

Interna a kardiologie, internisté a kardiologové

M. Štejfa

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

Souhrn: Následující text představuje zamyšlení nad vývojem interní medicíny, od které se vlivem technického pokroku a přeměny z empirické na vědeckou disciplínu začaly odštěpovat jednotlivé obory, jako jeden z největších také kardiologie. Tak, jak se interní strom rozdělil na řadu oborů, má také kardiologický strom řadu podoborů. Není totiž v možnostech jednoho lidského mozku si vše pamatovat a vše také umět. Tím se změnilo i pracovní curriculum internistů a kardiologů. Nutná je však jejich úzká spolupráce, neboť ve středu snažení všech stojí týž nemocný člověk.

Klíčová slova: interna – kardiologie – internisté – kardiologové

Internal medicine and cardiology, internists and cardiologists

Summary: A retrospective on the development of internal medicine as a base from which other specific fields of medicine, including cardiology as one of the largest, branched as consequence of technological progress and transformation from an empirical to a scientific discipline. Similar to the internal medicine tree, cardiology also branches into a number of subspecialties. This is because no one human brain has a capacity to remember and know everything. This has also resulted in a segregation of the operational curricula of internal medicine physicians and cardiologists. However, a close collaboration of all the disciplines is essential as it is the very same patient who is the focus of them all.

Key words: internal medicine – cardiology – internists – cardiologists

Úvod

Téměř polovinu svého aktivního života jsem věnoval interně, která se v té druhé polovině přetvořila do kardiologie. Jak to už u člověka v určitém věku bývá, v posledních letech jsem o daných tématech přemýšlel a také přednášel. Zjednodušením mých úvah byl nakonec závěr, že interna i kardiologie jsou obecně o jednom a totéž, ale na druhé straně také ve dvou zcela odlišných kapitolách. Záleží na tom, z jakého hlediska se na medicínský svět díváme. Vždy se jedná o vzájemný vztah pacienta a lékaře. V zásadě se nikde neliší, kromě ekonomických možností, respektive ekonomického tlaku. O tom ale nebudu hovořit, od toho jsou tu jiní.

Pokud vezmeme internu a kardiologii jako vědní disciplíny, neměly by být v názorech podstatné rozdíly. Nutno upozornit, že v této zúžené otázce jde jen o „*pars pro toto*“, vše platí pro všechny další obory. Na internisty a kardiology je třeba pohlížet jako na vysoce vzdělané vědce nebo odborníky [1]. V praxi se objevují problémy apli-

kované medicíny, tedy rozdílných diagnostických a terapeutických názorů, různých „škol“, osobních zkušeností, míry sečtěllosti, zvyků a návyků, ... Jednoznačně je nevyřeší ani „*guidelines*“, které jsou určitým obecným doporučením, i když dnes většinou založeným na výsledcích velkých **klinických studií** – tzv. medicína založená na důkazech [2]. Nemohou však zahrnout další faktory klinického rozhodování – zvláštnosti pacienta a lékaře. Zde bychom mohli pokračovat až k obecným rysům člověka, jako je stupeň vzdělání, výchování, znalost řeči, ale i osobnost, morálka, genetická vybavenost atd. Podobné faktory se uplatňují v celé společnosti, u negraduovaných, graduovaných, avšak u lékařů zabývajících se lidmi obzvláště. Z dřívějších tabu jistá přetrvávají (např. **nihil nocere, lege artis**), avšak odkazy na některé další **hipokratovské** principy [3] se v moderní společnosti obtížně usku- tečňují a uvádějí do obecného užití. Přísaaha obsažená v **Corpus hippocraticum**, které napsali jeho žáci daleko později podle záznamů, byla pro sou-

časné použití již několikrát odbornými komisemi přepracována a některé pasáže byly vypuštěny.

Interna

Před 2 lety (roku 2009) jsem ve slavnostní přednášce na XVI. celostátním internistickém sjezdu v Praze [4] alegoricky označil internu jako strom – má pevné kořeny v minulosti, silný a zdravý kmen a větve rozrůstající se do košaté koruny (obr. 1). Koruna ale nemůže žít bez kmene. Na jejích větvích vyrůstají plody různé velikosti a soustřeďují v sobě kódy, které již kmen a hlavní větve nezvládnou. Tyto plody padají do úrodné země, zakořeňují a nasávají příslušnou mízu. Vyrůstají z nich opět kmeny s větvemi, na nichž jsou další nové, jiné, „specializované“ plody. Platí to pro všechny obory vycházející z interny, tedy i pro kardiologii a, **mutatis mutandis**, pravděpodobně i pro chirurgické obory (i když se jejich podíl na kurativě vlivem zavedení intervenčních metod podstatně snižuje). Je futurologické si představit, jak se tento sad bude rozrůstat. Jistě však bude do-

cházet k samovolné **apoptóze**, naštěstí lidmi neřízené, takže by se měla zachovat určitá rovnováha (obsoletní, nevyhovující obory zmizí nebo opět splynou se základními).

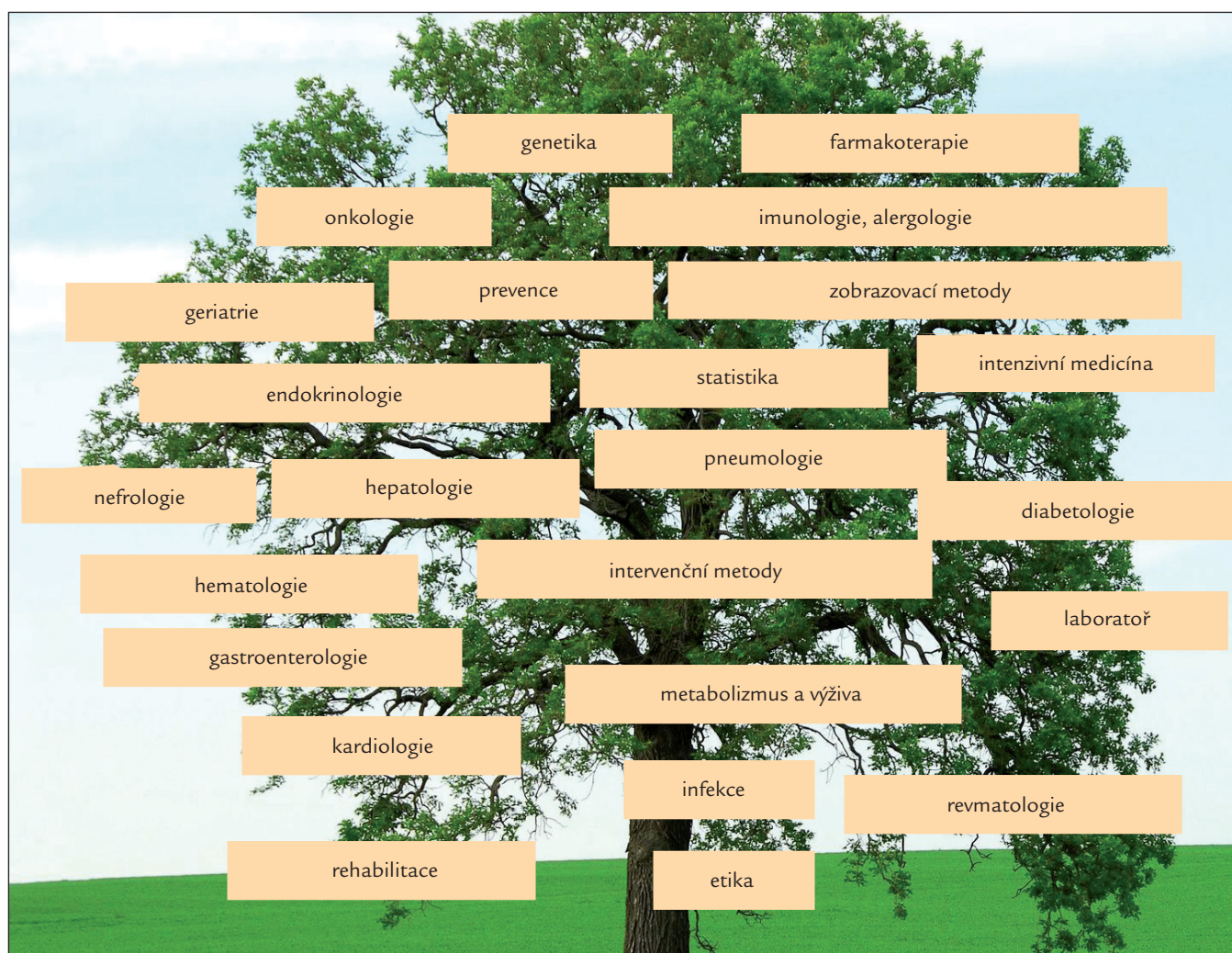
Do 2. světové války byla interna jednotná, osamostatnila se pouze pediatrie a neuropsychiatrie. Po 2. světové válce, a především v 60. letech 20. století, došlo vlivem nevídaného technického rozvoje k explozi medicínského poznání a k transformaci medicíny z empirické roviny na úroveň vědeckého poznání. Diagnostické, laboratorní a farmakoterapeutické možnosti se začaly rozšiřovat takovou měrou a rychlostí, že se jednotlivé obory začaly z interního kmene odštěpovat. Toto dělení bylo postupné a bolestivé, avšak jeden lidský mozek již nebyl (není a nebude) schopen celé disciplíny zvládnout.

Často je diskutována otázka: Existuje ještě interna, má nějaké opodstatnění? Interna existuje a bude existovat, je to matka živitelka – „alma mater“ [5]. Z její mízy žije i dnes celá medicína a její míza přechází i do kořenů dalších kmenů (oborů). Alegorie se stromem není samoúčelná.

Internisté

Internistovi náleží kmen **všeobecné interny**. Je svodnou trajektorií, kam přicházejí pacienti poprvé nebo se vrací na kontroly, především ti komplikovaní, polymorbidní, stárnoucí, s polyfarmakofagií. Internista musí být vysoce vzdělaný v celé interně, musí projít všemi jejími obory, avšak nemůže být superodborníkem na všechny obory a intervenčních zákroky (kromě jednoho, snad dvou navíc). Hlavním předmětem je umět komplikované pří-

pady rozřešit, aby mohl s jasným cílem konzultovat s dalšími odborníky a po úplné diagnóze pacienta ošetřovat až do vyléčení, respektive remise, a také upravovat léčebné schéma a s dohledem vyloučit vyšetřovací a lékové duplicity, podporovat adherenci a dodržování dostatečného dávkování. Pak jej může předat praktickému lékaři, který má možnost se kdykoli, při zhoršení, nežádoucích účincích léčby, souběžné chorobě, obrátit znovu k poradě. Internista tedy bude, ať ambulantně nebo na interním lůžku, řešit především komplexní obrazy interních nemocí, bude je diagnostikovat a koordinovat jejich léčbu, aby byla „šitá na míru“. V současné době se celý diagnosticko-terapeutický proces začíná nazývat **personalizovanou medicínou** [6]. Nedílnou součástí léčby je též poskytování psychické podpory a edukace



Obr. 1. Strom interny.

[7], jejichž úspěchy se odvíjejí od lékařovy empatie. Internista nese tíhu celkového rozhodování a často bude řešit řadu etických a ekonomických problémů.

Kardiologie

Kardiologie se u nás z interny vyvíjela jen pomalu a bolestivě, až do 70.–80. let minulého století [8]. Jednou z příčin byl sektorový systém, podle něhož byli jak interní, tak kardiologičtí (včetně akutních) pacienti rozvázeni do určených nemocnic. I když byla některá interna lépe vybavena (např. jednotkou koronární péče), přesto většinou brala kardiaky pouze ze svého sektoru. Samostatné kardiologické kliniky nebyly a interní oddělení, včetně těch klinických, měla velmi omezené možnosti (obvykle pouze EKG, RTG, laboratoř). Takže pokrok

ležel často v rukou osobní iniciativy. Dnes již kardiologické stanice plní svůj úkol bez sektorového omezení. Vzhledem k náročným vyšetřovacím a léčebným metodám si to dnes ani nedovedeme jinak představit.

Kardiologický kmen mezitím vyrostl, zesílil a rozvětvil se (obr. 2). Kardiologie má řadu složitých podoborů podмінěných speciálním vybavením a je napojena na další biologické a technické disciplíny. Jeden člověk již nyní nemůže zvládnout do podrobností celý obor a prakticky ani podobor [9].

Kardiologové

Všeobecný kardiolog musí znát základy celé kardiologie a měl by dostatečně rozumět též interně, aby nepřehlédl souběžné nemoci u gerontů [10] a polymorbidních (např. srdeční selhání a renální selhání, onemocnění

štítné žlázy a arytmie nebo srdeční selhání, městnavá játra a hepatitidu či nádor, zánět či hemoblastózu atd.). Stále náročnější je sledování vysoce účinné léčby a rozpoznávání nežádoucích účinků. Kardiolog pracuje na ambulanci nebo na lůžkovém oddělení kardiologického zaměření. Musí však opakovaně procházet jednotlivé specializované stanice (infarktová, intervenční, resuscitační, antiarytmická atd.), na nichž pracují stabilní odborníci, aby si při své **specializaci** základy všeobecné kardiologie zachoval, především aby dovedl stanovit indikace a přípravu k intervencím a zařídil jejich provedení na příslušné stanici.

Závěr

Celá medicína potřebuje týmovou práci, kde jeden v akutním případě zodpovídá a druzí táhnou za tůž provaz.



Obr. 2. Strom kardiologie.

Diskutovat se může (a má) až po provedeném zákroku. Všichni by měli být, alespoň pro případy nouze, zastupitelní. Nenahraditelnou roli hraje v péči o pacienty i další zdravotnický personál, především sestry. Medicínu se nyní už nelze naučit z knih. Mladý elév musí být „u toho“, aby „viděl a věděl“, to jest dovedl v akutních případech použít automaticky zažité **algoritmy**.

Jak se budou interna, kardiologie a další obory vyvíjet do budoucna, je obtížné odhadnout. Technický vývoj uvede jistě další nové (stále komplikovanější, sofistikovanější a dražší) vyšetřovací metody, lékové skupiny a intervenční postupy a přístroje. A jejich modalita... Bude také přibývat starších a více nemocných pacientů. To znamená, že nás v oblasti globální reformy zdravotnictví, medicíny, vědy a školství – v jejich programu a financování – čekají prudké peřeje a tichá voda je zatím v nedohlednu.

.... a nakonec

Tento vyzvaný článek je součástí slavnostního čísla časopisu, věnovaného kulatému výročí prof. MUDr. Jiřího Vítovce, CSc. Je to můj žák, nástupce a přítel. Znáám ho od jeho sekundářských let, naše pracovní životy se různě proplétaly, aby se nakonec sešly. Začalo se to však všechno mást. Jiří spíše mládne, než aby mne doháněl. Přejí mu kromě zdraví, rodinného štěstí a úspěchů, aby pevnou rukou projel peřejemi a aby se nakonec dostal do pohody klidné vody, která umožní další smysluplnou práci. **Ad multos annos!**

Literatura

1. Rosolová H. Zamyšlení nad hodnocením vědy a vědců. *Cor Vasa* 2010; 52: 539–540.
2. Štejf M. Klinické studie, Evidence-Based Medicine a prospěch pacienta. *Kardiolog Rev* 1999; 3: 125.
3. Štejf M. Hippokrates z Kosu. *Kardiolog Rev* 2003; 4: 157–158.

4. Štejf M. Zamyšlení nad internou. *Vnitř Lék* 2009; 55: 696–701.

5. Pacovský V. Internistická moudrost – matka celé klinické medicíny. Metamorfózy internistova myšlení a praktického konání. *Vnitř Lék* 2008; 54: 935–936.

6. Jerie P. Personalizovaná medicína a snaha o lepší klinické rozhodování. *Kardiolog Rev* 2010; 12: 108.

7. Sovová E. Edukace pacientů jako základ zlepšení prognózy pacienta s kardiovaskulárním onemocněním. *Cor Vasa* 2009; 51: 834–835.

8. Štejf M. Kardiologie – jak jsem ji viděl a jaká je. *Cor Vasa* 2009; 51: 673–674.

9. Štejf M. Zamyšlení nad současnou kardiologií. *Cor Vasa* 2009; 51: 430–431.

10. Štejf M. Kardiovaskulární patologie ve stáří – geriatrická kardiologie. *Kardiolog Rev* 2002; 3: 151.

prof. MUDr. Miloš Štejf, DrSc., FESC

www.fnusa.cz

e-mail: milos.stejfa@seznam.cz

Doručeno do redakce: 7. 1. 2011