

Existuje šetrná a účinná léčba bolesti pohybového aparátu?



Rozhovor s prim. MUDr. Evou Klimešovou, revmatoložkou z Centra komplexní medicíny v Českých Budějovicích

1) Paní doktorko, můžete alespoň ve stručnosti přiblížit našim čtenářům – Vaše pracoviště a specializaci?

Moje pracoviště se jmenuje Centrum komplexní medicíny a má sídlo v Českých Budějovicích. Ve společnosti jsem hlavním lékařem a jednatel. V Centru se zabývám revmatologickou, interní a rehabilitační medicínou.

2) Na jakém místě – co do frekvence výskytu v porovnání s ostatními - vidíte ve Vaší ambulanci bolesti pohybového ústrojí?

V mé ambulanci tvoří bolesti pohybového aparátu 70% ze všech ošetřených pacientů. Jedná se o závažná revmatická onemocnění, degenerativní onemocnění, porážkové

stavy, vrozené vady, např. skoliózy, M. Scheuermann, vrozené dysplazie aj.

3) Myslíte, že je bolest pohybového ústrojí dnes dobře léčena? Obvykle je léčba postavena na podávání léků obsahujících například paracetamol, nesteroidní antirevmatika, kortikosteroidy. Předpokládám, že tyto léky používáte. Jaké vidíte výhody a nevýhody takové farmakoterapie?

V léčbě pohybového aparátu také používám klasickou farmakoterapii. Na prvním místě mohu jmenovat systémová nesteroidní antirevmatika (NSA), která jsou zatížena vedlejšími nežádoucími účinky, z nichž nejvíce limitující jsou gastrointestinální obtíže, nefrotoxicita a hepatotoxicita. Proto je předepisuji pouze v akutní fázi zánětu, a to pouze po omezenou dobu. Například koxiby nepoužívám v praxi vůbec, jelikož mají zvýšené kardiovaskulární riziko. Samozřejmě, základem léčby u revmatoidní artritidy jsou choroby modifikující antirevmatické léky (DMARDs), antimalarika, sulfasalazin, metotrexát. I zde víme o vedlejších účincích, a proto jsem velmi opatrná a dělám pravidelné kontroly. Je velmi těžké posuzovat, zda se dnes léčí dobře nebo špatně, je to o zodpovědnosti každého lékaře, ale fakt je ten, že se snažím aplikovat pouze ty léky, kde převládá léčivý benefit a vyskytnout se mohou nežádoucími účinky v minimální míře. Farmakoterapii volím s ohledem na daný stav pacienta.

4) Z Vašich slov je zřejmé, že v terapii různých kloubních obtíží, bolestí zad apod. - zejména u dlouhodobých bolestí - není jednoduché zvolit farmakoterapii tak, aby nakonec nepřevládly nad léčivými účinky ty nežádoucí. Používáte ve Vaší lékařské praxi nějakou novinku,

jejíž účinky Vás mile překvapily? A pokud ano, zkuste nám více přiblížit své zkušenosti.

Ano. Od roku 2010 používám v praxi v léčbě bolesti u nemocí pohybového aparátu FRM (fyziologickou regulační medicínu). Je to inovativní přístup „low dose medicine“, který pomáhá obnovit fyziologický stav nemocného organismu pomocí biologicky aktivních molekul, které zdravý organismus produkuje v nanogramech a v těchto tělu vlastních koncentracích se vyskytují tyto látky i v lécích. Mezi zmíněné komunikační molekuly patří jednak neuropeptidy (komunikace v nervovém systému), cytokiny (molekuly v imunitním systému) a růstové faktory, jež mají regulující a stimulační účinek. Nemoc je vnímána jako změna v koncentraci komunikačních molekul, jedná se jednak o zvýšené nebo snížené množství těchto molekul, které lze normalizovat na fyziologickou úroveň podle terapeutických algoritmů „low dose medicine“, na kterých jsou založeny příslušné léky. Kupříkladu bolestivé stavy jsou v naprosté většině charakterizovány převahou prozánětlivých cytokinů. Systémově tedy používám perorální přípravky např. Guna-Flam, Guna-Arthro, Osteobios nebo Guna-Matrix, tj. léky, které obsahují regulační či protizánětlivé cytokiny v minimálních, respektive v nanogramových množstvích. Uvedenou systémovou léčbu kombinuji s lokálními injekcemi Guna MD, a to jednak do kloubů nebo subkutánně v místech maximální bolestivosti (např. MD-Neural, MD-Ischial, MD-Neck, MD-Shoulder aj.).

5) Když jste uvedla Guna MD injekce, nedávno jsem zhlédl na konferenci Vaši kazuistiku, kde jste v závěrečné zprávě uvedla: „Pacientovi byl aplikován 10x MD-Neural v bodech maximální bo-



lestivosti. Pacient nadále pokračuje v RHB režimu a perorální aplikaci Guna-Matrix 2x 10 gtt. a Osteobios 2x 10 gtt. denně. Došlo k úplnému odstranění bolesti a ústupu parestázie prstů a zlepšení hybnosti C páteře. Odmítl neurochirurgickou operaci, protože nemá žádné problémy“. O jaký případ se jednalo? A můžete více popsat použité léky?

Ano. Jednalo se o pacienta, který měl řadu let bolesti krční páteře, trpěl parestáziemi prstů. Jako poslední možnost před hrozící neurochirurgickou operací chtěl vyzkoušet léčbu pomocí FRM, kterou jsem popsala v předchozí odpovědi. Pacienta jsem vyšetřila, určila příčinu, zavedla RHB režim, nasadila perorální terapii Guna-Matrix 2 x 10 kapek (= biotransformace xenobiotik extracelulární matrix) a Osteobios 2 x 10 kapek (= regenerace kosti a odstranění výrůstků). Pacientovi jsem aplikovala subkutánně 10 ampulí MD-Neural podél C páteře v bodech maximální bolestivosti. Pacient v současnosti užívá pouze perorální formu a 1krát měsíčně přichází na kontrolu.

6) Mj. 10 let trvajícím intenzivním bolestí hlavy a de facto totálním zlepšením po 10 MD injekcích, a to vše bez nežádoucích účinků. To zní velmi nadějně, že se ukázala léčba bolestí pohybového aparátu, kde jednoznačně převládá benefit pro pacienta. Jak si to vysvětlujete?

Benefit pro pacienta je založen na dlouhodobosti trvání účinku oproti Mesocainu nebo v porovnání s nežádoucími účinky u kortikoidů. Dobrá snášenlivost bez vedlejších účinků a okamžitá úleva, to je jednoznačný benefit dosažený léčbou jdoucí po příčině bolestivého stavu, za kterým mnohdy stojí chronický zánět.

7) Tato otázka souvisí s tou předchozí. Máte takových pacientů více, kterým jste aplikovala MD injekce s dobrými výsledky? Co bolesti zad, respektive nejběžnější takzvaný houser?

MD injekce aplikuji u akutních a chronických obtíží pohybového aparátu, MD injekcemi řeším problémy s celou páteří, klouby, revmatická onemocnění. A výsledky jsou nad očekávání vynikající. Tyto injekce evidentně působí analgeticky a také zpevňují ochablé stabilizační systémy kloubů (tzv. bioscaffold). Lokálně podaný kolagen v přípravku přispívá k odstranění bolestivé tenze svalstva v dané oblasti, posiluje šlachy, vazy, kloubní pouzdra, zlepšuje profil kolagenových vláken a následně i veškerých anatomických struktur, ve kterých je kolagen přítomen. Samozřejmě, u bolestí zad se uplatňuje řada zmíněných účinků, používám trojkombinaci MD-Lumbar, MD-Neural a MD-Muscle. Celkově mám MD injekcemi úspěšně léčených zhruba 700 pacientů za 2 roky.

8) Předpokládám, že pacienti si musí MD injekce platit, že nejsou hrazeny z prostředků všeobecného zdravotního pojištění. Není to pro pacienta problém? Není to drahé?

MD injekce nejsou hrazeny z prostředků všeobecného zdravotního pojištění. Ve většině případů to není pro pacienta problém, když tato léčba stojí řádově stokrát. Nadto se jedná o léčbu, u které výrobce doposud nepozoroval nežádoucí účinky ani alergické reakce. Osobně také oceňuji, že je mohu nasadit u warfarinizovaných pacientů, což u NSA není možné, jelikož jsou u těchto pacientů kontraindikované.

9) Kombinujete často MD injekce se systémovými léky Guna-Flam a Guna-Arthro? Můžete tento postup deklarovat na nějakém příkladu z praxe a popsat případné výhody zmíněné kombinace?

Ráda kombinuji léky Guna-Flam a Guna-Arthro z důvodu výborného efektu. Guna-Flam obsahuje nanogramové koncentrace cytokinů, respektive protizánětlivých interleukinů a Guna-Arthro růstové faktory, které regenerují kloub. V každém bolestivém kloubu se tvoří zánětlivé

metaloproteinázy, které jsou příčinou synoviality a dále dochází k zánětu okolních struktur kloubu. Proto jsou uvedené preparáty zásadní, jelikož postihují nejen příznaky, ale také příčinu.

10) V Praze jste absolvovala hned několik seminářů s prof. Milanem a doc. Loberem, italským neurologem z Říma, jenž pracuje mj. s MD injekcemi. Je něco, co byste chtěla říci dalším kolegům, že by mohli využít ve své praxi, čím Vás tato edukace obohatila?

Zvláště mě oslovil profesor Milani, neurolog. Potvrdil mi myšlenku, že základem úspěchu v terapii pacienta je jeho správné vyšetření. Jen tak lze zjistit příčinu a zvolit správnou kombinaci léčby. Zjistila jsem, že většinu pacientů zvládám pomocí léků FRM, jak jsem popsala výše. Po dvou letech praxe v oblasti FRM mohu potvrdit, že kombinace systémové perorální a lokální injekční léčby, kterou střídám dle příznaků, je ideální a většinou mi umožňuje nahradit či postupně vysadit běžnou analgetickou léčbu, která je příčinou závažných nežádoucích účinků.

11) Vzájemné komunikace mezi obory není nikdy dost. Nechci příliš zjednodušovat, ale když vezmu například tolik oblíbené takzvané obstřiky lokálním anestetikem (u bolestí zad apod.), přeci jen jde o úlevovou „terapii“, jejíž účinek netrvá dlouho. Tak zní farmakologická pravda, ne vždy v praxi zřejmá. Mají například i zde MD injekce své využití?

V praxi jsem obstřiky Mesocainem nahradila MD injekcemi, a tudíž ho nepoužívám. Lokální anestetikum má krátkodobý účinek a z toho plynoucí krátký terapeutický efekt. S MD injekcemi mám přesně opačné zkušenosti, působí dlouhodobě, jejich léčivý účinek přetrvává.

12) Co byste na závěr vzkázala všem kolegům v ordinacích, kteří léčí bolesti pohybového aparátu u svých pacientů?

V léčbě pohybového aparátu je několik přístupů a ošetřující lékař se musí rozhodnout sám, kterou metodu či farmakoterapii zvolí. Já jsem se rozhodla pro metodu léčby složitější, ale efektivnější, která léčí příčinu nemoci, ne pouze příznak. Pacient se dříve zbaví bolesti a navrací se dříve i k normálnímu životu.

Za rozhovor děkuje PharmDr. Zdeněk Procházka, Edukafarm