

přispívá do celkového skóre až 5 body v závislosti na počtu a velikosti postižených kloubů. Zvýšení hladiny RF anebo ACPA je hodnoceno 2 body, respektive 3 body při prokázání zvýšené hladiny autoprotilátek přesahující trojnásobek horní hranice normálu. Zvýšení hladiny reaktantů akutní fáze (CRP anebo sedimentace erytrocytů) a trvání symptomů ( $\geq 6$  týdnů) je hodnoceno vždy 1 bodem. Ke splnění klasifikačních kritérií je potřeba získat alespoň 6 bodů z 10 v rámci tohoto skórovacího systému (9) (Tab. 1).

## Včasná léčba revmatoidní artritidy

Léčba by měla být zahájena co nejdříve, zejména u pacientů s rizikem perzistentní artritidy, která by mohla vést k trvalému kloubnímu poškození, a to i před stanovením definitivní diagnózy (8). Rizikové faktory pro rozvoj RA zahrnují faktory imunologické (zvýšené serologické markery zánětu, vysoké hladiny RF anebo ACPA), genetické a faktory životního stylu a prostředí, mezi které patří zejména kouření, které je spojeno s vyšším rizikem vzniku RA a rychlejší progresí onemocnění. Obezita je rovněž faktorem, který může nepříznivě ovlivnit vývoj onemocnění (10).

Důležitou strategií je léčba RA směřující k dosažení a k dlouhodobému udržení léčebných cílů „treat-to-target“.

Základním terapeutickým cílem je dosažení a dlouhodobé udržení klinické remise (zejména u časně RA) nebo alespoň nízké aktivity onemocnění, pokud remise není dosažitelná. Efekt léčby musí být pravidelně hodnocen. U aktivního onemocnění v intervalu 1–3 měsíců, v období remise nebo nízké aktivity v intervalu 3–6 měsíců. K hodnocení aktivity onemocnění a odpovědi na léčbu se v klinické praxi používají kompozitní indexy. Příkladem kompozitního indexu, který je v České republice v klinické praxi hojně využíván, je index DAS28 (Disease Activity Score 28). Tento kalkuluje výslednou aktivitu nemoci na základě klinického nálezu oteklých a bolestivých kloubů na 28 vybraných kloubech, hodnoty reaktantů akutní fáze (CRP nebo sedimentace erytrocytů) a subjektivního hodnocení celkové aktivity onemocnění pacientem. Aktuálně se do klinické praxe zavádí jednodušší kompozitní indexy. Mezi tyto patří: zjednodušený index klinické aktivity onemocnění (Simple Disease Activity Index, zkráceně SDAI) a index klinické aktivity onemocnění (Clinical disease activity index, zkráceně CDAI). První z uvedených, tedy SDAI, počítá počet bolestivých a počet oteklých kloubů, k této hodnotě připočítává hodnotu CRP v miligramech na decilitr a součet klinikem a pacientem reportované aktivity onemocnění hodnocené na škále od 0 po 10. Druhý jmenovaný tedy CDAI nekalkuluje hodnotu CRP, jinak se jedná o totožný vzorec, tedy prostý součet všech hodnot (Tab. 2). Všechny uvedené indexy slouží k monitoraci aktivity nemoci, na

**Tab. 2.** Mezní hodnoty pro různé indexy hodnotící aktivitu onemocnění (20)

	DAS28	CDAI	SDAI
<b>Remise</b>	$\leq 2,6$	$\leq 2,8$	$\leq 3,3$
<b>Mírná aktivita nemoci</b>	$\leq 3,2$	$\leq 10$	$\leq 11$
<b>Střední aktivita nemoci</b>	$\leq 5,1$	$\leq 22$	$\leq 26$
<b>Vysoká aktivita nemoci</b>	$> 5,1$	$> 22$	$> 26$

základě které je titrována další léčba. Jak již bylo uvedeno, optimálním léčebným cílem je dosažení klinické remise. Klinická remise je stav, kdy jsou fyzické funkce maximálně zlepšeny a progresi poškození kloubů je zastavena. Aktuálně používanou je takzvaná Bolleova definice klinické remise RA, podle které je ve stavu remise klinicky přítomen maximálně 1 bolestivý a jeden oteklý kloub, hladina CRP je pod 10 mg/l a pacientovo globální hodnocení aktivity je 2 a méně na škále 0–10. Interval pro monitoraci aktivity nemoci revmatologem je stanoven na základě zhodnocení aktivity nemoci a rizika její progresi.

Obvykle je léčba zahajována jedním z preparátů ze skupiny konvenčních syntetických chorobu modifikujících léků – zkratka csDMARDs z anglického conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs. Preferovaným lékem je methotrexát. Vždy je nutné zohlednit jeho kontraindikace, jako jsou plánovaná koncepce, gravidita nebo těžká renální insuficience. Methotrexát je v léčbě RA dávkován v schématu jednou za 7 dní, přičemž následující den po podání je doporučeno podání 10 mg kyseliny listové ke snížení rizika potencionálních nežádoucích účinků. Obvyklá počáteční dávka metotrexátu je 15 mg v jednom dni v týdnu. Aktuálně se doporučuje rozdělit tuto dávku na ranní a večerní podání, což umožní jeho vyšší biologickou dostupnost. Dávka má být titrována za monitorace aktivity RA, tolerance a kontroly nepřítomnosti nežádoucích účinků až na 25 mg jednou týdně. V případě kontraindikací methotrexátu zahajujeme léčbu RA některým z dalších csDMARDs, tedy buď sulfasalazinem nebo leflunomidem (11).

Symptomatická léčba nesteroidními antiflogistiky (NSA) může být použita krátkodobě a v co nejnižší účinné dávce po zvážení rizikového profilu a kontraindikací. Tuto léčbu lze využít k symptomatické úlevě pro pacienta v průběhu čekání na vstupní revmatologické vyšetření, ale nenahrazuje léčbu DMARD. Použití glukokortikoidů by mělo být zváženo pouze krátkodobě ( $\leq 3$  měsíce) při zahájení nebo změně léčby csDMARD, tedy pouze jako přemostující léčba, která pacientovi zlepšuje kvalitu života v čase do nástupu efektu csDMARDs, který obvykle bývá několik týdnů. V souladu s principy léčby k cíli by mělo dojít k poklesu aktivity onemocnění alespoň o 50 % po 3 měsících a k dosažení cíle léčby po 6 měsících léčby. Součástí léčebné strategie by měla být rovněž nefarmakologická léčba (edukace, režimová opatření, fyzioterapie, psychologická podpora, chirurgická léčba). Komplexní péče o pacienty s RA zahrnuje léčbu závislosti na tabáku, péči o hygienu dutiny ústní a komplexní stomatologickou péči a monitorování a léčbu komorbidit. Z důvodu vyššího rizika infekcí je doporučeno předcházet preventabilním infekcím očkováním (8).

## Význam časného zahájení léčby revmatoidní artritidy, koncept „okna příležitosti“

Koncept takzvaného „okna příležitosti“ popisuje teoretické časové období, kde je terapeutický přínos významně vyšší v porovnání s přínosy později zahájené terapie. Tento termín je používán již od devadesátých let 20. století (12). Definice tohoto konceptu se za posledních několik let výrazně změnila. Podle starší definice je terapeutické „okno příležitosti“ otevřeno během prvních 2 let vývoje onemocnění. Léčba zahájená v tomto intervalu vede k menší radiografické progresi onemocnění a k nižší invaliditě. Původní vědecké práce srovnávaly radiografické nebo