

Integrovaná role vnitřního lékařství a geriatricy



Vnitřní lékařství a zejména všeobecná interna, a to jak ambulantní, tak hospitalizační segment, hledá v současnosti svou integrovanou roli. Většina pacientů s interními chorobami je obvykle léčena orgánovými specialisty širšího spektra z interní vycházejících samostatných odborností. Všeobecné interně pak „zůstávají“ pacienti, kteří jsou chronicky nemocní se složitou vzájemně propojenou komplexní nemocí – multimorbiditou a obvyklou polyfarmakoterapií [1]. Multimorbidita má pak neméně komplexní dopad na fyzické a psychické funkce pacienta, omezuje jeho soběstačnost ve smyslu disability (invalidity) různého stupně a obvykle vyčerpávající jeho biologické a funkční rezervy do úrovně popisované jako křehkost (frailty) a omezené přežití (limited survival) [2]. Tyto pacienty pak označujeme jako multimorbidní a křehké a vzhledem k tomu, že většina je pokročilejšího věku, jako multimorbidní a křehké seniory.

Péči o tyto složité starší pacienty všeobecná interna deklaruje jako jednu z významných oblastí své činnosti. Pokud však internistům položíme otázku, jak hodnotí polymorbiditu, jaké objektivní nástroje k tomu používají, jak posuzují rizika úmrtí v přítomnosti pěti šesti život zkracujících nemocí, jaké diagnostické nástroje pro diagnózu křehkosti nebo sarkopenie používají, zda u všech seniorů hodnotí objektivně fyzickou zdatnost a duševní zdraví, aby s ohledem na výsledky modifikovali doporučená guidelines, nejsem si jistá počtem správných odpovědí. Často slyším námitku: „Vždyť každý internista dokáže křehkého a multimorbidního pacienta poznat a léčit“ (rozuměj i bez použití objektivních nástrojů a kritérií). Léčíme podle guidelines založených na výsledcích studií, které křehké a multimorbidní nemocné systematicky vylučovaly [3]. Právě obor geriatricy a geriatrické know-how přispěly k rozpoznání syndromu geriatrické křehkosti a sarkopenie, jejich klasifikaci, ke zpřesnění a objektivizaci jejich diagnostiky [4]. Nové vědecké poznatky v patogenezi křehkosti otevřely cestu k prvním intervenčním randomizovaným klinickým studiím jak behaviorálním, tak farmakologickým [5,6]. Geriatricy také poskytla know-how holistického posouzení geriatrického nemocného a metody pro komplexní geriatrické posouzení tzv. comprehensive geriatric assessment a funkční diagnostiku. Umožňuje stanovit společně s pacientem priority léčby a individualizovaný – personalizovaný přístup.

Proto jsme velmi přivítali nabídku redakční rady časopisu Vnitřní lékařství věnovat celé číslo oboru geriatricy. Přestože geriatricy zůstává v ČR, ale i v rámci EU samostatným základním oborem, má nejvíce společných prvků právě s vnitřním lékařstvím. Ostatní interní obory pečující o geriatrické pacienty v rámci své odbornosti významně přispěly ke zlepšení péče a úspěšnosti léčby u těchto pacientů. Posouvají naše znalosti v tzv. oborové geriatricy. Proto jsme se při přípravě tohoto čísla snažili zařadit články jak oborově zaměřené z pera významných představitelů jiných odborností (arteriální hypertenze, diabetes mellitus a onemocnění štítné žlázy), tak odborníků v oboru geriatricy. V této oblasti jsme se zaměřili na nejvýznamnější geriatrické syndromy a poruchy, např. na syndrom fyzické křehkosti a sarkopenie, poruchy výživy a vnitřního prostředí, pády a s nimi spojená zdravotní rizika, poruchy termoregulace, management chronických ran včetně dekubitů a inkontinenci. Další 3 práce jsou orientovány na farmakoterapii – obecné zásady farmakologické léčby ve stáří, nové názory na léčbu statiny a novými antikoagulanty u starších pacientů. Využití v klinické praxi najdou nepochybně i informace o předoperačním vyšetření a rizicích hospitalizace.

Doufáme, že zařazené práce poskytnou přehled častých geriatrických problémů pro specializační přípravu budoucích všeobecných internistů, ale věříme, že budou přínosná i pro zkušené internisty.

Literatura

1. Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380(9836): 37–43. Dostupné z DOI: <[http://doi: 10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](http://doi: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2)>.
2. Fried LP, Ferrucci L, Darer J et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59(3): 255–263.
3. Boyd CM, Darer J, Boult C et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 2005; 294(6): 716–724. Dostupné z DOI: <<http://doi: 10.1001/jama.294.6.716>>.
4. Weber P, Prudius H, Meluzínová H Geriatrická multimorbidita – jeden z klíčových problémů současné medicíny *Vnitř Lék* 2015; 61(12): 1042–1048.
5. Beswick AD, Rees K, Dieppe P et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008; 371(9614): 725–735. Dostupné z DOI: <[http://doi: 10.1016/S0140-6736\(08\)60342-6](http://doi: 10.1016/S0140-6736(08)60342-6)>.
6. Daniels R, van Rossum E, de Witte L et al. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 278. Dostupné z DOI: <<http://doi: 10.1186/1472-6963-8-278>>.

Praha, říjen 2018

prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.

místopředsedkyně výboru České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS J. E. Purkyně, členka redakční rady časopisu Vnitřní lékařství a spolueditorka tohoto vydání časopisu Vnitřní lékařství