

6/25 McKenzie Magazín

časopis pro MDT odborníky
číslo 44



- 3 Zpráva z WCPT konference, Tokio
- 10 Život mezi pacienty, metodou McKenzie....
- 22 XIII. Berounský rehabilitační den
- 30 Užívání léků jako rizikový faktor bolesti zad

Obsah

- 2 Úvod**
Romana Wolfová, DiS., Cert. MDT
- 3 Zpráva z WCPT konference, Tokio, 29.–31. 5. 2025**
Eva Nováková, Dip. MDT,
Mgr. Petra Gaul Aláčová, Ph.D.
- 10 Život mezi pacienty, metodou McKenzie a letními saunami**
Sinikka Kilpikoski, Ph.D., Dip. MDT
- 13 Moje cesta do Tokia a účast na Světovém fyzioterapeutickém kongresu 2025**
Sinikka Kilpikoski, Ph.D., Dip. MDT
- 16 SIG ZOOM 7. října 2025**
Kateřina Rajchlová, Cert. MDT
- 22 XIII. Berounský rehabilitační den**
Jan Běhůnek, DiS.
- 26 Zahraniční stáž – Nizozemsko**
Bc. Eddie Voharčík, Cert. MDT
- 30 Užívání léků jako rizikový faktor bolesti zad**
Mgr. Ondřej Houška, Cert. MDT
- 33 Obvyklá fyzioterapeutická praxe v ČR vs. MDT přístup: přehled rozdílů a praktické implikace**
- 36 Vybrané poznatky z výzkumů / abstraktů**
Úprava překladu: Eva Nováková, Dip. MDT
- 46 SIG zájmová skupina 2026**
- 47 Kurzy McKenzie 2026**

Úvod

Milé kolegyně, milí kolegové,

s radostí vás vítám u dalšího čísla našeho bulletinu. I tentokrát jsme pro vás připravili pestrou paletu článků, postřehů z praxe i inspirací, které mohou obohatit vaše další vzdělávání i každodenní klinickou práci. Věříme, že vám nové vydání nabídne nejen užitečné poznatky, ale také příjemné zastavení u témat, která nás společně spojují.

Rádi bychom vás zároveň pozvali na naši odbornou konferenci, která se uskuteční 10. června 2026 v Praze. Tato událost je výjimečnou příležitostí setkat se s kolegy z oboru, sdílet zkušenosti, diskutovat o aktuálních trendech a prohlubovat znalosti z oblasti Mechanické diagnostiky a terapie. Více informací najdete na našich stránkách: <https://cz.mckenzieinstitute.org/foto/konference/>



Jsme upřímně vděční za vaši dlouhodobou přízeň, zájem o náš časopis i za to, že společně budujeme komunitu odborníků, kteří sdílejí přesvědčení o významu kvalitní péče o pohybový aparát.

Věřím, že vám toto číslo zpříjemní chvíle volna i odpočinku — třeba mezi oblíbenými vánočními pohádkami.

Za celý redakční tým vám přeji klidné a radostné prožití vánočních svátků. Ať vás provází pohoda, blízkost rodiny a dostatek energie do dalších dní. Do nového roku vám přejeme pevné zdraví, mnoho osobních i pracovních úspěchů a radosti z dobře odvedené práce.

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



**Přejeme úspěšný
nový rok 2026
bez bolesti**



McKenzie
Institute
Czech Republic



Zpráva z WCPT konference, Tokio, 29.–31. 5. 2025

World Confederation for Physical Therapy

Autorky: Eva Nováková, Dip. MDT, Mgr. Petra Gaul Aláčová, Ph.D.

Program konference byl bohatý a navržený pro široké spektrum více než 4 500 účastníků. Alespoň podle programu znělo vše velmi zajímavě. Reálně se však dalo zvládnout navštívit zhruba čtyři hodinové akce dopoledne a tři až čtyři odpoledne.

Zaujala mě přednáška o systematických přehledech. Vzhledem k opakované zkušenosti s rešersemi, kde autoři zahrnují jen studie podporující jejich předem formulovaný závěr, mě potěšil návrh výzkumníků z PEDro databáze: sdílet aktuální přehledy pomocí e-mailového rozesílání. To považuji za velmi přínosné, protože umožňuje lépe se orientovat v obrovském množství nového výzkumu. Přesto i zde platí, že je potřeba používat selský rozum – například si ověřit, zda posuzovací komise byla skutečně nezávislá. Pokud se v systematickém přehledu neobjeví relevantní RCT studie, které znáte, je namístě ptát se, proč nebyly zařazeny. McKenzie komunita se nyní může těšit nejen na

vybrané abstrakty z různých časopisů, ale i na souhrny studií doporučených právě skupinou PEDro (Physiotherapy Database www.PEDro.org.au od Marka Elkinse, Clinical Associate Professor in the Faculty of the Medicine and Health at the University Sydney, Australie).

Zúčastnila jsem se také tzv. „Idobaty“ s Georgem – setkání, kde jsme se neformálně seznámili s osobnostmi z WCPT a jejich rolemi v organizaci a sdíleli jsme i momenty selhání v profesním životě.

Z přednášky o využití umělé inteligence k analýze sdělení pacientů (například u syndromu chronické bolesti) jsem však byla zklamaná – vystoupilo asi pět odborníků, ale kromě doporučení „používejte AI“ jsme se konkrétní nástroje nebo postupy nedozvěděli.

Velkým prostorem byly e-postery. Převážně mladší generace představovala 15minutové prezentace, které často připomínaly známé poznatky – např. že po artroskopii kolene je vhodné trénovat chůzi i do schodů. Celkově tyto příspěv-



ky působily dojmem, že výzkumné otázky a výsledky se po celém světě velmi podobají: že pohyb uzdravuje.

Podobné sdělení zaznívalo i z tištěných posterů, bez ohledu na diagnózu (dysfunkce, DMO, onkologie, neurologie, ortopedie...). Ať už šlo o malý soubor nebo dobře vedenou RCT studii, téměř vždy došlo ke zlepšení pohybem.

PPP (PowerPoint Presentations) měly časový limit 10 minut a sdělovaly podobné informace. Např. studie s pacienty po CMP ukazovaly zlepšení díky standardní péči doplněné o virtuální realitu. V jedné studii se dokonce zaměřili na intenzivní posilování pouze flexorů horních končetin v raném stadiu CMP. V žádném příspěvku však nezazněla zmínka o systému Gracies nebo projevech spasticity. Je možné, že mi něco uteklo – paralelně probíhalo více přednášek, ale v názvech

se spasticita neobjevila. Ani u tématu DMO jsem nezaznamenala zmínku o diagnostice či terapii dle Vojty.

V přednáškách na téma pánevního dna se řešila především inkontinence, měření svalové aktivity pomocí UZ a zaměření na sílu svalů – nikoliv např. na koordinaci či souhru.

Zklamáním byly workshopy tzv. „industry“ – pro celkový počet 4 500 účastníků byly připraveny pouze čtyři, převážně s propagačním zaměřením na přístroje. Jeden z nich se věnoval fasciální manipulaci (FM), ale pouze formou přednášky pro cca 80 posluchačů, bez interakce či praktické demonstrace.

Naštěstí nechyběla možnost krátkých fyzických aktivit – například jóga pro cca 30 lidí, 30min bloky rozložené do celých tří dnů. Vedle toho probíhaly i firemní prezentace.

Co mě nejvíce zaujalo:

- **Fyzioterapie jako business** – etická témata, rozdíly mezi kontinenty. Např. v Africe si pacient často může dovolit fyzioterapii pouze po prodeji majetku. V Belgii je předepsáno 18 sezení bez ohledu na diagnózu.
- **Guidelines** – i když se tvoří, v praxi se často nečtou a ani management nemocnic je nevyžaduje.
- **Bolest** – sdílení zkušeností u kulatých stolů, diskuse o měření bolesti, psychologickém přesahu a možnostech využití AI (např. nahrání rozhovoru s pacientem a jeho shrnutí pomocí AI).

Pokud plánujete investovat do zahraniční konference, kde potkáte kolegy z celého světa a získáte obecný přehled o fyzioterapii napříč zeměmi, pak je WCPT příjemný zážitek. Pro mě osobně ale nepřinesla tolik nového – zůstalo převážně u obecné teorie bez praktických ukázek či konkrétních příkladů. Naproti tomu mám více než 20leté zkušenosti z konferencí pořádaných McKenzie institutem (USA, Brazílie, Evropa, Nový Zéland, Kanada), odkud jsem si vždy odvezla něco nového, konkrétního a použitelného. McK konference často nabízejí přímé demonstrace s pacienty, interaktivní workshopy, diskuse i nové dovednosti. A prezentace, které vás skutečně nezaujmu, jsou spíše výjimkou.

Na WCPT jsme také diskutovali v tzv. „Idobata“ formátu (japonský výraz pro neformální sdílení názorů jako kdysi u draní peří). Probírali jsme mimo jiné:

1. Proč je vstupní poplatek tak vysoký? – slíbili o tom přemýšlet.
2. Proč chybí tematické praktické workshopy? – vysvětlení: po covidu je obtížné garantovat účast přednášejících.

Konference se konala v krásném, reprezentativním prostředí (viz foto). V rámci cateringu byla zdarma dostupná voda. První den jsme se zúčastnili placeného uvítacího večírku, druhý den probíhala slavnostní večeře formou „zobání ve stoje“.

Závěrem mohu říct, že WCPT byla milým setkáním s kolegy z celého světa. Pokud jste připraveni investovat více za obecné sdílení a méně za praktický přínos, může být cesta do Mexika na další WCPT zajímavým zážitkem. Pokud však toužíte po konkrétním odborném rozvoji a prakticky využitelné inspiraci, včetně navázání kontaktů se zahraničními odborníky, podle mé zkušenosti stále více nabízejí McKenzie konference.

P. S.: Zde konkrétní informace od kolegy z Belgie ohledně návštěv u fyzioterapeuta za rok:

Přehled hrazené fyzioterapeutické péče podle typu onemocnění, Belgie

1. Akutní a běžná onemocnění

Jedná se především o akutní bolesti zad a krční páteře, tendinitidy, výrony (podvrtnutí) či jiné běžné ortopedické stavy.

Pojišťovna hradí **maximálně 2×9 fyzioterapeutických sezení ročně**



na jednoho pacienta, bez ohledu na počet diagnóz či typ onemocnění. Pokud tedy pacient v průběhu téhož kalendářního roku navštíví fyzioterapeuta např. s potíženími ramene a později s kolenem, nárok na hrazenou péči zůstává stále pouze ve výši 2× 9 sezení. V případě potřeby další péče si pacient hradí zbylá sezení sám.

2. Funkční onemocnění vyžadující rozsáhlejší péči

Sem patří například pooperační ortopedické stavy, vybraná neurologická onemocnění, fibromyalgie či dětská mozková obrna (DMO). Pojišťovna může na základě lékařského předpisu uhradit **až 60 fyzioterapeutických sezení ročně**.

U těchto stavů je **nezbytné zpracovat podrobnou zpětnou zprávu** pro pojišťovnu, která hodnotí průběh

a efekt terapie. Zvláštní důraz je kladen např. u diagnózy fibromyalgie.

3. Chronická onemocnění

Tato skupina zahrnuje dlouhodobé a funkčně omezující stavy, jako jsou roztroušená skleróza (RS), Parkinsonova nemoc, chronická zánětlivá onemocnění, chronická obstrukční plicní nemoc (COPD – ve vybraných stadiích), nebo stavy po cévní mozkové příhodě (CMP).

I zde pojišťovna hradí **až 60 sezení ročně**, přičemž péče může být **každoročně obnovována**.

Podmínkou je opět lékařské doporučení a podrobná zpráva zpět pojišťovně, včetně vyhodnocení přínosu terapie. Tyto výstupy mohou následně sloužit jako podklad pro přiznání dalších benefitů (např. pokračování rehabilitace, lázeňská léčba apod.).

P. S.: Po sepsání celé zprávy jsme získali přístup k nahrávkám přednášek z celého kongresu, a to ve výborné kvalitě. Prozatím jsem jich několik zhlédla namátkově a svůj celkový dojem zatím neměním. Velmi si vážím všech prezentujících za úsilí, které věnovali svým přednáškám a posterům, stejně jako organizátorům WCPT za celkovou přípravu.

Je však škoda, že v celém programu byla prezentována pouze jedna studie týkající se McKenzie přístupu, a to formou posteru zaměřeného výhradně na extenzi. Jde o častý omyl – redukovat McKenzie koncept pouze na extenzi znamená nepochopení jeho skutečného základu. Je to částečně i naše zodpovědnost, že nikdo z nás nepředstavil ucelený diagnostický rámec a klinické využití tohoto přístupu pro celý muskuloskeletální systém.

Česká republika byla zastoupená v posterové sekci, kde prezentovaly výsledky svých výzkumů Petra Gaul Aláčová z Univerzity Palackého v Olomouci a Pavlína Bazalová z Masarykovy Univerzity v Brně (viz příloha poster).

Zpráva od Mgr. Petry Gaul Aláčové, Ph.D.

World Physiotherapy Congress 2025, jež probíhal v Japonském Tokiu ve dnech 29.–31. 5. 2025, byl opravdu jedinečným setkáním fyzioterapeutů z celého světa. Nabídl velice bohatý program v celkově 11 sekcích.

Jako obzvláště přínosné jsem vnímala workshopy zaměřené na pregraduální vzdělávání budoucích fyzioterapeutů, kde bylo možné diskutovat příklady dobré praxe v oblasti Evropy, ale i celosvětových standardů ve vzdělávání. Bylo zajímavé slyšet, jak se v ostatních zemích světa potýkají s velmi podobnými problémy v oblasti pregraduálního vzdělávání a jaká řešení u nich fungují a lze je realizovat v praxi. V rámci klinických seminářů bylo možné vnímat velice aktuální otázku stárnutí populace a jak se k tomuto, nyní již velmi palčivému tématu staví různé země světa. Velice motivační byly právě země, které propoují velice efektivně veřejnou správu a fyzioterapii a rehabilitaci obecně a mají výborné výsledky. Austrálie byla v mnoha aspektech prezentována jako lídr v mnoha odvětvích. V posledních letech je stále více se otevírajícím tématem, které na kongresu velice rezonovalo, fyzioterapie v onkologii a také fyzioterapie a well-being a mentální zdraví.



Palacký University
Olomouc



Faculty of Health
Sciences

PRESENTED AT:



World
Physiotherapy
Congress2025



The impact of physical exercise on the overall wellbeing in aging population in the Czech Republic

Petra Gaul Aláčová, Alena Svobodová, Jana Vyskotová,
Anita Můčková, Petr Konečný, Romana Klášterecká

Faculty of Health Sciences, Palacký University, Olomouc,
Czech Republic

Introduction

Predictions by United Nations are that the older adults population will increase from 600 million to two billion over the next 50 years. As Europe's population continues to age, the promotion of healthy aging has become a critical public health priority. Demographic prediction of the older population over 65 years of age in the Czech Republic indicates an increase from 20% in the year 2023 to 30% in the year 2050 (Eurostat, 2023). This increasing number facilitates the urgency to maintain highest independence level and quality of life in this age category.

Physical activity is widely recognized as one of the keys to healthy aging, contributing not only to physical health but also to mental, emotional, and social wellbeing (WHO, 2020).

Purpose

The aim of the study was to identify the multifactorial impact of various levels of physical activity on wellbeing in this age group with a focus on the overall quality of life in physical, psychological, social and environmental aspect.

Participants

The participants for the research were recruited from the Senior's Clubs in Olomouc region, as well as from other regions based on the volunteers from Community Centers and other individuals recruited from general public based on their own initiative.

A total of 94 older adults aged 65+ were assessed for this study (22 men, 72 women). Mean age 72 (± 5.9).

Inclusion criteria: age 65+, independence, sufficient PA, willingness to cooperate, compliance with research conditions, cognitive ability.

Exclusion criteria: age under 65 years, lack of independence, limiting musculoskeletal, neurological, or cardiovascular disorder, cognitive impairment or non-compliance during research.

Methods

The Quality of Life was assessed by WHOQOL-Bref questionnaire in four domains (Fig. 1), the physical activity levels were assessed by the IPAQ questionnaire.

Basic statistical variables were calculated for each observed parameter. The Kruskal-Wallis test was used to compare between groups according to the IPAQ parameters. Nemeny's test was used as a post hoc test. To determine statistical significance, we chose a statistical significance level of $\alpha = 0.05$. To determine the substantive significance, we used the eta squared parameter.

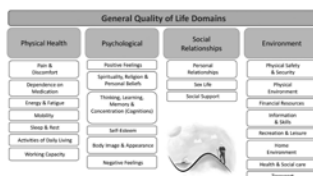


Fig. 1 WHOQOL-BREF domains

Results

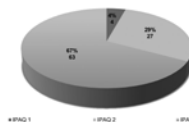


Fig. 2 IPAQ categories distribution of PA in cohort of older adults (IPAQ1 – inactive (up to 600 MET-min/week; IPAQ2 – minimally active 600-3000 MET-min/week; IPAQ3 – HEPA active (health enhancing physical activity, a high active category) MET-minutes/week)

In the cohort of older adults, 67% belonged into the HEPA category, that exceeded the minimum public health physical activity recommendations of walking, moderate-intensity or vigorous intensity activities achieving a minimum of at least 3000 MET-minutes/week. Only 4% of participants had the lowest insufficient levels of physical activity and 29% were classified as minimally active with more than 600 MET-min/week (Fig. 2).

Results

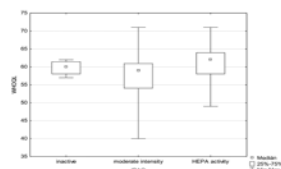


Fig. 3 Quality of life in different physical activity groups based on WHOQOL and IPAQ

In the multiple comparison of p values for data from WHOQOL and IPAQ there was a significant difference ($p < 0.05$) between 2 and 3 IPAQ groups (Fig. 3).

Discussion and conclusions

Our findings showed that as the number of physical activities increased, the value associated with the estimated coefficient for WHOQOL also increased, thus the higher the level of physical activity, the higher the satisfaction in overall quality of life of Czech older adults. The type of physical activity does not have an impact on the quality of life of older people, but the intensity plays a key role.



Recommendations

In order to facilitate the highest possible levels independence of older adults and their quality of life in a broader spectrum, safe physical activity of HEPA levels is highly recommended.

Acknowledgements

This study was supported by Palacký University grant IGS_FZV_20004. Ethical approval was obtained from Palacký university ethics board (No. UPOL - 134715/1070-2022).

Contacts:

Email: petra.gaul@upol.cz
Palacký University in Olomouc,
Faculty of Health Sciences
<https://aktivnistamruti.upol.cz/>

Zkušenost z WCPT kongresu a návštěvy tokijské kliniky

Konstantinos Zoulas, fyzioterapeut, nyní pracující ve Francii

Letos jsem se poprvé zúčastnil světového kongresu WCPT. Ačkoliv odborný program nepřinesl tolik inspirace, jak jsem očekával, oceňuji možnost setkání s kolegy z celého světa a sdílení profesních zkušeností.

IFOMPT kongres byl praktičtější

V loňském roce jsem navštívil IFOMPT kongres v Basileji, který byl podle mého názoru více zaměřen na klinickou praxi. Přednášky na IFOMPT byly lépe využitelné v každodenní práci.

Návštěva rehabilitační kliniky v Tokiu

Během pobytu v Japonsku jsem se zúčastnil klinické návštěvy na rehabilitační klinice v Tokiu. Zařízení mělo kapacitu 218 lůžek a tým tvořilo 48 fyzioterapeutů a 28 ergoterapeutů. Pacienti byli převážně neurologičtí a ortopedičtí. Terapie probíhala buď na pokojích pacientů, nebo ve velké cvičebně vybavené stoly a dalšími pomůckami. Japonští kolegové zmínili, že základní mzda fyzioterapeuta je přibližně 1 600 eur.

Mezinárodní setkávání má smysl

Přestože odborný obsah kongresu tentokrát nenaplnil moje očekávání, mezinárodní přesah a výměna zkušeností jsou důležitou součástí profesního rozvoje. Možnost osobně se potkat

s fyzioterapeuty z různých zemí je vždy inspirující.

Příště na MDT konferenci

Příště bych rád porovnal tuto zkušenost s MDT konferencí – očekávám, že její obsah bude více zaměřen na konkrétní přístup a klinické využití. ■

Život mezi pacienty, metodou McKenzie a letními saunami

Autorka: Sinikka Kilpikoski, Ph.D., Dip. MDT

Jmenuji se Sinikka Kilpikoski a moje cesta fyzioterapeutky začala v roce 1969 v Tampere ve Finsku. Krátce nato jsem se přestěhovala do malé vesničky v srdci Finska, kde jsem si otevřela soukromou praxi – jen já a moje ruce. Ale chuť učit se dál mě nikdy neopustila.

Začala jsem tedy navštěvovat různé manuální kurzy – části E (periferní klouby) a C (páteř). Do Finska tehdy jezdili norští fyzioterapeuti, aby nás seznámili s principy ortopedické manuální terapie podle Freddyho Kaltenborna, Olafa Evjenth a Hanse Gunnariho. A nejen to – Odvar Holten a Rolf Gustafssen nás učili základy tréninkové terapie, což byla tehdy ve Finsku naprostá novinka. A jako třešničku na dortu jsem měla možnost učit se v Helsinkách od profesora Vladimíra Jandy z Československa, který nás zasvětil do konceptu svalových dysbalancí.

V roce 1986 jsem se rozhodla vrátit do školních lavic a specializovala jsem se ve fyzioterapii veřejného zdraví a geriatrie na Univerzitě v Jyväskylä (Univerzita aplikovaných věd). A protože jsem se do učení zamilovala, pokračovala jsem dál – na Univerzitě v Jyväskylä jsem vystudovala magisterský obor Zdravotní vědy. Během tohoto studia jsem přemýšlela, čemu bych se chtěla jako lektorka věnovat. A pak přišel rok 1988 a s ním kurz Část A v Helsinkách s Robinem McKenzie. A bylo rozhodnuto – vydávám se cestou MDT.

Následovaly další kurzy: části B a C jsem absolvovala v Helsinkách pod vedením Malcolm Robinsona (Velká Británie) a Marka Lasletta (Nový Zéland). Část D jsem

Začínala jsem sama, ale dnes pracujeme v týmu osmi fyzioterapeutů a jednoho odborného maséra. Všichni fyzioterapeuti mají složený credentialing a naše klinika....

navštívila v anglickém Newcastlu, kde nás učil Ace Neame z Nového Zélandu. Právě tam jsem se dozvěděla o mezinárodních konferencích McKenzie institutu (MI). Vydala jsem se tedy na svou první konferenci – do Dallasu v Texasu. A tam jsem zjistila, že se MDT dá studovat až k diplomu... na Novém Zélandu. Tak jsem se přihlásila a v roce 1993 jsem odletěla na druhý konec světa. Přestože moje angličtina nebyla zrovna výstavní, zvládla jsem jak credentialing, tak i diplomovou zkoušku – a stala jsem se držitelkou diplomu číslo 56.

Než jsem začala kurzy vyučovat doma ve Finsku, měla jsem obrovské štěstí – přijela za mnou moje mentorka Riki Yamada z Kanady, se kterou jsem mohla spolulektorovat části A a B. Poté jsem strávila čas s ní, s Philem Burchellem a s Colinem Davisem – na kurzech v Montrealu, Londýně (Ontario), Thunder Bay a Ottawě. Tito kolegové mě podpořili, věnovali mi svůj čas, nechali mě učit s nimi. Dodnes jsem za tuhle zkušenost nesmírně vděčná.

V dubnu 1995 jsem začala oficiálně vyučovat kurzy MDT ve Finsku – a zároveň jsem se rozhodla pokračovat i ve výzkumu. Začala jsem připravovat doktorskou práci na Univerzitě v Jyväskylä. Její název?

„Metoda McKenzie při hodnocení, klasifikaci a léčbě nespecifických bolestí dolní části zad u dospělých s důrazem na fenomén centralizace“.

Disertaci jsem obhájila veřejně 3. prosince 2010. Zahrnovala pět původních článků publikovaných v odborných časopisech.

Celou tu dobu jsem ale zůstala věrná klinické praxi. Moje soukromá klinika **Vaajakosken Kuntohoito Oy** oslaví v květnu 2026 úctyhodných 50 let! Začínala jsem sama, ale dnes pracujeme v týmu osmi fyzioterapeutů a jednoho odborného maséra. Všichni fyzioterapeuti mají složený credentialing a naše klinika je stále jedinou mezinárodně certifikovanou McKenzie klinikou ve Finsku. A co víc – vedení teď převzal můj nejmladší syn, který je také fyzioterapeutem a dnes i CEO.

V rámci McKenzie institutu jsem dosud aktivní jako **Senior Instructor** a vyučuji především části C, D, pokročilé kurzy E a opakovací kurzy – všechny samozřejmě ve finštině. Také se podílím na organizaci credentialingových zkoušek u nás.

Po dokončení doktorátu jsem začala působit jako postdoktorandka v Centrální nemocnici ve Finsku, na oddělení fyzikální medicíny a rehabilitace. Měla jsem možnost spolupracovat na několika výzkumech.

Například:

- *Porovnání nálezů magnetické rezonance u pacientů s ischiaselem klasifikovaných jako centralizující nebo necentralizující,*
- *a „Metoda McKenzie vs. doporučení dle klinických směrnic u léčby ischiassu: 24měsíční výsledky RCT studie“.*

A teď chystáme sekundární analýzu z této studie.

Malý spoiler: Obě skupiny (McKenzie i skupina dle směrnic) se klinicky i statisticky zlepšily v bolesti a disabilitě – bez zásadního rozdílu. Ani počty operací (diskektomií) se nelišily.

Proto se chystáme publikovat analýzu přímých nákladů na zdravotní péči a pracovní neschopnosti v průběhu dvou let. Článek ponese název:

„Ekonomické hodnocení nákladů u pacientů s ischiaselem léčených metodou McKenzie nebo podle klinických směrnic: sekundární analýza RCT“.

Příští týden jde text na jazykovou korekturu do angličtiny a pak směřuje do časopisu *Clinical Rehabilitation (SAGE Journals)*. Věříme, že zaujme!

Od prvního setkání s MII na konferenci v Dallasu jsem se zúčastnila **všech mezinárodních MII konferencí**, téměř každého evropského MDT setkání od roku 1992 a pár severoamerických. Jestli byla Alicante poslední? Kdo ví. Možná už volá finské jezero...

A ano – stále aktivně pracuji s pacienty. V létě se s manželem stěhujeme na chatu u jezera, pět kilometrů od zimního domova a kliniky. A tam to žije! Tři dospělé děti, jejich partneri, sedm vnoučat ve věku 10–22 let a jejich kamarádi. Všichni se sjíždějí kvůli sauně, koupání, rybaření a hlavně – být spolu.

S přáním všeho dobrého,
Sinikka Kilpikoski ■

Moje cesta do Tokia a účast na Světovém fyzioterapeutickém kongresu 2025

Autorka: Sinikka Kilpikoski, Ph.D., Dip. MDT

Poznávání japonské rehabilitace a kultury

Na přelomu května a června 2025 jsem se zúčastnila odborné cesty do Tokia, kterou organizovala Finská asociace rehabilitačních podnikatelů. Cílem bylo seznámit se s přístupy k rehabilitaci v Japonsku, poznat moderní technologie, odborné instituce a celkové fungování systému péče o pacienty.

Po čtyřhodinové cestě z Jyväskylä jsme absolvovali 14hodinový let z Helsinek do Tokia a v neděli jsme se věnovali aklimatizaci a prvním objevování města.

Návštěvy společností a geriatrický výzkum

V pondělí 26. května jsme navštívili firmu Cyberdyne Inc. v Tsukubě, kde nám generální ředitel Yoshiyuki Sankai představil robotické exoskelety určené k rehabilitaci pacientů po míšním nebo mozkovém postižení.

Ve středu 28. května následovala série odborných návštěv – mimo jiné v Hot Rehabilisystems Ltd., Inter Reha, Tokyo Geriatric Research Hospital a soukromé Mirai Rehabilitation Hospital. V přednáškách od Dr. Atsushi Arakiho a fyzioterapeuta Dr. Shuichiho P. Obuchiho jsme se seznámili s hlavními prediktory poklesu funkčních schopností u seniorů (Masugi Y et al., *PLOS ONE* 2022):

Pozitivem však bylo setkávání s kolegy u stánku Mezinárodního McKenzie Institutu, kde jsem se potkala s Helen, Richardem, Georgem a dalšími členy naší odborné komunity.



- Výdrž ve stoji na jedné noze
- Obvyklá rychlost chůze
- Maximální rychlost chůze
- Čas testu „Timed Up and Go“ (TUG)

WCPT 2025: Reflexe a zkušenosti

Ve dnech 29.–31. května jsem se zúčastnila Světového fyzioterapeutického kongresu (WCPT), kterého se účastnilo více než 4 000 odborníků z celého světa.

S politováním musím říci, že organizátoři nepřijali ani jeden z mých dvou abstraktů, přestože se již více než 30 let věnuji výzkumu v oblasti McKenzie metody a publikuji v prestižních časopisech (např. <https://doi.org/10.1177/02692155231196393>). Jako aktivní výzkumnice ve věku přes 70 let vnímám tuto situaci jako výzvu k zamyšlení nad zastoupením ověřených klinických přístupů na světových fórech. V oficiálním programu navíc nebyla McKenzie metoda vůbec zastoupena.

Pozitivem však bylo setkávání s kolegy u stánku Mezinárodního McKenzie Institutu, kde jsem se potkala s Helen, Richardem, Georgem a dalšími členy naší odborné komunity.

Otevřená reflexe obsahu

Zahajovací ceremoniál byl působivý – dynamická choreografie ve výrazně japonském stylu vytvořila silný první dojem. Nicméně v průběhu samotné konference jsem nabyla dojmu, že některé prezentace, ač slibně znějící svými názvy, bohužel ve výsledku nenabídly téměř žádný obsah. To bylo místy frustrující, protože očekávání byla vysoká. Přesto jsem se zúčastnila všech kongresových dní a vnímám tuto zkušenost jako hodnotnou, především díky možnosti sdílení názorů s kolegy z jiných zemí.

Networking a závěrečný ceremoniál

Jedním z největších zážitků kongresu byla společenská večerní akce, kde jsme si užili jídlo z více než 20 food trucků, živou hudbu i tanec. Závěrečný ceremoniál byl plný energie – mexická hudba roztančila celý kongresový sál a potvrdila, že příští ročník WCPT se bude konat právě v Mexiku.

O autorce

Sinikka Kilpikoski je finská fyzioterapeutka a výzkumnice s více než 30letou praxí v oblasti mechanické diagnostiky a terapie (MDT, metoda McKenzie). Publikovala v prestižních odborných časopisech, např. *Clinical Rehabilitation* nebo *Journal of Rehabilitation Medicine*. I po dosažení věku 70 let zůstává aktivní odbornicí, inspirující kolegy po celém světě.

Některé práce:

- 2024 *Clinical Rehabilitation*
McKenzie metoda vs. standardní doporučení u pacientů se skoliózou („Sciatica“)
- 2008 *Journal of Rehabilitation Medicine*
Porovnání manuální terapie, McKenzie metody a „advice-only“
- 2023 *Journal of Manual & Manipulative Therapy*
MRI srovnání kořenového dráždění u pacientů s centralizací vs. bez centralizace podle McKenzie metody
- 2002 *Spine*
Spolehlivost (interexaminer reliability) hodnocení bolesti dolní části zad pomocí McKenzie

Více zde: <https://sinikkakilpikoski.academia.edu/> ■

SIG ZOOM 7. října 2025

Autorka: : Kateřina Rajchlová, Cert. MDT

Podle počtu účastníků se zdá, že po prázdninové pauze zájem o sdílení léčebných informací narostl. **Účastníků SIG ZOOM bylo 51!** Děkujeme za účast.

Eva Nováková, Dip. MDT, nás informovala, že v rámci odborných skupin UNIFY je možnost zařadit **MDT do myoskeletální skupiny**. Měla být přítomna zástupkyně této UNIFY skupiny Mgr. Kristýna Marková, aby nás podrobněji seznámila. Ale z neznámých důvodů se nepřipojila. Na konci SIG jsme byli dotázáni, zda je někdo proti tomuto začlenění? Nikdo se nepřihlásil. Tak pokud byste hledali McKenzie metodu na webu UNIFY, bude zřejmě začleněna do výše zmíněné sekce.

Celkem jsme slyšeli **pět příběhů – kazuistik**.

1. Kazuistika

Z anamnézy:

- muž, 70 let
- bolest LDK L4/5 do ½ bérce, lýtka
- Funkční disability: chůze, maximálně 100 m
- od 8/2025, beze změny
- Zhoršení: stoj, chůze, leh (břicho, záda), v pohybu
- Zlepšení: flexe Lp, sed, leh v klubíčku na pravém boku, v klidu, ráno
- bez omezení spánku
- nitrobřišní tlak negativní
- Dosavadní léčba: opichy, PRT – BE

Objektivní vyšetření:

- kontralaterální vybočení l.dx.
- korekce sedu zhoršuje LDK
- Laseque LDK 20°
- mechanické vyšetření: omezen ROM Lp: EXT a lateroposun l.dx.

Vyšetření opak pohyby:

- opak pohyby ve vertikále (v zátěži) zhoršují LDK
- vyzkoušena pozice vleže na P boku – BE

Vždy, abychom mohli případ dobře „rozlousknout“, je mechanická base line a testování zásadní.

Pozorně odeberte mechanickou base line a nebojte se testovat!

Kazuistika

Předběžná diagnóza: unilaterální asymetrický derangement pod koleno, nebo radikulární syndrom bez směrové preference (dříve MNR)

Doporučení od E. Novákové:

Zkusit ROT trupu vleže na L boku, kdy by mělo docházet k zavírání L strany Lp. Pokud bude technika BE, zkusit to samé na P boku a tzv. otvírat segment.

KO 30. 9. 2025

Kolegyně vyzkoušela ROT trupu vleže na L boku – pac udává zlepšení od dráždění z lýtky LDK a zlepšení chůze.

29. 10. 2025

Kolegyně poslala e-mailem report o aktuálním stavu: „Žádný zázrak se nekonal. Deformita přetrvává. Každopádně se pacientovi prodloužila vzdálenost, kterou zvládne ujít. Prodloužení chůze je vždy následující den po fyzioterapii. Dle doporučení ze SIG ZOOM jsem jednu návštěvu provedla rotace vleže na levém boku. Další terapii jsem zvolila techniku rotaci vsedě za pravou HK a vsedě lateroposun, kdy vlastně byla fixovaná pánev a kolegyně prováděla posun přes trup. Při korekci Lp do osy byl pacient lepší, ale zlepšení nevydrželo a deformita se znovu obnovila. Když jsem zkoušela překorigování přes osu páteře, tak byl zhoršen. Varianty ve stoje (zátěži) stav zhoršují.“

Eva Nováková, Dip. MDT, k vývoji stavu dodává: Pokud byly vyčerpány všechny síly ve všech možných variantách a pacient vnímá, že se nezlepšuje, až na mírné prodloužení vzdálenosti chůze, pak je vždy vhodná konzultace s lékařem o dalších postupech, ať už medikamentózních či jiných řešeních.

2. Kazuistika

Proběhla krátká konzultace u pacienta s Parkinsonským syndromem. Muž s výraznou únavností po pohybových aktivitách, která je kromě dalších klinických příznaků pro toto onemocnění typická. U tohoto neurodegenerativního onemocnění CNS je na prvním místě léčba cestou neurologa (farmakologická a další)!

Po zaléčení neurologem je z pozice fyzioterapeuta nejvhodnější intervencí TMT a švihová dynamická cvičení. Naše terapeutické možnosti je vhodné doplnit komunikačně, pozitivním přístupem.

3. Kazuistika

Stručné seznámení s velmi bolestivým stavem Lp, bolest v S1 ke kolenu PDK, po otevřené operaci srdce. Nikdy tuto bolest neměl.

Z anamnézy:

- muž, 68 let
- Zhoršení: chůze

Z objektivního vyšetření:

- FLX i EXT Lp zhoršuje PDK
- lateroposuny s omezením ROM a zhoršují PDK

Terapie:

- ROT ve FLX – odstraňuje PDK
- EVS – odstraňuje PDK, výrazně zhoršuje Lp
- korekce sedu

Doporučení od E. Novákové:

Vzhledem k tomu, že radikální bolest a bolest Lp vznikla po náročné kardiální operaci, může být bolest a blokáda Lp spojena s výše uvedeným operačním zákrokem. Otevřená operace srdce je výrazný zásah do Thp.

1. Pokud bude přetrvávat výrazná bolest Lp a omezený ROM, je vhodné použít nejprve TMT techniky na hrudník a Thp. Při práci s hrudním košem je vhodná pozice pacienta vleže na zádech s podložením DK a také beder, např. malým ručníkem, tak aby se cítil co nejlépe.
2. U výrazně omezené ROM Lp do EXT jsou vhodné a upřednostňujeme statické pozice: polohování vleže na břiše s pozvolným zvyšováním EXT (podložit jen dlaně nebo pěsti pod čelo apod). Možno při této poloze použít techniku terapeuta MOB do EXT, která někdy vyžaduje opravdu mnoho opakování. Eva uvedla zkušenost ze zahraniční stáže, kdy u velmi rigidní blokády Lp do EXT se úspěch MOB dostavil až po 20 min provádění této techniky. Trpělivost může přinášet. Uf!
3. Pokud by obojí selhalo a zhoršovalo stav, vyzkoušet reakci na FLX Lp, přitažením kolen k břichu technikou terapeuta. Buď dojde ke zhoršení a potvrzení, že stav vyžaduje výše popsané postupy, nebo při příznivé reakci na FLX bude zvolen flekční princip terapie.

Kolegyně na závěr uvedla, že u tohoto pacienta byla na MRI popsána listéza Lp (úsek neuveden) a stenóza PK.

Ale: U těchto uvedených nálezů na MRI by dle mechanického vyšetření (MDT) nebyla omezená FLX Lp.

4. Kazuistika

Z anamnézy:

- muž, nar. 1982 (vysoký 2 m), pracuje ve skleníku
- od 7/2025 bolest Cp a lopatky l.sin, parestzie l. a ll. prstu LHK
- bolest Cp a lopatky je konstantní 2–7/10 NRPS
- léčba: infuze BE, užívá Tramal
- nově bolest i Lp s propagací do stehna LDK

Z objektivního vyšetření:

- aspekčně otok L ramenního pletence
- pohmatově velmi reaktivní
- omezení ROM L ramene FLX a ABD 90

Doporučení E. Novákové

- znovu důsledně odebrat mechanickou base line
- doplnit si objektivní vyšetření o napínací manévr HK (ULTT), který je další base line v mechanické léčbě
- dle získaných indicií by v terapii mohly být úspěšné tyto techniky:
 1. RET v semiflexi Cp, případně až 2. technika terapeuta trakce RET vsedě, nebo alternativně 3. RET vleže na břicho s podložením čela jen pěstí, 4. ROT l.sin (zavírat) případně při zhoršení l.dx. (otvírat), 5. při selhání zkusit šikmou FLX s ROT Cp l.sin, 6. PRT Cp a znovu MDT.
- kvůli příznakům, nízkému věku a vysoké reaktivitě bolesti vyloučit revmatoidní příčinu a diabetes mellitus.

U kolegyně, která se radila s tímto případem, byla zřejmá obava z mechanického vyšetření, které nebylo z tohoto důvodu dostatečně provedené, a tudíž málo průkazné.

Vždy, abychom mohli případ dobře „rozlousknout“, je mechanická base line a testování zásadní. Pozorně odeberte mechanickou base line a nebojte se testovat! Také jsem si zpočátku své MDT kariéry neuvědomovala důležitost mechanické base line a bála se testovat, když jsem měla bolavého pacienta. Ale s přibývajícimi zkušenostmi si více všímám detailů při vyšetření mechanické base line, a obavy z toho, že stav pacienta testováním trvale zhorším, se rozplývají. Nevzdávejte se.

5. Kazuistika

U této kazuistiky jsme obdrželi velmi podrobný popis stavu.

Anamnéza a objektivní vyšetření: žena, obézní, s kontralaterálním vybočením, bolestí do lýtky. Nic nešlo?!

Velmi zkušená kolegyně opravdu vyjmenovala vše, co terapeuticky dle MDT připadalo v úvahu (autokorekci; manuální korekci ve stoji, vsedě; ROT ve FLX tam i tam atd.).

Evo, radí!

A Eva radí:

1. Zkusit pozici na čtyři a sed na paty.

2. Vyvěsit pánev přes okraj z lehátka, autotrakce do FLX Lp.

Pokusit se vzniklým tahem tkání ve FLX Lp a následným uvolněním obnovit postavení struktur Lp.

Poté znovu zkontrolovat vybočení.

Při neúspěchu mechanického postupu bude nutná farmakologická intervence cestou lékaře (kortikoidy per os, infuze), nebo PRT a pak opět klasifikace dle MDT.

Na základě těchto kazuistik bych znovu zdůraznila:

1. Pečlivě postupovat při odebrání mechanické base line a vyšetření opakovanými pohyby.
2. Nenechat se ovlivnit strukturálním nálezem na MRI (listéza, stenóza atd.). Nebát se testovat, jak opakovanými pohyby, tak statickými pozicemi, a ověřit si relevantnost strukturálního nálezu klinickými projevy při mechanickém testování.
3. Pokud se setkáme s výrazně bolestivou laterální deformitou Lp, kterou nemůžeme ani po třech návštěvách přeprat MDT a jinými RHB postupy, je třeba o pomoc požádat lékaře.
4. Pamatovat na jiný zdroj bolesti než mechanický, pokud je vysoká bolest, otok, stěhování bolestí nebo bolest na více místech najednou. Odeslat pacienta k dalšímu vyšetření lékařem.

Jak již bylo uvedeno na facebooku, Eva nám na závěr SIG skupiny ukázala tabulku od německých kolegů, kterou vytvořili pro přehledné zaznamenání **zátěžových testů Lp – obnova funkce**. Tabulka je na vyžádání v angličtině a českou verzi již najdete ke stažení ve členské sekci; obr. v anglické verzi viz níže. Tyto velmi užitečné testy k obnově funkce u Lp najdete na MDT webu [v sekci pro členy](#) v záložce [ČLÁNKY/PREZENTACE](#). Testy vám pomohou při postupu v progresi zátěže a vhodnosti běžných a sportovních aktivit u pacientů s lumbalgiemi apod. ■

Kazuistika

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AK	AL	AM												
1	ID: 00-000	Name:										Surname										Date of birth:										Date of test:																		
2	contact: email / fax										height (cm):										weight (kg):										Sex: ☐ ☐										Tester:									
3	arm length (cm):										leg length (cm):										dom. arm: re li										dom. leg: re li										trauma/surgery: yes no									
4	clinical findings:										date trauma/surgery:																																							
5	med. diagnosis:										duration of last episode:										painfree since:																													
6	activity level prior to episode:										goal level:										MDT classification:										begin of therapy:																			
7	LEVEL 1										LEVEL 2										LEVEL 3										LEVEL 4																			
8	Do you dare to do the following tests?										Do you dare to do the following tests?										Do you dare to do the following tests?										Do you dare to do the following tests?																			
9	yes ☐ no ☐										yes ☐ no ☐										yes ☐ no ☐										yes ☐ no ☐																			
11	A Repeated Extension in standing (15 rep)										A Loaded Reach Test >80kg -> 4kg / 70-80kg -> 3kg / <70kg -> 2kg										A Flexion Rotation test (30sec)										A Plyometric Push-Up Test (15sek)																			
12																																																		
13	P NW NE										Distance / /										contacts (wall + floor)										contacts																			
14																																																		
15	W PE not done																				errors (<25% of contacts)										errors (<25% of contacts)																			
16																																																		
17																																																		
18	Test passed ☐ ☐										Test passed ☐ ☐										Test passed ☐ ☐										Test passed ☐ ☐																			
20	B Bunkie Test Anterior										B Front Hop Test										B Bunkie Test Lateral										B Square Hop Test (30sec)																			
21																																																		
22	Anterior Line										Hop R										Lateral Line										contacts R																			
23	r l sec										/ /										r l sek										C-E																			
24																																																		
25																																																		
26																																																		
27																																																		
28																																																		
29	The goal are 40 seconds. 20 sec are the minimum to pass the test. The test is failed if the difference between sides is more than 5 seconds.										LSI = %										The goal are 40 seconds. 20 sec are the minimum to pass the test. The test is failed if the difference between sides is more than 5 seconds.										contacts L																			
30																																																		
31																																																		
32																																																		
33																																																		
34																																																		
35																																																		
36																																																		
37	Level passed ☐ not passed ☐										Level passed ☐ not passed ☐										Level passed ☐ not passed ☐										Level passed ☐ not passed ☐																			

XIII. Berounský rehabilitační den

Autor: Jan Běhůnek, DiS., Nemocnice následné péče Horažďovice

Dne 23. října 2025 se v Rehabilitační nemocnici Beroun konal XIII. Berounský rehabilitační den. Tentokrát se konference zabývala problematikou bolesti z multioborového pohledu. Pořadatelem této akce byla Rehabilitační nemocnice Beroun a Rehabilitační centrum MUDr. Jana Caltý. Odborně tuto konferenci zastřešovali doc. MUDr. Jiří Kozák, Ph.D., a MUDr. Ondřej Horáček, Ph.D.

Cestou z nádraží na kongres jsem si vzpomněl na pěkný kurz Talk It Easy, který se v této nemocnici konal cca před 1,5 rokem. Hlavním tématem bylo: „Příležitosti a úskalí komunikace v klinické praxi“. Protože cesta pěšky k nemocnici byla trochu delší, tak jsem v paměti lovil i kurz „Bolest – léčba chronické bolesti pomocí MDT“, který pořádal McKenzie institut někdy před rokem. Teď ale zpátky ke konferenci.

Podzemní sál byl úplně plný, hrubým odhadem zde sedělo 200–300 lidí. Program konference byl rovněž nabitý, celkem 10 přednášek po 25 minutách. Z důvodu určitých povinností jsem nestihl poslední dvě přednášky „Bolesti muskuloskeletálního systému u spor-

tovců“ a „Možnosti neurostimulačních metod v léčbě bolesti“. Účelem tohoto krátkého článku není převyprávět všechno, co na konferenci zaznělo, ale spíše vypíchnout určité postřehy.

1. Patofyziologie bolesti, nové trendy v rehabilitaci bolesti – doc. MUDr. Jiří Kozák, Ph.D.

Zde jsem se dozvěděl, jak funguje zastaralý karteziánský model, kdy bolest je produkována poškozením tkáně a následnou detekcí periferním nervovým systémem. Tento model je nyní nahrazen neuromatrixovou teorií, kdy prožitky jsou determinovány architekturou synapsí v neuromatrixu a jsou modulovatelné. Dále se v přednášce objevily termíny jako oxidativní stres, centrální senzitivizace, vliv zánětu na vnímání bolesti, psycho-neuro-endokrino-imunologie, nociplastická bolest. Krátce byly zmíněny i kortikální implantáty, neurostimulace periferních nervů, intervenční výkony pod navigací USG, kryoablace senzitivních větví u velkých kloubů, facetové blokády, SCS Spinal cord stimulation a ovlivnění funkcí GIT.

2. Psychologie bolesti – PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.

Na této přednášce mě zaujal celkem široký okruh možností, které mají vliv na pacientovu bolest. Jak například pacient vnímá budoucnost světa, jaké má očekávání? Je to spíš negativní vidění se strachem a obavou? Má pacient negativní postoj ke zdravotnickému systému, zdravotní pojišťovně, ke konkrétnímu zdravotnickému zařízení, má nedůvěru k lékaři nebo terapeutovi? I takové postoje ovlivňují prožívání bolesti. Na rozvoj bolesti nebo chronické bolesti má vliv častý stres v životě, emoční trauma z dětství, členové rodiny s nějakou duševní poruchou, násilí nebo zneužívání (často sexuální zneužívání). Určitým vodítkem pro terapeuta může být i výraz pacienta ve tváři, kdy projevuje strach, zlost, překvapení, odpor apod. Závěrem zazněly zásady prevence bolesti, kognitivní restrukturalizace, tj. změna myšlení, a nácvik dovedností pro zvládání stresu.

Během diskuse padla i otázka na různé kouče a psychoterapeuty bez odborného vzdělání, kteří si za svou pomoc inkasují často i nesmyslné částky. Jak poznat dobrého terapeuta? Pomohou reference od přátel a známých. Byla zmíněna i otázka dlouhých čekacích lhůt na odbornou pomoc.

3. Viscerální bolesti – PhDr. Petr Bitnar, Ph.D.

Z pohledu praktické fyzioterapie to pro mě byla asi nejzajímavější přednáška

o tom, jak diferenciatně diagnostikovat viscerální a myoskeletální bolest. Osvěžující byla i zmínka o Chapmanových reflexních bodech nebo viscerálních vzorcích, kdy se problém vnitřních orgánů projeví většinou úplně jinde než tam, kde se nachází. Důležité je i zachytit popis bolesti pacientem, zda se jedná o přesný bod, dráhu nebo jen neurčitou oblast, zda je určení bolesti přesné a jednoduché nebo zda je bolest těžké popsat a určit. Za vnitřní orgány nejvíce hovoří kůže a její pigmentace, potivost, ochlupení, citlivost. Nechyběla ani zmínka o viscerofasciální mobilizaci a měření jejich účinků, popis Carnettova znamení atd. Fyzioterapie se stává oborem v první linii, kdy klinická diferenciatní diagnostika nabírá na významu. Celá přednáška byla prokládána vtipnými hláškami, někdy i s černým humorem, který celou prezentaci oživil.

4. Chronická vertebrogenní bolest – As. MUDr. Vacek, Ph.D.

Z této přednášky mě nejvíc zaujalo, jak chronický pacient potřebuje dostatek času na zhojení primárních traumat, velice mu prospívají pasivní procedury, masáže, zábaly a teprve nakonec aktivní cvičení. Vzpomněl jsem si tak na mnoho pacientů z ambulance, kteří chtěli být „opečovávaní“ a o cvičení nechtěli vůbec slyšet. V současné době takový pacient má možnost 6–8 návštěv u fyzioterapeuta, což je nedostačující. V přednášce byly opět slyšet pojmy jako centrální senzitivizace, interakce v senzi-

tivních gangliích, mozková aktivita, klinické dopady mozkových změn, změny periferie, narušení zpětné vazby apod.

5. Bolesti u degenerativních změn páteře a jejich chirurgické řešení – MUDr.

Michal Varga

Zde byla zajímavá informace, že operace zad není konec světa. Chronická bolest zad je nejčastější muskuloskeletální problém, prevalence v dospělé populaci 58 %. Degenerace meziobratlové ploténky (DDD) má různou klasifikaci, diagnostiku, MRI představuje zlatý standard v diagnostice. Zazněla zde kritéria pro zařazení nebo vyloučení k operaci. Z výsledků vyplynulo, že 71 % pacientů bylo s operací spokojeno, 89 % pacientů by operaci podstoupilo znova, 83 % pacientů se znova vrátilo do pracovního procesu.

6. Chronická bolest z pohledu algeziologa se zaměřením na použití opioidů a neuromodulačních analgetických metod – MUDr. Ivan Vrba, Ph.D.

V přednášce následoval krátký exkurz do historie využívání opioidů, obecné zásady farmakoterapie, její aplikace, rozdělení a jejich klinické projevy, nevýhody a dlouhodobé nežádoucí účinky. Jen okrajově byly zmíněny pozitivní účinky léčebného konopí, které by si zasloužily samostatnou přednášku. Česká republika je na prvním místě v Evropě v užívání Tramalu. Zmíněno bylo i téma neuromodulace a druhy systémů pro intraspinální aplikaci k ovlivnění chronické a jinak

neovlivnitelné bolesti. Léčba opioidy určitě není monoterapie a každý lékař by si měl najít správnou míru jejich použití.

7. Centrální neuropatická bolest v praxi rehabilitačního lékaře – Prim. MUDr. Martina Kővári, Ph.D., MHA

Přednáška začala velice pěknou poznámkou, kdy paní primářka sama prodělala operaci zad a dostala tak úplně nový život. Zmíněna byla i kniha od Pavla Koláře *Labyrint bolesti* a nedávný rozhovor o bolesti paní Kővári v časopise *Téma*. V prezentaci se objevují témata jako patofyziologie migrény, biologická léčba, tenzní cefalea, neuralgie trigeminu, cluster, specifikum neuropatických bolestí u míšních lézí, farmakoterapie neuropatické bolesti a další. Asi nejzajímavější byla složitá kazuistika jedné pacientky a z ní vycházející poznatky, nezůstávat jen u jedné diagnózy. RTG snímky mohou být špatně nebo nedostatečně popsány nebo se fraktura nemusí vůbec zobrazit, kombinovat RTG a SONO. Správně určená diagnóza může být pro pacienta velká úleva.

8. Specifika periferní neurogenní bolesti – MUDr. Petr Michalíček, KELTIA-MED s.r.o.

Poměrně vtipná přednáška s vysokým tempem slidů. Opět následuje krátký exkurz do historie, jak se různí filozofové a myslitelé snažili uchopit a popsat bolest. Neuropatická bolest (NP) je vyvolána přímou lézí nebo chorobou somatosenzorického nervového sys-

tému. Velice překvapivá informace je, že nejnovější poznatky o neuropatické bolesti nenajdete v Oxfordské knihovně, ale pomocí umělé inteligence ChatGPT. V běžné populaci trpí NP 7–10 % lidí, chronickou bolestí 20–25 % lidí, často je kombinována s nociceptivní složkou, jako jsou nádory, bolesti zad apod. Zmíněna je i „lipitida“ z nedostatku pohybu.

Po této přednášce jsem z kongresu musel odejít, hlava byla úplně přeplněná informacemi. Cestou na vlak jsem přemýšlel nad tím, že méně někdy znamená více, protože v tak krátké době do sebe vstřebat tolik informací se zdá být nemožný úkol. Kongresy jsou fajn a už se těším na McKenzie konferenci.

Celý program:

Patofyziologie bolesti, nové trendy v rehabilitaci bolesti

Doc. MUDr. Jiří Kozák, Ph.D.

Centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů při rehabilitaci a TVL 2. LF UK a FN Motol Praha

Psychologie bolesti

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.

Oddělení klinické psychologie 2. LF UK a FN Motol

Viscerální bolesti

PhDr. Petr Bitnar, Ph.D.

Klinika rehabilitace a TVL 2. LF UK a FN Motol, Rehabilitace Bitnar

Chronická vertebrogenní bolest

As. MUDr. Vacek, Ph.D.

Katedra fyzioterapie a rehabilitace, PZV Praha

Bolesti u degenerativních změn páteře a jejich chirurgické řešení

MUDr. Michal Varga

Klinika spondylochirurgie 1. LF UK a FN Motol

Chronická bolest z pohledu algeziologa se zaměřením na použití opioidů a neuromodulačních analgetických metod

MUDr. Ivan Vrba, Ph.D.

Oddělení léčby bolesti a ARO Nemocnice na Homolce

Centrální neuropatická bolest v praxi rehabilitačního lékaře

Prim. MUDr. Martina Kővári, Ph.D., MHA

Klinika rehabilitace a TVL 2. LF UK FN Motol

Specifika periferní neurogení bolesti

MUDr. Petr Michalíček, KELTIA-MED s.r.o.

Bolesti muskuloskeletárního systému u sportovců – nejčastější poranění a jejich řešení

MUDr. Miloš Barna, Barna Medical s.r.o.

Možnosti neurostimulačních metod v léčbě bolesti

MUDr. David Pánek, Ph.D., Centrum duševní rehabilitace – Rehabilitační nemocnice Beroun ■

ZAHRANIČNÍ STÁŽ – NIZOZEMSKO

Autor: Bc. Eddie Voharčík, Cert. MDT

„Gratuluji, byl jste vybrán k zahraniční stáži sponzorované McKenzie Institutem ČR,“ stálo v e-mailu od Evy Novákové. Následovala nezbytná byrokracie a zanedlouho jsem měl termín stáže na klinice Rugpoli Twente v nizozemském městěčku Delden. Jednalo se o pět dní pod vedením Senior Instruktora Henka Tempelmana. Již samotná komunikace před příjezdem byla velmi přátelská. Zeptal se mě na pár informací ohledně mého pracovního života, a hlavně padla otázka na mé slabiny ohledně MDT. Měl jsem sepsat své slabiny v diagnostice a terapii, aby se na ně mohl zaměřit při stáži a pomoci mi tak se zdokonalit v provádění McKenzie metody.

Po mém příchodu na kliniku mi Henk poskytl tričko s logem kliniky a představil mě svým kolegům. Cítil jsem se tak jako člen týmu. Velkou výhodou bylo, že všichni zaměstnanci mluvili dobře anglicky. Na pracovišti panovala velmi přátelská atmosféra a všichni se snažili mně být co nejvíce nápomocní.

Klinika Rugpoli Twente je soukromá klinika s multidisciplinárním týmem odborníků. Disponuje vlastní magnetickou rezonancí, týmem lékařů pro vstupní vyšetření a navržení následného postupu, další lékaři aplikují injekce (zpravidla analgetické a kortikoidové obstříky kloubů a páteře). Součástí kolektivu je i velká část MDT terapeutů, kteří se specializují na mechanickou diagnostiku a navržení pohybové terapie, pokud to vyžaduje klasifikace. Celý tým velmi intenzivně spolupracuje. Pacient navštíví při své návštěvě lékaře nejméně dva specialisty. Samozřejmostí je magnetická rezonance pro každého pacienta pro odhalení vážné patologie (Red flags). Většinou ale snímky ukazují

Většina pacientů získala doporučení pro návštěvu kliniky Rugpoli po jedné či více neúspěšných sériích terapií standardní fyzioterapie. .

Článek

běžné degenerativní změny, které se vyskytují i u asymptomatických jedinců.

Henk i jeho kolegové kladou důraz na pečlivou mechanickou diagnostiku a staví ji na vrchol pyramidu. Snaží se vše pacientům vysvětlit a bořit mýty, které známe i z naší praxe v Česku. Výhrěz plotýnky nemusí znamenat nutnost operačního zákroku.

Pacienti se střídají v ordinaci po 30 minutách, to je čas vyhrazený pro návštěvu MDT terapeuta. Henk mě ujišťuje, že to je dostatečná doba na stanovení předběžné klasifikace. Největší rozdíl oproti mé praxi je úplná absence vyšetřovacích spisů. Henk pracuje systematicky pokládáním vhodných otázek a vyšetřováním rozsahu pohybu páteře či periferních kloubů. Bylo pro mě zpočátku složité se v tom všem zorientovat, přeci jen jsem zvyklý se opírat o papírový formulář, kde mám všechny potřebné informace získané od pacienta. Po pár dnech jsem si na jiný systém začal zvykat a již nebylo tak těžké odpovídat na Henkovy otázky. Snažil se mě co nejvíce zapojit do terapie. Průběžně překládal důležité informace od pacientů, a pokud byl pacient ochoten, vedl celé sezení v angličtině. Pokud bylo potřeba využít manuální techniky, požádal mě o jejich provedení přímo na pacientovi (mobilizace do extenze, korekce laterálního vybočení, trakce, retrakce, extenze s rotací krční páteře...).





Většina pacientů získala doporučení pro návštěvu kliniky Rugpoli po jedné či více neúspěšných sériích terapií standardní fyzioterapie. Tomu odpovídala i četnost jednotlivých klasifikací. Diagnózu derangement si od Henka za dobu mé stáže vyslechlo maximálně deset pacientů. Naopak nejčastější klasifikací bylo MNR, v těsném závěsu následovala stenóza. Ve své praxi se s MNR nesetkávám příliš často, tudíž jsem každou novou informaci uvítal. Když pacient nedorazil, tak ušetřený čas mně Henk věnoval vysvětlováním této neoblíbené kategorie MNR. Pomohl mi tak lépe pochopit, jaké jsou první znaky, které nás již od začátku terapie dokážou navádět k správné diagnostice. Velmi zajímavá část byla, jak vysvětlit pacientům nutnost aplikace obstríku nebo vhodné pohybové aktivity.

„Teď je nutné, abyste poslouchala vaši nohu. Potřebujete si najít aktivitu, která bolesti v noze nezhorší, ale zbytek těla z ní bude profitovat. Podle aktuálních studií víme, že u vaší diagnózy dochází ke spontánní úzdравě po několika měsících, někdy až po roce od začátku trvání obtíží.“ Takto například vysvětlil problematiku MNR pacientce velmi sportovně založené, nyní s až depresivními projevy, protože většina lékařů a fyzioterapeutů jí pohybovou aktivitu zakázala úplně.

Největším mind-blowing momentem bylo, když Henk diagnostikoval

Článek

zánět v páteři pacientovi s ranní ztuhlostí (jednu hodinu po probuzení), bolestivým a omezeným předklonem v bedrech. Doporučil nové vyšetření MRI a také obstrukci postiženého místa. Pro mě byla zvláštní absence obecných systémových příznaků, které známe z MDT výuky. Zvýšená tělesná teplota nebo přímo v místě obtíží, malátnost, únava. Vše uvedené pacient vyvrátil.

Často terapie spočívala v odebrání anamnézy a vyšetření jednoho rozsahu pohybu páteře. Diagnóza byla na světě. To mě naučilo, že nepotřebujeme testovat pět pohybů a vyptávat se na informace, které nejsou potřeba, protože předchozí otázka nám již vyřadila jednu nebo více potenciálních diagnóz. Stáž mě současně utvrdila v důležitosti se neustále vzdělávat v MDT a věřit jí. Stát si za svým rozhodnutím, i když ostatní odvětví medicíny tvrdí opak.

Závěrem, jsem velmi vděčný paní Evě Novákové a McKenzie Institutu za tuto intenzivní zkušenost a možnost vycestovat, prohloubit a tréninkem zlepšit své MDT znalosti. Děkuji Henku Tempelmanovi za veškerou péči, předání svého know-how a znalostí nasbíraných za dobu své dlouholeté praxe.

Kolegové, pokud budete mít možnost se podobné stáže McKenzie zúčastnit, rozhodně neváhejte! ■



Užívání léků jako rizikový faktor bolesti zad

Autor: Mgr. Ondřej Houška, Cert. MDT

Asi každý fyzioterapeut bude souhlasit s tím, že lidé s bolestmi zad tvoří nejpočetnější skupinu našich klientů. K objasnění všech faktorů, které k výskytu obtíží v oblasti bederní páteře přispívají, a tím i k určení jasných a účinných léčebných postupů, máme ještě hodně daleko. Jedná se přitom celosvětově o onemocnění představující obrovskou zátěž zdravotního systému. A nic nenasvědčuje tomu, že bychom nepříznivý vývoj prevalence tohoto onemocnění v populaci začínali kontrolovat. Naopak, relevantní studie naznačují, že invalidizující bolesti zad budou pro naši společnost stále větším problémem (1). Proto bychom se měli snažit zabývat se všemi ovlivnitelnými faktory, které nám mohou k dosažení lepších výsledků léčby pomoci.

V současnosti víme, že bolest je velice složitý jev. Jednou z definic bolesti je, že se jedná o funkci chránící lidské tělo před domnělou či reálnou hrozbou poškození (2). Spouštěče aktivující tento komplexní proces se dají charakterizovat jako kognitivní, emoční, sociální, fyzikální, spojené se životním stylem nebo s komorbiditami (3). Žádný

z těchto faktorů není nijak nadřazený těm ostatním a všechny bychom měli v ideálním případě umět vzít při práci s našimi pacienty v potaz.

Jako fyzioterapeuti se samozřejmě zabýváme přednostně zátěží, pohybem a obecně fyzickou složkou problematiky bolesti. V posledních letech se čím dál efektivněji věnujeme i kognitivním, emočním a sociálním vlivům. Dokážeme účelně určit relevantní komorbidity jako potenciální spouštěč obtíží. Součástí našeho vstupního rozhovoru s klienty je i farmakologická anamnéza, ale možná nám uniká fakt, že pravidelné užívání určitých léků může samo o sobě způsobit rozvoj nebo citelné zhoršení bolesti zad. Jsou to například:

1. Statiny (4)

Jedná se o velmi běžné léky používané za účelem snížení hladiny cholesterolu (krevních tuků) v krvi. Jejich pravidelné užívání vede asi u 5–10 % lidí k rozvoji bolesti zad. K dalším nepříznivým vedlejším účinkům patří rhabdomyolýza spojená s myotoxicitou a výskytem tendinopatií. Nejzávažnějšími

komplikacemi užívání statinů jsou pak polyneuropatie a krvácení do mozku a svalů. Nejčastěji předepsaným statinem je Atorvastatin (Atorvastatin Actavis, Atovartatin Mylan), nejvíce vedlejších účinků je připisováno léčivu Simvastatin (Simvastatin Mylan, Simvastatin Ratiopharm...), dále se můžeme setkat s lékem Rosuvastatin (Crestor, Rosucard, Rosuvastatin Teva...).

2. Betablokátory (5)

Léky předepisované při hypertenzi a srdečním selhání. Obecně snižují tepovou frekvenci a nepřímo tak způsobují pokles tolerance fyzické zátěže. Jedná se o léky s větší skupinou účinných látek, jako jsou bisoprolol (Concor, Seleta, Biselect), metoprolol (Metalog Zog), nebivolol (Nebivolol Sandoz), atenolol (Tenormin, Atehexal), propranolol (Hemangiol)...

3. Biofosfonáty (6)

Léky podávané při osteoporóze. Bonefos, Lodronát, Bondronat, Zometa...

4. Inhibitory aromatázy (7)

Používají se hlavně k léčbě hormonálně závislého karcinomu prsu u postmenopauzálních žen, ale také k léčbě neplodnosti (Anastrozol, Letrozol, Exemestan).

5. Levofloxacin (8)

Antibiotikum proti bakteriálním infekcím. Tento lék může u 25 % lidí způsobovat dočasné bolesti zad, které po ukončení užívání odezní.

Levofloxacin Mylan, Levaquin...

6. Isotrentinoin (9)

Lék na akné u adolescentů. Užívání vede k výskytu bolesti zad u 10 % uživatelů. Isotrentinoin Belupo, Accutane...

7. Pregabalin (10, 11)

Je velice zajímavé, že mezi látky s potenciálem způsobit bolesti zad patří i léky často předepisované právě při potížích s bederní páteří. Konkrétně léky s účinnou látkou pregabalin (Lyrica, Prelica, Pragiola, Naxolgan, Siranalen, Kartesada...) jsou v mnoha studiích označovány jako problematické. Antikonvulziva na bázi gabapentinu údajně tento vedlejší efekt nemají.

Účelem tohoto článku rozhodně není dělat z fyzioterapeuta internistu nebo experta na farmakologii. Ovšem pokud se setkáme s pacientem, jehož bolesti zad vykazují časovou souvislost s užíváním některých z výše uvedených léků, může být doporučení zkonzultovat vhodnější kombinaci léku na dané potíže s lékařem přínosné nejen pro pacienta, ale i pro naši léčbu, která se nám naší konvenční terapií nedaří posouvat ke zlepšení stavu pacienta. Ve většině případů je samozřejmě bolest zad přijatelnou cenou za zachování základních životních funkcí. Někdy se ale může změnou medikace dosáhnout zásadní změny ve smyslu odstranění vlivu komorbidit ve formě užívání nevhodného léku a celá pacientova cesta

se poté možná začne ubírat správným směrem. Protože poslední věc, kterou bychom měli udělat, je použít další léky ke zmírnění bolesti zad, když existuje jednodušší řešení, a to změnit nebo vysadit současné léky, pokud je riziko takového postupu nízké.

Literatura

1. Ferreira, Manuela L., et al. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*, 2023; 5(6): e316–e329.
2. Raja, Srinivasa N., et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 2020; 161(9): 1976–82.
3. O'Sullivan, Peter, et al. Unraveling the complexity of low back pain. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 2016; 46(11): 932–7.
4. Makris, Una E., et al. Association of statin use with risk of back disorder diagnoses. *JAMA internal medicine*, 2017; 177(7): 1044–46.
5. Alimento, Marina Luisa, et al. Can β -blockers influence regular daily physical activity?. *Journal of Hypertension*, 2022; 40(6): 1199–203.
6. Kennel KA, Drake MT. Adverse effects of bisphosphonates: implications for osteoporosis management. *Mayo Clin Proc*, 2009 Jul; 84(7): 632–7; quiz 638. doi: 10.1016/S0025-6196(11)60752-0. PMID: 19567717; PMCID: PMC2704135.
7. Grigorian N, Baumrucker SJ. Aromatase inhibitor-associated musculoskeletal pain: An overview of pathophysiology and treatment modalities. *SAGE Open Med*, 2022 Mar 19; 10: 20503121221078722. doi: 10.1177/20503121221078722. PMID: 35321462; PMCID: PMC8935546.
8. Strauchman M, Morningstar MW. Fluoroquinolone toxicity symptoms in a patient presenting with low back pain. *Clin Pract*, 2012 Nov 28; 2(4): e87. doi: 10.4081/cp.2012.e87. PMID: 24765486; PMCID: PMC3981197.
9. Özkoca D, Caf N, Alacagöz Yılmaz NN, Uzunçakmak TK, Özdil A, Atsü AN. Skeletal Side Effects of Systemic Isotretinoin Treatment: Do They Depend on Age, Gender, Treatment Duration, Daily Dose and Isotretinoin-Naiveness? *Dermatol Pract Concept*, 2023 Apr 1; 13(2): e2023121. doi: 10.5826/dpc.1302a121. Epub ahead of print. PMID: 37196277; PMCID: PMC10188148.
10. Ebell MH. Gabapentin and Pregabalin Not Effective for Low Back Pain with or Without Radiculopathy. *Am Fam Physician*, 2019 Mar 15; 99(6): online. PMID: 30874409.
11. Tatit RT, Poetscher AW, Oliveira CAC. Pregabalin and gabapentin for chronic low back pain without radiculopathy: a systematic review. *Arq Neuropsiquiatr*, 2023 Jun; 81(6): 564–76. doi: 10.1055/s-0043-1764414. Epub 2023 Jun 28. PMID: 37379868; PMCID: PMC10306996. ■

Obvyklá fyzioterapeutická praxe v ČR vs. MDT přístup: přehled rozdílů a praktické implikace

Zpracováno ve spolupráci s McKenzie Institutem České republiky

Úvod

Fyzioterapie v České republice se v posledních letech rychle rozvíjí, avšak mezi jednotlivými pracovišti přetrvávají výrazné rozdíly v přístupu k pacientům s muskuloskeletálními potížemi, zejména s bolestí páteře. Zatímco „běžná praxe“ se často opírá o směs tradičních, pasivních a empiricky ověřených postupů, přístup podle MDT (Mechanical Diagnosis and Therapy, McKenzie metoda) představuje ucelený, systematický a důkazně podložený rámec, který zdůrazňuje aktivní spolupráci pacienta a přesnou klasifikaci obtíží.

Cílem tohoto přehledu je srozumitelně ukázat, v čem se MDT-konzistentní praxe liší od obvyklého standardu a jaké má tato odlišnost dopady na efektivitu, udržitelnost výsledků a spokojenost pacientů i terapeutů.

Běžná praxe vs. MDT přístup (rychlý přehled)

Oblast	Běžná praxe (typicky)	MDT-konzistentní praxe (ideál)	Co z toho plyne
Filozofie	Směs přístupů, často eklekticky	Jednotný, systematický algoritmus	Menší variabilita, vyšší reprodukovatelnost
Vstupní vyšetření	Obecné testy, popis bolesti	Opakované pohybové testy, centralizace, funkční baseline	Jasná indikace, „co dělá bolest lepší/horší“
Klasifikace	Často chybí nebo je volná	Syndromy MDT (Derangement, Dysfunction, Postural, Other)	Méně zkoušení „naslepo“, cílenější intervence

Léčebná logika	Kombinace cvičení a pasivních technik dle zvyku	Loading strategie dle klasifikace, postupná progresse	Vyšší účinnost díky cílenému přístupu
Aktivní vs. pasivní	50 : 50 nebo převaha pasivních technik	80–90 % aktivní, pasivní jen doplněk	Lepší self-management, dlouhodobý efekt
Edukace pacienta	Rady typu „šetřit se“ či „nezvedat“ přetrvávají	Aktivní přístup: „zůstat v pohybu“, normalizace nálezu	Menší strach, nižší disability beliefs
Self-management	Neurčité domácí cvičení	Konkrétní protokol (frekvence, kritéria úpravy)	Rychlejší autoregulace mimo ordinaci
Měření výsledků	Subjektivní dojem, VAS	PROMs + objektivní cíle (ODI, RMDQ, PSS, centralizace)	Auditovatelné výsledky, jasná data
Dávkování péče	Fixní počty návštěv	„As needed“ dle odpovědi na loading	Méně návštěv při dobré odpovědi
Zobrazovací metody	Časté žádosti o MRI/ RTG	Omezené na red flags či selhání terapie	Méně zbytečných vyšetření
Screening red flags / psychosociálních faktorů	Ne vždy systematický	Strukturovaný screening a cílená edukace	Včasná detekce rizik, cílená komunikace
Dokumentace	Volná, nestandardizovaná	Check-list MDT (klasifikace, DP, reakce, domácí plán)	Lepší sdílení a návaznost péče
Efektivita nákladů	Obtížně měřitelná	Menší počet návštěv, rychlejší autonomie pacienta	Výhodnější pro pacienta i plátce

Shrnutí z výzkumů

Z dat prezentovaných na **Mezinárodní McKenzie konferenci 2024 (Kanada)** vyplývá, že:

- terapeuti s titulem Diploma MDT dodržovali principy EBM v 91 % případů,
- u ostatních terapeutů s MDT vzděláním činila adherence 61 %,
- u fyzioterapeutů bez MDT vzdělání jen 27 %.

Podobně český výzkum *Šichránek a kol. (Olomouc, 2023)* ukázal, že **56 % českých fyzioterapeutů nezná evropské standardy pro management chronické bolesti zad**, a pouze 8 % se jimi v praxi skutečně řídí.

Poměr aktivních a pasivních přístupů byl v českém souboru následující:

- 45 % terapeutů uvádí poměr 50 : 50,
- 42 % preferuje více aktivní přístup,
- 13 % využívá převážně pasivní metody.

Tyto údaje ukazují, že i přes rostoucí povědomí o důkazních přístupech přetrvává v praxi velká variabilita a prostor pro sjednocení podle MDT principů.

Diskuse a implikace pro praxi

Zavedení MDT-konzistentních principů do běžné fyzioterapie přináší měřitelný přínos – od rychlejší úlevy od obtíží přes nižší počet návštěv až po větší autonomii pacienta. Klíčovým faktorem je **přesná klasifikace**, která nahrazuje tradiční „zkoušení metod“. MDT navíc klade důraz na **aktivní zapojení pacienta**, což posiluje jeho důvěru a odpovědnost za vlastní zdraví.

Důležité je také **standardizovat dokumentaci a měření výsledků**, aby bylo možné sledovat kvalitu péče v čase. Přístup MDT je v tomto směru příkladem, jak lze principy *Evidence-Based Practice* skutečně implementovat v každodenní fyzioterapii.

Doporučení pro praxi

Minimální MDT „core“ pro běžné pracoviště:

1. Určit syndrom (Derangement / Dysfunction / Postural / Other).
2. Ověřit *directional preference* (pohyb, který centralizuje bolest).
3. Nastavit jasný domácí plán – frekvence, počet opakování, kritéria změny.

4. Edukovat pacienta: zůstat aktivní, zvládat obavy, vracet se k běžným činnostem.
5. Používat PROMs (ODI/RMDQ) + jeden funkční test.
6. Zhodnotit reakci do 3–5 dnů.
7. Pasivní techniky – pouze doplněk, s jasným cílem.

Metriky kvality:

- ≥ 70 % pacientů má určenu *directional preference* do 2. návštěvy.
- ≥ 90 % má vyplněné PROMs na vstupu i po 2–4 týdnech.
- Medián návštěv do MCID (např. –10 bodů ODI) – sledovat trend ↓.
- < 10 % pacientů má pasivní terapii jako hlavní intervenci.
- Trend ↓ v žádostech o neindikované zobrazovací metody.

Závěr

Rozdíl mezi „běžnou“ a MDT-konzistentní praxí není pouze v technikách, ale především ve filozofii práce s pacientem. MDT představuje přístup, který umožňuje terapeutům rozhodovat se na základě objektivních reakcí pacienta, nikoli intuice, a tím zvyšuje kvalitu i předvídatelnost výsledků.

Postupná implementace MDT principů do běžné praxe může výrazně zvýšit efektivitu české fyzioterapie a přiblížit ji mezinárodním standardům založeným na důkazech. ■

Vybrané poznatky z výzkumů / abstraktů

Úprava překladu: Eva Nováková, Dip. MDT

A new perspective of frozen shoulder pathology; the interplay between the brain and the immune system

Santiago Navarro-Ledesma, Dina Hamed-Hamed, Leo Pruimboom

Front Physiol. 2024 Mar 29; 15: 1248612. doi: 10.3389/fphys.2024.1248612

Abstract: Frozen shoulder (FS), also known as adhesive capsulitis of the shoulder (FS), is a fibrotic inflammatory process of unknown etiology whose main symptoms are pain, stiffness and the loss of joint mobility. These symptoms may be associated with pathologies such as diabetes, Dupuytren's syndrome and the prevalence of today's sedentary lifestyle. This literature review provides an overview of the epidemiology and pathogenesis of this pathology, as well as the mechanisms of lowgrade chronic inflammation and infection, insulin resistance, and omics-science associated with it. We also propose a new hypothesis related to the possibility that the GABAergic system could play a decisive role in the development of frozen shoulder and that therefore diabetes type 1, endocrinological autoimmune disorders and frozen shoulder are connected by the same pathophysiological mechanisms. If that is true, the combined presence of psycho-emotional stress factors and pathogenic immune challenges could be the main causes of frozen shoulder syndrome. Finally, we propose a series of possible intervention strategies based on a multifactorial etiological and mechanistic concept.

Nový pohled na patologii zmrzlého ramene: souhra mezi mozkem a imunitním systémem

Santiago Navarro-Ledesma, Dina Hamed-Hamed, Leo Pruimboom

Front Physiol. 2024 Mar 29; 15: 1248612. doi: 10.3389/fphys.2024.1248612

Abstrakt, upravená verze:

Nový pohled na „zmrzlé rameno“: Co když za vším stojí mozek, imunita a stres?

Zmrzlé rameno, odborně adhezivní kapsulitida, je stav, který fyzioterapeuti dobře znají. Bolest, ztuhlost a výrazně omezená hybnost ramene dokážou pacientům zásadně zkomplikovat život. Přesto dodnes neznáme jednoznačnou příčinu jeho vzniku.

V nedávné přehledové studii (*Frontiers in Physiology*, březen 2024) autoři Santiago Navarro-Ledesma, Dina Hamed-Hamed a Leo Pruimboom přinášejí nový úhel pohledu: zmrzlé rameno by mohlo být výsledkem složité souhry mezi **mozkem, imunitním systémem a metabolickými poruchami**.

Tato práce shrnuje současné poznatky o nízkourovňovém chronickém zánětu, inzulinové rezistenci a možných souvislostech s tzv. „omics“ vědami (např. genomikou a metabolomikou). Upozorňuje také na častý výskyt FS u pacientů s diabetem, Dupuytrenovou kontrakturou nebo sedavým životním stylem.

Autoři však přicházejí s ještě odvážnější hypotézou: **GABAergní systém** – tedy regulační dráha v mozku založená na neurotransmiteru GABA – může hrát klíčovou roli ve vzniku tohoto syndromu. A co víc: **zmrzlé rameno, diabetes 1. typu a autoimunitní endokrinní onemocnění** mohou sdílet podobné patofyziologické mechanismy.

Pokud je tato hypotéza správná, pak **psycho-emocionální stres** a imunitní „výzvy“ (např. infekce či poruchy rovnováhy v imunitním systému) mohou být hlavními spouštěči tohoto nepříjemného a dlouhotrvajícího onemocnění.

Na závěr autoři navrhují **multifaktoriální a mechanistický koncept** přístupu k terapii – tedy vnímání zmrzlého ramene nikoli jako čistě lokální poruchy, ale jako důsledek souběhu neuroimunitních, metabolických a psychologických faktorů. **Intervence by proto měly cílit nejen na kloub a okolní měkké tkáně, ale i na systémové vlivy** – například skrze úpravu životního stylu, redukci stresu nebo podporu neuroimunitní rovnováhy.

Global burden of low back pain from 1990 to 2021: a comprehensive analysis of risk factors and trends using the Global Burden of Disease Study 2021

Nan Yang, Jingkai Di, Weihao Wang, Haoyu Feng

BMC Public Health. 2025 May 22; 25(1): 1886. doi: 10.1186/s12889-025-23178-1

Background: This study comprehensively assesses low back pain-related risk factors and the global burden from a multi-dimensional perspective, aiming to provide scientific evidence for disease prevention.

Methods: Data from the Global Burden of Disease (GBD) database spanning from 1990 to 2021 were incorporated into this study. We conducted an analysis of baseline data, as well as gender and age subgroup data. Additionally, we introduced the Age-Period-Cohort (APC) and decomposition analysis models to clarify the independent effects of factors such as age, period, cohort, population growth, population aging and changes in epidemiological trends on the disease burden. The Estimated Annual Percentage Change (EAPC) was used to measure the temporal trends of health indicators. To enhance practical applicability, we constructed a model that integrates frontier analysis with health inequality assessment. Furthermore, the Autoregressive Integrated Moving Average (ARIMA) model was employed to forecast trends in LBP over the next 15 years.

Results: In 2021, the global age-standardized prevalence of low back pain decreased by 11.06% compared to that in 1990. However, the number of affected individuals increased from 386.7 million to 628.8 million. Concurrently, the age-standardized Disability-Adjusted Life Years (DALYs) rate declined by 11.22% relative to 1990, while total DALYs rose from 43,386,225 to 70,156,962. The results derived from multiple models indicate that higher socio-demographic index levels, advancing age, female sex and occupational ergonomics-related factors may contribute to disparities in the burden of low back pain. Furthermore, this unequal health gap appears to be widening over time.

Conclusions: Disease burden of low back pain exhibit varying manifestations across different regions and temporal dimensions. Higher levels of the Socio-Demographic Index (SDI), increasing age, female gender and adverse occupational ergonomic factors may be important risk elements for the burden of low back pain. Meanwhile, certain changes in epidemiological trends may alleviate this burden to some extent. In the

absence of effective intervention measures, the gaps in health inequality engendered by the aforementioned diverse factors are likely to expand continuously. In light of this, it is crucial to actively develop systematic.

Globální zátěž bolesti v dolní části zad (LBP) 1990–2021: Co ukazují trendy, rizikové faktory a co nás čeká do budoucna?

Pozadí: Tato rozsáhlá studie se zaměřila na hodnocení rizikových faktorů a celosvětové zátěže spojené s bolestí v dolní části zad z více perspektiv. Cílem bylo poskytnout vědecky podložený základ pro prevenci tohoto onemocnění.

Metodologie: Využita byla data ze studie *Global Burden of Disease* (GBD) z let 1990 až 2021. Autoři analyzovali základní údaje včetně rozdílů mezi pohlavími a věkovými skupinami. Pro hlubší vhled byly využity sofistikované statistické modely jako Age-Period-Cohort (APC) a dekompoziční analýza. Ty umožnily oddělit vlivy stárnutí populace, populačního růstu a změn v epidemiologii. Trendy v čase byly vyhodnoceny pomocí ukazatele *Estimated Annual Percentage Change* (EAPC). Studie dále spojila tzv. frontier analýzu (hranice efektivity zdravotní péče) s hodnocením zdravotních nerovností. Pro predikci vývoje do budoucna byl použit ARIMA model.

Výsledky:

- V roce 2021 klesla **věkově standardizovaná prevalence LBP o 11,06%** oproti roku 1990.
- **Absolutní počet postižených však vzrostl** z 387 milionů na téměř 629 milionů.
- Podobně i **věkově standardizovaná míra DALYs** (roky života upravené o invaliditu) **poklesla o 11,22%**, ale **celkové DALYs stouply** ze 43 milionů na 70 milionů.

Vícečetné modely odhalily, že vyšší socio-demografický index (SDI), vyšší věk, ženské pohlaví a pracovní rizika spojená s nevhodnou ergonomií **zvyšují pravděpodobnost výskytu LBP**. Navíc se ukazuje, že **zdravotní nerovnosti mezi skupinami se v čase ještě prohlubují**.

Závěr: Bolest v dolní části zad představuje významnou zátěž, která se liší podle regionu, věku, pohlaví i socioekonomických podmínek. Pokud nebudou zavedena účinná preventivní opatření, hrozí **další růst zdravotních nerovností**. Autoři proto doporučují **aktivní rozvoj systematických, komplexních a cílených strategií prevence**, které by měly být šité na míru konkrétním rizikovým skupinám.

Co si z této studie odnést do praxe?

1. **Bolest zad není jen problémem jednotlivců – je to globální výzva.** I když poměrně klesá výskyt (prevalence) u jednotlivců, celkový počet pacientů celosvětově výrazně roste – stárnutí populace a sedavý životní styl hrají klíčovou roli.

2. **Zvýšené riziko mají:**

- ženy,
- starší osoby,
- lidé s náročnou ergonomií v práci (např. opakované pohyby, zvedání, dlouhé sezení/stání),
- jedinci ve vysoce urbanizovaných nebo sociálně nerovných oblastech.

3. **Zdravotní nerovnosti se zhoršují.**

Bohatší a chudší regiony se liší nejen dostupností péče, ale i v účinnosti prevence a léčby bolesti zad.

4. **Co s tím? Doporučení pro praxi:**

- **Zaměřit se na prevenci:** edukace o pohybu, ergonomii, včasné intervenci.
- **Personalizovaná péče:** ženy, senioři a manuálně pracující lidé mohou potřebovat specifický přístup.
- **Sledovat trendy:** využít predikčních modelů k plánování péče a kapacit.
- **Integrovat fyzioterapii a veřejné zdraví** – preventivní programy by měly být součástí komunitních služeb.

5. **Pozor na falešný pocit zlepšení:**

Klesající míry standardizované prevalence mohou zakrývat fakt, že celkové zatížení zdravotního systému a pacientů bolestí zad stále stoupá.

From passive care to self-management support: A new era in manual and musculoskeletal physiotherapy

Nathan Hutting

Musculoskelet Sci Pract. 2025 Jun 19; 78: 103370. doi: 10.1016/j.msksp.2025.103370.

Abstract: Briggs et al. (2023) recently provided an overview of key facts and figures related to the global burden of musculoskeletal health impairment. Based on the scientific literature, they summarised that (1) musculoskeletal conditions are a leading cause of disability worldwide,

ffecting both high-and low-income countries; (2) the disease burden from musculoskeletal conditions and transport injuries is increasing more rapidly in low- and middle-income regions; (3) approximately 1.71 billion people globally could benefit from rehabilitation for musculoskeletal conditions; and (4) among the world's poorest populations, musculoskeletal disorders are a major contributor to the burden from non-communicable diseases and injuries (Briggs et al., 2023). Moreover, the burden of musculoskeletal-related health impairments and associated disability has risen over time and is projected to continue increasing in the future (Briggs et al., 2021). Addressing the burden of musculoskeletal health conditions is critical to improving global health and equity. However, despite their high prevalence and impact, musculoskeletal conditions have been relatively under prioritized compared to other non-communicable diseases (Briggs et al., 2023) and actions to address this global burden remain insufficient (Finucane et al., 2023).

Z pasivní péče k aktivnímu zapojení pacienta do autoterapie: Nová éra v muskuloskeletální fyzioterapii

Nathan Hutting

Musculoskelet Sci Pract. 2025 Jun 19; 78: 103370. doi: 10.1016/j.msksp.2025.103370

Shrnutí článku: Nedávná analýza od Briggse et al. (2023) přináší silný apel: **muskuloskeletální poruchy představují hlavní příčinu disability** po celém světě, přičemž nejrychleji narůstají v zemích s nízkými a středními příjmy. Těmito obtížemi trpí globálně zhruba **1,71 miliardy lidí**, kteří by mohli profitovat z dobře vedené rehabilitace.

Navzdory jejich závažnosti však tyto potíže zůstávají **podhodnocené v rámci systémů zdravotní péče**, a to i přes jejich zásadní vliv na pracovní schopnost, kvalitu života i ekonomiku.

Co článek zdůrazňuje:

- Je čas opustit model **pasivní péče** (manuální techniky, „udělejte něco se mnou“)
- → a přejít k přístupu, který staví na **autoterapii**, aktivní účasti pacienta, edukaci a posílení jeho kompetencí.
- Role fyzioterapeuta se mění – už není jen „rukama léčící specialista“, ale stále více **převodce, kouče a edukátor**, který pomáhá pacientovi pochopit problém a pracovat na něm aktivně.

- **Změnu ale potřebuje i systém:** fyzioterapie by měla být dostupná, dlouhodobě udržitelná a založená na důkazech, nikoliv na pasivních modelech z minulosti.

Co si odnést do praxe:

- Podporujeme **autoterapii** – tedy schopnost pacienta aktivně se podílet na své léčbě prostřednictvím pohybu, edukace a behaviorálních strategií.
- Přizpůsobujeme péči i pro skupiny s omezeným přístupem ke službám – edukace a jednoduché strategie mohou mít zásadní dopad.
- Zaměřujeme se na **dlouhodobé výsledky** – bolest zad není jen krátkodobý stav, ale často komplexní proces, který vyžaduje strategii, ne přechodnou opravu.

The prevalence of subclassification-based diagnoses when considering cervical contribution in shoulder pain patients: a secondary analysis from a previous research

Alberto Roldán-Ruiz, Javier Bailón-Cerezo, María Torres-Lacomba

JMan Manip Ther. 2025 Jun;33(3):253–261. doi:10.1080/10669817.2024.2443134

Abstract/Objectives: Determining the prevalence of different shoulder subclassification-based diagnoses using a defined exclusion-type diagnostic algorithm. Analyzing the relationships between cervical contribution and other shoulder diagnoses.

Methods: A proposal of a shoulder pain diagnosis based on functional subclassification was carried out in all subjects. The included diagnoses were cervical contribution, acromioclavicular joint pain, static shoulder, atraumatic unstable shoulder, rotator cuff-related shoulder pain, and 'Others'. Each diagnosis was based on a defined exclusion-type diagnostic algorithm. Cervical contribution was considered if a > 30% shoulder symptom modification in pain intensity was recorded after a cervical spine screening. Since a > 30% change in symptoms does not definitively indicate a categorical diagnosis, cervical contribution was presumed to potentially coexist with other diagnostic labels in these cases. If there was a complete (100%) resolution of shoulder symptoms after the cervical spine screening, cervical contribution was deemed the sole diagnosis.

Results: Sixty subjects were analyzed. Rotator cuff-related shoulder pain was the most prevalent diagnosis (36.7%, $n = 22$), followed by static

shoulder, being present in 30% ($n = 18$) of subjects. Cervical contribution (13.3%, $n = 8$), atraumatic unstable shoulder (11.7%, $n = 7$), others (6.7%, $n = 4$) and acromioclavicular joint pain (1.7%, $n = 1$) completed the results. In patients diagnosed with rotator cuff-related shoulder pain, cervical contribution coexisted in 71.4% of them. Thus, a statistically significant association between cervical contribution and rotator cuff-related shoulder pain was found ($p = 0,002$). This association was not observed in any of the other diagnoses.

Discussions/Conclusions: Rotator cuff-related shoulder pain was the most prevalent diagnosis, followed by sticky shoulder and cervical contribution. Cervical contribution may coexist with other diagnoses or even be considered as a unique diagnosis itself. Patients diagnosed with rotator cuff-related shoulder pain are more likely to have cervical contribution.

Když za rameno mluví krk: Jak často je skutečný zdroj bolesti mimo rameno?

Alberto Roldán-Ruiz, Javier Bailón-Cerezo, María Torres-Lacomba

J Man Manip Ther. 2025 Jun;33(3):253–261. doi:10.1080/10669817.2024.2443134

O co v článku šlo? Autoři analyzovali 60 pacientů s bolestí ramene a zařadili je do **funkční subklasifikace**, která umožnila zjistit, zda **skutečný zdroj bolesti** nemůže pocházet z **krční páteře**.

Diagnózy byly stanoveny pomocí vylučovacího algoritmu. Hodnotily se např.:

- bolest z oblasti rotátorové manžety,
- ztuhlé rameno (frozen shoulder),
- nestabilita bez traumatu,
- bolest akromioklavikulárního skloubení,
- případ, kdy skutečný zdroj bolesti pochází z krční páteře,
- ostatní.

Za **cervikální původ bolesti** se považovala situace, kdy se ramenní bolest po screeningu krční páteře **zmírnila o více než 30 %**. Při úplném (100%) vymizení bolesti po tomto testu byla **krční páteř určena jako jediný původce bolesti**.

Výsledky:

- Nejčastější diagnóza:
 - bolest z oblasti rotátorové manžety (36,7%)
 - ztuhlé rameno (30%)
- U 13,3% pacientů byl skutečný zdroj bolesti **v oblasti krční páteře**.
- U pacientů s rotátorovou bolestí byl **krk jako zdroj bolesti přítomen ve 71,4% případů**.
- Významná souvislost byla pouze mezi bolestí rotátorové manžety a krkem jako skutečným zdrojem bolesti ($p = 0,002$).

Co si z toho odnést do praxe?

- **Bolest ramene nemusí vždy pocházet z ramene samotného. Krční páteř bývá častým a snadno přehlédnutelným skutečným zdrojem bolesti.**
- Pokud se po jednoduchém vyšetření krční páteře bolest ramene zmírní, stojí za to zvážit, že rameno je jen obětí, nikoliv viníkem.
- Tento přístup zdůrazňuje význam funkčního myšlení, testování páteře a nedívat se na tělo jen segmentově.

Treating musculoskeletal conditions with a bit of exercise and manual therapy: are you kidding me? It's time for us to evolve again

Jeremy Lewis, Paul E. Mintken, Amy W. McDevitt

JManManipTher.2025Jun;33(3):167–172.doi:10.1080/10669817.2025.2494895

No Abstract Available

Ale Ferdinand nám našel toto shrnutí! Viz níže.

Hlavní myšlenka článku

Autoři apelují na fyzioterapeuty: místo spoléhat se jen na cvičení a manuální terapii, je čas **evolvovat** – začít zahrnovat **lifestyle faktory** jako spánkový režim, výživu, stres a fyzickou aktivitu do našeho každodenního přístupu k pacientům.

Klíčový výstup pro tvou praxi

- Začni **vyhodnocovat lifestyle faktory** již při první konzultaci – klidně přidej 2–3 otázky o spánku, stresu nebo aktivitách.
- Při plánování terapie kombinuj **ruční techniky s edukací** (např. doporučení spánkového denního režimu, výživových tipů, relaxačních cvičení).
- Změna směřuje k dlouhodobé udržitelnosti – pacient vychází s **nástroji pro celoživotní péči**, nejen dočasné úlevy.

Historie péče u muskuloskeletálních obtíží

- Dosavadní přístup: masáže, manuální techniky, cvičení – běžné, ale často **nedostačující** k úplnému zotavení.
- Autoři vyzdvihují, že **různé faktory prostředí, sociálního života a chování** (např. stres, spánek, výživa) výrazně ovlivňují výsledky léčby – odhadem až **80 % vlivu** na zdraví není přičítáno samotné terapii.

Výzva k posunu paradigmatu

- Nahradit reaktivní přístup („já něco udělám“) přístupem kolaborativním, kde fyzioterapeut pracuje s pacientem – pacient se stává aktivním spolutvůrcem léčby.
- Fyzioterapeuti by měli rozvíjet schopnosti v:
 - posouzení spánku, stravování, stresu, pohybového režimu,
 - technikách behaviorální změny.

Co článek doporučuje pro praxi

1. **Neomezovat se pouze na rukama vedené techniky**, ale přidat **edukaci a poradenství** v oblasti životního stylu.
2. Pomoci pacientovi **porozumět souvislostem mezi jeho životním režimem a bolestí**, např. že špatný spánek může zhoršovat zánět či citlivost.
3. Přeměnit roli fyzioterapeuta na **průvodce, kouče a partnera**, nikoli jen na poskytovatele techniky lrc.rm.edu.

Zní vám tato doporučení povědomě? Teď už asi tušíte, proč se v životopise Robina McKenzieho říká, že jeho systém je nadčasový! ■

SIG zájmová skupina

Termíny zájmové skupiny McKenzie
pro rok 2026

Česká republika, Praha

Datum	Téma	Místo konání / Kontakt
3. 2. '26 / 18.00	Řešení komplikovaných kazuistik	Zoom - Online
11. 3. '26 / 16.30	Téma dle návrhu od členů MCK	Certifikovaná McKenzie klinika Kladno možnost Zoom - Online
7. 4. '26 / 14.00	Volné téma	ÚVN Praha 6, Střešovice, vchod C3, 4. patro
14. 5. '26 / 15.30	Odpovědi na problematiku daného pracoviště	Rehabilitace, Praha 9

Dodržujte nutné objednávky, pro omezené možnosti prostor je počet účastníků limitován, aktuální termíny setkání najdete na našem webu:

Mgr. Soňa Marečková, Cert. MDT

Telefon: +420 721 703 232, 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**, e-mail: denisa.buriankova@email.cz, telefon: +420 774 090 716.

SIG Česká republika, Ostrava

Rovněž se rozbíhá SIG skupina v Ostravě, ptejte se kolegy **Mgr. Zdeněk Guřan, Cert. MDT**, +420 777 868 424, e-mail: zdenek.guran@fno.cz.

SIG Slovenská republika, Žilina

V Žilině probíhají setkání McKenzie skupiny pod vedením **PhDr. Michaely Kotrbancové, Cert. MDT**, e-mail: m.kotrbancova@gmail.com nebo telefon: +421 903 944 371 ■

Kurzy McKenzie

Termíny kurzů McKenzie metody
pro rok 2026

Česká republika, Praha

Datum	Lektor	Typ	Původní cena	Členové McK
12. - 15. 1. '26 Kladno	Eva / ČR část A* FBMI ČVUT		- Kč	- Kč
16. 1. '26 Kladno	Eva / Mirek / ČR	ZK	5 850 Kč	2 000 Kč
23. 1. - 25. 1. '26	Eva / ČR	C*	16 700 Kč	10 850 Kč
10. 4. - 19. 4. '26	Mirek / ČR	B*	16 700 Kč	10 850 Kč
24. 4. - 27. 4. '26	Eva / ČR	D*	16 700 Kč	10 850 Kč
28. 5. - 31. 5. '26	Mirek / ČR	A*	17 500 Kč	11 850 Kč
9. 6. '26	Christian / DE	Rameno*	4 750 Kč	
25. 9. - 26. 9. '26	Eva / ČR	E*	12 360 Kč	7 200 Kč
27. 9. - 28. 9. '26	Eva / ČR	MNR*	13 360 Kč	9 290 Kč
16. 10. - 18. 10. '26	Eva / ČR	C*	16 900 Kč	11 500 Kč
5. 11. - 8. 11. '26	Mirek / ČR	A*	17 500 Kč	11 850 Kč
8. 11. - 10. 11. '26	Mirek / ČR	B*	17 500 Kč	11 850 Kč

Změna ceny kurzovního od Května 2026

Vysvětlivky:

* Na kurz přispívá McKenzie Institute Czech Republic & Slovakia.

Kurzy McKenzie

Termíny kurzů McKenzie metody
pro rok 2026

Slovensko, Žilina / Bratislava

Datum	Lektor	Typ	Původní cena	Členové McK
5. - 8. 2. '26 Bratislava	Mirek / ČR	A*	660 eur	395 eur*
5. - 8. 3. '26 Bratislava	Eva / ČR	D*	660 eur	395 eur*
19. - 22. 3. '26 Bratislava	Mirek / ČR	B*	660 eur	395 eur*
08. 6. '26 Bratislava	Christian / DE	Rameno	190 eur	

- ▷ 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/ ■



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. Jitka Kobrová, 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 44

