

Stefan Raszeja*

Dziś i jutro tanatologii sądowo-lekarskiej

Today and tomorrow of forensic thanatology

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM w Gdańsku
Kierownik: dr hab. Z. Jankowski

Przedstawiono istotę badania pośmiertnego, jego miejsca szczególnego wśród innych działów medycyny sądowej. Zwrócono uwagę na rolę, jaką w rozwoju medycyny sądowej odegrało coraz lepsze poznanie zjawisk zachodzących w okresie umierania i bezpośrednio po śmierci. Odniesiono się do postępu w zakresie ustalania czasu śmierci, jak i oceny cech przyżyciowości obrażeń stwierdzonych w obrębie zwłok. Zwrócono uwagę na potrzebę szerszego wykorzystywania wyników badań bio- i tanatochemicznych dla ustalania przyczyny śmierci i jej mechanizmu. Przytoczono przykłady postępu w tej dziedzinie, przywołując szereg prac opublikowanych w tym zakresie, zwłaszcza w Polsce. W końcu wskazano na konieczność podniesienia poziomu szkolenia lekarzy w zakresie tanatologii.

The essence of post-mortem examination and its special place among other disciplines of forensic medicine were presented. Attention was drawn to the role of better understanding of phenomena occurring during and directly after death in the development of forensic medicine. Progress in determination of the time of death and in estimation of the intravital character of injuries found on the corpse was discussed. The need for a wider application of results of bio- and thanatochemical analyses in determination of the cause of death and its mechanism was emphasized. Examples of progress in this domain were presented, based on a number of papers published in this field, especially in Poland. Finally, the author pointed to the necessity of upgrading training of medical doctors in the field of thanatology.

Słowa kluczowe: tanatologia, ustalanie czasu śmierci i jej mechanizmu, badania bio- i tanatochemiczne

Key words: thanatology, determination of the time and mechanism of death, bio- and thanatochemical analysis

Medycyna sądowa jest niewątpliwie samodzielną nauką lekarską, ale jej pogranicza są bardzo szerokie: od nauk przyrodniczych do nauk prawnych i społecznych. Posługując się lekarską i biologiczną metodyką badawczą, uzyskane wyniki dyscyplina ta przekazuje w głównej mierze na użytek wymiaru sprawiedliwości i organów ścigania, stąd jej tradycyjna nazwa „medycyna sądowa”. W przeszłości (w XIX i XX wieku) – zgodnie z ogólnym trendem obserwowanym w Europie – od specjalności tej oddzieliły się: kryminalistyka i psychiatria sądowa, z którymi jednak nadal współpracujemy. Natomiast niezwykle intensywny rozwój chemiczno-toksykologicznych i hemogenetycznych metod badawczych spowodował, że takie działy jak: toksykologia i serohematologia lub genetyka sądowo-lekarska w dużym stopniu wyemancypowały się i nie odrywając się od medycyny sądowej, stanowią nowe, ważne jej działy, co zapewnia najwyższy poziom usług w tym zakresie. Ta nauka – obojętnie czy pozostajemy przy tradycyjnej, czy też nowej jej nazwie („medycyna prawna”) ma nieograniczone perspektywy rozwojowe, wynikające z jednej strony z postępu nauk przyrodniczych, z drugiej zaś, ze zmieniających się form współczesnego życia i doskonalenia prawa. Trzeba przy tym podkreślić, że kierunek sądowy, jako najważniejszy kierunek naszej dyscypliny, od początku jej powstania, obej-

* Prof. dr hab. med. dr h. c., emer. kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w Gdańsku

muje przede wszystkim ustalanie, a następnie interpretowanie faktów, które wiążą się z przestępstwami przeciwko zdrowiu i życiu człowieka. Amerykanie nazywają ten kierunek „patologią sądową” (*Forensic pathology*). Stanowiąc kwintesencję klasycznej medycyny sądowej, kierunek ten obejmuje z jednej strony dział orzecznictwa związanego z oceną skutków uszkodzeń ciała doznanych przez osoby pokrzywdzone, z drugiej zaś – dział odnoszący się do niezwykle ważnej problematyki przerwania życia ludzkiego, pociągającego za sobą doniosłe skutki prawne.

Ekspozowanie tych dwóch działów wynika z prostego faktu, że – jak już to niejednokrotnie podkreślałem – „właściwy poziom ekspertyz sądowo-lekarskich jest jednym z elementów gwarantujących praworządność, a także rzutujących na społeczne odczucie sprawiedliwości” [16, 20]. Z rozwojem sądownictwa łączy się postulat stosowania takich środków ustalania faktów, które gwarantowałyby prawdziwość uzyskanych danych. Dotyczy to zwłaszcza ustalania a następnie interpretowania faktów, które wiążą się z życiem człowieka. Tak więc od rozwoju medycyny sądowej, a co za tym idzie, od sprawności instytucji prawnych korzystających z pomocy tej dziedziny nauki zależy, m.in. usunięcie szeregu niedomagań w procesach sądowych, jak zaprzepaszczenie dowodów winy czy przewlekanie dochodzenia prawdy. Niedomagania te mają oczywiście również znaczenie moralne, dyskredytują bowiem wymiar sprawiedliwości w oczach społeczeństwa.

Tę część medycyny sądowej, która związana jest z badaniem faktów dotyczących śmierci, nazywamy tanatologią, od greckiej nazwy śmierci (*Thanatos*). Chodzi tu o wiedzę o przebiegu całego procesu umierania, gdyż pozwala ona na rekonstrukcję okoliczności poprzedzających i towarzyszących śmierci człowieka. Niejednokrotnie w ciągu swej 60-letniej działalności byłem naocznym świadkiem, jak prawidłowo i z dużym znanstwem przeprowadzone oględziny i sekcja zwłok, połączone ze szczegółowym badaniem dodatkowym, pozwoliły – mimo trudności wydawałoby się nie do pokonania – na uzyskanie wszystkich danych niezbędnych do wykrycia prawdy, do ostatecznego ustalenia nie tylko przyczyny zgonu, ale i jego mechanizmu. Oczywiście, stała rewizja utartych poglądów, stały niepokój twórczy towarzyszący adeptom wiedzy, to nieodłączne elementy postępu naukowego również w naszej dyscyplinie. Jednym z przykładów są właśnie osiągnięcia w zakresie tanatologii.

Burzliwy rozwój nauk przyrodniczych, odsłaniając tajemnicę mechanizmów decydujących o życiu i śmierci organizmu ludzkiego, spowodowa-

wał rozchwianie niektórych klasycznych kanonów medycyny sądowej. W dziele rewizji poglądów na temat definicji śmierci medycy sądowi w Polsce od początku przejęli inicjatywę, walnie przyczyniając się do ustalenia kryteriów śmierci osobniczej, mających istotne znaczenie dla transplantacji narządów ze zwłok. Doświadczenia własne w kierowanym przeze mnie (przez 30 lat) Zakładzie Medycyny Sądowej w Gdańsku pozwoliły na ocenę praktycznej wartości dyskutowanych kryteriów śmierci. Jako przedstawiciel medycyny sądowej miałem zaszczyt uczestniczyć w pracy Komisji Krajowej, która ostatecznie ustaliła obowiązujące dziś kryteria śmierci biologicznej mózgu. Z kolei szereg moich wychowanków (doktorantów, habilitantów) kontynuowało badania naukowe w zakresie reakcji interletalnych i procesów przemian tanatochemicznych [5, 13-14, 24, 29-30].

Poznanie zjawisk zachodzących w okresie umierania i bezpośrednio po śmierci, przedstawia jednak wartość nie tylko dla lekarzy transplantologów, ale przede wszystkim dla lekarzy-biegłych, którzy są powoływani przez organa ścigania celem wydania opinii odnośnie przyczyny śmierci, a także czasu, który upłynął od jej wystąpienia do chwili oględzin zwłok. Opinia obducenta może wówczas pozwolić na obalenie alibi osoby podejrzanej. Nie zawsze takie precyzyjne ustalenie jest możliwe, ale wtedy do tradycyjnych badań płam opadowych i stężenia pośmiertnego włącza się pomiar temperatury zwłok, a także – jeżeli istnieją takie możliwości – badania reakcji interletalnych, wykorzystując pośmiertną pobudliwość mięśni szkieletowych lub reakcji różnych tkanek na bodźce chemiczne [13-14, 17, 21, 24, 27, 29-30]. Tak przeprowadzona ocena już parokrotnie posłużyła organom śledczym na zawężenie grona podejrzanych lub określenie stopnia wiarygodności informacji uzyskanych w toku dochodzenia.

Jest jednak problem szerszego wykorzystania wspomnianych wyników badań w codziennej praktyce lekarza dokonującego oględzin zwłok w terenie. Przyczyną tego stanu rzeczy są głównie trudności techniczne, chociaż nie bez znaczenia jest brak inwencji zarówno lekarza, jak i samych organów śledczych [22]. W tej sytuacji podstawowymi metodami ustalania czasu zgonu pozostaje obserwacja klasycznych znamion śmierci przy użyciu prostych i dających się zastosować w każdych warunkach metod. Nic dziwnego więc, że w ciągu ostatnich lat powrócono do wykorzystania obserwacji płam opadowych i stężenia pośmiertnego, dokonując naukowej weryfikacji dawnych poglądów [3]. Szczególną uwagę zwrócono jednak na stosunkowo dużą wartość odpowiednio skorygowanych pomiarów temperatury zwłok. W tym zakresie szczególnie

zasłużyli się koledzy z Bydgoszczy [30] poprzez wprowadzenie rejestracji ciągłej pośmiertnego spadku temperatury w poszczególnych narządach wewnętrznych i ustalenie własnych nomogramów pozwalających na bardziej precyzyjne opiniowanie. W gdańskim zakładzie przeprowadzono również próby wykorzystania do tego celu badań procesu pośmiertnego zaniku aktywności określonych enzymów w poszczególnych narządach i tkankach. Okazało się to bardzo trudnym zadaniem z uwagi na wielopostaciowość czynników wpływających na ten proces. Stwierdzono, że stosunkowo najlepsze wyniki uzyskuje się stosując badanie utrzymywania się pośmiertnej aktywności takich enzymów jak LDH lub MDH w wątrobie, co już znalazło zastosowanie w praktyce oznaczania czasu śmierci w okresie odległym od zgonu [5], kiedy obserwacje klasycznych znamion śmierci i reakcji interletalnych już nie mogą być przydatne. W tym późnym okresie, przy odtwarzaniu czasu zgonu coraz częściej sięgamy do badań entomologicznych, stojących na coraz wyższym poziomie i cieszących się coraz większym zainteresowaniem medyków sądowych. Przed kilku laty swoje obserwacje na ten temat ogłosili koledzy z Gdańska [7], w tym roku koledzy z Łodzi [32] a także z Hamburga [6]. Sądzę, że jest to przykład potwierdzający moją tezę, że coraz lepsze, dogłębniejsze poznawanie czynników wpływających na ten proces, jak i użycie nowoczesnych metod badawczych ułatwiających obiektywizację naszych obserwacji, pozwoli wkrótce na przekroczenie obecnych granic naszej wydolności orzeczniczej w zakresie problematyki tanatologicznej oraz na dalszy szybki postęp w tym zakresie.

Mając to na uwadze, podejmowane są w wielu krajach europejskich tematy badawcze związane z oceną przyżyciowości obrażeń stwierdzanych w obrębie badanych zwłok. I tu następują rewizje dawnych poglądów, a przede wszystkim dokonuje się prób obiektywizacji, zwłaszcza poprzez badania histochemiczne i histoenzymatyczne, a także biochemiczne [18]. Przykładem wykorzystania znajomości zjawisk zachodzących w okresie interletalnym do ustalania czasu powstania uszkodzeń ciała „za życia”, w okresie agonii lub pośmiertnie, są wyniki badań anglosaskich patologów sądowych, którzy podkreślają przydatność oznaczania histaminy w tkankach pobranych z okolicy uszkodzeń powłok ciała (wyraźna zwyżka histaminy). Ostatnio mnożą się publikacje o wykrywaniu biochemicznych związków, które mogą być uznane za markery poszczególnych etapów procesu umierania.

Coraz częściej też włącza się badania biochemiczne (lub tanatochemiczne) do ustalania przyczyny śmierci. Dotyczy to zwłaszcza tych rodzajów

śmierci gwałtownej, których obraz patomorfologiczny jest mało charakterystyczny i sprawia ogromne trudności obducentom (np. w przypadku nietypowego utonięcia lub zagardlenia). Przeprowadzone w gdańskim ośrodku badania nad histochemicznym i biochemiczno-enzymatycznym oznaczaniem glikogenu w wątrobie osób zmarłych z ochłodzenia pozwoliły na rozstrzygnięcie ich diagnostycznych wartości w przypadkach śmierci z działania zimna [7]. Dziś wiemy już z całą pewnością, że brak glikogenu w wątrobie może być jednym z dowodów pozwalających na rozpoznanie tego rodzaju śmierci.

Do szczególnie interesujących obiektów badania w okresie interletalnym należą takie związki chemiczne jak wysokoenergetyczne związki fosforowe (ATP, fosfokreatyna), wolne kwasy tłuszczowe, aminy biogenne wyzwalane przed zgonem wskutek działania czynników asfiktycznych (np. w okresie uduszenia gwałtownego) a także kwas mlekowy, którego stężenie w zwłokach wydaje się być zależne od nasilenia anoksji w czasie agonii, jak to wykazałmy już 30 lat temu [25].

Badając poziom metabolitów, których nagromadzenie lub ich spadek w organizmie jest charakterystyczny dla określonych jednostek chorobowych, i z tego powodu bywa z reguły wykorzystywany przez klinicystów, stwierdzono niestety, że większość z nich ulega przemianom pośmiertnym, przy czym na wynik oznaczeń chemicznych wpływa nie tylko czas pobrania płynu ustrojowego ale również rodzaj płynu (krew, płyn mózgowo-rdzeniowy itp.) a nawet miejsce jego pobrania. Przy zachowaniu jednak pewnych warunków pobrania materiału i konfrontacji wyników kilku różnych badań biochemicznych, jak również przy uwzględnieniu określonych czynników (np. warunki fizyczne w jakich przebywały zwłoki), można pokusić się o wykorzystanie uzyskanych rezultatów do ustalenia przyczyny śmierci. Zalecane przeze mnie już od wielu lat [23] oznaczanie mocznika i glukozy (choćby w sposób prosty, przy użyciu odpowiednio dobranych papierków wskaźnikowych), zostało ostatnio wsparte licznymi wskazaniem autorów anglosaskich. Tematykę badawczą dotyczącą pośmiertnej diagnostyki bio-(tanato)-chemicznej w przypadku śmierci czynnościowej uznali oni za ważną dla podniesienia poziomu naszego opiniowania [11, 27]. Istotnymi polami badawczymi stały się: metabolizm glukozy (cukrzyca), zaburzenia czynności wątroby i nerek, gospodarka wodno-elektrolitowa, hipotermia a nawet stany wysokiego pobudzenia przedśmiertnego.

Zachowując krytycyzm w ocenie uzyskanych wyników z uwagi na możliwość ich „zafałszowania” poprzez efekty procesów pośmiertnych, została już

dość jasno skryształizowana procedura postępowania jak i sposób wyciągania praktycznych wniosków, ważnych dla opiniowania sądowo-lekarskiego.

Ograniczę się tylko do stwierdzenia, że poprzez łączne oznaczanie takich parametrów, jak glukoza, kwas mlekowy i ciała ketonowe w płynie mózgowo-rdzeniowym i ciałku szklistym oka, uwzględniające tzw. wartość sumaryczną, można w sposób istotny wspomóc diagnozę hiper- i hipoglikemii jako przyczyny śmierci. Równie pomocne dla pośmiertnej diagnozy zaburzeń funkcji wątroby okazały się śródsekcyjne badania enzymów wątrobowych, bilirubiny i amoniaku w tych samych płynach ustrojowych (tzn. w płynie mózgowo-rdzeniowym i ciałku szklistym). W przypadku podejrzenia, że przyczyną śmierci mogłaby być ostra niedomoga nerek, diagnostyka powinna opierać się na analizach kreatyniny i mocznika, przy czym oceniając stężenie tych substratów można dojść do miarodajnych wniosków. Na większe trudności natrafia się w przypadku, gdy podejrzewa się, że odpowiedzialne za śmierć denata są zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej. Badane parametry elektrolitowe można oceniać wyłącznie w zestawieniu z innymi wynikami badań pośmiertnych (morfologicznych i toksykologicznych).

Interesujące spostrzeżenia dotyczą diagnostyki nagłej śmierci poprzedzonej stanem wysokiego pobudzenia. Stan taki aktywuje układ sympatyczny, co powoduje masywny „wysyp” katecholamin do krwiobiegu. Dla potwierdzenia takiej reakcji stresowej nadaje się więc proste oznaczanie adrenaliny i noradrenaliny w surowicy, płynie mózgowo-rdzeniowym i ciałku szklistym. Znane są już wartości stężeń tych katecholamin, charakterystyczne dla określonych stanów pobudzenia [27]. Te same badania mogą być wykorzystane również przy badaniu zmarłych w hipotermii. Oczywiście, pośmiertna analityka bio- czy tanato-chemiczna nie może zastąpić patomorfologicznej diagnostyki sekcyjnej, ale może ją – nieraz w sposób decydujący – uzupełnić lub wesprzeć. Do tej serii prac sądowo-lekarskich zaliczyć można interesującą publikację kolegów z Lublina, którzy zwrócili uwagę na fakt, że oznaczanie acetonu i kwasu betahydroksymasłowego posiada istotną wartość dla wyjaśnienia patomechanizmu śmierci nagłej, zwłaszcza poprzez wykazanie przedśmiertnych zaburzeń metabolicznych [2].

W realizacji podstawowego zadania stawianego lekarzowi-biegłemu przez prokuraturę, tj. możliwie precyzyjnego ustalenia przyczyny śmierci, pomocnymi są nie tylko badania drobnowidowe (jak to pięknie po polsku określano dawniej badania mikroskopowe) oraz bio- czy tanatochemiczne – o których przed chwilą mówiłem – ale również stosowanie nowych makroskopowych metod badania zwłok.

Klasycznym przykładem konieczności stałego poszukiwania nowych technik badania sekcyjnego jest sprawa tzw. „obrażeń zderzakowych”, obserwowanych do niedawna bardzo często w obrębie kończyn dolnych u pieszych uczestników wypadku drogowego. Stwierdzenie takiego „markeru” w czasie sekcji zwłok pozwalało na odtworzenie szeregu okoliczności towarzyszących potrąceniu pieszego przez pojazd, co okazywało się niezwykle istotne w procesie sądowym. Tymczasem do zmian tych aktualnie dochodzi coraz rzadziej, w związku ze zmianami w konstrukcji samochodów osobowych. W tym stanie rzeczy koledzy z Lublina słusznie poszerzyli badania pośmiertne, o odpowiednie otwarcie stawów kolanowych i nacięcie piszczeli oraz kości udowych, w celu wykazania zespołu obrażeń charakterystycznych dla urazu działającego z określonego kierunku. Badanie to – mam nadzieję – stanie się rutynowym poszerzeniem sądowo-lekarskiej sekcji w przypadku badania zwłok pieszego uczestnika wypadku drogowego i przyczyni się do pełniejszego odtworzenia mechanizmu doznanego urazu [12]. Niedawno, prawie równolegle, autorzy z Gdańska i z Krakowa zaprezentowali stosunkowo proste, ale precyzyjne metody badania odcinka szyjnego kręgosłupa i rdzenia kręgowego [4, 31]. Stosowanie specjalnej techniki sekcyjnej w przypadku podejrzenia urazu kręgosłupa szyjnego u licznych ofiar wypadków drogowych jest również niezbędne, jak lepsze poznanie biomechaniki urazów tej okolicy ciała. I wreszcie już całkiem niedawno koledzy z Poznania, analizując stwierdzone w czasie sekcji zwłok złamania kości klatki piersiowej, zaproponowali nową technikę ich badania i wykazali jej przydatność w opiniowaniu sądowo-lekarskim poprzez możliwość precyzyjniejszego ustalenia mechanizmu powstałych obrażeń klatki piersiowej [28].

Z kolei, jeżeli u kierowcy pojazdu, który zginął w wypadku drogowym, nie znajdujemy żadnych zmian urazowych lub chorobowych, musimy pamiętać o coraz częściej rozpoznawanej śmierci wskutek „uduszenia pozycyjnego”, stanowiącego szczególny rodzaj uduszenia gwałtownego. Mechanizm śmierci polega tu na ostrym niedotlenieniu mózgu w związku z zaburzeniami wentylacji płuc w następstwie нефизjologicznego ułożenia ciała, upośledzającego ruchomość klatki piersiowej i drożność górnego odcinka dróg oddechowych. Koledzy z Gdańska, autorzy doniesienia na ten temat, które ukazało się 2 lata temu w Archiwum Medycyny Sądowej [8], słusznie uważają, że świadomość takiego mechanizmu śmierci ułatwi wyjaśnienie okoliczności śmierci gwałtownej w przypadku braku zmian urazowych, które tłumaczyłyby przyczynę zgonu.

A TERAZ, CO DALEJ Z ROZWOJEM TANATOLOGII SĄDOWEJ?

Aktualne przemiany społeczno-gospodarcze w naszym państwie oraz zmiany stosunków demograficznych stwarzają nowe wzorce osobowości, które nie pozostają bez wpływu na objawy patologiczne życia społecznego. Udział medycyny sądowej w badaniu tych przemian, a w szczególności w kryminologicznej ocenie przestępstw i wypadków będzie niezbędny. Z kolei coraz wyższy stopień świadomości sprawców przestępstw będzie wymagał stosowania coraz precyzyjniejszych metod ścigania [16]. Od przedstawicieli medycyny sądowej wymagać się będzie nie tylko coraz dokładniejszego określania faktu śmierci i czasu powstania uszkodzeń ciała, ale również coraz szerszej i precyzyjniejszej identyfikacji zwłok osoby nieznannej, wprowadzenia nowych metod chemiczno-toksykologicznych dla rozpoznania zatruc spowodowanych nowymi, a szeroko rozpowszechnionymi środkami chemicznymi lub farmaceutykami. Jednym z wielu przykładów unowocześnienia metod toksykologicznych może być wykorzystanie badań molekularnych przy identyfikacji środka toksycznego, który przyczynił się do zejścia śmiertelnego. Koledzy z Wrocławia w ostatnim zeszycie naszego Archiwum [1] wskazali na możliwość identyfikacji materiału pochodzącego z grzybów halucynogennych poprzez wykazanie specyficznych sekwencji DNA przy pomocy techniki PCR.

Postępująca urbanizacja i motoryzacja, a także inne czynniki środowiskowe, będą nieuchronnie w coraz większym stopniu wywoływały stany napięć leżące u podstaw szeregu tzw. chorób cywilizacyjnych, które jeśli kończą się nagłym zgonem, zwłaszcza „sercowym”, budzą podejrzenie śmierci gwałtownej i są przedmiotem dochodzenia prokuratora. Badania naukowe polskich katedr medycyny sądowej poświęcone wyjaśnianiu mechanizmu nagłej śmierci z przyczyn chorobowych u dzieci (w tym SIDS) i u dorosłych, przyniosły wiele nowych danych ułatwiających niezwykle trudną diagnostykę pośmiertną w tego rodzaju przypadkach. Ten kierunek badań będzie przez medycynę sądową intensywnie rozszerzany tym bardziej, że dysponujemy nowymi technikami badawczymi, głównie biochemicznymi (o czym wyżej już wspominałem).

W chwili obecnej nikt rozsądny nie podaje w wątpliwość, że udział specjalistów z dziedziny medycyny sądowej w analizie wypadku drogowego, katastrofy lotniczej lub wypadku w pracy jest tak samo niezbędny jak w sprawach innych przestępstw przeciwko życiu człowieka, ale istniejąca (niestety tylko w niektórych ośrodkach) współpraca przedsta-

wicieli medycyny sądowej z ekspertami z zakresu różnych działów techniki musi zostać zwielokrotniona. Działania kooperacyjne medyków sądowych inżynierami przy analizie wypadków drogowych, a także z kryminalistykami w przypadkach masowych katastrof, mające na celu wydawanie opinii kompleksowych, wymagać będą ostatecznego wypracowania reguł postępowania interdyscyplinarnego. Tak przedstawiony szkic głównych kierunków rozwojowych medycyny sądowej wydaje się być zgodny z aktualnym trendem kształtującym oblicze tej dyscypliny naukowej, który z kolei oparty jest na prognozach wynikających z obserwacji procesów zachodzących w krajach Unii Europejskiej.

Zwracając uwagę na postępowanie w zakresie badań pośmiertnych, którego jesteśmy świadomi, chciałbym jednocześnie podkreślić, że będzie on miał tylko wtedy przełożenie do praktyki, gdy lekarze-biegli dokonujący oględzin i sekcji zwłok, będą do tych procedur odpowiednio przygotowani poprzez częste szkolenia, a organ zlecający (prokuratura) będzie szeroko z nich korzystał, nie dopuszczając do podejmowania tych czynności przez przygodnych, zupełnie nieprzygotowanych biegłych.

Niedawno jeden ze znanych tygodników niemieckich („Die Zeit”) uznał cały system urzędowego ustalania faktu śmierci w Republice Federalnej winnym licznych przypadków niewłaściwego rozpoznania przyczyny śmierci i wszczął alarm, że Niemcy są „rajem dla morderców”, gdyż co najmniej co drugie zabójstwo pozostaje w ogóle nie wykryte [15]. Na podstawie ankiet przeprowadzonych wśród niemieckich lekarzy rodzinnych ustalono, że 32% ankietowanych dokonując oględzin zmarłego w ogóle go nie rozbiera. Nasze obserwacje też wskazują na szereg niedomagań w tym zakresie. W jednym przypadku lekarz rejonowy wezwany przez rodzinę do zmarłego, wypisał kartę zgonu bez rozbierania pacjenta, podając jako przyczynę śmierci naturalnej zawał serca (pacjent rzeczywiście kiedyś leczył się z powodu choroby wieńcowej). Zwłoki przewieziono do chłodni Zakładu Medycyny Sądowej celem ich przechowania. Laboranci rozbierając zwłoki zauważyli ranę kłutą klatki piersiowej. Podjęte wówczas na polecenie prokuratury oględziny i sekcja zwłok potwierdziły ten fakt i pozwoliły na zebranie dalszych danych dotyczących mechanizmu śmierci, co było początkiem właściwego postępowania w sprawie tego zabójstwa. W innym przypadku żona samobójcy „ze wstydu” zdjęła ciało męża z pętli wisielczej. Przybyły lekarz zastał jej męża leżącego na tapczanie, ubranego w pulower-golf, zasłaniający szyję i wydał zaświadczenie o nagłej śmierci „sercowej”. Dopiero pracownik zakładu pogrzebowego stwierdził wyraźną bruzdę wisielczą na szyi.

Czy trzeba dawać więcej przykładów, by postulować baczniejsze zwrócenie uwagi na zagadnienia szkolenia lekarzy w zakresie prawidłowego dokonywania oględzin zwłok przed wydaniem tzw. „Karty zgonu”?

Poziom kształcenia studentów i lekarzy z zakresu tanatologii sądowej albo szerzej „patologii sądowej”, jako klasycznego działu medycyny sądowej, był przez wiele lat przedmiotem szczególnej troski, zarówno Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii, jak i Krajowego Zespołu Specjalistycznego ds. Medycyny Sądowej, który działał przed laty. Oby ten temat stał się w najbliższym czasie pierwszoplanowym dla kierowników katedr medycyny sądowej w Polsce. Trzeba pamiętać, że źle wykonana sekcja zwłok i niestarannie sporządzony protokół z tej czynności mogą prowadzić do zniszczenia dowodów lub – co gorsze – do przyjęcia błędnej wersji zdarzenia za prawdziwą. Prawidłowo wykonane badania pośmiertne (oględziny i sekcja zwłok wraz z niezbędnymi uzupełniającymi badaniami laboratoryjnymi) jest w wielu przypadkach jedynym dowodem przestępstwa lub niewinności.

Porównując nasz system organizacyjny z obowiązującym lub co najmniej zalecanym przez Unię Europejską, zapoznałem się swego czasu (jeszcze przed naszym przystąpieniem do Unii) z tzw. „memorandum sewilskim” uchwalonym przez przedstawicieli parlamentu Unii [16]. Znajduje się tam m.in. zapis, że katedry medycyny sądowej – z uwagi na fakt, że działalność ich „posiada najwyższe znaczenie zwiększając bezpieczeństwo prawne obywatela i chroniąc ofiarę” – muszą dysponować aparaturą pomiarową i urządzeniami „zapewniającymi najwyższy poziom opiniowania we wszystkich sprawach zleczanych przez instytucje prawne”. Jak widać postulaty te zobowiązują rządy państw członkowskich Unii Europejskiej do intensywniejszej pomocy w rozwoju medycyny sądowej. Trzeba o tym przypominać odpowiednim instytucjom odpowiedzialnym za ten rozwój obecnie, po naszym „wejściu” do Unii.

PIŚMIENNICTWO

1. Adamczyk A., Sadakierska A., Janoszka J., Rymkiewicz A., Dobosz T.: Halucynogenne grzyby-łyliczki (Psilocybe). Część II. Arch. Med. Sąd. Krym., 2007, 57, 285.

2. Buszewicz G., Teresiński G., Bańka K., Mądro R.: Ocena przydatności diagnostycznej współczynnika betahydroksymaślan/acetone w sądowo-lekarskiej diagnostyce nagłych zgonów. Arch. Med. Sąd. Krym., 2007, 57, 289.

3. Garbowska-Górska A., Kosicki M.: Analiza dynamiki rozwoju plam pośmiertnych. Post. Med. Sąd., 1998, 5, 111.

4. Gos T., Raszeja S.: Postmortem activity of lactate and malate dehydrogenase in human liver in relation to time after death. Int. J. Legal. Med., 1993, 106, 1, 25.

5. Hecht L., Klitzbach H., Schroeder H., Pueschel K.: Einfluss von Methadon auf die Entwicklung von *Lucilia sericata*. Rechtsmed., 2007, 17, 83.

6. Jankowski Z.: Ocena przydatności histochemicznego badania zawartości glikogenu w wątrobie dla diagnostyki śmierci z ochłodzenia: rozpr. habil. Ann. Acad. Med. Gedan., 2003, 33, Supl. 8.

7. Jankowski Z., Wilmanowska A., Pieśniak D., Kubiak A.: Uduszenie pozycyjne jako przyczyna śmierci w wypadku drogowym u kierowcy samochodu osobowego po „dachowaniu”. Arch. Med. Sąd. Krym., 2004, 54, 2-3, 163.

8. Jankowski Z., Zbychorski R., Raszeja S.: Histomorphologie der Lunge bei akuter Blähung und chronischem Emphysem. Krimin. Forens. Wiss., 1988, 71-72, 35.

9. Kaczorowska E., Pieśniak D., Szczerkowska Z.: Wykorzystanie metod entomologicznych w próbach określenia daty zgonu: opis przypadków. Arch. Med. Sąd. Krym., 2004, 54, 2-3, 169.

10. Kernbach-Wighton G.: Möglichkeiten postmortal-biochemischer Diagnostik. Rechtsmed., 2006, 16, 1, 27.

11. Mądro R., Teresiński G.: O możliwości wnioskowania na temat okoliczności potrącenia pieszo na podstawie obrażeń w obrębie stawów kolanowych. Z Zagadnień Nauk. Sąd., 1997, 35, 96.

12. Miścicka-Śliwka D., Śliwka K., Planutis G., Górna E.: Badania nad reaktywnością tętnicy ogonowej szczura na ergotaminę w aspekcie ustalania czasu śmierci. Post. Med. Sąd., 1988, 1, 255.

13. Miścicka-Śliwka D.: Alfaadrenergiczne reakcje interletalne tętnic ludzkich. Post. Med. Sąd., 1995, 2, 81.

14. Nehm K.: Die Bedeutung der Rechtsmedizin fuer ein rechtsstaatliches Strafverfahren. Rechtsmed., 2000, 10, 4, 122.

15. Raszeja S.: Quo vadis medicina forensis? Post. Med. Sąd. Krym., 1995, 2, 19.

16. Raszeja S.: Badania procesów zachodzących w okresie interletalnym. Pol. Tyg. Lek., 1975, 30, 2, 75.

17. Raszeja S.: O możliwościach histo- i biochemicznego określania czasu powstania uszkodzeń ciała. Patol. Pol., 26, 1, 1.

18. Raszeja S.: Tanatologia i jej granice. Arch. Med. Sąd. Krym., 1985, 35, 4, 238.

19. Raszeja S.: Proces umierania i związane z nim problemy opiniodawcze. Probl. Praworząd., 1985, 36, 2, 40.

20. Raszeja S.: Progres dans la determination du moment de la mort. *Acta. Med. Legal. Soc.*, 1987, 37, 23.
21. Raszeja S.: Rola lekarza przy oględzinach zwłok na miejscu ich znalezienia. *Zdr. Publ.*, 1988, 99, 9, 478.
22. Raszeja S.: Zastosowanie papierków wskaźnikowych w diagnostyce sekcyjnej. *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 1970, 20, 121.
23. Raszeja S., Bardzik S.: Die Bedeutung der Brauchbarkeit interletaler Reaktionen der Schweissdruesen zur Bestimmung der Todeszeit. *Z. Rechtsmed.*, 1970, 67, 223.
24. Raszeja S., Dziedzic T., Olszewska I.: Poziom kwasu mlekowego we krwi w niektórych rodzajach śmierci nagłej. *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 1971, 21 Supl., 49.
25. Raszeja S., Śliwka K.: Ustalanie „czasu śmierci” w świetle piśmiennictwa rodzimego. *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 1986, 36, 2, 91.
26. Saternus K., Kernbach-Wighton G.: Restraints of excited persons; *Research in Legal Medicine. Schmidt-Roemhildt, Lubeck*, 2002, 28, 55-74.
27. Sobol J., Kordek K., Kołowski J., Kis-Wojciechowska M., Przybylski Z.: Morfologia i diagnostyka mechanizmów złamań kości klatki piersiowej – wykorzystanie w opiniowaniu sądowo-lekarskim. *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 2007, 57, 302.
28. Śliwka K.: Ocena pośmiertnej pobudliwości elektrycznej mięśnia szkieletowego szczurów i jej znaczenie dla określania czasu śmierci. *Ann. Acad. Med. Gedan.*, 1984, 14, 9.
29. Śliwka K., Miścicka-Śliwka D.: Badania nad przydatnością wybranych punktów pomiarowych temperatury zwłok dla określenia czasu śmierci na podstawie wielopunktowej ciągłej rejestracji temperatury. *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 1985, 35, 2, 85.
30. Woźniak K.: Badania odcinka szyjnego rdzenia kręgowego oraz odcinka szyjnego kręgosłupa podczas sekcji sądowo-lekarskiej. *Post. Med. Sąd.*, 1999, 5, 119.
31. Żydek L., Barzdo M., Michalski M., Meissner E., Berent J.: Wykorzystanie metod entomologicznych do oceny czasu zgonu – opis przypadków. *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 2007, 57, 347-354.