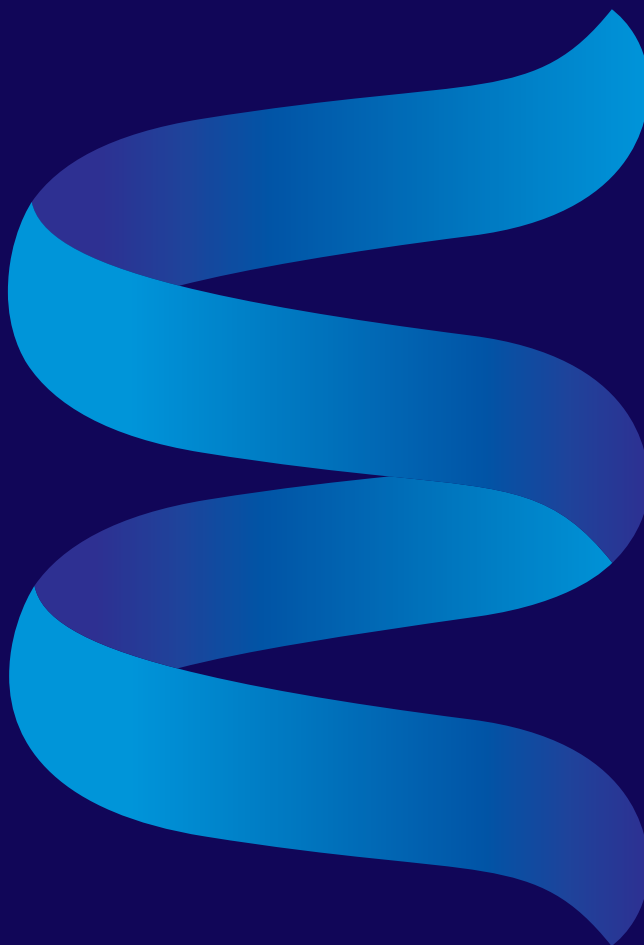


6/22 McKenzie Magazín

časopis pro MDT odborníky
číslo 37



- 6 Využití MDT® vo vrcholovom (para)športe
- 26 Je vždy nutné operovat poraněný ACL?
- 38 Jak jsem se díky McKenzie začala učit francouzsky
- 46 Informace dostupné pro pacienty po operaci...

 **McKenzie**
Institute
Czech Republic

Obsah

- 2 Úvod**
Romana Wolfová, DiS., Cert. MDT
- 4 Přání k narozeninám**
- 6 Využití MDT® vo vrcholovom (para)športe**
Mgr. Ing. Martin Šóš, Cert. MDT
PhDr. Michaela Kotrbancová, Cert. MDT
- 17 Klacky a kameny: Vliv jazyka v rehabilitaci poruch pohybového systému**
Přeložil: Mgr. Ondřej Houška, Cert. MDT
- 26 Je vždy nutné operovat poraněný ACL?**
Přeložila: Mgr. Petra Seidlová, Cert. MDT
- 32 Kazuistika RED FLAGS**
Alan Bláha, DiS., Cert. MDT
- 36 Krátce k mé stáži v Belgii**
Jindřiška Svěráková, DiS., Cert. MDT
- 38 Jak jsem se díky McKenzie začala učit francouzsky**
Mgr. Michaela Šebelová, Cert. MDT
- 44 Kazuistika ze zájmové skupiny SIG SIG 8. 3. 2022 Téma volné**
Sepsala Kateřina Rajchlová, Cert. MDT
- 46 Obecné informace dostupné na internetu pro pacienty po operaci výhřezu meziobratlové ploténky v oblasti hrudní a bederní páteře 2022**
Eva Nováková, Dip. MDT
Mgr. Zdeněk Guřan, Cert. MDT
Mgr. Ludmila Švarcová, Cert. MDT
- 56 SIG zájmová skupina 2022**
- 57 Kurzy McKenzie 2022**

Úvod

Vážené kolegyně a kolegové,

co psát v dnešní době?!

Možná drobné radosti jsou to, co rozzáří náš život. Rozhlédněte se kolem sebe. Vzpomeňte na své rodiče, partnery, děti a přátele, jestli i oni mají své drobné radosti a zda je můžeme potěšit slovem, úsměvem nebo činem. Když naplníme srdce radostí, zlo se tam již nevejde.

Ráda bych touto cestou velmi poděkovala kolegovi Radkovi Baťovi z Pardubic za pomoc s vleklým nedorozuměním až diskriminací vůči MDT s VZP, které se po ročním martyriu podařilo v loňském roce úspěšně ukončit. Poděkování patří rovněž MUDr. Michalovi Říhovi, Ph.D., MBA, a UNIFY ČR.

Zaznamenali jste? Vyšla nová kniha Ronalda Donelsona, MD, RAPID RECOVERIES WITHOUT SURGERY FOR BACK, NECK AND JOINT PAIN.

V knížce se mimo jiné dozvíte:

- Proč je bolest zad nejčastější bolestí na světě.
- Proč je polovina chirurgických zákroků prováděna zbytečně.
- Jak došlo k objevu, který přispěl k efektivní diagnostice, terapii hybného systému a přetrvávajícímu zlepšení u většiny bolestivých stavů.
- Proč mnoho spinálních kliniků stále přehlíží konzervativní postup péče.
- K prodeji na amazonu: <https://www.amazon.com/dp/0979038723>

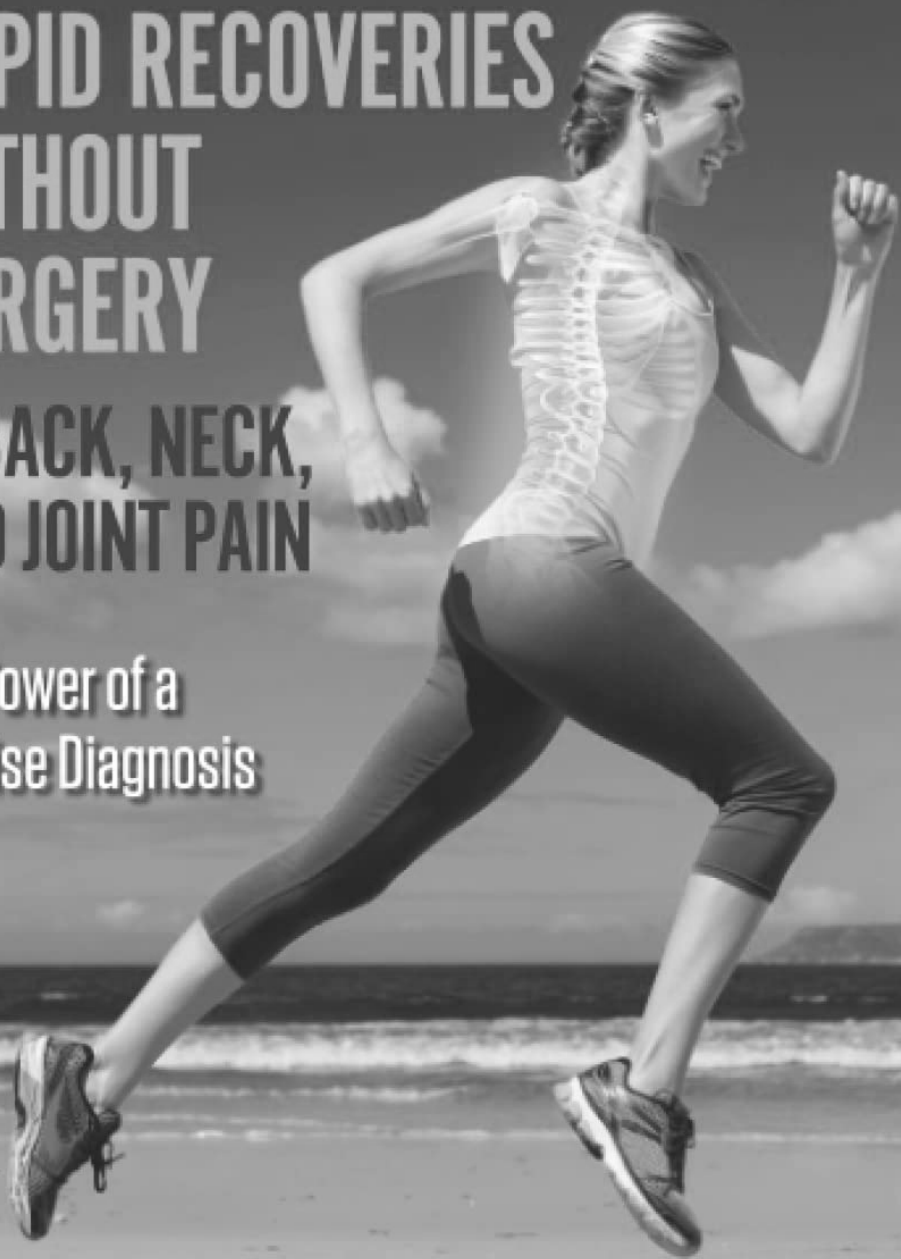
Za redakční tým
Romana Wolfová, DiS., Cert. MDT



RAPID RECOVERIES WITHOUT SURGERY

for **BACK, NECK,
AND JOINT PAIN**

The Power of a
Precise Diagnosis



RONALD DONELSON, MD, MS



Přání k narozeninám

Ráda bych zde veřejně pogratalovala k narozeninám osobnosti, která se stejnou pílí, obětavostí, houževnatostí, důsledností, trpělivostí a spolehlivostí, jako Eva v Čechách, zasadila o rozšíření MDT a založení institutu na Slovensku. Přesto, že již mnoho let jsme dva suverénní státy, naše slovensko-české a česko-slovenské vztahy jsou velmi rodinné.

Ta osobnost je Míša Kotrbancová.

Míšo, chtěla bych Ti touto cestou předat pár vět od kolegů, které, jak doufám, Ti udělají radost a potěší Tě.

Romana Wolfová

Miško, měla jsem to štěstí oslavit Tvé krásné narozeniny osobně, ale i tak Ti ráda ještě jednou vyslovím poklonu za Tvou obětavost pro MDT na Slovensku! Přeji Ti, ať Ti Tvůj entusiasmus pro obor fyzioterapie vydrží donekonečna :-). Jsem ráda, že jsem Tě před 20 lety potkala.

Eva Nováková

Viete, ako sa po slovensky povie skutočný fyzioterapeut telom i dušou na päť? MIŠKA! Ďalej už netreba povedať nič. Každý, kto ju pozná, bez rozmýšľania podpíše, že nikto si titul najlepšie fyzioterapeut Slovenska



nezaslúži viac. Pacienti za ňou chodia stovky kilometrov, terapeuti ticho závidia jej kolegom v Rehabku a jej e-mailová adresa je v odbore posúvaná so slovami: „Keď už nikto nebude vedieť, čo ďalej, skús napísať Miške!“ A Miška skromne, trpezlivo, neúnavne a vždy s úsmevom pomáha, vysvetľuje a lieči...

Martin Šóš

Dear Mishka! Congratulations for just reaching the best part of your life! It's a true pleasure to know you and cooperate. I'm looking forward to catch up.

Kind regards from Freiburg / Germany Georg

Milá Miško, blahopřeji Ti k dosažení nejlepší fáze Tvého života! Jsem opravdu šťastný, že Tě znám a že s Tebou můžu spolupracovat. Těším se, až se uvidíme.

Srdečný pozdrav z Freiburgu posílá Georg

Moc blahopřeji ke krásnému životnímu jubileu. Vše je relativní. Protože na těch 50 na jednu stranu vůbec nevypadáš, na druhou stranu je neuvěřitelné, co vše jsi již ve svém životě dokázala. Přeji Ti hodně štěstí, zdraví, lásky, osobní pohody a spokojenost jak v pracovním, tak osobním životě.

Míša Šebelová

Využitie MDT® vo vrcholovom (para)športe

Autoři: Mgr. Ing. Martin Šóš, Cert. MDT^{1,3}, PhDr. Michaela Kotrbancová, Cert. MDT^{2,3}

1 MARVEN s.r.o. Bratislava; www.marven.sk

2 Rehabko, s.r.o. Žilina; www.rehabko.sk

3 McKenzie Institute Slovakia, Žilina; www.mckenzie.sk

Abstrakt

V tomto článku uvádzame argumenty pre využitie Mechanickej Diagnostiky a Terapie® (MDT) v náročnej práci s vrcholovými parašportovcami. Predkladané argumenty sú však použiteľné aj vo vrcholovom športe v širšom význame. Odporúčenie staviame na poznatkoch a skúsenostiach získaných z našej nedávnej intenzívnej spolupráce s paralympionikmi. Fyzioterapeuti v každom paralympijskom športe musia plniť tie isté úlohy ako ich kolegovia pracujúci s neznevýhodnenými vrcholovými športovcami, ale zároveň musia zabezpečiť, aby bez ohľadu na znevýhodnenie, ktoré ich zverenci majú, nemohla účasť vo vrcholovom parašporte ich zdravotný stav ďalej zhoršovať. Mechanická Diagnostika a Terapie®, tiež známa ako McKenzie metóda, je jednou z najviac na dôkazoch založených neinvazívnych prístupov pre diagnostiku a terapiu muskuloskeletálnych ochorení. Koncept MDT vychádza zo symptomatických a mechanických odpovedí pacientovho pohybového aparátu počas funkčného testovania v polohách a opakovaných pohyboch. Na základe týchto odpovedí je terapeut schopný klasifikovať problém a vybrať vhodnú liečebnú stratégiu. Princípy, ktoré využíva MDT pri riešení problémov končatín sú úplne rovnaké, ako je tomu pri chrbtici.

Pri porovnávaní vrcholových parašportovcov a telesne zdravých športovcov môžeme vidieť niekoľko odlišností. Väčšina telesne zdravých športovcov sú profesionálmi, čo znamená, že nemusia vykonávať žiadne iné zamestnanie okrem športu, ktorý vykonávajú.

Kľúčové slová: McKenzie, bolesť chrbta, paralympionik

Ak existuje skutočná výzva v oblasti športovej fyzioterapie, potom vrcholový parašport (paralympijský šport) je takmer s istotou jedným z top kandidátov. Fyzioterapeut v ktoromkoľvek paralympijskom športe musí splniť všetky požiadavky kladené na jeho kolegov pri telesne zdravých vrcholových športovcoch, navyše však musí zabezpečiť, aby vrcholový parašport zdravie parašportovca negatívne neovplyvňoval, ale naopak skôr prispieval k jeho zlepšeniu. Preto je dôležité, aby mal fyzioterapeut k dispozícii spoľahlivé metódy, vďaka ktorým rýchlo a správne diagnostikuje a efektívne lieči muskuloskeletálne problémy parašportovcov. V tomto článku odporúčame využitie Mechanickej Diagnostiky a Terapie® (MDT), ako metódy veľmi vhodnej pre túto zložitú výzvu. Vychádzame pri tom z našej nedávnej intenzívnej práce s paralympionikmi vo viacerých parašportoch.

Pozrime sa najskôr na najčastejšie postupy súčasnej športovej medicíny pri práci so športujúcou populáciou. Vo väčšine prípadov sa stretávame s tvrdo zakoreneným uvažovaním o patoanatómii a s tým spojeným využívaním zobrazovacích vyšetrovacích metód. Možno to je dôvod, že sa v diagnostickom procese zraneného športovca často zabúda na bio-psycho-sociálne aspekty. Väčšina profesionálov pracujúcich so športovcami cíti akúsi povinnosť vytvoriť pato-anatomickú diagnózu. Predpokladajú, že špecifická (na konkrétne tkanivo zameraná) štrukturálna diagnóza je zásadná k pochopeniu toho, čo sa u športovca „pokazilo“. Tento prístup dostáva vo väčšine prípadov prednosť pred použitím diagnostických kategórií a určením funkčnej diagnózy, ktorá by možno presnejšie určila optimálnu cestu návratu športovca späť k športu (McKenzie Institute International, 2018).

Profesionáli používajú tento postup navzdory skutočnosti, že existuje veľa dôkazov proti tomu, aby sa vo všetkých prípadoch opierala terapia o zobrazovacie vyšetrenia ako jediný správny prístup. Toto sa deje nielen v športovej medicíne. Bolesť v spodnej časti chrbta (low back pain – LBP) je toho názorným príkladom. Z posledných odporúčaní NIH Task Force (National Institute of Health) na výskumné štandardy pre chronickú bolesť chrbta môžeme vidieť, že po 40 rokoch výskumu zameraného na príčiny LBP nenachádzajú diagnózy založené na pato-fyziologických alebo pato-anatomických kritériách prakticky žiadne využitie (Deyo et al., 2015).

Odhliadnuc od zobrazovacích vyšetrení, je tu aj problém v spornej spoľahlivosti väčšiny ortopedických testov (May et al., 2010; Nomden et al., 2009; Walsworth et al., 2008; Hegedus et al., 2008; Hughes et al., 2008). Platnosť bežne používaných ortopedických testov, slúžiacich k identifikovaniu pato-anatomických štruktúr, pre ktoré sú tieto testy určené, je v skutočnosti tiež diskutabilná (Beaudreuil et al., 2009; Dessaur et al., 2008; Green et al., 2008; Meserve et al., 2008; Munro, Healey, 2009).

Existuje mnoho zásadných otázok, ktoré podkopávajú a sponchybujú pato-anatomický model, a to nielen pri chrbtici, ale aj pri problematike končatín. Dôkazy (ako zoznam abnormálnych nálezov u asymptomatických jedinov) sú momentálne vo veľkej miere publikované pri chrbtici, bedrovom kĺbe, ramennom pletenci a kolene (Boden et al., 1992; Brinjikji, 2015; Englund et al., 2008; Reilly et al., 2006; Schibany et al., 2004; Silvis et al., 2011). Diagnostika založená na pato-anatomických štruktúrach, vychádzajúca z takto zameraného klinického vyšetrenia a zobrazovacích štúdií, je evidentne rovnako problematická aj pri končatinách, ako je tomu pri chrbtici.

Aby sme to zhrnuli, z pohľadu vedy a kliniky je dôležitá štandardizovaná metóda, ktorá nie je založená na pato-anatomickom uvažovaní a je spoľahlivo aplikovateľná na všetky kĺby (Lewis, 2010; McKenzie, May, 2000). Toto zabezpečí správnu diagnostiku športovcov a poskytne priestor pre ich návrat k športovej aktivite.

Práve MDT má podľa nášho názoru kapacitu splniť tieto kritériá. Mechanická diagnostika a terapia®, tiež známa ako McKenzie metóda, je jedným z neinvazívnych prístupov, najviac založených na dôkazoch pre diagnostiku a terapiu muskuloskeletálnych ochorení. Koncept MDT vychádza zo symptomatických a mechanických odpovedí pacienta počas funkčného testovania v udržiavaných polohách a opakovaných pohyboch. Na základe týchto odpovedí je terapeut schopný klasifikovať problém a zvoliť vhodnú liečebnú stratégiu. Princípy, ktoré MDT využíva pri riešení problémov končatín, sú úplne rovnaké, ako je tomu pri chrbtici.

Aby sme podporili naše odporúčanie MDT ako užitočného nástroja pre fyzioterapiu v športe a parašporte, uvádzame zoznam 11 najlepšie osvedčených postupov zdravotnej starostlivosti pri muskuloskeletálnej

bolesti, odvodených zo systematických prehľadov vysokokvalitných usmernení pre klinickú prax. Zoznam vydala austrálska skupina vedcov naprieč zdravotnou a športovou komunitou (Lin et al., 2019, Lin et al., 2020):

1. Starostlivosť by mala byť zameraná na pacienta.
2. Praktickí lekári by mali vyšetrovať pacientov na vážne patológie/červené vlajky.
3. Mali by byť posudzované psycho-sociálne faktory.
4. Rádiologické zobrazovanie sa neodporúča kým:
 - a. Nie je podozrenie na závažnú patológiu,
 - b. Nie je uspokojujúca odpoveď na konzervatívnu liečbu alebo nevysvetliteľná progresia známkov a symptómov.
 - c. Zobrazenie pravdepodobne zmení liečbu.
5. Vyšetrenie by malo zahŕňať objektívne vyšetrenie, ktoré obsahuje aj vyšetrenie neurologickými skúškami, pohyblivosti a/alebo svalovej sily.
6. Pacientov progres by mal byť hodnotený vrátane použitia validovaných výstupných meraní.
7. Všetkým pacientom by mala byť poskytnutá edukácia/informácia o ich zdravotnom stave a liečebných možnostiach.
8. Pacienti by mali dostať liečbu, ktorá rieši fyzickú aktivitu a/alebo cvičenie.
9. Ak sa používa manuálna terapia, mala by sa aplikovať len v kombinácii s inými liečbami.
10. Pokiaľ to nie je vyslovene kontraindikované (napr. „červené vlajky“), je potrebné ponúknuť kvalifikované dôkazy o nechirurgickej starostlivosti pred chirurgickou.
11. Pomôcť pokračovaniu alebo opätovnému zahájeniu práce.

Mnoho rokov boli tieto odporúčania jadrom MDT. Robin McKenzie postavil svoj prístup k muskuloskeletálnym ochoreniam na rovnakých princípoch, ako sú v súčasnosti, viac ako osem rokov po jeho smrti, prezentované osvedčené odporúčania.

Od roku 2012, keď Allan Besselink napísal svoj blog „*Sedem dôvodov, prečo je MDT budúcnosťou športovej medicíny*“, môžeme vidieť narastajúci počet športových fyzioterapeutov, ktorí začlenili MDT do svojej práce

s vrcholovými športovcami. The McKenzie Institute International dokonca vytvoril špeciálny kurz, ktorý je zameraný na využitie metódy s vrcholovými športovcami. Avšak, keď sa pozrieme na parašport, v podstate neexistuje literatúra, ktorá by viedla fyzioterapeuta v oblasti športovej medicíny. Toto je v kontraste s údajmi ukazujúcimi napríklad, že počas zimných paralympijských hier hlásia parašportovci vyšší výskyt zranení ako olympijskí športovci (Derman et al., 2016). Z tejto štúdie môžeme vidieť, že najčastejšie zranenou časťou tela športovcov je plece. Toto vôbec neprekvapuje, ak zoberieme do úvahy, že väčšina parašportovcov športuje na invalidnom vozíku.

Takže to, čo potrebuje mať fyzioterapeut v rukách počas zimných paralympijských hier, je spoľahlivý diagnostický nástroj, ktorý má schopnosť vykonať rýchlu triáž, diagnostiku a dokáže viesť čo najefektívnejšiu liečbu. Poďme sa pozrieť, či MDT spĺňa dané požiadavky.

MDT je prevažne známa ako efektívna liečebná metóda bolestí chrbta. V skutočnosti je MDT veľmi efektívnou metódou pre liečbu mechanických ochorení akejkoľvek časti muskuloskeletálneho aparátu. Klasifikačný systém, ktorý využíva jasne definované podskupiny so stanovenou vhodnou liečbu alebo liečebnou stratégiou, je veľmi spoľahlivým nástrojom v rukách kvalifikovaného terapeuta. Ako môžeme vidieť z mnohých štúdií (Abady et al., 2014; Clare et al., 2005; Garcia et al., 2018; Kilpikoski et al., 2002; May et al., 2009; Razmjou et al., 2000; Werneke et al., 2014; Willis et al., 2017), zhoda medzi vyšetrujúcimi je v MDT veľmi vysoká, a to nielen pri vyšetreniach bolestí chrbta, ale aj pri vyšetreniach končatín. Ďalšou výhodou metódy je, že u väčšiny pacientov s bolesťami chrbtice (napr. bolesť v drierkovej či krčnej oblasti) môžeme stanoviť prognózu. Ak je rozpoznávaný fenomén centralizácie alebo smerovej preferencie, potom pri správne vedenej liečbe a pri dobre spolupracujúcich športovcoch môžeme určiť dobrú prognózu. Spoločne s autoterapiou to môže pomáhať aj na inej úrovni. Profesor O'Sullivan a kolektív autorov (2020) v článku „*Back to Basics*“ volajú po podobných znakoch v edukácii zameranej na pacienta, a to nielen s presadzovaním lepšieho fyzického, ale aj mentálneho zdravia.

Navyše, keď sa pozrieme na údaje z nedávnej štúdie EXPOSS (Rosdale et al., 2020), kde viac ako 47 % pacientov so symptómami v oblasti ramenného pletenca bolo úspešne liečených prostredníctvom cvičení

zameraných na chrbticu, potom fyzioterapeut v parašporte môže mať obrovský prínos z protokolu od Robina McKenzie: „*Ako prvú vyšetri chrbticu!*“.

Na konci prvého MDT vyšetrenia športovec pochopí okrem predbežnej diagnózy, prognózy a odporúčanej terapie v podobe autoterapie aj to, ako sa zmena v niektorých aktivitách bežného života postará o efektívnu terapiu jeho problému.

Pri porovnávaní vrcholových parašportovcov a telesne zdravých športovcov môžeme vidieť niekoľko odlišností. Väčšina telesne zdravých športovcov sú profesionálmi, čo znamená, že nemusia vykonávať žiadne iné zamestnanie okrem športu, ktorý vykonávajú. Ale máme iba zopár parašportovcov, ktorí majú rovnaké postavenie. Väčšina z nich musí pravidelne pracovať. A toto je ďalšia extra záťaž pre ich telá a fyzioterapeut musí túto extra záťaž brať do úvahy pri plánovaní liečby. MDT systém vyhodnocuje dopad všetkých aktivít denného života a vzdeláva pacientov, ako zvládnuť tieto aktivity tak, aby boli liečba a prevencia efektívnymi. Tento prístup sa ukazuje ako vhodný, keď sa pozrieme na to, ako veľa poranení sa stáva mimo športovísk.

Iný veľký rozdiel medzi vrcholovými športovcami a parašportovcami je v počtoch športovcov (predovšetkým v tímových športoch). Napríklad v Slovenskej republike máme iba okolo 15 špičkových parahokejistov (toľko hráčov je potrebné pre majstrovstvá sveta!). V prípade zranenia jedného hráča extrémne narastá záťaž na ostatných spoluhráčov. Zvyšovanie záťaže (dlhší čas strávený na lade) zase zvyšuje riziko zranení. Toto tvorí extra bremeno zatažujúce zdravotníkov v tíme. Prevencia a edukácia (oboje hlboko včlenené do MDT) sa významne vracajú práve v takto ťažkých situáciách. Navyše logická štruktúra metódy a skutočnosť, že sa neopiera o palpáciu, robia z MDT dokonalého kandidáta pre telerehabilitáciu (napr. Fatoye et al., 2020). Toto je vo významnej miere nápomocné aj počas pandemickej krízy COVID-19, keď je zdravotná starostlivosť menej dostupná vzhľadom na lock-downy.

V ideálnom prípade je parašport ďalším druhom rehabilitácie pre parašportovcov. Dodáva zdravotne znevýhodnenému športovcovi silu na jeho ceste k dosiahnutiu vyššieho stupňa nezávislosti. A hlavná

charakteristika MDT – autoterapia – efektívne túto cestu k nezávislosti parašportovca podporuje.

Záver

Prečo pri výbere fyzioterapeutickej metódy pre prácu s parašportovcami uvažovať o MDT? Tu sú kľúčové body:

- ▷ MDT je športovo zamerané a vyhýba sa nástrahám pato-anatómie.
- ▷ MDT systém vyžaduje zobrazovanie iba v prípade závažnej patológie.
- ▷ MDT je cenovo úsporné.
- ▷ Do detailov vypracovaný systém progresie síl je veľmi bezpečný a využíva techniky manuálnej terapie, iba ak sú nevyhnutné,
- ▷ Autoterapia sa prostredníctvom svojich rysov (predpísaná dávka a intenzita) podobá tréningovému procesu, vyhovuje športovcom a umožňuje im ich nezávislosť.
- ▷ Vyšetrenie podľa MDT a následné kontroly môžu byť vo väčšine prípadov vykonávané aj online (telerehabilitácia).
- ▷ MDT berie do úvahy a zameriava sa nielen na biomechaniku daného športu, ale aj na aktivity denného života športovcov.

Samozrejme, že sa nemôžeme spoliehať iba na jedinú metódu, akokoľvek kvalitnú, napriek tomu (v zhode s Allanom Besselinkom) dôrazne povzbudzujeme všetkých fyzioterapeutov pracujúcich v športovej oblasti, aby medzi svoje pracovné nástroje zaradili MDT. Ešte viac je toto odporúčenie užitočné vo svete parašportu, kde všetky vyššie spomenuté charakteristiky MDT môžu byť tou rozdielovou hodnotou v starostlivosti o paralympijských športovcov. Hoci vo svete parašportu nemáme vedecké dáta na podporu našich tvrdení, viac ako sedem rokov využívania MDT v práci s parašportovcami v rôznych paradisciplínach nám dodáva presvedčenie, že MDT je tou správnou voľbou.

Literatúra

Abady AH, Rosedale R, Overend TJ, Chesworth BM, Rotondi MA. Inter-examiner reliability of diplomats in the mechanical diagnosis and therapy system in assessing patients with shoulder pain. *J Man Manip Ther*, 2014; 22(4): 199–205. doi: 10.1179/2042618614Y.00000000068.

Beaudreuil J, Nizard R, Thomas T, Peyre M, Liotard JP, Boileau P, Marc T, Dromard C, Steyer E, Bardin T, Orcel P, Walch G. Contribution of clinical tests to the diagnosis of rotator cuff disease: a systematic literature review. *Joint Bone Spine*, 2009 Jan; 76(1): 15–19. doi: 10.1016/j.jbspin.2008.04.015. Epub 2008 Dec 6. PMID: 19059801.

Besselink, A. Seven reasons why MDT is the future of sports medicine. MDT World Press, 2013; Vol 2(4).

Boden SD, Davis DO, Dina TS, Stoller DW, Brown SD, Vailas JC, Labropoulos PA. A prospective and blinded investigation of magnetic resonance imaging of the knee. Abnormal findings in asymptomatic subjects. *Clin Orthop Relat Res*, 1992 Sep; 282: 177–85. PMID: 1516310.

Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, Halabi S, Turner JA, Avins AL, James K, Wald JT, Kallmes DF, Jarvik JG. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR Am J Neuroradiol*, 2015 Apr; 36(4): 811–16. doi: 10.3174/ajnr.A4173. Epub 2014 Nov 27. PMID: 25430861; PMCID: PMC4464797.

Clare HA, Adams R, Maher CG. Reliability of McKenzie classification of patients with cervical or lumbar pain. *J Manipulative Physiol Ther*, 2005; 28(2): 122–7. doi: 10.1016/j.jmpt.2005.01.003.

Derman, W., Schweltnus, M. P., Jordaan, E., Runciman, P., Van de Vliet, P., Blauwet, C., Stomphorst, J. High incidence of injury at the Sochi 2014 Winter Paralympic Games: a prospective cohort study of 6564 athlete days. *British Journal of Sports Medicine*, 2016; 50(17): 1069–74.

Dessaur WA, Magarey ME. Diagnostic accuracy of clinical tests for superior labral anterior posterior lesions: a systematic review. *J Orthop Sports Phys Ther*, 2008 Jun; 38(6): 341–52. doi: 10.2519/jospt.2008.38.6.341. Epub 2008 Feb 22. PMID: 18515961.

Deyo RA, DworkinSF, Amtmann D, et al. Report of the NIH Task Force on Research Standards for Chronic Low Back Pain. *Physical Therapy*, 2015; 95(2): 1–18. doi: 10.2522/ptj.2015.95.2.e1

Englund M, Guermazi A, Gale D, Hunter DJ, Aliabadi P, Clancy M, Felson DT. Incidental meniscal findings on knee MRI in middle-aged and elderly

persons. *N Engl J Med*, 2008 Sep 11; 359(11): 1108–15. doi: 10.1056/NEJMoa0800777. PMID: 18784100; PMCID: PMC2897006.

Fatoye F, Gebrye T, Fatoye C, Mbada CE, Olaoye MI, Odole AC, Dada O. The Clinical and Cost-Effectiveness of Telerehabilitation for People With Nonspecific Chronic Low Back Pain: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*, 2020 Jun 24; 8(6): e15375. doi: 10.2196/15375. PMID: 32357128; PMCID: PMC7381065.

Garcia AN, Costa CM, Souza FS de, et al. Reliability of the Mechanical Diagnosis and Therapy System in Patients With Spinal Pain: A Systematic Review. *J Orthop Sports Phys Ther*, 2018; 48(12): 923–33. doi:10.2519/jospt.2018.7876.

Green R, Shanley K, Taylor N, Perrott M. The anatomical basis for clinical tests assessing musculoskeletal function of the shoulder. *Physical Therapy Reviews*, 2008; 13: 17–24. 10.1179/174328808X251966.

Hegedus EJ, Goode A, Campbell S, Morin A, Tamaddoni M, Moorman CT 3rd, Cook C. Physical examination tests of the shoulder: a systematic review with meta-analysis of individual tests. *Br J Sports Med*, 2008 Feb; 42(2): 80–92; discussion 92. doi: 10.1136/bjism.2007.038406. Epub 2007 Aug 24. PMID: 17720798.

Hughes PC, Taylor NF, Green RA. Most clinical tests cannot accurately diagnose rotator cuff pathology: a systematic review. *Aust J Physiother*, 2008; 54(3): 159–70. doi: 10.1016/s0004-9514(08)70022-9. PMID: 18721119.

Kilpikoski S, Airaksinen O, Kankaanpää M, Leminen P, Videman T, Alen M. Interexaminer reliability of low back pain assessment using the McKenzie method. *Spine*, 2002; 27(8): E207–14. doi: 10.1097/00007632-200204150-00016.

Kilpikoski S. Does centralizing pain on the initial visit predict outcomes in adults with low back pain. A secondary analysis of a randomized controlled trial with 1-year follow-up. *Manuelle Therapie*, 2010; 14: 136–41.

Lewis JS. Rotator cuff tendinopathy: a model for the continuum of pathology and related management. *Br J Sports Med*, 2010 Oct; 44(13): 918–23. doi: 10.1136/bjism.2008.054817. pub 2009 Apr 12. PMID: 19364757.

May S, Ross J. The McKenzie classification system in the extremities: a reliability study using Mckenzie assessment forms and experienced clinicians. *J Manipulative Physiol Ther*, 2009; 32(7): 556–63. doi: 10.1016/j.jmpt.2009.08.007.8.

May S, Chance-Larsen K, Littlewood C, Lomas D, Saad M. Reliability of physical examination tests used in the assessment of patients with

shoulder problems: a systematic review. *Physiotherapy*, 2010 Sep; 96(3): 179–90. doi: 10.1016/j.physio.2009.12.002. Epub 2010 Mar 29. PMID: 20674649.

McKenzie R, May S. The human extremities: mechanical diagnosis and therapy. Waikanae, New Zealand: Spinal Publications, 2000.

The McKenzie Institute International. Part A – The Lumbar Spine, 2020.

Meserve BB, Cleland JA, Boucher TR. A meta-analysis examining clinical test utilities for assessing meniscal injury. *Clin Rehabil*, 2008 Feb; 22(2): 143–61. doi: 10.1177/0269215507080130. PMID: 18212035.

Munro W, Healy R. The validity and accuracy of clinical tests used to detect labral pathology of the shoulder – a systematic review. *Man Ther*, 2009 Apr; 14(2): 119–30. doi: 10.1016/j.math.2008.08.008. Epub 2008 Nov 8. PMID: 18996735.

Nomden JG, Slagers AJ, Bergman GJ, Winters JC, Kropmans TJ, Dijkstra PU. Interobserver reliability of physical examination of shoulder girdle. *Man Ther*, 2009 Apr; 14(2): 152–9. doi: 10.1016/j.math.2008.01.005. Epub 2008 Mar 10. PMID: 18329943.

O’Sullivan PB, Caneiro JP, O’Sullivan K, Lin I, Bunzli S, Wernli K, O’Keefe M. Back to basics: 10 facts every person should know about back pain. *Br J Sports Med*, 2020 Jun; 54(12): 698–9. doi: 10.1136/bjsports-2019-101611. Epub 2019 Dec 31. PMID: 31892534.

Razmjou H, Kramer JF, Yamada R. Intertester reliability of the McKenzie evaluation in assessing patients with mechanical low-back pain. *J Orthop Sports Phys Ther*, 2000; 30(7): 368–83; discussion 384–9. doi: 10.2519/jospt.2000.30.7.368.

Reilly P, Macleod I, Macfarlane R, Windley J, Emery RJ. Dead men and radiologists don't lie: a review of cadaveric and radiological studies of rotator cuff tear prevalence. *Ann R Coll Surg Engl*, 2006 Mar; 88(2): 116–21. doi: 10.1308/003588406X94968. PMID: 16551396; PMCID: PMC1964063.

Rosedale R, Rastogi R, Kidd J, Lynch G, Supp G, Robbins SM. A study exploring the prevalence of Extremity Pain of Spinal Source (EXPOSS). *J Man Manip Ther*, 2020 Sep; 28(4): 222–30. doi: 10.1080/10669817.2019.1661706. Epub 2019 Sep 2. PMID: 31476129.

Schibany N, Zehetgruber H, Kainberger F, Wurnig C, Ba-Ssalamah A, Herneth AM, Lang T, Gruber D, Breitenseher MJ. Rotator cuff tears in asymptomatic individuals: a clinical and ultrasonographic screening study. *Eur J Radiol*, 2004 Sep; 51(3): 263–8. doi: 10.1016/S0720-048X(03)00159-1. PMID: 15294335.

Článek

Silvis ML, Mosher TJ, Smetana BS, Chinchilli VM, Flemming DJ, Walker EA, Black KP. High prevalence of pelvic and hip magnetic resonance imaging findings in asymptomatic collegiate and professional hockey players. *Am J Sports Med*, 2011 Apr; 39(4): 715–21. doi: 10.1177/0363546510388931. Epub 2011 Jan 13. PMID: 21233405.

Walsworth MK, Doukas WC, Murphy KP, Mielcarek BJ, Michener LA. Reliability and diagnostic accuracy of history and physical examination for diagnosing glenoid labral tears. *Am J Sports Med*, 2008 Jan; 36(1): 162–8. doi: 10.1177/0363546507307508. Epub 2007 Oct 11. PMID: 17932402.

Werneke MW, Deutscher D, Hart DL, et al. McKenzie lumbar classification: inter-rater agreement by physical therapists with different levels of formal McKenzie postgraduate training. *Spine*, 2014; 39(3): E182–90. doi: 10.1097/BRS.000000000000117.

Willis S, Rosedale R, Rastogi R, Robbins SM. Inter-rater reliability of the McKenzie System of Mechanical Diagnosis and Therapy in the examination of the knee. *J Man Manip Ther*, 2017; 25(2): 83–90. doi: 10.1080/10669817.2016.1229396. ■

Klacky a kameny*: Vliv jazyka v rehabilitaci poruch pohybového systému

Sticks and Stones: The Impact of Language in Musculoskeletal Rehabilitation

Autoři: Michael Stewart, MCSP, SRP, MSc, BSc (Hons), PG Cert (Clin Ed)¹, Stephen Loftus, PhD²

Překlad: Mgr. Ondřej Houška, Cert. MDT

(Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, Published Online: June 30, 2018, Volume 48, Issue 7, Pages 519–522)

<https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2018.0610>

1 University of Brighton, Eastbourne, United Kingdom

2 William Beaumont School of Medicine, Oakland University, Rochester, MI

***“Sticks and stones may break my bones, but words can never hurt me.”**

„Klacky a kameny mi mohou zlámat kosti, ale slova mi nijak neublíží.“

(Dětská říkanka používaná v anglickém jazyce v reakci na nadávky a slovní útoky.)

„Slova jsou nejsilnější droga, kterou lidstvo užívá.“ Rudyard Kipling (13)

Rehabilitace v oblasti onemocnění pohybového systému je často náročný proces, jehož výsledky jsou významně ovlivňovány jazykovými prostředky, které při léčbě používáme. Naše slova mají schopnost jak léčit, tak ubližovat. Je nesmírně důležité dosáhnout lepšího porozumění často skrytého vlivu našeho jazykového projevu na průběh a výsledky terapie. Tento článek typu „Viewpoint article“ popisuje význam výběru slov v klinické

praxi a přináší praktické úvahy pro přizpůsobení použitých jazykových prostředků v muskuloskeletální rehabilitaci.

Jedním ze základů efektivní rehabilitace funkčních poruch pohybového systému je naše schopnost komunikovat a vést lidi k uzdravení. Jako kliničtí pracovníci hrajeme klíčovou roli v životech lidí ve zranitelných, stresujících situacích. Slova, která používáme, mají sama o sobě potenciál léčit, nebo naopak způsobovat ničující a trvalé poškození (2). Stejně jako drogy mají i slova silný vliv na lidské myšlení a pocity. Slova tedy mohou otrávit nebo posílit mysl člověka. Mohou vytvářet příjemné nebo nepříjemné emoce a motivovat k činnostem vedoucím k pozitivní nebo negativní změně chování. Nejistota a obavy spojené se životem s chronickým

onemocněním pohybového aparátu často vedou k neustálému hledání odpovědí. To může ve světě online informací a dezinformací znamenat skutečný problém. Jsme vždy jen jedno kliknutí od toho, abychom si potvrdili naše nejčernější představy, případně v sobě probudili dříve neuvědomělé obavy.

Narůstající množství vědeckých důkazů naznačuje, že psychologické faktory jsou účinnějšími prediktory intenzity bolesti a disability než faktory patoanatomické (12, 14). Je tedy logické, že pokud se kliničtí pracovníci budou nadále zaměřovat na patoanatomickou terminologii, mohou nevědomky zhoršovat psychické nastavení pacientů. Psychologické faktory je třeba rozpoznat a pochopit a následně je záměrně používat jako součást terapie. Nepochopení nebo ignorování psychologických faktorů s sebou nese riziko negativního ovlivnění výsledků terapie. Velkým problémem je, že naše terapie a odborné vzdělávání stále klade důraz na biomedicínskou problematiku se zaměřením na patoanatomický jazyk. Biomedicínské předměty tvoří více než 99 % veškerého pregraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (4).

Navzdory rostoucímu povědomí o důležitosti psychologických faktorů a o silném vlivu, který má jazyk na individuální vnímání bolesti, může být terapie poruch pohybového aparátu minovým polem výhružných slov a nejednoznačných informací. Bez smysluplné rekonceptualizace bolesti

jako vysoce komplexního, subjektivního lidského prožitku, který je pociťován v tkáních, ale vědomím je interpretován jako reakce na očekávané ohrožení (17), si lékaři pravděpodobně nebudou vědomi potenciální újmy, kterou jejich slova mohou způsobit (15).

V muskuloskeletální rehabilitaci bychom měli zůstat věcně ostražití v otázce, jak mohou být naše slova interpretována. Lidské bytosti se skládají ze svalů, kostí a tkání, ale slova, která používáme v terapii, mohou mít hluboký vliv na to, jak lidé chápou svá těla a jak interpretují to, co prožívají. Termín typu „degenerativní změny meziobratlové ploténky“ může pro lékaře znít mírně a přímočaře, ale pro pacienta katastrofálně. V tomto smyslu se slova dají přirovnat k zubní pastě – jakmile ji vytlačíme z tuby, nelze ji vrátit zpět. Jako kliničtí pracovníci musíme být velmi vnímaví k tomu, jak naši pacienti reagují na námi používaná slova. Musíme mluvit o patoanatomických poměrech a o terapii jako takové způsobem, kterému pacienti porozumí, aniž by se cítili ztraceni. To je samozřejmě komplikováno skutečností, že různí pacienti budou mít různé úrovně porozumění a budou interpretovat to, co říkáme, různými způsoby.

Bullington et al. (5) tvrdí, že „setkat se s jiným člověkem znamená poznat jiný svět“. Proto nemůže existovat jeden jednoduchý recept nebo vzorec určující, jak používat jazyk v klinické praxi. Ne každý medicínský výraz je škodlivý pro všechny

jedince (1). Musíme samozřejmě i nadále klást zásadní klinické otázky, jako například: „Všimli jste si nějakých problémů s vylučováním?“ Zároveň si ale musíme uvědomovat potenciální dopad tohoto dotazu na každého, kdo se obává nějakých problémů týkajících se funkce močového měchýře nebo střev.

Následující kazuistika přináší některé příklady často skrytých nebezpečí vyplývajících z nevhodných forem komunikace a použitého jazyka při terapii poruchy pohybového systému.

Ben je talentovaný 15letý atlet. Již dva roky trpí zhoršující se bolestí v kříži a předchozí lékař mu doporučil, aby přestal běhat a začal místo toho plavat. Benovi bylo také řečeno, že navzdory svému věku má na výsledku magnetické rezonance „degenerativní změny meziobratlové ploténky“ v bederní páteři. Na kliniku přišel se svým dědečkem, který je také jeho trenérem. Dědeček má dlouhodobé problémy s bolestmi v kříži a byl mu diagnostikován „syndrom neúspěšné operace zad (FBSS – failed back surgery syndrome)“. Předchozí fyzioterapeut Benovi poradil ve snaze mu pomoci, aby si přečetl online vzdělávací brožuru vydanou pro mladé sportovce s bolestmi v kříži. Brožura obsahuje následující věty: „Léčba je podobná léčbě výhřezu ploténky u dospělé populace. Epidurální injekce lze použít, ale ve většině případů nejsou nutné. Pokud se symptomy nezlepší komplexním rehabilitačním programem,

pak může být indikován chirurgický zákrok. To je nutné pouze u malého procenta mladých sportovců s poraněním ploténky.“

Ben se nyní cítí zoufalý a stále se zabývá myšlenkou, že bude potřebovat operaci páteře. A v podobné situaci rozhodně není sám. Vzhledem k tomu, že současné mezinárodní epidemiologické studie poukazují na eskalaci bolestivých stavů v populaci (9), je načase zvážit, zda slova, která používáme, přispívají k řešení této situace, nebo naopak k dalšímu zvýšení zranitelnosti našich klientů. Aby se Ben a miliony dalších, jako je on, vrátili k plnohodnotnému a smysluplnému životu, musí kliničtí pracovníci rozvíjet své komunikační dovednosti, které jim pomohou přeformulovat odborné informace tak, aby dávaly pacientům smysl a ukazovaly jim cestu vpřed.

Z praktického hlediska je prvním krokem pro zlepšení Benova stavu to, aby se vyrovnal se svou situací realistickým způsobem, aniž by podléhal fatalistickým katastrofickým představám. Je povinností klinického terapeuta pomoci Benovi přehodnotit informace, které mu byly poskytnuty, tak, aby takzvanou „degeneraci“ začal považovat za normální změnu související s věkem. To již samo o sobě může stačit ke změně Benova vnímání svého problému při zachování pravdivého informování pacienta. Bude však zřejmě potřeba o hodně intenzivnější

Článek

informování, než Ben opravdu přijme, že termín „degenerované ploténky“ neznamená, že se jeho páteř drolí a že vyžaduje urgentní léčbu. Terapeut musí poskytnout pečlivě formulovanou podporu, aby pacient začal vidět svůj stav v nových souvislostech. Základním krokem na cestě k obnově odolnosti a zvládnání problémových životních situací je pochopení, že změnou přístupu z pasivního – určeného strachem – k aktivnímu lze účinně zmírnit úroveň disability a tíže symptomů. Existuje mnoho důkazů potvrzujících tvrzení, že změnou náhledu na své potíže jsme schopni je začít měnit (10). Lidem, jako je Ben, můžeme pomoci změnit jejich vnímání problémů. Tento nový pohled může být pro ně sám o sobě terapeutický, a to navzdory jakékoli patoanatomické odchylce od normálu.

Společně s Benem podstupuje mnoho lidí rutinní zobrazovací vyšetření pomocí RTG, CT, MRI apod. Ta jsou považována za zlatý standard k určení patoanatomického zdroje jejich příznaků. Jazyk používaný při sdělování výsledků zobrazovacích vyšetření a při následné terapii je přinejmenším stejně důležitý jako samotné jejich nálezy. Slova používaná k popisu lékařských snímků pacientům, jako je Ben, mohou podporovat a utvrzovat neúčinná, nepravdivá a zavádějící přesvědčení – typicky, že páteř je křehká, zranitelná a nemá schopnost regenerace (7). Důkazy však ukazují, že přeformulováním a rozšířením kontextu lékařského jazyka používaného při rozhovorech s pacienty

mohou kliničtí pracovníci začít osvobodovat lidi od života plného zbytečných starostí a strachu z běžných aktivit (3). Zaměříme-li se tedy v naší komunikaci na Benovy naděje a vyhlídky, a ne na jeho omezení, můžeme začít pokládat základy pro jeho uzdravení. Jasným příkladem takového postupu je výklad Mattinglyho (16) popisující terapeuta, který provádí nového pacienta po rehabilitačním zařízení a ukazuje mu, kde se budou konat jaké procedury. Novým pacientem je mladý muž s poraněním hlavy. Terapeut pečlivě používá slova, kterými zdůrazňuje, jakým způsobem terapie položí základy nového smysluplného života. Mattingly (16) popisuje tento přístup jako „terapeutické propojení“. Bez využití tohoto postupu existuje vážné riziko, že se pacient do terapie nezapojí, protože ji bude považovat za nesmyslnou. To, jaká slova používáme, je v této situaci klíčovým faktorem úspěchu terapie. Správná volba komunikačních prostředků povzbuzuje pacienta k osvojení si pozitivního postoje. Ten se pak zaměřuje na to, co dělat může (nebo bude schopen udělat s pomocí), místo neplodného přemítání o věcech, které aktuálně nezvládá.

Pro pacienty, jako je Ben, může být slovo „degenerativní“ skutečně alarmující. Jazyk, který v terapii muskuloskeletálních onemocnění používáme, je plný příležitostí k dezinterpretaci lékařské terminologie pacientem. Pokud naše řeč není jasná, je její interpretace silně zkreslena psychologickým stavem pacienta.

Ben má již existující znalosti vedoucí k obavám, že stejně jako jeho dědeček bude i on potřebovat chirurgický zákrok, který může nakonec vést k „syndromu neúspěšné operace zad“ (FBSS – failed back surgery syndrome). Tento fakt ovlivňuje způsob jeho interpretace obdržných informací. Stejně jako v Benově případě Sillence et al. (21) zjistili, že pacienti mají ohledně zdravotního stavu obecně tendenci spíše věřit radám nabízeným rodinou a přáteli, než hledat informace jinde. Protichůdná doporučení z více zdrojů vedla k pocitům zmatku a nejistoty.

Ben si selektivně vybírá informace odpovídající jeho pohledu na svět. Nevhodně zvolená slova mohou posílit Benovy obavy. Ben se například zaměřil na informaci „může být indikován chirurgický zákrok“ ve vzdělávací brožuře. Ostatní sdělení si vůbec nepamatuje. Benovo zaujaté hledání informací odpovídajících jeho přesvědčení je pro pacienty v podobné situaci naprosto přirozené. Slovní spojení „může být indikována operace“ vnímá tedy člověk s Benovým nastavením s naprostou jistotou jako: „Budu potřebovat operaci!“

Biro (2) uvedl, že jednotlivá a někdy mimovolná prohlášení mohou výrazně ovlivnit očekávání uzdravení. Toto je důležité, když uvážíme, že nízká očekávání zotavení jsou silným prediktorem špatného výsledku terapie (12). V rámci rehabilitace muskuloskeletálních onemocnění mohou běžná slova vztahující

se k pravděpodobnosti výsledku, jako „může“, „možná“ nebo „snad“, velice pravděpodobně negativně ovlivnit emocionální reakce pacienta. Mnoho klientů s onemocněním pohybového aparátu se obává o svou budoucnost a jsou přirozeně náchylní vidět spíše negativa než pozitiva. Když jsme fyzicky a emocionálně na dně, stáváme se nejen zranitelnějšími, ale také podvědomě vyhledáváme informace, které podpoří naše negativní naladění (11). Zdravotníci musí být tedy velmi vnímaví ke způsobu, jakým pacienti přijímají jejich slova, a co nejlépe zabránit jejich možným nesprávným interpretacím.

Pokud jsou tedy slova jako „degenerativní“ problematická, jak jinak by mohli zdravotníci popsat patoanatomické nálezy? Je například naprosto jasné, že běžně používané přirovnání k „mechanickému opotřebení“ může také vést k neužitečným představám o „rezavých“ částech těla (1, 18). Rozbor nejčastěji používaných metafor je velice prospěšný k pochopení mechanismů utváření názoru pacienta na to, co se od lékařů a terapeutů dozvídají o příčinách svých potíží. Řada výzkumníků poukázala na různá přirovnání používaná v klinické praxi při komunikaci s pacienty a na to, jak si je pacienti vykládají (22). Například přirovnávání lidského těla ke stroji se často používá k reprezentaci fyzických změn v termínech jako „opotřebením“. Odborníkovi toto nemusí znít nijak problematicky, ale mnoho pacientů si to vyloží tak, že „opotřebený“ stroj vyžaduje technickou

opravu, a pokud tato technická oprava nebude poskytnuta, situace se jen zhorší. To představuje možný důvod, proč tolik pacientů tak zoufale věří v možnost rychlého uzdravení pomocí nějaké pasivní léčebné modality.

Změna metafory o „opotřebení“ na metaforu typu „život je cesta“ může fungovat lépe (20, 23). Takovou změnou v komunikaci lze efektivně pomoci pacientům začít zvládat své symptomy (jako je chronická bolest) a pokračovat dál v aktivním životě. Příznaky je pak možné různými způsoby kontrolovat bez nutnosti nechat se odradit od splnění svých životních cílů a oblíbených činností (15). Takové postupy vyžadují u terapeutů vynikající osvojení komunikačních dovedností, pomocí kterých pak pacientům zprostředkují konstruktivní interpretaci jejich symptomů.

V běžné klinické praxi musíme tedy překročit jednorozměrné zaměření na biomedicínské problémy a přijmout o mnoho širší pohled na to, jak tyto na strukturu zaměřené výroky zapadají do pacientova světového názoru. Musíme si neustále klást otázky jako: „Co to všechno znamená pro pacienta?“ a „Jak mohu klientovi v jeho aktuální situaci pomoci najít pozitivní východiska?“ To vyžaduje znalost možnosti ovlivnění sociálních, psychologických, biologických a kulturních faktorů jazykovými prostředky (19). Tabulka 1 zobrazuje seznam typických výrazů, kterým je třeba se při rehabilitaci poruch pohybového aparátu vyhnout,

a navrhuje možné vhodnější alternativní termíny.

Stručně řečeno, na muskuloskeletální poruchy je třeba pohlížet v komplexnějším rámci, který bere v úvahu biomedicínské problémy a zahrnuje to, jak pacienti své potíže a omezení vnímají, jak prožívají bolest a jak si svůj stav odůvodňují. Pro tento komplexnější pohled jsou klíčová slova, která používáme my (i naši pacienti). Eccleston a Crombez (8) uvádějí: „Bolest je ideálním prostředím pro rozvoj úzkosti.“ Bez výše popsané rekonceptualizace použití jazyka v terapii si kliničtí pracovníci pravděpodobně nebudou vědomi potenciální újmy, kterou může jejich chybná komunikace pacientům způsobit. V důsledku toho mohou i nadále nevědomky zvyšovat zranitelnost svých klientů trpících různými bolestmi.

Poděkování

Tento článek vychází z příspěvku profesorky Eleny Semino, vedoucí katedry lingvistiky a anglického jazyka, Lancaster University, Velká Británie. Rádi bychom Eleně poděkovali za její cennou pomoc.

Tab. 1 je na str. 23.

Slova, kterým je třeba se vyhnout	Navrhované alternativy
chronické degenerativní změny	-
negativní výsledky testů	všechno je v pořádku
nestabilita	potřeba zvýšit sílu a kontrolu
poškození z přetížení	přirozené opotřebení
neurologické	z nervového systému
nemějte strach	všechno bude dobré
kost na kost	zúžení/těsnost
trhlina	natažení
poškození	opravitelné poranění
parestezie	změna citlivosti
uskřínutí nervu	zmáčknutí, které lze uvolnit
lordóza	normální zakřivení páteře
kyfóza	normální zakřivení páteře
výhřez, herniace	vyboulení, otok
nemoc	stav
náplň, efuze, edém	otok
chronický	může být dlouhodobý, ale lze překonat
diagnostika (MRI, CT...)	zobrazovací vyšetření
budete s tím muset nějak žít	zřejmě bude potřeba se přizpůsobit

Literatura

1. Barker KL, Reid M, Minns Lowe CJ. Divided by a lack of common language? – A qualitative study exploring the use of language by health professionals treating back pain. *BMC Musculoskeletal Disord*, 2009; 10: 123. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-10-123>.
2. Biro D. *The Language of Pain: Finding Words, Compassion, and Relief*. New York, NY: W.W. Norton, 2010.
3. Bossen JK, Hageman MG, King JD, Ring DC. Does rewording MRI reports improve patient understanding and emotional response to a clinical report? *Clin Orthop Relat Res*, 2013; 471: 3637–44. <https://doi.org/10.1007/s11999-013-3100-x>.
4. Briggs EV, Carr EC, Whittaker MS. Survey of undergraduate pain curricula for healthcare professionals in the United Kingdom. *Eur J Pain*, 2011; 15: 789–95. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.01.006>.
5. Bullington J, Nordemar R, Nordemar K, Sjöström-Flanagan C. Meaning out of chaos: a way to understand chronic pain. *Scand J Caring Sci*. 2003;17:325–331. <https://doi.org/10.1046/j.0283-9318.2003.00244.x>.
6. Chester R, Jerosch-Herold C, Lewis J, Shepstone L. Psychological factors are associated with the outcome of physiotherapy for people with shoulder pain: a multicentre longitudinal cohort study. *Br J Sports Med*, 2018; 52: 269–75. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096084>.
7. Darlow B, Dean S, Perry M, Mathieson F, Baxter GD, Dowell A. Easy to harm, hard to heal: patient views about the back. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2015; 40: 842–50. <https://doi.org/10.1097/BRS.000000000000090>.
8. Eccleston C, Crombez G. Worry and chronic pain: a misdirected problem solving model. *Pain*, 2007;132:233–236. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.09.014>.
9. Foreman J. *A Nation in Pain: Healing Our Biggest Health Problem*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2014.
10. Fox E. *Rainy Brain, Sunny Brain*. New York, NY: Perseus/Basic Books, 2012.
11. Gifford L. The mature organism model. In: *Topical Issues in Pain 1: Whiplash – Science and Management. Fear-Avoidance Beliefs and Behaviour*. Falmouth, UK: CNS Press, 1999: 45–56.
12. Ivarsson A, Johnson U, Podlog L. Psychological predictors of injury occurrence: a prospective investigation of professional Swedish soccer players. *J Sport Rehabil*, 2013; 22: 19–26. <https://doi.org/10.1123/jsr.22.1.19>.
13. Kipling R. Surgeons and the soul: a speech to the Royal College of Surgeons. *The London Times*, February 15, 1923.
14. Linton SJ. *Understanding Pain for Better Clinical Practice: A Psychological Perspective*. Edinburgh, UK: Elsevier, 2005.
15. Loftus S. Pain and its metaphors: a dialogical approach. *J Med Humanit*, 2011; 32: 213–30. <https://doi.org/10.1186/1744-7289-32-213>.

org/10.1007/s10912-011-9139-3.

16. Mattingly C. The concept of therapeutic „emplotment“. *Soc Sci Med*, 1994; 38: 811–22.

17. Moseley GL. A pain neuromatrix approach to patients with chronic pain. *Man Ther*, 2003; 8: 130–40. [https://doi.org/10.1016/S1356-689X\(03\)00051-1](https://doi.org/10.1016/S1356-689X(03)00051-1).

18. Padfield D, Janmohamed F, Zakrzewska JM, Pither C, Hurwitz B. A slippery surface... can photographic images of pain improve communication in pain consultations? *Int J Surg*, 2010; 8: 144–50. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2009.11.014>.

19. Puentedura EJ, Louw A. A neuroscience approach to managing athletes with low back pain. *Phys Ther Sport*, 2012; 13: 123–33. <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2011.12.001>.

20. Reisfield GM, Wilson GR. Use of metaphor in the discourse on cancer. *J Clin Oncol*, 2004; 22: 4024–7. <https://doi.org/10.1200/JCO.2004.03.136>.

21. Sillence E, Briggs P, Harris PR, Fishwick L. How do patients evaluate and make use of online health information? *Soc Sci Med*, 2007; 64: 1853–62. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2007.01.012>.

22. Skelton JR, Wearn AM, Hobbs FD. A concordance-based study of metaphoric expressions used by general practitioners and patients in consultation. *Br J Gen Pract*, 2002; 52: 114–18.

23. Stewart M. The hidden influence of metaphor within rehabilitation. *In Touch*, 2015; 153: 8–13. ■

Je vždy nutné operovat poraněný ACL?

ACL Surgery – No Longer „Kneeded“?

Autor: Kieran Richardson

Překlad: Mgr. Petra Seidlová, Cert. MDT

Dostupné na physio-network.com

O jaké důkazy se můžeme opřít, abychom pacientům s poraněním předního zkříženého vazů (ACL) dokázali doporučit nejvhodnější léčbu?

Nejlepší způsob, jak najít odpověď na tuto otázku, je využití metaanalýz a systematických přehledů (Travel et al., 2019). Podle nejnovější dostupné literatury má chirurgická a konzervativní léčba ruptury ACL podobné výsledky týkající se bolesti, symptomů, funkčnosti, návratu na předchozí sportovní úroveň, kvality života, následujících trhlin menisků, četnosti operací a výskytu osteoartrických změn kolene potvrzených pomocí RTG (Smith et al., 2014; Delincé a Ghafil, 2021; Monk et al., 2016).

Kay et al. v systematickém přehledu z roku 2017 odhalili, že pouze v jedné ze 142 randomizovaných studií týkajících se rekonstrukce ACL (dále jen ACLR) byl porovnáván efekt cílené rehabilitace s efektem chirurgické léčby u akutního poranění ACL. Ve všech ostatních studiích byl porovnáván efekt různých typů operací ACL a druhy použitých štěpů (Cul-

venor a Barton, 2018). Výše zmiňovaná studie, známá také jako KANON (Knee Anterior Cruciate Ligament, Nonsurgical versus Surgical Treatment), je randomizovaná kontrolní studie od Frobella et al. (2013). Na základě výsledků této studie se doporučuje lékařům a mladým aktivním pacientům, aby zvážili cílenou rehabilitaci jako metodu první volby u akutního poranění ACL.

Proč většina fyzioterapeutů a sportovců věří tomu, že je nutné rupturu ACL operovat?

Hledání odpovědí na tuto otázku by mohlo být tématem samostatného doktorandského výzkumu. Domnívám se, že zásadní roli v tom hrají tři věci: dostupné informace o ACL, současné modely zdravotní péče a mainstreamová média.

Naše chápání významu ruptur ACL se mění. Myšlenka, že „anatomická funkce předního zkříženého vazů je X, Y a Z“, a proto se ho pokusme chirurgicky „replikovat“, se posunula k myšlence, „co říkají výsledky nejspolehlivějších studií, které porovnávají efekt chirur-

gické léčby a následné rehabilitaci s efektem pouze samotné fyzioterapie a cvičení?“. Z myšlenky vytvořit nový vaz se stal celosvětový mnohamiliardový byznys, který by mohl být zpochybněn výsledky metodologicky nejspolehlivějších studií.

V minulosti jsme předpokládali, že ACLR je prevencí artrózy kolenního kloubu a zabraňuje následnému poškození menisků. Tato domněnka nebyla pod-

ložena kvalitním výzkumem. Ten nyní naopak poukazuje na možnost, že by ACLR mohla ve skutečnosti zvýšit riziko vzniku osteoartrózy (Nordenvall et al., 2014; Culvenor et al., 2019; Filbay, 2019). Výsledky výzkumu také ukazují, že se ACL může samovolně zahojit navzdory předchozímu přesvědčení, že to není možné (Ihara et al., 1994; Fujimoto et al., 2002; Costa-Paz et al., 2012).

Brojkiewicz, Vertullo a Grayson (2018)



poukázali na fakt, že v Austrálii dochází každý rok k nárůstu ACLR. Modely australské státní a soukromé zdravotní péče jsou nastaveny tak, aby byla co nejrychleji provedena MRI, chirurgický posudek a časná operace. Fyzioterapie a cvičení nejsou v současné době běžně doporučovány ani propagovány jako léčebná metoda při ruptuře ACL.

Při přenosech sportovních utkáání se často setkáváme se situací, kdy si například profesionální fotbalista poraní při zápase koleno, a sportovní komentátoři se obávají nejhoršího. Předpokládá se, že si přivodil devastující poranění – poranil si ACL, což bude vyžadovat operaci a několikaměsíční rekonvalescenci, takže asi 9–12 měsíců bez plné sportovní zátěže. To je ale falešná představa, kterou je nutné vyvrátit a nahradit racionálním vysvětlením nejnovějších poznatků a přesvědčit sportovce a širokou veřejnost o tom, že mnozí jsou schopni fungovat na nejvyšší sportovní úrovni bez omezení a nutnosti operačního řešení.

Jaký je tedy podle nejnovějšího výzkum nejlepší léčebný plán po poranění ACL?

Jak již bylo několikrát výše zmíněno, neexistuje dostatek kvalitních studií, které by dokazovaly, že u poranění ACL má větší přínos operační léčba než fyzioterapie a cvičení. Grindem, Arundale a Ardern (2018) zjistili, že u většiny sportovců po ACLR je nedostatečná následná rehabilitace. Pouze u 5 % operovaných

sportovců bylo při následné rehabilitační léčbě postupováno dle EBM. Nové důkazy poukazují na fakt, že je třeba se posunout od časně chirurgické léčby ke konzervativní léčbě a operovat pouze tehdy, pokud je to nezbytně nutné (Zadro a Pappas, 2018).

Filbay et al. provedli v roce 2017 další analýzu tzv. KANON studie (zmiňována výše) a zjistili, že pacienti, u kterých byla provedena časná ACLR, byli prognosticky horší než pacienti, kteří byli léčeni konzervativně cvičením, a pacienti, u kterých byla provedena ACLR později. U časně operovaných pacientů vzniklo „sekundární poranění“ následkem chirurgického zákroku, prodloužila se doba hojení zánětu a doba, kdy bylo dosaženo plného zatížení operované končetiny (Bowes et al., 2019; Larsson et al., 2017).

Je důležité věnovat čas edukaci a poučit každého pacienta s poraněním ACL o možnostech léčby na základě nejnovějších poznatků. Musíme pacienty informovat o nutnosti dodržovat dlouhodobý komplexní rehabilitační program, který je založen na spolupráci, postupném zvyšování zátěže a dodržování následných preventivních cvičení při návratu ke sportovní aktivitě. Konfrontujeme všechny, kteří jsou přesvědčeni o tom, že časná ACLR je tzv. „quick fix“ = rychlé vyřešení problému (Zadro a Pappas, 2018), a zdůrazňujeme všechny benefity časně rehabilitace trvající alespoň 3 až 6 měsíců (Rooney, 2018). Pro mnoho aktivních pacientů je konzervativní léčba poranění ACL trvalým řešením.

Jak by měl vypadat rehabilitační postup u pacientů, kteří se rozhodnou pro konzervativní léčbu při poranění ACL? Má být stejný jako u pacientů po ACLR?

Konzervativní i postoperativní rehabilitační postupy si jsou skutečně velmi podobné. Nicméně se očekává, že konzervativní léčba bude rychlejší, protože se pacienti nemusí zotavovat z operace a také není nutné sledovat hojení štěpu. Statické testy pro posouzení stability kolene, jako jsou pivot shift test nebo Lachman, jsou málo relevantní, jelikož je v současné době již dobře známo, že mezi výsledkem testu a funkční stabilitou existuje pouze slabý vzájemný vztah (Snyder-Mackler et al., 1997; Hurd et al., 2009).

Pro základní hodnocení funkce kolene je vhodné používat dotazníky, jako je IKCD (International Knee Documentation Committee) Subjective Knee Evaluation a KOOS = Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (Collins et al., 2011; van Meer, 2013). Kvůli možnému výskytu psychosociálních faktorů lze použít *Örebro* Muskuloskeletal Pain Screening Questionnaire (Linton et al., 2011) yellow flags. K analýze přítomnosti strachu z pohybu je k dispozici Tampa Scale of Kinesiophobia (Miller et al., 1991).

Pacienta musíme seznámit s očekávanými fázemi léčebného rehabilitačního programu a podmínkami progresu nejen verbálně, ale ideálně i v písemné podobě.

Počáteční léčba zahrnuje snížení bolesti, minimalizaci výpotku, zvýšení rozsahu pohybu, optimalizaci svalové síly, zlepšení funkce kloubu a pohybových vzorců.

Závěrečná fáze rehabilitace s cílem navrátit pacienta ke sportovním aktivitám musí zahrnovat specifický trénink (jako je například trénink zrychlení, obratnosti, koordinace, rovnováhy, vytrvalosti a specifických sportovních dovedností) a také posouzení psychické připravenosti pacienta (Filbay a Grindem, 2019). Po úspěšném návratu ke sportovní aktivitě je možné naplánovat pravidelná kontrolní fyzioterapeutická sezení a podporovat pacienty v trvalém dodržování preventivních cvičení (Skou et al., 2018; Fleig et al., 2013; Nessler et al., 2017). Pokud se pacienti podělí o své léčebné úspěchy s rodinou, přáteli, kolegy a ostatními lidmi, pomohou tak šířit tyto pozitivní zprávy mezi širokou veřejností!

Je možné, aby se pacient po ruptuře ACL, bez operace naplno vrátil ke sportům, které vyžadují rychlé změny směru pohybu a rotační pohyby v kolenu, jako je například fotbal, házená, basketbal, tenis, a k dalším sportům? Známe nějaké konkrétní případy z vrcholového sportu?

Existuje spousta recenzovaných prací, které dokazují, že návrat k těmto typům sportu je možný a bezpečný pro mnoho pacientů (Meuffels et al., 2009; Grindem et al., 2012; Kovalak et al., 2018).

Ve skutečnosti neexistuje jediná studie, která by prokázala, že je bez ACLR nemožné se k těmto druhům sportu vrátit. Díky intenzivnímu, postupně se zvyšujícímu posilování, neuromuskulárnímu tréninku a tréninku specifických sportovních dovedností může náš muskuloskeletální systém víc než adekvátně kompenzovat uvolněný vaz tak, že je v podstatě nadbytečný.

Studie z prostředí vrcholového sportu, které porovnávaly efekt fyzioterapie samotné s efektem ACLR a následné fyzioterapie, ve skutečnosti neprokázaly žádný přínos u operované skupiny sportovců. Prospektivní studie ze Švédska od Roose et al. (1995) neprokázala žádný významný rozdíl v návratu do plné sportovní zátěže a výskytu osteoartritidy u profesionálních fotbalistů. A stejně tomu bylo i ve srovnávací studii provedené Myklebustem v roce 2003 u profesionálních evropských házenkářů. Van Yperen et al. (2018) sledovali 50 profesionálních sportovců po dobu 20 let a nezjistili žádné rozdíly v míře výskytu následných menisektomií, osteoartritidy a funkčního deficitu.

Nejnámějším zdokumentovaným případem úspěšné neoperativní léčby kompletní ruptury ACL z prostředí vrcholového sportu je návrat fotbalového hráče Premier League do plné zátěže po 8 týdnech od úrazu bez jakýchkoliv následků (Weiler et al., 2015; Weiler, 2016). Existuje mnoho dalších takových vrcholových sportovců z NBA, NFL anebo Major League Baseball, ale za zmínku

určitě stojí DeJuan Blair, úspěšný basketbalista NBA, který hrál několik let za klub San Antonio Spurs dokonce bez obou předních zkřížených vazů.

Jaké jsou klíčové faktory, podle kterých můžeme předvídat, jestli bude konzervativní léčba u pacienta úspěšná nebo ne?

Při zvažování, zda bude pacient potřebovat operativní nebo neoperativní léčbu, hraje roli celá řada faktorů. Jsou to nejen faktory kulturní, ale také typické způsoby poskytování zdravotní péče, pacientovo přesvědčení, obavy nebo preference lékaře, rodičů, samotného pacienta, okolního prostředí či nedostatek vůle k rehabilitaci. Je třeba vyhodnotit skutečné patologické změny, které vedou k nestabilitě kolene, přetrvávající bolestivosti a k neustálé tvorbě výpotku navzdory kvalitní, intenzivní a strukturované rehabilitaci.

Tradiční postupy podporovaly časně chirurgické řešení s následnou rehabilitací až po určité, pevně stanovené době. Na poruchu pohybových vzorců nebo obavy z pohybu nebyl brán zřetel (Fitzgerald, Axe, Snyder-Mackler, 2000; Hartigan et al., 2013).

Mnoho pacientů, u kterých se předpokládá úspěch konzervativní léčby, se nakonec rozhodlo pro operativní řešení. A naopak, mnoho pacientů, u kterých se zpočátku předpokládalo, že konzervativní léčba nebude úspěšná, se pomocí ní vyléčilo, pokud jim byl dán dostatek

času (Thoma et al., 2019; Moksnes et al., 2008).

Na základě výsledků KANON studie víme, že psychologické faktory, jako již existující preference léčby, přesvědčení a nedostatek motivace k rehabilitaci a cvičení, jsou hlavními důvody, proč se pacienti rozhodli podstoupit ACLR (Thorstensson et al., 2019). Dalšími faktory jsou svalová síla quadricepsu a výsledky hop testu (Ericsson et al., 2013). Rozhodnutí nepodstoupit ACLR a zvolit si konzervativní léčbu je dobrým prognostickým faktorem pro menší výskyt symptomů v kolenním kloubu v následujících pěti letech (Filbay et al., 2017).

Jak přistupovat k potenciálnímu negativnímu vlivu konzervativní léčby při poranění ACL na psychiku pacientů?

Před zahájením léčby musíme znát pacientův postoj k možnostem léčby poranění, jaká má očekávání, krátkodobé a dlouhodobé cíle, obavy a motivace (Burland et al., 2019; Sommerfeldt et al., 2018; Scott, Perry a Sole, 2017).

Během vyšetření zjišťujeme, jestli má pacient obavu z pohybu, a pokud ano, tak při jakých pohybech. Dále vyšetřujeme, jakým způsobem pohyby provádí, jestli není příliš opatrný, používá ortézu nebo neúměrně končetinu odlehčuje (Hartigan et al., 2013). Během vyšetření a terapie pak musíme pacienty ujišťovat, že jejich obavy nejsou opodstatněné a že mohou změnit tyto abnormální pohybové strategie, což by mělo vést

ke zlepšení kvality a rozsahu pohybu a ke snížení bolestivosti během běžných denních činností.

Seznam literatury viz originál článku.



Kazuistika: RED FLAGS

Autor: Alan Bláha, DiS., Cert. MDT

Úvod

Počet nádorových onemocnění každoročně narůstá. Jedním z prvních projevů může být i bolest zad, a proto bychom i my, fyzioterapeuti, měli mít vypěstován onkologický reflex. McKenzieho systém diagnostiky umožňuje pohybovým vyšetřením odlišit mechanickou bolest od nemechanické a pomocí cílených otázek tak poskytnout vodítko k dalšímu vyšetřovacímu postupu.

Následující kazuistika ilustruje, jak mechanické vyšetření zapadá do obrazu získaného z anamnézy, a potvrzuje tak předběžnou představu o diagnóze, kterou si terapeut udělá po odebrání anamnézy.

Úvodní vyšetření 14. 11. 2021

V polovině listopadu jsem byl požádán, abych se „podíval“ na jednoho pacienta s chronickou bolestí zad. Ještě před vyšetřením jsem dostal informace, že pacient absolvoval manipulaci a obstřík páteře u neurologa.

Abych si byl jistý, že přítomné „red flags“: nevysvětlitelný úbytek váhy a noční bolest, jsou skutečně relevantní a že se nejedná jen o mechanickou bolest, zadal jsem pacientovi před definitivním potvrzením své diagnózy cvičení extenzí vleže s přetlakem pacienta.

Telefonická kontrola a následná osobní konzultace 15. 11. 2021

Ani po několika sériích cvičení se pacientův stav (bolest, ROM) nezměnil, a proto jsem se s pacientem setkal znovu osobně a doporučil jsem podrobnější vyšetření u PL – viz Zpráva z fyzioterapeutického vyšetření/ošetření.

Další průběh

Pacientův stav podrobněji vyšetřen nebyl. Proběhla pouze konzultace s neurologem se závěrem, že stav je klinicky jasný a bylo doporučeno aplikovat tejp na PV svalstvo, neboť „bolesti jsou nyní již svalové a s bolavými zády se chodí do posilovny, a ne k lékařům“.

Z tohoto důvodu jsem požádal bývalou kolegyni, neuroložku, k vystavení žádanky na MRI LSp. Výsledek (leden 2022) byl však z pohledu závažné patologie negativní. Následně proběhla infuzní léčba s krátkodobým efektem.

Klinický obraz pacienta se nadále zhoršoval, bolest narůstala na intenzitě a přidalo se nechutenství, únava a ospávání přes den.

Stanovení diagnózy

V únoru 2022 bylo zahájeno diagnostické kolečko, mj. vyšetření krve, sonografie břicha, CT hrudníku, bron-

choskopie a biopsie jater. Vyšetření odhalilo karcinom pankreatu s metastázami v játrech a plicích. Pacient bude absolvovat chemoterapie.

Závěr

V praxi se často setkáváme se dvěma extrémy. Buď se role páteře a funkčních poruch nebere v úvahu vůbec, nebo jsou symptomy orgánové choroby považovány za běžnou bolest zad při blokáдах páteře. Uvedu jiný případ: Bolest Thp u starší pacientky byla praktikem léčena opakovaně opichem páteře, ačkoli se již jednalo o první příznaky mnohočetného myelomu (na toto téma doporučuji brožuru obsahující kazuistiky bolesti zad). Ve výše uvedeném případě byl diagnostický postup zahájen taktéž opožděně, a to i přesto, že klasická léčba, kterou pacienti s bolestí zad běžně absolvují, selhala.

Vzhledem k tomu, že znalost funkčních poruch je u odborníků minimální, resp. dovednost lékařů odlišit je diferenciální diagnostikou, nedochází tak u těchto pacientů k zahájení diagnostického procesu včas (1, 2). MDT systém dle mého přesvědčení může napomoci tyto případy zachytit v momentě, kdy bolesti ještě nejsou torpidního charakteru (pozdní stadia) a tak imitují bolesti funkční poruchy pohybového aparátu.

Zdroje

1. <https://www.linkos.cz/narodni-onkologicky-program/co-musite-vedet/ceska-republika-a-rakovina-v-cislech/>
2. <http://www.myeloma.cz/res/file/archiv/brozura-jak-neprosvihnout-myelom/komplet.pdf>

Zpráva z fyzioterapeutického vyšetření/ošetření

15. 11. 2021

Pacient: muž

R. Č.: 1964

Pacient vyšetřen pro 5T trvajících bolesti klidové a noční bolesti bederní páteře, za poslední 2.3 M zhubl cca 5–6 kg, t. č. není blokáda pohybu v oblasti hrudní či bederní páteře, která by vysvětlovala pacientovi obtíže. Absolvoval manipulaci páteře a obštíř u neurologa asi před měsícem. Náběry na Borrelie negat.

Pro výše uvedené prosím o dovyšetření stavu cestou PL. ■



THE MCKENZIE INSTITUTE HODNOCENÍ BEDERNÍ PÁTEŘE

Datum 14/11/2021

Jméno _____ Pohlaví M Ž

Adresa _____

Telefon _____

Datum nar. 1963 Věk _____

Odeslán: LP / Ort. / Bez doporučení / Ostatní _____

Práce / náročnost PODNIKATEL

50% SED

Volný čas / držení těla KOLO, TURISTIKA

Funkční disability této epizody _____

Dotazníky / Funkční disability skóre _____

Škála bolesti NPRS (0-10) 0-6

Popište současné symptomy BOLEST VIZ OBR.

Trvající od 5T

Zlepšení / Bez změny / Zhoršení

Začátek obtíží v důsledku _____

Nebo bez příčinné souvislosti

Počáteční obtíže: záda / stehno / noha _____

Konstantní symptomy: záda / stehno / noha _____

Intermitentní symptomy: záda / stehno / noha _____

Zhoršení předklon sezení / vstávání stání chození ležení

dopoledne / v průběhu dne / odpoledne

v klidu / v pohybu

jiné V MĚCI

Zlepšení předklon sezení stání chození ležení

dopoledne / v průběhu dne / odpoledne

v klidu / v pohybu

jiné _____

Poruchy spánku Ano / Ne Poloha spánku: na břiše / na zádech / boku P L Matrace: MĚKKA

Předchozí anamnéza páteře REKURENTNÍ BOLEST LP, OPAKOVANÉ

MANIPULACE NA NEUROLOGII

Předchozí terapie MANIPULACE, OBSTRUK - BE

CÍLENÉ OTÁZKY

Kašel / Kýchání / Bříšní lis _____ Močení / vyměšování: norm. / abnorm. Chůze: normální / abnormální

Léky: _____

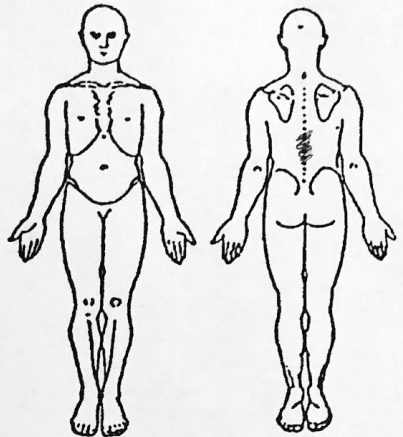
Celkový zdravotní stav / komorbidity VYSOKÝ TLK

Operace v poslední době: Ano / Ne

Malignita: Ano / Ne Nevysvětlitelný váhový úbytek: Ano / Ne

Úrazy: Ano / Ne Zobrazovací vyšetření: Ano / Ne

Cíle/očekávání/přesvědčení pacienta _____



DRŽENÍ TĚLA (pohledem)

Vsedě: lordotické/ neutrální / kyfotické

Korekce držení těla: zlepšení / zhoršení / bez efektu

Vstoje: lordotické/ neutrální / kyfotické

Vybočení: pravo/levo/žádné

Klinický význam: Ano / Ne

Jiné / funkční baseline: _____

NEUROLOGICKÉ v NORMĚ

Motorický deficit _____

Reflexy _____

Senzorický deficit _____

Napínavé manévry _____

OMEZENÍ POHYBU

	výraz	střed	min	0	symptomy
Flexe				✓	
Extenze				✓	
Lateroposun (P)				✓	
Lateroposun (L)				✓	
Jiné					

TEST POHYBŮ

Popište efekt na současnou bolest - Během: produkuje, odstraňuje, zvyšuje, snižuje, bez efektu, centralizování periferizování **Po:** lepší, zhoršení, není lepší, není zhoršení, bez efektu, centralizovaný, periferizovaný.

	Symptomy během testování	Symptomy po testování	Mechanická odpověď	
			Rozsah pohybu ↑ nebo ↓, fční tes	Bez efektu
Popis příznaků před testem vstoje: BEZ BOLESTI				
FVS				
Opak. FVS	ISE	ISE		
EVS				
Opak. EVS	ISE	ISE		
Popis příznaků před testem vleže:				
FVL				
Opak. FVL	ISE	ISE		
EVL				
Opak. EVL	ISE	ISE		
Případně symptomy před testem:				
Lateroposun (P)				
Opak. Lateroposun (P)				
Lateroposun (L)				
Opak. Lateroposun (L)				
Jiné:				

STATICKE TESTY

Sed ochablý / vzpřímený / leh. na břicho v extenzi / sed s nataž. DKK

ODOL. ISE

JINÉ TESTY

EVL S PŘETLAKEM PACIENTA ISE, ISE

PŘEDBĚŽNÁ KLASIFIKACE (pracovní dg.)

Derangement centrální / symetrický unilaterální / asymetrický nad koleno unilaterální / asymetrický pod koleno

Směrová preference: _____

Dysfunkce: Směr _____

Posturální

JINÉ: SOSP. MALIGNITA

Zdroj bolesti / disability: _____

Komorbidity

Kognitivní - Emoční

Kontextuální

PRINCIP TERAPIE

Edukace

KOREKCE SEDU, EVL S PŘETLAKEM 10x à 3H

Princip cvičení: _____

Frekvence: _____

Jiné cvičení / intervence _____

Plán léčby

POKUD ISE → DOVYŠETŘENÍ STAVU

Krátce k mé stáži v Belgii

Autorka: Jindřiška Svěráková, DiS., Cert. MDT

Před dvěma lety jsem měla to štěstí, že jsem byla vylosována na sponzorovanou stáž v Belgii. Již jsem se pokoušela pět let a nyní to konečně vyšlo. Téměř hned jsem se domluvila s kolegou Davidem Vandepudem, Dip. MDT, který mě měl na starosti. Domluvili jsme se na termínu příjezdu a zařídila jsem si letenku. Dva měsíce nato začala první vlna covidu-19 a ta vše překazila.

Nyní stáž konečně proběhla a jsem plná dojmů jak z terapie, tak i z okolních lidí. Měla jsem možnost dva dny prozkoumávat Belgii a Holandsko. Navštívila jsem město Bruggy u pobřeží Atlantiku a centrum města Rotterdam, proslulý trh za radnicí v centru města. Nasála jsem přátelskou atmosféru a vůni nám neznámých koření a ryb (obr. 1).

Na klinice ve městě Maasmachelen pracuje David a jeho další čtyři kolegové, kteří také vyučují studenty (obr. 2). Klinika je zařízena v přízemí v nové budově přibližně čtyři roky. Otevírací doba kliniky je od pondělí do pátku od 8 do 20 hodin. Terapie je hrazena pacientem, i když má doporučení od lékaře. Na každého pacienta mají 30 minut včetně vyšetření. Koncept McKenzie je zde nejhlavnější



terapií. Používají aplikaci physiApp pro každého pacienta, kde s ním můžou navázat na historii cvičení a upravovat i počet opakování.

Týden byl naplněný pacienty s různými obtížemi, nejvíce s vertebrogenním onemocněním.

K mému překvapení používá David ve své terapii hodně mobilizaci a řídí se dle semaforu jako my. Ukázal mi, kde dělám v tlaku největší chyby, byl nápomocen a překládal mi terapii z vlámshtiny, němčiny a francouzštiny. Připravil si pro mne hned první den dvoumetrového pacienta s laterálním vybočením, kdy moje hlava byla u jeho pasu (obr. 4). Takže mi pomohl s korekcí ve stoje přes pás. Byl velmi přátelský, doporučil mi dobré restaurace, kavárny, přírodu v podobě národních parků a na závěr týdne jsme společný čas oslavili jejich specialitou z místní pekárny (obr. 3). ■



Jak jsem se díky McKenzie začala učit francouzsky

Autorka: Mgr. Michaela Šebelová, Cert. MDT

Vždycky mě bavily jazyky. Dá se tak v nadsázce říci, že z tohoto pohledu jsme měla štěstí, že jsem se narodila v roce 1982, takže když jsem začala chodit do školy, byla velmi brzy sametová revoluce a svět jazykových možností se zcela změnil. Mimo jiné jsem se ve škole nemusela učit rusky, jako to měl můj starší bratr, ale začala jsem chodit na základní školu s rozšířenou výukou cizích jazyků. První byla němčina a potom angličtina. Na základní škole jsem měla možnost několikrát vyjet do zahraničí. Jsem za to zpětně moc vděčná všem tehdejším nadšeným pedagogům a samozřejmě svým rodičům, kteří mi to dovolili. Člověku to totiž tak nějak již od dětství připadalo normální a přirozené, vyjet a podívat se „za kopečky“ (obr. 1).

Na jazykovém gymnáziu jsem pokračovala v obou jazycích, ale po očku jsem sledovala vedlejší francouzskou třídu a záviděla jim, jaké vztahy mají s partnerskou školou ve

Nebudu zastírat, bylo to náročné. Ve francouzštině jsem stále ještě spíše začátečník.



Francii. Asi od té doby ve mně někde v hloubi hlodal červík, že jsem si místo němčiny, která se mi od základní školy příliš nevylepšila, měla na tom gymplu vzít francouzštinu. Trvalo mi to docela dlouho, ale nakonec jsem před dvěma lety se studiem francouzštiny začala (20 let po absolvování gymnázia). Nikdy není pozdě.

A co bylo mimo jiné mou motivací? Vyjet do Francie na McKenzie konferenci!

A proto píšu tento článek 😊.

První cíl totiž splněn.

V polovině března jsem se vydala do Grenoblu (obr. 2) na konferenci JEPPA 2022 pořádanou AFMcK, což je zkratka pro Association Francophone McKenzie. Ve Francii to mají trošku jinak než u nás. U nás český McKenzie Institut organizuje jak vzdělávání, tak sdružuje členy a organizuje konference a SIG a další nadstavbové akce. Ve Francii fungují nezávisle na sobě dvě organizace, které sice spolupracují, ale vzájemně se nekontrolují ani nejsou nijak personálně propojeny. Francouzský McKenzie Institut (L'Institut McKenzie France) zajišťuje standardní MDT vzdělání a na něm je nezávislá organizace AFMcK, která sdružuje McKenzie terapeuty a organizuje pro ně vzdělávací akce. A jednou za dva roky je vyvrcholením činnosti velká konference, tzv. JEPPA. Což je zkratka pro Journées d'échanges pluriprofessionnelles de l'AFMcK. Neboli volně přeloženo – mezioborové dny pro výměnu zkušeností (obr. 3).



Report

V roce 2018 se tato konference konala v Poitiers a zážitky z ní do našeho časopisu krásně popsala Veronika Pechová. Tak si můžete článek zpětně vyhledat.

A jak mi to šlo?

Nebudu zastírat, bylo to náročné. Ve francouzštině jsem stále ještě spíše začátečník (úroveň A2/B1), doposud jsem pouze přečetla všechny díly knihy Mikulášovy patálie v originále (Le Petit Nicolas... kdyby vás to zajímalo), naposlouchala spoustu podcastů, zhlédla mnoho seriálů v originále (navíc s francouzskými titulky, takže jsem mnohdy rozuměla spíše díky očím než uším 😊). Ale doposud jsem hovořila pouze se svými dvěma učitelkami (z čehož ani jedna není Francouzka – jedna je Češka a druhá z francouzsky mluvící části Kanady).

Výhodou ale je, že znáte to odborné téma. Říkala jsem si, že i rodilý Francouz, který není fyzioterapeut a nezná MDT, by měl problém rozumět, a že zase moje výhoda je, že znám ten odborný jazyk. Takže jsem si dodávala odvalu.

Až na místě jsem zjistila, že některé přednášky jsou v angličtině, takže mozek si občas od pekelného soustředění odpočinul 😊.

Co jsme se tedy na konferenci dozvěděli a kdo tam například vystoupil? Nejvíce mne zaujali tito:

Laura Finucane – prezidentka IFOMPT (The International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists Incorporated) ze Spojeného království Velké Británie a Severního Irsku (UK)

Lauřina přednáška byla zaměřena na identifikaci red flags. Můžeme se s nimi totiž v praxi potkat poměrně často. Zvýšené riziko je dle Lauřiných zkušeností u jednoho pacienta ze 100, což u někoho v praxi může znamenat, že takového člověka potkáme jednou za měsíc. Zlaté pravidlo: pokud nám pacient nezapadá do obvyklého klinického obrazu „mechanického“ problému a nenacházíme ani směrovou preferenci, ani žádné zlepšení, nesnažíme se za každou cenu hledat a do nekonečna něco zkoušet. Často to můžeme být právě my, kdo si všimne, že něco není v pořádku. A můžeme zachránit lidský život. A jedna zajímavá covidová zkušenost – v UK v loňském roce odhalili o 50 000 případů rakoviny méně než v předchozích letech. To ale bohužel neznamená, že by rakovina zmizela. Jen se na ni zřejmě u 50 000 lidí včas nepřišlo, a tak se zvyšuje šance, že se skutečnými red flags se nám pacient objeví v ordinaci častěji.

Yannick Tousignant – Laflamme z Kanady mi dělal největší radost. Protože hovořil francouzsky se stejným akcentem jako moje učitelka, nejlépe jsem mu rozuměla. A taky mě bavilo jeho téma. Yannicka znáte, možná aniž byste to věděli. Je totiž autorem nyní hodně využívaného modelu, kdy je krásně znázorněno, jak naši léčbu ovlivňuje spousta dalších faktorů tzv. drivers of pain. U nás překládáno jako zdroje bolesti a disability. Ale je potřeba si uvědomit, že se nejedná o zdroj ve smyslu, že by tyto faktory bolest nebo disabilitu přímo způsobovaly, ale že ji vlastně „příživují“ či „pohánějí“. Jsou tedy jakýmsi zdrojem energie pro udržení disability nebo bolesti. Jednoduše – protože ji pořád někdo krmí, tak se jí nemůžeme zbavit, i když se sebevíc snažíme. O tomto modelu jsme zde také již psali a překládali jsme o něm články.

Shrnutí: Těchto zdrojů máme celkem pět (a u každého jsou určité body, kterých je možné si při vyšetření pacienta všimnout, abychom je mohli identifikovat):

Zdroje bolesti (drivers of pain) jsou dva druhy

1. dysfunkce nervového systému (hyperalgie, allodynie, centrální senzitivace) – ve vyšetření sledujeme příznaky radikulární bolesti, známky radikulopatie či myelopatie
2. nociceptivní (jako např. nespecifická dekonidice, deficit ve stabilitě) – ve vyšetření sledujeme kontrolu pohybu, pohyblivost a bolest, zmírnění symptomů.

Zdroj disability (drivers of disability)

3. tzv. kontextuální faktory – např. špatný nebo žádný přístup k léčebné péči, špatný přístup nebo slabá podpora pacientovy rodiny, zaměstnavatele nebo zdravotnického pracovníka. V anamnéze pak sledujeme nízkou spokojenost v práci, dojem těžké práce, vysoké nároky v zaměstnání, nízká očekávání (nedůvěru ve výsledek terapie).

Zdroje bolesti a disability (drivers of pain and disability) jsou dva druhy

4. kognitivně-emocionální zdroje (pain avoidance behavior – pacient se vyhýbá bolesti) – sledujeme pacientova očekávání, zvládnání situací, očekávání související s bolestí, vnímání nemoci...
5. zdroje z komorbidit (poruchy spánku a poruchy duševního zdraví) – v klinickém vyšetření nacházíme výskyt mnohočetných ohnisků bolesti muskuloskeletálního aparátu.

Yannick krásně vysvětlil, jak tento model výborně zapadá do celého konceptu MDT a skvěle jej doplňuje.

Report

Martin Melbye z Dánska se zaměřil na léčbu lumbálních radikulopatií. Popisoval tři fáze, ve kterých se pacient nachází. Akutní fázi výhřezu, kde je zároveň otok a nerv tam jednoduše nemá místo, a tak hlavním cílem léčby je vytvořit mu místo (a proto je potřeba pacienta dávat do poloh ve flexi, ve flexi s rotací atd.). Druhou fází je vznik fixovaného nervového kořene. Popisoval, že tento klinický obraz jsme spíše vídávali dříve. Nyní, když pacienti jsou po operacích instruováni, aby se mnohem víc hýbali, než tomu bylo dříve, již jej v praxi téměř vůbec nevidíme, protože zkrácení se prostě nevyvine. Poslední fáze byla obnova funkce. Martin měl jeden skvělý edukativní moment. Názorně vysvětlil, proč vlastně z dlouhodobého hlediska nemohou operace páteře fungovat. Protože pouze vyřeší tu první fázi (útlak nervového kořene), kdy nervu operativně zajistí více místa (což často dokážeme vhodnými polohami a léky zajistit taky). Ale těmi dalšími fázemi prostě ten pacient stejně musí projít. Je jen malá pravděpodobnost, že se jim vyvine fixovaný nervový kořen, protože jsou již instruováni jinak. Ale moc dobře víme, že obnovit dostatečně funkčnost bederní páteře se všem pacientům nepodaří, a tak mají dlouhodobě stejné výsledky jako ti, kteří v té akutní fázi na operaci nešli.

A jak to názorně vysvětlil? Všechna tři stadia namaloval na graf na papírovou roli na stěně. Pak jsme o každém stadiu hovořili a řešili, jak vypadá klinický obraz a kterým pohybům to vlastně odpovídá (že například v akutní fázi vadí všechny extenční aktivity, takže chůze, stoj, leh na zádech s nataženými končetinami...), že FNK se projeví např. při řízení auta, v sedu ve vaně atd. A pak prostě přišel a jeden díl papíru utrhl s komentářem: „A operace zajistí pouze tohle. Vyřeší akutní fázi. Tohle všechno,“ a ukázal na další dvě, „zůstane a musí to pacient vyřešit sám...“

A byl konec workshopu. Docela silný moment (obr. 4).





Vidíte to stejně? Co si myslíte vy?

Co napsat závěrem? Byla to skvělá zkušenost a mohu ji každému doporučit. Neváhejte, a když budete mít příležitost, vyjeďte do světa. Nemusíte ten jazyk znát dokonale, nějak se začít musí a tyto zkušenosti jsou nepřenositelné, a hlavně k nezaplacení.

Své jazykové dovednosti můžete trénovat například při poslechu Couch Conversations, které pro nás připravují Georg Supp a Richard Rosedale (odkazy najdete na FB nebo na YouTube). Mimochodem, v únorovém díle se pánové věnovali právě výše popsanému.

Držím Vám palce 😊.

Míša Šebelová

Certifikovaná McKenzie terapeutka

Poslankyně Parlamentu ČR (členka Výboru pro zdravotnictví)

(Obr. 5 – David je prostě žadaný – poznámka redaktora)



SIG 8. 3. 2022 Téma volné

Sepsala Kateřina Rajchlová, Cert. MDT

Sešli jsme se tentokrát, jak rytíři krále Artuše, v neobvyklém zasedacím pořádku v kruhu pod vedením Evy Novákové, a sice ne u kulatého stolu, ale u hranaté žíněnky, abychom se mohli poradit a přihlíželi vyšetření dvou pacientů.

Účastnické poplatky z dnešní SIG budou poslány na podporu válkou zkoušené Ukrajiny, tak škoda, že nás nebylo víc 😊.

1. pacient

Asi 80 let stará paní, která před rokem upadla ze stoličky na záda, utrpěla kontuzi a tržnou ránu týla hlavy. Po pádu byla ošetřena ambulantně a po negativním CT mozku byla propuštěna domů. Na RTG popis listézy v horní části Cp! Od té doby trpí výraznou intermitentní bolestí v oblasti CC více vpravo (téměř konstantní, ustupuje pouze vleže, na rovno, bez polštáře), někdy cítí tlak do pravé paže a lopatky, udává omezenou hybnost Cp od úrazu, mírné zhoršení zraku a pocit nestability posteriorně, ostatní cílené otázky negativní. Paní je léčena od r. 2008 na M. Parkinson a jako vedlejší účinek antiparkinsonik se u ní projevují hyperkinetické projevy. Je aktivní, zvládá domácnost i zahrádku.

Bolest CC si vyvolá téměř každým pohybem hlavy, pohyby jsou s omezením ROM ve všech směrech. Zlepšení je,

když hlavou nehýbe nebo když leží, dále ji zlepšuje suché teplo, které aplikuje i několikrát denně.

Paní prodělala rehabilitaci v místě bydliště: úlevu cítila po FT a LTV bylo vedeno v klasickém „pravěkém“ provedení s převahou flekčních a rotačních pohybů hlavy a spartakiádních pohybů HK, toto cvičí dle návodu denně BE na bolest a zlepšení ROM.

Při pokusu o RET i RET s přetlakem Evy Novákové udává výraznou bolest 8/10, pohyby doprovází slyšitelné křupání. Poté je provedena trakce a RET vsedě. První pokus vypadal nadějně, ale pak se opět přidala bolest a po dvou dalších pokusech je test ukončen.

Pohmatem je svalstvo zadní části krku výrazně hypertonické více vpravo, proto E. Nováková zkouší MT a efektem zlepšení svalového tonu.

Doporučení: Vzhledem k podezření na vzácnou klinicky významnou listézu horní Cp zkusit zakoupit krční límec, který bude pomáhat udržet neutrální pozici Cp, která nejvíce paní vyhovuje, přidat jemné MT na Cp vsedě, lépe vleže na zádech v rámci rodiny dle instruktaže a pokračovat v nahřívání.

Myslím, že to byla velmi přínosná kazuistika, abychom byli vždy obezřetní a nechtěli lidi rozcvičit za každou cenu.

2. pacient

Paní kolem 40 let, sportovně dříve velmi aktivní. Po ASK obou kolen. Pravé koleno po dvou plastikách LCA. Asi půl roku po ASK levého kolene (shaving) s efektem zlepšení bolesti i funkce kolene oproti před ASK, ale stále nemůže běhat, hrát tenis, lyžovat.

Base line symptomatická: Bolest je intermitentní v mediální části a laterálně pod patelou, kde je údajně poškozená chrupavka.

Funkční omezení: Chůze z kopce, nemůže běhat, prudší došlap, doskok, a dřep.

Base line mechanická: Dřep, klek na paty a 1 minutu výdrž v podřepu s oporou zad o stěnu a poté poskoky pro vyvolání symptomů.

Již absolvovala RHB i v rámci MDT a posilování s therabandem a stále nemá pocit dobré SS v m. quadriceps femoris LDK oproti PDK (sval se „třeše“).

Mechanické vyšetření: EXT bez omezení a rozdílu pravá – levá. FLX omezena více vpravo. Orientačně při kleku na paty chybí asi 10 cm pro dosednutí. ZR i VR BE, test pevnosti vazů negativní.

Opakované pohyby: 1. klek na paty, BE; 2. klek na paty s válečkem do podkolení s mírným zlepšením ROM FLX, kontrola EXT kolen OK; 3. opak trakce a FLX kolene terapeutem (lépe řečeno třemi terapeuty 😊).

Po opakované trakci a FLX subjektivně cítí lepší pohyblivost v koleni.

Doporučení: S pomocí člena rodiny provádět dle instruktáže trakci a FLX

kolene 10× v rámci P, NZ a neprodukovat ostrou píchavou bolest v oblasti kolene. FLX kolen v podobě kleku na paty s válečkem v podkolení, buď oboustranně, nebo jen na LDK.

Zkusit začít postupně koleno zatěžovat během, tenisem apod. opět v rámci P, NZ do druhého dne.

Prognóza: Buď dojde pomocí uvede-ných cviků FLX kolene ke zlepšení poměrů uvnitř kolenního kloubu natolik, že to příznivě ovlivní i koordinaci m. quadriceps femoris, nebo má koleno již strukturální limity a je potřeba tomu přizpůsobit sportovní aktivity. Výsledek by se měl dostavit do dvou měsíců.

I přes veškeré neblahé světové dění posledních let a dnů naše SIG běží stále dál.

Dne 5. dubna proběhne online SIG ZOOM od 14:00 hod. ■

Obecné informace dostupné na operaci výhřezu meziobratlové a bederní páteře 2022

Autoři: Eva Nováková, Dip. MDT, Mgr. Zdeněk Guřan, Cert. MDT, Mgr. Ludmila Švarcová, Cert. MDT

	MOTOL Praha	ÚVN (+) Praha	Homolka Praha
<i>Cesta domů</i>	Sanitkou vleže	I autem vsedě/ pololeh	Osobní auto v pololehu/ polosedu, sanitka – leh
<i>Lůžko a vstávání z lůžka</i>	Tvrďší, vyšší lůžko, přes břicho	Tvrďší, vyšší lůžko, do roku 2022 přes břicho a bok, nyní pouze přes bok	Měkká polohovací postel, vstávání přes břicho nebo přes sed
<i>Schody</i>	V doprovodu druhé osoby	Nespecifikováno	Netrénují se, ale nejsou zakázány
<i>Sed</i>	Po 6 týdnech od kontroly na NCH	Od 1. dne až 30 min	Dle operátéra, ale dost často od 1. poop.dne krátký do 5 min. 3–4 týdny, poté delší, 3 týdny po op. výhřezu se nesedí
<i>Delší sed</i>	Po 3 měsících	Průběžně dle tolerance	Po 3–4 týdnech

internetu pro pacienty po ploténky v oblasti hrudní

Ostrava – FNO

Blansko

Autem vsedě jako spolujezdec, možné napolohování sedačky, korigované postavení beder.

Nemocniční postel – polohovací, matrace z paměťové pěny.
Vstávání 1. –2. pooperační den, s napřímenými zády přes otočení se na bok, poté do sedu a do stoje.
Doma ideálně postel s tvrdší matrací nebo matrací z paměťové pěny.

Přes bok

2.–5. pooperační den v doprovodu terapeuta. Dle stavu samostatně.

V prvních 3 týdnech se jim vyhýbat, dokud není zajištěna stabilita trupu

Povolen krátkodobě po první vertikalizaci. V prvních týdnech limitace do 20–30 min.

Není zakázán, vyšší odlehčený sed včetně podložení zad polštářkem, overballem a zpočátku 10–15 min v prvních 6 týdnech

V prvních týdnech limitace do 20–30 min. Možno postupně prodlužovat. Po 4–6 týdnech od operace téměř bez limitace.

Přehled

	MOTOL Praha	ÚVN (+) Praha	Homolka Praha
<i>Cviky na rozhýbání</i>	Po 3 měsících	Průběžně od 3. týdne	RHB po 8, 10, 12 týdnech
<i>Indikace k RHB</i>	Po 3 měsících	Dle lékaře a obvykle ihned po operaci	Po 8 týdnech
<i>Jízda autem</i>	Kontraindikována	Dovolena s mírou	Po 2 měsících
<i>Sex</i>	Povolen v odlehčených variantách na zádech do 3 m.	Ano	Nespecifikováno
<i>Sport</i>	Nedoporučen do 6 týdnů	Pozvolna po 3 měsících	Dle operátéra, nejčastěji se určuje až po 1. kontrole, která je po 8 týdnech
<i>Co se doporučuje do 3. měsíce</i>	Pasivní pohyby k zachování kloubní vůle	Pozvolné rozcvičování dle individuální tolerance	Chůze, cvičební jednotka z nemocnice + LTV po 8 týdnech

Ostrava – FNO	Blansko
<p>Do 4–6 týdnů cíleně nerozcvičovat bederní páteř. Zaměřeno na izometrickou aktivaci a běžný pohybový režim (ideálně chůze). „Mikropohyby“ jsou povoleny, jsou součástí běžných pohybových stereotypů.</p>	<p>Kondiční cvičení záda, boky, břicho, podpor klečmo po 1–3 týdnech, po 4–6 týdnech rozcvičování rozsahu páteře</p>
<p>Ambulantní fyzioterapie ideálně od 4. týdne po operaci. V případě motorických výpadků vhodná návazná RHB za hospitalizace, případně včasná ambulantní RHB.</p>	
<p>Spolujezdec – při propuštění z nemocnice. Kratší trasy, případně časově rozložit. Řízení dle uvážení, forenzně upozornění v případě iritačních a zánikových jevů. Ideálně až od 4 týdne.</p>	<p>Neřídít 2–3 týdny</p>
<p>Do 4 týdnů s větší aktivitou zdravého partnera.</p>	<p>Ano, na zádech, partner aktivnější</p>
<p>Postupný návrat k předchozím aktivitám (které zvládal a pravidelně dělal před operací) od 4.–8. týdne – dle aktivity a individuální schopnosti. Vhodná chůze, plavání, kolo, turistika, běžky aj. Pokud s danou aktivitou nemá zkušenost – nutná konzultace a kontrola provedení.</p>	<p>Plavání až od 5. týdne, běžky po půl roce, lyže po 1 roce</p>
<p>U EHD je pro nás limitace 4–6 týdnů od operace, poté postupně začít s běžnými aktivitami dle stavu a kondice, ideálně pod vedením fyzioterapeuta (min. vhodná – konzultace).</p>	

Přehled

	MOTOL Praha	ÚVN (+) Praha	Homolka Praha
Po 3. měsíci	Plavání, kolo	Plavání, kolo, brusle, běžky a nejsou určeny zakázané sporty	Plavání, turistika
Lázně	Po 6 měsících	Po 3–6 měsících	Do 6 měsíců
Doporučené cviky dle letáčku	Aktivní cvičení DKK na zádech, bocích, vstoje (s doporučením stáhnout hýždě a břicho pro zpevnění)	Aktivní cvičení na zádech, bocích, břiše, v podporu klečmo a vstoje dle stavu pacienta	Aktivní cvičení na zádech, bocích, břiše a vstoje do 21. dne
Chůze	Po operaci o berlích a násl. instrukce neuvedeny	Dle pacienta individuálně	Délku navyšovat postupně
Vyhýbat se	Zvedání a nošení břemen	Zvedání a nošení břemen	Zvedání a nošení břemen, poskoky, skoky, předklony s rotací
Korzet/berle	ANO	Spíše ne, pouze výjimečně dle indikace lékaře	Dle lékaře korzet, berle se více méně nepředepisují

+ informace ÚVN z neurochirurgického standardu péče o pacienty po operaci

Ostrava – FNO**Blansko**

Relativně bez omezení.

Dle indikace operatéra, nástup kolem 6 měsíců po operaci.

Po 3–6 měsících

Aktivní cvičení v odlehčení páteře – tj. polohy vleže na zádech, na bocích nebo na břiše. Důraz na izometrickou aktivitu a zpevnění „stabilizaci“ zad s vazbou cvičení přes HKK/DKK.

Krátkodobě cvičení ve stoji (např. pro zlepšení stability stoje, posílení v rámci stoje na 1DK), v případě výpadku m. triceps surae, krátkodobě je možné cvičení vsedě (15–20 minut max.) – korigovaný sed.

Od první vertikalizace povolena, kratší trasy do 4 týdnů od operace – limitace spíše časově do 15–30 minut.

Navyšovat dle tolerance a běh až od 12. týdne

Do 4–6 týdnů od operace cíleně nerozcvičovat záda, nenosit těžká břemena, vyhýbat se asymetrickým aktivitám, dlouhodobé statické a dynamické osové zátěži (dynamická vždy lepší než statická).

Dlouhodobě zvážít další rizikové aktivity – např. ve sportu – kontaktní, jednostranný, v práci – jednostranná, monotónní, statická zátěž, silová práce (zvedání, nošení břemen, časté ohýbání).

Kontaktním sportům – volejbal, basketbal, tenis pro rotaci

Bederní pás nebo korzet není indikován.

Francouzské hole dle chůze a motorických výpadů před/po operaci.

Komentář E. N.: pouze z povahy klinické zkušenosti

Stáhnout ramena vzad a dolů, bradu zasunout a stáhnout hýždě a břišní svaly vstojе a k tomu provádět pohyby končetin vede pacienty k přehnanému hlídání svých pohybů a k podpoře obav z pohybu – „pozor, abych neudělal(a) něco špatně“ – není výzkumem prokázáno, že jediné toto je správně, a ani není prokázáno, že je to špatně. Statistika obav z pohybu narůstá a disabilita bolestí zad rovněž. Co jí přestat přidávat polínka do ohně?

Podobně je na tom tvrzení „stáhněte hýždě a břicho“ – vždy se oploští bederní páteř, která již bývá oploštělá až kyfotická (zřídka kdy lordotická!), přesto jsou k tomu pacienti nadále povzbuzováni. Dané doporučení nevadí, pokud pacient vnímá cvik bez nástupu bolestí, ale proč jej aplikovat obecně bez zjištění, kdy až v ambulanci pacienti sdělují: „Mám toto cvičit, když mne z toho vždy rozbolí záda?“

Nebo doporučení „přitisknout páteř k podložce a důraz na HSS“ – existují důkazy v seriózní literatuře, že pouze takto je to správně? Jsou nějaké významné statistické změny výsledků léčby dle HSS vůči aktivním pohybům, tzv. včasné mobility po operaci?

U zvedání a nošení není specifikováno dokdy? Na celý život?

Nemáme žádnou vědeckou studii, která by zkoumala vhodné a nevhodné sporty po operaci páteře. Věřím, že existují individuální případy, kdy si některý pacient při nějakém sportu svůj stav zhoršil, ale nejedná se o davy pacientů.

Nemáme ani žádný vědecký podklad, zda mnoha lety vyzkoušené vstávání přes břicho je lepší než přes bok, přesto se někde doporučuje a někde nikoliv. Z mé klinické praxe byl výběr vždy dle pacienta, tj. pokud starší jedinec nebyl schopen se ani otočit na břicho, pak samozřejmě vstávání přes bok od prvního dne bylo alternativou. Současně jsme vždy respektovali indikaci neurochirurgů, tj. dosud se v ÚVN po operaci vstávalo převážně přes břicho a nyní je NCH indikace učit vstávat jen přes bok. Na druhou stranu jsem ráda, že v mezioborové komunikaci my jako fyzioterapeuti neměníme druhým oborům jejich postupy 😊. Můžete si

sami zkusit nalepení náplasti na dolní úsek LSp ve smyslu imitace operace páteře a vstaňte přes břicho s rovnou páteří a porovnejte s variantou přes bok se snahou stále držet páteř rovně, udělejte si obrázek, kde vás to bude táhnout více a kde méně.

Za mne osobně – obě varianty mají své výhody a nevýhody. Dokud nemáme žádný seriózní výzkum techniky, která je lepší než druhá, pak vyvyšovat jednu před druhou není správné. Současně sběr dat od kolegů/ kolegyně včetně lékařů s klinickou zkušeností za nejméně 30 let v oboru by mohl přinést alespoň určitý náhled na problematiku. Můžete navrhnout svým studentům fyzioterapie téma k diplomové práci.

Z mé druhé návštěvy v USA jsem si již v roce 2000 přinesla řadu informací, ohledně pooperační péče páteře (viz tab. 1) a prezentovala jsem je na řadě konferencí, včetně neurochirurgické. A jak vidíte, již tehdy se tam doporučovalo sedět od prvního dne, k čemuž v ÚVN dospěli při revizi standardu péče po operacích v roce 2020. Trvalo to dvacet let.

Současně si nemyslím, že stanovení doporučené doby sedu je ideální údaj, ale chápu, že pacienti potřebují nějaký rámec. Navíc, nenašla jsem jedinou relevantní studii, kde by délku sedu po operaci zkoumali a z něj stanovili tento údaj. Obecné údaje bez citace seriózních studií, které najdete na Googlu, nepovažuji za relevantní.

Veškerá doporučení pacientům včetně pohledu zahraničí probíhají na podkladě klinických zkušeností individuálních týmů na pracovištích. Pokud nějaká data zkoumali, pak z nich vyplývá – včasná mobilita pacientů je přínosnější než oddalování aktivit. V žádných systematických přehledech jsem nenašla jasné specifikace, kdy a co sportovat, jak se hýbat či nehýbat, jak zatěžovat, v jakých polohách atd. Možná jsem hledala špatně?

Uvítám každého, kdo mne seznámí s daty k tématu pooperační péče páteře.

Tab. 1 – viz strana 55

Literatura

- <https://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-dospele/oddeleni-spondylochirurgicke/informacepropacienty/pooperačni-rehabilitace/rehabilitace-po-operaci-hrudni-a-bederni-patere/>
- <https://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-dospele/oddeleni-spondylochirurgicke/informacepropacienty/vertikalizace-z-luzka/>

Přehled

- <https://www.fyzam.cz/blog/rehabilitace-po-operaci-meziobratlove-plotenky>
- https://www.homolka.cz/data/upload/user/11684/05_e_rfm_002_rehabilitace-a-rezimova-opatreni-po-operaci-l-patere.pdf
- https://www.mnof.cz/wp-content/uploads/2015/08/pokyny_pro-pacienty_po_operaci_patere_v_bederni_oblasti.pdf
- Bed Mobility and Transfers in Spinal Cord Injury – Physiopedia (physiopedia.com)
- https://thejns.org/focus/view/journals/neurosurg-focus/46/4/article-pE3.xml?tab_body=pdf-22208
- <https://www.jospt.org/doi/abs/10.2519/jospt.2021.9748?af=R>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31676949/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7944908/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6787602/>
- <https://bmcmusculoskeletaldisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-019-2806-7>
- <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.16.20175943v1.full>
- Louise C. Burgess and Thomas W. Wainwright: What Is the Evidence for Early Mobilisation in Elective Spine Surgery? A Narrative Review. Healthcare. Published 18 July 2019.
- Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced Recovery After Surgery: A Review. *JAMA Surg*, 2017 Mar 1; 152(3): 292–298.
- Dietz N, Sharma M, Adams S, Alhourani A, Ugiliweneza B, Wang D, Nuño M, Drazin D, Boakye M. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for Spine Surgery: A Systematic Review. *World Neurosurg*, 2019 Oct; 130: 415–426. doi: 10.1016/j.wneu.2019.06.181. Epub 2019 Jul 2. PMID: 31276851.
- Gilmore SJ, Hahne AJ, Davidson M, et al. Predictors of substantial improvement in physical function six months after lumbar surgery: is early post-operative walking important? A prospective cohort study. *BMC Musculoskelet Disord*, 2019; 20: 418. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2806-7>
- Licina A, Silvers A, Laughlin H, Russell J, Wan C. Pathway for Enhanced Recovery after Spinal Surgery – A Systematic Review of Evidence for use of Individual Components. medRxiv 2020.08.16.20175943; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.08.16.20175943>
- Now published in BMC Anesthesiology doi: 10.1186/s12871-021-01281-1



Tab. 1 – Sepsáno cca r. 2002

DOPORUČENÍ	STŘEŠOVICE	HOMOLKA	MOTOL	VINOHRADY	USA
<i>Vertikalizace pacienta</i>	1. den po operaci / dle stavu pacienta	1. den po operaci	2. den po operaci / dle stavu pacienta	1. den po operaci	tentýž den po operaci / dle stavu pacienta
<i>Sed</i>	14. den / dle stavu pacienta	21. den / dle stavu pacienta	1. týden po operaci / dle stavu pacienta	5. den po operaci / 21. den	tentýž den po operaci / dle stavu pacienta
<i>Chůze po schodech</i>	kdykoliv / dle stavu pacienta	cca od 3. dne po operaci	2.-4. den / dle stavu pacienta	cca po 5 dnech	kdykoliv / dle stavu pacienta
<i>Jízda v autě vsedě</i>	21. den po operaci / dle stavu pacienta	3. měsíc	dle stavu pacienta	po 21. dni	1. týden po operaci / dle stavu pacienta
<i>Návrat do práce</i>	za 2 měsíce / dle stavu pacienta	2. měsíc	2. měsíc / 3. měsíc	po 3 měsících	dle stavu pacienta
<i>Pohyb páteře do flexe</i>	21. den po operaci	po 30. dni	21. den po operaci dle stavu pacienta	cca od 5. dne	21. den po operaci
<i>Pohyb páteře všemi směry</i>	ANO šetrný režim	ANO (4.-5. týden)	ANO dle stavu pacienta	ANO (cca od 5. dne)	ANO

SIG zájmová skupina

Termíny zájmové skupiny McKenzie
pro rok 2022

Česká republika, Praha

Datum	Téma	Místo konání / Kontakt
4.10. '22 / 14.00	Volné téma	ZOOM online nebo ÚVN Praha 6, Střešovice
1. 11. '22 / 14.00	Volné téma	ÚVN Praha 6, Střešovice
7. 12. '22 / 16.00	Volné téma	Certifikovaná McKenzie klinika Kladno

V případě povoleného setkávání opět dodržujte nutné objednávky:

Mgr. Soňa Marečková, Cert. MDT

Telefon: 721 703 232, e-mail: sona.mareckova@email.cz.

Pokud videoZOOM akce – sledujte www.mckenzie.cz a čtěte e-maily 😊.

SIG Česká republika, Brno

McKenzie zájmová skupina v Brně, organizuje **Mgr. Denisa Buriánková, Cert. MDT**. Aktuální termíny setkání najdete na našem webu, pro omezené možnosti prostor je počet účastníků limitován – nutná objednávka, e-mail: denisa.buriankova@email.cz, telefon: 774 090 716.

SIG Česká republika, Ostrava

Rovněž se rozbíhá SIG skupina v Ostravě, ptejte se kolegy **Mgr. Zdeněk Guřan, Cert. MDT**, +420777868424, e-mail: zdenek.guran@fno.cz.

SIG Slovenská republika, Žilina

V Žilině probíhají setkání McKenzie skupiny pod vedením **PhDr. Michaely Kotrbancové, Cert. MDT**, od roku 2010. Počet je limitován – je třeba nahlásit předem e-mailem: m.kotrbancova@gmail.com nebo telefon: +421 421903 944 371, aktuální termíny setkání najdete na našem webu. ■

Kurzy McKenzie

Termíny kurzů McKenzie metody
pro rok 2022

Česká republika, Praha

Datum	Lektor	Typ	Původní cena	Členové McK
21. 1. - 24. 1. '22	Eva / ČR	C*	16 700 Kč	10 850 Kč
10. 3. - 13. 3. '22	Mirek / ČR	B*	16 700 Kč	10 850 Kč
1. 4. - 4. 4. '22	Eva / ČR	D*	16 700 Kč	10 850 Kč
21. 4. - 24. 4. '22	Mirek / ČR	A*	16 700 Kč	10 850 Kč
6. 5. - 9. 5. '22	Eva / ČR	D*	16 700 Kč	10 850 Kč
3. 6. - 6. 6. '22	Eva / ČR	C*	16 700 Kč	10 850 Kč
8. 9. - 11. 9. '22	Mirek / ČR	B*	16 700 Kč	10 850 Kč
23./ 24. 9. '22 Kladno	Eva / Mirek / ČR	ZK	5 650 Kč	2 000 Kč
28. 9. '22 Kladno	Eva / ČR	Refreš	2 500 Kč	2 000 Kč
7. 10. - 10. 10. '22	Eva / ČR	D*	16 700 Kč	10 850 Kč
4. 11. - 5. 11. '22	Eva / ČR	E*	8 250 Kč	6 850 Kč
2. 12. - 5. 12. '22	Eva / ČR	C*	16 700 Kč	10 850 Kč

Vysvětlivky:

* Na kurz přispívá McKenzie Institute Czech Republic & Slovakia.

Slovensko, Žilina / Bratislava

Datum	Lektor	Typ	Původní cena	Členové MCK
25. 3. - 28. 3. '22 Žilina	Eva / ČR	A*	650 eur	350 eur*
24. 3. - 27. 3. '22 Bratislava	Mirek / ČR	B*	650 eur	350 eur*
13. 5. - 16. 5. '22 Bratislava	Eva / ČR	C*	660 eur	395 eur*
17. 6. - 18. 6. '22 Bratislava	Eva / ČR	E*	325 eur	195 eur*
2. 9. - 5. 9. '22 Bratislava	Eva / ČR	D*	660 eur	395 eur*
28. 10. '22 Neuvedeno	Eva / ČR	ZK	Neuvedeno	Neuvedeno

- ▷ Přihlášky zasílejte včas.
- ▷ Při opakování kurzu se účtuje 1/2 ceny.
- ▷ Podrobné informace o místě konání a programu kurzu jsou zasílány e-mailem cca měsíc před zahájením každého kurzu. Kurzu se může účastnit fyzioterapeut nebo lékař s půlroční praxí.
- ▷ Mezi každou částí kurzu je nutné dodržet minimálně čtyřměsíční odstup pro praktické vyzkoušení teorie v praxi.
- ▷ Udělení akreditace od MZ ČR (č. j.: 9150 / 2020-5 / ONP) pro vzdělávací program certifikovaného kurzu McKenzie® mechanická diagnostika a terapie hybného systému, MDT (76 kreditů za úspěšné složení zkoušky).
- ▷ Další informace ohledně McKenzie kurzů nebo McKenzie zájmové skupiny (SIG skupina) najdete na www.mckenzie.cz.
- ▷ Pokud máte možnost přispět dotací, podívejte se na: http://www.mckenzieinstitute.org/cz/cs_CZ/podporte-nas/

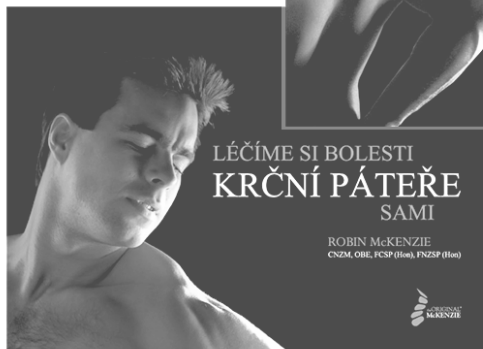
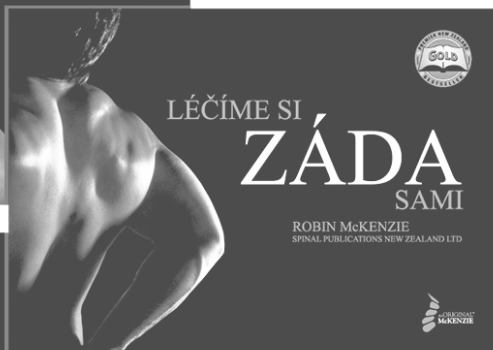


... správný pohyb léčí bolest

Léčíme se sami

- ⊕ ZÁDA
- ⊕ KRK
- ⊕ KONČETINY

Všechny publikace od R. McKenzie jsou přeloženy do českého jazyka.



www.shop-mdt.cz

Obrat'te se na nás

Kontaktní adresa

The McKenzie Institute Czech Republic
Stochovská 530
161 00 Praha 6
Tel./fax: 235 301 705
info@mckenzie.cz
www.mckenzie.cz

V případě nepřítomnosti zanechejte
zprávu na záznamníku.

Odpovědný redaktor

Ing. Marie Černá, CSc.
Romana Wolfová, DiS., Cert. MDT
MUDr. Jana Letáková, Cert. MDT
Mgr. Štěpánka Pospíšilová, Cert. MDT
Layout: MgA. Ondřej Jiráska
DTP: MgA. Eva Nováková

Za obsah jednotlivých příspěvků
odpovídají jejich autoři.

Články neprošly odbornou recenzí.
ISSN 1802-274X
číslo časopisu je 37