

až v linii druhé a vyšší. Dělení cílených léčiv na prvo- a druholiniové vychází zejména z aspektů farmakoeconomických; medicínské hledisko je však zcela jasné – každý lék by měl být použitelný v první linii tak, aby mohl ošetřující lékař optimalizovat léčebný postup od počátku terapie.

Systém péče o pacienty s IBD v ČR

Hlavní roli v péči o pacienty s IBD mají v ČR dvě skupiny odborníků – ambulantní gastroenterologové a lékaři v centrech pro podávání cílené léčby IBD. První skupina se rozhodující měrou podílí na diagnostice IBD a zahájení medikamentózní léčby, obvykle pak pokračuje i v dlouhodobém sledování pacientů s lehkou nebo středně těžkou formou IBD. Kromě diagnostiky IBD je úkolem ambulantních gastroenterologů také optimalizace konvenční léčby střevních zánětů v souladu s aktuálními poznatky a doporučeními českými i mezinárodními. Správně nastavená a monitorovaná konvenční léčba snižuje riziko jejího selhání a může (zejména u pacientů s UC) odložit nebo zcela eliminovat potřebu cílené terapie.

Klíčovou rolí ambulantních gastroenterologů se v posledních dvou dekádách stala včasná identifikace pacientů vyžadujících cílenou terapii. Počet pacientů s IBD kontinuálně narůstá a jejich sledování má některá specifika. Jedním z nejvýznamnějších je značná diskrepance mezi klinickým obrazem Crohnovy choroby a morfoloogickým nálezem v trávící trubici. Péče o pacienta s CD proto vyžaduje proaktivní přístup – je nutný již od stanovení diagnózy a netýká se pouze pacientů již léčených ve specializovaných centrech. Předání pacienta do centrové péče je ovšem závislé nejen na lékaři odesílajícím, ale též na příslušném centru – jeho personální a prostorové kapacitě, systému práce, erudici a vstřícnosti personálu, a také (a často zejména) na ekonomické situaci vyplývající z finančních limitů jednotlivých center.

Cílená léčba IBD v ČR – registr CREdit

Rozmach cílené terapie v ekonomicky vyspělých zemích Evropy zejména u pacientů s CD dokládá řada studií. Již v kohortách pacientů kolem roku 2010 byl podíl nemocných s CD léčených biologikem po 1 roce od stanovení diagnózy kolem 20 %. Po 5 letech se podíl zvyšoval na 33 % u CD a na 10 % u pacientů s UC (12, 13). Ve stejné době byl podíl léčených ve střední a východní Evropě 14 % (CD) a 4 % (UC), tedy méně než poloviční.

Pacienti s IBD léčení cílenou terapií jsou v ČR sledováni v registru CREdit, který je spravován Českou gastroenterologickou společností. Jde o prospektivní databázi nemocných, která je vedena ve většině center pro podávání biologické a inovativní terapie IBD v ČR; registr v současnosti pokrývá přibližně 80 % populace IBD pacientů léčených biologiky a malými molekulami. V současné době (květen 2026) jsou v registru záznamy o více než 12 tisících pacientech, celkový počet aktuálně léčených v ČR tak dosahuje 14–15 tisíc pacientů s IBD (2).

Cílená terapie je častěji využívána u pacientů s CD. V registru CREdit je podíl pacientů s diagnózou Crohnovy choroby 67 %, zbylých 33 % má UC. Podobný poměr udává i španělský registr ENEIDA (71 % CD, 29 % UC) (14). Porovnáním aktuálních dat – počtu léčených pacientů a prevalence IBD v populaci České republiky vidíme, že v současnosti je v ČR léčeno cílenou terapií přibližně 25 % pacientů s CD a 12 % pacientů s UC (1, 2). Aktuální dostupnost cílené terapie IBD pro pacienty v ČR je tak přibližně na stejné úrovni, na jaké byla v západní Evropě v roce 2010.

Jak dál?

Vývoj nových léčiv IBD přináší především léky bezpečnější, nikoli účinnější ve srovnání s první generací biologik – anti-TNF protilátkami. V průběhu léčby proto dochází ke změnám (switch) podávané látky při selhání nebo intoleranci terapie předešlé. K prolomení terapeutického stropu a zásadnímu posunu v dlouhodobé efektivitě léčby IBD je nejspíše nezbytná řada inovativních přístupů na mnoha úrovních. Počínaje metodami časně diagnostiky (nové biomarkery, tzv. multiomické profilování), přes nový a klinickou praxi více reflektující design klinických studií, až po racionální využití kombinované cílené léčby (více biologik a malých molekul potenciálně pokryje více patogenetických mechanismů) – to vše je předmětem nastupující „precizní medicíny“ založené na pochopení mechanismu onemocnění (11).

Jedním z hlavních důvodů neschopnosti současné léčby IBD prolomit terapeutický strop je strategie založená na relativně opožděném zahájení cílené terapie (platí zejména pro CD). Morfoloogické změny ve střevě jsou pak příliš pokročilé a efektivita jakékoli medikamentózní terapie – včetně cílené – je významně nižší, než je tomu v časnější fázi choroby. Rozdíl v efektivitě časně a pozdní cílené léčby názorně demonstrují výsledky studie PROFILE (16). Ve skupině časně terapie infliximabem (medián doby od diagnózy CD do zahájení léčby byl pouhých 12 dnů!) dosáhlo sledovaného cíle – remise bez kortikosteroidů a chirurgického výkonu – téměř 80 % pacientů po 1 roce trvání léčby. Jde o zcela výjimečný výsledek, který je navíc podpořen i dalšími sledováními pacientů zařazených do studie po dobu 5 let. Pozitivní efekt časně léčby přetrvává a tato léčba je bezpečnější a ekonomicky dokonce výhodnější, než tradiční „step-up“ terapie, při níž je cílená léčba podána až po selhání nebo při intoleranci léčby konvenční (17). Studie Profile tak jasně ukazuje směr – časná cílená terapie CD je nástroj, který je potenciálně k dispozici již dnes. Při klesajících nákladech na většinu biologik, zejména díky jejich biosimilárním variantám, je velmi časně zahájení cílené léčby alespoň u pacientů s rizikovým profilem medicínsky i ekonomicky žádoucí. Nezbyvá nyní, než přesvědčit zodpovědné instituce (zdravotní pojišťovny, SÚKL, Ministerstvo zdravotnictví) o nutnosti změnit současný rezervovaný přístup k rozšiřování cílené terapie na přístup vstřícný a iniciativní.

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Publikace byla zpracována s využitím uvedené literatury a nebyla publikována ani zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Žádný. **Financování:** Žádné. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etickou komisí:** N/A.