
EGÉSZSÉGÜGYI KÖZLÖNY

A BELÜGYMINISZTERIUM HIVATALOS LAPJA

TARTALOM

I. RÉSZ Személyi rész	
II. RÉSZ Törvények, országgyűlési határozatok, köztársasági elnöki határozatok, kormányrendeletek és -határozatok, az Alkotmánybíróság határozatai	
III. RÉSZ Miniszterelnöki, egészségügyért felelős miniszteri és egyéb miniszteri rendeletek és utasítások	
IV. RÉSZ Útmutatók	
	V. RÉSZ Közlemények
	A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a befagyott váll fizioterápiás vizsgálatáról és kezelé- séről 562
	A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a rutin laboratóriumi vizsgálatok preanalitikai folyama- tairól 591
	VI. RÉSZ A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő közleményei
	VII. RÉSZ Vegyes közlemények
	Pályázati hirdetésny betölthető állásokra 651

I. RÉSZ Személyi rész

II. RÉSZ Törvények, országgyűlési határozatok, köztársasági elnöki határozatok, kormányrendeletek és -határozatok, az Alkotmánybíróság határozatai

III. RÉSZ Miniszterelnöki, egészségügyért felelős miniszteri és egyéb miniszteri rendeletek és utasítások

IV. RÉSZ Útmutatók

V. RÉSZ Közlemények

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a befagyott váll fizioterápiás vizsgálatáról és kezeléséről

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002327
Érvényesség időtartama:	megjelenést követő 3 évig érvényes

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

- 1. Mozgásterápia, fizioterápia Tagozat**
Dr. Hock Márta, gyógytornász, elnök, társszerző
- 2. Ortopédia Tagozat**
Prof. Dr. Szendrői Miklós, ortopédia, kórbonctan – kórszövettan szakorvosa, elnök, társszerző
- 3. Reumatológia Tagozat**
Prof. Dr. Kovács Attila, reumatológia, belgyógyászat, fizioterápia, klinikai farmakológia szakorvosa, elnök, társszerző

Fejlesztő munkacsoport tagjai:

Dr. Leidecker Eleonóra, gyógytornász, társszerző
Dr. Tardi Péter, gyógytornász, társszerző
Kovács-Szabó Zsófia, gyógytornász, társszerző
Prof. Dr. Varjú Cecília, immunológus, reumatológus, fizioterápiás és rehabilitációs medicina szakorvos, társszerző
Kissné Dr. Bálint Zsófia, gyógytornász, társszerző
Dr. Skaliczki Gábor, ortopédia-traumatológia szakorvos, társszerző
Várnagy Anna, gyógytornász, társszerző
Kovács Beáta, gyógytornász, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):**Geriátria és krónikus ellátás Tagozat**

Dr. Zöllei Magdolna, geriátria belgyógyászat szakorvosa, elnök, véleményező

Traumatológia és kézsebészet Tagozat

Dr. Bodzay Tamás, sebészet, traumatológia, ortopédia, mellkassérültek traumatológiai ellátása szakorvosa, elnök, véleményező

Balneoterápia Tagozat

Prof. Dr. Bender Tamás, reumatológia szakorvosa, elnök, véleményező

Háziorvostan Tagozat

Dr. Szabó János, háziorvostan, foglalkozás- orvostan (üzemorvostan) szakorvosa, elnök, véleményező

Rehabilitáció, fizikális medicina és gyógyászati segédeszköz Tagozat

Prof. Dr. Fazekas Gábor, mozgásszervi rehabilitáció, neurológia, reumatológia és fizioterápia szakorvosa, elnök, véleményező

Ápolási, szakdolgozói és szülésznői Tagozat

Ujváriné Dr. Siket Adrienn, diplomás ápoló, egészségfejlesztési szakember, elnök, véleményező

Igazságügyi orvostan, orvosszakértés biztosítási orvostan Tagozat

Dr. Szabados György, igazságügyi orvostan, egészségbiztosítás szakorvosa, elnök, véleményező

Tüdő- és mellkasebészet Tagozat

Prof. Dr. Rényi-Vámos Ferenc, sebészet, mellkasebészet, klinikai onkológia szakorvosa, elnök, véleményező

Kardiológia Tagozat

Prof. Dr. Merkely Béla, belgyógyászat, kardiológia, sportorvostan, klinikai farmakológia, felnőtt transoesophagealis echokardiográfia, felnőtt transtorakális echokardiográfia szakorvosa, elnök, véleményező

Radiológia Tagozat

Prof. Dr. Kincses Zsigmond Tamás, neuroradiológia, radiológia, neurológia, neuro-ophtalmológia, neurosonológia, vascularis neurológia szakorvosa, elnök, véleményező

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

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

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői:**Betegszervezet(ek) 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:	adhesiv capsulitis/befagyott váll
Ellátási folyamat szakasza(i):	elsődleges megelőzés, másodlagos megelőzés, fizioterápia, követés, rehabilitáció
Az érintett ellátottak köre:	Felnőttkorú, női és férfi páciensek, akik a váll fájdalmas, többirányú mozgásbeszűkülésében szenvednek primer elváltozásként, vagy szisztémás megbetegedések talaján fellépő befagyott váll elváltozással diagnosztizáltak. Továbbá idetartoznak azok az ellátottak, akiknél a befagyott váll állapota másodlagosan, a vállízület egyéb kórképeinek, és a váll műtéti beavatkozásainak következményeként, vagy mellkasi műtétek, cardiovascularis történések következtében jelenik meg.
Érintett ellátók köre	
Szakterület:	5700 fizioterápia-gyógytorna 5711 gyógytorna 5704 elektroterápia 7304 otthoni szakápolás 4000 kardiológia 1000 ortopédia 1002 traumatológia 1400 reumatológia 2200 rehabilitációs medicina alaptervékenységek 6301 háziorvosi ellátás 0202 tüdő- és mellkassebészet
Ellátási formák:	J1 járóbeteg-szakellátás – járóbeteg-szakellátás J3 járóbeteg-szakellátás – jellemzően terápiás beavatkozást végző szakellátás J5 járóbeteg-szakellátás – a betegek otthonában végzett szakellátás F1 fekvőbeteg-szakellátás – aktív fekvőbeteg-ellátás F2 fekvőbeteg-szakellátás – krónikus fekvőbeteg-ellátás F5 fekvőbeteg-szakellátás – nappali kórházi ellátás
Progresszivitási szint:	I–II–III.
Egyéb specifikáció:	nincs

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

A befagyott váll: a vállízület fájdalmas, többirányú mozgásbeszűküléssel járó elváltozása. A mozgástartomány csökkenése várhatóan nagyobb mértékű, mint 25%, legalább kétirányú, a váll kirotációs mozgása legalább 30%-kal elmarad az ép oldali vállhoz képest. A befagyott váll terminológiájában az elváltozás megnevezésére használatos még az adhesiv capsulitis és a periarthritus humeroscapularis kifejezés [1]. Jelen irányelvben a primer befagyott váll, valamint a másodlagosan megjelenő, primer tényezők kiváltotta elváltozásra a szekunder befagyott váll elnevezés használatos.

Aktív gyakorlatok: a fizioterapeuta által meghatározott és felügyelt, a beteg önálló vagy asszisztált mozgáskivitelezésén alapuló, a betegre adaptált, a fejlesztendő aktív mozgást, és az aktív mozgásban részt vevő szöveteket és azok tulajdonságait fejlesztő gyakorlatok. A terápiás célhoz adaptált asszisztált, rezisztencia nélküli, és rezisztenciagyakorlatok különböztethetők meg. A mozgásformák analitikus és komplex típusai alkalmazhatók. A gyakorlatok dózisének, intenzitásának, gyakoriságának a terápiás cél és a beteg mozgásszervi állapota határozza meg.

Elektroterápia és kiegészítő terápiák: az áram átalakításával és adaptálásával nyert, terápiás hatású áramformák alkalmazását jelenti, a kedvező élettani hatása bizonyított. A fizioterápián belül az egyéb, kiegészítő terápiák közé tartoznak még az olyan fizikai energiák, mint például a fény, a mágnesesség vagy a hanghullámokat felhasználó kezelések, amelyek bizonyítottan pozitív hatású élettani változásokat idéznek elő.

Izom energetika technika (MET): ideg-izom reflexmechanizmusok felhasználásával izomtónus és izomhossz szabályozása történik a technika alkalmazásával. Neuro-élettani izomreflex-mechanizmusok mint a reciprok gátlás és az autogén gátlás kiváltásával hat az izomszövetre. A MET az alábbi technikákat használja: izometriás kontrakció

reciprok inhibícióval, Post Isometriás Relaxáció (PIR), izotóniás koncentrikus kontrakció, izotóniás excentrikus kontrakció, Post Facilitation Stretching (PFS).

Ízületi mobilizáció: a manuálterápia azon technikája, amely az ízület járulékos mozgásait vizsgálja és kezeli, az ízületek tok-szalag rendszerének rugalmasságát növeli azzal a céllal, hogy az arthro- és osteokinematikus mozgásokat helyreállítsa.

Manuálterápia: gyűjtőfogalom, a manuálisan, azaz a kézzel végezhető fizioterápiás módszerek összessége. A mozgató rendszer károsodott lágyrészeit és ízületi diszfunkciót kezeli. Célja, a lágyrészek helyreállításán keresztül a mozgással kapcsolatos funkciók növelése és a tünetek csökkentése.

Proprioceptív Neuromuscularis Facilitatio (PNF): a technika célja, hogy a proprioceptorok ingerlésével minél több motoros-egység bevonásával, izomszinergizmusokon keresztül funkcionális, háromdimenziós, diagonális mozgást facilitáljon. A neuromuscularis mechanizmusok facilitációját éri el a PNF technikák alkalmazásával.

Scapula mobilizáció: a scapula pozícióját és mozgását fejlesztő technikák összessége. Célja a scapula helyzetének és mozgásának optimalizálásán keresztül (stabilitás-mobilitás) a vállfunkció segítése.

Stretching gyakorlatok: a mozgató rendszer lágyrészeit nyújtó, a szövetek rugalmasságát helyreállító technikák összessége. Elsődlegesen az izomszövet specifikus nyújtását jelenti, a szakirodalomban tágabb értelemben is találkozunk az elnevezés használatával, gyakran az ízület szöveteinek nyújtását (tok, szalag) is értik alatta.

Termoterápia: a természetesen előforduló hőhatások vagy a mesterségesen előállított hő élettani hatásának felhasználása terápiás céllal. Bizonyítottak a hideg és a meleg, illetve az ezen hőhatások fokozatainak élettani, kedvező hatásai.

2. Rövidítések

AROM:	Active Range of Movement – Aktív mozgástartomány
CPM:	Continuous Passive Motion – Folyamatos passzív mozgás
DASH:	Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand Questionnaire – A kar, váll és kéz fogyatékoságát felmérő kérdőív
LE:	Level of evidence – A bizonyítékok szintje
MET:	Muscle Energy Technique – Izomenergetika technika
MWM:	Mulligan mobilization with movement – Mulligan mobilizáció mozgással
NPRS:	Numeric Pain Rating Scale – Numerikus fájdalomértékelő Skála
PFS:	Post Facilitation Stretching – Facilitációt követő nyújtás
PIR:	Post Isometriás Relaxáció – Izometriás feszítést követő lazítás
PNF:	Proprioceptív Neuromuscularis Facilitatio – Proprioceptív neuromuszkuláris támogatás
PROM:	Passive Range of Movement – Passzív mozgástartomány
ROM:	Range of Movement – Mozgástartomány
SPADI:	Shoulder Pain and Disability Index – A kar, a váll és a kéz mozgáskárosodását felmérő kérdőív
VAS	Visual Analogue Scale – Vizuális analóg skála

3. Bizonyítékok szintje

Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve is meghatározta a bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek szintjeit és a bizonyítékok erősségét [2].

1. számú táblázat: A bizonyítékok szintjei (LE, level of evidence) [3]

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	Szakkbizottsági jelentésekből vagy véleményekből, illetve mérvadó szaktekintélyek klinikai tapasztalataiból származó bizonyítékok.

A bizonyítékok besorolására használt rendszert a fejlesztőcsoport a Phillips, B., et al. Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence. Updated by Jeremy Howick March 2009. közlemény ajánlásából vette át [3]. A szövegben a bizonyítékok besorolását a szöveges leírás után tett zárójelben jelöljük, pl. (LE: 2a). [3, 4]

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 bizonyítékok. 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. [4]

2. számú táblázat: Az ajánlás erősségei [4]

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 kötelezőségeire 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 indokolása

A fizioterápiás irányelv fejlesztését indokolja, hogy a befagyott váll elsóvonalbeli ellátásában a fizioterápiás eljárások erősen ajánlottak [1, 5–7]. Kutatási eredmények azt mutatják, hogy a befagyott váll korai stádiumában a fizioterápia és a kortikoszteroid injekció kombinációja „A” szintű terápiás evidenciaként szerepel [1, 5, 6, 8].

Az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztése azért is sürgető, mert a válltáji fájdalom az egyik leggyakoribb mozgásszervi fájdalom, elszorodása széles népességet érint. Gyakoriságát tekintve a harmadik, a derékfájdalmat és térdfájdalmat követően. Jelenleg globális gyakoriságának átlaga 16% (0,67–55,2%) [9]. A primer adhesiv capsulitis gyakorisága 2–5,3% az általános populációban [1, 10]. Incidenciája 3–5% a nők körében. A szövődmenyes posztoperatív befagyott váll előfordulása irodalmi adatok szerint 5–33% között mozog. Magyarországon a nemzetközi adatokhoz hasonló morbiditás várható.

Az irányelv kidolgozásának további jelentőségét támasztja alá, hogy a befagyott váll gyakorisága a munkaképes korosztályban igen magas, az Egyesült Királyságban a munkaképes korú férfiak körében 8,2% és munkaképes korú nőknél 10,1% gyakoriságú [11]. A kórkép lefolyása elhúzódó jellegű, a váll funkciója gyakran erőteljesen korlátozott, mindezek következtében az egyén egészséggel kapcsolatos életminőségének tartós és jelentős romlására lehet számítani. A betegség hosszú lefolyása gyakran a munkába és/vagy sportba való visszatérés képtelenségével jár. Különösen a nehéz fizikai munkával foglalkozó lakosság esetében, a hosszú betegszabadság igénybevételéhez, és magas, közvetett költségekhez vezet [12, 13, 14].

Az irányelv fejlesztésének további indokolása, hogy a befagyott váll a krónikus mozgásszervi fájdalom jellemzőivel, kellemetlen érzékszervi és érzelmi élménnyel jár, az érintett személynél fogyatékoságot és korlátozottságot okozhat a mindennapi életben [15]. Gyakorik a funkcionális fogyatékoságok, amelyek a munkavégzésen túl akadályozhatják a hobbitevékenységet, a társasági és sporttevékenységeket, valamint pszichológiai stresszel, és az életminőség romlásával is összefüggésben állhatnak [16]. A mindennapi életet intenzív fájdalommal, alvászavarokkal, észlelt korlátokkal, függetlenség elvesztésével, megváltozott önértékeléssel éli meg a betegek egy része, mindez érzelmi-kognitív változásokat válthat ki, befolyásolva az alanyok fájdalom- és fogyatékoságészlelését [17]

A vállalati problémával küzdő betegek ellátása költségesnek bizonyul, jelenleg Magyarországon nem állnak rendelkezésre publikált adatok a nemzeti egészségügyi rendszer közvetlen és közvetett költségeiről a befagyott váll ellátásával kapcsolatban.

Kevés nemzetközi tanulmány és kimutatás foglalkozik a vállfájdalom gazdasági terhével, a költség valószínűleg jelentős. Ismertek az USA szociogazdasági terhei a vállproblémák ellátásában, a vállfájdalom éves ellátása becslések szerint 2000-ben meghaladta a 7 milliárd USA dollárt (USD), a munkaképes korosztály gyakori érintettsége további, a gazdaságot súlyosbító tényezőt jelent [18].

A vállfájdalom az Egyesült Királyságban a felnőttek éves konzultációinak 4%-át teszi ki az alapellátásban. A vállfájdalom jelentős gazdasági terhet jelent, hatással van a munkaerőpiacra, beleértve a csökkent termelékenységet, a megnövekedett betegszabadságot és a tartós munkaképtelenség magasabb kockázatát [19].

A svájci egészségügyi kiadások adatai szerint – 2008–2015 – a szekunder befagyott váll meglehetősen költséges szövődménynek bizonyul a vállsérüléseket követően, amely hosszabb munkaképesség-csökkenést eredményez azokhoz a betegekhez képest, akiknél nem alakult ki poszttraumás vagy posztoperatív befagyott váll. A poszttraumás, szekunder befagyott váll jelentősen hosszabb munkaképtelenséget (3,3–7,5-szeres), és évente 78 millió svájci frank költséget okozott. A bemutatott kiadások nem tartalmazzák a még gyakoribb idiopathiás befagyott váll eseteket. A befagyott váll évente több mint 100 millió CHF költséget és több mint százezer nap betegszabadságot okoz – ami valódi terhet jelent a svájci egészségügyi rendszer számára [20].

A témaválasztás indokolása

Az adhesiv capsulitis/befagyott váll elsővonalbeli kezelésének kiemelkedő része a fizioterápia, azaz a gyógytornász által végzett komplex tevékenység, amely magában foglalja a váll különböző szöveti szintjeinek (tok, szalag, izom, ín, fascia, ízület) specifikus kezelését a teljes ízületi funkció helyreállítása érdekében [6].

A témában létrehozott hazai irányelv időszerűségét a nagymértékű ellátási variabilitás, valamint a tudományos eredmények által alátámasztott eljárások és a klinikai gyakorlat különbözősége indokolja. Az egészségügyi szakmai irányelv az egységesebb kezelést biztosító, illetve hatékonyabb, a befagyott váll elváltozásban szenvedők ellátásának fizioterápiás modelljét ismerteti. Az irányt adó fizioterápiás eljárások alkalmazásával biztosított a befagyott váll ellátás különböző szintjein megvalósuló együttműködés, és a jól működő terápiás hálózat kiépülésének a lehetősége.

Az egészségügyi szakmai irányelv célja:

- Az befagyott váll megelőzése, gyógyítása, tüneteinek jelentős csökkentése a fizioterápiás módszerek ajánlásával.
- Megalapozott ajánlásokkal segítse az egységes fizioterápiás vizsgálati alapelveket.
- Megalapozott ajánlásokkal segítse az egységes fizioterápiás szemléletet.
- Egységes, bizonyítékokon alapuló fizioterápiás vizsgálat és kezelési módszer megismertetése és elterjesztése.
- Az eredményes kezelés következtében a betegek fizikális, szociális és pszichés életminőségének javítása.
- A betegek számára az ellátással kapcsolatos döntések meghozatalához szükséges ismeretek széles körű terjesztése.

2. Felhasználói célcsoport

Megfelelő, egyénre adaptált mozgásterápiával, fizioterápiával egészségnyereséget, állapot- és életminőség-javulást lehet elérni. A befagyott váll specifikus fizioterápiája olyan költségkímélő módszer, mely a prevenció, kuráció és a rehabilitáció céljából is hatékony lehet.

Az irányelv azokhoz a gyógytornászokhoz szól, akik a járó- vagy a fekvőbeteg-ellátásban a reumatológiai, ortopédiai, neurológiai és traumatológiai, rehabilitációs klinikai területen befagyott vállú betegek ellátását végzik, munkájukhoz kutató csoportok által meghatározott, tudományos bizonyítékok alapján biztonsággal és hatékonysággal alkalmazható, összefoglaló szakmai tájékoztatást, fizioterápiás diagnosztikai és terápiás ajánlásokat

nyújt. Az egészségügyi szakmai irányelv segíti a területen dolgozó gyógytornász kollégák munkáját, egységes, az evidence based practice elveken alapuló szemléletet kialakítva a befagyott váll fizioterápiás ellátásában.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Szerző(k)/Tudományos szervezet:	MJ. Kelley, MA. Shaffer, JE. Kuhn, LA. Michener, AL. Seitz, TL. Uhl., JJ. Godges, PW. McClure./ Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association
Cím:	Shoulder Pain and Mobility Deficits: Adhesive Capsulitis.
Megjelenés adatai:	J Orthop Sports Phys Ther 2013;43(5):A1-A31.
Elérhetőség:	doi:10.2519/jospt.2013.0302
Szerző(k)/Tudományos szervezet:	A. Sanaa, Alsubheen and C. J. MacDermid/Australian Physiotherapy Association
Cím:	Appraisal of Clinical Practice Guideline: Shoulder Pain and Mobility Deficits: Adhesive Capsulitis
Megjelenés adatai:	Journal of Physiotherapy 66 (2020) 272
Elérhetőség:	https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.05.010
Szerző(k)/Tudományos szervezet:	NC. Hanchard, L. Goodchild, J. Thompson, T. O'Brien, D. Davison, C. Richardson./Department of Physiotherapy, Middlesbrough Primary Care Trust, Middlesbrough, UK
Cím:	Evidence-based clinical guidelines for the diagnosis, assessment and physiotherapy management of contracted (frozen) shoulder: quick reference summary.
Megjelenés adatai:	Physiotherapy 2012; 98: 117–20.
Elérhetőség:	doi:10.1016/j.physio.2012.01.001
Szerző(k)/Tudományos szervezet:	MJ. Page, S. Green, S. Kramer, RV. Johnston, B. McBain, R. Buchbinder./Cochrane Musculoskeletal Group; Australia
Cím:	Electrotherapy modalities for adhesive capsulitis (frozen shoulder) (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews
Megjelenés adatai:	Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 10. Art. No.: CD011324.
Elérhetőség:	DOI: 10.1002/14651858.CD011324.
Szerző(k)/Tudományos szervezet:	MJ. Page, S. Green, S. Kramer, RV. Johnston, B. McBain, R. Buchbinder./Cochrane Musculoskeletal Group; Australia
Cím:	Manual therapy and exercise for adhesive capsulitis (frozen shoulder). Cochrane Database of Systematic Reviews
Megjelenés adatai:	Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 8. Art. No.: CD011275.
Elérhetőség:	DOI: 10.1002/14651858.CD011275

Szerző(k)/Tudományos szervezet:	M. Mertens, M. Meeus, O. Verborgt, E.H. M. Vermeulen, R. Schuitemaker, K. M. C. Hekman, D.H. van der Burg, F. Struyf/ Research Group MOVANT, Department of Rehabilitation Sciences and Physiotherapy (REVAKI), University of Antwerp Universiteitsplein 1, 2610 Antwerp, Wilrijk, Belgium
Cím:	An overview of effective and potential new conservative interventions in patients with frozen shoulder.
Megjelenés adatai:	Rheumatology International (2022) 42:925–936.
Elérhetőség:	https://doi.org/10.1007/s00296-021-04979-0

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv nem áll kapcsolatban más hazai egészségügyi szakmai irányelvvél.

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE**A befagyott váll meghatározása**

A befagyott váll és/vagy adhesiv capsulitis a váll olyan elváltozása, amelyet a fájdalom spontán megjelenése jellemez a váll aktív és passzív mozgásának többirányú és fokozatos beszűkülésével.

Epidemiológiai jellemzők

A válltáji fájdalom a harmadik leggyakoribb mozgásszervi fájdalomként meghatározott. Jelenleg globális gyakoriságának átlaga 16% (0,67–55,2%) [9]. A primer adhesiv capsulitis gyakorisága 2–5,3% az általános populációban [1, 10]. Incidenciája 3–5% a nők körében. Gyakoriságának életkori csúcsa 40–60 életév közé tehető [12]. Az Egyesült Királyságban a munkaképes korú férfiak körében 8,2% és munkaképes korú nőknél 10,1% gyakoriságú [11]. A befagyott váll gyakorisága diabéteszben szenvedőknél 39% [21, 22].

A kórkép lefolyására jellemző, hogy elhúzódó jellegű, a tünetek fellépésétől átlagosan 1–3 év. Várhatóan az érintettek 59%-a maradéktalanul meggyógyul. A betegek 35%-ánál enyhe vagy mérsékelt tünetekkel zajlik le az elváltozás, a fájdalom a leggyakoribb panasz, a betegek 6%-a számol be súlyos tünetekről. A befagyott váll ismétlődése nem jellemző, az ellentétes oldali vállon megjelenhet az esetek 6–17%-ában 5 éven belül [23].

Etiológia

Az adhesiv capsulitis etiológiája nem ismert. Genetikai predispozíció bizonyított, akiknél a családban előfordult már az elváltozás [24]. A befagyott váll szindrómában szenvedők több mint 80%-ánál társbetegség kimutatható [25]. A diabetes mellitus, cerebrovascularis elváltozások, a pajzsmirigy betegségei, coronaria betegségek, autoimmun betegségek, Dupuytren kontraktúra, hyperlipidaemia a leggyakoribb kísérő betegségei [26, 22].

Patoanatómiai jellemzők

A befagyott váll szindrómában szenvedőknél a váll capsuloligamentózus komplexének és a muscilotendinózus struktúráinak érintettsége áll fenn. Elsődlegesen a glenohumeralis capsula, a glenohumeralis szalagok, a ROK, a ROK interval és a coracohumeralis ligamentum területe, a biceps hosszú fej, az axillaris recessus érintett [27]. Jellemzően csökken az ízület volumene [28], az ízületi tok összehúzódik, összeszűkül, elvékonyodik a coracohumeralis ligamentum, csökken a biceps hosszú fej csúszásának képessége. Ezen szöveti struktúrák fiziológiai és mechanikai tulajdonságainak megváltozása a váll funkciócsökkenését vonja maga után, többsíkú és jelentős mozgástartományvesztést okozva, különösen a váll kirotaációs és abdukciós mozgásának irányában. [1, 27, 23]

Szöveti patofiziológia

A rendkívül komplex patofiziológiai folyamatban a befagyott váll korai fázisában a gyulladásos szöveti elváltozások jellemzőek a synoviális hártya hyperpláziájával, subsynoviális hypervascularizációval és neurogenesisszel. A késői stádiumban a gyulladásos elváltozások fokozatosan szűnnek, majd szöveti fibrosis lép fel magas arányú fibroblast képződéssel az extracelluláris mátrixban, és a III. típusú kollagén kifejezett tömörülésével. A fibroblastok myofibroblastokká differenciálódnak és kontraktilis szövetállományt hoznak létre. [1, 27, 23].

Diagnosztika

A befagyott váll olyan kór állapot, amely mind az aktív, mind a passzív mozgástatómánya csökkenésével jár, alapvetően jelentéktelen radiológiai jelekkel. A klinikai diagnózis felállítása elsősorban a kórtörténet és a fizikális vizsgálat eredményeire támaszkodik, a lehetséges, és más, a váll fájdalomával és mozgásbeszűkülésével járó kórképek kizárása mellett. A vizsgáló a befagyott váll idiopathiás vagy szekunder voltát, fennálló stádiumát és funkcionális állapotát megállapítja. A képalkotó vizsgálatok, röntgen-, ultrahang-, MRI-vizsgálatok elvégzésének indokolása szabályozott, primer okok, komorbiditás, és a váll szöveteinek további vizsgálatára. A laboratóriumi vizsgálati eredmények általában negatívak, nem szignifikáns értékűek. A szérumban koleszterin, triglicerid és C-reaktív protein lehet emelkedettebb a befagyott váll korai fázisban. [1, 29, 30]

Osztályozás

Primer, elsődleges befagyott váll: idiopathiás adhesiv capsulitis, nem hozható összefüggésbe más kór állapottal, megjelenése ismeretlen eredetű.

Szekunder befagyott áll: jól meghatározható és felismerhető egy korábbi, vagy fennálló elsődleges kóros tényező, állapot.

Három alkategóriára osztható:

- **Intrinsic tényezők által kiváltott esetek:** a váll aktív és passzív mozgásának limitációjával járó, az ízületet érintő elváltozások, mint ROK patológiák, biceps tendinitis, calcificációs folyamatok.
- **Extrinsic tényezők által kiváltott esetek:** olyan, a vállízületen kívül fellépő elváltozások, amelyek abnormális reakciót váltanak ki a vállban. Ilyenek az emlő sebészeti beavatkozásai, cervicalis radiculopathia, mellkasi tumor/sebészet, megelőző cerebrovasculáris történések, Parkinson-betegség, radioterápia, vagy lokális, posztoperatív immobilizáció, vállízület körüli történések, mint a humerus diaphysis törése, scapulothoracalis elváltozás, acromioclavicularis arthritis, clavícula törése.
- **Szisztémás okok:** azok az esetek, amelyekben a befagyott váll szisztémás betegségekkel összefüggésben lép fel, ezek a diabetes mellitus, hyperthyreosis, hypothyreosis, hypadrenia – hyperlipidaemia. Egyes szerzők ezeket a szisztémás állapotokat rizikótényezőként említik a primer befagyott váll megjelenésében [29, 31].

Klinikai lefolyás

A kórkép lezajlásában a leginkább elfogadott vélemény szerint három fő stádium különböztethető meg:

I. stádium: (2–9. hónap) éles fájdalom jelentkezik a mozgáspálya végén, ritkán nyugalomban lép fel a fájdalom és zavarja az alvást. Nincs jelentős mozgáskorlátozottság a vállban. Gyulladásos synoviális reakció jellemző elsősorban megjelenő gyulladásos sejtinfiltrátumokkal, normál tokszóvettel járó hypervascularis synovitiszel.

II. stádium: (4–12. hónap) a „fagyás folyamata”, amely több irányban fokozatosan beszűkülő mozgással jár, a váll kifejezett fájdalomával. Agresszív synovitis/angiogenesis és capsularis kontraktúra jellemző. A szövettan hypertrophiás, hypervascularis synovitis mutat subsynoviális hegképződéssel.

III. stádium: (12–42. hónap) a mozgások jelentős elvesztésével jár, progresszív capsuloligamentous fibrosis, az ízületi tok axillaris redőzöttségének csökkenése és minimális gyulladás jellemző. A szöveti biopszia sűrű, hipercelluláris kollagén szövetet tár fel érett fibrózissal és vékony synoviális réteggel. [1, 31]

Az adhesive capsulitis/befagyott váll ellátása

A betegellátás első vonalában a fizioterápia, a fizioterápia és kortikoszteroid injekció kombinációja alkalmazott, a második vonalban az arthroscopos release, hydrodilatio, és az altatásban végzett ízületi bemozgatás/manipuláció [8, 6, 32].

Fizioterápiás vizsgálat, differenciáldiagnosztika

A differenciáldiagnosztika a beteg mozgásszervi funkcionális képe, a csökkent funkcionális képességek és a szöveti patológia/elváltozás szerint történik. A diagnózis és a differenciáldiagnózis felállításánál a legjellemzőbb fizikai funkció csökkenésére és/vagy megváltozására koncentrálnunk, amelyek utalnak a váll speciális elváltozására, befagyott váll megjelenésére. A diagnosztikus értékelés folyamatában mindvégig támaszkodunk a szakorvosi és radiológiai diagnosztikus megállapításokra.

Fizioterápiás diagnosztikus klasszifikáció kritériuma

Az elváltozás mellett szól: a beteg életkora 40–65 év között van. A beteg a fájdalom fokozatos megjelenéséről és majd a fájdalom és mozgásbeszűkülés progresszív romlásáról számol be. A glenohumeralis ízület passzív mozgathatósága több irányban is csökkent, legnagyobb mértékben a kirotaáció terjedelme szűkül be, különösen abdukcióban. A glenohumeralis ki- és berotációs mozgástatómánya a váll 45–90° terjedő abdukcióval

kombinálva csökkent mértékű. A passzív mozgáspálya végén fájdalom provokálható, a beteg legalább egy hónapja tartó nyugalmi és éjszakai ízületi fájdalomról számol be. Az ízület járulékos mozgásai, a passzívan provokált csúsztatás minden mozgásirányban csökkent mértékű.

Az elváltozás ellen szól: a PROM fiziológiás, és az ízületre anatómiai értelemben jellemző. Radiológiai bizonyíték van a glenohumeralis arthrosisra vagy egyéb betegségre. A passzív glenohumeralis ki- és berotáció megnövekedett a váll 45–90° abdukciós tartományában és fájdalom provokálható a subscapularis myofascia tapintásával. A felső végtag perifériás ideg tenziós tesztjeivel provokálható a beteg tünete, és a vállfájdalom növelhető vagy csökkenthető a perifériás ideg tenzió/pozíció változtatásával [1].

Fizioterápiás szöveti diagnosztika, a szöveti irritáció szintjének felmérése (erős/mérsékelt/enyhe):

A kórkép lezajlása alatt a szöveti irritáció szintjének meghatározása és ismerete meghatározó a fizioterápiás kezelés fajtájának, intenzitásának, gyakoriságának, tartamának megtervezéséhez. A szöveti irritáció megállapítása a fizikai tünetek, státusz alapján, gyulladással jelek, mechanikai/manuális hatásra fellépő szöveti válaszreakció szerint végezhető.

Erősen irritált szövetek jellemzői: az erős fájdalom (NPRS \geq 7/10), egyenletes fájdalom éjjel és nyugalmi fájdalom, standardizált, a beteg saját bevallására támaszkodó értékelő rendszereken alapuló funkcionális kimutatások magas szintű hiányosságot mutatnak, fájdalom jellemző az aktív és passzív mozgások teljes terjedelmében, az AROM szignifikáns mértékben kisebb, mint a PROM a fellépő fájdalom miatt.

Mérsékeltén irritált szövetek jellemzői: a fájdalom szintje mérsékelt (NPRS 4–6/10), intermittáló a fájdalom megjelenése éjjel és a váll nyugalmi pozíciójában standardizált, a beteg saját bevallásán alapuló értékelő rendszerek a váll funkcionális állapotáról mérsékelt szintű hiányosságot mutatnak a fájdalom az aktív és passzív mozgáspálya végén jelentkezik az AROM hasonló mértékű, mint a PROM.

Enyhén irritált szövetek jellemzői: a beteg a fájdalom minimális szintjéről számol be (NPRS \leq 3/10), nincs éjszakai vagy nyugalmi fájdalom, standardizált, a beteg saját bevallásán alapuló értékelő rendszerek a váll funkcionális állapotáról alacsony szintű hiányosságot mutatnak a fájdalom megjelenése felülnyomással váltható ki a passzív mozgáspálya végén az aktív és a passzív mozgástartomány terjedelme megegyezik [1, 33, 34, 5, 35].

Az adhesive capsulitis / befagyott váll fizioterápiás stratégiája a szövetek irritációs szintje szerint:

Az érintett szövetek irritációs szintje befolyásolja és meghatározza annak toleranciáját, alkalmazkodó és válaszadó képességét a mechanikai behatásokkal szemben, így a terápiásan alkalmazott mechanikai stresszhatásokkal szemben is [1, 27].

Erősen irritált szövetek:

- termoterápia, hideg eljárások a fájdalom kezelésére,
- elektroterápiás eljárás a fájdalom mérséklésére,
- betegedukáció: fájdalommentes testhelyzetek megtanítása,
- fizikai aktivitás módosítása a szöveti fájdalom és gyulladás csökkentése érdekében,
- manuálterápia: alacsony intenzitású ízületi mobilizációs eljárások az ízület fájdalommentes járulékos mozgástartományában és glenohumeralis pozícióban,
- mobilizáló gyakorlatok: fájdalommentes passzív ROM növelő gyakorlatok,
- aktív gyakorlatok: fájdalommentes, asszisztált vagy önálló aktív ROM növelő gyakorlatok, PNF.

Mérsékeltén irritált szövetek:

- szükség esetén termoterápia, hideg hőhatás alkalmazása a fájdalom csillapítására,
- szükség esetén elektroterápia alkalmazása a fájdalom csillapítására,
- betegedukáció: a fizikai aktivitás progressziója a mozgás és funkció növelésével a szövetek fájdalma és gyulladása nélkül,
- manuálterápia: mérsékelt intenzitású ízületi mobilizáció az amplitúdó növelésével szöveti ellenállást okozva, elkerülve a fájdalom vagy gyulladás provokálását,
- stretching gyakorlatok: gyenge vagy mérsékelt intenzitású stretching gyakorlatok az elért szöveti feszülés fájdalmat és gyulladást nem provokálhat,
- neuromuscularis re-edukáció: a glenohumeralis és scapulohumeralis mobilitás növelésével a fiziológiás neuromuscularis funkciók integrálása a normál aktivitás eléréséhez.

Az aktív gyakorlatok több irányban, fokozatos progresszióval adagolva, PNF, általános aerobic gyakorlatok.

Alacsonyan irritált szövetek:

- betegedukáció: a mozgás aktivitás folyamatos progressziója a magasan kivitelezett funkcionális és rekreációs aktivitásig,
- manuálterápia: ízületi mobilizáció mozgáspálya végén, nagy amplitúddal és hosszan kitartva szöveti ellenállás és feszülés elérésével,
- stretching gyakorlatok: növelt intenzitású stretching gyakorlatok, az elért szöveti feszülés fájdalmat és gyulladást nem provokálhat,
- neuromuscularis re-edukáció: a glenohumeralis és scapulohumeralis mobilitás növelésével a fiziológias neuromuscularis funkciók integrálása a normál ízületi aktivitás elérésével a funkcionális és rekreációs aktivitásig. [1, 5, 33, 34, 35]

1. A befagyott váll fizioterápiás vizsgálata**1.1. Anamnézis felvétel****1.2. Fizikális vizsgálat****2. Terápiás célok, kezelési terv felállítása****3. Fizioterápiás kezelés, ajánlott fizioterápiás eljárások****3.1. Betegtájékoztató, betegedukáció, tanácsadás****3.2. Alkalmazott passzív, manuális technikák****3.3. Alkalmazott aktív fizioterápiás eljárások****3.4. Alkalmazott elektroterápiás és kiegészítő eljárások****3.5. Alkalmazott multimodul, kombinált fizioterápiás eljárások****3.6. Általános érvényű ajánlások****1. A befagyott váll fizioterápiás vizsgálata****1.1. Anamnézis felvétel****Ajánlás1**

Körültekintő és alapos anamnézis felvétel javasolt, amely hozzájárul a fizioterápiás funkcionális és szöveti diagnózis felállításához, elősegíti a diagnosztikus megállapítások differenciálását.

(LE: 4 – Erős ajánlás) [1, 13]

A kórelőzmény felvételével lehetőség van a vállfájdalom kezdetének időpontját, időtartamát, lokalizációját, nyugalmi/éjszakai megjelenését, progresszióját és mértékét tisztázni. A fájdalom vizsgálata a kórfolyamat stádium meghatározását segíti. A panaszok vizsgálata terjedjen ki vállmobilitás csökkenés irányára és a hiányosság időtartamára is. A kórtörténet felvétele egészüljön ki a korábbi vállleváltozások, vállat érő trauma, vállműtétek, társbetegségek (pl. diabetes) jelenlétének feltérképezésére, amelyek a későbbi fizioterápiás eljárások adaptációját teszik szükségessé.

1.2. Fizikális vizsgálat**Ajánlás2**

A fizikális vizsgálat elvégzése javasolt, hogy a vállról egy megbízható és átfogó, a tünetek hátterében álló funkcionális összefüggéseket és szöveti eltéréseket feltérképező mozgásszervi állapotmeghatározást eredményezzen. A komplex mozgásszervi vizsgálatnak jelentősége van a differenciálásban a nyaki, thoracális gerinc szakasz, a thoracális anatómiai alagutak, a vállöv és vállízület, a könyök régiójában a fizioterápiás diagnosztikus értékeléshez. (LE: 4 – Erős ajánlás) [1, 13, 8]

Ajánlás3

A kezelés megkezdése előtt, időszakosan, és a kezelés befejezésekor a vállízület többirányú AROM és PROM vizsgálatát javasolt végezni. A mozgástartomány időszakos vizsgálatával nemcsak az állapotjavulás, de a terápia hatékonysága is nyomon követhető. (LE: 4 – Erős ajánlás) [1, 5, 13, 8]

A mozgástartomány mennyiségi vizsgálatán túl annak minőségi, szövet-diagnosztikus értékelését is ajánlott elvégezni: capsuláris mozgásminta, véghelyzetérzés vizsgálat, gliding vizsgálat, a mozgáspálya valamely szakaszán jelentkező fájdalom feljegyzése, myofasciális fájdalom vizsgálata.

Ajánlás4

A fizioterapeuta feladata, hogy a befagyott vállra jellemző szöveti irritáció szintjéről tájékozódjon. A fájdalom vizsgálata javasolt, segít az irritációs szint megállapításában. A fájdalom mértékének megállapítása (VAS, XI. Melléklet fejezet 1.4. Algoritmus/ábrák, 1. ábra Vizuális Analóg Skála), lokalizációjának tisztázása, nappali vagy éjszakai megjelenése, időtartama, az ízületi mozgáspálya mely szakaszán jelentkezik. (LE: 1b – Erős ajánlás) [1, 33, 34]

Ajánlás5

Az ízületi tok állapotáról, rugalmasságáról kiegészítő információt ad az ízületi járulékos mozgások kivitelezhetősége és vizsgálata, javasolt elvégezni. (LE: 2a – Erős ajánlás) [1, 5]

Ajánlás6

A váll és vállövi komplex izomzatának vizsgálata javasolt (izomerő, izomegyensúly, izomállomány, izom kontraktúra). A vizsgálati eredmény függvényében a terápiás mozgásprogramhoz adekvát mennyiségű és minőségű aktív gyakorlat rendelhető. (LE: 3 – Gyenge ajánlás) [1, 13, 5]

A befagyott váll szindrómában szenvedő betegek izomgyengesége nem egyértelműen bizonyított, azonban a kórkép hosszú lefolyása és krónikus jellege, a jelentős fájdalom, és a többirányú mozgás beszűkülés a váll izomerő gyengesége és az izomegyensúly megbomlása mellett szól.

Ajánlás7

Speciális tesztek alkalmazása a kórkép vizsgálatánál nem eredményes, inkább csak differenciáló jellegűek, nem nyújt jelentős segítséget a vizsgálati eredmények meghatározásában, használatuk nem javasolt. (LE: 1a – Erős ajánlás) [1, 36, 8]

Jelenleg nem ismert magasan megbízható speciális teszt a befagyott váll objektív vizsgálatára.

Ajánlás8

Javasolt olyan validált, önbevallásra épülő értékelő rendszereket (validált kérdőívek) alkalmazni, amelyek magas megbízhatósággal mutatják meg a váll funkcionális állapotát. (LE: 1a – Erős ajánlás) [1, 5, 37, 38]

A Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) felmérő rendszert, kifejezetten erre a speciális beteg populációra validálták, fejlesztették. A váll korlátozottságát és fájdalmát értékeli. A Disability of Arm, Shoulder and Hand Questionnaire DASH és a Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand – Quick DASH kérdőívek (XI. Melléklet fejezet, 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 1. kérdőív. A kar, a váll és a kéz mozgáskárosodását felmérő kérdőív – (Quick DASH) a felső végtag képességeit vizsgálja a mindennapi élet mozgásain keresztül, alkalmazása szintén ajánlott a váll funkcionális állapotának meghatározására vagy nagy betegpopuláció vizsgálatára.

Ajánlás9

A váll súlyos, akut elváltozásai észlelésekor – Vörös Zászlók – a fizioterapeuta a beteget szakorvoshoz irányítja. (LE: 4 – Erős ajánlás)

Amennyiben a beteget még nem látta orvos a fizioterápiás vizsgálatot megelőzően, az úgynevezett Vörös Zászlók kizárására kell törekedni. Ezek az elváltozások:

- ízületi infekció;
- nem reponált, ficamodott váll;
- tumor; akut trauma (nem történt képkötő vizsgálat);
- polyarthritisz.

Súlyos neurológiai tünetek (gerincvelői kompresszió) gyanúja esetén azonnal orvoshoz kell irányítani a beteget.

Ajánlás10

A fizioterápiás diagnózisnak szorosan kell követnie és erősen kell támaszkodnia a szakorvosi diagnosztikus eredményekre, radiológiai megállapításokra. (LE: 4 – Erős ajánlás) [1, 13]

Ajánlás11

A váll funkcionális vizsgálata mellett általános mozgásszervi állapotfelmérést ajánlott végezni, mert a mozgásszervrendszer általános funkcionális állapota befolyásolhatja a kezelési módszerek megválasztását és a kezelés kimenetelét. (LE: 3 – Erős ajánlás)

2. Terápiás célok, kezelési terv felállítása**Ajánlás12**

A vizsgálatok eredményét a fizioterapeuta értékeli, majd tájékoztatja a beteget a kezelés menetéről és az elváltozás várható lefolyásáról. (LE: 4 – Erős ajánlás)

További cél a beteg meggyőzése, hogy a fizioterapeuta által meghatározott gyakorlatok végzése, home exercises/ otthoni torna formájában is történjen, amely gyakorlatok rendszeres végzése hozzájárulhat a további ízületi mozgásfejlődéséhez.

Ajánlás13

Terápiás cél: a fájdalom csökkentése, majd megszüntetése, az aktív és passzív ROM növelése, ízületi funkció növelés és helyreállítás, tünetek csökkentése, normál vagy mindennapi fizikai aktivitáshoz vagy rekreációs/ sport aktivitáshoz visszavezetés, életminőség javítása. (LE: 4 – Erős ajánlás)

Ajánlás14

A tervezett terápia módszereinek megválasztását és intenzitását meghatározza a váll általános mozgásszervi állapotán túl a beteg szöveti elváltozásának dominanciája (gyulladásos vagy fibrotikus). (LE: 3 – Erős ajánlás) [1, 34]

Ajánlás15

A fizioterápia egyéni gyógytorna kezelés formájában ajánlott. (LE: 3 – Gyenge ajánlás)

Az egyéni kezelési forma teszi lehetővé, hogy a beteg személyre szabottan, a váll aktuális szöveti és funkcionális állapotának megfelelő terápiás eljárásban részesüljön az összetett, biopszichoszociális körülmények figyelembevételével.

3. Fizioterápiás kezelés, ajánlott fizioterápiás eljárások**3.1. Betegtájékoztatás, betegedukáció, tanácsadás****Ajánlás16**

A beteg tájékoztatása ajánlott a kórkép és kórlefolyás természetéről, a fizioterápiás vizsgálati eredményről és a tervezett kezelés módszereiről, ütemezéséről. A betegoktatás hozzájárulhat a sikeres terápiás eredményhez. (LE: 1b – Erős ajánlás) [1, 39, 40, 41, 35]

A betegoktatás terjedjen ki a váll szöveti viszonyainak és működésének rövid bemutatására, hogy a beteg részéről a terápiás elvek értelmezését és elfogadását segítsük. Ismerje meg a beteg a szekunder befagyott vállra hajlamosító tényezőket, a kórkép lezajlását, annak várható időtartamát és kimenetét. Javasolt a tanácsadás és terápiás javaslatok ajánlása a megengedett mozgásokról az elvárt gyógyulás érdekében és a módosított fizikai aktivitásról. A (1) váll kímélete, és tehermentesítése a fájdalmas mozgások és a szövetek túlterhelésének elkerülése érdekében, (2) tudatos testtartás és válltartás korrekciójára törekvés. (3) Az otthon rendszeresen végzett mobilizáló és erősítő gyakorlatok funkcionális javulást elősegítő jelentőségéről.

3.2. Alkalmazott passzív, manuális technikák**Ajánlás17**

Manuálterápia önmagában alkalmazva vagy aktív gyakorlatokkal kombinálva végezhető, mozgáspálya-növelő hatású és a fájdalmat csökkentheti. Az elváltozás korai stádiumában, az erős szöveti irritáció mellett az ízületi mobilizáció; Maitland-metódus, a mozgáspálya végén végzett mobilizáció hosszú távú eredményességüket tekintve nem ajánlottak. (LE: 1a – Erős ajánlás) [1, 42, 5, 43, 44, 35]

A váll szöveti irritációja által meghatározott az alkalmazott kezelési eljárás eredményessége. Jelenleg nem ismert a leghatékonyabban alkalmazható manuálterápiás eljárások fajtája és dózisa [45, 46, 47].

Ajánlás18

A kórlefordulás III., fibrotikus stádiumában kedvezőbbek a manuálterápia hatásai, ajánlott a mozgáspálya végén végzett mobilizáció és gyakorlatok. Különösen a kirotációs irányú mozgást növelő hatású. (LE: 1a – Erős ajánlás) [48]

Ajánlás19

Scapula mobilizáció végezhető, segítheti a tünetek csökkenését, a vállfunkció javulását. (LE: 1a – Gyenge ajánlás) [49]

A lapocka mobilizálása más terápiás beavatkozásokkal vagy anélkül nem jelent jelentős klinikai előnyt a váll aktív mozgástartomány, fogyatékosága vagy fájdalom intenzitása tekintetében, összehasonlítva más manuálterápiás technikákkal vagy egyéb kezelésekkal.

Ajánlás20

Stretching gyakorlatok javasoltak a ROM fejlesztésére és a vállfunkció növelésére (LE: 1b – Erős ajánlás) [1, 5, 13]

A technika időtartamát és intenzitását a szövetek irritációs szintjéhez ajánlott igazítani.

Ajánlás21

A beteg otthon végzett gyakorlatanyaga részeként autostretching végzése javasolt a további ROM-növelés céljából. (LE: 1b – Erős ajánlás) [1]

Gyakoriságát tekintve nem nyújt elegendő mechanikai ingert a fizioterapeuta által heti 1x vagy 2x, intézményben végzett szöveti nyújtás, ezért ajánlott a beteg számára, az otthonában végzett, betanított automobilizációs stretching gyakorlatokkal a váll szöveteinek több irányban végzett passzív nyújtása.

Ajánlás22

A ROM-növelés céljából alkalmazott folyamatos passzív mozgás (CPM) végezhető, segítheti a tünetek javulását. (LE: 1a – Gyenge ajánlás) [50]

A CPM rövid távon és kismértékben hatékony a fájdalom és a mozgás kezelésében, de hosszú távú hatékonysága még mindig kérdéses.

3.3. Alkalmazott aktív fizioterápiás eljárások**Ajánlás23**

A váll funkcionális állapotának javítása és a tünetek csökkentése érdekében izomerősítő gyakorlatok végezhetőek. A gyakorlatok minden esetben a váll funkcionális és szöveti állapotára adaptáltak legyenek. (LE: 1a – Gyenge ajánlás) [1, 5, 13, 42, 51, 52, 53, 54]

Az izomerősítő gyakorlatok csökkentik a fájdalmat és növelik a ROM-ot és a váll funkcióját, hosszú távú hatásuk nem ismert, mint ahogy az sem, milyen típusú gyakorlatokkal, milyen dózissal és intenzitással ajánlott alkalmazásuk. Az izomerősítő gyakorlatokat stretching gyakorlatokkal kombinálva sem bizonyított az esetleges további kedvező hatás. Multimodul terápia részelemeként (elektroterápia, mobilizáció) sem mutatnak jelentős hatást. Aktív gyakorlatok nem hatékonyabb hatásúak, mint a kortikoszteroid injekció alkalmazása.

Ajánlás24

Az izomenergetikai technikák a mozgásterápia egy módszere a vállfunkció javítására. (LE: 1a – Gyenge ajánlás) [52]

Az izomenergetikai technikákat tartalmazó programok alig vagy egyáltalán nem mutatnak különbséget a váll ROM fejlesztésében összehasonlítva más gyakorlatokkal.

3.4. Alkalmazott elektroterápiás és kiegészítő eljárások**Ajánlás25**

Az elektroterápia és kiegészítő terápiák végezhetőek, csökkenthetik a fájdalmat és növelhetik az ízületi mobilitást. (LE: 1a – Gyenge ajánlás) [1, 43, 5]

Önmagában Low-Level Laser Terápia vagy gyakorlatokkal alkalmazva alacsony hatékonyságú. A terápiás ultrahang, elektrostimuláció, rövidhullámú diathermia, lökéshullám-terápia, pulzáló elektromágneses mező kombinálva mobilizáló és stretching gyakorlatokkal alacsony hatékonyságúak. [5, 55, 43, 56]

Ajánlás26

Termoterápia végezhető, csökkentheti a fájdalmat és növelheti az ízületi mobilitást. (LE: 3 – Gyenge ajánlás)

[1, 51, 5]

Termoterápia típusát meghatározza a szövetek irritációja/gyulladásos szintje.

Ajánlás27

Tükörterápia végezhető, a beteg számára a mozgástanulásban, tartás- és mozgáskorrekcióban, vállmozgás kivitelezésében és a vállfunkció javításában szerepe lehet. (LE: 2b – Gyenge ajánlás) [35]

A tükörterápiának szerepe van a szenzoros feedback folyamatában és a sensomotoros tanulásban. Alkalmazásával a beteg visszajelzést, „tükörképet” kap saját kinematikájáról, vállának nyugalmi helyzetéről és mozgásáról. A technika mozgásfejlesztő és motorostanulást fejlesztő hatású.

Ajánlás28

Az egyénre jellemző fizikai aktivitás növelése ajánlott, az egyén globális egészséggel kapcsolatos jóllétének javítására törekszünk. (LE: 4 – Erős ajánlás) [57, 58]

Törekedni kell a gyógytornász által irányított, módosított fizikai aktivitás végzésére és növelésére, amely javítja az általános egészségi állapotot, életminőséget, alvást, csökkenti a depressziót.

3.5. Alkalmazott multimodul, kombinált fizioterápiás eljárások

Ajánlás29

Otthon végzett mozgásprogram gyakorlása javasolt, ezek többnyire aktív és passzív elemek kombinációját is tartalmazzák. (LE: 4 – Erős ajánlás) [59]

Az otthon végzett mozgásterápiának is követnie kell a befagyott váll lefolyási stádiumát, és szöveti irritációs szintjét. Aktív és passzív gyakorlat elemeket is tartalmaz az aktuális terápiás céltól függően.

Ajánlás30

Végezhető a manuálterápiának és az aktív gyakorlatoknak a kombinációja, de nem hatékonyabb, mint a kortikoszteroid-injekció. (LE: 1a – Erős ajánlás) [35, 53, 54]

A gyakorlatok kombinálva ízületi mobilizációval a ROM növekedését és a fájdalom csökkenését segíti, ha csak az abdukciós ROM és a szubjektív funkció fejlődését vizsgáljuk, akkor gyengébb a hatásosságuk.

Ajánlás31

A betegedukáció és stretching gyakorlatok kombinációja javasolt az ízületi funkció növelésére. (LE: 1b – Erős ajánlás) [5]

3.6. Általános érvényű ajánlások

Ajánlás32

A váll mindenkori immobilizációjának megelőzése, és/vagy a megengedett, minél rövidebb időtartamra korlátozása javasolt a váll kórképek terápiás ellátása alatt. (LE: 1b – Erős ajánlás)

A váll elváltozásainak konzervatív vagy posztoperatív kezelési szakaszában, a szövetgyógyuláshoz igazított korai váll mobilizáció segítséget jelent a szekunder befagyott váll megelőzésében.

Ajánlás33

A befagyott váll megelőzésére kell törekedni minden olyan állapotban, amikor kialakulásának veszélyére számítani lehet. A prevenció érdekében terápiás immobilizáció időtartamának minimálisra csökkentése mellett a vállfájdalom elkerülésére, korai és hatékony kezelésére kell törekedni. (LE:1b – Erős ajánlás)

Ajánlás34

Szekunder befagyott váll esetében az ismert, primer kiváltó ok pl. ROK patológia, impingement szindróma elsődleges és/vagy párhuzamos kezelése javasolt. Az elsődleges elváltozás kezelésére kell fókuszálni a fizioterápiát, a primer ok fizioterápiás kezelése és megoldása szükséges a vállfunkció növelésére és beszűkülésének megelőzésére. (LE: 4 – Erős ajánlás)

Ajánlás35

Magasan irritált szövetek esetén ajánlott az aktív és passzív technikák kivitelezésekor alkalmazott erőhatást adaptálni a tünetekhez és alacsony energiájú, fájdalmat nem provokáló erőhatásokat alkalmazni a fájdalomtalan mozgáspálya szakaszon. (LE: 1a – Erős ajánlás) [1]

Erősítő gyakorlatok intenzitását és gyakoriságát szintén igazítjuk (alacsony intenzitással, gyakran napjában többször, alacsony ismétlésszámmal végzett gyakorlatok). A fájdalom megjelenések szintje alatt végzett aktív mozgások végzése ajánlott. Stretching gyakorlat intenzitásának meghatározásánál szintén a szöveti irritáció szintjének figyelembevétele javasolt.

Ajánlás36

A gyógytornász által vezetett, irányított, felügyelt vállmozgások javasoltak a vállfunkció javítására. (LE: 1a – Erős ajánlás) [52]

Előzetes bizonyítékok azt mutatják, hogy a felügyelt gyakorlatok előnyösebbek a váll ROM és a funkció fejlesztés szempontjából, mint a nem felügyelt, kizárólag a beteg otthonában végzett gyakorlatok.

Ajánlás37

Javasolt a beteg biopszichoszociális megközelítése. A befagyott váll negatív irányban befolyásolja a beteg egészséggel kapcsolatos életminőségét. A szekunder befagyott váll megjelenése és a depresszió között kimutatott összefüggés igazolt. (LE: 4 – Erős ajánlás) [60, 61, 62, 63].

Ajánlás38

Az elsővonalbeli betegellátás során és a befagyott váll felismerését követően, javasolt a beteget gyógytornászhoz és/vagy szakorvoshoz utalni. (LE: 1a – Erős ajánlás) [1, 5, 6, 8].

Az elváltozás lezajlásának korai, gyulladással járó fázisában, erős fájdalmak esetén, fizioterápia és a kortikoszteroid-injekció kombinációja ajánlott. Minden esetben, amikor a vállízület mozgástartománya beszűkült a beteg fizioterápiára utalása javasolt. Amennyiben nem reagál az ízület a fizioterápiára és továbbra is nagymértékű az ízület mozgástartomány vesztesége, további szakorvosi ellátás szükséges. Szekunder befagyott váll esetében vállsebészeti vizsgálat javasolt a primer, kiváltó ok megismerésére és az esetleges sebészeti megoldás tervezésére.

VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ**1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban**

A vállízület fizioterápiája a progresszivitási szintnek megfelelő járóbeteg-szakellátás és fekvőbeteg-ellátás területén végezhető. Kivitelezéséhez, szakszerű alkalmazásához megfelelően képzett – BSc, MSc diploma – gyógytornász-fizioterapeuta szükséges.

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

A szakszerű vállízületi fizioterápiához szükséges kompetenciák megszerzéséhez és birtoklásához elengedhetetlen a gyógytornász-fizioterapeuta végzettség. A magyarországi gyógytornász-fizioterapeuta képzés az egyetemeken Egészségtudományi Karain, a Fizioterápiás/Fizioterápiai Tanszéken zajlik. A BSc és MSc képzés során a hallgatók elsajátítják az váll fizioterápiás ellátásának, és kezelésének alapszintű ismereteit. A Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társaságával egyetértve, jelen egészségügyi szakmai irányelv fejlesztői fontosnak tartják a váll fizioterápiájáról 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, valamint mozgásszervi betegek ellátására alkalmas felszerelt tornaterem.

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

A fejlesztőcsoport tagjai felhívják a figyelmet arra, hogy a szekunder prevenció jelentősége nagy, célszerű lenne széles körben tájékoztatni a betegeket arról, hogy a szekunder befagyott váll sok esetben megelőzhető, ha a betegnek vállpanaszai vannak, minél korábban keresse fel orvosát vagy gyógytornászát. A váll fizioterápiája alkalmas a befagyott váll 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

1. Kérdőív: A kar, a váll és a kéz mozgáskárosodását felmérő kérdőív – Quick DASH

1. Adatlap: Fizioterápiás dokumentáció

2.3. Táblázatok

Nem készültek.

2.4. Algoritmusok/ábrák

1. ábra: Vizuál Analóg Skála

2.5. Egyéb dokumentum

Nem készültek.

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, auditkritériumok

Milyen arányban teljesül a váll funkciójának és szöveteinek komplex fizioterápiás, funkcionális vizsgálatának elvégzése a szövetek irritációs szintjének figyelembevételével, meghatározásával?

Milyen arányban történik a váll fizioterápiás kezelése alatt a szöveti irritáció figyelembevétele, a terápiás módszerek fájdalomhatárig végzése, a terápiás módszerek intenzitásának és dózisának a szöveti állapothoz adaptálása?

Milyen arányban valósul meg a vállbetegyek egyénre adaptált fizioterápiás kezelése?

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügyi szakmai irányelv tervezett 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 fejlesztőcsoporttagok folyamatosan követik a szakirodalomban megjelenő, illetve a klinikai gyakorlatban bekövetkező változásokat, tartják a kapcsolatot, szükség szerint megbeszélést tartanak. Az adaptált nemzetközi irányelvek aktualizálása, frissítése, valamint a hazai jogi környezetben és az ellátórendszerben bekövetkező jelentősebb változás esetén jelen egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata és kiegészítése soron kívül történik.

IX. IRODALOM

- [1.] Kelley MJ., Shaffer MA., Kuhn JE., Michener LA., Seitz AL., Uhl TL., Godges JJ., McClure PW. Shoulder Pain and Mobility Deficits: Adhesive Capsulitis. J Orthop Sports Phys Ther 2013;43(5):A1-A31. doi:10.2519/jospt.2013.0302
- [2.] Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – Szakmai irányelv a bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek fejlesztéséhez. Egészségügyi Közlöny, 2004. január 22. https://www.agreertrust.org/wp/content/uploads/2013/06/AGREE_Instrument_Hungarian.pdf accessed 7/02/2019
- [3.] Phillips B., et al. Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence. Updated by Jeremy Howick March 2009.

- [4.] 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.
- [5.] Sanaa A. Alsubheen and Joy C. MacDermid. Appraisal of Clinical Practice Guideline: Shoulder Pain and Mobility Deficits: Adhesive Capsulitis. *Journal of Physiotherapy* 66 (2020) 272. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.05.010> Australian Physiotherapy Association
- [6.] Hanchard NC, Goodchild L, Thompson J, O'Brien T, Davison D, Richardson C. Evidence-based clinical guidelines for the diagnosis, assessment and physiotherapy management of contracted (frozen) shoulder: quick reference summary. *Physiotherapy* 2012; 98: 117–20.
- [7.] Dennis LBS, Rangan A, Rookmoneea M, Watson J. Managing idiopathic frozen shoulder: a survey of health professionals' current practice and research priorities. *Shoulder Elbow* 2010; 2: 294–300.
- [8.] Rangan A, Brealey SD., Keding A., Corbacho B., Northgraves M., Kottam, L., Goodchild L., Srikesavan C. et al. Management of adults with primary frozen shoulder in secondary care (UK FROST): a multicentre, pragmatic, three-arm, superiority randomised clinical trial. www.thelancet.com Vol 396 October 3, 2020
- [9.] Lucas J., Doorn P., Hegedus, E., Lewis J., Windt D. A systematic review of the global prevalence and incidence of shoulder pain. *BMC Musculoskeletal Disorders* (2022) 23:1073 <https://doi.org/10.1186/s12891-022-05973-8>
- [10.] Aydeniz A, Gursoy S, Guney E. Which musculoskeletal complications are most frequently seen in type 2 diabetes mellitus? *J Int Med Res*. 2008;36:505-511. <http://dx.doi.org/10.1177/147323000803600315>
- [11.] Walker-Bone K, Palmer KT, Reading I, Coggon D, Cooper C. Prevalence and impact of musculoskeletal disorders of the upper limb in the general population. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2004;51:642–51.
- [12.] Manske RC, Prohaska D. Diagnosis and management of adhesive capsulitis. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*. 2008; 5: 1–10.
- [13.] Millar, N. L. et al. (2022) Frozen shoulder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8, 59. (doi: 10.1038/s41572-022-00386-2)
- [14.] King, W. V. & Hebron, C. Frozen shoulder: living with uncertainty and being in "no-man's land". *Physiother. Theory Pr.* 14, 1–15 (2022)
- [15.] Rometscha C.,A. Martin, F. Junne, F. Cosci. Chronic pain in European adult populations: a systematic review of prevalence and associated clinical features *PAIN* 166 (2025) 719–731.
- [16.] Lucas J., van Doorn, P., Hegedus, E. et al A systematic review of the global prevalence and incidence of shoulder pain *BMC Musculoskeletal Disorders* (2022) <https://doi.org/10.1186/s12891-022-05973-8>
- [17.] Brindisino F., F. Garzonio, A. Turolla, F. Struyf, D. Venturin Perspectives, perceptions, and expectations of subjects with frozen shoulder: a web-based Italian survey *Arch Physioter* 2024; 14: 116-130 ISSN 2057-0082 | DOI: 10.33393/aop.2024.3244
- [18.] van der Windt DA, Koes BW, Boeke AJ, Deville W, De Jong BA and Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: prognostic indicators of outcome. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 519–23
- [19.] Walker-Bone, Danielle AWM van der Windt. Shoulder Pain -Where Are We Now? *Curr Treat Options in Rheum* (2021) 7: 306 285 DOI 10.1007/s40674-021-00184-z
- [20.] Samya B., W. Karla, K. Philippa, Scholz-Odermatt S. A large-scale assessment of the healthcare burden of adhesive capsulitis of the shoulder joint *Swiss Med Wkly*. 2020;150:w20188 doi:10.4414/smw.2020.20188
- [21.] Zreik NH, Malik RA. Adhesive capsulitis of the shoulder and diabetes: a meta-analysis of prevalence. *Muscles Ligaments Tendons J* 2016;6:26–34.
- [22.] Cohen C, Ejnisman B. Epidemiology of frozen shoulder. In: Itoi E, Arce G, Bain GI, Diercks RL, Guttman D, et al. *Shoulder stiffness*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2015:21–30
- [23.] Hand C, Clipsham K, Rees JL and Carr AJ. Long term outcome of frozen shoulder. *J Shoulder Elbow Surg* 2008;17: 231–6.
- [24.] Prodromidis, A.D.; Charalambous, C.P. Is There a Genetic Predisposition to Frozen Shoulder?: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JBS Rev.* 2016, 4, e4.
- [25.] de la Serna, D. Navarro-Ledesma, S., Alayon, F., Lopez, E. & Pruijboom, L. A comprehensive view of frozen shoulder: a mystery syndrome. *Front. Med.* 8, 663703 (2021).
- [26.] Le, H.V. Lee, S.J.; Nazarian, A.; Rodriguez, E.K. Adhesive capsulitis of the shoulder: Review of pathophysiology and current clinical treatments. *Shoulder Elbow*. 2017, 9, 75–84.
- [27.] Kraal T., Lübbbers J., Bekerom MPJ., Alessie J., Kooyk Y., Eygendaal D., Koorevaar RCT. The puzzling pathophysiology of frozen shoulders – a scoping review. *Kraal et al. Journal of Experimental Orthopaedics* (2020) 7:91. <https://doi.org/10.1186/s40634-020-00307-w>

- [28.] Binder AI, Bulgen DY, Hazleman BL, Tudor J, Wraight P (1984) Frozen shoulder: an arthrographic and radionuclear scan assessment. *Ann Rheum Dis* 43:365–369.
- [29.] Zuckerman JD, Rokito A. Frozen shoulder: a consensus definition. *J Shoulder Elbow Surg* 2011;20(02):322–325.
- [30.] Bunker T. Frozen shoulder. *Orthopaedics and Trauma*. 2011;25(1):11–8.
- [31.] Neviasser, A. S. & Hannafin, J. A. Adhesive capsulitis: a review of current treatment. *Am. J. Sports Med.*(2010), 38, 2346–2356
- [32.] Poku D., Hassan R., Migliorini F., Maffulli N. Efficacy of hydrodilatation in frozen shoulder: a systematic review and meta-analysis. *British Medical Bulletin*, 2023, 147:121–147 <https://doi.org/10.1093/bmb/ldad018>
- [33.] Dueñas L., Balasch-Bernat M., Aguilar-Rodríguez M., Struyf F., Meeus M., Lluch E. A Manual Therapy and Home Stretching Program in Patients With Primary Frozen Shoulder Contracture Syndrome: A Case Series. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* |49 | 3 |2019 | 1:192-201.
- [34.] Jeremy Lewis. Frozen shoulder contracture syndrome – Aetiology, diagnosis and management. *Manual Therapy Volume 20, Issue 1, February 2015, Pages 2-9.*
- [35.] M. Mertens, M. Meeus, O. Verborgt, E. H. M. Vermeulen, R. Schuitemaker, K. M. C. Hekman, D.H. van der Burg, F. Struyf. An overview of effective and potential new conservative interventions in patients with frozen shoulder. *Rheumatology International* (2022) 42:925–936. <https://doi.org/10.1007/s00296-021-04979-0>.
- [36.] M. Schiltz , L. Goudman, M. Moens, Jo Nijs. The diagnostic value of physical examination tests in adhesive capsulitis: a systematic review. *European Journal of physical and rehabilitation Medicine* 2023 Sep 22 doi: 10.23736/s1973-9087.23.07940-6
- [37.] Venturin D., Giannotta G., Pellicciari L., Rossi A., Pennella D., Gofredo M. and Poser A. Reliability and validity of the Shoulder Pain and Disability Index in a sample of patients with frozen shoulder Venturin et al. *BMC Musculoskeletal Disorders* (2023) 24:212. <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06268-2>
- [38.] Tveitå EK, Ekeberg OM, Juel NG, Bautz-Holter E. Responsiveness of the shoulder pain and disability index in patients with adhesive capsulitis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2008;9:161.
- [39.] Camarinos J, Marinko L. Effectiveness of manual physical therapy for painful shoulder conditions: A systematic review. *J Manual Manip Ther*. 2009;17(4):206–15. doi:10.1179/1066981
- [40.] Cleland J, Durall CJ. Physical therapy for adhesive capsulitis: Systematic review. *Physiotherapy*. 2002;88(8):450–7. doi:10.1016/S0031-9406(05)60847-4
- [41.] M. Favejee, M. A. Huisstede, B. W. Koes. Frozen shoulder: the effectiveness of conservative and surgical interventions- systematic review. *Br J Sports Med* (2010). doi:10.1136/bjism.2010.071431
- [42.] Kirker K., O'Connell M., Bradley L., Torres-Panchameb RE., and Masaracchio M. Manual therapy and exercise for adhesive capsulitis: a systematic review with meta-analysis. *Journal of Manual & Manipulative Therapy* 2023, VOL. 31, NO. 5, 311-327. <https://doi.org/10.1080/10669817.2023.2180702>
- [43.] Hawk C., Minkalis AL, Khorsan R., MA, Daniels CJ., Homack, D., Gliedt JA., Hartman JA. and Bhalerao S. Systematic Review of Nondrug, Nonsurgical Treatment of Shoulder Conditions. *J Manip and Phys Therapeutics* 2017. 40.5: 293-319.
- [44.] Kubuka BS., Carrasco-Uribarrena A., Cabanillas-Bareaa S., Ceballos-Laitab L., Jimenéz-del-Barriob S. and Pérez-Guillén S. The effects of end-range interventions in the management of primary adhesive capsulitis of the shoulder: a systematic review and meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*. 2024, VOL. 46, NO. 15, 3206–3220. <https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2243826>.
- [45.] Zavala-González J., Pavez-Baezab F., Gutiérrez-Espinozac H., Olgún-Huerta C. The effectiveness of joint mobilization techniques for range of motion in adult patients with primary adhesive capsulitis of the shoulder: a systematic review and meta-analysis. *Medwave* 2018;18(5):e7265. Doi 10.5867/medwave.2018.05.7265
- [46.] Satputea K., Reid S., Mitchell T., Mackay G., and Halle T. Efficacy of mobilization with movement (MWM) for shoulder conditions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Manual & Manipulative Therapy* 2022, VOL. 30, NO. 1, 13–32. <https://doi.org/10.1080/10669817.2021.1955181>
- [47.] N. Stathopoulos, Z. Dimitriadis, and G.A. Koumantakis. Effectiveness of Mulligan's Mobilization With Movement Techniques on Range of Motion in Peripheral Joint Pathologies: A Systematic Review With Meta-analysis Between 2008 and 2018. *Mobilization With Movement and Peripheral Joints* 2019.
- [48.] Cavalleri E., Servadio A., Berardi A., Tofani M., Galeoto G. The Effectiveness of Physiotherapy in Idiopathic or Primary Frozen Shoulder: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Muscles, Ligaments and Tendons Journal* 2020;10 (1). DOI: 10.32098/mltj.01.2020.04

- [49.] Olguín-Huerta C., Araya-Quintanilla F., Moncada-Ramírez V., Estrella-Flores E., Cuyúl-Vásquez I., Gutiérrez-Espinoza H. Effectiveness of scapular mobilization in patients with primary adhesive capsulitis A systematic review and meta-analysis. *Medicine* (2023) 102:22. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000033929>
- [50.] Ashkan Baradaran, Mohammad H. Ebrahimzadeh, Soheil Sabzevari, Aslan Baradaran, Shiva Razi, Amir R. Kachooei. Is there any advantage between using continuous passive motion and conventional physical therapy in patients with primary adhesive capsulitis?: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 2023. 36. 133-141.
- [51.] Hegmann KT. Shoulder disorders guideline. American College Of Occupational Environment Medicine. 2016. Aug.1. Reed Group Ltd.
- [52.] Michel G. Mertens, Lotte Meert, Filip Struyf, Ariane Schwank, Mira Meeus. Exercise Therapy Is Effective for Improvement in Range of Motion, Function, and Pain in Patients With Frozen Shoulder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Volume 103, Issue 5, May 2022, Pages 998-1012.e14
- [53.] Lee JH., Jeon HG. and Yoon YJ. Effects of Exercise Intervention (with and without Joint Mobilization) in Patients with Adhesive Capsulitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare* 2023, 11, 1504. <https://doi.org/10.3390/healthcare11101504>
- [54.] Page MJ, Green S, Kramer S, Johnston RV, McBain B, Chau M, Buchbinder R. Manual therapy and exercise for adhesive capsulitis (frozen shoulder). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 8. Art. No.: CD011275. DOI: 10.1002/14651858.CD011275
- [55.] Page MJ, Green S, Kramer S, Johnston RV, McBain B, Buchbinder R. Electrotherapy modalities for adhesive capsulitis (frozen shoulder) (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 10. Art. No.: CD011324. DOI: 10.1002/14651858.CD011324.
- [56.] J.-H. Sung, J.-M. Lee and J.-H. Kim. The Effectiveness of Ultrasound Deep Heat Therapy for Adhesive Capsulitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 1859. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031859>
- [57.] Hoffman, M. D. & Hoffman, D. R. Does aerobic exercise improve pain perception and mood? A review of the evidence related to healthy and chronic pain subjects. *Curr. Pain Headache Rep.* 11, 93–97 (2007)
- [58.] Vermeulen, H. M., Schuitemaker, R., Hekman, K. M. C., van der Burg, D. H. & Struyf, F. De SNN Praktijkrichtlijn Frozen Shoulder voor Fysiotherapeuten (Schoudernetwerken Nederland, 2017)
- [59.] Challoumas D; Biddle M.; McLean M.; Millar NL. Comparison of Treatments for Frozen Shoulder A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*. 2020;3(12):e2029581. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.29581
- [60.] Laura De Cristofaro, Fabrizio Brindisino, Davide Venturin, Arianna Andriese, Leonardo Pellicciari & Antonio Poser (06 Jun 2024): Prognostic factors of nonsurgical intervention outcomes for patients with frozen shoulder: a retrospective study, *Disability and Rehabilitation*, DOI: 10.1080/09638288.2024.2360044
- [61.] F. Brindisino, E. Silvestri, C. Gallo, D. Venturin, G. Di Giacomo, A. M. Peebles, M. T. Provencher, and T. Innocenti: Depression and Anxiety Are Associated With Worse Subjective and Functional Baseline Scores in Patients With Frozen Shoulder Contracture Syndrome: A Systematic Review. *Arthroscopy, Sports Medicine, and Rehabilitation*, Vol 4, No 3 (June), 2022: pp e1219-e1234
- [62.] S.A. Lyne, F.M. Goldblatt and E. M. Shanahan. Living with a frozen shoulder – a phenomenological inquiry. *BMC Musculoskeletal Disorders* (2022) 23:318.
- [63.] F. Aima, R. Chevallier, B. Mariona, S. Klouchech, C. Bastardb, T. Bauer. Psychological risk factors for the occurrence of frozen shoulder after rotator cuff repair. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research* 108 (2022) 103212. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2022.103212>

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 irányelv hiánypótló lehet, korábban ebben a fizioterápiás témakörben nem született irányelv. A témaválasztási javaslat dokumentum kitöltése után a hivatalos dokumentum a Belügyminisztériumba továbbításra került. Ezt követően az irányelvfejlesztő csoport kialakítása, valamint az összeférhetlenségi nyilatkozatok kitöltése történt meg. Az irányelvfejlesztés a vizsgálati és terápiás eljárás

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 irányelvetervezet 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 adhesiv capsulitis/befagyott váll konzervatív kezelési lehetőségeire és az ezekkel elért eredményekre vonatkozó hazai és külföldi forrásokra koncentráltak.

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

A keresés során alkalmazott keresőszavak és ezek kombinációi a külföldi forrásokban:

a „adhesive capsulitis”, „frozen shoulder”, „meta-analysis”, „systematic review”, „guideline”, „exercises”, „prevention”, „diagnosis”, „clinical assessment”, „treatment”, „rehabilitation”, „manual therapy”, „home stretching program”, „inflammation”, „pain”, „conservative care”, „lifestyle”, „current practice”, „physiotherapy”, „physical therapy”, „electrotherapy”, „scapula”, „glenohumeral joint”, „fibrosis”, „contracture”, „thermotherapy”, „nonsurgical intervention”, „range of motion”, „continuous passive motion”, „mobility deficits”, „stretching”, „modality therapy”, „evidence based practice”

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 2025 februárjában 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 értékelt a kiválasztott irányelvek bizonyíték és ajánlásbesorolási rendszerét és ennek alapján eldöntötte, hogy a jelen egészségügyi szakmai irányelvben a Phillips, B., et al. Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence. Updated by Jeremy Howick March 2009 közlemény [3] által ajánlott rendszert alkalmazza. A más irányelvből/publikációból származó evidenciákat a fejlesztőcsoport megvizsgálta és a fent említett 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 jelölte a fejlesztőcsoport, pl. (LE: 2a). [3, 4]

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 ajánlások azok hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre. A végső döntéseket a fejlesztőcsoport 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. [4]

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. [4]

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

A véleményezést végző tagozatoktól beérkező módosítási javaslatokat a fejlesztőcsoport megvizsgálta és a szakmailag indokolt esetekben az irányelvtervezet módosítása mellett döntött. Az egészségügyi szakmai irányelv elfogadását a tagozatok egyetértési nyilatkozatban igazolták.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Nem került bevonásra.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

Nem készültek.

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készültek.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1. Kérdőív: A kar, a váll és a kéz mozgáskárosodását felmérő kérdőív – Quick DASH

A magyar nyelvre validált kérdőív hivatalos oldala: Hungarian QuickDASH_2012

A kar, a váll és a kéz mozgáskárosodását felmérő kérdőív

THE QuickDASH

OUTCOME MEASURE

HUNGARIAN
MAGYAR

VERSION
VÁLTOZAT

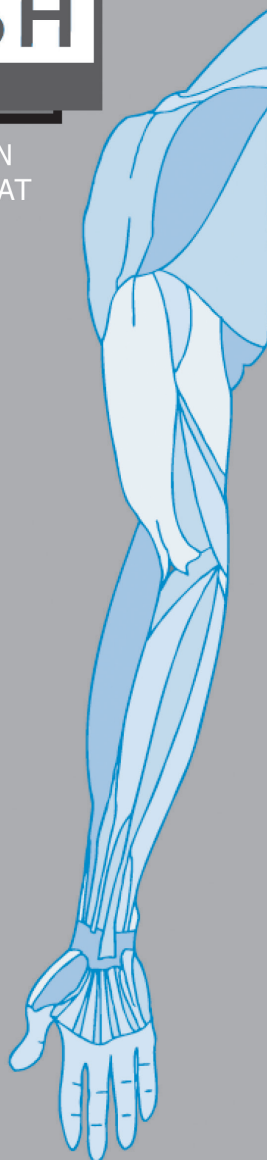
Kitöltési útmutató

Ebben a kérdőívben a betegségének tüneteiről kérdezzük meg Önt, és arról, hogy mennyire képes bizonyos tevékenységeket elvégezni.

Kérjük, hogy *minden kérdésre* a múlt heti állapotot figyelembe véve válaszoljon a megfelelő szám bekarikázásával.

Ha az elmúlt héten nem volt alkalma egy tevékenységet elvégezni, kérjük, hogy *a legjobb megítélése szerint becsülje meg*, melyik válasz lenne a legpontosabb.

Nem fontos, hogy a tevékenységet melyik kezével vagy karjával végzi; kérjük, az alapján válaszoljon, hogy mennyire képes a feladatot elvégezni, tekintet nélkül arra, hogy azt milyen módon végzi.



Kérjük, a megfelelő válasz alatti szám bekarikázásával határozza meg, hogy az **elmúlt héten** hogyan volt képes az alábbi tevékenységek végrehajtására.

	Nehézség nélkül	Kis nehézséggel	Közepes nehézséggel	Nagy nehézséggel	Képtelen volt
1. Kinyitni egy szorosan zárt vagy új befőttes üveget.	1	2	3	4	5
2. Nehéz házimunkát végezni (pl. falak lemosása, padló felmosása).	1	2	3	4	5
3. Bevásárlószatyrot vagy aktatáskát vinni.	1	2	3	4	5
4. Megmosni a hátát.	1	2	3	4	5
5. Késsel ennivalót felvágni.	1	2	3	4	5
6. Olyan szabadidős tevékenységet végezni, amely a kart, vállat vagy a kezét valamennyire igénybe veszi (pl. golfozás, teniszezés, kalapálás, szőnyegporolás stb.)	1	2	3	4	5

7. Milyen mértékben akadályozta Önt kar-, váll- és kézproblémája a szokásos közös tevékenységek elvégzésében a családdal, a barátokkal, a szomszédokkal vagy egyéb közösségekkel az **elmúlt héten**? (Karikázza be a megfelelő számot!)

Egyáltalán nem	Kissé	Közepesen	Nagyon	Rendkívülien akadályozta
1	2	3	4	5

8. Korlátozta-e Önt kar-, váll- és kézproblémája a rendszeres napi tevékenységek elvégzésében az **elmúlt hét** során? (Karikázza be a megfelelő számot!)

Egyáltalán nem	Kissé	Közepesen	Erősen korlátozta	Képtelenné tette
1	2	3	4	5

Kérjük, határozza meg a következő tünetek súlyosságát az **elmúlt hétre** vonatkozóan. (Karikázza be a megfelelő számot!)

	Nem volt	Enyhe	Közepes	Súlyos	Rendkívül súlyos volt
9. Fájdalomérzés a karokban, a vállakban vagy a kezekben.	1	2	3	4	5
10. Zsibbadásérzés (bizsergés, szurkáló érzés) a karokban, a vállakban vagy a kezekben.	1	2	3	4	5

11. Az alvását mennyiben zavarta a kar-, a váll- vagy a kézfájdalma az **elmúlt héten**? (Karikázza be a megfelelő számot!)

Nem	Kicsit	Közepesen	Nagyon zavarta	Egyáltalán nem tudott emiatt aludni
1	2	3	4	5

QuickDASH károsodási index/tüneti score = $\left(\left(\frac{n \text{ válasz számértékének összege}}{n} \right) - 1 \right) * 25$, ahol n a megadott válaszok száma. A QuickDASH score nem értékelhető ki, ha több mint 1 választat hiányzik.

MUNKÁVAL KAPCSOLATOS RÉSZ (VÁLASZTHATÓ RÉSZ)

A következő kérdések az Ön kar-, váll- és kézproblémáinak az Ön munkavégző képességére gyakorolt hatására kérdeznek rá. (Ideszámítva a házimunkát is, ha Önnek az a fő munkája.)

Kérjük, írja ide, hogy mi a foglalkozása, mi a munkája: _____

Nem dolgozom. (Átugorhatja a következő részt.)

Kérjük, karikázza be azt a számot, amelyik legjobban mutatja az Ön fizikális képességét az **elmúlt héten**.

Volt-e nehézsége abban, hogy...

...munkáját a szokott módon végezze?

Nem volt nehézsége	Kis nehézsége volt	Közepes nehézsége volt	Komoly nehézsége volt	Nem volt képes rá
1	2	3	4	5

...szokásos munkáját elvégezze, a kar-, váll- vagy kézfájdalma miatt?

Nem volt nehézsége	Kis nehézsége volt	Közepes nehézsége volt	Komoly nehézsége volt	Nem volt képes rá
1	2	3	4	5

...munkáját olyan jól végezze, ahogy szeretné?

Nem volt nehézsége	Kis nehézsége volt	Közepes nehézsége volt	Komoly nehézsége volt	Nem volt képes rá
1	2	3	4	5

...a szokásos időt töltse a munkájával?

Nem volt nehézsége	Kis nehézsége volt	Közepes nehézsége volt	Komoly nehézsége volt	Nem volt képes rá
1	2	3	4	5

SPORT / ELŐADÓ-MŰVÉSZETI RÉSZ (VÁLASZTHATÓ)

A következő kérdések az Ön kar-, váll- és kézproblémáinak a hangszeres játékára, a sporttevékenységére vagy mindkettőre gyakorolt hatására vonatkoznak.

Ha Ön több mint egyféle sportot űz, vagy több hangszeren játszik (vagy mindkettőt teszi), kérjük, hogy annak a tevékenységnek a figyelembevételével válaszoljon, amelyik a legfontosabb az Ön számára.

Kérjük, írja le ide azt a sportágat vagy hangszert, amelyik az Ön számára a legfontosabb:

Nem sportolok, nem játszom hangszeren. (Átugorhatja ezt a részt.)

Kérjük, karikázza be azt a számot, amelyik legjobban mutatja az Ön fizikai teljesítőképességét az **elmúlt héten**.

Volt-e nehézsége abban, hogy...

...a szokott módon játsszon a hangszerén vagy sportoljon?

Nem volt nehézsége	Kis nehézsége volt	Közepes nehézsége volt	Komoly nehézsége volt	Nem volt képes rá
1	2	3	4	5

...a kar-, váll- vagy kézfájdalma miatt játsszon a hangszerén vagy sportoljon?

Nem volt nehézsége	Kis nehézsége volt	Közepes nehézsége volt	Komoly nehézsége volt	Nem volt képes rá
1	2	3	4	5

...olyan jól játsszon a hangszerén vagy sportoljon, ahogy szeretné?

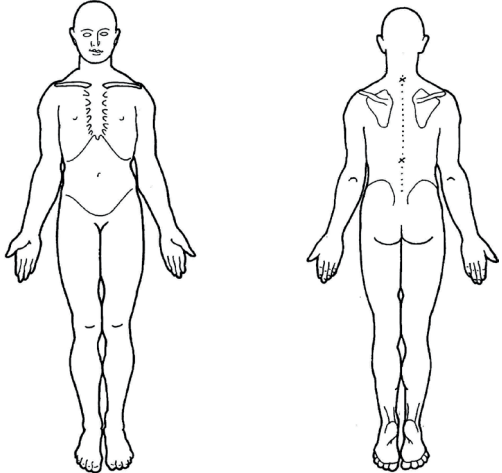

Nem volt nehézsége	Kis nehézsége volt	Közepes nehézsége volt	Komoly nehézsége volt	Nem volt képes rá
1	2	3	4	5

...a szokásos időt töltse hangszeres gyakorlással, játékkal vagy sportolással?

Nem volt nehézsége	Kis nehézsége volt	Közepes nehézsége volt	Komoly nehézsége volt	Nem volt képes rá
1	2	3	4	5

A választható részek pontozása: adja össze az egyes válaszokhoz tartozó megjelölt értékeket; ossza el 4-gyel (az adatok száma); vonjon ki 1-et; szorozza meg 25-tel. Választható részre vonatkozó pontérték nem számítható, ha hiányzó adat van.

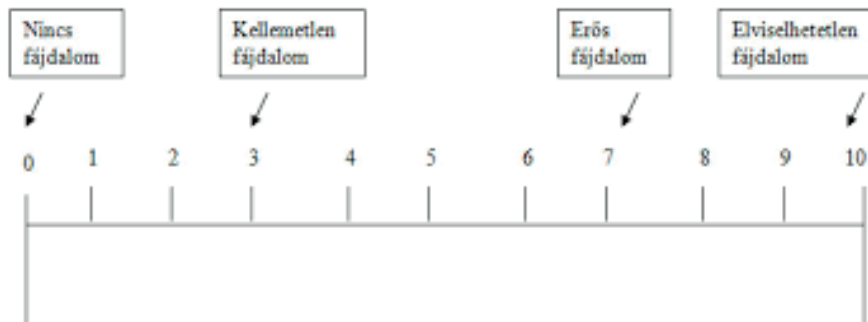
1. Adatlap:

Fizioterápiás dokumentáció	
1. Adatok:	
Név:	Lakcím:
Születési (hely, év, hó, nap):	TAJ-szám:
Diagnózis:	Kezelőorvos:
Kezelést végző gyógytornász:	
2. Anamnézis:	
Szubjektív panaszok:	
	
Jelölések:	
fájdalom: O ; érzészavar: ≈ ; mozgáskorlátozottság: □ ; kontraktúra: X	
Fájdalom:	
Jellege:	Kisugárzása:
Ideje:	Mire csökken/fokozódik:
Fájdalomskála (VAS):	
	
Pre VAS-érték:	
Post VAS-érték:	
Egyéb betegségek és elváltozások:	Korábbi műtétek:
Korábbi fizioterápiás kezelések:	
3. Inspekció:	
Testtartás:	Nyak, vállöv:
Felső végtag:	Törzs:
Medence, lumbális gerinc:	Alsó végtag:
Egyéb eltérések és elváltozások:	

4. Objektív vizsgálatok:												
Aktív ROM		Passzív ROM		Izomerő 0/5			Aktív ROM		Passzív ROM		Izomerő 0/5	
J	B	J	B	J	B		J	B	J	B	J	B
						Nyak: Flexió						
						Extenzió						
						Lat. Flex.						
						Rotáció						
						Törzs: Flexió						
						Extenzió						
						Lat. flex						
						Rotáció						
						Extenzió						
						Váll: Flexió						
						Abdukció						
						Addukció						
						Berotáció						
						Kirotáció test mellett						
						Kirotáció abd.						
5. Egyéb vizsgálat, speciális teszt eredménye:												
6. Következtetés, fizioterápiás (funkcionális) diagnózis:												
7. Kezelési cél:												
8. Kezelési terv, alkalmazandó eljárások, időtartam, gyakoriság:												
9. Záró állapot felmérése, értékelése, további terápiás javaslatok:												

1.3. Táblázatok

Nem készültek.

1.4. Algoritmusok/ábrák**1. ábra:** Vizuális Analóg Skála**1.5. Egyéb dokumentumok**

Nem készültek.
