

Emberi Erőforrások Minisztériuma
EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM

Egészségügyi szakmai irányelv
A stressz inkontinencia fizioterápiás kezeléséről

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002198
Megjelenés dátuma:	év. hónap. nap (Közlönykiadó adja meg)
Érvényesség időtartama:	2025.02.28.
Kiadja:	Emberi Erőforrások Minisztériuma
Megjelenés helye	
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu

TARTALOMJEGYZÉK

I. IRÁNYELV FEJLESZTÉSBN RÉSZTVEVŐK	3
II. ELŐSZÓ	4
III. HATÓKÖR	4
IV. MEGHATÁROZÁSOK	5
1. Fogalmak	5
2. Rövidítések Alfabetikus sorrendbe téve	5
3. Bizonyítékok szintje	6
4. Ajánlások rangsorolása.....	6
V. BEVEZETÉS	7
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása	7
2. Felhasználói célcsoport.....	8
3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel	8
VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE	10
VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ	16
1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban.....	16
2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája	17
3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok	17
VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE	17
IX. IRODALOM.....	18
X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE	24
1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja	24
2. Irodalomkeresés, szelekció.....	24
3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja	24
4. Ajánlások kialakításának módszere.....	25
5. Véleményezés módszere.....	25
6. Független szakértői véleményezés módszere	25
XI. MELLÉKLET	25
1. Alkalmazást segítő dokumentumok.....	25

I. IRÁNYELV FEJLESZTÉSBN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

Mozgásterápia, fizioterápia Tagozat:

Zaletnyik Zita gyógytornász, elnök, társszerző

Fejlesztő munkacsoport tagjai:

Dr. habil. Hock Márta Ph.D. gyógytornász, társszerző

Friedrichné Nagy Andrea gyógytornász, humánkineziológus MSc., társszerző

Iván Edina gyógytornász, humánkineziológus Msc., társszerző

Forgács-Kristóf Katalin gyógytornász, okleveles fizioterapeuta MSc., társszerző

Aranyné Molnár Tímea gyógytornász, egészségtan tanár MSc., társszerző

Dávid Éva gyógytornász, humánkineziológus MSc., társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Urológia Tagozat

Prof. Dr. Tenke Péter urológus, elnök, véleményező

2. Szülészeti és nőgyógyászati Tagozat

Dr. Demeter János szülész-nőgyógyász, urológus, elnök, véleményező

3. Háziorvostan Tagozat

Dr. Szabó János háziorvos, elnök, véleményező

4. Rehabilitáció, fizikális medicina és gyógyászati segédeszköz Tagozat

Dr. Dénes Zoltán mozgásszervi rehabilitáció, ortopédia szakorvosa, elnök, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”

„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt tagozatok dokumentáltan egyetértettek.”

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezetek tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társasága

Független szakértő(k):

Nem került bevonásra.

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör:	Stressz (terheléses) vizeletinkontinencia ellátás.
Ellátási folyamat szakasza(i):	Elsődleges megelőzés, másodlagos megelőzés, terápia, követés, rehabilitáció.
Érintett ellátottak köre:	Felnőtt korú, női és férfi páciensek, stressz (terheléses) inkontinencia megelőzése, és kezelése elsősorban I-II. stádiumban. Medencefenék izomzatot érintő különböző szülészeti, nőgyógyászati, urológiai, sebészeti műtét után lévő egyének. Kivéve: urogenitális fertőzés, vérzés, gyulladás; skizofrénia, együttműködést kizáró mentális állapotokban és pszichoszexuális zavarok esetén, terhesség első három hónapjában megfontolandó. Orvosi javallatra, daganatos megbetegedés esetén megfontolandó. Másodlagos célcsoport: azok akiknél, bármely az inkontinenciára hajlamosító tényező előfordul. Hajlamosító tényezők: kötőszöveti gyengeség (veleszületett, posztmenopauzális), gyakori hasúri nyomásfokozódás (asztma, allergia, obstipáció), szülési sérülések. Harmadlagos célcsoport: egészséges nőknek prevenció céljából.
Érintett ellátók köre	
Szakterület:	5700 fizioterápia-gyógytorna 5711 gyógytorna 5704 elektroterápia 7304 otthoni szakápolás
Ellátási formák:	F1 fekvőbeteg szakellátás - aktív fekvőbeteg-ellátás F2 fekvőbeteg szakellátás - krónikus fekvőbeteg-ellátás F4 fekvőbeteg szakellátás - rehabilitációs ellátás F5 fekvőbeteg szakellátás - nappali kórházi ellátás J1 járóbeteg szakellátás - szakrendelés

	J3 járóbeteg szakellátás - jellemzően terápiás beavatkozást végző szakellátás
	J4 járóbeteg szakellátás - nem orvosi szakfeladatot ellátó szakellátás
	J5 járóbeteg szakellátás - a betegek otthonában végzett szakellátás
Progresszivitási szint:	Fekvőbeteg ellátás I-II-III. Járóbeteg ellátás I-II. Telephely nélküli tevékenység
Egyéb specifikáció:	Nincs

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Biofeedback: Egy külső érzékelő használatával történő biológiai visszacsatolás, amely visszajelzi a testi folyamatokat (izom összehúzódás, lazítás), általában a mért minőség megváltoztatása céljából. Kiegészítő terápia. [1]

Erősítő tréning: edzés nagy ellenállással (közel a maximális összehúzódásokhoz) és kevés ismétlésszámmal, az izomtérfogat és az idegi alkalmazkodás növelése céljából. [1]

Izom tréning: célzott gyakorlatok az izomerő, erőállóképesség, hajlékonyság növelésére vagy a relaxációs képesség fokozására. [1]

Kismedencei fizioterápia: olyan gyógytornász által végzett komplex tevékenység, amely magába foglalja a medencefenék izomzatának célzott mozgásterápiáját, és egyéb fizioterápiás módszereket is. [1]

Medencefenék diszfunkció: a vizelet- vagy székletürítés zavara, kismedencei süllyedések, szexuális problémák és medencefenék fájdalom összefoglaló meghatározása. [1]

Medencefenéki izom tréning: Gyakorlatok, amelyek a MFI erejének, állóképességének, ellazulásának vagy e paraméterek kombinációjának fejlesztését célozzák meg. [1]

Stressz (terheléses) vizelet inkontinencia: akaratlan vizeletvesztés hasi erő kifejtéskor, például sportoláskor, köhögéskor, tüszentéskor. [2, 3]

Vizelet inkontinencia: akaratától független húgycsővön keresztül történő vizeletvesztés. [2, 3]

2. Rövidítések

ACP: American College of Physicians - Amerikai Orvostársaság

BNO: Betegségek Nemzetközi Osztályozása

BPH: Benignus Prostate Hyperplasia

COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Krónikus obstruktív tüdőbetegség

EAU: European Association of Urology – Európai Urológiai Társaság

EMMI: Emberi Erőforrások Minisztériuma

ES: Elektrostimuláció

FNO: A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása

GYSE: Gyógyászati segédeszköz

ICI: International Consultation on Incontinence - Inkontinenciáról tartott nemzetközi tanácskozás

ICIQ: International Consultation on Incontinence - Modular Questionnaire - Inkontinenciáról tartott nemzetközi tanácskozás - Moduláris kérdőív

ICIQ-SF: International Consultation on Incontinence – Short Form - Inkontinenciáról tartott nemzetközi tanácskozás kérdőív – Rövid forma

ICS: International Continence Society - Nemzetközi Kontinencia Társaság

ISD: Intrinsic Sphincter Defficiency - Intrinsic sphincter elégtelenség

ISO: International Organisation for Standardisation - Nemzetközi Szabványügyi Szervezet

KNGF: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie - Holland Királyi Fizioterápiás Társaság

LE: Level of evidence - Bizonyítékok szintje

MFI: Medencefenék Izomzat (PFM: Pelvic Floor Muscle)

MFIT: Medencefenéki izom-tréning (PFMT: Pelvic Floor Muscle Training)

MGYFT: Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társasága

MUI: Mixed Urinary Incontinence - Kevert vizeletinkontinencia

NEAK: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

NICE: National Institute for Health and Care Excellence - Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete

POP: Pelvic Organ Prolapse - Medencefenéki szervek előesése

RP: Radicalis Prostatectomia

SOGC: Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada - Kanadai Szülészeti és Nőgyógyászati Társaság

SUI: Stress Urinary Incontinence - Stressz vizeletinkontinencia

TENS: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation – Bőrön át történő elektromos ideg-izom ingerlés

TOT: Transobturator tape (transobturator szalag)

TUIP: Transurethral Incision of the Prostate - A prostata húgycsővön keresztüli bemetszése

TURP: Transurethral Resection of the Prostate – Transzuretrális prosztata rezekció

TVT: Tension-free Vaginal Tape – Transvaginal tape (feszülésmentes hüvelyi szalag)

TVTO: Tension free transobturator Vaginal Tape (feszülésmentes transobturator hüvelyi szalag)

UI: Urinary Incontinence - Vizeletinkontinencia

3. Bizonyítékok szintje

Bizonyítékok szintjei (LE, level of evidence) [4]

1a	Randomizált vizsgálatok metaanalíziséből származó bizonyítékok.
1b	Legalább egy randomizált vizsgálatból származó bizonyítékok.
2a	Jól megtervezett, kontrollált, randomizálás nélküli vizsgálatból származó bizonyítékok.
2b	Legalább egy jól megtervezett, kvázi kísérleti jellegű vizsgálatból származó bizonyítékok.
3	Jól megtervezett, nem kísérleti jellegű vizsgálatokból, például összehasonlító vizsgálatokból, korrelációs vizsgálatokból és esettanulmányokból származó bizonyítékok.
4	Szabizottsági jelentésekből vagy véleményekből, illetve mérvadó szaktekintélyek klinikai tapasztalataiból származó bizonyítékok.

A bizonyítékok besorolására használt rendszert a fejlesztőcsoport az Európai Urológus Társaság (EAU) irányelvéből vette át. [4] A szövegben a bizonyítékok besorolását a szöveges leírás után tett zárójelben jelöljük, pl.: (LE: 2a). [4, 5]

4. Ajánlások rangsorolása

Nem minden ajánlás tehető meg ugyanolyan biztonsággal. Az ajánlásokban használt megfogalmazás, azt a bizonyosságot (erősséget) jelöli, amellyel az ajánlás készült. Az ajánlás „erőssége” figyelembe veszi a bizonyítékok minőségét (szintjét).

A magasabb szintű bizonyítékok nagyobb valószínűséggel társulnak erős ajánlásokhoz, mint a gyengébb minőségű bizonyítékokhoz. Ugyanakkor egy adott minőségi szint nem vezet automatikusan egy bizonyos erősségű ajánláshoz.

Az ajánlások megfogalmazásakor figyelembe vett egyéb tényezők: relevancia a magyar egészségügyi rendszer számára; a bizonyítékok alkalmazhatósága a célpopulációra; a bizonyítékok összhangja; valamint a társuló hátrányok és előnyök egyensúlya. [6]

Az ajánlás erősségei [6]

Erős	Erős ajánlás esetén, ahol a beavatkozás alkalmazása ajánlott, a fejlesztőcsoport biztos abban, hogy az érintett populáció túlnyomó többsége számára a beavatkozással (vagy beavatkozásokkal) járó előnyök meghaladják az esetleges hátrányokat. Erős ajánlás esetén, ahol a beavatkozás alkalmazása ellenjavallt, a fejlesztőcsoport biztos abban, hogy az érintett populáció túlnyomó többsége számára a beavatkozással (vagy beavatkozásokkal) járó előnyök nem haladják meg az esetleges hátrányokat.
Gyenge	Gyenge ajánlás esetén, a fejlesztőcsoport ugyan biztos abban, hogy az érintett populáció többsége számára a beavatkozással (vagy beavatkozásokkal) járó előnyök meghaladják az esetleges hátrányokat, azonban a páciens egyéni állapota, értékrendje és preferenciái döntőek a beavatkozás alkalmazásakor.

A nemzetközi gyakorlatban használt, az ajánlások alkalmazásának kötelezőségére vonatkozó szintek tükrében, jelen egészségügyi szakmai irányelv az alábbi kategóriákat különíti el:

- Amennyiben adott tevékenység elvégzése nélkül az ellátási folyamat hatékonysága súlyosan sérülne, a „kell” kifejezést használtuk.
- Abban az esetben, amikor a beavatkozás alkalmazása indokolt, de az ellátási feltételek, a beteg preferenciái, vagy egyéb, a terápiát befolyásoló tényezők vizsgálata elengedhetetlen az alkalmazása szempontjából, akkor a „javasolt”, „megfontolandó” kifejezést használtuk.
- Amennyiben adott tevékenység ellenjavallt, abban az esetben a „nem javasolt” kifejezést használtuk.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

Az inkontinencia nagymértékben rontja a beteg életminőségét és rendkívül jelentős mértékben terheli a nemzetgazdaságot. Az inkontinencia a beteg életminőségére gyakorolt hátrányos hatás alapján, az ezt befolyásoló kórképek rangsorában az ötödik helyet foglalja el. A műtéti megoldás drága és nem elsővonalbeli kezelési eljárás.

Az inkontinencia átlagos prevalenciáját a különböző nemzetközi statisztikák 5-45%, nőknél 4,6-58,5%, férfiaknál 1,6-24% között adják meg. A női lakosság 16 és 65 év közötti korcsoportjában a vizelet inkontinencia leggyakoribb (80%) formája a stressz inkontinencia, melynek jellemzője a hasúri nyomásfokozódásra (köhögés, tüszentés, futás, emelés) jelentkező akaratlan vizeletvesztés.

Kortól és nemtől függetlenül az inkontinencia előfordulási gyakorisága kórházakban, illetve idősothonokban 22-90% (átlag: 55,7% ± 25,13%). [7]

Hazánkban, 2001-ben országos felmérés történt a nők vizelet inkontinenciájának felmérésére. 35448 tizennyolc év feletti nőt kérdeztek vizelettartással kapcsolatos panaszairól. A megkérdezettek 56%-nak voltak inkontinens panaszai, azonban csupán 36% vallotta magát inkontinensnek, így feltételezhetően minimum 15-20%-nak terápiát igénylő tünetei, panaszai lehetnek. [8]

Egy budapesti felmérés során a nők 56%-a, a férfiak 12%-a számolt be vizelettartási panaszokról, de csupán a válaszolók 30%-a fordult orvoshoz.

Pápán és környékén, 2000-ben kérdőíves felmérést végeztek. Az epidemiológiai vizsgálat során 2058 nőt kértek fel kérdőív kitöltésére. A felmérésben életkori megoszlást, testsúly megoszlást, a testsúly korcsoportonkénti megoszlását, (pl. 30 év alatt is 40%-ban említettek vizeletvesztéses epizódokat, 51-65 év közöttiek 68% az inkontinencia előfordulása), vizeletinkontinencia korcsoportonkénti előfordulását, az inkontinencia előfordulási gyakoriságát, az inkontinencia megjelenését (menopausa 15%, szülés után 9%), a kezelő orvoshoz fordulás gyakoriságát (összesen: 11% fordult) vizsgálták. [9]

A benignus prostata hyperplasia (BPH), a prosztata jóindulatú megnagyobbodása, a férfiak egyik leggyakoribb betegsége. A 40 éves férfiaknak már 30-40%-os esélye van prostata hyperplasiára, ami az életkorral csak egyre nő, a 80 év feletti korosztályban 75%-ban észleltek megnagyobbodást. [10]

A BPH által okozott vizeletürítési panaszok megoldását jelentő transurethralis prosztatata reszekció (TURP) az egyik leggyakoribb eljárás az urológiában. A TURP műtétek után 30-40 %-ban lehet korai urge inkontinencia, és kevesebb, mint 0,5 %-ban a késői (tartós) iatrogen stressz inkontinencia. [10]

Magyarországon évente körülbelül 4500 új beteget diagnosztizálnak prosztatatarákkal. [11] 5 éves távlatot tekintve a korai stádiumú betegek túlélése 90%-ra tehető. [12] A legjobb onkológiai megoldás a radikális prostatectomia [13], amelynek gyakori szövődménye az inkontinencia. [14] Férfiaknál radicalis prostatectomia után kialakuló stressz inkontinencia, súlyos formában 1-3%, enyhe formában 1-20%, TURP, TUIP urethrotomia, tranvesicalis prostatectomia után 0,5-1% között fordul elő. [10, 15]

A stressz inkontinencia elsővonalbeli kezelése a kismedencei fizioterápia/medencefenék izomtréning, ami olyan gyógytornász által végzett komplex tevékenység, amely magába foglalja a medencefenék izomzatának célzott mozgásterápiáját, és egyéb fizioterápiás módszereket is.

A mozgásterápiát csak pontos anatómiai és élettani ismeretek birtokában lehet szakszerűen végezni. [16]

A stressz inkontinencia súlyos következményekkel, és költségekkel járó állapot, mely az érintett személy életének minden aspektusát érintheti, úgymint a munkából való kiesés, pszichés megterhelés, embertársaktól való elzárkózás vagy nagy mennyiségű betét használata. Az egészségügyi szakmai irányelv az egységesebb kezelést biztosító, illetve hatékonyabb kontinencia ellátás fizioterápiás modelljét ismerteti. Az alkalmazható fizioterápiás eljárások alkalmazásával biztosított az inkontinencia ellátás különböző szintjein megvalósuló együttműködés, és a jól működő terápiás hálózat kiépülésének a lehetősége.

Az egészségügyi szakmai irányelv célja:

- A stressz inkontinencia megelőzése, gyógyítása, illetve súlyossági fokának csökkentése fizioterápiás módszer alkalmazásával.
- A stressz inkontinencia miatt végzett műtétekkel elért eredmények stabilizálása és a betegség recidívájának megelőzése pre- és postoperatív gyógytornával.
- Az eredményes kezelés következtében a betegek fizikális, szociális és pszichés életminőségének javítása.
- Egységes, bizonyítékokon alapuló fizioterápiás vizsgálat és kezelési módszer megismertetése és elterjesztése.
- A betegek számára az ellátással kapcsolatos döntések meghozatalához szükséges ismeretek széleskörű terjesztése.
- Megalapozott ajánlásokkal segítse az egységes fizioterápiás szemléletet.

2. Felhasználói célcsoport

Megfelelő, egyénre adaptált mozgásterápiával, fizioterápiával egészségnyereséget, állapot és életminőség javulását lehet elérni. A medencefenéki fizioterápia olyan költségkímélő módszer, mely a prevenció, kuráció és rehabilitáció céljából is hatékony lehet. Hazánkban jelenleg a szakszerű medencefenék fizioterápia végzéséhez az evidencián alapuló elméleti és gyakorlati ismeretek megszerzését, egyedül gyógytornász-fizioterapeuta által vezetett posztgraduális medencefenék fizioterápia tanfolyamok biztosítják. A hazai gyakorlatban eltérések vannak, az is előfordul, hogy nem a megfelelő képzettség és végzettség birtokában kezelik a betegeket. (pl. edző, testnevelő tanár) Az egészségügyi szakmai irányelv segíti a területen dolgozó kollégák munkáját, egységes, modern szemléletet kialakítva.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Jelen fejlesztés az alábbi, lejárt érvényességi idejű szakmai irányelv témáját dolgozza fel.

Azonosító:	-
Cím:	Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve A stressz inkontinenciában szenvedő nőbetegek fizioterápiás kezeléséhez.
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny 2005, EüK 12
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aek.hu

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelvek ajánlásainak adaptációjával készült.

Szerző(k):	A.T.M. Bernards, L.C.M. Berghmans, I.C. Van Heeswijk-Faase et al.
Tudományos szervezet:	KNGF - Royal Dutch Society for Physical Therapy
Cím:	Guideline for Physical Therapy in patients with Stress urinary incontinence [17]
Megjelenés adatai:	2011
Elérhetőség:	https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/ sektioner/kvinno-rs-halsa/royal-dutch-association-of-physiotherapy-guidelines/sui_practice_guidelines_2011.pdf https://www.kngf2.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onb-eveilgd/guidelines/sui_review_of_the_evidence_2011.pdf

Szerző(k):	A.Qaseem, P. Dallas, M.A. Forciea, M.Starkey, T.D. Denberg et al.
Tudományos szervezet:	ACP - American College of Physicians
Cím:	Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians [18]
Megjelenés adatai:	Ann Intern Med 2014 Sep 16;161(6):429-40.
Elérhetőség:	https://www.acpjournals.org/doi/pdf/10.7326/M13-2410

Szerző(k):	A.K. Nambiar, R. Bosch , F. Cruz , G. E. Lemack et al.
Tudományos szervezet:	EAU - European Association of Urology
Cím:	Guidelines on Urinary Incontinence in Adults 2018 [4]
Megjelenés adatai:	Eur Urol. 2018 Apr;73(4):596-609
Elérhetőség:	https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-Urinary-Incontinence-2018-large-text.pdf

Szerző(k):	NICE - National Institute for Health and Excellence
Tudományos szervezet:	Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management [19]
Cím:	2019 May.
Megjelenés adatai:	https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/resources/urinary-incontinence-and-pelvic-organ-prolapse-in-women-management-pdf-66141657205189
Elérhetőség:	

Szerző(k):	S. Dufour, M. Wu
Tudományos szervezet:	SOGC - The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada
Cím:	Conservative Care of Urinary Incontinence in Women, Clinical Practice Guideline [20]
Megjelenés adatai:	J Obstet Gynaecol Can 2020;42(4):510–522
Elérhetőség:	https://www.jogc.com/article/S1701-2163(19)30463-3/pdf

Szerző(k):	NICE - National Institute for Health and Excellence
Tudományos szervezet:	Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management - Evidence reviews [21]
Cím:	2021
Megjelenés adatai:	
Elérhetőség:	https://www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-ng10123/documents

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel áll kapcsolatban.

Azonosító szám:	00784
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv – A felnőttkorban előforduló, nem neurogén eredetű vizeletinkontinenciáról [14]
Szerzők:	Nyirády P., Majoros A., Bajory Z., Pytel Á., Demeter J., Rubliczky L., Endrődi T., Sipos A., Simon Zs., Horváth M., Hock M., Friedrichné Nagy A., Balogh E.
Megjelenés adatai:	2020. Eük 15
Elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

AZ INKONTINENCIA FIZIOTERÁPIÁS VIZSGÁLATA

1. Az anamnézis pontos felvétele

Ajánlás1

Átfogó, biopszichoszociális kórtörténet felvétele javasolt, mely kitér a vizeletürítési jellemzőkre, a gyógyszereszedésre, életmódra és a megelőző műtéti beavatkozásokra, azzal a céllal, hogy elkülöníthető legyen a nem komplikált stressz inkontinencia más típusú vizelettartási zavaroktól. Ez kiemelt fontosságú a stressz inkontinencia súlyosságának megítélése szempontjából, valamint így alaposabban feltérképezhető, hogy szükség van-e további fizikális vagy egyéb vizsgálatokra a terápia tervezés megkezdése előtt. (LE: 4 - Erős ajánlás) [23]

Ajánlás2

Vizelési napló vezetése javasolt, ha standardizált vizsgálatra van szükség. A vizelési naplót legalább három napon át javasolt vezetni. (LE: 2b - Erős ajánlás) [24-27]

Az anamnézis felvételével egyidőben a gyógytornász–fizioterapeuta felkérheti a beteget vizelési napló vezetésére, melyben a vizeletürítés gyakoriságát, az elfogyasztott folyadék és az ürített vizelet mennyiségét és az inkontinens epizódokat táblázatban rögzíti. (3. sz. melléklet)

2. Fizikális vizsgálat

Ajánlás3

A kezelés megkezdése előtt és a kezelés befejezésekor átfogó medencefenék fizioterápiás állapotfelmérést kell végezni, mert így nyomon követhető a terápia hatékonysága. (LE: 4 - Erős ajánlás) [16, 17, 28, 29]

A páciens tájékoztatni kell a fizioterápiás állapotfelmérés és vizsgálat menetéről. A fizioterápiás állapotfelmérés részét képezi, a külső nemi szervek, valamint az izommozgások megtekintése, a medencefenék izomzat vaginális és rektális palpációja és manuális vagy eszközös izomerővizsgálata. Vaginális vagy rectalis vizsgálat esetén, a páciens beleegyezése szükséges. [16, 17]

Ajánlás4

Amennyiben a rendszeres tréning ellenére 3 hónap elteltével sem tapasztalható javulás, a páciens szakorvoshoz (urológus, nőgyógyász) kell irányítani. (LE: 4 - Erős ajánlás) [16, 17]

Ajánlás5

A medencefenék funkcionális vizsgálata mellett általános mozgásszervi állapotfelmérést ajánlott végezni, mert a mozgásszervrendszer funkcionális állapota befolyásolhatja az inkontinencia súlyosságát, és a kezelés kimenetelét. (LE: 3 - Gyenge ajánlás) [28, 30, 31, 32]

Ajánlás6

A teljes körű kivizsgálás részeként a manuális vizsgálat mellett műszeres vizsgálattal (pl.: nyomásmérő perineométer, dinamométer, EMG) is ajánlott felmérni a medencefenék állapotát, mert ez objektíven mutatja a medencefenék funkcióját. (LE: 3 - Gyenge ajánlás) [33-36]

A digitális tapintás és a MFI összehúzóási nyomás közötti szoros összefüggés azt mutatta, hogy a perineometria könnyen helyettesíthető MFI digitális tapintással eszköz hiányában.

Ajánlás7

A megfelelő MFI gyakorlatokat is magába foglaló kezelést mindig meg kell előznie az MFI kontrakció és relaxáció vizsgálatának, mivel az MFI gyakorlatok hatása attól függ, hogy a páciens végre tudja-e hajtani megfelelő módon a kontrakciót és relaxációt. (LE: 2a - Erős ajánlás) [16, 17, 33, 37-40]

Manuális vizsgálattal megállapítható, hogy bekövetkezik-e a medencefenék izomzatának megfelelő mértékű összehúzóása.

Az izom összehúzóások kvantitatívan értékelhetőek.

A vizsgálattal megállapítható és mérhető:

- MFI nyugalmi tónusa.
- MFI akaratlagos kontrakciós képessége.
- MFI akaratlan kontrakciós képessége (köhögési teszt/Valsalva közben).
- Maximális izomerő -módosított Oxford skála szerint, erőállóképesség (mennyi ideig képes az összehúzóást megtartani), robbanékony erő (milyen gyorsan képes összehúzódni az izom).
- Maximális kontrakció megtartási képessége.
- Maximális erejű megtartások ismétlésszáma.

A maximális izomerő, az erőállóképesség vizsgálata, és a robbanékony erő manometriás vagy dinamométeres vizsgálattal is megállapítható. [16]

A digitális tapintás és az MFI összehúzóási nyomás közötti szoros összefüggés azt mutatta, hogy a perineometria könnyen helyettesíthető MFI digitális tapintással eszköz hiányában.

A palpáció kontraindikációi:

- a beleegyezés hiánya,
- szülést követő 6 héten belül,
- posztoperatív 6 héten belül (kivétel: szakorvos engedélyével),
- súlyos vaginitis vagy atrophia,
- fertőzés,
- súlyos medencefenék izom fájdalom.

Elővigyázatosság szükséges: szexuális abúzust átélt beteg esetén és terhesség esetén (konzultálni ajánlott a szakorvossal).

A vaginális/rectalis medencefenék izom vizsgálat a szakma szabályai és a szigorú infekciókontroll betartása mellett, szakmai szempontból elhanyagolható kockázattal jár a páciens számára. [16, 17]

3. Értékelés, kezelési terv kidolgozása

Ajánlás8

A vizsgálatok eredményét a fizioterapeuta értékeli, ennek alapján kell a fizioterápiás diagnózist felállítania. Továbbá ezek alapján tájékoztatja a beteget a választható kezelési lehetőségekről. (LE: 4 - Erős ajánlás) [41]

Ajánlás9

A kezelési tervet mindig a betegre szabottan (kívánságaival, szükségleteivel és reálisan elvárható saját közreműködésének figyelembevételével) az anamnézisnek, valamint a fizioterápiás diagnózisnak megfelelően kell felállítani. (LE: 4 - Erős ajánlás) [17]

A kezelési tervnek tartalmaznia kell:

- a beteg kívánt célkitűzését a kezelés hatását illetően,
- a reális rövid- és hosszútávú cél meghatározását,
- a technika, a módszer, a segédeszközök kiválasztását.

A célkitűzés esetleges megváltoztatása a gyógytornász-fizioterapeuta és a beteg közös megegyezését követően történik.

A reális irányvonal tisztázásához és a kezelés eredményességéhez kezdettől fogva jó kommunikációra és együttműködésre van szükség.

A vizsgálatok eredményeinek megfelelő kezelési tervet kell készíteni, amelynek tartalmaznia kell az alkalmazandó terápiás módszereket és a kezelés gyakoriságát.

Figyelmeztetés:

A beteget tájékoztatni kell arról, hogy az előírt kezelési tervtől való eltérés a várt eredményt befolyásolhatja. [16]

FIZIOTERÁPIÁS KEZELÉS - ALKALMAZHATÓ MÓDSZEREK ÉS TECHNIKÁK

1. Tájékoztatás, betegedukáció

Ajánlás10

A terápia elkezdése előtt a gyógytornász-fizioterapeuta tájékoztassa a beteget a stressz inkontinencia természetéről, a fizioterápiás kezelési lehetőségekről és ezek várható eredményéről. Javasolt a páciens ehhez kapcsolódó releváns anatómiai és élettani ismereteit gyarapítani, mert ez a kezelés sikerének egyik előfeltétele. (LE: 1b - Erős ajánlás) [33, 38, 39]

A pácienseknek szánt információ átadáskor mind az értelmi szintet, mind pedig a körülményeket figyelembe kell venni, mivel a tájékoztatás tartalma élethelyzetenként eltérő lehet. (Például: terhesség előtt vagy szülés után lévő páciens, menopauzán átesett beteg stb.). Időt kell szakítani a páciens kérdéseinek megválaszolására. Ajánlott verbálisan kontrollálni, hogy a beteg megfelelően értelmezte-e az útmutatásokat. [42-44]

2. Életvezetési tanácsadás

Ajánlás11

Javasolt bátorítani a túlsúlyos és elhízott felnőtteket a testsúlycsökkentésre, és annak megtartására. (LE: 1b - Erős ajánlás) [45-47]

Az elhízás nők esetében a vizeletinkontinencia kockázati tényezője. A testsúlycsökkentés (sebészi - nem sebészi) elhízott nők és diabetes mellitusos felnőttek esetében is javítja a vizelet inkontinenciát.

Ajánlás12

A gyógytornász-fizioterapeutának javasolt tanácsolnia a páciensnek a koffeinfogyasztás csökkentését, mivel kevert inkontinencia esetén ez csökkentheti a gyakorisági és sürgető tüneteket, de magát az inkontinenciát nem javítja. (LE: 2b - Erős ajánlás) [48, 49]

Ajánlás13

A folyadékfogyasztás típusát és mennyiségét javasolt a beteggel együtt átnézni. (LE: 2b - Gyenge ajánlás) [50]

Ellentmondásos az evidencia arra vonatkozóan, hogy a folyadékbevitel módosítása javítja az inkontinenciát.

A folyadékbevitelre vonatkozó tanácsadás 24 órás folyadékbevitel és vizeletürítés kikérdezésén alapuljon.

Ajánlás14

A dohányzásról való leszokás fontosságára javasolt felhívni a dohányzó inkontinens betegek figyelmét. (LE: 4 - Erős ajánlás) [51]

Nincs arra evidencia, hogy a dohányzás abbahagyása javítja az inkontinencia tüneteit, de a dohányzás miatti köhögés mérséklése csökkenti az inkontinens epizódokat.

Ajánlás15

Azon pácienseknek, akiknél a stressz inkontinencia mellett székrekedés is fennáll, javaslatokat kell tenni a megfelelő székletürítés érdekében. (LE: 3 - Erős ajánlás) [52-54]

Vizsgálatok azt mutatták, hogy a székrekedés kockázati tényező alsó húgyúti tünetek, vizeletinkontinencia, és kismedencei süllyedések kialakulására.

3. A medencefenék izmait erősítő tornagyakorlatok, Medencefenék Izom Tréning (MFI Tréning)

Ajánlás16

Az MFI tréning alkalmazása ajánlott, mivel hatásos a stressz inkontinencia gyógyítására, a tünetek és az inkontinens epizódok csökkentésére, valamint az életminőség javítására. (LE: 1a - Erős ajánlás) [16, 17, 55-60]

A gátizomtorna, csökkent vizeletvesztést eredményezhet a stressz inkontinenciában szenvedő nőknél és férfiaknál.

Klinikailag jelentős javulást eredményez a stressz inkontinencia szubjektív tüneteire nézve a medencefenék izomzatának erősítése, valamint a medencefenék erősítő tréninget végző nőknek és férfiaknak nagyobb az elégedettsége azokhoz képest, akik nem végeznek ilyenfajta tréninget.

Ajánlás17

Minden nőnek (idős korban és szülés után is) első vonalbeli kezelésként ajánlott alkalmazni a felügyelt, intenzív MFI tréninget stressz inkontinencia esetén. (LE: 1a - Erős ajánlás) [61-64]

A medencefenék izmok erősítése a stressz inkontinencia hatékony gyógymódja.

Az MFIT szülés utáni korai kezdése valószínűleg csökkenti a stressz inkontinencia kialakulásának kockázatát, és javítja a kontinenciát a szülés után.

A gátizomtorna javíthatja a szülés utáni szexuális funkciót és előnyös lehet az anális inkontinencia esetén, anális záróizom-sérülésben szenvedő nőknél.

Ajánlás18

Várandósság alatt javasolt MFI tréninget végezni a 2. és 3. trimeszterben. (LE: 1a - Erős ajánlás) [65-70]

A szülés előtt álló nők körében a medencefenék izmokat erősítő tréning klinikailag jelentős előnyökkel jár a stressz inkontinencia kialakulásának megelőzésében a terhesség alatt és szülést követő 2. és 3. hónapban.

A medencefenék izmokat erősítő tréningnek klinikailag jelentős előnyei vannak a pozitív betét teszt megelőzésében a terhesség alatt.

Ajánlás19

Az MFI tréninget minimum 3 hónapig javasolt végezni. (LE: 1a - Erős ajánlás) [16, 56, 62, 63]

Az MFIT nagyobb eredményességének érdekében a programnak (felügyelve) minimum 6 –12 hétig kell tartania, ezt követően a fenntartó mozgásprogramot kell végezni, mely hetente legalább háromszor 15-45 perc legyen.

Ajánlás20

Az MFI tréning programoknak a lehető legintenzívebbeknek kell lenniük. (LE: 1a - Erős ajánlás) [57, 71]

Ajánlás21

Az MFI gyakorlatok, különösen a megfelelő időtartamra, kontrakciós sebességre, izomerő növelésre, állóképességre, megfelelő lazításra, és a periurethralis és medencefenék izmok koordinációjára kell, hogy fókuszáljanak. (LE: 3 - Erős ajánlás) [16, 40, 72]

Ajánlás22

Az MFI gyakorlatokat különböző testhelyzetekben javasolt végezni. (LE: 1a - Erős ajánlás) [16, 65]

Ajánlás23

A medencefenék izmok megfelelő időben történő kontrakciója az inkontinens tünetet okozó testhelyzetek, mozdulatok (pl.: köhögés, tüsszentés, emelés) alatt csökkentheti a vizelet elcseppenést, ezért ennek elsajátítása és gyakorlása javasolt a tréningprogram során. (LE: 3 - Erős ajánlás) [16, 40, 73]

Ajánlás 24

Az MFI tréninget egyéni és/vagy csoportos foglalkozás keretében is ajánlott végezni. (LE: 1a - Erős ajánlás) [57, 58]

A stressz (terheléses) vizeletinkontinencia tüneteit tekintve a csoportos és az egyéni medencefenék izmokat erősítő tréning is hatásos. Az egyéni foglalkozás keretében végzett MFI tréning individuális kezelést biztosít.

Ajánlás25

Az MFI tréning gyógytornász-fizioterapeuta által irányított legyen. (LE: 1b - Erős ajánlás) [74]

A stressz inkontinencia tüneteiben klinikailag jelentős szubjektív javulás figyelhető meg, ha a páciens többször lép kapcsolatba a terapeutával.

A stressz inkontinencia tünetek szubjektív változását illetően a járóbeteg ellátásban és a páciens otthonában önállóan, közvetlen gyógytornász felügyelete nélkül végzett medencefenék izmokat erősítő tréning hatása között nem volt számottevő különbség, viszont az objektív leletek (vizeletvesztés mértéke betét tesztel meghatározva), és az adherencia a járóbeteg ellátásban fizioterapeuta vezetésével történő kezeléseknél az önállóan végzett MFI tréninghez képest jelentős javulást mutattak.

Ajánlás26

Radikális prostatectomia után ajánlott MFI tréninget végezni a felépülés felgyorsítása érdekében. (LE: 1a - Erős ajánlás) [55, 75-80]

Az MFIT radikális prostatectomia vagy transurethralis prosztatarezekció után, az inkontinencia tüneteket csökkentheti, felgyorsítja a kontinencia felépülését.

A preoperatív MFIT nem előzi meg az inkontinenciát a radikális prostatectomián áteső férfiaknál, de segíti a postoperatív mozgásterápia elsajátítását és javítja annak eredményességét.

Az MFIT a prostatectomia utáni 1 éven belül végezve segíthet inkontinencia esetén, ha korábban nem kaptak a páciensek fizioterápiás kezelést.

Ajánlás27

A gyógytornász-fizioterapeuta által felügyelt MFI tréning végzése javasolt radikális prostatectomia utáni stresszinkontinencia esetén, mivel felgyorsítja a gyógyulást mind rövid, mind hosszú távon. (LE: 1a - Erős ajánlás) [55]

Az MFIT hatásos kezelési stratégia vizelet inkontinencia esetén, és minden páciensnek javasolható.

Az eredményes MFIT-hez szükséges szakképzett fizioterapeuta irányítása a korrekt izomkontrakció elsajátításához.

Ajánlás28

A medencefenék izmokat mindennap javasolt tornáztatni. (LE: 1a - Erős ajánlás) [56-57, 64]

Az MFIT akkor eredményesebb, ha minél gyakrabban végzik. A 12 hetes edzésprogram alatt a MFI gyakorlatokat naponta egyszer-kétszer, az edzésprogram utáni fenntartó mozgásprogramot hetente háromszor-hétszer szükséges végezni.

4. Biofeedback

Ajánlás29

A medencefenék gyakorlatok megfelelő kivitelezését palpációval és/vagy biofeedback eszközzel javasolt ellenőrizni, megerősíteni. (LE: 1a - Erős ajánlás) [64, 81]

Ajánlás30

A MFI tréning biofeedback módszerrel való kiegészítése javasolt, mert csökkentheti a SI okozta panaszokat, tüneteket, ezáltal hozzájárulhat az életminőség javulásához. (LE: 1a - Erős ajánlás) [82-84]

A stressz inkontinencia tüneteinek szubjektív változását tekintve a medencefenék izmokat erősítő tréning biofeedbackkel való kiegészítése klinikailag jelentős előnyökkel járhat a medencefenék izmokat erősítő tréning egyedüli alkalmazásával szemben.

Nincs jelentős különbség az életminőség szempontjából a biofeedback medencefenék izmokat erősítő tréninggel való együttes használat és a medencefenék izmokat erősítő tréning egyedüli alkalmazása között.

Ajánlás31

Az MFI tréning és a biofeedback együttes használata javasolt a kezelés során, az önmagában végzett elektromos stimulációval szemben. (LE: 1a - Erős ajánlás) [82]

A stressz inkontinenciával élők életminőség javulását tekintve a medencefenék izmait erősítő tréning biofeedbackkel közösen hatékonyabb, mint csak az elektromos stimuláció.

5. Neuromuszkuláris elektrostimuláció

Ajánlás32

A felszíni (bőr, hüvelyi, végbél) elektródákkal végzett elektromos stimuláció önmagában nem javasolt a stressz inkontinencia kezelésére. Az elektromos stimuláció kiegészítő alkalmazása megfontolandó, mivel az inkontinencia szubjektív tüneteinek csökkenését eredményezheti.

(LE: 1a - Erős ajánlás) [58, 82, 83, 85-87]

Transzvaginálisan vagy rectalisan végzett neuromuszkuláris elektromos ingerléssel kiváltható a medencefenék izomzatának összehúzódása, és fokozható az izom összehúzódásának ereje.

A stressz inkontinencia szubjektív tüneteinek csökkenését eredményezheti az elektromos stimuláció, összehasonlítva a placebóval vagy kezeletlen esetekkel.

Medencefenék izmokat erősítő tréning hatékonyabb az életminőség javításában, valamint a stressz inkontinencia szubjektív tüneteinek csökkenése szempontjából az elektromos stimulációval szemben.

6. Kiegészítő terápiák: hüvelyszűnyeg alkalmazása és hüvelybe helyezhető mechanikai segédeszközök (inkontinencia tampon, inkontinencia pesszárium)

Ajánlás33

A hüvelyszűnyeggel végzett mozgásterápia megfontolandó, mivel enyhítheti a stressz inkontinencia okozta panaszokat. (LE: 1b - Gyenge ajánlás) [30, 51, 58, 82, 88]

A stressz inkontinenciával élők életminőségére való hatást tekintve, nincs különbség a hüvelyszűnyeg és a medencefenék tréning biofeedback-el való együttes alkalmazása között.

Ajánlás34

A hüvelybe helyezhető mechanikai eszközök alkalmazását, mint kiegészítő terápiás lehetőséget, egyénenként kell megfontolni. (LE: 1b - Erős ajánlás) [89-91]

A terápiás hüvelyen belüli mechanikai eszközök placebo eszközzel összehasonlítva szignifikánsan csökkentették a stressz inkontinenciához köthető vizeletvesztést rövidtávú objektív vizsgálatokban.

A kontinencia pesszárium összehasonlítva a gyógytornász által vezetett MF izom tréninggel, az MFIT hatékonyabb, és nem volt további előnye a két beavatkozás kombinálásának.

VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

Megfelelő progresszivitási szint, valamint a megfelelően képzett gyógytornász-fizioterapeuta szükséges.

1.1. Ellátók kompetenciája (pl.: licenc, akkreditáció, stb.), kapacitása

A szakszerű medencefenék fizioterápiához szükséges kompetenciák megszerzéséhez és birtoklásához elengedhetetlen a gyógytornász-fizioterapeuta végzettség. A magyarországi gyógytornász-fizioterapeuta képzés az egyetemeken Egészségtudományi Karain, a Fizioterápiás /Fizioterápiás Tanszékeken zajlik.

A BSc és MSc képzés során a hallgatók elsajátítják az inkontinencia ellátás, kezelés alapszintű ismereteit. Az ellátás bármely szintjén bekapcsolódni az inkontinencia ellátásba posztgraduális urogynecológiai tanfolyamok elvégzése után javasolt.

A Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társaságával egyetértve, jelen egészségügyi szakmai irányelv fejlesztői fontosnak tartják az urogynecológiai továbbképzések megvalósítását elismert, klinikai tapasztalatokkal rendelkező gyógytornászok vezetésével.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

Fizioterápiás vizsgálatra, kezelésre és kontrollra alkalmas kezelő helyiség az intimitás megvalósítása érdekében, valamint biofeedback készülék, elektrostimulációs készülék vaginalis és anális elektródával, és perineometer (nyomásmérő vagy erőmérő vagy EMG készülék) biztosítása szükséges a megfelelő minőségű ellátás érdekében.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

A fejlesztőcsoport tagjai felhívják a figyelmet arra, hogy széles körben kellene tájékoztatni a betegeket, arról, hogy a medencefenék fizioterápiája alkalmas a stressz inkontinencia kezelésére, a nemzetközi és hazai szakmai ajánlások alapján is első választandó kezelés.

1.4. Egyéb feltételek

Nincsenek.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készültek.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Fizioterápiás vizsgálati lap 1. - Anamnézis - (1. sz. melléklet)

Fizioterápiás vizsgálati lap 2. - Palpáció, funkcionális vizsgálat (2. sz. melléklet)

Vizelési napló - (3. sz. melléklet)

2.3. Táblázatok

Nem készültek.

2.4. Algoritmusok

Nem készültek.

2.5. Egyéb dokumentumok

Nem készültek.

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

Milyen arányban teljesül az MFI gyakorlatokat is magába foglaló kezelések előtt a medencefenék komplex fizioterápiás, funkcionális vizsgálatának elvégzése?

Milyen arányban történik az MFI tréning betanítása gyógytornász-fizioterapeuta által irányított formában?

Milyen arányban valósul meg, a medencefenék gyakorlatok megfelelő kivitelezésének palpációval és/vagy biofeedback eszközzel történő detektálása és visszajelzése?

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügyi szakmai irányelv tervezett felülvizsgálata 3 évenként történik. 2024-ben esedékes a nemzetközi aktuális irányvonalak felhasználásával a felülvizsgálatot elvégezni, vagy ha szakmailag szükséges, akkor hamarabb. A felülvizsgálat folyamata, az érvényesség lejárta előtt fél évvel kezdődik el. Az egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálatának kezdeményezéséért az Egészségügyi Szakmai Kollégium Mozgásterápia, fizioterápia Tagozata felelős.

A felülvizsgálat felelősei: az Egészségügyi Szakmai Kollégium Mozgásterápia, fizioterápia Tagozat által kijelölt szakemberek. Az aktuális egészségügyi szakmai irányelv kidolgozásában részt vevő, fejlesztő csoporttagok folyamatosan követik a szakirodalomban megjelenő, illetve a klinikai gyakorlatban bekövetkező változásokat, tartják a kapcsolatot, szükség szerint megbeszélést tartanak.

IX. IRODALOM

- [1] Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B, Bortolini M, Dumoulin C, Gomes M, McClurg D, Meijlink J, Shelly E, Trabuco E, Walker C, Wells A. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2017 Feb;36(2):221-244.
- [2] Pytel Á. (2013) A Vizelettartási zavarok terminológiája. pp:83-84, In: *Inkontinencia*, szerk: Katona F, Hamvas A, Klauber A, Medicina, Budapest 2013.
- [3] Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al. (eds.) *Incontinence. 5th International Consultation on Incontinence*, Paris, February, 2013.
- [4] Nambiar AK, Bosch R, Cruz F, Lemack GE, Thiruchelvam N, Tubaro A, Bedretdinova DA, Ambühl D, Farag F, Lombardo R, Schneider MP, Burkhard FC. *EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence.* *Eur Urol.* 2018 Apr;73(4):596-609.
- [5] Phillips, B., et al. *Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence.* Updated by Jeremy Howick March 2009.
- [6] Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ; GRADE Working Group. *GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations.* *BMJ.* 2008 Apr 26;336(7650):924-6.
- [7] Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. (eds.) *Incontinence 6th Edition* 2017.
- [8] Bajory Z, Majoros A. A női vizeletinkontinencia. pp:183-214. In: *Inkontinencia*, szerk: Katona F, Hamvas A, Klauber A, Medicina, Budapest 2013.
- [9] Majoros A, Pytel Á, Bajory Z. A vizeletinkontinencia. *A Magyar Urológia irányelvei*, Szeged: 2010; 36-57.
- [10] Majoros A, Romics I. A férfi vizeletinkontinencia, pp:223-240. In: *Inkontinencia*, szerk: Katona F, Hamvas A, Klauber A, Medicina, Budapest 2013.
- [11] Kásler, M., Dr., Ottó, Sz., Dr., Kenessey, I., Dr. (2017): A rákmorbiditás és -mortalitás jelenlegi helyzete a Nemzeti Rákregiszter tükrében. *Orvosi Hetilap*, 158(3), 84–89.
- [12] Varga, L., Dr., Bajory, Z., Dr., Pajor, L., Dr., Révész, J., Dr., Sükösd, F., Dr., Maráz, A., Dr. (2018): Prostatárákban szenvedő betegek definitív ellátásának tanulságai és modern stratégiái. *Orvosi Hetilap*, 159(32), 1317-1325.
- [13] Madaras L., Szirtes I., Bata P., Riesz P., Somorác Á., Székely E., Romics M., Majoros A., Borka K., Szász A. M., Nyirády P. (2014): A pozitív sebészi szél jelentősége radikális prosztatatektómia esetén. *Magyar Onkológia*, 58(3), 204–210.
- [14] Glazener C, Boachie C, Buckley B, Cochran C, Dorey G, Grant A, Hagen S, Kilonzo M, McDonald A, McPherson G, Moore K, N'Dow J, Norrie J, Ramsay C, Vale L. *Conservative treatment for urinary incontinence in Men After Prostate Surgery (MAPS): two parallel randomised controlled trials.* *Health Technol Assess.* 2011 Jun;15(24):1-290, iii-iv.
- [15] Nyirády P., Majoros A., Bajory Z., Pytel Á., Demeter J., Rubliczky L., Endrődi T., Sipos A., Simon Zs., Horváth M., Hock M., Friedrichné Nagy A., Balogh E. *Egészségügyi szakmai irányelv A*

felnőttkorban előforduló, nem neurogén eredetű vizeletinkontinenciáról – Emberi Erőforrások Minisztériuma, Egészségügyért Felelős Államtitkárság. - 2020. Eük 15. - 2020.szept.9.

[16] Balogh I, Friedrichné Nagy A Tápainé Bajnai M. A kismedencei fizioterápia pp: 347-374. In: Inkontinencia, szerk: Katona F, Hamvas A, Klauber A, Medicina, Budapest 2013.

[17] Berghmans B, Seleme MR, Bernards ATM. Physiotherapy assessment for female urinary incontinence. *Int Urogynecol J.* 2020 May;31(5):917-931.

[18] Bernards ATM, Berghmans LCM, van Heeswijk-Faase IC, WesterikVerschuuren EHML, de Geede Ridder I, Groot JAM et al. (2011) KNGF Guideline for Physical Therapy in patients with Stress urinary incontinence. *Dutch Journal of Physical Therapy* [121(3 Supplement)].

[19] Qaseem A, Dallas P, Forcica MA, Starkey M, Denberg TD, Shekelle P; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Nonsurgical management of urinary incontinence in women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2014 Sep 16;161(6):429-40.

[20] NICE Guidance - Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management: © NICE (2019) Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. *BJU Int.* 2019 May;123(5):777-803.

[21] Dufour S, Wu M. No. 397 - Conservative Care of Urinary Incontinence in Women. *J Obstet Gynaecol Can.* 2020 Apr;42(4):510-522.

[22] NICE - National Institute for Health and Excellence. Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management, Evidence review A-R. 2021.

[23] Castro Diaz D, Robinson D, Bosch R, Costantini E, Cotterill N, et al. Initial assessment of urinary incontinence in adult male and female patients (5A). In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. *Incontinence. 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016, ICS-ICUD 2017, p. 503.20*].

[24] Nygaard I, Holcomb R. Reproducibility of the seven-day voiding diary in women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2000;11(1):15-7.

[25] Ertberg P, Møller LA, Lose G. A comparison of three methods to evaluate maximum bladder capacity: cystometry, uroflowmetry and a 24-h voiding diary in women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003 Apr;82(4):374-7.

[26] Fitzgerald MP, Brubaker L. Variability of 24-hour voiding diary variables among asymptomatic women. *J Urol.* 2003 Jan;169(1):207-9.

[27] Homma Y, Ando T, Yoshida M, Kageyama S, Takei M, Kimoto K, Ishizuka O, Gotoh M, Hashimoto T. Voiding and incontinence frequencies: variability of diary data and required diary length. *Neurourol Urodyn.* 2002;21(3):204-9.

[28] Rogers R. Urinary stress incontinence in women. *N Engl J Med* 2008; 358: 1029–36.

[29] Bø K, Sherburn M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Phys Ther.* 2005 Mar;85(3):269-82.

[30] Dumoulin C, Adewuyi T, Booth J, et al. Adult conservative management. Committee 12. In: Abrams PH, Cardozo L, Khoury AE, et al, (eds). *International consultation on urinary incontinence, 6th ed, vol 2, Plymbridge, United Kingdom: Health Publication, Ltd.; 2017, pp.1443–62.*

[31] Royal Dutch Society for Physiotherapy Guideline Stress (urinary) Incontinence. Supplement to the *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie.* 2011;121(3).

- [32] Smith MD, Russell A, Hodges PW. The relationship between incontinence, breathing disorders, gastrointestinal symptoms, and back pain in women. A longitudinal cohort study. *Clin J Pain*. 2014;30:162–7.
- [33] Bø K, Sherburn M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Phys Ther*. 2005 Mar;85(3):269-82.
- [34] Da Roza T, Mascarenhas T, Araujo M, Trindade V, Jorge RN. Oxford Grading Scale vs manometer for assessment of pelvic floor strength in nulliparous sports students. *Physiotherapy*. 2013 Sep;99(3):207-11.
- [35] Pereira VS, Hirakawa HS, Oliveira AB, Driusso P. Relationship among vaginal palpation, vaginal squeeze pressure, electromyographic and ultrasonographic variables of female pelvic floor muscles. *Braz J Phys Ther*. 2014 Sep-Oct;18(5):428-34.
- [36] Volløyhaug I, Mørkved S, Salvesen Ø, Salvesen KÅ. Assessment of pelvic floor muscle contraction with palpation, perineometry and transperineal ultrasound: a cross-sectional study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016 Jun;47(6):768-73.
- [37] Slieker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. Face validity and reliability of the first digital assessment scheme of pelvic floor muscle function conform the new standardized terminology of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2009;28(4):295-300.
- [38] Laycock J., Jerwood D.: Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme *Physiotherapy*, 87, 12, 631-642. 2001.
- [39] Fernandes ACNL, Reis BM, Patrizzi LJ, Meirelles MCCC Fernandes ACNL, Reis BM, Patrizzi LJ, et al. Clinical functional evaluation of female’s pelvic floor: integrative review, *Fisioter Em Mov*. 2018; 31:e003124.
- [40] Miller JM, Perucchini D, Carchidi LT, DeLancey JO, Ashton-Miller J. Pelvic floor muscle contraction during a cough and decreased vesical neck mobility. *Obstet Gynecol*. 2001 Feb;97(2):255-60.
- [41] Messelink B, Benson T, Berghmans B, Bo K, Corcos J, Fowler C, et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2005;24(4):374–80.
- [42] Hui E, Lee PS, Woo J. Management of urinary incontinence in older women using videoconferencing versus conventional management: a randomized controlled trial. *J Telemed Telecare*. 2006;12(7):343-7.
- [43] Shannon MB, Adams W, Fitzgerald CM, Mueller ER, Brubaker L, Brincat C. Does Patient Education Augment Pelvic Floor Physical Therapy Preparedness and Attendance? A Randomized Controlled Trial. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2018 Mar/Apr;24(2):155-160.
- [44] Sjöström M, Umefjord G, Stenlund H, Carlbring P, Andersson G, Samuelsson E. Internet-based treatment of stress urinary incontinence: a randomised controlled study with focus on pelvic floor muscle training. *BJU Int*. 2013 Aug;112(3):362-72.
- [45] Gozukara YM, Akalan G, Tok EC, Aytan H, Ertunc D. The improvement in pelvic floor symptoms with weight loss in obese women does not correlate with the changes in pelvic anatomy. *Int Urogynecol J*. 2014 Sep;25(9):1219-25.
- [46] Brown JS, Wing R, Barrett-Connor E, Nyberg LM, Kusek JW, Orchard TJ, Ma Y, Vittinghoff E, Kanaya AM; Diabetes Prevention Program Research Group. Lifestyle intervention is associated with lower prevalence of urinary incontinence: the Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care*. 2006 Feb;29(2):385-90.
- [47] Wing RR, Creasman JM, West DS, Richter HE, Myers D, Burgio KL, Franklin F, Gorin AA, Vittinghoff E, Macer J, Kusek JW, Subak LL; Program to Reduce Incontinence by Diet and Exercise

(PRIDE). Improving urinary incontinence in overweight and obese women through modest weight loss. *Obstet Gynecol.* 2010 Aug;116(2 Pt 1):284-292.

[48] Robert M, Ross S. No. 186-Conservative Management of Urinary Incontinence. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018 Feb;40(2):e119-e125.

[49] Bryant CM, Dowell CJ, Fairbrother G. Caffeine reduction education to improve urinary symptoms. *Br J Nurs.* 2002 Apr 25-May 8;11(8):560-5. doi: 10.12968/bjon.2002.11.8.10165. PMID: 11979209.

[50] Swithinbank L, Hashim H, Abrams P. The effect of fluid intake on urinary symptoms in women. *J Urol.* 2005 Jul;174(1):187-9.

[51] Imamura M, Abrams P, Bain C, Buckley B, Cardozo L, Cody J, Cook J, Eustice S, Glazener C, Grant A, Hay-Smith J, Hislop J, Jenkinson D, Kilonzo M, Nabi G, N'Dow J, Pickard R, Ternent L, Wallace S, Wardle J, Zhu S, Vale L. Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technol Assess.* 2010 Aug;14(40):1-188, iii-iv.

[52] Diokno AC, Brock BM, Herzog AR, Bromberg J. Medical correlates of urinary incontinence in the elderly. *Urology.* 1990 Aug;36(2):129-38.

[53] Alling Møller L, Lose G, Jørgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstet Gynecol.* 2000 Sep;96(3):446-51.

[54] Byles J, Millar CJ, Sibbritt DW, Chiarelli P. Living with urinary incontinence: a longitudinal study of older women. *Age Ageing.* 2009 May;38(3):333-8; discussion 251.

[55] Wu ML, Wang CS, Xiao Q, Peng CH, Zeng TY. The therapeutic effect of pelvic floor muscle exercise on urinary incontinence after radical prostatectomy: a meta-analysis. *Asian J Androl.* 2019 Mar-Apr;21(2):170-176.

[56] García-Sánchez E, Ávila-Gandía V, López-Román J, Martínez-Rodríguez A, Rubio-Arias JÁ. What Pelvic Floor Muscle Training Load is Optimal in Minimizing Urine Loss in Women with Stress Urinary Incontinence? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Nov 8;16(22):4358.

[57] Hay-Smith EJ, Herderschee R, Dumoulin C, Herbison GP. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Dec 7;(12):CD009508.

[58] Moroni RM, Magnani PS, Haddad JM, Castro Rde A, Brito LG. Conservative Treatment of Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review with Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2016 Feb;38(2):97-111.

[59] Al Belushi ZI, Al Kiyumi MH, Al-Mazrui AA, Jaju S, Alrawahi AH, Al Mahrezi AM. Effects of home-based pelvic floor muscle training on decreasing symptoms of stress urinary incontinence and improving the quality of life of urban adult Omani women: A randomized controlled single-blind study. *Neurourol Urodyn.* 2020 Jun;39(5):1557-1566.

[60] Okayama H, Ninomiya S, Naito K, Endo Y, Morikawa S. Effects of wearing supportive underwear versus pelvic floor muscle training or no treatment in women with symptoms of stress urinary incontinence: an assessor-blinded randomized control trial. *Int Urogynecol J.* 2019 Jul;30(7):1093-1099.

[61] Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Oct 17;10:CD007471.

[62] Cacciari L, Dumoulin C, Hay-Smith EJ, et al. Pelvic floor muscle training versus no treatment or inactive control treatments for urinary incontinence in women: a Cochrane review update. *Neurourol Urodyn* 2017;36(Suppl 3):S270–1.

- [63] Dumoulin C, Hay-Smith EJ, Mac Habée-Séguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 May 14;(5):CD005654.
- [64] Wu YM, McInnes N, Leong Y. Pelvic Floor Muscle Training Versus Watchful Waiting and Pelvic Floor Disorders in Postpartum Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2018 Mar/Apr;24(2):142-149.
- [65] Lu J, Zhang H, Liu L, Jin W, Gao J, Min M, Fan Y. Meta-analysis of Perinatal Pelvic Floor Muscle Training on Urinary Incontinence. *West J Nurs Res*. 2021 Jun;43(6):597-605.
- [66] Agur W, Steggles P, Waterfield M, Freeman R. Does antenatal pelvic floor muscle training affect the outcome of labour? A randomised controlled trial. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008 Jan;19(1):85-8.
- [67] Reilly ET, Freeman RM, Waterfield MR, Waterfield AE, Steggles P, Pedlar F. Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises. *BJOG*. 2002 Jan;109(1):68-76.
- [68] Kocaöz S, Eroğlu K, Sivaslıoğlu AA. Role of pelvic floor muscle exercises in the prevention of stress urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period. *Gynecol Obstet Invest*. 2013;75(1):34-40.
- [69] Qi X, Shan J, Peng L, Zhang C, Xu F. The effect of a comprehensive care and rehabilitation program on enhancing pelvic floor muscle functions and preventing postpartum stress urinary incontinence. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Aug;98(35):e16907.
- [70] Sangsawang B, Sangsawang N. Is a 6-week supervised pelvic floor muscle exercise program effective in preventing stress urinary incontinence in late pregnancy in primigravid women?: a randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016 Feb;197:103-10.
- [71] Dumoulin C., Hunter K.F., Moore K., Bradley C.S., Burgio K.L., Hagen S., Imamura M., Thakar R., Williams K., Chambers T. :Conservative Management for Female Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse Review 2013: Summary of the 5th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn* 2016 Jan;35(1):15-20.
- [72] Leitner M, Moser H, Eichelberger P, Kuhn A, Radlinger L. Pelvic floor muscle activity during fast voluntary contractions in continent and incontinent women. *Neurourol Urodyn*. 2019 Feb;38(2):625-631.
- [73] Miller JM, Sampsel C, Ashton-Miller J, Hong GR, DeLancey JO. Clarification and confirmation of the Knack maneuver: the effect of volitional pelvic floor muscle contraction to preempt expected stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008 Jun;19(6):773-82.
- [74] Fitz FF, Gimenez MM, de Azevedo Ferreira L, Matias MMP, Bortolini MAT, Castro RA. Pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence: a randomised control trial comparing home and outpatient training. *Int Urogynecol J*. 2020 May;31(5):989-998.
- [75] Anderson CA, Omar MI, Campbell SE, Hunter KF, Cody JD, Glazener CM. Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jan 20;1(1):CD001843.
- [76] Geraerts I, Van Poppel H, Devoogdt N, Joniau S, Van Cleynenbreugel B, De Groef A, Van Kampen M. Influence of preoperative and postoperative pelvic floor muscle training (PFMT) compared with postoperative PFMT on urinary incontinence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *Eur Urol*. 2013 Nov;64(5):766-72.
- [77] Dubbelman Y, Groen J, Wildhagen M, Rikken B, Bosch R. The recovery of urinary continence after radical retropubic prostatectomy: a randomized trial comparing the effect of physiotherapist-guided pelvic floor muscle exercises with guidance by an instruction folder only. *BJU Int*. 2010 Aug;106(4):515-22.

- [78] Moore KN, Valiquette L, Chetner MP, Byrniak S, Herbison GP. Return to continence after radical retropubic prostatectomy: a randomized trial of verbal and written instructions versus therapist-directed pelvic floor muscle therapy. *Urology*. 2008 Dec;72(6):1280-6.
- [79] Goode PS, Burgio KL, Johnson TM 2nd, Clay OJ, Roth DL, Markland AD, Burkhardt JH, Issa MM, Lloyd LK. Behavioral therapy with or without biofeedback and pelvic floor electrical stimulation for persistent postprostatectomy incontinence: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2011 Jan 12;305(2):151-9.
- [80] Glazener C, Boachie C, Buckley B, Cochran C, Dorey G, Grant A, Hagen S, Kilonzo M, McDonald A, McPherson G, Moore K, Norrie J, Ramsay C, Vale L, N'Dow J. Urinary incontinence in men after formal one-to-one pelvic-floor muscle training following radical prostatectomy or transurethral resection of the prostate (MAPS): two parallel randomised controlled trials. *Lancet*. 2011 Jul 23;378(9788):328-37.
- [81] Hay-Smith EJ, Bø Berghmans LC, Hendriks HJ, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ES. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(1):CD001407.
- [82] Liang, J., Fang, S., Li, W., Zhao, L., Sun, X., Xie, Z., Comparative effectiveness of nonsurgical treatment for stress urinary incontinence in adult women: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials, *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 2019;11:10397-10416.
- [83] Shamliyan T, Wyman J, Kane RL. Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Adult Women: Diagnosis and Comparative Effectiveness [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012 Apr. Report No.: 11(12)-EHC074-EF.
- [84] Herderschee R, Hay-Smith EJ, Herbison GP, Roovers JP, Heineman MJ. Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Jul 6;(7):CD009252.
- [85] Richmond CF, Martin DK, Yip SO, Dick MA, Erekson EA. Effect of Supervised Pelvic Floor Biofeedback and Electrical Stimulation in Women With Mixed and Stress Urinary Incontinence. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2016 Sep-Oct;22(5):324-7.
- [86] Stewart F, Berghmans B, Bø K, Glazener CM. Electrical stimulation with non-implanted devices for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Dec 22;12(12):CD012390.
- [87] Erbil Karaman, Şeyhmus Kaplan, Ali Kolusarı. The effect of neuromuscular electrical stimulation therapy on stress urinary incontinence recurrence: A randomized prospective study. *Eastern J Med*. 2020; 25(4): 506-512
- [88] Herbison GP, Dean N. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jul 8;2013(7):CD002114.
- [89] Haddad JM, Ribeiro RM, Bernardo WM, Abrão MS, Baracat EC. Vaginal cone use in passive and active phases in patients with stress urinary incontinence. *Clinics (Sao Paulo)*. 2011;66(5):785-91.
- [90] Lovatsis D, Best C, Diamond P. Short-term Uresta efficacy (SURE) study: a randomized controlled trial of the Uresta continence device. *Int Urogynecol J* 2017;28:147–50.
- [91] Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, et al. Continence pessary compared with behavioural therapy or combined therapy for stress urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2010;115:609–17.
- [92] Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve A stressz inkontinenciában szenvedő nőbetegek fizioterápiás kezeléséhez. *Egészségügyi Közlöny* <https://kollegium.aeek.hu>, 2005, EüK 12

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

Az egészségügyi szakmai irányelv kidolgozását az Egészségügyi Szakmai Kollégium Mozgásterápia, fizioterápia Tagozata kezdeményezte, mert az utolsó ezen témájú irányelv érvényessége lejárt. A témaválasztási javaslat dokumentum kitöltése után a hivatalos dokumentum az Emberi Erőforrások Minisztériumába továbbításra került. Ezt követően az irányelvfejlesztő csoport kialakítása történt meg, valamint az összeférhetlenségi és egyetértési nyilatkozatok kitöltése. Az irányelv fejlesztés a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól szóló 18/2013. (III. 5.) EMMI rendeletben foglaltak alapján történt. Az egészségügyi szakmai irányelv kialakítása a tagok egyéni munkáján és többszöri elektronikus és személyes konzultáción keresztül valósult meg. Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült. Az egészségügyi szakmai irányelv tervezet elkészülte után, a véleményező tagozatok véleményezték a tervezetet.

2. Irodalomkeresés, szelekció

A keresés célja: az egészségügyi szakmai irányelv témájába vágó adatokat közlő, szakirodalomban publikált közlemények kiszűrése volt. A kutatócsoport célja a jelenleg fellelhető legmagasabb evidenciák feltárása volt, melyek elsősorban az inkontinencia konzervatív kezelési lehetőségeire és az ezekkel elért eredményekre vonatkozó hazai és külföldi forrásokra koncentráltak.

A fejlesztőcsoport az irodalomkutatást a "MEDLINE", a "PEDro" és a Cochrane Könyvtárban (Cochrane Incontinence Group, <http://incontinence.cochrane.org/our-reviews>) végezte el.

A kutatás során alkalmazott kulcsszavak hazai forrásokban: inkontinencia, stressz-inkontinencia, medencefenék, konzervatív terápia, fizioterápia, elektroterápia, biofeedback, hüvelysúlyok, együttműködés, életminőség, medencefenék izomzatát erősítő gyakorlatok.

A keresés során alkalmazott keresőszavak és ezek kombinációi a külföldi forrásokban: a „urinary” „incontinence”, „non-neurogenic” „prevention” „diagnosis”, „clinical assessment”, „treatment”, „rehabilitation” „muscle dysfunction”, „pelvic floor”, „vagina”, „urinary incontinence”, „stress urinary incontinence”, „conservative care”, „lifestyle”, „pelvic floor muscle training”, „physiotherapy”, „physical therapy”, „electric stimulation”, „Biofeedback”, „cone”, „weight”, „smoking”, „caffeine”.

A fejlesztőcsoport döntésének megfelelően, azok a bizonyítékok kerültek beválasztásra melyek (1) 2000. után jelentek meg, (2) randomizált kontrollált tanulmányok, (3) angol nyelven megjelent tanulmányok. Azok a publikációk, melyek (1) 2000. előtt jelentek meg, (2) nem randomizált kontrollált tanulmányok, és (3) nem angol nyelvűek, nagyrészt kizárásra kerültek. Jelen irányelv alapjául szolgált számos, a téma szempontjából releváns nemzetközi irányelv, melyek a "Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel" szekcióban találhatóak. A fejlesztőcsoport ezen irányelvek adaptációját végezte el, melyet kiegészített a fent részletezett irodalomkutatásból származó nemzetközi publikációk adataival. A nemzetközi irányelvek és a szakirodalmi cikkek mellett, könyvek is feldolgozásra kerültek. Az irodalomkeresés 2021. augusztusában zárult le. A munkacsoport tagjai hetente konzultálva értékelték a használható irodalmi evidenciákat, a már elkészített tervezeteket.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

A fejlesztőcsoport kritikusan értékelte a kiválasztott irányelvek bizonyíték és ajánlásbesorolási rendszerét és ennek alapján eldöntötte, hogy a jelen egészségügyi szakmai irányelvben az EAU 2018 évi irányelv által alkalmazott rendszert alkalmazza. [4] A más irányelvből/publikációból származó evidenciákat a fejlesztőcsoport megvizsgálta és az EAU rendszernek megfelelően sorolta át.

Nem minden ajánlás tehető meg ugyanolyan biztonsággal. Az ajánlásokban használt megfogalmazás, azt a bizonyosságot (erősséget) jelöli, amellyel az ajánlás készült. Az ajánlás „erőssége” figyelembe veszi a bizonyítékok minőségét (szintjét).

A magasabb szintű bizonyítékok nagyobb valószínűséggel társulnak erős ajánlásokhoz, mint a gyengébb minőségű bizonyítékokhoz. Ugyanakkor egy adott minőségi szint, nem vezet automatikusan egy bizonyos erősségű ajánláshoz.

A szövegben a bizonyítékok besorolását a szöveges leírás után tett zárójelben jelöltük, pl.: (LE: 2a). [4, 5]

4. Ajánlások kialakításának módszere

Az ajánlásokat a fejlesztőcsoport tagjai a szakterületüknek megfelelően állították össze. Az egészségügyi szakmai irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyíték-háttér alapján történt. Jelen egészségügyi szakmai irányelv hatókörének megfelelő ajánlásai azok hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre. A végső döntéseket a fejlesztő csoport informális megegyezéssel hozta meg. Véleménykülönbségek nem, csupán kisebb kiegészítések történtek.

Erős ajánlás esetén, ahol a beavatkozás alkalmazása ajánlott, a fejlesztőcsoport biztos abban, hogy az érintett populáció túlnyomó többsége számára a beavatkozással (vagy beavatkozásokkal) járó előnyök meghaladják az esetleges hátrányokat. Erős ajánlás esetén, ahol a beavatkozás alkalmazása ellenjavallt, a fejlesztőcsoport biztos abban, hogy az érintett populáció túlnyomó többsége számára a beavatkozással (vagy beavatkozásokkal) járó előnyök nem haladják meg az esetleges hátrányokat. [6]

Gyenge ajánlás esetén, a fejlesztőcsoport ugyan biztos abban, hogy az érintett populáció többsége számára a beavatkozással (vagy beavatkozásokkal) járó előnyök meghaladják az esetleges hátrányokat, azonban a páciens egyéni állapota, értékrendje és preferenciái döntőek a beavatkozás alkalmazásakor. [6]

A nemzetközi gyakorlatban használt, az ajánlások alkalmazásának kötelezőségére vonatkozó szintek tükrében, jelen irányelv az alábbi kategóriákat különíti el:

- Amennyiben adott tevékenység elvégzése nélkül az ellátási folyamat hatékonysága súlyosan sérülne, a „kell” kifejezést használtuk.
- Abban az esetben, amikor a beavatkozás alkalmazása indokolt, de az ellátási feltételek, a beteg preferenciái, vagy egyéb, a terápiát befolyásoló tényezők vizsgálata elengedhetetlen az alkalmazása szempontjából, akkor a „javasolt” kifejezést használtuk.
- Amennyiben adott tevékenység ellenjavallt, abban az esetben a „nem javasolt” kifejezést használtuk.

5. Véleményezés módszere

Az ajánlások kialakítása során az irányelv fejlesztő munkacsoport informális megegyezéssel hozta meg végső döntéseit. Véleménykülönbségek nem merültek fel.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Nem került bevonásra.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készültek.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

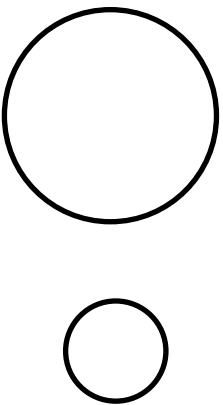
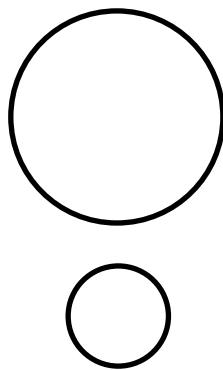
1. melléklet – Fizioterápiás vizsgálati lap 1. Anamnézis [92]

Fizioterápiás vizsgálati lap 1.			
ANAMNÉZIS			
Személyi adatok:			
Név:	Életkor:		
Anyja neve:	TAJ szám:		
Lakcím:	Tel:		
Foglalkozás (nyug. áll. előtti fogl.):			
Beutaló orvos neve:			
Beküldő diagnózis:			
Alkat:		BMI:	
Obesitas :	nem	igen	ha igen, mióta?
Kötőszövet állapota:	laza (pasztózus)	normál	feszes
Varicositas:	van	nincs	
ÉLETVEZETÉS – SPORT			
Dohányzás:	nem	igen	ha igen, mióta?
Sporttevékenység régen:			
Sporttevékenység jelenleg:		gyakorisága:	
Nehéz fizikai munka régen:		jelenleg:	
SZÜLÉSZETI ANAMNÉZIS			
Szülések száma:			
1. szülés:			
Módja:	hüvelyi	császár	vákuum
Kitolási szak ideje:	< 20 perc	> 20 perc	> 1 óra
Gátmetszés:	volt (centrális v. laterális)	nem volt	gátsérülés
Újszülött súlya:	fejkörfogata:		
Inkontinencia közvetlen szülés után:	igen (vizelet, széklet)		nem
2. szülés:			
Módja:	hüvelyi	császár	vákuum
Kitolási szak ideje:	< 20 perc	> 20 perc	> 1 óra
Gátmetszés:	volt (centrális v. laterális)	nem volt	gátsérülés
Újszülött súlya:	fejkörfogata:		
Inkontinencia közvetlen szülés után:	igen (vizelet, széklet)		nem
3. szülés:			
Módja:	hüvelyi	császár	vákuum
Kitolási szak ideje:	< 20 perc	> 20 perc	> 1 óra
Gátmetszés:	volt (centrális v. laterális)	nem volt	gátsérülés
Újszülött súlya:	fejkörfogata:		
Inkontinencia közvetlen szülés után:	igen (vizelet, széklet)		nem
UROGYNEKOLOGIAI ANAMNÉZIS			
Urogynecologiai műtétek:	méh eltávolítás	hüvelyplasztika	TVT egyéb
Hormonpótlás jelenleg:	nem	igen	mióta?
Hormonpótlás régebben:	nem	igen	mennyi ideig:
Szexuális probléma:	közösülési fájdalom	hüvelytágasság	egyéb
UROLÓGIAI ANAMNÉZIS			
Vizeletvesztés gyakorisága napközben:			
Bekövetkezésének körülményei: nevetés, köhögés – tüszentés, testhelyzet változtatás, sürgető viz. ingert követően			
Éjszaka van –e vizelet vesztese?			
WC használat gyakorisága napközben:			

Használ –e betétet:	nem	igen	milyet?	
Vizelési napló vezetése:	volt		nem volt	
Urológiai műtétek:				
Urodinamikai vizsgálat eredménye:				
EGYÉB BETEGSÉGEK				
Köhögés:	nem	igen		
Köhögés oka:	dohányzás	asztma	allergia	krónikus bronchitis
Obstipáció:	nincs		van	
Diabetes mellitus:	nincs		van	
Magas vérnyomás:	nincs	van	gyógyszer neve:	
Neurológiai betegség:	nincs		van	
Pszichiátriai betegség:	nincs		van	
EDDIGI KEZELÉSEK				
	gyógytorna	elektroterápia	egyéb	
EGYÉB RELEVÁNS PSZICHOSZOCIÁLIS FAKTOROK				
Alvás:				
Szoptatás:				
Mentális állapot:				
Egyéb:				

2. melléklet – Fizioterápiás vizsgálati lap 2. - Palpáció, funkcionális vizsgálat [92]

Név:..... Életkor:.....
.....
Dátum:..... TAJ:.....
.....

INSPEKCIÓ								
Külső nemi szerv		Izommozgás (nincs, izolált, komp.)			Ellazítási képesség (van, nincs)			
VAGINÁLIS PALPÁCIÓ					FELVÉTELI STÁTUSZ			
Izomerő foka								
0	1	2	3	4			5	
0	1	2	3	4			5	
MAXIMÁLIS KONTRAKCIÓ MEGTARTÁSI KÉPESSÉGE								
Nem képes		Képes (sec.)						
Max. megtart. ismétlések száma (4mp-es pihenőkkel)								
Maximális, gyors kontrakciók száma								
Köhögtetési teszt:								
Műszeres izomerő vizsgálat:								
ANÁLIS PALPÁCIÓ					ELBOCSÁJTÓ STÁTUSZ			
Izomerő foka								
0	1	2	3	4			5	
0	1	2	3	4			5	
Maximális kontrakció megtartási képessége								
Nem képes		Képes (sec.)						
Max megtart. ismétlések száma (4mp-es pihenőkkel)								
Maximális, gyors kontrakciók száma								
Műszeres izomerő vizsgálat:								

Magyarázat:

Be – A folyadék bevitelt jelöli (k – kávé, t – tea, f - bármilyen más folyadék). Mennyiséget kérjük ml-ben feltüntetni.

Ki – A vizeletürítést jelöli. A mennyiséget kérjük ml-ben feltüntetni.

Ink. – Az önkéntelen vizeletcsorgást (inkontinens epizód) jelölni. [93]

1.3. Táblázatok

Nem készültek.

1.4. Algoritmusok

Nem készültek.

1.5. Egyéb dokumentumok

Nem készültek.