

Z odborné literatury

Aschermann M et al. Kardiologie. Praha: Galén 2004. 1481 stran. ISBN 80-7262-290-0.

Napsat recenzi na tak obsáhlé a v naší lékařské literatuře ojedinělé dílo, jakým bezesporu Kardiologie od profesora Michaela Aschermanna je, představuje sice úkol obtížný a nelehký, ale na druhé straně krásný, protože recenzent si musí najít čas, s publikací se postupně seznámit, začít se do některých kapitol, prohlédnout krásné obrázky a schémata.

Maixner E. Nemoci srdce a cévstva (1912); Prusík B. Nemoci srdce a cév (1934); Jonáš V. Klinická kardiologie (1950); Jonáš V. Speciální kardiologie I a II (1957, 1959); Jerie P. Kardiologie praktického lékaře (1964, 1967); Víšek V. Kardiologie (1981); Gregor P., Widimský P. Kardiologie (1994, 1999); Štejfá M. Kardiologie (1995, 1998); Hradec J., Spáčil J. Kardiologie a angiologie (2001) – tak to je výčet těch rozsáhlejších dosavadních učebnic a monografií o kardiologii, které u nás vyšly od roku 1912 a tato řada je korunována v roce 2004 vydáním Aschermannovy Kardiologie a je to důstojné vyvrcholení pro českou kardiologii.

Je obdivuhodné, jak se profesor Aschermann vyrovnal s obtížným úkolem zpracovat poznatky v kardiologii na začátku 3. milénia a musím říci, že vytvořil obdobné dílo jako v angličtině prof. Braunwald, v českém jazyce, s českými a moravskými autory, a po právu mu náleží proto náš obdiv. Již jen úkol zkoordinovat 68 spoluautorů, i když mu při tom jistě pomáhali pořadatelé prof. Petr Widimský a doc. Josef Veselka a spolupracující pořadatelé prof. Aleš Linhart a dr. Jirí Krupička a recenzent prof. Jan Petrášek, je úkol nad lidský a nemá v našem lékařském pí-

semnictví po roce 1989 obdoby. Co všechno si musel protrpět profesor Aschermann při tvorbě tohoto díla si dovedu představit, ale výsledek je opravdu vynikající: jistě mu všechna utrpení a bezesné noci vynahradil.

Ve dvou dílech je 1481 stránek textu, 1198 obrázků velmi kvalitních a instruktivních a celkem 4 868 citací. Dále kniha obsahuje přílohy (zkratky, studie a rejstřík) na konci obou dílů, což velmi usnadňuje hledání potřebných odkazů. V budoucnu bude kniha potřebovat vydávání postupných doplňků nebo ještě lépe webový přístup s inovacemi, tak jak je to nyní již u řady moderních učebnic a přehledných monografií.

V části I – Anatomie a fyziologie, je v pěti kapitolách podán podrobný přehled poznatků nejen o anatomii, histologii, fyziologii srdce a oběhové soustavy, ale navíc jsou zde popsány regulační mechanismy oběhových funkcí spolu s klinickými parametry, kapitola trombokardiologie, kde jsou popsány základní mechanismy hemokoagulace a trombolýzy, arteriální trombozy a zánětlivé reakce s aktivací endotelu. Poslední kapitola této části je originálně věnovaná iontovým kanálům myokardu, na 30 stránkách je podán podrobný výklad této problematiky, včetně vysvětlení vrozených poruch srdečního rytmu, jako je syndrom dlouhého QT či Brugada syndrom a není opomenuta ani farmakologie ovlivňující jednotlivé iontové kanály (Na, Ca či K).

Vyšetřovací metody jsou náplní II. části, kdy anamnéze, kardiiovaskulární symptomatologie a fyzikálnímu vyšetření je věnováno pouhých 15 stránek a ostatním metodám od EKG,

ECHO až po elektrofyziologické vyšetření 228 stránek. Přece jen je zde patrná nutnost se více věnovat sofistikovanějším vyšetřovacím metodám, protože ty dnes jsou v kardiologii nezbytné a natolik složité, že vyžadují více prostoru.

Ve III. části jsou rozebrány rizikové faktory od arteriální hypertenze, hypotenze, dyslipidemií, diabetes mellitus, homocysteinu, estrogenů, kouření a genomiky až po aterosklerózu. Je obdivuhodné, jak se prof. Aschermannovi podařilo tuto část tak přehledně uspořádat.

Klinická kardiologie je tím nejpodstatnějším v celé publikaci, a proto zaujímá největší její část. Začíná ICHS a pokračuje přes vrozené a získané srdeční vady, kardiomyopatie, choroby endokardu a perikardu, srdeční selhání s plicním edémem, až po onemocnění plicní cirkulace, hrudní aorty a nádory srdce.

Nelze pravděpodobně udělat podrobnou a úplnou recenzi celého rozsáhlého díla, proto si vyberu námátkou některou kapitolu tak, abych čtenáře nalákal na pořízení této velmi kvalitní publikace.

Myokarditidy – často podceňovaná diagnóza, s obtížným poznáním, chudou symptomatologií a spíše empirickou léčbou než léčbou na základě důkazů (EBM). Epidemiologicky autoři udávají 1% výskyt v období 10 let dle literatury, ale s náhlým úmrtím v mladistvém věku v 17 až 21%. Z etiologických agens jsou uvedeny kromě známých Coxsackie B i adenoviry, cytomegaloviry, HIV a další. Z bakteriálních infekcí spirochety – borrelióza, mykotické a protozoální – Chagasova choroba a také

helmitické infekce. V patologicko-anatomickém obraze jsou popsána dal-laská kritéria pro histologickou diag-nózu z myokardiální biopsie. V pato-genezi myokarditidy se uplatňují 3 mechanismy: průnik infekce, tvor-ba toxinu a imunitní reakce. Bifa-zický průběh s první fází 5–7 dní po infekci je benigní, druhá fáze inter-sticiálním monocytárním infiltra-tém s přechodem do chronické fáze a špatnou prognózou. Klinický ob-raz je rozmanitý, nespecifický a mů-že připomínat např. akutní infarkt myokardu či jiná srdeční postižení. Diagnostika myokarditidy se opírá o anamnézu, fyzikální nález, EKG a RTG srdce a plic, stěžejní místo za-ujímá dnes echokardiografie. Z labo-ratorních vyšetření kromě zánětlí-vých ukazatelů, jsou často pozitivní kardiospecifické enzymy (CK-MB a troponin) a vždy opakované virolo-gické vyšetření. Myokardiální biop-sie (mimoходом prof. Aschermann ji u nás před více než 25 lety zaváděl do klinické praxe) je sice exaktní, avšak málo senzitivní a používáme ji jen v nejasných případech či u akut-ních forem. Jak je správně uvedeno, diferenciální diagnóza je nejobtížněj-ší, od akutního IM až po různé typy kardiomyopatií. Největší pozornost je věnována léčbě myokarditid, anti-biotika se podávají jen u známých bakteriálních infekcí nebo jako pre-vence superinfekce, nesteroidní anti-flogistika jsou nevhodná, protiviro-vé léky zatím nejsou účinné, imuno-supresiva a kortikoidy jsou stále předmětem diskusí. Autoři rozebírají řadu studií z důvodů objektivity to-hoto problému. Podávání imunosu-presiv doporučují u obrovskobuněč-né myokarditidy a u hypersenzitivní-ho postižení myokardu ev. u srdeční sarkoidózy. Betablokátoři v akutní fázi nedoporučují, naopak ACE inhi-bitory ev. sartany ano.

Na podrobnějším rozboru jedné diagnózy jsem chtěl ukázat, že učeb-nice je velmi dobře hlavně postgra-duálně a pedagogicky členěna, čte-nář zde nalezne základní informace o dané problematice, včetně potřeb-ných citací.

Elektrofyzologie a arytmie jsou náplní V. části knihy a obsahuje vše, co potřebuje kardiolog a všeobecný internista o diagnostice a léčbě po-ruch srdečního rytmu vědět. Je zde popsána anatomie a fyziologie pře-vodního systému, dále mechanismy vzniku arytmií, včetně genetických a molekulárních podkladů. Vlastní arytmie jsou rozděleny dle klinických příznaků, EKG projevů a dle prognó-zy arytmiie. Dále je popsána léčba jak farmakologická, tak zejména nové nefarmakologické postupy od ablací až po implantaci defibrilátorů či bi-ventrikulární stimulace.

VI. část je věnována nejdříve koro-nární angioplastice od indikací až po komplikace, arterektomii, rotabla-ci a nakonec laserovým systémům. Dá-le je zde uvedena problematika chi-rurgické léčby ICHS, intervenční i chirurgická léčba chlopenních vad, chirurgická léčba arytmií a srdeční transplantace – vše s vynikající obra-zovou dokumentací.

Nesmírně zajímavá, poučná, ale hlavně užitečná je VII. část, do které prof. Aschermann et al zahrnují me-zioborovou problematiku, což je ne-jen originální začlenění, ale navíc vel-mi praktické. Tato část pojednává o problematice kardiologie ve stáří, u těhotných, o endokrinologických postižení srdce, je zde kapitola o srd-ci a ledvinách, hematologická a onko-logická problematika se zaměřením na kardiovaskulární systém, postižení srdce u abúzu návykových látek, srdce u sportovců, rehabilitace a trénink kardiaků, psychosociální otázky, o ro-li kardiologa v péči o kardiologické

nemocné, ambulantní péče po chlo-penních operacích a nakonec péče o kardiaky před mimosrdeční operací. Vše prakticky, názorně a účelně uve-deno. Není co dodat a zvláště tato ka-pitola si zaslouží pozornost nejen kardiologů, ale také ostatních inter-ních odborností a praktických lékařů.

Závěrečná VIII. část je věnována původu kardiologie, kterou působi-vě ztvárnil prof. Martin Riedel, když píše, že vývoj kardiologie též ukazu-je, jak člověk v dějinách smýšlel o so-bě a svém místě ve vesmíru.

Jak zakončit recenzi této vsutku ojedinělé publikace v české medicíně? Je to monumentální dílo, podávající velmi podrobný přehled kardiologie. Bude jistě užitečnou a nezbytnou pomůckou pro kardiologické vzdělá-vání a přípravu k atestaci, ale své místo bude mít i na pracovním stole všech kardiologů, internistů i prak-tických lékařů. Každý z nich zde na-lezne pomocnou ruku při řešení svých kardiologických problémů. Aschermannova Kardiologie jistě ne-může a ani to v dnešní době není možné, aby pojala vše do detailů, na to máme internet a další rešeršní služ-by, ale je to aktuální přehled proble-matiky, který se řadí mezi nejlepší publikace v naší lékařské literatuře.

A tak na závěr: Vážený pane profesore, milý Michaeli, dovol, abych Ti za všechny kardiology, internisty, praktické lékaře a zájemce o kardio-logii poděkoval za grandiózní publi-kaci, která tak skvěle podává po-drobný přehled o krásném oboru, ja-kým kardiologie je.

*prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC
přednosta I. interní kardio-angiologické
kliniky LF MU a FN u sv. Anny
Pekařská 53, 656 91 Brno
e-mail: jiri.vitovec@fnusa.cz*

Doručeno do redakce: 26. 5. 2005

Lukáš J et al. Tracheostomie v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing 2005. 119 stran. ISBN 80-247-0673-3.

Čtenářům se dostává do rukou kniha s názvem Tracheostomie v intenzivní péči Jindřicha Lukáše a kolektivu, která čtivým a živým jazykem uvádí nejenom historické poznámky, ale i základní poznámky anatomické nutné k dobré orientaci, což tudíž činí publikaci vhodnou nejen pro specialisty v otorinolaryngologii.

Autoři se věnují důvodům k zajištění horních cest dýchacích, a to nejen tracheostomií, ale i jinými nechirurgickými metodikami. Jsou zmíněny i jiné možnosti, které vedou k zabezpečení dýchacích cest bez provedení tracheostomie. Dostatečně jas-

ně jsou vysvětleny rozdíly mezi koniotomií a vlastní klasickou tracheostomií. Poměrně obsáhle jsou uvedena i různá farmaka umožňující snadnější provedení tohoto život zachraňujícího výkonu. Za vhodné považují rovněž autorův zdravě kritický přístup k punkčním tracheostomiím.

Schematické znázornění incizí dává čtenářům dobrý přehled o prováděných chirurgických výkonech na vlastní průdušnici. Stejně tak jsou názorné a schematicky přehledné jednotlivé typy prováděných výkonů. Za zdařilou považují i kapitolu zabývající se komplikacemi tracheostomií.

Celkově je možno říci, že čtenáři dostávají zdařilou publikaci, která má jistě své uplatnění v této trvale aktuální problematice. Je určitým paradoxem, že v krátké době se dostává české lékařské a zdravotnické veřejnosti již druhá publikaci zabývající se touto problematikou.

*prof. MUDr. Rom Kostřica, CSc.
Klinika otolaryngologie a chirurgie hlavy a krku LF MU a FN u sv. Anny
Pekařská 53, 656 91 Brno
e-mail: rom.kostrica@fnusa.cz*

Doručeno do redakce: 21. 4. 2005

Tate P. Příručka komunikace pro lékaře. Jak získat důvěru pacienta. Praha: Grada Publishing 2004. 164 stran. ISBN 80-247-0911-2.

Nikdo z nás nepochybuje o důležitosti mezilidské komunikace, stejně jako o tom, že každá komunikace má vedle obecně platných zásad i svá specifická zadání a požadavky. U nás se doposud těmto problémům v praxi nevěnuje odpovídající pozornost, snad jen s výjimkou některých obchodních a delearských profesí. Proto je třeba každou publikaci o profesní komunikaci vítat, byť jen jako nastavené zrcadlo.

Příručka komunikace pro lékaře, uvedená v závěru loňského roku na trh, je už 4. přepracovaným a doplněným vydáním základních poznatků o komunikaci s pacienty od zkušeného praktického lékaře a učitele dr. Petera Tate. Vychází v ní z analýzy desetitisíců videozáznamů autentických rozhovorů v ordinacích mezi lékařem a pacientem, které jako povinnou součást odborné zkoušky předkládají angličtí lékaři Královské akademii praktických lékařů. Ukazuje se, že i v zemi, kde se profesní

komunikaci věnuje nesrovnatelně více pozornosti než u nás, je vedení rozhovoru požadovaného obsahu a také správného formou, stále silně kritizováno, a to nejen odbornými porotami, ale hlavně pacienti a jejich právními zástupci.

Zatím si neumím představit podobnou zkoušku u nás. Při kolokviu z rétoriky v postgraduálním studiu mi jeden z lékařů, který je momentálně zaměstnán v Sydney, vyprávěl o své zkoušce, pro australské lékaře naprosto běžné, jejíž součástí byl rovněž záznam přímé komunikace lékaře s pacientem. Australský lékař dostane téma rozhovoru až v průběhu zkoušky a tři minuty na přípravu. Poté přijde figurant a rozhovor s ním je natáčen na dvě kamery. Videozáznam je promítán, efektivita rozhovoru vyhodnocena odbornou porotou, posouzena je metodika vedení rozhovoru, lékařova verbální dovednost i doprovodná mimika a gestikulace.

Asi nejsme příliš vzdáleni době, kdy se obdobné nároky objeví i u odborných zkoušek našich lékařů. Bohužel, statistiky stále vykazují procentuálně poměrně nízký skutečný zájem o pacienty a přirozenou dovednost mluvit s nimi. Proto je nutné se profesní komunikaci vytrvale učit. Z vlastních zkušeností doplňuji, že je třeba především dobře si osvojit psychologii osobnosti a nezapomínat, že všichni jsme jedineční, odlišní, ale zasloužíme si stejný respekt, a to vzájemný. Je známo, že pacienti se často lékaře bojí, přicházejí k němu se svými představami a očekáváními, a to proto, že se mění jejich zdravotní stav. Chtějí být dostatečně informováni a navíc s léčbou musí souhlasit. Chtějí si odnést radu i léčbu, přísně individuální (na míru šitý) léčebný plán a naději. Jejich očekávání jsou jasná, méně jasně je však obvykle dokázat formulovat. Na lékaři je sdílené porozumění – právě tady je třeba mnohemu se učit. Např. po-

skytnout tolik informací, kolik jich nemocný dokáže přijmout, formou, které rozumí a hlavně je chce slyšet přímo od lékaře. Psané informace (brožurky a letáky) jsou jen doprovodné, obtížně totiž zjistíme, zda je pacient skutečně četl a zda jim rozumí. Proto nemohou v žádném případě suplovat mluvené slovo.

O tom všem je Tateova kniha. Autor v ní také rozvádí zásady konzultací mezi lékařem a pacientem, pojednává hlavně o partnersky a odborně vedených rozhovorech, v nichž jsou respektovány i neodborné či dokonce zcestné názory pacientovy. Výsledkem rozhovoru má být mj. i pacientem odsouhlasený společný plán managementu léčby. Tate účelově charakterizuje potřebné verbální i ne-

verbální dovednosti lékaře, nabízí různé strategie konzultací a formuluje jejich cíle: najít skutečné důvody, proč pacient přišel (ne vždycky ho do ordinace přivádějí symptomy, které uvádí), definovat klinický problém, pochopit problém pacientův, umět mu ho vysvětlit, zjistit, zda mu rozumí a zformulovat zdravotní rady tak efektivně, aby si zachoval či získal pacientovu důvěru. Autor často cituje ukázky z konkrétně vedených konzultací s různými psychickými i mentálními typy pacientů.

Stále více se ukazuje, že role lékařů se mění a ne všem se to líbí. I proto doporučujeme prostudovat Tateovu komunikaci, v níž se opírá o více než 130 publikací vesměs anglosaské provenience. To studium nás přinutí

uvažovat nejen o tom, jak je důležité v nemocnicích a ordinacích mluvit s pacienty, ale také jak je třeba umět ovládat vlastní verbální i neverbální chování a jak číst z obdobného chování pacientů. Myslím si, že v mnohém je kniha pro naše lékaře provokující i šokující. Rozhodně je poučná a motivující.

doc. PhDr. Věra Linhartová, CSc.

Oddělení dějin lékařství

Ústavu sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF MU

Komenského nám. 2, 662 43 Brno

e-mail: vlinhart@med.muni.cz

Doručeno do redakce: 15. 4. 2005

Josef Kořenek. Lékařská etika. Praha: Triton 2004. 234 stran. ISBN 80-7254-538-8.

Autor MUDr. Mgr. Josef Kořenek, CSc., přednáší jako externí vysokoškolský učitel lékařskou etiku na Lékařské fakultě UP Olomouc. Problémům etiky a morálky se věnuje dlouhodobě a také v disertační práci na CMTF UP v Olomouci „Lékařské stavovské ctivosti“ se této problematice věnuje zevrubně. Etiku můžeme definovat různě: Webster Collegiate Dictionary rozšiřuje např. etiku jako disciplínu, teorii a systém, který hovoří o dobru a zlu, morálních povinnostech a hodnotách. Lékařská etika je součástí obecné etiky – je tedy souhrnem pravidel, norem a pokynů, jak jednat a podmiňovat lékařskou morálku. Pod tímto pojmem si představujeme nenadiktovaný, nevnučovaný, spontánní souhrn úvah, ale také popudů pramenících někdy z naší povahy, výchovy nebo promyšleně budovaného morálního kodexu.

Kniha je členěna do 8 kapitol, závěr publikace s krátkým shrnutím autorova kréda etiky pro 21. století

tvoří obsáhlá kapitola „Přílohy“ umožňující čtenářům podrobně se seznámení se základními morálními kodexy od Hippokratovy přísahy až po současnost.

První kapitola se zabývá morálkou a etikou jako předpokladem etického lékařského přístupu. Jsou rozvedeny mravní hodnoty, morální kategorie, vztah morálky a práva, nebo vztah morálky, etiky a bioetiky. Autor definuje etiku jako souhrn zásad lidského chování. Ke správnému rozhodnutí člověk potřebuje znát určitá fakta. Sama znalost faktů však nestačí, nepřijímáme-li zároveň etickou direktivu – zásadu. Je třeba si vytvořit a osvojit určité etické zásady (etické normy jsou nepodmíněné, na jakémkoli cíli nezávislé).

Druhá přepracovaná a rozšířená kapitola se věnuje lékařské etice. Autor zde rozvádí různé zdroje lékařské etiky počínaje Hippokratovou přísahou, přes judaismus, katolicismus, protestantismus, principy angloame-

rické oblasti a další současné směry, jako je sociobiologismus a nonkonformismus. Principy etického rozhodování lékaře spočívají na profesionální etice zodpovědnosti, která nemocnému zajišťuje kvalitativně vysokou odbornou péči a zábranu možných škod (*primum non nocere*), dále právo na sebeurčení (autonomie) s právem tzv. „informed consent“, tj. souhlasem pacienta s plánovanými diagnostickými a léčebnými postupy, a konečně spravedlnost a sociální únosnost poskytované péče. Autor zdůrazňuje rovnocennost odbornosti a lidskosti v lékařské péči. V další části této kapitoly se autor zasvěceně zabývá problematikou odpovědnosti v lékařské etice a rozlišuje odpovědnost právní, odpovědnost společenskou a etickou. Podrobně rozebírá etické situace lékaře v rozhodování včetně modelů řešení etických situací. V závěru této podnětné kapitoly autor vysvětluje pojem „epikie“, který je podle Aristotela „opravou záko-

na tam, kde zákon pro svou obecnost nedostačuje“.

Třetí kapitola s názvem „Komunikace lékaře s pacientem“ je věnována vztahu lékaře a pacienta, právům pacientů, vztahu lékaře a pacienta v kontextu právních norem. Náзорný obrázek znázorňuje souvislosti vztahu lékaře a pacienta jako základu medicíny.

Následující kapitola patří problematice jednotlivých lékařských oborů: etické problémy prenatalní diagnostiky, etika ve vztahu ke gynekologii a porodnictví, k pediatrii s odkazem na Chartu práv dětí v nemocnici (příloha 10.6.). Etika a anesteziologie, etika a chirurgie; odpovědná profese chirurga je podmíněna nejen vysokou odborností, ale také respektováním a uplatněním etických principů.

V části etika a psychiatrie autor poukazuje na některé nedostatky v našem právním systému a navrhuje jisté změny. Vždy máme vidět i v duševně nemocném součást lidské společnosti, jak to dokládá Madridská deklarace (příloha 10.11).

Ve vztahu k praktickému lékaři definuje autor postavení praktika takto: 1. lékař jako odborník na straně života, 2. lékař jako komplexní expert, 3. lékař jako průvodce, který má doprovázet i zdravého člověka kvalifikovanou radou a vést k uvědomlejšímu způsobu života. Pozornost je věnována také ožehavým otázkám klonování, transplantační medicíně, ale také intenzivní medicíně. V otázce klonování autor uvádí

etické námitky, které mají rozlišovat mezi „mohu“ a „smím“.

Podrobně je probána etická problematika ve vztahu ke geriatrici. Věnuje se vlastní zdravotní péči včetně problematické otázky resuscitačně intenzivní péče u starších osob.

Obsáhle pátá kapitola se zabývá etikou v procesu umírání. Autor diskutuje dvě možnosti přístupu k blízcím se úmrtí: do poslední chvíle jsou využity všechny dostupné prostředky akutní medicíny k prodloužení života; za druhé příprava na důstojný odchod ze světa v kontaktu s blízkými. Zabývá se dále problémem eutanazie a uvádí některé diskusní příspěvky na toto téma.

Šestá kapitola je věnována etice klinického výzkumu, která má jiné dimenze než etika klinické práce. Autor odkazuje na Norimberský kodex, který zdůrazňuje dobrovolný a informovaný souhlas člověka, jenž se účastní biomedicínského výzkumu.

Na Norimberský kodex navazuje Helsinská deklarace Světové zdravotnické asociace (příloha 10.8), která klade důraz na vědeckost výzkumu a prezentaci výsledků. Etické komise mají jako hlavní poslání ochranu lidských práv a dohled na respektování lidské důstojnosti u pacientů i subjektů, které se účastní biomedicínského výzkumu. Autor se nevyhýbá ani problematice ekonomie ve vztahu k etice. Zdůrazňuje, že jako kontrolní prvek ve zdravotním systému by měl fungovat pacient. Nejen spoluúčastí na úhradě léků nebo ne-

mocnických paušálů, ale také jestliže vyhledá další ošetření mimo svého ošetřujícího lékaře či specialistu, by měl realizaci tohoto svého práva uhradit.

Další kapitoly jsou věnovány osobnosti lékaře, étosu lékaře, kultivaci étosu lékaře prostřednictvím lékařských stavovských ctností. Vyslovuje také své krédo: lékařský étos není žádný izolující, mytologizující či fundamentalistický extrakt, ale je odbornou, emoční a spirituální výbavou těm, kteří se věnují lékařské profesi, kteří prostřednictvím svého lékařského povolání věnují hodně své energie i svého charakterového bohatství ochraně zdraví svých svěřených občanů.

Závěrem bych zdůraznil, že etika není přírodním jevem, ani není dána nějakým obecně platným zákonem. Proto se mění s kulturou a civilizací. V mysli moderního člověka by mělo být zakotveno něco ojedinělého, co mu poskytuje pro léčebnou činnost trvalou zásadu protknutou humanismem a soucitem, která přetrvává nejrůznější sociální, společenské i vědecké změny.

Publikace MUDr. Mgr. Kořenka, CSc. k tomu napomáhá a měla by mít místo v knihovně každého lékaře.

*prof. MUDr. Jaroslav Rybka, DrSc.
Interní klinika IPVZ Baťovy krajské
nemocnice
Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín
e-mail: rybka@bnzlin.cz*

Doručeno do redakce: 31. 5. 2005

Block B. Průvodce sonografií – kapesní atlas. Praha: Grada Publishing 2005. 290 stran. ISBN 80-247-0835-3.

Vzhledem k širokému rozvoji ultrazvukové diagnostiky u nás je každá česká publikace z tohoto oboru žádáným počinem. Tak se na první pohled také jeví i posuzované dílo. Obsahuje 244 echogramů s odpovídajícími barevnými schématy. Při podrobném

prostudování knihy však čtenář, očekávající skutečného „průvodce monografií“, bude zklamán. Dílo totiž obsahuje jen obrazy standardních ultrasonografických řezů normálních tkání abdominální oblasti a štítné žlázy. Název díla je tak poněkud za-

vádějící, protože neodpovídá očekávanému obsahu.

V knize je velmi cenná kapitola úvodní, obsahující polohy vyšetřovací sondy pro základní řezy vyšetřovanou oblastí a kapitola závěrečná, podávající přehled fyziologických

rozměrů jednotlivých orgánů a tkáňových struktur.

Oněch již zmíněných 244 obrazů zahrnuje echogramy cév dutiny břišní, jater, žlučníku, pankreatu, sleziny, ledvin, nadledvinek, žaludku, močového měchýře, prostaty, dělohy a štítné žlázy. Všechny echogramy byly zřejmě pořízeny stejným přístrojem, bohužel nikoliv se špičkovými zobrazovacími schopnostmi, takže mnohé popisované struktury čtenář spíše tuší než vidí.

Ze všech kapitol se jako nejproblematičtější jeví kapitola první, zobrazující v odstupňované šedi cévy v abdominální oblasti. Je pochopitelné, že zkušený vyšetřující musí být schopen i v šedém B-zobrazení identifikovat cévy. Při současné nabídce barevných dopplerovských technologií však již nikdo cévy touto metodou nevyšetřuje. Považuji proto tuto kapitolu, představující téměř pětinu rozsahu knihy, za zbytečně obsažnou.

Také výběr zobrazovaných a popisovaných struktur není vždy optimální. Tak např. na 12 obrazech jaterní krajiny je popisováno liganentum teres, jehož praktický diagnostický význam je omezený, ale v žádném řezu jaterní krajinou nejsou popsány žlučové cesty, jejichž diagnostický význam je nepoměrně větší. Na řadě echogramů jsou také artefakty, ale bez jakéhokoliv popisu. Málo kvalitní jsou také obrazy prostaty a dělohy.

Rovněž obrazy štítné žlázy, které se poněkud vymykají z konceptu celé knihy, nejsou ani příliš zdařilé, ani příliš kvalitní. Podélné řezy jsou zaměřeny jen na levý lalok, příčné řezy na lalok pravý, přičemž na obr. 242 je chyba v popisu, nejedná se o levý, nýbrž o pravý lalok.

Svoji úvahu nad na první pohled sympatickou knihou končím s jistými rozpaky. Je otázka, komu ji seriózně doporučit. Snad skutečně jen

začínajícím radiodiagnostikům a internistům či gastroenterologům, kteří se chtějí věnovat ultrasonografii. Ti si však patologické obrazy, v nichž spočívá těžiště metody, budou muset doplnit z jiných zdrojů. Pro studenty medicíny chybí principy metody a rovněž základní patologické obrazy s podrobným výkladem. A zkušení ultrasonografisté nenajdou v knize nic nového.

Grada Publishing vybírala pro překlady vždy vynikající zahraniční tituly. V případě Blockovy publikace však volba nebyla nejšťastnější.

*prof. MUDr. Ivo Hrazdira, DrSc.
Klinika zobrazovacích metod LF MU
a FN u sv. Anny
Pekařská 53, 656 91 Brno
e-mail: ivo.hrazdira@fnusa.cz*

Doručeno do redakce: 13. 4. 2005