



Úvod

Roztroušená skleróza (RS) je chronické zánětlivé progredující onemocnění CNS s autoimunitními rysy v etiopatogenezi. Přesné příčiny vzniku nejsou zatím známy. V imunitních procesech se uplatňují vlivy genetické, hormonální a environmentální (jako rizikové faktory jsou známy vlivy kouření, prodělané virové infekce jako infekční mononukleóza, nedostatek vitamínu D, nadbytek soli v potravě, obezita) (1–4). Postupně dochází k demyelinizaci, k zániku nervových vláken a neuronů CNS i k poškození neuroglie CNS. Klinicky se RS projevuje poruchami zraku, hybnosti, citlivosti, rovnováhy, koordinace a sfinkterů, mozečkovým třesem, v pozdějších stádiích i poruchami polykání a artikulace. K nespecifickým příznakům patří únava, deprese, kognitivní poruchy a další symptomy (5). Prevalence onemocnění v ČR je odhadována na více než 170/100 tis. obyvatel. K manifestaci dochází nejčastěji mezi 20. a 40. rokem věku, přičemž u žen je výskyt onemocnění 2–3× častější než u mužů. Průběh nemoci je v 85 % relabující-remitující (RR-RS), se střídáním fáze relapsu (ataky nemoci) s remisí (hojením), s různou mírou úpravy neurologického nálezu. Nemoc přechází po letech do sekundární progrese. V 10–15 % má onemocnění primárně progresivní charakter s pozvolným zhoršováním od počátku nemoci a s minimální reaktivitou na protizánětlivou léčbu. U 3 % pacientů probíhá RS maligně s progresí mezi atakami a časnou invalidizací (6).

Léčba roztroušené sklerózy

Onemocnění RS je u většiny nemocných léčitelné, ale úplné vyléčení zatím není možné. Jen včasné zahájení imunomodulační léčby může vést k oddálení invalidizace pacienta, zlepšení kvality jeho života a také k farmakoeconomické efektivitě podávané léčby. Hlavním cílem léčby

je tedy snížení počtu atak a zmírnění progrese disability. Léčba pacientů trpících RS je soustředěna do Center vysoce specializované péče pro RS (RS centra), která jsou součástí nemocnic a kterých je v ČR v současnosti 15 (Praha 4x, Brno 2x, České Budějovice, Hradec Králové, Jihlava, Olomouc, Ostrava, Pardubice, Plzeň, Teplice, Zlín).

Farmakoterapie má v léčbě RS zásadní postavení. Člení se na léčbu imunomodulační/imunosupresivní a symptomatickou. Imunomodulační/imunosupresivní léčba zahrnuje dlouhodobou léčbu k omezení počtu atak a oddálení progrese choroby a léčbu akutní ataky v kterémkoli stadiu choroby. Symptomatická léčba je potom podávána v kterékoli fázi nemoci a řídí se přítomnými symptomy. Uvedené léčebné modalitě doplňují podpůrná a režimová opatření. Léčba je vedena zpravidla ambulantně, nicméně, pokud to není možné či hrozí komplikace podávané léčby, probíhá léčba v rámci hospitalizace.

Akutní ataka RS je léčena kortikosteroidy (KS). Aplikuje se zpravidla 3–5 g methylprednisolonu během 3–5 dnů formou i. v. infuzí, za přísného klidového režimu. Alternativou je potom perorální methylprednisolon nebo prednison v sestupných dávkách. Vzhledem k dávkám KS je součástí léčby také prevence NÚ (ochrana GIT, suplementace kalia, sledování glykemie, psychického stavu, arytmií, prevence hluboké žilní trombózy, při častém podávání prevence osteoporózy atd.). Při selhání pulzní terapie KS je doporučena plazmaferéza. Léčbu akutní ataky může provádět i ambulantní neurolog nebo kterýkoli neurologické oddělení nemocnice.

Zlepšující se možnosti **dlouhodobé léčby ovlivňující průběh nemoci** umožňují individualizaci terapie na základě sdíleného (lékař + pacient) zvážení účinnosti, možných NÚ, potenciálního poškození jak léčbou, tak onemocněním samotným. Zohledňuje se i léková forma, cesta