

Obsah

- 2 Úvod**
Romana Wolfová, DiS., Cert. MDT
- 4 Výzva ke změně aneb jak to vidí běžný fyzioterapeut**
Kateřina Rajchlová, Cert. MDT
- 14 Komentáře k odmítavým postojům vydání článku**
„Výzva ke změně aneb jak to vidí běžný fyzioterapeut“
- 17 Má smysl tvrdit, že je zvýšené svalové napětí zdrojem bolesti pohybového aparátu?**
Přeložila: Mgr. Petra Seidlová, Cert. MDT
- 24 Pokřivení a vzpřímení ve škole**
Mgr. Eva Hlušíčková, Cert. MDT
- 26 Shrnutí příspěvku „MDT u sportovců“ na sjezdu a konferenci UNIFY ČR z 10. 9. 2022**
Mgr. Ondřej Houška, Cert. MDT
- 28 Velice subjektivní zpráva o průběhu sponzorované stáže na klinice PULZ im Rieselfeld**
Mgr. Ondřej Houška, Cert. MDT
- 32 Využití mechanické diagnostiky a terapie (MDT) u pacientů se symptomy dolních cest močových (LUTS): případová studie**
Přeložila: Mgr. Petra Seidlová, Cert. MDT
- 48 SIG zájmová skupina 2023**
- 49 Kurzy McKenzie 2023**

Úvod

Milé kolegyně a kolegové,

i když nastává doba adventu a naším přáním je trochu se zklidnit, okolní svět nás nenechá.

Množství informací v našem světě je obrovské a je velmi důležité se v nich orientovat, abychom rozlišili správné informace od těch zavádějících, až nepravdivých. Pravda je jenom jedna a nedá se ohýbat.

Najít řád v chaosu, který se podle mě stále více rozpíná napříč všemi možnými obory, je velmi těžké. Proč hledáme řád? Pro stabilitu. Pevný rámec, jasné hranice, které nám vytvářejí jistotu bytí. Když bude pevný jedinec, bude pevná celá společnost.

V prvním článku si přečtete to, co už všichni z nás většinou víme. Proč se to stále děje?

Vzdělání v České republice prochází krizí. Od svých přátel učitelů vím, že rodič ví nejlépe, co má učitel učit a co jeho dítě nepotřebuje vědět. K nám do zařízení chodí studenti fyzioterapie 1.–4. ročníku na cca 3 hodiny výuky (i to je na ně někdy moc dlouhé) 4× do roka. A co říkají kolegyně? Většina je velmi znuděná, část zase ví vše, občas se najde zvědavý jedinec, ale většina ho umlčí?!? Proč? Kde je chyba?...

Pokaždé, když jdu na nějaký kurz, refreš nebo jenom přednášku, mám pocit, že stále nic neumím. V okamžiku, kdy si začínám být jistější v „kramflecích“, přijde studená sprcha v podobě neúspěchu.

Najděme v sobě *Pokoru* a odhodlání *Učit* se nové věci. Pokora není slabost, touha učit se neznamená být šprtem, ale je projevem moudrosti.

Požehnané vánoční svátky a mírný nový rok 2023

Vám přeje za redakční tým

Romana Wolfová, DiS., Cert. MDT





Krásné Vánoce

Výzva ke změně aneb jak to vidí běžný fyzioterapeut

Autorka: Kateřina Rajchlová, Cert. MDT

Jmenuji se Kateřina Rajchlová, od roku 1996 pracuji jako fyzioterapeutka, a jsouc bezdětná, pracovně se vyžívám téměř bez přestání. Chtěla bych se podělit o zkušenosti ze své praxe. Nejsem žádný vědátor, jen „dělnice fyzioterapie“ a svou práci mám ráda, ale po letech u lehátka nechápu určité zkonstatované postupy ve výuce i provozu fyzioterapie.

Na úvod uvádím mé vzdělání (větší kurzy), aby bylo zřejmé, z čeho jsem čerpala odborné znalosti a zkušenosti:

Odborné kurzy v oboru fyzioterapie

- MDT část E – periferní klouby (Georg Supp), 2020
- MDT postupy u radikulárního syndromu (Hans van Helvoirt), 2018
- Mezinárodní akreditovaná zkouška MDT, 2016
- MDT – McKenzie A–D, 2013–2014
- DNS – Dynamická neuromuskulární stabilizace A–D, Certifikát MZ ČR, 2013–2014
- SM-systém (MUDr. Smíšek), 2012
- BPP – Bazální podprogramy (J. Čápková), 2009–2011
- Měkké a mobilizační techniky, 2007–2008 (p. Rašplíčková)
- Míčkové facilitační a mobilizační techniky 1997 (p. Jebavá)

Vzdělání

- Diplom v oboru Aplikovaná fyzioterapie, 2011
- Specializační studium Aplikovaná fyzioterapie, 2009–2010
- SZŠ Hradec Králové, obor fyzioterapeut, 1993–1996
- Gymnázium, 1989–1993

Začnu vzděláním v oboru: absolvovala jsem tehdy ještě nástavbovým studiem na tři roky. Myslím, že i tato nástavbová výuka měla vysokou úroveň, do výuky byli z velké části zapojeni profesoři, lékaři a „rehabky“ z LF Univerzity

Už je to tu, přichází prof. PaedDr. Pavel Kolář, Ph.D., a začíná vytoužené DNS (všichni mi v práci závidí). Máme od něj slíbeno, jak všechno ode dveří poznáme, až nás to naučí.

....Hlavně to dýchání! To je hrůza, kam ten svět spěje, že už ani dýchat neumíme!

Karlovy a FN HK. Už na škole jsem si ale říkala, k čemu mně, jako „rehabce“, bude užitečná znalost např. posmrtných skvrn z patologie. Možná abych poznala, až to přeženu se cvičením! Kulila jsem oči při epidemiologii, kolik je těch neviditelných zákeřných breberek, a těšila se, jak pak s nimi jako terapeut zacvičím. Proč bych se to jinak učila? Určitě je napínavé, jak se v imunologii honí monocyty s fagocyty za choroboplodnými zárodky, ale dodnes mně stačí poznat klinické projevy zánětu pohybového aparátu aj., abych věděla, že teď na to nemám sahat, ani s tím cvičit a že mám člověka se zánětem poslat k lékaři – to uvádím k zamyšlení o vhodné náplni výuky. Možná by se dal čas fyzioterapeuta při studiu lépe využít a nezahlcovat ho úplně nepotřebnými informacemi pro toto řemeslo.

Upřímně, po škole jsem byla několik let nejistá, jestli to, co dělám, je správně, měla jsem málo zkušeností. V té době jsem pracovala na periférii republiky a musela si poradit s každým, kdo přišel, ať už ho bolí šlacha, záda, zlomená noha, nebo jsou to děti, lidé s CMP, pacienti na ARO atd. Dělám, co umím, ale je to zkouška nervů. Moje rozpolcení souvisí s téměř neexistující hierarchií fyzioterapeutů podle zkušeností a zaměření na určitou problematiku. Přímá specializace je nutná pouze u rehabilitace miminek Vojtovou metodou aj. a sterility žen dle Mojžíšové.

Začínající fyzioterapeut by rozhodně neměl vést rehabilitaci komplikovaných stavů, to je, jako kdyby absolvent medicíny mohl hned samostatně operovat! Bez jasné specifikace fyzioterapeuta na určitou problematiku to pak může vypadat, jako kdybyste s okem šli k ortopedovi. Co se asi dozvíte a s jakou informací odcházíte léčit oko?!

Je nutné, aby se vytvořila hierarchie terapeutů dle zkušeností a zaměření. Pacient by pak lépe věděl, na koho se má obrátit. A nezkušený fyzioterapeut by nemusel předstírat, že všemu rozumí a opravdu si umí se vším poradit.

My fyzioterapeuti získáváme ve škole základní znalosti a dovednosti. Další rozvoj vzdělání můžeme podstoupit v různých kurzech. Těšíme se, až uvidíme tahouny české fyzioterapie aspoň na konferenci. Rádi chodíme na jejich kurzy, kde nám prozradí a ukážou svá tajemství slavní v našem oboru, abychom konečně i my nastoupili cestu úspěšného fyzioterapeuta. Po revoluci v roce 1989 se vyrojilo velké množství seminářů a kurzů, ale bohužel často bez ladu a skladu. Vybíráme si víceméně podle vkusu každého z nás. Velkou roli hraje aktuální popularita určité metody. A přitom by nám nejvíce při výběru kurzu pomohl přehled metod

s objektivním hodnocením dle výzkumů a výsledků z praxe. To by ulehčilo naše rozhodování při hledání specializace.

A jaká je má zkušenost s kurzy? Každý kurz, kterého jsem se zúčastnila, mně samozřejmě zlepšil manuální zručnost a rozšířil obzory ze školy. Bohužel, stále to ale neklapalo tak, jak nás na kurzech učili a jaké slibovali výsledky! Používám naučená vyšetření: jsou zaměřena na aspekci a popis všech odchylek na těle od normálu, poté palpaci tonusu svalů apod. a palpační zjištění blokády kloubů. Při terapiích míčkuji, mobilizuji a měkkým tkáně od hlavy až k patě jako o život. S lany od Smíška bychom mohli s pacienty vystupovat v cirkuse, co všechno s nimi pod mým vedením dokážou. Kurz mobilizací a měkkých technik jsem dělala dokonce dvakrát, jednou kompletně na škole a pak znovu na kurzu, kvůli certifikátu. „Co dělám špatně?“ říkala jsem si. Jsem asi opravdu neschopná, když na kurzech říkali, že to pomůže skoro na všechno, a mně to u těch lidí nejde tak hladce, jak učili. Úspěchy samozřejmě jsou, ale nahodilé, tzn., že nerozumím tomu, proč jednomu technika pomohla a u stejného problému druhému nepomohla?! Pomoc!

Jsou kurzy, o kterých každý český fyzioterapeut sní, jako např. DNS u prof. PaedDr. Pavla Koláře, Ph.D., našeho známého popularizátora rehabilitace, který novátorsky mění letité postupy. Založil metodu DNS – dynamická neuromuskulární stabilizace – se zaměřením na HSS, opravu vadných stereotypů pohybu a dechu na základě znalosti optimálních pohybových vzorů vysledovaných v pohybové ontogenezi člověka. Navazuje na MUDr. K. Lewita a MUDr. V. Vojtu. Po tomto kurzu mi už bude určitě vše jasné a pomůžu každému, kdo přijde ke mně na rehabilitaci a já budu přesně vědět, co mám dělat.

V kurzu DNS není místo, čekací doba minimálně dva roky, a tak se přihlásím na MDT Robina McKenzieho. No, nevádí, aspoň něco nového. Stal se ale zázrak – dostala jsem se jako náhradník na DNS a přemýšlím, co teď zvolit? V práci mě uvolnili, a tak jsem riskla dělat oba kurzy paralelně a řekla jsem si, že když toho bude moc, tak MDT zruším. MDT mám stejně jen tak na doplnění, protože MUDr. Smíšek na SM systému na můj přímý dotaz řekl, že „McKenzie je k ničemu, úplná hloupost!“. Proč by to říkal, kdyby to nebyla pravda...?

Už je to tu, přichází prof. PaedDr. Pavel Kolář, Ph.D., a začíná vytožené DNS (všichni mi v práci závidí). Máme od něj slíbeno, jak všechno ode

dveří poznáme, až nás to naučí. Hustíme do sebe pohybovou ontogenezi člověka a převádíme cviky na dospěláky. No, hned si říkám, to bude pěkná dřina, než to lidem vysvětlím a naučím je to, ... ale to zvládnou, protože pak jim bude dobře! Hlavně to dýchání! To je hrůza, kam ten svět spěje, že už ani dýchat neumíme!

Po první části kurzu se vracím do práce a hned začnu lidi přeučovat dýchání a pěkně je přesvědčuji, že všechny bolesti, co mají, jsou od toho, že špatně dýchají, a musí oprášit pár ontogenetických pozic hlava nehlava, protože to jim pomůže! Poučuji je stále víc a víc o jejich chybách na pohybovém aparátu, aby viděli, co všechno umím a znám. To, že jsou z těch informací potom smutní a zadumaní, mě až tak nezajímá?! Prostě mají problém a jediná možnost je přecvičit komplet vše?! Často mají bolesti stále dál, odpověď – musíte dál a víc cvičit, to chce čas! Kolik? To mi na kurzu nikdo neřekl... Výsledky vyšetření ontogenetických pozic si zapisuji do své tabulky, kterou jsem si sama vytvořila...!

S odstupem měsíce a s téměř žádným očekáváním přicházím na MDT. Říkám si, tak si to tedy vyslechnu, teď už mě stejně nemůže nic překvapit, už jsem na DNS, ... vidím, že aspoň občerstvení je lepší než na DNS, tak to tu asi vydržím 😊.

Eva Nováková, Dip. MDT, která vede výuku, působí skromně bez velkých gest, přivedla metodu ze zahraničí do českých vod. Metodu vystudovala v USA a na Novém Zélandu a má i lektorské zkoušky – na hierarchii vyučujících je kladen důraz, aby byla zajištěna stejná kvalita výuky ve světě. Postup vymyslel, praxi potvrdil a studii prověřil Robin McKenzie z Nového Zélandu, je to zcela nová metoda založená v 60. letech 20. století. Název metody MDT = mechanická diagnostika a terapie napovídá, na čem je založena, tzn. anamnéza, mechanické vyšetření a následná mechanická terapie.

Musíme se nejdříve seznámit s novou „novozélandskou“ terminologií, naučit se vyplňovat a orientovat se ve vyšetřovacím spise od p. McKenzieho. Dozvídáme se souvislosti anatomických a klinických poznatků a dostává se nám téměř rebelantského ujištění o výrazných možnostech konzervativní léčby u bolestí páteře, výhřezů plotének, ale i u periferních kloubů a svalů postupně na jednotlivých částech kurzu. Terapie se řídí dle klinických příznaků na základě vyšetření, které R. McKenzie přesně popsal. Eva Nováková zase jako ostatní říká, že nás to také naučí. Co nás asi může naučit víc než profesor?

Čeká na nás velké překvapení, na kurz jsou zváni i skuteční pacienti, abychom viděli kompletní vyšetření, způsob komunikace i postup léčby dle MDT! Tak to jsem kromě BPP J. Čáповé na žádném kurzu nezažila, že bychom viděli opravdového pacienta. U přítomného pacienta proběhne odebrání anamnézy, mechanické vyšetření a paní Nováková začíná terapii! Vždyť jsme si ho ani pořádně neosahali, abychom zjistili, kde má ty trigger pointy a blokády, a hezky nahlas si před ním popsali, co všechno má na těle špatně?! Po následné terapii nikdo ze zúčastněných kurzistů nechápe, jak ho paní Nováková „začarovala“, že se tak rychle a jednoduše zlepšil. Použila nějaké tiché zaklínadlo? Musím příště lépe poslouchat, abych to zaklínadlo slyšela!

Stejně jako po DNS i tentokrát zkouším metodu dle návodu z kurzu v práci. Mám obavy, jak budou lidé reagovat. Místo aspekčně-palpačního vyšetření a okamžité terapeutické akce nejprve odpovídají na otázky dle vyšetřovacího spisu. Kupodivu, až na výjimky, jsou spokojení. Diví se, jak se podrobně vyptávám, a ještě více se diví, když chci znát jejich názor. Ke konci terapie se diví nejvíc, protože jim dávám jednoduché rady, cviky i pozice. Vše tak, aby postup vedl k úlevě od potíží hned! Není úleva? Nevadí! Díky MDT poznávám víc a víc, jak dál! Jednoduše strukturovaný vyšetřovací spis mi naprosto usnadňuje práci s pacientem a nemusím lovit v hlavě, co jsme to minule vyzkoumali a dělali.

Na každé části kurzu MDT bylo několik pacientů a my jsme přímo viděli, jak se reálně vyšetřuje, komunikuje, tzn. nestigmatizuje **informacemi** a postupuje při léčbě! Pacienti docházeli i na kontrolu, abychom viděli vývoj stavu, dodržování režimových opatření a cviků. A případně se postup upravil.

Na DNS jsme se také dožadovali vidět pacienta, a po naší výzvě jsme se dočkali:

- jednoho kontrolního bleskového vyšetření miminka s těžším neurologickým postižením, které nemělo náladu (připomínám na kurzu pro dospělé pacienty);
- terapie dospělého, již v průběhu rehabilitací, bez předchozí i následné návaznosti.

A to bylo za celé čtyři části po dva roky všechno. To musí stačit, ne?! Ať si pak frekventant kurzu poradí, žádnou kuchařku nečekejte, musíte být kreativní. Chci poznamenat, že ode dveří jsme se diagnostikovat nenaučili, jak bylo slíbeno na začátku kurzu.

Pro další srovnání, na SM systému MUDr. R. Smiška to je smršť informací i cviků. Skutečného pacienta jsme nepotkali... a jedeme, jedeme, rychle cvičíme, nezdržujeme se vyptáváním na aktuální symptomy při cvičení. Prostě, tak je to správné a tak to má být. Případně se to tu a tam manuálně uvolní. Plotýnka se údajně raz dva zahojí, a další prosím.

Podle toho to pak ale také vypadá i v praxi. Trocha zmatku navíc nikdy neuškodí?! Nevadí, lidí je dost a ztráty jsou povoleny...?

Vadí to i vám, že ve skutečnosti spolehlivost metod drhne? Měli bychom o výsledcích své práce více přemýšlet! Naučit se nebát dávat zpětnou vazbu z naší praxe! Budme připraveni k tvůrčí diskusi! Jinak se nic nezmění!

Postupně si mě díky způsobu výuky, smysluplnosti a efektivnosti celé metody získalo MDT. Chvilí jsem ještě váhala! Důvod? Školitelé na kurzu DNS na klinice říkali, že pokud máte pacienta s radikulárním drážděním DK a nepomůže mu pozice 3. měsíce ontogeneze v supinaci trupu (vleže na zádech), tak zřejmě skončí na operaci plotýnek. Myslím, že lehce běžný terapeut v zácvičku znejistí!?

Škoda, že neřeknou, jako Eva Nováková, „...když vám tato metoda nezabírá, zkuste jinou, dělejte, co umíte, ale musíte mít efekt a také vědět, kdy nastane!“ Dozvěděli jsme se spoustu dalších užitečných rad, které mi předtím nikdo neprozradil!?

Pomalu se po mnoha letech praxe a předchozích kurzech i atestaci začínám orientovat v terapii radikulárních příznaků. Je to skoro zázrak, záhada bolestí zad a kořenových dráždění mizí jedna za druhou! Dle klinických příznaků a reakcí na terapii se učím jasně poznat, co se dá zvládnout konzervativně a kdy je potřeba přizvat lékaře (infuze, PRT, operace). Po MDT kurzu jsem od základu změnila komunikaci s pacientem. Už mu „nepředvádím“, co všechno vidím na jeho nebohém těle za chyby. Zaměřuji jeho pozornost na změny, které se dějí pomocí cviků a režimových opatření v rámci ADL. Snažím se, aby pacient pochopil, v čem je opravdu zakopaný pes, a naučil se poznat logické souvislosti s bolestmi v běžných

činnostech i v časových souvislostech. Učím se vést pacienta tak, aby si co nejvíce pomohl sám. Často mají moji pacienti vážné potíže a bez MDT bych si nevěděla rady. Nyní se většinou vyléčí pomocí doporučeného postupu na základě vývoje klinických příznaků. Pokud ovládáte MDT, tak lze znát **skutečně** vhodný postup terapie, který tu máme připravený již několik desítek let!

Nález na MRI, RTG, CT si nechávám v záloze. Pacienti by měli věnovat pozornost svým pocitům, tzn. klinickým příznakům. Díky tomu je nestavím do role „rentgenolog- amatér“. Je lepší, když jejich mysl a naděje nejsou zamířeny nálezem na zobrazovacích vyšetřeních.

Najednou nevadí, že přijde na terapii starý člověk, který nedokáže tripod a medvěda z DNS, ani do lan se nemusí zamotat. Někdy se i ti chroničtí pacienti lepší a někteří pacienti, označení již jako psychosomatičtí, se po MDT zbaví dlouhodobé bolesti. Jak to, že byli zařazeni do psychosomatické skupiny pacientů, když jim pomohl správný postup rehabilitace? Psychosomatickým pacientům by se mělo také dostat správné péče,... ale to jiná kapitola.

Mám pocit, že i všechny ostatní znalosti a postupy se konečně více utřídily. Ono popsat příznaky je jedna věc, ale něco s tím smysluplně umět udělat ku prospěchu návštěvníka rehabilitace je věc druhá. Konečně to všechno dává smysl a kupodivu i pacienti často říkají, proč už jim to někdo neřekl dříve!

Upřímně, můj rodný bratr s osobní aplikací MDT tak spokojený není, podle něj je tato metoda velmi pochybná. Říká totiž: „Dříve, když mě něco bolelo, tak jsi mě pěkně masírovala a napravovala. No a teď mně řekneš jeden dva cviky, mně se uleví mnohem dříve a jsem bez péče. Proč jsi na to chodila 😞?!“ 😊

K tomu chci ještě dodat, že je velmi důležité, abychom nevytvářeli představu, že jen naše ruce mohou pomoci, hlavně z psychologického hlediska. Často vzniká zbytečná závislost na terapii. A to ve chvíli, kdy stačí poradit úpravu pohybového režimu ADL a úlevové cviky. Naše ruce mají přijít na řadu, jen když je to nezbytné – v MDT je toto považováno za základ správné terapie. Z mého pohledu je tento přístup také prevencí našeho vyhoření z nadměrného, zbytečného a mnohdy neúčinného opečovávání pacientů.

Chcete vědět to zaklínadlo, které Eva Nováková, Dip. MDT, používá? Tak pozor, já vám to tedy řeknu. Kouzlo je na světě už přes 50 let, autorem je R. McKenzie a zní takto: postupuje se podle mezinárodně jednotného vyšetřovacího spisu na různé části těla.

1. pečlivě poskládané odebrání strukturované anamnézy
2. včasné vyloučení red flags
3. potvrzení mechanické diagnózy aj. dle mechanického vyšetření
4. podle diagnózy je dána mechanická léčba s nepřeborným množstvím postupů a progresí dle klinických příznaků, které Robin McKenzie sebekriticky prověřil.

R. McKenzie založil mezinárodní organizaci MII a vše se stále vyvíjí a prověřuje, abychom byli více přesní ve vyšetřování a co nejvíce efektivní v postupu terapie. Někdy se vhodný postup volí i na základě jiných studií a metod, na které jsme odkazováni k samostudiu.

Upozornění pro všechny, kteří slyšeli, že McKenzie, tzn. MDT, jsou jen zákłony! Bez kurzu nelze metodu správně používat ani omylem! A ani pak se nesmí usnout na vavřínech, aby terapeut postupoval správně a vedl pacienta k úzdavě, ať se jedná o páteř, klouby, či svaly! Škoda, že od nezasvěcených odborníků často slyšíme, jak mohou tyto primitivní zákłony pomáhat, a bez uzardění říkají – ani to nezkoušejte. Zřejmě to nebude tak jednoduché, jak nás neznalí MDT přesvědčují, nemyslíte?

Doporučení pro odbornou skupinu, která „zkušeně“ bez kurzu, natož zkoušky z MDT, šíří informace, že se jedná jen o zákłony: přijďte prosím nejdříve na kurz, než začnete svým názorem ovlivňovat fyzioterapeuty a pacienty. Proč jen neřeknete: já tu metodu neznám podrobně, a tak se k ní nemohu vyjádřit?! Každý, kdo zachová nestrannost k posuzování efektivnosti metod a nenechá se unést trendem, musí uznat, že MDT je jedna z nejpropracovanějších metod, která v rehabilitaci existuje. Tak ji prosím nepomlouvejte! To je přinejmenším zbabělost, neumět uznat, že i jiná metoda může lidem opravdu pomoci, a to jak terapeutům, tak hlavně pacientům!

To, jestli metodu dobře ovládáte, se u větších kurzů prověřuje zkouškou. Zažila jsem jich několik a hádejte, která se mi zdála nejpoctivější? Opět překvapivě MDT. Ta celodenní zkouška teoretických i praktických znalostí se dá jen těžko srovnat s jinými 10minutovými prověrkami z praxe a testy z teorie na 30–60 minut, včetně DNS. Zkouška je k tomu, aby bylo aspoň

trochu zaručeno, že metodu použijete správně a budete lidem dobře radit – mělo by nám na tom záležet!

Zkrátka, v praxi mě nikdy nezklamal vyučovaný postup MDT. Výrazně se zlepšila úspěšnost léčby, a tím můj výkon i chuť do práce o 100 %. Je to i díky následné neutuchající podpoře propagátorky Evy Novákové, Dip. MDT, – je vždy na příjmu, když kdokoli z nás potřebuje poradit či osobně pomoci!

Eva Nováková, Dip. MDT, již několik let na kurzech i konferencích nebojácně upozorňuje, že výsledky věrohodných studií nepotvrzují tak velký význam funkce HSS pro bolesti páteře, jak se myslelo. Tím pádem nemusí být efektivní vést terapie pouze tímto směrem, byť různými metodami. Neznamená to, že neuznává tyto systémy, jejich poznatky a prospěch při určitých potížích pohybového aparátu. Jen chce upozornit, že by to mohla být slepá ulička rehabilitace, vést terapii vždy a pouze přes HSS a stereotyp dechu!

Chci ubezpečit čtenáře, že nechci přilévat oleje do ohně mezi stabilizačními postupy fyzioterapie a MDT, ani nechápu, jak mohl tento oheň vzplát. Všem zdravotníkům, obzvlášť lékařům pod přísahou, jde o to, postupovat co nejlépe a podle nejnovějších vědeckých postupů, dnes EBM. V EBM je MDT velmi poctivé a nejvíce samo k sobě.

Myslím, že je škoda, že plane řevnivost mezi propagátory různých metod, místo toho, aby nám pěšákům byly předkládaly smysluplné informace, které jsou použitelné v praxi. My jdeme na kurz s bezelstnou důvěrou k „machrům“ v oboru, abychom poté byli aspoň trochu tak dobří jako učitel. Plně důvěřujeme informacím, které jsou nám předkládány, a hned za tepla je zkoušíme na lidech. Uvádět vědomě na kurzech nepravdivé a výrazně zavádějící informace, které pak někdy nevratně ovlivní postoj terapeuta a tím péči o pacienty, je minimálně neprofesionální, až protiprávní. Dnes vím, že způsob výuky kurzů je bohužel často podřízen i komerčním zájmům školitele, tzn. snaha prosazovat pouze svoji metodu ze zjištěných důvodů. Nemyslím si, že nevědí, co dělají, když dosáhli i různých kombinací titulů a znají cizí řeči.

Samozřejmě, že je nejlepší, když fyzioterapeut má znalosti z více kurzů a má z čeho vybírat dle potřeb pacienta! DNS i SM systém mají ve fyzioterapii své místo a používám je. Ale jejich protagonisté by měli lépe definovat, kdy a u koho bude metoda potřebná a efektivní. Měli by

přestat s přeceňováním své metody, s předkládáním zavádějících postupů a pomluvami jiných metod, především MDT. Příliš spoléhají na svůj věhlas a důvěru okolí. Vědomě či nevědomě tím také dělají spoustu škody, a to jak na terapeutech, tak na pacientech.

Nyní pracuji v rehabilitačním ústavu a přebírám pacienta po jiných terapiích z různých pracovišť. Často se mi stává, že na jednoduchou otázku „Co vás bolí?“ odpoví: „Sestři, já špatně dýchám, to už mně říkali!“ To mi přijde už úplně bláznivé, abychom lidi „zblbli“ tak, že neumí hned říct, co je bolí, a byli poškozeni informací, že špatně dýchají, a tím uvedeni v omyl, že to je ta hlavní příčina jejich bolestí. Naštěstí mě potkalo MDT, takže nechám všechny v klidu dýchat při správném držení těla a říkám jim – hlavně prosím dýchejte a nepřestávejte 😊! Bohužel, jak správně sedět apod. zná ale z předchozích rehabilitací málokdo! Není to škoda?

Český rehabilitační národe, probud' se ze zimního spánku, abychom stále neprohlubovali hibernaci cvičením stabilizačních systémů.

Vyzývám vás, školitele různých rehabilitačních metod a všechny, kteří ovlivňujete chod fyzioterapie v Česku: prosím, seberte odvahu, sejděte se u jednoho stolu a na základě věrohodných studií a bohatých zkušeností z praxe dejte své moudré hlavy dohromady v nestranné diskusi. Sestavte více smysluplné a nezaujaté postupy výuky již ve škole. Náplň kurzů by měla být založena na seriózní EBM. Nenechte nás, běžné terapeuty, se tím vším prokousat, jak krupičnou kaší v Hrnečku vař, abychom kvůli špatným informacím nedělali víc škody než užitku!

Spolupracovat je mnohem prospěšnější pro všechny 😊. ■

Komentáře k odmítavým postojům vydání článku

„Výzva ke změně aneb jak to vidí běžný fyzioterapeut“

Co předcházelo tomu, že tento článek skončil právě zde, v tomto časopise. Jak Eva prohlásila, je to trochu „nošení dříví do lesa“.

Reakce UNIFY na zveřejnění článku v Bulletinu:

*Vážená paní Rajchlová,
děkujeme za zaslání Vašeho příspěvku. Článek však formou, obsahem ani rozsahem nevyhovuje možnostem tisku v Bulletinu UNIFY ČR.
Zkuste se domluvit s paní Novákovou, zda by bylo možné najít odpovídající médium na zveřejnění v rámci KZS McKenzie.
Děkujeme za pochopení.
S pozdravem,
Pavla Košinová | sekretariát UNIFY ČR*

Následoval pokus zjistit, zda Umění fyzioterapie má snahu se tím zabývat. Jejich odpověď:

*Dobrý den přeji, paní Rajchlová,

děkujeme za Váš diskuzní příspěvek, bohužel jej nebudeme moci zveřejnit. Časopis Umění fyzioterapie je vždy zaměřen na jedno téma, kterému se v každém čísle věnujeme, a Váš příspěvek nelze zařadit k žádnému dosud zveřejněnému tématu. Věříme, že pro Váš příspěvek najdete uplatnění.
Děkujeme za pochopení.
S pozdravem a přáním všeho dobrého
Bc. Milena Kožušková – redakce časopisu UmFyz*

A další snahou bylo oslovení nejmladší generace přes portál Svět fyzioterapie. Jejich odpověď:

Dobrý den,

děkujeme za zaslání a sdílení těchto informací. Věřím, že hledání fyzio cesty muselo být velmi náročné a stresující. Váš text jsem přečetl celý a v mnohém se v něm shlédnul.

Snažíme se podcasty, články a příspěvky na sociálních sítích předávat tak aktuální informace odborné veřejnosti.

Na změnu ve vzdělávacím systému jsme ale špatná instituce, to musí jít jinudy, byť se snažíme dostat do kontaktu s VŠ v Česku.

Příspěvek jsme se však rozhodli nenasdílet, právě protože sdílíme převážně informace z odborných textů. V textu je vyzdvihována jedna metoda nad ostatní, což je v pořádku, pokud se Vám s ní dobře pracuje, nicméně podobnou zkušenost může mít někdo jiný s jinou metodou, nebo přístupem. Tím pádem nechceme podávat informaci, která by mohla působit tak, že je nějaká metoda lepší, než jiná, když se jedná o názor jednotlivce a ne nějakou větší srovnávací studii.

Prosím, neberte to nijak zle. Ještě jednou moc děkuji za text a přeji krásné dny.

S pozdravem,

Tomáš Nedoma

Reakce Kateřiny:

Dobrý den,

děkuji za vřelou odpověď.

Smyslem mého článku není vyzdvihovat 1 metodu, a už vůbec nechci upozorňovat, že jsem to měla těžké – to má každý 😊. Chtěla jsem ze zkušeností poukázat na to, abychom se společně zamysleli nad způsobem výuky našeho oboru a praktikování fyzioterapie. Podobný, ne-li totožný názor má mnoho terapeutů, ale nikdo nechce slyšet názory „ze zdola“, a vzdychat si doma je k ničemu. Jde mi o to, aby se zlepšily postupy, protože pak můžeme být mnohem efektivnější. Já bych také nechtěla být v roli pacienta, aby mi někdo zatajoval, nebo neznal další možnosti léčby. Tak co je lepší papouškovat neefektivní postupy, nebo říct nezlobte se, ale to nefunguje, tak jak učíte?

Já jsem vůbec nečekala, jak mi MDT otevře oči – já to čekala od DNS, ale to

se nestalo a navíc ta spousta zavádějících informací a stigmatizování myslí pacientů zbytečnými poznatky a to se děje i v jiných metodách. Vzhledem k absolvování obou kurzů a dalších si myslím, že to mohu posoudit.

Validních srovnávacích studií o efektivnosti metod je dostatek! A také to není nic platné v tom, aby se podle výsledků studií vhodně metody používaly. Proto jsem také napsala prozaické slohové cvičení, aby se řeklo i jiným způsobem, že tu už od 60 l. 20st, máme připravený logický systém léčby, kdy a co používat a dělá se, že to neexistuje.

Od pí. E. Novákové vím, že se mnohokrát snažila o otevřenou diskuzi v úzkém odborném kruhu o tom, jak nastavit nejlepší postupy, ale ani se nesnažili přijít. Od r. 2000 bojuje o zlepšení a stále bez velkého efektu a to na základě neochoty ostatních připustit jiný postup. Nejsem její prodloužená ruka, jsou to čistě moje názory a zkušenosti z praxe.

S velkým poděkováním za Váš čas Rajchlová Kateřina. ■

Má smysl tvrdit, že je zvýšené svalové napětí zdrojem bolesti pohybového aparátu?

Why the mechanical argument for tight muscles doesn't make sense when it comes to pain?

Autor: Greg Lehman (1/2022)

Překlad: Mgr. Petra Seidlová, Cert. MDT

<http://www.greglehman.ca/blog/2021/11/12/part-2nbsp-why-the-mechanical-argument-for-tight-muscles-doesnt-make-sense-when-it-comes-to-pain>

V tradiční fyzioterapii je často považována za zdroj bolesti porucha funkce. Funkční poruchy jsou chápány jako jakékoliv odchylky od průměru. Klasickým příkladem je držení těla, které se odchyluje od neutrálního držení (např. předsun hlavy, větší anteriorní naklonění pánve, svalové oslabení nebo omezení rozsahu pohybu). Často a zcela důkazy nepodložené se za funkční poruchu, a tudíž zdroj bolesti považuje i tzv. dolní zkřížený syndrom. U tohoto vymyšleného syndromu se předpokládá, že zdrojem bolesti pacienta jsou tuhé flexory kyčlí a dolní vzpřimovače páteře a naproti tomu oslabené břišní a hýžděvé svaly. Podle této teorie pak dochází k anteriornímu naklonění pánve (více informací si o tomto tématu můžete přečíst na blogu „*Blog about Bullshit Butt Theories*“, kde se snažím vysvětlit, že teorie dolního zkříženého syndromu nedává žádný smysl).

V tomto článku bych rád popsal, proč většinou není správné považovat ztuhlé svaly a klouby za zdroj bolesti. Tématem svalové ztuhlosti se zabývám dlouho. Poprvé jsem o něm začal diskutovat v roce 1998 a ta diskuse pokračuje i v dnešní době.

Důvody, proč bychom si většinou neměli dělat starosti kvůli tuhosti svalů a kloubů

1. Držení těla nemusí vždy souviset s bolestí pohybového aparátu

Souhlasím, že toto je téma k diskusi, která by mohla trvat věčně. Nemůžeme obecně tvrdit, že například držení těla s anteriorním nakloněním pánve, prohnutou bederní páteří a předsunutou hlavou je vždy zdrojem bolesti (G. M. Damascenco et al., 2018; K. V. Richards et al., 2021; I. M. T. Correia et al., 2021; Todd Hargrove's blog). Samozřejmě, že dlouhodobé setrvávání v určité pozici může

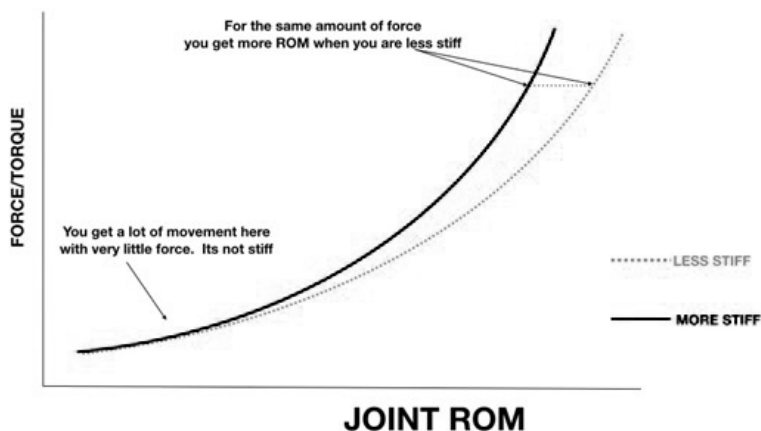
vyvolat bolest, a pokud je vaše páteř delší dobu prohnutá, je příjemné ji ohnout na druhou stranu. Stejně tak, pokud se delší dobu hrbíte u počítače, tak je příjemné se narovnat a stejně tak se zase uvolnit, pokud sedíte delší dobu vzpřímeně. Různorodost, změna, je důležitá.

Lidské tělo je robustní a odolné. Tak proč by nás mělo znepokojovat, jestli máme anteriorně naklopenou pánev, díky čemuž prý dochází k většímu zatížení bederní páteře? Obecně se díky zátěži stáváme odolnější. Proto cvičíme, běháme, a skáčíme. Zatížení páteře ve stoji nebo vsedě je velmi malé. Vzhledem k tomu, že jsme schopni tolerovat velmi vysokou zátěž, tak bychom se neměli znepokojovat myšlenkou, že naše páteř není schopna tolerovat zátěž, pokud je trochu víc prohnutá nebo pokud máme „tuhé“ flexory kyčlí. Zátěž, kterou působí flexory kyčlí na páteř, je ve srovnání se zátěží při pohybu opravdu zanedbatelná.

2. Zvýšené svalové napětí nehraje klíčovou roli při držení těla

Držení těla je pravděpodobně spíše návyk, než že by bylo dáno zvýšeným svalovým napětím nebo svalovým oslabením. Dáno je i tvarem kostí. I přesto, že se na držení těla podílejí svaly, není dáno zvýšeným svalovým napětím.

Nejprve si definujme kloubní ztuhlost. Je to odpor kloubu proti pohybu, který způsobují svaly, šlachy, kloubní pouzdro nebo jakákoliv pojivová tkáň. Je definována rozsahem pohybu v kloubu a silou vyvíjenou během pohybu. Pomocí těchto veličin zanesených do grafu získáme křivku kloubní tuhosti. Na obrázku níže jsou vyznačeny dvě křivky – červená a modrá. Červená křivka znázorňuje větší tuhost než modrá křivka. K ohnutí daného kloubu musíme vynaložit větší sílu. U většiny kloubů je na začátku pohybu velmi malé napětí. Napětí narůstá se zvětšujícím se rozsahem pohybu. Pokud by



Obr. 1

například strečinkem mělo docházet ke snižování svalového napětí, tak bychom na grafu zaznamenali vychýlení křivky více vpravo, tzn., že při vynaložení stejné síly bychom dosáhli většího rozsahu pohybu. K čemuž podle většiny výzkumů zabývajících se účinkem strečinku nedochází. Tyto výzkumy však zatím nepřinášejí jednoznačné výsledky. (Obr. 1)

Předpokládá se, že „tuhost“ svalů nebo „zvýšené svalové napětí“ mění klidové postavení kloubů. Takže například ve stoje by musely být tuhé flexory kyčelních kloubů zodpovědné za naklopení pánve anteriorně. Při dlouhodobém strečinku můžeme zvětšit rozsah pohybu v kloubu, ale často nezměníme pocit tuhosti (více si můžete přečíst na blogu v článku „What does stretching do to a joint? We really have no idea. Part I.“ a v článku „Stretching muscle: A brief summary of what it does.“). Podle výsledků celé řady studií (i zde však existují výjimky s odlišným závěrem) nedochází při strečinku k žádným změnám mechanických vlastností tkání (S. R. Freitas et al., „Can chronic stretching change the muscle-tendon mechanical properties? A review“, 2017), tudíž by nemělo dojít ani ke změně tuhosti kloubu. Pokud tedy nedojde ke změně tuhosti kloubu v klidovém postavení, nemůže dojít ke změně tahu struktur upínajících se na kloub, tudíž ani ke změně držení těla.

Zdá se tedy, že jsme schopni změnit rozsah pohybu v kloubu, aniž by dochá-

zelo ke změně tuhosti kloubu. Výše jsem uvedl, že mezi studiemi existují i výjimky. Důkazem je skvělá doktorská práce z roku 2019 od Marie Margrete Hveem Moltubakk („Effects of long-term stretching training on muscle-tendon morphology, mechanics and function“), ve které zjistili, že při 24týdenním strečinku svalů v oblasti hlezna dojde ke zvětšení dorzální flexe hlezna i k lehkému snížení tuhosti kloubu, ale při stejně dlouho trvajícím strečinku hamstringů nedojde ke snížení tuhosti kloubu, i přesto, že dojde ke zvětšení rozsahu pohybu kyčelního kloubu do flexe. Při dlouhodobém strečinku tedy dochází spíše ke změnám v oblasti nervového systému než ke strukturálním změnám tkání. Zlepšuje se pouze naše tolerance na protažení. Pohyb v kloubu se zvětšuje, ale v určité pozici se nemění síla tahu mezi kostmi a nemění se ztuhlost kloubu. I přesto, že v některých studiích je uvedeno, že ke změně tuhosti dochází, tyto změny jsou velmi malé a rozporuplné napříč studiemi. Primární příčinou změny rozsahu pohybu v kloubu je tedy nejspíš adaptace nervového systému na protažení.

Rád bych se znovu vrátil k flexorům kyčle a zopakuji, že pokud budete protahovat flexory kyčle, může dojít ke zvětšení rozsahu pohybu kloubu (v tomto případě v kyčelním kloubu), ale vaše flexory nebudou v dlouhodobém časovém horizontu méně tuhé (mohou se zdát pocitově méně tuhé pouze v řádu minut). Dlouhodobé protahování flexorů kyčlí nevede ke zmenšení anteriorního

postavení pánve a změně držení těla. To je fakt, ke kterému existuje dostatek důkazů. Protahováním hamstringů nezměníte kinematiku běhu (Autumn L. Davis Hammonds et al., „Acute lower extremity running kinematics after a hamstring stretch“, 2012), protahováním flexorů kyčlí dojde ke změně hybnosti v kloubu, ale ne ke změně kinematiky běhu (Jeffrey H. Mettler, „Effects of a hip flexors stretching program on running kinematics in individuals with limited passive hip extension“, 2019) a protahováním a posilováním těla nedojde k výrazným změnám držení těla při provádění běžných denních činností (J. P. Scannell, S. M. McGill, „Lumbar posture – should it, and can it, be modified? A study of passive tissue stiffness and lumbar position during activities of daily living“, 2003).

Nejsme loutky, u kterých můžeme povolovat nebo utahovat provázky a měnit tak nastavení našeho těla v různých pozicích (viz článek na mém blogu, který vznikl před 10 lety – „Postural correction and changing posture. Can we treat our patients like puppets?“) (Obr. 2)

3. *V pocitově tuhém kloubu není nadbytečné nebo příliš velké napětí*

Často se setkávám s představou, že ztuhlý sval „tahá“ za bolestivou část páteře. Nebo je nutné uvolnit zatuhlé flexory předloktí, aby přestaly táhnout za bolestivou šlachu upínající se v oblasti lokte. Úkolem terapeuta je pak „uvolnit“ zatuhlý sval a snížit tak jeho zátěž na kloub nebo šlachy. A dále naučit pacienta, jak si sám může sval zrelaxovat a tím snížit napětí a zatížení kloubů. Tento postup dává pacientům s bolestí pohybového aparátu smysl, protože odpovídá

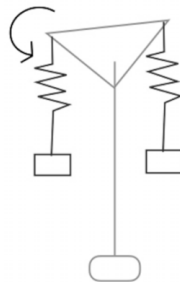
You can't change anterior pelvic tilt with stretching

unchecked assumptions about posture

The assumption is that stretching or foam rolling would “loosen” the hip flexors in the front of the leg and then the muscles in the back would “pull” the pelvis into less anterior pelvic tilt

the problem with this

Stretching doesn't substantially change the stiffness of a muscle. So, when you are just standing there the muscle isn't “pulling” less on the pelvis so it doesn't create realignment



Obr. 2

tomu, co sami často cítí. Cítí ztuhlost, zvýšené napětí a tah při pohybu, které je podle nich nutné uvolnit. V některých případech může takový postup pacientovi od bolesti pomoci, ale nebude to tím, že došlo ke snížení zátěže na bolestivou strukturu.

Nemůžeme totiž vždy věřit tomu, co cítíme. Naše tělo nám někdy lže. A často tehdy, pokud máme bolesti. Bolest ovlivňuje to, jak se chováme a jaké pocity vnímáme v našich svalech a kloubech (více na blogu v článku „Why you do not need to worry about muscle tightness: Part 1“). Podle výsledků studie od Brusca et al. (2020) bylo zjištěno, že po 6 týdnech statického strečinku došlo ke zvýšení rozsahu pohybu v kloubu (zvýšila se tolerance na protažení), nedošlo ke změně tuhosti kloubu, ale pacienti cítili protažení později, tzn., že cítili menší ztuhlost. I přesto, že pomocí objektivních měření nebyla zjištěna

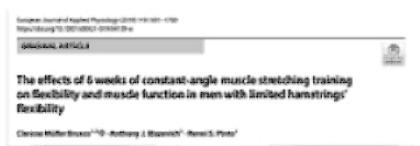
žádná změna tuhosti. Dokážeme změnit naše vnímání daného vjemu, aniž by ve skutečnosti došlo ke změně ztuhlosti kloubu. (Obr. 3)

Pacienti byli požádáni, aby zaznamenali, kdy cítí protažení. Po dlouhodobém strečinku cítili protažení později i přesto, že objektivně nedošlo ke změně tuhosti.

Pokud nejsme při bolestech o tolik tužší a napjatí (a znovu opakují, že určité existují výjimky, zvláště pokud jde o úrazy nebo pokud se málo pohybujeme), tak to znamená, že na naše klouby ani při bolestech nepůsobí nadměrné síly.

I přesto, že můžeme mít pocit tuhosti v klidu, síly vyvíjené na daný kloub v klidové poloze jsou velmi malé. Tuhost a zvýšené napětí začneme pociťovat až při pohybu. Příkladem může být syndrom zmrzlého ramene. Většina pacientů nemá pocit zatuhlého ramene

First Stretch Sensation!



Obr. 3

v klidové poloze nebo u většiny běžných denních aktivit, ale až při pohybu ramene v určitém rozsahu pohybu.

I kdyby byla v kloubu větší tuhost, je to vůbec důležité? Můžeme ji brát jako zátěž, na kterou se náš organismus adaptuje. Spousta vědců zabývajících se sportovní medicínou tvrdí, že mít tužší klouby a šlachy není vůbec špatné a často jsou spojeny s lepším sportovním výkonem. Silový trénink zvyšuje tuhost a silový trénink je jednou z možností, jak pomoci pacientům trpícím bolestí pohybového aparátu. Přesto lidé tráví hodiny streinkem, rollingem nebo masážemi ztuhlých svalů. Hledají někoho, kdo uvolní napětí jejich svalů. Nesnažme se změnit patologii, která neexistuje.

Proč tedy cítíme ztuhlost kloubů a svalů?

Jedním z důvodů je bolest. Pokud máme bolesti, jsme citlivější. Proto běžné pohyby, při kterých dochází ke kontrakci svalu nebo naopak k protažení svalu, vyvolávají podráždění a bolest. Svaly při kontrakci i při natažení vyvolávají napětí v místě, kde se upínají. Při bolestech se pocit tahu a napětí, který běžně cítíme, zvýší. A to se může zdát jako problém, i přesto, že to žádný problém není. Je nutné se zaměřit na hledání příčiny bolesti a zvýšené citlivosti.

4. Rozsahu pohybu nemá vliv na klidové držení těla a nekonzistentně ovlivňuje nastavení těla při pohybu

V roce 1990 vydali J. G. Heino a spol. studii („Relationship between hip extension range of motion and postural alignment“), ve které zjistili, že neexistuje vztah mezi rozsahem pohybu kyčelního kloubu do extenze a anteriorním nakloněním pánve. Studie je sice přes 30 let stará, ale stále stojí za zmínku. Ke stejnému závěru došli autoři studie z roku 2000 (A. G. Schache et al., „Relation of anterior pelvic tilt during running to clinical and kinematic measures of hip extension“). Zjistili, že rozsah extenze v kyčelním kloubu, která byla měřena pomocí Thomasova testu, neměl vliv na anteriorní postavení pánve při běhu. Stejně tak ani délka hamstringů nemá vliv na postavení bederní páteře (N. C. Borman et al., „Effect of stretch positions on hamstring muscle length, lumbar flexion range of motion, and lumbar curvature in healthy adults“, 2010). A nakonec ani u několikrát zmiňovaného dolního zkříženého syndromu nebyl prokázán vztah mezi svalovou silou a svalovou délkou (M. C. Herrera et al., „Lack of Correlation Between Natural Pelvic Tilt Angle with Hip Range of Motion, and Hip Muscle Torque Ratio“, 2021; M. L. Walker et al., „Relationships between lumbar lordosis, pelvic tilt, and abdominal muscle performance“, 1987; D. Levine et al., „The effect of abdominal muscle strengthening on pelvic tilt and lumbar lordosis“, 1996).

Výjimkou ovšem může být trénink omezené pohyblivosti nebo provádění pohybů, při kterých se blížíme ke konci jejich rozsahu. Tehdy dochází i ke změně držení těla. Například abychom mohli dosáhnout tam, kam chceme, zvednutím paže s omezenou hybností do flexe, musí dojít i k extenzi páteře. Pokud dojde po cíleném cvičení k obnově původně omezeného rozsahu pohybu, dosáhneme aktivně dál, aniž by docházelo k prohnutí zad tak jako před tím. V takovém případě můžeme tvrdit, že došlo ke změně držení těla, která byla ale daná obnovením plného rozsahu pohybu v kloubu.

Závěrem bych rád podotkl, že netvrdím, že pocit ztuhlosti není vždy relevantní pro bolest. Na blogu, v pokračování tohoto článku, najdete příklady, kdy ztuhlost hraje významnou roli při bolesti a poranění. Stejně tak netvrdím, že neexistují situace, kdy strečink a foam rolling pacientům pomohou. To by totiž nebylo spravedlivé.

Seznam literatury viz originál článku.



Pokřivení a vzpřímení ve škole

Autorka: Mgr. Eva Hlušíčková, Cert. MDT

20. května jsem uspořádala přednášku pro žáky první třídy. Mojí motivací bylo naučit malé děti, jak správně sedět, jak se hýbat a proč. Inspiroval mě projekt McKenzie Institutu, který vytvořil zábavný animovaný film a k němu doprovodné pracovní listy. Jako maminka prvňáčka vidím, jak se pohybový režim a návyky dětí ve škole mění. Dítě (obvykle) nosí aktovku, která je těžká, neúměrně jeho věku. Hodně času tráví nad domácími úkoly. Celkově ubývá pohybu ve srovnání se školkou, kde jsou děti každý den venku a k tomu ještě denně cvičí. Pokud dítě onemocní nebo je v izolaci, je změna jeho životního stylu citelná. Po domluvě s paní učitelkou a za podpory McKenzie Institutu ČR proběhla přednáška na téma „Zdravá záda“. Nejdříve jsme si s dětmi povídali o tom, co dělají fyzioterapeuti, kdy mohou lidem pomoci a kdy je nejčastěji lidé vyhledávají. Pak jsme si pustili film „Pokřivení a vzpřímení“, který děti bedlivě sledovaly. Poté jsme se vrhli na pěkně zpracované pracovní listy. Bylo patrné nadšení dětí a snaha zodpovědět všechny otázky. Vyprávěli jsme si tedy o rozdílu mezi pokřivenými a vzpřímenými lidmi a o tom, co mohou oni sami dělat pro to, aby byli vzpřímení. Vyzkoušeli jsme si, jak vypadá špatné sezení v lavici (tzv. psaní nosem) a jak správné. Poté jsme si po skupinkách zacvičili podle Knihy pohybů a návyků – nám, „mckenziistům“, dobře známé flexe a extenze – vsedě, vestoje a vleže. Vysvětlili jsme si, proč je důležité se pravidelně hýbat nejen ve škole,



ale i na dalších (sportovních) kroužcích a proč se vlastně starat o svá záda, když nás teď nebolí. Děti byly úžasné, navzájem se motivovaly, a tak nám hodina rychle utekla. Paní učitelky slíbily, že některé z cviků zařadí do přestávek mezi hodinami.

Myslím, že se projekt moc povedl. Vidím veliký přínos v informovanosti veřejnosti, zejména dětí, v oblasti prevence bolestí zad. ■



Shrnutí příspěvku „MDT u sportovců“ na sjezdu a konferenci UNIFY ČR z 10. 9. 2022

Autor: Mgr. Ondřej Houška, Cert. MDT

Rehabilitace muskuloskeletálních poruch sportovců je pro mnoho fyzioterapeutů velká výzva. Vzdělávací instituce v České republice dlouhodobě selhávají ve své úloze poskytovatele aktuálních a relevantních informací umožňujících volbu co možná nejúčinnějších terapeutických strategií.

Aktuální obecná doporučení, jak nám je předkládají odborná periodika s nejvyšším vědeckým impactem, se dají shrnout do několika základních bodů:

- navázání úzkého terapeutického vztahu terapeuta s klientem
- poučená komunikace bez nocebogenních výrazů
- výborná znalost kontraindikací fyzioterapie (červených vlajek)
- identifikace a schopnost ovlivnění bariér k úzdavě (žlutých vlajek)
- používání adekvátní intenzity zátěže při diagnostice a při tvorbě terapeutických plánů
- společné určování dlouhodobých cílů terapie
- reliabilní a validní testování
- jasné průběžné hodnocení relevantních parametrů založené na změnách relevantních sledovaných parametrů v reakci na mechanické zátěže.

Práce se sportovcem je v mnoha ohledech specifická. Vysoká očekávání a touha po rychlém efektu terapie vyžaduje vysokou míru porozumění a komunikačních dovedností. Pro úspěšnou léčbu je často nutné umět vstoupit do procesu periodizace a tvorby tréninkového programu. U jedinců s vysokou tolerancí zátěže selháváme při určování intenzity našich terapeutických strategií. Nevyznáme se v možnostech modifikace a výběru vhodných tréninkových postupů.

Proto naše práce často spadne do zajetých kolejí patoanatomického přístupu, kde je klient v roli absolutního laika a pasivního příjemce námi poskytovaných odborných informací. Takový způsob komunikace ale není v souladu se současnou vědou. Nález zobrazení vyšetření nekoreluje se symptomatickým obrazem pacienta. Ortopedické testy neinformují spolehlivě o zdrojích obtíží našich klientů. Palpaci a aspekci nelze doporučit jako základní způsob vyšetření. Co tedy podle současných vědeckých poznatků máme v diagnostice používat? Především pacientem hodnocené

symptomatické, funkční a mechanické reakce na různé zátěžové strategie, používání validních dotazníků a speciálních funkčních testů v čele s objektivním měřením svalové síly pomocí dnes již snadno dostupných dynamometrů.

Široký vědecký výzkum nám doporučuje vnímat každého klienta jako individuální vysoce komplexní systém, který na základě svých specifických vnitřních a zevních faktorů nalézá postupným zkoušením ideální řešení různých situací. Naším úkolem je co nejlépe klienta vyladit a připravit pro samostatnou činnost. Pro tento úkol se jeví jako nejúčinnější připravit odolnou a funkční periferii, kterou centrální nervový systém dlouhodobým nonlinearním učením účelně využije. Myslet si, že pro každého člověka existuje uniformní a univerzální ideální motorický projev, je v dnešní době velice neaktuální.

Moderní fyzioterapie – obzvláště sportovní – znamená důkladnou znalost kontinua zátěžových strategií a algoritmů pro návrat k požadované intenzitě zatížení. Takové postupy vedou k postupnému vybudování celkové resilience (odolnosti) a bezpečné funkce v rámci individuálních požadavků našich klientů.

McKenzie metoda z mnoha důvodů představuje výhodnou platformu pro terapii poruch pohybového systému sportující populace. Ve všech bodech splňuje výše uvedená kritéria a nabízí speciální vzdělání pro práci se sportovci ve formě velice kvalitního kurzu určeného terapeutům s ukončeným kurzem E nebo certifikační zkouškou.

Fyzioterapie – včetně té sportovní – nesmí představovat živnou půdou pro nepodložené léčebné postupy. Jako odborníci bychom měli dbát na průběžnou aktualizaci našich vědomostí, abychom byli připraveni nabídnout co nejefektivnější řešení v souladu s poznatky současné vědy. A ty nám naznačují především to, že cesta k úzdavě, nebo alespoň k úpravě symptomů našich klientů, je v drtivé většině hrbolatá a klikatá a že je nutné, aby jí naši pacienti prošli sice s naší pomocí, ale namáhavě a s vynaložením vlastního úsilí. Žádné „zlaté střely“ v dohledné budoucnosti vynalezeny nebudou a pasivní modalita léčby budou i nadále přinášet spíše krátkodobé výsledky.

Jako fyzioterapeuti musíme být připraveni i na to, že naše odborná přesvědčení a naše názory se budou muset v průběhu času občas měnit. To je nelehký úkol, ale i jeden z těch nejzajímavějších aspektů této profese.

Závěrem přeji nám všem mnoho úspěchů, spokojené klienty a abychom dělali naši práci s radostí a nadšením. ■

Velice subjektivní zpráva o průběhu sponzorované stáže na klinice PULZ im Rieselfeld

Autor: Mgr. Ondřej Houška, Cert. MDT

Mám rád Německo. Do německy mluvící části Švýcarska jsem dlouhá léta jezdil na letní brigády, na německé univerzitě v Kostnici jsem strávil nejkrásnější (a nejsmyslnější) rok vysokoškolských studií, v Rakousku jsem se dvě dlouhé sezóny jako lyžařský instruktor živil svým koníčkem a během rok a půl dlouhého pracovního poměru na německé klinice ve Španělsku jsem se seznámil s principy zátěžových strategií, které dodnes považuji za nejspolehlivější nástroje rehabilitační péče.

A Nový Zéland. Strávil jsem tam nádherný rok života. Novozélandská McKenzie metoda vnesla do mého profesního života řád a jasný rámec, ve kterém mohu volně a bezpečně využívat své znalosti a dovednosti.

Georg Supp je pro mě oboje. Takový Kiwi-Němec. Od první chvíle, kdy jsem ho poznal na kurzu C, jsem přemýšlel, jestli realita jeho každodenní práce odpovídá jeho učení. A když jsem se před lety dozvěděl o možnosti ucházet se o sponzorovanou stáž na tomto pracovišti, vůbec jsem neváhal a hned jsem se přihlásil. Napoprvé to nevyšlo, ani napodruhé, ale napotřetí jsem byl

opravdu vybrán a začal jsem se s velkou radostí připravovat na odjezd. Přišel COVID a plány zhatil, takže termín mé sponzorované stáže vyšel na 10.–17. 9. 2022.

Město Freiburg leží na úpatí malebného pohorí Schwarzwald na jihu Německa, v blízkosti francouzských a švýcarských hranic. Je to krásné historické místo a první můj dojem byl asi takový, že tady by šlo opravdu hezky žít.

Klinika PULZ im Rieselfeld se nachází na okraji Freiburgu v prvním a druhém podlaží novostavby na hlavní třídě. Už pohled zvenku mě příjemně překvapil. Je to velice skromně a nenápadně vyhlížející místo. Když jsem pak s velkým očekáváním otevřel dveře kliniky, zažil jsem něco víc než pouhé překvapení – to už byl šok, tedy v pozitivním slova smyslu. Georgova klinika je totiž v zásadě oprýskaná, ale plně funkční stará dobrá posilovna z přelomu tisíciletí. A už jsem měl jasno. Tady jsem doma. Takhle má podle mě vypadat pracoviště na důkazech založené fyzioterapie. První seznámení, první kontakt s lidmi, které v některých případech znám zatím pouze teoreticky z práce na překladech jejich článků,

z videí, konferencí, četby. Všichni jsou velice milí, přirození a sympatičtí.

Georgova německá část osobnosti mi poslala měsíc předem detailní plán mé stáže, opatřené jasnými časovými úseky – s kým budu trávit čas a jakým způsobem. Od 8.00 ráno často až do večera. Klinika je totiž otevřena až do 21.00 hodin.

Začal jsem své kolečko s Wolfgangem Schochem. Mám jeho práce načtené, slyšel jsem ho mluvit na konferenci, vím, že větší odborník na poškození chrupavek kolene asi těžko kdy bude sedět se mnou u jednoho stolu k mé dispozici. Mám připravená témata, otázky. Protože vypadá na fotkách vcelku upjatě až přísně, trochu se bojím. Samozřejmě úplně zbytečně, Wolfgang je přátelský člověk, který potvrzuje pravidlo, že opravdový odborník je skromný a pokorný a jeho cílem je pravdivé poznání, které přinese užitek především pacientům. Dozvídám se mnoho zajímavého, čas utíká velmi rychle a mě čeká další setkání.

Christian Garlich. Opět zažívám nervozitu, protože také Christianovu práci znám a obdivuji už mnoho let. Velký odborník na tendinopatie, diplomovaný McKenzie terapeut, skvělý řečník a ve svých třiceti letech již ostřílený lektor různých kurzů. Situace se opakuje, během několika minut mám pocit, že jsem našel dlouho ztraceného bratra a kamaráda, což stvrzujeme i po pracovní době už ani nevím jakým množstvím piva.

Max, další z trojice diplomovaných

MDT, je také super, zajímavě doplňuje informace, které jsem získal od Chrise a Wolffiho, takže první den mám za sebou, a to včetně solidní párty a slušné dávky silového tréninku.

V úterý začínám aktivní účastí na skupinovém cvičení Onkofit, které vede Anja Supp. Vzhledem k tomu, že se chystám začít stejnou věc provozovat i u nás v nemocnici, dávám velký pozor. Cvičení je velice dobře poskládané. Líbí se mi, jak se klientky baví a jak jim možnost zacvičit si dohromady dělá obecně dobře. I mně pohyb zmírní ranní kocovinu a pokračuji v dlouhém programu dne.

Dále sleduji při práci Christiana a Maxe. A sám dostávám příležitost ukázat, co umím – mladý pacient s VELICE bolestivým kolenem mi dobře zareaguje na izometrické zátěže, které ještě nezkoušel. A zlatý hřeb – z kurzu v Rumunsku se vrátil sám Georg, tak mám tu čest užít si ho mezi čtyřma očima, což je pro mě ten největší požitek. Hned mě seznamuje se systémem ePROMS, který v PULZu naprosto bezprecedentně a vizionářsky začali před časem používat, a já se nestačím divit. Poté mě klasicky vykostí kazuistikou pacienta, kdy od začátku tuším, že půjde o EXPOSS, tedy bolest v končetině se zdrojem v páteři, ale zapeklitý případ se mi úplně bez pomoci vyřešit nepodaří. Georg se intenzivně věnuje otázkám spojeným s komunikací s pacienty a kontextuálním faktorům a seznamuje mě s několika výzkumy a se svou novou prezentací, která je, jak jinak, úplně bezvadná.

Ve středu mě čeká test sebezapření, když na vlastní kůži pod vedením Leonie zkusím projít kvalitativními a kvantitativními testy pro návrat ke sportovním aktivitám dle metodiky OSINSTITUT. Nepřestává mě udivovat, jak kvalitním týmem fyzioterapeutů PULZ disponuje. Jak Leonie, tak Julia, se kterou později absolvuji bunkie testy, vypadají na první pohled nezkušeně až bezvýrazně. Při práci s nimi ale velice rychle zjišťuji, že jejich znalosti a komunikační i terapeutické dovednosti naprosto převyšují standard českých ambulancí, a začínám si uvědomovat velikost Georgova a Wolfgangova díla. Večer trávím s Annou, která se vedle fyzioterapie věnuje bikefittingu.

Čtvrtek je zase kombinací pozorování terapií, rozboru pacienta s Georgem a úspěšnou kontrolou cvičení, které jsem zadal svému klientovi. Večer potom jdeme s Georgem do města, kde do pozdních hodin společně vychutnáváme freiburské pivo a další lokální lahůdky. Celou tu dobu jsem si plně vědom, že toto je jeden z okamžiků, kdy se mé sny stávají skutečností. Možnost strávit takto dlouhou dobu se superstar fyzioterapie světového kalibru je pro mě opravdu nadmíru cenná. Georg je inteligentní, vtipný a v mnoha směrech výjimečný člověk, se kterým čas rychle utíká. Snažím se ho moc netýrat svojí zvědavostí, ale zároveň nechci promarnit ani vteřinu tohoto setkání. Pozdě v noci se vydáváme domů a já mám pocit jako po týdenním vydařeném kurzu – spousta

chuti a motivace do další práce a mnoho nápadů na zlepšení toho, co jsem dělal doposud.

V pátek ještě sleduji německé kolegy a na závěr dne se účastním pravidelného týdenního setkání všech pracovníků kliniky, kde mě Georg vyzývá, abych řekl pár slov o své stáži. Trochu jsem to tušil, takže jsem byl víceméně připravený. Nicméně vyjádřit alespoň nejpodstatnější část svých dojmů dokážu jen stěží.

PULZ není malá fyzioterapie. Pracuje zde kolem patnácti terapeutů. Ani jeden z nich nevypadá otráveně, všichni táhnou za jeden provaz, mají velice aktuální a rozsáhlé znalosti, jsou zdatní v komunikaci s klienty a i ve svém volném čase jsou neuvěřitelně aktivní (před časem jsem se připojil do jejich skupiny v rámci jedné fitness aplikace a drtivě většinu nesahám ani po palce u nohou). Své klienty vedou k aktivní péči o své zdraví a ti po sérii návštěv hrazených pojišťovnou často docházejí pravidelně cvičit samostatně. Když jsem sledoval zhruba osmdesátiletou paní, jak si suverénně nastaví výšku kladky a cvičí zevní rotaci ramene pěkně ve třech sériích po dvanácti opakováních a vedle ní před zrcadlem asi šedesátiletý pán zvedá mrtvým tahem třicetikilový kettlebell (... a na můj dotaz českého škarohlída jsem se dozvěděl, že: za 30 let fungování kliniky údajně nedošlo k žádnému úrazu), utvrdil jsem se v předsevzetí, že i u nás je načase změnit stávající poměry a začít dělat fyzioterapii tak, jak nám to doporučují objektivní zdroje informací už dlouhá léta. Kvalitní komunikace.

Perfektní znalost kontraindikací pohybové léčby. A to hlavní – široká škála znalostí zátěžových strategií a schopnost je ve vhodných progresivních dávkách předepisovat a doporučovat. Budování obecné resilience našich klientů, to je náš hlavní úkol a tomu bychom měli přizpůsobit vybavení našich ordinací a plán naší výuky.

Závěrem MOC děkuji McKenzie Institutu CZ, SK, Int., DE/A/CH za tento zážitek. Mezinárodní výměnu zkušeností a informací vůbec považuji za jeden z nejúčelnějších prostředků obecného pokroku. Můj dík a velký obdiv patří Georgovi s Wolfgangem, kteří již před 25 lety založili zdravotnické zařízení, které bez větších změn dnes může bez obtíží sloužit jako nejlepší příklad poskytovatele moderní a na vědeckých důkazech založené rehabilitační léčby. Stáž na klinice PULZ im Rieselfeld mi přinesla mnoho jak profesně, tak lidsky. Pevně doufám, že své nové přátele z nejslunečnějšího města Německa zase co nejdříve uvidím! ■

Využití mechanické diagnostiky a terapie (MDT) u pacientů se symptomy dolních cest močových (LUTS): případová studie

The use of Mechanical Diagnosis and Therapy (MDT) in patients with lower urinary tract symptoms (LUTS): case series

Autoři: Di Wu, PT, Cert. MDT, MScn(A), MMed, BMedSca, Richard Rosedale, PT, Dip. MDT, BSc
Překlad: Mgr. Petra Seidlová, Cert. MDT

Physiothérapie Polyclinique Cabrini, Montreal, Quebec, Canada; Occupational Health and Safety, London Health Sciences Centre, London, Ontario, Canada

To cite this article: Di Wu & Richard Rosedale (2018): The use of Mechanical Diagnosis and Therapy (MDT) in patients with lower urinary tract symptoms (LUTS): case series, Physiotherapy Theory and Practice, DOI: 10.1080/09593985.2018.1443359

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1443359>

Published online: 26 Feb 2018

Abstrakt

Symptomy dolních cest močových (dále jen LUTS) se často vyskytují u mužů nad 40 let. I přesto, že v literatuře existují důkazy o souvislosti mezi LUTS a obtížemi v oblasti bederní páteře, nebylo nikdy detailně popsáno specifické vyšetření bederní páteře u pacientů s LUTS, klasifikace obtíží, následná léčba a její efekt. V tomto článku jsou popsány tři kazuistiky pacientů, kteří si primárně stěžovali

na symptomy dolních cest močových. U těchto pacientů byla vyšetřena a následně léčena bederní páteř pomocí mechanické diagnostiky a terapie (MDT). Délka trvání obtíží byla 4 měsíce až 3 roky. U všech pacientů byly vyloučeny patologie urogenitálního systému. Ke zhodnocení závažnosti obtíží byl použit „index symptomů chronické prostatitidy“ (Chronic Prostatitis Symptom Index – CPSI) a jeho vstupní a výstupní

hodnoty. Na základě vyšetření dle MDT byly obtíže všech pacientů klasifikovány jako derangement bederní páteře. Léčba derangementu pomocí cvičení dle směrové preference vedla ke zlepšení symptomů dolních cest močových s klinicky významným zlepšením (56,0 – 77,4 %) u měřených funkčních parametrů v průměru po 6 návštěvách. Předběžně je možné říci, že LUTS u těchto pacientů jsou pravděpodobně mechanické povahy a mají zdroj obtíží v bederní páteři. Proto je možné symptomy dolních cest močových vyšetřit pomocí MDT a na základě vyšetření pomocí MDT léčit. Při důkladném sledování symptomů může MDT sloužit jako vyšetřovací nástroj a být jednou z možností konzervativní léčby LUTS.

Article history: Received 12 October 2016 Accepted 25 August 2017 Revised 13 July 2017

Klíčová slova: syndrom cauda equina, symptomy dolních cest močových, bederní, McKenzie, mechanická diagnostika a terapie

Úvod

Symptomy dolních cest močových (LUTS) se velmi často vyskytují u mužů a významně zhoršují kvalitu jejich života (Coyne et al., 2008, 2009; Irwin et al., 2011). Podle statistik pociťuje tyto symptomy kolem 47,9 % mužů ve věku nad 40 let, což odpovídá podobnému výskytu bolestí bederní páteře u stejné

věkové skupiny (Coyne et al., 2009; Hoy et al., 2012).

Na základě mikčního cyklu se LUTS dělí na tři kategorie:

1. Zvětšená prostata, která nárůstem svého objemu postupně utlačuje močové cesty a omezuje průtok moči, obvykle stojí za mikčními („voiding“ neboli evakuačními, dříve také obstrukčními) příznaky: zadržným a přerušovaným močením, slabým proudem moči a nutností tlačit při mikci přes břišní lis.

2. Druhou a největší skupinou jsou tzv. skladovací („storage“, jímací) příznaky, které souvisí s hyperaktivitou močového měchýře (OAB – Overactive Bladder). Jedná se o náhlou, nutkavou potřebu močit (urgence), kterou nelze vůlí ovládnout. Pokud nemocný nestačí vyhledat toaletu a dojde k úniku moči, pak se jedná o urgentní inkontinenci. Dalšími symptomy z této skupiny jsou přílišná četnost (frekvence) močení přes den a časté noční močení (nykturie).

3. Třetí, tzv. postmikční skupinu symptomů tvoří nevelký únik moči bezprostředně po vymocení (postmikční dribbling) a pocit neúplného vyprázdnění. (Irwin et al., 2009). Klinické projevy jednotlivých kategorií se často překrývají a pacienti udávají různé kombinace symptomů (Irwin et al., 2006). LUTS mají multifaktoriální etiologii a těžko lze hledat souvislost se základní patofyziologií, kterou je obstrukce dolních močových cest (bladder outlet obstruction) v důsledku benigní hyperplazie prostaty (Chapple et al., 2008).

Po desetiletí je fyzioterapie součástí léčby LUTS u mužů. Nejběžnějším léčebným přístupem je trénink svalů pánevního dna (pelvic floor muscle training = PFMT) v kombinaci s behaviorálními intervencemi – změnami životních návyků (tj. vedení mikčního deníku, plánované vyprazdňování, techniky potlačení nutkání na močení, změna stravy, redukce kofeinu a další změny životního stylu) (Burgio, 2013). Důkazy o efektivitě tohoto přístupu vycházejí z randomizovaných studií, které byly téměř výhradně zaměřeny na léčbu inkontinence po prostatektomii. Závěry těchto studií si protirečí. Glazener et al. (2011) zjistili, že výše zmiňovaný přístup nemá efekt. Dle Van Kampena et al. (2000) je efekt pouze krátkodobý a Goode et al. (2011) a Manassero et al. (2007) uvádějí dlouhodobý efekt léčby. Trénink svalů pánevního dna v kombinaci se změnou životních návyků se ukázal stejně účinný nebo účinnější než cílená medikace ke snížení nutkání nebo četnosti močení (Burgio et al., 2011) a nykturie (Johnson et al., 2013) u mužů bez obstrukce dolních cest močových. Mezi techniky používané k nácviку správné svalové kontrakce svalů pánevního dna se používá biofeedback; nicméně dle Floratose et al. (2002) nemá tato technika žádný další přínos v léčbě inkontinence po prostatektomii.

Souvislost mezi bederní páteří a LUTS není v literatuře dostatečně zdokumentována ani diskutována mezi lékaři a jinými odborníky. Jak uvádějí Siracusa et al. (2013), má přibližně 40 % pacientů

s protruzí nebo hernií meziobratlového disku abnormální výsledky urodynamického vyšetření a mnohem větší procento pacientů si stěžuje na mikční příznaky. V některých případech mohou být LUTS jediným projevem postižení bederní páteře při absenci typické bolesti bederní páteře. (Abid et al., 1986; Siracusa et al., 2013; Sylvester et al., 1995). Podle Liu et al. (2011) může včasná identifikace LUTS odhalit hernii meziobratlového disku. Také se uvádí, že kolem 40 % pacientů s protruzí meziobratlové ploténky indikovaných k operaci trpělo LUTS (Hafez et al., 2005; Murayama et al., 1991). Podle Smithe et al. (2006) mají močová inkontinence a dysfunkce svalů pánevního dna silnou souvislost s bolestí bederní páteře, i když předpokládali, že močová inkontinence a dysfunkce svalů pánevního dna mohou být příčinou bolesti bederní páteře. Z dostupné literatury je zřejmé, že vyšetření bederní páteře a následná terapie je vhodnou metodou léčby u této skupiny pacientů. Do dnešní doby nebylo blíže specifikováno vyšetření bederní páteře, klasifikace obtíží a efekt léčby bederní páteře u pacientů s LUTS.

Mechanická diagnostika a terapie (MDT, McKenzie metoda) je muskuloskeletální klasifikační systém, který se široce využívá k vyšetření obtíží páteře a kloubů a následné terapii (Davies et al., 2014; Liddle et al., 2009). Při vyšetření dle MDT se hodnotí fyzické a kognitivní reakce pacienta na specifické pohyby, držení těla a zátěžové strategie a zároveň se monitorují symptomatické a mechanické

odpovědi s cílem klasifikovat obtíže. Pomocí MDT můžeme určit tři MDT syndromy: (1) derangement, (2) dysfunkci a (3) posturální syndrom a dále deset dalších podskupin dle specifických definicí a kritérií. Nejběžněji vyskytujícím se syndromem je derangement, u kterého dochází k velmi rychlým změnám symptomatické baseline. Klasifikace bederní páteře dle MDT vykazuje u vyškolených MDT specialistů velmi dobrou až vynikající spolehlivost (Clare et al., 2005; Kilpikoski et al., 2002; Razmjou et al., 2000).

Cílem této případové studie je prezentace vyšetření, klasifikace obtíží, způsobu léčby a výsledků léčby tří pacientů s LUTS pomocí MDT. U všech pacientů byly na základě lékařského vyšetření vyloučeny patologie urogenitálního traktu (infekce, zánět, nádorové onemocnění). Na základě MDT vyšetření byl u všech pacientů diagnostikován derangement bederní páteře.

Popis studie

Certifikovaný MDT fyzioterapeut vyšetřil a léčil tři pacienty, muže, se symptomy dolních cest močových trvajících 4 měsíce až 3 roky. Pacienti byli léčeni na klinice specializující se na léčbu bolestivých stavů urogenitálního traktu a poruch svalů pánevního dna. Léčba byla indikována lékařem a probíhala v letech 2015–2016. Všichni podepsali informovaný souhlas. K hodnocení výsledků byly použity vstupní a výstupní hodnoty indexu symptomů chronické prostatitidy (NIH-CPSI). NIH-CPSI patří mezi běžně

užívané 13položkové dotazníky, pomocí kterých se hodnotí závažnost obtíží u pacientů se syndromem chronické prostatitidy a chronické pánevní bolesti. Platnost NIH-CPSI byla ověřena v angličtině a francouzštině a index má dobrou spolehlivost a schopnost reagovat na změny. (Karakiewicz et al., 2005; Litwin, 2002; Marszalek et al., 2007; Roberts et al., 2002). Bodové ohodnocení je 0–43 bodů. Čím vyšší je počet bodů, tím vyšší je závažnost obtíží a jejich vliv na kvalitu života (Litwin, 2002). Podle statistik se považuje 6bodový pokles v celkovém skóre za optimální hranici pro posouzení efektu léčby (Propert et al., 2006).

První pacient

Charakteristika pacienta

Prvním pacientem byl 45letý muž se syndromem bolestivé močové trubice, který byl odeslán na terapii urologem. Symptomy pacienta trvaly 3 roky a projevovaly se dysurií, která byla doprovázena slabým a přerušovaným proudem moči a pocitem neúplného vyprázdnění. Také si stěžoval na vysokou frekvenci denního močení (10–12× za den), nočního močení (5–6× za noc) a zvýšenou frekvenci stolice (4–5× denně). Pacient absolvoval řadu vyšetření zahrnujících cystoskopii a další zobrazovací metody, při kterých byla vyloučena infekce urogenitálního traktu, benigní hypertrofie prostaty a malignita. Před 3 lety u něj byla provedena vasktomie. Pacient pracoval jako zdravotník bratr v nemocnici a jeho práce mimo jiné zahrnovala častou manipulaci

s pacienty, jejich zvedání a překládání. Na konci pracovního dne pociťoval dyskomfort a zároveň „křehkost“ v bederní páteři. Pacient byl aktivní, pravidelně chodil do posilovny, ale poslední dobou vnímal při cvičení slabost v pravé dolní končetině. Vstupní hodnota NIH-CPSI byla 19.

Vyšetření a klinický obraz

Při korekci ochablého sedu pomocí bederní role byla u pacienta vyvolána centrální bolest bederní páteře 2/10 dle VAS. Po 5 opakováních překorigovaného sedu došlo k odstranění bolesti bederní páteře. Při vyšetření rozsahu pohybu bederní páteře bylo zjištěno omezení flexe a bolest během pohybu při návratu do vzpřímeného držení. Dále střední omezení extenze bederní páteře s bolestí na konci rozsahu pohybu. Středně omezen byl i lateroposun vlevo a minimálně omezen lateroposun vpravo. Neurologické vyšetření odhalilo sníženou svalovou sílu u dorzální flexe a extenze palce, dále pak poruchu citlivosti v dermatomu L4, L5 a sedlovitou poruchu cití. Straight leg raise test (Lasegue test) produkoval vystřelující bolest do zvednuté dolní končetiny od 45° bilaterálně. Opakovaná extenze bederní páteře vleže (obr. 1A) produkovala bolest bederní páteře a pocit tahu „uvnitř pánve“, který se snižoval opakováním pohybu. Po 10 extenzích bederní páteře vleže došlo ke zvětšení rozsahu pohybu bederní páteře do flexe i extenze a k odstranění bolesti během pohybu a na konci pohybu. Rozsah pohybu při lateroposunu byl

více symetrický. Na základě vyšetření byl jako provizorní klasifikace stanoven derangement bederní páteře se směrovou preferencí do extenze.

Léčba a výsledky

Pacient byl instruován, jak udržovat bederní lordózu vsedě pomocí bederní role, a bylo mu doporučeno provádět opakované extenze bederní páteře vleže 10× každé 1–2 hodiny. Při kontrolní návštěvě, která proběhla za týden od prvního vyšetření, uvedl, že se předchozí noc kvůli močení neprobudil, a také, že během minulých dvou dnů došlo ke snížení intenzity bolesti močové trubice při močení. Při vyšetření bederní páteře bylo zjištěno, že byl obnoven rozsah pohybu do extenze a lateroposunů na obě strany, a dále, že byla obnovena svalová síla u dorziflexe a extenze palce na pravé dolní končetině.

Pacient pokračoval ve stejném cvičení a za další týden udával minimálně 45% zlepšení urogenitálních potíží. Snížila se frekvence denního (6–8×) i nočního (0–2×) močení a také frekvence stolice na 2–3× denně. Hodnota NIH-CPSI klesla na 9. Při dalších kontrolních návštěvách se pacientovy obtíže stále zlepšovaly.

Šest týdnů po vstupním vyšetření pacient udával, že se bolest při močení objevuje už jen zřídka, při močení pociťuje pouze minimální diskomfort, pocit neúplného vyprázdnění močového měchýře vymizel a že proud močí je normální. Pohyb bederní páteře byl bez omezení všemi směry, svalová síla

dorzální flexe a extenze malíku byla bez oslabení, porucha citlivosti v dermatomu L4 a L5 se nezměnila. Výstupní hodnota NIH-CPSI byla 7.

Pacientovi bylo doporučeno provádět opakovanou extenzi bederní páteře z preventivních důvodů 3× denně po dobu 6 týdnů, udržovat v rovnováze pohyby bederní páteře do flexe a extenze a dodržovat korekci sedu pomocí bederní role.

Druhý pacient

Charakteristika pacienta

56letý pacient byl odeslán k léčbě svým urologem pro močovou dysfunkci po prodělané prostatektomii. Pacientovi byla diagnostikována rakovina prostaty zhruba 7 měsíců před zahájením fyzioterapie a prostatektomii podstoupil 4 měsíce před přijetím na kliniku. Po operaci trpěl močovou inkontinencí a ztrátou kontroly nad močovým měchýřem. Pacient cvičil Kegelovy cviky, inkontinence byla kompletně vyléčena 5 měsíců po operaci. Postupně se však zvyšovala frekvence denního a nočního močení na 12–15× za den a 5–6× v noci a také pocit nutkání na močení bez zjevného důvodu, který se navíc za poslední 4 týdny významně zhoršil. Dále pacient pociťoval intenzivní nutkání se vymočit při každé změně polohy ze sedu do stoje a z lehu do sedu. Stejný pocit mívál někdy při chůzi, obzvláště při rychlé chůzi. Dále ho trápila tupá konstantní bolest v podbřišku a palčivá bolest při močení (6/10 na VAS). Bolesti bederní páteře neměl. Potíže byly vždy horší ráno a po setrvání v jedné

pozici po delší dobu. Další symptomy zahrnovaly slabý proud moči a nepravdělnou stolici (3–4× denně až 1× za 3–4 dny). Po prostatektomii neabsolvoval chemoterapii ani radioterapii, infekce urogenitálního traktu byla vyloučena ošetřujícím lékařem. Před operací byl velmi aktivní, ale po operaci trávil nejvíce času přes den vsedě. Vstupní hodnota NIH-CPSI byla 25.

Vyšetření a klinický obraz

Pacient by zvyklý sedět v kyfotickém sedu, ve stoje měl vymizelou bederní lordózu a středně omezený rozsah pohybu bederní páteře do flexe a extenze. Při neurologickém vyšetření byla zjištěna snížená citlivost v dermatomu L5 na levé dolní končetině a snížená svalová síla extenze palce vlevo. Během testování opakovaných pohybů došlo při opakované flexi vleže na zádech (obr. 1B) ke zvýšení bolesti podbřišku a bolest přetrvávala i po skončení testování. Při testování opakované extenze bederní páteře vleže na břiše došlo ke snížení bolesti v podbřišku, pacient se cítil lépe i po skončení testování a zmenšil se i pocit nutkání na močení při změně polohy z lehu do sedu. Po opakované extenzi bederní páteře (obr. 1C) ve stoje došlo ke snížení pocitu nutkání na močení při přechodu ze sedu do stoje. Jako předběžná diagnóza byl stanoven derangement bederní páteře se směrovou preferencí do extenze.

Léčba a výsledky

Pacient byl instruován, jak udržovat bederní lordózu vsedě pomocí bederního válečku. Dále mu bylo doporučeno provádět každé 2–3 hodiny 10× extenze bederní páteře vleže na břiše a také 10× extenze ve stoje, pokud cítil nutkání na močení při změně polohy ze sedu do stoje.

Kontrolní návštěva proběhla za týden a pacient udával, že došlo k 20% zlepšení jeho obtíží. Pacientovi odezněla tupá konstantní bolest v podbřišku a palčivá bolest při močení se už vyskytovala nepravidelně. Lehce se snížila frekvence nočního močení na 2–3× za noc. Pomocí opakované extenze vestoje byl pacient schopen oddálit močení cca o 1 minutu, když pociťoval nutkání na močení při změně polohy ze sedu do stoje. Rozsah pohybu bederní páteře do flexe a extenze se zvětšil a neurologické vyšetření bylo v normě. Pacientovi bylo doporučeno pokračovat ve stejném cvičení.

Další kontrolní vyšetření proběhlo o týden později a pacientova bolest při močení se snížila z 5 na 3/10 na VAS. Snížila se frekvence nočního močení na 1–2× za noc a denní frekvence močení na 10× za den. Pomocí opakované extenze bederní páteře byl schopen oddálit močení o 15–20 minut, když pociťoval nutkání na močení při přechodu ze sedu do stoje, a někdy dokázal nutkání zcela potlačit. Udával také pravidelnou stolici 1× za den. Flexe bederní páteře byla bez omezení rozsahu pohybu. Hodnota NIH-CPSI byla při druhém kontrolním vyšetření 17.

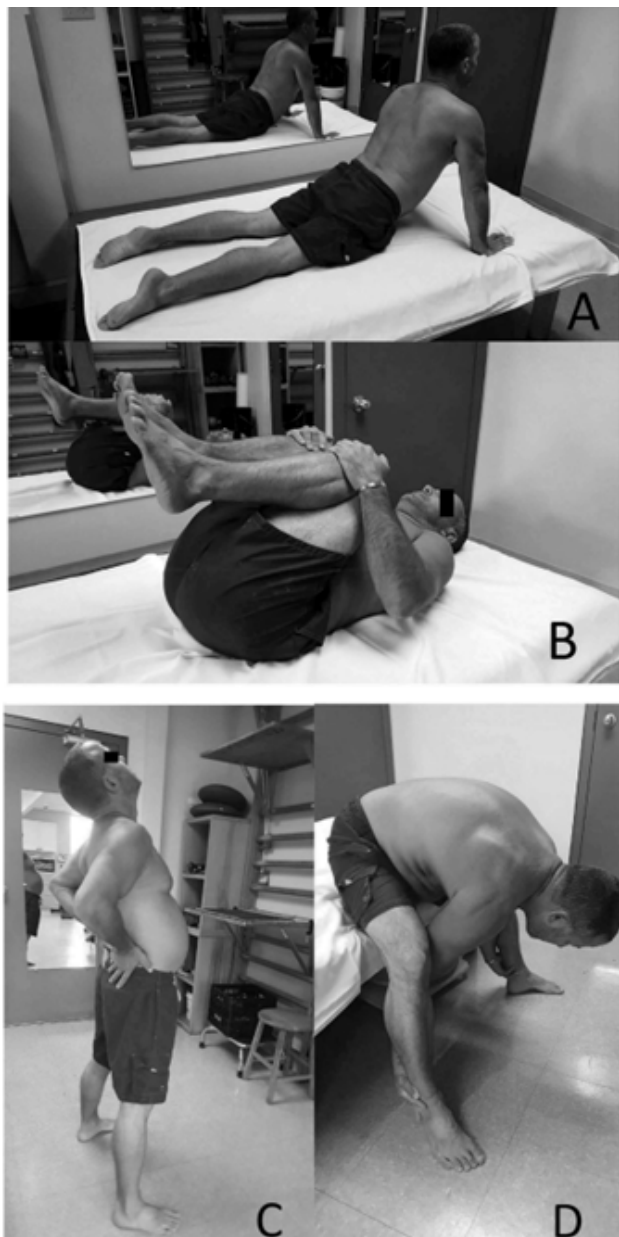
O týden později udával, že došlo ke zlepšení celkového stavu o 50 %, nutkání na močení přicházelo pouze po sedu nad 45 minut. Čtyři týdny po prvním vyšetření byl celkový stav pacienta o 80 % lepší, bolest při močení byla 1/10 na VAS, denní frekvence močení 8× za den, noční frekvence močení 1–2× za noc a proud moči se také zlepšil, i když byl stále slabší. Výstupní hodnota NIH-CPSI byla 11 a pacientova léčba byla ukončena. Pacientovi bylo doporučeno provádět opakovanou extenzi bederní páteře vleže 3× denně po dobu minimálně 6 týdnů a dodržovat korekci sedu pomocí bederní role.

Obř.1A –D. Vyšetření a léčba pomocí pohybů bederní páteře

Třetí pacient

Charakteristika pacienta

Posledním pacientem byl 40letý muž, který si stěžoval na 2–3 roky trvající intermitentní bolest kolem varlat a okolí prostaty, časté denní močení 10–12× za den, urgenci a dále slabý a pomalý proud moči. Navíc udával pocit neúplného vyprázdnění močového měchýře a chronickou zácpu. Na terapii byl odeslán urologem s diagnózou prostatodynie a detruzoro-sfinkterická dyssnergie. Pacient trpěl 10–15 let bolestí bederní páteře, která byla vždy horší ráno, vsedě, ve stoje a vleže na zádech. Jeho močové symptomy se vždy zhoršovaly při bolestech bederní páteře. Jeho zdravotní stav byl dobrý a vstupní hodnota NIH-CPSI byla 31.



Obr.1A - D. Vyšetření a léčba pomocí pohybů bederní páteře

Vyšetření a klinický obraz

Pacient měl hyperlordotické zakřivení bederní páteře ve stoje i vsedě. Při korekci sedu pomocí bederní role se zvyšovala bolest bederní páteře. Extenze bederní páteře byla středně omezená a flexe minimálně omezená. Při flexi bederní páteře nedocházelo ke změně lordotického zakřivení páteře. Při vyšetření opakovaných pohybů neměla opakovaná flexe vleže na zádech ani vsedě žádný vliv na symptomy pacienta. Opakovaná extenze vleže na břicho snižovala bolest během vyšetření, ale po testování pohybu se pacient necítil lépe. Při vyšetření nebyla nalezena směrová preference.

Léčba a výsledky

Pacient byl instruován, aby prováděl opakovanou extenzi bederní páteře vleže na břicho každé dvě hodiny. Cílem bylo zjistit, jestli ke změně symptomů není potřeba více času. Dále mu bylo doporučeno, aby nezůstával příliš dlouho v jedné pozici.

Při kontrolním vyšetření o týden později udával, že došlo k výraznému zhoršení bolestí bederní páteře a zvýšila se také frekvence denní močení na 14× za den. Při testování opakované extenze vleže na břicho se zvyšovala intenzita bolestí bederní páteře, která zůstala zhoršená. Při opakované flexi vleže na zádech a vsedě došlo ke snížení bolestí bederní páteře a pacient se po testování cítil lépe. Na základě vyšetření byla stanovena diagnóza derangement se směrovou preferencí do flexe a pacient

byl instruován, aby prováděl opakovanou flexi vleže na zádech a vsedě každé dvě hodiny (obr. 1D).

Při dalším kontrolním vyšetření o týden později udával pacient zlepšení svého stavu. Bolesti bederní páteře se výrazně snížily a pacient měl pouze jednu epizodu bolestí varlat. Snížila se také frekvence denního močení na 4–5× za den a hodnota NIH-CPSI skóre se snížila na 22. Čtyři týdny od vstupního vyšetření byl pacient schopen ovlivnit bolest bederní páteře a varlat pomocí cvičení bederní páteře do flexe a hodnota NIH-CPSI skóre se snížila na 14.

Pacientova léčba byla ukončena po 6 návštěvách a trvala celkem 2 měsíce. Pacient byl většinu dne bez bolesti, měl normální frekvenci močení bez pocitu nutkání na močení a zlepšil se i proud moči. Hodnota NIH-CPSI skóre byla při ukončení terapie 7. Pacientovi bylo doporučeno provádět 3× denně opakovanou flexi bederní páteře vleže na zádech nebo vsedě po dobu dalších 6 týdnů a udržovat neutrální postavení bederní páteře vsedě a ve stoje.

Diskuse

Patofyziologie LUTS v souvislosti s obtížemi v oblasti bederní páteře je velmi nejasná. Předpokládalo se, že jedním z možných mechanismů vzniku LUTS jsou stavy bederní páteře, které ovlivňují inervaci komplexu močového měchýře a svěrače, což je v literatuře popisováno jako „neurogenní močový měchýř“.

Funkce dolních cest močových je

řízena centrálním a periferním nervovým systémem. Shromažďování moči v močovém měchýři a vyprazdňování močového měchýře je dáno koordinovanou činností detruzoru a vnitřního a vnějšího svěrače (Siracusa et al., 2013).

Na základě výšky neurologické léze rozeznáváme subsakrální lézi (lézi dolního motoneuronu), suprasakrální lézi (lézi horního motoneuronu) a supraspinální/suprapontinní lézi (Dorsher, McIntosh, 2012).

Bederní část páteře může narušovat autonomní a somatickou inervaci dolních cest močových, příčně pruhovaného sfinkteru a ostatních svalů pánevního dna mechanickým natažením nebo kompresí a ovlivnit tak přívod krve k periferním nervům, což může být příčinou LUTS (Hafez et al., 2005; Liu et al., 2004; Siracusa et al., 2013). To může vést zpočátku k neurogenní hyperaktivitě dolních cest močových, která se projevuje častým nutkáním na močení a zvýšenou denní a noční frekvencí močení (Hafez et al., 2005). V některých případech jsou tyto symptomy přítomné i přesto, že urodynamické vyšetření je normální. (Bartolin et al., 2002). V pozdějším stadiu dochází k hypoaktivitě nebo areflexii detruzoru, která se může projevovat bolestí v podbřišku, obtížemi se vymočit a zadržováním moči v důsledku snížené citlivosti močového měchýře (Hafez et al., 2005). V této fázi byla také často pozorována neúplná denervace svalů pánevního dna (Sandri et al., 1987).

Vzácnou komplikací onemocnění

bederní páteře je syndrom cauda equina (Cauda equina syndrom = CES), což je stav vyžadující včasnou chirurgickou intervenci v podobě dekomprese (Chau et al. 2014). V současných důkazech o etiologii a klinické prezentaci syndromu caudy equiny však existují významné nesrovnalosti (Fraser et al., 2009). Subklasifikování syndromu caudy equiny je nejednoznačné a je potřeba se mu vyhnout (Fraser et al., 2009). K diagnostice CES je nutná přítomnost jednoho nebo více symptomů: (1) dysfunkce močového traktu a/nebo střevní dysfunkce; (2) sedlovitá porucha cití; (3) poruchy sexuálních funkcí a možný neurologický deficit na dolních končetinách (motorický/senzorický deficit, změny reflexů) (Fraser et al., 2009).

V současné době je předmětem debaty také načasování operace CES a efekt urgentního chirurgického zákroku. Na základě výsledků současného výzkumu není možné jednoznačně určit, zda má lepší efekt urgentní, nebo pozdější operace. (Mahadevappa et al., 2015). Akca et al. (2014) popsali čtyři kazuistiky pacientů se sexuální a sfinkterovou dysfunkcí způsobenou hernií meziobratlového disku L5/S1, aniž by trpěli bolestí bederní páteře. Po operaci bederní páteře došlo ke zlepšení perineálního senzorického deficitu, které bylo ovšem vykoupeno zhoršením sexuálních funkcí. Vzhledem k nejasnostem v současné literatuře zabývající se CES je načase pečlivě prozkoumat, jestli mohou mít pacienti s těmito symptomy slibnější

výsledky díky konzervativnější léčbě. (Mahadevappa et al., 2015).

Pečlivým monitorováním symptomů při vyšetření dle MDT mohou být některé symptomy odstraněny, pokud jsou obtíže pacienta způsobeny derangementem a léčeny správným způsobem.

V naší případové studii jsou popsány kazuistiky tří pacientů, mužů, s primárními symptomy LUTS. Pacienti absolvovali řadu specializovaných vyšetření, pomocí kterých bylo vyloučeno, že zdrojem jejich obtíží je patologie urogenitálního traktu. Na základě podrobnějšího vyšetření dle MDT byly nalezeny určité náznaky, že by zdroj obtíží mohl být v bederní páteři a být tzv. „mechanické povahy“. U třetího pacienta byly společně s močovými symptomy přítomny i bolesti bederní páteře a močové symptomy se zhoršovaly s narůstající intenzitou bolestí bederní páteře. Přestože u prvního a druhého pacienta byly symptomy v bederní páteři nebo dolních končetinách minimální nebo žádné, vyšetření odhalilo abnormální neurologický náález. Symptomy prvního pacienta splňovaly diagnostická kritéria CES. Jednalo se o močovou a střevní dysfunkci, oboustranný abnormální neurologický náález na dolních končetinách a sedlovitou poruchu cití. Močové symptomy pacientů měly nevyzpytatelný nástup, měnily se v čase a v závislosti na různých činnostech a polohách.

Vyšetření dle MDT nám může pomoci odhalit mechanický vliv na LUTS u takovýchto pacientů. Veškeré vyšetření

a léčba byly provedeny ve spolupráci s odesílajícím urologem, který byl o celém procesu plně informován. Během MDT vyšetření došlo u všech pacientů ke změně symptomů při posturální korekci a všichni měli omezenou hybnost bederní páteře. Některé z močových symptomů bylo možné vyprodukovat, snížit nebo odstranit během různých zátěžových strategií.

Dle MDT klasifikace všichni pacienti splňovali kritéria pro derangement bederní páteře; dva se směřovou preferencí do extenze a jeden se směřovou preferencí do flexe. Klasifikace byla založena na rychlých a trvalých změnách v baseline, ke kterým došlo na základě různých zátěžových strategií. Na zlepšení symptomů dolních cest močových, i přes jejich chronicitu a předchozí nejasnou etiologii, mohlo přispět cvičení dle směřové preference nebo mohl ve změně symptomů hrát roli neznámý alternativní mechanismus. Ať tak či onak, symptomy pacientů se zlepšily v průměru o 65,5 % (56,0–77,4 %) během průměrných 5 týdnů terapie.

Na základě popisu těchto kazuistik by pacienti, u nichž předpokládáme, že zdroj LUTS je „mechanické povahy“ z bederní páteře, měli být vyšetřeni a následně léčeni dle MDT. Všem třem pacientům byla doporučena autoterapie formou jednoduchých cvičení, pomocí kterých došlo k vyřešení dlouhotrvajících a poměrně znepokojujících symptomů.

Z tohoto typu studie není možné vyvodit žádný pevný závěr a jasný zdroj

obtíží pacientů. Stojí ovšem zato blíže prozkoumat v kohortové nebo randomizované studii přínos konzervativního vyšetření dle MDT u pacientů s LUTS,

abychom zjistili, zdali jsou projevem derangementu a následné cvičení dle směrové preference přinese jednoduché a rychlé řešení obtíží.

Literatura

1. Abid T, Boujnah H, Zmerli S. Urinary retention revealing asymptomatic herniated disk. Value of urodynamic exploration. *La Tunisie Médicale*, 1986; 64: 837–42.
2. Akca N, Ozdemir B, Kanat A, Batcik OE, Yazar U, Zorba OU. Describing a new syndrome in l5-s1 disc herniation: sexual and sphincter dysfunction without pain and muscle weakness. *Journal of Craniovertebral Junction and Spine*, 2014; 5: 146–50.
3. Bartolin Z, Savic I, Persec Z. Relationship between clinical data and urodynamic findings in patients with lumbar intervertebral disk protrusion. *Urological Research*, 2002; 30: 219–22.
4. Burgio KL. 2013 Update on behavioral and physical therapies for incontinence and overactive bladder: the role of pelvic floor muscle training. *Current Urology Reports*, 2013; 14: 457– 64.
5. Burgio KL, Goode PS, Johnson TM, Hammontree L, Ouslander JG, Markland AD, Colli J, Vaughan CP, Redden DT. Behavioral versus drug treatment for overactive bladder in men: the male overactive bladder treatment in veterans (motive) trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2011; 59: 2209–16.
6. Chapple CR, Wein AJ, Abrams P, Dmochowski RR, Giuliano F, Kaplan SA, McVary KT, Roehrborn CG. Lower urinary tract symptoms revisited: A broader clinical perspective. *European Urology*, 2008; 54: 563–9.
7. Chau AM, Xu LL, Pelzer NR, Gragnaniello C. Timing of surgical intervention in cauda equina syndrome: a systematic critical review. *World Neurosurgery*, 2014; 81: 640–50.
8. Clare HA, Adams R, Maher CG. Reliability of mckenzie classification of patients with cervical or lumbar pain. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 2005; 28: 122–7.
9. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Kopp ZS, Kelleher CJ, Milsom I. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the epic study. *BJU International*, 2008; 101: 1388–95.
10. Coyne KS, Sexton CC, Thompson CL, Milsom I, Irwin D, Kopp ZS, Chapple CR, Kaplan S, Tubaro A, Aiyer LP. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the epidemiology of LUTS (epiluts) study. *BJU International*, 2009; 104: 352–60.
11. Davies C, Nitz AJ, Mattacola CG, Kitzman P, Howell D, Viele K, Baxter D, Brockopp D. Practice patterns when treating patients with low back pain: a survey of physical therapists. *Physiotherapy Theory and Practice*, 2014; 30: 399–408.
12. Dorsher PT, McIntosh PM. Neurogenic bladder. *Advances in Urology*, 2012: 816274.
13. Floratos D, Sonke G, Rapidou C, Alivizatos G, Deliveliotis C, Constantinides C, Theodorou C. Biofeedback vs verbal feedback as learning tools for pelvic

muscle exercises in the early management of urinary incontinence after radical prostatectomy. *BJU International*, 2002; 89: 714–19.

14. Fraser S, Roberts L, Murphy E. Cauda equina syndrome: a literature review of its definition and clinical presentation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2009; 90: 1964–8.

15. Glazener C, Boachie C, Buckley B, Cochran C, Dorey G, Grant A, Hagen S, Kilonzo M, McDonald A, McPherson G. Urinary incontinence in men after formal one-to-one pelvic floor muscle training following radical prostatectomy or transurethral resection of the prostate (MAPS): two parallel randomised controlled trials. *Lancet*, 2011; 378: 328–37.

16. Goode PS, Burgio KL, Johnson TM, Clay OJ, Roth DL, Markland AD, Burkhardt JH, Issa MM, Lloyd LK. Behavioral therapy with or without biofeedback and pelvic floor electrical stimulation for persistent postprostatectomy incontinence: A randomized controlled trial. *JAMA*, 2011; 305: 151–9.

17. Hafez H, Hassan N, Abd Allah H, Rashwan H. Bladder dysfunction and lumbar intervertebral disk protrusion: urodynamic evaluation. *Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry, and Neurosurgery*, 2005; 42: 17–21.

18. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Vos T, Buchbinder R. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis and Rheumatism*, 2012; 64: 2028–37.

19. Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B,

Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU International*, 2011; 108: 1132–8.

20. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, Coyne K, Kelleher C, Hampel C, Artibani W. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the epic study. *European Urology*, 2006; 50: 1306–15.

21. Irwin DE, Milsom I, Kopp Z, Abrams P, Artibani W, Herschorn S. Prevalence, severity, and symptom bother of lower urinary tract symptoms among men in the epic study: impact of overactive bladder. *European Urology*, 2009; 56: 14–20.

22. Johnson TM, Markland AD, Goode PS, Vaughan CP, Colli JL, Ouslander JG, Redden DT, McGwin G, Burgio KL. Efficacy of adding behavioural treatment or antimuscarinic drug therapy to α -blocker therapy in men with nocturia. *BJU International*, 2013; 112: 100–8.

23. Karakiewicz P, Perrotte P, Valiquette L, Benard F, McCormack M, Menard C, McNaughton CM, Nickel J. French-canadian linguistic validation of the NIH chronic prostatitis symptom index. *Canadian Journal of Urology*, 2005; 12: 2816–23.

24. Kilpikoski S, Airaksinen O, Kaanpää M, Leminen P, Videman T, Alen M. Interexaminer reliability of low back pain assessment using the McKenzie method.

Spine, 2002; 27: E207–E214.

25. Liddle SD, Baxter GD, Gracey JH. Physiotherapists' use of advice and exercise for the management of chronic low back pain: A national survey. *Manual Therapy*, 2009; 14: 189–96.

26. Litwin MS. A review of the development and validation of the national institutes of health chronic prostatitis symptom index. *Urology*, 2002; 60: 14–18.

27. Liu N, He F, Man L, Huang G, Wang H, Wang H, Li G, Wang J. Analysis of lower urinary tract symptoms in patients with lumbar disk herniation. *Chinese Medical Journal*, 2011; 91: 269–71.

28. Liu X, Wang H, Ji S, Yuzhi Z. Blood flow changes of cauda equina in experimental lumbar spinal canal stenosis under dynamic burden. *Chinese Journal of Reparative and Reconstructive Surgery*, 2004; 18: 406–8.

29. Mahadevappa K, Persi A, Nesathurai S. Acute cauda equina syndrome caused by a disk lesion: is emergent surgery the correct option? *Spine*, 2015; 40: 636–8.

30. Manassero F, Traversi C, Ales V, Pistolesi D, Panicucci E, Valent F, Selli C. Contribution of early intensive prolonged pelvic floor exercises on urinary continence recovery after bladder neck-sparing radical prostatectomy: results of a prospective controlled randomized trial. *Neurourology and Urodynamics*, 2007; 26: 985–9.

31. Marszalek M, Wehrberger C, Hochreiter W, Temml C, Madersbacher S. Symptoms suggestive of chronic pelvic

pain syndrome in an urban population: prevalence and associations with lower urinary tract symptoms and erectile function. *Journal of Urology*, 2007; 177: 1815–19.

32. Murayama N, Yamanishi T, Yasuda K, Hattori T, Nagashima K, Takahashi K, Shimazaki J. Urodynamic studies in patients with intervertebral prolapse. *Japanese Journal of Urology*, 1991; 82: 607–12.

33. Probert KJ, Litwin M, Wang Y, Alexander RB, Calhoun E, Nickel JC, O'Leary MP, Pontari M, McNaughton-Collins M, Network CPRC. Responsiveness of the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI). *Quality of Life Research*, 2006; 15: 299–305.

34. Razmjou H, Kramer JF, Yamada R. Intertester reliability of the McKenzie evaluation in assessing patients with mechanical low back pain. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 2000; 30: 368–89.

35. Roberts RO, Jacobson DJ, Girman CJ, Rhodes T, Lieber MM, Jacobsen SJ. Prevalence of prostatitis-like symptoms in a community based cohort of older men. *Journal of Urology*, 2002; 168: 2467–71.

36. Sandri S, Fanciullacci F, Politi P, Zanollo A. Urinary disorders in intervertebral disc prolapse. *Neurourology and Urodynamics*, 1987; 6: 11–19.

37. Siracusa G, Sparacino A, Lentini V. Neurogenic bladder and disc disease: A brief review. *Current Medical Research and Opinion*, 2013; 29: 1025–31.

38. Smith MD, Russell A, Hodges PW.

Disorders of breathing and continence have a stronger association with back pain than obesity and physical activity. *Australian Journal of Physiotherapy*, 2006; 52: 11–16.

39. Sylvester P, McLoughlin J, Sibley G, Dorman P, Kabala J, Ormerod I. Neuro-pathic urinary retention in the absence of neurological signs. *Postgraduate Medical Journal*, 1995; 71: 747–8.

40. Van Kampen M, De Weerd W, Van Poppel H, De Ridder D, Feys H, Baert L. Effect of pelvic-floor re-education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy: A randomised controlled trial. *Lancet*, 2000; 355: 98–102. ■

SIG zájmová skupina

Termíny zájmové skupiny McKenzie
pro rok 2023

Česká republika, Praha

Datum	Téma	Místo konání / Kontakt
14.2. '23 / 14.00	Odpovědi na otázky z MDT (dle manuálů)	ÚVN Praha 6, Střešovice
7. 3. '23 / 14.00	Volné téma	ÚVN Praha 6, Střešovice
4. 4. '23 / 14.00	Kritické hodnocení výzkumů	ÚVN Praha 6, Střešovice
3. 5. '23 / 16.00	Korekce deformit	McKenzie certifikovaná klinika Kladno
6. 6. '23 / 18.00	Téma doplníme dle dotazů	Online Zoom

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 Burianková, 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 Žilíně 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 2023

Česká republika, Praha

Datum	Lektor	Typ	Původní cena	Členové McK
9. 3. - 12. 3. '23	Mirek / ČR	B*	16 700 Kč	10 850 Kč
24. 3. - 27. 3. '23	Eva / ČR	D*	16 700 Kč	10 850 Kč
13. 4. - 16. 4. '23	Mirek / ČR	A*	16 700 Kč	10 850 Kč
27. 5. - 28. 5. '23	Mirek / ČR	Atlet*	8 250 Kč	6 850 Kč
16. 6. - 17. 6. '23	Eva / ČR	E*	8 250 Kč	6 850 Kč
22. 9. - 25. 9. '23	Eva / ČR	C*	16 700 Kč	10 850 Kč
28. 9. - 29. 9. '23	Hans / NL	MNR*	8 250 Kč	6 850 Kč
říjen '23 Kladno	Eva / Mirek / ČR	ZK	5 850 Kč	2 000 Kč
12. 10. - 15. 10. '23	Mirek / ČR	B*	16 700 Kč	10 850 Kč
8. 12. - 11. 12. '23	Eva / ČR	D*	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
27. 1. - 30. 1. '23 Bratislava	Eva / ČR	C*	660 eur	395 eur*
10. 3. - 13. 3. '23 Žilina	Eva / ČR	D*	660 eur	395 eur*
27. 4. - 30. 4. '23 Bratislava	Mirek / ČR	A*	660 eur	395 eur*
15. 6. - 18. 6. '23 Bratislava	Mirek / ČR	B*	660 eur	395 eur*
30. 9. - 1. 10. '23 Bratislava	Hans / NL	MNR*	335 eur	285 eur*

Vysvětlivky:

* Na kurz přispívá McKenzie Institute Czech Republic & Slovakia.

- ▷ 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/

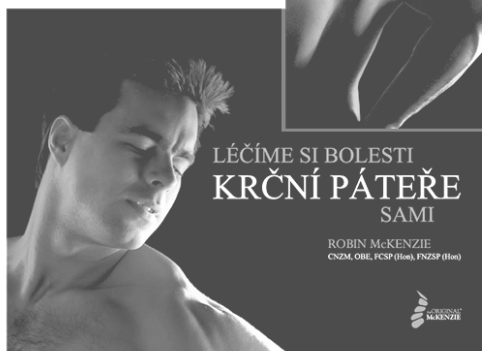


... správný pohyb léčí bolest

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 zanechtejte
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 Jiráška
DTP: MgA. Eva Nováková

Za obsah jednotlivých příspěvků
odpovídají jejich autoři.

Články neprošly odbornou recenzí.
ISSN 1802-274X
číslo časopisu je 38