

Interna – co ji spojuje a co ji naopak rozděluje

V. Pacovský

III. interní klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN Praha, přednosta prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA

Richard Česka nastoupil na III. interní kliniku ihned po promoci v roce 1982. Bylo to v době, kdy jsem byl po profesorovi Charvátovi, který odešel do důchodu, již 12 let přednostou kliniky (1970–1990). V témže roce se konal v Praze Světový kongres interní medicíny (ISIM – International Society of Internal Medicine). Měl jsem tu čest být jeho prezidentem. Svou prezidentskou adresu jsem tehdy nazval „Interní medicína na křižovatce“. V témže období jsem také zastával funkci předsedy České (a Československé) internistické společnosti. Tehdy mě ovšem ani nenapadlo, že po čtvrt století později budu psát úvahu v podstatě na stejné téma, jako byla prezidentská adresa, ale o zcela jiném vnitřním lékařství. A že to bude při příležitosti padesátin současného předsedy České internistické společnosti, prof. MUDr. Richarda Česky, mého dlouholetého klinického spolupracovníka.

Interna je „chrám a tvrz“ klinické medicíny. Lze ji charakterizovat jako celek a soubor částí tohoto celku, což vše dohromady tvoří stále jednu rodinu. Heslo ve znaku USA (*E pluribus unum – Z mnoha jediné*) může být i atributem vnitřního lékařství. Vzájemným vztahům celku a částí věnujeme i dnešní zamyšlení o tom, co internu spojuje a co ji rozděluje.

Co internu spojuje

Interna jako obor má již sama o sobě silný celostní potenciál. Sjednocuje sama sebe, dlouhodobým úsilím vytvo-

řila vlastní know-how, soubor znalostí, metod a postupů, kterým demonstruje své pojetí. Spočívá to především ve způsobu *internistického myšlení*. To má specifickou architekturu, v mnohém odlišnou od jiných oborů. Interna zůstává úlohu myšlenkového sponzora celé klinické medicíny, nad níž převzala záštitu. Klinická gramotnost každého mladého lékaře vyžaduje alespoň myšlenkové hostování v interně. Znakem vnitřního lékařství je neoddelitelné spojení teorie a praxe. Teorie znamená pouze sbírání izolovaných poznatků, ale především jejich zařazení do myšlenkového schématu, poznávání, jak se vzájemně ovlivňují. Interna se snaží vysvětlovat jevy a její nejčastější otázkou je „proč?“. Teorie je také východiskem klinické praxe. Internistická praxe je ve všech fázích klinického jednání realizací předem vymyšleného, má určitý záměr, intenci. Internista intenzivně pracuje také tím, že přemýšlí.

Interna spojuje různé pohledy na člověka do jeho celistvého pojetí jako biopsychosociální jednotky. Složky tohoto pohledu souvisejí tak těsně, že by se slovo mohlo psát bez rozdělovníků. Křivdí nám ti, kteří z neznalosti tvrdí, že i dnešní interna je stále ještě izolovaná v zajetí dávno překonané čistě biologické (somatické) koncepce.

Vnitřní lékařství bez problémů zaregistrovalo a akceptovalo rychle se stírající rozdíly mezi tzv. teoretickými a klinickými obory medicíny. Svědčí o tom – vedle mnoha jiných důkazů – také současné názvy pracovišť každé lékař-

ské fakulty a koneckonců i výukové plány.

Vnitřní lékařství sjednocuje také tím, že když je třeba, povolává do služeb své dílčí obory. Ty se pak podílejí na tvorbě onoho know-how celé interny a přijaté principy dodržují. I v této oblasti najdeme mnoho příkladů, třeba vědecké pojetí interny, založené na důkazech, nauku o rizikových faktorech nejčastějších vnitřních chorob a přesvědčení o jejich preventibilitě, vznik molekulární interny. V takové atmosféře mohla vzniknout ucelená představa metabolického syndromu, do níž se začlenily představy specialistů více oborů. Richard Česka zřídil při III. interní klinice centrum preventivní kardiologie, sponzánně vznikla i jiná centra, soustřeďující „mnohé k jedinému cíli“. Je zřejmé, že cesty k zachování celistvosti interny mohou být v současné době různé. Proto přirozenou spojující náplní vnitřního lékařství je „metabolismus“, neurohumorální regulace a třeba i biokybernetické představy i řízení živých organizmů.

S uvedenými příklady toho, co internu spojuje, dominuje ovšem *pacient*, jeho problémy, zájmy a potřeby. Lze to označit jako „spojování přes pacienta“. Ten se setkává v průběhu své nemoci se stále větším počtem odborníků – a to nejen lékařů – a nechápe, proč se jejich názory mohou někdy lišit. Potřebuje někoho, kdo to všechno dá dohromady, umí s ním komunikovat, nebojí se převzít odpovědnost za svá rozhodnutí a své rady. Tady je úloha „odborníka na celého

člověka“, osobního integrátora. Může jím být praktický lékař, ale také všeobecný internista. V tomto směru nemusí být úplná názorová uniformita mezi různými specialisty, ale rozhodující je konkordita mezi syntetizátorem a pacientem.

Co internu rozděluje

Medicína nemá bezčasí, naopak interna se v průběhu času vyvíjí a mění. Kdysi dávno interna (vnitřní lékařství) spolu s chirurgií (vnější lékařství) představovala vlastně celou medicínu. První pražská interní klinika se jmenovala „Medizinische Klinik“ a v mnoha zemích se takové označení používá dosud. O celistvosti interny nebylo tehdy pochyb. Nyní jsou s popředí spíše skutečnosti, které internu rozdělují. Je to především stále sílící trend ke *specializaci* uvnitř interny, dokonce k superspecializaci (nebo subspecializaci?). Vnikají nové specializační obory (dílčí nebo nástavbové?). Zákon o vzdělávání lékařů z roku 2004 má 83 oborů (!), v nichž se lékaři mohou specializovat.

Specializace je nutná, nemůže však být bez hranic. Diskuse o vztahu specializačních oborů k interně jako celku se v různých obměnách objevují celá léta. Názory se liší podle toho, kdo je prezentuje a jaké zájmy hájí. Všeobecná interna cítí, že je jako mixtum compositum, všechno má, ale od všeho jí něco chybí. Specializační obory potřebují podmínky pro rozvoj svého oboru, ale musí si přitom zachovat cit pro celek.

Klinická medicína má naštěstí mnohé autokorekční mechanismy. Současně s desintegrující specializací probíhá totiž *reintegrace*. Co se rozdělilo, opět se spojuje. Mnohé z toho, co specializace bere, reintegrace dává. Je obdivuhodné, kolik podob si reintegrace našla, a jaké organizační formy k tomu zvolila. Produktem znovusjednocování je např. snaha řešit netradičními způsoby naléhavé problémy, proto paradoxně vznikají nové obory specializace. Prohlubující se geriatrizaci, typickou pro mnoho klinických disciplín, se např. snaží řešit geriatric.

Kořeny rozdělovací tendence jsou ovšem také v objektivních důvodech. Nejen o vědě se říká, že je realizací možného, platí to také o klinické medicíně. Necháme-li stranou ekonomiku a nevyhovující technické vybavení určitého pracoviště, může to být nedotažená legislativa. Interně nepochybně vadí již zmíněný zákon č. 95/2004. Vyžaduje naléhavě novelizaci, což chce nejen odborný, ale i zákonodárný rozum (J. Žaloudík).

Retardační vliv na žádoucí vývoj interny mohou mít také některé „právní pasti“. Chybí např. jednotný právní výklad péče lege artis (tj. péče na úrovni současných, ale dostupných poznatků lékařské vědy), definice neodkladné péče, charakteristika tzv. škodlivých následků při porušení právní povinnosti lékaři. Někteří zdravotníci si myslí, že lékaři jsou u nás zbytečně kriminalizováni. To vše může být příčinou *opatrné, defenzivní péče*. Strachu z chyb-

ného rozhodnutí se čelí „přediagnostikování“, tedy vyžadováním dalších a dalších, již nepotřebných vyšetření a konzilií nových specialistů. Takové „dělení se o odpovědnost“ znamená v podstatě také „dělení se o internu“.

Rozdělovací potenciál mají dosud rozdílná stanoviska internistů v různém postavení. Podle významnosti diferencí vzniká i časová naléhavost dosáhnout konsenzu. Týká se to také *terminologie*. Touto problematikou se dlouhá léta zabývá Zdeněk Mařatka. Ten uvádí výstižný příklad pojmu „gastritida“. V klinické praxi se tak označovaly žaludeční potíže, v rentgenologii obrovité řasy, v endoskopii rudá zduřelá sliznice, v histopatologii mikroskopické záněty sliznice. Po zavedení biopsie se ukázalo, že „diagnózy“ stanovené na základě jednotlivých metod spolu nekorespondují. Každá metoda má svou „gastritidu“. Gastroenterologové se proto na mezinárodním fóru dohodli, že termín gastritida se bude používat jen pro případy histologicky ověřené, zatímco pro nálezy ostatních metod je třeba používat termínů deskriptivních.

Ani současná interna nemá definitivu, proto stojí zato se nad ní zamýšlet.

prof. MUDr. Vladimír Pacovský, DrSc.

www.vfn.cz

e-mail: pacovska3@seznam.cz

Doručeno do redakce: 15. března 2007