

GRADA®

# IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY II

---

NOVÉ TRENDY  
A MEZIOBOROVÉ SOUVISLOSTI



Milan Lukáš a kolektiv

Děkujeme za finanční podporu vydání knihy  
Nadačnímu fondu IBD-COMFORT



# IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY II

---

NOVÉ TRENDY  
A MEZIOBOROVÉ SOUVISLOSTI

**Milan Lukáš a kolektiv**

**Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy**

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

**prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc., a kolektiv**  
**IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY II**  
**Nové trendy a mezioborové souvislosti**

**Editor:**

**prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc., AGAF**

Klinické a výzkumné centrum pro zánětlivá střevní onemocnění, Klinické centrum ISCARE a.s. a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

Kompletní seznam autorů je uveden na stranách V–VI.

**Recenzenti:**

**doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.**

Gastroenterologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.  
1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

**MUDr. Marian Kaščák, Ph.D.**

Fakulta zdravotnictva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Obrázky překreslil a upravil Jiří Hlaváček. Ostatní obrázky jsou z archivu autorů, pokud není uvedeno jinak.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2021

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2021

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 8246. publikaci

Šéfredaktorka lékařské literatury MUDr. Michaela Lízlerová

Odpovědná redaktorka Jindřiška Bláhová

Sazba a zlom Antonín Plicka

Počet stran 312

1. vydání, Praha 2021

Výtiskl TNM PRINT s.r.o., Chlumeck nad Cidlinou

*Názvy produktů, firem apod. použité v této knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.*

*Postupy a příklady v knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.*

ISBN 978-80-271-4536-2 (pdf)

ISBN 978-80-271-3203-4 (print)

## **Editor**

### **prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc., AGAF**

Klinické a výzkumné centrum pro zánětlivá střevní onemocnění, Klinické centrum ISCARE a.s.  
a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

## **Autoři**

### **doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.**

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

### **MUDr. Michaela Brichová**

Oční klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

### **MUDr. Karin Černá**

Klinické a výzkumné centrum pro zánětlivá střevní onemocnění, Klinické centrum ISCARE a.s.  
a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

### **MUDr. Dana Ďuricová, Ph.D.**

Klinické a výzkumné centrum pro zánětlivá střevní onemocnění, Klinické centrum ISCARE a.s.  
a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

### **prof. MUDr. Jarmila Heissigerová, Ph.D.**

Oční klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

### **MUDr. Bc. Martin Horák, Ph.D.**

Radiodiagnostické oddělení Nemocnice Na Homolce

### **doc. MUDr. Pavel Kohout, Ph.D.**

Interní klinika 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerovy nemocnice

### **MUDr. Martin Kolář**

Klinické a výzkumné centrum pro zánětlivá střevní onemocnění, Klinické centrum ISCARE a.s.  
a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

### **prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc., AGAF**

Klinické a výzkumné centrum pro zánětlivá střevní onemocnění, Klinické centrum ISCARE a.s.  
a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

### **MUDr. Naděžda Machková**

Klinické a výzkumné centrum pro zánětlivá střevní onemocnění, Klinické centrum ISCARE a.s.  
a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

### **MUDr. Michal Šenkyřík**

Interní gastroenterologická klinika Fakultní nemocnice Brno

### **prof. MUDr. Ladislav Šenolt, Ph.D.**

Klinika revmatologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Revmatologický ústav

**prof. MUDr. Vladimír Teplan, DrSc.**

Klinické a výzkumné centrum pro zánětlivá střevní onemocnění, Klinické centrum ISCARE a.s.  
a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy  
Subkatedra nefrologie Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha  
Katedra interních oborů Lékařské fakulty Ostravské univerzity a Interní klinika Fakultní nemocnice Ostrava

**MUDr. Martin Vašátko**

Klinické a výzkumné centrum pro zánětlivá střevní onemocnění, Klinické centrum ISCARE a.s.  
a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

**MUDr. Ivana Vítková**

Ústav patologie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

**Recenzenti**

**doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.**

Gastroenterologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.  
1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

**MUDr. Marian Kaščák, PhD.**

Fakulta zdravotnictva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

# Obsah

<b>Předmluva</b> .....	<b>XIII</b>	2.9.2 Příliš malé studie .....	20
		2.9.3 Příklad výpočtu velikosti souboru .....	21
		2.10 Data monitoring .....	21
		<b>3 Zobrazovací metody: výpočetní tomografie a magnetická rezonance (Martin Horák)</b> .....	<b>25</b>
		3.1 Výpočetní tomografie .....	25
		3.1.1 Kontrastní látky pro CT vyšetření .....	26
		3.1.2 Typy CT vyšetření .....	28
		3.1.3 Přípravy k vyšetření a jejich průběh .....	29
		3.1.4 Nálezy u pacientů s idiopatickými střevními záněty .....	31
		3.1.5 Dávky záření .....	33
		3.1.6 Výhody a nevýhody výpočetní tomografie .....	36
		3.2 Magnetická rezonance .....	36
		3.2.1 Princip magnetické rezonance .....	37
		3.2.2 Kontrastní látky .....	39
		3.2.3 Metodika pro vyšetřování pacientů s kovovými implantáty na magnetické rezonanci .....	40
		3.2.4 Typy vyšetření a jejich indikace .....	42
		3.2.5 Přípravy a průběh vyšetření .....	43
		3.2.6 Nálezy u pacientů s idiopatickými střevními záněty .....	44
		3.2.7 Výhody a nevýhody magnetické rezonance .....	48
		<b>4 Histopatologie (Ivana Vítková)</b> .....	<b>53</b>
		4.1 ECCO konsenzus histopatologie idiopatických střevních zánětů .....	53
		4.2 Ulcerózní kolitida .....	54
		4.2.1 Makroskopické diagnostické znaky ulcerózní kolitidy .....	54
		4.2.2 Mikroskopické diagnostické znaky ulcerózní kolitidy .....	54
<b>1 Historie idiopatických střevních zánětů a její slavné osobnosti (Milan Lukáš)</b> .....	<b>3</b>		
1.1 Preindustriální fáze vývoje lidstva .....	3		
1.2 Konec devatenáctého až první polovina dvacátého století .....	4		
1.3 Český pohled na historii idiopatických střevních zánětů .....	5		
1.3.1 Historie medikamentózní léčby idiopatických střevních zánětů .....	9		
1.4 Idiopatické střevní záněty v českém písemnictví v letech 1990–2020 .....	9		
<b>2 Klinický výzkum (Martin Kolář)</b> .....	<b>13</b>		
2.1 Historie .....	13		
2.2 Úvod do problematiky .....	14		
2.2.1 Příklady provedených klinických studií .....	14		
2.3 Design a protokol studie .....	15		
2.4 Kontrolní skupina .....	16		
2.5 Randomizace .....	16		
2.6 Registry a observační studie versus klinické intervenční studie .....	17		
2.7 Zaslepení (blinding) .....	17		
2.8 Typy studií .....	17		
2.8.1 Klasifikace klinických studií .....	18		
2.8.2 Studie explanatorní a pragmatické .....	18		
2.8.3 Síla důkazu .....	18		
2.9 Velikost studie .....	19		
2.9.1 Chyba I. a II. typu .....	19		

4.2.3 Postižení tenkého střeva a apendixu .....	57	6.1.8 Primární a sekundární postižení duodena Crohnovou nemocí .....	89
4.2.4 Dysplazie a kolorektální karcinom .....	57	6.1.9 Syndrom běžné imunodeficiency .....	89
4.2.5 Ovlivnění histologických změn léčbou .....	59	6.2 Diferenciální diagnostika Crohnovy nemoci na jejunu a proximálním ileu .....	90
4.3 Crohnova nemoc .....	60	6.2.1 Enteropatie indukovaná nesteroidními antirevmatiky (NSA enteropatie) .....	90
4.3.1 Makroskopické diagnostické znaky Crohnovy nemoci .....	61	6.2.2 Gluten-senzitivní enteropatie a její formy .....	90
4.3.2 Mikroskopické diagnostické znaky Crohnovy nemoci .....	62	6.2.3 Meckelův divertikl a divertikulóza tenkého střeva .....	91
4.3.3 Crohnova nemoc jícnu, žaludku a duodena .....	64	6.2.4 Whippleova choroba (intestinální lipodystrofie) .....	92
4.3.4 Crohnova nemoc tlustého střeva .....	65	6.2.5 Endometrióza .....	92
4.4 Idiopatické střevní záněty dětí a dorostu .....	65	6.2.6 Nádory tenkého střeva .....	92
4.5 Histopatologické hodnocení aktivity zánětu .....	66	6.3 Diferenciální diagnostika ileokolitid .....	92
4.5.1 Histopatologické skórovací indexy pro ulcerózní kolitidu .....	66	6.3.1 Infekce komplikující nebo napodobující průběh idiopatických střevních zánětů .....	93
4.5.2 Histopatologické skórovací indexy pro Crohnovu nemoc .....	66	6.3.2 Enterokolitidy indukované protinádorovou terapií ICIs .....	96
4.6 Chronický střevní zánět bez definitivní diagnózy .....	67	6.3.3 Diverzní proktitida a proktokolitida .....	96
4.6.1 Indeterminovaná kolitida .....	67	6.3.4 Ischemická kolitida .....	96
4.6.2 Neklasifikovatelný zánět .....	67	6.3.5 Akutní přechodná kolitida .....	98
4.7 Non-IBD kolitidy .....	67	6.3.6 Neutropenická kolitida .....	99
4.7.1 Diverzní proktokolitida .....	67	6.3.7 Kolitida při divertikulární nemoci .....	99
4.7.2 Postradiační kolitida .....	68	6.3.8 Postradiační proktitida .....	99
4.7.3 Kolitida po biologické léčbě nádorů .....	68	6.3.9 Eozinofilní gastroenteritida .....	99
4.7.4 Akutní „self-limited colitis“ .....	69	6.3.10 Nodulární lymfoidní proktitida a proktokolitida .....	100
4.7.5 Mikroskopická kolitida .....	69	6.3.11 Behçetova nemoc .....	100
4.7.6 Segmentární kolitida asociovaná s divertikulózou (SCAD) .....	70	6.4 Diferenciální diagnostika anorektální formy Crohnovy nemoci .....	100
<b>5 Biomarkery v diagnostice, terapii a monitorování aktivity (Karin Černá) .....</b>	<b>73</b>	6.4.1 Sexuálně přenesené infekce .....	100
5.1 Systémové markery .....	73	6.4.2 Nádory análního kanálu .....	102
5.2 Fekální markery .....	77	6.4.3 Hydradenitis suppurativa .....	102
5.3 Genetické, epigenetické a omické markery .....	79	6.5 Mikroskopické kolitidy .....	102
5.4 Farmakologické markery .....	81	6.5.1 Kolagenní kolitida .....	102
5.5 Nové biomarkery .....	83	6.5.2 Lymfocytární a smíšený tvar mikroskopické kolitidy .....	103
5.6 Panelové biomarkery .....	85	6.6 Neurčitelná kolitida – indeterminate colitis .....	103
<b>6 Diferenciální diagnostika (Milan Lukáš) .....</b>	<b>87</b>	6.7 Neklasifikovatelná kolitida .....	103
6.1 Diferenciální diagnostika Crohnovy nemoci v proximální lokalizaci .....	87		
6.1.1 Refluxní ezofagitida .....	88		
6.1.2 Infekční ezofagitida .....	88		
6.1.3 Kožní nemoci .....	88		
6.1.4 Kaustické a iatrogenní postižení jícnu ...	88		
6.1.5 Acidopeptické choroby .....	88		
6.1.6 Autoimunitně zprostředkované choroby .....	89		
6.1.7 Nádorová onemocnění žaludku .....	89		

## II. ČÁST SPECIÁLNÍ SITUACE

<b>7 Ulcerózní proktitida a refrakterní proktitida (Milan Lukáš) .....</b>	<b>109</b>
7.1 Definice .....	109
7.2 Diferenciální diagnóza .....	109



7.2.1 Adherence k léčbě .....	109	9.3.5 Endoskopická léčba .....	136
7.2.2 Neadekvátně vedená perorální léčba ....	110	9.3.6 Chirurgická léčba .....	136
7.2.3 Koincidující choroby .....	110	9.4 Prognóza Crohnovy nemoci v horní části GIT ...	137
7.2.4 Choroby napodobující ulcerózní proktitidu .....	110		
7.3 Medikamentózní terapie ulcerózní proktitidy ....	110	<b>10 Idiopatické střevní záněty u seniorů</b> <i>(Naděžda Machková)</i> .....	<b>141</b>
7.3.1 Lokální formy léčby využívané u proktitidy .....	112	10.1 Epidemiologie .....	141
7.3.2 První linie léčby .....	112	10.2 Diagnóza a diferenciální diagnostika .....	141
7.3.3 Druhá linie léčby .....	112	10.2.1 Diagnostický algoritmus .....	141
7.3.4 Záchraná terapie refrakterní ulcerózní proktitidy .....	113	10.2.2 Markery zánětlivé aktivity .....	143
7.3.5 Chirurgická léčba .....	113	10.3 Charakteristika a průběh onemocnění .....	143
7.4 Klinické zkušenosti .....	114	10.4 Léčba idiopatických střevních zánětů u seniorů .....	144
		10.4.1 Obecné principy .....	144
		10.4.2 Medikamentózní léčba .....	144
		10.4.3 Chirurgická léčba .....	147
<b>8 Fibrostenozující forma Crohnovy nemoci</b> <i>(Milan Lukáš)</i> .....	<b>117</b>	10.5 Speciální opatření a doporučení .....	148
8.1 Historie .....	117	10.5.1 Tromboembolické komplikace, profylaxe a antiagregační terapie .....	148
8.2 Crohnova nemoc na tenkém střevě .....	118	10.5.2 Vakcinace .....	148
8.2.1 Prediktory pro vznik fibrostenozující formy nemoci .....	118	10.5.3 Screening kolorektálního karcinomu .....	148
8.3 Fibrostenozující Crohnova nemoc – komplikace, nebo zvláštní forma nemoci? .....	119		
8.4 Patogeneze vzniku střevní fibrózy a stenóz .....	119	<b>11 Idiopatické střevní záněty a obezita</b> <i>(Vladimír Teplan)</i> .....	<b>153</b>
8.5 Diagnostika fibrostenozující formy .....	120	11.1 Obezita jako rizikový faktor .....	153
8.6 Léčba .....	121	11.1.1 Vliv obezity na průběh idiopatických střevních zánětů .....	154
8.6.1 Terapeutický cíl .....	123	11.1.2 Měření viscerální tukové tkáně .....	154
8.6.2 Medikamentózní léčba .....	123	11.1.3 Úbytek svalové hmoty při idiopatických střevních zánětech .....	154
8.6.3 Endoskopická terapie .....	124	11.1.4 Obezita a chronický zánět .....	155
8.6.4 Chirurgická terapie .....	125	11.1.5 Mezenterická bílá tuková tkáň u pacientů s Crohnovou nemocí .....	155
		11.2 Dietní režim a střevní mikrobiota .....	156
		11.2.1 Příjem stravy a střevní mikrobiota s imunomodulujícím účinkem .....	156
		11.2.2 Mikrobiota u pacientů s idiopatickými střevními záněty .....	157
		11.3 Obezita a biologická léčba .....	157
		11.4 Velké intraabdominální operační výkony u obézních pacientů .....	158
		11.5 Léčebné možnosti obezity u pacientů s idiopatickými střevními záněty .....	158
<b>9 Crohnova nemoc v proximální lokalizaci</b> <i>(Dana Ďuricová)</i> .....	<b>129</b>		
9.1 Crohnova nemoc dutiny ústní .....	129	<b>12 Pooperační sledování a léčba pacientů</b> <b>s Crohnovou nemocí</b> <i>(Martin Vašátko,</i> <i>Milan Lukáš)</i> .....	<b>163</b>
9.1.1 Epidemiologie .....	129	12.1 Definice relapsu a rekurence u Crohnovy nemoci .....	163
9.1.2 Specifické projevy .....	129	12.2 Klinická a endoskopická rekurence .....	163
9.1.3 Nespecifické projevy .....	130		
9.1.4 Medikamentózní léčba .....	130		
9.2 Crohnova nemoc jícnu .....	130		
9.2.1 Epidemiologie .....	130		
9.2.2 Klinický obraz a průběh onemocnění .....	131		
9.2.3 Diagnostika .....	131		
9.2.4 Medikamentózní léčba .....	132		
9.2.5 Endoskopická léčba .....	132		
9.2.6 Chirurgická léčba .....	132		
9.3 Crohnova nemoc žaludku a duodena .....	132		
9.3.1 Epidemiologie .....	132		
9.3.2 Klinický obraz .....	133		
9.3.3 Diagnostika .....	133		
9.3.4 Medikamentózní léčba .....	135		

12.3 Rizikové faktory pooperační rekurence .....	164	13.6 Doprovodná léčba glukokortikoidy	
12.3.1 Kouření cigaret .....	164	a imunosupresivy .....	198
12.3.2 Předcházející biologická léčba .....	165	13.6.1 Crohnova nemoc .....	198
12.3.3 Fenotyp, délka trvání choroby		13.6.2 Ulcerózní kolitida .....	198
a indikace k operaci .....	165	13.7 Zkušenosti s biologickou léčbou v reálné	
12.3.4 Histologický nález v resekátu .....	166	klinické praxi ve světě .....	199
12.4 Nástroje pooperačního sledování a strategie			
léčby .....	166		
12.4.1 Aktivní versus pasivní přístup .....	166		
12.4.2 Klinická symptomatologie .....	166		
12.4.3 Endoskopický nález .....	166		
12.4.4 Ultrasonografie střev .....	168		
12.4.5 Fekální kalprotektin .....	168		
12.4.6 Další metody monitorace .....	169		
12.5 Možnosti profylaktické léčby .....	169		
12.5.1 Antimikrobiální léčba .....	169		
12.5.2 Mesalazin (kyselina			
5-aminosalicylová, 5-ASA) .....	169		
12.5.3 Glukokortikoidy .....	169		
12.5.4 Thiopurinová imunosupresiva .....	170		
12.5.5 Anti-TNF preparáty .....	170		
12.5.6 Nová biologika .....	171		
12.6 Doporučení pooperačního sledování			
a profylaktické léčby .....	171		
<b>13 Zkušenosti s biologickou léčbou</b>			
<b>    v Klinickém centru ISCARE (Milan Lukáš,</b>			
<b>    Dana Ďuricová ) .....</b>	<b>177</b>		
13.1 Metodika hodnocení výsledků léčby .....	178		
13.2 Infliximab .....	179		
13.2.1 Léčebný efekt .....	179		
13.2.2 Perzistence na léčbě .....	179		
13.2.3 Nežádoucí účinky .....	183		
13.2.4 Kolokvium z klinické praxe .....	183		
13.3 Adalimumab .....	184		
13.3.1 Léčebný efekt .....	184		
13.3.2 Perzistence na léčbě .....	184		
13.3.3 Nežádoucí účinky .....	188		
13.3.4 Kolokvium z klinické praxe .....	188		
13.4 Vedolizumab .....	189		
13.4.1 Léčebný efekt .....	189		
13.4.2 Perzistence na léčbě			
vedolizumabem .....	189		
13.4.3 Nežádoucí účinky .....	192		
13.4.4 Kolokvium z klinické praxe .....	192		
13.5 Ustekinumab .....	193		
13.5.1 Léčebný efekt .....	193		
13.5.2 Perzistence na léčbě .....	195		
13.5.3 Nežádoucí účinky .....	197		
13.5.4 Kolokvium z klinické praxe .....	197		
		<b>III. ČÁST</b>	
		<b>MEZIOBOROVÉ SOUVISLOSTI</b>	
		<b>14 Psychopatologie jako součást klinického</b>	
		<b>obrazu idiopatických střevních zánětů</b>	
		<i>(Martin Anders) .....</i>	<b>205</b>
		14.1 Vzájemné vazby mozku a trávicího ústrojí .....	206
		14.2 Extenzivní bilaterální vazby mozek–střeva .....	207
		14.2.1 Takzvaná osa	
		mozek–střeva–mikrobiota .....	207
		14.2.2 Nenasycené mastné kyseliny .....	210
		14.3 Detekce nejčastějších	
		doprovodných duševních poruch .....	210
		14.3.1 Komorbidní depresivní porucha .....	210
		14.3.2 Komorbidní úzkostná porucha .....	211
		14.3.3 Komorbidní kognitivní deficit .....	212
		14.4 Terapeutické ovlivnění .....	213
		14.4.1 Farmakologická léčba .....	213
		14.4.2 Psychoterapie a psychologicky	
		založené způsoby léčby .....	214
		14.4.3 Ovlivnění mikrobioty jako cíl	
		léčby .....	214
		<b>15 Onemocnění pohybového aparátu</b>	
		<i>(Ladislav Šenolt) .....</i>	<b>219</b>
		15.1 Specifické revmatologické projevy .....	219
		15.1.1 Periferní spondyloartritida .....	220
		15.1.2 Axiální spondyloartritida .....	221
		15.1.3 Klinický obraz .....	223
		15.1.4 Laboratorní vyšetření .....	224
		15.1.5 Zobrazovací metody .....	225
		15.2 Nespecifické revmatologické projevy	
		a diferenciální diagnostika .....	228
		15.2.1 Degenerativní onemocnění .....	228
		15.3 Kdy odeslat pacienta k revmatologickému	
		vyšetření? .....	231
		15.3.1 Algoritmus pro referenci pacientů	
		s podezřením na axiální	
		spondyloartritidu .....	231
		15.3.2 Algoritmus pro referenci pacientů	
		s podezřením na periferní	
		spondyloartritidu .....	232

15.4 Léčba spondyloartritid u pacientů s idiopatickým střevním zánětem .....	233	Úvod .....	249
15.4.1 Léčba nespecifických bolestí pohybového aparátu .....	233	17.1 Selhání střeva a střevní insuficience, patofyziologická, funkční a klinická klasifikace .....	249
15.4.2 Léčba periferních projevů spondyloartritidy .....	233	17.1.1 Patofyziologická klasifikace .....	250
15.4.3 Léčba axiální spondyloartritidy .....	235	17.1.2 Funkční klasifikace .....	250
15.5 Hodnocení aktivity spondyloartritidy .....	235	17.1.3 Klinické dělení .....	252
15.6 Vztah mezi střevní sliznicí a kloubním zánětem .....	237	17.2 Syndrom krátkého střeva .....	252
<b>16 Oční manifestace a komplikace léčby</b> <i>(Michaela Brichová, Jarmila Heissigerová) .....</i>	<b>243</b>	17.2.1 Definice .....	253
16.1 Oční formy extraintestinálních manifestací .....	244	17.2.2 Význam ztráty resorpční plochy střeva .....	253
16.1.1 Syndrom suchého oka .....	244	17.2.3 Klinický obraz .....	254
16.1.2 Episkleritida .....	244	17.2.4 Adaptace střeva .....	254
16.1.3 Skleritida .....	244	17.2.5 Léčba .....	255
16.1.4 Přední uveitida (zánět duhovky) .....	244	17.2.6 Komplikace .....	259
16.1.5 Zadní uveitidy a panuveitidy (zánět choroidey, sítnice, sítinových cév) a další vzácné oční projevy IBD .....	245	17.2.7 Syndrom krátkého střeva u pacientů s Crohnovou nemocí .....	260
16.2 Oční komplikace léčby idiopatických střevních zánětů .....	246	<b>Souhrn .....</b>	<b>263</b>
<b>17 Syndrom krátkého střeva u pacientů s Crohnovou nemocí, střevní insuficience a selhání střeva (Pavel Kohout, Michal Šenkyřík) .....</b>	<b>249</b>	<b>Summary .....</b>	<b>269</b>
		<b>Medailonky .....</b>	<b>275</b>
		<b>Seznam zkratk .....</b>	<b>281</b>
		<b>Věcný rejstřík .....</b>	<b>285</b>
		<b>Jmenný rejstřík .....</b>	<b>293</b>

## **Dedikace**

Knihu Idiopatické střevní záněty II. Nové trendy a mezioborové souvislosti věnuji památce všech našich nemocných, kteří neměli to štěstí a prohráli krutý souboj s těmito nemocemi. Jejich utrpení a ztráta života však nebyly marné, přinesly totiž nezměrné odhodlání, nové znalosti a pokoru všem zdravotníkům, kteří se o pacienty s idiopatickými střevními záněty starají.

## **Poděkování**

Děkuji všem spolupracovníkům a přátelům, kteří se na přípravě monografie podíleli a přispěli svou invencí a nezištnou pomocí k její realizaci. Jmenovitě bych chtěl vyjádřit vděčnost za laskavou a milou spolupráci ze strany nakladatelství Grada Publishing, zvláště Jindřišce Bláhové a šéfredaktorce MUDr. Michaele Lízlerové. Při přípravě rukopisu mi velmi pomohla Mgr. Lea Jiráčková a Bc. Jana Horutová. Za námět a obrázek na obálce knihy vděčím paní Haně Zíka. Poděkování patří rovněž MUDr. Martinu Lukášovi, který vybral a poskytl endoskopickou obrazovou dokumentaci z našeho klinického archivu.

Milan Lukáš

# Předmluva

Kniha Idiopatické střevní záněty II. Nové trendy a mezioborové souvislosti je v pořadí třetí monografií, která v krátkém sledu od roku 2019 vznikla v Klinickém a výzkumném centru pro idiopatické střevní záněty ISCARE a.s. v Praze. Pro vydání několika monografií bylo hned několik důvodů. Používání nových zobrazovacích metod, široké využívání biologické léčby, terapeutické monitorování hladiny léčiv, pečlivé monitorování pacientů a úzká mezioborová spolupráce při řešení komplikovaných pacientů se v posledních několika letech ukázaly být jako nezbytné v běžné klinické praxi. Úzké zaměření našeho gastroenterologického pracoviště v Klinickém centru ISCARE a.s. na Crohnovu nemoc a ulcerózní kolitidu a vytvoření relativně velkého týmu lékařů a zdravotních sester, kteří se starají o několik tisíc nemocných postižených těmito střevními chorobami, umožnilo během patnáctileté existence tohoto pracoviště získat zkušenosti, které bychom v koncentrované podobě chtěli předat eventuálním zájemcům o tento podbor klinické gastroenterologie, terénním gastroenterologům, internistům, chirurgům a nutricionistům. Mimořádná doba způsobená pandemií covidu-19, která do značné míry paralyzovala běžný klinický a akademický život, paradoxně poskytla prostor věnovat se mnohem více této tvůrčí a literární činnosti. Nezanedbatelným důvodem pro napsání druhého dílu Nových trendů a mezioborových souvislostí bylo to, že řada prakticky důležitých a aktuálních témat nebyla v předcházejících dvou monografiích vůbec zmíněna. Proto hned od počátku roku 2021 jsem se spolupracovníky začal připravovat druhý díl, v němž, jak pevně doufám, je probrána většina chybějících témat. Jaký bude celkový výsledek, musí ale posoudit každý čtenář sám. I když jsem se snažil vytvořit monografii co nejvíce homogenní a koncipovanou v „jednom duchu“, nelze přehlédnout určité rozdíly mezi jednotlivými kapitolami. Odlíšnos-

ti jsou nejen v přístupu a ve zpracování jednotlivých témat, ale také v rozsahu textu a pochopitelně také ve stylistické úpravě. Příčinou není jen početný kolektiv autorů, čítající celkem patnáct spolupracovníků, ale také jejich rozdílný věk a zaměření. Někteří z nich se koncentrovali na klinickou a praktickou přínosnost textu, jiní jej pojali širěji, s určitými přesahy do základního výzkumu. Na konci každé kapitoly je vytvořen souhrn nejdůležitějších faktů, který je akcentován v několika, zpravidla deseti bodech.

Celý obsah knihy jsem ideově rozdělil do tří částí: na obecnou, speciální a mezioborovou. V první, obecné části je celkem šest kapitol. Kapitola první (M. Lukáš) se zabývá historií poznání idiopatických střevních zánětů (IBD) doma a v zahraničí a zmiňuje osobnosti, které zanechaly nesmazatelnou stopu v diagnostice a léčbě IBD a zásadně přispěly k pokrokům v této oblasti. Důraz je dán na vzdálenější historii, kdežto nedávná „anamnéza“ zkoumání IBD, a to především v domácích podmínkách, je zmíněna pouze okrajově. Druhá kapitola je z pera mladého výzkumníka M. Koláře z Klinického centra ISCARE a.s. a věnuje se problematice klinického výzkumu, jenž je v posledních několika desetiletích u IBD velmi rozvinutý. Předpokládám, že zařazení této kapitoly do klinické monografie by mohlo pomoci gastroenterologům lépe porozumět probíhajícím klinickým studiím, především lékovým, a mohlo by také přispět k snadnější a možná správnější interpretaci publikovaných výsledků. Třetí kapitola, jejímž autorem je zkušený radiolog M. Horák z Nemocnice Na Homolce v Praze, se věnuje zobrazovacím vyšetřením CT a MR, které u IBD prakticky zcela nahradily klasické rentgenové metody. Kapitola je poměrně obsáhlá z toho důvodu, že jsme chtěli podat celkový přehled o principech těchto zobrazovacích vyšetření, způsobech jejich provádění, výhodách a omezeních

pro diagnostiku a sledování nemocných s IBD. Protože každý gastroenterolog hojně tato vyšetření využívá, je text nejen rozsáhlý co do počtu stran, ale také obsahuje bohatou obrazovou dokumentaci, usnadňující neradiologovi lepší srozumitelnost textu. Čtvrtou kapitolu sepsala patoložka I. Vítková z Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, se kterou mám tu čest již téměř třicet let intenzivně spolupracovat. Obsah kapitoly je zaměřen především na histologické vyšetřování bioptických vzorků s ohledem na stanovení diagnózy a provedení diferenciální diagnostiky IBD. Velkým přínosem je také bohatá obrazová dokumentace. V kapitole páté čtenář nalezne podrobné informace o využívání laboratorních parametrů v klinické praxi. Autorka této stati, imunoložka K. Černá z Klinického centra ISCARE a.s., má v této oblasti velké a dlouholeté zkušenosti, které jsou také z textu zřetelně patrné.

Na závěr obecné části je zařazena kapitola o diferenciální diagnostice IBD. Myslím si, že každý, kdo se s IBD setkal, dobře ví, že diferenciální diagnostika a odlišení od jiných patologií tenkého a tlustého střeva jsou v některých případech značně obtížné a široké. Jedná se o text poměrně obsáhlý, a to i přes autorovu snahu (M. Lukáš) o určité zjednodušení, které by komplikovanou situaci více zpřehlednilo.

Pomyslná druhá část monografie, kterou by s určitou nadsázkou bylo možno označit jako část speciální, je složena ze sedmi kapitol. První dvě z nich (kapitola 7 a 8, M. Lukáš) jsou cíleny na dvě specifické formy IBD, které jsou zdrojem častých terapeutických neshody. Jedná se o tzv. refrakterní ulcerózní proktitidu a fibrostenozující formu Crohnovy nemoci postihující predilekčně proximální tenké střevo. Především u druhé zmíněné formy IBD je medikamentózní terapie málo efektivní a hlavní terapie je zaměřena na mechanické průchodnění střevní obstrukce, chirurgicky, eventuálně endoskopicky. V další kapitole této části (kapitola 9) gastroenteroložka D. Ďuricová z Klinického centra ISCARE a.s. shrnuje současné znalosti o Crohnově nemoci v proximálních lokalizacích, za něž se považuje postižení trávicího traktu orálně od terminálního ilea, včetně dutiny ústní. V kapitole 10 se gastroenteroložka N. Machková z Klinického centra ISCARE a.s. pokusila shrnout poznatky o průběhu IBD u nemocných ve vyšším věku. Z hlediska klinické praxe se jedná o velmi důležité informace, protože podíl nemocných s IBD starších 60 let představuje 25–30 % všech pacientů s IBD a v budoucnosti se bude nepochybně ještě dále zvyšovat. Další speciální kapitolu (kapitola 11) připravil nefrolog a obezitolog V. Teplan z Klinického centra ISCARE a.s., který podává komplexní přehled o vlivu obezity na projevy a léčebné výsledky u ne-

mocných s IBD. Ještě před třiceti lety spojení IBD a obezity bylo jen obtížně představitelné, ale vlivem vyšší účinnosti léčby střevních zánětů a také změn v životním stylu obyvatelstva včetně západní vysokoenergetické diety se podíl pacientů trpících nevyléčitelnou zánětlivou chorobou trávicího ústrojí a nadváhou nebo obezitou významně zvyšuje. V předposlední kapitole této části (kapitola 12), která byla napsána gastroenterology (M. Vašátko, M. Lukáš) z Klinického centra ISCARE a.s., jsou shrnuty současné přístupy k pooperačnímu sledování nemocných s Crohnovou nemocí a také možnosti profylaktické terapie. V poslední kapitole této části (kapitola 13, M. Lukáš, D. Ďuricová) jsou uvedeny zkušenosti s biologickou léčbou pacientů s Crohnovou nemocí a ulcerózní kolitidou v Klinickém centru ISCARE a.s. na velkém souboru několika stovek pacientů. Data byla získána z celostátního registru CREdIT ve spolupráci s Ústavem biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity v Brně.

Ve třetí části monografie, kterou je možno označit jako multioborová, jsou zařazeny čtyři kapitoly. První z nich (kapitola 14), z pera psychiatra M. Anderse ze Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, je věnována duševním poruchám a jejich vlivu na výsledky léčby pacientů s IBD. Jedná se o nové téma, které dosud nebylo v takovém rozsahu a hloubce v českém odborném písemnictví zpracováno. Stať o poruchách pohybového aparátu (kapitola 15) napsal revmatolog L. Šenolt z Revmatologického ústavu v Praze, jenž zevrubně a pro klinickou praxi užitečně nastínil základní přístupy k nemocným se střevními záněty, kteří mají kloubní obtíže. Vzájemná propojenost a častý výskyt zánětlivých nemocí pohybového aparátu a IBD poskytují mnoho podnětů, aby tato kapitola byla rozpracována do větších detailů. Kapitulu o očních projevech a komplikacích (kapitola 16) vytvořily autorky ze Všeobecné fakultní nemocnice v Praze J. Heisingerová a M. Brichová. Kapitola poskytuje čtenáři sice kratší, zato velmi jasný přehled o těchto specifických, nikoliv však výjimečných projevech střevních zánětů. Poslední kapitola, zpracovaná gastroenterology a nutricionisty P. Kohoutem a M. Šenkyříkem z Thomayerovy nemocnice v Praze a Interní gastroenterologické kliniky v Brně-Bohunicích, umožňuje nahlédnout do problematiky syndromu krátkého střeva a střevní insuficience u nemocných s Crohnovou nemocí a také moderních možností léčby těchto velmi závažných stavů.

Jménem kolektivu autorů bych chtěl poděkovat a vyjádřit vděk oběma recenzentům prim. MUDr. M. Kaščíkovi, PhD., a doc. MUDr. M. Bortlíkovi, PhD., za nevšedně precizně odvedenou práci, řadu důležitých rad a doporučení. Jsem přesvědčen, že díky zmíněným

recenzentům dostal obsah monografie vyšší kvalitu a má větší šanci čtenáře zaujmout a snad i poučit.

Knihy vychází v nakladatelství Grada Publishing a svou velikostí a grafikou včetně obálky se významně neodlišuje od prvního dílu. Na obálce prvního dílu Nových trendů a mezioborových souvislostí byl znázorněn mariánský sloup, který byl po 102 letech od svého zbourání obnoven a našel právě v době vydání prvního dílu knihy (červen 2020) opět své místo na Staroměstském náměstí v Praze. Na obálku druhého dílu Nových trendů a mezioborových souvislostí jsem se rozhodl umístit také sloup, resp. sousoší, které by bylo obsahu této knihy alespoň trochu blízké. Vybrali jsme sousoší, jež se nachází na Palackého náměstí v Praze a které autor tohoto monumentu sochař Josef Mařatka nazval Praha svým vítězným synům. Sousoší zobrazuje celkem sedm vojínů – legionářů (jeden italský, dva ruští a čtyři francouzští se ženou uprostřed, která je symbolem hlavního města Prahy). Legionáři jsou oblečeni v uniformách různých armád s detailní výstrojí a výzbrojí, která byla tehdy užívána. Uprostřed sousoší legionářů je umístěn 16 m vysoký obelisk z mrákotínské žuly, který byl původně určen pro Pražský hrad, ale při přípravě se zlomil a prezident Masaryk jej pak daroval k využití pro stavbu tohoto díla. Pomník byl slavnostně odhalen k patnáctiletému výročí založení Československa dne 28. 10. 1932 za účasti T. G. Masaryka a E. Beneše. Jednalo se o největší dílo sochaře Josefa Mařatky (1874–1937), žáka A. Rodena a otce zakladatele české gastroenterologie Zdeňka Mařatky. Osud však byl vůči monumentu krajně nepříznivý. Již v roce 1940, kdy nacistické orgány rozhodly o jeho stržení, zmizel na dlouhých 58 let z povrchu zemského, nikoliv však ze srdce Pražanů, a především sochařova syna profesora Zdeňka Mařatky. Po skončení druhé světové války totiž neměla vládnoucí komunistická strana

žádný zájem připomínat význam legionářského odboje při vzniku státní samostatnosti. A tak až po sametové revoluci a definitivním krachu komunistického experimentu v našich zemích mohl profesor Mařatka na základě zachovalých plánů sousoší získaných z dědictví po svém otci nechat vytvořit jeho kopii. Pomník byl za účasti prezidenta Václava Havla slavnostně odhalen dne 28. října 1998 k 80. výročí založení Československa. Paradoxem je, že v době znovuoživení „sloupu“ již Československo pět let neexistovalo a zvěčnění legionáři, kteří se na mezinárodním poli zasloužili o uznání svrchovanosti nového státu Čechů a Slováků a také přispěli k rozpadu staleté podunajské monarchie, se stali němými svědky integrace Česka do jiných nadnárodních struktur (NATO) a jiného společenství evropských národů – Evropské unie, která starou monarchii do určité míry nahradila. I když okolnosti vzniku obou slavných „sloupů“ jsou diametrálně odlišné, přesto důvody k jejich postavení a znovuoživení byly téměř totožné. Jednalo se o oslavu lidské statečnosti, lásky k městu, vlasti a národu a také hrdosti na naši historii. Za to patří profesor Mařatkovi, nestorovi české gastroenterologie, veliký dík.

Všem, kteří budou mít zájem a najdou čas otevřít monografii Idiopatické střevní záněty II. Nové trendy a mezioborové souvislosti přeji, aby je kniha potěšila a našli v ní také inspiraci pro svoji klinickou práci. Byla by to největší odměna pro všechny autory, recenzenty a redaktory za jejich čas a úsilí, které přípravě monografie věnovali.

Za kolektiv autorů

Milan Lukáš  
V Praze, 25. září 2021





I. ČÁST

---

VÁDEMÉKUM



# Historie idiopatických střevních zánětů a její slavné osobnosti

Milan Lukáš

Historie Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy je dlouhá bezmála sto let. Na počátku poznání těchto nemocí stáli lékaři v západní části světa, především ve Velké Británii a ve Spojených státech amerických, kteří udávali až do osmdesátých let minulého století jednoznačný trend ve výzkumu a také v léčbě. Proč právě v těchto oblastech světa byl zájem o studium idiopatických střevních zánětů (IBD – inflammatory bowel disease) odstartován nejdříve? Nasnadě je odpověď, že právě zde dosáhl vývoj medicíny, nových technik a inovativních léčebných postupů největšího stupně, a to hned od skončení první světové války ve dvacátých letech dvacátého století. Druhým a důležitějším argumentem pro zvýšený zájem o studium těchto zánětů je prostý fakt, že v těchto regionech vykazovaly tyto nemoci od dvacátých let dvacátého století dramatický nárůst incidence, a lékaři se s nimi proto setkávali mnohem častěji, než tomu bylo v jiných částech světa a na evropském kontinentě. Tento fenomén těsné vazby incidence idiopatických střevních zánětů se stupněm industrializace společnosti je patrně rozhodujícím etiologickým faktorem při jejich vzniku. V roce 1971 Omran postuloval obecnou teorii epidemiologických změn (epidemiologic transition theory), která vymezuje tři epidemiologické periody (1).

## 1.1 Preindustriální fáze vývoje lidstva

V první fázi (emergence of IBD) se objevují ojedinělé sporadické případy určité nemoci (IBD), které jsou zaznamenány zpravidla v podobě pitevnických protokolů jako neobvyklé případy, jež se podle klinického průběhu a projevů nebo makroskopickým sekčním nálezem nápadně odlišovaly od ostatních pacientů s podobnou

symptomatologií, které byli lékaři zvyklí vídat. V časové ose jde o „preindustriální“ fázi vývoje lidstva, kde počet nemocných a jejich přežívání byly dány nízkým stupněm poznání a minimální odbornou péčí. Celková populace byla relativně malá a byla pravidelně decimována morovými pandemiemi a hladomorem. V případě IBD hovoříme o 17. a 18. století. Pomyslným bodem zlomu můžeme označit rok 1764, kdy byl objeven parní stroj Jamesem Wattem, jenž svým vynálezem odstartoval průmyslovou revoluci. Ta byla již na konci osmnáctého století plně rozvinutá právě v Británii a poté také ve Spojených státech amerických. Mocnosti evropského kontinentu, a především habsburská monarchie, jejíž integrální součástí bylo České království, se ještě koncem 18. a v první polovině 19. století orientovaly na zemědělství a většímu rozvoji průmyslu bránila již dávno přežitá středověká a feudální omezení, jako bylo nevolnictví (zrušeno 1781) a roboty (zrušena 1848). Jedním z prvních pozorování ve světové literatuře vůbec, které bychom dnes mohli interpretovat jako popis případu mladého muže s ulcerózní kolitidou komplikovanou primární sklerozující cholangitidou, sledoval a popsal v letech 1761–1774 sir William Johnson (2).

V roce 1769 G. G. Morgagni charakterizoval první případ segmentálního postižení tenkého a tlustého střeva.

Matthew Baillie (1761–1823) v roce 1793 publikoval Patologickou anatomii nejdůležitějších částí lidského těla a popisuje některých střevních nálezů velmi připomínají současné morfologické změny u IBD (3). Charles Darwin (1809–1882) pravděpodobně také trpěl chronickým střevním zánětem, který bychom v současné době mohli rovněž klasifikovat jako Crohnovu nemoc s mimostřevními projevy. Od návratu z pětileté cesty kolem světa v roce 1836 trpěl bolestmi břicha, průjmami, opakovaně měl vředy v ústech a měl projevy periferní neuropatie. Mělo se za to, že onemocněl Chagasovou

chorobou (trypanisomiázou) při pobytu v Jižní Americe. V roce 1859 vydal své monumentální dílo O původu druhů založeném na přirozené selekci, které definitivně změnilo celou evoluční biologii. A právě ve stejném roce (1859) jiný Brit S. Willks publikoval popis případu nemocné, která zemřela na krvavé průjmy a prostraci a pitevní nález byl tehdy neobvyklý, ale dnes slučitelný s diagnózou těžké Crohnovy nemoci. Protože manžel zemřelý byl lékař, který ji léčil, byl obviněn, že zavinil její smrt otravou arzenem. Tento případ se dočkal velké mediální publicity. Soudní spor byl nakonec uzavřen jako vředový zánět tlustého střeva s transmuralními vředy na celém tlustém střevě a na terminální ileu neznámého původu. Díky této kontroverzní a potenciální kriminální události byl uchován detailní popis průběhu nemoci a také pitevní nález u postižené ženy až do dnešních dnů (4). William Hale-White v roce 1888 zavedl termín ulcerózní kolitida do lékařské terminologie. Název byl určen pro chronický zánět tlustého střeva, jehož klinické příznaky byly podobné dysenterii, nicméně makroskopický nález na sliznici tlustého střeva byl od dysenterie odlišný (5).

## 1.2 Konec devatenáctého až první polovina dvacátého století

Ve druhé fázi epidemiologických změn (acceleration in incidence) dochází v případech IBD k prudkému zvýšení incidence onemocnění, ačkoli prevalence v celkové populaci zůstává relativně velmi nízká. Protože industrializace byla nejpokročilejší na Britských ostrovech, právě zde se lékaři setkávali častěji s pacienty, kteří měli nezvyklý průběh střevního zánětu, chronického charakteru a který se odlišoval od všech infekčních nemocí trávicího traktu, jež znali. Původce amébové kolitidy *Entamoeba histolytica* byl identifikován Loschem v roce 1875, původce tyfu *Salmonella typhi* byl zjištěn Eberthem v roce 1880 a izolován Gaffkym v roce 1884 a *Shigella dysenteriae* Shigou v roce 1897. Navíc v roce 1882 Koch objevil příčinu tuberkulózy, která velmi často postihovala také trávicí trakt. Tyto nové objevy pomohly identifikovat a odlišit novou skupinu nemocných, protože žádný z uvedených patogenů u těchto chronických střevních zánětů nebylo možné prokázat. V roce 1909 uspořádala Britská královská lékařská společnost v Londýně sympozium o ulcerózní kolitidě. Ze sedmi londýnských nemocnic bylo referováno celkem 317 případů zánětu tlustého střeva, které byly přijaty k hospitalizaci pro těžký průběh za dvacet let mezi roky 1888–1907. Odpovídá to tomu, že 2–3 nemocní byli

během jednoho roku přijímáni do každé z těchto londýnských nemocnic. Výsledky léčby nebyly nikterak optimistické, z celkového počtu 317 nemocných 45 % (141 pacientů) zemřelo na perforaci střeva nebo vykrvácení (6). Kennedy T. Dalziel popsal v roce 1913 chronický zánět na terminálním ileu celkem u 13 pacientů, které léčil od roku 1901. Tito nemocní vyvinuli mnohočetné stenózy na tenkém střevě, sekční nebo resekcční nález svědčil pro chronickou intersticiální ileitidu. Makroskopický nález velmi připomínal Jonesovu enteritidu, která se vyskytuje u skotu a je vyvolána *Mycobacterium paratuberculosis* (7). V roce 1925 popsal Coffen v Portlandu případ nemocného, jenž se v letech 1915 až 1924 podrobil celkem třem střevním resekčním pro recidivující intestinální obstrukci na podkladě exulcerovaných stenóz na ileu. Opět jde o nález velmi podobný tomu, který nalézáme u Crohnovy nemoci (8). V letech 1922–1937 zaznamenali Pemberton a Brown celkem 39 mladých pacientů, kteří trpěli recidivujícími ileózními stavy, horečkami a jejichž stav si vyžádal opakované střevní resekce. Zánětlivé změny byly lokalizovány na oblast ileocekální, opět věrně připomínají dnešní Crohnovu nemoc (9). V roce 1938 Barga referoval do té doby největší sestavu nemocných s ulcerózní kolitidou zahrnující celkem 871 pacientů, z nichž 268 mělo závažné komplikace. Nápadná byla kumulace tromboembolických komplikací postihujících venózní i arteriální řečiště, která vedla k označení takové formy nemoci jako „thromboulcerative colitis“ (10). Moschowitz a Wilnesky v roce 1923 popsali čtyři případy nemocných, u kterých se prokázaly nespecifické (nekaseifikující) granulomy v resekcích střev. Jednalo se o mladé nemocné, kteří byli přijati pro obraz akutní apendicitidy a měli velký zánětlivý infiltrát přecházející na vzestupný tračník.

Gastroenterologové z nemocnice Mount Sinai v New Yorku G. D. Oppenheimer a L. Ginzburg našli od roku 1920 celkem 12 takových pacientů, kteří byli operováni v této nemocnici. Všechny tyto pacienty operoval chirurg A. A. Berg. Nálezy u operovaných byly velmi podobné tím, že v rozsahu 2–3 stop na terminálním ileu byl stenozující a ulcerózní zánět. V roce 1930 zaznamenal jiný gastroenterolog z této nemocnice B. B. Crohn další dva takové pacienty, jeden z nich byl 16letý chlapec, jehož sestra se pro podobné projevy ileitidy musela podrobit operaci o několik let později. Na doporučení přednosty ústavu patologie P. Klemperera byly obě sestavy nemocných, zahrnující dva pacienty zjištěné Crohmem a 12 pacientů sledovaných Oppenheimerem a Ginzburgem, spojeny v jeden soubor zahrnující 14 nemocných a byla sepsána publikace, která byla prezentována v prestižním časopise JAMA (obr. 1.1). Berg,