

determination of cocaine in hair: a review, For Sci. Internat., 1995, 70, 155-164. - 33. Shorvon S.: Oxcarbazepine ; a review, Seizure, 2000, 9, 75-79. - 34. Skopp G., Schmitt G., Potsch L, Drooner P., Aderjan R., Mattern R.: Ethyl glucuronide in human hair. Alcohol, 2000, 35, 283-285. - 35. Smith F.P., Kidwell D.A. : Cocaine in hair, saliva, skin swabs, and urine of cocaine users' children, For. Sci. Internat 1996, 83, 179-189. - 36. Stanaszek R.: Włosy jako materiał badawczy w analizie środków uzależniających, Praca doktorska, 2001, Wydział Chemii UJ - 37. Wilde M.I., Benfield P. : Tianeptine. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic efficacy in depression and coexisting anxiety and depression, <http://biopsychiatry.com/tianeptine.htm> - 38. Wójcikiewicz J., (red.) Chemia Sądowa. Wyd. Instytutu Ekspertyz Sądowych, Kraków, 2002.

Adres pierwszego autora:

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej CM UJ
ul. Grzegórzecka 16
31-531 Kraków

Elżbieta Bloch-Bogusławska, Ewa Wolska

Rozbieżności pomiędzy kliniczną i sądowo-lekarską oceną wstrząśnienia mózgu na podstawie materiału własnego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM w Bydgoszczy

Inconsistencies between clinical and forensic recognition of brain concussion in own material

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM w Bydgoszczy
Kierownik: prof. dr hab. K. Śliwka

Materiał obejmuje 128 przypadków klinicznie rozpoznanego wstrząśnienia mózgu w latach 1995-2000 r. Na podstawie obserwowanych przypadków omówiono zasady diagnostyki oraz opiniowania pourazowego wstrząśnienia mózgu. Zaobserwowano rozbieżności pomiędzy klinicznym a sądowo-lekarskim rozpoznawaniem tej jednostki sięgające średnio 69,53%. W grupie osób pozostających pod wpływem alkoholu w chwili doznanego urazu, rozbieżności te osiągnęły wartość 91,30%.

The material contains 128 cases of brain concussion diagnosed by physicians since 1995 to 2000. The bases of diagnosing and the rules of opinionating of brain concussion after trauma of the head were discussed. Inconsistencies between clinical diagnosis and forensic medical opinionating were observed in 69,53%. In the group of patients who were intoxicated at the moment of head trauma disagreement was observed in 91,30%.

Słowa kluczowe: wstrząśnienie mózgu, opiniowanie sądowo-lekarskie

Key words: brain concussion, forensic opinion

WSTĘP

W piśmiennictwie spotyka się wiele teorii dotyczących mechanizmu powstania wstrząśnienia mózgu (1, 2, 5, 6, 7, 15, 18). Najwięcej zwolenników ma teoria mówiąca, iż do wstrząśnienia mózgu dochodzi na drodze czasowego, uogólnionego wyłączenia czynności nerwowej związanej z rozległymi obszarami

mózgowia, w tym głównie kory mózgowej, struktur głębokich mózgu oraz pnia mózgu. Bezpośrednią przyczyną jest uraz głowy powodujący opóźnienie lub przyspieszenie kątowe zawartości jamy czaszki. Uraz ten wywołuje ruch obrotowy głowy, prowadząc do wzrostu napięcia w obrębie pnia mózgu i wytworzenia ujemnego ciśnienia pomiędzy tkanką mózgową a otworem potylicznym wielkim (1, 5, 7, 18).

Drogi siateczkowo-wzgórzowo-korowe odpowiadają w warunkach normalnych za utrzymywanie stanu czuwania. Fala wstrząsowa związana z urazem prowadzi do zaburzenia czynności struktur tego szlaku wywołując utratę przytomności. Inne objawy wstrząśnienia mózgu takie jak: niepamięć wsteczna czy dezorientacja związane są z zaburzeniami pobudliwości komórek nerwowych w samej korze mózgowej (4, 15, 16, 17, 18).

Klinicznie, poza utratą przytomności, niepamięcią i dezorientacją, stwierdza się także zaburzenia wegetatywne pod postacią wahań ciśnienia tętniczego krwi, przyspieszenia lub zwolnienia akcji serca, nudności, wymiotów oraz bólów głowy, jako następstwa nieprawidłowości naczynioruchowych. Niepowikłane, o lekkim przebiegu, wstrząśnienie mózgu mija nie pozostawiając objawów po około 1-3 dniach. W zależności od siły urazu oraz pojawiających się klinicznie zaburzeń neurologicznych wyróżnia się kilka stopni wstrząśnienia mózgu (3, 18):

I° - przemijająca dezorientacja bez utraty przytomności z natychmiastowym powrotem do pełnej świadomości; nie stwierdza się niepamięci;

H° - wyraźniej zaznaczona dezorientacja po urazie oraz bardzo nieznaczny okres niepamięci okołourazowej; bez utraty przytomności;

III° - bardzo wyraźna dezorientacja (splątanie) z większym okresem niepamięci, głównie wstecznej; utrata przytomności występuje w postaci chwilowego wyłączenia świadomości;

IV° - utrata przytomności z biernym ułożeniem ciała, różnie długi okres splątania oraz różnie długi okres niepamięci wstecznej i następczej.

Podstawą rozpoznania wstrząśnienia mózgu w aspekcie sądowo-lekarskim. dla potrzeb opiniowania w sprawach karnych jest stwierdzenie przede wszystkim utraty przytomności i niepamięci wstecznej. Opiniowanie w sprawach karnych musi się bowiem opierać na kryteriach jednoznacznej pewności, a więc objawach dających się zobiektywizować, a nie subiektywnych skargach na dolegliwości bólowe głowy, nudności lub wymioty.

Z sądowo-lekarskiego punktu widzenia wstrząśnienie mózgu stanowi naruszenie funkcji ośrodkowego układu nerwowego i kwalifikowane jest jako naruszenie czynności narządu ciała trwające dłużej niż 7 dni w rozumieniu artykułu 157 § 1 Kodeksu Karnego. Takiej kwalifikacji podlegają tylko klasyczne przypadki wstrząśnienia mózgu, czyli wstrząśnienia IV°, zgodnie z wymienioną we wstępie klasyfikacją.

CEL PRACY

Z uwagi na fakt, że w praktyce lekarskiej bardzo często podstawą klinicznego rozpoznania wstrząśnienia mózgu mogą być, zgodnie z tym co już wyżej podano

tylko informacje o cechach zaburzeń świadomości a nie przytomności zawarte w dokumentacji lekarskiej rozpoznanie wstrząśnienia mózgu nie zawsze wyczerpuje kryteria sądowo-lekarskie. Tak więc przy kwalifikacji karnej wstrząśnienia mózgu wymagana jest weryfikacja rozpoznania w oparciu o dane zawarte w aktach sprawy. Celem niniejszej pracy było ustalenie ewentualnych rozbieżności pomiędzy klinicznym a sądowo-lekarskim rozpoznawaniem wstrząśnienia mózgu w materiale tut. Zakładu, ze szczególnym uwzględnieniem osób pozostających w chwili urazu pod wpływem alkoholu. Celem pracy było również porównanie uzyskanych wyników z danymi literaturowymi.

MATERIAŁ I METODA

Analizie poddano 128 protokołów opinii sądowo-lekarskich wydanych tut. Zakładzie, w latach 1995-2000 w celu kwalifikacji karnej obrażeń ciała u osób z uprzednio klinicznie rozpoznanym wstrząśnieniem mózgu. Część tych osób, po uzyskaniu pomocy w warunkach szpitalnych badana była następnie w tut. Zakładzie. W pozostałych przypadkach opinie sądowo-lekarskie wydawane były w oparciu o dostarczone akta sprawy i zawartą w nich dokumentacją lekarską.

U pokrzywdzonych badanych w tut. Zakładzie szczególny nacisk położono na wnikliwe przeprowadzenie badania podmiotowego. Wywiad lekarski zbierano zadając szczegółowe, nie sugerujące odpowiedzi, pytania, dotyczące głównie przebiegu zdarzenia w celu ustalenia ewentualnej utraty przytomności i niepamięci wstecznej oraz występowania objawów wegetatywnych. W przypadkach natomiast, gdy opinia wydawana była na podstawie akt sprawy opierano się w ustalaniu wstrząśnienia mózgu na zeznaniach pokrzywdzonych, obserwacjach lekarzy, którzy jako pierwsi mieli kontakt z pokrzywdzonymi, po przedmiotowym urazie oraz na zeznaniach świadków zdarzenia, które to mogły pomóc w obiektywnej ocenie wystąpienia utraty przytomności u pokrzywdzonych.

WYNIKI

W blisko 70% analizowanych przypadków u osób z rozpoznanym klinicznie wstrząśnieniem mózgu, po przeprowadzonym wnikliwie badaniu przedmiotowym okazywało się, że pamiętały one i relacjonowały przebieg zdarzenia z zachowaniem logicznego ciągu. Poza tym uskarżały się głównie na bóle i zawroty głowy, nie zaś na często występujące w przypadkach rzeczywistego wstrząśnienia mózgu uporczywe nudności i wymioty. Brak więc było podstaw aby z sądowo-lekarskiego punktu widzenia rozpoznawać u tych osób wstrząśnienie mózgu. W poszczególnych latach rozbieżności pomiędzy klinicznym a sądowo-lekarskim rozpoznaniem wstrząśnienia mózgu wahały się między 29,41% a 83,3%. W grupie osób pozostających w stanie po spożyciu alkoholu, liczącej 23 osoby (17,96%) rozbieżności te osiągnęły wartość 91,30%.

Tabela I. % Rozbieżności w klinicznej i sądowno-lekarskiej ocenie wstrząśnienia mózgu w materiale Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Bydgoszczy w latach 1995-2000

Table I. % Inconsistencies between clinical and forensic recognition of brain concussion in own material of the Forensic Institute in Bydgoszcz since 1995 to 2000.

Rok Year	Rozpoznanie kliniczne Clinical diagnosis	Rozpoznanie Sądowo-lekarskie Forensic diagnosis	% Rozbieżności % Inconsistencies
1995	17	12	29,41
1996	16	6	62,5
1997	34	6	82,35
1998	22	8	63,63
1999	27	5	81,48
2000	12	2	83,33
Suma Sum	128	39	69,53

DYSKUSJA

Opiniowanie pourazowych zmian w obrębie struktur czaszkowo-mózgowych jest zadaniem szczególnie trudnym i niejednokrotnie budzącym wiele kontrowersji. Bardzo rzadko bowiem zdarza się, aby lekarz medycyny sądowej miał kontakt z chorym bezpośrednio po urazie głowy. Najczęściej opinia sądowno-lekarska opiera się na danych zawartych w dokumentacji lekarskiej oraz na informacjach uzyskanych od chorego, w czasie szczegółowo przeprowadzonego wywiadu lekarskiego. Dane z historii choroby, głównie te związane z badaniem podmiotowym, nie zawsze wiernie odzwierciedlają rzeczywiste skutki urazu głowy. Zdarza się, że lekarze pierwszego kontaktu opierają rozpoznanie wstrząśnienia mózgu głównie na podstawie podawanej przez pacjenta, bardzo często po zadaniu sugerującego pytania o utracie przytomności, rezygnując z wnikliwego przeprowadzenia wywiadu lekarskiego pozwalającego ocenić występowanie niepamięci wstecznej. Utrata przytomności jest terminem ściśle zdefiniowanym, obejmującym czasowe wyłączenie funkcji ośrodkowego układu nerwowego i związane z tym zniesienie zdolności postrzegania zdarzeń, natomiast w środowisku osób nie związanych zawodowo ze służbą zdrowia pojęcie to bywa często nadużywane i obejmuje wiele różnych zjawisk. Osoby po urazach głowy, szczególnie będące pod wpływem alkoholu lub kierowane niechęcią do sprawcy urazu, mówiąc, iż straciły przytomność mają często na myśli chwilowe zamroczenie, czy też zaburzenia świadomości związane ze strachem, zaskoczeniem czy wzburzeniem, lub też ich doznania wywołane mogą być odurzającym działaniem alkoholu (12).

Jeżeli badana osoba mimo, iż jak podaje straciła przytomność, dokładnie pamięta i relacjonuje przebieg zdarzenia, a nawet podaje, że brała w nim czynny

udział np. uciekała, broniła się, rozpoznanie u niej wstrząśnienia mózgu jest wątpliwe. Rezygnacja przez lekarzy pierwszego kontaktu z wykonania szczegółowego badania podmiotowego, lub też niezapisanie swoich spostrzeżeń w dokumentacji lekarskiej stanowi poważny problem opiniodawczy, gdyż często utrudnia, a czasami wręcz uniemożliwia wydanie jednoznacznej opinii sądowno-lekarskiej.

Przyczyna opisywanych rozbieżności leży zatem głównie w stawianiu przez lekarzy pierwszego kontaktu rozpoznań wstrząśnienia mózgu wyłącznie w oparciu o dane uzyskane od pacjenta, często bez próby ich obiektywizacji. W praktyce sądowno-lekarskiej znane są przypadki gdzie klinicyści rozpoznawali wstrząśnienie mózgu u osób, które jak się później okazało w toku prowadzonego śledztwa w ogóle nie doznały urazu głowy (8).

Należy pamiętać, iż jakkolwiek kontakty lekarz - pacjent powinny opierać się na zasadzie wzajemnego zaufania, w chwili jednak, kiedy lekarz potwierdza istnienie związku przyczynowego pomiędzy doznanym urazem i jego skutkami dla zdrowia pacjenta, przyjmuje na siebie rolę biegłego i w związku z tym musi podporządkować się regułom orzecznictwa (8, 13). Zbyt częste rozpoznawanie wstrząśnienia mózgu pociąga za sobą w późniejszym etapie nadrozpoznanie tzw. cerebrastenii czy encefalopatii pourazowej, co utrudnia nie tylko kwalifikację karną obrażeń ciała, ale także opiniowanie dla potrzeb procesu cywilnego (10).

Wyniki uzyskane w badaniu materiału Zakładu Medycyny Sądowej w Bydgoszczy, wskazujące na znaczny odsetek rozbieżności pomiędzy klinicznym i sądowno-lekarskim rozpoznawaniem wstrząśnienia mózgu, są zgodne zdanymi uzyskanymi przez Marka i współpracowników (8, 9, 11).

WNIOSKI

Kliniczna i sądowno-lekarska ocena wstrząśnienia mózgu jest nadal dużym problemem orzeczniczym;

Różnice w rozpoznawaniu wstrząśnienia mózgu są statystycznie znamienne przy czym szczególnie dotyczy to osób będących pod wpływem alkoholu w chwili urazu;

Rozbieżności pomiędzy klinicznym i sądowno-lekarskim rozpoznawaniem wstrząśnienia mózgu w materiale własnym Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Bydgoszczy w latach 1995-2000 wynosiły 69,53%. U osób pozostających w chwili urazu pod wpływem alkoholu odsetek ten wynosił 91,30%.

PIŚMIENNICTWO

1. Bakay L, Glasauer F. E.: Head Injury. Little, Brown, 1980. - 2. Bakay L, Lee J. C, Peug J. R.: Experimental cerebral concussion Part 1: An electron microscopic study. J. Neurosurg., 1977, 47, 525. - 3. Coonley-Hoganson R., Sachs N., Desai B. T.: Seguelae associated with head injuries in patient who

were not hospitalized: A follow - up survey. Neurosurgery, 1984, 14, 315. - 4. Denny - Brown D., Russel W. R.: Experimental cerebral concussion. Brain, 1941, 64. - 5. Gennarelli T. A. : Mechanisms and pathophysiology of cerebral concussion. J. Head Trauma Rehab. 1986, 1, 23. - 6. Gennarelli T. A.: Head injury in man and experimental animals - clinical aspects. Acta Neurochir., 1983. 32 (suppl.). - 7. Głowacki J.: Urazy układu nerwowego, [w:] Bidziński J. (red.), Neurochirurgia, PZWL, Warszawa, 1981. - 8. Głowacki J., Marek Z.: Urazy czaszki i mózgu, Krakowskie Wyd. Med. 2000. - 9. Jakliński A., Marek Z.: Medycyna sądowa dla prawników, Zakamycze, Kraków 1996. -10. Kobiela J. S , Marek Z., Szymusik A.: Orzecznictwo w sprawach pourazowych, Zdrowie Psychiczne 1970, 1-2, 131-139.

11. Marek Z., Baran E., Głowacki J.: Wstrząśnienie mózgu w opiniowaniu sądowo-lekarskim. Arch. Med. Sąd. Krym. 1994, 44, 325-331. - 12. Marek Z. Baran E.: W sprawie błędów w postępowaniu lekarskim w urazach czaszkowo-mózgowych u chorych pozostających pod działaniem alkoholu, Przegl. Lek. 1973 30, 692-700. - 13. Marek Z., Szymusik A.: Urazy głowy i mózgu w orzecznictwie sądowo-lekarskim i psychiatrycznym. PZWL, Warszawa, 1975 r. - 14. Ommaya A. K., Gennarelli T. A.: Cerebral concussion and traumatic unconsciousness, correlation of experimental and clinical observation on blunt head injuries. Brain, 1974, 97, 633. - 15. Thibault L. E., Gennarelli T. A.: Biomechanics and craniocerebral trauma. In Becker D. P. (ed.) Central Nervous System Trauma Research Status Report. 1985 Bethesda, Md., NJH, 1985, 379. - 16. Tyson G. W.: Head Injury Management for Providers of Emergency Care. Williams. Wilkins, 1987. - 17. Weaver J. P. Ward J. D.: Closed head Injury in Appuzo M L. J. (ed.), Brain Surgery, Churchill Livingstone, 1993. - 18. Ząbek M.: Urazy czaszkowo-mózgowe PZWL, Warszawa, 1994.

Adres pierwszego autora:
Katedra i Zakład Medycyny Sądowej AM
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz

**Elżbieta Bloch-Bogusławska, Małgorzata Pufal, Joanna Pufal,
Ewa Wolska**

Przemoc wobec dzieci w środowisku rodzinnym na podstawie materiałów Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM w Bydgoszczy

**Domestic violence towards children in the material of the
Department of Forensic Medicine of the Medical Academy in
Bydgoszcz**

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM w Bydgoszczy

Kierownik: prof. dr hab. K. Śliwka

Celem pracy była próba prześledzenia zjawiska przemocy w rodzinie wobec dzieci w oparciu o dokumentację zgromadzoną w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej AM w Bydgoszczy. Analizie poddano dokumentację lekarską obejmującą okres od 1995 do 2000 r. Materiał źródłowy stanowiły protokoły badań sądowo-lekarskich oraz opinie sądowo-lekarskie opracowane na podstawie akt sprawy. Uwzględniono różne formy maltretowania: fizyczne, psychiczne i moralne oraz zaniedbania i zaniechania opieki. Sprawcami maltretowania byli najczęściej ojcowie. Ofiarami byli najczęściej chłopcy powyżej 10 roku życia. Uszkodzenia ciała dotyczyły w pierwszej kolejności kończyn dolnych oraz głowy, w dalszej kolejności pozostałych części ciała, tj. kończyn górnych, tułowia, szyi.

The aim of the paper was to analyze the phenomenon of domestic violence towards children. The paper was based on the results of forensic and medical investigations carried out at the Department of Forensic Medicine in The Medical Academy in Bydgoszcz between the year 1995 and 2000. Various, i.e. physical, psychological and moral forms of maltreatment were considered. The perpetrators were more often childrens fathers and victims were more often boys over 10. Injuries were found most often in the lower extremities and the heads and rarely in the upper extremities, the trunk and the neck.

Słowa kluczowe: przemoc, rodzina, dzieci

Key words: violence, domestic, children