

Zamyšlení nad internou

M. Štejfa

I. interní kardio-angiologická klinika Lékařské fakulty MU a FN u sv. Anny Brno, přednosta prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC

Předneseno jako slavnostní přednáška na XVI. kongresu České internistické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně v Praze dne 13. 9. 2009

Je pro mne velkou ctí, že mne Česká internistická společnost vyzvala k slavnostní přednášce na letošním celostátním internistickém sjezdu. V mé úvaze bych chtěl vnitřní medicínu představit jako strom. Má pevné kořeny v minulosti, silný zdravý kmen a větve rozrůstající se do košaté koruny.

Kořeny stromu

Kořeny sahají až ke starověkým civilizacím. Kdysi v 2.–1. tisíciletí před naším letopočtem se východně od pramenů Eufratu a Tigridu rozkládala tajemná země zvaná *Média*, jejímiž obyvateli byli Médové (směs Asyřanů, Peršanů aj.), kteří ovládali různé jedy, kouzla a hojivé praktiky. V latině se objevilo sloveso *medeor* znamenající kouzlit, léčit a podstatná jména *medicamen(tum)* označující kouzlo, jed nebo léčivý prostředek a *medens*, resp. *medicus* znamenající léčitel, lékař.

Začátky egyptské, arabské, africké, indické a čínské medicíny byly směsí nejen šamanských kouzel, ale i přírodních prostředků. Od medicíny se zásadně odlišovalo ranhojičství.

Otcem všech lékařů je nepochybně *Hippokrates z Kosu* (asi 460–337 př. n. l.), který jako první a na dlouho poslední viděl příčinu nemocí v osobnostních základech (pojmenoval je podle lidských „šťáv“ cholerik, flegmatik, melancholik, sangvinik) a v zevním prostředí (oikos = obydlí), byl tedy i prvním ekologem. Jako velmi vážený člověk byl majetným a hodně cestoval, snad až do Číny. Dával již důraz na rozhovor s nemocným (tedy na anamnézu),

hmatal, klepal na hrudník a přikládal k němu ucho, což se dnes ani netrahuje. Léčil hlavně vodou (lázně, pitné kúry) a znal řadu léčiv, např. již salicin v kůře vrby. Ve své „škole“ na ostrově Kosu však musel povolit i léčení kněžím (zařikávání a meditace v opojení odvarů psychotropních rostlin). Zachovalo se mnoho děl (*Corpus hippocraticum*), ke kterým patří i *Přísaaha*. Byla napsána na základě jeho názorů až později jeho žáky a byla ovlivněna úctou k antickým božstvům. Objevena byla v renesanci. Několikrát – i novodobě – byla přepracována.

O poznání lidského těla se jako první zasloužil *Leonardo da Vinci* (1472–1590), který zanechal popisy orgánů z doby starší než 30 let před prvními veřejnými pitvami.

Kmen stromu

Kmen stromu vyrůstal pomalu. Přeskočíme řadu století medicínské historie až do novověku. Nelze již opomenout takové lékařské osobnosti, jako byl např. *Josef Škoda* (1805–1881) z Plzně, který pracoval ve Vídni a u záležitostí plic jako první nařizoval klid na lůžku, čímž úmrtnost snížil o 50 % (pneumonie se běžně „přecházela“, a byla tak tehdy neléčitelnou nemocí s vysokou mortalitou), nebo Francouz *René Theophile-Hyacinthe Laënnec*, považovaný za génia klinické medicíny (stetoskop, fonendoskop).

V Praze se vytvořily dvě české školy. *Bohumil Jan Eiselt* (1831–1905) na 1. vnitřní klinice začal jako první před-

nášet internu česky. *Emanuel Maixner* (1874–1920) byl přednostou na 2. interně, zabýval se především kardiologií. Jeho nástupcem se stal *Josef Thomayer* z Trhanova na Chodsku (1853–1927). Svou podivuhodností je vlastním zakladatelem české interny. Stál u kolébky České internistické společnosti (1884), pracoval ve Spolku českých lékařů, založil Sborník lékařský. Hodně cestoval, pěstoval všechny obory interny, napsal *Patologii a terapii nemocí vnitřních* (1893). Nesouhlasil s chirurgickou léčbou appendicitidy. Byl činný též literárně pod anagramem R. E. Jamot. Básníku Emilu Frídovi vynalezl pseudonym Jaroslav Vrchlický.

Jeho pokračovatelem byl *Josef Pelnář* (1872–1964), který kliniku pozdvihl na moderní úroveň. Napsal *Sdílnou Patologii a terapii nemocí vnitřních*. Na této klinice se vyučila řada významných českých internistů (např. *Josef Charvát* 1897–1984, *Bohumil Prusík* 1886–1963, *Miloš Netoušek* 1889–1966, brněnský *Rudolf Vanýsek* 1876–1957), kteří se posléze stali přednosty klinik.

Vanýsek se narodil ve Velkém Týnci na Moravě, studoval v Praze, také u prof. Thomayera. Po studiích pracoval v Brně, habilitoval v r. 1912 (průmyslové choroby), 1919 získal profesuru. Zúčastnil se založení Masarykovy univerzity, byl jejím děkanem i rektorem, založil „brněnskou“ interní školu a 1. interní kliniku v Brně.

Netoušek, pozdější profesor na 1. interně v Praze, napsal v 50. letech minulého století učebnici *Vnitřní lékařství*,

ze které jsem se učil. Učebnice měla včetně infekce asi 600 stránek, na jednotlivé choroby připadaly v průměru 3–4 stránky včetně doporučené léčby (sic!).

Vnitřní lékařství vstoupilo ještě do 20. století jako **jednotný kmen** a zabíralo veškeré vědění o nemocech lidských orgánů krom chirurgických one-

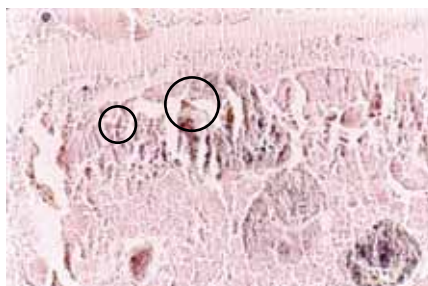
mocnění. Brzy se vydělily neurologie, psychiatrie a dermatologie. Interna měla své fyzikální vyšetření, laboratorní metody, sfygmomanometr (r. 1896), RTG (r. 1901) a EKG (r. 1901), z léků pak chinin (r. 1820), nitráty (r. 1867), digitalis (r. 1875), kyselinu acetylsalicylovou (r. 1899), sulfanilamid (r. 1908), inzulin (r. 1921), penicilin (r. 1929,

užívaný však až od r. 1945) a několik dalších.

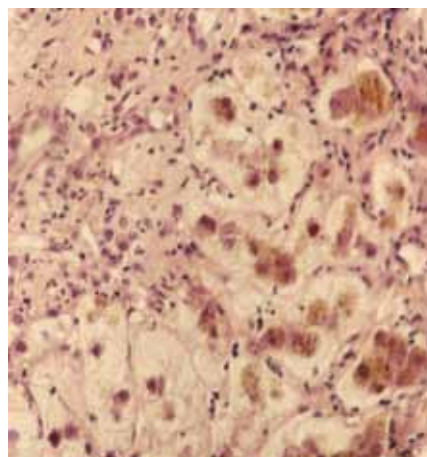
Medicína byla individuální, léčilo se podle empirických zkušeností, které se často lišily a vzájemně se nesrovnávaly. Vznikaly „školy“ leckdy neslučitelných názorů. Lékař byl však osobností a měl vysokou společenskou prestiž, medicína byla uměním (odtud „lege artis“,



Obr. 1. Hepatomegalie se zakreslením kulovité rezistence.



Obr. 4. Histologický obraz cysty, patologické jsou echinokokové háčky.



Obr. 7. Cirhózy byly většinou portálního typu, označovány jako „nutriční“.



Obr. 2. Prostý snímek břicha se zbytky kontrastní náplně trávicí trubice. Vpravo od páteře v místě jater je viditelně ohraňčený kulovitý útvar (echinokoková cysta – dnes se rozpoznává mnohem přesněji echograficky).



Obr. 5. Cirrhosis hepatis, ascites, caput Medusae.



Obr. 8. Občas byl histologický obraz hepatomegalie překvapením – granulomatózní hepatitis.



Obr. 3. Autoptický obraz jater s echinokokovou cystou a amyloidózou ledvin (jiný případ).



Obr. 6. Podobný stav, pupeční zanícená hernie.



Obr. 9. Points de feu – oblíbená lidová „derivační“ léčba bolestí v oblasti břicha rozžhaveným železem.

tj. diagnostikovalo a léčilo se podle zákona umění).

Zažil jsem internu jako „jednotný kmen“ ještě v 60. letech minulého století při pobytu v africké univerzitní nemocnici. Obrazy interních nemocí zde byly plně vyjádřeny, „přenošené“, někdy až tragické. Pro představu slouží série obrázků. Bohužel v nejhudších rozvo-

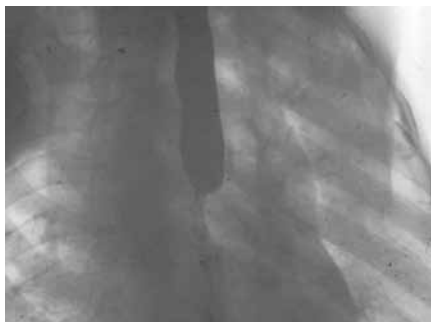
jových zemích na venkově tato situace přetrvává a někde je mnohem horší. Současné však dokládají, že v dnešní době nárůstu poznatků nemůže internu v celosti zvládnout jediný člověk.

Košatící se koruna stromu

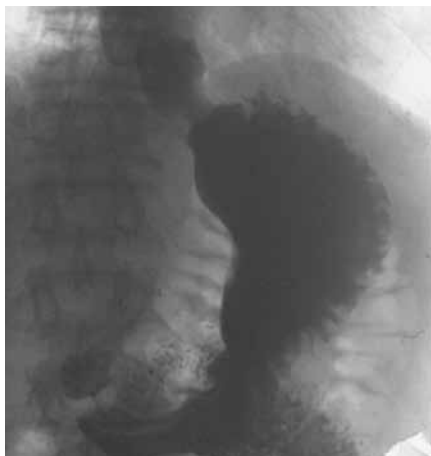
V první polovině 20. století bylo získávání informací obtížné. Zahraniční ča-

sopisy chodily se zpožděním, mnoha-kilogramové vyvázané ročníky se četly v knihovnách nebo se půjčovaly. Dělal se „výpisky“, psalo se o separátky.

Po 2. světové válce došlo vlivem nevidaného technického rozvoje k explozi medicínského poznání a k transformaci medicíny z empirické roviny na úroveň vědeckého poznání. Diagnos-



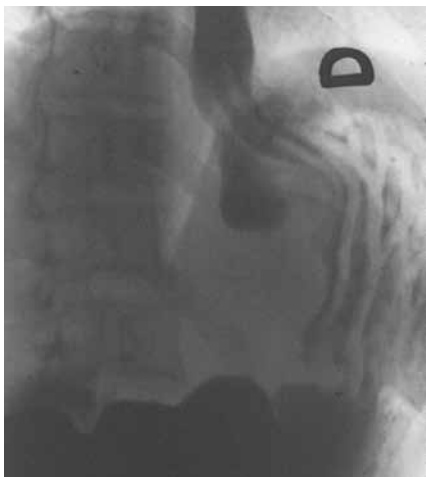
Obr. 10. Ca jícnu.



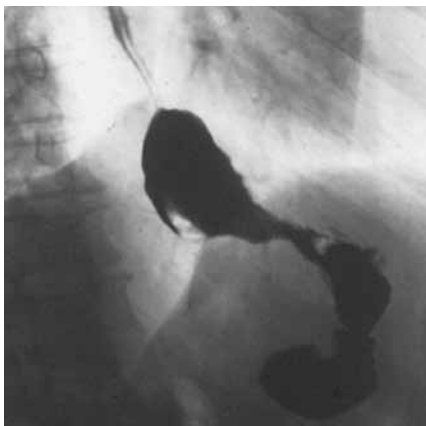
Obr. 11. Hiátová hernie.



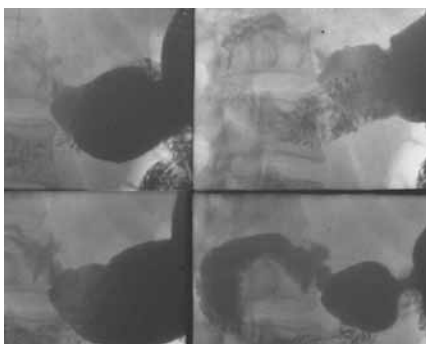
Obr. 12. Velké varixy jícnu.



Obr. 13. Subkardiální divertikl.



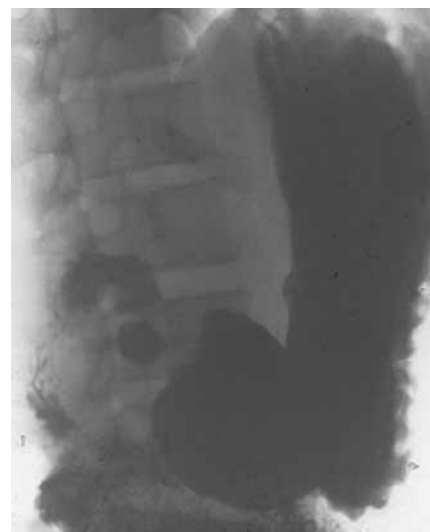
Obr. 14. Ca mediogastricum (typu přesýpacích hodin).



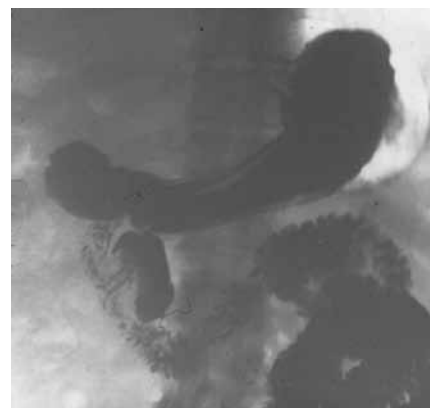
Obr. 17. Ulcus duodeni chron. (trojlístkový bulbus) – vzácný.



Obr. 15. Ca pylori.



Obr. 16. Ulcus mediogastricum chron.



Obr. 18. Duodenální divertikl.

tické, laboratorní a farmakoterapeutické možnosti se začaly rozšiřovat takovou měrou a rychlostí, že se jednotlivé obory začaly z interního kmene odštěpovat. Rozrostla se **koruna stromu**. K samostatným oborům, které se dále větví nad podobory, se přidávají další nové (zobrazovací metody, imunologie, lékařská genetika, etika, statistika, epi-

demilogické a intervenční studie, medicína založená na důkazech atd.).

Počítačová technologie a internet zprostředkují neuvěřitelná množství dat. Podle statistiků by lékař, aby se udržel „v obraze“ svého oboru (podoboru), měl denně přečíst 20 článků špičkových autorů. Jistě požadavek neúnosný, byť blížící se snad pravdě. Lékař je dále

zavalen nelékařskou prací, nemá čas na rozmluvu s nemocnými, tím ztrácí prestiž. Stává se inženýrem lidského zdraví. U pacientů přetrvává paternalismus, často vlivem neseriózně vedených mediálních „zpráv“. Jistá část pacientů chce být uzdravena okamžitě, vše jiné bývá považováno za lékařské selhání. Střídá lékaře a léky. Pacienti se



Obr. 19. Nález dolichokolonu je u Saharů běžný, podobný dolichokolonu herbivor. Jejich stravou jsou datle, kus-kus, luštěniny, moučné placky, mléko velbloudů, maso zcela výjimečně o svátcích – kuřecí nebo jehněčí. Nedosahují kaloricko-proteinového minima. Časté jsou polyvitaminózy. Za celou dobu jsem viděl pouze jeden karcinom tlustého střeva.



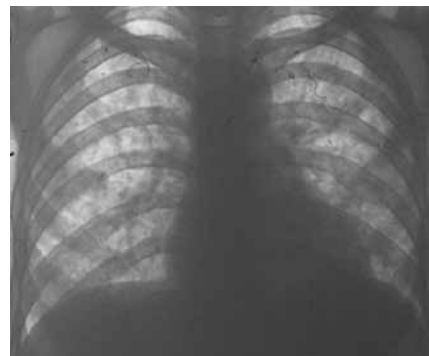
Obr. 20. Komunitní pneumonie, vždy lobarální nebo vícelobarální, dobře reagující na penicilin (bronchopneumonie se nevyskytovaly nebo nebyly důvodem k návštěvě nemocnice). Zanedbané superinfikované záněty mohly vést k abscesu plic.



Obr. 21. Vyprázdňený absces plic.



Obr. 22–23. Chronická kavernózní TBC.



Obr. 24. Miliární TBC.



Obr. 25. Pancoast-Tobiasův syndrom vpravo (Hornerův syndrom je málo zřetelný).



Obr. 26. Aneurysma aortae.

většinou necítí zodpovědní sami za své zdraví, mají nízkou adherenci k léčbě, neví, jak je léčení drahé.

Přetížené větve koruny stromu se sklánějí zpět ke kmenu

Nabízí se nutkavá otázka: **Kde je interna? Má ještě opodstatnění?** To jsou liché úvahy. Koruna stromu nemůže

žít bez kmene. Jen zkošatěla tak, že jej zastiňuje. Specialista sice vyřeší daný hlavní problém, ale řada pacientů musí být dále komplexně doléčována nebo trvale léčena. Kmen všeobecné interny se stal svodnou trajektorií, kam přicházejí tito komplikovaní, polymorbidní a stárnoucí pacienti. Je nedostatek interních, především geriatrických

a následných lůžek i lůžek v sociálních zařízeních, začíná být nedostatek personálu.

Do hry vstupuje další fenomén – „**paradox of better care**“. Pokroky medicíny vedou k účinnější léčbě. Více chronicky vážně nemocných bude přežívat, ovšem s větším rizikem další progrese. Umírání se posunuje do vyšších



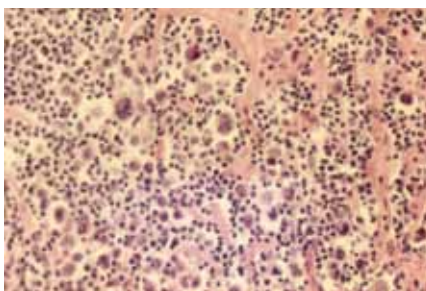
Obr. 27. Malum Potti.



Obr. 28. Srdeční tamponáda (obraz polní láhve).



Obr. 29. Srdeční infarkty byly velmi vzácné, obvykle pak rozsáhlé.



Obr. 30. Ukázka sternálního punktuátu s Sternbergovými buňkami.



Obr. 31a–b. Nefrotický syndrom.



Obr. 32. Osteomalacie ženské pánve (tvar srdce).



Obr. 33. Morbus Basedow.



Obr. 34. Diabetická noha.

Obr. 36. Polyarthritis progressiva (prof. Lenoch říkal „ruce Elišky Krásnohorské“). ►



Obr. 35. Lawrence-Moon-Biedlův syndrom.



Obr. 37. M. Bechtěrev.

◀ Obr. 38. Cholerové lůžko (z infuzní láhve na stojanu teče infuze přes pacienta přímo vyříznutým otvorem v lůžku do kbelíku).

věkových kategorií. Dochází ke změnám klinického obrazu nemocí vlivem stárnutí, polymorbidity, polyfarmakofagie a vlivů zevního prostředí. Zdravotní personál musí být na tyto změny připraven, aby nedocházelo k častějším „lékařským selháním“. A budou to internisté, kteří by měli být školeni jako specialisté na komplexní obrazy vnitřních nemocí, kteří je budou u polymorbidního pacienta diagnostikovat a budou koordinovat jeho léčbu, aby byla individuálně „šitá na míru“. Přeberou tíhu dalšího celkového rozhodování a budou muset řešit i řadu etických a ekonomických bariér.

Quo vadis, medicina interna?

Co potřebujeme? Moderní koncepci zdravotnictví, na jejímž pozitivním bu-

dování se budou podílet všichni zúčastnění v sociálně-zdravotní péči, včetně pacientů. Zdravotní péče při zdražujících se technologiích a léčících není s to být financována z jednoho zdroje. Lze nepodat drahý lék, který pomáhá? – to je ta nejjednodušší otázka, krom řady dalších etických bariér. Jednou z možností je vypočítávat pacientům pojistné podle závažnosti jejich rizik a podle nároků na nadstandardní péči. Nemáme zatím ani náznak řešení. Je nutné připravit lépe lékaře na budoucí úkoly, upravit pre- a postgraduální výchovu lékařů. Medicínu se již nelze naučit pouze z knih, student či mladý lékař, aby „opravdu věděl“, musí být „u toho“, musí získat stereotypy. Velkou roli bude hrát kontrola toku financí, zain-

tereso vanost lékařů, jejich psychologický přístup k pacientům, aby se zvýšila jejich důvěra, motivace a edukace pro zlepšení adherence k léčbě. Nutná bude důslednější orientace na prevenci a rozpoznávání začátku chorob při prvním styku pacienta s lékařem. Tak by se měla společně se zvýšením úcty ke vzdělání opět narovnat i prestiž lékařů, která je jednou z podmínek úspěšné bezkonfliktní léčby. Myslím, že nevede jiná cesta, ale bude dlouhá, hrbo latá a klikatá...

emer. prof. MUDr. Miloš Štejf, DrSc., FESC
www.fnusa.cz
e-mail: milos.stejfa@seznam.cz

Doručeno do redakce: 22. 6. 2009