

DIAGNOSTIKA A TERAPIE FUNKČNÍCH PORUCH GIT PODLE KLASIFIKACE ROMA II - II. DÍL

doc. MUDr. Aleš Hep, CSc., MUDr. Jiří Dolina

Interní klinika gastroenterologická, FN Brno

V textu jsou probrána hesla klasifikace funkčních poruch trávicí trubice podle klasifikace ROMA II pro dospělou populaci. Je podán stručný přehled subjektivních obtíží, definice jednotlivých stavů, diagnostický postup a ve většině případů je i navržena léčba.

Klíčová slova: diagnostika, terapie, funkční porucha, trávení, dráždivý tračník, abdominal bloating, zácpa, průjem, žlučník, Oddiho svěrač, inkontinence, bolest, dyssynergia.

DIAGNOSIS AND THERAPY OF FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS ACCORDING TO THE CLASSIFICATION ROME II - PART II

This article deals with headlines of ROME II classification of functional disorders of gastrointestinal tract for adults. A brief review is given on subjective complaints, definitions of particular states, as well as on diagnostic approach. Treatment strategy is mostly proposed.

Key words: diagnosis, therapy, functional disorder, digestion, irritable bowel syndrome, abdominal bloating, constipation, diarrhea, gallbladder, sphincter of Oddi, incontinence, pain, dyssynergia.

Střevní poruchy

C1. Dráždivý tračník

Studie západní populace ukazují, že dráždivý tračník (IBS) je přítomen asi u 15–20 % adolescentů a dospělých, s vyšší prevalencí u žen.

Definice:

Potíže minimálně 12 týdnů, které nemusí být následné, v posledních 12 měsících charakterizované přítomností abdominálního dyskomfortu nebo bolesti spojené se dvěma z těchto tří charakteristik:

1. úleva po defekaci
2. začátek potíží spojený se změnou frekvence stolic
3. začátek potíží spojený se změnou formy (vzhledu) stolice.

Následující symptomy kumulativně podporují diagnózu IBS:

- abnormální frekvence stolic (> 3/den a < 3/ týdně),
- abnormální forma (vzhled) stolice (hrudkovitá/tuhá nebo řídká/vodnatá)
- abnormální pasáž stolice (namáhavá, urgentní, pocit nedokonalého vyprázdnění)
- nadmutí nebo pocit břišního napětí.

Diagnostika:

- a) vyšetření střevního transit time s radioopakními granulemi
- b) endoskopie
- c) u žen gynekologické vyšetření.

Terapie: významné je navázání pocitu důvěry nemocného k ošetřujícímu lékaři. Doporučen je vícestupňový přístup v závislosti na dominujících symptomech, jejich tíži a psychosociálních faktorech. Většinou jsou doporučovány: pro léčbu **zácpy** dieta s vyšším obsahem vlákniny (otruby, látky zvyšující objem), pro **průjem** loperamid nebo diphenoxylat a pro **bolest** spasmolytika, malé dávky antidepressiv. Některým pacientům může pomoci psychoterapie a behaviorální techniky.

C2. Funkční vzednutí (nadmutí) břicha (plynatost)

Diagnóza je pouze v některých studiích odlišována od IBS a ostatních funkčních poruch. Objevuje se asi v 15 % populace, obvykle s predominancí u žen.

Definice:

1. pocit abdominální plnosti, plynatosti, nadmutí nebo viditelné distenze
2. nedostatečná kritéria pro diagnózu funkční dyspepsie, IBS nebo jiné funkční poruchy.

Diagnostika:

vyřazení organické příčiny potíží.

Terapie: neexistuje žádná prokazatelně efektivní léčba funkčního nadmutí a jeho příčina není známa, takže doporučeno je pouze znovuvyšetření pacienta a event. behaviorální přístup. Běžnou praxí je omezení potravin podporující meteorismus, avšak i pacienti s potvrzeným deficitem laktázy mohou pít 250 ml mléka s žádným nebo jen zanedbatelným vzednutím.

C3. Funkční zácpa

Vyskytuje se až u 20 % populace, v závislosti na demografických faktorech, populaci a použité definici. Je častější u žen a většinou roste její incidence s věkem.

Definice:

1. namáhavá defekace ve více jak ¼ defekací
2. hrudkovitá nebo tuhá stolice ve více jak ¼ defekací
3. pocit nedostatečného vyprázdnění ve více než ¼ defekací
4. pocit anorektální obstrukce nebo blokády ve více než ¼ defekací
5. manuální manévry k ulehčení více než ¼ defekací, (např. evakuace pomocí prstů, podpora pánevního dna)
6. méně než 3 defekace za týden.

Nejsou přítomny řídké stolice a nejsou dostatečně splněna kritéria pro IBS.

Diagnostika:

1. psychologické vyšetření
2. vyloučení hypotyreózy

3. vyšetření střevního transit time
4. vyšetření anorektálních funkcí (k detailnímu potvrzení diagnózy za ideálních podmínek patří anální manometrie i defekografie).

Terapie: strava bohatá na vlákninu zvětšuje objem stolice, zvyšuje obsah nestravitelných zbytků s podporou zadržování vody a bakteriální proliferace. Pacienti s těžkou zácpou mohou dobře reagovat na polyethylenglykol v soluci. Jinak můžeme zkusit laxativa jako např. bisacodyl nebo sennu, samozřejmě s rizikem vedlejších účinků při dlouhodobé léčbě (možné poškození střevních nervových struktur, psychická závislost etc.).

Specifická léčba pro podskupinu pacientů s anorektální dysfunkcí je diskutována v kapitole funkčních poruch anu a recta.

C4. Funkční průjem

Podle britských studií se řídká až tekutá stolice vyskytuje u 5,3 % mužů a 4,3 % žen.

Definice: minimálně 12 týdnů, které nemusí být následné, během posledních 12 měsíců: řídká nebo vodnatá stolice přítomná více než třetinu období a bez abdominální bolesti.

Diagnostika:

1. základní vyšetření krve a stolice
2. sigmoideoskopie s biopsií
3. při negativních nálezech pak lépe na specializovaném pracovišti provedení enterobiopsie, vyšetření hormonálních funkcí, specializované zobrazovací techniky etc.

Terapie:

1. diskuze o možných psychologických faktorech
2. restrikce pokrmů vyvolávajících potíže
3. empirická protiprůjmová léčba (např. difenoxylat nebo loperamid) je většinou efektivní, zejména je-li podávána profylakticky, např. před jídlem. Někdy pacienti odpovídají na cholestyramin. Naštěstí jsou časté spontánní remise.

C5. Nespecifická funkční střevní porucha

Nespecifická funkční střevní porucha je definována jako funkční střevní symptomy, které nesplňují kritéria pro předchozí definované kategorie.

Funkční abdominální bolest

Funkční abdominální bolest je popisována jako přetrvávající, téměř stálá nebo často se vracející bolest lokalizovaná do břicha, ale bez vazby na střevní funkci. Je dělena do dvou podskupin.

D1. Syndrom funkční abdominální bolesti

Syndrom funkční abdominální bolesti (FAPS), také nazývaný „chronická idiopatická abdominální bolest“ nebo „chronická funkční abdominální bolest“, je popisován jako minimálně 6 měsíců trvající bolest, která se jen minimálně vztahuje ke střevní funkci a je spojena s omezením v některých každodenních činnostech.

FAPS se objevuje asi u 1,7 % lidí, zejména žen, a je spojena se závažnou absencí v práci a častými návštěvami léka-

ře. Navíc se pacienti s FAPS snaží získat názory mnohých lékařů – specialistů, prodělávají mnoho vyšetření a testů a dokonce i závažné břišní a pánevní operace.

Definice:

1. kontinuální nebo téměř kontinuální bolest břicha
2. žádná nebo jen náhodná vazba bolesti na fyziologické funkce (např. jídlo, defekace, menstruace, etc.)
3. omezení až ztráta některých každodenních aktivit
4. bolest není vymyšlená, předstíraná (např. simulování)
5. nesplněná kritéria pro jiný typ funkční gastrointestinální poruchy, která by stav objasňovala.

Diagnostika:

1. psychologické vyšetření (v některých případech jsou nemocnými vyžadována i narkotika)
2. stav se může vyskytovat současně s onemocněním pankreatu, IBS apod.
3. v některých případech je cenné vyšetření cévního zásobení střeva, které přinese organické objasnění etiologie klinického stavu a zařazení do jiné diagnostické skupiny.

Terapie: svízelná, je nutné navázání dobrého vztahu mezi lékařem a nemocným, které je pro co nejpřesnější zhodnocení stavu nenahraditelné. Analgetika jsou neúčinná a narkotika by neměla být podávána vůbec. Pokud se objeví deprese, měla by být léčena. Malé dávky antidepresiv by mohly vést k omezení bolesti a také zlepšení insomnie. Pokud je použita terapie anxiolytická, pak by měla mít limitované trvání. Bylo vyzkoušeno mnoho psychotherapeutických přístupů, avšak bez většího vyhodnocování a porovnávání efektu. Cenná je mezioborová péče.

D2. Nespecifická funkční abdominální bolest

Nespecifická funkční abdominální bolest je funkční abdominální bolest, která nesplňuje kritéria pro diagnózu FAPS (D1).

Žlučové poruchy

E1. Dysfunkce žlučníku

Biliární litíáza se vyskytuje u cca 23 % populace a cholecystektomie (CHE) je nejčastějším chirurgickým výkonem v českých zemích. Při litíáze má však jen 10–20 % pacientů obtíže. Frekvence biliární bolesti u pacientů bez konkrementů může dosahovat až 7,6 % u mužů a 20,7 % u žen.

Definice: epizody kruté, stálé, bolesti lokalizované v epigastriu a pravém horním kvadrantu a další následující podmínky:

1. epizody trvají 30 a více minut
2. objevily se jednou nebo vícekrát za posledních 12 měsíců
3. bolest je stálá a vede pacienta k přerušování jeho každodenních aktivit nebo pacienta přivede k lékaři
4. nejsou známky strukturálních abnormalit, které by tyto symptomy vysvětlovaly
5. je přítomno abnormální vyprazdňování žlučníku.

Přítomnost sludge ve žlučníku, která vede k úvahám o poruše vyprazdňování, nemusí nutně s klinickým stavem souviset. Navíc může být přítomno zvracení, propagace bolesti do zad a/nebo interkapsulární oblasti, vztah obtíží

k příjmu stravy, ataky nočních bolestí apod. Navíc mohou být symptomy superponovány na pozadí chronické abdominální bolesti nízkého stupně neznámé etiologie.

Diagnostika:

1. cholecintigrafie (HIDA) s odpovídajícím matematickým zpracováním informací (dekonvoluční analýza)
2. nukleární magnetická rezonance (NMR) cholangiografie
3. endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP)
4. ke zvážení vyšetření žluče na mikrokrystaly.

Terapie: existuje několik možných přístupů:

1. ovlivnění motorické funkce žlučníku (např. zlepšení jeho motility cisapridem nebo zpomalení ursodeoxycholovou kyselinou, která snížením kontraktility může zmírnit pravděpodobnost biliárních bolestí)
2. redukce hyperalgie nebo zánětu (např. nesteroidními antiflogistiky)
3. jako poslední možnost cholecystektomie. K jejímu indikovanému provedení by však měla být přítomna minimálně snížená kontraktilita žlučníku (i bez průkazu lithiázy), jinak je velké riziko přetrvání a nebo i zhoršení klinických obtíží.

E2. Dysfunkce Oddiho sfinkteru

Termín je užíván pro motilitní abnormality svěrače Oddiho (SO). Jeho dysfunkce může vést ke vzniku poruch buď biliárních nebo pankreatických. Může být přítomna i u pacienta s intaktními žlučovými cestami, ale častěji se vyskytuje po CHE s frekvencí asi 1,5 %, častější u žen. U idiopatické rekurentní pankreatitidy je prokazována manometrická dysfunkce mezi 39 až 90 %. Dysfunkce OS může zahrnovat i oba typy současně.

Diagnostika:

1. laboratorní: AST, ALT, ALP, GMT, bilirubin, amyláza v séru a moči, sérová lipáza
2. sonografie
3. HIDA
4. ERCP (nebo dle dostupnosti NMR)
5. morfinový provokační test
6. manometrie papila Vateri.

E2a. Biliární typ OS dysfunkce

Ke klasifikaci jsou nutné informace:

1. o laboratorních nálezech (AST, ALT, GMT, ALP, bilirubin)
2. ERCP.

Typ I: (65–95 %)

1. bolest
2. zvýšená hodnota jaterních testů
3. zpožděné vyprazdňování kontrastní látky s dilatací choledochu na 12 a více mm dle ERCP.

Typ II: (50–63 %)

1. bolest
2. přítomnost pouze jednoho nebo dvou kritérií zmíněných v předešlém bodě.

Typ III: (12–28 %)

1. rekurentní bolest
2. jiný z výše uvedených znaků nepřítomen.

E2b. Pankreatický typ OS dysfunkce

Je obtížně blíže klasifikovatelný. Nejčastěji se projevuje jako klasická pankreatitida s bolestí, zvýšením amylázy a lipázy v séru. Nepřítomnost konkrementů, alkoholového abúzu vede k diagnóze idiopatické rekurentní pankreatitidy. V méně častých případech (podobně jako u III. typu biliární OS dysfunkce) si pacient stěžuje na bolest, ale není přítomna elevace enzymů. V mnoha případech může být symptomatologie hodnocena jako funkční abdominální bolest.

Definice: epizody kruté bolesti v epigastriu a pravém horním kvadrantu a všechna následující kritéria:

1. epizoda trvá 30 a více min
2. symptomy se objevily v posledních 12 měsících jednou nebo vícekrát
3. bolest je stálá a vede k nutnosti přerušení každodenních aktivit nebo přinutí pacienta k návštěvě lékaře
4. není známek strukturální léze, která by obtíže vysvětlovala.

Navíc může být bolest doprovázena jedním nebo dvěma následujícími symptomy:

1. elevace aminotransferáz, ALP, bilirubinu v séru
2. elevace pankreatických enzymů (amylázy/lipázy)
3. na možnou dysfunkci OS může ukazovat i akutní rekurentní pankreatitida.

Terapie: cílem léčby je snížit odpor pro odtok žluče a pankreatické šťávy.

Farmakoterapie:

1. terapeutický význam vlivu hormonů jako cholecystokininu (CCK) a glukagonu je akademický
2. kalciové blokátory (nifedipin p.o. v dávce 10–20 mg) snižuje tonus OS a snižuje fázické kontrakce u biliární dyskineze, vhodné pro pacienty s typem II OS dysfunkce
3. nitráty snižují tonus sfinkteru a mohou zmírnit symptomy, alespoň na kratší dobu
4. botulotoxin aplikovaný do oblasti OS.

Odpovědi na léčbu bývají většinou přechodné a dlouhodobých sledování je zatím ještě málo.

Sfinkterotomie: endoskopická sfinkterotomie je nejčastěji používaná léčebná procedura u pacientů s biliárním typem OS dysfunkce, je levnější a má nižší morbiditu než transduodenální chirurgické řešení. Endoskopická sfinkterotomie vede k odstranění příznaků u 55–95 % pacientů. Následná pankreatitida, se vyskytuje u 5–16 %, při extrakci konkrementů z choledochu je udán počet vyšší. Frekvence komplikací dále stoupá při dilataci pomocí balónku a zavedení biliárního stentu pro dočasné odstranění bolesti.

U pankreatického typu OS dysfunkce je pro úspěšnost terapie nutná, nikoliv pouhá biliární sfinkterotomie, neboť pankreatický sfinkter je od biliárního oddělen.

Chirurgický přístup: je prováděn transduodenálně. Jedná se o sfinkteroplastiku a septoplastiku pankreatického vývodu. Vede ke zlepšení v 70 % případů s malým rizikem vzniku pankreatitidy, ale vysokou morbiditou až 30 %. En-

doskopická sfinkterektomie pankreatického sfinkteru není jednoznačně přijata. Všechny podobné přístupy vyžadují další studování.

Anorektální poruchy

F1. Funkční inkontinence stolice

Prevalence inkontinence stolice (včetně organických příčin) je v USA a Evropě od 2 do 7 % a asi 0,7 % pro inkontinenci pevné stolice.

Definice:

Rekurentní nekontrolovaný odchod stolice minimálně jeden měsíc u jedince, který je starší 4 let, spojený s:

1. napěchováním rektu tuhou stolicí
2. průjemem
3. nestrukturální dysfunkcí análního svěrače.

Funkční příčiny inkontinence se mohou se strukturálními abnormitami překrývat.

Diagnostika:

Terapie:

U inkontinence v důsledku **zácpy** lze dosáhnout úpravy habituálním tréninkem po vyprázdnění, obnovy kontinence asi u 60 % dětí a zredukování frekvence špinění u dalších 23 %. U straších pacientů s inkontinencí je doporučena denní dávka laxativ (např. lactulosa 10 ml dvakrát denně) a jednou za týden nálev s efektivitou 90 %. U inkontinence spojené s **průjemem** je doporučován loperamid. Biofeedback lze použít v případech, kdy není efekt habituálního tréninku nebo medikamentózní léčby.

F2. Funkční anorektální bolest

Vyskytují se dva druhy bolesti: syndrom levatoru ani a proctalgia fugax. Oba se velmi často vyskytují společně.

F2a. Syndrom levatoru ani

Synonyma: levátorový spasmus, puborektální syndrom, chronická proktalgie, pyriformní syndrom a pánevní tenzní myalgie. Obtíže jsou popisovány jako neurčitá, tupá bolest nebo pocit tlaku vysoko v rektu, často horší vsedě nebo vleže, trvající hodiny až dny.

Prevalence symptomů, které by korelovaly se syndromem levatoru ani, je obecně asi 6,6 % a je častější u žen. Jen 29 % vyhledá lékaře, ale pak je většinou spojena s celkově špatným stavem. Víc než polovina postižených pacientů je ve věku 30–60 let, prevalence má tendenci se snižovat po 45. roce.

Definice:

1. chronická nebo rekurentní rektální bolest nebo pobolívání
2. epizody bolesti trvají 20 a více minut
3. jiná příčina bolesti rektu (např. ischemie, intramuskulární absces, fisura, prostatitida, solitární rektální vřed) byla vyloučena.

Diagnostika (společná i pro F2b):

1. sigmoideoskopie
2. defekografie
3. sonografie (včetně endosonografie)
4. elektromyografie (EMG)

5. dle klinického obrazu event. počítačová tomografie.

Terapie: Bylo popsáno mnoho způsobů jak snížit napětí v m. levator ani: digitální masáže svalů levatoru ani, sedací koupele, myorelaxancia, diazepam, elektrogalvanická stimulace, trénink na biofeedbacku. Žádná z klinických studií však nezahrnovala kontrolní skupinu a kritéria výběru pacientů byla velmi různá. Mnoho pacientů na léčbu nereagovalo. Chirurgické řešení není doporučováno.

F2b. Proctalgia fugax

Prevalence od 8 do 18 %. Jen 17–20 % postižených však v této souvislosti vyhledá lékaře.

Definice:

1. rekurentní epizody bolesti lokalizované v anu nebo distálním rektu
2. trvání vteřiny až minuty
3. mezi epizodami bolesti se neobjevuje žádná anorektální bolest. Ataky jsou vzácné a objevují se u 51 % pacientů méně než 5× za rok.

Terapie: u většiny pacientů jsou epizody bolesti tak krátké, že je léčba založena na pouhém vysvětlení stavu. Malá skupina nemocných má však frekventní ataky. Pak lze zkusit inhalaci salbutamolu (beta-mimetikum) s předpokládaným efektem zkrácení ataky. Je doporučován i clonidin nebo amylnitrát.

F3. Dyssynergie pánevního dna

Prevalence není známa, neboť jeho diagnostikování je založeno na fyziologických testech. U pacientů vyšetřených pro chronickou zácpu se vyskytuje u cca 25–50 %, jak u dětí tak dospělých. Závěry ale nutno hodnotit velmi obezřetně.

Definice:

1. splnění diagnostických kritérií pro funkční zácpu (C3)
2. manometricky, EMG, nebo radiologicky prokázaná porušená kontrakce nebo porušená relaxace svalů pánevního dna během opakovaného pokusu o defekaci
3. jasně prokázaná dostatečná propulzivní síla během pokusu o defekaci
4. prokázání nedostatečného vyprázdnění

Diagnostika:

1. rektoskopie
2. defekografie
3. anální manometrie
4. EMG

Terapie: dyssynergii pánevního dna nelze hodnotit jednoznačně jako neurologickou lézi, neboť minimálně 2/3 pacientů se mohou naučit adekvátně relaxovat zevní anální svěrač a m. puborectalis pomocí tréninku biofeedbackem. Úzkost a psychický stres může vést ke vzniku dyssynergie pánevního dna zvýšením tonu kosterního svalstva. Dospělí s potížemi při defekaci mají signifikantně vyšší skóre pro úzkost, depresi, interpersonální citlivost, obsesivní rysy, fobickou úzkost a sklon k somatizaci. Dyssynergie pánevního dna je častější u žen, které byly sexuálně zneužívány.

Byly popsány dva typy tréninku pánevního dna:

1. biofeedbackové cvičení, kde jsou senzory v análním kanálu nebo v sousedství anu, což umožňuje monitoring a zpětnou informaci pacientovi o aktivitě příčně pruho- vaného svalu nebo tlaku v análním kanálu
2. simulace defekace, kdy pacient provádí defekaci simu- lované stolice. Zdá se, že jsou oba typy efektivní. Syste-

matický přehled publikovaný v r. 1993 ukazuje na asi 67% úspěšnost. Avšak nedávné větší studie ukazují zlep- šení u 48 až 62 % pacientů.

Nejsou popsány obtíže dětského věku, které vyžadují samostatné sdělení.

Literatura

1. Rome II: A multinational Consensus Document on Functional Gastrointestinal Disorders GUT, Vol 45, sept 1999, supp II.
2. Pracovní skupina České gastroenterologické společnosti: Refluxní choroba jí- nu (standards) Vydáno ve spolupráci s firmou Janssen-Cilag, Praha 2000.
3. Mařatka Z. Klinická gastroenterologie Praha, Karolinum, 2000.
4. Prášek, J.: Játro a žlučové cesty – diagnostické možnosti nukleární medicíny, Učební text IDV PZ Brno, 1996, s. 28–33.
5. Prášek, J.: Radionuklidové metody v gastroenterologii – diagnostika v oblasti tenkého střeva, s. 7–10. Válek, V.: Tenké střevo, Učební text IDV PZ Brno, 1995

6. Válek, V.: Moderní diagnostické metody: Válek, V., Prokeš, B.: I. díl. Kontrastní vyšetření trávicí trubice, 1996, IDVPZ v Brně, s. 76.
7. Vl. A. Válek, Y. Saida, Y. Itai, K. Mori: Enteroclysis I. Japanes Journal of Clinical Radiology, Vol. 45, No. 3, 2000, 456–460.
8. Zavoral, M., Dítě, P. Špičák, J., Bureš, J. a kol.: Nové trendy v digestivní endo- skopické diagnostice a léčbě, Grada Publishing, 2000 ISBN 80-7169-999-3.

NOVÉ KNIHY

Atlas patofyziologie člověka

Stefan Silbernagl, Florian Lang

ISBN 80-7169-968-3, celobarevná publikace, pevná vazba, 404 stran, cena 590 Kč

Patofyziologie představuje jeden ze základních a nejdůležitějších studijních předmětů v preklinickém studiu medi- cíny. Tím, že seznamuje principiálně s patogenezi všech onemocnění, stává se základem klinických znalostí nejen stu- denta, ale každého lékaře. S vývojem poznání a pokrokem lékařské vědy se patofyziologické znalosti mění, a proto jsou neustále předmětem zájmu a stálého postgraduálního studia lékařů všech oborů. Kniha je svým pojetím a zpracováním ojedinělá, neboť patofyziologické pochody jsou vysvětleny pomocí obrazů a schémat a textová část se vždy k obrazu váže. Vedoucí autor prof. Dr. Stefan Silbernagl má bohaté zkušenosti, neboť jeho „Taschenatlas der Physiologie“ se opakovaně vydává. Originál nové publikace „Taschenatlas der Pathophysiologie“ vydaný v roce 1998 ve vydavatelství Thieme Verlag přeložila skupina odborníků vedených prof. MUDr. Stanislavem Trojanem, DrSc.

Klinické studie v kardiologii

Jindřich Špinar, Jiří Vitovec, Lea Kubecová, Jiří Pařenica

ISBN 80-247-0113-8, pevná vazba, 504 stran, cena 390 Kč

„...Souhrnně lze říci, že autoři se ujali záslužného úkolu zřehlednit výsledky terapeutických studií v kardiologii. V době exploze informací je třeba zabránit dezorientaci a vnést určitý řád do našeho terapeutického uvažování, aby- chom byli schopni kriticky přijímat výsledky tzv. „evidence based medicine“. Někdo by mohl namítnout, že autoři pouze popisují výsledky jednotlivých studií a nezaujímají vlastní kritická stanoviska k jejich kvalitě (designu, analýze, závěrům), což by jistě bylo ideální. Takový kritický postoj k validitě dané studie však může zaujmout jen specialista zabývající se úzkou problematikou. K praktickým závěrům ovšem může z přehledných dat dospět každý přemýšlivý čtenář a to mu tato publikace bohatě nabízí.

V české medicínské literatuře jde o první práci tohoto druhu, která vhodně doplňuje publikaci autorů „Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění“, vydanou v nakladatelství v minulém roce. Přináší kardiologům a internistům rychlou orientaci v terapii založené na důkazech a jsem přesvědčen, že bude odbornou veřejností velmi příznivě přijata.“

Z recenzního posudku doc. MUDr. Zdenko Lupínka, CSc., FESC

Objednávky: Grada publishing, tel. 02/2038 6511, 6512, fax 02/2038 6400, e-mail: obchod@gradapublishing.cz