proLékaře.cz | 11.9.2026

Editorial – Interní medicína

M. Lukáš
Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty ISCARE I.V.F. a.s.
Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK, Praha

Vážené kolegyně a kolegové,
otevíráte nové číslo časopisu Kardiologická Revue – Interní Medicína, jehož ambicí je poskytnout průřez současnou klinickou gastroenterologií s ohledem na pokroky a změny v klinické praxi, kterých bylo v posledních letech dosaženo.

Dramatický vývoj v oblasti terapeutické digestivní endoskopie dokumentuje první práce z pera J. Martínka z pražského IKEM a jeho spolupracovníků [1]. V publikaci je představena nová endoskopická technika určená pro léčbu achalázie jícnu označovaná jako POEM (perorální endoskopická myotonie). Zdá se, že tento způsob léčby, ještě před několika lety zcela nepředstavitelný, posunul definitivně léčbu achalázie – vzácné motorické poruchy jícnu – z operačních na endoskopické sály. Původně byly endoskopické metody striktně vázány na intraluminální prostor trávicí trubice, ve kterém se prováděly diagnostické a terapeutické zásahy. V posledních dvaceti letech byly endoskopické techniky rozšířeny také do „druhého prostoru" – intraabdominálního – a záhy se staly rutinními výkony v klinické praxi, které definitivně nahradily do té doby nejčastější chirurgické procedury, jako byla cholecystektomie nebo appendektomie. POEM je výkon, který zavádí endoskopickou terapii do nového „třetího prostoru", kterým je stěna trávicí trubice. Nutno zdůraznit, že zkušenosti pracovníků z pražského IKEM jsou „výkladní skříní" české endoskopické a gastroenterologické školy mimořádné nejen v kontextu domácím, ale i celoevropském.

Refluxní chorobě jícnu je věnován článek M. Stefanové [2], která se problematice jícnových nemocí a zvláště komplikacím refluxní choroby jícnu (Barrettův jícen) věnuje již řadu let. Refluxní nemoc je nejčastěji se vyskytující onemocnění v gastroenterologické praxi, které má významný přesah do jiných oborů medicíny, jako je kardiologie, pneumologie a otorinolaryngologie. Prvním důvodem nutnosti mezioborové spolupráce je provedení diferenciální diagnostiky atypických projevů refluxní choroby jícnu v podobě záchvatovitých bolestí na hrudníku a vyloučení kardiální etiologie těchto obtíží. Druhým důvodem pro těsnou spolupráci se specialisty z jiných oborů, pneumology a v posledních letech především otorhinolaryngology, jsou mimojícnové projevy gastroezofageálního refluxu. Domnívám se, že, podobně jako tomu bylo i s jinými objevy, i tento problém podlehl v praxi módnímu trendu a atypické projevy gastroezofageálního refluxu jsou detekovány velmi často. Řada pacientů s vleklými ORL problémy je dlouhodobě na antisekreční léčbě inhibitory protonové pumpy, které u nich nemají významný efekt. V těchto případech je na místě provedení podrobné diagnostiky, tak jak je přehledně v uvedeném článku zmíněna. Stejně je potřebné postupovat také u pacientů, kteří jsou na medikamentózní antisekreční terapii, tzv. „refrakterní", tj. mají stále obtíže i při zavedené léčbě. U takových pacientů mohou být domnělé projevy refluxu způsobeny jinou, často funkční (hypersenzitivita) nebo motorickou poruchou jícnu nebo se může jednat o projevy neurastenie nebo fobie. Chirurgický antirefluxní výkon bez podrobnějšího vyšetření je u těchto nemocných zpravidla spojen s výrazným zhoršením klinického stavu a dlouhodobé podávání vysokých dávek inhibitorů protonové pumpy je u nich rovněž neodůvodněné.

Přehled J. Špičáka [3] o inhibitorech protonové pumpy (IPP) je jediným samostatným článkem, který se zabývá problematikou farmakoterapie onemocnění trávicího traktu. Objev inhibitorů protonové pumpy byl skutečným terapeutickým zázrakem, jenž posunul úroveň a efektivitu léčby u acidopeptických chorob o několik pomyslných pater výše. Rozšířením těchto léčiv v klinické praxi, objevem bakterie *Helicobacter pylori* Warrenem a Marshallem v roce 1982 a zavedením účinné eradikace léčby této infekce způsobilo, že výskyt peptického vředu (vředové choroby gastroduodena), který byl v předcházejících desetiletích hlavním tématem klinické gastroenterologie, se stal výjimečným stejně jako nutnost provádění chirurgické léčby. Dnes se setkáváme daleko častěji s iatrogenně indukovanými peptickými vředy v rámci tzv. NSA-gastropatie (poškození žaludku a duodena nesteroidními antirevmatiky). I v těchto případech je však význam IPP nezastupitelný. Velká účinnost IPP a jejich všeobecná dostupnost vedla k opačnému efektu, a sice k nadužívání těchto léčiv, a to v indikací sporných nebo nejasných (viz výše) nebo u funkčních onemocnění trávicí trubice, kde je jejich přínos přinejlepším minimální. Proto je důležité hovořit také o možných vedlejších dopadech dlouhodobé terapie IPP.

Významnou kapitolu klinické gastroenterologie zaujímá celiakie. Představa, že se jedná o onemocnění vzácné, které se manifestuje převážně v dětskému věku s typickými projevy generalizovaného malabsorpčního syndromu s mastnými, páchnoucími stolicemi a progredující podvýživou, naštěstí v posledních letech vzala definitivně za své. V příspěvku pracovníků ostravského centra [4] (P. Falt, P. Fojtík, V. Šmajstrla) jsou zmíněny hlavní projevy této choroby, která je v současnosti diagnostikována většinou až v dospělosti. Pokroky v diagnostice, široké využívání spolehlivých sérologických testů a definitivní odklon od „české speciality" v diagnostice celiakie v podobě histochemického vyšetření sliznice tenkého střeva bioptického vzorku odebraného enterobiotickou kapslí, využitím běžného histologického vyšetření bioptických vzorků z duodena (bulbu a sestupného raménka) odebraných při gastroskopii zbavily diagnostický proces celiakie komplikovanosti a určité tajemnosti. Definitivním histologickým průkazem je subtotální atrofie sliznice s prohloubením krypt a zánětlivým infiltrátem v lamina propria. Samotná přítomnost zvýše-

proLékaře.cz | 11.9.2026

ného počtu intraepiteliálních lymfocytů je nálezem nespecifickým a v klinické praxi často zavádějícím, který je jen výjimečně projevem doutnající celiakie, avšak většinou je nálezem nepříznačným nebo způsobeným jinou vyvolávající příčinou (např. infekční).

Dráždivý tračník – funkční porucha tlustého střeva – je tématem příspěvku gastroenterologa a klinického farmakologa z Olomouce [5] (J. Ehrmanna, K. Urbánka), kteří se podrobně zaobírají diagnostikou a léčbou této nejčastěji se vyskytující funkční poruchy trávicího ústrojí. V mezinárodním kontextu je diagnostika dráždivého tračníku založena na splnění tzv. „Římských kritérií", mezinárodního konsenzu odborníků, která jsou pro klinickou praxi bohužel málo přínosná. Většina mých vrstevníků se při diagnostice a léčbě tohoto syndromu opírá o původní koncepci funkčních poruch trávicí trubice postulované na přelomu 50. a 60. let minulého století prof. Z. Mařatkou, který rozeznával tři formy této poruchy: průjmovitou, zapovitou a smíšenou se střídáním zácpy a průjmu. Toto dělní je z praktických důvodů stále aktuální a pro praxi nejlepší. Terapie dráždivého tračníku by měla být komplexní, avšak jen zřídkakdy je dlouhodobě efektivní. Klinické zkušenosti ukázaly, že nejčastější příčinou vedoucí k poruše funkce tlustého střeva a bolestem břicha je psychický stres a také nesnášenlivost určitých komponent obsažených v dietě. Snadné a jednoznačné řešení většinou tak u těchto pacientů neexistuje. Důležitou součástí terapie by tak měl být podrobný rozbor anamnézy a trpělivá a srozumitelná informace pacientovi, která má významný vliv na psychiku a je často nejefektivnějším terapeutickým počinem.

Nové přístupy v léčbě divertikulární nemoci tlustého střeva a především její obávané komplikace – divertikulitidy nebo masivního krvácení – je věnován příspěvek gastrointestinálního chirurga O. Rysky [6]. Na velmi podrobném rozboru publikovaných prací máme možnost vidět složitost celé problematiky týkající se chirurgické léčby od „timingu" provedení až po různé typy výkonů a přístupů. K chirurgické intervenci se dostávají zpravidla nemocní s prokazatelnými a opakovanými atakami divertikulitidy nebo po opakovaném či masivním krvácení z trávicí trubice. Měli bychom mít stále na zřeteli, že diagnóza divertikulitidy by měla být postavena nejen na základě břišní bolesti a prokazatelných divertiklech, ale především na pozitivitě klinických (teploty, fyzikální nález na břiše) a biologických ukazatelů – CRP, které jsou podpořeny nálezem ze zobrazovacích metod (USC, MR/CT). U pacientů s proběhlou atakou divertikulitidy v profylaxi dalšího relapsu zánětu užíváme aminosalicyláty nebo probiotika (nepatogenní kmen Escherichie Coli – Nissle 1917). V gastroenterologické praxi se relativně často při koloskopickém vyšetření setkáváme se segmentární kolitidou postihující esovitou kličku a (nebo) dráždivý tračník, která je sliznicním projevem probíhající divertikulitidy. Tento nález vyžaduje terapeutickou intervenci podáváním aminosalicylátů a (nebo) antibiotik. Odlišení od střevních zánětů jiné etiologie (infekčně podmíněných, ischemických a idiopatických) může být v těchto případech obtížné.

M. Zavoral a jeho tým z pražské Vojenské nemocnice jsou hlavními protagonisty, kteří koncipovali a monitorují screening kolorektálního karcinomu v naší zemi. Tento nejvýznamnější projekt současné gastroenterologie přešel v posledním roce na adresné zvaní rizikových osob a provádění koloskopických prohlídek. Vlastní provedení screeningové koloskopie je sice v rukou specialistů – gastroenterologů a oddělení, které mají statut screeningových center, nicméně znalost o tomto projektu, aktivní zapojení do screeningu a podpora ze strany všech zúčastněných, tedy praktických lékařů, terénních internistů a gynekologů, je naprosto nutná, neboť bez jejich významné pomoci a těsné spolupráce by nemohly být dosaženy očekávané výsledky, tj. snížení incidence rakoviny kolorekta a snížení úmrtnosti na tuto zákeřnou chorobu. Je třeba zdůraznit, že koloskopická prohlídka je nejen nejcitlivější diagnostickou metodou ve screeningu kolorektálního karcinomu, ale také má výsadní postavení v léčbě menších neoplazií tlustého střeva. Možnosti terapeutické endoskopie jsou ostatně velmi výstižně dokumentovány ve článku zmíněných autorů (G. Vojtěchová, Š. Suchánek, T. Grega, O. Májek, L. Dušek, M. Zavoral) [7].

Idiopatické střevní záněty, Crohnova choroba a ulcerózní kolitida, jsou v posledních letech vysoce aktuálním tématem klinické i experimentální gastroenterologie. M. Bortlík [8] podává přehledné informace o těchto nemocech včetně patogeneze, diagnostiky, medikamentózní a chirurgické terapie. Komplexní péče o tyto nemocné je založena na multioborové spolupráci především gastroenterologů, chirurgů, intenzivistů a radiologů a je soustředěna do větších center, která mají také možnost podávat biologickou léčbu a těsnou návaznost na specializovanou chirurgickou léčbu.

Na závěr gastroenterologického přehledu je připojen příspěvek T. Hucla a P. Mačingy [9] z pražského IKEM, kteří podávají vyčerpávajícím a přehledným způsobem informace o nových poznatcích z oblasti klinické pankreatologie zaměřené na chronickou pankreatitidu. Velmi cenná jsou praktická doporučení, včetně tlumení bolesti, odstranění maldigesce a řešení vzniklých komplikací. Nedílnou součástí léčebného armamentaria u nemocných s chronickou pankreatitidou je také endoskopická a chirurgická léčba. Péče o nemocné s chronickou pankreatitidou, která je naštěstí onemocněním zatím relativně vzácným, i když s postupně narůstající incidencí, by měla být prováděna ve specializovaných centrech, která jsou schopna poskytnout celé léčebné spektrum a mají velké zkušenosti s touto chorobou.

Všem autorům, kteří do tohoto „gastroenterologického" čísla časopisu Kardiologická Revue – Interní Medicína přispěli svými články vynikající odborné kvality, bych chtěl mnohokrát poděkovat a vyjádřit radost z konečného výsledku. Laskavým čtenářům pak přeji příjemné čtení gastroenterologických novinek v nadcházejících odpočinkových letních měsících.

Literatura

1. Martínek J, Švecová H, Špičák J et al. Perorální endoskopická myotonie (POEM) – nová endoskopická možnost léčby achalázie jícnu. Kardiol Rev Int Med 2014; 16 (3): 205–209
2. Stefanova M. Refluxní nemoc jícnu. Kardiol Rev Int Med 2014; 16 (3): 210–213
3. Špičák J. Léčba inhibitory protonové pumpy. Kardiol Rev Int Med 2014; 16 (3): 214–218
4. Falt P, Fojtík P, Šmajstrla V. Celiakie – současný pohled na etiopatogenezi, diagnostiku a terapii. Kardiol Rev Int Med 2014; 16 (3): 219–223
5. Ehrmann J, Urbánek K. Dráždivý tračník – diagnostika a léčba. Kardiol Rev Int Med 2014; 16 (3): 224–228
6. Ryska O. Divertikulární choroba tlustého střeva – nové trendy v léčbě. Kardiol Rev Int Med 2014; 16 (3): 229–234
7. Vojtěchova G, Suchánek Š, Grega T et al. Screening kolorektálního karcinomu. Kardiol Rev Int Med 2014; 16 (3): 235–239
8. Bortlík M. Idiopatické střevní záněty. Kardiol Rev Int Med 2014; 16 (3): 240–243
9. Hucl T, Mačinga P. Chronická pankreatitida. Kardiol Rev Int Med 2014; 16 (3): 244–251

prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
www.iscare.cz
milan.lukas@email.cz