



ORSZÁGOS
GERINCGYÓGYÁSZATI
KÖZPONT

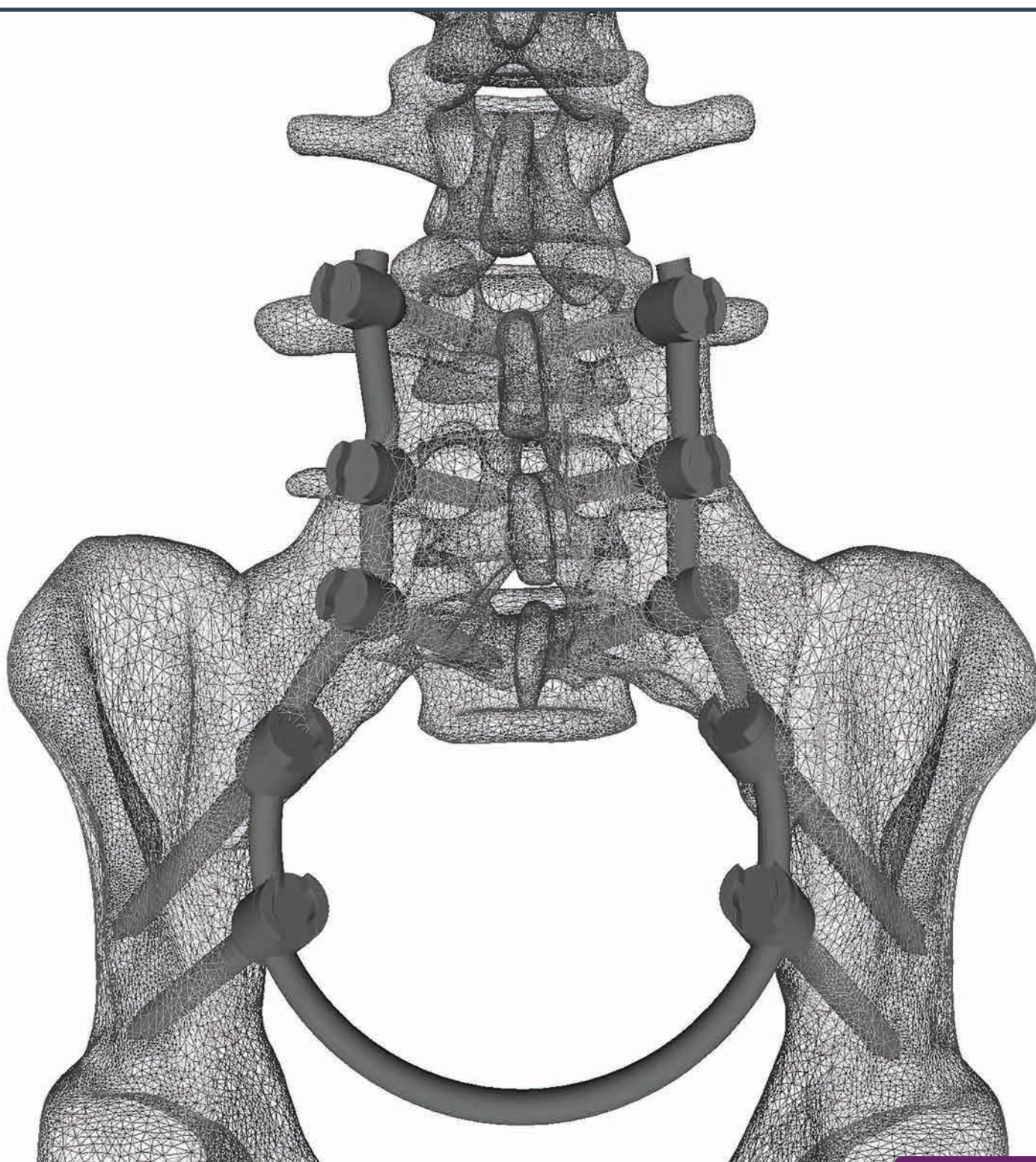
LAPSZÁM

2016

MÁJUS

Gerincgyógyászati Szemle

Az Országos Gerincgyógyászati Központ és
a Magyar Gerincgyógyászati Társaság Lapja



Further, Together



CD HORIZON® SOLERA®
Spinal System



SHILLA™
Growth Guidance System



MAST® MIDLF™
Procedure



GERINCGYÓGYÁSZATI SZEMLE

AZ ORSZÁGOS GERINCGYÓGYÁSZATI KÖZPONT ÉS A MAGYAR GERINCGYÓGYÁSZATI TÁRSASÁG LAPJA

Főszerkesztő:

Dr. Varga Péter Pál

Lapkoordinátor:

Kecskés Rita

Szerkesztő:

Dr. Lazáry Áron

Rovatvezetők:

Dr. Bánk András

GERINCSEBÉSZET

Dr. Hoffer Zoltán

INTÉZMÉNYI KAPCSOLATOK

Dr. Bors István

ESETTANULMÁNYOK

Dr. Jakab Gábor

ORVOSTOVÁBBKÉPZÉS

Dr. Császár Noémi

PSZICHOLÓGIA

Dr. Somhegyi Annamária

PREVENCIÓ

Dr. Ferenc Mária

DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKA,
KONZERVATÍV KEZELÉS

Dr. Szövérfi Zsolt

TUDOMÁNYOS KUTATÁS

Felelős kiadó:

Országos Gerincgyógyászati Központ,
Magyar Gerincgyógyászati Társaság

Cím: 1126 Budapest,

Nagy Jenő u. 8.

Telefon: (+36) 1 489-5200

Fax: (+36) 1 489-5210

Web: www.ogk.hu

E-mail: szemle@ogk.hu

ISSN 2064-8324

Kreatív ügynökség:

Katand Arg Magyarország Kft.

Cím: 1095 Budapest,

Soroksári út 48.

Telefon: (+36-1) 206-7366

Fax: (+36-1) 209-2354

Web: www.katand.hu

E-mail: info@katand.hu

Technikai adatok:

Terjedelem: 52 oldal

Méret: 235 x 300 mm

Tükörméret: 185 x 250 mm

A címlapon szereplő tudományos illusztráció dr. Éltés Péter Endre PhD hallgató (Országos Gerincgyógyászati Központ) munkája.

Fotók: Sás Benedek: 4. oldal, 23. oldal, 27. oldal, 35. oldal, 43. oldal. Róder Attila: 9. oldal.

BEUTALÁSI REND

AZ ORSZÁGOS GERINCGYÓGYÁSZATI KÖZPONT A GERINCBETEGSÉGEK KOMPLEX KIVIZSGÁLÁSA ÉS KEZELÉSE CÉLJÁBÓL AZ ORSZÁG MINDEN RÉGIÓJÁBÓL FOGAD KÖZFINANSZÍROZOTT BETEGEKET.

Közfinanszírozott járóbeteg ambulanciánk telefonos előjegyzés alapján működik, vizsgálatra a **06 1 88 77 900** telefonszámon tudunk időpontot biztosítani. Ambulanciánkra beteg **csak háziorvosi vagy szakorvosi beutalóval érkezhetsz.**

Optimálisan radiológiai kivizsgálással (rtg, MR, CT stb.) rendelkező páciensek beutalását várjuk, akiknél a kivizsgálás alapján műtéti ellátás, vagy részletesebb gerincgyógyászati kivizsgálás szükségessége merül fel.

SÜRGŐSSÉGI ÁLLAPOTOKBAN LEHETŐSÉG VAN SORON KÍVÜLI, ADOTT ESETBEN AKÁR AZONNALI KONZÍLIUMRA IS!

Ezeket a vizsgálatokat csak orvos kérheti, a megfelelő sürgősségi indikációk esetén.

Soron kívüli vizsgálatot igénylő állapotnak minősítjük a bármely gerincszakaszból kiinduló, adekvát gyógyszeres kezelésre nem reagáló, neurológiai tünetekkel (parézis, vegetatív funkciózavar stb.) vagy anélkül megjelenő **erős fájdalomegyüttest**, (akutan kialakuló lumbago vagy lumboischialgia, cervicalgia vagy cervicobrachialgia) amely mögött feltehetően **gerincbetegség** (friss discus hernia, patológias csigolyatörés stb.) áll. E betegeket (állapotuk függvényében) akár **azonnal is hospitalizáljuk**, kivizsgálásukat és kezelésüket biztosítjuk.

FONTOS!

Intézetünk nem vesz részt a főváros ügyeleti ellátásában, így este 8 óra és reggel 8 óra között sürgősségi betegeket sem fogad!



TARTALOM

► **Beköszöntő**

Prof. Dr. Dóczi Tamás

6.

► **A Pécsi Komprehenzív
Gerincsebészeti Centrum
bemutakozása**

Dr. Schwarcz Attila, dr. Tunyogi-Csapó Miklós,
dr. Dóczi Tamás, dr. Hudák István, dr. Büki András,
dr. Than Péter

10.

► **Pszichoedukáció
a gerincgyógyászatban**

Bagdi Petra, Harkai Viktória, Stoll Dániel Péter,
Dr. Ferenc Mária

20.

► **A betegoktatás terápiás hatása a
gerincbetegségekben**

Dr. Ferenc Mária

28.

► **Beszámoló**

A Magyar Gerincgyógyászati Társaság
2015. évi konferenciájáról
(Bükfürdő, 2015. december 4-5.)

34.

A Magyar Gerincgyógyászati Társaság 2015. évi
konferenciájának tudományos programja
(Bükfürdő, 2015. december 4-5.)

36.

Global Spine Kongresszus

Dubai, Egyesült Arab Emírátsok

2016. 04. 13-16.

38.

► **Kitekintő**

A kalcium szupplementáció hatása az igazoltan
szívkoszorúér betegségben szenvedő hospitalizált és
elhalálozott posztmenopauzás nőknél:

Randomizált, kontrollált vizsgálatok kollaboratív
metaanalízise

Dr. Ferenc Mária

40.

► **Portré**

Oroszi Julianna

Országos Gerincgyógyászati Központ, betegoktató,
a Betegtájékoztató Szolgálat vezetője

42.

► **Szakmai előadások**

Országos Gerincgyógyászati Központ munkatársainak
szakmai előadásai

2015.10.01. és 2016.04.30. között

44.

► **Felhívás**

Az AOSpine Hungary felhívása

48.

Szerzői Útmutató

a Gerincgyógyászati Szemléhez

49.



PROF. DR. DÓCZI TAMÁS

EGYETEMI TANÁR, AZ MTA TAGJA
PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
IDEGSEBÉSZETI KLINIKA

GERINCSEBÉSZETI KÉPZÉS ORTHOPÉD ÉS IDEGSEBÉSZ KÖZÖSSÉGBEN

Nemcsak a magyar, hanem a nyugat-európai társadalmakban is exponenciálisan növekszik az idősök aránya. Ez különösen a gerincbetegségekkel foglalkozó, s ezen belül a gerincműtéteket végző szakmai közösségeket állítja új kihívás elé. Az USA-beli adatokat jó irányjelzőnek tekinthetjük: az elmúlt 25 évben a 65 éves kor feletti népesség aránya 125%-kal, a 85 év felettieké pedig 200%-kal nőtt meg. Becslések szerint e populáció kb. 50%-a szorul egészségügyi ellátásra [1]. Az idősök fizikai teljesítőképessége növekszik, hála pl. a coronaria stent technológia elterjedésének. A mobilitási képesség megtartása különösen ebben az idősödő korosztályban fontos a jó életminőséghez, sőt kulcsfaktora a hosszabb életkor megélésének. Már az 1979 és 1992 közötti években a 65 éves korosztályban a spinalis claudiciót okozó gerinccsatornai szűkület miatt végzett műtétek száma ötszörösére nőtt az USA-ban. Ugyancsak itt, 2013-ban, a gerincműtétek 87%-ában történt egyúttal valamilyen típusú fúzió (2001-ben 252 400 műtét volt; 2011-ben 465 000 műtét!) [2]. Ez a „populációs társadalmi trend” és az aktív életmódra való képesség megtartásának

„Mi is az az innováció? Egy új „tudás” sikeres implementálása, amely eddig ismeretlen értéket teremt: pl. rövidebb gyógyulási időtartam, kisebb sebzés (heg), kisebb infekciós kockázat, kevesebb műtéti vérzés, rövid kórházi tartózkodás, kevesebb postoperatív fájdalom, a mozgás szegmentum épségének megtartása, kedvezőbb gerinc dinamika (mozgáskészség) megtartása, az autológus csont használatának csökkentése, elkerülendő egy másik sebzés. Az innováció magában foglalja tehát új termékek, hatékonyabb műtéti módszerek és jobb minőség létrehozását, mégpedig megfelelő környezetben.”

vagy helyreállításának elvárása rövidesen korunk sebészének fő feladatává fogja tenni e korosztály ellátását. Nem véletlen tehát, hogy az eddig talán kevésbé kutatott három gerincbetegség-csoport, az osteoporoticus törések, a degeneratív scoliosis és a degeneratív spondylolisthesis modern ellátása rövidesen központi feladattá válik. A társadalom átlagéletkorának növekedése mellett megfigyelhető az osteoarthritis, a rheumatoid arthritis és a gerinctumороk prevalenciájának növekedése is. A krónikus fájdalommal, esetleg fokális idegrendszeri tünetekkel és a járás- vagy mozgásképesség csökkenésével járó kórképek műtéti megoldása során az idegképletek dekompressziójára, a gerinc stabilitásának és fiziológiás görbületeinek helyreállítására van szükség, mégpedig a lehetőség szerinti legkisebb műtéti ártalommal.

Az elmúlt két évtizedet igen jelentős innováció és szédületes technikai fejlődés jellemezte a gerinc sebészetében is. Olyan bonyolult, összetett gerinc kórállapotok, ahol kombinálódnak a különböző kórok, pl. a fiziológiás görbület elvesztése (deformatás), osteoporosis, osteoarthritis, compressio, listhesis, gyulladás, a gerinccsatorna vagy a foramenek beszűkülése, így a többszörös metastatikus gerincvelő

kompresszió vagy a többszörös, idegrendszeri léziót okozó súlyos gerinc sérülések stb., amelyek sebészi kezelése, azaz a biomechanikai és az idegrendszeri működés rekonstrukciója korábban elképzelhetetlen volt, ma komplex beavatkozásokkal meggyógyíthatók.

Mi is az az innováció? Egy új „tudás” sikeres implementálása, amely eddig ismeretlen értéket teremt: pl. rövidebb gyógyulási időtartam, kisebb sebzés (heg), kisebb infekciós kockázat, kevesebb műtéti vérzés, rövid kórházi tartózkodás, kevesebb posztoperatív fájdalom, a mozgásszegmentum épségének megtartása, kedvezőbb gerincdinamika (mozgáskészség) megtartása, az autológ csont használatának csökkentése, elkerülendő egy másik sebzés. Az innováció magában foglalja tehát új termékek, hatékonyabb műtéti módszerek és jobb minőség létrehozását, mégpedig megfelelő környezetben. Előrejelzések szerint a gerincsebészeti eszközök és implantátumok „piacának” növekedése 2012 és 2017 között évente 5,1%. Milyen területen látjuk ezt? Hagyományos decompressio műtétek: corpectomia, discectomia, foraminotomia/foraminectomy, laminotomia laminectomy minimalisan invazív technikával. Spinalis fusio és fixatio, spinalis csont stimulatio. Spinalis „non-fusion” módszerek: mozgásmegőrző eljárások, pl. dinamikus stabilizáció, discus pótlás, annulus „repair”, nucleus pótlás. Csigolya kompressziós törések kezelése: vertebroplastica, kyphoplastica. Biológiai készítmények: allograftok, csont „morphogenetic protein-ek”, demineralizált csont matrix, csontpótló anyagok [3, 4].

Az egyes tradicionális sebészi specialitások belülről szervezik a saját fejlődésüket, mégpedig alulról felfelé építkezve. Fejlesztik sajátos módszereiket, elkerülhetetlenül szembesülve a digitális technikai forradalom és szakmai határterületeik változásával, és az ezzel járó kihívásokkal. Jövőjüket nagyban befolyásolja, mennyire képesek integrálni módszereikbe az információs technológiai korszakváltás és a határterületek eredményeit.

Vizsgáljuk meg saját területünk, a gerinc sebészeinek kérdését: kik végzik a gerincsebészeti műtéteteket? Orthopéd sebészek és idegsebészek. Nyújt-e elegendő tudást az orthopédiai vagy az idegsebészeti szakképzés az előbb említett, bonyolultabb, ún. komplex gerincsebészeti ellátást igénylő betegségek kezeléséhez? Megint egy USA-beli adatot választok a kérdés illusztrálásához. A szakképzés alatt átlagban

160 gerincsebészeti műtétet végeznek az orthopéd rezidensek, az idegsebész rezidensek pedig 375 műtétet. De ezen belül a komplex gerincsebészeti műtétek (pl. deformitás) aránya már az orthopéd rezidensek javára billen: 9,5 műtéttel szemben csak 2 az idegsebész rezidens által végzett beavatkozások száma [5]. Talán ezek alapján érthető, hogy miért alakult ki az alapszakképzés után egy szabályozott továbbképzési rendszer („fellowship system”) az USA-ban!

Melyek a magyar lehetőségek? Egy gerincsebészeti licencvizsga? Mi is ennek a definíciója? Rövid idejű, speciális képzettséget nyújtó szakirányú szakképzés az alap, ill. ráépített szakvizsgák által megszerezhető kompetenciákkal nem lefedett területeken (pl. más szakmák határterületei, új technikai eljárások, melyek még nem vonultak be az általános szakmai gyakorlatba) nyújt képzést, és a képzést lezáró licencvizsgával ellátási kompetenciákat szakorvosok részére [6].

Milyen megfontolásaink lehetnek egy gerincsebész licencvizsga bevezetésével kapcsolatban? Az elmúlt időszakot mindenütt a világon a specializáció jellemezte. Egyes szubspecialitások önállókká váltak, elkülönültek az alap-szakképesítéstől. A szakmai fejlődés támogatta ezeket a törekvéseket. Addig nem volt konfliktus, amíg az alap-diszciplínával megtartották kapcsolatukat. Az önállósulási törekvések folytatódnak, így újabb és újabb szubspecialitások létrehozása kerül előtérbe. Ezek egy ideig szakmai előrehaladást, a specializálódásból eredő előnyöket jelenítenek meg. Amikor azonban e törekvések mögött megjelenik a finanszírozási és/vagy tevékenységi korlátozás szándéka, az másokat hátrányba hoz. Ezen túl veszélybe kerülhet az alap-szakképesítések értéke is.

Melyek a gerincsebész licencvizsga (szubspecializálódás) előnyei? A gyorsan növekvő ismeretanyaghoz a subspecialitás biztosítja a megfelelő szakmai háttérrel a területen való elmélyüléshez. Lehetőséget nyújt „center of excellence” kialakítására. Növekvő irányítási lehetőséget ad az orvostársadalom, és jobb gyógyulási esélyt nyújt a betegek számára. Javítja a képzési és gyakorlási esélyeket, lehetőségeket. A szakma keretein belül lehet tartani azokat a vitákat, amelyek más szakmák felől kívülről érkeznének. A vele járó centralizációs törekvések gazdaságossági szempontokat is megvalósítanak.

Melyek a licencvizsga hátrányai? Hozzájárulhat az idegsebész és az orthopéd szakma fragmentációjához. Magában hordozhatja a specialitások szakmai jellemzőinek, identitásának vesztesét. Fennállhat a veszélye a finanszírozás- vagy cég-függőség kialakításának és a gyógykezelés torzulásának. A licenc (szubspecializációs) és a rezidens-szakképzés közötti esetleges versenyben az utóbbi kerül hátrányba mind időtartam, mind elvárásrend szempontjából. Zavaróak lehetnek a licenckritériumok, ha a két alapszakmától kívánják elkülöníteni őket. Összefoglalva: a szakképesítés, a szakvizsga értéke fokozatosan devalválódhat. Megjelenhet az alap-szakképesítés egyenértékűségének, elfogadhatóságának kétségbevonása. Ha a szakvizsga mellett még külön licenc is indokolt e terület műveléséhez, akkor a szakvizsga annival értéktelenebb. Ezzel kockáztathatjuk annak értékét a nemzetközi fórumokon. Ha ugyanis egy olyan tevékenységet, amelyet másutt szakképesítés birtokában végezhet valaki, Magyarországon szakképesítéshez + licencvizsgához kötünk, az azt eredményezheti, hogy a szakképesítésünk akkor fogadható el, ha az illető kiegészítésként a licencet is csatolja a kérelméhez – különben az egyenértékűség nem lesz megállapítható.

Mégis miért van erre szükség? Mert a legfejlettebb fejlett világ már megvalósította és Nyugat-Európa is ezúton jár.

Nézzük meg, hogy egy komprehenzív gerincsebészeti központ, ahol az orthopédiai és idegsebészeti tudás egyesül, amelyben a munkatársak egy „licenc” feltételei szerint dolgoznak, miért előnyösebb betegnek és orvosnak egyaránt? A centrumban dolgozó, eltérő képzéssel rendelkező szakemberek (orthopéd sebész, idegsebész, endovascularis idegsebész) a gerincbetegségeket komplexen tudják kezelni, és a teljes gerincsebészeti spektrumot képesek lefedni. A beteg számára egyértelműen előnyös, hogy a kezelést nem csak egyféle szemlélet irányítja: azaz a beteg sokszor jobban jár egy „idegsebészeti” mikrodekompresszióval, mint egy gerincrögzítéssel. Ez fordítva is igaz: sokszor az idegsebész által végzett mikrodekompresszió az amúgy is instabil gerincet tovább gyengítheti, ami a betegeknek krónikus gerincfájdalmakat okozhat. Ez a betegek életminőségét legalább annyira ronthatja, mint a korábbi, már szanálódott alsó végtagi fájdalom.

A közös komprehenzív centrumban való együttműködés a részt vevő orvosok számára előnyös, egymás műtéti technikáit könnyen el lehet sajátítani a közös műtétek alatt. További előny, hogy a jövő gerincsebészei számára a centrum a sebészi képzés során egy komplex, modern, naprakész tudást ad át, mely magába foglalja mind az orthopéd mind az idegsebész szakma látásmódját, sebészi technikáját [7].

Véleményünk szerint a jövő a gerincsebész szubspecialitás létrejötté – előbb vagy utóbb „fellowship” jellegű licencvizsgával akkreditálva –, ami a komplex orthopéd–idegsebész szemléleten/képzésen keresztül a gerincbetegek érdekeit a legjobban szolgálja.

IRODALOM:

1. Wunderlich G.S., Kohler P.O., eds: Committee on Improving Quality in Long-Term Care, Division of Health Care Services, Institute of Medicine. Improving the Quality of Long-Term Care. Washington, DC, National Academy Press, 2001, pp 1–20.
2. <http://www.modernhealthcare.com/article/20140322/MAGAZINE/303229985>
3. <http://www.micromarketmonitor.com/market-report/spine-surgery-devices-reports-7763793578.html>
4. <http://www.marketsandmarkets.com/Market-Reports/spine-surgery-devices-market-712.html>
5. <http://www.acgme.org/acgmeweb/tabid/116/about.aspx>.
6. Bodosi M.: Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanács (ESZTT) vitaanyag (személyes közlés)
7. Schwarcz A. és mtsai: A Pécsi Komprehenzív Gerincsebészeti Centrum bemutatkozása. Gerincgyógyászati Szemle (Országos Gerincgyógyászati Központ, 2015. XX szám)


PROF. DR. DÓCZI TAMÁS

Pécsi Tudományegyetem
Idegsebészeti Klinika



A PÉCSI KOMPREHENZÍV GERINCSEBÉSZETI CENTRUM BEMUTATKOZÁSA

Dr. Schwarcz Attila¹, dr. Tunyogi-Csapó Miklós², dr. Dóczi Tamás¹, dr. Hudák István¹,
dr. Büki András¹, dr. Than Péter²

¹ Pécsi Tudományegyetem ÁOK Idegsebészeti Klinika

² Pécsi Tudományegyetem ÁOK Ortopédiai Klinika

Schwarcz Attila és Tunyogi-Csapó Miklós egyenlő arányban járultak hozzá a publikáció elkészítéséhez.



SCHWARCZ ATTILA

EGYETEMI DOCENS,
IGAZGATÓHELYETTES

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM



TUNYOGI-CSAPÓ MIKLÓS

EGYETEMI ADJUNKTUS

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM

ELŐZMÉNYEK

Pécsett hagyományai vannak a gerincsebészeti közös műtéteknek az Idegsebészeti és Ortopédiai Klinikák között. Dóczi Tamás és Illés Tamás professzorok felismerték a kilencvenes évek elején, hogy valójában a gerincsebészet az idegsebészet és az ortopédia határterületén működik. Pontosabban, vannak olyan beavatkozások, amelyeket az idegsebész végez nagyobb rutinnal, és vannak olyanok, amelyek az ortopédiai szaktudáshoz állnak közelebb. Pécsett, a mikrosebészeti idegselek dekompressziók, vagy intraduralis gerincdaganatok, nyaki gerincsebészeti beavatkozások inkább az idegsebészek feladatai voltak, míg a hosszabb gerincrögzítések, fúziók végzése vagy a gerincdeformitások, így a scoliosisok és kyphosisok korrekciója ortopédiai hatáskörbe tartozott. Abszolút közös terület a degeneratív gerincelváltozások kezelése volt. Ha 1-2 szegmentumot meghaladó rögzítésre volt szükség, úgy az idegsebészek ortopédiai segítséget kértek, ugyanis a gerinc fiziológiás görbületei (pl. sagittalis egyensúly) beállítása, vagy a hatékony, gyors gerinc instrumentáció nem volt az idegsebészeti képzés része. Hasonlóan: az ortopédok nem szívesen végeztek direkt idegselek dekompressziót,

ugyanis ez nem volt az ortopédiai curriculum része. A mikrosebészeti gyakorlat szintén hiányzott az ortopéd gerincképzésből.

A kilencvenes években Budapesten az Országos Gerincgyógyászati Központban Magyarországon egyedülálló gerincsebészeti centrum jött létre. Az új intézmény a korábbi hagyományokkal szakítva nem csak ortopédiai háttérrel rendelkező gerincsebészeket, hanem idegsebész képzéssel rendelkező gerincsebészt is alkalmazott, illetve a gerincsebész, mint külön entitás jelent meg. A budapesti centrumban dolgozó ortopédiai képzéssel rendelkező gerincsebészek számos korábban idegsebész által uralt technikát elsajátítottak és sikeresen alkalmaztak, Varga Péter Pál gerincsebészeti iskolaalapító munkájának köszönhetően. Ezáltal a gerincbetegségeket egyre komplexebb szemlélettel tudják sebészileg kezelni.

A PÉCSI GERINCSEBÉSZETI CENTRUM KIALAKULÁSA

Pécsett 2012 óta az Ortopédiai Klinikán a gerincsebészet egy fiatalabb generáció által művelt területté vált, akik már a degeneratív esetekben a direkt idegselek dekompressziót vagy csigolyák közötti távtartó beültetését is rendszeresen alkalmazzák, ami Pécsett korábban főként az idegsebészek által végzett műtéti technika volt. Az említett új generáció a korábbi gerincdeformitás programot továbbvitte, illetve a sebészeti technikát a modernebb, már rutinszerűen minden csigolyában alkalmazott transpedicularis csavarozással és direkt csigolya derotációval bővítette. Elterjedtek a korszerű gerinc osteotomiák (ponte, apicalis vertebrectomia, PSO), melyek segítségével a korrekciók mértéke még tovább növekedett. Emellett több új műtéti eljárás és implantátum is bevezetésre vagy kipróbálásra került (VEPTR, ApiFix, lumbosacralis rögzítő rendszerek).

Hasonlóan, az Idegsebészeti Klinikán 2012-től felismerték, hogy sok esetben csak hosszabb gerincrögzítéssel, hosszú csontos fúzió kialakításával lehet segíteni a degeneratív gerincbetegeken, illetve a gerinc sagittalis egyensúlyának a figyelembevétele elengedhetetlen például egy hosszabb traumás rögzítésnél. Így a pécsi Idegsebészeti Klinikán, a korábbi gerincsebészeti alapelvek nyomdokain haladva, egyre több ortopédiai szemléletű, például a gerinc sagittalis egyensúlyát figyelembe vevő gerincrögzítést hajtunk végre.

A pécsi Ortopédiai és Idegsebészeti Klinika gerincsebészei között 2013-tól heti rendszerességgel konzultáció folyik, ahol a problémás esetek megbeszélésre kerülnek, és a kezelésben mind az idegsebészeti, mind az ortopédiai szemlélet megmutatkozik. Az együttműködést a jelenlegi intézetvezetők is támogatják. Így a degeneratív scoliosis, illetve a gerincdaganattal, például schwannomával társult scoliosis közös területté vált. Az utóbbi esetben a gerincdaganat, schwannoma eltávolítása az idegsebész által történik, majd a korrekciós műtétet az ortopéd sebész irányítja.

MINIMÁLISAN INVÁZÍV GERINCSEBÉSZET PÉCSETT

Magyarországon a gerincsatornán belüli daganatok eltávolításánál Banczerowski Péter és munkatársai játszottak úttörő szerepet a minimálisan invazív szemléletben. Számos jóindulatú gerincdaganat esetében a gerinc csontos struktúrája legalább részben megkímélhető, és a hagyományos destruktív laminectomia elkerülhető. Hasonló minimálisan invazív gerincsebészeti előzmény Magyarországon a Varga Péter Pál és Jakab Gábor által kifejlesztett discoplasticus eljárás, ami idősebb betegek esetében segítheti a gerinc verticalis egyensúlyának megőrzését.

A pécsi Idegsebészeti Klinikán 2012-től elindult egy Magyarországon eddig egyedülálló, minimálisan invazív, instrumentált gerincsebészeti profil a gerinc degeneratív betegségeiben. A minimálisan invazív technikának számos előnye van, például jóval kisebb vérvesztés, a gerincizomzat integritásának megőrzése, rövidebb hospitalizáció, korai mobilizáció, csökkent fájdalomszint, kisebb gennyedési kockázat. A minimálisan invazív technika a percutan csavarozás, a tubularis gerincfeltárások mellett a hasi anterolateralis feltárással is bővült. Ez a technika felbecsülhetetlen például a revíziós műtétek esetében. A korábban hátulról

operált gerincszakasz sokszor nagy tömegű heget tartalmaz, és egy újbóli feltárás nagyobb vérvesztéssel és a heg miatt az idegelemek sérülésének nagyobb veszélyével jár. A minimálisan invazív anterolateralis technikát Pécssett az idegsebészek és az ortopéd sebészek szintén közös területként művelik. A technika segítségével egy időskori degenerative scoliosis Th.X.-S.I-medencecsont rögzítése transzfúzió adása nélkül elvégezhető!

Összefoglalva, Pécssett a nemzetközi trendeknek megfelelően egy gerincsebészeti centrum alakult ki, ami az ortopéd és idegsebészek együttműködésével a gerincsebészet csaknem teljes spektrumát le tudja fedni. Ide tartoznak:

- gerinc nyaki-háti-ágyéki szakaszán degeneratív elváltozások miatt végzett műtétek
- kyphosis korrekciók (Scheuermann, congenitalis, posttraumás)
- scoliosis korrekciók (idiopathiás, neuromuszkuláris, congenitális, szindrómás, degeneratív)
- gyermek gerincsebészet (early-onset scoliosisok, gerincvelő fejlődési rendellenességek)
- gerincdaganatok eltávolítása, mind extra, mind intraduralisan
- gerinc vascularis elváltozásainak, például AV malformációinak endovascularis műtéti ellátása
- gerinc trauma ellátása a koponyaalaptól a sacrumig
- gerinc gyulladásos betegségeinek sebészi kezelése
- modern minimálisan invazív gerincsebészeti technikák alkalmazása

A következőkben néhány eset bemutatásával illusztráljuk a Pécsi Komprehenzív Gerincsebészeti Centrum munkásságát, több esetben hangsúlyozva az ortopéd és idegsebész együttműködést a gerincsebészetben.

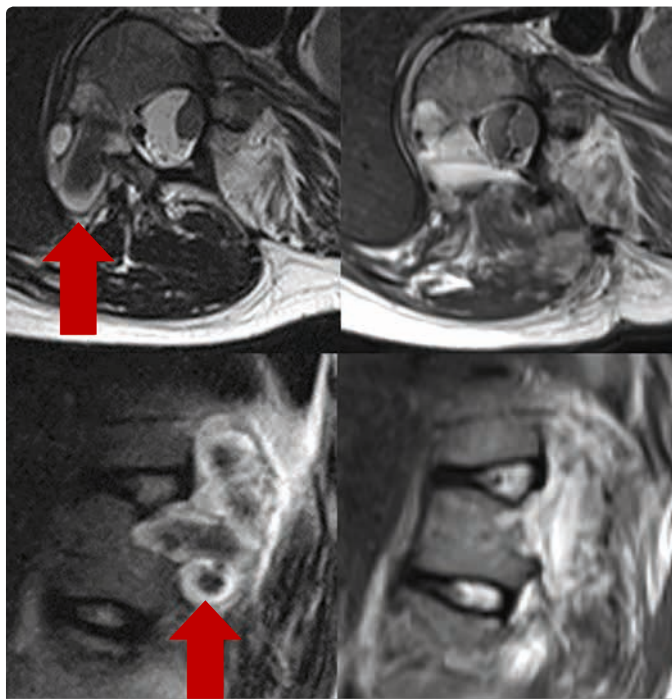
1. ESET: NEUROFIBROMATOSIS TALAJÁN KIALAKULT SCOLIOSIS

A betegnek 2002-ben, 4 éves korában fedezték fel scoliosisát, ekkor már neurofibromatosiszt diagnosztizáltak. A beteg édesanyjának két testvérénél is ismert neurofibromatosis. Komplex konzervatív kezelés indult, fűző, gyógytorna, úszás, azonban egyértelmű progresszió igazolódott (1. ábra).

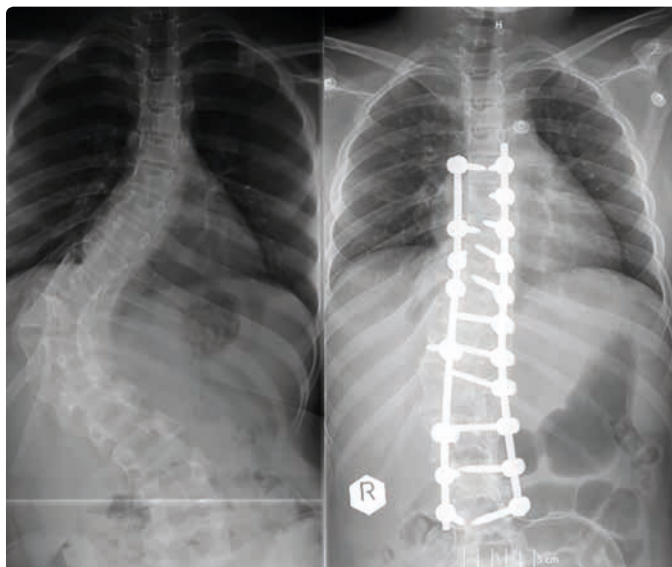


1. ÁBRA | ISMERT NEUROFIBROMATOSISOS BETEGNÉL A SCOLIOSIS EGYÉRTELMŰ PROGRESSZIÓJA FIGYELHETŐ MEG A BETEG 10 ÉVES ÉS 16 ÉVES KORÁBAN KÉSZÍTETT ÁLLÓ RTG FELVÉTELEIN.

A betegnél a Th.XII. magasságban, a scoliosis apexénél neurofibroma igazolódott MRI vizsgálattal. A scoliosis korrekciójához a daganat előzetes eltávolítása szükséges. Az első lépésben mikroszkóp segítségével a mellűr felé is terjedő homokóra alakú daganatot mikrosebészeti technikával az idegsebész radikálisan eltávolította (2. ábra), majd megtörtént a scoliosis korrekciója az ortopéd sebész vezetésével (3. ábra).



2. ÁBRA | A BAL OLDALI OSZLOPBAN AZ AXIALIS ÉS SAGITTALIS KÉPEKEN LÁTHATÓ NYÍLLAL JELÖLVE A TH.XII. MAGASSÁGBAN ELHELYEZKEDŐ, PARAVERTEBRÁLISAN TERJEDŐ SCHWANNOMA. A MŰTÉTET KÖVETŐ KONTROLLKÉPEKET A JOBB OLDALI OSZLOP MUTATJA. LÁTHATÓ, HOGY A DAGANAT TELJESEN ELTÁVOLÍTÁSRA KERÜLT.



3. ÁBRA | A BAL OLDALON A MŰTÉT ELŐTT, MÍG A JOBB OLDALON A MŰTÉT UTÁN KÉSZÜLT ÁLLÓ RTG FELVÉTEL LÁTSZIK. A MŰTÉT SORÁN SIKERÜLT MEGFELELŐ KORREKCIÓT ELÉRNI A BEÜLTETETT TRANSPEDICULARIS CSAVAROS-RUDAS RENDSZERREL.

2. ESET: LUMBOSACRALIS SPONDYLOLISTHESIS KORREKCIÓJA MINIMÁLISAN INVAZÍV MÓDON

A középkorú betegnek krónikusan voltak derék- és kétoldali alsóvégtagi fájdalmai. Panaszai hátterében L.V. Grade II. spondylolisthesis igazolódott. A műtét során kétoldali transmuscularis, tubularis feltárást alkalmaztunk, a nyomás alatt lévő L.5. ideggyököket mindkét oldalon decomprimáltuk, majd ugyanezeket az egyenként 3-4 cm hosszú metszéseket kihasználva a csigolyák közé PLIF távtartók (cage) kerültek beültetésre, majd az elcsúszott L.V. csigolyát transpedicularis csavaros-rudas rendszerrel reponáltuk és rögzítettük (4. ábra). A minimálisan invazív technikának köszönhetően a vérvesztés is minimális volt. A műtéthez szükséges per primam gyógyult metszéseket az 5. ábra mutatja.



4. ÁBRA | A FELVÉTELEKEN L.V. GRADE II. SPONDYLOLISTHESIS LÁTSZIK (PIROS NYÍL JELZI AZ ELCSÚSZÁST). AMŰTÉTET KÖVETŐ KONTROLLKÉPEKEN LÁTHATÓ, HOGY ALISTHESIS KORREKCIÓJA TELJES. AZ L.V.-S.I. CSIGOLYÁK KÖZÉ OLDALRA BEÜLTETETT 2 DB PLIF TÁVTARTÓ (CAGE) A MEDIAN-SAGITTALIS METSZETŰ CT FELVÉTELEKEN NEM ÁBRÁZOLÓDIK.



5. ÁBRA | A KÉPEN MEGFIGYELHETŐEK AZ L.V.-S.I. SPONDYLOLISTHESIS KORREKCIÓJÁHOZ SZÜKSÉGES BAL, ILLETVE JOBB OLDALON PARAVERTEBRALISAN ELHELYEZETT 3-4 CM HOSSZÚ METSZÉSEK. A TRANSMUSCULARIS FELTÁRÁS MIATT NINCIS KITERJEDT IZOMLEVÁLASZTÁS A GERINC CSONTOZATÁRÓL, ÍGY AVÉRÉLLÁTÁS MEGKÍMÉLÉSE MIATT AGENNYEDÉSI KOCKÁZAT JÓVAL KISEBB. A MINIMÁLISAN INVAZÍV TECHNIKA TOVÁBBI ELŐNYE A JELENTŐSEN CSÖKKENT FÁJDALOM-SZINT ÉS A MINIMÁLIS VÉRVESZTÉS.

3. ESET: ÁGYÉKI GERINC TRAUMA MINIMÁLISAN INVAZÍV ELLÁTÁSA – KYPHOSIS KORREKCIÓJA

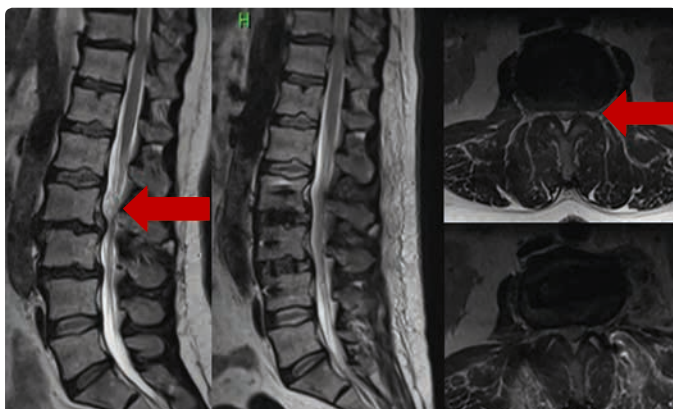
A 16 éves beteg autóbalesetben sérült, AO „B” típusú disztrakciós törést szenvedett el, idegrendszeri tünete nem volt. L.I.-L.II csigolyák között a ligamentum interspinosum elszakadt, továbbá mindkét oldalon az L.II. csigolya pediculusa disztrakció következtében felnyíltak (6. ábra). A sérülés következményeként instabil gerincsérülés és posttraumás kyphosis alakult ki. A beteg gerincét minimálisan invazív módon 4 db apró szúrt seben keresztül stabilizáltuk akután. A beültetett monoaxialis csavaros-rudas rendszerrel a kyphosist korrigálni tudtuk, a gerinc sagittalis egyensúlyát helyreállítottuk. A beültetett rendszer a 6 hónapos kontrollképeken is stabil rögzítést mutat, implantátum elégtelenség nem áll fenn (6. ábra). A 4 db apró szúrt seb nemcsak kiváló kozmetikai eredményt nyújt a fiatal nőbeteg esetében (7. ábra), de a műtėti gennyedés kockázata is jóval kisebb. Továbbá a műtėti idő is jelentősen csökkent a nyílt feltárásokhoz képest. A teljes instrumentárium beültetéséhez és korrekció elvégzéséhez mindössze 50 percre volt szükség. Másik előnye a technikának, hogy lényegében vérvesztés nélkül lehetett a műtétet elvégezni.



6. ÁBRA | AZ AUTÓBALESETBEN SÉRÜLT BETEGNÉL POSTTRAUMÁS KYPHOSIS ALAKULT KI, TOVÁBBÁ AZ L.II CSIGOLYA PEDICULUSAI DISZTRAKCIÓS TÖRÉST SZENVEDTEK EL. AKÉPEKEN NYÍL JELZI AMŰTÉT ELŐTTI ILLETVE UTÁNI ÁLLAPOTOT: AZ L.I. ÉS L.II. CSIGOLYÁK PROCESSUS SPINOSUSAI AZ INTERSPINOSUS LIGAMENTUM SZAKADÁSA MIATT KÓROSAN ELTÁVOLODTAK EGYMÁSTÓL, MAJD AMŰTÉT UTÁN A MONOAXIALIS CSAVAROKNAK ÉS A KOMPRESSZIÓS MANŐVERNEK KÖSZÖNHETŐEN AZ ANATÓMIAI ÁLLAPOT HELYREÁLLT. AKÉP JOBB OLDALÁN LÉVŐ RTG FELVÉTEL A HAT HÓNAPOS STABIL ÁLLAPOTOT MUTATJA.



7. ÁBRA | ALIG LÁTHATÓ 4 DB SZÚRT SEB A GERINC KÉT OLDALÁN A SÉRÜLÉS UTÁN 6 HÓNAPPAL. A MINIMÁLISAN INVAZÍV TECHNIKA NEM CSAK JOBB KÖZMETIKAI EREDMÉNYT, DE JELENTŐSEN RÖVIDÜLT MŰTÉTI IDŐT, MINIMÁLIS VÉRVESZTÉST ÉS KISEBB GENNYEDÉSI KOCKÁZATOT IS EREDMÉNYEZETT.



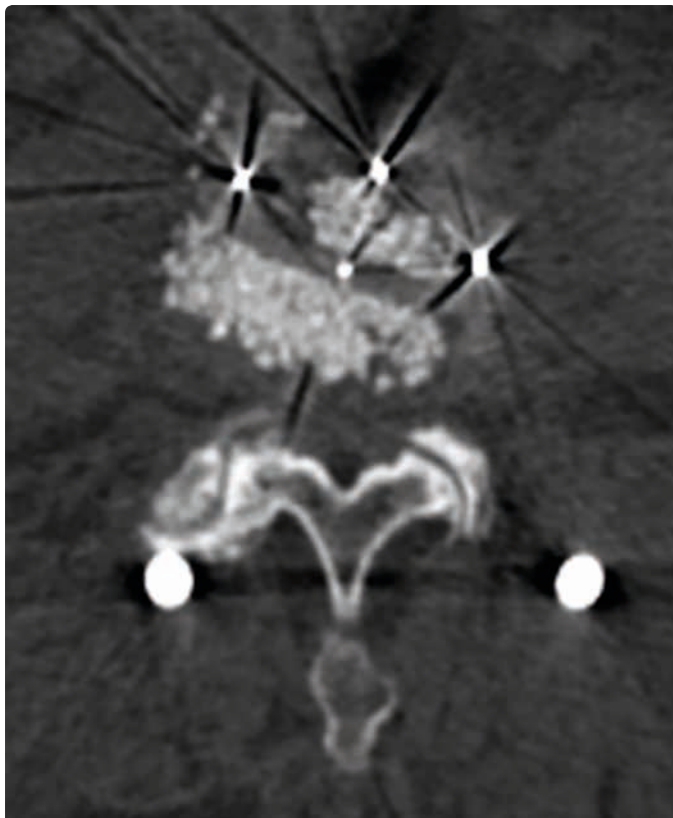
8. ÁBRA | A PREOPERATÍV MRI FELVÉTELEKEN NYÍL MUTATJA ASAGITTALIS ÉS AZ AXIALIS KÉPEKEN ACENTRALIS GERINCCSATORNA, ILLETVE AFORAMINALIS SZŰKÜLETEKET. ASAGITTALIS KÉPEKEN LÁTSZIK ANYÍL MAGASSÁGÁBAN A CAUDA EQUINA ROSTOK ÖRVÉNYES ELHELYEZKEDÉSE, AMIT ACENTRALIS GERINCCSATORNA SZŰKÜLET OKOZ. APOSTOPERATÍV KÉPEKEN MEGFIGYELHETŐ, HOGY APORCKORONG MAGASSÁGOK HELYREÁLLÍTÁSÁVAL INDIREKT DEKOMPRESSZIÓT TUDTUNK ELÉRNI. AZAZ MEGSZÜNTETTÜK ACENTRALIS GERINCCSATORNA ÉS AFORAMINALIS SZŰKÜLETEKET IS. A CAUDA EQUINA ROSTOK „KIEGYENESEDTEK”, AZ ÖRVÉNYJEL A SAGITTALIS KÉPEKEN MEGSZÜNT. AZ ALSÓ AXIALIS KÉPEN ABEÜLTETETT NAGYMÉRETŰ CSIGOLYÁK KÖZÖTTI TÁVTARTÓ – CAGE – SÖTÉT „ÁRNYÉKA” IS MEGFIGYELHETŐ.

4. ESET: MINIMÁLISAN INVAZÍV ANTERO-LATERALIS FELTÁRÁS ÉS AZ INDIREKT DEKOMPRESSZIÓ

A középkorú betegnek krónikus derék- és alsó végtagi fájdalmai voltak. Járástávolsága 50 méterre csökkent, klasszikus progresszív neurogen claudicatio alakult ki. A betegnél L.II.-L.III és L.III.-L.IV. csigolyák között degeneratív spondylolisthesis észleltünk, az itt elhelyezkedő discus intervertebralisok magassága csökkent. L.II.-L.III discus magasságában foraminalis szűkület és centralis gerinccsatorna szűkület is kialakult, ami a beteg neurogen claudicatio tüneteit magyarázta (8. ábra). A centralis gerinccsatorna szűkületét jelzi a cauda equina rostok örvényszerű elhelyezkedése cranialisan a szűkülettől az MRI képeken (8. ábra). Ennek a degeneratív állapotnak a hagyományos megoldása egy középvonalas feltárás, hosszan mindkét oldali paravertebrális izomzat leválasztása, majd a csontos dekompresszió elvégzése laminectomiával vagy kétoldali laminotomiával lett volna. Ezt követően az porckorong helyére cage távtartó került volna, melyhez legalább az egyik oldalon a kisízület eltávolítására lett volna szükség 2 szegmentumban (TLIF technika). Ez a hagyományos megoldás komoly szöveti destruktíót okozott volna, a műtét első fázisában a gerinc csontos és szalagos struktúráinak eltávolításával. Majd ezt a destabilizációs lépést követően következett volna a stabilitás helyreállítása. A műtét során legalább két ideggöyök is látótérbe került volna, azokat a direkt károsodás és a későbbi hegesedés okozta károsodás veszélyének kitéve. Ez utóbbi a betegnek még egy kiválóan elvégzett műtét mellett is krónikus fájdalmakat okozhat!

Evvel szemben a minimálisan invazív megoldás során csak a gerinc destruálódott elemeit, a porckorongokat távolítjuk el egy rácsmetszést alkalmazó retroperitoneális feltárásból, majd a meglévő csontos szalagos struktúrák elvétele nélkül (!), percutan csavarokkal további stabilitást adunk a gerincnek. A technika előnye nemcsak az, hogy apró metszéseket alkalmazunk, így a vérvesztés, illetve a gennyedési kockázat is minimális, de további előny, hogy az idegelemeket nem tárjuk fel a dekompresszióhoz, azaz nem tesszük ki őket közvetlen sérülés vagy későbbi hegesedés okozta sérülés veszélyének. A dekompressziót mind centralisan mind foraminalisan a porckorong magasság helyreállításával, a meglazult szalagrendszer megfeszítésével érjük el. Az indirekt dekompresszió a műtét utáni kontrollképeken jól látszik (8. ábra). A technika további előnye, hogy jóval nagyobb távtartó (cage) ültethető be

a porckorong helyére, mely a nagyobb feltámaszkodási felszín miatt nagyobb primer stabilitást és nagyobb fúziós felszínt biztosít az átcsontosodásra (9. ábra). A műtétet követően a beteg 4 nappal emittálhatóvá vált. A hathetes kontrollvizsgálatra a beteg alsó végtagi fájdalmai teljesen megszűntek, és derékfájdalmai is jelentősen csökkentek, nem állandó jellegűek voltak. A műtét minimális szöveti destrukcióval járt: egyrészt a csípőlapát felett látható egy kb. 6 cm hosszú metszés a cage-ek beültetéséhez, illetve dorsalisán 6 db szűrt seb látszik a transpedicularis csavaros rudas rögzítő rendszer beültetéséhez (10. ábra).



9. ÁBRA | AZ AXIALIS, PORCKORONG SÍKJÁBAN KÉSZÍTETT POSTOPERATÍV CT FELVÉTELEN JÓL LÁTSZIK ACSIGOLYÁK KÖZÖTTI TÁVTARTÓ – CAGE – HATALMAS MÉRETE. A CAGE A PORCKORONGOT SZINTE TELJES SZÉLESSÉGÉBEN KITÖLTI, NAGY FELTÁMASZKODÁSI FELÜLETET BIZTOSÍTVA. A CSONTOS FÚZIÓ ELŐSEGÍTÉSE CÉLJÁBÓL NEM CSAK A CAGE-ET, DE A KÖRÜLÖTTÉ LÉVŐ MARADÉK PORCKORONG TERET IS CSONTPÓTLÓ CALCIUM GRANULÁTUMMAL TÖLTÖTTÜK FEL, MELYET ACSIGOLYATESTBŐL NYERT CSONTVELŐVEL VEGYÍTETTÜNK.



10. ÁBRA | BAL OLDALON LÁTHATÓ A MŰTÉT UTÁNI, ÁTTEKINTŐ KONTROLL CT FELVÉTEL. MEGFIGYELHETŐ AKÉT MAGASSÁGBAN BEÜLTETETT 2 DB TÁVTARTÓ – CAGE –, ILLETVE A DORSALIS TRANSPEDICULARIS CSAVAROS RUDAS RENDSZER. A CAGE-EK IMPLANTÁCIÓJÁHOZ ALKALMAZOTT RETROPERITONEALIS FELTÁRÁSHOZ SZÜKSÉGES PER PRIMAM GYÓGYULT 6 CM HOSSZÚ HEG LÁTSZIK AKÖZÉPSŐ KÉPEN ABETEG BAL OLDALÁN. ADORSALIS TRANSPEDICULARIS CSAVAROS-RUDAS RÖGZÍTŐ RENDSZER BEÜLTETÉSÉHEZ SZÜKSÉGES 6 DB SZÚRT SEB AKÉP JOBB OLDALÁN, ABETEG HÁTÁN LÁTHATÓ.

5. ESET: ÁGYÉKI DEGENERATÍV SCOLIOSIS MINIMÁLISAN INVÁZÍV KORREKCIÓJA

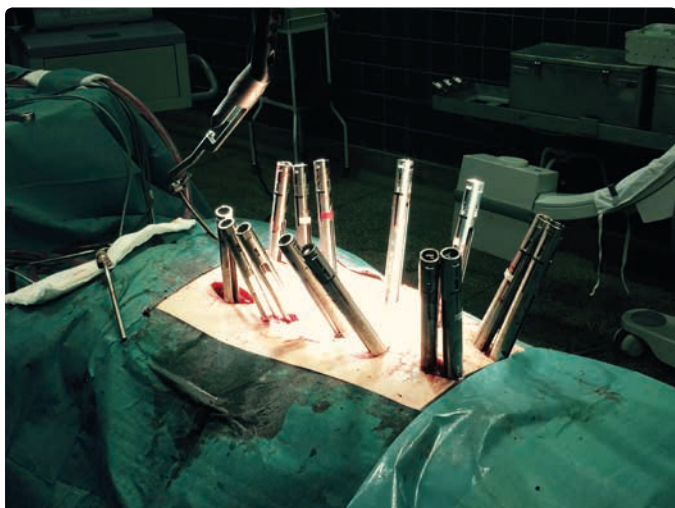
Az 55 éves nőbetegnek évek óta voltak bal alsó végtagi radicularis és deréktáji fájdalmai. A konzervatív kezelés teljesen eredménytelenné vált, a fájdalmak miatt a műtétet megelőző hónapokban napi rendszerességgel szedett fájdalomcsillapítót, időnként morfin tapasz is használt. Képalkotó vizsgálatokkal ágyéki degeneratív scoliosis igazolódott. Több porckorongban vákuum fenomen, illetve több magasságban foraminalis szűkület igazolódott. A hagyományos műtéti megoldás egy 15-20 cm hosszú középvonalas metszést, kétoldali kiterjedt izomleválasztást jelentett volna. Az ideggyökök direkt felszabadítása és a cage-ek beültetése további jelentős vérvesztést eredményezett volna. A hatalmas seb felszín miatt a vérzés mellett a gennyedési kockázat is jelentős lett volna. Ezzel szemben az általunk alkalmazott minimálisan invazív eljárás során vérátömlesztésre nem volt szükség, és a gerinc dorsalis csontos, szalagos struktúráit meg tudtuk kímélni a nagyobb stabilitás érdekében. Az előzőekben bemutatott esetekhez hasonlóan, itt is egy anterolaterális retroperitonealis feltárásból csak a betegség alapját szolgáltatató tönkrement porckorongokat távolítottuk el. Majd a helyükre csigolyák közötti távtartók, cage-ek kerültek, csontosodást elősegítő, csontpótló calcium granulátummal feltöltve. Fontos megemlíteni, hogy az anterolaterális rácsmetszést jelentő minimál invazív feltárásból a teljes lumbalis

gerincszakasz megközelíthető, azaz 5 db cage-et tudunk implantálni L.I. csigolyától S.I. csigolyáig!

A feltáráshoz szükséges metszést a 11. ábra mutatja.



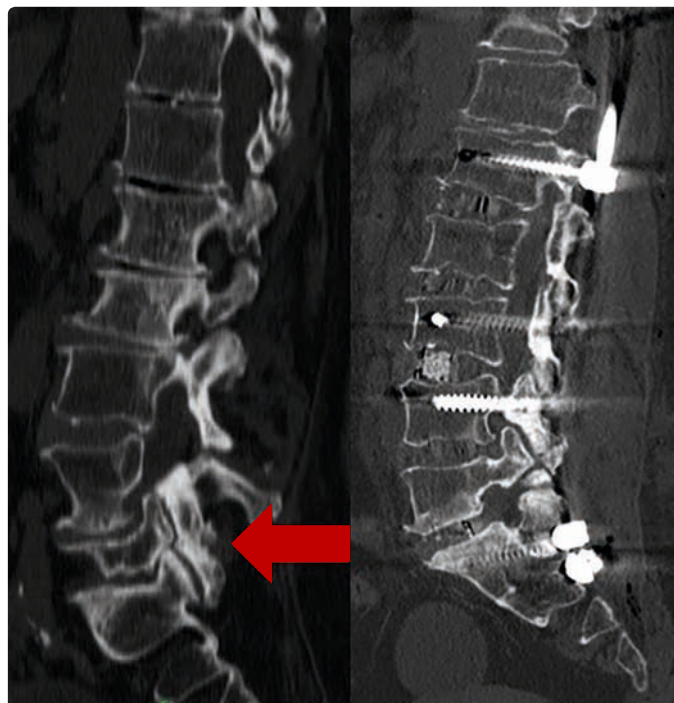
11. ÁBRA | A JOBB OLDALI CSÍPŐLAPÁT ELŐTT/FELETT ELHELYEZETT METSZÉSBŐL, A HASIZOM ROSTOK MEGKÍMÉLÉSÉVEL RÁCSMETSZÉST ALKALMAZVA A TELJES LUMBALIS GERINC SZAKASZ MEGKÖZELÍTHETŐ. EBBŐL A FELTÁRÁSBÓL 5 DB TÁVTARTÓ – CAGE – KERÜLT BEÜLTETÉSRE AZ L.I. CSIGOLYÁTÓL AZ S.I. CSIGOLYÁIG.



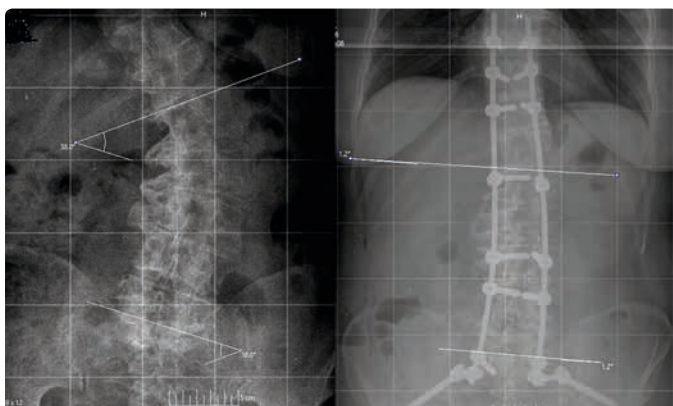
12. ÁBRA | A BETEG CSIGOLYÁIBA PERCUTAN TRANSPEDICULARIS POLYAXIALIS CSAVAROKAT HELELYEZTÜNK. A CSAVAROK TULIPÁNJAI RA ERŐSÍTETT TORNYOKAT MUTATJA A KÉP A CSÍPŐLAPÁTBA HELELYEZETT CSAVAROK NEM RENDELKEZNEK TORNYOKKAL, AZOK AZ ALSÓ HOSSZABB METSZÉSBEN LETTEK IMPLANTÁLVA HAGYOMÁNYOS ESZKÖZÖKKEL. A BAL OLDALON DISTALISAN LÁTSZIK, HOGY A GERINCET RÖGZÍTŐ HOSSZÚ TITÁN RUDAT MÁR FÉLIG FELVEZETTÜK A CSAVAROK TORNYAIBA. FONTOS MEGEMLÍTENI A KÖZÉPVONALAS NAGY FELTÁRÁS HIÁNYÁT, A CSAVAROKAT APRÓ, NÉHOL SZÜRT SEBEKEN KERESZTÜL IMPLANTÁLTUK A CSIGOLYÁKBA.

A dorsalis stabilizáció során (12. ábra) nem minden csigolyát instrumentáltunk, ugyanis az anterolateralisan beültetett távtartók, illetve a hátulsó intakt csontos szalagos struktúrák kellő stabilitást nyújtanak. Az idegelemek decompresszióját pedig itt is indirekt módon értük el a cage-ek implantációjával. A 13. ábrán érdemes megfigyelni az L.V.-S.I. foramen átmérőjének növekedését, ami a beteg alsó végtagi fájdalmait teljesen megszüntette.

Az elért deformitás korrekció megfelel egy nyílt műtéttel elért eredménynek (14. ábra).



13. ÁBRA | A BAL OLDALI ÁBRÁN LÁTHATÓ A MŰTÉT ELŐTT KÉSZÍTETT SAGITTÁLIS IRÁNYÚ CT VIZSGÁLAT, MÍG JOBB OLDALON A MŰTÉT UTÁNI KONTROLLFELVÉTEL LÁTSZIK. NYÍL JELZI A BETEG BAL ALSÓ VÉG TAGI FÁJDALMAIT OKOZÓ JELENTŐS FORAMINÁLIS SZÚKÚLETET L.V.-S.I. MAGASSÁGBAN. AZ INDI REKT DEKOMPRESSZIÓ KÖVETKEZMÉNYEKÉNT, AZAZ AZ L.V.-S.I. PORCKORONGBA HELELYEZETT TÁVTARTÓ MIATT A FORAMEN FELTÁGULT, ÉS AZ IDEGSZÁL FELSZABADULT A NYOMÁS ALÓL, AMI A JOBB OLDALI KONTROLLKÉPEKEN LÁTHATÓ. SZIN TÉN ÉRDEMES MEGFIGYELNI UGYANEZEN A KÉ PEN, HOGY AZ ANTEROLATERÁLIS MINIMALISAN INVAZÍV RÁCSMETSZÉSBŐL A TELJES LUMBÁLIS GERINC SZAKASZ STABILIZÁLHATÓ VOLT TÁVTAR TÓK ÁLTAL (5 DB LUMBALIS CAGE LÁTHATÓ).

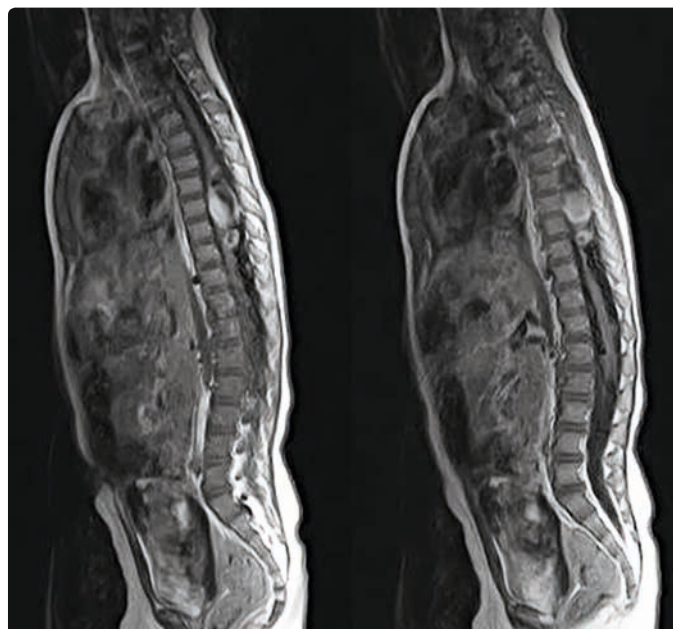


14. ÁBRA | A BAL OLDALON A MŰTÉT ELŐTTI ÁLLÓ RTG FELVÉTEL, MÍG JOBB OLDALON A MŰTÉT UTÁNI KONTROLLFELVÉTEL LÁTSZIK. AZ UTÓBBI KÉPEN MEGFIGYELHETŐ A CSAK NEM ANATÓMIAI KORREKCIÓ, ILLETVE AZ L.I.-TŐL AZ S.I. CSIGOLYÁKIG BEÜLTETETT TÁVTARTÓK FÉM JELŐLŐSZÁLAINAK A VETÜLETE, TOVÁBBÁ A CSÍPÓLAPÁTTÓL A TH.IX. CSIGOLYÁIG TERJEDŐ CSAVAROS-RUDAS DORSALIS STABILIZÁLÓ RENDSZER.

A minimálisan invazív technika alkalmazásával a beteg számára a műtéti megterhelés jóval kisebb volt (pl. vérvesztés minimalizálása, izomleválasztás hiánya stb.), és hamarabb mobilizálhatóvá vált. A hathetes kontrollvizsgálaton mindössze jobb oldali combzsibbadást panaszolt, azonban derék- és alsó végtagi fájdalmak teljesen megszűntek, és szubjektíve sokkal stabilabbnak érezte a gerincét. Véleményünk szerint a minimálisan invazív technika az idősebb beteg populáció (70-80 éves korosztály) életminőségét is javíthatja, mobilitásuk megőrizhetővé válik, és fájdalmaikat csillapítani tudjuk. Azaz a kisebb műtéti megterhelés miatt a korábban kontraindikált idős betegek is részesülhetnek a sebészeti kezelésben és az ebből adódó jelentős életminőség-javulásban.

6. ESET: A GERINCVELŐ ARTERIO-VENOSUS MALFORMATIOJÁNAK ENDOVASCULARIS ELLÁTÁSA EGY 27 HÓNAPOS GYERMEK ESETÉBEN

A 27 hónapos gyermeknél fokozatosan, egyre rosszabbodó súlyos paraparesis alakult ki. MRI vizsgálat készült, mely Th.VII. magasságban a gerincvelőben nem típusos térfoglalást mutatott, továbbá tortuosus erek is megfigyelhetők voltak a gerincvelő körül (15. ábra).



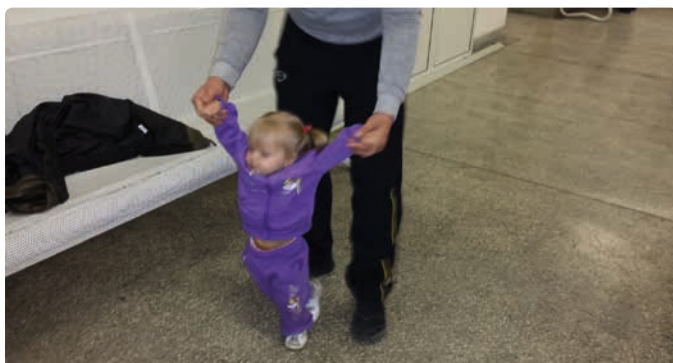
15. ÁBRA | A TELJES GERINC MRI KÉPEKEN MEGFIGYELHETŐ A TH.VII. MAGASSÁGBAN ELHELYEZKEDŐ TÉRFOGLALÁSNAK IMPONÁLÓ ÓRIÁS ANEURYSMA, TOVÁBBÁ A GERINCVELŐ ELŐTT ÉS MÖGÖTT A TORTUOSUS EREK, MELYEK AVM-RE UTALNAK.

Az MRI vizsgálat után altatásban arteria femoralison keresztül angiographiát végeztünk, melyen egy thortacolumbalis arteriovenosus malformatio igazolódott, óriás aneurysmával (16. ábra).



16. ÁBRA | A BAL OLDALON A THORACOLUMBALIS SZAKASZRA LOKALIZÁLÓDÓ AVM LÁTSZIK ÓRIÁS ANEURYSMÁVAL. A KÖZÉPSŐ KÉPEN AZ ELVÁLTOZÁS SZUPERSZELEKTÍV ANGIOGRAPHIÁS VIZSGÁLATA LÁTSZIK. JOBB OLDALON A KONTROLLFELVÉTEL LÁTHATÓ AZ AVM ELZÁRÁSÁT KÖVETŐEN: SEM AZ AVM, SEM AZ ÓRIÁS ANEURYSMA NEM TELŐDIK.

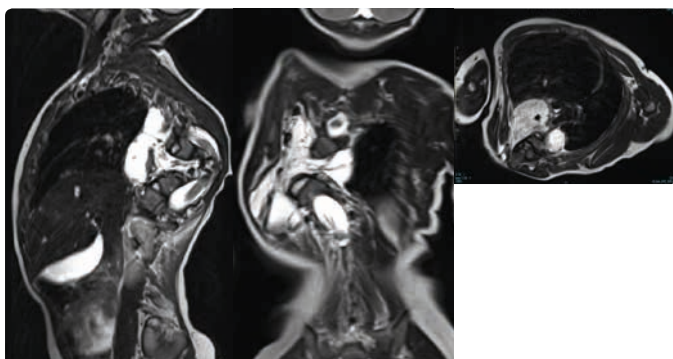
Az aneurysma, mérete miatt, direkt kompressziós hatást gyakorol a gerincvelőre, továbbá az AVM „steal” syndroma miatt a gerincvelő vérellátása csökken, ami hypoperfúziót okoz. Szuperszelektív angiographiával (tápláló ér: jobb oldali X.-es intercostalis arteria) az AVM elzárásra került, ennek következtében az óriás aneurysma sem mutat telítődést a kontroll angiographiás képeken (16. ábra). A gyermek állapota műtétet követően azonnal javult, majd teljesen járóképessé vált (17. ábra).



17. ÁBRA | AZ AVM ELZÁRÁST KÖVETŐEN A SZINTE PARAPLEG GYERMEK JÁRÓKÉPESSÉ VÁLT, MOTOROS FEJLŐDÉSE EZT KÖVETŐEN NORMALIZÁLÓDOTT.

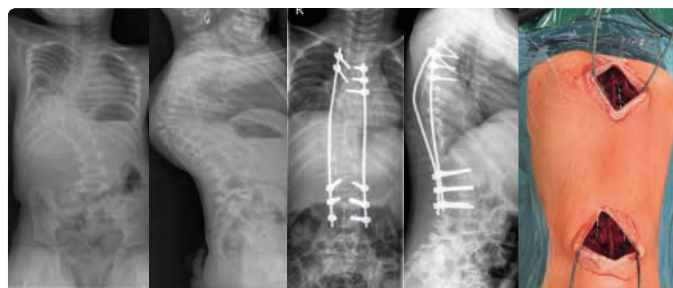
7. ESET: 2,5 ÉVES GYERMEK MELLKASI LYMPHOHAEMANGIOMA TALAJÁN KIALAKULT KYPHOSCOLIOSISÁNAK FÚZIÓ NÉLKÜLI KORREKCIÓJA

28 hónapos gyermek multiplex haemangiomatosisa születése óta ismert. 8 hónapos kora óta észlelik progresszív kyp scoliosist, melyhez az elmúlt 6 hónapban fokozatos alsó végtagi paresis is társult, majd 2 hónappal a műtét előtt járásképtelenné vált. MRI vizsgálat mellkasi lobulált folyamatot igazolt, myelopathiával (18. ábra). A mellkasi tumor



18. ÁBRA | A TELJES GERINC MRI FELVÉTELEKEN LÁTHATÓ A JOBB OLDALI MELLKASFELET KITÖLTŐ ÓRIÁS LYMPHOHAEMANGIOMA, MELY A THORACALIS GERINCET „KÖRÜLÖLEL”, A CANALIS SPINALIS-BA IS BETERJED, EXTRÉM KYPHOSCOLIOSIST EREDMÉNYEZVE.

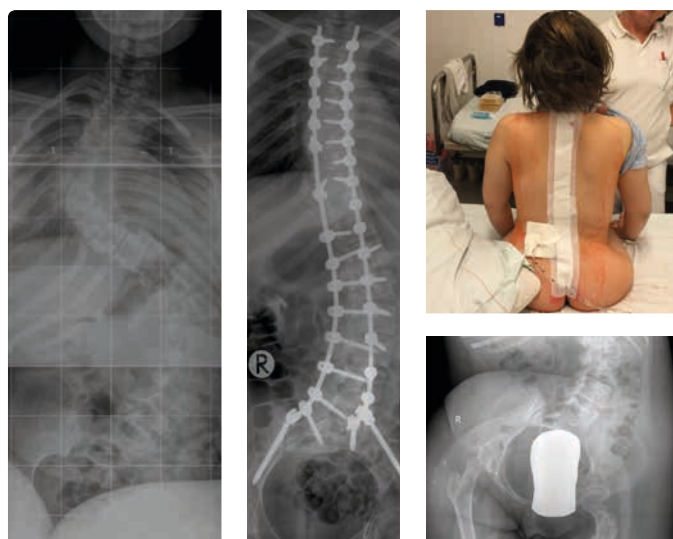
sclerotisációját a gyermeksebészek nemzetközi konzílium javaslata alapján végzik, eközben a kyp scoliosis Halo-trakcióját kezdtük, melyet 6 hétig folytattunk a neurológiai status folyamatos monitorizálása mellett, csigás kerekesszék segítségével. A trakciós előkezelést követően fúzió nélküli technikával végeztük a deformitás korrekcióját, a tumor területét érintetlenül hagyva (19. ábra). Műtétet követően a neurológiai status rapid javulását észleltük, a gyermek 3 hét után ismét járóképessé vált.



19. ÁBRA | 2,5 ÉVES GYERMEK ÓRIÁS MELLKASI LYMPHOHAEMANGIOMA MIATT KIALAKULT SECUNDER KYPHOSCOLIOSISÁNAK FÚZIÓ NÉLKÜLI KORREKCIÓJA CSAK AZ INSTRUMENTÁLT TERÜLET FELTÁRÁSÁVAL.

8. ESET: EXTRÉM MEDENCEBILLENÉSEL JÁRÓ NEUROMUSCULARIS SCOLIOSIS MŰTÉTI KORREKCIÓJA

13 éves lány ülési képtelenséget okozó, Devic szindróma talaján kialakult, progresszív neuromuszkuláris scoliosis miatt jelentkezett ambulanciánkon, az elkészült képalkotó eljárások collapsing spine-t igazoltak extrém medencebillenéssel, légzési nehezítettséggel. (20. ábra)



20. ÁBRA | NEUROMUSZKULÁRIS ALAPBETEGSÉG TALAJÁN KIALAKULT COLLAPSING SPINE, VALAMINT MEDENCEBILLENÉS MŰTÉTI KORREKCIÓJA.

Műtéti korrekciót elsősorban a stabil ülőhelyzet, valamint a légzés-funkció javítása céljából végeztünk hátsó csavaros-rudas technikával. A medencebillenés korrekcióját a hosszú lumbosacralis rögzítések során már rutinszerűen használt sacral-alar-iliac (SAI) csavarokkal oldottuk meg, míg a deformitás korrekciójánál csak a megfelelő ülőbalance elérésére törekedtünk. (20. ábra) Légzésfunkciós értékei a műtétet követően jelentősen javultak, azonnal ültethetővé vált.

ÖSSZEFOGLALÁS

A nemzetközi trendeket, illetve a hazai példát is követve Pécsen Komprehenzív Gerincsebészeti Centrum jött létre. A centrumban dolgozó, eltérő képesséssel rendelkező szakemberek (ortopéd sebész, idegsebész, endovasculáris idegsebész) a gerincbetegségeket komplexen tudják kezelni, és a teljes gerincsebészeti spektrumot képesek lefedni. A beteg számára egyértelműen előnyös, hogy a kezelését nem csak egyféle szemlélet irányítja: azaz a beteg sokszor jobban jár egy „idegsebészeti” mikrodekompresszióval, mint egy gerincrögzítéssel. Ez fordítva is igaz: sokszor az idegsebész által végzett mikrodekompresszió az amúgy is instabil gerincet tovább gyengítheti, ami a betegeknek krónikus gerincfájdalmakat okozhat. Ez a betegek életminőségét legalább annyira ronthatja, mint a korábbi, már szanálódott alsó végtagi fájdalom.

A közös komprehenzív centrumban való együttműködés a részt vevő orvosok számára is előnyös, egymás műtéti technikáit könnyen el lehet sajátítani a közös műtétek alatt. További előny, hogy a jövő gerincsebészei számára a centrum a sebészi képzés során egy komplex tudást tud átadni, mely magába foglalja mind az ortopéd, mind az idegsebész szakma látásmódját, sebészi technikáját. Véleményünk szerint a jövő a gerincsebész subspecialitás kialakulása, ami a komplex ortopéd-idegsebész szemléleten/képzésen keresztül a gerincbetegek érdekeit a legjobban szolgálja.

PSZICHOEDUKÁCIÓ A GERINCGYÓGYÁSZATBAN

Bagdi Petra, Harkai Viktória, Stoll Dániel Péter, dr. Ferenc Mária



BAGDI PETRA

KLINIKAI SZAKPSZICHOLÓGUS
ORSZÁGOS GERINCGYÓGYÁSZATI
KÖZPONT PSZICHOLÓGIAI
AMBULANCIA

ÖSSZEFOGLALÓ

A pszichoeducáció egy olyan professzionális információátadó módszer, amelynek célja a páciensek betegségükkel és az azzal való megküzdéssel kapcsolatos ismeretei bővítése,

a betegséghez kapcsolódó problémák érzelmi feldolgozása. Kiegészítő kezelési mód, mely a gyógyszeres és pszichoterápiás kezelés mellett alkalmazható számos pszichiátriai zavar, szomatikus megbetegedés, krónikus betegség kezelésében. Írásunkban részletezzük modelljeit, történetét és alkalmazási lehetőségeit, kitérünk azokra a mentális állapotokra, amikor nem javasolt a módszer használata.

Cikkünk második felében bemutatjuk a módszer krónikus fájdalomban történő alkalmazásának jelentőségét és lehetőségeit. Mivel a gerincbetegségek gyakran, a krónikus fájdalom pedig minden esetben életmód-betegség, a gyógyuláshoz elengedhetetlen a betegek aktív és tudatos együttműködése. A krónikus fájdalom hatékony kezelésének és megelőzésének első lépcsőfoka, hogy a betegek megismerjék a zavar kialakulásában szerepet játszó pszicho-szociális tényezőket (mint pl. a szorongás, depresszió, katasztrofizáló gondolkodás, fájdalomtól és mozgástól való félelem stb.), és olyan önszegítő technikákat tanuljanak, melyek által fájdalmukat csökkenthetik, közérzetüket, életminőségüket javíthatják. A módszer hatékonyságát szelektív irodalomkutatás eredményeire alapozva ismertetjük.

ABSTRACT

Psychoeducation is a professional information-based technique. It can be applied as an adjuvant treatment besides medical or psychotherapeutic treatment in many different psychiatric, somatic, and chronic diseases. Its aim is to inform patients on the etiology, management and

coping of the condition they suffer from. The current paper displays the history, models, application and contraindication of psychoeducation. After a general introduction, the paper focuses on the significance of its application among chronic pain patients. Since chronic pain is a lifestyle disease and psycho-social factors (such as anxiety, depression, catastrophizing thinking, fear of pain and movement) play significant role in exacerbation of pain, lifestyle changes seem to be essential in effective pain management. Education of self-management techniques can help patients to improve their quality of life, physical and mental well-being. The effectiveness of psychoeducation is discussed based on selective literature research.

BEVEZETÉS

A pszichoeducáció olyan oktatáson, információnyújtáson alapuló módszer, mely során – az egészség megőrzése és a betegséggel való hatékony megküzdés érdekében – az adott betegség természetéről, annak kezelési lehetőségeiről és hasznos önszegítő technikákról kapnak információt a betegek és hozzátartozóik [1]. A pszichoeducáció hosszú távú célja az egészségmegőrzés és a beteg adherenciájának, azaz a terápiához való „hűségének”, együttműködésének növelése. Fókuszában nem a betegség meggyógyítása, nem a tünetek, panaszok megszüntetése vagy a szellemi fejlődés elősegítése áll, hanem tanításon keresztül az egyén attitűdjeinek megváltoztatása és készségeinek fejlesztése [2]. A pszichoeducációs foglalkozások célja tehát az információátadáson túl a megküzdési stratégiák fejlesztése. Míg a pszichoeducációt vezető szakember (a legtöbb esetben orvos vagy pszichológus) oktatói, facilitatori szerepben van, addig a pszichoeducáción részt vevő betegek – a hagyományos orvoslási modellel ellentétben – nem passzív, befogadó, hanem aktív, (ön)reflektív és kompetens szerepbe kerülnek, „konstruktív attitűddel” rendelkeznek. Ez a hozzáállás kettős: egyszerre kívánja meg a betegtől a betegség elfogadását és az azzal való aktív megküzdést [3].

A pszichoeducáció módszerének négy különböző típusa ismert. Az információs modellnél a hangsúly a betegséggel kapcsolatos információ átadásán van, a készségfejlesztő modellben a cél a gyógyuláshoz

szükséges készségek elsajátítása. A szupportív modell főként – elfogadó légkör megteremtése által – a betegséggel kapcsolatos érzelmek tudatosításával és azok empatisz elfogadásával nyújt érzelmi támogatást, segítve ezzel a megküzdést. A komprehenzív modellben mind a három összetevő megtalálható: ötvözi az információnyújtás, a lelki támogatás és a készségfejlesztés különböző eszközeit [4].

TÖRTÉNETE

A pszichoedukáció fogalma az orvostudományban először 1911-ben jelent meg John E. Donley „Psychotherapy and re-education” című cikkében a The Journal of Abnormal Psychology folyóiratban [5]. Harminc évvel később (1941-ben) Brian E. Tomlinson használta a fogalmat könyvében (The Psychoeducational Clinic) [6]. A fogalom aktuális használata C. M. Anderson nevéhez fűződik, aki a szkizofrénia kezelésében kiegészítő módszerként alkalmazta az eljárást az 1980-as években. Akkoriban a pszichoedukációs foglalkozások leginkább a szkizofrén betegek családjainak szóltak, mely során a résztvevők a tünetekről és a betegség lefolyásáról szóló oktatásban részesültek. Később egyre több mentális zavar gyógyításában alkalmazták, így leginkább az addikciók, a depresszió [8] és az evészavarok esetében. Az utóbbi évtizedekben a pszichoedukációs foglalkozások a szomatikus orvoslás területén is megjelentek. Mivel a gyógyíthatatlan krónikus betegek számának növekedése megkívánta az egészségügyi ellátórendszerből, hogy több figyelmet fordítson a betegséggel való megküzdésre, a mindennapi funkcionális és az életminőség fejlesztésére, a gyógyításban egyre nagyobb szerepük lett az oktatáson alapuló módszereknek [9].

ALKALMAZÁSI LEHETŐSÉGEK

A részt vevő személyek száma szerint beszélhetünk egyéni, páros (pl. házaspár), családi, valamint csoportos pszichoedukációról. A csoportlétszám szerint lehet a csoport nagycsoport, akár 50 fő, de néhány fővel, kiscsoportban is alkalmazható a módszer. Ugyan a csoportos formák költséghatékonyasága következtében az egyéni pszichoedukáció kevésbé elterjedt, mégis nagy előnye, hogy tökéletesen illeszthető az adott páciens igényeihez, intellektusához és munkamódjához. Az ülések száma is változó lehet, az egy alkalmas beszélgetéstől terjedhet akár 12, esetleg még több alkalmas foglalkozásig [10].

Az oktatás modalitása szerint beszélhetünk írott betegoktatásról (betegtájékoztató füzet, szórólap, plakát, könyv, weboldal stb.), interaktív

oktatásról (videófelvétel, CD, hangfelvétel stb.), illetve élőszavas oktatásról (előadás, élőszavas tájékoztatás stb.). A pszichoedukáció tartalma szerint létezik személyre vagy csoportra (pl. betegcsoportra) szabott, illetve általános is (pl. a stresszel való megküzdés vagy aszertivitás).

A pszichoedukáció módszere széles körben alkalmazható, csupán néhány mentális tényező teszi ellenjavallottá. Nem javasolt pszichoedukációba vonni betegeket a megértés és a gondolkodás különböző zavarai, mániás epizód, hallucinációs pszichózis, súlyos organikus mentális zavar, továbbá akut szuicid veszély esetén [11].

HATÁSA ÉS HATÓTÉNYEZŐI

A pszichoedukáció legalapvetőbb hatása az információszerzésben keresendő. A megfelelően oktatott és informált beteg bizonytalansága, ezáltal létszorongása is csökken. A gyógyulásában megélt felelőssége, motiváltsága megnő, megtapasztalja, hogy képes aktívan tenni funkcionális, közérzetének javítása érdekében. A betegség okozta szorongás csökkenésével kevesebb alkalommal veszi igénybe feleslegesen az egészségügyi szolgáltatásokat, hatékonyabban képes magának kezelőt és kezelést választani, javul a kezelőszeméllyel való együttműködése. A szorongás csökkenése által a megélt fájdalom intenzitása is csökken. Összességében reménytelibb, motivációja, aktivitása, önbizalma és önhatékonyasága magasabb, étellel való elégedettsége pedig fokozódik [12,13].

Mindezeket túl a csoportban tartott pszichoedukáció során különböző, „nem specifikus hatótényezők” is szerepet játszanak a beteg gyógyulásában. A csoportban a beteg megéli, hogy nincs egyedül a problémájával, a csoporttagok fejlődése pedig reményt adhat. A csoport megsegítheti az egyént abban, hogy „utánzó (modell) tanulás” révén elsajátítson olyan új készségeket, melyeket felhasználhat egyéni gyógyulásához. Egy jól működő, rendszeres, állandó tagokkal rendelkező pszichoedukációs csoportban kialakulhat a csoportkohézió, mely hatására a tagok megtapasztalhatják a bizalommal teli, támogató és empatisz közösség megtartó erejét [14].

PSZICHOEDUKÁCIÓ A KRÓNIKUS GERINC- EREDETŰ FÁJDALOM KEZELÉSÉBEN

A krónikus fájdalom világszerte elterjedt zavar, mely hatékony kezelése még a mai napig nem megoldott: a széles körben elérhető orvosi kezelések az esetek többségében hatástalannak bizonyulnak [15], a betegek életminősége a betegség előrehaladtával pedig fokozatosan romlik. Erre a betegcsoportra általánosságban jellemző a szervült, passzív betegség-rep, a fájdalomtól, mozgástól való félelem, a betegséggel kapcsolatos irracionális elképzelések (katasztrofizáló hiedelmek), konfliktuózus családi és szociális kapcsolatok és/vagy társas izoláció, hangulati problémák, szorongás, valamint a testi tünetekre való figyelmi beszűkülés. Mivel a betegek többsége – a zavar jellegéről való tudás hiányában – orvostól, orvosi kezeléstől, gyógyszertől, műtéttől várja a megoldást, a szakorvosok gyakran tehetetlenek e betegcsoport gyógyításában. A krónikus fájdalom egy olyan komplex zavar, melynek diagnosztizálása és kezelése a kezelőktől bio-pszicho-szociális szemléletet, a betegről pedig testileg és lelkileg is aktív részvételt igényel, melyhez a krónikus fájdalom természetének, okainak és a fájdalomkezelés módszereinek ismerete szükséges [16].

Krónikus fájdalom betegek számára az első pszichoedukációs programot Sandra LeFort dolgozta ki 1996-ban a montreáli McGill Egyetemen, a Stanford Egyetem betegoktató Kutatóközpontjával szoros együttműködésben. A program heti egyszer két és fél órást foglalt magában hat héten keresztül. Az oktatásokat két képzett szakember vezette, akik közül legalább az egyik maga is krónikus fájdalommal küzdött. Az oktatáson olyan témákat beszéltek meg, mint (1) a feszültségekkel, kimerültséggel, az elszigeteltséggel és az alvászavarral való megküzdés, (2) megfelelő testgyakorlás az izomerő és rugalmasság megőrzése érdekében, (3) megfelelő gyógyszeresedés, (4) hatékony kommunikáció, (5) megfelelő táplálkozás, (6) az aktivitás és pihenés közötti egyensúly megtalálása és (7) új kezelési lehetőségek megismerése. Az előadás jellegű oktatás mellett 2008-ban kiadtak egy betegek számára készült önségítő könyvet, a „Krónikus Fájdalom Munkafüzetet”, mely segítségével a betegek szisztematikusan végezhetik el a programon felmerülő gyakorlatokat. Aki már részt vett valamely programon, internetes kurzusukon keresztül is megismételheti a gyakorlatokat. A Stanford Egyetem krónikus fájdalom betegek részére kialakított pszichoedukációs programja nem csak közkedvelt, de fájdalomcsökkentő és életminőség-növelő hatása magas evidenciaszintű kutatások által igazolt [17, 18, 19].

A Brit Fájdalom Társaság 2007-es irányelve alapján a krónikus fájdalom betegek részére tartott pszichoedukáció javasolt témái:

- A fájdalom anatómiája és fiziológiája
- Az akut és krónikus fájdalom közötti különbség
- A fájdalom lélektani aspektusai (a fájdalom szubjektivitása, összetettsége)
- A fájdalom és a lélektani tényezők (érzelmeik, gondolkodás, viselkedés és társas kapcsolatok) kölcsönös egymásra hatása
- A különböző kezelések, gyógyszerek előnyei, hátrányai
- Az aktivitás fokozásának optimális módja
- A célállítás és a fokozatosság elve
- Kognitív stratégiák a fájdalom okozta stressz csökkentésére
- A passzivitás, a fájdalomtól és mozgástól való félelem gyógyulást gátló hatása
- Megerősítők használata a kívánt viselkedés elérésére
- Alváshigiéné
- A visszaesés kezelése

PSZICHOEDUKÁCIÓ A KRÓNIKUS GERINCEREDETŰ FÁJDALOM MEGELŐZÉSÉBEN

A krónikus fájdalom okozta népegészségügyi probléma megoldásában elsődleges szerepet játszik a zavar kialakulásának megakadályozása, vagyis a krónicizálódásban főszerepet játszó pszicho-szociális rizikótényezők – a szorongás, depresszió, katasztrofizáló gondolkodás, a fájdalomtól és mozgástól való félelem, a fokozott érzelmi vagy munkahelyi distressz, az optimális társas támogatás hiánya – korai szűrése és a hatékony fájdalomkezelés széleskörű oktatása. Az általános gyakorlat

szerint a pszichoedukációt mentálhigiénés szakember vagy pszichológus végzi, de egyes irányelvek a kezelőorvos kompetenciakörébe sorolják a betegek fájdalomkezelésének korai fejlesztését. Utóbbi esetben vizit alkalmával az orvos edukálja a betegeket a fájdalom természetéről és a gyógyulásban szerepet játszó tényezőkről. Az akut, nem specifikus gerinceredetű fájdalommal küzdő beteget kezelő szakembernek nagy szerepe van abban, hogy betegét megnyugtassa, aktivitásra és életmódváltásra ösztönözze, és felhívja figyelmét arra, hogy fájdalmában nem/ vagy nem csak organikus okok, hanem stressztényezők is szerepet játszanak, aminek megoldásában a betegnek aktív részt kell vállalnia [20, 21, 22, 23, 24].

Javaslat az akut, nem specifikus derékfájástól szenvedő beteg edukációjához a fájdalmat kezelő szakember számára az Akut Derékfájás 2004-es Új-Zélandi Irányelve alapján:

- Sose kételkedjen a beteg fájdalmában, mert az csak ellenállást szül!
- Nyugtassa meg a beteget, hogy nincsen diagnosztizálható betegsége, és a fájdalma nagy valószínűséggel el fog múlni!
- Nyugtassa meg betegét, hogy fájdalma nem betegséget, hanem feszültséget jelez!
- Tanácsolja neki, hogy maradjon aktív, és folytassa mindennapi tevékenységeit, munkáját!
- Hangsúlyozza a két napnál tovább tartó ágynyugalom káros hatását!
- Hívja fel a figyelmet a munkahelyi feszültségek, terheltségek fájdalomfokozó hatására!
- Hívja fel a figyelmet az érzelmi feszültségek fájdalomfokozó hatására!
- Hívja fel a figyelmet a fájdalomtól és mozgástól való félelem gyógyulást gátló hatására!
- Tanácsolja a betegnek a fokozatosság elvét a mindennapi aktivitásban!
- Hívja fel a figyelmét arra, hogy a nem specifikus akut derékfájásra nincs egyetlen kézzelfogható orvosság, a gyógyuláshoz életmódváltásra van szükség!



HATÉKONYSÁGVIZSGÁLATOK

A pszichoedukáció hatékonyságát számos betegséggel kapcsolatban vizsgálták. Epilepsziásoknál az érzelmi élet kezelését és a megküzdési stratégiákat [25], onkológiai betegeknél az érzelmi megküzdést javította [26], szkizofréneknél csökkentette a relapsusokat és a hospitalizáció gyakoriságát [27].

A pszichoedukáció hatását krónikus fájdalommal küzdő betegek esetében elsőként a Stanford Egyetemen vizsgálták: a LeFort és munkatársai által kidolgozott pszichoedukációs program hatékonyságát két randomizált, kontrollált kutatás segítségével mérték. Mindkét vizsgálat azt az eredményt hozta, hogy a résztvevők kisebb mértékű fájdalomról, fokozott életerőről és javuló mentális egészségről számoltak be. A mindennapi tevékenységekben aktívabban vettek részt, kevésbé függték a környezetüktől, és életükkel is elégedettebbek voltak azokhoz képest, akik nem vettek részt a programban. A pszichoedukációs programot 10 további fájdalomklinikán vezették be Ontarióban, Kanadában, hasonló eredményességgel [17]. Salvetti és munkatársai 2012-ben publikáltak egy 8 hetes pszichoedukációs programról készült hatékonyságvizsgálatot. A programban egy multidiszciplináris munkacsoport és 79 különböző etiológiájú krónikus fájdalombeteg vett részt. Az eredmények szignifikáns csökkenést mutattak a fájdalom ($p < 0,001$), a rokkantság ($p < 0,001$) és a depresszió ($p < 0,001$) esetében [28]. Egy szívétáji fájdalommal küzdők hathetes pszichoedukációját vizsgáló randomizált, kontrollált kutatás azt mutatta, hogy a program hatékonynak bizonyult a fizikai funkcionálás és az általános egészségi állapot javítása, a fájdalomtünetek csökkentése és az én-hatékonyság megélése szempontjából [29]. Egy meta-analízis is készült a témában 19 randomizált, kontrollált vizsgálat bevonásával. A vizsgálat eredménye alapján a krónikus fájdalom kezelésére irányuló pszichoedukációs programok kis és közepes mértékű fájdalom- és rokkantságcsökkenést képesek elérni rövid és hosszú távon [30].

ESETBEMUTATÁS

A pszichoedukáció módszerének klinikai alkalmazását és ennek jelentőségét egy eseten keresztül mutatjuk be. A példában szereplő páciens személyes adatait a felismerhetőség elkerülése végett megváltoztattuk. Anna 35 éves, egyedülálló nő, osztályvezetőként dolgozik egy nagyvállalatnál. Az Országos Gerincgyógyászati Központ Gerincgyógyászati Ambulanciáját jobb comb oldalsó és hátsó felszínére kisugárzó,

6 hónapja fennálló deréktáji fájdalom miatt kereste fel. Gerincgyógyászati szakorvosi vizsgálatot követően képalkotó-diagnosztika történt. Annak ellenére, hogy életminősége hirtelen leromlott, járástávolsága jelentősen lecsökkent, munkavégzése és ön maga ellátása is súlyosan akadályozott (2 hónapja táppénzen van), az MRI felvételeken – panaszait magyarázó – érdemi morfológiai elváltozás nem látható. A korábbi konzervatív terápiás kezelés jelentős változást nem eredményezett állapotában, panaszai rövid konzolidáció után hamar kiújultak. Mindazonáltal orvosának megemlítette, hogy tünetei jelentkezését megelőzően jelentős munkahelyi terhelésnek volt kitéve, melyet családi életében elszenvedett veszteségek is súlyosbítottak, így a szakorvos multimodális konzervatív kezelést javasolt, melynek része volt a pszichoedukációs programban való részvétel is. A kórházi kezelés részeként egy egyalkalmas csoportos információátadáson alapuló oktatást követően a betegnek lehetősége nyílt egyéni pszichológiai konzultáción is részt venni. Mivel említett betegünk az előadásban ismertetett lélektani összefüggéseket saját életében is azonosította, ezért egyéni formában folytatta a kezelést. Az előadáson hallott ismeretanyag alapján azonosította perfekcionista és ön-alárendelőődő attitűdjeit, mozgáshoz kapcsolódó irracionális félelmeit, túlzott és indokolatlan gyógyszerfogyasztási szokásait és azokat a személyközi magatartásformákat, melyekkel fájdalmának hangsúlyozásával fokozott támogatást igyekezett elérni.

A kórházi tartózkodás során megtanult relaxálni, és elsajátította a fájdalomnapló-írás technikáját, pszichológus segítségével megtervezte az életmód-változtatás lépéseit. Kórházból való elbocsátását követően aktivitását fokozatosan növelte, rendszeresen relaxált, és az edukáción elsajátított expresszív módszerekkel megtanulta kiadni magából a munkahelyen keletkező korábban elfojtott frusztrációit. Fájdalomnapló segítségével képessé vált azonosítani azokat a stresszorokat, melyek a belső feszültségek és fájdalom erősödését eredményezték. Olyan önérvényesítő kommunikációs technikákat tanult, melyek segítségével kapcsolataiban biztonsággal tudta kezelni konfliktusait. Tünetei a kezelés megkezdését követő második hónapra teljesen megszűntek, az egyéves utánkövetés alapján állapota kielégítő, gyógyszert nem szed, teljes életet él.

ÖSSZEGZÉS

A pszichoedukáció egy olyan oktatáson, információnyújtáson alapuló módszer, melynek fókusz a beteg tájékoztatása betegségéről természetéről, kezelési lehetőségekről és arról, hogy ő maga mit tud tenni gyógyulása, életminőségének javítása érdekében. Célja, hogy a beteget olyan hozzáállással, képességekkel és megküzdési stratégiákkal ruházza fel, melyek segítségével kompetens lesz önmaga gyógyításában. A beteg aktivitásának és motiváltságának fokozódása csökkenti a szorongását, szenvedését, javítja életminőségét, a kezelőkkel való együttműködést, és optimalizálja az egészségügyi ellátás igénybevételének gyakoriságát. Bár korábban a pszichoedukáció csak a mentális kórképek rehabilitációja során volt használatos, ma már a krónikus megbetegedések kezelésében és megelőzésében is jelentős szerepet játszik. A krónikus fájdalomban a legfrissebb irányelvek elsődlegesen a multidiszciplináris kezelést tartják hatékonynak, melynek egyik alappillére a betegek oktatása képezi. E zavarban a betegoktatásnak olyan témákat kell felölelnie, mint a fájdalom természete, a krónikus fájdalom kialakulásának rizikótényezői, lehetséges okai és a fájdalomkezelés leghatékonyabb technikái. A pszichoedukáció fájdalomcsökkentő és életminőség-javító hatása számos kontrollált, randomizált kutatás által igazolt.

A betegoktatás számos előnye mellett a gyenge pontjait is számításba kell vennünk, miszerint a tudás nem feltétlenül jelent önmagában viselkedés- és attitűdváltozást. Éppen ezért javasolja a Brit Fájdalom Társaság a pszichoedukációs csoportok kiegészítését vezetett gyakorlatokkal és házi feladatokkal, amelyeket a résztvevők egymás segítségével és otthon is gyakorolhatnak, hogy a hatékony megküzdési stratégiákat beépíthesék viselkedérepertóriumukba. Az előnyei mellett a pszichoedukációnak egy következő korlátja, hogy számos, a fájdalom megélésében szerepet játszó tényezőre nincs hatással (egzisztenciális nehézség, munkanélküliség, súlyos munkahelyi és családi problémák stb.).

A krónikus betegségek kezelésében nagy szerepet játszó betegoktatás módszere hazánkban még gyerekcipőben jár, holott számos mentális és krónikus betegséggel való megküzdés alapfeltétele a betegségről való megfelelő tudás és a szükséges megküzdési stratégiák elsajátítása. A betegoktatás szélesebb körben történő alkalmazása és elérhetővé tétele nem csak a szakemberektől és a betegektől, de az ellátórendszerrel egyaránt szemléletváltást igényel.

IRODALOMJEGYZÉK

1. Bäuml, J., Frobose, T., Kraemer, S., Rentrop, M., Pitschel-Walz, G. (2006) Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull* 2006; 32(1): S1–S9.
2. Authier, J. (1977) The Psychoeducation Model: Definition, Contemporary Roots and Content, *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 12(1)
3. Kulcsár Zs. (1993) *Pszichoszomatika*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest
4. Bhattacharjee, D., Rai, A. K., Singh, N., K., Kumar, P., Munda, S., K. & Das, D. (2011) Psychoeducation: A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment. *Delhi Psychiatry Journal* Vol. 14 No.1
5. Donley, J. F (1911) Psychotherapy and re-education. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 6, no. 1, pp. 1–10, 1911
6. Tomlinson, Brian E. (1941) The psychoeducational clinic. Skinner, Charles E. (Ed); Harriman, Philip Lawrence (Ed), (1941). *Child psychology: Child development and modern education*. (pp. 419–441). New York, NY, US: MacMillan Co, xii, 522 pp.
7. Anderson C. M., Gerard, E., Hogarty, G. E., Reiss, D. J. (1980) Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophr Bull.* 1980;6:490–505.
8. Brown, N. W. (1998) Psychoeducational Groups. *Accelerated Development*
9. Csabai M., Trinn Cs., Molnár P. (2008) Terápiás betegtájékoztatás és közös döntéshozatal. In: Pilling, J. (Szerk.) (2008). *Orvosi kommunikáció*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
10. Kreitler S., Kreitler M. (2007) Psychological Approaches to Treatment of Pain: Sensory, Affective, Cognitive and Behavioral. In: *The Handbook of Chronic Pain*, Kreitler S and Beltrutti D (Eds.), Nova Science Publishers
11. Bäuml, J., Frobose, T., Kraemer, S., Rentrop, M., Pitschel-Walz, G. (2006) Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull* 2006; 32(1) : S1–S9.
12. Lukens, E. P., McFarlane, W. R. (2004) Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 4(3), Oxford University Press

13. Mehlsen, M., Heegaard, L., Frostholm, L. (2015) A prospective evaluation of the Chronic Pain Self-Management Programme in a Danish population of chronic pain patients Patient Education and Counseling 2015 98, 5, 677–680.
14. Yalom, Irvin D. (2001) A csoportpszichoterápia elmélete és gyakorlata. Animula Kiadó, Budapest.
15. The British Pain Society (2007) Recommended guidelines for Pain Management programmes for Adults. A consensus statement prepared on behalf of the British Pain Society, London, 2007. www.britishpainsociety.org
16. Császár-Nagy N. (2011) A krónikus fájdalom biopszichoszociális megközelítése és kezelése. In.: Császár-Nagy N., Demetrovics Zs., Vargha A. (Szerk.) A klinikai pszichológia horizontja. Tisztelgő kötet Bagdy Emőke 70. születésnapjára. Károli Gáspár Református Egyetem és a L'Harmattan közös kiadása. Budapest, 2011
17. LeFort S. M., Gray-Donald K., Rowat K. M., Jeans M. E. (1998) Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain. Pain 74(2–3), 297–306.
18. LeFort, S. M. (2000) A test of Braden's self-help model in adults with chronic pain. Journal of Nursing Scholarship, 32, 153–160.
19. LeFort, S., Watt-Watson, J., Webber, K. (2003) Results of a Randomized Trial of the Chronic Pain Self-Management Program (CPSMP) in Three Canadian Provinces. Poster session presentation at the Canadian Pain Society Annual Meeting. Abstract published in: Pain and Research Management, 2003, 8 (Supp. B), 47b, Abstract No: P-73.
20. Goertz, M., Thorson, D., Bonsell, J., Bonte, B., Campbell, R., Haake, B., Johnson, K., Kramer, C., Mueller, B., Peterson, S., Setterlund, L., Timming, R. (2012) Institute for Clinical Systems Improvement. Adult Acute and Subacute Low Back Pain. Updated November 2012.
21. Hooten WM., Timming R., Belgrade M., Gaul J., Goertz M., Haake B., Myers C., Noonan M. P., Owens J., Saeger L., Schweim K., Shteyman G., Walker N. (2013). Institute for Clinical Systems Improvement. Assessment and Management of Chronic Pain. Updated November 2013.
22. National Health Committee (2004) National Advisory Committee on Health and Disability, Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation (1997) Assessing Yellow Flags in Acute Low Back Pain: Risk Factors for Longterm Disability and Work Loss (1997)
23. National Health Committee (2004) National Advisory Committee on Health and Disability, Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation. New Zealand Acute Low back pain Guide. Wellington, New Zealand
24. German Medical Association (BÄK); National Association of Statutory Health Insurance Physicians (KBV); Association of Scientific Medical Societies (AWMF). National Disease Management Guideline 'Low back pain' – Short Version. Version 4. 2011 last amended: August 2013. Available from: <http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de>
25. Helgeson et al. (1986) Sepulveda Epilepsy Education: The Efficacy of Psychoeducational Program, Epilepsia 42, 528–534, 1986.
26. Helgeson V.S., Cohen S., Schulz R., Yasko J. (2001) Long-term effects of educational and peer discussion group interventions on adjustment to breast cancer, Health Psychology 20 (5): 387–392, 2001. szeptember
27. Lincoln, T. M., Wilhelm, K. & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. The Official Journal of The Schizophrenia International research Society. November 2007 Volume 96, Issues 1–3, Pages 232–245
28. Salvetti Mde G, Cobelo A, Vernalha Pde M, Vianna CI, Canarezi LC, Calegare RG. (2012) Effects of a psychoeducational program for chronic pain management. Rev Lat Am Enfermagem. 2012 Sep-Oct; 20(5): 896–902.
29. McGillion, M. H., Watt-Watson D. J., Stevens, B., LeFort, S. M., Coyte, P., Graham, A. (2008) Randomized Controlled Trial of a Psychoeducation Program for the Self-Management of Chronic Cardiac Pain. Journal of Pain and Symptom Management, 36(2), 126–140.
30. Du, S., Yuan, C., Xiao, X., Chu, J., Qiu, Y. (2011) Self-management programs for chronic musculoskeletal pain conditions: a systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns 85, 299–310.



A BETEGOKTATÁS TERÁPIÁS HATÁSA A GERINCBETEGSÉGEKBEN

Dr. Ferenc Mária



DR. FERENC MÁRIA
FŐORVOS
ORSZÁGOS GERINGGYÓGYÁSZATI
KÖZPONT

ÖSSZEFOGLALÁS

A degeneratív gerincbetegség reprezentáns tünetét képező nyak-, hát- és elsősorban a derékfájdalom visszatérő,

rekurráló természeténél fogva sokak életét megnehezíti. Mivel az aktív, munkaképes korosztályt érinti leginkább a problémakör – a munkából való kiesés költségvonzatai miatt –, gondozásuk igen nagy terhet jelent a társadalom számára. Euró milliárdokba kerül ellátásuk, mind a direkt, mind az indirekt költségeket illetően.

A tematikus betegoktatási programunk az intézményes gyógyító tevékenységünkben mindennapossá vált a gerincbetegek ellátásában. Nemcsak az egyik legköltséghatékonyabb, de igen eredményes terápiás eszköznek is bizonyult a mechanikai eredetű gerinc-rendellenességek kezelésében. A cikkben ismertetjük betegeducációs célkitűzéseinket, az oktatási modult, valamint a betegoktatás rövid és hosszú távú eredményeit.

ABSTRACT

Cervical, back and especially low back pain, which are representative symptoms of degenerative spine disease, that makes the lives of lots of patients harder, because of their recurrent nature.

Since mainly the active age group is affected by these problems, - because of the expenses of not being able to work- their care is a huge burden for the society.

Their supply costs billions of Euros: both the direct and indirect expenses.

Our thematic patient education program has become an ordinary part of our institutional curing activity in spine care. It is one of the most

cost effective methods, in addition it is proved to be a very successful therapeutic tool, when managing spine disorders, of mechanical origin. In this paper, we introduce our patient education objectives, the training module, and the results of short and long term patient education.

BEVEZETÉS

Nyugat-Európában már az 1970-es években kezdtek foglalkozni a terápiás betegoktatással, s ma már szerte a világon számos betegség kezelésében egyre elterjedőben van. Felismerve a tanítás jelentőségét a gyógyításban, több országban megfigyelhető a kezdeményezés felgyorsulása. Angliában a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) önálló ambuláns központokat, ún. „walk - in” centrumokat hozott létre, ahova a páciensek a betegségükkel, kezelésükkel kapcsolatos információkért fordulhatnak. Franciaországban a háziorvosi rendszer részét képezi, s 1998-óta az orvosi és egészségtudományi képzésben betegoktatási ismeretek néven van jelen, sőt erre a célra külön posztgraduális programot is kifejlesztettek.

Hollandiában nemcsak a háziorvosi, hanem a kórházi rendszerbe is szervesen beépült a betegoktatás, s világszerte egyre inkább önálló diszciplínává válik.

Intézetünkben 1995-ben a „back school” programmal kezdtük el az edukációs tevékenységünket a gerincbetegségek ellátásában, melynek során a páciensek a gerinc anatómiájával, biomechanikájával és az ergonómia alapjaival ismerkedhettek meg elsősorban. Az utóbbi években a sokéves tapasztalatunkat, a nemzetközi publikációk ajánlásait és a betegek perszonális igényeit is figyelembe véve bővítettük képzési tematikánkat a multidiszciplináris szemléletet követve, több témakört bevonva a képzési anyagba. A pathoanatómiai, biomechanikai és ergonómiai bázisanyag mellett előtérbe helyeztük az akut és krónikus fájdalomélmény megértését, a fájdalommal való megküzdési stratégiákat, hangsúlyozva, hogy a mechanikai eredetű nyak-, hát- és derékfájdalom prognózisa összességében kedvező lefolyású, s az öngondoskodás, az életmódváltás nélkülözhetetlen feltétele a későbbi kiújulások

megelőzésének. Felhívjuk a figyelmet a rögzült és hibás gyógyszereszedési szokásokra, melynek fő oka a compliance hiánya, a téves perzisztencia és adherencia, amit a non-szteroid gyulladáscsökkentők (NSAID) szedése során tapasztalunk a gerinc-rendellenességek kezelésekor. A világon és Magyarországon is a legtöbbet szedett gyógyszercsoport a NSAID, de felmérésünk szerint a betegeknek igen csekély a tájékozottságuk az esetlegesen szóba jövő mellékhatásokról. Elsőleges célunk a minél teljesebb információátadás mellett a betegek aktív bevonása, produktív párbeszéd kialakítása, és a személyes tanulási, gyakorlati lehetőségek biztosítása a képzési folyamat során.

2012-ben az American Physical Therapy Association (APTA) ortopéd szekciója 2017-ig érvényes klinikai irányelvet jelentetett meg a derékfájdalom konzervatív terápiájáról. Ebben a kiadványban a MEDLINE, CINAHL, EMBASE és Cochrane Controlled Trials Register 1966-tól 2010-ig összegyűjtött I–V. szintű tanulmányait elemezve, a betegoktatás A (erős evidencia) és B (közepes evidencia) szintű ajánlást kapott a különböző konzervatív terápiás intervenciók között, az akut, szubakut és krónikus derékfájdalom gyógyító tevékenységeiben.

Az utóbbi publikáción kívül a korábbi években még számos tudományos közlemény született a konzervatív terápiás irányelvekről, amelyekben a betegedukáció hasonlóan erős evidenciával bíró terápiás eszköznek bizonyult.

MÓDSZEREK

Számos betegoktatási projekt és eszköz (egyéni, csoportos, betegtájékoztató füzetek, könyvek, internet, vizuális ábrázolások stb.) ismert, melyek bevezetését és alkalmazását a helyi, intézeti profilhoz, az egészségügyi szolgáltató rendszer adottságaihoz és az ellátott betegcsoportokhoz

kell adaptálni. Érdekes figyelembe venni az egyes oktatási formák bizalmi indexét is, amelyet a betegek által kitöltött kérdőívek alapján osztályoznak. A Szinapszis Piackutató Kft. 2014-es felmérése szerint az orvostól és egyéb egészségügyi szakdolgozótól közvetlenül szerzett információk bizalmi indexe a legmagasabb: 4,2; az egészségügyi ismeretterjesztő könyveké 3,5; az interneté 3,3. A verbális oktatás magasabb bizalmi indexe valószínűleg a közvetlen – az oktató és páciens közötti – kommunikációnak és a betegek aktív részvételének, bevonásának tulajdonítható.

Intézetünkben, az Országos Gerincgyógyászati Központban két betegcsoport részesül a tematikus képzésben bent fekvése során a konzervatív terápiás ellátás alkalmával: azon primer degeneratív (PDGB) és „Failed Back” szindrómás (FBS) páciensek, akik akut, szubakut vagy krónikus fájdalomszindrómájuk dekompenzált fázisában osztályos elhelyezésre kerülnek. A FBS-es páciensek előzetesen hosszas kivizsgáláson, komplex állapotfelmérésen mennek keresztül, s újabb műtét lehetősége egyáltalán nem, vagy a közeljövőben nem jön szóba állapotuk javítására.

A jelen oktatási formát 2014. januártól működtetjük, s 2014. január és 2015. november között 1532 páciens – a nők és férfiak aránya 2,5:1 volt – részesült betegedukációban az ötnapos konzervatív terápiás ciklus ideje alatt. Az átlagéletkor 59,7 év volt, tehát jelen esetben is az aktív korosztályt érinti a domináns részvétel. A tanítás naponta egy órát vesz igénybe – időt engedve az aktuális kérdésfeltevéseknek, gyakorlásoknak –, minden nap más témát érintve, 20–25 fős létszámmal. Az oktatói team tagjai: dietetikus, gyógytornász, gyógymasszőr, orvos és pszichológus. A két említett betegcsoportban a gerinc-rendellenesség eltérő természetéből, pathofiziológiájából és kimeneteléből adódóan a képzési anyag különbözik egymástól (1. táblázat). Az oktatás végén a páciensek

I. Primer degeneratív gerincbeteg (PDGB) Témák: (tematikus program)	II. Failed Back Syndrome (FBS) Témák: (betegbeszámoló)
A gerinc felépítése és működése	A fájdalom élettana
Gerincbetegségek, tünetek, rizikótényezők	A prognózis megértése
Gyógyszeres fájdalomcsillapítás, hibás szokások	Javaslatok a munka-, a mozgásfóbia és a fájdalom katasztrófizálásának leküzdésére
Mi a pszichológus szerepe a gerincbeteg ellátásában?	Motiválás az aktivitás szint fejlesztésére
Gyógytorna módszerek hatása gerincbetegségekben	Betegbeszámoló – konzultáció
Ergonómia, gerincvédelem, gyakorlatok	Otthoni célfeladatok megjelölése
A masszázssterápia lényege	
Dietoterápia, receptek	

1. TÁBLÁZAT | BETEGCSOPORTOK

anonim önkitöltős kérdőívet töltenek ki, amelyben Likert-skálán 1-től 5-ig terjedő pontszámmal értékelik az oktatási programot.

A speciális és egyedülálló intézeti módszertani oktatói munka eredményét két fázisban mértük a PDGB-s betegcsoportban. Először a kétéves oktatói ciklus alatt az öt kérdésből álló betegelégedettségi kérdőív átlagpontszámait értékeltük az összes oktatásban részesülő egyénnél, majd negyedéves bontásban 50-50 db anonim önkitöltős kérdőív került a már kitöltött kérdőívek közül random mintagyűjtés alapján véletlenszerű feldolgozásra.

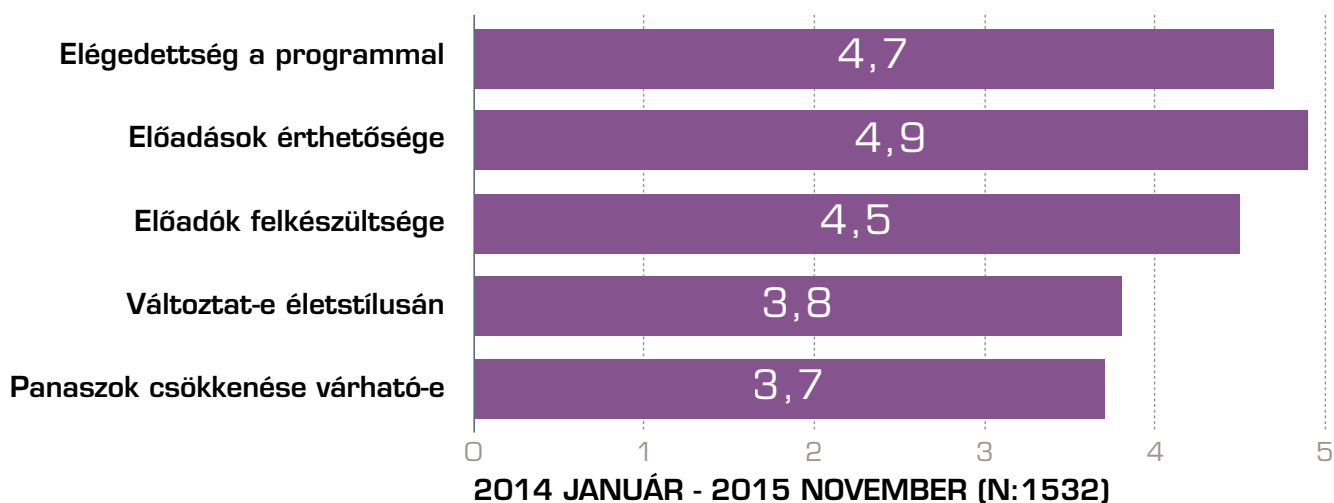
A második fázisban a kvalitatív kutatási módszerek széles tárházán belül strukturált interjúkat végeztünk az oktatási teamtől független munkatárs segítségével. A szintén 50 random módon választott alany válaszolt azokra az eldöntendő kérdésekre, amelyek másfél év távlatából azt mérték fel, hogy mennyire emlékeznek a megtanult információkra, változtattak-e életmódjukon, és a tanultakat hogyan építették be mindennapjaikba.

A kérdőívek feldolgozása és szemléltetése Microsoft Office Excel program, az adatok kiértékelése részben az SPSS 19.0 statisztikai programcsomag segítségével történt. Az eredmények feldolgozása leíró statisztikai módszerrel és keresztábra-elemzéssel zajlott.

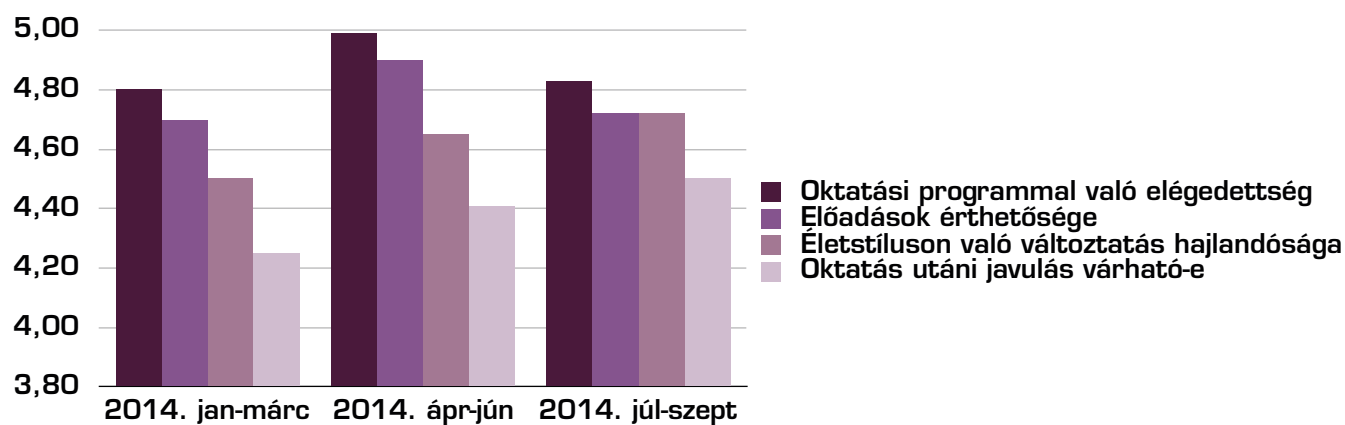
EREDMÉNYEK

A betegelégedettségi kérdőíveket a 2014. január és 2015. november közötti időszakban értékeltük ki. A jelzett intervallumban az összes oktatásban részesülő páciens kérdésekre adott pontszámainak (1-től 5-ig terjedő Likert-skála szerinti) átlagértékeit jelzi az 1. ábra.

Mind az edukációs programmal, mind az előadások érthetőségével és az előadók felkészültségével való elégedettség a maximálisához közeli értéket mutat. Az életstíluson való változtatás és az oktatás utáni állapotjavulás lehetőségeinek értékeit – bár mindkét válasz pontszáma ebben az esetben is 3-as fölötti – azzal magyarázzuk, hogy a betegek még nem tudják előre, hogy az átadott tudást milyen mértékben fogják majd az életvitelükbe beépíteni, de az átlagnál magasabb eredmények jelzik előre, hogy megvan részükről a hajlandóság az életmód-változtatásra.



1. ÁBRA | BETEGELÉGEDETTSÉGI KÉRDŐÍVEK ÁTLAGPONTSZÁMAI A KÉTÉVES CIKLUSBAN

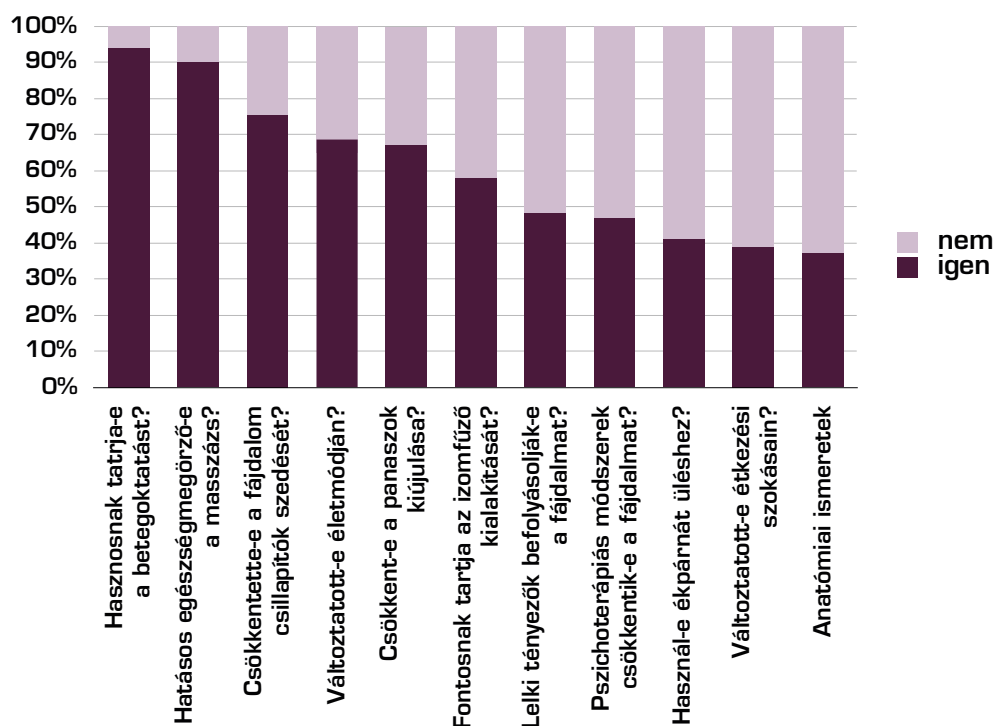


2. ÁBRA | AZ EGYES KATEGÓRIÁK ÁTLAGAINAK MEGOSZLÁSA NEGYEDÉVES BONTÁSBAN A BETEGÉLEGEDETTSÉGI KÉRDŐÍVEK ALAPJÁN

A 2. ábrán az 50-50 random módon választott egyénnél leíró statisztikai módszert alkalmazva összefoglaljuk az egyes betegelégedettségi kérdésekre adott válaszok kategóriáinak megoszlását háromszor negyedéves bontásban. A visszajelzések jelen feldolgozásban is szinte minden esetben emelkedő tendenciát mutatnak. Látható az is, mely változók mozognak párhuzamosan egymással, tehát melyek között tételezhetünk fel kapcsolatot. Az oktatási programmal való elégedettség és az előadások érthetősége együttesen mozog, ezek a változók tehát egymásra hatással vannak. Látható az is, hogy az életstílusváltás és az oktatás utáni állapotjavulás lassú, de folyamatos emelkedést mutat,

melyből arra következtethetünk, hogy a képzési folyamat tökéletesítésével és a bővülő témákkal a betegek biztosabbak abban, hogy a szerzett információkat hosszú távon beépítik életmódjukba, mellyel várhatóan állapotuk is javul.

Másfél év elteltével strukturált, eldöntendő kérdéseket tartalmazó telefoninterjú segítségével vizsgáltuk az oktatás hatását, valamint azt is, hogy a hallottakat hogyan építették be betegeink a mindennapjaikba. A kérdésenkénti kifejtést az egyes témákból az összesítő diagram szemlélteti (3. ábra).



3. ÁBRA | AZ EGYES KÉRDÉSEKRE ADOTT VÁLASZOK SZÁZALÉKOS MEGOSZLÁSA

Figyelemre méltóak az egyes eredmények, miszerint a páciensek 94%-a megerősítette, hogy fontosnak tartja az ilyen jellegű képzést a gerinc-rendellenesség megelőzésében és gondozásában, 75%-uk számolt be arról, hogy változtatott gyógyszereszedési szokásain, felmérve a helytelen gyógyszereszedéssel járó veszélyeket, s tudatosan csökkentette azok mennyiségét.

A válaszadók 69%-a úgy nyilatkozott, hogy valamilyen formában változtatott életmódján az oktatás hatására, 68%-nál csökkentek a panaszok, illetve nem tértek vissza az oktatás óta.

A vizsgálatunk korlátja a kis esetszám feldolgozása, továbbá kezdetben nem mértük az alapképzettséget, ami biztosan befolyásolja az eredményeket. Nem végeztünk csoportanalízist sem, de az edukáció igen pozitív hatása a gerinc-rendellenességek kezelésében így is egyértelműen érzékelhető. Az utóbbiak a további vizsgálatainkban kerülnek bemutatásra.

MEGBESZÉLÉS

Az Országos Gerincgyógyászati Központ betegellátási rendszerébe a terápiás betegoktatási tevékenység integrálása mára mindennapossá vált. Az egymásra épülő strukturált edukációs módszerünk – mellyel egy hiánypótló képzési anyagot nyújtunk a pácienseknek – nemcsak igen népszerű a betegeink körében a folyamatos visszajelzéseik szerint, hanem egy eredményes terápiás eszköznek is bizonyult a gerincbetegségek elleni küzdelemben.

Bár az oktatás hatékonyságát az első fázisban egyszerű mérőmódszerrel, az eldöntendő, igen-nem válaszok összesített halmazával mértük – mindezt a képzés eltelte után másfél évvel –, de egyértelműen elmondhatjuk, hogy a páciensek jelentős hányada (94%) tartja fontosnak az oktatás során szerzett információkat. Ezek hatására magas százalékban változtattak életmódjukon, s ennek köszönhetően és ezzel párhuzamosan csökkent a derékfájdalom visszatérésének a gyakorisága. Kiemelendő eredmény, hogy a tanácsadás hatására 75%-ban módosítottak a korábbi hibás gyógyszereszedési szokásukon.

Oktatási módszerünk túlmutat az információátadáson. Egy olyan szisztematikus tanulási folyamat, amelynek során segítünk a betegségmegértésben, a betegség elfogadásában, tanítjuk a gerinc védelmét a mindennapokban és a különböző munkafolyamatokban, valamint korrigáljuk a rossz beidegződéseket, téves ismereteket. Motiváljuk

betegeinket az otthoni öngyógyítási módokra, ezzel is csökkentve az egyén, a társadalom és az egészségügy anyagi terheit.

A sikeres és produktív tanítási program kulcsa a jól összeállított oktatási stratégián kívül a képzett, empátiás, jó kommunikációs készségű és a páciensekkel aktív partnerkapcsolatot kiépítő betegoktatói munkacsoport, akik képesek az akut vagy krónikus fájdalommal élő egyének pozitív motivációjára, a mozgásfóbia és a fájdalom katasztrófizálásának leküzdésére.

Megjegyezzük, hogy bár a hatékony betegoktatás időigényes tevékenység, de a széles konzervatív terápiás repertoárban bizonyítottan effektív és költséghatékony gyógyító eljárásnak tűnik.

IRODALOMJEGYZÉK

- Anthony Delitto, Steven Z. George et al. Low Back Pain. Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J. Orthop.Sports Phys.Ther.* 2012, 42, (4): A1-A57.
- Airakrin O., Brox J. I. et al. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J.* 2006,15 (Supl.2.): S 192–S 300.
- Albaladejo C., Kovacs F. M. et al. The efficacy of a short education program and a short physiotherapy program for treating low back pain in primary care: a cluster randomized trial. *Spine* 2010, 35: 483–496.
- Bart W. Koes, Maurits van Tulder et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care *Eur Spine J.* 2010, 19: 2075–2094.
- Burton AK, Qaeseem Childs JD et al. Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine.* 1999, 24: 2484–2491.
- Chou R., Qaeseem A., Snow V., et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med.* 2007, 147: 478–491.
- Coudeyre E., Tubach F., et al. Effect of a simple information booklet on pain persistence after an acute episode of low back pain: a non-randomized trial in a primary care setting. 2007, 706.
- Ferenc M., Gerinckontroll. 2015, Útmutató a gerinc eredetű fájdalmak megértéséhez, megelőzéséhez. Országos Gerincgyógyászati Központ. 1–116.
- Godges, J. J., Anger, M. A., et al. Effects of education on return to-work status for people with fear avoidance beliefs and acute low back pain. *Phys. Ther.* 2008, 88: 231–239.
- Henschke, N., Ostelo R. W., et al. Behavioural treatment for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012, CD002014.
- Liddle, S. D., Gracey, J. H., Baxter, G. D., Advice for the management of low back pain: a systematic review of randomised controlled trials. *Man Ther.* 2007, 12: 310–327.
- Milidonis, M. K., Ritter R. C., et al. Practice analysis survey: revalidation of advanced clinical practice in orthopaedic physical therapy. *J. Orthop. Sports Phys. Ther.* 1997, 25: 163–170.
- Moseley, G. L., Evidence for a direct relationship between cognitive and physical change during an education intervention in people with chronic low back pain. *Eur J Pain.* 2004, 8: 39–45.
- Udermann, B. E., Spratt, K. F., et al. Can a patient educational book change behavior and reduce pain in chronic low back patients? *Spine J.* 2004, 4: 425–435.
- Royal College of General Practitioners. Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain. Full guideline may 2009, National Collaborating Center for Primary Care.
- Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft. GyógyKomm Konferencia, Kun Eszter előadása 2015. 10. 10.
- Köszönetet mondok mindenkinek az oktatói teamnek a lelkiismeretes oktatói munkáért, a telefoninterjúkban nyújtott segítségért és a statisztikai munkáért Palaticz Edinának, a grafikonok, ábrák szerkesztéséért Jeszenszky Gábor kollégámnak.

A MAGYAR GERINCGYÓGYÁSZATI TÁRSASÁG 2015. ÉVI KONFERENCIÁJÁRÓL

Bükfürdő, 2015. december 4–5.



**DR. SOMHEGYI
ANNAMÁRIA**

A MAGYAR GERINCGYÓGYÁSZATI
TÁRSASÁG LEKÖSZÖNŐ ELNÖKE

A Magyar Gerincgyógyászati Társaság
2015. december 4-5-én tartotta meg
konferenciáját Bükfürdőn. Pénteken

délután a gyermek-gerinccel és a prevencióval foglalkozó szekciót az alapellátással foglalkozó rész követte, melyben az alapellátás új stratégiáját és törvényét abból a szempontból ismerhettük meg, hogy mennyire fontos az alapellátásban a gyógytornász, a pszichológus és a dietetikus szerepének megerősítése. Ezután közelebbről tájékozódhattunk az ún. svájci projektről, melyben mindezt már a gyakorlatban próbálták ki és alkalmazták. A péntek délutáni utolsó szekcióban a konzervatív kezelés néhány szempontjáról hallottunk előadásokat, de előtte 80. születésnapja alkalmából kedves feleségével együtt vendégül láthattunk és ünnepélyesen felköszöntöttük alapító tagunkat, a hazai reumatológia nemzetközileg is elismert nagy alakját, dr. Bálint Géza tanár urat, akinek díszoklevelet adtunk át.

Szombaton reggel a radiológiai vizsgálatok szerepét értékelték előadók, majd a Sanatmetal szimpóziumot követően a gerincsebészeti specializációról szóló, dr. Varga Péter Pál által vezetett kerekasztal kínált izgalmas együtt-gondolkodást: az EuroSpine tagszervezeteként a MGT is részt kíván venni a gerincsebészeti vizsgákban, mégpedig azzal is, hogy átülteti magyar nyelvre a vizsgák anyagát, és ezzel együtt megoldja, hogy ezt a hazai egészségpolitika gerincsebészeti licencvizsgaként fogadja el. Ez az elkövetkező időben összefogott, komoly munkát fog igényelni a részt vevő gerincsebész kollégáktól. Szombaton délután még különböző gerincsebészeti témájú előadások hangzottak el, melyekből jól látszott, hogy több kiváló gerincsebészeti műhely azonosítható ma hazánkban.

2015. december 5-én, szombaton 18 órától megtartottuk 2015. évi tisztújító Közgyűlésünket. Dr. Somhegyi Annamária leköszönő elnök

beszámolt arról, hogy a konzervatív kezelés jobbítása érdekében 2012-ben kitűzött célokért folytatott munka sikeresnek bizonyult: a konzervatív kezelés mindhárom hiányterületének megoldása (gerincbeteg gyermekek részére iskolai gyógytornász biztosítása, felnőtt gerincbeteg részére a gyógytornászhoz és a pszichológushoz történő jobb hozzáférés biztosítása) szerepel az egészségpolitika homlokterében álló alapellátás-fejlesztés terveiben.

Az elnök a tagnyilvántartás pontosítása érdekében tett erőfeszítésekről is beszámolt. Ezek lényege, hogy az éves tagdíj befizetésén kívül a tagoknak online kérdőívet is ki kell tölteniük, melyben legfontosabb adataik, elérhetőségeik szerepelnek. A tisztújítással kapcsolatban az elnök elmondta, hogy az Elnökség közösen dr. Varga Péter Pált jelölte új elnöknek. A jelölőbizottsághoz (tagjai: dr. Skaliczky Zoltán, dr. Schwarcz Attila, dr. Lazár Áron) egyéb jelölés nem érkezett. A Közgyűlés a beszámolót egyhangúlag elfogadta.

Dr. Varga Péter Pál pénztárosi beszámolójában elmondta, hogy a Társaság éves pénzügyi működése jogszabályszerűen zajlott. Kérdés nem hangzott el, a Közgyűlés a beszámolót egyhangúlag elfogadta. Ezt követően a Közgyűlés nem tett újabb jelölést a megválasztandó elnök személyére, ugyanakkor úgy határozott, hogy a Társaság többi tisztségviselőjét továbbra is tisztségében tartja.

A Közgyűlés titkos szavazással egyhangúlag dr. Varga Péter Pált választotta meg a Magyar Gerincgyógyászati Társaság új elnökévé.

Mivel az új elnök volt eddig a pénztáros, a pénztárosi feladatra a Közgyűlés egyhangúlag dr. Somhegyi Annamáriát választotta meg. Dr. Varga Péter Pál, az új elnök méltatta az elmúlt három év eredményeit, majd kitűzte a következő időszak fő céljait, ezek közt a gerincsebészeti licencvizsga hazai bevezetését: a már működő európai licencvizsga lefordítása és magyar hatóságokkal való elfogadtatása a feladat. Beszédében kiemelte, hogy a megkezdett munkákat, így a kutatásokat és a sikeres prevenciók tevékenységet, valamint a nemzetközi szakmai szervezetekkel történő együttműködést folytatni kell. A 2016. évi MGT konferencia helyszínéül a tagság Bükfürdőt szavazta meg.



A MAGYAR GERINCGYÓGYÁSZATI TÁRSASÁG 2015. ÉVI KONFERENCIÁJÁNAK TUDOMÁNYOS PROGRAMJA

Bükfürdő, 2015. december 4–5.

A GYERMEK ÉS A PREVENCIÓ

Somhegyi Annamária: A Magyar Gerincgyógyászati Társaság preventációs programja: helyzetjelentés

Orosz Mária: A gyermekkori gerincdeformitások konzervatív kezelésének buktatói

Tóthné Steinhausz Viktória, Rosta Melinda, Soós Mária, Sió Eszter, Somhegyi Annamária: Óvodásokon alkalmazott tartáskorrekciós program hatékonyságának vizsgálata

Veres-Balajti Ilona: Szocio-demográfiai jellemzők hatása óvodáskorúak fizikai állapotára

Horváth Nikoletta, Lenkei Beáta, Groma Klára: Flexit – a gyermekkori fokozott kyphosissal járó tartási rendellenességek és gerincdeformitások kezelésére használt mozgásanyag bemutatása

Szita Júlia: Gyermekkori gerincfájdalomra hajlamosító tényezők

AZ ALAPELLÁTÁS MEGERŐSÍTÉSE A KONZERVATÍV KEZELÉS HATÉKONYSÁGÁNAK JAVÍTÁSA ÉRDEKÉBEN

Vajer Péter: Az alapellátás új stratégiája és új törvénye: a krónikus nem-fertőző betegségek kezelésének hatékonyabbá tétele

Papp Magor: A háziorvosi praxisközösségi modellprogram tapasztalatai a krónikus nem-fertőző betegségek kezelésének hatékonyabbá tétele szempontjából

Veresné Balajti Ilona: A gyógytornász-fizioterapeuta lehetőségei a svájci alpból megvalósuló háziorvosi praxisközösségi modellprogram eddigi tapasztalatai alapján

KONZERVATÍV KEZELÉS

Somhegyi Annamária: Ünnepi köszöntés alapító tagunk, Dr. Bálint Géza 80. születésnapja alkalmából

Ferenc Mária: Gerinckontroll

Oroszi Julianna: Felmérések a műtét előtti terápiás betegtájékoztató kapcsolatán

Erbszt András, Galiotti Gábor, Kéri Hanga, Zöldiné Pesti Viktória: Moduláris rendszerű rehabilitációs program a Doctorfit Gerincambulancián

Erbszt Ádám, Egyházi Gábor, Lakatos Péter, Erbszt András: A rehabilitációs edző szerepe a gerincbetegségek kezelésében

Császárné Gombos Gabriella, Vizsy Mária: Ülőmunka következtében kialakult krónikus derékfájdalom kezelése aktív technikák alkalmazásával

Földi Gyula: Az oldaltartással (antalgiás testtartás) járó derékfájdalmak McKenzie-módszer szerinti gyógytorna kezelése

Horvát Krisztina: A laterális irányú eltérés és a rotáció javulása Schroth-terápia és korzett alkalmazása mellett idiopathiás scoliosisos páciensek több éves konzervatív terápiája során

MINDENNAPI GERINCGYÓGYÁSZAT

Csóky András, Josvai Attila, Kővári Zoltán, Mózes Miklós, Kovács Bernadett, Trencsényi Bence, Kovács Bernadett, Csiky Gábor:

Friss kadaver gyakorlatok jelentősége rossz állapotú betegek gerincsebészeti ellátásában és a rezidensképzésben

Gergely Gy. Mária: „És mégis mozog...” a gerinc! (A hagyományos rtg. mai szerepe)

Várallyay György: Az MR szerepe

Puhl Mária: A CT szerepe az MR világában

Jakab Gábor: „Non rigid” stabilizáció és csontcement használata az időskori gerincelváltozások rekonstrukciójában

SANATMETAL SZIMPÓZIUM

Agócs Miklós: Az első generációs TLT implantátum hosszú távú radiológiai utánpótlása

Szenczi Gábor: A második generációs TLT implantátum-innováció mérnöki aspektusai

Bánk András: A második generációs polyaxialis TLT rendszer a mindennapi gerincsebészeti gyakorlatunkban

Szöllősi Balázs: Új csavaros nyaki PEEK cage-el szerzett kezdeti tapasztalataink

KEREKASZTAL: GERINCSEBÉSZETI SPECIALIZÁCIÓ – GERINCSEBÉSZETI LICENSZ

Moderátor: **Varga Péter Pál**

Résztvevők: **Dóczi Tamás, Skaliczky Zoltán**

KOMPLEX GERINCGYÓGYÁSZAT

Lazár Áron: A terápiás eredményt befolyásoló faktorok azonosítása és mérése degeneratív lumbális gerincműtét előtt

Bozsódi Árpád: A chordoma kialakulásának genetikai háttere: a fúziós gének szerepe

Szövérfi Zsolt: A primer gerincdaganatok műtéti kezelésének mikroökonomiai vonatkozásai

Éltes Péter: Lumbosacralis állízület revíziója innovatív 3D navigációs technikával

GERINCSEBÉSZET

Klemencsics István: Vákuum asszisztált sebkezelés gerincműtétet követő septicus szövődés esetén

Kővári Viktor Zsolt: Hangman's törés minimál invazív direkt osteosynthesise, mint újdonság Magyarországon

Schwarcz Attila: Minimálisan invazív, instrumentált gerincsebészet a mindennapi gyakorlatban

Tunyogi-Csapó Miklós: Konceptióváltás a gerincdeformitások műtéti kezelésében, avagy a C-D műtéttől a direkt csigolya derotációig

Kővári Viktor Zsolt: Minimal invazív, laterális, retroperitonealis, transposas feltárásból corpectomia, csigolyapótló prothesis implantációja neuromonitorizálás mellett (esetsorozat bemutatás)

GLOBAL SPINE KONGRESSZUS

Dubai, Egyesült Arab Emírátsok, 2016. április 13-16.



DR. ÉLTÉS PÉTER ENDRE

PHD HALLGATÓ
ORSZÁGOS GERINCGYÓGYÁSZATI
KÖZPONT

1958-ban négy svájci sebész elhatározásának és közös víziójának köszönhetően megszületett az AO (Arbeitsgemeinschaft für

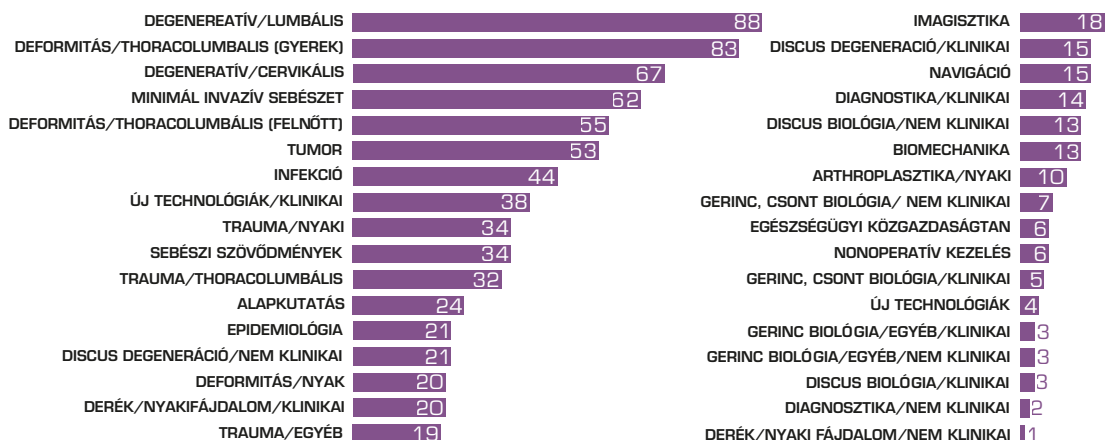
Osteosynthesefragen) szervezet. Az AO a mozgásszervi sebészet szakmai világszervezetévé vált. Az alapítástól eltelt évtizedek során a mozgásszervi sebészet robbanásszerű fejlődésen ment át. A fejlődés során egyre markánsabban körvonalazódott a gerincsebészet, gerincgyógyászat önálló szakmai közössége.

2000-ben az AO vezetősége felismerte a gerincgyógyászat speciális igényeit és lehetőségeit ezért célul tűzte ki egy önálló szakmai testület létrehozását. A kezdeti törekvések elérték céljukat, ugyanis három évvel később 2003-ban hivatalosan is megalakult az AOSpine. Az AOSpine nemzetközi nonprofit szakmai szervezet, melynek elsődleges célja a gerincgyógyászattal kapcsolatos oktatás, kutatás valamint az innovációs folyamatok támogatása és fejlesztése.

Jelenleg az AOSpine igazi multidiszciplináris nemzetközi közösségnek számít, hisz több mint 6000 regisztrált tagja van, sebészek, kutatók és más társszakmákat képviselő szakemberek.

2009-ben az AOSpine első ízben szervezte meg a Global Spine kongresszust San Franciscóban. A kongresszus célja az volt, hogy a világ minden tájáról érkező gerincsebészek, kutató orvosok találkozzák legyen, ahol a bemutatásra kerül a gerincgyógyászatban elérhető legfrissebb tudásanyag és lehetőséget biztosítsanak a személyes találkozókra, eszmecserekre. Az első konferencián 395 résztvevő volt, és 430 absztraktból álló tudományos, szakmai programon vehettek részt. A gerincgyógyászat és az AOSpine dinamikus fejlődését jól szemlélteti a Global Spine kongresszus evolúciója. A 2015-ös Buenos Aires-ben megrendezett kongresszuson már 1200 résztvevő volt és 715 absztraktból álló programon vehettek részt. Az idén Dubai adott otthont a rendezvénynek április 13-16.közt. Több mint 1400 résztvevő 853 absztraktból álló programon vehettek részt. Az 1. ábra szemlélteti az előadások témakörökbe történő megoszlását. Az absztraktok számát nézve, előző évhez képest közel 20% növekedés figyelhető meg. A növekedés dinamizmusa jól szemlélteti a szakma fejlődését. A kongresszus kiállító csarnokában az ipar számtalan műtéttechnikai, diagnosztikai innovációt, új terméket vonultatott fel. A tudományos munkák bemutatása minden nap öt előadó helységben zajlott párhuzamosan, reggel 8-tól délután hat óráig. A munkák bemutatására, előadására négy perces időkeret állt rendelkezésre. A kongresszus hivatalos nyelvének megfelelően az eredményeket angolul kellett ismertetni. A szekciókban elhangzott előadásokat vita követte, melybe az ülések vezetői valamint a hallgatóság is bekapcsolódott.

ABSZTRAKTOK TÉMÁK SZERINTI ELOSZLÁSA



1. ÁBRA | ABSZTRAKTOK TÉMÁK SZERINTI ELOSZLÁSA

AZ ORSZÁGOS GERINCGYÓGYÁSZATI KÖZPONT ORVOSAI AZ ALÁBBI ELŐADÁSOK-KAL KÉPVISELTÉK AZ INTÉZETET:

- Éltes Péter, Lazáry Áron, Varga Péter Pál: Finite element analysis based lumbosacral revision surgery using an individual navigation template
- Csákány Tibor, Kurutz Márta, Varga Péter, Éltes Péter, Varga Péter Pál: Biomechanical evaluation of the use of PEEK versus PMMA inter-vertebral spacers in lumbar stabilization: the influence of bone mineral density and vertebral geometry
- Bánk András, Varga Péter Pál: Long-term Results of Implant Related Complications after Lumbar Fusion Using a Nonrigid Transpedicular Pedicle Screw-Rod System
- Szöllősi Balázs, Varga Péter Pál: Hybrid constructs in the surgical treatment of degenerative cervical disc disease—five-year clinical and radiological follow up
- Rónai Márton, Varga Péter Pál: Does The Position Of The Spacer In TLIF Have An Influence On Anatomical Parameters Such As Segmental Lordosis, Foraminal Height? A Prospective Randomized Study
- Lazáry Áron, Szita Júlia, Szövérfi Zsolt, Kiss László, Varga Péter Pál: Psychological distress can be determined before lumbar surgeries with a clinically applicable, easy-to-use tool—the short form of the DRAM
- Szövérfi Zsolt, Lazáry Áron, Koszó Izabella, Papik Kornél, Varga Péter Pál: Predicting high surgical treatment costs at primary spinal tumor patients

A nemzetközi gerincgyógyászati közösség nagy érdeklődéssel fogadta az Intézethez köthető előadásokat, ezen érdeklődés az előadásokat követő vitákban és a kávészünetben folytatott beszélgetésekben, eszmecserékben is megnyilvánult. A hazai gerincgyógyászati közösség részletesen is megismerheti az Intézetünk által bemutatott tudományos munkákat a Gerincgyógyászati Szemle következő kiadásában. A nemzetközi közösség számára a munkák eredményeit nemzetközi szakmai újságokban tesszük közzé.

Az AOSpine szervezetén belül külön szakmai testület foglalkozik a gerincdaganatokkal. A tudományos grémium nyolc orvostól áll, akik a világ vezető gerincdaganatokra specializálódott szakembereiből választódnak ki. Intézetünk főigazgatója Dr. Varga Péter Pál az egyik állandó tagja ennek a grémiumnak. A testület külön ülésen vitatta meg a gerinc tumorsebészetének aktuális kérdéseit, ismertette a legfrissebb kutatási eredményeket. Ezen a fórumon tartott felkért, referátumot Varga Péter Pál a keresztcsont daganatainak műtéti kezeléséről.

Dubai kiváló helyszínnek bizonyult az intenzív tudományos fórum számára. 2017-ben a Global Spine kongresszust Milánóban szervezik május 3-6. közt. Intézetünkben már körvonalazódnak következő kongresszusra készülő munkák előzetes eredményei. Az AOSpine által képviselt nemzetközi szakmai közösségnek elismert és kiemelt tagja az Országos Gerincgyógyászati Központ, ezen státusz a kongresszusokon bemutatott munkákban és az aktív részvételben is nagyszerűen tükröződik.



A KALCIUM SZUPPLEMENTÁCIÓ HATÁSA AZ IGAZOLTAN SZÍVKOSZORÚÉR BETEGSÉGBEN SZENVEDŐ HOSPITALIZÁLT ÉS ELHALÁLOZOTT POSZTMENOPAÚZÁS NŐKNÉL:

Randomizált, kontrollált vizsgálatok kollaboratív metaanalízise



DR. FERENC MÁRIA
FŐORVOS
ORSZÁGOS GERINGGYÓGYÁSZATI
KÖZPONT

FORRÁS:

Joshua R. Lewis, Simone Radavelli-Bagatini et al.: The Effects of Calcium Supplementation on

Verified Coronary Heart Disease Hospitalization and Death in Postmenopausal Women: A Collaborative Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials

Journal of Bone and Mineral Research, Vol. 30, No. 1, January 2015, pp 165–175

Az osteoporózis primer vagy szekunder formában a gerinc rendellenességek velejárója, melyben részben bázis terápiaként, részben egyéb antiporotikus kezelés mellé, elszerűtlenül indikáljuk a kalciumpótlást a megfelelő javasolt dózisban a szérumban kalciumszint kontrollja mellett.

A kalcium számos élettani folyamatban nélkülözhetetlen szervezünkben. Felszívódása a vékonybél nyálkahártyáján keresztül történik, de a bevitt mennyiség egyharmada szívódik csak fel, a többi kiürül. A kalciumpótlást már korán kell elkezdni, de gyors csontvesztés esetén, a változó korban lévő nőknél és időskorban különösen fontos. A csontozat kialakulásában elsőrendű a szerepe. A legnagyobb kalciumraktárunk a csontban van.

Számos publikáció számol be arról, hogy mind a kalcium, mind a D-vitamin önmagában is alkalmas a csontvesztés mérséklésére. Az osteoporotikus törések megelőzésére viszont a kalcium és D-vitamin együttes adására van szükség, mivel a kombinált terápiának

magasabb a biztonságossági evidenciaszintje a törés-prevenciót illetően. Egy időben csökkent a lelkesedés a kalciumpótlással kapcsolatban, amikor megjelentek értekezések, amelyek azt állították, hogy a kalciumpótlás D-vitaminnal vagy a nélkül növeli a szívkoszorúér betegségek és a szívinfarktus kockázatát. A későbbiekben ezen elemzések pontosságáról és szerkezetéről kétségek merültek fel. Ezért a fenti munkacsoport egy meta-analízist végzett randomizált, placebo kontrollos tanulmányokból, annak meghatározására, hogy a kalcium és a D-vitamin pótlása növeli-e az össz mortalitást, a koronária szívbetegségek, a szívinfarktus, az angina pectoris, az akut koronária szindróma és a krónikus koronária betegségek előfordulási gyakoriságát.

A kontrollált tudományos vizsgálatok központi regisztere (Cochrane Central Register of Controlled Trials), a MEDLINE és EMBASE adatbázisaiból az 1996. 01. 01. és 2013. 05. 24. között megjelent referenciák publikációi áttekintése alapján az alábbi következtetést lehet levonni: *A jelenlegi evidencia nem támogatja azt a hipotézist, miszerint a kalciumpótlás D-vitaminnal vagy anélkül növeli a szívkoszorúér betegségek rizikóját, vagy ennek klinikai megjelenéseit, ideértve a szívinfarktust, az anginát és az akut, illetve krónikus koronária szindrómát. A mai napig nincs pontos élettani mechanizmus meghatározva arra vonatkozóan, hogy a kalciumpótlás növelné a kardiovaszkuláris betegségek kockázatát.*

Az elemzést posztmenopauzás, idősebb hölgyeknél végezték, s ennek alapján biztonsággal állítható, hogy az étkezéssel történő vagy szupplementáris kalciumbevitel D-vitaminnal nem emeli a szívkoszorúér betegségek kockázatát a női populációban.

A férfiaknál alapvetően magasabb a szívbetegségek rizikója és a koronária betegségek előfordulási gyakorisága is. Egyes közlemények (Xiao Q et al. JAMA intern Med. 2013, 1–8.) szerint a férfiak másként reagálnak a kalciumpótlásra, mint a nők, s vizsgálatuk szerint a kalciumpótlás

növelte a kardiovaszkuláris halál rizikóját a férfiaknál. A férfiakról szóló tanulmányok száma azonban túl kevés ahhoz, hogy biztos és egyértelmű választ lehessen adni a kardiovaszkuláris rizikót illetően.

MEGJEGYZÉS:

Magyarországi adatok szerint, az étkezéssel bevitt átlagos napi kalcium-mennyiség 665 mg, ami nagyon kevés, tehát mindenképpen kiegészítő pótlás szükséges. Nem szabad azonban arról sem megfeledkeznünk, hogy a túlzott kalciumbevitel fokozhatja a csonttörések számát és a prosztatabetegség előfordulását.

Az elérhető tudományos bizonyítékokon alapuló vizsgálatok szerint napi 1200 mg kalcium és 800 NE D-vitamin szükséges a posztmenopauzális hölgyeknél a csontozat egészségének megőrzésére és a csonttörések számának csökkentésére.

Összegezve a meta-analízis lényegét, tehát a jelen állásfoglalás szerint a kalcium és D-vitamin kombinációja nélkülözhetetlen a normális csontanyagcseréhez, az oszteoporotikus csonttörések kockázatának csökkentéséhez, valamint több élettani folyamat szabályozásához, és a megfelelő adagolás mellett a kalciumpótlás nem fokozza a kardiovaszkuláris rizikót.

OROSZI JULIANNA

Országos Gerincgyógyászati Központ, betegoktató, Betegtájékoztató Szolgálat vezetője

Oroszi Julianna egészségügyi pályafutását az Országos Fizioterápiás és Rehabilitációs Intézetben (ORFI), professzor dr. Riskó Tibor mellett kezdte, az első két évben mint műtősnő, majd az azt követő tíz évben mint főműtősnő-helyettes. Riskó professzor mellett megtanulta a magas szintű szakmai tudás alkalmazásának és az érzékeny, beteg ember megértésének együttes, meghatározó fontosságát.

Már az 1980-as évek elején scoliosis műtéteket műszerezte a professzor úrnak, amelyeket ő végzett elsőként Magyarországon. Ugyanebben az időben Oroszi Julianna járta az országot a csípőprotézis-tálcával, és műszerezte az ország különböző nagyvárosaiban (Debrecen, Eger, Kecskemét) és Budapest bizonyos kórházaiban az ORFI ortopéd sebésze által operált első, bemutató csípőprotézis műtéteket. E szép időszak méltó lezárása volt az 1989 szeptemberében történt Bécsi Műtősnői Világkonferencia, amelyen kiküldöttként vett részt.

Az Országos Fizioterápiás és Rehabilitációs Intézetben töltött 12 év tapasztalata elegendő volt ahhoz, hogy nehézség nélkül bekerüljön Európa akkor legnagyobb gerincsebészeti klinikájára, a német Scoliosis Centrumba, Bad Wildungen-Reinhardshausenbe, a Werner-Wicker Klinikára, ahol szintén 12 évet töltött el, mint műtős szakasszisztens. Ezen évek alatt szerezte meg az EU-konform szakdiplomáját is.

A Werner-Wicker Klinikán Dr. med. Klaus Zielke – aki úttörő volt a scoliosis műtéti kezelésének kidolgozásában –, majd utódja, Dr. med. Metz Stavenhagen osztályán a gerincműtétek széles skáláját műszerezte több mint egy évtizeden keresztül. Az alábbi műtétekben szerzett jártasságot: Scoliosis, Dorsalis – ventralis stabilizációs – fúziós műtét, nyaki csigolya műtét (dorsál, ventrál), Spinális tumor, Dissectomia, Vertebrotonia, Corpectomia.

A klinikán a gerincsebészeti osztályon kívül további sebészeti osztályok is működtek. Az ortopédián csípő- és térdprotéziseket, a neurológiai osztályon koponyaműtéteket műszerezte, és az urológiai osztály műtéti tevékenységében is részt vett.

Hazatérése után 2005 és 2009 között elvégezte a Sapientia Szerzetesi és Hittudományi Főiskolát, katekéta szakon. A hittudományi tárgyakon kívül filozófiát, etikát, morált, lelki gondozást és pszichológiát tanult. A pszichológián belül a személyiség fejlesztésére, a lelki gondozáson belül a személyközpontú segítségre nagy hangsúlyt helyeztek. Szakdolgozatát „A lelki gondozás szerepe a műtét előtti betegtájékoztatásban” címmel védte meg, amelyben a szenvedés teológiáján kívül a fontosabb személyközpontú pszichológiai irányzatokon (Carl Jung, Viktor Frankl, Carl Rogers) keresztül, feldolgozta intézete műtét előtti betegtájékoztatással kapcsolatos tapasztalatait.

Tíz éve, 2006 márciusa óta dolgozik az Országos Gerincgyógyászati Központban. Az Intézet főigazgatója, dr. Varga Péter Pál kérte föl a Betegtájékoztató Szolgálat vezetői posztjára. A főigazgató főorvos döntésében szerepet játszott az a tény, hogy Oroszi Julianna akkor már a Sapientia Szerzetesi és Hittudományi Főiskola hallgatója volt. A főigazgató fölismerte, hogy e kettős tudás, a gerinc és egyéb ortopéd műtétek műszerezésénél szerzett tapasztalat és a Hittudományi Főiskolán szerzett emberi lélekkel kapcsolatos tudás alkalmassá teszi őt e munka, a műtét előtti „lelki” és „testi” gondozás, a betegek oktatásának végzésére. Ő maga is nagy fantáziát látott a felkérésben, és azóta is igyekszik ezt a feladatot magas színvonalon, örömmel és odafigyeléssel végezni.

Tehát 2006. március 1-jén elkezdődtek a szervezett, műtét-specifikus írásos és később szóbeli műtét előtti betegtájékoztatás kiépítésének első lépései. Először a 12-18 oldal terjedelmű betegtájékoztató füzetek készültek el a műtéti érzéstelenítésről, a különböző gerincműtétekről és ortopéd sebészeti beavatkozásokról.

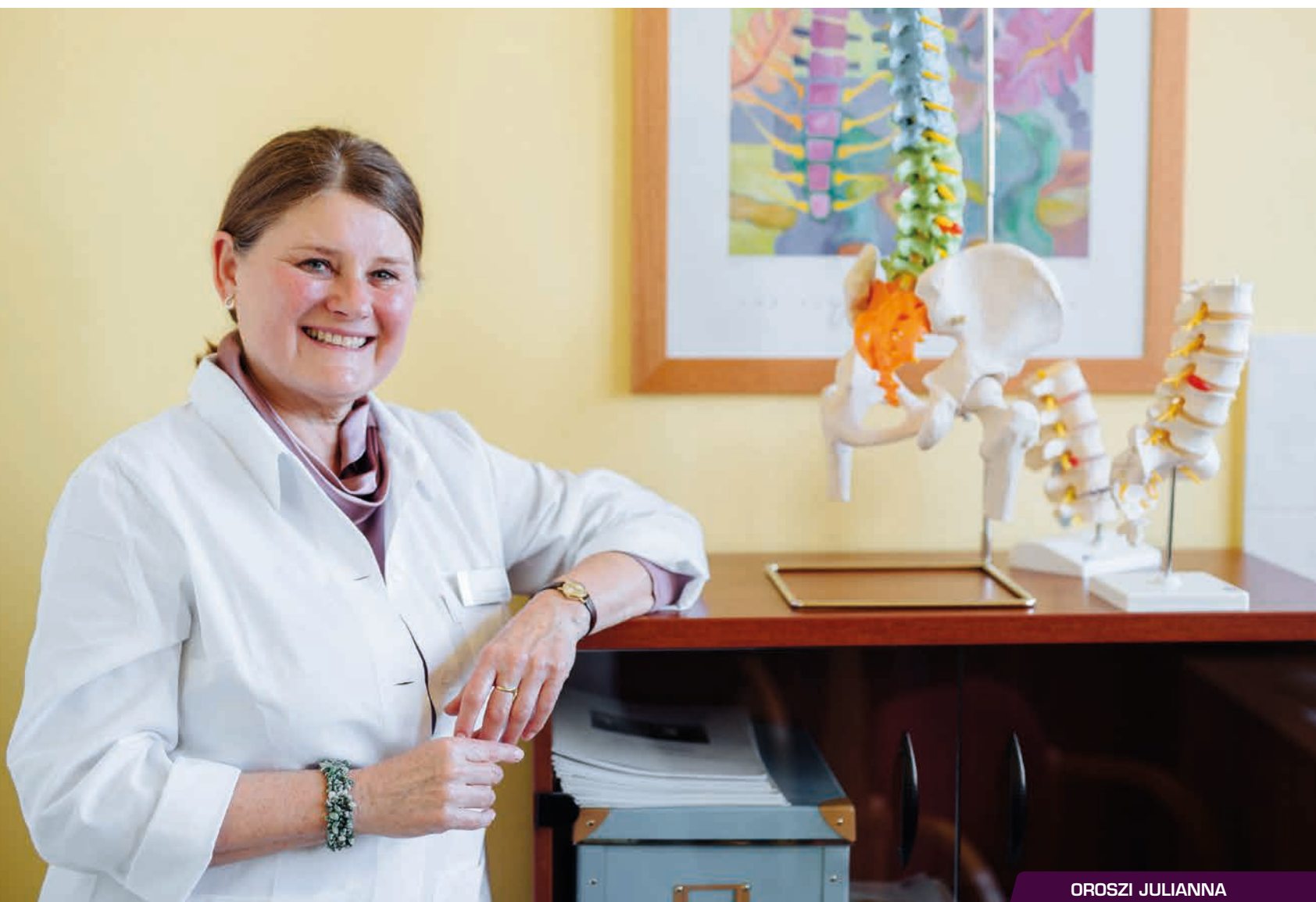
Az intézetben 2007. október vége óta működik szervezeten a műtét előtti betegtájékoztatás, a „tájékozott beleegyezés” elnyerése. Ezt a munkát a kezdetektől fogva Oroszi Julianna végzi. Azon felül, hogy az operáló orvos természetesen tájékoztatja betegét a műtétről, a beteg a műtéti betegtájékoztatás keretében kap egy plusz lehetőséget arra,

hogy föltegye a még nyitott kérdéseit, eloszlassa esetleges kételyeit, félelmeit a felmerülő kisebb-nagyobb műtét előtti természetes problémái kapcsán, és felébressze a gyógyulásba vetett hitet és reményt. Így a folyamat segíti az orvos-beteg kommunikációt is. Átbeszéljük az írásos tájékoztató anyagot, és a segítő anatómiai modelleken és kisfilmeken mutatja be a tervezett műtétet. E személyre szabott tájékoztatás, ami az információ megértésének és a lelki aspektusnak fontos tényezője, mindenképpen csökkenti a beteg kiszolgáltatottság-érzetét, így a beteg a saját gyógyulásának aktív részesévé tud válni.

Mint látható, az Országos Gerincgyógyászati Központban fontos, hogy a beteg milyen lelki állapotban kerül a műtőasztalra. Dr. Varga Péter Pál 10 évvel ezelőtti igen jó – betegbarát, a beteg biztonságát szolgáló – gondolata folytán 2007 októberétől 2015 végéig több mint 15 000 beteg kapott szakmai tájékoztatást és lelki megnyugvást ilyen módon. A betegek visszajelzései pozitívak. A Betegtájékoztató Szolgálat a betegellátási folyamatban zavaró hiányt tölt ki a megbízottság és a betegellátás minőségének növelése érdekében.

Oroszi Julianna az intézet kutatási programjaiban is aktívan vesz részt a kutatási projektekhez kapcsolódó betegtájékoztatói feladatok végzésével.

Ez a munka szép, mert etikus, valóban az ember javát szolgálja, és nélkülözhetetlen kiegészítője a ma már erősen gépesített betegellátási folyamatnak.



OROSZI JULIANNA

AZ ORSZÁGOS GERINCGYÓGYÁSZATI KÖZPONT MUNKATÁRSAINAK SZAKMAI ELŐADÁSAI

2015. október 1. és 2016. április 30. között

NEMZETKÖZI KONFERENCIÁK

BONE AND JOINT DECADE WORLD SUMMIT AND THE
4TH NORWEGIAN MUSCULOSKELETAL RESEARCH
NETWORK CONFERENCE. 2015. 10. 08-09. OSLO,
NORVÉGIA

Somhegyi Annamária, Darabosné Tim Irma, Feszthammer
Artúrné, Tóthné Steinhausz Viktória, Varga Péter Pál: Integrated
prevention for school children. Results and lessons to learn from the
Hungarian Spine Society's primary prevention program

BBSPINE CONFERENCE, 2015. 10. 22-24. BOLOGNA,
OLASZORSZÁG

Bánk András: Huge Sacral Schwannoma

Bozsódi Árpád: Molecular targets in notochordal tumors

Éltes Péter: Changes in 3D Geometry of the Neuroforamen due to
Percutan Discoplasty

Rónai Márton: Cervical Schwannoma

Varga Péter Pál: Late results of surgical treatment in the sacropelvic
chordomas, The ageing spine reconstruction with non rigid stabilization
and bone cement

GLOBAL SPINE CONGRESS. 2016. 04. 13-16. DUBAI,
EGYESÜLT ARAB EMIRÁTUSOK

Éltes Péter, Lazáry Áron, Varga Péter Pál: Finite element analy-
sis based lumbosacral revision surgery using an individual navigation
template

Csákány Tibor, Kurutz Márta, Varga Péter, Éltes Péter, Varga Péter
Pál: Biomechanical evaluation of the use of PEEK versus PMMA
intervertebral spacers in lumbar stabilization: the influence of bone
mineral density and vertebral geometry

Bánk András, Varga Péter Pál: Long-term Results of Implant Related
Complications after Lumbar Fusion Using a Nonrigid Transpedicular
Pedicule Screw-Rod System

Szóllósi Balázs, Varga Péter Pál: Hybrid constructs in the surgical
treatment of degenerative cervical disc disease—five-year clinical and
radiological follow up

Rónai Márton, Varga Péter Pál: Does The Position Of The Spacer
In TLIF Have An Influence On Anatomical Parameters Such As
Segmental Lordosis, Foraminal Height?
A Prospective Randomized Study

Lazáry Áron, Szita Júlia, Szövérfi Zsolt, Kiss László, Varga Péter Pál:
Psychological distress can be determined before lumbar surgeries with
a clinically applicable, easy-to-use tool—the short form of the DRAM

Szövérfi Zsolt, Lazáry Áron, Koszó Izabella, Papik Kornél, Varga
Péter Pál: Predicting high surgical treatment costs at primary spinal
tumor patients

Varga Péter Pál: Reconstruction after total Sacrectomy for Primary Tumor

HAZAI KONFERENCIÁK

**MAGYAR GYÓGYTORNÁSZ-FIZIOTERAPEUTÁK
TÁRSASÁGÁNAK JUBILEUMI, X. KONGRESSZUSA,
2015. 10.29.**

Varga Péter Pál: Innovatív műtéti lehetőségek, innovatív fizioterápiás elvárások?

Jakab Gábor: A gerinc degeneráció logikája

Jakab Gábor, Benkovics Edit: Sport és gerinc: az utánkövetés tapasztalatai, Képpalkotók és fizioterápia esetismertetésekben

Szita Júlia, Lazár Áron, Somhegyi Annamária, Boja Sára, Szilágyi Ágnes, Varga Péter Pál: Gyerekkori gerincpanaszok előfordulása és rizikó faktorainak analízise önkitöltős állapotfelmérő segítségével

Vámos Katalin, Terebessy Tamás, Perlaky Tamás, Grósz Gábor: Járásanalízis tibia vagy femur tumor miatt végzett endoprotézis műtétet követően

Sapszon Ildikó, Csohány Ágnes: A cerebrális paresises gyermekek rehabilitációs ellátása Magyarországon SDR műtét esetén

**A GERINCGYÓGYÁSZATI TÁRSASÁG 2015. ÉVI
TUDOMÁNYOS ÜLÉSE, 2015. 12. 04-06. BÜKFÜRDŐ**

Somhegyi Annamária: A Magyar Gerincgyógyászati Társaság prevenciós programja: helyzetjelentés

Orosz Mária: A gyermekkori gerincdeformitások konzervatív kezelésének buktatói

Tóthné Steinhausz Viktória, Rosta Melinda, Soós Mária, Sió Eszter, Somhegyi Annamária: Óvodásokon alkalmazott tartáskorrekciós program hatékonyságának vizsgálata

Szita Júlia: Gyermekkori gerincfájdalomra hajlamosító tényezők

Somhegyi Annamária: Ünnepi köszöntés alapító-tagunk, Dr. Bálint Géza 80. születésnapja alkalmából

Ferenc Mária: Gerinckontroll

Oroszi Julianna: Felmérések a műtét előtti terápiás betegtájékoztató kapcsolatán

Gergely Gy. Mária: „És mégis mozog...” a gerinc! (a hagyományos rtg. mai szerepe)

Várallyay György: MR szerepe

Puhl Mária: CT szerepe az MR világában

Jakab Gábor: „Non rigid” stabilizáció és csontcement használata az időskori gerincelváltozások rekonstrukciójában

Agócs Miklós: Az első generációs TLT implantátum hosszú távú radiológiai utánkövetése

Bánk András: A második generációs polyaxialis TLT rendszer a mindennapi gerincsebészeti gyakorlatunkban

Szöllősi Balázs: Új csavaros nyaki PEEK cage-el szerzett kezdeti tapasztalataink

Lazár Áron: A terápiás eredményt befolyásoló faktorok azonosítása és mérése degeneratív lumbális gerincműtét előtt

Bozsódi Árpád: A chordoma kialakulásának genetikai háttere: a fúziós gének szerepe

Szövérfi Zsolt: A primer gerincdaganatok műtéti kezelésének mikrokonómiai vonatkozásai

Éltes Péter: Lumbosacralis álzület revíziója innovatív 3D navigációs technikával

Klemencsics István: Vákuum asszisztált sebkezelés gerincműtétet követő szeptikus szövődmény esetén

Somhegyi Annamária: Mozgás hatása az egészségre. EDUVITAL NET egészségnevelő előadás-sorozat része. 2015. 10. 17. Pestszentimre

Somhegyi Annamária: TIE hosszútávon - Útmutató pedagógusok részére A „TÁMOP-6.1.2. A-14/1-2014-0001 „Komplex intézményei mozgásprogramok és kapcsolódó egészségfejlesztési alprogramok megvalósítása az általános iskolákban, többcélú intézményekben, valamint szabadidős közösségi mozgásprogramok és kapcsolódó egészségfejlesztési alprogramok megvalósítása az iskolán kívüli szereplők bevonásával” kiemelt projekt” záró konferenciája. 2015. 10. 20. Budapest

Somhegyi Annamária: A mozgás hatása az egészségre. EDUVITAL NET egészségnevelő előadás-sorozat a „TÁMOP-6.1.5-13-2014-0002 'Kulcs egy jobb élethez!' – Békés megye komplex emberi erőforrás” című projektben 2015. 10. 13. Mezőkovácsháza, 2015. 10. 27. Kunágota, 2015. 11. 10. Battonya

Somhegyi Annamária: Tartáskorrekció a mindennapos testnevelésben Sport a felsőoktatásban c. konferencia. 2015. 11. 23. Pécs

Somhegyi Annamária: Gyermekkoron túl, időskoron innen -hogyan vagy? Egészségnap a Károli Gáspár Református Egyetem hallgatóinak. 2016. 03. 16. Budapest

Bider Katalin Dr. Nagy László Nóra: Betegtájékoztató, oktatás, ellátás szervezés szerepe a biztonságos betegellátásban. 2016. 03. 31 - 04. 02. Budapest

Ferenc Mária: „Gerincgyógyászati Ismeretek I. Cervicalis régió” Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar- Gyógytornász képzés. 2016. 04. 08. Budapest

Somhegyi Annamária: A teljeskörű iskolai egészségfejlesztés (TIE) a pedagógusok mindennapjaiban. Tavaszi Pedagógiai Napok az Oktatási Hivatal Pedagógusok Oktatási Központok szervezésében. 2016. 04. 12. Pécs, 2016. 04. 13. Várpalota, 2016. 04. 18. Miskolc, 2016. 04. 20. Kaposvár, 2016. 04. 21. Eger, 2016. 04. 26. Szekszárd, 2016. 04. 27. Sárvár, 2016. 04. 28. Békéscsaba.

Ferenc Mária: „Mit is jelent a Gerinckontroll” Hegyvidék Kulturális szalon. 2016. 04. 20. Budapest

Ferenc Mária: „ Gerincgyógyászati ismeretek II. Lumbalis régió” Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar- Gyógytornász képzés. 2016. 04. 22. Budapest

Bologna-Budapest-Basel Gerinc Kongresszus Daganatok & Csontritkulás

2016. NOVEMBER 4 – 5. | BASEL, SCHWEIZ

RADISSON BLUE HOTEL BASEL

www.bbbspine.org

KAPCSOLATOK

TUDOMÁNYOS ÉS PROGRAM KÉRDÉSEK

Cordula Netzer
Universitätsspital Basel
E-mail: cordula.netzer@usb.ch

SZERVEZŐ TITKÁRSÁG

BASEL TOURISMUS
Incoming & Convention Bureau
Sales Manager Convention Bureau
Aeschenvorstadt 36, CH-4010 Basel

Cordula Netzer
Tel.: +41 (0)61 268 68 44
Fax: +41 (0)61 268 68 70

KIÁLLÍTÓK

- Depuy Synthes ▪ Medtronic ▪ Sanatmetal ▪ Icotech ▪ Lilly ▪ Marketing
- Departement

HELYSZÍNI REGISZTRÁCIÓ

2016.11.04. 07.30 – 18.00
2016.11.05. 08.30 – 14.00

RÉSZVÉTELI DÍJ

400 EURO

RÉSZVÉTELI DÍJ TARTALMAZZA

- Tudományos üléseken való részvétel
- Kongresszusi csomag ▪ Programfüzet ▪ Kitűző
- Kávészünetekben fogyasztás
- Pénteki ebéd és szombati büféebéd ▪ Bankett vacsora

TÁRSASÁGI PROGRAMOK

- BOR- ÉS FINOMSÁGVÁSÁR
- ŐSZI VÁSÁR

BANKETT VACSORA

2016.11.04. | péntek | 19.30 – 22.00

*A szervezőbizottság tisztelettel
meghívja Önt a "Safranzunft"-ban
tartott bankett vacsorára.*

Javasolt viselet: alkalmi.

TUDOMÁNYOS PROGRAM CME PONTOK ÉS EGYEBEK

KONFERENCIA IDŐPONTJA

2016.11.04. 09.00 – 18.00
2016.11.05. 08.00 – 14.00

KONFERENCIA HELYSZÍNE

RADISSON BLUE HOTEL BASEL

(Frau Kuttny Tel.: +41 (0)61 227 2992)
Steinentorstrasse 25, 4001 Basel, Schweiz
Vagy Pullmann Basel: bankett.europe@balehotels.ch
200 fős befogadására alkalmas terem, a szobakapacitás azonban
mindössze 20 fő

RÉSZTVEVŐK

Várhatóan 200 fő

HIVATALOS NYELV

Angol

PROGRAM ÁTTEKINTÉS

2016. NOVEMBER 4. – PÉNTEK	
08.00 – 09.00	Helyszíni regisztráció és kiállítás
09.00 – 09.10	Megnyitó
09.00 – 10.30	1. szekció: A gerinc elsődleges daganatai
10.30 – 11.00	Kávészünet és kiállítás
11.00 – 13.00	Elsődleges daganatok & Esetmegbeszélés
13.00 – 14.00	Ebédészünet
14.00 – 15.45	2. szekció: A gerinc áttétes betegségei
15.45 – 16.15	Kávészünet és kiállítás
16.15 – 18.00	Áttétes betegségek & Esetmegbeszélés
2016. NOVEMBER 5. – SZOMBAT	
08.00 – 09.30	3. szekció: Idősődő gerinc
09.30 – 10.00	Kávészünet és kiállítás
10.00 – 11.30	3. szekció: Idősődő gerinc
11.30 – 12.30	Snack ebéd & kiállítás
12.30 – 14.00	3. szekció: Idősődő gerinc & Esetmegbeszélés

TISZTELT KOLLÉGÁK!

Az AOSpine szponzori háttérében történt változás (a DePuy Johnson fúziója a Synthes-zel) hatással volt a nemzetközi szakmai szervezet belső szabályaira és struktúrájára. A változások iránya a professzionális szervezettség, hatékony tudástranszfer és -management irányába mutat, azzal a nem titkolt céllal, hogy az AOSpine elismerten a vezető, világméretű gerincsebészeti szakmai szervezetté váljon a közeljövőben. Az új alapszabály a nemzeti szervezeteket, így az AOSpine Hungary-t is érinti. A két legfontosabb változás, hogy 2016-tól a nemzeti szervezetek vezetői struktúrája megváltozik; a „chairperson” és a „past chairperson” mellett két „officer” dolgozik a nemzeti szervezetről. A két titkári pozícióról az idei nyár folyamán elektronikus választást kell tartani, amelyre azonban csak az a nemzeti szervezet jogosult, amelynek legalább 25 tagja van. Az AOSpine Hungary jelenleg 20 taggal bír, tehát *taglétszámunk bővítése szükséges a „chapter” fennmaradásához.*

A nemzeti szervezet fennmaradásának jelentőségét nemcsak az emeli ki, hogy így tudunk hazai képzéseket tartani (tervek szerint évente minimum egy AOSpine kurzust), hanem az is, hogy a régióban valószínűleg több ország tagszervezete meg fog szűnni a fentiek miatt, tehát egy erős magyarországi „chapter” regionális (oktatási-, képzési-, kutatási-) szerephez juthat az AOSpine Europe-on belül.

A hazai gerincsebészet evolúciója predesztinálja hazánkat erre a szerepre, de ehhez a tagság bővülése és fenntartása szükséges. Az AOSpine tagság előnyeit részletesen taglalja a honlap (www.aospine.org). A képzéseken és konferenciákon való kedvezményes részvételi díj, a posztgraduális oktatási anyagokhoz (webinarok, videók, app-ok) való hozzáférési lehetőség (jelenleg több mint 1000 szakmai előadás/videó található az AOSpine honlapján) mellett, dinamikusan bővül az ösztöndíj lehetőségek rendszere is. Az alaptagsági díj mértéke évi 85 EUR, amiből a rezidensek, PhD hallgatók 50% kedvezményt kapnak (<https://aospine.aofoundation.org/Structure/community/membership-program/Pages/membership-program.aspx>).

A hazai gerincsebészeti továbbképzési lehetőségek és a gerincsebészeti műhelyek fejlődése érdekében kérünk fel minden kollégát az AOSpine Hungary-hez való csatlakozásra.

Üdvözléssel:

Dr. Lazáry Áron
chairperson

Dr. Varga Péter Pál
past chairperson

AOSpine Advanced Symposium— Ageing Spine Surgery

October 27-28, 2016
Budapest, Hungary

Az AOSpine Hungary gerincsebészeti szimpóziumot szervez 2016. október 27-28-án, Budapesten. A téma a korosodó gerinc műtéti kezelése. A haladó szintű szimpózium interaktív, problémaközpontú programjának összeállításában és lebonyolításában hazai és nemzetközi szakemberek vesznek részt. További információ és jelentkezés az AOSpine honlapján: https://aospine2.aofoundation.org/eventdetails.aspx?id=3189&from=PG_COURSEDIRECTORY

Dr. Lazáry Áron
chairperson

Dr. Varga Péter Pál
senior faculty



SZERZŐI ÚTMUTATÓ A GERINCGYÓGYÁSZATI SZEMLÉHEZ

A GERINCGYÓGYÁSZATI SZEMLE TUDOMÁNYOS ÉS ISMERETTERJESZTŐ KÖZLEMÉNYEKET, BESZÁMOLÓKAT, RIPTOKAT, EGYÉB ÍRÁSOKAT JELENTET MEG A GERINCGYÓGYÁSZAT TERÜLETEIVEL ÉS A GERINCGYÓGYÁSZ SZAKMAI KÖZÖSSÉGGEL KAPCSOLATBAN.

A kéziratok elbírálásának és elfogadásának joga a szerkesztőséget illeti meg. A tudományos cikkek elbírálása ún. peer review folyamatban történik. A kézirat útmutató szerinti összeállítása nagyban meggyorsítja a szerkesztőségi feldolgozást, ezért kérjük az útmutató pontjainak betartását! A közlemények végső elfogadása csak abban az esetben történik meg, ha azok formailag teljes egészében megfelelnek ezen útmutatásnak.

KÉZIRATOK BEKÜLDÉSE

A közleményeket Microsoft Word formátumban az aron.lazary@bhc.hu email címre, elektronikus formában kérjük elküldeni.

A TUDOMÁNYOS PUBLIKÁCIÓK KÉZIRATÁNAK SZERKEZETE

A tudományos publikációkkal kapcsolatos általános követelményként a „Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals” (International Committee of Medical Journal Editors. N. Engl. J. Med., 1997, 336, 309–315., friss elektronikus változat: <http://www.ICMJE.org>) előírásai érvényesek.

A kézirat benyújtásának feltétele, hogy

1. a dolgozatot korábban még nem publikálták (kivéve előadás-kivonat vagy PhD-tézis formájában),
2. a kéziratot valamennyi szerző jóváhagyta (ezt a levelező szerző garantálja)
3. a dolgozat nem sérti a Helsinki Deklaráció előírásait,
4. a tudományos vizsgálatok az illetékes etikai és jogi szabályozásnak megfelelően történtek
5. a kéziratban személyiségi jogot sértő adat, kép nem szerepelhet

A kéziratnak a következőket kell tartalmaznia: 1. címlap; 2. magyar és angol összefoglalás; 3. törzsszöveg (Bevezetés, Módszerek, Eredmények, Megbeszélés tagolásban); 4. Irodalomjegyzék; 5. Táblázatok és Ábrák jegyzéke (címek és ábraalírások), 6. táblázatok; 7. ábrák. Az oldalszámozást a címlaptól kezdve folyamatosan kell megadni.

1. A Címlapon sorrendben a következők szerepeljenek:

- a kézirat címe
- a szerzők neve (titulussal együtt), valamint a szerzők munkahelyének pontos, hivatalos megnevezése, a helységnévvel együtt (a munkahelyi vezető megnevezése nélkül);
- a levelező szerző postai és e-mail címe, telefonszáma;

2. Összefoglaló magyarul és angolul (Abstract): Tömör (max. 200 szó), részekre nem tagolt összefoglaló a cikkről.

3. Törzsszöveg: „Bevezetés”, „Módszerek”, „Eredmények”, „Megbeszélés” alfejezetekre tagolva, 1,5-es sorközzel gépelve. Az orvosi kifejezések, anatómiai megjelölések írásmódját illetően az „Orvosi helyesírási szótár” alapelveit tartjuk irányadónak. Azon orvosi szavak esetében, amelyek a köznyelvben meghonosodtak, a mindennapi nyelvben széles körben ismertek, törekedni kell a magyaros írásmódra illetve a magyar terminológia használatára (pl. lumbális porckorong). Egyéb esetben a latinos írásmód a követendő (pl. pars interarticularis). Kerülni kell a hibrid írásmódot (pl. diszkusz)! A tizedesjegyek elválasztása vesszővel történjen. A rövidítések jelentését azok első használatánál zárójelben ki kell írni.

4. Irodalomjegyzék: Az irodalmi hivatkozásokat a törzsszövegben a hivatkozás sorrendjében, a számokat szögletes zárójelben kell megadni. Pl.: [3], [4-8], [5,8,9]

Az irodalomjegyzékben az irodalmi hivatkozások felsorolása számottevően történjen. A folyóiratok nevének nemzetközi rövidítését kell használni, az évszám a kötet és lapszám illetve oldalszámok megadásával. Háromnál több szerző esetén a harmadik szerző neve után „et al.” írandó.

Példák:

1. DiPaola CP, Molinari RW. Posterior lumbar interbody fusion. J Am Acad Orthop Surg, 2008,16(3):130-9.
2. Fisher CG, Goldschlager T, Boriani S et al. A novel scientific model for rare and often neglected neoplastic conditions. Evid Based Spine Care J. 2013, 4(2): 160-2.
5. A táblázatok és ábrák címeit és magyarázatait külön oldalon kell felsorolni. A törzsszövegben a táblázatokra és ábrákra (1. Táblázat) illetve (2. Ábra) típusú formátummal kell hivatkozni.
6. A táblázatokot megszerkesztve kell megadni. A szerkesztőség a táblázat mondanivalóját nem érintő átszerkesztés jogát fenntartja.
7. Az ábrákat, illusztrációkat jó minőségű TIFF, EPS vagy JPG formátumban kell külön mellékelni. A több részből álló ábrákat megszerkesztve, a részeket latin nagybetűkkel jelölve (pl.: 2/A. Ábra) kérjük. A vonalas grafikákat kérjük jó minőségű Power Point vagy vektorgrafikai fájlban küldeni!

AZ ISMERETTERJESZTŐ, BESZÁMOLÓ, EGYÉB PUBLIKÁCIÓK KÉZIRATÁNAK SZERKEZETE

A tudományos közleményekhez felsorolt szerkesztési elvektől eltérés:

- Összefoglaló nem szükséges
- A Törzsszöveg tetszés szerinti alfejezetekre tagolható, ha szükséges
- Az Irodalomjegyzék, ha nem a szövegbe illesztett hivatkozások formájában releváns, akkor az első szerzők ABC sorrendjének megfelelő felsorolásban kerüljön megadásra a fenti formátum betartásával.

Az egyéb pontokban kérjük a fenti útmutató követését!

Várjuk kérdéseiket, észrevételeiket email-ben.

Üdvözléssel:

Lazáry Áron
szerkesztő
Gerincgyógyászati Szemle
aron.lazary@bhc.hu



Medtronic

Further, Together



NIM ECLIPSE® E4

COMPLEXITY SIMPLIFIED

THE MODULAR PLATFORM FOR YOUR

INTRAOPERATIVE NEUROMONITORING SOLUTION



Országos Gerincgyógyászati Központ

Cím: 1126 Budapest, Királyhágó utca 1-3.

Telefon: (+36-1) 887-7900

Fax: (+36-1) 887-7987

Web: www.ogk.hu

E-mail: szemle@ogk.hu

ISSN 2064-8324