

# Női kismedencei funkciózavarok keresztmetszeti vizsgálata magyarországi populáción

Ambrus Eszter<sup>1</sup> ■ Makai Alexandra dr.<sup>2</sup> ■ Prémusz Viktória dr.<sup>2</sup>  
 Boros-Balint Julianna dr.<sup>4</sup> ■ Tardi Péter<sup>2</sup> ■ Tóvári Anett<sup>5</sup>  
 Nusser Nóra dr.<sup>1</sup> ■ Járomi Melinda dr.<sup>2</sup> ■ Ács Pongrácz dr.<sup>2</sup>  
 Koppán Miklós dr.<sup>3</sup> ■ Bódis József dr.<sup>3</sup> ■ Hock Márta dr.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Harkányi Termál Rehabilitációs Centrum Közhasznú Nonprofit Kft., Harkány

<sup>2</sup>Pécsi Tudományegyetem, Egészségügyi Kar, Fizioterápiás és Sporttudományi Intézet, Pécs

<sup>3</sup>Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Pécs

<sup>4</sup>Babeş-Bolyai Egyetem, Kolozsvár, Románia

<sup>5</sup>Vasútegészségügyi Nonprofit Közhasznú Kft., Harkány

**Bevezetés és célkitűzés:** A női kismedencei funkciózavarok változatos tünetekkel jelentkezhetnek, és jelentősen befolyásolják az érintettek életminőségét. Vizsgálatunk célja volt felmérni a medencefenék-diszfunkciós tüneteket és azok hatását az egyén életminőségére.

**Módszer:** Vizsgálatunkba 203 nőt vontunk be. Az adatgyűjtést két kérdőív, egy általunk összeállított és az Australian Pelvic Floor Questionnaire segítségével végeztük. Az adatok statisztikai elemzéséhez SPSS 20.0 rendszert használtunk. Spearman-korrelációt, khi-négyzet-próbát, Mann-Whitney-féle U-tesztet, Kruskal-Wallis-próbát és többváltozós lineáris regressziót alkalmaztunk. A szignifikanciaszintet  $p \leq 0,05$  határnál állapítottuk meg.

**Eredmények:** A hólyagdiszfunkciók gyakorisága (56,2%) szignifikáns kapcsolatot mutatott az életkor növekedésével ( $p < 0,001$ ), az obesitással ( $p < 0,001$ ), a szülésszámmal és -móddal ( $p < 0,001$ ;  $p < 0,001$ ), az episiotomiával ( $p < 0,001$ ) és a prolapsusműtétekkel ( $p = 0,010$ ). A sülyyedéses kismedencei kórképek gyakorisága (27,1%) szignifikáns kapcsolatot mutatott az életkor növekedésével ( $p = 0,002$ ), a szülésszámmal és -móddal ( $p < 0,001$ ;  $p < 0,001$ ) és a korábbi episiotomiával ( $p < 0,001$ ). Az analis incontinencia gyakorisága (58,9%) a magasabb testtömegindexszel ( $p = 0,029$ ) volt szignifikáns kapcsolatban. Szexuális diszfunkciót (53,2%) allergia és tüdőbetegségek ( $p = 0,048$ ) jelenlétével kapcsolatban találtunk. A többes diszfunkció előfordulási gyakorisága az életkor növekedésével ( $p < 0,001$ ), az obesitással ( $p = 0,043$ ), a korábbi hysterectomiával ( $p = 0,046$ ) és prolapsusműtétekkel ( $p < 0,001$ ) mutatott szignifikáns kapcsolatot. Minden diszfunkció esetén kimutatható volt az életminőség-romlás (hólyagfunkciók:  $p < 0,001$ ; bél- és székletürítési funkciók:  $p < 0,001$ , hüvelyfali sülyyedés:  $p < 0,001$ , szexuális funkciók:  $p < 0,001$ ).

**Következtetés:** Az általunk vizsgált női populációban nagy arányban találtunk kismedencei funkciózavarokat, melyek kedvezőtlen hatással voltak az érintettek életminőségére.

Orv Hetil. 2021; 162(43): 1724–1731.

**Kulcsszavak:** vizeletincontinencia, analis incontinencia, méh- és hüvelysülyyedés, életminőség, medencefenék-diszfunkciók

## Cross-sectional study of female pelvic floor dysfunction in a Hungarian population

**Introduction and objective:** Pelvic floor dysfunction (PFD) can cause several complaints in women and has an adverse effect on the quality of life (QoL). The aim of our study was to evaluate the prevalence of pelvic floor dysfunction and its effect on QoL.

**Method:** 203 women were included. We used two questionnaires, a self-constructed and the Australian Pelvic Floor Questionnaire. Statistical analysis was performed by SPSS 20.0. Spearman's correlation, chi-square, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis tests and multivariate linear regression were used. Statistical significance was set at  $p \leq 0.05$ .

**Results:** There was a significant association between the prevalence of urinary incontinence (56.2%) and age ( $p < 0.001$ ), obesity ( $p < 0.001$ ), number and mode of deliveries ( $p < 0.001$ ;  $p < 0.001$ ), episiotomy ( $p < 0.001$ ) and pelvic organ prolapse (POP) surgery ( $p = 0.010$ ); between the occurrence of POP (27.1%) and age ( $p = 0.002$ ), the number and mode of deliveries ( $p < 0.001$ ;  $p < 0.001$ ) and episiotomy ( $p < 0.001$ ); between the prevalence of anal incontinence (58.9%) and obesity ( $p = 0.029$ ); between sexual dysfunction (SD) (53.2%) and respiratory disease and allergy ( $p = 0.048$ ). Multiple PFD was significantly associated with age ( $p < 0.001$ ), obesity ( $p = 0.043$ ), hysterectomy ( $p = 0.046$ ) and POP surgery ( $p = 0.010$ ). There was a significant difference between women having more severe PFD than milder complaints regarding QoL (bladder  $p < 0.001$ ; bowel  $p < 0.001$ ; SD  $p < 0.001$  and POP  $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Pelvic floor dysfunction was common in our study population and had a great adverse effect on QoL.

**Keywords:** urinary incontinence, anal incontinence, pelvic organ prolapse, quality of life, pelvic floor dysfunction

Ambrus E, Makai A, Prémusz V, Boros-Balint J, Tardi P, Tóvári A, Nusser N, Járomi M, Ács P, Koppán M, Bódis J, Hock M. [Cross-sectional study of female pelvic floor dysfunction in a Hungarian population]. *Orv Hetil.* 2021; 162(43): 1724–1731.

(Beérkezett: 2021. február 18.; elfogadva: 2021. március 16.)

### Rövidítések

APFQ = (Australian Pelvic Floor Questionnaire) Ausztrál Medencefenék Kérdőív; BMI = (body mass index) testtömeg-index; PTE = Pécsi Tudományegyetem

A kismedencei diszfunkció különféle klinikai állapotokra utaló összefoglaló kifejezés, amely magában foglalja a vizelet- és székletincontinentiát, a kismedencei szervek prolapsusát és a szexuális diszfunkciókat. Az Egyesült Államokban a vizeletincontinentia korstandardizált prevalenciája 51,1% volt nőknél, amelyből a stressztípus (24,8%) volt a leggyakoribb [1]. A méh- és hüvelysüllyedés valamelyik stádiuma nemzetközi adatok szerint a szült nők több mint 50%-ánál fordul elő 50 éves kor felett [2]. A vizeletincontinentia, illetve a prolapsus kialakulásában számos rizikótényező játszhat szerepet (terhesség, szülés, magasabb BMI, székrekedés, allergiás és krónikus köhögéssel járó légzőszervi megbetegedések, dohányzás, idősebb életkor, nehéz fizikai munka, túlzott fizikai aktivitás, kismedencei műtétek, 4000 g feletti újszülöttsúly), és növelhetik ezek esélyét [3–5]. Mind a vizeletincontinentia, mind a prolapsus negatívan befolyásolhatja az érintett nők életminőségét [6]. Az analis incontinentia előfordulási gyakoriságával kapcsolatban a tanulmányok 2% és 25% közötti prevalenciaértékekről számolnak be felnőtt női populációban [7]. Széltartási problémát 77%-ban regisztráltak nőknél, székletincontinentiát 7,5%-ban találtak [8]. Egy vizsgálatban a medencefenék-diszfunkciós tünetek közül a vizsgált nők 91%-ának volt legalább két tünete egyidejűleg, és eredményeik szerint a medencefenék-diszfunkciós tünetek súlyossága statisztikailag szignifikáns összefüggést mutatott a szexuális funkciók romlásával [9].

A medencefenék elváltozásai és a laza vagy tág hüvely panasz közötti kapcsolat vizsgálata során a résztvevők többsége stressz- vagy 'urge' incontinens tüneteket tapasztalt, míg süllyedéssel járó panaszokat 52%-ban jeleztek;

ezzel szemben ugyanebben a populációban klinikai vizsgálatnál 73,5%-ban igazoltak laza vagy tág hüvely panasz esetén prolapsust [10].

Hazai adatok főként a vizeletincontinentiával összefüggésben találhatók. 2000-ben kérdőíves (2014 fő) felmérés során 30 éves kor alatt 40%-ban, 51 és 65 év között 61%-ban említettek incontinens panaszokat a résztvevők; az alkalmi eseteket leszámítva a vizeletincontinentia a különböző korcsoportokban 4% és 38% között fordult elő. Az alkalmi panaszokat is beleértve a vizeletvesztés előfordulása 55%-os volt [11]. Az INKO Fórum szervezésében 2001-ben országos felmérés történt a nők vizeletincontinentiájának felmérésére. 35 448 fő, 18 év feletti nőt kérdeztek a vizelettartással kapcsolatos panaszokról. A megkérdezettek 56%-ának voltak incontinens panaszai, azonban csupán 36%-uk vallotta magát incontinensnek [12]. Egy másik, 2011-ben készült felmérésben 10 403 résztvevőből 3506 (33,9%) nő válaszolta, hogy előfordult már vizeletvesztés az élete folyamán. Vizeletelcseppenés 90,4%-ban ritkán, 8,6%-ban naponta többször fordult elő. Állandó problémát a nők 1,0%-a jelzett. A leggyakrabban köhögéskor/tüsszentéskor cseppent el a vizelet (a kérdőívet kitöltők 23,7%-a), valamint erős vizeleti inger esetén (a kérdőívet kitöltők 7,9%-a) [13]. *Matányi és mtsai* a terhesség időszaka alatt 30,6%-ban figyeltek meg vizeletincontinentiát [14].

Vizsgálatunk célja volt felmérni a kismedencei diszfunkciós tüneteket és azok hatását az életminőségre magyar nők körében.

### Módszerek

A vizsgálat során nem véletlenszerű, kényelmi mintavétel segítségével kérdőíves adatgyűjtést végeztünk önkéntes formában. A tervezett elemszám 200 fő volt. Beválasztási kritériumként a női nemet és a 18. betöltött életévet, míg kizárási kritériumként a súlyos neurológiai és psi-

chiátriai megbetegedést, a férfinemet és az együttműködés hiányát határoztuk meg. A kérdőívek kitöltéséhez internetes felületen, illetve különböző intézmények nőgyógyászati szakrendelésén toboroztuk az önként jelentkezőket. A kutatást 2019-ben végeztük. A Pécsi Tudományegyetem Regionális Kutatásait Bizottsága a vizsgálat kivitelezését engedélyezte (száma: 7950/2019 PTE).

Az adatgyűjtéshez 2 kérdőívet használtunk. Az egyik egy általunk összeállított kérdőív volt a szociodemográfiai adatok, a kórtörténet és a szüléssel kapcsolatos adatok felmérésére, amely a következő kérdéseket tartalmazta: a méh- és hüvelysüllyedés diagnózisának megléte, a süllyedés mértéke, születési idő, testsúly, testmagasság, foglalkozás, legmagasabb iskolai végzettség, lakhely, fájdalom és annak mértéke, korábbi terhesség és szülés, a szülés módja és száma, a gyermekek száma és születési súlya, korábbi nőgyógyászati műtétek és társbetegségek [15].

A másik kérdőív az Australian Pelvic Floor Questionnaire (APFQ) kérdőív volt, amely 42 kérdésből áll: az összes kismencedcei tünetet tartalmazza, továbbá méri a tünetek súlyosságát és azok hatását az egyén életminőségére. A magasabb pontérték rosszabb funkciót tükröz. A főbb kérdéscsoportok: hólyagfunkciók, bél- és székletürítési funkciók, a méh- és hüvelysüllyedés tünetei, szexuális funkciók. A hólyagfunkcióknál vizsgálja a nappali és éjszakai vizeletürítések számát, a nappali és éjszakai vizeletvesztést, a vizeletvesztés módját, a nehezített vizeletürítést, a betéthasználatot, a folyadékfogyasztást az incontinencia mérséklésének tekintetében, a húgyúti fertőzések és a vizeletürítéskor érzett fájdalom előfordulását. A bél- és székletürítési funkciók kérdéscsoportja felméri a székletürítés gyakoriságát, a széklet állagát, a székrekedés előfordulásának gyakoriságát, a hashajtó használatát, a szélincontinentiát, a folyékony és normál állagú székletincontinentiát, illetve a nehezített székletürítést. A méh- és hüvelysüllyedés tüneteinek felmérésére irányuló kérdéscsoport tartalma: előesés/kiboltulás vagy dudorérzet a hüvelyben, nyomó/húzó vagy nehézségérzés a hüvelyben, a kézzel asszisztált vizelet- vagy székletürítés előfordulásának gyakorisága. A szexuális funkciókat felmérő kérdések vizsgálják a szexuális aktivitás gyakoriságát, a szexuális inaktivitás okát, a hüvelyi szárazság érzetének előfordulását, a szexuális aktus során tapasztalt érzés minőségét, a tág/laza vagy szűk hüvely érzetének előfordulását, a szexuális aktus alatt fellépő fájdalom jelenlétét és helyét, illetve a coitalis incontinencia előfordulásának gyakoriságát. A kismencedcei funkciókat felmérő egyes szakaszok utolsó kérdése minden esetben a tünetek életminőségre gyakorolt hatásának megítélésére szolgál. A kérdőívet kitöltők négy lehetőség közül választhatnak, annak megfelelően, hogy mennyire zavarja őket a tünet: egyáltalán nem, kissé, közepesen, nagyon [16].

A BMI-értékeket a válaszadók magasság- és testsúlyadataiból kalkuláltuk [17].

A fájdalom mértékének felmérésére 0-tól 10-ig terjedő fájdalomskálát alkalmaztunk, amelynél a 0 a fájdalomtalan állapotot, míg a 10 az elviselhetetlen fájdalmat jelentette [18].

A statisztikai elemzésnél a folytonos változók összehasonlításához Spearman-féle rangkorrelációs elemzést, a kategorikus változók összefüggéseinek vizsgálatához khi-négyzet-próbát, a csoportok közötti folytonos változók összehasonlításához Mann-Whitney-féle U-próbát vagy Kruskal-Wallis-próbát alkalmaztunk. A többszörös összehasonlításokra többváltozós lineáris regressziós eljárást alkalmaztunk. A szignifikanciaszintet a  $p \leq 0,05$  határnál állapítottuk meg. Az adatok statisztikai elemzését SPSS 20.0 (release 20.0.5; IBM Corporation, Armonk, NY, Amerikai Egyesült Államok) rendszerrel végeztük.

## Eredmények

### Demográfiai adatok

Kérdőíves felmérésünkben 203 nő ( $46,29 \pm 12,45$ ; 18–80 év) vett részt. A résztvevők átlagos BMI-értéke  $26,05 \pm 5,25 \text{ kg/m}^2$  volt ( $17,21$ – $52,58$ ; sovány: 2,5%; normál testsúlyú: 46,3%; túlsúlyos: 29,9%; elhízott: 21,4%). A vizsgált személyek a lakhelyüket tekintve főként városban éltek (73%; falu: 17%), és a többség főiskolai/egyetemi végzettséggel (60,5%; középfokú: 39,5%) rendelkezett. Szellemi munkát 132 fő (65,02%) végzett, fizikai munkát 48 fő (23,65%) jelölt meg, és 21 fő (10,34%) nyugdíjas vett részt a vizsgálatban.

A korábbi terhességgel és szüléssel kapcsolatos válaszok feldolgozása során a következő eredményeket kaptuk: 167 fő (82,7%) volt már terhes, és 161 fő (79,3%) szült már legalább egyszer. A szülések átlagos száma  $2,02 \pm 0,97$  (1–7) volt. A szülés módját illetően 73,9% ( $n = 119$ ) hüvelyi úton, 11,2% ( $n = 18$ ) kizárólag császármetszéssel szült, illetve 7,5% ( $n = 12$ ) szült hüvelyi úton és volt császármetszése is. A szült nők közül 12 nőnek volt eszközös (fogó: 6 fő, 3,7%; vákuum: szintén 6 fő, 3,7%) szülésbefejezése. Gátsérülést 21 fő (10,4%) jelzett, míg gátmetszést 99 fő (49%) jelölt meg. Az újszülöttek átlagos születési súlya  $3597,66 \pm 479,66 \text{ g}$  (1450–4610 g) volt. 4000 g feletti születési súlyú újszülöttet 40 főnél találtunk (25,2%). 33 nőnél (20,8%) 1 nagy súlyú gyermek, 4 nőnél (2,5%) két 4000 g feletti gyermek, 2 nőnél (1,3%) 3 nagy súlyú gyermek és 1 nőnél (0,6%) 4 nagy súlyú gyermek szerepelt az anamnézisben.

A korábbi nőgyógyászati műtétekkel kapcsolatban 19 (9,4%) főnél szerepelt méh- és hüvelysüllyedéssel kapcsolatos műtét, 12 (5,9%) főnél hysterectomia, illetve 3 (1,5%) főnél mindkét petefészék eltávolítása a kórtörténetben. Az egyéb kísérő betegségek között 51 főnél találtunk (25,1%) allergiát, tüdőbetegséget. Egyéb társbetegségek (magas vérnyomás, szívbetegség, diabetes mellitus, gerincmegbetegedések) 105 főnél (74,9%) voltak jelen. 17 fő (8,4%) küzdött székrekedéssel. A különböző rizikófaktoroknak és a diszfunkciók előfordulási gyakoriságá-

1. táblázat | A különböző rizikófaktorok és a diszfunkciók előfordulási gyakoriságának és súlyosságának kapcsolata

| APFQ                                                                                           | Életkor          | BMI              | Szülés-szám      | Szülési mód* | Gát-repedés | Episiotomia | Születési súly** | Prolapsusműtét | Hysterektomia | Obstipatio | Tüdőbetegség<br>Allergia |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|--------------|-------------|-------------|------------------|----------------|---------------|------------|--------------------------|
| Vizeletincontinencia                                                                           | 0,001            | 0,001            | 0,001            | 0,005        | 0,579       | 0,001       | 0,617            | 0,010          | 0,051         | 0,758      | 0,596                    |
| Süllyedéses kismencedei kórképek                                                               | 0,001            | 0,235            | 0,001            | 0,001        | 0,749       | 0,007       | 0,127            | x              | 0,060         | 0,344      | 0,556                    |
| Analís incontinencia                                                                           | 0,172            | 0,029            | 0,611            | 0,561        | 0,434       | 0,266       | 0,983            | 0,679          | 0,237         | 0,210      | 0,841                    |
| Szexuális diszfunkció                                                                          | 0,396            | 0,076            | 0,803            | 0,430        | 0,853       | 0,277       | 0,816            | 0,160          | 0,472         | 0,806      | 0,048                    |
| Analís, vizeletincontinencia és süllyedéses kórképek együttes jelenléte                        | 0,001            | 0,043            | 0,058            | 0,060        | 0,675       | 0,109       | 0,095            | 0,001          | 0,046         | 0,536      | 0,550                    |
| Analís, vizeletincontinencia, süllyedéses kórképek és szexuális diszfunkció együttes jelenléte | 0,049            | 0,148            | 0,060            | 0,227        | 0,809       | 0,944       | 0,061            | 0,017          | 0,718         | 0,494      | 0,395                    |
| Hólyagfunkciós tünetek                                                                         | 0,001<br>(0,434) | 0,001<br>(0,358) | 0,001<br>(0,239) | 0,001        | 0,972       | 0,002       | 0,225            | 0,001          | 0,004         | 0,005      | 0,188                    |
| Hüvellyali süllyedéses tünetek                                                                 | 0,002<br>(0,219) | 0,064<br>(0,130) | 0,001<br>(0,285) | 0,003        | 0,341       | 0,001       | 0,008            | x              | 0,088         | 0,389      | 0,950                    |
| Bél- és székletürítési tünetek                                                                 | 0,068<br>(0,128) | 0,001<br>(0,232) | 0,800<br>(0,018) | 0,017        | 0,462       | 0,032       | 0,689            | 0,674          | 0,106         | x          | 0,954                    |
| Szexuális diszfunkcióra utaló tünetek                                                          | 0,097<br>(0,117) | 0,836<br>(0,015) | 0,396<br>(0,060) | 0,303        | 0,926       | 0,255       | 0,102            | 0,083          | 0,480         | 0,798      | 0,132                    |

A khi-négyzet-próba, Mann-Whitney-féle U-teszt és Spearman-féle korreláció p- és (r)-értékei.

\*A hüvellyi szülés és a császármetszés összehasonlítása.

\*\*4000 gramm feletti újszülött.

APFQ = Ausztrál Medencefenék Kérdőív; BMI = testtömegindex

nak és a tünetek súlyosságának kapcsolatát a 1. táblázat szemlélteti.

A vizsgálatban részt vevők közül 131 fő (64,5%) érzett a kérdőív kitöltését megelőző egy hónapban *fájdalmat* az alhas (n = 75, 36,9%), a nemi szervek (n = 25, 12,3%) vagy a lumbalis gerincszakasz (n = 92, 45,3%) környékén. A fájdalom mértéke átlagosan  $3,03 \pm 2,84$  volt a fájdalomskála alapján.

*Tág vagy laza hüvellyi érzetre* 76 fő (37,44%) panaszkodott; *incontinentiát* 61,84%-ban (p = 0,011), prolapsust 39,47%-ban (p < 0,001), szignifikánsan magasabb arányban találtunk a tünetet jelző nők esetén.

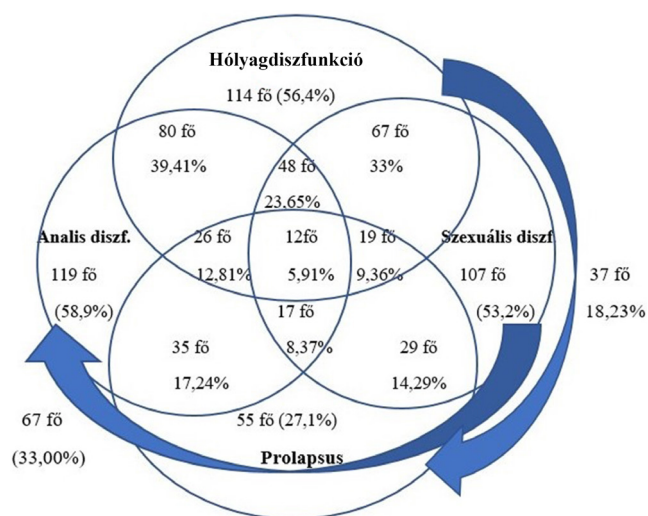
A hólyagfunkciók zavarát tekintve a stresszincontinencia (74 fő [64,9%]) volt a leggyakoribb (készítetési incontinencia: 12 fő [10,5%]; kevert incontinencia: 24 fő [21,1%]; enuresis nocturna: 2 fő [1,8%]; coitalis incontinencia: 11 fő [7,2%]). A különböző diszfunkciók százalékos megoszlását vizsgálatunkban az 1. ábra mutatja.

Hólyagfunkciót érintő probléma esetén szignifikánsan gyakrabban találtunk analís (p < 0,001), illetve székletartási diszfunkciót (p = 0,030), hüvellyali süllyedést (p = 0,036) és szexuális diszfunkciót (p = 0,043).

A többváltozós lineáris regressziós elemzés során ( $R^2 = 0,153$ ; F = 9,279; p < 0,001) az APFQ összesített pontszámokat szignifikánsan emelte a korábbi gátmetés ( $\beta = 0,165$ ; p = 0,028) és székrekedés ( $\beta = 0,237$ ;

p = 0,002) megléte, míg a méh- és hüvellyali süllyedéssel kapcsolatos műtét ( $\beta = -0,261$ ; p = 0,001) csökkentő hatással volt a pontszámokra. Az APFQ-pontszámokat a 2. táblázat szemlélteti.

A súlyosabb tüneteket minden diszfunkció esetén zavaróbbnak ítélték a vizsgálatban részt vevők. A többszörös összehasonlításnál ( $R^2 = 0,210$ ; F = 7,534; p < 0,001)



1. ábra | A különböző diszfunkciók aránya a vizsgált mintában

2. táblázat | A résztvevők APFQ-eredményei

|                                   | Átlag | Szórás | Medián | IQR<br>(25; 75 percentilis) |
|-----------------------------------|-------|--------|--------|-----------------------------|
| <b>APFQ</b>                       |       |        |        |                             |
| <i>Hólyagdiszfunkciók</i>         | 1,79  | 1,51   | 1,33   | 2,00 (0,67; 2,67)           |
| <i>Széketürítési diszfunkciók</i> | 1,53  | 1,04   | 1,47   | 1,18 (0,88; 2,06)           |
| <i>Hüvellyali süllyedés</i>       | 1,04  | 1,78   | 0,00   | 1,33 (0,00; 1,33)           |
| <i>Szexuális diszfunkciók</i>     | 1,87  | 2,00   | 1,43   | 2,38 (0,48; 2,86)           |
| <b>Összpont</b>                   | 6,21  | 4,54   | 5,01   | 4,97 (2,99; 7,96)           |
| <b>APFQ-életminőség</b>           |       |        |        |                             |
| <i>Hólyagdiszfunkciók</i>         |       |        |        |                             |
| Nem zavarja                       | 0,86  | 0,72   | 0,67   | 0,73 (0,44; 1,16)           |
| Zavarja                           | 2,90  | 1,46   | 2,67   | 1,89 (1,78; 3,67)           |
| <i>Széketürítési diszfunkciók</i> |       |        |        |                             |
| Nem zavarja                       | 0,96  | 0,57   | 0,88   | 0,88 (0,59; 1,47)           |
| Zavarja                           | 2,37  | 1,00   | 2,06   | 1,18 (1,76; 2,94)           |
| <i>Hüvellyali süllyedés</i>       |       |        |        |                             |
| Nem zavarja                       | 0,21  | 0,49   | 0,00   | 0,00 (0,00; 0,00)           |
| Zavarja                           | 3,79  | 1,74   | 3,33   | 2,66 (2,67; 5,33)           |
| <i>Szexuális diszfunkciók</i>     |       |        |        |                             |
| Nem zavarja                       | 0,89  | 0,84   | 0,95   | 1,43 (0,00; 1,43)           |
| Zavarja                           | 3,04  | 2,29   | 2,86   | 2,38 (1,43; 3,81)           |

APFQ = Ausztrál Medencefenék Kérdőív; IQR = interkvartilis tartomány

ugyanakkor a méh- és hüvelysüllyedéssel kapcsolatos műtét csökkentette az életminőség-kérdésekre adott válaszok összesített pontszámát ( $\beta = -0,229$ ;  $p = 0,003$ ), míg a magasabb BMI ( $\beta = 0,169$ ;  $p = 0,034$ ), a gátmetzés ( $\beta = 0,190$ ;  $p = 0,014$ ) és a székrekedés ( $\beta = 0,150$ ;  $p = 0,047$ ) negatív hatással voltak az életminőség megítélésére vizsgálatunkban. A lineáris regressziós modellbe bevont magyarázó változók a következők voltak: életkor, BMI, szülésszám, szülési mód, gátrepedés, episiotomia, születési súly, prolapsusműtét, hysterectomy, obstipatio, tüdőbetegség és allergia.

## Megbeszélés

Amerikai adatok alapján elmondható, hogy a megnövekedett életkor az összes medencefenék-rendellenesség magasabb prevalenciájával járhat, illetve az egy vagy több medencefenék-rendellenességgel küzdő nők aránya jelentősen megnőhet az életkor előrehaladtával [19]. A nemzetközi szakirodalom eddigi eredményeinek megfelelően szignifikáns kapcsolatot találtunk a vizeletincontinensek száma és a hólyagfunkciós panaszok súlyossága és a növekvő életkor között; valamint a süllyedéssel kísért medencei kórképek gyakorisága és a hüvellyali süllyedéses tünetek súlyossága és a növekvő életkor között. Az életkor előrehaladtával a többes diszfunkciók (az analis,

vizeletincontinencia és süllyedéssel kísért kórképek együttes megléte, valamint az előbbieket szexuális diszfunkcióval) előfordulási gyakorisága nőhet [19], amit eredményeink is alátámasztottak.

Résztvevőink átlagos BMI-értéke alig haladta meg a normálérték felső tartományát, ennek ellenére szignifikáns kapcsolatot találtunk a vizeletincontinencia (gyakorisága és súlyossága) és a BMI-érték között, ami megegyezik a nemzetközi kutatási eredményekkel [20]. Az eddigi kutatások szerint a túlsúlyos és elhízott nőknél nagyobb a valószínűsége annak is, hogy a medencei szervek prolapsusa lép fel [21, 22]. Résztvevőink fele (51,3%) a túlsúlyos (29,9%) és az elhízott (21,4%) kategóriába tartozott; a BMI és a kismedencei szervek süllyedéssel kísért kórképei között nem találtunk szignifikáns kapcsolatot, egy előző hazai kutatási eredménnyel megegyezően [23]. Ennek oka lehet a jelen vizsgálatban egyrészt a kis létszámú súlyosan elhízott nő részvétele. *Whitcomb és mtsai* (1115 fő, átlagéletkor 56,4 év) eredményei szerint, az elhízott nőket a súlyosan elhízott és morbidan elhízott nőkkel összehasonlítva, az esélyhányados 1,55–2,09 volt a prolapsusra, az életkorra, a szülési módra és számra igazított elemzésükben [22]. Más kutatási eredmények arra utalnak, hogy a csípőkörfogtat a kismedencei szervek süllyedésének jobb prediktora lehet, mint a BMI [24].

Obesitas esetén korábbi kutatási eredmények emelkedett gyakoriságú székkeltartási nehézségről (18–63%) számoltak be [25]. Jelen vizsgálati eredményeink ezt alátámasztották, mindemellett az analis, illetve vizeletincontinencia és a süllyedéssel kísért kórképek együttes megléte emelkedett BMI mellett szintén szignifikáns kapcsolatot mutatott, ami megegyezik *Wu és mtsai* vizsgálati eredményeivel [19].

A székrekedés tünetalapú, bármely életkorban előforduló rendellenesség, amelynek gyakorisága 2–27% [26]. A nemek közötti összehasonlítások azt mutatják, hogy magasabb arányban a nők (15%) szenvednek székrekedéstől. Egy 2019-ben megjelent metaanalízis eredményei szerint a székrekedés szignifikánsan összefügg a női vizeletincontinencia kialakulásával, amivel jelen vizsgálati eredményeink is összhangban vannak [27].

Előzetes adatok alapján már ismert, hogy magasabb hüvellyi szülésszám esetén gyakrabban jelentkezhet vizeletincontinencia, illetve süllyedéssel kísért kórképek, mint császármetszés esetén, amely eredmény esetünkben is igazolódott [19, 24]. Hüvellyi szülés után a kisebb sérülések gyakoriak, ezek többsége azonban nem vezet káros funkcióhoz. A súlyos perinealis szakadások bár ritkábbak, gyakran kapcsolódnak széklet- és vizeletincontinenciához [28]. Jelen kutatási eredményünk valószínűleg a kis esetszám miatt (34 fő/16,8%) ezt nem tudta igazolni.

*Frigerio és mtsai* 2018. évi szisztematikus áttekintése szerint nincs bizonyíték az episiotomia hosszú távú jótékony hatására a vizeletincontinenciával összefüggésben. Saját vizsgálati eredményeink ugyanezt mutatták, illetve

szintén szignifikáns eredményt kaptunk a kismedencei süllyedéssel járó kórképekkel kapcsolatban. *Frigerio és mtsai* szerint azonban az episiotomia lehet védőfaktor a süllyedéses kórképek prevalenciája és súlyossága szempontjából. (Az episiotomia lerövidítheti a szülés második szakaszát, csökkentve ezzel az idegkárosodást és a levator izmok traumáját, illetve az episiotomia után keletkező hegyszövet és fibrosis a későbbiekben védőfaktorként szolgálhat a prolapsussal szemben [29].)

Egy 5236 nőn végzett svéd tanulmány kimutatta, hogy a 4000 g-nál nagyobb újszülött szülése kétszeres kockázatot jelenthet a szülés után 20 évvel a prolapsus kialakulásának szempontjából [30], amit *Horst és mtsai* is megerősítettek 2017-ben, brazil populáción vizsgálva [31]. Saját vizsgálati eredményeink szerint szignifikáns kapcsolat van a 4000 g feletti születési súly és a süllyedéssel járó kórképek súlyossága között, hazai populáción vizsgálva.

A szexuális diszfunkció jelentősen rontja az életminőséget, ideértve a társadalmi elszigeteltséget, a csökkent önbizalmat [32]. Vizsgálatunk során szignifikáns kapcsolatot találtunk a szexuális diszfunkció és az *allergia, tüdőbetegségek* megléte között. Előző vizsgálatok szerint tüdőbetegség esetén (például cystás fibrosis) az incontinencia és a szexuális diszfunkció gyakorisága magasabb lehet [33].

*Laza, tág hüvely panasza* esetén gyakrabban találkozhatunk a kismedencei szervek süllyedéses állapotaival is, a statisztikai elemzés alapján ezt az eredményt a jelen vizsgálat eredményei is megerősítik. Az előzőekben már ismertetett adatokhoz mérten (süllyedéses panaszokat 52%-ban jeleztek [10]) saját adatainkban prolapsust 39,47%-ban jelöltek meg (incontinenciát 61,84%-ban) laza, tág hüvely panasza esetén.

A *hysterectomia* típusai és a vizeletincontinenciával kapcsolatban született szakirodalom jelenleg ellentmondó [34]. Úgy tűnik, hogy a kutatási eredmények még hiányosak ezen összefüggésekben. Jelen vizsgálatunkban nem tértünk ki a hysterectomia megléte mellett a típusainak kikerdezésére, eredményeink azonban a hysterectomia és a vizeletincontinencia, valamint a hysterectomia és a többes kismedencei diszfunkció esetén is szignifikáns kapcsolatot mutattak, megerősítve egyes nemzetközi kutatások eredményeit [19, 35].

A kismedencei szervek süllyedéssel járó kórképeinek terápiás lehetőségei között jelentős szerepet tölt be a sebészeti kezelés. Valószínű, hogy a nők 11–19%-ánál végeznek incontinencia vagy *prolapsus miatt műtétet*, ez az életkor növekedésével a duplájára nőhet. A prolapsusműtétek ismétlődési aránya akár a 40%-ot is elérheti [36, 37]. Jelen vizsgálatunkban a megfelelő dokumentáció hiányában nincs adatunk a műtét típusát illetően, így csak azt tudjuk megerősíteni, hogy a kismedencei szervek süllyedéssel járó kórképeinél alkalmazott műtéti terápia szignifikáns összefüggést mutat a vizeletincontinencia gyakoriságával és súlyosságával.

Amerikai adatok szerint a 60–79 éves nők 40%-ánál és a 80 évnél idősebb nők 53%-ánál van legalább egy tüneti rendellenesség; e rendellenességek gyakorisága valószínűleg növekedni fog [19]. Más adatok szerint összességében az amerikai nők 25,0%-a számolt be *egy vagy több medencefenék-rendellenességről*. Az eddigi vizsgálatok alapján a vizeletincontinencia volt a leggyakoribb rendellenesség (17,1%). A populációalapú kombinált prevalencia 9,4% volt a székletincontinencia és 2,9% a prolapsus esetén [19]. Az idősebb nőknek, akiknek egy medencefenék-rendellenessége, -tünete van, valószínűleg újabb/párhuzamos medencefenék-problémája is van [38]. Saját vizsgálatunk során a hólyagfunkciót érintő probléma esetén szignifikánsan gyakrabban találtunk analis, illetve székletincontinenciát, hüvelyfali süllyedést és szexuális diszfunkciót. Az analis és vizeletincontinencia, valamint a süllyedéses kórképek együttes jelenléte a vizsgált mintában 12,8% volt, illetve 5,9%, ha mindezekkel (analis és vizeletincontinencia, illetve süllyedéses kórképek) együtt szexuális diszfunkció is jelen volt; ez jelentősen eltér a korábbi vizsgálat eredményeitől, amelyben hármass diszfunkciót 24%-ban, négyes diszfunkciót 8%-ban találtak [24].

A prolapsusműtétek, illetve a hysterectomia és a többes diszfunkció kapcsolatát találtuk, illetve ezen túl mindezek mellett még a szexuális diszfunkció megjelenését is prolapsusműtétet követően. A hysterectomiával kapcsolatban megjelenő, egy vagy több kismedencei diszfunkció megegyezik *Wu és mtsai* eredményeivel [19].

Vizsgálatunkban az *életminőség*-romlás minden diszfunkció (hólyag, székletürítési, hüvelyfali süllyedés, szexuális) esetén kimutatható volt. Az incontinencia rendkívül elterjedt, és jelentős hatással van az életminőségre [39]. Más vizsgálatok is megerősítik, hogy a vizeletincontinencia típusa és a szexuális aktivitás változásai jelentősen befolyásolják az életminőséget [40]. A kismedencei szervek süllyedése miatt keletkező panaszok a szomatikus problémák mellett jelentős hatásúak az érzelmi/mentális egészségre és a szubjektív jóllétre [41]. A székletincontinencia hátrányosan érinti a betegek életminőségét, társadalmi elszigetelődést és csökkent önértékelést okozhat, valamint jelentős pénzügyi terhet jelent az egészségügyi rendszer számára is [42]. A túlsúly és a székrekedés negatív hatással van az egyén életminőségére [43, 44]. Ezenfelül egyes kutatások szerint a korábbi episiotomia is jelentősen ronthatja az életminőséget vizeletincontinens nők esetében, amit eredményeink is alátámasztanak [45]. Vizsgálatunkban a korábbi prolapsusműtét pozitív irányban befolyásolta az életminőség megítélését, ami megegyezik *Mattsson és mtsai* eredményével [46].

Vizsgálatunk lehetséges korlátja, hogy kutatásunkban csupán az APFQ kérdőívbe ágyazott életminőség-kérdéseket használtuk fel. További vizsgálatok szükségesek az életminőség pontosabb megítéléséhez, egyéb generikus, illetve betegség-specifikus kérdőívek alkalmazásával kiegészítve [16]. További korlát, hogy az egyéb betegségeket

gekre szedett gyógyszerekről nem kérdeztük az általunk vizsgált nőket. Bizonyos gyógyszerek súlyosbíthatják a vizeletincontinens panaszokat, illetve székrekedést okozhatnak, amely tovább ronthatja a már meglévő tüneteket [47, 48].

## Következtetés

Magyarországi populáción vizsgálva a kismedencei diszfunkciók (vizelet-, szél- és székletürítési zavarok, hüvelyfali süllyedés és szexuális diszfunkciók) gyakorisága és súlyossága, valamint a lehetséges rizikófaktorok (szülés-szám és -mód, magasabb BMI, székrekedés, allergiás és légzőszervi megbetegedések, életkor, kismedencei műtétek, 4000 g feletti újszülöttsúly) hasonlóak a nemzetközi szakirodalomban eddig megjelent eredményekhez. A többes diszfunkciók arányáról eddig kevés adat született hazai populáción vizsgálva. Eredményeink megerősítik, hogy az egy vagy több kismedencei diszfunkció kedvezőtlenül befolyásolja az életminőséget.

*Anyagi támogatás:* A szerzők a közlemény megírásáért, illetve a kapcsolódó kutatómunkáért anyagi támogatásban nem részesültek.

*Szerzői munkamegosztás:* A kutatás megfogalmazása: A. E., H. M. Módszertan: A. E., H. M., M. A. Az eredmények elemzése és kiértékelése: M. A., P. V., T. P., T. A. A közlemény írása – nyers változat: A. E., H. M., M. A., J. M., N. N. A közlemény áttekintése és szerkesztése: K. M., B. J., B.-B. J. Revízió: Á. P., K. M., B. J. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekltségek:* A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

## Irodalom

- [1] Markland AD, Richter HE, Fwu CW, et al. Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008. *J Urol.* 2011; 186: 589–593.
- [2] Digesu GA, Chaliha C, Salvatore S, et al. The relationship of vaginal prolapse severity to symptoms and quality of life. *BJOG* 2005; 112: 971–976.
- [3] Wood LN, Anger JT. Urinary incontinence in women. *BMJ* 2014; 349: g4531.
- [4] Vergeldt TF, Weemhoff M, IntHout J, et al. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int Urogynecol J.* 2015; 26: 1559–1573.
- [5] Braekken IH, Majida M, Ellström Engh M, et al. Pelvic floor function is independently associated with pelvic organ prolapse. *BJOG* 2009; 116: 1706–1714.
- [6] Leanza V, Passanisi A, Leanza G. Urinary incontinence: quality of life and psychological aspects. *Urogynaecologia* 2013; 27: e3.
- [7] Larsson C, Hedberg CL, Lundgren E, et al. Anal incontinence after caesarean and vaginal delivery in Sweden: a national population-based study. *Lancet* 2019; 393: 1233–1239.
- [8] Saraçoğlu M, Eroğlu A, Divrik RT. Prevalence of anal incontinence and constipation in female patients with urinary incontinence. *J Urol Surg.* 2018; 5: No. 1.
- [9] Li-Yun-Fong R, Larouche M, Hyakutake M, et al. Is pelvic floor dysfunction an independent threat to sexual function? A cross-sectional study in women with pelvic floor dysfunction. *J Sex Med.* 2017; 14: 226–237.
- [10] Dietz HP, Stankiewicz M, Ata IK, et al. Vaginal laxity: what does this symptom mean? *Int Urogynecol J.* 2018; 29: 723–728.
- [11] Banyó T. Diagnosis and treatment of urinary dysfunctions. [A vizeleti zavarok kórismézése és kezelése.] *Nőgyógy Onk.* 2008; 13: 63–67. [Hungarian]
- [12] Lipcsey A, Matányi S, Szüle E, et al. Statistics of urinary incontinence of women in Hungary. [A női vizeletinkontinencia országos statisztikai vizsgálata.] *Orv Hetil.* 2004; 145: 2237–2240. [Hungarian]
- [13] Kovács Á, Vártokné Hevér N, Tóth A, et al. Epidemiology of female urinary incontinence in Hungary; a questionnaire survey, 2011. [A női vizeletinkontinencia epidemiológiája Magyarországon; kérdőíves vizsgálat, 2011.] *Magy Urol.* 2012; 24: 159–166. [Hungarian]
- [14] Matányi S. Urinary disorders in pregnancy and post-partum. [A vizelettartás és ürítés zavarai a terhesség alatt és szülés után.] *Orv Hetil.* 1992; 133: 2551–2553. [Hungarian]
- [15] Baessler K, Schüssler B, Burgio K, et al. (eds.) *Pelvic floor re-education: principles and practice.* Springer-Verlag, London, 2008.
- [16] Baessler K, O'Neill SM, Maher CF, et al. A validated self-administered female pelvic floor questionnaire. *Int Urogynecol J.* 2010; 21: 163–172.
- [17] Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 2000; 894: i–xii, 1–253.
- [18] Freyd M. The graphic rating scale. *J Educ Psychol.* 1923; 14: 83–102.
- [19] Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, et al. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. *Obstet Gynecol.* 2014; 123: 141–148.
- [20] Swenson CW, Kolenic GE, Trowbridge ER, et al. Obesity and stress urinary incontinence in women: compromised continence mechanism or excess bladder pressure during cough? *Int Urogynecol J.* 2017; 28: 1377–1385.
- [21] Giri A, Hartmann KE, Hellwege JN, et al. Obesity and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Am J Obstet Gynecol.* 2017; 217: 11–26.e3.
- [22] Whitcomb EL, Lukacz ES, Lawrence JM, et al. Prevalence and degree of bother from pelvic floor disorders in obese women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009; 20: 289–294.
- [23] Farkas B, Gál P, Rác S, et al. Should we consider obesity a risk factor for pelvic organ prolapse? *Pelvipernecology* 2017; 36: 104–107.
- [24] Durnea CM, Khashan AS, Kenny LC, et al. The role of prepregnancy pelvic floor dysfunction in postnatal pelvic morbidity in primiparous women. *Int Urogynecol J.* 2014; 25: 1363–1374.
- [25] Brochard C, Vénara A, Bodère A, et al. Pathophysiology of fecal incontinence in obese patients: a prospective case-matched study of 201 patients. *Neurogastroenterol Motil.* 2017; 29: e13051.
- [26] Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR 3rd. American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology* 2013; 144: 218–238.
- [27] Lian WQ, Li FJ, Huang HX, et al. Constipation and risk of urinary incontinence in women: a meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2019; 30: 1629–1634.
- [28] ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2018; 132: e87–e102.
- [29] Frigerio M, Mastrolia SA, Spelzini F, et al. Long-term effects of episiotomy on urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet.* 2019; 299: 317–325. [Published: 18 December 2018]

- [30] Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, et al. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG* 2013; 120: 152–160.
- [31] Horst W, do Valle JB, Silva JC, et al. Pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a Brazilian population. *Int Urogynecol J*. 2017; 28: 1165–1170.
- [32] Lalji S, Lozanova P. Evaluation of the safety and efficacy of a monopolar nonablative radiofrequency device for the improvement of vulvo-vaginal laxity and urinary incontinence. *J Cosmet Dermatol*. 2017; 16: 230–234.
- [33] Chambers R, Lucht A, Reihill A, et al. Prevalence and impact of pelvic floor dysfunction in an adult cystic fibrosis population: a questionnaire survey. *Int Urogynecol J*. 2017; 28: 591–604.
- [34] Lethaby A, Mukhopadhyay A, Naik R. Total *versus* subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 4: CD004993
- [35] Bohlin KS, Ankardal M, Lindkvist H, et al. Factors influencing the incidence and remission of urinary incontinence after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 216: 53.e1–53.e9.
- [36] Løwenstein E, Møller LA, Laigaard J, et al. Reoperation for pelvic organ prolapse: a Danish cohort study with 15–20 years' follow-up. *Int Urogynecol J*. 2018; 29: 119–124.
- [37] Practice Bulletin No. 176: Pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2017; 129: e56–e72.
- [38] Zeleke BM, Bell RJ, Billah B, et al. Symptomatic pelvic floor disorders in community-dwelling older Australian women. *Maturitas* 2016; 85: 34–41.
- [39] Saarni SI, Härkönen T, Sintonen H, et al. The impact of 29 chronic conditions on health-related quality of life: a general population survey in Finland using 15D and EQ-5D. *Qual Life Res*. 2006; 15: 1403–1414.
- [40] Lopes MH, Costa JN, Bicalho MB, et al. Profile and quality of life of women in pelvic floor rehabilitation. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71: 2496–505.
- [41] Laganà AS, La Rosa VL, Rapisarda AM, et al. Pelvic organ prolapse: the impact on quality of life and psychological well-being. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2018; 39: 164–166.
- [42] Meyer I, Richter HE. Impact of fecal incontinence and its treatment on quality of life in women. *Womens Health (Lond)*. 2015; 11: 225–238.
- [43] Bilgic D, Gokyildiz S, Kizilkaya Beji N, et al. Quality of life and sexual function in obese women with pelvic floor dysfunction. *Women Health* 2019; 59: 101–113.
- [44] Belsey J, Greenfield S, Candy D, et al. Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010; 31: 938–949.
- [45] Demir G, Erbesler ZA. Quality of life and factors associated with it in elderly women with urinary incontinence. *Turkish Geriatr Der*. 2017; 20: 213–222.
- [46] Mattsson NK, Karjalainen PK, Tolppanen AM, et al. Pelvic organ prolapse surgery and quality of life – a nationwide cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2020; 222: 588.e1–588.e10.
- [47] Shaw C, Wagg A. Urinary incontinence in older adults. *Medicine* 2017; 45: 23–27.
- [48] Forootan M, Bagheri N, Darvishi M. Chronic constipation: a review of literature. *Medicine* 2018; 97: e10631.

(Ambrus Eszter,  
Harkány, Zsigmondy sétány 1., 7815  
e-mail: kozpontigyogytorna@harkanykorhaz.hu)

„Dimissum quod nescitur non amittitur.”  
(Ha nem tudsz róla, nem veszteség a veszteség.)