

# A vizeletinkontinencia és a kismedencei szervi süllyedés ellátása hazánkban, napjainkban

Majoros Attila dr.

Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika, Budapest



Levelező szerző: Dr. Majoros Attila, Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika, 1082 Budapest, Üllői Út 78/b; e-mail: majoros.attila@semmelweis.hu

## ÖSSZEFOGLALÁS

A vizeletinkontinencia és a kismedencei szervi süllyedések (POP: pelvic organ prolapse) népbetegség mértékű előfordulással bírnak, és súlyos életminőség-romlást jelentenek az érintettek számára. Elsősorban az idős és idősödő korosztályban gyakori az előfordulásuk. Éppen ezért egyre nagyobb feladatot jelent ezen betegcsoport panaszainak gyógyítása, enyhítése, tünetmentesítése, hiszen a várható életkor folyamatos növekedésével évről évre több betegnél találkozunk a problémákkal. A páciensek életminőségének javítása egyre kiemeltebb jelentőséggel bír az egészségügyben. A szerző a hazai, rendelkezésre álló adatok birtokában, a teljesség igénye nélkül bemutatja a kontinencia és az urogenitalis prolapsus ellátásának jelenlegi helyzetét hazánkban, érintve a prevenciót, a kivizsgálást, a kezelést és a gondozást. Felhívja a figyelmet a legfontosabb hiányosságokra, és javaslatokat kínál azok megoldására.

## KULCSSZAVAK

VIZELETINKONTINENCIA, KISMEDENCEI SZERVI SÜLLYEDÉS, DIAGNOSZTIKA, TERÁPIA, ÉLETMINŐSÉG

## The management of urinary incontinence and pelvic organ prolapse in Hungary

### SUMMARY

Urinary incontinence and pelvic organ prolapse (POP) are a common condition and seriously impair the quality of life of those affected. They occur primarily in the elderly and aging population. Therefore, the treatment, alleviation, and symptom relief of the complaints of this patient group is an increasingly important task, since with the continuous increase in life expectancy, more and more patients are experiencing these problems every year. Improving the quality of life of patients is therefore of increasing importance in healthcare. Based on the available domestic data, the author presents the current situation of continence and urogenital prolapse care in Hungary, without claiming to be complete, covering prevention, diagnosis, treatment, and care. He draws attention to the most important shortcomings and offers suggestions for solving them.

### KEYWORDS

urinary incontinence, pelvic organ prolapse, diagnosis, therapy, quality of life

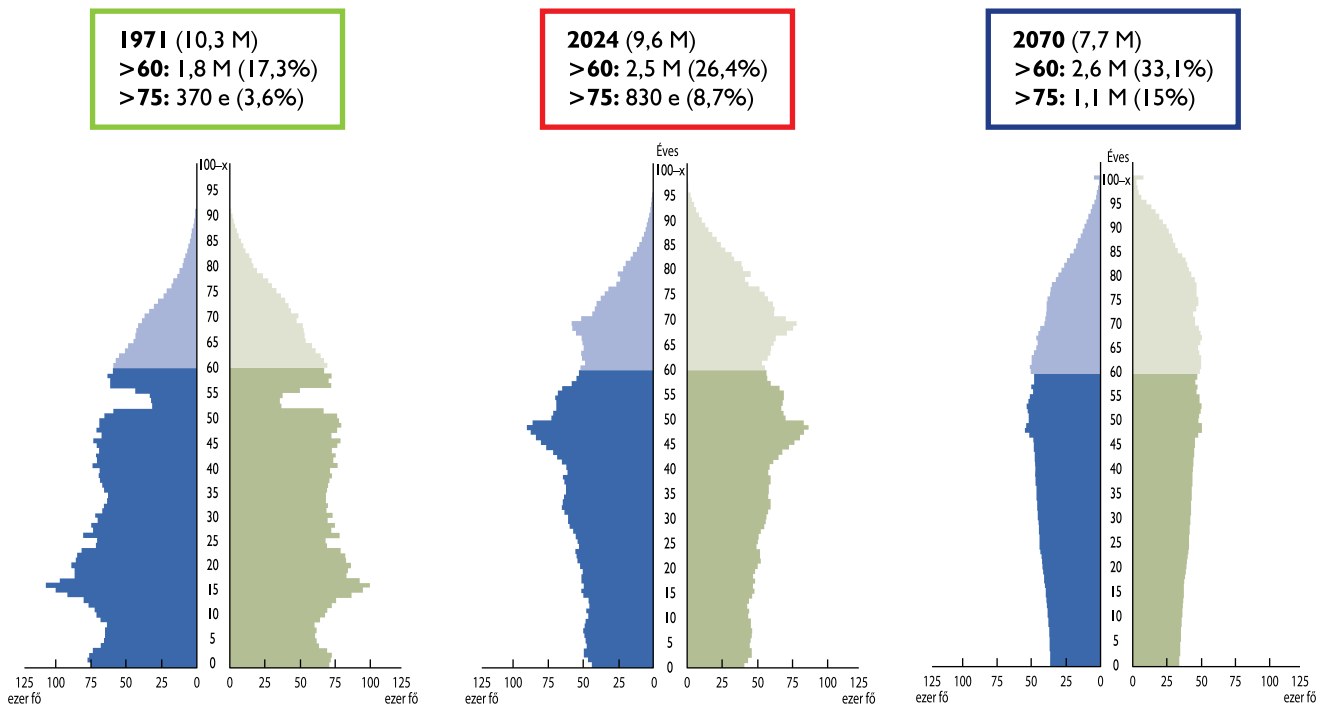
## Bevezetés

A vizelettárolási zavarok és a kismedencei szervi süllyedések (pelvic organ prolapse: POP) népbetegség mértékű előfordulással bírnak, ezért népegészségügyi problémát jelentenek. A vizeletinkontinencia megjelenése mindkét nemből az életkorral párhuzamosan emelkedik; nőknél hatszor gyakrabban észlelhető a panasz, mint férfiaknál. A prevalenciaadatok a nemzetközi statisztikák szerint is nagy szórást mutatnak a vizsgált populációk és az alkalmazott metodikák különbözősége miatt. Az átlagos prevalenciát életkortól függetlenül 11–12% között, míg túlműködő (hiperaktív) hólyag szindróma esetében 16%

nak adjuk meg (1). A kismedencei szervi süllyedések (cystocele, rectocele, enterocele, uterus vagy hüvelyacsonk descensusa) átlagos prevalenciája 3% körül mozog, és 50 éves életkor felett a nők felében észlelhető valamely mértékű POP, amely az esetek felében stressz-, míg negyedében kevert jellegű vizeletvesztéssel kombinálódik. Egy nőnek átlagosan 11% esélye van arra, hogy 80 éves koráig POP miatt műtéti beavatkozásra lesz szüksége (2, 3).

Mindkét kórállapot súlyos életminőség-romlást jelent az érintett egyének számára. A vizeletinkontinencia emellett szegyenérzettel tölti el a beteget, amely családi és társasági életének beszűküléséhez vezet, izolálódik, szociális kapcsolatai

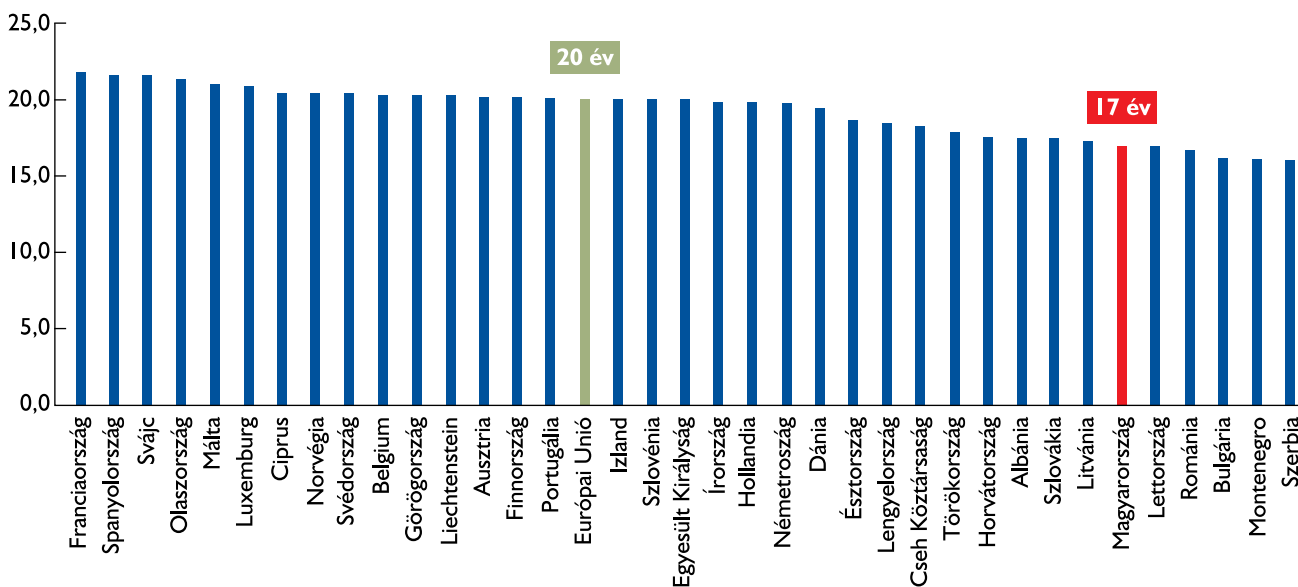
Magyarország népességének alakulása



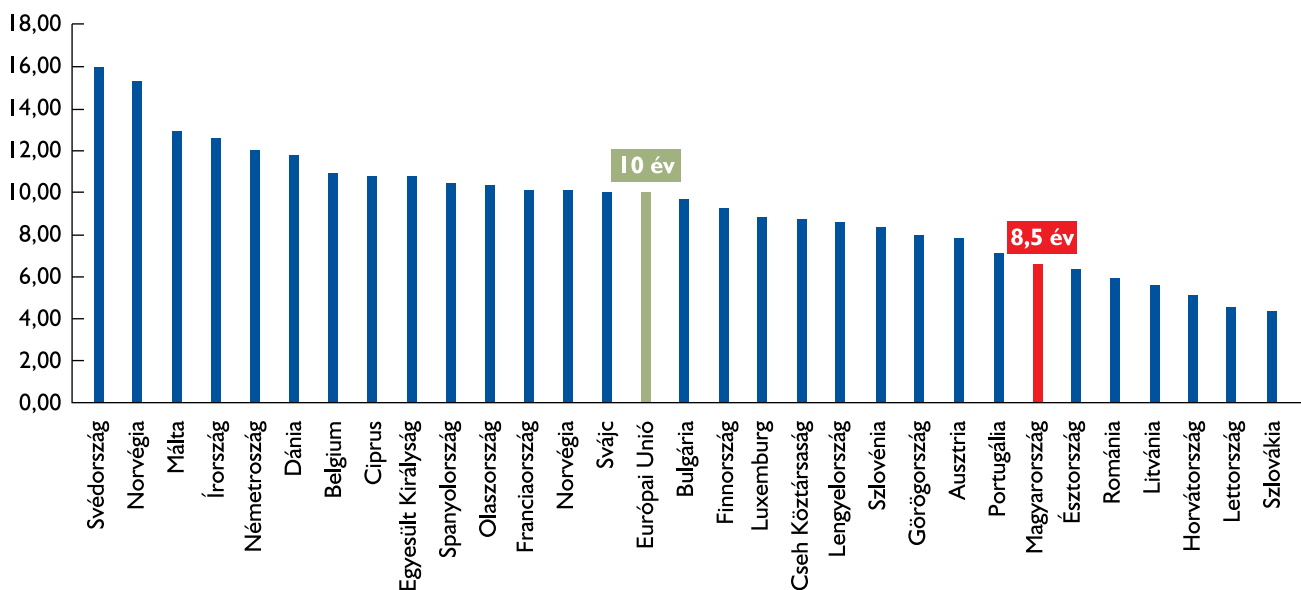
1. ÁBRA: MAGYARORSZÁG NÉPESSÉGÉNEK ALAKULÁSA 1971 ÉS 2070 KÖZÖTT (7)

leépülnek; kezelés nélkül akár súlyos depresszió is bekövetkezhet. Az egyénre, a családra, az ápoló környezetre, valamint a társadalomra rótt direkt és indirekt anyagi kiadások tovább növelik a probléma felismerésének és megoldásának fontosságát. A vizeletinkontinencia kezelési költségei évről évre növekednek, és az idős korosztályban (80 év felett) kétszer nagyobbak, mint a 65 év alattiak körében. Az EU-ban 2023-ban a vizeletinkontinencia kezelése 69,1 milliárd eurót tett ki,

míg a gondozási költségek 80 milliárd euróra rúgtak; mindkét tétel a női és a férfi betegek között 4:1 arányban oszlott meg. Az egy páciensre jutó éves kezelési költség átlagosan 1470 euró, míg a gondozási költség 1700 euró volt. 2030-ra a kezelési költségek akár 100 milliárd euróra emelkedhetnek (4). A POP ellátása is jelentős egészségügyi erőforrásokat igényel. Például 2005 és 2006 között az Egyesült Államokban az urogenitalis prolapsusok miatti ambuláns ellátás éves



2. ÁBRA: 65 ÉVES KORBAN VÁRHATÓ TOVÁBBI ÉLETÉVEK SZÁMA AZ EURÓPAI UNIÓBAN ÉS NÉHÁNY NEM EU-ÁLLAMBAN, EUROSTAT 2026

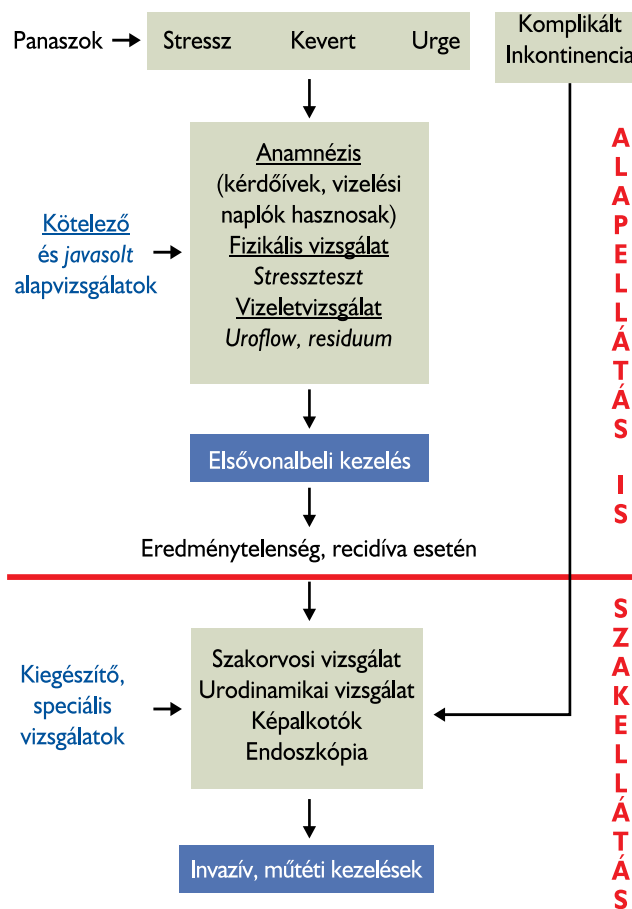


3. ÁBRA: 65 ÉVES KORBAN VÁRHATÓ TOVÁBBI EGÉSZSÉGES ÉLETEVEK SZÁMA AZ EURÓPAI UNIÓBAN ÉS NÉHÁNY NEM EU-ÁLLAMBAN, EUROSTAT 2026

költsége 300 millió dollár volt, a 70 évnél idősebb hölgyeknél pedig a leggyakoribb, fekvőbeteg-ellátásban végzett sebészi beavatkozásokat a POP-műtétek jelentették az 1979–2006 közötti időszakban (5, 6).

### Népeség, átlagéletkor, inkontinencia, életminőség

Hazánk népessége 1971-ben 10,3 millió fő volt, amely 2024-re 9,6 millióra csökkent, és ha a folyamatok nem változnak, akkor 2070-re további, közel kétmillióval csökkenéssel számolhatunk. A népességfogyás mellett az idősök aránya folyamatosan emelkedik a társadalmon belül. 2024-ben a lakosság alig több mint negyede volt 65 év feletti, 2070-ben azonban várhatóan minden 3. honfitársunk életkora meghaladja majd a 65. évet, a lakosság 15%-a, több mint egymillió ember, pedig 75 év feletti lesz (1. ábra) (7). Ez alapján jól érthető, hogy a különböző vizelettartási zavarok mindkét nemben emelkedni fognak, illetve nőknél a hüvelyi süllyedések előfordulásának jelentős emelkedése várható. Ha a nemzetközi statisztikákból vett adatokat a hazai népességi adatokra alkalmazzuk, kiszámolható, hogy 50 év múlva itthon a 65 év felettek között 450 000, míg a 75 év felettek között 800 000 hiperaktív hólyag szindrómás (overactive bladder syndrom: OAB) beteg várható. Európában a születéskor várható átlagéletkor folyamatosan növekszik. Az Eurostat 2016-os adatai alapján az EU-ban átlagosan további húsz életév várható azon emberek esetében, akik a 65. életévüket megélték. Hazánkban ez 17 évet jelent (2. ábra). Az előbb említett korosztályokban az egészségben eltöltött életek száma az EU-ban átlagosan



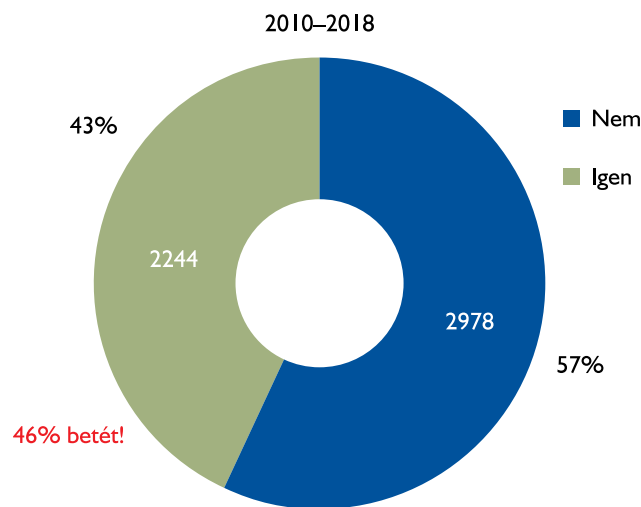
4. ÁBRA: A FELNŐTTKORI, NEM NEUROGÉN VIZELETINKONTINENCIA KIVIZGÁLÁSI ÉS KEZELÉSI ALGORITMUSA (2)

10, hazákban pedig 8,5 év (3. ábra) (8). Az egészségügynek feladata életminőséget biztosítani ehhez a nem kevés időhöz, amelynek feltétele a vizelettárolás kontrolljának visszaállítása, javítása, továbbá a zavaró anatómiai és funkcionális panaszokat okozó urogenitalis prolapsusok kezelése.

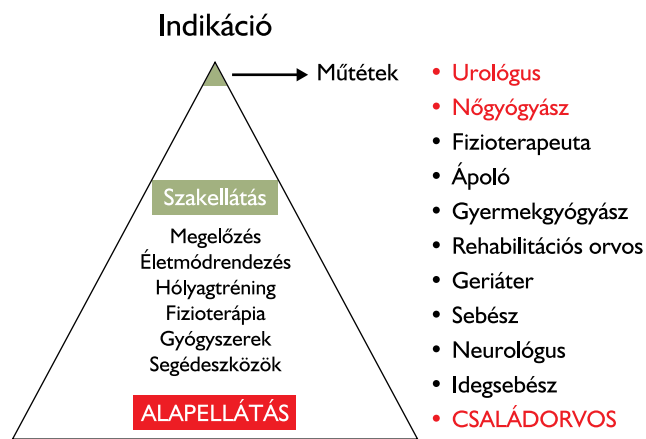
### Az alapellátás szerepe, fontossága

Az előzőekben említett szakmai feladatokat, minden ellátóra kiterjedően, különös tekintettel az alapellátásra, a Magyar Kontinencia és Urogynekológiai Társaság (MAKUT) vezetésével megalkotott interdiszciplináris irányelvek (EEMI: „Szakmai irányelv a felnőttkorban előforduló nem neurogén vizeletinkontinenciáról” 2020; BM, Egészségügyi Államtitkárság: „Szakmai irányelv az Urogynekológiáról” 2024) pontosan szabályozzák (2, 3). A 4. ábra algoritmusá világosan mutatja, hogy a vizelettárolási zavarral küzdő betegek kivizsgálását és kezelését egyszerű, könnyen elvégezhető alapvizsgálatokat (panaszok, anamnéziszfelvétel, vizeletvizsgálat, vizeletresiduumszám-mérés) követően, a komplikált inkontinenciára utaló „red flag” tünetek (haematuria, neurogén háttér, férfi beteg, komplikált húgyúti fertőzés, műtét vagy irradiáció után, állapot, jelentős mértékű POP, vizelettartási és ürítési zavar együttesen) kizárása után már az alapellátás szintjén el kell kezdeni. Különösen fontos ezt azért hangsúlyozni, mert a betegek fenti panaszaikkal első körben jelentős arányban házi orvosukhoz fordulnak. Magyarország Átfogó Egészségügyi Szűrőprogramja (MÁESZ) 2010–2020 szerint a nők 30%-a házi orvosát keresi fel, 35%-uk nőgyógyászhoz megy, míg 34%-uk az urológust választja először a panaszával. Férfiaknál a házi orvos-urológus arány: 40–60% (9). Ugyanakkor szomorú tény, hogy a megkérdezetteknek csupán 43%-a kapott valamilyen megoldást panaszára, azonban közel az esetek felében ez csupán segédeszközre (betétre, pelenkára) vonatkozó javaslatot jelentett (5. ábra) (9). Ez felhívja a figyelmet a szakemberek edukálásának fontosságára az alapellátásban és az elsővonalbeli szakmaspecifikus ellátásban egyaránt. Az oktatás szükségességét maguk a családorvos kollégák is megerősítették. Egy nem nagy elemszámú, nem reprezentatív felmérés alapján a házi orvosok 89%-a saját kompetenciának tartotta a kérdést, bár csupán 22% gondolta úgy, hogy a kontinenciaellátás témakörében megfelelő a tudása és a tapasztalata. Azonban minden kolléga szükségesnek tartotta az ezirányú szervezett továbbképzéseket. Az információhiány jelentőségére utal, hogy a megkérdezett kollégák csupán 11%-a hallott már a vizeleti naplóról, amely alapvető és nagyon hasznos diagnosztikai módszer.

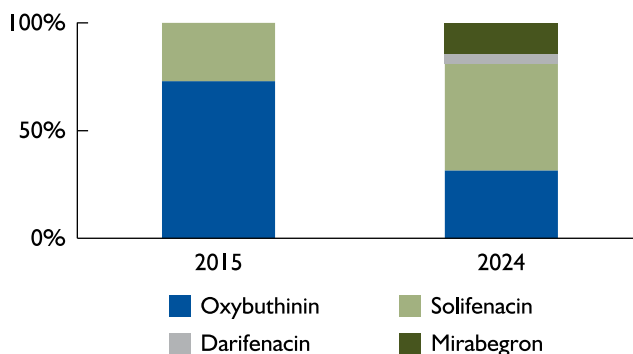
A MAKUT elhivatott a házi orvos kollégák szakspecifikus oktatásában. Az utóbb időben eddig 3 alkalommal tartottunk kifejezetten házi orvosoknak egynapos továbbképzést az alsó húgyúti tünetek kivizsgálására és kezelésére. A gyakorlatias, esetbemutatókat tartalmazó tanfolyamok után mindig pozitív visszajelzéseket kaptunk, ami megerősített minket továbbképző tevékenységünk folytatásában, szélesítésében. A MAKUT régóta tervezi az Egészségügyi Szakmai Kollégium Há-



5. ÁBRA: KAPOTT-E MEGOLDÁST A VIZELETINKONTINENCIA KEZELÉSÉRE AZ ELSŐ ELLÁTÁS SORÁN?



6. ÁBRA: A KONTINENCIA- ÉS A POP-ELLÁTÁS STRUKTÚRÁJA



7. ÁBRA: Az OAB GYÓGYSZERES KEZELÉSÉNEK HAZAI VÁLTOZÁSA (2015–2024)

ziorvosi Tagozatával karöltve egy olyan „kontinencia licence” megalkotását, amelyet a házi orvos kollégák egy rövid, de lényegre törő, gyakorlatias tanfolyam elvégzése után kaphatnának meg. Az itt megszerzett ismertanyag teljesen felkészültté

tenné a kollégákat az alapellátás szintjén alkalmazandó vizsgálatok és kezelések elsajátítására. A COVID, az Egészségügyi Szolgálati Jogviszony bevezetése és vele párhuzamosan a paraszolvenca rendszerének leépítése, illetve a magán- és állami finanszírozású egészségügy szétválásának jelentős változásokhoz vezetett a hazai egészségügyben. Több urológiai és nőgyógyászati fekvőbeteg-ellátó intézet zárta be kapuit, vagy csupán jelentősen csökkentett kapacitással dolgozik. A szakrendelők szintjén is nagy az orvos- és szakdolgozóhiány. Ezen folyamatok sajnos abba az irányba mutatnak, hogy a betegek nehezebben és később tudnak egészségügyi ellátáshoz jutni az államilag finanszírozott rendszerben. A működő intézetek nagyobb regionális területek ellátásáért felelősek, ami tovább növeli a rendszer túlterheltségét. Ebben a helyzetben különösen nagy jelentősége lenne az alapellátásban dolgozó szakmai fejlesztésének, továbbképzésének. A felkészült, képzett kollégák nagy segítséget jelentenek, hiszen a betegek többsége első vonalban jól kezelhető konzervatív, gyógyszeres terápiákkal; és ezen kezelési módszerek indikálására, alkalmazására a háziorvos kollégák kompetensek. Csupán a betegek kisebbik része (komplikált vizeletinkontinencia) utalandó azonnal szakellátásába. A műtétek és az egyéb invazív, csak urológus, illetve nőgyógyász szakorvos által indikálható kezelések csak a jéghegy csúcsát jelentik. Konzervatív és/vagy gyógyszeres kezelésekkal a betegek nagy része jól kezelhető (6. ábra). Az alapellátásban történő kontinencia-management csökkenti a felesleges szakellátásba történő beutalásokat, ezzel párhuzamosan csökkenti a speciális szakrendelések (pl. urodinamikai rendelések) terheltségét és a várólistákat (hiszen sokszor olyan betegeket utalnak urodinamikai vizsgálatra, akiknél még semmilyen elsővonalbeli kivizsgálás, kezelés nem történt).

## Diagnosztika, urodinámia

Az alapellátás után, ha a panaszok nem javulnak, vagy komplikált inkontinencia esetén akár első körben urológiai, nőgyógyászati szakvizsgálatra és speciális másodvonalbeli vizsgálatok (urodinamika, képalkotók, alsó húgyúti endoszkópia, neurológiai, idegsebészeti konzultáció stb.) elvégzésére lehet szükség. Az a tapasztalat, hogy a felsorolt vizsgálatok, konzultációk nagyrészt nem érhetők el szakrendelőkben, csak a fekvőbeteg-háttérrel rendelkező intézetekben, sőt sokszor csak egyetemi klinikákon. Lássuk be, hogy ez jelentősen növeli a magasabb progresszivitású osztályok terheltségét, hiszen olyan diagnosztikai módszereket kell elvégezniük, amelyek szakrendelőkben gond nélkül megoldhatók lennének. Utalok itt a cisztoszkópiára vagy akár az urodinamikai vizsgálatokra, a medencefenéki ultrahangvizsgálatra. Nonszensz, hogy ezek az esetek nagy részében a járóbeteg-szakrendelőkben nem hozzáférhetők, vagy egyéb személyi, tárgyi, illetve szervezési feltételek miatt ott nem végzik el őket. Ugyanakkor a magán-ellátásban sokkal könnyebben megteszik, bár ott is korlátozott számban állnak rendelkezésre.

Hogy mennyire rossz a helyzet, azt az urodinamikai vizsgálatok példáján keresztül szeretném bemutatni, kiemelve, hogy

a többi vizsgálat esetében is hasonló a helyzet. Az urodinamikai vizsgálatokra különösen igaz, hogy a beutalások fele nem megfelelő indikációval történik. Gyakran érkezik úgy beteg a vizsgálatra, akár több hónapos várakozás után, hogy még semmilyen elsővonalbeli alapos kivizsgálásban, és/vagy kezelésben nem részesült. Ilyen esetekben értelmetlen a vizsgálat elvégzése, ugyanakkor a foglalt időpont elvette a helyet más, helyes indikációval történő beutalástól. Ennek ellentétjét is gyakran látjuk. Sok beteg érkezik többszörös sikertelen inkontinenciagátló műtét után, egyre romló panaszokkal úgy, hogy még egyáltalán nem történt meg az alsó húgyutak funkcionális felmérése. Ugyanez igaz a neurogén eredetű alsó húgyúti panaszokra. Sok beteg, köztük fiatalok is, veszületett idegrendszeri betegségek vagy traumás gerincvelő-sérülés, ritkábban egyéb neurológiai okok miatt élnek állandó vizeletelvezetéssel (transurethralis vagy suprapubicus katéter) anélkül, hogy egy urodinamikai vizsgálatot kiegészített, korrekt neurourológiai vizsgálat megtörtént volna. Mivel nem állnak rendelkezésre megbízható hazai adatok, ezért saját felmérésünkre, illetve az ismert nemzetközi statisztikákra támaszkodhatunk. Jelenleg 2,5 milliós (agglomerációval együtt) fővárosunkban tudomásunk szerint négy osztályon hozzáférhető az urodinamikai vizsgálat. Kollégáktól kapott információk alapján maximum 40–50 vizsgálat/hét kapacitással számolhatunk. Megbecsülve a vidéki forrásokat, jóindulattal sem több, mint maximum 3000 mérés (és valószínűleg ez jelentős felülbecsülés) történik hazánkban évente, és ez is szinte 100%-ban az urológiai ellátás keretén belül. Összevetve az osztrák (4300 UD/év) és német (6500 UD/év) adatokkal, látható, hogy jelentősen kevesebb urodinamikai vizsgálatot végzünk, mint az indokolt lenne. Népeességárányosan az ausztriai adatokhoz képest 31%-os, a németországi adatokhoz képest pedig 64%-os elmaradásban vagyunk (10). Mi az oka ennek? Egyrészt a tárgyi feltételek hiánya. A mérőberendezés drága (ez persze relatív fogalom, különösen annak ismeretében, hogy már hazánkban is több osztályon finanszírozott pl. a robotsebészet), ezenkívül az egyszer használatos mérőkatéterek is több ezer forintba kerülnek. Bár a finanszírozás az alapvető urológiai vizsgálatokhoz képest lényegesen jobb, az amortizációt és a fogyó anyagokat számítva hosszú évek után sem várható a bekerülési költségek megtérülése. A másik fontos ok a személyi feltételek hiánya. Itt nemcsak a vizsgálatban jártas orvosra, hanem a mérést tevélegesen elvégző szakasszisztensekre is gondolok. Időigényes vizsgálatról van szó, amely két szakember napi tevékenységét is igényelheti, elvonva a humánerőforrásokat más gyakoribb, de kevésbé speciális feladatoktól.

A MAKUT elkötelezett az urodinamikai jártassággal bíró szakemberek képzésében, ezért rendszeresen tart gyakorlati jellegű urodinamikai alaptanfolyamokat, amelyek a segítik a hazai szakember-utánpótlást. A 2024-es tanfolyam várakozáson felüli részvétellel zajlott: 36 orvos és 28 szakdolgozó vett részt a képzésen, ami bizakodásra ad okot. Emellett a hazai vizeletinkontinencia és uroginékológiai irányelv naprakész, friss információt szolgáltat a vizsgálatok szükségességéről, indikációjáról, így segítve a vizsgálatokra beteget küldő kollégákat.

## Medencefenéki izomtorna (Pelvic floor muscle training: PFMT)

Jelenleg a vizeletinkontinencia és a POP kezelésében szükséges medencefenéki izomtorna és a hozzá szervesen kapcsolódó fizioterápiában járatos, államilag finanszírozott ellátást biztosító gyógytornászok száma 12–15 főben maximalizálható az egész országot tekintve. Ennek a számnak kb. a tízszerese áll rendelkezésre a privát ellátás keretein belül. Még a vezető uroginékológiai vagy kontinenciaellátást végző urológiai, illetve nőgyógyászati klinikák mindegyike sem rendelkezik saját, a szakterületen gyakorlattal bíró gyógytornásszal.

## Gyógyszeres kezelés

A gyógyszeres kezelésben hosszú éveken keresztül a legtöbb mellékhatást (és ezért a legnagyobb terápiás lemorzsolódást) okozó, ugyanakkor olcsó IR oxybutynin-származékok voltak a piacvezetők. A korszerűbb, kevesebb mellékhatást okozó, szelektívebb antikolinergikumok és a béta-3 adrenoreceptor-agonisták bevezetésével és elterjedésével átalakult a piac. Az IR oxybutynin 73%-os (2015) piaci részesedése 2024-ben 31,5%-ra csökkent (7. ábra). Ezen folyamatban nagy jelentősége volt a MAKUT által végzett rendszeres edukációnak, különös tekintettel a háziorvosok oktatására.

## Műtétek

Jó hír, hogy hazánkban a kontinencia és prolapsus ellátásában alkalmazható műtéti beavatkozások finanszírozottan elérhetők. Ezzel együtt vannak még anomáliák, amelyeknek rendezése szükséges. A női stressz-vizeletinkontinencia „gold standard” sebészi kezelését továbbra is a suburethralis, feszülésmentes szalagok jelentik. 2018-ban a COVID előtt 403 ilyen beavatkozás történt az országban az államilag finanszírozott egészségügyben, urológiai osztályokon. 2023-ban ez a szám közel 10%-kal csökkent, ami felveti a gyanúját annak, hogy a betegek egy részét a magánellátásban operálták meg. Bár nem pontos, hanem becült adat, de sajnos úgy tűnik, hogy a stresszinkontinencia kezelésére jelenleg is végznek Stoeckel-műtétet (az összes ilyen műtét kb. 23%-a stresszinkontinencia miatt történik), kizárólag nőgyógyászati osztályokon (11). A súlyos stádiumú, férfi stresszinkontinencia kezelésére alkalmazott műsphincter-beültetések száma évről évre emelkedik, de még mindig nem értük el a hozánk lakosság alapján nagyjából hasonló méretű Ausztria évi műsphincter-implantáció számát (2023: 48 vs. 80 műtét). A betegutak ellenőrzése, a betegek és a kezelőorvosok tájékoztatása segíthet az ún. „rejtőzködő” betegek felkutatásában. A POP-sebészetben egyik leggyakrabban alkalmazott műtétnek, a laparoszkópos sacrocolpopexiának is jelentősen csökkent a száma az urológiai osztályokon az utóbbi években.

2018-ban évi 400, míg 2023-ban már csupán 280 ilyen műtét történt az állami urológiai ellátás keretein belül. A hiányzó betegek vagy nem kerültek műtéti ellátásra, vagy a magánegészségügyben operálták meg őket. Az urge inkontinencia / hiperaktív hólyag szindróma műtéti kezelésében észlelhető a legnagyobb lemaradás a nyugati országokhoz képest. A botox-intradetrusor kezeléseket csupán két urológiai klinikán végzik, és a beavatkozásnak jelenleg nincs finanszírozással bíró OENO-kódja (12). Még rosszabb a helyzet a sacralis neuromodulációval, amely ugyan végezhető, azonban mivel a jelenlegi szabályozás az idegsebészetben engedélyezett kvóta terhére teszi lehetővé ezen műtétek végzését, a keret évi pár darab beavatkozásban merül ki.

## Következtetések

- Javítani kell a kontinencia- és a prolapsusellátás edukációját az alap és a szakellátáson belül egyaránt. Ez részben posztgraduális továbbképző tanfolyamokkal, szakmaspecifikus licence-képzések és vizsgák (háziorvosi kontinenciaellátás licence, vagy uroginékológiai licence nőgyógyász/urologus szakorvosok számára) megalkotásával, a graduális és a szakorvosi képzések curriculumának frissítésével, a kontinencia- és prolapsusellátás szakmai anyagainak szélesebb körű bevonásával lehetséges. A vizeletinkontinencia elsővonalbeli ellátását az alap- vagy az alapszintű szakellátás keretében kell megoldani.
- Az ápolási kompetenciák bővítése indokolt, így számos területen (pl. intermittáló katéterezés tanítása, nedvszívó segédeszköz és sztómaterápiás tanácsadás stb.) hatékonyabbá, szervezetesebbé, tervezhetőbbé tehetjük a betegellátást.
- Az urodinamikai vizsgálatok helyes indikációjának ismertetésével és a mérések térben, időben történő jobb elérhetőségével javíthatjuk a vizsgálatokhoz történő könnyebb hozzáférést. Alapszintű urodinamikai vizsgálatnak minden megyei vagy kiemelt fővárosi kórházhoz csatlakozó szakrendelőben rendelkezésre kell állnia. Az egyetemi központokban a magasabb szintű, speciális urodinamikai vizsgálatoknak (pl. neurogén háttér, férfi vizeletinkontinencia stb.) elérhetőnek kell lenni. A vizeletinkontinencia és az urogenitalis prolapsusok ellátásával foglalkozó nőgyógyászati osztályokat, szakrendelőket ösztönözni kell az urodinamikai alapvizsgálatok bevezetésére.
- Államilag finanszírozott gyógytornász-hálózatot kell kialakítani, azon belül növelni kell a medencefenéki izomtorna betanításában és a fizioterápiában járatos gyógytornászok számát.
- A gyógyszeres kezelésben pozitív változások történtek. A korábban leggyakrabban alkalmazott, sajnos legtöbb mellékhatást okozó IR oxybutynin-származékok piaci részesedése a szelektívebb antikolinergikumok és a beta-3 adreno-

receptor-agonisták megjelenésével csökkent. Törekedni kell az IR oxybutynin-származékok lehetőség szerinti mellőzésére. A gyógyszeres terápiákat az első vonalban, akár az alapellátás keretén belül, alkalmazni kell.

- Műtėti beavatkozásokat, megfelelő kivizsgálás után, eredménytelen konzervatív kezelés után javasoljunk. A kontinencia- és a prolapsussebészeti műtétek műtétek kiemelt kontinenciasebészeti vagy urogynekológiai központokban történjenek.

## Irodalom

1. Cardozo L, Rowner E, Wagg A, et al. Incontinence. 7<sup>th</sup> Edition. 7<sup>th</sup> International Consultation on Incontinence 2021. ISBN: 978-0-9569604-4-0
2. Nyirády P, Majoros A, Bajory Z, et al. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a felnőttkorban előforduló, nem neurogén eredetű vizeletinkontinenciáról. Egészségügyi Közlöny 2020; 70(15): 2266–2328.
3. Egészségügyi szakmai irányelv Az urogynekológiáról. Belügyminisztérium, Egészségügyi Államtitkárság; Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi Közlöny 2024; 74(15).
4. Bishopa C, Rodriguez-Cairolia F, Hagensa A, et al. Prevalence, Socioeconomic, and Environmental Costs of Urinary Incontinence in the European Union. Eur Urol 2025; 88(2): 157–165.
5. Sung VW, Washington B, Raker CA. Costs of ambulatory care related to female pelvic floor disorders in the United States. Am J Obstet Gynecol 2010; 202(5): 483.e1–483.e4.
6. Oliphant SS, Jones KA, Wang L, et al. Trends over time with commonly performed obstetric and gynecologic inpatient procedures. Obstet Gynecol 2010; 116(4): 926–931.
7. Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 2024, [www.ksh.hu](http://www.ksh.hu)
8. Eurostat 2026, <https://ec.europa.eu/eurostat>
9. Barna I, Kékes E, Halmy E, et al. Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramjának (MÁESZ) 2019. évi és 2010–2019 közötti összefoglaló adatai. Lege Artis Medicinae 2020; 30(3): 89–102.
10. Baunacke M, Leuchtweis I, Kaufmann A, et al. Decreasing Number of Urodynamics in Urological and Gynaecological Clinics Reflects Decreased Importance for Surgical Indications: German Population-Based Data from 2013 to 2019. Urol Int 2022; 106(10): 1068–1074. <https://doi.org/10.1159/000520934>
11. Sipos A, Kovács Á, Nyirády P, et al. A női vizeletinkontinencia és urogenitális prolapszus sebészeti kezelésének hazai gyakorlata. Magyar Nőorvosok Lapja 2015; 78(1): 38–45.
12. Majoros A, Romics M, Ali A, et al. A Hiperaktív (túlműködő) hólyag kezelése botulinumtoxin-A-terápiával. Orvosi Hetilap 2021; 162(36): 1459–1465.