

# Účinnost kolagenových injekcí jsem si ověřil na sobě samém

*„V ortopedii jsem byl vždycky trochu neortodoxní. Ač jsem dlouhá léta choďoval operovat, zároveň využívám manuální medicínu. I s její pomocí jsem nezářka míval poloviční lékové náklady, než byl běžný průměr,“ říká MUDr. Karel Srch, ambulantní specialista z Roudnice nad Labem. Právě vytrvalá snaha o co největší prospěch pacienta jej přivedla k MD kolagenovým injekcím.*

## Pane doktore, co všechno formovalo vaše rozhodnutí dát se na medicínu a pak na ortopedii?

Jako kluka mě fascinovala vůně lyzolu a kresolu, lékařské prostředí mě ohromně přitahovalo. Když jsem přišel od zubaře, místo abych ještě polykal slizky, sedl jsem ke stolu a nakreslil zubolékařské křeslo a vrtačky. Navíc jsem měl rád přírodu a zvířata, ale nakonec zvítězila humánní medicína a potkalo mě štěstí být přijat ke studiu na FVL UK v Praze.

## Rodinné poměry do vašeho rozhodování nevstoupily?

Vstoupily. Dědeček, který se na Podřipsko přistěhoval po 1. světové válce, vybudoval v Roudnici velkoobchod se zemědělskými plodinami a můj tatínek s ním po maturitě pracoval až do jara 1948, kdy byla dědečkova živnost znárodněna. Druhý dědeček, původem z Moravy, italský legionář a major čs. armády, který se notabene oženil s Němkou, byl po „vítězném únoru“ z armády jako prvorepublikový živel vyhozen. Právě kvůli špatnému kádrovému původu mi rodiče vždycky říkali, že kdyby mě na školu nevzali, musím umět uživit se rukama. Díky tatínkovi jsem ovládl základy několika řemesel – malování, zedničinu, opravářství všeho druhu, truhlářinu – a právě zručnost v zacházení s nářadím, dláty, pilami a kladivy, mě nasměrovala k ortopedii. Na studiích jsem od 4. ročníku docházel jedenkrát týdně na nově otevřenou ortopedickou kliniku na Bulovce, kterou vybudoval prof. Slavík.

## Takže se nakonec vše v dobré obrátilo?

To zdaleka ne. Se závěrem mých studií opět došlo na kádrování a bylo mi řečeno, že obor ortopedie se mi otevře, pouze když budu celoživotně pracovat v ambulanci a lůžkovým zařízením se zdaleka vyhnu. Do Krajské nemocnice v Ústí nad Labem jsem se tak dostal pouze v rámci atestační přípravy, druhou atestaci z ortopedie mi několik let nechtěli v OÚNZ povolit s odůvodněním, že ji v ambulanci nebudu potřebovat. Jedině kvůli mé neústupnosti a naznačování, že bych mohl dát výpověď, mi ji nakonec povolili, a tak jsem ji mohl složit rok po revoluci. V roce 1984 jsem si navíc vymínil, že budu jednou týdně operovat, abych si od ambulantní rutiny trochu odpočinul, a hlavně neztratil kontakt s operativou. Ovšem v roce 2006 jsem prodělal operaci krční páteře a skončilo to spondylodézou C5-7. Po operaci jsem s operativou pokračoval ještě 10 let, ale s dovršením šedesátky a



MUDr. Karel Srch

stále častěji se ozývající krční páteři jsem se rozhodl, ač velice nerad, s operováním skončit. Přinášelo mi radost, být za symbolickou odměnu. Kdysi mi jeden z pacientů předhodil, jak si my lékaři na operacích nahrabeme. Tak jsem nelenil, ze šanonu vyndal platový výměr, kde černé na bílém stálo 129,- Kč za hodinu. Omluvil se mi a uznal, že jako řemeslník by za takovou „operační taxu“ nepracoval.

## Vaše řemeslo se bez citové vazby určitě dělat nedá...

Na ortopedii mě fascinuje, že sahá od „kolébky až po hrob“, takže jsem ji v ambulantní podobě přijal jako svůj osud. V oboru jsem 37 let, a když přicházejí maminky s dětmi a vzpomínají, že ke mně chodily jako malé s plochonožím, se skoliózou nebo s kyčlemi, což vědí od maminky, a ta přece ke mně taky chodí, anebo jsem ji dokonce operoval, tak si uvědomuji, jak rychle ten čas ubíhá. Člověk je v malém městě, jako je Roudnice, trochu pod drobnohledem a to ho nutí nic nezanedbávat, ani odborně, ani lidsky. Když už jsem se musel smířit s tím, že nezůstanu na lůžkovém oddělení, tak jsem začal dělat ambulantní ortopedii v plně šíři, což mě přivedlo do vod rehabilitačních a protetických. Od začátku privátní praxe ke mně každé dva týdny přijíždí protetický technik se zaměřením na podologii, což si pochvalují pacienti, kteří nemusí za protetikem do Prahy či Ústí. Ale zpět k ortopedii. Domnívám se, že ortopedi mají především vztah ke kloubům a kostem, takže v mých začátcích mi vadil laxní přístup nemalé části ortopedů k vyšetření páteře, nebo aspoň tak jsem to vnímal. Bolesti páteře jsou totiž do určité míry mezioborové, zabývá se jimi rehabilitace, neurologie a ortopedie, je tu ještě samozřejmě spondylochirurgie, ale to už je zcela jiná kapitola.

Myslím si, že každý ambulantní ortoped, zvláště pokud vyšetřuje dětské kyčle, by dnes měl mít „povinně“ ultrazvuk. A i když kyčle nevyšetřuje, měl by jej mít na vyšetření měkkých tkání. Na ramenní klouby, např. při poškození rotátorové manžety, je úplně ideální, nebo mám-li u obézního pacienta podezření na Bakerovu pseudocystu v zákolení, pak při punkci, díky kontrole ultrazvuku, jdu jehlou najisto.

#### Vy jste se na problematiku páteře zaměřil?

Ano, neuspokojovalo mě takové to „předkloňte se, zakloňte se, diagnóza: vertebrogenní syndrom, dáme NSA, eventuálně myorelaxancia a zajděte si na masáže“. Začal jsem se proto věnovat manuální medicíně, prošel jsem kursy prof. Karla Lewita a doc. Evy Rychlíkové, abych se pořádně naučil vyšetřovat páteř do segmentu a dívat se na rentgenové snímky trochu jiným způsobem a samozřejmě abych se naučil mobilizovat a ma-

nipulovat jak páteř, tak klouby a teprve pak sahal k léčbě obstrůky, někdy už zbytečné.

#### Je krom manuální medicíny ještě něco, bez čeho je pro vás praxe ambulantního ortopeda nemyslitelná?

Ultrazvuk. Roku 1993, když jsem se rozhodl pro privátní praxi, to byla moje první velká investice, dnes už mám třetí přístroj. Tenkrát jsem byl na okrese první, kdo začal s ultrazvukovým vyšetřením dětských kyčlí. Dnes by to už měla být úplná samozřejmost, ale bohužel ještě existují místa, kde dodnes vyšetřují novorozenecké kyčle rentgenem. Myslím si, že každý ambulantní ortoped, zvláště pokud vyšetřuje dětské kyčle, by dnes měl mít „povinně“ ultrazvuk. A i když kyčle nevyšetřuje, měl by jej mít na vyšetření měkkých tkání. Na ramenní klouby, např. při poškození rotátorové manžety, je úplně ideální, nebo mám-li u obézního pacienta podezření na Bakerovu pseudocystu v zákolení, pak při punkci, díky kontrole ultrazvuku, jdu jehlou najisto.

#### Jde čistě o diagnostiku?

Ano, třeba dětská kyčel se vyvíjí ještě po narození a ultrazvuk krásně ukazuje, co rentgen ukázat nemůže – chrupavčité labrum, a navíc je rentgen pro dětský organismus zbytečně zatěžující. Výborným pomocníkem je i u starších dětí s bolestmi kyčelního kloubu, kdy jde většinou o synovialitidu, a netřeba kvůli přechodnému výpotku hned provádět rtg vyšetření. Dále třeba u syndromu bolestivého ramena vidíme náplň subakromiální bursy, nebo rupturu supraspinatu atd. Platí to i pro achillovku a další měkké tkáně. Bez ultrazvuku si dnes ortopedii nedovedu představit, stejně jako si ji nedovedu představit bez manuální medicíny, protože často stačí malinko.



Operování bylo pro dr. Srcha zpestřením ambulantní rutiny.



*Při návštěvě USA v květnu 2016 se s manželkou podívali také do New York City.*

### Dejte mi příklad...

Vezměme třeba loket – tenisový nebo oštěpařský. Běžná rutina je obstříknout a hotovo. Když jsem více pronikl do rehabilitace, hlavně lewitovské školy, zjistil jsem, že ne každý tenisový loket je skutečně „tenisový“. Stačí se podívat na krční páteř, protože může jít o bolest do lokte přenesenou. Když pak krční páteř uvolním, bolesti jsou najednou poloviční.

### To je vysoká účinnost...

Zkrátka ne na všechno dávám léky, vždycky jsem byl v ortopedii, řekněme, trochu neortodoxní. Ač jsem chodil operovat, udivoval jsem některé kolegy tím, že dělám manuální medicínu. Pak je zde ještě jedna věc – když jsem měl před nějakým časem na kontrole revizního lékaře a bylo jasné, že je vše v pořádku, položil mi otázku, proč mám poloviční lékové náklady než ostatní kolegové. Je to dobře nebo špatně? položil jsem protiotázku, na niž mi neodpověděl. Tak jsem mu řekl, že mám pocit, že pacienti toho dostávají už tak dost, a když jim např. uvolním krční nebo bederní páteř a udělám cílený obstřík, tak proč bych jim předepisoval antirevmatikum a ještě v kombinaci s myorelaxantem, což je taková klasika, ovšem z valné části zbytečná.

### Přístupujete-li k ortopedickým obtížím komplexně, co všechno to konkrétně znamená?

Udělám klinické vyšetření, k němuž většinou nedílně patří rentgenové vyšetření. Pokud usoudím, že to přispěje k upřesnění diagnózy, přistoupím i k vyšetření ultrazvukovému. Protože musím dát dohromady obraz z klinického vyšetření a ze zobrazovací metody, je pro mě nemyslitelné, abych dostal do ruky pouze popis snímku. Vždy chci vidět snímek pacientů, kteří byli vyšetřeni někde jinde. Dnes v době digitálních snímků není problém s elektronickým přeposláním nebo vypálením na CD. Ale jsou samozřejmě místa, kde se dosud zhotovují klasické snímky, takže se někdy musím spokojit s pouhým popisem. Vždy se snažím dopátrat příčiny potíží. A pak přichází čas na manuální medicínu nebo reflexní léčbu a také to, co máme jako ortopedi asi

nejraději, injekční aplikace do kloubu. Ovšem jde o to, co do něj podávat. Dlouhá léta to byly na prvním místě kortikoidy. Jeden extrém byli lékaři, kteří by kortikoid do kloubu nepíchli za nic na světě, druhý lékaři, kteří je do kloubu píchali o sto šest. Otázka je, jak vybalancovat, kdy kortikoid ano a kdy ne. Zdá se mi, že kortikoidy, podobně jako antibiotika, jsou leckdy podávány zbytečně. Kortikoidy v kombinaci s anestetikem se v ortopedii užívají řadu desetiletí a mám pocit, že tomu bude ještě hodně dlouho, i když si myslím, že by to tak být nemuselo nebo někdy nemělo.

### Jaký je váš vztah k této lékové skupině?

Vždycky jsem se snažil nepoužívat kortikoid v extrémních dávkách. Když se na začátku 80. let začínalo s Kenalogem, panovalo nadšení, jak skvěle funguje. Aby ne, když byl několikanásobně silnější než předtím užívané kortikoidy, zpočátku však nikdo příliš nevnímal následky. Často jsme při operacích, hlavně kolenních kloubů, na vlastní oči viděli „efekty“ po přehnané aplikaci kortikoidů. Ale ta doba je snad za námi, aspoň doufám. Posléze Kenalog nahradily nové přípravky, Depo-Medrol, Diprophos a naposledy Trispan. Takže kortikoidy stále patří do výbavy ortopedické ambulace a ortopedi je aplikují včetně mě.

### Jak to?

Nic jiného nezbyvá v případech – a takových je dost –, že pacient vyžaduje rychlé řešení a nechce do sebe moc investovat. Na konci 80. let jsem proto jako náhradu zkoušel intraartikulárně Arterparon a Peroxinorm, nebo intramuskulárně aplikovaný Rumalon. Tyto injekce si pacienti často opatřovali v kapitalistické cizině, do Československa byly dováženy ve velmi omezeném množství. Jejich výroba skončila, protože nebyl prokázán účinek, ale pokud si dobře vzpomínám, mnoho pacientů bylo s touto terapií spokojeno. Pak už přišla na řadu kyselina hyaluronová, což byl pokrok v možnostech intraartikulární aplikace. Zpočátku byla tato léčba finančně nákladná, a dokonce byla schvalována revizním lékařem. To pominulo, i cena šla dolů. Ale i přes zlevnění jde pořád o drahou terapii, kterou si nedovolí každý. A pak přišla



platelet-rich plasma, terapie pro pacienta ještě nákladnější. Několik mých pacientů se rozhodlo ji podstoupit a na otázku, zda se jim uleví, jsem jim odpovídal, že zcela jistě se jim uleví finančně, jinak že nevim.

### Pak se však objevily MD kolagenové injekce...

Dozvěděl jsem se o nich v roce 2011, kdy mi přišla pozvánka, na níž se skvělo „fyziologická regulační medicína“. Šlo o jeden z prvních u nás pořádaných seminářů, pro mne jako ortopeda byl sice příliš internisticky zaměřený, ovšem princip dodání kolagenu se mi líbil. Jezdil jsem na další semináře, a když v roce 2013 přednášel dr. Meroni z Milána, ortoped, stejná krevní skupina jako já, z jehož prezentace bylo patrné, že píchá kolagen do kloubů, což mě nadchlo, tak jsem s MD injekcemi začal.

### Jak MD injekce přijali vaši pacienti?

Nakoupil jsem celé spektrum zhruba za 30 000 korun a nějakou dobu si zoufal, co s nimi budu dělat. Nemalou část mé klientely totiž tvoří místní zemědělci, kteří dřou na svých několika hektarech celý rok a volno mají pouze v období prosinec–leden. Přijdou, když je něco opravdu bolí, neobjednaní, a řeknou sestřičce: „Ať pan doktor se mnou honem něco udělá, protože musím zpátky na pole,“ na rehabilitace ani soustavnou terapii nemají čas. Chtějí okamžitou pomoc, a pokud možno, aby to nic nestálo. Ale to se netýká jen zemědělců. Když těmto našim Podřipanům musí sestřička někdy říct, že dnes už to vzhledem k množství objednaných nezládnou, často odvětví: „Zas tolik mě to nebolí, tak ať mi pan doktor napíše nějaký prášek.“ V hlavě mají stejně jako většina pacientů zahrnutý mentální stereotyp „píchnutí, bolest – doktor musí dát prášek“, sami však pro sebe nechtějí dělat nic.

### Co tyhle lidi nejčastěji trápí?

Většinou bolesti zad z fyzického přetížení – při funkčních poruchách, svalové dysbalanci, vadném držení těla. Většinou jsou celý den na nohách, v předklonu, manipulují s těžkými břemeny, a to za jakéhokoli počasí. Mám již vyzkoušené, že MD injekce na jejich obtíže skvěle zabírají, musejí ovšem chtít do sebe investovat. Mnozí šetří na vlastním zdraví, mají pocit, že nějaký ten prášek či obstřík to spraví. A nějaká změna životosprávy a cvičení, „to nemůžou“. A zhubnout? „Vždyť skoro nic nejím.“ Posléze, jak stárnou, přidává se artróza převážně nosných kloubů, degenerativní onemocnění páteře – spondylóza, osteochondrózy plotének, případně protruze a prolapsy – a pak leckdy nepomůže nic jiného než operační řešení.

### Takže jestli dobře rozumím, nakonec jste s MD kolagenovými injekcemi na Podřipsku uspěl...

Po obtížnějším začátku se první pacienti přece jen začali objevovat a s aplikacemi jsem také já začal nabývat zkušenosti. Zlomový pro mě byl případ pacienta, ročník 1961, s impingement syndromem pravého ramene. Tento muž v 17 letech utrpěl traumatickou amputaci levého předloktí a s takovýmto handicapem zvládá pracovat na plný úvazek jako svářeč. Jeho obtíže

začaly v roce 2010, léčba před příchodem do mé ambulance spočívala v podávání NSAIDs, fyzikální terapii a obstříchů. Provedl jsem ultrazvukové vyšetření s nálezem parciální ruptury m. supraspinatus, zkusil ještě naposledy obstřík a navrhnul jsem artroskopii, se kterou nakonec souhlasil. To bylo někdy v říjnu 2013. Při artroskopii byla zjištěna ruptura rotátorové manžety a chondropatie hlavičky humeru 2. st. Po operaci bolesti kloubu nepřestaly a hybnost kloubu se ještě zhoršila. V polovině listopadu 2013 jsem zahájil aplikace **MD-Shoulder** intraartikulárně a **MD-Muscle** periartikulárně jednou týdně a po třech týdnech pacient poprvé udával zlepšení. Od poloviny ledna 2014 frekvence terapie klesla na jednou za dva týdny, poslední aplikace proběhla v půlce února. Pacient byl bez bolesti a hybnost bez podstatného omezení. To mě nadchlo, ale předejte to pacientům!; teprve když si o tom začali říkat mezi sebou, ledy se hnuly a začali se na injekce sami ptát. Dnes neuplyne den, abychom MD injekce nepodávali. Dávám je i kolegům – zdejší dermatoložka trpí rhizartrózou palce a po sérii injekcí **MD-Small joints** je v pořádku.

### S jakým původním úmyslem jste si MD injekce pořizoval?

Nejlogičtější mi přišly velké klouby, kolena, ramena. Dlouho jsem se bránil páteři, epikondylitidám, protože mi přišlo logické, že MD injekce patří do kloubů. K periartikulární aplikaci a do měkkých tkání jsem byl dlouho skeptický. Pak jsem měl v ordinaci pacienty s dlouhodobými páteřními obtížemi, tak jsem si řekl, že když fungovala léčba obstřiky lokálními anestetiky, proč by nefungoval **MD-Neck**, **MD-Thoracic** a **MD-Lumbar**. Začal jsem MD injekce u páteřních indikací zkoušet a k mému překvapení to začalo fungovat.



Dr. Srch při samoaplikaci kolagenu do kotníku poškozeného těžkou distorzií.

### Která patientská skupina ve vašem regionu MD injekce vyhledává nejvíce?

Jde o seniory, kteří mají před sebou ještě kus života a říkají: „Nekoukejte na peníze, pane doktore, já si zaplatím, co chci. Nekouřím, nepiju, tohle si klidně dopřeju.“ Mám jednu paní, chodí už čtvrtým rokem, vždycky jaro–podzim, aplikujeme **MD-Knee** do kolen, pak má dlouhou pokoj; když se obtíže začnou znovu ozývat, zase kolena opíchne a paní je naprosto spokojená.

### To jsou ovšem lidé městští...

Mezi nimi mám naprosto bizarního pacienta, který peníze vůbec neřeší a chce jen to nejlepší. Trápí jej gonartróza 3. stupně, nejméně pět let mu navrhuji endoprotézu, ale protože ještě tuhle sezónu musí na lyže a tenisu se také nechce vzdát, tak brouzdá po internetu a vyzkoušel už vše, co je nejdražší: plazmu, kmenové buňky, nic nepomohlo. Nabízel jsem mu MD injekce, ale odmítl je, protože mu přijdou příliš levné! Endoprotézy ho stejně neminou, čehož si je dobře vědom. Jsou horší pacienti.

### Jací například?

Za prvé "prudiči", jimž nic moc není a s nimiž se musí zacházet v rukavičkách, protože k žalobě dnes není daleko. Jednu takovou pacientku pamatuji ještě jako mladou pohlednou dívku, která se nyní, ve 42 letech, vykrmila na nějakých 105 kilo. Bolí ji záda a chce dostat invalidní důchod. Říkám jí: Vám ale nic není, na rtg páteře není žádný nálezný, potřebujete shodit, cvičit, posílit svaly a zlepšit držení těla. Nedávno přišla, že potřebuje CT navigovaný obřík páteře, protože jí někdo v Praze – kdo, to neřekla – sdělil, že má vyhřezlou plotýnku. Tak jí říkám, že takhle to nefunguje. Vyšetřil jsem ji, klinicky nic, co by svědčilo pro výhřez. Nakonec si vyzdorovala CT, kde se samozřejmě opět nic neprokázalo. Odcházela s tím, že si CT-PRT (periradikulární obřík pod CT kontrolou) stejně někde v Praze zařídí. Vzpomínám na doby, kdy pacient byl pacientem a měl důvěru ke svému lékaři. Od doby, co se z pacienta stal klient, člověk musí vážit každé slovo, protože mnozí přicházejí s jasnou diagnózou a návrhem léčby, což si „vygooglil“ nebo „nasdíleli“ na sociálních sítích. Pak jsou notoričtí „nefachčenkové“, kteří jsou cíleně nemocní a chtějí hlavně invalidní důchod. Když jim nevyhovím já, zkoušejí to jinde. A co je dnes opravdu problém – obezita! Vždycky byli u nás lidé silnější, ale od poloviny 90. let už nemáme jen lidi s nadváhou, ale jsou extrémně, nebo spíše monstrózně obézní. Dřív mi v ordinaci stačila váha do 120 kilo, dnes musím mít do dvou set, 185kilový jedinec není žádná výjimka. Mám v péči jedno dítě – stále ještě 13leté, na podzim loňského roku s hmotností 127 kg, na jaře 138 kg. Jeho maminka váží 159 kg při 150 cm. Všem těmto lidem je společné, že nejsou ochotni cokoli dělat pro své zdraví.

### Před chvílí jste zmínil, že jste dlouho váhal s periartikulárními aplikacemi...

To bylo v období 2013–2015, kdy jsem nevěřil v jiné aplikační možnosti, než jsou intraartikulární. Pak jsem však navštívil další semináře s dr. Meronim, kde prezentoval periartikulární opichy, tak jsem si řekl, že to musím zkusit. Měl jsem zde paní, revmaticku, s bolestivým ramenem. Aplikoval jsem dvě injekce **MD-Shoulder** do kloubu, pak třetí, a úleva stále nepřicházela. Tak jsem zkusil periartikulární opich, přišla za týden s tím, že stav se výrazně zlepšil. Pokračovali

jsme v tom do celkového počtu 10 injekcí a výsledek byl skvělý. Začal jsem tedy kombinovat aplikace, kdy např. u kolen podám dvě injekce intraartikulárně a zbytek, čtyři, pět či šest – kolik je třeba – dám periartikulárně. Ideální je tato strategie u Achillovy šlachy, kde se kortikoidy vůbec neosvědčily. Vyzkoušel jsem peritendinózní aplikaci **MD-Tissue** a **MD-Small** joints už u spousty achillovek a efekt je skvělý. Momentálně si **MD-Tissue** aplikuji k vlastnímu tenisovému loktu, který jsem si „vyrobil“ při úklidu zahrady po zimě.

K periartikulární aplikaci a do měkkých tkání jsem byl dlouho skeptický. Pak jsem měl v ordinaci pacienty s dlouhodobými páteřními obtížemi, tak jsem si řekl, že když fungovala léčba obříky lokálními anestetiky, proč by nefungoval **MD-Neck**, **MD-Thoracic** a **MD-Lumbar**. Začal jsem MD injekce u páteřních indikací zkoušet a k mému překvapení to začalo fungovat.

### To je vaše první MD samoléčba?

Kdepak, v roce 2016 jsem si v USA pořídil těžkou distorzi kotníku. Týden jsem bandážoval, večer v každém motelu ledoval a pořídil si hůl. Avšak nejhorší byl zpáteční 14hodinový let, kdy jsem měl dojem, že už nedoletím, protože mám trombózu, „naštěstí“ to byl rozsáhlý lymfedém. Dva týdny po návratu domů byl seminář v Litoměřicích s dr. Meronim, s nímž jsem věc zkonultoval, ještě jsem měl výrazný otok a rozsáhlý hematoma. První injekci **MD-Small joints** jsem dostal hned tam, další obříky jsem si už dělal sám, vnitřní kotník já, zevní manželka, do dvou měsíců bylo po problému. Nyní si vždycky tak po dvou třech měsících, když se kotník, v němž mám navíc artrózu, ozývá, připíchnu kolagen. Mám-li s ním i osobní zkušenost, placebo efekt je tedy u mne vyloučen. Co mne těší, je, když lidi přicházejí znovu a řeknou si o další kúru.

### Uvedete nějaký příklad?

Chodí ke mně dvě adeptky endoprotézy kyčelního kloubu, první je gracilní a hyperaktivní paní učitelka, která má v jedné kyčli druhý stupeň poškození, ve druhé trojku. Začali jsme loni v lednu, pak přišla na podzim, nyní na jaře chodí už na třetí sérii, je s výsledkem zcela spokojená a chce to bez operace dotáhnout do důchodu. Druhá paní, 66letá, se už dopracovala 4. stupně koxarthrózy a snad na podzim se dočká endoprotézy. Chodila loni, nyní přišla, že se kyčel opět zřetelně ozývá. I s takovýmto stupněm koxarthrózy to kupodivu funguje. Byť zcela bez bolestí není, cítí velmi pozitivní efekt aplikace **MD-Hip**.

### Přidáváte pacientům vitamin C, významný kofaktor tvorby kolagenu?

Doporučuji jim vždy **Lipo-C-Askor**. Babičky, které jsou samy a jež už nikdo nevysává finančně, jsou nejlepší pacienti, dopřejí si z důchodu kolagen i vitamin C, jež jsme s manželkou vyzkoušeli i na sobě. Dáváme

si navíc infuze na podzim a funguje to bezvadně. Také infuze pacientům doporučuji, a pokud se pro ně rozhodnou, posílám je ke kolegovi chirurgovi, který je na infuzní podávání vybaven.

### Co je vaše nejčastější indikace k aplikaci MD injekcí?

Nejvíce koleno, na druhém místě rameno a kyčle, pak malé klouby, kde mám velmi dobré zkušenosti u revmatoidních obtíží. Díky „collagen delivery systému“ aplikuji **MD-Small joints** do meziprstních řas, jak u revmatického, tak artrotického postižení. S velice dobrým efektem jsem se opakovaně setkal u rhizartrózy. U jedné pacientky se synovitiidou distálního mezičlankového kloubu stačila minimální dávka intraartikulárně a zbytek do meziprstních řas, výsledek si paní velice pochvalovala. Mám zde čerstvě doléčenou 28letou paní doktorku zubařku, je na mateřské, dosud kojí a jednou týdně, aby si udržela návyky, chodí ke křeslu. Postihl ji zánět šlach, morbus de Quervain. Nabídl jsem jí kolagen nebo nějaké přírodní mazání, kortikoid jsem odmítl podat. Zvolila kolagen, mezitím se objevil tentýž problém i na druhé ruce, tak jsme oboustranně napíchlali **MD-Tissue**, je velice spokojená, bolesti odezněly. Ptala se mě, co dál, tak jsem jí řekl, že až se šlachy ozvou, necht' se ozve i ona, připícheme další dávku. Poslední, k čemu jsem přistoupil, je syndrom karpálního tunelu. Přišel ke mně známý zedník – mistr svého oboru, který je na roztrhání, takže celý rok tvrdě pracuje. Je však ve svých 42 letech osvícený a dbá na celkovou životosprávu, takže si od poloviny prosince do konce ledna vždy udělá šest týdnů dovolenou. Aplikoval jsem mu do obou karpálních tunelů **MD-Neural** a sám jsem byl překvapen vynikajícím výsledkem.

### Zlomila počáteční nedůvěru místních lidí jen sdělená dobrá zkušenost?

Nejen ta. Když jsem zpočátku pacientům dával do ruky letáčky o MD injekcích, doma je někam založili a zapomněli na ně. Časem mi došlo, že nejlepší je, když se ptají pacienti sami a sami se pro kúru rozhodují. Mám v tom skvělého pomocníka – sestřičku a manželku v jedné osobě, která vládne v místnosti vedle. Do čekárny jsme viditelně vyvěsili plakáty o MD injekcích, takže si je tam přečtou a mezi sebou zkonzultují. Pak vejdou k manželce, kde se na injekce zeptají, ona jim doplní informace a oni jsou rádi, že si popovídali. Další skvělý pomocník je můj přítel, v Roudnici působící fyzioterapeut, dříve masér národního basketbalového týmu. Přistoupil na můj návrh, že si k sobě vyvěsí informační plakáty, takže lidé od něj přicházejí ke mně s tím, zda by MD injekce byly pro ně vhodné. Tak se o nich pobavíme, řeknu jim, ať si to nechají projít hlavou a dám jim do ruky leták. Nejednou řekne: Proč mi to nepíchnete rovnou? Nikdy netlačím na pilu a spoléhám na spolupráci s pacientem, která je nesmírně důležitá – vysvětlím, co od MD injekcí mohou očekávat a co ne, zmíním, že jsem u nich nezaznamenal žádné alergické či nežádoucí projevy. Některým pacientům je rozmluvím, protože jsou jasnými adepty operačního výkonu a považoval bych za neseriózní jim slibovat efekt, který se nemůže dostavit.

### Jak jsou pacienti s MD injekcemi spokojeni?

S klidným svědomím mohu prohlásit, že více než 90 % lidí je spokojeno. Mám paní, jíž jsem aplikoval **MD-Small joints** do bolestivého přednoží. Byla asi dva roky po osteotomii metatarsů, přišla s rigidním halluxem a o injekce si řekla sama, že je chce jen zkusit a ví, že operace ji stejně nemine. Kýžený efekt skutečně nenastal.

Chodí však také s kolenem a u něj si **MD-Knee** nemůže vynachválit. Pak mám jednu pacientku s roztroušenou sklerózou, která chodila jen s pomocí chodítka, bolely ji záda a u ní jsem byl absolutně skeptický. Výsledek byl po aplikaci **MD-Lumbar** tak pronikavý, že asi po 4. aplikaci přišla s tím, že si na mě musí stěžovat. Ptám se proč. „Rozbolel mě kvůli vám kotník, protože jsem začala víc chodit a stát u plotny,“ zněla odpověď.

### Vidím, že si s pacienty docela užijete...

S pacienty tohoto ražení je dobré pořízení, mám však pocit, že jaksi ubývají. Kdysi, v době dávno před internetem, jsem jedné paní napsal diagnózu „digitus II. malleus“. Paní přišla domů, vzala encyklopedii, našla si, co je digitus a co malleus, za dvě hodiny byla zpátky a povídá: „Pane doktore, že prst mám, to vím, ale jak jste přišel na to, že mám vozňivku?“ Říkám, jakou vozňivku? „Píšete tady digitus malleus.“ „Paní, to je kladívkový prst, jinak samozřejmě vím, že malleus je vozňivka, ale tu mívají koně, a to vy nejste.“ Lidi byli vždycky zvědaví, ale dnes, kdy vládne doktor Google, jde o extrém, kdy už kolikrát přijdou rovnou s „home made“ diagnózou. Nedávno přišla paní, která na mě vyjela: „Potřebuju, abyste mi napsal renesanci.“ „Ne, to vám nemůžu napsat.“ „Tak vy mi tu renesanci fakt nenapíšete?!“ „Ne, tu renesanci vám nenapíšu.“ „Opravdu ne?!“ „Fakt vám ji nenapíšu. Vy asi myslíte rezonanci, že? Ani tu vám nenapíšu, protože jste ještě nebyla vůbec vyšetřena.“ Tohle byl výsledek jinak možná záslužné televizní osvěty, kdy chtějí něco, co vůbec nepotřebují. Stává se, že přijdou takovíhle tři v jeden den, a pokud možno hned po sobě, říkám tomu „spolčená hlupců“ podle slavného amerického románu. A pak je skupina klientů, po kterých je nutná „sanitární přestávka“. Na druhou stranu radost mi dělají babičky, o nichž jsem mluvil, které si na návštěvu pana doktora pořídí nové prádlo, což se pozná podle toho, že z něj zapomněly sundat cenovku, jak už hůř vidí...

Rozhovor vedl PhDr. Pavel Taněv

## MUDR. KAREL SRCH

Narodil se roku 1956 v Roudnici nad Labem, medicínu vystudoval na FVL UK v Praze (1975–1981). Do první atestace z ortopedie (1984) pracoval na ortopedickém oddělení Krajské nemocnice v Ústí nad Labem, poté začal působit jako ambulantní specialista v Litoměřicích a Lovosicích.

V roce 1990 složil druhou atestaci z ortopedie a převzal ortopedickou ambulanci také v Roudnici n. L., již o tři roky později zprivatizoval. Významnými součástmi jeho praxe je široké využívání postupů manuální medicíny a ultrasonografie dětských kyčlí a měkkých tkání. Věnoval se dlouho také operativě – do roku 1990 1krát týdně v Krajské nemocnici v Ústí n. L., poté na chirurgii v Podřipské nemocnici v Roudnici n. L. a od otevření ortopedie v Městské nemocnici Litoměřicích zde zprvu operoval nepravidelně, od r. 2002 pak v rámci úvazku 0,2. Skalpel ze zdravotních důvodů definitivně odložil v roce 2016.

Je ženatý a má dva dospělé syny. K jeho zálibám patří cestování, fotografování, video, knihy a hudba.