

spojena se zvýšením kvality života pacientů a snížením invalidizujícího potenciálu obou nemocí. V České republice počet takto léčených pacientů sice narůstá, jejich podíl na celkové populaci nemocných s IBD je však stále nízký (2). Pracovní skupina pro IBD při České gastroenterologické společnosti připravuje řadu opatření ke zlepšení této situace; jedním z nich je implementace indikátorů kvality péče o IBD pacienty, kterou připravuje ve spolupráci s Fakultou biomedicínského inženýrství (FBMI) ČVUT, Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) a Ministerstvem zdravotnictví ČR.

## Epidemiologie IBD v ČR

Crohnova choroba i ulcerózní kolitida postihují především populaci ekonomicky vyspělých zemí s maximem výskytu v Evropě a v Severní Americe. V České republice se v současné době nacházíme ve 3. fázi globálního epidemiologického vývoje IBD – stagnující incidence, ale stále rostoucí prevalence IBD (3). Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) bylo v roce 2025 v ČR evidováno přes 90 tisíc pacientů s IBD, mírně převažovali nemocní s UC. Predikce ÚZIS předpokládá, že v roce 2030 by mohl počet IBD pacientů v ČR dosáhnout přibližně 100 tisíc, prevalence se tedy bude blížit hodnotě 1 % (Obr. 1). Navíc lze předpokládat, že při stávajícím vývoji bude prevalence IBD v ČR narůstat nejméně dalších 10–15 let.

## Limity konvenční léčby IBD

Hlavním léčebným nástrojem IBD je medikamentózní terapie, která zahrnuje jak léčiva dlouhodobě využívaná již v průběhu 20. století (tzv. konvenční léčba), tak i léky uváděné do praxe od přelomu milénia a vyvíjené na základě detailních znalostí patogeneze obou nemocí (léčba cílená). Významná část pacientů však stále vyžaduje také chi-

rurgickou léčbu – v průběhu života je operována nejméně polovina pacientů s CD a 10–20 % pacientů s UC (4). Nové možnosti přináší léčba endoskopická, součástí managementu IBD je také léčba nutriční, rehabilitační a psychologická. Ke zvládnutí systémových projevů IBD nebo komplikací spojených s léčbou je potřebná i spolupráce dalších specialistů (revmatologie, dermatologie, oční lékařství, infektologie, imunologie a alergologie, neurologie aj.).

Termínem konvenční léčba IBD označujeme tři základní skupiny medikamentů: aminosalicyláty, kortikosteroidy a imunosupresiva (v anglosaské literatuře často označovaná jako imunomodulátory). Aminosalicyláty jsou nejdéle používanou skupinou léků (od 40. let minulého století), tradičně byly používány v terapii UC i CD. Zatímco v léčbě UC zůstávají základním terapeutickým nástrojem u mírně a středně aktivního onemocnění (často v kombinaci perorální a rektální formy), jejich pozice v léčbě CD se v posledních 10–15 letech zásadně změnila. Revize výsledků kontrolovaných studií i zkušeností z klinické praxe vedla k jednoznačnému závěru: aminosalicyláty nejsou účinné v léčbě Crohnovy choroby (5, 6, 7). Jakkoli lze diskutovat o jejich potenciálním efektu u velmi lehkých forem CD, jejich automatické podávání u většiny pacientů s Crohnovou chorobou je postupem chybným a nežádoucím jak z hlediska medicínského, tak i ekonomického.

Kortikosteroidy naproti tomu tvoří stále základ léčby středně a vysoce aktivních forem IBD (UC i CD). Zejména systémové kortikosteroidy mají silný protizánětlivý efekt, který nastupuje zpravidla velmi rychle – v řádu hodin nebo dnů. Jejich zavedení do klinické praxe v polovině 20. století bylo doslova revolučním počinem; mimo jiné dramaticky klesla úmrtnost na těžké formy IBD, zejména UC. Vývoj tzv. topických kortikosteroidů (budesonidu) v 90. letech minulého století měl umožnit využití pozitivního efektu při významné redukci nežádoucích účinků.

**Obr. 1.** Statistická predikce počtu léčených (prevalence): Crohnova nemoc (K50) a ulcerózní kolitida (K51). Dušek L. Kulatý stůl Zdravotnického deníku, Praha, květen 2026

## Statistická predikce počtu léčených (prevalence): Crohnova nemoc (K50) a ulcerózní kolitida (K51)

Zdroj dat: NRHZS 2010–2023 (predikční báze 2019–2023); Český statistický úřad – Projekce obyvatelstva České republiky (2018–2100); uvedena predikce dle střední varianty projekce (v závorce rozsah dle nízké a vysoké varianty projekce) za předpokladu lineárního vývoje věkově-specifické prevalence.

	Pozorovaná prevalence		Predikovaná prevalence			
	1.1.2020	1.1.2024	1.1.2025	Rok 2030	Rok 2035	Rok 2040
<b>Crohnova nemoc</b>	39 111	42 401	43 452 (43 233–43 576)	46 677 (46 024–47 044)	50 402 (49 298–51 019)	54 074 (52 451–54 990)
<b>Ulcerózní kolitida</b>	44 210	46 843	47 621 (47 407–47 740)	49 959 (49 298–50 331)	52 468 (51 334–53 112)	54 979 (53 298–55 970)

