

Tab. 5. Nomenklatura chorobu modifikujících léků z roku 2014 (upraveno podle Smolen JS, van der Heijde D, Machold KP, et al. Proposal for a new nomenclature of disease-modifying antirheumatic drugs. *Ann Rheum Dis.* 2014;73(1):3-5.)

Chorobu modifikující antirevmatické léky (DMARD)							
Syntetické (sDMARD)		Biologické (bDMARD)					
Konvenční syntetické (csDMARD)	Cílené syntetické (tsDMARD)	Biologické originální (boDMARD)				Biosimilární (bsDMARD)	
metotrexát leflunomid sulfasalazin (hydroxychlorochin)	tofacitinib baricitinib upadacitinib filgotinib	TNFi	IL-6Ri	deplece B lymfocytů	inhibice aktivity T lymfocytů	TNFi	deplece B lymfocytů
		infliximab etanercept adalimumab golimumab certolizumab pegol	tocilizumab sarilumab	rituximab	abatacept	infliximab etanercept adalimumab	rituximab

Použité zkratky: DMARD – disease modifying antirheumatic drugs; IL-6Ri – inhibitor receptoru pro interleukin-6; TNFi – inhibitor tumornekrotizujícího faktoru a.

V diferenciální diagnóze RA je dále nutné odlišit jiných typů artritidy (10) (Tab. 4). Zvláště u starších pacientů může být v časném stadiu onemocnění obtížné odlišit RA od polymyalgia rheumatica manifestující se převážně symetrickou pletencovou bolestí a ztuhlostí a v některých případech i vaskulitidou velkých cév (obrovskobuněčná arteriitida). Symetrickou polyartritidou se mohou rovněž manifestovat další systémová autoimunitní onemocnění (např. systémový lupus erythematoses, sklerodermie, idiopatické zánětlivé myopatie), psoriatická artritida nebo virová artritida (např. parvovirus B19, hepatitida B a C). Případy převážně asymetrické monoartritidy a oligoartritidy mohou zahrnovat axiální spondyloartritidu, reaktivní artritidu, krystaly indukované artritidy, paraneoplastickou artritidu, septickou artritidu, boreliózu, revmatickou horečku nebo Stillovu nemoc dospělých. Za RA by neměly být zaměněny případy manifestující se nezářnými polyartralgii např. fibromyalgie, hypotyreóza, hypertyreóza nebo hyperparatyreóza.

Terapie

Základní principy léčby

O pacienty s RA by dlouhodobě měli pečovat zejména revmatologové, nicméně vzhledem ke strukturální progresi onemocnění, mimokloubním manifestacím a přidruženým chorobám může být užitečná spolupráce s praktickými lékaři a dalšími specialisty např. pneumology, kardiology, neurology nebo ortopedy (1).

Léčba RA by měla být vždy komplexní. Kromě farmakologické léčby by měla zahrno-

vat i nefarmakologické a chirurgické léčebné postupy. Po stanovení diagnózy RA by každý nemocný měl být adekvátně poučen o charakteru onemocnění, cílech léčby a o přínosu i možných rizicích jednotlivých léčebných postupů. Cílem léčby RA je poskytnout pacientovi co nejlepší dostupnou péči, která by měla být výsledkem sdíleného rozhodnutí mezi informovaným pacientem a revmatologem. Rozhodnutí o strategii léčby by měla vycházet z hodnocení aktivity onemocnění, bezpečnosti léčby a dalších faktorů, jako je přítomnost komorbidit a progresse strukturálního poškození. Z důvodu heterogenity onemocnění může být v jejím průběhu vyžadován přístup k různým lékům s odlišným mechanismem účinku. Při zvažování jednotlivých léčebných strategií by měla být hodnocena nejen účinnost a bezpečnost léčby a rovněž její vysoké individuální medicínské a společenské náklady. Součástí péče o pacienta s RA by mělo být rovněž monitorování a management komorbidit, jakou jsou kardiovaskulární onemocnění, onemocnění plic a dýchacích cest, infekce, malignity, osteoporóza nebo deprese.

Strategie léčby

Strategie léčby RA by měla vycházet z aktuální verze Doporučení EULAR pro léčbu RA syntetickými a biologickými chorobu modifikujícími léky z roku 2022, z Doporučení České revmatologické společnosti pro farmakologickou léčbu RA 2017, případně z aktuálních Návodů ACR pro léčbu RA publikovaných v roce 2021 (11–13).

Základem léčby RA je farmakoterapie, která zahrnuje léčbu chorobu modifikující-

mi antirevmatickými léky (DMARD), glukokortikoidy (GK), nesteroidními antiflogistiky (NSA) případně analgetiky, přičemž stěžejní skupinou léků jsou DMARD, které svým protizánětlivým efektem nejenom účinně potlačují symptomy onemocnění, ale rovněž zastavují nebo významně zpomalují strukturální progresi, brání poklesu fyzických a pracovních schopností a zhoršení kvality života. Nomenklatura DMARD z roku 2014 rozděluje tuto lékovou skupinu na podskupinu syntetických a biologických DMARD (14) (Tab. 5).

Léčba RA pomocí DMARD by měla být zahájena co nejdříve, jakmile je stanovena diagnóza RA (11). Včasné stanovení diagnózy RA a zahájení adekvátní léčby dokáže předcházet rozvoji nevratného strukturálního poškození kloubů. Existují důkazy, že včasná agresivní léčba zahájena ve stadiu velmi časně RA (do ~15 týdnů od vzniku příznaků) dokáže u části pacientů (5–10 %) navodit trvalou remisi bez nutnosti další léčby (window of opportunity) (12).

Terapie RA by měla být vedena tak, aby bylo dosaženo trvalé remise nebo alespoň nízké aktivity onemocnění u každého pacienta. Tento koncept je označován jako léčba k cíli (treat to target, T2T) (15). Podstatou této strategie je opakované posuzování aktivity onemocnění pomocí kompozitních indexů a následná úprava léčebné strategie v pravidelných časových intervalech. Monitorování aktivity RA by mělo být časté u aktivního onemocnění (každé 1–3 měsíce), po dosažení léčebného cíle se frekvence může snížit na 3–6 měsíců. K hodnocení naplnění léčebného cíle je doporučeno použít Booleovskou definici nebo hodnocení pomocí kompozitních