

Univerzita Karlova v Praze
Právnická fakulta
Katedra trestního práva

Diplomová práce

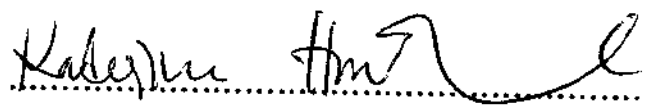
Téma: **SOUDNÍ LÉKAŘSTVÍ A TRESTNÍ PRÁVO**

Vedoucí diplomové práce:
RNDr. Petr Štourač

Vypracovala:
Kateřina Havlíčková
Nad vodovodem 242/58
108 00 Praha 10

Praha, září 2008

„ Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci zpracovala samostatně a že jsem vyznačila všechny prameny, z nichž jsem pro svou práci čerpala, způsobem ve vědecké práci obvyklým. “

A handwritten signature in black ink, written in a cursive style. The signature appears to read 'Kateřina Havlíčková'. The signature is written over a horizontal dotted line.

Kateřina Havlíčková

OBSAH:

Úvod.....	1
Kap. 1.	
Soudní lékařství.....	4
1.1 Charakteristika oboru soudního lékařství.....	4
1.2 Koncepce soudnělékařské služby v ČR.....	5
1.2.1 Soudnělékařská pracoviště.....	5
1.2.2 Úkoly soudně lékařských oddělení.....	6
1.3 Náplň oboru.....	7
1.4 Soudní lékařství jako forenzní disciplína.....	8
Kap. 2.	
Z dějin soudního lékařství.....	9
2.1 Historické poznámky.....	9
2.2 Ústavy a oddělení soudního lékařství.....	12
Kap. 3.	
Soudnělékařská tanatologie.....	13
3.1 Umírání a smrt.....	13
3.1.1 Smrt přirozená.....	14
3.1.2 Smrt násilná.....	14
3.1.3 Smrt zdánlivá.....	14
3.2 Posmrtné změny.....	15
3.2.1 Časné posmrtné změny.....	15
3.2.1.1 Chladnutí těla.....	15
3.2.1.2 Zasychání kůže a sliznic.....	16
3.2.1.3 Posmrtné skvrny.....	16
3.2.1.4 Posmrtná ztuhlost.....	17
3.2.2 Pozdní posmrtné změny.....	17
3.2.2.1 Autolýza, hniloba, tlení.....	17
3.2.3 Atypické formy.....	18
3.2.3.1 Mumifikace.....	18
3.2.3.2 Saponifikace.....	18
3.2.3.3 Huminizace.....	18
3.2.3.4 Balzamace.....	19
3.3 Rozrušení těla vlivem fauny a flóry.....	19
3.4 Jiná pozorování.....	19
Kap. 4	
Vitální reakce a určování doby smrti.....	20

4.1 Vitální reakce.....	20
4.1.1 Celková vitální reakce.....	20
4.1.2 Místní vitální reakce.....	20
4.2 Určování doby smrti.....	21
Kap. 5.	
Prohlídka živých osob.....	23
5.1 Lékařské odborné vyjádření.....	23
5.2 Vlastní prohlídka.....	24
5.3 Simulace, disimulace, agravace.....	25
5.3.1 Simulace.....	25
5.3.2 Disimulace.....	26
Kap. 6.	
Prohlídka a pitva zemřelých.....	27
6.1 Oznámení úmrtí osoby či nález mrtvého těla.....	27
6.2 Úřední konstatování smrti osoby - Úřední prohlídka mrtvé osoby.....	28
6.3 Rozhodnutí o pitvě.....	29
6.4 Prohlídka místa činu a mrtvoly na místě nálezu.....	30
6.5 Pitva a její druhy.....	31
6.5.1 Pitva anatomická.....	32
6.5.2 Pitva zdravotní.....	32
6.5.3 Pitva soudní.....	32
6.5.4 Vlastní pitva.....	33
6.6 Exhumace.....	35
Kap. 7.	
Dušení a udušení.....	36
7.1 Jednotlivá stadia a známky dušení.....	37
7.2 Strangulace.....	39
7.2.1 Oběšení.....	39
7.2.2 Uškrcení.....	41
7.2.3 Zardoušení.....	42
7.3 Udušení ze zakrytí nosu a úst.....	43
7.4 Udávení.....	44
7.5 Traumatická asfyxie.....	44
7.6 Polohová asfyxie.....	45
7.7 Udušení v malém prostoru, udušení neadekvátním složením vzduchu.....	45
7.8 Utopení.....	46
7.8.1 Vlastní utopení na základě aspirace tekutiny.....	47

7.8.2 Reflektorická smrt na základě styku těla se studenou tekutinou.....	48
7.8.3 Náhlá smrt.....	48
7.8.4 Smrt na základě poranění, vražda, nedbalost, úraz.....	48
7.8.5 Délka pobytu mrtvoly ve vodě, jak dlouho byla mrtvola ve vodě?.....	49

Kap. 8.

Posuzování poškození života a zdraví ze soudnělékařského hlediska.....	51
8.1 Pojmy vztahující se k poškození života.....	51
8.2 Pojmy vztahující se k poškození zdraví.....	51
8.3 Poškození života a zdraví.....	52
8.3.1 Vražda.....	53
8.3.2 Vražda novorozeného dítěte matkou.....	54
8.3.3 Sebevražda.....	55
8.3.4 Ublížení na zdraví.....	55
8.3.5 Těžká újma na zdraví.....	55
8.3.5.1 Zmrzačení.....	56
8.3.5.2 Ztráta nebo podstatné snížení pracovní způsobilosti.....	56
8.3.5.3 Ochromení údu.....	56
8.3.5.4 Ztráta nebo podstatné oslabení funkce smyslového ústrojí.....	56
8.3.5.5 Poškození důležitého orgánu.....	56
8.3.5.6 Zohyzdění.....	57
8.3.5.7 Vyvolání potratu nebo usmrcení plodu.....	57
8.3.5.8 Mučivé útrapy.....	57
8.3.5.9 Delší dobu trvající porucha zdraví.....	57
8.3.6 Týrání svěřené osoby.....	57
8.3.7 Znásilnění.....	58

Kap. 9.

Úloha lékaře v soudním řízení a lékařská odpovědnost.....	59
9.1 Lékařské potvrzení, odborné vyjádření.....	59
9.2 Lékař jako svědek.....	59
9.3 Lékař jako znalec, znalecký posudek.....	60
9.4 Lékařská odpovědnost.....	62
9.4.1 Odpovědnost pracovněprávní.....	62
9.4.2 Odpovědnost občanskoprávní.....	62
9.4.3 Odpovědnost disciplinární.....	62
9.4.4 Odpovědnost správní.....	62
9.4.5 Odpovědnost trestněprávní.....	63
9.5 Povinná mlčenlivost.....	63
9.6 Znalecké komise.....	65

Závěr.....	66
-------------------	-----------

Seznam použité literatury

Seznam příloh

Použité zkratky

ČLK = Česká lékařská komora

ČLS JEP = Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

IPVZ = Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

MZ = Ministerstvo zdravotnictví

PřesZ = Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích

RZP = Rychlá zdravotnická pomoc

TŘ = Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád)

TZ = Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon

SOUDNÍ LÉKAŘSTVÍ A TRESTNÍ PRÁVO

Úvod

„ Pokora znamená, že člověk nemá budoucnost v ruce.“

Jan Patočka

Důvodů a pohnutek, proč jsem si zvolila jako námět své diplomové práce právě téma SOUDNÍ LÉKAŘSTVÍ A TRESTNÍ PRÁVO, je hned několik. Předně propojení trestního práva, kriminalistiky a soudního lékařství nejenže je neoddiskutovatelné, ale má také svoji logiku, ač jde na první pohled o velmi vzdálené obory.

Soudní lékařství je odvětví, v němž se odráží vědění především lékařství samého, ale zvláštní význam tohoto pozoruhodného odvětví vyplývá právě ze vztahu ke kriminalistice a právním vědám vůbec. Vedle služby spravedlnosti, jíž přispívá zejména k posilování společenského vědomí, že trestný čin proti životu a zdraví nezůstane neodhalen, se podílí samozřejmě i na plnění dalších úkolů (souvisejících zejména se zdravotnictvím jako takovým a s vysokým školstvím).

Případy, kdy spáchaný trestný čin končí zmařením lidského života či životů, patří obecně k těm nejzávažnějším.¹ O to větší by pak samozřejmě mělo být úsilí a nasazení všech, kteří se na takových kauzách podílejí, aby pečlivě vedeným vyšetřováním dokázali vrátit čas a pokusili se krok za krokem objasnit, co se ve skutečnosti stalo. Soudní lékařství tak jakoby v temnotách, jež případné zločiny zakrývají, naznačuje onu správnou cestu, po níž je třeba se ubírat a podává tak trestnímu právu pomocnou ruku.

Při vyslovení povolání soudního lékaře, zejména ve spojitosti s jeho činností, vyskočí mnoha lidem na těle husí kůže. Jistě, práce soudních lékařů je bezpochyby výrazně specifická a nejdeden z nás se otřásá hrůzou při představě toho, co se také těmto lidem objeví na pitevním

¹ Jako příklad uvádím statistická data týkající se spáchaných vražd ve Středočeském kraji za poslední čtyři roky - viz Příloha č. 1 Statistika kriminality – vraždy ve Středočeském kraji 2008 – 2005.

stole. Nicméně i přesto, že soudní lékaři přicházejí o zadostiučinění z uzdravených pacientů, je jejich práce skutečně důležitá a smysluplná.

Obecně lze říci, že obory jakými jsou soudní lékařství a patologie jsou pro většinu lidí zahaleny tajemstvím, maximálně je znají z televizních obrazovek či filmových pláten. Pro mnohé jsou pak až příliš spojené se smrtí, tedy s tématem, se kterým raději nechtějí mít nic společného.

Předně je třeba si na tomto místě uvědomit, že tyto dva obory od sebe musíme odlišovat; pokud se někde hovoří o soudním lékařství a patologii jako o jednom a totéž oboru, je to chyba. Lidé tyto dvě disciplíny zaměňují velmi často. Jsou to ale přitom dva zcela samostatné lékařské obory, jejichž společným jmenovatelem je vesměs jen používání pitevny.² Patologie představuje jeden ze základních diagnostických oborů, jeho těžištěm je dnes mikroskopická diagnostika nemocí. Také předmět zájmu patologa a soudního lékaře o mrtvé tělo je naprosto rozdílný. Zjednodušeně řečeno: patolog provádí pitvy zemřelých na chorobu ve zdravotnických zařízeních, zatímco soudní lékař provádí pitvy v případech, kdy není u dotyčného známa příčina smrti a u zemřelých násilnou smrtí. Patolog se zkrátka zabývá čistým lidským tělem, nesetkává se například s posmrtnými změnami typu hniloby. Pro soudního lékaře jsou tyto jevy, včetně devastace těl, téměř denním chlebem. Již na úvod je ovšem třeba také podotknout, že soudní lékařství není jenom pitevna, i když je to pro ně jakýsi základ. Jde také o to doplnit nález při pitvě mikroskopickým vyšetřením orgánů, dále sem patří i soudní toxikologie, vyšetřování alkoholu v krvi, vyšetřování stop na místě činu či znalost medicínského práva.

Vzhledem ke značné rozsáhlosti oboru soudního lékařství a omezenému rozsahu diplomové práce je zde naprosto nemožné obsáhnout celou jeho vsutku zajímavou problematiku. Kterým oblastem se tedy pro účely diplomové práce budu na příštích stránkách věnovat? Úvodní části mé práce pojednávají o oboru soudního lékařství, jeho historii a koncepci soudnělékařské služby v České republice. V dalších kapitolách se pokusím čtenáři přiblížit úlohu a postup lékaře při prohlídce živých osob, dále též samozřejmě při prohlídce zemřelých, následují pasáže věnované pitvě jako významnému posmrtnému vyšetření organismu. Pro následující kapitoly jsem z rozsáhlého okruhu otázek soudního lékařství vybrala v praxi často se vyskytující problematiku dušení a násilné smrti udušením. Lze sem zařadit tzv. strangulaci (oběšení, uškrcení, zardoušení), uzavření zevních dýchacích cest zakrytím (zalehnutím), dále

² Současná patologie je ovšem především zaměřena na tzv. bioptická vyšetření a pitvy se tak dostávají do pozadí a jsou prováděny hlavně při diagnostických nejasnostech předcházejících úmrtí pacienta.

uzavření dýchacích cest ucpaním cizími tělesy – udávení, dále sem patří tzv. traumatická a polohová asfyxie, udušení v malém prostoru vydýcháním vzduchu, neadekvátním složením vzduchu a v neposlední řadě sem řadíme i utopení.³ Na konec uvádím pro trestní právo významná hlediska pro posuzování poškození života a zdraví z aspektu soudního lékaře a také nesmíme zapomenout na důležitou úlohu lékaře v soudním řízení a oblast lékařské odpovědnosti.

Na závěr bych ráda uvedla, že pro výběr právě tohoto tématu jsem měla ještě jeden důvod, a to důvod osobní a nutno říci velmi významný. Smrt v rodině je vždy bezesporu velmi nešťastná událost, která člověku od základů změní život. A pokud se navíc jedná o osobu velmi blízkou a o smrt za podivných okolností nebo o násilnou smrt, je situace o to těžší a jeví se jako naprosto nepochopitelná a neakceptovatelná. Přesto, že je to bohužel i můj případ anebo kdoví - právě proto, jsem si vybrala zrovna toto téma a svou diplomovou práci bych tak ráda věnovala památce své sestry Reginy a svého bratra Reného.

³ Uvedené druhy udušení patří mezi tzv. asfyktické formy dušení. Kromě těchto forem existují i tzv. neasfyktické formy nedostatku kyslíku (způsobené poruchou výměny plynů v organismu), které nejsou předmětem této práce.

Kapitola 1. SOUDNÍ LÉKAŘSTVÍ

1.1 CHARAKTERISTIKA OBORU

Soudní lékařství je obor, jehož hlavní činností jsou rozborů příčin úmrtí na základě provedených pitev zemřelých osob (náhlou, neočekávanou či násilnou smrtí), posuzování mechanismu vzniku poranění u zemřelých i živých osob, posuzování ovlivnění návykovými látkami (alkohol, drogy) i expertíza biologických stop a doličných předmětů, za použití dalších poznatků z jiných medicínských i nemedicínských oborů. Podle známého německého prof. soudního lékařství Carla Limana je základním pilířem tohoto oboru skutečnost, že soudní lékařství využívá výsledků medicínské a přírodovědné praxe pro účely zákonnosti.⁴ Svou povahou jde o **multidisciplinární obor**. Je to ale především disciplína zdravotnická, jeho služba jurisdikci je odvozena od medicínské podstaty. Hlavní činnost oboru tedy představují rozborů příčin úmrtí na základě provedené pitvy vycházející z morfologických vyšetřovacích metod za použití dalších poznatků z jiných disciplín. Děje se tak na odděleních či ústavech soudního lékařství, kde se provádějí pitvy osob zemřelých náhlým, neočekávaným nebo násilným úmrtím.

Rozborů příčin a mechanismů smrti prováděné na základě pitev osob zemřelých násilnou smrtí jsou důležité i pro orgány činné v trestním řízení. Jde tedy o základní lékařskou disciplínu s nedílným aspektem práva. Informace o zdravotním stavu populace a příčinách smrti napomáhají ve zdravotnické prevenci, v prevenci dopravní nehodovosti, pracovních úrazů, alkoholové či drogové závislosti a trestných činů proti životu a zdraví.

Forenzní medicína je **lékařským oborem, který provádí vyšetření pro potřeby soudní** (pitva, chemický rozbor tkání a orgánů, jejich histologické a sérologické vyšetření). Využívá přitom metody a poznatky všech oborů lékařství. Objasňuje příčiny smrti, odlišení smrti přirozené od násilné, podává důkazy pro odlišení vraždy, sebevraždy a nehody. Soudní lékařství svou vědeckou, znaleckou a konzultační činností pomáhá k poznání a objasnění trestných činů.

⁴ Bouška I., Soudní lékařství. Praha: Karolinum, 2002, s. 5

1.2 KONCEPCE SOUDNĚLÉKAŘSKÉ SLUŽBY V ČR

Současná koncepce a zajištění funkčnosti oboru musí kromě jiného vycházet z aktuálního stavu úrazovosti a nemocnosti v České republice. Protože zásadním problémem je dnes narůstající kriminalita, zejména zvýšený počet trestných činů proti životu a zdraví, stoupající počet drogově závislých včetně úmrtí v souvislosti s požíváním drog a nárůst smrtelných dopravních nehod, je bezpochyby nutné zajistit odpovídajícím způsobem prostorově, personálně, přístrojově a ekonomicky i příslušná soudně lékařská pracoviště.

1.2.1 Soudnělékařská pracoviště

Soudnělékařskou službu na našem území v současné době zajišťují v rámci sítě zdravotnických zařízení jednotlivá oddělení soudního lékařství a v místě lékařských fakult též ústavy soudního lékařství. Soudně lékařská oddělení jsou ve všech bývalých krajských nemocnicích a také v některých okresních nemocnicích. Tato pracoviště (ústavy, oddělení) se zpravidla člení na jednotlivé úseky, které zajišťují příslušná vyšetření (viz Příloha č.1).

Zjednodušeně lze říci, že se člení na úsek:

- ✓ **pítevní** - kde se provádí vlastní pitva, vyšetřování kostrových nálezů
- ✓ **laboratorní** – zahrnující úsek forenzní biologie, toxikologie a histologie
- ✓ **administrativní** – zahrnující dokumentaci nálezů, archivaci, korespondenci a další kancelářský provoz.

V pítevním traktu se provádějí systematické pitvy, jejichž výsledky v podobě podrobně vedených pítevních protokolů jsou pečlivě archivovány, přičemž nejzávažnější a nejzajímavější pítevní nálezy bývají navíc pro případnou další publikaci digitálně zadokumentovány. Přímoú návaznost na pítevní úsek má histologická laboratoř, kde se zhotovují mikroskopické preparáty z odebraných vzorků tkání a orgánů, dále sérologická laboratoř provádějící hodnocení biologických stop nejrůznější povahy. Nedílnou součástí soudního lékařství je i laboratoř forenzní toxikologie⁵.

⁵ Soudnělékařská toxikologie diagnostikuje otravu na lidském těle a její závěry mají kriminalistický a právní význam. Na jedné straně je součástí oboru soudního lékařství a na druhé straně patří mezi ostatní toxikologické disciplíny.

1.2.2 Úkoly soudně lékařských oddělení

Jak z výše uvedeného vyplývá, úkolem soudně lékařských oddělení je zejména:

- provádět zdravotní pitvy u náhlých a násilných smrtí v případech, které určí Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřebnictví. Jedná se o případy náhlého úmrtí mimo zdravotnické zařízení, jestliže při prohlídce mrtvého nebylo možné zjistit příčinu smrti. Dále o pitvy u všech osob zemřelých násilnou smrtí včetně sebevraždy, zemřelých ve vazbě nebo výkonu trestu apod. Soudní lékař pitvá i osoby, kde vzniklo podezření, že úmrtí může být v souvislosti s nesprávným postupem při výkonu zdravotnických služeb, natož když smrt byla zaviněna evidentním lékařským pochybením.
- poskytovat ve formě podrobných pitevních a laboratorních nálezů odborné podklady pro hodnocení předlékařské a lékařské první pomoci, léčby, resuscitační a traumatologické služby, pro rozbor chorobných změn, které se zaživa nemanifestují, příčin smrtelných úrazů, příčin dokonaných sebevražd, apod.
- v případech, kdy došlo ke smrti zaviněním druhé osoby nebo na takovou skutečnost vzniklo podezření, je nařízena orgány činnými v trestním řízení pitva soudní. Tu provádí podle příslušných právních předpisů⁶ vždy dva lékaři s předepsanou odbornou průpravou. Soudní lékařství využívá v rámci možností i poznatky z těchto pitev tak, aby veškerá tanatologická hodnocení byla komplexní.
- podávat posudky na základě pitvy, spisu nebo jiných vyšetření v případech, kdy si dožadující orgán vyžádal ústavní posudek.
- provádět toxikologická vyšetření nejen u osob pitvaných, ale i u živých osob, kde to nařídí orgány činné v trestním řízení. Přitom pouze soudně lékařská pracoviště jsou oprávněna vyšetřovat biologický materiál na stanovení hladiny alkoholu pro Policii ČR, soudy, apod.
- vyšetřovat a identifikovat stopy biologického materiálu.
- poskytovat v oboru své působnosti odborná konzilia a konzultace.
- spolupracovat v rámci své odbornosti při jednání komisí ČLK, MZ, ap. při formulacích závěrů z projednávání případných nedostatků v poskytování léčebně preventivní péče.

⁶ § 105 odst. 4 TŘ Dva znalce je třeba přibrat vždy, jde-li o prohlídku a pitvu mrtvol (§ 115 TŘ).

- účastnit se výzkumu v oboru soudního lékařství a podle potřeby spolupracovat na výzkumných úkolech ostatních oddělení nebo pracovišť.
- provádět pregraduální výuku posluchačů lékařské a právnické fakulty i postgraduální výuku v rámci Subkatedry soudního lékařství Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze. Na požádání provádět školící akce pro Policii ČR, soudy a státní zastupitelství.

1.3 NÁPLŇ OBORU

Náplň práce soudního lékaře lze v zásadě rozdělit na zdravotnickou činnost, vědeckovýzkumnou činnost a činnost výukovou a přednáškovou.⁷

❖ **Zdravotnická činnost** – jde o vlastní zdravotnickou rutinní činnost

– pitva, laboratorní zpracování a vyšetřování tkání, zejm. sérologická, histologická, histochemická a toxikologická vyšetření tkání, vyšetřování krve a jiných biologických materiálů na přítomnost alkoholu (etanolu) a toxických látek, expertíza kostrových nálezů, prohlídky živých osob (napadení druhou osobou, úrazy, sebepoškozování), konziliární činnost zejména při podezření, že k úmrtí či zranění došlo v souvislosti se spácháním trestného činu, účast při jednáních znaleckých komisí při hodnocení lékařského pochybení.

❖ **Vědeckovýzkumná činnost**

– provádí se jako aplikovaný interdisciplinární výzkum, jde především o problematiku zlepšení diagnostiky příčin úmrtí (oblast tanatologie), forenzní toxikologie, sérologie a molekulární biologie.

❖ **Výuková a přednášková činnost**

– někdy označovaná jako pregraduální a postgraduální výchova (pro studenty lékařské fakulty, pro terénní lékaře, orgány činné v trestním řízení, studenty policejní akademie apod.).

⁷ Kvapilová H., Dogoši M., Soudní lékařství pro právníky a policisty, 2. vydání. Plzeň 2007, s. 15-16

Zatímco pregraduální výchovu zajišťují lékařské fakulty v ústavech soudního lékařství, kde absolvent obligatorně vykonává zkoušku z oboru, postgraduální výchovu zabezpečuje Institut pro vzdělávání ve zdravotnictví.

1.4 SOUDNÍ LÉKAŘSTVÍ JAKO FORENZNÍ DISCIPLÍNA

Soudní lékařství je jednou z tzv. forenzních věd. Z pohledu teorie se za forenzní vědy považují (a to nejen u nás, ale i celosvětově)⁸:

1. **Soudní lékařství (forenzní medicína);**
2. Forenzní psychologie;
3. Forenzní psychiatrie;
4. Forenzní biomechanika;
5. Soudní inženýrství a další obory.

Tyto obory se vyčlenily z širších vědních disciplín proto, že k určitým standardním otázkám byly velmi často vyžadovány soudní znalecké posudky. Postupně se v jejich rámci začala rozvíjet vlastní výzkumná činnost využívající nejen poznatkové báze mateřské disciplíny, ale též zobecněné zkušenosti ze znalecké činnosti. Tím se tyto obory úzce přimkly k trestnímu procesu a ke kriminalistice. Forenzní vědy tak čerpají rozhodující část svých poznatků a metod ze svých mateřských disciplín, nelze je tudíž považovat za součást kriminalistiky, přičemž využití jejich poznatků v trestním řízení je velmi výrazné.

⁸ Straus J., Vavera F., Dějiny forenzní psychologie v českých zemích. Policista č. 8, 2005, Velká příloha I. – X.

Kapitola 2.

Z DĚJIN SOUDNÍHO LÉKAŘSTVÍ

2.1 HISTORICKÉ POZNÁMKY o vzniku a vývoji soudního lékařství

Zkoumání dějinných pramenů a samotných dějin patří bezesporu k významným prvkům každého samostatného vědního oboru a nejinak je tomu i v případě soudního lékařství. Soudní lékařství představuje samostatný vědní obor zabývající se vzájemným vztahem mezi vědami lékařskými a právními. Jde o medicínský obor, který řeší otázky nejen čistě medicínské, ale vykládá medicínské problémy pro potřeby práva. Vznik a vývoj soudního lékařství je nerozlučně spojen s vývojem práva a státu, neboť soudní lékařství jako samostatná vědecká disciplína vyrůstala právě z potřeby soudů při uplatňování zákonných ustanovení. Proto soudní lékařství nevzniká spolu a nezávisle na vývoji ostatních lékařských oborů, ale vzniká v závislosti na rozvoji a stupni jednotlivých právních předpisů. Jako nezávislý lékařský obor se začalo vyčleňovat z lékařských věd v době, kdy obecně právo dosáhlo potřeby odpovědět na otázky, které mohla podat jen osoba znalá stavby lidského těla a procesů v něm probíhajících. I z dnešního pohledu tudíž vytváří styčnou plochu mezi problematikou soudnictví a problematikou lékařství. Vznik a vývoj soudně lékařského odvětví vždy souvisel se vznikem a rozvojem právních věd, takže jeho úroveň, kromě stupně odborných medicínských znalostí odpovídala zpravidla úrovni důkazního řízení v soudních procesech. Soudní lékařství se tedy postupně diferencovalo do současné podoby pod vlivem kulturně historického vývoje společnosti a jejího trestního a občanského práva.

Jisté prvky soudního lékařství byly známy již ve staré Číně, kde se v některých spisech objevují například zmínky o stanovení příčiny smrti, dále pak i ve starověkém Egyptě a své znalosti v tomto směru měli i staří Arabové.

U nás byly v nejstarších dobách vraždy ponechány rodinné mstě a soudilo se pouze poranění, které poškozený žaloval. V roce 1101 nařídil kníže Bořivoj, že za poranění musí pachatel zaplatit tři hřivny, za zabití propadne celý majetek. Zabití od vraždy se začalo rozeznávat až od roku 1351. Původně se rozeznávala tato poranění

- rány modré (tj. podlitiny a modřiny)
- rány suché (pohmoždění, vykloubení)
- rány krvavé (rány bodné, sečné, nástrojem tupým, které krvácely)
- chromata (pravděpodobně zmrzačení a zohavení v dnešním slova smyslu).

Kolem roku 1400 byl zaveden pojem ran smrtelných. Přestože byly boží soudy později zakázány (Karlem IV.), udržely se až do 16. století. Významným pro soudní lékařství bylo vydání – „**Constitutio criminalis Carolina**“ Karlem V. pro země bavorské (roku 1532), jehož ustanovení se užívalo i u nás. Byl tu již požadavek prohlídky mrtvých a vyjádření souvislosti poranění se smrtí. Pitvy se v této době ještě nekonaly, prováděla se nejvýše pitva ran, tzv. *sectio vulnerum*.

Mezi první autory, kteří stáli u zrodu oboru soudního lékařství u nás bezesporu patří **Křišťan z Prachatic** (okolo 1366 Prachatic – 1439 Praha) významný teolog, astronom a matematik, lékař a botanik, mj. též průkopník v zavádění češtiny do lékařské literatury. Jeho spis pojednávající o traumatu a smrti s názvem „Naučení Mistra Chrystyna, kterak člověk poznati má na raněném umřel-li čili nic“ patří mezi vůbec první soudně lékařské spisy u nás. Pitvy a exhumace zemřelých byly prováděny až v 16. století.

První veřejnou pitvu provedl v Praze v roce 1600 **Jan Jesenský** (Ioannes Jessenius de Magna Jessen), 27. 12. 1556 Vratislav – 21. 6. 1621 Praha. Lékař, filosof a politik, rektor UK. Jeseniovu pitvu lze považovat za první veřejnou a tiskem dokumentovanou sekci, která v souladu s dobovými zvyklostmi sledovala i jiné než anatomické cíle (šlo o nespornou snahu pozdvihnout lesk pražského Karlova učení, význam je tedy třeba spatřovat i ve smyslu prestiže Karlovy Univerzity). Vlastní pitva těla popraveného muže trvala pět dní a v auditoriu se sešlo přes tisíc osob. Známa je také exhumace z roku 1556, kdy byl v Mělníku nalezen Vaněk Klášterský, utopený v Labi. Vyšetřování jeho smrti probíhalo starobylým způsobem. Na kuchaře mrtvého bylo mučením vynuceno udání na jistého Řehoře z Vrbce, který prý Vaňka probodl nožem, a potom hodil do vody. V době, kdy byl hrdební rozsudek nad údajným vrahem a jeho spoluviníci již vykonán, byl z rozkazu konšelů zavražděn vykopán z hrobu a při úřední prohlídce bylo dodatečně zjištěno, že na těle žádné bodné rány nejsou. Také je známa exhumace Kamila Venteria z roku 1582, který byl na trhu raněn a zemřel. Jeho tělo bylo po třech týdnech vykopáno a k prohlídce předvoláni dva profesori z pražské univerzity.

Borbonius z Borbenhaymu Matyáš podával v roce 1616 s doktorem Šmidlínem posudek o otravě arzenem, který manželka namíchala mezi koření, jež její manžel požíval proti dušnosti.

Známe je i jméno Jana Marka – **Jana Marcuse Marci z Kronlandu** (1595-1676), který se zabýval úrazovým mechanismem, snažil se postihnout účinky mechanického působení na živý organismus.

Nástupcem Markovým byl **Jakub Jan Václav Dobřenský z Černého Mostu** (1623 - 1697), který pitval a srovnával příznaky nemocí s pitevními nálezy. Věnoval se ověřování nemocí, tehdy již daleko častějšími, pitvami a také toxikologii. V roce 1642 vydal v Praze polský vojenský lékař Daniel de Luna *Questiones legales*. Ve 2. pol. 17. století podávala pražská fakulta pro soudy fakultní posudky. První posudek, který fakulta v roce 1669 podávala se týkal neoprávněného léčení. Jistý Tábořský od Březiny byl poraněn a požil vrabčí lejno se sirupem a zemřel. Fakulta řekla, že rány nebyly těžké a vrabčí lejno může vzbudit jen ošklivost a že smrt z ran nenastala.

Jednou z nejpozoruhodnějších postav z dějin soudního lékařství byl **Jan František Löw z Erlsfeldu** (1648 – 1720). Byl autorem první učebnice soudního lékařství nejen u nás, ale i v celé střední Evropě. Tato první soudně lékařská kniha s názvem „*Theatrum medicoiuridicum*“ (1725) byla v tehdejší době dílem velmi pokrokovým. Pojednává o otázkách porodnických, paternitních, abortech, přičetnosti, o ranách a násilné smrti. Kniha je psána systematicky, jsou podrobně probrány kapitoly o narození člověka, sexuálních anomáliích, o zrůdách, cizoložství, simulaci chorob, panenství a smilstvu. Jako vrcholný odborník byl i členem komise, která zkoumala pozůstatky Jana Nepomuckého. Prohlásil tehdy, že jazyk světce mohl být zachován v neporušeném stavu jen způsobem nadpřirozeným. Pozdější doba hledala jiná vysvětlení. Prof. Hájek se například domníval, že šlo o specifický druh hniloby zvaný adipocire, jiné názory soudí, že nešlo o jazyk, ale o mumifikované zbytky mozkové tkáně. Zázrak se totiž do moderních vědeckých pojednání příliš nehodí.⁹

Základy oboru pocházejí z konce 18. století, kdy byla na pražské fakultě zřízena katedra státního lékařství, jehož součástí bylo i soudní lékařství. Systematicky se začalo pitvat až po zřízení stolice soudního a policejního lékařství v Praze v roce 1785. Právě tímto rokem se datuje počátek ústavu pro soudní lékařství. Působil zde např. Jan Knobloch, Vojtěch Zarda, Josef Bernt, Ignác Nádherný, Vincenc Julius Krombholz, Matěj Popel. Za významného reformátora a zakladatele moderního soudního lékařství bývá považován **Edvard v. Hofman** (1837 - 1897).

⁹ Jírotka A., Lékaři mrtvých. Policista, 2004, č.4, s. 2-5

Napsal moderně rozvrženou učebnici soudního lékařství „Lehrbuch der gerichtlichen Medizin“, přednášel též česky, publikoval do Časopisu lékařů českých.

Český ústav pro soudní lékařství založil **Josef Reinsberg** (1844 – 1930). První zdravotně policejní pitva v českém ústavu byla provedena r. 1884, první soudní pitva až v roce 1887 (předtím ji prováděl jen ústav německý). Ještě před založením ústavu vydal Reinsberg v roce 1883 velkou učebnici „Nauka o soudním lékařství“, která vycházela postupně ve čtyřech dílech. Jednalo se nejen o první českou učebnici soudního lékařství, ale o první českou učebnici vůbec.

Vladimír Slavík vedl Ústav soudního lékařství v Praze od roku 1908 do roku 1933. Za jeho přednostensství se v roce 1921 ústav přestěhoval do nynější budovy ve Studničkově ulici.

František Hájek (1886 – 1962) vedl ústav v letech 1933 až 1957. Napsal dosud nejobsáhlejší učebnici Soudní lékařství a též pro mediky Soudní lékařství v praxi.

Bezpochyby jednou z nejvýznamnějších postav našeho soudního lékařství byl **Jaromír Tesař** (1912 – 6.2. 2004), který vedl Ústav soudního lékařství v Praze od roku 1957 do roku 1983.

Vydal Soudní lékařství pro právníky, Soudní lékařství pro stomatology, dále Praktikum ze soudního lékařství, ale především monografii Soudní lékařství v letech 1968, 1976, 1985.

2.2 ÚSTAVY A ODDĚLENÍ SOUDNÍHO LÉKAŘSTVÍ

Kromě nejstaršího pražského ústavu - Ústavu soudního lékařství a toxikologie I. LF UK jsou v Praze ještě čtyři Ústavy soudního lékařství. V roce 1952 byl zřízen samostatný Ústav pro soudní lékařství při hygienické fakultě (v současné době jde o Ústav soudního lékařství III. LF UK). V roce 1954 vznikl pro potřeby armády Vojenský ústav soudního lékařství. Na pediatrické fakultě bylo samostatné oddělení soudního lékařství (nyní Ústav soudního lékařství II. LF UK) zřízeno v roce 1963. Specializovaná soudnělékařská laboratoř zaměřená na vyšetřování leteckých katastrof byla zřízena v roce 1958 v Ústavu leteckého zdravotnictví. Dlouhou tradici má také Ústav soudního lékařství v Brně, dále jsou významné ústavy soudního lékařství v Hradci Králové, Plzni a Olomouci. Důležitá soudnělékařská oddělení při některých nemocnicích se nacházejí v Ústí nad Labem, Českých Budějovicích, Ostravě, Pardubicích a Sokolově.

Kapitola 3.

SOUDNĚLÉKAŘSKÁ TANATOLOGIE

Soudnělékařská tanatologie je úsekem soudního lékařství, který se zabývá procesem umírání, smrti a rozvojem posmrtných změn v lidském organismu a definuje smrt jako *obecně biologický jev představující přirozeně zákonité ukončení života každého jedince*. Smrt je spojena s nezvratnou zástavou srdeční činnosti, s níž se pojí nezvratná zástava dýchání a nezvratný zánik všech funkcí mozku. Je tedy důsledkem nepochybné zástavy všech životních funkcí, ztráty jejich koordinace a trvalého přerušení veškeré látkové výměny v organismu. Stanovení diagnózy smrti má velký medicínsko-právní i kriminalistický význam.

3.1 UMÍRÁNÍ A SMRT

Smrt je podle klasické definice ireversibilní zástava dechu a srdeční činnosti¹⁰, přičemž umírání může trvat různě dlouho, od velmi rychle nastupující smrti až po řadu hodin pomalu nastupující smrt.

Podle povahy a délky procesu umírání, při němž umírající prochází tzv. branami smrti, lze posuzovat smrt i rozvoj posmrtných změn v organismu z více hledisek, zejména z časového a podle smrtící příčiny. Z časového hlediska – tedy podle doby trvání procesu umírání rozlišujeme dva hlavní typy: umírání pomalé (agonální) probíhající několik hodin a dnů a umírání rychlé (bez agonie). Dále se rozeznává: a) smrt klinická – nastává v okamžiku zástavy srdeční činnosti a dechu, s nadějí na obnovu životních funkcí při rychlé a účinné resuscitaci b) smrt biologická /smrt individua, jistá smrt – jednoznačně již nezvratná a neovlivnitelná žádnou resuscitací, nastává nejpozději za 5 -7 minut po klinické smrti – tedy po zástavě oběhu a dechu c) smrt totální – při zástavě všech životních pochodů včetně projevů izolovaného přežívání některých orgánů (reakce, které se ještě v tomto období dají vybavit, se označují jako supravitální¹¹) d) smrt zdánlivá – při níž základní životní funkce sice existují, ale natolik oslabené a utlumené, že je běžně nelze prokázat.¹²

¹⁰ Štefan J., Hladík J., Soudní lékařství a zdravotnicko-právní otázky. Praha: Karolinum, 1998, s. 9

¹¹ Představují schopnost některých buněk tkání nebo orgánů reagovat na adekvátní podněty ještě určitou dobu po smrti individua. Při stanovení doby smrti napomáhají zejména některé svalové reakce. Patří sem mechanická dráždivost, elektrická a chemická dráždivost.

¹² Hirt M.a kol., Soudní lékařství pro posluchače Právnické fakulty Masarykovy univerzity. Brno, 1995, s. 7

Podle smrtící příčiny se jedná o a) smrt fyziologickou b) smrt přirozenou (z chorobných příčin nebo stářím – většina) c) smrt z příčin úrazových a násilných (vraždy, sebevraždy, dopravní úrazy, pracovní úrazy aj.)

3.1.1 Smrt **PŘIROZENÁ**

Jde o smrt nenásilnou, z vnitřních chorobných příčin, která může nastat náhle, neočekávaně nebo očekávaně.¹³

1) Smrtí náhlou se rozumí smrt ze zdánlivě plného zdraví, která nastává nejpozději do šesti hodin od začátku symptomů, přičemž předchozí zdravotní stav nesvědčil o nějakých potížích a člověk tak umírá uprostřed zdánlivého zdraví.

2) Smrt neočekávaná je smrtí, kdy se již určitým způsobem chorobou změněný zdravotní stav neočekávaně zhoršil natolik, že došlo k úmrtí. Zdravotní obtíže dané osoby byly zřejmé, ale její celkový zdravotní stav nevzbuzoval obavy z možného úmrtí.

3) Smrt očekávaná je smrtí v důsledku projevujících se chorobných příčin, kdy léčba je již neúčinná a zdravotní stav se postupně zhoršuje a končí smrtí jedince.

3.1.2 Smrt **NÁSILNÁ**

Smrt násilná je v soudnělékařském smyslu v protikladu ke smrti přirozené. Jde o smrt člověka zapříčiněnou vnějšími faktory – fyzikálními, chemickými či jinými. U násilné smrti může jít ze soudnělékařského hlediska o smrt bez zavinění druhou osobou (náhodný úraz, sebevražda), či smrt byla zaviněna jednáním druhé osoby – úmyslně /vražda nebo z nedbalosti /dopravní úraz. Smrt násilná tedy může, ale nemusí být způsobena trestným činem.

3.1.3 Smrt **ZDÁNLIVÁ** – *vita latens minima*

Jde o stav, u kterého nastává mylný dojem, že jde již o mrtvou osobu ačkoli základní životní funkce jsou ještě zachovány. Osoba je ve stavu hlubokého bezvědomí s klinickými známkami, které mohou splňovat pravděpodobná kritéria smrti. Se zdánlivou smrtí se můžeme setkat u otrav především hypnotiky, u úrazů elektrickým proudem, bleskem, při silném

¹³ Kvapilová H., Dogoši M., Soudní lékařství pro právníky a policisty, 2. vydání. Plzeň 2007, s. 27

podchlazení, u utopených a v komatu. I z tohoto důvodu je ve Vyhlášce o postupu při úmrtí a o pohřebnictví určen časový interval, za který lze provést na zemřelém pitvu (2 hodiny) a kdy ho lze pohřbit (nejdříve za 48 hodin).

3.2 POSMRTNÉ ZMĚNY

Od okamžiku klinické smrti, někdy již v agonii, dochází v těle k fyzikálním a chemickým pochodům, které se projevují navenek více či méně nápadnými změnami (viz Příloha č. 3).

Rozlišují se tzv. nejisté známky smrti a jisté známky smrti. Mezi nejisté známky smrti patří takové, které ani vyskytují-li se společně, nedovolují jednoznačně stanovit smrt. Mohou být přítomny také z jiných příčin ještě před definitivní zástavou srdce. Patří k nim bledost, pokles tělesné teploty zvláště končetin, ochabnutí svalstva, nepoznatelné dýchání, nehmatný puls, neslyšitelná srdeční činnost. Mezi jisté známky smrti patří posmrtné skvmy, posmrtná ztuhlost a hnilobné změny. Důležité je tedy sledování rozvoje posmrtných změn, které se projevují jako více či méně zřetelné časné a pozdní známky smrti, vyvolané vlivy fyzikálními, biochemickými a hnilobou.

3.2.1 ČASNÉ POSMRTNÉ ZMĚNY

- jsou v podstatě procesy fyzikální a biochemické. Patří k nim chladnutí, zasychání mrtvoly, posmrtná ztuhlost a enzymatické (fermentivní) změny.

3.2.1.1 Chladnutí těla --- *algor mortis*

Chladnutí těla je způsobeno zástavou tvorby tepla v organismu, přičemž teplota mrtvého těla klesá cca o 1° C/hod až do úplného vyrovnání tělesné teploty s teplotou prostředí, ve kterém se mrtvola nachází (po cca 10-20hodinách, ve vodě již za 1-1,5 hod, za mrazu za 0,5-1 hod). Klesání teploty různých částí těla je nerovnoměrné, nejrychleji chladnou nekryté a okrajové části a výstupky na obličeji a dále končetiny. Rychlost chladnutí je závislá na množství faktorů: na okolní teplotě, na proudění a vlhkosti vzduchu, dále na stavu výživy, oblečení, přikrytí těla, velikosti, druhu a jakosti podložky, na níž mrtvola spočívá (koberec, voda, sníh, zemina) atd. Výjimečně může dojít k přechodnému vzestupu tělesné teploty, např. při smrti následkem horečnatého onemocnění, tetanu, otravy olovem.

3.2.1.2 Zasychání kůže a sliznic

Zasychání mrtvoly je podmíněno ztrátou vody odpařující se z povrchu těla. Dochází k němu po zástavě krevního oběhu, kdy krev a tělesné tekutiny klesají na místa těla níže uložená. Kůže zasychá nejdříve tam, kde je pokožka tenká a vlhká zaživa, nebo tam, kde je poškozena rohová vrstva kůže. Zasychání je nejlépe patrné na rtech, na spojivkách, genitálu, na pokožce, jejíž povrch byl před nebo po smrti porušen (poškození rohové vrstvy se projeví teprve později, až pokožka vyschne). Zasychají i vnitřní orgány, i když později než tkáně na povrchu těla.

3.2.1.3 Posmrtné skvrny a hypostázy vnitřních orgánů --- *livores mortis*

Posmrtné skvrny (viz Příloha č. 3) vznikají účinkem

- gravitace tzv. hypostázou tak, že se vytváří klesáním krve na nejnižší uložených částech těla, tam, kde nejsou stlačeny podkožní cévy naléháním těla na podložku nebo oděvem;
- prosakováním tím, že krevní tekutina proniká z cév cévní stěnou mimo cévy;
- hemolýzou, tedy uvolňováním krevního barviva z rozpadajících se červených krvinek.¹⁴

Podle toho, který z uvedených faktorů se v určitém časovém úseku na vývoji posmrtných skvrn uplatňuje, rozeznávají se tři stadia mrtvolných skvrn:

1. stadium hypostázy – při pokojové teplotě za půl hodiny až 10-12 hodin po smrti
2. stadium posmrtné stázy vzniká za 10 hodin až 3-4 dny po smrti
3. stadium posmrtné imbibice nastává po uplynutí 3 až 4 dnů po smrti

Lokalizace posmrtných skvrn závisí na poloze těla, ve které nastala smrt, anebo do které se dostala mrtvola ihned po smrti. Mrtvolné skvrny mají většinou červeno-fialovou barvu, vznikají po 0,5-2 hod. přičemž plně se vytváří po 6 hod. a snadno zblednou po tlaku např. prstů. Mají význam jednak z lékařského hlediska – představují jistou známku smrti, jednak z kriminalistického hlediska – jsou cenné tím, že dojde-li během 5-8 hod. k obrácení mrtvoly či jiné manipulaci s ní, vytvořené skvrny v původním místě částečně vymizí (zůstanou po nich jen určité pro soudního lékaře znatelné stopy) a přemístí se do nového nejnižšího místa. Z posmrtných skvrn, jejich intenzity a polohy lze rozpoznat, zda bylo se zavražděnou obětí nějak manipulováno (někdy je na těle patrné takové rozmístění skvrn, které nelze objasnit polohou těla v momentě nálezu, což právě svědčí o manipulaci s tělem po smrti).

¹⁴ Kvapilová H., Dogoši M., Soudní lékařství pro právníky a policisty, 2. vydání, Plzeň. 2007, s.77

3.2.1.4 Posmrtná ztuhlost --- *rigor mortis*

Bezprostředně po smrti dochází k ochabnutí svalů, po kterém nastupuje ztuhnutí jak hladkého, tak příčně pruhovaného svalstva a mrvola se fixuje v té poloze, v jaké byla v okamžiku smrti. Posmrtná ztuhlost začíná asi za 1 hodinu po smrti, nejprve na obličejových svalech a šíří se přes svalstvo šíje, horních končetin a trupu na dolní končetiny. Plně vyvinutá je asi za 5-12 hodin po smrti. Biochemické pochody nejsou plně objasněny, je zde ale velmi úzký vztah k množství kyseliny adenosintrifosforečné ve svalstvu. Rychlost rozvoje posmrtné ztuhlosti, její stupeň a doba jejího trvání záleží na mnoha vlivech, zejména na teplotě zevního prostředí. Ztuhlost začíná pomíjet za 1-2 dny po smrti, úplně zaniká za 2-4 dny po smrti. Při vyšší teplotě prostředí se rozvíjí mrtvolná ztuhlost rychleji, v chladnu naopak pomaleji. Ztuhlost má obvykle descendentní nástup, začíná tedy v oblasti hlavy a její nástup pokračuje přes horní až k dolním končetinám. Pokud se posmrtná ztuhlost mechanicky poruší pohybem určitých částí těla, může se po určité době, pokud byla porušena ve stadiu, kdy byl proces jejího vývoje na vzestupu, znovu obnovit (později to již možné není).

3.2.2 POZDNÍ POSMRTNÉ ZMĚNY

- představují již vlastně rozkladné procesy v zaniklém organismu, které vedou k úplné dekompozici mrtvoly. Tyto změny navazují a ve větší či menší míře překrývají rozkladné pochody autolytické probíhající již od okamžiku smrti. Patří k nim hniloba a tlení, pro které je charakteristické, že se na nich podílejí bakterie a jiné mikroorganismy.

3.2.2.1 AUTOLÝZA, HNILOBA, TLENÍ

Již posmrtná ztuhlost ukazuje, že ihned po smrti začínají probíhat také chemické procesy, které vyvolávají velmi brzy hluboké změny buněčných a tkáňových struktur. **Autolýza** představuje samovolný rozpad tkání bez účasti bakterií, a to účinkem vlastních buněčných enzymů, dochází vlastně k posmrtnému samonatravení. Autolýza pak pozvolna přechází v rozklad těla hnilobnými bakteriemi, které vnikají do těla kůží, dýchacími cestami, převážně však ze střeva. **Hniloba** (viz Příloha č. 4) probíhající řadu týdnů a měsíců je urychlena především vysokou teplotou, vlhkostí a předcházející infekcí. Bakteriální rozkladem se vytváří hnilobné plyny (metan, sirovodík, methylmerkaptan, amoniak, oxid uhličitý), jejichž difúzí dochází k nazelenalému zbarvení kůže břicha. Hnilobnými plyny se změní mrtvola až k nepoznání. Nejrychleji probíhá hniloba na vzduchu, pomaleji ve vodě, nejpomaleji v zemi. **Tlení** je druhá fáze dekompozice mrtvého těla, která se počítá na léta. Podstatou tohoto

procesu jsou oxidační pochody, na kterých se podílejí některé bakterie. Tlení celý rozkladný proces ukončí, vede tedy k úplnému rozkladu těla, obvykle zhruba za 20 let po smrti.

3.2.3 ATYPICKÉ FORMY

- pro obvyklý průběh dekompozice mrtvého těla je třeba určité teploty, přiměřeného množství vzduchu a vlhkosti. Nejsou-li ovšem tyto faktory v optimálním poměru, rozkladné procesy se zpomalí a případně změní a dojde k přirozené konzervaci těla. Zvláštní formu rozkladu představují mumifikace, zmýdelnění (saponizace) a huminizace.

3.2.3.1 MUMIFIKACE

K mumifikaci dochází v suchém proudícím vzduchu, při nedostatku vody ve tkáních. Vzniklá mumie má v konečné fázi svaštělou tmavohnědou kůži, váží jen cca 5-10kg a obrysy zůstávají zachovány. Úplně mumifikované mrtvoly můžeme najít na dobře větraných půdách při komínech, v senících, ale i ve volné přírodě. Plná mumifikace dospělého člověka trvá 6-10 měsíců, za příznivých podmínek k ní může dojít za 2-3 měsíce. Při pozorné prohlídce mumifikované mrtvoly lze najít ještě po řadu let mnohé zaživa vzniklé traumatické změny (bodné rány, strangulační rýhu).

3.2.3.2 ZMÝDELNĚNÍ – SAPONIFIKACE – ADIPOCIRE

Jedná se o děj, k němuž naopak dojde u těl uložených ve vlhkém prostředí za nepřístupu vzduchu, tedy při nedostatku nebo úplném chybění vzduchu za přebytku vody, např. ve vodě, ve vlhké jílovité půdě a v hrobech se spodní vodou, ve výkopech. Podstatou zmýdelnění je přeměna tukové tkáně v našedlou mazlavou hmotu, která na vzduchu vysychá. Tento proces začíná nejdříve za 2-3 týdny v kůži, celé tělo se přemění zhruba za 2-3 roky (viz Příloha č. 5).

3.2.3.3 HUMINIZACE

Je to proces konzervace mrtvol, který nastává působením vlhka a účinkem huminových kyselin, v kyselých slatiništích. Mrtvoly jsou po odvápnění kostí zploštělé, často jen na několik centimetrů se zachovalými nehty i vlasy.

3.2.3.4 BALZAMACE

Balzamace je umělá konzervace těla s cílem zabránění pomnožování hnilobných bakterií, přístupu členovců a rozkladu těla. Provádí se balzamační tekutinou, složenou z formalinu, alkoholu, glycerinu a vody.

3.3 ROZRUŠENÍ TĚLA VLIVEM FAUNY A FLÓRY

Rozklad mrtvého těla během hniloby a tlení je velmi často urychlen biologickými činiteli. Již krátce po smrti působí rozsáhlé změny vedoucí k rozrušení všech měkkých tkání u mrtvol hmyz a členovci. Z rostlin se na rozrušení mrtvoly podílejí především plísňe. Mimo to může být mrtvé tělo napadeno zvířaty divoce ve volné přírodě žijícími (liška, kuna, jezevec, myši, ptáci) nebo i zvířaty domestikovanými (kočka, pes, prase) – viz Příloha č. 6.

3.4 JINÁ POZOROVÁNÍ

Spermie žijí ještě 28 -38 hodin po smrti. Žaludek několik hodin tráví, míšň reflexy je možno vybavit ještě do 4 – 10 minut po smrti. Vousy rostou za hodinu o 0,021 mm (může být použito, je-li známa hodina, kdy se muž naposledy holil – po smrti totiž vousy nerostou).¹⁵

¹⁵ Strejc P., Soudní lékařství pro právníky. Praha: C.H. Beck, 2000, s. 20

Kapitola 4.

VITÁLNÍ REAKCE A URČOVÁNÍ DOBY SMRTI

4.1 VITÁLNÍ REAKCE

Vitální reakce znamená odezvu některých systémů živého organismu (krevního oběhu, dýchání, centrálního nervového systému) na působení zevního prostředí, z forenzního hlediska zejména na účinek násilí. Jde vlastně o změny organismu vzniklé v době zachovalých životních funkcí jako odpověď organismu na poranění nebo jiné poškození.

Vitální reakcí v soudním lékařství rozumíme reakci organismu, z níž by se dalo soudit, zda určité poranění, určitá změna na těle vznikla zaživa nebo až po smrti, což není vždy snadné. Rozhodnutí, zda určité poranění vzniklo zaživa má v soudním lékařství zásadní význam. Hranice mezi životem a smrtí není ostrá. Jak známo s nástupem klinické smrti ustávají základní životní funkce (krevní oběhu, dýchání, nervové), ke smrti jednotlivých buněk a tkání dochází až za určitou, individuálně dlouhou dobu. Před touto fází mohou nastoupit ještě některé reakce tzv. intermediární, které je možno označit jako supravitální. Jde o reakce tkání organismu probíhající v době po klinické smrti (vyhasnutí základních životních funkcí do biologické smrti jednotlivých buněk a tkání). Vitální reakce je závislá na mnoha faktorech, mezi nimi je to např. i druh poškození, stav poškození orgánu nebo tkáně, doba, po kterou poškození trvalo apod. Vitální reakci zpravidla dělíme na dvě skupiny celkovou a místní.

4.1.1 CELKOVÁ (obecná, systémová) vitální reakce:

Celková vitální reakce zahrnuje reakce/změny základních funkčních systémů organismu, které se objevují následně po vzniku poranění. Pro zachování krevního oběhu svědčí krvácení, resp. vykrvácení a různé druhy embolií. Pro zachování dýchání svědčí nález vdechlé krve, žaludečního obsahu, sazí apod. v dolních cestách dýchacích, zejm. v plicních sklípcích.

4.1.2 MÍSTNÍ vitální reakce:

Místní vitální reakce je odpovědí tkáně v místě vzniku poranění při zachování základních životních funkcí organismu. Převážně se jedná o různá stadia poranění kůže a podkoží. V soudním lékařství má při jejím posuzování význam zejména primární úsek – tato fáze nastává bezprostředně v místě poškození a je provázena následnou nekrózou, krvácením, enzymovou reakcí, dystrofií, srážením krve. Zbývající sekundární (počáteční zánětlivá reakce) a terciární

fáze (reparační a hojivé pochody) jsou významné zejména při určování stáří poranění. Vitální změny v místě poranění se hodnotí většinou na základě makroskopického, mikroskopického a nekrochemického nálezu.

4.2 URČOVÁNÍ DOBY SMRTI

Kriminální případy se zpravidla řeší od konce, a jejich skutečný začátek může být pořádně vzdálený. Na nesnadné otázky typu: „Co zavinilo smrt?“ nebo „Jak dlouho tam bylo to tělo, doktore?“ přináší odpověď až pečlivá práce znalců z oboru soudního lékařství. A právě stanovení doby smrti patří k těm nejzákladnějším otázkám oboru soudního lékařství. Určení doby smrti má velký význam nejen pro kriminalistická šetření při podezření z násilné smrti, tj. pro řízení trestní, ale má své opodstatnění i v oblasti občanskoprávní (např. spory o dědictví) nebo medicínskoprávní sféře (problematika transplantací).

Určení doby úmrtí je zpravidla obtížné a nelze stanovit nějakou přesnou tabulku či přesný postup, podle něhož je možno se řídit a dobu smrti určit.¹⁶ Určení doby smrti je pro prohlížejícího lékaře důležité také proto, že si může porovnat třeba údaje pozůstalých či svědků o době smrti s objektivním nálezem, a zjistí-li hrubý nesoulad, může to vést k vyslovení podezření z trestného činu.

V naprosté většině případů se prohlídka těla zemřelého na místě nálezu provádí za 1,5 – 2 dny po smrti. Dobu smrti lze, jak z výše uvedeného vyplývá, stanovit jen přibližně, a to v určitém časovém rozmezí (to je tím širší, čím delší doba uplynula od okamžiku smrti tzn. čím dříve se k tělu lékař dostane, tím je pochopitelně časový úsek konkrétnější) na podkladě zachovaných supravitálních reakcí a rozvoje časných posmrtných změn – zejména posmrtných skvrn, posmrtné ztuhlosti a poklesu tělesné teploty¹⁷, eventuálně také na základě dalších poznatků z místa nálezu zemřelé osoby (viz Příloha č. 7).

Ze zachovaných supravitálních reakcí se provádí sledování reakce zornic očí na chemické podráždění a dále sledování reakce drobných svalů obličeje, předloktí nebo hřbetu a zápěstí na elektrické podráždění a reakce kosterního svalstva na mechanické podráždění. U posmrtných skvrn se sleduje jejich rozsah, lokalizace, přemístitelnost, vytlačitelnost a u posmrtné ztuhlosti její postupný nárůst, trvání, vymizení v závislosti na časovém faktoru. Tradičně vyhodnocovaným posmrtným jevem je v kriminalistické praktické činnosti chladnutí mrtvoily. Pokles teploty mrtvého těla se sleduje dotykem na periferních částech těla zakrytých oděvem,

¹⁶ Tesař J., Soudní lékařství, 3. vydání. Praha: Avicenum, 1985, s. 266

¹⁷ K tomu blíže viz Kapitola 3. pojednávající o soudnělékařské tanatologii – s. 13-19.

přičemž tento pokles pokračuje po zástavě životních funkcí až do vyrovnání tělesné teploty s teplotou prostředí. Pocit, že tělo je ještě „teplé“, mizí na nekrytých částech těla za 3- 6 hodin. Předpokladem určení doby smrti je změření teploty tělesného jádra.¹⁸ V praxi se teplota jádra měří rtuťovým nebo elektrickým teploměrem zavedeným nejčastěji per rectum (do konečníku), případně do dutiny břišní, do jater nebo do dutiny hrudní. Pro jednotlivá měření jsou zpracovány řadou autorů výpočty s různými koeficienty a tabulkami (Marschal, Botezacu aj.). V současné době lze relativně spolehlivě dobu smrti určovat užitím tzv. Henssgeho nomogramu. Tato metoda vyžaduje měření teploty tělesného jádra na místě činu, dále současné změření teploty v okolí mrtvolky a znalost hmotnosti zemřelého, přičemž výsledek měření je korigován koeficienty podle množství vrstev oblečení na těle.

¹⁸ Vaněček V., Lidmila J., Švec M., Makovec P., Němec J., Měření teploty zemřelého a odhad doby smrti. Kriminálnístika, 2005, č. 1, s. 54-57

Kapitola 5. PROHLÍDKA ŽIVÝCH OSOB

V oboru soudního lékařství přichází v úvahu posuzování živých osob jednak v řízení občanskoprávním, kde je požadováno soudně lékařské posouzení především při stanovení bolestného a ztížení společenského uplatnění při úrazech, jednak v řízení trestním. V trestním řízení bývá nejčastěji vyžádáno posouzení rozsahu a stupně poškození zdraví, posuzování různých forem simulací, opilosti, znásilnění, příčinné souvislosti mezi jednáním pachatele a poškozením zdraví apod.

V trestním řízení je povinen podrobit se prohlídce těla každý, je-li nezbytně třeba zjistit, zda jsou na jeho těle stopy nebo následky trestného činu. Taková osoba je rovněž povinna strpět, aby jí lékař nebo odborný zdravotnický pracovník odebral krev nebo u ní provedl jiný úkon, není-li spojen s nebezpečím pro její zdraví (§ 114 TR).

Vyšetřování zdravotního stavu se v trestním řízení provádí nejčastěji na vyžádání policie, podle okolností si jej může vyžádat i soud nebo státní zástupce. Prohlídku živých osob pak provádí soudní lékař (podle potřeby a nutnosti je pak prohlídka prováděna na soudním lékařství, na policejním oddělení, na lůžkové části zdravotnického zařízení). Lékař by samozřejmě měl mít k dispozici příslušnou zdravotnickou dokumentaci, a to nejlépe dokumentaci kompletní.

Osobami, které soudní lékař nejčastěji vyšetřuje, jsou:

- 1) **osoby podezřelé (obviněné)** ze spáchání trestného činu proti životu a zdraví (zejména vražda, ublížení na zdraví, těžká újma na zdraví či smrt, znásilnění apod.)
- 2) **poškození** – přežívající oběti násilného jednání včetně osob týraných a zneužívaných
- 3) **účastníci dopravních nehod**, jejichž mechanismus není zcela jasný (např. k rozlišení řidiče a spolujezdce)
- 4) **osoby v občanskoprávním řízení** při posuzování bolestného nebo ztížení společenského uplatnění.

5.1 LÉKAŘSKÉ ODBORNÉ VYJÁDŘENÍ

Lékař by se před vydáním lékařského potvrzení nebo vysvědčení měl vždy přesvědčit o totožnosti vyšetřované osoby. Forma lékařského potvrzení nebo odborného lékařského vyjádření či vysvědčení není předepsána. Policie posílá lékaři formulář „Žádost o podání lékařské zprávy o

zranění – lékařské odborné vyjádření“. Každá žádost Policie ČR musí obsahovat písemný souhlas zraněné osoby, že pro účely trestního řízení mohou být ošetřujícím lékařem sděleny orgánům činným v trestním řízení všechny skutečnosti, které se týkají jejího zdravotního stavu.

Při prohlídce lékař tedy nejprve zjistí, ověří prostřednictvím občanského průkazu identitu vyšetřované osoby, načež sestaví podrobnou osobní anamnézu vyšetřovaného se zřetelem k okolnostem, které jsou předmětem posouzení a následně tuto osobní anamnézu, která vyplývá z údajů vyšetřované osoby konfrontuje s údaji získanými z předložených informací. Dotyčná osoba se vyjádří, zda a popřípadě jakým způsobem se dostala do fyzického konfliktu s druhou osobou a v případě, že k fyzickému konfliktu došlo, popíše jeho mechanismus.

5.2 VLASTNÍ PROHLÍDKA

Při prohlídce osoby podezřelé nebo obviněné ze spáchání trestného činu má lékař postupovat především podle toho, o jaký trestný čin jde. Jedná se zejména o trestné činy proti životu a zdraví, tedy násilné jednání, které mělo za následek např. ublížení na zdraví, těžkou újmu na zdraví nebo smrt, dále znásilnění apod. Významné je ustanovení § 114 TR týkající se právě prohlídky těla a jiných podobných úkonů.

Vlastní vyšetření záleží ve vyšetření celkového zdravotního stavu, kdy lékař provádí objektivní celkovou lékařskou prohlídku, přičemž je nutné zaznamenat nejen objektivní příznaky, ale i subjektivní obtíže/údaje a řádně popsat charakter zjištěných zranění, jejich rozsah a stáří (lokalizace, tvar, rozměry, hloubka) a popsat i stav funkce příslušného orgánu nebo určité části těla. Každé zjištěné poranění by mělo být fotograficky barevně zadokumentováno. Součástí vyšetření jsou i odběry biologického materiálu (krev, moč, sliny, materiál zpod nehtů) pro další podpůrná vyšetření (hladina alkoholu, chemicko-toxikologické vyšetření, vyšetření mikroskopické, sérologické i genetické).

Při prohlídce osoby podezřelé/obviněné ze spáchání trestného činu je třeba nejdříve prohlédnout šaty a prádlo obviněného¹⁹, na kterém mohou být zjištěny známky zápasu a poškození (např. potrhání, utržení knoflíků, umazání od bláta, potřísnění od krve, spermatu nebo otvory způsobené bodnými ranami, vypadlé nebo vytržené vlasy). Nejdůležitějším nálezem jsou zbytky tkání a krevní stopy oběti, které mohou být spolu s jejími vlasy rozhodujícím důkazem při identifikaci pachatele. Vedle krevních a jiných stop na oděvních součástech je třeba se zaměřit především na nejrůznější zranění na těle podezřelého, který často uvádí, že vznikla při

¹⁹ Štefan J., Hladík J., Soudní lékařství a zdravotnicko-právní otázky, Praha: Karolinum, 1998, s.120

zápase nebo sebeobraně. Důkazně důležité jsou i biologické stopy oběti nalezené za nehty pachatele, úlomky textilních vláken z jejího oděvu apod. Velmi často lze nalézt známky obrany napadené oběti po spáchání trestného činu znásilnění. Po dopravních nehodách a při vyšetření osob podezřelých z jejich zavinění je důležité zjištění ovlivnění alkoholem.

Obdobně je třeba postupovat při vyšetření oběti násilného činu. Stejně jako při prohlídce osob podezřelých má lékař postupovat především podle toho o jaký trestný čin se jedná. Při vyšetření se přihlíží nejen k druhu trestného činu, při němž došlo nebo mělo dojít k poruše zdraví, ale i k výpovědi svědků i k vyjádření poškozené osoby. Mnohdy jde o mechanické násilí, při kterém vznikají poranění tupým nebo ostrým předmětem. Z kriminalistického hlediska má zásadní význam nález stop pocházejících z těla nebo oděvu pachatele.

V lékařské zprávě o zranění pro potřeby policie lékař kromě jiného vypisuje: subjektivní potíže zraněného, objektivní a prokazatelně zjištěná poškození zdraví, mechanismus vzniku zranění (a to jak to uvádí poškozený a jak to odpovídá objektivnímu nálezu), charakter léčby poškozeného, zda se jednalo o stav poruchy zdraví, který lze označit za těžký a vážný, a po jakou dobu, dále jaká byla celková doba léčení, celková doba pracovní neschopnosti a v neposlední řadě též zda zranění zanechalo trvalé následky na zdraví a jaké.

5.3 SIMULACE, DISIMULACE, AGRAVACE

Důležité je, aby si lékař všímal i známek, které svědčí pro simulaci, agravaci nebo disimulaci. Vznikne-li po lékařském vyšetření podezření ze simulace, disimulace, příp. ze sebepoškození, je vhodné prohlídku opakovat, popř. doporučit prohlídku u příslušného odborníka.

5.3.1 Simulace

Simulace je vědomé předstírání neexistujících chorobných příznaků, tedy jednání, kdy zdravý člověk předstírá onemocnění nebo chorobný stav, kterým netrpí.

Simulace může být²⁰:

- účelová, tedy taková, která sleduje určitý cíl, např. získání určité výhody. Simulují se zpravidla pouze objektivně těžko prokazatelné příznaky určitého onemocnění nikoli nemoc sama, nejčastěji horečka, bolest hlavy, krvácení z tělních dutin, krev, cukr, bílkovina v moči, zvracení, průjem, kašel, poruchy zraku atd.

²⁰ Kolektiv autorů, Soudní lékařství, Praha: Grada Publishing, 1999, s. 115

- patologická, která není spojena se získáním nějaké výhody a která je projevem duševní choroby (psychózy, těžké psychopatie, psychogenní reakce).

K simulaci se počítá prodlužování chorobného stavu, připisování nemocí skutečně prodělaným úrazům, předstírání přepadení nebo pokusu o znásilnění a především tzv. agravace – přehánění, zveličování obtíží a příznaků objektivně existujícího onemocnění nebo úrazu. Agravace je zvláštním případem simulace, kdy nemocný udává své skutečné onemocnění za těžší než opravdu je.

Zvláštním druhem simulace je **sebepoškozování**, záměrné narušení vlastního zdraví motivované zpravidla účelově, ať už za účelem získání vlastního prospěchu nebo způsobení nepříjemností druhým osobám. Jedná se o úmyslné poškození integrity vlastního těla, aby bylo dosaženo předem plánovaného cíle. Způsob sebepoškození závisí na účelu, který je sledován. Sebepoškození lze provádět např. úmyslným poraněním těla řeznými, sečnými, bodnými nebo střelnými nástroji, vyvoláváním kožních, spojivkových či jiných zánětů, polykáním cizích předmětů (často u vězňů) a jinými způsoby.

5.3.2 Disimulace

Disimulace je opakem simulace, jde o zatajování skutečného chorobného stavu, jednání, kdy vyšetřovaný nemocný popírá nebo zlehčuje zdravotní potíže, jimiž trpí. Je to účelové jednání vedené snahou udržet si postavení v povolání, finanční příjem, společenské postavení, vykonávat sportovní činnost apod. (řidiči předstírají, že dobře vidí).

Lékařská prohlídka živé osoby se stává nezbytnou součástí zjištěných skutečností, nutných pro vypracování znaleckého posudku, kde soudní lékař hodnotí pro potřeby orgánů činných v trestním řízení zjištěné úrazové změny, vysvětluje možný mechanismus jejich vzniku, vyjadřuje se k tomu, zda mohlo poranění vzniknout tak, jak tvrdí pachatel nebo poškozený apod. V neposlední řadě kvalifikuje zjištěný rozsah poranění ze soudně lékařského hlediska (poškození zdraví nepatrného významu, ublížení na zdraví, těžká újma na zdraví).

Kapitola 6.

PROHLÍDKA A PITVA ZEMŘELÝCH

Soubor právních opatření, která mají sloužit k tomu, aby úmrtí bylo včas oznámeno, bezpečně se zjistila smrt zemřelého a aby zemřelé osoby byly hygienicky, neškodným způsobem a s pietou pohřbené, je obsažen ve **Vyhlášece MZ ČSR č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřebnictví.**

6.1 OZNÁMENÍ ÚMRTÍ OSOBY ČI NÁLEZU MRTVÉHO TĚLA

Úmrtí a nález těla mrtvého mimo zdravotnické zařízení musí být bezodkladně oznámeny příslušnému praktickému lékaři²¹, v době mimo pravidelný provoz zdravotnických zařízení je nutno úmrtí oznámit lékařské službě první pomoci. Vznikne-li podezření nebo zjistí-li se, že ke smrti došlo trestným činem nebo sebevraždou a v případech, kdy nebyla prokázána totožnost zemřelého, je nutno úmrtí bezodkladně oznámit také orgánu Policie ČR.

Oznamovací povinnost má každý, kdo se o úmrtí dozvěděl nebo našel tělo mrtvého a neví, zda již úmrtí bylo oznámeno. V praxi nálezce zemřelého nejčastěji vyrozumí RZP nebo Policii ČR. Lékař RZP sice není povinen zemřelého prohlížet, ale zpravidla tuto činnost vykonává nebo prohlídku u příslušného lékaře zajistí. Pokud je vyrozuměna Policie ČR, vždy se na místo dostaví a prohlídku lékařem zajistí. Pokud je nutné vyrozumět o úmrtí osoby blízké zemřelému, není to povinnost prohlízejícího lékaře. Tuto informaci zajišťuje Policie ČR (na rozdíl od úmrtí osoby ve zdravotnickém zařízení).

Právní povinnost bezodkladně přivolat na místo nálezu Policii ČR je prohlízejícímu lékaři uložena:

- při podezření na násilnou smrt, že tedy úmrtí bylo způsobeno trestným činem,
- při podezření, že úmrtí bylo způsobeno sebevraždou,
- při prohlídce osoby neznámé totožnosti,

²¹ Dle dosud platné Vyhl. č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřebnictví má být tato skutečnost oznámena „územnímu nebo závodnímu obvodnímu lékaři, popřípadě lékaři pověřenému vykonávat tuto činnost (dále jen „obvodní lékař“), v jehož obvodu k úmrtí došlo nebo bylo tělo mrtvého nalezeno“; pouze nepřímo lze usuzovat, že povinnosti zde citovaných lékařů přecházejí na praktického lékaře, nejspíše registrujícího popřípadě nejbližšího.

- po prohlídce mrtvého vyloženého z dopravního prostředku.

Ze soudnělékařského hlediska je prohlízejícímu lékaři zřejmě vhodné doporučit oznámení Policii ČR také v těchto případech:

- při každé násilné smrti²²,
- pokud nelze na základě zevní prohlídky stanovit příčinu smrti,
- při každém úmrtí dítěte (včetně kojence) a mladé osoby,
- jde-li o osamělou osobu,
- u osoby zemřelé na veřejně přístupném a frekventovaném místě,
- u každého cizího státního příslušníka.

6.2 ÚŘEDNÍ KONSTATOVÁNÍ SMRTI, ÚŘEDNÍ PROHLÍDKA ZEMŘELÉHO

Úřední konstatování smrti je dáno vyplněním Listu o prohlídce mrtvého prohlízejícím lékařem. Při úmrtí je tedy nutno vždy provést prohlídku zemřelého. Účelem prohlídky je zjistit úmrtí a jeho příčiny. Zemřelou osobu nesmí prohlížet lékař, pokud ji před její smrtí ošetřoval (má se na mysli bezprostředně před její smrtí) nebo pomáhal při porodu dítěte, které se narodilo mrtvé, anebo je k zemřelému v příbuzenském vztahu.

Lékař na místě nálezu nejprve konstatuje smrt a stanoví její dobu. Konstatování smrti má lékař, pokud je to možné, provádět tak, aby s mrtvým co nejméně hýbal, aby ho nechal v poloze v jaké byl, a aby měnil co nejméně jeho oblečení. Určení doby smrti provádí lékař při zevní prohlídce zejména na základě rozvoje posmrtných změn, po přihlédnutí k prostředí, kde se mrtvošla nacházela. Prohlízející lékař je povinen bezodkladně po prohlídce mrtvého vyplnit List o prohlídce mrtvého a rozhodnout o provedení pitvy.

Při zjištěném zevním poranění u mrtvé osoby by měl lékař uvažovat:

- o charakteru, lokalizaci, rozsahu a stáří poranění,
- o časovém vzniku poranění (za života, po smrti),
- o mechanismu vzniku poranění,
- zda poranění mohlo nastat bez cizího zavinění nebo s cizím zaviněním,
- zda mohlo být bezprostřední příčinou smrti,

²² Z lékařského hlediska každá smrt podmíněná či spolupodmíněná vnějšími vlivy (fyzikálními, chemickými či jinými). Může, ale nemusí být způsobena trestným činem. V MKN-10 jsou pro ni vyčleněny alfanumerické kódy S00 - T98 (poranění, otravy a některé jiné následky působení vnějších příčin).

- v případě, kdy lze připustit příčinnou souvislost mezi poraněním a smrtí, zda mohlo jít o náhodný smrtelný úraz, sebevraždu nebo smrt způsobenou jednáním jiné osoby.

Pokud prohlízející lékař nabude podezření, že smrt mohla být způsobena trestným činem, pouze konstatuje smrt, informuje Policii ČR a další úkony provede až po jejím příjezdu.

6.3 ROZHODNUTÍ O PITVĚ

Pitva osoby zemřelé mimo zdravotnické zařízení smí být provedena pouze soudním lékařem, a to v ústavu (oddělení) soudního lékařství.

O tom, zda bude provedena pitva osoby zemřelé mimo zdravotnické zařízení (viz Příloha č. 8), rozhoduje v našem platném právním systému **pouze lékař provádějící zevní prohlídku mrtvé osoby** (nařizuje pitvu zdravotní²³, doporučuje pitvu soudní) **nebo orgány činné v trestním řízení**, nejčastěji Policie ČR (nařizují pitvu soudní dle ustanovení § 115 odst. 1 TR). Jiné orgány ani osoby (např. rodinní příslušníci zemřelé osoby - příbuzní) nemohou provedení zdravotní ani soudní pitvy zakázat, mohou však o provedení pitvy požádat.

V případě úmrtí mimo zdravotnické zařízení připouští vyhláška pouze jedinou možnost, kdy lékař nemusí nařídít pitvu, a to pokud po provedení zevní prohlídky a lékařském vyhodnocení okolností a místa nálezu dojde prohlízející lékař k závěru, že osoba známé totožnosti zemřela smrtí přirozenou, a je schopen při zevní prohlídce stanovit i příčinu smrti. Pokud ji ovšem nelze stanovit, musí pitvu nařídít vždy. Právě v této fázi můžeme z forenzního hlediska nalézt nejedno trestněprávní riziko vyplývající ze skutečnosti, že i u smrti násilné (ať již byla či nebyla způsobena trestným činem) může vzniknout mylný dojem smrti přirozené.

V případech, kdy je vyhláškou stanovena povinnost pitvy, rozhodne prohlízející lékař na Listu o prohlídce mrtvého o jejím provedení a nařídí převoz mrtvého, dále musí vyplnit ještě tzv. průvodní list k pitvě. Pokud ohledávající lékař nevyžaduje pitvu – neshledá cizí zavinění, je povinen oznámit úmrtí bezodkladně po prohlídce mrtvého na Listu o prohlídce mrtvého příslušné matrice, která na základě údaje o příčině smrti vyplní Úmrtní list.

²³ Tento termín není uveden v citované vyhlášce na rozdíl od § 28 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a je v praxi běžně používán.

6.4 PROHLÍDKA MÍSTA ČINU A MRTVOLY NA MÍSTĚ NÁLEZU

➤ Místo činu

Zpravidla se místem činu rozumí místo, kde se stal nějaký trestný čin. Místo činu nemusí být omezeno jen na bezprostřední místo a okolí nálezu zraněného či zamřelého; někdy může zaujímat poměrně značný prostor, např. se stopami pohybu zraněné oběti nebo se stopami po přemísťování oběti pachatelem. Ohledání místa činu, kde se nalézá mrtvá osoba, provádí orgány činné v trestním řízení podle §113 TR. Vždy je třeba provést důkladné ohledání místa činu, kterým se na základě bezprostředního pozorování zjišťuje, zkoumá, hodnotí a podchycuje materiální situace nebo stav objektů majících vztah k prověřované události, k jejímu poznání a získání důkazů i dalších informací důležitých pro trestní řízení.

Při ohledání místa činu je nutné postupovat vždy s největší šetností, aby nebyly porušeny žádné stopy. Soudní lékař je přivolán na místo nálezu těla policejním orgánem, nejčastěji příslušným policejním radou Služby kriminální policie a vyšetřování, který soudnímu lékaři sdělí základní informace o nálezu mrtvého těla. Soudní lékař pak počíná prohlídku těla až po ukončení základních úkonů policie, tedy především po zadokumentování místa činu technikem policie. Hlavní otázkou lékaře je, zda-li se tělo nachází v původní poloze tak, jak bylo nalezeno (mnohdy s tělem již před příjezdem policie mohl manipulovat ohledávající terénní lékař, byly prováděny oživovací pokusy apod.). Lékař nejprve provádí prohlídku okolí mrtvého těla, kde pátrá po biologických stopách (krev, moč, zvratky, sliny, vlasy a chlupy), zbytcích léků, zakrvácených předmětech apod. Prohlídka vlastního těla pak začíná popisem polohy těla, oděvu, biologických stop na těle, oděvu i v okolí těla; dále je pak popisován stupeň rozvinutí posmrtných změn. Tělo by mělo být při prohlídce svlečeno a všechny úrazové změny popsány a zadokumentovány, a to i přesto, že podrobná fotografická fotodokumentace při prováděné pitvě pak tvoří součást pitvného protokolu. Po skončení všech úkonů se soudní lékař vyjádří k možnosti cizího zavinění, přičemž nevyloučí-li zcela cizí zavinění, navrhne policejnímu orgánu nařízení soudní pitvy.

Pro vraždu je typická lokalizace, intenzita a způsob násilí. Zásahy jsou zpravidla soustředěné na životně důležité oblasti těla, jako je hlava, krk, hrudník. Intenzita použitého násilí je téměř vždy rozsáhlá, neboť pachatel volí obvykle takové způsoby poškození těla oběti, které jsou svým rozsahem a lokalizací schopné vést k okamžité smrti.

Pro sebevraždu svědčí zejména místo činu a nálezu mrtvoly, charakter způsobu násilí, jeho lokalizace (poranění jsou většinou na ruce dostupných místech, obvykle umístěny na holém těle poškozeného), volba prostředků a nástroje může souviset s povoláním poškozeného. Důležitý je rovněž nálezn stop po předcházejících sebevražedných pokusech v typických lokalizacích, dále dopisy na rozloučenou, anamnéza zemřelého apod.

Při nahodilém usmrcení může být obraz úrazových změn velmi pestrý a různorodý.

6.5 PITVA a její druhy

Snaha vyčíst z nálezů na mrtvole průřez dějů, které předcházely a vystopovat z velkého množství materiálu procesy, které vedly ke smrti, je patrná. Pitvy mají stále svůj rozhodující význam a jiné vyšetřovací metody je nemohou nahradit.

Pitvy jako **posmrtná vyšetření organismu** se provádějí na pracovištích patologie, soudního lékařství nebo v anatomických ústavech. Provádění pitev pro potřeby zdravotnictví upravuje vyhláška MZ ČSR č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřebnictví.

Pitvy se provádí :

- a) k určení základní nemoci, komplikací, příčiny úmrtí a ověření diagnózy a léčebného postupu u osob zemřelých ve zdravotnických zařízeních
- b) ke zjištění příčin úmrtí a objasnění dalších ze zdravotního hlediska závažných okolností a mechanismu úmrtí u osob zemřelých náhlým nebo násilným úmrtím včetně sebevraždy, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem
- c) pro vědeckovýzkumné a výukové účely
- d) při podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem se provádějí pitvy podle § 115 odst. 1

TR

Na těle zemřelého je možno provádět pouze pitvu, vyjmutí implantovaných předmětů, úkony a odběry tkání a orgánů pro speciální diagnostická vyšetření, léčebné, vědecko výzkumné a výukové účely, odběry orgánů a tkání pro účely transplantace a balzamac.²⁴ Žádné jiné úkony se na těle zemřelého nesmějí provádět. Při odnímání tkání a orgánů je nutno zachovávat zásady lékařské etiky.

²⁴ Odběr tkání a orgánů pro účely transplantací je podrobně upraven v tzv. transplantačním zákonu – zákonu č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů .

6.5.1 PITVA ANATOMICKÁ

Anatomické pitvy slouží hlavně ke studiu a poznávání lidského těla, zejména k výuce mediků a dalšímu vzdělávání lékařů. Provádějí se zejména na anatomických ústavech lékařských fakult. Tyto instituce získávají těla zemřelých na základě darovací smlouvy, kterou musí dotyčný potvrdit ještě během svého života. Jedinou výhodou pro takového člověka je, že náklady spojené s pohřbem hradí uvedený ústav.

6.5.2 PITVA ZDRAVOTNÍ

Provádí se v případech, kdy není podezření z trestného činu, nejčastěji tedy u zemřelých smrtí přirozenou. Zdravotní pitvu nařizuje lékař provádějící prohlídku zemřelé osoby. Pokud prohlízející lékař nařídí provedení zdravotní pitvy, vyplní příslušnou zdravotnickou dokumentaci a zařídí převoz zemřelé osoby k pitvě na oddělení (ústav) soudního lékařství (náklady spojené s převozem hradí pohřební službě zdravotní pojišťovna). Zdravotní pitvu provádí jeden lékař.

Účel zdravotní pitvy u smrti přirozené prováděné soudním lékařem v ústavu (oddělení) soudního lékařství:

1. zdravotní hledisko - stanovení bezprostřední příčiny smrti, základní nemoci, komplikací, vedlejšího nálezu,
2. forenzní hledisko - vyloučení smrti násilné (ze zevních příčin) resp. vyloučení násilí způsobeného protiprávním jednáním jinou osobou.

Jestliže při provádění zdravotní pitvy vznikne podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem, pitva se přeruší, a toto podezření se neprodleně nahlásí orgánům činným v trestním řízení k dalšímu rozhodnutí.

6.5.3 PITVA SOUDNÍ

Pitva soudní je nařizována orgány činnými v trestním řízení u všech případů, kdy vznikne podezření (resp. nelze vyloučit), že smrt člověka byla způsobena trestným činem. Pokud je soudní pitva nařízena, převoz mrtvého těla zařizuje a náklady spojené s převozem pohřební službě hradí nařizovatel. Soudní pitvu provádějí dva lékaři – znalci z oboru zdravotnictví – odvětví soudního lékařství, kteří plně odpovídají za kvalitu jejího provedení.

Na oddělení soudního lékařství se provádějí pitvy ke zjištění příčin úmrtí a objasnění dalších ze zdravotního hlediska závažných okolností a mechanismů úmrtí u osob zemřelých náhlým, neočekávaným²⁵ nebo násilným úmrtím včetně sebevraždy²⁶:

- a) při náhlých úmrtích, jestliže při prohlídce mrtvého nebylo možno zjistit příčinu úmrtí,
- b) u osob zemřelých násilným úmrtím včetně sebevraždy,
- c) byla-li příčinou úmrtí průmyslová otrava nebo úraz při výkonu práce anebo je-li zde podezření, že k úmrtí došlo z těchto příčin,
- d) u osob, které zemřely ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody,
- e) je-li podezření, že úmrtí může být v příčinné souvislosti s nesprávným postupem při výkonu zdravotních služeb.

6.5.4. Vlastní pitva

Vlastní pitva se skládá ze **zevní a vnitřní prohlídky**.²⁷ V případě, že je zemřelý oblečen, provádí se před provedením této prohlídky detailní prohlídka a popis jeho oděvu či prádla a obuvi.

Při vlastní zevní prohlídce se konstatuje nejdříve pohlaví zemřelého, věk, výška, stav kostry a výživy, případně hmotnost. Následuje popis posmrtné ztuhlosti, mrtvolných skvrn, barvy kůže. Dále se pak při zevrubném celkovém popisu provádí prohlídka jednotlivých krajin těla, hlavy, krku, hrudníku, břicha a končetin se zaměřením na chorobné a úrazové změny. U úrazových změn se popisuje charakter poranění (bodné rány, střelné rány apod., jejich lokalizace, počet, vzájemné rozmístění, rozměry a další jejich vlastnosti).

Vnitřní prohlídce, která zahrnuje pitvu tří hlavních tělních dutin – dutiny lební, hrudní a břišní, někdy předchází např. rtg vyšetření, mikrobiologické vyšetření apod. Při pitvě se dále provádí odběr biologického materiálu na jednotlivá laboratorní vyšetření. Nejčastěji jde o odběr vzorků tkání a orgánů k histologickému vyšetření, krve ke stanovení skupinové příslušnosti, krve

²⁵ Přirozená smrt je smrt nenásilná, z vnitřních - chorobných příčin. Může nastat náhle, neočekávaně nebo očekávaně, k tomu blíže viz s. 14

Smrt náhlá je smrtí přirozenou, která podle WHO nastává nejpozději do šesti hodin od začátku symptomů, přičemž předchozí zdravotní stav nesevřelil o nějakých potížích. Postižený člověk sám sebe považoval a byl i svým okolím považován za zdravého, jeho zdravotní stav byl hodnocen jako dobrý. V klinické praxi ale není uvedený limit často dodržován, je buď zkracován na jednu, resp. dvě hodiny nebo naopak ve smyslu Mezinárodní klasifikace nemocí prodlužován až na 24 hodin.

Smrt neočekávaná je smrtí přirozenou, kdy se již určitým způsobem alterovaný zdravotní stav (chorobou, resp. onemocněním) neočekávaně zhoršil natolik, že došlo k úmrtí. Člověk tedy nebyl - na rozdíl od smrti náhlé - zcela zdrav, ale jeho celkový zdravotní stav u něho samotného ani u okolí nevzbuzoval obavy z možného úmrtí.

²⁶ Strejce P., Soudní lékařství pro právníky. Praha: C.H. Beck, 2000, s. 4

²⁷ Dogoši M., Hrbek J., Soudní lékařství pro policisty. Praha: PA ČR, 2003, s. 19

a moči na zjištění hladiny alkoholu, dále krve, moči, parenchymatózních orgánů, žaludečního obsahu k chemicko-toxikologickému vyšetření, vzorky orgánů ke stanovení rozsivek apod. Bezprostředně po provedení pitvy sepíše lékař pitevní protokol, eventuálně diktuje pitevní protokol přímo při pitvě v pitevně. Pitevní nález kontroluje další lékař, zpravidla vedoucí lékař oddělení či ústavu. Pitvajícím lékařem pak doplní List o prohlídce mrtvého o pitevní diagnózu a odešle je úřadu pověřenému vedením matriky příslušnému podle místa úmrtí, aby mohl být vystaven Úmrtní list.

❖ Pitvy prováděné v ústavu (oddělení) soudního lékařství²⁸

V ústavech (odděleních) soudního lékařství se provádějí zdravotní a soudní pitvy.

A) z aspektu příčiny smrti

- v případě každé přirozené smrti (smrti z vnitřních příčin), pokud není možné stanovit její bezprostřední příčinu,
- v případě každé násilné smrti (smrti ze zevních příčin) nebo již při pouhém podezření na ni (resp. pokud ji není možné zevní prohlídkou vyloučit), a to ať mohla či nemusela být způsobena protiprávním jednáním jiné osoby,

B) z aspektu místa úmrtí

- v případě každého úmrtí osoby mimo zdravotnické zařízení, v ambulanci či během převozu sanitním vozem (před administrativním příjmem osoby do nemocničního ošetřování),
- v případě každého úmrtí osoby během hospitalizace z důvodu poranění, otravy nebo některých jiných následků vnějších příčin nebo pokud došlo k poranění osoby ve zdravotnickém zařízení, které by mohlo vzbuzovat dojem, že se spolupodílelo či samo o sobě mohlo vést k jeho smrti,

C) z aspektu sledování a kontroly kvality zdravotnické péče

- při každém podezření, že smrt může být v příčinné souvislosti s nesprávným postupem při výkonu zdravotnických služeb (včetně úmrtí osoby při prováděném diagnostickém či léčebném výkonu nebo při úmrtí do dvou hodin po jeho skončení),

²⁸ Dvořák M., Prohlídka zemřelého lékařem mimo zdravotnické zařízení. Doporučené postupy pro praktické lékaře, ČLS JEP, 2001, s. 9

D) z aspektů ostatních

- v případě každého úmrtí v důsledku pracovního úrazu a průmyslové otravy nebo při podezření, že se o smrt z těchto důvodů jedná,
- v případě každého úmrtí ve výkonu vazby nebo ve výkonu trestu odnětí svobody.

6.6 EXHUMACE

Exhumací²⁹ rozumíme nařízené nebo úředně povolené vyzdvižení (vykopání) těla řádně pohřbené osoby ze země nebo z hrobky, a to před uplynutím tlecí doby³⁰. Před uplynutím této doby může být tělo mrtvého exhumováno, nařídí-li to orgán činný v trestním řízení nebo jestliže o to požádají osoby blízké zemřelému. Orgány činné v trestním řízení nařizují exhumaci v případě, kdy dostatečně zjištěné nové skutečnosti nasvědčují tomu, že smrt mohla být, či byla způsobena jednáním jiné osoby, nejčastěji v důsledku poranění nebo otravy. Nařízení exhumace je spojeno s provedením soudní pitvy.

Soudní lékař se v současné době setkává s exhumací výjimečně, což vyplývá především ze dvou skutečností. Jednak z toho, že při úmrtí osoby je mrtvé tělo prohlíženo ohledávajícím lékařem i z aspektu potřebných soudnělékařských znalostí, a dále, že pohřbívání zemřelých do země již není u nás nejčastějším způsobem pohřbu (většinou dochází k pohřbu žehem)³¹.

²⁹ Podrobné podmínky vztahující se k problematice exhumace upravuje zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů.

³⁰ Doba, která se zřetelem ke složení půdy nesmí být kratší než 10 let.

³¹ Dvořák M., Exhumace z aspektu soudního lékaře. Kriminalistika, 2000, č.3, s. 243-244

Kapitola 7 . DUŠENÍ A UDUŠENÍ

Člověk jak známo potřebuje ke svému životu nezbytně kyslík, který čerpá ze vzduchu. Jakmile ovšem brání nějaká překážka přístupu vzduchu do plic, je narušeno i přecházení kyslíku do krve a jeho přechod z krve do buněk.

Zamezením dýchání, tj. respirační výměny plynů nastává udušení neboli sufokace. Může tomu tak být buď z nedostatku kyslíku nebo z nahromadění oxidu uhličitého v krvi, přičemž zpravidla působí oba činitelé.

Rozlišují se asfyktické a neasfyktické formy nedostatku kyslíku³². Asfyktické formy jsou vyvolány zabráněním dýchání mechanicky jako např. ucpáním dýchacích cest, strangulací, aspirací, utopením, kompresí hrudníku atd. Neasfyktické formy nedostatku kyslíku (hypoxie, anoxie) jsou způsobeny poruchou výměny plynů v organismu. Příčinou může být nízký parciální tlak kyslíku ve vdechovaném vzduchu např. ve větších výškách, vdechování kouřových plynů, karboxylhemoglobin v krvi. Při asfyktické formě nedostatku kyslíku je omezen nejen přívod kyslíku, ale i vydechování oxidu uhličitého, který se hromadí v krvi. Subjektivně vzniká pocit nedostatku dechu, dyspnoe a úzkost před udušením. Naopak při neasfyktické formě je omezeno vnitřní nebo tkáňové dýchání a subjektivní nepříjemné pocity zde chybí (naopak častá je euforie). V dalším průběhu po upadnutí do bezvědomí jsou příznaky obou forem stejné. Rozdílný průběh asfyktické a neasfyktické formy dušení v počátečních stádiích má pak význam z hlediska možnosti záchrany postiženého. Chybění subjektivních příznaků např. při otravě oxidem uhelnatým zabraňuje možnosti uvědomění si hrozícího nebezpečí.

Dušení a udušení zahrnuje celou řadu jak chorobných, tak úrazových dějů v lidském organismu, přičemž s těmito pochody se setkáváme velmi často. Nejrůznější příčiny, z kterých může dušení nastat lze rozlišovat příčiny vnitřní: poruchou krevního oběhu, při velké ztrátě krve, při zmenšení dýchací plochy, při poruchách nervstva, při chorobných procesech v dýchacích cestách.

³² Štefan J., Hladík J., Soudní lékařství a zdravotnicko-právní otázky. Praha: Karolinum, 1998, s. 60

V soudnělékařské praxi se ale zajímáme o **udušení násilné**. Z forenzního hlediska jsou tedy nejdůležitější zevní příčiny. Tyto zevní příčiny způsobují, že je ztížen nebo znemožněn přívod kyslíku (O₂) do plic a výdej oxidu uhličitého do ovzduší (CO₂). Patří sem:

- 1) strangulace ozn. jako strangulační asfyxie, kterou dělíme na oběšení, uškrcení, zardoušení
- 2) uzavření zevních dýchacích cest zakrytím (zalehnutím)
- 3) uzavření dýchacích cest ucpáním cizími tělesy – udávení (aspirace tuhých, sypkých, řídkých materiálů a tekutin)
- 4) traumatická asfyxie (znemožnění dýchacích pohybů při stlačení hrudníku a břicha)
- 5) polohová asfyxie (udušení v neadekvátní poloze těla)
- 6) udušení v malém prostoru vydýcháním vzduchu, neadekvátním složením vzduchu
- 7) utopení

7.1 JEDNOTLIVÁ STÁDIA A ZNÁMKY DUŠENÍ

Smrtící dušení probíhá klinicky ve 4 stádiích³³:

1. Stadium inspirační dušnosti – dyspnoe

= člověk cítí, že mu dochází dech, zvýšené napětí CO₂ v krvi dráždí dýchací centrum, dýchání se urychluje, stoupá krevní tlak, objevuje se cyanóza, vyplavuje se adrenalin a nastupuje hyperglykémie

- toto stadium trvá obvykle asi 25-50 sekund, někdy i déle (délku tohoto stadia lze ovlivnit tréninkem)

2. Stadium expirační dušnosti – křeče a bezvědomí

= krevní tlak klesá, zvětšuje se cyanóza, dostavují se silné klonické záškuby svalstva, často spontánní odchod stolice, projevuje se erekce pohlavního údu a za pozvolného vyhasínání reflexů nastupuje bezvědomí, pomalu mizí citlivost a reflexy

- toto stadium trvá asi dvě minuty

3. Stadium preterminální – zástava dechů

= je charakterizováno hlubokým bezvědomím, krátkodobou zástavou dechu a přechodnou zástavou srdeční činnosti

³³ Dogoší M., Hrbek J., Soudní lékařství pro policisty. Praha: PA ČR, 2003, s. 55

- toto stadium trvá asi jednu až dvě minuty

4. Stadium terminální – terminální dechy

= po několika hlubokých inspiracích následuje zástava dechu, krevní tlak klesá, srdeční činnost je slabá, sotva slyšitelná a přetrvává krátká činnost dýchání, nastává ochabnutí svalové, nakonec kóma a smrt

Doba sufokace trvá zpravidla 3 – 8 minut, záleží přitom na zdravotním stavu, věku, stavu nervstva, váze a tělesné zdatnosti, přičemž při dušení nemusí být vždy přítomna všechna čtyři stadia. Jejich přítomnost je pro smrt udušením charakteristická, nicméně tyto známky mohou být přítomny i při smrti z jiné příčiny, bylo-li umírání provázeno akutní hypoxií (např. při náhlé smrti elektrickým proudem). Pitevní nález při udušení není tudíž zcela typický a charakteristický. Smrt udušením lze vyvozovat jen ze souhrnu známek, které byly při udušení nalezeny za současného vyloučení jiných příčin smrti. Změny mohou být ve větší či menší míře zastoupeny, jindy úplně chybějí. V zásadě lze **obecné známky dušení** rozdělit na:

a) **Zevní** – při zevní prohlídce udušeného nacházíme rozsáhlé a tmavé modrofialově zbarvené posmrtné skvrny, dále tečkovité krevní výronky na spojivkách, v kůži obličeje, krku a horní části hrudníku, obličej bývá cyanotický, rty, uši, nehty rovněž bývají zbarveny do modra až modrofialova.

b) **Vnitřní** – při vnitřní prohlídce se nachází zvýšené množství temné tekuté krve v cévách a v srdci, překrvení vnitřních orgánů s výjimkou sleziny, vzednutí plic, dilatace (rozšíření) pravého srdce a krevní výronky pod všemi serosními blanami (tzv. Tardieuovy skvrny). Jak z výše uvedeného vyplývá, popsané změny na vnitřních orgánech nejsou charakteristické jen pro dušení a mohou se nalézt i u jiných příčin smrti, např. při náhlém úmrtí nebo intoxikaci. Stejně tak i ostatní změny, jako pomalé chladnutí mrtvol, rychle nastupující posmrtná ztuhlost, pěna u úst, uskřínutí jazyku mezi zuby, odchod spermatu, moči a stolice se mohou vyskytnout i u smrti z jiných příčin. Navíc je každý druh dušení doprovázen ještě určitými vlastními příznaky.

Jak dlouho tedy může člověk přežít stav sufokace nebo úplné zástavy dechu? To záleží na zásobách kyslíku v těle a nutno podotknout, že tyto zásoby jsou poměrně malé. Celková zásoba kyslíku u dospělého člověka se odhaduje zhruba na 2000 ml, z toho je v krvi 60%, v plicích 25%

a ve tkáních 15%. Při klidové spotřebě 250 ml/min. by se tedy spotřeboval všechen kyslík za 8 minut.³⁴ Dusící se člověk ovšem pochopitelně v klidu není a usilovné dýchací pohyby a případná další tělesná aktivita spotřebu kyslíku značně zvyšují. K ireverzibilnímu poškození nejcitlivějších částí mozku přitom zpravidla dochází asi za 4 – 5 minut.

7.2 STRANGULACE

Strangulace, jako nejčastější příčina násilného udušení, představuje násilné udušení, u kterého dochází k uzavření dýchacích otvorů působením nějakého násilí zevně na krk - sevřením, smáčknutím hrdla. Nastalo-li smáčknutí škrtidlem, pak lze podle způsobu jeho utažení rozlišovat oběšení nebo uškrcení. Nastalo-li smáčknutí rukou, resp. rukama, vzniká zardoušení.

7.2.1 OBĚŠENÍ (viz Příloha č. 9)

Je forma strangulace, při níž škrtící klička se utahuje kolem krku věšící se nebo věšené osoby, přičemž volný konec škrtidla je upevněn na nějakém předmětu. Oběšení nastává zatažením škrtidla na hrdle vahou vlastního těla. K oběšení přitom stačí nepatrná váha těla (ke stlačení a uzavěru krčních cév stačí jen relativně malá síla), uvádí se asi 3,5 - 5 kg, a proto je možné oběšení i vsedě, vkleče dokonce i vleže.

Mechanismus smrti při oběšení je složitý, ke smrti vede uplatnění více faktorů – složek dýchací, oběhové a nervové (uzávěr dýchacích cest, smáčknutí krčních cév - tepen a žil a jejich zúžení v tahu a podráždění bloudivého nervu, resp. jeho větvení v oblasti hrtanu), smrt oběšením může nastat i při neúplném stlačení šíje, při lokalizaci škrtidla mimo nad tracheostomickým otvorem nebo i zevně předního povrchu šíje (škrtidlo prochází otevřenou dutinou ústní nebo přes horní ret).

Škrtidla v závislosti na materiálu, ze kterého byla zhotovena, dělíme na měkká (ručník, prostěradlo, kravata), polotuhá (provaz, šňůra, pásek) a tuhá/tvrdá (drát), přičemž mohou být jednoduchá, dvojitá nebo i vícenásobná. Škrtidlo po sobě na krku zanechává nejčastěji známku, tzv. **strangulační rýhu**, která obvykle směřuje šikmo vzhůru k úponu škrtidla.

Tato rýha se liší podle typu škrtidla, může být hluboko zaříznutá, jindy jen mělká, nenápadná. Hloubka strangulační rýhy při oběšení nebývá rovnoměrná, nejhlubší je na straně odvrácené úponu škrtidla. Rýha může být typická přímá (úpon škrtidla na šíji) nebo obrácená

³⁴ Kolektiv autorů, Soudní lékařství. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 191

(úpon škrtidla uprostřed brady), nebo atypická (úpon škrtidla jinde než vpředu nebo vzadu), na straně krku, přitom u všech druhů může být uzavřená – přiléhá-li uzel na kůži nebo otevřená – nedotýká-li se úpon kůže a rýha je přerušena. Samotný průběh rýhy může být přerušený např. vložení rukou nebo nějaké měkké části oděvu pod škrtidlo.

Strangulační rýha je zpočátku bledá, ale velmi rychle zhnědne a stane se pergamenovitá. V místě uzlu bývá nepravidelná širší oděrka podobného vzhledu. Vzhled rýhy závisí na jakosti škrtidla, přičemž někdy může být v rýze patrný i vzor takového škrtidla. V okolí rýhy od škrtidla, nejčastěji hned pod ní, se mohou nalézt oděrky, které vznikly tím, že škrtidlo uložené kolem krku se při zatažení sesmeklo vzhůru (hlavně při použití málo pružných škrtidel). Tyto oděrky mívají často pruhovitý tvar, probíhají rovnoběžně se strangulační rýhou, velmi často s ní souvisí a do ní přecházejí. Bylo-li škrtidlo otočeno kolem krku dvakrát nebo třikrát, rýha je dvojitá nebo trojitá. Někdy jsou mezi rýhami úzké lišty, hřebeny kůže s tečkovitými krevními výronky. Tyto ale nemohou být jednoznačným důkazem intravitálního vzniku a mohou vznikat i po smrti. I posmrtně může vzniknout rýha jako zaživa, a proto je nutno si všimnout všech známek vitální reakce, vždy je nutno vzít v úvahu pitevní nález. Rýhu nelze zaměňovat s posmrtným otiskem límce od košile, pyžama apod. nebo s otisky při počínající hnilobě. Najdou-li se na mrtvole nějaká poranění, nemusí to být vždy známkou cizího zavinění. Různá poranění mohou na tělech oběšenců vznikat i ve stadiu křečí, kdy sebou oběšenec může zmítat a poranit se při nárazech těla o okolní předměty. Při kontaktu s horkými předměty např. radiátor topení mohou vznikat na těle povrchní nebo hluboké kontaktní popáleniny. Poranění mohou vznikat i po přetržení škrtidla a pádu těla.

Vnitřní nález odpovídá dušení. Nacházíme různá poranění - zlomeniny jazyčky, chrupavky štítné, vzácně příčné trhliny svalů kývačů, tzv. Amussatovy trhliny intimy na karotické tepně, v okolí zlomenin nebývají krevní výrony nebo jsou jen nepatrné. Při oběšení nastává smrt během několika minut. Probíhalo-li dušení pomaleji, jako je tomu např. při oběšení vkleče, vsedě nebo vleže, může ke smrti dojít i za několik desítek minut. Po 8-10 minutách nelze již oběšeného zpravidla zachránit. Jen ojedinelé bylo zaznamenáno oživení po 25 minutách.

Co se týče posmrtných skvrn, ty nacházíme na dolní části těla. Po odříznutí oběšeného, a jeho uložení do horizontální polohy se mohou za 6-12 hodin skvrny zčásti přemístit. Při uvolňování mrtvoly je třeba vždy dbát zachování uzlu na škrtidle, protože způsob provedení uzlu může být charakteristický pro některá zaměstnání (lodníci, tesaři, horolezci atd.)

Při oběšení jde nejčastěji o sebevraždu (téměř 50% sebevražd). Oběšení patří u nás a ve většině zemí k nejčastějším způsobům sebevraždy vůbec. Smrt oběšením je totiž bezbolestná pro okamžité bezvědomí. Každý případ oběšení vyžaduje řádné prošetření, zejména je třeba zjistit, zda se vůbec sebevrah mohl sám v té pozici, v jaké byl nalezen, oběsit. Někdy si sebevrah podkládá pod škrtidlo měkký předmět, snad s úmyslem, aby zmírnil tlak. Mohou být nalezeny i jiné známky násilí, např. řezné rány, svědčící pro předcházející sebevražedný pokus nebo pro kombinovanou sebevraždu. Rovněž svázané ruce a nohy nesvědčí proti sebevraždě. Výjimečně se v okolí rýhy mohou nalézt oděrky od nehtů, jejichž vznik je vysvětlován tím, že sebevrah se snažil z kličky vyprostit. Může jít ovšem taky o případ pouhého vzbuzení zdání sebevraždy oběšením, tedy, že osoba, jiným způsobem ze světa sprovozená, bude oběšena, aby se zakryla původní pravá příčina smrti (vražda). Pouhou prohlídkou mrtvého nelze rozhodnout, zda se jedná o sebevraždu nebo o simulovanou sebevraždu, kdy pachatel oběť nejdříve usmrtil jiným způsobem. V těchto případech je možné jediné pitvou odhalit jinou příčinu násilné smrti. Vraždy oběšením jsou velmi vzácné. Jsou možné u dětí, u osob duševně chorých, opilých, omámených, ochrnutých a tělesně slabých. Zdravého silného jedince je možné oběsit lstí nebo je-li pachatelů více. Může také dojít k náhodnému oběšení nešťastnou náhodou, zejména u dětí při různých hrách, nahodilé oběšení popruhy, na laně, zadrhnutím části oděvu, při autonehodě a v případech pokusů o věšení se sexuálním podtextem.

7.2.2 UŠKRCENÍ (viz Příloha č. 10)

Udušení uškrcením vzniká smáčknutím krku škrtidlem nebo jiným předmětem – tedy zatažením škrtidla buď vlastní nebo cizí rukou nebo nějakým pohybujícím se předmětem (strojem). Na rozdíl od věšení zatažení smyčky škrtidla není způsobeno hmotností vlastního těla, ale jinou silou, aktivním působením této jiné (velmi vzácně vlastní) síly. Podobně jako u oběšení se i u uškrcení užívá nejrůznějších škrtidel, mohou jimi být i předměty, které se běžně nosí na krku nebo které sklouznou z hlavy – kravata, šála, šátek. Tvrdým škrtidlem bývají části strojů, dopravních prostředků apod., které pádem nebo převrácením srazi postiženého a tlačí na jeho krk. V místě tlaku pak vzniká otlak nebo oděrka tvaru tlačícího nástroje, která není vytvořena na celém obvodu krku. Strangulační rýha na krku bývá u uškrcení zpravidla vodorovně probíhající, stejně hluboká (na rozdíl od oběšení, kde je strangulační rýha nejhlubší na straně protilehlé od závěsu) a uložená níže než při věšení, tj. ve výši štítné chrupavky nebo pod ní. Může být ale i šikmá, například pokud pachatel přistoupí k sedící oběti zezadu a táhne směrem nahoru.

Intenzita strangulace při uškrcení bývá poněkud menší a může kolísat, typicky např. u bránící se osoby. Hrtan nebývá zcela uzavřen, tlak působící na krk nebývá pravidelný jako při věšení a smrt tak nastává zpravidla pomaleji. Nejvíce bývají smáčkнутy krční žíly, takže krev může přitékat k hlavě, ale neodtéká, tím nastává cyanóza obličeje. Vznikají krevní výronky, tzv. petechie na sliznici úst, ve spojivkách, v kůži obličeje. Spíše než u oběšení se vyskytují krevní výrony v podkoží, svalstvu, častější jsou i zlomeniny chrupavky štítné a prstencové.

Sebevražda uškrcením je vzácná. Škrtidlo bývá zpravidla obtočeno vícekrát a někdy podloženo měkkým předmětem. Náhody jsou též ojedinělé, např. bezpečnostním pásem při dopravních nehodách, zachycení konce šály a namotání na kolo, případné vlečení těla a jeho vyzdvižení při práci apod. Nejčastější se ovšem jedná o vraždu uškrcením, kdy se současně nacházejí i jiná poranění a na krku často známky rdoušení. Vražda udušením z uškrcení se velmi často kombinuje se sexuálním násilím, případně se rdoušením. Uzel bývá jednoduchý, aby mohl být rychle zatažen a škrtidlo bývá především kratší, aby jím pachatel mohl snadno manipulovat a také silnější, aby se nepřetrhlo. Je známa i tzv. garotáž – poprava uškrcením, při které dochází ke smáčknutí hrdla železným kruhem nebo provazem, který se nasadí vpředu a vzadu za deskou zařízení se utahuje.

7.2.3 ZARDOUŠENÍ (viz Příloha č. 11)

Na tomto místě je třeba připomenout, že tento pojem je velmi často zaměňován s uškrcením: zatímco uškrcení je způsobeno sevřením hrdla škrtidlem, v případě zardoušení dochází ke smáčknutí hrdla rukou, resp. rukama nebo loketním ohbím (ohnutou paží přitisknutou na krk), případně také šlápnutím na krk či položením těžkého předmětu. Již malý tlak na krk může uzavřít hlasivkovou štěrbinu, krční tepny nebývají obvykle úplně uzavřeny a tudíž vědomí zůstává zpočátku zachováno a oběť se brání. Pachatel navíc obvykle nevydrží stejnoměrné smáčknutí hrdla a tak smáčkne hrdlo opakovaně, a proto dušení bývá přerušované, a provázené několikerým nadechnutím a bezvědomí a smrt nenastanou tak rychle. U pachatele se mohou najít škrábane, pokousání apod., podezřelé osoby je tudíž nutno pečlivě prohlédnout. Vedle analýzy DNA mají velký význam i mikrovlákna.

Kromě obecných známek dušení nacházíme zpravidla největší nález na krku, na kterém jsou zjišťovány oděrky a podkožní krevní výrony, které modravě prosvítají na kůži. Oděrky mohou být různé velikosti i různého tvaru, přičemž často na straně kde působil palec, je oděrek a krevních výronů méně než na straně, kde působily ostatní prsty. Došlo-li ke smáčknutí hrdla opakovaně, počet oděrek bývá větší. V případech, kdy pachatel obemkl celý krk, smáčkl krk přes

část oděvu anebo měl rukavice oděrky mohou chybět. Pachatel často přidržuje na obličeji ruku nebo nějaký předmět, aby oběť nekřičela, takže mohou vzniknout oděrky rovněž v okolí nosu a úst. Tyto oděrky na krku nemusí být patrné hned po smrti např. již při prohlídce na místě činu, patrnými a zřetelnějšími se stávají často až druhý den v důsledku zasychání. Při náhlém prudkém uchopení za krk může dojít i k reflektorické zástavě srdeční činnosti a k rychlé smrti, při které celkové známky dušení a někdy i známky násilí na krku chybějí.

Pokud jde o zardoušení, jedná se téměř vždy o vraždu. Postiženými bývají výhradně ženy zvláště při vraždách z vlnosti, při souloži, dále novorozenci a kojenci. Často se lze setkat s kombinací rdoušení a následně se škrcením oběti. Sebevražda zardoušením vlastní rukou je nemožná, protože s nástupem bezvědomí dochází k uvolnění tlaku na krk a obnovení krevního oběhu (možná by byla přiložením předmětu, který by silně tlačil na krk, např. noha od předměty zatíženého stolu). K nahodilému usmrcení může dojít reflexním mechanismem při náhlém stisknutí krku např. ze žertu.

7.3 UDUŠENÍ ZE ZAKRYTÍ NOSU A ÚST

K udušení dochází ucpáním nosu a úst rukou nebo nějakým předmětem, např. polštářem, peřinou, textiliemi všeho druhu, plastickým sáčkem, papírem, tlakem úst a nosu na podložku apod. Při ucpání nosu a úst dochází k zabránění výměny vzduchu mezi ovzduším a plicemi. Kromě celkových známek dušení se nacházejí krevní výrony a oděrky v okolí úst, nosu a na nose. Často vznikají krevní výrony i drobné ranky na vnitřní straně rtů, rovněž mohou být uvolněny nebo zlomeny přední zuby. K udušení může dojít i vtlačení rouбіku do úst. Při ucpání nosu a úst měkkými předměty mohou zevní poranění chybět, někdy se však v dutině ústní a dýchacích cestách nacházejí částičky materiálů zakrývajících dýchací otvory (např. textilní vlákna, peři apod.).

Nejčastěji jde o náhody u opilých, epileptiků nebo bezvědomých osob při pádu obličejem na nějakou podložku. Může dojít i k zalehnutí kojence spící matkou (rodiči). K vraždám dochází nejčastěji u dětí, zejména u novorozenců, velmi obtížná je otázka, zda se kojeneček sám mohl udusit v peřinkách nebo v poloze obličejem dolů. Při vraždě dospělé osoby ji pachatel obvykle nejprve uvede do stavu bezbrannosti, často se jedná o kombinaci rdoušení a ucpání nosu a úst. Sebevraždy ucpáním nosu a úst jsou velmi vzácné, např. omotáním neprodyšné textilie, vlastní rukou nejsou možné.

Neobvyklý případ vraždy udušením byl popsán v psychiatrické léčebně. Jeden pacient nejprve přivedl do bezvědomí druhého pacienta stiskem krku, a pak mu nacpal do úst velké množství roztrhaného papíru. Že jde o vraždu, odhalila až pitva.³⁵

7.4 UDÁVENÍ

Jedná se o udušení vdechnutím cizích těles, přičemž vdechnout lze materiál nejrůznějšího původu a konzistence. Udávení nastane jestliže je předmět náhle vdechnut, reflektoricky stržen do dýchacích cest, a to např. nepozorností, hltavostí, mluvením při jídle, při smíchu, kašlem, vdechnutím předmětu vloženého do úst, polykací poruchou. K udávení tedy dojde ucpáním dýchacích cest cizím tělesem, které zde zůstane vězet. Nejčastěji bývá ucpán hrtan ve své horní části, přičemž nedojde-li k rychlému odstranění takového předmětu, nastává smrt velmi rychle, ne-li okamžitě. Vdechnutí s projevy dušení mohou vyvolat tuhé hmoty (kusy jídla, tableta léku), sypké hmoty (písek, mouka), polořidké hmoty (žaludeční obsah) a tekutina (pokud jde o krev hovoří se o aspiraci; pokud jde o vodu mluvíme o utopení).

K udušení vdechnutím cizích těles dochází nejčastěji nahodile, často u dětí ale i u dospělých zvláště při poruchách polykání a u opilých. Může nastat i reflektorická zástava srdce při uvíznutí sousta v hltanu, postižený se obvykle během jídla zhroutí bez známek poruch dýchání a dušení a umírá. Vraždy jsou možné např. přidržením obličeje oběti v sypkých hmotách, nacpáním roubíku hluboko do úst. Sebevraždy se nevyskytují. Vnikne-li cizorodý obsah zvenčí, nebo žaludeční obsah, krev, hnis hlouběji do dýchacích cest (až do průdušnice a průdušek) hovoříme u tzv. aspiraci neboli vdechnutí.

7.5 TRAUMATICKÁ ASFYXIE

Vzniká dostatečně velkým tlakem na břicho a hrudník, kdy při volných dýchacích cestách je podstatně omezeno nebo zabráněno dýchacím pohybům. Jedná se tedy o případ udušení v důsledku znemožnění dýchacích pohybů tlakem na hrudník a břicho. Omezením nebo zabráněním dýchacích pohybů při smáčknutí trupu dochází ke znemožnění výměny plynů v plicích. K tomu dochází při zasypání, v lavině, umačkání, v tlačenici a panice, při dopravních nehodách, smáčknutí strojem např. výtahem, přimáčknutí vozem ke zdi, při zalehnutí apod. Proces udušení tímto mechanismem trvá několik minut až hodin a je závislý na intenzitě tlaku a

³⁵ Kolektiv autorů, Soudní lékařství. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 206

úplnosti zabránění dýchacích pohybů. Přičemž při stlačení ze dvou stran, dušení při předozadním stlačení nastává daleko rychleji než při stlačení z boku.

Pitevní nález sestává z obecných známek dušení, charakteristické je intenzivní modrofialové zbarvení horní poloviny těla zvláště obličeje (někdy označované jako syndrom modré masky).

K udušení někdy stačí, je-li smáčknuť jen břicho. K zástavě dýchacích pohybů stačí u normálně vyvinutého člověka hmotnost asi 40 až 50 kg, u silných jedinců to je ovšem podstatně více.³⁶

Stlačení hrudníku a břicha nastává obvykle nešťastnou náhodou, tudíž udušení tímto mechanismem je nejčastěji nahodilé nebo nedbalostní. K úmrtí znemožněním dýchacích pohybů dochází nejčastěji při zasypání pískem, hlínou, zřícení domů, v tlačenicích, při panice, při srážce vlaků, v lavině, při deformaci automobilu apod. Sebevraždy např. zasypáním jsou vzácné. Stejně tak jsou vzácné i vraždy (např. zahrabáním novorozence), častěji jde o usmrcení jiným způsobem s následným zahrabáním mrtvolky nebo když pachatel klečel na oběti.

7.6 POLOHOVÁ ASFYXIE

Jde o udušení v neadekvátní poloze, patří sem případy udušení, ke kterému mohou vést některé nepřírodní polohy těla, na něž není organismus adaptován např. svázání do kozelce s následnou polohou těla na břicho, poloha těla hlavou dolů apod. Dušení v poloze těla hlavou dolů vzniká tehdy, když horní polovina těla setrvává delší dobu podstatně níže než dolní polovina.

Byly popsány případy úmrtí mladých mužů, kteří byli po zadržení policií spoutáni do kozelce a v poloze na břicho převáženi policejním autem. Během transportu, který trval 10 minut, byly pozorovány poruchy dýchání a po příjezdu lékaře zjištěno kóma a smrt.³⁷

Případy udušení v poloze hlavou dolů jsou zpravidla nahodilé. Můžeme se s nimi setkat např. u horolezců či při dopravních nehodách, kdy postižená osoba zůstane zaklesnuta v převráceném vozidle hlavou dolů.

7.7 UDUŠENÍ V MALÉM PROSTORU – udušení neadekvátním složením vzduchu

Udušení v malém uzavřeném prostoru vydýcháním vzduchu tedy kritickým poklesem parciálního tlaku kyslíku nebo jeho vytěsněním jiným nedýchatelným plynem (metan, dusík) je

³⁶ Kvapilová H., Dogoši M., Soudní lékařství pro právníky a policisty, 2. vydání. Plzeň, 2007, s. 135

³⁷ Kolektiv autorů, Soudní lékařství. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 206-207

poměrně vzácné. Obdobný účinek může mít selhání dýchacího přístroje v nedýchatelném prostředí. Udušení zde nastává nedostatkem kyslíku a přebytkem oxidu uhličitého ve vdechovaném ovzduší. Nedostatek kyslíku a nahromadění oxidu uhličitého bývá příčinou smrti při pobytu v malých prostorách jako např. ve velkých kufrech, ve skříních, v lednicích apod. Za určitých okolností může dojít ke kombinaci dušení s intoxikací zplodinami hoření, kdy se kyslík spotřebovává dýcháním i hořením. Spalování se stává nedokonalým, přičemž se vytváří toxický oxid uhelnatý a následně dochází k otravě oxidem uhelnatým (příčinou smrti zde tedy nebývá nedostatek kyslíku).

Nejčastěji se jedná o náhody, které lze z právního hlediska případně kvalifikovat jako nedbalost, často se oběťmi stávají děti (při hrách, zejména na schovávanou, při manipulaci se sáčky z umělé hmoty apod.), dále u toxikomanů nebo i u mužů při abnormálním ukájení pohlavního pudu k vyvolání libida.

7.8 UTOPENÍ (viz Příloha č. 12)

Jedná se o případ násilného udušení, které vzniká tím, že dojde k uzavření dýchacích otvorů nějakou tekutinou, nejčastěji vodou – dojde tedy k mechanickému uzavěru přívodu kyslíku do dýchacích cest. Takové uzavření dýchacích otvorů může být způsobeno i jinými tekutinami jako např. bahnem, ale i vínem, pivem, benzínem, naftou, olejem, obsahem záchodových žump či kanálů, roztoky chemikálií apod. Utopení bývá definováno jako smrt aspirací tekutiny do dýchacích cest.

Při utopení padá do tekutiny buď celé tělo člověka nebo do ní padá člověk jen hlavou; k utopení však stačí, aby měl člověk do tekutiny ponořeny jen dýchací otvory, tj. nos a ústa. Utopení je proto možné i v malém množství vody, krve, v umyvadle, v plodových vodách apod.

Voda jako cizorodý obsah v dýchacích cestách zabraňuje výměně plynů. Vdechováním vniká voda do průdušnice a průdušek, vzduch v plicích je stlačován, takže vzniká akutní rozedma plic. Dalšími vdechy dochází ke zpěnění vody, která proniká do plicních sklípků a odtud do lymfatických cév a do krve. Současně při tom dochází k polykání vody.

Vlastnímu dušení při tonutí po pádu nebo skoku do vody předchází často apnoe trvající několik desítek sekund (toto stadium trvá až 1 minutu)³⁸, kdy tonoucí zadržel dech, aby nevedlechoval vodu. Následuje dyspnoická fáze, kdy postižený již obvykle vdechuje vodu. Nahromaděný oxid uhličitý přitom dráždí dýchací centrum. Při zvýšené bronchiální sekreci

³⁸ Uvádí se, že zkušeni a cvičeni potápěči vydrží bez vzduchu nejdéle až tři minuty.

(sekreci hlenu v průduškách) a vdechováním vody se v dýchacích cestách tvoří, pro utopení charakteristická, pěna, která po nějakou dobu zůstává jako chomáček u úst a nosu a lze ji považovat za vitální reakci (je velmi cennou pomůckou ke zjištění toho, že k utopení došlo zaživa). Dyspnoe přechází po několika minutách křečí do stadia ochrnutí s preterminální apnoí, která před nástupem smrti bývá přerušena posledními lapavými dechy.³⁹

Zásadní otázkou při diagnostice utopení je zda osoba při pobytu ve vodě žila a zemřela aspirací vody, přičemž právě zjišťování změn v organismu charakteristických pro pohyb a smrt živé osoby ve vodě se pak dostává do popředí zájmu soudního lékaře. V soudnělékařské praxi se vyskytuje velké množství zemřelých ve vodě bez udání bližších okolností, kdy obvykle stručná zpráva ohledávajícího lékaře se stává vodítkem zaměřeným na zjišťování změn v organismu.

Je důležité si uvědomit, že příčina smrti u těl vytažených z vody může být různá, tzn. že ne každý, kdo zemře ve vodě, se musí utopit. Ve vodě může samozřejmě dojít k úmrtí i smrti přirozenou (srdečním infarktem, plicní embolií, mozkovou mrtvicí). Vzhledem k tomu, že smrt při utopení nenastává vždy stejným mechanismem, může k úmrtí dojít v zásadě z těchto důvodů – vlastním utopením, reflektorickou smrtí, náhlým úmrtím anebo úrazem.⁴⁰ Je tedy potřeba rozlišovat:

7.8.1 Vlastní utopení na základě aspirace tekutiny

Při vlastním utopení dochází ke smrti udušením tak, že tekutina vnikne do dýchacích cest a do plic. Jednotlivými vdechy je voda postupně zatlačována do plic a před sebou tlačí vzduch, který se v dýchacích cestách a plicích nachází, a tím dojde k tzv. rozedmě plic. Vzduch v plicích je uzavřen sloupcem vody, přičemž dochází k prodýchávání tohoto sloupce, ke vzniku zpěněné tekutiny v dýchacích cestách, která se po vytažení utopeného vyřine kolem nosu a úst v podobě tzv. pěnového hříbu (obr.). Voda, která se dostává až do plicních sklípků a vstřebává se do plicního oběhu, způsobuje zředění obsahu v levé polovině srdce (z toho plynou rozdíly ve složení krve v pravé a levé srdeční komoře – vyšetřují se např. chloridy, kreatinin, močovina, draslík apod. a nález takové zředěné krve v srdci bude dokazovat, že utopení skutečně nastalo zaživa). Tento typ utopení, tzv. aspirační typ utopení, je přitom nejčastější. Udává se, že od počátku topení až k utopení uplyne doba 5 až 15 minut.

³⁹ Štefan J., Hladík J., Soudní lékařství a zdravotnicko-právní otázky. Praha: Karolinum, 1998, s. 67-68

⁴⁰ Hirt M. a kol., Soudní lékařství pro posluchače Právnické fakulty Masarykovy univerzity. Brno, 1995, s. 51

7.8.2 Reflektorická smrt na základě styku těla se studenou tekutinou (srdeční zástava, laryngeální šok)

Reflektorický typ utopení. Při reflektorické smrti voda do plic nevniká, ke smrti dochází rychlým přerušением dechové a srdeční činnosti při náhlém styku s vodou. Může k tomu dojít např. při neočekávaném nárazu vlny do obličeje plavce, úderem břicha o hladinu při špatném skoku do vody, svoji roli zde bezesporu hraje i moment překvapení. K selhání srdce může dojít i rychlým ochlazením povrchu těla. Podráždění sliznice hrtanu chladnou vodou má za následek někdy spasmus hrtanu (tzv. laryngospasmus), tedy stav, který může rovněž způsobit okamžitou smrt. Vzniká nejčastěji při současném působení zejména chladné vody na receptory kůže, hrtanu, dutiny středního ucha aj. a psychického vypětí organismu.

7.8.3 a) Náhlá smrt před pádem do vody (z plavidla, břehu, mostu)

b) Náhlá smrt ve vodě

Náhlá smrt. Náhlá úmrtí se vyskytují ponejvíce v důsledku různých chorobných změn, před pádem do vody nebo v průběhu koupání (zvýšená námaha při plavání, epileptický záchvat).

7.8.4 a) Smrt na základě poranění utrpěného před vstupem do vody, např. vražda

s následným vhozením těla do vody, vjetí s automobilem do vody při dopravní nehodě

b) Smrt na základě poranění utrpěného ve vodě např. náraz na tvrdý předmět ve vodě (kámen, dno apod.)

Ke smrti ve vodě může dojít a velmi často také dochází i z příčin úrazových. Nejčastěji to bývá náraz hlavy při skoku do vody na předmět pod vodou (kameny), méně často dochází k úrazům při vodních pracích (pád z výše na součásti stavby mostů pod vodou), zcela výjimečně může dojít i k zasažení motorovým člunem, lodí.

Utopení je nejčastěji náhodné, jde tedy o úraz. Jedná se o závažnou problematiku, neboť právě úrazy spojené s vodou patří v ČR k jedné z nejčastějších příčin úmrtí následkem úrazu. Situace je opravdu vážná, vždyť zpravidla se jedná o následek nepozornosti, nedostatečného dozoru dospělých a tedy k těmto smrtelným úrazům dochází z nedbalosti.⁴¹ Častým nálezem u utopených je také přítomnost zvýšené hladiny alkoholu v krvi a konzumace alkoholu se tak ukazuje jako velmi významný faktor ovlivňující pravděpodobnost utopení.

⁴¹ Čapková M., Velemínský M., Utonutí a zranění související s vodou. Praha: Triton, 2005, s. 39

Diagnostický význam pro utopení má nález značného balonovitého vzednutí plic a také pozitivní nález rozsivek, částec planktonu z prostředí, v němž k utopení došlo, a to v orgánech velkého oběhu a v kostní dřeni.

7.8.5 Délka pobytu mrtvoly ve vodě - Jak dlouho byla mrtvola ve vodě?

Při prohlídce mrtvého, který byl vytažen z vody, logicky přichází otázka o délce pobytu těla ve vodě. Určení doby pobytu těla ve vodě je ovlivněno řadou faktorů, v této souvislosti je důležitá zejména macerace kůže, chladnutí těla, mrtvolná ztuhlost, hniloby orgánů. Rozvoj posmrtných změn, ze kterých by bylo možno usuzovat jak dlouho tělo leželo ve vodě, závisí především na teplotě vody. Macerace v oblasti prstů rukou až nález tzv. rukou „pradlený“, je patrný zhruba za 2 – 4 hodiny pobytu těla v chladné vodě. Asi po 7 – 10 dnech pobytu ve vodě s teplotou kolem 20 stupňů se odlučují tzv. „rukavice“ smrti, tedy rohová vrstva kůže včetně nehtů. V letním období vyplave tělo zpravidla po uplynutí 5 až 8 dnů, v zimě je to dvakrát až třikrát déle, případně tehdy, až roztaje led. Hniloba ve vodě nastává pomaleji než na vzduchu. Dochází k tzv. descendentnímu typu hniloby, když hnilobné procesy začínají v oblasti hlavy, zde jsou nejvýraznější a nejméně patrné jsou v oblasti dolních končetin. Se stoupajícím stupněm hnilobných procesů se počiná vytvářet hnilobný plyn, který začne tělo převracet a nadlehčovat, takže pak zpravidla plave břichem vzhůru. Po vynesení těla na břeh se rychlost rozvoje hnilobných změn rapidně zvýší, proto je třeba mít na paměti, že po vytažení těla z vody provést zevní prohlídku a pitvu co nejrychleji.

Mrtvoly, vytažené z vody, mohou jevit různá poranění, a to vzniklá zaživa, anebo po smrti. Post mortem mohou vznikat v proudící vodě různá zranění, a to nárazy unášeného těla o nerovné dno, břeh, kameny apod. Další změny mohou nastat v oblasti jezů, mostních pilířů, mohou být způsobeny lodními šrouby a v neposlední řadě mohou poranění vzniknout při vytahování mrtvoly z vody. Rozlišení, zda poranění vzniklo zaživa nebo po smrti, bývá velmi obtížné, poněvadž zaživa vzniklé krevní výrony v bezprostředním okolí otevřených ran bývají vylouženy vodou.

Utopení je nejčastěji náhodné. Sebevraždy utopením nejsou neobvyklé, ale lze je potvrdit jen obtížně. Tělo bývá oblečeno, případně i svlečeno. Někdy si sebevrah dává do kapes těžké předměty, jindy si svazuje ruce a nohy, v některých případech může jít o kombinovanou

sebevraždu, např. střelnou nebo bodnou ranou do srdce ve vodě. Vždy je ovšem nutné snažit se vyloučit účast druhé osoby na smrti zemřelého.

Vraždy utopením jsou vzácné a těžko prokazatelné – oběťmi bývají především novorozenci a děti obecně. U dospělých může jít o případ, kdy je osoba vylákána k vodě, přidržena pod vodou a tak utopena. Častěji se ovšem stává, že mrtvolu osob, ze světa srovozených jiným způsobem, bývají házeny do vody, a to s úmyslem zakrýt stopy, ukrýt mrtvolu apod.

Kapitola 8.

POSUZOVÁNÍ POŠKOZENÍ ŽIVOTA A ZDRAVÍ ZE SOUDNĚLÉKAŘSKÉHO HLEDISKA

8.1 POJMY VZTAHUJÍCÍ SE K POŠKOZENÍ ŽIVOTA

Smrt (*exitus letalis*)

Smrt⁴² je podle klasické definice ireversibilní zástava dechu a srdeční činnosti. Smrt člověka je dána smrtí jeho mozku. Konstatovat smrt člověka a stanovit dobu smrti může pouze lékař. Lékař provádí tzv. zevní prohlídku zemřelého, jejímž účelem je právě konstatovat smrt a zjistit její příčiny. Vyplnění Listu o prohlídce mrtvého prohlízejícím lékařem je úředním potvrzením smrti. Smrt může být:

- a) přirozená
- b) násilná.

8.2 POJMY VZTAHUJÍCÍ SE K POŠKOZENÍ ZDRAVÍ⁴³

1) Nemoc (choroba)

Nemocí se rozumí objektivně zjistitelná porucha zdraví. Nemoc, kterou člověk vnímá, se většinou označuje jako onemocnění.

2) Úraz

Úraz je jakákoli porucha zdraví, resp. života (smrtný úraz), která nastala nezávisle na vůli poškozené osoby, krátkodobým, náhlým a násilným působením vnějších vlivů. K úrazu vede úrazový děj.

3) Poranění

Poranění je z traumatologického hlediska chápáno jako objektivně zjistitelná porucha zdraví, která vznikla v důsledku úrazu.

4) Poškození

Poškození vyjadřuje stav, kdy po opakovaných neléčených nebo nesprávně léčených mikrotraumatech dojde po určité (delší) době k takovým subjektivním potížím, které začnou omezovat fyzickou výkonnost.

⁴² K tomu blíže viz s. 13-19.

⁴³ Kolektiv autorů, Soudní lékařství. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 24-25

8.3 POŠKOZENÍ ŽIVOTA A ZDRAVÍ

Z hlediska právního posouzení mohou být co do závažnosti poškození života a zdraví člověku způsobeny (ať už úmyslně nebo z nedbalosti):

- ✓ **smrt**
- ✓ **těžká újma na zdraví**
- ✓ **ublížení na zdraví**
- ✓ **drobné ublížení na zdraví, resp. uškození na těle.**

Těžká újma na zdraví může mít za následek smrt, stejně jako ublížení na zdraví může být s následkem smrti. Ublížení na zdraví může mít za následek rovněž těžkou újmu na zdraví. O stupni poškození zdraví rozhoduje zpravidla lékař: v jednoduchých případech tak činí formou lékařského odborného vyjádření, ve složitějších případech formou lékařského znaleckého posudku.

NÁSLEDEK
smrt
těžká újma na zdraví s následkem smrti
ublížení na zdraví s následkem smrti
těžká újma na zdraví
ublížení na zdraví
drobné ublížení na zdraví

Způsobení smrti nebo těžké újmy na zdraví (úmyslně nebo z nedbalosti) a úmyslného ublížení na zdraví je trestným činem. Způsobení ublížení na zdraví z nedbalosti je trestné za podmínek § 223 TZ, tedy pouze v případě, že byla porušena důležitá povinnost vyplývající ze zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uložena podle zákona. V ostatních případech jde o přešůpek proti občanskému soužití.⁴⁴ Drobné ublížení na zdraví může být jen přešůpkem proti občanskému soužití, a to pouze v případě úmyslu.

⁴⁴ § 49 zákona č. 200/1990 Sb., o přešůpcích.

Naše trestní právo rozlišuje různé formy úmyslného usmrcení (termín zabití se neužívá):

- 1) Vražda - § 219 TZ
- 2) Vražda novorozeného dítěte matkou § 220 TZ
- 3) Teror § 93 TZ.

Ublížením na zdraví se v trestním zákoně označují celkem čtyři trestné činy uvedené v § 221 – 224 TZ, přičemž je třeba rozlišovat:

- ❖ **ublížení na zdraví (§ 221 a 223 TZ) a**
- ❖ **těžká újma na zdraví (§ 222 a 224 TZ).**

Právní a lékařská terminologie užívaná pro hodnocení poškození zdraví je přitom pojmově i obsahem odlišná, přehled přibližně si korespondujících termínů uvádí následující tabulka.

Tabulka: Terminologie používaná pro hodnocení závažnosti poranění

Právní terminologie	Klinická terminologie I.	Klinická terminologie II.
drobné ublížení na zdraví	poranění lehké	ublížení na těle
ublížení na zdraví	poranění středně těžké	poranění lehké
těžká újma na zdraví	poranění těžké	poranění těžké

Drobné ublížení na zdraví je v soudnělékařské praxi označováno i jako ublížení na těle, popř. drobné uškození na těle, čímž se chce zdůraznit, že kvalita zdraví nebyla ovlivněna, nedochází tady k poruše zdraví jako celku, ale jen k místnímu poškození. Pod tento pojem jsou zahrnována taková poranění, která vznikla nepřístojným chováním, rvačkou nebo hrubým chováním, ale svou intenzitou a vážností nedosáhla kvalifikace ublížení na zdraví. Porucha zdraví zde nedosáhla délky sedmi dnů, nejčastěji se jedná o různé povrchní oděrky, škrábance, drobné krevní podlitiny, malá zhmoždění měkkých tkání, vytržené vlasy apod.

8.3.1 VRAŽDA - § 219 TZ

Trestného činu vraždy se dopustí ten, kdo jiného úmyslně usmrtí.

Předmětem útoku může být pouze živý člověk, přičemž úmysl pachatele musí směřovat k jeho usmrcení. K nejvýznamnějším úkonům, pokud jde o vraždu nebo podezření z vraždy,

patří prohlídka místa činu a zavražděné osoby. A právě znalci v oboru zdravotnictví, odvětví soudní lékařství provádějí zevní prohlídku a posléze pitvu zavražděného člověka, jejímž úkolem je stanovit příčinu smrti, určit všechna poranění zjištěná na těle oběti, stanovit mechanismus jejich vzniku, zjistit, zda se jednalo o poranění, která vznikla zaživa, stanovit příčinnou souvislost mezi zjištěným násilným poraněním a smrtí poškozené osoby, popsat případné známky obrany na těle zemřelého, určit dobu smrti, určit eventuální dobu přežívání a schopnost dalšího jednání po vzniku jednotlivých zranění. Mezi nejčastější příčiny smrti u vražd patří poranění důležitých orgánů při bodných, tupých a střelných zraněních a udušení.

8.3.2 VRAŽDA NOVOROZENÉHO DÍTĚTE MATKOU - § 220 TZ

Tohoto trestného činu se dopustí matka, která v rozrušení způsobeném porodem úmyslně usmrtí své novorozené dítě při porodu nebo hned po něm.

Psychický stav rozrušení porodem je důvodem mírnějšího trestu jen pro matku, nikoli pro toho, kdo ji k usmrcení navede nebo kdo ji k tomu poskytne pomoc. Pojem „rozrušení způsobené porodem“ je změněný duševní stav, způsobený fyziologickými procesy vyvolanými porodem, který oslabuje vůli rodičky a odolnost vůči vlivům okolí a který brání či brzdí rozvinutí mateřského pudu. Podezření na tento trestný čin vzniká jednak při úmrtí novorozence, kdy matka porodila mimo zdravotnické zařízení a dítě zemřelo, a dále při nálezů mrtvého novorozeného dítěte. V takovém případě je hlavním úkolem soudního lékaře:

- zjistit, zda jde o novorozené dítě
- zda se dítě narodilo živé a zda po porodu dýchalo
- zda bylo životaschopné
- stanovit příčinu smrti.

Vražda novorozeného dítěte matkou může být ze soudnělékařského hlediska:

1) aktivní, způsobená zevním násilím ze strany matky

(např. udušení zardoušením nebo uškrcením)

2) pasivní, způsobená tím, že se matka o dítě po porodu nepostará, že je neošetří (např. nechá-li matka úmyslně dítě ležet obličejem k polštáři, dojde k udušení dítěte, nebo nezabalí-li dítě, může novorozeně zemřít vychladnutím).

8.3.3 SEBEVRAŽDA (SUICIDUM)

Sebevražda je úmyslné a vědomé, různě motivované usmrcení sebe sama. Jedinec si smrt přeje a očekává, že si ji svým jednáním přivodí. Sebevražda ani pokus sebevraždy nejsou trestným činem. Trestná je pouze účast jiné osoby na sebevraždě.⁴⁵

8.3.4 UBLÍŽENÍ NA ZDRAVÍ § 221 TZ a § 223 TZ

Ublížení na zdraví je pojmem právním. Jde o poruchu zdraví, kterou lze srovnat s nemocí, jež podmiňuje poruchu tělesných a duševních funkcí do té míry, že znesnadní poškozenému výkon obvyklé činnosti, vede k pracovní nezpůsobilosti a vyžádá si zpravidla lékařské ošetření. Jak dlouho má tato porucha tělesné integrity trvat ovšem stanoveno není, nicméně v právní praxi se za ublížení na zdraví považuje porucha, která trvá nejméně 7 dnů. Musí jít o tedy změněný stav, který, ač nezanechává trvalé následky, si zpravidla žádá lékařské ošetření. Stupeň poškození zdraví stanoví orgány činné v trestním řízení, ošetřující lékař nebo znalec poskytuje těmto orgánům podklady odborného rázu podáním lékařských zpráv o zranění, případně znaleckým posudkem.⁴⁶

8.3.5 TĚŽKÁ ÚJMA NA ZDRAVÍ § 222 TZ a § 224 TZ

Těžká újma na zdraví jako jeden z následků poškození zdraví je znakem základní skutkové podstaty u dvou trestných činů – v případě úmyslu § 222 TZ a z nedbalosti § 224 TZ. Jako okolnost podmiňující použití vyšší trestní sazby pak těžká újma na zdraví vystupuje u mnoha dalších skutkových podstat trestných činů úmyslných i nedbalostních (např. znásilnění, pohlavního zneužívání, nedovoleného přerušování těhotenství, loupeže).

Těžkou újmou na zdraví se podle § 89 odst. 7 TZ rozumí jen vážná porucha zdraví nebo vážné onemocnění, které postižený pociťuje jako citelnou újmu v obvyklém způsobu života. Těžkou újmou na zdraví pak může být: zmrzačení, ztráta nebo podstatné snížení pracovní způsobilosti, ochromení údu, ztráta nebo podstatné oslabení funkce smyslového ústrojí, poškození důležitého orgánu, zohydění, vyvolání potratu nebo usmrcení plodu, mučivé útrapy anebo delší dobu trvající porucha zdraví. Nejčastěji jsou posuzovány případy poškození důležitého orgánu a delší dobu trvající poruchy zdraví.

⁴⁵ Podle § 230 TZ se tohoto trestného činu dopustí ten, kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá.

⁴⁶ K tomu blíže viz Prohlídka živých osob.

8.3.5.1 Zmrzačení

Za zmrzačení se pokládá nápadný a trvale viditelný stav vyvolávající u druhé osoby soucit. Jde kupříkladu o tvarovou deformitu, např. typu deformace páteře projevující se jako větší hrb, nebo funkční poškození, např. ztuhlost v kyčelním kloubu, těžká nervová ochrnutí, ztráta ruky (nikoli ovšem jen některého prstu).

8.3.5.2 Ztráta nebo podstatné snížení pracovní způsobilosti

Na tomto místě je třeba uvést předně, že je třeba odlišovat pojem povšechné pracovní způsobilosti od pojmu pracovní neschopnosti v určitém zaměstnání nebo povolání. Úplná ztráta povšechné pracovní způsobilosti, kdy je taková osoba plně odkázána na pomoc druhého, je velmi vzácná, přichází v úvahu např. při oslepnutí nebo ochrnutí obou horních nebo obou dolních končetin apod. Daleko četnější jsou případy podstatného snížení pracovní způsobilosti, kdy pracovní nezpůsobilost přesahuje 50%, tzn., že postižený nemůže provádět více než polovinu úkonů běžného života.

8.3.5.3 Ochromení údu

Ochromení údu je trvalý stav, kdy horní nebo dolní končetina nebo její značná část je nezpůsobilá pohybu nebo schopnost pohybu je značně snižena. Nejčastěji jde o nervové poruchy vyvolávající trvalé ochrnutí typu např. obrny dolních končetin míšního původu apod.

8.3.5.4 Ztráta nebo podstatné oslabení funkce smyslového ústrojí

V praxi jde nejčastěji o postižení zraku a sluchu. Za ztrátu funkce zraku se pokládá buď úplná slepota nebo stav, kdy je zachován světlocit, ale postižený nerozeznává jednotlivé předměty na velmi krátkou vzdálenost. Jde o postižení obou očí (ztráta jednoho oka se zpravidla považuje za poškození důležitého orgánu). Úplná ztráta sluchu nastává tehdy, je-li poškozený zcela hluchý, tedy neslyší na žádné ucho. Při podstatném oslabení sluchu nerozeznává takový člověk zvuky, nerozumí hlasité mluvě ani přímo u ucha.

8.3.5.5 Poškození důležitého orgánu

Důležitým orgánem se rozumí takový orgán, při jehož zranění vzniká nebezpečí smrti nebo jiný závažný či trvalý následek na zdraví. Důležitým orgánem je tedy např. mozek, srdce, plíce, slezina, mícha, játra apod.

8.3.5.6 Zohydění

Zohyděním se rozumí každá viditelná trvale hyzdící změna, která je nápadná a která vzbuzuje u ostatních lidí ošklivost nebo odpor. Jde o vady a defekty, které se týkají hlavně obličeje nebo jiných nezakrytých částí těla.

8.3.5.7 Vyvolání potratu nebo usmrcení plodu

Jde o poškození zdraví ženy, jež má za následek přerušování těhotenství v kterémkoli jeho období.

8.3.5.8 Mučivé útrapy

Za mučivé útrapy se považují mimořádné, vystupňované nebo prodlužované fyzické nebo duševní bolesti. V praxi jde velmi často o sypání soli nebo pepře do ran, opakované tlučení do modřin, svazování řemeny. Může se však jednat i o útrapy duševní např. strach o život svůj nebo svých blízkých, může jít např. i o omezování přísunu potravy, tepla apod.

8.3.5.9 Delší dobu trvající porucha zdraví

Delší dobu trvající porucha zdraví znamená obvykle dobu delší než 6 týdnů. Vážná porucha zdraví znamená velmi citelnou újmu v životě postiženého. Průběh nemoci či zranění bývá provázen velkými bolestmi a útrapami, člověk může být léčen v nemocnici velmi často na jednotce intenzivní péče nebo anesteziologicko-resuscitačním oddělení.

Posoudit, zda jde o těžkou újmu na zdraví, může v některých případech sám soud nebo orgány činné v trestním řízení. Někdy je ovšem zapotřebí, aby se k tomu vyjádřil ošetřující lékař, ve zvlášť komplikovaných případech je zapotřebí znaleckého posudku z oboru zdravotnictví.

8.3.6 **TÝRÁNÍ SVĚŘENÉ OSOBY - § 215 TZ**

Tohoto trestného činu se dopustí ten, kdo týrá osobu, která je v jeho péči nebo výchově.

Týráním se rozumí takové zlé nakládání se svěřenou osobou, které se vyznačuje hrubším stupněm necitelnosti a bezohlednosti a určitým trváním. Za týráním se tedy považuje nejen fyzické týráním, ale i psychické útrapy. Z lékařského hlediska se mluví o tělesném týráním, pohlavním týráním a citovém týráním.

Rozlišují se dvě formy týrání, a to aktivní a pasivní, přičemž ze soudnělékařského hlediska má význam aktivní forma ubližování dítěti (surové bití, zraňování, mučení, soustavné vyhrožování, šikanování, ponižování, trápení, nucení k sexuálnímu chování, osahávání na intimních částech těla). Následky zlého nakládání s dítětem se označují jako syndrom týraného dítěte, kdy při lékařském vyšetření jsou nacházeny známky fyzického násilí. Častokrát pak toto násilí vede k ublížení na zdraví, nezřídka s následkem smrti.

Zanedbávání dětí je jakýkoli nedostatek péče způsobující vážnou újmu vývoji dítěte nebo dítě ohrožuje. Může jít o neuspokojování tělesných potřeb dítěte, i o citové zanedbávání či zanedbávání výchovy a vzdělání.

8.3.7 ZNÁSILNĚNÍ - § 241 TZ

Tohoto trestného činu se dopustí ten, kdo násilím nebo pohrůžkou bezprostředního násilí donutí jiného k souloži nebo k jinému obdobnému pohlavnímu styku nebo kdo k takovému činu zneužije bezbrannosti jiného.

Znásilnění lze tedy spáchat na ženě i muži, přičemž násilné jednání musí být jednoznačně prokázáno. Proto je třeba zhodnotit místo trestného činu, zda je frekventované či zda je možné se dovolat pomoci, dále zhodnotit poškození šatů a spodního prádla oběti, provést lékařskou prohlídku znásilněné osoby, prohlídku podezřelého či pachatele a vždy u obou odebrat biologický materiál.

ÚLOHA LÉKAŘE V SOUDNÍM ŘÍZENÍ A LÉKAŘSKÁ ODPOVĚDNOST

9.1 LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ, ODBORNÉ VYJÁDŘENÍ

Každý občan zdravý nebo nemocný si může od svého ošetřujícího lékaře vyžádat lékařské potvrzení nebo vysvědčení, které potřebuje pro nejrůznější účely jako např. k cestám do zahraničí, pro svého zaměstnavatele, k řízení motorového vozidla apod.⁴⁷ Lékařské potvrzení nebo vysvědčení musí vždy obsahovat jméno, příjmení vyšetřovaného, datum narození, rodné číslo, bydliště a účel, pro který je vydáváno. Dále musí být opatřeno označením místa a datem vystavení, razítkem zdravotnického zařízení, jmenovkou lékaře a jeho podpisem. Údaje v něm obsažené musí být pravdivé a odpovídat skutečnosti, jinak se lékař vystavuje nebezpečí trestního stíhání.

Místo přibrání znalce je možné se v jednoduchých případech spokojit s potvrzením nebo odborným vyjádřením příslušného orgánu, o jehož správnosti nejsou pochybnosti. Pro potřeby soudního řízení se velmi často užívají zejména lékařská potvrzení a odborná lékařská vyjádření o zdravotním stavu, charakteru zranění, délce léčby a trvalých nebo dočasných následcích zranění. Odborné vyjádření podle § 105 odst. 1 TŘ je oprávněn podat jen příslušný orgán, nikoli jednotlivec jako soukromá osoba.

9.2 LÉKAŘ JAKO SVĚDEK

Lékař může být svědkem v disciplinárním či trestním řízení nebo i v jiných druzích řízení. V trestním řízení může lékař vystupovat jako svědek jako každý jiný občan nebo přímo jako lékař; jeho odborná erudice ovšem v tomto případě ustupuje stranou. Lékař jako svědek bude vypovídat o skutečnostech, které vnímal svými smysly, tedy o skutečnostech, které zažil, viděl, slyšel. V tomto smyslu je svědek (na rozdíl od znalce) **osobou nezastupitelnou**. V trestním řízení je problematika svědka řešena v § 97 – 104 TŘ. Platí, že povinnost svědčit je všeobecná a vyslyšající má vždy povinnost svědka poučit o právu odepřít výpověď. Lékař, který často léčí následky násilí, tak bývá předvolán, aby se souhlasem ošetřované osoby vypovídal jako svědek o jejím zdravotním stavu, průběhu a výsledcích léčby (např. u poraněného v souvislosti s trestným činem).

⁴⁷ Štefan J., Hladík J., Soudní lékařství a zdravotnicko-právní otázky. Praha: Karolinum, 1998, s. 111

9.3 LÉKAŘ JAKO ZNALEC, ZNALECKÝ POSUDEK

Znalecká činnost je upravena zákonem o znalcích a tlumočnících č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících a vyhláškou ministerstva spravedlnosti č. 37/1967 Sb., vydanou k provedení tohoto zákona.

Znaleckou činnost vykonávají znalci jmenovaní pro jednotlivé obory ministrem spravedlnosti nebo předsedy krajských či městských soudů, ústavy nebo jiná specializovaná pracoviště a ve zvlášť obtížných případech vědecké ústavy, vysoké školy a vědecké instituce.

Soudní lékaři fungují samozřejmě jako soudní znalci, a to nejen ve věcech trestně právních, ale i v občansko právních. O problematice znalců v rámci trestního řízení se pojednává v § 105 – 111 TŘ.

Znalec je osobou se speciálními odbornými znalostmi, která je přibírána orgány činnými v trestním řízení za tím účelem, aby na podkladě svých odborných znalostí objasnila určitou skutečnost důležitou pro trestní řízení, jejíž objasnění takových odborných znalostí vyžaduje. Znalec provádí znalecké zkoumání na základě informací zpravidla zprostředkovaných a získaných již v době probíhajícího trestního řízení a pro účel trestního řízení. Znalec je tedy na rozdíl od svědka zastupitelný (a to jinou osobou, jiným znalcem, který má potřebné odborné znalosti). Znalec se přibírá zpravidla jeden, jde-li ovšem o objasnění skutečnosti zvláště důležité, je třeba přibrat znalce dva. Vždy je pak nutné přibrat dva znalce, mj. jde-li o prohlídku a pitvu mrtvoly⁴⁸ (viz pitva soudní).

Znalec získá informace o věci v průběhu řízení studiem spisů, zdravotnické dokumentace, prohlídkou osoby (živé či mrtvé) včetně komplementárních laboratorních vyšetření, doličných předmětů, místa činu, účasti na rekonstrukci, na vyšetřovacím pokusu atd.

Znalec musí být poučen o významu znaleckého posudku z hlediska obecného zájmu a o trestních následcích křivé výpovědi a vědomě nepravdivého znaleckého posudku.

Znalci, který je pověřen znaleckým úkonem, se ke znaleckému zkoumání a zpracování znaleckého posudku poskytnou potřebná vysvětlení a informace ze spisů a jeho úkoly se vymezí zpravidla položenými otázkami.

Je potřebné zdůraznit, byť to může být považováno za triviální záležitost, že znalci nepřísluší provádět hodnocení důkazů a řešit právní otázky. Předmětem znalecké činnosti jsou tedy jen otázky skutkové, nikoliv právní. V praxi ovšem např. v souvislosti s vyšetřováním dopravních

⁴⁸ § 105 odst. 4 TŘ

nehod jsou znalcům často orgány činnými v trestním řízení pokládány otázky (které následně znalci řeší) právního charakteru, které nespádají do kompetence znalce. Nejsou výjimkou otázky kladené expertům k vyřešení viny či nevinu osob, které jsou podezřelé ze spáchání dopravní nehody.

➤ Znalecký posudek:

Jeho účelem je tedy objasnění skutkových okolností na základě odborných znalostí v daném oboru. Respektování základních mezí kompetence soudního znalce je důležitou zárukou podání správného a objektivního znaleckého závěru a následně i zárukou objektivnosti samotného trestního řízení.

Znalec je povinen vykonávat svou činnost osobně. Vyžaduje-li to povaha věci, je znalec oprávněn přibrat konzultanta k posouzení dílčích otázek, přičemž znalec odpovídá i za tu část posudku, o které se konzultovalo.

Lékařský znalecký posudek, který je vlastně cílem a výsledkem znaleckého posuzování, musí splňovat určité formální i obsahové požadavky. Znalecký posudek se tradičně skládá za tři části: **nález, posudku a znalecké doložky**. V nálezové části posudku se uvádí všechny poznatky, které byly důležité pro vypracování posudku. Posudkem znalce se rozumí jeho úsudek učiněný na podkladě odborných znalostí o skutečnostech, k jejichž objasnění byl vyžádán. Znalec musí vysvětlit, na základě jakých skutečností a jakým způsobem k závěru došel. Znalecká doložka se připojuje na poslední straně písemného posudku. Obsahuje označení seznamu, v němž je znalec zapsán, označení oboru, v němž je oprávněn podávat posudky, a číslo položky ve znaleckém deníku, do něhož musí být každý znalecký úkon zapsán.

Znalecký posudek musí být srozumitelný a jasný, určitý, jasně odůvodněný, stručný, ale úplný. Jestliže znalec podává posudek písemně (což je nejčastější forma posudku) na požádání orgánu (který jej na podání posudku ustanovil), je povinen posudek osobně potvrdit, doplnit, anebo obsah blíže vysvětlit. Zpravidla k tomu dochází v procesu výslechu znalce před tímto orgánem.

Jsou-li zjištěny ve znaleckém posudku nejasnosti, neúplnosti nebo logické rozpory, je potřeba, aby byly vysvětleny a odstraněny osobním výslechem znalce. Jestliže tím odstraněny nejsou, vyžádá si orgán činný v trestním řízení přezkoumání závěrů posudku jiným znalcem ve stejném oboru a odvětví nebo ústavem. Je ovšem pak otázkou, jak se má soud vypořádat se

situací, kdy ve spisu je několik znaleckých posudků s rozdílnými závěry. Nepodaří-li se například výslechem znalců či zástupců znaleckých ústavů nesrovnalosti ve znaleckých posudcích odstranit, pak by měl být uplatněn náleží Ústavního soudu, který alespoň v trestním řízení dává soudu vodítko – zásadu presumpce nevinny, jejímž důsledkem je zásada in dubio pro reo.⁴⁹

9.4 LÉKAŘSKÁ ODPOVĚDNOST

– odpovědnost lékaře při poškození zdraví a života pacienta

Ke škodě na zdraví pacienta s event. následkem smrti může dojít především porušením povinnosti lékaře, tzn. chybou při výkonu lékařské péče. Lékařské pochybení, nedbalost lékaře se projevuje nejčastěji v těchto případech: neposkytnutí první pomoci, nedostatečné zajištění odborné péče, nedostatek odborných znalostí, chybné stanovení diagnózy a tím chybná terapie, nedostatečný dozor, nesprávné podání léku, vedení zdravotnické dokumentace, chyby v preventivní péči a jiná chybná jednání.

V rámci odpovědnosti lékaře při výkonu povolání lze rozlišovat odpovědnost:

9.4.1 Odpovědnost pracovněprávní (kárnou) – zakotvena v Zákoníku práce.⁵⁰

9.4.2 Odpovědnost občanskoprávní – vyplývá z Občanského zákoníku⁵¹ (zejména škoda vzniklá v souvislosti s diagnostickým či léčebným zákrokem).

9.4.3 Odpovědnost disciplinární – vyplývá ze stavovských předpisů České lékařské komory a je zakotvena v disciplinárním řádu ČLK.

9.4.4 Odpovědnost správní – se týká zejména odpovědnosti za přestupky⁵² (pro lékaře jsou významná zejména ustanovení PřesZ na úseku zdravotnictví a na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi).

⁴⁹ K tomu blíže viz náleží Ústavního soudu ze dne 4.12.2003 spisová značka I.ÚS 429/03.

⁵⁰ Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce.

⁵¹ Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník.

⁵² Zákon ČNR č. 220/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů.

9.4.5 **Odpovědnost trestněprávní** - při zkoumání trestněprávní odpovědnosti lékařů je základní otázkou, zda zdravotnické zařízení při poskytování zdravotní péče porušilo svou právní povinnost, zda je prokázáno, že mezi porušením právní povinnosti a újmou na zdraví nebo úmrtím pacienta je příčinná souvislost a zda je dáno zavinění

Předpokladem trestní odpovědnosti⁵³ je:

- a) protiprávní jednání (postup non lege artis, lékařské pochybení),
- b) následek relevantní pro trestní právo,
- c) příčinná souvislost mezi jednáním a následkem a
- d) zákonem stanovená forma zavinění (úmysl, nedbalost).

Ve většině případů pak orgány činné v trestním řízení přímo pokládají soudním znalcům otázku, zda poskytnutá péče odpovídala pravidlům „lege artis“. Tento pojem není nikde v právních předpisech jasně definován. Podle převažující odborné literatury lze vycházet z ustanovení § 11 zákona č. 20/1966 Sb. v platném znění o péči o zdraví lidu a považovat za péči lege artis povinnost zdravotnických zařízení poskytovat zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Jindy je kladena otázka, zda péče byla poskytnuta „lege artis – tedy v souladu s uznávanými lékařskými postupy“, nebo zda byl dodržen „správný postup – tedy postup lege artis“, případně, zda došlo či nedošlo k „porušení profesních povinností lékaře či jiného zdravotnického pracovníka – tedy k porušení povinnosti poskytovat zdravotní péči lege artis“. Bližší definice tohoto pojmu zákonem by byla patrně žádoucí.

9.5 POVINNÁ MLČENLIVOST

Institut povinné mlčenlivosti (lékařského tajemství) je stanoven v § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Povinná mlčenlivost se vztahuje na všechny zdravotnické pracovníky včetně těch, kteří nevykonávají přímo zdravotnické povolání. Jedná se tedy o jakousi širší mlčenlivost, mlčenlivost nejen lékaře, ale i dalších osob. Předmětem povinné mlčenlivosti jsou skutečnosti a informace, o kterých se zdravotnický pracovník dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání, z přímého styku s vyšetřovanou nebo ošetřovanou osobou a jejím okolím, ze zdravotnické dokumentace nebo ze styku s jinými osobami. Vztahuje se tedy na osobní data, údaje anamnestické, diagnostické, o provedených lékařských výkonech, přes důvěrná sdělení pacienta nebo jeho zákonného zástupce až po výsledky pitvy, přičemž platí,

⁵³ Kolektiv autorů, Soudní lékařství. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 552

že povinná mlčenlivost nezaniká ani smrtí pacienta. Mlčenlivost lékaři ukládá i § 2 odst. 10 Etického kodexu České lékařské komory⁵⁴, kde se též uvádí, že smrt pacienta neuvolňuje lékaře z tohoto závazku.

Poskytovat informace o pacientovi je možné pouze pro zajištění kontinuity léčebně preventivní péče, mimo oblast zdravotnictví pouze se souhlasem (nejlépe písemným) pacienta. V současné době je souhlas pacienta nezbytný i pro sdělování údajů za zdravotnické dokumentace orgánům činným v trestním řízení včetně údajů nutných pro vypracování znaleckého posudku.⁵⁵ Porušení povinné mlčenlivosti může být podnětem k obvinění lékaře z trestného činu neoprávněného nakládání s osobními údaji podle ustanovení § 178 TZ (což v českém medicínském právu může být chápáno jako časovaná bomba – např. tzv. „velké vizity“ v nemocnicích se často nadále konají tak, že bez souhlasu pacienta jsou citlivé údaje o jeho zdravotním stavu prezentovány před spolupacienty, což může pacient právem pociťovat jako zásah do svých osobnostních práv).

Výjimky z povinné mlčenlivosti, tzv. prolomení povinné mlčenlivosti jsou připuštěny, jde-li o sdělování skutečností se souhlasem ošetřované osoby, v případech oznamovací povinnosti vůči státním orgánům podle § 167 a 168 TZ (nejčastěji v případech vraždy nebo pokusu vraždy, týrání svěřené osoby, znásilnění, pohlavní zneužívání), poskytování zdravotnické dokumentace se souhlasem postiženého soudním znalcům, dále pro potřeby v soudním řízení.

Zákonem č. 111/2007 Sb. došlo ke změně mj. ustanovení § 55 odst. 2 písmeno d) zákona o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb., kdy byla vypuštěna výjimka z povinné mlčenlivosti, pokud zdravotnického pracovníka této mlčenlivosti zprostil „nadržený orgán v důležitém státním zájmu“ a na druhé straně byla připojena věta, která představuje významný průlom do povinné mlčenlivosti. Povinností mlčenlivosti nadále „není zdravotnický pracovník vázán v rozsahu nezbytném pro obhajobu v trestním řízení a pro řízení před soudem nebo jiným orgánem, je-li předmětem řízení spor mezi ním, popřípadě jeho zaměstnavatelem a pacientem, nebo jinou osobu uplatňující práva na náhradu škody, nebo na ochranu osobnosti, v souvislosti s poskytováním zdravotní péče“. Toto ustanovení dává zdravotnickým zařízením a zdravotnickým pracovníkům právo použít v nezbytně nutné míře i bez souhlasu pacienta údajů o jeho

⁵⁴ Stavovský dokument č. 10

⁵⁵ § 8 TR

zdravotním stavu, k obhajobě svých vlastních práv. Odpovídá obdobnému ustanovení zákona o advokacii.

9.6 ZNALECKÉ KOMISE

Znalecké komise jsou významným činitelem pro posouzení případů, u nichž vznikly pochybnosti o tom, zda péče poskytovaná pacientům odpovídala současným poznatkům lékařské vědy, tedy zda byl dodržen postup *de lege artis*, zda byl dodržen postup při poskytování léčebné péče, popřípadě zda nebylo ublíženo na zdraví. Soudní lékař se v resortu zdravotnictví při jednání těchto tzv. znaleckých komisí zpravidla účastní. Jejich ustanovení a činnost upravuje vyhláška MZ ČR č. 221/1995 Sb. o znaleckých komisích. Znalecké komise jsou odbornými poradními orgány ministerstva zdravotnictví nebo ředitele fakultních a dalších vybraných nemocnic (zpravidla bývalých krajských nemocnic) bez rozhodovací pravomoci. Členy ústřední znalecké komise jmenuje s jejich souhlasem ministr zdravotnictví, členy územní znalecké komise jmenuje s jejich souhlasem ředitel vybrané nemocnice. Dalším členem komise, vyžaduje-li to povaha případu, je odborný lékař pro obory soudního lékařství a patologické anatomie, popřípadě další pracovník; k jednání se přizve též právník se znalostmi v oblasti zdravotnictví.

O jednání komise se po projednání případu zhotovuje zápis, v němž komise jednoznačně konstatuje jednak zda byl či nebyl při výkonu zdravotnických služeb dodržen správný postup a v případě, že nebyl uvede jeho popis, dále zda je či není dána příčinná souvislost mezi nesprávným postupem a újmou na zdraví nebo poškozením zdraví s následkem smrti, a v neposlední řadě uvede též návrh opatření k nápravě.

SOUDNÍ LÉKAŘSTVÍ A TRESTNÍ PRÁVO

Závěr

Soudní lékařství je forenzním vědním oborem medicíny, kdy soudní lékaři jsou jedním ze subjektů boje s násilnou kriminalitou. Účel diplomové práce nedovoluje zabývat se podrobně všemi oblastmi propojení soudního lékařství a trestního práva, natož pak oborem soudního lékařství jako takovým. Mou snahou proto bylo v devíti kapitolách, do nichž jsem svou diplomovou práci rozdělila, poskytnout alespoň základní poznatky z oboru soudního lékařství a s ním spjatou medicínskoprávní problematiku a ozřejmit tak souvislosti mezi právem a soudním lékařstvím.

Nelze nevidět, že medicína může pomáhat k vítězství spravedlnosti, a právě v tom podle mého názoru spočívá smysl spojení medicíny a práva. Na podkladě mravenčí práce všech zúčastněných stran se daří, obrazně řečeno, vnést světlo pochodně spravedlnosti i do těch nejskrytějších míst a odhalit tak pravdu. I mrtví tak mohou mluvit, ale mlčí, když se jich nikdo odborně nezeptá...

Mou milou povinností na úplný závěr je poděkovat vedoucímu této diplomové práce RNDr. Petru Štouračovi za podnětné konzultace, pomoc a čas, který mi při tvorbě této práce věnoval. Nemenší mírou bych na tomto místě ráda poděkovala MUDr. Jiřímu Hladíkovi – přednostovi Ústavu soudního lékařství 3.LF UK za spolupráci při konzultování otázek k dané problematice a za poskytnutí materiálů a v neposlední řadě patří mé díky i vedoucímu I. oddělení OOK SKPV správy Středočeského kraje Policie ČR – JUDr. Michalu Mazánkovi a jeho zástupci Bc. Aleši Pavlíkovi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Beran J.: *Soudní lékařství*. Praha: SPN, 1954
- Berka I., *Problémy při identifikaci utonulých*. Kriminalistický sborník – 1/2005
- Bouška I. a kol.: *Soudní lékařství*. Praha: Univerzita Karlova, 2002
- Čapková M., Velemínský M.: *Utonutí a zranění související s vodou*. Praha 2005
- Dogoši M., Hrbek J.: *Soudní lékařství pro policisty*. Praha: PA ČR 2003
- Dogoši M., Hrbek J.: *Soudní lékařství pro policisty a vyšetřovatele*. Praha: PA ČR 1997
- Dvořák M., *Exhumace z aspektu soudního lékaře*. Kriminalistika – 3/2000
- Dvořák, M. a kol.: *Úvod do soudně-lékařské problematiky zdravotnického a trestního práva pro studenty lékařské fakulty*. Praha: Univerzita Karlova, 1996
- Dvořák M., Kilian J.: *Základy forenzního zubního lékařství*. Praha: Karolinum, 2007
- Hájek Fr.: *Soudní lékařství v praxi*. Praha: Sfinx, 1925
- Havlíček Fr.: *Patologie*. Praha: Karolinum, 1997
- Hirt M. a kolektiv: *Soudní lékařství pro posluchače Právnické fakulty Masarykovy univerzity*. Brno 1995
- Hottmar P.: *Soudní lékařství*. Praha: Karolinum, 2003
- Jirota A., *Lékaři mrtvých*. Policista, 2004, č.4, s. 2-5
- Kolektiv autorů: *Soudní lékařství*. Praha: Grada Publishing, 1999
- Krsak H.: *Kapitoly zo súdneho lekárstva*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1972
- Kvapilová H., Dogoši M.: *Soudní lékařství pro právníky a policisty*. Plzeň, 2007
- Shepherd R.: *Simpson's forensic medicine*. London, 2003
- Straus J., Vavera F., *Dějiny forenzní psychologie v českých zemích*. Policista, 2005, č. 8, Velká příloha I. – X.
- Strejc P.: *Soudní lékařství pro právníky*. C.H. Beck, Praha, 2000
- Suchánek J., Šňupárek Z., *Pitva jako zdroj identifikačních informací*. Kriminalistika – 1/2003

Štefan J., Hladík J.: *Soudní lékařství a zdravotnicko-právní otázky*. Praha: Karolinum, 1996

Štefan J., Hladík J.: *Soudní lékařství a zdravotnicko-právní otázky*. Praha: Karolinum, 1998

Tesař J.: *Praktikum za soudního lékařství se stručnou diagnostikou*. Praha: SPN, 1987

Tesař J.: *Soudní lékařství*. Praha: Avicenum, 1976

Tesař J.: *Soudní lékařství*, III. dopl.vydání. Praha: Avicenum, 1985

Tesař J.: *Soudní lékařství pro právníky*. Praha: Orbis, 1958

Vaněček V., Lidmila J., Švec M., Makovec P., Němec J., *Měření teploty zemřelého a odhad doby smrti*. Kriminalistika, 2005, č. 1, s. 54-57.

Internetové zdroje

<http://www.mvcr.cz>

<http://www.cls.cz>

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Beran J.: *Soudní lékařství*. Praha: SPN, 1954
- Berka I., *Problémy při identifikaci utonulých*. Kriminalistický sborník – 1/2005
- Bouška I. a kol.: *Soudní lékařství*. Praha: Univerzita Karlova, 2002
- Čapková M., Velemínský M.: *Utonutí a zranění související s vodou*. Praha 2005
- Dogoši M., Hrbek J.: *Soudní lékařství pro policisty*. Praha: PA ČR 2003
- Dogoši M., Hrbek J.: *Soudní lékařství pro policisty a vyšetřovatele*. Praha: PA ČR 1997
- Dvořák M., *Exhumace z aspektu soudního lékaře*. Kriminalistika – 3/2000
- Dvořák, M. a kol.: *Úvod do soudně-lékařské problematiky zdravotnického a trestního práva pro studenty lékařské fakulty*. Praha: Univerzita Karlova, 1996
- Dvořák M., Kilian J.: *Základy forenzního zubního lékařství*. Praha: Karolinum, 2007
- Hájek Fr.: *Soudní lékařství v praxi*. Praha: Sfinx, 1925
- Havlíček Fr.: *Patologie*. Praha: Karolinum, 1997
- Hirt M. a kolektiv: *Soudní lékařství pro posluchače Právnické fakulty Masarykovy univerzity*. Brno 1995
- Hottmar P.: *Soudní lékařství*. Praha: Karolinum, 2003
- Jirotko A., *Lékaři mrtvých*. Policista, 2004, č.4, s. 2-5
- Kolektiv autorů: *Soudní lékařství*. Praha: Grada Publishing, 1999
- Krsak H.: *Kapitoly zo súdneho lekárstva*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1972
- Kvapilová H., Dogoši M.: *Soudní lékařství pro právníky a policisty*. Plzeň, 2007
- Shepherd R.: *Simpson's forensic medicine*. London, 2003
- Straus J., Vavera F., *Dějiny forenzní psychologie v českých zemích*. Policista, 2005, č. 8, Velká příloha I. – X.
- Strejc P.: *Soudní lékařství pro právníky*. C.H. Beck, Praha, 2000
- Suchánek J., Šňupárek Z., *Pitva jako zdroj identifikačních informací*. Kriminalistika – 1/2003

Štefan J., Hladík J.: *Soudní lékařství a zdravotnicko-právní otázky*. Praha: Karolinum, 1996

Štefan J., Hladík J.: *Soudní lékařství a zdravotnicko-právní otázky*. Praha: Karolinum, 1998

Tesař J.: *Praktikum za soudního lékařství se stručnou diagnostikou*. Praha: SPN, 1987

Tesař J.: *Soudní lékařství*. Praha: Avicenum, 1976

Tesař J.: *Soudní lékařství*, III. dopl.vydání. Praha: Avicenum, 1985

Tesař J.: *Soudní lékařství pro právníky*. Praha: Orbis, 1958

Vaněček V., Lidmila J., Švec M., Makovec P., Němec J., *Měření teploty zemřelého a odhad doby smrti*. Kriminalistika, 2005, č. 1, s. 54-57.

Internetové zdroje

<http://www.mvcr.cz>

<http://www.cls.cz>

SEZNAM PŘÍLOH

- č. 1 Statistika kriminality – vraždy ve Středočeském kraji 2008 - 2005
- č. 2 Struktura soudnělékařského oddělení
- č. 3 Posmrtné skvrny
- č. 4 Hniloba
- č. 5 Adipocire
- č. 6 Rozrušení těla vlivem fauny a flóry - ohlodání
- č. 7 Orientační údaje k rozvoji posmrtných změn v časové závislosti na okamžiku smrti
- č. 8 Postup při úmrtí osoby mimo zdravotnické zařízení – schéma rozhodování
- č. 9 Oběšení
- č. 10 Škrčení
- č. 11 Rdoušení
- č. 12 Dávení
- č. 13 Topení

(Zdroje: 1) statistika – 1. oddělení OOK SKPV správy Středočeského kraje Policie ČR
2) obrazová příloha – osobní archiv MUDr. Jiřího Hladíka).

Příloha č. 1 Statistika kriminality - vraždy ve Středočeském kraji 2008 – 2005

Statistika kriminality v roce 2008

k 31. 5. 2008

(v porovnání se stejným obdobím předcházejícího roku)

k 31. 5. 2007

STŘEDOČESKÝ KRAJ	k 31. 5. 2007	k 31. 5. 2008	změna v %	rozdíl +/-
z toho : vraždy - zjištěno	15	10	-33,3	5
- objasněno	10	9	-10,0	1
- t.j. %	66,7	90,0	-	23,33
dodatečně objasněno :	1	1	0,0	0

Statistika kriminality v roce 2007

k 31. 12. 2007

(v porovnání se stejným obdobím předcházejícího roku)

k 31. 12. 2006

STŘEDOČESKÝ KRAJ	k 31. 12. 2006	k 31. 12. 2007	změna v %	rozdíl +/-
z toho : vraždy - zjištěno	25	26	4,0	1
- objasněno	20	25	25,0	5
- t.j. %	80,0	96,2	-	16,15
dodatečně objasněno :	3	1	-66,7	-2

Statistika kriminality v roce 2006

k 31. 12. 2006

(v porovnání se stejným obdobím předcházejícího roku)

k 31. 12. 2005

STŘEDOČESKÝ KRAJ	k 31. 12. 2005	k 31. 12. 2006	změna v %	rozdíl +/-
z toho : vraždy - zjištěno	34	25	-26,5	-9
- objasněno	26	20	-23,1	-6
- t.j. %	76,5	80,0	-	3,53
dodatečně objasněno :	3	3	0,0	0

Statistika kriminality v roce 2005

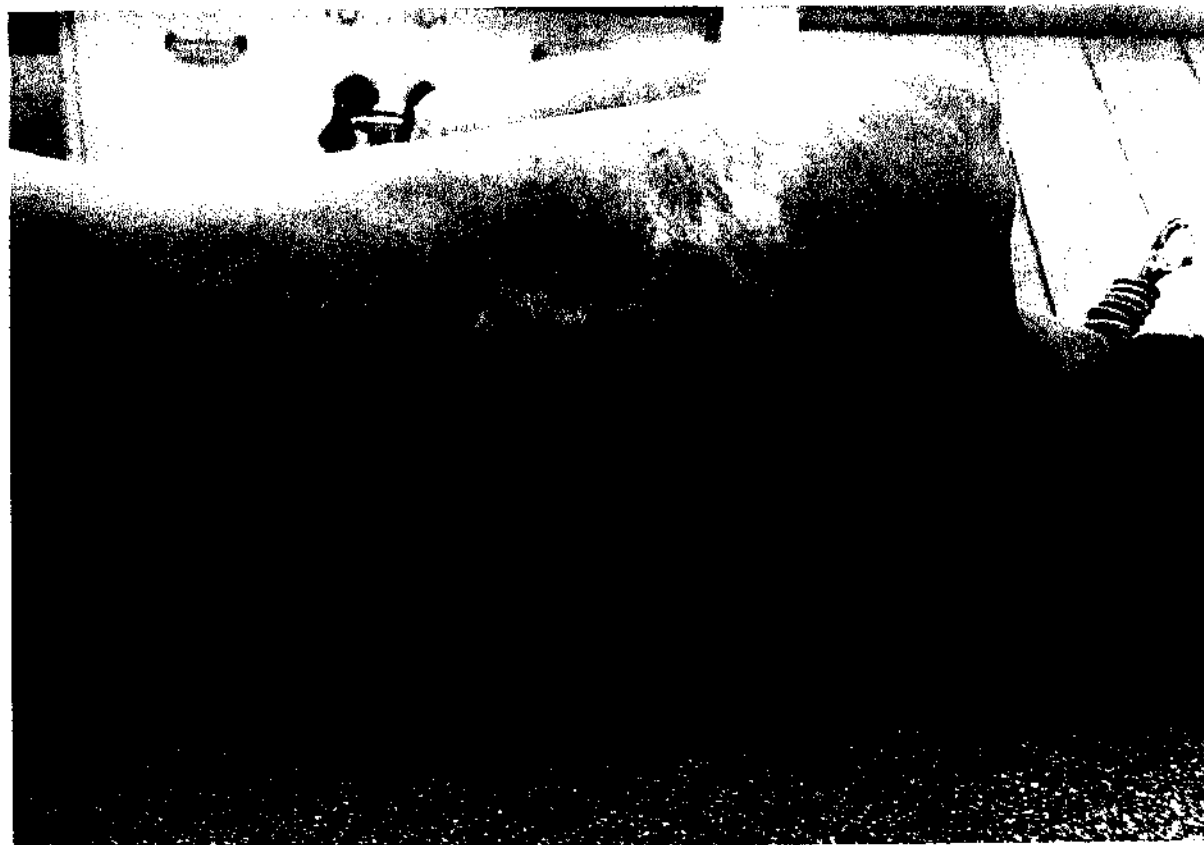
k 31. 12. 2005

(v porovnání se stejným obdobím předcházejícího roku)

k 31. 12. 2004

STŘEDOČESKÝ KRAJ	k 31. 12. 2004	k 31. 12. 2005	změna v %	rozdíl +/-
z toho : vraždy - zjištěno	32	34	6,3	2
- objasněno	26	26	0,0	0
- t.j. %	81,3	76,5	-	-4,78
dodatečně objasněno :	1	3	200,0	2

Příloha č. 3 Posmrtné skvrny



Příloha č. 3 Posmrtné skvrny



Příloha č. 4 Hniloba



Príloha č. 5 Adipocire





Příloha č. 6 Rozrušení těla vlivem fauny a flóry - ohlodání mrtvoly

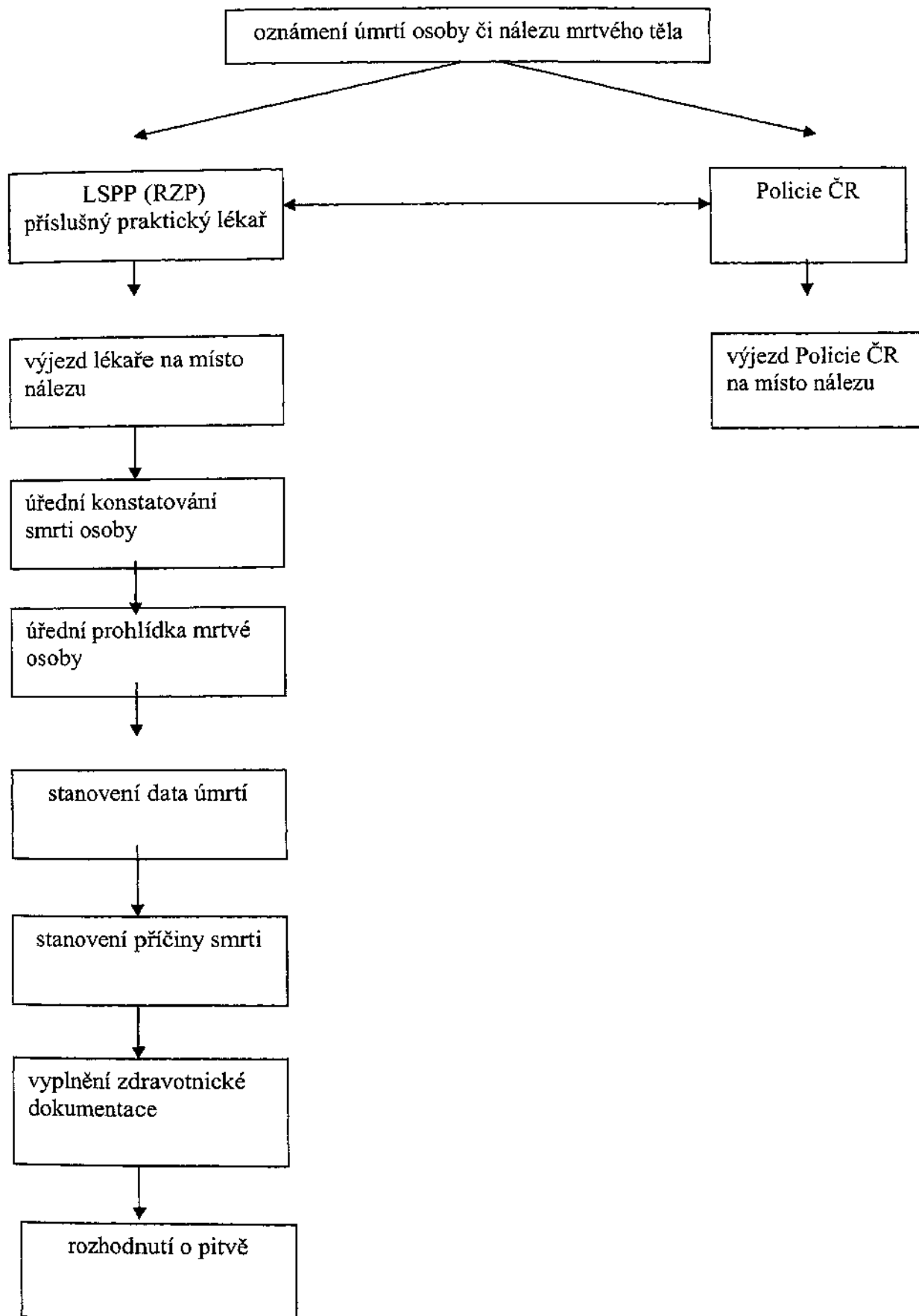


Příloha č. 7

Orientační údaje k rozvoji posmrtných změn v časové závislosti na okamžiku smrti

0-1 hod.	dobře zachovaná elektrická dráždivost faradickým proudem
1-2 hod.	dobře zachovaná reakce zornic na atropin a fyzostigmin po vkápnutí do spojivkového vaku, dobře zachovaná mechanická a elektrická dráždivost svalů
2-5 hod.	dosud zachovaná reakce zornic na atropin a fyzostigmin po vkápnutí do spojivkového vaku, slabě zachovaná mechanická a elektrická dráždivost svalů
20-30 min.	začátek tvorby posmrtných skvrn na krku
1-2 hod.	zřetelné chladnutí tváří a akrálních částí těla zřetelné chladnutí kůže i pod oděvem
30-60 min.	slabě vyvinuté posmrtné skvrny na zadních částech těla
1-2 hod.	začátek splývání posmrtných skvrn
6-12 hod.	úplné vyvinutí posmrtných skvrn
2-5 hod.	možnost úplného přemístění posmrtných skvrn při obrácení mrtvoly
5-10 hod.	neúplné přemístění posmrtných skvrn při obrácení mrtvoly
12-16 hod.	úplné vymizení posmrtných skvrn při tlaku prstu
10-24 hod.	částečné vytlačení posmrtných skvrn silným tlakem hrany tvrdého předmětu
více než 24 hod.	posmrtné skvrny nelze vytlačit silným tlakem hrany tvrdého předmětu
2-5 hod.	začátek vytváření posmrtné ztuhlosti jednotlivých svalových skupin
5-10 hod.	opětovné vytvoření posmrtné ztuhlosti po jejím násilném porušení
cca 8 hod.	úplná posmrtná ztuhlost
3-5 dní	úplné vymizení posmrtné ztuhlosti
10-24 hod.	počátek hnilobných změn
3-5 dní	další rozvoj hnilobných změn, za tepla tvorba hnilobných puchýřů na kůži, začátek hnilobné rozedmy
více než 5 dní	zřetelná hnilobná rozedma
kolem 14 dnů	hnilobné puchýře a odlučování pokožky z povrchu těla, odlučování vlasů
kolem 21 dnů	uvolňování nehtů
3-4 měsíce	pokročilý hnilobný rozklad těla
méně než 1 rok	skeletizace těla se zachovalými kloubními pouzdry a vazovými ligamenty
více než 5 let	úplná skeletizace mrtvoly, samostatné kosti
2-3 měsíce	částečná mumifikace těla dospělého člověka, výjimečně plná mumifikace
6-12 měsíců	plná mumifikace těla dospělého
3-8 měsíců a více	plné zmýdelnatění mrtvoly
12-24 hod.	přítomnost vajíček much
více než 24 hod.	přítomnost vajíček a vylíhnutých drobných larev much
kolem 7 dnů	přítomnost především larev much
více než 7 dní	zakuklení larev much
17 a více dní	nález prázdných kulek po vylíhnutí much.

Postup při úmrtí osoby mimo zdravotnické zařízení – schéma rozhodování



Příloha č. 9 Oběšení



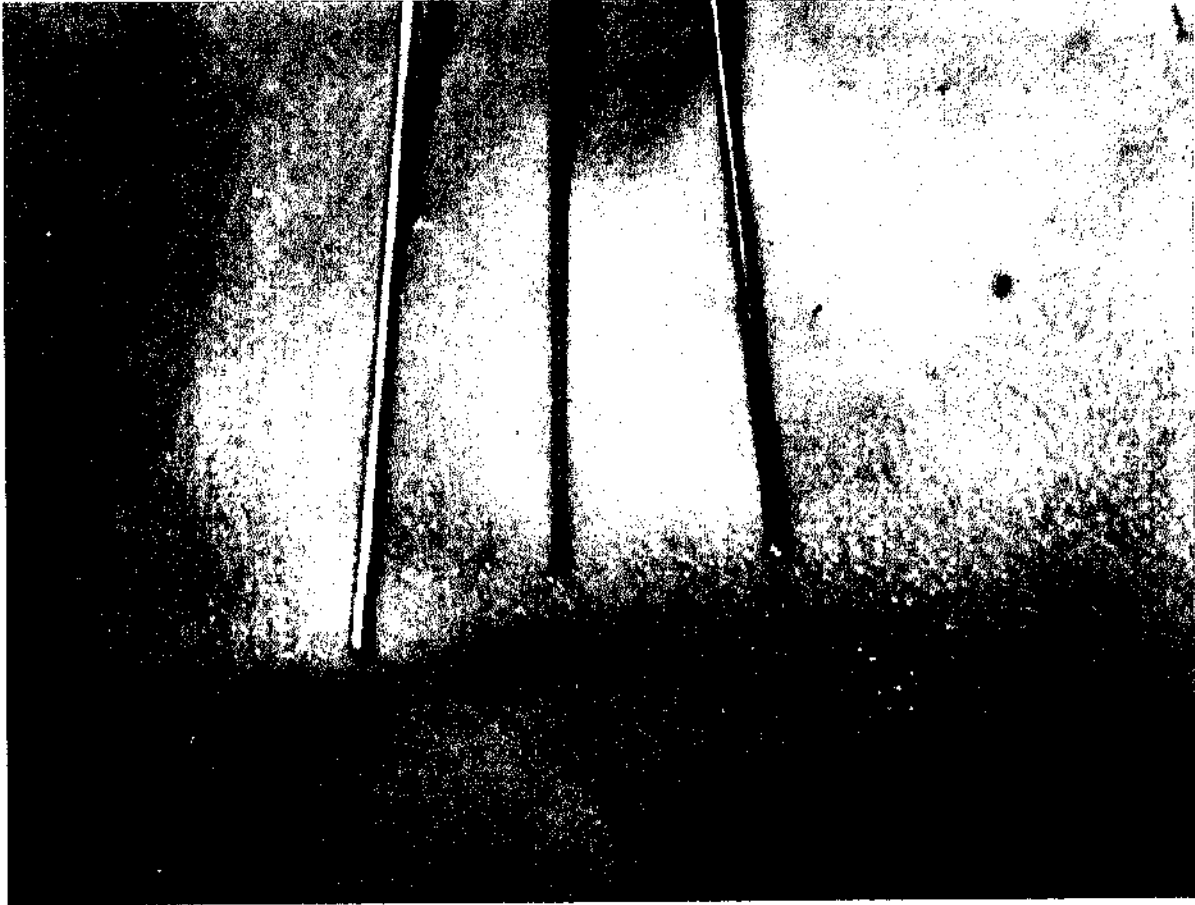


Příloha č. 10 Škrceň





Příloha č. 11 **Rdoušení**



Příloha č. 12 **Dávení**



Příloha č. 13 Topení

