

Bolest je důležitý signál, ale je třeba odstranit její příčiny

„Nestačí se jen snažit o potlačení bolesti, hlavní je zajímat se o souvislosti, jež k ní vedou,“ říká brněnský ortoped MUDr. Vladimír Holoubek. Ve svém oboru se snaží tuto diskrepanci řešit tak, že se uchyluje k bezpečným přípravkům, jimiž jsou pro něj především MD kolagenové injekce, a že napravuje příčiny, které muskuloskeletální bolest způsobily.

Pane doktore, jako ambulantní specialista působíte více než třicet let. Co je ve vaší dlouhé dráze konstantou a co proměnnou?

Po celou dobu dělám ortopedii v plné šíři. To např. v rehabilitaci znamená, že když k lékaři dříve chodili pacienti s bolestmi zad, udělala se manipulace a mobilizace v daném segmentu a pacient se poslal na cvičení. Nemocní však nebyli vnímáni v celém komplexu, proto se mnozí pořád vraceli. Začal jsem se zajímat, proč se stále vracejí, a to mne přivedlo ke studiu funkce svalů a svalového aparátu jako takového. Zjistil jsem, že pohybový aparát je velmi komplexní a úlohu v něm sehraje i periferie, tzn. postavení nohy a hlavně CNS. Začal jsem více studovat problematiku nohy, což mě přivedlo k podologii, tedy vyšetření nohy, a stal jsem se tak s dr. Miroslavem Havrdou jedním ze zakládajících členů podiatrické společnosti. Důkladným studiem architektury a funkce plosky jsem posléze zjistil, že dochází k řetězení funkčních poruch v pohybovém aparátu, které jsou spojeny s bolestivostí a poruchou funkce svalů

O jaké funkční poruchy jde?

Svalové spasmy, jež se řetězí od plosky až ke krční páteři. Tohle dobře znaly starší rehabilitační sestry, nejlépe známá Ludmila Mojžíšová. Ta jako jedna z prvních řetězení svalových spasmů popsala. Jejich povolováním spolu s odstraňováním blokády bederní páteře pak měla dodnes vzpomínané úspěchy, kdy „mobilizované“ ženy konečně došly vytouženého otěhotnění. Při bloádě sakroiliakálního kloubu dochází k napětí děložních vazů, které jdou přes vejcovod, a při povolení svalu pánevního dna dojde k povolení těchto ligament a uvolnění průchodu vejcovodů, kdy se vejce konečně mohlo dostat do dělohy. Tím, jak byla paní Mojžíšová „lidová“, působila na své klientky i psychologicky, věřily jí. Tohle mne přivedlo k fyziologické regulační medicíně, protože komplexní přístup je v medicíně nezbytně nutný. Není to však obecně zažitý léčebný přístup a dennodenně se setkávám s tím, jak se mnozí lékaři stále zaměřují čistě na ty „své“ orgány.

Zmínil jste, že se vám pacienti pořád vraceli. S čím konkrétně?

Ke mně vždycky chodili lidé s bolestí. Vždy říkám, že nestačí bolest odstranit, je třeba se zajímat o její příčinu. Ortopedie se často točí okolo aplikace obšteků kortikoidů s lokálním anestetikem do bolestivých bodů a aplikace kortikoidů s mezokainem a anestetikem. Ne vždy se ale řeší, proč entezopatie, kvůli níž děláme obštky, vzniká. Je třeba si uvědomit kaskádu dějů, jež aplikace kortikoidů v organismu spouští. V dřívějších dobách se navíc kortikoidy podávaly ve vysokých dávkách, což například zvláště u starších žen nabourávalo hormonální osu. Navíc při lokální aplikaci kortikoidů

vznikala lokální atrofie a depigmentace; pokud se to špatně píchlo, třeba do šlachy, docházelo k jejím rupturám, potažmo k rupturám svalovým.

Jak se pak taková ruptura řeší?

Je to problém, protože kortikoid výrazně snižuje hojivost tkáně, brání kolagenogenezi a zánětlivému procesu, který vede k vyhojení; také operativně pak byla svízelnější. Sám dnes dávám už jen nízké dávky kortikoidů, ale s lokálními obštky do *punctum dolorosum* se setkávám stále, protože bolest je to hlavní, co nás, ortopedy, živí. Jde však o to, jak k ní přistoupíme. Já si na pacienta nechávám dost času, a mám proto dlouhé čekací doby. Považuji za nutné bolest anamnesticky i klinicky rozklíčovat a jít po příčině, což je nutné pacientovi vysvětlit, aby aktivně spolupracoval. Zajímám se u pacienta, jak se cítí, jaké má koníčky, zda sportuje, jaké má vztahy v rodině, kde pracuje, jak se stravuje, což se vše odráží ve stavu jeho vnitřního prostředí.

Takže vy jste začarovaný kruh návratů pacientů s bolestí přetřel tak, že jste začal hledat příčinu bolesti...

Jednoznačně. Vezměme si dolní bederní páteř, blokády SI kloubů. Prošel jsem školením u prof. Karla Lewita, kde jsem se naučil jednotlivé mobilizace, mým dalším učitelem byl pan primář König, který mne naučil „tvrdé“ metody, tzn. mobilizaci s nárazem, prošel jsem ještě dalšími kursy měkkých i tvrdých technik. Prof. Lewit šel cestou zjemňování a přesné diagnostiky



Studium architektury a funkce plosky dovedlo dr. Holoubka k pochopení příčin početné skupiny muskuloskeletálních bolestí.



S manželkou v Římě u Fontany di Trevi.

poruchy, k čemuž je nutné si vycvičit cit prstech a rukou, já jsem onen cit získával nějakých deset let. Pacienty ale nešlo pořád mobilizovat, protože metoda také zanechává určité následky v podobě určité nestability, navíc mobilizací odstraním pouze následek, nikoli příčinu. Začal jsem se věnovat podologii, kdy jsem měřil délku nohou a proměřoval chodidla při chůzi, díky čemuž jsem zjistil, že v délce dolních končetin existuje asymetrie a že člověk při běhu a při chůzi více zatěžuje kratší končetinu, zhruba o 10 %. V průběhu života se to logicky nastřádá, což se projeví vznikem blokády a následně degenerací přetížených kloubů. Začal jsem to řešit vykompenzováním architektiky nohy, díky čemuž se blokády rozpouštějí a s nimi i celý patologický řetězec.

Kolik lidí má jednu nohu kratší?

Téměř 90 % lidí vykazuje určitou asymetrii. Noha je základna pohybového systému, tam se uzemňujeme, a dům se také nestaví od komíny nebo od střechy. Proto i když ke mně pacient přijde s bolestmi krční páteře, podívám se nejprve na základnu. Když to neudělám, vystavuji se riziku, že se pacient bude pořád vracet. Samozřejmě jak víme z celostní medicíny, přispívajících faktorů může být celá řada, může to jít od nohou, ale taky shora. Nejčastěji to bývá po autonehodách, kdy po nárazu vzniká whiplash, tzn. distorze krční páteře. Nárazem vznikají mikrotrhlínky ve vazivovém aparátu krční páteře, což nervová soustava a mozek registrují. Na základě této informace se pak mění pohybový řetězec chůze, projeví se to tedy v celém pohybovém řetězci. To je důležité odhalovat.

Patří omezené možnosti kortikoidů a váš komplexní přístup k důvodům, proč jste začal pracovat s kolagenovými injekcemi?

Ano, a už je to více než 4 roky. Injekce s obsahem kolagenu - tzv. MD přípravky - jsou složeny pouze z biogenních látek, podněcují kolagenogenezi, přispívají ke zrestituování pojivové tkáně a tím často odstraňují i zdroj bolesti. Zpočátku jsem byl rezervovaný, začal jsem s koleny, pak přešel i na šjiovou oblast a plné užívání spustil zhruba po půl roce zkušebního provozu. Pak jsem léčebné indikace postupně rozšiřoval.

Jak a u čeho všeho?

Pokud jde o pacienty, kteří ke mně přišli s bolestí kolen, tyto injekce se mi osvědčily u chondropatie česek, po artroskopii kolen, u artrózy kolenních a kyčelních kloubů. U pacientů s bolestmi v oblasti krku jde často o zablokovanou krční páteř, kde jsem dříve používal jednorozhodný mezokain, který měl pouze krátkodobý efekt. Díky přípravkům MD-Neck, MD-Muscle nebo MD-Neural se efekt výrazně prodloužil. Jistým negativem je platba pacienta, ale časem se ukazuje, že i to má určitý kladný psychologický efekt.

V čem?

Fakt, že pacient zaplatí, vede k tomu, že má logicky nějaká očekávání, takže například kúru absolvuje celou. Má také daleko větší očekávání kladného výsledku, což pozitivně působí na uzdravování.

Jenže MD injekce nezabírají hned, musí se nějaký čas čekat, než začnou plně působit...

Proto je třeba pacienta řádně edukovat. Když mu injekci s obsahem kolagenu jen aplikuji a nic k tomu neřeknu, efekt očekávání se vytratí. Zpočátku jsem edukačnímu momentu nevěnoval velkou pozornost, ale pak jsem si tyto souvislosti uvědomil a změnil přístup. Psychologická stránka rozhodně není zanedbatelná.

Chcete říci, že očekávání působí jako placebo?

Může účinek přípravku potencovat. Někteří pacienti jsou vůči tomuto momentu velmi vnímaví. Psychická stránka procesu uzdravování výrazně moduluje, buď kladně, nebo negativně. Když je pacient vůči terapeutovi negativně naladěný, mohou podávat cokoli a efekt nebude nikdy nijak výrazný.

Odkud se může taková negativní naladěnost vzít?

V rámci ambulantní léčby se s ní lékař setkává pořád. Vezměme například pacienta, jenž usiluje o invalidní důchod; obešel už spoustu lékařů a já mu nenajdu dost objektivních příznaků, kdy to, co mi říká, já klinicky nenacházím. Tím jeho cíl ohrožuji, nakonec mu dám něco, aby měl pocit, že je léčen. To oslabuje účinnost jakékoli léčby. Navíc si takovýto pacient ani nemíní nic platit. Zde je jakási síto oddělující pacienty, jimž nejde ani tak o léčbu samotnou jako o to, aby z ní něco vyzískali, od těch, co mají skutečné problémy. Jestliže pacientovi se skutečnými problémy vysvětlíte, o co jde, tak ho na danou léčbu pozitivně naladíte a terapeutický efekt je pak podstatně lepší.

Mezi jakou sociální skupinou je pacientů s postranními úmysly nejvíce? Jsou takoví třeba mezi důchodci?

Mezi důchodci ani ne, ti nemají nic podobného zapotřebí. Mají sice leckdy hluboko do kapsy, přesto poslední dobou zjišťuji, že se opakovaně na MD injekce vrací, až v 90 procentech. Léčba je efektivní a oni vydaných peněz nelitují.



Hodně se věnujete sportovcům, co tedy „sportovci a kolagenové injekce“?

Začnu příkladem. Je to zhruba tři roky, co se konala juniorská olympiáda v Pekingu a ke mně přišly dvě juniorské atletické reprezentantky ze Slovenska; jedna byla trojskokanka, druhá běžkyně na 800 m. Tři týdny před soutěží si podvrty kotník, ošetřili je na bratislavské klinice pro údajnou rupturu postranních vazů zevního kotníku a byly vyřazeny z reprezentace. Po 14 dnech se dostaly ke mně, žádnou rupturu jsem na ultrazvuku nenašel, byla tam pouze určitá bolestivost, způsobená menší intrafascikulární distenzí. Opíchl jsem postižená místa pouhými třemi kolagenovými injekcemi a během čtrnácti dnů byly dotyčné bez problémů, v Pekingu startovaly, jedna dokonce získala stříbrnou medaili. Protože mé zařízení stojí kousek od specializovaného gymnázia se zaměřením na atletiku, sportovci ke mně chodí, navíc se starám o brněnské atlety, ragbisty a hlavně naše basketbalistky.

Jak si MD kolagenové injekce ve sportovní medicíně stojí?

Bohužel do této sféry zatím výrazněji nepronikly, pořád zde přetrvávají klasické způsoby léčby. Já mám s kolagenovými injekcemi velmi pozitivní výsledky i u bolestí ramen, tedy převážně u vrhačů, nebo u pacientů, kteří mají pozánětlivou artrózu v ramenních kloubech, což se v klasické ortopedii vždy omezovalo na instilaci kortikoidů. Přitom víme, že zvláště u žen kortikoidy blokují hormonální osu. Právě zde mám asi sedm pacientů, jimž dávám jednu injekci za měsíc, kdy začali klasicky pět injekcí jednou týdně, pak jednou za dva týdny, nyní jednou za měsíc na udržovací léčbu, jsou téměř bez bolesti a pohyb v ramenním kloubu je u nich výrazně volnější.

Mají sportovci nějakou specifiku oproti běžné populaci?

Důležitý je rozdíl mezi sportovci rekreačními a vrcholovými. Vrcholoví, protože je sport živí, jsou velice netrpěliví a je třeba je usměrňovat ve smyslu, že přírodu obelstít nelze; než se vlastní kolagenogeneze nastartuje, je třeba nějaký čas vydržet a vyvarovat se pohybů a činností, jež bolest vyvolávají a poškozenou oblast dráždí. Není na druhé straně vhodné, aby na onu dobu

sportování zcela vynechali, jen jde o to, aby dočasně kritická místa nepřetěžovali. Kdyby zůstali bez pohybu, mohly by se u nich dostavit abstinenci příznaky, jež s sebou nesou psychický stres a s ním zhoršení svalového tonu a průběhu léčby. Když se jim nedostává endorfinů, nastávají u nich palpitace, všechno je začne bolet, jsou nervózní, čímž se zvyšuje svalový tonus. Endorfiny se jim vyplavovat musí, nelze je tedy úplně ze sportovní činnosti vyřadit.

Lze pomocí kolagenových injekcí odsunout operaci? Jaké jsou zde možnosti?

Takových případů je celá řada. Často dochází k nedostatečnému diagnostikování obtíží v oblasti pohybového aparátu a přehnanému využívání přístrojů včetně operací. Avšak ne každá operace, i když určitý nálezní efekt má, pouze pozitivní efekt. Je zde vliv narkózy, i taková artroskopie má svá nezanedbatelná rizika. Právě aplikace injekcí do místa léze i třeba jen po distenzi kolaterálního vazu má pozitivní efekt a dotyčný může i v rámci léčby chodit na rehabilitace a posilovat pomocí přístrojů, aby nedošlo ke svalové hypotrofii nebo atrofii, která může mít vážné následky v podobě kaskády blokády a bolesti. Právě kolagenové injekce aplikované do měkkých tkání jsou jedinečné; není to kortikoid, který by tkáň poškodil a zabránil kolagenogenezi.

Je možné kolagenoterapii ještě něčím podpořit?

V současné době se mi jeví jako velice vhodná kombinace MD injekcí s liposomální formou vitamínu C, u něhož jsou již prokázány účinky na podporu syntézy kolagenu. Dále jsem zaznamenal nové práce, které popisují analgetický efekt vitamínu C ovlivněním opioidních receptorů. Liposom se mi líbí, protože zajišťuje vyšší koncentraci vitamínu C v plazmě a má také delší dobu působení. Je to pokročilá technologie zpracování léků.

Jakých diagnóz, pane doktore, od dob vašich počátků ubylo, a čeho naopak přibýlo?

Ubylo zánětlivých stavů ve smyslu bakteriálních zánětů kloubů; gonitidy, tuberkulózní záněty kostí, jsem už prakticky dvacet let neviděl. Naopak

výrazně přibýlo entezopatií a myalgií, tzn. projevů celkového zánětu a degenerací, což souvisí s přetěžováním organismu i nevhodnou stravou. Entezopatie mají úzkou souvislost s poruchou vnitřního prostředí, homeostázy, svoji roli také hrají i nevhodné pohyby u sportu. Dále výrazně přibýlo funkčních vad, jež se v běžné ortopedii bohužel neřeší, protože je někteří lékaři nedostatečně diagnostikují. Jde např. o plochonoží, jež ortopedická společnost neuznává jako funkční vadu. Tvrdí se, že s dětskou nohou se nemusí nic dělat, že z toho dítě vyroste. Moje výzkumy ukazují, že to pravda není. Poruchy v oblasti nohy nastavují celý pohybový systém, kdy se řetěží nahoru přes koleno, kyčel, páteř a v těchto horních partiích se mohou fixovat. Týká se to zvláště dětí trávících čas u počítačů a tabletů, bez větší pohybové aktivity. Když dítě trpí pohybovou chudobou, odráží se to i v rozvoji nervové činnosti.

Mohou být MD injekce na prospěch tomu, co jste právě popsal?

V každém případě, právě u bolesti v oblasti nohou na funkčním podkladě v rámci přetížení vazivového aparátu. MD injekce zde podnítl kolagenogenezi, zrestituují tkáň. Avšak je třeba říci, že je vždy třeba zjistit, proč dochází k přetížení, jež bolest vyvolalo, aby bolest nerecidivovala. Po sérii injekcí tedy musí nastoupit analytická diagnostická fáze, kdy řeším, proč daný problém vznikl. Když příčinu najdu a řeším ji, má léčba i s pomocí MD injekcí celkově daleko větší efekt.

Dáte mi pro tohle nějaký příklad?

Nejčastější problém při bolestech Achillových šlach je nestabilita v oblasti subtalárního kloubu, kdy Achillova šlacha není zatěžována symetricky, je přetěžována buď vnitřní, nebo zevní strana podle toho, jak se pata vychyluje. Pijde ke mně pacient, který nemůže dostoupnout na patu, má prudké bolesti v oblasti při úponu Achillovy šlachy. Běžná praxe je, že se to opíchne kortikoidem nebo se pacient pošle na laser. Nastane samozřejmě chvilková úleva, ale pokud se nesprávně postaví patní kosti, tak to velmi rychle recidivuje. Bohužel kortikoidy rozrušují kolagenní vlákna, což znamená, že mají z hlediska restituce Achillovy šlachy spíše negativní vliv, proto je s výhodou užít zde MD injekce, konkrétně MD-Tissue a MD-Matrix. Tím, že se děje MD kúra v delším časovém intervalu, musím pacientovi vysvětlit, že v průběhu léčby nemůže dělat, co normálně dělal. Trvá to pět šest týdnů, čímž má tkáň možnost i lépe restituovat a já během té doby mohu zestabilizovat subtalární kloub – udělat správnou vložku ke stabilizaci patní kosti, aby nedocházelo k subluxaci v subtalárním kloubu a tím k asymetrickému zatížení Achillovy šlachy.

A v jiných partiích?

Například okolo loketních kloubů, je to markantní i u kolen, kde pacienti často přicházejí s bolestí v oblasti vnitřní šterbiny kolenního kloubu. Koleno bývá jinak klidné, pouze palpačně se vyskytuje bolest v oblasti vnitřního postranního vazy a ve vnitřních kloubních šterbinách. Sonografie ukáže, že vše je v pořádku, pouze mezi postranním vazem a kostí je patrná malá vnitřní bursa, která má svou příčinu. Proto se na pacienta dívám, jak vypadá vestoje, a na postavení jeho nohou.

Pokud se mu pata nikam nevyvrací, mohu místo opíchnout kolagenovou injekcí a pacienta propustit. Pokud však vidím osovou úchylku patní kosti zevním směrem, tedy nestabilitu v subtalárním kloubu, ta se přenáší do vyšších etáží, což je kolenní kloub, kde dochází právě k přetížení vazivového aparátu na vnitřní straně, což sekundárně vede k oné bursitidě. Při použití MD injekcí nastane kolagenogeneze a restituce kloubní šterbiny. Zároveň však musím řešit opět onu osovou úchylku, aby nedocházelo k přetěžování a natahování vnitřních struktur. MD jsou kauzální léčba pouze při úrazech. I bolesti v oblasti krční páteře mají svoji genezi a příčina může být i v nohách, protože funkční nestabilita se přes svalové řetězce řetězí až ke krční páteři, takže bolesti hlavy může způsobovat plochonoží.

V souvislosti s plochou nohou u dětí jste zmínil, že se dnes tento fenomén zanedbává...

Období mezi 3. až 6. rokem věku, kdy se nožní klenba formuje, je kritické, protože se formuje i pohybový stereotyp a ukládá se do mozku jako nějaký počítačový program. V případě špatného naprogramování bude mít dotyčný potíže celý život. Jde tedy o to, abychom onen pohybový program zharmonizovali, aby došlo k proporcionálnímu vývoji pohybové soustavy. Svaly ovlivňují růst kostí, což platí i opačně.

Jak se dá harmonizovat?

Dělá se to tím, že se dítě změří na podoskopu. Když dojde k funkčnímu poklesu klenby, je nutné zahájit hlavně cvičení a aplikaci vložky, která musí



Na dovolené ve španělském Leonu.

splňovat určité technické parametry: musí stabilizovat postavení patní kosti, případně podporovat vnitřní podélnou klenbu. Takovouto stabilizací subtalárního kloubu se zabrání řetězení funkční blokády vyšších partií. Protože dětský skelet je částečně ještě chrupavčitý, kosti by se bez zásahu přizpůsobily deformitě, což by znamenalo strukturální vadu, která se cvičením už příliš ovlivnit nedá. Dnes je populární barefoot walking, proč ne, ale v určitých podmínkách. Nelze chodit bosý po tvrdém studeném povrchu, což směřuje k deformitě, může se s tím začít až po určitém tréninku, kdy svalové skupiny držící klenbu a zajišťující její pružnost fungují, jak mají.

Řekněte mi na závěr vzorovou kazuistiku, která by odrážela váš celostní přístup?

Tak třeba já sám. Měla mě v péči paní Mojžíšová, protože mám pravou nohu kratší, i když jen o pár milimetrů, ale pořád to tam je. Trpíval jsem na chronické blokády pravého SI kloubu, a tím pádem mi v pravém kyčelním kloubu vznikla artróza, dnes už III. stupně. Paní Mojžíšová mne na asymetrii upozornila, několikrát mi to povolovala a byl jsem bez problémů. Pak jsem se tomu moc nevěnoval, přitom na operačním sále stojí člověk pořád v jedné poloze a přešlapuje z nohy na nohu. Logicky mne to začalo zlobit znovu, zrovna jsem tehdy byl na kursu u prof. Lewity, tak mne odblokoval on a zase byl nějakou dobu klid. Když jsem se dal na podiatrii, nechal jsem si udělat otisk a ortopedické vložky. Najednou bylo po problémech, ustaly bolesti v oblasti krční páteře, bolesti v zádech, začal jsem se více věnovat cvičení a bylo po problémech. Zbyla jen artróza daná také věkem, ta se nezhoršuje a doufám, že se do smrti obejdu bez operace.

PhDr. Pavel Taněv, Edukafarm, Praha



MUDr. Vladimír Holoubek

Studia medicíny na brněnské Lékařské fakultě MU (tehdy UJEP) dokončil roku 1979, atestaci z ortopedie složil v roce 1984. Druhou atestaci složil v roce 1990 z rehabilitační medicíny. Zprvu působil na I. ortopedické klinice LF MU, kde jej ovlivnil její tehdejší přednosta doc. MUDr. Zdeněk Bozděch, CSc. Dr. Holoubek došel na základě dlouhodobého studia, pozorování a měření k poznání, že určité anomálie plosky a nožní klenby mají dalekosáhlé důsledky pro celý pohybový aparát, a stal se proto spolu s MUDr. Miroslavem Havrdou zakladatelem odborné podiatrické společnosti. Působí jako školitel v podologii, v přístrojové pedikúře, orthonyxii (tzv. šponování). Podílí se na vývoji ortopedické obuvi OrthoLine a na vývoji 3D vložek. Dále se zabývá publikačně-přednáškovou činností a vědecko-výzkumnou činností v rámci grantů Ministerstva zdravotnictví ČR a Evropské unie.



Podiatrie a pohybový aparát

MEDsport sympozia (MSS)

10. ročníku

2.–3. 6. 2017

Hradec Králové

hotel Tereziánský dvůr****

- Přednášky
- výstava
- workshop
- kulturní představení

Přihláška na: www.medsport.cz

495 539 111

