

# Vegetacinė būklė. Trumpas unikalaus atvejo aprašymas ir aktualūs komentarai

---

### J. Fišas

*Vilniaus universitetinė slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė*

**Santrauka.** Pateiktas 48 metų paciento, 13,5 metų esančio vegetacinės būklės, atvejis. Analizuojamos priežastys, kurios sudarė sąlygas pacientui išgyventi, aptariama slaugos specifika, nagrinėjamos paramedicininės aplinkybės. Straipsnyje apibūdinamos komplikacijos, ištikusios pacientą, ir eventualios komplikacijos. Pateikiama vegetacinės būklės definicija ir vegetacinės būklės diagnostikos kriterijai bei diferencinės diagnostikos problematika. Apibūdinama palyginti nauja sąvoka – minimali sąmonės būklė (*minimally conscious state*), ir aptariami kai kurie nauji gydymo klausimai. Pristatytas Pasaulinės katalikų gydytojų asociacijų federacijos bendrasis pareiškimas dėl vegetacinės būklės.

**Raktažodžiai:** vegetacinė būklė, minimali sąmonės būklė, zolpidemas.

Neurologijos seminarai 2009; 13(39): 44–47

---

Šis atvejis neabejotinai išliks Lietuvos medicinos istorijoje. Jo medicininis išskirtinumas yra tai, kad retas vegetacinės būklės ligonis, netgi labai pažengusiose šalyse, išgyvena ilgiau nei 10 metų. Antra vertus, beveik visą tą laiką būnant šalia, teko stebėti neeilinį artimųjų atsidavimo ir nesavanaudiškos meilės pavyzdį. Norėtusi ne griežta medicinos dokumentų, bet šiltesne kalba papasakoti jauno žmogaus ligos ir likimo istoriją, pakomentuoti kai kuriuos aktualius patologijos ir etikos klausimus.

1995 metais G. Č., jaunas (gimė 1960 m.) vieno didelio prekybos tinklo atsakingas darbuotojas, per įmonės vakarėlį išėjo parūkyti ant rampos ir, atsirėmęs į krovinių automobilį, kuris netikėtai ėmė važiuoti, krito ant sėdmėnų ir stuktelėjo galva į asfaltą. Netrukus vaikas pasijuto blogai, todėl buvo nugabentas į Šv. Jokūbo ligoninę. Gydytojai įtarė, kad išsivystė hematoma, bet operuoti neskubėjo – ligonio būklė atrodė patenkinama, hematoma galėjo pati rezorbuotis. Po dviejų parų naktį ligonio motina (kuri šioje istorijoje vaidina toli gražu ne paskutinį vaidmenį), pajutusi, kad sūnui blogai, paryčiais atvyko į ligoninę. G. Č. paprašė jos torto ir prarado sąmonę. Skubiai atlikus galvos kompiuterinę tomografiją, ligonis buvo operuotas. Radus abiejų pusrutulių frontales hematomas, abi frontales skiltys buvo iš dalies rezekuotos, atliktas drenažas. Ligonio tėvas atvežė iš Kauno profesorių kon-

sultatą neurochirurgą. Ligoniiui taikytas gyvybę palaikantis gydymas. Praėjus kritiniam pooperaciniam laikotarpiui, prasidėjo komplikacijos: nuolatinė uroinfekcija, hipostazinė pneumonija, atsirado daugybinės pragulos, kvėpavimo nepakankamumas, dekortikacinis raumenų hipertonusas. Ligonio sąmonės būklė pagal Glasgow komos skalę buvo 8 balų. Nebuvo jokios vilties. Tuo metu slaugos priemonės, žinios ir praktika buvo kuklesnės nei dabar.

Į kovą už G. Č. gyvybę įsitraukė motina. Ji, nebūdama medikė, suorganizavo papildomą nuolatinį budėjimą prie ligonio, konsultavosi su žymiausiais reanimacijos, dietologijos, reabilitacijos specialistais, sudarė slaugos ir atstatymo programą, sukviėtė konsultuoti garsiausius Lietuvos neurologus ir neurochirurgus. Ligonį aplankė visi žinomesni ekstrasensai, bioenergetikai ir burtininkai (niekuo iš esmės negalėdami padėti, leidome tai daryti). Privalau pasakyti, kad mes, Vilniaus universitetinės slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės darbuotojai, daug ko pasimokėme iš ligonio motinos. Ligonis iki šiol vartomas kas 1,5 valandos, po kiekviena kūno atsirėmimo vieta pakišamos linių sėmenų pagalvėlės, vėdinama griežtai pagal grafiką, skaičiuojama kiekviena maisto kalorija ir jo sudedamosios dalys. Čiužinys, žinoma, naudojamas specialus – antipragulinis, lova – funkcinė. Skiriami patys rečiausi ir Lietuvoje neregistruoti vaistai, maisto papildai ir vitaminai. Sunku net išvardyti viską, kas daroma ligoniui, kuriam – kaip ir kiekvienam, atsidūrusiam tokioje padėtyje – vis „išlenda“ interkurentinė infekcija, kitokios komplikacijos. Ligonis vis dar ištiktas 8 balų komos, ir tai tęsiasi jau 13,5 metų (1 pav.).

---

#### Adresas:

Jokūbas Fišas

*Vilniaus universitetinė slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė  
Tyzenhauzų g. 18/1, LT-02106 Vilnius  
Tel. (8 5) 269 57 68, el. paštas: fisjok@takas.lt*



1 pav. Nuotraukoje matyti straipsnyje aprašyti pagrindiniai slaugos elementai: tinkamai prižiūrimas nazogastrinis zondas geriau nei gastrostoma, laisvas šlapinimasis reikalauja daugiau priežiūros, tačiau yra daug saugesnis, itin svarbu naudoti kompensacines priemones pragulų ir kontraktūrų profilaktikai, pusiau sėdima padėtis hipostazinės pneumonijos prevencijai. Su medicinos slaugytoja prie ligonio jo motina S. Č.

Per tą laiką, vartant ligonį, dėl hipokinezinės osteoporozės lūžo kairės kojos šlaunikaulis, daug kartų buvo išsivysčiusi pneumonija, uroinfekcija, sunkios obstrukcijos, dinaminis ileusas, keratokonjunktivitas. Maitinama per nazogastrinį zondą, kuris kas 10 dienų išimamas pusei ar visai parai, nosiaryklė praplaunama šaltalankio aliejumi, naudojamas pats tobuliausias, Montgomery tipo, tracheostomos vamzdelis, ligonis šlapinasi laisvai – į nuolat kontroliuojamą antelę. Stengiamasi ligonį apsaugoti nuo visuomenėje plintančių infekcijų, periodiškai skiriami imunitetą skatinantys vaistai. Nuolat atliekama kineziterapija (masažas, gydomoji mankšta), palatoje groja muzika, veikia televizorius, ligonio motina bendrauja su juo kaip su sveiku. Nors ligonis yra tipiškos lėtinės vegetacinės būklės, kartais net ir mums atrodo, kad jis reaguoja į aplinką ir bando palaikyti su mumis kontaktą.

Vegetacinė būklė – tai lėtinė neurologinė būklė, kai ligonis nesuvokia savęs ir aplinkos, nereaguoja į išorinius stimulus, bet gyvybinės funkcijos (širdies veikla, kvėpavimas, kraujospūdis) ir miego būdravimo ciklai yra išlikę. Vegetacinės būklės terminą savo klasikiniam veikalui (1972) pasiūlė W. B. Jennet ir F. Plum [1]. Vėliau šį klausimą nagrinėjo ir kiti autoriai [2–4]. Moderniausia ir esmingiausia publikacija laikytina F. Plum ir J. B. Posner „Stuporo ir komos diagnozavimas“ (1980) [5]. Šį veikalą kiekvienas neurologas turėtų skaityti ir garbinti, kaip krikščionis Šventąjį raštą. Vegetacinė būklė buvo fiksuojama ir anksčiau, pavyzdžiui, 1940 m. ją aprašė legendinis

E. Kretschmer [6]. Vegetacinės būklės sinonimai yra apalinis sindromas, apalinė būklė, alfa koma, neokortikinė mirtis, tačiau pastaruoju metu šių terminų vartoti nereikėtų.

Vegetacinė būklė yra skirstoma į vegetacinę būklę *per se* ir nuolatinę vegetacinę būklę, kuri nustatoma, jei trunka ilgiau nei 6 mėnesius.

Amerikos neurologų asociacija 1993 m. suformulavo tokius diagnostikos kriterijus (cit. pagal [7]):

- Nėra jokių ženklų, rodančių, kad ligonis suvokia save ar aplinką, tačiau gali spontaniškai ar refleksiškai atsimerkti.

- Nėra jokio prasminio bendravimo (kalbamojo ar rašytinio) tarp ligonio ir tiriančiojo. Nukreipiamieji stimuli paprastai nesekami akimis, nors kartais gali atsirasti akių lydymasis judesys. Nėra jokios emocinės reakcijos į kalbą. Nekalba ir netaria jokių suprantamų žodžių.

- Galima spontaniškas šypsena, susiraukimas ar riksmas, bet jie paprastai nesusiję su konkrečiu stimulu.

- Išlikę miego būdravimo ciklai.

- Smegenų kamieno ir spinaliniai refleksai nevienodai ryškūs. Gali būti išlikę primityvieji čiulpimo, kramtymo, rijimo refleksai. Gali pasireikšti reakcija į šviesą, okulocefaliniai, griebimo ir sausgysliniai refleksai.

- Net elementarūs valingi judesiai ar elgesys yra sąmonės ženklas ir nesuderinami su vegetacinės būklės sąvoka. Nėra išmokto motorinio aktyvumo ar mimikrijos. Gali būti primityvių judesių (galūnė atitraukiama ar kt.), kaip atsakas į kenksmingą ar nemalonų dirgiklį.

- Kraujospūdžio reguliacija ir kardiopulmoninė veikla paprastai nesutrikusi. Ligonis nelaiko šlapimo ir išmatų.

Diferencinė diagnostika – nepaprastas uždavinys, juo labiau kad teisinga diagnozė labai svarbi pasirenkant gydymo taktiką ir numatant prognozę. Diferencijuojamos tokios patologijos formos: koma, periodinis miegas, „užrakinto žmogaus sindromas“, akinezinis mutizmas, Guillain-Barre sindromas, centrinė tiltinė mielinolizė, periodinis paralyžius, katatoninio stuporo oneiroidinė forma, terminalinė demencijų stadija.

Vegetacinė būklė – tokia individo būseną, kurią būtų galima pavadinti „tarp dangaus ir žemės“, todėl labai svarbu ir įdomu, ką šiuo egzistenciniu klausimu galvoja Katalikų bažnyčia. Straipsnio pabaigoje pateikiame Pasaulinės katalikų gydytojų asociacijų federacijos dokumentą, kurį gydytojams, net ir besidomintiems šia problema, turbūt nėra lengva rasti pasiskaityti.

Kaip vegetacinės būklės gydymo naujovę turėtume paminėti Ralf Clauss (Royal Surrey NHS Hospital) ir Wally Nel (Pietų Afrikos Springso ligoninė) tyrimų išvadas. 2006 m. jie pranešė apie zolpidemo poveikį vegetacinės būklės ligoniams. Zolpidemas veikia GABA receptorius. Anot šių autorių, ligoniai pradėdavo bendrauti, atsakinėti į paprasčiausius klausimus. Išskirtinėje konferencijoje „Sąmonės sutrikimai klinikinėje praktikoje“, įvykusioje Vilniuje 2008 m. balandžio mėnesį (plačiau apie ją žr. „Nervų ir psichinės ligos“, 2008, Nr. 4, p. 35), buvo pateikta gausi vaizdinė medžiaga, susijusi su ligoniu G. Č. Ją aptariant buvo pristatytas Clauss ir Nel gydymo metodas. Gydytoja

G. Markvaldienė pateikė savo stebėjimus apie gydymą zolpidemu, o „Neurologijos seminarų“ 2008 m. gruodžio mėn. numeryje yra jos laiškas redakcijai „Trumpalaikiai sąmonės atgavimo epizodai po gydymo zolpidemu. Kliniškinis atvejis“. Mūsų pacientas taip pat buvo gydomas šiuo gana kontroversišku ir neapčiuohtu būdu, tačiau teigiamo poveikio nepastebėjome.

Kalbant apie vegetacinę būklę, negalima apeiti sąvokos, kurios tarptautinėje ligų klasifikacijoje dar nėra. Tai Minimalios sąmonės būklė. Tarptautinė ekspertų grupė, dirbusi Aspene (*Aspen Neurobehavioral Conference Workgroup*), rekomendavo ligonius, kurie negali visiškai kontaktuoti, apibūdinti kaip esančius minimalios sąmonės būklės (*minimally conscious state*). Tokie ligoniai kartais įvykdo paprasčiausias užduotis, pastebimas elementariausias jų atsakas gestais arba verbaliai: „taip-ne“ (netgi jei neteisingai), esama šiek tiek emocinio reagavimo. Būtina ekskliuduoti afaziją, agnoziją, apraksiją, sensomotorinį sutrikimą.

G. Č. istorija, daugybės Lietuvos ligoninių ir slaugos įstaigų patirtis rodo, kad lėtinės vegetacinės būklės pacientų daugėja. Tam lemiamą įtaką turi reanimacinių priemonių po organinių centrinės nervų sistemos sužalojimų ir anoksinių būklių tobulėjimas, slaugos praktikos pažanga. Tikslios statistikos neturime, tačiau ekonominiai ir dar didesni moraliniai nuostoliai yra akivaizdūs. Pasaulinėje praktikoje išgyvenamumas daugiau kaip 10 metų yra retas, bet ne kazuistinis, tad nuolat iškyla klausimas, ar reikia tokiam ligoniui sudaryti sąlygas gyventi (palyginti neseniai panašiu atveju specialią nutartį priėmė JAV kongresas, o jau šių metų sausio mėnesį buvo paskelbtas Italijos vyriausybės nutarimas).

**POPIEŽIŠKOJI GYVYBĖS AKADEMIJA  
PASAULINĖ KATALIKŲ GYDYTOJŲ  
ASOCIACIJŲ FEDERACIJA**

**BENDRASIS PAREIŠKIMAS DĖL  
VEGETACINĖS BŪKLĖS**

**Su vegetacine būkle susijusios mokslinės  
ir etinės problemos**

(Tarptautinis kongresas „Gyvybę palaikantys gydymai ir vegetacinė būklė: mokslinė pažanga ir etinės dilemos“, Roma, 2004 m. kovo 10–17 d.)

1) Vegetacinė būklė (VB) yra nereaktyvumo būklė, šiandien apibrėžiama kaip būseną, kurią ženkliną: budrumo būklė, tam tikra miegojimo / nemiegojimo ciklo kaita, ženklų, liudijančių savęs ir aplinkos suvokimą, stygius, reakcijų į aplinkos dirgiklius trūkumas, smegenų autonominės ir kitų funkcijų buvimas.

2) VB turi būti aiškiai skiriama nuo: smegenų mirties, komos, „užsklęstumo“ sindromo, minimaliai sąmoningos būklės. Antra vertus, VB negali būti tiesiog prilyginta smegenų žievės mirčiai, turint galvoje, kad VB ligonių smegenų žievės audinio salos, net gana didelės, gali toliau funkcionuoti.

3) Paprastai VB ligoniams nereikia technologinės pagalbos jų gyvybinėms funkcijoms palaikyti.

4) VB ligoniai jokia būdu negali būti laikomi mirštaisiais ligoniais, nes jų būklė gali būti stabili ir ilgalaikė.

5) VB diagnozė yra vis dar kliniškinio pobūdžio. Būtiną, kad specializuotas bei patyręs personalas, atliekantis VB ligonių specifinį standartizuotą įvertinimą, dėmesingai ir ilgą laiką stebėtų šiuos ligonius optimaliai kontroliuojamoje aplinkoje. Medicinos literatūra liudija, kad diagnozė labai dažnai būna klaidinga. Dėl šios priežasties prirėikus pagrįsti diagnozę naudotinos visos turimos šiuolaikinės technologijos.

6) Šiuolaikinė neurologinė technika parodė, kad VB ligonių smegenų žievės veikla, taip pat jų reakcijos į tam tikrus dirgiklius, įskaitant skausmingus, išlieka. Nors ir neįmanoma nustatyti subjektyvios tokių percepcijų kokybės, tam tikri elementarūs prasmingų ir neutralių dirgiklių skyrimo procesai, atrodo, vis dėlto yra galimi.

7) Joks šiandienis tyrimų metodas neleidžia individualiu atveju numatyti, kuris iš VB ligonių atsigaus ir kuris ne.

8) Iki šiandien statistiniai prognoziniai rodikliai VB ligonių atžvilgiu buvo grindžiami studijomis, kurios gana ribotos tiek atvejų skaičiumi, tiek stebėjimo trukme. Todėl tokie klaidinantys terminai kaip „pastovus“ VB ligonių atžvilgiu nevertotini, o nurodytina tik VB priežastis ir trukmė.

9) Pripažįstame kiekvieno žmogaus orumą, nepriklausantį nuo rasės, kultūros, religijos, sveikatos būklės ar socialinių-ekonominių sąlygų. Toks orumas, besiremiantis pačia žmogaus prigimtimi, yra pastovi ir neliečiama vertybė, negalinti priklausyti nuo specifinių gyvenimo aplinkybių ir būti pavaldi kieno nors sprendimui. Pripažįstame, kad geriausios gyvenimo kokybės kiekvienam žmogui paieška yra esminė medicinos ir visuomenės pareiga, tačiau tikime, jog tai negali ir neturi būti galutinis kriterijus žmogaus gyvenimo vertumui pasverti. Pripažįstame, kad kiekvieno asmens orumas taip pat gali reikštis autonominiomis pasirinkimais; tačiau asmens autonomija niekada negali pateisinti sprendimų ar veiksmų, nukreiptų prieš savo paties ar kitų gyvybę: už gyvybės ribų laisvės vykdymas tikrai neįmanomas.

10) Vadovaudamiesi tokiomis prielaidomis, jaučiame pareigą pareikšti, kad VB ligoniai yra žmogiškieji asmenys ir jų, kaip tokių, pagrindines teises privalu gerbti. Pirminė iš šių teisių yra teisė į gyvybę bei sveikatos apsaugą. Konkrečiai VB ligoniai turi teisę į:

- teisingą ir išsamią diagnozę, siekiant išvengti galimų klaidų ir geriausia linkme pakreipti reabilitaciją;
- pagrindinę priežiūrą, įskaitant gėrimą, maistą, šilumą ir asmeninę higieną;
- prevencinę apsaugą nuo galimų komplikacijų ir stebėjimą ieškant galimų atsigavimo ženklų;
- tinkamus ilgalaikius, atsigavimą skatinančius ir visą pažangą palaikančius reabilitacinius procesus;
- elgimąsi su jais kaip su kitais ligoniais, turint galvoje bendrąją globą ir emocinius santykius.

Turint galvoje šiandienų prognozavimo kriterijų nepakankamumą ir nepatikimumą, privalu atsisakyti bet ko-

čio tikimybe paremtą sprendimą palikti VB likimo valiai. Sprendimo nutraukti maistą ir gėrimą, VB ligoniams teikiama dirbtiniu būdu, neišvengiama tiesioginis padarinys yra ligonio mirtis. Todėl toks veiksmas laikytinas autentišku eutanazijos per neveikimą aktu, kuris moralės požiūriu nepriimtinas.

Kartu nepritariame jokioms terapinio užsispyrimo gavinant ligonį formoms; tai gali būti pagrindinė poanoksinės VB priežastis.

11) VB ligonių teises atitinka sveikatos apsaugos darbuotojų, institucijų ir apskritai visuomenės pareiga laiduoti tai, ko reikia tokių ligonių apsaugai, skirti pakankamai finansinių išteklių bei skatinti mokslinius tyrimus, siekiančius cerebralinės fiziologinės patologijos ir mechanizmų, kuriais paremtas centrinės nervų sistemos plastiškumas, išmanymo.

12) Ypatingas dėmesys skirtinas šeimoms, kurių vienas iš narių ištiktas VB. Visa širdimi esame šalia jų jiems tekusiose kasdienėse kančiose ir vėl patvirtiname jų teisę į sveikatos apsaugos darbuotojų pagalbą ir visą žmogišką, psichologinę ir finansinę paramą, leidžiančią įveikti izoliaciją ir pasijusti žmogiškojo solidarumo dalimi.

13) Be to, institucijos privalo organizuoti tokių ligonių priežiūrai skirtus specializuotos pagalbos modelius (budinimo centrai, specializuotos reabilitacijos centrai), kurie būtų paplitę visoje teritorijoje. Institucijos taip pat turėtų skatinti, kad būtų ugdomas kompetentingas personalas.

14) VB ligoniai nelaikytini „našta“ visuomenei; priešingai, jie traktuotini kaip „iššūkis“, akinantis įgyvendinti naujus ir veiksmingesnius sveikatos apsaugos ir žmogiškojo solidarumo modelius.

Gauta:  
2009 02 06

Priimta spaudai:  
2009 02 20

## Literatūra

1. Jennet WB, Plum F. Persistent vegetative state after brain damage. A syndrome in search of a name. *Lancet* 1972; 1: 734–7.
2. Brierly JB, Adams JH, Graham DI, et al. Neocortical death after cardiac arrest. *Lancet* 1971; 2: 560–5.
3. Ingvar DH, Brun A, Johansson L, et al. Survival after severe cerebral anoxia with destruction of the cerebral cortex: the apallic syndrome. In: Korein J, ed. *Brain death: interrelated medical and social issues*. Ann NY Acad Sci 1978; 315: 184–214.
4. Dougherty JH Jr, Rawlinson D, Levy DE, et al. Hypoxic-ischemic brain injury and the vegetative state. Clinical and neuro-pathologic correlation. *Neurology* 1979; 29: 591.
5. Plum F, Posner JB. The diagnosis of stupor and coma. 1980.
6. Kretschmer E. Das apallische syndrome. *Z Ges Neurol Psychiat* 1940; 169: 567–79.
7. Klinikinė neurologija. Budrys V, red. V: Vaistų žinios, 2003; 367–80.

## J. Fišas

### VEGETATIVE STATE. A SHORT DESCRIPTION AND RELEVANT COMMENTS OF A UNIQUE CASE

#### Summary

The case of a 48 years old patient who has been in a vegetative state for 13.5 years is given. The reasons why the patient was able to live out are analyzed, the particularity of caring is discussed, the paramedical circumstances are analyzed. The complications which stroke the patient and the eventual complications are described in the article. The definition of the vegetative state, the diagnostics criteria of the vegetative state and the problem of the differential diagnostics are given. A quite new notion “a minimally conscious state” is described. Also, some new treatment questions are discussed. A common statement (concerning the vegetative state) of the association of global Catholics doctors is introduced.

**Keywords:** vegetative state, minimally conscious state, zolpidem.