

Vážené kolegyně a vážení kolegové,

víra v pokrok je neochvějná. Sdělovací prostředky informují o objevech, které, jistě již brzy, povedou k vítězství nad rakovinou či Alzheimerovou nemocí. V literárních kruzích, někteří konzervativní politici či činitelé církví jsou občas k pokroku skeptičtí, jejich skepse je většinou motivovaná ideově a jen stěží rezonuje mezi lékaři či vědci. Pokrok totiž prožíváme on line – proud informací, důležitých i méně, patentů, nových léků, publikací, horentní sumy za přístroje, diagnostiku i léčbu, do závratných výšek stoupající náklady za zdravotní péči – jsme snad svědky a aktéry revoluce v medicíně? Nejsme, alespoň ne v neurologii a ne takové, jakou znamenalo třeba zavedení antibiotik do praxe. Myslím, že posledním vývojovým skokem, který se dotýkal prakticky celé neurologie, bylo šíření CT od sedmdesátých let. Skokovou změnu pro některé (obvykle malé) skupiny pacientů byla biologická terapie roztroušené sklerózy nebo trombolýza či objevy nového a léčitelného mechanismu onemocnění – například autoimunitních poruch u encefalitid a neuromuskulárních onemocnění. Ale třeba rozmach genetiky terapií onemocnění nervové soustavy zatím příliš neovlivnil. Na pokrok lze pohlížet ze tří perspektiv – pacienta, nemoci, lékaře. Nové metody mohou mít obrovský význam pro pacienta (pokud byla léčba účinná), pro lékaře (má novou možnost léčby tam, kde donedávna jeho možnosti skončily), menší význam pro celou populaci nemocných. Mohou však vést ke změně koncepce celého oboru. Třeba trombolýza má pozitivní význam pro 10–20 % nemocných s mozkovými příhodami, avšak změnila neurologii v akutní obor se specializovanou intenzivní péčí. Podobně neurostimulační metody, rozvíjejí se od čtyřicátých let, jsou jenom paliativní, neléčí příčiny nemocí, ale přispěly ke vzniku chirurgického oboru blízkého neurologii – funkční neurochirurgie. Když se podíváme na neurologii z delší perspektivy, je pokrok spíše pozvolný. Typický příklad – Parkinsonova nemoc (PN). V polovině sedmdesátých let (když jsem nastoupil na neurologii v Uherském Hradišti) byla ještě většina nemocných s PN na anticholinergicích. V prvních letech nemoci léky celkem působily, pacienti byli však z dnešního pohledu léčeni od počátku nedostatečně. Neznali jsme ovšem dyskineze. Tragický byl pohled na pokročilou PN – pacienti téměř imobilní, rigidní, potící se, hrubý třes oťrásal celým lůžkem. V té době začínala i u nás léčba levodopou, ještě bez inhibitoru decarboxylázy byla špatně snášena, takže dávkování bylo, zejména u pokročilých PN, nedostatečné. Rozpaky působila také neodpovídavost na léčbu u některých pacientů, související zřejmě s tím, že rozlišování mezi PN a jinými onemocněními projevujícími se parkinsonskými příznaky (Parkinson plus) teprve začínalo. Dobře známý byl ovšem parkinsonský syndrom při léčbě psychiatrických pacientů neuroleptiky, tehdy jej snad měli všichni pacienti psychiatrických léčeben. Nevzpomínám si, že by se v Československu někdo na PN specializoval.

Ve světě se situace změnila v polovině osmdesátých let, kdy byla založena mezinárodní Movement Disorders Society a v jednotlivých zemích začala vznikat centra specializující se na PN a příbuzná onemocnění. Po vzoru pařížských Club des Mouvements Anormaux, na který jsem docházel v době mého působení v Paříži, jsme od r. 1993 pořádali setkání neurologů se zájmem o PN a příbuzná onemocnění – Kluby abnormálních pohybů (bazálních ganglií), vznikla specializovaná centra v Brně a v Praze, později i v Olomouci a v některých krajských nemocnicích se kolegové specializovali na PN.

Zavedení přísně vědeckých metod do klinického výzkumu umožnilo zpřesnit diagnostiku a optimalizovat terapii, takže situace před dvaceti lety byla mnohem lepší než o dvacet let dříve. V zásadě jsme již měli k dispozici většinu dnes užívaných léků. Léčba levodopou (ovšem s inhibitory decarboxylázy) byla běžná, i když dost pacientů ještě užívalo anticholinergika zejména na třes. Krátce poté se objevily dlouhodobě působící preparáty, ve druhé polovině devadesátých let byla zavedena řada nových modifikací starších léků nebo lékových forem. Objevily se také neergotové preparáty agonistů dopaminergních receptorů. Před dvaceti lety se ještě dost podával český agonista mysalfon, bromocriptin byl znám již od počátku sedmdesátých let, avšak skutečný boom podávání agonistů přišel později. Velmi rozšířené bylo podávání selegilinu (deprenylu, inhibitor monoaminoxidázy B). Bohužel, nebyl potvrzen jeho neuroprotektivní účinek a dnes se s ním setkáváme jen výjimečně, i když v počátečních stadiích bývá účinný a dobře snášený. Často se také začínalo s perorálním amantadinem, v té době se zaváděl jeho infuze spojené s přechodným snížením jiné léčby. Objevil se také první inhibitor COMT (catechol-orto-metyl-transferázy) tasmar, byl však přechodně stažen z trhu a rozvoj této terapie přišel později. V devadesátých letech se také objevily subkutánní apomorfínové infuze a ve Francii první hluboké mozkové stimulace. Její zavedení se snad nejvíce blíží pojmu revoluce (ještě více však bylo revolucí zavedení levodopy před padesáti lety). V dalším desetiletí se objevily nové lékové formy – náplasti a intratejundální infuze levodopy. Většina nových metod znamená skutečně velký pokrok, avšak jen pro malé množství pacientů. Změna paradigmatu s dopadem na většinu pacientů bylo upřednostňování moderních agonistů dopaminových receptorů před levodopou s výhledem snížení nežádoucích účinků léčby, zejména dyskinez.

Suma sumárum, v posledních čtyřiceti letech se revoluce nekonala. Nové metody mají většinou význam pro malé skupiny nemocných, avšak celý obor se mění. Mnoha pacientům se vede lépe. Také mnoha lékařům, mohou pro své pacienty udělat více. Nemusí to být vždy revoluce, pomáhá i evoluce.

Na vaše příspěvky se i s redakční radou těší

prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc. – předseda redakční rady

prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc., FCMA, FANA

1. neurologická klinika LF MU a FN u sv. Anny
Pekařská 53, 656 91 Brno
rektor@fnusa.cz

