



#MDTSF2017

14. mezinárodní McKenzie konference (s oficiálním označením 14th International Conference in Mechanical Diagnosis & Therapy) se konala v San Franciscu v Kalifornii, USA, od 22. do 24. září 2017.

Připravila Mgr. Michaela Šebelová, Cert. MDT

Téma konference znělo:

„Patients Come First – Exploring Optimal Care“

Na prvním místě jde o pacienta, pro kterého objevujeme/hledáme optimální péči. (Volně přeloženo do češtiny.)

Do hotelu Hyatt Regency nedaleko jednotlivých „piers“ (pier – molo, přístavní hráz vybihající do moře) se sjelo přes 400 účastníků z více než 30 zemí. Oficiálním jazykem byla samozřejmě angličtina, ovšem s nejrůznějšími akcenty, ve které jsme mohli slyšet přes 44 přednášek a panelových diskusí. Přednášející ale zdaleka nebyli vybíráni pouze z McKenzie světa. Novinkou této konference bylo, že ji MII poprvé v historii pořádal ve spolupráci s americkou globální, multidisciplinární asociací NASS (North America Spine Society).

Z České republiky a ze Slovenska jsme se zúčastnili celkem čtyři MDT terapeuti – Eva Nováková, Dip. MDT, Michaela Šebelová, Cert. MDT, Michaela Kotrbancová, Cert. MDT, a Martin Šós, Cert. MDT.

Konference byla rozdělena do několika tematických bloků. Každý z nich moderoval jeden kolega z jedné pobočky Mezinárodního McKenzie Institutu. Moderátor dané sekce téma vždy uvedl, představil svůj názor na věc a postupně zval jednotlivé přednášející a nakonec vedl diskusi.

Úplně první sekce konference byla zaměřena na téma: Poskytujeme opravdu ideální péči u bolesti zad – s podtextem – Operovat či neoperovat?

První téma uváděl nám dobře známý lektor z Německa – Georg Supp, který na úvod vyzdvihl nutnost multidisciplinárního přístupu a hledání té správné cesty pro konkrétního pacienta. Vyzdvihl krásnou a dle mého pravdivou zkušenost, která říká, že i když se díváme na stejný obraz, vidíme každý něco úplně jiného. Podle toho, co vidět chceme, nebo jakou máme životní zkušenost.

Mark Werneke, fyzioterapeut z Havaje, podílející se na mnohých výzkumech, obhajoval MDT jako velmi dobrý screeningový nástroj a systém péče o pacienta s bolestí dolní části zad. Asi všichni se shodneme, že MDT přístup je velmi vhodný u těch správných pacientů a není potřebné zde tuto realitu více rozebírat.

Hans van Helvoirt následně představil výsledky svého výzkumu u pacientů, kteří necentralizovali. (Mimočodem s Hansem připravujeme nový nadstavbový kurz v březnu 2018 – MDT u mechanicky nereagující radikulopatie – podrobnosti na str. 45).

Jeho přednáška byla zaměřena směrem: Co dělat, když MDT selže.

Tedy, jakým směrem bychom mohli postupovat u skupiny pacientů, u kterých se nedaří najít úlevový faktor (nedochází





k centralizaci) a kteří jsou tak potenciálními kandidáty na operaci páteře. Hans diskutoval možnost kombinace MDT a TESI – transforaminálních epidurálních steroidních injekcí (u nás známých jako CT PRT).

Předběžné výsledky jeho výzkumů ukazují, že u pacientů, kteří během několika prvních vyšetření dle MDT byli vyhodnoceni jako nereagující (případně periferizující) a nebylo možno u nich aplikovat léčebný protokol dle MDT, došlo po aplikaci TESI ke změně. Pacienti byli následně znovu vyšetřeni dle MDT a dosažený efekt byl odlišný než před aplikací transforaminálních epidurálních steroidních injekcí. Bolest byla buď zcela odstraněna, nebo došlo k centralizaci, v některých případech pacienti necentralizovali, ale intenzita bolesti se snížila. U určitého procenta pacientů ke zlepšení nedošlo.

Ve výzkumu, který Hans van Helvoirt se svým týmem dělal, aplikovali TESI (vždy jednu aplikaci a testovali výsledek, maximálně prováděli tři) u 69 pacientů s těmito výsledky (výsledky měřili na vstupu, po propuštění z léčby a po 12 měsících):

- u 11 pacientů došlo po aplikaci TESI k úplnému odstranění obtíží
- u 32 pacientů došlo k výraznému snížení bolesti a došlo k centralizaci u následného nového vyšetření dle MDT (i po roce bylo 90 % z nich spokojených s výsledkem)
- u 11 pacientů došlo k výraznému snížení bolesti, ale nedošlo k centralizaci u následného nového vyšetření dle

MDT (pouze 50 % z nich bylo spokojeno s výsledkem po 12 měsících)

- 15 pacientů vůbec z TESI neprofitovalo a byli operováni.

Z výše uvedeného (rozdíl mezi dvěma skupinami pacientů, kdy u obou po aplikaci TESI došlo k výraznému snížení bolesti, ale jedna skupina následně centralizovala a druhá ne) můžeme znovu vidět a potvrdit si, že přítomnost fenoménu centralizace je dobrým prognostickým faktorem. Centralizující pacienti byli v 90 % případů s výsledkem léčby spokojeni i po roce, necentralizující pacienti pouze v 50 % případů. Hans van Helvoirt na závěr konference obdržel za svůj výzkum MII EXTENSION AWARD, tzv. „Bronze lady“ neboli Ocenění MII za přínos pro rozvoj MDT.

Tamar Pincus, profesorka psychologie, popisovala, že většinou si pacient ujde dlouho cestu a vyzkouší mnoho léčebných strategií, než se ocitne na konzultaci u neurochirurga. Zamyslete se: Je tomu tak opravdu u nás? Nedostanou se naopak u nás pacienti na konzultaci k neurochirurgovi příliš brzy? Zdůraznila, že v mnohých guidelines se již opravdu doporučuje prostou bolest zad (tedy myoskeletální bolest zad, bez příznaků v dolní končetině) NEOPEROVAT. Např. na jednom ze slidů odkazovala na NICE guidelines for LBP & Sciatica z listopadu 2016, které mimo jiné doporučují nenabízet pacientům s prostou bolestí zad (LBP):

- odstranění meziobratlové ploténky





- fúzi páteře (pokud není pacient zařazen do RCT).

Popisovala, že pak jsou dvě skupiny pacientů – jedni, kteří po operaci touží, a druzí, kteří ji striktně odmítají. Zaměřila se na to, jak by měl lékař komunikovat s pacientem, který má bolest zad a není vhodným kandidátem na operaci.

U těchto pacientů je pak vhodné uvažovat:

Kdo je opravdu vhodný kandidát na operativní řešení?

Kdo má katastrofické uvažování?

Kdo až přehnaně po operaci touží?

Kdo vůbec neví, co se vlastně v jeho zádech děje?

Vše je o našich komunikačních dovednostech, které jsou nám z velké míry vrozené, ale něco se dá naučit a vylepšit.

Tamar Pincus také vyzdvihla, že někdy je dobré pacientovi říci:

„U každého se objevují změny na páteři, vždycky se najde něco, co se dá operovat, pokud budeme chtít.“ Závisí na úhlu pohledu. Což je tvrzení korelující s úvodní myšlenkou Georga Suppa.

Popisovala také běžné stesky pacientů, které mi přišly velmi shodné s těmi, co slycháváme u nás:

- „MRI mi udělali až po pěti měsících čekání“
- „lékaři se ke mně chovají nadřazeně“
- „není žádná kontinuita léčby“
- „každý je zaměřený jen na svůj přístup a nezná/neumí nabídnout další možnosti“.

Todd Wetzel, chirurg a předseda NASS, úvodní blok přednášek uzavřel a zamýšlel se nad tím, kdo opravdu operaci potřebuje, a v podstatě to zjednodušeně řečeno uzavřel s tím, že on již pacienty s prostou bolestí zad operovat přestal.

Jeden z bloků se věnoval diferenciální diagnostice bederní páteře a dolních končetin.

Z této sekce se mi nejvíce líbila přednáška šéfa kanadského McKenzie Institutu.

Richard Rosedale svou přednášku nazval takto: **Jste si jisti, že jste opravdu vyloučili, že zdroj bolesti je z páteře? Diferenciace pomocí MDT.**

MDT terapeuti mají zkušenost, že se bolest (původem ze zad) projevuje bolestí v končetině. Někdy ale bolí pouze v končetině a vůbec ne v páteři (tedy pacienta opravdu NIKDY nebolelo a nebolí v zádech). Pacienta tedy vůbec nenapadne, že by příčina mohla být jinde než v daném kloubu, kde to pacienta bolí. Takto to bohužel často mylně interpretuje i terapeut/ lékař. Takže pacientovi léčíme kyčel, koleno, kotník, rameno, loket, zápěstí a přitom příčina je v zádech. A proto je léčba neúspěšná! Nic nového pod sluncem. Ale přesto jsme si vždy opravdu jisti? Richard měl krásnou prezentaci s vlastními vtipnými obrázky. Na jednom slidu byl ježek, který představoval pacienta se zdrojem bolesti v páteři, a taky tam byla medúza, která





představovala pacienta, jehož zdroj bolesti byl v některém kloubu končetiny. A některé medúzy ukazovaly šipkou jak na ježka, tak na medúzu. Což terapeut může slovy vyjádřit například takto: Vypadá to na koleno, hýbe se to, jako by byl problém v kolenu, funguje to jako koleno... ALE, přesto to mohou být záda!!!

Opakoval zlaté pravidlo: „Vždy léčete tu správnou část těla!“

Richard prezentoval předběžné, ještě neúplné, výsledky své studie, do které zařadili pouze pacienty s bolestí v některém z kloubů dolní končetiny, které ani nenapadlo, že by jejich bolest v končetině mohla být od zad, a ani je NIKDY V ZÁDECH NEBOLELO, na bolest zad si nestěžovali, a bolest zad tedy opravdu nepocíťovali a v anamnéze neudávali. Hlavním kritériem ale bylo, že si sami nemysleli, že by zdrojem bolesti mohla být páteř. Pak také vyloučili pacienty po operaci, s frakturami, se zánětem a akutním traumatem.

Postup vyšetření, který je dobré si v každodenní praxi připomínat:

1. Stanovit symptomatickou, mechanickou nebo funkční baseline u končetiny.
2. Otestovat páteř.
3. Přetestovat baseline u končetiny.

Ukazoval několik hezkých videí, kde po pouhé korekci sedu, nebo po opakovaném EVL primární bolest kloubu zmizela a zlepšila se i funkční baseline u problematické končetiny.

Připomínal nám dobře známý algoritmus

postupu péče. Tedy pokud je efekt (po provedení výše uvedených bodů), tak precizně vyšetřit páteř a v léčbě se na ni zaměřit. Pokud efekt není, je potřeba se důkladně zaměřit na testování a léčbu adekvátní končetiny (kloubu).

Do studie bylo zařazeno 172 pacientů s bolestí kloubu dolní končetiny, přičemž 46% z nich mělo primárně zdroj bolesti v zádech. Tedy téměř polovina pacientů, které bolel jeden z kloubů na dolní končetině (kyčel, koleno, kotník), měla zdroj bolesti v páteři. A vůbec je záda nebolela a v životě by je to nenapadlo.

Richard se také zaměřil na to, jak vysoká je u jednotlivých kloubů pravděpodobnost, že zdroj bude od zad. Porovnával kyčel – koleno – kotník. U bolesti kyčle je vysoká pravděpodobnost, že to bude od zad. Směrem dolů se prevalence snižuje, u kotníku je dle předběžných závěrů této studie nižší pravděpodobnost, že zdroj bolesti bude z páteře.

Jiné výsledky ale (pro mě překvapivě) vycházejí u porovnání ramene – lokte – zápěstí. Zde je podíl pacientů s primárním zdrojem v páteři poměrně vyrovnaný. Pravděpodobnost zdroje z páteře je u jednotlivých kloubů poměrně stejná.

Na závěr je potřeba zmínit, že se jedná o předběžné výsledky. Studie ještě nebyla dokončena, a výsledky tudíž nejsou sto procentně potvrzeny. Myslím ale, že nám celkem potvrzují, co v našich běžných praxích vidíme. Ale běžný přístup to zdaleka ještě není.





*Velmi zajímavým blokem byl blok s názvem: **Outside the Clinic** (což volně přeloženo znamená „mimo běžnou praxi“). Přednášející se podělili o vlastní zkušenosti, kde všude v ne tak úplně obvyklém prostředí lze aplikovat MDT a postupovat dle našeho protokolu péče.*

Connie Lee popisovala svou zkušenost s aplikací fyzioterapie v Arktidě. Používá TELEHEALTH – tedy léčbu na dálku přes televizi. Dokud nepoužívala MDT, byla úplně bezradná, ale s MDT najednou ví, co má dělat, je efektivní a dokáže svým pacientům pomoci i na dálku! Mimo chodem jiný kolega na konferenci prezentoval svůj výzkum, který se snažil prokázat úspěšnost léčby dle MDT na dálku, přes TELEHEALTH, aby byla léčba placena zdravotní pojišťovnou. V Americe jsou dojezdové vzdálenosti opravdu jiné, a tak se i na hlavním kontinentu jeví léčba na dálku jako efektivní a ekonomické cesta. V některých případech, samozřejmě.

Jason Ward, který připravuje Mechanical Care Forum (což je internetové rádio s rozhovory s významnými osobnostmi MDT), představil svůj projekt Mechanical Care Everywhere (MDT všude). Jason se podělil o svou zkušenost s humanitární pomocí v Peru, kde je součástí týmu lékařů a zdravotních sester, kteří mají vždy s sebou tuny zdravotnického vybavení... Jemu stačí minimum propriet – knížky, role, papír, tužka. Nejdříve se mu kolegové lékaři divili, co tam

chce bez pořádného vybavení dělat, ale Jason dokázal, že MDT funguje, a má v Peru desítky (stovky) spokojených pacientů.

Můj osobní názor, komentář k tomuto. Jasona obdivuji a dělá ohromný kus záslužné práce. Jeho zkušenost z Peru dle mého ukazuje na významný psychosociální aspekt. Jeho tamní pacienti nemají žádná očekávání, předsudky (žádné žluté praporky). Bezmezně mu věří, dělají, co se jim řekne. A léčba mu skvěle funguje!

Peter Schoch z Austrálie (který má mimochodem v MII na starost sociální média) se podělil o svou zkušenost konzultanta na neurochirurgické klinice Barwon Health. Zde pociťovali zvýšený nárůst konzultací pacientů u neurochirurga. Mnoho návštěv navíc sami neurochirurgové vyhodnotili jako nedůvodné, doslova jako ztrátu času. Vstupní filtr zde dělá fyzioterapeut (tzv. senior, tedy zkušenější). Po vstupním vyšetření dle MDT již fyzioterapeut rozhodne, jak se bude dále postupovat. Zkušenost Petra je následující: 68% pacientů je hned po prvním vyšetření dle MDT vyřazeno z neurochirurgické péče a dále pokračuje dle MDT protokolu péče. U 26% pacientů se dále vede diskuse mezi fyzioterapeutem, pacientem a neurochirurgem. Dělají se další vyšetření (např. zobrazovací metody) a dle výsledků a osobních konzultací se rozhoduje dále. Pouhé 4% pacientů jsou rovnou odeslány na konzultaci k neurochirurgovi. Myslím si, že Peterova role vyžaduje



je velké sebevědomí a zkušenost a je velmi zodpovědná. Myslím si, že takto prozatím nelze postupovat všeobecně. Ale tam, kde je vzájemná důvěra mezi lékaři a terapeuty v tento systém, to může fungovat skvěle a všem ulehčí život.

Jeden kolega také popisoval zkušenost s využitím MDT na akutním příjmu v nemocnici. Také se jim MDT velmi osvědčilo, protože 35 % pacientů na jejich akutní příjem přichází pro bolesti bederní páteře a 20 % pro bolesti hlavy nebo krční páteře.

*Tématem dalšího bloku přednášek bylo: **Managing the Patient** (volně přeloženo jako „Vedení pacienta“).*

Matthew Smuck se zabýval předepisováním medikace u běžných myoskeletálních obtíží. Doslova svou přednášku nazval: „Více škody než užítku?“ Dle pana doktora, který mimochodem není vyškolen v MDT, se předepisují léky pro vedlejší účinky, ne pro hlavní příčinu.

Ve shrnutí se zaměřil na efektivitu používání medikace u LBP:

- žádné dlouhodobé výsledky
- špatné krátkodobé výsledky
 - buď žádná výhoda nad placebem
 - nebo klinicky diskutabilní efekt
- rozdíly mezi jednotlivými skupinami léčiv – minimální nebo žádný rozdíl
- kombinovaná terapie – malý nebo žádný efekt.

Zamýšlel se nad tím, proč se stále zvyšuje spotřeba léků, když není vědecky

prokázána jejich účinnost. Proč se předepisují, přestože není prokázán efekt? Vyžadují to pacienti? Je to nejjednodušší? Co si myslíte vy?

Ted Dreisinger na konferenci také představil výsledky pilotní studie sběru dat díky v Česku vyvinutému elektronickému spisu. Do studie byly zapojeny Eva Nováková, Dobroslava Matesová a Miriam Hrabinská (děkujeme ☺). Elektronický spis se ukazuje jako užitečný nástroj na různých úrovních. Nejen jako jiná forma vyplnění spisu, mnohým v dnešní elektronické době mnohem bližší, ale také jako mocný nástroj sběru a analýzy dat z něj sesbíraných.

Adriaan Louw, ředitel mezinárodního institutu pro páteř a bolest a další velmi obratný řečník, který během svých obou přednášek zaujal celý sál.

Jeho první přednáška měla název „Placebo a nocebo“ a druhá se jmenovala „Despite the pain“, tedy navzdory bolesti. Adriaan doporučoval volit správně slova a myslet pozitivně. Také se kriticky obul do naší terminologie (derangement, což je negativní slovo porucha, dysfunkce atd.). Zdůrazňoval, že bolet neznamená škodit (hurt doesn't mean harm). Bolest je mozkem více vnímána, protože pociťujeme určité ohrožení. Doporučoval nám, že máme pacientovi vysvětlit, že disabilita je větší problém než bolest. Ukazoval nám to na grafech, na kterých bylo vidět, že funkce se obnovuje dříve, než se pacient zcela zbaví



bolesti. A že je to zcela přirozené. Proto se bolesti nemáme bát a nemáme se jí vyhýbat. Zejména, pokud již jinak fungujeme zcela normálně. Ukazoval nám graf s klasickým začarovaným kruhem, kdy pacient po poranění zažije bolest, což jej negativně ovlivní, vnímá bolest katastroficky, objeví se u něj strach související s bolestí, proto se bolesti vyhýbá, omezí používání, což vede k disabilitě a depresi. A tak stále dokola, i když již nové zranění nemá. Pokud se ale bolesti bát přestane a ze začarovaného kruhu vystoupí, postaví se k bolesti čelem, dočká se plné údravy a obnovy funkce. Také zmiňoval jeden výzkum, z kterého vyplývalo, že 90 % fyzioterapeutů trpí bolestí zad, když léčí pacienty s bolestí zad. (Nezdá se vám to povědomé? 😊)

Pierre Cote, šéf profesní organizace kanadských fyzioterapeutů, se ve své přednášce zaměřil na to, jak mohou lékaři či fyzioterapeuti svou nadměrnou péčí pacientům škodit. Ani pan Cote není MDT terapeut. Zabývá se především whiplash poraněním. Zmiňoval již prokázanou škodlivost používání krčního límce. (K nám se ještě asi všude tato informace nedostala. Zrovna minulý týden mi jeden pacient vyprávěl, jak jeho dcera měla autonehodu a pro jistotu ji hned nasadili krční límec...). Pierre Cote ve své přednášce dále zdůraznil, že přílišná péče způsobuje delší dobu údravy, že poškozování pacienta nadměrnou léčbou je reálné, že některý typ a intenzita

léčby mohou mít opačný než očekávaný efekt a že neefektivní léčba je příčinou tzv. iatrogenní disability. Dobře to známe nejen u WAD, že?

Riziko tohoto může být minimalizováno:

- poskytováním časově omezené léčby (využíváním efektivní léčby)
- vyhýbáním se neefektivní léčbě (zejména pasivní)
- zaměřením se na pacienta – léčbu mu tzv. šít na míru...

Myslím, že recept na toto známe, a je jím MDT. Souhlasíte?

Co napsat závěrem?

Co nám zase McKenzie konference potvrdila? Jedná se o logický, ucelený a promyšlený systém. Nedemagogický, otevřený k názorům druhých. Se snahou o potvrzení svých tvrzení a domněnek výzkumem. Prezentující výsledky výzkumů. Pacient je na prvním místě. Systém se dále rozvíjí.

Na sociálních sítích můžete fotky, poznámky a zážitky z konference hledat pod #MDTSF2017.

Honza Novák ml. natočil o pozadí konference krásné video, na kterém mimo jiné mluví Jan McKenzie, dcera Robina McKenzieho, nám dobře známý Wattie (Grant Wattson) a další osobnosti z celého „McKenzie“ světa. Na video se můžete podívat na našem YouTube kanálu.

Proslýchá se, že snad další konference bude v Kanadě. To je také zajímavá destinace, co říkáte?