

Idiopatické střevní záněty – současný stav v České republice a budoucí perspektivy

Václav Štěpánek¹, Martin Bortlík^{1, 2, 3, 4}

¹Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice

²Interní klinika 1. LF UK a Ústřední vojenské nemocnice, Praha

³Farmakologický ústav 1. LF UK, Praha

⁴Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita, České Budějovice

Crohnova choroba a ulcerózní kolitida jsou chronická zánětlivá onemocnění (IBD), jejichž výskyt v naší populaci stále narůstá. Česká republika patří k zemím s vysokou prevalencí IBD blížící se hodnotě 1 %. Základem terapie obou nemocí je medikamentózní léčba zahrnující konvenční léčiva a léky cílené – biologika a malé molekuly. Cílená terapie je efektivnější a bezpečnější léčebný nástroj a měla by být preferována u pacientů se středně a vysoce aktivní nebo závažnou formou nemoci. V České republice jsou pacienti s IBD léčení cílenou terapií dlouhodobě sledováni v registru CREdIT. Jejich podíl na celé populaci nemocných je však ve srovnání s většinou vyspělých evropských zemí nízký. Vysoký je naopak podíl pacientů léčených dlouhodobě systémovými kortikosteroidy a také pacientů s Crohnovou chorobou léčených mesalazinem. Současné výsledky terapie IBD je možno zlepšit zahájením cílené léčby v časně fázi choroby.

Klíčová slova: idiopatické střevní záněty, Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, cílená terapie.

Inflammatory bowel diseases – current situation in the Czech Republic and future perspectives

Crohn's disease and ulcerative colitis belong to chronic inflammatory conditions (IBD) with increasing prevalence. In the Czech Republic, the current prevalence reaches 1%. Both conditions require long-term medical therapy that consists of conventional and advanced drugs (biologics and small molecules). Advanced therapy is more effective and safer compared to conventional drugs and should be preferred in patients with moderate to severe disease. In the Czech Republic, IBD patients with advanced drugs are enrolled into the registry called CREdIT. The proportion of such patients is, however, low compared to most developed countries in the Europe. On the other hand, the proportion of patient on long-term systemic steroids is too high, so is the proportion of Crohn's disease patients treated with aminosalicylates. Therapeutic outcomes in IBD patients can be improved by early initiation of advanced therapy.

Key words: inflammatory bowel disease, Crohn's disease, ulcerative colitis, advanced therapy.

Úvod

Idiopatické střevní záněty (IBD), mezi něž řadíme Crohnovu chorobu (CD) a ulcerózní kolitidu (UC), patří mezi zánětlivá onemocnění trávicí trubice se širokým spektrem projevů střevních i mimostřevních. Jejich společnou charakteristikou je komplexní etiopatogeneze, chronický a špatně předvídatelný průběh a celosvětově rostoucí počet pacientů.

Česká republika patří v současné době k zemím s vysokou prevalencí, která se blíží hodnotě 1 % (1). Základem léčby IBD je medikamentózní terapie, která doznala zásadních změn v posledních dvou dekadách. Klíčovým nástrojem se v současné době stala léčba zahrnující biologika (monoklonální protilátky) a malé molekuly, souhrnně označovaná termínem cílená (ev. inovativní, pokročilá) léčba. Cílená terapie IBD je

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 přinášejí 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.

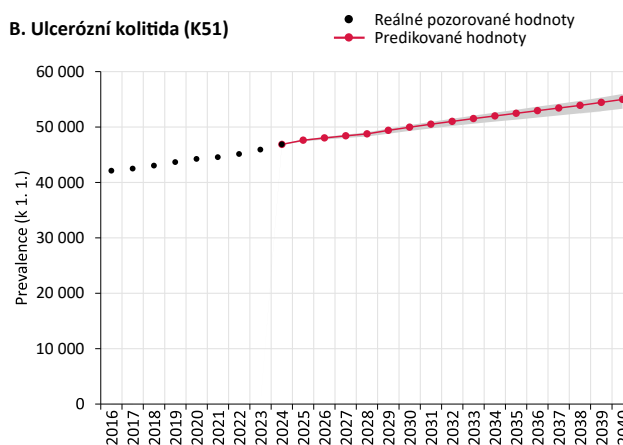
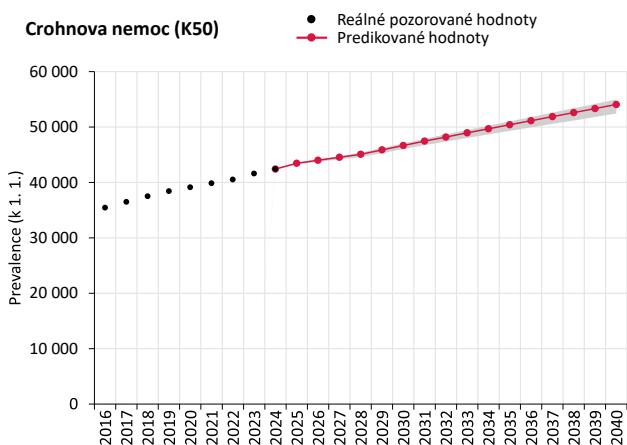
Obr. 1. Statistická predikce počtu léčených (prevalence): Crohnova nemoc (K50) a ulcerózní kolitida (K51). Dušek L. Kulatý stůl Zdravotnického deníku, Praha, květen 2026

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);

uvedená 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 |
| Crohnova nemoc | 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) |
| Ulcerózní kolitida | 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) |



INZERCE

Tento cíl však splněn nebyl a topické kortikosteroidy jsou dnes spíše doplňkovým lékem středně aktivních forem IBD, ovšem bez možnosti použití při dlouhodobé (udržovací) terapii.

Zásadním nedostatkem kortikosteroidů jsou jejich četné a v mnoha ohledech velmi závažné nežádoucí účinky. Z dlouhodobého hlediska převyšují jakýkoli benefit této léčby, a proto jsou kortikosteroidy vhodné výlučně v indukční léčbě IBD. Jejich postavení v managementu střevních zánětů názorně dokládá i skutečnost, že jedním ze sledovaných kritérií všech nově vyvíjených léků je tzv. kortikosteroidy šetřící efekt.

Imunosupresiva používaná v léčbě IBD reprezentují dvě základní skupiny – thiopurinová imunosupresiva (azathioprin a 6-merkaptopurin) a methotrexát. Methotrexát je používán v malé míře k udržovací léčbě CD, thiopuriny pak u obou onemocnění, opět výlučně jako léčba udržovací. Pro obě kategorie je typický pozvolný nástup účinku, v případě thiopurinů se tato doba pohybuje v rozmezí 3–6 měsíců. Efektivita obou léčiv je však relativně malá, obě skupiny jsou zatíženy i relativně vysokým výskytem nežádoucích účinků. Moderní terapeutický přístup je zřejmý – odklon od rutinního používání těchto imunosupresiv, v případě použití pak nejčastěji jako konkomitantní léčba spolu s monoklonální protilátkou infliximabem (6).

V klinické praxi se stále setkáváme s neadekvátním využitím zejména aminosalicylátů a kortikosteroidů. V prvním případě jde o jejich neadekvátní podávání většině pacientů s CD, v případě kortikosteroidů je velmi rozšířeno nadužívání u obou forem IBD. Tyto informace se opírají jak o data z mezinárodních studií, tak i detailní analýzu situace v ČR. V inceptní kohortě nově diagnostikovaných pacientů v České republice (dg. stanovena mezi roky 2018–2021) byl sledován způsob terapie v závislosti na tíži onemocnění (8). Je zřejmý jen pozvolný nárůst podílu pacientů

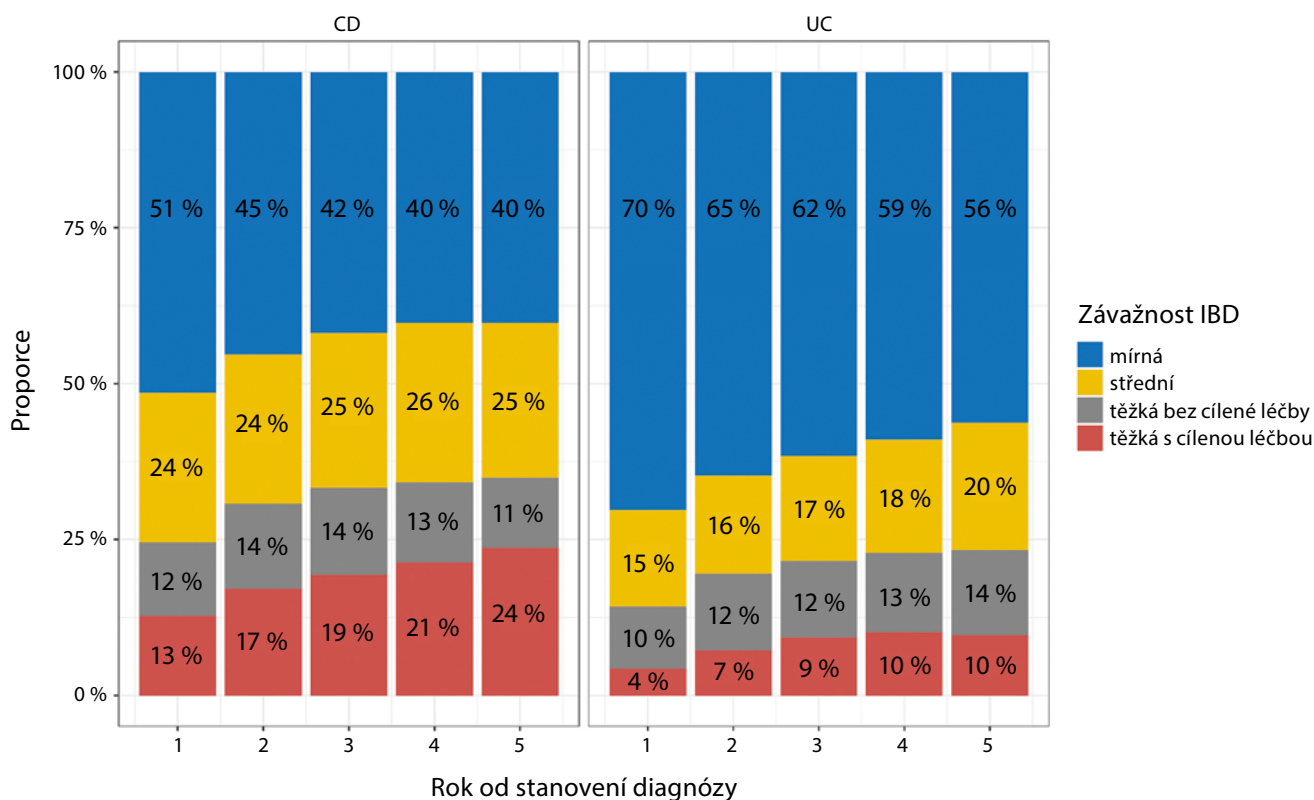
s CD léčených cílenou terapií ze 13 % po 1 roce od stanovení diagnózy na 24 % po 5 letech trvání choroby. Ve skupině pacientů s UC je cílená léčba po 5 letech podávána 10 % nemocných (Obr. 2). Významná je ovšem skutečnost, že u obou diagnóz je současně přítomna skupina 10–15 % pacientů splňujících kritérium těžké choroby (definované jako potřeba opakované léčby systémovými kortikosteroidy), kteří cílenou léčbu nedostali. V optimálním případě by tak podíl pacientů léčených cílenou terapií měl dosáhnout 35 % u CD a 25 % ve skupině UC.

Druhým zajímavým poznatkem je mimořádně vysoký podíl pacientů s CD, kteří jsou léčeni aminosalicyláty (Obr. 3). Přestože aktuální doporučení jejich podávání nepodporují, v prvních 5 letech trvání CD je v ČR léčen alespoň přechodně aminosalicylátem téměř každý pacient. Dokonce i ve skupině pacientů s těžkou formou CD, kterým nebyla dosud podána cílená terapie, je po 4–5 letech trvání choroby předepisován aminosalicylát v 50–60 % případů. Mezi pacienty s CD na cílené terapii je podíl preskripce aminosalicylátů po 5 letech stále ještě čtvrtinový. Důvody pro neadekvátní léčbu jsou zřejmě komplexní: odborná insuficience a subjektivní potřeba lékaře pacienta jakkoli léčit bez ohledu na dostupná data, nebo všeobecná bezpečnost této lékové skupiny. Objektivní překážkou při přechodu k cílené terapii však může být i obtížné zařazení pacienta do péče specializovaného centra.

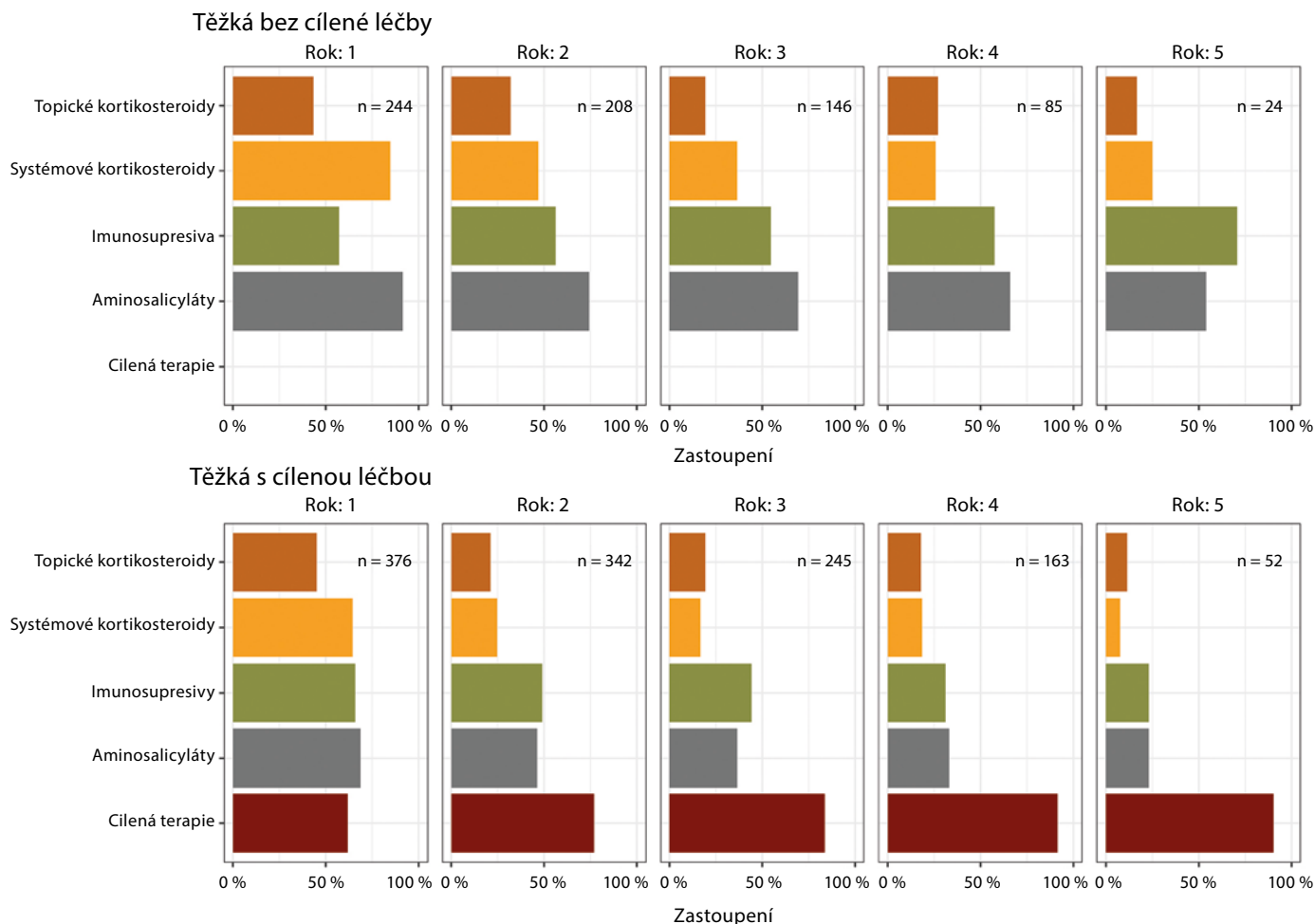
Cílená léčba IBD – standard, nikoli luxus

Vývoj biologik a malých molekul pro terapii IBD probíhá kontinuálně od konce milénia. Prvním biologikem zavedeným do léčby CD byl infliximab (v USA 1998, v EU 1999), následovaný dalšími molekulami ze skupiny protilátek proti tumor nekrozujícímu faktoru (anti-TNF) adalimumabem a golimumabem. V dalších letech přibýly protilátky proti integrinovým

Obr. 2. Rozdělení pacientů podle závažnosti IBD (mírná, střední, těžká bez cílené léčby, těžká s cílenou léčbou) v inceptní kohortě podle dat HAC databáze



INZERCE

Obr. 3. Zastoupení terapeutických skupin u pacientů s těžkou formou CD (bez a s cílenou terapií) v průběhu prvních 5 let trvání choroby

receptorům (vedolizumab) a interleukinům 12 a 23 (blokádou podjednotky p40 – ustekinumab), posledním přírůstkem do rodiny biologik pro IBD pacienty jsou protilátky proti interleukinu 23 (blokující podjednotku p19 – risankizumab, mirikizumab, guselkumab). Od roku 2018 se začaly objevovat také léky nebiologické povahy spadající do kategorie tzv. malých molekul. Jedná se zejména o inhibitory Janusovy kinázy (JAKi) tofacitinib, filgotinib a upadacitinib. Druhou kategorií malých molekul tvoří modulatory sfingosin-1 fosfátového (S1P) receptoru ozanimod a etrasimod. Na rozdíl od biologik – monoklonálních protilátek, které je nutno aplikovat parenterální cestou (intravenózně nebo subkutánně), malé molekuly umožňují perorální aplikaci, která je pro pacienty zpravidla komfortnější. Výhodou je rovněž absence imunogenicity malých molekul (9).

Zásadním přínosem cílené terapie pro nemocné s IBD je kombinace terapeutické účinnosti a bezpečnosti většiny těchto léčiv. Podíl primárních respondérů se v reálné klinické praxi pohybuje kolem 60–80 % v závislosti na typu léčiva a diagnóze (9); zásadním faktorem je ovšem tzv. terapeutická linie. U pacientů v první linii (tzv. naivní pacienti, bez předchozí cílené terapie) je efekt prakticky všech léčiv vyšší než v linii vyšší; platí tedy, že terapeutická účinnost v každé další linii klesá. V průběhu dlouhodobé udržovací léčby dochází k dalšímu úbytku pacientů z důvodu selhání léčby (sekundární non-respondéři) nebo její intolerance. Tento vývoj pozorujeme častěji při léčbě anti-TNF protilátkami, příčinou je obvykle jejich imunogenita spojená s tvor-

bou neutralizačních protilátek (10). V rámci kohorty IBD pacientů tak v dlouhodobém horizontu (roky) dosáhneme stabilní remise přibližně u 40 % nemocných, u nichž byla cílená terapie zahájena. Hovoříme o „terapeutickém stropu“, jehož prolomení je jedním z hlavních cílů při vývoji nových léčiv a léčebných strategií (11).

Navzdory omezenému podílu dlouhodobých respondérů změnila cílená terapie IBD průběh onemocnění zásadním způsobem. Klíčovým efektem je možnost minimalizovat podávání kortikosteroidů a tím eliminovat jejich nežádoucí účinky. Biologika a malé molekuly postupně vytlačují také konvenční imunosupresiva, neboť jsou efektivnější a do značné míry i bezpečnější. Data jednoznačně svědčí pro pozitivní efekt cílené terapie v řadě měřitelných parametrů – kvalita života, počet hospitalizací a počet chirurgických výkonů (15). Ve vyspělých evropských zemích se podíl takto léčených pacientů pohybuje mezi 30–60 % (osobní komunikace), vyšší je obvykle v populacích pacientů s Crohnovou chorobou.

V současnosti používaná biologika a malé molekuly mají podobnou účinnost a jejich zařazení do léčby ovlivňují faktory medicínské a nemedicínské. Do první kategorie patří vedle diagnózy (CD nebo UC) především aktivita nemoci, její fenotyp, přítomnost mimostřevních projevů či jiných komorbidit a v neposlední řadě i předpokládaná adherence pacienta k terapii. Hlavním nemedicínským faktorem jsou pak úhradové podmínky stanovené Státním ústavem pro kontrolu léčiv. Určují především to, zda lze konkrétní lék podat v první linii cílené terapie, nebo

INZERCE

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 trávicí 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 dalším sledováním 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.

LITERATURA

- Dušek L. Kulatý stůl Zdravotnického deníku. Praha, květen 2026.
- Registr CReDiT. [Internet]. [cited 2026 Jun 11]. Available from: <https://credit.registry.cz/index.php>
- Hracs L, Windsor JW, Gorospe J, et al. Global evolution of inflammatory bowel disease across epidemiologic stages. *Nature*. 2025;642(8067):458-466.
- Meima-van Praag EM, Buskens CJ, Hompes R, et al. Surgical Management of Crohn's Disease: A State of the Art Review. *Int J Colorectal Dis*. 2021;36:1133-1145.
- Bortlík M. Doporučení pro diagnostiku a léčbu Crohnovy choroby. Přednáška. 17. vzdělávací a diskusní gastroenterologické dny, Karlovy Vary, 2022 Dec 2.
- Gordon H, Minozzi S, Kopylov U, et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Medical Treatment. *J Crohns Colitis*. 2024;18(10):1531-1555.
- Feuerstein JD, Ho EY, Shmidt E, et al. AGA Clinical Practice Guidelines on the Medical Management of Moderate to Severe Luminal and Perianal Fistulizing Crohn's Disease. *Gastroenterology*. 2021;160(7):2496-2508.
- Donin G, Tichopád A. Analýza cesty pacienta s IBD na základě administrativních dat. Nepublikovaná výzkumná zpráva. Kladno: Fakulta biomedicínského inženýrství, ČVUT v Praze; 2025.
- Balducci D, Mosca M, Monaco S, et al. The Evolving Landscape of Advanced Therapies in Inflammatory Bowel Disease: Current Evidence and Emerging Targets. *Gastrointest Disord*. 2026;8(1):13.
- Tursi A, Mocchi G, Lorenzetti R, et al. Long-Term Real-Life Efficacy and Safety of Infliximab and Adalimumab in the Treatment of Inflammatory Bowel Diseases Outpatients. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2021;33:670-679.
- Solitano V, Jairath V, Magro F, et al. Breaking the therapeutic ceiling in inflammatory bowel disease: myth or reality? *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2026;S2468-1253(26)00085-3.
- Burisch J, Kiudelis G, Kupcinskas L, et al. Natural disease course of Crohn's disease during the first 5 years after diagnosis in a European population-based inception cohort: an Epi-IBD study. *Gut*. 2019;68(3):423-433.
- Burisch J, Katsanos KH, Christodoulou DK, et al. Natural Disease Course of Ulcerative Colitis During the First Five Years of Follow-up in a European Population-based Inception Cohort-An Epi-IBD Study. *J Crohns Colitis*. 2019;13(2):198-208.
- Gómez-Labrador C, Ricart E, Iborra M, et al. Trends in Targeted Therapy Usage in Inflammatory Bowel Disease: TRENDY Study of ENEIDA. *Pharmaceutics*. 2024;16(5):629.
- Arora M, Khurana S, Lu I, et al. Review of Current Medical and Surgical Therapy for Inflammatory Bowel Disease. *J Clin Gastroenterol*. 2026 May 19. doi: 10.1097/MCG.0000000000002387. Online ahead of print.
- Noor NM, Lee JC, Bond S, et al. A biomarker-stratified comparison of top-down versus accelerated step-up treatment strategies for patients with newly diagnosed Crohn's disease (PROFILE): a multicentre, open-label randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2024;9(5):415-427.
- Noor NM, Davies N, Tahir W, et al. Anti-tumor necrosis factor treatment from diagnosis is more effective and less costly than conventional „step-up“ care for patients with active Crohn's disease: a cost-effectiveness analysis from the PROFILE trial. *J Crohns Colitis*. 2025;19(9):jjaf150.

Pro věrné čtenáře

Součástí Vnitřního lékařství 4/2026 je navíc supplementum

Praktická doporučení – Expertní konsenzus pro diagnostiku a léčbu pacientů s hyperurikémií a vysokým kardiovaskulárním rizikem: aktualizace 2025



INZERCE