

# Profil neurologických pacientů s bolestí se výrazně mění

**MUDr. Jaroslav Lněnička**  
neurolog, Brno

*V populaci rozvinutých zemí klesá následkem negativně působících faktorů životosprávy a životního prostředí výkonnost imunitního systému, ale i dalších systémů, například kardiovaskulárního a pohybového. S tím souvisí skutečnost, že velké množství lidí trpí zdravotními problémy, z nichž některé mají hraniční charakter a běžná diagnostika často nic neodhalí. Přesto mají tyto lidé zdravotní obtíže, například trpí bolestmi pohybového aparátu a měli by být léčeni. Otázka je jak, říká brněnský neurolog MUDr. Jaroslav Lněnička. Podle něj je v klasické léčbě bolesti mezera, kterou je možno vhodně zaplnit kolagenovými MD injekcemi.*

**Pane doktore, než jste se stal ambulantním specialistou, působil jste jako vědecký pracovník ve Výzkumném ústavu pediatrickém. Čím vším jste se v něm zabýval?**

Podílel jsem se jako neurolog na výzkumu, diagnostice a terapii vrozených metabolických vad, především fenylketonurie. Mojí poslední prací bylo jiné téma – studie hodnotící výsledky léčby metodou prof. Václava Vojty u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Když totiž prof. Vojta se svou metodou začal objíždět svět, narazil na výrazný handicap, protože neměl studii prokazující účinnost své léčebné metody, které se také říká reflexní lokomoce. Já jsem tehdy měl možnost zažádat o grant, tak jsme se dohodli, že v jeho rámci takovou studii zpracuji. Výzkum prokázal, že Vojtova metoda je účinnější než ostatní metody, avšak pouze u závažných poškození mozku, z nichž by se vždy rozvinul těžký motorický deficit. Jde o poruchy způsobené závažným poškozením centrální nervové soustavy (CNS) v období, kdy se mozek teprve vyvíjí. Tam ostatní metody selhávají, protože jsou založeny na zdokonalování korových mechanismů, kdežto Vojtova metoda působí už na podkorové oblasti a rozšiřuje tak možnosti plasticity CNS. Dnes se Vojtovou metodou léčí kdeco, ale u lehčích motorických poruch jsem neprokázal, že by tato poměrně náročná a silně dráždivá léčebná metoda byla účinnější než ostatní postupy v rehabilitaci dětských pacientů s poruchami motoriky.

**Jaké to bylo, přejít z vědeckého ústavu do soukromé sféry?**

Docela složité. Na rozdíl od kolegů, kteří privatizovali zavedené ambulance státního sektoru, jsem já musel začínat od nuly, bez takzvané spádové oblasti stanovené dřívějším sektorovým systémem, kdy pro praktika bylo závazné, že pro jeho oblast je určen konkrétní ambulantní specialista. Musel jsem tedy obejít potenciální „dodavatele“ pacientů z řad praktických lékařů i specialistů a současně vybudovat návaznost na pracoviště radiologie, interny, biochemické laboratoře, rehabilitace atd. Do toho mi ještě dobíhal grant a navíc jsem prováděl specializovaná elektrofyziologická vyšetření pro nemocnice přenosnou technikou EEG a EP (evokované potenciály). Šlo sice o specializované služby na vysoké odborné úrovni, ale finančně naprosto nelukrativní, časově i fyzicky velmi náročné. Postupně jsem tyto aktivity

přenechal nemocničním neurologům a začal se věnovat především své ambulanci. A také se ze mě stal podnikatel a jednatel společnosti se všemi povinnostmi, které s odbornou stránkou věci nemají nic společného.

**Co je dominantou vaší práce?**

To určuje vývoj v oboru neurologie a do určité míry posuny v oblasti úhrad a regulací ze strany zdravotních pojišťoven. Nemocnice se změnily v podnikatelské subjekty a začaly si zřizovat početná specializovaná centra a ambulance. Navíc v Brně, které má stále zhruba stejný počet obyvatel a kde dostačovala jedna fakultní nemocnice, jsou dnes dvě. Výsledek je, že nemocnice svými ambulancemi doslova „luxují“ pacienty a suplují terénní péči u mnoha pacientů s neurologickými diagnózami. Například z dříve početné skupiny epileptiků dnes léčím jen ty, kterým postupy ve fakultní nemocnici z nějakého důvodu nevyhovují. Hledají tudíž alternativu a mohou přijít i ke mně. Stejně tak u dětské mozkové obrny, Parkinsonovy choroby, roztroušené sklerózy, myopatií atd. Spolupráce s centry ve fakultní nemocnici vážne nebo neexistuje.

## Syndromy dříve typické pro vyšší věk dnes mívají děti

**Kdo tedy tvoří největší část vaší klientely?**

Pacienti s bolestí – často důchodci nebo lidé se sedavým zaměstnáním. Lidé, kteří manuálně pracují, například kopáči, stavební dělníci, zemědělci, se objevují zcela výjimečně. Často se jedná o chronické stavy s dominantí neuropatické bolesti. U dětí jsou to především problémy s učením, chováním a bolestí hlavy.

**Seniory, s nimiž často bývá těžké pořízení, však také musí někdo léčit...**

Samozřejmě, ale je to podstatně složitější než u pacientů v aktivním věku. Mají silně poškozené klouby a páteř, mozkové dysfunkce a jiné komorbidity, jsou polypragmatictí. Souhlasím s patologem Františkem Koukolíkem, který uvádí, že 90 % geriatrické populace umírá v důsledku nežádoucích účinků farmakoterapie. Musíme si uvědomit, že léky jsou xenobiotika a jejich užívání je zatíženo řadou nežádoucích účinků. Mám na mysli situace, kdy každý z lékařů, jež pacient v průběhu několika let navštíví, předepíše léky, které se týkají jen té jeho problematiky, nejlépe v kombinaci. Polypragmatizace nekontrolovaně nabobtná a může být ve svém důsledku škodlivá. Pacienti polykají neuvěřitelná kvanta velmi účinných chemických látek včetně analgetik. Především v kombinacích interních lékařů ztrácím orientaci.

**Nevidíte to příliš ostře?**

Jen málokterý z mladších neurologů prošel tím, čím já. Pracoval jsem jako praktický lékař, internista, neurolog, dětský neurolog, chirurg, anesteziolog a rehabilitační lékař. Svého času jsem například musel řešit i případy infekčních nemocí – kapavky na obvodě praktického lékaře nebo epidemii spály, epidemii parotitidy v prostředí rehabilitační léčebny, jindy akutní stavy na lůžkové části ARO. Se vším jsem si musel poradit a tahle škola mne naučila vnímat věci z nadhledu a přihlížet ke všem možným souvislostem napříč obory. A také spo-



MUDr. Lněnička ve své ambulanci

léhat na regenerační potenciál každého pacienta. Není nezbytné každou funkční nebo laboratorní odchylku hned řešit medikací, někdy stačí jen upravit režim spánku nebo životosprávu a tělo si poradí i bez medikace. Pokud mu síly nestačí, tak mu dodat pokud možno přirozené látky nebo jejich prekurzory, tvrdou farmakoterapii raději až nakonec.

#### Léčit pacienty s polypragmázií určitě není snadné ...

Na tyhle nemocné, přicházející ke mně s bolestí, už skoro žádný z léků nezabírá, je to podobné jako s antibiotiky. Pamatuji časy, kdy připadaly dvě krabičky ibuprofenu na okres, jenže dnes se přístup k nesteroidním antiflogistikům značně uvolnil a lidé si je mohou koupit sami nebo jim je předepíše praktický lékař. Pacienti jsou těmito léky doslova promořeni. V dokumentaci takového nemocného se pak dočítám, že spolykal pět druhů analgetik, a stejně to nepomohlo. Navíc má několik interních komorbidit, řešených léky, jež často podle názvu ani neznám, protože generika portfolio léčiv značně zkomplikovala. Otázka zní: co s takovým pacientem dělat, na co sáhnout? Poslední trumf v terapii bolesti, k němuž se většina pacientů s bolestivými stavy ještě nedopracovala, jsou opioidy. Ty jsou nejčastěji předepisovány v centrech léčby bolesti, neboť bolest byla povýšena na nemoc. Takový přístup ovšem může vést k závislosti na opioidech a nekonečné chronicitě potíží.

#### Jak tedy k bolesti přistupovat?

Bolest je pouhý symptom, což znamená, že jako lékař musím vědět, co za oním symptomem stojí. Profil pacientů přicházejících ke mně s bolestí se výrazně mění, přibývá mezi nimi jedinců s autoimunitním

onemocněním na kortikoidech, mívají únavový syndrom a trpí infekcemi. Troufám si tvrdit, že i v neurologii se do popředí tlačí imunita a její poruchy, často provázené bolestivými stavy, zpravidla neuropatickou, svalovou nebo kloubní bolestí. Přibývá stavů, které jsou silně bolestivé, mají jasnou nervovou nebo kořenovou distribuci a nemají jakékoli vysvětlující nálezy na zobrazovacích metodách nebo EMG, minimum laboratorních odchylek. Klasické kořenové syndromy, způsobené hernií disku nebo nějakým větším osteofytem či nádorem, jsou rozhodně v menšině. Bolestivý kořenový syndrom dnes bývá spojen s oslabenou imunitou, únavovým syndromem, bolestmi hlavy, břicha, dráždivým tračníkem či hyperaktivitou močového měchýře. Přidávají se kožní problémy, poruchy spánku a deprese. Chybí paretické projevy, nejsou zřetelné projevy radikulopatie na EMG. Potíže mění stranovou orientaci, případně bývají oboustranné.

#### Opravdu se u těchto pacientů vyšetřením nic nenajde?

Často jsou přítomny změny v likvoru i na MR mozku, které současná medicína neumí zařadit: drobné hyperintenzity bílé hmoty v T2 vážených obrazech periventrikulárně nebo subkortikálně lokalizované, nakupené do ložisek nebo difúzní. Tvar lézí závisí na tom, jak je obraz orientovaný, pakliže v horizontální rovině, kdy jsou trakty neuronů řezány napříč, jsou to mnohočetné hyperintenzní tečky zářící v T2 vážených obrazech a ve FLAIR zobrazení. Když je to v sagitální rovině, zobrazí se jako podélné proužky o síle dvou tří milimetrů, sbíhající od šedé kůry směrem centrálně do kapsuly interny. Vždy je to nakupeno do jakýchsi ložisek, někdy se mísí s větší změnou, která už vypadá jako demyelinizační plak. Viděl jsem tyto změny nakombinované i s typickými plakami a pak vzniká velký diagnostický problém, zda jde nebo

nejde o roztroušenou sklerózu; vzniká zmatek v likvorové diagnostice, protože pacienti mají oligoklonální pásy v likvoru, jenže nikoliv ve vzorci pro roztroušenou sklerózu, což znamená, že se v mozku pacienta odehrává zánětlivá reakce, ale nejde přesně o vzorec roztroušené sklerózy. Jelikož se moc neví, co popsané fenomény znamenají, obvyklé hodnocení zní „nespecifické změny“, pokládáné za nevýznamný nebo normální stav. Jenže normální nejsou, být tam nemají; jediné, co o nich víme, je, že nejde o roztroušenou sklerózu.

### V jaké zdravotní problémy ony změny obvykle vyústí?

Pacienti v úřednickém povolání nebo vysokoškoláci mívají často únavový syndrom provázený problémy se zrakem, nevydrží číst a soustředit se, nemohou sledovat text na monitoru počítače. Porucha vzniká v době infektu horních cest dýchacích nebo návazně na infekci, který se zpravidla neléčí, přechází se, a který tělesný systém byl v největším zápalu, ten pravděpodobně podlehně. Proto je to často oblast zraku a zrakové analýzy. V extrémním případě pacient postupně pro bolest a únavu nemůže použít zrakovou dráhu vůbec, takže se může chovat jako slepý, použití zrakové dráhy mu působí silné bolesti. Popsané změny v MR obrazech mozku vidím velice často a topicky korelují i s jinými potížemi pacientů. V nález z pracoviště MR bývá napsáno, že je všechno v pořádku, i když trpí výraznými funkčními poruchami. Jistě, struktury mozku jsou, jak mají být, mozeček je také celý, žádné tumory tam nerostou, velké plaky onen pacient také nemá. Jen ty tečky v bílé hmotě hemisfér. Současně jsou přítomny i bolesti na periférii – velké klouby, svaly končetin, úponové bolesti – někdy je to nazýváno mimokloubním revmatismem (seronegativním) nebo fibromyalgií.

### Neodhalila by něco jiná vyšetření?

Pacient bývá obvykle poslán ještě na imunologii, kde obvyklý závěr zní, že nebyla prokázána žádná autoimunitní aktivita ani deprese buněčné imunity. Má normální CRP, nízkou sedimentaci a nemá zvýšený revmatoidní faktor, nejsou výraznější změny v leukocytech, jen v některých subpopulacích, někdy pozitivní antinukleární protilátky (ANA). Trpí zpravidla oparem nebo prodělal herpes zoster, má vysoké protilátky proti EB viru, pozitivní IgG protilátky má tak na tři čtyři herpetické viry. Mívá chronickou dermatitidu, často nápadně dodržující nervové arey (dermatomy), což je běžně hodnoceno jako akné nebo jako potničky, případně ekzém. Těžší projevy mohou být řazeny i pod SLE. Potíž je v tom, že „akné“ se vyrazilo na pažích, hýždích nebo břiše a „potničkami“ trpí šedesátník v únoru, kdy se přilíh nepotí. Může být alergik nebo astmatik – ti jsou skoro všichni na kortikoidech.

### Jde o autoimunitní reakci?

To nevím, i když popsané změny s imunitou souvisejí, mění se v průběhu roku, mizí a opět se objevují. Já bych to pokládal spíše za projevy infekce nějakým „exantémovým“ virem, který je navíc neurotropní a využije oslabení protivirové imunitní reakce nebo ji přímo způsobí a udržuje. Může to být některý z herpetických virů nebo nějaký jiný, který způsobuje exantém. Jistě ale bude chyba v imunitním systému. Zdravý jedinec by si měl s těmito viry poradit. Dále se často přidávají mykoplazmata a borelie, které způsobují pozitivitu v třídě IgG protilátek u řady lidí, a další chronické infekce, jichž se člověk nemůže zbavit, zvláště když je fyzicky i psychicky vyčerpaný, hlavně bolestmi. Bolest totiž narušuje spánek, a když pacient nespí, trpí tím imunitní systém, ten jednoho dne selže a už v tom člověk lítá. Tohle postihuje většinu pacientů, kteří dnes ke mně chodí s akutní i chronickou bolestí. Se svými potížemi neuspějí nikde: na obvodě si s nimi vůbec nevědí rady, v ambulanci léčby bolesti sice něco dostanou, ale nepomáhá jim to dlouhodobě, na klinikách to není o mnoho lepší, protože se

na MR ani EMG či EEG nic neobjeví. Tak jim ještě udělají evokované potenciály, ty jsou však také v pořádku, takže jsou nakonec posláni na psychiatrii s tím, že jde o psychosomatické obtíže. Zarážející je, jak se posouvá věková hranice takto nemocných. Dříve to byli především pacienti nad 50 let, ale dnes s těmito problémy přicházejí i děti ve školním věku.

## Bolestivý kořenový syndrom dnes bývá spojen s oslabenou imunitou, únavovým syndromem, bolestmi hlavy, břicha, dráždivým tračníkem či hyperaktivitou močového měchýře.

### A nemůže to být psychosomatika?

Ne, primárně jde o organicitu, ale sekundárně dochází k rozvoji deprese, protože když na člověka takovou dobu působí bolest a orgánové dysfunkce, velice pravděpodobně se u něj objeví nějaká psychická porucha. Zásah psychiatra je tedy nakonec oprávněný, neřeší však základní diagnózu a s ní příčinu. U dětí je známo, že psychické problémy se promítají do funkčních poruch v oblasti břicha, případně do bolestí hlavy, ale do generalizovaného fibromyalgického syndromu nikdy. Tyto bolesti jsou zcela jistě organického původu.

### Mění se časem nějak struktura pacientů se zmíněnými obtížemi?

Zprvu jsem se domníval, že jde o problémy spojené s generací důchodového věku a pacientů léčených kortikoidy nebo cytostatiky; před lety to tak aspoň vypadalo. S těmito nejasnými bolestivými syndromy přicházeli většinou lidé starší. Jak se však doba začala měnit a dotahovat šrouby pracovního zatížení, začaly s těmito obtížemi chodit i mladší ročníky a dnes, kdy se škola změnila v dostihovou dráhu, už s tím ke mně chodí i děti. Jsou vyčerpané a unavené už na základní škole, mají neuropatické a svalové bolesti podobné jako dříve pacienti odcházející do starobního důchodu; nemyslím, že by to byla psychosomatika. Jen si kladu otázku, jak budou tyto děti zvládat život v dospělosti. Většinu času tráví ve škole nebo doma u počítače. Venku jsou jen vzácně a i tam jen sedí a civí do mobilu.

### Můžete stav těchto dětí popsat?

Vykazují akutní a výraznou symptomatiku těžkého fibromyalgického syndromu, který se neuvěřitelně rychle rozvíjí. Někdy trpí takovými bolestmi pohybového aparátu, že nejsou schopné se pohybovat, chodit, běhat. Odmítají to nejpřirozenější a typické pro děti – pohyb. Současně trpí projevy únavového syndromu, bolestmi hlavy. Nikdo jim to nevěří, protože když se u nich nabere klasická laboratoř, nic se nenajde. Takto se změnila doba. Na rozdíl od časů, kdy herpes zoster býval onemocněním starců, kdy už jim selhával imunitní systém, dnes jsem viděl herpes zoster již u čtyřletého, pětiletého nebo školního dítěte. Ale to by teprve mělo dostat varicelu! Těžký únavový syndrom, kvůli němuž dítě není schopno vstát a jít do školy, nebo fibromyalgický syndrom, při němž jedinec není schopen se pohybovat, uvidíte i v dětském věku. Léčím pětáctilet a tohle dříve v běžné neurologické ambulanci opravdu neexistovalo.

### Jak se dají takové stavy léčit?

Řešení je velice obtížné a platí, že čím pacient přijde dřív, tím lépe. Klasická medicína nabízí opioidy a kortikoidy, protože z větší části jde o neu-

ropatickou bolest s návazností na virovou infekci. Lze podat i nesteroidní analgetika, která mohou trochu pomoci, ale většinou selhávají. Chce to hledat přirozenou cestu k nápravě, jak to fungovalo dřív. Já jsem ji našel, když jsem před několika lety navštívil přednášku prof. Leonela Millaniho, čelného světového protagonisty fyziologické regulační medicíny – mimo chodem smyslem pro sarkasmus a vtip mi připomínal prof. Vojtu. Jako bývalého výzkumníka znalého biologie a fyziologie mne jeho výklad o působení kolagenu v MD přípravcích, který se do tkání dokonale vstřebává a vytváří primární síť, přesvědčil. Tak jsem kolagenové injekce vyzkoušel a přišly mi jako téměř přirozená cesta, jak by se bolestivé a poškozené tkáně měly hojit a navracet k fyziologickému stavu. Vezměte si takovou banalitu, jako je viróza, kdy člověka začnou bolet svaly a vznikne serózní zánět v pojivu. Kdysi jsme si – respektive náš imunitní systém – s něčím takovým dokázali poradit. Dnes už si s tím organismus řady lidí neporadí a objeví se fibromyalgie. Imunitní systém pacientů s fibromyalgií je natolik změněný a zdevastovaný, že už v případě virózy není schopen vrátet věci přirozeným způsobem do původního stavu a toleruje chronické změny ve tkáních, které jsou podkladem bolesti.

#### Co kromě zmíněného distresu lidí do takového stavu přivádí?

Vezměte si jen trvanlivé potraviny, co všechno v nich je. Koupíte si jogurt s trvanlivostí do března, otevřete ho v květnu a vypadá jako čerstvý. Způsobila to přítomnost chemických látek, konzervantů. Bez nich potravina z přirozených produktů přece zplisniví. Jestliže tedy konzervanty ničí rychle se množící organismy, tak co je v našem organismu rychle se množícího? Krevní buňky a imunitní systém, kostní dřeň atd., to jsou naše vnitřní rychle se množící organismy. Další problém je nadužívání kortikoidů v léčbě závažných onemocnění a alergií. Právě zde, v potlačování bazální imunity, je podle mne zakopaný pes. Proto jsem sáhl ke kolagenovým injekcím místo depotních kortikoidů; myslím si, že injekce s obsahem kolagenu úspěšně zaplnily mezeru v terapeutickém marasmu u výše popsaných stavů a opravdu fungují. Díky jejich složení je mohu podat prakticky každému, aniž bych si dělal hlavu z lékových interakcí s pacientovou medikací a z dalších komplikací či nežádoucích účinků.

#### Přiblížte mi vaši práci s kolagenovými injekcemi...

Musím to rozčlenit. Jednu skupinu tvoří pacienti s fibromyalgií, pokud

ještě není generalizovaná a jde o lokalizovaný problém. Na prvním místě to je tzv. **cervikální migréna**, což je většinou fibromyalgie v oblasti krku s dispozicí k migréně, takže pacienta velmi často až permanentně bolí hlava, občas velice úporně. Zde se dá ošetřit krční úsek na C5-C6, dále aplikuji jednu nebo dvě injekce někde mezi C2-4 a pak opíchnu bolestivé body těsně pod bází, kde je to poněkud riskantní. Jiným příkladem je stálé radikulární dráždění v hrudním úseku a k ní zmíněná „akné“, třeba jen jednostranná. Další jsou **silné bolesti v bederním úseku**, často kořenového charakteru, většinou S1 nebo L5, často výstupy ischiadiku oba bolestivé, i průběhy nervu až do periferie, bolí i měkké tkáně kolem kyčlí, vše doprovázejí potničky na hýždích, často asymetricky, jako naschvál vždy tam, kde to bolí nejvíce, ale jinak se pacient předkloní až k zemi; má sice nějaké protruze disků na MR, ale k operaci to není. Ve všech zmíněných případech používám celé balení kolagenových injekcí, například **MD-Neural** plus **MD-Matrix**, když převládá nervová komponenta, když svalová, sáhnou po **MD-Muscle**. Někdy podávám čistě **MD-Lumbar** nebo **MD-Thoracic** či **MD-Neck**, když nejde o kořenovou, ale facetovou bolest, když pacienta spíše bolí pohyb a páteř. Když jde o kořenovou bolest, použiji **MD-Neural** nebo **MD-Ischial**. Avšak tak striktní určení jednotlivých injekcí nedodržuji. Přesné místo vpichu si často upřesním detekčním systémem BIOLaser.

#### Jací pacienti tvoří další skupinu?

Lidé s **poškozenými tkáněmi úrazem či operací**, kde se tvoří keloid nebo **regionální bolestivý syndrom**. Obvyklé řešení se zde omezuje na zlepšení prokrvení, dají se nějaké vitaminy a utlumí bolest, což však není řešení. Takovým pacientům je třeba dodat něco hojivého, používám **MD-Matrix** nebo **MD-Tissue**. Zde už se neřídím přesně podle dermatomů, bolestivou zónu v podstatě naimpregnuji MD přípravkem. Mám svůj způsob, jak postupovat. Ošetření několikrát opakují v týdenních intervalech a opravdu dochází k definitivnímu zklidnění a zhojení, pacienti už se nevracejí, leda když přicházejí s něčím jiným. Spadá sem i syndrom karpálního tunelu včetně komplikací po operaci.

#### Ještě jste o něčem nehovořil?

Poslední oblastí jsou veškeré klouby, u nichž je dle mého názoru kolagen daleko prospěšnější než depotní kortikoid. Účinnost je zhruba stejná, ale u kolagenu nejsou žádné nežádoucí účinky. Opět se musí rozlišovat

## POZVÁNKA MIKROIMUNOLOGIE A JEJÍ UPLATNĚNÍ V DIAGNOSTICE A KLINICKÉ PRAXI

24.11.2017, Edukafarm, Jesenice u Prahy, V Areálu 1243

**DR. MED. GUDRUN MEKLE, M.A., MBA**

Privátní praxe lékaře všeobecného lékařství, Martfeld, SRN



důvod, proč kloub bolí, zda jde o infekci, artrózu nebo úraz. Používám zde vlastní navigační systém, který pochází z časů, kdy do ordinace přicházivali i simulanti. Pomocí německého laserového přístroje – už mám třetí exemplář – najdu spolehlivě bolestivé zóny a odečtu také intenzitu bolesti. Detektor používám také k navigaci, kam aplikovat injekce, funguje úžasně, zvláště u nepřesně ohraničené bolestivé zóny nebo u hůře spolupracujících pacientů. Co mi přístroj neurčí, je hloubka aplikace.

### **Řekl jste, že kolagenem zlepšujete hojení, znamená to, že přistupujete k pacientům systémově, zabýváte se i zánětlivou složkou onemocnění?**

Ano, proto také k přípravkům, jež často používám, patří perorální kapky **Guna-Flam** a či perorální pelety **Guna-Anti Age Stres** nebo **Cito-mix**. Co je však podstatné, vždycky se snažím vytvořit si nějakou představu a pracovní teorii, jak ty které obtíže vznikly. Například nedávno byla u mne paní s bolestivou entezopatií, již jsem léčil kolagenovými injekcemi, avšak nebyla pak ještě úplně v pořádku. Měl jsem podezření na borelie, i když při vyšetření protilátek nevyšly, tak jsem jí nakonec napsal ještě antibiotikum cefuroxim (Xorimax). Vybrala tři balení tohoto antibiotika a obtíže zmizely. To znamená, že prvním krokem k vyléčení entezopatie bylo potlačení infekce. Pak teprve mohl rozvinout svůj účinek kolagen.

### **Jsou infekce častou komplikací?**

Samozřejmě, avšak většina lékařů při jejich hledání spoléhá stále jen na protilátky, jejich pozitivitu nebo negativitu, to ale přece není přímý důkaz infekce! To je jen důkaz, zda imunitní systém na antigen reaguje nebo nereaguje. A když nereaguje, tak se žádné protilátky neprokáží, což však vůbec neznamená, že v organismu nejsou borelie, viry nebo jiný patogen. Jejich přítomnost prokáže jedině biopsie nebo PCR, jež se však rutinně nedělá, každý udělá jen serologii. Jenže proč by pacientka, již jsem zmiňoval, reagovala při negativním serologickém nálezů na antibiotickou léčbu? Nebo u mě byla žena s kloubními problémy řešenými na mnoha pracovištích, bez zjevného úspěchu. Pracovní diagnóza séronegativní revmatoidní artritida, zvažována léčba cytostatiky, a pak ji uzdravil zubař. Vytrhl jí osmičku, následně jí předepsal antibiotikum, ona přišla po týdnu a říká: Nevím, co se stalo, ale po dvou letech mé problémy začaly mizet. Ptám se, kde byla léčena, řekla, že jen u zubaře. Cílené pátrání pak u ní prokázalo streptokoka a léčba antibiotiky byla velmi efektivní.

### **Říkáte, že si vždy vytváříte pracovní teorii...**

Protože se vždycky snažím určit jasnou konkrétní příčinu, proti které jdu a kterou řeším. Na to jsem zvyklý už z výzkumu, prostě postupuji analyticky – mám tenhle problém, tenhle cíl a tuhle hypotézu, a tou se řídím. Když to nevyjde, udělal jsem chybu; pak musím situaci přehodnotit a hledat, v čem jsem se zmylil. Protože kolagen, když je použitý správně a hypotéza je správně postavená, stav pacienta téměř vždylepší. Když tomu tak není, něco jsem přehlédl, mám špatnou hypotézu... Pokud kolagen nezafunguje, hledám chybu na své straně; stává se to málokdy, ale stává.

### **Už zde padlo, že organismus dnešních lidí je zanesen xenobioty. Děláte tedy také drenáž?**

Ano, nejčastěji pomocí perorálních přípravků **Guna-Lympho** či **Guna-Matrix**. Pak už ale do terapeutické rozvahy vstupuje i finanční stránka věci, kolik ten který pacient je schopen zaplatit. Např. když mu v léčbě bolesti doporučím několikátý denní léčebnou kúru složenou z pravidelné aplikace kombinace dvou typů injekcí, jsme na třech tisícovkách, a to je jen část terapie. Pacient s fibromyalgií nebo únavovým syndromem v lékárně na recept, aby mu to hradila pojišťovna, dostává velmi málo, platí si

dnes téměř všechno. Já, hlavně u akutnějších stavů, používám imunoglobuliny, speciálně pokud vidím, že je napadeno více systémů. Má-li totiž pacient protilátky proti třem herpetickým virům plus ještě borelie či mykoplasmata, je nutno nejdříve podepřít imunitní systém.

### **Nespecifickou imunitu nestimulujete?**

Obvykle jen specifickou. Jde o podporu pacientova vlastního imunitního systému v situaci, kdy už bývá v depresi, trpí chronickými zažívacími potížemi, má hyperaktivní močový měchýř, opakované infekty, co chvíli herpes labialis nebo genitalis, takže podávat mu nespecifické imunostimulátory obvykle nejsou příliš účinné. Když už, tak používám zpravidla kolostrum. Proto jsou pro mne kolagenové injekce součástí systému léčby bolesti, představují důležitý kamínek, bez něhož by terapeutická stavba nedržela a který zaplňuje obrovskou díru v klasické léčbě. Kdo používá jen standardní analgetické postupy, mívá s těmito stavy terapeutický problém.

### **Jak byste onu mezeru charakterizoval?**

Je to mezera v portfoliu léků pro terapii mnoha typů bolesti. Myslí-li si někdo, že stačí kortikoidy, nemá úplnou pravdu, protože pozitivní přínos kortikoidů je vykoupen nežádoucími účinky. V akutní fázi, kdy imunitní systém je ještě schopen bojovat, může být kortikoid přínosný a někdy jej také použiji, s vědomím, do jakého jdu rizika. Ovšem v chronické fázi už kortikoid přínosem není. Terapie bolesti je složitá a nelze se zde držet dogmat. Co je však třeba hlavně brát na zřetel, je skutečnost, že se zhoršil stav imunity u celé populace. Z toho vyplývá, že by léčba bolesti neměla organismus zbytečně zatěžovat a ještě více oslabovat stav imunity. Naopak je třeba ji při léčbě i po ní povzbudit a při tom jsou kolagenové injekce bezvadné.

*PhDr. Pavel Taněv, Edukafarm, Praha*



### **MUDr. Jaroslav Lněnička**

Medicínu vystudoval na Lékařské fakultě MU (tehdy UJEP) v Brně. Složil první i druhou atestaci z neurologie, atestoval také z dětské neurologie. Během pětaticetileté praxe pracoval na několika klinikách, na oddělení interny, neurologie, rehabilitace a chirurgie. Své znalosti a dovednost rozvíjel navíc v elektrofyziologii a výzkumu. Působil jako vědecký pracovník Výzkumného ústavu pediatrického v Brně (VÚP), kde se věnoval především elektrofyziologii mozku u vrozených poruch metabolismu. Nedlouho před zrušením VÚP začal pracovat jako ambulantní specialista, kdy se stal jedním z prvních soukromých neurologů pro děti i dospělé v Brně a v této pozici působí dodnes.

## Vás zve na Akademii FRM 2018

### Akademie FRM

nabízí ucelený vzdělávací postgraduální program v oblasti fyziologické regulační medicíny. Jedná se o prohloubení poznatků v oblasti regulační medicíny a schopnost jejich integrace do klinické praxe, a to v rámci terapeutických protokolů. Účast není podmíněna absolvováním předešlých ročníků Akademie FRM.

### Program

se skládá ze základních 8 seminářů. Italští, němečtí a čeští lékaři a odborníci provedou posluchače teoretickými a praktickými aspekty léčby, zakončenými kazuistikami z praxe.

TÉMA SEMINÁŘE	TERMÍN
<b>Podpora metabolických a mitochondriálních funkcí organismu a využití v klinické praxi</b> <b>Dr. Antonio Esposito, Itálie</b>	Pátek 23.2.2018 Praha
<b>Geriatric a metabolický syndrom</b> <b>Prof. Ivo Bianchi, Itálie</b>	<b>Čtvrtek 15.3. Brno</b> Pátek 16.3. Praha
<b>Onkologie</b> <b>Dr. Ivano Ferri, Itálie</b>	<b>Čtvrtek 19.4. Brno</b> Pátek 20.4. Praha
<b>Mikroimunologie v léčbě chronických infekčních onemocnění</b> <b>Dr. Gudrun Mekle, Německo</b>	Pátek 18.5. Praha

TÉMA SEMINÁŘE	TERMÍN
<b>Autoimunitní onemocnění</b> <b>Léčba infekčních onemocnění virových, bakteriálních a parazitárních</b> <b>Prof. Leonello Milani, Itálie</b>	<b>Čtvrtek 14.6. Brno</b> Pátek 15.6. Praha
<b>Syndrom vyhoření, hypofertilita, onemocnění štítné žlázy</b> <b>Dr. Simonetta Marucci, Itálie</b>	<b>Čtvrtek 13.9. Brno</b> Pátek 14.9. Praha
<b>Mikroimunologie v léčbě virových onemocnění (EBV, CMV, HPV, herpes viry)</b> <b>Dr. Petra Blum, Německo</b>	Pátek 19.10. Praha
<b>Téma bude upřesněno později</b>	Pátek 16.11. Praha

### Místo konání

Edukafarm, Jesenice u Prahy, V Areálu 1243

Vybrané 4 semináře ve zkrácené podobě v Brně, lokalita bude upřesněna

### Registrační poplatek

#### Čechy / Praha

Každý seminář je zpoplatněn registračním poplatkem 1500 Kč.

Základní cyklus osmi seminářů je finančně zvýhodněn – 8000 Kč.

#### Morava / Brno

Každý seminář je zpoplatněn registračním poplatkem 500 Kč.

Základní cyklus čtyř seminářů je finančně zvýhodněn – 1500 Kč.

### Kredity

Účastník celého cyklu získá kredity ČLK.

Získání kreditů je podmíněno odevzdáním krátké závěrečné práce (platí pro cyklus v Praze).

### Časový rozvrh

únor–listopad 2018, Praha pátek 10–18 hodin, Brno: čtvrtek 16:00–20:00

### Možnosti přihlášení a informace

- elektronicky: [www.edukafarm.cz](http://www.edukafarm.cz)
- e-mailem: [edukafarm@edukafarm.cz](mailto:edukafarm@edukafarm.cz)
- telefonem: 224 252 435

