

Kde sú tie časy ...

Nebol by som sa odvážil písať do Vášho časopisu, keby ma nebol vyzval šéfredaktor. Na moju otázku: „Ale o čom?“ odpovedal stručne: „Napríklad o tom, čo robíme zle, spomínaj“.

Možno ľuďom, ktorí v našich podmienkach vybudujú ústav s najvyššou kardiologickou úrovňou s kontaktmi na najlepšie európske a svetové pracoviská, ktorí uvedú do života transplantčný program, publikujú takmer jednu monografiu ročne povedať, že robia niečo zle? Možno si tak akurát zaspomínať, kde sme sa možno mýlili.

Kde sú tie časy, keď sme nemali koronárnu jednotku, na oddelenie prijímali akútny infarkt myokardu, podľa pulzu a tlaku zisťovali, ako to s pacientom asi je, či má alebo nemá arytmiu (väčšinou mal), či tá arytmia je vážna, či je tachy alebo brady, či pod 40 alebo nad 120 a potom podávali okrem morfia a diuretika aj niečo, o čom sme sa domnievali, že nám upraví tachykardiu. S bradykardiou pri AV blokoch tretieho stupňa to bolo ťažšie. O pacemakeroch sme začali uvažovať, až keď profesor Ondrejčka uhovoril chirurgov (Smrečanský, Tréger, Krivosudský), aby nám chodili na RTG implantovať pacemakery. To už boli 70. roky a mali sme aj koronárnu jednotku. Všetci sme objavovali zvláštnu závislosť, že keď slúži na koronárnej jednotke kolega, ktorý do arytmií nezasahoval a podával len analgetiká a diuretiká, umrelo akosi menej pacientov v službe. Nevyhodnocovali sme to štatisticky, bol to dojem. Takáto „dojmológia“ môže, ale nemusí mať zdravé jadro (o tom, že každé antiarytmikum je arytmogénne, sme sa dozvedeli až neskôr).

Dnes budem hovoriť aj o dojmach, konečne som bol vyzvaný spomínať (kým si ešte pamätám), a vysloviť dojmy. Dúfam, že si nachvíľu odpocíniete od tzv. evidence based medicine (EBM), ktorá by sa dala aj karikovať na too narrow evidence, pretože platí často len pre veľmi špeciálnych a úzko špecifikovaných pacientov a nie pre najčastejších pacientov, ktorí okrem infarktu majú aj krvácanie do gastrointestinálneho traktu, anémiu, chronickú obštrukčnú chorobu pľúc, nefropatiu s renálnou insuficienciou, sú po cerebrálnej príhode, majú diabetes a súčasne pneumóniu a iný počet rokov, ako to bolo v inkluzívnych kritériách klinického skúšania.

Ukazovalo sa, že v neutesenom stave – výskyte kardiovaskulárnych chorôb – sme boli na prvých priečkach vo svete, bubnovalo sa na poplach a robili sa kardiovaskulárne programy, potom onkologické a na polymorbiditu, ktorá bola najčastejšia, nám akosi nezostávalo ani dychu, ani finančných zdrojov. Zdalo sa, že prevencia zvládne všetko a je lacná. No a v prevencii sa mohla ujať svojej úlohy najmä výživa a fyzická aktivita.

Prešli sme obdobím, keď sme boli proti bravčovej masti, len za oleje s čo najväčším množstvom nenasýtených mastných kyselín, potom sme prišli na to, že úplné vylúčenie nasýtených MK je hlúposť (môže viesť k hepatálnym nekrózam) a oleje a stužené tuky pri stabilizácii aj tak strácajú ochranné vlastnosti. Potom sme sa pohádali o tom, ktorý olej je najlepší. Rozhodovalo sa medzi slnečnicovým, repkovým a olivovým. Jeden vyhral u onkológov, ale len v surovom stave, pretože pri pražení vznikajú mutagénne substancie a dnes oproti slnečnicovému zasa vyhráva olivový olej a kto vie čo, bude za desať rokov. Pochopiteľne, vo všetkých týchto obdobiach sponzorovali klinické skúšanie rôzne firmy, ktoré príslušné produkty vyrábali a výskumné ústavy so všetkou možnou výbavou uskutočňovali seriózne sledovania ich vplyvu na cholesterol, triacylglyceroly, glykémiu, vitamíny a pod. Sledovania boli metodicky často veľmi náročné a štatistiky veľmi dobre vyhodnotené. Divné bolo len to, že napriek týmto výsledkom sa priemerný čas dožívania nemenil. V priebehu ďalších rokov sme prišli k záveru, že žijeme úplne nesprávne, hľadali sme príčiny dlhovekosti

v Arménsku a Gruzínsku, kde napriek posmešným poznámkam, že dlhovekosť je daná len tým, že tam nemajú poriadok v matrikách, overuje skupina pracovníkov WHO dlhovekých priamo na mieste. Experti WHO zisťujú, že životospráva týchto ľudí je približne rovnaká ako naša, že sa pije aj fajčí podobne ako u nás, ale „malý“ rozdiel je vo fyzickej aktivite, prevažne pastierskeho obyvateľstva, ktoré denne nachodí minimálne 10 km pohybujúc sa ovcami. Došli sme teda k záveru, že sedavý spôsob života, zlé výživové návyky, vysoký cholesterol, inzulínová rezistencia, poruchy v hemokoagulácii, kontraceptíva a stres zvyšujú výskyt kardiovaskulárnych ochorení. Pri hodnotení stresu, keďže tento nie je jasne definovateľný, zabúdame na veľmi dôležitý emočný stres, a to nielen pacienta samotného, ale celej jeho rodiny. Interakčné sily medzi jednotlivými bytosťami sú zložitejšie a ťažšie polapiteľné, ako fyzikálne sily medzi neživými telesami. Jedno je však isté, že dysfunkcia rodiny má veľký význam pre zdravie jej členov. Narušené vzťahy vedú k aktivácii sympatika, tachykardii, hypertenzii, hypercholesterolémii, zvýšenej agregácii trombocytov, svalovému hypertonu, so všetkými známymi symptómami od bolesti hlavy, krížov a depresiou končiac.

Zaujímavé je, že obdobné faktory sa spájajú aj s výskytom onkologických ochorení, pochopiteľne pri spolupôsobení exogénnych karcinogénov a genetickej predispozície. Prekvapujúce bolo, že aj terapia zasahujúca do agregability trombocytov pôsobí ochranné pri týchto ochoreniach.

Spustila sa široká diskusia o možnej prevencii oboch ochorení, vydalo sa množstvo drobných publikácií, v časopisoch sa vyskytuje denne istá informácia o tom, ako si chrániť zdravie. Otázka je, či túto literatúru niekto, najmä mladí, u ktorých by to malo najväčší význam, číta. Domnievam sa, že z médií sa televízia sleduje najviac, ale zdraví ľudia sa zaujímajú v hodinách, kedy sa takéto diskusie vedú (22. – 23 h) obvykle o iné relácie. Kedy by to bolo účinné? Zrejme v hlavných správach, ale nie dlhá teoretická diskusia, ale príklad, trebárs nahratý hercom – obraz pľúcneho edému pri akútnom infarkte, alebo obraz respiračnej insuficiencie pri bronchogénnom karcinóme s jedno až dvojvetovým komentárom známeho špecialistu. (Mimochodom, hercov využívajú v Heidelbergu aj pri výučbe medikov). Adresátom majú byť všetci, nielen hypochondri a niekoľko seriózných ľudí. Záujem o prevenciu treba prebudiť a zobudiť najmä u nášho „spoločenského“ pijana, fajčiara, workoholika alebo spašného vyčerpaného podnikateľa, ktorý nemá stále čas a naháňa sa za nejasným cieľom rýchleho zbohatnutia, netušiac, že príčina jeho ťažkostí je práve v jeho životospráve a v jeho pochybných mätach. Teda najmä u tých, ktorých sa to najviac týka a ktorí plnia naše ordinácie a stále nedôverčivo krútia hlavami, keď im začnete rozprávať o zdravej životospráve.

Lekári majú plné ruky práce, nemajú čas na nič, a nový zákonník – trojsmenná prevádzka – im skomplikoval život, už i doteraz ťažký. Keďže som na stránkach kardiologického časopisu a cítim trochu aj s vládou SR a všetkými týmito reformami trpíme všetci, najmä koncový orgán – lekár, zamýšľam sa nad tým, čo by sme ešte mohli trochu zmeniť.

Analyzujeme tlaky firiem na spotrebu ich produktov. Ich zameranie je jasné, ak sme vyrobili dobrý diagnostický prístroj alebo liek na liečbu arytmií, musíme ho predaj. Jasné je, že plánovanie objemu výroby závisí od informácií, ktoré dostanú firmy od lekárov a tým ich nadšenie nezmení ani údaj z USA, že asi 40 % pacemakerov sa implantuje zbytočne a že výsledky farmakologickej a invazívnej liečby akútneho infarktu po piatich rokoch, merané mortalitou, sú rovnaké pre obidve skupiny. Jedna je dokonca drahšia. Ak nejaké rozdiely existujú, sú len vo veľmi špecificky defi-

novanej skupine a v časovo veľmi presne ohraničenom priestore mesiaca, či roka a pod. Takúto úzku špecifikáciu, kedy je jeden postup výhodnejší, nemôže však zvládnuť ani organizácia rýchlej zdravotnej pomoci ani kapacita dobre vybaveného pracoviska s vynikajúcimi skúsenosťami (bez nich už vôbec neprichádza do úvahy). Pri takomto pohľade sa javí potom rozdeľovanie finančných prostriedkov v úplne inom svetle.

Ak sa do odbornej diskusie začne miešať osobný záujem, ktorý neberie do úvahy záujem blízkeho svojho kolegu a najmä širšie koncipovaná pravda, ktorá zohľadňuje aj niečo viac, ako osobný záujem, nemôže fungovať dobre ani kardiológia, ani gastroenterológia, ani neurológia atď., ba ani interná medicína ako celok. Európania mali na problematiku vždy širší pohľad, pretože mali klasické vzdelanie a nebránili sa žiadnym filozofickým smerom, ak v nich bolo niečo podstatné, pravdivé. A kardiológia by mala tiež hľadať podstatu problému – „srdce vecí“ a nie viesť úzko záujmové spory, pretože nepochopenie širších súvislostí nevedie nikam.

Nová organizácia zdravotníctva priniesla rôzne pozitívne zmeny, ale aj negatívne. Tým, že jedna časť zdravotnej starostlivosti je v privátnej sfére a druhá v štátnej, dostávame sa do bizarných situácií, keď niektoré lukratívne činnosti (dialýza, denzitografia, tzv. jednoduchá chirurgia, rôzne onkopreventívne ambulancie, CT atď.) riešia pacienti a dokonca aj preventívne vyšetria za peniaze a akonáhle vznikne problém, odošlú ho do štátneho zariadenia, ktorému na terapiu a ďalšie „dodiagnostikovanie“ vznikajú obrovské náklady, nehovoriac o záťažach pracovníkov. Tak sa potom stáva, že skúsení (atestovaní a dvojatestovaní) pracovníci a ošetrojúci personál odchádzajú za výhodnejšími pracovnými podmienkami nielen do zahraničia, ale aj do privátnej sféry, čím sa záťaž v nemocnici zvyšuje a pochopiteľne kvalita služieb znižuje a nezriedka sa paralyzuje celý chod ústavu.

Vzniká otázka, kto má teraz skoordinať privátny a štátny sektor, aby sa tieto neželateľné javy odstránili? Kto vidí celý problém v celej šírke? Kto vidí, a vie vypočítať, k akým stratám dochádza pri opätovných vyšetreniach, pri interakciách liekov, spotrebe prostriedkov na odstránenie nežiaducich účinkov liekov? (Odhaduje sa, že je to až 15 % z celkových výdavkov na lieky).

Ďalšou otázkou je, kto by mal riadiť a hodnotiť výsledky medicínskeho výskumu? Jasné je, že štát musí mať aj nejaké špičkové pracoviská typu NIH, ktoré sú nezávislé (od zdravotníckeho a farmaceutického priemyslu), mienkotvorné inštitúcie.

Časopisy sú zaplavované množstvami príspevkov často s neobjasnenými, chybnými štatistickými hodnoteniami, počet klinických štúdií len v kardiológii presahuje 3 000, už len ich sledovanie je ťažké.

Kto riadi medicínsky výskum? Ukazuje sa (podľa FDA), že 90 % dohľadu mal priemysel, 7 % univerzity a 1 % vládne inštitúcie. Podľa niektorých správ len 40 % trialov vedú akademické univerzitné pracoviská. Konflikt záujmov má dokonca aj FDA, ktorej členovia sú aj v dozorných radách firiem. Firmy však dávajú až 70 % z fondov na výskum, kým fondy z univerzít koncom 90. rokov klesli na 40 %. Priemysel má dostatok fondov, univerzity know-how. Spolupráca je preto nevyhnutná, avšak len nadnárodné spoločenské vedcov môžu riadiť a objektívne a nezávisle kontrolovať výsledky výskumu a navrhovať pravidlá, ako to začala uskutočňovať American College of Cardiology. Tak by malo vyzeráť mienkotvorné, nezávislé, objektívne posúdenie efektu.

Medzi nami priateľmi, neviem sa zbaviť myšlienky, či mnohé lieky, ktoré používame, aby sme blokovali adrenergny systém, ktorý je pri kardiiovaskulárnych ochoreniach často v hypertenuse, nemožno nahradiť znížením neuropsychickej tenzie tým, že odpuštíme všetkým našim skutočným a domnelým nepriateľom, socom, bratom, ženám, svokrám, kolegom v práci a sústredíme sa len na podstatu vecí. Potlačíme naše pyšné ego a začneme myslieť aj na čosi širší priestor okolo nás. Veď nie náš osobný prospech, ale úspech človečenstva ako takého je asi Boží zámer.

Ďalším problémom súčasnej klinickej praxe je otázka, kto zodpovedne povie pacientovi, ktorý má liek vynechať, ak príde od kardiológa bežne so siedmymi liekmi, od urológa s jedným (ktorý potencuje účinok antihypertenzíva, takže pacient je extrémne slabý a občas vrávorá) a potom od neurológa, ktorý pridá piracetam a napokon alergológa, ktorý už lieči dô-

sledky – nežiaduci kožný účinok liekov. Nespomínam už liek od psychiatra, ktorý sa snaží upokojiť znervózneného pacienta, ktorý má z neadekvátnej hypotenzie suicidálne tendencie, prípadne demenciu. Táto karikatúra, žiaľ, nie je karikatúrou a dala by sa ešte vylepšiť skutočnými príkladmi zo života, veď som ešte vynechal tabletku betablokátorov a ACE inhibítorov, chronickú bronchitídu a mnoho iných. Kto teda bude mať ten nadhľad a smelosť a určiť, ktorý liek treba vyhodiť? Kardiológ? Praktik? Internista, psychiater, arytmológ, gastroenterológ? Ale ktorý? Hepatológ? Či pankreatológ? Šéf organizácie zdravotníctva? Hoci ktorý vzdelaný a mysliaci doktor, ktorý však nemyslí len na svoje smiešne políčko, ale uvažuje komplexne a myslí aj na spoločný koláč, ktorý pečieme a z ktorého budeme ujeďať. Nedá sa to inak, len postupne uberať z liekov a sledovať, čo sa deje s pacientom. Uisťujem Vás, často sa jeho stav zlepšuje.

Ospravedlňujem sa už vopred za niektoré nepresnosti, viete, pamäť už môže niekedy vynechávať a možno som na všeličo zabudol a kdečo poplietol. Proším o odpustenie, ale vy ste ma vyzvali, aby som rekapituloval a spomínal na roky svojich prečinov a omylov.

Lekári často cvičia analyzovať problém, aby sa postupnými krokmi dopracovali k výsledku – diagnóze a terapii. Existuje však aj iný spôsob vnímania, ktorý je eminentne dôležitý najmä v akútnej medicíne, a to je vnímanie celého obrazu (bez chronologického pátrania). To je ten moment, keď lekár nemusí uskutočniť anamnézu, ale musí, akoby v jednej rovine, vidieť celý obraz choroby, z ktorého vyplynie diagnóza (túto schopnosť má niekedy aj skúsená sestra – vníma komplexný obraz). Ak vidí zadýchaného pacienta s kropkami potu na sivocyanotickej tvári, ktorý zvierajú jednou rukou košeľu a kravatu, akoby si chcel vytrhnúť srdce – nepotrebuje EKG a hneď odosiela pacienta na príjem na koronárnu jednotku. Prečo o tom hovorím? Pretože rozhodovať aj o problémoch zdravotníctva a jeho organizácii vyžaduje vidieť a spoznávať takéto hotové obrazy (pattern recognition) a nie jednotlivosti – kardiiovaskulárny, onkologický, alergologický a neviem aký program. A pri rozhodovaní nikdy nerušiť, čo išlo dobre, len preto, že si niekto, kto sa díva na problém cez veľmi úzku škálu, zmyslí rušiť dobre fungujúci systém.

Aké by to bolo konštatovanie bezútešnosti bez riešenia? Riešenie by však nemalo byť len kozmetické, pretože takéto sa uskutočňuje stále a ako ukazuje vývoj, k ničomu nevedie a situácia sa zhoršuje nielen u nás, ale aj vo svete. Je nás tak veľa, že sa na Zemi bez bojov a svárov neznesieme, a preto vznikajú všetky problémy? Nie, ako konštatoval Rímsky klub, pri využití všetkých zdrojov Zem by uvládala užiť ešte štyri miliardy ľudí navyše. V tom prípade by sme však museli myslieť nie egoisticky, nacionalisticky, európsky, ale „zemegulárne“. Trvám na slove zemegulárne, pretože slovo globálne už začína mať znova iný nádych a upodozrievame ho z rôznych nekalostí. Pri takomto širokom ponímaní by však nesmel chýbať duch.

Pre lásku k svojmu odboru nemožno narušiť celý systém, nemožno preferovať jeden orgánový systém.

Aj ľudský organizmus (podobne ako organizmus zdravotníckej starostlivosti) najviac trpí disproporciou. Človek sa môže harmonicky rozvíjať i zaniikať. Je to vtedy, keď všetky systémy rastú aj zanikajú (stárnú) rovnako. Pacient chorobu srdca začne pociťovať oveľa skôr, keď má dobré nohy a chce sa mu behať a ak bude mať dobré srdce, ale slabé nohy, začne pociťovať oveľa bolestnejšie slabosť nôh, ako keby mal rovnako postihnuté aj srdce tak, že by nevládol toľko chodiť. Prof. Černáček si vždy sťažoval, že najhoršie je, že mu odišiel sluch, zrak, schopnosť chodiť, ale hlava mu nechce proporcionálne dementnieť. A tak mu neostáva nič, len si to všetko uvedomovať. Dysharmónia nastáva, aj keď sa medicínske odbory vyvíjajú dysproporcionálne. Ak v spoločnosti nevládne harmónia, vyvíja sa zle a aj život v nej sa sťažuje. Ak sa bude mesto skvíeť sklenenými budovami, ale bez stromov a dobrého zdravotného alebo právneho systému, bude dysharmónické a pre človeka neprijateľné. Veľký Henri Bergson definoval krásne a všeobecne platné pojem, čo je to harmónia. Je to schopnosť predvídať to, čo sa za okamih stane. Áno, je to čitateľnosť problému, čitateľnosť osoby, z ktorou pracujeme alebo hráme sa či tancujeme. Aj čitateľnosť dejov a ich dôsledkov. Ak viem, že význam slova kolegu nie je dvojzmyselný, čo povie, sľúbi, aj vykoná, je čitateľný. Ak viem, že krok, ktorý navrhujem, bude mať také a také dôsledky, musím rátať s tým, že všetci, ktorí sú do

deja zainteresovaní, sú poctiví, čitateľní a nezmenia svoje stanovisko, pretože vidia problém a nie svoj osobný záujem. Možno im dôverovať. Preto aj v zdravotnej politike je potrebné vyberať si ľudí, ktorým ide o vec. Tí budú čitateľní a harmónia systému sa zachová.

Profesor Fabián ma vyzval, aby som napísal ako internista pohľad na to, čo robíme zle. Je opovázlivé vyčítať niekomu, kto pracuje od rána do večera a padá od únavy, že robí niečo zle. Preto nemôžem povedať, čo robí zle kardiológia, ale čo robíme zle my všetci. Zmeníme si v informácii jedno slovo alebo intonáciu a už môže dôjsť k nedorozumeniu. Ba dokonca nemusíme zmeniť ani slovo ani intonáciu, ale naše svedomie postupne behom rokov, desaťročí, možno stáročí tak ochabuje, že si začneme inak vysvetľovať pôvodný význam slov. Príklady: demokracia – vládá ľudu, ľudová demokracia (pleonazmus) zdôrazní, že je to naozaj ľud, pretože sa jej asi nezdá, že v demokracii vládne ľud (možno peniaze?), dokonca niektorí toto slovo chápú tak, že si môžu robiť ozaj úplne všetko, bez disciplíny.

Demagóg – vodca ľudu – po stáročíach sa mení v chápaní ľudí na zvodcu ľudu, konkurencia – con curro – spolubežím, konkurent sa však chápe ako protivník, prečo? Lebo asi sa ním stal. Čo teda chýba? Chýba svedomie, senzor pre vlastné chyby a príslušne si k tomu adaptujeme aj význam slov. Alebo je tento senzor utlmený, pretože nikomu a v nič neveríme, zabudli sme, že duch vecí i človeka je večný, a to nás vedie do bezduchého egocentrizmu – a ten je príčinou, prečo stagnujeme, jednotlivé odbory sa neharmonicky rozvíjajú (technika) a iné (kultúra) atrofujú.

Prajem nielen kardiológom, ale aj iným ...lógom, aby si konkurovali v pôvodnom zmysle a bežali spolu a nie proti sebe.

prof. MUDr. Ivan Ďuriš, DrSc.
I. interná klinika LFUK, Bratislava