

Slovenská lekárska spoločnosť
Slovenská reumatologická spoločnosť
Česká revmatologická společnost
Slovenská spoločnosť sestier a pôrodných asistentiek

69. zjazd *slovenských a českých* reumatológov

1. - 3. 10. 2026 • BRATISLAVA
hotel Double Tree by Hilton

Abstrakty

Abstrakty

slovenských a českých 69. zjazd reumatológov

Obsah:

Bezpečnostné pneumologické aspekty liečby bDMARDs a tsDMARDs	strana 3
Bezpečnostné kardiologické aspekty liečby bDMARDs a tsDMARDs	strana 4
Sekcia mladých reumatológov	strana 6
Perioperačný manažment pacientov na bDMARDs a tsDMARDs	strana 12
Bezpečnostné infektologické aspekty liečby bDMARDs a tsDMARDs	strana 13
Bezpečnostné nefrologické aspekty liečby bDMARDs a tsDMARDs	strana 14
Systémové reumatické ochorenia v detskom veku	strana 16
Varia	strana 20
Abstrakty prednášok podporených farmaceutickými spoločnosťami	strana 29
Posterová sekcia	strana 30
Abstrakty sesterskej sekcie	strana 35

Bezpečnosť a účinnosť b/tsDMARDs u CTD-ILD: aktuálne odporúčenie versus recentní klinická data

Tomčík M.

Rheumatologický ústav a Rheumatologická klinika 1. LF UK, Praha

Intersticiálna pľúcna postihnutie asociované so systémovými ochoreniami spojiva (CTD-ILD) predstavuje častou a prognosticky významnou orgánovou manifestáciou systémových reumatických ochorení. Prednáška nabídnú pohľad reumatologa na prevalenciu CTD-ILD a súčasné princípy screeningu, monitorácie a liečby podľa odporúčení ACR/CHEST 2024 a ERS/EULAR 2025. Zvláštnu pozornosť bude venovaná postaveniu biologických a cieľových syntetických chorôb modifikujúcich antirevmatik (b/tsDMARDs), ich účinnosti a bezpečnosti u jednotlivých CTD-ILD. Odporúčané terapeutické postupy budú konfrontované s recentnými klinickými dátami publikovanými po vydaní týchto odporúčaní a s ich možným presahom do každodennej klinickej praxe. Cieľom prednášky je shrnúť aktuálne postavenie b/tsDMARDs v managemente CTD-ILD a poukázať na nové dôkazy, ktoré môžu ďalej ovplyvniť terapeutické rozhodovanie.

RA-ILD: cieľový skrining z pohľadu reumatológa a pneumológa

Dubeká S.¹, Klimentová Z.²

¹ Rheumatologická ambulancia, V. interná klinika LF UK a UN Bratislava, Nemocnica Ružinov,

² Pneumologická ambulancia, KPF a FD LF SZU a UN Bratislava, Nemocnica Ružinov

Úvod: Intersticiálne pľúcne postihnutie asociované s reumatoidnou artritídou (RA-ILD) je závažná extraartikulárna manifestácia RA. Keďže včasné štádiá môžu byť asymptomatické a plošné HRCT všetkých pacientov nie je v bežnej ambulancii realistické, potrebný je praktický cieľový skrining.

Cieľ: Zhodnotiť výsledky jednorového ambulantného skriningu možnej RA-ILD u pacientov s RA bez predchádzajúcej diagnózy RA-ILD a posúdiť použiteľnosť reumatologicko-pneumologického algoritmu.

Metódy: Do skriningu bolo zaradených 63 pacientov s RA prichádzajúcich na pravidelné ambulantné kontroly. Po vyradení 3 pacientov so známou RA-ILD tvorilo analyzovanú kohortu 60 pacientov. Hodnotili sa respiračné symptómy, fajčenie, auskultácia so zameraním na Velcro-like krepitácie, rizikové faktory RA-ILD, funkčné vyšetrenie pľúc vrátane DLCO/KCO a Narváez skóre. HRCT bolo indikované pri perzistujúcom patologickom DLCO/KCO náleze alebo pri Narváez skóre ≥ 7 u asymptomatických pacientov bez Velcro-like krepitácií. HRCT nálezy boli kategorizované ako bez RA-ILD, jednoznačná RA-ILD alebo suspektný/nejasný intersticiálny nález.

Výsledky: V súbore bolo 43 žien a 17 mužov, priemerný vek 62,1 roka a priemerné trvanie RA 16,2 roka. Fajčiarsku anamnézu malo 31,7 % pacientov. Respiračné symptómy boli prítomné u 5 pacientov, všetci mali známu CHOCHP; Velcro-like krepitácie neboli prítomné. Patologický vstupný DLCO/KCO nález malo 14 pacientov (23,3 %); u 10 z 12 hodnotiteľných pacientov pretrvával aj pri kontrole. Narváez skóre ≥ 7 malo 14 z 55 asymptomatických pacientov bez Velcro-like krepitácií. Podľa finálnych kritérií bolo na HRCT indikovaných 22/60 pacientov (36,7 %); hodnotiteľné HRCT bolo dostupné u 23 pacientov. Bez RA-ILD bolo 17 nálezov, jednoznačná novozistená RA-ILD bola potvrdená u 1 pacienta (UIP; 1,7 % kohorty) a 5 pacientov malo suspektný alebo nejasný intersticiálny nález vyžadujúci sledovanie.

Záver: Cieľový dvojstupňový skrining RA-ILD je v reumatologickej ambulancii realizovateľný. Praktickým základom je každoročné krátke hodnotenie respiračných symptómov, fajčenia, auskultácie a rizikových faktorov, s cieľovým pneumologickým vyšetrením FVP/DLCO/KCO a selektívnou indikáciou HRCT. Ďalšie sledovanie a rozšírenie súboru umožní určiť význam suspektných HRCT a funkčných nálezov.

Chronický zápal ako kardiovaskulárny rizikový faktor: od mechanizmov ku klinickým dôsledkom

Šteňová E., Kašperová S.

I. interná klinika, Lekárska fakulta UK a Univerzitná nemocnica v Bratislave

Kardiovaskulárne (KV) ochorenia patria medzi najvýznamnejšie príčiny morbidita a predčasnej mortality pacientov so zápalovými reumatickými ochoreniami. Napriek významnému pokroku v liečbe a účinnejšej kontrole zápalu zostáva ich kardiovaskulárne riziko vyššie ako v bežnej populácii a nemožno ho vysvetliť len prítomnosťou tradičných rizikových faktorov. Chronický systémový zápal je dnes považovaný za nezávislý determinant KV rizika, ktorý prostredníctvom aktivácie imunitných mechanizmov ovplyvňuje cievy, myokard aj hemostázu. Prednáška priblíži súčasný pohľad na patofyziologické mechanizmy spájajúce chronický zápal s kardiovaskulárnym poškodením. Okrem akcelerovanej aterosklerózy sa venuje aj ďalším prejavom zápalom podmieneného kardiovaskulárneho postihnutia, vrátane endotelálnej dysfunkcie, porúch mikrocirkulácie, myokardiálneho poškodenia, srdcového zlyhávania, porúch srdcového rytmu a zvýšeného trombotického rizika. Pozornosť bude venovaná úlohe prozápalových cytokínov, vrodenej aj adaptívnej imunity a zmenám lipidového metabolizmu vrátane fenoménu „lipid paradox“. Zdôraznené budú aj možnosti ovplyvnenia kardiovaskulárneho rizika prostredníctvom účinnej protizápalovej liečby, optimalizácie tradičných rizikových faktorov a včasného skríningu. Cieľom prednášky je poskytnúť patofyziologický základ pre pochopenie komplexného spektra kardiovaskulárnych komplikácií pri zápalových reumatických ochoreniach a vytvoriť rámec pre nasledujúce príspevky venované praktickému hodnoteniu a manažmentu kardiovaskulárneho rizika v každodennej reumatologickej praxi.

Kardiovaskulárni bezpečnosť imunomodulační terapie u revmatických onemocnění

Forejtová Š.

Revmatologický ústav Praha, Revmatologická klinika 1. LF UK Praha

V posledných 25 letech bylo zjištěno, že imunitně podmíněný zánět hraje zásadní roli při rozvoji aterosklerózy. U pacientů s autoinflatorním onemocněním kůže, kloubů i gastrointestinálního traktu je tak zvýšené riziko rozvoje kardiovaskulárních onemocnění. Současně léky, které používáme k léčbě zánětlivých revmatických onemocnění, mohou ovlivňovat rozvoj aterosklerózy, a to pozitivním i negativním směrem. Například dlouhodobé užívání systémových kortikoidů významně urychluje rozvoj aterosklerózy. Hlavními mechanismy tohoto působení jsou **dyslipidemie, arteriální hypertenze a zvyšování inzulínové rezistence**. Svým protizánětlivým působením však kortikoidy mohou přispívat naopak ke snížení aktivity zánětlivého revmatického onemocnění, čímž dochází k poklesu rizika rozvoje aterosklerózy. Stejně tak i konvenční DMARDs mohou svým působením snižovat riziko vzniku kardiovaskulárních komplikací. TNFα hraje klíčovou roli v patofyziologii rozvoje cévních a kloubních onemocnění, proto TNF inhibitory zlepšují endotelální dysfunkci, snižují zánět v oblasti cévní stěny a tím i rozvoj aterosklerózy. Kardiovaskulární bezpečnost toclizumabu je navzdory zvyšování hladin krevních lipidů srovnatelná s jinými biologickými léky. Po aplikaci toclizumabu dochází k nárůstu celkového cholesterolu i LDL-cholesterolu v prvních týdnech léčby, poté se hodnoty stabilizují. Postupně dochází k tzv. lipidovému paradoxu, kdy úspěšné tlumení zánětu u revmatoidní artritidy vede k normalizaci hodnot lipidů v séru. Také abatacept může zpomalovat rozvoj aterosklerózy a snižovat kardiovaskulární riziko u pacientů s autoimunitním zánětem, a to potlačením imunitní aktivity T-lymfocytů a snížením celkové zánětlivé zátěže v těle. Registrační studie a data z klinických studií neprokázaly vyšší výskyt MACE (major adverse cardiovascular events) pro JAK inhibitory v porovnání s TNFi. Studie ORAL Surveillance, provedená u pacientů s věkem > 50 let a s ≥1 rizikovým faktorem pro rozvoj aterosklerózy, prokázala, že tofacitinib není non-inferiorní pro rozvoj MACE v porovnání s TNFi. Teprve post hoc analýzy zjistily, že pacienti ve věku ≥ 65 let, jedinci s vyšším kardiovaskulárním rizikem v úvodu léčby, kuřáci a pacienti s nedostatečným potlačením aktivity onemocnění mají statisticky vyšší riziko vzniku kardiovaskulárních příhod v porovnání s TNFi.

Klíčová slova: zánětlivá revmatická onemocnění, konvenční DMARDs, biologická léčba, TNF inhibitory, JAK inhibitory

Od zápalu k infarktu? Praktický manažment kardiovaskulárneho rizika v reumatologickej ambulancii

Solík P.

Solík cardiology, s.r.o., Bratislava

Pacienti so zápalovými reumatickými ochoreniami majú zvýšené kardiovaskulárne riziko, ktoré nemusí byť dostatočne zachytené tradičnými skórovacími systémami. K jeho zvýšeniu prispieva chronický systémový zápal, aktivita a trvanie základného ochorenia, liečba glukokortikoidmi a niektorými imunomodulačnými liekmi, renálne postihnutie, endotelová dysfunkcia, inzulínová rezistencia a znížená fyzická aktivita. Prednáška predstaví praktický algoritmus hodnotenia kardiovaskulárneho rizika v reumatologickej ambulancii. Základom je pravidelný skríning zahŕňajúci anamnézu, meranie krvného tlaku, pulzu a antropometrických parametrov, lipidový profil, posúdenie renálnych funkcií a aktivity zápalového ochorenia. Odhad pomocou SCORE2 alebo SCORE2-OP je potrebné interpretovať spolu s reumatologicky špecifickými modifikátormi rizika. Pozornosť bude venovaná indikáciám 24-hodinového monitorovania krvného tlaku, EKG, vrátane jeho dlhodobého monitorovania a echokardiografie. Zdôraznené budú osobitosti skríningu pľúcnej artériovej hypertenzie pri systémovej skleróze a diagnostiky možného myokardiálneho, perikardiálneho či chlopňového postihnutia. Súčasťou prednášky bude manažment hypertenzie, dyslipidémie, diabetu a obezity vrátane cieľových hodnôt LDL-cholesterolu a možností modernej farmakologickej prevencie. Záver prednášky ponúkne jasné rozdelenie kompetencií medzi reumatológom a kardiológom a upozorní na príznaky vyžadujúce urgentné alebo elektívne kardiologické vyšetrenie. Cieľom je umožniť včasné rozpoznanie rizikového pacienta, racionálnu indikáciu vyšetrení a efektívnu medziodborovú prevenciu kardiovaskulárnych príhod.

Kľúčové slová: zápalové reumatické ochorenia, kardiovaskulárne riziko, prevencia, SCORE2, interdisciplinárna spolupráca.

Reumatoidné uzly bez periférnej artritídy – atypický fenotyp reumatoidného ochorenia?

Straussová Z.

Reumatologická ambulancia, Klinika Orbis, Jessenius a.s.

Reumatoidné uzly patria medzi najcharakteristickejšie kožné prejavy a zároveň medzi najčastejšie extraartikulárne manifestácie reumatoidnej artritídy. Typicky sa vyskytujú u pacientov s etablovanou seropozitívnou chorobou, pričom ich prítomnosť je asociovaná s pozitivitou reumatoidného faktora a protilátok proti citrulinovaným proteínom, fajčením, dlhším trvaním ochorenia a erozívnym fenotypom. Klinicky ide prevažne o pevné, dobre ohraničené subkutánne lézie lokalizované na extenzorových a tlakovo exponovaných plochách. Pri typickom náleze u pacienta so známou RA biopsia spravidla nie je potrebná; pri izolovanej alebo atypickej lézii má však histologické vyšetrenie zásadný význam. Morfologický obraz reumatoidného uzla nie je absolútne špecifický a môže sa prekrývať najmä so subkutánnym granuloma annulare, dnovým tofom, nekrobiózou lipidica a infekčnými granulómami. Reumatoidné uzly môžu výnimočne predchádzať vzniku klinickej synovitídy, pričom je potrebné odlíšiť izolované reumatoidné uzly, reumatoidnú nodulózu a možné predklinické seropozitívne reumatoidné ochorenie. Prezентujeme pacientku s histologicky potvrdenými podkožnými reumatoidnými uzlami, u ktorej bola prítomná diskrepancia medzi klinickým, laboratórnym a zobrazovacím nálezom bez jednoznačného periférneho kĺbového postihnutia. Kazuistika poukazuje na limity klasifikácie, potrebu dôslednej diferenciálnej diagnostiky a možnosť atypického nodulárneho fenotypu reumatoidného ochorenia.

Variabilita srdeční frekvence je spojena s přítomností subklinické aterosklerózy u systémové sklerodermie a idiopatických zánětlivých myopatií

Závada D.^{1,2}, Oreská S.^{1,2}, Prokopcová A.^{1,2}, Wünsch H.^{1,2}, Kudlička J.³, Tuka V.³, Mikeš O.³, Krupičková Z.³, Šatný M.³, Chytilová E.³, Kvasnička J.³, Spiritovic M.¹, Vařa B.¹, Česák P.⁴, Rybář M.⁵, Pavelka K.^{1,2}, Šenolt L.^{1,2}, Bečvář R.^{1,2}, Vrablík M.³, Vencovský J.^{1,2}, Tomčík M.^{1,2}

¹ Revmatologický ústav, Praha, Česká republika

² Revmatologická klinika 1. LF UK a RÚ, Univerzita Karlova, Praha, Česká republika

³ III. Interní klinika, Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

⁴ Fakulta tělesné výchovy a sportu, Univerzita Karlova, Praha

⁵ Fakulta biomedicínského inženýrství, České vysoké učení technické, Kladno, Česká republika

Úvod: Snížená variabilita srdeční frekvence (heart rate variability, HRV), neinvazivní marker aktivity autonomního nervového systému, je spojena se zvýšenou kardiovaskulární (KV) morbiditou a mortalitou. Systémová sklerodermie (SSc) a idiopatické zánětlivé myopatie (IZM) jsou onemocnění se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem, které ale není uspokojivě vysvětlitelné tradičními rizikovými faktory.

Cíl: Naším cílem bylo objasnit vztah mezi HRV a kardiovaskulárním rizikem u pacientů s SSc a IZM.

Metody: Do retrospektivní studie jsme zahrnuli pacienty s SSc (splňující ACR/EULAR klasifikační kritéria z r. 2013) a IZM (splňující ACR/EULAR klasifikační kritéria z r. 2017) bez manifestního kardiovaskulárního onemocnění, kteří podstoupili komplexní vyšetření kardiovaskulárního rizika a EKG záznam pro analýzu HRV.

Vyšetření kardiovaskulárního rizika zahrnovalo SCORE, SCORE2, modifikované SCORE (mSCORE= SCORE x 1,5) a ultrazvukové vyšetření karotid. HRV jsme kvantifikovali pomocí RMSSD (root mean square of successive differences), markerem aktivity parasympatiku.

Výsledky: Celkem bylo zahrnuto 68 pacientů: 38 pacientů se SSc (26 s limitovanou kožní (lc)SSc, 12 s difúzní kožní (dc)SSc) a 30 pacientů s IZM (11 antisyntetázový syndrom, 9 dermatomyozitida, 7 imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie, 3 polymyozitida).

RMSSD bylo signifikantně sníženo u pacientů se SSc v porovnání se zdravými kontrolami ($p < 0,001$). Toto snížení bylo patrné jak u lcSSc [19,9 (10,6–23,9) vs. 24,6 (18,3–28,6); $p = 0,018$], tak u dcSSc [14,3 (12,9–36,5) vs. 29,2 (26,6–33,9); $p = 0,063$]. U IZM bylo RMSSD sníženo pouze numericky [19,7 (14,2–25,5) vs. 22,5 (18,3–29,2); $p = 0,12$].

Snížená vagová aktivita (RMSSD) byla nezávisle asociována s vyšší hodnotou intimomediální tloušťky karotid (carotid intima-media thickness, CIMT), markeru subklinické aterosklerózy jak u IZM ($p < 0,01$), tak u dcSSc ($p < 0,01$).

Mezi HRV a tradičními skóre kardiovaskulárního rizika (SCORE, SCORE2 ani mSCORE) nebyly pozorovány žádné signifikantní asociace.

Závěr: Pacienti se SSc a IZM vykazují sníženou vagovou aktivitu, která souvisí s ultrazvukovými ukazateli subklinické aterosklerózy, avšak nikoli s tradičními skóre kardiovaskulárního rizika. Tato absence asociace a silný vztah k ultrazvukovým nálezům mohou naznačovat, že HRV zachycuje ty složky kardiovaskulárního rizika, které nejsou zohledněny v konvenčních rizikových algoritmech.

Podpořeno MZČR023708, SVV260764.

Konflikt zájmů: autoři deklarují, že v souvislosti s předmětem výzkumu nemají žádný konflikt zájmů

Klíčová slova: heart rate variability, systémová sklerodermie, idiopatické zánětlivé myopatie, kardiovaskulární riziko

Panikulitída s fulminantným priebehom

Bareková Ľ., Škamlová M., Mrvová Ľ., Dulík J., Kanianska M., Skladaný Ľ., Rybár I.

II. Interná klinika SZU, Fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica

Hematologické oddelenie, Fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica

II. Chirurgická klinika SZU, Fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica,

Národný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Úvod: Panikulitída môže byť prejavom heterogénnej skupiny ochorení a na jej diferenciálnu diagnostiku je potrebná multioborová spolupráca.

Kazuistika: 65-ročná pacientka s 35 ročnou anamnézou panikulitídy s intermitentným priebehom a s dominantnou manifestáciou v ľavej axilárnej oblasti (histologicky nekrotizujúca histiocytárna vaskulitída), na dlhoročnej liečbe cyklosporínom a metylprednizolónom, bola hospitalizovaná pre denné febrilie (39 stupňov), váhový úbytok, dyspepsiou a generalizovanú bolesť panikulitídy (horné aj dolné končatiny). V úvode vylúčená infekčná etiológia (hemokultúry negatívne, quantiferón negatívny), autoprotilátky negatívne. Laboratórne elevácia zápalových parametrov, komplement v norme. Doplnená nová biopsia panikulitídy (s kompletnou excíziou) z ľavého predlaktia. Na PET/CT mnohopočetné vysokoavidné FDG infiltráty podkožného tukového tkaniva v rozsahu celého trupu, horných aj dolných končatín s infiltráciou viscerálneho tuku v oblasti peritonea, retroperitonea, mediastína a pleury vpravo. Podávané pulzy metylprednizolónu (1500mg) bez efektu na febrilitu a bez poklesu zápalových parametrov. Histológia z predlaktia so záverom zmiešanej prevažne lobulárnej nekrotizujúcej panikulitídy, bez vaskulitídy. Pre refrakterné teploty (39-40 stupňov) a vzostup zápalových parametrov indikované podanie imunoglobulínov, ktoré rovnako bez efektu. Počas hospitalizácie dochádza k rýchlemu zhoršovaniu klinického stavu s rozvojom imobilizácie, laboratórne rozvoj akútnej hepatitídy so zmiešaným rysom (CT brucha bez trombózy a bez ložiskových zmien v hepate) a s rozvojom koagulopatie. Indikovaná punkcia kostnej drene z os illium, pri ktorej vylúčený hemofagocytárny syndróm, bez dôkazu prítomnosti blastov. Gynekologické vyšetrenie negatívne (zvýšený Ca 125). Na multidisciplinárnom seminári pre podozrenie na onkologické ochorenie indikovaná laparoskopická biopsia z dutiny brušnej. Peroperačne makroskopicky viscerálne tukové tkanivo zápalového charakteru s ascitom. Pooperačne urgovaná histológia z omenta, kde opätovne popisovaná prevažne lobulárna panikulitída s reaktívnou lymfocytárnou infiltráciou, s dilatovanými cievmi a s tvorbou mikrotrombóz, bez malignej infiltrácie. U pacientky stav uzatvorený ako Pfeifer-Weber-Christianova choroba. Zahájená liečba anakinrou s parciálnym efektom. Po doplnení imunohistochemie zo vzorky z omenta popisované atypické lymfoidné bunky, ktoré tapetujú adipocyty, obraz zodpovedajúci periférnemu T-bunkovému lymfómu najpravdepodobnejšie typu podkožný T-bunkový lymfóm podobný panikulitíde (SPTCL). Pacientke podaný prvý cyklus chemoterapie, po ktorej dochádza k úmrtiu.

Záver: V diferenciálnej diagnostike panikulitídy je potrebná imunohistochemia s fenotypizáciou buniek pre možnosť falošnej negativity pri základnom farbení.

Behçetův syndrom – když afly nejsou hlavním problémem

Štencel L. ¹, Hok K. ², Skácelová M. ¹, Videman J. ¹, Kostelníková P. ¹, Smržová A. ¹

¹ *III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická,*

Lékařská fakulta LF UP Olomouc a Fakultní nemocnice Olomouc;

² *Nemocnice AGEL Nový Jičín, a. s.*

Behçetův syndrom (BS) je vzácná chronická relabující systémová vaskulitida charakteristická postižením tepen i žil všech kalibrů. Manifestuje se nejčastěji mezi 20.–40. rokem života a častěji postihuje populaci podél historické „Hedvábné stezky“. U mužů bývá průběh onemocnění zpravidla závažnější s vyšším rizikem orgánového postižení. Etiopatogeneze je multifaktoriální a není dosud zcela objasněna. U geneticky predisponovaných jedinců, zejména nositelů alely HLA-B51, dochází pravděpodobně po působení zevních spouštěčů (infekčních či environmentálních) k dysregulaci vrozené i adaptivní imunity. Výsledkem je nadměrná aktivace neutrofilů a prozánětlivých imunitních drah, zejména odpovědi Th1 a Th17. Diagnóza je založena především na klinickém obrazu dle klasifikačních kritérií ICBD, přičemž neexistuje specifický laboratorní marker; laboratorní nálezy odrážejí pouze aktivitu zánětu. Nejčastějšími projevy jsou rekurentní orální a genitální ulcerace, kožní léze a artritida, prognózu onemocnění však určují především orgánové manifestace, zejména oční postižení (uveitida a retinální vaskulitida), neurologické postižení (parenchymové neurologické postižení tzv. neuro-Bechcet) a cévní komplikace, jako jsou hluboká žilní trombóza nebo aneurysmata plicních tepen. Tyto závažné fenotypy, které mohou vést k ireverzibilnímu poškození zraku, neurologickému deficitu či život ohrožujícím komplikacím, jsou v naší práci ilustrovány na dvou kazuistikách mužů s primárně oční a neurologickou manifestací ve věku 65 a 46 let. První pacient prodělal opakované relapsy aseptické serózní meningitidy jako projev parenchymového neuro-Bechceta. Druhý pacient byl vyšetřován pro recidivující uveitidu s retinální vaskulitidou vedoucí k vyslovení podezření na Behçetův syndrom. U obou pacientů byla po potvrzení diagnózy zahájena biologická léčba adalimumabem, která vedla ke zlepšení klinického stavu, umožnila postupnou detrakci kortikoterapie a byla spojena se stabilizací orgánového postižení. Současná doporučení EULAR zdůrazňují význam časné diagnostiky a rychlé eskalace léčby, kdy u závažných orgánových manifestací mají zásadní postavení biologické preparáty inhibující TNF- α , především adalimumab a infliximab, které prokazatelně zvyšují šanci na dosažení a udržení remise. Nedílnou součástí péče je multidisciplinární spolupráce a před zahájením biologické léčby také screening latentních infekcí. Naše kazuistiky ukazují, že Behçetův syndrom se může projevit ve vyšším věku a se závažným neurologickým či očním postižením bez plně rozvinutého typického klinického obrazu. Včasné rozpoznání onemocnění a zahájení biologické léčby může zásadně ovlivnit dlouhodobou prognózu a zabránit ireverzibilnímu orgánovému poškození.

Podpořeno MZ ČR RVO FNOL-0098892 a IGA_LF2026_003

Od symptomů k diagnóze: diferenciální diagnostika axSpA v kazuistikách

Lukáč A.¹, Němec P.¹, Červeňák V.²

¹ II. interní klinika Lékařské Fakulty Masarykovy Univerzity a Fakultní nemocnice u Sv. Anny v Brně

² Klinika zobrazovacích metod Lékařské Fakulty Masarykovy Univerzity a Fakultní nemocnice u Sv. Anny v Brně

Úvod: K dosud známé problematice diagnostického zpoždění axiální spondyloartritidy (axSpA) navazuje oblast používání klasifikačních kritérií ASAS jako diagnostického nástroje v rutinní praxi a s tím spojenéh rizika naddiagnostiky axSpA. Nálezy na magnetické rezonanci (MR) mají sice vysokou senzitivitu pro aktivní sakroiliitidu, ukazují však nízkou specifitu pro diagnózu axSpA. Cíl: Ilustrovat úskalí diferenciální diagnostiky axiální spondyloartritidy a demonstrovat klíčové radiologické a klinické znaky jejich nejčastějších imitátorů v praxi.

Metody: Retrospektivní analýza tří klinických kazuistik z našeho pracoviště.

Výsledky: V prvním prezentovaném případě vedlo revizní čtení magnetické rezonance spolu s klinickým kontextem k přehodnocení původní diagnózy k diagnóze osteitis condensans ilii. Ve druhém případě byl nález původně hodnocen jako radiografická forma axSpA. Po doplnění magnetické rezonance došlo k ozřejmění nálezu a k přehodnocení diagnózy ve prospěch difúzní idiopatické skeletální hyperostózy (DISH) doprovázené těžkou spinální stenózou. U obou pacientů byla díky revizi diagnózy přehodnocena indikace k biologické léčbě a zaveden úspěšný konzervativní management. Třetí klinický případ popisuje pacienta s dlouholetou anamnézou radiografické formy axSpA. Pro novou symptomatologii byla indikována MR sakroiliakálních kloubů. Primární popis MR byl bez nálezu změn svědčících pro diagnózu axSpA. Revizní čtení následně verifikovalo subchondrální tukovou degeneraci, přítomnost bilaterálních erozivních změn. Nález potvrdil diagnózu axSpA se strukturálním postižením SI kloubů.

Závěr: Diagnóza axSpA vyžaduje komplexní syntézu klinický a paraklinický dat. Klíčem k zabránění iatrogeního poškození pacienta nesprávnou léčbou je schopnost klinika posuzovat specifickou morfologii a distribuci lézí v zobrazovacích metodách v plném klinickém kontextu.

Polymyozitída ako prvý prejav nádorového ochorenia – kazuistika

Šikra S., Macejová Ž.

*I. interná klinika, Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
a Univerzitná nemocnica Louisa Pasteura Košice*

Úvod: Idiopatické zápalové myopatie môžu byť asociované s malígnym ochorením a v niektorých prípadoch predstavujú jeho prvú klinickú manifestáciu. Paraneoplastický pôvod podporuje časová súvislosť s nádorom a ústup myozitídy po úspešnej protinádorovej liečbe.

Cieľ: Prezentovať prípad polymyozitídy ako prvého prejavu adenokarcinómu vzostupnej časti hrubého čreva a poukázať na význam diferenciálnej diagnostiky postatínovej a paraneoplastickej myopatie.

Metódy: Retrospektívne sme analyzovali anamnestické údaje, klinický obraz, laboratórne a imunologické výsledky, elektromyografické, ultrasonografické, endoskopické a CT nálezy, histopatologický výsledok a následný klinický priebeh pacienta.

Výsledky: 79-ročný muž bol vyšetrený pre progresívnu slabosť dolných končatín až neschopnosť chôdze. Súčasne udával trojmesačnú dyspepsiou, obštipáciu a úbytok hmotnosti 5 kg za mesiac; prítomná bola mikrocytová anémia. V liečbe užíval atorvastatín. Laboratórne sa zistila výrazná elevácia kreatínkinázy 49,79 μ kat/l a sérového myoglobínu 1248 ng/ml, mierne zvýšené aminotransferázy a negatívne antinukleárne protilátky, protilátky proti extrahovateľným nukleárnym antigénom a protilátky proti hladkému svalstvu. Pre podozrenie na postatínovú myopatiu bol atorvastatín vysadený, bez klinického a laboratórneho zlepšenia. Pozitívny test na okultné krvácanie a zobrazovacie a endoskopické vyšetrenia odhalili tumoróznú infiltráciu céka a vzostupnej časti hrubého čreva. Elektromyografia preukázala zmeny typické pre myozitídu. Po pravej hemikolektómii histopatologické vyšetrenie potvrdilo kolorektálny adenokarcinóm infiltrujúci cez muscularis propria do subserózy a perikolického tukového tkaniva bez postihnúť serózneho povrchu. Po troch mesiacoch od operácie vymizla svalová slabosť a hodnoty kreatínkinázy a myoglobínu klesli na 2,19 μ kat/l, respektíve 79 ng/ml.

Záver: Novovzniknutá myozitída vo vyššom veku, najmä pri celkových alebo orgánovo špecifických varovných príznakoch a pri nedostatočnom efekte odstránenia možnej liekovej príčiny, vyžaduje aktívne pátranie po malignite. Regresia klinických a laboratórnych prejavov po resekcii nádoru podporila paraneoplastický pôvod polymyozitídy.

Kľúčové slová: polymyozitída, paraneoplastický syndróm, kolorektálny adenokarcinóm, myopatia

Špecifické perioperačné riziká pacienta so zápalovým reumatickým ochorením

Mlynáriková V.

Národný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Pacienti so zápalovými reumatickými ochoreniami predstavujú špecifickú rizikovú skupinu pri chirurgických výkonoch. Chronický systémový zápal, orgánové postihnutie a dlhodobá imunosupresívna liečba významne ovplyvňujú perioperačný priebeh a zvyšujú riziko pooperačných komplikácií. Cieľom prednášky je poukázať na najvýznamnejšie perioperačné komplikácie u pacientov so zápalovými reumatickými ochoreniami a zdôrazniť význam komplexného predoperačného zhodnotenia a multidisciplinárneho prístupu pri ich manažmente. Medzi najvýznamnejšie perioperačné riziká patria sťažené zabezpečenie dýchacích ciest pri postihnutí krčnej chrbtice a horných dýchacích ciest, zvýšené riziko kardiovaskulárnych komplikácií, hlbkej žilovej trombózy a infekcií. Významný vplyv na výskyt komplikácií majú aktivita základného ochorenia, prítomnosť orgánového postihnutia, komorbidity, dávka glukokortikoidov a ďalšia imunosupresívna liečba. Kľúčovú úlohu zohráva dôsledná predoperačná identifikácia rizikových faktorov, optimalizácia farmakoterapie a primeraná prevencia infekčných a tromboembolických komplikácií. Bezpečný perioperačný manažment pacientov so zápalovými reumatickými ochoreniami vyžaduje individualizovaný prístup, dôkladné predoperačné vyšetrenie a úzku spoluprácu reumatológa, anesteziológa, chirurga a ďalších odborností. Včasná identifikácia rizik a ich cielené ovplyvnenie môžu významne znížiť morbiditu a zlepšiť pooperačné výsledky.

Infekčné riziká bDMARDs a tsDMARDs - čo o nich vieme v roku 2026

Škamlová M., Bareková Ľ.

II. Interná klinika SZU, FNŠP F.D.Roosevelta, Banská Bystrica

Imunomodulačná liečba zápalových reumatických ochorení s b/ts DMARDs je asociovaná so zvýšeným infekčným rizikom. Riziko infekcie súvisí s liečbou, aktivitou ochorenia, komorbiditami a vekom. Individuálne riziko je preto dynamické a multifaktoriálne.

TNF inhibitory sú asociované s dvojnásobne vyšším výskytom závažných infekcií. Riziko kulminuje v prvých 12 mesiacoch. Zostávajú spojené s najvyšším rizikom reaktívácie latentnej TBC, predovšetkým u monoklonálnych protilátok.

Anti IL-6 vykazujú vyššie riziko závažných bakteriálnych infekcií, pneumónií a sepsy. Špecifickým rizikom je divertikulitída s atypickým priebehom. **Anti IL-17 a IL-23** majú jeden z najpriaznivejších profilov. Typickou komplikáciou liečby inhibítormi IL-17 je mukokutánná kandidóza. **Rituximab**: Indukovaná hypogamaglobulinémia koreluje pri dlhodobom podávaní s rekurentnými pneumóniami. Nesie najvyššie riziko reaktívácie chronickej HBV infekcie zo všetkých bDMARDs. Na opačnej strane je to biologikum s najnižším rizikom reaktívácie latentnej TBC. **Belimumab** vykazuje nižšie riziko závažných infekcií v porovnaní s konvenčnými imunosupresívami. Dávky ≤ 10 mg/kg nezvyšujú výskyt infekcií. **JAK inhibitory**: celkové riziko je porovnateľné s bDMARDs, s výnimkou herpes zoster, kde je približne dvojnásobné. Výskyt herpes zoster je dávkovo závislý a výrazne vyšší pri komedikácii s kortikoidmi (GK). Niektoré dáta naznačujú vyššie riziko závažných infekcií v porovnaní s anti-TNF. **Vysoká aktivita ochorenia** zvyšuje riziko závažnej infekcie až dvojnásobne (RA). **Pridružené ochorenia, liečba kortikoidmi a vyšší vek** pôsobia ako multiplikátory rizika, pričom ich vplyv sa kumuluje. Najvýznamnejšími komorbiditami sú chronické ochorenia pľúc, obličiek, diabetes mellitus, vek nad 65 rokov a anamnéza predchádzajúcej závažnej infekcie. Pri RA-ILD je adalimumab spojený s vyšším rizikom pľúcnych infektov v porovnaní s tocilizumabom. **Systémová kortikoterapia** zostáva najvýznamnejším modifikovateľným rizikovým faktorom závažných infekcií. Riziko je priamo úmerné dennej ako aj kumulatívnej dávke. Dávka ≥ 20 mg prednizónu denne zvyšuje riziko závažnej infekcie viac ako 5-násobne a riziko sepsy takmer 7-násobne. Racionálny manažment rizika závažnej infekcie zahŕňa včasné dosiahnutie remisie základného ochorenia, rýchlu redukciu GK, individuálny výber DMARDs podľa rizikového profilu a skrining chronických a oportúnnych infekcií.

bDMARD a tsDMARD pri chronickom ochorení obličiek: bezpečnosť a praktické aspekty liečby

Tuchyňová A.

Národný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Chronické ochorenie obličiek (CKD) patrí medzi časté komorbidity pacientov so zápalovými reumatickými ochoreniami a významne ovplyvňuje terapeutické rozhodovanie. Znížená renálna funkcia môže meniť farmakokinetiku niektorých DMARD, zvyšovať riziko nežiaducich účinkov a komplikovať výber optimálnej liečby. Zatiaľ čo väčšina biologických DMARD vzhľadom na svoj spôsob eliminácie nevyžaduje úpravu dávkovania, pri niektorých cieľených syntetických DMARD je potrebné zohľadniť stupeň poškodenia funkcie obličiek a odporúčané úpravy dávky. Prednáška poskytne prehľad súčasných dôkazov o použití biologických a cieľených syntetických DMARD u pacientov s chronickým ochorením obličiek bez dialyzačnej liečby. Zameria sa na farmakokinetické aspekty jednotlivých liekov, odporúčania pre dávkovanie pri jednotlivých štádiách CKD, dostupné údaje o ich účinnosti a bezpečnosti, ako aj na praktické otázky výberu liečby v každodennej reumatologickej praxi. Osobitná pozornosť bude venovaná rozdielom medzi jednotlivými skupinami liekov, úrovni dostupných klinických dôkazov a situáciám, v ktorých je potrebná zvýšená opatrnosť pri rozhodovaní o terapii. Cieľom prednášky je predstaviť praktický prístup k výberu biologických a cieľených syntetických DMARD u pacientov s chronickým ochorením obličiek, upozorniť na rozdiely vo farmakokinetike jednotlivých liekov, potrebu úpravy dávkovania a identifikovať situácie vyžadujúce zvýšenú opatrnosť pri výbere liečby v každodennej reumatologickej praxi.

Lze pokračovat v biologické léčbě i na dialýze? Bezpečnost bDMARDs a tsDMARDs u chronického onemocnění ledvin
Šleglová O.

Revmatologický ústav Praha

Úvod: Chronické onemocnění ledvin (CKD) se vyskytuje u 10 až 20 % pacientů s revmatoidní artritidou (RA) a je zhruba 1,5 - 2x častější než u osob bez RA. Zároveň představuje nezávislý prediktor kardiovaskulárních příhod, závažných infekcí a mortality. Se snižující se funkcí ledvin se zásadně mění bezpečnostní profil dostupné léčby. Zatímco konvenční syntetické choroby modifikující léky (csDMARDs), zejména metotrexát, v pokročilých stádiích CKD selhávají pro riziko kumulace a toxicity, biologická léčba (bDMARDs) a cílená syntetická léčba (tsDMARDs, inhibitory Janusových kináz) mají odlišné farmakokinetické vlastnosti a bezpečnostní profily. Cílem přednášky je na základě kazuistiky a cíleného přehledu literatury navrhnout praktický algoritmus volby a úpravy dávkování bDMARDs a tsDMARDs podle jednotlivých stádií CKD, včetně pacientů léčených dialýzou.

Metodika: Provedli jsme cílený přehled publikované literatury (observační studie, kazuistiky, doporučení) zaměřený na farmakokinetiku, bezpečnost a retenci léčby bDMARDs a tsDMARDs u pacientů s CKD 1. až 5. stadia a u pacientů na hemodialýze. Poznatky jsme demonstrovali na kazuistice pacientky s dlouhotrvající séropozitivní RA a postupnou progresí diabetické a hypertenzní nefropatie až do zahájení hemodialýzy.

Výsledky: Metotrexát je při poklesu odhadované glomerulární filtrace (eGFR) pod 30 ml/min kontraindikován. bDMARDs jsou díky proteolytickému metabolismu bezpečné bez úpravy dávky ve všech stádiích CKD včetně dialyzovaných pacientů, s vysokou 36měsíční retencí léčby. tsDMARDs vyžadují v závislosti na konkrétním přípravku úpravu dávky podle hodnoty eGFR, u těžké CKD a dialýzy je jejich použití limitované. U prezentované pacientky umožnilo pokračování bDMARDs beze změny dávky udržení remise RA i po zahájení dialýzy.

Závěr: Volba antirevmatické léčby u pacientů s CKD vyžaduje systematický, od stadia onemocnění odvozený přístup a úzkou mezioborovou spolupráci s nefrologem. bDMARDs představují bezpečnou a účinnou možnost i u pacientů v pokročilých stádiích CKD a na dialýze.

Lupusová nefritida - od konvenční imunosuprese ke kombinované cílené terapii

Horák P.

III. interní klinika, FN Olomouc a LF UP Olomouc

Lupusová nefritida (LN) představuje jednu z nejzávažnějších orgánových manifestací systémového lupus erythematoses (SLE) a významně ovlivňuje dlouhodobou prognózu nemocných. Ačkoliv zavedení mykofenolátu mofetilu a nízkodávkovaných režimů cyklofosfamidu vedlo ke zlepšení výsledků léčby, významná část pacientů nedosahuje kompletní ani parciální renální odpovědi nebo v průběhu onemocnění relabuje. Lepší porozumění imunopatogenezi SLE vedlo v posledních letech k rozvoji cílené léčby a zásadní změně terapeutického paradigmatu. Aktualizovaná doporučení upřednostňují u většiny pacientů s aktivní proliferativní lupusovou nefritidou časnou léčbu založenou na mykofenolátu mofetilu nebo nízkodávkovaném intravenózním cyklofosfamidu v kombinaci s biologickou nebo cílenou imunomodulační terapií. Současně je kladen důraz na princip léčby k cíli (treat-to-target), rychlou redukci glukokortikoidů a komplexní nefroprotektivní péči.

Podpořeno MZ ČR RVO FNOL-0098892 a IGA_LF2026_003

Juvenilný systémový lupus erythematosus

– variabilita klinických a laboratórnych nálezov v čase stanovenia diagnózy

Vargová V., Bánóová E., Mráz M., Kolček G.

Klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN, Košice, Slovensko

Juvenilný systémový lupus erythematosus (JSLE) je chronické autoimunitné ochorenie charakterizované multisystémovým zápalom, sekundárnou vaskulitídou a produkciou autoprotílátok. Môže postihnúť ktorýkoľvek orgánový systém a preto je klinický, rovnako ako laboratórny fenotyp pacientov s JSLE veľmi variabilný.

Cieľ práce: Vyhodnotiť základné demografické, klinické a laboratórne charakteristiky pacientov pri stanovení diagnózy JSLE a poukázať tak na úskalia diferenciálnej diagnostiky pri prvej manifestácii ochorenia.

Metódy: Retrospektívna analýza pacientov hospitalizovaných na Klinike detí a dorastu UPJŠ LF a DFN v Košiciach za obdobie (od 01/2015 do 04/2026). Súborm tvorilo 17 pacientov, z toho bolo 12 dievčat (70,6 %) a 5 chlapcov (29,4 %). Medián veku v čase stanovenia diagnózy bol 15 rokov. Diagnóza JSLE bola u všetkých pacientov zaradených do súboru stanovená na základe klasifikačných kritérií pre SLE (SLICC, 2012).

Výsledky: Najčastejšími klinickým prejavmi v nami analyzovanom súbore v čase stanovenia diagnózy boli hematologické prejavy (hemolytická anémia a/alebo leukopénia a/alebo, trombocytopénia), ktoré boli prítomné celkom u 12 detí zo súboru (70,58 %). Nasledovali kožné prejavy: akútne kožné zmeny malo 11 (64,7 %) pacientov, u dvoch (11,76 %) bola prítomná nejazviaca alopecía a orálne ulcerácie mal len 1 pacient (5,8 %). Tretím najčastejším postihnutým orgánom už v čase stanovenia diagnózy boli obličky. Lupusovú nefritídu sme potvrdili u 7 detí (41,2 %). Serozitída (pleuritída a/alebo perikarditída) bola súčasťou klinického obrazu u 6 pacientov (35,3 %). Muskuloskeletálne prejavy v nami analyzovanom súbore pri stanovení diagnózy neboli časté – synovitídu mali len 3 pacienti (17,6 %). U jednej pacientky bol úvodným a dominujúcim klinickým prejavom akútne vzniknutý neuropsychiatrický deficit - chorea. Produkciu antinukleárných protílátok (ANA) sme potvrdili u všetkých 17 pacientov (100 %). Pri analýze autoprotílátokového profilu sme konštatovali že 13 pacientov (76,47 %) produkovalo anti-dsDNA protílátky, 14 (82,35 %) protílátky proti nukleozómom, 10 (58,82 %) anti-histónové protílátky, 6 (35,29 %) anti-RNP protílátky a anti-Smith protílátky 5 pacienti (29,41 %). Hypokomplementémium (nízke - C3, C4) sme potvrdili u 14 (82,4 %) chorých a pozitívny priamy Coombsov test malo 12 pacientov (70,58 %).

Záver: Analýzou nášho súboru sme chceli poukázať jednak na variabilitu klinickej manifestácie a laboratórnych náleзов u pacientov s novodiagnostikovaným JSLE, rovnako ako upozorniť na najvýraznejšie rozdiely medzi juvenilnou a adultnou formou tohto ochorenia.

Idiopatické zápalové myopatie (IIM) – ako sa majú deti s IIM v súčasnosti?

Dallos T. ¹, Mišíková D. ¹, Šoltýsová J. ², Zubaľová E. ², Pechočiaková Z. ³, Balažiová B. ¹

¹ *Detská klinika LFUK a NUDCH v Bratislave, Bratislava*

² *Fyziatricko-rehabilitačné oddelenie NÚDCH, Bratislava*

³ *Reumatologická ambulancia, Klinika detí a dorastu FN Nitra, Nitra*

Úvod: Idiopatické zápalové myopatie (IIM) predstavujú širokú skupinu raritných získaných zápalových ochorení s postihnutím prevažne kostrového svalu, z ktorých sa v detskom veku vyskytuje najmä juvenilná dermatomyozitída (JDM) a menej často juvenilná polymyozitída (JPM). Pre dlhodobú prognózu detí s JDM a JPM má zásadný význam včasné rozpoznanie možnej IIM.

Ciel: Zosumarizovať skúsenosti s diagnostikou a liečbou detských pacientov s IIM na Detskej klinike LFUK a NÚDCH (DK).

Metódy: Retrospektívna analýza údajov z elektronickej zdravotníckej dokumentácie.

Výsledky: V priebehu 15 ročného obdobia (2011–2026) sme na DK liečili 24 detí (18 dievčat, 6 chlapcov, vek pri manifestácii: medián 6 rokov, min. 2 – max. 16 r.) s IIM (20 JDM, 4 JPM). Diagnóza sa väčšinou potvrdila do 3 mesiacov od prvých príznakov (0,5–107 mes.) a v priebehu rokov sa skracoval. Väčšina pacientov bola k reumatológovi odoslaná od dermatológa (n=10) a neurológa (n=5), v ostatnom čase častejšie aj priamo z pediatrických oddelení (n=4) alebo v rámci spolupráce s inými pediatrickými reumatologickými pracoviskami. Aktuálny medián trvania ochorenia sledovaných pacientov je 10 rokov (0,3–19 rokov), pričom 7 detí už prešlo do starostlivosti reumatológa pre dospelých. IIM sa u detí manifestovala zvýšenou teplotou (n=5), typickými kožnými prejavmi (n=19, JDM), svalovou slabosťou (n=21), artritídou (n=6), slizničnými aftami (n=2). Z komplikácií sme zaznamenali dystrofickú kalcinózu (n=4), generalizovanú lipoatrofiu (n=1) a pľúcne komplikácie (n=2) z toho raz aj postihnutie pľúcneho interstícia. U jedného dieťaťa s JDM sa stav rozvinul do ťažkej imúnne mediovanej nekrotizujúcej myopatie asociovanej s anti-SRP protilátkou. U 22 pacientov sme zaznamenali prítomnosť protilátok asociovaných s myozitídou (NXP2 n=10, TIFF1 gama n=8, MDA5 n=2, SRP n=2, iné n=8, pričom u 7 to bolo viac protilátok s odlišnou špecificitou súčasne). U 20 pacientov bolo pri diagnostike vyžité MRI svalov, z toho u 17 s pozitívnym nálezom. EMG sme využili u 10 pacientov, u 7 s nálezom myogénnej lézie. Nález na kapilárach nechťových lôžok bol typický pre JDM u 15 a suspektný u 5 z celkovo 24 pacientov. Z terapeutických modalít sme použili systémové kortikoidy (n=24), metotrexát (n=23), vysokodávkované IVIG (n=12), cyklosporín A (n=6), hydroxychlorochín (n=5), rituximab (n=4), cyklofosfamid (n=2) a mykofenolát mofetil (n=2). Najnovšie sme potvrdili zvýšenú expresiu surogátneho markeru interferónovej aktivity SIGLEC1 u 2 pacientov s JDM, ktorí ale ešte neboli indikovaní na liečbu JAK-1. V priebehu nášho sledovania došlo až u 14 pacientov k relapsu ochorenia (pri detrakcii liečby), resp. pacienti mali chronický priebeh, ktorý vyžadoval intenzifikáciu liečebného režimu.

Záver: U detí sú IIM zriedkavé a napriek využitiu širokého spektra terapeutických modalít aj naďalej závažné ochorenia s potenciálne chronickým priebehom a vývojom potenciálne závažných komplikácií samotného ochorenia aj liečby. Rozhodujúca je aj naďalej včasná diagnostika a agresívna liečba, ktorá je závislá na nízkom prahu podozrenia detských dermatológov a neurológov a dobrej spolupráci s nimi.

Současný pohled na léčbu ANCA

- asociovaných vaskulitid u dětí: doporučení a první klinické zkušenosti s avacopanem

Malcová H. ¹, Cebecauerová D. ¹, Greinerová K. ², Laubová J. ², Pískovský T. ³, Lajczyková L. ³, Šuláková T. ³, Zaoral T. ³, Zieg J. ⁴

¹ Oddělení revmatologie dětí a dospělých, Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha, Česká republika

² Dětská klinika Fakulty zdravotnických studií University J.E.Purkyně, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem, Česká republika

³ Klinika dětského lékařství, Fakultní nemocnice Ostrava a LF OU, Ostrava, Česká republika

⁴ Pediatrická klinika 2. LF UK a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha, Česká republika

Úvod: ANCA-asociované vaskulitidy (AAV) představují vzácná, potenciálně život ohrožující systémová zánětlivá onemocnění s častým postižením ledvin, plic a dalších orgánů. Přestože jsou terapeutické strategie v dětském věku převážně extrapolovány z dat získaných u dospělých pacientů, v posledních letech došlo k významnému posunu v léčebných doporučeních. Aktualizovaná doporučení EULAR a KDIGO zdůrazňují individualizaci léčby, preferenci rituximabu v indukční i udržovací terapii a možnosti snížení expozice glukokortikoidům. Novou terapeutickou možností představuje avacopan, selektivní antagonist receptoru C5a, jehož přínos byl prokázán u dospělých pacientů zejména ve snížení kumulativní dávky glukokortikoidů při zachování účinnosti léčby. Zkušenosti v dětském věku jsou dosud omezené.

Cíl: Shrnout současná doporučení pro léčbu ANCA-asociovaných vaskulitid se zaměřením na jejich využití v pediatrické praxi a představit první zkušenosti s použitím avacopanu u dětských pacientů.

Metody: Přednáška poskytne přehled současných doporučených postupů pro indukční a udržovací léčbu AAV. Vlastní zkušenosti budou diskutovány především z pohledu implementace nové léčebné strategie do péče o dětské pacienty.

Výsledky: Součástí sdělení bude stručné představení prvních zkušeností našeho pracoviště s léčbou pěti dětských pacientů avacopanem, z nichž tři byli léčeni v rámci klinického hodnocení a dva v běžné klinické praxi.

Soubor tvořili dva chlapci s granulomatózou s polyangiitidou (GPA) a tři dívky s mikroskopickou polyangiitidou (MPA). Dva pacienti byli při stanovení diagnózy v kritickém stavu s akutním renálním selháním, přechodnou potřebou intermitentní hemodialýzy a difúzní alveolární hemoragií, která si vyžádala léčbu plazmaferézami. Všichni pacienti podstoupili indukční léčbu pulzy methylprednisolonu a rituximabem, přičemž u dvou nejtěžších případů byl podán také cyklofosamid. Ve všech případech bylo dosaženo klinické remise a stabilizace orgánového postižení. Léčba avacopanem byla dobře tolerována a umožnila postupnou redukci systémových glukokortikoidů.

Závěr: Současná doporučení odrážejí trend k individualizaci léčby AAV s důrazem na dosažení remise při minimalizaci toxicity glukokortikoidů. Avacopan představuje perspektivní součást moderní léčby těžkých forem AAV a první zkušenosti naznačují jeho potenciální přínos také v pediatrické populaci. K potvrzení dlouhodobé účinnosti a bezpečnosti u dětí jsou však nezbytná další prospektivní data.

Konflikt zájmů: Autoři prohlašují, že nejsou ve střetu zájmů.

Klíčová slova: ANCA asociované vaskulitidy, avacopan, granulomatóza s polyangiitidou, mikroskopická polyangiitida, doporučené postupy

**Imunitná dysregulácia na pomedzí imunodeficitu a autoimunity:
prečo sa vrodené poruchy imunity prejavujú ako reumatické ochorenia**

Genšor D. ¹, Kostková M. ¹, Murgašová M. ¹, Šlenker B. ^{1,2}, Havlíčková Z. ¹, Markocsy A. ^{1,2}, Jeseňák M. ^{1,2,3}

¹ *Klinika detí a dorastu, Jesseniova lekárska fakulta v Martine,
Univerzita Komenského v Bratislave, Univerzitná nemocnica Martin*

² *Ústav klinickej imunológie a lekárskej genetiky, Jesseniova lekárska fakulta v Martine,
Univerzita Komenského v Bratislave, Univerzitná nemocnica Martin*

³ *Klinika pneumológie a ftizeológie, Jesseniova lekárska fakulta v Martine,
Univerzita Komenského v Bratislave, Univerzitná nemocnica Martin*

Vrodené poruchy imunity predstavujú širokú a heterogénnu skupinu geneticky podmienených ochorení, ktoré zasahujú funkciu rôznych komponentov imunitného systému. Hoci sa primárne imunodeficiencie tradične spájajú najmä so zvýšenou náchylnosťou na infekcie, čoraz viac sa zdôrazňuje ich úloha v rozvoji neinfekčných zápalových a autoimunitných prejavov. Osobitnú skupinu tvoria autoinflamačné ochorenia, ktoré vznikajú na podklade dysregulácie vrodenej imunity – najmä porúch inflamazómov, cytokínovej signalizácie a mechanizmov bunkovej apoptózy. Typicky sa manifestujú opakujúcimi sa febrilnými epizódami, kožnými léziami, artritídou, serozitídou alebo inými systémovými prejavmi, pričom zápal prebieha bez aktivácie adaptívnej imunity a bez tvorby autoprotilátok. Tieto ochorenia sú často súčasťou širšie definovaných vrodených porúch imunity, ktoré sa okrem infekčnej náchylnosti môžu prejavovať aj reumatologickými fenotypmi. Včasná diagnostika a genetická analýza sú kľúčové pre správne určenie diagnózy a zahájenie cieľenej liečby, ktorá výrazne zlepšuje prognózu aj kvalitu života pacientov.

Autori v svojej prezentácii uvádzajú kazuistické prípady pacientov s potvrdenými genetickými formami vrodených porúch imunity, ktoré sú zodpovedné za vznik reumatologických prejavov. Tieto prípady ilustrujú, ako porucha vrodenej imunity môže viesť k zápalovým fenotypom imitujúcim klasické reumatické ochorenia. Zdôraznená je úloha včasnej diagnostiky, vrátane genetickej analýzy, ktorá umožňuje presnú identifikáciu ochorenia s následnou voľbou cieľenej liečby, čím sa zásadne zlepšuje prognóza aj kvalita života pacientov.

Neurologické projevy systémové sklerodermie

Soukup T.

Subkatedra revmatologie, II. interní gastroenterologická klinika,

Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Zatímco postižení kůže a vnitřních orgánů u Systémové sklerodermie (SSc) je dobře známo, postižení nervového systému je často přehlížené a poddiagnostikované.

Neurologické manifestace SSc zahrnují především zvýšené riziko ischemické cévní mozkové příhody a neuropatií. Klíčové rysy SSc, včetně mikrovaskulární dysfunkce, fibroproliferativního procesu, endoteliální dysfunkce a vzácnější vaskulitidy zvyšují riziko cévní mozkové příhody. Oxidační stres a ischemie při postižení vasa nervorum hrají ústřední roli v poškození nervů, přičemž reaktivní formy kyslíku (ROS) přispívají k neurologickým příznakům.

Biomarkery, jako je endotelin-1, NfL, GDF15 a AGE, umožňují stratifikaci rizika a včasnou diagnostiku, přesto přetrvává absence klinicky využitelných biomarkerů specifických pro SSc. Zatím máme neznalosti základních patofyziologických dějů, je nedostatek robustních studií a dat z dlouhodobého sledování pacientů

Pokroky v této oblasti by mohly zlepšit klinickou léčbu, zlepšit prognostické výsledky u pacientů s SSc a položit základy pro inovativní preventivní a terapeutické strategie ke zmírnění následků.

Předkládaný přehled zdůrazňuje rozmanité neurologické projevy SSc a ukazuje potřebu integrativních strategií léčby, které řeší přehlížené komorbidity a snaží se poukázat na optimalizaci péči o pacienty.

IgG4 asociované ochorenia – diagnostika a liečba

Žlnay M.

Katedra reumatológie LF SZU a NÚRCH Piešťany

Mikuliczova choroba, Küttnerov nádor, Riedelova tyreoiditída a Ormondova choroba sú triviálne názvy niektorých zriedkavejších ochorení, charakterizovaných chronickým fibrozápalovým procesom s multiorgánovým postihnutím. Typické pre celú spomínanú skupinu je akumulácia plazmatických buniek, ktoré produkujú zvýšené množstvo IgG4 v postihnutých tkanivách. Podľa toho sa dnes klasifikujú ako IgG4 asociované ochorenia (IgG4-RD). Tkanivová fibróza sa rozvíja spolu s chronickým zápalom. IgG4-RD majú pomaly progredujúci klinický priebeh, mnohokrát sa správajú ako nádorové ochorenia. Poškodenie orgánov vzniká v dôsledku chronického zápalu a súčasne sa rozvíjajúcej fibrózy, prípadne z útlaku okolitých orgánov tvoriacou sa fibro-inflamatórnou „pseudotumoróznou“ masou. Radíme ho aj medzi vaskulitídy postihujúce cievy rôzneho priemeru. V typickom histomorfologickom obraze sa popisuje okrem iného storiformná fibróza, výrazná lymfoplazmocytová infiltrácia, zvýšené zastúpenie IgG4+ plazmatických buniek, zvýšené zastúpenie eozinofilov a obliterujúca flebitída. Diagnózu podporuje viac ako 50 IgG4+ plazmatických buniek v zornom poli a pomer IgG4+ : IgG+ väčší ako >40 %. Pri IgG4-RD sa nevyskytuje nekróza, granulomatózný zápal, mnohohradrové bunky, histiocyty ani penové makrofágy. Výskyt ochorenia je do značnej miery podhodnotený, podľa rôznych epidemiologických štúdií sa prevalencia odhaduje na 5,3 prípadu na 100.000 obyvateľov, najčastejšie vo vekovej skupine 50 až 70 ročných. IgG4-RD postihuje obe pohlavia, pričom so stúpajúcim vekom pacientov po 40. roku sa popisuje častejšie u mužov. Klinické prezentácie IgG4-RD sú pleiotropné a môžu sa líšiť aj medzi pohlaviami. Ženy vykazujú častejšie postihnutie tkanív orbity a krku, u mužov sa vyskytuje postihnutie orgánov dutiny brušnej a hrudnej. Nevyskytujú sa akútne, fulminantné alebo vysoko zápalové klinické prejavy, ochorenie nespôsobuje horúčku a zriedkavo vedie k rýchlemu zlyhaniu orgánov. Vyvíja sa pomaly, subklinické prejavy sa vyskytujú mesiace alebo roky predtým, než pacienti vyhľadajú lekárske vyšetrenie, mnohokrát sa zistí náhodne na zobrazovacích nálezoch (napr. retroperitoneálna fibróza). Až približne 60 % všetkých pacientov s IgG4-RD má v čase diagnózy už určitý stupeň ireverzibilnej orgánovej dysfunkcie. Na základe homogénnych epidemiologických a laboratórnych nálezov rozlišujeme štyri fenotypy IgG4-RD: 1. Hepatobiliárne postihnutie, 2. Retroperitoneálna fibróza s/bez postihnutia aorty, 3. Limitované postihnutie hlavy a krku a 4. Mikuliczov syndróm so systémovým postihnutím. Pri diagnostike IgG4-RD využívame najmä zobrazovacie metódy ako MRI a PET-CT, diagnózu podporuje už vyššie spomínané histologické vyšetrenie tkanív postihnutých fibro-proliferatívnym zápalom. Hoci sa u viacerých pacientov pozorujú zvýšené sérové hladiny IgG4, najmä pri glandulárnom postihnutí (viac ako 5-násobok normy), samotné IgG4 nespôsobujú ochorenie. Skôr slúžia ako dobrý bio-marker ochorenia, lepší než ANCA protilátky pri vaskulitídach. Ochorenie môžeme dnes klasifikovať podľa ACR-EULAR 2019 klasifikačných kritérií, prípadnú diagnózu môžeme stanoviť aj podľa revidovaných diagnostických kritérií z r. 2020. Keďže ide o pomaly prebiehajúce ochorenie, urgentná liečba je zriedkavá len pri život ohrozujúcich stavoch (napr. chirurgické ošetrovanie artálnej aneuryzmy, uvoľnenie mechanickej obštrukcie pri striktúrach uretry, žlčodu, debulking orbitálnej masy). Pacienti s asymptomatickým a limitovaným ochorením vyžadujú skôr starostlivé monitorovanie. Základom terapie a liekom prvej línie sú glukokortikoidy (GK) v inic. dávke ekvivalentu prednisolonu 0,4 mg/kg hmotnosti. Signifikantná redukcia sérologických a rádiografických nálezov však trvá týždne až mesiace. Nedostatočný účinok GK je exklúznym kritériom ACR-EULAR klasifikačných kritérií. V prípade intolerance alebo kontraindikácie vyšších dávok GK sa môžu použiť nižšie dávky v kombinácii s imunosupresívmi (methotrexát, azathioprin, mykofenolát, cyklofosfamid), ktoré majú zároveň glukokortikoidy šetriaci efekt. Pri nedosiahnutí remisie, opakovaných relapsoch ochorenia alebo pri absolútnej kontraindikácii GK sa môže u pacientov s IgG4-RD indikovať biologická B-bunková liečba s rituximabom (anti-CD20 deplečná protilátka), prípadne s inebilizumabom (anti-CD19 deplečná protilátka). Sľubnú perspektívu v klinických štúdiách má aj bi-sPECifická protilátka obexelimab (koligácia CD19 a FcγRIIb s inhibičnou aktivitou na B-bunky).

Erdheimova – Chesterova choroba jako vzácná příčina mnohočetných ložiskových lézí skeletu – kazuistika

Skácelová M., Kudlová N.

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

Erdheimova-Chesterova choroba (Erdheim – Chester disease; ECD) je velmi vzácné, idiopatické, multisystémové onemocnění ze skupiny maligních histiocytóz. Vzhledem k jejímu raritnímu výskytu nejsou běžně dostupná epidemiologická data jako incidence a prevalence, celosvětově bylo v roce 2020 popsáno asi 1500 případů. Vyskytuje se převážně v dospělosti a častěji postihuje mužské pohlaví. Prvním příznakem nemoci může být bolest dolních končetin (50 % případů), diabetes insipidus při postižení hypofýzy (až 30 %) nebo exophthalmus při retrobulbárním pseudotumoru (do 30 %), symptomy z postižení CNS (30–50 %), kožní změny typu xanthelasma-like lesions zpravidla kolem očí (do 30 %), či renální nedostatečnost při infiltraci ledvin a perirenálních tkání. Jindy mohou být v popředí i celkové nespecifické příznaky či systémová zánětlivá reakce. Klasickým projevem je osteoskleróza tibií a femurů přítomná až v 95 % případů. ECD je definována typickým histologickým obrazem xantogranulomatozního ložiska infiltrovaného pěnínými klonálními histiocyty s tukovými inkluzemi (foamy histiocytes, s typickým imunofenotypem, charakterizovaným při imunohistochemickém vyšetření pozitivitou markerů CD68, CD163, CCND1, faktoru XIIIa a fascinu a negativitou CD1a, langerinu a zpravidla i proteinu S100. Patologické histiocyty pravidelně proliferují v dlouhých kostech dolních končetin, což vede k typickému obrazu zbytnění trabekul a kortikalis v tibiích a femurech. Mohou však infiltrovat i oblasti retroperitonea, mediastina, plíc, srdce, kůže či orbity, CNS a hypofýzy, vzácněji jsou postižena i další místa. Identifikace genetických mutací (BRAF 600E, MAP2K1, KRAS, NRAS, ARAF či PIK3CA) a závažnost orgánového postižení má významný vliv na volbu terapeutické strategie. Možnosti léčby zahrnují cílenou terapii (inhibitory BRAF, MEK), PEG-INF- α , systémovou chemoterapii a biologické léky blokující interleukin 1. Kazuistika popisuje případ 73letého pacienta se známou diagnózou diabetes insipidus, který byl dlouhodobě vyšetřován pro pleurální výpotek nejasné etiologie, přičemž v rámci širší diferenciální diagnostiky bylo provedeno PET CT vyšetření s nálezem mnohočetných lézí skeletu. Po doplnění laboratorních vyšetření a scintigrafie skeletu bylo indikováno biptické vyšetření, které potvrdilo diagnózu ECD. Pacient je v současné době v péči hematologů. Erdheimova-Chesterova choroba je raritní onemocnění s typickým nálezem osteosklerotických lézí skeletu na zobrazovacích metodách. Poměrně častým prvním příznakem choroby bývá bolest dolních končetin, proto by toto onemocnění mělo být zvažováno v diferenciální diagnostice těchto symptomů.

Orbitálna masa v reumatologickej ambulancii

Tarabčáková L. ¹, Kašperová S. ², Majtánová N. ³, Bystrická N. ⁴

¹ Interná klinika, Lekárska fakulta Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave

a Univerzitná nemocnica – Nemocnica svätého Michala, a. s., Bratislava

² I. interná klinika, Lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave a Univerzitná nemocnica Bratislava

³ Očná klinika, Lekárska fakulta Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave

a Univerzitná nemocnica Bratislava

⁴ Rádiologické oddelenie, Národný onkologický ústav, Bratislava

Úvod: Orbitálna masa predstavuje morfológický nález so širokou diferenciálnou diagnostikou zahŕňajúcou neoplastické, zápalové, autoimunitné, infekčné, vaskulárne a infiltratívne ochorenia. Viaceré systémové choroby relevantné pre reumatológa môžu napodobňovať tumor orbity, zatiaľ čo malignity môžu klinicky aj zobrazovacími charakteristikami imitovať zápalové ochorenie.

Ciel: Prezentovať kazuistiku pacientky s orbitálnou masou a poukázať na význam systematickej diferenciálnej diagnostiky, integrácie zobrazovacích metód a histopatologického vyšetrenia pri rozhodovaní medzi zápalovým, infiltratívnym a neoplastickým ochorením.

Metodika: Bola vykonaná kritická syntéza dostupnej odbornej literatúry zameranej na diferenciálnu diagnostiku orbitálnych lézií v reumatologickej praxi so zohľadnením klinických prejavov, laboratórnych parametrov, zobrazovacích metód, histopatologického vyšetrenia a súčasných diagnostických odporúčaní.

Výsledky: Na podklade modelovej kazuistiky prezentujeme diagnostický algoritmus pacientky s orbitálnou masou so zameraním na postupnú integráciu klinických, laboratórnych, zobrazovacích a histopatologických nálezov. Kazuistika ilustruje komplexný proces diferenciálnej diagnostiky orbitálnej lézie vrátane zápalových, autoimunitných, infiltratívnych a neoplastických ochorení. Osobitný dôraz je kladený na prínos multimodálneho zobrazovania (CT, MRI), správnu indikáciu biopsie a interpretáciu histopatologického nálezu ako rozhodujúcich krokov vedúcich k stanoveniu diagnózy a optimálneho terapeutického postupu.

Záver: Diagnostika orbitálnej masy vyžaduje úzku spoluprácu reumatológa, oftalmológa, rádiológa a patológa. Rozhodujúca je integrácia klinického priebehu, laboratórnych výsledkov, zobrazovacích charakteristík a histologického nálezu. Predčasné zaradenie lézie medzi zápalové ochorenia a empirická kortikoterapia môžu viesť k oneskoreniu správnej diagnózy. Prezentovaná kazuistika zdôrazňuje význam biopsie a potrebu zachovať širokú diferenciálnu diagnostiku.

Kľúčové slová: orbitálna masa; diferenciálna diagnostika; zobrazovacie metódy; histopatológia; biopsia

Obtížně léčitelná Stillova nemoc – kazuistika

Šípková L., Tomš J., Soukup T.

Subkatedra revmatologie, II. interní gastroenterologická klinika,

Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Úvod: Systémová juvenilní idiopatická artritida (sJIA) a Stillova choroba s nástupem v dospělosti (AOSD) jsou považovány za stejné onemocnění, ale stále chybí společný přístup k diagnostice a léčbě.¹

Metodika: V přednášce popisujeme případ 28letého pacienta převzatého do dispenzarizace z dětské revmatologické poradny. Pacient je sledován pro juvenilní idiopatickou artritidu s polyartritickou a systémovou formou. V průběhu léčby rozvinul syndrom aktivovaných makrofágů (MAS) s nutností hospitalizace na jednotce intenzivní péče včetně umělé plicní ventilace. Léčba u pacienta byla v průběhu let dále komplikovaná mykoplazmovou pneumonií, cytomegalovou infekcí a febrilními zánětlivými stavy. Z důvodu ztráty efektu léčby byla u pacienta nutná častá změna strategie léčby a konkrétního preparátu. Aktivita nemoci korelovala s laboratorními známkami nemoci (zvýšené CRP a sedimentace erytrocytů). Použitá konvenční léčiva u pacienta byla sulfasalazin, cyklosporin, methotrexat a biologická léčiva adalimumab, anakinra, tocilizumab, abatacept, canakinumab.

Výsledky: Nyní je pacient na léčbě celkově šestým biologickým lékem (tofacitinib) s dobrým efektem na bolestivost periferních kloubů. Kromě relabujících artritidy a febrilních zánětlivých stavů je u pacienta toho času doporučena ke zvážení totální endoprotéza levé kyčle pro artrózu III. až IV. stupně dle RTG nálezu. Dále je pacient léčen pro nově diagnózu osteoporózy, pravděpodobně sekundární při terapii glukokortikoidy.

Závěr: Juvenilní idiopatická artritida může být obtížně léčitelná a vyžadovat častou změnu terapie. Dle posledních doporučení EULAR/PRs 2024 je optimální terapeutická strategie s časným použitím interleukinů IL-1 a IL-6 inhibitorů s podáváním glukokortikoidů. Při nedostatečné odpovědi je potřeba vyloučit infekci a na zvážení je podání cyklosporinu A nebo experimentální léčby. Remise onemocnění je definována jako klinicky inaktivní onemocnění s absencí souvisejících příznaků Stillovy nemoci a normální CRP a sedimentace erytrocytů.¹ Popisovaný pacient v kazuistice neměl období remise od stanovení diagnózy a nadále je nutná kortikoterapie a pečlivé sledování efektu biologické léčby. 1 Fautrel B, Mitrovic S, De Matteis A, et al., EULAR/PRs recommendations for the diagnosis and management of Still's disease, comprising systemic juvenile idiopathic arthritis and adult-onset Still's disease *Annals of the Rheumatic Diseases* 2024;83:1614-1627.

Definice imunofluorescenčních typů antinukleární protilátek podle ICAP 2024 a význam pro kliniku revmatických onemocnění

Bradna P.¹, Andrys C.², Řezáčová V.²

¹ II. interní gastroenterologická klinika, subkatedra revmatologie Lékařské fakulty
a Fakultní nemocnice Hradec Králové

² Ústav klinické imunologie a alergologie, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Úvod: Vyšetření přítomnosti antinukleárních protilátek je jedním ze základních screeningových imunologických metod při diagnostice revmatických chorob. Průkaz jednotlivých podtypů autoprotilátek má klinický význam zejména v diagnostice systémových onemocnění. Počet detekovaných typů antinukleárních protilátek však strmě narůstá a vzrůstá potřeba jejich systematizace a nomenklatury.

Metodika: Literární přehled ilustrovaný vlastními nálezy u skupiny nemocných

Výsledky: Rozdělení autoprotilátek podle ICAP (International consensus of ANA pattern) vychází z morfologických dat při stanovení na HEp-2 buňkách a některé imunologické laboratoře vyjadřují své nálezy v kontextu tohoto systému. V současné verzi revidované v únoru 2024 dělení rozeznává 28 typů imunofluorescenčních nálezů, u části z nich je znám substrát a klinický význam. Z revmatologických diagnóz je to zejména u systémového lupusu, systémové sklerodermie a Sjogrenovy choroby. Řada imunofluorescenčních nálezů však nemá jednoznačný klinický korelát. Sdělení obsahuje přehled dělení autoprotilátek podle ICAP 2024, s dosud dostupnými informacemi o významu jednotlivých nálezů pro klinickou diagnostiku v revmatologii.

Závěr: Sdělení má za cíl zlepšit orientaci revmatologa v nálezech specifikovaných podle dělení ICAP.

ANCA pozitivita asociovaná s užívaním kokaínu:

diagnostická výzva na pomedzí vaskulitídy, toxického poškodenia a deštruktívnej rinopatie

Tarabčáková L. ¹, Záňová E. ², Bystrická N. ³, Čentěš M. ⁴, Mačaj M. ⁴

¹ Interná klinika, Lekárska fakulta Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave

a Univerzitná nemocnica – Nemocnica svätého Michala, a. s., Bratislava

² Národný ústav reumatických chorôb Piešťany; Katedra reumatológie, Lekárska fakulta, Slovenská zdravotnícka univerzita

³ Rádiologické oddelenie, Národný onkologický ústav, Bratislava

⁴ Otorinolaryngologická klinika, Lekárska fakulta Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave a Univerzitná nemocnica – Nemocnica svätého Michala, a. s., Bratislava

Úvod: Autoimunitné a vaskulárne komplikácie asociované s abúзом kokaínu predstavujú heterogénne spektrum klinických manifestácií - od lokalizovanej deštrukcie stredovej línie tváre (CIMDL - cocaine-induced midline destructive lesions) až po zriedkavý systémový ANCA-pozitívnu vaskulitídu s renálnym alebo pľúcnym postihnutím. Prekrývanie klinických, sérologických a histopatologických prejavov s granulomatózou s polyangiitídou predstavuje významné riziko diagnostického omylu. Pozitívita PR3-ANCA alebo cytoplazmatický imunofluorescenčný obraz samostatne nepotvrdzujú primárnu ANCA-asociovanú vaskulitídu. Diagnosticky významné sú najmä rozsiahla centrifugálna deštrukcia sinonazálnych štruktúr, perforácia podnebia, retiformná purpura ušníc, neutropénia, diskordantný ANCA profil, duálna MPO/PR3 reaktivita a protilátky proti ľudskej neutrofilnej elastáze (anti-HNE).

Cieľ Syntetizovať súčasné poznatky o patogenéze, klinickom spektre a diagnostike kokaínom/levamizolom indukovaného ochorenia a definovať klinicky využiteľné znaky umožňujúce jeho odlíšenie od GPA, MPA a EGPA.

Materiál a metódy: Bola vykonaná kritická syntéza dostupnej literatúry zahŕňajúcej systematické prehľady, kohorty, kazuistické série a relevantné odporúčania odborných spoločností. Posudzované boli ORL, dermatologické, nefrologické, pulmonálne, sérologické a histopatologické fenotypy. Osobitná pozornosť bola venovaná interpretácii PR3-ANCA, MPO-ANCA, anti-HNE, toxikologickému dôkazu expozície a diagnostickej hodnote biopsie.

Výsledky: ANCA pozitivita asociovaná s abúзом kokaínu nie je samostatnou chorobnou jednotkou. Lokálne poškodenie je podmienené najmä vazokonstrikciami, ischemiou a mechanicko-chemickou traumou. Anti-HNE a duálna MPO/PR3 pozitivita podporujú toxicko-liekovú etiológiu, ale nemajú absolútnu diagnostickú špecificitu. Rozhodujúca je integrácia anamnézy, nazálnej endoskopie, zobrazovacích metód, orgánového mapovania a histológie. Abstinencia je základom liečby; intenzívna imunosupresia je odôvodnená iba pri presvedčivom orgán ohrozujúcom zápale.

Záver: Autori prezentujú kazuistiky pacientov s ANCA pozitivitou asociovanou s abúзом kokaínu a diskutujú diagnostické úskalia odlišenia od primárnych ANCA-asociovaných vaskulitíd. Súčasťou prezentácie budú kazuistiky doplnené obrazovou dokumentáciou ORL nálezov, histopatologických preparátov a laboratórnych výsledkov ilustrujúcich spektrum kokaínom a levamizolom (antihelmintikum a imunomodulátor často používaný ako prímes pouličného kokaínu) indukovaného ochorenia.

Kľúčové slová: ANCA-asociovaná vaskulitída; granulomatóza s polyangiitídou; deštruktívna rinopatia; kokaín; levamizol

Keď radosť strieda bolesť – osteoporóza asociovaná s graviditou a laktáciou

Gajdárová L.

Fidelitas s.r.o., reumatologická a osteologická ambulancia, Bratislava

Úvod: Osteoporóza asociovaná s graviditou a laktáciou (PLO – pregnancy and lactation associated osteoporosis) je veľmi zriedkavá komplikácia gravidity a laktácie. Podľa dostupných údajov je frekvencia asi 0,4 prípadov na 100 000 žien, resp. 4-8 prípadov na 1 milión pôrodov. PLO býva poddiagnostikovaná, pretože bolesť chrbta je často pripisovaná samotnej gravidite. Novšie registre a databázy zachytávajú viac prípadov, takže jej skutočný výskyt môže byť mierne vyšší ako sa pôvodne predpokladalo. PLO je definovaná vznikom atraumatických fraktúr, najčastejšie vertebrálnych, a to v 3. trimestri alebo v prvých mesiacoch po pôrode. Pomerne typicky je u primipary vo veku okolo 30-40 rokov. Patomechanizmus PLO je multifaktoriálny a vzniká kombináciou fyziologických zmien gravidity/laktácie a predispozičných faktorov ženy. Vzniká pravdepodobne vtedy, keď sa k fyziologickej resorpcii pridá nízka vrcholová kostná hmota (žena vstupuje do gravidity s nižšou kostnou rezervou), genetická predispozícia (mutácie LRP5, WNT1, COL1A1/COL1A2), deficit vitamínu D3, nízky body mass index či poruchy osteoblastickej funkcie. Ak je teda prítomná predispozícia u pacientky, resorpcia v gravidite a laktácií presiahne kompenzačné mechanizmy a vznikajú fragilné fraktúry.

Popis prípadu: V kazuistike predstavíme 39-ročnú pacientku s osteogenesis imperfecta. V januári 2019 porodila prirodzenou cestou zdravé bábätko. Asi 2 týždne po pôrode ale radosť z dieťatka vystriedala výraznejšia bolesť chrbtice. Pre bolesť chrbtice bola vyšetrená ortopédom, ktorý indikoval magnetickú rezonanciu, ktorá poukázala na kompresívne fraktúry Th7 až L1 a zvýraznenú hrudnú kyfózu. Denzitometria na našom pracovisku preukázala kostnú hmotu pod očakávaným rozsahom pre daný vek.

Záver: Osteogenesis imperfecta alebo iné genetické poruchy kolagénu sú známe rizikové faktory PLO. Pacientky s osteogenesis imperfecta majú často nízku vrcholovú kostnú hmotu, zníženú kvalitu kostnej matrix a kosť je štruktúrne oslabená. U niektorých žien môže byť PLO často prvým prejavom latentnej genetickej predispozície. Aj keď sa PLO nedá úplne predvídať, väčšinou vzniká u žien s predispozíciou. Cieľom prevencie je preto identifikovať rizikové ženy (osteogenesis imperfecta a iné genetické poruchy kolagénu, rodinná anamnéza osteoporózy, nízka vrcholová kostná hmota, dlhodobá liečba glukokortikoidmi, chronický deficit vitamínu D, nízke BMI) a ideálne je sa u týchto žien pokúsiť zabezpečiť dobrú kostnú rezervu a korigovať Ca-P metabolizmus a vitamín D3 ešte pred graviditou.

Přínos dvoufázového SPECT/CT v diagnostice muskuloskeletálních onemocnění: význam pro revmatologickou praxi

Šimánková D., Šimánek M.

¹ Oddělení nukleární medicíny, Karlovarská krajská nemocnice a.s., Karlovy Vary

² Oddělení nukleární medicíny, Nemocnice Pelhřimov p.o., Pelhřimov

Úvod: Rozvoj hybridních zobrazovacích systémů na pracovištích nukleární medicíny významně rozšiřuje diagnostické možnosti v oblasti onemocnění pohybového aparátu. Cílem sdělení je představit současné poznatky o využití SPECT/CT krevního poolu v rámci třífázové scintigrafie skeletu a demonstrovat jeho přínos při diagnostice vybraných muskuloskeletálních onemocnění.

Metodika: Scintigrafie skeletu je zavedenou metodou pro hodnocení metabolické aktivity kostní tkáně. Třífázové vyšetření současně poskytuje informace o perfúzi (1.fáze), lokální hyperémii a zvýšené kapilární permeabilitě (2.fáze), které mají význam při diagnostice a diferenciální diagnostice zánětlivých procesů, traumatických změn i některých nádorových onemocnění. Zásadním přínosem hybridního zobrazení SPECT/CT je možnost přesné anatomické lokalizace patologických změn a jejich korelace s funkčními nálezy. Nový koncept dvoufázového hybridního SPECT/CT vyšetření umožňuje detailní tomografické hodnocení jak 2.- časné krevní poolové fáze, tak 3. - pozdní fáze kostního metabolismu, a může zvýšit diagnostickou výtěžnost vyšetření.

Výsledky: Pro systematické hodnocení nálezů byla navržena klasifikace BOSS, která rozlišuje tři základní typy postižení: typ A (oseální), typ B (paraoseální) a typ C (extraoseální). Toto rozdělení umožňuje přesnější interpretaci patologických změn a lepší zacílení další diagnostiky a léčby. Součástí sdělení budou vybrané klinické případy dokumentující přínos dvoufázového SPECT/CT při diagnostice zánětlivých a degenerativních onemocnění pohybového aparátu.

Závěr: Dvoufázové hybridní SPECT/CT představuje perspektivní rozšíření třífázové scintigrafie skeletu, které přináší přesnější lokalizaci a charakterizaci patologických procesů v oblasti pohybového aparátu. Metoda může významně přispět k diagnostice zánětlivých onemocnění, zpřesnění diferenciální diagnostiky muskuloskeletálních obtíží a optimalizaci následného terapeutického postupu.

ILD v reumatológii: od skríningu k cielenej liečbe

Tuchyňová A.

Národný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Úvod: Intersticiálne pľúcne ochorenia (ILD) predstavujú jedny z najzávažnejších orgánových prejavov systémových reumatických ochorení a významne ovplyvňujú morbiditu aj mortalitu pacientov. Včasná identifikácia pľúcneho postihnutia, správna stratifikácia rizika a pravidelné monitorovanie progresie ochorenia by mali byť neoddeliteľnou súčasťou komplexnej reumatologickej starostlivosti.

Metodika: Prednáška poskytne aktuálny prehľad skrínigových stratégií pri jednotlivých systémových reumatických ochoreniach s dôrazom na identifikáciu pacientov s najvyšším rizikom vzniku a progresie ILD.

Výsledky: Venovať sa bude aj súčasným možnostiam liečby vrátane konvenčných a biologických DMARD, antifibrotickej liečby, ako aj novým perspektívam liečby a ich potenciálneho miesta v budúcom manažmente ILD pri systémových reumatických ochoreniach.

Záver: Cieľom prednášky je ponúknuť reumatológom praktický pohľad na súčasný manažment ILD – odpovedať na otázku, čo musí dnes reumatológ vedieť, aby pacienta s ILD včas rozpoznal, správne zhodnotil riziko progresie a zvolil optimálnu liečebnú stratégiu.

Dlouhodobá účinnost rituximabu u systémové sklerodermie refrakterní na csDMARDs – předběžné výsledky 36 měsíční prospektivní observační studie

Závada D.^{1,2}, Oreská S.^{1,2}, Jiráňková A.¹, Bobrová A.¹, Bobrová K.¹, Sudková E.¹, Poloučková E.¹, Vaňha B., Wünsch H.¹, Pavelka K.^{1,2}, Šenolt L.^{1,2}, Vencovský J.^{1,2}, Bečvář R.^{1,2}, Tomčík M.^{1,2}

¹ Revmatologický ústav, Praha, Česká republika

² Revmatologická klinika 1. LF UK a RÚ, Univerzita Karlova, Praha, Česká republika

Úvod: Důkazy o účinnosti bDMARDs u pacientů se systémovou sklerodermií (SSc) s progresivním onemocněním nereagujícím na csDMARDs jsou omezené. Cílem práce bylo zhodnotit účinnost rituximabu u pacientů s SSc s progresivním kožním postižením a/nebo polyartritidou a/nebo aktivním intersticiálním plicním postižením (ILD) nereagujícím na metotrexát, cyklofosfamid nebo mykofenolát v průběhu dlouhodobého sledování.

Metodika: Pacienti s SSc (splňující klasifikační kritéria ACR/EULAR z r. 2013) s progresivním postižením kůže a/nebo artritidou a/nebo ILD nereagujícími na metotrexát, mykofenolát nebo cyklofosfamid byli léčeni 1 (měsíc (M)6, n=40), 2 (M12, n=35), 4 (M24, n=24) nebo 6 (M36, n=17) cykly rituximabu (1 g i.v. den 0 a 14, každých 6 měsíců). Před každým cyklem bylo u pacientů zhodnoceno: kožní skóre mRSS (modified Rodnan Skin Score), distance finger-to-palm (FTP), interlabiální/interincizální vzdálenosti a aktivita onemocnění (vizuální analogová škála (VAS) lékaře; European Scleroderma Study Group (ESSG) Disease Activity Index) a dotazníky hodnotící celkovou funkčnost (Scleroderma Health Assessment Questionnaire, SHAQ), kvalitu života (Medical Outcomes Study Short Form 36, SF-36), únavu (Fatigue Impact Scale, FIS), depresi (Beck's Depression Inventory-II, BDI-II), fyzickou aktivitu (Human Activity Profile, HAP) a gastrointestinální symptomy (UCLA-SCTC-GIT 2.0).

Výsledky: Do studie bylo zařazeno 42 pacientů (8 mužů a 34 žen; difuzní kožní (dc)SSc (n=34) a limitovaná kožní (lc)SSc (n=8)). Během 36 měsíců léčby rituximabem bylo pozorováno významné zlepšení kožního postižení (mRSS) a aktivity onemocnění (ESSG, VAS lékař). Plicní funkce (absolutní objemy i % n.h.) zůstaly v průběhu sledování převážně stabilní, ale došlo k signifikantnímu poklesu DLCO (% n.h.). V doménách SHAQ došlo k významnému zlepšení bolesti a celkového skóre. Žádné významné změny nebyly pozorovány u únavy (FIS), depresivních symptomů (BDI-II), gastrointestinálních symptomů (UCLA-SCTC-GIT 2.0), fyzické aktivity (HAP) a kvality života (SF-36).

Závěr: Tato data naznačují, že dlouhodobá léčba rituximabem je spojena s trvalým zlepšením kožního postižení a celkové aktivity onemocnění. Plicní funkce zůstaly v průběhu sledování převážně stabilní, ačkoli byl pozorován významný pokles DLCO (% n.h.). Zlepšení v patientských dotaznících bylo omezené – významné změny byly pozorovány pouze u bolesti a globálního skóre SHAQ, ostatní domény a laboratorní zánětlivé markery zůstaly převážně beze změn.

Podpořeno MZČR 023728, SVV 260764.

Dlouhodobá účinnost rituximabu u idiopatických zánětlivých myopatií refrakterních na csDMARDs – předběžné výsledky prospektivní observační studie

Závada D.^{1,2}, Oreská S.^{1,2}, Bobrová A.¹, Bobrová K.¹, Sudková E.¹, Poloučková E.¹, Klein M.^{1,2}, Mann H.^{1,2}, Pavelka K.^{1,2}, Šenolt L.^{1,2}, Vencovský J.^{1,2}, Tomčík M.^{1,2}

¹ *Revmatologický ústav, Praha, Česká republika*

² *Revmatologická klinika 1. LF UK a RÚ, Univerzita Karlova, Praha, Česká republika*

Úvod: Důkazy o účinnosti bDMARDs u pacientů s idiopatickými zánětlivými myopatiemi (IZM) s aktivním, progresivním onemocněním nereagujícím na glukokortikoidy a csDMARDs jsou omezené. Cílem této studie bylo zhodnotit účinnost rituximabu u pacientů s IZM dosud neléčených bDMARDs.

Cíl: Zhodnotit dlouhodobou účinnost rituximabu u pacientů s IZM refrakterních na csDMARDs.

Metody: 24 pacientů (splňujících klasifikační kritéria ACR/EULAR z r.2017) bylo léčeno 1 (měsíc [M]6, n=24), 2 (M12, n=17) nebo 4 (M24, n=10) cykly rituximabu (1 g i.v. den 0 a 14, každých 6 měsíců). Před každým cyklem byli pacienti hodnoceni pomocí škál aktivity onemocnění MYOACT (Myositis Disease Activity Assessment Visual Analogue Scale), MITAX (Myositis Intention to Treat Index) a manuálního svalového testu (MMT-8) a vyplnili dotazníky hodnotící disabilitu (Health Assessment Questionnaire, HAQ), kvalitu života (Medical Outcomes Study Short Form 36, SF-36), únavu (Fatigue Impact Scale, FIS), depresi (Beck's Depression Inventory-II, BDI-II) a fyzickou aktivitu (Human Activity Profile, HAP). U pacientů jsme měřili rutinní laboratorní parametry (CRP, FW). Při každé návštěvě bylo provedeno vyšetření plicních funkcí (FVC, FEV1, DLCO).

Výsledky: Do studie bylo zařazeno 24 pacientů s IZM (7 mužů a 17 žen; antisyntetázový syndrom (n=10), imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie (n=6), dermatomyozitida (n=7) a polymyozitida (n=1). Léčba rituximabem byla spojena s významným a trvalým zlepšením ACR-EULAR 2016 Total Improvement Score v průběhu 24 měsíců. Zlepšení překročilo práh minimální odpovědi v 6. měsíci a práh střední odpovědi ve 12. měsíci, přičemž všechny sledované časové body vykazovaly statisticky významné rozdíly oproti výchozímu stavu (p <0,001).

Během 24 měsíců sledování bylo pozorováno významné snížení aktivity onemocnění (MYOACT, MITAX), redukce dávky glukokortikoidů, zlepšení svalové síly (MMT-8) a pokles sérových markerů svalového poškození (kreatinkináza, myoglobin). Plicní funkce se rovněž významně zlepšily (FEV1, FVC, DLCO [% n.h.]). Bylo také pozorováno významné zlepšení psychického zdraví (SF-36 Mental Component Score). Žádné významné změny nebyly pozorovány u HAQ, HAP, FIS, BDI-II, CRP a FW.

Závěr: Tato zjištění naznačují, že dlouhodobé podávání rituximabu přináší klinický prospěch u pacientů s IZM refrakterních na csDMARDs, zejména ve zlepšení celkové aktivity onemocnění, svalové síly, sérových markerů svalového poškození, plicních funkcí a psychického zdraví, a zároveň umožňuje redukci dávky glukokortikoidů.

Konflikt zájmů: Žádný

Klíčová slova: idiopatické zánětlivé myopatie, rituximab, bDMARDs

Fibromyalgia v slovenskej klinickej praxi: diagnostické oneskorenie a skúsenosti pacientov

Petuchovská A.¹, Kaščáková N.^{2,3}

¹ Slovenská aliancia pre fibromyalgiu, Lipová 12, 90067 Láb, Slovensko,

² Institut sociálneho zdravia (OUSHI), Univerzita Palackého v Olomouci, 77111 Olomouc, Česká republika³

Psychiatricko-psychoterapeutická ambulancia Pro mente sana, Heydukova 27, 81108 Bratislava, Slovensko

Úvod: Fibromyalgia (FM) je reálne, klinicky uznávané ochorenie, bez konzistentných objektívnych biomarkerov. Jej klinická „neviditeľnosť“ sťažuje rozpoznanie ochorenia a môže viesť k zľahčovaniu alebo odmietaniu pacientmi udávaných symptómov. Na Slovensku nie sú dostupné oficiálne epidemiologické údaje o prevalencii fibromyalgie. Cieľom štúdie bolo zhodnotiť dĺžku diagnostického procesu pri fibromyalgii, jej vplyv a skúsenosti pacientov počas neho.

Metodika: Do štúdie boli zaradené slovenské pacientky s fibromyalgiou (n = 53, priemerný vek 47,4 ± 10,3 rokov), oslovené prostredníctvom reumatologických ambulancií a pacientskych organizácií. Údaje boli získané pomocou anonymného dotazníka zameraného na trvanie diagnostikovania a skúsenosti pacientov počas diagnostického procesu.

Výsledky: Priemerná dĺžka diagnostického procesu bola 83 mesiacov (približne 6,9 roka). Reumatológovia stanovili diagnózu fibromyalgie u 27 z 53 respondentov (50,9 %). Diagnostikovanie v tejto skupine trvalo priemerne 62 mesiacov (5,2 roka), čo predstavovalo najkratší interval spomedzi zastúpených odborností (neurológovia 108 mesiacov, algeziológovia 100 mesiacov, ostatné odbornosti 95 mesiacov). Trvanie diagnostikovania FM významne korelovalo s celkovým vplyvom symptómov FM na zhoršené bežné fungovanie (p = 0,009). Celkovo 50 respondentiek (94,6 %) uviedlo, že ich symptómy boli zdravotníkmi pracovníkmi spochybňované alebo zľahčované; u 41 (77,4 %) sa to dialo často, u 7 (13,2 %) občas a u 2 (3,8 %) raz. Bagatelizácia zdravotníkmi bola asociovaná so zvýšeným výskytom symptómov FM (p = 0,003).

Záver: Výsledky naznačujú, že dlhší diagnostický proces a častejšie bagatelizovanie symptómov sú spojené s vyššou záťažou ochorením a väčším obmedzením bežného fungovania pacientov. Klinická neviditeľnosť fibromyalgie sa v slovenskej praxi premieta aj do jej systémovej neviditeľnosti. Variabilita odborností stanovujúcich diagnózu a dlhý čas do jej stanovenia naznačujú absenciu štandardizovanej diagnostickej cesty a koordinovaného multidisciplinárneho prístupu k pacientom s fibromyalgiou.

Kľúčové slová: fibromyalgia, diagnostikovanie, bagatelizácia, biomarkery, multidisciplinárny

Radiosynoviortéza v revmatologických indikacích

Šimánek M., Šimánková D.

*Oddělení nukleární medicíny, Nemocnice Pelhřimov p.o., Pelhřimov,
Oddělení nukleární medicíny, Karlovarská krajská nemocnice a.s., Karlovy Vary,
Ústav nukleární medicíny 1. LF UK a VFN Praha, Praha*

Úvod: Cílem sdělení je podat přehled současných možností radiosynoviortézy (RSO) v léčbě chronických synovialitid se zaměřením na revmatologické indikace, indikační kritéria, diagnostický algoritmus a prezentaci vybraných klinických případů.

Metodika: Radiosynoviortéza představuje zavedenou lokální léčebnou metodu využívající β -zářiče k terapii chronických neinfekčních zánětů synoviální membrány. Je využívána zejména u pacientů s revmatoidní artritidou, periferními spondyloartritidami, perzistující monoartritidou či chronickou synovialitidou po ortopedických a traumatologických výkonech. U chronicky zanícené synoviální membrány dochází k řadě změn v její struktuře i ve funkci. Pokud se zánětlivé procesy včas nezastaví, dojde k nevratnému poškození nebo dokonce destrukci kloubu. Princip metody spočívá v intraartikulární aplikaci radiofarmaka emitujícího β - záření, které vede k cílené ablaci patologicky proliferující synovie. Klinickým výsledkem bývá ústup výpotku, bolesti a zánětlivé aktivity. Při pokročilém strukturálním poškození kloubu bývá efekt RSO omezenější a převážně symptomatický. Výkon je prováděn ambulantně a je spojen s minimální zátěží pro pacienta. Výskyt nežádoucích účinků je velmi nízký. Pro úspěšnou léčbu je zásadní správná indikace - průkaz aktivní synoviality zejména pomocí SPECT/CT v rámci třífázové scintigrafie skeletu. V České republice jsou pro RSO využívány tři radionuklidy (yttrium, rhenium a erbium), jejichž volba závisí na velikosti ošetřovaného kloubu.

Výsledky: Součástí sdělení budou vybrané kazuistiky dokumentující přínos RSO u revmatologických pacientů s chronickou synovialitidou.

Závěr: RSO představuje bezpečnou a účinnou miniinvazivní léčebnou metodu u pacientů s perzistující aktivní synovialitidou. Při správné indikaci může vést k dlouhodobému ústupu zánětlivé aktivity, zmírnění bolesti, omezení kloubního výpotku a zlepšení funkce postiženého kloubu.

Tradiční a doplňkové biomarkery u systémového lupusu erythematoses: vztah k aktivitě onemocnění

Pavelcová K. ¹, Navrátilová A. ^{1,2}, Chudá K. ¹, Moravcová R. ^{1,2*}, Filková M. ^{1,2}

¹ *Revmatologický ústav, Praha, Česká republika*

² *Revmatologická klinika 1. lékařské fakulty a Revmatologického ústavu, Praha, Česká republika*

**Prezentující autorka*

Úvod: Systémový lupus erythematoses (SLE) je autoimunitní onemocnění s variabilním klinickým průběhem a střídáním období aktivity a remise. Přestože jsou k hodnocení aktivity v klinické praxi běžně využívány tradiční biomarkery, zejména autoprotilátky a složky komplementu, jejich schopnost spolehlivě odrazet aktivitu onemocnění je limitovaná. V posledních letech se proto pozornost soustředí na doplňkové biomarkery, zejména cytokiny, které by mohly přispět k přesnějšímu hodnocení aktivity onemocnění.

Cíl: Zhodnotit vztah tradičních a doplňkových biomarkerů k aktivitě onemocnění u pacientů se SLE.

Metody: Do studie bylo zařazeno 141 pacientů se SLE a 113 kontrol bez revmatologického onemocnění. U pacientů bylo vyšetřeno spektrum tradičních biomarkerů zahrnující autoprotilátky (anti-dsDNA, antinukleozomové, anti-C1q, anti-Sm, anti-PCNA, protilátky proti ribozomálnímu P proteinu, anti-SSA, anti-SSB a antinukleární protilátky) a složky komplementu. Současně byly u pacientů i kontrol stanoveny doplňkové biomarkery: BAFF (B-cell activating factor), IL-18 (interleukin 18), IP-10 (interferonem gama indukovaný protein 10), sCTLA-4 (solubilní forma CTLA-4) a aktivita deoxyribonukleázy (DNáza). Biomarkery byly porovnávány mezi pacienty a kontrolami a mezi pacienty s aktivním onemocněním a remisí podle skóre SLEDAI-2K.

Výsledky: Z tradičních biomarkerů byly s aktivitou onemocnění asociovány hladiny anti-dsDNA (pacienti s aktivním onemocněním vs. remise: $p = 0,002$) a anti-SSA ($p = 0,003$). Z doplňkových biomarkerů narůstaly hladiny IP-10 a IL-18 se zvyšující se aktivitou onemocnění (mírná vs. střední aktivita: IP-10 $p < 0,001$, IL-18 $p = 0,029$). Ve srovnání s kontrolní skupinou byly u pacientů zjištěny významně vyšší hladiny IP-10 ($p < 0,001$), IL-18 ($p < 0,0001$), BAFF ($p < 0,0001$) a sCTLA-4 ($p = 0,041$).

Závěr: Vedle očekávané asociace aktivity onemocnění s hladinami anti-dsDNA jsme prokázali vztah aktivity SLE také k hladinám anti-SSA, IP-10 a IL-18. Zvýšené hladiny BAFF, IP-10, IL-18 a sCTLA-4 u pacientů se SLE oproti kontrolám podporují jejich potenciální význam jako doplňkových biomarkerů SLE.

Konflikt zájmů: Autoři nejsou v konfliktu zájmů.

Podpořeno z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. NW24J-10-00024 a projektem BBMRI.cz (reg. č. LM2023033).

Klíčová slova: systémový lupus erythematoses, biomarkery, aktivita onemocnění, autoprotilátky

Ergoterapie v revmatologii a Revmatologickém ústavu

Šmucrová H.

Centrum léčebné rehabilitace, Revmatologický ústav, Praha

Ergoterapie hraje společně s fyzioterapií důležitou roli v nefarmakologické péči o revmatické pacienty. Cílem tohoto sdělení je představit ergoterapii v revmatologii a zejména vyzdvihnout její specifika. Zmíněny budou možnosti ergoterapie u pacientů s vybranými revmatickými diagnózami. Představena bude nejen samotná intervence a vyšetření pacientů, ale i specifické techniky (techniky zaměřené na ochranu kloubů a šetření energie), které vedou ke zlepšení funkční schopnosti horních končetin a následně soběstačnosti a nezávislosti pacientů. Konkrétně bude také ilustrováno, jakým způsobem probíhá ergoterapie v Revmatologickém ústavu. Závěr poukazuje na důležitost tohoto oboru v péči o revmatické pacienty, současně klade důraz na multidisciplinární spolupráci, zejména s fyzioterapeutem, rehabilitačním lékařem a revmatologem. Své nezastupitelné místo zde má i spolupráce s pacientskou organizací (např. Revma Liga Česká republika). Klíčová slova: ergoterapie, soběstačnost, funkční schopnost horních končetin, techniky zaměřené na ochranu kloubů a management únavy

Systémová skleróza: čo môže rehabilitácia ovplyvniť?

Krištofová G.

Národný ústav reumatických chorôb, Piešťany. Fyziatricko rehabilitačné oddelenie

Úvod: Systémová skleróza je chronické autoimunitné ochorenie, ktoré vedie k fibrotickým zmenám kože, fascií a pohybového aparátu s významným dopadom na funkčný stav pacienta. Prednáška sa zameria na najčastejšie rehabilitačné problémy, ako sú sklerodermická ruka, kontraktúry prstov, mikrostómia a obmedzenia v aktivitách denného života. Cieľom je poukázať na význam včasnej a cielenej rehabilitácie pri zachovaní funkcie, samostatnosti a kvality života pacientov so systémovou sklerózou.

Metodika: Predstavené budú možnosti rehabilitačnej liečby vrátane cvičení ruky a tváre, strečingu, ergoterapie a prevencie disability.

Výsledky: Rehabilitácia pri systémovej skleróze pomáha zmierniť funkčné obmedzenia pohybového aparátu, zlepšiť pohyblivosť rúk, prstov a tváre a spomaliť vznik kontraktúr. Pravidelné cvičenie, strečing a ergoterapia prispievajú k lepšiemu vykonávaniu aktivít denného života, zvyšujú samostatnosť pacientov a podporujú ich kvalitu života.

Záver: Včasná, individuálne nastavená a dlhodobá rehabilitácia predstavuje neoddeliteľnú súčasť komplexnej liečby systémovej sklerózy. Hoci ochorenie nie je možné rehabilitáciou vyliečiť, správne zvolené rehabilitačné postupy dokážu spomaliť progresiu funkčných porúch, predchádzať invalidizácii a významne zlepšiť každodenné fungovanie pacientov.

Komplexná rehabilitácia pacienta s diagnózou ankylozujúca spondylitída

Risteski A.

Fyziatricko - rehabilitačné oddelenie, Národný ústav reumatických chorôb v Piešťanoch

Úvod: Ankylozujúca spondylitída (Morbus Bechterev) je chronické systémové zápalové ochorenie. Primárne má axiálne prejavy a postihuje axiálny skelet. (medzistavcové spojenia ako platničky, kĺby, väzy) ale tiež má prejavy na ostatných kĺboch. Najčastejšie teda sakroiliakálnych, kostovertebrálnych a kostosternálnych ale aj veľkých kĺboch ako ramenný kĺb alebo bedrový kĺb. Prevalencia tejto choroby je 0,1-0,5% populácie ale v niektorých literatúrach sa uvádza až 1 %. Oveľa častejšia je u mužov, v pomere 2-3 : 1. Genetická predispozícia je spojená s génom HLA-B27. Až 95% pacientov s pozitivitou na tento gén, ma ankylozujúcu spondylitídu. Dá sa povedať, že zo všetkých reumatických chorobách, pri ankylozujúcej spondylitíde, dedičný vplyv je najvýraznejšie viditeľný. Cieľ práce je poukázať na dôležitosť komplexnej rehabilitácie u pacientov s diagnózou ankylozujúca spondylitída.

Metodika: Súbor pacientov s danou diagnózou boli hospitalizovaní na dva týždne v Národnom Ústave Reumatologických Chorôb. Pri nástupe bolo vykonané vstupné vyšetrenie, následne prebiehala dvojtyždňová komplexná rehabilitácia. Na zaver, bolo vykonané výstupné vyšetrenie a porovnali sme výsledky.

Výsledky: Po dvojtyždňovej hospitalizácie a komplexnej rehabilitácie sme zaznamenali zlepšenie celkového stavu pacientov, zlepšenie ROM kĺbov a zníženie pocitu stuhlosti a bolestivosti.

Záver: Súčasťou komplexného manažmentu AS by mala byť aj pravidelná komplexná rehabilitácia, ktorá je nevyhnutná na udržanie funkcie pohybovej sústavy, zlepšenie mobility axiálneho skeletu zmiernenie jeho bolestivosti a stuhnutosti. Dôležitá je včasná diagnostika tejto diagnózy a následne nasadenie farmakologickej liečby doplnená intenzívnou celoživotnou rehabilitáciou.

Od purinů k mikrobiomu: hyperurikémie v nových souvislostech – od poznatků k edukaci pacientů

Stibůrková B.

Revmatologický ústav, Praha

Úvod: Hyperurikémie vzniká v důsledku nerovnováhy mezi tvorbou a eliminací kyseliny močové a představuje základní rizikový faktor pro tvorbu krystalů monosodium urátu a rozvoj dny. Za fyziologických podmínek jsou přibližně dvě třetiny kyseliny močové eliminovány renální cestou, zatímco střevní exkrece představuje významnou doplňkovou eliminační dráhu, při níž střevní mikrobiom přispívá k dalšímu metabolismu kyseliny močové. Hlavním mechanismem vedoucím ke vzniku hyperurikémie je snížená renální exkrece kyseliny močové, která souvisí nejen se získanými faktory, jako je chronické onemocnění ledvin, metabolické poruchy nebo některá léčiva, ale také s genetickými variantami ovlivňujícími funkci transportérů kyseliny močové (ABCG2, SLC2A9, SLC22A12) a individuální schopnost regulovat její hladinu.

Metodika: Strava představuje jeden z významných faktorů ovlivňujících koncentraci kyseliny močové. Současné poznatky však ukazují, že tradiční koncept striktní „purinové diety“ je příliš zjednodušující a řada historicky tradovaných omezení není podložena současnými vědeckými poznatky – typickým příkladem je plošné omezení luštěnin. Dietní intervence vedou obvykle pouze k mírnému poklesu koncentrace kyseliny močové (přibližně o 20–30 $\mu\text{mol/l}$), zatímco jejich význam spočívá především v dlouhodobé modifikaci metabolického rizikového profilu. Naopak významným a často podceňovaným dietním faktorem je nadměrný příjem fruktózy, zejména ve formě slazených nápojů a průmyslově zpracovaných potravin. Rychlý metabolismus fruktózy vede k aktivaci purinového katabolismu s následným zvýšením tvorby kyseliny močové a současně podporuje inzulínovou rezistenci, metabolický syndrom a nízkostupňový zánět.

Výsledky: Významnou změnu v pohledu na metabolismus kyseliny močové přináší nové poznatky o úloze střevního mikrobiomu. Specifické bakteriální skupiny, zejména z kmene *Bacillota*, jsou schopny degradovat puriny a kyselinu močovou prostřednictvím specializovaných metabolických drah, například anaerobní 2,8-dioxopurinové dráhy, a využívat tyto metabolity jako substráty pro svůj metabolismus. Narušení střevní mikrobioty, například opakovanou expozicí antibiotikům s významným účinkem proti anaerobním bakteriím (např. metronidazol, klindamycin nebo širokospektrá antibiotika s anaerobním pokrytím), může snížit kapacitu této mikrobiální degradace kyseliny močové a potenciálně přispívat ke zvýšení rizika hyperurikémie a dny.

Závěr: Současný pohled na hyperurikémii se proto posouvá od jednoduchého konceptu „nízkopurinové diety“ k individualizovanému přístupu zohledňujícímu genetické predispozice, režimové návyky, metabolický stav a funkci střevního mikrobiomu. Komplexní edukace pacientů představuje nezbytnou součást moderního managementu hyperurikémie a dny, jejímž cílem není pouze redukce příjmu vybraných potravin, ale především podpora dlouhodobých a udržitelných změn životního stylu založených na současných vědeckých poznatcích.

Fyzioterapia u detského pacienta s reumatickým ochorením

Gallo Lišková S.

Národný ústav reumatických chorôb, Piešťany, Fyziatrisko-rehabilitačné oddelenie

Úvod: Cieľom práce je zhodnotiť možnosti a význam fyzioterapie ako neoddeliteľnej súčasti liečby detských pacientov s reumatickými ochoreniami, najmä s juvenilnou artritídou. Práca sa zameriava na fyzioterapeutické postupy a ich pozitívny vplyv na zmiernenie symptómov ochorenia, zachovanie maximálnej mobility kĺbov a na zachovanie kvality života pacienta.

Metodika: Efekt terapie sme hodnotili pomocou goniometrických meraní, testovania svalovej sily a dotazníkov kvality života.

Výsledky: Výsledky ukazujú, že pravidelná a včasná fyzioterapia prispieva významnou mierou k zníženiu stuhnutosti kĺbov, zmierneniu bolesti, zvýšeniu rozsahu pohyblivosti kĺbov, zvýšeniu svalovej sily. Konštatujeme, že individualizovaná fyzioterapia podporuje samostatnosť dieťaťa v každodennom živote.

Záver: Konštatujeme, že individualizovaná fyzioterapia podporuje samostatnosť dieťaťa v každodennom živote.

Kongres EULAR 2026 z pohľadu zdravotníkov nelékařských profesí v revmatologii

Šmucrová H.

Centrum léčebné rehabilitace, Revmatologický ústav, Praha

Zdravotníci nelékařských profesí tvoří společně s lékaři a patientskými organizacemi jeden z pilířů péče o revmatické pacienty. Každoroční kongres EULAR přináší prostor ke sdílení novinek v oboru, odborných znalostí a praktických zkušeností jak zdravotníků, tak i pacientů. Cílem tohoto sdělení bude představit novinky z kongresu EULAR 2026 v sekci zdravotníků nelékařských profesí. Prezentován bude odborný program, ale i vzdělávací aktivity, které jsou zdravotníkům nabízeny ze strany EULAR. Odborný program přinese šestnáct tematicky zaměřených bloků přednášek týkajících se nejen výzkumných aktivit, ale i příspěvků a zkušeností z klinické praxe. Účastníci kongresu se mohli rovněž zúčastnit tří tematicky zaměřených setkání s experty v revmatologii. Kongres EULAR 2026 dále nabídl možnost prezentace členů EULAR z řad odborných společností, organizací zdravotníků nelékařských profesí a patientských organizací. Česká republika byla zastoupena Českou revmatologickou společností, Českou asociací zdravotníků nelékařských profesí v revmatologii a Revma Ligou Česká republika.

Klíčová slova: Revmatologie, EULAR, zdravotníci nelékařských profesí v revmatologii

Možnosti léčby pacientky s kožně limitovanou formou systémové sklerodermie

Procházková J.

1. Lůžkové oddělení, Revmatologický Ústav v Praze, Praha 2

V případové studii se podíváme na neutěšenou situaci 33 leté pacientky s četnými podkožními kalcifikacemi, převážně v oblasti hýždí, které jsou projevem systémové sklerodermie. Zmapujeme průběh opakovaných hospitalizací této pacientky v RÚ, které byly provázeny bolestivými převazy defektů. Probereme možnosti lokálního ošetření nehojících se ran tohoto typu, které jí znemožňují přístup k možnostem celkové terapie. Závěrem si řekneme zda, či jaká je šance na zlepšení stavu této mladé pacientky.

Úskalí ošetrovatelské péče u pacienta se syndromem VEXAS

Melicharová J.

Syndrom VEXAS je vzácné, závažné autoinflamatorní onemocnění vznikající v dospělosti na podkladě somatické mutace genu UBA1, které postihuje převážně muže vyššího věku. Klinický obraz je charakterizován kombinací systémového zánětu a hematologických abnormalit. Projevuje se zejména recidivujícími horečkami, kožními změnami, chondritidou, artritidou, plicním postižením, cytopeniemi a zvýšeným rizikem tromboembolických komplikací.

Ošetrovatelská péče o pacienta se syndromem VEXAS je náročná vzhledem k proměnlivému průběhu onemocnění, častým relapsům a nutnosti dlouhodobé imunosupresivní léčby. Zásadní význam má pravidelné sledování celkového stavu pacienta, fyziologických funkcí, bolesti, kožních projevů, známek krvácení, infekce, dušnosti a trombózy. Významným úskalím je odlišení infekční komplikace od vzplanutí základního onemocnění.

Přednáška se zaměří také na bezpečné podávání léčiv, prevenci komplikací kortikoterapie a imunosuprese, podporu výživy a mobility, prevenci pádů, péči o kůži, zvládání únavy a poskytování psychické podpory. Zdůrazněna bude potřeba individuálního ošetrovatelského plánu, edukace pacienta a úzké spolupráce revmatologa, hematologa, dalších specialistů a ošetrovatelského týmu. Včasné rozpoznání změn zdravotního stavu může významně přispět k bezpečnosti pacienta a zachování jeho kvality života.

Klíčová slova: VEXAS syndrom, ošetrovatelská péče, autoinflamatorní onemocnění, imunosuprese, infekce, trombóza, edukace pacienta.

Vaskulitida z pohledu všeobecné sestry

Brzáková P., Kubiasová E.

II. Interní gastroenterologická klinika – oddělení revmatologie, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Úvod: Vaskulitida je skupina vzácných autoimunitních onemocnění charakterizovaných zánětem cévní stěny, která může způsobit zúžení až uzávěr cévy. Poškozuje kůži, orgány i celé tělo a tím významně ovlivňuje kvalitu života pacientů.

Metodika: Mezi obecné projevy patří celková únava, horečky, bolesti svalů a kloubů, změny na kůži. Klinické projevy jsou velmi rozdílné a závisí na typu postižení cév a rozsahu orgánového postižení. Při postižení velkých cév dochází k bolestem hlavy, ztrátě pulzací, či cévní mozkové příhodě. Pokud jsou postiženy střední tepny může docházet k bolestem břicha a ledvin a postižení malých cév se může projevit vyrážkou, kašlem a hematurií. Diagnostika vaskulitidy probíhá kombinací několika typů vyšetření – analýzou symptomů, anamnézou pacienta, fyzikálními vyšetřeními, krevními, močovými a imunologickými testy, zobrazovacími metodami (UZ, CT, MRI, PET) a odběry biopsií. Včasná diagnostika je zásadní pro zahájení účinné terapie.

Výsledky: Léčba zahrnuje zejména kortikoterapii v kombinaci s imunosupresivou a eventuelně biologickou terapií. Klíčové je pečlivé sledování aktivity onemocnění. Nedílnou součástí péče je také mezioborová spolupráce a komplexní ošetrovatelská péče zaměřená na monitoraci stavu, prevenci komplikací, edukaci pacienta, nutriční a rehabilitační

Závěr: Sestra zaujímá klíčovou roli v průběžném hodnocení zdravotního stavu. Nedílnou součástí je prevence infekčních komplikací, podpora soběstačnosti a psychická podpora. Kvalitní ošetrovatelská péče přispívá k bezpečnosti pacienta, včasné zachycení komplikací a zlepšení spolupráce v léčbě.

Specifika ošetrovatelské péče o pacienty se systémovou sklerodermií

Kubiasová E.

Fakultní nemocnice Hradec Králové, II. interní klinika gastroenterologie a revmatologie

Úvod: Systémová sklerodermie je vzácné autoimunitní chronické onemocnění pojivové tkáně. Charakterizuje se poškozením drobných cév vedoucí k ischemii. Nadměrným ukládáním kolagenu, ztluštění kůže i orgánů. Hormonální poruchou a buněčnou imunitou. Postihuje 3-8x častěji ženy nežli muže. V průběhu mezi 30 až 50 rokem života.

Cíl: Cílem práce je představení nemoci zpracováním teoretické části práce, která poukazuje na projevy nemoci, cíle nou diagnostiku a časnou léčbu o pacienta se systémovou sklerodermií a následné vypracování ošetrovatelských kazuistik hospitalizovaných pacientů.

Metody: Práce je zpracována formou kazuistiky pacientů hospitalizovaných na revmatologickém oddělení. Součástí je analýza průběhu hospitalizace, identifikace ošetrovatelských diagnóz, plánování a realizace ošetrovatelských intervencí a zhodnocení jejich přínosu pro průběh léčby.

Výsledky: Prezentovaná kazuistika dokumentuje klinické projevy systémové sklerodermie i náročnost komplexní ošetrovatelské péče. Mezi hlavní priority patřila průběžná monitorace zdravotního stavu, sledování účinnosti a nežádoucích účinků léčby, prevence komplikací, tlumení bolesti, zajištění adekvátní výživy, podpora soběstačnosti a cílená edukace pacientů. Nedílnou součástí péče byla také psychická podpora nemocných.

Závěr: Pacienti se systémovou sklerodermií vyžadují individuální a vysoce odbornou ošetrovatelskou péči. Všeobecná sestra zastává klíčovou roli v časně identifikaci změn zdravotního stavu, prevenci komplikací, edukaci pacienta a koordinaci péče. Kazuistiky potvrzují, že kvalitní ošetrovatelská péče významně přispívá ke zvýšení bezpečnosti pacientů, podpoře adherence k léčbě a zlepšení kvality života.

Klíčová slova: systémová sklerodermie, ošetrovatelská péče, kazuistika, všeobecná sestra, revmatologie

Únava pri reumatoidnej artritíde a osteoartritíde: je percepcia ochorenia kľúčová?

Husivargová Theofanidis A.¹, Macejová Ž.², Kotradyova Z.³, Evelley J.⁴, Polan P.⁵, Nagyova I.¹

¹ Ústav sociálnej a behaviorálnej medicíny, Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach

² interná klinika, Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach a UNLP v Košiciach

³ Artromac n.o. - reumatologická ambulancia, Toryská 1, Košice

⁴ Ústav telesnej výchovy a športu, UPJŠ v Košiciach

⁵ Klinika muskuloskeletálnej a športovej medicíny Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach
a Nemocnica AGEL Košice- Šaca

Úvod: Únava je častým a závažným príznakom u pacientov s muskuloskeletálnymi ochoreniami (MSD), ktorý predstavuje významnú fyzickú, psychologickú a ekonomickú záťaž pre jednotlivcov aj spoločnosť. Napriek tomu meranie únavy počas návštevy pacienta zatiaľ nie je štandardnou súčasťou vyšetrenia ani manažmentu MSD. Cieľom štúdie bolo analyzovať, ktoré klinické, fyzické a psychologické faktory ovplyvňujú únavu a akú úlohu zohráva percepcia ochorenia u pacientov s reumatoidnou artritídou (RA) liečených biologickou liečbou a u pacientov s osteoartritídou (OA) pred artroplastikou kolenného a bedrového kĺbu.

Metodika: Vzorku tvorilo 131 RA a 137 pacientov s OA (83,2/51,1% žien; priemerný vek $56.1 \pm 13.9/64.5 \pm 9$ rokov; priemerná dĺžka trvania ochorenia $19.2 \pm 9.6/6.8 \pm 8.2$ rokov). Dáta boli získané prostredníctvom sebahodnotiacich dotazníkov: Multiple Fatigue Inventory, Brief Illness Perception Scale, Patient Health Questionnaire, General Anxiety Disorder Scale, 36-item Short Form Health Survey, Health Assessment Questionnaire a Knee Injury/Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score. Analýza dát zahŕňala t-testy pre dva nezávislé výbery, lineárnu regresiu a mediáciu analýzu.

Výsledky: Pacienti s RA reportovali signifikantne vyššiu únavu a viac ohrozujúcu percepciu ochorenia, no nižšiu bolesť a funkčnú disabilitu oproti OA. Vo finálnom regresnom modeli u RA pacientov bola únava signifikantne asociovaná s negatívnou percepciou ochorenia ($\beta=0,52$; $p \leq 0,001$). U OA pacientov bola pociťovaná únava asociovaná s vyššou bolesťou ($\beta=-0,32$; $p \leq 0,05$). Vysvetlená variancia bola 48% u RA a 26% u OA pacientov. Percepcia ochorenia u RA mediovala vzťah medzi disabilitou, psychologickým distresom, bolesťou a únavou (nepriamy efekt 54–94%). U OA mediovala percepcia ochorenia vzťah psychologického stresu a bolesti k únave (nepriamy efekt 17–43%). Funkčná disabilita nebola u OA mediovaná percepciou ochorenia.

Záver: Hoci sa etiológia RA a OA líši, zdieľajú spoločné faktory a zvládanie únavy je kľúčové pri oboch. Percepcia ochorenia významne súvisí so zvýšenou únavou, do takej miery, že môže prevážiť nad vplyvom psychologického stresu, disability a bolesti. V klinickej praxi je preto odporúčaný individuálny multidisciplinárny prístup vrátane nefarmakologických intervencií zameraných aj na percepciu ochorenia, popri manažmente hlavných symptómov MSD. [Grantová podpora: APW-22-0587]

Mesiace medzi kontrolami: čo sa stráca?

Halgašová, Z. Balashov P.

Pacienti s reumatickými ochoreniami žijú svoju chorobu každý deň, na kontrolu však prinášajú len momentálny stav: jednu hodnotu DAS28, jeden pocit "ako sa mám". To, čo sa dialo medzi návštevami, sa väčšinou stráca: kolísanie bolesti, vynechané dávky liekov, ranná stuhnutosť, ktorá sa nťahovala týždeň pred zhoršením.

Práve túto medzeru chceme vyplniť. Vyvíjame mobilnú aplikáciu pre reumatických pacientov, ktorú od začiatku stavíme v spolupráci s pacientmi a reumatológami. Cieľom je zachytávať presne tie dáta, ktoré lekár na kontrole potrebuje, ale v štandardnom vyšetrení k nim nemá prístup.

V prednáške predstavím: prečo aplikácia vznikla, aktuálnu prvú verziu v praxi, klinický rámec, na ktorom je postavená (denné, udalostné a odvodené vrstvy dát podľa EULAR odporúčaní), a návrh reportu pre lekára. Začíname pri reumatoidnej artritíde.

Úloha patientskej organizácie pri podpore komplexnej starostlivosti o pacientov s fibromyalgiou

Petuchovská A., Vallovičová S.

Slovenská aliancia pre fibromyalgiu, Lipová 12, 900 67 Láb, Slovensko

Úvod

Fibromyalgia (FM) je chronické ochorenie bez špecifických laboratórnych alebo zobrazovacích

Cieľ

Predstaviť úlohu patientskej organizácie pri podpore komplexnej starostlivosti o pacientov s fibromyalgiou a zdieľať skúsenosti SAF.

Metodika

Príspevok vychádza z prehľadu aktivít Slovenskej aliancie pre fibromyalgiu realizovaných počas prvého roku jej pôsobenia. Zameriava sa na podporu pacientov, spoluprácu so zdravotníckymi pracovníkmi a odbornými spoločnosťami, účasť na výskumných aktivitách, advokačnú činnosť a medzinárodnú spoluprácu. Okrajovo prezentuje aj výsledky dotazníkového prieskumu zameraného na skúsenosti pacientov so zdravotnou starostlivosťou.

Výsledky

SAF poskytovala podporu pacientom zo Slovenska aj Českej republiky. Rozvíjala odbornú spoluprácu s Národným ústavom reumatických chorôb, Slovenskou spoločnosťou pre štúdium a liečbu bolesti, ďalšími odbornými spoločnosťami a patientskymi organizáciami na národnej aj medzinárodnej úrovni. Zapojila sa do dvoch výskumných projektov, prezentovala výsledky na kongrese Fibromyalgia 2026, stala sa členom European Network of Fibromyalgia Associations (ENFA), partnerskej organizácie EULAR, a realizovala advokačné aktivity zamerané na presadzovanie práv a potrieb pacientov. Vytvorila 26 medzinárodných partnerstiev a participovala na presadzovaní práv a potrieb pacientov v oblasti sociálnej, zdravotnej a liekovej politiky.

Záver

Skúsenosti SAF ukazujú, že patientska organizácia môže byť prirodzeným partnerom zdravotníckych pracovníkov pri podpore pacientov s FM. Prepájaním pacientov, zdravotníckych pracovníkov, odborných spoločností, výskumných pracovísk a ďalších partnerov prispieva k lepšej informovanosti, vzájomnej spolupráci a komplexnejšej starostlivosti o pacientov. Osobitné postavenie v tomto procese majú zdravotné sestry, ktorých každodenná práca je často rovnako nenápadná, ako je navonok „neviditeľná“ samotná fibromyalgia, no zároveň predstavuje jeden z pilierov kvalitnej starostlivosti.

IDE DALEJ

- ✓ **INFLIXIMAB S INTRAVERNÓZNOU
AJ SUBKUTÁNNOU FORMOU¹**
- ✓ **DLHOTRVAJÚCA KLINICKÁ
REMISIA S SC²**



Celltrion Slovak Republic s.r.o.

CBC Center, Karadžičova 8/A,
Bratislava - mestská časť Staré Mesto, 821 08

Určené pre odbornú verejnosť.

Dátum prípravy: apríl 2026. SK_REM_4_2026_6

SC – subkutánná forma podania

Referencie: 1. European Medicines Agency. Remsima súhrn charakteristických vlastností lieku. 2. Hanauer SB and Sands BE, et al. Gastroenterology. 2024 May;S0016-5085(24)04918-7.

Liek na lekárske predpis hradený z verejného zdravotného poistenia. Pred predpísaním si prosím naštudujte Súhrn charakteristických vlastností lieku, ktorý je dostupný po nascaní uvedeného QR kódu.



PRÍLEŽITOSŤ

HODIŤ OBMEDZENIA ZA HLAVU

VÝZNAMNÁ ÚČINNOSŤ NA KLÚČOVÉ PREJAVY PsA A axSpA
S RÝCHLYM NÁSTUPOM A DLHOTRVAJÚCIM ÚČINKOM
PO DOBU 2 ROKOV* 1-9

*V klinickom skúšaní BE OPTIMAL dosiahla odpoveď ACR50 18 % (n/N=76/431) v 4. týždni (oproti 3 % [n/N=9/281] pri placebe), 43,9 % (n/N=189/431) v 16. týždni (primárny koncový ukazovateľ, oproti 10,0 % [n/N=28/281] pri placebe, $p<0.0001$); 45,7 % [n/N=64/140] v aktívnom referenčnom ramene s adalimumabom), 54,3 % (n/N=234/431) v 52. týždni (50,0 % [n/N=70/140] v aktívnom referenčnom ramene s adalimumabom) a 51,5 % (n/N=222/431) v 104. týždni u biologicky naivných pacientov v ramene s liekom BIMZELX (analýza NRI).^{1,2,5} V klinickom skúšaní BE COMPLETE dosiahlo ACR50 16 % pacientov TNFi non-responderov (n/N=43/267) v 4. týždni (oproti 2 % [n/N=2/133] v prípade placebo), 43,4 % (n/N=116/267) v 16. týždni (primárny koncový ukazovateľ, v porovnaní s 6,8 % [n/N=9/133] s placebom, $p<0.0001$), 51,7 % (n/N=138/267) v 52. týždni a 50,6 % (n/N=135/267) v 100. týždni v ramene s liekom BIMZELX (analýza NRI).^{1,2,6} Počty n pre údaje uvedené v 52. a 104. týždni v klinických skúšaní BE OPTIMAL a BE COMPLETE sú vypočítané manuálne.⁷ V klinickom skúšaní BE MOBILE 1 dosiahla odpoveď ASAS40 47,7 % (n/N=61/128) v 16. týždni (primárny koncový ukazovateľ, v porovnaní s 21,4 % [n/N=27/126] pri placebe, $p<0.001$), 60,9 % (n/N=78/128) v 52. týždni a 49,2 % (n/N=125/254) v 104. týždni u pacientov s nr-axSpA v ramene liečby s liekom BIMZELX (analýza NRI).^{1,8} V klinickom skúšaní BE MOBILE 2 dosiahlo odpoveď ASAS40 44,8 % pacientov s AS (n/N=99/221) v 16. týždni (primárny koncový ukazovateľ, v porovnaní s 22,5 % [n/N=25/111] u placebo, $p<0.001$), 58,4 % (n/N=129/221) v 52. týždni a 53,9 % (n/N=179/332) v 104. týždni v ramene liečby s liekom BIMZELX (analýza NRI).^{1,9} Údaje za 104. týždeň zahŕňali pacientov pôvodne randomizovaných na placebo v klinických skúšaní BE MOBILE 1 a BE MOBILE 2, ktorí boli v 52. týždni zaradení do klinického skúšania BE MOVING OLE.⁷



Zatriedenie lieku podľa spôsobu jeho výdaja: Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. **Súhrn charakteristických vlastností lieku (SPC):** Skrátená informácia o lieku je dostupná po načítaní QR kódu. Na rovnakom mieste nájdete aj odkaz na plné znenie SPC. Pred predpisáním si prečítajte plné znenie SPC. **Úhrada:** Informácia o úhrade je dostupná po načítaní QR kódu.

Referencie: 1. SPC BIMZELX®. 2. Mease PJ, et al. Rheumatol Ther. 2024;11(5):1363–1382. 3. McInnes IB, et al. Lancet. 2023;401(10370):25–37. 4. Ritchlin CT, et al. Ann Rheum Dis. 2023;82(11):1404–1414. 5. Merola JF, et al. Lancet. 2023;401(10370):38–48. 6. Coates LC, et al. RMD Open. 2024;10(1):e003855. 7. Baraliakos X, et al. EULAR 2024. Abstract POS0806. 8. van der Heijde D, et al. Ann Rheum Dis. 2023;82(4):515–526. 9. Baraliakos X, et al. Ann Rheum Dis. 2024;83(2):199–213.

© UCB Biopharma SRL, 2021. Všetky práva vyhradené. BIMZELX® je registrovaná obchodná známka spoločností skupiny UCB Groups.



RINVOQ®

upadacitinib

INHIBÍTOR JAK

SCHVÁLENÝ NA LIEČBU **10** INDIKÁCIÍ,
VRÁTANE **5** REUMATOLOGICKÝCH.¹



RA

Reumatoidná artritída

RINVOQ je indikovaný na liečbu stredne ťažkej až ťažkej aktívnej reumatoidnej artritídy u dospelých pacientov s nedostatočnou odpoveďou alebo intoleranciou na jedno alebo viacero chorobu modifikujúcich antireumatik (disease-modifying anti-rheumatic drugs, DMARD). RINVOQ sa môže používať v monoterapii alebo v kombinácii s metotrexátom.¹

PsA

Psoriatická artritída

RINVOQ je indikovaný na liečbu aktívnej psoriatickej artritídy u dospelých pacientov s nedostatočnou odpoveďou alebo intoleranciou na jedno alebo viacero chorobu modifikujúcich antireumatik. RINVOQ sa môže používať v monoterapii alebo v kombinácii s metotrexátom.¹

NR-AXSPA

Axiálna spondyloartritída bez rádiografického dôkazu

RINVOQ je indikovaný na liečbu aktívnej axiálnej spondyloartritídy bez rádiografického dôkazu u dospelých pacientov s objektívnymi príznakmi zápalu, ako je indikované zvýšeným C-reaktívnym proteínom (CRP) a/alebo magnetickou rezonanciou (MRI), s nedostatočnou odpoveďou na nesteroidné protizápalové lieky (NSAID).¹

AS

Ankylozujúca spondylitída

RINVOQ je indikovaný na liečbu aktívnej ankylozujúcej spondylitídy u dospelých pacientov s nedostatočnou odpoveďou na konvenčnú liečbu.¹

OBA

Obrovskobunková arteritída

RINVOQ je indikovaný na liečbu obrovskobunkovej arteritídy u dospelých pacientov.¹

AA

Alopecia areata

RINVOQ je indikovaný na liečbu ťažkej alopecie areata u dospelých a dospievajúcich vo veku 12 rokov a starších.

VT

Vitiligo

RINVOQ je indikovaný na liečbu nesegmentálneho vitiliga u dospelých a dospievajúcich vo veku 12 rokov a starších, ktorí sú kandidátmi na systémovú liečbu.



Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis s obmedzením predpisovania.

Pred predpísaním lieku si prosím preštudujte Súhrn charakteristických vlastností lieku, ktorý je dostupný na vyziadanie u miestneho zástupcu držiteľa rozhodnutia o registrácii: AbbVie s.r.o., Karadžičova 10, 821 08 Bratislava, tel. č.: +421 2 50 500 777 alebo na internetovej stránke Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv <https://www.sukl.sk/>.

Súhrn charakteristických vlastností lieku je dostupný aj po zoskópaní uvedeného QR kódu.

Referencie: 1. RINVOQ SPC 07/2026.

PREUKÁZATEĽNÉ ZLEPŠENIE STAVU POKOŽKY, VLASATEJ ČASTI HLAVY A NECHTOV

U DOSPELÝCH PACIENTOV SO STREDNE
ZÁVAŽNOU AŽ ZÁVAŽNOU LOŽISKOVOU PsO¹⁻³

&

NÍZKA PROGRESIA KLĚBNEHO POŠKODENIA

POČAS 2 ROKOV U PACIENTOV SO PsA⁴



SPC Cosentyx[®]



Ilustračný obrázok z globálnej kampane vo vlastníctve spoločnosti Novartis AG.

 **NOVARTIS**

Referencie: 1. Bagel J, Callis Duffin K, Moore A, et al. The effect of secukinumab on moderate-to-severe scalp psoriasis: Results of a 24-week, randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3b study. *J Am Acad Dermatol.* 2017 Oct;77(4):667-674. doi: 10.1016/j.jaad.2017.05.033. Epub 2017 Aug 2. PMID: 28780364. 2. Reich K, Sullivan J, Arenberger P, et al. Secukinumab shows high and sustained efficacy in nail psoriasis: 2.5-year results from the randomized placebo-controlled TRANSFIGURE study. *Br J Dermatol.* 2021 Mar;184(3):425-436. doi: 10.1111/bjd.19262. 3. Iversen L, Conrad C, Eidsmo L, et al. Secukinumab demonstrates superiority over narrow-band ultraviolet B phototherapy in new-onset moderate to severe plaque psoriasis patients: Week 52 results from the STEPIn study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2023 May;37(5):1004-1016. doi: 10.1111/jdv.18846. Epub 2023 Jan 27. PMID: 36606536. 4. Mease PJ, Landewé R, Rahman P, et al. Secukinumab provides sustained improvement in signs and symptoms and low radiographic progression in patients with psoriatic arthritis: 2-year (end-of-study) results from the FUTURE 5 study. *RMD Open.* 2021 Jul 30;7(2):e001600. doi: 10.1136/rmdopen-2021-001600. PMID: 34330846; PMCID: PMC8327842.

Poznámka: Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Novartis Europharm Limited, Írsko. Výdaj lieku viazaný na lekársky predpis s obmedzením predpisovania. Táto informácia je určená osobám oprávneným predpisovať alebo vydávať lieky. Pred predpísaním lieku si prečítajte súhrn charakteristických vlastností lieku, ktorý získate naskenovaním QR kódu pomocou mobilného zariadenia alebo na adrese: Novartis Slovakia s.r.o., Žitkova 22B, 811 02 Bratislava, tel.: +421 2 5070 6111, www.novartis.sk.

¹ SCALP (NCT01365455; ClinicalTrials.gov, N = 102). 24-týždňová, randomizovaná, dvojito zaslepená, placebom kontrolovaná štúdia fázy IIb hodnotiaca účinnosť a bezpečnosť secukinumabu 300 mg u pacientov so psoriázou vlasatej časti hlavy. Primárnym cieľom bolo zhodnotiť odpoveď liečby v oblasti kapilícia. ² TRANSFIGURE (NCT01807520; ClinicalTrials.gov, N = 198). 132-týždňová, randomizovaná, dvojito zaslepená, placebom kontrolovaná štúdia fázy IIb hodnotiaca účinnosť a bezpečnosť secukinumabu 150 mg a 300 mg u pacientov s psoriázou nechtov. Primárnym cieľom bolo zhodnotiť zmenu závažnosti postihnutia nechtov.

³ STEPIn (NCT03020199; ClinicalTrials.gov, N = 153). 52-týždňová, randomizovaná, otvorená štúdia porovnávajúca secukinumab 300 mg a úzkopásmovú UVB fototerapiu (nb-UVB) u pacientov so stredne závažnou až závažnou ložiskovou psoriázou. Primárnym cieľom bolo porovnať účinnosť oboch liečebných prístupov.

⁴ FUTURE 5 (NCT02404350; ClinicalTrials.gov, N = 996). 104-týždňová, randomizovaná, dvojito zaslepená, placebom kontrolovaná štúdia fázy III hodnotiaca účinnosť a bezpečnosť secukinumabu 150 mg a 300 mg u pacientov so psoriatickou artritídou. Primárnym cieľom bolo zhodnotiť podiel pacientov dosahujúcich odpoveď ACR20 v 16. týždni.

Skratky: PsO - ložisková psoriáza, PsA - psoriatická artritída

Content ID: FA-11779545, dátum vypracovania: 09/2026

GRAB IT! DVOJKROKOVÝ metoject® PEN



Zjednodušené dvojkrokové pero metoject® PEN
od lídra trhu¹ – **ktoré spája nové vlastnosti²**
s najmenším injekčným objemom, flexibilným
rozsahom dávok a krátkym časom podania injekcie

VLASTNOSTI²

-  **Dvojkrokový autoinjektor** bez uvoľňovacieho tlačidla
-  **Zvukový signál** na začiatku a na konci podania injekcie
-  **Kontrolné okienko** na kontrolu úplného podania injekcie
-  **Ihla je vždy skrytá** vo vnútri modrého krytu ihly
-  **Väčšia etiketa** s farebným kódovaním
-  **Hranatý tvar** s ochranou proti kotúľaniu

1. IQVIA MIDAS Quarterly Sales Audit, od 1. štvrtroka 2019 do 4. štvrtroka 2024.
2. Nové v porovnaní s naším predchádzajúcim perom metoject® PEN.

Táto informácia o lieku je určená osobám oprávneným predpisovať lieky a osobám oprávneným vydávať lieky. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Na trh nemusia byť uvedené všetky sily alebo veľkosti balenia. Úplná informácia o lieku je k dispozícii v Súhrne charakteristických vlastností lieku dostupnom na adrese spoločnosti medac GmbH, na <https://www.medac-sk.eu/produkty/vsetky-produkty/metoject-pen>, alebo ju získate po naskenovaní QR kódu.



: medac

**medac GmbH –
organizáčná zložka Slovensko**
Staromestská 3, 811 03 Bratislava
tel.: +421 917 713 675
info@medac.eu, www.medac-sk.eu



Viac informácií nájdete na
www.metoject.com

**meto
ject®** PEN



Najvyšší obsah vitamínu D₃ v jednej tablete*



- Dávkovanie 1× denne
- Jednotlivo balené žuvacie tablety
- Pomarančová príchuť
- Čiastočná úhrada

DETAIL LIEKU

Caltrate D3 500 mg/1000 IU žuvacie tablety

Caltrate D3 500mg/1000 IU žuvacie tablety majú najvyšší obsah vitamínu D v jednej tablete v rámci liekov obsahujúcich kombináciu vápnika a vitamínu D₃, ktoré sú dostupné v SR.

Liek je viazaný na lekársky predpis. Liek je čiastočne hrađený z prostriedkov verejného zdravotníctva.

V prípade otázok kontaktujte prosím: Haleon Czech Republic s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4, e-mail: mystory.cz@haleon.com.

Prípadné nežiaduce účinky prosím hláste na: SafetyReportingEMA@haleon.com.

Ochranné známky sú vlastnené alebo licencované skupinou spoločností Haleon. ©2026 skupina spoločností Haleon alebo poskytovateľ príslušnej licencie.

Dátum vypracovania materiálu: 07/2026. PM-SK-CAL-26-00003





TRI DÔVODY, **PREČO JE**
VČASNÁ LIEČBA* DÔLEŽITÁ¹⁻⁶



1 RÝCHLEJŠIE
DOSIAHNUTIE „ČISTEJ KOŽE“[†]

2 DLHOTRVAJÚCA
A VYSOKÁ ÚČINNOSŤ^{2,3}



3 ODDIALENIE
PROGRESIE PsA^{4,5}

VYŠŠIE RIZIKO PsA JE SPÁJANÉ
S DĹŽKOU TRVANIA PSORIÁZY (>10 ROKOV)⁸

INHIBÍTORE IL-23 ZNIŽUJÚ RIZIKO ROZVOJA PsA^{†4,5}

*"včasná liečba" je definovaná ako pacienti liečení do 2 rokov od prejavu sa symptómov; "neskorá liečba" je definovaná ako pacienti liečení ≥ 2 roky po prejavení sa symptómov.[†]

[†] v porovnaní s inou biologickou liečbou, ako sú inhibitory TNF^{4,5} a inhibitory IL-17⁵

[‡] v porovnaní s neskorou liečbou* (medián 112 oproti 208 dní na dosiahnutie aPASI 0)

PsA – psoriatická artritída; **IL** – interleukín; **TNF** – tumor nekrotizujúci faktor; **aPASI** – absolútny index plochy a závažnosti psoriázy

Literatúra: 1. Schäkel K, et al. Early disease intervention with guselkumab in psoriasis leads to a higher rate of stable complete skin clearance (clinical super response): Week 28 results from the ongoing phase IIIb randomized, double-blind, parallel-group, GUIDE study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2023;37(10):2016–2027. 2. Angsana J, et al. Higher IL-10+ T cell and Treg cell counts in psoriatic skin are associated with super response to guselkumab: data from the Phase 3b GUIDE trial. Poster presented at ISID2023; 10–13 May, 2023; Tokyo, Japan. 3. Merola J, et al. Mean percentage improvement in psoriasis area and severity index (PASI) response and absolute PASI through 5 years of continuous treatment with guselkumab (GUS) in VOYAGE 1. SKIN. 2022;6(2):s3. 4. Singla S, et al. Association between biological immunotherapy for psoriasis and time to incident inflammatory arthritis: a retrospective cohort study. Lancet Rheumatol. 2023;5(4):e200–e207. 5. Rivera R, et al. Evaluación del riesgo de artritis psoriásica en pacientes en tratamiento con biológicos. Estudio población global (TriNetX). Comunicación oral. Presented at Congreso de Psoriasis 2024; 19–20 January, 2024; Madrid, Spain. 6. Schäkel K, et al. 16-week treatment interval of guselkumab is non-inferior to 8-week dosing for maintaining psoriasis control in super responders: GUIDE study primary result. Presented at European Academy of Dermatology and Venereology Congress 2022; 7–10 September, 2022; Milan, Italy. 7. Eyerich K, et al. IL-23 blockade with guselkumab potentially modifies psoriasis pathogenesis: rationale and study protocol of a phase 3b, randomised, double-blind, multicentre study in participants with moderate-to-severe plaque-type psoriasis (GUIDE). BMJ Open. 2021;11(9):e049822.3. 8. Gisondi P, et al. Biological disease-modifying antirheumatic drugs may mitigate the risk of psoriatic arthritis in patients with chronic plaque psoriasis. Ann Rheum Dis. 2022;81(1):68–73.

Súhrn charakteristických vlastností lieku TREMFYA®

Najaktuálnejšiu verziu súhrnu charakteristických vlastností (SPC) lieku TREMFYA® nájdete na linku pomocou QR kódu:

Liek je viazaný na lekársky predpis s obmedzením predpisovania. Na trh nemusia byť uvedené všetky sily alebo veľkosti balenia. Pred predpísaním si, prosím, prečítajte súhrn charakteristických vlastností lieku. Podrobné informácie o lieku TREMFYA® nájdete aj na adrese: Johnson & Johnson, s.r.o., Karadžičova 12, 821 08 Bratislava, <https://innovativemedicine.jnj.com/slovakia/>



Johnson & Johnson

Kód projektu: CP-571213
Dátum vypracovania: marec 2026
Určené pre odbornú verejnosť.

Johnson & Johnson, s. r. o.
Karadžičova 12, 821 08 Bratislava
Tel.: +421 (0)2/3240 8400
<https://innovativemedicine.jnj.com/slovakia/>

Generálny partner



Hlavný partner



Partner





www.reuma2026.sk