

Grzegorz Teresiński, Roman Mądro

**Lekarskie aspekty narażenia na
niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia
I. Problem skutku potencjalnego w opiniowaniu
sądowo-lekarskim**

**Medical aspects of acts endangering health and life
Part I. An issue of potential consequences in medico-legal
opinions**

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM w Lublinie
Kierownik: prof. dr hab. R. Mądro

W pracy zwrócono uwagę na niedostosowanie głoszonych oficjalnie zasad opiniowania sądowo-lekarskiego do aktualnych rozwiązań legislacyjnych i do oczekiwań prawników oraz zapotrzebowania społecznego na poszerzenie prawnej ochrony zdrowia i życia. Wykazano przy tym analogie między problematyką narażenia na niebezpieczeństwo zdrowia lub życia ludzkiego a wnioskowaniem na temat potencjalnych następstw szeroko rozumianego urazu, które jest od dawna powszechnie praktykowane w opiniowaniu sądowo-lekarskim. Kryterium prawdopodobieństwa wystąpienia skutku stosuje się bowiem nie tylko w sprawach cywilnych, rentowych i ubezpieczeniowych, ale także w sprawach karnych, np. podczas oceny prawidłowości postępowania lekarskiego, możliwości uczestniczenia w czynnościach procesowych lub odbywania kary pozbawienia wolności (ewentualnie zastosowania tymczasowego aresztowania), kwalifikacji następstw urazu szyjnego odcinka kręgosłupa bez uchwytnych zmian radiologicznych. Ponadto nawet jeżeli opinia lekarska nie porusza bezpośrednio problemu narażenia na niebezpieczeństwo zdrowia lub życia, wnioski medyczne mogą stanowić podstawę przyjęcia przez prawnika, iż doszło do abstrakcyjnego narażenia tych dóbr (np. w związku z użyciem „niebezpiecznego przedmiotu”, rozprzestrzenieniem szkodliwych substancji lub chorób, stosowaniem przemocy w rodzinie czy wykonywaniem praktyki lekarskiej bez uprawnień). Wyjaśniono również, iż sprowadzenie konkretnego zagrożenia dla zdrowia lub życia jest przestępstwem materialnym (skutkowym), gdyż skutkiem działania sprawcy jest przeniesienie człowieka z sytuacji „bezpiecznej” do stanu „bezpośredniego niebezpieczeństwa”, w którym istnieje duże prawdopodobieństwo wystąpienia ujemnych skutków.

The present paper is a first part of the research devoted to possibilities of medical evaluation of the problem of endangering human life or health. The background of maladjustment of formal rules in giving medico-legal opinions and real legislative

solutions as well as lawyers' expectations was pointed out. Social need to strengthen legal protection of health and life was stressed. The paper also deals with analogies between the problem of medical evaluation of health or life exposure to danger and deducing the potential consequences of an injury which has been commonly used in presenting medico-legal opinions for a long time. A criterion of the consequence probability is used not only in civil, pension and insurance cases, but also in penal ones, e.g. on evaluating the correctness of medical procedures, abilities to take part in legal proceedings and serve imprisonment (or preliminary custody), consequences of cervical spine injuries without detectable radiological changes. Moreover, the medical conclusions may be the grounds for accepting that there was an abstract risk (e.g. connected with the use of "a dangerous object", exposure to harmful substances or diseases, abuse in families or practicing without qualifications) even if the medical opinion does not directly concern the problem of health or life exposure to danger. Furthermore, the paper explains that the act of directly endangering human life or health is a material (consecutive) offence as the effects of actions change a "safe" position of an individual into a "directly dangerous" one, in which negative consequences are extremely likely to occur.

Słowa kluczowe: narażenie na niebezpieczeństwo, bezpośrednie niebezpieczeństwo, narażenie konkretne, narażenie abstrakcyjne, przestępstwa materialne, przestępstwa formalne.

Key words: act of endangering, direct danger, concrete danger, abstract danger, material offences, formal offences.

W opiniowanych przez nas w ostatnim czasie sprawach obserwujemy wyraźny wzrost zainteresowania prawników kwestią narażenia pokrzywdzonych na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia. Szybki postęp techniczny, gwałtowny wzrost liczebności populacji ludzkiej i pojawienie się w niespotykanej wcześniej skali różnego rodzaju zagrożeń cywilizacyjnych³ doprowadziły bowiem do konieczności zapewnienia prawnej ochrony życia i zdrowia ludzkiego już na etapie samego powstania zagrożenia tych dóbr² poprzez wymuszenie takich zachowań, które maksymalnie ogranicząby niebezpieczeństwa związane z ogólnym wzrostem „tempa życia” (23, 25, 33).

Przepisy zabezpieczające w ten sposób te podstawowe wartości są powszechnie stosowane we współczesnych systemach prawa karnego, a ich prekursorem było prawo kanoniczne, które przewidywało karalność matki za porzucenie noworodka (33). Rozwój późniejszych systemów ustawodawstwa karnego charakteryzował się rozszerzaniem zakresu ochrony przedmiotowej (od noworodka przez osoby niedołążne aż do wszystkich, którzy znaleźli się w stanie niebezpieczeństwa) i odpowiedzialności podmiotowej (od matki noworodka, przez wszystkie osoby zobowiązane do opieki, aż do rezygnacji z wszelkich ograniczeń odnośnie do osoby sprawcy), a także poszerzaniem zakresu znamion przestępstwa (oprócz porzucenia zaczęto penalizować również zachowanie

polegające na wprowadzeniu w stan niebezpieczeństwa oraz nieudzielenie pomocy osobie znajdującej się w niebezpieczeństwie) i zakres chronionego dobra (początkowo tylko życia, następnie także zdrowia).

W podręcznikach i publikacjach z dziedziny medycyny sądowej problem narażenia na niebezpieczeństwo zdrowia lub życia był najczęściej pomijany (np. 7) lub tylko odnotowywano istnienie odpowiednich przepisów kodeksu karnego bez ich konkretnego omówienia (16, 18). Pomimo iż powszechność występowania zagrożeń zdrowotnych (stanowiących nieodłączny atrybut współczesnej cywilizacji technicznej) wymusiła już dawno wprowadzenie omówionych wyżej rozwiązań legislacyjnych, nie spowodowało dotychczas żadnej istotnej modyfikacji głoszonych oficjalnie teorii opiniowania lekarskiego w sprawach przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu. Niektórzy medycy sądowi a priori odrzucają wręcz możliwość wypowiedzania się przez biegłych w kwestii „narażenia” powołując się na głoszoną przez nich zasadę „skutkowości opiniowania” w sprawach karnych (8,9,10).

Problematyka oceny niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia ludzkiego wiązała się jednak od dawna z opiniowaniem sędowo-lekarskim, nawet jeżeli autorzy ekspertyz medycznych nie brali jej w ogóle pod uwagę lub wręcz odżegnywali się od tej tematyki. Przyjęcie naruszenia określonych norm prawnych (także chroniących zdrowie i życie ludzkie) należy bowiem ostatecznie zawsze do prawnika, który nawet w przypadku odmowy przez biegłego oceny potencjalnych następstw określonego działania sprawcy może uznać, iż doprowadziło ono do zagrożenia wspomnianych wyżej dóbr. Deklarowana przez niektórych biegłych³ wyraźna niechęć do oceny sytuacji narażenia zdrowia lub życia budzi przy tym zdziwienie, bowiem ocena tego problemu nie odbiega istotnie od sposobu opiniowania na temat potencjalnych skutków w orzecznictwie cywilnym i ubezpieczeniowym. Ponadto pojawiał się on również w wielu opiniach wydawanych w sprawach karnych, aczkolwiek kwestia „narażenia na niebezpieczeństwo” nie jest w nich wyrażana *explicite*.

W celu uzmysłowienia powszechności tego ambiwalentnego stosunku specjalistów z zakresu medycyny sądowej do problematyki zagrożenia dla zdrowia lub życia, przedstawiamy poniżej typowe rodzaje opinii, w których biegły niewątpliwie ocenia (prognozuje) skutki potencjalne, mimo iż niebezpieczeństwo nie zrealizowało się lub brak jest jednoznacznych podstaw do przyjęcia związku przyczynowego między rozpatrywanym czynnikiem a ostatecznym skutkiem cielesnym.

A. W orzecznictwie cywilnym i ubezpieczeniowym do przyjęcia szkody lub uszczerbku na zdrowiu wystarcza nieraz tylko uprawdopodobnienie związku przyczynowego między jakimś czynnikiem sprawczym a następstwami zdrowotnymi (22). Poniżej przedstawiono 5 zagadnień poruszanych w tego rodzaju opiniowaniu, które dotyczą problemu narażenia zdrowia i życia ludzkiego:

³ Czemu dali wyraz w trakcie dyskusji „okrągłego stołu” podczas IV Ogólnopolskiego Sympozjum Naukowego „Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu” w Łodzi w dniach 7-8.09.2000 r. oraz VII Międzynarodowej Konferencji „Błąd medyczny i błąd w genetyce sądowej” w Krzyżowej k. Świdnicy w dniach 16-19.10.2000 r.

Zwłaszcza związanych z rozwojem komunikacji, dostępnością różnego rodzaju szkodliwych środków chemicznych i fizycznych, łatwiejszym szerzeniem się chorób infekcyjnych oraz uzależnieniem społeczeństw od różnego rodzaju szeroko rozumianych mediów

Pominięto problematykę narażenia na niebezpieczeństwo innych dóbr, np. mienia, dobrego imienia, środowiska naturalnego, życia zwierząt, funkcjonowania instytucji państwowych itp.

1. Zakażenia wewnątrzszpitalne

Tego rodzaju sprawy dotyczą najczęściej przypadków wirusowych zapaleń wątroby (wzw), rzadziej ogólnoustrojowych zakażeń bakteryjnych, po wystąpieniu których pacjenci dochodzą swoich roszczeń (od zakładów opieki zdrowotnej, względnie firm ubezpieczeniowych) z reguły w ramach postępowania cywilnego lub ubezpieczeniowego, ponieważ w postępowaniu karnym bardzo trudno jest udowodnić związek przyczynowy pomiędzy zachorowaniem a działaniem lub zaniechaniem konkretnej osoby.

Dzieje się tak w sytuacji, gdy badania epidemiologiczne wykazały, że w Polsce jedynie tylko nieco ponad połowa przypadków wzw typu B w Polsce ma udokumentowany związek z zabiegami medycznymi⁴, zaś w pozostałych przypadkach zakażenie nastąpiło prawdopodobnie na innej drodze⁵ (21). Ponadto bardzo szeroki okres wylęgania⁶ wzw typu B sprawia, że problemu uznania zakażenia za następstwo podjętych działań medycznych nie można rozpatrywać w kategoriach „teoretycznej możliwości” podawanych przez powoda „okoliczności” wniknięcia wirusa do jego ustroju. Tego rodzaju dywagacje mogą bowiem prowadzić do przyjęcia pochopnych wniosków tylko na podstawie niemożności wykluczenia jakiegoś patomechanizmu⁷.

Zgodnie z powszechnie akceptowanym sposobem podejścia w tego rodzaju sprawach, brak możliwości wykluczenia, że do zakażenia doszło na terenie pozwanego zakładu opieki zdrowotnej, nie jest więc wystarczającą podstawą do uznania roszczeń powoda. Dlatego w opiniowaniu na ten temat winna obowiązywać zasada przeważającego prawdopodobieństwa⁸. Nie wystarczy zatem stwierdzenie, że związek przyczynowy jest możliwy⁹, lecz konieczne jest jego uprawdopodobnienie, np. poprzez wykazanie, iż w trakcie ocenianego okresu leczenia pacjent stykał się z nosicielami lub osobami chorymi na wzw typu B, gdyż doszło wówczas także do zakażeń innych osób, a ponadto w danej jednostce organizacyjnej stwierdzono uchybienia w zakresie przestrzegania reżimu sanitarnego, braki w zaopatrzeniu w sprzęt jednorazowego użytku, niesprawność aparatury sterylizacyjnej, nadmierne zagęszczenie pacjentów itp. Jest to zatem w istocie ocena (z pozycji ex ante) stopnia narażenia pacjenta na znany (ex post) skutek.

Powszechnie wiadomo, iż do najczęściej spotykanego zakażenia wirusem wzw typu B dochodzi zwykle przez zakażoną krew, sprzęt do iniekcji wielorazowego użytku, narzędzia chirurgiczne i stomatologiczne itp.

Wirusy wzw typu B mogą bowiem znajdować się w praktycznie każdej wydzielinie i wydalinie zakażonego nimi człowieka (zwłaszcza w tzw. okresie przedzółtaczkowym lub u bezobjawowego nosiciela), a zatem możliwe są również zakażenia drogą oddechową lub dospójkową („kropelkową” - np. podczas rozmowy z nosicielem wirusy mogą dostawać się na błony śluzowe dróg oddechowych innej osoby wraz z cząstki śliny), przez przewód pokarmowy (spożycie pokarmów zanieczyszczonych wydzielinami lub wydaliniami ludzkimi na drodze kropelkowej, przeniesienie przez owady itp.), jak również podczas stosunków płciowych.

Czas pomiędzy wniknięciem wirusów do ustroju a kliniczną manifestacją objawów chorobowych, który wynosi od 28 do 180 dni.

Por. wcześniejsze wyjaśnienia na temat innych potencjalnych dróg zakażenia (przypis 5).

⁴ Por. uchwałę składu siedmiu sędziów SN z dnia 4.12.87 r. (sygn. akt III PZP 85/86).

⁵ Np. ze względu na pobyt w szpitalu w czasie odpowiadającym okresowi wylęgania choroby.

2. Choroby zawodowe

Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 18.11.83 r.¹⁰ mianem tym określa się choroby wymienione w wykazie stanowiącym załącznik do rozporządzenia, jeżeli zostały spowodowane działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia, występujących w środowisku pracy (§ 1.1). Ponieważ jednak w tego rodzaju sprawach najczęściej nie jest możliwe jednoznaczne określenie przyczyny zachorowania (tzn. rozstrzygnięcie czy istotnie zachorowanie wystąpiło w związku z działaniem czynnika występującego w środowisku pracy powoda) uprawdopodobnia się ją poprzez ocenę stopnia narażenia na określony patogen.

3. Wypadki przy pracy

Ustawa o świadczeniach z tytułu wypadku przy pracy i chorób zawodowych¹² jako wypadek przy pracy traktuje nagłe zdarzenie spowodowane przyczyną zewnętrzną które zaszło w związku z pracą i spowodowało chorobę, stały albo długotrwały uszczerbek na zdrowiu, względnie niezdolność do pracy. Za przyczynę zewnętrzną uważa się¹³ przy tym także czynniki, które mogą gwałtownie pogłębić istniejące wcześniej w organizmie poszkodowanego samoistne procesy chorobowe, względnie tylko ułatwić lub przyspieszyć wystąpienie określonego skutku.

Podstawowym warunkiem uznania jakichś zdarzeń za nagłą przyczynę zewnętrzną jest więc ich nagłość, spowodowana nadzwyczajnymi okolicznościami. Zewnętrzna przyczyna wypadku przy pracy musi jednak stworzyć obiektywne zagrożenie zdrowia i życia pracownika, a jednocześnie musi stanowić zakłócenie procesu pracy¹⁴. W związku z tym, stany emocjonalne o znacznym nasileniu mogą być uznane za przyczynę zewnętrzną wypadku, ale tylko wtedy¹⁵, gdy zostały wywołane okolicznościami nietypowymi dla normalnych warunków pracy.

W praktyce sądowo-lekarskiej, najwięcej kłopotów opiniodawczych sprawia analiza zmierzająca do ustalenia, czy nagła przyczyna zewnętrzna przyczyniła się do powstania zawału mięśnia sercowego (rzadziej udaru mózgu). Czynnikiem (zewnętrznym) wpływającym na pogorszenie upośledzonej chorobowo wydolności tętnic wieńcowych może być bowiem zarówno wysiłek fizyczny, jak i negatywne doznanie psychiczne (stres), zwłaszcza o znacznym nasileniu. Warunkiem uznania zachorowania za wypadek przy pracy jest jednak wykazanie

¹⁰ Dz. U. 1983 r. Nr 65 poz. 294, zmiany Dz. U. 1989 r. Nr 61 poz. 364.

¹¹ Zgodnie z § 1. 2 omawianego Rozporządzenia, w którym zapisano, że „przy ocenie działania czynnika szkodliwego uwzględnia się: rodzaj, stopień i czas narażenia zawodowego, sposób wykonywania pracy, bezpośredni kontakt z chorymi zakaźnie lub z materiałem pochodzącym od tych chorych oraz z czynnikami powodującymi choroby zakaźne, uczuleniowe i nowotworowe”

¹² Jednolity tekst Dz.U. z 1983 r. Nr 30, poz. 144 z późn. zmianami.

¹³ Np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 22.12.94 r. III AUr 853/93 Pr. Pracy 1995/1/41

¹⁴ Jędrasik-Jankowska I.: glosa do wyroku SN z dnia 9 lipca 1991 r., II PRN 3/91 (OSP 1992/11-12/263).

¹⁵ W praktyce często jest niestety inaczej.

istnienia nie tylko „przyczyny” zewnętrzną, lecz również (warunek bezwzględnie konieczny) nagłość tej przyczyny, czyli wystąpienie jej w sposób niespodziewany dla danej osoby (element zaskoczenia, nieprzewidywalności i nadzwyczajności zakłócenia przez nią toku pracy). Opiniowanie w tego rodzaju sprawach polega zatem w istocie na ocenie prawdopodobieństwa wpływu konkretnego narażenia na konkretny skutek.

4. Inwalidztwo wojenne i związane z represjami

Temat ten wbrew pozorom pozostaje aktualny w związku z kolejnymi nowelizacjami Ustawy o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin¹⁷, jak również Ustawy o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego¹⁸, które poszerzały zakres przywilejów kombatanckich na coraz to nowe grupy uprawnionych. Lekarska ocena tego rodzaju spraw sprowadza się do analizy związku przyczynowego między warunkami służby wojskowej lub rodzajem represji a sprowadzeniem (względnie nasileniem lub przyspieszeniem) stwierdzonego obecnie inwalidztwa biologicznego. Opiniowanie wiąże się zatem z oceną stopnia narażenia zdrowia spowodowanego długotrwałym niedożywieniem, zimnem, napięciem psychicznym, doznanymi obrażeniami lub szczególnym rodzajem doznanych represji itp.

5. Ocena tzw. przyczynienia się do spowodowania skutku

Tego rodzaju opinie, choć spotykane są najczęściej w postępowaniu cywilnym¹⁹ (biegły może być pytany np. o wpływ nieprzeprzeżania przez poszkodowanego zaleceń lekarskich lub też jego wcześniejszego stanu zdrowia na rozmiar skutków jakiegoś wypadku), zdarzają się jednak również w sprawach karnych, gdyż uwzględniane są przy ocenie stopnia zawinienia przy wyrokowaniu. W związku z tym dość często jesteśmy pytani np. o możliwość uniknięcia lub zmniejszenia stopnia obrażeń u ofiar wypadków komunikacyjnych, gdyby przestrzegały one obowiązku zapinania pasów bezpieczeństwa. Innym przykładem jest poszukiwanie przyczyny upośledzonego stanu zdrowia a nawet śmierci ofiar zarówno w domniemanych nieprawidłowościach w leczeniu pokrzywdzonych (na etapie diagnostycznym i terapeutycznym), jak i w ewentualnym niestosowaniu się pacjentów do zaleceń lekarskich. Omawiany problem dotyczy zatem oceny (w oderwaniu od rzeczywistych skutków cielesnych) hipotetycznych „normalnych” skutków określonego rodzaju urazu (adekwatnych do rodzaju urazu), czyli stopnia narażenia zdrowia lub życia ofiary w konkretnych okolicznościach urazu.

¹⁷ Współprzyczyny, względnie czynnika ułatwiającego lub przyspieszającego wystąpienie skutku.

Jednolity tekst: Dz. U. z 1983 r. Nr 13, poz. 68 z późn. zmianami.

¹⁸ Jednolity tekst: Dz. U. z 1997 r. Nr 142, poz. 950 z późn. zmianami.

¹⁹ W postępowaniu odszkodowawczym przyjęto (art. 361 §1 kodeksu cywilnego) zasadę adekwatności związku przyczynowo-skutkowego, tzn. że sprawca odpowiada tylko za typowe następstwa spowodowanych obrażeń („zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła”).

B. Ocena stopnia niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia ludzkiego jest koniecznością także w niektórych rodzajach opinii wydawanych w sprawach karnych:

6. Opiniowanie odnośnie do możliwości odbywania kary pozbawienia wolności, tymczasowego aresztowania lub uczestniczenia w czynnościach procesowych

Art. 22 kpk nakazuje zawieszenie postępowania na czas trwania „długotrwałej przeszkody uniemożliwiającej prowadzenie postępowania”, do której zalicza się „ciężką chorobę” oskarżonego. Również art. 259 kpk nakazuje odstąpić od tymczasowego aresztowania, wówczas gdy pozbawienie oskarżonego wolności spowodowałoby m.in. „poważne niebezpieczeństwo” dla jego życia lub zdrowia. Analogiczne ograniczenia odnośnie do wykonania kary pozbawienia wolności nakładają art. 15, 153 oraz 150 kkw. Dodatkowo wyjaśniono, iż „za ciężką chorobę uznaje się taki stan skazanego, w którym umieszczenie go w zakładzie karnym może zagrażać życiu lub spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo”, które należy rozumieć jako niebezpieczeństwo konkretne i realne, a nie tylko potencjalne zagrożenie (14, 26, 27).

Istota oceny zdolności (lub niezdolności) do uczestniczenia w rozprawie, zastosowania tymczasowego aresztowania lub odbycia kary pozbawienia wolności polega zatem na oszacowaniu stopnia ryzyka („poważnego” bądź innego) dla życia lub zdrowia oskarżonego (podejrzanego, skazanego) w związku (a nie w trakcie !) z postępowaniem karnym lub wykonawczym (w porównaniu z ryzykiem, jakie istnieje niezależnie od czynności procesowych lub w warunkach wolnościowych).

7. Błędy medyczne

W większości tego rodzaju spraw nie jest możliwe przypisanie lekarzom spowodowania skutków w postaci śmierci pacjenta, naruszenia czynności jego ciała lub rozstroju zdrowia. Z powodu niemożności udowodnienia związku przyczynowego między nieprawidłowym postępowaniem lekarza a konkretnym skutkiem „cielesnym” (najczęściej w wyniku włączenia się dodatkowych czynników o charakterze incydentalnym, np. powikłań), w praktyce wymiaru sprawiedliwości bardzo często przyjmuje się kwalifikację z art. 160 kk (5, 12, 20, 29, 34). Przedmiotem zainteresowania organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości (zleceńodawców opinii) są bowiem nie tylko cielesne „skutki ostateczne” (1) i możliwość udowodnienia, iż zachodzi związek przyczynowy między nimi a konkretnym działaniem (zaniechaniem) lekarza, lecz również (a może przede wszystkim) wykazanie charakteru popełnionych nieprawidłowości (29).

Jeżeli zatem biegły w swojej opinii wskazał na nieprawidłowości w postępowaniu medycznym, lecz przyjął, iż były one ostatecznie „bezszykowne” (w rozumieniu konkretnego skutku cielesnego²¹), to organa procesowe mogą

Jeżeli „szczególne względy nie stoją temu na przeszkodzie”.

Z powodu niemożności udowodnienia związku przyczynowego pomiędzy uchybieniami postępowania medycznego a wynikiem leczenia, względnie włączenia się innych czynników, np. operacji naprawczej.

mimo to sformułować zarzut z art. 160 kk, jeżeli uznają iż błędne działanie (zaniechanie) lekarskie narażało jednak zdrowie lub życie pacjenta (5, 12, 20, 34), zwłaszcza wtedy, gdy szczęśliwy zbieg okoliczności, przypadkowe wykrycie błędu przez innych lekarzy, ponowna interwencja chirurgiczna itp. zapobiegły skutkom opisanym w art. 155, 156 i 157 kk. Z punktu widzenia prawa, nieprawidłowości popełnione w przebiegu leczenia nie są bowiem „bezsukotowe” (jak uważają niektórzy biegli), o ile wywołały materialny skutek w postaci stanu bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia lub życia, które nie musi zrealizować się w formie skutku cielesnego (29).

8. obrażenia szyjnego odcinka kręgosłupa bez uchwytnych zmian radiologicznych

Częste obecnie obrażenia struktur więzadłowych kręgosłupa szyjnego (która mogą powodować bólowe ograniczenie ruchomości szyi i inne dolegliwości) nie są uchwytnie przy użyciu dostępnych metod obrazowania i nie dają obiektywnych objawów w badaniu przedmiotowym. Jednocześnie, w myśl powszechnie akceptowanych zasad opiniowania lekarskiego, subiektywne dolegliwości nie mogą stanowić jedynej podstawy przyjęcia, iż doszło do naruszenia czynności narządu ciała o jakim mowa w art. 157 kk. Wiązałoby się to bowiem z koniecznością uznania wiarygodności skarg zgłaszanych przez daną osobę, co wykracza poza kompetencje biegłego. Natomiast prawnik nie jest uprawniony (nawet jeżeli obdarzy wiarą wyjaśnienia pokrzywdzonego) do oceny skutków biologicznych.

W tej pozornie patowej sytuacji istnieje jednak szansa obiektywizacji naruszenia czynności narządu ciała na podstawie oceny stopnia narażenia ofiary na uszkodzenie struktur więzadłowych kręgosłupa szyjnego (28, 30). Jest to możliwe przy uwzględnieniu charakteru ocenianego wypadku drogowego²², rodzaju pojazdów uczestniczących w kolizji (zwłaszcza różnicy ich mas²³), danych na temat zabezpieczenia biernego w momencie kolizji (ryzyko zwiększa np. zapięcie pasów bezpieczeństwa, brak prawidłowo ustawionego zagłówka i brak poduszek powietrznych), rodzaju i czasu utrzymywania się dolegliwości (subiektywnych) zgłaszanych przez pokrzywdzonego, jego „przeszłości chorobowej” (dokumentacji medycznej świadczącej o wcześniejszym leczeniu z powodu podobnych dolegliwości), a ponadto rodzaju leczenia powypadkowego (zleconego i faktycznie zastosowanego) oraz jego rezultatów²⁴.

Energii urazu i kierunku działania sił, a zwłaszcza tego, czy pokrzywdzony był przygotowany na mające nastąpić zderzenie czy też został nim zaskoczony i nie zdążył zareagować odruchowym napięciem mięśni szyi (jest to jeden z podstawowych czynników zwiększających ryzyko obrażeń struktur więzadłowych kręgosłupa szyjnego).

²³ Dystorsja kręgosłupa szyjnego występuje bowiem znacznie częściej u ofiar podróżujących samochodami „prymitywnymi” o niewielkiej masie.

²⁴ Po kilkutygodniowym okresie unieruchomienia szyi powinna bowiem wystąpić wyraźna regresja dolegliwości, natomiast u agrawantów lub osób nastawionych roszczeniowo rzekome dolegliwości utrzymują się zwykle tak długo, aż zainteresowany osiągnie satysfakcjonujące go rozstrzygnięcie sprawy karnej, cywilnej lub ubezpieczeniowej.

C. Osobną grupę spraw stanowią te przypadki, w których niebezpieczeństwo dla zdrowia lub życia przyjmowane jest przez prawnika niejako „automatycznie” wyłącznie na podstawie określonego (niezgodnego z prawem) sposobu działania lub zaniechania sprawcy (2, 4, 23). Do przyjęcia tego rodzaju przestępstw często konieczna jest jednak opinia lekarza, który wprawdzie nie ocenia czy w danym przypadku rzeczywiście doszło do narażenia chronionego dobra (w przypadkach przestępstw narażenia abstrakcyjnego kwestia ta jest bowiem zupełnie nieistotna), lecz umożliwia rekonstrukcję sposobu postępowania podejrzanego lub oskarżonego *tempore criminis*. Rola prawnika ogranicza się natomiast jedynie do przypisania wyodrębnionych w ten sposób znamion przestępstwa do konkretnych przepisów prawa karnego.

9. Użycie niebezpiecznego narzędzia (przedmiotu)

Jeszcze do niedawna, za „niebezpieczne narzędzie” w rozumieniu art. 159 lub 210 §2 (obecnie art. 159, 280 § 2 i dodatkowo art. 223²⁵) uważano²⁶ „każdy przedmiot, który ze względu na swe właściwości lub sposób użycia może spowodować znaczne uszkodzenie ciała lub śmierć”. Nader często za decydujące kryterium przyjmowano przy tym jedynie sposób użycia określonego przedmiotu, co prowadziło do znacznego rozszerzenia zakresu pojęcia „niebezpiecznego narzędzia”, za które uznawano²⁷ także szalik, pasek, doniczkę, bandaż oraz samochód użyty przez sprawcę rozboju²⁸, a zastanawiano się nawet nad „siłą rąk”²⁹.

W nowszych wypowiedziach Sąd Najwyższy i sądy apelacyjne odcinają się jednak zdecydowanie od wcześniejszego orzecnictwa opowiadając się za zawężającym definiowaniem „niebezpieczności” narzędzia, która winna wynikać przede wszystkim z jego indywidualnych właściwości (sam charakter narzędzia powinien powodować niebezpieczeństwo spowodowania poważnych obrażeń lub pozbawienia życia w stopniu porównywalnym z nożem lub bronią palną) a nie „odpowiednio przemyślanego użycia” (6, 31).

Przy takim podejściu do omawianego zagadnienia, rolą biegłego pozostaje jedynie ustalenie rodzaju i sposobu użycia narzędzia (na podstawie charakteru i lokalizacji obrażeń), natomiast domeną prawnika jest przypisanie danemu przedmiotowi (użytemu w określony sposób) cech „niebezpieczności” w rozumieniu art. 159, 223, 280 § 2, względnie 345 §3.

²⁵ Wprowadzono pojęcie „niebezpiecznego przedmiotu albo środka obezwładniającego”.

²⁶ Por. np. orzeczenia SN w sprawach III KR 102/71 (niepublikowane), I KR 299/88 (OSNPG 1989 nr 12 poz. 124), II KR 231/89 (OSNPG 1990 nr 10 poz. 73), III KR 102/71 (niepublikowane).

²⁷ Por. uzasadnienia wyroków w sprawach II Ak 21/90 (Palestra 1991 nr 8-9 s. 85), III KR 242/86 (niepublikowane), I KR 105/84, I KR 140/77 (KZS 1997 nr 8 poz. 229), I KR 89/78 (KZS 1997 nr 8 poz. 255).

²⁸ Zdaniem A.Gaberlego niebezpiecznym narzędziem może być również „poduszka lub nawet kartka papieru, którą można zmiać i wepchnąć ofierze do gardła powodując uduszenie” (Państwo i Prawo 1993 nr 1 s. 87).

²⁹ Aczkolwiek SN odrzucił takie stanowisko w sprawie V KR 107/74 (OSNKW 1974 nr 11 poz. 206)

³⁰ Por. wyroki w sprawach II Ak 113/93 (KZS 1993 nr 10 poz. 21), II Ak 174/93 (KZS 1994 nr 1 poz. 24).

10. Znęcanie się nad członkiem rodziny (w tym „maltretowanie dziecka”)

Jest to przestępstwo indywidualnego narażenia abstrakcyjnego, którego byt determinuje sam fakt szeroko rozumianego „znęcania się” nad członkiem rodziny (zarówno psychicznego jak i fizycznego). Ustawodawca uznaje przy tym za niebezpieczny rodzaj i przewlekłość zachowań godzących w podstawowe zasady współżycia w rodzinie (19, 31), bez konieczności udowodnienia konkretnego narażenia (zwłaszcza „bezpośredniego”) zdrowia lub życia ofiary (zazwyczaj nieletniego, osoby zależnej lub bezradnej). W przypadkach podejrzenia fizycznego znęcania się, rola biegłego lekarza polega więc przede wszystkim na wykazaniu przewlekłości tego rodzaju zachowań na podstawie powtarzalności i wieloczasowości obrażeń stwierdzanych u pokrzywdzonego (15). Biegły ocenia wprawdzie jedynie cielesne skutki naruszenia nietykalności, ale jego wnioski stanowią dla prawnika kryterium „znęcania się”.

11. Wykonywanie praktyki lekarskiej lub dentystycznej bez uprawnień

Jest to wprawdzie występki formalny o charakterze sprowadzenia powszechnego niebezpieczeństwa typu abstrakcyjnego, jednak pomoc biegłego z zakresu medycyny może polegać nie tylko na stwierdzeniu, że działania podejmowane przez obwinionego odpowiadały zakresowi czynności leczniczych wymienionych w ustawie o zawodzie lekarza³¹, lecz również na wykluczeniu ewentualnych konkretnych zagrożeń lub skutków cielesnych.

12. Wytwarzanie, przetwarzanie, handel lub posiadanie narkotyków, a także spowodowanie wypadku lub pełnienie obowiązków służbowych pod wpływem środka odurzającego itp.

Są to również występki i przestępstwa czysto formalne o charakterze sprowadzenia powszechnego niebezpieczeństwa typu abstrakcyjnego (31, 32). Mimo to oskarżenie i osądzenie w tego rodzaju przypadkach wymagają pomocy biegłego w celu potwierdzenia (przy pomocy odpowiednich badań), iż substancja zabezpieczona u podejrzanego (względnie wykryta w jego organizmie) jest istotnie środkiem odurzającym lub substancją psychotropową w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii³². Substancje te oraz prekursorzy mogące służyć do ich wytworzenia są wprawdzie wymienione w stosownych załącznikach do tej Ustawy (aczkolwiek zawierają one liczne błędy i nieścisłości), lecz pojęcie „środka odurzającego” w rozumieniu art. 178, 179 i 180 kk może być szersze³³ (24, 32). W związku z tym wyniki badań toksykologicznych wymagają niekiedy dodatkowej interpretacji przez biegłego lekarza

JJ Dz.U. 1997 Nr 28 poz. 152 z późn. zmianami.

Dz.U. 1997 Nr 75 poz. 468 z późn. zmianami.

³¹ Por. uchwałę SN z dnia 1973.02.15 w sprawie VI KZP 78/72 (OSNKW 1973 Nr 5 poz. 57).

³² Podobnie jak interpretacja „stanu po użyciu środka podobnego do alkoholu” w rozumieniu art. 86 §2, art. 81 §1 i 2 oraz art. 196 §1 pkt. 4 kodeksu wykroczeń.

13. Spowodowanie zagrożenia epidemicznego lub szerzenia się choroby zakaźnej

Udział biegłego w ocenie tego rodzaju przypadków (zazwyczaj dotyczących zbiorowych zatruc pokarmowych w punktach gastronomicznych) może polegać na wyjaśnieniu decydującym procesowym wpływu określonego zachowania sprawcy na możliwość rozprzestrzeniania się czynnika chorobotwórczego na inne osoby (niezależnie od ustalenia konkretnych następstw zdrowotnych³⁵ u zakażonych osób i oceny związku przyczynowego zachorowania z działaniem lub zaniechaniem sprawcy).

14. Zatrucie środowiska

Opinia biegłego z zakresu medycyny umożliwia ustalenie, czy rodzaj, postać i ilość określonej substancji szkodliwej (toksycznej lub promieniotwórczej) może stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia ludzkiego (i w jakim stopniu). Natomiast biegli z innych dziedzin mogą się wypowiadać w kwestiach zagrożenia dla świata roślinnego i zwierzęcego (17, 31).

15. Przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece

Wprawdzie przestępstwa w postaci rozpijania lub porzucenia małoletniego również zaliczane są do grupy przestępstw formalnych³⁶, a zatem do ich bytu nie jest konieczne udowodnienie materialnego skutku w postaci konkretnego narażenia zdrowia lub życia ofiary³⁷. Uzyskanie opinii lekarza będzie niezbędne (w celu oceny związku przyczynowego) tylko wówczas, gdy zachodzi podejrzenie kwalifikowanego typu przestępstwa porzucenia (§2 art. 210) ze względu na zgon osoby porzuconej (4, 31).

PODSUMOWANIE

Przedstawione wyżej spektrum potencjalnych i realnych zagrożeń dla życia i zdrowia ludzkiego nie wyczerpuje wszystkich rodzajów abstrakcyjnych i konkretnych sytuacji „niebezpiecznych”, z którymi spotykają się w swej pracy biegli lekarze (pominęliśmy np. omawianie zagrożeń formalnych penalizowanych w kodeksie wykroczeń i ustawach szczegółowych). Celem pracy było jednak jedynie uświadomienie powszechności tej problematyki w praktyce sądowo-lekarskiej, mimo iż nie jest ona często wyrażana *explicite* w treści opinii. Nie

³⁵ Art. 165 §3 określa bowiem typ kwalifikowany przez następstwo w postaci śmierci pokrzywdzonego lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wielu osób (4, 31).

³⁶ Indywidualnego narażenia abstrakcyjnego.

³⁷ Natomiast uporczywe uchylanie się od obowiązku alimentacyjnego określone w art. 209 kk jest przestępstwem materialnym, ponieważ skutkiem jest tu narażenie na niemożność zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych (19, 31) - ocena takiego skutku nie należy jednak do kompetencji lekarza, który w tego rodzaju sprawach powoływany jest zazwyczaj jedynie do oceny możliwości podjęcia przez uchylającego się pracy zarobkowej.

widzimy zatem powodów, które uniemożliwiałyby biegłemu (zwłaszcza z zakresu medycyny sądowej) bezpośrednio odwoływanie się do treści art. 160 kk oraz pokrewnych także w najczęściej ocenianych przypadkach, tj. wówczas gdy opiniujemy o skutkach urazu mechanicznego.

Nasz pogląd wynika z faktu, że ocena skutków zdrowotnych (nawet tylko o charakterze potencjalnym) przekracza zakres kompetencji prawnika. Powinna zatem pozostawać domeną lekarza, który nie powinien uchylać się od pomocy także przy ocenie kwestii narażenia na niebezpieczeństwo zdrowia lub życia. W przeciwnym razie omawiane w tej pracy rozwiązania prawne będą jedynie martwymi przepisami, a deklarowane zwiększenie zakresu ochrony zdrowia i życia ludzkiego pozostanie pustym frazesem.

Medycy sądowi wyznający teorię „skutkowości opiniowania” wychodzą przy tym z błędnego założenia o istocie tzw. przestępstw skutkowych (lub inaczej materialnych) oraz czynów zabronionych o charakterze bezskutkowym (czyli przestępstw formalnych). Tymczasem sprowadzenie bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia jest przestępstwem skutkowym (narażenie konkretne, a nie abstrakcyjne), ponieważ skutkiem jest tu przeniesienie człowieka z sytuacji „bezpiecznej” do stanu „bezpośredniego niebezpieczeństwa” (2, 3, 4, 11, 23, 33), w którym istnieje duże prawdopodobieństwo wystąpienia ujemnych skutków.

Brak akceptacji ze strony medyków sądowych dla poszerzenia zakresu wnioskowania na omawiane aspekty i poprzestawanie jedynie na stwierdzeniu „braku podstaw” (8) do przyjęcia jakiegoś łańcucha przyczynowo-skutkowego (mimo że z lekarskiego punktu widzenia może on być nawet wysoce prawdopodobny), prowadzą do narastania rozdźwięku nie tylko pomiędzy oczekiwaniami prawników, ale także zapotrzebowaniem społecznym w dziedzinie poszerzenia prawnej ochrony zdrowia i życia. Przeświadczenie to legło u podstaw podjęcia przez nas próby zwrócenia uwagi specjalistów z zakresu medycyny sądowej na problematykę narażenia wspomnianych wyżej dóbr. W następnej części tej pracy zaprezentowane zatem zostaną nasze poglądy na temat kryteriów sądowo-lekarskiej oceny kwestii narażenia na niebezpieczeństwo (a także możliwości, warunki i granice tego rodzaju opiniowania).

PIŚMIENNICTWO:

1. Baran E.: Przesłanki odpowiedzialności karnej lekarzy w sprawach o błąd lekarski, Arch. Med. Sąd. Krym. 1996, 46, 253-259. -2. Buchała K., Zoll A.: Polskie prawo karne, Wyd. Prawn. PWN, Warszawa - Kraków 1995. -3. Buchała K.: Przestępstwa i wykroczenia przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji drogowej. Komentarz, Wyd. Branta, Bydgoszcz 1997. -4. Buchała K.: Przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu oraz bezpieczeństwu w ruchu lądowym, wodnym i powietrznym, w: Andrejew I., Kubicki L., Waszczyński J. (red): System prawa karnego, tom IV, część 1, Wyd. PAN, Wrocław 1985, s. 181-281. -5. Domański A.: Problemy kwalifikacji prawnej tzw. błędów w sztuce lekarskiej na tle kodeksu karnego, Prokuratura i Prawo 1999,

nr 9, 127-30. -6. Gardocki L.: Bójka i pobicie, w: Andrejew I., Kubicki L., Waszczyński J. (red): System prawa karnego, tom IV, część 1, Wyd. PAN, Wrocław 1985, s. 451-463. -7. Jaegermann K.: Opiniowanie sądowo-lekarskie (eseje o teorii), Wyd. Prawn., Warszawa 1991. -8. Kunz J., Bajak D.: Rozbieżności a błąd opiniodawczy w opiniach kompetentnych biegłych z zakresu medycyny sądowej, Arch. Med. Sąd. Krym. 1998, 48, 215-219. -9. Kunz J.: Błąd opiniodawczy w świetle materiału Zakładu Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie w latach 1991-1996, Arch. Med. Sąd. Krym. 1988, 48: 35-46. -10. Kunz J.: Niektóre przyczyny rozbieżności stanowisk prawników i biegłych lekarzy w opiniowaniu sądowo-lekarskim. Część I: Problematyka związku przyczynowego, Arch. Med. Sąd. Krym. 1992, 42, 38-60.

11. Lernell L.: Zagadnienia związku przyczynowego w prawie karnym, Wyd. Prawn. Warszawa 1962. -12. Liszewska A.: Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej, Wyd. Zakamycze, Kraków 1998. -13. Mądro R., Teresiński G., Wróblewski K.: Rozstrój zdrowia jako znamię przestępstwa z art. 157 kk. Prokuratura i Prawo 1998, 10, 33-46. -14. Mądro R., Teresiński G., Wróblewski K.: Stany chorobowe, ich wpływ na udział w postępowaniu karnym oraz na stosowanie środków i wykonanie kary. Prokuratura i Prawo 1998, 4, 46-56. -15. Mądro R., Teresiński G.: Problem dzieci maltretowanych w świetle badań lekarskich, Prokuratura i Prawo 1996, 10, 84-93. -16. Popielski B.: Orzecznictwo lekarskie, PZWL, Warszawa 1981. -17. Radecki W.: Ochrona środowiska w nowym prawie karnym, cz. II: Prawnokarna ochrona przed zanieczyszczeniami, odpadami i promieniowaniem, M. Prawn. 1998 (1), 14.-12. -18. Raszeja S., Nasiłowski W., Markiewicz J.: Medycyna sądowa. Podręcznik dla studentów, PZWL, Warszawa 1990, 1993. -19. Ratajczak A.: Przestępstwa przeciwko rodzinie, opiece i młodzieży, w: Andrejew I., Kubicki L., Waszczyński J. (red): System prawa karnego, tom IV, część 2, Wyd. PAN, Wrocław 1985, s. 249-342. -20. Rutkowski S.: Wybrane zagadnienia z zakresu odpowiedzialności karnej lekarza, Prokuratura i Prawo 1999, 9: 71-91.

21. Sikorska K., Laniec M., Buraczewska A. et al.: Zakażenia jatrogenne wirusami zapalenia wątroby typu B, non A non B, C nabyte w placówkach służby zdrowia województwa Gdańskiego w latach 1986-1995, Przegl. Epidemiol. 1997, 51, 229-37. -22. Sośniak M.: Cywilna odpowiedzialność lekarza, Wyd. Prawn., Warszawa 1968. -23. Spotowski A.: Funkcja niebezpieczeństwa w prawie karnym, PWN, Warszawa 1990. -24. Stefański R.A.: Prawna ocena stanów związanych z używaniem środków odurzających w ruchu drogowym, Prokuratura i Prawo 1999 (4), 18-24. -25. Stefański R.A.: Wypadek w komunikacji jako przestępstwo w nowym kodeksie karnym, Prokuratura i Prawo 1998, 10, 47-70. -26. Teresiński G., Mądro R.: Błędy opiniodawcze związane z lekarską oceną zdolności do udziału w czynnościach procesowych oraz możliwości pozbawienia wolności, Post. Med. Sąd. Krym. [w druku]. -27. Teresiński G., Mądro R.: Lekarskie aspekty przymusu procesowego i pozbawienia wolności, Post. Med. Sąd. Krym., 1999, 5, 29-38. -28. Teresiński G., Mądro R.: Ryzyko błędu opiniodawczego w przypadkach urazu kręgosłupa szyjnego bez uchwytynych zmian radiologicznych, Post. Med. Sąd. Krym., 1997, 3, 143-152. -29. Teresiński G., Mądro R.: Ocena prawidłowości postępowania medycznego

w przypadkach, gdy nie wykonano badania pośmiertnego, Post. Med. Sąd. Krym. [w druku]. -30. Teresiński G., Mądro R.: Zakres skutków wymienionych w par. 2 art. 157 kodeksu karnego z 1997 r. - ciąg dalszy sporu o granicę art. 156 i 182 kodeksu karnego z 1969 r., Arch. Med. Sąd. Krym. [w druku].

31. Zoll A. (red.): Kodeks karny: część szczególna: komentarz do art. 117-277 Kodeksu karnego, Wyd. Zakamycze, Kraków 1999. -32. Zoll A.: Nadużycie narkotyku, w: Andrejew I., Kubicki L., Waszczyński J. (red): System prawa karnego, tom IV, część 1, Wyd. PAN, Wrocław 1985, s. 481-484. -33. Zoll A.: Narażenie na niebezpieczeństwo, w: Andrejew I., Kubicki L., Waszczyński J. (red): System prawa karnego, tom IV, część 1, Wyd. PAN, Wrocław 1985, s. 463-471. -34. Zoll A.: Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu, Wyd. Prawn., Warszawa 1988.

Adres pierwszego autora:
Katedra Medycyny Sądowej AM
ul. Jaczewskiego 8
20-090 Lublin.

Jerzy Kunz, Adam Gross

Zespół nagłej śmierci niemowlęcia (SIDS) w materiale Zakładu Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie. Analiza porównawcza materiału z lat 1974-1986 i 1986-1999

SIDS in observations of Cracow's Forensic Medicine Chair in years 1974-1986 and 1986-1999

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie
Kierownik: dr hab. Franciszek Trela - Profesor UJ

Przedstawiono wyniki badań nad przypadkami nagłych zgonów niemowląt (SIDS) w materiale krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej z lat 1986-1999. Wyniki te porównano z publikowanym wcześniej opracowaniem problemu z okresu 1974-1986. W obecnie ocenianym materiale, podobnie jak w innych krajach stwierdzono bardzo znaczny spadek liczby zgonów spełniających powszechnie przyjęte kryteria tego zespołu. W piśmiennictwie wiąże się go przyczynowo z pozytywnymi skutkami prowadzonej przez wiele lat akcji uświadamiającej matek („Back to Sleep Campaign”). Przyczyna tego zjawiska w Polsce nie jest tak jasna, gdyż w naszym kraju tego typu kampania zapobiegawczo-uświadamiająca nie była prowadzona.

The authors present a retrospective analysis of cases of Sudden Infant Death Syndrome in the population of Cracow in the years 1986-1999. This period was compared with the results of earlier investigations of the problem in years 1974-1986. Some up to date publications including etiology and epidemiology of the syndrome were reviewed according to which the „Back to Sleep Campaign” is the leading factor associated with the decrease number of cases of sudden infant death syndrome. In Poland, in spite of the lack of official recommendations the incidence of SIDS decreased significantly rendering SIDS an almost non existing problem.

Słowa kluczowe: SIDS, SUDI, etiologia, epidemiologia.

Key words: SIDS, SUDI, etiology, epidemiology.

W roku 1989 opublikowaliśmy artykuł pt.: „Problematyka SIDS w materiale krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej AM w latach 1974-1986” (12). W pracy tej przedstawiono ówczesne poglądy na temat przyczyn nagłego zgonu niemowląt oraz wyniki badań materiału krakowskiego Zakładu z trzynastoletniego okresu 1974-1986. W tym czasie do naszego Zakładu skierowano zwłoki 257