

Ortopéd dnes disponuje efektivními metodami, jak pacientům navracet zdraví a ulevit od bolesti

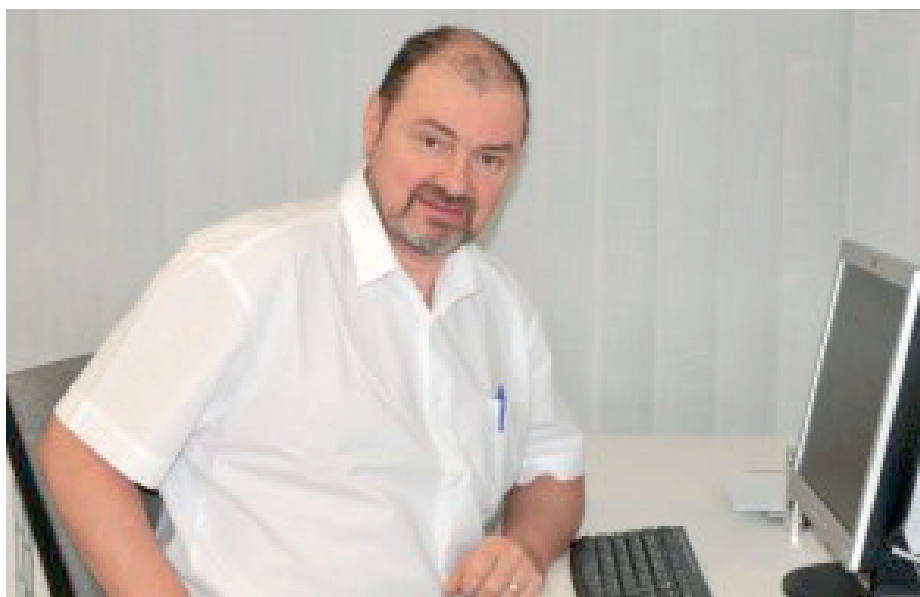
MUDr. Pavel Poštulka

ortopéd, Praha

MUDr. Pavel Poštulka vystudoval Fakultu všeobecného lékařství UK v Praze a 8 let pracoval na Ortopedické klinice Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Roce 1994 založil a vede Privátní ortopedickou ordinaci pro bolesti v zádech a bolesti hybné soustavy v Praze 4-Lhotce (www.postulka.cz).

Jakými cestami jste se dostal k medicíně a ke specializaci v ortopedii?

Pro medicínu jsem se rozhodl již v 8. třídě základní školy. Jednoznačně a nezpochybnitelně. Prostě jsem o ničem jiném neuvažoval. Celé gymnázium jsem prošel s jedinou myšlenkou, že se budu dobře učit, přihlásím se na lékařskou fakultu, vystuduji ji a pak budu lékařem. Myslím, že se mi to povedlo a nikdy jsem nelitoval. Musel jsem sice projít tzv. nultým ročníkem, ale nevadilo mi to. Specifika zdravotnické práce a prostředí nemocnic zevnitř jsem poznal ještě před nástupem na lékařskou fakultu a mé rozhodnutí stát se lékařem to jen posílilo. Od samého vstupu na Fakultu všeobecného lékařství Univerzity Karlovy jsem chtěl pracovat v operačním oboru. Že z toho nakonec byla ortopedie, o tom rozhodly dva faktory. Ten první byl zcela romantický a idealistický, odvozený od seriálu Nemocnice na kraji města. Ovšem později rozhodl fakt, že jsem pozoroval rozmach oboru ortopedie jako takového, efektivní způsoby, jak navracet zdraví a ulevovat od bolesti, a to mi imponovalo. Chtěl jsem u toho být. Nicméně po osmi letech práce na špičkové ortopedické klinice jsem se rozhodl jít vlastní cestou. Cestou konzervativní a soukromé ortopedie. Důvody byly pragmatické. V práci jsem trávil 300 hodin měsíčně, měl jsem dvě děti a neviděl jsem je vyrůstat, a navíc jsem téměř rodinu neužíval. Přišel rok 1989 a s ním nové možnosti, a tak jsem jich využil.



Jaké pokroky pozorujete v ortopedii za dobu své profesní kariéry?

Přišel jsem na Ortopedickou kliniku Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v roce 1986. V době, kdy profesní věhlas a potenciál tehdejšího přednosty prof. Čecha byly na vrcholu. V jeho osobě, kariéře a práci se projevovaly nejzávažnější změny, které se v ortopedii v tehdejší ČSSR udály. Prof. Čech stanovil postuláty tzv. stabilní osteosyntézy a principy a techniku aloplastiky velkých kloubů, zejména kyčelních. Ze svého studijního pobytu v Sankt Gallenu ve Švýcarsku přinesl metodiku AO (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen) prof. Müllera a metodiku náhrad velkých

kloubů. Inicioval vznik výroby potřebných implantátů a souprav pro jejich užití v Polďi Kladno a ČSSR se v rámci východního bloku stala jedinou zemí plně v této oblasti soběstačnou. Bylo fascinující pozorovat a účastnit se práce, která vracela lidi po těžkých úrazech nebo po nevratných degenerativních onemocněních velkých kloubů zpět do života. Je samozřejmé, že ortopedie se dále vyvíjela směrem k mikroinvazivitě, artroskopickým výkonům v oblasti kolena, kyčlí, ramena a hlezna, stejně jako k rekonstrukčním operacím poškozených chrupavek v kolenou atd. Nicméně vlnu spojenou s aloplastikami a stabilní osteosyntézou považuji za nejvýraznější období ve vývoji ortopedie v posledních čtyřiceti letech.



"Onemocnění hybné soustavy vznikají většinou pomalu a plíživě. Jejich léčba musí být vytrvalá, systematická a dlouhodobá."

S jakými diagnózami a s jakými pacienty se setkáváte nejčastěji?

Moje ordinace se jmenuje Privátní ortopedická ordinace pro bolesti v zádech a bolesti hybné soustavy. Takže je jasné, čemu se věnuji především. Je to zejména diagnostika a léčení všech typů bolestí a onemocnění v oblasti páteře a obecně všech typů bolestí v hybné soustavě.

Jaké jsou vaše speciality, na které se zaměřujete v ortopedii?

Principem mé práce jsou tzv. biostimulační metody a metody manuální medicíny. Manuální medicína – někdy také nazývaná chiropraxe – je komplexní diagnostický a léčebný systém zaměřený na vyhledávání funkčních omezení a blokády v páteři a v hybné soustavě, pozorování souvislostí těchto omezení a jejich léčení pomocí mobilizace, manipulace a léčebné tělesné výchovy. Biostimulační metody mají za cíl dosáhnout plné obnovy poškozených tkání a tam kde to nejde, alespoň zastavení nebo zpomalení progresu patologických změn. Využívám k

tomu tzv. biostimulačních fyzikálních metod jako je laser, pulsní magnetické pole a Rebox. Za biostimulační, byť ne fyzikální metodu léčby, lze považovat také manuální medicínu a samozřejmě i léčbu kolagenem.

Jak vnímáte přístup pacientů k léčbě?

Jednoznačně pozitivně. Naše ordinace nemá smlouvy se zdravotními pojišťovnami, takže vše je založeno na přímé interakci s pacienty. Jinými slovy, pacienti v naší ordinaci léčbu plně hradí. Máme společný cíl. Dosáhnout v co nejkratší době co nejlepších výsledků léčby. V takových podmínkách je radost pracovat.

Jak obecně hodnotíte zdravotní stav populace z pohledu pohybového aparátu?

Dost katastrofálně. Příčina tkví v pacientech, ale více ve zdravotnickém systému. Na straně pacienta můžeme pozorovat nedostatečný zájem o pohyb, cvičení, životosprávu a udržování hmotnosti. Roli hraje i opožděná návštěva lékaře a zanedbání rozvoje onemocnění. Větší roli ve

smutném zdravotním stavu populace v oblasti pohybového systému spatřuji ve způsobu zdravotní péče. Pojišťovny i systém obecně nutí lékaře k rychlé akci, k co největšímu počtu vyšetřených a ošetřených za časovou jednotku a k co nejmenšímu využívání kvalitní diagnostiky a rehabilitace. Je nepochopitelné, že např. na vyšetření magnetickou rezonancí (MR) se čeká týdny až měsíce a její přínos je relativizován. Jde o drahé vyšetření, ale v oblasti hybné soustavy, a zvláště v oblasti páteře, zcela nenahraditelné. Promyšlený diagnostický proces zahrnující MR by mohl velmi rychle zjistit skutečnou příčinu strádání našich pacientů a vést ke kauzální léčbě. Doba pracovní neschopnosti, rehabilitace a v neposlední řadě i doba trvání bolesti pacienta by se mohla podstatně zkrátit. Celkové náklady na léčbu akutních i chronických bolestí by mohly klesnout. Přes vyšší náklady na počátku diagnostického procesu. Jako příklad uvedu fakt, že vyšetření na CT při podezření na ploténkový syndrom je celkem běžné, rychlé a široce využívané. Avšak vyšetření na CT jako takové neslouží k indikaci operačního výkonu. Musí se doplnit MR. A najednou zde máme duplicitu, jejíž redukci pouze na MR by se vše z celkového pohledu urychlilo a zlevnilo.

Co je podle vašeho názoru hlavní příčinou ortopedických onemocnění?

Některé příčiny jsem již uvedl, ale patří sem i vrozené deformity v oblasti kloubů a páteře. Mnohdy dochází k diagnóze opožděně a léčba nemá potřebný efekt. Říká se, že v ortopedii existuje jen jeden akutní stav. A to coxa vara adolescentium (CVA), vyžadující okamžitý zásah, jinak jsou změny nevratné. Vše ostatní patří ke chronickým stavům (kromě úrazů a jejich následků). Onemocnění hybné soustavy vznikají většinou pomalu a plíživě. Jejich léčba musí být vytrvalá, systematická a dlouhodobá. Zde spatřuji základní kámen úrazu. Zkušený ortopéd „vidí“ 20 let dopředu, ale pacienti maximálně 2 týdny. Přesvědčit naše klienty ke změně životosprávy, pohybu, cvičení a správné léčbě je to nejtěžší na práci každého ortopeda.

Jak jste integroval kolagenové injekce do své praxe a u jakého typu pacientů se vám osvědčily?

Musím říci, že jsem potřeboval dva semináře na téma léčby kolagenovými injekcemi, několik telefonátů s kolegy

„Nově zavádíme léčbu hydrolyzovaným kolagenem indukujícím tvorbu kolagenu II. typu (ChondroGrid).“

a pátrání po kazuistikách u nás i v zahraničí, než jsem uvěřil, že se nejedná o nadhodnocené výsledky. S kolagenovými injekcemi jsem se setkal poprvé po 24 letech práce jako soukromý ortopéd. Měl jsem bohaté zkušenosti a jednoduše jsem nepovažoval za možné, aby nějaká metoda léčení bolestí a onemocnění hybné soustavy dosahovala tak pozoruhodných výsledků. Rozhodujícím faktorem byly kazuistiky z oblasti ploténkových a jiných radikulárních syndromů. Celá léta mi scházela možnost efektivní ambulantní léčby při výhřezech nad polovinu průsvitu páteřního kanálu nebo výhřezů komprimujících nervové kořeny ve foramen. Kromě infuzí existovala jen možnost PRCT, nebo operační deliberace nervových struktur. Tedy za mezí a možnostmi ambulantního lékaře. Kolagenové injekce slibovaly možnost pomoci i zde, a tak jsem to zkusil. Nelituji jediného dne perné práce, kterou jsem si tím připravil. Výsledky se dostávají, zájem pacientů je enormní a já pracuji velmi intenzivně. Ale s pocitem, že mám svým klientům co nabídnout. Že to prostě má smysl.

Máte nějaký konkrétní případ, o který byste se rád s námi podělil?

Kazuistik na téma léčby kolagenem I. typu mám ve své praxi řadu. Nově zavádíme léčbu hydrolyzovaným kolagenem indukujícím tvorbu kolagenu II. typu, specifického pro chrupavky, menisky aj. Sám jsem aplikoval za posledních 5 měsíců přibližně 40 injekcí. Z 90 % to byly intraartikulární aplikace do kolenního kloubu. Zatím registrujeme klinicky významné změny, ověření efektu léčby magnetickou rezonancí plánuji přibližně po roce užívání. Uvedu však jednu kazuistiku z nedávné doby, která vznikla ve specifických poměrech koronavirové pandemie.

5. 11. 2019 navštívil mou ordinaci 18letý pacient s úrazem pravého kolenního kloubu, který vznikl při školní hodině tělesné výchovy. Při vyšetření byla zjištěna dis-

tenze laterální postranního vazy pravého kolenního kloubu a mírná laterální instabilita kloubu. Zahájil jsem léčbu čtyřmi aplikacemi přípravku **Guna-Tissue + Guna-Knee** jehlou 30G podél zevního postranního vazy v průběhu prvních dvou týdnů a 6krát po dobu následujících 6 týdnů, s přestávkami. Vše doplněno léčbou PMP (pulsní magnetické pole). 4. 2. 2020 byl pacient bez obtíží, koleno bez omezení bolesti a známek instability, léčba byla ukončena, pacient kloub normálně zatěžoval. 3. 3. 2020 se pacient dostavil znovu do naší ordinace, znovu se zraněním pravého kolenního kloubu – tentokrát při školním florbalovém turnaji. Při vyšetření byly zjištěny známky porušení předního zkříženého vazy a mediálního menisku. Na MR byla zjištěna kompletní ruptura předního zkříženého vazy a fisura mediálního menisku – zadní roh – III. stupně, dosahující až k povrchu menisku, bez dislokace menisku. Pacienta jsem doporučil k artroskopickému ošetření – plastice předního zkříženého vazy a parciální mediální meniskektomii. Výkon na jiném pracovišti byl však odložen kvůli koronavirové pandemii. Rodiče požadovali další léčbu kolagenem v mezidobí. Doporučil jsem léčbu hydrolyzovaným kolagenem II. typu (přípravek

ChondroGrid). Rodičům i pacientovi jsem vysvětlil, že cílem je pokus o konzervativní zhojení léze mediálního menisku. Výkon na předním zkříženém vazy proběhne, až to bude možné. Byly aplikovány 2 injekce v rozmezí dvou týdnů a těsně před plánovanou 3. aplikací byl pacient povolán k výkonu. Při operaci se potvrdila kompletní ruptura předního zkříženého vazy a zhojená fisura mediálního menisku. Od plánované parciální mediální meniskektomie bylo upuštěno. Rehabilitace a hojení po výkonu proběhla u pacienta standardně a 6 týdnů po výkonu byla doplněna 3. aplikací přípravku **ChondroGrid** intraartikulárně do pravého kolenního kloubu. Pacient je zcela bez obtíží, bolestí a omezení. Léčba hydrolyzovaným kolagenem II. typu, přípravkem **ChondroGrid**, umožnila zhojení mediálního menisku a zabránila plánovanému operačnímu výkonu na menisku.

Máte nějakou myšlenku, kterou byste rád sdílel s kolegy?

Vyžadovat a široce využívat MR vyšetření k rychlé a efektivní diagnostice poškození zejména v oblasti páteře, ale také v oblasti velkých kloubů. Zaměřit pozornost na biostimulační léčebné metody a samozřejmě také na léčbu kolagenem. V mém případě léčba kolagenovými injekcemi dodala do mé téměř třicetileté rutiny novou dynamiku a novou radost z práce.

Rozhovor vedla:
PharmDr. Lucie Kotlářová

DOPORUČENÝ FRM PROTOKOL PODPORA LÉČBY POHYBOVÉHO APARÁTU

LIPO C ASKOR FORTE
2x2 cps po dobu 3 měsíců

LENI NÁPLASTI
1 náplast při bolesti
2LARTHRO
obsah jedné kapsle vysypat
pod jazyk 1x denně

GUNA MD
injekce s.c. podání 1-2x týdně
CHONDROGRID
intraartikulární injekce celkem
3 aplikace v 1., 14. a 45 den

