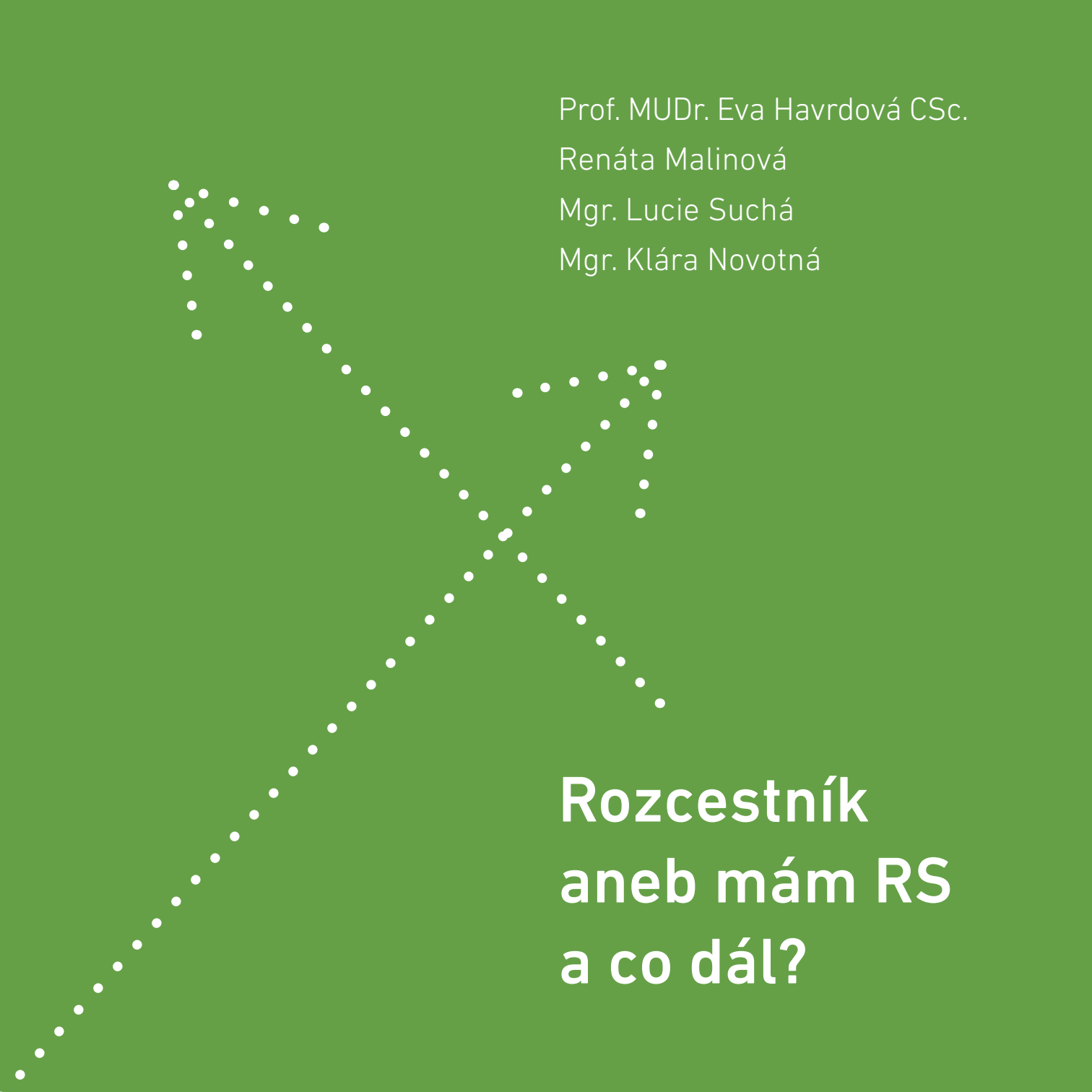




Prof. MUDr. Eva Havrdová CSc.

Renáta Malinová

Mgr. Lucie Suchá

Mgr. Klára Novotná

Rozcestník aneb mám RS a co dál?

Nejsi-li připraven změnit svůj život,
nemůže ti být pomoheno.

Hippokrates

ŘEKLI VÁM, ŽE MÁTE ROZTROUŠENOU SKLERÓZU A NEVÍTE ÚPLNĚ PŘESNĚ, CO TO OBNÁŠÍ A CO S TÍM DÁL?

RS (roztroušená skleróza) je i v dnešní době opředena řadou mýtů. Je to díky kombinaci nevědomosti s informacemi o chorobě, jak probíhala před desítkami let, kdy neexistovala žádná efektivní léčba. Tato směs je prospikována kusými informacemi o tom, co o chorobě dnes víme, v kombinaci se zaručenými „léčebnými“ postupy šarlatánů a neomalených

podvodníků, kteří vidí snadnou příležitost výdělku na neštěstí druhých. Nově diagnostikovaný pacient (nebo člověk s podezřením na RS) je tak často ztracen a zdeprimován hned na začátku cesty. Zvláště tehdy, pokud spoléhá na internet jako na zdroj „zaručených“ informací.

Co tedy RS vlastně je?

Je to porucha imunitního systému, při které systém, který normálně zajišťuje naše hladké přežití v zevním prostředí, otočí své zbraně proti vlastnímu tělu, rozpozná některé struktury mozku a míchy jako nepřítel a zaútočí na ně. Jeho zbraní je zánět. RS je tedy autoagresivní (autoimunitní) zánět v centrální nervové soustavě (mozku a míše). Ložiska zánětu mohou postihnout různé struktury CNS (centrálního nervového systému), nejčastěji oční nerv, dráhy vedoucí pokyny pro hybnost, koordinaci a plynulost ohybu, dráhy řídicí vyměšování. Doprovodnými znaky zánětu jsou únava, deprese, menší kognitivní výkonnost. Nemoc se projeví jako vznik nových neurologických příznaků, které trvají dny až týdny a mohou zpočátku samy vymizet. Tomu říkáme ataka (relaps, exacerbace). Může následovat různě dlouhé období bez příznaků (remise), pak se dostaví další ataky. To je typické pro tzv. relaps – remitentní průběh nemoci, kterým RS začíná asi u 85 % pacientů. Během let se ničením tkáně v místech zánětu (obalu nervových vláken – myelinu, a samotných nervových vláken, axonů) vyčerpávají rezervy CNS a objevuje se trvalá invalidita, která

postupně narůstá. To je stadium sekundární progresy. Je charakterizováno především snižujícím se dosahem chůze. Asi u 15 % pacientů (většinou starších a většinou mužů) dochází rovnou k tomuto nárůstu invalidity. Tomuto průběhu říkáme primární progresy.

Nemoc začíná nejčastěji ve věku 20 – 40 let. Její výskyt se zvyšuje s narůstající zeměpisnou šířkou. U nás RS postihuje asi 170/100 000 obyvatel. Výskyt nemoci se celosvětově zvyšuje, zřejmě vlivem faktorů životního prostředí a životního stylu.

Příčina nemoci není známa. Asi za 30 % nemoci jsou zodpovědné geny určující funkce imunitního systému, zbytek je ovlivněn zevními faktory, z nichž nejvíce probádané jsou infekce EB virem, nedostatek vitamínu D a kouření. Funkce imunitního systému je ve svém vývoji významně ovlivňovaná mikrobiomem střeva (složením mikrobů ve střevě), proto vliv stravy bude zřejmě také důležitý.

Jak se RS diagnostikuje?

Diagnóza RS je založena na průkazu diseminace chorobného procesu v čase a prostoru. Diagnostika RS spočívá v průkazu neurologického postižení slučitelného s RS, a potvrzuje se pomocnými vyšetřovacími metodami: MR (magnetickou rezonancí) a vyšetřením mozkomíšního moku. MR ukazuje strukturální postižení – ložiska zánětu,

mozkomíšní mok pak imunitní zánětlivou povahu choroby. Evokované potenciály mohou informaci ovíceložiskovém postižení doplnit. Zároveň je nutno vyloučit jakékoli jiné onemocnění, které by dané neurologické příznaky mohlo vyvolat.

Lze RS léčit?

ANO. Léčba má ale mnoho složek, mnoho tváří. Pacient hraje v léčbě zcela zásadní roli.

Léčba akutní ataky – vysoké dávky kortikosteroidů (odvozených od hormonů kůry nadledvin). Léčba má být zahájena co nejdříve. Pokud tedy nové příznaky (nebo návrat či zhoršení starých, ale již stabilizovaných) trvají 24 hodin bez přítomnosti infekce, horečky, přehřátí, je třeba obrátit se na svého lékaře.

Dlouhodobá léčba – ke snížení počtu atak a oddálení invalidity. Od začátku 90. let se objevila řada léků, které mají za sebou klinické studie, v nichž byl prokázán jejich efekt na snížení počtu atak. Mají různé nežádoucí účinky a je třeba o nich diskutovat s Vaším ošetřujícím lékařem v RS centru, který má zkušenosti s jejich použitím. Snížení počtu atak vede jednoznačně k oddálení invalidity a sekundární progresi nemoci. To prokázaly registry, v nichž jsou sbírána data o pacientech v běžné klinické praxi. Od r. 2009 máme i v ČR možnost zahájit léčbu léky modifikujícími průběh onemocnění (DMD – disease-modifying drugs) již po první atace (tzv. CIS – klinicky izolovaném syndromu). Někdy pacient, který se zlepší do normálního stavu před atakou, váhá, zda potřebuje zahájit léčbu, která ho může obtěžovat, když se cítí zcela zdravý. Dnes už je mnoho dat ukazujících, že pacienti, kteří léčbu nezačali, měli horší neurologický stav mnoho let poté oproti těm, kteří léčbu zahájili.

Pokud není zahájena léčba dostatečně účinná, ataky se objevují nadále a neurologický stav se zhoršuje, je třeba léčbu změnit. To se posuzuje nejdříve půl roku až 1 rok po zahájení léčby a lze k tomu dobře využít i magnetickou rezonanci.

Cílem léčby je zcela omezit aktivitu zánětu.

Léčba symptomů. I když ataka odezní, mohou některé obtěžující symptomy přetrvávat. Řadu z nich lze zmírnit tzv. symptomatickými léky, které neřeší podstatu nemoci, ale usnadňují život s ní. Mohou to být léky ovlivňující zvýšené svalové napětí s křečemi ve svalcích, obtíže s močením, depresi, nepříjemné brnění. Tyto léky působí velmi individuálně a je třeba s lékařem prodiskutovat jejich efekt versus vedlejší účinky, které jsou také extrémně individuální. Navíc některé symptomy se daleko snáze ovlivní fyzioterapií a psychoterapií.