



64. VÝROČNÍ SJEZD ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH REVMATOLOGŮ

Kongresové centrum

CLARION
CONGRESS HOTEL

Olomouc

23. – 25. ZÁŘÍ 2021

PROGRAMOVÝ SBORNÍK S ABSTRAKTY

ISBN: 978-80-906582-7-1

Vydavatel: Česká lékařská společnost JEP/ ČRS



 Česká revmatologická
společnost  ČLS JEP



Pořadatel:

ČLS JEP, prostřednictvím organizační složky,
České revmatologické společnosti ČLS JEP

Prezident sjezdu:

prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.

Odborný program:

prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.

Organizátor:

Congress Prague

PARTNEŘI, VYSTAVOVATELÉ, FIREMNÍ SATELITNÍ SYMPOZIA A SPONZOROVANÉ PŘEDNÁŠKY

Generální partneři

abbvie

AMGEN®

Boehringer
Ingelheim

Pfizer

SANOFI

ucb

Lilly

NOVARTIS
PHARMACEUTICALS

VIATRIS

Hlavní partneři

Biogen

MSD

SANDOZ A Novartis
Division

sobi
rare strength

Partneři

accord
We make it better

medac

NORDIC
PHARMA

wörwag
PHARMA

Mediální partner

REVMA-online.cz

Partner setkání center biologické léčby

FRESENIUS
KABI
caring for life

Mediální podpora kongresu

farmakoterapie ■ MEDICÍNA

Vystavovatelé:

AbbVie s.r.o.
ACCORD HEALTHCARE s.r.o.
Amgen s.r.o.
Axonia s.r.o.
Berlin-Chemie /A. Menarini Česká republika s.r.o.
Biogen (Czech Republic) s.r.o.
BIOMIN Czech s.r.o.
Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.
ELI LILLY ČR, s.r.o.
Fresenius Kabi s.r.o.
GlaxoSmithKline, s.r.o.
IBSA PHARMA s.r.o.

MEDAC, spol. s.r.o.
Merck Sharp & Dohme s.r.o.
NORDIC Pharma, s.r.o.
NOVARTIS s.r.o.
Pears Health Cyber s.r.o. – REVMA-online.cz
Pfizer, spol. s r.o.
Sandoz s.r.o.
sanofi-aventis, s.r.o.
Swedish Orphan Biovitrum s.r.o.
UCB, s.r.o.
URSAPHARM s.r.o.
Viatris, a.s.
Wörwag Pharma Česko s.r.o.

VÍTÁME VÁS NA 64. VÝROČNÍM SJEZDU ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH REVMAOLOGŮ

*Vážení účastníci, vážení partneři a vystavovatelé,
velmi nás těší, že po náročné epidemiologické situaci se 64. výroční sjezd českých a slovenských revmatologů může uskutečnit prezenční formou. Členové vědeckého výboru a organizačního výboru sjezdu připravili hodnotný odborný program, kterému byla udělena akreditace Českou lékařskou komorou. Věříme, že vás naplň kongresu zaujme a bude přínosem pro odborný růst nás všech. Nedílnou součástí programu jsou i posterová sdělení a sekce zdravotnických pracovníků v nelékařských profesích.
Odborný program a veškeré informace naleznete na webových stránkách kongresu:
<https://www.congressprague.cz/kongresy/crs2021.html>*

*Těšíme se na osobní setkání s Vámi.
S úctou,*

prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
předseda ČRS ČLS JEP,
prezident sjezdu

prof. MUDr. Želmíra Macejová, Ph.D.
předsedkyně SReS SLS

prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.
vědecký sekretář ČRS ČLS JEP,
koordinátor vědeckého programu sjezdu

MUDr. Martin Žlnay, Ph.D.
vědecký sekretář SReS SLS

ZÁKLADNÍ INFORMACE

Pořadatel:

ČLS JEP, prostřednictvím organizační složky, České revmatologické společnosti ČLS JEP

Prezident sjezdu:

prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.

Vědecký sekretář:

prof. MUDr. Karel Pavelka DrSc.

Vědecký a organizační výbor:

prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc., předseda ČRS ČLS JEP, prezident sjezdu

prof. MUDr. Želmíra Macejová, Ph.D., předsedkyně SReS SLS

prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc., vědecký sekretář ČRS ČLS JEP, koordinátor vědeckého programu sjezdu

MUDr. Martin Žlnay, Ph.D., vědecký sekretář SReS SLS

prof. MUDr. Pavel Horák, CSc., místopředseda ČRS ČLS JEP

Záštitu nad sjezdem převzali:

prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D., rektor Univerzity Palackého v Olomouci

prof. MUDr. Josef Zadražil, CSc., děkan Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

prof. MUDr. Roman Havlík, PhD., ředitel FN Olomouc

Na programu dále spolupracovali:

prof. MUDr. Ladislav Šenolt, Ph.D.

prof. MUDr. Zbyněk Hrnčíř, DrSc.

prof. MUDr. Pavla Doležalová, CSc.

MUDr. Hana Ciferská, Ph.D.

MUDr. Zdeněk Dvořák, Ph.D.

MUDr. Dana Tegzová

MUDr. Marta Olejárová, CSc.

MUDr. Liliana Šedová

Bc. Hana Šmucrová

Jana Schwarzová

Odborný program:

Jana Schwarzová | schwarzova@revma.cz | + 420 736 610 075

Organizátor:

Congress Prague s.r.o.

Odpovědný zástupce:

Petra Skalová | petra.skalova@congressprague.cz | +420 774 923 353

Doprovodná výstava:

Petra Vaňoučková | petra.vanouckova@congressprague.cz | +420 724 488 565

Registrace a ubytování:

Nikola Houdková | nikola.houdkova@congressprague.cz | +420 241 445 759

Pravidla pro účast:

- Vstup na kongres a doprovodnou výstavu firem je možné výlučně na základě platné registrace.
- Registrační průkaz obdrží každý registrovaný účastník (po uhrazení registračního poplatku) při vstupu na kongres.
- Součástí registračního poplatku na kongres nejsou kongresové obědy. Kongresový oběd je k dispozici pouze účastníkům, kteří si jej předem v rámci registrace na kongres na daný kongresový den objednali. Potvrzení vstupu na kongresový oběd je při objednání této služby součástí registračního průkazu účastníka.
- V pracovní době kongresu je účastníkům k dispozici šatna s obsluhou.
- V mimopracovní době jsou kongresové sály uzavřeny. Nenechávejte v prostorách kongresových sálů, doprovodné výstavy apod. osobní věci. Clarion Congress Hotel Olomouc, pořadatelé a organizátor kongresu nenesou odpovědnost za jejich poškození nebo ztrátu.
- Věci vnesené a používané v průběhu kongresu v prostorách Clarion Congress Hotelu Olomouc určených pro kongres nejsou předmětem pojištění.
- Účast na kongresu, činnost a pohyb ve vyhrazených kongresových prostorách Clarion Congress Hotelu Olomouc nejsou předmětem pojištění osob.
- Ve všech prostorách vyhrazených pro kongres je přísný zákaz kouření. Prosíme, respektujte toto pravidlo.
- Bez výslovného souhlasu pořadatele nebo organizátora není v rámci prostor konání kongresu dovoleno pořizovat záznamy (zvukem, obrazem).

Certifikáty:

Účast na akci je zařazena do systému celoživotního vzdělávání dle Stavovského předpisu číslo 16 České lékařské komory. Registrovaní účastníci 64. výročního sjezdu českých a slovenských revmatologů, kteří absolvují odborný program, obdrží elektronický certifikát s 12 kredity, s platností pro země EU, na svou elektronickou adresu do 14 dnů od skončení akce. Účast zdravotnických pracovníků v nelékařských profesích je hodnocena jako součást osobního vzdělávání POUZP. Účastníkům bude vystaveno potvrzení.

Doprovodný program:

Společná večeře pořádaná Českou revmatologickou společností ČLS JEP

Termín konání: čtvrtek 23. září 2021, 20.00 hod., Pevnost poznání Olomouc (Areál Korunní pevnůstky), třída 17. listopadu 7, Olomouc, vstup na základě předložení zakoupené vstupenky.

Společná večeře České revmatologické společnosti ČLS JEP není součástí programu sjezdu. Pro účast na společné večeři je nezbytné zakoupit si vstupenku předem v rámci registrace nebo na místě v registračním centru kongresu do 23. září 2021 12.00 hod. Počet vstupenek je limitován kapacitou společenských prostor v místě konání.

Diskusní fórum revmatologů

Termín konání: pátek 24. září 2021, 19.30 hod., Clarion Congress Hotel Olomouc

Diskusní fórum revmatologů je součástí programu sjezdu a je určeno pro všechny registrované účastníky a reprezentanty zúčastněných firem. Pořadatelem diskusního fóra je Česká revmatologická společnost ČLS JEP, pořadatel 64. výročního sjezdu českých a slovenských revmatologů.

Vstup pro registrované účastníky sjezdu je výhradně na registrační průkaz. Součástí diskusního fóra revmatologů je společná večeře s nápoji, zajištěná hotelovým cateringovým servisem.

Inzerce



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

Čtvrtek 23. září

SÁL FOLIANT 1. POSCHODÍ

12:00 – 13:30	Oběd - restaurace Veduta
13:30 – 14:20	PROGRAMOVÝ BLOK I Téma: Postižení ledvin při revmatických chorobách Moderátoři: Pavel Horák, Martina Skácelová PRIMÁRNÍ GLOMERULOPATIE 15 min. Josef Zdražil děkan LF UP, Olomouc AKUTNÍ A CHRONICKÉ POŠKOZENÍ LEDVIN U REVMATICKÝCH CHOROB 15 min. Pavel Horák III. Interní NRE klinika FN, Olomouc a LF UP, Olomouc MORFOLOGICKÉ OBRAZY SYSTÉMOVÉHO LUPUS ERYTHEMATODES V RENÁLNÍCH BIOPSÍCH 10 min. Tomáš Tichý Ústav klinické a molekulární patologie, FN Olomouc VŠE, CO JSTE CHTĚLI VĚDĚT O TRANSPLANTACI LEDVIN U REVMATOLOGICKÝCH CHOROB (ALE BÁLI JSTE SE ZEPTAT) 10 min. Jiří Orság, Krejčí K., Horák P. III. Interní klinika NRE klinika FN, Olomouc a LF UP, Olomouc

14:20 – 14:45 Přestávka s občerstvením - foyer

14:45 – 15:25	SATELITNÍ SYMPOSIUM I, pořádané firmou Boehringer Ingelheim Téma: Intersticiální plicní postižení u systémových onemocnění pojiva Moderátor: Pavel Horák MOŽNOSTI LÉČBY INTERSTICIÁLNÍHO PLICNÍHO POSTIŽENÍ U SYSTÉMOVÝCH ONEMOCNĚNÍ POJIVA Pavel Horák III. Interní NRE klinika, FN a LF UK, Olomouc MANAŽMENT ILD NA SLOVENSKU Štefan Laššán Klinika pneumologie, ftizeologie a funkční diagnostiky SZU a UNB, Univerzitná nemocnica, Bratislava
---------------	---

Čtvrtek 23. září

SÁL ATLAS/CODEX/SCRIPTUM 1. POSCHODÍ

10:00 – 10:30	Občerstvení - sál Atlas / Codex / Scriptum
10:30 – 12:00	SETKÁNÍ CENTER BIOLOGICKÉ LÉČBY Podporované firmou Fresenius Kabi, s.r.o. Moderátoři: Karel Pavelka, Jiří Vencovský AKTUALITY A PROVOZNÍ ZÁLEŽITOSTI V REGISTRU ATTRA 10 min. Renata Rouhová IBA MU, Brno ANALÝZA Z REGISTRU ATTRA 10 min. Jakub Závada Revmatologický ústav, Praha NOVÁ DOPORUČENÍ ACR PRO LÉČBU REVMAOIDNÍ ARTRITIDY – CO PŘINÁŠEJÍ A JAK SE LIŠÍ OD DOPORUČENÍ EULAR PRO LÉČBU REVMAOIDNÍ ARTRITIDY 30 min. Jiří Vencovský/Ladislav Senolt Revmatologický ústav, Praha DISKUZE
12:00 – 13:30	Společný oběd pro účastníky Setkání center biologické léčby - restaurant Benada
13:30 – 14:05	PROGRAMOVÝ BLOK II - EDUKAČNÍ SDĚLENÍ I Moderátor: Jiří Vencovský VYUŽITÍ 18F-FDG PET/CT A SCINTIGRAFICKÝCH METOD V REVMAOLOGII 2x 10 min. Martina Bělobrádková ^{1/} , E. Krčálová ^{2/} , Z. Bělobrádek ^{3/} , J. Doležal ^{2/} , J. Tíliš ^{2/} , G. Beladová ^{2/} , T. Soukup ^{1/} ¹ Subkatedra revmatologie, II. interní gastroenterologická klinika, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové, ^{2/} Oddělení nukleární medicíny Fakultní nemocnice Hradec Králové DIFERENCIÁLNÍ LABORATORNÍ DIAGNOSTIKA REVMAOIDNÍ ARTRITIDY – MOŽNOSTI, ÚSKALÍ... 12 min. Ivana Pütová, Truhlářová K Revmatologický ústav, Praha
14:20 – 14:45	Přestávka s občerstvením - foyer
14:45 – 15:25	SATELITNÍ SYMPOZIUM II, pořádané firmou AbbVie Téma: Mohou nové léky přispět k dosažení remise u pacientů s revmatoidní artritidou? Moderátoři: Zelmíra Macejová, Karel Pavelka JAK JSME ÚSPĚŠNÍ V DOSAHOVÁNÍ LÉČEBNĚHO CÍLE U PACIENTŮ S RA – DATA Z REGISTRU ATTRA 12 min. Jakub Závada Revmatologický ústav, Praha DLOUHODOBÁ ÚČINNOST UPADACITINIBU U RA PACIENTŮ, KTERÍ SELHALI NA csDMARDs A bDMARDs 12 min. Zelmíra Macejová I. Interní klinika LF UPJS a UNLP, Košice

MONOTERAPIE UPADACITINIBEM V LÉČBĚ 12 min.

AKTIVNÍ RA

Karel Pavelka
Revmatologický ústav, Praha

DISKUSE

15:25 – 15:30	Technická přestávka	15:25 – 15:30	Technická přestávka
15:30 – 16:10	SATELITNÍ SYMPOZIUM III, pořádané firmou UCB Téma: Široké spektrum léčebných možností revmatických onemocnění Moderátor: Karel Pavelka LÉČBA ČASNÝCH STÁDIÍ REVMATOIDNÍ ARTRITIDY 10 min. Karel Pavelka Revmatologický ústav, Praha RENTGENOVÁ PROGRESE U ČASNÝCH SPONDYLOARTRITID 10 min. Kristýna Bubová Revmatologický ústav, Praha DOSAŽENÍ A UDRŽENÍ REMISE U AXIÁLNÍ SPONDYLOARTRITIDY 15 min. Leona Procházková II. interní klinika FNuSA a LF MU, Brno DISKUSE 5 min.	15:30 – 16:10	SATELITNÍ SYMPOZIUM IV, pořádané firmou Swedish Orphan Biovitrum s.r.o. Téma: Kineret (anakinra): účinný blokátor IL-1 v léčbě revmatických onemocnění Moderátor: Ladislav Šenolt VÝZNAM BLOKÁDY IL1 PRO DOSAŽENÍ REMISE STILLOVY CHOROBY Pavel Horák III. interní NRE klinika, FN Olomouc
16:10 – 16:40	Přestávka s občerstvením - foyer	16:10 – 16:40	Přestávka s občerstvením - foyer
16:40 – 17:00	REVMA LIGA ČESKÁ REPUBLIKA - 30 LET SPOLEČNĚ PRO PACIENTY Edita Müllerová, Michaela Linková, Olga Drápalová		
17:00 – 17:35	SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ SJEZDU Moderátoři: Jiří Vencovský, Želmíra Macejová Udílění ocenění ČRS prof. MUDr. P. Doležalová, CSc. MUDr. D. Tegzová prof. MUDr. P. Horák, CSc. prof. RNDr. L. Dušek, Ph.D.		
17:35 – 19:05	COVID A REVMA TOLOGIE Moderátoři: Jiří Vencovský, Karel Pavelka COVID V ČR V ČÍSLECH A INFORMACÍCH 30 min. Ladislav Dušek ÚZIS, Praha COVID - 19 A CYTOKINOVÁ BOUŘE: JSOU PIMS A MAS PŘÍBUZNÍ? 30 min. Pavla Doležalová Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu VFN a 1. LF UK, Praha COVID - 19 A REVMA TOLOGIE 12 min. Jiří Vencovský Revmatologický ústav Praha IMUNOGENICITA mRNA VAKCÍNY PROTI ONEMOCNĚNÍ COVID-19 U PACIENTŮ S AXIÁLNÍ SPONDYLOARTRITIDOU NA TERAPII ADALIMUMABEM A SECUKINUMABEM 10 min. Jitka Smetanová ^{1/} , Zuzana Strživová ^{1/} , Anna Šedivá ^{1/} , Jiřina Bartůňková ^{1/} , Tomáš Milota ^{1,2/} , Rudolf Horváth ^{1,2/} ^{1/} Ústav Imunologie 2. LF a FN Motol, Praha, ^{2/} Oddělení revmatologie dětí a dospělých, FN Motol, Praha		

Pátek 24. září

Pátek 24. září

SÁL FOLIANT 1. POSCHODÍ

SÁL ATLAS/CODEX/SCRIPTUM 1. POSCHODÍ

<p>08:00 – 09:00 PROGRAMOVÝ BLOK III</p> <p>Téma: Orgánové transplantace u revmatických chorob</p> <p>Moderátoři: Zbyněk Hrnčíř, Jaroslav Rosenberger</p> <p>RIZIKO ORGÁNOVÝCH TRANSPLANTACÍ U REVMATICKÝCH CHOROB 15 min. Zbyněk Hrnčíř II. Interní gastroenterologická klinika, FN Hradec Králové a LF UK v Hradci Králové</p> <p>TRANSPLANTACE SRDCE A KOMORBIDITY 10 min. Lenka Špinarová I. interní kardiologická klinika, FN u sv. Anny, Brno</p> <p>RENÁLNÍ TRANSPLANTACE U SYSTÉMOVÝCH (AUTOIMUNITNÍCH) NEMOCÍ POJIVA – OBECNÝ ÚVOD 10 min. Zdenka Hrušková Nefrologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha</p> <p>TRANSPLANTÁCIE OBLICKY PACIENTOM SO SYSTÉMOVÝMI (AUTOIMUNITNÝMI) CHOROBYMI SPOJIVA – PRACTICKÉ SKÚSENOSTI 15 min. Jaroslav Rosenberger^{1,2}, T. Baltesová¹, A. Jurčina^{1,2}, I. Gaľa¹, R. Roland^{1,2}, B. Grejtovská², Ľ. Beňa¹ ¹Transplantačné oddelenie, II. interná klinika LF UPJŠ a UNLP Košice, ²FMC-dialyzačné služby s.r.o., pracovisko Košice</p> <p>TRANSPLANTACE PLIC U SYSTÉMOVÉ SKLERODERMIE 10 min. Tomáš Soukup II. Interní gastroenterologická klinika, FN, Hradec Králové a LF UK v Hradci Králové</p>	<p>08:00 – 09:10 PROGRAMOVÝ BLOK IV</p> <p>Téma: Mnoho tváří SLE</p> <p>Moderátoři: Marta Olejárová, Martin Žlnay</p> <p>NOVÉ KLASIFIKAČNÉ KRITÉRIÁ A DIFFERENCIÁLNÁ DIAGNOSTIKA LUPUSU 15 min. Jozef Lukáč NURCH, Piešťany</p> <p>TYPICKÉ I ATYPICKÉ HEMATOLOGICKÉ PROJEVY SYSTÉMOVÉHO LUPUSU 15 min. Marta Olejárová Revmatologický ústav, Praha</p> <p>LUPUSOVÉ MIMIKRY 12 min. Jakub Závada Revmatologický ústav, Praha</p> <p>TISÍC A JEDNA TVÁŘ NEUROLUPUSU – KLINICKÉ KAZUISTIKY 12 min. Marta Olejárová, V. Balajková Revmatologický ústav, Praha</p> <p>NOVINKY V LÉČBĚ SLE 12 min. Martina Skácelová, P. Horák III.IK-NRE, FN a LF UP Olomouc</p>
<p>09:00 – 09:30 Přestávka s občerstvením - foyer</p>	<p>09:10 – 09:30 Přestávka s občerstvením - foyer</p>
<p>09:30 – 10:30 PROGRAMOVÝ BLOK V</p> <p>Téma: Orální manifestace u revmatických onemocnění</p> <p>Moderátoři: Ladislav Šenolt, Miroslav Tedla</p> <p>SYSTÉMOVÁ REVMATICKÁ ONEMOCNĚNÍ S PROJEVY V ORL OBLASTI - POHLED REVMATOLOGA 15 min. Ladislav Šenolt Revmatologický ústav, Praha</p> <p>PÉČE O PACIENTY SE SYSTÉMOVÝMI ZÁNĚTY V ORL AMBULANCI A MOŽNOSTI CHIRURGICKÉ TERAPIE PŘI KOMPLIKÁČÍCH V OBLASTI NOSU A VDN 15 min. Jan Kastner¹, R. Kaňa², P. Schalek³ ¹ORL Kastner - ordinace Beroun/Píseň a Perfectclinic Praha, ²ORL odd. VFN Praha, ³Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku 3. LF UK, FNKV Praha</p> <p>EVIDENCE BASED SYSTÉMOVÉ OCHORENÍ V ORL OBLASTI Z PŮHLEDU ORL 15 min. Miroslav Tedla Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku LFUK a UNB, Bratislava</p> <p>ULTRAZVUKEM NAVÁDĚNÁ BIOPSIE SLINNÝCH ŽLÁZ, POKROKY V DIAGNOSTICE 12 min. Petra Hánová Revmatologický ústav, Praha</p>	<p>09:30 – 10:40 PROGRAMOVÝ BLOK VI</p> <p>Téma: Plícní hypertenze u systémových chorob</p> <p>Moderátoři: Dana Tegzová, Milan Luknár</p> <p>PLÍCNÍ HYPERTENZE A MOŽNOSTI JEJÍ TERAPIE 15 min. Pavel Jansa II. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha</p> <p>SRDCE A SYSTÉMOVÁ SKLERÓZA: ZAOSTŘENÉ NA PLÍČNU HYPERTENZIU 15 min. Milan Luknár, B. Vohnout, P. Lesný, A. Tuchyňová, J. Rovenský, E. Goncalvesová, Kardiologická klinika LFUK a NÚSCH, Bratislava, Národní ústav reumatických chorob, Piešťany</p> <p>PLÍCNÍ HYPERTENZE A SYSTÉMOVÉ NEMOCI POJIVA 10 min. Radim Bečvář Revmatologický ústav, Praha</p> <p>PLÍCNÍ HYPERTENZE JAKO KOMPLIKACE ANTIFOSFOLIPIDOVÉHO SYNDROMU 10 min. Dana Tegzová Revmatologický ústav, Praha</p> <p>SYSTÉMOVÝ LUPUS ERYTHEMATOSUS A PLÍČNA ARTERIOVÁ HYPERTENZIA: KAZUISTIKA A LITERÁRNÍ PŘEHLED 10 min. Alena Tuchyňová, M. Luknár Národní ústav reumatických chorob, Piešťany, Slovenská republika, Národní ústav srdcových a cievnych chorob, Bratislava</p>

				DIAGNOSTIKA A LÉČBA PLICNÍ HYPERTENZE U SYSTÉMOVÝCH ONEMOCNĚNÍ POJIVA Z NAŠEHO CENTRA Jiří Vymětal, J. Přeček ^{1/} III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická, FN Olomouc, ^{1/} I. interní klinika – kardiologická, FN Olomouc	10 min.
10:30 – 10:45	Technická přestávka				
10:45 – 11:25	SATELITNÍ SYMPOZIUM V, pořádané firmou Sanofi Genzyme Moderátor: Ladislav Šenolt				
	JAKÝ PACIENT JE VHODNÝ PRO LÉČBU PREPARÁTEM KEVZARA A JAK NÁM MOHOU POMOCI DATA Z NÁRODNÍHO REGISTRU ATTRTA? Karel Pavelka Revmatologický ústav, Praha	12 min.			
	ANEMIE U PACIENTŮ S REVMAUTOIDNÍ ARTRITIDOU Matina Skácelová III. Interní NRE klinika, FN a LF UP, Olomouc	12 min.			
	VLIV COVID-19 NA PRŮBĚH REVMAICKÝCH ONEMOCNĚNÍ Ladislav Šenolt Revmatologický ústav, Praha	12 min.			
	DISKUZE	4 min.			
10:45 – 11:25	SATELITNÍ SYMPOZIUM VI, pořádané firmou Eli Lilly Téma: Co je nového v léčbě revmatoidní artritidy a spondyloartritid Moderátor: Jiří Vencovský				
	OLUMIANT – AKTUÁLNÍ BEZPEČNOSTNÍ DATA A DLOUHODOBÁ ÚČINNOST V PRAXI Mária Filková Revmatologický ústav, Praha	12 min.			
	MÍSTO TALTZU V LÉČBĚ PsA – VÍC NEŽ JEN KLOUBY Eva Lokočová III. Interní NRE klinika, FN Olomouc a LF UP, Olomouc	12 min.			
	NON-RADIOGRAFICKÁ A RADIOGRAFICKÁ AxSpA – NOVĚ SCHVÁLENÁ INDIKACE PRO TALTZ Karel Pavelka Revmatologický ústav, Praha	15 min.			
11:25 – 12:15	Přestávka na oběd - restaurace Benada a Veduta				
11:25 – 12:15	Přestávka na oběd - restaurace Benada a Veduta				
12:15 – 13:00	PROGRAMOVÝ BLOK VII - POSTEROVÁ DISKUSE Sál Cosmas/Dalimil, 1. poschodí				
12:15 – 13:00	PROGRAMOVÝ BLOK VII - POSTEROVÁ DISKUSE Sál Cosmas/Dalimil, 1. poschodí				
13:00 – 13:45	PROGRAMOVÝ BLOK VIII Téma: Formy JIA a přechod do dospělosti Moderátoři: Pavla Doležalová, Tomáš Dallo				
	JUVENILNÁ IDIOPATICKÁ ARTRITIDA A PŘECHOD DO DOSPELOSTI Tomáš Dallos Detská klinika, Lékařská fakulta Univerzity Komenského v Bratislave, Národný ústav detských chorôb, Bratislava	15 min.			
	VÝVOJ STRATEGIE LÉČBY BIOLOGIKY U DĚTÍ S JUVENILNÍ ARTRITIDOU Nikol Vinšová, Š. Fingerhutová, D. Němcová, M. Schüller, J. Fráňová, H. Malcová, M. Svoboda, P. Doležalová Centrum dětské revmatologie a autoinflatomních onemocnění, Klinika dětského a dorostového lékařství Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK, Praha	15 min.			
	IgA VASKULITIDA S BULÓZními PROJEVY, ARTRITIDOU A HEMATEMÉZOU Kateřina Bouchalová ^{1/} , A. Matějová ^{1/} , A. Šigutová ^{1/} , L. Sulovská ^{1/} , F. Kopřiva ^{1/} , K. Michálková ^{2/} , Bakaj Zbrožková ^{2/} , D. Pospíšilová ^{1/} ^{1/} Dětská klinika LF UP a FN, Olomouc, ^{2/} Radiologická klinika FN, Olomouc	12 min.			
13:45 – 14:10	PROGRAMOVÝ BLOK – EDUKAČNÍ SDĚLENÍ II Moderátor: Jiří Vencovský				
	DIAGNOSTIKA LYMESKÉ BORRELIÓZY Zofia Bartovská Klinika infekčních nemocí 1. LF UK a ÚVN, Praha	25 min.			
	DIAGNOSTIKA A LÉČBA PLICNÍ HYPERTENZE U SYSTÉMOVÝCH ONEMOCNĚNÍ POJIVA Z NAŠEHO CENTRA Jiří Vymětal, J. Přeček ^{1/} III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická, FN Olomouc, ^{1/} I. interní klinika – kardiologická, FN Olomouc				

14:10 – 14:45	Přestávka s občerstvením - foyer	13:40 – 14:00	Přestávka s občerstvením - foyer
14.45 – 15.25	SATELITNÍ SYMPOZIUM VII, pořádané firmou AMGEN Téma: Osteoporóza-opomíjená diagnóza Moderátor: Vladimír Palička OSTEOPORÓZA - OPOMÍJENÁ DIAGNÓZA 20 min. Vladimír Palička FN Hradec Králové POSTAVENÍ DENOSUMABU V DLOUHODOBÉ LÉČBĚ OSTEOPORÓZY 20 min. Olga Růžicková Revmatologický ústav Praha	14:00 – 14:40	SATELITNÍ SYMPOZIUM VIII, pořádané firmou Pfizer Téma: Xeljanz, nejstudovanější jak inhibitor Moderátor: Karel Pavelka BEZPEČNOST PŘÍPRAVKU XELJANZ 15 min. Jiří Vencovský Revmatologický ústav, Praha PACIENT S RA VHODNÝ PRO LÉČBU JAK INHIBITORY 15 min. Pavel Horák III. interní NRE klinika, FN Olomouc XELJANZ – NOVÁ MOŽNOST LÉČBY JI 10 min. Pavla Doležalová VFN, Praha
15:25 – 15:35	Předání ocenění ČLS JEP prof. MUDr. P. Horákovi, CSc. Ocenění předá prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc.	14:40 – 14:45	Technická přestávka
15:35 – 16:15	PROGRAMOVÝ BLOK X Téma: Kůže a revmatická onemocnění Moderátoři: Jiří Vencovský, Juraj Pěč CO VŠECHNO MŮŽE BÝT PSORIÁZA A KDE JÍ HLEDAT? 15 min. Spyridon Gkalpakiotis Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha HIDRADENITIS SUPPURATIVA JAKO SOUČÁST AUTOINFLAMATORNÍHO SYNDROMU 15 min. Juraj Pěč Jesseniova lékařská fakulta UK, Dermatovenerologická klinika KOŽNÍ PROJEVY U SYSTÉMOVÉHO LUPUS ERYTEMATODES 12 min. Martin Zurek III. interní klinika nefrologická, revmatologická, endokrinologická FN a LF UP Olomouc	14:45 – 15:45	PROGRAMOVÝ BLOK XI Téma: Workshop: současné problémy ambulantních revmatologů Moderátoři: Zdeněk Dvořák, Jakub Závada VÝZNAM, RIZIKA A ČINNOSTI CENTRA BIOLOGICKÉ LÉČBY 15 min. + 5 min. Zdeněk Dvořák EUC Klinika, a.s., revmatologická ambulance, Pardubice EFEKTIVNÍ ÚČTOVÁNÍ POSKYTNUTÉ ZDRAV. PÉČE A AKTUÁLNÍ KONSEKVENCE 25 min. + 10 min. Dita Vlasáková DV Consulting, Litvínov VÝSLEDKY ELEKTRONICKÉHO DOTAZNÍKU PRO AMBULANTNÍ REVMA TOLOGY Z 11- 12/2019 20 min. + 8 min. Stanislav Macháček Revmatologická ambulance, Praha 1
16:15 – 16:45	Přestávka s občerstvením - foyer	15:45 – 16:15	Přestávka s občerstvením - foyer
16:45 – 17:20	I. BLOK PODPOROVANÝCH PŘEDNÁŠEK Moderátorky: Marta Olejárová, Olga Šléglová BIOLOGICKÁ LÉČBA PLUS GLUKOKORTIKOIDY U REVMA TOIDNÍ ARTRITIDY. ANO ČI NE? 15 min. Marta Olejárová Revmatologický ústav, Praha Přednáška podporovaná firmou SANDOZ ÚČINNOST NSA PŘI LOKÁLNÍ APLIKACI 15 min. Olga Šléglová Revmatologický ústav, Praha Přednáška podporovaná firmou GLAXOSMITHKLINE CANAKINUMAB V LÉČBĚ AOSD 15 min. Ladislav Šenolt Revmatologický ústav, Praha Přednáška podporovaná firmou Novartis	16:15 – 16:55	SATELITNÍ SYMPOZIUM IX, pořádané firmou Novartis Téma: Bolest v centru pozornosti Moderátoři: Karel Pavelka, Pavel Horák BOLEST HLAVY JAKO MULTIOBOROVÝ PROBLÉM - MIGRÉNA V CENTRU POZORNOSTI 20 min. Ingrid Niedermayerová, Neurologická klinika LF MU a FN Bohunice a Neurologie, s.r.o. Brno BOLEST U SPONDYLOARTRITID - CO O NÍ (NE)VÍME 20 min. Leona Procházková II. interní klinika FNuSA a LF, MU, Brno

Sobota 25. září

SÁL FOLIANT 1. POSCHODÍ

08:00 – 08:55	PROGRAMOVÝ BLOK XII	
	Téma: Problematika výživy a lékových potravinových interakcí	
	Moderátorky: Hana Ciferská, Blanka Stibůrková	
	VÝŽIVA V REVMATOLOGII	15 min.
	Miroslav Urbánek II. interní klinika 3. LF a FNKV, Praha	
	POTRAVINY A LÉKOVÉ INTERAKCE	15 min.
	Hana Ciferská Revmatologický ústav, Praha	
	HYPERURIKÉMIE, DNA A DIETNÍ INTERVENCE	12 min.
	Blanka Stibůrková Revmatologický ústav, Praha	
	NUTRIČNÍ DOPORUČENÍ PŘI ONEMOCNĚNÍ LEDVIN	12 min.
	Jan Vachek Klinika nefrologie VFN a 1. LF UK, Praha	
08:55 – 09:20	Přestávka s občerstvením - foyer	
09:20 – 10:20	II. BLOK PODPOROVANÝCH PŘEDNÁŠEK	
	Moderátoři: Pavel Horák, Ladislav Šenolt	
	BENEPALI - 5 LET ZKUŠENOSTÍ V REÁLNÉ KLINICKÉ PRAXI V ČR A EU	15 min.
	Jiří Vencovský Revmatologický ústav, Praha	
	Přednáška podporovaná firmou Biogen	
	DISKuze NA TÉMA: PRAKTICKÉ ASPEKTY BIOLOGICKÉ LÉČBY REVMATOIDNÍ ARTRITIDY A SPONDYLOARTRITID V BĚŽNÉ KLINICKÉ PRAXI	30 min.
	Karel Pavelka Revmatologický ústav, Praha Ladislav Šenolt, Revmatologický ústav, Praha	
	Přednáška podporovaná firmou MSD	
	MŮŽEME OČEKÁVAT NOVÉ MOŽNOSTI V LÉČBĚ BOLESTI U OSTEOARTRÓZY?	15 min.
	Olga Šiéglová Revmatologický ústav, Praha	
	Přednáška podporovaná firmou Pfizer	
10:20 – 11:40	PROGRAMOVÝ BLOK XIII	
	Téma: Varia	
	Moderátoři: Jakub Závada, David Suchý	
	NÍZKÁ COMPLIANCE SE SOUČASNÝMI MEZINÁRODNÍMI DOPORUČENÍMI PRO MONITORACI HYDROXYCHLOROCHINEM INDUKOVANÉ RETINOPATIE V ČESKÉ REPUBLICE – ANALÝZA Z NÁRODNÍHO REGISTRU HRAZENÝCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	12 min.
	Jakub Závada ^{1/} , Michal Uher ^{2/} , ^{1/} Revmatologický ústav, Praha, ^{2/} ÚZIS, Praha	
	ŽIVOT OHROŽUJÍCÍ PŘEBEH SEKUNDÁRNEJ AUTOIMUNITNEJ TROMBOCYTOPÉNIE PRI SLE	12 min.
	Martina Skamlová, Z. Kmečová, F. Málíš, A. Wild II. interná klinika SZU FNŠP FD Roosevelta, Banská Bystrica, SR Národný ústav reumatických chorôb, Piešťany, SR Hematologické oddelenie FNŠP FD Roosevelta, Banská Bystrica	
	ANTI-FOSFATIDYL SERINOVÉ PROTILÁTKY (APS/PT) JAKO NOVÝ BIOMARKER V DIAGNOSTICE ANTI-FOSFOLIPIDOVÉHO SYNDROMU (APS)	10 min.
	^{1/} Luděk Slavík, A. Skoumalová ^{2/} , P. Horák ^{2/} , M. Skácelová ^{2/} , J. Úlehlová ^{1/} , P. Bradáčová ^{1/} , J. Procházková ^{1/} , A. Hluší ^{1/} ^{1/} Hemato-onkologická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty University Palackého Olomouc, ^{2/} III. interní klinika, Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty University Palackého Olomouc	
	LEDVINNÉ POSTIŽENÍ U NEMOCNÝCH PO ATACE DIFÚZNÍ ALVEOLÁRNÍ HEMORAGIE	12 min.
	Petr Bradna, J. Maňák, S. Sulková-Dusilová, M. Kodeda, T. Soukup II. interní GE klinika, subkatedra revmatologie LF a FN, Hradec Králové	
	ASYMPTOMATICKÁ HYPERURIKÉMIE A MORTALITA PO AKUTNÍM IM, ANALÝZA SLETÉHO SLEDOVÁNÍ	12 min.
	David Suchý, Hromádka M, Mayer O, Rajdl D, Fakultní nemocnice, Plzeň	
	AKRÁLNÍ ISCHEMIE – KAZUISTIKA	10 min.
	Katarína Bebjaková, T. Soukup, Subkatedra revmatologie, II. interní gastroenterologická klinika, LF a FN Hradec Králové	
	GRANULOMA ANNULARE – KAZUISTIKA	10 min.
	Radoslav Roman ^{1/} , P. Němec ^{1/} , L. Procházková ^{1/} , E. Březinová ^{2/} ^{1/} Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, II. interní klinika, oddělení revmatologie, Brno, ^{2/} Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, I. dermatovenerologická klinika, Brno	
11:40 – 12:00	ZÁVĚR SJEZDU	
12:00 – 13:15	Závěrečný oběd: restaurace Veduta	

ODBORNÝ PROGRAM - SEKCE ZPNP

Pátek 24. září

SÁL PLATO/SENECA, 1. POSCHODÍ

VE SPOLUPRÁCI S ČESKOU ASOCIACÍ ZDRAVOTNÍKŮ V REVMATOLOGII, z.s. (CAZR) A ZDRAVOTNÍMI SESTRAMI Z NÚRCH, PIEŠŤANY

08:00 – 09:00 I. BLOK PŘEDNÁŠEK

Moderátorky: Monika Nováková, Hana Šmucrová

SYSTÉMOVÁ SKLERÓZA A JEJ DŮSLEDKY

Monika Nováková
NÚRCH, Piešťany

15 min.

ERGOTERAPIE U SYSTÉMOVÉ SKLERODERMIE

Hana Šmucrová
Centrum léčebné rehabilitace, Revmatologický ústav, Praha

15 min.

CHRONICKÁ RÁNA, JAKO KOMPLIKACE REVMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Olga Prokopová
Revmatologický ústav, Praha

15 min.

KOMPLIKOVANÁ REHABILITACE KYČELNÍHO KLOUBU U PACIENTA S ANKYLOZUJÍCÍ SPONDYLITIDOU -KAZUISTIKA

Gabriela Vincová
Centrum léčebné rehabilitace, Revmatologický ústav, Praha

15 min.

09:00 – 09:30 Přestávka - foyer

09:30 – 10:45 II. BLOK PŘEDNÁŠEK

Moderátorky: Iva Zinková, Adéla Rathouská

REVMATICKÉ ONEMOCNĚNÍ A SPÁNEK

Markéta Kučerová
Centrum léčebné rehabilitace, Revmatologický ústav, Praha

15 min.

FYZIOTERAPIE U PACIENTŮ S PLICNÍ HYPERTENZÍ U SYSTÉMOVÝCH ONEMOCNĚNÍ

Iva Zinková
Centrum léčebné rehabilitace, Revmatologický ústav, Praha

15 min.

SYNDROM ŠLACHY DLOUHÉ HLAVY BICEPSU JAKO KOMPLIKACE U REVMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Adéla Rathouská
Centrum léčebné rehabilitace, Revmatologický ústav, Praha

15 min.

10:45 – 12:00 III. BLOK PŘEDNÁŠEK

Moderátorky: Jiřina Kvítková, Gabriela Vincová

BIOLOGICKÁ LÉČBA A JEJÍ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY V PRAXI

Milada Lösterová, Jitka Ponertová, Stanislava Jiroutová
Revmatologický ústav, Praha

15 min.

JUVENILNÍ IDIOPATICKÁ ARTRITIDA, FARMAKOTERAPIE A BIOLOGICKÁ LÉČBA

Jiřina Kvítková, Milada Lösterová, Zdeňka Leopoldová
Revmatologický ústav, Praha

15 min.

BÜRGEROVA CHOROBA, JAK JI POZNAT?

Hana Štílcová, Katarína Bebjaková, Tomáš Soukup, Subkatedra revmatologie
II. interní gastroenterologická klinika, LF UK v Hradci Králové

15 min.

OSTEOARTRÓZA

Stella Kuběnková, Eva Sekaninová
III. interní NRE klinika, Fakultní nemocnice, Olomouc

15 min.

12:00 – 13:30 Oběd - restaurace Benada a Veduta

13:30 – 14:00 IV. BLOK PŘEDNÁŠEK

Edukační blok Sál Plato/Seneca, 1. poschodí
Moderátorky: Liliana Šedová, Kateřina Vondříčková

ULTRA KRÁTKÉ KAZUISTIKY O KRIZOVÉ KOMUNIKACI

Liliana Šedová

Revmatologický ústav, Praha

15 min.

ROLE NEMOCNÍČNÍCH KAPLANŮ V KRIZOVÉ KOMUNIKACI

Matěj Hájek

Revmatologický ústav, Praha

15 min.

14:00 – 14:30 Přestávka s občerstvením - foyer**14:30 – 15:05 Technická přestávka****15:05 – 16:35 V. BLOK PŘEDNÁŠEK**

Workshop Restaurant Benada, přízemí

ZVLÁDÁNÍ KOMUNIKAČNĚ NÁROČNÝCH SITUACÍ – CENTRUM DOHODY, s.r.o., PRAHA**Moderátorky:** Liliana Šedová, Alice Hamplová**NÁCVIK ŘEŠENÍ NÁROČNÝCH KOMUNIKAČNÍCH SITUACÍ**

Alice Hamplová, Tomáš Mertin, Daniel Hodulík

PŘEHLED POSTEROVÝCH PREZENTACÍ

- 1. RISK FOR PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION FOLLOWING A RHEUMA-RELATED HOSPITALIZATION: RESULTS FROM A CZECH NATIONWIDE, COHORT STUDY**
Tomáš Formánek^{1/}, Karolína Mladá^{1/2/}, Markéta Hušáková^{3/},
^{1/}Department of Public Mental Health, National Institute of Mental Health, Czech Republic, ^{2/}Faculty of Medicine in Pilsen, Charles University, Czech Republic, ^{3/}Institute of Rheumatology, Prague
- 2. NEGATIVE CHANGES OF BODY COMPOSITION IN MYOSITIS PATIENTS AND ITS ASSOCIATION WITH DISEASE CHARACTERISTICS, PHYSICAL ACTIVITY AND NUTRITIONAL STATUS**
Sabina Oreska^{1/2/}, Maja Spiritović^{3/}, Petr Cesak^{3/}, Ondrej Mareček^{3/}, Hana Storkanova^{1/2/}, Barbora Hermankova^{3/}, Katerina Kubinova^{1/2/}, Martin Klein^{1/2/}, Lucie Vernerova^{1/2/}, Olga Ruzickova^{1/2/}, Karel Pavelka^{1/2/}, Ladislav Senolt^{1/2/}, Herman Mann^{1/2/}, Jiri Vencovsky^{1/2/}, Michal Tomcik^{1/2/}
^{1/}Institute of Rheumatology, ^{2/}Department of Rheumatology, 1st Faculty of Medicine, ^{3/}Faculty of Physical Education and Sport, Department of Physiotherapy, Charles University, Prague
- 3. BODY COMPOSITION IN SCLERODERMA PATIENTS IS ASSOCIATED WITH DISEASE ACTIVITY, SERUM LEVELS OF INFLAMMATORY CYTOKINES AND PARAMETERS OF NUTRITION AND LIPID METABOLISM**
Sabina Oreska^{1/2/}, Maja Spiritović^{3/}, Petr Cesak^{3/}, Michal Cesak^{3/}, Hana Storkanova^{1/2/}, Hana Smucrova^{1/}, Barbora Hermankova^{3/}, Olga Ruzickova^{1/2/}, Herman Mann^{1/2/}, Karel Pavelka^{1/2/}, Ladislav Senolt^{1/2/}, Jiri Vencovsky^{1/2/}, Radim Becvar^{1/2/}, Michal Tomcik^{1/2/}
^{1/}Institute of Rheumatology, ^{2/}Department of Rheumatology, 1st Faculty of Medicine, ^{3/}Faculty of Physical Education and Sport, Department of Physiotherapy, Charles University, Prague
- 4. ALTERATIONS OF LIPID PROFILE IN IIM PATIENTS ARE ASSOCIATED WITH DISEASE ACTIVITY, DURATION, AND GLUCOCORTICOID TREATMENT**
Sabina Oreska^{1/2/}, Hana Storkanova^{1/2/}, Maja Spiritović^{3/}, Barbora Hermankova^{3/}, Michal Vrablík^{4/}, Karel Pavelka^{1/2/}, Ladislav Senolt^{1/2/}, Herman Mann^{1/2/}, Jiri Vencovsky^{1/2/}, Michal Tomcik^{1/2/}
^{1/}Institute of Rheumatology, ^{2/}Department of Rheumatology, 1st Faculty of Medicine, ^{3/}Department of Physiotherapy, Faculty of Physical Education and Sport, ^{4/}3rd Department of Internal Medicine, General University Hospital and 1st Faculty of Medicine, Charles University, Prague
- 5. CÍRKULUJÍCÍ MIKRONA U PACIENTŮ S OSTEOARTRÓZOU: HLEDÁNÍ NOVÝCH BIOMARKERŮ**
Aneta Pekáčová, J. Baloun, O. Šlégllová, O. Růžičková, J. Vencovský, K. Pavelka, L. Šenolt Revmatologický ústav a Revmatologická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha
- 6. ANALÝZA MÍRNA PROFILU U AXIÁLNÍ SPONDYLOARTRITIDY**
Jiří Baloun, K. Bubová, M. Gregová, S. Forejtová, J. Hořínková, J. Gatterová, M. Tomčík, J. Vencovský, K. Pavelka, L. Šenolt Revmatologický ústav a Revmatologická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha
- 7. SPOKOJENOST S LÉČBOU, OČEKÁVÁNÍ, PREFERENCE A CHARAKTERISTIKY PACIENTŮ, VČETNĚ DIGITÁLNÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI A DOPAD NEDOSTATEČNÉ KONTROLY ONEMOCNĚNÍ VE VELKÉ MEZINÁRODNÍ KOHORTĚ PACIENTŮ S REUMATOIDNÍ ARTRITIDOU: STUDIE SENSE**
Peter C Taylor^{1/}, Codrina Ancuta^{2/}, Orsolya Nagy^{3/}, Maria Celina de la Vega^{4/}, Andrey V Gordeev^{5/}, Radka Janková^{6/}, Umot Kalyoncu^{7/}, Ivan Lagunes-Galindo^{8/}, Jadrnka Morovic-Vergles^{9/}, Mariana Peixoto Guimares Ubirajara e Silva de Souza^{10/}, Bernadette Rojkovich^{11/}, Prodromos Sidiropoulos^{12/}, Atsushi Kawakami^{13/}
^{1/}Botnar Research Centre, University of Oxford, Oxford, United Kingdom; ^{2/}Department of Rheumatology, University of Medicine and Pharmacy, Iași, Romania; ^{3/}AbbVie Ltd, Budapest, Hungary; ^{4/}CEIM Investigaciones Medicas, Buenos Aires, Argentina; ^{5/}V.A. Nasonova, Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russian Federation; ^{6/}Department of Pediatric and Adult Rheumatology, Faculty Hospital Motol, Prague, Czech Republic; ^{7/}Department of Internal Medicine, Hacettepe University, Ankara, Turkey; ^{8/}AbbVie Inc., North Chicago, Illinois, United States; ^{9/}Division of Clinical Immunology, Allergology and Rheumatology, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia; ^{10/}Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Brazil; ^{11/}Department of Rheumatology and Physiotherapy, Semmelweis University, Budapest, Hungary; ^{12/}Faculty of Medicine, University of Crete, Heraklion, Greece; ^{13/}Department of Immunology and Rheumatology, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki, Japan
- 8. SLEDOVÁNIE PACIENTKY S PRÍTOMNÝMI SSA ALEBO SSB PROTLÁTKAMI POČAS TEHOTENSTVA PRE RIZIKO VZNIKU PORUCHY SRDCOVÉHO RYTMU FETU, KAZUISTIKA**
Olga Lukáčová^{1/2/}, J. Lukáč^{1/2/3/}, G. Dalogová^{4/}
^{1/}Národný ústav reumatických chorôb, Piešťany, ^{2/}Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava, ^{3/}Inštitút fyzioterapie, balneológie a liečebnej rehabilitácie UCM, Trnava, ^{4/}Rheumatologická ambulancia, špecializovaná Nemocnica sv. Svorada, Nitra
- 9. THE THERAPEUTIC TARGET IS REACHED MORE OFTEN IN RA PATIENTS STARTING TNF INHIBITORS (ENBREL) WITH MODERATE ACTIVITY THAN WITH HIGH DISEASE ACTIVITY - AN ANALYSIS FROM THE ATTRA REGISTER**
Karel Pavelka
Rheumatologický ústav, Praha
- 10. VPLYV SYNTETICKÝCH A BIOLOGICKÝCH DMARD-S NA HDNOTY DAS28 A HAQ U PACIENTOV S REUMATOIDNOU ARTRITÍDOU**
Zuzana Kotrádýová^{1/}, A. Husivargová^{2/}, I. Rajničová Nagyová^{2/}, M. Aljubouri^{1/}, Ž. Macejová^{1/}
^{1/}I. Interná klinika UPJŠ LF a UNLP Košice, ^{2/}Ústav sociálnej a behaviorálnej medicíny UPJŠ Košice
- 11. PERMANENTNÍ DEFICIT B BUNĚK MARGINÁLNÍ ZÓNY V PERIFERNÍ KRVI PŘI DLOUHODOBÉM SLEDOVÁNÍ SYSTÉMOVÉHO LUPUS ERYTHEMATODES S NÍZKOU AKTIVITOU NEBO V REMISI**
Zbyněk Hrnčíř^{1/}, D. Vokurková^{2/}, M. Drahošová^{2/}, T. Soukup^{1/}
^{1/}II. Interní GE klinika Lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice, Hradec Králové, ^{2/}Ústav klinické imunologie a alergologie Lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice, Hradec Králové
- 12. KAZUISTIKA: MUCKLEOV-WELLSOV SYNDRŮM V REUMATOLOGICKEJ AMBULANCI**
L. Tarabčáková^{1/}, E. Steňová^{2/}, K. Hrubíšková^{3/}
^{1/}Univerzitná nemocnica - Nemocnica sv. Michala a.s., Bratislava, SR; ^{2/}I. Interná klinika Lekárskej fakulty UK a Univerzitnej nemocnice, Bratislava, SR; ^{3/}V. Interná klinika Lekárskej fakulty UK a Univerzitnej nemocnice, Bratislava, SR

PROGRAMOVÝ BLOK I

POSTIŽENÍ LEDVIN PŘI REVMAICKÝCH CHOROBÁCH

PRIMÁRNÍ GLOMERULOPATIE

Josef Zadražil, III. interní klinika, FN a LF UP, Olomouc

Cílem přehledové přednášky je předat posluchačům základní informace o incidenci a prevalenci biopticky ověřených chronických glomerulopatií a rychle progredujících glomerulonefritid v České republice. Jsou uvedena základní data z Registru biopsií ledvin, absolutní počty biopsií v jednotlivých centrech a četnost nejčastěji se vyskytujících glomerulopatií v jednotlivých letech. V roce 2019 bylo provedeno 708 biopsií nativních ledvin, diagnóza primární glomerulopatie byla stanovena u 357 pacientů a sekundární glomerulopatie u 72 nemocných. Na souboru 8005 biopsií nativních ledvin provedených v letech 2000-2019 jsou uvedena přehledová data a mění se zastoupení jednotlivých primárních i sekundárních glomerulopatií. Je poukázáno na narůstající výskyt ANCA asociovaných vaskulitid, které stále častěji postihují starší osoby. Pro prognózu těchto pacientů je zcela zásadní včasné stanovení diagnózy a neprodlené zahájení terapie, jinak obvykle rychle v řádu několika týdnů až měsíců progredují do terminálního selhání ledvin. Léčbou volby ANCA asociovaných vaskulitid je v současné době rituximab. Ve druhé části přednášky je věnována pozornost etiologii, patogenезi a novinkám v léčbě nejčastěji se vyskytujících primárních glomerulopatií, tedy Ig A nefropatii a membranózní nefropatii.

AKUTNÍ POŠKOZENÍ LEDVIN V RÁMCI REVMAICKÝCH CHOROB

Pavel Horák, J. Zadražil, T. Tichý, III. interní klinika-nefrologická, revmatologická, endokrinologická, FN a LF UP Olomouc

Jako akutní poškození ledvin se označuje náhlé snížení funkce ledvin, které má za následek zadržování močoviny a jiných dusíkatých odpadních produktů a poruchu regulace extracelulárního objemu a elektrolytů. Definice používané v klinických a epidemiologických studiích jsou založena na specifických kritériích. KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) je nejnovější a upřednostňovanou definicí. Mezi další systémy hodnocení patří kritéria RIFLE (Risk, Injury, Failure, Loss of kidney function, and End-stage kidney disease) či jejich úprava navržená AKIN (Acute Kidney Injury Network). Lze je dle příčin rozdělit na poškození prerenální, reno-parenchymatózní a postrenální, což má zásadní dopad na základní léčebné paradigma.

Mnoho revmatických nemocí se může manifestovat renálními projevy. Tyto projevy jsou však často velmi mírné. U některých stavů však mohou představovat vedoucí symptomatologii nemoci a vést i k akutnímu poškození ledvin pro poškození různých struktur ledvinového parenchymu. Týká se to především některých systémových chorob pojiva (SLE, antifosfolipidový syndrom, sklerodermie) a vaskulitid (ANCA asociované vaskulitidy, Henoch-Schoenleinova purpura, kryoglobulinemická vaskulitida, polyarteriitida nodosa). S akutním poškozením ledvin může být spojena i hyperurikemie. Sekundární amyloidóza a léky indukované poškození jsou nejvýznamnější faktory renálních manifestací u RA. Morfologicky se může jednat o vyhranění typu glomerulonefritid, poškození ledvinového intersticiu či o vaskulární poškození. Stanovení diagnózy vyžaduje správnou interpretaci klinické situace a řady laboratorních a zobrazovacích metod a samozřejmě úzkou mezioborovou spolupráci s nefrologem a klinickým patologem/nefropatologem.

Léčba těchto stavů vyžaduje jednak všeobecná léčebná opatření společná pro léčbu renoparenchymatózního poškození a na specifickou léčbu dané klinické manifestace, které se musí opírat o její přesnou diagnózu.

Podpora: grant IGA_LF_2020_05, MZČR-RVO (FNOL-00098892)

MORFOLOGICKÉ OBRAZY SYSTÉMOVÉHO LUPUS ERYTHEMATODES V RENÁLNÍCH BIOPSIÍCH

Tomáš Tichý, Ústav klinické a molekulární patologie FN, Olomouc

Systémový lupus erythematoses (SLE) je autoimunní onemocnění známé polymorfií klinických příznaků i morfologických obrazů. Mnohotvarost morfologických nálezů při SLE je jedním ze základních znaků, který umožňuje pomýšlet na tuto diagnózu i v případech, kdy klinické projevy nejsou zcela typické. Renální biopsie byla do rutinní praxe zavedena v 50. letech minulého století a je základem všech klasifikací zánětlivých i nezáánětlivých nefropatií. V případě SLE je biopsie většinou prováděna u klinicky známého či přepokládaného onemocnění s cílem stanovit intenzitu a rozsah glomerulárního zánětu.

V našem sdělení uvádíme současnou šestistupňovou ISN/RPS klasifikaci SLE (2003, revize 2018) s bohatou obrazovou dokumentací. Zmiňujeme také úskalí bioptické diagnostiky, zvláště v případech menších vzorků. Nutno zdůraznit, že současná klasifikace SLE je založena výhradně na nálezech ve světelné mikroskopii a v imunofluorescenci. Elektronmikroskopické vyšetření však běžně provádíme, zvláště pak v případech, kdy klinika a základní morfologie nejsou vyhraněné. Naše sdělení doplňujeme příklady jiných glomerulopatií, které se mohou u pacientů se SLE vyskytnout jako jsou podocytopatie (fokální a segmentální glomeruloskleróza, minimální změny glomerulů), akutní postinfekční glomerulonefritis, krescentní pauciimunní glomerulonefritis či hereditární nefropatie.

VŠE, CO JSTE CHTĚLI VĚDĚT O TRANSPLANTACI LEDVIN U REVMA TOLOGICKÝCH CHOROB (ALE BÁLI JSTE SE ZEPTAT)

Jiří Orság, K. Krejčí, P. Horák, III. interní klinika-nefrologická, revmatologická a endokrinologická, FN, Olomouc

Postižení ledvin tvoří součást projevu mnoha revmatologických chorob. Zatímco u většiny těchto nemocí je postižení ledvin pouze doprovodným příznakem charakterizovaným např. patologií močového sedimentu či různou mírou snížení glomerulární filtrace, u některých může představovat dominující složku se závažnou prognózou (např. systémový lupus, ANCA asociované vaskulitidy, Henoch-Schoenleinova purpura, sklerodermická krize). V těchto případech nezářidka dochází k nezvratnému selhání ledvinné funkce s nutností její náhrady hemodialýzou, peritoneální dialýzou nebo transplantací.

Sdělení se zabývá postavením, vhodností a specifiky transplantace ledvin u pacientů se selháním funkce vlastních ledvin v důsledku základního revmatologického onemocnění ve světle medicíny založené na důkazu s důrazem na použitelnost v běžné denní praxi. Informace byly získány z informačních databází a dalších dostupných zdrojů, zejména z doporučení příslušných odborných společností. Pozornost je soustředěna zejména na výše uvedené revmatologické onemocnění provázená často závažným postižením ledvin.

Výběr kandidátů k transplantaci se řídí obecně akceptovanými doporučeními s důrazem na vyšetření kardiovaskulárního systému a onkologický screening. Podrobnější došetření vyžadují ev. další specifická orgánová postižení provázející revmatologické choroby. Kontraindikace k provedení transplantace ledvin jsou shodná s obecnými doporučeními (aktivní infekce, malignita, nesouhlas a nespoupráce pacienta, krátká očekávaná doba dožití, selhání více orgánů apod.). Specifikem revmatologických chorob ve vztahu k transplantaci je otázka nutnosti/vhodnosti dosažení remise základního onemocnění před transplantací k dosažení dobrých výsledků po transplantaci. Většina transplantací u revmatologických pacientů s ledvinným selháním není prováděna tzv. preemptivně, tj. před nutností náhrady funkce ledvin. Důvodem je většinou snaha o stabilizaci stavu s dosažením remise základního onemocnění, čemuž v některých případech napomáhá zahájení hemodialyzační léčby. Nicméně ani preemptivní provedení transplantace není zapovězeno, naopak se jeví pro většinu nemocných výhodně.

Transplantace ledvin představuje i pro nemocné s renálním selháním v důsledku revmatologických onemocnění nejlepší léčebnou metodou s porovnatelným přežitím pacientů i transplantovaných ledvin ve srovnání s transplantovanými nemocnými s jinými chorobami. Výběr kandidátů k transplantaci i kontraindikace výkonu se neliší od ostatní populace, nicméně jednotlivá revmatologická onemocnění mají ve vztahu k transplantaci svá specifika, která je vhodné respektovat.

PROGRAMOVÝ BLOK II EDUKAČNÍ SDĚLENÍ I

PROGRAMOVÝ BLOK IIA KRÁTKÁ EDUKAČNÍ SDĚLENÍ

VYUŽITÍ 18F-FDG PET/CT A SCINTIGRAFICKÝCH METOD V REVMAATOLOGII

Martina Bělobrádková^{1/}, E. Krčálová^{2/}, Z. Bělobrádek^{3/}, J. Doležal^{2/}, J. Tilšer^{2/}, G. Beladová^{2/}, T. Soukup^{1/},^{1/} Subkatedra revmatologie, II. interní gastroenterologická klinika, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové a Fakultní nemocnice, Hradec Králové,^{2/} Oddělení nukleární medicíny Fakultní nemocnice, Hradec Králové,^{3/} Radiologická klinika Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové a Fakultní nemocnice, Hradec Králové

V přehledné přednášce představí možnosti a limitace 18F-FDG PET/CT a scintigrafických metod v diagnostice zánětlivých stavů nejasné etiologie a ilustrovat je na kazuistikách z praxe revmatologického oddělení a oddělení nukleární medicíny v Hradci Králové

Diagnostika některých revmatických onemocnění je vzhledem k jejich velmi nespecifickým klinickým symptomům a laboratorním nálezům svízelná. Hybridní zobrazovací metody nukleární medicíny v čele s 18F-FDG PET/CT umožňují nejen detekci zánětlivých změn a malignit, ale díky fúzi s CT i jejich precizní lokalizaci. Radioindikátorové metody tak mohou s vysokou senzitivitou i specificitou odhalit příčinu tzv. zánětů nejasné etiologie.

V přehledné přednášce je z pohledu revmatoložky a lékařky nukleární medicíny diskutována role 18F-FDG PET/CT, scintigrafie s in-vitro značenými autologními leukocyty a scintigrafie skeletu v diferenciální diagnostice zánětů nejasné etiologie. Rozebírána je i otázka přípravy pacientů k jednotlivým vyšetřením a vliv jejich medikace na výtěžnost uvedených metod. Dále jsou prezentovány 18F-FDG PET/CT nálezy, které umožnily stanovit diagnózu u nemocných s obrovskobuněčnou arteritidou, polymyalgia rheumatica a psoriatickou artritidou.

Moderní hybridní metody nukleární medicíny mají v revmatologické praxi nezastupitelné místo. Při včasné indikaci mohou významně zkrátit.

DIFERENCIÁLNÍ LABORATORNÍ DIAGNOSTIKA REVMAOIDNÍ ARTRITIDY – MOŽNOSTI, ÚSKALÍ...

Ivana Půtová, K. Truhlářová, Revmatologický ústav, Praha

Revmatoidní artritida (RA) je chronické systémové autoimunitní onemocnění postihující až 1 % populace. RA výrazně zkracuje život, vede k disabilitě a je častou příčinou částečné či plné invalidity nositelů. Snížením kvality života negativně ovlivňuje rodinný, sociální a psychologický stav nemocných. Základem patogeneze je narušení imunitní odpovědi charakterizované aktivací imunokompetentních buněk. Autoimunitně indukovaný zánět infiltruje synovii, burzy, šlachy, paraartikulární měkké tkáně, destrukuje chrupavku i kost za vzniku deformit postižených kloubů. Systémové projevy zahrnují tvorbu proteinů akutní fáze a produkci autoprotiláték. Klinicky manifestní je symetrická chronická polyartritida s variabilní přítomností mimokloubních příznaků (vaskulitida, plicní, srdeční, kožní onemocnění). Úkolem diferenciální laboratorní diagnostiky je odlišení RA od ostatních druhů artritid a některých chorob infekční etiologie. Diagnóza RA je primárně založena na pozitivních nálezech klinických, radiologických a imunologických vyšetření. Hlavní úlohu v imunologické laboratorní diagnostice RA hrají dva markery – RF (revmatoidní faktory) a ACPA (protilátky proti citrulinovanému proteinu), mezi které se řadí anti CCP (protilátky proti cyklickému citrulinovanému proteinu) a anti MCV (protilátky proti mutovanému citrulinovanému vimentinu). Přítomnost RF je jedním z kritérií American College of Rheumatology pro klasifikaci RA. RF ve třídě IgM se nachází u 60–80 % pacientů s RA, ale není specifický pouze pro tyto nemocné, jelikož je často přítomen také u jiných autoimunitních chorob (SLE, SjS), chronických infekcí (HCV) a u starších zdravých jedinců (nad 65 let). Po několik let je známo, že protilátky proti perinukleárnímu faktoru (APFA) a keratinu (AKA) jsou pro RA vysoce specifické. Jsou detekovány v sérech

jedinců ještě před vlastní manifestací onemocnění, což se považovalo za důkaz jejich možné role v patogenezi RA. Rozeznávají stejný cíl, jehož povaha je známá od roku 1993, kdy byl jako antigen identifikován lidský epidermální protein filagrin, přechodný protein vláken zapojený v rohovatění epidermis. Zralý filagrin se váže na keratinová filamenta a vytváří husté mikrofibrily, které zabraňují proteolytické degradaci keratinu. Protein je defosforylován a některá rezidua argininu jsou přeměněna enzymem peptidylarginindeiminázou (PAD) na citrulin. V roce 1998 Schellekens a kol. uvedli, že autoprotilátky, reagující s lineárními syntetickými peptidy obsahujícími citrulin, byly přítomny u 76 % sér s RA. V následujících studiích prokázali, že ELISA test založený na CCP vykazuje vyšší zřetelivost a specifitu než lineární úseky. Antigen je neustále vyvíjen, nyní jsou k dispozici testy III. generace. Ve většině přehledů je senzitivita a specifita anti CCP protilátek pro RA lepší, než stejné údaje týkající se RF. Vzhledem k jejich specifitě mohou anti CCP pomoci v diferenciální diagnóze. Velice důležitý je také jejich prognostický význam, neboť jejich přítomnost souvisí se závažnějším průběhem RA. Aktivovaná PAD může přeměnit arginin na citrulin v různých proteinech, např. fibrinu, vimentinu, histonech. V současné době jsou pro diagnostiku RA k dispozici komerčně dostupné soupravy anti CCP a anti MCV. Anti CCP bývají detekovány i u řady tzv. séronegativních RA pacientů, tj. nemocných negativních pro RF. Přítomnost anti CCP je prokazována již na počátku choroby, potvrzena je asociace se závažností dalšího průběhu, především s progresí chrupavčitých a kostěných destrukcí detekovaných na RTG snímcích. Současný výskyt anti CCP protilátek a RF IgM umocňuje diagnostickou i prediktivní hodnotu vyšetření. Anti MCV protilátky jsou přítomny v časném stádiu onemocnění, což umožňuje detekci časně RA a indikaci adekvátní léčby těsně po vzplanutí nemoci. V literárních pramenech je popisován vzájemný vztah mezi zvýšenou hladinou anti MCV protilátek, aktivitou a závažností onemocnění. Sdělení seznamuje se současnými metodami umožňujícími diferenciální laboratorní diagnostiku RA. Představeny budou i analyty a metody umožňující zkvalitnitelně časně diagnostiku RA – anti CarP (protilátky proti karbamylovaným proteinům), anti PAD3 či anti PAD4.

PROGRAMOVÝ BLOK III ORGÁNOVÉ TRANSPLANTACE U REVMATICKÝCH CHOROB

RIZIKO ORGÁNOVÝCH TRANSPLANTACÍ U REVMATICKÝCH CHOROB

Zbyněk Hrnčíř, II. interní gastroenterologická klinika Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové a Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Vztah mezi revmatickými chorobami a problematikou orgánových transplantací má dlouhou historii. Inspirativním pojátkem je imunosupresivní léčba. Příkladem může být pulzní léčba metylprednisolonem (PLMP), která se používá od 60. let minulého století u akutní rejekce renálního allotransplantátu. Na základě podobnosti histologických změn byla PLMP v r. 1976 prvně s úspěchem aplikována u sedmi nemocných s difúzně proliferativní lupusovou nefritidou. Ohlasem bylo rozšíření PLMP na prognosticky závažné formy systémových (autoimunitních) revmatických nemocí, mnohdy jako život zachraňující opatření. Riziko orgánové transplantace u revmatických chorob se týká hlavně ledvin, plic a srdce. Lze přičlenit i stent-graft aorty u některých lézí při OBA. Přímé riziko orgánové transplantace pro setrvalou ztrátu funkce životně nezbytného orgánu je aktuální zvl. u SLE (ledvina), systémových vaskulitid (ledvina) a SSD (plíce). Nepřímé riziko je dáno komorbiditou a zahrnuje i transplantaci srdce pro kardiovaskulární manifestace akcelerované aterosklerózy u RA, SLE, PsA, dny aj. K minimalizaci přímého i nepřímého rizika orgánové transplantace jsou k dispozici dva navzájem se podmiňující přístupy: (1) optimální terapie základního onemocnění vč. prevence/terapie komorbidit a (2) monitorovaná adherence k medikaci, která je zpravidla dlouhodobá/celoživotní. O tom, že nonadherence k takové terapii představuje u revmatických nemocí problém zásadního významu, svědčí údaje z databází a systematická review: např. u SLE (N:10268 US Medicaid 2000-2010) byla za 12 měsíců adherence k HCQ jen 15 % nebo u dny (16 studií) byla zjištěna adherence k allopurinolu v menším rozmezí 10–46 %. Z vícečetných prediktorů adherence/nonadherence k terapii je rozhodující vztah „lékař-pacient“ a osobní postoj pacienta, který zahrnuje možnost medikaci přijmout, odmítnout, přerušit nebo variabilně nedodržovat. Předpokladem kvalitního sledování adherence je důvěra, racionální systém kontrol a výběrově dostupnost

objektivního hodnocení podle koncentrace farmaka/metabolitů v biologických tekutinách; u komorbidit je nezbytná mezioborová spolupráce.

Závěr: Přínos revmatologických ordinací k minimalizaci rizika orgánových transplantací u revmatických chorob je dán optimální medikací, systémem kontrol vč. adherence k terapii a mezioborovou kooperací.

Poděkování: Podporováno výzkumným projektem Univerzity Karlovy PROGRES Q40-15.

TRANSPLANTACE SRDCE A KOMORBIDITY

Lenka Špinarová,

I. interní kardiologická klinika, FN u sv. Anny a LF MU, Brno

Transplantace srdce (TS) je nyní již běžně klinicky užívanou metodou léčby pacientů s těžkým srdečním selháním (SS). Nejčastější diagnózou, která vede k TS je kardiomyopatie a ischemická choroba srdeční, která tvoří 80-90% případů, revmatické onemocnění chlopní či vrozené vady jsou vzácné. Přežívání pacientů se udává: jednoleté 85%, pětileté kolem 70% a desetileté 58%.

Vybrat vhodného pacienta k provedení TS a zvolit vhodný okamžik výkonu je velmi komplexní rozhodování. Pacient musí splňovat jednak indikační kritéria, tj. prokázat, že jeho kardiální stav je natolik závažný a neexistuje jiný způsob léčby tohoto stavu, na druhé straně nesmí mít nemocný kontraindikace, které tvoří zejména současné komorbidity, které by limitovaly jeho další přežívání po výkonu. Je samozřejmostí, že pacient musí mít plnou léčbu chronického srdečního selhání.

Kontraindikace srdeční transplantace:

1. Fixovaná plicní hypertenze, která neklesne ani po aplikaci vazodilatační léčby a která by v potransplantačním období mohla vést k selhání pravé komory
2. Orgánové komplikace diabetu mellitu (samotný diabetes mellitus na inzulínu není kontraindikací)
3. Ireverzibilní ledvinné selhání (glomerulární filtrace pod 0,8 ml/s nebo sérový kreatinin více než 175 umol/l). V indikovaných případech je možné rozhodovat o kombinované transplantaci srdce a ledviny.
4. Ireverzibilní jaterní selhání, v indikovaných případech lze zvážit kombinovanou transplantaci srdce-játra.
5. Závažné bronchopulmonální onemocnění
6. Malignita v posledních 2-5 letech podle typu tumoru
7. Psychosociální nestabilita, alkoholová nebo drogová závislost, významný kognitivní deficit
8. Povšechná ateroskleróza-těžká ICH DKK, stp. CMP s deficitem
9. Osteoporóza
10. Nadváha, BMI ≥ 35
11. Věk nad 65 let

Dočasné kontraindikace jsou: aktivní infekce, plicní embolizace před dobou kratší než 3 měsíce nebo akutní gastrointestinální vřed

Potransplantační sledování

Komplikace po srdeční transplantaci

A) časně – jsou řešeny na chirurgickém pracovišti: poruchy funkce štěpu, časná rejekce či infekce.

B) pozdní – řeší kardiolog v dlouhodobém sledování: rejekce, infekce, vaskulopatie štěpu a komplikace imunosupresivní léčby: hypertenze, poruchy ledvin, hyperlipoproteinémie, diabetes mellitus, poruchy jater, dyspepsie, osteoporóza, útlum krvetvorby, malignity, obezita, hirsutismus či myalgie.

Osteoporóza. Hlavním faktorem přispívajícím k jejímu vzniku je podávání kortikoidů a ledvinná nedostatečnost (pokud je přítomna). Výskyt roste se stoupajícím věkem a u žen po menopauze. Léčba spočívá ve vysazení kortikoidů, podání vápníku, kalcitoninu, vitamínu D a rehabilitaci.

Perspektivy do budoucna

I přes úspěchy v transplantačním sledování zůstává ještě řada možností a námětů k výzkumu, jak zlepšit kvalitu života a přežívání pacientů.

1. Hledání nových, účinnějších imunosupresiv, která by měla méně nežádoucích účinků.
2. Diagnostika rejekčních epizod bez použití endomyokardiální biopsie.

3. Časnější diagnostika vaskulopatie
 4. Xenotransplantace jako možnost náhrady srdce srdcem jiného živočicha. Zůstává zde řada nejasných otázek, zejména etických a riziko přenosu živočišných onemocnění na člověka spolu s xenogenní tkání
 5. Transplantace buněk z kosterních svalů (myoblastů) nebo kmenových dřevových buněk
 6. Rozvoj implantabilních pump nejenom jako most, ale i alternativa transplantace.
- Závěr: TS se v posledních třech desetiletích stala zavedenou metodou léčby těžkého SS. I přes mnohá úskalí prodlužuje nemocným život a zlepšuje jeho kvalitu

RENÁLNÍ TRANSPLANTACE U SYSTÉMOVÝCH (AUTOIMUNITNÍCH) NEMOCÍ POJIVA – OBECNÝ ÚVOD

Zdenka Hrušková, V. Tesář, Klinika nefrologie 1. LFUK a VFN v Praze

Systémová autoimunitní onemocnění jako ANCA-asociované vaskulitidy (AAV) nebo systémový lupus erythematosus (SLE) mohou vést k selhání ledvin na podkladě vysoké aktivity vlastního onemocnění (např. následkem rychle progredující glomerulonefritidy), chronickým, méně akutně probíhajícím zánětem, nebo na podkladě neimunologické progresse renálního onemocnění. Přes pokroky v léčbě je nutnost zahájení metody nahrazující funkci ledvin u těchto onemocnění stále častým problémem. Transplantace ledviny je obecně považována za metodu volby, která zlepšuje přežití pacientů s chronickým selháním ledvin i kvalitu jejich života. Platí to i pro pacienty se systémovým onemocněním, ale při volbě postupu je nutné zohlednit celkový stav pacienta a extra-renální projevy nemoci. Výsledky transplantací ledvin u systémových onemocnění jsou obecně povzbudivé, ale je pravdou, že pacienti mohou být fragilnější díky předchozímu průběhu onemocnění i podané terapii. Před provedením transplantace by onemocnění mělo být ve stabilní klinické remisi, ideálně trvající aspoň 6-12 měsíců. Perzistující pozitivita autoprotilátek není považována za kontraindikaci transplantace, ale hladiny by měly být před i po transplantaci pravidelně sledovány. Do post-transplantační péče patří kromě monitorace renálního nálezu i kontroly možných projevů onemocnění v jiných orgánech a také screening nežádoucích účinků současně i dříve podané imunosupresivní terapie, včetně oportunních infekcí nebo malignit.

TRANSPLANTÁCIE OBLIČKY PACIENTOM SO SYSTÉMOVÝMI (AUTOIMUNITNÝMI) CHOROBAMI SPOJIVA – PRAKTICKÉ SKÚSENOSTI

Jaroslav Rosenberger^{1,2}, T. Baltiesová¹, A. Jurčina^{1,2}, I. Gaľa¹, R. Roland^{1,2}, B. Grejtovská², L. Beňa¹, ¹Transplantačné oddelenie, II. interná klinika LF UPJŠ a UNLP Košice, ²FMC-dialyzačné služby s.r.o., pracovisko Košice

Transplantácia obličky je metódou voľby liečby terminálneho štádia chronickej obličkovej choroby; je spojená s lepším prežívaním, nižšou morbiditou, je lacnejšia a zväčša poskytuje lepšiu kvalitu života. To všetko za cenu doživotného užívania imunosupresívnej liečby spojenej s celou plejádou nežiaducich účinkov.

Mnohé systémové (autoimunitné) choroby spojiva spôsobujú chronickú obličkovú chorobu a postupne privedú pacienta až do jej terminálneho štádia. Transplantácia obličky je pochopiteľne aj v takýchto prípadoch liečbou voľby. Autoimunitný podklad primárneho ochorenia však zvyšuje riziko rejekcie transplantátu ako aj relaps pôvodného ochorenia v transplantáte. Navyše imunosupresívna liečba potrebná na prevenciu alebo liečbu rejekcie transplantátu prichádza do terénu už s aplikovanou imunosupresívnou liečbou, čo zvyšuje riziko infekčných a onkologických komplikácií.

V tejto práci predstavíme niekoľko kazuistík pacientov so systémovými (autoimunitnými) chorobami spojiva po transplantácii obličky a demonštrujeme možný priebeh týchto ochorení.

Spolupráca reumatológa a nefrológa je v prípade transplantácie obličky pacientovi so systémovými (autoimunitnými) chorobami spojiva absolútnou nevyhnutnosťou – pochopiteľne už pred transplantáciou a aj po nej.

RINVOQ® – JAK inhibitor
s perorálním podáním 1× denně
k léčbě středně těžké a těžké RA.

RINVOQ®
upadacitinib

PŘEDČÍ OČEKÁVÁNÍ

RINVOQ® + MTX dosáhl významně vyšší míry remise u pacientů
s revmatoidní artritidou oproti placebo + MTX i adalimumabu + MTX.^{1,2}

V týdnu 12 dosáhlo remise 29 % pacientů, kteří užívali RINVOQ® + MTX oproti 6 % pacientů užívajících placebo + MTX a 18 % pacientů užívajících adalimumab + MTX ($P < 0,001$ pro obě srovnání)²

Zkrácené informace o léčivém přípravku • **Název přípravku:** Rinvoq 15 mg tablety s prodlouženým uvolňováním • **Složení:** Jedna tableta s prodlouženým uvolňováním obsahuje upadacitinibum 15 mg. **Indikace:** Léčba středně těžké až těžké aktivní revmatoidní artritidy u dospělých pacientů s nedostatečnou odpovědí nebo intolerancí na jedno nebo více chorobu modifikujících antirevmatik (DMARD). Léčba aktivní psoriatické artritidy u dospělých pacientů s nedostatečnou odpovědí nebo intolerancí na jedno nebo více DMARD. Přípravek RINVOQ lze použít v monoterapii nebo v kombinaci s methotrexátem. Léčba aktivní ankylozující spondylitidy u dospělých pacientů s nedostatečnou odpovědí na konvenční léčbu. Přípravek RINVOQ lze použít v monoterapii nebo v kombinaci s methotrexátem. **Dávkování a doba léčby:** Doporučená dávka je 15 mg jednou denně. U pacientů s ankylozující spondylitidou, u kterých nebylo dosaženo klinické odpovědi po 16 týdnech léčby, se má zvážit ukončení léčby. U některých pacientů s počáteční částečnou odpovědí může následně dojít ke zlepšení při pokračování léčby po 16 týdnech. Léčba nemá být zahájena u pacientů s celkovým počtem lymfocytů (ALC) < 500 buněk/mm³, celkovým počtem neutrofilů (ANC) < 1 000 buněk/mm³ nebo s hladinou hemoglobinu (Hb) < 8 g/dl. Pokud se u pacienta rozvine závažná infekce, léčba má být přerušena, dokud není infekce vyládnuta. **Lehká až středně těžká porucha funkce ledvin:** není nutná žádná úprava dávky. **Těžká porucha funkce ledvin:** pro podávání upadacitinibu jsou k dispozici omezené údaje, pacienti mají upadacitinib užívat se zvýšenou opatrností. **Lehká nebo středně těžká porucha funkce jater:** není nutná žádná úprava dávky. **Těžká porucha funkce jater:** podání je kontraindikováno. **Kontraindikace:** precitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku; aktivní tuberkulóza nebo aktivní závažné infekce; těžká porucha funkce jater; těhotenství. **Zvláštní upozornění:** Kombinace s jinými silnými imunosupresy, jako jsou azathiopirin, cyklosporin, takrolimus a biologické DMARD nebo jiné inhibitory Janusovy kinázy (JAK), se nedoporučuje, protože nelze vyloučit riziko aditivní imunosuprese. Pacienti je třeba během léčby a po léčbě upadacitinibem pečlivě sledovat s ohledem na vývoj známek a příznaků infekce. Léčba upadacitinibem má být přerušena, pokud se u pacienta rozvine závažná nebo oportunní infekce. Před zahájením léčby upadacitinibem mají být pacienti vyšetřeni na přítomnost tuberkulózy (TBC). V klinických studiích byla hlášena reaktivace viru, včetně případů reaktivace viru herpes (např. herpes zoster). Pokud se u pacienta vyvine herpes zoster, má být závažné přerušeno léčbu upadacitinibem, dokud není epizoda vyléčena. Vzhledem k vyššímu výskytu infekcí u starších osob ve věku ≥ 65 let je třeba při léčbě této populace postupovat opatrně. Podání živých atenuovaných vakcín během léčby upadacitinibem nebo bezprostředně před ní se nedoporučuje. Pacientům s vysokým rizikem DVT/PE má být upadacitinib podáván se zvýšenou opatrností. Mezi rizikové faktory, které mají být zváženy při stanovení pacientova rizika DVT/PE, jsou zahrnuty vyšší věk, obezita, DVT/PE v anamnéze, velká operace, kterou pacient podstupuje, a prodloužená imobilizace. **Interakce:** Upadacitinib je metabolizován především prostřednictvím CYP3A4. Proto mohou být plazmatické expozice upadacitinibu ovlivněny léčivými přípravky, které silně inhibují nebo indukují CYP3A4. **Těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku mají být poučeny o používání účinné antikoncepce během léčby a 4 týdny po poslední dávce upadacitinibu. Během těhotenství je upadacitinib kontraindikován. Upadacitinib nemá být používán během kojení. **Nežádoucí účinky:** **Velmi časté:** infekce horních cest dýchacích; časté: bronchitida, herpes zoster, herpes simplex, neutropenie, hypercholesterolemie, kašel, nauzea, akné, pyrexie, zvýšení krevní CPK, ALT, AST, zvýšení tělesné hmotnosti; méně časté: pneumonie, orální kandidóza, hypertriglyceridemie. **Balení:** 28 nebo 98 tablet s prodlouženým uvolňováním. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse, 67061 Ludwigshafen, Německo. **Registrační číslo:** EU/1/19/1404/01 (28 tablet), EU/1/19/1404/05 (98 tablet). **Poslední revize textu:** 05/2021. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z veřejného zdravotního pojištění v terapii dospělých pacientů s revmatoidní artritidou.

Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychle získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.

Seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku dříve, než jej předepíšete.

Reference: 1. RINVOQ® SPC 05/2021. 2. Fleischmann RM, et al. Ann Rheum Dis 2019.

AbbVie s.r.o., Metronom Business Center, Bucharova 2817/13, 158 00 Praha 5 – Nové Butovice.
Tel.: 233 098 111, fax: 233 098 100, www.abbvie.cz

CZ-RNOR-210017

abbvie

TRANSPLANTACE PLIC U SYSTÉMOVÉ SKLERODERMIE

Tomáš Soukup, Subkatedra revmatologie, 2. interní gastroenterologická klinika, LF UK v Hradci králové a FN, Hradec Králové

Část pacientů s plicním postižením při systémové sklerodermii nebo jiných systémových onemocněních nereaguje na léčbu. Po vyčerpání konzervativních léčebných postupů by měla být zvážena transplantace plic, zejména pokud jde o nemocné s přidruženou plicní hypertenzí. Cílem transplantace plic je prodloužení přežití těchto nemocných.

Transplantace plic je obvykle určena pro mladší jedince (obvykle do 65 let věku), kteří nejsou jinak závažněji nemocní a mají relativně dobrou kondici. Jde tedy o výběrovou možnost léčby. Kromě čistě medicínských parametrů, se zohledňuje i pacientova ochota k dlouhodobě aktivní spolupráci a schopnost předoperační a hlavně pooperační rehabilitace. Transplantace plic je závažný zákrok a náročný operační výkon, který má četná rizika. Rizika mimo jiné vyplývají z probíhající revmatické nemoci, což se podílí na prognóze. Nyní jsou k dispozici nová data z mezinárodního registru o přežití pacientů po transplantaci plic u systémové sklerodermie. Přibližně 69-91% pacientů přežívá 30 dní, 59-93 % přežívá 1 rok a 46-79 % 3 roky. Výsledky jsou podobné u nemocných transplantovaných pro idiopatickou plicní arteriální hypertenzi a primární intersticiální onemocnění plic. Data o rekurenci plicního postižení systémovou sklerodermií nejsou dostupná. Doba čekání na nový orgán je v České republice průměrně 6 měsíců, ale může být až 2 roky. Hlavním kritériem pro volbu vhodného orgánu je shoda v krevní skupině dárce a příjemce a velikost orgánu. Transplantace plic se v České republice provádí na jediném pracovišti ve Fakultní nemocnici Motol.

Na revmatologickém fóru je třeba diskutovat vhodnou indikaci, odhad schopnosti pooperační rehabilitace, rizika vysoké imunosuprese bránící rejekci štěpu. Je nutné si uvědomit, že před transplantací musí být pacient důkladně vyšetřen, stanoven stav základního revmatologického onemocnění, vyloučena nádorová onemocnění, závažné infekční nemoci a kardiovaskulární onemocnění s jejich rizikovými faktory. Zahajuje se očkování, musí být zhodnocena schopnost spolupráce pacienta a jeho rodiny s transplantačním týmem.

PROGRAMOVÝ BLOK IV MNOHO TVÁŘÍ SLE

NOVÉ KLASIFIKAČNĚ KRITÉRIÁ A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA LUPUSU

Jozef Lukáč, Národný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Systémový lupus erythematosus (SLE) má polysymptómový klinický obraz s rozmanitými príznakmi pri vzniku aj v priebehu choroby. Vzniku klinických príznakov spravidla predchádza tvorba autoprotílátok. Neskôr sa môžu vyskytnúť príznaky SLE, ktoré na začiatku nemusí spĺňať dg. kritériá lupusu - tzv. „inkompletný lupus“. Pri SLE sa niektoré klinické príznaky môžu vyskytovať ako samostatné chorobné jednotky: napríklad hematologické (AIHA, AITP, antifosfolipidové pl.), neurologické choroby (psychózy, kŕčové stavy, demencia, transverzálna myelitída, demyelinizácie). Orgánové poškodenie môže mať aj inú príčinu ako SLE: napr. teploty, serozitidy, artritídy, kožné a slizničné príznaky, celkové prejavy (artralgie, myalgie, úbytok hmotnosti, teploty). Mnohé z nich sa vyskytujú aj pri iných SCLS – napríklad artritídy, vaskulitída. Niektoré SCLS sa sekundárne vyskytujú pri SLE (sek. Sjögrenov syndróm, sek. antifosfolipidový syndróm). Osobitnú skupinou tvorí liekmi indukovaný lupus.

Pri diagnostike sa využívali klasifikačné kritériá ACR (1982), ktoré boli revidované v r 1997. V r. 2012 sa do klinickej praxe zaviedli kritériá SLICC a v r. 2019 klasifikačné kritériá EULAR/ACR. Nová klasifikácia má ako vstupné kritérium pozitivitu ANA. Pri negativite ANA nemožno klasifikovať SLE. Nezaradujú sa kritériá, pri ktorých je pravdepodobnejšia iná príčina ako SLE. Postačujúca je i jednorazová prítomnosť kritéria. Každé kritérium je validované a má numericky definovaný vážený priemer, ktorý vyjadruje, aké má každé kritérium dôležitosť pre diagnózu. Klasifikácia SLE si vyžaduje aspoň jedno klinické kritérium aspoň 10 a viac bodov. Nevyžaduje sa, aby sa kritériá vyskytovali súčasne. V rámci každej kategórie sa počíta iba jedno kritérium

a to také, které má nejvyšší počet bodů (schéma 1). V nových kritériích sa medzi mukokutánnymi prejavmi nevyskytuje lupusová panikulitída, childblain lupus, lupus erythematosus tumidus a nazálne ulcerácie. Na druhej strane sa definujú aj histopatologické kritériá lupusového erytému: ak sa vyhodnocuje kožná biopsia, musí byť prítomná vakuolárna degenerácia bazálnej vrstvy, perivaskulárne a peridnexálne lymfohistocytové infiltráty. V rámci obličkového postihnutia je renálna biopsia s histologickým nálezom lupusovej nefritídy triedy II alebo V a triedy. III-IV kritériom s vysokou validitou. V rámci diagnostiky SLE je potrebné správne vyhodnotenie klinických príznakov, imunologických náleзов. Vyžaduje si tiež diferenciálne diagnostické vylúčenie chorôb a syndrômov, ktoré môžu imitovať SLE.

Vstupné kritérium	
Antinukleárne protilátky v titri $\geq 1:80$ na Hep-2 bunkách alebo ekvivalentný test	
Ak nie sú prítomné, nemožno klasifikovať SLE Ak sú prítomné, možno použiť ďalšie kritéria	
Additívne kritéria - zásady hodnotenia kritérií	
<ul style="list-style-type: none"> • Nezaraďuje kritéria, pri ktorých je pravdepodobnejšia iná príčina ako SLE • Vyskytí kritéria aspoň jednorazovo je postačujúce • SLE klasifikácia vyžaduje aspoň jedno klinické kritérium a celkový počet ≥ 10 bodov • Nevýžaduje sa aby sa kritéria vyskytovali súčasne • V rámci každej kategórie sa počíta iba jedno kritérium a to také, ktoré má najvyšší počet bodov 	
Klinické kritéria	závažnosť (body)
Kožné	Teplota 2
Hematologické	Leukopénia 3
	Trombocytopénia 4
	Autoim. hemolýza 4
Neuropsychiatrické	Delírium 2
	Psychóza 3
	Záchvat (epi) 5
Mukokutánne	Nejazyčca alopecie 2
	orálne ulcerácie 2
	Subakútny kožný alebo diskoidný lupus 4
	Akútne kožný lupus 6
Serózne	Pleurálny a perikardiálny výpotok 5
	Akútne perikarditída 6
Muskuloskeletálne	Kĺbové postihnutie 6
Obličkové	Proteinúria $> 0,5$ g/24 hod 4
	Renálna biopsia LN tr III alebo V 8
	Renálna biopsia LN tr III,IV 10
Imunologické kritéria	závažnosť (body)
Antifosfolipidové protilátky	
Antikardiolipénové Alebo anti- β 2GPI Lupus antikoagulancia	2
Komplementový systém	
Nízky C3 alebo nízky C4	3
Nízky C3 a nízky C4	4
Protilátky špecifické pre SLE	
Anti-dsDNA, alebo alebo anti-Sm	6
Klasifikácia lupusu: ak je celkové skóre 10 a viac	
z toho aspoň jedno klinické kritérium	

Schéma 1. Klasifikačné kritéria EULAR/ACR 2019

TYPICKÉ I ATYPICKÉ HEMATOLOGICKÉ PROJEVY SYSTÉMOVÉHO LUPUSU

Marta Olejárová, Revmatologický ústav a Revmatologická klinika 1. LF UK, Praha

Systémový lupus erythematosus (SLE) je provázaný pestrými hematologickými prejavmi. Typické jsou periferní cytopenie. Leukopenie se objevuje zhruba u poloviny nemocných se SLE, avšak pouze u 17 % klesá počet leukocytů pod $<1000/\text{mm}^3$, může se jednat o neutropenii i lymfopenii. Těžká leukopenie je zatížena rizikem infekcí. Na vzniku neutropenie se podílí několik mechanismů. Ke zvýšené destrukci leukocytů v periferní krvi může docházet působením autoprotilátek (protilátky proti leukocytům, anti-Ro protilátky) nebo poruchou apoptózy. Snížení tvorby neutrofilů v kostní dřeni může být způsobeno autoprotilátkou proti prekurzorům, možný je i supresní vliv T-lymfocytů. Lymfocytopenie je patrně ještě častější (až 90 % nemocných), její patogeneze není úplně objasněna. Může být způsobena anti-lymfocytárními protilátkami nebo poruchou apoptózy. Leukocytóza není typickým projevem SLE, ale můžeme ji vzácně pozorovat i u některých nemocných se SLE (u dětí, některých typů kožního postižení aj.), často ji nacházíme při léčbě glukokortikoidy.

Trombocytopenie (TP) je rovněž častým projevem SLE, může být zapříčiněna poruchou produkce destiček, jejich zvýšenou sekvestrací ve slezině nebo akcelerovanou destrukcí destiček působením autoprotilátek (antitrombocytární a antifosfolipidové protilátky). Akutní trombocytopenická purpura s krvácivými projevy často provází akutní exacerbaci SLE a dobře reaguje na kortikoterapii. Chronická TP je mírnější, avšak je hůře terapeuticky ovlivnitelná. Trombocytopenie může být i první manifestací SLE.

Anémie je rovněž častým projevem u nemocných se SLE, zpravidla má charakter sekundární anémie chronických onemocnění, typickým projevem je anémie hemolytická, častěji s tepelnými protilátkami. Hemolytická anémie je často sdružena i s jinými typy hematologického postižení.

Častou manifestací SLE je získaný trombofilní stav-antifosfolipidový syndrom, naopak vzácná je získaná hemofilie A, způsobená autoprotilátkou proti faktoru VIII nebo koagulopatie navozená protilátkou proti von Willebrandově faktoru.

Při diferenciální diagnóze všech typů hematologického postižení nutno vždy vyloučit další příčiny (vliv terapie, virové infekce aj.).

Při léčbě hematologického postižení je indikována v závislosti na závažnosti postižení léčba glukokortikoidy, event. v kombinaci s některými imunosupresivy (hydroxychlorochin, cyklosporin, cyklofosfamid, danazol), dobré zkušenosti jsou i s léčbou intravenózními imunoglobuliny nebo rituximabem.

LUPUSOVÉ MIMIKRY

Jakub Závada, Revmatologický ústav, Praha

Systémový lupus erythematoses (SLE) je autoimunitní onemocnění postihující všechny věkové skupiny a může se projevovat v různých formách, což často ztěžuje diagnostiku počátečních nebo po sobě následujících prezentací. SLE je „velký imitátor“ a může napodobovat jiné chorobné jednotky, což může komplikovat jeho časnou diagnózu. Na druhé straně ale může být obtížné u pacientů s již potvrzeným SLE rozpoznat, zda nejsou některé klinické projevy způsobeny jiným onemocněním (např. infekčním, nádorovým, vaskulárním), nebo podávanou léčbou. Ve sdělení na několika kazuistikách ilustrujeme problematiku diferenciální diagnostiky SLE.

TISÍČ A JEDNA TVÁŘ NEUROLUPUSU – KLINICKÉ KAZUISTIKY

Marta Olejárová, Veronika Balajková, Revmatologický ústav, Praha

Neuropsychiatrické postižení (NPSLE) u systémového lupusu erythematoses (SLE) patří mezi onemocnění s výrazně heterogenní škálou manifestací. Tuto rozmanitost dokládají i případy našich pacientek. Přes totožnou diagnózu jsou totiž projevy jejich onemocnění zcela odlišné.

Prvním případem je 27-letá pacientka s anamnézou migrenózní cefaleje a arteriální hypertenze, sledované pro kožně-klobovní formu SLE. V červenci 2018 byla přijata na lůžkové oddělení Revmatologického ústavu pro otoky očních víček a nohou, artralgie, výsev „motýlovitého“ exantému a bolesti hlavy. Vyšetření ukazovalo na vysokou aktivitu SLE s nefrotickým syndromem s proteinurií 8,3g/24 hodin a renální biopsie potvrdila lupusovou nefritidu IV. třídy. I přes kompenzaci arteriální hypertenze si pacientka stále stěžovala na bolesti hlavy. Při pozitivním screeningu na NSPLE podstoupila pacientka klinické neurologické vyšetření a MR mozku, které neprokázali patologii. Neuropsychologické vyšetření popsalo mírný kognitivní deficit. Překvapivým nálezem byl poté obraz aseptické meningitidy v mozkomíšním moku. Pacientce byly podány 3 i.v. pulsy Solu-Medrolu po 1 g a posléze byla s efektem zahájena terapie mykofenolát mofetilem.

Druhý případ pojednává o 74-leté pacientce, vyšetřované pro dysfagické obtíže. Endoskopické vyšetření bylo bez výraznější patologie, polykací akt ukázal jen drobné funkční spasmy v distálním jícnu. Po dvou měsících od prvních příznaků pacientka odmítala přijímat potravu, objevily se kožní změny ve fotosenzitivních oblastech a současně byla pro depresivní ladění nasazena antidepresiva. Posléze došlo k výraznému zhoršení neurologického stavu s rozvinutím pseudobulbárního syndromu a kvadruspasticity. Pro poruchu kognice, generalizovanou svalovou slabost, exantém, dysfagii, trombocytopenii a pozitivitu ANA a anti dsDNA, byl přizván revmatolog, který vyslovil podezření na NPSLE. Lumbální punkce prokázala pouze zvýšenou bílkovinu v mozkomíšním moku. Na MR mozku byla však popsána těžká atrofie s leukoaraiózou a na MR krční páteře poté obraz transverzální myelitidy. Pacientce byly podány 3 pulsy Solu-Medrolu po 1 g i.v. s následným p.o. podáváním 32mg denně a absolvovala 6 pulsů cyklofosfamidu v celkové dávce 3,5g. Na této terapii došlo k úplné normalizaci stavu pacientky.

Od věku 70 let hrazeno již v 1. linii

(i bez předchozí zlomeniny)¹

Pomozte jí udržet soběstačnost, chraňte její kosti přípravkem Prolia!



¹ Rozhodnutí Státního ústavu pro kontrolu léčiv
sp. zn. SÚKL562864/2019 z 3.3.2020

prolia
denosumab

Zkrácená informace o přípravku PROLIA

Název přípravku: Prolia 60 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce

Kvalitativní a kvantitativní složení: Jedna předplněná injekční stříkačka obsahuje denosumabum 60 mg v 1 ml roztoku (60 mg/ml).

Léková forma: Injekční roztok (injekce). **Terapeutické indikace:** Léčba osteoporózy u postmenopauzálních žen a u mužů se zvýšeným rizikem zlomenin. U postmenopauzálních žen Prolia významně snižuje riziko zlomenin obratlů, nevertebrálních zlomenin a zlomenin celkového proximálního femuru. Léčba úbytku kostní hmoty vzniklého následkem hormonální ablace u mužů trpících rakovinou prostaty, u kterých je riziko vzniku zlomenin zvýšené. U mužů s rakovinou prostaty, léčených hormonální ablací, Prolia významně snižuje riziko zlomenin obratlů. Léčba úbytku kostní hmoty spojeného s dlouhodobou systémovou léčbou glukokortikoidy u dospělých pacientů se zvýšeným rizikem zlomenin. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka denosumabu je 60 mg podávaná jednorázovou podkožní injekcí jednou za 6 měsíců do stehna, břicha nebo vnější části paže. Pacienti léčení přípravkem Prolia mají dostat příbalovou informaci a informační kartu pacienta. Optimální celková délka antiresorpční léčby osteoporózy (včetně denosumabu a bisfosfonátů) nebyla stanovena. Porucha funkce ledvin a starší pacienti (≥ 65let): není třeba dávku přípravku upravovat. U pacientů s dlouhodobou systémovou léčbou glukokortikoidy a s těžkou poruchou funkce ledvin (GFR < 30 ml/min) nejsou k dispozici žádné údaje. Porucha funkce jater: bezpečnost a účinnost denosumabu nebyla studována. **Pediatrická populace:** přípravek se nedoporučuje podávat pacientům do 18 let věku, neboť bezpečnost a účinnost u těchto pacientů nebyla dosud stanovena. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Hypokalémie. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Aby se zlepšila sledovatelnost biologických léčivých přípravků, má se přehledně zaznamenat název podaného přípravku a číslo šarže. U všech pacientů je důležitý dostatečný příjem vápníku a vitamínu D. Je důležité identifikovat pacienty s rizikem hypokalémie. Pacientům je třeba doporučit, aby hlásili příznaky hypokalémie. Pacienti s těžkou poruchou funkce ledvin (Cr_{cl} < 30 ml/min) nebo dialyzovaní pacienti jsou vystaveni vyššímu riziku hypokalémie. Souběžná léčba glukokortikoidy je dalším rizikovým faktorem hypokalémie. Mohou se vyskytnout kožní infekce (flegmóna) vyžadující hospitalizaci. Možnost vzniku osteonekrózy zevního zvukovodu je třeba zvážit u pacientů léčených denosumabem, kteří mají ušní symptomy včetně chronických infekcí ucha. Dlouhodobá antiresorpční léčba (včetně denosumabu a bisfosfonátů) může přispět ke zvýšenému riziku nežádoucích účinků, jako je osteonekróza čelisti a atypické zlomeniny femuru kvůli potlačení kostní remodelace. Potřeba další léčby se má pravidelně přehodnocovat na základě přínosu a potenciálních rizik denosumabu pro individuálního pacienta. Pacienti léčení denosumabem nemají být léčení zároveň jinými léky obsahujícími denosumab (k prevenci kostních příhod u dospělých s metastázami solidních nádorů do kostí). Byly zaznamenány atypické zlomeniny femuru. Během léčby denosumabem se pacientům doporučuje, aby hlásili nové nebo neobvyklé bolesti v oblasti stehna, kyčle nebo třísel. **Interakce s jinými léčivými přípravky:** Klinické údaje o souběžném podávání denosumabu a substituční hormonální léčby (estrogen) nejsou k dispozici, potenciál pro farmakodynamickou interakci je považován za nízký. Podle přechodové studie z alendronátu na denosumab předchozí užívání alendronátem neovlivnila farmakokinetiku a farmakodynamiku denosumabu. **Těhotenství a kojení:** Přípravek Prolia se nedoporučuje podávat těhotným ženám a ženám ve fertilním věku nepoužívajícím antikoncepci. Ženy je třeba upozornit, aby během léčby a nejméně 5 měsíců po léčbě přípravkem Prolia neotěhotněly. Není známo, zda se denosumab vylučuje do lidského mateřského mléka. Rozhodnutí, zda ustoupit od kojení či nepodávat přípravek Prolia, je třeba učinit po pečlivém zhodnocení poměru přínosu a rizika. **Nežádoucí účinky:** Nejčastější nežádoucí účinky pozorované u více než jednoho pacienta z desetileté studie jsou muskuloskeletální bolest a bolest končetin. Dále byly pozorovány méně časté případy flegmóny, vzácné případy hypokalémie, hypersenzitivity, osteonekrózy čelisti a atypických zlomenin femuru. **Inkompatibilita:** Prolia nesmí být mísena s jinými léčivými přípravky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2-8 °C), chraňte před mrazem a světlem, s přípravkem netreptejte. Před podáním nechte roztok ohřát na pokojovou teplotu. Jakmile je přípravek Prolia vyjmut z chladničky, může být uchovávan při pokojové teplotě (do 25 °C) po dobu až 30 dní v původním obalu a musí být použit během těchto 30 dní.

Držitel rozhodnutí o registraci: Amgen Europe B.V., Minervum 7061, 4817 ZK Breda, Nizozemsko **Registrční číslo:** EU/1/10/618/003 **Datum revize textu:** 24. září 2020

Před předepsáním přípravku, se prosím seznáme s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku.

Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění u postmenopauzálních žen a u mužů s osteoporózou prokázanou celotělovým denzitometrem.

* Všimněte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

SC-CZ-AMG162-00193

URČENO PRO ODBORNOU VĚŘEJNOST.

Amgen s.r.o., Klimentská 46, 11002 Praha 1
Tel.: +420 221 773 500, www.amgen.cz

CZ-PRO-0521-00006

AMGEN[®]

POSTAVME SE

ČELEM

k léčbě intersticiálních
plicních procesů
s progresivním fenotypem
(PF-ILD)¹



**První registrovaná
antifibrotická léčba PF-ILD,
včetně plicních postižení
u autoimunitních onemocnění¹**

Zkrácená informace o léčivém přípravku OFEV® - **Název:** Ofev® 100 mg měkké tobolky, Ofev® 150 mg měkké tobolky. **LEČIVA LÁTKA:** Jedna tobolka obsahuje nintedanibu 100 mg nebo nintedanibu 150 mg (ve formě nintedanib esilias). **LEKOVÁ FORMA:** Měkká tobolka. **INDIKACE:** Ofev® je indikován k léčbě dospělých s idiopatickou plicní fibrózou (IPF). Ofev® je indikován k léčbě dospělých se systémem sklerodermie s přidruženým intersticiálním plicním onemocněním (SSc-ILD). Ofev® je také indikován k léčbě dospělých s jinými chronickými fibrózujícími intersticiálními plicními onemocněními (ILD) s progresivním fenotypem* **DAVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** Léčbu mohou zahájit pouze lékaři, kteří mají zkušenosti s diagnózou a léčbou onemocnění, k jejichž léčbě je přípravek Ofev schválen. Doporučená dávka je 150 mg nintedanibu 2x denně podaných s odstupem přibližně 12 hodin. Dávku 100 mg dvakrát denně je doporučeno používat pouze u pacientů, kteří netolerují dávku 150 mg dvakrát denně. Pokud průměr, nauzea a/nebo zvracení přetrvávají navzdory náležité podměrné léčbě (včetně antiemetické léčby), může být nezbytně snížení dávky nebo přerušení léčby. Léčbu je možné znovu zahájit sníženou dávkou (100 mg dvakrát denně) nebo plnou dávkou (150 mg dvakrát denně). V případě těžkého průjmu, nauzey a/nebo zvracení přetrvávajícího navzdory symptomatické léčbě má být léčba přípravkem Ofev ukončena. Přípravek Ofev je určen k perorálnímu podání. Tobolky je třeba užívat s jídlem, spolknout celé s vodou a nežvýkat. Tobolka se nemá otvírat ani drtit. **ZVLÁŠTNÍ POPULACE:** U starších pacientů nebyly zjištěny rozdíly v bezpečnosti a účinnosti. U pacientů s lehkou poruchou funkce jater (Child Pugh A) je doporučená dávka přípravku Ofev 100 mg dvakrát denně v rozmezí přibližně 12 hodin. U pacientů s lehkou poruchou funkce jater (Child Pugh B) je třeba zvážit přerušeni nebo ukončení léčby jako nástroj ke zvládnutí nežádoucích účinků. Léčba pacientů se středně těžkou (Child Pugh B) nebo těžkou (Child Pugh C) poruchou funkce jater přípravkem Ofev se nedoporučuje. Bezpečnost a účinnost přípravku Ofev® u dětí ve věku 0-18 let nebyla dosud stanovena. **KONTRAINDIKACE:** Těhotenství.* Hypersenzitivita na nintedanibu, arasydy nebo sóju nebo na kteroukoli pomocnou látku léčivého přípravku Ofev®. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ:** Průměr byl v klinických hodnoceních nejčastějiš GIT nežádoucím účinkem. U většiny pacientů se jednalo o nežádoucí účinek mírné a střední intenzity a objevoval se během prvních 3 měsíců léčby. Po uvedení přípravku na trh byly hlášeny závažné případy průjmu vedoucí k dehydrataci a poruchám rovnováhy elektrolytů. Pacienti je třeba při prvních příznacích légit adekvátní hydrataci a léčivými přípravky proti průjmu, např. loperamidem, přičemž může být nutné snížit dávku nebo přerušit léčbu. V léčbě přípravkem Ofev lze pokračovat podáváním snížené dávky (100 mg dvakrát denně) nebo plné dávky (150 mg dvakrát denně). Pokud těžký průjem přetrvává navzdory symptomatické léčbě, je třeba léčbu přípravkem Ofev ukončit. Nauzea a zvracení byly často hlášenyými GIT nežádoucími účinky. U většiny pacientů se jednalo o nežádoucí účinek mírné a střední intenzity. U většiny pacientů byly nauzea a zvracení mírné až střední intenzity. V klinických hodnoceních věla nauzea k ukončení podávání přípravku Ofev až u 2,1 % pacientů, zvracení vedlo k ukončení podávání přípravku Ofev až u 1,4 % pacientů. Bezpečnost a účinnost přípravku Ofev nebyla studována u pacientů se středně těžkou nebo těžkou poruchou funkce jater (Child Pugh B a C). Vzhledem ke zvýšené expozici se u pacientů s Child Pugh A může zvýšit riziko nežádoucích účinků. U pacientů s Child Pugh A se doporučuje léčba sníženou dávkou přípravku Ofev. Při léčbě nintedanibem byly pozorovány případy lékem indukovaného poškození jater včetně závažného poškození jater s fatálními následky. K většině příhod došlo během prvních tří měsíců léčby. Hladiny jaterních transamináz a bilirubinu je třeba vyšetřit před zahájením léčby a během prvního měsíce léčby. Pacienti mají pak být

monitorováni v pravidelných intervalech během následujících dvou měsíců léčby a pravidelně poté (např. při každé kontrole) nebo dle klinické indikace. Zvýšení hladin jaterních enzymů (ALT, AST, ALP, GGT) a bilirubinu bylo ve většině případů po snížení dávky nebo přerušeni podávání přípravku reverzibilní. Pacienti s nízkou tělesnou hmotností (< 65 kg), asijská populace a ženy jsou vystaveny vyššímu riziku zvýšení hladin jaterních enzymů. Expozice nintedanibu se zvyšovala lineárně s věkem pacientů, což může také vést ke zvýšenému riziku rozvoje vyšších hladin jaterních enzymů. Doporučuje se pečlivě sledovat pacienty s těmito rizikovými faktory. Po podání nintedanibu byly hlášeny případy poruchy funkce ledvin/renálního selhání, v některých případech s fatálními následky. Během léčby nintedanibem je potřeba pacienti sledovat a zvláštní pozornost přitom věnovat pacientům vykazujícím rizikové faktory poruchy ledvin/renálního selhání. Pokud dojde k poruše funkce ledvin/renálního selhání, je potřeba zvážit úpravu léčby. Inhibice receptoru pro vaskulární endotelální růstový faktor (VEGFR) může být spojena se zvýšeným rizikem krvácení. Pacienti se známým rizikem krvácení, včetně pacientů s dědičnou predispozicí ke krvácení nebo pacientů, kterým byly podávány plné dávky antikoagulační léčby, nebyli do klinických hodnocení zařazeni. Po uvedení přípravku na trh byly hlášeny nezávažné a závažné příhody krvácení, z nichž některé byly fatální (bez ohledu na to, zda pacienti užívali nebo neužívali antikoagulační nebo jiné léčivé přípravky, které mohou způsobovat krvácení). Tyto pacienty lze proto přípravkem Ofev® léčit pouze tehdy, jestliže předpokládaný přínos převažuje nad možným rizikem. Pacienti s nedávnou anamnézou infarktu myokardu nebo cévní mozkové příhody byli z klinických hodnocení vyloučeni. V klinických hodnoceních byli arteriálními tromboembolické příhody hlášeny s nízkou četností (v klinickém hodnocení INPULSIS šlo o 2,5 % u přípravku Ofev versus 0,7 % u placeba, v klinickém hodnocení INBUILD o 0,9 % u přípravku Ofev versus 0,9 % u placeba, v klinickém hodnocení SENSISCIS o 0,7 % u přípravku Ofev versus 0,7 % u placeba). V klinických hodnoceních INPULSIS došlo ve skupině s přípravkem Ofev k infarktu myokardu u vyššího procenta pacientů (1,6 %) v porovnání se skupinou s placebem (0,5 %), zatímco nežádoucí příhody odrazující ischemickou chorobu srdeční byly mezi skupinami s přípravkem Ofev a placebem vyrovnané. V klinickém hodnocení INBUILD byl infarkt myokardu pozorován s nízkou frekvencí: 0,9 % u přípravku Ofev versus 0,9 % u placeba. V klinickém hodnocení SENSISCIS byl infarkt myokardu pozorován s nízkou frekvencí ve skupině s placebem (0,7 %), nebyl ale pozorován ve skupině s přípravkem Ofev. Opatnosti je zapotřebí při léčbě pacientů se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem, včetně pacientů se známou ischemickou chorobou srdeční. U pacientů, u kterých dojde k riziku příznaků akutní ischemie myokardu, je třeba zvážit přerušeni léčby. V klinických hodnoceních byla frekvence pacientů s perforací v obou léčebných skupinách až 0,3 %. Vzhledem k mechanismu účinku nintedanibu mohou mít pacienti zvýšené riziko gastrointestinálních perforací. Případy gastrointestinálních perforací a ischemické kolitidy, z nichž některé byly fatální, byly hlášeny po uvedení přípravku na trh.* Obzvláštní péče je zapotřebí při léčbě pacientů po předchozí operaci břicha, s předchozí anamnézou peptických vředů, divertikulárního onemocnění nebo souběžného podávání kortikosteroidů či nesteroidních antiflogistik (NSAID). Léčbu přípravkem Ofev® je možné zahájit nejříve 4 týdny po operaci břicha. U pacientů, u kterých dojde ke gastrointestinální perforaci nebo ischemické kolitidě, je třeba léčbu přípravkem Ofev® trvale ukončit. Výměně dle zprávek Ofev znovu nasadí po úplném odeznění ischemické kolitidy a pečlivě zhodnotí stav pacienta a jiných rizikových faktorů. Po uvedení přípravku na trh bylo hlášeno velmi málo případů nefrotické proteinurie, a to s poruchou funkce ledvin či bez ní. Histologické nálezy v jednotlivých případech

odpovídaly glomerulární mikroangiopatii s renálními tromby nebo bez nich. Po vysazení přípravku Ofev bylo pozorováno vymizení příznaků, v některých případech s reziduální proteinurií. U pacientů, u kterých se vyvinou známky a příznaky nefrotického syndromu, je třeba zvážit přerušeni léčby. Inhibitory dráhy VEGF jsou spojovány s trombotickou mikroangiopatií (TMA), což se týká i velmi malého počtu případů hlášenyých u nintedanibu. Pokud by byl u pacienta léčeného nintedanibem zjištěn zřetelný laboratorní nebo klinický nálezy poukazující na TMA, má být léčba nintedanibem ukončena a provedeno důkladné vyšetření přítomnosti TMA.* Podávání přípravku Ofev® může zvýšit krevní tlak. Údaje o použití přípravku Ofev u pacientů s plicní hypertenzí jsou omezené. Pacienti s významnou plicní hypertenzí (srdeční index ≤ 2 l/min/min² nebo parenterální epoprostenol/trepresinoli) nebo významně pravostřanné srdeční selhání) byli z klinické studie u SSC-ILD vyloučeni. Přípravek Ofev nemá užití u pacientů s těžkou plicní hypertenzí. U pacientů s lehkou až středně těžkou plicní hypertenzí se doporučuje pečlivě sledování.* **LEKOVÉ INTERAKCE:** Silné inhibitory P-gp (např. ketokonazol, erytromycin nebo cyklosporin) mohou zvýšit expozici nintedanibu. Potentní indukory P-gp (např. rifampicin, karbamazepin, fenytoin a thiazická tečkována) mohou snížovat expozici nintedanibu. Společné podávání s perorálně podávanými hormonálními antikoncepčními přípravky nemělo ve významné míře farmakokinetiku perorálně podávaných antikoncepčních přípravků.* **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Ženy ve fertilním věku je třeba poučit, aby se ve době, kdy jsou léčeny přípravkem Ofev®, vyhnuly otěhotnění a aby používaly vysoce účinné metody antikoncepce při zahájení léčby, během léčby a ještě nejméně 3 měsíce po poslední dávce přípravku Ofev®. Nintedanibu nemá významný vliv na plazmatickou expozici ethinylestradiolu a levonorgestrelu. Účinnost perorálně podávaných antikoncepčních přípravků může být snížena zvracením a/nebo průjemem či jinými stavy, které ovlivňují absorpci. Ženy, které užívají perorálně podávané antikoncepční přípravky a u nichž se zmíněné stavy objevily, je třeba poučit, aby používaly alternativní vysoce účinné antikoncepční přípravky.* Před zahájením léčby přípravkem Ofev a v jejím průběhu je nutné podle potřeby provádět těhotenské testy. Jestliže pacientka v průběhu léčby otěhotní, léčba přípravkem Ofev se musí přerušit a pacientka musí být informována o potenciálním nebezpečí pro plod. Kojení má být během léčby přípravkem Ofev® přerušeno. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Nejčastěji hlášenyými nežádoucími účinky souvisejícími s použitím nintedanibu byly průjmy, nauzea a zvracení, bolest břicha, snížená chuť k jídlu, úbytek tělesné hmotnosti a zvýšené hladiny jaterních enzymů. Mezi méně časté trombotyopenie, dehydratace, infarkt myokardu, hypertenze, pankreatitida, kolitida, lékem indukované poranění jater a hyperbilirubinemie, pruritus, alopecie a proteinurie.* **VELIKOST BALENÍ NA TRHU:** 60x10 měkká tobolka. **POMŮCKY UCHOVÁVÁNÍ:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **DRŽITEL ZODPOVĚDNOSTI O REGISTRACI:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Strasse 173, 55216, Ingelheim am Rhein, Německo. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** EU/1/14/979/002, EU/1/14/979/004. **POSLÉDNÍ REVIZE TEXTU:** 18. 8. 2021. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek Ofev® je v indikaci pro léčbu dospělých s IPF hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Podmínky úhrady viz www.sukl.cz. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Další informace na adrese: boehringer-ingelheim.com, spol. s r.o., Na Poříčí 1079/3a, 110 00 Praha 1, tel. 234 655 111, www.boehringer-ingelheim.cz; medinfo.cz@boehringer-ingelheim.com. *Všimněte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Poslední je případ 38-leté pacientky s anamnézou antifosfolipidového syndromu (APS) na antikoagulační terapii, u které se v průběhu gravidity objevily generalizované choreatické dyskineze. Vzhledem ke graviditě byla zahájena terapie IVIG a posléze provedeny plazmaferézy s promptním efektem. Třináctý den po porodu byla pacientka hospitalizována na psychiatrické klinice pro známky laktační psychózy, kde posléze při propuštění vyvinula grand-mal epileptický záchvat. Pro zvyšující se frekvenci epileptických záchvatů rezistentním k farmakoterapii byla u pacientky zvažována sekundární etiologie APS. Na podkladě přítomnosti artritid zápěstí, kožního exantému v minulosti, leukopenie a positivity ANA a anti dsDNA protilátek byla u pacientky stanovena diagnóza SLE. Na terapii kortikoidy v počáteční dávce 20mg Prednisonu denně s postupným snižováním na 5mg denně a 400mg Plaquenilu denně došlo k úplnému ústupu obtíží pacientky. Tyto tři případy potvrzují rozmanitost projevů neuropsychiatrického lupusu, na který je třeba u pacientů se SLE pomýšlet vždy.

NOVINKY V LÉČBĚ SLE

Martina Skácelová, P. Horák, III. Interní klinika-NRE, FN a LF UP, Olomouc

Konvenčně používané léky v terapii SLE (glukokortikoidy, antimalarika, imunosupresivní léky) mají za cíl zlepšení dlouhodobého přežívání nemocných, prevenci orgánového poškození a optimalizaci kvality života za pomoci kontroly aktivity choroby. Tato léčba je však často doprovázena vysokým rizikem lékové toxicity, orgánového poškození, infekčních komplikací a možným rozvojem celé řady komorbidit. Část pacientů i přes komplexní terapeutický přístup zůstává refrakterní na terapii. V léčbě SLE tedy nadále zůstává nenaplněná potřeba léků s vyšší účinností a lepším bezpečnostním profilem. S rozvojem hlubšího poznání imunopatologie SLE jsou postupně vyvíjeny nové biologické léky zaměřené na ovlivnění patofyziologických mechanismů vedoucích ke vzniku a akceleraci onemocnění. Z molekul cílících na B-lymfocyty, které hrají klíčovou úlohu v patogenezi SLE, je prvním a doposud jediným oficiálně registrovaným lékem pro léčbu SLE belimumab. Jedná se o plně humánní rekombinantní γ -IgG1 λ monoklonální protilátku, která blokuje vazbu solubilního stimulatoru B lymfocytů (B lymphocyte stimulator, BLYS) na B lymfocyty. V klinických studiích byly zkoušeny i další preparáty cílící na BLYS – účinnost prokázal tabalumab (plně humánní IgG4 monoklonální protilátka proti BLYS), další vývoj této molekuly však nepokračuje. Další léky s tímto mechanismem účinku (blisibimod, atacicept) nenaplnily očekávání do nich vkládaná. Dalším možným mechanismem účinku zkoušeným v klinických hodnoceních bylo navození „imunotolerance“, ani zde však nebyl prokázán efekt léčby. Z protilátek cílících na povrchové antigeny B-lymfocytů je v léčbě rezistentních forem SLE v klinické praxi využíván rituximab, a to i přes to, že výsledky klinických studií nejsou zcela jednoznačné. Z dalších anti-CD20 protilátek byly v léčbě SLE zkoušeny další molekuly – ocrelizumab, ofatumumab a obinutuzumab, ani tyto léky však neprokázaly účinnost v léčbě SLE. Rovněž tak se v klinické praxi neosvědčilo použití epratuzumabu (anti-CD22). Kromě ovlivnění B-lymfocytů jsou dalším možným léčebným cílem interferony typu I, první slibné výsledky byly publikovány u anifrolumabu. Použití TNF inhibitorů v léčbě SLE je poměrně kontroverzní, tyto léky mohou u pacientů s RA indukovat produkci ANA, anti-ds DNA a antifosfolipidových protilátek nebo i vést k drug-induced SLE, na druhou stranu byl infliximab s úspěchem použit v léčbě lupusové nefritidy, artritidy a kožních manifestací SLE. Použití blokady IL-6 (tocilizumab) může vést ke zlepšení kloubních manifestací SLE. První výsledky jsou i při použití blokady IL-2, IL-12 a IL-23. Ovlivnění komplementu, konkrétně použití eculizumabu (protilátka proti C5 složce komplementu) nebylo v léčbě SLE účinné. Dále v současné době probíhají klinická hodnocení s využitím blokady kostimulace T buněk, inhibitorů Janusových kináz a inhibitorů proteosomu.

PROGRAMOVÝ BLOK V ORL MANIFESTACE U REVMAICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

SYSTÉMOVÁ REVMAICKÁ ONEMOCNĚNÍ S PROJEVY V ORL OBLASTI - POHLED REVMAICOLOGA

Ladislav Šenolt, Revmatologický ústav, Praha

Systémová revmatická onemocnění postihují kromě muskuloskeletálního aparátu často i jiné tkáně a orgány. Otorinolaryngologické (ORL) projevy revmatických onemocnění nebývají obvykle včas diagnostikovány a představují tak výzvu nejen pro otorinolaryngology, ale i pro revmatology. Mezi systémová revmatická onemocnění s iniciálními projevy v ORL oblasti patří např. relabující polychondritida, systémový lupus erythematodes, Sjögrenův syndrom, granulomatóza s polyangiitidou (Wegenerova granulomatóza) nebo eozinofilní granulomatóza s polyangiitidou (Churg-Strauss syndrom). U pacientů s již známým revmatickým onemocněním bývají manifestace ORL oblasti často přehlédnuty. Nejčastější je postižení nosu a paranasálních dutin, ulcerace v dutině ústní, xerostomie, bolest v krku, krikooarytenoidní artritida, orofaryngeální dysfagie, postižení temporomandibulárního kloubu nebo n. trigeminus. V průběhu tohoto sdělení budou diskutována jednotlivá systémová revmatická onemocnění a možné projevy v ORL oblasti.

PÉČE O PACIENTY SE SYSTÉMOVÝMI ZÁNĚTY V ORL AMBULANCI A MOŽNOSTI CHIRURGICKÉ TERAPIE PŘI KOMPLIKACÍCH V OBLASTI NOSU A VDN

Jan Kastner^{1/}, R. Kaňá^{2/}, P. Schalek^{3/},^{1/} ORL Kastner-ordinace Beroun/Plzeň a Perfectclinic Praha, ^{2/}ORL odd. VFN Praha, ^{3/}Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku 3. LF UK, FNKV, Praha

V přednášce prezentujeme moderní přístup k diagnostice a terapii systémových onemocnění s projevy v ORL oblasti z pohledu ambulantního specialisty s dlouholetou klinickou zkušeností.

Součástí prezentace jsou odkazy na možnosti léčby v souvislosti s novými guidelines Evropské rinologické společnosti EP3OS 2020 a také kazuistiky pacientů s dg. granulomatózy s polyangiitidou s projevy v oblasti nosu a VDN a možnost chirurgického řešení následků komplikovaných zánětů (např. rekonstrukční operace perforace nosního septa, endoskopická endonazální operativa FESS u chronické rinosinuitidy a d.).

SYSTÉMOVÉ OCHORENIA V OTORINOLARYNGOLÓGII Z POHLADU ORL LEKÁRA-EVIDENCE BASED. GRANULOMATÓZA S POLYANGITÍDOU-POSTIHNU Tie UCHA A DÝCHACÍCH ORGÁNOV

Miroslav Tedla, Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku, LF UK Bratislava

ORL manifestácia je pri systémovo podmienených chorobách pomerne častá, na druhej strane tieto ochorenia tvoria malú časť praxe ORL lekára a takmer vždy sú pre ORL lekára diagnostickým i terapeutickým orieškom. Zhrnieme dostupné dáta s ORL relevanciou pri vybraných patológiách (systémový lupus, reumatoidná artritída, granulomatóza s polyangitídou, relabujúca polychondritida, Sjogrenov syndróm).

Bližšie sa zameriame na granulomatózu s polyangitídou, ktorá má symptómy postihujúce ORL oblasť minimálne u 70 % pacientov. Zhrnieme jej prejavy v ORL oblasti a možnosti intervencie pri postihnutí sluchovestibulárneho orgánu, hrtana a priedušnice.

ULTRAZVUKEM NAVĚDĚNÁ BIOPSIE SLINNÝCH ŽLÁZ, POKROKY V DIAGNOSTICE

Petra Hánová, Revmatologický ústav, Praha

U pacientů s primárním Sjogrenovým syndromem (pSS) je diagnostická přesnost biopsie parotických slinných žláz srovnatelná s biopsií drobných slinných žláz labiálních. Může poskytnout informace o odpovědi na léčbu, monitoraci onemocnění a vývoji lymfomu (Carvajala Allegria 2017). U parotické žlázy je dobře dokumentovaným potenciálním rizikem otevřená biopsie poškození faciálního nervu, které vede k senzitivním neuralgiím v oblasti řezu (Delli 2014). Vysokofrekvenční ultrazvukové (UZ) sondy umožnily přímou vizualizaci malých nervových fascikulů (Walter 2019). V současné době proběhlo několik biopických studií, též na žlázách submandibulárních.

Zjistit, zda se provedením biopsie parotické žlázy pod UZ kontrolou lze vyhnout faciálnímu nervu. Kadaverosní studie. 9 revmatologů, se zkušeností s UZ slinných žláz více než 10 let, provádělo biopsii 4 slinných žláz na 2 kadaverosních tělech za použití 18G core- bioptické jehly. Prebiopticky bylo nutné stanovení nejvhodnější lokalizace biopsie.

Celkem 36 vzorků bylo histologicky hodnoceno patologem na přítomnost tkáně parotické slinné žlázy a tkání vaskulárních a neuronálních. 80 % vzorků obsahovalo tkáň parotické žlázy. Tkáň nervů byly obsaženy ve 2 vzorcích (0,5%). Tkáň vaskulární obsahovaly též 2 vzorky (0,5%).

Bioptická přesnost a bezpečnost techniky je stále otázkou. V prospektivní klinické studii (Zabotti, v redakčním procesu) byla diagnostická biopsie parotické žlázy metodou bezpečnou ve srovnání s otevřenou biopsií.

Obrázek: Slinná žláza parotická, šipka faciální nerv jako lineární struktura



PROGRAMOVÝ BLOK VI PLICNÍ HYPERTENZE U SYSTÉMOVÝCH CHOROB

PLICNÍ HYPERTENZE A MOŽNOSTI JEJÍ TERAPIE

Pavel Jansa, II. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Plicní hypertenze je hemodynamicky definována zvýšením středního tlaku v plicnici ≥ 25 mmHg. Hodnoty 21-24 mmHg, dosud označované jako hraniční, za určitých situací představují závažné riziko progresu do plicní hypertenze. To je podkladem debat o změně definice plicní hypertenze, která je již na některých pracovištích přijímána: zvýšení středního tlaku v plicnici > 20 mmHg je označováno jako abnormální elevace tlaku v plicnici, jako prekapilární plicní hypertenze je označováno zvýšení středního tlaku v plicnici > 20 mmHg a současně zvýšení plicní cévní rezistence ≥ 3 Woodovy jednotky při normálním tlaku v zaklínění (≤ 15 mmHg).

Plicní hypertenze postihuje zhruba 1 % dospělé populace. Většina případů (95 %) souvisí s onemocněním levého srdce a plic. Asi 1 % plicních hypertenzí představuje plicní arteriální hypertenze (PAH). Jedná se o vzácné onemocnění, které postihuje muže i ženy ve všech věkových skupinách. Zhruba 4 % plicních hypertenzí je způsobeno chronickou tromboembolickou plicní hypertenzí (CTEPH), která vzniká u 2-4 % pacientů, kteří prodělali jednu, častěji opakovanou příhodu akutní plicní embolie.

Specifická léčba plicní hypertenze u onemocnění srdce a plic není k dispozici.

Specifická léčba PAH je farmakologická (vazodilatační léčba blokátory kalciových kanálů, prostanoidy a agonisté receptorů pro prostacyklin, antagonisté endothelinových receptorů, inhibitory fosfodiesterázy 5 a stimulanty a aktivátory solubilní guanylátcyklázy), většinou kombinační. V pokročilých stádiích

onemocnění je indikována transplantace plic. Strategie léčby se řídí podle rizikového profilu pacienta. K jeho hodnocení se užívá řada parametrů, které korespondují se symptomy, zátěžovou kapacitou a funkcí pravé komory. Simplifikovaný model pro stratifikaci rizika zahrnuje 3 parametry: WHO/NYHA funkční třídu, vzdálenost při testu šestiminutovou chůzí a hladinu natriuretických peptidů. Základem terapeutické strategie je nemocné diagnostikované jako nízkorizikové při léčbě stabilizovat v této kategorii a rizikový profil pacientů diagnostikovaných ve vysokém riziku ovlivnit směrem k profilu nízkorizikovému.

Léčbou volby u CTEPH je chirurgická plicní endarterektomie (PEA). U pacientů s inoperabilní CTEPH a v případech reziduální/rekurentní plicní hypertenze po PEA je indikována farmakoterapie, často v kombinaci s balónkovou plicní angioplastikou (BPA). Doživotní antikoagulace antagonisty vitamínu K je indikována u všech pacientů s CTEPH, včetně těch po PEA nebo BPA. Účinnost a bezpečnost a léčby NOAC (perorální antikoagulancia mimo antagonisty vitamínu K) u CTEPH není dostatečně doložena.

SRDCE A SYSTÉMOVÁ SKLERÓZA: ZAOSTRENÉ NA PLÍCNU HYPERTENZIU

Milan Luknár, B. Vohnout, P. Lesný, A. Tuchyňová, J. Rovenský, E. Goncalvesová, Kardiologická klinika LFUK a NÚSCH, Bratislava, Národný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Systémová skleróza (SSc) sa vyznačuje poškodením mikrovaskulatúry, poruchami humorálnej a celulárnej imunity, nadprodukciou kolagénu s fibroproduktívnymi zmenami spojivového tkaniva. Postihuje kožu, pohybový aparát a vnútorné orgány. Jednou z najnebezpečnejších manifestácií je priame a nepriame postihnutie srdca. V ostatnom čase sa do popredia ako významná príčina úmrtia dostáva pľúcna hypertenzia (PH).

Prinášame prehľad súčasného stavu vedomostí o postihnutí srdca pri SSc s dôrazom na pľúcnu hypertenziu a jej dopad. Cieľom originálnej časti prednášky je opis charakteristiky chorých so SSc a dýchavicou poukázaných na diferenciálnu diagnostiku zameranú na PH, zistenie prevalence a vzťahu parametrov PH k kardiologickým a reumatologickým premenným, ako aj analýza prežívania pacientov so SSc a PH.

Pacienti a metódy: V prehľadovej časti analyzujeme súčasné literárne údaje o výskyte a význame jednotlivých druhov postihnutia srdca. Originálna časť analyzuje súbor 58 osôb (51 žien) so SSc a dýchavicou s klinickým alebo echokardiografickým podozrením na pľúcnu artériovú hypertenziu (PAH), ktorí podstúpili komplexný vyšetrovací postup vrátane pravostrannej srdcovej katetrizácie. Zaznamenali sme ukazovatele poškodenia srdca a stanovili prítomnosť a triedu PH. Jednotlivé skupiny pacientov sme porovnali z hľadiska klinických, laboratórných, elektrokardiografických (EKG), zobrazovacích a hemodynamických ukazovateľov a parametrov funkcie pľúc. Analyzovali sme prežívanie a určili prediktory mortality.

PH sa nezistila u 25 (43%) pacientov. PAH bola diagnostikovaná u 23 (40%) a PH pri diastolickej dysfunkcii ľavej komory u 10 (17%) pacientov. Prediktormi PAH pri univariačnej analýze boli prítomnosť anticentromerových a absencia antitopozimerázových protilátok, dominancia a preťaženie pravej komory na EKG, nízka difúzna kapacita pľúc pre oxid uhoľnatý, pomer FVC%/DLCO% >1,8, nižšia artériová saturácia kyslíka, hodnoty NT-proBNP >787 ng/ml, hsTnT >10 ug/l, kyseliny močovej >296 umol/l, priemer pravej komory >30 mm, vrcholový gradient trikuspidálnej regurgitácie >45 mm Hg a TAPSE ≤16 mm. Žiaden z týchto parametrov nebol nezávisle asociovaný s prítomnosťou PAH. Prežívanie pacientov s PAH bolo signifikantne horšie než pacientov bez pľúcnej hypertenzie (medián 4,0 vs 7,5 rokov, p <0,05). Jediným prediktorom prežívania v skupine s PAH bola prítomnosť anticentromerových protilátok. Nezistil sa rozdiel v prežívaní medzi skupinou s PAH a skupinou s pľúcnou hypertenziou pri diastolickej dysfunkcii ľavej komory.

Postihnutie srdca pri SSc je časté. Prevalencia PAH v našej kohorte bola relatívne vysoká. Jednoduché a dostupné parametre môžu zvýšiť efektivitu diagnostického procesu. SSc s PAH sa spája s horším prežívaním. S nepriaznivou prognózou pri PAH je asociovaná prítomnosť anticentromerových protilátok.

PLICNÍ ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE U SYSTÉMOVÝCH NEMOCÍ POJIVA

Radim Bečvář, Revmatologický ústav, Revmatologická klinika 1. LF UK, Praha

Plicní arteriální hypertenze (PAH) se nejčastěji vyskytuje u systémové sklerodermie buď izolovaně “primární” nebo “sekundární” při intersticiálním onemocnění plic a systémového lupus erythematosodes. Rozporuplné zprávy o prevalenci nacházíme u revmatoidní artritidy, idiopatických zánětlivých myopatií, smíšeném onemocnění pojiva a Sjögrenova syndromu, sarkoidózy, vaskulitidy a antifosfolipidového syndromu. U systémového lupus erythematosodes je PAH asociována s přítomností antifosfolipidových protilátek a Raynaudova fenoménu. U sarkoidózy se uplatňuje plicní fibróza a granulomatózní vaskulitida, kdežto u Sjögrenova syndromu a smíšeného onemocnění pojiva bývá hyperplazie intimy a medie. Skrínnink nemocných na PAH se provádí stanovením hladin natriuretických hormonů. Podezření na PAH by mělo vzniknout při nevysvětlitelné dušnosti a nepoměru FVC a DLCO a diagnóza potvrzena pravostrannou srdeční katetrizací. Vzhledem k malému efektu samotné vasodilatační léčby PAH se zdá smysluplné kombinovat základní imunosupresivní terapii se specifickou léčbou. Ta v současnosti zahrnuje podávání prostanoidů a agonistů receptorů pro prostacyklin, antagonistů receptorů pro endotelin, léků ovlivňujících biologickou dostupnost oxidu dusnatého a stimulátorů solubilní cyklické guanylátcyklázy. Z nových léků se zkoušejí inhibitory Rho-kinázy, vazoaktivní intestinální peptid a antagonisté receptoru pro serotonin a některé angiogenní faktory. PAH u systémových onemocnění pojiva mívá rychlou progresi, malý efekt léčby a velmi špatnou prognózu.

PLICNÍ HYPERTENZE U ANTIFOSFOLIPIDOVÉHO SYNDROMU

Tezgová Dana, Revmatologický ústav, Praha

Vzácnější, ale ne neobvyklou komplikací antifosfolipidového syndromu (APS) je i plicní hypertenze (PH), její prevalence u pacientů s pozitivitou antifosfolipidových protilátek (aPL) je 1,8-3,5%. aPL jsou asociovány s arteriální i venózní PH a jsou rizikem pro chronickou tromboembolickou PH. Etiopatogeneticky se uplatňuje vliv aPL na změny ve velkých cévách, aPL vedou k mikrotrombózám, ednoteliální remodelaci, akcelerované proliferaci a hyperplazii cévní stěny, aterogenezi, aktivaci a agregaci trombocytů a koagulační fibrinolytické dysregulaci. Nejčastěji se vyskytují dva typy PH: tromboembolický po hluboké žilní trombóze dolních končetin s následnou plicní embolií a dále pak primárně plexogenní typ. Rizikové pro vývoj PH jsou hlavně vysoké hladiny aPL a jejich trojitá pozitivita. Častěji se PH vyskytuje při systémových nemocech pojiva sdružených s pozitivitou aPL, jako je SLE, Sjogrenův syndrom a i sklerodermie. K diagnostice je používána zejména echokardiografie a pravostranná srdeční katetrizace.

SYSTÉMOVÝ LUPUS ERYTHEMATOSUS A PLŮCNA ARTÉRIOVÁ HYPERTENZIA: KAZUISTIKA A LITERÁRNÍ PREHLAD

Alena Tuchyňová, M. Luknár, Národný ústav reumatických chorôb, Piešťany, Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, Bratislava

Systémový lupus erythematosus (SLE) je systémové ochorenie spojiva, ktoré sa manifestuje veľmi pestrým klinickým obrazom, často s postihnutím vnútorných orgánov, najčastejšie obličiek. Medzi menej časté klinické prejavy SLE patrí pľúcna artériová hypertenzie (PAH).

Cieľom práce je prezentácia kazuistiky – pacientky liečenej pre SLE s diagnostikovanou PAH a literárny prehľad o výskyte, diagnostike, liečbe a prognóze PAH u pacientov so SLE.

Prevalencia PAH u SLE sa udáva 0,5-17,5% a môže sa manifestovať kedykoľvek v priebehu SLE. Medzi rizikové faktory vzniku SLE-PAH patrí výskyt perikarditídy, pleuritídy, Raynaudovho fenoménu a redukovaná difúzna kapacita pľúc pre CO, z laboratórnych prejavov je to pozitivita anti-RNP a anti-SSA protilátok. Pacienti so SLE-PAH sa najčastejšie sťažujú na dyspnoe, únavu a kašeľ. Základnom skríningu, ale aj monitorovania PAH je echokardiografické vyšetrenie. Na potvrdenie diagnózy je potrebná pravostranná katetrizácia. Diferenciálne diagnostiky je potrebné odlišiť sekundárne formy pľúcnej hypertenzie.

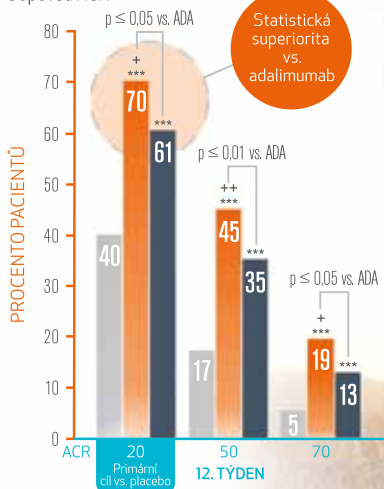
Při léčbě středně závažné až závažné aktivní revmatoidní artritidy (RA)

DOSÁHNĚTE NAD STANDARD^{1*}

u dospělých pacientů, kteří nedostatečně reagují na léčbu konvenčními DMARD

olumiant.
(baricitinib) tablety**Olumiant prokázal superioritu v dosažení ACR20 v porovnání s adalimumabem v kombinaci s metotrexátem u dospělých pacientů s RA ve 12. týdnu¹⁻³**

Odpověď ACR



■ Placebo + MTX (n = 488)	
■ Olumiant 4 mg + MTX (n = 487)	
■ Adalimumab + MTX (n = 330)	
P hodnota vs. placebo	
***	$P \leq 0,001$
**	$P \leq 0,01$
*	$P \leq 0,05$
P hodnota vs. adalimumab	
***	$P \leq 0,001$
**	$P \leq 0,01$
*	$P \leq 0,05$
ADA = adalimumab	



Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.

Zkrácené informace o léčivém přípravku

Olumiant 2 mg a 4 mg potahované tablety. **Účinná látka:** Baricitinibum. ***Indikace:** Středně závažná až závažná aktivní revmatoidní artritida u dospělých pacientů, kteří neodpovídali dostatečně na jedno nebo více chorobu modifikujících antirevmatik, nebo je netolerovali. Olumiant může být použit v monoterapii nebo v kombinaci s metotrexátem. **Středně závažná až závažná atopická dermatitida u dospělých pacientů,** kteří jsou kandidáty pro systémovou léčbu. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Těhotenství, Zvláštní upozornění:** Olumiant se nedoporučuje u pacientů s clearance kreatininu < 30 ml/min a u pacientů se závažnou poruchou funkce jater. U pacientů s aktivními, chronickými nebo recidivujícími infekcemi je nutno před zahájením léčby pečlivě zvážit její rizika a přínosy. Dojde-li k vývoji infekce, musí být pacient pečlivě sledován, a pokud nedostatečně na léčbu reaguje, je třeba léčbu přípravkem Olumiant dočasně přerušit. Olumiant nesmí být podáván pacientům s aktivní tbc. U pacientů s dříve neléčenou latentní tbc je nutno před zahájením podávání přípravku Olumiant zvážit protituberkulózní léčbu. U pacientů s hodnotami ANC < $1 \times 10^9/l$, ALC < $0,5 \times 10^9/l$ nebo hemoglobinem < 8 g/dl zjištěnými při běžné kontrole pacienta by léčba neměla být zahájena, nebo by měla být dočasně přerušena. Pokud se u pacienta vyvine herpes zoster, měla by být léčba přípravkem Olumiant dočasně přerušena, až do odeznění epizody. Před zahájením léčby přípravkem Olumiant je třeba provést screening virové hepatitidy. Je-li zjištěna DNA HBV, má být konzultován hepatolog, zda je odůvodněné přerušit léčbu. Použití živých, atenuovaných vakcín během léčby přípravkem Olumiant či bezprostředně před ní se nedoporučuje. Doporučuje se, aby v souladu se současnými doporučeními pro imunizaci, byly před začátkem léčby přípravkem Olumiant, všem pacientům poskytnuty aktuální informace o všech očkováních. Lipidové parametry by měly být hodnoceny přibližně za 12 týdnů po zahájení léčby přípravkem Olumiant a dále postupovat v souladu s mezinárodními klinickými metodickými pokyny pro hyperlipidémii. Pokud je při běžné péči o pacienta pozorováno zvýšení ALT nebo AST a je podezření na lékové navozenou poruchu jater, měl by být přípravek Olumiant dočasně vysazen. U pacientů, kteří dostávali baricitinib byly hlášeny případy hluboké žilní trombózy (DVT) a plicní embolie (PE). Přípravek Olumiant má být používán s opatrností u pacientů, kteří mají rizikové faktory pro DVT/PE, jako jsou vyšší věk, obezita, anamnéza DVT/PE nebo u pacientů, u kterých je plánován chirurgický výkon a imobilizace. Pokud se vyskytnou klinické projevy DVT/PE, je třeba léčbu přípravkem Olumiant ukončit a co nejdříve zhodnotit zdravotní stav pacienta a nasadit odpovídající léčbu. ***Byly hlášeny případy divertikulitidy a gastrointestinální perforace.** Nově vzniklé abdominální symptomy je proto třeba okamžitě vyšetřit. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášené nežádoucí účinky vyskytující se u ≥ 2 % pacientů byly zvýšený LDL cholesterol, infekce horních cest dýchacích a nauzea. Mezi infekcemi hlášenými při léčbě přípravkem Olumiant byl herpes zoster a pneumonie. Další nežádoucí účinky (časté a méně časté): infekce močových cest, gastroenteritis, bolest hlavy, bolest břicha, divertikulitida, trombocytóza, zvýšení AST, ALT, kreatinofosfokinázy, neutropenie, akné, edém obličeje a koprivka, plísní embolie, hluboká žilní trombóza a hypertriglyceridémie. U starších pacientů s revmatoidní artritidou je zvýšené riziko lymfocytózy. Byly hlášeny vzácné případy lymfoproliferativních poruch. **Interakce:** Kombinace s biologickými DMARD nebo jinými JAK inhibitory se nedoporučuje, protože nelze vyloučit riziko aditivní imunosuprese. Údaje o použití baricitinibu se silnými imunosupresivy (např. azathioprinem, takrolimem, cyklosporinem) jsou omezené a při použití takových kombinací je nutná opatrnost. **Dostupné lékové formy:** Potahovaná tableta, 2 mg nebo 4 mg baricitinibu. **Dávkování a způsob podání:** 4 mg perorálně jednou denně s jídlem nebo bez jídla. Dávka 2 mg jednou denně je vhodná pro pacienty ve věku ≥ 75 let a může být vhodná pro pacienty s chronickými nebo recidivujícími infekcemi v anamnéze, je doporučena u pacientů s clearance kreatininu od 30 do 60 ml/min a u pacientů léčených inhibitory OAT3 se silným inhibičním potenciálem. **Těhotenství a kojení:** Olumiant je kontraindikován u těhotenství. Ženy ve fertilním věku musí během léčby a alespoň 1 týden po skončení léčby používat spolehlivou antikoncepci. Olumiant by se neměl užívat během kojení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Nizozemsko. **Registrační čísla:** EU/1/16/1170/004, EU/1/16/1170/010, EU/1/16/1170/012. **Podmínky uchování:** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky pro uchování. **Poslední revize SPC:** 20.11.2020.

*Všimněte si prosím změny v informacích o léčivém přípravku

Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění s omezením. S úhradou přípravku v konkrétní indikaci se seznamte na www.sukl.cz. Před předepsáním se prosím seznamte s údaji v Účinný změn Souhrnu údajů o přípravku – úplné znění obdržíte na www.sukl.cz anebo na adrese: ELI LILLY ČR, s.r.o., Pobožní 12, 186 00 Praha 8, tel.: 234 684 111.

Tento materiál je určen výhradně pracovníkům ve zdravotnictví

Reference: 1. Taylor PC, Keystone EC, van der Heijde D, et al. Baricitinib versus placebo or adalimumab in rheumatoid arthritis. N Engl J Med. 2017;376:652-662. 2. Taylor PC, Keystone EC, van der Heijde D, et al. Baricitinib versus placebo or adalimumab in rheumatoid arthritis. N Engl J Med. 2017;376:652-662. Supplementary Appendix. 3. SPC Olumiant.

* Standard péče sestával z metotrexátu nebo adalimumabu.

ELI LILLY ČR, s.r.o., Pobožní 394/12, 186 00 Praha 8, Tel.: +420 234 664 111, Fax: +420 234 664 891, www.lilly.cz

Datum zpracování materiálu: 08/2021

PP-BA-CZ-0366

Lilly

V súčasnosti nie sú známe postupy liečby SLE-PAH. Podáva sa imunosupresívna liečba SLE (najmä glukokortikoidy a cyklofosamid), v kombinácii s cieľenou liečbou PAH, ktorú indikuje a monitoruje kardiológ. Prognóza pacientov so SLE-PAH je lepšia, ako u pacientov so systémovou sklerózou. Napriek tomu je potrebné cieľené vyhľadávanie rizikových pacientov so SLE, najmä s nevysvetliteľnou príčinou zhoršujúceho sa dyspnoe a prítomnosťou rizikových faktorov. Manažment pacientov SLE-PAH vyžaduje úzku medziodborovú spoluprácu.

DIAGNOSTIKA A LÉČBA PLICNÍ HYPERTENZE U SYSTÉMOVÝCH ONEMOCNĚNÍ POJIVA Z NAŠEHO CENTRA

Jiří Vymětal, J. Přeček, III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická, FN Olomouc, I. interní klinika – kardiologická, FN, Olomouc

Plicní hypertenze u systémových chorob je závažnou a limitujúcou komplikáciou s prevalenciou 1-5% (SLE) resp. 4-12% (SSc). Jejím systematickému a pravidelnému screeningu u pacientů se systémovými onemocněními se na naší klinice věnujeme od roku 2012. Definitivní diagnostika a léčba plicní arteriální hypertenze probíhá ve spolupracujícím Centru pro plicní hypertenzi 1. interní kliniky FN Olomouc. PH je diagnostikována nejen u pacientů se sklerodermií a systémovým lupusem, u kterých je častější, ale i u revmatoidní artritidy. Ve sdělení podáváme přehled pacientů s PH z našeho centra a spektrum jejich léčby.

PROGRAMOVÝ BLOK VIII FORMY JIA A PŘECHOD DO DOSPĚLOSTI

JUVENILNÁ IDIOPATICKÁ ARTRITÍDA A PŘECHOD DO DOSPELOSTI

Tomáš Dallos, Detská klinika, Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave, Národný ústav detských chorôb, Bratislava

Juvenilná idiopatická artritída (JIA) je chronické zápalové ochorenie minimálne jedného kĺbu, ktoré sa manifestuje do 16. roku života, trvá minimálne 6 týždňov a bola vylúčená jeho iná etiológia. Posledné desaťročia priniesli vďaka intrartikulárnej liečbe, včasnej systémovej imunosupresívnej liečbe metotrexátom (MTX) a biologickej liečbe zlepšenie prognózy pacientov, ktorí už väčšinou do dospelosti vstupujú s inaktívnym ochorením, bez trvalých následkov chronického zápalu a bez nežiaducich účinkov dlhodobej systémovej kortikoterapie. Dlhodobá remisia bez trvalého poškodenia kĺbov sa stala ambicióznym, ale dosiahnuteľným cieľom. Napriek tomu 30% mladých dospelých s JIA vstupuje do dospelosti s aktívnym ochorením. Reumatológ pre dospelých by preto mal poznať špecifiká JIA v detskom veku aj v dospelosti.

K osobitostiam oligoartikulárnej JIA patrí postihnutie menej ako 5 resp. len jedného kĺbu, nevynímajúcou možnosť izolovaného postihnutia krčnej chrčtice a temporomandibulárnych kĺbov (TMK). Akceptuje sa, že postihnutie všetkých, nielen prognosticky závažných kĺbov (krčná chrčtica, TMK, koxa, členok, tarzus), vyžaduje rovnako agresívny prístup k liečbe ako polyartikulárne postihnutie. Takýto prístup zvyšuje šance na dosiahnutie dlhodobej remisie bez liečby a znížil aj prevalenciu prednej uveitídy, ktorej skrining a liečba sa stali integrálnou súčasťou práce detských reumatológov a základom úzkej spolupráce s oftalmológmi. Chronická predná uveitída je už legitímnym dôvodom na začatie systémovej imunosupresívnej liečby MTX resp. biologikom. Priebeh, prognóza, pozitivita protilátok ANA aj výskyt prednej uveitídy a podobná expresia génov podieľajúcich sa na ich patogenéze zmazávajú rozdiely medzi oligoartikulárnou a polyartikulárnou séronegatívnou JIA a sú jedným z dôvodov pre prebiehajúcu revíziu klasifikačných kritérií pre JIA. Tieto zohľadnia aj prirodzený vývoj a spoločné znaky JIA asociovanej s entezitídou a psoriatickej JIA a najskôr povedú k opätovnému zavedeniu pojmu juvenilnej spodylartropatie a priblíženiu sa reumatologickej terminológii dospelého veku. V neposlednom rade malo rozpoznanie autoinflamačnej podstaty systémovej JIA (sJIA) zásadný význam pre etablovanie odlišného terapeutického prístupu anticytokínovými liekmi u detí,

ale aj dospelých so Stillovou chorobou (AOSD). Nedoriešenou otázkou ostáva samotný zastrešujúci pojem „JIA“ pre všetky formy tohto ochorenia, keďže administratívne a legislatívne obmedzenia si aj naďalej v záujme rozšírenia terapeutických možností dospelých s JIA vynucujú reklasifikáciu pacientov s JIA na reumatoidnú artritídu, ktorá je z medicínskeho aj vedeckého hľadiska neakceptovateľná. Pri všetkých uvedených pokrokoch a problémoch však ostáva v stredobode pacient, najprv dieťa, neskôr mladý dospelý, ktorý vyžaduje plynulý a šetrný prechod do starostlivosti reumatológa pre dospelých tak, aby ostal vzdelaným a zodpovedným pacientom s maximálnou možnou kvalitou života.

V prednáške sa budeme venovať osobitostiam JIA, pokrokom v diagnostike a liečbe a prechodovej starostlivosti u detí a mladých dospelých s JIA.

VÝVOJ STRATEGIE LÉČBY BIOLOGIKY U DEŤÍ S JUVENILNÍ ARTRITIDOU

Nikol Vinšová, Š. Fingerhutová, D. Němcová, M. Schüller, J. Fráňová, H. Malcová, M. Svoboda, P. Doležalová, Centrum dětské revmatologie a autoinflammatorních onemocnění, Klinika dětského a dorostového lékařství Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK, Praha

Podmínkou kvalitní péče o pacienty se vzácnými chorobami včetně juvenilní idiopatické artritidy (JIA) je systematické shromažďování a pravidelná analýza strukturovaných klinických dat odrážejících vývoj onemocnění, efekt terapií i jejich nežádoucí účinky v podobě národních i mezinárodních registrů. Celkový počet pacientů s JIA v České republice není přesně znám, ale zařazení do národního registru biologické léčby revmatických onemocnění (ATTRA) je vyžadováno u všech pacientů léčených biologiky. Pod záštitou České reumatologické společnosti jsou v registru ATTRA prospektivně shromažďována klinická data včetně demografie, aktivity nemoci a míry poškození, komorbidit a konkomitantní terapie. Dětská pacienta jsou do registru zařazování od konce roku 2004, kdy byla schválena úhrada prvního biologika v indikaci JIA u dětí.

Popis hlavních trendů biologické léčby u dětí s JIA od jejího zavedení v České republice.

Analýza základních údajů o léčbě dětských pacientů s JIA z registru ATTRA za posledních 15 let (2005–2020). Biologická léčba dětí s JIA je koncentrována na pediatrických reumatologických pracovištích, která vyhovují kritériím schváleným Českou reumatologickou společností. Ta zahrnují kvalifikace personálu právě tak jako vybavení oddělení a dostupnost dalších dětských specializací včetně dětské jednotky intenzivní péče. Nejčastěji používaná biologika zahrnující etanercept, adalimumab, golimumab a tocilizumab jsou při podání ve schválených indikacích hrazena ze zdravotního pojištění. Úhrada blokátorů IL-1, abataceptu a rituximabu, které nemají v ČR stanovenou úhradu pro děti s JIA, vyžaduje formální žádost, která je při adekvátní argumentaci obvykle úspěšná. V průběhu posledních dvou let se počet zdravotnických zařízení předepisujících biologickou léčbu rozšířil z původních 3 na současných 7 schválených center. Nicméně 3 „nejstarší“ centra stále pečují o 94% (701/743) registrovaných pacientů. Údaje z těchto center jsou dále analyzována. Počet registrovaných pacientů stabilně narůstá z původních 50 jedinců za rok v roce 2005 o 5-letý roční průměr čítající 77 pacientů (vypočteno z let 2015–20). Při porovnání dat z roku 2005 s daty z let 2015–20 se interval od stanovení diagnózy do zahájení léčby prvním biologikem, stejně tak jako Juvenile Arthritis Disease Activity Score (JADAS)-71 (0–101) v počátku nemoci, soustavně snižuje. V roce 2005 byl medián intervalu do zahájení léčby (5–95,0 %) 4,8 (4–12,7) let a hodnoty JADAS 21, 2 (8,9–59,5), v letech 2015–20 pak byl 1,1 (0,2–8,8) let, respektive 14,3 (1,4–34,7). Z celkového počtu 1186 pacientů s JIA, kteří jsou dispenzarizováni na 3 největších pracovištích v ČR, 30% (356) užívá následující biologickou terapii: TNF blokátory (85%), tocilizumab (10%), blokátory IL-1 (5%). Data týkající se demografie, distribuce jednotlivých podtypů JIA, komplikací choroby (především uveitida), účinnosti terapie, relapsů a switchů biologik jsou, stejně tak jako nežádoucí účinky terapie, dále detailně rozebrány.

Podávání biologik dětem s JIA je u nás dobře zavedeno a v současné době je součástí terapie u jedné třetiny pacientů. Její dostupnost je mírně limitovaná pravidly úhradového systému, nicméně blokátory TNF a IL-6 jsou při použití ve schválených indikacích k dispozici řádově do týdne bez další prodlevy. Snižující se interval mezi začátkem projevů JIA a zahájením terapie je stejně tak jako snižující se aktivita onemocnění při zahájení léčby ukazatelem vzrůstajícího užití biologik v průběhu několika posledních let v souladu se současnými terapeutickými doporučeními.

IgA VASKULITIDA S BULÓZNÍMI PROJEVY, ARTRITIDOU A HEMATEMÉZOU

Kateřina Bouchalová^{1/}, A. Matějová^{1/}, L. Šigutová^{1/}, L. Sulovská^{1/}, F. Kopřiva^{1/}, K. Michálková^{2/}, L. Bakaj Zbrožková^{2/}, D. Pospíšilová^{1/},^{1/} Dětská klinika LF UP a FN Olomouc, ^{2/} Radiologická klinika FN, Olomouc

IgA vaskulitida, dříve nazývaná Henoch-Schönleinova purpura, představuje nejčastěji se vyskytující vaskulitidu. Kazuistika popisuje případ 6-leté pacientky s IgA vaskulitidou provázenou výraznými kožními projevy. Dívka na konci zimy onemocněla artritidou zápěstí a nártů, palpovatelnou purpurou končetin, v předchorobí prodělala lehkou bronchitidu. Byla afebrilní, její moč a stolice byly normální. Laboratorní známky zánětu byly zvýšeny (CRP 49 mg/l, leukocytóza 15,6 x10⁹/l, neutrofilie 74 %, trombocytóza 493 x10⁹/l), byla přítomna hraniční erytrocyturie. Byla doporučena ambulantní symptomatická léčba (analgetika, rutin s vitamínem C) a odpočinek. Pro rozvoj bulózních projevů byla dívka 6. den přijata na kliniku a léčena dle doporučení dermatologa topickým betametazonem a gentamycinovým krémem. Po zjištění aktivní infekce Chlamydia sp. byl ordinován klaritromycin. Pro trombózu pravé větvy cefaliky byla zahájena antikoagulační léčba. Antifosfolipidové protilátky byly negativní. Desátý den se rozvinula bolest břicha a hemateméza. Po vyloučení intususcepce byl indikován prednison v dávce 1mg/kg/den. Klinický stav se pozvolna zlepšoval. IgA vaskulitidy se zřídka projevují hematemézou či bulózními projevy. Často (v 30-50 %) předchází respirační infekce, jak tomu bylo i u této pacientky.

EDUKAČNÍ BLOK – SDĚLENÍ II**DIAGNOSTIKA LYMESKÉ BORRELIÓZY**

Zořa Bartovská, Klinika infekčních nemocí 1. LF UK a ÚVN, Praha

Lymeská borrelióza je nejčastější onemocnění přenášené klišťaty v našich podmínkách. Vzhledem k tomu, že postihuje zejména kožní, nervový a muskuloskeletární systém, má toto onemocnění mezioborový přesah. V přednášce bude prezentována lymeská borrelióza s důrazem na sérologickou a přímou diagnostiku a jejich úskalí.

**PROGRAMOVÝ BLOK IX
VARIA****DYSREGULACE NK BUNĚK A NEKLASICKÝCH NKT A T $\gamma\delta$ BUNĚK U JEDINCŮ V RIZIKU ROZVOJE REVMATOIDNÍ ARTRITIDY**

Klára Prajzlerová^{1,2/}, O. Kryštůfková^{1,2/}, N. Petrovská^{1,2/}, P. Hánová^{1/}, H. Hulejová^{1,2/}, M. Gregová^{1,2/}, H. Mann^{1,2/}, K. Pavelka^{1,2/}, J. Vencovský^{1,2/}, L. Šenolt^{1,2/}, M. Filková^{1,2/},^{1/} Revmatologický ústav, Praha, ^{2/} Revmatologická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

NK buňky a neklasické NKT a $\gamma\delta$ T buňky jsou zapojeny do regulace imunitního systému. Jedinci s pozitivitou protilátek proti citrulinovaným proteinům (ACPA) mají zvýšené riziko rozvoje RA. EULAR definoval klinickou charakteristiku jedinců s artralgiemi suspektními z progresu do RA (klinicky suspektní artralgie, CSA). Cílem naší práce bylo analyzovat subpopulace lymfocytů u jedinců s artralgiemi v riziku rozvoje RA.

Naše studie zahrnovala 95 jedinců s artralgiemi v riziku vzniku RA definovaných jako ACPA+ a/nebo splňující kritéria pro CSA a 70 zdravých kontrol (ZK). Na průtokovém cytometru bylo v periferní krvi stanovováno % zastoupení a absolutní počet CD3+ T buněk, CD3-CD16/56+ NK buněk, CD3+CD16/56+ NKT buněk and CD3bright $\gamma\delta$ T buněk.

Z celkového počtu 95 jedinců s artralgiemi bylo 58 ACPA+ a 62 splňovalo kritéria pro CSA (z nich 26 bylo ACPA+). Jedinci s artralgiemi měli oproti ZK vyšší % zastoupení CD3+ T buněk (p=0,001), nižší % zastoupení

NK buněk ($p=0,002$) a také nižší absolutní počet NK ($p<0,001$), NKT ($p=0,016$) a $\gamma\delta$ T buněk ($p=0,025$). Tyto výsledky byly potvrzeny zejména u podskupiny ACPA+ jedinců s artralgiemi a také u jedinců s artralgiemi splňující kritéria pro CSA (bez ohledu na pozitivitu ACPA) v porovnání se ZK.

U jedinců s artralgiemi v riziku rozvoje RA jsme v porovnání se ZK potvrdili dysregulaci NK, neklasických NKT a $\gamma\delta$ -T buněk, zejména pak u jedinců s pozitivitou ACPA. Předpokládáme, že změny v zastoupení těchto subpopulací lymfocytů, které byly v minulosti popsány u pacientů s etablovanou RA, by u jedinců s artralgiemi mohly sloužit jako prognostický biomarker rozvoje RA.

Poděkování: Grant AZV-17-32612A

ZVÝŠENÁ EXPRESE INTERLEUKINU-40 U PACIENTŮ S REVMATOIDNÍ ARTRITIDOU, KORELACE S AKTIVITOU NEMOCI, AUTOPROTILÁTKAMI A TVORBOU NEUTROFILOVÝCH SÍTÍ

Adéla Navrátilová, H. Hulejová, R. Bečvář, K. Pavelka, J. Vencovský, L. Šenolt, L. Andrés Cerezo, Revmatologický ústav a Revmatologická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Interleukin (IL)-40 je nově identifikovaný cytokin asociovaný s aktivovanými B-lymfocyty a tvorbou protilátek. Vzhledem k významné roli B-lymfocytů v patogenezi revmatoidní artritidy (RA) bylo cílem této práce analyzovat lokální a systémovou expresi IL-40 a jeho vztah k aktivitě, zánětu a imunitní odpovědi u pacientů s RA.

Expresie IL-40 v synoviální tkáni byla detekována pomocí imunohistochemického barvení ($n=4-5$). Hladiny IL-40 a vybraných molekul asociovaných s patogenezi RA byly analyzovány v séru a synoviální tekutině pomocí metod ELISA nebo Luminex ($n=30-50$). Hladiny autoprotilátek byly stanoveny rutinními laboratorními testy.

Expresie IL-40 byla zvýšená v synoviální tkáni u pacientů s RA v porovnání s kontrolními jedinci s osteoartrózou (OA). IL-40 byl tvořen řadou imunitních buněk, ale také synoviálními fibroblasty. Koncentrace IL-40 byly signifikantně vyšší v séru ($p<0,0001$) i synoviální tekutině ($p<0,0001$) u pacientů s RA v porovnání s jedinci s OA. U pacientů s RA léčených rituximabem ($n=20$) byl pozorován významný pokles IL-40 v séru po 16 ($p<0,01$) a 24 týdnech ($p<0,05$) terapie. Sérový i synoviální IL-40 významně koreloval se sérovými autoprotilátkami RF-IgM a anti-CCP. IL-40 v synoviální tekutině významně koreloval s aktivitou nemoci podle DAS28 ($p<0,05$), s hladinami hlavního atraktantu neutrofilů IL-8 ($p<0,01$) a s markery uvolňování neutrofilových extracelulárních sítí (NETózy) jako jsou proteináza 3 ($r=0,661$, $p<0,0001$) a neutrofilní elastáza ($r=0,652$, $p<0,0001$).

Výsledky této práce prokazují zvýšené systémové i lokální množství IL-40 u pacientů s RA, jeho asociaci s aktivitou nemoci, autoprotilátkami a NETózou, tedy s parametry přispívajícími k iniciaci onemocnění, a poukazují na pravděpodobnou účast IL-40 v patogenezi RA.

Poděkování: MHCR 023728, SVV – 260373, PROGRES Q25

LABORATORNÍ DIAGNOSTIKA CELIAKIE

Ivana Půtová, Revmatologický ústav, Praha

Celiakie (CD) patří mezi chronická onemocnění, které provází člověka po celý jeho život. Incidence v evropských zemích se pohybuje v rozmezí 1:200–1:250, přičemž více jak 80 % nemocných zůstává nediodagnostikováno. Onemocnění poprvé popsal Samuel Geem v roce 1888. Určil, že obtíže u dětí, jež trpěly trávicími problémy, jsou vyvolány stravou, ale nedokázal již blíže specifikovat, o co se jedná. Že jde o reakci na lepek, doložil až v roce 1950 Dicke. Za patologií spojenou s celiakií stojí abnormální reakce imunitního systému predisponovaných jedinců vlastních alely HLA-DQ2/DQ8 na lepek a další prolaminy. Když se setkájí proteiny obiloviny se střevní sliznicí, dochází k jejich zpracování a štěpení tzv. tkáňovou transglutaminázou, která se nachází ve střevní stěně – v endomyziu. Nově vytvořené produkty jsou potom rozpoznávány imunitním systémem jako nebezpečné a imunitní systém proti nim začne produkovat autoprotilátky. Sliznice střeva je postupně infiltrována buňkami imunitního systému, hlavně T-lymfocyty, a dochází k rozvoji zánětu. Klinický obraz celiakie je u dětí i dospělých velmi pestrý. Aktivní forma onemocnění se vyskytuje asi u 30 % nemocných s touto chorobou. Vyznačuje se

hlavně obtížemi v zažívacím traktu. Vyskytují se i příznaky nevázané na zažívací trakt, mezi ně patří únava, záněty sliznic, spojivek, z nedostatku vápníku dochází k osteoporóze, nedostatek železa se projeví anémií, jsou přítomny i psychické poruchy, změny na kůži a svalích. V neposlední řadě je příznakem dermatitis herpetiformis (Duhring). U tzv. klinicky němé formy celiakie jsou přítomné autoprotilátky. Při vyšetření nacházíme i změny na sliznici střeva, ale pacient nemá příznaky spojené s celiakií. Je proto často diagnostikován až v době, kdy je poškození střeva rozsáhlé a již se klinicky projeví. Pro usnadnění a zlepšení diagnostiky této nemoci jsou vydána doporučení, která popisují podmínky a způsoby, jak postupovat při vyšetření pacientů za různých okolností – Cílený screening celiakie, vydaný MZ ČR v roce 2011 a Směrnice pro diagnostiku celiakie, vydaná Evropskou společností ESPGHAN (European society for pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition) v roce 2012. Obě metodiky jsou založené především na imunologickém sérologickém vyšetření protilátek. Laboratorní diagnostika onemocnění: Sérologické markery zahrnují detekci protilátek ke gliadinu (třídy IgA a IgG), autoprotilátek k retikulinu, resp. endomyziu třídy IgA a autoprotilátek proti tkáňové transglutamináze (třídy IgA a IgG). Podle revidovaných kritérií ESPGHAN je k průkazu celiakie nutná pozitivita alespoň dvou ze tří sérologických markerů při současném histologickém průkazu atrofické sliznice. Antigliadinové protilátky (AGAb) jsou produkovány B-lymfocyty ve střevní sliznici u nemocných s CD. K průkazu se většinou používají ELISA techniky s antigenem gliadinem. Specificita a senzitivita stanovení je závislá na typu použitého antigenu, resp. na způsobu jeho purifikace (specificita AGAb IgA 84–100 %, senzitivita 65–95 %, specificita AGAb IgG 70–95 %, senzitivita 80–95%). Hladina klesá při bezlepkové dietě více u IgA než IgG. Antiendomyziální (AEAB) protilátky prokazatelné v séru u nemocných s celiakií jsou dokladem autoimunitního charakteru tohoto onemocnění. Protilátky reagují pravděpodobně se strukturami intercelulární matrix a s endomyziem hladkého svalstva. K průkazu se používají imunofluorescenční techniky, substrátem pro AEAB je hladká svalovina opičího jícnu nebo lidského pupěčnicku (specificita 90–100 %, senzitivita 97–100 %). AEAB (třídy IgA) nelze prokázat u nemocných s celiakií, kteří mají současně selektivní IgA deficit (2–3 % pacientů s celiakií). Tkáňová transglutamináza je kalcium dependentní enzym, který katalyzuje přeměnu specifických polypeptidových glutaminových zbytků. IgA protilátky proti tkáňové transglutamináze (t-TGAb) jsou vysoce specifickým markerem pro diagnostiku a sledování onemocnění. Hladina IgA protilátek koreluje s aktivitou onemocnění a může též sloužit k monitorování diety u nemocných jedinců. Přínos vyšetření: Určení výše uvedených sérologických markerů vyhovuje požadavkům na diagnostiku cílené a užitečné testování celiakie.

PROGRAMOVÝ BLOK X KŮŽE A REVMAICKÁ ONEMOCNĚNÍ

CO VŠECHNO MŮŽE BÝT PSORIÁZA A KDE JÍ HLEDAT?

Spyridon Gkalpakiotis, Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Psoriáza je chronické zánětlivé kožní onemocnění s relativně vysokou prevalencí kolem 2-4%. Typickým klinickým obrazem psoriázy jsou erytematoskvamózní ložiska v predilekčních lokalizacích jako jsou lokty, kolena a křížová krajina. Pokud projevy najdeme na těchto místech, diagnóza je relativně snadná. Psoriatická ložiska se ale mohou objevit i ve křtci, za ušima nebo v intertriginózních lokalizacích a pokud nejsou projevy i někde jinde, diagnóza se pak stanovuje obtížně. Obzvlášť genitální psoriáza může být obtížná pro diagnostiku vzhledem k jinému klinickému obrazu, kde často chybí šupiny. Vzácně mohou být jediné projevy psoriázy pouze v oblasti nehtů. V přednášce budou diskutované méně časté lokalizace psoriázy, jako je genitální psoriáza, psoriáza rukou a nohou, nehtová psoriáza a psoriáza ve křtci. Důležité je včas rozpoznat psoriatická ložiska v méně obvyklých místech a zahájit správnou léčbu. Pokud se přidají i bolesti kloubů, rozpoznání psoriázy může být klíčové pro stanovení diagnózy psoriatické artritidy.

MEZNIČK V DLOUHODOBÝCH ZKUŠENOSTECH S LÉČBOU:

DŮKAZY SHROMÁŽDĚNÉ BĚHEM PĚTILETÝCH KLINICKÝCH STUDIÍ

HODNOTÍCÍCH LÉČBU AS A PsA.



AS – anklylozující spondylitida; PsA – psoriatická artritida; nr-axSpA – non-radiografická axiální spondyloartritida

VÝSLEDKY

 studie MEASURE 1 v léčbě
aktivní AS¹ a studie FUTURE 1
v léčbě PsA²

- Dobře popsaná účinnost a bezpečnost napříč všemi indikacemi.³
- Více než 80 % pacientů, kteří vstoupili do prodloužené fáze studie, dokončilo celých 5 let léčby.^{1,2}
- Po dobu 5 let prokázala léčba setrvalou účinnost vedoucí ke zmírnění příznaků onemocnění, zlepšení fyzických funkcí, omezení aktivity onemocnění a zlepšení kvality života pacientů.^{1,2}
- Příznivý a konzistentní bezpečnostní profil po celé pětileté období léčby.^{1,2}

Zkrácená informace • Cosentyx 150 mg injekční roztok v předplněném peru • **Složení:** Jedno předplněné pero obsahuje secukinumabum 150 mg v 1 ml. **Indikace:** Přípravek Cosentyx je indikován k léčbě středně těžké až těžké ložiskové psoriázy dospělých, dospívajících a dětí od 6 let*, kteří jsou kandidáty pro systémovou léčbu. Přípravek Cosentyx, samotný nebo v kombinaci s metotrexátem, je indikován k léčbě aktivní psoriatické artritidy u dospělých pacientů, u nichž se nedostavila adekvátní odpověď na předchozí léčbu chorobou modifikujícími antirevmatiky. Přípravek Cosentyx je indikován k léčbě aktivní anklylozující spondylitidy u dospělých, kteří nedostatečně reagovali na konvenční léčbu. *Přípravek Cosentyx je indikován k léčbě aktivní non-radiografické axiální spondylartritidy s objektivními známkami zánetu indikovanými zvýšeným C-reaktivním proteinem (CRP) a/ nebo zobrazením magnetickou rezonancí (MR) u dospělých, kteří neodpovídají adekvátně na nesteroidní protizánětlivá léčiva (NSAID). * **Dávkování:** **Ložisková psoriáza u dospělých:** Doporučená dávka je 300 mg secukinumabu ve formě subkutánní injekce s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. Každá dávka 300 mg se podává v jedné subkutánní injekci 300 mg nebo ve dvou dílčích subkutánních injekcích po 150 mg. **Ložisková psoriáza u pediatrické populace (dospívající a děti od 6 let):** Doporučená dávka se odvíjí od tělesné hmotnosti (viz níže) a podává se ve formě subkutánní injekce 300 mg nebo ve dvou dílčích subkutánních injekcích po 150 mg. **Ložisková psoriáza u pediatrické populace (dospívající a děti od 6 let):** Doporučená dávka se odvíjí od tělesné hmotnosti (viz níže) a podává se ve formě subkutánní injekce 300 mg nebo ve dvou dílčích subkutánních injekcích po 150 mg. **Ložisková psoriáza u pediatrické populace (dospívající a děti od 6 let):** Doporučená dávka pro pediatrické pacienty s ložiskovou psoriázou (tělesná hmotnost v době podání/ doporučená dávka): <25 kg/75 mg; 25 to <50 kg/75 mg; ≥50 kg/150 mg (U hmotnosti ≥50 kg může být dávka zvýšena na 300 mg. U některých pacientů může vyšší dávka znamenat větší prospěch). Injekční roztok v předplněném peru s dávkou 150 mg není určen k podávání dětským pacientům s hmotností <50 kg. Pro podání v této populaci je vhodná dávka 150 mg ve formě prášku pro přípravu injekčního roztoku. **Psoriatická artritida:** U pacientů se současnou přímou středně těžkou až těžkou ložiskovou psoriázou nebo u pacientů nedostatečně odpovídajících na anti-TNFα (IR), je doporučená dávka 300 mg ve formě subkutánní injekce s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. U ostatních pacientů je doporučená dávka 150 mg ve formě subkutánní injekce s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. *Dávka může být zvýšena na 300 mg na základě klinické odpovědi. **Anklylozující spondylitida (AS, radiografická axiální spondylartritida):** Doporučená dávka je 150 mg ve formě subkutánní injekce s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. Dávka může být zvýšena na 300 mg na základě klinické odpovědi. Každá dávka 300 mg se podává v jedné subkutánní injekci 300 mg nebo ve dvou dílčích subkutánních injekcích po 150 mg. **Non-radiografická axiální spondylartritida (nr-axSpA):** Doporučená dávka je 150 mg ve formě subkutánní injekce s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Klinicky významné aktivní infekce (např. aktivní tuberkulóza). **Změštní upozornění/varování:** Za účelem zlepšení sledovatelnosti biologických léčivých přípravků je nutné pečlivě zaznamenat název a číslo šarže podaného přípravku. Opatrnosti je zapotřebí, pokud se uvažuje o použití secukinumabu u pacientů s chronickou infekcí nebo opakovanou infekcí v anamnéze. Pacienti je nutné pobízet, aby vyhledali lékařskou pomoc, pokud se objeví známky nebo příznaky naznačující přítomnost infekce. Pokud se u pacienta rozvine závažná infekce, je nutné pacienta pečlivě sledovat a nepodávat secukinumab, dokud infekce neodezní. *Secukinumab se nedoporučuje u pacientů se závažným onemocněním střev. Pokud se u pacienta objeví známky a příznaky závažného onemocnění střev nebo dojde-li k exacerbaci již existujícího závažného onemocnění střev, je třeba secukinumab vysadit a zahájit odpovídající lékařskou péči. * Pokud se objeví analytická nebo jiné závažné alergické reakce, musí se podávání secukinumabu okamžitě přerušit a zahájit vhodnou léčbu. *Před zahájením léčby přípravkem Cosentyx se doporučuje, aby byla u pediatrických pacientů provedena všechna věková odpovídající očkování podle současných pokynů pro očkování. * Živé vakcíny nejsou byt podávány současně se secukinumabem. Ve studiích s lupénkou nebyly hydroxychloroquinová bezpečnost a účinnost secukinumabu v kombinaci s imunosupresivy, včetně biologické léčby, nebo fototerapií. **Interakce:** Ve studii u subjektů s ložiskovou psoriázou nebyly pozorovány interakce mezi secukinumabem a midazolámem (substrát CYP3A4). Při současném podávání secukinumabu s metotrexátem (MTX) a/ nebo s kortikosteroidy nebyly v artrologických studiích (včetně pacientů s psoriatickou artritidou a axiální spondylartritidou) pozorovány žádné interakce. **Těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musí během léčby a po dobu ještě nejméně 20 týdnů po ukončení terapie používat účinnou metodu kontracepce. Podávání přípravku Cosentyx v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Není známo, zda se secukinumab vylučuje do laktického mateřského mléka. Vzhledem k možným nežádoucím účinkům secukinumabu na kojené dítě je nutno na základě posouzení prospěšnosti kojení pro dítě a prospěšnosti léčby pro matku rozhodnout, zda během léčby a po dobu až 20 týdnů od ukončení léčby přerušit kojení nebo přerušit léčbu secukinumabem. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: Infekce horních cest dýchacích. Časté: Orální herpes, lineá pedis, rinorea, diareja, *bolest hlavy, nauzea, únava*. **Podmínky uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C–8 °C). Chraňte před mrazem. **Dostupné lékové formy/velikosti balení:** Jednorázová předplněná injekční stříkačka vložená do pera SensoReady, balení obsahuje 2 předplněná pera. **Poznámka:** Dříve než lék předpíσετε, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. č.:** EU/1/14/980/005. **Datum registrace:** 15.1.2015. **Datum poslední revize textu SPC:** 18.2.2021. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Vista Building Elm Park, Merion Road, Dublin 4, Irsko. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.** *Všimněte si prosím změny (změn) v informacích o léčivém přípravku.

REFERENCE: 1. Baralaks, X., et al. (2019). "Long-term efficacy and safety of secukinumab 150 mg in ankylosing spondylitis: 5-year results from the phase III MEASURE 1 extension study." RMD Open 5(2): e011005. 2. Mease, P.J., et al. (2020). "Secukinumab Provides Sustained Improvements in the Signs and Symptoms of Psoriatic Arthritis: Final 5-year Results from the Phase 3 FUTURE 1 Study." ACR Open Rheumatol 2(1): 18-25. 3. Cosentyx 150 mg. Souhrn údajů o přípravku. Datum revize textu 18. 2. 2021.

Novartis s. r. o., Na Pančákách 1724/129, 140 00 Praha 4,
tel.: +420 225 775 111, www.novartis.cz, info.cz@novartis.com

CZ210127419/01/2021



NOVARTIS | Reimagining Medicine

KOŽNÍ PROJEVY U SYSTÉMOVÉHO LUPUS ERYTEMATODES

Martin Žurek, III. interní klinika nefrologická, revmatologická, endokrinologická FN a LF UP, Olomouc

Systémový lupus erytematodes (SLE) je multiorgánové autoimunitní onemocnění neznámé etiologie s mnoha klinickými projevy. Kůže je jedním z cílových orgánů, které jsou touto chorobou postiženy nejčastěji. Kožní léze jsou přítomny u 70–80 % pacientů a mohou být specifické nebo nespecifické. Specifické kožní léze lze dále rozdělit na akutní, subakutní a chronické formy kožního lupus erytematodes (LE). Systémový lupus erytematodes jen nejčastěji asociován s akutní formou kožního LE (> 90%), méně často s subakutní formou kožního LE (50%) a nejméně často s chronickou formou kožního LE (5-30%). Klíčovou charakteristikou, která spojuje specifické kožní projevy LE, je histopatologický nálezn. Mezi sdílené histopatologické znaky patří hyperkeratóza, epidermální atrofie, „interface“ dermatitida, zánětlivý mononukleární infiltrát v povrchových, perivaskulárních a perifolikulárních oblastech dermis, zesílení bazální membrány a inkontinence pigmentu. Nespecifické kožní projevy jsou velmi pestré a tyto charakteristické histopatologické znaky nevykazují. Léčba kožního LE je ovlivněna rozsahem onemocnění, podtypem kožní formy LE, odpovědí na iniciační terapii. Základním přístupem je fotoprotekce, lokální aplikace glukokortikoidů, event. inhibitorů kalcineurinu, systémově jsou podávána antimalarika, nízké dávky glukokortikoidů, methotrexát, mykofenolát mofetil, azathioprin a další. Systémové projevy lupus erytematodes často vyžadují mezioborovou spolupráci revmatologa, dermatologa, nefrologa a dalších specialistů. Kožní projevy často předcházejí rozvoji dalších chorobných změn. Včasná diagnostika a adekvátní léčba může zabránit rozvoji ireverzibilního poškození vnitřních orgánů.

PROGRAMOVÝ BLOK XI

WORKSHOP: SOUČASNÉ PROBLÉMY AMBULANTNÍCH REVMAOLOGŮ

VÝZNAM, RIZIKA A ČINNOSTI CENTRA BIOLOGICKÉ LÉČBY

Zdeněk Dvořák, EUC Klinika, a.s., revmatologické oddělení, Pardubice

Význam center biologické léčby (CBL) je nesporný, protože umožňuje revmatologům zajistit účinnou léčbu nemocným se zánětlivými revmatologickými nemocemi, kterým standardní léčba selhala.

Pro minimalizaci rizik provozování centra biologické léčby je důležité znát a dodržovat pravidla podávání „centrových“ léků. Mezi uvedená pravidla patří zejména: a) indikace a kontraindikace pro podávání daného biologického léku určená SÚKL a ČRS b) správné dávkování podle SPC c) omezení daná jednotlivými zdravotními pojišťovnami d) zařazení a správné vykazování nemocných v projektu ATTRA.

V poslední době roste zájem o možnost provozovat CBL a počet nově vzniklých CBL. Je proto poptávka po informacích, jak získat schválení a jak provozovat CBL. Diskuse na toto téma je proto potřebná a důležitá.

Řadu zásadně důležitých informací o činnosti CBL lze získat na webových stránkách ČRS (<https://revmatologicka-spolecnost.cz>) a) Stanovisko ČRS k personálnímu a technickému vybavení center biologické léčby v revmatologii a k způsobu organizace jejich sítě z r. 2019, Koncepce CBL dětských revmatických onemocnění z r. 2019 b) Doporučení ČRS pro léčbu RA, psoriatické artritidy (PSA), Doporučení ČRS pro monitorování bezpečnosti biologické léčby, ... Prvním krokem k zajištění provozování CBL je posláni žádosti výboru ČRS o schválení CBL na podkladě adekvátního personálního a technického vybavení dané revmatologické ambulance a zdůvodnění potřebnosti centrové péče v konkrétní lokalitě.

Po získání kladného stanoviska výboru ČRS s činností daného centra, je potřeba požádat jednotlivé zdravotní pojišťovny o uzavření Zvláštní smlouvy o úhradě zdravotní péče poskytované specializovaným pracovištěm – centrem. Pravidla pro úhradu centrové péče nemají bohužel všechny zdravotní pojišťovny identická. Je proto nezbytné pečlivě prostudovat „Zvláštní smlouvu na úhradu centrových léků“ od každé zdravotní pojišťovny zvlášť. Rád bych zdůraznil, že prakticky všechny zdrav. poj. mají smluvně zajištěno, aby každý poskytovatel zdravotní péče používal k léčbě ekonomicky nejméně náročnou variantu léčivých přípravků.

Dalšími důležitými zdroji informací jsou webové stránky SÚKL (<http://www.sukl.cz>), kde v oddíle databáze léků jsou klíčové odkazy na oddíly ceny a úhrady + SPC u konkrétního centrového léku. Pokud se budeme plně řídit podmínkami platnými pro úhradu daného biologika v den zahájení nebo switche biologické léčby, minimalizujeme tím riziko, že případná kontrola zdravotní pojišťovny na oprávněnost úhrady centrové péče najde pochybení. Při dodržování informací z SPC bych rád zdůraznil nutnost řídit se nejenom indikacemi, kontraindikacemi a doporučeným dávkováním vybraného léku, ale i doporučeními o vhodnosti nebo nevhodnosti užívání konkomitantní konkrétní medikace.

Pro minimalizaci rizik činnosti CBL je dobré také vypracovat standardní operační postupy (SOP) kterými se řídí lékaři i zdravotní sestry. Pro jednotlivá onemocnění (RA, PSA, ...) je připraven seznam bodů, které musí být zapsány a splněny nemocným, aby u něj mohla být zahájena nebo změněna biologická léčba: 1. podrobná anamnéza a) kdy a na podkladě kterých kritérií byla nemocnému stanovena diagnóza onemocnění pro které dostane centrovou léčbu b) osobní, rodinná, cílená na tbc, ...) c) farmakologická (současná, DMARDs v minulosti) 2. potřebné lab. testy (Quantiferon TB, serologie na hepatitidy, ...) a zobrazovací metody (rtg, MR, ...) 3. konziliární vyšetření: a) k vyloučení jiné příčiny zvýšení zánětlivých markerů než aktivita revmatolog. onem. (vyš. stomatologické, ORL, gynekologické, ...) b) k vyloučení možných kontraindikací biologické léčby (kardiologické při srdečním selhávání, neurologické při paresteziích, ...) 4. doložení nedostatečné účinnosti standardní léčby (selhání nebo nesnášenlivost DMARDs, ...) 5. vyhodnocení kompozitních indexů a dotazníků (DAS28, BASDAI, ...) 6. nastavení systému pravidelných kontrol nemocných léčených biologiky v rozsahu a ve frekvenci podle doporučení ČRS, SÚKL, ATTRA.

Velkou pomocí při jednáních revmatologů se zdravotními pojišťovnami může být specializované oddělení nemocnice nebo jeden expert průběžně zajišťující dostatečné finanční prostředky pro úhradu drahé biologické léčby.

Tato prezentace byla připravena jako podklad k diskusi, jak zvýšit počet a zajistit neproblémové provozování CBL.

EFEKTIVNÍ ÚČTOVÁNÍ POSKYTNUTÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE A AKTUÁLNÍ KONSEKVENCE

Dita Vlasáková, DV Consulting, Litvínov

Systém financování zdravotnictví v ČR je determinován interakcemi hlavních aktérů, kterými jsou stát, poskytovatelé zdravotních služeb (dále jen PZS), zdravotní pojišťovny a pacient. Každoročně měnící se pravidla pro stanovení nároku na úhradu za poskytnutou zdravotní péči znamená pro mnohé PZS prostředí plné turbulencí a nepřehledných pravidel. Celkem frekventovaně se vyskytuje situace, kdy lékař poskytne svým pacientům adekvátní péči na náležité odborné úrovni, ale zdravotní pojišťovny ji neuhradí v plné výši. Míra nákladů, které jsou přenášeny díky uplatněným regulacím na vrub zdravotnického zařízení je mnohdy až neúnosná a oprávněná snaha tvořit přiměřený zisk je nemožná. I přesto, že rozsah péče není PZS schopen odhadnout a ani ovlivnit, musí ctít stanovené limity a zároveň nesmí péči omezovat či pacienty odmítat. Takto tristní situace pak staví PZS do nezávadlivé situace.

Konstantní judikatura Ústavního soudu i Nejvyššího soudu České republiky ve svých rozhodnutích jasně stanovuje, že zdravotní pojišťovny nejsou oprávněny kráti úhradu prokazatelně poskytnutých zdravotních služeb přes nesouhlas PZS pouze s odkazem na dohodnuté znění smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, resp. příslušného úhradového dodatku či vyhlášky, aniž by se zabývaly dalšími relevantními skutečnostmi, které PZS namítá.

Praxe zdravotních pojišťoven však v tomto kontextu zůstává neoblomná co do výše úhrad a ve většině případů nezkušený PZS se svou námitkou neuspěje či dosáhne pouze dohody na základě, které následně dojde k úhradě pouze té části zdravotní péče, která byla zakomponována v pojistném plánu pro dané období. Péče, která tak byla PZS skutečně poskytnuta nad rámec pojistného plánu zůstane neuhrazena.

PZS má právo na úhradu provedené zdravotní péče, pokud poskytuje péči:

- v souladu s právními předpisy,
- v odbornostech a rozsahu dohodnutých a sjednaných ve smlouvě,
- v zařízení, jež je věcně, technicky, personálně vybaveno,

- lege artis bez nadbytečných nákladů,
- se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce,
- průkazně zdokumentovanou,
- odůvodněnou.

Za péči poskytnutou dle výše uvedených podmínek je možno žádat úhradu od zdravotní pojišťovny i v případě, že byly stanovené finanční limity překročeny, a to nejen u péče neodkladné, ale též u péče plánované. PZS však v takovém případě nese důkazní břemeno ohledně důvodnosti „vícenákladů“ a zcela nepochybně ohledně splnění výše uvedených premis.

Velmi významná je skutečnost, zdali si PZS dokáže vyčíslenou finální úhradu zkontrolovat, identifikovat míru neuhrazené péče a věcně a včas se proti uplatnění regulací ohradit. Presentované sdělení posluchačům přiblíží základní principy výpočtu hranice plné úhrady a konkretizuje základní proměnné, jež významně vstupují do úhradových mechanismů. Cílem prezentace je osvětlit význam periodického monitoringu základních indikátorů, přiblížit způsob, jak se bránit uplatněným regulacím a jak zajistit maximálně možnou úhradu poskytnuté zdravotní péče. Limity skutečných nákladů na poskytnutou péči není v průběhu hodnoceného období možná. Nelze ošetřovat pacienta jen do výše přiznaného PUROo.

PZS se smluvním ujednáním zavazují, že budou poskytovat hrazenou zdravotní péči „lege artis“ bez nadbytečných nákladů. Avšak tak, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pacienta.

V závěru prezentace bude konkretizován dopad kompenzační vyhlášky 305/2020 Sb. na úhrady v roce 2020 u ambulantních specialistů v odbornosti 109 - revmatologie. Predikce navýšení úhrady se u odbornosti 109 pohybuje okolo 5 % (bez navýšení úhrad za signální kódy klinických vyšetření - ty budou vyplaceny nad rámec sjednaného úhradového mechanismu, a to bez limity).

Bude prezentován výsledek dohadovacích řízení k úhradám zdravotní péče v roce 2021. 17. 6. 2020 došlo k dohodě mezi zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci PZS. Posluchač bude s výstupy této dohody seznámen.

VÝSLEDKY ELEKTRONICKÉHO DOTAZNÍKU PRO AMBULANTNÍ REVMATOLYGY Z 11-12/2019

Stanislav Macháček^{1/}, Z. Dvořák^{2/}, L. Bortlík^{3/}, ^{1/}Ordinace Jungmannova s.r.o., Praha 1, ^{2/}Revmatologická ambulance, EUC Klinika a.s., Pardubice, ^{3/}Bor-med, Ostrava

Tématem sdělení je reflexe odpovědí, respektive návrhů řešení týkajících se otázky č.14 „Jaký je Váš názor na úhradu revmatologické péče zdravotními pojišťovnami?“ a otázky č. 15

„Co navrhuje pro zlepšení úhrad revmatologické péče v ČR? Chybí Vám např. nějaký výkon, který by měl být hrazen zdravotními pojišťovnami? Pokud ano, tak jaký?“ z dotazníku pro revmatology, který byl vyplňován členy ČRS na přelomu listopadu a prosince 2019 on line.

PROGRAMOVÝ BLOK XII

PROBLEMATIKA VÝŽIVY A LÉKOVÝCH POTRAVINOVÝCH INTERAKCÍ

VÝŽIVA V REVMATOLOGII

Miroslav Urbánek, JIMP II. interní klinika 3. LF a FNKV, Praha

Malnutrice je stav výživy, kdy deficit, přebytek nebo nerovnováha energie, proteinů a dalších nutrientů způsobují měřitelné vedlejší účinky na tkáň těla a jeho funkci. Malnutrice významným způsobem ovlivňuje kvalitu života pacienta, dobu hospitalizace, úspěšnost terapie a prognózu. Dobrý stav výživy pomáhá předcházet komplikacím. V nemocničním prostředí se setkáváme s projevy malnutrice až u 70 % pacientů. Rozlišujeme několik typů malnutrice. Prostá malnutrice (kachexie, energetická malnutrice) se vyznačuje

adaptací na hlad a hladina plazmatických bílkovin je v normě. Při proteinové malnutrice (kwashiorkor, tzv. stresové hladovění) je typický je pokles hladin plazmatických bílkovin. V praxi jsou časté kombinace obou typů. U obézního pacienta se popisuje tzv. sarkopenická obezita, kdy jeho svalová hmota je zcela insuficientní. Hladovění v nemoci se zásadně odlišuje od hladovění zdravého člověka. V tomto případě je determinováno systémovou zánětlivou odpovědí, imobilizací, vlastním onemocněním, diagnostikou i terapií a orgánovou náhradou. V praxi je tedy nezbytné vytipovat pacienty, kteří jsou v riziku malnutrice nebo se u nich již malnutrice projevila a dále ty, kteří mohou profitovat z nutriční intervence. Za tímto účelem existuje celá řada skórovacích systémů na podkladě antropometrie, subjektivních dat poskytovaných pacientem (např. NRS, MUST, etc.) a laboratorních parametrů. U pacientů se systémovým onemocněním pojava může být malnutrice multifaktoriální. Je způsobena postižením GIT onemocněním samotným (malabsorbce při vaskulopatii, u systémové sklerodermie, pseudoobstrukcí, mesenterickou vaskulitidou nebo exudativní enteropatií u SLE), ovlivněním zažívacího traktu léčbou onemocnění (NSAID, kortikoterapie) a v neposlední řadě koincidencí systémového onemocnění pojava a IBD a často i omezením fyzické aktivity. Je tedy zřejmé, že nutriční stav pacienta by měl patřit mezi parametry, které by měl revmatolog hodnotit při pravidelných kontrolách svých pacientů. Ke zlepšení nutričního stavu našich pacientů můžeme využít řadu možností. Pokud se primárně nejedná o strukturální onemocnění GIT, je první volbou modifikace a fortifikace stravy. K úpravě jídelníčku je s výhodou využití konzultace Nutričních terapeutů. Pokud nelze cílového množství zejména bílkovin dosáhnout běžnou fortifikovanou stravou, přichází na řadu enterální výživa ve formě sippingu (popíjení). Často jen touto jednoduchou intervencí můžeme zlepšit příjem energie až o 600kcal a bílkovin až o 30 g denně. V dalším sledu je možno využít sondovou enterální výživu, pokud to dovoluje stav trávicího traktu. Vzhledem k tomu, že se jedná o intervenci přirozenou cestou, je enterální výživa vždy preferovanou volbou. V případě selhání enterální výživy, přichází na řadu výživa parenterální. Tu považujeme za suplementární metodu

Inzerce



medac

www.medac-cz.eu

neboť pokud je aplikována samostatně a bez výživy enterální cestou být v malém objemu, může být spojena s významnými komplikacemi. U pacientů se systémovými onemocněními můžeme využít i farmakonutriční účinky některých nutrientů např. modifikací struktury lipidových emulzí, antioxidantů, vitamínů a stopových prvků.

POTRAVINY A LÉKOVÉ INTERAKCE

Hana Cíferská, Revmatologický ústav, Praha

Farmakokinetické a farmakodynamické vlastnosti léků využívaných v terapii systémových zánětlivých revmatických chorob mohou být ovlivněny celou řadou exogenních a endogenních faktorů, mezi které patří interakce s metabolity určitých potravin a potravinových doplňků, ať už s pozitivními nebo negativními důsledky pro pacienta. Interakce lze rozdělit na tři skupiny, první je funkční synergismus, dalšími jsou ovlivnění farmakokinetiky a farmakodynamiky. Mechanismy ovlivňující synergické účinky potravin a potravinových doplňků spočívají jednak v předpokladu, že různé substráty mohou regulovat stejný/odlišný cíl v rámci synergických/antagonistických interakcí, dále regulují enzymy a transportéry, které se podílejí na metabolismu daného léčiva prostřednictvím jater, gastrointestinálního traktu a ovlivňují jeho biologickou dostupnost a tím potenciálně zvýšit jeho účinnost. Cytochromy z rodiny P450 (CYP) se podílejí na metabolismu a biotransformaci celé řady léčiv a dalších exogenních substrátů v játrech. Jednotlivé CYP mohou zpracovávat navzájem interagující substráty např. CYP1A2 podílejší se na metabolismu leflunomidu. V průběhu let byla identifikována celá řada potravin a bylin se schopností ovlivnit CYP například grapefruit, zázvor, ginkgo biloba a další. Interakce potravin a léčiv mohou mít významné klinické důsledky a je třeba se jim vyhnout obzvláště tam, kde jednoduchých zásahů do dietologických zvyklostí pacienta může zabránit potenciálně toxickým interakcím mezi jednotlivými substráty. Potraviny, potravinové doplňky a herbální prostředky komplementární medicíny mohou výrazně ovlivnit metabolismus celé řady imunosupresivních a podpůrných léčiv využívaných v léčbě systémových zánětlivých revmatických chorob. Metotrexat (MTX) patří mezi nejvíce využívaná imunosupresiva v terapii systémových zánětlivých revmatických onemocnění. MTX jako derivát kyseliny listové a endogenních tetrahydrofolátů (THFA), má schopnost inhibice dějů závislých na THFA. Interakce mezi potravinami a potravinovými doplňky obsahující kyselinu listovou a MTX se podílí snížení jeho efektivity. Mezi známé byliny s negativní interakcí s MTX patří třezalka tečkovaná, vrba bílá či lékořice uralská.

HYPERURIKÉMIE, DNA A DIETNÍ INTERVENCE

Blanka Stibůrková, Revmatologický ústav, Praha; Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN, Praha

Doporučení Evropské ligy proti revmatismu (EULAR) pro léčbu dny zahrnují režimová a dietologická opatření k úpravě hyperurikémie. Recentní data rozsáhlých studií ukazují, že tradovaná nízko-purinová dieta, která se zdá být logickou volbou pro snížení objemu exogenních substrátů metabolizovaných ve finální produkt kyselinu močovou, zdaleka nevystihuje komplexnost tvorby kyseliny močové. V současnosti vzhledem k nárůstu podílu fruktózy v potravinářství (nízká cena, vysoká relativní sladivost) se do popředí dietních opatření dostává omezení příjmu fruktózy, jejíž katabolismus je výrazně spojen s tvorbou kyseliny močové. Obsahem prezentace je přehled významných studií zabývajících se vztahem různých dietních intervencí, hyperurikémie a dny – včetně přehledu obsahu purinů v běžných potravinách. Podpořeno projektem RVO 00023728.

Když csDMARD vašim pacientům
nestačí, můžete předepsat XELJANZ¹⁻³

JEDINÝ PERORÁLNÍ JAK
INHIBITOR SCHVÁLENÝ
PRO RA, UC A PsA¹

JEDNODUŠE SILNÁ ÚČINNOST⁴⁻⁶

Silná a rychlá úleva od příznaků RA a PsA^{4,5,7}
Setrvalá účinnost a flexibilita použití s, bez a po vysazení MTX u RA^{4-6,8}
Předepsán více než 362 000 pacientů celosvětově¹⁰
9,5letá data o dlouhodobé bezpečnosti
u RA a 3letá u PsA¹¹



Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování.

Zkrácené informace o přípravku: XELJANZ 5 a 10 mg potahované tablety XELJANZ 11 mg tablety s prodlouženým uvolňováním **Složení:** - léčivá látka: tofacitinibum citras odpovídající tofacitinibum 5 nebo 10 mg v jedné potahované tabletě a pomocné látky se známým účinkem: 59,44 mg, resp. 118,88 mg laktózy; nebo 11 mg v tabletě s prodlouženým uvolňováním a pomocné látky se známým účinkem: 152,23 mg sorbitolu; a další pomocné látky. **Indikace:** **Rheumatoidní artritida (RA):** v kombinaci s metotrexátem (MTX) k léčbě středně těžké až těžké aktivní rheumatoidní artritidy u dospělých pacientů, kteří dostatečně neodpovídali na jedno, případně i více chorob modifikujících antirevmatik (DMARD), nebo je netolerovali. **Ne podávat jako monoterapii v případě intolerance MTX, nebo pokud léčba MTX není vhodná. Psoriatická artritida (PsA):** v kombinaci s MTX k léčbě aktivní psoriatické artritidy u dospělých pacientů, kteří neměli dostatečnou odpověď na předchozí léčbu DMARD nebo ji netolerovali. **Ulcerozní kolitida (UC):** k léčbě dospělých pacientů se středně těžkou až těžkou aktivní ulcerozní kolitidou, kteří neměli dostatečnou odpověď na konvenční léčbu nebo biologickou látku, u kterých došlo ke ztrátě odpovědi nebo kteří tuto léčbu nebo látku netolerovali. **Dávkování a způsob podání:** RA – 5 mg 2x denně nebo 11 mg 1x denně, PsA – 5 mg 2x denně, UC – 10 mg 2x denně k indukci 8 týdnů, případně až 16 týdnů a 5 mg 2x denně jako udržovací léčba. Udržovací léčba dávkou 10 mg tofacitinibu dvakrát denně se nedoporučuje u pacientů s UC, u kterých jsou známy rizikové faktory žilního tromboembolismu (VTE), pokud je k dispozici vhodná alternativní léčba. U pacientů s UC, kteří nemají zvýšené riziko VTE, lze zvážit podávání 10 mg tofacitinibu perorálně dvakrát denně, pokud u pacienta došlo ke snížení odpovědi na dávku 5 mg tofacitinibu dvakrát denně a k selhání odpovědi na alternativní možnosti léčby ulcerozní kolitidy jako je léčba inhibitory TNF. Tofacitinib v dávce 10 mg dvakrát denně jako udržovací léčba se má podávat jen po co nejkratší době. Má se podávat nejnižší účinná dávka, která postačuje k udržení odpovědi. Léčbu je třeba přerušit, pokud se u pacienta rozvine závažná infekce, a to až do jejího zvládnutí. Přerušit léčbu může být nutné tehdy, je-li třeba upravit laboratorní abnormality související s dávkou zahrnující lymfopenii, neutropenii a anemii. Podávání se nedoporučuje zahajovat u pacientů s absolutními počty lymfocytů nižším než 750 buněk/mm³, neutrofilů (ANC) nižším než 1000 buněk/mm³ a u pacientů s hemoglobinem nižším než 9 g/dl. Celkovou denní dávku je třeba snížit na polovinu u pacientů užívajících silné inhibitory cytochromu P450 (CYP) 3A4 (např. ketokonazol), u pacientů užívajících souběžně 1 nebo více léčivých přípravků, které vedou ke středně silné inhibici CYP3A4 a zároveň k silné inhibici CYP2C19 (např. flukonazol), u pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu < 30 ml/min) a u pacientů se středně těžkou poruchou funkce jater (Child Pugh B). **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou nebo pomocnou látku. Aktivní tuberkulóza, závažné infekce jako sepse, nebo oportunní infekce. Těžká porucha funkce jater. Těhotenství a kojení. **Zvláštní upozornění:** použití je třeba se vyhnout v kombinaci s biologickými DMARD a potenciálními imunosupresivy, např. azathiopinem, 6-merkaptopinem, cyklosporemem a takrolimem. Podávání nesmí být zahájeno u pacientů s akutními infekcemi včetně infekcí lokalizovaných. Léčbu je třeba přerušit, pokud se u pacienta rozvine závažná infekce, oportunní infekce nebo sepse. Pacient, u něhož se během léčby rozvine nová infekce, musí podstoupit okamžitě a kompletní diagnostické testování vhodné pro imunokompromitované pacienty; je třeba u něj zahájit odpovídající antimikrobiální léčbu a dálekladně jej sledovat. U pacientů starších 65 let lze zvážit léčbu tofacitinibem, pouze pokud není k dispozici vhodná alternativní léčba. Pacienti musí být před podáním přípravku, a dle platných postupů také během něj, vyšetřeni a otestováni na přítomnost latentní nebo akutní infekce TBC. Pacienti s latentní TBC, kteří mají pozitivní test, musí před podáním podstoupit předléčení standardní antituberkulózní terapií. Screening na virovou hepatitidu je třeba provést v souladu s klinickými postupy před zahájením léčby. Před zahájením léčby u pacientů s přítomnou malignitou nebo s malignitou v anamnéze (kromě úspěšně vyléčeného nemelanomového karcinomu kůže) nebo při zvažování další léčby u pacientů, u nichž se rozvinula malignita, je třeba zvážit rizika a přínosy této léčby. Vakcinace: živé vakcíny se nedoporučuje podávat souběžně. Očkování živou vakcínou musí proběhnout alespoň 2 týdny, ale lépe 4 týdny před zahájením léčby. Tofacitinib je třeba používat s opatrností u pacientů se známými rizikovými faktory VTE bez ohledu na indikaci či dávku. **Interakce:** Interakce s jinými léčivými přípravky: expozice přípravku XELJANZ je zvýšená, pokud je podáván současně s potenciálními inhibitory CYP3A4 (např. ketokonazolem) nebo pokud je podáván v rámci souběžné léčby s jedním či více léky vedoucími ke střední inhibici CYP3A4 i k silné inhibici CYP2C19 (např. flukonazolem). Současné podávání potenciálních inhibitorů CYP3A4 se nedoporučuje. **Fertilita, těhotenství a kojení:** XELJANZ je v těhotenství i během kojení kontraindikován. Ženám ve fertilním věku je třeba doporučit, aby během léčby přípravkem XELJANZ a nejméně 4 týdny po poslední dávce používaly účinnou antikoncepci. **Nežádoucí účinky:** nazofaryngitida, pneumonie, chřipka, herpes zoster, infekce močových cest, sinusitida, bronchitida, faryngitida, anemie, bolest hlavy, hypertenze, kašel, bolest břicha, zvracení, průjem, nauzea, gastritida, dyspepsie, vyrážka, artralgie, pyrexie, periferní edém, únava, zvýšená kreatininostokláza v krvi. **Uchovávaní:** nevyžadují se žádné zvláštní teplotní podmínky uchovávaní. Má se uchovávat v původní lahvičce a/nebo blistru, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Balení:** HDPE lahvičky s vysušedlem ze silikagelu a dětským bezpečnostním uzávěrem obsahující 60 nebo 180 potahovaných tableť nebo 30 nebo 90 tableť s prodlouženým uvolňováním. Blistry s hliníkovou fólií / PVC podložkou hliníkovou fólií obsahující 14 potahovaných tableť nebo 7 tableť s prodlouženým uvolňováním. Jedno balení obsahuje 56, 112 nebo 182 potahovaných tableť nebo 28 nebo 91 tableť s prodlouženým uvolňováním. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Europe MA EIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles, Belgie. **Registrační číslo:** EU/11/17/1178/001-14. **Datum poslední revize textu:** 14.1.2021. **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis.** Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění s omezením. S úhradou přípravku v konkrétní indikaci se seznamte na www.sukl.cz. Před předepsáním se prosím seznamte s úplnou informací o přípravku.

csDMARD = konvenční syntetické choroby modifikující antirevmatické léky; **JAK** = inhibitory Janusovy kinázy; **MTX** = metotrexát; **PsA** = psoriatická artritida; **RA** = rheumatoidní artritida; **UC** = ulcerozní kolitida.

Reference: 1. Xeljanz SPC. 2. Singh JA et al. Arthritis Rheumatol 2016; 68: 1–26. 3. Gossec L et al. Ann Rheum Dis 2020; 0: 1-15. Doi: 10.1136/annrheumdis-2019-216855. 4. Fleischmann R et al. N Engl J Med 2012; 367: 495–507. 5. Van Vollenhoven RF et al. N Engl J Med 2012; 367: 508-19. Doi: 10.1056/nejmoa-1112072. 6. Fleischmann R et al. Lancet. 2017; 390(10093):457-468. 7. Maese P et al. N Engl J Med 2017; 377(16):1537-1550. 8. Cohen SB et al. Lancet Rheumatol. doi:10.1016/S2665-9913(19)30005-0. 9. Wollenhaupt U et al. Arth Res Th. 2019; 21(1):89. 10. Počty pacientů. Data on file. Na vyžádání u společnosti Pfizer. 11. Nash P et al. ACR Annual Scientific Meeting; Oct 19-24, 2018; Chicago, IL. Poster 2565. Rheumatol. doi:10.1016/S2665-9913(19)30005-0. 12. Seznam léčiv a PZLU hrazených ze zdravotního pojištění. www.sukl.cz.

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5

tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270, www.pfizer.cz, www.pfizerpro.cz/xeljanz

PP-LEL-GZE-0053

Průlomové léky, které mění život pacientům™

NUTRIČNÍ DOPORUČENÍ PŘI ONEMOCNĚNÍ LEDVIN

Jan Vachek, Klinika nefrologie, VFN a 1. LF UK, Praha

K rozvoji onemocnění ledvin může docházet v důsledku mnoha systémových onemocnění, včetně nemocí revmatického okruhu, zároveň jde o častou komorbiditu. Onemocnění ledvin musí zohlednit specialisté prakticky všech oborů, už jen např. kvůli nutnosti upravit dávkování léků nebo doporučení k výživě a životosprávě obecně, zvolit optimální vyšetřovací metodu nebo léčebný postup. Příkladem takových systémových onemocnění s nutností interdisciplinárního přístupu může být lupusová nefritida či ANCA asociované vaskulitidy.

Odhaduje se, že klinicky významné onemocnění ledvin postihuje asi 13% populace, přičemž tento podíl narůstá. Vhodně zvolená výživa může progresi renálního onemocnění významně zpomalit, čímž vede ke zlepšení kvality života a oddálení nutnosti náhrady funkce ledvin. Sdělení stručně shrnuje zásady nutričních doporučení při onemocnění ledvin relevantních pro práci revmatologa.

PROGRAMOVÝ BLOK XIII**VARIA****NÍZKÁ COMPLIANCE SE SOUČASNÝMI MEZINÁRODNÍMI DOPORUČENÍMI PRO MONITORACI HYDROXYCHLOROCHINEM INDUKOVANÉ RETINOPATIE V ČESKÉ REPUBLICE – ANALÝZA Z NÁRODNÍHO REGISTRU HRAZENÝCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB**

Jakub Závada^{1/}, M. Uher^{2/}, ^{1/}Revmatologický ústav, Praha, ^{2/}ÚZIS, Praha

Hydroxychlorochin (HCQ) je nezbytnou součástí léčby SLE a významným přínosem v terapii dalších revmatických onemocnění. Hlavní nežádoucím účinkem, který omezuje jeho dávkování, je riziko retinopatie. Zavedení velmi citlivých metod screeningu HCQ retinopatie včetně optické koherenční tomografie se spektrální doménou (SD OCT) a automatické perimetrie umožnilo její včasnou detekci a zastavení progresu do klinicky významných stadií typu makulopatie býčího oka. V současnosti se proto doporučuje, aby a) všichni pacienti, u kterých je v plánu dlouhodobá léčba antimalariky, absolvovali vstupní oční vyšetření nejpozději do 12 měsíců od zahájení léčby a b) všichni jedinci, kteří užívali hydroxychlorochin déle než 5 let, byli každoročně vyšetřeni pomocí automatické perimetrie a SD-OCT.

Pomocí analýzy dat o preskripci léků a vykázaných vyšetření v Národním registru hrazených zdravotních služeb (NRHZZ) zmapovat současnou situaci na poli screeningu HCQ retinopatie v ČR.

Analýzovali jsme data plátců zdravotní péče v ČR v NRHZZ od roku 2010-2019. Jako incidentní pacienty jsme označili ty pojištěnce, kterým byl ve sledovaném období vydán první recept na Plaquenil. „Intervalovou“ prevalenci jsme zachytili počet pojištěnců, kterým byl v konkrétním roce vydán alespoň jeden recept na Plaquenil a „průměrnou“ prevalenci počet pojištěnců, u kterých vydané recepty množstevně pokrývaly každý den jednotlivého roku. Pro posouzení compliance s doporučeními pro monitoraci HCQ retinopatie jsme využili vykázané procedurální kódy pro oční vyšetření a perimetrii. SD-OCT není v této indikaci pojišťovnou vůbec hrazeno, procedurální kódy pro SD-OCT tedy nebylo možné analyzovat.

V roce 2018 bylo v NRHZZ evidováno 4098 incidentní uživatelů Plaquenilu a 58% z nich absolvovalo do 12 měsíců od vydání receptu oční vyšetření. 8202 pacientů bylo v roce 2019 léčeno antimalariky alespoň 5 let a bylo tedy indikováno ke každoročnímu screeningu. 58% z nich absolvovalo oční vyšetření, ale pouze u 12% byl vykázan procedurální kód pro perimetrii. Další výsledky jsou v tabulce 1 – viz příloha.

Naše výsledky naznačují, že až 1/3 pacientů dlouhodobě léčených HCQ v ČR nebyla vůbec vyšetřena v odpovídajícím časovém období očním specialistou a skoro 90% z nich nebylo vyšetřeno adekvátním očním testem (tj. perimetrií). Tato zjištění by měla podpořit iniciativy vedoucí k vzniku národních doporučení pro prevenci HCQ retinopatie, zajištění funkčního screeningového programu a zvyšování povědomosti revmatologů i očních specialistů o moderních screeningových metodách v ČR.

Tabulka 1

Vstupní oční vyšetření u pacientů zahajujících léčbu v roce 2018

Celkový počet pacientů 4112

% pacientů s očním vyšetřením do 12 měsíců od zahájení léčby (95% IS) 57,9 (56,4; 59,4) %

Medián doby do prvního očního vyšetření (95% IS) 8,7 (8,2; 9,3) měsíců

Roční frekvence očních vyšetření (95% IS) 1,12 (1,08; 1,15) vyšetření/rok

Četnost očních vyšetření u pacientů s 5letou kumulativní expozicí v roce 2019*

Celkový počet pacientů 8202

Počet (%) pacientů s očním vyšetřením v roce 2019 4 799 (58,5 %)

Počet (%) pacientů s vyšetřením perimetrem v roce 2019 968 (11,8 %)

Incidence a prevalence léčby (hydroxy)chlorochinem

Rok Incidence nově léčených pacientů Intervalová roční prevalence Průměrná roční prevalence*

2012 5 692 19 616 10 125

2013 5 392 20 169 10 682

2014 5 457 20 895 11 121

2015 4 801 20 868 11 465

2016 4 707 20 930 11 652

2017 4 416 20 901 11 886

2018 4 112 21 089 12 178

2019 4 098 21 322 12 500

Celkem 2012 až 2019 38 675 54 173

* Průměrný počet pacientů léčených v každém jednotlivém dni daného roku

ŽIVOT OHROZUJÚCI PRIEBEH SEKUNDÁRNEJ AUTOIMUNITNEJ TROMBOCYTOPÉNIE PRI SLE

*Martina Škamlová, Z. Kmečová, F. Máliš, A. Wild, II. Interná klinika SZU FN sP FD Roosevelta, Banská Bystrica, SR
Národný ústav reumatických chorôb, Piešťany, Hematologické oddelenie FN sP FD Roosevelta, Banská Bystrica*

SLE je multisystémové ochorenie s variabilným orgánovým postihnutím. Klinické prejavy môžu zahŕňať vzájomne protichodné manifestácie s extrémne problematickým manažmentom liečby.

Popis prípadu: 20 ročná žena, diagnostikovaná r. 2007 ako Sharpov syndróm (Raynaudov f., pľúcne postihnutie, Tro, artritídy, anti U1RNP), neskôr prehodnotená ako SLE, liečená kortikoidmi, azatioprinom a antimalarikom. V r. 2008 sa manifestovala ileofemorálna trombóza vľavo rámcí antifosfolipidového syndrómu s iniciáciou antikoagulačnej liečby LMWH, neskôr na rivaroxabane. V nasledujúcich rokoch absolvovala početné hospitalizácie pre život ohrozujúce trombocytopénie s ťažkými metrorágiami (Hb pod 50g/l, Tro pod 10x10⁹). Trombocytopénia liečená pulznou kortikoterapiou, imunoglobulínmi, analógmi trombopoetínu, rituximabom, splenektómiou – bez trvalého efektu. Opakovane menená imunosupresia (trvalo vysoké dávky kortikoidov, mykofenolát mofetil, azatioprin, cyklosporín), rovnako bez dlhodobého efektu. Neustála potreba zmeny dávok LMWH/analógov trombopoetínu pre riziko krvácania/retrombózy. Ileofemorálna retrombóza r. 2016. Klinické utrpenie hematológa a reumatológa ukončilo nasadenie belimumabu v r. 2017, s postupnou normalizáciou počtu trombocytov s vysadením analógov trombopoetínu a možnosťou pokračovania v neprerušovanej perorálnej antikoagulačnej liečbe.

Poukazujeme na komplikovaný manažment vzájomne protichodných manifestácií SLE (trombóza/trombocytopénia a krvácanie) a kľúčový význam tesnej medziodborovej spolupráce.

ANTI-FOSFATIDYL SERINOVÉ PROTILÁTKY (APS/PT) JAKO NOVÝ BIOMARKER V DIAGNOSTICE ANTIFOSFOLIPIDOVÉHO SYNDROMU (APS)

Luděk Slavík^{1/}, A. Skoumalová^{2/}, P. Horák^{2/}, M. Skácelová^{2/}, J. Úlehlová^{1/}, P. Bradáčová^{1/}, J. Procházková^{1/} a A. Hluší^{1/},
^{1/}Hemato-onkologická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty University Palackého Olomouc ^{2/}III. interní klinika, Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty University Palackého, Olomouc

Diagnostika APS je dlouhodobě standardizována na základě laboratorních a klinických kritérií. Protilátky aPS / PT se začaly považovat za potenciální biomarkery pro antifosfolipidový syndrom (APS). Anti-fosfatidyl serinové protilátky (aPS/PT) jsou spojovány se závažnými trombózami, těhotenskými komplikacemi včetně vaskulární mikroangiopatie, která je obecně spojena s vysoce rizikovými formami APS vyžadujícími terapii. Tato studie zkoumá roli aPS / PT protilátek jako laboratorního rizikového faktoru pro APS tím, že hodnotí souvislost mezi těmito protilátkami a klinickými / laboratorními profily APS. K vyšetření byli indikováni pacienti v rámci diagnostiky a sledování systémových autoimunitních onemocnění a pacienti s manifestací tromboembolické nemoci bez vazby na tuto onemocnění.

Byly odebrány vzorky plazmy od 160 pacientů s podezřením na APS. V současné době doporučený panel diagnostiky APS (lupus antikoagulans, antikardiolipinové protilátky a beta-2-glykoproteinové protilátky I) byl doplněn protilátkami IgG a také IgM aPS / PT.

Doplnění testů aPS / PT IgG a IgM k panelu aCL, beta-2-GPI a LA ve skupině pacientů s podezřením na výskyt APS vedlo ke zvýšení celkového pozitivního laboratorního screeningu z 21,9 na 25 %.

Skutečný výskyt protilátek aPS / PT IgG a IgM v našem vzorku byl 23,75 %. Převážná většina pozitivních nálezů na protilátky aPS / PT byla již pozitivní na přítomnost aCL, beta-2-GPI a LA, avšak 17 pacientů vykazovalo izolovaný výskyt protilátek aPS / PT s klinicky významnou hodnotou nad 40 IU/ml u 5 pacientů.

Vyšetření aPS / PT IgG a IgM protilátek se zdá být jedním z potenciálních testů, které by mohly doplnit současnou diagnózu APS a pomáhat při detekci pacientů s jinými typy protilátek, které přesto vykazují stejný typ trombotických komplikací v APS jako dosud vyšetřované aCL, beta-2-GPI a LA.

Podpořeno granty UP LF-2020-002 a MZd CZ - DRO (FNOI, 00098892).

LEDVINNÉ POSTIŽENÍ U NEMOCNÝCH PO ATACE DIFÚZNÍ ALVEOLÁRNÍ HEMORAGIE

Petr Bradna, J. Maňák, S. Sulková-Dušilová, M. Kodeda, T. Soukup, II. interní GE klinika, subkatedra revmatologie LF a FN, Hradec Králové

Difúzní alveolární hemoragie je primárně vaskulitidou alveolárních kapilár. Jde však současně o celkový závažný stav, mnohdy vyžadující intenzivní péči při selhávání základních životních funkcí. Navíc jsou dominantní postiženou skupinou nemocní s některým typem systémové vaskulitidy, nejčastěji granulomatózou s polyangiitidou.

Exacerbace ledvinného postižení je obvyklým doprovodným projevem ataky DAH.

Sestava nemocných: 41 pacientů po atace DAH. Jde o 19 mužů, 22 žen, průměrný věk 55 let, přežívající sledovaní po více než 12 měsících

Základní onemocnění bylo známo před akutní příhodou u 57% nemocných, u 43 % nemocných byla ataka DAH prvním projevem systémového onemocnění pojiva.

ANCA pozitivní vaskulitidy byly základní dg. u 43%, mikroskopická polyangiitida u 17 %, antiGBM protilátkový syndrom 7 a u dalších 7 % nemocných šlo o jinou systémovou chorobu (SLE, systém sklerodermie, Sjögrenův syndrom).

Renální selhání vyžadující v akutní fázi eliminační léčbu se rozvinulo v 51%. Během akutní ataky DAH zemřelo 24% sestavy, z toho v 70% bylo přítomné renální selhání. Po 12 měsících byla nutná dialyzační léčba u 9,5% přežívajících.

Závěry: Renální selhání je častou komplikací závažné plicní kapilaritidy. Zavedení dialyzační léčby v akutním stadiu bylo nutné u poloviny nemocných. U většiny pacientů je renální selhání reverzibilní a nepotřebují dlouhodobou eliminační terapii, u 10% je dlouhodobá dialyzační léčba nutná.

ASYMPTOMATICKÁ HYPERURIKÉMIE A MORTALITA PO AKUTNÍM IM, ANALÝZA 5LETÉHO SLEDOVÁNÍ

David Suchý, M. Hromádka, O. Mayer, D. Rajdl, Fakultní nemocnice, Plzeň

Kyselina močová je konečný produkt metabolismu exogenních a endogenních purinů, které se v prvním kroku transformují na hypoxantin a xanthin a poté enzymem xantin oxidáza na konečný produkt kyseliny močové. Tato postupná enzymatická degradace také vede k velkému počtu reaktivních druhů kyslíku majících mnoho patofyziologických důsledků.

Pokud jde o kardiovaskulární systém, vede výsledný oxidační stres primárně k endoteliální dysfunkci a ovlivňuje další procesy aterosklerózy. Při akutním infarktu myokardu hraje důležitou roli také tzv. Ischemicko-reperfuční poškození zprostředkované oxidačním stresem. Kyselina močová má naopak antioxidační úlohu, takže její snížená hladina může být potenciálně spojena se zvýšeným oxidačním stresem.

Hyperurikémie je spojována s kardiovaskulárními chorobami (CVD) po celá desetiletí a existují epidemiologické důkazy o její roli jako nezávislého rizikového faktoru. Studie NHANES III ((Third National Health and Nutrition Examination Survey)) odhalila zvýšené riziko celkové a kardiovaskulární úmrtnosti u 15773 pacientů v důsledku zvýšených hladin kyseliny močové. Podobné údaje o výskytu infarktu myokardu u 12866 mužů ve studii MR FIT (the Multiple Risk Factor Intervention Trial) prokázaly mírnou souvislost s hyperurikémií a dnou, a to i po adjustaci renálních funkcí, kardiovaskulárních rizikových faktorů a dalších potenciálních kovariátů. Velmi rozsáhlá studie z Tchaj-wanu potvrdila souvislost mezi hyperurikémií a celkovou nebo kardiovaskulární mortalitou u 354110 subjektů, významné riziko však bylo pozorováno také u nízké urikémie. Tento výsledek naznačuje, že mezi urikémií a kardiovaskulárním rizikem může existovat určitý vztah ve tvaru U, a lze předpokládat, že výše uvedené antioxidační vlastnosti kyseliny močové hrají v tomto jevu klíčovou roli. Epidemiologické údaje shromážděné v posledních letech tedy podporují souvislost mezi urikémií a kardiovaskulárním rizikem. Tato skutečnost se odráží také ve stávajících směrnících ESC-EHS, v nichž je kyselina močová považována za jeden z rizikových faktorů ovlivňujících globální kardiovaskulární riziko a doporučuje, aby byly u všech hypertenziv s hyperurikémií vyšetřeny komorbidity CVD.

Základem současné léčby hyperurikémie je podávání inhibitoru xanthinoxidázy allopurinolu, i když hladiny kyseliny močové jsou dále sníženy několika dalšími léčivými přípravky. V přednášce budou prezentovány výsledky 5letého sledování souboru 5196 pacientů (akutní IM s elevacemi ST úseku byl přítomen u třetiny nemocných) z Fakultní nemocnice v Plzni

Cílem analýzy bylo posoudit riziko úmrtnosti na hyperurikémií nebo naopak nízké koncentrace kyseliny močové ve specifické situaci akutního infarktu myokardu a možný účinek současné léčby alopurinolem.

AKRÁLNÍ ISCHEMIE – KAZUISTIKA

Katarína Bebjaková, Tomáš Soukup, Subkatedra revmatologie, II. interní gastroenterologická klinika, LF a FN Hradec Králové

Kazuistika pojednává o problematice diferenciální diagnostiky akralní ischemie, konkrétně postižení cév středního kalibru. V rámci diagnostického procesu je věnována pozornost zejména nemocem ze spektra tromboembolických příhod a systémových onemocnění pojiva.

Popis případu: Předkládáme případ 34leté pacientky, kuřačky, původně hospitalizované ve spádu s protrahovanými gastrointestinálními obtížemi. Vstupně byly laboratorně patrné známky zánětu, dehydratace a lehká malnutrice. Po nasazení ATB terapie následoval ústup trávících obtíží s pozvolným nástupem ischemické symptomatologie na horních končetinách.

Pacientka přeložena na naše revmatologické oddělení se suspekci na revmatologické onemocnění, v tom čase byla ischemická ložiska na periférii všech čtyř končetin. Pro nebezpečí z prodlžení zahájena pulzní kortikoterapie, pro suspekci na blíže neurčenou vaskulitidu, která bez efektu. Následoval neúspěšný vasografický pokus o lokální revaskularizaci. Zahájena vasodilatační terapie, při které se stav stabilizoval. V rámci široké diferenciální diagnostiky následně CT angiografie dolních končetin odhalila pravou příčinu obtíží pacientky – Buergerovu nemoc. Léčba byla komplikovaná dále gangrénou distálního článku 2. prstu levé horní končetiny, která si nakonec vyžádala amputaci.

Závěr: Buergerova nemoc je velmi vzácné onemocnění, jehož diagnostika často vyžaduje delší čas a vystavuje tak pacienty nebezpečí z prodlení s větším množstvím komplikací, které nezníjka končí i amputací. Jedná se o onemocnění, jehož prevalence sepatrně mění - objevuje se víc a víc případů onemocnění u žen i postižení horních končetin.

GRANULOMA ANNULARE – KAZUISTIKA

Radoslav Roman^{1/}, P. Němec^{1/}, L. Procházková^{1/}, E. Březinová^{2/},^{1/} Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, II. interní klinika, oddělení revmatologie, Brno,^{2/} Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, I. dermatovenerologická klinika, Brno

V našem sdělení prezentujeme případ 50leté pacientky, která byla v červnu 2018 vyšetřena v naší revmatologické ambulanci pro pozvolna se tvořící tuhé, nebolestivé, podkožní uzly na loktech, ulnární ploše předloktí v jeho proximální třetině a nad PIP klouby dolních končetin. První projevy onemocnění se začaly objevovat v průběhu roku 2011. Předchozí vyšetření revmatologem vyloučilo souvislost s revmatickým onemocněním, avšak bez dalšího bližšího určení podkožních útvarů. Na základě prvního histologického vyšetření uzlu, provedeného v červnu 2018, bylo vysloveno podezření, že se jedná o revmatoidní uzel. Podrobné klinické, laboratorní a rentgenové vyšetření, provedené v naší ambulanci, nepotvrdilo diagnózu revmatoidní artritidy.

Pacientku jsme odeslali s podezřením na projevy granuloma annulare k dermatologickému vyšetření. Dermatolog tuto diagnózu potvrdil a indikoval terapii hydroxychlorochinem v dávce 200 mg denně. Současně byla provedena opakovaná biopsie uzlu, se závěrem chronická granulomatozní dermatitida. Vzhledem k podobnému histologickému nálezu podkožní formy granuloma annulare a revmatoidních uzlů však patolog nebyl schopen bližšího určení. Tři měsíce po zahájení léčby neměla pacientka nové projevy onemocnění a došlo k regresi velikosti uzlů v oblasti loktů. Současně se neobjevily žádné příznaky revmatického onemocnění.

Granuloma annulare je chronické, benigní, granulomatózní kožní onemocnění, které svými projevy může napodobovat revmatoidní uzly. Varianty granuloma annulare zahrnují formu lokalizovanou, disseminovanou, podkožní a perforující.

Vzhledem ke klinickému průběhu, laboratorním a histologickým nálezům, je granuloma annulare diagnózou, která nejlépe vystihuje prezentovaný případ. V našem sdělení současně diskutujeme problematiku diferenciální diagnostiky podkožních zánětlivých granulomů.

PREZENTACE POSTERŮ

1.

RISK FOR PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION FOLLOWING A RHEUMA-RELATED HOSPITALIZATION: RESULTS FROM A CZECH NATIONWIDE, COHORT STUDY

Tomáš Formánek ^{1/}, Karolína Mladá ^{1,2/}, Markéta Hušáková ^{3/}, ^{1/} Department of Public Mental Health, National Institute of Mental Health, Czech Republic, ^{2/} Faculty of Medicine in Pilsen, Charles University, Czech Republic, ^{3/} Institute of Rheumatology, Prague

Acknowledgement: Supported by the project (Ministry of Health Czech Republic) for conceptual development of research organization 00023728 (Institute of Rheumatology).

Background: Cohort studies using nationwide health registers have shown an increased risk for affective and anxiety disorders in people with ankylosing spondylitis (AS) and rheumatoid arthritis (RA) (1-3). Moreover, a nationwide cohort study demonstrated an increased risk for mental disorders in people with rheumatic diseases (4).

Objectives: We aimed to investigate the risk for psychiatric hospitalization following a hospitalization for rheumatic disease.

Methods: Using data from the Czech nationwide register of all-cause hospitalizations, we obtained 4 971 individuals hospitalized (index hospitalization) between 2004 and 2012 for rheumatic diseases - RA, spondyloarthritis (including AS, psoriatic arthritis and undifferentiated spondyloarthritis), systemic lupus erythematosus and systemic scleroderma, with no history of psychiatric and rheuma-related hospitalization in the previous 10 years from the index hospitalization. On these individuals, we randomly matched (on age, gender and year of index hospitalization) controls that were hospitalized in the same time period for a non-rheumatic disease and have no history of psychiatric and rheumatic hospitalization in the last 10 years from their index hospitalization, in the ratio of 1:5. We employed conditional logistic regression for assessing the risk for psychiatric hospitalization in the subsequent 3 years from the index hospitalization. To strengthen our results, we repeated the matching step 100 times and run the analysis on each resulting dataset separately, and pooled the results. The findings are expressed as odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (95% CI). **Results:** We identified an elevated risk for psychiatric (OR = 1.34, 95% CI = 1; 1.78) and for affective disorders (OR = 2.19, 95% CI = 1.17; 4.1) in people hospitalized for rheumatic diseases. We did not find a statistically significant association with organic, psychotic and anxiety disorders.

Conclusions: There is an increased risk for experiencing a psychiatric disorder in the period of 3 years after a rheuma-related hospitalization.

REFERENCES:

1. Shen C-C, Hu L-Y, Yang AC, Kuo BI-T, Chiang Y-Y, Tsai S-J. Risk of Psychiatric Disorders following Ankylosing Spondylitis: A Nationwide Population-based Retrospective Cohort Study. *The Journal of Rheumatology*. 2016;43(3).
2. Park J-S, Jang H-D, Hong J-Y, Park Y-S, Han K, Suh S-W, et al. Impact of ankylosing spondylitis on depression: a nationwide cohort study. *Scientific Reports*. 2019;9(1):6736.
3. Hsu C-C, Chen S-C, Liu C-J, Lu T, Shen C-C, Hu Y-W, et al. Rheumatoid Arthritis and the Risk of Bipolar Disorder: A Nationwide Population-Based Study. *PLOS ONE*. 2014;9(9).
4. Sundquist K, Li X, Hemminki K, Sundquist J. Subsequent Risk of Hospitalization for Neuropsychiatric Disorders in Patients With Rheumatic Diseases: A Nationwide Study From Sweden. *Archives of General Psychiatry*. 2008;65(5):501-7.

2.

NEGATIVE CHANGES OF BODY COMPOSITION IN MYOSITIS PATIENTS AND ITS ASSOCIATION WITH DISEASE CHARACTERISTICS, PHYSICAL ACTIVITY AND NUTRITIONAL STATUS

Sabina Oreska ^{1,2/}, Maja Spiritovic ^{3/}, Petr Cesak ^{3/}, Ondrej Marecek ^{3/}, Hana Storkanova ^{1,2/}, Barbora Hermankova ^{3/}, Katerina Kubinova ^{1,2/}, Martin Klein ^{1,2/}, Lucie Vernerova ^{1,2/}, Olga Ruzickova ^{1,2/}, Karel Pavelka ^{1,2/}, Ladislav Senolt ^{1,2/}, Herman Mann ^{1,2/}, Jiri Vencovsky ^{1,2/}, Michal Tomcik ^{1,2/}, ^{1/}Institute of Rheumatology, ^{2/}Department of Rheumatology, 1st Faculty of Medicine, ^{3/}Faculty of Physical Education and Sport, Department of Physiotherapy, Charles University, Prague

Background: Skeletal muscle, pulmonary and articular involvement in idiopathic inflammatory myopathies (IIM) limit the mobility/self-sufficiency of patients, and can have a negative impact on body composition.

Objective: The aim was to assess body composition and physical activity of IIM patients and healthy controls (HC) and the association with selected inflammatory cytokines/chemokines and laboratory markers of nutrition and lipid metabolism.

Methods: 54 patients with IIM (45 females; mean age 57.7; disease duration 5.8 years; polymyositis (PM, 22) / dermatomyositis (DM, 25) / necrotizing myopathy (IMNM, 7)) and 54 age-/sex-matched HC (45 females, mean age 57.7) without rheumatic/tumor diseases were included. PM/DM patients fulfilled Bohan/Peter criteria for PM/DM. We assessed body composition (densitometry: iDXA Lunar, bioelectric impedance: BIA2000-M), physical activity (Human Activity Profile, HAP questionnaire), serum levels of 27 cytokines/chemokines (commercial multiplex ELISA kit, Bio-Rad Laboratories) and serum levels of selected parameters of nutrition and lipidogram. Disease activity (MITAX and MYOACT activity score) and muscle involvement (manual muscle testing, MMT-8, and functional index 2, FI2) were evaluated. Data are presented as mean±SD.

Results: Compared to HC, patients with IIM had a trend towards significantly increased body fat % (BF%; iDXA: 39.9±7.1 vs. 42.4±7.1 %, p=0.077), but significantly decreased lean body mass (LBM; iDXA: 45.6±8.1 vs. 40.6±7.2 kg, p=0.001; BIA: 52.6±8.8 vs. 48.7±9.0 kg, p=0.023), increased extracellular mass/body cell mass (ECM/BCM) ratio (1.06±0.15 vs. 1.44±0.42, p<0.001), reflecting deteriorated nutritional status and predisposition for physical activity, and significantly lower bone mineral density (BMD: 1.2±0.1 vs. 1.1±0.1 g/cm², p<0.001). Disease duration negatively correlated with BMD and LBM-BIA. Disease activity (MITAX, MYOACT) positively correlated with LBM (by BIA and DXA), similarly as with basal metabolic rate (BMR), and fat free mass (FFM). CRP was positively associated with BF% (BIA and DXA). Higher BF%-DEXA was associated with worse physical endurance (FI2) and worse ability to perform physical activity (HAP). MMT-8 score negatively correlated with ECM/BCM ratio. Serum levels of several inflammatory cytokines/chemokines (specifically IL-1ra, MCP, IL-10) and markers of nutrition (specifically albumin, C3-, C4-complement, cholinesterase, amylase, insulin and C-peptide, vitamin-D, orosomucoid), and lipid metabolism (specifically triglycerides, high-density lipoprotein, apolipoprotein A and B, atherogenic index of plasma) were significantly associated with alterations of body composition in IIM patients. (p<0.05 for all correlations).

Conclusions: Compared to healthy age-/sex-matched individuals we found significant negative changes in body composition of our IIM patients associated with their disease activity and duration, inflammatory status, skeletal muscle involvement, and physical activity. These data could reflect their impaired nutritional status and predispositions for physical exercise, aerobic fitness and performance.

Serum levels of certain inflammatory cytokines/chemokines and markers of nutrition and lipid metabolism were associated with alterations of body composition in IIM patients. This might further support the role of systemic inflammation and nutritional status on the negative changes in body composition of IIM patients.

Acknowledgement: Supported by AZV NV18-01-00161A, MHCR 023728 and GAUK 312218

Table 1: Body composition in IZM and HC.

Table 1: Body composition in IZM and HC.							
Correlated parameters	IZM (n=54)	HC (n=54)	p-value	Correlated parameters	IZM (n=54)	HC (n=54)	p-value
BF% (iDXA)	42.4±7.1	39.9±7.1	0.077	ECM/BCM	1.06±0.15	1.44±0.42	<0.001
LBM (kg, iDXA)	40.6±7.2	45.6±8.1	0.001	BMD (g/cm ²)	1.1±0.1	1.2±0.1	<0.001
LBM (kg, BIA)	48.7±9.0	52.6±8.8	0.023				

KEVZARA®

(sarilumabum) injekce

200 mg | 150 mg

Pro pacienty s RA, kteří nedosahují léčebných cílů*1

* RA – revmatoidní artritida

Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.

Kevzara 150 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce nebo v předplněném peru.

Kevzara 200 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce nebo v předplněném peru.

Léčivá látka: sarilumabum. **Indikace:** Přípravek Kevzara je v kombinaci s methotexátem (MTX) indikován k léčbě dospělých pacientů se středně těžkou až těžkou revmatoidní artritidou (RA), kteří neodpovídají adekvátně na léčbu nebo netolerují léčbu jedním nebo více chorobu modifikujícími antirevmatickými léky (DMARD-Disease-Modifying Antirheumatic Drugs). Při nesnášenlivosti MTX nebo v případě, kdy léčba MTX není vhodná, může být přípravek Kevzara podáván samostatně. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroouli pomocnou látku. Aktivní, závažné infekce. **Dávkování a způsob podání:** Léčba má být zahájena a kontrolována lékařem se zkušenostmi v diagnostice a léčbě revmatoidní artritidy. Pacienti léčení přípravkem Kevzara musí obdržet informační kartu pacienta. **Dávkování:** Doporučená dávka přípravku Kevzara je 200 mg každé 2 týdny a podává se formou subkutánní injekce. Ke zvládnutí neutropenie, trombocytopenie a zvýšení hladin jaterních enzymů se doporučuje snížení dávky z 200 mg každé 2 týdny na 150 mg každé 2 týdny. Úprava dávky: Léčbu přípravkem Kevzara je třeba přerušit u pacientů, u nichž se vyvine závažná infekce, dokud se nepodaří dostat infekci pod kontrolu. Zahájení léčby přípravkem Kevzara se nedoporučuje u pacientů s nízkým počtem neutrofilů, tj. u pacientů s absolutním počtem neutrofilů (ANC) nižším než $2 \times 10^9/l$, a dále se nedoporučuje u pacientů s počtem trombocytů nižším než $150 \times 10^9/l$. **Způsob podání:** Subkutánní podání. Přípravek Kevzara nesmí být aplikován do citlivé nebo poškozené kůže a do oblasti kůže se přítomností modřin nebo jizev. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Sledovatelnost: Aby se zlepšila sledovatelnost biologických léčivých přípravků má se přehledně zaznamenat název podaného přípravku a číslo šarže. **Závažné infekce:** Během léčby přípravkem Kevzara musí být u pacientů pečlivě sledován rozvoj příznaků a projevu infekce. Vzhledem k vyššímu výskytu infekcí u starší populace je obecně nutná opatrnost při léčbě starších pacientů. U pacientů užívajících imunosupresiva k léčbě revmatoidní artritidy (RA), včetně přípravku Kevzara, byly hlášeny závažné a někdy i fatální infekce způsobené bakteriálními, mykobakteriálními a invazivními fungálními, virovými či jinými oportunními patogeny. **Tuberkulóza:** Před zahájením léčby přípravkem Kevzara musí být všichni pacienti vyšetřeni na přítomnost aktivní i neaktivní (latentní) tuberkulózy infekce. Pacienti s latentní nebo aktivní tuberkulózou musí být přeléčeni standardní antimykobakteriální terapií před zahájením léčby přípravkem Kevzara. **Reaktivace virové infekce:** U pacientů léčených imunosupresivními biologickými léky byla hlášena reaktivace virové infekce. V klinických studiích přípravku Kevzara byly pozorovány případy herpes zoster. V klinických studiích nebyly hlášeny žádné případy reaktive hepatitidy B; pacienti s rizikem reaktive však byli z těchto studií vyloučeni. **Laboratorní parametry:** Léčba přípravkem Kevzara byla spojena s vyšší incidencí poklesu absolutního počtu neutrofilů (ANC). Pokles ANC nebyl spojen s vyšším výskytém infekcí, včetně infekcí závažných. Léčba přípravkem Kevzara byla v klinických studiích spojena se snížením počtu trombocytů. Snížení počtu trombocytů nebylo spojeno s krváčovými příhodami. Léčba přípravkem Kevzara byla spojena s vyšším výskytém elevace aminotransferáz. Tyto elevace byly přechodné a v klinických studiích nevedly ke klinicky zjevnému poškození jater. Pacienti s chronickým známem mohou mít snížené hladiny lipidů. Léčba přípravkem Kevzara byla spojena se zvýšením lipidových parametrů, jako jsou hladiny LDL cholesterolu, HDL cholesterolu a triglyceridů. U pacientů s divertikulitidou nebo bez ní byla v souvislosti s přípravkem Kevzara hlášena gastrointestinální perforace. Léčba imunosupresiv může vést ke zvýšenému riziku malignit. Vliv léčby přípravkem Kevzara na rozvoj malignit není znám, nicméně v klinických studiích byly malignity hlášeny. Mezi nejčastěji hlášené hypersenzitivní reakce patřily vyrážka v místě vpichu, vyrážka a urtikarie. Léčba přípravkem Kevzara se nedoporučuje u pacientů s aktivním onemocněním jater nebo s poruchou funkce jater. V průběhu léčby přípravkem Kevzara se vyhybte současnému použití živých vakcín a vakcín s živými oslabenými očkovacími látkami, protože není stanovena klinická bezpečnost. **Interakce:** Modulare účinku IL-6 na enzymy CYP zprostředkovaná sarilumabem může být klinicky relevantní pro substráty CYP s úzkým terapeutickým indexem, u nichž se provádí individuální úprava dávky. Zvýšená opatrnost je zapotřebí u pacientů, u nichž se zahajuje léčba přípravkem Kevzara v průběhu léčby substráty CYP3A4 (například perorální kontraceptiva nebo statiny). **Fertilita, těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilitní věku by měly používat účinnou antikoncepci během léčby, a ještě tři měsíce po jejím ukončení. **Těhotenství:** Údaje o podávání sarilumabu těhotným ženám nejsou k dispozici nebo jsou velice omezené. Přípravek Kevzara lze v těhotenství použít pouze tehdy, když klinický stav ženy vyžaduje léčbu sarilumabem. **Kojení:** Není známo, zda se sarilumab vylučuje do mateřského mléka nebo zda po požití dochází k jeho systémové absorpci. Je nutno rozhodnout na základě posouzení prospěšnosti kojení pro dítě a prospěšnosti léčby pro matku, zda přerušit kojení nebo ukončit podávání sarilumabu. Nejsou k dispozici žádné údaje o účincích sarilumabu na laktaci. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Přípravek Kevzara nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** **Velmi časté:** neutropenie; **Časté:** infekce horních cest dýchacích, infekce močových cest, nasofaryngitida, orální herpes, trombocytopenie, hypercholesterolemie, hypertriglyceridémie, zvýšení hladin aminotransferáz, zarudnutí a pruritus v místě vpichu. **Předavkování:** K dispozici je jen omezené množství údajů ohledně předavkování přípravkem Kevzara. V případě předavkování je zapotřebí pečlivě monitorování pacienta a používají se symptomatická a podpůrná opatření dle potřeby. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávat v chladničce (2°C-8°C). Chránit před mrazem, uchovávat v původní krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Balení:** 150 ml roztoku v injekční stříkačce. Balení 2 nebo 6 předplněných injekčních stříkaček nebo předplněných per. **Doba použitelnosti:** 36 měsíců. **Registrační čísla:** EU/17/1196/001-12. **Držitel rozhodnutí o registraci:** sanofi-aventis group, SA, rue La Boétie, 75008 Paris, France. **Datum poslední revize textu:** 19. 11. 2020. Přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis a je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím přípravku se seznáme s úplnou informací o přípravku. **Další informace jsou k dispozici na adrese:** sanofi-aventis, s.r.o., Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6, tel.: 233 086 111, fax: 233 086 222, nebo na www.sanofi.cz.

Literatura:

1. SPC přípravku KEVZARA [online]. SÚKL datum revize textu 19. 11. 2020. Dostupné z www.sukl.cz.

sanofi-aventis, s.r.o., Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6

tel.: +420 233 086 111, fax: +420 233 086 222, e-mail: cz-info@sanofi.com

MAT-CZ-2000308-2.0-05/2021. Určeno pro odbornou veřejnost.

SANOFI GENZYME 

Table 2: Correlation of body composition parameters and clinical features of IZM: disease duration and activity, inflammation, muscle involvement, physical ability.

Correlated parameters	r	p-value	Correlated parameters	r	p-value
BMD (g/cm ²):Disease duration	-0.392	0.004	FFM (kg): MITAX; MYOACT	0.338; 0.356	0.014; 0.009
LBM (kg, BIA): Disease duration	-0.272	0.047	BF% (iDXA); BF% (BIA):CRP (mg/L)	0.276; 0.306	0.035; 0.025
LBM (kg, BIA):MITAX; MYOACT	0.294; 0.335	0.031; 0.013	ECM/BCM:MMT-8	0.385	0.006
LBM (kg, iDXA): MITAX; MYOACT	0.341; 0.368	0.012; 0.007	BF% (iDXA):FI2	0.311	0.026
BMR (kcal): MITAX; MYOACT	0.336; 0.351	0.014; 0.010	BF% (iDXA): HAP	-0.292	0.032

Table 3: Correlation of body composition parameters and serum levels of inflammatory cytokines/chemokines (pg/mL)

Correlated parameters	r	p-value
IL-1ra: BMI (Body Mass Index); BF%; VF (Visceral Fat, kg)	0.359; 0.363; 0.409	0.009; 0.009; 0.003
MCP-1:ECM/BCM (Extracellular Mass/Body Cell Mass ratio)	0.387	0.005
IL-10:LBM	-0.473	0.014

Table 4: Correlation of body composition parameters and serum parameters of nutrition.

Correlated parameters	r	p-value
Albumin (g/dL): ECM/BCM	-0.325	0.019
C3 (complement C3, g/L): FM (Fat Mass; kg, iDXA); FM (kg, BIA); BF% (Body Fat %, iDXA); BF% (BIA)	0.590; 0.503; 0.500; 0.475; 0.505; 0.488;	<0.001; <0.001; <0.001; <0.001;
VF (kg); A/G (Android/Gynoid ratio); BMI (body Mass Index)	0.471	<0.001; <0.001; <0.001
C4 (complement C4, g/L): BF% (BIA); ECM/BCM	0.284; -0.299	0.041; 0.031
Cholinesterase (μkat/L): VF (Visceral Fat, kg); A/G (Android/Gynoid ratio); FM (Fat Mass; kg, iDXA); FM (kg, BIA); BF% (Body Fat %, BIA)	0.475; 0.502; 0.298; 0.319; 0.308	<0.001; <0.001; 0.036; 0.021; 0.026
AMS (Amylase, μkat/L): LBM (Lean Body Mass; kg, iDXA); LBM (kg, BIA); FFM (Fat Free Mass; kg, iDXA); VF (Visceral Fat, kg)	-0.397; -0.461; -0.381; -0.344	0.004; <0.001; 0.006; 0.013
Insulin (μU/mL): FM (Fat Mass; kg, iDXA); FM (kg, BIA); BF% (Body Fat %, BIA); VF (Visceral Fat; kg, iDXA); A/G (Android/Gynoid ratio); LBM (Lean Body Mass; kg, iDXA); LBM (kg, BIA); FFM (Fat Free Mass; kg, iDXA); BMI (body Mass Index)	0.654; 0.560; 0.488; 0.564; 0.563; 0.361; 0.412; 0.365; 0.518	<0.001; <0.001; <0.001; <0.001; <0.001; 0.010; 0.002; 0.009; <0.001
C-peptide (ng/mL): FM (Fat Mass; kg, iDXA); FM (kg, BIA); VF (Visceral Fat; kg, iDXA); A/G (Android/Gynoid ratio); LBM (Lean Body Mass; kg, iDXA); LBM (kg, BIA); FFM (Fat Free Mass; kg, iDXA); BMI (body Mass Index)	0.396; 0.342; 0.348; 0.317; 0.341; 0.367; 0.349; 0.452	0.005; 0.014; 0.013; 0.025; 0.015; 0.008; 0.013; <0.001
Vitamine D (calcidiol, 25(OH)D, nmol/L): FM (Fat Mass; kg, iDXA); FM (kg, BIA); BF% (Body Fat %, BIA); LBM (Lean Body Mass; kg, BIA); BMI (body Mass Index)	-0.386; -0.305; -0.290; -0.319; -0.374	0.006; 0.028; 0.036; 0.021; 0.006
Calcitriol (1,25(OH)D, pmol/L): ECM/BCM (Extracellular Mass/Body Cell Mass ratio)	-0.322	0.020
Orosomuroid (mg/dL): BF% (Body Fat %, BIA)	0.285	0.041

Table 5: Correlation of body composition parameters and serum parameters of lipid metabolism.

Correlated parameters	r	p-value
TAG (Triacylglyceroles, mmol/L): FM (Fat Mass; kg, iDXA); FM (kg, BIA); BF% (Body Fat %, iDXA); BF% (BIA); VF (Visceral Fat; kg, iDXA); BMI (body Mass Index)	0.416; 0.357; 0.450; 0.424; 0.409; 0.291	0.003; 0.009; <0.001; 0.002; 0.003; 0.036
HDL (High-density Lipoprotein, mmol/L): FM (Fat Mass; kg, iDXA); FM (kg, BIA); BF% (Body Fat %, iDXA); BF% (BIA)	-0.347; -0.368; -0.372; -0.366;	0.013; 0.007; 0.007; 0.008; 0.016; 0.010
VF (Visceral Fat; kg, iDXA); A/G (Android/Gynoid ratio)	-0.335; -0.355	
Atherogenic index (ATH-index): FM (Fat Mass; kg, iDXA); FM (kg, BIA); BF% (Body Fat %, iDXA); BF% (BIA); VF (Visceral Fat; kg, iDXA); A/G (Android/Gynoid ratio)	0.400; 0.396; 0.421; 0.417; 0.393; 0.331	0.004; 0.004; 0.002; 0.002; 0.004; 0.018
ApoA (Apolipoprotein A, g/L): LBM (Lean Body Mass; kg, iDXA); LBM (kg, BIA); FFM (Fat Free Mass; kg, iDXA);	-0.353; -0.372; -0.347	0.012; 0.007; 0.014
ApoB (Apolipoprotein B, g/L): VF (Visceral Fat; kg, iDXA); BF% (Body Fat %, BIA)	0.283; 0.284	0.046; 0.043
Non-HDL (Non-High-density lipoprotein, mmol/L): BF% (Body Fat %, iDXA); BF% (BIA)	0.294; 0.285	0.036; 0.040

Abbreviations: BF% (Body Fat %); LBM (Lean Body Mass); ECM/BCM (Extracellular Mass/Body Cell Mass ratio); BMD (Bone Mineral Density); BMR (Basal Metabolic Rate); CRP (C-reactive protein) MITAX; MYOACT
FFM (Fat Free Mass)
MMT-8 (Manual Muscle Testing-8)
FI2 (Function Index-2)
HAP (Human Activity Profile)
FM (Fat Mass; kg, iDXA); FM (kg, BIA); BF% (Body Fat %; BIA); LBM (Lean Body Mass; kg, BIA); BMI (body Mass Index)
VF (Visceral Fat; kg, iDXA); BF% (Body Fat %, BIA)

3.

BODY COMPOSITION IN SCLERODERMA PATIENTS IS ASSOCIATED WITH DISEASE ACTIVITY, SERUM LEVELS OF INFLAMMATORY CYTOKINES AND PARAMETERS OF NUTRITION AND LIPID METABOLISM

Sabina Oreska ^{1,2/}, Maja Spiritovic ^{3/}, Petr Cesak ^{3/}, Michal Cesak ^{3/}, Hana Storkanova ^{1,2/}, Hana Smucrova ^{1/}, Barbora Hermankova ^{3/}, Olga Ruzickova ^{1,2/}, Herman Mann ^{1,2/}, Karel Pavelka ^{1,2/}, Ladislav Senolt ^{1,2/}, Jiri Vencovsky ^{1,2/}, Radim Becvar ^{1,2/}, Michal Tomcik ^{1,2/}, ^{1/}Institute of Rheumatology, ^{2/}Department of Rheumatology, 1st Faculty of Medicine, ^{3/}Faculty of Physical Education and Sport, Department of Physiotherapy, Charles University, Prague

Background: Fibrosis of the skin and visceral organs, especially digestive tract, and musculoskeletal involvement in systemic sclerosis (SSc) can have a negative impact on body composition, physical activity and nutritional status.

Inzerce

Injexate®
Methotrexate

Zkrácený souhrn údajů o přípravku Injexate®

Injexate 50 mg/ml injekční roztok v předplněné injekční stříkačce. **Složení:** Jeden ml roztoku obsahuje methotrexatum 50 mg (jako methotrexatum dinatricum). **Pomocné látky:** Chlorid sodný, hydroxid sodný (k úpravě pH), voda na injekci. **Indikace:** Aktivní revmatoidní artritida dospělých – Polyartrické formy juvenilní idiopatické artritidy – Těžká nereagující psoriáza a psoriatická artritida – Crohnova nemoc. **Dávkování a způsob podání:** Methotrexát se podává v injekci **jednou týdně**, většinou subkutánně. Podání mají zpravidla provádět zdravotníci pracovníci, ve vybraných případech může lékař po důkladném zaškolení svěřit subkutánní aplikaci samotnému pacientovi. **Dospělí s revmatoidní artritidou, s psoriasis vulgaris a psoriatickou artritidou:** Doporučená úvodní dávka je 7,5 mg methotrexátu **jednou týdně**, podávána subkutánně. Dávka může být postupně zvyšována o 2,5 mg týdně, obecně nemá být překročena týdenní dávka 25 mg. **Děti od 3 do 16 let s polyartrickými formami juvenilní idiopatické artritidy:** Doporučená dávka je 10–15 mg/m² plochy tělesného povrchu/jednou týdně, lze zvýšit maximálně až na 20 mg/m² plochy tělesného povrchu/jednou týdně. Použití u dětí < 3 roky věku nebo s plochou tělesného povrchu menší než 0,75 m² se nedoporučuje, protože nejsou dostupné dostatečné údaje o účinnosti a bezpečnosti u této populace. **Pacienti s Crohnovou nemocí:** Indukční léčba: 25 mg/týdně, podáváných subkutánně. Udržovací léčba: 15 mg/týdně, subkutánně. U pacientů s poruchou funkce ledvin nebo jater má být methotrexát podáván s velkou opatrností a případnou úpravou dávky. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na methotrexát nebo obsažené pomocné látky. Těžká porucha funkce jater a/nebo ledvin. Abusus alkoholu. Preexistující krevní dyskrasie. Těžké, akutní a chronické infekce. Vředy GIT. Těhotenství, kojení. Očkávání živými vakcínami. **Zvláštní upozornění:** Před zahájením a během léčby je nutné provést kompletní krevní obraz, vyšetření jaterních funkcí, funkční renální testy a analýzy moči. Je nutné vyloučit těhotenství. Muži i ženy by měli během léčby a minimálně šest měsíců po ní používat účinnou antikoncepční metodu. Methotrexát nesmí přijít do styku s kůží

ŠIROKÉ
SPEKTRUM
SIL A BALENÍ

nebo sliznici. **Interakce:** Alkohol, hepatotoxické a hematotoxické léčivé přípravky (leflunomid, sulfasalazin), přípravky způsobující deficit folátů (trimethoprim-sulfamethoxazol), přípravky obsahující kyselinu listovou nebo folinovou, inhibitory protonové pumpy (omeprazol, pantoprazol), nápoje obsahující kofein nebo theofylin. **Nežádoucí účinky:** Nejzávažnějšími nežádoucími účinky methotrexátu jsou suprese hemopoetického systému a gastrointestinální poruchy. Velmi často se vyskytují: stomatitida, dyspepsie, nauzea, ztráta chuti k jídlu, zvýšené transaminázy. Dalšími často se vyskytujícími nežádoucími účinky jsou leukopenie, anémie, trombopenie, bolest hlavy, únava, ospalost, pneumonie, průjem, exantém, erytém a pruritus. Webové stránky: www.sukl.cz/nahlasit-nezadoucni-ucinek **Předávkování:** Toxicita methotrexátu postihuje hlavně hematopoetický systém. Specifickým antidotem k neutralizaci toxických nežádoucích účinků methotrexátu je kalcium-folínat. V případech masivního předávkování může být nutná hydratace a alkalizace moči, aby se zabránilo precipitaci methotrexátu a/nebo jeho metabolitů v renálních tubulech. **Doba použití:** 2 roky. **Velikost balení:** pro 0,15 ml, 0,20 ml, 0,30 ml a 0,40 ml: balení obsahuje 1, 2, 4, 5, 6, 10, 12 a 24 předplněných injekčních stříkaček; pro 0,25 ml, 0,35 ml, 0,45 ml, 0,55 ml a 0,60 ml: balení obsahuje 1, 4, 5, 6 a 12 předplněných injekčních stříkaček; pro 0,50 ml: balení obsahuje 1, 2, 4, 5, 6, 10 a 12 předplněných injekčních stříkaček. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Accord Healthcare Limited, Middlesex, Velká Británie. **Reg. čísla:** 29/580/15-C. **Revizní text:** 30.9.2019 **Způsob výdaje:** Přípravek je vydáván na lékařský předpis. **Způsob úhrady:** Přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

NOVĚ K DISPOZICI
BALENÍ PO
4 PŘEPLNĚNÝCH
INJEKČÍCH



accord
healthcare

Accord Healthcare s. r. o.
Budova Tráman, Na Strži 2097/63, 140 00 Praha 4
Tel: +420 234 234 400
www.accord-healthcare.com/cz

Objective: The aim was to assess body composition and physical activity of SSc patients and healthy controls (HC) and the association with selected inflammatory cytokines/chemokines and laboratory markers of nutritional status and lipid metabolism in SSc.

Methods: 59 patients with SSc (50 females; mean age 52.5; disease duration 6.7 years; lcSSc: 34/dcSSc: 25) and 59 age-/sex-matched HC (50 females, mean age 52.5) without rheumatic or tumour diseases were included. SSc patients fulfilled ACR/EULAR 2013 criteria. We assessed body composition (densitometry: iDXA Lunar, bioelectric impedance: BIA-2000-M), physical activity (Human Activity Profile, HAP questionnaire), disease activity (ESSG activity index), serum levels of 27 cytokines/chemokines (commercial multiplex ELISA kit, Bio-Rad Laboratories) and serum levels of chosen parameters of nutrition and lipidogram. Data are presented as mean \pm SD.

Results: Compared to HC, patients with SSc had significantly lower body mass index (BMI, 27.4 \pm 8.3 vs. 22.4 \pm 4.3 kg/m², p<0,001), body fat % (BF%, iDXA: 38.0 \pm 7.6 vs. 32.6 \pm 8.2 kg, p<0,001; BIA: 31.3 \pm 7.6 vs. 24.3 \pm 7.9 kg, p<0,001) and visceral fat weight (VF, 1.0 \pm 0.8 vs. 0.5 \pm 0.5 kg, p=0,001), and also significantly decreased lean body mass (LBM, iDXA: 51.9 \pm 8.4 vs. 47.8 \pm 7.0 kg, p=0,005; BIA: 45.4 \pm 7.3 vs. 40.9 \pm 6.8 kg, p=0,005), and bone mineral density (BMD, 1.2 \pm 0.1 vs. 1.0 \pm 0.1 g/cm², p<0,001). Compared to HC, patients with SSc had increased extracellular mass/body cell mass (ECM/BCM, 1.03 \pm 0.1 vs. 1.28 \pm 0.4, p<0,001) ratio, reflecting deteriorated nutritional status and worse muscle predispositions for physical activity (p<0.05 for all comparisons). Increased ECM/BCM in SSc was associated with higher disease activity (ESSG), increased skin score (mRSS) and inflammation (CRP, ESR), and with worse quality of life (HAQ, SHAQ), fatigue (FSS), and decreased physical activity (HAP). ESSG negatively correlated with BF%. HAP positively correlated with BMD. Serum levels of several inflammatory cytokines/chemokines (specifically IL-1b, IL-5, IL-6, IL-8, IL-17, TNF, Eotaxin) and markers of nutrition (specifically total protein, albumin, insulin and C-peptide) and lipid metabolism (specifically triglycerides, high-density lipoprotein, apolipoprotein A, atherogenic index of plasma) were significantly associated with alterations of body composition in patients with SSc (p<0.05 for all correlations).

Conclusions: Compared to healthy age-/sex-matched individuals we found significant negative changes in body composition of our SSc patients, which are associated with the disease activity and physical activity, and could reflect their nutritional status, and gastrointestinal and musculoskeletal involvement. Detected alterations of body composition in SSc patients were significantly associated with serum levels of several inflammatory cytokines/chemokines and markers of nutrition and lipid metabolism, which might further support the role of systemic inflammation and nutritional status on the negative changes in body composition of SSc patients.

Acknowledgement: Supported by AZV NV18-01-00161A, MHCR 023728, SVV 260373 and GAUK 312218

4.

ALTERATIONS OF LIPID PROFILE IN IIM PATIENTS ARE ASSOCIATED WITH DISEASE ACTIVITY, DURATION, AND GLUCOCORTICOID TREATMENT

Sabina Oreska^{1,2/}, Hana Storkanova^{1,2/}, Maja Spiritovic^{3/}, Barbora Hermankova^{3/}, Michal Vrablik^{4/}, Karel Pavelka^{1,2/}, Ladislav Senolt^{1,2/}, Herman Mann^{1,2/}, Jiri Vencovsky^{1,2/}, Michal Tomcik^{1,2/}, ¹Institute of Rheumatology, ^{2/}Department of Rheumatology, 1st Faculty of Medicine, ³Department of Physiotherapy, Faculty of Physical Education and Sport, ⁴3rd Department of Internal Medicine, General University Hospital and 1st Faculty of Medicine, Charles University, Prague

Background: Idiopathic inflammatory myopathies (IIM) are characterized by skeletal muscle and organ involvement and chronic course. Systemic inflammation, limited mobility, and glucocorticoid treatment can have a negative impact on intermediate metabolic pathways, especially on lipid metabolism. The aim of this study was to assess the differences in the lipid profile of IIM patients and healthy controls (HC) and the association with disease-specific features.

Methods: 133 patients with IIM (106 females; mean age 60.3; disease duration 2.2 years; DM 47 / PM 41 / IMNM 45) and 133 age-/sex-matched HC (106 females, mean age 60.2) without rheumatic diseases were included.



CIMZIA[®]
(certolizumab pegol)

**Včasná
léčba dnes
PRO JEJÍ
zítřek¹⁻⁴**

**CIMZIA[®] = když uvažujete
o biologické léčbě pro ženu s:**

- axiální spondylartritidou
- psoriatickou artritidou
- revmatoidní artritidou¹

**Včasná léčba přípravkem CIMZIA[®] zvyšuje
pravděpodobnost dosažení trvalé remise
a prospěch ze snížené udržovací dávky⁵**



 Inspired by patients.
Driven by science.

Neřídnou součástí inzerce je Zkrácená informace o přípravku uvedená na následující straně.

Patients with DM and PM fulfilled the Bohan/Peter criteria for PM/DM and patients with IMNM fulfilled the ENMC criteria. Levels of selected parameters of lipid metabolism were measured in sera drawn after 8 hours of fasting by routine analytic methods. In IIM patients, disease activity, and damage were evaluated by MITAX and MDI, muscle involvement by manual muscle testing (MMT-8), and comorbidities of interest and current treatment were recorded. Data are presented as median (IQR).

Results: Several differences in disease activity, the dose of glucocorticoids, prevalence of comorbidities, and serum lipid levels were observed among the three subtypes of IIM (table 1). Lipid profile parameters, especially levels of negative cardiovascular predictive markers such as TC, TG, LDL-C, Apo-B, and the atherogenic index, were significantly higher compared to healthy controls. The most significant changes were observed in the IMNM group (compared to the corresponding age-/sex-matched HC) (table 2). Levels of TC, TG, LDL-C, apo-B and nonHDL negatively correlated with disease duration, but positively with laboratory markers of disease activity and the current prednisolone equivalent dose. Higher levels of HDL-C were associated with decreased levels of CRP, which is in line with the negative correlation of apo-A levels with CRP, CK, and myoglobin (table 3).

Conclusions: We have observed significant alterations in serum lipid parameters in our IIM patients compared to healthy age-/sex-matched individuals. Differences were also found among the three subtypes of IIM. These alterations were associated with laboratory parameters of disease activity and the current dose of corticosteroids.

Acknowledgement: Supported by AZV NV18-01-00161A, MHCR-00023728, SVV-260373, and GAUK-312218.

5.

CIRKULUJÍCÍ MIKRORNA U PACIENTŮ S OSTEOARTRÓZOU: HLEDÁNÍ NOVÝCH BIOMARKERŮ

Aneta Pekáčová, J. Baloun, O. Šléglová, O. Růžičková, J. Vencovský, K. Pavelka, L. Šenolt, Revmatologický ústav a Revmatologická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Úvod: MikroRNA (miRNA) jsou malé nekódující RNA aktivně se podílející na post-transkripční regulaci exprese genů. Jsou nepostradatelné pro správnou funkci buněk, tkání a orgánů, díky čemuž mohou odrážet zdravotní stav pacienta. Bylo prokázáno, že miRNA se může z těchto tkání uvolnit do krevního řečiště a využít tak při diagnostice a monitorování různých onemocnění (např. rakovina prostaty). Přibývá také poznatků možného uplatnění cirkulujících miRNA při monitorování revmatických onemocnění. Cílem této práce bylo odhalit konkrétní miRNA, které jsou odlišně exprimované u pacientů s osteoartrózou (OA) ručních kloubů a případně specifické pro pacienty s erozivní nebo neerozivní formou OA.

Metody: Do projektu bylo vybráno nejprve osm pacientů s OA (erozivní: n=4 a neerozivní: n=4) a 4 zdravé kontroly (ZK), u kterých proběhlo profilování miRNA pomocí Advanced TaqMan low density array (TLDA). Následně byla vyšetřena nová kohorta 31 subjektů, na nichž byly vybrané miRNA validovány pomocí real-time qPCR.

Výsledky: TLDA profilování detekovalo 346 miRNA v plasmě u pacientů s OA a ZK, jež bylo možné vyhodnotit, a statistická analýza odhalila 40 odlišně exprimovaných miRNA mezi pacienty a ZK. Na podkladě analýzy nové kohorty byla provedena validace real-time qPCR, která potvrdila zvýšené množství 10 miRNA v plasmě u pacientů OA v porovnání se ZK, např. miR-191-5p (3.4x), miR-151a-3p (3.4x) nebo miR-222-3p (2.4x). Nepodařilo se validovat miRNA, která by odlišovala erozivní a neerozivní formu onemocnění.

Závěr: Rozsáhlé profilování miRNA může přispět k bližšímu pochopení patogeneze OA ručních kloubů a případně k odhalení potenciálního terapeutického cíle.

Poděkování: Výzkum byl podpořen grantem MZ s označením AZV NV18-01-00542 a Institucionální podpory RÚ v Praze MHCR No. 023728.

6.

ANALÝZA MIRNA PROFILU U AXIÁLNÍ SPONDYLOARTRITIDY

Jiří Baloun, K. Bubová, M. Gregová, Š. Forejtová, J. Hořínková, J. Gatterová, M. Tomčík, J. Vencovský, K. Pavelka, L. Šenolt, *Revmatologický ústav a Revmatologická klinika, 1. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha*

Úvod: mikroRNA (miRNA) jsou krátké nekódující RNA, které regulují genovou expresi v buňkách a tkáních a jsou tak nepostradatelné pro lidský organismus. Expze miRNA je dynamický proces, který se mění dle aktuálních potřeb v jednotlivých buňkách nebo tkáních. V poslední době nachází analýza cirkulujících miRNA své uplatnění při zpřesnění diagnostiky některých onemocnění (např. rakovinu prostaty) a přibývá poznatků o využití monitoringu miRNA u zánětlivých revmatických onemocnění včetně axiální spondyloartritidy (axSpA).

Metody: Kompletní miRNom jsme profileli v mononukleárních buňkách u axSpA pacientů s neradiografickou (n=38) a radiografickou (n=38) formou onemocnění a u zdravých kontrol (n=20). Profil miRNA jsme analyzovali s využitím sekvenační technologie (NGS) a expze detekovaných miRNA byla navíc korelována s vybranými klinickými parametry hodnotícími aktivitu a strukturální postižení páteře.

Výsledky: Profilevání plazmy odhalilo 14 miRNA (např. miR-145-3p, miR-142-3p, miR-182-5p), jejichž expze v mononukleárních buňkách byla významně odlišná mezi axSpA pacienty a kontrolními jedinci nebo mezi pacienty s neradiografickou a radiografickou formou nemoci. Tyto miRNA také významně korelovali s některými klinickými parametry onemocnění, včetně funkčního stavu nebo strukturálního postižení páteře. Závěr: Námí objevené odlišně exprimované miRNA v mononukleárních buňkách a jejich vztah k některým klinickým ukazatelům onemocnění mohou hrát roli v průběhu axSpA. Diagnostický, případně prognostický význam miRNA u axSpA je třeba potvrdit v větším souboru nemocných v longitudinální studii.

Poděkování: Výzkum byl podpořen grantem MZ s označením AZV 17-33127A S a Institucionální podpory RÚ v Praze MHCR No. 023728.

7.

SPOKOJENOST S LÉČBOU, OČEKÁVÁNÍ, PREFERENCE A CHARAKTERISTIKY PACIENTŮ, VČETNĚ DIGITÁLNÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI A DOPAD NEDOSTATEČNÉ KONTROLY ONEMOCNĚNÍ VE VELKÉ MEZINÁRODNÍ KOHORTĚ PACIENTŮ S REVMAOIDNÍ ARTRITIDOU: STUDIE SENSE

Peter C Taylor ^{1/}, Codrina Ancuta ^{2/}, Orsolya Nagy ^{3/}, Maria Celina de la Vega ^{4/}, Andrey V Gordeev ^{5/}, Radka Janková ^{6/}, Umut Kalyoncu ^{7/}, Ivan Lagunes-Galindo ^{8/}, Jadranka Morovic-Vergles ^{9/}, Mariana Peixoto Guimares Ubirajara e Silva de Souza ^{10/}, Bernadette Rojkovich ^{11/}, Prodromos Sidiropoulos ^{12/}, Atsushi Kawakami ^{13/}; ^{1/}Botnar Research Centre, University of Oxford, Oxford, United Kingdom; ^{2/}Department of Rheumatology, University of Medicine and Pharmacy, Iași, Romania; ^{3/}AbbVie Ltd, Budapest, Hungary; ^{4/}CEIM Investigaciones Medicas, Buenos Aires, Argentina; ^{5/}V.A. Nasonova, Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russian Federation; ^{6/}Department of Pediatric and Adult Rheumatology, Faculty Hospital Motol, Prague, Czech Republic; ^{7/}Department of Internal Medicine, Hacettepe University, Ankara, Turkey; ^{8/}AbbVie Inc., North Chicago, Illinois, United States; ^{9/}Division of Clinical Immunology, Allergology and Rheumatology, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia; ^{10/}Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Brazil; ^{11/}Department of Rheumatology and Physiotherapy, Semmelweis University, Budapest, Hungary; ^{12/}Faculty of Medicine, University of Crete, Heraklion, Greece; ^{13/}Department of Immunology and Rheumatology, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki, Japan

Metody: Studie SENSE byla neintervenci průřezová studie provedená v 18 zemích Evropy, Asie a Ameriky. Zařazení byli dospělí pacienti s RA, kteří dostávali léčbu jakýmkoli schváleným DMARD, se suboptimální kontrolou onemocnění (střední/vysoká aktivita onemocnění). Spokojenost pacientů byla jako primární parametr hodnocena pomocí dotazníku spokojenosti s léčbou TSQM, verze 1.4 (Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication, TSQM v1.4). Adherence k léčbě, preference pacientů a očekávání vůči terapii byly hodnoceny vizuální analogovou stupnicí, zatímco pro hodnocení DHL byla použita škála eHealth Gramotnosti (eHEALS). Dotazník WPAI-RA (Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire-

Rheumatoid Arthritis), v 2.0, byl použit k posouzení dopadů na pracovní schopnosti a dokumentace pacienta pro využití zdravotních zdrojů.

Výsledky: Do analýzy bylo zařazeno 1 624 pacientů; většinu tvořily ženy (84,2 %) středního věku s průměrnou dobou trvání onemocnění (standardní odchylka [SD]) 10,5 (9,3) roku. 11,9 % pacientů odešlo do předčasného důchodu a 6,0 % bylo nezaměstnaných v důsledku RA. Průměrné (SD) celkové skóre pracovní neschopnosti (pomocí dotazníku WPAI-RA) bylo 55,1 % (26,7). V předchozích 3 měsících byl průměrný (SD) počet návštěv u lékaře na pohotovosti 2,2 (2,5) a 1,6 (1,3). Průměrné (SD) podskóre u TSQM v1.4 hodnotící celkovou spokojenost bylo 60,9 (20,9), dobrou spokojenost s léčbou (celkové TSQM \geq 80) udávalo pouze 13,5 % pacientů. Hlavní očekávání od léčby byla „obecné zlepšení artritidy“, „menší bolest kloubů“ a „trvalé zmírnění symptomů RA“ s průměrným (SD) skóre 5,7 (1,6–1,7) pro každý ukazatel. 60,7 % pacientů preferovalo perorální podávání a 31,3 % preferovalo nepoužívání kombinací léků pro léčbu RA. Preferovaná doba do nástupu účinku byla převážně „do jednoho týdne“ (71,1 %). Vedlejším účinkem, který byl nejčastěji hodnocen jako přijatelný, byl „přírůstek hmotnosti“ (23,2 %), zatímco jako nejméně přijatelné vedlejší účinky byly hodnoceny „zvýšené riziko malignit“ (3,5 %) a „zvýšené riziko kardiovaskulárních chorob“ (3,3 %). Většina pacientů (67,4 %) měla nedostatečnou DHL. Dobrá adherence byla hlášena u 87,4 % pacientů a významně souvisela s nižší úrovní bolesti kloubů.

Závěry: Nedostatečná kontrola RA má významný dopad na spokojenost s léčbou, pracovní schopnost a využití zdravotnických zdrojů a ukazuje na různé preference a cíle s ohledem na charakteristiku pacientů. Toto může poskytnout informace pro sdílené rozhodování při výběru léčebných strategií pro dosažení lepších výsledků onemocnění.

Poznámka: Společnost AbbVie Inc. byla zadavatelem studie, přispěla k návrhu studie, sběru dat, analýze a interpretaci a k vytvoření, revizi a schválení konečné verze. Podporu při vytvoření lékařského textu poskytli Russel Craddock, Ph.D. a John Ewbank, Ph.D. z 2. Nth (Cheshire, Velká Británie) a byla financována společností AbbVie.

8.

SLEDOVANIE PACIENTKY S PRÍTOMNÝMI SSA ALEBO SSB PROTILÁTKAMI POČAS TEHOTENSTVA PRE RIZIKO VZNIKU PORUCHY SRDCOVÉHO RYTMU FETU. KAZUISTIKA

Olga Lukáčová^{1/2/}, Jozef Lukáč^{1/2/3}, G. Ďalogová^{4/},^{1/Národný ústav reumatických chorôb, Piešťany,}^{2/ Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava,}^{3/ Inštitút fyzioterapie, balneológie a liečebnej rehabilitácie UCM, Trnava,}^{4/ Reumatologická ambulancia, Špecializovaná Nemocnica sv. Svorada, Nitra}

Úvod: Fetálna atrioventrikulárna blokáda sa vyskytuje u 2-4 % anti-Ro pozitívnych tehotných pacientiek a môže sa vyvinúť veľmi rýchlo (< 24 hodín). Vznik AV blokády sa objavuje medzi 18. - 26. týždňom gravidity. Kazuistika: 35 ročná pacientka s primárnym Sjögrenovým syndrómom (2000), s prítomnými SSA autoprotilátkami, reumatoidným faktorom. V r. 2007 bola gravidná, v liečbe mala kortikoidy. Tehotenstvo skončilo spontánnym abortom (ACLA negatívne). Vo februári 2020 prišla na vyšetrenie v 12. týždni gravidity. Stav bol stabilizovaný, pokračovalo sa v liečbe hydrochlorochínom a bola opätovne upozornená na riziko vzniku kongenitálnej srdcovej blokády počas tehotenstva. Pri prenatalnom ECHOKG vyšetrení v 21. týždni gravidity 21. 4. 2020 bol detekovaný AV blok III. st, plod bol pri vyšetrení kardiálne kompenzovaný, frekvencia 71-73 /min. Bola zavedená liečba dexametazonom 4 mg denne. Pri kontrolnom prenatalnom ECHOKG v 25. týždni (12. 5. 2020) pretrvával AV blok III st. Liečba kortikoidmi bola ukončená.

Diskusia: V odporúčaníach liečby porúch rytmu fetu počas gravidity sa rozlišuje, či ide o pacientku s anamnézou predchádzajúcej vzniku kongenitálnej AV blokády počas predchádzajúcej gravidity. V takom prípade sa odporúča ECHOKG sledovanie v 4- týždňových intervaloch, pri negatívnej anamnéze v 4-6 týždňových intervaloch. Pri náleze AV bloku 2. stupňa sa odporúča podávanie dexamethazonu, pri AV bloku 3. stupňa sa rozlišuje prítomnosť myokarditídy alebo hydropsu fetu, kedy sa odporúča podávanie dexamethazonu ± salbutamolu. Pri samotnom nekomplikovanom AV bloku 3. stupňa sa liečba neodporúča (nepotvrdil sa efekt na ovplyvnenie AV blokády 3. stupňa) (1).

Prenatálna echokardiografia sa vyšetruje na odporúčenie gynekológa. Nakoľko je možný vznik poruchy



Hulio®

(Adalimumab)

Logická volba při snaze zvýšit dostupnost biologické léčby a compliance pacientů.



Pomáháme pacientům realizovat jejich sny



Základní informace o přípravku: Hulio 40 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce, Hulio 40 mg injekční roztok v předplněném peru

Složení: Jedna předplněná jednodávková injekční stříkačka/předplněné jednodávkové pero o objemu 0,8 ml obsahuje adalimumabum 40 mg. **Indikace:** Revmatoidní artritida, juvenilní idiopatická artritida, axiální spondylartritida, psoriatická artritida, psoriáza, ložisková psoriáza u pediatrických pacientů, hidradenitis suppurativa, Crohnova choroba, Crohnova choroba u pediatrických pacientů, ulcerózní kolitida, ulcerózní kolitida u pediatrických pacientů, uveitida, uveitida u pediatrických pacientů. **Dávkování a způsob podání:** Standardní dávkování je 40 mg s.c. každý 2. týden. Při nedostatečné odpovědi na léčbu podáváme 40 mg 1x týdně nebo 80 mg každý 2. týden. U některých indikací (nespecifické střevní záněty, psoriáza, hidradenitis suppurativa a uveitida) podáváme jako úvodní dávku 80 mg nebo 160 mg s.c., a pak pokračujeme v obvyklém dávkování. Dávkování u pediatrické populace a zvláštních skupin pacientů viz platné SPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, aktivní tuberkulóza nebo jiné závažné infekce, jako je sepse a oportunní infekce, středně těžké až těžké srdeční selhání (NYHA třída III/IV). **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** V zájmu lepší sledovatelnosti biologických léčivých přípravků je třeba pečlivě zaznamenat název a číslo šarže podávaného léčivého přípravku. Pacienti užívající TNF-antagonisty jsou více náchylní k závažným infekcím, včetně sepse, oportunních infekcí (invazivní plísňe, parazité), tuberkulózy, listeriózy, legionelózy, pneumocystózy a dalších. U pacientů, kteří jsou chronickými nositeli viru, může dojít k reaktivaci hepatitidy B. Adalimumab může způsobit závažné demyelinizační onemocnění CNS, imunosupresi, maligní onemocnění, bylo též pozorováno zhoršení městnavého srdečního selhání a zvýšení mortality na ně. **Interakce:** Při podávání adalimumabu v kombinaci s methotrexátem byla v porovnání s monoterapií tvorba protilátek nižší. Přípravek se nedoporučuje kombinovat s anakinrou a abataceptem. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji infekce dýchacích cest (včetně infekce horních a dolních cest dýchacích), pneumonie, sinusitidy, faryngitidy, nazofaryngitidy a pneumonie vyvolané herpetickými viry), leukopenie (včetně neutropenie a agranulocytózy), anémie, zvýšení lipidů, bolest hlavy, bolest břicha, nauzea a zvracení, zvýšení jaterních enzymů, vyrážka, muskuloskeletální bolest, reakce v místě injekce. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte předplněnou injekční stříkačku nebo předplněné pero v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. Jednotlivá předplněná injekční stříkačka nebo předplněné pero přípravku Hulio mají být uchovávány při teplotě do maximálně 25 °C po dobu až 14 dní. **Balení:** 0,8 ml x 2 předplněné injekční stříkačky nebo 2 předplněná pera. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Mylan S.A.S., 117 allée des Parcs, 69800 Saint-Priest, Francie. **Registrační čísla:** EU/1/18/1319/002 a EU/1/18/1319/005. **Datum poslední revize textu:** 3. 5. 2021. **Způsob výdeje:** Vázaný na lékařský předpis. **Způsob úhrady:** Hrazený z veřejného zdravotního pojištění. *Dříve, než přípravek předepíšete, seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku (SPC).*

fetálneho srdcového rytmu (FSR) od 18. týždňa, mali by byť pacientky sledované hlavne medzi 18. - 25. týždňom gravidity. Cuneo a kol. odporúčajú vyšetovanie FSR doma v týždňových alebo dvojtýždňových intervaloch a pri výskyte abnormality doplniť diagnostické prenatálne echokardiografické vyšetrenie. Po 26. týždni je možné sledovanie FSR prerušiť. V sledovanom súbore pacientiek sa domácim sledovaním FSR zachytilo 21 porúch rytmu (v 18 prípadoch išlo o benigné poruchy, u 3 o AV blok 2. a 3. stupňa) (2).

Záver: Sledovanie tehotných pacientiek s pozitívnymi SSA alebo SSB protilátkami by malo byť vedené nielen gynekológom ale aj reumatológom. Pre riziko náhleho vzniku poruchy srdcového rytmu by malo byť hlavne od 18. - 25. týždňa v kratších intervaloch, prípadne spojeného s domácim sledovaním FSR.

Literatúra:

1. Hunter L.E., Simpson J.M.: Atrioventricular block during fetal life, J Saudi Heart Assoc, 2015, 27, 164-178.
2. Cuneo B.F., Sonesson S. Levasseur S et kol.: Home monitoring for fetal heart rhythm during anti-ro pregnancies, JACC, 72, 16, 2018, 1940-1951.

10.

VPLYV SYNTETICKÝCH A BIOLOGICKÝCH DMARD-S NA HODNOTY DAS28 A HAQ U PACIENTOV S REUMATOIDNOU ARTRITÍDOU*

Zuzana Kotrádová ^{1/}, A. Husivargová ^{2/}, I. Rajničová Nagyová ^{2/}, M. Aljoubouri ^{1/}, Ž. Macejová ^{1/}, ^{1/}I. interná klinika UPJŠ LF a UNLP Košice, ^{2/}Ústav sociálnej a behaviorálnej medicíny UPJŠ, Košice

Úvod: Cieľom liečby pacienta s reumatoidnou artritídou (RA) je dosiahnuť remisiu ochorenia a spomaliť, prípadne zastaviť jeho progresiu v priebehu rokov. Zámerom tejto práce je zistiť vzťah medzi dĺžkou trvania RA a hodnotami DAS28 a HAQ u pacientov liečených syntetickými DMARD-s (sDMARD-s) a biologickými DMARD-s (bDMARD-s) a zároveň zistiť, či použitá liečba ovplyvňuje priebeh ochorenia definovaná DAS28 a HAQ.

Metódy: Do analýzy je zahrnutých 60 pacientov s diagnostikovanou RA (88.3% žien) priemerného veku 57.12 rokov (\pm 10.92 rokov; min 31 - max 77 rokov) s priemernou dĺžkou trvania ochorenia 15.57 rokov (\pm 2.29 rokov; min 12 - max 20 rokov). Pacienti boli rozdelení do dvoch rovnakých skupín. V prvej skupine boli pacienti liečení sDMARD-s a v druhej bDMARD-s. Na štatistickú analýzu dát bola použitá lineárna regresia.

Výsledky: Dĺžka trvania RA u pacientov liečených sDMARD-s nemá vplyv na hodnoty DAS28 pri hladine významnosti $p = 0.116$; R Square = 0.09 a má vplyv na hodnoty HAQ pri hladine významnosti $p = 0.021$; R Square = 0.18. Dĺžka trvania RA u pacientov liečených bDMARD-s nemá vplyv na hodnoty DAS28 pri hladine významnosti $p = 0.468$, R Square = 0.02 a na hodnoty HAQ pri hladine významnosti $p = 0.117$; R Square = 0.09. Medzi skupinami bol dokázaný signifikantný rozdiel hodnôt DAS28.

Záver: Z výsledkov analýzy lineárnej regresie vyplýva, že vplyv dĺžky trvania ochorenia na hodnoty DAS28 a HAQ je výraznejší u pacientov liečených s-DMARDs dochádza u týchto pacientov k zhoršeniu ich funkčného stavu rýchlejšie, ako je tomu u pacientov liečených bDMARD-s.

11.

PERMANENTNÍ DEFICIT B BUNĚK MARGINÁLNÍ ZÓNY V PERIFERNÍ KRVI PŘI DLOUHODOBÉM SLEDOVÁNÍ SYSTÉMOVÉHO LUPUS ERYTHEMATODES S NÍZKOU AKTIVITOU NEBO V REMISI

Zbyněk Hrnčíř¹, D. Vokurková², M. Drahošová², T. Soukup¹, ^{1/}II. Interní GE klinika Lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice, Hradec Králové, ^{2/}Ústav klinické imunologie a alergologie Lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice, Hradec Králové

Cíl: Systémový lupus erythematoses (SLE) je onemocnění s rizikem závažných infekcí. Snížená frekvence CD19⁺CD27⁺IgM⁺/IgD⁺ B buněk v periferní krvi (PK) byla pozorována u SLE i v remisi nebo s nízkou aktivitou (1, 2), ale data z dlouhodobého sledování nejsou aktuálně k dispozici. Identifikace SLE nemocných v molekulárních klastrech systémových autoimunitních nemocí je nejasná (3).



Benepali™
Etanercept

Flixabi™
Infliximab

Imraldi™
Adalimumab

Materiál a metódy: Kohorta 45 SLE 18+ (EULAR/ACR 2019) (4) setrvale v remisi alebo na úrovni nízkej aktivity (EULAR/2019) (5) a 25 zdravých kontrol (ZK) s adjustácií podľa veku a pohlaví (ANA, anti-cytoplasmaticky i antimitoticky negatívnych) bolo vyšetrené pri startu štúdie (mesíc 0) a SLE opakovaně za 12 a 36 mesíců. Pro SLE byla uplatněna tato vylučovací kritéria: překryvné syndromy, infekce vč. COVID-19 v anamnéze, renální nedostatečnost a monoklonální gamapatie. K identifikaci CD19⁺CD27⁺IgM⁺ B buněk v PK byl použit panel DuraClone IM (Beckman Coulter), průtokový cytometr Navios (Beckman Coulter) a program Kaluza verze 1,2. Získaná data byla vyjádřena v relativních procentech všech lymfocytů PK a v absolutních hodnotách x10⁶/l. Pro statistickou analýzu byl použit program Medcalc Statistical Software.

Výsledky: Signifikanční diference ($p < 0,001$) byly získány při porovnávání absolutních hodnot CD19⁺CD27⁺IgM⁺ B buněk v PK u ZK (medián 31,36 95%CI:21,49-63,35) a SLE při startu, tj. mesíc 0 (median13,17, 95%CI:7,87-17,09), u SLE kontroly za 12 mesíců (medián 10,56 95%CI:7,24-16,04) a SLE kontroly za 36 mesíců (medián 9,66 95%CI:7,22-13,21), ale ne mezi hodnotami u SLE v mesících 0, 12 a 36 ($p > 0,05$). Žádné signifikantní diference nebyly zjištěny při vyhodnocování v relativních procentech.

Závěry: Zjištěná data demonstrují dlouhodobý deficit B buněk marginální zóny v PK u SLE v remisi nebo s nízkou aktivitou. Uvedená pozorování svědčí pro předpoklad spoluúčasti na mechanizmech náchylnosti k infekcím u SLE, na molekulární úrovni jsou příspěvkem k identifikaci SLE klastrů a na klinické úrovni podnětem k pečlivému sledování udržovací terapie.

Reference: (1) Rodriguez-Bayona B., et al. Arthritis Res Therapy 2010;12:R108. (2) Hrcir Z, et al. Clin Exp Rheumatol 2016;34 (S99) A.63. (3) Barturen G, et al. Arthritis Rheumatol 2021;73:1073-1085. (4) Aringer M, et al. Arthritis Rheumat 2019;71:1400-1412. (5) Fanourakis A, et al. Ann Rheum Dis 2019;78:736-745.

Poděkování: Práce byla podporována výzkumným projektem Univerzity Karlovy PROGRES Q40-15.

Poděkování: Tato práce byla podporována projektem (MZ ČR) pro konsenzuální rozvoj výzkumné organizace 023728 a grantovým projektem AZV číslo 18-00542.

12. KAZUISTIKA: MUCKLEOV-WELLSOV SYNDRÓM V REUMATOLOGICKEJ AMBULANCI

Lenka Tarabčáková 1/, E. Šteňová 2/, K. Hrubíšková 3/, 1/ Univerzitná nemocnica - Nemocnica sv. Michala a.s., Bratislava, SR; 2/ I. Interná klinika Lekárskej fakulty UK a Univerzitnej nemocnice, Bratislava, SR; 3/ V. Interná klinika Lekárskej fakulty UK a Univerzitnej nemocnice, Bratislava, SR

Periodický syndróm asociovaný s kryopyrínom (CAPS) je veľmi zriedkavé, geneticky podmienené ochorenie s autozomálne dominantným typom dedičnosti a variabilnou expresivitou. CAPS zahŕňa skupinu ochorení prejavujúcich sa teplotami, kožnou vyrážkou charakteru žihľavky (pseudourtikáriou) a kĺbovými príznakmi, ktoré sú spojené so systémovým zápalom a líšia sa závažnosťou prejavov.

Familiárny chladový autoinflamačný syndróm (FCAS), najmiernejšia forma, je charakterizovaná opakovanými krátkymi epizódami horúčok so žihľavkou a bolesťami kĺbov vznikajúcich po vystavení tela nízkej teplote. Neskoré komplikácie sa zvyčajne nevyskytujú.

Muckleov-Wellsov syndróm (MWS) sa prejavuje epizodickými teplotami a kožnou vyrážkou, artritídou a zápalom oka, pričom zvyčajne nie je možné identifikovať vyvolávajúci faktor. Častá je perцепčná porucha sluchu (asi 70% chorých).

Chronický detský neurologicko-kĺbovo-kožný syndróm (CINCA), známy tiež ako multisystémové zápalové ochorenie začínajúce v novorodeneckom veku (NOMID) je závažná forma ochorenia. U asi tretiny pacientov sa prejavuje invalidizujúcim poškodením kĺbov, progresívnou poruchou zraku a sluchu, a takmer všetci pacienti majú abnormality centrálného nervového systému zapríčinené chronickou aseptickou meningitídou. Amyloidóza, závažná neskorá komplikácia sa vyvíja s narastajúcim vekom u 25% pacientov s MWS a CINCA.

V kazuistike prezentujeme pacienta, ktorý bol od 12. roku veku v sledovaní reumatológa pre juvenilnú idiopatickú artritídu s potvrdenou pozitívou antigénu HLA B27. V klinickom obraze v detskom a adolescentnom veku dominovala polyartritída a recidivujúce obojstranné predné uveitídy. Zavedenie biologickej liečby (adalimumab) viedlo k úplnej regresii artritického syndrómu a výraznej redukcii počtu recidív uveitíd.

Pre pretrvávajúcu eleváciu reaktantov akútnej fázy (ESR 40/60; CRP 40mg/l) pri nízkej klinickej aktivite ochorenia pacient absolvoval rozsiahlu škálu diferenciálno-diagnostických vyšetrení, všetky s negatívnym výsledkom. V klinickom obraze od detstva koincidovala recidivujúca žihľavka a brušný dyskomfort, ktoré boli pôvodne považované za prejav potravinovej alergie. Intenzita týchto príznakov sa však napriek obmedzeniam v strave vekom zhoršovala a taktiež došlo k rozvoju perцепцnej poruchy sluchu. V kontexte uvedeného, bolo vyslovené podozrenie na autoinflamačné ochorenie. Molekulárno-genetickým vyšetrením sa u pacienta zistil patogénny variant v géne NLRP3, čo potvrdzuje supponovaný CAPS. Vzhľadom na vysoké riziko rozvoja neskorých komplikácií pristupujeme k zmene terapie, indikovaný bol inhibitor interleukínu-1 β (kanakinumab).

V kazuistike sa zameriavame predovšetkým na podrobný opis klinických prejavov (vrátane RTG dokumentácie), dynamiku hladín zápalových markerov a sérového amyloidu A, ako aj na odpoveď na podávanú terapiu.

SEKCE ZDRAVOTNÍKŮ NELÉKAŘSKÝCH PROFESÍ

SYSTÉMOVÁ SKLERÓZA A JEJ DŮSLEDKY

Monika Nováková, NÚRCH, Piešťany

Systémová skleróza patrí medzi vzácne reumatické ochorenie, ktoré úzko súvisí so sklerodermiou a raynaudovým fenoménom. Nakoľko ochorenie môže postihovať viaceré systémy v ľudskom organizme, dôsledky tohto ochorenia môžu byť dramatické až život ohrozujúce. Ochorenie zasahuje hlavne kožu a dýchací systém. Diagnostika ochorenia je v súčasnosti presnejšia a aj preto je liečba skôr zahájená. V dôsledku týchto skutočností ja aj prognóza pacientov oveľa lepšia ako v minulosti. Samotná liečba systémovej sklerózy si vyžaduje multidisciplinárny prístup pod vedením reumatológa.

Ošetrovateľská starostlivosť nezahŕňa len konkrétne ošetrovateľské činnosti v dôsledku orgánových postihnutí, ale je zameraná na rozsiahlu edukačnú činnosť pacienta a jeho príbuzných. S pacientom s týmto reumatickým ochorením sa môžu zdravotníci stretnúť na ktoromkoľvek oddelení či ambulancii, a preto je nesmierne dôležité dávať do povedomia zdravotníckych pracovníkov poznatky o tomto vzácnom ochorení.

ERGOTERAPIE U SYSTÉMOVÉ SKLERODERMIE

Hana Šmucrová, Centrum léčebné rehabilitace, Revmatologický ústav, Praha

Ergoterapie jako součást léčebné rehabilitace revmatických pacientů hraje podstatnou roli v léčbě pacientů se systémovou sklerodermií. Léčba jako taková je cíleně zaměřena na individualitu daného konkrétního pacienta, využíváme přístup zaměřený na pacienta/klienta. Ten se aktivně podílí na terapii samotné. Kromě přímé ergoterapeutické intervence je nedílnou součástí také edukace pacientů v rámci technik zaměřených na ochranu kloubů, šetření energie a management únavy. Pacienti se musejí naučit, jakým způsobem vykonávat běžné denní, pracovní i volnočasové aktivity tak, aby nevědomě nehoršili svůj zdravotní stav.

Toto sdělení bude proto zaměřeno nejen na praktickou část, ale budou představeny i vědecké poznatky a důkazy v rámci evidence based practice o efektivitě ergoterapeutické intervence u pacientů se systémovou sklerodermií.

CHRONICKÁ RÁNA JAKO KOMPLIKACE REVMAICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Olga Prokopová, Revmatologický ústav, Praha

Chronické rána je rána, která nevykazuje tendenci k hojení při adekvátní terapii po dobu 6-9 týdnů. Stává se tak vážnou komplikací medicínskou, ekonomickou a sociální, nejen v souvislosti s revmatickými chorobami. Rány výrazně ovlivňují proces léčby základního onemocnění a celkovou soběstačnost nemocného. Informace z oblasti hojení chronických ran se v posledních letech značně rozšířily. Farmakologický průmysl nabízí širokou škálu kvalitních, nám dostupných a snadno použitelných materiálů. Problematika hojení ran a péče o ránu je

oblastí, která je součástí koordinovaného tzv. wound managementu, jehož úkolem je začlenit jednotlivé osoby do celého procesu hojení a léčby. Spolupráce pacienta, členů rodiny a multidisciplinárního týmu, je hlavním klíčem, vedoucím ke zhojení rány. Účelem této koordinované péče je efektivní a ekonomicky zohledněné zhojení rány. U nezhojitelných chronických ran dosáhnout touto cestou takového stupně ošetření, které podstatně zvýší kvalitu života člověka ve všech oblastech.

Cílem tohoto příspěvku je prostřednictvím krátkých kazuistik představit postupy při ošetřování chronických ran u revmatických chorob a seznámit s výsledky naší práce.

KOMPLIKOVANÁ REHABILITACE KYČELNÍHO KLOUBU U PACIENTA S ANAKYLOZUJÍCÍ SPONDYLITIDOU – KAZUISTIKA

Gabriela Vincová, Centrum léčebné rehabilitace, Revmatologický ústav, Praha

Ankylozující spondylitida je poměrně časté chronické zánětlivé onemocnění patřící do skupiny spondylartritid. Je příčinou časté disability a invalidity svých nositelů a vede ke snížení kvality jejich života.

Kazuistika je o mladém pacientovi s ankylozující spondylitidou, který v akutním stádiu choroby nebyl dostatečně edukován a zanedbáním léčebných postupů u něj vznikla ankylóza v kyčelním kloubu v nefunkčním postavení (120 st. flexe). Byl tak znemožněn napřimený stoj a fyziologická chůze, byla omezena sebeobsluha. Pacient byl odkázán na nestandardní způsob lokomoce, skákal po jedné noze s oporou o 2 francouzské hole. Celý proces vzniku ankylózy trval 3 měsíce a pacient v té době ani jednou nevyhledal pomoc lékaře a nenavštívil zdravotnické zařízení.

Stav byl řešen s revmatochirurgem, který v první fázi odstranil nefunkční kyčelní kloub a umožnil tak pacientovi zlepšit nastavení postižené dolní končetiny. Cílem operace bylo dosáhnout postiženou končetinou na zem. V druhé fázi bude implantována TEP kyčelního kloubu, kdy cílem bude obnovit opěrnou funkci končetiny.

Inzerce



wörwag
PHARMA

Rehabilitace probíhala jak před operací, tak po operaci. Je důležité pacienty s ankylozující spondylitidou dostatečně a včas informovat o možnostech fyzioterapeutických postupů v jednotlivých fázích nemoci, abychom předešli výše zmíněným komplikacím

REVMATICKÉ ONEMOCNĚNÍ A SPÁNEK

Markéta Kučerová, Centrum léčebné rehabilitace, Revmatologický ústav, Praha

Spánek je neoddělitelnou a zásadní součástí života. Kvalita a délka spánku ovlivňuje bolest, jeden z hlavních klinických symptomů revmatických onemocnění. Také má vliv na zánětlivé parametry, kvalitu pohybu a míru únavy. A naopak, zánět, bolest a kvantita i kvalita pohybu mají vliv na spánek. Bolest může snižovat kvalitu a zkracovat délku spánku. Oproti tomu, vhodně zvolená pohybová aktivita může působit na spánek příznivě. Imunita a spánek se ovlivňují vzájemně. Nedostatek spánku zvyšuje výskyt některých chorob, například u určitých kardiovaskulárních nemocí je to v řádech až desítek procent. Spánek přímo souvisí i s kvalitou kognitivních funkcí: paměti a pozornosti. Se snižující se dobou spánku klesá množství zapamatovaných informací, zhoršuje se pozornost a prodlužuje se reakční doba. Edukace a zapojení pacientů do režimových změn spánkové hygieny, ale i určité faktory a úpravy v prostředí nemocnice, mohou zlepšit kvalitu a délku spánku revmatických pacientů a tím ovlivnit kvalitu jejich života.

FYZIOTERAPIE? U PACIENTŮ S PLICNÍ HYPERTENZÍ U SYSTÉMOVÝCH ONEMOCNĚNÍ?

Iva Zinková, Centrum léčebné rehabilitace, Revmatologický ústav, Praha

U části pacientů se systémovým onemocněním dochází k rozvoji plicní arteriální hypertenze (PAH). Pacienti s PAH mají kromě příznaků systémového onemocnění i další příznaky: dyspnoe, únavu, sníženou toleranci fyzické zátěže a periferní svalovou dysfunkci. Stejně příznaky vykazují také pacienti s jinými chronickými dechovými obtížemi (např. astma, CHOPN, IPP). U těchto pacientů již byla prokázána efektivita a bezpečnost plicní rehabilitace.

Plicní rehabilitace si klade za cíl snížení symptomů onemocnění. Je doporučována jako doplněk léčby u pacientů stabilních, s optimálně nastavenou farmakologickou terapií a měla by být prováděna pod přísným dohledem zkušených terapeutů, zajištěná kvalitním přístrojovým vybavením. Pacienti s PAH jsou skupinou, ke které se musí přistupovat s největší opatrností, neboť při neodborně vedené terapii může docházet k závažným komplikacím. Správně prováděná rehabilitace umožňuje signifikantní omezení symptomů, zlepšení fyzické kapacity a kvality života těchto pacientů. Atributy plicní rehabilitace by měly být do budoucna jasněji definovány z hlediska EBM a také charakteristika pacientů, kterým tuto terapii můžeme nabídnout. Nejpodstatnější je, aby nedošlo k přetížení konkrétního pacienta.

Závěrem lze říci, že plicní rehabilitace by se měla stát součástí nefarmakologické terapie pacientů se systémovým onemocněním s diagnostikovanou PAH.

PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA U NÁHRAD NOSNÝCH KLOUBŮ DOLNÍCH KONČETIN

Eva Taušová, Centrum léčebné rehabilitace, Revmatologický ústav, Praha

Těžistěm revmatochirurgie se v současnosti stávají rekonstrukční postupy, které řeší již vzniklé následky revmatických nemocí na pohybovém aparátu. Pacienti si často neuvědomují, jak rozsáhlý a náročný výkon je čeká a měli by mít dostatek informací, aby se na něj mohli dostatečně připravit. Je třeba pacienta seznámit s předpokládanou délkou hospitalizace, jaké pomůcky bude po operaci potřebovat kolik co stojí, kdo mu pomůcky pomůže zajistit... Dále je často potřeba upravit zázemí a podmínky v bytě, zajistit následnou rehabilitační péči, pokud se pro ni pacient rozhodne.

Je třeba zdůraznit, že revmatologičtí pacienti netrpí pouze postižením jednoho-řešeného-klobou, ale postižení jejich pohybového aparátu je mnohočetné. Zdravotnický tým, který pacienta k operaci připravuje, by se měl pacientem zabývat komplexně, příprava k operaci by v zásadě měla být dlouhodobá - v řádu měsíců... Pokud nelze zajistit stabilizaci pohybového aparátu aktivním cvičením (pevná břišní stěna, svalový korzet trupu a končetin), je potřeba pacienta vybavit korekčními a podpůrnými pomůckami.

Svou nezastupitelnou úlohu v předoperační přípravě má rehabilitace. Pacienta vyšetří lékař i fyzioterapeut (svalová síla, rozsahy pohybu, funkční testy...). Samozřejmostí by mělo být seznámení s cvičením, polohováním, dechovým cvičením, pooperačním režimem. Pacienta je potřeba informovat o zakázaných pohybech a aktivitách po operaci. Nácvik správného stereotypu chůze o berlích (i po schodech) musí pacient zvládnout již před operací. Se zácvkem na kompenzační a podpůrné pomůcky pomůže ergoterapie.

SYNDROM ŠLACHY DLOUHÉ HLAVY BICEPSU JAKO KOMPLIKACE U REVMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Adéla Rathouská, Centrum léčebné rehabilitace, Revmatologický ústav, Praha

Syndrom šlachy dlouhé hlavy bicepsu patří mezi nejčastější onemocnění ramene, které může přispívat k omezení soběstačnosti revmatického pacienta. Ve většině případů je šlacha postižena tendinózou či tendinitidou, ke kterým dochází vlivem přetížení svalu nebo nesprávnou pracovní polohou horní končetiny. Syndrom dlouhé hlavy bicepsu se projevuje zejména bolestí ramene na přední straně paže při provádění flexe v rameni a lokti. Výrazně je omezen pohyb paže za tělo. Významný vliv na vznik tendinitidy má i kvalita zapojení svalů kolem lopatky a celkově stabilizačního svalstva celého trupu a šíje. K potvrzení diagnózy se využívají speciální testy: Yergasonův a Speedův, které budou podrobněji vysvětleny v přednášce.

Rehabilitační léčba zahrnuje v akutní fázi ošetření trigger pointů bicepsu brachii a okolních svalů metodami PIR nebo AEK, upravujeme držení těla, obnovujeme pohyblivost lopatky včetně řešení okolních blokových segmentů. Pro snížení bolesti a případného otoku aplikujeme kinesiotape základní inhibiční techniku na m. biceps brachii v kombinaci s mechanickou korekcí při tendinitidě biceps brachii. Po odeznění akutních projevů volíme metody pro udržení rozsahu pohybu celého pletence a zařazení poškozeného svalu do funkčních svalových souher a běžných denních úkonů. K obnovení stability a pohyblivosti ramene proto využíváme terapeutické techniky na neurofyziologickém podkladě jako PNF nebo Brunkow. Velmi vhodná je také aplikace fyzikální terapie, zejména analgetické elektroterapie, laseru a ultrazvuku.

BIOLOGICKÁ LÉČBA A JEJÍ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY V PRAXI

Milada Lösterová, Jitka Ponertová, Stanislava Jiroutová, Revmatologický ústav, Praha

Biologická léčba (BL) je moderní typ cílené imunoterapie používané u různých typů onemocnění. Je založená na principu působení synteticky připravených protilátek (tzv. monoklonální protilátky) nebo receptorů namířených proti cytokinům či jiným molekulám, uplatňující se při rozvoji onemocnění.

Biologika se používají v celé řadě oborů, např. v onkologii, dermatologii, gastroenterologii, neurologii, kardiologii i v revmatologii. Zde se podávají více než 15 let a to převážně k léčbě zánětlivých revmatických onemocnění a některých systémových autoimunitních onemocnění.

Forma podání biologických preparátů je různá – intravenózní, subkutánní a dnes již i per orální.

Stejně jako všechny léky, i biologická léčba může mít nežádoucí účinky. Mezi nejčastější se řadí zvýšené riziko běžných infekcí (infekce horních cest dýchacích a močových cest). Velmi závažné, přestože jejich celkový výskyt je nízký, mohou být oportunní infekce. Největším problémem je tuberkulóza, která často vzniká reaktivací latentní tuberkulózy, dále některé virové infekce (hepatitida B a herpes zoster). Před zahájením biologické terapie je třeba proto zvážit všechny možnosti vakcinace.

Mezi další nežádoucí účinky patří hepatotoxicita, hematologické změny, kardiovaskulární, plicní, kožní, neurologické, autoimunitní či další komplikace. Diskutovanými nežádoucími účinky BL jsou i malignity, zejména lymfomy. Pozorovat můžeme také reakce v místě vpichu, nebo v závažnějších případech celkovou alergickou reakci.



Simponi[®]
golimumab

Pokračujeme dál díky Anti-TNF léčbě

Po 5 letech sledování setrvává na léčbě SIMPONI[®] 70 % pacientů.^{1,3}

Zkrácená informace o léčivém přípravku • Simponi[®] 50 mg injekční roztok v předplněném peru a Simponi[®] 50 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce • **Léčivá látka:** Golimumabum, lidská IgG1 k monoklonální protilátka produkovaná myší hybridomovou buněčnou linií s užitím technologie rekombinantní DNA. **Indikace:** Revmatoidní artritida (RA); 1/ v kombinaci s methotrexátem (MTX) k léčbě středně těžké až těžké aktivní RA u dospělých, pokud odpověď na léčbu pomocí DMARD včetně MTX nebyla dostatečná. 2/ k léčbě těžké, aktivní a progresivní RA u dospělých, kteří dosud nebyli léčeni MTX. V kombinaci s MTX zlepšuje tělesnou funkci a snižuje míru rto progresu poškození kloubů. **Juvenilní idiopatická artritida (JIA);** v kombinaci s MTX k léčbě polyartikulární juvenilní idiopatické artritidy u dětí s tělesnou hmotností nejméně 40 kg, které nedostatečně odpovídaly na předchozí léčbu MTX. **Psoriatická artritida (PsA);** samostatně nebo v kombinaci s MTX k léčbě aktivní a progresivní PsA u dospělých, pokud odpověď na předchozí léčbu DMARDs nebyla dostatečná. U pacientů s polyartikulárními symetrickými podtypy onemocnění snižuje rychlost progresu poškození periferních kloubů a zlepšuje fyzické funkce. **Ankylozující spondylitida (AS);** k léčbě těžké aktivní AS u dospělých, u nichž nebyla odpověď na konvenční léčbu dostatečná. **Axiální spondylartrida bez radiologického prokazu (nr-ASpA);** k léčbě dospělých s těžkou aktivní nr-ASpA s objektivními známkami zánetu (zvýšená hladina CRP a/ nebo průkaz magnetickou rezonancí) s nedostatečnou odpovědí či netolerancí NSAID. **Ulcerozní kolitida (UC);** léčba středně těžké až těžké aktivní UC u dospělých pacientů adekvátně nereagujících na konvenční léčbu včetně kortikosteroidů a 6-merkaptopurinu (6-MP) nebo azathioprinu (AZA), nebo kteří tuto léčbu netolerují nebo u kterých je kontraindikována. **Dávkování a způsob podání:** **Ulcerozní kolitida; Pacienti s tělesnou hmotností nižší než 80 kg** Simponi podávány v počáteční dávce 200 mg, poté 100 mg ve 2. týdnu, poté u pacientů, kteří dosáhli odpovídající klinické odpovědi dále 50 mg každé 4 týdny. Pokud nedosáhli dostatečné odpovědi, pokračování s dávkou 100 mg v 6. týdnu a následně každé 4 týdny. **Pacienti s tělesnou hmotností 80 kg nebo více** Simponi podávány v počáteční dávce 200 mg, poté 100 mg v 2. týdnu, poté dále 100 mg každé 4 týdny. U všech revmatologických indikací (RA, PsA, AS, nr-ASpA) se podává 50 mg jako subkutánní injekce 1x měsíčně, ve stejný den každého měsíce. V indikaci RA podávat současně s MTX. U pacientů s indikací RA, PsA, AS nebo nr-ASpA o tělesné hmotnosti převyšující 100 kg, kteří nedosahují mířené klinické odpovědi po 3 nebo 4 dávkách, se může zvážit zvýšení dávky golimumabu na 100 mg jednou za měsíc. Starší pacienti: úprava dávky není nutná. Poruchy funkce ledvin a jater: nelze uvést dávkovací doporučení. **Pediatrická populace:** 50 mg jednou měsíčně, ve stejný den každého měsíce, u dětí s tělesnou hmotností nejméně 40 kg. Pacienti léčení přípravkem Simponi musí být vyhledáni kartou pacienty. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou nebo kteroukoli pomocnou látku. Aktivní tuberkulóza (TBC) nebo jiné těžké a oportunní infekce. Srdeční selhání třídy III/IV dle NYHA. **Interakce:** Studie nebyly provedeny. Kombinace Simponi a anakinry nebo abataceptu se nedoporučuje. Nedoporučuje se současné podání živých vakcín. Terapeutické infekční agens se nesmí podávat. **Při převedení na jiný biologický přípravek je nutná opatrnost pro zvýšené riziko infekce a možných lék. interakcí. Vybrané bezpečnostní informace. Riziko infekce:** Pacienti používající blokátory TNF jsou náchylnější k závažným infekcím. Pokud se u rizikových pacientů léčených přípravkem Simponi vyvine závažná systémová onemocnění, mělo by padnout podezření na invazivní plísňovou infekci. Stanovení diagnózy i podávání empirické antimykotické léčby u těchto pacientů by mělo být provedeno po konzultaci s lékařem pokud možno s odbornými znalostmi v péči o pacienty s invazivní plísňovou infekcí. Tuberkulóza (včetně extrapulmonální), projevil se jako lokální nebo diseminované onemocnění), bakteriální infekce včetně sepse, invazivní mykotické infekce a jiné oportunní infekce. Neptěže z těchto infekcí se objevily u pacientů užívajících současně imunosupresivní terapii. Před zahájením, u průběhu a po ukončení léčby monitorovat pacienty na přítomnost infekce včetně TBC. Eliminace golimumabu může trvat až 5 měsíců, monitorovat po celé toto období. Pacienti počít, aby se vyhnuli expozici potenciálních rizikových faktorů infekce. Pokud se zvažuje použití přípravku u pacientů s chronickou infekcí nebo anamnézou rekurentní infekce, má se postupovat opatrně. Před zahájením léčby vyšetřit pacienty na aktivní i inaktivní („latentní“) TBC. Léčba latentní TBC musí být zahájena před začátkem léčby Simponi. U pacientů s negativním testem latentní TBC a vícečetnými rizikovými faktory TBC zvážit antituberkulózní léčbu. U pacientů léčených Simponi se během léčby latentní TBC a také po ní objevily příznaky aktivní TBC. Pacienti léčení Simponi musí být sledováni na známky aktivní TBC vč. pacienti s negativním testem na latentní TBC, pacienti léčených na latentní TBC či v minulosti léčených na TBC. **Reaktivace hepatitidy B:** Před zahájením léčby Simponi musí být pacienti vyšetřeni na HBV infekci. TNF inhibitory, včetně Simponi, jsou spojovány s reaktivací viru hepatitidy B (HBV) u pacientů, kteří jsou chronickými nosiči. Přenašeči HBV, kteří potřebují léčbu Simponi, musí být pečlivě monitorováni na HBV infekci během léčby a po několik měsíců po jejím ukončení. U pacientů, u kterých dojde k reaktivaci HBV, musí se podávání Simponi zastavit a zahájit účinnou antivirovou terapii s vhodnou podporou léčbu. **Malignity:** Obzvláště je třeba postupovat při léčbě TBC blokátorem u pacientů s nádorovým onemocněním v anamnéze nebo při zavazování léčby u pacientů se současným nádorovým onemocněním. Při léčbě TNF blokátorem může vyloučit možné riziko vzniku lymfomu nebo jiných malignit. U pacientů léčených přípravkem Simponi byly hlášeny případy leukémie. U pacientů léčených jinými látkami blokujícími TNF byly hlášeny vzácné případy hepatosplenického a lymfocytárního lymfomu (HSTCL). K většině případů došlo u dospívajících a mladých mužů, přičemž téměř všichni užívali souběžně azathioprin (AZA) nebo 6-merkaptopurin (6-MP) pro léčbu závažného onemocnění střev. Riziko rozvoje HSTCL nelze u pacientů léčených blokátory TNF vyloučit. Všichni pacienti s UC se zvýšeným rizikem dysplazie nebo kolorektálního karcinomu musí postupovat pravidelně vyšetření. **Nádorová onemocnění (NO):** U pacientů, kteří byli léčení inhibitory TNF včetně přípravku Simponi, byli hlášeny vzácné případy melanomu a karcinomu z Merkelových buněk. Doporučuje se pravidelné kožní vyšetření, zvláště u pacientů s rizikovými faktory pro vznik rakoviny kůže. **Hematologické reakce:** Byly hlášeny případy pancytopenie, leukopenie, neutropenie, agranulocytózy, aplastické anémie a trombocytopenie. Všichni pacienti by měli být poučeni, aby okamžitě vyhledali lékařskou péči, jestliže se u nich objeví známky nebo příznaky připomínající krvení dysfunkci. Přerušení léčby Simponi musí být pečlivě monitorováno na výskyt infekcí. **Zvláštní populace:** Při léčbě starších pacientů (≥65let) je třeba dbát zvýšené pozornosti s ohledem na obecně vyšší výskyt infekcí u této skupiny osob. **Pediatric:** Před zahájením léčby přípravkem Simponi doporučuje se prokázat pediatrická data dle platných postupů pro očkávání. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilitní věku, musí užívat vhodnou antikoncepci a pokračovat v užívání minimálně 6 měsíců po poslední injekci golimumabu. Podávání těhotným se nedoporučuje; podávat pouze v případě nutnosti potřeby. Ženy v průběhu léčby a 6 měsíců po jejím ukončení nesmí kojit. Golimumab prochází placentou, po léčbě monoklonální protilátkou blokující TNF v těhotenství jsou po dobu 6 měsíců detekovány protilátky v séru kojenců narozených ženám během. U těchto kojenců může být vyšší riziko infekce. Podávání živých vakcín kojencům se nedoporučuje po dobu 6 měsíců od poslední injekce golimumabu matce během těhotenství. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté, časté: infekce horních cest dýchacích. Časté: bakteriální a virové infekce, bronchitida, sinusitida, superficiální mykotická infekce, anémie, alergické reakce, pozitivní autoptilátka, deprese, insomnie, závrat, parastezie, bolest hlavy, hypertenze, dyspepsie, gastrointestinální a abdominální bolest, nauzea, zvržení ALT a AST, alopecie, dermatitida, svědění, vyrážka, bolest krkavice, astenie, reakce v místě vpichu injekce, dyskormon na obličeji. Další nežádoucí účinky byly pozorovány s nížší frekvencí. **Nežádoucí účinky:** nežádoucí účinky, které byly hlášeny při léčbě golimumabu, byly závažné infekce (včetně sepse, pneumonie, tuberkulózy, invazivních mykotických a oportunních infekcí), demyelinizačních poruch, reaktivace HBV, měštné srdeční selhání, autoimunitní procesy (lupus-like syndrom), hematologické reakce, závažná systémová hypersenzitivita (zahrnující anafylaktickou reakci), vaskulitida, lymfom, leukémie, vzácné lichenoidní reakce, exfoliace kůže, **Hlášené podezření na nežádoucí účinky prostřednictvím národního systému hlášení nežádoucí účinky.** **Léková forma:** Injekční roztok v předplněném peru (injekce). **Skladba:** injekční roztok v předplněné injekční stříkačce (injekce). **Uchování:** V chladničce 2 °C – 8 °C. Chránit před mrazem. Předplněné peru/ předplněnou injekční stříkačku uchovávejte ve větším obalu (papírová skládáčka), aby byly chráněny před světlem. Přípravek Simponi je jednorázově uchovávat při teplotě do 25 °C až po dobu 30 dní, pokud tato doba neprokráčí původní datum použitelnosti uvedené na krabičce. Nové datum použitelnosti musí být napsáno na krabičku (až 30 dní od doby vyndání z lednice). Jakmile byl přípravek Simponi uchovávaný při pokojové teplotě, nesmí být vrácen do lednice. Pokud přípravek Simponi není použit během 30 dní uchovávaný při pokojové teplotě, musí být zlikvidován. **Velikost balení:** 1 předplněné peru. **Registrační číslo:** EU/1/09/546/001. **Velikost balení:** 1 předplněná injekční stříkačka. **Registrační číslo:** EU/1/09/546/003. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Janssen Biologics B.V., Einsteinweg 101, 2333 CB Leiden, Nizozemsko. **Datum poslední revize textu:** *23.10.2020. **RCN: NA.** • *Všimněte si prosím změn v informacích o léčivém přípravku. • **Způsob výdeje:** Vázán na lékařský předpis. Plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Dříve než přípravek předepíše, seznáme se prosím s úplným souhrnem údajů o přípravku.**

REFERENCE: 1. Deodhar A, et al. Ann Rheum Dis. 2015; 74(4): 757–761. 2. Kavanaugh A, et al. Ann Rheum Dis. 2014; 73(9): 1689–1694. 3. Keystone C.E, et al. J Rheumatol. 2016; 43: 298–306.

© Copyright Merck Sharp & Dohme s.r.o., 2021. Všechna práva vyhrazena.

Merck Sharp & Dohme s.r.o., Na Valentince 3336/4, 150 00 Praha 5, Česká republika
tel.: +420 233 010 111, e-mail: dpoc_czechslovak@merck.com, www.msdcz



CZ-601-00177

Biologická léčba působí velmi rychle, snižuje bolesti, zlepšuje funkci a kvalitu života, nicméně i zde platí, důsledná a pečlivá monitorace a edukace všech pacientů. Pacienti na BL jsou soustředěni do center biologické léčby a zavedeni do národního registru ATTRA, do kterého se, mimo jiné, uvádí všechny nežádoucí účinky, které se projeví u pacientů užívající biologické preparáty.

JUVENILNÍ IDIOPATICKÁ ARTRITIDA, FARMAKOTERAPIE A BIOLOGICKÁ LÉČBA

Jiřina Kvitková, Milada Lösterová, Zdeňka Leopoldová, Revmatologický ústav, Praha

Juvenilní idiopatická artritida (JIA) je nejčastějším revmatickým zánětlivým onemocněním v dětském věku, jejichž hlavním rysem jsou chronické artritidy začínající před 16. rokem života a trvajícím minimálně 6 týdnů. JIA postihuje 1-2 děti z tisíce.

Podle klinických a laboratorních projevů se JIA rozděluje do několika podskupin – systémová artritida, oligoartritida (perzistující a extendovaná forma), polyartritida s pozitivním revmatoidním faktorem, polyartritida s negativním revmatoidním faktorem, entezopatická artritida, psoriatická artritida a nediferencovaná artritida.

Mezi příznaky se zejména řadí: otoky, bolest, omezená funkce a ztuhlost kloubů, zvýšená teplota, vyrážka na trupu, uveitida, zduření lymfatických uzlin apod.

Hlavním cílem léčby je zbavit bolesti, ztuhlosti a únavy, předcházet nevratnému kloubnímu a kostnímu poškození, zamezení deformit a zachování / zlepšení pohyblivosti kloubů při normálním růstu a vývoji dítěte. Léčba musí být včasná, komplexní a intenzivní.

K dispozici jsou klinická doporučení léčebných postupů u JIA, ovšem vždy je důležitý individuální přístup k jednotlivým pacientům. Pokud léčba NSA, léčba kortikoidy či DMARDs není dostatečně účinná, přidává se biologický preparát (např. adalimumab,

etanercept, infliximab, tocilizumab, anakinra atd.). Naprosto klíčová je spolupráce zdravotnického týmu s rodinou, ale i mezioborová spolupráce, jako je dětský revmatolog, ortoped, fyzioterapeut, oční lékař, popř. i psycholog.

Podávání biologik probíhá v centrech pro biologickou léčbu na dětských klinikách a vzhledem k tomu, že více jak polovina dětí s JIA potřebuje léčbu i v dospělosti, přechází nemocní po dovršení plnoletosti do center pro dospělé. Všechny pacienti s biologickou léčbou jsou zařazeni do centrálního registru ATTRA.

Inzerce



**Získejte druhý názor
na diagnózu a léčbu
svého pacienta**

Garanti projektu



prof. MUDr. Karel
Pavelka, DrSc.



prof. MUDr. Jiří
Vencovský, DrSc.

www.revma-online.cz





HYRIMOZ[®]

ADALIMUMAB SANDOZ



Zkrácená informace o přípravku Hyrimoz:

Název přípravku: Hyrimoz 20 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce; Hyrimoz 40 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce; Hyrimoz 40 mg injekční roztok v předplněném peru. **Složení:** Jedna předplněná injekční stříkačka na jedno použití o objemu 0,8 ml obsahuje adalimumabum 40 mg. Jedno předplněné pero na jedno použití o objemu 0,8 ml obsahuje adalimumabum 40 mg. **Indikace:** Revmatoidní artritida, Juvenilní idiopatická artritida, Axialní spondylartritida, Psoriatická artritida, Psoriáza, Ložisková psoriáza u pediatrických pacientů, Hidradenitis suppurativa, Crohnova choroba, Crohnova choroba u pediatrických pacientů, Ulerózní kolitida, Uveitida, Uveitida u pediatrických pacientů. **Dávkování a způsob podání:** Léčba přípravkem Hyrimoz má být zahájena a sledována odborným lékařem se zkušenostmi v diagnostice a léčbě Indikovaných onemocnění. Pacienti léčení přípravkem Hyrimoz musí být vybaveni informační kartičkou pacienta. Po řádném proškolení v podávání injekce si pacienti mohou přípravek Hyrimoz aplikovat sami, jestliže jejich lékař rozhodne, že je to vhodné. Přípravek se aplikuje subkutánně. Pro podrobný rozpis dávkování a dávkovací režimy u jednotlivých indikací čtěte úplnou verzi SPC přípravku. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo kteroukoli pomocnou látku přípravku. Aktivní tuberkulóza nebo jiné závažné infekce, jako je sepse a oportunní infekce. Středně těžké až těžké srdeční selhání. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Upozornění se týkají těchto situací: Závažné a oportunní infekce. Reaktivace hepatitidy B. Neurologické příhody. Alergické reakce. Imunosuprese. Maligní onemocnění a lymfoproliferativní poruchy. Hematologické reakce. Očkování. Městnavé srdeční selhání. Autoimunitní procesy. Současné podávání biologických DMARDs nebo antagonistů TNF. Chirurgické výkony. Obstrukce tenkého střeva. Starší a pediatrická pacientí. Pro úplné informace viz plná verze SPC. **Interakce:** Podávání adalimumabu bez methotrexátu vedlo ke zvýšené tvorbě protilátek, zvýšené clearance a snížené účinnosti adalimumabu. Anakinra. Abatacept. **Těhotenství a kojení:** Adalimumab má být užíván během těhotenství pouze tehdy, pokud je to nezbytně nutné. Přípravek Hyrimoz lze podávat během kojení. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Mohou se objevit vertigo a zrakové poruchy. **Nežádoucí účinky:** Infekce dýchacích cest, systémové infekce, sřivní infekce, infekce kůže a měkkých tkání, orální infekce, infekce reprodukčního systému, infekce močových cest (včetně pyelonefritidy), plísňové infekce, kloubní infekce, karcinom kůže vyjma melanomu, benigní neoplasie, leukopenie, leukocytóza, trombocytopenie, hypersenzitivita, alergie, hypokalémie, zvýšení kyseliny močové, abnormální hladina sodíku v krvi, hypokalciémie, hyperglykémie, hypofosfatémie, dehydratace, alterace nálady, parestezie, migréna, poruchy zraku, vertigo, tachykardie, hypertenze, astma, krvácení z GI traktu, rash, svalové spazmy, poškození ledvin, bolest na hrudi, poruchy koagulace, poruchy hojení. Pro úplný výčet viz plná verze SPC. **Druh obalu a velikost balení:** Stříkačka z čírého skla typu I na jedno použití s pryžovou zátkou, jehlou z nerezové oceli s automatickou ochranou jehly s opeřkou na prsty, pryžovým krytem jehly a plastovým pístem. Stříkačka obsahuje 0,4 nebo 0,8 ml roztoku. Předplněná injekční stříkačka na jedno použití sestavená do pera trojúhelníkového tvaru s transparentním okénkem a štítkem (pero SensorReady). Stříkačka uvnitř pera je tvořena ze skla typu I, jehlou z nerezové oceli, vnitřním pryžovým krytem jehly a pryžovou zátkou. Stříkačka obsahuje 0,8 ml roztoku. **Balení:** Stříkačka 20 mg a 40 mg; 2 předplněné injekční stříkačky. Pero 40 mg; 2 předplněná pera SensorReady. **Doba použitelnosti:** 30 měsíců. **Zvláštní opatření pro uchování:** V chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte předplněnou injekční stříkačku nebo předplněné pero v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. Jednotlivé předplněné injekční stříkačky nebo předplněná pera přípravku Hyrimoz lze uchovávat při teplotě do maximálně 25 °C po dobu až 21 dní. Předplněné injekční stříkačka nebo předplněné pero musí být chráněny před světlem a znehodnoceny, pokud nejsou použity v průběhu těchto 21 dní. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Sandoz GmbH; Biochemiestrasse 10, A-6250 Kundl Rakousko. **Registrační číslo:** EU/1/18/1286/007, EU/1/18/1286/001, EU/1/18/1286/002, EU/1/18/1286/003, EU/1/18/1286/004, EU/1/18/1286/005, EU/1/18/1286/006. **Datum registrace:** 26.7.2018. Pouze na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění, výši a podmínky úhrady naleznete v aktuálním Seznamu léčiv a PZLU hrazených ze zdravotního pojištění na www.sukl.cz. Před předepsáním léku se, prosím, seznámte s podrobnými informacemi v platném Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese společnosti Sandoz.

BÜRGEROVA CHOROBA, JAK JI POZNAT?

Hana Štilcová, Katarína Bebjaková, Tomáš Soukup, Subkatedra revmatologie, II. interní gastroenterologická klinika, LF a FN, Hradec Králové

Bürgerova choroba - Trombangitis obliterans (TO) je vzácné, závažné onemocnění cév, postihuje hlavně dolní končetiny. Objevuje se obvykle u mladých mužů ve věku 20-40 let, častěji ve východoasijské populaci. Příčina vzniku choroby není známá, ale k jejímu rozvoji přispívá kouření a dědičnost. Při onemocnění dochází k neinfekčnímu zánětu cévní stěny, který je následován vznikem krevních sraženin uvnitř cév. Dochází k ischemii tkání s následným vznikem gangrény. Nejčastěji jsou postiženy akrální části končetin, prstů. Komplikací bývá infekce a s nutností amputace.

Popis případu: Předkládáme případ 34leté pacientky, kuřačky, s protrahovanými gastrointestinálními obtížemi, původně hospitalizované ve spádu. Při přijetí byly přítomny laboratorní známky zánětu a mírné malnutrice. Spontánně se trávicí obtíže upravily. Současně došlo k pozvolnému rozvoji ischemických změn na akrech horních končetin. Pacientka byla přeložena na naši kliniku se suspekci na revmatologické onemocnění. Pro ischemii akrálních částí dolních i horních končetin bylo vysloveno podezření na vaskulitidu. Byla zahájena i.v. pulzní kortikoterapie. Ta však byla bez efektu. Proveden neúspěšný endovaskulární pokus o lokální revaskularizaci a zahájena vasodilatační terapie, při které se stav stabilizoval. CT angiografie dolních končetin odhalila příznačné změny pro TO. Léčba byla komplikována gangrénou distálního článku 2. prstu levé horní končetiny s následnou amputací. V současné době pacientka nekouří, je bez defektů končetin, dispenzarizována v angiologické poradně FN HK.

Závěr: Bürgerova choroba je velmi vzácné onemocnění. Základní diagnostickou metodou je angiografie cév. Zprůchodnění cévy při angiografii bohužel obvykle není možné, protože postiženy bývají příliš malé cévy. Při akutním uzávěru cévy se podávají vasodilatační infúze, léky proti bolesti a antiagregační léčba. Důležitý je zákaz kouření, prevence infekce a péče o defekty či otevřené rány, které nezřídka končí i amputací. Výskyt onemocnění se mění, objevuje se více případů onemocnění u žen i postižení horních končetin..

OSTEOARTRÓZA

Stella Kuběnková, Eva Sekaninová, III. Interní NRE Klinika, FN, Olomouc

Osteoartróza (OA) je degenerativní kloubní onemocnění, při kterém dochází k degenerativní přestavbě kloubní chrupavky a reakci všech přilehlých kloubních tkání (subchondrální kosti, kloubního pouzdra, synoviální tekutiny, menisků, úponů vazů a svalů apod.). Finálně se pak zhoršení kvality kloubních tkání projeví selháním biomechanické funkce kloubu, který není schopen čelit běžné fyzické zátěži.

OA je nejčastější onemocnění periferních kloubů; jeho prevalence se s věkem zvyšuje a u populace nad 65 let se pohybuje kolem 33 %. Symptomatická gonartróza postihuje necelých 10 % dospělé populace, koxartróza asi 5 % a OA rukou necelá 3 %. Epidemiologický význam tohoto onemocnění s procesem stárnutí populace ve vyspělých zemích nadále vzrůstá. Nutno však zdůraznit, že OA není synonymem prostého či přirozeného stárnutí kloubních struktur; od fyziologického stárnutí se odlišuje metabolicky i morfologicky. Rovněž není správná představa o OA jako o mechanickém opotřebením či oteřu chrupavky. Artrótické změny jsou výsledkem poruchy metabolické rovnováhy mezi novotvorbou a odbouráváním mezibuněčné hmoty chrupavky a reaktivních změn přilehlých tkání. Přestože jsou změny v chrupavce, ke kterým při rozvoji OA dochází, poměrně dobře popsány, příčina, jež spustí tuto kaskádu změn, zatím není ve většině případů známa (primární OA). U tzv. sekundárních forem se OA vyvíjí na podkladě patologických změn kloubu nebo některé z jeho tkání. Vyvolávající moment může vycházet prakticky ze všech kloubních struktur a může mít různý charakter – porucha biomechaniky kloubu (porucha osového uspořádání, traumata, dysplazie apod.), postižení chronickým zánětem (např. revmatoidní artritida, ankylozující spondylitida apod.), endokrinologické a metabolické abnormality atd.

Jediný antagonist IL-1 receptoru zajišťující blokádu obou jeho složek – IL-1 α i IL-1 β – v léčbě sJIA, AOSD, CAPS, FMF, RA.^{1,2}

- rychlé a setrvalé vymizení symptomů sJIA/AOSD s možnou remisí^{1,3}
- příznivý bezpečnostní profil^{4,5}
- výhoda krátkého poločasu pro okamžitou úpravu dávky nebo vysazení s rychlým dosažením „wash-out“ periody¹

MÍT CESTU VPŘED POD KONTROLOU

sJIA – systémová juvenilní idiopatická artritida (*Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis*); **AOSD** – Stillova nemoc dospělých (*Adult-Onset Still's Disease*); **CAPS** – kryopyrin-asociované periodické syndromy (*Cryopyrin-Associated periodic syndrome*); **FMF** – familiární středozemní horečka (Familial Mediterranean Fever); **RA** – revmatoidní artritida (*Rheumatoid Arthritis*)

1. SPC Kineret®, datum poslední revize textu 28. 4. 2020.
2. www.sukl.cz. Navštíveno dne 24. 7. 2020.
3. Vitale A, et al. Front Pharmacol. 2019;10:296.
4. Calabrese LH. Ann Pharmacother. 2002;36(7-8):1204-9.
5. Castañeda S, et al. Expert Rev Clin Immunol. 2018;14(12):979-992.

Zkrácená informace o léčivém přípravku Kineret®

Název přípravku: Kineret 100 mg/0,67 ml injekční roztok v předplněné injekční stříkačce.
Kvalitativní a kvantitativní složení: Jedna předplněná injekční stříkačka se stupnicí obsahuje anakinrum 100 mg o 0,67 ml (150 mg/ml).
Léková forma: Injekční roztok (injekce).
Terapeutické indikace: Revmatoidní artritida (RA). Syndromy periodické horečky. Kryopyrin-asociované periodické syndromy (CAPS). Familiární středozemní horečka (FMF). Stillova nemoc. Přípravek Kineret lze podávat v monoterapii nebo v kombinaci s jinými protizánětlivými léky a chorobu modifikujícími antirevmatickými (disease modifying antirheumatic drugs, DMARD).
Dávkování a způsob podání: **RA: dospělí:** 100 mg jednou denně v subkutánní injekci. **CAPS: dospělí, dospívající, děti a kojenci ve věku 8 měsíců nebo starší s hmotností 10 kg nebo větší:** doporučená počáteční a udržovací dávka u mírných CAPS je 1–2 mg/kg/den podkožní injekcí. Udržovací dávka u těžkých CAPS je 3–4 mg/kg/den a může být upravena až na maximálně 8 mg/kg/den. **FMF:** Doporučená dávka u pacientů o hmotnosti 50 kg nebo vyšší je 100 mg/den ve formě subkutánní injekce. Pacientům o hmotnosti nižší než 50 kg je třeba podávat dávky podle tělesné hmotnosti; doporučená dávka je 1–2 mg/kg/den. **Stillova nemoc:** doporučená dávka u pacientů o hmotnosti 50 kg nebo vyšší je 100 mg/den ve formě subkutánní injekce. Hmotnost nižší než 50 kg: dávky podle tělesné hmotnosti; počáteční dávka má být 1–2 mg/kg/den. **Starší populace:** není zapotřebí úprava dávek. **Pediatrická populace:** Čtěte pozorně úplnou informaci o přípravku Kineret® *Porucha funkce jater:* není zapotřebí úprava dávek. *U pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin (Cl_{Cr} < 30 ml/min) nebo v konečném stádiu renálního onemocnění (včetně dialýzy):* je třeba zvážit podávání předepsané dávky přípravku Kineret každý druhý den. **Způsob podání:** subkutánní injekce. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku nebo na proteiny pocházející z *E. coli*. Neutropenie (ANC < 1,5 × 10⁹/l). **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** **Sledovatelnost:** Aby se zapsala sledovatelnost biologických léčivých přípravků, má se předlédně zaznamenat název podaného přípravku a číslo šarže. V případě výskytu **léžké alergické reakce** je třeba přerušit podávání přípravku Kineret. Přerušování a měla by být zahájena odpovídající léčba. **Jaterní příhody:** v klinických studiích byla pozorována přechodná zvýšení jaterních enzymů. **Vážené infekce:** léčba přípravkem Kineret je neměla být zahajována u pacientů s aktivní infekcí. U pacientů s RA, u nichž se rozvine závažná infekce, je třeba přerušit léčbu přípravkem Kineret ukončena. U pacientů s CAPS léčených přípravkem Kineret existuje riziko vzniku nemoci, když ukončí léčbu přípravkem Kineret. V období po uvedení přípravku na trh byly hlášeny případy MAS u pacientů se Stillovou nemocí léčených přípravkem Kineret. **Neutropenie (absolutní počet neutrofilů < 1,5 × 10⁹/l):** léčba přípravkem Kineret by měla být přerušena a absolutní počet neutrofilů by měl být pečlivě sledován. **Plicní příhody:** po uvedení

přípravku na trh byly hlášeny případy intersticiálního plicního onemocnění, plicní alveolární proteinózy a plicní hypertenze, a to hlavně u pediatrických pacientů se Stillovou nemocí léčených inhibitory IL 6 a IL 1, včetně přípravku Kineret. **Imunosuprese:** podávání přípravku pacientům s preexistujícím maligním nádorovým onemocněním se nedoporučuje. **Malignity:** při klinických hodnoceních u pacientů léčených přípravkem Kineret byla zjištěna incidence lymfomů vyšší, než se předpokládá v běžné populaci. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** **Současná léčba přípravkem Kineret a TNF- α antagonisty:** současné podávání přípravku Kineret s etanerceptem nebo jinými TNF- α antagonisty se nedoporučuje. **Substráty cytochromu P450:** u substrátů CYP450 s úzkým terapeutickým indexem (např. warfarin a lenytratin) může být zapotřebí upravit jejich individuální dávku. **Ferilita, těhotenství a kojení:** Podávání látky anakinra v těhotenství a u žen v reprodukčním věku, které nepoužívají antikoncepci, se z bezpečnostních důvodů nedoporučuje. Kojení má být během léčby Kineretem přerušeno. **Nežádoucí účinky:** **Velmi časté (\geq 1/10), Časté (\geq 1/100 až < 1/10):** závažné infekce, neutropenie, trombocytopenie, bolesti hlavy, reakce v místě vpichu, zvýšení hladiny cholesterolu v krvi. **Zvláštní požadavky na podmínky uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C–8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Pro účely ambulantního použití smí být přípravek Kineret přemístěn z chladničky do prostředí do 25 °C maximálně na období 12 hodin. **Držitel registračního rozhodnutí:** Swedish Orphan Biovitrum AB (publ) SE-112 76 Stockholm, Švédsko. **Registrační číslo:** EU/1/02/203/005, 006, 007. **Datum revize textu:** 28. 4. 2020. Před předepsáním přípravku se, prosím, seznámte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. REF-6785

Souhrn údajů o přípravku obdržíte na adrese: Swedish Orphan Biovitrum s.r.o., Na Strži 65/1702, 140 00 Praha 4, tel.: +420 257 222 034. Podrobné informace o léčivém přípravku jsou rovněž uveřejněny na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky: <http://www.ema.europa.eu/>.

URČENO PRO ODBORNÉ VĚŘNOST.

Nežádoucí účinky musí být hlášeny Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv <http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek>, nebo firmě Swedish Orphan Biovitrum s.r.o. prostřednictvím e-mailu: drugsafety@sobi.com.

PP-8988, datum přípravy: srpen 2021

Sobi a Kineret® jsou ochrannými známkami Swedish Orphan Biovitrum AB (publ). ©2021 Swedish Orphan Biovitrum AB (publ). Všechna práva vyhrazena.

Další informace o přípravku získáte na adrese:

Swedish Orphan Biovitrum s.r.o.
Na Strži 65/1702, 140 00 Praha 4
 tel.: +420 257 222 034, e-mail: mail.cz@sobi.com
www.sobi.com

EDUKAČNÍ BLOK

ULTRA KRÁTKÉ KAZUISTIKY O KRIZOVÉ KOMUNIKACI

Liliana Šedová, Kateřina Vondříčková, Revmatologický ústav, Praha

Náš příspěvek je připravený jako úvod k bloku zabývajícího se krizovou komunikací ve zdravotnictví. Ve velmi krátkých příkladech z praxe připomíná nejčastější problematické situace vyplývající především z nedorozumění mezi zdravotníky a pacienti a upozorňuje na nutnost psychologického přístupu, obšírného seznámení pacientů s diagnózou, prognózou a léčbou a ověřování pochopení předaných informací. Příklady jsou uvedeny formou dialogu mezi prezentujícími.

ROLE NEMOCNIČNÍCH KAPLANŮ V KRIZOVÉ KOMUNIKACI

Matěj Hájek, Revmatologický ústav, Praha

Spirituální péče je již bezmála třicet let integrální součástí celostně pojaté péče ve zdravotnictví. V českém společenském kontextu se rozvíjí v souvislosti se specifickým vztahem člověka k náboženství. Ten je na jedné straně zdrženlivý a plachý. Na straně druhé ovšem plný zvědavosti a potřeby po nalezení hodnotové a existenciální orientace v životě.

Přítomnost kaplanů v různých institucích je založena na sociálním učení církvi, které jej chápou jako nezastupitelnou duchovní službu a pomoc vycházející ze spoluprožívání (Duchovní služba armády ČR), doprovázení v těžké životní situaci (Stanovy spolku Asociace nemocničních kaplanů) a pozitivní podporu sociálně vyloučených (Stanovy Vězeňské duchovní péče). Kaplanství se přitom v různých etických kodexech (jak nemocnic, tak kaplanských asociací) jednoznačně vymezuje vůči evangelizačnímu pojetí spirituální péče. Kaplani ctí zásadu, že duchovní doprovázení neznamena záměrné vedení daného člověka k náboženské konverzi, nebo dokonce ke vstupu do konkrétní církve. Kaplanova primární úloha je doprovázet člověka v jeho životní situaci a pomoci mu objevovat a případně rozvíjet jeho autentickou spiritualitu. V případě zájmu ze strany příjemce kaplanovy služby mu samozřejmě kaplan prostředkuje svou vlastní duchovní zkušenost a vhodné zdroje pro duchovní růst. Děje se tak ovšem výhradně ve formě osobního sdílení vlastní zkušenosti, nikoliv jakožto apel k následování stejné cesty.

Ke kaplanství se duchovní některé státem uznané církve (vysvěcený kněz v případě římskokatolické, nebo pravoslavné církve, kazatel v případě církvi protestantského spektra), popřípadě laický člen některé z těchto církvi, rozhoduje dobrovolně (často se k této službě „cítí být povolán Bohem“). Nezbytné je ale oficiální pověření církve, které plyne z důkladné zkušenosti s daným člověkem a rozpoznání jeho obdarování pro tuto službu.

Velmi zajímavá je otázka specifikace role kaplana v součinnosti s ostatními podpůrnými profesemi ve zdravotnictví. Jak je zřejmé, dochází v praxi k významnému překryvu v působení mezi psychologem, sociálním pracovníkem a kaplanem. Přesto je snaha spirituální a psychologickou a sociální péči od sebe oddělit a jejich specifika co nejpřesněji definovat. To je užitečné pro interdisciplinární spolupráci a koordinaci péče. Zároveň je ovšem zřejmé, že v běžném provozu dochází k častému prolínání těchto odborností. Rozhodující je tedy vzájemný respekt, solidarita a vůle ke spolupráci, bez nichž se kvalitní podpůrná péče neobejde. Duchovní péči, již poskytuje nemocniční kaplan, můžeme spolu s duchovním myslitelem a pastoračním pracovníkem T. Moorem popsat následovně: „Její smyslem není odstranit ze života problémy, ale pomoci odkrývat v normálním, běžném životě hloubku a hodnotu, které jsou plodem duchovnosti...“

Příspěvek bude úvodním představením toho, jak zmíněná služba funguje v konkrétní nemocniční i paliativní praxi.

Jediný gel s obsahem 2% diklofenaku, který je určen k úlevě od bolesti při osteoartróze a bolesti zad



**Více než 8x vyšší kožní penetrace a více než dvakrát
vyšší retence v kůži v průběhu 24 hodin***

*v porovnání s gelem s obsahem 5% diklofenaku; in vitro studie na ex vivo kůži

Zkrácená informace dle SPC

Voltaren Forte 20 mg/g gel

Složení: 1 g obsahuje diklofenacem diethylaminium 20,2 mg, což odpovídá diklofenacem natricum 20 mg.

Indikace: Dospívající od 14 let: Krátkodobá lokální symptomatická úleva od akutní bolesti, zánětu a otoku u poranění měkkých tkání, např. podrážek, zánětů slach, vazů, svalů a kloubů, způsobených např. podvrtnutím, vymknutím, pohmožděním (poranění utrpné při sportu). Dospělí (od 18 let) Lokální symptomatická léčba bolesti a zánětu u poranění měkkých tkání, např. podrážek, zánětů slach, vazů, svalů a kloubů, způsobených např. podvrtnutím, vymknutím a pohmožděním (poranění utrpné při sportu). Dospělí (od 18 let) Lokální symptomatická léčba bolesti a zánětu u poranění měkkých tkání, např. podrážek, zánětů slach, vazů, svalů a kloubů, způsobených např. podvrtnutím, vymknutím a pohmožděním (poranění utrpné při sportu). Dospělí (od 18 let) Lokální symptomatická léčba bolesti a zánětu u poranění měkkých tkání, např. podrážek, zánětů slach, vazů, svalů a kloubů, způsobených např. podvrtnutím, vymknutím a pohmožděním (poranění utrpné při sportu).
Dávkování: Dospělí a dospívající od 14 let: Aplikuje se lokálně na kůži 2krát denně, nejlépe ráno a večer. Vtírá se jemně na postižené místo. Poskytuje dlouhotrvající úlevu od bolesti až na 12 hodin. Podle velikosti bolestivého místa, které má být ošetřeno, se aplikuje 2-4 g gelu. Po aplikaci je nutné otřít ruce do papírového ubrusku a poté omýt, pokud nejsou místem k léčení. Po použití by měl být papírový ubrousek vhozen do koše. Před sprchováním a koupáním má pacient počkat, dokud Voltaren Forte nezaschne. Délka léčby závisí na indikaci a dosažené odpovědi pacienta na léčbu. Poranění tkání a bolest zad: dospělí pacienti by neměli používat gel bez doporučení lékaře déle než 2 týdny, pokud se však při používání přípravku stav nezlepší nebo se neopak zhorší, měl by pacient vyhledat lékaře již po 7 dnech léčby; u dospívajících od 14 let do 18 let se doporučuje, aby se pacienti nebo jejich rodiče poradili s lékařem, pokud je přípravek potřeba užívat déle než 7 dní k úlevě od bolesti nebo pokud se příznaky zhorší. U bolestivé artrózy a lokalizovaných forem revmatismu měkkých tkání (dospělí nad 18 let) o délce léčby rozhodne lékař. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou nebo pomocnou látku. Pacienti s anamnézou záchvatu astmatu, angioedému, kopřivky nebo akutní rinitidy vyvolané ASA nebo jinými NSAID. Poslední trimestr těhotenství. **Upozornění/Opatření:** V případě, že je přípravek aplikován na velké plochy kůže a používán dlouhodobě nebo pokud je použit v kombinaci s perorálně užívanými NSAID, nelze vyloučit možný výskyt systémových NÚ. Má aplikovat pouze na zdravou a intaktní kůži (bez otevřených ran a poranění). Nesmí se dostat do kontaktu s očima nebo se sliznicemi. Nesmí se užívat perorálně. Léčba musí být ukončena, jestliže se po aplikaci přípravku objeví kožní vyrážka. Může být používán s neoklutiní bandáží, ale nemá být používán s neprodyšným okluzivním obvazem. Pacienti by se měli vyvarovat nadměrnému vystavování slunečnímu záření za účelem snížení velmi vzácného rizika fotosenzitivní reakce. Přípravek není určen pro děti a dospívající mladší 14 let. Obsahuje propylenylglykol, který může způsobit podráždění kůže; butylhydroxytoluen, který může způsobit místní kožní reakce (např. kontaktní dermatitida) nebo podráždění očí a sliznic; vonné látky benzylalkohol, citronellol, kumarin, limonen d-formu, eugenol, geraniol, linalol, které mohou vyvolat alergickou reakci. **Těhotenství/Kojení:** Diklofenak je kontraindikován ve třetím trimestru těhotenství. Používání v průběhu kojení pouze po pečlivém zvážení přínosu a rizik podání. **Interakce:** Protože je systémová absorpce při topické aplikaci gelu velmi nízká, jsou interakce velmi nepravděpodobné. **Nežádoucí účinky:** Časté: dermatitis, vyrážka, ekzém, erytém, svědění. **Vzácné:** bulózní dermatitida. **Velmi vzácné:** pustulózní vyrážka, hypersenzitivita, angioedém, astma, fotosenzitivní reakce. **Není známo:** pocit pálení v místě aplikace, suchá kůže. **Uchovávaní:** Uchovávejte při teplotě do 30 °C. **Registrační číslo:** 29/070/13-C. **Datum poslední revize SPC:** 17. 12. 2020. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Czech Republic s.r.o., Praha, Česká Republika. **Výdej léčivého přípravku možný bez lékařského předpisu. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. V případě otázek kontaktujte prosím: GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Czech Republic s.r.o., Hvezdova 1734/2c, 140 00 Praha 4, email: cz.info@gsk.com. Případně nežádoucí účinky prosím hlase na: cz_safety@gsk.com. Ochranné známky jsou vlastněné nebo licencované skupinou společností GSK. ©2021 skupina společností GSK nebo poskytovatel příslušné licence. Datum vypracování materiálu: 05/2021**

Satelitní symposium pořádané společností Eli Lilly

NON-RADIOGRAFICKÁ A RADIOGRAFICKÁ AXIÁLNÍ SpA - NOVĚ SCHVÁLENÁ INDIKACE PRO TALZ

Karel Pavelka, Revmatologický ústav, Praha

Ixekizumab je humanizovaná monoklonální protilátka izotypu IgG s vysokou afinitou a specifitou IL-17A, která efektivně blokuje vazbu IL-17A k jeho receptoru. Na základě úspěšných studií fáze III (UNCOVER-1, UNCOVER-2) byl ixekizumab registrován v indikaci ložiskové psoriázy a dále na základě úspěšných studií (SPIRIT-P1 a SPIRIT-P2) v indikaci psoriatické artritidy.

Dále byly provedeny 3 randomizované, kontrolované studie u ax SpA a to sice COAST-V u AS/r-axSpA, bDMARD-naivních, COAST-W u AS/r-axSpA, TNF selhaných a COAST-X u nr-axSpA u bDMARD naivních. Primárním cílem u všech studií byl ASAS 40 a to u studií COAST-V a COAST-W v týdnu 16 a u studie COAST-X (non-radiografické) pak v týdnu 16 a 52. Ve všech třech pivotálních studiích: ASAS 40 odpovědi proti placebu bylo docíleno, všechny sekundární cíle byly dosaženy pro ixekizumab Q4W, statisticky významné odpovědi byly zjištěny po 1-2 týdnech, výsledky byly podobné nezávisle od bazálních hodnot CRP nebo MRI skóre, všechny odpovědi přetrvávaly do týdne 52. Nejčastějšími nežádoucími účinky byly nazofaringitida a infekce horního respiračního traktu, které však nebyly častější než po placebu a po adalimumabu.

Závěr: Ixekizumab je nový lék pro léčbu axiální SpA, jehož mechanismem účinku je blokáda IL-17A. Ve všech provedených studiích prokázal velmi dobro účinnost při přijatelné toxicitě.

Klíčová slova: ixekizumab, axiální spondyloartritida, biologická léčba

Inzerce

METHOTREXÁT V PŘEDPLNĚNÉM PERU
PRO OPTIMÁLNÍ BEZPEČNOST PACIENTA
NORDIMET[®]
methotrexate
8 SIL PRO PŘESNĚJŠÍ
DÁVKOVÁNÍ

Zkrácená informace o přípravku: **Název přípravku:** Nordimet 7,5 mg injekční roztok v předplněném peru (7,5/10/12,5/15/17,5/20/22,5/25 mg) **Složení:** Jeden ml roztoku obsahuje methotrexatum 25 mg. **Indikace:** Nordimet je indikován k léčbě: aktivní revmatoidní artritidy u dospělých pacientů; polyartritických forem závažné aktivní juvenilní idiopatické artritidy (JIA), pokud byla odpověď na nesteroidní protizánětlivá léčiva (NSAID) nedostatečná; závažné rezistentní invalidizující psoriázy, která dostatečně nereaguje na jiné formy léčby, jako je například fototerapie, psoralen a ultrafialové záření A (PUVA) a retinoidy, a závažné psoriatické artritidy u dospělých pacientů. **Dávkování a způsob podání:** Dávkování u dospělých pacientů s revmatoidní artritidou: Doporučená úvodní dávka je 7,5 mg methotrexátu jednou týdně, podávaných subkutánně. Neměla by být překročena týdenní dávka 25 mg. Odpověď na léčbu je možné očekávat po přibližně 4–8 týdnech. Po dosažení požadovaného terapeutického výsledku by měla být dávka postupně snižována na nejnižší možnou účinnou udržovací dávku. Dávkování u pacientů s psoriásis vulgaris a psoriásis arthropatica: Doporučuje se podat subkutánně zkušební dávku 5–10 mg jeden týden před začátkem léčby, za účelem zjištění idiosyncratických nežádoucích účinků. Doporučená úvodní dávka je 7,5 mg methotrexátu jednou týdně. Dávka má být postupně zvyšována, ale neměla by obecně překročit týdenní dávku 25 mg methotrexátu. Odpověď na léčbu je možné obecně očekávat po přibližně 2–6 týdnech. Zvláštní skupiny populace, u kterých se snižuje dávka: starší osoby, osoby s poruchou funkce ledvin, jater, pacienti s těti distribučním prostorem (pleurální výpotky, ascites). **Dávkování u dětí a dospívajících do 16 let s polyartritickými formami juvenilní idiopatické artritidy:** Doporučená dávka je 10–15 mg/m² tělesného povrchu (BSA) týdně subkutánně. V případech rezistentních vůči léčbě je možné týdenní dávku zvýšit až na 20 mg/m² tělesného povrchu týdně. Pokud je však dávka zvýšena, je indikována zvýšená frekvence monitorování. Způsob podání: Nordimet se aplikuje pouze jednou týdně. Doporučuje se stanovit určitý den v týdnu jako „den pro injekci“. Nordimet je určen pro subkutánní podání. Je možné zvážit suplementaci kyseliny listovou nebo kyseliny folinovou. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku (Chlorid sodný, Hydroxid sodný); závažná porucha funkce jater; abusus alkoholu; závažná porucha funkce ledvin; preexistující krvení dškraszie; imunodeficiency; závažná, akutní nebo chronická infekce, jako jsou tuberkulóza a HIV; stomatitida, vředový ústní dutiny a známá aktivní gastrointestinální vředová choroba; těhotenství a kojení; souběžné očkování živými vakcínami. **Významné interakce:** Hepatotoxické a hematotoxické léčivé přípravky (např. leflunomid, azathioprin, sulfasalazin a retinoidy). Konzumace alkoholu. Podávání dalších hematotoxických léčivých přípravků (např. metanzololu) zvyšuje pravděpodobnost závažných hematotoxických účinků methotrexátu. Antikoagulancia (snižení hladiny methotrexátu v krvi) a 5-fluorouracil (prodloužení t½ 5-fluorouracilu). Salicyláty, fenylbutazon, fenytion, barbituráty, trankvilizéry, perorální kontraceptiva, tetraacykly, deriváty amidopyridinu, sulfonamidy a kyselina p-aminobenzoová. Antibiotika, jako je penicilin, glykopeptidy, sulfonamidy, ciprofloxacin a cefalotini, mohou v jednotlivých případech snižovat renální clearance methotrexátu, takže může dojít ke zvýšení sérových koncentrací methotrexátu se současnou hematologickou a gastrointestinální toxicitou. Perorální antibiotika, jako jsou tetracykly, chloramfenicol a nevstřebatelná širokospektrá antibiotika mohou snižovat intestinální absorpci methotrexátu nebo narušovat enterohepatickou cirkulaci. Současné podávání léčivých přípravků, které způsobují deficit folátů (např. sulfonamidy, trimethoprim-sulfamethoxazol), může vést ke zvýšené toxicitě methotrexátu. Zvláštní opatření je proto také třeba při existujícím deficitu kyseliny listové. Souběžné podávání léčiv obsahujících kyselinu folinovou nebo vitaminy skupiny B přípravků, které obsahují kyselinu listovou nebo její deriváty, může na druhou stranu zhoršit účinnost methotrexátu. Nápoje obsahující kofein nebo theofylin (káva, nealkoholické nápoje obsahující kofein, černý čaj). Kombinované užívání methotrexátu a leflunomidu může zvyšovat riziko pancytopenie. Radioterapie během užívání methotrexátu může zvyšovat riziko nekrozy měkkých tkání nebo kostí. Během léčby methotrexátem se nesmí provádět souběžné očkování živými vakcínami. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejzávažnější nežádoucí účinky methotrexátu patří suprese kostní dřeně, pulmonální toxicita, hepatotoxicita, renální toxicita, neurotoxicita, tromboembolické příhody, analyticky šok a Stevens-Johnsonův syndrom. Velmi časté nežádoucí účinky methotrexátu zahrnují gastrointestinální poruchy (např. stomatitida, dyspepsie, bolest břicha, nauzea, ztráta chuti k jídlu) a abnormální jaterní testy (např. zvýšená alaninaminotransferáza (ALT), asparátaminotransferáza (AST), bilirubin, alkalická fosfatáza). Dalšími častými nežádoucími účinky jsou leukopenie, anémie, trombopenie, bolest hlavy, únava, ospalost, pneumonie, intersticiální alveolitida/pneumonitida často spojená s eozinofilií, vředy v ústech, průjmy, exantém, erytém a pruritus. Nejvýznamnějším nežádoucím účinkem je suprese hematopoetického systému a gastrointestinální poruchy. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C. Uchovávejte předplněné pero v křabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Nordic Group BV, Siriusdreef 22, 2132 WT Hoofddorp, Nizozemsko. **Distributor:** Nordic Pharma, s.r.o., Praha. **Datum první registrace/prodloužení registrace:** Datum první registrace: 18. srpna 2016. **Datum revize textu:** 6/2021. **Preskripční omezení:** revmatolog, dermatolog. **Nordimet je vázán na lékařský předpis je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.** Materiál je určen výhradně odborníkům dle § 2a zákona č. 40/1995 Sb., tj. osobám oprávněným předepisovat nebo vydávat léčivé přípravky.

Caltrate D₃
500 mg/1000 IU
žvýkací tablety

**500 mg VÁPNIKU
+ 1 000 IU VITAMINU D₃**

NEJVYŠŠÍ OBSAH VITAMINU D₃ V JEDNÉ TABLETĚ*

- k prevenci a léčbě deficitu vitamínu D₃ a vápníku u starších osob
- k podávání vitamínu D₃ a vápníku v průběhu léčby osteoporózy



dávkování 1x denně

jednotlivě balené žvýkací tablety

pomerančová příchut'

částečná úhrada

malá spoluúčast pacienta**

Zkrácené informace o le SPC Caltrate D₃ 500 mg/1000 IU žvýkací tablety

Složení: Jedna žvýkací tableta obsahuje: calcium 500 mg (jako oxidu carbonat), colecalciferolum 25 mikrogramů (vitamin D₃ odpovídající 1000 IU) jako colecalciferol pátiv. Pomocné látky se známým účinkem: Jedna žvýkací tableta obsahuje 0,50 mg aspartamu (E 951), 58,104 mg sorbitolu (E 420), 185,000 mg sorbitolu (E 953), 1,925 mg sacharózy a 0,01 mg benzylalkoholu. **Indikace:** Přípravek Caltrate D₃ se používá k prevenci a léčbě deficitu vitamínu D a vápníku u starších osob a doplňkovému podávání vitamínu D a vápníku u průběhu léčby osteoporózy u pacientů, u nichž hrozí riziko deficitu vitamínu D a vápníku. **Dávování:** [Doporučená dávka](#) je jedna žvýkací tableta denně (odpovídá 500 mg vápníku a 1000 IU vitamínu D₃). Poručka funkce jater: dávku není třeba upravovat. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku(i) nebo na kteroukoliv pomocnou látku uvedenou v bodě 6.1. Přípravek obsahuje částečně hydrogenovaný sojový olej a kontaminovaný u pacientů s hypersenzitivitou na sojové či sójové výrobky. Seňbaň lečivů. Hypertensiivní a hypertensiivní a chybějící či zavy vyvolání i hypertensiivní a hypertensiivní (např. myofim, kofein, metasyf, primární hyperparatyroidizmus). Ledvinové kameny, nefrolitiazis, nefrokalcinóza. Hypertenzivnía D₃ řábka poucha funkce ledví. Nemci se používají u dětí a dospívajících kvůli vysokému obsahu vitamínu D. **Upozornění/Opatření:** Při dlouhodobé léčbě je nutné sledovat hladinu vápníku v séru a měření sérového kreatininu monitorovat funkci ledví. Tuto monitorování je důležité zejména u pacientů souběžně léčených selektivními glykokortikoidy nebo thiazidovými diuretiky a u pacientů se silným sklonem k tvorbě konkrétního. U příjmu hyperkalciemie nebo zánětlivé poruchy funkce ledví, kdy množství vitamínu vyvolávané močí přesáhne 30 mg/24 hodin (2 mmol/24 hodin), je nutné snížit dávku nebo ukončit léčbu. Pacientům s poruchou funkce ledví se smí vitamín D podávat jen v omezené míře. **Příznaky:** Sledování jeho vlivu na hladinu vápníku a fosforu. Také je potřeba vězt i ovlivní riziko kalciferačních močových kámen. Pacient s těžkou renální insuficiencí nedokáže vitamín D podávat ve formě colecalciferolu normálně metabolizovat a je třeba u nich použít jiné formy vitamínu D. Caltrate D₃ se má podávat těm sarkoidózním předepřítavci s opatrností, jelikož hrozí riziko zesílení metabolické přeměny vitamínu D na aktivní formu. U těchto pacientů je nutné monitorovat obsah vápníku v séru a moči. Caltrate D₃ se má s vzhledem ke zvýšenému riziku hyperkalciemie u imobilizovaných pacientů s osteoporózními s opatrností. Obsah vitamínu D (1000 IU) v přípravku Caltrate D₃ je třeba brát v úvahu při předepisování dalších léčivých přípravků obsahujících vitamín D nebo jiných vzhovných zdrojů s vysokým obsahem vitamínu D nebo vápníku (např. mléko). Další dávky vápníku nebo vitamínu D se smí užívat pod pečlivým lékařským dohled. Tento léčivý přípravek obsahuje 0,50 mg aspartamu u jedné tabletě, což odpovídá 0,3 mg Aspartam je zdrojem fenylalaninu. Může být škodlivý pro osoby s fenylketonurií (PKU). Tento léčivý přípravek obsahuje isomalt. Pacienti s včasnými dědičnými problémy s intolerancí fruktózy, malabsorpcí galaktózy nebo s sacharózo-intomaltázovou deficiencí nemají tento přípravek používat. Tento přípravek také obsahuje 0,01 mg benzylalkoholu u jedné tabletě, což odpovídá 0,006 mg. Pokud je žena těhotná nebo kojí, nebo má pacient onemocnění ledví nebo jater, měl by se před užitím poradit se svým lékařem nebo lékárníkem, protože může docházet k nahromadění benzylalkoholu v těle, což může vyvolat nežádoucí účinky. Benzylalkohol může způsobit alergickou reakci. **Těhotenství/Kojení:** Podávání přípravku Caltrate D₃ se v těhotenství nedoporučuje. Studie na zvířatech prokázaly reprodukční toxicitu vysokých dávek vitamínu D u březích žen je třeba předjet předáváním vitamínu D, protože permanentní hyperkalciemie je spojená s nežádoucími účinky na vyvíjející se plod. **Kojení/Cojení:** Dle běžného učení Vápník u vitamín D přechází do mateřského mléka. To je třeba brát v úvahu při doplňování vitamínu D u dětí. **Interakce:** Thiazidová diuretika snižují exkreci vápníku močí. Při souběžném používání thiazidových diuretik, s ohledem na zvýšené riziko hyperkalciemie, je třeba pravidelně měřit hladinu vápníku v séru. Systémové podávání kortikosteroidů snižují absorpci vápníku. Rovněž mohou snižovat účinek vitamínu D. Při souběžném používání může být nutné zvýšit dávku přípravku Caltrate D₃. Souběžným podáváním fenofibru nebo barbiturátů se v důsledku metabolické akce snižuje účinek vitamínu D. Odrůtko nebo kombinovaná léčba s kontinuitivními vlivy jako kolestiramin či laxativy jako paraffinový olej mohou snižovat absorpci vitamínu D v trávicím traktu. Proto se mezi podáváním těchto přípravků doporučuje co možná nejdříve časová prodávka. Kyselina stavelova (léter se nachází ve špenátu a reventu) a kyselina fytová (nachází se v celistvých přípravcích) mohou inhibovat absorpci vápníku tím, že tvoří neuzpůsobené sloučeniny s vápníkem v potravě. Pacienti nemají dvě hodiny po jídle pít vitamín v vysokém obsahu kyseliny stavelové a kyseliny fytové užití přípravku obsahujícího vápník. U některých výživných může působit absorpci žvýkacích přípravků, pokud se používají současně. Z toho důvodu je potřeba podávat léčivě účinné přípravky nejmeně dvě hodiny před nebo čtyři až šest hodin po periodálním užití přípravku. Soli vápníku mohou snižovat absorpci železa, zinku či stroncium-ranellátu. Z toho důvodu je zapotřebí užívat přípravky železa, zinku nebo stroncium-ranellátu nejmeně dvě hodiny před či po užití přípravku Caltrate D₃. Hyperkalciemie v průběhu léčby vápníkem a vitamínem D může zvyšovat toxicitu selenitových glykokortikoidů. U pacientů se třeba monitorovat elektrolytovou rovnováhu a hladinu vápníku v séru. Pokud se souběžně používají bifidobakterie, fluorid sodný nebo soli železa, je třeba je podávat nejméně tři hodiny před užitím přípravku Caltrate D₃, jinak hrozí pokles absorpce v trávicím traktu. Účinky isoflouridových močových byt souběžným podáváním s vápníkem zesílí, a to kvůli snižení absorpce isoflouridových. Mezi podáním vápníku a levofloxacinu má být prodávka alespoň čtyři hodiny. Pokud se s vápníkem používá současně chinolonová antibiotika, může být jejich absorpce zhoršena. Chinolonová antibiotika je třeba užívat dvě hodiny před nebo šest hodin po podání vápníku. **Nežádoucí účinky:** [Více člátek](#) hyperkalciemie. [Více člátek](#) nauzea, průjem, bolest břicha, zácpa, řitace, říhání, závratě, úzkost, pruritus, kopřivka, hyperkalciemie, nefrolitiazis. [Více člátek](#) hyperparatyroidizmus jakožto anorgonem nebo laryngospasmus. **Uchování:** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchování. **Registrační číslo:** 20937/76. **Datum posledního revize SPC:** 11. 2. 2021. **Důležité rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Czech Republic s.r.o., Praha, Česká republika. **Výše léčebné přípravku není možná bez lékařského předpisu. Přípravky Caltrate D₃ 500 mg/1000 IU a 90 jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravky Caltrate D₃ 500 mg/1000 IU, 240, 48 a 120 jsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění.**

*Caltrate D₃ má nejvyšší obsah vitamínu D v jedné tabletě v rámci léků obsahujících kombinaci vápníku a vitamínu D, které jsou dostupné v ČR.

**Z databáze léčivých přípravků SUKL po zadání vyhledávacích kritérií ATC skupina „A12AX“ – kombinace vápníku a jiných prvků a kriteriia „dostupné“.

Viz data maximumální cena výrobce: 529,17 Kč, orientační prodejní cena: 756,80 Kč. Nezávadná doporučená spotřebitelská cena dle ceníku společnosti GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Czech Republic s.r.o. platného k 01. 01. 2021: 484,67 Kč. Nejvyšší možný doplatek pacienta dle MC 279,69 Kč. Orientační výše doplatku dle ceníku společnosti GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Czech Republic s.r.o. platného k 01. 01. 2021: 7,56 Kč.

V případě otázk kontaktujte prosím: GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Czech Republic s.r.o., Hřbezdova 1734/2c, 140 00 Praha 4, e-mail: cz_info@ngk.com.

Připadné nežádoucí účinky prosím hláste na: cz_safety@ngk.com.

Datum vypracování materiálu: 07/2021.

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



79. KLINICKÁ KONFERENCE RÚ PRAHA 2021

Hlavní programová témata

- Časná diagnostika a prognóza revmatoidní artritidy
- Strategie léčby revmatoidní artritidy
- Zvláštní situace v léčbě revmatoidní artritidy

Registrace

Registrace na kongres je možná výlučně on-line na:

[www.congressprague.cz/
kongresy/79kk2021.html](http://www.congressprague.cz/kongresy/79kk2021.html)



19. listopadu 2021

Kongresové centrum
**Masarykova kolej
ČVUT Praha**

Praha 6 – Thákurova 1

Pořadatel:

Česká revmatologická společnost ČLS JEP

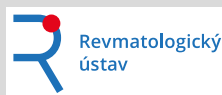
ve spolupráci s

Česká lékařská společnost J. E. Purkyně
Revmatologický ústav

Organizátor:

Congress Prague

ČRS | Česká revmatologická
společnost **ČLS JEP**



[www.congressprague.cz/
kongresy/79kk2021.html](http://www.congressprague.cz/kongresy/79kk2021.html)

Zimní revmatologické dny v Ostravě

12. – 14. ledna 2022

Clarion Congress Hotel Ostrava

Ostrava, Zkrácená 2703/84

Registrace:

Registrace na kongres je možná výlučně online na:

<https://www.congressprague.cz/kongresy/rvo2022.html>



ČRS | Česká revmatologická
společnost ČLS JEP



CONGRESS
PRAGUE
congress and conference organizer