

KOLAGENOVÉ INJEKCE PŘEDSTAVUJÍ V TERAPII MUSKULOSKELETÁLNÍCH BOLESTÍ „ČISTÉ ŘEŠENÍ“

Ortoped MUDr. Vladimír Medek působí jako ambulantní specialista v Hradci Králové a ve Dvoře Králové. Nejčastěji „řeší“ bolavé klouby, především kolena. Klasická léčiva určená k jejich terapii však v jeho praxi zatlačily na okraj kolagenové MD injekce. Jednak proto, že díky svému složení tělu vlastní látka plus různé fyto složky, odvislé od indikace, nemají nežádoucí účinky a přinášejí výrazný reparační efekt; jednak s jejich pomocí dr. Medek často dokáže moderovat patientské sklony k ne zcela uváženým radikálním řešením.



Pane doktore, jak jste se k MD injekcím dostal?

Před několika lety, když se s nimi u nás začínalo, jsem dostal nabídku, abych je k vyzkoušel. Ortopedů, kteří je tehdy používali, nebylo mnoho, MD injekce byly především v rukou rehabilitačních lékařů a neaplikovaly se do kloubu, ale spíše do měkkých tkání, do okolí kloubu apod. Byl jsem vůči nim pochopitelně zdravě skeptický, měl jsem pocit, že jde spíše o homeopatikum, a já homeopat opravdu nejsem. Ukázalo se však, že to tak není.

Co na nich shledáváte nejzajímavějším?

Nejsou rizikové, nemají nežádoucí účinky a jsou výborně snášeny, což vystupuje do popředí například u úponů – trpí na ně hlavně sportovci –, kde kortikoidy mohou způsobit utržení. Jsou cenově dostupné, což je důležité pro běžného pacienta, pro něž jsou navíc aplikačně velice příjemné. Aplikace MD injekcí je snadná, s čímž se pojí i určitá volnost – když nezasáhnu úplně přesně postižené místo, nic se na rozdíl od kyseliny hyaluronové, která musí přijít přesně do kloubu, neděje, protože organismus si prostřednictvím extracelulární matrix léčebnou zprávu předá. Navíc jde o přípravek vykrývající do značné míry určitou mezeru v léčebných možnostech.

Jakou mezeru máte na mysli?

U chondropatií a chondromalacií, tedy u nitrokloubních poruch chrupavky, jsou jiné terapeutické prostředky k dispozici omezeně. Kortikoidy u nich sice zmírní zánětlivé projevy, avšak neovlivní stav chrupavky; kolagen její stav zlepší. Další mezeru představují úhrady aplikací kyseliny hyaluronové u chrupavčitých lézí. Ta je sice u nich indikována, ale pouze u druhého a třetího stupně artrózy kolenního kloubu, kde je však její účinnost pochopitelně nižší. U nižších stupňů artrózy nebo u chondropatií a chondromalacií, které jsou řekněme níže než artróza, nelze kyselinu hyaluronovou z ekonomických důvodů podávat, přičemž smysl by to mělo. Kolagenové injekce jsou u těchto indikací vhodné a cenově mohou kyselině hyaluronové, která kdyby se podávala a pacient by si celou kúru hradil, velmi dobře konkurovat. Terapie typu Ortokine, tedy injektování plazmatických faktorů ze speciálně upravené krve do kloubu, je za prvé drahá a za druhé u ní také nová chrupavka nevznikne. Kmenové buňky jsou dokonce intraartikulárně non lege artis, jen paraartikulárně, ale to zase nemá smysl.

Čím to, že u nitrokloubních poruch chrupavky jsou terapeutické možnosti tak úzké?

Částečně proto, že ještě v době, kdy jsem začínal, takové věci téměř nešlo diagnostikovat. Umožnila to až arthroscopie, která je záležitostí zhruba posledního čtvrtstoletí. Před jejím nástupem se dělaly otevřené operace a ty se prováděly většinou cíleně. Byla-li například zjištěna léze menisku, která se zjistila artrograficky, tak se cíleně operoval meniskus a neprohliželo se – ani to nebylo technicky možné – celé koleno, zda v něm není ještě něco dalšího, co by vyžadovalo léčbu. Chondropatie a chondromalacie se neřešily, jednoduše se řeklo, že v kolenním kloubu je zánět a hotovo. Podávaly se protizánětlivé léky či obstrukce kortikoidem, což bylo vše.

U jakých indikací MD injekce používáte?

U většiny pacientů, jimž je podávám, jde o aplikaci do kolenního kloubu. Používám tedy hlavně přípravek MD-Knee, jež nasazují velmi často po arthroscopii čili tam, kde je prokázána léze chrupavky. Dříve jsem u nich mj. používal přípravek Traumeel, což bylo homeopatikum, přičemž v okamžiku, kdy tato modalita vypadla, se objevily právě MD injekce. Později jsem přidal další indikace, jako je ramenní kloub, do něž opět aplikuji intraartikulárně, a kyčelní kloub periartikulárně, protože trefit se do kyčelního kloubu bez ultrazvuku není jednoduché, efekt se zde však

také objevuje. Léčím s MD injekcemi také měkké tkáně a následně úponové bolesti. V poslední době čím dál častěji řeším dříve spíše výjimečnou indikací, aplikaci v okolí šlach. Ovlivnil mě zde italský lékař dr. Alberto Meroni, jenž na semináři v Miláně tuto indikaci prezentoval, a mně se líbila. Výsledky jsou dobré, což je zvláště důležité u Achillovy šlachy, která je problematická, často bolestivá a léčebně těžko ovlivnitelná. Kortikoidy jsou u Achillovy šlachy kontraindikovány. MD-Muscle a MD-Small Joints jsou zde velmi dobré a účinné.

S čím vším MD injekce kombinujete?

Přímo při aplikaci s ničím. Terapii MD injekcemi však doplňuji i klasickými léky proti bolesti či protizánětlivými nebo rehabilitací. Rozhodně však k injekcím současně nedávám kortikoidy. Tyhle věci k sobě podle mne nepatří, mají totiž úplně jiné mechanismy účinku.

Pozorujete u nich protizánětlivé působení?

Ano. Těžko posoudím, působí-li takto kolagen nebo přidaná arnika, která je u MD-Knee.

Přispívá terapie MD injekcemi ke snížení spotřeby analgetik?

Ano, jenže ne hned, ale okolo čtvrté páté injekce, kdy se dostavuje efekt. Pokud má pacient bolesti, tak se analgetikům nevyhýbám.



Jaký je obvyklý průběh léčby z hlediska pacienta? Jak reaguje na fakt, že se efekt nedostaví hned?

Terapie probíhá hladce, speciálně u kolenních kloubů. Jde však právě o to, že injekce zpočátku – prvních pět píchnám po týdnu – nejsou účinné, takže se pacientům musí vysvětlit, že musejí počkat na čtvrtou pátou a pak se teprve začne dostavovat efekt. Ono to samozřejmě u dalších indikací platí také, ale u kolen je efekt ještě trošku pozdější než u měkkých tkání. Pacienti si většinou dají říci. Často jsou po artroskopii, mají k dispozici nálezy, takže vidí, co v koleni je, a já jim tak mohu dokladovat, co v něm mají. To samozřejmě funguje.

Rozumím vašim slovům tak, že nejobvyklejší patientský mentální stereotyp „lék rovná se

okamžitý účinek“ se vám daří úspěšně překonávat. Avšak další takový stereotyp je silný sklon k vyžadování radikálních a spektakulárních řešení. Abych byl konkrétní – znám padesátníky, kteří již mají náhradu kyčelního kloubu...

Že se operuje předčasně, je dnes bohužel obecný trend. Chybí snaha léčit jinak, což je vidět u artroskopii, které se dříve indikovaly po vyčerpání všech možností. Dnes pacient přijde, že ho dloubo v koleni, a už je „indikovaný“ k artroskopii. To je chyba, mnoho potíží se dá vyléčit fyzikální terapií, lékem, obstríkem, lokální terapií, rehabilitací, prostě možností je víc a potíže v klidu odezní.

Pro jaké indikace vaše slova platí?

Jde o entezopatie, úponové bolesti v oblasti kolena, přechodné záněty, které po léčbě pominou. Pro vámi zmíněnou endoprotetiku platí totéž, dříve se čekalo, až bude artróza pokročilá, dnes se často operuje už artróza druhého stupně, což je dle mého soudu předčasně. Pro pacienta však operace představuje okamžité řešení, neboť se mu nechce dlouhodobě chodit na rehabilitaci, brát léky na bolest, a hlavně se mu nechce cvičit. To je skutečně problém, když pacientovi řeknete, aby cvičil, většinou cvičit nebude, takže si neudrží kondici kyčle, a odtud už je blízko k řešení typu endoprotézy.

Nakolik se vám daří přivést pacienty k šetrné léčbě, jakou představují právě MD injekce?

Snažím se pacientovi vše vysvětlit, protože si myslím, že je v jeho zájmu, aby operační nebo podobně definitivní léčba byla načasována na dobu, kdy je na ni čas, ne pozdě, ale také ne předčasně. Řekl bych, že se mi to daří tak půl na půl.

Může však nastat také situace, že se bolest, již injekce pomohly zdolat, objeví znovu. Co dělat pak?

To není až takový problém, doporučuje se kúru u takovýchto pacientů po čase opakovat. Nemusí jít o plnou, ale jen udržovací dávku.

Pozorujete různé přístupy k léčbě u různých patientských skupin?

U sportovců je jasná tendence být co nejdříve zdravý, je zde jasné směřování k radikalitě léčby. U aktivních starších pacientů je to podobné, ono totiž platí, že u všech aktivnějších lidí je tendence k radikalitě, protože prostě spěchají – jde jim o čas, jež ztrácejí ve firmě, tím, že chodí na rehabilitaci, tím, že jedou do lázní, to vše je obtěžuje. Bohužel už nedomyšlejší, že za dalších dvacet let se potence radikálního řešení může vyčerpat a pak bude muset něco nastat. Dáte-li endoprotézu čtyřicátníkovi, je to pro něj fajn, brzy je v pořádku, hned kloub rozcvičí, nemá komplikace atd., co však bude dělat v šedesáti sedmdesáti letech? Může kalkulovat, že věda pokročí a tou dobou bude něco nového k dispozici, takové očekávání však nemusí dojít naplnění.



PhDr. Pavel Taněv
 redaktor, EdukaFarm, Praha

S čím k vám sportovci nejčastěji přicházejí?

Většinou jde o pacienty po arthroscopii kolene, hodně jich přichází s achilovkami. Nyní jsem měl sportovce s rupturou trojhlavého svalu lýtkového, ovšem takovou, která byla na konzervativní léčbu, čili defekt nevelký, ale byl. Před několika týdny jsem u něj zakončil sérii deseti injekcí MD-Muscle a běhá jako srnka. Ve zbytkové podobě mu defekt sice zůstane, ale funkčně je sval v pořádku.

Vraťme se k rozdílům mezi pacienty. Zmínil jste sportovce a aktivní lidi, pozorujete však rozdíly třeba i mezi muži a ženami?

Muži bývají většinou radikálnější, ženy jsou sice obecně „naříkavější“, ale spíš si nechají od lékaře poradit.

Liší se kupříkladu pacienti z Hradce Králové a Dvora Králové, kde máte ambulance?

Liší. Na malém městě lidé na lékaře pozitivněji reagují, lépe se s nimi pracuje. Asi v tom sehrává roli více faktorů, možná je to tím, že v Hradci je více lékařů a pacienti mají větší možnosti, že jsou zhyčkanější. Typický hradecký příklad je dobře oblečená a učesaná žena okolo sedmdesátky se značnou nadváhou a pocitu, že je jí okolo čtyřicítka, co do figury je „akorát“ a na její potíže nic nefunguje. Takovou pacientku je opravdu těžké přesvědčit, že má zhubnout a změnit životosprávu. Na malém městě to takhle není.

Když vedete dialog s pacientem, co na něj nejvíce zabírá?

Většinou ke mně přichází s konkrétním problémem, který se netýká celého těla. Chce tedy po mně, abych mu vysvětlil, co má s kloubem či šlachou. Souvislosti pacienti někdy až tak moc nechápu. Často bývají ovlivněni internetem, což nebývá dobře. Většinou semelou všechno dohromady a neodliší, co je odborné a co odborné není. Jiný případ jsou lidé, které bolí „úplně všechno“, protože je u nich většinou přítomná neurotická nebo psychosomatická nadstavba. U těch se věci hůře ovlivňují a efekty jakékoli léčby jsou u nich vždycky horší.

Jaké máte zkušenosti s posledně zmíněnými pacienty?

Chodí ke mně. Většinou jde o pacienty vertebrogenní, s bolestmi v zádech, kde se sice příčina najde, avšak pacient většinou není s to ji ovlivnit, respektive své reakce a chování. Jde o nadváhu, svalové dysbalance apod. Musel by začít cvičit, změnit životosprávu, ale toho většinou není schopen. Vše mu vysvětlím, on má slova odkýve, ale výsledek není žádný. U nich může být terapie MD přípravky do určité míry účinná, ale působí spíše na psychickou.

A nedaří se vám právě tudy k pacientovi proniknout a změnit jeho životní návyky?

Někdy ano, ale výsledek je vždy nejistý. Někdy mám až trochu strach, abych metodu MD injekcí nezkompromitoval. Mám tím na mysli, že nasazení MD přípravky na pacienta působí psychicky dobře, ale dlouhodobý výsledek se nedostaví, protože v momentě, kdy účinek odezní, on spadne zpět do svých potíží. Já mu pomůžu injekcí, ale on nebude cvičit, nezmění životosprávu a za půl roku nebo i dřív přijde s týmiž potížemi a tvrzením, že mu „to nepomohlo“. Svoji situaci vnímá tak, že mu nepomohl lék, jenže mu nepomohlo to, že nezměnil životosprávu a že se nenechal nastartovat správným směrem. Samozřejmě postoj, že „vše je na straně léku a nic na straně mé“ může zkompromitovat jakoukoli léčbu a metodu.

Efekt MD injekcí lze podpořit za pomoci dalších látek. Jak na jejich doporučení pacienti reagují?

Když je doporučím, jeden typ pacientů na ně kývne, avšak jen kývne. Jde o látky jako vitamin C, vápník, zinek a podobné potravinové doplňky; u chondropatií a artróz doporučuji přípravky obsahující glukosamin nebo chondroitin sulfát. U pacientů, kteří mne naopak poslechnou, působí jistý zmatek reklama. Například u některého doplňku vidí v televizi, jak všichni včetně osmdesátníků vyběhnou na rozhlednu; já jim pak v ordinaci zasazuji do správných souvislostí zklamání, že na rozhlednu nevyběhli. Lidé totiž reklamu na rozdíl od lékaře berou doslovně.

