

Jan Talar

Współczesna medycyna a sztuka

Studia Elbląskie 9, 259-266

2008

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

WSPÓŁCZESNA MEDYCYNA A SZTUKA*

Moi przedmówcy, Szanowni Profesorowie tak pięknie mówili o sztuce, że mnie lekarzowi nie bardzo wypada nawet o niej wspominać. Pozwolą więc państwo, że będę w swoim wystąpieniu próbował dotykać sztuki. Lekarz w moim odczuciu nie powinien mówić o realizowanej przez niego sztuce medycznej. Lekarz albo podchodzi z wielkim zaangażowaniem do chorego, skutecznie mu pomaga a tym samym uprawia sztukę, albo pracuje spoglądając na zegarek nie angażując się w problemy pacjenta — realizuje wyuczone rzemiosło. Mnie przypadła podwójna rola występować tutaj, bowiem jestem lekarzem klinicystą o prawie 40-letnim doświadczeniu i jestem nauczycielem akademickim. Nauczyciel akademicki ma wiele zadań w swojej pracy. Ja się skupię tylko na dwóch. Należy przekazywać studentom aktualną wiedzę, uzyskane doświadczenia, ale także w okresie studiów należy kształtować postawę studentów z uwzględnieniem wartości moralnych i etycznych. Postawa studentów ma być nacechowana empatią do ludzi, co pozwoli kochać chorego, pozwoli walczyć o jego zdrowie i życie. Jako nauczyciel akademicki rozpoczynając wykłady ze studentami mówię jednak o sztuce. Mówię studentom, że możecie ten okres wykorzystać na naukę, zabawę, rozrywkę, ale w moim odczuciu powinniście ten czas wykorzystać również na kształcenie swojego umysłu, postawy, swojej psychiki, bo dzięki temu wy będziecie mogli służyć wybranemu zawodowi, a więc służyć choremu. Albo będziecie szczęśliwi z pomocy innym, stale wzbogacając swoje możliwości terapeutycznego oddziaływania, albo będziecie zachowywać się jak rzemieślnik, np. szewc pochylony nad butem wbijający młotkiem ćwieki do zółwki.

Ale do tego potrzeba wiele czasu, bowiem sztuka nie rodzi się w ciągu nocy, dnia, tygodnia czy miesiąca. Sztuka powstaje wtedy, kiedy nabywa się dużego doświadczenia, kiedy potrafi się walczyć o życie człowieka. Nie będę tutaj definiował sztuki medycznej z wyżej wymienionych względów, ale powiem, że jeżeli są problemy z definiowaniem problemu, to odnosimy się często do pewnych porównań i dla przykładu powiem. My wszyscy, którzy tu jesteśmy nauczyliśmy się alfabetu. Wszyscy potrafimy pisać, czytać ale zastanówmy się, kto z nas potrafi

* Tekst na podstawie wykładu podczas III Międzyuczelnianej konferencji naukowej „Nauka a sztuka” — inspiracje Jana Pawła II dla współczesności w dniu 1 kwietnia 2008 r.

napisać piękny wiersz. W sklepach możemy kupić całe palety farb, ale kto z nas potrafi wykorzystać te farby żeby stworzyć arcydzieło?

Czym zatem jest medycyna? Jest to nic innego jak „dziedzina nauk przyrodniczych zajmująca się badaniem budowy i czynności organizmu ludzkiego w stanie zdrowia i choroby, rozpoznawaniem chorób i rokowaniem oraz leczeniem chorych i zapobieganiem chorobom”.

Czym jest więc sztuka? „W starożytności i średniowieczu oznaczało tyle co umiejętność, znajomość ściśle określonych reguł i postępowanie zgodnie z nimi, czyli tyle co rzemiosło. W istocie w poczet sztuk zaliczano oprócz malarstwa i rzeźby wiele rzemiosł, jak garncarstwo, czy krawiectwo, ale także np. retorykę, czy strategię. Robienie czegoś bez reguł było przeciwieństwem sztuki”.

W ujęciu nowożytnym sztuka to „dziedzina działalności ludzkiej, uprawiana przez artystów. Nie istnieje jedna spójna, ogólnie przyjęta definicja sztuki, gdyż jej granice są redefiniowane w sposób ciągły, w każdej chwili może pojawić się dzieło, które w arbitralnie przyjętej, domkniętej definicji się nie mieści”. Sztuka spełnia rozmaite funkcje, m.in. estetyczne, komunikacyjne, poznawcze, etyczne, społeczne, dydaktyczne, terapeutyczne, użytkowe, wychowawcze i emocjonalne; jednak nie stanowią one o jej istocie”.

Szanowni Państwo idąc tym torem warto wspomnieć słowa ojca medycyny Hipokratesa: „Medycyna przynosi często pociechę, czasami łagodzi, rzadko uzdrawia”.

W dziełach Hipokratesa zawarte były jeszcze szersze myśli, które dotyczyły innych zadań medyków. Do nich należało kształcenie uczniów i kształcenie rodziny. Dziś, jeżeli nauczyciel skupia wokół siebie dzieci nazywa się to nepotyzmem i jest publicznie wytykane.

Owidiusz łączy dwa pojęcia medycyny i sztuki: „Zazwyczaj medycyna jest sztuką, wina dane w jednym czasie pomagają a w nieodpowiednim szkodzą”.

Jeszcze inne wartości przedstawił Homer: „Jeden doświadczony lekarz wart jest 100 wojowników”.

Ale, do czego dochodzi medycyna. Według Aldousa Huxleya „Badania w zakresie medycyny uczyniły tak niezwykły postęp, że praktycznie nie mamy już ani jednego zdrowego człowieka”. Mówiąc językiem potocznym badania mogą wykazać różnie czynniki patogenne, np. wymaz z gardła, ze skóry ujawniają drobno-ustroje, które w trudnych warunkach mogą spowodować poważną chorobę. Zatem każdemu człowiekowi można udowodniać w zależności od potrzeby, że jest zdrowy lub chory.

Warto sięgnąć do wielkich sław medycyny sądowej, Prof. Sych powiedział: „nie ma wątpliwości, co do tego, że lekarz był jest i musi być jednoznacznym rzecznikiem dobra chorego”.

Inny wielki humanista, internista prof. Edward Szczeklik stwierdził:

„Medycyna nie powinna przeradzać się w sztukę. Medycyna od zarania dziejów była przecież sztuką. Ona raczej, gdyby kontynuować to sformułowanie, to ona przekształca się bardzo żywo, energicznie i chętnie w naukę. Ale od zarania dziejów medycyna była sztuką i jej zadanie polegało na uśmierzaniu bólu, na leczeniu ran, na przepędzaniu choroby. I przecież poruszała się po tych mrocznych, tajemnych obszarach między życiem a śmiercią. I dopiero dużo później, w ostatnich stu, pięćdziesięciu latach zaczyna stawać się nauką”.

Innym razem prof. Szczeklik uznał: „Ale, lekarz indywidualny jest wyposażony w tę nadzwyczajną moc, którą dawno, dawno temu nazywano «*medicina derbis*», to znaczy jest taki dział w medycynie, który w tej chwili się rozwija i bada połączenia między mózgiem a systemem odpornościowym. I nie ulega wątpliwości, że istnieją takie bardzo ważne złącza, chociaż mechanizmy, jak to się odbywa, są nam jeszcze nieznanne. Otóż te mechanizmy, można wzbudzić słowem. I to jest jedno z ważnych zadań lekarza. Żeby wzmocnić także i słowem te siły obronne organizmu. No, po prostu tchnąć wiarę, dać trochę nadziei. I do tego, co ciekawe, co się wydaje naturalne, zaczyna się znajdować substrat biologiczny, że istnieją takie drogi, takie połączenia będące odbiciem prawdy, jak wiele można słowem zdziałać”.

Idźmy dalej za tym humanistą: „Przecież to jest najnormalniejsze ludzkie zachowanie. Że się zanim zaczyna rozmawiać, że się go [chorego] bierze za rękę, że może się dotknąć jego głowy, czy się uśmiechnie”.

Wróćmy pamięcią do spotkań z Jego Świętobliwością Janem Pawłem II. Zanim coś powiedział papież, dotknął głowy człowieka a w tym jest coś wielkiego.

Inny nieznaną autor sztukę medyczną określił: „Prawdziwą sztuką leczenia jest wzmocnianie sił witalnych drzemających w chorych, ale także i w jego najbliższych”. Proszę Państwa, jeżeli chory ma jakieś banalne problemy to nie musi szukać oparcia w rodzinie. Są jednak choroby gdzie bez udziału rodziny nie da się odzyskać sprawności psychofizycznej. Jeszcze przez chwilę przysłuchajmy się słowom prof. Edwarda Szczeklika: „Wśród takich cech, które postawiłbym na pierwszym miejscu nie byłoby ani inteligencji ani wyjątkowej spostrzegawczości czy jakiś szczególnych cech charakteru czy osobowości. Na pierwszym miejscu postawiłbym wytrwałość. Jestem mocno przekonany, że wytrwałość w zmaganiu się z chorobą jest jednym z najważniejszych elementów, w jakie powinien być wyposażony czy wypracować sobie lekarz. Lekarz powinien myśleć o chorym, powinien nosić go w sobie, tymczasem to powinno niemal chwilami ocierać się o granice aż jakiegoś uporu”.

Kończąc studia miałem do wyboru dwie drogi. Albo zostać nauczycielem akademickim, albo zgłębiać praktyczną wiedzę medyczną w odległym ośrodku szpitalnym. Wybrałem trudniejszą drogę. Tak się złożyło, że w naszym regionie pracowałem szereg lat uzyskując potrzebne na przyszłość doświadczenia. To właściwie uitorowało moją przyszłość, moje zachowanie, moją świadomość, a mówiąc więcej moją walkę o życie człowieka.

W latach siedemdziesiątych pracowałem w Oddziale Chirurgii Szpitala Powiatowego w Lidzbarku Warmińskim. Zwykle codzienne zadania operacja, operacja zmęczenie i znów kolejna operacja. Ale w 1974 roku zdarzyło się coś, co zadecydowało o moim życiu. Spotkałem się na oddziale z młodym 19-letnim mężczyzną, który w wyniku sprzeczki z kolegą został uderzony w żuchwę. Poszkodowany stracił równowagę i padając uderzył głową o krawędź betonowego schodka. Trafił do szpitala, wykonano trepanację. Zwykle chorzy tacy po operacji odzyskiwali świadomość. W tym przypadku było inaczej — chory nie odzyskał świadomości. Według posiadanej wiedzy ten człowiek powinien umrzeć. Zdarzyło się inaczej. Przez ponad czterdzieści dni chory był w śpiączce. Przy łóżku chorego jego matka była cały czas modląc się o pomyślne wyzdrowienie. Miała różaniec, ciągle pytała, panie doktorze czy mój syn ma szansę wyzdrowieć? Były dni

sympatyczne gdzie wydawało się, że zdrowieje, ale były też dni znaczących pogorszeń. Pocięliśmy tę kobietę mówiąc, że przyjdą lepsze dni. Pewnego pięknego poranka młodzieniec ten odzyskał przytomność. Świadcami tego niecodziennego zdarzenia było dwóch lekarzy — ordynator śp., i ja. Ponieważ ordynator oddziału umarł to mnie przypadło trudne zadanie wytłumaczyć, co rzeczywiście się stało. Zakładałem trzy warianty. Najprostszy, że był to cud, drugi, że zdarzył się przypadek a trzeci, że mogła to być prawidłowość. Tylko jak to uzasadnić? Człowiek jest przywiązany realnie do stąpania po ziemi. Czekałem długo, aż do roku 1985, kiedy został otworzony 10 Wojskowy Szpital Kliniczny w Bydgoszczy. Mnie daleko było do zajmowania się takimi chorymi, bo najpierw byłem chirurgiem, potem rehabilitantem. Ale w ramach koleżeńskich kontaktów odwiedziłem niezwykle dobrego lekarza pracującego w Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej. Podczas pokazu tego oddziału spotkałem się z dziwnym określeniem niektórych leżących tam chorych „umrzyk”. Sięgnąłem do znanych mi terminów, ale nic mi się nie kojarzyło. W gabinecie uzyskałem wyjaśnienie tego dziwnego słowa. Umrzyk to osoba, która ma wypisaną kartę zgonu, ale bez daty. Data będzie wpisana w odpowiedniej chwili. Wówczas poprosiłem kolegę ordynatora abym mógł takich chorych poddać zabiegom rehabilitacyjnym. Odpowiedź była krótka. A bierz! Przecież ty im ani nie pomożesz, ani nie zaszkodziś.

Trudno w tej chwili opisać radość, jaka mnie ogarnęła, gdy chorego na wielkim łóżku anestezjologicznym ciągnąłem przez korytarze i windę aby dotrzeć do Zakładu Rehabilitacji. Tak zaczęło się dzieć każdego następnego dnia. Po dwóch tygodniach rehabilitowany chory odzyskał przytomność. Po tym chorym rehabilitowani byli następni z takim samym skutkiem. Radość ogarnęła wszystkich rehabilitantów a szczególnie mnie bowiem znalazłem odpowiedź na postawione wiele lat temu pytanie. Ale szczęście trwa zwykle krótko, pryska jak bańka mydlana. Tak się stało niestety w moim przypadku. Kolega kierownik oddziału anestezjologicznego ciężko zachorował a następnego koledzy nie pozwolili mi już więcej rehabilitować takich chorych. Jeden z następów na stanowisku kierowniczym dał mi trudną w tym czasie radę: „jeżeli chcesz rehabilitować takich chorych, to zbuduj sobie klinikę i będziesz wtedy pracował na własny rachunek”. W pierwszej chwili bliski byłem tłumaczyć koledze rękami, ale emocje opadły a pozostało zadanie do wykonania. Tak jak żeglarz „łapie wiatr w żagle” tak ja zdecydowałem się zbudować taką klinikę, w której będę mógł realizować wyznaczone zadanie. W chwilę po tym moja załoga poznała strategiczny plan stworzenia najlepszej kliniki rehabilitacji w Polsce i jednej z lepszych na świecie.

Mijały kolejne lata a w moich myślach kłębił się plan budowy takiej kliniki. Mała szansa powstała po obronie pracy habilitacyjnej. Wbrew wszystkiemu i wszystkim stworzyłem ideę, znalazłem miejsce, pozyskałem pieniądze i wybudowałem (przyklejając się do istniejących budynków) w Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Klinikę Rehabilitacji. W dniu, kiedy otwierałem Klinikę Rehabilitacji nie wiedziałem do końca, jaki będzie profil pracy tej placówki. Ale piątego dnia stała się dziwna rzecz. Przyszedł rano do Kliniki człowiek nieogolony, w „filcogumakach i w kufajce”. Siedział od rana do późnego wieczora. Miał wielką sprawę do załatwienia ale bał się, że zostanie odepchnięty. Około godziny 23 zauważyłem siedzącego przed sekretariatem drzemającego

mężczyznę. Trudno tu mówić o szczegółach bo sprawa nadaje się na dobry film. Ten człowiek przyszedł do mnie żeby uzyskać pomoc, rozwiązać wątpliwości prostego człowieka zatrudnionego w pegeerze. Miał następnego dnia podpisać zgodę na dawcę narządów swojej osiemnastoletniej córki Wioletty. Bał się, chciał i bał się. Chciał usłyszeć jakąś inną wiadomość, ale bał się że będzie odtrącony. Rozmawialiśmy zdawkowo. Dostał pan polecenie podpisania zgody na pobór narządów od swojej córki. Tak. No więc, dlaczego pan nie chce podpisać. Bo ona żyje. O co tu chodzi. Lekarze mówią że nie żyje a chłop, najprostszy chłop ze wsi mówi że żyje. Łapię ten wątek i pytam a dlaczego pan nie chce dać zgody? Bo jej serce bije. Po chwili stwierdziłem, że te proste słowa mnie przekonały. Wykonałem telefon do szpitala, gdzie leżała Wioletka i poprosiłem aby przewieźć chorą do akademickiej kliniki. Wioletka miała żyć, ponieważ teraz jej tato, mama i brat nie mają pracy i żyją dzięki rencie tej młodej dziewczyny.

Od tego momentu moja radość i szczęście zaczęły nabierać słonecznego blasku. Chorych w tym stanie przybywało w Klinice Rehabilitacji. Coraz więcej chorych odzyskiwało sprawność psychofizyczną.

Pojawiły się też coraz większe trudności, które wynikały z treści „Konwencji harwardzkiej”. *Konwencja harwardzka* w skrócie wprowadziła nowe pojęcie śmierci człowieka. Od wieków była ustalona definicja śmierci człowieka a tu powstała nowa definicja, ujmująca śmierć pnia mózgu jako śmierć mózgu, a ta oznacza śmierć człowieka. Jakie są objawy tej śmierci: głęboka śpiączka, trwały bezdech (a więc chory jest na respiratorze), odruch Babińskiego dodatni, zniesienie wszelkich odruchów, czucia powierzchniowego i głębokiego, rozbieżne ustawienie gałek ocznych, prężenia całego ciała, płaskie EEG.

Pień mózgu to jest twór schowany najgłębiej jak tylko można w mózgu i odpowiada za najważniejsze dla życia człowieka funkcje. Konwencja harwardzka powstała na gruncie dokonani laureata w 1906 roku Nagrody Nobla S. Ramóna Cajala, Ten wielki uczonej hiszpański dostał Nagrodę Nobla za to, że stwierdził: „W momencie zakończenia okresu rozwojowego wzrost i regeneracja zarówno aksonów jak i dendrytów zostają nieodwracalnie zakończone. OUN zostaje niezmienny, czasami ulega degeneracji, nigdy regeneracji”.

W procesie dydaktycznym studentów wyższych uczelni zapomina się o prof. Konorskim, naszym polskim wielkim naukowcu, który poza pobudliwością komórki nerwowej opisał zjawisko plastyczności mózgu. Dziś mówimy o plastyczności rozwojowej, pamięciowej i naprawczej. A więc to, co zostało uszkodzone mieści się w definicji Konorskiego.

W ślad za *Konwencją harwardzką* poszły rozporządzenia w naszym kraju, które zostały zawarte w *Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej* mówiące „w śmierci mózgu jako całości czynnikiem kwalifikującym jest śmierć pnia mózgu, jej stwierdzenie jest warunkiem koniecznym, ale i wystarczającym, aby uznać śmierć mózgu jako całości a tym samym śmierć człowieka”. W myśl rozporządzenia postępowanie o uznanie śmierci mózgu przebiega dwuetapowo. Początkowo wystawia się podejrzenie śmierci mózgu, które zawiera 5 punktów. Spełnienie wszystkich uprawnia do stwierdzenia tej śmierci i potwierdza się ją kolejnymi badaniami. Pierwsze cztery punkty podejrzenia w moim odczuciu nie budzą wątpliwości: chory jest w śpiączce, chory jest sztucznie wentylowany,

rozpoznano przyczynę śpiączki, wykazano strukturalne uszkodzenie mózgu (badaniem TC czy MRI).

Dla mnie najbardziej trudnym do uznania jest piąty punkt, który mówi: „Uszkodzenie strukturalne mózgu jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu”.

Według *Konwencji harwardzkiej* czas potrzebny na ustalenie śmierci mózgu — śmierci człowieka wynosi 24 godz. Praktycznie w większości krajów na świecie ten czas się skraca. W naszym kraju proponuje się aby w ciągu trzech godzin zakończyć proces uznania śmierci pnia mózgu a tym samym śmierci człowieka. Można zadać pytanie — co robi lekarz z chorym w pierwszych 3 godzinach po ciężkim wypadku? Czy leczy poszkodowanego, czy podejmuje decyzję nieodwracalną?

Drugi etap jest w wielu przypadkach trudny do zrealizowani, zwłaszcza w porze nocnej w większości polskich szpitali. Według wytycznych należy potwierdzić śmierć następującymi badaniami: trzykrotne EEG, potencjały wywołane, angiografia mózgu, przezczaszkowe badanie ultrasonograficzne, scyntygrafia mózgu, spiralna tomografia mózgu oraz PET. W innych przypadkach uzyskana pisemna zgoda rodziny na pobranie narządów od osoby bliskiej dopełnia niezbędne wymagania.

Na potwierdzenie powyższych stwierdzeń można mówić o złych doświadczeniach niektórych naukowców. W roku 1990 Minderhoud stwierdził: „po 4 tygodniach śpiączki prognoza jest niekorzystna — zmiany w pniu mózgu są nieodwracalne”. Kilka lat później, w roku 2002 Liao, Yuen, Patel i współpracownicy stwierdzili: „po dwóch tygodniach nie oczekuje się wybudzenia, a jeżeli nawet, to zniszczenie mózgu jest tak wielkie, że gdy się chory wybudzi, to nie przypomina on człowieka”.

Wykonane badania mózgu w Klinice Rehabilitacji w Bydgoszczy wykazywały duże zaniki tkanki mózgowej. Stosowana intensywna, kompleksowa rehabilitacja spowodowała jednak powrót człowieczeństwa u osoby skazanej na niebyt. Człowiek ten żyje i jest sprawny pod względem fizycznym i psychicznym. Cóż zatem jest prawdą — stwierdzenia o nieskuteczności leczenia, czy doświadczenia Kliniki Rehabilitacji? Prawdą leży po środku. Rzeczywiście w mózgu występują wielkie zmiany zanikowe, ale występują one gdy chory leży bez jakiegokolwiek rehabilitacji. Lekarz i zespół rehabilitacyjny jest po to, aby nie dopuścić do tego zaniku. Tak samo dzieje się po przebytych złamaniu kończyny, gdy z konieczności stosujemy unieruchomienie. Po zdjęciu unieruchomienia stwierdzamy zaniki mięśni. Wystarczy kilka tygodni rehabilitacji a kończyna wraca w mniejszym lub większym stopniu do pełnej sprawności. Jeżeli komórki mięśni podlegają regeneracji to także komórki mózgu podlegają takim procesom. Warunkiem niezbędnym tych działań jest wielokierunkowa stymulacja w jednym przypadku mięśni a w drugim przypadku stymulacja mózgu.

Warto więc iść za słowami wybitnych innych naukowców, np. prof. Sycha: „Uznanie życia za dobro najwyższe w etyce humanistycznej jest powszechne. Każdy człowiek ma prawo do leczenia, które w ostateczności ma chronić go przed przedwczesną śmiercią. W tym zakresie jest także prawo każdego do korzystania z postępu, a więc z osiągnięć nauki zastosowanych w praktyce”.

Shewmon, człowiek, który dużo wie na temat chorych z urazami mózgu stwierdza: „Niezależnie od tego czy podoba się to orędownikom koncepcji śmierci mózgowej czy też nie, w ostatecznej konsekwencji tego właśnie dotyczy rozpoczęta przez nich debata, która wytyczna nowe szlaki bioetyki. Nie należy wątpić, że prawda ostatecznie zwycięży. Pytaniem otwartym pozostaje jednak jak wiele czasu upłynie do tej chwili i jak wielkie koszty ludzkie, to nie są pieniądze, ale jak wielkie koszty ludzkie poniesione zostaną do tego czasu”.

W roku 1750 został rozpoznany i opisany zespół chorobowy nazywany *spinal shock* czyli szok rdzeniowy. Dziś każdy traumatolog, neurochirurg, ortopeda widział chorych w tym stanie i zna jego definicję: „Jest to stan przejściowego czynnościowego porażenia wiotkiego (3–4 dni) poniżej miejsca uszkodzenia rdzenia kręgowego, zniesienia wszelkich ruchów, czucia, odruchów powierzchownych i głębokich, odruchów trzewnych i autonomicznych (cztery fazy szoku rdzenia Ditunno, Shewman). Pojawia się skłonność do odleżyn oraz występują zaburzenia naczynioruchowe. Po kilku dniach, tygodniach stopniowo wraca napięcie mięśni, pojawiają się odruchy ulegając stopniowemu ich wzmożeniu”.

Należy przypomnieć, że mózg i rdzeń kręgowy stanowią ośrodkowy układ nerwowy.

W 2006 roku opisałem zespół chorobowy nazwany szokiem mózgowym, jako przejściowe porażenie wiotkie całego ciała, któremu towarzyszy głęboka śpiączka, bezdech, zniesienia wszelkich ruchów, odruchów, czucia powierzchownego i głębokiego, odruchów trzewnych i autonomicznych.

Mamy tu takie same objawy, jakie występują w uszkodzeniu pnia mózgu.

Ten stan przejściowy może ustąpić jednak w pewnych szczególnych warunkach. Chorego w tym stanie należy traktować jak osobę żyjącą, a więc wcześniej — od pierwszych dni kompleksowo rehabilitować. Wtedy stopniowo pojawiają się odruchy, napięcie mięśni, pojawia się własny oddech i perystaltyka jelit.

Można więc zadać pytanie. Czym jest w końcu szok mózgowy — stanem przejściowym, stanem nieodwracalnym, czy śmiercią mózgu?

W tej sytuacji twierdzę, że podejmowanie decyzji nieodwracalnych jest ze wszechmiar bezzasadne, nie wypełnia treści zawartych w piątym punkcie pierwszego etapu podejrzenia śmierci mózgu, śmierci człowieka.

Nasza konferencja poświęcona jest pamięci jego Świątobliwości Jana Pawła II. Jan Paweł II wielokrotnie dawał swój wyraz zachowaniom ludzkim, chociażby przez to, że on też cierpiał. W dniu 29.08.2000 roku na Międzynarodowym Kongresie Towarzystwa Transplantologicznego Jan Paweł II powiedział: „ważne dla życia narządy nieparzyste mogą być pobrane z ciała tylko po śmierci, tj. z ciała kogoś, kto na pewno umarł”.

W 2004 r. podczas konferencji na temat: Terapie podtrzymujące życie a stany wegetatywne Jan Paweł II powiedział: „człowiek, nawet ciężko chory, niezdolny do wykonywania bardziej złożonych czynności jest i zawsze pozostanie człowiekiem, nigdy zaś nie stanie się rośliną lub zwierzęciem”. Janowi Pawłowi II chodziło o podmiotowość człowieka, a zatem dopóki jest „ja” to jest i człowiek. Ten temat jest niezwykle poważny. Dlatego też Papieska Akademia *Pro Vita* zajmowała się problemem śmierci mózgowej. Nie uzyskano konsensusu, czego wyrazem było

osobne stanowisko 16 naukowców sprzeciwiających się temu stanowi w artykule „Brain Death is Not Death”.

Jan Paweł II w obliczu tych rozbieżności poddał wątpliwości to, co nauka mówi o śmierci człowieka, a zatem polecił prowadzić dalszą debatę na ten temat. Tę strategię kontynuuje nasz obecny papież Benedykt XVI. Myślę, że naukowcy, klinicyści, psycholodzy, filozofowie mają obowiązek dochodzenia prawdy.

Small i Gage (2007 rok) na podstawie badań uznali, że „Intensywny ruch skłania komórki nerwowe do tworzenia gęstych sieci połączeń nerwowych, dzięki którym mózg pracuje skuteczniej i szybciej”.

Kramer udowodnił, że „Praca mięśni uwalnia do krwi białko IGF-1, które w mózgu wzmacnia produkcję neuroprzekazników a w tym mózgowego czynnika wzrostu nerwów — BDNF powodującego neurogenezę wśród komórek macierzystych, np. w płatach czołowych.

Ratey i Spark prowadzili badania na hipokampie i wykryli w wyniku pracy mięśni neurogenezę komórek macierzystych. Poprawiała się zdolność myślenia człowieka.

Moje doświadczenia klinicznie w całej rozciągłości potwierdzają konieczność rehabilitowania chorych ze strukturalnymi uszkodzeniami mózgu. Realizując wczesną, kompleksową rehabilitację uzyskałem bardzo dobre wyniki u kilkuset chorych będących w ciężkim stanie klinicznym.

Podczas wykładu zaprezentowałem wiele przypadków odzyskania świadomości i sprawności psychofizycznej osób po urazowych uszkodzeniach mózgu.

Metody wybudzania chorych są cały czas doskonałe mimo, że nie pracuję w słynnej Klinice Rehabilitacji.

Prezentacja wielu chorych uratowanych z długotrwałej śpiączki jest najlepszym dowodem nowoczesnej pełnej humanitaryzmu medycyny.

Teraz jeszcze kilka zdań wielkich ludzi. Prof. Szczeklik stwierdził: „(...) Medyk nie powinien przykładać ręki do śmierci. Co do tego nie mam żadnych wątpliwości. W przypadkach eutanazji jestem bardzo mocno przekonany że nie powinna mieć ona miejsca i moja argumentacja nie porusza się na płaszczyznach etyczno-moralnych. W tej chwili najbardziej rozstrzyga się problem życia i śmierci w kategoriach filozofii, psychologii, etyki a tu trzeba brać się do roboty. Nie dlatego, żebym je negował tylko wynika to po prostu z mojego doświadczenia. Tyle razy widziałem że lekarze się mylą, że ja się mylę. Przyznać się do błędu jest sztuką. Że opierać o to decyzje o przerwaniu czyjegoś życia nie jest dobre. Gdyby śmierć miała zależeć od osądu lekarskiego ileż mniej ludzi chodziłoby po ziemi. To jest jeden z moich argumentów przeciwko eutanazji”.

I to, co miało być dawno powiedziane a zostało sformułowane w ubiegłym roku przez kard. S. Dziwisza „Żadne prawo nie może pozbawiać nikogo prawa do życia”.

Można więc zadać pytanie — co ma większą wartość? Prawo natury czy prawo stanowione?