

Etika krízových stavov (nielen) v neurologii – versus „Ad usum Delphini“

prof. MUDr. Peter Kukumberg, PhD.

II. neurologická klinika LF UK a UNB, Bratislava

Deontológia a etika pokrývajú profesionálne povinnosti a morálne aspekty ľudskej činnosti. V teoretickej (vedecko-výskumnej) a praktickej (klinickej) práci lekára majú *eminentný* význam a dosah. Prudký rozmach medicínskych technológií priniesol, paradoxne, *nové etické otázky*. Rozoberá ich rámcová charakteristika s dôrazom na *neurovedy*. Upozorňuje sa na riziko skĺznutia k rutine – alibistickému prístupu a osobitne na neprípustné „*Ad usum Delphini*“, t. j. nepatričnú cenzúru usudzovania a konania v medicíne ako výsostne šlachetného a zodpovedného „*ars*“.

Kľúčové slová: medicínska deontológia a etika, aktuálne etické neurologické problémy, krízové stavy, „*Ad usum Delphini*“.

Ethics of crisis states (not only) in neurology – versus "Ad usum Delphini"

Deontology and ethics cover the professional responsibilities and moral aspects of human activity. They have an *eminent* significance and impact in the physician's theoretical (scientific research) and practical (clinical) work. The explosive growth of medical technology has, paradoxically, resulted in *new ethical issues*. They are dealt with in general terms with an emphasis on *neuroscience*. Also highlighted is the risk of slipping into a routine, non-committal approach and, in particular, into an unacceptable "*Ad usum Delphini*" method, i.e. an improper censorship of reasoning and acting in medicine as a supremely noble and responsible "*ars*".

Key words: medical deontology and ethics, current ethical neurological problems, crisis states, "Ad usum Delphini".

Neurol. praxi 2015; 16(3): 129–132

Pokúsím sa nasledovnými riadkami uviesť a skĺbiť senzibilne **aktuálnu tému**. Deontológia sa zaoberá profesionálnymi, ale najmä spoločenskými povinnosťami testujúcimi osobnosť „niveau“ človeka. Etika sa venuje mravným a morálnym aspektom ľudského konania. Významnému filozofovi M. Heideggerovi na sklonku života bolo vytýkané jednanie „*Ad usum Delphini*“ v eticko-politickej rovine po nástupe nacizmu (Heidegger, 2012). Dospejeme plynule k tejto formulke, keď podrobíme deontologicko-etickému pohľadu povolanie lekára. On zbiera, triedi, skúma, rieši a zodpovedá za konkrétne etické problémy medicíny na báze predklinickej (teoretickej – zahrňujúcej aj eminentne dôležitý medicínsky výskum) a za najcitlivejšiu výkonnú zložku – v každodennom kontakte s pacientom. Počnúc Hippokratovou „pergamenovo-kultovou“ (v čase vzniku mimoriadne umne vyváženou – treba si jej text s úctou pripomínať) sa etický akcent lekárskeho výkonu pokladá za principiálny pilier zdravotníckej činnosti. Zdalo by sa, že prudkým rozvojom medicínskeho poznania – v minulom storočí doslovne explozívneho – sa nahromadené etické problémy (Kukumberg, 2003 a 2003, 2004) postupne systémovo (dnes v intenciách „base evidence medicine“) zlikvidujú, respektíve čo najpriliehavejšie rozriešia v súlade s čoraz dokonalejším sofistikovaným diagnostickým a terapeutickým nasadením. **Opak je pravda.** Technologický pokrok umožnil míľové skoky v

rozpoznávaní i klasifikácii subjektívnych a objektívnych chorobných príznakov, odkryl podstatu viacerých dovtedy „len“ syndrómov (odhalil však zároveň i nové) a predovšetkým umožnil vďaka dovtedy netušeným zobrazovacím technikám presne identifikovať na „mape tela“ miesto lézie s jej striktnou plastickou deskripciou. Rozvinul sa do šírky vejára diferenciálno-diagnostického pohľadu, expandovali sa aj rozmery medicínskeho uvažovania. Najmä pokroky genetiky umožnili mnohé ochorenia rozpoznať a vzápätí zasahovať kauzálne preventívne. Povedané platí pre celú medicínsku dúhu čnejúcu sa nad „búrkou choroby“ s jej univerzálnymi i rýdzo individuálnymi črtami vrátane efektu **anergie**, dôsledkov **komorbidít** alebo liekových vedľajších účinkov či konzekvencií ich interakcií. Niektoré oblasti medicíny sa dnes dajú pomerne presne opísať v pregraduálnych i postgraduálnych textoch ako ucelene platné, logické kapitoly rámčujúce **základný algoritmus práce lekára**: rozpoznanie choroby – jej aktuálny klinický obraz – liečebný proces a prognostické vyhliadky – prípadne zásady globálnej prevencie, respektíve aspoň prevencie exacerbácie konkrétneho ochorenia. Stále však zostávajú (a nevymiznú) okruhy ľudskej morbidít (a následnej mortality), ktorých riešenie sa zastavuje pri prvom zo spomenutých krokov. Nedokážeme „odstaviť“ proces arteriosklerózy, neprenikli sme do prapodstaty najcivilizovanejšej afekcie súčasnosti – „esenci-

álnej“ hypertenzie. Dokážeme odhaliť zhubný onkologický proces, ale naďalej až neskoro, a zostávame celkom bezradní pred drasticko-devastujúcimi metastázami. Neurologické, psychiatrické, respektíve v cielenom prepojení doslovne **neuropsychiatrické afekcie** patria naďalej medzi najkomplikovanejšie nevyriešené problémy pripomínajúce rešpektovať a stále si uvedomovať mantinely nášho poznania a možností v konfrontácii s krehkosťou – fragilitou ľudskej somatickej a duševnej schránky. Vynárajú sa ďalšie etické otázky meniace sa nezriedka vo výkričníky. Nie tak ani pre pribúdanie nových klinických entít (možno s brzantnou výnimkou AIDS), ale práve viac v dôsledku presného obnovenia patologického procesu, menovite nervového systému, vďaka mimoriadne potentnému agregátu vyšetrovacích techník.

Nazrime v obrysoch do jestvujúceho medicínskeho deontologického kódexu

V oblasti **neuroonkológie** sa stáva etickou dilemou márne/zbytočné (!) predlžovanie života nasadzovaním konkomitantného terapeutického prístupu dostupných zbraní (chirurgický zásah, aktinoterapia, chemoterapia). Primárne malígne tumory, glioblastóm ako najzlovestnejší príklad, ale i do centrálneho nervstva kruto konvergujúci metastatický rozsev z iného zdroja nedokážeme v prebiehajúcom 21. storočí zdolať. Smrť pacienta

zlyhaním obranných imunologických mechanizmov v dôsledku „invázivnosti“ liečby samotnej nie je už vôbec zriedkavá. Na druhej strane pri oddialení neodstavitelného konca je zasa utrpenie postihnutého a jeho okolia skrúsené prolongované. Zavedením **trombolýzy** s jej relatívne rozšafným časovým oknom ani zďaleka nepri nieslo očakávaný pozitívny zvrát priebehu ischemických mozgových iktov a 5- až 10-percentné riziko často fatálneho krvácania je izolovaným etickým problémom. Ak by si niekto nedávno trúfal konštatovať, že prvotne zavádzané sofistikovanejšie metódy liečby **sclerosis multiplex** tzv. interferónmi sú „neprínosné“, bol by prinajmenej pokarhaný. Zavedením monoklonálnych látok do medicíny vôbec, a do liečby demyelinizačných ochorení menovite, sa zrazu dozvedáme – orálne či publikačne – o ich slabšej či úplnej neúčinnosti (snaha pacientov „dostať“ túto liečbu, finesy jej indikácie a zisky farmaceutických spoločností tvoria pritom vlastný deontologický kruh). A jedným dychom sa dostávame k síce zriedkavým, ale totálne fatálnym komplikáciám tejto terapeutickému šancie – **rizika „paraprionózových“ stavov**. Ani o mozaike etiopatogenézy sclerosis multiplex doteraz, ani o prionózach sui generis nevieme „takmer nič“, alebo veľmi málo... Dané príklady nie sú zdvihnutým prstom konzervatívneho neurologického klasika, ale alarmom jeho pamäti na insígnie lekárskej prísahy... Nátlak na zavádzanie a používanie nových molekúl farmaceutických gigantov má, samozrejme, rub a líce: Moskowitzov skvelý teorém až neskutočne „elegantnej“ patogenézy migrenózneho ataku (**neurogénny sterilný zápal**) umožnil vďaka plodnému úsiliu spoločnosti Glaxo nielen jeho potvrdenie umnou manipuláciou sérotonínovej molekuly, ale i zrod prvého triptanu, ktorý zásadne zmenil **osud migreníkov** (Kukumberg, 1993). V profylaxii migrény striedame empiricky viac „na slepo“, ale aj relatívne úspešne vďaka palette celkom rôznorodých substancií (cez betablokátory, antiepileptiká až po antidepresíva). Na druhej strane, trhové sprístupnenie molekuly prvého antimigrenika **sumatriptanu** a jeho prienik do generickej sféry naočkoval ďalší etický problém: praktický lekár preskočí korektné neurologické posúdenie a lieči triptanom všetky cefalalgie, ktoré mu vstúpia do ambulancie, čo je ďalšou eklatantnou terapeutickou „nehorázanosťou“. Nástup tzv. „kognitívnych zlepšovčov“ (na čele s tianeptínom) preukázal síce efekt takmer minimálny čo do pribrzdzenia a nulový čo do zastavenia neodvratnej deštrukcie chorých s **demenciou** akejkolvek proveniencie, ale veľmi efektívny komerčný prínos...

V širšom zmysle sa neurologie dotýkajú aj dôsledky iných rôznorodých medicínskych pokrokov. Odveký teologicko-biologický spor o **vzniku života** – momentom počatia a či časovým vektorom rozvoja nervovej sústavy tak tiež odsúva exaktné odpovede. Významné **neuroimunologické pokroky** modifikujú kritériá indikácie interupcie v takmer alebo čiastočne istých prípadoch rizika prenosnej neurologickej afekcie (myopatiami počnúc, cez chorobu Hungtintonovu k Wilsonovej, či strapcu tzv. cerebelárnopiramídových syndrómov). Problematika klonovania odhaľuje špecificky závažné globálne aspekty deontologickej povahy. Práve početné **neuropsychiatrické (neurodegeneratívne)** ochorenia, ktorých matná prognóza je temer neovplyvniteľná a možná, je iba prípadná prolongácia ich priebehu, navodzuje bezprostredne citlivú tému eutanázie, berúc do úvahy aj nezanedbateľný fakt, že pacienti s niektorými afekciami nie sú ani schopní eventuálnej realizácie aktu **bilančného suicídia**. Otázka **aktívnej eutanázie** (predierajúcej sa do legislatívy niektorých krajín) nesie so sebou doslovne ťažký etický kríž. Povedané realisticky, mnohé medicínske zásahy (bez aktívnej zmyslunádejnej medikácie) sú nesporne vedomými „eutanastickými“ postupmi, napríklad výlučné udržiavanie vitálnych funkcií „ad finitum“ pri nevyliciteľných afekciách, vďaka kombinácii vyspelej zdravotníckej techniky a podpornej medikácie. Takto sa javí i relatívne tolerovaná a legislatíve neodporujúca filozofia tzv. **pasívnej eutanázie** finálnych štádií viacerých nozologických katastrof, nielen onkologickej proveniencie, ale i frekventovaných náhlych cievnych mozgových príhod (najmä intracerebrálnych hemoragií nezlučiteľných so životom). Osobitne výsoštnou kapitolou sú torpídne bezvýchodiskové **koma-tózne stavy** bez ohľadu na ich etiológiu a v nich výstražne čnejúci desivý syndróm „locked-in“. Nevyhnutné úvahy medzi rozhodnutím ukončiť znehodnotený a k smrti spejúci zdravotný status jedinca a bazálnym princípom medicíny zachovať život do poslednej možnej chvíle predstavuje frapantnú etickú slučku. Profesionálny profil lekára v každej disciplíne prináša ustavične konfrontáciu zoči-voči konkrétnemu pacientovi významne determinovanú osobnostnými, svetonázorovými či religijnými a ďalšími sociologickými atribútmi. **Stanovenie mozgovej smrti**, pri ktorej podpis neurologa predstavuje kruciálny ortiel pre „strateného“ pacienta a vytúženie nádej pre očakávaného príjemcu, sa vyvíjalo (nemá ustálenú univerzálnu definíciu) a legislatívne dospievalo aj s prihliadnutím na stupeň

vypelosti medicínskeho potenciálu tej ktorej krajiny. V SR sa napríklad (bez konzekventného prekonzultovania s neurologickým odborným kruhom) skrátila možnosť jej stanovenia elimináciou nevyhnutnosti angiografického dôkazu zástavy cirkulácie mozgu s preferenciou validity apnoického testu (Odborné usmernenie MZ SR, 2007). Pochmúrnou kapitolou sú následky tragických **traumatických dejom** navodených lézií centrálného a periférneho nervového systému s touto pribúdajúcou pacientúrou. Nanajvýš závažné sú etické problémy spojené s psychobiologickými dôsledkami u pacientov s ireverzibilným **poškodením miechy** pri intaktnej funkcii vyššieho nervového systému. Využívanie dostupných substancií na potenciáciu duševnej výkonnosti pri organických afekciách mozgu, ale často aj so samostatným cieľom vybudovania psychického výkonu zdravého jedinca tvoria okruh tzv. **„kozmetickéj neurologie“** (Glasa, 2010). **Adiktológia** má vyhranené vlastné kolajisko, keďže taktiež narastajúce a komplikovanejšie dôsledky drogových (alkoholom počnúc, trebárs heroínovou psychosomatickou ruinizáciou končiac) závislostí odrážajú špecifické prvky sanácie a najmä princípy zmyslunádejnej prevencie. Reštaurácia indikácií neurochirurgickej **stereotaktickej i deštruktívnej intervencie farmakorezistentných epilepsií** (najpriliehaviejšieho príkladu záchvatových afekcií) vyhrocuje bioetickú otázku komparácie rizika radikálneho zákroku s jeho možnými nereparovateľnými následkami a profitu v podobe zníženia frekvencie epileptických paroxyzmov. Obdobné otázky sa vynárajú pri indikačnej rozvahe rôznorodých cielených neurochirurgických zásahov s cieľom odstrániť inak **neriešiteľnú bolesť**. Mnohé z nadhodnotených problémov vyžadujú nielen interdisciplinárne splotité, ale často aj promptné rozhodnutia a riešenia, čím podčiarkujú „ad hoc“ ich deontologickú kvitescenciu. Juristicky sa suficientne overené indikované postupy zladujú a v rámci uznávaných medicínskych štruktúr legalizujú (napríklad i vo forme **informovaného súhlasu pacienta**). Finálny dosah závažných situácií akútnej i chronickej medicíny speje pri kaskáde zlyhávania kľúčových agregátov ľudského tela (srdca, obličiek, pečene, pankreasu menovite) k ireverzibilnému (zriedkavejšie reverzibilnému) rozvratu, v ktorom je vždy fatálne, hoci sekundárne – extracerebrálne poškodený mozog. **Deontologické aspekty** akejkolvek chorobnej situácie sú kolorované faktormi, ktoré svojrázne modifikujú ich konkrétnu podobu a priebeh: intraindividuálne a interindividuálne rozdiely, ktoré sa tiež líšia, lebo suma ich biolo-

gických vlastností (počnúc pohlavím, vekom, fenotypologickou výstavou, psychoimunologickými parametrami) až po aktuálny biologický stav organizmu vo chvíli vzniku ochorenia zásadne **modulujú** obraz choroby. Diferenciálne diagnostický záber a výpovedný diagnostický verdikt musia kalkulovať s týmito faktormi. Niektoré z uvedených veličín majú rýdzo kvalitatívny charakter a vyžadujú skúsenosť i intuitívny um, iné sú síce exaktne kvantitatívne, ale summa summarum sa vzťahujú vždy na danú jedinečnú situáciu u dotyčného chorého v danom čase. Akékoľvek efektne „zatabuľkované“, a teda kategorizujúce, ale súčasne zjednodušujúce smernice napasované na daný stav môžu nastoliť nečakaný etický problém. Prichodí sa vyrovnať aj s nedoceňovaným faktorom tzv. **anergie**, meniacej až zahmlievajúcej chorobný dej. Konkrétnu podobu klinického prípadu, samozrejme, ovplyvňuje (dakedy významne modifikuje) aj tzv. **komorbidita**, univerzálna obecna i užíšia, veľmi často neuropsychiatrickej povahy. Najmarkantnejšie na nás doliehajú dosahy a presahy tzv. **civilizačných ochorení**, ktoré buď vyvolávajú, spúšťajú, reťazovite participujú, alebo modulujú práve najfrekvencovanejšie poruchy zdravia: arteriosklerózu s jej dôsledkami, arteriálnu hypertenziu, diabetes II. typu, onkologické afekcie, rôzne neuroendokrinne podmienené syndrómy, zložité tzv. autoimunitné procesy. Sta poklop Papinovho hrnca sa nadvíhuje frekvenciou a rozsahom vára **anxiózných porúch** v elegantnom háve prevzatej americkej fenomologickej klasifikácie, počnúc tzv. **DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases III až po DSM V)** (American Psychiatric Association, 2013), ktorá nahradila – vytlačila európsky historicky i patofyziologicky priliehavější šat **klasických neuróz**. Ich správna diferenciácia, komorbídna zauzlenosť, nevyhnutnosť náročnej interdisciplinárnej spolupráce vyžaduje sústredené a nerutinné nasadenie síl príslušných odborníkov. Povedané nesmie zostať frárou! Identifikácia načrtnutých ochorení sa začína neodmysliteľne kvalitnou, poctivou, podrobnou priamou, respektíve čo najspolahlivejšou indirektnou **anamnézou** (predovšetkým pri ako kvantitatívnych, tak kvalitatívnych poruchách vedomia akejkoľvek genézy) a kompletizuje sa suficientným objektívnym posúdením stavu, t. j. samotným vyšetrením neurologickým, kde sa treba privracať aj k „**zabúdaným**“ **manévrom** vyšetrovacieho aktu, akými sú jednoduchá, čoraz podceňovanejšia pozorná inšpekcia, auskultácia a palpácia. Kto dnes dokáže správne posúdiť turgor, auskultáciu v trigonum caroti-

cum...? Spracovaním anamnézy a objektívneho nálezu možno dospieť k uvažovaniu **selektívne zdôvodnenému** (!) výberu pomocných vyšetrení, počnúc základnými a rozšírenými biochemickými (v neurológii aj likvorologickými) ukazovateľmi, až po pre ten ktorý odbor špecifického pomocného vyšetrenia. Každý krok lekára je „signovaný“ jeho schopnosťami asociatívneho a kombinačného (indukčno-deduktívneho) uvažovania pod perutami nadobudnutých znalostí a nadobúdaných skúseností. Tieto lekárske úkony sa zdokonaľujú aj patričnou intuíciou, ako samostatného nástroja lekárskeho umenia, umocňovanou skúsenosťou, kontinuálnym vzdelávaním a konfrontáciou s reálnymi poznatkami svojej disciplíny. Ale práve táto „cesta“ nesmie byť nebadane predláždená pohodlnou rutinnou ležérnosťou, pseudoprecoňovaním, tobôž nie nebezpečnou, ľahkou sa fixujúcou suverenitou a už vôbec nie opäť zdanlivo najschodnejším **alibistickým prístupom**: pacientove strohé údaje sa vložia do príslušných, často doslovne všetkých dostupných „mašín“ a tie vychrlia výsledky v pásme normy alebo mimo jej referenčných hodnôt (často nezdôvodnené opakované CT vyšetrenia s ignorovaním ich radiačných dôsledkov, priam automaticky fabrikované MR vyšetrenia bez zváženia ich ekonomickej záťaže). Takéto prístupy vystupujú v roli „**Causa belli**“ – t. j. roznecujú potenciálne konflikty medzi lekárom a pacientom, keď lekár často „podlieha“ tlaku pacienta – laika, aby ho poslal do tej či onej vyšetrovacej „rúry“. Z tohto nerovného boja (zatiaľ) profituje skôr či viac lekár ako pacient, lebo zdravotník má aj bez falošnej solidarity dosť argumentov a možností, ako ozrejmiť a obhájiť svoje postupy. V mnohých krajinách však na lekára číha vyspelá **právna komunita**, ktorá žiada vysvetlenie (ne) zdôvodnenia diagnosticko-liečebného procesu... Takéto súboje však temer automaticky roztvárajú vráta inej etickej komnaty, v ktorej pobývajú faktické pochybenia a ich následky nastahované zdravotníckym jednotlivcom, či kolektívnym zlyhaním, alebo zlou organizáciou, čiže defektným systémom medicínskeho riadenia a finálneho uvažovania. Brašňa doktora obsahuje veľa nástrojov skutočne potrebných, ale i nadbytočných, a čím je „ťažšia a ošúchanjšia“, tým je jej serióznosť nespochybniteľná. Ale iba zdanlivo. Od momentu prísaznej promócie a sľubu „Alma mater“ sa totiž stáva každý z nás profesijne **mravne zodpovedným jedincem**. Budujú a formujú (i deformujú) sa naše početné interakcie medzi penzom teoretických a získavaných praktických vedomostí lekára, morálnymi princípmi, znalos-

ťami **legislatívnych a zároveň odborných predpisov**, rýdzo ľudskými – povahovými vlastnosťami a pacientovým právom byť pohotovo a správne, ako informovaný, tak i ošetrovaný. Do tejto interakcie, prirodzene, vstupuje i samotný pacient a jeho bezprostredné okolie a determinuje práve prebiehajúci alebo už dávno rozohraný scenár boja s chorobou. My lekári sme si vedomí (zväčša len túto skutočnosť v sebe potláčame), že kedykoľvek sa môžu **role vymeniť** a kdesi na konci našich životov alebo preťato v akejkoľvek ich fáze na to príde – len čo, pozvoľna či náhle, sa z lekára stáva pacient. V ľudskej povahe je istá tendencia a pokušenie zaceliť diery vo vedomostiach, „upraviť“, prispôbiť, ba či ospravedlniť svoje **nesprávne sudy**. Lekár ako človek – akokoľvek vyzbrojený svojimi vedomosťami, je teda tiež často vystavený potrebe akejsi „**cenzúry**“, v rámci ktorej si vyberá v danej chvíli najvhodnejšie, ale možno nie najpresnejšie či najsprávnejšie riešenie. Táto cenzúra lekárskeho povolania – poslania (najčastejšie definujúcej floskuly) je extrémne citlivým seizmografom odhaľujúcim lekára ako človeka odborníka a zároveň ľudskú bytosť s arzenálom vlastných charakterových a emocionálnych daností. Jeho činnosť – výkon sa však odohráva na doskách reálneho divadla života, ktorého scéna a počet sú zaplnené nielen hercami – zdravotníkmi a pacientmi, ale aj dohliadajúcim početným komparzom, sledujúcim všetky aspekty prebiehajúceho deja. A v ňom niet núdze o nevyhnutné **improvizácie**, a teda aj možné **chyby**...

Eticko-morálnym problémom a čoraz komplikovanejším rébusom sa stáva **kontraproduktívna konfrontácia** laickej verejnosti s informáciami **internetu**. „De facto“ by tento rozsiahly až monštruózný zdroj informácií (dostupný už vyše 40 rokov) nemal/nesmel poskytovať zmes pričasto skomolených, neseriózných, inokedy simplifikovaných znalostí o chorobách, a to z dvoch elementárnych dôvodov. Čítať a spracúvať ich bude zväčša laik, t. j. medicínsky nevzdelaný občan, ktorý sa ocitol v roli pacienta, alebo sa ním „postupne“ stáva, a po druhé ich hodnotnosť (okrem vyhranenej laikovi nedostupnej profesijnej výmeny medicínskych informácií) je značne skreslená, prinajmenej zavádzajúco zovšeobecnená. Internetu patrí bazálna informácia o zložení ľudského tela a o funkcii jeho dôležitých orgánov a systémov a rámcová orientácia o chorobách. A dosť! Mätúca pseudomagická sila internetovej informácie a jej vplyv na „konzumenta“, trebárs o klinickom obraze sclerosis multiplex, je tak nákazlivo podmanivá, že potenciálny pacient si už vyžaduje svoje

„rozpoznané“ príznaky len potvrdiť lekárom... **Zvrátená absurdnosť**, žiaľ, bežná a vzhľadom na elementárnu gramotnosť obyvateľstva zatiaľ nezabrzditel'ná. Ani suita najvážnejších odborníkov s bielymi goliermi nepresvedčí takto „zorientovaného“ občana o skutočnej medicínskej pravde...

Obdobne ekrazitovou sa stala kapitola eticko-marketingových „noriem“, t. j. **tlaku farmaceutického priemyslu** a jeho ťahov, ktoré logické a úžasne variabilné pravidlá šachovníce hráčov farmaceutickej a medicínskej strany obohacujú o pochybné rošády. Spomeňme si na tzv. premrštené epidémie tzv. vtáčej chrípky a iných vykonštruovaných epidémií (nie tak dávno smrťou kosiacej chrípky na Ukrajine...) a terajší vykalkulovaný alarm okolo infekcie ebola vírusom, ktoré vyvolávajú celosvetovú vlnu **stigmatizujúceho strachu** vyvierajúcu z pestovanej fikcie podopieranej „nádejami“ o chystanej liečbe – sľubnej vakcíne... Niektoré z týchto „blufov“ **brutálne antieticky** (i keď jednoznačne nedokázateľne) boli a sú podporované aj pritakávacím súhlasom Svetovej zdravotníckej organizácie. V **najšlachetnejšom** ľudskom povolání – medicíne, tieto „trhovo podmienené“ výkričníky splasnu ako bubliny, len čo sa saturujú ich komerčné zábery, t. j. vzrastú zisky z nových liečiv alebo aplikácie rôznych tzv. preventívnych opatrení. Je na mieste zmieniť sa i o postupnom sa vymaňovaní z určitých nedotknuteľných **medicínskych kánonov**, ktoré svojou zdanlivou neomylnosťou pôsobia ako neochvejné dogmy. Tak sa napríklad mení pohľad na genetickú výbavu jedinca, ktorá je v jeho vývoji a jestvovaní síce biologicky eminentná, ale z najmodernejších ponorov do sveta bunky a jej membrány, a teda i neurónu vyplýva, že celuly a ich **genetický potenciál** sú v prvom rade závislé a ovplyvniteľné bezprostrednými **vplyvmi prostredia**, ktoré sú riadené podnetmi vyššej nervovej činnosti (**signálna transdukcia**) (Lipton, 2011). Samostatný relatívne nový odbor – **epigenetika** (t. j. skúmania onej kontroly nad génmi a ich prípadnými mutáciami) sa zaoberá konkrétnymi situáciami a podnetmi prostredia transformovanými nervovým systémom a následne modulované našim vedomím (Lipton, 2011).

Dostávame sa napokon k zmyslu použitého zvratu „**Ad usum Delphini**“. Historicky a frazeologicky zaujímavé pozadie tejto elegantnej frázy súvisiacej s „regulovanou“ výchovou budúceho francúzskeho kráľa (Moudrost věků, 1994) prenesene pripomína, ako je neprípustná a nebezpečne „**usmerňujúca**“ **cenzúra** v lekárskej činnosti, ak predchádza a následne deformuje akt medicínskeho usudzovania. Všetci sme náchylní či občas prinútení korigovať – cenzurovať svoje aktivity. Lekárske remeslo je však na takýto postup najcitlivejšie a najzraniteľnejšie. Počnúc štúdiom medicíny, nástupom do praxe a potom v celoživotnom štúdiu, ktoré je prisúdené vari každému absolventovi lekárskej fakulty, a v ďalšom tzv. postgraduálnom vzdelávaní vyhraňujúcim jeho konkrétnu celoživotnú dráhu musíme prijímať vedomosti v ich najzrozumiteľnejšej, zdôvodnene akceptovanej podobe a používať ich v dôvere a viere v ich aktuálnu relevantnosť a oprávnenosť, ale zároveň s **pokorou** diktovanou uvedomovaným rešpektovaním hraníc nášho súčasného stavu poznania. Nesmieme porušiť deontologický princíp medicínskeho cechu žiadnym sa podsúvajúcim podcenením alebo precenením, ani teoretických, ani klinicko-praktických informácií. Výkon lekárskeho remesla sa riadi, respektíve je usmerňovaný prijatými alebo odporúčanými „zovšeobecnenými“ regulami, ktoré si však nikdy nesmieme prispôbiť – napasovať na anamnézu a súhrn objektívnych príznakov konkrétného pacienta. V snahe spracovať – podrobiť – prispôbiť daný jedinečný klinický obraz rozoberanej klinickej entity alebo syndrómu, v ktorej sa viac upneme na prvky sa hodiace a potlačíme či nivelizujeme význam zdanlivo sa nehodiacich symptómov a objektívnych znakov – „**cenzurujeme**“ náš lekárskeho výkon. Takto „**zmanipulovanou**“ medicínskou faktografiou, ktorá potláča až neguje rozmanitosť klinickej symptomatiky, si vytvárame cestu k pohodlnejšej, pseudoefektne briskejšej diagnostike, ktorej výsledok však hrozí prinajmenej scestným záverom defraudujúcim medicínu ako „**ARS**“, a to práve onou vedomou či podvedomou cenzúrou. Každý pacient je **jedinečný tvor** s neopakovateľným symptómovým a príznakovým zoskupením, ktoré vyža-

duje striktne individuálny, ostrážitý, necynický a vonkoncom **korektný prístup** s nasadením kreatívneho asociatívneho bedekra vedomostí. V tomto „**nadosobnom**“ prístupe a menovite vo vyhrotených krízových situáciách klinického obrazu akejkoľvek proveniencie, tobôž v širokých rozmeroch neurovied, sa formuje lekárovo umenie a reputácia. A práve preto je lekárske povolanie, ako prekrásne, tak namáhavé, ako honosné, tak nanajvýš zodpovedné, ako efektívne a nefalšované elitné, tak profesijné-morálne legislatívne zaväzujúce. Takto sa dajú postihnúť najmarkantnejšie a najvznešenejšie atribúty medicínskeho „**ARS**“. Naše kroky od počiatku profesionálnej dráhy musia zostať natrvalo pod prísny dohľad vlastného rozširujúceho vedomostného potenciálu i primeraného sebavedomia. Nikdy sa však nesmú znížiť k rutinnému alebo alibistickému postupu pod aforizmom cenzúry „**Ad usum Delphini**“.

Literatúra

1. American Psychiatric Association 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases. (5th ed.). Arlington, VA: American Publishing; 2013: 947.
2. Glasa J. Vybrané etické problémy v neurológii. Zdravotná starostlivosť a výskum. Medicínska etika – bioetika. 2010; 17(3–4): 4–13.
3. Heidegger M. „Už jenom nějaký bůh nás může zachránit“. Praha, Česká republika: Oikymen; 2012: 54.
4. Kukumberg P. O etickom pozadí neurológie: 1. časť. Neurol. praxi. 2003; 4(5): 213–215.
5. Kukumberg P. O etickom pozadí neurológie: 2. časť. Neurol. praxi. 2003; 4(5): 275–278.
6. Kukumberg P. Sumatriptan – zásadný prínos v kauzálnnej liečbe migrény. Lekársky obzor. 1993; 42(9): 431–434.
7. Lipton HB. Biologie víry. Olomouc, Česká republika: ANAG; 2011: 208.
8. Moudrost věků. Lexikon latinských výroků, přísloví a rčení. Praha, Česká republika: Svoboda; 1994: 679.
9. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o darovstve, odberech ľudských orgánov z tiel živých a mŕtvych darcov, o testovaní darcov a o prenose ľudských orgánov na príjemcu. 2007; č. 28610/2006 – OZSO: 5.

Článek doručen redakci: 16. 11. 2014

Článek přijat k publikaci: 3. 3. 2015

prof. MUDr. Peter Kukumberg, PhD.
II. neurologická klinika LF UK a UNB
Limbová 5, 833 05 Bratislava
p.kukumberg@gmail.com

