

Badanie żywej kropli krwi i inne czary – refleksje lekarza – rzecznika odpowiedzialności zawodowej

Pomysłowość osób próbujących naciągać i oszukiwać ludzi naiwnych nie zna granic. Z kolei ludzka podatność na manipulację i oszustwo jest wprost proporcjonalna do skali problemu, do skali trudności sytuacji w jakiej znajduje się człowiek będący „w potrzebie”, mający problem. Niewątpliwie do najważniejszych w naszym życiu należą problemy zdrowotne. Nieważne czy te rzeczywiste, czy te wymaginowane. Jeśli mamy taki problem i znajdziemy w tym momencie kogoś – człowieka czy instytucję, która obiecuje nam szybkie rozprawienie się z nim, gwarantuje łatwe i niezawodne (jej zdaniem) rozwiązania – często gotowi jesteśmy z nich skorzystać. Dlaczego piszę o rzeczywistych i wymaginowanych problemach zdrowotnych? Otóż jak się okazuje – tam, gdzie nie ma rzeczywistego problemu zdrowotnego – umiętny marketing pseudomedycznych szarlatanów potrafi je nam wmówić, sprawić że zaistnieją w naszej świadomości, czyli stworzyć *potrzebę* w rozumieniu marketingowym! To **uświadomiona**, nie zaś rzeczywista potrzeba jest motorem ludzkich działań, o czym dobrze wiedzą specjaliści od marketingu.

Obok już znanej bioenergoterapii, biorezonansu, hydrokolonoterapii, różnej maści „detoksykacji/odtruwania organizmu”, „ozonowania krwi” – w ostatnich kilku latach znaczną popularność zyskało tak zwane **badanie żywej kropli krwi**². Cóż to takiego – zapyta zapewne ktoś nieznający tematu, nieczęsto buszujący w Internecie, a jeśli nawet – to nieodwiedzający stron internetowych związanych z tzw. „medycyną alternatywną” zwaną też „medycyną niekonwencjonalną”.

Spróbujmy przybliżyć czytelnikowi to zjawisko. Otóż badanie krwi żywej to (w rozumieniu jej propagatorów) po pierwsze, nie jest badanie krwi *martwej*, czyli takiej jaką bada medycyna zwana w środowiskach znachorsko-bioenergoterapeutyczno-uzdrowicielskich „medycyną konwencjonalną”. Tamta medycyna (konwencjonalna) bada krew *martwą*, nasze zaś badanie jest lepsze, bo tu bada się po pierwsze krew **żywą**, po drugie tylko **kroplę!** Jakaż to różnica w porównaniu z ilościami krwi pobieranymi przy zwykłych jej badaniach! Wystarczy kropla, ale tylko tej prawidłowej, żywej, z opuszki palca, a nie litrami utaczanej w laboratoriach z naszych żył! A tak w rzeczywistości – to faktycznie nasz badacz kropli krwi żywej pobiera z użyciem nakłuwacza/nożyka stosowanego do glukometru kroplę z opuszki palca i umieszcza ją bez antykoagulantu i bez barwienia na szkiełku podstawowym, przykrywa szkiełkiem nakrywkowym i ogląda pod mikroskopem w tzw. jasnym i ciemnym polu widzenia (fajnie i naukowo brzmiące sformułowanie!). Z reguły robi to w obecności pacjenta, prezentując ogląda-

¹ Zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej NIL, ORCID 0000-0001-6703-1168.

² K. Lubecki, *Badanie żywej kropli krwi... i inne czary*, gazetalekarska.pl.

ny obraz na podłączonym monitorze. Ta bezpośredniość badania, jego naoczność – ma robić wrażenie. I robi! Krew pobrana bez antykoagulantu – jak się nasi Czytelnicy już zapewne orientują – po prostu krzepnie. Na monitorze widać więc w rzeczywistości erytrocyty, krwinki białe, ale i tworzące się agregaty erytrocytów, formujące się skrzepy i wreszcie artefakty – czyli drobiny zanieczyszczeń na szkiełkach – bo cóż innego mogłoby tam być? Ale opis naszego badacza kropli żywej jest nieporównanie bogatszy! Podaję dalej cytaty z opisów tych „badań”, już bez cudzysłowu. Mamy więc objawy zakwaszenia organizmu (niemal zawsze), jaja i żywe larwy pasożytów/robaków (często), objawy zaburzeń flory jelitowej, drożdżaki – candida (bardzo często) i inne grzyby (często, zależnie od inwencji naszego badacza), zaburzenia cholesterolu, złoży kwasu moczowego. Opisy często silą się na pseudonaukowe brzmienie, używając sformułowań skądinąd znanych medycynie (rulonizacja erytrocytów, sferocytoza, anizocytoza). I cóż z tego, że struktury ukazywane pacjentowi przez naszego badacza jako grzyby czy larwy robaków nie są nimi w rzeczywistości, że objawy tzw. zakwaszenia organizmu nie mają nic wspólnego z rzeczywistą kwasicą – pacjent je naocznie widzi! Można się domyślić że po uzyskaniu tak dogłębnej diagnozy – pacjent otrzyma też propozycje terapii! Nie będą to jednak leki przeciw pasożytnicze ani przeciwgrzybiczne (co np. sepsa, jako ostry stan bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta związany z tak masową obecnością drożdżaków we krwi w pełni by usprawiedliwiała) – będą to „preparaty biologiczne”, produkty homeopatyczne, różne zioła czy probiotyki. Fachowym pracownikom ochrony zdrowia, nie tylko lekarzom nie trzeba udowadniać, iż przytoczone opisy masowego pojawu drożdżaków we krwi nie mają nic wspólnego z rzeczywistą infekcją *Candida albicans*, że opisywane larwy robaków czy przywr nie są larwami przywr, które nawiasem mówiąc należałoby przecież oznaczyć co do gatunku, określić stadium rozwojowe, słowem wykonać niezbędną dla postawienia konkretnego rozpoznania określanej infekcji – diagnostykę parazytologiczną. Precyzyjna diagnostyka rzeczywistej infekcji nie jest konieczna, bo tej infekcji w rzeczywistości nie ma! O tym nasz badacz przecież wie. Rozpoznanie gatunku pasożyta nie jest konieczne – diagnoza jest już bowiem z góry przygotowana, podobnie ja terapia. Czeka w szafce naszego terapeuty, ale bywa, że jest dostępna w Internecie, nawet bez poprzedzającego badania. Wielu pacjentów jest skłonnych uwierzyć w nią, gdyż Internet jest pełen sponsorowanych artykułów mówiących o „toczących” nas robakach, pasożytach, glistach, często wzbogaconych nader sugestywnymi zdjęciami ukazującymi narządy wewnętrzne człowieka (kto to sprawdzi czy człowieka?) wypełnione robakami.

Fakt, iż z reguły tego typu pseudodiagnostyką zajmują się nie lekarze, lecz dietetycy, naturopaci, bioenergoterapeuci i inni „specjaliści” po szkołach o wątpliwej reputacji – nie powinien być usprawiedliwieniem dla naszego, lekarskiego milczenia w tej sprawie. Niestety bywa, że to lekarze, co prawda bardzo nieliczni, firmują swymi nazwiskami szkolenia z tej hochsztaplerskiej, pseudonaukowej i noszącej wszelkie znamiona oszustwa „działalności diagnostyczno-terapeutycznej”³.

Należy zadać sobie pytanie: skąd biorą się w nas lekarzach tak nieskończenie bogate pokłady tolerancji dla pseudomedycznej działalności służącej w rzeczywistości

³ Ibidem.

promowaniu sprzedaży po pierwsze, samego badania (koszt 130–150 złotych), po drugie, sprzedawaniu preparatów służących „terapii” wykrytych dzięki temu badaniu schorzeń (tu ceny potrafią być znacząco wyższe!). Wymaga to moim zdaniem chwili głębszego zastanowienia.

Może dzieje się tak dlatego, że czasami metodami medycyny naukowej nie możemy pomóc naszym Pacjentom? To fakt, nie jesteśmy wszechmocni... To nie wymaga dyskusji. Ale jako osoby znające ograniczenia medycyny, nasze własne ograniczenia – bardziej skłonni jesteśmy do wybaczenia niepowodzeń innym ludziom. Może – co bardzo prawdopodobne – jest to skutek dotychczasowych naszych niepowodzeń w zwalczaniu hochsztaplerstwa i oszustw tzw. medycyny alternatywnej? Fakt – nie zawsze na tym polu odnosimy sukces. Co więcej – nasze zaangażowanie, zwłaszcza zaangażowanie „niepełne”, części środowiska a nie jego całości – społeczeństwo, a zwłaszcza jego *hejterska część* odczytywać może jako próbę obrony swoich interesów (*sic!*). Może wreszcie uważamy, że większość osób parających się taką diagnostyką to nie lekarze, a jeśli nawet posługują się tytułem lekarza – to w rzeczywistości nie posiadają prawa do wykonywania zawodu lekarza na terenie Polski (tak bywa!) i pozostają poza jurysdykcją naszego samorządu. Część z nas sądzi wreszcie, dla świętego spokoju, że badanie żywej kropli krwi jest co prawda bezwartościowe, ale „w końcu nie szkodzi pacjentowi”, a zapotrzebowanie na usługi znachorów było, jest i będzie, gdyż jak powiadał Einstein: „dwie rzeczy są nieskończone – Wszechświat i ludzka głupota, przy czym co do Wszechświata – to nie ma pewności...”. Zatem „niech się pacjenci badają – to im nie zaszkodzi, nawet jeśli nie pomoże”. Ta tolerancja świata lekarskiego dla stosowania (czy choćby tolerowania) w rzeczywistości nieskutecznych metod leczenia ma swe źródło w jednej z fundamentalnych zasad medycyny – w zasadzie „*Primum non nocere*” (po pierwsze/najważniejsze – nie szkodzić)! Tego uczyli nas nasi mistrzowie, zasadę uznajemy za szlachetną i obowiązującą. I taką w rzeczywistości jest, ale tylko rozumiana w kontekście swej genezy historycznej, bez niej może być frazesem! A pochodzi ona jeszcze z czasów, gdy działania medyczne, czy czasami pseudomedyczne – częściej szkodziły niż pomagały! Przypomnijmy sobie z kart historii medycyny – upuszczanie krwi, zalewanie ran postrzałowych wrzącym olejem, teorię o „chwalebny m ropieniu ran”. Wraz z postępowaniem wiedzy medycznej lekarze mogli zaoferować swym pacjentom coraz lepsze metody leczenia, w pewnym momencie dziejów ludzkości (czyli około drugiej połowy XIX wieku) zaczęły być one rzeczywiście skuteczne, nieco wcześniej przestały być w rzeczywistości szkodliwe! Stopniowo, dzięki szczepieniom ochronnym, antyseptyce, aseptyce, znieczuleniu ogólnemu i miejscowemu, sulfonamidom i antybiotykami, postępowaniom farmakologii i genetyki – zaczęliśmy być skuteczni, a nawet poczuliśmy się (niemal) wszechmocni. A jednak głęboko tkwi w nas lekarzach kompleks, pamięć czasów, gdy medycyna niewiele mogła, a czasami w rzeczywistości szkodziła.

W drugiej dekadzie XXI wieku nie wystarcza nam, gdy nie szkodzimy, nie wystarcza że skutecznie leczymy. Dążymy do wyłonienia spośród już dostępnych i skutecznych metod leczenia – tych najskuteczniejszych! W epoce medycyny opartej na wynikach (EBM) opracowujemy algorytmy działań diagnostyczno-terapeutycznych zoptymalizowanych pod względem nie tylko ich skuteczności, ale minimalizacji działań ubocznych, minimalizacji absencji chorobowej, minimalizacji społecznych kosz-

tów leczenia, i wreszcie optymalnych dla jakości życia naszych pacjentów. Stosowanie EBM wymaga z samego swego założenia – obiektywizmu. Badania porównawcze leków – nie mogą być *ex definitiae*, nie mają wręcz prawa (!!!) być sponsorowane przez ich wytwórców. A co się dzieje jeśli w rzeczywistości są/bywają? Co z tego, że rzadko? Co z tego, że wyniki badań bez pełnej randomizacji otrzymują niski stopień rekomendacji w EBM, jeśli przeciwnicy EBM i tak to wychwycą! Przeciwnicy medycyny naukowej, różnego rodzaju zwolennicy spiskowych teorii dziejów, globalnego spisku z wiodącym udziałem *Big Pharma* skwapliwie zauważą każde niedociągnięcie metodologiczne medycyny naukowej. I dobrze że tak jest, EBM nie jest przecież panaceum na wszystkie niedole tego świata. Należy dążyć do obiektywizmu badań naukowych, także dzięki krytyce sytuacji, gdy nie są one obiektywne, a badania są sponsorowane przez koncerty farmaceutyczne. Wrogowie *Big Pharmacy*, spostrzegający w niej zagrożenie, członkowie „ruchów wolnościowych” czy „antyszczepionkowych” tworzą specyficzne i zyskujące sympatię społeczną (jako „obrońcy wolności”) środowisko, stanowiące podatny grunt dla propagowania pseudonaukowych metod diagnostyczno-terapeutycznych, w tym będącego przedmiotem naszych rozważań badanie kropli żywej krwi. Pojawiające się ostatnio w ogłoszeniach „kliniki” stosujących badanie kropli żywej krwi obietnice wykrycia wczesnych stadiów nowotworów (!!!) brzmią już jednak poważnie i nie pozwalają nam przejść obojętnie obok tego problemu. Żyjąc w czasach *kryzysu racjonalizmu*, jako lekarze nie możemy odżegnać się od naszej roli *krzewicieli racjonalizmu*. Jakkolwiek byłoby to dziś niemodne – cytując Horacego – „odważmy się być mądrymi”!

Dla mnie, jako rzecznika odpowiedzialności zawodowej, najważniejsza jest jednak odpowiedź na pytanie, jak ma się ewentualne współuczestniczenie lekarza/lekarzy w takim procederze do obowiązków, jakie nakłada na nas Kodeks etyki lekarskiej⁴ (KEL)? A odpowiedź ta niestety nie jest pocieszająca dla zwolenników tolerowania diagnostyki i leczenia metodami co prawda nieskutecznymi, ale „nieszkodzącymi”. Nasz Kodeks wymaga więcej! Nie wystarczy, że jakieś postępowanie nie szkodzi! W swym artykule 57 ust 1. KEL⁵ stanowi, iż „Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowane naukowo. Nie wolno mu także współpracować z osobami zajmującymi się leczeniem, a nieposiadającymi do tego uprawnień”⁶. Rozważmy to głębiej – ta współpraca to nie tylko udział w szkoleniu tych osób, czy co gorsza – samodzielne wykonywanie takich „badań”. To także udzielanie swego lekarskiego autorytetu w radach naukowych instytucji propagujących czy stosujących takie badania. To wreszcie inna niż skrajnie krytyczna – reakcja na przedstawienia nam jako lekarzom – wyników takich badań przez naszych Pacjentów! Brak naszej krytyki dla tracenia pieniędzy na takie bzdury pacjent może zrozumieć jako ich akceptację! Nie wahajmy się nazywać głupoty po imieniu! Jeszcze raz wspomnę cytą z Horacego – miejmy jako lekarze odwagę być mądrymi! Udzielmy prawdzie i mądrości naszego autorytetu, nie ustępujemy głupocie dla świętego spokoju. Wypada zacytować tu mądrą, ale smutną refleksję Marie von

⁴ Kodeks etyki lekarskiej, <https://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej/>, 15.06.2018.

⁵ G. Wrona, M. Maśliński, *Zasady postępowania w praktyce lekarskiej. Komentarz do rozdziału IV Kodeksu etyki lekarskiej*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8, s. 102 i n.

⁶ A. Gubiński, *Kodeks etyki lekarskiej. Komentarz*, Warszawa 1995, s. 185 i n.

Ebner-Eschenbach: „Mądry ustępuje głupiemu! Smutna to prawda; toruje ona głupocie drogę do opanowania świata”.

Wracając do KEL – w ust. 2 artykułu 57 stawia on wymóg: „Wybierając formę diagnostyki lub terapii lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na dodatkowe koszty”. Wreszcie ust. 3 tegoż artykułu mówi „Lekarz nie powinien dokonywać wyboru i rekomendacji środka leczniczego oraz metody diagnostyki ze względu na własne korzyści”.

W podsumowaniu wymogów KEL należy zauważyć, iż ewentualne uczestnictwo lekarza w „badaniu żywej kropli krwi” w jakiegokolwiek formie, czy to szkolenia adeptów tej „metody diagnostycznej”, czy choćby firmowania takowego szkolenia swym nazwiskiem i tytułem naukowym, czy posługiwania się wynikami takich badań we własnej pracy, czy w końcu ich wykonywania przez lekarza – są objęte w KEL zakazami kategoriowymi i nakazami imperatywnymi – stąd sformułowania „nie wolno” i „ma obowiązek”. Jedynie czerpanie korzyści z tego proceduru mogłoby być objęte zakazem niższej rangi ujętym w ust. 3 („nie powinien”). Wydaje się jednak, iż nie byłby on właściwy dla ewentualnej *subsumpcji* posługiwania się przez lekarza tą „metodą diagnostyczną” przy stawianiu zarzutów przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej, gdyż nie jest to w rzeczywistości metoda diagnostyczna! Co najwyżej zarzut można by formułować „w związku z art. 57 ust. 2 i 3 KEL” Gdybym w przyszłości jako rzecznik miał prowadzić postępowanie wyjaśniające w sprawie lekarza⁷ związane z posługiwaniem się przez niego „badaniem krwi żywej” – przy ewentualnym stawianiu zarzutów nie pominąłbym też zapisów art. 6 KEL⁸, nakazującego lekarzowi „ograniczenie czynności medycznych do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy”⁹. Badanie krwi żywej nie jest w oczywisty sposób ani rzeczywiście potrzebne choremu, ani zgodne z aktualnym stanem wiedzy! Zauważyłbym też kontekst art. 1 KEL, stanowiącego, iż naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu¹⁰. Dla mnie, a sędzę że dla wszystkich lekarzy szanujących własną profesję – udział w czarach-marach typu badania żywej kropli krwi jest i powinien być poniżej godności naszego zawodu i niewątpliwie podważa zaufanie do niego¹¹!

Na koniec pragnę z całą mocą podkreślić, że jeśli jakiś zwolennik i propagator „badania żywej kropli krwi” poczuje się dotknięty czy urażony ostrym i bezkompromisowym dla głupoty i bezczelności szarlatanów tonem mego artykułu – to był on moim świadomym działaniem, był zamierzony! Rzucam mu rękawicę, niech ją podejmie, niech udowodni mi że badanie jest wartościowe, że jest naukowo uzasadnione, że

⁷ Patrz szerzej E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 11 i 23 oraz eadem, *Odpowiedzialność zawodowa*, w: *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wrocław 2003, s. 180; M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 468.

⁸ M. Urbaniak, Sz. Cofta, *Zasady postępowania lekarzy wobec pacjenta-komentarz do art. 6 i 7 Kodeksu etyki lekarskiej*, „Medyczna Wokanda” 2015, nr 7, s. 54 i n.

⁹ A. Gubiński, op. cit., s. 72–74.

¹⁰ Ibidem, s. 64–65.

¹¹ Patrz szerzej K. Linke, *Komentarz do art. 1–5 Kodeksu etyki lekarskiej*, „Medyczna Wokanda” 2015, nr 7, s. 11–15.

powtarzalne są jego wyniki, że ułatwia stawianie właściwych rozpoznań, że pozwala wreszcie na wyciąganie właściwych wniosków i ustalanie właściwych wskazań terapeutycznych. Oczekuję rzetelnej analizy jego skuteczności w oparciu o zasady EBM! Jeśli tak się okaże, jeśli udowodni jej skuteczność i zasadność – pochylę w pokorze me czoło i stwierdzę, iż się myliłem. Przepraszę! Ale póki co – Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przypomina, iż Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej winien po powzięciu wiadomości o udziale lekarza/lekarzy w tym procederze wszczynać postępowanie wyjaśniające¹²!

Streszczenie

Artykuł analizuje z punktu widzenia medycznego i dyrektyw przewidzianych Kodeksem etyki lekarskiej „popularną” obecnie metodę diagnostyczną tzw. badania żywej kropli krwi. Rozważania dotyczą w szczególności możliwości naruszenia przez lekarza w takich przypadkach normy art. 57 KEL, zgodnie z którym „Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowane naukowo. Nie wolno mu także współpracować z osobami zajmującymi się leczeniem, a nieposiadającymi do tego uprawnień”. Z kolei w art. 57 ust. 2 KEL stawia się wymóg, aby wybierając formę diagnostyki lub terapii lekarz kierował się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz zakazuje się narażania go na dodatkowe koszty. Wreszcie ust. 3 tegoż artykułu mówi, iż „Lekarz nie powinien dokonywać wyboru i rekomendacji środka leczniczego oraz metody diagnostyki ze względu na własne korzyści”. Autor zastanawia się nad możliwością postawienia propagatorom tej metody zarzutu naruszenia art. 6 KEL, nakazującego lekarzowi „ograniczenie czynności medycznych do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy”. Autor stawia tezę w tym kontekście, iż badanie krwi żywej nie jest w oczywisty sposób ani rzeczywiście potrzebne choremu, ani zgodne z aktualnym stanem wiedzy! To wszystko może prowadzić do wniosku, iż w przypadku posługiwania się taką metodą diagnostyczną, można rozważać także naruszenie art. 1 KEL, stanowiącego, iż naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

Słowa kluczowe: badanie żywej kropli krwi, zakaz posługiwania się przez lekarza metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowane naukowo, odpowiedzialność zawodowa lekarza w przypadku posługiwania się metodą badania żywej kropli krwi

Live blood analysis and other witchcraft – reflections of a physician – the screener for professional liability

Summary

The article analyses, from both the medical viewpoint and the directives provided for in the Code of Medical Ethics (CME), a “popular” diagnostic method, the so-called live blood ana-

¹² Zob. szerzej G. Wrona, J. Skrzypczak, *Podstawy prawne odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Uwagi de lege lata, postulaty de lege ferenda a rozwiązania przyjęte w nowej ustawie o izbach lekarskich*, „Medyczna Wokanda 2009, nr 1, s. 64–70; G. Wrona, *Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w nowej ustawie o izbach lekarskich – wybrane zagadnienia*, „Medyczna Wokanda” 2010, nr 2, s. 69–76.

lysis. The consideration concerns in particular the possibility, in such cases, of violation of Article 57, CME by the physician, according to which “a physician is not allowed to use methods recognised by science as harmful, worthless or not scientifically verified. He is also not allowed to cooperate with those who deal with medical treatment, and who are not approved to do so”. In turn, in Art. 57 (2) of the CME, the requirement is to select the form of diagnostics or therapy to be primarily based on the criterion of patient’s effectiveness and safety, and prohibit exposing him/her to additional costs. Finally, paragraph 3 of this article says that “The physician should not make a choice and recommendation of a therapeutic agent and methods of diagnosis with his/her own benefits in mind”. The author is considering the possibility of bringing the allegations of violation of Art. 6 CME to exponents of this method, ordering the doctor to “limit the medical activities to the actual needs of the patient in accordance with the current state of knowledge”. The author puts forward a thesis in this context that a live blood test is obviously neither really necessary for the patient nor consistent with the current state of knowledge! All this may lead to the conclusion that in the case of using such a diagnostic method, one may also consider a violation of Article 1 of the CME, stating that any medical conduct that undermines confidence in the profession is a violation of the dignity of the profession.

Key words: live blood analysis, a ban using methods recognised by science as harmful, worthless or not scientifically verified, legal responsibility of physicians in the case of using a live blood analysis

