

Obr. 1. Rozdělení registrovaných chorobu-modifikujících léků (DMARD) pro revmatoidní artritidu

Syntetická DMARD		Biologické léky	
Konvenční csDMARD	Cílená tsDMARD	Originální boDMARD	Biosimilární bsDMARD
např. methotrexát, leflunomid, sulfasalazin, hydroxychlorochin	tofacitinib, baricitinib, upadacitinib, filgotinib	Inhibitory TNFα: infliximab, etanercept, adalimumab, certolizumab pegol, golimumab S jiným mechanismem účinku: rituximab, abatacept, tocilizumab, anakinra, sarilumab	etanercept, infliximab, adalimumab, rituximab

TNFα: tumor nekrotizující faktor alfa

Vysvětlení zkratk vycházejících z anglické nomenklatury: DMARD – disease-modifying antirheumatic drugs, csDMARD – conventional synthetic DMARD, tsDMARD – targeted synthetic DMARD, boDMARD – biological original DMARD, bsDMARD – biosimilar DMARD.

Upraveno podle: Smolen JS, van der Heijde D, Machold KP et al. Proposal for a new nomenclature of disease-modifying antirheumatic drugs. *Ann Rheum Dis.* 2014; 73: 3–5.

Úvod

Základním pilířem léčby zánětlivých revmatických onemocnění se staly tzv. chorobu modifikující léky, které jsou českým překladem anglického disease modifying antirheumatic drugs (DMARDs). České zkratky se příliš neujaly, a proto se rozšířila zkratka DMARDs. Podle původu se DMARDs dělí na biologická (bDMARDs) a na syntetická DMARDs. Aby se rozlišily starší necílené preparáty, jako je např. methotrexát (MTX), od nových cílených, jako jsou např. inhibitory Janusových kináz, vytvořily se kategorie konvenčních (conventional) DMARDs pod zkratkou csDMARDs a cílených/targeted DMARDs pod zkratkou tsDMARDs (Obr. 1). Tento úvod jsem zařadil také proto, protože v nomenklatuře vidíme někdy rozdíly v literatuře onkologické a revmatologické. V onkologii se totiž často používá výraz cílená biologická léčba, protože každá biologická léčba cílí na určitý cíl (buňku, receptor, cytokin). Stejně platí i pro některé malé molekuly používané v revmatologii, které však nejsou biologického původu, ale vznikly chemickou syntézou.

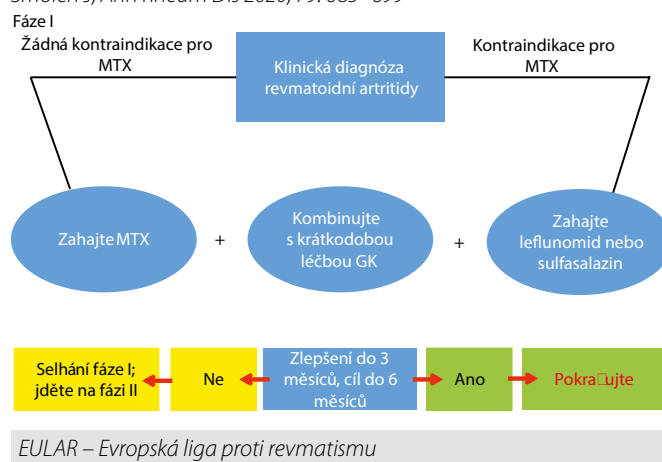
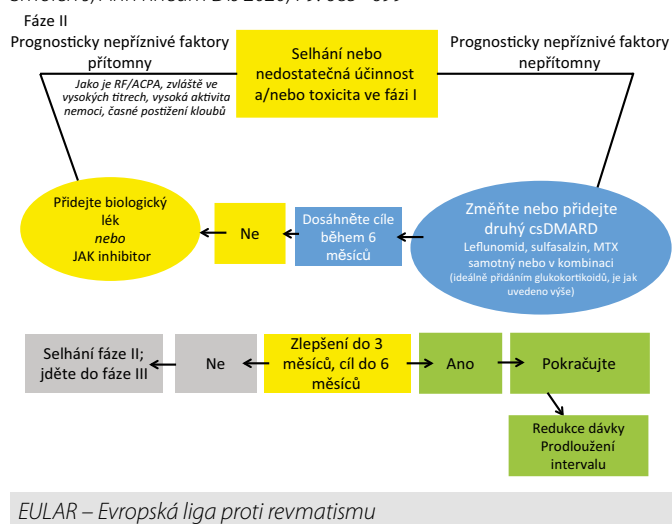
V další části textu by bylo možné pokračovat podle jednotlivých preparátů nebo podle jednotlivých diagnóz. Zvolil jsem nakonec druhou variantu, která je pro tento typ publikace a předpokládanou čtenářskou obec asi vhodnější.

Revmatoidní artritida

Účinnost biologických léků

Revmatoidní artritida (RA) je nejčastějším zánětlivým revmatickým onemocněním, které postihuje asi 1 % populace a je zatížena vysokou morbiditou, disabilitou, zhoršením kvality života, ale i zkrácením střední délky života (1). Většinou má progresivní charakter a pacienti jsou léčeni kombinací léků, kam řadíme glukokortikoidy, csDMARDs, bDMARDs nebo tsDMARDs, nesteroidními antirevmatiky a dalšími pomocnými léky, jako jsou analgetika, antidepressiva, antiporotika a inhibitory protonové pumpy. Základním pilířem léčby jsou však DMARDs. Tato by se měla podávat u všech aktivních forem RA, časně, dlouhodobě a v kombinacích. Lékem první volby je stále MTX (2). Pokud není v prvním kroku léčby vhodný, je možné použít jiná csDMARDs (sulfasalazin, leflunomid, antimalarika).

Podle Doporučení EULAR (3) i České revmatologické společnosti (ČRS) (4) se doporučuje v prvním kroku kombinovat metotrexát s glukokortikoidy (obrázek 2a, b, c). Strategie léčby by se měla řídit konceptem Léčba k cíli (5), tzn. dosáhnout určitého cíle léčby nejpozději po 6

Obr. 2a. EULAR doporučený algoritmus léčby revmatoidní artritidy 2016 Smolen J, *Ann Rheum Dis* 2020; 79: 685–699**Obr. 2b.** EULAR doporučený algoritmus léčby revmatoidní artritidy 2016 Smolen J, *Ann Rheum Dis* 2020; 79: 685–699

měsících, přičemž patrné zlepšení by mělo být již po 3 měsících léčby. Pokud není cíle dosaženo a jsou přítomny rizikové faktory ve smyslu rychlejší progresse onemocnění, měla by být aplikována biologická nebo cílená léčba. V dnes již historických doporučeních byla uváděna jako prahová hodnota pro biologickou léčbu hodnota DAS 28 > 5,1, později se ukázalo, že je nutné léčit již pacienty se střední aktivitou, tzn. s hodnotou DAS 28 v rozmezí 3,2–5,1. Důvodů je více. Bylo totiž prokázáno, že pacienti s dlouhodobou střední aktivitou onemocnění nadále progredují a zhoršují se i funkčně. Druhým argumentem je