

DOPORUČENÍ PRO LÉČBU REVMATOIDNÍ ARTRITIDY

Upravená doporučení
přijata Českou revmatologickou
společností ČLS JEP



Revma Liga
Česká republika

Vážené čtenářky, vážení čtenáři, máte revmatoidní artritidu a mnoho otázek?

Revma Liga Česká republika vám předkládá zjednodušený výtah z odborných doporučení k léčbě RA, které vydala Česká reumatologická společnost ČLS JEP v roce 2017. Snažili jsme se je přeložit do formy srozumitelné pro pacienta a doplnit je o ostatní důležité oblasti léčby.

Domníváme se, že jen adekvátně informovaný pacient může být partnerem v léčbě. Pevně věřím, že vám **tato doporučení pomohou v léčbě se zorientovat**. Dovolím si zde mé skromné, osobní doporučení: Mluvte se svým lékařem, buďte partnery v léčbě.

Revmatoidní artritida je chronické onemocnění, vyžadující dlouhodobou léčbu, a bez lékaře se neobejdete. Dobrý vztah, důvěra a spolupráce jsou základ úspěchu.

Přeji vám vše dobré

Edita Müllerová,

předsedkyně spolku Revma Liga Česká republika



OBSAH

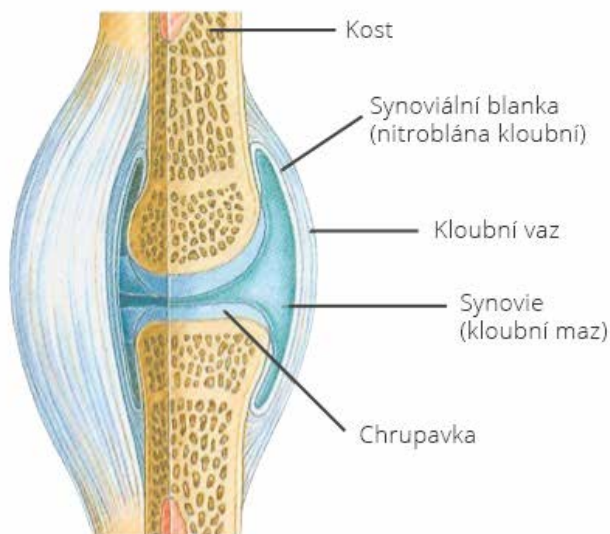
1. Revmatoidní artritida a její projevy	str. 4
2. Nemoc je nutné odhalit včas	str. 5
3. Hodnocení aktivity nemoci	str. 6
3.1. Indexy pro hodnocení aktivity nemoci	str. 6
3.2. Snímkování pacienta je nedílnou součástí sledování progresu nemoci	str. 7
4. Základem léčby je sdílené rozhodnutí	str. 8
5. Léčba k cíli	str. 9
6. Léky	str. 11
6.1. Léčba nemoci	str. 11
6.1.1. Glukokortikoidy	str. 11
6.1.2. Syntetické choroby modifikující léky	str. 11
6.1.3. Cílené choroby modifikující léky	str. 12
6.1.3.1. Biologické léky	str. 12
6.1.3.2. Syntetické léky	str. 12
6.1.4. Omezování léků u pacientů bez příznaků	str. 13
6.2. Léčba bolesti	str. 13
6.2.1. Postup léčby chronické bolesti u RA	str. 14
7. Chirurgická léčba	str. 14
7.1. Preventivní výkony	str. 14
7.1.1. Odstranění výstelky šlachové pochvy (<i>tenosynovektomie</i>)	str. 14
7.1.2. Odstranění výstelky kloubu (<i>synovektomie</i>)	str. 15
7.2. Rekonstrukční výkony	str. 15
7.2.1. Rekonstrukce měkkých tkání	str. 15
7.2.2. Chirurgické znehybnění kloubu (<i>artrodéza</i>)	str. 15
7.2.3. Resekční plastika	str. 15
7.2.4. Kloubní náhrady (<i>endoprotézy</i>)	str. 15
8. Edukace	str. 16
9. Fyzioterapie	str. 17
9.1. Pohybová léčba	str. 17
9.2. Fyzikální léčba	str. 18
10. Ergoterapie	str. 19
11. Režimová opatření	str. 20
12. Psychologická pomoc	str. 21
13. Intimní život	str. 21
Slovníček	str. 22-23

1 REVMATOIDNÍ ARTRITIDA A JEJÍ PROJEVY

Revmatoidní artritida (RA) je nejčastější chronické zánětlivé onemocnění. Postihuje zhruba 1% obyvatelstva, v Česku tedy asi 100 tisíc pacientů. Nemoc způsobuje otoky a bolesti kloubů, v nichž zánět postupně ničí vazy, chrupavky a kosti. Výsledkem může být těžce deformovaný, bolestivý kloub, jenž výrazně ztratil svou pohyblivost.

Nemoc se může projevit i horečkou, únavou a hubnutím; někdy se mohou objevit i revmatické uzly (*podkožní boule velké několik milimetrů až centimetrů*), postižení plic či zánětlivé onemocnění cév (*vaskulitida*).

Kloub s vazy, chrupavkou a kostmi:



Nejsou-li pacienti dobře léčeni, výrazně jim klesá kvalita života a dožívají se o 5 až 10 let méně. Nemoc je sice nevléčitelná, ale je-li léčba zahájena včas, významná část nemocných dosáhne stavu bez příznaků a projevů onemocnění (*remise*) nebo se bude aspoň nemoc projevovat jen mírně (*nízká aktivita*). Mohou se také zlepšit funkční schopnosti kloubů a zabránit se jejich nevratnému poškození. Součástí péče o nemocné je dále léčba bolesti, fyzioterapie a rehabilitace včetně lázní. Důležitá je také sociální a psychologická podpora. Někteří nemocní podstupují chirurgické zákroky.

NEMOC JE NUTNÉ ODHALIT VČAS

2

RA nejprve napadá měkké tkáně kloubu, začíná zánětem v kloubní výstelce (*tkáň, která vystýlá vnitřek kloubu*). Podobný zánět může vzniknout i ve šlachách a v kolemkloubních váčcích. Kostí jsou postiženy osteoporózou (*úbytek vápníku*). Později začínají být porušeny kloubní plochy (*chrupavčité a kostní eroze*), poté se přidávají deformace kloubu a ten může nakonec až zcela ztuhnout bez možnosti pohybu.

Tento vývoj nemoci lze zvrátit nebo aspoň pozastavit, je-li nemoc včas rozpoznána a léčena. Za časnou RA se považuje onemocnění s trváním příznaků do 6 měsíců. Nemoc revmatologové diagnostikují na základě svého nálezu zánětu v kloubech a výsledků dalších vyšetření, jako je rentgen, ultrazvuk (*sono*) či odběr krve.

Diagnóza RA se opírá o tato kritéria

ZÁNĚT V KLOUBECH (0-5 bodů)	BODY
1 velký	0
2-10 velkých	1
1-3 malých (s nebo bez postižení velkých)	2
4-10 malých (s nebo bez postižení velkých)	3
> 10 (alespoň 1 malý kloub)	5
SÉROLOGIE (0-3 bodů)	
RF a ACPA obojí negativní	0
Alespoň jeden z RF a ACPA níže pozitivní	2
Alespoň jeden z RF a ACPA vysoce pozitivní	3
TRVÁNÍ PŘÍZNAKŮ (0-1 bod)	
< 6 týdnů	0
≥ 6 týdnů	1
REAKTANTY AKUTNÍ FÁZE (0-1 bod)	
Normální hodnota CRP a FW	0
Zvýšená hodnota CRP a FW	1
MAXIMUM CELKEM	10

Onemocnění je klasifikováno jako revmatoidní artritida při nálezů otoku alespoň v jednom kloubu, který byl určen klinickým vyšetřením zkušeným hodnotitelem a při dosažení alespoň 6 bodů z celkem 10 možných.

**Při hodnocení rozsahu kloubního postižení se nepočítají klouby typicky postižované osteoartrózou.*

ACPA: protilátky proti citrulinovaným proteinům, CRP: C reaktivní protein,

FW: sedimentace erytrocytů, RF: revmatoidní faktor.

Zdroj: Doporučené postupy pro léčbu RA, ČRS ČLS JEP

3 HODNOCENÍ AKTIVITY NEMOCI

Revmatolog při většině kontrol u pacienta hodnotí, jak aktivní je jeho nemoc a v jakém stavu jsou funkce jeho kloubů. U pacientů s krátkým trváním nemoci nebo je-li onemocnění aktivnější, měla by být aktivita hodnocena každý jeden až tři měsíce. Poté, co se dosáhne cíle léčby, lze frekvenci hodnocení snížit na jednou za 3 až 6 měsíců.

3.1. INDEXY PRO HODNOCENÍ AKTIVITY NEMOCI

K hodnocení aktivity RA lékař využívá některý z indexů (*DAS28, SDAI nebo CDAI*), které znamenávají počet citlivých kloubů, počet oteklých kloubů, hodnocení lékařem, hodnocení pacientem a výsledky krevních odběrů. V poslední době se také diskutuje možnost hodnotit aktivitu nemoci prostřednictvím samovyšetření. Pacient sám na sobě určuje počet oteklých a citlivých kloubů a sám tedy určuje index aktivity DAS 28. Napřed ale absolvuje speciální školící trénink, minimálně dvouhodinový, se specializovanou sestrou a ještě je vybaven DVD s instrukcemi.

Zjistilo se, že takto získané výsledky poměrně dobře odpovídají výsledkům dotazníku DAS 28 prováděnému lékařem. Samovyšetření také přispívá k pozitivnímu přijetí léčby pacientem a umožňuje častější hodnocení aktivity než při rutinních návštěvách v ordinaci. Pro samovyšetření pacienta lze také použít index označovaný jako RAPID3.

Velmi důležité je také sledovat celkové funkční schopnosti pacienta, a to pomocí specializovaného dotazníku HAQ. Změny těchto schopností se mají hodnotit alespoň jednou ročně, optimálně každých 6 měsíců. Dotazník HAQ slouží také pro posuzování invalidity nemocných.

Dosažení bezpříznakového stavu (*remise*) nemoci mohou lékaři hodnotit například pomocí relativně jednoduché definice, kdy se sleduje:

počet bolestivých kloubů ≤ 1 ,

počet oteklých kloubů ≤ 1 ,

CRP ≤ 1 (= 1 mg/dl neboli 10 mg/l),

pacientovo hodnocení ≤ 1 (na škále 0-10).

Rozmezí aktivity onemocnění podle jednotlivých indexů

	DAS28	SDAI	CDAI
Remise (stav bez příznaků)	$\leq 2,6$	$< 3,3$	$< 2,8$
Mírná aktivita	$> 2,6$ a $\leq 3,2$	$\geq 3,3$ a ≤ 11	≤ 10
Střední aktivita	$> 3,2$ a $\leq 5,1$	≥ 11 a ≤ 26	> 10 a ≤ 22
Vysoká aktivita	$> 5,1$	> 26	> 22

Pozn.:

DAS, skóre aktivity nemoci (disease activity score)

CDAI, klinický index aktivity nemoci (Clinical Disease Activity Index)

SDAI, zjednodušený index aktivity nemoci (Simplified Disease Activity Index)

3.2. SNÍMKOVÁNÍ PACIENTA JE SOUČÁSTÍ SLEDOVÁNÍ PROGRESE NEMOCI

Lékař má sledovat strukturální progresi. To je stav, kdy se na rentgenovém snímku objevují změny typu úbytku chrupavky v kloubech či eroze kosti, tedy poškození části kosti, která přiléhá ke kloubu. Je nutné, aby revmatolog posuzoval, zda u nemocného dochází k rychlému, pomalému nebo žádnému vzestupu choroby (*rentgenové progresi*).

Snímkování rukou a nohou pacient podstupuje vstupně a následně v ročních intervalech především v prvních 2 až 5 letech onemocnění, kdy dochází až ke třem čtvrtinám celkového poškození. Poté se frekvence snímkování individuálně upravuje. Rentgenuje se i krční páteř u pacientů s podezřením na její postižení. Snímek může být doplněn vyšetřením na magnetické rezonanci.

4 ZÁKLADEM LÉČBY JE SDÍLENÉ ROZHODNUTÍ

Vhodným doplňkem při sledování pacientů s RA je ultrazvukové vyšetření. Může pomoci při diagnostice onemocnění nebo při hodnocení odpovědi (*reakce*) na léčbu. Nemá však být jediným vyšetřením při rozhodování o terapii.

RA je chronické onemocnění, které vyžaduje dlouhodobou léčbu. Proto je velmi důležité, aby lékař nemocnému vysvětlil povahu choroby a principy léčby, její cíle, přínosy i možná rizika. Léčba RA je komplexní a kromě užívání léků zahrnuje i chirurgické zákroky a další postupy.

Léčbu RA vede lékař specialista – revmatolog, který má o jejím postupu rozhodovat společně s pacientem s respektem k jeho postojům a hodnotám, čemuž se říká sdílené rozhodování. Rozhodnutí přitom vycházejí z aktivity onemocnění, úrovně poškození kloubů, případných dalších chorob pacienta a bezpečnosti léčby.



Při léčbě revmatoidní artritidy se postupuje podle konceptu léčba k cíli (*treat-to-target, T2T*). Cílem se rozumí právě navození stavu bez příznaků, nebo alespoň nízké aktivity nemoci. Je třeba ho dosáhnout co nejrychleji a dlouhodobě ho udržovat. Proto je nutné, aby lékař pravidelně hodnotil, jak aktivní RA pacienta je, a podle výsledku léčbu upravoval. Strategie léčby k cíli se uplatňuje bez ohledu na konkrétní lék. Revmatolog při jeho volbě přihlíží k celkovému stavu pacienta, přidruženým nemocem, doprovodné léčbě a dalším okolnostem, které mohou strategii měnit.

Léčbu doporučují odborníci zahájit samostatně methotrexátem (*MTX, více viz kapitola 6. Léky*), což je pro pacienty přijatelnější než užívání mnoha tablet denně. Pacienti dobře snášejí také užívání MTX současně s leflunomidem, což přináší lepší účinnost. Nemocným, kteří trpí těžším průběhem RA, může být výhodnější nasadit trojkombinaci léků (*MTX + sulfasalazin + hydroxychlorochin*), což vede k rychlejšímu nástupu účinku.

Pokud se při této úvodní léčbě nedosáhne cíle, je třeba, aby lékař zhodnotil výhled rozvoje RA. Pacientům, kteří nevykazují rizikové faktory nemoci (*jako je např. velmi vysoká klinická aktivita, přítomnost změn na kosti, pozitivní výsledky krevních testů*), se podává jiný lék ze skupiny chorobu modifikujících (*DMARD*), případně jiná kombinace těchto léků. U nemocných s rizikovými faktory je po selhání léčby těmito léky vhodné nasadit cílenou léčbu.



Principy léčby RA

Fáze 1

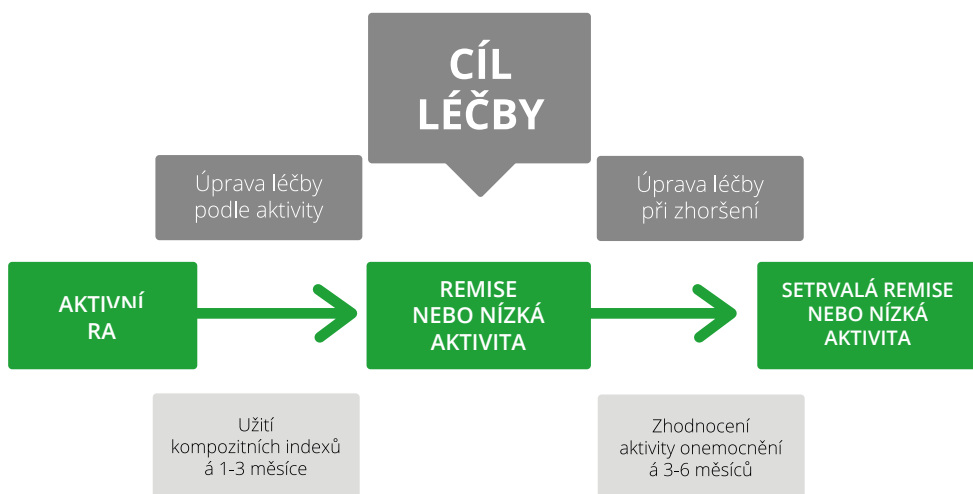
- 1) U pacienta s nově diagnostikovanou RA zahájit léčbu methotrexátem a při jeho nesnášenlivosti nasadit leflunomid nebo sulfasalazin.
- 2) Jako součást počáteční léčby v případě vysoké aktivity nebo při návratu nemoci zvážit nasazení glukokortikoidů. Je nutné jejich dávku ale postupně snižovat až k vysazení, ideálně do 3 měsíců, maximálně do 6 měsíců.

Fáze 2

- 3) Pokud není žádné zlepšení po 3 měsících intenzivní léčby a přetrvává vysoká aktivita nemoci nebo není dosaženo léčebného cíle (stav bez příznaků, případně nízká aktivita) po 6 měsících, je nutné léčbu upravit.
 - a. *Nevykazuje-li pacient rizikové faktory (vysoká aktivita nemoci, pozitivní protilátky a časně poškození kloubů) je třeba zvážit změnu za jiný lék ze skupiny DMARD, eventuelně kombinaci těchto léků.*
 - b. *Jsou-li rizikové faktory přítomny, přidává se biologická léčba, případně cílené syntetické léky.*
- 4) Biologické léky mají být podávány s MTX, protože kombinace je téměř ve všech případech účinnější.

Fáze 3

- 5) Pokud dojde k selhání cílené léčby, zvažuje se náhrada jiným biologickým či cíleným syntetickým lékem.
- 6) Pokud je pacient v trvalém stavu bez příznaků i po vysazení glukokortikoidů, je možné snižovat dávky biologického léku nebo prodloužit interval jeho podávání.



6.1. LÉČBA NEMOCI

Základem léčby této nemoci jsou léky, jejich užívání zpomaluje postižení kloubů a zlepšuje funkční schopnosti, kvalitu života a průceschopnost nemocných. Patří k nim glukokortikoidy, chorobu modifikující léky (*anglická zkratka DMARDs*) a léky na snížení bolesti (*nesteroidní antirevmatika a analgetika*).

Nejzásadnější pro léčbu RA je velká skupina léků tzv. DMARDs, která se dále podle původu svého vzniku dělí na syntetické a biologické. V následujících kapitolách přiblížíme, jaké jsou vlastnosti jednotlivých skupin a za jakých okolností se pacientům nasazují.

6.1.1. Glukokortikoidy

Glukokortikoidy mohou snížit zánětlivou aktivitu onemocnění, ale jejich užívání je spojeno s nebezpečím vzniku nežádoucích účinků. K nejčastějším patří např. zvýšené riziko srdečně-cévních onemocnění, osteoporóza, přírůstek váhy, opakující se infekce, šedý a zelený zákal. Lékař musí nemocnému vysvětlit všechna hrozící rizika a důvody, proč chce glukokortikoidy nasadit. V takovém případě je pak nutné, aby hlídal, zda užívání glukokortikoidů nevede k rozvoji uvedených nemocí.

Glukokortikoidy se užívají jen krátkodobě. Vysadit se mají nejlépe do tří měsíců. Pokud se je nepodaří u některých nemocných vynechat, musí být jejich dávka co nejnižší, nejlépe do 5 mg. Lékaři také doporučují podávat je prostřednictvím injekce dovnitř kloubu. Tento způsob zaručuje nejnižší riziko rozvoje nežádoucích účinků, a navíc glukokortikoidy lépe účinkují.

6.1.2. Syntetické choroby modifikující léky

Syntetická léčiva se vyrábějí chemickou cestou a dále se rozdělují na tzv. konvenční syntetické (*csDMARDs*), které jsou starší, dlouhodobě používané, jako je například methotrexát. Výraz cílené syntetické (*targeted syntetic*) je vyhrazen pro zcela novou skupinu chemických látek (*tsDMARDs*), která již působí přímo například na jednu molekulu. Klíčovým lékem pro léčbu RA je methotrexát (*MTX*), přípravek ze skupiny konvenčních tzv. choroby upravujících léků (*tedy csDMARDs*). Většinou se zahajuje dávkou v rozmezí 10-15 mg týdně, která je navyšována každé 2 až 4 týdny do maximální dávky 25-30 mg týdně. Plného účinku methotrexátu se dosahuje po 4 až 6 měsících.

Obvykle se užívá v tabletách, jestliže je ale pacient nesnese nebo není účinek léku dostatečný, lze ho podat injekčně. Souběžně s methotrexátem se doporučuje užívat kyselinu listovou, která omezuje vznik komplikací. Nemůže-li pacient užívat MTX, dostane jiný přípravek ze skupiny chorobu modifikujících léků nebo jejich kombinaci.

6.1.3. Cílené chorobu modifikující léky

V moderní medicíně se začínají ve stále větší míře podávat pacientům tzv. cílené léky. Jejich příchod přinesl průlom v léčbě RA. Významně zlepšují prognózu i kvalitu života nemocných, proto v posledních dvaceti letech cílená léčba prodělává dramatický rozvoj. V této skupině známe přípravky biologické a cílené syntetické. Označují se jako cílené, protože působí výhradně na molekuly a pochody nemocných buněk. Kromě toho, že ovlivňují bolest a ztuhlost, také zpomalují rozvoj nemoci.

6.1.3.1. Biologické léky

Biologické cílené léky (*bDMARDs*) jsou produktem živých buněk, vyrábějí se biotechnologickým postupem z živých organismů. Bývají účinnější než samotný methotrexát, protože postup choroby tlumí výrazněji. Kvůli lepšímu efektu by měly být všechny cílené přípravky užívány současně s MTX nebo s jiným lékem z této skupiny. Cílené biologické léky se nasazují pacientům, kterým dostatečně nezabrala nebo selhala dostatečně intenzivní počáteční léčba methotrexátem anebo jiným konvenčním chorobu modifikujícím lékem.

Biologické léky jsou relativně bezpečné, mohou ale vyvolat nežádoucí účinky, z nichž nejčastější jsou mírné i závažné infekce, poruchy krevního obrazu, jaterních testů a možný vznik tuberkulózy. Proto jsou u pacientů nutná kontrolní vyšetření před a v průběhu léčby.

6.1.3.2. Cílené syntetické léky

Přípravky ze skupiny cílených léků, obsahující malou molekulu, se vyrábějí ve formě tablet, a užívají se proto ústy. Působí stejně jako cílená biologická léčba na zánětlivé procesy v těle. Pokud tomu nebrání zdravotní stav pacienta, podávají se současně s MTX. Podobně jako biologické léky jsou předepsány pacientům, kteří dostatečně nezareagovali na počáteční léčbu methotrexátem (*či dalším přípravkem ze skupiny csDMARDs*), anebo tuto léčbu nesnesli. Bezpečnost užívání těchto léků je relativně vysoká. Výskyt nežádoucích účinků je podobný jako u biologických léků. I v tomto případě proto podstupují pacienti kontrolní vyšetření před zahájením léčby i v jejím průběhu. Před zahájením léčby by měli být pacienti také očkováni proti pásovému oparu.

6.1.4. Omezování léků u pacientů bez příznaků

Pacientům v dlouhodobém stavu bez příznaků (*remisi*), jestliže splňují kritéria tohoto stavu na dvou po sobě následujících návštěvách během 6 měsíců, revmatologové začnou zmírňovat intenzitu léčby. První by měly být vysazeny glukokortikoidy, protože jejich užívání je spojeno s významnými nežádoucími účinky.

Pokud je pacient i poté dlouhodobě bez známek nemoci, lze snížit dávku či prodloužit dobu mezi dávkami biologického léku, eventuálně ho vysadit úplně. Zatímco po snížení dávky udrží řada nemocných dobrý stav, úplné vysazení často vede ke vzplanutí nemoci. Aktivita RA se ale zmírní po opětovném nasazení biologického léku těmto nemocným. Bezpříznakový stav se pravděpodobněji podaří udržet u časně RA.

Methotrexát (*nebo jeho alternativa*) se omezuje až jako poslední. Především u pacientů s déle trvajícím onemocněním či rizikovými faktory hrozí znovu vzplanutí choroby ve vysoké míře. Pokus o úplné přerušení léčby proto není u většiny pacientů vhodný. Výjimkou mohou být nemocní, kteří byli léčeni již ve velmi časně fázi RA.

Rozhodování o omezení léčby závisí i na postoji pacienta. Spolu s revmatologem se také mají dohodnout na plánu, jak bude onemocnění nadále sledováno a jak rychle zvládnout případný návrat potíží.

6.2. LÉČBA BOLESTI

Bolest je nejčastějším příznakem, s nímž pacienti přicházejí do revmatologických ambulancí. Neléčená bolest výrazně snižuje kvalitu života pacientů a významně je omezuje. Proto je nezbytné, aby jim lékaři poskytli nejen léky ovlivňující jejich chorobu, ale také účinně tlumili bolest.

Má-li se bolest správně léčit, musí lékař zjistit její charakter, délku trvání a intenzitu, protože přístup bývá u některých typů bolesti odlišný. Pacienti s RA nejčastěji trpí chronickou bolestí a je vhodné hledat při zvládnutí bolesti individuální přístup včetně nefarmakologické intervence (*meditace, terapie teplem/chladem a podobně*).



6.2.1. Postup léčby chronické bolesti u RA

K léčbě bolesti se podávají analgetika jako je paracetamol či nesteroidní antirevmatika (NSA). Ta se ale podávají v co nejnižších dávkách a co nejkratší dobu, protože mají řadu nežádoucích účinků na trávicí trakt, srdečně cévní systém či na ledviny. Z hlediska léčby v revmatologii je především důležité, že mají NSA jak protizánětlivý, tak i analgetický efekt. Ovlivňují všechny znaky zánětu, jako je bolest, otok, zarudnutí a proteplení postiženého kloubu, a navíc zlepšují jeho funkci. Kombinace s paracetamolem zlepšuje tlumení bolesti.

Naopak kombinace více nesteroidních antirevmatik se nedoporučuje a zvyšuje riziko nežádoucích účinků. Různí pacienti odpovídají na léčbu různými NSA rozdílně, proto je třeba vhodný lék hledat. NSA často nevhodně reagují s jinými užívanými léky, a to zejména s přípravky na cukrovku, proti srážlivosti krve, na vysoký krevní tlak, na epilepsii, s lithiem a dalšími. Některá z antirevmatik také negativně „vycházejí“ s methotrexátem. Pokud běžné analgetikum nestačí, může být doplněno slabým opioidem, v tom případě jsou nejvhodnější tablety s dlouhodobým účinkem.

7 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Průběh RA mohou ovlivnit i chirurgické zákroky. Revmatolog v tom případě doporučí pacienta k ortopedovi se znalostí revmatochirurgie. Operace mají preventivní nebo rekonstrukční charakter. Do první skupiny spadají zákroky, jejichž úkolem je omezit poškození postiženého kloubu nebo šlachy. Rekonstrukční postupy řeší již vzniklé následky na pohybovém aparátu. Nejčastějšími jsou kloubní náhrady. Pacienty po těchto operacích je však nutné sledovat, aby se včas podchytily případné příznaky selhávání implantátu.

7.1. PREVENTIVNÍ VÝKONY

7.1.1. Odstranění výstelky šlachové pochvy (*tenosynovektomie*)

Doporučuje se, pokud jde o bolestivé zduření šlachy projevující se někdy i omezením pohybu, a stav se nelepší po konzervativní léčbě déle než 6 až 8 týdnů.

7.1.2. Odstranění výstelky kloubu (*synovektomie*)

Zárok se nejčastěji provádí na kloubu kolenním, ramenním, zápěstí, ručních kloubech. Je indikován při přetrvávajícím zánětu v kloubu, který se projevuje bolestivostí, zvýšenou teplotou kůže nad postiženým kloubem, event. omezením hybnosti. Zárok by měl být proveden do 3 až 4 měsíců od počátku příznaků.

7.2. REKONSTRUKČNÍ VÝKONY

7.2.1. Rekonstrukce měkkých tkání

Operace šlach s cílem obnovit funkční zdatnost, především úchopovou schopnost ruky. Zárok se provádí, pokud hrozí nebo již vzniklo přetržení šlachy a deformace prstů ohrožující úchopovou schopnost ruky.

7.2.2. Chirurgické znehybnění kloubu (*artrodéza*)

Jde o ztužení kloubu ve funkčním postavení. Výkon odstraňuje bolestivost, obnovuje osu, nosnost a stabilitu kloubu za cenu ztráty pohybu. Provádí se při bolesti kloubu provázené nestabilitou, která je na nohách spojena se ztrátou nosnosti. Kloub je přitom ve stavu, kdy jej technicky nebo z jiných důvodů nelze nahradit implantátem.

7.2.3. Resekční plastika

Odstranění poškozených kloubních povrchů s následným spontánním jizvením. Zárok zachová z větší části pohyb v kloubu, sníží či odstraní bolestivost. Cenou je ztráta stability a nosnosti kloubu. Přistupuje se k němu při těžké kloubní destrukci spojené se silnou bolestivostí, extrémní osteoporózou, infekcí nebo při závažném stavu pacienta, který nedovoluje lepší řešení, a to především na drobných kloubech ruky a nohy.

7.2.4. Kloubní náhrady (*endoprotézy*)

Přistupuje se k nim při bolesti, zejména klidové, postupujícímu omezení hybnosti případně při postupující deformaci poškozeného kloubu. Provádí se na kyčli, kolenní, kotníku, méně často na rameni, kloubech zápěstí, prstů, lokte. Pacientovi s kloubní náhradou musí být zajištěna pečlivá následná péče, a to rehabilitace, prevence pozdních infekčních komplikací a včasné odhalení známek selhávání implantátu.

8

EDUKACE

Lékař (*revmatolog*) má pacienta pečlivě seznámit s diagnózou, vysvětlit jaké jsou možnosti její léčby, jejich výhody a nevýhody a pozitivní i negativní účinky. Lékař je povinen informovat i o možnostech, které nehradí zdravotní pojišťovny. Lékař má rovněž pacienta seznámit s výsledky vyšetření a zlepšil-li se nebo naopak zhoršil jeho zdravotní stav.

Pacient má právo vědět, jaké léky jsou mu předepsány a v jaké formě (*tablety, dražé, kapsle, kapky, kloktadlo, čípky, masti, injekce, infúze, náplasti*), a proč, tedy důvod užívání, předpokládaný účinek, za jak dlouho začne lék účinkovat, jak dlouho bude účinek trvat. Musí se také dozvědět, v jakém dávkování, síle, kolikrát denně a v jakou dobu, s jídlem či mimo něj má léky užívat. U léků užívaných dle potřeby musí být informován, jaká je maximální povolená dávka; jak se léky podávají (*zda je má polykat, cucat, nanášet na bolavé místo: do rány či mimo ni, kam lepit náplasti, kdy se vyhnout slunci*).

Revmatolog by měl pacientovi doporučit další odborníky, jako například fyzioterapeuta a ergoterapeuta, dietologa / nutričního terapeuta, psychologa / psychiatra, chirurga, sexuologa.

Rovněž je důležité, aby pacient zároveň chodil na rehabilitaci a pravidelně cvičil. Cvičení mu pomůže zachovat maximální rozsah kloubů a jejich funkční schopnost. V pokročilejších případech je potřebná spolupráce jeho revmatologa s protetikem (*odborník na pomůcky typu ortéza či protéza*), případně s ortopedem se znalostí problematiky revmatochirurgie.



U pacientů s RA lze z fyzioterapeutických metod využít pohybovou a fyzikální léčbu (*léčba teplem a chladem, elektroléčba, vodoléčba*). Volba se odvíjí od aktuálního zdravotního stavu pacienta, postižení orgánů, stádia a aktivity nemoci, věku, ale i absolvované revmatologické operace či přítomnosti osteoporózy. Některým pacientům by měl jejich revmatolog doporučit pobyt v léčebných lázních. V počátečním stádiu onemocnění, kdy nejsou přítomny závažnější poruchy a deformace kloubů, má fyzioterapie charakter preventivní. V pokročilejší fázi je jejím cílem zamezit rozvoji dalších deformací. Ve stádiu již vzniklých závažných deformací je úkolem fyzioterapie nácvik náhradních pohybů, aby se zachovala či usnadnila sebeobsluha pacienta. Ve fázi vysoké aktivity onemocnění se doporučuje klid na lůžku (*po dobu 2-3 dní, je třeba dodržet zásady polohování*) a současně pasivní pohyby, které provádí fyzioterapeut nebo pomocí přístroje (*motodlaha*). Při nízké aktivitě onemocnění nebo v remisi se klade důraz na aktivní pohyb, zlepšení nebo zachování rozsahu kloubní hybnosti, zlepšení nebo zachování svalové síly. Součástí je aerobní kondiční cvičení.

Je dobré, aby se pacienti věnovali aktivně sportovním aktivitám (*turistika, plavání, jízda na kole, lyžování atp.*). Vhodný sport ve správné míře vzhledem ke zdravotnímu stavu vybere s pacientem fyzioterapeut. Fyzioterapeut rovněž s pacientem nacvičuje chůzi za použití opěrných pomůcek (*francouzských holí, podpažních berlí*).

9.1. POHYBOVÁ LÉČBA

Cvičení je pro většinu lidí velmi bezpečné a běžné fyzické aktivity jsou vynikajícím způsobem, jak si pacienti mohou upevnit zdraví. Cílem pohybové léčby je zlepšit hybnost a stabilitu kloubů, zvýšit svalovou sílu, omezit ranní ztuhlost kloubů, svalové křeče a tím i bolest, zvyšovat snášenlivost zátěže. Celkově tedy zlepšit funkce pro výkon všedních denních činností. Pohybová léčba také pozitivně působí na psychický stav pacientů.

Zásady pohybové léčby

- *musí být vykonávána dlouhodobě,*
- *musí být progresivní, zároveň nesmí zvyšovat bolest a únavu,*
- *není vhodná při náhlém zhoršení zánětlivého procesu, u závažných kloubních změn, při závažném postižení vnitřních orgánů, při horečnatých stavech.*

9.2. FYZIKÁLNÍ LÉČBA

Termoterapie

Aplikace tepla či chladu jsou široce používány k léčbě bolesti, otoku a svalových křečí. Zlepšují hojení tkání a usnadňují pohyb a funkci. Například kryoterapie (*vystavení organismu krátkodobě extrémně nízkým teplotám*) se pro svůj analgetický a protizánětlivý účinek osvědčila zejména v akutním stádiu onemocnění. Pro mnoho pacientů může být užitečným doplňkem k léčbě oteklých kloubů a snížení bolesti před nebo po cvičení. U většiny pacientů je možné jednoduše aplikovat ledový obklad v domácím prostředí. V chronickém stadiu revmatoidní artritidy či v remisi jsou naopak využívány teplé procedury a parafínové zábaly. Ranní ztuhlost také minimalizuje například teplá sprcha.

Elektroléčba

Elektroléčebné procedury zmírňují bolesti, zlepšují svalové funkce a snižují zánět. Při léčbě revmatických onemocnění se nejčastěji používá elektrická stimulace, laser, ultrazvuk a diatermické krátké vlny.

Vodoléčba

U pacientů ve stadiu remise je vhodné zařadit do terapie i vodoléčebné procedury. Vhodné jsou vířivé koupele a cvičení v bazénu.



Ergoterapeut se snaží zlepšit schopnost pacienta vykonávat všední denní aktivity, pracovní a zájmové činnosti a pomáhá s volbou pomůcek, které mu usnadní některé činnosti. Důraz se klade na včasné a přesné vyšetření, které slouží k odhalení problémových oblastí a limitů pacienta a vede ke správnému nastavení terapie. Pacient s revmatoidní artritidou je mnohdy v různé míře omezen ve výkonu běžných denních činností. Jedná se o osobní všední denní činnosti (*sebesycení, péče o zevnějšek, koupání, oblékání, použití toalety, přesuny a mobilita, chůze*) a instrumentální všední denní činnosti (*příprava jídla, běžný denní úklid, nakupování, manipulace s penězi, požití městské hromadné dopravy, přeprava automobilem, telefonování, psaní*).

Ergoterapeut učí pacienta vykonávat všední denní činnosti způsobem, který zohledňuje jeho aktuální zdravotní stav. Činnosti vykonává buď jako dosud za využití kompenzačních pomůcek a úprav prostředí (*domácího i pracovního*) na bezbariérové nebo je ergoterapeut učí pacienta vykonávat zcela novým způsobem. Zásadní význam při tréninku všedních denních činností má výuka technik zaměřených na ochranu kloubů, snížení únavy a bolesti, aby je mohl provádět pacient i sám.

Úkolem ergoterapie je především zlepšit hrubou a jemnou motoriku, úchopovou funkci rukou, zvětšit rozsah pohybu v postižených kloubech, zvýšit svalovou sílu, zlepšit svalovou koordinaci, paměť, pozornost či schopnost rozumět úkolům.

Ergoterapeut se také snaží dosáhnout co největší psychické pohody pacienta a zlepšit jeho fyzickou kondici pomocí kreativních činností a sportovních a společenských her.

Pomáhá pacientovi i jeho rodině vyrovnat se s nelehkou životní situací. Doporučuje také aktivity patientských organizací, které se zaměřují na podporu a vzájemné setkávání pacientů se stejným nebo obdobným typem onemocnění. Ergoterapeut radí i s různými sociálními výhodami a příspěvky, které mohou být pacientovi poskytnuty (*např. příspěvek na úpravu bydlení, příspěvek na mobilitu, příspěvek na péči o osobu blízkou, vyřízení ZTP průkazu atd.*).

11

REŽIMOVÁ OPATŘENÍ

Zatím vědci nenašli žádné zázračné jídlo, které by léčilo RA. Nicméně některé typy potravin mohou pomáhat se zvládnutím zánětu, jež tuto autoimunitní nemoc charakterizuje. Předtím, než si nasadíte zvláštní dietu či doplňky stravy, se ale poraďte se svým revmatologem. Některé potraviny, byliny či přípravky mohou ovlivňovat účinek léků, které užíváte.

Pacienti se mohou držet těchto doporučení:

- Máte-li nadváhu či obezitu, pokuste se pod dohledem odborníka zhubnout.
- Jezte více ryb bohatých na omega-3 mastné kyseliny obsažené v rybím tuku, jako je sled, makrela, pstruh, losos a tuňák.
- Zvyšte příjem vlákniny z ovoce, zeleniny a celozrnných potravin.
- Omezte konzumaci průmyslově zpracovaných a balených potravin, zejména těch s vysokým obsahem tuku, soli a cukru. Při vaření používejte kvalitní oleje.
- Jezte stravu bohatou na vitamíny C, D, B a E a minerály, vápník, hořčík, selen a zinek.
- Sledujte svůj jídelníček a zapisujte si potraviny, které vám dělají dobře a kterých byste se naopak měli vyvarovat.

Lze také hledat inspiraci u jiných pacientů s RA, např.: www.vesnicanka.cz/products/tak-co-mam-jist/ a nebo www.revmaliga.cz/aktualita/vliv-stravy-na-vnimani-revmatoidni-artritidy/

Pacientům s RA se doporučuje vyvarovat cigaret, kouření se totiž na vývoji RA podílí a zhoršuje účinnost léčby.



PSYCHOLOGICKÁ POMOC

12

Chronické onemocnění klade velké nároky na nemocného, který se musí vedle fyzických příznaků vyrovnat s řadou potíží, obav a strachů. Setkává se s poruchami nálad, bolestí, obavami ze ztráty partnera či zaměstnání. Více než tři čtvrtiny pacientů se potýkají s depresivními stavy. Nemocní bojují s vyčerpaností, apatií, ztrátou energie, poruchami spánku, ztrátou chuti k jídlu i s hrozbou ztráty sociálních kontaktů. To vše má dopad na ně, jejich rodinu, známé. Proto je dobré, aby pacienti vyhledali psychologickou pomoc. Jejich lékař by jim měl poradit, na koho se mají obrátit.

INTIMNÍ ŽIVOT

13

Chroničtí pacienti se někdy potýkají se sexuálními poruchami. Důvody zhoršení sexuálních funkcí buď vyplývají přímo z nemoci anebo souvisí s léčbou. Do první kategorie patří bolest, zhoršení funkce, únava, deprese, tělesná slabost, negativní pohled pacienta na tělo, snížené libido, vaginální suchost, kožní vyrážky. Do skupiny druhé náleží hormonální nerovnováha vlivem užívaných glukokortikoidů, vaginální mykózy a jiné infekce, nežádoucí účinky léků.

Jak se prokázalo v mezinárodních studiích, obtíže při sexu uvádí 62 % patientek, úplnou neschopnost sexu kvůli artritidě 17 % a sníženou potřebu sexu a satisfakci uvádělo 46 % patientek. Sexuální omezení u RA se odvíjí především od aktivity nemoci, bolesti, funkčního omezení a postižení kyčlí.

O obavách ohledně sexuality se mají pacienti poradit především se svým revmatologem, případně se sexuologem. U mužů je dobré, aby zhodnotil, zda sexuální funkci negativně neovlivňují užívané léky, zda lze při nemožnosti erekce použít podpůrné léky typu Viagra nebo jiné pomůcky (*pumpy, injekce*). Je dobré také zvážit, zda nechuť či poruchu neovlivňuje strach či úzkost a není třeba vyhledat odborníka (*sexuologa, psychiatra, psychologa*).

U žen je dobré zhodnotit především dostatečnou funkci vaginální lubrikace. Podobně jako u mužů je třeba zvážit, jaký vliv má psychický stav (*strachy, obavy, smutky, nálady, negativní myšlenky*) na touhu po intimě, erotice či sexu.

Slovníček

ACPA – protilátky proti citrulinovaným peptidům (*anti-citrullinated peptide antibody*). Citrulinované peptidy jsou bílkoviny obsahující větší množství méně obvyklé aminokyseliny citrulin. Například kouření nebo chronický zánět dásní (*paradentóza*) zvyšují výskyt citrulinu v těle

ACR – Americká revmatologická asociace (*American College of Rheumatology*)

ADAb – protilátky proti biologickému léku (*anti-drug antibodies*)

anti CCP – protilátky třídy Ig tyto protilátky mohou být určeny ve velmi časných stádiích RA až u 79 % pacientů, významně přispívají k časnému odhalení nemoci a také k odlišení od jiných druhů autoimunitních onemocnění. Kombinace revmatoidního faktoru s anti-CCP protilátkami zvyšuje jistotu diagnózy revmatoidní artritidy až na 97 %

CDAI – klinický index aktivity nemoci (*Clinical Disease Activity Index*)

CRP – C reaktivní protein, stanovuje, zda je v těle zánět

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČRS ČLS JEP – Česká revmatologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

DAS – skóre aktivity nemoci (*disease activity score*)

Deformita kloubu – změna tvaru a uspořádání kloubu

DMARD – chorobu-modifikující (*měníci*) antirevmatické léky (*disease-modifying antirheumatic drugs*)

- **csDMARD**, konvenční syntetické (*conventional synthetic*) DMARD

- **tsDMARD**, cílené syntetické (*targeted synthetic*) DMARD

- **boDMARD**, biologické originální (*biological original*) DMARD

- **bsDMARD**, biosimilární (*biosimilar*) DMARD

Eroze – porušení struktury kloubní plochy kosti

EULAR – Evropská liga proti revmatismu (*European League Against Rheumatism*)

Farmakoterapie – léčba prostřednictvím léků

HAQ – dotazník pro hodnocení zdravotního stavu (*Health Assessment Questionnaire*)

Komorbidita – přidružené onemocnění

MTX – methotrexát

RA – revmatoidní artritida

RAPID3 – index aktivity nemoci zpracovaný pacientem (*Routine Assessment of Patient Index Data*)

Remise – stav bez příznaků a projevů nemoci

Rentgenová progresse – zhoršení stavu doložené rentgenovým vyšetřením

RF – revmatoidní faktory, jde o autoprotilátky, patří do třídy IgM (*imunoglobulin M*), což je bílkovina produkovaná imunitním systémem. Autoprotilátky obvykle napadají tkáň vlastního těla, které nesprávně rozeznávají jako cizorodé.

SDAI – zjednodušený index aktivity nemoci (*Simplified Disease Activity Index*)

Strukturální progresse – stav, kdy se na rentgenovém snímku objevují změny typu úbytku chrupavky v kloubech či erozí kosti, tedy poškození části kosti, která přiléhá ke kloubu

Vaskulitida – zánětlivé onemocnění cév

Laboratorní testy při vyšetřování RA

RF – Revmatoidní faktory

ANA – antinukleární protilátky

CRP – C-reaktivní protein

FW – sedimentace erytrocytů (*červených krvinek*)

KO – krevní obraz

(Zdroj: LabTestOnline.cz)



Vydává Revma Liga Česká republika, z.s.

za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR a laskavé spolupráce České reumatologické společnosti ČLS JEP



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Obsah a texty Revma Liga ČR
Grafická úprava: Andrea Bakulová
Praha 2019

Kontakty :

Revma Liga Česká republika, z.s.
Reumatologický ústav, Na Slupi 450/4, Praha 2
www.revmaliga.cz
info@revmaliga.cz