai és nemzetközi kongresszusokon is. Az ER-WPT, WPT rendezvényein pedig küldöttein képviselik a Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társaságát, amelynek a szakmánk hazai fejlődése mellett, az európai standardok alakításában való részvétel és a nemzetközi pozíció miatt óriási jelentősége van. Társaságunk a továbbiakban is erőfeszítéseket tesz céljai megvalósítására, ennek érdekében számos új projekt kidolgozásán és megvalósításán fáradozik.

A Társaság a 2022. évben 1 699 500 Ft támogatást kapott:

A személyi jövedelemadó 1 % felajánlásaiból befolyt összeg: 0 Ft – könyvelői hiba miatt

Társaságunk folyamatosan arra törekszik, hogy bevételeit közhasznú célok elérése érdekében használja fel.

Az érdekképviselő közhasznú tevékenységben közreműködők tevékenységüket társadalmi munkában végezték, azért sem pénzbeli, sem természetbeli ellenszolgáltatásban nem részesültek.

Gyöngyösi Judit főtitkár

MEGNEVEZÉS	2021. év (ezer forint)	2022. év (ezer forint)
Befektetett eszközök	2,585	1,823
Forgóeszközök	7,063	13,698
Eszközök összesen	9,648	15,521
Kötelezettségek	397	460
Saját tőke	9,251	15,061
Tárgyévi eredmény alaptevékenységből	-1,837	4,936
Tárgyévi eredmény vállalkozási tevékenységből	457	874
Tárgyévi közhasznú tevékenység bevétele	18,081	31,810
Tárgyévi vállalkozási tevékenység bevétele	1,515	1,822

ÚJ ORSZÁGOS SZAKFELÜGYELŐ GYÓGYTORNÁSZ!



Kedves Kollégák!

2023. április 1-től a Mozgásterápia, fizioterápia szakterületen megválasztott új országos szakfelügyelő: **Rochlitz Ildikó**

A szakfelügyeleti tevékenység célja:

az egészségügyi ellátás teljes folyamatában az egészségügyi ágazati jogszabályok, továbbá a szakmai tevékenység minősége, a szakfelügyelet tárgyában, illetve az egyedi panaszok kivizsgálásával kapcsolatban a szakmai előírások, protokollok érvényesülésének hatósági célú ellenőrzése, valamint a megelőzésnek és a betegellátásnak a szakma szabályaival, érvényben levő szakmai irányelvekkel, eljárásokkal, ajánlásokkal, nemzetközi legjobb gyakorlattal való összevetése, értékelése az alkalmazott eljárások dokumentációs rendszere és az adatszolgáltatás minőségi követelményeinek meghatározása és értékelése, a kapcsolódó konzultáció lefolytatása és a minőségfejlesztés módozatainak meghatározása.

Beszámoló az MGYFT Női egészség és Urogynekológiai Munkacsoport munkájáról

A szüléset-nőgyógyászat- női egészség és az urológia-urogynekológia a kisklinikumokhoz tartozik a gyógytornász-fizioterapeuta munkáját tekintve. A legtöbb kolléga inkább mozgásszervi fizioterápiával foglalkozik, ezirányban képi tovább magát.

Napjainkban már nagyobb érdeklődés övezi a női egészség-urogynekológia szakterületet is. Ezúton szeretném bemutatni munkacsoportunk munkáját, céljait.

A munkacsoportunknak van egy „kemény magja”, pár kolléga, akik időt és energiát nem sajnálva azon dolgoznak, hogy megismertessék ezt a területet, a kezelési lehetőségeket a kollégákkal és természetesen a páciensekkel is.

Igyekszünk a legújabb kutatási és vizsgálati eredményeket megismerni, bizonyítékon alapuló valódi terápiát alkalmazni, és az így nyert tapasztalatainkat megosztani. Célunk, hogy minél több gyógytornász-fizioterapeuta foglalkozzon ezzel a területtel, dolgozzunk együtt, cseréljünk tapasztalatokat, fejlődjünk, kutassunk.

Szaktánk eddig egyedüli saját Egészségügyi szakmai irányelvét is elkészítettük „A stressz inkontinencia fizioterápiás kezeléséről” mely 2025 februárjáig érvényes.

Társzerzőként részt vettünk „A felnőttkorban előforduló, nem neurogén eredetű vizeletinkontinenciáról” szakmai irányelv kidolgozásában, valamint jelenleg is két irányelv kidolgozásában veszünk részt. Az egyik egy urogynekológiai, a másik a prosztatara kezeléséről szóló munka.

Két validált kérdőív is létezik, mely kolléganőnk dr. habil. Hock Márta, Ph.D. egyetemi docens nevéhez fűződik. Terveink szerint ezek alkalmazásával tervezünk országos felmérést a jövő év során. Idén szeretnénk ezt megtervezni, és a kutatáshoz szükséges engedélyeket beszerezni.

Szorosan együtt dolgozunk a Magyar Kontinencia és Urogynekológiai Társasággal, kölcsönösen részt veszünk egymás kongresszusain, továbbképzésein. A Társaság urológus, nőgyógyász, proktológus, neurológus, gyermekgyógyász tagjai is nagyon számítanak a gyógytornászok munkájára.

2024 április 25-27. között tartják a Budapesti Aquawold Hotelben a MAKUT kongresszusát, ahova nagyon várják a gyógytornászokat előadóként és résztvevőként is. A workshop napon egy napos továbbképzést tervezünk, kimondottan gyógytornászoknak.

Idén márciusban rendeztük az első „Női egészség Munkacsoport online szakmai délelőttjét”. Ez egy szakmai eszmecsere, melyet terveink szerint negyedévente kívánunk megrendezni.

Iván Edina kolléganőnk érdekes beszámolót tartott a Nemzetközi Kontinencia Társaság 2022. évi kongresszusáról, bemutatta az általa lefordított „Visszatérés a futáshoz szülés után” infografikáját, és elkészítette a „Szülés előtti és utáni gyógytornával, medencefenék tornával és rehabilitációval foglalkozó gyógytornász-fizioterapeuták listáját” melyeket a honlapunkra is feltettünk. Rigóné Tavaszi Piroska „A kismama medencefenék vizsgálata” címmel tartott előadást.

Júliusban is megrendeztük a második szakmai délelőttünket, mely az EPI-NO, ANIBALL kérdéskörével foglalkozott a tapasztalatok, evidenciák tükrében. Októberben pedig a szüléset-nőgyógyászat területén alkalmazott manuálterápiás lehetőségeket boncolgatjuk.

Minden érdeklődő kollégát szeretettel várunk rendezvényeinken!

Friedrichné Nagy Andrea
Az MGYFT Női egészség és Urogynekológiai Munkacsoport vezetője

ÚTMUTATÓ SZERZŐINKNEK

Kérjük cikkíróinkat, hogy a szerkesztőbizottság és a grafikus munkájának megkönnyítése és gyorsítása érdekében a kéziratot az "Útmutató Szerzőinknek" paramétereire alapján készítsék el.

A benyújtott cikk megjelenésének feltétele az alábbi irányelvek betartása, valamint a szerzői nyilatkozat korrekt kitöltése, aláírása, melyet a kézirattal egyidejűleg kérjük beküldeni.

A szerzői nyilatkozatot az alábbi linkre kattintva lehet letölteni <http://gyogytornaszok.hu/>

A tudományos cikk terjedelme szóközzel együtt maximum 25 ezer karakter legyen.

A latin szavak/kifejezések használatát támogatjuk. Abban az esetben, amikor rag kerül a latin szó/kifejezés végére, úgy a magyar helyesírás szabályai szerint az utolsó szótag ékezetet kap (hosszúra változik). A latin szó/kifejezés és a rag közé kötőjel kerül. (pl.: abductio, - abductió-val)

A nyersanyag leadási paramétereire:

Folyó szöveg Microsoft Word formátumban. Kérjük, a file név tartalmazza az első szerző nevét és a cikk rövidített címét szóközők és írásjelek nélkül. A file név maximum 60 karakter lehet.

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. Szakirodalmi áttekintés esetén egy rövid kivonatot, tanulmány (study) esetén pedig az alábbiak szerint várjuk:
- ▶ Háttér (Background) vagy Bevezetés (Introduction), mely a téma tudományos megközelítését fejti ki
- ▶ Cél (Objective), melyben a szerző/k ismerteti az adott vizsgálat, kutatás, tanulmány, stb. célját/céljait
- ▶ Anyag és Módszer (Material and Methods), mely során a vizsgálat résztvevőinek/alanyainak bemutatása, illetve az alkalmazott módszerek ismertetése történik
- ▶ Eredmények (Results), mely során a szerző/k ismerteti a vizsgálat, kutatás, tanulmány, stb. eredményeit
- ▶ Megbeszélés és Következtetés (Discussion és 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
- ▶ Limitációk (Limitations), amennyiben voltak limitáló tényezők, kérjük a megbeszélés végén bemutatni. Pl.: kis betegcsoport, rövid vizsgálati idő, stb.
- ▶ A cikk legvégén a felhasznált magyar és nemzetközi irodalom megjelenítése "APA" stílusban történjen! Review, és meta-analysis kivételével a szakirodalom terjedelme maximum 30 hivatkozás lehet!
- ▶ A cikk végén szerepeljen a levelező szerző elérhetősége: teljes neve, e-mail címe, és telefonszáma.
- ▶ Végül kérjük, hogy munkája lektorálására tegyen javaslatot! Küldje meg kettő, a témában jártas, elismert szakember nevét, tudományos fokozatát, munkahelyét, és elérhetőségeit.

Ábrák, képek és táblázatok:

A képeket, ábrákat, táblázatokat külön file-ban is kérjük elküldeni. Kérjük, a file név tartalmazza az első szerző nevét és a cikk rövidített címét, és a kép / ábra / táblázat sorszámát, szóközők és írásjelek nélkül. A file név maximum 60 karakter lehet.

A képek felbontása: min. 300 dpi (valós méretben), színmódja: CMYK (composite), fájlformátum: tif, jpg, psd, pdf, vagy bmp.

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

A kéziratot a Szerkesztőbizottság jóváhagyását követően egyidejűleg 2 lektornak küldjük el.

A cikkek lektorálás után kerülhetnek közlésre. A lektorálás mindkét oldalról anonim módon történik.

A tördelés befejezése után a szerző megkapja ellenőrzésre az anyagot és javíthatja, véleményezheti azt.

*Együttműködésüket kérve
üdvözlí Önöket a Szerkesztőbizottság*

<http://gyogytornaszok.hu/index.php?page=tartalom&id=367>

FIZIOTERÁPIA – A MAGYAR GYÓGYTORNÁSZ-FIZIOTERAPEUTÁK TÁRSASÁGA SZAKMAI FOLYÓIRATA

A Társaság elnöke:

Balogh Ildikó
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: Csűrös Éva
Tagok: Dr. Finta Regina, Dr. habil. Hock Márta,
Dr. Juhász Eleonóra, Kiss-Bálványossy Eszter,
Dr. Molics Bálint, Stréda Ágnes, Dr. Veres-Balajti Ilona

Nyomdai előállítás:

Conint-Print Kft.

Hirdetésfelvétel:

Gyöngyösi Judit
judit.lehel@gyogytornaszok.hu

HU ISSN 1789-4492

Cikkekel kapcsolatos információ:

Csűrös Éva
csuroseva@gmail.com

VALAMI NEM STIMMEL ODA LENT?

HÍG FOLYÁS? KELEMETLEN SZAG?



A Canesbalance bakteriális vaginózis hóvelykúp és hóvelygél orvostechnikai eszközök, egyben gyógyászati segédeszközök.

VISZKETÉS? TÚRÓS ÁLLAGÚ FOLYÁS?



A Canesten Kombi Uno vény nélkül kapható gyógyszer. Hatóanyag: klotrimazol.

Forgalmazza: Bayer Hungária Kft 1117, Budapest, Dombóvári út 26. CH-20230321-102

A kockázatokról olvassa el a használati útmutatót, vagy kérdezze meg a kezelőorvosát!

A kockázatokról és a mellékhatásokról olvassa el a betegtájékoztatót, vagy kérdezze meg kezelőorvosát, gyógyszerészét!

A GYÓGYTORNÁSZOK VILÁGSZÖVETSÉGE

Word Confederation for Physical Therapy, WCPT
1961. szeptember 8-án alakult.

Ennek emlékére
minden évben ezen
a napon megünnepeljük
a "Fizioterápia Világnapja"-t.

Ez a nap a világ fizioterápiás
közösségének egységét
és szolidaritását jelzi.

Ebben az évben is
országszerte
megemlékeztünk
erről
a napról.



BUDAPEST



DEBRECEN



LENTI



GYŐR

