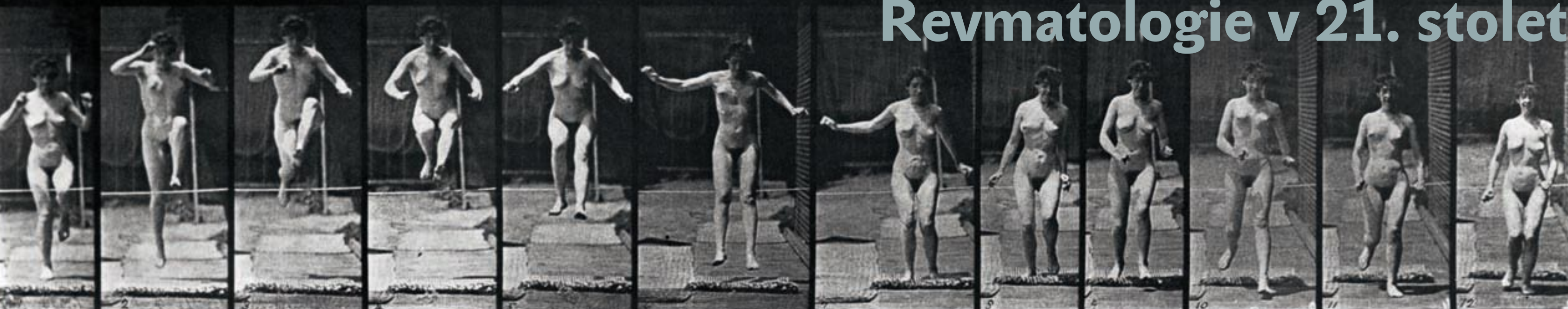




Revmatologie v 21. století



Artróza, osteoporóza či Bechtěrevova nemoc trápí stále více lidí.

Ačkoli účinnost farmakologické léčby se zlepšuje, číslem 1 v prevenci i terapii zůstává pohyb.



Prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.

Převrat jménem cílová molekula

Od roku 1980, kdy se Karel Pavelka začal revmatologií profesionálně zabývat, se tento obor výrazně proměnil. Z počátku šlo jen o symptomatickou, paliativní péči vycházející z fyziatrie a balneologie. O autoimunitních chorobách se tehdy ještě mnoho nevědělo, teprve postupně se začaly objevovat nové účinné léky. Na chodbách Revmatologického ústavu v Praze Na Slupi v té době čekaly na lékaře denně desítky lidí, často velmi mladých, a dokonce i mnoho dětí ve velmi špatném stavu. Nemocní se pohybovali na vozících, trpěli těžkými deformitami, sužovaly je nepolevující bolesti... Prestiž revmatologie nebyla zrovna vysoká.

„Když jsem končil svoji interní praxi na jedné pražské klinice, její šéf projevil přání, jestli bych tam nezůstal. Řekl doslova: vás je pro revmatologii škoda. Vypadalo to, jako by revmatologie byla nějaká ezoterická věda na okraji medicíny,“ vzpomíná profesor Pavelka.

Jak a kdy nastala ta dramatická proměna?

Revmatologie přesáhla postupně do jiných oborů. Čím dál víc se dařilo rozumět poruše imunity, tomu, jak vzniká. Zjistilo se, že imunitní procesy hrají roli i u mnohých nemocí, u kterých se dřív uvažovalo o zcela jiném původu. Také prospěly nové poznatky z genetiky. Na scéně se objevily nové léky. Ale pořád – ještě na počátku 90. let – tu byl problém. Už jsme sice věděli o mechanismu dotyčných chorob, ale stále chyběla opora v léčbě. Podstatně se vše změnilo po roce 1998, kdy se poznání promítlo do terapeutické praxe. Dnes už máme druhou generaci biologických léků, takže jsme schopni nemocné poměrně rychle a účinně zbavit

bolesti, zastavit vývoj choroby. Postižení mohou dál pracovat, nezhroutí se jim osobní život.

Co to znamená, když se řekne biologická léčba?

Tuto léčbu umožnily dva procesy. Prvním je daleko přesnější pochopení složitosti imunopatologického děje. Role T-buněk, B-buněk, různých cytokinů je velmi komplikovaná. Buněk a mediátorů, jež jsou ve hře a vzájemně se ovlivňují, je řada. A pořád jich přibývá. Tohle všechno – od poruchy imunity až po rozvoj zánětu a jím způsobené destrukce – bylo v době, kdy jsem před třiceti lety studoval, schéma téměř neznámé. Dnes už odborníci souhru toho, co se vlastně děje, dobře pochopili a popsali. Ale jedna otázka zůstává: co revmatická onemocnění spouští? Už víme, že jde o určitou interakci toho, co jsme si přinesli na svět, s vnějším prostředím. Vliv může mít kouření, existuje také podezření na nějakou infekci na počátku. Naštěstí se podařilo objevit takzvané cíle, které

mohou lékaři terapeuticky ovlivnit. Těmi jsou buňky, jejich receptory. Čas od času se i v medicíně vynoří nějaký geniální tým, a právě to se přihodilo na počátku 90. let v Kennedyho institutu v Londýně. Profesor Revinder Mainee tam se svými spolupracovníky vytipoval onu kýženou cílovou molekulu. Tím nastala v revmatologii kolosální změna. Druhý proces ovlivnily poznatky genetického inženýrství, které umožnily vyrábět takzvané specifické protilátky, jež mohou cílovou strukturu zasáhnout. Léky tak působí mnohem přesněji. Nabízelo se použití starých cytostatik z onkologie, které potlačí imunitu dramaticky a kompletně. Ale plošně. Pacient proto může dostat nějakou infekci. Lepší je ovlivňovat jen některé struktury.

Před sto lety se lidé průměrně dožívali padesátky, nyní žijí už téměř o třicet let déle. Pacientů s revmatickými trápěními tedy zřejmě přibývá?

Ano, a také jejich nároky rostou, nikdo dnes nechce žít s bolestí, nebo



kulhat. Všichni chtějí pracovat, mít svá hobby, sportovat – a do vysokého věku. Moderní kardiologie a onkologie prodlužují život až o desítky let, ale naše kostry na to nejsou stavěné. Počet těch, kteří mají osteoporózu, nebo potřebují nahradit klouby, nevidaně stoupá. Jeden anglický kolega mi žertem řekl, že revmatologie, která byla v jeho regionálním špitále po dlouhé roky nejméně důležitá, je teď druhým nejdůležitějším oborem. A proto je i druhým nejdražším. Bohužel revmatologické léky jsou opravdu stále všeobecně drahé.

Jak to vypadá v praxi? Dokážou je pojišťovny zaplatit?

Léčba nyní obnáší zhruba 300 až 500 tisíc korun na pacienta ročně. Napsali jsme návod, kterým pacientům má být umožněna. Jde o ty, u nichž selhalo léčení nejméně dvěma klasickými léky, a přitom mají nemoc velmi aktivní. Také jsme navrhli, aby se léčba podávala v odborných centrech. Zavedli jsme registr těchto pacientů. Postupně vzniklo dvacet center,

léků přibývá. Zatím nezlevnily, výroba je pořád drahá, technologie je totiž složitá. Snažím se jednat s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou tak, že jdeme cestou pomalého zvyšování, jakéhosi trvale udržitelného rozvoje. Nedávno mi pojišťovna oznámila, že nám zvyšuje počet pacientů s revmatoidní artritidou, jimž bude léčbu proplácet. Z 520 lidí na 770.

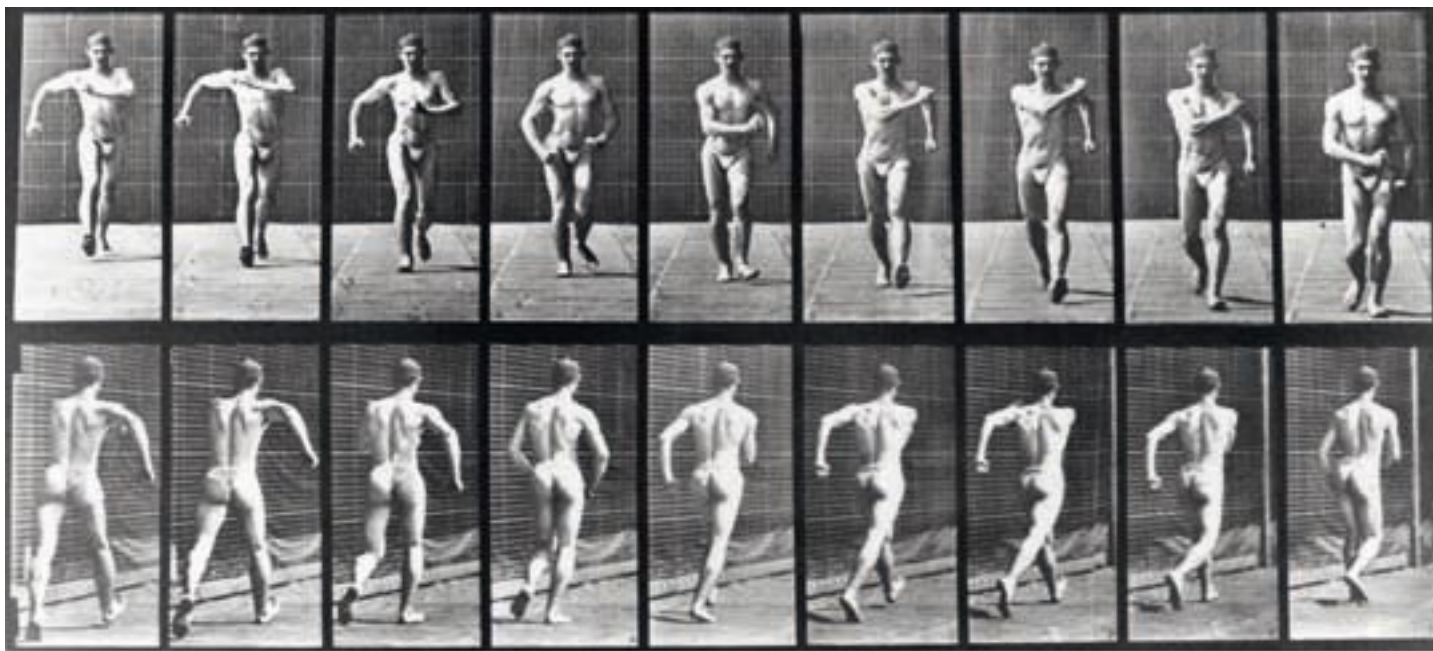
Proměňuje se spektrum revmatických nemocí? Projevují se civilizační vlivy?

Přibývá artrózy, což je dáno kombinací toho, že populace stárne a tloustne. Také je víc traumat, když lidé utrpí různé úrazy při sportu nebo automobilových haváriích a následkem toho mají sekundární artrózu. Svoje si vybírá nezdravý životní styl. Přibývá i mimokloubních revmatismů – chronické bolesti v zádech, v ramenou, protože většině lidí chybí dostatečný fyzický pohyb, nebo ho mají jen nárazově. Lidí, kteří si stěžují na bolesti kloubů a zad, je víc, ale těch opravdu závažných, těžkých zánětlivých onemocnění, zůstává pořád stejně.

Jakou roli hraje v soudobé revmatologii rehabilitace, cvičení?

Význam fyzikální medicíny a rehabilitace stále trvá, teď však nastala tendence je podceňovat. Přitom ještě před padesáti lety se jednalo o jednu společnou disciplínu. Revmatologie jako samostatný obor, který má v sobě víc prvků interního lékařství a imunologie, se teprve později postupně oddělila od fyzikální a rehabilitační medicíny. Šla pak spíš cestou farmakoterapie a stále účinnějších postupů, až jsme se dostali do fáze, že se na rehabilitaci začíná zapomínat. Přitom dlouhodobá rehabilitace a fyzikální medicína mají u některých syndromů velký význam, například u ankylozující spondylitidy, tedy Bechtěrevovy nemoci, je pořád velice důležitá. Existují tisíce prací o nesteroidních antirevmatikách a je relativně málo prací o fyzikální medicíně. Často chybí ekonomická podpora farmaceutických firem pro výzkum v této oblasti. Rovněž všichni pacienti nejsou ochotni cvičit, farmakoterapii považují za pohodlnější. Přitom bechtěrevici by měli cvičit všichni

Vždyť pohyb má základní *vliv* na formaci kostí!



Eadweard Muybridge (1830–1904) poprvé analyzoval pohyb pomocí sekvenční fotografie, která vedla k vynálezu kinematografie

ni, celý život, každý den! Pro část z nich to dokonce stačí, je to rozhodující proti tuhnutí páteře, proti jejím deformitám. V některých evropských zemích, což považují za velmi správné, hradí pojišťovny těmto nemocným pobyty v lázních každý rok. Jde třeba o lázně s radonovými vodami, jako je Jáchymov nebo rakouský Bad Gastein či francouzský Evian. Tohle cvičení ve vodě velice prospívá. U diagnózy Bechtěrevovy nemoci je pohyb přímo základem terapie. Také u osteoartrózy je nefarmakologická léčba důležitá. Vždyť pohyb je jedním ze základních faktorů, které mají vliv na formaci kostí. Rehabilitace má úlohu i v léčbě revmatické artritidy. Tady sice není tím nejdůležitějším prvkem, farmakoterapie čili intenzivní potlačení patologického vývoje je nutná, cvičení je však také zapotřebí.

A co prevence? Dejme tomu, že se revmatické nemoci objevují v určité rodině po generaci a je tedy reálná hrozba, že dotyčný onemocní. Dá se tomu předejít?

To je těžká otázka, u zánětlivých onemocnění je dědičnost složitá. Dokud

neznáme příčiny vzniku většiny revmatických onemocnění, těžko můžeme nasadit účinnou prevenci. Ovšem jestliže padesátiletá žena ví, že její sedmdesátiletá matka má vážnou osteoartrózu kolenních kloubů a ona sama má nadváhu, je tu poměrně vysoké riziko, že onemocní stejně. Tady je určitá prevence na místě.

Mohla by další léčba jít směrem genetického vývoje s možností ovlivňovat dokonce předpis genetických informací, nebo je to utopie?

Není. Existuje už několik set prací, které se tomuto tématu věnují. Za deset, patnáct let by to už mělo být schůdné. Už

• **Prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.**
 • Jž 18 let je ředitelem Revmatologického ústavu v Praze. Ve své vědecké a klinické práci se zaměřuje na studium biomarkerů a degradace chrupavky, kliniku a klinickou farmakologii u osteoartrózy a v poslední době na revmatoidní artritidu a ankylozující spondylitidu, zejména z pohledu klinických registrů. Na kontě má 391 vědeckých publikací, jako pořadatel a hlavní autor pěti monografií. Přednáší medikům.

budou identifikovány genetické aspekty vzniku revmatických onemocnění a získáme víc znalostí o zevních faktorech.

Jaký vývoj lze ještě do deseti let v revmatologii předpokládat?

Určitě ne stanovení toho, co příčiny revmatických chorob vyvolává, na to si ještě pár desítek let počkáme. Vzniknou další biologické léky, pravděpodobně účinnější a selektivnější. K úplnému vyléčení sice nepovedou, ale k účinnější léčbě a k častějšímu navození ústupu projevů nemoci ano. Nebudou se aplikovat jako exogenní proteiny, ale nejspíš jako genová terapie. Bude pokračovat identifikace tzv. biomarkerů, které umožní lepší odhad stavu jednotlivých pacientů. Další vývoj magnetické rezonance poskytne lepší sledování postupu nemoci a účinnost léčby. Přibude pacientů s osteoartrózou. Dosavadní léčba je zatím symptomatická. Za osm až deset let by mohly být dostupné látky, které dokážou zastavit degeneraci chrupavky. Rozvine se revmatochirurgie a stoupne počet nutných endoprotéz. A vzniknou materiály, jejichž životnost se vyšplhá na dvacet, možná třicet let. ■