

Generalista a špecialista v internej medicíne dneška

E. Mokrá¹, J. Murín²

¹ Interná ambulancia, Poliklinika Levice, Slovenská republika

² I. interná klinika Lekárskej fakulty UK a FNsP Bratislava, Slovenská republika, prednostka prof. MUDr. Anna Remková, DrSc.

Předneseno na společném Kongresu Slovenskej internistickej spoločnosti a České internistické společnosti v Žilině ve dnech 7.–9. června 2006

Nie je tak veľmi dávno, čo interné oddelenia mali svoju jedinečnú atmosféru. Ich ticho vtedy skutočne liečilo. Všade vládol poriadok a presné nemenné pravidlá zabezpečovali dôstojný a málokedy niečím rušený chod. Chaos bol vonkoncom neznámy pojem. Pripomínali antické chrámy vzdelanosti a múdrosti. Pri spomienke na ne v nás oživa ich starobylá dôstojnosť. Primári sa vyznali a žiadali to aj od svojich lekárov. Dbalo sa na dokonalú anamnézu a pestovala sa interná propedeutika. Jednotky intenzívnej starostlivosti neboli samozrejmosťou a budúci internista s mesačnou praxou liečil v nočnej službe všetko, čo vedel a spôsobom, ako to dokázal. Pacient vnímal zo všetkých múrov oporu a istotu. Vedel, ktorý lekár je „jeho“ a cítil jeho zodpovednosť. Mal menej liekov ako dnes a prichádzal do kontaktu s menším množstvom technológií. Jeho dokumentácia vážila nanajvýš desiatky gramov. Lekári si o ňom neodovzdávali toľko informácií, zato sa ho ale podstatne viac pýtali. Anamnéza a fyzikálne vyšetrenie neboli typické nedostatkom času a povrchnosťou. Lekár ich nemohol nahradiť drahými zobrazovacími vyšetreniami. Pacient mal pocit dôležitosti a dlho rozprával o nemocnici známym.

Dnes je už máločo z toho pravda. Do zdravotníctva si otvorila cestu high-technológia. Sotva z iných ako ekonomických dôvodov. Znamená prevrat v diagnostike, filozofii liečby, pohľade na pacienta, obracia naruby mnohé zažité axiomy. Otvárajú sa ňou dovtedy netušené, zaujímavé a atraktívne oblasti, založené na stále odvážnejších intervenčných prístupoch. Nadchli hlavne mladých lekárov, ktorí v nich vidia prednosti technickej virtuozity novej doby v protiklade s ťažkopádnosťou a nepresnosťou včerajška. Pomerne rýchlo sa dajú získať potrebné zručnosti. Pociť dôležitosti lekára prináša dnes zadosťučinenie skôr, nie je naň treba čakať desiatky rokov. Mladý lekár síce nepozná niekedy ani meno pacienta, ktorého vyšetruje, nič nevie o zložitosti jeho základnej choroby a už vonkoncom si nevie predstaviť jej umiestnenie v komorbiditách. Pacienta sotva vníma ako trpiaceho človeka, nie je podstatné, aké má pacient v živote zázemie a či vôbec stojí o predĺženie života, ak nebude mať doterajšiu kvalitu. Mladý lekár vie dnes použiť techniku a jej prostredníctvom odhaliť nejasné alebo netypické ochorenia, vie efektívne riešiť život ohrožujúce stavy, alebo stanoviť diagnózu. V istom okresnom meste sa v roku

1987 urobilo prvé echokardiografické vyšetrenie na novom prístroji s ohromujúcim, nečakaným a nezabudnuteľným výsledkom – myxóm ľavej predsiene. Viedlo to k ďalšiemu nadšeniu pre nové diagnostické možnosti v danom okrese.

Diskusia popierajúca význam high-technológií v napredovaní internej medicíny by dnes vyvolala zhovievavý úsmev. Hlbšie, presnejšie a dôslednejšie poznanie jej úsekov dosiahlo taký stupeň, že ochranné ramená materskej istoty opúšťa stále viac detí, vonkoncom nie nezužívých, ale zrelých a pevných. Sú také, aké si vyžaduje moderná doba – podstatne sebavedomejšie, skúsenejšie, rozhodnejšie, s lepšou schopnosťou sa presadiť akú videli v generácii rodičov. Ich potenciál rozvoja a prínos pre medicínu je tak obdivuhodný, že iste začudované otázky vyvoláva citát klasika: „Každý úsek internej medicíny, ktorý opúšťa materskú pôdu, vyhráva boj, ale prehráva vojnu.“ (E. Braunwald). Na prvý pohľad provokatívne nezmyselný výrok. Možno je pochoopenie týchto slov súdené len tým, ktorí celý život dávali veci na spoločného menovateľa a vedia, že nech špecialista akokoľvek hlboko prenikne do svojho oboru, aby vyhral boj, prehráva

vojnu podcenením proporcionality vo svojom vlastnom vývoji.

Úspešná masová produkcia v priemysle využívajúca prednosti špecializácie navodila myšlienku, že analogicky tie isté postupy v medicíne povedú výlučne k jej zdokonaleniu. Nie vždy s rozumom a kriticky sa preberali praktiky rozvoja priemyslu a implantovali do medicíny. Podpora subspecializácií viedla k vysokému záujmu o vlastný diagnostický výkon, ale často k strate záujmu o samotného pacienta. Pritom spomínaná podpora je tak vysoká, že v USA a Západnej Európe polovica pacientov sa neobracia na praktických lekárov, ale vyhľadáva pri ťažkostiach priamo špecialistov. V nedávno zverejnenom hodnotení zdravotníckych systémov v Európskej únii, kde sa SR celkove umiestnila na neradostnom 23. mieste, bol jedným z indikátorov kvality uvedený aj priamy prístup pacienta k špecialistovi. Obsadili sme 7. miesto, na ktorom sú s nami aj také štáty ako Švédsko. Pritom pacient má sotva dostatočné vzdelanie, aby vedel rozhodnúť, kam má ísť. Jeho rozhodovanie je okrem iného aj zrkadlom charakteru/pravidiel vnútornej pyramídy „praktický lekár – internista – čiastkový odborník“ v konkrétnej spoločnosti. V tejto fiktívnej pyramíde občania rôznych štátov rôzne naliehavo presvedčili rezorty zdravotníctva, že sú viac alebo menej bohaté na to, aby bol v danom štáte umožnený prístup priamo k špecialistovi. Máme však dôkazy, že zvyšujúca sa subspecializácia (výlučne) zlepšuje kvalitu lekárskej starostlivosti? V osobitných prípadoch určite áno. Ak sa pacient s myxómom predsiene rozhodne navštíviť priamo kardiológa, pretože mu vadí stupňujúca sa únava, iste si skráti čas stanovenia diagnózy. Ale ako častý je myxóm v srdci? Vyrieši sa problém pacienta? Koľko iných pacientov s únavovým syndrómom vyšetrí ten istý špecialista drahšie, ako by to urobil praktický lekár alebo internista? Koľko pacientov

s únavovým syndrómom pošle potom kardiológ po svojom vyšetrení k internistovi?

Uvedený príklad dokazuje, že problém je len z povrchu výlučne medicínsky. Zasahuje aj do etiky, filozofie, ekonómie. Niet pochybností, že nevyhnutní sú obaja, generalista aj špecialista. Ukazuje sa to prospešné pre pacienta, poisťovňu, aj spoločnosť. Ale vývoj internej medicíny napr. v USA, kde dochádza k jej renesancii, odobruje cestu od praktického lekára cez internistu k čiastkovému odborníkovi a ukazuje ju ako osvedčenú, užitočnú, lacnejšiu, bezpečnú a najmenej redukovujúcu osobnú zodpovednosť lekára za pacienta. V našich interných ambulanciách počujeme často výrok pacienta: „Absolvoval som tieto a tieto vyšetrenia a navštívil som tento počet lekárov, všade mi povedali, že po ich stránke som v poriadku, ale ja sa cítim stále chorý...“. Internista začne tým, čo ho naučili kedysi dávno v propedeutike: spýta sa pacienta, čo, ako, odkedy, či odkiaľ, ako často, kam, ako dlho, kedy, prečo, kde... Neoklame čas ani svoje uvažovanie náhlym, nervozitou, netrpezlivosťou. Musí si pritom vypočuť aj veľa zbytočností. Často otázky opakuje a overuje si ich správne pochopenie. Nevyvedie ho z konceptu, že starší pacient na otázku o kolene odpovedá, čo má s uchom. (Mimochodom – vie si niekto predstaviť anamnézu u hluchonemého pacienta? Niektorí prídu bez doprovodu.) Po anamnéze a fyzikálnom vyšetrení nasleduje diagnostická úvaha. Okrem vlastného rozumu sa pritom nedá použiť žiaden prístroj. A pritom dnes je v kurze len medicína, ktorá má prístroje, aby nimi merala, scanovala, snímala, logaritmovala a vyhodnocovala. Čaro alebo problém medicínskej praxe je v tom, že záver vyšetrenia rozum neponúkne prostým sčítaním alebo zosumarizovaním všetkých pomocných vyšetrení a informácií o pacientovi. Tie treba najprv uložiť vedľa seba, utriediť,

odvážiť, vzájomne porovnať, vyvážiť, vyrovnáť, zliať, zmeniť skupenstvo, prezrieť pod lupou, niektoré deliť, iné umocniť, precítiť, odhadnúť, predvídať... Hľadať vzájomné súvislosti, vzťahy, zákonitosti, pravdy i polopravdy, protirečenia, očakávať diagnostické problémy, náhody, varovania, nepravdepodobnosti, vedľajšie účinky, aj prekvapenia...

Vtedy je rozhodujúce, ako sa internista naučil za celý svoj život optimálne využívať špecializácie. Ako má citlivé uši, keď nimi treba počúvať, ako informáciám rozumie, ako ich poukladá vedľa seba, ako sa snaží o konvergenciu údajov v záujme nielen diagnostiky, ale aj optimálnej liečby (niekedy neliečby). Či vie, kedy čiastkový problém zveriť špecialistovi a čo sa od neho dá očakávať. Či dokáže zosúladiť závery viacerých špecialistov a svoj na nich postaviť. Ak si ich názory budú odporovať, musí navrhnúť kompromisný spôsob vyhovujúci všetkým zúčastneným a hlavne pacientovi. Sú to chvíle, kedy si internista silnejšie ako kedykoľvek inokedy uvedomuje, že nie je možné bez rozmyslu aplikovať zákonitosti priemyslu do medicíny, lebo kvalita a úspech masovej priemyselnej produkcie sú založené na vysokom stupni identity všetkých výrobkov, ale podstata kvality v medicíne je opačná. Každý pacient je totiž iný, vyberie si z choroby popísanej v učebnici svoju variantu, s osobitosťou jemu vlastnou ju spracuje a zmieša s komorbiditami. Konkrétny pacient je jedinečný s potrebou liečby šitej na svoju mieru.

Starí pacienti sú príkladom toho, aké drahé a niekedy nezmyselné je zanedbávanie špecializácie všeobecného internistu a preferovanie superspecializácií bez ohľadu na stav starého človeka, kde sú vždy zastúpené degeneratívne choroby. Je neobvyklé, aby bola ICHS bez renálnej insuficiencie, mozgovej ischémie či aspoň orgánovej dysfunkcie, pľúcnych komplikácií,

hypertenzie, depresie, obezity, diabetu, hyperlipidémie, či polyartrózy. Kto príde k takému pacientovi a ostane s ním? Lekár, ktorý dokáže šiestym zmyslom rozlíšiť blízke a vzdialené, isté a neisté, nadbytočné a potrebné. Vie integrovať a reagovať v najširších súvislostiach. Je síce novou technológiou tlačенý do pozície menejcenného, lebo má byť hlavne trpezlivý, vedieť načúvať, zachytávať nehučné signály tela aj duše, kriticky hodnotiť mechanické informácie a zosúladiť ich s rytmom ľudského tela. Snáď by zniesol pomenovanie „celý doktor“. Internista viac ako ktokoľvek iný sprevádza svojich pacientov aj v terminálnych fázach ochorenia a vie, že v týchto nepoznaných chvíľach na hranici ľudského života, kedy sa dá spoľahlivo povedať, že zlyhali všetky technológie, pacient, vidiaci pred sebou svetlo na konci tunela, odmieta blízkosť prístroja. Chce (celého) človeka (lekára).

Je otázne, či v dnešnej dobe má kto vychovať internistu a či k nášmu bohatstvu patrí aj dostatok skutočných internistov (vzdelávateľov) pre internú medicínu. Medikov vyučujú skôr viacerí špecialisti a podobne je to aj v postgraduálnom vzdelávaní. Mladý lekár vo vývoji nevidí pred sebou vzor internistu, ale skôr aglomeráciu špecialistov. Chýba mu spojivo, ktoré k sebe priblíži konce ich výkladov, aby plynule do seba vrastali a dávali ucelený zmysel a súvislosti. Prostý súčet špecialistov nie je generalista. Človek sa ním stáva až niekde blízko zenitu, keď prestane informácie len zhŕňať, ale vie ich triediť, využívať, ale hlavne hodnotiť a integrovať. Málokto sa však s integračnou schopnosťou narodí, sám sa to sotva naučí a určite sa nedopracuje k jej dokonalosti ako samouk. Budúci internista by mal mať svoje vzory. Nemali by ho učiť iba špecialisti, ale aby poznal hĺbku a šírku internej medicíny, musia ho vzdelávať hlavne internisti, aby pochopil vývoj choroby, jej vzta-

hy, zmenu, pohyb a výraz. Nech si teda každý sám odpovie na otázku, aký typ výukového pracoviska je pre lekára aj pacienta výhodnejší, či „staré klasické“, ale vedomosťami dopĺňané interné oddelenia, kde sa (staromódne?) pestuje celá interná medicína, každý sa cvičí rovnako, pacienti sa prijímajú podľa časového poradia a nie podľa hlavných diagnóz. Špecialisti sú tu ceneným doplnením, ale jadrom výučby sú vyučujúci, čo vedú internú medicínu naučiť. Iné druhy interných oddelení sú podľa typu svojich predstavených skôr oddeleniami špecializácií a pacient obvykle medzi nimi rotuje. Aby medicína čo najviac poslúžila svojmu adresátovi, teda pacientovi, nechceme, aby sa internisti stali špecialistami čiastkových odborov, ale budeme poctení, ak dokážeme obohatiť prax a vzdelanie špecialistov. Inak povedané, pre pacienta bude dobré, ak sa „všetci“ špecialisti stanú aj internistami. Dôležité je tiež vytvorenie hierarchie liečby, aby pacient nezískaval od každého špecialistu len liečbu navyše, a teda aby sme mohli minimalizovať hrozbu polypragmázie. Jasno v tom, čo je a nie je podstatné ešte nemôže mať pevne fixované mladý lekár postrádajúci prax, skúsenosť a vlastný názor, ale je nešťastné, ak si ho ani nikdy v budúcnosti nevytvorí zrelý lekár, lebo ho nikto nenaučil informácie triediť a ukladať a on neskôr na svoju „triediacu“ neschopnosť rezignuje a prispôsobí sa „móde“ doby.

Pre vývoj (aj internej) medicíny poslednej doby u nás je typické odstredivé vzďaľovanie sa komponentov, ktoré kedysi prirodzene zapadali do seba v súkolí. Predovšetkým vzťah lekára a pacienta utrpel hlboké trhliny. Nedávnu reformu zdravotníctva vnímali inak tí, ktorí ju vytvárali ako zaujímavý ohodnotený a pozoruhodný experiment v pohodlných úradníckych kreslách, a celkom inak tí, ktorým priniesla zhoršenie pracovných podmienok, násilné presad-

zovanie ekonomických zákonitostí do prostredia, kde by mala vládnuť medicínska profesionalita, a prenášanie chýb a nezrelosti nového systému do vzťahu lekár – pacient so zničujúcim účinkom na ich vzájomnú úctu. O akej úcte môže byť vlastne aj reč, keď o živote či smrti má rozhodnúť človek ekonomicky donútený pýtať od pacienta 20, či 50 korún v čase, kedy sa priemerná mesačná mzda u nás hrdo blíži k 20 000 Sk.

Technológia verzus lekár vytvára ďalší moderný antagonizmus. Kto je zodpovedný za omyl techniky, za jej nedokonalosť vyjadrenú napríklad obmedzenou rozlišovacou schopnosťou prístroja? Za desiatky rokov praxe sme nezažili pacienta, ktorý by bol pripustil, že lekár použil správny a štandardný postup, ale zlyhal prístroj. V očiach pacienta vždy zlyhá lekár. A čo poruchy prístrojov? Vtedy nesie zodpovednosť konštruktér, technik, revízny pracovník, rentgenológ alebo lekár „diagnostik“, ktorý vyrieši diagnózu? Hranice techniky ilustratívne ukazujú práve obmedzenia základných pomocných vyšetrovacích metód v internej medicíne: ešte nikto nepovýšil žiaden počítací, aby popísal EKG nález rovnocenne lekárovi, popisy RTG vyšetrenia hrudníka prichádzajú z rentgenologických oddelení s poznámkou „v diferenciálnej diagnostike rozhoduje vždy klinický nález“, či vývoj choroby. Prítomnosť infekcie v organizme potvrdzuje lymfopénia aj lymfocytóza. Znova je to lekár, ktorý roztína gordické uzly novodobých dualizmov.

Mnoho nejednoznačného je skrytého v protiklade farmakoekonóm verzus realita. Je odborné jasné, ako sú poddávkovani naši pacienti v liečbe statínmi, lebo cieľové hodnoty lipidogramu sa už vtesnajú namiesto čísel len do jednoduchého slovného pravidla „čím nižšie, tým lepšie“. Farmakoekonómia chce síce stanoviť hranicu, ktorá je ešte pre spoločnosť ekonomicky únosná, ale klinická prax sa riadi inými pravidlami. Keď

sa ex post rozoberajú príčiny úmrtia pacienta, každý cíti, aké nevhodné, neetické a úbohé by bolo pred majestátnom smrti argumentovať peniazmi. A pritom za života toho istého pacienta farmakoekonom bol postavený na jeden z najvyšších piedestálov. Ak pacient dostal infarkt myokardu, v jednej sekunde bola liečba statínmi ešte prevenciou choroby a v nasledujúcej sekunde už vlastne

sekundárnou liečbou. Pozostali nebudú hľadať chybu v systéme, v percente HDP určenom na zdravotníctvo, v cene lieku, ale jedine v lekárovi.

Na záver tohto zamyslenia nech zaznie výrok jedného zo slávnych: „V skutočnosti nemáme špeciality (čiastkové odbory) v internej medicíne, lebo na plnohodnotné spoznanie dôležitých ochorení je nevyhnutné

poznať ich prejavy v mnohých orgánoch“ (W. Osler, 1900).

MUDr. Ľubica Mokrá
Interná ambulancia, Poliklinika
934 01 Levice
Slovenská republika
e-mail: lubicamokra@centrum.sk

Doručeno do redakce: 17. 8. 2006

Diagnostika a léčba HLP a jejich komplikací

Cyklus seminářů ČSAT a projektu MedPed

Program

16:30	Registrace, výstava firem, prezentace projektu MeDPeD
17:00	Zahájení (<i>Richard Česka</i>)
17:05–17:35	Vyhledávání nemocných s familiární hypercholesterolemií a vyhledávání rizikových nemocných od dětského věku (<i>Zuzana Urbanová/Tomáš Freiburger</i>)
17:35–18:05	Jaké parametry vyšetřovat k upřesnění rizika? Diagnostika preklinické aterosklerózy v každodenní praxi (<i>Helena Vavrková/Aleš Linhart</i>)
18:05–18:35	Primární prevence kardiovaskulárních onemocnění Od intervenčních studií k léčbě nemocných (<i>Hana Rosolová/Jindřich Špinar</i>)
18:35–19:05	Komplexní léčba nemocného ve vysokém riziku (<i>Richard Česka</i>)
19:05–19:30	Diskuse, kasuistika

Termíny a místa seminářů

10. října 2006	České Budějovice	Bazilika o.p.s., Česká 66
11. října 2006	Klatovy	Hotel Central, Masarykova 300
17. října 2006	Brno	Hotel International, Husova 16
18. října 2006	Cheb	Krajské muzeum Cheb, nám. Krále Jiřího z Poděbrad 493/4
24. října 2006	Praha	Česká národní banka, Senovážné náměstí 30
31. října 2006	Ostrava	Hotel Imperial, Tyršova 6
7. listopadu 2006	Chomutov	Středisko knihovnických a kulturních služeb, Palackého 4995/85
21. listopadu 2006	Jihlava	Hotel Gustav Mahler, Křížová 4