

SPORTORVOSI SZEMLE

HUNGARIAN REVIEW OF SPORTS MEDICINE

TARTALOMJEGYZÉK / CONTENTS

<i>MST hírek, kongresszusi- és pályázati felhívás</i>	137
Jákó Péter: A sportszakorvos képzés curriculumuma – hazai gyakorlat és az Európai Unió (UEMS) ajánlása	140
Jákó Péter: <i>Élsport sportorvosi ellátása</i>	142
<i>MST Közgyűlés – Elnöki beszámoló</i>	144
Jákó Péter: <i>Az MST Oktatási és Tudományos Bizottságának feladatai és működési rendje.</i>	148

Eredeti közlemények / Original papers

Jákó Péter: <i>Medical aspects of amateur boxing</i> <i>/ Az amatőr ökölvívás orvosi aspektusai</i>	150
Resch Mária: <i>A sport szerepe a táplálkozási magatartás zavaraiiban</i> <i>/ The role of sport in the eating disorders.</i>	162

Fórum / Forum

Dobos József, Kolláth György, Zentai Nóra, Jákó Péter, Rodics Dániel, Nemes András, Simon Emese, Gallov Rezső: <i>A titoktartási kötelezettséggel kapcsolatos etikai kérdésekről.</i>	167
---	-----

Beszámoló / Report

Börzsei Veronika: <i>Beszámoló egy három hetes lábsebészeti továbbképzésről</i>	176
--	-----

Impresszum

Szerkesztőbizottság elnöke / Chairman of Editorial Board

Berkes István

Felelős szerkesztő / Editor in Chief

Dobos József

Szerkesztőbizottság / Editorial Board

Farkas Anna

Halasi Tamás

Hidas Péter

Jákó Péter

Martos Éva

Mikulán Rita

Pavlik Attila

Pavlik Gábor

Pucsok József

Radák Zsolt

Tanácsadó testület / Advisory Board

Norbert Bachl (Ausztria / Austria)

Frenkl Róbert (Magyarország / Hungary)

Daniel Fritschy (Svájc / Switzerland)

Dusan Hamar (Szlovákia / Slovakia)

Tihanyi József (Magyarország / Hungary)

Jerzy Widuchowski (Lengyelország / Poland)

HU ISSN 0209-682 x

Kiadja a Magyar Sportorvos Társaság

1123 Budapest Alkotás út 48.

Kiadásért felel: Berkes István

Design, nyomdai előkészítés: Krea-Fitt Kft./Haász Péter

Nyomdai munka: Mackensen Kft.

Viofor JPS mágneses és fényterápiás készülékcsaláddal elért kutatási és kezelési eredmények bemutatására.

A pályázat célja

A Viofor terápia publikált/publikálható eredményeinek, új kutatások, új terápiás területeken történő alkalmazások dokumentálása.

A pályázat kiírója

A Med & Life cégcsoport az OSEI és Magyar Sportorvos Társaság erkölcsi támogatásával.

Határidők, értékelés

2008 szeptember 30-i határidővel benyújtott pályamunkákat az Értékelő Bizottság véleményezi. Eredményhirdetésére és a díj átadására a 2008 évi Dalmady emlékülésen kerül sor.

A Pályázaton indulhat

Minden sportolókkal foglalkozó orvos, pszichológus, gyógytornász, aki a kezelés során Viofor terápiát is igénybe vesz.

Pályázatra benyújtható:

2006. december 31. után publikált vagy készített Viofor-terápiás kutatási és kuratív eredményeket bemutató:

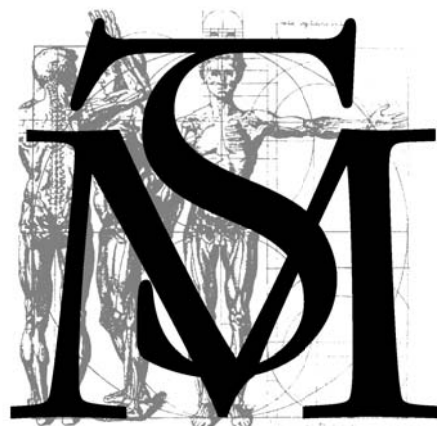
- cikk
- konferencia előadás
- kongresszusi előadás
- könyv
- TV vagy rádióműsor.

Értékelő Bizottság

- Prof. Dr. Pucsok József
- Prof. Dr. Berkes István
- Med & Life képviselője

A Med & Life cégcsoport, a legeredményesebbnek tartott pályamű szerzőjét munkája elismeréseként egy Viofor szettel jutalmazza, amelyet az OSEI által rendezett Dalmady emlékülésen fog átadni.

További felvilágosítás: info@viofor.hu



Adatnyilvántartó lap és belépési nyilatkozat

Tisztelt Tagtársaink!

Tagnyilvántartásunk pontosítása illetve naprakészen tartása érdekében kérjük, hogy postázási címük, munkahelyük, telefonszámuk illetve e-mail címük változását közöljék a dojodoktor@t-online.hu címen. Ez elősegíti a Sportorvosi Szemle kiküldését és egyéb, esetleg személyre szóló információk gyorsabb közlését.

A következő oldalon található adatlapot kérjük a Szerkesztőség címére (lásd impresszum) beküldeni.

Adatnyilvántartó lap és belépési nyilatkozat

Név:

Születési dátum:

Tudományos fokozat:.....

Levelezési cím:

Munkahely:

Osztály:

Cím:.....

Telefon:

E-mail:

Tudomásul veszem, hogy tagságom csak az éves tagdíj befizetése esetén érvényes.

A tagsági díj magában foglalja a Sportorvosi Szemle c. szaklap évi 4 számát.

Dátum:

Aláírás:

2007 december 13-án az Országos Sportegészségügyi Intézet Tornacsarnokában tartotta az MST közgyűlését.

A határozatképes közgyűlés egyhangúlag elfogadta az elnöki és pénzügyi beszámolót valamint a Felügyelő Bizottság beszámolóját.

A közgyűlés megszavazta a tagdíjak módosítását. 2008-tól az éves tagdíj 5000 Ft, nyugdíjasok, orvosok és nem orvosok (gyógytornászok, masszőrök, stb.) számára 1000 Ft. Hozzájárult a közgyűlés a Társaság Oktatási és Tudományos Bizottságának (OTB) létrejöttéhez illetve feladatainak és működési rendjének meghatározásához.

Az elnöki beszámolót és OTB-l kapcsolatos tudnivalókat jelen lapszámunkban közöljük, hogy a közgyűlésen részt venni nem tudó Tagtársaink is rendelkezzenek kellő tájékozottsággal.

Ezt követően került sor a Társaság 2007 évi díjainak átadására.

- Az MST „Sportorvoslásért” Emléklapját **dr. Simon Éva** nyerte el.
- Az MST Emléklapját **dr. Sípos Andrea** és **dr. Hidas Péter** érdemelte ki.
- „Csinády Jenő” díjat **dr. Petrekanits Máté** kapta.
- Az MST fiatal orvosok számára, Richter Gedeon Rt. támogatásával kiírt pályázatát **Ránky Márta Zsuzsa** „Élvonalbeli atléták étrendkiegészítő és gyógyszer fogyasztásának longitudinális vizsgálata dopping vizsgálati jegyzőkönyvek alapján” pályamunkájával nyerte el.
- Az MST Suzuki Hollós támogatásával kiírt díját **dr. Toman József** kapta.
- A Magyar Olimpiai Bizottság támogatásával kiírt „Jakab Erzsébet” díjat **Budavári Ágota**, a „Juhász József” díjat **dr. Hepp Ferenc**, a „Bodnár László” díjat **Hámori József** nyerte el.
- A Társaság „Dalmady Zoltán” emlékéremmel tüntette ki **dr. Dobos Józsefet**. Az emlékelőadás címe „Mozgásszervi elváltozások élsport szintű síkvízi kajak-kenuban” volt.

A belépési nyilatkozat a www.sportkorhaz.hu weboldaltól is letölthető.

2008. április 3-4. – Budapest, SE Testnevelési és Sporttudományi Kar (TF)

Regisztráció

Hagyományos mód: a mellékelt Jelentkezési Lap kitöltésével, és az Asszisztencia Kft. címére való visszaküldéssel történik.
On-line mód: az Asszisztencia Kft. weboldalán keresztül. (www.asszisztencia.hu)

Szállodai elhelyezés

Igényt az Asszisztencia Kft. kedvezményes áron biztosít szállodai elhelyezést a résztvevőknek. Kérjük jelezze igényét a megadott e-mail címen, vagy faxszámon.

Fizetés és számlázás

A beérkezett Jelentkezési Lapon megrendelt szolgáltatásokat az adatok rögzítését követően vizsgáljuk. A visszaigazollással együtt megküldjük az Ön által igényelt postai csekket, illetve átutalási számlát. Amennyiben költségeit intézete, szponzora vagy cége fizeti, kérjük jelölje meg a „Számlázási cím” rovatban a pontos számlázási nevet, címet, valamint a kapcsolattartó elérhetőségét, mivel számlánkat utólagosan nem módosíthatjuk.

Mivel a regisztrációs díj közvetített étkezést is tartalmaz (fogadás, kávészünetek), ezért a regisztrációs díj a számlán megbontva, részvételi díjként és közvetített étkezésként kerül feltüntetésre.

Banki átutalás esetén a fizetéseket az alábbi számlaszámra kérjük teljesíteni:

Asszisztencia Kft.
ERSTE Bank Rt., H-1136 Budapest, Váci út 48.
Számiaszám: 11991102-02157225

A banki átutalások, illetve a postai csekk feladóvényéért kérjük minden esetben tüntesse fel a jelentkező nevét, és a „SPORT” feliratot!

Lemondási feltételek

Csak az Asszisztencia Kft.-nek címzett írásos lemondások vehetők figyelembe.

- 2008. március 20. előtt érkezett lemondás esetén 80% visszatérítés
- 2008. március 20. után érkezett lemondás esetén nincs visszatérítés

Absztrakt beküldés

Beküldés módja kizárólag on-line. Előadásait kérjük, szíveskedjenek az Asszisztencia Kft. weboldalán, az on-line absztraktküldő rendszeren keresztül beküldeni (www.asszisztencia.hu)

Absztrakt beküldési határidő 2008. január 31.

Az előadások visszaigazollását minden bejelentett absztraktra e-mailban 2008. február 27-ig megküldjük. A visszaigazolásban feltüntetjük a beküldött előadás(ok) elfogadását és az előadás(ok) beosztását, időtartamát, az üléselemlőket nevét, valamint egyéb fontos tudnivalókat.

É R T E S Í T Ő

É R T E S Í T Ő

MAGYAR
SPORTORVOS
KONGRESSZUS

2008. április 3-4.
Budapest

MSI

Magyar Sportorvos Társaság

www.asszisztencia.hu

MAGYAR SPORTORVOS KONGRESSZUS

A KONGRESSZUS FŐBB TÉMÁI

Sportsérülések, sportártalmak megelőzése, aetiologiája (biomechanika), kezelése, rehabilitációja

A sport szerepe a betegségek megelőzésében, kezelésében

A sportegészségügy feladatai az élsport ellátásban és a népegészségügy vonatkozásában

Sportkardiológia

Obesitas és sport/fizikai aktivitás

Gyermekkorúak és időskorúak sportja

Sporttáplálkozás, táplálékkiegészítők

Edző és sportorvos együttműködésének lehetőségei

Manuálterápia, fizioterápia, gyógytorna, alternatív kezelési gyógymódok a sportolók kezelésében

Fogyatékosok sportja

Civil kezdeményezések szerepe és lehetőségei az egészséges életmód kialakításában

A doppingellenes harc helyzete

Sportpszichológia

Teljesítmény-élettan

A kongresszus ideje

2008. április 3-4.

A kongresszus helye

SE TESTNEVELÉSI ÉS
SPORTTUDOMÁNYI KAR (TF)
1123 Budapest, Alkotás u. 44.

A Kongresszus elnöke: Dr. Berkes István

A Szervező Bizottság elnöke: Dr. Pavlik Attila

tagjai: Dr. Farkas Anna
Dr. Fröhlich Péter
Dr. Martos Mihály
Dr. Mikulár Rita
Dr. Osváth Péter
Dr. Szabó Anita

A Tudományos Bizottság elnöke: Dr. Jákó Péter

tagjai: Dr. Apor Péter
Dr. Frenkl Róbert
Dr. Halasi Tamás
Dr. Hidas Péter
Dr. Pavlik Gábor
Dr. Pucskó József

Kongresszusi iroda

Asszisztencia Kft.

1136 Budapest, Hegedűs Gyula u. 20.
Tel.: 1/350 1854
Fax: 1/350 0929
Email: sport@asszisztencia.hu
www.asszisztencia.hu

Tervezett program

2008. április 3. (csütörtök)

10:00 Megnyitó
10:30 – 19:00 Előadások
Este Fogadás

2008. április 4. (péntek)

09:00 – 16:00 Előadások
Dél előtt Kísérői program
16:00 Kongresszus zárása

Regisztrációs díj

	2008. március 1-ig	2008. március 31. után
MST tagok	9.000 Ft	11.000 Ft
Nem MST tagok	11.000 Ft	14.000 Ft
Nyugdíjasok	3.500 Ft	3.500 Ft
Edző, gyógytornász, dietetikus	5.000 Ft	6.000 Ft
Napjegy	7.000 Ft	7.000 Ft
Kísérő	8.000 Ft	10.000 Ft

A regisztrációs díj magában foglalja

	Részvevők	Kísérők
Előadásokon való részvétel	♦	♦
Kongresszusi táská	♦	♦
Programfüzet	♦	♦
Fogadás, kávészünetek	♦	♦
Kísérői program (péntek)*		♦

* A részletes program 2008. január 20-tól lesz megtekinthető az Asszisztencia Kft. weboldalán (www.asszisztencia.hu).

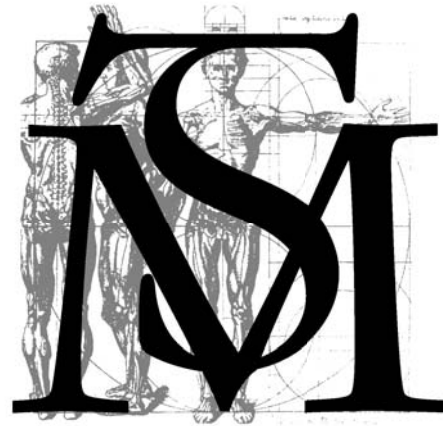
A sportszakorvos képzés curriculumuma – hazai gyakorlat és az Európai Unió (UEMS) ajánlása

Jákó Péter

Országos Sportegészségügyi Intézet

2007 október 7-én a Szakorvosok Európai Uniója (UEMS) ajánlásokat fogadott el a sportszakorvosok képzésére vonatkozóan. A sportorvosi szakképesítés önállóan - nem csak ráépített formában – megszerezhető. Az ajánlás lényegi pontjai az alábbiakban foglalható össze (zárójelben dőlt betűvel jelezzük a 66/1999.(XII.25.) EüM. rendelet szerinti hazai gyakorlatot):

1. A sportszakorvos képzés rendszerét Európában a UEMS és az Európai Sportorvos Társaság (EFSMA) képviselőiből álló testület ellenőrzi.
- 2.1 Szakorvosjelölt csak valamely EU ország által elismert diplomával rendelkező orvosdoktor (MD) lehet. (A hazai gyakorlat ezzel megegyező.)
- 2.2. A képzés időtartama minimum 4 év. (Jelenleg ráépített szakvizsgaként a képzési idő 2 év.)



A sportorvoslás definíciója

„A sportorvoslás egy multidiszciplináris klinikai és elméleti szaka (egyes országokban szubspecialitás) az orvostudománynak, amely egyrészt előmozdítja a lakosság egészségi állapotát a fizikailag aktív életmód serkentésével, másrészt feladata a sport, vagy fizikai aktivitás, testedzés által kiváltott sérülések, betegségek kórismézése, kezelése és rehabilitációja.”

Ennek értelmében a sportorvoslás nem csupán az élsportolók gondozásával foglalkozik, hanem

- a mozgásszegény életmód által kiváltott krónikus betegségek prevenciójával;
- a sportolás kezdetét megelőző klinikai szűrővizsgálatokkal;
- a táplálékkiegészítők, farmakológiai ágensek használatával, a dopping ellenőrzéssel és szex kontrollal, valamint mindezek okozta morális, jogi és egészségi problémákkal;
- a versenyek, nemzetközi sportesemények, utazás és akklimatizáció kapcsán felmerülő orvosi kérdésekkel, különös tekintettel a csökkent teljesítő-képességű sportolókra;
- tudományos tevékenység mind az alap kutatások, mind extenzív klinikai vizsgálatok terén, együttműködve más szakmák képviselőivel.

A média megnövekedett figyelme és a jelentős pénzügyi és politikai befolyás a nemzetközi sporteseményekben olyan légkört teremt, ahol a sport és az üzlet találkozik, s nem minden esetben válik ez a résztvevő sportolók javára. A sportorvoslás magába foglal számos szakmát, mint belgyógyászat, sportélettan, kardiológia, ortopédia és traumatológia, fizioterápia és rehabilitáció stb. A sportorvoslás mint multidiszciplináris szakma integrálja az orvosok, edzők, fizioterapeuták, kutatók, dietetikusok, pszichológusok, valamint egyéb szakmák által alkotott team-eket, azonban ezeknek a team-eknek mindig a sportorvos legyen a vezetője, koordinálva a sportoló egészségével összefüggő valamennyi tevékenységet.

A sportszakorvos képzés minimális curriculumuma a 4 éves képzési programban:

- Min. 1 év belgyógyászat hangsúllyal a kardiológiai kérdésekre, sürgősségi ellátásra és dietetikára. (Hazai gyakorlat: 2 hónap belgyógyászat, 1 hónap kardiológia, ill. intenzív osztály.)
- 6–12 hónap ortopédia és traumatológia. (Hazai gyakorlat: 2 hónap ortopédiai, traumatológiai, vagy sportsebészeti osztályon és szakrendelésen.)
- 6–12 hónap fizioterápia és orvosi rehabilitáció. (1,5 hónap rehabilitációs és fizioterápiás osztályon és szakrendelésen.)

- 12–24 hónap akkreditált sportorvosi centrumokban, ahol elméleti és gyakorlati képzésben részesül, valamint csapatorvosi tevékenységet folytat. (2 hó terhelésvizsgálat, 12 hó sportorvosi gyakorlat szakrendelésen, válogatott keret, vagy egyesület mellett, min. havi 20 órában.)

Sportorvosképzés intézményi feltétele

A sportszakorvosok képzése hazai, vagy nemzetközi akkreditációval rendelkező klinikai, vagy elméleti sportorvosi intézményben történhet, amely lehetőleg kapcsolódjon egyetemhez, vagy a nemzeti olimpiai bizottsághoz. A releváns szakmák és szakemberek hálózatának kialakítása szükséges, amennyiben maga az intézmény nem rendelkezik minden a képzéshez szükséges szakmával és szakemberrel.

- 3.1. A képző intézmény a hazai akkreditációt követően előterjesztendő az EU általi akkreditációra, s amennyiben a feltételeknek megfelel a sportorvosképzés európai intézménye lehet.
- 3.2. Az optimális képzési feltételek biztosítása érdekében ajánlatos, ha a képző intézmény egyetemi kórház, vagy nagyobb területi kórház keretei között működik, ezáltal lehetőség nyílik más szakmák bevonására is a képzési programba, valamint direkt konzultációs lehetőség is biztosított. Az intézmény rendelkezzen tudományos orvosi könyvtárral. Alkalmilag a képzési perióduson belül lehetséges bizonyos időtartam eltöltése egy szakmára specializálódott klinikákon, vagy sporttudományos intézetekben.
- 3.3. A sportorvosképző centrum programot készítsen a posztgraduális képzés minőségi ellenőrzésére.
- 3.4. A sportorvosképző intézmény feleljen meg a hazai minimum feltételeknek és az alábbi minimum sztxenderdeknek:
 - (a) Teljesen felszerelt járóbeteg rendelés betegek és sportolók részére konzultáció céljából. Diagnosztikai és terápiás eljárásokra eszközös és személyi feltételek biztosítandók.
 - (b) Klinikai osztály biztosítandó fekvőbeteg ellátás, valamint nappali osztály diagnosztikai, terápiás, vagy kondicionálás céljából.
 - (c) Konferenciaterem tanácskozás és képzés céljára.
- 3.5. Azokban az országokban, ahol most alakítják ki a képzés rendszerét átmeneti megoldások lehetségesek. (Hazai gyakorlat: a korábbiakban teljes mértékben megfelelt – 1952 óta! – a 3. pontban felsorolt követelményeknek. A jelenlegi helyzetben – azonnali intézkedéssel – még menthető lenne annyi az OSEI-ből, amennyi alapján alkalmas lenne a nemzetközi akkreditációra is, ellenkező esetben a jövőben irigyelhetjük a szomszédos országokat is.)

Személyi feltételek

- 4.1. A képzést vezetőnek legalább 5 éves szakmai gyakorlattal kell rendelkeznie, elismerve a nemzeti szakvizsga bizottság által. Gyakorlattal kell bírjon a kutatásban és a posztgraduális képzésben egyaránt. Magasan kvalifikált specialisták lefedve valamennyi szükséges szakterületet kell részt vegyenek a képzési programban.
- 4.2. A képzést vezető személy felelős azért, hogy mind a hazai, mind az EU szakorvosképzési feltételeknek a képzésben részesülő eleget tegyen.
- 4.3. A képzési program által támasztott követelményeknek és a képzésben résztvevők számának megfelelő számú személyi feltétel biztosítandó.
- 4.4. Azokban az országokban, ahol a sportorvos szakképzés jelenleg áll kialakítás alatt, átmeneti megoldások lehetségesek. (Hazai gyakorlat: a személyi feltételek ebben a pillanatban még biztosíthatóak lennének.)

Javaslat: a sportszakorvos képzés jelenlegi tematikájának áttekintése az UEMS által támasztott követelmények figyelembe vételével, ezt követően annak kérvényezése, hogy a sportorvosi szakvizsga első szakképesítésként megszerezhető legyen.

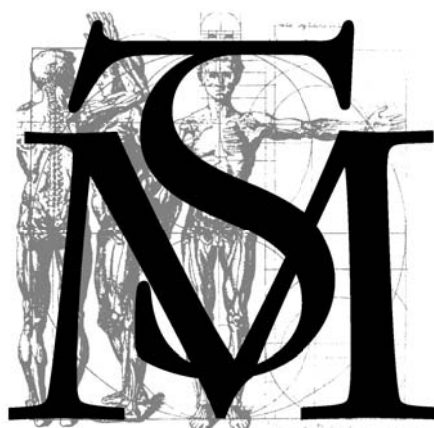
Éltsport sportorvosi ellátása

Jákó Péter

Országos Sportegészségügyi Intézet

A versenysport – ezen belül az éltsport – ellátásával kapcsolatos feladatokat a Nemzetközi Sportorvos Társaság korábbi elnöke Hollmann professzor az alábbiak szerint foglalta össze:

- sérülések, betegségek kezelése;
- funkcionális kapacitás általános és sportágra specifikus vizsgálata;
- orvosi tanácsadás életmódra, táplálkozásra vonatkozóan;
- az edzés sportélettani alapokon nyugvó kontrollja, ennek alapján tanácsadás az edzésvezetésre vonatkozóan;
- sérülések epidemiológiai vizsgálata, ennek alapján javaslat ezek prevenciójára vonatkozóan;
- sporteseményekkel kapcsolatos egészségügyi feladatok ellátása.



Sérülések, betegségek kezelése

A válogatott keret tagjainak ellátásában a keretorvosnak alapvető feladata annak eldöntése, hogy sérülés, illetve betegség esetében a primer ellátást követően megalapozott szakmai döntést legyen képes hozni arra vonatkozóan szükséges-e további szakellátás, vagy sem. Amennyiben szakellátás szükséges célszerű, ha erre az OSEI-ben kerül sor (természetesen figyelembe véve a sérülés jellegét, pl. koponyasérülés esetében idegsebészeti szakellátás válhat szükségessé).

Feladat: részletes irányelvek kidolgozása éltsportolók sérüléseinek, betegségeinek ellátására vonatkozóan, amely a diagnosztika és terápia mellett tartalmazza azt is, mikor és mitől függően engedélyezhető ismét edzés, versenyzés.

Funkcionális kapacitás általános és sportág specifikus vizsgálata

A keretorvosnak ismernie kell sportága sportélettani követelményeit, s ettől függően kérheti a funkcionális diagnosztikai vizsgálatokat (pl. súlyemelő esetében értelmetlen az aerob kapacitás vizsgálata). Ebből következően rendelkeznie kell sportélettani és sportági ismeretekkel egyaránt.

Feladat: olyan a kondicionális képességek mérésére

szolgáló egységes vizsgálati módszer kialakítása, amely valamennyi vizsgálatot végző terhelésvizsgáló laboratóriumra nézve kötelező, ezáltal lehetővé az eredmények egységes interpretálását. Ez nem köti meg a vizsgáló helyek kezét abban az értelemben, hogy egyéb – általuk preferált – vizsgálatot ne végezzenek.

Orvosi tanácsadás életmódra és táplálkozásra vonatkozóan

Az életmód, ezen belül a táplálkozás szerepe sportolók eredményességében – vagy eredménytelenségében – régóta vitathatatlan, mégis a hazai gyakorlatban mindmáig nem kapott súlyának megfelelő szerepet. A keretorvosnak közvetlenül lehetősége van arra, hogy mind egyesületi, mind központi felkészülés folyamán a gondjára bízott sportoló táplálkozását irányítsa. Ehhez szintén szükséges a sportolók táplálkozásának és az adott sportág energetikai, valamint tápanyag szükségletének ismerete. A sportoló életmódjának ismerete – ha szükséges annak változtatására vonatkozó tanácsadás – szintén lehetőséget nyújt, a teljesítőképesség kedvező irányú befolyásolásában.

Feladat: a jövőben a válogatott keretek tagjainak táplálkozási szokásainak felmérése, a nyert adatok feldolgozása révén individuális táplálkozási tanácsadás.

Edzés sportélettani alapokon nyugvó kontrollja, tanácsadás edzésvezetésre

Az edzések folyamán végzett vizsgálatok ugyanúgy sportélettani alapokon nyugszanak, mint a funkcionális kapacitás laboratóriumi körülmények között történő mérése. Ismeretes, hogy több világraszóló eredményeket produkáló edző hasznosította a sportorvosi mérések eredményét az edzésterhelések adagolásában. A keretorvosnak olyan egyszerű, de tudományos alapokon nyugvó metodikákat kell alkalmaznia, amelyek segítségével lehetőség nyílik a túledzés szindróma korai és objektív kimutatására.

Feladat: az OSEI és a Testnevelési Egyetem együttműködésének keretében egyszerű vizsgálati módszerek kidolgozása, amelyek az edzések folyamán alkalmazhatóak és az edző számára értékelhető információt adnak az edzésvezetésre vonatkozóan.

Sérülések epidemiológia vizsgálata, prevenció

Valamennyi hazai sportág sérülési adatainak epidemiológiai vizsgálata lehetőséget nyújt a sport-sérülések okainak megismerésére vonatkozóan is. Néhány sportágban már történtek erre vonatkozó felmérések, s ezek alapján javaslatok kidolgozására került sor, részben szabálymódosítások, részben védőfelszerelések vonatkozásában. Az adott sportág sérülési statisztikájának vezetésében – az érintett szakszövetséggel együttműködve – a keretorvosnak meghatározó szerepe lehet.

Feladat: országos valid adatbázis – sportsérülési regiszter – létrehozása.

Sporteseményekkel kapcsolatos feladatok ellátása

A sportesemény jellegétől függően – hazai, vagy külföldi – a keretorvos feladata különböző:

külföldi versenyeken elsősorban a sportolók közvetlen egészségügyi ellátását kell biztosítani, hazai nemzetközi versenyen viszont a teljes egészségügyi biztosítás kidolgozása és irányítása lehet a feladata. Mindez ugyancsak megköveteli a sportág alapos ismeretét.

Feladat: részletes irányelvek kidolgozása hazai sportesemények egészségügyi biztosítására, valamint külföldi versenyek egészségügyi ellátására vonatkozóan.

Keretorvosi tevékenység szakmai feltételeinek biztosítása

A keretorvosi tevékenység szakmai színvonalának biztosítása érdekében rendelet írja elő, hogy a keretorvosnak sportorvosi szakvizsgával kell rendelkeznie. A cél helyes, azonban a fiatalabb, de már bizonyos gyakorlattal rendelkező orvosok bevonása érdekében mérlegelendő keretorvosi licenc vizsga bevezetésnek lehetőségre. Ennek tematikája némileg különbözne a sportszakorvos képzés tematikájától, mert célzottan az élsport ellátási igényeinek kellene megfelelnie, ebből adódóan bizonyos ismeretek elsajátítása felesleges, más ismeretek viszont óval nagyobb hangsúlyt kapnának.

Feladat: amennyiben ez a koncepció elfogadást nyerne, szükséges a keretorvosi licenc vizsga feltételrendszerének és képzési metodikájának kidolgozása.

Elnöki beszámoló – MST Közgyűlés

Berkes István

Országos Sportegészségügyi Intézet

Tisztelt Közgyűlés, Hölgyeim és Uraim!

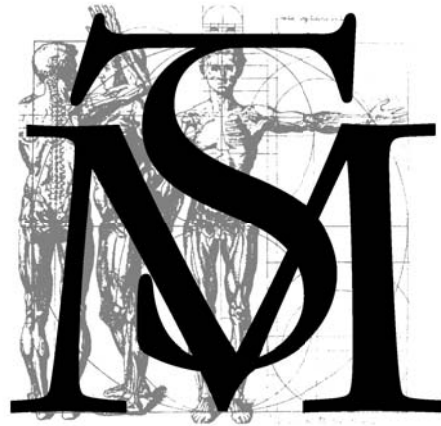
Sok szeretettel köszöntöm Önöket a Magyar Sportorvos Társaság 2007. évi közgyűlésén. A Magyar Sportorvos Társaság 2006. december 7-én tartott tisztújító közgyűlésén új vezetőséget választott. Az új vezetőség nevében most először számolok be egy éves munkánkról.

Mindenekelőtt szomorú kötelességemnek teszek eleget, amikor megkérem Önöket, hogy tisztelegjünk az ez év márciusában elhunyt tagtársunk, Dr. Csépai Dezső főorvos emléke előtt. Dr. Csépai Dezső főorvos úr az Magyar Sportorvos Társaság vezetőségi tagja volt. Halála nagy veszteség Társaságunknak.

Az Országos Sportegészségügyi Intézet (OSEI) helyzete

Mindenekelőtt a hazai sportegészségügy és az OSEI helyzetéről kell szólni. Az egészségügyi reform keretében végrehajtott megszorítások rendkívüli mértékben érintették az OSEI-t, s így a magyar sportegészségügyet. Megszűnt az Intézet Kondicionáló-Belgyógyászati Osztálya, Doppingellenőrző Laboratóriuma, valamint a Sportsebészeti és Sportrehabilitációs Tanszéke. Jelentősen csökkent az Egészségügyi Minisztérium által nyújtott költségvetési támogatás, mintegy felére csökkent az intézet Teljesítmény Volumen Korlátja, nem kapta a korábbi progresszivitási díjat. Nem tudtunk nyerni az egynapos sebészetre kiírt pályázaton, nem emelték meg a Rehabilitációs Osztály szakmai szorzóját, s mindösszesen 5 millió forint visszatérítést kapott az Országos Egészség Pénztár megtakarításból. Mindez összesen mintegy 500 millió forintos kiesést jelentett, s az Intézet adósságállomány év közepére elérte a kritikus szintet, s ezért kincstári biztost rendeltek ki gazdálkodásának ellenőrzésére.

Mintegy 30 százalékos leépítést kellett végrehajtanunk, s ezen túlmenően kiváló fiatal, sokra hivatott szakemberek hagyták el az Intézetet a bizonytalanság miatt. Bajainkat tetőzte, hogy nem fejeződött be az új épület, s továbbra is rendkívül rossz körülmények között vagyunk kénytelenek végezni tevékenységünket. Jelenleg 40 aktív sebészeti és 60 krónikus rehabilitációs ágyon végezzük gyógyító munkánkat.



Hihetetlen erőfeszítéssel – s ezért köszönet illeti az Intézet valamennyi munkatársát –, sikerült fenntartani az Intézet likviditását, csökkenteni adósságállományát, legfőképpen megőrizni működőképességét.

Nem egyezett az álláspontunk minden esetben az Önkormányzati és Területfejlesztési Minisztérium Sport-Szakállamtitkárságával az év folyamán, legutóbb a magyar sportnak szánt rendkívüli olimpiai támogatás elosztásának kérdésében. A Sport-Szakállamtitkársággal folytatott legutóbbi egyeztetések következtében – úgy tűnik –, megkapjuk az igényelt 50 millió forint plusztámogatást, s így a Pekingi Olimpiai felkészülés sportegészségügyi háttérét biztosítani tudjuk.

Az Egészségügyi Minisztériummal folytatott tárgyalások eredményeképpen biztosnak látszik, hogy a Pekingi Olimpiáig további jelentős változás már nem érinti az intézetet, s a jelenlegi telephelyünkön folytatjuk munkánkat. E nyolc hónap alatt azonban el kell érünk, hogy döntés szülessen arról: szükség van-e a sportegészségügyre Magyarországon, ha igen, milyen volumenben, ki és miként biztosítsa a reális, kiszámítható, folyamatos finanszírozását, továbbá hol, s milyen szervezeti formában működjön.

Tudomásunk szerint az Egészségügyi Minisztérium egy kormányelőterjesztést készít az OSEI hosszútávú működésével kapcsolatban. Reményeink szerint rövid, de még mindenképpen a szükséges határidőn belül döntés születik az Intézet jövőbeni működési feltételeit illetően, amelyre nagy valószínűséggel a társadalombiztosítási törvény várható változása is jelentős befolyással lesz.

Ebben a helyzetben rendkívül felértékelődik az Magyar Sportorvos Társaság, mint a sportorvoslás egyetlen független, civil, tudományos szervezetének a felelőssége és szerepe a magyar sportorvoslás és a sportegészségügy jövője szempontjából.

Elnökségi és vezetőségi ülések

A továbbiakban részletesen beszámolok a Társaság ez évben végzett munkájáról. Az év folyamán 5 elnökségi, 5 vezetőségi és 1 rendkívüli elnökségi ülésre került sor. Az ülések rendkívül aktív, kooperatív, intenzív munkával, jó hangulatban teltek. Gyakorlattá vált, hogy a vezetőségi ülések megfelelő előkészítése, operatívabbá tétele céljából a vezetőségi üléseket megelőzően elnökségi üléseket tartottunk, ahol alaposan megtárgyaltuk a problémákat, megbeszéltük a feladatokat és döntési alternatívákat dolgoztunk ki a vezetőség számára. Az elnökségi és vezetőségi üléseken folyamatosan értékeltük a sportegészségügy helyzetét az egészségügyi reform tükrében.

Stratégia, cselekvési program

Hosszas előkészítés és többlépcsős egyeztetés után a vezetőség február 13-án részletesen megtárgyalta, majd április 10.-i ülésén elfogadta az Magyar Sportorvos Társaság jövőképét, stratégiáját és cselekvési programját, amit a Sportorvosi Szemle ez évi első számában közzé is tettünk.

A társadalmi és gazdasági körülményekben bekövetkezett változások, a tudomány fejlődése szükségessé tette, hogy a Társaság kialakítsa a 2007–2010-es időszakra vonatkozó és követendő stratégiát, illetve az ehhez illeszkedő cselekvési programot. A dokumentum a Társaság közép és rövidtávú cselekvési irányait határozza meg. Feladata, hogy kijelölje a Társaságnak a fejlődési, fejlesztési céljait és prioritásait. A stratégia 2008-ig nyitottnak tekintendő, ami azt jelenti, hogy az elkövetkezendő két év során az aktualizálást többször el kell végezni.

A stratégiának megfelelően a sportorvosok tevékenysége nem csupán az alkalmassági és versenyzési engedélyek – megadásának elbírálására korlátozódik – bár ennek fontossága sem lebecsülendő – hanem konzultatív szerepkört töltenek be mindazon szakterületek számára, amelyekben a rendszeres fizikai aktivitás / testedzés / sport akár az adott betegség prevenciójában, akár terápiájában felhasználható.

A versenysport / élsport ellátásában az esetleges sérülések, betegségek ellátása mellett aktív szerepet kell vállalnia a sportolók teljesítőképességének felmérésében, életmódra, táplálkozásra vonatkozó tanácsadásban, az edzés tudományos alapokon nyugvó kontrolljában és optimális edzésmódszerek sportorvosi vonatkozásainak kidolgozásában, sérülések epidemiológiai vizsgálatában,

sportági egészségvédő szabálmódosítások, védőfelszerelések kidolgozásában.

Magyar Sportorvos Társaságnak tevékenységében tükröznie kell, hogy tudományos tevékenységében, állásfoglalásaiban csakis a sportolók egészségének a védelme a meghatározó szempont és ezt semmi egyéb tényező, vagy bármi áron, akár meg nem engedett eszközökkel való eredményességre törekvés nem befolyásolhatja;

Tudományos eredmények közreadásában nagy figyelmet fordít a kutatások etikai követelményeinek betartására;

A sportorvoslás ismereteit, eredményeit nem csupán a szűkebben vett szakmai közvéleménnyel, de a sporttal kapcsolatban álló egyéb szakterületeken közreműködőkkel, valamint a közvélemény minél szélesebb körével (a média adta lehetőségeket igénybe véve) is törekszik megismertetni.

A Magyar Sportorvos Társaság taglétszáma

Az év folyamán nagy figyelmet fordítottunk a valós taglétszám meghatározására és növelésére. A Társaság jelenlegi taglétszáma a következő: nyilvántartott 206 fő, ebből eddig 125 fő fizette be az ez évi tagdíjat. Bár a tagdíjfizetési morál örvendetesen javult az év folyamán, önkritikusan meg kell vallanunk, hogy még nagyon komoly erőfeszítésekre, szolgáltatásaink, és programjaink vonzóbbá tételére van szükség a taglétszám érzékelhető növelése érdekében. A taglétszám növelése az egyik legfontosabb feladatunk, aminek során figyelembe kell vennünk a sportegészségügy bázisának kiszélesítését és az utánpótlás biztosítását. Mindezek érdekében több szervezettel folytattunk és folytatunk megbeszéléseket, így többek között a Magyar Gyógytornász Társaság képviselőivel is.

A Magyar Sportorvos Társaság anyagi helyzete

A Társaság anyagi helyzete relatíve megfelelő, amit a több forrásból (tagdíj, Magyar Olimpiai Bizottság támogatása, kongresszusi bevételek, szponzoráció) történő finanszírozás biztosította. Ez az anyagi háttér tette lehetővé a Sportorvosi Szemle kiadását, a pályadíjak kifizetését, valamint a tagok külföldi tudományos rendezvényeken való részvételének anyagi támogatását (Farkas Anna 100 000 forint).

Az adminisztrációs ügyek menedzselésére havi 36.000 forintért szerződést kötöttünk a Kreatrio BT-vel, amelyet Szűcs Rita képvisel. Munkájával az elnökség és a vezetőség a legteljesebb mértékben elégedett.

Sportorvosi Szemle

Az év egyik legfontosabb döntése volt, hogy egyértelműen rendezzük a Szemle státuszát, tulajdonjogát. 2007-től tudományos szaklapunk tulajdonosa egyértelműen a Társaság. Kiadásával, finanszírozásával és az egyéb ügyintézésrel kapcsolatos minden jog és feladat a Társaságot illeti. A Szemle megjelentetésére pályáztatás útján a legjobb ajánlatot benyújtó Haász Péter egyéni vállalkozóval kötöttünk szerződést.

Kiemelt fontosságot tulajdonítunk a Sportorvosi Szemlének. Ennek érdekében elhatároztuk megújítását. Újságunk menedzselésére új Szerkesztő Bizottságot választottunk, s új főszerkesztő kapott megbízást Dr. Dobos József személyében. Ezen túlmenően rangos nemzetközi tanácsadó testületet kértünk fel lapunk ellenőrzésére-támogatására. A cikkek előbírálását követően a Szerkesztő Bizottság döntése határozza meg, hogy melyik közlemények jelennek meg. A hirdetések szerzésének jutalékos rendszerét továbbra is ösztönözzük, azaz 10 százalékos jutalék illeti azt a személyt, aki hirdetést szerez a Szemle számára. A vezetőség döntése alapján a Szemle főszerkesztője 150.000 forint / év díjazásban részesül munkájáért. Az 500 példányban kiadott szaklapunk eddigi számai igazolják, hogy az új köntösben megjelenő Sportorvosi Szemle minőségi formában és tartalommal jól szolgálja a sportorvoslás szakmai presztízsének növelését. Külön köszönet és elismerés illeti Dobos Józsefet és Haász Pétert fáradhatatlan munkájukért. További feladatot jelent a figyelmesebb korrektúrázás és a műfaji pontosítás.

Az OSEI vezetésének döntése alapján a Sport Szakállamtitkárság együttműködési támogatásából 1 millió forint a Sportorvosi Szemle megjelentetésére lett fordítva. Ezt külön köszönjük az OSEI-nek. Az Intézet és a Társaság a jövőben is egymást segítve kell, hogy működjenek.

V. Európai Sportorvosi Kongresszus Prága és nemzetközi kapcsolatok

Október 10–14-én Prágában került lebonyolításra az Európai Sportorvos Társaság V.-dik kongresszusa. Hazánkat, egyben a Magyar Sportorvos Társaságot Dr. Berkes István, Dr. Pavlík Gábor, Dr. Pavlík Attila, Dr. Hidas Péter és Dr. Börzsei Veronika képviselte. A megjelent kongresszusi absztrakt-könyv tanúsága szerint küldöttségünk a legtöbb előadást tartotta a nagyszámú résztvevő ország közül, ezzel is öregbítve a magyar sportorvoslás jó hírét. Az Európai Sportorvos Társaság Közgyűlésén Társaságunk elnöke (Dr. Berkes István) jelölve volt az elnökségbe. A szavazást azonban két évvel elhalasztották, amikor is a teljes elnökség újraválasztására kerül sor. A küldöttközgyűlésen elhangzott többek között, hogy a sportorvostan nagyon rövid idő belül az Európai Unióban újra alapszakvizsga lesz. A kérdéssel napi szinten foglalkozik az Európai Unió illetékes

szakbizottsága. Ezzel a kérdéssel Társaságunknak is kiemelten kell foglalkoznunk, mivel különleges lehetőséget nyújthat a hazai sportorvoslás fejlesztésére.

Társaságunk tagjainak egyéni elismertsége (Dr. Berkes István – ESSKA 2000, Dr. Tállay András – ESSKA, Dr. Jákó Péter – AIBA, Dr. Kator Miklós – FILA) nemzetközi vonalon jelenleg is jobb, mint amit a FIMS-ben és az Európai Sportorvos Társaságban elvesztett pozícióink mutatnak. Éppen ezért nagyon fontos volt a kongresszusi jó szereplésünk és az egyéb, ún. sportdiplomáciai aktivitásunk, hiszen a magyar sportegészségügy jövője szempontjából létfontosságú, hogy visszaszerezzük a nemzetközi szervezetekben korábban elfoglalt pozícióinkat. A nemzetközi szerepvállalásunkkal a továbbiakban is kiemelten szükséges foglalkoznunk, mivel a hazai sportorvoslás jövője szempontjából kulcskérdés.

Társasági aktivitás

A hazai sportegészségügy helyzetének javítása érdekében a MOTESZ segítségét kértük, és levelet írtunk az Európai Sportorvos Társaság elnökének.

Több fórumon nehezményeztük, hogy a döntéshozók, például a Nemzeti Sportstratégia kialakítása kapcsán is, elmulasztották kikérni az Magyar Sportorvos Társaság véleményét. Társaságunk levélben fordult a Sport-Szakállamtitkár úrhoz, amelyben hangsúlyozottan kérte, hogy a sportegészségügyet érintő valamennyi kérdésben, a jövőben feltétlenül kérjék ki a sportorvoslás civil szervezetének véleményét és állásfoglalását, ami azt követően már több alkalommal be is következett.

A vezetőség döntése alapján MOTESZ-tagságunkat meghosszabbítottuk, s reményeink szerint a jövőben nagyobb szerepet kapunk a MOTESZ feladatainak teljesítésében. Részt vettünk a MOTESZ által szervezett III. Magyar Kardiovaszkuláris Konferencián Dr. Jákó Péter előadásával.

Az elnökség és a vezetőség Dr. Jákó Pétert MOTESZ-díj elismerésre javasolta.

Elismerések, pályadíjak

A nemzetközi sportorvoslás kiemelkedő személyiségét, Per Renström svéd professzort magyarországi látogatása alkalmával Társaságunk tiszteletbeli tagjává fogadtuk, s ez alkalomból a Társaság emléklakettjével ajándékoztuk meg.

Az Magyar Sportorvos Társaság pályadíjaira és ösztöndíjaira komoly anyagi és erkölcsi, támogatást kaptunk a Richter Gedeon Rt-től és a Suzuki Hollós Kft-től, amiért ezúttal is nagyrabecsülésünket és köszönetünket fejezzük ki.

Továbbra is kiváló az együttműködésünk a Magyar Olimpiai Bizottsággal, amit az általa évente biztosított anyagi támogatás és a felajánlott pályadíjak tovább

erősítenek. Biztosak vagyunk abban, hogy a jövőben is hatékonyan tudjuk egymást segíteni.

A pályadíjak és az ösztöndíjak nagymértékben növelik Társaságunk lehetőségeit és segítik céljainak elérését. A jövőben további partnerekkel szeretnénk jó kapcsolatot kialakítani.

A Magyar Sportorvos Társaság 2007. évi konferenciája

Szinte egész évben téma volt egy, a sportegészségügy helyzetével foglalkozó konszenzus konferencia vagy vitafórum megszervezésének kérdése. Bár a vezetőség az év elején a megrendezése mellett döntött, az év végén azonban döntését megváltoztatva a rendezvény halasztása mellett foglalt állást, mivel a kialakult szakmapolitikai helyzetben nem látszott célszerűnek egy ilyen fórum megrendezése. Helyette egy jól előkészített sajtótájékoztató megrendezésének lehetőségét hagytuk nyitva. Tekintettel arra, hogy időközben a Sport-Szakállamtitkársággal és az Egészségügyi Minisztériummal az egyeztetések folyamatosan tartanak, a sajtótájékoztató lehetősége továbbra is opcionális lehetőségként szerepel.

A Magyar Sportorvos Társaság 2008. évi kongresszusa

Társaságunk két évente rendezi kongresszusait. Döntés született arról, hogy a nagysikerű 2006-os kongresszust követően, a 2008. évi kongresszusunk a Pekingi Olimpia előtt, Budapesten, korlátozott nemzetközi részvétellel kerüljön megrendezésre. A kongresszus javasolt időpontja 2008. április 3–4., s a Testnevelési Egyetemen (TF) kerül lebonyolításra. Az Asszisztencia KFT-vel, a korábbi időszakok kedvező tapasztalatait is figyelembe véve, a szerződést megkötöttük. A Szervező Bizottság (elnöke: Dr. Pavlik Attila) és a Tudományos Bizottság (elnöke: Dr. Jákó Péter) a munkáját megkezdte. Remélhetőleg az előző rendezvényeinkhez és hagyományainkhoz méltó kongresszus résztvevői lehetünk néhány hónap múlva.

A Magyar Sportorvos Társaság Oktatási és Tudományos Bizottsága

Az elnökség javaslata alapján a vezetőség úgy döntött, hogy a közgyűlésig egy munkacsoportként működő Oktatási és Tudományos Bizottságot hoz létre. Elnöke Dr. Jákó Péter, titkára Dr. Hidas Péter, tagjai Dr. Halasi Tamás Prof. Dr. Pavlik Gábor és Dr. Mikulán Rita lettek. A Bizottság feladatai közé a sportorvoslással összefüggő tudományos rendezvények programjának tervezése, rendezvények koordinálása, a Társaság pályázatainak elbírálása, a sportorvosi tanfolyamok

véleményezése, a szakvizsga tematikájára vonatkozó javaslatok megtétele, a sportorvosi licencekre vonatkozó javaslatok kidolgozása tartoznak. A Bizottságnak kulcsszerepe lesz a sportorvoslás szakmai presztízsének növelésében. Jelen közgyűlésen a tagságnak döntenie kell arról, hogy alapszabály-módosítással támogatja-e a Bizottság létrehozását, működését. Az erre vonatkozó konkrét javaslat és szövegtervezet mellékelve.

Tagdíj

Az elnökség, tekintettel az inflációra és a Társaság megnövekedett feladataira javasolja a tagságnak az éves tagdíj emelését. Ez azt jelentené, hogy a rendes tagdíj 5000 forintról 5000 / év forintra, nyugdíjasoknak és diákoknak 1000 forint / év összegre emelkedne.

Jövő

A jövő sem látszik felhőtlennek. Minden partnerünkkel és támogatónkkal össze kell fognunk, kritikusatinkat meg kell győznünk, hogy a magyar sportegészségügy jelentős értéket képvisel.

Az egyik legfontosabb feladat, igyekezzünk minden eddiginél jobban összekapcsolni az egészség és sport fogalmát.

Elkötelezetten és nagy kitartással kell munkálkodnunk a stratégiánkban és a cselekvési programunkban megfogalmazottak végrehajtásán.

Az elnökség a jövőben is alapvető kötelességének tekinti a szolgáltatás jellegű működést, az információáramlás javítását, az érdekképviselést, a források szerzését és a munkatársak működési feltételeinek javítását.

Jövőképünkben a sportegészségügy rangjának megfelelő szerepet tölt be mind a népegészségügy terén, mind a sportolók ellátásában.

Összefoglalás

A hazai sportegészségügy egyre nagyobb nehézségekkel küzd. Napi működési feltételei bizonytalanok, s hiányzik a tulajdonosi döntés a jövőbeni működést illetően. A Magyar Sportorvos Társaság tette a dolgát, s remélhetőleg a beszámolóból is kitűnt, gazdag, eredményesévet zárt. Természetesen nem lehetünk elégedettek magunkkal, hiszen rengeteg a tennivalónk. A legfontosabb feladatunk, hogy biztos és erős szakmai-tudományos háttérrel nyújtsunk a „léteért – életéért” küzdő magyar sportegészségügynek.

Végezetül szeretném megköszönni valamennyi vezetőtársamnak Társaságunk érdekében kifejtett munkáját, s tagjaink aktivitását és támogatását.

Mielőtt beszámoló elfogadását kérem, Mindnyájuknak békés, boldog karácsonyi ünnepeket és sikeres újévet kívánok.

Az MST Oktatási és Tudományos Bizottságának feladatai és működési rendje

Jákó Péter

Országos Sportegészségügyi Intézet

A MST Oktatási és Tudományos Bizottsága (OTB) feladatait a 2007. december 13-i közgyűlés fogadta el, ezáltal az Alapszabály 4.§.7.pontjaként lett becikkelyezve:

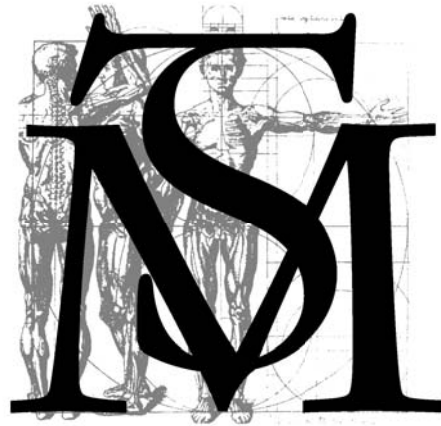
„A Magyar Sportorvos Társaság Oktatási és Tudományos Bizottságának feladatai:

- tudományos rendezvények programjának tervezése, a rendezvények koordinálása.
- A MST által rendezett kongresszusok tudományos bizottságában való részvétel.
- A Sportorvosi Szemle időszakos értékelése.
- A MST pályázatainak elbírálására javaslattevés.
- Az OSEI által szervezett tanfolyamok szakvizsga előkészítő, posztgraduális, stb.) véleményezése.
- Javaslat a sportorvosi szakvizsga tematikájára vonatkozóan.
- Javaslat sportorvosi licencek bevezetésére vonatkozóan.
- Egyéb az elnökség, vagy a vezetőség által az OTB hatáskörébe utalt feladatok.

Az OTB-t elnökből, titkárból és három tagból áll. A bizottság tisztségviselőire vonatkozóan az MST elnöke tesz javaslatot és a vezetőség választja meg a tisztségviselőket.”

AZ OTB MŰKÖDÉSI RENDJE

1. Az OTB javaslatot tesz az elnökség, majd ennek jóváhagyása után a vezetőség felé a következő fél év tudományos programjára vonatkozóan. A kongresszusok évében az érintett fél év fő programja a kongresszus. Éves gyakorlatban egy nagyobb (pl .kongresszus, MOTESZ interdiszciplináris fórum, stb.) és egy, vagy két kisebb (konferencia, kerekasztal, stb.) tudományos rendezvény szervezése javasolt.
2. A MST által két évente rendezett kongresszusok tudományos bizottságában az OTB tagjai részt vesznek, a tudományos bizottság tagjaira vonatkozóan az OTB elnöke tesz javaslatot.
3. A kongresszus tudományos programjának előkészítésében az OTB tagjai részt vesznek.
4. A kongresszus fő témáira vonatkozóan az OTB tesz javaslatot.
5. Évente egy alkalommal, a MST elnöke által kijelölt időpontban az OTB értékeli a Sportorvosi Szemlét.
6. Az OTB a Dalmady Emlékülést megelőzően legalább két hónappal javaslatot tesz a pályázatokat elbíráló bizottság összetételére és a pályadíjak kiosztására vonatkozóan.
7. Az OTB az OSEI által szervezett tanfolyamok tematikáját véleményezi az OSEI oktatási tevékenységet irányító munkatársával történt egyeztetés alapján.
8. Az OTB felkérésre javaslatot dolgoz ki a sportorvosi szakvizsga tematikájára, valamint egyes sportorvosi licencekre vonatkozóan.
9. Az OTB szükség szerint, egyébként a vezetőségi üléseket megelőzően tartja üléseit, amelyekre a tagok meghívót kapnak, a vezetőségi ülésre szóló meghívóval egyidejűleg.
10. Az OTB munkatervére vonatkozóan, valamint az OTB üléseinek napirendjére vonatkozóan az OTB tagjai tesznek javaslatot.



Üdülési csekk

Az üdülési csekkrendszer célja, hogy minél több bel-
földi illetőségű magánszemély a hazai szolgáltatók
segítségével pihenjen, kikapcsolódjon, üdjöljön,
sportoljon, megőrizze egészségét, megelőzze betegségét.

Az üdülési csekk természetbeni juttatásként nyúj-
tható támogatás. Üdülési csekket adó- és járulék ked-
vezményvel kaphat: munkavállaló, szövetkezeti tag,
szakszervezeti tag, nyugdíjas, gazdasági társaság
személyes közreműködő tagja és mindezen személyek
közeli hozzátartozói, szakképző iskolai tanuló, Magyar
Nemzeti Üdülési Alapítvány pályázatai alapján
szociálisan rászoruló.

Az üdülési csekket – az adóév első napján érvényes
havi minimálbér összegéig – adó- és járulékmentesen
adhat munkáltató, szövetkezet, szakszervezet, Magyar
Nemzeti Üdülési Alapítvány, gazdasági társaság (a
személyesen közreműködő tagjának). A mindenkor
minimálbért meghaladó rész (korlátozás nélkül) adó-
köteles, amelynek közterheit a juttató viseli.

Miért előnyös üdülési csekk elfogadóhellyé válni?

Mert az elfogadóhely

- új, fizetőképes ügyfélkörre tehet szert az
üdülési csekk tulajdonosok között. (Jelenleg
több mint egy millió fő rendelkezik üdülési
csekkel!)
- részesülhet az MNÜA értékesítési
tevékenysége révén kibocsátott üdülési csekk
forgalmából (2006-ban közel 23 milliárd
forint, 2007. év májusáig 14,5 milliárd forint),
- országos ismertségre tehet szert a www.
udulesicsekk.hu weboldalon megjelenő
állandó hirdetési felületen történő megjelenés
révén (a szolgáltató egység legfontosabb
adataival, és fényképével jelenik meg)
- jogosulttá válik az MNÜA által évente
kiadásra kerülő kiadványaiban megjeleni.
- jogosulttá válik az MNÜA által biztosított
kiemelt hirdetési lehetőségek igénybevételére,
mely révén növelheti ismertségét az üdülési
csekk felhasználók körében.

Ki válhat üdülési csekk elfogadóhellyé?

Bármely Magyarországon bejegyzett vállalkozás,
mely üdülési csekkkel fizethető szolgáltatásokat végez
és az MNÜA háttérintézményével a Nemzeti Üdülési
Szolgálat Kft-vel elfogadóhelyi szerződést köt.

Az üdülési csekkel igénybe vehető szolgáltatások
egészségmegőrzés és betegségmegelőzés területén:

SZJ: 85.11 Fekvőbeteg ellátás
SZJ: 85.12 Járóbeteg ellátás
SZJ: 85.13 Fogorvosi szakellátás
SZJ: 85.14 Egyéb humán egészségügyi ellátás
SZJ 93.04 Fizikai közérzet javító szolgáltatás

kivéve:

SZJ: 85.14.11 Szülész szolgáltatás
SZJ: 85.14.14 Mentőszolgálat
SZJ: 85.14.17 Vérellátás, transzplantációs bank

Az elfogadóhellyé válás feltételeiről bővebben
tájékozódhat a www.udulesicsekk.hu honlapról.

Az üdülési csekk felhasználása

Az elfogadóhelyeket a helyszínen matrica jelzi: „Üdülési
Csekk ELFOGADÓHELY”

Az üdülési csekk elfogadóhelyek címlistája
megtalálható a www.udulesicsekk.hu honlapon.

Az üdülési csekk névre szóló, készpénzt kímélő
fizetőeszköz, amelyet névértéken váltanak be az
elfogadóhelyek. Az üdülési csekk más személyre át nem
ruházható, készpénzre nem váltható.

Amennyiben a szolgáltatások ellenértéke meghaladja a
felhasználó rendelkezésére álló üdülési csekk értékét,
a különbözetet a felhasználónak ki kell egyenlítenie.
Ha a szolgáltatások ellenértéke nem éri el a felhasználó
részére rendelkezésre álló üdülési csekk értékét, az
elfogadóhely nem jogosult készpénzben visszaadni a
felhasználó részére a különbözetet.

Az üdülési csekk felhasználására az üdülési csekken
feltüntetett érvényességi időn belül van lehetőség. A
lejárt üdülési csekk fizetőeszközként nem fogadható
el, cseréjére vagy a névérték
pénzben történő megtérítésére
nincs lehetőség. Fontos
tudni, hogy amennyiben a
felhasználatlan üdülési csekk -
bármilyen okból - kikerült az
igénylő birtokából, az üdülési
csekk letiltása kérhető a 06-1-
248-21-50 telefonszámon.



Medical aspects of amateur boxing

Jákó Péter dr.

National Institute for Sports Medicine (Országos Sportegészségügyi Intézet), Budapest

Az amatőr ökölvívás orvosi aspektusai. Az ökölvívás története az ókori görögökhöz nyúlik vissza és az ismétlődő támadások ellenére még mindig a modern Olimpiai Játékok programján szerepel. A 19. század óta számos szabálmódosítás történt, melyeknek többségét az ökölvívók egészségvédelme indokolta. A gondos orvosi ellenőrzés, az egészségvédő felszerelések és szabályok, a megfelelő bírászkodás eredményeként az amatőr ökölvívás ma nem veszélyesebb, mint bármely más kontakt sport. Szoros összefüggés mutatható ki az ökölvívók edzettsége és a sérülések kockázata között, ezért az ökölvívók kondicionálása (kardiovaszkuláris fittség, aerob és anaerob kapacitás, erő és technika, táplálkozás, súlysabályozás) fontos a sérülések megelőzése szempontjából. Az orvosi ellenőrzés négy lépcsőből áll (alkalmassági vizsgálat, évenkénti ellenőrző vizsgálat, versenyt megelőző orvosi vizsgálat és mérkőzés utáni ellenőrző vizsgálat). Bár az elméleti lehetősége akut, vagy krónikus agykárosodásnak fennáll, azonban az elmúlt két évtizedben megváltozott az amatőr ökölvívás és a prevalenciája ezeknek a sérüléseknek közel a nullára csökkent. A leggyakoribb sérülés a kéz sérülése. A szerző áttekintést ad testtájanként a különböző sérülésekről.

Kulcsszavak: amatőr ökölvívás, orvosi ellenőrzés, biztonság, agykárosodás, sérülések

The history of boxing starts in the ancient Greece and despite of the repeated attacks against boxing it is still on the program of the modern Olympic Games. Since the 19th century numerous modification of the rules has happened and the majority of them was initiated for the health protection of the boxers. As a result of the careful medical control, the health protective equipments and rules, and the proper refereeing amateur boxing today is not more dangerous than any other kind of contact sports. There is a strong relationship between the risk of injuries and the fitness level of boxers, therefore the conditioning of boxers (cardiovascular fitness, aerobic and anaerobic capacity, strength and skills, nutrition, weight management) is important for the prevention of injuries. The medical control composed by four stages (initial medical evaluation, annual medical examination, medical check-up prior to a tournament, post-bout medical exam). Although the theoretical possibility of acute or, chronic brain damage is existing, but during the last two decades amateur boxing has changed and the prevalence of these type of injuries has dropped near to zero. The most frequent injury in boxing is the injury of the hands. The author gives a review on the various type of injuries of the body regions.

Keywords: amateur boxing, medical control, safety, brain damage, injuries

History of boxing

The history of boxing starts in the Ancient Greece, however Egyptian artefacts dating back to 3000 BC show boxing events and maybe boxing appeared in Ethiopia as early as 6000 BC. In the Ancient Greece there were few rules but wrestling and grappling was not allowed. The boxers initially fought bare fisted, later they bound their hands with soft leather thongs. Boxing first appeared as an Olympic sport at the 23. Olympiad in 688 BC. Later boxing was taken to Rome and became a gladiatorial contest not sport. After the collapse of the Roman

Empire there are few records of boxing until the 18th Century.

„The noble science of defence” as it was called by James Figg, an Englishman, was advertised in 1719 as a part of a show where not only boxing but also use of sword and quarter staff were included. John Broughton started a revolution in boxing by fighting on a raised stage under new rules (barefist fighting, no time limit for a round, the end of the fight declared if one of the boxers could not return in the ring). The real big change has occurred when the Queensberry Rules were introduced in 1867. The father of this new era in boxing was John Sholto Doug-

las, Marquess of Queensberry. Boxing became a gloved sport, with fixed duration of the rounds and rest periods. Points were awarded to boxers in each round to determine the winner if neither boxer had been knocked out or become unable to continue the competition. In this time there were only 3 weight categories (upto 60 kg, upto 70 kg, and over 70 kg).” Amateur Boxing Association” was founded in England in 1880.

The first time boxing was on the programme of the Olympic Games in St.Louis in 1904, with 7 weight categories. International Amateur Boxing Association (AIBA) was

founded 1946 in London and since AIBA is the official world organisation of amateur boxing. Since 1920 boxing is on the programme of the Olympic Games. At present AIBA has 196 affiliated national federations (1).

Medical boxing history

1948 is the year of the foundation of the AIBA Medical Commission. The first chairman of this commission was Prof. A.Kennedy from England. Since then the Medical Commission was chaired by eight chairmen. The Medical Commission has 25 members from each continent, who are qualified doctors of medicine. The commission arranges meetings at least twice each year, organizes scientific symposia and conferences, the members publish articles in medical journals on the medical aspects of boxing. The Commission initiates and coordinates medical research projects and make recommendations to the Congress with regards to the health protection and well-being of boxers. The Medical Commission in 2004 published the sixth edition of the Medical Handbook of Amateur Boxing which is a guideline for all those doctors who are officiating in boxing. In 2006 the Commission edited the "Doctors at Ringside". In this book in 13 chapters was collected the experiences of the members of the commission which accumulated during many years.

The members of the commission specialised in the various field of medicine, they are general practitioners, surgeons, orthopedic surgeons, neurologists, neurosurgeons, sports physicians, psychiatrists, in order that boxers have the opportunity of consulting specialists in many branches of medicine.

The Medical Commission's Anti-doping Sub-Commission is responsible for enforcing the doping regulations at national, continental and world level. The members of the commission serve in the Medical Juries of the world championships, AIBA tournaments, and Olympic Games.

During the last twenty years several new rules were introduced in amateur boxing for the safety of the boxers and therefore amateur boxing has become one of the safest contact sport (2). The most important health protective rules and measures are:

- the compulsory using of the low blow protector, gum shields and headguard,
- the reduction of the duration of the round from three to two minutes,
- the power of the medical jury to stop the bout,
- the minimum and maximum age limit of boxers,
- the mandatory medical evaluation of boxers at least once in a year,
- the medical examination prior to a bout,
- the compulsory rest after knock-out or RSCH (the boxer is unfit to continue the bout having received several hard blows to the head), and a thorough medical examination before he/she starts the boxing again,
- the compulsory using of the International Record Book of Boxers with a complete technical and medical record of the boxer,
- the very strict and effective doping control.

In 1994 the Medical Commission of the International Olympic Committee made the following statement: "...we have reviewed past retrospective studies and have now completed our review of major prospective studies regarding Olympic-style boxing and the question: does Olympic -style boxing cause chronic brain dysfunction?..."

Presently these studies indicate that there is no apparent scientific evidence of chronic brain dysfunction demonstrated in Olympic-style boxing....Due to AIBA evolution in its rules, goals and medical controls, Olympic-style boxing is a completely different sport that professional boxing." (3)

Equipment

The ring

The minimum size is 4.90 m square and the maximum is 6.10 m square.

The corner posts must be well padded. The floor is covered with felt, rubber or other suitable material, not less than 1.3 cm thick and not more than 1.9 cm.

Canvas covers the the entire platform. Three or four ropes connects the corner posts. Two steps in opposite corners are for the use of the boxers and seconds, one in the neutral corner for the use of referees or doctors. In the two neutral corners outside the ring, a small plastic bag is fixed in which the referee shall drop the cotton pads or gauze used to wipe the bleeding.

Gloves

The boxers wear red or blue gloves according to his/her ring corner. The weight of gloves is 284 grams (10 ounces) of which the leather portion weigh not more than half of the total weight and the padding not less than half of the total weight. The regular hitting surface must be marked on the gloves with a clearly discernible colour. For sparring in the gym heavier gloves should be used.

Bandages

A bandaging not longer than 2.5 m and 5.7 cm wide on each hand must be used.

Dress

Boxers box in light boots, shorts, and vest covering the chest and back.

Gumshields

The using is compulsory, must be form fitted. Ideally they are made by a dental surgeon.

Cup protector (low blow protector)

The wearing of a cup protector is compulsory.

Headguard

The headguard is an individual and form fitted item of the boxer's equipment. The colour of the headguard is red or blue.

Decisions in amateur boxing

Win on points

At the end of the contest, the boxer who has been awarded the decision by a majority of the judges declared the winner.

Win by retirement

If a boxer retires voluntarily his/her opponent shall be declared to winner.

Win by referee stopping contest (R.S.C.)

If a boxer in the opinion of the referee is being outclassed or is unfit to continue the bout shall be stopped and his/her opponent shall be declared to winner.

Compulsory count limit

When a boxer has 3 counts in the same round or 4 times in the whole bout, the referee has to stop the contest (R.S.C.). In female or cadet boxing the bout must be stopped after two eight-counting in one round or three eight-counting during the whole bout.

Injury

If a boxer in the opinion of the referee or the medical jury is unfit to continue because of the injury sustained from correct blows the bout shall be stopped and his/her opponent declared the winner.

Win by knock-out (K.O.)

If a boxer is „down” and fails to resume boxing within ten seconds, his/her opponent shall be declared the winner.

Win by R.S.C.H.

To be awarded if a boxer is unfit to continue having received hard blows to the head.

Win by walk-over.

If a boxer presents himself in the ring and his/her opponent fails to appear, the referee shall declare the first boxer to be the winner.

Weight classes

For senior and junior (under 19 year) boxers there are 11 weight classes:

48, 51, 54, 57, 60, 64, 69, 75, 81, 91, 91 + kgs.

For female and cadet boxers (15-17 year) there are 13 weight classes: 46, 48, 50, 52, 54, 57, 60, 63, 66, 70, 75, 80, 86 kgs.

Pregnancy declaration

Female boxers should produce before each bout a declaration form signed by herself and an official of the national federation in which she declares that when entering the boxing event, she is not pregnant, and that she has had a pregnancy test done within the last 14 days, and that result of the test showed no pregnancy.

Principles of conditioning for boxing

An amateur boxing bout consists four times two minutes rounds with a one minute rest period between rounds. The object is to score points with clean, correct punches (with the hitting surface of the gloves) and at the same time to avoid the blows of the opponent.

To deliver scoring blows and to avoid getting blows, this style of boxing requires skill and conditioning. The skill can be developed by the practice in the gym (shadow boxing, sparring, punching heavy and speed bags, skipping rope), while the most important phase of physical conditioning is aerobic exercise.

There is a strong correlation between the rate of injuries and the fitness level. The basic area of sports performance are: force, speed, and endurance. Performance in boxing depends on special conditioning abilities, technical and tactical abilities and mental features of the boxer. Although the technical and tactical elements play an important role, the endurance capacity of a boxer has particular importance because offensive and defensive aspects of boxing have become more dynamic in the recent years.

In boxing the role of anaerobic alactic acid energy system (anaerobic energy process without lactic acid production) can be disregarded because of the longer duration of the rounds and the contest. Maximal oxygen uptake (VO_{2max}) is an important endurance component and is determined commonly during laboratory conditions by measuring gas exchange. The other powerful predictor of the performance is the anaerobic (blood lactate) threshold, that is, the exercise intensity at the point of lactate accumulation. In highly trained athletes the blood lactate threshold occurs at a higher percentage of aerobic capacity, as a consequence of physiological adaptations to training. An earlier study we proved that 3x3 min bouts were accompanied by significantly higher aerobic effort than 4x2 or 5x2 min. A further significant difference was found between the 3 and 2 min rounds. In 3x3 min bouts the lactate values in the rest between the

Table 1. Rate of bouts stopped by KOH, RSCH or RSCI at the Olympic Games, 1980–2004 (%)
KOH, RSCH vagy RSCI miatt félbeszakadt mérkőzések (%), 1980–2004, Olimpiai Játékok

YEAR	CITY	KO-H	RSC-H	SUBTOTAL	RSC-I	TOTAL
1980	MOSCOW	11.0	6.4	17.4	12.2	29.6
1984	LOS ANGELES	5.8	10.4	16.2	1.6	17.5
1988	SEOUL	7.9	16.3	24.2	1.4	25.6
1992	BARCELONA	1.9	8.4	10.3	3.2	13.5
1996	ATLANTA	1.1	4.6	5.7	3.2	8.9
2000	SYDNEY	0.6	3.3	3.9	1.0	4.9
2004	ATHENS	0.0	0.0	0.0	1.5	1.5

rounds, were above the anaerobic threshold, while if the duration of the round was 2 min the lactate levels were in aerobic range. Taking into consideration our results AIBA switched the 3x3min to 4–5x2 min bouts. A retrospective analysis of the injury statistics of seven Olympic Games and ten Senior World Championships registered by the AIBA Medical Commission between 1980 and 2003, showed that after the replacement of 3 min rounds by 2 min ones the prevalence of K.O. and R.S.C.H. dramatically dropped from 9.47% to 2.15 %. The change of the ratio in K.O. and R.S.C.H from 17.4 to 0.0 % by the period of 1980 and 2004 (Table 1.) at the Olympic Games was presumably the consequence of the mandatory using of the headguard, the improved refereeing and the strict medical control of amateur boxing (3). The prevalence of K.O. and R.S.C.H. showed the same decrease at the world championships (Table 2.)

Cardiovascular fitness (endurance capacity)

The building of the cardiovascular fitness or endurance capacity one of the most important part of the physical conditioning in amateur boxing. The regular aerobic exercise (e.g. running) improves the functional capacity of the heart and the lungs. A „well-conditioned” cardio-pulmonary system helps the boxer to be fit in the last round.

Running or „footing” is an integral part of the work of the boxers. Running uphill is a good way to increase intensity and get a better workout. Running on the street which has hard surface may cause injuries to the legs and back therefore better to run on sand or on soil.

To wear the gumshields while running helps to get a deep breathing during boxing.

Interval running (running at varied speeds during the workout) is an alternate aerobic and anaerobic exercise, thus developing a high

Developing strength and skill

To strengthen the arms (to deliver powerful blows), the neck muscles (to avoid head K.O.), the abdominal muscles (to avoid body K.O.) is vital importance in boxing.

The neck muscles can be strengthened by an exercise known as wrestler’s bridge. A strong neck helps to fix the skull and that way the linear or rotational acceleration caused by a blow will be diminished. If the neck muscles are tensed in the moment of the impact, the boxer’s head can sustain far greater forces without brain injury.

To deliver scoring punches to the opponent requires very good strength in those muscles that snap the punch to the opponent. There must be a very delicate balance in the weight training of boxers: the goal is to increase muscle mass without losing the speed of the movement and the flexibility. A sensible plan of weight training is one of the tasks of the coaches.

There are several ways to gain the necessary skills in the gym: shadow boxing (boxing with an imaginary opponent), sparring (boxing in the gym with an opponent), punching bag (a heavy bag to learn the correct delivery of the different blows), speed bag (to train the reflexes and to provide speedy movement).

Nutrition of boxers

In general, the boxer’s diet should conform to the basic dietary guidelines of the healthy well-balanced sport nutrition. The energy intake has to meet to the energy demands of training, competition and to maintain – or if it is necessary to reduce – the body weight. There are several factors which influence the daily diet of a boxer: season of training, pre-event or post-event nutrition, environmental factors, weight making, etc. The basic principles of the boxer’s diet are: the daily energy intake 70–75 kcal (293–314 kJ)/kg body weight/day; carbohydrates 60–65% (mixed low, moderate and high

Table 2. Rate of bouts stopped by KOH, RSCH or RSCI at the World Championships, 1982–2003 (%)
KOH, RSCH vagy RSCI miatt félbeszakadt mérkőzések (%), 1982–2003, Világbajnokságok

YEAR CITY	KO-H	RSC-H	SUBTOTAL	RSC-I	TOTAL
1982, MUNICH	5.9	3.9	9.8	12.7	22.7
1986, RENO	4.9	6.3	11.2	0.0	11.2
1989, MOSCOW	1.3	6.2	7.5	1.8	9.3
1991, SYDNEY	1.5	3.5	5.0	1.5	6.5
1993, TAMPERE	1.6	1.9	3.5	1.5	5.0
1995, BERLIN	1.7	0.6	2.3	1.4	3.7
1997, BUDAPEST	0.8	1.7	2.5	1.4	3.9
1999, HOUSTON	0.3	1.5	1.8	0.3	2.1
2001, BELFAST	0.3	0.6	0.9	0.9	1.8
2003, BANGKOK	0.3	1.8	2.1	4.0	6.1

oxygen debt. A quick recovery of the cardiovascular and respiratory system is sought for and expected. In this manner he/she is able to progressively increase his/her endurance by increasingly stressing the cardio-respiratory system (5).

glycemic foods), fats 25–30 %, proteins 15–20 % of total energy consumption.

A well-balanced diet contains sufficient amount of vitamins and minerals, therefore nutritional supplements should be taken only by medical advice.

It is recommended to ingest 15–30 ml/kg body weight/day fluid to avoid the dehydration. If fluid losses are not replaced the performance deteriorates. 1–2 % loss of body weight from dehydration can decrease the aerobic performance but has a negative effect to anaerobic or strength exercise as well (6).

Weight management instead of „making weight”

In those kind of sports where athletes compete in weight categories (wrestling, rowing, martial arts, boxing) often have to lose weight prior their competition. A rapid weight loss practically is forced dehydration (sauna, fluid restriction, forced perspiration, etc.) which decrease the performance. Athletes thermoregulation can be deteriorated, hypoglycemia, electrolyte imbalance, protein catabolism, ketonuria, and glyconeogenesis may occur.

The only sensible measures to achieve the competition weight is to plan a weight management strategy several weeks prior to the competition. The corner stone of this strategy is that the energy expenditure (physical activity) has to be more than the energy intake (food). A gradual weight loss (0.5-1.0 kg/week) will not damage the physical and mental capacity of a boxer (7).

Medical control of amateur boxing

Initial medical examination

A boxer should undergo a thorough medical examination when he/she joins a club. The following guideline should adhered to as far as possible: family and past medical history, complete clinical

examination, urinalysis. ECG, CCT or MRI recommended. The conditions which render the boxer unfit to box are referred to in the Medical Handbook of Amateur Boxing.

Annual medical examination

A medical evaluation should be conducted at least annually. It should include: past medical history, complete clinical examination, neurological examination, if possible urinalysis and resting ECG.

Medical check-up prior to a tournament

The boxers must be passed fit before weighing in every day on which he/she is to fight during a tournament by a qualified ringside physician.

Post-bout medical examination

Each boxer must be examined by the ringside physician after the bout (mental orientation and status, quick survey of head, face, neck, upper extremities).

Boxing injuries

Is there a risk of brain damage in amateur boxing?

The frequency of deaths or severe injuries in boxing is 1.3 in 10.000 boxers, which is lower than that in American football was reported (3.0 in 10.000). The risk of brain injury in amateur boxing differs significantly compared with professional one due to stricter rules and regulations. The health protecting rules were discussed earlier.

Brain injuries caused by boxing are classified into acute and chronic injuries. The impact of a blow originates an acceleration - linear or rotational - of the brain which can be 100 G at the maximum. Impact to the head by an external force can cause the cranial bone to move more rapidly than the brain in the skull and distortion occurs in the cranial bone at the injury site. Inertia of the brain to maintain the initial position causes brain damage in the frontal lobe pole, temporal lobe pole, the inferior surface of the temporal lobe, and posterior lobe pole, some-

times in the regions around the cerebral falx and cerebellar tentorium. Linear acceleration induces positive pressure in the directly stricken site and the brain collides the cranial bone as a consequence of inertia, resulted a coup injury. This linear acceleration causes gliding contusions of the cerebral cortex, ischaemic lesions in cerebellum and axonal damage in the brainstem. When a punch causes rotational acceleration of the head, the veins and long axon fibres are stretched and may be torn, resulting in subdural hematoma and axonal damage, respectively. Falling against the ropes or the floor of the ring causes impact deceleration to the head and may result in contre coup lesions as well as gliding contusions. Blows to the neck can injure the carotid artery and compression of the carotid sinus may cause generalised ischaemia of the brain. The severity of acute damage varies from transient alterations of cognitive function to irreversible brain damage and death.

Acute brain damage

Subdural Hematoma.

The bridging veins connect the brain with the superior sagittal sinus of the dura mater. When the skull accelerates, these veins are stretched and if they torn, blood accumulates in the subdural space, causing compression, edema, and herniation of the brain. In boxing most fatalities are caused by subdural hematoma and its complications.

Acute subdural hematoma can be diagnosed by plain CT alone. A crescent-shaped high density area is often can be observed below the cranial bone. In severe cases, brain contusion, ventricular displacement, median deviation, or cerebral edema is seen (Figure 1.).

Intracerebral Hemorrhages.

The rotational or gliding movement of the brain within the accelerated skull may tear vessels within the brain. Such hemorrhages occur most frequently in parasagittal regions of the cortex and subcortical white

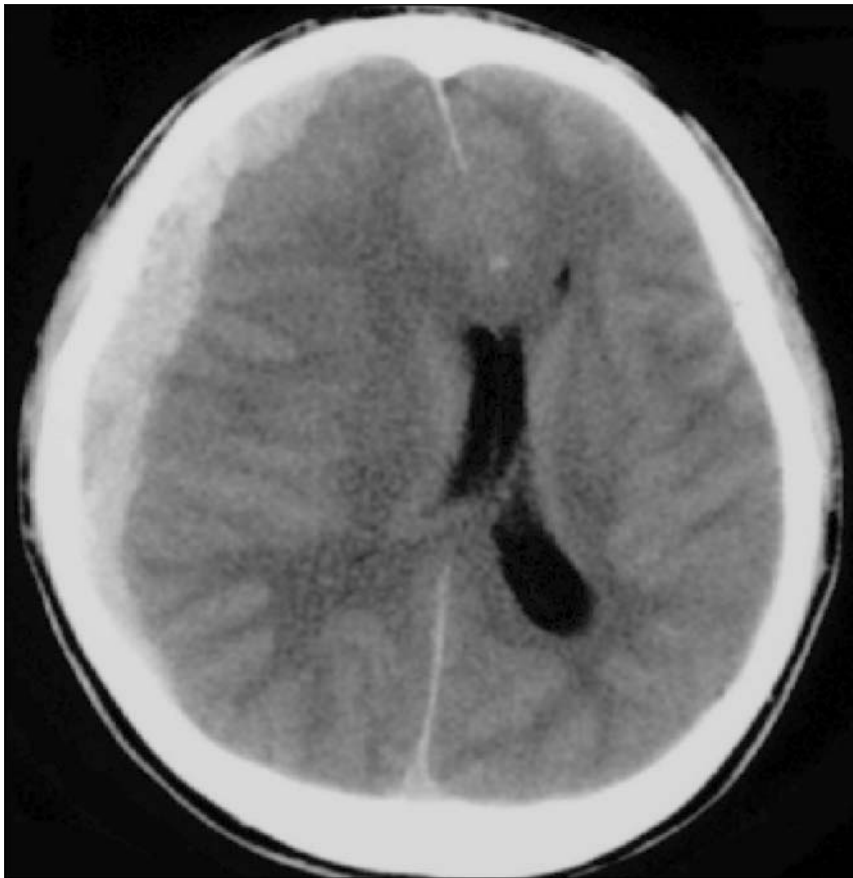


Figure 1. Acute subdural hematoma

matter but also may occur in the deeper white matter, the corpus callosum, and cerebellar peduncles.

The diagnosis can be made by CT.

Diffuse Axonal Injury

Damage in the white matter is common in the trauma to the head. Axonal injury for lack of bleeding or gross disruption of fiber tracts, is easily missed in postmortem examination. A few severed axons may not be sufficient to produce clinical symptoms but their number will increase with each bout.

Generally CT is useful for diagnosis in the acute stage and MRI is useful for diagnosis in subacute to chronic stage, but in diffuse axonal injury MRI is more sensitive than CT.

Second impact syndrom

If a boxer receives an initial head injury (e.g. concussion) and returns to play before all symptoms (headache, dizziness, difficulty in thinking or balance, etc.) clear and receives again a second head blow, may be a minor than the first one,

the second impact syndrome may occur.

Posttraumatic cerebral swelling may be due to two separate pathophysiological mechanism. The first is a failure of cerebral autoregulatory mechanisms, an increased cerebral blood volume. The second mechanism of posttraumatic brain swelling is due to true cerebral edema. This condition can increase the intracranial pressure, resulting brain herniation, sometimes leading to death. Both of these entities can occur within hours of head trauma but typically are seen after several days.

The prevention of this syndrome is most important: even a mild head injury must be very carefully examined by the medical doctor and if a boxer has any sign or symptom of concussion not be allowed to return to contest until symptoms disappear (9, 10).

Concussion

Concussion is the most common head injury not only in boxing but

in many other sports. Concussion is defined as a complex pathophysiological process affecting the brain, induced by traumatic biomechanical forces (11). Several common features that incorporate clinical, pathological, and biomechanical injury constructs that may be used in defining the nature of a concussive head injury include:

- concussion may be caused either by a direct blow to the head, face, neck, or elsewhere on the body with an „impulsive” force transmitted to the head,
- concussion typically results in the rapid onset of short lived impairment of neurological function that resolves spontaneously,
- concussion may result in neuropathological changes, but the acute clinical symptoms largely reflect a functional disturbance rather than structural injury,
- concussion results in a graded set of clinical syndromes that may or may not involve loss of consciousness. Resolution of the clinical and cognitive symptoms typically follows a sequential course,
- concussion is typically associated with grossly normal structural neuroimaging studies (12).

Beside the clinical history a sideline evaluation of the boxer, including neurological assesment and mental status testing is an essential component of the diagnosis. In the acute assesment of a concussive injury brief neuropsychological test batteries that asses attention and memory function have been shown to be practical and effective (13).

In the management of the concussion the most important is that when a boxer shows any symptoms or signs of a concussion (**Table 3.**) should not be allowed to return to play.

Regular monitoring is essential. The return to play must follow a medically supervised stepwise process (14).

In boxing the knock-out (K.O.)

Table 3. Symptoms of concussion
Agyrázkódás tünetei

<p>Early (minutes and hours)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Headache - Dizziness or vertigo - Lack of awareness of surroundings - Nausea or vomiting <p>Late (day to week)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persistent low grade headache - Light-headedness - Poor attention and concentration - Memory dysfunction - Easy fatigability - Irritability and low frustration tolerance - Intolerance of bright lights or difficulty focusing vision - Intolerance of loud noises, sometimes ringing in the ears - Anxiety and/or depressed mood <p>Sleep disturbance</p>
--

or repeated knock-down (K.D.) with or without unconsciousness from medical point of view is a concussion. In the Medical Handbook of Amateur Boxing a very detailed guideline can be found for the management of concussion.

The grading of the concussion is based on the evaluation of the boxer. AIBA grading system corresponds to the grading system of the American Academy of Neurology (Table 4.):

Grade 1 – transient confusion, no loss of consciousness, symptoms and signs resolve in less than 15 minutes.

Grade 2 – same like grade 1 but symptoms and signs last over 15 minutes.

Grade 3 – loss of consciousness, either brief (sec) or prolonged (min).

The physician in the ring needs promptly secure airway, remove the gumshield and check the respiration, pulse, hand and foot movement. If

the boxer fails to regain consciousness, continue airway management, immobilize neck in cervical collar, place on stretcher and remove from the ring. Make full use of oxygen, even if respiration seems adequate. If the boxer regains consciousness and demonstrates full use of extremities, he/she may be allowed to sit up, but not to stand immediately. When he/she has full muscle tone assist him/her standing and move to the corner where he/she should sit down until fully capable to leave the ring.

In Grade 1 concussion the boxer should be examined in the locker room immediately and at 5 minutes intervals to detect any postconcussion symptom or mental status abnormalities (Table 5.). If the boxer is asymptomatic let him/her go home, but it is necessary to remind him/her that in the case of any complaint call the doctor without any delay.

In Grade 2 concussion the boxer should be transported to the nearest hospital to perform a neurological examination or CT.

In Grade 3 concussion the boxer must be transported by ambulance immediately to the nearest emergency/neurosurgery department (8, 15).

In consequence of the improved refereeing, stricter health protecting rules, and the extended medical control the rate of concussion between 1980 and 2005 decreased from 17.4 % to less than 1.0 % at the World Championships and Olympic Games (16).

Table 4. Representative grading of concussion
Agyrázkódás súlyossági fokozatai

System	Grade 1 (Mild)	Grade 2 (Moderate)	Grade 3 (Severe)
American Academy of Neurology (1997) ⁴⁷	Transient confusion; no LOC; symptoms or abnormalities resolve in less than 15 minutes	Transient confusion; no LOC; symptoms or abnormalities last over 15 minutes	Any LOC, either brief (seconds) or prolonged (minutes)
Colorado Concussion Classification (1991) ⁴⁶	Confusion without amnesia; no LOC	Confusion with amnesia; no LOC	LOC
Cantu(1986) ⁴⁵	No LOC; post-traumatic amnesia lasting less than 30 minutes in duration	LOC for less than 5 minutes in duration, or post-traumatic amnesia lasting longer than 30 minutes but less than 24 hours in duration	LOC for more than 5 minutes in duration, or posttraumatic amnesia lasting longer for more than 24 hours in duration

From ref. 42 with permission.

Table 5. *Sideline evaluation*
Mérkőzést követő ellenőrzés

Mental status testing	
Orientation	Time, place, person, and situation (circumstances of injury)
Concentration	Digits backward (e.g., 3-1-7, 4-6-8-2, 5-3-0-7-4); Months of the year in reverse order
Memory	Names of teams in prior contest; Recall of 3 words and 3 objects at 0 and 5 minutes; Recent newsworthy events; Details of the contest (plays, moves, strategies, etc.)
External provocative tests	
	40-yard sprint; 5 push ups; 5 sit ups; 5 knee bends; (any appearance of associated symptoms is abnormal, e.g., headaches, dizziness, nausea, unsteadiness, photophobia, blurred or double vision, emotional lability, or mental status changes)
Neurologic test	
Pupils	Symmetry and reaction
Coordination	Finger-nose-finger, tandem gait
Sensation	Finger-nose (eyes closed) and Romberg

Chronic brain injuries

The punch drunk syndrome (dementia pugilistica) was described by Martland in 1928. The syndrome is characterised by speech difficulties, clumsiness of movement, progress to disabling ataxia, dementia, spasticity, extrapyramidal disturbances of Parkinson's disease. Anatomical manifestations are: cerebral atrophy, enlarged ventricles, cavum septum pellucidum, cerebellar changes, loss of nerve cells in the substantia nigra, neurofibrillary tangles.

Since Martland many authors reported chronic degeneration in mental functions of former boxers (Critchley, Unterharnscheidt, Corsellis, Spillane, Ross, Casson and others). All of these studies had limits: they were retrospective and cross-sectional in design, lack of an appropriate control group, inadequate size of study groups, the subjective interpretation of the data (e.g. EEG). Other factors (drug, alcohol, aging, accidents) than boxing were neglected.

Recent studies (Johns Hopkins,

Haglund) showed a more controversial picture about the chronic brain dysfunction in boxing. While studies indicate that the incidence of chronic traumatic brain injury in professional boxing is 17%, this syndrome infrequently encountered in amateur boxers unless they have excessive exposure to the sport. Studies documenting the prevalence of brain dysfunction among amateur boxers are few, but it is believed that this syndrome rarely occurs among amateurs, amateur boxing is associated with less neurologic impairment than professional boxing. A review of 10 studies (Butler) assessing 289 amateur boxers found that amateur boxers did not exhibit any significant signs of neuropathologic dysfunction. This review suggests that a long boxing career might reduce fine motors movements, but it was felt these findings were within the normal range. Maybe in the future the wide-spread using of the standardized mental status assessment, neuropsychiatric testing will give more informations in this matter (17). The role of genetic suscepti-

bility is also not cleared up (18).

It is unquestionable that during the last two decades amateur boxing has changed dramatically, the sight of blood and unconscious boxer almost disappeared from the ring, headguard, limited numbers of rounds, and the proper refereeing eliminate one-sided, dangerous mismatches. Amateur boxing now is a quite different game than professional boxing.

Types of boxing injuries

The types and frequency of boxing injuries at the U.S.Olympic Training Center (1981-1982) was published by Jordan, Voy and Stone in 1990: head and face 20.6%, upper extremity 32.9% lower extremity 23.9%, back 6.9 %, cerebral 6.5%, cervical spine and brachial plexus 5.1%, chest 3.8%, kidney 0.2% (19).

In the period of 1992 and 2005 at the World Championships and Olympic Games the following in-

juries have happened: lacerations on the head in the 3.5%, nasal bleeding in 2.8% of the bouts. Fractures: 2 mandibular, 1 jaw, 1 zygomatic, 5 nasal bone, 2 ribs, 7 metacarpal.

Other injuries: 1 LCA rupture, 1 rupture of the tendon of the right thumb (16).

Injuries of the head and face

Since the advent of the head-guard, few cuts on the head or on the face are seen (1% of the bouts are stopped because of cuts on the face). Nonetheless the physician at ringside must be prepared to handle cuts. The basic principle of handling cuts around the eye is if a cut causes enough bleeding to impair vision, the bout should be stopped.

Even with the headguard a punch improperly thrown with the palmar part of the gloves to the ear can create a vacuum and rupture to the eardrum. Cauliflower ear is extremely rare with the protection of headguard.

Nasal bleeding is quite common but in the most of the cases it is without the fracture of the nasal bone. In the case of repeated epistaxis the boxer should be examined by an ear-nose-throat specialist to detect is there any anatomical deformity (septal deviation, superficial plexus of veins).

Injuries of the eye

The incidence of eye injuries in amateur boxing is low, although very few data are available concerning eye injuries in Olympic boxing. The eye is relatively well protected by the orbit except the frontal part of the eyeball. Possible injuries caused by boxing are: ruptured or perforated eyeball, hyphema, cataracts, retinal tears or detachment, and macula injuries.

Ruptured or perforated eyeball, laceration of the cornea

Normal eye usually not be perforated or ruptured by the blunt forces

involved in this sport. Theoretically the thumb of the gloves could cause this type of injury, but in the practice insignificantly few case reports were done about this kind of injuries during the last decades. Epithelial laceration of the cornea is not uncommon, usually it is healed without any complication. Rest needed to complete healing.

Hyphema

Bleeding into the anterior chamber of the eye due to the tearing of vessels at the iris root is rather common in professional boxing but not in amateurs. All boxers who had hyphema need gonioscopy to evaluate the possibility of late onset glaucoma.

Cataracts

The incidence of cataracts in professional boxing is between 5.9% and 15% in the various studies. In amateur boxing we don't have valid data about this eye injury. The opacity of the lens resulting in decreased vision and is often treated by surgery. In amateur boxing cataract or intraocular and refractive surgery render the boxers unfit to box.

Retinal tears and detachment

he blows to the eyeball may cause either tears or complete detachment of the retina. Treatment of tears with laser or cryotherapy may prevent their progression. Retinal detachment is caused by retinal tears when through the tear the liquified vitreous leaks into the space between the retina and the retinal pigment epithelium. Surgical repair is usually successful, but in amateur boxing if a boxer has retinal tears or detachment in his/her past medical history, unfit to box.

Injuries of the periorbita and orbita

Lacerations of the lid and soft tissues are common in boxing. Lacerations on the lid sometimes need surgical repair. Injury of the extraocular muscles may cause motility problems and diplopia. When motility

problems are identified, the injury may have occurred to the III., IV., or VI. cranial nerve intracranially from closed head trauma.

Orbital fractures, edema, and hematoma may also restrict extraocular muscle motion.

Ocular safety in boxing

Ocular safety has a priority in the medical safety program of AIBA. An initial and after this the annual examination is recommended to check the state of the eye, to detect pre-existing lesions of the retina, to check the visual field, intraocular pressure, visual acuity.

The **minimal visual requirements** in amateur boxing should be: a corrected visual acuity 20/60 or better in each eye, myopia not more than - 3.5 dioptries in each eye, a full central visual field of not less than 30 degrees in each eye. No intraocular or refractive surgery on the past medical history, no glaucoma, macular abnormalities, major lens abnormality, dangerous peripheral retinal lesions (20,21).

Injuries of the extremities

Traumatic shoulder injury

The myotendinous injuries of the shoulder are not uncommon in boxing. They are caused by different mechanisms: direct trauma to the shoulder, a fall of the boxer in the ring, a traumatic hyperextension or external rotation of an abducted arm. The rotator cuff injuries can be a hemorrhagic subacromial bursitis, acute rotator cuff tears, and subscapular ruptures. A rare injury is the pectoralis major rupture. The hemorrhagic subacromial bursitis can be treated by subacromial injection of local anesthetic and corticosteroids. Surgical (maybe arthroscopic) treatment is necessary in other rotator cuff injuries.

More serious shoulder injuries in boxing are dislocations. These kind of injuries happens if the arm is an abduction and externally rotated position. There are different types



Figure 2. A transverse waist fracture of scaphoid
Os scaphoideum haránt törése

of dislocations: glenohumeral, posterior, acromioclavicular, and sternoclavicular dislocations. The majority of the dislocations are generally treated with closed reduction, open reduction is rarely necessary.

Fractures of the scapula, proximal humerus and clavicle are rarely seen in boxing.

Elbow injuries

Dislocation or fracture of the elbow is not common in boxing unless the boxer falls onto the upper extremity. The majority of the injuries are caused by the hyperextension of this joint, combined with a missed punch. Epicondylitis of the distal humerus is commonly encountered. The medial epicondylitis (golfer's elbow) is less frequent than lateral one (tennis elbow). This is an overuse syndrome, microtrauma leads to the tendinous origin of the flexor pronator mass. The chronic elbow pain accompanies wrist flexion and pronation. Surgery is indicated only after failed non-surgical treatment (local steroid injection, physical therapy, NSAID).

Wrist and hand injuries

Amongst the carpal fractures (scaphoid, hamatum, triquetrum, capitatum, lunatum, pisiform, trapezium) the most common is the scaphoid fracture in boxing. The diagnosis of these injuries needs x-ray, MRI or other imaging technique (**Figure 2**).

The wrist is an important link between the upper arm and the hand when the boxer delivers a blow, therefore it is customarily supported by the use of bandage. The use of bandage in amateur boxing is mandatory.

Distal radius fractures make up 8-15% of all bone injuries. There are two mechanisms of this injury: if the boxer falls on the outstretched hand, causing dorsal displacement (Colles fracture), or if the mechanism of injury is a fall on the flexed hand causes volar displacement of the fragment (Smith fracture).

Ligamentous injuries and chondral lesions in the wrist

Ligamentous injuries and chondral

lesions in the wrist can be a source of significant disability of the boxer whose sporting activity requires a stable wrist with good mobility. Examination of the wrist including stress testing, standard radiograph, stress radiograph, bone scan, arthrography, MRI and arthroscopy are tools available to the physician who treats wrist injuries of boxers.

Fractures of the metacarpal

Fractures of the metacarpal are much easier to diagnose, with localized swelling, and point tenderness. An x-ray is usually sufficient to diagnose this injury (**Figure 3**.) In boxing is quite common the first metacarpal shaft fracture without displacement (Bennett fracture).

Boxer's knuckle

Boxer's knuckle is a characteristic injury when a direct blunt trauma either as a single episode or from repetitive blows may cause a longitudinal tear in the extensor digitorum communis tendons and dorsal joint capsule, involving the radial or ulnar sagittal bands. The boxer usually presents with pain over the metacarpophalangeal joint. Treatment involves surgical exploration and side to side repair of the defect.

Return to boxing after the injuries of wrist and hand usually is between 4 to 12 weeks.

Knee, ankle and foot injuries

The injuries of the lower extremity in boxing is rare and the majority of them could be prevented by careful supervision of the ring: are the ropes on the proper height and tension, is the floor of the ring covered by canvas (the plastic materials can be very slippery if they are wet) and is it tightened enough.

The ligamentous injuries (anterior cruciate and posterior cruciate ligament, medial collateral complex and posterolateral complex injuries) are not common in boxing. MRI is a useful diagnostic tool.

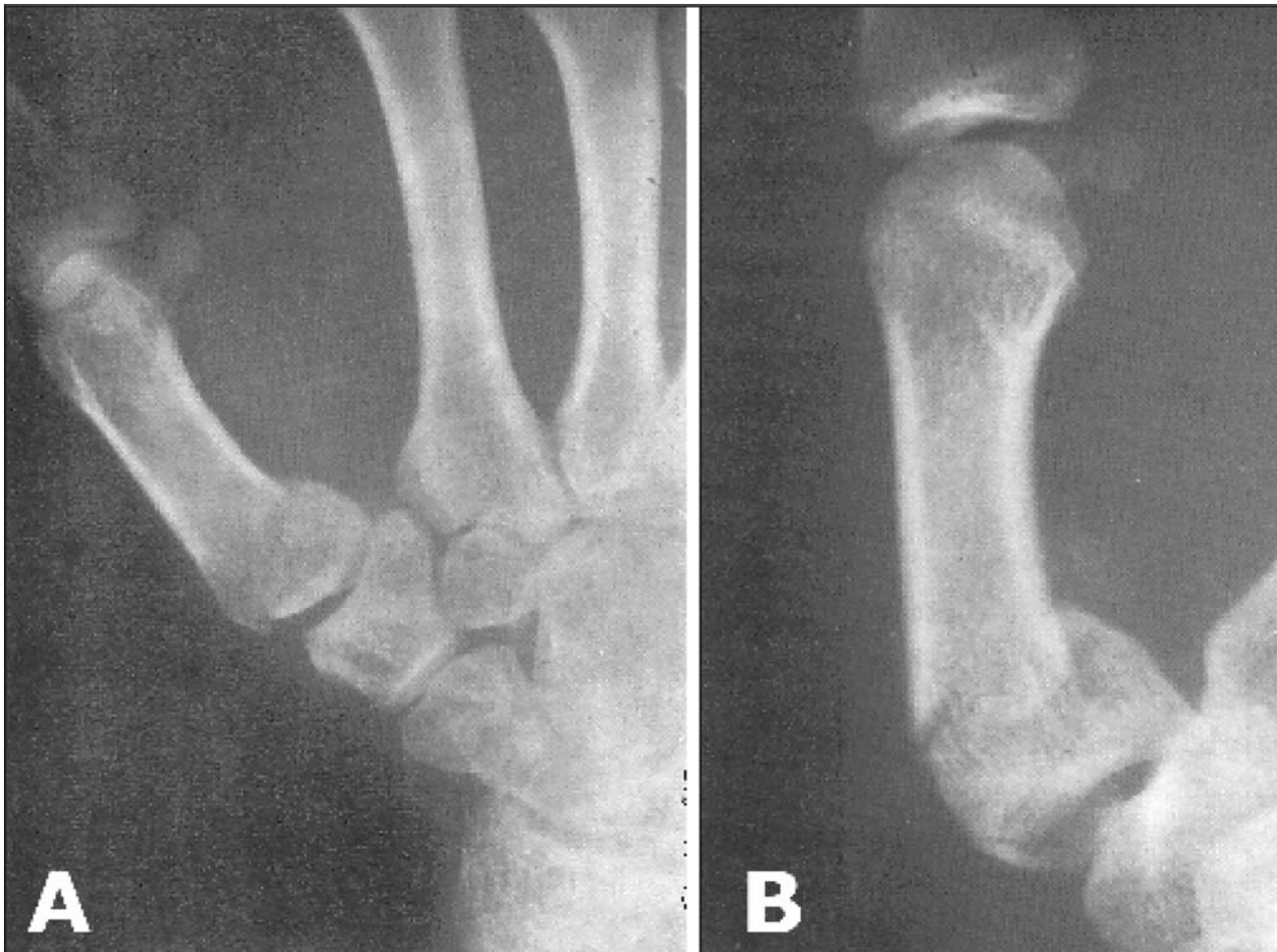


Figure 3. a) The less common oblique extraarticular fracture can easily be confused with intraarticular Bennet fracture
 b) The most common fracture of the thumb metacarpal is a transverse extraarticular type
 a) Bennet-törés
 b) I. metacarpus haránt törése

Meniscal injuries

Meniscal injuries are more common injury. Arthroscopy is the best diagnostic tool and it offers the advantage of allowing immediate treatment of most of the pathologic conditions seen, but conservative treatment is also one of the options.

Ankle ligament injuries

Ankle ligament injuries are the most common injuries in sport, but not a typical boxing injury. The lateral ankle ligaments are the most frequently injured structures. Ankle sprains have been classified as Grade 1 (mild), Grade 2 (moderate), and Grade 3 (severe). In the Grade 1 injury the ligaments were stretched without tear, minimal swelling or tenderness.

Grade 2 sprain represents partial or possibly complete tear, with mod-

erate swelling, tenderness, limited loss of motion and instability. Grade 3 shows a complete rupture, clinically severe swelling, hemorrhage, and tenderness. Ankle function and stability are lost. There is a general agreement that Grade 1 and 2 injuries should be treated conservatively (rest, ice, compression, elevation). Some authors recommend acute repair of lateral ligament injuries with Grade 3 sprains.

Achilles tendon injuries

Achilles tendon injuries may occur during conditioning (jogging, running), clinically can be an acute trauma or chronic overuse syndrome. Achilles tendon rupture typically occurs in poorly conditioned middle-aged men but not in boxers. Acute tenosynovitis are treated conservatively, in chronic cases and

in Achilles tendon rupture the best treatment modality is the surgical one.

Fracture of the fifth metatarsal

The fracture of the fifth metatarsal usually occurs with the contraction of the peroneus brevis muscle. In athletes early surgical treatment, open reduction and internal fixation is recommended (22, 23, 24).

References

1. Attwood A: History of Amateur Boxing. In: Jako P. editor. Doctors at Ringside. Hungary: AIBA publication; p.17–25, 2006.
2. Jako P. Safety measures in amateur boxing. Br J Sports Med. 36: 394–395. 2002.

3. Jako P. Doctors for Boxers and Boxing: AIBA Medical Commission. In: Jako P. editor. Doctors at Ringside. Hungary: AIBA publication; p. 143–198. 2006.
4. Jako P, Martos E. Modification of the rules in amateur boxing and their effect reflected in the statistics of Olympic Games and World Championships. Hung Rev Sports Med. 41(3): 173–181. 2000.
5. Glen J. Conditioning for Amateur Boxing. Ludlow: Sports Fitness Systems; 1983.
6. Bachl N, Wein D. Sport Nutrition. In: Micheli L, Smith A, Bachl N, Rolf C, Chan K-M. Editors. Team Physician Manual. Hong Kong: FIMS publication; p.77–104. 2001.
7. Jackson R, editor. Sport Medicine Manual. Calgary: Hureford Enterprises Ltd.; p. 406–409. 2001.
8. Medical Handbook of Amateur Boxing (sixth edition). Budapest: Print City, 2004.
9. Nagatomi H. Boxing Brain Injury. In: Jako P. editor. Doctors at Ringside. Hungary: AIBA publication; p. 29–45. 2006.
10. Cantu RC. Brain injuries. In: Cantu RC. Editor. Boxing and Medicine. Champaign, IL: Human Kinetics; p. 17–32. 1995.
11. Johnston KM, McCrory P, Mohtadi MG, et al. Evidence-Based review of Sport-Related Concussion: Clinical Science. Clin J Sport Med. 11 (3): 150–159. 2001.
12. Summary and Agreement Statement of the First International Conference on Concussion in Sport, Vienna 2001. The Physician and Sports Medicine. 30 (2): 57–63. 2002.
13. Porter MD. A 9-Year Controlled Prospective Neuropsychologic Assessment of Amateur Boxing. Clin J Sports Med. 13 (6): 339–351. 2003.
14. Sturmi J, Smith C, Lombardo JA. Mild Brain Trauma in Sports. Sports Med. 25(6): 351–358. 1998.
15. Practice Parameter: The management of concussion in sports (Summary Statement). Report of the Quality Standard Subcommittee. Neurology. 48: 581–585. 1997.
16. Jako P. Doctors at Ringside: Medical Control of World Championships, Olympic Games, and Major Tournaments. In: Jako P editor. Doctors at Ringside. Hungary: AIBA publication; p. 199–220. 2006.
17. Stewart WF, Gordon B. Amateur Boxing: Is There a Risk of Brain Injury? In: Cantu RC editor. Boxing and Medicine. Champaign, IL: Human Kinetics; p. 33–64. 1995.
18. Jordan BD. Genetic Susceptibility to Brain Injury in Sports. The Physician and Sports Medicine. 26 (2): 25–26. 1998.
19. Jordan BD, Voy RO, Stone J. Amateur Boxing-injuries at the U.S. Olympic Training Center. The Physician and Sports Medicine. 18 (3): 80–90. 1990.
20. Giovanezzo VJ, Yannuzzi LA, Sorenson JA, et al. The ocular complications of boxing. Ophthalmology. 94: 587–596. 1987.
21. Llouquet JL. Eye injuries in boxing. In: Jako P editor. Doctors at Ringside. Hungary: AIBA publication; p. 63–70. 2006.
22. Dincer D. Injuries of the extremities in boxing. In: Jako P editor. Doctors at Ringside. Hungary: AIBA publication; p. 71–90. 2006.
23. Estwanik JJ, Boitano M, Ari N. Amateur boxing injuries at the 1981 and 1982 USA/ABF National Championships. The Physician and Sports Medicine. 12 (10): 123–128. 1984.
24. Enzenauer RW, Montrey JS, Enzenauer RJ, et al. Boxing Related Injuries in the US Army, 1980 Through 1985. JAMA. 261: 1463–1466. 1989.

A sport szerepe a táplálkozási magatartás zavaraiiban

Resch Mária

II. Pszichiátriai és Mentálhigiénés Osztály, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr

A jelen tanulmány a hazai epidemiológiai vonatkozású evészavar szakirodalom egyik „mostoháját” mutatja be. A nagy kockázatú populációnak számított sportolók részint a fokozott teljesítménykényszer, részint a nagyon precízen behatárolt testsúly miatt kiemelt jelentőségűek a táplálkozási zavarok előfordulásában.

Célunk az elmúlt 10 év nemzetközi irodalmát áttekintve a táplálkozási magatartás zavarainak előfordulását és a sportban való szerepét megvizsgálni, valamint az anorexia atlétika és az atléta triász fogalmainak pontosítása.

Megállapíthatjuk, hogy az anorexia atlétika tünetei körülhatároltabbá, differenciáltabbá váltak. Az epidemiológiai vizsgálatok számadatai kisebb szórást mutatnak. Az atléta triász új értelmezést nyert.

Tény, hogy a túlzott testedzés és az evészavar között szoros a korreláció: az evészavarok diagnosztikus feltételrendszerében alapvető követelmény a súlycsökkentő manőverként használt túlzott testedzés. Fordítva is igaz: a sportolók körében magas az anorexia nervosa és a bulimia nervosa előfordulási rizikója, mely új szubklinikai kórképek kialakulásához vezethet.

Kulcsszavak: anorexia nervosa, bulimia nervosa, anorexia atlétika, női atléta triász, amenorrhoea

The role of sport in the eating disorders. The current study presented one of the underprivileged populations of the national epidemiological scientific by the eating disorders.

Based on a review of selected publications over the past 10 years, the author summarizes definitions of the anorexia athletica and the female athlete triad.

The base definitions were more exact: the symptoms of anorexia athletica have got to difference, and the data of epidemiological studies were standing between smaller ranges. The „athlete triad” concept became by a new formation.

The strong correlation of eating disorders with excessive physical activity and sport underlines those significant role as weight loss method among diagnostic criteria of the eating disorders. It's important „at risk” for an eating disorder, which places them at increased risk for menstrual irregularity and bone injuries.

Keywords: anorexia nervosa, bulimia nervosa, anorexia athletica, female athlete triad, amenorrhoea

Közel 10 évvel ezelőtt jelent meg az első hazai publikáció a sportolók körében fellépő evészavarok és azok szövődményeinek veszélyeiről. A tanulmány a klasszikus evészavarok diagnosztikus kritériumaival összevetve részletezte az anorexia atlétika tüneteit, ismérveit, majd a speciális rizikófaktorok említésével a női atléta triász (anorexia nervosa, amenorrhoea, oszteoporózis) jelentőségét foglalta össze.

Az evészavarok két alapvető típusa az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. Az anorexia nervosában szenvedőkre jellemző a kóros soványság ellenére is intenzív félelem a testsúlygyarapodástól, a saját testalak hibás észlelése és ennek az önértékelésre való túlzott hatása

(1. táblázat). A bulimia nervosa egyik vezető tünete a falásroham, mely az evés feletti kontroll elvesztésekor hirtelen nagymennyiségű étel elfogyasztását jelenti. Az önértékelés itt is súlyosan érintett lehet. Mindkét evészavar alaptípusban diagnosztikus feltétel a testsúly csökkentése. A restriktív és/vagy a nem purgációs altípusokban a hízást megelőzendő kóros kompenzációs magatartásként a túlzott testmozgás kiemelt szerepet kap (2. táblázat).

A szomatikus szövődmények között az egyik legveszedelmesebb a menarche késése, az amenorrhoea, valamint az elektrolit eltérések miatt fellépő ritmuszavarok és ez által a hirtelen szívhalál.

A két evészavar típushoz képest

az anorexia atlétikában nem fordul elő a testképzavar, nincs testimádat, a fokozott testedzés dominál (6,11,13).

A jelen tanulmány célja az eltelet közel egy évtized összegyűlt hazai és nemzetközi irodalmát áttekintve a meglevő ismeretek bővítésével az említett fogalmak körüljárása, pontosítása és csoportosítása, az új összefüggésekre való rávilágítás.

Módszerek

A jelen dolgozat az elmúlt 10–15 évben összegyűlt, a sportolók körében végzett evészavar kutatások eredményeit vizsgálja, elemzi és összegezi.

1. táblázat Az anorexia nervosa meghatározása a DSM-IV diagnosztikus rendszer alapján

kritériumok
A. az életkornak és a testmagasságnak megfelelő minimális vagy előlotti normál testsúly elutasítása (az elvárt testsúly 85%-ánál kisebb testsúly)
B. erős félelem az elhízástól, súlygyarapodástól, súly hiány esetén is
C. zavar a saját testsúly és testalak megítélésében, nagy a hatása az önértékelésre, az adott túlzottan alacsony testsúly tagadása
D. késik a menarche, vagy ivarérett nőknél 3 egymást követő menstruációs ciklus kimaradása, amenorrhoea
altípusok
korlátozó: nincs rendszeres falás vagy purgálás (önhánytatás, hashajtók, vízhajtók használata és beöntések)
faló/purgáló: rendszeres mértéktelen evés és/vagy purgálás

2. táblázat A bulimia nervosa meghatározása a DSM-IV diagnosztikus rendszer alapján

kritériumok
A. ismétlődő falási epizódok, amelyeket az alábbi két ismérv jellemez: <ul style="list-style-type: none">- meghatározott rövid idő alatt lényegesen nagyobb mennyiségű étel elfogyasztása, mint amennyit az emberek általában hasonló idő alatt, hasonló körülmények között fogyasztanak.- az étkezés feletti kontroll elvesztésének élménye az epizód során (a beteg úgy érzi, hogy az evést nem lehet abbahagyni, sem azt befolyásolni, hogy mit és mennyit egyen)
B. a hízás megelőzése céljából rendszeres kóros kompenzációs magatartás (pl. önhánytatás beöntések, hashajtók, vízhajtók és más gyógyszerek alkalmazása, koplalás erőltetett testedzés)
C. falás és kóros kompenzációs magatartás egyaránt előfordul, átlagosan hetente legalább két alkalommal, legalább három hónapon keresztül
D. az önértékelést a testsúly és az alak túlzottan befolyásolja
E. a tünetek nem kizárólag anorexia nervosa epizódjai alatt észlelhetők
típusai
purgációs: az aktuális epizód során a személynél rendszeresen előfordul önhánytatás vagy hashajtók, vízhajtók és beöntések alkalmazása
nem purgációs: az aktuális epizód során a személy egyéb kóros kompenzációs magatartást tanúsít (pl. koplalás, túlzott testedzés) de nem fordult elő rendszeresen önhánytatás vagy hashajtók, vízhajtók és beöntések alkalmazása

Eredmények

A női atléta triász fogalom az anorexia nervosa és két szomatikus szövődésének (amenorrhoea, osteoporózis) együttes megjelenését jelenti. Torstveit és Sundgot-Borgen a női atléta triász előfordulási kockázatát vizsgálta 13–39 év közötti

atléta (N=669) és nem-atléta kontroll (N=607) csoportban. A strukturált interjú kapcsán a fizikai aktivitásra, a menstruációs ciklusra és a fogamzásgátlók használatára, valamint a testsúlyra és a diétázási-étkezési szokásokra kértek rá. A tesztek közül az EDI (Eating Disorder Inventory = Evészavar Ön-kitöltős Teszt) „testképzavar”

és „elhízástól való félelem” alkálait vették figyelembe. Érdekes eredményre jutottak: A nem-atléta kontroll csoportban magasabb (69,2%) a triász előfordulási rizikója az atlétákhoz képest (60,4%, $P < 0,01$). Ugyanitt szignifikánsan nagyobb ($P < 0,001$) a patológiás súlycsökkentő módszerek használata és a testképzavar is. Az atléta triász

mind három kritériuma 8 atlétánál és a kontroll csoportban 5 esetben állt fent, szignifikáns különbség nélkül. A soványsággal járó sportágakban (pl. tornászok) (70,1%) és a nem atléta kontroll csoportban (69,2%) egyformán magas volt az atléta triász előfordulási kockázata, a nem soványsággal járó sportágakhoz (55,3%) képest. Az atléta triász rizikója az esztétikai sportágakban (66,4%) magasabb, mint a labdasportokban (52,6%, $p < 0,001$). Összegzőképpen azt a következtetést vonták le, hogy a triász az atléták körében ugyanolyan mértékben volt jelen, mint a normál aktív nőknél (18,19,20).

Beals és mtsai által vizsgált 425 női atléta között a klinikai anorexia nervosa (3,3%) és a klinikai bulimia nervosa (2,3%) előfordulási gyakorisága nem volt jelentős, de az evészavarra hajlamosító viselkedés rizikója (EDI skála: 32,4%) igen. Ehhez kapcsolódott a menstruációs zavarok ($p = 0,004$) és a csontosodási problémák ($p = 0,003$) fokozottabb megjelenése is. Az atlétikán belül az esztétikai sportágakban igazoltak magasabb előfordulási gyakoriságot (31%) a menstruációs zavar tekintetében (3). Egy másik felmérésében Beals és mtsai 7 különböző sportágban (műugrás, úszás, tenisz, futó és dobószámok, hoki, gyeplabda) 112 személyt nézett meg az evészavar, a menstruációs zavar és a csontsűrűség vonatkozásában. 28 esetben (25%) találtak evészavart, 29 esetben (26%) menstruációs zavart és 2 (1,8%) esetben csontosodási problémát. A triász egyes tagjainak előfordulási gyakorisága magas volt, de az együttes előfordulás adataik szerint már alacsonynak (2 tünet 8,9%, mindhárom tünet pedig egy esetben) bizonyult (4).

Nichols, Barkai és mtsai 8 sportágból összesen 170 női atlétát vizsgáltak, ahol 18,2% az evészavar, 23,5% a menstruációs probléma és 21,8% az alacsony csontsűrűség előfordulási gyakorisága, mint vezető tünet. A triász valamelyik kettő vezető tünetével a vizsgáltak közül tízen (5,9%), mindhárom tünettől pedig két atléta (1,2%) rendelkezett (1,12).

Stressz-töréseket vizsgálták Loud és mtsai fiatal serdülőkorú és serdülőkor előtti 11–17 év közötti nőkben ($n = 5461$). Testsúlyt, magasságot, menarchiális státuszt, fizikai aktivitást, diétázási szokásokat és az evészavarokat kérdezték. Eredményeik közül figyelemre méltó, hogy 3 %-n találtak evészavart, 16%-ban túlzott (heti 16 óránál több) aktivitást. Azok, akik heti 16 óránál többet sportoltak (pl. futás, gimnasztika), a testtömeg-indextől függetlenül 1,88-szor nagyobb rizikót mutattak egy esetleges stressz-töréssel szemben. Ugyanezen populációban az evészavar előfordulása is gyakoribb (4,6% vs. 2,8%) volt (10).

Nőgyógyászati szövődmények jelentősége miatt érdemes külön kiemelni is tárgyalni az ide vonatkozó vizsgálatokat. Barkai és mtsai reprezentatív felmérése szerint a női atléták ($n = 99$) 72%-a a sportolást előbb kezdte, mint ahogy a menarche korba lépett (1,12). Torstveit és Sundgot-Borgen fent említett vizsgálatában több atléta jelzett menstruációs zavart (24,8%) a soványsággal járó sportágakban, mint a soványsággal nem járókban (13,1%). A menarche életkor szignifikánsan ($p < 0,001$) később jelentkezett, a primer amenorrhoea gyakoribb (7,3%) volt az atléták körében, mint a normál kontroll (2,0%) csoportban (18,19,20). Williams és mtsai 16 sportágból 151 női atléta és kontroll csoportként 70 női egyetemista táplálkozási szokásait és a fellépő menstruációs panaszait vizsgálták. Az atléta populációban mindenütt magasabb (29,1%) volt az irreguláris (26 nap \geq vagy > 32 nap) ciklus, mint a kontroll csoportban (15,7%). Azt találták, hogy az atléta csoportban a rendszertelen menstruációs ciklus nagyobb rizikótényezőt jelent az evészavarok megjelenésére (22).

Megbeszélés

A nemzetközi tapasztalatok és a saját megfigyeléseink alapján a sport és az evészavarok szoros nexusát tekintve az elmúlt 10–15 év eredményeit az

alábbiakban foglaljuk össze:

1. A Sportorvoslás Amerikai Társasága 1992-ben közzétett tanulmányában olvasható, hogy a női sportolók (mint a gimnasztika) 62%-a szenved valamilyen típusú evészavarban, míg a lakosságban az előfordulási gyakoriság átlagban 1–5% között található. Az ezt követő években több epidemiológiai jellegű publikáció született. A prevalencia értékek körülhatároltabbá váltak: Az evészavarok tekintetében a korábbi 15–62% helyett 20–25%, az amenorrhoea esetében a korábbi 3,4–66% helyett 25–30% és az oszteoporózis pedig 2–20% előfordulási gyakoriságot ad a sportoló populációban (2–6, 8–11, 14, 18–20, 22).
2. Az atléta triász az anorexia nervosa, amenorrhoea és az oszteoporózis együttes megjelenéseként került bevezetésre a szakirodalomban a 90-es évek végén. Ma úgy tűnik, hogy az evészavarok és a menstruációs problémák (primer és szekunder amenorrhoea, tempóanomáliák, anovulációs ciklusok, ...) között szorosabb a korreláció, mint a másik két betegség között, vagy az átlag populációban. Megállapításunkkal Goodman véleményéhez csatlakozunk: az evészavarok szerepe jelentős a menstruációs panaszok kialakulásában és fordítva is igaz (7,15). Továbbá, nemcsak az atléták körében, hanem más sportágakban is nagyobb az evészavarok jelenléte a normál populációhoz képest, tehát az anorexia mellett a bulimia is gyakori. Összességében azt mondhatjuk, hogy egyrészt szűkültek a korábban vezető tünetként megnevezett anorexia, amenorrhoea és oszteoporózis prevalencia határai, másrészt viszont tárgult a „vezető tünetként” értékelte betegségek köre, ugyanis a bulimiát is feltétlenül említeni kell. Másrészt nemcsak az atléták, hanem valamennyi sportolót érintő problémáról van szó, kiemelten természetesen az eszté-

3. táblázat Az anorexia atlétika ismérvei a klasszikus evészavar formákkal (anorexia nervosa és bulimia nervosa) összehasonlítva

Meghatározások	Klasszikus evészavarok		Anorexia atlétika (AA)
	Anorexia nervosa (AN)	Bulimia nervosa (BN)	
1. Kalória bevitel megszorítása, speciális étrend	+	-	+++
2. Általánosan csökkent ételbevitel	+++	-	-
3. A súlycsökkenés minimum a testsúly 15%-a	+++	-	++
4. Falásrohamok	+	+++	+
5. Purgációs mechanizmusok: hánytatás, hashajtás, vízajtás ...	+	+++	-
6. Túlzott testedzés (min. 16h/hét)	+	++	+++
7. Túlzott félelem az elhízástól	+++	++	+
8. Testképzavar	+++	+	-
9. Önértékelési zavar	+++	+	-
10. Nőgyógyászati panaszok	+++	++	+++
11. Kifejezett szomatikus szövődmények	+++	++	++
12. Depresszióval komorbiditás	+++	++	+
13. Teljesítmény motiváció	+	+	+++
14. Jellemző személyiség szerkezet	obsessiv	borderline	perfekcionista

Resch M. (13) nyomán

3. Az anorexia atlétika diagnosztikus feltételrendszere is pontosabbá vált az elmúlt évek tapasztalatainak hatására. Főbb ismérvei, hogy a kifejezett testedzés mellett nem észlelhető az elhízástól való félelem, nincs falásroham, nem használnak súlycsökkentő manővereket és a testképzavar sem jellemző (1,3–6,13). Korábban jelentkezik viszont és markánsabb, elhúzódóbb a menstruációs zavar (14, 15,21,22) (1.táblázat).
4. Az etiológiát tekintve több predisponáló tényezőt, rizikó faktort sorol az irodalom. E téren a korábban tett megállapításainkat erősítjük meg. Nagy rizikójú sportágak a nőknél az esztétika, s mindazok a sportok,

ahol az alacsony testsúly kívánatos, mint pl. a maratoni futás, a lovaglás. Számos férfiatléta a testimádattal és az anabolikus szteroidok használatával predesztinált az evészavarra (2,13,17–20). Fontos megkeresni a kiváltó okokat, feltérképezni a hátteret: a család, az edző, a tréner sokszor megtalálható a háttértényezők között. Gyakran az edzők kérésére, nyomására soványodnak le a nők, mert a ritmikus és figuratív sportágakban szükségét látják a vékonyságnak. A testalakra vonatkozó gyakori megjegyzések és szidalmak szigorú súlykontrollt építenek fel. Azokban a sportágakban, ahol a technikai és artista elemeket is pontozzák kifejezett a kényszer a soványodásra, mert a pontozásba

ezt indirekten beleszámítják (1,3–6,8,10,12–13,16,18).

5. Számos organikus szövődmény ismert, ezek közül az egyik legveszélyesebb a hormonális elváltozások mellett az elektrolit zavar és az együtt járó szívritmus problémák, mert oly hirtelen szívhalálhoz vezethet, hogy sokszor még a boncolás során sem találnak érdemi organikus elváltozást (2,5,9,17). Nagy a felelőssége az edzőknek, a családnak, a szülőknél. Fontos, hogy a genetikailag adott testtípus szerint kell a megfelelő sportágat kiválasztani.

6. Kessler és mtsai az Amerikai Egyesült Államokban, 1994-ben végzett vizsgálatának adatai szerint a depresszió betegségben alkalmazott gyógyító munka

évente több mint 40 billió dollárt emésztett fel. Ennek ellenére a major depresszió élettartam prevalenciája a férfiaknál 5%, a nőknél 10%, s ennek 15% -a a szuicid kísérlet következtében bekövetkezett letalitás (9). A magyar egészségügyben nagyszámú rendekkel kisebb költségekről beszélhetünk, de az arányok hasonlóan alakulnak. A figyelem egyre inkább az alternatív, kevésbé költséges, de hatékony terápiák, gyógymódok felé irányul.

7. A kezelés összetett team munka kell, hogy legyen, ahol az egyes szakorvosok mellett az edzők, sporttársak, szülők és barátok szerepe elengedhetetlen. A csapatmunka jelentőségét bizonyítja az a tény, hogy gyakran a kategorizálás mentén megpecsételődhet, „megbélyegződik” egy-egy sportág, betegség, szerep. Stewart és munkatársai az anorexia nervosa stigmatizációjára hívták fel a figyelmet azzal a vizsgálatukkal, ahol egy önkéntes kérdőív segítségével az anorexia nervosával szembeni negatív előítéletességet mérték az egészséges, az asztmás és a szkizofrén betegekkel összehasonlítva (16). A megkérdezettek (n=91) szerint az anorexiás beteg a leginkább okolható a kondíciója miatt, a legjobban vele lehet együttműködni, ha akarja, ő hívja fel magára a leginkább a figyelmet és a biológiai faktorok a legkevésbé fontosak számára a betegség kialakulásakor. Saját gyakorlati tapasztalatunk alapján az evészavar kezelése sokkal eredményesebb, ha nemcsak a gyógyító személyzet, hanem a „betegcsoportok is összetettek”. Már a legelső foglalkozások sem az evésről és a testalatról, mozgásról, hanem az „élet közeli” helyzetekről és problémákról szólnak, akár egyéni életvezetés keretén belül is. A „zseton – módszer” helyett a modellalkotás nagyobb szerepet kap.

Irodalomjegyzék

1. Barkai, H.S., Nichols, J.F., Rauh, M.J., és mtsai: Influence of sports participation and menarche on bone mineral density of female high school athletes. *J. Sci. Med. Sport.*, 2006. (nyomtatás alatt.)
2. Baum, A.: Eating disorders in the male athlete. *Sports Med.*, 2006, 36, 1–6.
3. Beals, K.A., Manore, M.M.: Disorders of the female athlete triad among collegiate athletes. *Int. J. Sport. Nutr. Exerc. Metab.*, 2002, 12, 281–293.
4. Beals, K.A., Hill, A.K.: The prevalence of disordered eating, menstrual dysfunction, and low bone mineral density among US collegiate athletes. *Int. J. Sport. Nutr. Exerc. Metab.*, 2006, 16, 1–23.
5. Buemann, B., Tremblay, A.: Effects of exercise training on abdominal obesity and related metabolic complications. *Sports Med.*, 1996, 21, 191–212.
6. Constantini, N.W., Warren, M.P.: Special problems of the female athlete. *Baillieres Clin. Rheumatol.*, 1994, 8, 199–219.
7. Goodman, L.R., Warren, M.P.: The female athlete and menstrual function. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.*, 2005, 17, 466–470.
8. Johnson, M.D.: Disordered eating in active and athletic women. *Clin. Sports Med.*, 1994, 13, 355–369.
9. Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S. és mtsai: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry.*, 1994, 51, 8–19.
10. Loud, K.J., Gordon, C.M., Micheli, L.J. és mtsai: Correlates of stress fractures among preadolescent and adolescent girls. *Pediatrics*, 2005, 115, e399–406.
11. Nattiv, A., Agostini, R., Drinkwater, B. és mtsai: The Female Athlete Triad. The Inter-Relatedness of Disordered Eating, Amenorrhea, and Osteoporosis. *Clin. Sports Med.*, 1994, 13, 405–417.
12. Nichols, J.F., Rauh, M.J., Lawson, M.J. és mtsai: Prevalence of the female athlete triad syndrome among high school athletes. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 2006, 160, 137–142.
13. Resch M.: A női atléta triász: evészavarok, amenorrhoea, osteoporosis. *Orv. Hetil.*, 1997, 22, 1393–1397.
14. Resch, M., Nagy, Gy., Pintér, J. és mtsai: Eating disorders and depression in Hungarian women with menstrual disorders and infertility. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*, 1999, 20, 152–157.
15. Resch, M., Szendei, Gy.: Eating disorders from a gynecologic and endocrinologic view: hormonal changes. *Fertil. Steril.*, 2004, 81, 1151–1153.
16. Stewart, M.C., Keel, P.K., Schiavo, R.S.: Stigmatization of anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.*, 2006, 39, 320–325.
17. Taylor, C.B., Bryson, S., Luce, K.H. és mtsai: Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2006, 63, 881–888.
18. Torstveit, M.K., Sundgot-Borgen, J.: The female athlete triad: are elite athletes at increased risk? *Med. Sci. Sports Exerc.*, 2005, 7, 184–193.
19. Torstveit, M.K., Sundgot-Borgen, J.: The female athlete triad exists in both elite athletes and controls. *Med. Sci. Sports Exerc.*, 2005, 37, 1449–1459.
20. Torstveit, M.K., Sundgot-Borgen, J.: Participation in leanness sports but not training volume is associated with menstrual dysfunction: a national survey of 1276 elite athletes and controls. *Br. J. Sports Med.*, 2005, 39, 141–7.
21. Warren, M.P., Perlroth, N.E.: The effects of intense exercise on the female reproductive system. *J. Endocrinol.*, 2001, 170, 3–11.
22. Williams, N.I., Leidy, H.J., Flecker, K.A. és mtsai: Food attitudes in female athletes: association with menstrual cycle length. *J. Sports Sci.*, 2006, 24, 979–986.

A titoktartási kötelezettséggel kapcsolatos etikai kérdésekről

Korunkban új értelmezést kap az orvosi titoktartási kötelezettség. A klasszikus hippokratészi eskü szerint az orvos semmilyen, a vizsgált illetve kezelt beteg számára hátrányos vagy a későbbiekben esetleg hátrányossá váló információt nem adhat ki. Ha valaki a környezete vagy médiumok számára önként jelenti be, hogy pl. prosztatata gyulladása van, az az érintett magánügye, azonban orvostól, egészségügyi személyzettől ez az információ nem származhat! Ugyanakkor ha pl. a munkaalkalmassági vizsgálatokra vagy pl. a KRESZ tanfolyam előtti vizsgálatokra gondolunk, akkor egyértelmű, hogy bizonyos esetekben a vizsgált személlyel kapcsolatos betegségek nyilvánosságra hozása (nem a közvélemény) a munkaadó vagy közlekedési hatóság részére akár emberéleteket (mind az érintettét, mind véletlenszerűen bárki másét) menthet meg. A törvényi rendelkezések ilyen esetekben felmentést adnak a titoktartás alól. Az más kérdés, hogy ezekben az esetekben sem a médiumok felé közlendő a „hír”.

Külön kérdés, ha mégis kiszivárog egy ismert, vagy munkája révén az emberek nagy részét érdeklő személyről betegsége, akkor ezt hogyan kezeli a sajtó, milyen körítéssel tájékoztatja a közvéleményt: „X súlyos beteg, munkáját nem tudja ellátni, ezért Y helyettesíti” vagy pedig „a legutóbbi vizsgálatok szerint X-nek előrehaladott májsugorja (nemi betegsége, rosszindulatú daganata, agylágyulása, stb.) van”. Ez már a sajtóetikai kérdés, nem lapunk feladata állást foglalni, de nem feledhető, hogy a jó ízlés határait átlépő hírek forrása általában nem az érintett vagy szűk családja, hanem nem ritkán az egészségügyben dolgozók között keresendő.

A sport sajtós világában szereplők értelemszerűen érdeklők a közvéleményt. Ha TV közvetítésben százezrek látják, hogy hordágyon visznek le egy sportolót, teljesen érthető, hogy a sajtó feladatának

érzi (mint ahogy az is) a közvélemény tájékoztatását. Hol van az a határ, ameddig tájékoztathatunk? Nem lesz-e a későbbiekben a sérült számára hátrányos pl. egy átigazolás vagy új szerződéskötés során, ha ezek emlékeznek a sérülésére illetve a pontos diagnózisra? Szabad-e ilyen esetben nem a valóságnak megfelelő tájékoztatást adni? Nem minden esetben történik alapos vizsgálat az új egyesület részéről. Ha viszont nem megfelelően tájékoztatunk, akkor az új egyesület kerül hátrányos helyzetbe. Az orvos mintegy a kalapács és az üllő közé kerül. Főleg a kisebb csapatsportok esetén, ahol az improvizáció gyakorlatilag kizárt és a szokottnál is nagyobb öszszeszkokottságra van szükség (pl. páros vagy négyes csapatok – szinkronúszás, műugrás, kajak-kenu, evezés), az edzőt, az egyesületi vagy/és szövetségi vezetőket, csapattársakat is tájékoztatni kellene, ha nem garantálható, hogy a sérült vagy beteg tisztességgel fel tud készülni a következő fontos versenyre. Ha nem, azzal a csapattársak eredményességét, nem ritkán egzisztenciáját, az egyesület vagy szövetség „sorsát” kedvezőtlenül befolyásolhatja. Ha a sportoló sérülésének, betegségének híre illetéktelenek fülébe jut, a hír segíthet az ellenfélnek pl. más taktika kidolgozásában is.

Ezek a problémák nem kizárólag az élsportot érintik, hiszen alacsonyabb osztályú versengésben, helyi szinten is felléphetnek, ahol, ha munka mellett sportolnak, akár a „civil” munkavállalást is befolyásolhatják.

Hogy látják a sportorvosi munkának ezt a részét jogászok, a médiumok képviselői, tapasztalt sportorvos, sportvezető? Mi a véleménye a sportolónak, edzőnek és a játékosügynöknek? A sok véleményből szintetizálható-e egy közös álláspont, ami a médiumok számára is elfogadható?

Dobos József főszerkesztő

Sport-egészségügyi titkok, tabuk és félreértések

Kolláth György alkotmányjogász,
ELTE és a TF címzetes egyetemi docense

Kitűnő kezdeményezés, hogy a Fórum módot ad a sportolók egészségével, állapotuk érzékeny adataival, egyszerismind orvosai információs helyzetével és titoktartási kötelezettségével kapcsolatos dilemmák megbeszélésére.

Mindezek – a Szerkesztőség kérdései is – valóságos problémák, igazi ellentmondások, melyek „kezelésében” számos túlzás, egyoldalúság, antik nosztalgia vagy modernkori kihívás és félreértés tapasztalható.

A ránk is irányadó, európai emberi jogi-jogállami mérve két sarokponttal dolgozik. Egyfelől, törvényben sem tetszőlegesen korlátozható, a sportolókat is megillető alapjog a személyes adatok védelme, s vele az emberi méltóságuk és egzisztenciális érdekeik tiszteltetésben tartása. Ezt információs önrendelkezési jognak kell tekinteni. Az önrendelkezés itt ugyanazt jelenti,

mint másutt: az illetőtől lehet és kell kérni a rá vonatkozó információ kiadását, aki ezt – ha törvény nem állít fel kivételt, pl. bűnügyi érdekből – akár meg is tagadhatja. Nincs jogsértés, mert volt önrendelkezés, ha „Katit sikerült táncba vinni”. Ellenkező esetben az intimpistáskodás” jogellenes, olykor bűncselekmény is.

Közszereplők esetében újabban tágabb és kevésbé felismerhető a határ. Nekik ugyanis a közembereknél többet kell elviselni, de hogy mikor mennyit: nincs rá világos válasz. A sportélet csillagain – kiemelkedő javadalmazásuk miatt – akkora nyomás van, hogy érdekük, illetve muszáj megszólalni még kínos vagy súlyos esetben is. Ám ez sem jogosít fel bárkit titkok megszellőztetésére. (Nyugat-Európában sem alapvetően más a jogi mérce, de a lapeladás példányszám-versenye előidéz durva jogsértéseket, miután megéri, még a bu-sás kártérítés ellenére is.)

Másfelől, általános emberi jog fűződik a közérdekű adatok megismeréséhez, sőt terjesztéséhez, amit a cenzúra-mentes sajtószabadság néha a végletekig fokoz. Az önrendelkezés és a közérdekű információ-áramlás igénye gyakran üti egymást: válik téves, hamis hivatkozások, próbálkozások alapjává. Sorrendjük kulcskérdés, amit a jog úgy tételez, hogy a személyes adat védelme, a vele való önrendelkezés megelőzi, felülírja, tehát kizárná a publikum „közérdekű” kíváncsiságát. Azon a címen így a média sem kutakodhat(na) X,Y sérülése, betegsége, bújá-baja iránt, hogy márpedig neki ki kell elégíteni a „köz” érdeklődését. Az egészségre vonatkozó adat ráadásul ún. különleges (szenzitív) adat, tehát annak begyűjtése, kezelése, terítése fokozott törvényi védelem alatt áll. Hozzájárul ehhez a lassan tíz éve hatályos egészségügyi törvény kardinális szabályozása, mely szerint kiemelkedően fontos betegjog a titoktartásé, ami a másik oldalon, az orvosnál masszív titoktartási kötelezettséggel párosul.

A titok alanya, gazdája, letéteményese maga a páciens. Az orvos dolga passzív. Csupán két esetben nyilvánulhat meg: ha erre a beteg (avagy annak hozzátartozója) felhatalmazta, vagy ha jogszabály megengedi, netán előírja. Jogszabály közérdekből tesz ilyet: gondoljunk csak a lőtt sebre, a kábítószerrel való visszaélésre, a járványveszélyre, stb. Sportjogi rendeznivaló a doppingoláson ért versenyző sorsa: lehet olyan nemzetközi egyezmény vagy hazai jogi norma, amely a doppingvétséget bünteti, és e bűncselekményhez bejelentési kötelezettséget kapcsol. Szoros, mégis táguló kivétel tehát az a kör, amelyben a sportorvos – konkrét törvény alapján – jogosult, esetleg köteles is a sportolón kívül másnak, főként az államnak információt szolgáltatni. És ilyenkor, egy állami-közhatalmi törvénnyel szemben hippokratásra hivatkozni kevés és hibás is, mivel a szakmai etikát felülírja a törvény.

A sajtó a publikum kíváncsiságát gerjeszti, néha bármi

áron kielégíti és fenntartja. Gyakran addig akciózik a bulvársajtó, amíg egy egészségügyi – önmagát felfedni nem kívánó személy – kinyílik, és mond ezt-azt. Az is elég, ha „sem megerősíteni, sem cáfolni” nem kíván egy rossz hírt az intézmény, ami már jogellenes. A szimpla „no comment” jogszerű. Nem csupán az orvost, és nem is csak a kezelés konkrét időszakában köti a titoktartás, hanem nővért, műtőst, stb. is, és akár évekkel a műtét után, nyugdíjasként visszaemlékezvén is – mindenkit.

A jog az egyéni és az általánosabb egészségvédelem okán szabályozza az alkalmassági vizsgálatok és azok bizonylatainak rendjét. Azt és annyit lehet, kell írásba adni, ami közhitelűen igazolja az alkalmasságot vagy alkalmatlanságot, amihez egy-egy sajnálatos haláleset kapcsán kemény jogkövetkezmény is fűződik. De arról fecsegni, értekezni, hogy mi is volt a baj: tilos. Anonim formában természetesen szabad feldolgozni nevezetes, tanulságos eseteket, de ilyenkor pl. egy K.K. monogram nem elég a jogi garancia megtartásához. Egyik orvos a másikat sem részesítheti a titokvédelmet sértő információ-adásban, ha annak az érdekesség, a kíváncsiság az alapja, nem a közös team-munka.

Az orvosi működés kulcsa a dokumentáció is. Az is titokvédelem alatt áll. A páciens megkapja a rá vonatkozó iratokat, és „önrendelkezik” azokkal. Ha azután ő, egy szerződéskötés előkészítésekor mások rendelkezésére bocsátja, hát tegye! Ő dönt erről, még ha anyagi érdekei által sarkallva, nem is abszolút önállóan, sem kényszermentesen. De az így adott, orvosi titkot képező információ is védett: azt az új klub nem forgathatja, nem teheti közzé. Ha pedig bárhol torz, hamis, hibás információ kelnék lábra, az érintett – végső soron bíróság előtt is – kérheti a korrekciót. Ilyen jog ad absurdum még az elhunyt személy hozzátartozóját is megillesheti: része ui. az általános személyiség-védelemnek. Ez pl. a kegyeleti jog.

További életszerű összefüggés: a sérülés minősítése. Mindkét oldal – a sportoló és a klub, sőt a válogatott révén a szövetség is – szeretne tisztán látni, így néha egymás minősítését kontrollálják, vitatják. Amíg ez kifelé nem jár titoksértéssel, semmi gond vele. De az már jogsértő volna, ha azzal tromfol nyilvánosan X szervezet Y-ra, hogy a játékos nem is volt sérült, vagy hogy félrekezeltek, vagy hogy ostobák és sarlatánok vannak a túloldalon. Végül: a csapat-sportág tényleg felvet a közösséget érintő kérdéseket is. Annyi csak-ugyan rátartozik a team egészére is, hogy XY képes-e, alkalmas-e itt és most eleget tenni vállalásának, vagy sem. A "verdikt" ebben a szűk körben a többiekre is kihat, tehát jogos érdekük az igen vagy a nem ismerete. De az, hogy egészen pontosan mi van a háttérben és miért: már okkal nem publikus. Mert a lehetséges válasz éppúgy szólhat egy a sportra kiható, pozitív és természetes terhegről, mint egy súlyos, fertőző, a

csapat többi tagját is fenyegető betegségről. És helyes, ha bármelyik, szenzitív egészségügyi információ megadására magát a sportolót kéri fel társai, garantálva azt, hogy a „miért” belül marad.

Szintetizálható-e mindez? Igen, feltéve, hogy egyszerre kívánják betartani az emberi méltóság, az önrendelkezés és a sport belső, közösségi normáit a józanész és elemi tisztesség, úgy is mondhatnánk, hogy az alkalmazott fair play követelményeivel.

Tragiko – média

Zentai Nóra

Szerkesztő-riporter – MTV TeleSport

Információközlés, szórakoztatás, értékesítés, nevelés – a média feladta címszavakban. Ezek közül talán a legfontosabb a hírek átadása a „minél többet és gyorsabban, ráadásul a mindenkinél előbb” elv alapján. Csoda-e ezek után, hogy a hippokratészi esküt napjainkban egyre kevésbé veszik figyelembe?

Sajnos, az utóbbi időben tragédiák sora árnyékolja be a sportvilágot (is). Fehér Miklós, Zavadszky Gábor, Kulcsár Anita, Antonio Puerta vagy éppen Séra Miklós. Mennyi, mennyi felvétel, tudósítás jelent meg velük kapcsolatban. A tájékoztatás fontos, de vajon mi a határ? Vajon beegondol ilyenkor a szerkesztő, a fotós, a riporter, hogy ha ő lenne a szenvedő alany, akkor hogyan reagálna a média ezen „húzásaira”.

Azt hiszem, nem mondok újat vele, de ilyenkor nagy befolyásoló tényező az újságíró erkölcsi normája. Szegény Séra Miki kapcsán nekem is volt vitám egy kollegámmal: amikor megkértem, hogy ne használja az agydaganat kifejezést az anyagban, akkor azt a választ kaptam, de már úgyis megírta az újság ... (végül, azért elértem a célokat).

Viszont betegség és betegség között is van különbség. Például a végtag töréseket, amelyek talán a leggyakrabban a sportpályákon, inkább sérülésnek mondjuk. Gondoljunk csak Cseh Laci esetére az athéni olimpia előtt: a lábközépcsonttörése után, enyhe túlzással, az egész országot az úszó gyógyulási és ötkarikás részvételi esélye foglalkoztatta. Még az MTI is beszámolt az operációról:

“Csavarral megerősítették a két törött csontot, az operáció rövidebb ideig tartott a tervezettnél. Berkes István főorvos nagyon bizakodó, azt mondta, jól sikerült a beavatkozás, s Laci a jövő hét elején már úszhat. Más kérdés, milyen mértékű edzőmunkát tud majd végezni.”

Vagy itt a legújabb példa. A minap Savanya Norbert bűvárúzó kért segítséget a médián keresztül.

Depressziója öngyilkossági kísérletbe hajszolta, de szerencsére nem járt sikerrel. Most megpróbál új életet kezdeni, és keresi sorstársait.

Tisztában vagyok az orvosi titoktartás fontosságával. De megoldásként egy olyan módszert kellene kidolgozni, ami szerint a helyzet súlyosságától függően, a tájékoztatás mértéke fordítottan arányos lenne: pl. a súlyos betegséggel kapcsolatban minimum információ. Reményeim szerint, ezt az orvos- és az újságíró-társadalom is belátja és elfogadja.

Szóval, a média nem gonosz. Csak az a lényeg, hogy ki műveli és mire használja.

Érvényesek-e az etikai követelmények a sportegészségügyben?

Jákó Péter

Országos Sportegészségügyi Intézet

A sportorvosnak számos olyan kihívással kell szembenéznie, amelyek „civil” betegekkel foglalkozó orvosok számára csak elvétve, kivételes alkalmakkor jelenthetnek problémát. Ezek egyike a nyilvánossághoz, szűkebb értelemben a médiához való viszonyulás. Egyetlen foglalkozást sem lebecsülve, mégis tény, hogy egy könyvelő tüdőgyulladás, vagy egy autószerelő izomszakadása nem csigázza fel a közvélemény figyelmét, ha azonban ez a betegség, vagy sérülés egy olimpiai bajnokkal, vagy közismert labdarúgóval történik, a média minél több információt, ha lehet szenzációt (veszélyben az olimpiai szereplés, műtét szükséges stb.) szeretne közvetíteni, s ehhez leginkább a sportoló orvosa szolgálhat izgalmas részletekkel. De megteheti-e ezt és ha igen milyen feltételek mellett?

A sportoló „drága beteg” hiszen betegsége, sérülése nem csupán saját maga szempontjából jelenthet jövedelem kiesést, de a rá fordított – esetenként több tízmillió – felkészítési költségek is veszendőbe mehetnek. A sportolót, különösen az elit sportolót kezelő és gondozó orvosnak igen szigorú szakmai és etikai követelményeknek kell eleget tennie. A szakmai követelmények taglalása meghaladja témánk kereteit, azonban fenti gondolatmenet világossá teszi, hogy a magas szintű ellátás biztosítása elengedhetetlen.

Az etikai követelmények szempontjából ebben a megközelítésben is alaptörvény: salus aegroti suprema lex! Az orvosnak minden esetben – akár önmagával szemben is – feladata a sportoló egészségének védelme. Ez nem mindig könnyű, hiszen gyakori az a követelés, vagy szándék, hogy nem teljesen gyógyult állapotban kezdje meg edzéseit, vagy akár versenyezzen is. Ez,

ha nem is mindig, de vitathatatlanul maradandó egészségkárosodásra vezethet, ezért az orvos feladata, ennek megakadályozása, amennyiben ez lehetséges.

Fontos etikai követelmény más szakmák, vagy azonos szakmabéli, de másik orvos véleményének akceptálása, a sportoló felé való közvetítése, semmiképpen sem látványos felülbírálat. Ez is megegyezik az általános orvosi etikai szabályokkal, mint ahogy a sportorvosnak ezeket mindenben követnie kell, azonban ezen túlmenően a sportetikai szabályok tiszteletben tartása is kötelező számára. A részleteket mellőzve utalok itt a doppinggal kapcsolatos előírások rigorózus betartására, még gondolatban sem keresve kiskapukat.

Az orvosi titoktartás olyan ősrégi kötelezettsége, de privilégiuma is az orvosnak, amelyet a legtöbb civilizált országban törvény is biztosít számára, illetve betegének védelmében. A sportoló betegségével kapcsolatos információk közlése a sportolón kívül mások számára elvileg helytelen. Ezek az információk lehetnek bizalmas jellegűek és közreadásuk többféle módon is árthat a sportoló érdekeinek.

Kényes kérdés a sportszervek (szakszövetség, Olimpiai Bizottság, egyesület stb.) tájékoztatása. Erre gyakorlatban azt a megoldást alkalmazzák, hogy a sportoló felhatalmazást ad ilyen jellegű tájékoztatásra. Nem mindig kellően tájékozott azonban, mire ad beleegyezést, s az sem egyértelmű az orvosi tájékoztatás meddig a határig terjedhet ki. Különösen kritikus lehet a média tájékoztatása, amely szintén csak a sportoló egyetértésével történhet, bizalmas információkat nem tartalmazhat, s az orvos semmiképpen nem válhat főszereplővé. Úgy tűnik az a leghelyesebb, ha az orvos a nyilvánosság tájékoztatását a sportolóra bízta, s csak ha elkerülhetetlen – akkor is a sportoló írásbeli beleegyezésével – ad tájékoztatást a sportoló állapotáról.

Van jó megoldás?

Rodics Dániel

sportújságíró, a Magyar Röplabda Szövetség sajtófőnöke, a Nemzeti Sport korábbi röplabda és kajak-kenu sportágfelelőse

A bulvármédiumok népszerűsége miatt rendszeresen jelennek meg olyan információk a sportvilág szereplőiről, amelyekhez senkinek semmi köze. Ilyenek a sérülések, betegségek részletei is. A hazugság, elhallgatás nem tanácsos, mert manapság mindenre hamar fény derül, ugyanakkor természetesen a fennálló rend sem megfelelő.

Egyrészt

A huszonegyedik század médiavilágában nincs helye a titkolózásnak. Előbb vagy utóbb minden kiderül, az elhallgatás, a hazugság manapság már nem hatásos és nem tanácsos módszer az információk visszatartására.

A Nemzeti Sport újságírójaként a Domino-BHSE–Eger férfi vízilabda bajnoki elődöntőről tudósítottam 2007 tavaszán. A fővárosi csapat egyik legjobbját, az olimpiai bajnok Biros Pétert be sem nevezték a találkozóra. Akkor már napok óta pletykálták, hogy a játékos éppen a rivális hevesiekkel tárgyal, valószínűleg visszatér a nevelőegyesületébe, Egerbe. Biztos akartam lenni a dolgomban, megkérdeztem Biros mellőzésének okáról a Domino-BHSE szakosztály-igazgatóját, Novák Ferencet, aki közölte, hogy a jobbátlövő beteg. Persze, rögtön gyanút fogtam, és rákérdeztem: mi baja? Nem késett a válasz: begyulladt a füle, lázas.

Ezt természetesen elhittem, említettem is a tudósításban, ám másnap többen nevetve kérdezték: te bedőltél ennek a betegségről szóló mesének? Kiderült, Birosnak az égvilágon semmi baja nem volt, makkegészségesen vette tudomásul, hogy edzője nem számít rá, hiszen a háttérben már megállapodott az egriekkel. Ekkor azon kívül, hogy újfent bizonyosodott az én jóhiszeműségem, fény derült Novák Ferenc szakosztály-igazgató dezinformációjára. Azóta már sajnálom, hogy az uszodában a meccs előtt nem Dr. Gábor Antalhoz, a Domino csapatorvosához fordultam tájékoztatásért, még mindig furdal a kíváncsiság, ő vajon mit mondott volna...

Az élet persze megy tovább, ilyen, és ehhez hasonló eset gyakran történik a sportújságírókkal, nem én vagyok az első, és nem is az utolsó, akit átver egy klubvezető, egy edző, egy játékos. Az ominózus vízilabda-elődöntő óta tudom, hogy a sérülésekről, betegségekről szóló információkkal, nyilatkozatokkal óvatosan kell bánni. Ha egy ilyen semmiség hamar kiderül, hogyan maradhatna titokban egy külföldi világsztár (egy híres labdarúgó, kosárlabdázó, teniszező, autóversenyző) sérülésekor, betegségekor felállított pontos diagnózis? Ha az orvos, a sportoló, az edző, a klubvezető vagy a menedzser vissza akarná tartani az információt, a sajtó, illetve a média szenzációhajhász képviselői azonnal kinyomoznák és nyilvánosságra hoznák az igazságot, így a titkolózó többet árt az ügynek, mint amennyit használ.

Nézzünk egy képzeletbeli példát: a Formula–1-es versenyző, Lewis Hamilton megbetegszik, tuberkulózisa lesz. Csapatvezetője persze nem akarja, hogy mindez kitudódjon, hiszen akkor ezzel lenne tele az összes újság, rádió, televízió és internetes oldal. Hamilton kénytelen kihagyni egy vagy több versenyt, a hivatásos kommunikátorok kitalálnak egy indokot, de előbb vagy

utóbb úgyszólván kiderül az igazság. Ha rögtön bevallották volna a TBC-fertőzés tényét, azzal valóban napokig, esetleg hetekig foglalkozott volna a sajtó és a média, így azonban a betegségen kívül a félrevezetés, az intézményesített hazugság is hosszú időre az újságírók célkeresztjébe kerül.

Másrészt

Felfokozott világban élünk, és ezt a világot a sajtó/média teszi ilyenné. Régi igazság, hogy a sajtó/média, illetve a befogadók viszonylatában nem a kínálat igazodik a kereslethez, hanem fordítva! A televízióban nem olyan műsorok láthatóak, amilyenekre a nézők kíváncsiak, hanem olyanok, amilyeneket a műsorkészítők eladhatónak ítélnék. Ízlésüket, elképzelésüket ráerőltetik a befogadókra, akik persze nem ellenkeznek, hagyják magukat, azt nézik, ami van.

Szerintem az embereket régebben nem érdekelte, hogy egy sportolónak pontosan mi baja van. Ha az Aranycsapat Ausztria elleni meccsén nem játszhatott Puskás Ferenc, mert sarokcsont-repedése volt, és a Népsport megírta, hogy Puskás Öcsi sérült, akkor ebben egyrészt senki nem kételkedett, másrészt senki nem volt kíváncsi a részletekre. A bulvármédia térhódítása óta semmi nem maradhat titokban, napjaink médiaipari döntéshozói, a főszerkesztők – tisztelet és megbecsülés a nagyon ritka kivételnek – arra buzdítják beosztottjaikat, az újságírókat, hogy mindent tudjanak meg a közérdeklődésre számot tartó sportolókról. Két évig dolgoztam a Nemzeti Sportnál, tudom, miről beszélek, de így van ez a többi lapnál, és a televízióknál is. A legnagyobb sztárokról mindent tudni kell! MINDENT! És a mindenbe természetesen beletartozik egy esetleges sérülés vagy betegség minden részlete!

Az emberek természetére alapvetően jellemző a kíváncsiság. A sajtó/média ezt tökéletesen kihasználja, előbb felkelti, majd kielégíti a kíváncsiságot. A gond szerintem a felkeltésnél van. A sportolók magán-szférájának minimális tiszteletben tartása nélkül dolgoznak a hírlapíró hiénák, akik az esetek döntő többségében csak parancsot teljesítenek, de ők vannak a tűzvonalban, aki a parancsot adta, az kényelmesen ül főszerkesztői foteljában. Ha sérülések, betegségek esetén rendszeresen az jelenne meg az újságban, televízióban, rádióban, Interneten, hogy: megsérült/megbetegedett XY, ezért nem játszik/nem indul a következő meccsen/versenyen, akkor az emberek hozzászoknának ahhoz, hogy a részleteket nem közlik, mert ahhoz senkinek semmi köze nincs.

Az emberek egyrészt nem hülyék, csak rendszeresen hülyíti őket a média, ezért válnak azzá. Ha nem kapnák meg az információt, előbb vagy utóbb egyáltalán nem

érdekelné őket, hogy kinek mi baja van. A bulvármédia térnyerése miatt azonban sajnos napjaink mindez elképzelhetetlen.

Az orvosi titoktartás egy sajtósági rizikó-faktora a sportban

Nemes András – Simon Emese
(SPORTJUS)®

A szerző a „SPORTJUS” Magyar Sportjogász Társaság elnöke és a TF Sportjogi Műhely vezetője, a társszerző a „SPORTJUS” Magyar Sportjogász Társaság és a TF Sportjogi Műhely tagja.

„És ha olyat látok vagy hallok az orvosi kezelés közben vagy akár a terápia körén kívül az emberek életében, amit nem szabad kifecsegni, azt el fogom hallgatni abban a véleményben, hogy az efféle dolgokat szent titok módjára kell megőrizni.” (Részlet a Hippokrateszi eskü szövegéből)

Úgy tűnik, hogy hazánkban most jött el egy új egységes titok kódex elkészítésének az ideje. Az államtitokról és a szolgálati titokról szóló törvényünket ugyanis kikezdte az idő, olyan új szempontok jelentek meg, amelyek lehetővé és szükségessé tették a titokkezelés paradigmaváltását. A jogszabály vélhetően továbbra is csak az állam és szolgálati titokra fog koncentrálni, nem mintha az egyéb jogszabályokban foglalt hivatali titoktartási kötelezettséget kevésbé fontosnak tartaná a jogalkotó, hanem éppen csak az aktuális politikai hangsúly-eltolódások miatt történik így.

Óriási előre lépés volt, amikor a 2007. évi CLXXXIII. törvény 205 § (1) bekezdésének d) pontja deklarálta, hogy csupán szolgálati titoksértés büncselekménye esetén van helye titkos adatszerzésnek. Erre tekintettel többek között a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvényt is módosítani kellett. Fontos törvényi garanciák épültek be a titkos adatszerzés eredményének megismerése vonatkozásában, amelyben súlyának megfelelő szerepet kapott az adatok megóvására vonatkozóan az ügyész, a titkos adatszerzést folytató nyomozó hatóság és mindenekelőtt természetesen az engedélyező bíró, illetőleg az ő igazgatási vezetője ismerheti meg. Úgy tűnik, tehát az állam „zárja a sorokat” az adatkiáramlás, és az adatok illetéktelen kezelésével kapcsolatos nem-kívánatos következményekkel szemben. Ki vigyáz azonban a hivatali titoksértéssel kapcsolatos társadalmi viszony épségéhez fűződő érdeksérelemre?

Már az ókori társadalmakban is felismerték, hogy

az állami titkok mellett a magánszemélyek titkait is védelemben kell részesíteni, számos közösségben az orvosi titoktartás megsértése főbűnnek számított. A titoktartás kötelezettségének követelménye mit sem változott az évezredek alatt, eme orvosokkal szembeni elvárás az összes létező orvostikai kódexben szerepel, nem véletlenül. A sikeres gyógyítás feltétele ugyanis nagymértékben múlik azon, hogy a beteg a kezelés előtt és a kezelés során nagyfokú bizalommal legyen orvosa iránt, és minden lényeges és valós információt közöljön vele. A bizalom pedig csak akkor rendíthetetlen, ha annak van alapja, azaz a beteg „joggal” bízhat orvosa diszkréciójában. Ezt felismerve és az egyéni érdekeket előtérbe helyezve a legtöbb társadalom az orvosi titoktartást a jog eszközeivel is szabályozza. A titoktartás kötelezettségét nem csak orvostikai kódexek tartalmazzák, így Magyarországon is számos törvényben szerepel, sőt a magántitokhoz való jog az Alkotmányban is helyez kapott. Követezzék némi ízelítő a magántitok megtartására vonatkozó magyar jogi szabályozásból:

I) 1949. évi XX. törvény a Magyar Köztársaság Alkotmányáról:

59. § (1) A Magyar Köztársaságban mindenkit megillet a jóhírnévhez, a magánlakás sérthetlenségéhez, valamint a magántitok és a személyes adatok védelméhez való jog.

II) 1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről:

81. § (1) Személyhez fűződő jogokat sért, aki a levéltitkot megsérti, továbbá aki a magántitok vagy üzleti titok birtokába jut, és azt jogosulatlanul nyilvánosságra hozza vagy azzal egyéb módon visszaél.

III) 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (továbbiakban: Eü. tv.):

25. § Az orvosi titoktartáshoz való jog: (1) A beteg jogosult arra, hogy az egészségügyi ellátásában részt vevő személyek az ellátása során tudomásukra jutott egészségügyi és személyes adatait (a továbbiakban: orvosi titok) csak az arra jogosulttal közöljék, és azokat bizalmasan kezeljék.

138. § Titoktartási kötelezettség: (1) Az egészségügyi dolgozót, valamint az egészségügyi szolgáltatóval munkavégzésre irányuló jogviszonyban álló más személyt minden, a beteg egészségi állapotával kapcsolatos, valamint az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során tudomására jutott adat és egyéb tény vonatkozásában, időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terhel, függetlenül attól, hogy az adatokat közvetlenül a betegtől, vizsgálata vagy gyógykezelése során, illetve közvetetten az egészségügyi dokumentációból vagy bármely más módon ismerte meg.

XV. Fejezet: Egészségügyi szakértői tevékenység, 237 § (5) Az egészségügyi szakértőt a szakvéleményadáson kívül a tevékenysége során bármely módon tudomására

jutott adat és egyéb tény vonatkozásában, időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terheli.

24 § Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga: 5) Amennyiben a betegről készült egészségügyi dokumentáció más személy magántitok-védelméhez való jogát érintő adatokat is tartalmaz, annak csak a betegre vonatkozó része tekintetében gyakorolható a betekintési (...) jogosultság.

IV) 1992. évi LXIII. törvény a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról:

2. § (E törvény alkalmazása során):

2. különleges adat:

b) az egészségi állapotra (...) vonatkozó adat (...).

3. § 2) Különleges adat akkor kezelhető, ha

a) az adatkezeléshez az érintett írásban hozzájárul, vagy

b) a 2. § 2. a) pontjában foglalt adatok esetében, az nemzetközi egyezményen alapul, vagy Alkotmányban biztosított alapvető jog érvényesítése, továbbá a nemzetbiztonság, a bűnmegelőzés vagy a bűnüldözés érdekében törvény elrendeli;

c) egyéb esetekben azt törvény elrendeli.

V) 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről:

3 § (E törvény alkalmazásában:) (...) d) orvosi titok: a gyógykezelés során az adatkezelő tudomására jutott egészségügyi és személyazonosító adat, továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett gyógykezelésre vonatkozó, valamint a gyógykezeléssel kapcsolatban megismert egyéb adat;

7. § A gyógykezelés céljából történő adatkezelés (1) Az adatkezelő – a (2) bekezdésben foglalt kivétellel –, továbbá az adatfeldolgozó az orvosi titkot köteles megtartani.

III. fejezet, Adatkezelés az egészségügyi ellátó hálózaton kívül 35. § A nem egészségügyi intézményben az adatkezelő a működése során tudomására jutott orvosi titkot köteles megtartani.

Láthatjuk, hogy a Magyar Köztársaságban az orvosi titoktartáshoz való jog több oldalról is garanciákkal körülbástyázott jogintézmény, kezdve az alkotmányos jogvédelemmel, a Ptk-beli személyhez fűződő jogok védelmén át egészen az Egészségügyi törvényig, és az adatvédelmi törvényekig.

Előfordul azonban, hogy az egyén érdekével (tudniillik a titok titokban maradásával) versenyre kel a társadalom érdeke, és ez esetben ez utóbbi győzedelmeskedik. Sem erkölcsi, sem jogi dilemma nem merül fel abban az esetben például, amikor egy súlyosan fertőző betegről van szó, aki potenciális veszélyt jelent embertársaira. Ugyanez a helyzet, amikor egy bűntény megakadályozásáról van szó, vagy éppen a beteg saját

gyógyulása kívánja meg a reá vonatkozó orvosi titok felfedését az ápolását végző személy előtt. Ezeket az eseteket maguk a törvények is kimerítően szabályozzák. Lásd: Eü. tv:

25 § (3) Az érintett beteg egészségügyi adatait annak hozzájárulása hiányában is közölni kell, amennyiben ezt

- a) törvény elrendeli,
- b) mások életének, testi épségének és egészségének védelme szükségessé teszi.

(4) Az érintett beteg hozzájárulása nélkül a beteg további ápolását, gondozását végző személlyel közölni lehet azokat az egészségügyi adatokat, amelyek ismeretének hiánya a beteg egészségi állapotának károsodásához vezethet.

A tárgyalt társadalmi érdekek között kitüntetette szerep jut a sportnak. A sportban ugyanis egyéb érdekek is megjelennek, melyek az orvosi titoktartás szempontjából újabb, más területen ismeretlen érdekkonfliktust szülnek. A sportoló egészségi állapota ugyanis a megszokottnál tágabb személyi kört érint: az edzőknek, a csapatvezetőknek, menedzsereknek, szövetségi kapitányoknak, szponzoroknak, befektetőknek mind-mind érdekükben áll, hogy jól értesültek legyenek, hogy ideje korán megtudják, ha példának okáért a sportoló egy térsérülése miatt előreláthatóan több évig képtelen lesz pályára lépni. Nem ritkán a közvélemény is éppoly kíváncsi egy kedvenc sportoló egészségi állapotára, mint esetleg a vetélytársai Magánérdekről és magántitokról tehát sportoló esetében csak elméletben szólhatunk. Nem szabad azonban elfelejtenünk azt, hogy a sportoló is „mezbe öltözött” állampolgár; elméletileg ugyanazok a jogok illetik meg őt, mint honfitársait. Ha megsérül, joga van például ahhoz, hogy a sérülésével és kezelésével kapcsolatos adatokat bizalmasan kezeljék, egy nővér se szivárogtassa ki a bulvársajtónak, és ha úgy gondolja, betegségének jellegét eltitkolja még az edzője elől is. Az éremnek ebben az esetben két oldala van, és nehéznek tűnik a konfliktus feloldása. A sportban megjelenő befektetők nyilvánvalóan azt szeretnék, ha a rizikó a lehető legkisebb mértékűre redukálódna, márpedig egy sérülés vagy betegség még a legkecsegtetőbb sportkarriert is romokba döntheti rövid idő, akár egyetlen perc alatt is. A sportoló szponzorai nem jótékonyasági szervezetek, jól kiszámított üzleti érdekek állnak a háttérben. A befektetett pénz megtérülését várják nem kis haszonnal, hiszen éppen ez a szponzorálás lényege. Van-e joga eltitkolni a sportolónak például egy olyan üzleti sérülését, amely miatt orvosai szerint nem alkalmas hosszú távú élsportra. Kereshet-e így szponzorokat, akik abban a reményben támogatják majd őt, hogy a következő olimpián is elindul, és hatalmas reklámot jelent majd a társaságnak. Felmerül a kérdés, hogy

nem minősül-e egy ilyen szituációban a szponzorokat megtevesztő sportoló cselekedete csalárd magatartásnak? (Erre pedig még az sem mentség, hogy a szponzorok sokszor csalárd eszközeikkel – a túlzott siker orientált elvárásaikkal – olyan helyzetet teremtenek, amely szinte bele kényszeríti az élsportolókat a dopping csapdjába)

Vitathatatlan, hogy a sportolónak is joga van a magántitok védelméhez, és ez a tény törvényi szabályozás híján feloldhatatlan ellentétet szül a sportoló és az egészségi állapotára kíváncsi tömegek között. Nem lehet azonban azt sem egyértelműen megítélni, hogy vajon javítana-e a helyzeten a törvényi szabályozás, hiszen egy sportoló alkotmányos jogainak listája már így is eléggé foghíjas. Azzal, hogy a sportoló ezt az életutat választotta magának, lemondott egy sor alkotmányos jogáról (példának okáért az állami bírósághoz fordulás jogáról vagy akár a magánélethez való jogáról a whereabouts rendszer kapcsán), felvállalt egy sor többlet-kötelességet (például az ételek összetevőinek állandó kontrollálása a doppingellenes szabályozások kapcsán) és a gyakorlatban már így sem érvényesül az orvosi titoktartáshoz való joga, csak ez utóbbihoz a törvény még nem asszisztál. A sportolót is megilleti (elméletileg) a titoktartáshoz való jog, erre vonatkozó kivételt nem találunk a törvényekben. Ugyanakkor gondoljuk csak végig, hogy például a doppingvizsgálaton átesett sportolónak nyilatkoznia kell arról, milyen gyógyszereket szedett az elmúlt tíz napban, de akár említhetjük a Therapeutic Use Exemption (Terápiás Alkalmazási Kivétel, továbbiakban: TUE) intézményét is, amikor is a sportoló kórtörténete nyitott könyvvé válik a gyakorlatban mindenki számára. Ha egy sportoló asztmás és betegsége miatt szedheti az egyébként tiltott asztmaellenes szereket, akkor arról mindenki: a sporttársak és a közvélemény is tud. Ezek a dolgok nem nagyon maradnak titokban egy sportoló esetében.

Annak ellenére, hogy láttuk, a hatályos egészségügyi szabályozás mennyire részletesen szabályozza az orvosi titoktartást, mégis azt kell mondanunk, a 2004-es olimpiai játékokon megbukott atléták első vádlói éppen orvosok voltak. Orvosok, akik a televízió nyilvánosságát kihasználva mutatták be a lehetséges manipulációt, betöltve ezzel azt a nem túl hasznos „néptanítói” küldetést, amely megismertette Magyarországgal az „öntés” fogalmát. Ezt már csak tetézte az osztrák ügyvédnökök állandó médiaszereplése. Folyamatosan hangoztatta az ártatlansági vélelmet, amely a sport jogában tudvalevően nem létezik, a polgári perjogban használatos kategóriákban gondolkodott végig, amely a sportjogban szintén nem működik és végül a védelem stratégiája is elhibázott volt, de ezt a gondolatsort itt most nem kívánjuk folytatni...

Vajon hogyan lehet a média – akár jogosnak is nevezhető – kíváncsiságát kielégíteni úgy, hogy azzal

együtt ne sérüljön a sportolók személyiségi joga, ne kerüljön veszélybe a sportág presztízse?

Az talán védhető álláspont, hogy amennyire a hagyományos keretek megengedik, óvakodni kell a nyilvánosságtól. Az ügyvéd, az orvos nyugodtan hivatkozhat arra, hogy ügyfele, páciense nem mentette fel a titoktartási kötelezettség alól és emiatt sem etikai, sem jogi lehetősége nincs az információadásra. Tapaszthatjuk, hogy az efféle válaszok nem elégítik ki sem az újságírókat, sem az újságolvasókat. Mi lehet tehát a megoldás?

Mondhatnánk természetesen azt is, hogy a sportbéli orvosi titoktartás problémáját a gyakorlat folyamatosan megoldja magától, magyarul minden kiszivárog, és mindenki tud mindenről. Ugyanakkor jogászként úgy véljük, nem volna szabad megengedni ilyen mértékű könnyelműséget, és a sportoló orvosi titoktartáshoz való jogát szabályozni kellene. Meg kellene határozni a kivételeket. De ez nem csak a törvény feladata lenne, hanem a szövetségeknek is célszerű lenne rendelkezniük erre vonatkozó szabályzatokkal, mind a sportoló, mind a szponzor, mind a közvélemény érdekében.

Hippokratésztől a doppingháborúig

Gallov Rezső
ny. államtitkár

A sporttal kapcsolatos orvosi közreműködés, s az ezzel összefüggő etikai normák áttekintése nyomán meglehetősen zavaros kép tárul elénk és számos megválaszolatlan kérdés vetődik fel. A mögöttünk hagyott huszadik század a tudományok terén – és benne nyomatékosan az orvostudomány valamennyi ágazata – szinte alig követhető rohamos fejlődést tanúsított. A sport hasonló iramban fejlesztette módszereit, s ért fel korábban hihetetlennek tűnő csúcspontokra.

Minden jel arra mutat, hogy a huszonegyedik század további elképesztő haladásról tesz bizonyosságot.

A sarkalatos elvi és etikai kérdések a nemzetközi sport kezdeti, mondhatni romantikus korszakában lényegében kompromisszumok és feltételek nélkül, kivételeket nem ismerve érvényesültek elődeink jóvoltából. Ez a merevség az idő sodrában azután mintha fokról fokra lágyult volna. Mára egyes esetekben akár már megalkuvásról, s számos fejlemény tükrében pedig, legkevesebb, feloldhatatlan ellentmondásról, paradoxonról beszélhetünk.

A változások szülte kényszerek szolgálhatnak persze magyarázatul bizonyos kérdésekben. Hogy csak egy olimpiai vonatkozású témával illusztráljuk mondanandókat. Az ókorban nőknek még nézőként sem

vehettek részt a játékokon. Az újkori játékok francia megálmodója, Pierre de Coubertin báró szinte magától értetődően hagyta szintén figyelmen kívül létezésüket. Az 1896-ban az első athéni ötkarikás versenyeken nem vehetett részt egyetlen hölgy sem, s hosszú évtizedek teltek el a női egyenjogúsáért folyó harccal a jelenlegi állapotok elérése érdekében, holott – mint az ugyancsak folyvást változó Olimpiai Charta etikai normái szerint – a korszerű olimpiai etika egyik sarkalatos pontja az egységes fellépés a diszkrimináció minden formája ellen.

Az orvosok hippokratészi esküje sem maradt változatlanul, nem is szólva a nagy görög orvos elméleteiről, gyógymódjairól, hiszen ő még azt vallotta, ugye, hogy a szellem lakhelye bennünk – a szív. Legutóbb, tudomásom szerint Louis Lasagna korszerűsítette a már korábban is változtatott eredeti formulát (1964), s mi több, számos mai egyetemen már egyáltalán nem ragaszkodnak ahhoz, hogy ezt az esküt egyáltalán elmondják a végzős orvostanhallgatók.

Az orvosi titoktartásról szóló rész ellenben, amely a fórum fő témája, lényegét tekintve évezredek óta megmaradt, s ma is része az orvosi hitvallásnak, s ezt tömören így fejezi ki a Lasagna féle szöveg: „Tiszteletben tartom páciensem magánéletét, s titokban tartom a vele és betegségével kapcsolatos személyes információimat, amelyek nem tartoznak a nyilvánosságra.”

Minden hosszabb és kimerítő fejtegetés mellőzésével ezek után csak a nemzetközi sport legsúlyosabb, válsággal fenyegető problémáját idézzük meg – a helyzet bonyolultságát mutatva – a dopping háborút. A tiltott teljesítménynövelő szerek, illetve módszerek újabb és újabb formái jelennek meg, Pekingben az előrejelzések szerint már a gén dopping eseteivel is komolyan kell számolni. És ami a legkülönösebb: a dopping háború mindkét, egymással szemben álló oldalán orvosok, sportorvosok találhatók, mint kutatók, fejlesztők, illetve mint a teljesítmény növelés tudományos és gyakorlati asszisztensei. Orvososok az ellenőrök és orvosok az elkövetők támaszai is.

A kérdés: hogyan egyeztethető mindez össze az orvosi etikával?

Tudom, ez a helyzetleírás nem hagyományos orvos-beteg kapcsolatra vonatkoztatható, de éppen így mégis, tagadhatatlanul a fő téma, az orvosi etika tárgykörébe tartozik.

A számos további kérdés, probléma felvetése helyett végezetül talán még csak annyit, hogy a sportorvosi etika modernkori, mai meghatározásában nem tekinthetünk el magától a sporttól, tehát iránytűnek nem is használhatunk mást, mint a sport legfontosabb elveinek, etikai követelményeinek hangsúlyozását.

A sport, a versenyzés legfőbb, minden mást megelőző vezérelve az esélyek egyenlősége a résztvevők számára.

A másik ezzel rokon, s ebből származó alapkövetelmény: a felkészülés és a versenyzés maga – kizárólag tiszta eszközökkel történhet, tehát a fair play, a sportszerűség elve.

Az, hogy mindez a nyilvánosság számára azután miként jelenik meg az írott és az elektronikus sajtó csatornáin át, illetve eszközei alkalmazásával - az már egy másik etikai kör, a média-etika tárgykörébe tartozik... Erről sem ártana egy fórum.



13th ESSKA 2000 Congress
May 21-24, 2008
Porto / Portugal

2nd Announcement / Call for Abstracts

Abstract deadline: October 10, 2007

www.esska2008.com

Beszámoló egy három hetes lábsebészeti továbbképzésről

Börzsei Veronika

Országos Sportegészségügyi Intézet

2008. januárjában, módomban állt három hetet Németországban a malchini II. számú Ortopédiai Klinika lábsebészeti részlegén eltölteni. Az osztályvezető főorvosnő, Frau Dr. Angela Simon a Német Lábsebészeti Társaság egyik vezető tagja. A társaság minden évben cadaveres lábsebészeti továbbképzést rendez Budapesten, melyen három éve rendszeresen részt veszek. A tavalyi tanfolyam alkalmával kaptam a főorvosnőtől a meghívást, hogy látogassak el klinikájára tovább gyarapítani lábsebészeti tudásomat.

A malchini Ortopédiai Klinika 50 ágyas, ahol kb. 60%-ban lábsebészeti műtéteket, 20%-ban csípő-, illetve térd protézis beültetéseket és 20%-ban térd artroszkópos beavatkozásokat végeznek.

Munkanapjaimat a főorvosnő szárnyai alatt töltöttem el. Heti négy napot operáltunk és egy napot ambuláltunk.

Az ambulancián délelőttönként a műtét utáni kontrollra érkezett betegek láttuk el, délután pedig új, friss panaszos betegeket vizsgálatunk. Egy-egy ilyen csütörtöki ambulancia este hét-nyolc óráig is eltartott.

A négy hetes illetve három hónapos kontroll alkalmával minden esetben készítettünk a beteg megoperált lábáról röntgenfelvételeket, a szakmai protokoll alapján kötelező álló, terheléses ap illetve teljes oldal irányú felvételeket. Ennek technikai megoldása sem ütközött akadályba; az ap felvételhez a beteg a földön állt felváltva egy-egy lábán a röntgencső fogantyújában kapaszkodva, ilyenkor a röntgen fej 1 m-re a talajtól lesüllyesztve 15 fokban megdőntve állt; az oldal irányú felvételekhez a beteget egy dobogóra állíttatták fel szintén felváltva egy-egy lábára, a röntgen fejet lesüllyesztették a láb magasságáig és tiszta oldal irányból, a mediális oldal felől, készítették el a felvételeket.

Új panaszos betegnél, akinél a panaszok háttérben metatarsalgia illetve sesamcsont rendellenesség sejtethető, az előbb részletezett két standard felvétel még egy speciális un. sprinter felvétellel is kiegészült. Ilyenkor a beteg a röntgen asztalon hason fekszik sípcsontja alátámasztva és lábujjait visszafeszítve (dorsalflexio) az asztalhoz nyomja. A röntgencső a beteg lábáig süllyed, és talpi irányból a metatarsus fejecsek magasságában készül el a felvétel.

A műtési napok alkalmával napi 3–4 láb műtétben vettem részt, mint asszisztens, illetve mint operatőr.

Legtöbb műtetre hallux valgus deformitás miatt került sor. Preoperatív standard röntgenfelvételek és részletes fizikális vizsgálat alapján állítottuk fel a műtési indikációt és választottuk ki az alkalmazandó műtét technikai megoldást. Úgy gondolom, hogy a lábműtétek sikeressége, illetve sikertelensége ezen a ponton dől el. A típusos szögek (HVM IM, IP, PASA) pontos kimérése a röntgen képeken

jelentős mértékben hozzásegít a megfelelő műtési megoldás kiválasztásához.

A publikált, elfogadott, több mint száz fajta műtési megoldás közül az enyhe stádiumú hallux valgus deformitásnál leggyakrabban az un. Austin-műtétet, a közepes stádiumnál az un. Mau-műtétet, a súlyos stádiumnál az un. Scarf-műtétet alkalmazzák.

Amennyiben a betegnél I. TMT ízületi instabilitás is diagnosztizálható a választandó műtét a Lapidus arthrodesis.

Hallux valgus interphalangeus elváltozás esetén a hossztengety un. Akin-műtéttel lehet korrigálni.

Hallux rigidusnál I. MTP ízületi arthrodesist végeznek; normál, közel normál IM szögnél un. „cup and cone” desis, magnövekedett IM szögnél hagyományos egysíkú desis javasolt, mellyel az IM szög is korrigálható.

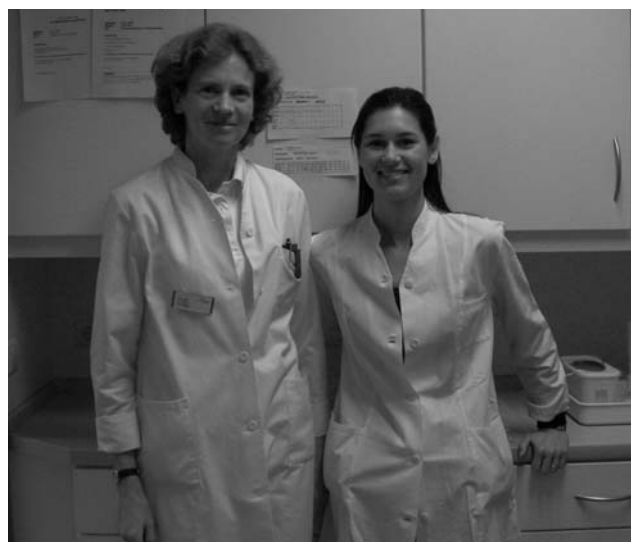
A kisujjak un. kalapácsujj deformitásánál minden esetben PIP ízületi arthrodesist végeznek, valamint MTP ízületi arthrolysis is történik egy időben. Amennyiben a kisujjak rövidítésére is szükség van, mert pl. Lapidus arthrodesis alkalmával felbomlik a metatarsusok hossza közötti normál anatómiai arány, supcapitalis dorsalis ék resectio javasolt.

Az ötös ujj varus tengelyeltérése esetén szintén un. Austin-műtéttel korrigálható az ujj hossztengetye.

A sok-sok műtési asszisztálás mellett lehetőséget kaptam több lábműtét önálló elvégzésére is.

Bízom benne, hogy a megszerzett tudást a jövőben munkahelyemen kamatoztatni tudom, és ezáltal a betegek is tökéletesebb ellátásban részesülhetnek.

Végül szeretném megköszönni főnökömnek, Prof. Dr. Berkes Istvánnak, hogy lehetővé tette számomra e tanulmányúton való részvételt.



Felhívás szerzőinkhez

Az évente 4 számban megjelenő Sportorvosi Szemle eredeti cikkeket közöl a sportorvoslás területéről. A szerkesztőségünkbe két példányban küldött kéziratot kettős sorközzel, csak az egyik oldalán gépeltessük. Az első oldal címmel kezdődjék, amely alá "dr." jelzés nélkül kerülnek a szerzők, ez alá pedig annak vagy azoknak az intézeteknek a neve, városa és az állam megjelölése, amelyben a szerzők munkájukat végezték, illetve végzik. Egy-egy gépelt oldal maximálisan 60 betűhelyes 30 sorból állhat. A dolgozat terjedelme ne haladja meg a 20 oldalt táblázatokkal és ábrákkal együtt. Szürkeárnyalatos ábrák használata tanácsolt, a színes ábrák minőségéért felelősséget nem tudunk vállalni. A táblázatokat és az ábrákat a szövegtől elkülönítve külön mellékeljük két példányban. Külön lapra kerüljenek az ábra- és táblázatcímek, illetve magyarázatok magyar és angol nyelven. A cím után összefoglaló következze, mely a kérdésfelvetést, az eredményeket és a következtetést tartalmazza. Az összefoglalás végén a dolgozat tárgyából maximálisan 5 kulcsszót jelöljünk meg. A dolgozat címét, az összefoglalót, valamint a kulcsszavakat kérjük angol nyelven is megadni. Tagoljuk a dolgozatot bevezetésre, a módszerek, majd az eredmények ismertetésére, az utóbbiak megbeszélésére, majd a következtetések összefoglaló tárgyalására. A dolgozat végén az irodalmat közöljük, szerzők neve, kettőspont, a dolgozat címe (eredeti nyelven), utána a folyóirat rövidített neve, évfolyam- (vagy kötet-) szám tól-ig oldalszám és évszám. Könyv esetén a szerző nevét, a könyv címét, a kiadás számát, a kiadó nevét és városát, valamint a megjelenés évét jelöljük. Folyóirat és könyvreferálás esetén az irodalmi hivatkozáshoz hasonlóan járunk el, kiegészítve a referált mű magyar címével. A szerzők 5 különlenyomatot díjtalanul kapnak. Kéziratokat nem őrzünk meg és nem küldünk vissza.

A szerkesztőség címe:

Sportorvosi Szemle,
1123 Budapest, Alkotás u. 48. OSEI.
Telefon: 488-6100,
Fax: 488-6196,
Dobos József főszerkesztő,
e-mail: info@sportorvos.hu

Notes for authors

The quarterly issued Hungarian Review of Sports Medicine accepts original articles on topics of sports medicine. Manuscripts (2 copies) should be typewritten on one side of the paper, double spaced through-out. The paper should begin with the title of the article, the name(s) of the author(s) without the abbreviation dr underneath, below it the department and the institution in which the work was done including city, state and country. One typewritten page should not exceed 30 lines, 60 characters each, including spaces between the words. The extent of the manuscript should not surpass 20 pages inclusive of tables and figures. The use of grayscale figures is recommended, the quality of color illustrations is not guaranteed. Tables and figures (illustrations) should be submitted separately from the text in duplicates and the legend of figures and tables should be typed on separate sheets. After the title an abstract should be written which contains the purpose of the study and the results (summerizing important numerical data). Supply at the end of the abstract a list of words or short phrases (no more than 5) on the topics of the article. The following arrangement of the manuscript is recommended: introduction, methods, results and discussion, conclusions and summary. References should be typed on a separate sheet, arranged alphabetically on the following order: Name(s) of autor(s) and initials, title of article (original language), abbreviated name of the Journal, number of volume, number of inclusive pages and year. Books should be referensed as follows: Name(s) of author(s): title of the book, number of publication, city and name of publisher, year of publication. 5 reprints will be supplied free of charge, no more reprints is to be claimed at present. Manuscripts will not be preserved and returned.

Title of the editor:

Hungarian Review of Sports Medicine,
Budapest 1123, Alkotás u. 48. NISM
Tel.: (361) 488-6100,
Fax: 488-6196
Jozsef Dobos, Editor-in-chief,
e-mail: info@sportorvos.hu

Tisztelt Hirdetőik, köszönjük!

Ezzel a számmal zárjuk a 2007 évet. Meg kell vonni megújult lapunk első évének mérlegét, tapasztalatait. Ezt meg is tesszük a következő lapunkban. Azonban már ezt az alkalmat megragadjuk arra, hogy a lapunkban köszönetünket fejezzük ki a lap fennmaradását, megjelenését nagymértékben elősegítő Hirdetőik segítségét.

Köszönjük, hogy a nehéz körülmények között hozzájárultak ahhoz, hogy szakmánk tapasztalatait, az elért eredményeket nyomtatott formában is eljuttathassuk az érdeklődők, magukat szakmailag továbbképezni szándékozók részére. Ezáltal Önök nem csak anyagilag járultak hozzá a Magyar Sportorvos Társaság tevékenységéhez, működéséhez, hanem így tettek is azért, hogy a magyar sport, beleértve az élsporttól az iskolai testnevelésig a teljes spektrumot, magasabb színvonalat érjen el.

Megköszönve segítségüket reméljük, hogy mi is segítettünk Önöknek céljaik elérésében. Reméljük és bízunk abban, hogy kapcsolatunk a későbbiekben is fennmarad.

2007 évi hirdetőink:

Béres Rt.

Magyar Nemzeti Üdülési Alapítvány

Asics

Madaus Kft.

Neuzer Kerékpár Kft.

Isotonic Bt.

Szerkesztőbizottság