

TEXT PAVEL BAROCH

FOTO ROBERT SEDMÍK

Milan Lukáš: Jez dopolosyta, pij dopolopita

Vyvážená a racionální strava s dostatkem pohybu a uměním aktivního odpočinku jsou staletími osvědčená pravidla, kterými svému trávicímu ústrojí rozhodně neuškodíme. Jenže žijeme v době, kdy jsou mnozí lidé vystaveni dlouhotrvajícímu psychickému stresu, což má významný vliv na výskyt funkčních a zánětlivých onemocnění trávicího traktu.

B

yl to váš dětský sen, stát se lékařem a vracet lidem zdraví, nebo jim dokonce zachraňovat životy?

Mým dětským snem bylo stát se učitelem dějepisu, dokonce jsem se v deseti letech snažil sepisovat, respektive opisovat z různých knih středověkou historii českého státu. Navíc se mi dostala do rukou z pozůstalosti jednoho kněze kniha vydaná v roce 1905 – *Dějiny národu českého v Čechách a na Moravě* od Františka Palackého – a ta mě fascinovala. Nakonec se historie stala mým celoživotním koníčkem. Asi v osmnácti letech jsem se rozhodl pro studium medicíny. Velmi mně v tomto rozhodnutí pomohl

můj starší bratr Jindřich, který se na rozdíl ode mě toužil stát lékařem již od útlého mládí. Nakonec se jím stal a působí více než tři desítky let jako otorinolaryngolog.

Takže jaká byla vaše cesta k medicíně?

Rozhodně nebyla úplně přímočará, nicméně jsem šťastný, že jsem byl takto svým bratrem nasměrován. Nikdy před vstupem na lékařskou fakultu jsem neměl představu, který obor bych chtěl dělat. Vždy mě ale lákala možnost přednášet a učit. To se mi nakonec všechno splnilo.

A proč jste si vybral zrovna gastroenterologii? Z laického pohledu mi připadá, že jsou atraktivnější obory, například chirurgie.

Obor gastroenterologie, o němž jsem do druhého ročníku studia na lékařské fakultě neměl moc ponětí, že vůbec existuje, jsem si vybral přes osobnost učitele působícího na 1. lékařské fakultě, která mě po všech stránkách doslova uhranula. Tento lékař a pedagog byl shodou okolností právě gastroenterolog a jmenoval se Jaroslav Šetka. Na přelomu sedmdesátých a osmdesátých let minulého století vyčníval nade všemi akademickými pracovníky 1. lékařské fakulty jako maják. Byl zarytým nekomunistou, silně věřící, milovali ho pacienti a měl přirozený a vysoký respekt mezi všemi kolegy a učiteli lékařské fakulty. Navíc plynule hovořil několika světovými jazyky a byl také opravdovým a pokorným vědcem. Sám byl největším žákem a následovníkem zakladatele české gastroenterologie Zdeňka Mařatky. Jaroslav Šetka byl mým nedostupným vzorem a věřím tomu, že kdyby byl býval pneumologem nebo epidemiologem, věnoval bych se některému z těchto oborů. Až na konci medicíny jsem začal milovat také obor gastroenterologie. Bohužel, nikdy se mi nedostalo té výsady, abych mohl se svým obdivovaným učitelem dlouhodobě pracovat. Nicméně měl jsem ještě tu čest s ním napsat knihu *Idiopatické střevní záněty*, která vyšla v roce 1998 v nakladatelství Galén. V následujícím roce mého mentora postihla těžká mozková příhoda, po níž byl definitivně vyřazen z jakékoli aktivní činnosti – až do své smrti v roce 2009.

Někde jsem četl, že za naše nemoci, ale třeba i psychické potíže může stav našich střev. Je to pravda? Jaký vliv mají střeva na celkovou imunitu organismu?

Ano, máte pravdu. V posledních dvaceti letech se o tom hodně napsalo. Tato tvrzení vycházejí z toho, že v oblasti tenkého střeva se nachází největší množství lymfatické tkáně, která je sídlem imunokompetentních buněk v těle. Navíc na sliznici trávicího traktu, označované jako slizniční střevní bariéra, jejíž plocha je rovna velikosti fotbalového hřiště, se odehrávají důležité procesy, které jsou podmíněné strukturální celistvostí tkáně a také vybalancovanou funkcí. Za fyziologických podmínek je tato vrstva o tloušťce jednoho milimetru schopna zabránit vstupu cizorodých mikroorganismů a rovněž různých imunních a toxických látek do vnitřního prostředí našeho organismu. Při narušení této funkce může logicky dojít k porušení nejen trávicího ústrojí, ale

„Na zvýšeném výskytu funkčních a zánětlivých onemocnění trávicího traktu má velký vliv dlouhotrvající psychický stres.“

také ovlivnění vzdálených orgánů včetně poruchy jejich funkcí.

Přibývá pacientů s chorobami zažívacího traktu? A čím si to vysvětlujete?

Změna životního stylu, změna diety, nové techniky užívání při zpracování a úpravě jídel jsou v tomto ohledu zmiňovány nejvíce. Podle mého názoru na zvýšeném výskytu funkčních a zánětlivých onemocnění trávicího traktu má velký vliv dlouhotrvající psychický stres. Veškeré činnosti vnitřních orgánů a také trávicího ústrojí jsou pod nepřímou kontrolou mozku skrze takzvaný vegetativní nervový systém. Ten je právě ovlivňován vyšší nervovou činností. Všichni dobře poznali stav, kdy jsou ve větším stresu nebo napětí a nemohou se najíst či jsou schopni požit jen malé množství jídla, protože

pak mají pocit nepříjemné plnosti nebo bolestivého tlaku. To je typický příklad vlivu stresu vnímaného vyšší nervovou soustavou, jenž je přenesen na vegetativní nervová centra. Ty pak způsobují ztvrdnutí, respektive přechodnou nepoddajnost žaludeční stěny, která je příčinou vnímané nepohody po příjmu i menšího množství jídla. Když tento stresový stav trvá dlouhou dobu, v řádu měsíců nebo roků, mohou vzniknout těžké funkční poruchy trávicího systému.

Podepisuje se na tom například i to, že mnoho lidí takřikajíc nemá na jídlo čas, takže snídají či obědvají za pochodu?

Ano, přesně tak. Je to změna životního stylu moderního člověka související se změnami životních hodnot a cílů. Nedostatek času na jídlo, ale také na odpočinek a spánek vede u některých osob ke vzniku funkčních poruch trávicího traktu, tak jak je tomu u syndromu dráždivého břicha nebo funkčních bolestí břicha. U jiných osob, které mají genetickou predispozici, se může vyvinout autoimunitně podmíněný zánět, jako jsou celiakie, Crohnova nemoc nebo ulcerózní kolitida.

A jak se na zažívacím traktu podepisují pokrmy z rychlého občerstvení?

Pokrmy z rychlého občerstvení jsou většinou postaveny na tucích a cukrech, a proto jsou to energeticky velmi bohatá jídla, která při občasné konzumaci samozřejmě neškodí. Horší je pravidelná konzumace jen této stravy, jejíž nejen energetický obsah, ale také přítomnost nasycených mastných kyselin, koření, potravinářských barviv a konzervantů se mohou podílet na vzniku poruch trávení a obezity.

Liší se prostředí uvnitř střev jednotlivých lidí? Proč tomu tak je?

Znamená to, že někteří jsou například náchylnější k určitému onemocnění?

Jestli otázkou myslíte, zda je rozdíl v mikrobiálním osídlení trávicí trubice mezi jednotlivci a jak se liší,

musím říct, že pro každého člověka je složení a početnost mikrobiot, tedy mikroorganismů skládajících se nejen z bakterií, ale také z virů a nižších hub, velmi individuální a pro každého jedince unikátní. Na formování skladby mikrobiot, které se ustaluje u zdravých osob do dvou až tří let po narození a pak zůstává po celou dobu života prakticky neměnné, se podílejí genetické a imunitní vlivy a kvalita diety. Víme, že nejméně osmdesát procent mikrobiot jsou striktně anaerobní mikroorganismy, které po styku se vzduchem okamžitě hynou. Také jsme poznali, že jsme schopni identifikovat pouze pětadvacet procent mikrobiot a ostatní jsou pro nás prakticky neznámé, protože nejsou kultivovatelné ve standardních podmínkách. Proto výzvy na vyšetření a stanovení optimálních probiotik pro dosažení ideálního složení střevní mikroflóry, které povede k dlouhověkosti nebo bude prevencí vzniku závažných chorob, považuji za šarlatánství a reklamní trik.

Jak by se měl člověk o svá střeva starat, aby je měl zdravá?

Vyvážená a racionální dieta zahrnující všechny komponenty s dostatkem pohybu a umění aktivního odpočinku jsou staletími osvědčená pravidla, kterými nemůžeme nic pokazit. Jinými slovy, jez dopolosyta a pij dopolopita.

Co si myslíte o používání probiotik a prebiotik, která nám doporučují reklamy? Jsou skutečně prospěšná?

Faktem je, že žijeme v takzvané éře probiotik, která byla nastartována někdy na počátku devadesátých let minulého století a vystřídala období, jež trvalo od padesátých let a bylo ve znamení glorifikace antibiotik. Význam probiotik je nekriticky nadhodnocen a jejich využití je značně komercializované. Skutečností je, že u některých poruch trávení, a dokonce u některých trávicích chorob může být jejich podávání prospěšné. Musíme vždy rozlišovat mezi probiotiky, která mají status

Prof. MUDr. MILAN LUKÁŠ, CSc.

● **Přední český gastroenterolog.**

Narodil se v roce 1959 v Táboře.

Promoval v roce 1984 na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Atestaci z gastroenterologie složil v roce 1993. Od té doby působil ve Všeobecné fakultní nemocnici na Klinice interního lékařství.

Jeho specializací jsou idiopatické střevní záněty. Od roku 2007 je přednostou kliniky ISCARE a primář Klinického a výzkumného centra pro střevní záněty ISCARE.

Publikoval více než 250 odborných sdělení v domácích a zahraničních časopisech.

Je předsedou České gastroenterologické společnosti a šéfredaktorem časopisu Gastroenterologie a hepatologie.

Je členem mezinárodních organizací American Gastroenterological Association, European Crohn's and Colitis Association a International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Disease.



„Význam probiotik je nekriticky nadhodnocen a jejich využití je značně komercializované.“

dietních doplňků, tedy látek majících stanovenou čistotu a koncentraci mikrobiální kultury a záruku nezávadnosti. Takových přípravků jsou v současné době desítky, možná stovky, většinou jde o směsi několika kmenů laktobacilu, eubakterií a bifidobakterií, u nichž je předpokládán nebo prokázán probiotický efekt. Daleko menší skupinu tvoří probiotika, jež získala status léčiva. Jde o přípravky, které jsou nejen čisté s ohledem na stanovenou bakteriální kulturu, ale také v kontrolovaných klinických zkouškách bylo jejich podávání spojeno s významným klinickým efektem a také bezpečností u konkrétní choroby. Takových léčiv je na českém trhu pouze několik.

Záněty nebo jiné choroby zažívacího traktu se často projevují bolestí břicha, ale jak má takový člověk poznat, že jde o něco vážnějšího, že

to není například jen zácpa? Jakými zásadami by se měl člověk řídit, kdy by už měl vyhledat lékařskou pomoc?

Občasné bolesti břicha nebo nepravidelná stolice jsou relativně častým jevem, který většinou neznámá nutně, že se v trávicím traktu postiženého děje něco závažného. Záleží také na dalších koincidujících symptomech, přítomnosti alarmujících klinických známek, jako jsou teploty, hubnutí, krvácení z konečníku, a také na věku pacienta. U osob starších padesáti let u deletrvajících a nově vzniklých obtíží musíme postupovat vždy daleko přísněji, než je tomu o mladého člověka, u kterého se daleko častěji objevují funkční poruchy trávení.

Neodrazuje lidi od návštěvy ordinace obava a stud, protože jim lékař bude do těla zavádět sondu?

Ano, u určitých osob tomu tak je, nejen stud, ale také obava z výsledků vyšetření nebo z bolesti či diskomfortu, s nímž může být vyšetření spojeno. Nicméně na většině pracovišť se při invazivních endoskopických vyšetřeních používá premedikace, nebo dokonce analgosedace, které tyto obtíže minimalizují či zcela eliminují. Rovněž používání nových technik snížilo nebo úplně odstranilo takzvaný postprocedurální diskomfort, tedy krátkodobé obtíže vzniklé po endoskopickém vyšetření. Na moderních gastroenterologických pracovištích se invazivní

ných s těmito chorobami. Po pěti letech sledování mohli tito nizozemští kolegové referovat v předních světových odborných žurnálech o tom, že tento přístup je pacienty preferován, nebo dokonce oblíben, je dobře proveditelný, nezhoršuje léčebné výsledky, které jsou spíše naopak lepší v porovnání se standardními postupy. Navíc autoři potvrdili výrazné snížení přímých finančních nákladů na sledování těchto pacientů. Pacienti nemuseli dojíždět do vzdálených zdravotních a specializovaných center. Proto jsme podobný model vyzkoušeli v letech 2016 až 2018 na

vali jsme pouze subkutánní léčbu a na dva měsíce jsme kompletně přerušili endoskopický program. V současné době jedeme na plný plyn. Máme daleko více zkušeností a dnes již víme, že nemocní s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou nepředstavují populaci s vyšším rizikem onemocnění covidem-19. Navíc pacienti na biologické léčbě mají díky ní většinou asymptomatický nebo jen velmi mírný průběh nemoci covid-19. S vědomím velkého respektu k této celosvětové pandemii však musím zdůraznit, že se nemůžeme přestat starat o chro-

„Telemedicína je budoucnost lékařství. Neznamená to ale, že nahradí přímý kontakt lékaře a pacienta.“

endoskopické metody provádějí s vysokým odborným standardem a pacienti se opravdu nemusejí obávat nepříjemností spojených s těmito vyšetřeními.

Už několik let před koronavirovou pandemií jste začali testovat, na kolik je možné sledovat pacienty se záněty střev na dálku. Jak to fungovalo? A jak to bylo účinné?

Moje oddělení je zaměřené na diagnostiku a léčbu nemocných s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou. Počet nemocných s těmito chorobami roste, a protože jde o nemoci, které nejsou definitivně vyléčitelné, je nutné u všech nemocných zajistit dlouhodobé, respektive trvalé sledování a léčbu. To je hlavní důvod, proč se někteří pacienti se střevními záněty začali již na počátku tohoto století sledovat pomocí telemedicínských postupů, a to především v západní Evropě a Severní Americe. V roce 2010 jsem navštívil kliniku v Maastrichtu, kde začínali tehdy velký multicentrický projekt zahrnující několik stovek nemoc-

našem pracovišti, v projektu IBD asistent, v němž jsme sledovali jeden rok sto nemocných telemedicínským přístupem. Výsledky naší studie byly totožné s výsledky nizozemských kolegů.

Využili jste tyto zkušenosti během pandemie?

Pandemie pouze tento způsob monitorování zviditelnila a také způsobila daleko větší zájem plátců zdravotní péče a státních orgánů o tento způsob sledování pacientů. Využívali jsme vzdálený přístup v podobě telefonických kontaktů a e-mailové komunikace s našimi pacienty. Opravdové telemedicínské sledování včetně domácího vyšetření kalprotektinu ve stolici jsme zahájili až po otevření virtuální IBD kliniky v srpnu 2020.

Jak se vlastně koronavirus podepsal na fungování vaší kliniky?

A chodili pacienti na pravidelné kontroly, nebo se jí právě z obavy před covidem-19 vyhýbali?

Na jaře 2020 jsme na jeden měsíc biologickou terapii zastavili, podá-

nické pacienty nebo oddalovat léčbu, protože jejich nemoci jsou v drtivé většině těžší, než je covid-19, a s daleko závažnějšími zdravotními důsledky.

Je podle vás telemedicína budoucnost lékařství?

Ano, nepochybně je to budoucnost medicíny. Druhým dechem však musím sdělit, že telemedicína neznamená nahrazení klasického postupu, tedy přímého kontaktu lékaře a pacienta. Tento přístup je nenahraditelný, lékař zde využívá svých schopností a zkušeností proto, aby stanovil správnou diagnózu a zavedl odpovídající léčbu. Toto „ars medicorum“, kterému se lékaři učí prakticky celou svou profesionální kariéru, nemůže nahradit žádný stroj ani telemedicína. Telemedicína ale představuje určité a významné doplnění a rovněž zkvalitnění dlouhodobé péče o chronické nemocné, tedy pacienty, u nichž byla diagnóza stanovena standardními postupy a u kterých byla zavedena odpovídající léčba. ■