

TERAPIE CHRONICKÉ BOLESTI S VYUŽITÍM FRM (FYZIOLOGICKÉ REGULAČNÍ MEDICÍNY)

V terapii bolesti využívá FRM nízkých koncentrací účinných látek (např. kolagen, beta-endorfin, antagonist interleukinu-1 alfa a beta, neurotrofin-4). Tento přístup vychází z poznatku, že právě tyto nízké koncentrace jsou identické s koncentracemi fyziologickými. Koncentrace účinných látek se tak pohybují v rozmezí nanoaž pikogramů/ml, stejně jako je tomu fyziologicky v lidském organismu. Přitom jsou tyto dávky dostatečné k tomu, aby vyvolaly požadovaný účinek, ale zároveň nejsou provázeny účinky nežádoucími. Poměr přínosu a rizika léčby je tedy významně posunut na stranu prospěchu z léčby, na rozdíl od nesteroidních antirevmatik/antiflogistik (riziko gastropatii), popřípadě opioidní medikace (obstipace, útlum dechového centra). Svě opodstatnění má i kombinovaná léčba analgetiky a prostředky fyziologické regulační medicíny, která vede k redukci nutně podávaných dávek analgetik, a tím i ke snížení výskytu a závažnosti nežádoucích účinků. Toto je velmi podstatné hledisko terapie například u seniorů. Z fyziologické regulační medicíny profitují též nemocní s polypragmazií, tlumící bolest užíváním nesteroidních antirevmatik (NSA) a v kombinaci s kortikosteroidy, popř. nízké preventivní dávky kyseliny acetylsalicylové, jež jsou zatíženy zvýšeným rizikem GIT krvácení.

KAZUISTIKA Z REVMAOLOGICKÉ PRAXE

Muž, 49 let

Osobní anamnéza: běžné dětské choroby, časté angíny, v 15 letech tonsilektomie.

V roce 1990 dnavý syndrom, od r. 1994 léčba hypertenze, v r. 2000 nefrolithiasa vlevo, řešeno operativně.

Počáteční problémy s bederní páteří; v r. 2007 RTG bederní páteře: osteochondróza disku L₁-L₅ + S₁, coxarthrosis bilat. II. stupně. V r. 2008 subjektivní potíže – bolesti dolní části bederní páteře s projekcí do obou DK po přední straně stehna ke kolenům. Na MR stenosa L₂-L₄, úvaha o dekompresi kanálu s cílem snížení bolesti. V r. 2008 RTG bederní páteře a kyčlí: spondylóza a spondyloartróza bederní páteře se zobákovitými osteofyty na okrajích obratlových těl (max. na L₁, L₂ výšky ventrálně 7 – 8 mm). Výrazné postižení intervertebrálních kloubů v celém průběhu. Osteochondróza plotének L₁ – L₅ + S₁, které jsou výrazně snížené. V r. 2009 provedena dekomprese hemilamectomií L₂, L₃ i. sin. na neurochirurgii. V březnu 2010 vyšetření po operaci: zmírnění bolesti obou DK, avšak provokace bolesti v bederní páteři, která přetrvává při zátěži i v klidu a invalidizuje nemocného. Krátká chůze bez alterace

Prim. MUDr. Eva Klimešová Medicentrum, České Budějovice

Fyziologická regulační medicína (FRM) obohacuje současnou medicínu o nové terapeutické koncepty, které jsou založeny na obnově přirozených funkcí lidského těla pomocí komunikačních molekul, jako jsou hormony, neuropeptidy, interleukiny a růstové faktory.

po patách a špičkách bilat. bez poruchy.

Páteř: poklep citlivý nad dolními trny, více na levé straně, předklon možný, ale bolestivý, záklon blokový na MR L páteře. Páteřní kanál užší, degenerativní změny plotének s malými osteochondrotickými valy ve více etážích. Foraminostenóza L₃/L₄ – L₄/L₅ – L₅/S₁ na obou stranách spondylarthróza a osetochondróza plotének LS páteře bez HE či protruze.

Kineziologický rozbor: DKK – svalová asymetrie, asym. kontura lýtkových svalů – chudší lýtko LDK. Hypertonus m. piriformis bilat., adduktory kyčel. kl. ve spasmu bilat., VR výrazně omezené, nelze bez souhybu pánve. Výrazné zkrácení HMS a m. triceps surae, mírné zkrácení i m. iliopsoas a m. rectus femoris; Lasgugue negativní. Rozsah pohybu v kyčel. kloubu při možné extenzi kolenního kloubu: PDK akt. – flx. 45° vnitřní rotace 10° souhyb pánve; LDK akt. – flx. 50° vnitřní rotace 10° souhyb pánve. Test podle Trendelenburga – horší stabilita LDK, hledá zevní oporu. VR v kyčelním kloubu, úklon trupu, těžiště mimo osu těla.

Léková anamnéza: hypertenze léčena amlodipinem, přetrvávala tachykardie. Amlodipin nahrazen verapamilem, což vedlo ke stabilizaci sinusového rytmu.

Pacientovi byl podáván kortikosteroid dexamethason (Dexamed) nárazově při zhoršení klinického stavu, zpravidla jedna kúra za 3 měsíce. Dále podáván ve střídavém režimu nimesulid (Nimesil) a piroxicam (Flamexin). Z důvodu omezení rizika gastrotoxicity a hepatotoxicity výše zmíněných analgetik nasazen celecoxib (Celebrex). V lékové anamnéze se objevuje i používání tramadolu, které nevedlo k utišení bolesti, proto vysazen. Farmakoterapie doplněna rehabilitacemi a elektroterapií.

Pacient nadále trpí bolestmi, pro které nemůže v noci spát, budí se každé dvě hodiny a musí vstát a krátce se projít. Kvalita života je velmi snížená.

Laboratorní výsledky: glukóza (7,6 mmol/l), kreatinin (118,0 μmol/l), kyselina močová (518 μmol/l), triglyceridy (2,5 mmol/l), HDL cholesterol (0,85 mmol/l), LDL cholesterol (2,83 mmol/l), index

aterogenity (3,94), CRP (1,9 mg/l).

Využití FRM v terapii chronické bolesti: pacient již odmítá jakoukoliv léčbu s argumentem, že nepocituje úlevu po lécích. Pacientovi aplikovány injekční přípravky pro terapii chronické bolesti využívající principy fyziologické regulační medicíny:

- MD-MUSCLE 4 ml
- MD-HIP 4 ml

Intradermální aplikace 2 týdny dvakrát týdně 0,5 ml do spouštěcích bodů (trigger pointů). Od třetího týdne aplikace pouze jednou týdně.

Průběh léčby: po 4. aplikaci (po dvou týdnech terapie) pocítoval pacient zlepšení hybnosti a zmenšení bolesti, po 6. aplikaci (po 4 týdnech terapie) ústup bolesti klidového charakteru, pacient může v noci spát a vydrží i delší dobu sedět na židli, po 8. aplikaci (6 týdních) bolesti ustoupily, pacient se subjektivně cítí dobře. Aplikace MD injekčních přípravků probíhá i nadále v jednotýdenním léčebném režimu.

Současná farmakoterapie bolesti: jednotýdenní aplikace MD-Muscle a MD-Hip doprovázená příležitostným užíváním paracetamolu.

MD PŘÍPRAVKY V TERAPII BOLESTI

Léčbu MD injekčními přípravky využívajícími fyziologickou regulační medicínu lze použít u těchto diagnóz nemocí pohybového aparátu: coxarthrosis, gonarthrosis, PHS, při vertebrogenním algickým syndromu celé páteře a veškerých algických problémech s klouby, blokáдах páteře, ústřelu a další neurologické symptomatologii.

ZÁVĚR

Léčba MD přípravky využívající principy fyziologické regulační medicíny v mé revmatologické praxi rozšířila možnosti volby efektivní léčby. Začala jsem tuto metodu používat u nemocí pohybového aparátu s výborným efektem. Její používání vedlo ke zlepšení pohyblivosti pacienta, k ústupu subjektivně popisované bolesti vedoucí k faktu, že pacient se po mnoha letech kvalitně vyspal. Jako sekundární, nicméně nikoliv zanedbatelný efekt, je vysazení NSA a kortikosteroidů, čímž se výrazně snížilo riziko hrozící gastropatie. Nezajímavým není ani farmakoekonomický aspekt léčby tohoto pacienta. Léčba MD přípravky je z hlediska celkového ekonomického pohledu přijatelnější, zvláště s přihlédnutím ke skutečnosti, že tento přístup k léčbě bolesti není doprovázen žádnými nežádoucími účinky, jako je např. již zmiňovaná gastropatie či hepatopatie.

Literatura u autorky