

Není umění prožít život s léčenými chorobami, ale prožít jej ve zdraví



Ortoped MUDr. Marek Petráš se snaží především zvýšit kvalitu života svých pacientů. Velký důraz klade na správné složení stravy a dostatek pohybu. Používá kolagenové injekce a další prostředky fyziologické regulační medicíny, již považuje na základě svých zkušeností za bezpečný a šetrný způsob léčby bolestivých onemocnění pohybového aparátu.

Jakými cestami jste se dostal k ortopedii?

Moje cesta k ortopedii byla poměrně jasná a krátká. Rozhodl jsem se pro ni ve čtvrtém ročníku medicíny, kterou jsem studoval na Masarykově univerzitě v Brně. Impuls přišel od našeho vyučujícího, ortopeda Zbyňka Rozkydala. Děsně jsme ho na praktikách štváli, že nic neumíme a já mu chtěl vnitřně dokázat, že se mylí. Mohly za to naše studentské flámy. Po nich jsme přišli na praktika a nebyli jsme schopni dnešnímu docentovi Zbyňku Rozkydalovi odpovídat na jeho otázky. Vnitřně mě mrzelo, že si myslí, že z nás nic nebude, a chtěl jsem ho přesvědčit, že se plete.

Co důležitého vám Zbyněk Rozkydal předal?

Naučil mě dovednosti, na níž si ortopedie zakládá: přesnosti. Znamená to stanovit přesnou diagnózu, určit přesný postup a dosáhnout přesného výsledku.

Jiný obor vás nikdy nelákal?

Rozhodnutí věnovat se ortopedii tehdy korespondovalo s mou představou samotného vykonávání medicíny. Ortopedie je pro mne obor s jasně definovanými postupy založenými na důkazech s přesahy do více oborů, zejména neurologie, rehabilitace a traumatologie. Je to obor, jehož hlavním cílem je zlepšit kvalitu života zdokonalením funkce pohybového aparátu, k čemuž využívá prostředků neinvazivní i invazivní medicíny. Vzniká tím pestrost škály terapeutických postupů, které vyžadují umění se rozhodnout. Kromě ortopedie mě zajímá také rehabilitační medicína.

Můžete popsat pokrok, k němuž ve vašem oboru za poslední desítky let došlo?

Pokrok v ortopedii je citelný jak na invazivních, tak neinvazivních technikách a postupech ošetření onemocnění pohybového aparátu. Jedná se o inovace na poli artroskopických technik, tedy o trend miniinvazivních ošetření, které pacienta jistě méně zatěžují než klasické postupy, a pak jsou to pokroky na poli endoprotetickém. Ne že by docházelo k revolučním změnám, ale především materiály jsou kvalitnější, odolnější vůči

otěru, implantáty umožňují lepší rozsahy pohybu, což vede ke zlepšení biomechaniky ošetřených kloubů a ke zlepšení kvality života. Pokrok farmakoterapie v tomto oboru není nijak zásadní, stále se používají léčiva stará desítky let. Existují pokroky v možnostech přístrojové neinvazivní terapie – fokusovaná rázová vlna, vysokoindukční magnety a vysokovýkonové lasery s velkou účinností. A pak tu máme použití preparátů fyziologické regulační medicíny, kam spadají i kolagenové Guna MD injekce a další přípravky.

Pacienti jsou často fyzicky dlouhodobě unaveni, nemají čas na regenerační pohyb, jsou v dlouhodobé stresové situaci často potencionálně sociálními faktory, rodinnými, životním stylem a nemožností snadné změny práce právě kvůli lukrativnosti.

Jak vnímáte přístup pacientů k léčbě?

Řekl bych, že vzdělání lidí o vlastním těle a jeho funkcích je nedostatečné. Lidé příliš spoléhají na to, že se nemoc dá snadno ovlivnit zásahem zvenčí, jak jim to slibuje moderní medicína objevováním stále nových účinnějších molekul. Možná by pomohlo zařadit do běžné výuky některé informace o fyziologických funkcích. Vždyť není umění prožít život s léčenými chorobami, ale prožít jej ve zdraví. Někdy mám pocit, že v současné době leckdy není zájem na tom, aby obyvatelstvo bylo zdravé. Stát ukáže lidem, že se umí postarat o jejich zdraví, ale to nestačí. K opravdu zdravému životu musí přispět každý sám, nestačí, když se snaží jen stát a zdravotníci.

Jak obecně hodnotíte zdravotní stav lidí – i ve srovnání s minulými lety či desetiletími?

Zdravotní stav lidí ve srovnání se situací před 10 lety mi rozhodně nepřipadá lepší. Optikou statistických čísel: zaujímáme 4. místo v obezitě na světě, 2. místo v konzumaci alkoholu, máme 900 000 diabetiků, velmi vysoký výskyt ischemické choroby srdeční, cévních mozkových příhod, vysoký výskyt onkologických onemocnění. Roz-

hodně to nesvědčí o tom, že by lidé v české kotlině měli perfektní životní styl. Bohužel edukovanost lidí o možnosti zlepšení kvality života vlastními silami je velmi nízká, a to i přes několik let trvající programy o stravovacích zvyklostech v médiích. Nerozumím situaci, kdy tabákové výrobky jsou jasně označeny varovnými nápisy a alkohol nikoli. Proč stejně varovné nápisy nejsou na cukrovinkách, cukru a jiných rizikových potravinách, které již třeba musely opustit školní automaty? Proč děti ve školkách a školách dostávají jako hlavní jídlo sladký pokrm? Proč ministerstvo zdravotnictví v tom neudělá jasné kroky?

S jakými diagnózami a jakými pacienty se setkáváte nejčastěji?

Zhruba třetinu mé ambulance tvoří léčba onemocnění kolenních a kyčelních kloubů, další třetinu léčba pacientů s onemocněním šlach na horních i dolních končetinách a poslední třetinu představuje léčba bolestí zad a dalších onemocnění. Velkou část mých nemocných, kteří přicházejí ke mně do ordinace, tvoří lidé ve věku mezi 30 a 50 lety. Jsou ovšem dny, kdy se věkový průměr pohybuje nad 70 lety a hmotnostní průměr kolem 110 kilogramů. Není neobvyklé, že dopoledne ke mně přijde 30 pacientů a pouze 5 z nich má normální fyziognomii. Problém s nadváhou je u pacientů v mém re-

Nyní používám injekční Guna MD přípravky v několika desítkách aplikací každý den. Jejich rozšířené užívání v mé praxi vyplynulo až z dlouhodobější osobní zkušenosti a samozřejmě z pozitivních výsledků. Jsem přirozeně nedůvěřivý a opatrný.

gionu obrovský. Naprostá většina z nich má problémy s držení těla, s centrální obezitou a tím pádem i s pohybovým aparátem. Přibývá pacientů s různými zánětlivými potížemi v oblasti úponů svalů na horních a dolních končetinách. Pacienti jsou často fyzicky dlouhodobě unaveni, nemají čas na regenerační pohyb, jsou v dlouhodobé stresové situaci často potencionálně sociálními faktory, rodinnými, životním stylem a nemožností snadné změny práce právě kvůli lukrativnosti. Tento koktejl faktorů pak vede k rozvoji chronických zánětlivých strukturálních změn, jejichž léčba je často velkým oříškem. Spektrum pacientů je velmi široké, poskytují kompletní péči od novorozeneckého věku až po vysoký věk včetně traumatologie pohybového aparátu. Ale dá se říci, že poz-

zorují nárůst pacientů s bolestí lokte, paty a Achillovy šlachy. Od těchto pacientů pak nejčastěji slyším, že potíže mají několik měsíců, pracovní neschopnost si dovolit nemohou, klidový režim se sádrou nebo berlemi nechtějí. Bez ohledu na diagnózu chtějí léčbu „za provozu“ a hlavně s vysokou účinností a v co nejkratším čase.

Souvisejí některé zdravotní obtíže i s prací vašich pacientů?

Ano. Mnoho mých pacientů má nějakou lukrativní práci, kvůli níž ale přetěžují svůj pohybový aparát. Jejich bolesti a problémy jsou výsledkem životního a pracovního zatížení. Mnozí lidé v mém regionu pracují na směny, a to i v noci, a přicházejí ke mně s bolestmi, které jsou výsledkem nepřiměřené zátěže a stresu, který nakládají na svůj organismus. To se pak projeví nějakou poruchou, která říká, že ten člověk dělá něco špatně. Práce v noci je totiž velkou zátěží pro imunitní systém. To, že nespíte v noci, se nedá vykompenzovat tím, že budete spát ve dne.

Co je podle vašeho názoru hlavní příčinou ortopedických onemocnění?

Hlavní příčina se dá těžko specifikovat, určitě se jedná o souběh faktorů a mezi hlavní patří nevhodný životní styl a prostředí, ve kterém daný pacient žije. Řekl bych, že tyto dva faktory jsou naprosto klíčové, genetická informace je jen základ,



kteří řekne, jakou máme pravděpodobnost, že se daná informace projeví patologickým stavem a prostředí řekne, jestli to tak bude nebo ne! Prostor již může člověk formovat, vybírá si místo, kde žije, s kým žije, kam chodí do práce a podobně. Stejně tak může zvolit vhodnou nebo nevhodnou stravu, přátele... Některé věci už ovlivňuje hůře – stres z práce, ekonomickou situaci, sociální vztahy a další. Z krátkodobého zdravého stresu se stává distres, který zvyšuje možnost exprese nežádoucích genů – a vzniká postupně situace, kdy je narušena koordinace mezi centrálním nervovým systémem a ostatními systémy, dochází k rozkolísání homeostázy a rozvíjí se nemoc. Jedná se o takzvaný epigenetický vliv na rozvoj onemocnění. Opatřebením kloubů je velmi často spojeno s vysokou zátěží – statickou způsobenou hmotností nebo inaktivitou, například prací vsedě a vestoje, ale i dynamickou zátěží, například vysokou sportovní aktivitou, která náš pohybový aparát mikrotraumatizuje a stresuje.

Většinou pacienta do ambulance přivede akutní nebo chronická bolest, která je doprovodným signálem probíhajícího zánětu jako odpovědi na poškození jednotlivých struktur. Tabletka a obstřík často pomůže v akutních fázích ke zmírnění příznaků poškození. Většina pacientů to již v nějaké podobné formě zažila a nepomohlo jim to tak, jak by si od lékařské pomoci slibovali. Nezměnila se totiž příčina vzniku potíží. V mnoha případech chybně nastavený životní styl obsahující jednu nebo více malých chyb, a protože jsou malé, dovolují svému uživateli, aby je dlouhodobě opakoval. Pokud by byla chyba velká a upozornila uživatele ihned, jako je třeba průjem po špatném jídle, uživatel by se jistě v dalším životě chtěl této chybě vyhnout. A tak tyto malé chyby vedou k životnímu stylu, ve kterém vznikají poruchy funkcí a další patologické stavy. Chápu, že je velmi těžké přijmout skutečnost, že životní styl, který vedu 30 až 40 let, je špatný. Přijmout ten fakt, že se mýlím, že rodinné zvyklosti, nikoliv geny, jsou chybně nastaveny. Uvědomit si, že tento životní styl není správný, je klíčem k pochopení změn, které musím udělat, aby se kvalita zdraví zlepšila dlouhodobě.

Jakou roli hraje hmotnost pacientů?

Hmotnost je jen jeden z možných a v případě váhonosných kloubů podstatných faktorů, a kopíruje životní styl. Mnoho pacientů má významnou obezitu 25, 35 i 50 kilogramů navíc a obezita je vždy spojena s prozánětlivým prostředím. Hmotnost pacienta je velmi



Voltera v Toskánsku je pro MUDr. Petráře a jeho rodinu oblíbenou destinací k letní dovolené již mnoho let.

často odrazem jeho životního stylu a méně často důsledkem poruchy jeho zdraví, tedy třeba hormonální poruchy. Ale neznamená to, že by se hubeným lidem potíže s pohy-

Nadměrná hmotnost totiž představuje významný stresový faktor těchto partií pohybového aparátu.

V případě chronických stavů nebo recidiv postižení nejčastěji volím kombinaci kolagenových MD injekcí, perorálních přípravků Guna (například kapek Guna-Matrix) a přístrojové léčby.

bovým aparátem vyhýbaly. Pokud někdo má nízkou hmotnost, protože kouří 30 cigaret denně, pije velké množství alkoholu, jí příliš málo a nespí, tak to povede jistě k patologickým stavům v důsledku chybně nastaveného životního stylu.

U oběžných při poškození bederní páteře, kyčlí, kolen, chodidel, tedy částí pohybového aparátu – svalů, šlach, kloubů – které nesou naši váhu, dochází ke zlepšení stavu bez snížení hmotnosti často jen přechodně.

Máte dlouholeté zkušenosti také s prováděním ortopedických operací.

Ano, loňský rok byl ale první, kdy jsem již neoperoval. Předtím jsem operoval ve své mateřské nemocnici v Šumperku, kterou jsem loni definitivně opustil, a nyní se věnuji na plný úvazek pacientům v ambulanci.

Proč jste se rozhodl přestat operovat?

Rozhodnutí nebylo snadné, přece jenom mám klasické medicínské vzdělání, kde je úvaha o léčbě opřena o metody založené na důkazech. Proběhlo mnoho emocí, mnoho nocí sloužilo k utříbení myšlenek. Mnohému napomohly osobní spory s bývalým primářem s jeho svébytným přístupem k pacientům a kolegům. Rozhodnutí padlo ve chvílích, kdy jsem dočetl knihu Biologie víry od Bruce Liptona. Začal jsem si plně uvědomovat důsledky svého pracovního vyčerpání a neudržitelnost svého životního stylu. Udělal jsem řadu změn, které mě přivedly až k současnému komplexnímu pojetí pacienta. Stále častěji jsem si totiž kladl otázku, zdali uzdravila pacienta moje

operace nebo onen čas, který věnoval sám sobě včetně okolí, které jej začalo vnímat jako nemocného. Zároveň jsem narazil na studie, kde byly operace prováděny jako placebo. Konkrétně mám na mysli ortopedickou studii (Bruce Moseley et al.: A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee), publikovanou v roce 2002 v časopise *New England Journal of Medicine*, týkající se ošetření kolenního kloubu artroskopickou metodou. Studie zahrnovala tři skupiny pacientů. U první skupiny byla provedena artroskopie s tzv. debridement (odstranění fragmentů kloubní chrupavky), druhé skupině byla provedena artroskopie a koleno jen vypláchnuto. Třetí skupině, která byla operována v lokální anestezii, byly provedeny pouze kožní incize (bez artroskopie). Pacienti s lékařem během operace komunikovali, on předstíral, že provádí výplach kloubu a odstraňuje fragmenty poškozené chrupavky, aby měli pocit, že je prováděna operační procedura. Výsledky (pokud jde o bolestivost kolenního kloubu) byly u první a třetí skupiny pacientů velmi podobné, což mě jako operátora dosti překvapilo. Najednou jsem ztratil jistotu, že mnou provedená operace pacienty opravdu vyléčila.

Začal jste po tomto rozhodnutí používat kolagenové injekce. Je to tak?

Ano. Rozhodně to ale u mě neměly lehké, musel jsem si k nim postupně najít cestu, což souviselo i se změnou řady životních postojů, změnou pohledu na pacienta. Vycházím z oboru, který je velmi založen na hmatatelných a měřitelných důkazech. Pouhá empirie často nestačí, proto byl můj postoj z počátku vlažný. Nyní používám injekční Guna MD přípravky v několika desítkách aplikací každý den. Jejich rozšířené užívání v mé praxi vyplynulo až z dlouhodobější osobní zkušenosti a samozřejmě z pozitivních výsledků. Jsem přirozeně nedůvěřivý a opatrný.

A jaké tedy máte s kolagenovými injekcemi zkušenosti?

Nejčastěji je používám při léčbě artrózy kolenních kloubů, zánětů Achillovy šlachy, zánětů v oblasti lokte a poškození krční páteře a L/S přechodu bederní páteře. Samozřejmě používám různé kombinace. O některých bych řekl, že jsou mojí stálíci, například kombinace přípravku **MD-Matrix** s **MD-Knee** či (dle lokalizace bolesti) jiným MD přípravkem. U chronických zánětlivých stavů doplňuji léčbu o perorální preparáty **Guna-Flam** a **Guna-Arthro** a **Guna-Matrix**. Zjistil

Lipozomální vitamin C, Lipo-C-Askor, doporučuji zejména pacientům, kteří trpí zánětlivými a degenerativními chorobami kloubů, například osteoartritidou, po dobu 6 až 8 týdnů.

jsem, že k výraznému efektu dochází nejčastěji po 3. aplikaci kolagenové injekce. Na začátku jsem je aplikoval jen intraartikulárně, ale nyní užívám i periartikulární aplikaci. Nejdřív jsem nevěřil tomu, že mohou ovlivnit bolest kyčelního kloubu jen subkutánní, periartikulární aplikací. Teprve když jsem tento postup začal používat a doplnil jsem přesnou nitrokloubní aplikaci o podkožní tzv. pupeny, kterými se snažím ovlivnit zánět, efektivita se výrazně zvýšila. Až potom jsem si uvědomil, že zánět neprobíhá jenom uvnitř kloubu, ale přenáší se na další struktury, které jsou bolestivé, jako kloubní pouzdro, vazy a tkáň v okolí kloubu. Musel jsem si na to přijít sám a po mnoha aplikacích MD injekcí.

Které další přípravky a postupy se vám ve vaší ambulantní praxi nejlépe osvědčily?

Stran léčebných postupů se dá říct, že v případě akutních potíží lehkého charakteru nejčastěji používám krátkodobě nesteroidní antirevmatika (NSA) – diclofenac, nimesulid – a klidový režim, což často vede ke zlepšení. V případě silných projevů zánětu a bolesti v akutním stavu volím často malé množství kortikoidu aplikovaného co nejpřesněji do místa problému. V případě chronických stavů nebo recidiv poškození nejčastěji volím kombinaci kolagenových MD injekcí, perorálních přípravků Guna (například p.o. kapek **Guna-Matrix**) a přístrojové léčby – fokusovanou rázovou vlnou, vysokoindukčním magnetem a laserem.

Jaké máte zkušenosti s prostředky fyziologické regulační medicíny?

Prostředky fyziologické regulační medicíny jsou jednoznačně velmi šetrné. Znamenají ovšem běh na dlouhou trať. Odolnost tkání pohybového aparátu je vyvážena tím, že jejich metabolismus je pomalý. Problémy vznikají pomalu a pomalu se také odstraňují. Dlouho trvá, než se tkáň zregenerují. Mým úkolem je



Cyklovýlet po hradbách italské Luccy



K životnímu stylu MUDr. Petráše patří častý pobyt v přírodě a pravidelná fyzická aktivita.

podpořit regenerační schopnosti organismu, dosáhnout toho, aby se pacienti uzdravili s využitím svých vlastních samoléčivých procesů.

Kladete velký důraz na kvalitu stravy. Jaká doporučení dáváte svým pacientům v tomto ohledu?

Pacientům, kteří to potřebují, radím, aby změnil způsob stravování, protože je to velmi často to nejjednodušší a nejproveditelnější, co mohou změnit v životním stylu. Ne všichni na to ale slyší. Musím souhlasit s tvrzením, že až 70 procent zdraví určuje kvalita stravy. Na tom, co člověk jí, velmi záleží, protože v tlustém střevě máme mikrobiom, který má zásadní význam pro naši imunitu. Úplně nejhorší je klasická česká kuchyně obsahující nadměrné množství sacharidů a omega-6 nenasycených mastných kyselin, které se nacházejí ve vysoké koncentraci například v některých masech a rostlinných olejích. Domnívám se, že strava je schopná ovlivnit velké množství zánětlivých stavů. Pacientům říkám, že není normální mít v nákupním košíku kartón slazených limonád

nebo jiných slazených nápojů spolu se spoustou pečiva a dalších potravin, které prošly částečnou nebo úplnou průmyslovou úpravou a jsou prosycené konzervanty, regulátory chuti a podobně.

Zmiňujete se také o významu vitamínu C?

Lipozomální vitamin C, **Lipo-C-Askor**, doporučuji zejména pacientům, kteří trpí zánětlivými a degenerativními chorobami kloubů, například osteoartritidou, po dobu 6 až 8 týdnů. Považuji tento přípravek za důležitý doplněk stravy především do doby, než udělají zásadní krok, a tím je změna stravovacích a pohybových zvyklostí. Pacient by si měl uvědomit, že jeho životní styl vykazuje chyby. Kdyby měl správně nastavenou životosprávu, podstatně by tím snížil riziko vzniku těchto onemocnění.

Co konkrétně by podle vás měli obézní muži a ženy změnit ve stravování?

Lidem, kteří mají problémy s nadváhou, doporučuji, aby preferovali potraviny s nízkým

glykemickým indexem. Problematické jsou obiloviny, brambory, rýže, těstoviny a kukuřice. Rozkolísávají hladinu glykemie a způsobují inzulinovou houpačku, což v konečném důsledku vede k inzulinové rezistenci a dalšímu vnitřnímu chemickému stresování organismu se spoustou nežádoucích chemických reakcí jako je glykosylace proteinů, lipoproteinů a dalších. Potraviny s vysokým glykemickým indexem nevyřazují z jídelníčku úplně, je to v našich končinách, kde panují určité společenské konvence, obtížné, ale radím výrazně omezit jejich konzumaci. Už jenom to, že si jich lidé začnou všimnout a vnímat je jako problematické, může vést k pozitivním změnám.

A pokud jde o pohybové aktivity, čemu je podle vás nejlepší se věnovat?

Doporučuji lehký pohyb, který nestresuje klouby. Lidé mají někdy pocit, že když sedí 10 hodin u pracovního stolu, nejlepší je vykompenzovat to 10kilometrovým během, což je ale pro tělo obrovská zátěž, další stres. Je to "ode zdi ke zdi" a my přece nechceme mikrotraumatizaci pohybového aparátu, přetěžování šlach, kloubních ploch, chrupavek. Moje doporučení obvykle je, aby lidé dělali, co je baví. To je základ toho, že to budou dělat dobře a budou se dobře cítit. Konkrétně jim třeba doporučuji dvakrát za týden chůzi 4 až 6 kilometrů velmi svižným tempem. Pokud to nejsou schopni praktikovat třeba z časových důvodů, mohou zkusit cvičit doma, dělat shyby, posilování hlubokého stabilizačního systému bederní páteře ke kompenzaci sezení, plavání s brýlemi a hlavou pod vodou, lehký jogging. Jízda na kole je vhodná pro klouby dolních končetin, pro srdce a celý kardiovaskulární systém, už méně je vhodná k řešení bolestí zad, krční páteře, potíží na horních končetinách. Pro lidi, kteří celý den sedí, je vhodná koloběžka nebo kolečkové brusle. Léčba bolestí pohybového aparátu je často dlouhá a pacienti se vracejí. Mám pacienty, kteří mě navštěvují již 15 let, chodí ke mně i celé rodiny.

Jak vidíte budoucnost medicíny a zvláště ortopedie?

Budoucnost medicíny? Určitě nás čeká velký vývoj farmakoterapie, ale stále důležitější bude zdůrazňovat lidem význam prevence, aby porozuměli, že nejen geny, ale i životní styl a prostředí jsou hlavní určující faktory, jestli budou žít zdravě a spokojeně, anebo jestli budou plnit čekárny u lékařů a jíst tabletky. Lékaři příčiny onemocnění často nevysvětlují dostatečně srozumitelně, pacienti se neptají a problémy se řeší tabletami k potlačení symptomů choroby.

Co byste si přál, aby se v medicíně oproti současnosti změnilo k lepšímu?

Přál bych si, aby se hlavně změnil postoj pacientů k vlastním zdravotním problémům, aby je začali vidět v širších souvislostech, a aby lékaři pacienty informovali o příčinách vzniku chorob a možnostech jejich léčby. Některým pacientům nevádí, že mají například hypertenzi, berou spokojeně tabletky a neuvědomují si, že příznaky nemoci mohou být signálem, aby změnili svůj životní styl. Co přejí ortopedii? Asi aby se podařilo zlepšit neoperačním způsobem léčbu artrózy, tedy poškození kloubů, které je výsledkem nadměrného opotřebení a nedostatečné regenerace. Ale jak toho dosáhnout bez úvahy o zásadním vlivu životního stylu a pracovního zatížení, to bohužel nevím.

Co by podle vás mělo být cílem léčby?

Myslím si, že medicína by měla směřovat k fyzické i duševní spokojenosti pacientů. V uvažování některých lékařů vládne Descartův přístup, že tělo je stroj, který má nějakou poruchu a je potřeba vyměnit nebo opravit v něm určitou součástku a pak bude zase fungovat.

Co děláte pro to, aby se situace změnila k lepšímu?

Snažím se své pacienty o příčinách a souvislostech plně informovat. Je to časově náročné, ale cítím, že je to potřebné a správné. Když pak ke mně přicházejí lidé, kteří byli předtím ošetřeni jinde několika obstřiky s kortikosteroidy a ani nevědí, že něco takového dostali a potíže jim přetrvávají, vždycky mě zamrzí, že vlastně ten lékař ani nedal šanci jinému způsobu ošetření, ani nedal pacientovi šanci zapojit se do průběhu své léčby. Jak jsem již uvedl, ortopedie je obor založený na přesnosti, k léčbě potíží často využívá operačních procedur. Operace může být zkratkou k cíli, což znamená zlepšení kvality života a spokojeného pacienta, ale je potřeba si uvědomit, že mezi operací a spokojeností není rovnítko. Nutnost operace má vycházet z intenzity potíží a omezení kvality života samotným zdravotním problémem.

Otázka na závěr: jaké máte osobní plány do budoucna?

V krátkém horizontu bych se chtěl zaměřit na rozšíření použití prostředků fyziologické

regulační medicíny v léčbě potíží pohybového aparátu, zlepšit léčebné protokoly tak, aby ubylo indikací k operacím.

MUDr. MAREK PETRÁŠ

Vystudoval všeobecné lékařství na Masarykově univerzitě v Brně, promoval v roce 2000. O tři roky později složil atestaci v oboru ortopedie. V roce 2006 získal licenci pro výkon soukromé lékařské praxe, výkon funkce odborného zástupce a pro poskytování poradenských služeb v oboru ortopedie. V roce 2007 dosáhl specializované způsobilosti v oboru ortopedie. Jako ortoped působil v Nemocnici Šumperk a Nemocnici Havlíčkův Brod. 1. ledna 2015 zahájil vlastní ortopedickou praxi. V současné době má ordinaci v Šumperku a v Zábřehu. Je členem několika odborných společností, mimo jiné České společnosti pro ortopedii a traumatologii a Společnosti pro sportovní traumatologii a artroskopii.

Tři kazuistiky z praxe MUDr. Marka Petráše

GONARTRÓZA



Osobní anamnéza

57letá pacientka, výška 170 cm, hmotnost 88 kg. Má hypotyreózu, srdeční arytmií, asthma bronchiale, 3krát prodělala cévní mozkovou příhodu. Těžký vertebralgický syndrom LS páteře.

Nynější onemocnění

Prodělala operace obou ramen a obou kolen, operace nohou pro statickou deformitu, dlouhodobě sledována pro potíže s pohybovým aparátem, nejvíce s koleny. Pacientka byla opakovaně léčena pro gonartrosu gr. II obou kolen, prodělala artroskopické operativní ošetření lézí menisků, opakovaně léčena kyselinou hyaluronovou, NSA, kortikosteroidy nitrokloubně. V červnu 2018 přichází pro celkové zhoršení zdravotního stavu, je depresivně naladěná, plačtivá, udává silné bolesti kolen, sotva zvládá chůzi o francouzských holích. Nejvíce si stěžuje na pravé koleno, kde má otok a výpotek.

Diagnóza: Oboustranná gonartróza, vpravo dekompenzovaná, vertebralgický syndrom LS páteře.

Léčba FRM

První ošetření: punkce pravého kolenního kloubu – odstraněno 30 ml serózní tekutiny, přípravky **MD-Knee** a **MD-Matrix** aplikovány intraartikulárně a jako pupeny loco dolenti. Druhé ošetření následovalo za týden: stav stejný, silné bolesti, otok, výpotek – punkce 10 ml serózní tekutiny, instilace **MD-Knee** a **MD-Matrix** intraartikulárně a jako pupeny loco dolenti. Doporučuji pacientce změnu životního stylu a stravování v duchu tzv. paleo diety, přidávám kapky **Guna-Flam** a **Guna-Arthro** (20-0-20). Po této návštěvě dochází k výraznému zlepšení zdravotního stavu, úlevě od bolesti. Zlepšení bylo natolik velké, že již další aplikace MD přípravků nejsou nutné, ponechávám pouze kapky **Guna-Flam** a **Guna-Arthro**. Pacientka změnila řadu věcí ve stravování, omezila příjem uhlohydrátů, více spí. Došlo k takovému zlepšení, že již nepoužívá oporu francouzských holí.

Závěr

Současná terapie je pouze **Guna-Flam** a **Guna-Arthro** (20-0-20 kapkek). Pacientka zatím tyto přípravky užívá dále, má strach je vynechat, aby se potíže nevrátily. V plánu mám po půl roce omezit léčbu na kapky **Guna-Flam**, které později zkusím vyřadit. Pacientka má aktuálně hmotnost 76 kg, tedy o 12 kg méně než na začátku léčby.

ZÁNĚT ACHILLOVY ŠLACHY



Osobní anamnéza

57letá pacientka, výrazná obezita (výška 164 cm, hmotnost 95 kg), hypertenzní nemoc, dna.

Nynější onemocnění

Do ordinace přichází v červenci 2018 pro bolesti obou Achillových šlach, trvající asi 6 týdnů. Klinicky jsou patrné zánětlivé změny obou Achillových šlach s vřetenovým ztluštěním asi 6 cm nad úponem.

Diagnóza: Tendinitis Achillei bilat.

Léčba FRM

Léčbu zahajují aplikací injekcí **MD-Tissue** a **MD-Matrix** (2 ampule smíchaný a rozdělený na obě Achillovy šlachy) pod peritonium a jako pupeny do okolí léze 2x týdně. Léčbu doplňují ortézami, měkkými podpatenkami, lokální péčí, protahovacími cviky, ultrazvukovou terapií a doporučením změny životního stylu a stravování podle pravidel tzv. paleo diety s omezením potravin s vysokým glykemickým indexem a zvýšením příjmu lněného oleje jako silného zdroje omega-3 nenasycených mastných kyselin. K terapii přidávám po celou dobu lokálně **Leni COMPLEX Gel** 3x denně lokálně a doporučuji francouzské hole k odlehčení dolních končetin. Léčba postupuje aplikací **MD-Tissue** a **MD-Matrix** 2x týdně po dobu 5 týdnů. Vlevo se situace zcela upravila, vpravo byla provedena ještě aplikace 2 injekcí **MD-Tissue** perilezionálně. Léčba přípravy FRM trvala celkem téměř 5 měsíců.

Závěr

Pomocí léčby FRM, především injekcemi s obsahem kolagenu (MD přípravy), se stav pacientky výrazně zlepšil. Levá Achillovka je zcela v pořádku, vpravo je stav zlepšen, mírné potíže přetrvávají, ale operační ošetření již není indikováno, pacientka je celkově spokojena. K léčbě obou Achillovek jsem použil celkem 22 ampulí MD injekcí.

TENISOVÝ LOKET



Osobní anamnéza

43letá pacientka, kuřačka, obezita (výška 163 cm, hmotnost 95 kg), hypertenzní nemoc.

Nynější onemocnění

V únoru 2018 pacientka přichází pro půl roku trvající bolesti charakteru tenisového lokte vpravo s takovou intenzitou bolesti, že již neudrží hrníček.

Terapii zahajují aplikací fokusované rázové vlny Duolith T-TOP Storz 1x týdně, celkem 6 aplikací. Na začátku ji doplňuji o NSA (Diclofenac 100 mg denně a Ketonal mast lokálně) po dobu 3 týdnů. Tejpování, protahovací cviky, masáže a studené obklady. Doporučuji změnu práce (pacientka v práci šroubuje), stravovacích zvyklostí a životního stylu v duchu tzv. paleo diety s upřednostněním potravin s nízkým glykemickým indexem, snížením příjmu uhlovodanů, a naopak zvýšením příjmu omega-3 nenasycených mastných kyselin ve formě lněného oleje, se zvýšením příjmu vitamínu C. Po skončení terapie fokusovanou rázovou vlnou se stav zlepšuje, ale pacientka ještě není schopna se vrátit do práce. Proto se rozhoduji zkusit léčbu přípravy FRM.

Diagnóza: Epicondylitis humeri radialis l.dx. (tenisový loket).

Léčba FRM

Terapii přípravy FRM jsem zahájil aplikací **MD-Shoulder**: 1 ampule 2x týdně loco dolenti perilezionálně pod úpon svalů a do jeho okolí na radiálním epikondylu. Současně přidávám kapky **Guna-Flam** (20-0-20 gtt). Po měsíci přecházím na aplikaci **MD-Tissue**: 1 ampule 1x týdně, celkem 8 aplikací.

Závěr

Po 3měsíční terapii FRM je stav pacientky natolik zlepšen, že zvažuje návrat do práce.