

O ETICKOM POZADÍ NEUROLOGIE – 1. ČASŤ

prof. MUDr. Peter Kukumberg, PhD.

II. neurologická klinika LF UK FNsP akad. L. Dérera, Bratislava

Komplexne sa excerptujú osobitosti odboru neurologie z etického aspektu. Výnimočná pozícia centrálného nervového systému v prízme zdravia a choroby evokuje špecifické otázky. Preberá sa problematika prístupu lekára a zdravotníckeho personálu k neurologickému pacientovi. Diskutuje sa o zvláštnostiach diagnostiky a liečby nervových ochorení. Pertraktuje sa medicínsko-etické dilemy neurologie (regule indikácie vyšetrení, prognostické atribúty). Akcentuje sa význam neurologického konzília a náplň vizity. Neurologický pacient sa stáva opakovane výzvou ku konfrontácii s medicínsko-etickými princípmi.

Princípy medicínskej etiky sa historicky odvíjajú od Hippokratesovej prisahy. Tento dokument sa síce nestal ediktom a nijako nemohol anticipovať gigantický rozmach lekárskej vedy a tobôž ich súčasné problémy (napr. eutanázia či diagnostika klinickej smrti či kauza klonovania). I v užšom medicínskom zmysle je insuficientný sui generis, keďže je zovšeobecnený a relatívne povrchný. Predsa však predstavuje vznešený motivačný náboj vyvierajúci z rýdzeho prejavu humanity v konfrontácii zla – choroby s dobrom – zdravím, obdobne ako náboženské kánony (napr. Mojžišove tabule alebo Budhove odkazy). Stal sa symbolom morálne zásadného a záväzného súzvuku medicínskeho vedomostného potenciálu s princípom ochrany každej formy života. Voči riadkom tejto prisahy by teda neobstál napríklad sparfanský úzus zbavovania sa neduživých detí či vetchých starcov... Aj súčasne často skloňovaný pojem prirodzenej či urýchlenej apoptózy bunky je síce výdobytkom znalosti imunogenetiky a imunochémie, ale zároveň i istou výstrahou a hranicou pred vstupom do trinástej (možno naveky nedostupnej) komnaty biologickej prapodstaty života (1). Etické aspekty medicíny vytvárajú obrovskú dúhu, v ktorej spektre sa nachádzajú všetky odtiene prechodu zdravia ku chorobe ľudského tela i duše, a to od zrodu človeka ako biologického druhu až po komplikovanú spoločensko – medicínsku expresiu jeho dnešnej podoby. Práve odhalený ľudský genóm taktiež reflektuje potenciálny etický kontrapunkt. Etický princíp sa teda rozprestiera na profesnom koberci mimoriadne pestrej palety teoretických a klinických medicínskych disciplín.

Niektoré vetvy medicíny riešia každodenne interindividuálne a intraindividuálne etické problémy, ktorých limity sa nedajú relevantne vymedziť. Eklatantným príkladom je gynekológia s jej večným otáznikom interrupcie alebo medicínsko-legislatívny chumelec okolo transplantácie orgánov. Neľahké bremeno medicínskej zodpovednosti s početnými konsternujúcimi faktormi jej náplne a jej naplňovania vykazuje práve neurologia. Nervový systém človeka v svojej jedinečnej najšpecifickej forme živej matérie je totiž časovo-priestorovo nedeliteľným celkom riadiacim súčasne ľudskú sômu i psyché, ktorý sa dá posudzovať globálne, ale zároveň umožňuje i skúmanie komplikovaných súvislostí a vzťahov medzi jeho štruktúrami a ich funkciami. Inak povedané, s prihliadnutím k funkčnému významu úzko diferencovaných okrskov mozgovej kôry a podkôrových uzlov navzájom operujúcich prostredníctvom konvergujúcich a divergujúcich nervových dráh, možno osve

sledovať a topograficky pomerne presne lokalizovať jednotlivé prejavy nervovej činnosti, počnúc vnímaním, psychickými vlastnosťami až po motoriku a citlivosť. Keďže pri mnohorakých poruchách extrémne zložitých neurónových sietí ide – z rýdzo neurologického pohľadu – zväčša o dôsledky organicky podmienených lézií (bez ohľadu na podstatu ich patologicko-anatomických substrátov) treba logicky rátať aj s vážnym dočasným, ale neraz i trvalým narušením príslušných kruciálnych, nezriedka i vitálnych funkcií. Isté náznaky existujúcej plasticity centrálného nervstva skicuujú síce určité nádeje v čiastočnú reštitúciu neuronálnych výpadkov, ale náš súčasný vedomostný stupienok zatiaľ neumožňuje preklenúť neoblomný klasický problém neurologie definovaný axiómou: nervová bunka sa neobnovuje, neregeneruje. A to je výzva ku konfrontácii s kategóriou etiky.

V intenciách medicíny a konkrétne neurologie je žiaduce zdôrazniť významový rozdiel medzi pojmi etika a morálka. Zatiaľ čo morálka je vžitý termín pre individuálne chovanie a spoločenské konvenčné patery univerzálneho dosahu a platnosti, etika predstavuje vyšší princíp, v ktorom ide o konkrétne a zväčša závažnejšie dôsledky špecifickej interakcie vzťahov pacienta a zdravotníckeho pracovníka, ktoré sú právne kodifikované s možným vodením zodpovednosti z nich plynúcej. Príkladom tejto sémantickej diferencie opäť z gynekológie bude lekár rutinér s neľudným chovaním a prípadne nedobrou povestou v súkromí, ktorý sa však dokáže vzoprieť nátlaku okolia v prípade indikácie pokútnej interrupcie. V neurologii by tu mohla poslúžiť dilema indikácie operácie náhodne odhaleného nerupturovaného aneurizmu.

Otázky a právne zánutia eutanázie, ale trebárs i fasciujúceho syndrómu zážitkov po smrti („Near death experience“) nepochopiteľne medicínsky oficiálne obchádzaného, i keď intenzívne explorovaného, prolongovaného biologického prežívania v tzv. vigilnej kóme alebo osobité aspekty hemodialýzy, predovšetkým však medicínsko-právne aspekty definície a diagnostiky klinickej smrti – to je iba stručná výseč súčasnej problematiky neurologie a jej interdisciplinárneho prelínania vyžadujúca solídnu medicínsku zdatnosť podopretú skúsenosťou a limitovanú právne definovanou zodpovednosťou lekára – neurologa a jeho kolegov.

V poslednom desaťročí sa zmenila stratégia a taktika diagnostického procesu a tak sa častejšie ocitáme v situáciách, ktoré ešte nie sú zmapované v klasických učebni-

ciach a diskutujú sa izolovane na stránkach „separátov“. Stojíme pred novými diagnostickými algoritmami, ktoré prináša vyspelá technomedicína, ale súčasne i pred závažnými terapeutickými rozhodovaniami z nich plynúcimi. Niektoré z vyšetrení sú invazívne, niektoré liečebné postupy riskantné (napr. neuroradiologická intervenčná embolizácia cievnej malformácie) atď. Toto „crescendo“ diagnostickej trefnosti niekedy až na virtuálnej úrovni vyžaduje na druhej strane osobnú virtuoziu a rozvahu a prináša i nové etické problémy. Vynára sa nevyhnutnosť rovnováhy – zrozumiteľnej a primeranej informovanosti pacienta, vyvstáva náročná lekárova schopnosť v nápomoci chorému pri jeho rozhodovaní – súhlase či nesúhlase k príslušným postupom či liečbe. Viac ako doteraz je nevyhnutná znalosť a predvídavosť možných komplikácií či nepriaznivého zvratu pri zložitých diferenciálnych – diagnostických a terapeutických postupoch. Platí to nielen pre indikácie neurochirurgické (napríklad operácia A-V malformácie či lýza intracerebrálneho hematómu), ale i pre niektoré konzervatívne postupy, u ktorých chýbajú prospektívne skúsenosti (konkrétne napr. liečba sclerosis multiplex interferónmi). A treba opäť podčiarknuť, že virtuálna diferenciálna diagnostika v jej technickej podobe nie je totožná so spomenutou diagnostickou virtuositou – komplexnou profesnou vyspelosťou lekára. Neurológ sice čoraz brilantnejšie a rýchlejšie dokáže usvedčiť miesto lézie v nervovom systéme, ale nie vždy jeho presný patologicko-anatomický substrát. Rozdiel medzi napr. intramedulárnym tumorom a sarkoidóznym ložiskom (v obraze magnetickej rezonancie nedešifrovateľným) je priepastný a neľahko preklenuteľný. Tobož, i keď sa diagnóza chorobného procesu predsa stanoví, (napr. biopsiou) sú nateraz obmedzené možnosti jeho kauzálnej sanácie jednak kvôli absencii efektívnej liečby (a nielen sarkoidózy) jednak kvôli nepriaznivej lokalizácii afekcie (napríklad spomenutého intramedulárneho procesu či nádoru v mozgovom kmeni). Táto nevyváženosť možností a podmienok v prístupe lekára k neurologickému pacientovi predstavuje sama o sebe etický otáznik a výkričník – potrebu taktného, uvažovaného a individuálne titrovaného postupu. Nezriedka, pri chýbaní účinnej a patogeneticky zdôvodniteľnej liečby sa vynára (žiaľ i zámerne neeticky pestuje) i viera v prosté empirické alebo dokonca medicínske korektne nezdôvodniteľné postupy od rôznych foriem alternatívnej medicíny až po cynicky zneužívaný placebo efekt napr. vedecky scestnej archaickej homeopatie. V týchto momentoch musí rozhodovať vyváženosť vedomostnej úrovne lekára s jeho mravnostným potenciálom. Zostaňme však pri virtuosite – lekárskej majstrovstve, lebo medicína reflektuje nesporné „ars“. Zrelosť úvahy a postupov lekára sú vyjadrením skĺbenia otvoreného a neustále sa rozvíjajúceho systému vedomostí so skúsenosťou a z nej prameniacej predvídavosti a sumárnej medicínskej ako diagnostickej tak terapeutической razantnosti. Napríklad diagnóza vážneho syndrómu subarachnoidálneho krvácania sa neopiera iba o klasickú formulu tejto akútnej príhody, ale je pretaveným úsudkom zvažovania všetkých prítomných indícií v danej chvíli (vrátane imagi-

nárnej intuície), ktoré môžu byť abortívne, atypicky manifestné až v konečnom dôsledku zavádzajúce (napríklad chýbajúci obligátny meningeálny syndróm, vágne subjektívne ťažkosti s menej výraznou cefaleou bez možnosti spätnej rekonštrukcie začiatku ochorenia, či prevaha vegetatívnych symptómov nad cerebrálnymi, napríklad v podobe srdcovej arytmie).

Okrem toho, že k vybrúsenému diagnostickému fortieľu treba najprv dospieť niet pochyb, ale rovnako je isté, že sa tak dá len cieľom vedomým nasadením všetkých pák lekárovho umenia, ktoré sú taktiež obkolesené etickými atribútmi – počnúc odbornosťou cez trpezlivosť a vľúdny prístup k chorému, neúnavnosťou pri komparácii anamnestických a objektívnych faktov, až po blížiaci signál opatrnosti a osobnej zodpovednosti (4). Tu sa vynára konflikt plynúci z profesného jednanie a zodpovednosti lekára pod gilotínou (všimnime si, že dômyselne zostrojenou práve lekárom...) časového stresu. Kreativne rutinná a nezriedka intuíciou podporená každodenná činnosť lekára je zrovnanateľná subvulgárne s aktivitou kriminalistu (mnohé z nepublikovaných lekárskeho príbehov, na rozdiel od vďačnejších humorných medicínskych historiek), sú poučné ako detektívky s najrafinovanejšou pointou. Tieto aktivity by mali prebiehať s plným nasadením profesnej sily, ale bez falošného zdanlivo ochraňujúceho alibizmu, pretože nie všetky neurčité stavy náhle bolesti hlavy sú automaticky subarachnoidálnym krvácaním a nie u všetkých obdobných situácií indikujeme paušálne CT vyšetrenie či probatárnu lumbálnu punkciu. Pod strechou etického princípu v naznačenej neistote sa nachádza i rozhodnutie o cielenej konzultácii so skúsenejším kolegom, resp. v zložitejších situáciách sem spadá kolektívny verdikt zvolaného konzília. V medicíne nemožno urobiť krok späť, ale možno starostlivo uvážiť ťah bielej figúry šachu zdravia a života oproti čiernemu koňovi choroby a smrti. Konzílium je v každom medicínskom odvetví signifikantným odborne – etickým seizmografom vyspelosti zdravotníckeho pracovníka a schopnosti (či možnosti?) kooperácie s privolanými odborníkmi v súkolí danej medicínskej inštitúcie. Konzílium definuje stretnutie povolaných zvolaných odborníkov, aby vyjadrili svoj postoj a umožnili dosiahnuť súhrn v podobe kolektívneho viacodborového výsledku, verdiktu.

V prospech pacienta sa však sprofanoval tento šľachetne definovaný pojem: dehonestoval sa jeho názov a rozpadol obsah – výnimočný odborne – humánne výsostný cieľ. Zavolaný lekár, v bežnej klinickej praxi – tzv. konziliár prichádza neraz upachtený či až po urgencii, prediera sa dokumentáciou často len v prítomnosti sestry, ktorá mu ju predkladá, rutinne vyšetrí a poradí, a často akoby nerutinne, aby získal „nadhľad“ naordinuje paletu vyšetrení alebo nechá už niektoré „podozrivé“ zopakovať a zaujme postoj interdisciplinárneho kolegu, ktorý je dozaista najschopnejší v svojom úseku a bezkonkurenčný na privolanom dvore inej profesie, na ktorom mu nehrozí spoveď okamžitej zodpovednosti. Inak povedané, konziliár neraz poskytne iba najnutnejší, povrchný alebo zásadne opatrný elaborát svojho vyšetrenia. Keby sa však stretol s kolegami, ktorí by ho

mali čakať – „dvoranmi“ dotýčnej zdravotníckej komnaty či dokonca kliniky a spolu by prelúskali problém medicínskej situácie vyžadujúcej koordináciu názorov a návrhov, optimálne usmernenie postupov, či – a to nezriedka – rázne aktuálne riešenie so závažnými diagnosticko-liečebnými dôsledkami, vyhrala by medicínska profesionalita a lekárska etika, upevnilo by sa ono „ars“ medicíny a to všetko pod zásadným princípom „bona fide“ k pacientovi. Lebo jedine chorý jedinec, ktorý tu práve pred nami leží, sedí, chrčí či vzdychá (a zajtra možno my?), čaká na ortiel rozhodnutia a pomoci. Konzílium, trebárs neurologické, takto nepriamo opísané a schválne ľahko skarikované je

zovšeobecnením vzorcov všetkých ostatných, lebo by bolo samoučelné detailizovať alebo hierarchicky vyratúvať výsady a špecifiky jednotlivých medicínskych odborov. Je najvyšší čas – práve v dobe technických zázrakov a jasnozrivej biochemickovizualizovanej diagnostiky prinavrátiť konzíliu jeho miesto a vážnosť, pozdvihnúť ho na personálne primeraný a stupňom vybavenia zdravotníckej inštitúcie adekvátny piedestál v intenciách akéhosi „brain stormingu“ pri lôžku chorého. Aby sa nezhršlo ani proti etike lekára k pacientovi, ale ani proti etike interakcie lekára s lekárom, – „...aby spolu ľudia nielen hovorili...“, ale aj mysleli a konali.

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 sociálnej psychiatrii. *ČS Psychia* 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.