

Internal medicine: knowledge and practice

Piotr Głuszko

Department of Rheumatology, National Institute of Geriatrics, Rheumatology and Rehabilitation, Warsaw, Poland



Prof. Piotr Głuszko, MD, PhD A specialist in internal medicine and rheumatology; until 1991, Assistant Professor in the 2nd Department of Internal Medicine in Medical School in Kraków, Poland; in the years 1984–1985 and 1990, Research Associate and visitor at the University of Pennsylvania Medical School in Philadelphia, United States; in the years 1992–2010, Head of the Rheumatology Unit, Jagiellonian University Medical College, Kraków; since 2010, Head of the Department of Rheumatology at the National Institute of Geriatrics, Rheumatology and Rehabilitation, Warsaw, Poland; member of the Polish Society of Rheumatology and International Osteoporosis Foundation; author and coauthor of numerous publications in international and Polish peer-reviewed journals and several book chapters and reviews; his major research interests are interactions between inflammation, blood coagulation, and cardiovascular risk in chronic rheumatic diseases, as well as bone disease research

An American doctor once said: “rheumatology – it is an advanced internal medicine,” and I have heard it quite recently. Certainly, today the same

could be said about endocrinology, nephrology, pulmonology, etc. I am not sure whether it could also be said about hypertensiology but perhaps it could. Cardiologists have separated themselves from internal medicine probably at the earliest. However, I do not believe that one can be a cardiologist without knowing the mechanisms of blood clotting, lipid metabolism, lung function, vasculitis pathology, organs affected by lupus and the associated symptoms, or scleroderma, the last three of these undeniably falling under the rheumatology specialty.

Learning about internal diseases, which includes education, knowledge, and its incredible development within the last 100–150 years forced the emergence of fields that have become the subjects of specialties. We no longer are and we will not be the “doctors of all sciences”. A family physician or a general practitioner has a slightly different role and a very difficult one. They are the first to decide whether a patient needs a specialist treatment or not.

The medical knowledge is already too vast and it is expanding at a great speed, but can we really separate ourselves from the internal medicine, from the fundamental science about a sick person, from taking medical history (inclusive of a simple conversation), from a medical examination, thorough observations of a patient, and especially from connecting the facts?

Let us begin by saying that the medical profession to a large extent is a craft and without the skills needed to identify the symptoms of a disease and the ability to perform the most fundamental diagnostic activities (as well as those related to the treatment) the most modern imaging technologies or advanced laboratory diagnostics, if they are not supplemented with proper interpretation as regards the patient and the disease symptoms, could lead to incorrect assessment and wrong decisions. Introduction to internal medicine—I have some doubts regarding the effectiveness of the way this subject is being taught at medical universities, especially when I observe the “craftsmanship” of young doctors. Already during the studies one takes refuge in advanced

Correspondence to:

Prof. Piotr Głuszko, MD, PhD,
Klinika i Poliklinika Reumatologii,
Narodowy Instytut Geriatrii,
Reumatologii i Rehabilitacji
im prof. Eleonory Reicher,
ul. Spartańska 1, 02-537 Warszawa,
Poland, phone: +48 22 844 87 57,
e-mail: piotr.gluszko@spartanska.pl
Received: November 24, 2016.

Accepted: November 24, 2016.

Published online:

December 22, 2016.

Conflict of interest: none declared.

Pol Arch Med Wewn. 2016;

126 (12): 1046-1049

doi:10.20452/pamw.3733

Copyright by Medycyna Praktyczna,

Kraków 2016

technologies, molecular biology, or computer science. Because when the patient experiences joint pain (and a strong one), he has small, hardly visible petechiae on his extremities and slightly elevated body temperature, then there is a dilemma whether to refer the patient to an orthopedist or to an infectious diseases ward, or prescribe some diclofenac and send him home... Internal medicine is not only the knowledge about internal diseases, it has to teach how to connect symptoms and the results of lab tests, the assessment of general condition, differential diagnosis, and the basic treatment steps. This should take place at the university. Then there is an internship or the work at a general internal medicine ward, the more general the internal medicine the better. It gives experience and improves the ability to react in very different cases. The subsequent narrower specialty is an individual choice of a given doctor and a virtually continuous process of learning and monitoring one's own progress. That should suffice as regards the unquestionable role of internal medicine in doctor's education.

The great extent of the current medical knowledge, very expensive technologies and in particular the way in which the health care system is organized and financed (I do not want to use such terms as "benefits" and "procedures") really forces the choice of specialty and often significantly constrains or even impedes comprehensive diagnostics and patient treatment. We treat a chosen fragment, a disease code specified by the ICD-10, we employ the "procedure" assigned to a given specialty. The holistic approach to a sick patient is becoming only a slogan repeated during medical conferences.

Therefore, is there a place nowadays for internal medicine and internists? In my opinion we must not depart from the internal medicine, neither in doctors' training, including narrow specialties, nor in the whole health care system. The general internal medicine ward, or maybe, to a lesser degree, the internal medicine clinic should be the place where such comprehensive, exhaustive diagnosis and treatment is provided. It is there where the decision regarding the subsequent specialist treatment should be made. However, nobody says that we cannot have a diabetologist, rheumatologist, or another specialist working in such a general ward.

To conclude, I would like to share some thoughts regarding rheumatology which was taught to me primarily by an outstanding internal medicine specialist, Professor Andrzej Szczeklik.

Doctors often like to talk about cases, here is one. A 70-year-old man was referred to a rheumatology ward because of joint pain, mostly in small joints of the arms, without swelling. Laboratory tests revealed the presence of the antinuclear antibodies in titers of 1:640 (unspecific), the level of C-reactive protein at 70 mg/l, erythrocyte sedimentation rate of 72/1 h, the presence of rheumatoid factor and anticitrullinated protein antibodies with high titer,

as well as the presence of antiphospholipid antibodies. For many years the patient has been treated by pulmonologists for the idiopathic pulmonary fibrosis. His medical history showed that for the last few years he practically had not been taking any drugs and despite the fact that he would quickly get tired, he had managed to function quite well. The clinical presentation of the disease does not meet the identification criteria of a particular disease, it requires a detailed differential diagnosis between rheumatoid arthritis, sarcoidosis, a paraneoplastic syndrome, and several other disorders.

Thus, rheumatology indeed deals with the diseases whose symptoms obviously are related to joints and the whole locomotor system but at the same time there are so many internal problems, pulmonary fibrosis, anemia, renal failure, intestinal inflammation as well as skin and eye problems, neurological symptoms, and cardiac and vascular diseases which are the most frequent causes of deaths—all those definitely fall into the category of highly advanced internal medicine.

Note The opinions expressed by the author are not necessarily those of the journal editors, Polish Society of Internal Medicine, or publisher. The Polish version of the commentary is available on pages 1048-1049.

Choroby wewnętrzne: wiedza i praktyka

Piotr Głuszko

Klinika i Poliklinika Reumatologii, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher, Warszawa

Pewien amerykański lekarz powiedział kiedyś: reumatologia to taka bardzo zaawansowana interna (*rheumatology is an advanced internal medicine*), a słyszałem to całkiem niedawno. Zapewne można to samo dziś powiedzieć o ednokrynologii, nefrologii, pulmonologii etc., nie wiem, czy już o hipertensjologii, ale może i tak. Kardiologowie sami odseperowali się od interny chyba najwcześniej, nie sądzę jednak, że można być kardiologiem, nie znając mechanizmów krzepnięcia krwi, metabolizmu lipidów, funkcji płuc, patologii zapaleń naczyń, objawów narządowych tocznia, twardziny – a te trzy ostatnie to w końcu reumatologia.

Nauka o chorobach wewnętrznych, a więc nauka, wiedza i jej niesamowity postęp w ciągu ostatnich 100–150 lat wymusiły wyodrębnienie dziedzin, które stały się przedmiotem specjalizacji. Nie jesteśmy i już nie będziemy „lekarzami wszech nauk”. Lekarz rodzinny czy lekarz POZ odgrywają rolę nieco inną i niezwykle trudną – to oni pierwsi muszą podejmować decyzję o potrzebie leczenia specjalistycznego lub nie.

Wiedza medyczna jest już zbyt wielka i w ogromnym tempie się rozrasta, ale czy możemy oderwać się od interny, od nauki podstawowej o chorym człowieku, od zebrania wywiadu (w tym i zwyczajnej rozmowy), badania lekarskiego, wnikliwej obserwacji chorego, a zwłaszcza kojarzenia faktów?

Zacznijmy od tego, że zawód lekarza jest w dużym stopniu rzemiosłem i bez umiejętności określenia objawów choroby i sprawności w wykonaniu najbardziej podstawowych czynności diagnostycznych (oczywiście także i leczniczych) najnowsze technologie obrazowania, czy zaawansowana diagnostyka laboratoryjna bez jej właściwej interpretacji w odniesieniu do osoby chorego i objawów choroby mogą prowadzić wręcz do błędnych ocen i decyzji. Propedeutyka interny – mam wątpliwości co do skuteczności nauczania tego przedmiotu na uczelniach medycznych, obserwując „rzemiosło” w wykonaniu młodych lekarzy. Już na studiach następuje ucieczka w zaawansowane technologie, biologię molekularną, informatykę. Bo kiedy chorego bolą stawy (i to bardzo),

ma drobne, nawet mało zauważalne wybroczyny na skórze kończyn, nieco podwyższoną temperaturę ciała – to dylemat czy skierować go na ortopedię, czy na oddział zakaźny, czy podać diklofenak i odesłać do domu... Interna to nie tylko wiedza o chorobach wewnętrznych, ma nauczyć kojarzenia objawów, wyników badań pracownianych, oceny stanu ogólnego, diagnostyki różnicowej i podstawowych działań leczniczych. To na studiach. A potem – staż czy już praca na oddziale interny ogólnej, im bardziej ogólnej, tym lepiej, daje doświadczenie, doskonali umiejętność postępowania w bardzo różnych przypadkach. Dalsza węższa specjalizacja to już indywidualny wybór lekarzy i praktycznie ciągła nauka i śledzenie postępu. Może tyle o niepodważalnej roli interny w kształceniu lekarzy.

Ogrom współczesnej wiedzy medycznej, bardzo kosztowne technologie, a zwłaszcza sposób organizacji systemu ochrony zdrowia oraz finansowania leczenia (nie chcę użyć tu określeń „świadczymy” i „procedur”) bardzo silnie wymusza specjalizację i często znacznie ogranicza, czy wręcz uniemożliwia kompleksowe diagnozowanie i leczenie chorych. Leczymy wybrany fragment, jednostkę chorobową przypisaną do ICD 10, stosujemy przypisaną specjalności „procedurę”. Holistyczne spojrzenie na chorego człowieka staje się jedynie hasłem powtarzanym na medycznych konferencjach.

Czy jest więc dziś miejsce dla interny i internistów? Moim zdaniem nie wolno od interny odchodzić zarówno w procesie kształcenia lekarzy, w tym wąskich specjalistów, jak i w całym systemie leczenia. Oddział interny ogólnej, czy może w mniejszym stopniu poradnia internistyczna powinny być miejscem właśnie takiego kompleksowego, całościowego diagnozowania i leczenia. To tu powinna ewentualnie zapadać decyzja o dalszym leczeniu specjalistycznym, ale nic nie stoi na przeszkodzie, by na takim oddziale ogólnym pracował, np. diabetolog, reumatolog lub jeszcze inny specjalista.

Na koniec parę zdań o reumatologii, której w pierwszej kolejności uczył mnie wybitny internista Profesor Andrzej Szczeklik.

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. n. med. Piotr Głuszko,
Klinika i Poliklinika Reumatologii,
Narodowy Instytut Geriatrii,
Reumatologii i Rehabilitacji
im. prof. Eleonory Reicher,
ul. Spartańska 1, 02-537 Warszawa,
tel.: 22 844 87 57,
e-mail: piotr.glusko@spartanska.pl
Praca wpłynęła: 24.11.2016.
Przyjęta do druku: 24.11.2016.
Publikacja online: 22.12.2016.
Nie zgłoszono sprzeczności
interesów.
Pol Arch Med Wewn. 2016;
126 (12): 1046-1049
doi:10.20452/pamw.3733
Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2016

Lekarze często lubią rozmawiać o przypadkach, oto jeden z nich. Siedemdziesięcioletniego mężczyznę skierowano na oddział reumatologiczny z powodu bólu stawów, głównie drobnych stawów rąk, bez obrzęków. Badania laboratoryjne wykazały obecność przeciwciał przeciwjądrowych (ANA 1) w mianie 1:640 (niespecyficzne), stężenie białka C-reaktywnego 70 mg/l, OB (ESR) 72/1 h, obecność czynnika reumatoidalnego oraz przeciwciał anty-CCP w wysokim mianie oraz obecność przeciwciał antyfosfolipidowych. Chory od wielu lat leczony był przez pulmonologów z powodu idiopatycznego zwłóknienia płuc. Wywiad wskazywał, że w okresie ostatnich kilku lat praktycznie nie przyjmował leków i pomimo szybkiego męczenia się funkcjonował dość sprawnie. Obraz kliniczny choroby nie spełnia kryteriów rozpoznawczych konkretnej jednostki chorobowej, wymaga szczegółowej diagnostyki różnicowej pomiędzy reumatoidalnym zapaleniem stawów, sarkoidozą, zespołem paranowotworowym i kilku innymi jednostkami.

Reumatologia zajmuje się więc chorobami, które oczywiście mają objawy w obrębie stawów i całego układu ruchu, ale ileż problemów wewnętrznych, zwłóknienie płuc, niedokrwistość, niewydolność nerek, zapalenia jelit, także objawy skórne, oczne, neurologiczne, a najczęstsze przyczyny zgonu to choroby serca i naczyń – to istotnie bardzo zaawansowana interna.

Nota redakcyjna Opinie wyrażone w tym artykule są poglądami Autora i nie zawsze są tożsame ze stanowiskiem redakcji czasopisma, Towarzystwa Internistów Polskich oraz wydawcy.