

MULTIPLA SKLEROZA – MS

Bolest najčešće počinje u periodu između 20 i 40. godine, ali može početi i kasnije, kao i u detinjstvu. Prema nekim istraživanjima, kod 1.6 - 10.5% obolelih od MS je bolest počela pre 18-te godine života. Žene obolevaju od ove bolesti skoro dvostruko češće od muškaraca. MS zahvata centralni nervni sistem (mozak i kičmenu moždinu). Sam naziv bolesti ukazuje da se kod bolesnika koji od nje boluju stvaraju ožiljci (skleroza znači-"ožiljak"), koji u različitoj meri ometaju različite neurološke funkcije. MS je prvi put opisao francuski neurolog Charcot 1868, ali je pravi uzrok ove bolesti od tada ostao nepotpuno razjašnjen. MS je raznolika i nepredvidiva bolest koja može imati različit tok. Kod nekih bolesnika bolest može biti benigna i posle više od 15 godina trajanja bolesti neće remetiti funkcionalnost bolesnika. Međutim, sa druge strane, kod nekih bolesnika bolest može dovesti do invaliditeta različitog stepena. Na žalost, ne postoje pouzdani pokazatelji koji mogu da predvide kakav će tok imati MS kod individualnog bolesnika.

GENETSKI FAKTORI

Iako tačan uzrok MS još uvek nije sasvim jasan, smatra se da bolest nastaje kod genetski predisponiranih osoba kada se nađu pod uticajem određenih faktora iz spoljašnje sredine. Za razliku od nekih drugih oboljenja poput cistične fibroze, MS nije direktno nasledna -ne postoji određeni gen čija mutacija dovodi do nastanka MS. Smatra se da je genetska predispozicija za nastanak MS vezana za više gena, ali od MS neće oboleti svi nosioci ovakve genetske predispozicije. MS se može javiti kod više članova porodice, ali takve situacije nisu česte. Verovatnoća da će dete oboleti od MS ukoliko jedan roditelj boluje od ove bolesti je 3-5%.

FAKTORI SPOLJAŠNJE SREDINE

MS je retka u zemljama poput Malezije ili Ekvadora, a češća u područjima udaljenim od ekvatora –u Britaniji, Severnoj Americi, Kanadi, Skandinaviji, južnoj Australiji i Novom Zelandu. Nije u potpunosti jasno zašto je verovatnoća oboljevanja od MS veća u severnim zemljama, ali je moguće da u nastanku bolesti određenu ulogu ima izloženost suncu u ranom detinjstvu, kao i određene navike u ishrani. Pretpostavlja se da bi određenu ulogu u nastanku bolesti mogao da ima i nedostatak vitamina D (koji se u organizmu stvara pri izlaganju suncu). Moguće je da određene infekcije, kao što je npr. infekcija Ebštajn-Barovim virusom (koja izaziva infektivnu mononukleozu) mogu takođe doprineti da se kod genetski predisponiranih osoba razvije MS. Međutim, većina ljudi je tokom života izložena ovom virusu, a ne razvije MS. Pušenje je takođe faktor sredine za koji je pokazano da doprinosi nastanku MS.

POSTOJI NEKOLIKO OSNOVNIH FORMI MS:

1. relapsno-remitentna MS
2. sekundarno-progresivna MS
3. primarno-progresivna MS

Međutim, simptomi bolesti kod ljudi sa istom formom MS su različiti.

RELAPSNOREMITENTNA MS

U ovom obliku MS postoje nepredvidivi recidivi (relapsi, pogoršanja) tokom kojih se pojavljuju novi simptomi ili se postojeći simptomi pogoršavaju. Da bi se smatralo da se javilo novo pogoršanje bolesti, potrebno je da nove tegobe traju najmanje 24 časa. Relapsi su različitog trajanja i mogu trajati od par dana do nekoliko meseci. Oporavak bolesnika nakon pogoršanja može biti potpun ili delimičan, a u daljem toku bolesti bolesnik može biti stabilnog stanja mesecima ili godinama.

SEKUNDARNO-PROGRESIVNA MS

Kod većine bolesnika će tokom trajanja relapsno-remitentne MS u nekom trenutku, najčešće posle 10 godina trajanja bolesti, bolest početi da poprima tzv. sekundarno progresivan tok, tj simptomi će se lagano vremenom pogoršavati bez mogućnosti da se primenom terapije stanje bolesnika značajnije popravi.

PRIMARNO-PROGRESIVNA MS

Ovu formu MS karakteriše lagano pogoršanje simptoma od samog početka bolesti. Međutim, kod ovih bolesnika su moguće faze relativno stabilnog stanja, a u manjem broju ovih bolesnika se, pored stalne lagane progresije bolesti, u nekom trenutku može da dogodi i relaps.

MS je kompleksno oboljenje koje može izazvati različite simptome, pa je nije lako dijagnostikovati. Nekada je teško tačno utvrditi početak bolesti, a prvi simptomi i znaci bolesti su vrlo različiti. Nije neuobičajeno da postavljanje dijagnoze MS potraje nekoliko meseci, pošto je jedan od uslova za postavljanje dijagnoze ovog oboljenja i isključenje dugih mogućih uzroka koji mogu dati slične simptome.

ŠTA DA RADIM AKO MISLIM DA IMAM MS?

Većina ljudi koji imaju neobjašnjive simptome nema MS. Međutim, ako ste zabrinuti da imate MS, vaš lekar opšte prakse treba da bude vaš prvi korak. Ako vaši simptomi nisu previše ozbiljni, vaš lekar opšte prakse, nekada, neće biti u mogućnosti da vas uputi neurologu. Međutim, ako neurolog misli da možda imate MS, sprovede određene dijagnostičke postupke. Dijagnoza MS se postavlja na osnovu kliničke slike, ali i nalaza drugih analiza, pre svega nalaza na magnetnoj rezonanci mozga i kičmene moždine i nalaza u likvoru.

MS je kompleksna bolest, i ima mnoge simptome. Većina obolelih od MS neće imati svemogućie simptome bolesti, bar ne u isto vreme. Važno je znati da postoje i druga oboljenja koja mogu dati slične simptome. Simptomi MS mogu biti različiti u različitim fazama bolesti. Najčešće se javljaju: trnjenja, slabost, vrtoglavice, nestabilnost pri hodu, zamućenje vida, podrhtavanje ruku,

smetnje u kontroli mokrenja ili stolice. U MS se mogu javiti i najrazličitiji simptomi iz grupe tzv. paroksizmalnih simptoma koji nastaju naglo, traju do 10-tak sekundi i prolaze spontano, a mogu se javljati i po više puta dnevno.

Terapija MS mora da bude multidisciplinarna i da, pored neurologa, obuhvati i fizijatra i fizioterapeuta, kao i da podrazumeva adekvatnu psihosocijalnu podršku specijalista i okoline. U lečenju MS treba razlikovati -lečenje relapsa bolesti, primenu imunomodulatorne terapije i simptomatsku terapiju.

LEČENJE RELAPSA

U lečenju relapsa MS se primenjuju visoke doze kortikosteroida. Uobičajena je primena metilprednizolona u dozi od 1000 miligrama na dan intravenski tokom 3-5 dana, nakon čega neurolog može odlučiti da primeni još jedno kraće vreme manje doze kortikosteroida u vidu infuzija, injekcija ili tableta. Ukoliko kod bolesnika ne postoji zadovoljavajuće poboljšanje stanja na primenu ove terapije, neurolog može da odluči da primeni još veće doze kortikosteroida (2000 miligrama metilprednizolona na dan tokom 3-5 dana), ako nema kontraindikacija za primenu ove terapije. Ukoliko kod bolesnika, nakon primene kortikosteroida, ne postoji zadovoljavajuće poboljšanje stanja, moguće je primeniti terapijsku izmenu plazme (procedura kojom se, uz korišćenje posebne aparature, iz krvi bolesnika izdavaju štetne materije koje remete funkciju centralnog nervnog sistema).

IMUNOMODULATORNA TERAPIJA (LEKOVI KOJI MODIFIKUJU TOK BOLESTI)

Iako je MS još uvek neizlečivo oboljenje, od pre 20 godina dostupni su prvi od devet lekova za koje je do danas dokazano da moguda povoljno modifikuju prirodni tok relapsne forme ove bolesti.

Danas, mnoštvo dokaza govori u prilog efektivnosti i bezbednosti četiri preparata interferona-beta (interferon-beta 1b i interferon-beta 1a) i glatiramer acetata, lekova koji modifikuju prirodni tok bolesti ("disease modifying therapy", DMT) i smatraju se prvom linijom terapije relapsne MS. Reč je o interferonu-beta 1b (Betaferon 8 MIU, potkožne injekcije na II dan, i Extavia) i dva preparata interferona-beta 1a (Avonex, 30 mcg intramuskularne injekcije 1x nedeljno, i Rebif 22mcg i 44 mcg potkožne injekcije 3x nedeljno). Glatiramer acetat (Copaxone) se primenjuje potkožnim injekcijama u dozi od 20 mg dnevno. Svi ovi lekovi pokazali su značajnu terapijsku efikasnost u velikim kontrolisanim studijama smanjujući učestalost i težinu kliničkih relapsa, aktivnost bolesti na magnetnoj rezonanciji (MR) mozga i blago redukujući akumulaciju onesposobljenosti u MS. Oni se generalno dobro podnose, a samo retko njihova primena je praćena, obično prolaznim i blagim, neželjenim efektima. Na žalost nijedan od navedenih lekova nije efikasan kod svih bolesnika sa relapsnom MS, pa se sve više ukazuje na neophodnost individualizovane terapije, koja je uslovljena izuzetnom heterogenošću ovog oboljenja, koje se razlikuje od jedne do druge osobe.

Ova činjenica je usloвила neophodnost potrage za novom DMT u MS poslednjih godina, sa trendom kontinuiranog pokušaja primene novih lekova, što je dovelo do postepenog proširenja terapijskih mogućnosti koje obuhvataju primenu imunosupresivnog leka, mitoksantrona, zatim od nedavno korišćenje biološke terapije, monoklonskog antitela, natalizumaba (Tysabri) i prve dve oralne imunomodulatorne DMT, modulatora receptora za sfingozin-1-fosfat, fingolimoda (Gylenia) i teriflunomida (Aubagio).

Navedene terapije mitoksantronom (intravenska infuzija jednom u 3 meseca u dozi od 10-20 mg, do ukupne doze od do 200 mg) i natalizumabom (Tysabri, intravenska infuzija 300mg, jednom mesečno) imaju veću efikasnost kada je u pitanju smanjenje aktivnosti MS i njene progresije, ali sa sobom nose i veći rizik od pojave ozbiljnih neželjenih efekata (kardiotoksičnost i leukemija za mitoksantron, progresivna multifokalna leukoencefalopatija za natalizumab). Terapija fingolimodom (Gylenia, tablete od 0.5 mg, jednom dnevno) koja se primenjuje od 2010. godine, kao i dva prethodno navedena leka, ima veću efikasnost, ali je takodje udružena sa rizikom ozbiljnih neželjenih efekata (poremećaj srčanog ritma posle prve doze leka, makularni edem). Od pre oko mesec dana, u SAD je teriflunomid prihvaćen kao još jedna oralna (Aubagio, tablete od 7mg i 14 mg, jednom dnevno) DMT relapsne MS čija je efikasnost slična terapiji interferonom beta i glatiramer acetatom. Njegov bezbednosni profil je povoljan, a među neželjenim efektima se opisuju alopecija, hepatotoksičnost.

Odluku o posebnoj terapiji morate doneti u razgovoru sa svojim neurologom, koji će vam pružiti detaljne informacije o svim lekovima, njihovim očekivanim efektima i mogućim neželjenim dejstvima.

TRETMAN SPECIFIČNIH SIMPTOMA

Simptomatska terapija u MS može, u različitoj meri, da ublaži ili eliminiše određene specifične simptome u MS. U tom smislu je, određenim lekovima, moguće donekle uticati na ukočenost (spazam), zamor (koji postoji kod velikog broja bolesnika sa MS), depresiju, bolove, neke smetnje sa mokrenjem (urgenciju, inkontinenciju, učestalo mokrenje), neke oblike seksualne disfunkcije, ili epileptičke napade (koji nisu česti u MS, ali se mogu javiti u sklopu ove bolesti).

FIZIKALNA TERAPIJA

Fizikalnu terapiju treba u MS sprovoditi svakodnevno kod kuće, sa povremenim boravcima u specijalizovanim centrima za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju. Fizikalna terapija treba da bude individualno prilagođena svakom bolesniku, a često se kombinuje sa okupacionom terapijom.

PSIHOSOCIJALNA PODRŠKA

Osobe sa MS mogu se mogu bolje nositi sa svojom bolešću ukoliko imaju podršku okoline. Ukoliko postoji potreba da se, i pored toga, obrate stručnim licima, to svakako treba da urade i oni, ali i članovi njihovih porodica. Neuropsihološka rehabilitacija je važna, a često je potrebna i pomoć socijalnog radnika.

STVARI KOJE TREBA ZAPAMTITI:

MS je neizlečiva bolest centralnog nervnog sistema koja zahvata centralni nervni sistem, koja može imati vrlo varijabilni tok i prognozu. Lečenje MS sprovode neurolozi, često u saradnji sa fizijatrima, oftalmolozima, logopedima, ali i psihoterapeutima, porodičnim terapeutima i socijalnim radnicima. Terapija MS treba da bude individualna (prilagođena pojedinačnom bolesniku).

Informacije preuzete sa veb strane Društva MS Srbija, koju možete da posetite za više informacija na linku <http://www.multiplesclerosis.org.rs/>