



# Palijativna skrb kod cerebrovaskularnih bolesti

Z. Poljaković

**SAŽETAK** - Metode palijativne skrbi dugo su se definirale samo u okviru brige za bolesnike s malignim bolestima. Posljednjih je godina, međutim, potpuno jasno da je skupina bolesnika kod kojih je potrebno primijeniti i ove metode medicinskog zbrinjavanja daleko šira. U neurološkoj kazuistici postotak neizlječivih bolesti je vrlo visok. Ipak, palijativna skrb začudno je kasno postala predmetom interesa i ove medicinske struke. U okviru neuroloških bolesti neosporno medicinsko i socioekonomsko značenje imaju cerebrovaskularne bolesti, koje su i dan danas na prvom mjestu kao uzrok invaliditeta i na trećem mjestu uzroka smrtnosti u svijetu, te u čijoj je završnoj fazi palijativna skrb često neophodna. Statistička obrada bolesnika u kroničnoj fazi cerebrovaskularnih bolesti (stanje nakon moždanog udara, sa stupnjem invalidnosti koji onemogućava samostalnu pokretljivost bolesnika) pokazala je da se bolesnici i/ili njihova obitelj najviše žale na: smetnje gutanja (disfagiju), smetnje govora (disfaziju/disartriju), opstipaciju, smetenost, psihomotornu agitiranost, inkontinenciju i bol. Jedan od četiri bolesnika s moždanim udarom zabrinut je zbog straha od skore smrti. Veliki broj bolesnika s cerebrovaskularnim bolestima brine i o utjecaju svoje bolesti na najbližu okolinu, razvijajući ujedno i strah od nemoći, samoće, ovisnosti. Posebnu pozornost u sklopu razmišljanja o palijativnoj skrbi zahtijevaju bolesnici u trajnom vegetativnom stanju, koje, iako se najčešće javlja nakon traumatske ozljede mozga, može ponekad biti i posljedica određenih oblika cerebrovaskularnih bolesti (SAH). Zbrinjavanje i palijativna skrb takvih bolesnika sastoji se u terapiji boli, spasticiteta, razvijenih mišićnih kontraktura, patoloških prijeloma, dekubitalnih rana ili neuropatske boli.

**Ključne riječi:** cerebrovaskularne bolesti, palijativna skrb, invaliditet

## UVOD

Uvođenjem pojma „palijativna skrb“ u modernu medicinsku znanost, a poglavito praksu, proširene su granice medicinskog zbrinjavanja i na do tada

Jedinica za intenzivno liječenje, Klinika za neurologiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu i Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

beznadežnu skupinu bolesnika za koje više nije postojala nada za ozdravljenje – a to su, očekivano, ponajprije bolesnici s neizlječivim malignim bolestima. U osnovi, ovaj pristup podrazumijeva održavanje i poboljšanje kvalitete života skupine bolesnika kod kojih su klasične metode liječenja pre-stale biti vidljivo učinkovite.

Metode palijativne skrbi dugo su bile definirane samo u okviru brige za bolesnike s malignim bolestima. Posljednjih je godina, međutim, potpuno jasno da je skupina bolesnika kod kojih je potrebno primijeniti i ove metode medicinskog zbrinjavanja daleko šira. U suštini svodi se na sve kronične bolesnike kod kojih je liječenje obuhvatilo sve poznate metode, ali bez značajnijeg učinka, odnosno mogućnosti oporavka od bolesti. Ta je skupina bolesnika obično i daleko kompleksnija, budući da se obično radi o značajnom komorbiditetu kod jednog bolesnika (kardiovaskularna + cerebrovaskularna bolest, renalna insuficijencija + hematološke komplikacije, miokardiopatije + KOPB, itd. – ili čak višestruke kombinacije navedenih skupina bolesti) koji će dovesti do vrlo različite kliničke slike.

U neurološkoj kazuistici, postotak neizlječivih bolesti je i dan danas vrlo visok. Ipak, palijativna skrb je začudno kasno postala predmetom interesa i ove medicinske struke. U velikom broju terminalnih stadija neuroloških bolesti bol je značajan problem odnosno simptom. Začuduje činjenica da je u velikoj skupini anketiranih neurologa tek 30-tak% smatralo da može adekvatno dijagnosticirati razne vrste bolnih sindroma, dok ih je tek 20% smatralo da dijagnosticirano može i adekvatno liječiti, dok su se gotovo svi ispitanici smatrali nedovoljno kompetentnima u području farmakologije lijekova kao što su opijati, benzodiazepini ili barbiturati.

Cerebrovaskularne bolesti na prvom su mjestu po invaliditetu, a na trećem po smrtnosti u svijetu. Najčešće su posljedica već postojećih, slabije kontroliranih internističkih bolesti – kao što su hipertenzija, šećerna bolest, hiperlipidemija, srčane aritmije pa time liječenje posljedice mora obuhvatiti i liječenje njezinog uzroka. Vrlo su često dugotrajne, odnosno kronična faza bolesti redovito traje nekoliko mjeseci, u većine bolesnika više godina, a ponekad i više desetljeća.

Temeljem ovih podataka, jasno je da su to bolesnici kod kojih postoji izrazita potreba za palijativnom skrbi poglavito u kasnijim razdobljima bolesti. Kako je palijativna skrb ipak specifična, ovisno o značajkama osnovne kronične bolesti, a cilj joj je poboljšanje kvalitete preostalog života bolesnika

(utjecajem na bol, odnosno nelagodu, psihološkom potporom umirućeg bolesnika, nastojanjima da bolesnik živi što aktivnije što je duže moguće, te pomoći i pozitivnim djelovanjem i na obitelj i okolinu bolesnika), potrebno je poznavati simptomatologiju i komplikacije pojedine skupine bolesti, kako bi ih se moglo prevenirati, odnosno na njih utjecati.

U jednom je istraživanju, statistička obrada preko tisuću bolesnika u kroničnoj fazi cerebrovaskularnih bolesti (stanje nakon moždanog udara sa stupnjem invalidnosti koji onemogućava samostalnu pokretljivost bolesnika) pokazala da se bolesnici i/ili njihova obitelj najviše žale na: smetnje gutanja (disfagiju), smetnje govora (disfaziju/disartriju), opstipaciju, smetenost, psihomotornu agitiranost, inkontinenciju i bol – u najmanje 50% bolesnika – (što se ponajprije odnosilo na bolne spazme). Sam motorički deficit obično nije bio unutar prvih nekoliko uzroka lošije kvalitete života.

Gotovo 80% bolesnika nakon moždanog udara ima određeni oblik poremećaja komunikacije s okolinom, a gotovo 50% ih ima i stalan, uporan osjećaj nemoći i umora. Učestalo se javljaju i glavobolje, smetnje pamćenja, nemir.

Jedan od četiri bolesnika s moždanim udarom, zabrinut je zbog straha od skore smrti, 66% bolesnika ovisni su o tuđoj pomoći, a veliki broj među njima brine i o utjecaju svoje bolesti na najbližu okolinu, razvijajući strah od nemoći, samoće, ovisnosti.

Upravo je zbog toga palijativna skrb bolesnika s cerebrovaskularnim bolestima u prvom redu usmjerena na ublažavanje prije nabrojenih simptoma.

### *Disfagija*

Disfagija je simptom koji se javlja u gotovo 70% (64-90%) bolesnika nakon cerebrovaskularnog incidenta, a ujedno je prisutna i u 40-50% osoba starije životne dobi kod kojih nije bilo znakova moždanog udara. Orofaringealna disfagija je najčešći tip poremećaja gutanja. Ponajprije je rezultat nemogućnosti inicijacije gutanja i/ili nemogućnosti „prenošenja“ hrane iz usne šupljine u jednjak. Dovodi do povišenja mortaliteta i morbiditeta zbog razvoja dehidracije, slabe uhranjenosti i aspiracijske pneumonije, a definitivno utječe na raspoloženje – dovodeći do depresije i smanjenja kvalitete života. Razvoj komplikacija zbog aspiracije javlja se u 22-42% bolesnika. U bolničkim uvjetima, malnutricija je česta pojava, javlja se u oko 15% bolesnika u prvim danima hospitalizacije da bi taj

postotak narastao i na 30% nakon prvog tjedna hospitalizacije. Iznimno je važna pravodobna (unutar najviše 48 sati) dijagnostika poremećaja gutanja uz primjenu adekvatnih mjera (uključivo i nazogastričnu sondu u slučaju potrebe).

Medicinska skrb (uključujući i palijativnu) oko bolesnika s navedenim smetnjama prvenstveno se svodi na adekvatnu oralnu higijenu, reduciranje određenih skupina lijekova (sedativa, lijekova s narkotičkim djelovanjem), dijetalne modifikacije, edukaciju bolesnika (vježbe gutanja), edukaciju obitelji (o dijetalnim mjerama, načinu ophodnje s bolesnikom s disfagijom), govorne vježbe, te konzultaciju dijetetičara o najpogodnijoj vrsti hrane za bolesnika.

### *Disfazija*

Smetnje govora različitog stupnja i kliničkih oblika javljaju se u gotovo 80% bolesnika nakon moždanog udara. Nemogućnost komunikacije vrlo je frustrirajući simptom kod svjesnih bolesnika, te često dovodi i do razvoja drugih simptoma, kao što su psihomotorna agitiranost ili depresija. Kolikogod se potonje mogu rješavati medikamentno, smetnje govora mogu se liječiti isključivo oblikom fizikalne terapije, odnosno logopedskim tretmanom. U održavanju kvalitete života bolesnika pa i njegovog dostojanstva, briga oko mogućnosti komuniciranja bolesnika s njegovom bliskom okolinom gotovo da je na prvom mjestu po važnosti. Podrazumijeva provođenje logopedskih vježbi, upoznavanje bolesnika i njegove okoline s vrstom smetnji (ogromna je razlika u pristupu bolesniku s motornom ili senzornom disfazijom, blažom disfazijom ili afazijom, ili pak teškom disartrijom) kao i upoznavanje s drugim metodama komunikacije (znakovlje, posebni izrazi ili sl. koje će omogućiti „razgovor“ odnosno (spo)razumijevanje između kroničnog bolesnika i njegove najbliže obitelji.

### *Smetnje funkcije sfinktera*

Inkontinencija, odnosno nemogućnost kontrole sfinktera kako kod mokrenja, tako i kod stolice, također su prisutni u većoj ili manjoj mjeri kod gotovo trećine bolesnika nakon moždanog udara. Navedeni simptom (iako potencijalno kontroliran primjenom katetera i/ili pelena) izrazito otežava svakodnevni život, djeluje na psihu bolesnika kao vrlo frustrirajuća činjenica, te smanjuje kvalitetu života te skupine bolesnika. Nošenje trajnog katetera (kao jedno od vrlo čestih rješenja za inkontinentne bolesnike) osim objektivnih poteškoća koje

donosi (infekcije, potreba mijenjanja katetera, bol lokalno) negativno će djelovati na motivaciju bolesnika za uobičajenim svakodnevnim djelatnostima, ili recimo provođenjem potrebne fizikalne rehabilitacije. Još je gori primjer inkontinencija stolice. Edukacija bolesnika i njegove okoline u okviru palijativne skrbi, adekvatno liječenje eventualnih infekcija, kao i primjena modernih pomoćnih sredstava (u prvom redu raznih vrsta pelena), učinkovite su metode. Dodatno je potrebno osigurati educirane osobe za provođenje vježbi sfinktera, kao i ponekad upotpuniti dijagnostičku obradu (urodinamika, anorektalni fiziološki testovi). Ne treba odustati niti od pokušaja vađenja katetera u bolesnika s dugogodišnjim smetnjama sfinktera, budući da su opisani slučajevi kod kojih se i nakon više godina inkontinencije uspostavila funkcija sfinktera koja je omogućavala život bez urinarnog katetera.

### *Bolni spazmi*

Iz skupine bolne simptomatologije u bolesnika s cerebrovaskularnom bolešću dominiraju bolni spazmi oduzetog (ili djelomično oduzetog) ekstremiteta. Drugi uzroci bolne simptomatologije su rjeđi – i mnogo ih se lakše može spriječiti odnosno liječiti!

Spazam je nevoljni grč mišića, obično kod zdravih ljudi rijedak i bezopasan. Hipertonički spazam rezultat je nepostojeće povratne sprege između mišića i mozga, te mišić trajno ostaje u stanju povišenog tonusa. Navedeno stanje je obično izrazito bolno za bolesnika, a otežava i onu preostalu razinu samostalne pokretljivosti nakon moždanog udara. Liječenje odnosno sprječavanje pojave spazama ponajprije se svodi na metode fizikalne terapije, odnosno vježbi, te određenu medikamentnu terapiju koja je ograničene učinkovitosti.

### *Duboka venska tromboza – tromboembolija*

Nepokretni bolesnici nakon moždanog udara na prvom su mjestu kao rizična skupina bolesnika za razvoj duboke venske tromboze. Ta se komplikacija obično javlja nakon prvog tjedna hospitalizacije u bolesnika s motoričkim deficitom do stupnja plegije. Duboka venska tromboza (DVT) nalazi se čak u 50% nepokretnih bolesnika, ali klinički je manifestna u otprilike 5%. Također, zanimljiva je činjenica da se plućna embolija nađe tijekom obdukcije u velikom postotku bolesnika, dok je ona međutim klinički prisutna u otprilike 1-2% bolesnika. Medikamentna prevencija DVT niskomo-

lekularnim heparinom je dio algoritma liječenja akutnog moždanog udara, dok kronično zbrinjavanje uključuje i nošenje elastičnih čarapa, adekvatnu fizikalnu terapiju i medicinsku gimnastiku, te svakako i optimalnu hidrataciju.

### *Perzistirajuće/trajno vegetativno stanje*

Posebnu pozornost u sklopu razmišljanja o palijativnoj skrbi imaju bolesnici u trajnom vegetativnom stanju, koje, iako se najčešće javlja nakon traumatske ozljede mozga, može ponekad biti i posljedica određenih oblika cerebrovaskularnih bolesti (SAH). Takvo se stanje javlja u bolesnika s opsežnim anoksičkim oštećenjem mozga, čije stanje od stanja kome progredira do naizgled stanja budnosti, ali bez svjesnosti. Kriteriji za vegetativno stanje su izostanak bilo kojeg dokaza svjesnosti bolesnika, izostanak bilo kojeg oblika svjesne odnosno svrsishodne reakcije na vanjske podražaje uključivo i govor, prisustvo ciklusa budnosti i spavanja, inkontinencija urina i stolice, prisustvo spinalnih refleksa, refleksa kranijalnih živaca. Perzistirajućim vegetativnim stanjem nazivamo bolesnike s takvom kliničkom slikom unutar mjesec dana od ozljede mozga, dok dijagnozu trajnog vegetativnog stanja postavljamo nakon 3 mjeseca navedene kliničke slike u slučaju netraumatskog anoksičnog oštećenja mozga, odnosno nakon 12 mjeseci u slučaju traume mozga.

U odgovoru na ključno pitanje palijativne skrbi – a to je mogu li bolesnici u trajnom vegetativnom stanju osjećati bol – podatke je dalo ispitivanje PET CT-om na kojem je bilo vidljivo da kod zdravih kontrolnih ispitanika bolni podražaj aktivira moždano deblo, talamus, somatosenzorni korteks, inzulu te dijelove temporalnog režnja, dok se u bolesnika ipak ne aktivira samo moždano deblo, već i talamus i primarni somatosenzorni korteks. Zbrinjavanje i palijativna skrb takvih bolesnika, dakle, vezano je i uz terapiju boli, poglavito ako se radi o bolesnicima u kojih postoje znakovi povišenog tonusa u smislu spastičnosti, razvijenih mišićnih kontraktura, patoloških prijeloma, dekubitalnih rana ili pak mogućnosti razvoja neuropatske boli, u bolesnika s kortikalnom atrofijom ili oštećenjem perifernih živaca. Terapija boli provodi se tada prema pravilima liječenja bolnih sindroma.

Medicinska skrb kod takvih bolesnika mora dodatno obuhvaćati i neke specifične mjere, kao što je poseban oblik hranjenja i hidratacije, aspiracija, toaleta traheostome, gastrostome, promjene urinarnog katetera, mjere fizikalne rehabilitacije i medicinske gimnastike.

### *Psihičke promjene u bolesnika nakon moždanog udara*

Nakon svih oblika moždanog udara (uključivo i intracerebralno i subarahnoidno krvarenje) veliki je broj bolesnika kod kojih se u većem ili manjem stupnju uočavaju psihičke promjene. Čak i u bolesnika s naizgled odličnim ishodom liječenja, kod kojih ne zaostaje vidljiv neurološki deficit, izrazito su česti kognitivni poremećaji, smetnje koncentracije, te vidljive promjene raspoloženja. Najveće su promjene dakako kod bolesnika u kojih je deficit (a time i oštećenje moždanog tkiva) izrazitiji. Osnovna psihička promjena jest tzv „emocionalna inkontinencija“ koja se u prvom redu manifestira naglo nastupajućim plačem, koji se ponekad javlja i bez jasnog povoda ili uz minimalnu, najčešće i potpuno nesvjesnu, provokaciju okoline. Takav se izljev osjećaja u većine bolesnika javlja u smislu negativnih emocija (plač, očaj, tuga, ljutnja, agresija), a vrlo rijetko nekontroliranim ili veselim smijehom ili radošću. Predstavlja veliki problem kako i za bolesnika, kod kojeg postepeno vodi u dubok depresivni poremećaj a time i pogoršanje ostalih funkcija, ali i za obitelj koja u takvim emotivnim izljevima (s pravom) proživljava i iskrenu patnju svog bližnjeg. Upravo je zbog navedenog iznimno važna pravilna medikamentna terapija (budući da racionalno uvjeravanje ili metode psihoterapije kod tih bolesnika nisu ni od kakve koristi), kako sedativima, tako i primjenom antidepresiva. Kod navedene skupine lijekova potreban je oprez u odabiru, budući da je kod nekih dokazan povećani rizik razvoja cerebrovaskularnih incidenata odnosno recidiva moždanog udara.

### *Prognoza ishoda bolesnika s cerebrovaskularnom bolešću*

Konačni ishod bolesti osoba koje dožive akutni moždani udarom nije u prvim danima moguće lako predvidjeti, bez obzira na postojanje sve sofisticiranijih slikovnih dijagnostičkih metoda. Ipak, ako u prva 3 dana bolesti ne postoje nikakvi klinički znakovi oporavka, prognostički se radi o moguće lošijem ishodu. Kako bi se počela razmatrati palijativna skrb odnosno skrb unutar hospicija, bolesnik s akutnim moždanim udarom mora biti najmanje 3 dana poremećene svijesti do stadija kome, ili biti u perzistirajućem vegetativnom stanju, uz GCS ispod 5. Viša životna dob (iznad 70 godina života) bolesnika također je čimbenik lošije prognoze. Čak i početni oporavak, na žalost, nije nužno znak dobre prognoze, budući da je čak više od 30% bolesnika nakon moždanog udara nepokretno i ovisno

o tuđoj njezi i pomoći. Upravo je to ona skupina bolesnika kod koje će bolest dugo potrajati, uz veliku vjerojatnost razvoja somatskih komplikacija, ali i recidivnog moždanog udara.

Zaključno, jasno je da su ciljevi palijativne skrbi kod skupine bolesnika nakon moždanog udara ponajprije usmjereni k održavanju preostale kvalitete života, te psihičkoj potpori kako bolesnika tako i njegove obitelji. Na žalost, edukacija bolesnika ali i njegovatelja, odnosno obitelji, u metodama palijativne skrbi je kod te skupine bolesnika možda na najnižoj razini (u istoj su skupini i bolesnici sa zatajenjem srca i KOPB-om), iako su bolesnici s cerebrovaskularnom bolešću jedna od najbrojnijih skupina bolesnika. Pronalaženje i definiranje ciljeva palijativne skrbi, odabir pojedinih struka koje u njoj trebaju sudjelovati, te šira edukacija javnosti, za sada su nedostatni te u posljednje vrijeme postaju prioritet u organizaciji palijativne zapadnih zemalja.

#### LITERATURA

1. Murtagh FEM, Preston M, Higginson I. Patterns of dying: palliative care for non-malignant disease. *Clin Med* 2004; 4: No 1 January/February 2004.
2. Stevens T, Payne SA, Burton C, Addington-Hall J, Jones A. Palliative care in stroke: a critical review of the literature. *Palliat Med* 2007; 21: 323-31.
3. Blacquiére DP, Gubitz GJ, Dupere D, McLeod D, Phillips S. Evaluating an organized palliative care approach in patients with severe stroke. *Can J Neurol Sci* 2009; 36: 731-4.
4. Burton CR, Payne S, Addington-Hall J, Jones A. The palliative care needs of acute stroke patients: a prospective study of hospital admissions. *Age Ageing* 2010; 39: 554-9.
5. Le BH, Pisasale M, Watt J. Palliative care in stroke. *Palliat Med* 2008; 22: 95-6.
6. Monti MM, Laureys S, Owen AM. The vegetative state. *BMJ* 2010; 341: 3765.

---

**Adresa za dopisivanje:** Doc. dr. sc. Zdravka Poljaković, dr. med., Jedinica za intenzivno liječenje, Klinika za neurologiju KBC-a Zagreb, Kišpatičeva ul. 12, 10000 Zagreb, Hrvatska