proLékaře.cz | 22.11.2026



## Vážené kolegyně a vážení kolegové,



předkládáme Vám nové číslo časopisu AtheroReview, do kterého jsme pro Vás připravili blok o vzájemném vztahu revmatických onemocnění a poruch metabolizmu lipidů, zejména s ohledem na dopad revmatických onemocnění a jejich léčby na kardiovaskulární riziko a lipidogram. Co nás k zařazení takové problematiky vedlo? Je to fakt, že mortalita je u revmatických onemocnění podmíněna z dlouhodobého pohledu zejména zvýšeným kardiovaskulárním rizikem, které nelze vysvětlit jen tradičními rizikovými faktory. Samotné revmatické onemocnění se uplatňuje jako nezávislý kardiovaskulární rizikový faktor, do kterého se promítá zejména typ léčby revmatických onemocnění, sérová koncentrace lipidů a míra systémového zánětu. Navíc se u revmatických chorob uplatňuje „lipidový paradox", tj. se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem je asociována nižší celková cholesterolemie, ovšem nízký LDL-cholesterol neznamená redukované kardiovaskulární riziko.

Kardiovaskulární riziko u pacientů s revmatoidní artritidou v přehledu uvádí MUDr. **Kristína Brázdilová a kol.** z V. interní kliniky LF UK a UNB v Bratislavě.

K minimalizaci kardiovaskulárního rizika revmatologických pacientů je nutné optimálně kontrolovat aktivitu revmatologického onemocnění, v pravidelných intervalech hodnotit kardiovaskulární riziko, provádět screening asymptomatické aterosklerózy a zavést vhodná dietní, režimová a léčebná opatření s využitím hypolipidemik, zejména statinů. Co by měl revmatolog vědět o statinech a jejich nežádoucích účincích, rozvádí ve svém příspěvku doc. MUDr. **Jan Piťha, CSc.**, z Interní kliniky FN Motol a Centra experimentální medicíny IKEM v Praze.

V čem se revmatologové a lipidologové rozcházejí? Právě v pohledu na poměr přínosu/rizika léčby statiny. Revmatologové se jednoznačně častěji setkávají s nežádoucími účinky statinů na pohybové ústrojí. Bývají proto při léčbě statiny opatrnější. Vidí totiž často jejich závažné nežádoucí účinky poškozující pohybový aparát. Jedná se však o velice selektovanou skupinu osob. Lipidologové se dívají na léčbu, či spíše „neléčbu" statiny z opačné strany. Vidí infarkty myokardu a/nebo cévní mozkové příhody, které vůbec nemusely nastat, kdyby pacienti statiny brali či je nevysazovali.

Vliv léčby revmatických onemocnění na kardiovaskulární riziko hodnotí MUDr. **Jiří Laštůvka a kol.** z Interního oddělení Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem a Centra preventivní kardiologie 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Poukazuje na problematiku léčby nesteroidními protizánětlivými léky i glukokortikoidy, které riziko aterotrombotických cévních příhod spíše zvyšují, průběh choroby modifikující léčiva (DMARDs) mohou mít z tohoto hlediska vliv spíše příznivý. Biologická léčba (zejména přípravky ze skupiny anti TNF alfa) cévní riziko spíše snižuje.

Nové poznatky o vlivu biologické léčby a o kardiovaskulární bezpečnosti léčby přípravkem tocilizumab – výsledky klinického hodnocení ENTRACTE – pro Vás připravil MUDr. Heřman Mann z Revmatologické kliniky 1. LF a Revmatologického ústav v Praze. V průběhu léčby tocilizumabem dochází k výraznějšímu zvýšení hladin cholesterolu než při léčbě blokátory tumor-nekrotizujícího faktoru alfa. Změny lipidogramu se obvykle objevují již v prvních týdnech léčby tocilizumabem a následně se stabilizují. Analýza údajů z klinické praxe ani klinické hodnocení ENTRACTE neprokázaly zvýšené riziko kardiovaskulárních příhod při léčbě tocilizumabem ve srovnání s jinými biologiky.

Vážení čtenáři, doufáme, že pro Vás bude revmatologicko-lipidologický blok v předkládaném čísle časopisu AtheroReview zajímavý a přinese Vám nové poučení pro práci s Vašimi pacienty.

*Váš prof. MUDr. Vladimír Bláha, CSc.*