

O ETICKOM POZADÍ NEUROLOGIE – 2. ČÁST

prof. MUDr. Peter Kukumberg, PhD.

Neurologická klinika FNsP akad. L. Dérera, Bratislava

Ako sme už predsunuli v prvej časti, zvláštnosťami neurologie sú i ďalšie aspekty vyplývajúce z dôsledkov poškodenia tak evidentne dôležité – nenapodobiteľnej a nenahradiiteľnej štruktúry ako je CNS.

Je dnes trendom prenikať hoci stále iba v schematizovane simplifikovaných napríklad neurotransmiterových maticiach do prapodstaty biologických dejov živej bun-ky, ba sa i zaoberať pravidlami jej programovaného alebo patologickými mutáciami navodeného zániku (apoptózy). Neurón je najzáračnejší element ľudského mozgu, ktorý spolu s úžasne rozmanitou a komunikujúcou konglomeráciou jemu podobných buniek umožnil človeku vytvoriť počítač, ale ktorý paradoxne práve preto sotva vynájde svojho rovnocenného protihrača – robota či moderného Golema, napokon nezvratne zaniká. Buď púhou, ak chceme Vesmírom naplánovanou dakedy patologicky akcelerovanou atrofizáciou – nekrozou, alebo degeneráciou za prispenia vonkajších a sumujúcich sa faktorov, trebárs nadpočetných kvapiek alkoholového dažďa za života alebo osudovou náhodou chorobného procesu. Chorobný proces deštruujúci neurón prichádza v podobe traumy, zápalu, ale často vo forme difúznej alebo oveľa častejšej degenerácie selektívnych oblastí mozgu či miechy (podľa okrskovitého postihu centrálnych i periférnych nervových štruktúr sa – semiologicky relatívne cynicky – rozoznávajú príslušné nozologické jednotky, napríklad amyotrofická laterálna skleróza). Mnohé neurologické degeneratívne choroby sa vyznačujú spoločnými osobitnými črtami – nezastaviteľným torpidným progresívnym priebehom pri absencii vedomostí etio-patogenézy, chýbajúcou kauzálnou liečbou a epidemiologicky závažným faktom – relatívne stabilnou či dokonca stúpajúcou incidenciou a prevalenciou. Akútne poškodenia nervstva (napríklad cievna príhoda alebo traumatické poškodenie) zásadne zasahuje do zdravotne-sociálne-ekonomického zázemia dovtedy zdravého jedinca svojou brutálnou náhlostou, nečakanosťou a následnou funkčnou devastáciou často i krutosťou trvalých následkov. Pestrá paleta položiek kvality života (vyhodnocovaná v mnohých cielených dotazníkových zostavách (2), je podfarbená v každej z nich konkrétnym etickým podtónom, ktorý sa odvíja od prístupu chorého k vzniknutej situácii cez cieľavedomé a trpezlivé vedenie zdravotníckeho personálu až po relatívne najoptimálnejšiu akomodáciu k zdravotnému výslednému stavu, a prirodzene i od schopnosti pomoci rodiny, verejnosti ako i spoločnosti – štátu. Prispôbenie – vyrovnanie chorého so svojimi zdravotnými následkami (napr. hemiparézou alebo afáziou) predstavuje zložitý liečebne-reedukačne-rehabilitačný proces nezvratne determinujúci jeho miesto v rodine, spoločnosti. Kryštalizuje sa postupne trvalý vazalský vzťah k pomáhajúcim, ktorý nadobúda nesmierne citlivý morálne-etický a spoločensko-ekonomický rozmer, nie však vždy kryštálovej podoby. Významnú rolu nadobúda i moderná neverbálna ko-

munikácia s chorým narábajúca s mimikou, pohľadom rešpektujúca pravidlo proxemiky, posturiky a gestiky (3). Samostatným dejstvom neurologického medicínsko-spoločenského javiska je častá sprievodná, niekedy i dominujúca deteriorácia kognitívnych funkcií, t.j. celého aparátu tzv. vyšších nervových činností. Jedným pólom tohto profilu je škála anxiózne-depresívnych symptómov prevládajúcich chronické hrubé lézie mozgu a miechy pod názvami rôznych degeneratívnych ochorení s nezadržiteľnou progresiou, druhým napríklad obzvlášť tristne desivá problematika demencie (5). Neurologicko-psychiatrický rozmer tohto medicínskeho problému, ktorý najmä v podobe demencie alzheimerovského typu naberá na rozhraní storočí a začiatku 3. milénia na významnosti je košatý a opäť ho sprevádza rad špecifických detailov etického, forenzného a liečebne-spoločenského charakteru (diferenciálna diagnostika demencie, otázky rešpektovania a uchovania dôstojnosti chorého, prístup okolia a rodiny, ambulantná a neskôr ústavná – doživotná sanácia, právne aspekty svojpráv- nosti a ďalšie).

Samostatným úsekom eticky relevantným sa javí problematika neurologických diagnostických postupov. Pacient by mal byť o každom z nich poučený, ale vice versa, či eo ipso, každé z nich musí byť zodpovedne indikované a individuálne zvážené. Veľkým nešvárom – zdanlivo nepostrehnuteľným – je rozšafné, ale v podstate pohodlné, ale zároveň nebezpečne alibistické (nepremyslené, ale nič neopominajúce) ordinovanie všetkých dostupných vyšetrovacích metód v rámci širšieho záchytu s pomocou promptnej výpovednej sily (šanonu biochemických parametrov, všakované testy, početné najmä neinvazívne zobrazovacie meto- diky, atď.). Indikovať a realizovať, prirodzene s plným vedomím zodpovednosti výberu, sa majú len tie vyšetrovacie postupy, ktoré chorobný stav v jeho individuálnej symptómovej tvárnosti a v danom časovom priereze vyžaduje. Je to „conditio sine qua non“ nielen etického princípu vo vzťahu k pacientovi (každé vyšetrenie predstavuje pre chorého určitý fyzický i psychický inzult a môže tiež zvýšiť jeho introspekciu a následne obavy z vážnej choroby), ale i morálno-ekonomického prístupu zdravotníka (zbytočné nákladné vyšetrenia). V súčasnosti napríklad možno diagnostikovať roztrúsenú mozgo-miechovú sklerózu aj bez vyšetrenia mozgomiechového moku, ale práve preto treba individuálne zvážiť jeho potrebu ako medicínsku nosnú indiciu nesúcu osobitný diagnostický akcent. Predovšetkým však musia byť starostlivo zvážené a zdôvodnené invazívne vyšetrovacie techniky (angiografia, biopsia), pretože len quasi akademická cena dôkazu očakávanej lézie (napr. závažnej poruchy cerebrálnej hemodynamiky)

bez možnosti jej radikálneho riešenia (napr. rekonštrukčného neurochirurgického výkonu vo vyššom veku) nemá význam a nemôže vyvážiť riziko potenciálnych komplikácií. Jestvuje i ďalší – taktiež quasi etický problém – schopnosť a pružnosť argumentácie pri „odolávaní“ pacientovi v jeho požiadavke o uskutočnenie ním „určených“ vyšetrení. Pseudoinformativnosť a nesystematická, len sľubne a komerčne ladená osвета (od zmeny spoločenského systému v rokoch 90. doteraz) spôsobili, že občan získava sumu akýchsi laicky skonštruovaných preberaných informácií o súčasných možnostiach modernej medicíny z éteru a obrazoviek a keďže ony predkladajú veľa efektívnych i zdanlivo efektívnych a nadovšetko sľubných výdobytkov, chorý sa ich právom dožaduje. Napr. paušálneho vyšetrenia v „tuneli“ (počítačovej tomografie). Ale aj indikácie týchto metódik sa riadia pravidlami. Predovšetkým moderné i keď neinvazívne zobrazovacie vyšetrenia (práve v neurológii prednostne využívané – mozog je nehybné, mimoriadne vhodné médium pre ich použitie), nemožno preceňovať alebo paušalizovať. Musia byť zdôvodnené a v žiadanom prípade sa nemôžu ocitnúť v rovine akéhosi skríningu (v pacientovej formulácii definovanom otázkou – a čo keď mi rastie nádor v hlave?). Lekár sa pochopiteľne ocitá vždy pred možným problémom odpočtu osobnej zodpovednosti svojich krokov pri diferenciálnej diagnostickej úvahe, keď bude možno spätne obhajovať jednotlivé kroky svojej medicínskej úvahy, v ktorej v danej chvíli a pri danom klinickom obraze napríklad nefigurovalo CT či MR vyšetrenie ako nevyhnutný alebo žiaduci vyšetrovací úkon, ale samostatnosť a nezávislosť tohto rozvažovacieho procesu je práve kvintesenciou medicínskeho umenia. Lekár totiž zvažuje a postupuje na základe sumy všetkých znalostí, podmienok a možností a mal by sa po dôkladnom oboznámení s medicínskou kauzou pružne orientovať a správne rozhodnúť. Mohli by sme povedať: „Sapienti sat“.

Posuňme sa k neurológii ešte tesnejšie, konkrétnejšie k bezprostrednej starostlivosti o chorého. Súkolie lekár – zdravotná sestra a pomocný personál lôžkového oddelenia by sa malo principiálne vyvarovať závažnejších zádrhelov v každodennej činnosti. Zdravotnej sestre nemožno nahradiť ešte rodinnou výchovou zanedbanú taktnosť, vľúdnosť či apriori chýbajúci jemnocit ako všeobecné a nevyhnutné atribúty v styku s chorým, ale možno schopný predisponovaný potenciál mladého zdravotníckeho pracovníka rozvíjať, usmerňovať a trpezlivým a sústavným vedením a nadovšetko osobným príkladom (vedúcich sestier a lekárov) ho pretaviť do pragmaticko – citovej formy empatie – v danom prípade adekvátneho jednania, kontroly a riadenia špecifickej starostlivosti o neurologického pacienta. Práve on sa totiž v dôsledku narušenia najelementárnejších funkcií svojho tela a mysle stal trpiacim jedincom so závažne porušenou sociabilitou vyžadujúcim zväčša neštandardný alebo nadštandardný profesionálny prístup. Pripomeňme len poruchy tzv. symbolických funkcií, menovite poruchy reči typu afázie, ale aj mnohoraké ďalšie prejavy naštrbených porúch tzv. vyššej nervovej činnosti v podobe napríklad zrakovej agnózie, motorickej či ideatívnej apra-

xie. Uvedme špeciálne symptómy poškodenia tzv. nedominantného parietálneho laloka s dominujúcou duševnú poruchu mylne pripomínajúcou dezorientáciou a samozrejme desivú ireverzibilnú poruchu hybnosti v podobe hemiparéz, náhlých paraplégii s následnými dekubitmi, porúch vegetatívnych funkcií a citlivosti a početné ďalšie dôsledky závažných organických lézií ako centrálného tak i periférneho nervového systému. A práve k týmto, takpovediac rýdzo profesným výložkám nevyhnutne treba pridať eticky mimoriadne dôležité príviesky, ktoré spomenuté súkolie ústavnej neurologickej starostlivosti obrubujú: je to výnimočná trpezlivosť, primerane vyjadrovaný súcit, ale aj rovnako adekvátne dávkovaná medicínska prísnosť a striktnosť s cieľom nevyhnutnej aktivácie a spolupráce pacienta. Sú to položky osobnostne eticky náročné, pretože nevyhnutne (a teda nezamaskovateľne) odrážajú skutočný prejav hĺbky záujmu zdravotníckeho personálu o chorého a jeho profesionálnu vyspelosť. Tieto zásady sa týkajú každého jedného z menného zoznamu závažne postihnutých pacientov, lebo každý z nich nie je prípad à la „to včera operované slepé črevo“, ale výkričník osudu, ktorý postihol dnes nám zvereného chorého a zajtra sa vztýči možno nad niektorým z nás. Do tejto kategórie akejsi subetickej kolekcie pravidiel patrí aj šetrné správanie personálu nepertraktujúceho pred pacientom svoje súkromné zážitky zo včerajška a nevykonávajúceho bežné úkony na vyšetrovni pod clonou hlasnej hudobnej kulisy rádia či, a to dosť často priam revúceho a zevúceho televizora, ktorý mučí ťažko postihnutého ležiaceho a bezbranného pacienta. Prejavom profesionálnej vyspelosti a súhry je osobitý režim na jednotkách intenzívnej liečby, ktorý má spoločné črty takýchto klinických buniek s ostatnými disciplínami. Nedá sa nedodať, že 24 + 8hodinová služba bez odpočinku, neurológa nadovšetko chirurga alebo pôrodníka bezprecedentne razítkujúca prácu zdravotníka musí byť (žiaľ, v Slovenskej republike tomu nie je tak) spoločnosťou ohodnotená vo forme adekvátnej mzdy pri novom pre vyspelé civilizované krajiny už dávno anticipujúco prezieravom prerozdelení národného dôchodku štátu. Inštitúcia štátu musí zaplatiť dve veľké nevýrobné sféry – zdravotníctvo a školstvo. Návrat tejto investície sa stal zrozumiteľný občanovi každej vyspelej krajiny, ktorá dozrela v usporiadanie svojich náležitostí štátnosťou, a teda zmysluplnou ústavou.

Systém vizity by mal reflektovať jej réžiu, na jednej strane vedenú autoritatívne a hlboko humánne, aby chorí pocítili komplexnú medicínsku starostlivosť a mechanizmy jej rozloženia na jednotlivé medicínske úkony a na druhej strane s prihliadnutím k zvláštnostiam príslušných chorobopisov – ľudských osudov. Sú záležitosti, ktoré rieši vizita intramurálne a teda z pohľadu pacienta transparentne, aby sa v rámci tejto otvorenej komunikácie spevnila viera chorého v zlepšenie či vyliečenie jeho stavu a súčasne prehĺbila dôvera ku zdravotníckemu kolektívu. A vyskytujú sa zasa záležitosti extramurálne, t.j. problémy diferenciálnej diagnostiky, zložitosti liečebných aspektov, ale predovšetkým zásadné otázky zlej až fatálnej prognózy. Za takých okolností sa kolektív vopred informuje, dohodne a pa-

cientovi prezentuje ucelené, koncízne stanoviská a vysvetlenia nastávajúcich diagnostických a liečebných plánov a postupov s odstupňovanou a prolongovanou prognózou. Riadime sa platnými predpismi príslušných vyhlášok zdravotníckych ustanovizní, ktoré nám v konečnom dôsledku napríklad prikazujú – ak si to pacient výslovne praje – povedať mu aj v bezvýhodiskovej diagnostickej situácii medicínsku pravdu. Naďalej však v prezieravo cizelovanej forme, ale právne nediskutovateľnej používame prístupy tzv. milosrdnej lži, prípadne sa vyjadrujeme v širších perspektívne optimistickjších súvislostiach a vyhládkach. Značný dôraz treba klásť na výmenu informácií – počas ktorej (napr. prevoz chorého na konziliárne vyšetrenie) by mala byť dokumentácia neprístupná pacientovi, lebo sa z nej inak dozvedá či už šokujúcu medicínsku zvesť alebo si spracúva kradmo získané informácie do vlastných pseudo-medicínskych úvah o svojom stave, čím hatí pochopeniu správnej interpretácie svojho stavu a spôsobuje si mikro- či makropsychickú traumatizáciu. Opäť však platí, pripomíname, že pacient na svoje želanie má právo spoznať výsledky dielčích vyšetrení a celú pravdu – svoj ortieľ.

Dostali sme sa k vari najpodstatnejšej časti etického terča odboru neurológie. Je ňou liečba. Disciplína chorôb nervových je v žargónovo-pejoratívnom podtône servírovaná ako síce pregnatne logicky uzavretá teoretická a klinická sústava-precízny odbor so závideniahodnou presnou topografiou chorobného procesu a exaktnosťou odhalenia jeho klinickej exprese, ale podstatne zaostávajúca v svojej terapeutickej potencii. Je to len „imaginárna“ pravda. Mnohé z klasických degeneratívnych ochorení práve preto, že narušujú vývojovo najexcelentnejšie, ale zároveň nereparovateľné elementy ľudského tela – neuróny, nevieme skutočne príčinne vyliečiť. Ale súčasne etablované symptomatické či paliatívne terapeutické možnosti zaznamenali obrovský rozmach, ktorého validný dosah zmenil výrazne prognózu spomínaných, i veľkej rady priaznivejších afekcií nervového systému, resp. signifikantne zlepšil rôznorodé početné sledované aspekty kvality života neurologického pacienta. Moderné neuroprotektívne lieky, nootropné preparáty, početné roborancie, liečivá možno zasahujúce do rysujúcich sa dejov plasticity nervového tkaniva, medikamentózna škála ovplyvňujúca reografické vlastnosti krvi, ďalšie parametre cerebrálnej hemodynamiky, lieky sanujúce vážne poruchy synaptického prenosu (myasthenia gravis), vysoko účinné protizáchvatové prostriedky (najmä súčasné účinné antiepileptiká či patofyziologicky zdôvodnené a umne zostrojené antimigreniká), antiedematózne látky, kortikoidy v rôznych podobách či použitie interferónov a súčasné podstatne účinnejšie formy chemoterapie, to všetko je torzom jestvujúceho terapeutického arzenálu neurológie. K nemu patrí neodmysliteľne batéria interdisciplinárne aplikovaných liečiv (najmä analgetiká a antibiotiká) a rozsiahla škála podpornej liečby (fyziatrisko-rehabilitačnej). Ale i v tejto kapitole pomoci chorému sa vynára rad etických otáznikov. Liečebný plán treba zostavovať nekonštantne s prihliadnutím k detailnej anamnéze (počnúc údajmi o alergii až po prípadnú anergiu danú vekom). Reš-

pektovať treba eventuálne nutnú kombináciu liečiv, ale zároveň dokonale poznať ich vzájomné interakcie a nežiaduce účinky. Nadovšetko sa treba vystríhať častej a medicínu znevažujúcej polypragmázie, kedy ďalší lekár pod perufami nového pracoviska pridáva k užívaným liekom ďalšie... Osobitný režim vyžaduje medikácia záchvatových afekcií s ich špecifickými problémami (gravidita, dlhoročné užívanie a možné vedľajšie dôsledky a pod.). V liečbe postupujeme – týka sa to najmä mimoriadne frekventných vertebrogénnych syndrómov – od jednoduchších a osvedčených schém k zložitejším a razantnejším postupom. Platí to ako o dávke (nepoddávkoval, ale nazačať ihneď s vysokým dozovaním) tak o liečive samotnom (nasadiť najprv metodicky odporúčaný liek). Vždy je veľmi potrebná – eticky i medicínsky priliehavo dávkovaná persúázia, ktorou pacienta nielen poučíme, ale doslovne presvedčíme o potrebe a osožnosti ordinovanej liečby a o nutnosti disciplíny a prípadných obmedzeniach. Liečba v neurológii sa stáva často chronifikovaným farmakokinetickým procesom, a preto podlieha pravidelnej kontrole a vyžaduje spoluprácu medzi chorým a lekárom vybudovanú na podklade obapolnej dôvery, trpezlivosti, nadovšetko odbornej znalosti. Eklatantným príkladom je moderná liečba migrény. Jednak možno dosiahnuť veľmi rýchle efektívne kupírovanie migrenózneho záchvatu preparátmi na báze modulovanej molekuly serotoninu (viaceré na trhu dostupné triptany počnúc Imigramom) a jednak možno skúsiť aj medikáciu profylaktickú, kedy skusmo nasadzujeme rôznorodé liečivá, ale na ich účinnú trefnosť čakáme často celé týždne. Aj mýtus o vitamínovom boluse ako nevyhnutnej podpornej terapii v neurológii treba rozplieť. Na jednej strane konkrétne vitamíny potrebné napríklad na reštitúciu periférneho neurónu (vit. B 1, 6) vystupujú v roli liečiva, na druhej strane neobstojí obsolentná i nákladná liečba vitamínom B 12 u radikulárnych syndrómov. Vystríhať sa treba i módnym trendom, kedy neraz i vďaka šikovej propagačnej informačnej deviácii farmaceutických firiem skvitne a rozkvitá glorio-la práve propagovaného prípravku, ktorý nemusí byť nevyhnutne ten najlepší, preto že je novým alebo farmakologicky iba nepatrne modifikovaným. K etike lekára vôbec patrí aj rešpektovanie prirodzeného odporu pacienta k chemikáliám – tabletkám. Vždy treba vysvetliť a zdôvodniť medikáciu. Niekedy si situácia vyžaduje individuálne precizovaný psychologický prístup. Kľúčovú rolu vždy zohráva lekárova empatia a skúsenosť medicínskeho tímu, ich vnútorné a profesionálne prežitá schopnosť vnoriť sa do osudu zvereneho pacienta a byť mu patrónom či pastorom po jeho rovnjej či kľukatej a často trnistej ceste k uzdraveniu či aspoň zlepšeniu či stabilizácii svojho stavu.

V našich podmienkach zatiaľ absentujúce hospice, ale vôbec sústredenejší a profesionálne spracovaný záujem o zložité otázky umierania (v okolitých štátoch široko rozpracovaný). Táto problematika si vyžaduje samostatnú stať. Z neurologického pohľadu sa však nedá obísť základný princíp prístupu k nevyliečiteľnému pacientovi. Ním je zachovanie jeho dôstojnosti a vytvorenie podmienok pre čo najúčinnnejšiu supresiu utrpenia všetkých podôb. Neuro-

lógia pozná viacero stavov – diagnosticky síce bezproblémových a trefných, žiaľ však s nezastaviteľnou progresiou vedúcou k smrti (a to okrem neuroonkologickej oblasti). Patria sem napr. amyotrofická laterálna skleróza, Huntingtonova choroba, rôzne formy myopatie, ale i Alzheimerova choroba a iné menej časté procesy vrátane súčasne aktualizovaných a v nových dimenziách študovaných prionóz a samozrejme komplikácie AIDS.

V mnohých základných i konkrétnejších aspektoch a krokoch zdravotníka predstavuje neurológia odbor logiky príbuzný s inými. Niektoré momenty charakterizujúce choroby nervového aparátu s ich priebehom, dôsledkami

a prognózou však v neurológii vymedzili samostatnú áreu lekárskeho umenia, ktorej obrysy sme podali. Na konci neuveriteľne rozšírene vyspelého storočia a na začiatku nového tisícročia sa medicína a jej poslovia musia zamyslieť nad tým obrovským oblúkom vývoja možností, podmienok ktorý nám od čias Hipokratesa sľachetne upriamený, a preto geniálne kreatívny ľudský um umožnil. Ale všetci ti, ktorí dnes či zajtra preberajú túto štafetu, nech sa hlboko zamyslia nad slovami, ktoré by ich mali zaväzovať, lebo univerzálne stmelujú profesný prístup zdravotníckeho pracovníka s jeho etickým poslaním: *Saluti et solatio aegrorum – et solatio*. Lekár neposkytuje chorému len liečbu, ale i útechu.

Literatúra

1. Babál P. Apoptóza – molekulové mechanizmy a medicínsky význam. *Medicínsky monitor* 2003; 1: 1–9.
2. Dragomirecká E, Škoda C. Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. *ČS Psychiatrie* 1997; 93: 102–108.

3. Hegyi I. Komunikácia v zdravotníctve. *Lek Obz* 1998; 47: 267–270.

4. Kukumberg P. O lekárovi (úvaha). *Lek Obz* 1992; 41: 233–235.

5. Kukumberg P. O demencii. *Interná medicína* 2002; 2: 515–519.