

Reflexní terapie a MD injekce se výborně doplňují



Doc. MUDr. Vlasta Tošnerová, CSc.

odborný garant a vedoucí sekce celoživotního vzdělávání lékařů pro obor Rehabilitace a fyzikální medicína

Doc. MUDr. Vlasta Tošnerová, CSc., si za svůj odborný úděl zvolila rehabilitaci – funkční obor, kde rozhodující roli nehrají přístroje a syntetická léčiva, ale znalost, zkušenost, manuální šikovnost, mezioborový a zároveň citlivý přístup. Rehabilitaci stejně jako medicínu, již se zabývá dnes, dobře vystihují slova profesora Lewita: „Už to, že se pacient zlepšil, je minimal evidence based medicine.“

„Vždycky jsem inklinovala k tomu, pomáhat lidem s disabilitou. V dětském věku je tato pomoc klíčová pro celý další vývoj dítěte. Když se narodí dítě se speciálními potřebami, jemuž není dán pohyb, je to obrovský zásah do života nejen dítěte, ale celé rodiny,“ říká lékařka, která po promoci začínala na Dětské klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové a současně se zajímala o rehabilitaci dětí. Atestaci prvního stupně složila z pediatrie, a když se po druhé mateřské dovolené rozhodovala, co dál, zvolila atestaci z Fyziatrie, balneologie a léčebné rehabilitace (FBLR).

Metaforicky lze říci, že doc. Vlasta Tošnerová v průběhu své dlouhé a úspěšné kariéry zrehabilitovala nejen tisíčky dětských i dospělých pacientů, ale v jistém smyslu také rehabilitaci samotnou. V oboru, o nějž medik v průběhu studia na fakultě prakticky nezavadí, dokázala už před více než dvaceti lety doslova vydupat ze země výuku mediků a dočasně i výuku fyzioterapie jako bakalářského studia v rámci hradecké lékařské fakulty. V téže době také iniciovala výstavbu lůžkové části rehabilitační kliniky, kde pak byla dvacet let přednostkou.

Po odchodu do důchodu se paní docentka věnuje výuce a vypomáhá v rehabilitačních centrech v Hradci Králové. Působila a působí v četných

odborných společnostech a v roce 2012 ji prezident ČLK jmenoval odborným garantem a vedoucím sekce celoživotního vzdělávání lékařů pro obor Rehabilitace a fyzikální medicína.

Cesta od bolesti v hybné soustavě k nápravě není procházka

Cesty, po nichž rehabilitační lékař kráčí k uzdravení nebo alespoň částečné nápravě pacientových obtíží, nepřipomínají rovnou pohodlnou dálnici, ale spíš horskou silničku s obtížně zdolatelnými úseky. Takovou je např. péče o děti, které se narodily s dětskou mozkovou obrnou, jejíž výskyt činí zhruba tři promile, takže každé třetí dítě ze tisíce má nějaké hybné postižení. „Mezi těmito dětmi je hodně takových, že když je podpoříme rehabilitací, zejména Vojtovou reflexní lokomocí, může se z těžkého postižení stát střední, ze středního lehké a to lehké se upraví. Taková práce mě velmi těšila, na druhou stranu jsem citlivě vnímala, že při pohledu na zdravé děti člověk pochopí, jak nelehký úděl postižení je; ovšem úděl vyžadující pomoc, jednak od rodiny, jednak mezioborovou. Ta se neomezuje na fyzioterapii a rehabilitaci, postižené dítě dále potřebuje pediatra, dětského neurologa, ortopeda, speciálního pedagoga, psychologa a další specialisty,“ říká doc. Tošnerová.

"Nemohu jen tak přejít skutečnost, že se formuje medicína, která aktivuje v těle procesy, díky nimž si organismus spouští hojivé procesy sám."

Další „horskou silničkou“ je vztah mezi odbornou péčí a pacientovým mentálním vyladěním. Podle paní docentky většinu dětí s vrozenou polohovou asymetrií relativní zkrat jedné z dolních končetin v podstatě nevdá. Hodnotí to tak, že nic nefunguje absolutně, a v rehabilitaci, kde záleží na koordinaci, senzomotorice, reflexním pojetí a individualitě člověka, to platí obzvláště. „Je zde nutná opravdu hluboká znalost, abychom dokázali vyhodnocovat individuálně, co je pro koho klíčové a co ne. Někdy to jde tak daleko, že odborník se znalostí řízení motoriky člověka může pomoci pohybu a naopak kvalitní pohyb ovlivní centrální nervový systém, čili senzomotorika a pohyb jsou úzce propojené. V paměti mi utkvěla holčička, která ke mně docházela na fyzioterapii a s dětskou mozkovou obrnou měla ještě diagnostikovanou hyperkinetickou poruchu (ADHD). Po pobytu v Hamzově odborné léčebně Luže-Košumberk a po intervenci tamní zkušené psychologičky došlo u ní k radikální změně. To byla patrně už z toho, jak si v mé ambulanci pečlivě srovnala oblečení a byla ukázněná, kdy se tato změna kladně projevila i na jejím fyzickém stavu.“

Od symptomu k příčině aneb Funkční patologie hybné soustavy

Třetí obtížně sjízdnou cestou je ta, po níž rehabilitační lékař dospěje od symptomu k příčině bolesti. U klasiků rehabilitace u nás, prof. Karla Lewita, prof. Vladimíra Jandy a doc. Františka Věleho, si doc. Tošnerová



Doc. Tošnerová velmi často přednáší na odborných akcích.

osvojila koncept „funkční patologie hybné soustavy“. Prvním krokem je „prodiagnostikovat se“ od lokálního projevu, jímž je bolest, k dysfunkčnímu řetězci, který se většinou nachází jinde, než kde to bolí. Dále je třeba patogenetický článek porušené funkce opravit, jak nejlépe aktuálními funkčními technikami lze, pak pacienta naučit jednoduché techniky, aby se dokázal ošetřovat sám, a opravit celý program cvičením, hlavně aktivizací svalové soustavy.

„U každého pacienta sice fungují podobné principy, avšak výsledek je vždycky individuální. Jedna z mých posledních pacientek trénuje malé tenisty, cvičí, je na tom svalově dobře a jako každý má určité individuální odlišnosti v držení těla – bolest pociťovala vedle bederní páteře. Dříve u takových nálezů dominovaly „plotýnkové“ názory, avšak hernie disku jako původce bolesti v této oblasti figuruje tak z 10–20 %. Moje pacientka měla zablokované sakroiliakální skloubení, blokády se v této lokalitě tvoří často, a měla také často frekventovanou rotační poruchu trupu. Při rotačních nekoordinovaných pohybech nebo přetížení může docházet k dysfunkci a vytváří se bolestivý řetězec svalových spasmů, přilnou fascie jako reflexní změny, což všechno lze vyšetřit, když pečlivě projdu pacientovy svalové spouštěvé body pohmatem, podívám se na statiku, např. držení pánve, držení ramen a dále dynamiku hybné soustavy – aktivní pohyb, pasivní pohyb a pohyb v segmentu páteře.

Nesmím také přehlédnout vyšetření chodidla. Jiná z mých pacientek měla zablokované chodidlo, zapříčinily to špatné boty, což se ukázalo až po jejím důkladném vyzpovídání, kdy jsem zjistila, co bylo na samém počátku jeho problému,“ popisuje základnosti diagnostikování doc. Tošnerová.

V terapii prvně zmíněné pacientky dominovalo uvolňování mobilizací drobných kloubů nohy, metoda postizometrické relaxace (PIR). Následně ještě byly zjištěny zkrácené flexory kyčlí, což pacientka považovala mylně za hyperlordózu. Paní docentka jí sestavila individuální cvičební jednotku na uvedené svaly, na jejich uvolnění metodou PIR a aktivizaci. Pro přesné provedení byla nutná asistovaná fyzioterapie vedená zkušenými fyzioterapeutkami.

Rehabilitace a MD injekce

Před několika lety se doc. Tošnerová dozvěděla o existenci kolagenových MD injekcí. Její komplexní pohled na hybnou soustavu ji však vedl k jistě skepti ohledně jejich potenciálu. „Dva roky jsem je vnímala tak, že do mého diagnosticko-terapeutického komplexu nezapadají. Když jsem například vi-

děla dělení na hip, knee či lumbar, říkala jsem si: Vždyť v organismu přece všechno souvisí se vším, tak proč taková detailizace,“ říká a dodává: „Vždy si však ponechávám otevřenou mysl a na základě znalosti významu pojivových tkání jsem se zúčastnila školení o MD injekcích, kde jsem se pro bolest pravé kyčle s artrózou III. st. stala dobrovolným modelem. Po ošetření z ruky dr. Hany Jarošové se mi opravdu ulevilo, přesto pokročilá artróza za čas skončila endoprotézou. Avšak i přechodná úleva mě oslovila. Prostudovala jsem si materiály, připustila, že za MD injekcemi je opravdu kvalitní vědecký výzkum a rozhodla se je vyzkoušet také u pacientů.“

Dnes má za sebou stovky aplikací a některé z nedávné doby, kde byl efekt přímo viditelný, sama představí: „Byla u mě spolužačka ze základní školy, je velmi čilá, ráda plete a háčkuje. Měla deformované malé klouby rukou a prstů, byly oteklé a zarudlé. Aplikovala jsem **MD-Tissue** v kombinaci s **MD-Matrix** k bolestivým bodům a už po první aplikaci byla patrná určitá úleva, po druhé také a po čtvrté aplikaci postižená místa oplaskla a zarudnutí zmizelo. Podotýkám, že revmatismus neměla. Na rukou a nohou mohou být výsledky zjevné, protože je zde méně měkké tkáně. A když klouby navíc myoskeletálně a fyzioterapeuticky ovlivníme, výsledek se dostaví. Podobně jsem pomohla kolegyni lékařce, která měla něco obdobného na noze z nošení špatné obuvi.

Další případ – starší paní, která cvičí, protože bývala obézní a shodila dosti kilogramů již před lety, přetížila však tenzor fasciae latae a tak jí to bolelo, že kulhala. Napíchala jsem jí do přesně identifikovaných bolestivých spouštěvých bodů tři ampule **MD-Tissue**, aby se celý trakt posílil. Za týden přišla na druhou návštěvu, prohmatala jsem jí a většinu původních spouštěvých bodů už jsem nenašla, takže jsem jí aplikovala dvě ampule. Procesy, jež výrobce deklaruje, zjevně proběhly. Potřetí jsem jí aplikovala už pouze jednu ampuli vzhledem k počtu vymizelých spouštěvých bodů. Jako rehabilitační odborník však dodávám, že paní musíme naučit správně cvičit, aby zapojovala hýžďové svalstvo v požadovaném sledu a gluteus medius, který unožuje dolní končetinu, zapojovala tak, že to bude dělat svalem a ne šlachou.



V roce 2015 paní docentka obdržela Cenu prezidenta ČLK za mimořádný přínos v oblasti celoživotního vzdělávání lékařů.

Abych nemluvila jen o ženách, léčila jsem nedávno mladého fotbalistu Bayernu Mnichov, českého mladého muže, který měl jizvu po operaci ligamentum patellae kolene. U něj se po kombinaci systémových přípravků Guna MD dostavil doslova fenomenální výsledek, který byl zjevný. Jizva se oploštila, zbledla, nebolela a nebránila pohybu. Opět se ukázalo, že kde je ošetřované místo blízko povrchu a je i vidět, je léčba těmito přípravky přesvědčivá.“

Jestliže MD injekce do konceptu paní docentky nakonec zapadly, znamená to, že se doplňují s myoskeletální medicínou a fyzioterapií. Velmi často totiž pacient kvůli postižení začne např. kulhat, díky čemuž si tělo automaticky vytvoří jiný pohybový program. Rehabilitace a cvičení pak slouží k návratu k původnímu, zdravému pohybovému programu, kdy se pacientovi navíc dostane edukace o správné pohybové prevenci.

Oba přístupy, MD injekce i reflexní terapie, jež zahrnuje myoskeletální medicínu, fyzioterapii a fyzikální léčbu, mají podle paní docentky jeden společný rys: „K úlevě nedochází ihned – být může –, ale většinou v řádu dnů či týdnů, kdy pacient dělal všechno možné: použil antiflogistické masti a gely, analgetickou medikamentózní terapii, absolvoval klidový úlevový režim, kdy bolavou partii těla nezatežoval a absolvoval funkční diagnostiku a terapii porušené funkce, fyzioterapii a aktivaci hybného systému. Jestliže se úleva nakonec dostavila, někdy těžko usoudit díky čemu. Jako lékařka, navíc v akademické funkci, zachovávám určitou zdrženlivost, pokud jde o hodnocení klinického efektu léčby všemi výše uvedenými metodami. Standardní medicína zde pak postrádá něco bezprostředního, na základě čeho by bylo možno říci: ano, tohle klinicky zabralo. Máme sice k dispozici vizuální analogickou škálu bolesti (VAS), avšak bolest je pro standardní medicínu subjektivní pocit.“

Když je lékař trochu vizionář...

Nejdůležitější impuls, proč doc. Tošnerová zařadila MD injekce do svého terapeutického instrumentária, však nebyl její bolavý kloub,



Doc. Tošnerová při vyšetřování krční páteře.



Paní docentka v roli promotorky na LF UK v Hradci Králové.

ale skutečnost, že reprezentují tzv. fyziologickou regulační medicínu (FRM). „Když je člověk alespoň trochu vizionář, tak na tohle slyší. Zde by opravdu mohla ležet budoucnost medicíny jako celku, protože standardní medicína se dnes v některých oblastech, především pokud jde o léčbu chronicit, nachází ve slepé uličce,“ říká.

Jako rehabilitační lékařka a odbornice v myoskeletální medicíně s původní atestací z pediatrie a následnou atestací z Fyziatrie, balneologie a léčebné rehabilitace citlivě vnímá, že v podstatě veškerá moderní léčiva mají nežádoucí účinky a že jejich dlouhodobé užívání může vést k alergizaci organismu a v případě antibiotik k rezistenci; v rámci znalosti funkce a její poruchy v oblasti hybného systému se kloní k neinvazivním metodám a vítá, že přípravky FRM obsahují biogenní látky, nevykazují nežádoucí účinky, nevyvolávají alergické reakce, neinterferují s jinými léčivy a že tkáň není jako např. při dlouhodobém podávání mezokainu či kortikoidů, ale naopak reparují: „Nemohu jen tak přejít skutečnost, že se formuje medicína, která aktivuje v těle procesy, díky nimž si organismus spouští hojivé procesy sám.“

Středobodem FRM je směřování k homeostáze, dynamické rovnováze nezbytné ke správné funkci buněk a orgánů. Proto je její součástí antioxidační program, spočívající v podávání vitamínu C, jednak v podobě intravenózní aplikace vysokých dávek, jednak ve formě perorálního užívání jeho lipozomální formy, u níž se prokázalo 3,5krát vyšší vstřebávání oproti formám běžným. Nelze také opominout fakt, že vitamin C je významný kofaktor syntézy kolagenu. „Vyzkoušela jsem tuto modalitu u rodinného příslušníka, jehož zdravotní stav se poté výrazně zlepšil a sledovaná laboratorní hodnota patologického procesu se snížila. Shrnuji, že v mém případě je tato terapie kompatibilní s mými výše popsanými znalostmi a dovednostmi. A jak říkával pan profesor Lewit: Už to, že se pacient zlepšil, je minimal evidence based medicine,“ uzavírá doc. Vlasta Tošnerová.

PhDr. Pavel Taněv