

POZNÁMKY KE ČLÁNKU „LÉČBA DLE MCKENZIEHO V TERAPII VERTEBROGENNÍCH PORUCH“ AUTORKY MUDr. MARIE TINKOVÉ

MUDr. Alois Krobot, Ph.D.

Klinika rehabilitace FN, Olomouc

Neurol. pro praxi, 2008; 9(5): 320–321

Autorka ve sdělení „*Léčba dle McKenzieho v terapii vertebrogenních poruch*“ prezentuje celosvětově známý model fyzioterapie nemocných s bolestmi zad, resp. nemocných s funkčními bolestivými syndromy bederní páteře (dále také LBP). Jako čtenář a současně rehabilitační lékař, dlouhodobě se zabývající také fyzioterapií nemocných s LBP, chci reagovat na obsah i použitou formu sdělení.

Úvodem bych rád zdůraznil dvě roviny své reakce:

1. Jednak **jednostrannost, silně zjednodušující a pouze informující charakter sdělení**. Až zbytečně jednoúčelová forma prezentace tématu, které je přitom velmi „živé“, nikoli problematické či marginální, i když stále nutně diskutabilní.

Zjednodušeně, autorka „**pouze představuje**“ **McKenzieho terapii**. Vůbec ani nepředpokládá bližší znalosti klinického neurologa. Celkem pochopitelně nepředpokládá jeho informovanost o McKenzieho terapii, ale v této souvislosti nepředpokládá ani bližší znalosti neurologa o pohybové patologii. Což bezesporu není moudré a především neodpovídá realitě.

Autorka ukazuje McKenzieho léčebný algoritmus jako velmi účinnou až jedinečnou formu fyzioterapie nemocných s LBP. Přitom téměř vůbec nezmiňuje celé spektrum, dnes skutečně multidisciplinární mozaiku terapeutických možností u nemocných s LBP. Vůbec nesrovnává skutečné, ale i potenciální „klady a zápory“ McKenzieho terapie. Současně chybí srovnání s ostatními formami fyzioterapie, ale stejně tak i s dalšími možnostmi léčby nemocných s bolestivými syndromy bederní páteře (klidový režim, farmakoterapie, manipulační terapie, ortetika, intervenční rehabilitace, až miniinvasivní operativa).

Vlastním příspěvkem autorky k tématu jsou tři kazuistiky. Je nepochybné, že kazuistiky jsou „dobře míněné“, přesněji „vhodně vybrané“ a měly posloužit jako argumentace McKenzieho terapie. Jen z pouhého textu, bez znalostí dalších souvislostí referovaných nemocných, je však skutečná argumentační hodnota těchto kazuistik spíše sporná. Pro standardně erudovaného a zkušeného klinika jsou pre-

zentované kazuistiky málo přesvědčivé, spíše až průhledně manipulující s údaji.

2. V další rovině svých názorů na prezentované sdělení – společně s kritickým náhledem na „černobílou demonstraci“ McKenzieho terapie – ovšem cítím i nemalou míru solidárnosti s autorkou. Víím dobře, jak nesnadné je konkrétně verbalizovat obvykle multifaktoriální klinickou problematiku z funkční pohybové medicíny. Zejména v případech, kdy funkční pohybovou patologii prezentujeme nerehabilitačním odborníkům, u kterých se nepředpokládá ani bližší znalost klinické funkční diagnostiky ani praktické základy manuální empirické fyzioterapie.

Kromě těchto vlastních postojů, považuji za užitečné blíže zmínit některé charakteristiky McKenzieho konceptu, protože je autorka sama příliš neakcentuje:

- a) **McKenzieho model fyzioterapie plánuje staví právě na vědomém zjednodušení až schematizaci fyzioterapie a současně schématické jednotlivých kroků a výsledků funkční pohybové diagnostiky**. Můžeme dokonce mluvit o snaze této fyzioterapeutické školy dosáhnout „určité míry standardizace“ fyzioterapie, o které jako o oboru víme, že je dosud stále málo konzistentní. A nejvíce to platí pro různé „fyzioterapeutické koncepty a školy“, používané u velmi rozsáhlé a podobně nekonzistentní kategorie benigních nemocných s LBP. Domnívám se, že právě v tomto „systémovém“ chápání má McKenzieho fyzioterapie klinicky největší cenu. Také to vyplývá z několika současných metaanalýz přehledů literatury (např. Machado LA et al., Spine, 2006).

Současně s tím, v textu vesměs chybí konkrétnější a signifikantnější korelace ke standardně používaným kategoriím z neurotopické, radiologické, ale i funkční pohybové patologie. Celému sdělení dominuje snaha „pouze“ propagovat McKenzieho metodu v širším okruhu klinických neurologů. Samozřejmě chvályhodný počin. Ovšem, počet odkazů v textu

na „výukové skriptum“ (15) enormně převažuje nad odkazy na ostatní literární zdroje. I pro náhodného čtenáře, který tento výukový materiál „kurzů McKenzieho léčby“ nemůže znát, tato skutečnost nutně vzbuzuje rozpaky.

Uvedu ještě další kritické poznámky a současně pokus o korekci některých tvrzení ve „sdělení o McKenzieho léčbě u nás“.

- b) Úvodem zmíním také vlastní východiska. Sám jsem měl jako lékař obrovské štěstí být originálně edukován profesorem Lewitem v jeho otevřeném pojetí manuální medicíny. Pro pana profesora byl (a je) prioritou až exkluzivní důraz na detailní funkční diagnostiku, a to již v kontextu jednotlivého pohybového segmentu (detekce „patologické bariéry“). Současně důraz na co nejracionalnější klinickou interpretaci výsledků. Až na základě funkční diagnostiky pak volil z více jednotlivých forem (metodik, technik) manuální terapie. Maximálně se terapeuticky soustředil až na jeden pohybový segment, ale vždy s ohledem na celkové motorické schopnosti nemocného. Vždy trval na dodržování diagnostiko – terapeutické zpětné vazby rukou terapeuta (samozřejmě i jeho analytického a současně „klinicky syntetizujícího“ myšlení). Tvrdil, že po akutním manuálním ošetření musí u vybraných nemocných navazovat ještě další formy rehabilitační strategie, minimálně ergonomická opatření, autoterapie svalových funkčních změn, spolu s tím úpravu tzv. pohybových stereotypů, atd.

Jakkoliv se „jednoduchý“ McKenzieho koncept zdánlivě až diametrálně odlišuje od této „exaktní“ školy manuální medicíny (celosvětově vyučované a v praxi osvědčené), opak je spíše pravdou. Některé **principy, nikoli vlastní diagnostická a terapeutická „know-how“, jsou velmi podobné**. Prioritní a společné pro McKenzieho a stejně tak i další efektivní metody fyzioterapie jsou vždy **primární orientace na pohybovou funkci a současně důraz na včasnou a kvalitní interpretaci funkční diagnostiky**. Z vlastní klinické praxe, v týmové spolupráci s neurochirurgy a radiology, mohu potvrdit,

že profesinálně vedená McKenzieho léčba má dnes svoje svébytné medicínské opodstatnění a zřetelnou klinickou užitečnost u nemalé části (samozřejmě nikoli u většiny) nemocných s LBP. A to zejména v časné (subakutní) fázi onemocnění u nemocných s LBP, u kterých převažuje tzv. „mechanická“ patogeneze jejich bolestivých symptomů.

c) V anotaci sdělení („Souhrn“) autorka uvádí v zásadě jedno z klíčových tvrzení celého sdělení, použitou formou ale diskutabilní, zbytečně nešikovně až zavádějící a nesprávné: „... **(McKenzieho) metoda je účinná zejména při léčbě radikulárních syndromů**...“. V dalším textu potom toto „skutečně silné tvrzení“ vůbec nepřesňuje.

Jde přitom o naprosto zásadní fenomén McKenzieho konceptu. Pozornější, spíše předem poučený, čtenář si sice z celého textu může odvodit, že v McKenzieho terapii (a související funkční diagnostice) je velmi užitečný právě **mechanický přístup** (přesněji spíše „mechanistický“, významově pak spíše „strojový“). Jde o tzv. „mechanickou diagnostiku“, využívající hlavně provokující či úlevové pozice a dále repetitivní pohyby u nemocných. Tento koncept je užitečný kromě dalších interpretací také pro **včasnou demaskaci skutečných radikulárních syndromů**. Kterých jak víme „naštěstí zase až tolik není“. Užitečnou interpretací uvedeného tvrzení je fakt, že u mnoha nemocných s (diskogenní i nediskogenní, a to jak neurovasokompresivní či chemo-toxickou genézí) LBP zjistíme poměrně rychle, „že

tudy cesta nevede“ a včas volíme jiné diagnostické či terapeutické přístupy.

d) Některé obsáhlé části článku („Princip metody dle McKenzieho“, „Charakteristika jednotlivých syndromů dle McKenzieho“ a „Terapeutický postup dle McKenzieho“) jsou v podstatě převzaté z výukových materiálů (v literatuře jako bod 15). Oceňuji správné zdůraznění důležitých momentů této fyzioterapeutické strategie. Současně ale považuji za nedostatek, pokud autorka blíže neinterpretuje „McKenzieho terminologii“ pro standardně erudovaného klinického neurologa: např. „McKenzieho derangement syndrom“ nejčastěji koresponduje právě se zmíněnou radikulárním symptomatologií, ať již diskogenní či nediskogenní.

e) V části „Kazuistiky“ (1.–3.) spatřuji další významný nedostatek sdělení. Všem kazuistikám chybí podrobnější funkční analýza a funkčně morfoloogické interpretace referovaných nemocných. Tvrzení, že „... **nemocného se ujala fyzioterapeutka vyškolená v MDT**...“ je povrchní a pro čtenáře hledajícího bližší informaci o MDT vlastně dehonestující.

Pokus o argumentaci užitečnosti McKenzieho terapie pomocí MR zobrazení je v uváděné formě spíše kontraproduktivní: „... **nemocný má subjektivní obtíže, které po MDT téměř vymizí..., v dalších dnech je na MR radiologicky závažný nále z..., ... přitom nemocný zcela bez obtíží**...“. **Autorka ve skutečnosti pouze dokumentuje čas-**

tý nesoulad mezi radiologií a klinikou. Zobrazení magnetickou rezonancí o účinnosti McKenzieho terapie nevypovídá vůbec nic. **Význam kazuistik je v tom, že „pohybová aktivizace“ nemocných byla včasná, což v textu poněkud zaniká!**

Sumárně

Sdělení má především a pouze informační hodnotu, zjevně marketingový charakter. Jsou to z velké části převzaté informace, propagující vůbec existenci „mechanické diagnostiky a terapie podle McKenzieho“.

Text samozřejmě nemůže naučit McKenzieho metodu, ale mohl by nabídnout více konkrétních klinických interpretací. Především v článku chybí bližší vymezení McKenzieho terapeutického algoritmu vůči ostatním možnostem terapie nemocných s LBP, vymezení v rámci ostatních forem manuální medicíny či fyzioterapie obecně.

Přes výše uvedené výtky a doplnění hodnotím celkové vyznění článku spíše pozitivně. Za důležitý faktor v klinické medicíně považují entuziazmus a „nasazení pro věc“. Zjevně emoční nadšení pro McKenzieho terapii, může společně s uvědoměním si racionálních mantinelů, přivést mnohé čtenáře k bližšímu zájmu a seznámení se s touto funkční pohybovou terapií.

MUDr. Alois Krobot, Ph.D.

Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství FN a LF UP
I. P. Pavlova 6, 776 20 Olomouc
e-mail: krobot@fnol.cz