

REVMA LIGA ČESKÁ REPUBLIKA A ÚSTAV LÉKOVÉHO PRŮVODCE

LÉČBA REVMATOIDNÍ ARTRITIDY V ČR

POHLEDEM PACIENTŮ



REVMA LIGA
Česká republika



**ÚSTAV LÉKOVÉHO
PRŮVODCE Z.Ú.**
Váš průvodce labyrintem
českého zdravotnictví

Revma výzva	5
Úvodem	6
White Paper	7
1. Revmatoidní artritida	7
2. Výskyt revmatoidní artritidy	9
3. Léčba revmatoidní artritidy	9
4. Biologická léčba revmatoidní artritidy	11
5. Dostupnost biologické léčby v Evropě	13
6. Revmatoidní artritida jako břemeno pro společnost	13
7. Biosimilars	15
Desatero pro pacienty/pacientky s revmatickým onemocněním	17
Sdílené rozhodování pacienta a lékaře	21



REVMA VÝZVA aneb podej pomocnou rukavici

Brožura, kterou právě držíte v ruce, je výsledkem spolupráce patientské organizace Revma Liga ČR a Ústavu lékového průvodce. Vznikla jako výstup společného projektu Revma výzva, který odstartoval v září 2015. Cílem projektu je zvyšovat povědomí o revmatoidní artritidě, stejně jako upozornit na aktuální otázky v léčbě nemoci – a to především na význam včasného zahájení léčby a její dostupnosti, která je klíčová pro další kvalitu života pacientů v České republice.



Proč jsou symbolem kampaně rukavice?

Jednou z hlavních aktivit projektu je komunikační kampaň na širokou veřejnost, která chce přiblížit zdravým lidem těžkosti, se kterými se pacienti s revmatoidní artritidou denně potýkají. Jejím symbolem se staly speciální rukavice, které vyvinuli vědci z Technologického institutu v americké Georgii. Tyto rukavice umí ztížit pohyb prstů a sílu stisku pomocí kovových plátů, a tím zdravému člověku věrně simulovat omezený pohyb kloubů na ruce - jeden z typických příznaků nemoci.

Tváří kampaně se stal herec Jakub Žáček z Divadla Na zábradlí, který vyzval k vyzkoušení rukavice své herecké přátele. Jeho výzvu postupně přijaly další významné osobnosti, a vznikla série videí na podporu revmatiků, které si můžete prohlédnout na webu www.revma.vyzva.cz.

Součástí kampaně byla tisková konference, články v laických i odborných médiích nebo benefiční divadelní představení pro Revma Ligu. Kampaň Revma výzva získala hned dvě ocenění odborné poroty České ceny za Public Relations za rok 2015 - stříbrnou příčku v kategorii Farmacie a zdravotnický sektor a bronzové místo v kategorii Státní správa, veřejný a neziskový sektor.

White Paper

Důležitým výstupem odborné části projektu je série doporučení pro pacienty s revmatoidní artritidou, tzv. White Paper, který vznikl ve spolupráci s Českou revmatologickou společností ČLS JEP, a je rovněž součástí této brožury. Věříme, že tento materiál bude užitečným zdrojem informací nejen pro pacienty a jejich blízké, ale přispěje také k lepšímu porozumění léčbě revmatických chorob.



Cílem tohoto dokumentu je poskytnout srozumitelné a odborně vyvážené informace nejen samotným nemocným a jejich blízkým, ale všem, kteří mohou přispět k racionálnímu nastavení podmínek pro diagnostiku a léčbu revmatoidní artritidy, v jejímž centru bude stát pacient. Pacient aktivní a dobře informovaný, jenž bude mít právo i reálnou možnost plně porozumět a rozhodnout s pomocí lékaře o své léčbě. Základním požadavkem na jakoukoli léčbu revmatoidní artritidy (dále RA), včetně té biologické, je, aby byla nasazena včas, a aby bylo dosaženo jejího primárního cíle, tedy remise (bezpříznakového období) či alespoň nízké aktivity onemocnění.

Biologická léčba by měla být hrazena z veřejného zdravotního pojištění, a to v souladu s evropskými a českými odbornými doporučeními také pro pacienty ve střední aktivitě onemocnění (udávané parametrem *Disease Activity Score* – DAS 28 3,2–5,1), což prokazatelně vede ke zlepšení prognózy nemoci, zlepšení kvality života pacienta, ale také ke snížení celkových nákladů společnosti.

Léčba RA prodělala v posledních letech obrovský pokrok, k dispozici jsou nové a velice účinné léčivé přípravky. Zájmem nemocných je mít přístup k nejmodernějším lékům, při zachování bezpečnosti jejich použití a to bez jakékoliv sociální (finanční) diskriminace. Pacienti s RA si uvědomují, že se jim v České republice dostává špičkové péče za podmínek široce pojaté solidarity. Mají však také za to, že je nezbytné reagovat na nové léčebné možnosti promyšleným a transparentním způsobem tak, aby to odpovídalo trendům vyspělých evropských zemí a přitom nebylo v rozporu s požadavkem na udržitelnost financování zdravotní péče.

Edita Müllerová
předsedkyně Revma Liga Česká republika

PhDr. Ivana Plechatá
ředitelka Ústavu lékového průvodce



V Evropské unii dnes žije více než 120 miliónů lidí s revmatickým a muskuloskeletálním onemocněním (onemocnění svalové a kosterní soustavy). V České republice žije kolem 85 tisíc pacientů s revmatoidní artritidou. Revmatická onemocnění jsou onemocnění chronická a často bolestivá, jejichž negativní dopad se na pacientech projevuje nejen po zdravotní stránce, včetně značného snížení kvality života, ale také po stránce sociální. Studie¹ ukazují, že revmatická onemocnění mohou zvyšovat riziko propadu nemocných do chudoby.

Pro pacienty s revmatickými chorobami je proto velmi důležitý přístup k informacím a k léčbě. Tento informativní dokument je určen pacientům, členům patientské organizace Revma Liga, jejich příbuzným a přátelům, stejně tak jako lékařům a ostatním zdravotníkům v oboru revmatických nemocí, zástupcům regulačních úřadů, plátcům zdravotní péče (zdravotním pojišťovnám), politikům a zástupcům farmaceutických společností.

Účelem tohoto dokumentu je popsat základní principy stanovení diagnózy a léčby revmatoidní artritidy, analyzovat současnou situaci v oblasti léčby a informovat o zvláštní problematice léčby biologické. Zároveň hledáme a navrhujeme řešení.

1. Revmatoidní artritida

Revmatoidní artritida je jedna z mnoha zánětlivých (autoimunitních) revmatických nemocí. Jedná se o chronické systémové onemocnění postihující klouby a mimokloubní struktury, které je v podstatě nevyléčitelné. Trpí jí přibližně 0,5–1 % obyvatel, tedy přibližně až 85 tisíc osob v ČR. Onemocnění značně snižuje funkční schopnosti a kvalitu života pacienta a průměrně zkracuje život nemocných o 5–10 let.

Celkovými příznaky jsou teplota, únava, úbytek na váze či nechutenství, pacienti často pozorují ranní ztuhlost. Kloubními projevy jsou zduření a zvýšení teploty postiženého kloubu, bolestivost v okolí kloubu, záněty šlach (tendinitidy) a záněty mazových váčků v oblasti kloubů (burzitidy). Při postupující destrukci kloubů přibývají



¹ Časopis Arthritis&Rheumatology (Zdrav. deník 2015/09 Zánětlivé revmatické choroby mohou uvrhnout ženy do chudoby).

deformity a omezení hybnosti nemocného.

Při diagnostice a další péči o pacienta lékař stanovuje stádium nemoci podle stupně postižení kloubů a okolních tkání na základě rentgenového snímku takto:

- **1. stádium** – poškození měkkých tkání kolem kloubu a osteoporóza kostí v blízkosti kloubu. Struktura kloubu zatím není porušena.
- **2. stádium** – osteoporóza kostí v blízkosti kloubu, na kloubu se již objevují eroze (porušení struktury kloubní plochy kosti), ale kloub dosud není deformován.
- **3. stádium** – eroze jsou přítomny a na kloubu se objevují deformity.
- **4. stádium** – úplná ztuhlost kloubu bez možnosti pohybu.

Dále lékař hodnotí průběh a závažnost onemocnění dle různých parametrů, např. aktivitu revmatoidní artritidy (zánětu), a to dle tzv. skóre **DAS 28**² (z anglického Disease Activity Score), při kterém se hodnotí 28 kloubů). Dle stanovených kritérií, do kterých patří také počet oteklých kloubů či počet citlivých kloubů, lze aktivitu onemocnění rozdělit do tří resp. čtyř stádií, a to:

- Vysoká aktivita: DAS 28 $\geq 5,1$
- Střední aktivita: DAS 28 3,2 – 5,0
- Nízká aktivita: DAS 28 2,6 – 3,1
- Remise – DAS < 2,6 – zánět se neprojevuje

Kromě škály DAS 28 jsou nověji používány i další škály hodnocení jako je SDAI a CDAI, které vždy kombinují různá vyšetření a hodnocení lékaře spolu s hodnocením aktivity onemocnění pacientem, a jsou zároveň schopné určitým způsobem predikovat vývoj onemocnění. Tyto škály hodnotí nejen aktivitu onemocnění, ale jsou klíčové (např. SDAI) také pro definování remise onemocnění.

Hodnocení DAS 28 skóre

DAS 28	aktivita RA
5,1	vysoká
3,2	střední
2,6	nízká
	remise

Podle van Gestel J. Rheumatol. 1999



2 Pavelka, K. & Vencovský, J., 2010. Doporučení České revmatologické společnosti pro léčbu revmatoidní artritidy. Čes. Revmatol., 18(4), pp. 182–191.

2. Výskyt revmatoidní artritidy

Rozšíření onemocnění (prevalence) se udává v rozmezí 0,5–1 % dospělé populace. V České republice lze tedy předpokládat výskyt 80 000–90 000 nemocných. Odhadovaný počet nově nemocných (incidence) se pohybuje mezi 25 až 40 nemocnými na 100 000 obyvatel ročně (což činí v České republice celkem 2 600–4 200 nových pacientů ročně). Nejvíce – až 80 % – nemocných je mezi 35. až 50. rokem (35–70 000 osob), tedy v produktivním věku. Nemoc však postihuje všechny generace. Ženy jsou postiženy 2–3krát častěji než muži.

I přes poměrně vysoký počet RA pacientů v ČR ukazují data z reálné klinické praxe, že těch s těžkým průběhem onemocnění, kteří byli v roce 2015 léčeni biologickými léčivými přípravky, je pouze 2 210 (registr ATTRa). Odhaduje se, že podíl pacientů se středně těžkým průběhem onemocnění na celkovém počtu nemocných je 41,4 %, přičemž 15,8 % pacientů má těžký průběh onemocnění.³

3. Léčba revmatoidní artritidy

V České republice vydala v roce 2010 odborná společnost **Doporučení České reumatologické společnosti pro léčbu revmatoidní artritidy**⁴, která se opírá o **Doporučené postupy EULAR⁵ pro léčbu revmatoidní artritidy pomocí DMARD (chorobu modifikující léky) z roku 2010⁶**. Dle těchto doporučení je primárním cílem léčby RA dosažení remise (definované jakožto DAS28 < 2,6 nebo podle nových kritérií ACR viz níže) nebo alespoň nízké aktivity onemocnění (LDA – Low Disease Activity; definované jakožto DAS28 < 3,2).

V souladu s novějšími evropskými doporučeními postupy EULAR pro léčbu a management pacientů s RA z roku 2013 by mělo být dosaženo léčebného cíle v co nejkratším časovém období tak, aby bylo zamezeno strukturální progresi (zhoršení) onemocnění směrem k nevratným postižením kloubů (eroze a zúžení kloubních štěrbin) – tomuto principu se také říká tzv. **target to target** (léčba k cíli). Česká reumatologická společnost ČLS JEP (ČRS) si klade za cíl v roce 2016 aktualizovat své české doporučené postupy tak, aby byly plně v souladu s těmito novými doporučeními EULAR z roku 2013⁷.

- 3 Leeb BF, Ansel I, Sautner J et al. Disease activity measurement of rheumatoid arthritis: Comparison of the simplified disease activity index (SDAI) and the disease activity score including 28 joints (DAS28) in daily routine. *Arthritis Rheum.* 2005 Feb 15;53(1):56–60.
- 4 Pavelka, K. & Vencovský, J., 2010. Doporučení České reumatologické společnosti pro léčbu revmatoidní artritidy. *Čes. Revmatol.*, 18(4), pp. 182–191.
- 5 EULAR: European League Against Rheumatism - Mezinárodní (evropská) odborná společnost reumatologů. Kromě jiných činností vydává i doporučené postupy léčby v oboru reumatologie.
- 6 Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, et al. *Ann Rheum Dis* (2010). doi: 10.1136/ard.2009.126532 Smolen J.S, et. Al, EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update, Downloaded from <http://ard.bmj.com/> on June 29, 2015 – Published by group.bmj.com.
- 7 Smolen JS, et al. *Ann Rheum Dis* 2013;0:1–18. doi:10.1136/annrheum-dis-2013-204573.



V současné době lze možnosti léčby rozdělit na tři hlavní skupiny:

- **Léčba nefarmakologická** – edukace, režimová opatření, rehabilitace, léčba prací a sociální readaptace – vyrovnávání se se sociálními dopady způsobenými nemocí – motivace k pravidelnému cvičení.
- **Léčba chirurgická** – artroskopické výkony, odstranění kloubní výstelky (synovektomie), umělé náhrady (aloplastiky), chirurgické znehybnění kloubu (artrodézy), operace šlach.
- **Léčba farmakologická** – je léčba léčivými přípravky. V rámci komplexní léčby revmatoidní artritidy se mohou podávat nesteroidní antirevmatika, analgetika (neopioidní, opioidní, slabá, silná), glukokortikoidy, syntetické choroby modifikující léky (DMARD), biologické léky, pomocné léky (antipyretika, antidepresiva, vitamíny).

V rámci principu **treat to target** jsou nejdůležitějšími skupinami léků syntetické DMARD a biologické léky.

Dle aktuálních doporučených postupů ČRS se v reálné klinické praxi používají následující syntetické (chemické) přípravky ze skupiny DMARD:

Lék	Čas nástupu účinku	Obvyklá udržovací dávka
hydroxychlorochin	2–6 měsíců	200 mg 1–2× denně
chlorochin	1–3 měsíce	250 mg 1× denně
sulfasalazin	1–3 měsíce	1 000 mg 2–3× denně
metotrexát	1–2 měsíce	per os, i.m. nebo s.c., 10–30 mg/týdně
leflunomid	4–12 týdnů	20 mg denně, jestliže je tolerován jinak 10 mg denně
azathioprin	2–3 měsíce	50–150 mg denně
cyklofosfamid	2–3 měsíce	50–100 mg denně
soli zlata i.m.	3–7 měsíců	25–50 mg za 2–4 týdny
cyklosporin	2–4 měsíce	2,5–5 mg/kg hmotnosti/den
D-penicilamin	3–6 měsíců	250–750 mg denně



Dle aktuálních doporučených postupů ČRS se v reálné klinické praxi používají následující přípravky ze skupiny biologických léků:

Biologické léky	Složení	Obvyklé dávkování
adalimumab	humánní monoklonální protilátka proti TNF	40 mg á 2 týdny, s.c.
etanercept	solubilní konstrukt TNF receptoru	50 mg á 1 týden, s.c.
infliximab	chimerická monoklonální protilátka proti TNF	3–7,5 mg i.v. á 8 týdnů, i.v.
golimumab	humánní monoklonální protilátka proti TNF	50 mg s.c. 1x měsíčně
certolizumab	humánní monoklonální protilátka bez Fc fragmentu proti TNF	400 mg s.c. v týdnech 0, 2, 4 a pak 200 mg á 2 týdny
rituximab	monoklonální anti CD20 protilátka další léčba při vzplanutí	1 000 mg i.v. celkem 2x, v den 1 a za 2 týdny
abatacept	fúzovaný protein CTLA-4 s imunoglobulinem	10 mg/kg/4 týdny, i.v.
tocilizumab	humanizovaná monoklonální protilátka proti receptoru pro IL-6	8 mg/kg/4 týdny

Biologická léčba se v souladu s odbornými doporučeními nasazuje až při nedostatečném efektu, nebo nesnášenlivosti předchází léčby zahrnující nesteroidní antirevmatika, DMARD a glukokortikoidy.

4. Biologická léčba revmatoidní artritidy

Biologickou léčbou se označuje léčba léčivými přípravky, které jsou vyrobeny speciálními biotechnologickými postupy z buněk živých organismů. V poslední dekádě se staly neopominutelnou součástí léčby revmatických pacientů. První biologický lék k léčbě revmatoidní artritidy, konkrétně monoklonální protilátka blokující tumor nekrotizující faktor (TNF), byl v Evropské unii schválen již v roce 1999, přičemž v České republice byl dostupný od roku 2001. Obecně se biologické léky v léčbě revmatoidní artritidy nazývají „anti-TNF“ léky, kvůli mechanismu svého působení v lidské buňce.

Biologická léčba v posledních letech výrazně přispěla ke zlepšení výsledků léčby některých onemocnění a výrazně zvýšila kvalitu života mnoha lidem s revmatickými a muskuloskeletálními onemocněními (onemocnění svalového a kosterního aparátu)⁸. Mezi její výhody patří to, že nepoškozuje ostatní buňky a orgány těla, protože její účinek je přesně cílen na imunitní systém, kde blokuje činnost určitých prozánětlivých buněk.

8 EULAR poziční dokument "Biosimilars – co by měli pacienti zvážít?", 2015 Laires PA, Exposto F, Mesquita R, et al. Patients' access to biologics in rheumatoid arthritis: a comparison between Portugal and other European countries. Eur J Health Econ. 2013 Dec; 14(6): 875–85. Péntek M, Poór G, Wiland P, Olejárová M, et al. Biological therapy in inflammatory rheumatic diseases: issues in Central and Eastern European countries. Eur J Health Econ. 2014 May; 15 Suppl 1: S35–43.



Ačkoli biologické léky prokazatelně výrazně zlepšují léčbu autoimunitních onemocnění u vhodných pacientů, jejich nákladnost představuje překážku jejich širokému uplatnění. V ČR činí náklady na léčbu pacienta přibližně 200–300 tisíc korun ročně. Tyto náklady je však nutné vnímat v kontextu přímých úspor (tj. úspory, které účinná léčba přinese zdravotnímu systému tím, že udrží pacienta déle bez potřeby další zdravotní péče) a také úspor nepřímých (tj. úspor generovaných v rámci sociálního systému tím, že udrží pacienta déle práce schopného). Více o nepřímých úsporách v kapitole 8.

Dostupnost biologické léčby by mohla být v ČR lepší. Například v 15 nejvyspělejších státech EU se léčí biologickou léčbou mezi 8–30 % revmatiků, průměr pro tyto země je 19,1 %, zatímco v ČR pouze 5 %. I na Slovensku a v Maďarsku je podíl pacientů na biologické léčbě vyšší než v ČR. Také Euro Health Consumer Index 2015 každoročně vydávaný respektovanou švédskou institucí Health Consumer Power House v indikátoru Pharmaceuticals hodnotí přístup českých pacientů k moderní léčbě revmatických chorob jako nedostatečný. Tato situace je způsobena několika faktory, avšak z odborného hlediska je zřejmě nejdůležitějším faktorem rozpor mezi současnými doporučeními odborníků k léčbě a faktickým stavem úhrady biologické léčby u RA.

ČRS totiž doporučuje léčit vhodné pacienty biologickou léčbou již při střední aktivitě onemocnění, tedy při DAS28 větším než 3,9. Mezinárodní doporučení EULAR dokonce doporučují léčit vhodné pacienty již od skóre DAS 28 větším než 3,2 (střední aktivita onemocnění).

V ČR je dosud platné rozhodnutí dnes již zrušené Lékové komise z roku 2001, podle kterého je biologická léčba v ČR hrazena pouze pacientům, kteří již dosáhli vysokého stupně aktivity onemocnění, tedy nejtěžšího stádia onemocnění. Tento faktický rozpor mezi doporučeními odborníků a podmínkami úhrady způsobuje nedostatečný přístup k léčbě těm pacientům, kteří terapeuticky neprosplávají na syntetické léčbě DMARD (neuúčinnost, nežádoucí účinky), avšak doposud nedosáhli nejtěžšího stupně onemocnění. Tito pacienti bohužel musí v podstatě čekat na zhoršení svého onemocnění, rovnající se skóre DAS 28 větším než 5,1. Čas přitom hraje v léčbě RA velmi významnou roli, což potvrzují mnohé odborné studie^{9,10} a zejména současná odborná doporučení (v rámci principu „treat to target“)¹¹.

Tento přístup považuje Revma Liga v ČR nejen za zastaralý, neodborný a neetický vůči pacientům, ale také ekonomicky nevýhodný pro celou společnost. Při zhoršování zdravotního stavu pacienta totiž musí stát vynaložit velké částky jak na zdravotní péči, tak i na důsledky pracovní neschopnosti takového pacienta, tedy na jeho sociální podporu.



9 Combe B, et al. Comparison of the long-term outcome for patients with rheumatoid arthritis with persistent moderate disease activity or disease remission during the first year after diagnosis: data from the ESPOIR cohort. *Ann Rheum Dis*. 2015 Apr; 74(4): 724–9. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204178.

10 Keystone E, et al. Patients with moderate rheumatoid arthritis (RA) achieve better disease activity states with etanercept treatment than patients with severe RA. *J Rheumatol*. 2009 Mar; 36(3): 522–31. doi:10.3899/jrheum.080663. Epub 2009 Feb 17.

11 Smolen JS, et al. *Ann Rheum Dis* 2013;0:1–18. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204573.

5. Dostupnost biologické léčby v Evropě

Dostupnost biologické léčby pro pacienty se v různých evropských zemích značně liší. Studie o dostupnosti ukazují, že Česká republika má obecně velmi dobrou až nadprůměrnou dostupnost biologické léčby, přesto lze nalézt rezervy v jednotlivých diagnostických skupinách, například právě v případě léčby revmatoidní artritidy.

Pokud se však blíže zaměříme na dostupnost biologické léčby pacientům ve střední závažnosti v jiných státech, zjistíme, že pouze 9 ze 46 evropských zemí hradí biologickou léčbu pouze v nejzávažnějším stádiu onemocnění (DAS28 >5,1) a nikoli také ve středním stádiu. Česká republika se v tomto zařazuje do skupiny zemí, jako jsou Bulharsko, Chorvatsko, Lotyšsko, Černá Hora, Rumunsko, Srbsko, Turecko či Velká Británie (která je však známá svým omezujícím přístupem pacientů k nákladné moderní léčbě). Další 24 zemí EU hradí pacientům biologickou léčbu již při střední závažnosti onemocnění, přičemž některé z nich (Francie či Polsko) při splnění určitých podmínek. V této oblasti lze tudíž dostupnost biologické léčby v ČR hodnotit jako nízkou a podprůměrnou, a to právě pro tuto skupinu pacientů.

6. Revmatoidní artritida jako břemeno pro společnost

Celospolečenské dopady chronických svalových a kosterních onemocnění, mezi jejichž časté zástupce revmatoidní artritida patří, jsou významné a často podceňované. Revmatoidní artritida je onemocnění, které představuje vysokou zátěž jak pro pacienta, tak pro celou společnost. Protože v oblasti nákladů je veřejná diskuse zúžena na diskusi o rozpočtech zdravotnických zařízení na nákladnou léčbu, je opomíjen fakt, že revmatoidní artritida je významným břemenem také pro ekonomický a sociální systém.

Pacient, který má bolestivé onemocnění, které ho významně omezuje, není schopen vykonávat běžné denní aktivity a postupně ztrácí praceschopnost. Onemocnění postupně narušuje schopnost pracovat a nejdříve se začne projevovat snížením pracovního výkonu oproti předchozí úrovni (hovoříme o tzv. prezentismu). S postupující nemocí, pokud není včas nasazená účinná léčba, nastupuje občasná pracovní neschopnost (tzv. absentismus). Krátkodobá pracovní neschopnost je postupně nahrazována pracovní neschopností dlouhodobou a pacient se ocitá na hraně invalidity. Pokud v takové chvíli nedostane účinnou léčbu, nejlépe společně s pracovní psychosociální podporou, může být pro pracovní trh navždy ztracen. Je známo, že návrat z invalidity do běžného pracovního výkonu je u pacientů s revmatickými chorobami obtížný a velmi nepravděpodobný.



Z pohledu společnosti můžeme hovořit o ekonomických ztrátách produktivity a nákladech na sociální systém. Revmatický pacient, který již dospěl do fáze permanentního absentismu nebo invalidity, nepracuje a nepodílí se svou produkcí na hrubém domácím produktu, nevytváří ekonomickou hodnotu a neplatí daně. Tím dochází k výpadku na straně příjmu. Zároveň se postupně stává závislým na sociálním systému, protože čerpá dávky v nezaměstnanosti, invalidní důchod a různé sociální příspěvky (např. různé vysoký příspěvek na péči). Longitudinální (dlouhodobé) epidemiologické studie ukazují, že již v prvním roce po stanovení diagnózy revmatoidní artritidy je pracovní neschopnost přítomna u 20 % pacientů, po 10 letech u 50 % a 90 % po 30 letech od stanovení diagnózy¹².

Nepřímé náklady, které jsou ekonomickým vyjádřením ztráty pracovní schopnosti a náklady sociálního systému, rostou postupně se zhoršováním se revmatoidní artritidy v čase, jak ukazují zahraniční¹³ i české¹⁴ ekonomické studie. Ztrátu pracovní aktivity je možné ekonomicky vyjádřit a tvoří statisíce korun na jednoho pacienta s revmatoidní artritidou v rámci jeho produktivního věku¹⁵. Zahájení biologické léčby je následováno vzestupem pracovní produktivity, a to zejména u pacientů, u kterých je schopnost pracovat alespoň částečně zachována. Vedle zmírnění příznaků onemocnění roste také kvalita života a snižuje se pracovní neschopnost. V nedávné ekonomické studii vypracované v České republice bylo zahájení biologické léčby u pacientů s revmatickými chorobami provázeno poklesem pracovní neschopnosti z 19,4 % na 5,6 % již po třech měsících léčby. Průměrná délka pracovní neschopnosti poklesla z 22,7 dnů na 10 a zvýšila se také pracovní produktivita ve smyslu prezentismu¹⁶.

Podíl pacientů v ekonomicky aktivním věku byl podle dat Českého statistického úřadu odhadnut na 50,3 % ze všech pacientů trpících středně těžkou revmatoidní artritidou.

Výsledkem analýzy o ztrátě produktivity u pacientů s RA v ČR je, že průměrná výše ročních odvodů z příjmů pacientů s těžkou formou RA je 8 828 Kč, přičemž od státu takový pacient čerpá 43 219 Kč ve formě invalidního důchodu. Naopak pacient se středně těžkou RA odvádí průměrně 52 455 Kč a čerpá 17 375 Kč.

12 Lacaille D. J Rheumatol 2005;32: 42-45, Puolakka K. Arthritis Rheum 2005;52:36-41.

13 Kobelt G et al. Arthritis Rheum. 2002;46:2310-9.

14 Klímeš J, Vocelka M, Šedová L, Doležal T, Mlčoch T, Petříková A, Vlček J. Value in Health Regional Issues 2014;4C:75-81.

15 Mlčoch T, Jircikova J, Mandelíková M, Kruntoradova K, Doležal T. THE IMPACT OF ANTI-TNF (ETANERCEPT) THERAPY ON WORK PRODUCTIVITY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS, PSORIATIC ARTHRITIS AND PSORIASIS IN THE CZECH REPUBLIC. ISPOR 18th Annual European Congress. November 2015.

16 Zastoupení diagnóz ze skupiny XIII klasifikace MKN-10 v invalidních důchodech je 39 % (Bruthansová & Jeřábková, 2010), celkem tedy 163 tisíc osob. Zastoupení diagnóz M05-M14 (kam patří i revmatoidní artritida) ve skupině XIII je 3% (Bruthansová & Jeřábková, 2010), tedy 4881 osob. Z důvodu, že podrobnější data na úrovni jednotlivých diagnóz nejsou k dispozici, bylo předpokládáno, že 30 % těchto pacientů mohou mít diagnózu revmatoidní artritida. 1465 pacientů z celkového počtu ekonomicky aktivních (50,3 % z cílové populace 6765 pacientů, tj. 3406) odpovídá podílu pacientů pobírajících invalidní důchod na ekonomicky aktivní populaci uvedeného v publikaci (Doležal, 2011), tj. 44,3 %.



Z důvodu nedostupnosti včasné léčby biologickými přípravky jsou roční ušlé příjmy státu z odvodů pro celou cílovou populaci odhadnuty na 40,9 mil. Kč a nerealizované úspory na vyplacených invalidních důchodech 21,3 mil. Kč. Potenciální celková roční úspora celospolečenských nákladů tak představuje celkem 62,2 mil. Kč. Celková bilance přímých a nepřímých nákladů představuje 535,8 mil. Kč (598 mil. Kč – 62,2 mil. Kč), o které by se zvýšily celospolečenské náklady, což je v přepočtu na jednoho pacienta 6 600 Kč na měsíc. Tuto položku je jistě možno považovat za efektivně vynaloženou investici státu do zdraví obyvatel, neboť zajistí pacientům s tímto chronickým onemocněním dlouhodobé významné zlepšení kvality života s šancí na plnohodnotný život.

7. Biosimilars

Evropská léková agentura (European Medicines Agency – EMA) popisuje *biosimilar* jako léčivý přípravek, který je vyvinut tak, aby byl podobný již existujícímu originálnímu biologickému léčivému přípravku („referenčnímu přípravku“). Biosimilars nejsou totéž jako generika, která mají jednodušší chemickou strukturu a považují se za totožná se svými referenčními léčivými přípravky. Účinná látka v **biosimilar** a příslušném referenčním léčivém přípravku je v zásadě stejná biologická látka, avšak mohou mezi nimi být drobné rozdíly dané jejich komplexní povahou a výrobními metodami. Podobně jako referenční léčivý přípravek má i **biosimilar** určitý stupeň přirozené variability (proměnlivosti). V případě registrace biosimilar, musí být prokázáno, že jeho variabilita a jakékoli rozdíly při porovnání s jeho referenčním léčivým přípravkem nemají vliv na jeho bezpečnost ani účinnost.

Výrobce biosimilars nemusí investovat do jejich výzkumu a vývoje takové investice jako výrobce originálních léčivých přípravků, a proto je může dodávat za zpravidla nižší cenu. Biosimilars tak vytváří určitý prostor ke zlevnění léčby a tím mohou být pro plátce atraktivní. Avšak stejně jako u jiných nových léčiv, také zavádění biosimilars vzbuzuje u pacientů celou řadu otázek. EULAR proto vypracoval stanovisko, které se vyjadřuje k některým z aktuálních otázek a uvádí další potřebné informace, aby pacienti přípravkům biosimilars lépe rozuměli a dokázali je lépe posoudit, mají-li učinit informované rozhodnutí o své léčbě¹⁷.

17 PARE position paper on biosimilars (EULAR 2015) BIOSIMILARS: WHAT DO PATIENTS NEED TO CONSIDER? Diana Skingle Chair EULAR Standing Committee of People with Arthritis/Rheumatism April 2015.



Pro pacienta jsou důležité následující body, které shrnují přístup české pacientské organizace Revma Liga Česká republika:

1. Biologické léky jsou důležitou součástí léčby revmatických pacientů. Zatímco originální biologické léky jsou v léčbě RA používány již více než 15 let, první první biosimilar pro léčbu RA bylo registrováno v roce 2015. Biosimilars prokázaly svou podobnost a tedy podobnou účinnost i bezpečnostní profil s referenčním léčivým přípravkem v průběhu registrace před odbornými a regulačními orgány. Teprve nyní však mohou tyto výsledky potvrdit v reálné klinické praxi.
2. Rozhodnutí o převedení pacienta z jednoho biologického léku na jiný (tzv. switch), včetně biosimilars, by mělo být výhradně na odborném posouzení a rozhodnutí ošetřujícího lékaře a nikoli na základě ekonomických tlaků plátců. Pokud ke změně léčby dojde, musí pacient obdržet informace o takové změně, včetně sdělení důvodů, proč ke změně došlo (nejlépe formou informovaného souhlasu).
3. Biologické léky by neměly podléhat substituci (záměně) v lékárně. O používání konkrétního biologického léku by měl rozhodovat pouze ošetřující lékař, nikoli lékárník.
4. Vzhledem k tomu, že biosimilars nejsou generika, je potřeba pro ně vytvořit zvláštní regulační rámec. Pacientská organizace podporuje vytvoření legislativy definující biologické léky a biosimilars.

Výše uvedená pozice je v souladu s přístupem evropské organizace EULAR a IAPO (International Alliance of Patients' Organizations).



DESATERO PRO PACIENTY/PACIENTKY S REVMATICKÝM ONEMOCNĚNÍM

1. Návštěvu lékaře neodkládejte.

- Včasná diagnóza je klíčová! Revmatické onemocnění je třeba co nejdříve diagnostikovat a nasadit účinnou léčbu zabraňující postupné destrukci kloubů a omezení hybnosti kloubů.

2. Ptejte se!

Z lékařů jsme všichni vždycky trochu nervózní, tak si klidně svoje dotazy napište, nebo si s sebou vezměte jako doprovod rodinného příslušníka nebo přítele.

- To, co by vám lékař měl říct je: **Jaká je vaše diagnóza, jaké jsou možnosti léčby. Výhody a nevýhody každé z nich a jak vysoká je pravděpodobnost úspěchu každé z nich.** POZOR! Lékař je povinen vás informovat o VŠECH možnostech léčby, ať už je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění, či nikoliv.

- S lékařem i s ostatními zdravotníky pravidelně o svém zdravotním stavu hovořte (lékaře se ptejte na výsledky vyšetření a došlo-li ke zlepšení, nebo naopak zhoršení zdravotního stavu).

- **Ptejte se i na léky, které vám lékař předepsal:**

JAKÉ LÉKY? – tablety, dražé, kapsle, kapky, kloktadlo, čípky, masti, injekce, infúze, náplasti;

PROČ? – důvod užívání, předpokládaný účinek, přibližně za jakou dobu začne lék účinkovat, jak dlouho bude účinek trvat;

JAKÉ DÁVKOVÁNÍ? – síla, kolikrát denně, u léků dle potřeby maximální povolená dávka;

JAK PODÁVAT? – polykat, cucat, nanášet na bolavé místo (do rány/mimo ránu), kam lepit náplasti, kdy se vyhnout slunci;

KDY? – ráno x poledne x večer x v noci, před jídlem x po jídle, vsedě x vestoje;

PŘÍPADNÁ DIETNÍ OMEZENÍ? – vhodné x nevhodné pokrmy – jaké ovoce, zeleninu, jaké potraviny nekonzumovat, když užíváte některé léky, jaké léky nekombinovat.

3. Užívejte léky podle doporučení lékaře, zaznamenávejte si:

- **OD KDY – DO KDY, KDY VYSAZENO A PROČ?** – tato pomůcka vám usnadní komunikaci s lékařem – lékař i pacient mají lepší přehled – jaké léky, v jaké dávce, jak dlouho jste je užíval/a a jak jste na ně reagoval/a.



DESATERO PRO PACIENTY/PACIENTKY S REVMAICKÝM ONEMOCNĚNÍM

- Vždy si přečtete příbalovou informaci, ale nepropadejte panice při čtení možných nežádoucích účinků (velmi pravděpodobně se ve vašem případě nevyskytnou.). V případě, že by se přeci jen u vás některý z nežádoucích účinků vyskytl, o nežádoucím účinku je třeba okamžitě informovat lékaře, který pravděpodobně lék vysadí nebo vymění za lék jiný. Nesteroidní antirevmatika nebo analgetika můžete v případě nežádoucích účinků vysadit sám/sama. **Nikdy svévolně nevyšazujte kortikoidy – jejich náhlé vysazení by mohlo ohrozit váš život.** Každou změnu v užívání léků hlase svému lékaři.
- Jestliže užíváte doplňky stravy, vitamíny, byliny, nahlaste to svému lékaři.
- Používáte-li masti proti bolesti obsahující nesteroidní analgetikum, tak po použití dodržujte přísný zákaz slunění (až 48 hodin). Nerespektování zákazu slunění může vést ke vzniku rozsáhlých kožních problémů, které mohou vyústit k hospitalizaci.
- Léky vždy skladujte podle návodu v příbalovém letáku. Při užívání biologických léků je nezbytné dbát na způsob přepravy. Špatně uskladněné a přepravované léky pacient **NESMÍ** užít!

4. Dodržujte doporučení lékaře.

Mezi lékařem a pacientem by měl být vztah založený na důvěře. Váš ošetřující lékař je vaším partnerem při léčbě a je třeba, aby byl informován!

- Nesouhlasíte-li s postupem lékaře, je třeba si s ním o tom promluvit a společně najít vhodné řešení pro obě strany. Pokud cítíte, že nedochází k přijatelné domluvě, nebo pochybujete o postupech lékaře, tak můžete využít názor druhého lékaře.
- Nezapomeňte nahlásit diagnózu také dalším lékařům, ke kterým pravidelně docházíte, případně při hospitalizaci nebo při akutně vzniklém zdravotním problému a případném transportu vozidlem rychlé záchranné služby
- Před hospitalizací se informujte, co vše si máte do nemocnice vzít s sebou (nejlépe na webových stránkách příslušného zdravotnického zařízení nebo u lékaře).



5. Informujte se i sami.

- Zajímejte se aktivně o svoje onemocnění, je mnoho věcí, kterými můžete svůj zdravotní stav pozitivně ovlivnit. Pokud budete informace hledat na internetu, **dejte pozor na důvěryhodnost zdroje**. Můžete využít webových stránek patientské organizace, kde naleznete mnoho odkazů a u nichž je vždy zaručena lékařská garance.

6. Trvejte na pravidelném stanovování aktivity onemocnění.

Lékař stanovuje aktivitu onemocnění podle krevních testů, rentgenových snímků a podle postižení kloubů a okolních tkání pomocí tzv. kompozitních indexů (např. DAS 28, SDAI, CDAI). Na stanovování aktivity onemocnění, funkčnosti, soběstačnosti atd. spolupracují i fyzioterapeut, ergoterapeut a sestry.

- Stanovování aktivity onemocnění dle některého z kompozitních indexů by při použití principu léčby k cíli mělo podle doporučení Evropské ligy proti revmatismu probíhat pravidelně v minimálně tříměsíčních intervalech při střední a vysoké aktivitě onemocnění, při remisi mohou být intervaly delší.

7. Upravte svou životosprávu.

- Pokud máte nadváhu, nebo jste obézní, pokuste se pod dohledem odborníka zhubnout. Vynechejte přísun živočišných tuků, cukr a alkohol. Pijte vodu nebo neslazené a nesycené nápoje. Sledujte, po kterých potravinách se váš stav zhoršuje a po kterých potravinách se naopak cítíte lépe.



8. Hýbejte se!

- Víme, že „revma“ bolí, ale pro zachování svalové síly, rozsahu pohybu a hybnosti kloubů je pohyb nutný. Pravidelné cvičení má rovněž pozitivní vliv na prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Cvičit byste měli alespoň 30 minut denně. Jaké cviky a v jaké intenzitě vám nejlépe poradí fyzioterapeut.
- Věnujete-li se aktivně nějakým sportovním aktivitám (turistika, plavání, jízda na kole, lyžování atp.) poraďte se s fyzioterapeutem, do jaké míry je vzhledem k vašemu zdravotnímu stavu konkrétní aktivita vhodná.
- Ergoterapeut vám zase může být nápomocný v oblasti uchování soběstačnosti a vykonávání denních aktivit s volbou pomůcek, které vám usnadní některé činnosti.
- Je třeba rozvíjet především ty oblasti, které potřebujete k zachování soběstačnosti a k výkonu běžných denních aktivit. Při volbě vhodného cvičení se s důvěrou obraťte na fyzioterapeuta, či ergoterapeuta. **Můžete využít pravidelných cvičení a ergoterapií, které ve svých klubech organizuje pacientská organizace.**

9. Naučte se relaxovat.

Stres je vaším nepřítelem a může výrazně ovlivnit váš zdravotní stav, snažte se rozvíjet relaxační a uvolňující techniky.

- Pokud budete v psychické pohodě, hned bude svět o něco příjemnějším místem. Snažte se onemocnění přijmout jako součást Vašeho života i s jeho omezením.
- Mluvte o onemocnění s lidmi, kteří jsou na tom „stejně“. Využijte nabídek pacientské organizace a zúčastněte se pravidelných setkání pacientů s revmatickým onemocněním, nebo jeďte na rekondiční pobyt do lázní.

10. Nezúšťávejte sami!

Naučte se plánovat činnosti a rozdělit úkoly, hovořte se svými blízkými, nebojte se požádat o pomoc. Nevynechávejte rodinu a přátele, je důležité, aby i oni přijali omezení, která z onemocnění plynou. Jsou těmi, kteří o vás pečují, když vám není dobře. Měli by vědět, jak se cítíte a podpořit vás.



Co je sdílené rozhodování

Sdílené rozhodování (Shared Decision Making) je model, který počítá s aktivním zapojením pacienta do rozhodování o volbě vhodné léčby, např. pokud jde o volbu mezi dvěma a více lékařsky přijatelnými alternativami. Model počítá s tím, že lékař a pacient sdílejí informace a snaží se společně domluvit na vhodném postupu.

V Evropské lize proti revmatismu (EULAR) se dlouhodobě diskutuje o výhodách, které sdílené rozhodování přináší – a to především v léčbě chronicky nemocných pacientů. Zkušenosti z některých zdravotnických zařízení západní Evropy potvrzují, že spolurozhodování o léčbě je prospěšné jak pro pacienta, tak i pro zdravotníky. Při volbě vhodné léčby je potřeba brát v úvahu řadu lékařských i osobních faktorů – každý pacient je jiný a vyhovuje mu něco jiného – právě v tomto procesu hraje sdílené rozhodování významnou roli.

Cílem Revma Ligy bylo pomocí dotazníkového šetření zjistit, do jaké míry se sdílené rozhodování uplatňuje v českém prostředí. Zda se pacienti sami o léčbu zajímají, jestli jsou jim nabízeny veškeré léčebné možnosti a především, zda jsou léčeni podle principu „léčby k cíli“.

Léčba k cíli

Léčba k cíli je založena na monitorování aktivity nemoci pomocí kompozitních indexů (DAS28, SDAI) – podobně jako třeba u nemocných cukrovkou, kdy lékaři sledují hodnoty krevního cukru, lipidový profil nebo krevní tlak a podle výsledků upravují léčbu pacienta. Pacienti jsou si při tom vědomi výsledků a znají žádoucí cílové hodnoty. Tohoto mechanismu je třeba dosáhnout i v oblasti revmatických nemocí. Při použití tohoto principu jsou určeny hodnoty, kterých je třeba dosáhnout a lékař s pacientem společně rozhodnou o prostředcích k jejich dosažení, přičemž je klíčové sledování aktivity onemocnění.

Dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření probíhalo 6 měsíců – od března 2016 do září 2016. Dotazník byl primárně cílen na členy regionálních klubů Revma Ligy, kterých bylo v době spuštění dotazníku registrováno 383. Dotazník byl dále šířen mezi revmatické pacienty na sociálních sítích – Facebook Revma Ligy ČR, Facebook projektu Revma výzva, skupina Revmatoidní artritida.

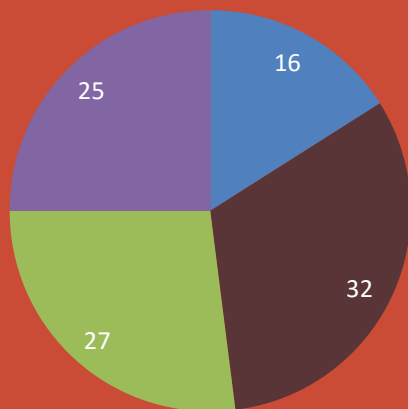


Struktura respondentů

Na dotazník odpovědělo 246 pacientů s následujícím věkovým složením:

Věková kategorie	Počet respondentů	Podíl respondentů
Méně než 30 let	39	16 %
31-45 let	79	32 %
46-60 let	67	27 %
61 a více let	61	25 %
Celkem	246	100 %

Věková struktura



■ 0-30 ■ 31-45 ■ 46-60 ■ 61+



Výsledky dotazníku

	Ano	Ne	Nevím
Setkal/a jste se někdy s tím, že Vám lékař nebo jiný zdravotník nabídl více možností léčby nebo zákroku?	46 %	54 %	–
• Nabídl revmatolog	76 %	–	–
• Nabídl jiný lékař či zdravotník	41 %	–	–
Zajímal/a jste se někdy aktivně sám/sama o další možnosti léčby (zákroku) vedle té, která Vám byla určena?	86 %	14 %	–
V případech, že jste odpověděl/a ano - byla Vám další alternativa nabídnuta?	40 %	60 %	–
Seznámil Vás revmatolog s principem léčby k cíli?	69 %	31 %	–
Hodnotí Váš revmatolog aktivitu onemocnění podle některého z kompozitních indexů?	25 %	13 %	62 %
Dostal/a jste v ambulanci Vašeho lékaře informaci o výhodách spolupráce s pacientskou organizací?	11 %	89 %	–
Žádal/a jste někdy o názor druhého lékaře?	41 %	59 %	–

N = 246

Z dotazníkového šetření vyplývá, že model sdíleného rozhodování v České republice není zcela zažitý, a to ani u lékařů, ani u pacientů. Stále do jisté míry přežívá paternalistický přístup, kdy komunikace ze strany lékaře není vždy zcela otevřená a informace k pacientovi úplné. Vzhledem k tomu, že tento vztah byl v minulosti velmi dlouhou dobu udržován a posilován, změna k cílovému partnerskému vztahu s důrazem na pacientovu autonomii a právo se rozhodnout je složitá a vyžaduje odlišný přístup na obou stranách. Nerovnováha vztahu vyplývá jak z odpovědí na otázky nabídky možnosti léčby a alternativami, tak i z menšího využití možnosti požádat jiného lékaře o druhý názor (pouze ve 41 %).

V dotazníku pouze ve 46 % případů nabídl lékař pacientovi více možností léčby. V 86 % případů se sám revmatický pacient zajímal o další možnosti léčby. Není překvapivé, že z těchto aktivnějších pacientů bylo více než 90 % lidí mladší 45 let.



SDÍLENÉ ROZHODOVÁNÍ PACIENTA A LÉKAŘE

69 % pacientů bylo seznámeno s principem léčby k cíli, ale jen 25 % pacientů uvedlo, že je jejich stav sledován podle některého z kompozitních indexů. V tom případě je někde v přenosu informace chyba, protože sledování aktivity onemocnění je při použití principu léčby k cíli klíčové – jak to tedy pacient může nevědět?

V dnešní době bohužel není v běžné praxi zvykem provádět měření aktivity onemocnění a to je potřeba změnit. Pokud mají být revmatici efektivně léčeni, tak by lékař měl používat měření aktivity podle kompozitních indexů, a díky tomu včas reagovat a upravovat léčbu podle aktuální potřeby. Pokud mezi pacientem a lékařem nedochází ke vzájemné shodě při přístupu k léčbě, nabízí se možnost konzultace s jiným lékařem.

Z pohledu pacientské organizace žádá velkou pozornost skutečnost, že pouze v 11 % případů byli pacienti informováni zdravotníky o existenci pacientské organizace. Přitom právě pacientská organizace může zejména nově diagnostikovanému pacientovi dát ucelenou, relevantní a autentickou informaci o nemoci, možnostech léčby a být mu průvodcem v nelehké životní situaci.

Všechny uvedené skutečnosti proto vedly Revma ligu s partnery k vypracování tzv. White Paper, který nabízí pohled pacientů na nemoc a léčbu, a stejně tak i Desatera pro pacienta/pacientku se zánětlivým revmatickým onemocněním, které jim dají návod a doporučení, jak být lékaři partnerem, jak a jaké pokládat otázky a kdy a proč žádat odpovědi.



Revma Liga Česká republika, z.s., je patientská organizace, která sdružuje lidi s revmatismem, jejich rodinné příslušníky a přátele. Cílem společnosti je již více než 25 let zvyšování povědomí o revmatických chorobách. Členové Revma Ligy bojují za plnohodnotný a rovnoprávný život zdravotně postižených a vytvářejí pro ně regionální kluby po celé České republice. Revma Liga spolupracuje s mezinárodními organizacemi stejného zaměření v zahraničí (jako jsou například Evropská liga proti revmatismu – EULAR či Liga proti reumatismu na Slovensku) a její činnost podporují lékaři a zdravotníci.

Ústav lékového průvodce, z.ú., je nezávislá nezisková organizace, která vznikla na základě potřeby pacientů, lékařů a dalších aktérů ve zdravotnictví. Hlavním cílem Ústavu lékového průvodce je komunikovat problémy spojené s bezpečným užíváním léků, prosazovat zlepšení lékové politiky a dostupnost léčby pro pacienty.

Tento dokument vznikl v rámci projektu Revma Výzva 2015, který je realizován v ČR v letech 2015/2016 a který byl také podpořen z rozpočtu Ministerstva zdravotnictví ČR. Revma Výzva 2015 má za cíl upozornit laickou i odbornou veřejnost na aktuální výzvy v oblasti revmatoidní artritidy, zejména na možnost zlepšení dostupnosti moderní léčby a na nový pozitivní přístup odborníků akcentující kritický význam včasného stanovení diagnózy a včasného zahájení léčby pro pacienty, s ohledem na lepší kvalitu jejich života.



Odborný garant



ČESKÁ
REVMATOLOGICKÁ
SPOLEČNOST
ČLS JEP

Vydání brožury podpořili



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

abbvie



Revma Liga Česká republika, z.s.

Revmatologický ústav, Na Slupi 4, 128 50 Praha 2

Bankovní spojení: 6095389/0800

info@revmaliga.cz

www.revmaliga.cz

Ústav lékového průvodce, z.ú.

Klicperova 604/8, 150 00 Praha 5

info@lekovypruvodce.cz

www.lekovypruvodce.cz

Praha 2016

Obsah a texty: Revma Liga ČR, Ústav lékového průvodce

Grafická úprava a sazba: Medica Healthworld, a. s.



