

6/26 McKenzie Magazín

časopis pro MDT odborníky
číslo 45



- 4 Bolest končetiny, která jí ve skutečnosti není
- 18 Nové důkazy o vztahu directional preference...
- 24 Chronická bolest: 7 mýtů, které vás brzdí
- 36 Kazuistika – Když extenze není směrovou preferencí...

Obsah

- 3 Úvod**
Romana Wolfová, DiS., Cert. MDT
- 4 Bolest končetiny, která jí ve skutečnosti není**
Překlad: Jan Běhůnek, DiS.
- 13 Proměnlivost směrové preference u pouřazových a pooperačních stavů ramenního kloubu**
Mgr. Iva Šenková Folgetová
- 16 Stáž Belgie 2025**
Bc. Marek Doseděl
- 18 Nové důkazy o vztahu directional preference a diskogenní bolesti: význam pro MDT praxi**
Autor: Jean-Philippe Deneuille
Překlad: Eva Nováková, Dip. MDT, Mgr. Jitka Kobrová, Cert. MDT
- 22 SIG 11. března 2026**
Kateřina Rajchlová, Cert. MDT
- 24 Chronická bolest: 7 mýtů, které vás brzdí**
Překlad: Eva Nováková, Dip. MDT
- 28 Mechanická terapie běžných syndromů neuropatického svědění: retrospektivní observační hodnocení McKenzie...**
Překlad a adaptace pro časopis: Mgr. Jitka Kobrová, Cert. MDT
- 36 Kazuistika – Bederní páteř Když extenze není směrovou preferencí: kazuistika asymetrického bederního derangementu**
Mgr. Jitka Kobrová, Cert. MDT
- 44 Podobnosti a rozdílnosti MDT a současných přístupů pain science...**
Eva Nováková, Dip. MDT, Mgr. Jitka Kobrová, Cert. MDT
- 48 Nepřesná diagnostika hybného systému je častější, než si připouštíme**
Eva Nováková, Dip. MDT
- 50 SIG zájmová skupina 2026**
- 51 Kurzy McKenzie 2026 – 2027**

MCKENZIE MEZINÁRODNÍ KONFERENCE 2026

Move to Solve: OD BOLESTI K VÝKONU

Příležitosti a úskalí muskuloskeletální péče, sportu a praxe



„Bolest nemusí vznikat tam, kde ji cítíme. Mezinárodní konference MDT ukáže, jak **správná diagnostika mění léčbu pacientů.**“



01 Přednášky

02 Workshopy

03 Diskuze



10. června 2026



Česká zemědělská univerzita Praha

Akce je určena pro fyzioterapeuty a lékaře, kteří pracují s pacienty s pohybovými obtížemi. Čeká vás **inspirace, nejnovější poznatky a možnost se setkat s odborníky MDT z celého světa.**

Experti z celého světa:



George Supp
Německo



Simon Simonsen
Dánsko



Jo Chambers
Anglie



Hans van Helvoirt
Holandsko



Richard Rosedale
Kanada



David Vandeput
Belgie

Milé kolegyně a milí kolegové,

opět vás po půl roce vítám u našeho bulletinu.

Již mnoho let vás provází začátkem prázdnin, a ani letos tomu nebude jinak.

V době skoro dokonalých vyhledávačů, AI a ostatních technologií začíná být těžké přijít s něčím, na co by naše děti řekly: „**WOW.**“

Myslím si ale, že mnoho z nás je rádo za informace naservírované na *zlatém podnose přímo pod nos*. 😊

Proto celý náš tým a další nadšenci vyhledávají články, studie a zkušenosti z praxí našich kolegů po celém světě a pečlivě se je snaží přeložit do příjemně stravitelné podoby.

Kolik lidí je potřeba, aby odborná komunita opravdu žila?

Někdy může působit dojmem, že odborná komunita funguje tak nějak sama. Že bulletin pravidelně vychází, sociální sítě běží, odborné akce se připravují a kvalitní vzdělávací obsah je jednoduše k dispozici.

Ve skutečnosti za tím ale stojí konkrétní lidé, kteří tomu věnují svůj čas, energii a zkušenosti vedle své běžné klinické práce, rodiny i dalších povinností.

A právě proto bychom rádi znovu otevřeli výzvu ke spolupráci.

Budeme velmi rádi za každého, kdo má chuť zapojit se — ať už formou zajímavé kazuistiky, krátkého odborného příspěvku, sdílení zkušenosti z praxe, tipu na zajímavé téma, nebo třeba pomocí s tvorbou obsahu, redakce pro bulletin či sociální sítě.

Silná odborná komunita totiž nemůže dlouhodobě stát jen na několika aktivních jednotlivcích.

K zamyšlení nás vede i letošní příprava odborné konference. Připravili jsme akci se **šesti zahraničními lektory** a zajistili **profesionální simultánní překlad**, aby špičkový mezinárodní obsah byl skutečně dostupný i českým a slovenským kolegům bez jazykové bariéry.

O to více nás mrzí, že zatím registrujeme zájem převážně z řad MDT komunity, zatímco širší fyzioterapeutická veřejnost tuto příležitost zatím příliš nevyužívá.

Nevnímáme to jako výčitku, spíše jako podnět k zamyšlení nad tím, jak jako obor využíváme možnosti společného odborného růstu.

Odborná komunita nejsou „ti druzí“.

Jsmo to my všichni.

A pokud chceme, aby byla aktivní, kvalitní a živá i do budoucna, potřebuje nejen naši účast, ale i naši spolupráci.

Za celý redakční tým vám přeji krásné léto a zasloužený odpočinek na vašich dovolených.

Romana Wolfová, DiS., Cert. MDT ■

Bolest končetiny, která jí ve skutečnosti není

Physiopraxis 11–12/23

Autor: Georg Supp, PT, Dip. MDT

Překlad článku: Jan Běhůnek, DiS., Nemocnice následné péče Horažďovice

Adaptace textu pro bulletin: Mgr. Jitka Kobrová, Cert. MDT

Georg Supp, PT, Dip. MDT, pracuje více než 30 let jako fyzioterapeut a společně s Wolfgangem Schochem vede fyzioterapeutické centrum PULZ ve Freiburgu im Breisgau. Vyučuje kurzy v McKenzie systému po celém světě a také vede seminář o komunikaci „Talk it easy“. V současnosti se věnuje výzkumu „Patient Reported Outcomes“.

Bolesti rukou a nohou vycházející z páteře

U izolované bolesti končetin dosavadní literatura nedoporučovala screening páteře. V praxi se pak takové vyšetření neprovádí téměř vůbec. Studie EXPOSS však ukazuje, že páteř je za tyto obtíže zodpovědná velmi často. Článek se zaměřuje na to, jak tyto poznatky uplatnit v každodenní praxi.

Pacient přichází do ordinace s bolestí v oblasti kloubu končetiny bez lokální bolesti páteře a bez klasického „vystřelování“. Pacient i odesílající lékař jsou přesvědčeni, že příčina je v kloubu. Přesto pacient podstoupí fyzioterapii zaměřenou výhradně na páteř – a potíže

zmizí. Georg Supp spolu s mezinárodním výzkumným týmem ve dvou studiích s více než 300 pacienty zkoumal, jak často k tomu dochází a jak mohou terapeuti tyto poznatky využít v klinické praxi.

Je rameno, kyčel nebo koleno skutečně příčinou bolesti, nebo problém pochází z páteře? Protože bolest končetin má často spinální původ, je vhodné klinické vyšetření páteře, pokud jsou přítomné různé příznaky.

Případ z praxe – bolest ramene

Leon M. (23 let, student) přichází s poukazem na fyzioterapii. Diagnóza zní: „*Impingement syndrom ramene / tendinopatie rotátorové manžety vpravo*.“ Při prvním kontaktu uvádí asi tři měsíce trvající intermitentní bolesti v oblasti přední části ramene. Intenzita bolesti kolísá mezi 4 a 6 body z 10 na škále NPRS. Potíže se objevují při pohybech nad hlavou, oblékání, tréninku v posilovně a sporadicky – zejména při delším sezení – i v klidu.

Leon M. si nepamatuje na žádnou událost, která by bolest vyvolala. Přestože

výrazně omezil trénink, jeho stav se nemění. V předchozích čtyřech týdnech absolvoval šest terapií v jiném zařízení, a to bez trvalého úspěchu; tamní léčba

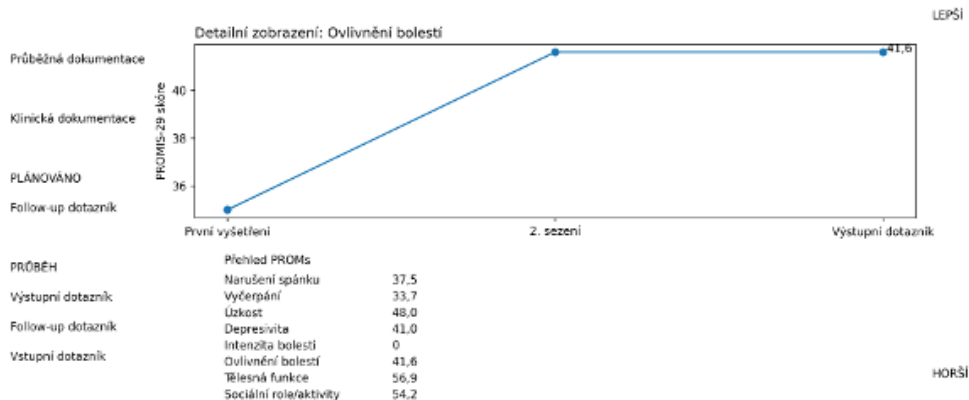
se zaměřovala na manuální terapii a zvyšování zátěže ramene.

Tab. 1 – Indikátory bolesti končetiny spinálního původu a odpovídající pravděpodobnost EXPOSS (podle Rastogi 2022 [26])

Upozornění	O kolik je vyšší pravděpodobnost EXPOSS	p-hodnota	Poznámka autora
Přítomnost parestézií	2x	0,096	→ To je poměrně zřejmé. U analyzovaných 319 případů však tento indikátor nedosáhl výraznější prediktivní hodnoty.
Žádné omezení pohybu končetiny	2x	0,004	→ To by mělo vzbudit pozornost.
Omezení pohyblivosti páteře	2,5x	0,001	→ Problém končetiny by neměl způsobovat omezení pohybu páteře. Pokud není přítomen sekundární problém páteře, jde o silný indikátor EXPOSS.
Sezení / předklon krku nebo trupu / otáčení hlavy nebo klid ovlivňují symptomy	2,5x	0,002	→ Končetina se nepohybuje ani není zatěžována, a přesto se objevuje bolest. Důležitá informace z anamnézy.
Změna držení těla ovlivňuje symptomy	4x	< 0,001	→ Nejsilnější indikátor ze všech. Příklad: Pacient uvádí, že ho koleno bolí při sezení před terapeutem. Změní polohu vsedě a bolest zmizí. V takovém případě je nutné vyšetřit páteř, protože pravděpodobnost jejího podílu je čtyřnásobně vyšší.

Report

Graf 1



PROMIS-29 zdokumentovalo „zhoršenou bolest“ u 23letého pacienta, která se mezi prvním kontaktem a propuštěním významně snížila.

Zdroj: PULZ, Freiburg

Klinické vyšetření

Pohybové vyšetření ukazuje na volnou pohyblivost ramene ve všech směrech. Při abdukci se objevuje bolestivý oblouk (painful arc) mezi 70 a 120°. Také maximální flexe a zejména odporové testy v zevní rotaci a abdukci jsou bolestivé. Pokus o provedení kliků okamžitě vyvolává bolest; také boční zvedání 5kg činky je velmi bolestivé. Pasivní pohyby jsou bez bolesti.

Proces diferenciacce (diferenciální diagnostiky) je plný výzev.

Anamnéza a fyzikální vyšetření podporují lékařskou diagnózu a podezření pacienta na čistě ramenní problém. Protože je kloub pasivně volně pohyblivý, terapeut předpokládá kontraktilní problém. Tendinopatie zevních rotátorů

a abduktorů se zdá jako rozumné vysvětlení a léčba ramene je smysluplná.

Nicméně ve stávajícím případě nebyla provedena fyzioterapeutická léčba ramenního kloubu a pacient se snažil řešit své problémy s ramenem jednoduchými cvičeními pro krk (RET, RET+EXT). Po třech sezeních zmizela bolest a funkční problémy ramene a léčba byla ukončena. Dotazovací systém PROMIS-29 potvrzuje velmi uspokojivý průběh terapie (graf 1). Proč byla zvolena jiná než zjevně logická léčebná strategie, vyšlo najevo při prvotním vyšetření. O těchto indiciích se podrobněji zmíním později.

Chybějící screening páteře

Ve stávajícím případě tedy nebyl zdroj problémů s ramenem v samotném rameni, ale v krční páteři. V anketě na „Fyziokongresu“ ve Stuttgartu (rok 2023)

vedlo 70 fyzioterapeutů možné důvody, proč tyto souvislosti mezi bolestmi končetin a problémy páteře přehlédli. Nejběžněji byly zmiňovány vedle nedostatku času při prvním kontaktu také zvyky, chybějící znalosti a zaujatost.

Kritické zhodnocení vědecké literatury → To, že při izolované bolesti končetin nedochází k adekvátnímu vyšetření páteře, není pouze problém německé fyzioterapie. Vskutku je tento aspekt klíčový pro zkoumání efektivity léčebné metody při určitém problému. V tomto smyslu chtěli Tom Walker a jeho tým zjistit, jak randomizované kontrolované studie (RCT) v oblasti subakromiální bolesti vylučují zapojení krční páteře. Analýza 102 RCT odhalila zdrcující výsledek: v 75 % studií byla krční páteř zcela ignorována nebo byla vyšetřena pouze v případě současné bolesti krku.

Bolest ramene, nebo krční páteř? Diferenciální diagnostika pomocí extenzního principu a okamžitá klinická změna.

V celé literatuře se objevuje nedostatek screeningu na zapojení páteře při subakromiální bolesti. Stejnou vadu vykazují také RCT studie, které se týkají patellofemorální bolesti nebo bolesti v třísele [2, 3]. I zde je páteř často nezmíněna nebo záměrně ignorována. Když se přece jen posuzují možné souvislosti mezi bolestmi končetin a páteří, může to někdy vést ke groteskním závěrům. Ukazuje se, že osoby s bolestmi kyčle

a současnými bolestmi zad mají po implantaci umělého kyčelního kloubu horší výsledky než ti, kteří žádné bolesti zad nemají [4, 5]. Místo toho, aby se zpochybňovala možná korelace mezi bolestmi kyčle a zad, je lékařskou stranou konstatováno, že bolesti zad jsou pouze komorbiditou, která ovlivňuje výsledek operace.

Před čtyřmi lety provedli Walker et al. celosvětový průzkum mezi 804 klinikami – převážně mezi fyzioterapeuty. Většina uvedla, že u pacientů s bolestmi ramene rovněž vyšetřuje krční páteř, ale neexistuje pro to žádná běžná praxe. Autoři to přičítají nejistotě ohledně optimální metodiky v této oblasti.

Co naznačuje, že bolesti v periférii mají souvislost s páteří? Odpovědi na tuto otázku rychle vedou do oblasti domněnek, mýtů a tvrzení. Rozlišení mezi bolestmi končetin a problémem páteře je klíčové pro řízení pacientů, současně však s sebou nese výzvy [7–9]. Nesprávné interpretace mohou vyvolat kaskádu špatných rozhodnutí [10–12]. K tomu přispívá také vysoká prevalence náhodně pozitivních zobrazovacích výsledků u asymptomatických jedinců [13–16], stejně jako nedostatečná spolehlivost klasických ortopedických testů. Kanadská studie ukázala, že i „specifické testy na rameno“ mohou být při současných problémech s krční páteří falešně pozitivní.

Algoritmus pro diferenciální diagnostiku páteře

1. Urči symptomatickou, mechanickou nebo funkční základní linii (baseline) končetin
2. Vyšetři páteř
3. Zkontroluj základní linii (baseline) končetin
 - Účinek – vyšetři páteř
 - Žádný účinek – vyšetři končetinu

Při izolované bolesti končetin nesmíme jednoduše následovat tradiční, neprokázané předpoklady.

EXPOSS: Bolest končetin spinálního původu

V literatuře jsou pouze sporadicky popisovány případy, jako je ten od Leona M., kde lidé léčili své izolované bolesti paže nebo dolní končetiny výhradně cvičeními pro páteř [11, 19, 20]. Dlouhou dobu byly k dispozici pouze předběžné a omezené údaje o prevalenci proximálních kloubů ramene a kyčle [21–24]. Spolehlivá data o bolesti končetin spinálního původu chyběla až do publikace studie EXPOSS v roce 2019 [25]. Akronym EXPOSS znamená „Bolest končetin ze spinálního zdroje“; v tomto kontextu „zdroj“ neznamená konkrétní strukturu páteře.

Vysoká prevalence → Studie EXPOSS zkoumala prevalenci EXPOSS. V praxi: Jak často vede výhradní léčba páteře u pacientů s dominantní nebo izolovanou bolestí končetin k úspěchu? K tomu

vyšetřovali a léčili fyzioterapeuti v Kanadě, USA a na Novém Zélandu celkem 369 pacientů. I když byli referující lékaři a také sami pacienti přesvědčeni, že bolest pochází z končetiny, studie Richarda Rosedalea a jeho týmu ukázala, že u 43,5 % z 322 pacientů hodnocených na konci studie byla za symptomatiku odpovědná páteř. Pokud pacienti popisovali bolest mezi klouby, prevalence EXPOSS se zvýšila na 72 % (horní/dolní stehna) nebo na 83 % (horní/dolní paže). Bolest mezi klouby je tedy pro problém končetin poměrně atypická (obr. 1).

Diferenciální diagnostika páteře

Fyzioterapeuti ve studii EXPOSS použili systém McKenzie, jehož principy vyšetření jsou však bez problémů přenositelné na jiné vyšetřovací a léčebné přístupy. To ilustruje následující případová studie.

Základní linie končetin (baseline) jako průběžný parametr → Při vstupním vyšetření měl 23letý fitness nadšenec Leon M. velké potíže při provádění kliků a zvedání 5kg činky; navíc byla bolestivá konečná flexe ramene. Tyto tři aspekty představují základní linii končetin Leona M. a od té doby slouží jako opětovné vyšetřovací příznaky.

Vyšetření a léčba páteře → Při vyšetření krční páteře se ukazuje bolestivé omezení retrakce/extenze Cp. Po dvaceti extenzích Cp. se bolest v oblasti krku zmírnila a extenze Cp. se viditelně zvět-

šila. Dále byla také intenzita bolesti při provádění kliků a bočním zvedání 5kg činky výrazně nižší a bolest při konečné flexi zcela zmizela.

Na základě příkladu z praxe je zřejmé, že symptomatické chování končetiny lze pozitivně ovlivnit pohyby páteře. Zde se uplatňuje **algoritmus pro diferenciální diagnostiku** páteře zmíněný výše. Protože se u pacienta mohly bolesti ramene vyvolávat při sezení, dostal doporučení zkontrolovat vliv změněné polohy sezení na své bolesti.

Indikátory pacientů EXPOSS →

V anketě na „Fyziokongresu 2023“ byly mimo jiné jako překážky pro rozpoznání spinálních příčin bolesti končetin uvedeny zvyky a nedostatek času. Bylo by proto užitečné vědět, u kterých pacientů má smysl provést intenzivnější klinické vyšetření páteře. V sekundární analýze studie EXPOSS hledali Ravi Rastogi a jeho tým odpovídající indikátory v anamnéze a klinickém vyšetření. Vyhodnocení dat odhaluje pět ukazatelů, které mohou pravděpodobnost problémů s páteří významně zvýšit (tab. 1).

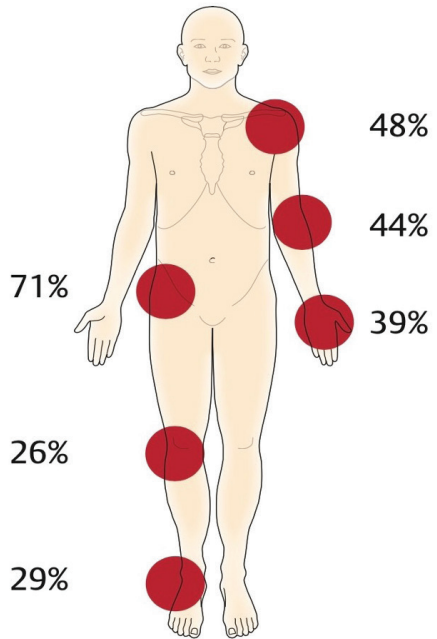
Všechno to na první pohled vypadalo jako problém s ramenem. Ošetřil jsem páteř.

Na druhé straně některé z široce předpokládaných ukazatelů pro problémy s páteří nemají signifikantní význam. Například aktuální nebo minulé bolesti pá-

teře se také ukázaly jako nedostatečný indikátor, stejně jako délka nebo výskyt potíží (konstantní nebo intermitentní).

U Leona M. z případové studie se při anamnéze a fyzikálním vyšetření projeví tři z pěti indikátorů. Mladý „pacient s ramenem“ měl při plné pohyblivosti ramenního kloubu omezení pohybu v krční páteři a bolesti při sezení. Tyto informace pomohly terapeutovi rozhodnout se pro podrobnější vyšetření páteře.

Nejpozději tehdy, pokud léčba končetin nepřináší žádný efekt, měla by se vyšetřit páteř.



Obr. 1 – Prevalence EXPOSS podle oblastí

Report

Závěr a tipy pro praxi

Se svým výzkumem na téma bolest končetin spinálního původu přispívají Rosedale, Rastogi a jejich tým k pionýrské práci [25, 26]. Nepřinesli pouze první použitelné údaje o prevalenci EXPOSS, ale také ve své druhé práci poskytli důležité poznatky pro včasné rozpoznání možných indikátorů. Důkazy jsou zatím předběžné a určitě by měly následovat studie s více pacienty a jinými vyšetřovacími přístupy než systémem McKenzie. Nezávisle na tom mohou obě studie zvýšit povědomí o problematice EXPOSS. Výsledky by měly povzbudit, aby se u osob s izolovanou bolestí končetin neupřednostňovaly tradiční a málo doložené teorie, ale při odpovídající indikaci se páteř vyšetřovala důkladněji (tab. 1). Takové vyšetření nemusí proběhnout během prvního sezení, mělo by však být provedeno nejpozději tehdy, pokud léčba končetin nepřináší očekávaný efekt.

Literatura

<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0043-1777089>.

1. Walker T, Salt E, Lynch G, et al. Screening of the cervical spine in subacromial shoulder pain: A systematic review. *Shoulder & Elbow*, 2019; 11: 305–15.

2. Falvey EC, King E, Kinsella S, et al. Athletic groin pain (part 1): a prospective anatomical diagnosis of 382 patients – clinical findings, MRI findings and patient-reported outcome measures

at baseline. *Br J Sports Med*, 2016; 50: 423–30.

3. van Linschoten R, van Middelkoop M, Berger MY, et al. Supervised exercise therapy versus usual care for patellofemoral pain syndrome: an open label randomised controlled trial. *BMJ*, 2009; 339: b4074.

4. Ellenrieder M, Bader R, Bergschmidt P, et al. Coexistent lumbar spine disorders have a crucial impact on the clinical outcome after total hip replacement. *J Orthop Sci*, 2015; 20: 1046-1052

5. Prather H, van Dillen LR, Kymes SM, et al. Impact of coexistent lumbar spine disorders on clinical outcomes and physician charges associated with total hip arthroplasty. *Spine J*, 2012; 12: 363–9.

6. Walker T, Cuff A, Salt E, et al. Examination of the neck when a patient complains of shoulder pain: a global survey of current practice (2019). *Musculoskeletal Care*, 2020; 18: 256–64.

7. Saito J, Ohtori S, Kishida S, et al. Difficulty of diagnosing the origin of lower leg pain in patients with both lumbar spinal stenosis and hip joint osteoarthritis. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2012; 37: 2089–93.

8. Prather H, Cheng A, Steger-May K, et al. Hip and Lumbar Spine Physical Examination Findings in People Presenting With Low Back Pain, With or Without Lower Extremity Pain. *J Orthop Sports Phys Ther*, 2017; 47: 163–72.

9. Buckland AJ, Miyamoto R, Patel RD,

et al. Differentiating Hip Pathology From Lumbar Spine Pathology: Key Points of Evaluation and Management. *J Am Acad Orthop Surg*, 2017; 25: e23–e34.

10. Pheasant S. Cervical contribution to functional shoulder impingement Two Case Reports. *Int J Sports Phys Ther*, 2016; 11: 980–91.

11. Hashimoto S, Hirokado M, Takasaki H. The most common classification in the mechanical diagnosis and therapy for patients with a primary complaint of non-acute knee pain was Spinal Derangement: a retrospective chart review. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 2019; 27: 33–42.

12. Gunn CC, Milbrandt WE. Tennis elbow and the cervical spine. *Can Med Assoc J*, 1976; 114: 803–9.

13. Thompson SM, Fung S, Wood DG. The prevalence of proximal hamstring pathology on MRI in the asymptomatic population. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 2017; 25: 108–11.

14. Silvis ML, Mosher TJ, Smetana BS, et al. High prevalence of pelvic and hip magnetic resonance imaging findings in asymptomatic collegiate and professional hockey players. *Am J Sports Med*, 2011; 39: 715–21.

15. Gill TK, Shanahan EM, Allison D, et al. Prevalence of abnormalities on shoulder MRI in symptomatic and asymptomatic older adults. *Int J Rheum Dis*, 2014; 17: 863–71.

16. Bedson J, Croft PR. The discordance between clinical and radiographic knee osteoarthritis: a systematic search

and summary of the literature. *BMC Musculoskelet Disord*, 2008; 9: 116.

17. Hegedus EJ, Wright AA, Cook C. Orthopaedic special tests and diagnostic accuracy studies: house wine served in very cheap containers. *Br J Sports Med*, 2017; 51: 1578–9.

18. Heidar Abady A, Rosedale R, Chesworth BM, et al Consistency of commonly used orthopedic special tests of the shoulder when used with the McKenzie system of mechanical diagnosis and therapy. *Musculoskelet Sci Pract*, 2018; 33: 11–17.

19. Karel YHJM, Scholten-Peeters GGM, Thoomes-de Graaf M, et al. Physiotherapy for patients with shoulder pain in primary care: a descriptive study of diagnostic- and therapeutic management. *Physiotherapy*, 2017; 103: 369–78.

20. Menon A, May S. Shoulder pain: differential diagnosis with mechanical diagnosis and therapy extremity assessment – a case report. *Man Ther*, 2013; 18: 354–7.

21. Heidar Abady A, Rosedale R, Chesworth BM, et al. Application of the McKenzie system of Mechanical Diagnosis and Therapy (MDT) in patients with shoulder pain; a prospective longitudinal study. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 2017; 25: 235–43.

22. Greenwood MJ, Erhard RE, Jones DL. Differential diagnosis of the hip vs. lumbar spine: five case reports. *J Orthop Sports Phys Ther*. 1998; 27: 308–15.

23. Cannon DE, Dillingham TR, Miao H, et al. Musculoskeletal disorders in

Report

referrals for suspected cervical radiculopathy. *Arch Phys Med Rehabil*, 2007; 88: 1256–9.

24. Ammendolia C. Degenerative lumbar spinal stenosis and its imposters: three case studies. *J Can Chiropr Assoc*, 2014; 58: 312–19.

25. Rosedale R, Rastogi R, Kidd J, et al. A study exploring the prevalence of Extremity Pain of Spinal Source (EXPOSS). *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 2020; 28: 222–30.

26. Rastogi R, Rosedale R, Kidd J, et al. Exploring indicators of extremity pain of spinal source as identified by Mechanical Diagnosis and Therapy (MDT): a secondary analysis of a prospective cohort study. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 2022; 30: 172–9. ■

Proměnlivost směrové preference u poúrazových a pooperačních stavů ramenního kloubu

Autorka: Mgr. Iva Šenková Folgetová

Vážené a milé kolegyně a kolegové,

v MDT je směrová preference námi terapeuty považována za klíč k úspěšné terapii. Málokdy nám ovšem v naší klinické rozvaze přijde na mysl, že značně efektivní cvičení, zcela odstraňující pacientovu bolest, se může za několik bezbolestných týdnů proměnit ve cvičení bez efektu. V horším případě za pohyb, který pacienta zhoršuje. Dle MDT postupu nalézáte novou směrovou preferenci a pacient je na další týdny či měsíce bez bolesti. U poúrazových stavů budme obezřetní a trpěliví, klinické obtíže a mechanika pohybu může mít značnou proměnlivost.

V červnu 2023 jsem měla úraz na kole, při kterém jsem spadla ve velké rychlosti na levé rameno, při natažené horní končetině. Stav byl diagnostikován jako distorze, dominovala silná bolest ramene a lopatky. Na RTG nebyly zachyceny žádné traumatické změny. Na MR byla popsána parciální ruptura m. subscapularis a tendinóza m. biceps brachii. Z důvodu značné bolesti jsem absolvovala několik obstřiků s krátkodobým efektem. Lékaři indikovali operační výkon, kterému jsem se chtěla vyhnout a najít zlepšení v MDT. Bolest mne značně limitovala v osobním i pracovním životě. V září jsem byla vyšetřena paní Evou Novákovou.

Nepřehlédněte něco, co je pro klinickou rozvahu určující, byť se to může zdát tak obyčejné, až se nad tím mile pousmějete.

Doporučené cvičení, tahem přes střed těla za zády a mírné dotažení do VR, jsem velmi svědomitě cvičila, zlepšení bylo výrazné. Nebývalá úleva, bolest se zlepšila z 10 na 5, na rameni jsem mohla dokonce i občas ležet, což předtím nebylo možné. Zlepšení bylo výrazné, v říjnu se stav „stabilizoval“ do menší bolesti, dále se neměnil a následovalo cvičení do extenze. Zlepšení pokračovalo, ale intermitentní bolest ramene nezmizela. V popisu opakované MR byl popsán pouze otok šlachy bicepsu. V průběhu roku 2024 se intenzivněji projevila bolest s iradiací do šlachy bicepsu, obstrukce s efektem až na 3 měsíce, rozsahy pohybů aktivně i pasivně ve všech směrech bez omezení. Následně došlo k výraznému zhoršení, iradiační bolest byla při sebemenší zátěži, stisku ruky, nesení tašky, v práci fyzioterapeuta limitace pro aplikaci mnoha metodik. Provést s pacientem jakýkoliv pohyb, při kterém byla moje horní končetina v zátěži, bylo pro ostrou bolest nemožné.

Po opakovaném vyšetření MDT bylo zřejmé, že minimálně ASK je nevyhnutelná. Indikace k ASK levého ramene z důvodu iritace LCBB. Během výkonu se provedla sutura horní porce subscapularis, bursectomie, subpektorální tenodéza. Po operaci jsem takřka deset dní mohla spát pouze vsedě. LHK na ortéze na 6 týdnů, následujících 6 týdnů zcela bez ZR a bez zátěže na biceps po dobu 3 měsíců. Fyzioterapii jsem absolvovala časně, zejména z důvodu rozsáhlého otoku v oblasti ramene a prsu. Stav se během letních měsíců zlepšil, byla jsem bez bolesti a bez omezení.

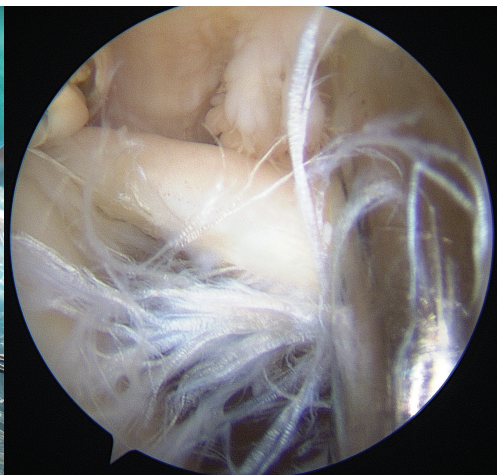
V srpnu na soustředění s plaveckým klubem se intermitentně objevila bolest při pohybu do zevní rotace, jehož intenzita vzrůstala v běžných denních činnostech i v pracovní zátěži v ambulanci. Ve vzpěrných pohybových vzorech byla již bolest velmi výrazná. V září 2025 jsem absolvovala opět vyšetření dle MDT u paní Novákové. Směrovou preferencí byla právě ZR a bylo nutné vyvarovat se agravačním faktorům. Během několika dnů se stav zlepšil, k plně úzdravě vedlo cvičení do ZR s přetlakem. Mé zlepšení je nyní trvalým stavem, od září loňského roku jsem zcela bez omezení, bez bolesti a zcela plnohodnotně se mohu věnovat i všem sportovním aktivitám, které jsem v předchozím dlouhém období musela omezit. Ve své práci fyzioterapeuta jsem opět v plném nasazení.

Milé kolegyně a kolegové, díky MDT máme možnost pomoci mnoha pacientům odstranit jejich bolest a umožnit jim návrat k jejich práci

i zájmům. Určujeme směrovou preferenci, ale berme u poúrazových a pooperačních stavů v potaz, že hojení měkkých tkání a regenerace má v čase nosnou dávku proměnlivosti, stejně tak mechanika pohybu. Díky vyšetření MDT se stáváme pro naše pacienty důvěryhodnými terapeuti a průvodci na cestě k uzdravení. U těch, kterým McKenzie metoda nelze pomoci, navedte pacienty ke kolegům a odborníkům, v jejichž možnostech je tato pomoc uskutečnitelná.

Opomenete-li se věnovat agravačním faktorům, zbytečně chybujete a hledáte variabilitu v terapii. Pro mne takovým faktorem byla neustále se opakující zevní rotace, kdy jsem velmi často držela manžela za ruku 😊. Nepřehlédněte něco, co je pro klinickou rozvahu určující, byť se to může zdát tak obyčejné, až se nad tím mile pousmějete.

Moje dlouhotrvající obtíže byla obrovská zkušenost, jak značná bolest vyčerpává, omezuje život v mnoha ohledech, a to v poměrně dlouhé časové ose. Zároveň jsem prohloubila svou zkušenost, že MDT má své nezastupitelné místo v poúrazových i pooperačních stavech. Přeji vám, ať máte v MDT stále otevřenou mysl a vynikající klinickou rozvahu! ■



Stáž Belgie 2025

Autor: Bc. Marek Doseděl

V prosinci roku 2025 jsem se vypravil na stáž do Belgie. Díky českému McKenzie Institutu jsem se mohl několik dní vzdělávat u velmi zkušeného fyzioterapeuta jménem David Vandeput, PT, Msc, Dipl. MDT, MT, OMI. Samotná stáž probíhala na „Kinepraktijk Vandeput“ v belgickém městě Maasmechelen. Jedná se o menší město na hranicích s Nizozemskem, kde jsou hezké rodinné cihlové domy a většinu času klid.

David Vandeput je nejen šéf zdejší kliniky a předseda Belgického McKenzie Institutu, ale také nadšený učitel fyzioterapie ve třech jazycích.

Samotná klinika je malá – je zde k dispozici „openspace“ pro kondiční cvičení pacientů s nejrůznějšími diagnózami a čtyři samostatné cvičebny. V podstatě všechny dny stáže jsem strávil s Davidem na jeho cvičebně od rána do večera, což bylo velmi přínosné, jelikož David je velmi schopný praktik a zároveň taková „chodící encyklopedie“.

Samotní pacienti byli milí a původem z nejrůznějších koutů Evropy. Velmi jsem také ocenil ochotu většiny z nich mluvit alespoň část návštěvy anglicky. Převážně přicházeli kvůli vertebrogenním obtížím, ale setkal jsem se zde i s pacienty s tinnitem, zmrzlým ramenem, fibromyalgií a plantární fascitidou.

Nejpřínosnější pro mě byla praktická část stáže, tedy možnost pozorovat Davida při jeho manuální práci, ve které je velmi rychlý, precizní a často používá mobilizace i manipulace pacienta. Mohl jsem si praktické techniky zkusit a doptávat se ho, proč zrovna dělá to či ono.

David se mi snažil nastínit, jak pracuje a jak důležitý je individuální přístup k pacientovi. Za zmínku stojí například přístup KISS (keep it simple stupid / udělej to jednoduše) vs. Spine first/ nejprve páteř, SINSS (Severity, Irritability, Nature, Stage, and Stability / závažnost, dráždivost, povaha, fáze

Vedl mě směrem k důležitosti individuality daného pacienta. Prakticky jsem se naučil brát ohled také na to, jaké konkrétní manuální techniky použiji u daného pacienta.

a stabilita), ICE (Ideas, Concerns and Expectations of patient / představy, obavy a očekávání pacienta). A v neposlední řadě byla zajímavá debata nad studií ohledně použití odborných, či více lidských frází během komunikace s pacientem. Vedl mě směrem k důležitosti individuality daného pacienta. Prakticky jsem se naučil brát ohled také na to, jaké konkrétní manuální techniky použiji u daného pacienta. Tedy jejich rychlost, hloubku, sílu a úhel a kolik času je třeba věnovat manuálním technikám při jednotlivé návštěvě, a to podle aktuálního stavu pacienta.

Během stáže jsme se také opakovaně věnovali důležitosti stanovení „baselines“ u pacienta. David samozřejmě používá „klasické baselines“, např. rozsah pohybu, bolest, sílu stisku. Nicméně, nebojí se být kreativnější a za „baseline“ si stanovit např.: chůzi, stabilitu, závrať a různé varianty čítí (jehla, papír, chmýří, studené/teplé, vibrace atd.).

Jsem velmi rád za možnost této stáže a děkuji McKenzie Institutu ČR. Sledovat při práci Davida, který má 35 let praxe, bylo neuvěřitelné, inspirativní a motivační. Množství informací a materiálů, které mám nyní k dispozici pro zlepšení mé vlastní praxe, mi jistě vystačí na mnoho příštích měsíců.

Děkuji Davidovi Vandepuťovi za ochotu při jednání o termínu samotné stáže. A v neposlední řadě také díky za jeho znalosti, praktické vedení a nikdy neumírající humor 😊. ■



Nové důkazy o vztahu directional preference a diskogenní bolesti: význam pro MDT praxi

Shrnutí pro bulletin vychází z textu od Jean-Philippe Deneuville: diskuse na poli fakulty McKenzie International (MII FACULTY Communication)

Autor: Jean-Philippe Deneuville

Překlad článku a adaptace textu pro bulletin: Eva Nováková, Dip. MDT

Autor shrnutí: Mgr. Jitka Kobrová, Cert. MDT

Autor, plné znění studie:

<https://www.frontiersin.org/journals/bioengineering-and-biotechnology/articles/10.3389/fbioe.2025.1582438/full>

Nová publikace přináší důležité poznatky pro klinickou praxi MDT a její postavení v rámci zdravotnického systému. Klíčovým přínosem je posílení hypotézy, že fenomén *directional preference* (DP) souvisí s diskogenní bolestí, což doposud nebylo dostatečně doloženo. Tím se významně rozšiřuje možnost patoanatomického uvažování u podskupiny pacientů s bolestí dolní části zad.

Zároveň studie potvrzuje, že DP není náhodný klinický jev, ale stabilní a specifický fenomén, pravděpodobně odrážející konkrétní strukturální změny. Tento aspekt je zásadní zejména ve vztahu k lékařské komunitě, která tradičně preferuje modely založené na anatomické diagnostice. MDT tak získává silnější argumentaci, že jeho efekt není pouze obecný (např. analgetický vliv pohybu), ale cílený na specifickou strukturu.

Současný vývoj MDT ukazuje, že systém má potenciál stát se plnohodnotnou součástí medicínského rozhodování.

Podskupiny diskogenní bolesti a role MDT terapeuta

Významným zjištěním je, že přibližně 50 % pacientů s diskogenní bolestí nevykazuje DP. To podporuje existenci různých podskupin, například pacientů s Modicovými změnami nebo HIZ (High Intensity Zone), které mají odlišné klinické projevy.

Tento fakt otevírá nové možnosti:

- přesnější klasifikace pacientů,
- diferenciací vhodnosti konzervativní vs. invazivní léčby,
- zapojení MDT terapeutů do rozhodovacích procesů.

Například u pacientů s tzv. aktivní diskopatií se ukazuje vysoká účinnost intervenčních metod, jako je **INTRACEPT (radiofrekvenční ablace basivertebrálního nervu)**. MDT terapeut zde může sehrát klíčovou roli v identifikaci vhodných pacientů a jejich odeslání k dalšímu vyšetření.

V takovém pojetí se MDT fyzioterapeut stává skutečným specialistou na páteř – schopným identifikovat pacienty vhodné pro konzervativní léčbu i ty, kteří potřebují invazivnější postupy, a komunikovat s odborníky provádějícími tyto procedury na základě pevné patoanatomické diagnózy. Podobnými výzkumnými otázkami se zabývají kolegové v Holandsku a na Novém Zélandu a další kolegové ve Francii. A právě to představuje velkou a jedinečnou perspektivu pro vývoj MDT systému.

Zjednodušení diagnostického procesu

Schopnost identifikovat nebo vyloučit DP má zásadní dopad na diagnostiku. Vyloučení diskogenní bolesti zvyšuje přesnost diagnostiky jiných struktur, jako je SI kloub nebo facetové klouby. MDT tak může významně přispět k efektivnějšímu a rychlejšímu klinickému rozhodování.

Dopady na MDT systém a další výzkum

Tato zjištění podporují MDT jako systém kompatibilní s patoanatomickým modelem, což může usnadnit jeho přijetí v lékařských oborech, zejména ortopedii a neurochirurgii. Zároveň otevírají prostor pro:

- zpřesnění definice directional preference,
- úpravu klasifikačního systému MDT,
- další výzkum podskupin pacientů.

Recenze

Kolega Jean-Philippe Deneuille nás vyzývá k přečtení jeho práce (viz odkaz výše) a zapojení se do zdravé debaty:

1. Jak tato zjištění ovlivňují definici directional preference.
2. Jaký dopad mají tato nová zjištění na náš klasifikační systém?

Pojdme to posunout dál. Vaše názory jsou důležité.

Názor z klinické praxe (Jitka Kobrová)

Z pohledu každodenní fyzioterapeutické praxe v České republice však zůstává zásadní problém v implementaci těchto poznatků do širšího zdravotnického systému.

Navzdory rostoucím důkazům o klinické relevanci MDT se stále setkáváme s tím, že pacienti s bolestmi zad jsou primárně vedeni v rámci čistě strukturální diagnostiky lékaři – zejména neurology, ortopedy či praktickými lékaři. MDT přístup a mechanická klasifikace se k pacientovi často dostávají až sekundárně, prostřednictvím fyzioterapie.

Tento model má několik důsledků:

- opožděné zahájení cílené terapie,
- nadužívání zobrazovacích metod bez klinické korelace,
- nižší efektivita léčebného procesu.

Zásadní výzvou do budoucna proto není pouze další výzkum, ale především:

- **systematická edukace lékařů již na úrovni pregraduálního vzdělávání,**
- **prohloubení mezioborové spolupráce,**
- **posílení role fyzioterapeuta jako diagnostického partnera, nikoliv pouze vykonavatele terapie.**

MDT má potenciál stát se mostem mezi biomechanickým a patoanatomickým přístupem, včetně biopsychosociální roviny. Aby se tak skutečně stalo, je nutné změnit nejen odborné argumenty, ale i způsob myšlení napříč zdravotnickými profesemi.

Současný vývoj MDT ukazuje, že systém má potenciál stát se plnohodnotnou součástí medicínského rozhodování. Klíčovou výzvou však zůstává jeho širší integrace do klinické praxe a mezioborového dialogu.

Zdroj:

DENEUVILLE, Jean-Philippe; BILLOT, Maxime; CERVANTES, Alexandra; PETERLONGO, Sylvain; MEYER, Martin; KOLDER, Mezika; ESCANDE, Marie; BOURGEOIS, Mathilde; PALLOT, Adrien; DAVID, Romain; ROULAUD, Manuel; OUNAJIM, Amine; LASLETT, Mark; SARRACANIE, Mathieu; SALAMEH, Najat; GERMANEAU, Arnaud; RIGOARD, Philippe. *Dynamic behavior of the nucleus pulposus within the intervertebral disc loading: a systematic review and meta-analysis exploring the concept of dynamic disc model*. *Frontiers in Bioengineering and Biotechnology*. 2025, roč. 13, čl. 1582438. DOI: 10.3389/fbioe.2025.1582438. ■

SIG 11. března 2026

Autorka: Kateřina Rajchlová, Cert. MDT

Věnovali jsme se dvěma kazuistikám od kolegyň a pak Eva Nováková, Dip. MDT, měla připravené téma o **atypickém mechanickém syndromu**, dříve nazývaném **mechanicky nezařaditelný**.

První kazuistika kolegyně tak trochu neplánovaně připravila pole pro uvedené téma atypického mechanického syndromu:

- muž, 52 let, zahradník a střešní práce, byl 4 měsíce na PN, nyní již 14 dní pracuje
- **chronický stav po výhřezu ploténky C5/6 z 10/2025**
- konstantní symptomy změněné citlivosti II. prstu LHK (parestesie, hypestezie)
- intermitentní projevy v LHK
- bez motorického deficitu LHK
- omezený ROM Cp EXT a ROT asi o ½, FLEXE zcela volná a nedráždí, ani nevyvolává symptomy

Muž byl na počátku indikován k NCH výkonu Cp., který stále zvažuje vzhledem k přetrvávajícím obtížím.

Kolegyně se chtěla ujistit o postupu, kdy se po intenzivním postupu MDT nedaří významně zlepšit hybnost Cp. a odstranit symptomy v II. prstu LHK. Zlepšení probíhá velmi pozvolna. **Nástup do zaměstnání stav nezhoršil**, ba naopak, zlepšil se jeho psychický stav.

E. Nováková vyhodnotila postup MDT popsany kolegyní jako správný. Vyslovila hypotézu, že vzhledem k pomalému procesu úpravy stavu a malému vlivu MDT technik se nejedná o derangement a ani o radikulární syndrom bez směrové preference (MNR).

Naopak hodně bodů v MDT hodnocení nasbíral atypický mechanický syndrom = mechanicky nezařaditelný. V případech, kdy není rychlá odezva na terapii opakovanými pohyby, je vhodné zaměřit se na povzbuzení k obecným aktivitám a cvikům v rámci P/NZ. **Tedy edukovat pacienta následně:**

1. zlepšení ROM C. není aktuálně prioritou
2. obnova citlivosti II. prstu bude vyžadovat delší časový úsek pro regeneraci nervu v rámci měsíců až let a je možné, že nikdy neodezní
3. NCH zákrok není z pohledu MDT v tomto stavu indikován (pozvolné zlepšování, zvládá zátěž v zaměstnání)

Další kazuistiku přinesla kolegyně, která se chtěla ujistit, jak může zatížit **pacienta po fúzi L2-S1 pro stenózu, 10/2025**. Pacient měl pooperačně výraznou úlevu od

bolestí DKK. Hybnost i přes „armaturu“ v Lp je velmi dobrá.

Doporučení: Zaměřit se na postupnou kondiční i silovou zátěž včetně dózovaného zvedání břemen a obnovit u pacienta důvěru v odolnost Lp v rámci P/NZ. Fúze páteře vydrží běžnou pracovní zátěž. Není třeba se zaměřit se na zlepšení ROM v rámci MDT; bylo by to BE.

Pak jsme zauvažovali nad **zajímavou kazuistikou** E. Novákové:

- žena, bolest týlu vždy a pouze jen ráno při probouzení, 9/10
- bolest se ihned odstraní, jakmile paní vstane a zahýbe hlavou
- trvá 8 let
- vyloučena závažná patologie (CT mozku, EEG)
- vyzkoušen nespočet polštářů i terapeutů, vše BE
- paní nejeví známky vlivu psychosociálních faktorů, jako bariéry k úzdavě
- vyloučen vliv špatných poloh večer nebo v noci
- omezený ROM FLX i RET o ½

Předběžná diagnóza: derangement symetrický, pro horní krční flekční princip

Terapie: RET s retraktorem po 3 týdnech BE na symptomy, ROM již bez omezení.

Kontrola: derangement se nepotvrdil, další úvaha je „atypický“ posturální syndrom nebo jiná cévní etiologie

Doporučení: vyzkoušet cervikální roli. Pokud bude BE, znovu se zaměřit na cévní etologii a odeslat případně k novému dovyšetření vertebrálních cév.

Pak jsme měli možnost vyzkoušet si **nový interaktivní modul pro on-line výuku** MDT kurzů o zmíněném **atypickém mechanickém syndromu** (mechanicky nezařaditelní). Z mého pohledu je to velmi povedené provedení, které zlepší diferenciální diagnostiku pro určení této kategorie. Modul ukazuje na typické projevy a jak stav nezaměnit se syndromem chronické bolesti. Také učí, jak nepřehlédnout **závažnou patologii** u těchto často vágních potíží. Pokud se pustíme do terapie, musíme všichni – pacient i my terapeuti – očekávat pozvolné změny stavu. Terapii je třeba zaměřit na velmi individuální edukativní postup, aby pacient pochopil celkový souhrn opatření, která povedou k eliminaci bolestí.

Stále se opakuji, ale Evo, díky za Tvoji práci pro nás! ■

Chronická bolest: 7 mýtů, které vás brzdí

Chronická bolest je složitý a často nepochopený stav. V tomto článku vyvrácíme 7 častých mýtů o chronické bolesti na základě nejnovějších vědeckých poznatků.

Autor: Thanos Kontos, Dip. MDT, instruktor z Řecka
Překlad: Eva Nováková, Dip. MDT

Mýtus č. 1: Magnetická rezonance (MRI) přesně ukáže, co je příčinou bolesti.

Pravda

Nález ze zobrazovacích vyšetření často nesouvisí s vaší bolestí.

Výzkumy ukázaly, že obrovské procento lidí bez jakékoli bolesti má nálezy typu vyřeznuté ploténky, degenerativní změny a „opotřebení“ páteře. Významná studie Brinjikji et al. (2015) ukázala, že 80 % lidí ve věku 50 let bez bolesti má na magnetické rezonanci známky „degenerace ploténky“.

Tyto nálezy jsou často jako vrásky na kůži nebo šedivé vlasy: jsou zjevné fyziologické známky stárnutí („vnitřní vrásky“), které nutně nemusejí být příčinou bolesti. Léčba by měla být zaměřena na danou osobu a její schopnosti, nikoli výhradně na výsledek z magnetické rezonance.

Mýtus č. 2: Pokud mě něco bolí, určitě mám poškozené tkáně.

Pravda

Bolest nemusí vždy znamenat poškození.

Při akutním zranění (např. podvrtnutí) funguje bolest jako poplach, který poraněnou tkáň chrání. Ale při chronické bolesti se tento poplachový systém stává dlouhodobě přecitlivělým. Nervový systém totiž pokračuje ve vysílání signálů nebezpečí i poté, co se tkáň zcela zahojily.

Tento jev se často popisuje jako centrální senzitivizace (Central Sensitization). Představte si to jako autoalarm, který se spustí i při silném zvuku motocyklu. Vaše bolest je stoprocentně skutečná, ale její příčinou již není „poranění“ tkání, ale přecitlivělost nervového systému.

Mýtus č. 3: Budu se muset naučit žít s touto bolestí navždy.

Pravda

Chronická bolest je zvládnutelná a nervový systém se může změnit.

Díky neuroplasticitě mozku a nervového systému dochází ke změnám struktury a následně i k adaptaci. S vhodným vedením, tj. specializovanou edukací a fyzioterapií založenou na aktivní reha-

bilitaci prostřednictvím terapeutických cvičení, můžeme „snížit citlivost“ alarmu a vrátit člověka s chronickou bolestí do běžného života.

Mýtus č. 4: Dokud bolest nepřejde, musím odpočívat a vyhýbat se pohybu.

Pravda

Nehybnost je často nepřitelem rehabilitace.

Dlouhodobý odpočinek může vést k oslabení svalů, ztuhlosti a paradoxně ke zvýšení citlivosti na bolest. Moderní přístup doporučuje aktivní rehabilitaci.

Pohyb je „lékem“, ale rozhodující je dávkování. Pomocí terapeutických cvičení a postupným zapojováním do aktivního života, učíme celý nervový systém skutečnost, že pohyb je přijatelný a bezpečný. Postupně tak snižujeme vnímání zvýšené intenzity bolesti.

Mýtus č. 5: Silné léky proti bolesti jsou řešením jak zvládnout chronickou bolest.

Pravda

Léky často „zakrývají“ příznaky, tedy přinášejí jen částečnou nebo dočasnou úlevu, aniž by problém vyřešily. Navíc jejich dlouhodobé užívání může mít i opačné účinky.

Zatímco léky proti bolesti jsou užitečné při akutní bolesti (např. bezprostředně po úrazu), při chronické bolesti je jejich role zavádějící. Mezinárodní pokyny (NICE Guidelines, IASP) již nedoporučují dlouhodobé užívání opioidů nebo silných analgetik při chronické

nekarzinogenní bolesti.

Ukázalo se, že opakované užívání opioidů může vést k toleranci léku natolik, že „oslabí“ jeho účinek. Zvýšení dávky může vyvolat paradoxní jev zvaný opioid-indukovaná hyperalgezie (Opioid-Induced Hyperalgesia). V takovém případě dlouhodobé užívání léků zvyšuje citlivost nervového systému, což má za následek, že pacient pocítuje větší bolest, přestože zvyšuje dávku léku. Řešením je aktivní přístup (cvičení, vzdělávání), nikoli pasivní úleva pomocí medikamentů.

Mýtus č. 6: Vyzkoušel jsem všechno, operace je moje jediná naděje.

Pravda

Operace je jen zřídka nejhodnějším řešením chronické bolesti pohybového aparátu a nemá lepší výsledky než konzervativní léčba.

Kromě konkrétních případů, kdy existují jasné indikace (např. progresivní neurologické poškození, nestabilita), chirurgický zákrok nezaručuje odstranění bolesti.

Bolest je složitá. Pokud je způsobena senzibilizací centrálního nervového systému (nociplastická bolest), a ne jednoduchým mechanickým poškozením, skalpel bolest neodstraní. Důvodem je problém v „softwaru“ (funkce centrálního nervového systému), nikoli v „hardwaru“ (struktura). Operace by měla být zvažována až jako poslední možnost, tedy po vyčerpání kvalitní konzervativní léčby, a tehdy, pokud existují opodstatněné

realistické a prognostické údaje o její účinnosti.

Mýtus č. 7: Bolest je psychologická, vše je v mé hlavě.

Pravda

Bolest je vždy skutečná, ale je ovlivněna biologickými, psychologickými a sociálními faktory.

To, že na magnetické rezonanci není vidět žádné poškození, neznamená, že si to „vymýslíte“. Bolest je zážitek, který vytváří mozek, když usoudí, že tělo je v ohrožení.

Faktory jako stres, špatná kvalita spánku, negativní přesvědčení nebo strach z pohybu mohou intenzitu bolesti zesílit. Uznání těchto faktorů neznamená, že klientovu bolest podceňujeme. Naopak, bolest respektujeme, snažíme se ji pochopit a najít účinné řešení.

Udělejte první krok

V MDT se nezaměřujeme pouze na dočasnou úlevu od příznaků.

Naším cílem je pozorně vyslechnout problém, porozumět potřebám klienta a společně stanovit cíle jeho léčby.

Společně se zaměříme na pochopení mechanismu bolesti, snažíme se znovu získat kontrolu nad svým tělem a dosažení kvality života, bez omezení.

Nenechme mýty určovat náš každodenní život. Důvěřujme vědě a podpořme naše klienty v aktivním životě.

Literatura

1. Cohen, S. P., Vase, L., Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet* (London, England), 397(10289): 2082–97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7).

2. Brinjikji, W., Luetmer, P. H., Comstock, B., Bresnahan, B. W., Chen, L. E., Deyo, R. A., Halabi, S., Turner, J. A., Avins, A. L., James, K., Wald, J. T., Kallmes, D. F., Jarvik, J. G. (2015). Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR. American journal of neuroradiology*, 36(4): 811–16. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A4173>.

3. International Association for the Study of Pain (IASP) – Global Year Against Pain Education Resources. <https://www.iasp-pain.org/advocacy/global-year/pain-management-research-and-education-in-low-and-middle-income-settings/>.

4. Moseley, G. L., Butler, D. S. (2017). Explain Pain Supercharged. Noigroup Publications.

5. O'Sullivan P. (2005). Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. *Manual therapy*, 10(4): 242–55. <https://doi.org/10.1016/j.math.2005.07.001>.

6. Mercadante, S., Arcuri, E., Santoni, A. (2019). Opioid-Induced Tolerance and Hyperalgesia. *CNS drugs*, 33(10): 943–55.

<https://doi.org/10.1007/s40263-019-00660-0>.

7. NICE Guidelines [NG193] (2021). Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193>.

8. Foster, N. E., Anema, J. R., Cherkin, D., Chou, R., Cohen, S. P., Gross, D. P., Ferreira, P. H., Fritz, J. M., Koes, B. W., Peul, W., Turner, J. A., Maher, C. G., Lancet Low Back Pain Series Working Group (2018). Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet* (London, England), 391(10137): 2368–83. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30489-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30489-6).

9. Chou, R., Baisden, J., Carragee, E. J., Resnick, D. K., Shaffer, W. O., Loeser, J. D. (2009). Surgery for low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society Clinical Practice Guideline. *Spine*, 34(10): 1094–1109. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181a105fc>. ■

Mechanická terapie běžných syndromů neuropatického svědění:

retrospektivní observační hodnocení McKenzie metody u
brachioradiálního pruritu a notalgia paresthetica
na základě nejnovějších vědeckých poznatků

Autoři studie: Patrick Van den Eynde¹, Chris Monteen², Lieve Meuleman³, Hans van Helvoirt⁴, Geert Moyaert⁵

Překlad a adaptace pro bulletin: Mgr. Jitka Kobrová, Cert. MDT

Originál studie dostupný zde: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jvc2.70118>

1 Soukromá praxe McKenzie terapie, Erpe-Mere, Východní Flandry, Belgie

2 Centrum pro lymfatické poruchy, Univerzitní nemocnice Gent, Gent, Východní Flandry, Belgie

3 Soukromá praxe, Lede, Východní Flandry, Belgie

4 Rugpoli Brabant, Tilburg, Severní Brabantsko, Nizozemsko

5 Fyzikální medicína a rehabilitace, Nemocnice Jana Ypermana, Ieper, Západní Flandry, Belgie

ABSTRAKT

Pozadí: Brachioradiální svědění (BRP) a notalgia paresthetica (NP) jsou neuropatické syndromy doprovázené svěděním, jejichž léčba bývá obtížná a obvykle spadá do dermatologické péče. Rostoucí počet důkazů však naznačuje možnou souvislost těchto stavů s cervikální nebo cervikotorakální dysfunkcí.

Cíl: Tato studie hodnotí využití Mechanické diagnostiky a terapie (MDT) dle McKenzie (metoda McKenzie) u pacientů s BRP a NP a rozšiřuje tradičně dermatologický pohled o muskuloskeletální perspektivu.

Metody: Pacienti s BRP nebo NP, u nichž selhala lokální nebo systémová farmakologická léčba, byli instruováni k provádění opakovaných retrakčních a extenčních cviků dle standardního MDT postupu, s postupnou progresí z pozice vsedě do stoje. Intenzita svědění (Numeric Rating Scale, NRS) při vstupu byla porovnána s výsledky na konci léčby a klasifikována jako úplná, částečná nebo žádná úleva. Pro srovnání výsledků mezi skupinami byl použit párový oboustranný *t*-test.

Výsledky: Během deseti let (2014–2023) bylo do terapie zařazeno 30 pacientů s BRP

a 30 s NP. Terapii dokončilo 23, respektive 28 z nich. Účinnost byla hodnocena dle subjektivního vymizení či zmírnění symptomů. Úplná úleva byla dosažena u 91,3 % pacientů s BRP a u 100 % pacientů s NP.

Závěr: Většina pacientů zaznamenala významné snížení nebo zcela vymizení symptomů. MDT představuje slibný doplněk k léčbě BRP a NP a zdůrazňuje význam muskuloskeletálního screeningu, zejména s ohledem na cervikální či cervikotorakální etiologii. Jsou zapotřebí rozsáhlejší randomizované studie k potvrzení těchto výsledků a posouzení dlouhodobé účinnosti MDT.

1. ÚVOD

Svědění může mít dermatologickou nebo systémovou příčinu, avšak může být i neuropatického původu, typicky u brachioradiálního svědění (BRP) a notalgia paresthetica (NP). BRP je neuropatický syndrom projevující se svěděním v oblasti horních končetin. NP se vyznačuje svěděním v mediální části dolního úhlu lopatky. Oba stavy jsou považovány za multifaktoriální. Současná literatura uvádí, že je vysoce pravděpodobné, že oba syndromy mohou být projevem cervikální nebo cervikotorakální patologie. Neuropatická bolest i neuropatické svědění jsou komplexní jevy spojené s dysfunkcí somatosenzitivního systému, včetně periferní a centrální senzitivizace, která vede k přehnané odpovědi na podněty.

Mechanická diagnostika a terapie

(MDT) se zaměřuje na identifikaci mechanických faktorů, jako je dráždění či komprese nervových struktur, které mohou přispívat k neuropatickým projevům.

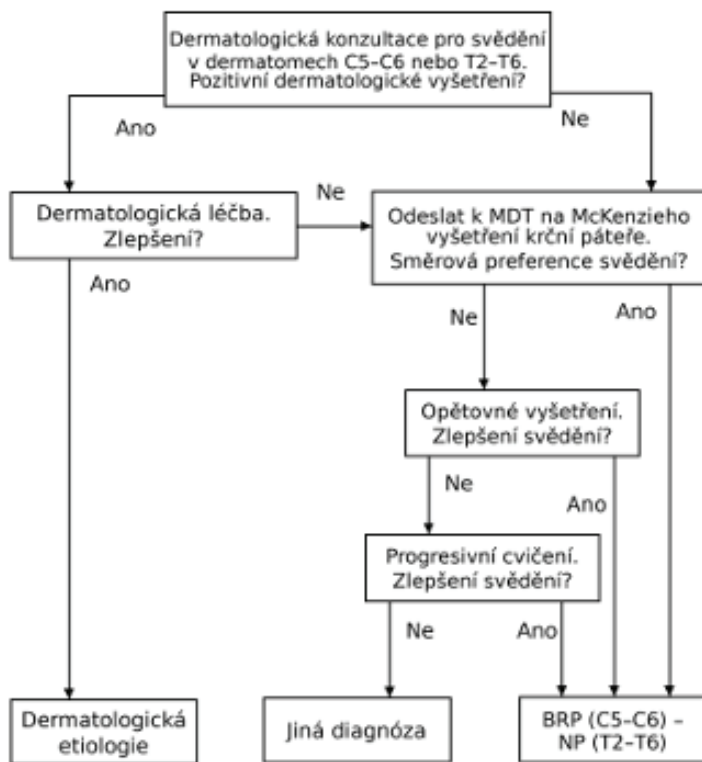
Původně byla vyvinuta pro léčbu bolesti dolní části zad, avšak její použití se rozšířilo i na oblast krční páteře, hrudní páteře, periferních kloubů i na brachiální neuralgie. Cílem MDT je snížit symptomy a obnovit funkci prostřednictvím cílených opakovaných pohybů a korekce mechanického zatížení.

Tato studie hodnotí efekt MDT u pacientů s BRP a NP. Zaměření na možný spinální původ symptomů může doplnit dosavadní terapeutické přístupy k těmto obtížně léčitelným diagnózám.

2. METODY

2.1 Design studie a účastníci

Tato retrospektivní observační studie zahrnuje pacienty s diagnostikovaným brachioradiálním svěděním (BRP) nebo notalgia paresthetica (NP), u nichž přetrvávaly symptomy navzdory předchozí lokální či systémové léčbě. Všichni pacienti byli v letech 2014–2023 odesláni k terapii metodou MDT. Zobrazovací vyšetření (např. RTG) nebylo považováno za podmínku vstupu do studie, protože se neukázalo jako přínosné pro predikci výsledku MDT. Všichni pacienti podstoupili standardizované MDT vyšetření a následnou terapii dle metody McKenzie. Rozhodovací proces je zobrazen na obrázku 1 (diagnostický algoritmus).



OBRÁZEK 1 | Diagnostický postup u svědění přítomného v dermatomech C5-C6 (BRP) nebo T2-T6 (NP).

2.2 Vyšetření a diagnostika

Při vstupním vyšetření byl u všech pacientů proveden kompletní cervikální MDT protokol dle McKenzie Institute, zahrnující podrobnou anamnézu a mechanické vyšetření. Cílem bylo určit případnou směrovou preferenci (Directional Preference, DP).

Intenzita svědění byla sledována na začátku i na konci každé terapie pomocí Numeric Rating Scale (NRS; 0–10). Hodnotilo se:

- 0 = bez svědění
 - 10 = nejhorší představitelné svědění
- Současně byla zaznamenávána lokalita a plocha postižené oblasti.

2.3 Terapeutická intervence na základě směrové preference

Pacienti byli instruktážně vedeni k provádění cviků „opakované retrakce a extenze vsedě“, jako výchozího domácího cvičení. Doporučeno bylo 10–20 opakování každé 2 hodiny, se zdůrazně-

ním korekce držení těla (udržení fyziologické lumbální lordózy v sedu).

Po minimálně jednom týdnu následovala progresse programu k variantě „opakované retrakce a extenze ve stoji“, s obdobným počtem opakování i frekvencí.

Podle individuální odpovědi mohly být doplněny také:

- autoterapie s vlastními dopomocemi
- doplňující terapeutický tlak
- mobilizační techniky

V závěrečné návštěvě byla zhodnocena evoluce svědění a pacienti byli edukováni ohledně prevence a zvládání případného relapsu.

2.4 Výstupní parametry

Hlavním hodnotícím ukazatelem byl vývoj intenzity svědění podle NRS před terapií a po ní. Výsledek byl rozdělen do tří kategorií:

1. kompletní úleva
2. částečná úleva
3. bez efektu

2.5 Statistická analýza

Pro každý případ byly zaznamenány demografické údaje (věk, pohlaví, typ zaměstnání, spánek). U každého pacienta se evidoval počet absolvovaných sezení, délka celé terapie a případné předčasné ukončení.

- Pacienti, kteří terapii nedokončili, byli vyřazeni z finální statistické analýzy, avšak byl zaznamenán důvod ukončení a subjektivní vývoj symptomů.
- Terapeutická účinnost byla vyjádřena

jako procento pacientů s částečnou nebo kompletní úlevou.

- Pro statistické zpracování byl použit software IBM SPSS Statistics.
- K porovnání výsledků byl aplikován párový *t*-test (dvoustranný), hladina významnosti $p < 0,05$.

3. VÝSLEDKY

3.1 Přehled souboru a demografické údaje

V letech 2014–2023 bylo do studie zahrzeno 30 pacientů s BRP a 30 pacientů s NP.

- Skupina BRP: 21 žen, 9 mužů; průměrný věk 57 let (CI 52,2–62,8). 93,5 % udávalo sedavý charakter zaměstnání.
- Skupina NP: 18 žen, 12 mužů; průměrný věk 62,5 let (CI 57,6–67,6). I zde 93,5 % udávalo sedavé zaměstnání.

V obou skupinách uvedlo 73 % pacientů velmi nízkou úroveň fyzické aktivity (max. 1× týdně).

3.2 Analýza symptomů

BRP:

- nejčastější lokalita: předloktí (53,3 %), dále celá HK (33 %) a paže (13 %)
- 57 % pacientů mělo oboustranné projevy
- všichni udávali intermitentní (kolísavý) charakter potíží
- 47 % udávalo poruchy spánku
- průměrná doba trvání symptomů před zahájením MDT: 7,7 měsíce
- nikdo neznal spouštěč obtíží

Studie

NP:

- nejčastější lokalita: oblast lopatky (67,6 %), u zbytku interskapulárně
- 37 % bilaterálně, 63 % jednostranně
- symptomy intermitentní u všech pacientů
- 20 % porucha spánku
- průměrná doba trvání symptomů před MDT: 16,4 měsíce
- nikdo neznal spouštěč

Zásadní zjištění: U všech pacientů v obou skupinách byla prokázána směrová preference do extenze krční páteře.

3.3 Výsledky MDT

Skupina BRP

- dokončilo 23 pacientů
- z nich:
 - 21 (91,3 %) → kompletní úleva
 - 2 (8,7 %) → částečná úleva
- průměrná délka terapie: 6,4 týdne
- průměrný počet sezení: 4,3
- NRS před MDT: 2,9 → po MDT: 0,2 ($p < 0,001$)

Sedm pacientů terapii ukončilo předčasně. U pěti z nich žádné zlepšení, ale dva dosáhli úplné úlevy pokračováním autoterapie doma.

Pokud se započítají i předčasné konce, klesá kompletní úleva na 76,7 %

Skupina NP

- dokončilo 28 pacientů
- z nich:
 - 28 (100 %) → kompletní úleva
- průměrná délka terapie: 6,1 týdne
- průměrný počet sezení: 4,5
- NRS před MDT: 2,2 → po MDT: 0,0 ($p < 0,001$)

U dvou pacientů došlo k předčasnému ukončení, z toho jeden měl plnou úlevu díky domácímu pokračování, druhý bez efektu.

Komentář k výsledkům (krátké shrnutí v 5 bodech)

1. Velmi vysoká účinnost MDT u obou diagnóz (zejména NP).
2. Rychlá odpověď – úleva zpravidla do 4–5 sezení.
3. Typický pacient = sedavý životní styl + směrová preference do extenze.
4. Nízkovýchozí NRS, přesto výrazná klinická změna.
5. Self-management MDT fungoval i bez docházky (u části předčasných ukončení).

4. DISKUSE

4.1 Hlavní zjištění

Tato studie prezentuje mechanicky orientovaný terapeutický přístup u pacientů s refrakterním brachioradiálním svěděním (BRP) a notalgia paresthetica (NP). Vychází z hypotézy, že za oběma stavy může stát cervikální či cervikotorakální mechanické dráždění nervových struktur. Významné snížení symptomů zaznamenané ve studii podporuje možnost účinného využití MDT v léčbě těchto obtíží.

Na začátku byli u většiny pacientů prováděny zobrazovací metody (RTG, případně CT/MRI), ale nálezy byly nekonzistentní – od normálního nálezu po výraznější degenerativní změny. Vzhledem k tomu, že pozitivní terapeutická

odpověď byla přítomna i u pacientů bez radiologických abnormalit, zobrazovací metody byly následně vynechány z diagnostického postupu. MRI nebyla provedena v souladu s belgickými doporučeními pro zobrazovací vyšetření, která omezují použití MRI u patologií páteře pouze na specifické situace.

Ve všech případech byla zjištěna směrová preference do extenze. Autoři to vysvětlují převažujícím sedavým životním stylem, kdy je páteř dlouhodobě ve flekčním zatížení, a extenční pohyb tak může mechanicky vyrovnávat zatížení nervových struktur.

Dosavadní literatura popisovala účinnost mechanických přístupů pouze v kazuistikách a velmi malých souborech. Tato práce představuje dosud největší publikovaný soubor (30 + 30 pacientů) léčený cíleně MDT po selhání primární dermatologické léčby. Autoři upozorňují na to, že silný prvkem MDT je edukace a self-management, což dokládá i fakt, že část pacientů dosáhla úlevy, přestože předčasně ukončila docházku, ale pokračovala v autoterapii.

4.2 Limity studie a budoucí výzkum

Mezi limity studie patří:

- retrospektivní design
- malá velikost vzorku
- absence kontrolní skupiny
- neuniformní follow-up (porovnání pouze před/po terapii, bez dlouhodobého sledování)
- jediný zkušený MDT terapeut — výsledky proto nemusí být přímo

přenosné na širší praxi.

Přestože MDT postup byl prováděn s vysokou odborností, chybí aktuálně prospektivní randomizované studie, které by:

- srovnaly MDT s jinými postupy (farmakoterapie, neuromodulace, manuální terapie, chiropraxe, epidurální blokády, akupunktura)
- ověřily dlouhodobý efekt MDT a prevenci relapsu
- hodnotily i kombinovaný dermatologicko-muskuloskeletální přístup.

Autoři doporučují další výzkum, zejména s důrazem na dlouhodobý outcome a na to, zda by MDT neměla být použita dříve než invazivní nebo systémová léčba.

4.3 Dopady na klinickou praxi

Výsledky naznačují, že dermatologové i fyzioterapeuti by měli zvažovat MDT jako komplementární přístup, zejména pokud farmakologická léčba nepřináší uspokojivý efekt. Studie zároveň podporuje multifaktoriální pohled na BRP a NP: nikoli pouze jako dermatologickou diagnózu, ale jako stav, kde mechanická složka může hrát zásadní roli.

5. ZÁVĚR

Studie přispívá k rostoucímu množství důkazů o přínosu spinálně orientované mechanické terapie u BRP a NP. Výsledky ukazují, že MDT může být účinnou možností léčby u pacientů, u nichž selhaly standardní postupy. Potřebný je další výzkum k jasnému vymezení místa

Studie

MDT v rámci terapeutického algoritmu a k posouzení dlouhodobé udržitelnosti efektu.

Použitá literatura

1. Robinson C, Downs E, De la Caridad Gomez Y, et al. Notalgia Paresthetica Review: Update on Presentation, Pathophysiology, and Treatment. *Clinics and Practice*, 2023; 13(1): 315–25.

2. Goodkin R, Wingard E, Bernhard JD. Brachioradial Pruritus: Cervical Spine Disease and Neurogenic/Neurogenic Pruritus. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2003; 48(4): 521–4.

3. Grabnar M, Tiwari M, Vallabh J. Correction: Brachioradial Pruritus Due to Cervical Spine Pathology. *JMIR Dermatology*, 2023; 6: e55896.

4. Mataix J, Silvestre JF, Climent JM, Pastor N, Lucas A. Prurito Braquiorradial Como Síntoma De Radiculopatía Cervical. *Actas dermo-sifiligráficas*, 2008; 99(9): 719–22.

5. Marziniak M, Phan NQ, Raap U, et al. Brachioradial Pruritus as a Result of Cervical Spine Pathology: The Results of a Magnetic Resonance Tomography Study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2011; 65(4): 756–62.

6. Savk O, Savk E. Investigation of Spinal Pathology in Notalgia Paresthetica. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2005; 52(6): 1085–7.

7. Situm M, Kolic M, Franceschi N, Pecina M. Notalgia Par esthetica. *Acta Clin Croat*, 2018; 57(4): 721–5.

8. Robbins BA, Schmieder GJ. *Brachioradial Pruritus*. Treasure Island (FL): StatPearls, 2024.

9. Alai NN, Skinner HB. Concurrent Notalgia Paresthetica and Brachioradial Pruritus Associated With Cervical Degenerative Disc Disease. *Cutis*, 2018; 102(3): 185; 186; 189; 190.

10. Mc Kenzie Cervical Assessment form. <https://mckenzieinstitute.org/assets/Uploads/pdfs/Cervical-Assessment-Form-FILLABLE-Jun-2020.pdf>.

11. Garcia AN, Costa LCM, de Souza FS, et al. Reliability of the Mechanical Diagnosis and Therapy System in Patients With Spinal Pain: A Systematic Review. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 2018; 48(12): 923–33.

12. Clare HA, Adams R, Maher CG. A Systematic Review of Efficacy of McKenzie Therapy for Spinal Pain. *Australian Journal of Physiotherapy*, 2004; 50(4): 209–16.

13. Lam OT, Strenger DM, Chan-Fee M, Pham PT, Preuss RA, Robbins SM. Effectiveness of the McKenzie Method of Mechanical Diagnosis and Therapy for Treating Low Back Pain: Literature Review With Meta-Analysis. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 2018; 48(6): 476–90.

14. van Helvoirt H, Tempelman H, van der Vet P, et al. Reliability of the McKenzie Method of Mechanical Diagnosis and Therapy in the Examination of Spinal Pain, Including the OTHER Classifications: Reliability of the McKenzie Method in Spinal Pain. *Brazilian Journal of Physical*

Therapy, 2024; 29(1): 101154.

15. Baumann AN, Orellana K, Landis L, et al. The Mckenzie Method Is An Effective Rehabilitation Paradigm for Treating Adults With Moderate-to-Severe Neck Pain: A Systematic Review With Meta-Analysis. *Cureus*, 2023; 15(5): e39218.

16. Kjellman G, Öberg B. A Randomized Clinical Trial Comparing General Exercise, Mckenzie Treatment and a Control Group in Patients With Neck Pain. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2022; 34(4): 183–90.

17. Deneuille JP, Yushchenko M, Vendevre T, et al. Quantitative MRI to Characterize the Nucleus Pulposus Morphological and Biomechanical Variation According to Sagittal Bending Load and Radial Fissure. An Ex Vivo Ovine Specimen Proof-of-Concept Study. *Frontiers in Bioengineering and Biotechnology*, 2021; 9: 676003.

18. Numeric (pain) Rating Scale, (2013), <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/numeric-pain-rating-scale>.

19. Nugent SM, Lovejoy TI, Shull S, Dobscha SK, Morasco BJ. Associations of Pain Numeric Rating Scale Scores Collected During Usual Care With Research Administered Patient Reported Pain Outcomes. *Pain Medicine*, 2021; 22(10): 2235–41.

20. <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/kwaliteit-van-zorg/goede-praktijken/richtlijnen>.

21. Fleischer A, Meade T, Fleischer A. Notalgia Paresthetica: Successful Treatment With Exercises. *Acta Dermato Venereologica*, 2011; 91(3): 356–7.

22. Tait CP, Grigg E, Quirk CJ. Brachioradial Pruritus and Cervical Spine Manipulation. *Australasian Journal of Dermatology*, 1998; 39(3): 168–70.

23. Golden KJ, Diana RM. A Case of Brachioradial Pruritus Treated With Chiropractic and Acupuncture. *Case Reports in Dermatology*, 2022; 14(1): 93–97.

24. Takasaki H, Iwasada Y, May S. Attitude Towards the Use of Mechanical Diagnosis and Therapy and Reliability of Classification Extremity Problems by Credentialed Therapists. *Journal of Chiropractic Medicine*, 2015;14(1): 32–38.

25. Weinberg BD, Amans M, Deviren S, Berger T, Shah V. Brachioradial Pruritus Treated With Computed Tomography-Guided Cervical Nerve Root Block: A Case Series. *JAAD Case Reports*, 2018; 4(7): 640–4. ■

Kazuistika – Bederní páteř

Když extenze není směrovou preferencí: kazuistika
asymetrického bederního derangementu

Autorka: Mgr. Jitka Kobrová, Cert. MDT

Dne 12. 2. 2026 jsem vyšetřovala ženu, ročník narození 1987, která absolvovala k nám do ordinace dvouhodinovou cestu automobilem z Mariánských Lázní. Vyšetření proběhlo dle MDT protokolu pro bederní páteř.

Přední strana spisu

Pacientka udává bolest pravostranně v oblasti bederní páteře intenzity 5/10 dle VAS. Bolest s projekcí do pravé dolní končetiny po zadní straně stehna ke kolenu hodnotí na 7/10 ve stehnu. Projekce probíhá přes pravou hýždi, zadní stranu stehna ke kolenu, distálně od kolene jsou přítomny parestezie po zadní straně lýtky a prstů.

Obtíže vznikly 19. 12. 2025 bez zjevné příčiny. První den byly přítomny pouze bolesti zad, druhý den se přidala projekce do pravé dolní končetiny.

Symptomy nejsou konstantní, jsou intermitentní jak v oblasti zad, tak v dolní končetině.

Funkční omezení

- výrazně ovlivněn spánek (nejvýznamnější disabilita)

- nemožnost lehu na zádech s nataženými dolními končetinami
- úleva pouze v lehu na levém boku
- zhoršení při předklonu, sezení a vstávání (progrese parestezií)
- obtíže při vstávání a prvních krocích
- ranní obtíže při předklonu (oblékání dolní poloviny těla).
Sportovní aktivity (běžky, lyžování) musely být přerušeny.

Chůze je subjektivně úlevová a celkově jí je lépe v pohybu. Nevypozorovala žádný časový faktor.

Pacientka je jinak fyzicky aktivní, denně chodí cca 5 km, věnuje se sportu a péči o dům se zahradou. Je zdravotní sestrou v ambulanci zubního lékaře, v práci stále stojí, dělá i závěrečný úklid ordinace včetně podlah. Sed za den max. 10 % času.

Anamnéza

V posledních 10 letech chronické epizody bolestí bederní páteře bez projekce do končetiny, které vždy spontánně odezněly.

V aktuální epizodě byla cestou PL

v 12/2025 předepsána analgetika a myo-relaxancia bez dlouhodobého efektu.

Pacientka před návštěvou zahájila samostatně extenční cvičení podle informací z internetu (v domněnku, že „McKenzie = extenze“). Cvičila 3× denně po dobu jednoho měsíce bez efektu, spíše se symptomy zhoršovaly. Úlevu nacházela ve flexi (přitažení kolen k hrudníku), které musela udělat hned po setu EVL.

Břišní lis negativní, chůze abnormální pro sníženou svalovou sílu PDK do DF, nejsou přítomny žádné red flags, nebyly žádné zobrazovací metody, operace ani úrazy.

Objektivní vyšetření – zadní strana spisu

Držení těla:

V sedu neutrální. Vsedě přítomny parestezie prstů pravé nohy a bolest vpravo v bedrech 4/10.

Korekce sedu do zvýšené lordózy vedla ke zhoršení bederní bolesti i příznaků v dolní končetině.

Neurologicky je přítomen motorický deficit – oslabení dorzální flexe pravého hlezna. Sensoricky parestezie dorzálně na pravé dolní končetině v lýtku.

Lasègue i zkřížený Lasègue negativní, pacientka udává pouze tah hamstringu.

Mechanická baseline

Ve stoji bolest 5/10 vpravo, příznaky v dolní končetině výraznější než vsedě.

Flexe i extenze ve stoji bez omezení rozsahu, ale obě zvyšují bolest v bedrech (až 6/10) i příznaky v dolní končetině. Extenze ve stoji navíc vyvolává příznaky

na laterální straně pravého stehna.

Lateroposun doprava bez omezení, zvyšuje bolest Lp l.dx. 5/20 i parestezie. Lateroposun doleva středně omezen, minimálně bolestivý (bedra 3/10), dolní končetina 0/10 bez parestezií.

Testování v lehu

Leh na břicho – okamžitá periferizace. Opakované extenze vleže zhoršují bolest v bedrech i dolní končetině. Přetlak do extenze rovněž zvyšuje bolest Lp i PDK, mobilizace netolerována, silně zvyšovala bolest Lp i PDK (nebojte se pacienta zatížit). Extenze vleže výrazně omezená – lze jen do semiflexe loktů, křivka není plynulá, spíše tuhá bez rozvíjení páteře.

Asymetrická extenze (pánev od bolesti) – zvyšuje Lp i PDK příznaky.

Na základě těchto nálezu bylo zřejmé, že sagitální rovina, zejména extenční pohyb, nepředstavuje směrovou preferenci.

Flexe s rotací

Při provedení flexe s rotací do pravé strany došlo k okamžitému vymizení bolesti i parestezií („switch off“ efekt během několika vteřin).

Efekt přetrvával přibližně 5 minut ve stoje. Pacientka byla schopna cvik opakovat samostatně se stejným efektem.

MDT klasifikace

Klinický obraz odpovídá derangement syndromu s asymetrickým mechanickým obrazem a preferovaným směrem ve frontálně-transverzální rovině

Kazuistika

(flexe s rotací).

Terapie a plán

Pacientka byla instruována v auto-terapii – flexe s rotací doprava, cca 10× à 2 hodiny nebo dle potřeby dle reakce symptomů dle edukace.

Instrukce:

- pokračovat pouze při centralizaci nebo redukcí symptomů
- při zhoršení či periferizaci ihned přerušit a kontaktovat terapeutku
- posilování DF PDK nohy s expandérem dle instruktáže.

Domluvena telefonická kontrola po víkendů v PO 16. 2. a fyzická kontrola následující týden ve ČT 19. 2.

Neurologický nále z v tomto případě nebyl plně kořenově specifický, což spolu s negativními napívacími testy a okamžitou mechanickou změnou symptomů podporovalo hypotézu reverzibilní mechanicky podmíněné radikulární symptomatiky spíše než strukturálně fixované radikulopatie.

Klinická reflexe: Proč nebyl zvolen lateroposun, ale flexe s rotací?

V průběhu vyšetření se jako mechanicky nejzajímavější jevil lateroposun doleva – jednalo se o jediný pohyb s omezením rozsahu a současně s minimální bolestivostí a absencí symptomů v dolní končetině. Z tohoto nálezu by bylo možné uvažovat o lateroposunu jako o primárním terapeutickém postupu.

Rozhodnutí nepokračovat v lateropo-

sunu jako hlavní intervenci však vycházelo z několika klinických faktorů:

Absence jasné centralizace

Lateroposun doleva sice nezhoršoval symptomatiku, ale ani nevedl k jasné redukcí nebo centralizaci příznaků. Nedochozelo k „switch off“ efektu ani k výrazné změně mechanického baseline.

V MDT uvažování je preferován směr, který přináší:

- redukcí bolesti
- centralizaci
- případně rychlou změnu symptomů.

Lateroposun doleva tyto parametry nesplnil.

Sagitální rovina byla jednoznačně negativní.

Extenční testování (vleže i ve stoje, s přetlakem i asymetricky) vedlo opakovaně k periferizaci symptomů. Tím byla extenční strategie z klinického uvažování vyřazena.

Flexe v čisté sagitální rovině však nebyla testována izolovaně jako primární směr, neboť klinický obraz již během anamnézy naznačoval výrazný asymetrický charakter obtíží a předklon se objevoval i jako agravační faktor v sekci zhoršení.

Asymetrický charakter derangementu

Klinický obraz byl jednoznačně jednostranný:

- pravostranná bolest beder
- parestezie v distribuci připomínající S1

- neurologický deficit – oslabení dorzální flexe (spíše L4 – L5)
- změna při laterálních pohybech.

Asymetrický derangement často nereaguje optimálně na čistě sagitální intervenci, ale vyžaduje kombinovaný pohyb v rovině frontální a transverzální.

Flexe s rotací doprava kombinovala:

- otevření postiženého segmentu
- redukci laterální složky
- a současně mechanickou změnu v místě symptomatické projekce.

Lateroposun tak zůstal diferencujícím testem, nikoli však terapeutickým řešením.

Klinické uvažování nad „MDT = extenze“

Tento případ zároveň poukazuje na časté zjednodušení MDT na extenční cvičení. Pacientka po dobu jednoho měsíce prováděla opakované extenze bez efektu, dokonce se zhoršováním symptomů.

Klinické poselství

Tato kazuistika připomíná několik zásadních principů MDT, které mohou být v klinické praxi snadno zastřeny zjednodušenými interpretacemi.

MDT není extenční metoda, není o konkrétním cviku, ale o systematickém vyhledání pohybu, který mění mechanický obraz.

Směrová preference se neurčuje předem. Ani sportovní, aktivní pacient s historií lumbálních obtíží nemusí mít extenční odpověď. Klinické rozhodování musí vycházet z aktuální odpovědi na

opakovaný pohyb, nikoli z předpokladů.

Asymetrický derangement často vyžaduje kombinovaný pohyb. Čistě sagitální intervence nebyla účinná. Teprve kombinace flexe a rotace vedla k okamžitému „switch off“ efektu. Tento případ ukazuje význam práce ve více rovinách pohybu.

Klíčovým vodítkem je okamžitá a re-produkovatelná změna. MDT je proces, nikoli finální cvik. Flexe s rotací byla zvolena jako akutní intervence. Cílem není dlouhodobé setrvání cvičení jednoho směru pohybu, ale postupná normalizace mechanického obrazu a návrat pohybu do všech rovin bez bolesti.

Závěrem

Tento případ znovu potvrzuje, že síla MDT spočívá v systematickém klinickém uvažování, nikoli v preferenci určitého směru pohybu. Směrová preference je objevenována vyšetřením – nikoli předpokladem.

A možná ještě důležitější připomínka: To, co laik vnímá jako „McKenzie cvičení“, je ve skutečnosti jen malá část metody. Skutečnou podstatou MDT je schopnost číst mechanickou odpověď pacienta a podle ní bezpečně navigovat terapii.

Kontrolní průběh terapie

Telefonická kontrola proběhla v pondělí 16. 2. 2026 a reflektovala období od první návštěvy do čtvrtého dne autoterapie.

Pacientka udávala výraznou změnu symptomů, zejména v oblasti pravé

Kazuistika

dolní končetiny. Od soboty byla již zcela bez parestezií distálně na pravé dolní končetině. Přetrvávala však bolest v oblasti bederní páteře vpravo a částečně v pravém stehně.

Na základě klinického průběhu a předchozí mechanické odpovědi byla pacientce telefonicky doporučena modifikace režimu – leh na břicho s oporou o předloktí po dobu 24 hodin à 2 hodiny jako test tolerance extenční polohy (princip „produkuje – nezhoršuje – snižuje“). Současně byla edukována o monitorování reakce symptomů, frekvenci cvičení a indikaci kontaktu v případě změny charakteru obtíží (periferizace, zhoršení nebo vznik nových symptomů).

Kontrola

Fyzická kontrola proběhla ve čtvrtek 19. 2. 2026.

Subjektivní hodnocení

Pacientka udávala další pozitivní vývoj obtíží od první návštěvy. Přetrvávala absence parestezií distálně na pravé dolní končetině (od kolene dolů). Současně udávala zlepšení svalové síly pravé dolní končetiny v oblasti dorzální flexe hlezna.

Zajímavým klinickým momentem bylo, že dne 18. 2. se pacientka probudila zcela bez bolesti v zádech i dolní končetině a subjektivně zvažovala, že kontrola již nebude nutná.

Spánek, který byl v baseline jedním z hlavních funkčních omezení, byl variabilní – pacientka již zaznamenala

noc zcela bez obtíží, avšak noc před kontrolou opět obtížně hledala polohu bez bolesti zad.

V aktuálním období pacientku nejvíce obtěžovala bolest v bederní páteři. Celkové subjektivní zlepšení hodnotila přibližně na 5–10 % oproti první návštěvě, přesto s výkyvy a intermitentními bezbolestnými dny. Cvičení prováděla pravidelně dle instrukcí.

Status praesens

V sedu udávala bolest v oblasti pravých beder 5/10 dle VAS a bolest v pravé dolní končetině (zadní stehno ke koleni) 4/10. Při přechodu do stoje zůstávala bolest v bedrech 5/10, pravá dolní končetina byla bez bolesti.

Objektivní nález – mechanický obraz

Flexe ve stoji byla bezbolestná pro bedra i pravou dolní končetinu, po návratu do výchozí pozice však bolest v bedrech přetrvávala na úrovni 5/10.

Extenze ve stoji byla bolestivá na konci pohybu (8/10), bez zhoršení po návratu do výchozí pozice, kdy bolest opět dosahovala 5/10.

Lateroposun doprava byl bez omezení rozsahu s bolestí vpravo v bedrech 5/10 během pohybu. Lateroposun doleva byl stále středně omezen s bolestí 5/10 vpravo v bedrech.

Motoricky byla dorzální flexe pravého hlezna již symetrická ve srovnání s levou stranou, což představovalo významnou změnu oproti vstupnímu vyšetření.

Terapeutická intervence a klinická reakce

Na začátku terapie pacientka demonstrovala domácí provedení lehu na bříše s oporou o předloktí. Poloha byla prováděna svalově aktivně (vzpor), s výrazným svalovým zajištěním a bez relaxace paravertebrálních svalů.

Po korekci polohy (lokty pod ramena, důraz na pasivní „vyvěšení“ trupu a uvolnění paravertebrálních svalů, hýždí a dolních končetin) došlo k produkci bolesti v bedrech 6/10 vpravo, avšak s opakováním se bolest postupně snižovala až na 2/10 a současně se zlepšoval rozsah pohybu.

Na základě této příznivé reakce bylo možné postupně progredovat z opory o předloktí do extenze vleže s postupným přechodem až do plně natažených loktů. V této fázi byl základn vleže bez bolesti (0/10 pro bedra).

Následně byl zařazen výdech jako přetlak pacienta. Ten zpočátku produkoval centrální bolest 5/10, která se s opakováním snížila na 3/10 a zůstávala výhradně centrální bez projekce do končetiny.

Po krátkém odpočinku v lehu na bříše pacientka vstala do stoje, kde došlo k objektivní změně mechanického obrazu – zlepšení rozsahu i tolerance lateroposunu doleva a snížení bolesti.

Dále byla provedena trakce vleže na bříše za dolní končetiny (dle Lewita), která byla pacientkou vnímána jako příjemná a umožnila částečný pasivní odpočinek při zachování souladu se

směrovou preferencí.

Se souhlasem pacientky byl následně použit i terapeutický přetlak do extenze vleže (EVL). Na konci pohybu byla přítomna pouze mírná centrální tlaková bolest bez laterální projekce.

Mobilizace do extenze, využitá z diagnostických i terapeutických důvodů, vedla k dalšímu zlepšení rozsahu lateroposunu doleva a zachování centrální, mírné symptomatiky bez periferních příznaků.

Na konci terapie pacientka udávala subjektivní zlepšení a celkově se cítila lépe.

Telefonická kontrola – 25. 2. 2026

Při telefonické kontrole pacientka udávala, že v průběhu prvních dvou dnů po poslední terapii došlo k výskytu centrální bolesti v oblasti beder (VAS 5–6/10), kterou popisovala v souvislosti s obnovou pohybu a postupnou progresí do extenze vleže (EVL). Bez návratu parestezií do pravé dolní končetiny.

Pacientka nadále cvičila dle doporučení a postupně tolerovala extenzi vleže s dobrou mechanickou odpovědí. Aktuálně udává, že již ráno zvládá maximální základn a od předchozího dne se subjektivně cítí dobře.

Přetrvává pouze občasné brnění v oblasti bérce při polovičním předklonu, jinak bez projekce do dolní končetiny. Bolest v bederní páteři kolísá kolem 2/10 dle VAS, s epizodami až 0/10 v klidu. Pacientka udává výrazné zlepšení ranní ztuhlosti i kvality spánku, spí se zapůj-

Kazuistika

čenou bederní noční rolí, která je dobře tolerována a subjektivně přináší úlevu.

Klinický obraz odpovídá centralizaci symptomů a přechodu od periferních příznaků k převážně centrální, mechanicky ovlivnitelné bolesti spojené s obnovou rozsahu pohybu do extenze.

Kontrola 2. 4. 2026

Subjektivně

Pacientka udává, že byla celý poslední měsíc bez obtíží, bolest v oblasti bederní páteře i pravé dolní končetiny byla 0/10. Spánek byl rovněž bez potíží. Vzhledem k ústupu obtíží postupně vynechávala cvičení.

Přibližně poslední týden opět cvičí extenzi vleže. Aktuálně popisuje pouze lokální bolest v oblasti bederní páteře, intenzity 2–3/10. Obtíže se znovu objevily poté, co začala manipulovat se svým těžkým psem, konkrétně jej zvedat a dávat do vany.

Příznaky do pravé dolní končetiny se již měsíc neobjevily.

Status praesens

Vsedě je přítomna lokální bolest bederní páteře 2/10, pravá dolní končetina bez příznaků, 0/10.

Pacientka udává zhoršený spánek při změně polohy. Ve stoji se při přechodu ze sedu do stoje objeví bolest až 4/10, která však přibližně do 5 sekund odezní.

Objektivní vyšetření

Flexe ve stoji: 0/10, bez omezení rozsahu pohybu.

Extenze ve stoji: bez obtíží, bez omezení rozsahu pohybu.

Lateroposun vpravo: bez obtíží, bez omezení rozsahu pohybu.

Lateroposun vlevo: bez obtíží, bez omezení rozsahu pohybu.

Terapie / mechanická odpověď

Při extenzi vleže dochází zpočátku ke zvýšení lokální bolesti během pohybu na 3/10. Křivka pohybu není zpočátku plynulá, s opakováním se však kvalita pohybu i symptomy zlepšují, bolest klesá na 2/10. Po několika opakováních je pacientka schopna dosáhnout kontaktu pánve s podložkou.

Využití přetlaku pacienta symptomy přechodně zvyšuje, ale s opakováním dochází ke zlepšení.

Přetlak terapeuta i mobilizace bolest zvyšují a zhoršují rozsah pohybu, protože pacientka je aktuálně v subakutním stavu a není na tuto progresi připravena.

Byla provedena edukace ohledně interpretace symptomatické odpovědi, recidivy obtíží a nutnosti postupné progresse zátěže.

Doporučení

Doporučena postupná obnova rozsahu pohybu do extenze a následná pozvolná progresse sil a tlaků dle tolerance a symptomatické odpovědi. Pacientka má přibližně za týden volat k telefonické kontrole vývoje stavu.

Zakoupila bederní noční roli a bederní podpěru SOFT pro použití v autě a při sezení doma.

Pacientka napsala již jen 14. 4. 2026 mail následujícího znění a tím byl případ šťastně uzavřen:

*„Dobrý večer p. Kobrová,
jsme si měly volat, ale nějak to nevy-
chází. Tak už 4. dnem píšu a je to až dnes.*

*Jen Vám chci napsat. Cvičím. Cvičím
správně :) bolest jak kdy. Ale spíše bez
bolesti, a když je bolest, tak 1 z 10. Takže,
u mě vše dobré. S modrým, dlouhým
kámošem spím denně. Když jsem byla
jednou bez něj, ráno nebylo dobře. Takže
toho ještě potřebuji. U stolu jedině zase
s černým kámošem :). Vše funguje, jak
má. Dekuji:)*

Mějte se moc hezky.

Adela :)“■

Podobnosti a rozdílnosti MDT a současných přístupů pain science: historická kontinuita klinických principů

Autorka: Eva Nováková, Dip. MDT

Adaptace textu pro časopis: Mgr. Jitka Kobrová, Cert. MDT

V současné době jsou v léčbě bolestí páteře stále více diskutovány přístupy vycházející z moderní pain science a kognitivně-funkčních modelů, často spojované se jménem **Peter O'Sullivan**. Tyto přístupy zdůrazňují psychosociální kontext, význam bolesti, kognitivně-emoční faktory, změnu chování pacienta a úpravu pohybových strategií.

Při odborné analýze je však důležité zachovat historickou perspektivu vývoje oboru. Řada klinických principů, které dnes tvoří jádro těchto modelů, byla totiž systematicky formulována a používána v rámci **Mechanical Diagnosis and Therapy (MDT)** již od 60.–70. let 20. století Robinem McKenziem. Současné přístupy tak nepředstavují vznik zcela nových klinických principů, ale spíše jejich reinterpretaci v jazyce současné neurovědy a psychosociálních teorií.

Psychosociální

a kognitivně-emoční

kontext nebyl do

léčby zad přinesen až

moderní pain science.

MDT s ním pracovalo od

počátku.....

MDT jako původní klinický rámec

MDT bylo jedním z prvních strukturovaných klinických systémů v oblasti bolestí páteře, který:

- systematicky stavěl pacienta do aktivní role
- pracoval s opakovanou expozicí pohybu a zatížení
- chápal bolest jako funkční, potenciálně reverzibilní reakci

- využíval pozorovanou odpověď pacienta jako klíč diagnostiky
- zabýval se bariérami uzdravení u chronických stavů

Tyto principy vznikly na základě klinického pozorování a systematického sledování odpovědi pacientů na zatížení, nikoli primárně jako teoretický konstrukt.

Shodné klinické principy

MDT	Současné přístupy pain science
Aktivní pacient	Self-management, empowerment
Směrová preference a mechanická odpověď	Změna maladaptivních pohybových strategií
Bolest nemusí znamenat strukturální poškození	Kontextuální a neurobiologické vysvětlení bolesti
Individualizace podle odpovědi pacienta	Individualizace podle pohybových a behaviorálních vzorců
Bariéry uzdravení	Kognitivně-emoční a psychosociální faktory

Rozdíl spočívá především v terminologii a teoretickém rámci, nikoli v samotných klinických principech.

Psychosociální kontext v MDT

Robin McKenzie nepovažoval bolest zad za čistě biomechanický problém. U pacientů, u nichž mechanický model selhával, popisoval existenci „**bariér uzdravení**“. Na klinice se pro tuto skupinu používalo neformální označení *derangement* č. 9.

Tyto bariéry zahrnovaly:

- strach z pohybu
- maladaptivní přesvědčení
- pasivní coping
- psychosociální stresory
- sekundární zisky

Současná terminologie by zde používala pojmy jako kognitivně-emoční faktory, kontextuální modulace bolesti nebo CBT-inspirace. Obsah klinického pozorování je však obdobný, změnil se jazyk.

Rozdíly v přístupu

MDT	Současné modely
Strukturovaný klinický systém	Narativní a kontextuální rámec
Klasifikace a predikce odpovědi	Práce s významem bolesti
Algoritmus klinického rozhodování	Diskurzivní a behaviorální přístup
Mechanická odpověď jako vstupní filtr	Psychosociální vstup jako výchozí bod

MDT řeší klinický problém algoritmicky; moderní přístupy více prostřednictvím diskuse, edukace a reframingu. Klinický cíl však zůstává obdobný.

MDT a akademický výzkum

MDT nebylo pouze historickým klinickým konceptem. Naopak, poskytl strukturovaný rámec, na který bylo možné navázat výzkumem zaměřeným například na:

- fenomén centralizace/periferizace
- směrovou preferenci
- prediktivní hodnotu MDT klasifikace
- dlouhodobé výsledky self-managementu

MDT tak představovalo klinický model, který umožnil reprodukovatelný výzkum, což v oblasti bolestí páteře nebylo samozřejmostí.

Závěr

Současné přístupy reprezentované Peterem O'Sullivanem lze chápat jako moderní reinterpetaci a rozšíření klinických principů, které byly v rámci MDT formulovány Robinem McKenziem již v 70. letech. Rozdíl nespočívá primárně v obsahu, ale v použitém jazyce, teoretickém rámci a způsobu komunikace.

Psychosociální a kognitivně-emoční kontext nebyl do léčby zad přinesen až moderní pain science. MDT s ním pracovalo od počátku, jen v jiném terminologickém kontextu.

Poznámka po čárce

Tento text vznikl na základě opakovaných odborných diskusí s kolegy na Certifikované McKenzie klinice Kladno o „etickém používání myšlenek a vědomostí kohokoliv bez citace zdroje“, o kontinuitě klinických principů v léčbě bolestí páteře a o významu zachování historického kontextu při prezentaci současných přístupů. ■

Nepřesná diagnostika hybného systému je častější, než si připouštíme

(McKenzie konference v Praze, červen 2026)

Autorka: Eva Nováková, Dip. MDT

Bolest kolene, ramene nebo nohy nemusí vždy vznikat v místě, kde ji pacient cítí. Podle mezinárodních studií může mít více než 40 % bolestí končetin svůj původ v páteři.

Právě na tyto souvislosti upozornila Mezinárodní konference McKenzie institutu CZ, která se uskutečnila 10. června 2026 za účasti předních odborníků z Evropy, Austrálie i Kanady. Hlavním tématem byl přístup Mechanical Diagnosis and Therapy (MDT)[®], který umožňuje přesněji určit skutečný zdroj obtíží a zvolit cílenou léčbu.

„V praxi se setkáváme s pacienty, kteří jsou dlouhodobě léčeni pro bolesti kolene nebo ramene, ale skutečný problém vychází z páteře. Pokud tuto souvislost neodhalíme, léčba často nepřináší očekávaný efekt,“ říká Eva Nováková, Dip. MDT, organizátorka konference.

Typickým příkladem je pacient s bolestí kolene, který podstoupil opakovanou léčbu zaměřenou přímo na kloub. Až následné vyšetření odhalilo, že obtíže souvisejí s bederní páteří – po cílené terapii došlo k výraznému zlepšení bez nutnosti další invazivní léčby.

Význam tohoto přístupu potvrzují i studie publikované v mezinárodních odborných časopisech, včetně Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. MDT je dnes vnímáno jako systematický, na důkazech založený přístup,

**MDT je dnes vnímáno
jako systematický, na
důkazech založený
přístup...**

který pomáhá při klinickém rozhodování.

„MDT není jen terapeutická metoda. Je to způsob, jak přemýšlet o pacientovi – systematicky, s důrazem na diagnostiku a hledání skutečné příčiny obtíží,“ zaznívá od zahraničních odborníků, kteří na konferenci vystoupili.

Konference nabídla aktuální poznatky z výzkumu i klinické praxe, včetně využití MDT mimo oblast páteře, přístupu k chronické bolesti nebo spolupráce s dalšími medicínskými obory. Na konferenci vystoupili přední světoví odborníci, například Richard Rosedale (Kanada), Hans van Helvoirt (Nizozemsko), Jo Chambers (Velká Británie), Simon Simonsen (Dánsko), Georg Supp (Německo), David Vandeput (Belgie) a další.

Více informací o konferenci, programu: <https://cz.mckenzieinstitute.org/foto/konference/> ■

SIG zájmová skupina

Termíny zájmové skupiny McKenzie
pro rok 2026

Česká republika, Praha

Datum	Téma	Místo konání / Kontakt
6. 10. '26 / 14.00	Volné téma	ÚVN Praha 6, Střešovice, vchod C3, 4. patro
4. 11. '26 / 18.00	Téma dle návrhu od členů McK	Zoom - Online
3. 12. '26 / 16.00	Volné téma	Certifikovaná McKenzie klinika Kladno možnost Zoom - Online

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 2026-2027

Česká republika, Praha

Datum	Lektor	Typ	Původní cena	Členové McK
25. 9. - 26. 9. '26	Eva / ČR	E*	12 360 Kč	7 200 Kč
27. 9. - 28. 9. '26	Hans / NL	MNR*	13 360 Kč	9 290 Kč
8. 10. - 11. 10. '26	Mirek / ČR	B*	17 500 Kč	11 850 Kč
16. 10. - 18. 10. '26	Eva / ČR	C*	16 900 Kč	11 500 Kč
30. 10. '26	Eva a Mirek / ČR	Zkouška*	5 650 Kč	2 000 Kč
5. 11. - 8. 11. '26	Mirek / ČR	A*	17 500 Kč	11 850 Kč
9. 4. - 11. 4. '27	Eva / ČR	D*	16 900 Kč	11 500 Kč
28. 10. - 29. 10. '27	Simon / DK	Bolest*	15 700 Kč	7 850 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
10. - 13. 9. '26 Bratislava	Mirek / ČR	A*	690 eur	425 eur*
18. - 19. 9. '26 Bratislava	Hans/ NL	MNR*	345 eur	295 eur*
6. - 8. 11. '26 Bratislava	Eva / ČR	C*	690 eur	425 eur*
10. - 13. 12. '26 Bratislava	Mirek / ČR	B*	690 eur	425 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/ ■

Obrat'te se na nás

Kontaktní adresa

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

V případě nepřítomnosti zanechejte
zprávu na záznamníku.

Odpovědný redaktor

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

Za obsah jednotlivých příspěvků
odpovídají jejich autoři.

Články neprošly odbornou recenzí.
ISSN 1802-274X
číslo časopisu je 45

