

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**  
**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ**  
**«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины**

**В. В. ШПАК**

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА**  
**ПОЛОВЫХ СОСТОЯНИЙ**  
**И ПРИ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ ПРОТИВ**  
**ПОЛОВОЙ НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ**

**Учебно-методическое пособие**  
**для студентов 4–5 курсов всех факультетов медицинских вузов**  
**и преподавателей, работающих в области судебной медицины**

**Гомель**  
**ГомГМУ**  
**2012**

УДК 61:340.6(072)

ББК 58.1:57.11я73

Ш 83

**Рецензенты:**

кандидат медицинских наук, доцент,  
заведующая кафедрой патологической анатомии с курсом судебной медицины  
Гомельского государственного медицинского университета

***Л. А. Мартемьянова;***

начальник Управления по Гомельской области  
Государственной службы медицинских экспертиз

***Д. П. Иваньков***

**Шпак, В. В.**

Ш 83 Судебно-медицинская экспертиза половых состояний и при преступлениях против половой неприкосновенности: учеб.-метод. пособие для студентов 4–5 курсов всех факультетов медицинских вузов и преподавателей, работающих в области судебной медицины / В. В. Шпак. — Гомель: ГомГМУ, 2012. — 56 с.

ISBN 978-985-506-504-4

Посвящено вопросам судебно-медицинской экспертизы половых состояний и при половой неприкосновенности.

Предназначено для студентов 4–5 курсов всех факультетов медицинских вузов и преподавателей, работающих в области судебной медицины.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 28 июля 2011 г., протокол № 7.

**УДК 61:340.6(072)**

**ББК 58.1:57.11я73**

**ISBN 978-985-506-504-4**

© Учреждение образования  
«Гомельский государственный  
медицинский университет», 2012

**ТЕМА 1**  
**ПРАВИЛА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**  
**ПОЛОВЫХ СОСТОЯНИЙ МУЖЧИН**

**I. ОБЩАЯ ЧАСТЬ**

**1.** Судебно-медицинская экспертиза половых состояний мужчин производится только на основании постановления следователя, прокурора, лица, производящего дознание, или определения суда.

*Примечание:* В экстренных случаях (изнасилование, мужеложство), если в силу сложившихся обстоятельств (отдаленность района происшествия от органов дознания, следственных или судебных учреждений и т. д.) своевременное получение постановления о производстве экспертизы невозможно, судебно-медицинское освидетельствование может, в порядке исключения, производиться по заявлению потерпевших, а также родителей, законных представителей несовершеннолетних или надлежащих должностных лиц.

О производстве такого освидетельствования судебно-медицинский эксперт должен немедленно поставить в известность органы следствия (дознания).

**2.** Судебно-медицинская экспертиза половых состояний мужчин производится судебно-медицинским экспертом.

В тех случаях, когда судебно-медицинская экспертиза производится по поводу определения половой способности, половой зрелости, заражения венерической болезнью, она должна осуществляться судебно-медицинским экспертом, имеющим специальную подготовку по урологии и венерологии.

При отсутствии подготовленного эксперта, экспертизы производится комиссионно судебно-медицинским экспертом и врачом-урологом или венерологом (в зависимости от характера экспертизы).

При необходимости к проведению экспертизы привлекаются и врачи других специальностей.

**3.** Экспертиза должна производиться в светлом и теплом помещении и, как правило, при достаточном дневном освещении.

Ректальное исследование проводится на высокой жесткой кушетке.

**4.** При проведении судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин используется следующий инструментарий и оборудование: медицинские весы, ростомер, мягкая сантиметровая лента, измерительная линейка, ректальное зеркало, наборы ректоскопов и уретроскопов, хирургические пинцеты, малый акушерский циркуль, комплекты прямых и кривых бужей, двойной металлический катетер, микроскоп, камера Горяева, смеситель для подсчета лейкоцитов, чашки Петри, мерные пробирки, стеклянные палочки, предметные и покровные стекла, набор реактивов для окраски мазков, универсальная индикаторная бумага.

**5.** Перед производством экспертизы судебно-медицинский эксперт обязан установить личность освидетельствуемого путем проверки паспорта или иного, заменяющего его, документа с фотоснимком.

При отсутствии надлежащего документа с фотоснимком личность освидетельствуемого удостоверяется представителем органов следствия (дознания), доставившим его на экспертизу, о чем делается соответствующая отметка в заключении эксперта.

В тех случаях, когда личность освидетельствуемого не может быть удостоверена, он должен быть сфотографирован, фотоснимки наклеиваются на заключение эксперта и его дубликат.

Освидетельствование лиц, не достигших 16 лет, желательно проводить в присутствии родителей, педагога или заменяющих их взрослых (одинакового пола с освидетельствуемым) (см. «Правила судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы», 1966 г.).

**6.** Обстоятельства происшествия должны быть сообщены судебно-медицинскому эксперту следователем путем представления материалов дела или описания их содержания в постановлении о назначении экспертизы.

С целью уточнения деталей, имеющих судебно-медицинское значение, эксперт производит опрос освидетельствуемого.

Рассказ детей записывается, по возможности, дословно. Полученные сведения следует оценивать критически.

**7.** При производстве экспертизы, помимо осмотра освидетельствуемого, применяются инструментальные и лабораторные методы исследования, которые должны производиться только лицами, владеющими соответствующими методами.

В тех случаях, когда лабораторные исследования являются составной частью экспертизы и результаты их необходимы для ответов на поставленные перед экспертом вопросы, эксперт вправе изъять и послать на исследование соответствующие объекты (сперма, мазки и пр.) без участия следователя.

Взятие спермы для установления способности к оплодотворению, а также приготовление мазков из содержимого прямой кишки для исследования на наличие сперматозоидов осуществляется судебно-медицинским экспертом, а исследование их производится либо этим экспертом, либо в судебно-биологическом отделении судебно-медицинской лаборатории.

Изготовление мазков из отделяемого мочеиспускательного канала для выявления наличия гонококков, влагалищных трихомонад и др., если освидетельствуемых не направляют в кожно-венерологическое учреждение, проводится судебно-медицинским экспертом, и исследование — в лабораториях кожно-венерологических учреждений или в бактериологическом отделении судебно-медицинской лаборатории.

Взятые материалы направляются на исследование с сопроводительным письмом судебно-медицинского эксперта, упакованные и опечатанные соответствующим образом (мазки должны быть предварительно высушены при комнатной температуре).

Результаты исследований, осуществленных в специализированных учреждениях, должны быть в письменном виде сообщены судебно-медицинскому эксперту, по направлению которого они производились.

8. При судебно-медицинской экспертизе по поводу заражения венерической болезнью производится освидетельствование как мужчины, так и женщины.

Судебно-медицинский эксперт проводит первоначальное освидетельствование, а затем направляет освидетельствуемых в кожно-венерологическое учреждение для детального обследования.

9. Одежда, находившаяся на освидетельствуемом в момент происшествия (в случаях изнасилования и т. д.), подлежит исследованию в судебно-биологическом отделении судебно-медицинской лаборатории управления судебно-медицинской экспертизы. Направление одежды на исследование осуществляется представителями органов следствия (дознания), по постановлению которых производится экспертиза; если одежда не была изъята, а экспертиза производится в отсутствие представителя указанных органов, то, при наличии на одежде подозрительных следов, судебно-медицинский эксперт обязан поставить следователя в известность о необходимости изъятия одежды и направления на исследование.

10. На каждый случай производства судебно-медицинской экспертизы половых состояний у мужчин составляется «Заключение эксперта».

Заключение состоит из 3-х частей: вводной, исследовательской и заключительной.

**I. В вводной** части заключения эксперта указывается:

1) порядковый номер заключения, час, число, месяц и год производства экспертизы;

2) основания, по которым производится экспертиза;

3) место и условия проведения экспертизы (в частности, освещение);

4) должность, специальность, ученая степень, ученое звание, фамилия и инициалы эксперта (ов), производившего (их) экспертизу;

5) должности, фамилии, инициалы лиц, присутствовавших при проведении экспертизы;

6) фамилия, имя, отчество освидетельствуемого, год рождения, (для несовершеннолетнего — число, месяц и год рождения), семейное положение, образование, профессия, место работы и местожительство, номер и дата выдачи предъявленного документа, кем он выдан, при отсутствии документа — фамилия и должность лица, удостоверяющего личность освидетельствуемого;

7) цель экспертизы и вопросы, поставленные на ее разрешение;

8) обстоятельства дела:

А. Краткие сведения, относящиеся к происшествию, как со слов освидетельствуемого, так и на основании данных постановления о производстве экспертизы и других материалов предварительного следствия.

Если к моменту проведения освидетельствования необходимые следственные материалы и медицинские документы не представлены, то судебно-медицинский эксперт имеет право затребовать их через следователя. При этом освидетельствование производится сразу, а заключение эксперта

предоставляется судебно-следственным органам по получении требуемых материалов (см. «Общая часть», п. 1).

Б. Данные медицинских документов, с указанием их даты, и номера в случае, если освидетельствуемый до экспертизы обращался в медицинские учреждения или к отдельным специалистам.

В. Жалобы освидетельствуемого.

Г. Специальный анамнез, в котором отражаются в зависимости от цели экспертизы:

а) перенесенные заболевания, в том числе венерические, туберкулез, болезни желудочно-кишечного тракта, психические заболевания и т. п.;

б) половое созревание, онанизм, половая жизнь;

в) наличие вредных привычек: курение, употребление алкоголя, наркотиков, снотворных и пр.;

г) профессиональные вредности.

*Примечание:* При выяснении этих сведений, так же, как и в последующем при составлении описательной части заключения, эксперт руководствуется возрастом освидетельствуемого, характером экспертизы и вносит в документ только соответствующие данные.

После составления вводной части «Обстоятельств дела» содержание сообщенных освидетельствуемым сведений зачитывается ему и подписывается им, а при экспертизе детей дошкольного и младшего школьного возраста подписывается сопровождающим лицом.

Знакомить освидетельствуемого с содержанием следственных материалов эксперт не имеет права.

**II. В исследовательской** части заключения эксперта отражаются данные объективного исследования, полученные экспертом при освидетельствовании:

1) общее физическое развитие освидетельствуемого, в том числе антропометрические показатели;

*Примечание:* В случае возникновения сомнений в психической полноценности освидетельствуемого, эксперт должен поставить перед органами следствия (дознания) вопрос о назначении судебно-психиатрической экспертизы.

2) выраженность вторичных половых признаков;

3) состояние наружных половых органов;

4) состояние области заднего прохода;

5) повреждения на теле, в частности в области половых органов и заднего прохода;

6) результаты произведенных лабораторных исследований;

7) данные консультаций специалистов.

**III. Заключительная** часть составляется с учетом в каждом отдельном случае следственных материалов, вопросов, поставленных на разрешение экспертизы, на основе объективных данных, полученных при производстве экспертизы, а также медицинских документов и результатов лабораторных исследований.

Если при проведении экспертизы установлены обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых не были поставлены вопросы, эксперт вправе указать на них в своем заключении.

**11.** Заключение эксперта должно быть, при необходимости, иллюстрировано фотоснимками, фиксирующими имеющиеся у освидетельствуемого повреждения и изменения.

**12.** Если в постановлении (определении) о производстве экспертизы указаны другие специалисты, кроме судебно-медицинского эксперта, то заключение подписывают все члены комиссии.

Если врачи-специалисты (венерологи и др.) осуществляющие консультацию, дают письменный ответ на вопросы судебно-медицинских экспертов (а не следователя или суда), то этот ответ приобщается к дубликату акта, хранящемуся в управлении судебно-медицинской экспертизы. Эксперт использует полученные данные в своем заключении с соответствующей ссылкой; заключение подписывает только эксперт.

**13.** Заключение эксперта либо выдается под расписку представителям органов следствия (дознания), или суда, по постановлению которых производилась экспертиза, либо пересылается по почте.

Выдача заключения эксперта или справок о произведенном освидетельствовании на руки освидетельствуемому или другим лицам, кроме представителей следственных и судебных органов, не разрешается.

Ставить в известность освидетельствуемого о результатах освидетельствования или экспертизы запрещается.

## **II. СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ**

**14.** Судебно-медицинская экспертиза половых состояний мужчин производится для установления:

- 1) способности к половому сношению;
- 2) способности к оплодотворению;
- 3) половой зрелости;
- 4) венерического заболевания;
- 5) признаков мужеложства;
- 6) признаков, характеризующих совершение подозреваемым насильственного полового акта;
- 7) половой принадлежности.

### **ЭКСПЕРТИЗА СПОСОБНОСТИ К ПОЛОВОМУ СНОШЕНИЮ**

**15.** Необходимость установления способности к половому сношению возникает в случаях: насильственного полового акта (изнасилование), полового сношения с несовершеннолетней, мужеложства, бракоразводных процессов, дел о спорном отцовстве, установления степени тяжести телесных повреждений (при травме половых органов, поражении центральной или периферической нервной системы).

**16.** При решении вопроса о способности к половому сношению эксперт проводит детализированный опрос и осмотр освидетельствуемого, в зависимости от поводов к проведению экспертизы и вопросов следствия.

При опросе освидетельствуемого эксперт выясняет:

1) Наличие в анамнезе заболеваний, способных оказать отрицательное влияние на половую функцию, венерических, эндокринных, инфекционных заболеваний и травм центральной нервной системы, травматических повреждений мочеполовых органов (производится в соответствии с п.п. 75–77 «Правил судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы», М., 1966).

Для уточнения полученных сведений о венерических или иных заболеваниях, эксперт запрашивает и изучает медицинские документы учреждений, в которых лечился освидетельствуемый (см. п. 10 п/п А, Б).

2) Наличие вредных привычек: курение (давность, число папирос, выкуриваемых в сутки), употребление алкоголя (частота и количество), наркотиков, медикаментов (снотворные, гормонопрепараты и др.).

3) Наличие профессиональных вредностей (облучение, контакт со свинцом, ртутью и т. п.).

4) Данные о половом созревании и половой жизни освидетельствуемого: первое появление поллюций, их частота; онанизм (в какой период жизни, частота); время начала половой жизни; частота совершения половых актов (в течение месяца, суток); наличие отклонений от нормы с точки зрения освидетельствуемого; брак (сколько раз был женат); наличие детей, семейные конфликты в связи с половой жизнью и т. д.

**17.** При освидетельствовании эксперт фиксирует: телосложение, питание, рост стоя и сидя, окружность грудной клетки при глубоком вдохе, выдохе и спокойном дыхании, смену зубов, наличие (и количество) постоянных зубов, указывая отдельно зубы мудрости; исследует кожные рефлексы (брюшные, кремастерные, анальный и ягодичные), отмечает степень развития оволосения на лице, в подмышечных впадинах, в лобковой области (выражено, хорошо, слабо; по мужскому или женскому типу); выстояние щитовидного хряща; тембр голоса.

**18.** Эксперт устанавливает правильность развития наружных половых органов, наличие заболеваний, следов ранений и других повреждений, при этом:

а) Измеряет длину (от корня до конца головки) и ширину (в средней трети и в наиболее широкой части головки) не напряженного полового члена; фиксирует состояние пещеристых тел, крайней плоти и уздечки: расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала и состояние наружных губок его; наличие или отсутствие пороков развития.

При наличии в пещеристых телах уплотнений, эксперт отмечает их величину и характер, при описании крайней плоти — указывает наличие и подвижность ее (закрывает ли головку и свободно ли сдвигается за нее) и т. д.

б) Описывает форму мошонки, морщинистость, пигментацию, величину (нормальная, уменьшена, увеличена); отмечает наличие яичек в мошонке, их

консистенцию (мягкая, мягко-эластичная, эластичная); характер поверхности (гладкая, бугристая), болезненность, величину (длина, ширина, толщина).

Определяет изменения в придатках (бугристость, уплотнение в их головке, теле или хвосте), состояние семенных канатиков (толщина, консистенция).

Исследование яичек и придатков производится пальпаторно: под яичко подводится рука исследователя таким образом, чтобы яичко лежало между ладонной поверхностью сложенных вместе второго-пятого пальцев и большим пальцем. Правое яичко исследуется левой рукой, левое — правой рукой.

*Примечание.* Для измерения полового члена и яичек удобно применять малый акушерский циркуль с вмонтированными в концевые его шарики двумя металлическими стержнями длиной до 2,5 см.

**19.** Исследование внутренних половых органов — предстательной железы и семенных пузырьков — производится указательным пальцем (в резиновой перчатке) через прямую кишку в коленно-локтевом положении освидетельствуемого или в положении его на правом боку.

Эксперт определяет положение предстательной железы, примерную величину, границы, состояние поверхности (гладкая, бугристая), выраженность срединной бороздки, равномерность долей, консистенцию (дряблая, мягко-эластичная, эластичная, плотно-эластичная), наличие уплотнений, втяжений, болезненности.

*Примечания:* 1. В норме предстательная железа эластичной или плотно-эластичной консистенции с отчетливыми границами.

Семенные пузырьки в норме мягкие, наличие уплотнений в них свидетельствует о перенесенном или текущем воспалительном процессе.

2. В случае необходимости производится инструментальное исследование — передняя и задняя уретроскопия и ректоскопия (см. п. 7).

**20.** Экспертное суждение о способности освидетельствуемого к половому сношению основывается на совокупности данных опроса, освидетельствования, лабораторных исследований, медицинских документов, с учетом следственных материалов.

При оценке полученных данных эксперт должен учитывать, что причиной половых расстройств могут быть: тяжкие, истощающие общие заболевания, заболевания центральной нервной системы, воспалительные и иные заболевания половых органов; эндокринные расстройства; уродства половых органов (например, выраженная эপি- или гипоспадия); механические повреждения полового члена и органов мошонки, наличие рубцов и уплотнений в кавернозных телах; поражения предстательной железы (стойкая дряблость, неровная бугристая поверхность, увеличение одной из долей и др.).

**21.** Если освидетельствуемый сообщает об импотенции, но эксперт не обнаруживает объективных причин, обуславливающих неспособность совершать половые акты, то для суждения о половой жизни освидетельствуемого нужно изучить документы медицинских учреждений, в которые обращался освидетельствуемый, ознакомиться с протоколами допросов потерпевшей, жены освидетельствуемого, проконсультировать освидетельствуемого с невропатологом, эндокринологом и т. д.

**22.** Если возникает необходимость в установлении соответствия размеров половых органов освидетельствуемого и потерпевшей (в основном, в случаях изнасилования малолетних девочек), то производится измерение полового члена освидетельствуемого, в состоянии эрекции, и входа влагалища потерпевшей.

В случае несоответствия размеров в заключении указывается на возможность или невозможность совершения полового сношения без нанесения повреждений потерпевшей.

## **ЭКСПЕРТИЗА СПОСОБНОСТИ К ОПЛОДОТВОРЕНИЮ**

**23.** Экспертиза способности к оплодотворению производится при решении вопроса о спорном отцовстве, а также в делах об изнасиловании, сожительстве с несовершеннолетними, бракоразводных делах и др.

**24.** Освидетельствование производится в обычном порядке, с детальным обследованием наружных и внутренних половых органов (см. разделы «Общая часть», «Экспертиза способности к половому сношению»).

**25.** При опросе выясняют данные, по которым можно судить о нарушении способности к оплодотворению:

1) Перенесенные и имеющиеся в настоящее время:

а) венерические и невенерические воспалительные заболевания предстательной железы, семенных пузырьков, яичек, придатков яичек и мочеиспускательного канала;

б) инфекционные болезни — паротит, малярия, тифы, туберкулез и т. д.;

в) заболевания или травмы центральной нервной системы, травмы половых органов и костей таза, сопровождающиеся нарушением функции половых органов;

2) Вредные привычки (злоупотребление алкоголем, никотином, наркотиками, гормонопрепаратами, снотворными и т. д.); профессиональные вредности, приводящие к снижению половой функции;

3) Сведения о половой жизни освидетельствуемого.

**26.** Оценивая данные, полученные при осмотре половых органов, нужно иметь в виду следующее:

1) При обнаружении сужений уретры, для установления возможности прохождения спермы, следует провести инструментальное обследование — бужирование и уретроскопию, рентгенографическое исследование (см. п. 7).

2) Пороки развития полового члена — выраженная эпии- или гипоспадия (прикорневая или мошоночная) не являются безусловным доказательством неспособности освидетельствуемого к оплодотворению.

3) Уплотнение и бугристость яичек указывают на перенесенный воспалительный процесс, что при поражении обоих яичек может быть причиной азооспермии. Поражение только одного яичка, при сохранении функции другого, обычно не влечет за собой потери производительной способности.

4) Уплотнения в придатках также указывают на перенесенный воспалительный процесс или травму; двустороннее поражение придатков, как правило, является объективным признаком неспособности к оплодотворению, однако в ряде случаев и одностороннее поражение придатков может явиться причиной азооспермии.

5) Выраженные рубцовые изменения в области семенных пузырьков и предстательной железы (даже при отсутствии других данных) могут служить причиной азооспермии.

**27.** Исследование семенной жидкости является основным методом установления оплодотворяющей способности мужчин.

Наиболее целесообразно исследовать эякулят после 7–10 дневного воздержания освидетельствуемого от половых сношений.

Получение спермы у несовершеннолетних допустимо только путем производства массажа предстательной железы и семенных пузырьков.

**28.** Эякулят собирают в чистую чашку Петри, нагретую до температуры тела.

Обязательно производится исследование «последней капли» после эякуляции, для чего легким массажем полового члена, от корня к головке, из мочеиспускательного канала выдавливают каплю спермы, которая переносится на предметное стекло для последующего микроскопического исследования. Наличие подвижных сперматозоидов в «последней капле» при отсутствии таковых в представленном освидетельствуемым эякуляте, указывает на подмену его или добавление к нему каких-либо веществ (кислоты и пр.).

**29.** Исследование эякулята должно быть проведено как можно быстрее после его получения (не позднее 3-х часов) и включает:

1) физическое исследование: определение цвета, прозрачности, вязкости, объема;

2) определение рН (при необходимости);

3) микроскопическое исследование: в свежем виде — установление числа и подвижности сперматозоидов; после окрашивания — поиски патологических форм и форменных элементов эякулята.

**1) Физическое исследование:**

А. Цвет и степень прозрачности эякулята определяют на глаз — в норме эякулят сероватого цвета с беловатым оттенком, мутный (красный цвет может быть обусловлен наличием крови, желтый — гноя; бурый или коричневый оттенок эякулята бывает связан с возрастными изменениями или свидетельствует о давнем сроке получения спермы).

Б. Вязкость определяют спустя 30 минут после получения эякулята при хранении его в условиях комнатной температуры, когда обычно наступает разжижение спермы. При нормальной вязкости сперма стекает каплями с окунутой в нее деревянной или стеклянной палочки. Повышение вязкости может указывать на заболевание предстательной железы.

В. Объем семенной жидкости определяют в мерной пробирке, куда ее переливают после разжижения из чашки Петри.

### **2) Определение рН**

рН спермы определяют при помощи универсальной индикаторной бумаги; нормальной для спермы является слабощелочная среда.

### **3) Микроскопическое исследование**

Микроскопическое исследование включает обзорный осмотр капли эякулята в нативном препарате, подсчет количества сперматозоидов и форменных элементов спермы, исследование окрашенного мазка с целью выявления патологических форм.

А. При обзорном осмотре нативного препарата устанавливают подвижность сперматозоидов при малом и большом увеличении микроскопа.

Б. Число сперматозоидов определяется путем подсчета их в камере Горяева. В начале подсчитывают общее количество сперматозоидов в 1,0 мл спермы. Для этого в смеситель (применяемый для подсчета лейкоцитов) набирают подвергшийся разжижению эякулят до метки «0,5» (или «1,0» при малом числе сперматозоидов) и разбавляют каким-либо раствором; вызывающим неподвижность сперматозоидов, например, содово-формалиновой жидкостью (5 г двууглекислого натрия, 1,0 мл формалина и 100 мл дистиллированной воды). Раствор набирают до метки «11», встряхиванием смесителя перемешивают эякулят, выпускают первую каплю на марлю, а вторую каплю вводят в счетную камеру. В пяти больших квадратах по диагонали сосчитывают все находящиеся в них сперматозоиды, головки которых лежат внутри квадратов. Полученная сумма, умноженная на 1000000 (при разведении спермы в 20 раз, т. е. наборе до метки «0,5») составит количество сперматозоидов в 1,0 мл спермы.

В. Количество неподвижных сперматозоидов в эякуляте подсчитывается указанным в пункте «Б» образом, однако эякулят разводится при этом физиологическим раствором (в другом смесителе), в квадратах учитываются неподвижные сперматозоиды. Полученная сумма, умноженная на 1000000 (при разведении в 20 раз), составит число неподвижных сперматозоидов в 1,0 мл спермы.

Количество подвижных сперматозоидов определяется по разности между их общим количеством при обездвиживании и числом неподвижных сперматозоидов, полученным при разведении спермы физиологическим раствором.

*Примечание.* В клинике принято считать нормой наличие более 60 млн сперматозоидов в 1 мл эякулята. При числе сперматозоидов менее 20 млн в 1 мл эякулята клиницисты диагностируют резкую олигозооспермию. Однако с судебно-медицинской точки зрения наличие даже одного нормального подвижного сперматозоида в эякуляте уже не дает оснований для утверждения о полной неспособности освидетельствуемого к оплодотворению. При малом количестве сперматозоидов (олигозооспермии) в заключении эксперта (акте судебно-медицинской экспертизы) можно только указывать, что вероятность оплодотворения снижена, но полностью исключить способность к оплодотворению нельзя.

Г. Выявление патологических форм сперматозоидов производят в окрашенных мазках. Например, высушенный на воздухе и фиксированный на пламени мазок спермы обрабатывают 1 % раствором хлорамина (для удаления слизи), промывают водой и 95° алкоголем. Затем окрашивают в течение 2–5 минут смесью фуксина с эозином (2 части карболового фуксина Циля, 1 часть насыщенного спиртового раствора эозина, 1 часть 95° алкоголя), подкрашивают синькой Леффлера и исследуют под микроскопом с применением иммерсионной системы. При наличии большого количества атипических форм сперматозоидов (деформированные головки и хвосты и т. д.) необходимо тщательное повторное исследование эякулята, так как присутствие их может быть обусловлено случайными факторами, в том числе неоднократными предшествующими половыми сношениями.

Наличие атипических форм может быть обусловлено как нарушениями сперматогенеза, так и предшествующими исследованию неоднократными половыми актами.

Д. Форменные элементы эякулята подсчитывают в поле зрения микроскопа (малое увеличение, объектив — 20 или 40, окуляр 10 или 15).

К ним относят: эритроциты и лейкоциты, эпителиальные клетки, лецитиновые зерна, амилоидные тельца. В норме в эякуляте — единичные лейкоциты, эпителиальные клетки, амилоидные тельца и большое количество лецитиновых зерен. Увеличение количества лейкоцитов свидетельствует о воспалительном процессе в мочеполовых органах. Уменьшение количества лецитиновых зерен указывает на понижение функции предстательной железы.

**30.** Заключение об оплодотворяющей способности освидетельствованного основывается на всем комплексе исследований.

## ЭКСПЕРТИЗА ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ

**31.** Судебно-медицинская экспертиза половой зрелости у лиц мужского пола производится в отношении несовершеннолетних в случаях, связанных с половыми правонарушениями.

**32.** Половая зрелость у лиц мужского пола характеризуется таким состоянием общего физического развития и формирования половых желез, при котором половая жизнь является физиологически нормальной функцией, не вызывает расстройства здоровья и не наносит ущерба дальнейшему развитию организма.

При освидетельствовании учитывают: общее физическое развитие организма, развитие наружных и внутренних половых органов, способность к половому сношению и оплодотворению. Каждый из этих признаков в отдельности не является решающим, только совокупность их дает возможность судебно-медицинскому эксперту правильно ответить на вопрос о половой зрелости.

**33.** Производят опрос и осмотр освидетельствуемого (см. раздел «Общая часть», «Экспертиза способности к половому сношению»). Собирают сведения о перенесенных заболеваниях, вредных привычках и о половом развитии освидетельствуемого (время возникновения интереса к половому вопросу, появление эрекции полового члена и поллюций, онанизм).

Если освидетельствуемый лечился по поводу заболеваний, влияющих на половую функцию, изучают данные медицинских документов, в том числе школьной диспансерной карты (см. п. 10, А, Б).

**34.** На достижение половой зрелости указывают выраженные вторичные половые признаки и достаточное развитие наружных и внутренних половых органов: растительность на лице (губах, подбородке) выражена хорошо, оволосение в подмышечных впадинах занимает всю их поверхность, оволосение в лобковой области распространяется на мошонку и внутреннюю поверхность верхней трети бедер; щитовидный хрящ хорошо заметен при глотательных движениях; тембр голоса низкий; половой член развит правильно, кожа мошонки пигментирована, морщинистая, яички нормальные по размеру, эластичные, с четко отграниченными придатками, отчетливо прощупываются границы предстательной железы, срединная бороздка и доли, железа имеет эластичную консистенцию.

**35.** Если перед экспертом ставится вопрос о способности освидетельствуемого к оплодотворению, производится исследование семенной жидкости (см. раздел «Экспертиза способности к оплодотворению»).

**36.** Заключение о достижении освидетельствуемым половой зрелости дается по совокупности признаков. При этом эксперт может прийти к заключению, что освидетельствуемый половой зрелости не достиг и половых актов совершать не может, либо — половой зрелости не достиг, но половые акты совершать может, либо — половой зрелости достиг полностью.

## **ЭКСПЕРТИЗА ВЕНЕРИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**37.** Судебно-медицинская венерологическая экспертиза производится для установления наличия или отсутствия у обследуемого венерического заболевания, если соответствующий вопрос возникает в процессе расследования уголовного дела или рассмотрения в судах Гражданского иска (о разводе, об алиментах, о признании отцовства и т. д.).

**38.** В судебно-медицинской практике чаще всего встречаются заражение сифилисом или гонореей.

Следует иметь в виду, что у одного и того же человека могут быть сифилис и гонорея одновременно.

Для сифилиса и гонореи характерна определенная постоянность развития клинической картины и сроков возникновения отдельных проявлений заболевания с момента инфицирования (заражения).

**39.** Различают следующие стадии сифилиса:

1) Сифилис первичный серонегативный.

Твердый шанкр появляется через 3–3,5 недели после инфицирования.

2) Сифилис первичный серопозитивный.

Серореакции становятся положительными через 6–8 недель с момента инфицирования и через 3–4 недели после появления твердого шанкра.

3) Сифилис вторичный свежий.

Через 8–10 недель с момента инфицирования — сыпь (обильная, розеолезно-папулезная с преимущественной локализацией на боковых поверхностях туловища и конечностей). Серореакции положительны. В этот период могут появиться эрозивные и гипертрофические папулы в области гениталий, в складках кожи, подверженных мацерации.

4) Сифилис вторичный рецидивный.

Через 4–5 месяцев с момента инфицирования — скудные высыпания с наклоном к группировке элементов с образованием фигур (дуг, колец), количество элементов меньше, сами же элементы крупнее. Чем больше прошло времени с момента инфицирования, тем меньше количество элементов сыпи.

Лейкодерма с типичным расположением на задней поверхности шеи наблюдается через 5–6 и более месяцев после инфицирования. Широкие кондиломы могут появляться на всем протяжении рецидивного сифилиса. Наиболее ранний срок их появления — через 4–5 месяцев от момента инфицирования. Гнездные облысения — наблюдаются обычно через 5–6 месяцев после заражения.

Высыпания на ладонях и стопах указывают на наличие вторичного рецидива позднего сифилиса, либо на бурно протекающий вторичный свежий сифилис (в этом случае должен быть твердый шанкр).

На слизистой рта и зева могут наблюдаться папулезные элементы, чаще с эрозивной поверхностью, рубцовые изменения, сифилитическая ангина.

5) Сифилис третичный.

При отсутствии лечения наступает через 3–4 года и более. Является слабо контагиозным и в судебно-медицинской практике встречается редко.

**40.** Различают следующие формы гонореи:

1) Свежая гонорея: острая, подострая, торпидная.

При острой или подострой форме гнойные выделения и резь в начале мочеиспускания появляются, как правило, через 3–7 дней после инфицирования.

1) Свежая торпидная (асимптомная) форма характеризуется наличием гонококков и незначительными проявлениями заболевания или даже отсутствием симптоматики. Продолжительность ее — не более 2-х месяцев с момента инфицирования.

2) Хроническая гонорея — вяло протекающее заболевание, продолжительностью более 2-х месяцев или когда давность его установить не представляется возможным. Следует учитывать возможность обострения хро-

нического процесса. Очень важно в этом случае отдифференцировать его от свежей гонорей: принимают во внимание длительность периода, протекающего от момента заражения, а также распространенность процесса на мочеполовую систему, что более выражено при хронической гонорее.

3) Латентная гонорея, при которой не удается обнаружить ни клинических симптомов заболевания, ни гонококков даже в тех случаях, когда больной является заведомо источником заражения.

**41.** Опрос освидетельствуемого производится, как указано в разделе «Экспертиза способности к половому сношению». Затем выясняют обстоятельства, которые прямо или косвенно могут указывать на наличие у него венерического заболевания. При сообщении о венерическом заболевании в прошлом, расспрашивают о проведенном лечении, имея в виду, что рецидивы чаще возникают после недостаточного лечения.

**42.** Освидетельствование проводится по общему плану (см. раздел «Экспертиза способности к половому сношению»), но имеет особенности:

а) Осматривают волосистую часть головы, слизистую полости рта и зева, кожные покровы лица, шеи, туловища и конечностей. При этом обращают внимание на наличие сыпи, локализацию ее, срок появления после полового сношения, интенсивность, тенденцию к группированию отдельных элементов сыпи в фигуры; наличие безболезненных язвочек или эрозий в полости рта.

б) Проверяют, имеются ли в локтевых сгибах или ягодичной области следы инъекций и инфильтратов, что может косвенно указывать на проведенное специфическое лечение.

При подозрении на специфический инфильтрат проводится рентгенографическое исследование, позволяющее выявить отложившийся в области инфильтрата металл (висмут).

в) Проверяют шейные, подмышечные, локтевые и паховые лимфатические узлы. Для сифилиса характерны увеличенные лимфатические узлы плотно-эластичной, близкой к хрящевой консистенции, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями.

г) Обследуют половые органы на наличие язвочек, эрозий, рубцов после твердого шанкра, выделений. При наличии выделений из мочеиспускательного канала выясняют, через какое время после сношения появились, их характер (гнойные, слизистые, серозные, обильные, скудные), сопровождаются ли резью в начале или в конце мочеиспускания; делают мазок на предметном стекле, которое направляют в бактериологическую лабораторию.

При отсутствии выделений освидетельствуемого направляют для проведения детального обследования («провокация», исследование секрета предстательной железы и др.) в кожно-венерологическое учреждение.

*Примечание.* Для характеристики воспалительного процесса в мочеиспускательном канале у мужчин проводится «двустаканная проба»: освидетельствуемому предлагают последовательно помочиться в два стакана. При наличии острого процесса в передней уретре первая порция мочи (1-й стакан) — мутная, вторая (2-й стакан) — прозрачная.

При поражении и задней уретры — обе порции мочи мутные. Чем процесс острее, чем больше гнойного отделяемого, тем более мутная моча.

Помутнение мочи может происходить за счет содержания в ней солей. В этом случае моча просветлеет при добавлении к ней небольшого количества соляной кислоты.

д) Осматривают область заднего прохода, так как здесь могут располагаться проявления как первичного сифилиса — твердый шанкр, так и вторичного — папулы и широкие кондиломы.

При подозрении на гонорейное воспаление слизистой прямой кишки, берут мазки из прямой кишки или промывают прямую кишку при помощи специального двойного металлического катетера, а промывные воды направляют в бактериологическую лабораторию для обнаружения гонококков.

е) Для выявления гонорейного процесса исследуют яички, их придатки, предстательную железу и семенные пузырьки (по методике, указанной в разделе «Экспертиза способности к половому сношению»).

**43.** Следует выяснить, принимал ли освидетельствуемый антибиотики, так как венерические заболевания поддаются лечению ими. Больной венерической болезнью, еще не зная о последней, может принимать антибиотики по поводу другого заболевания; в результате картина венерического заболевания смазывается, инкубационный период удлиняется.

Применение даже небольших доз антибиотиков больными гонореей ведет к исчезновению гонококков в выделениях. Косвенным диагностическим методом в этом случае является передняя уретроскопия, при которой выявление воспалительного инфильтрата (изменение цвета, отечность и отсутствие сосудистого рисунка слизистой уретры, неправильная «центральная фигура») должно насторожить эксперта в отношении возможности гонорейного воспаления. Явления воспалительного инфильтрата сохраняются в течение, примерно, двух недель после лечения антибиотиками.

Основным методом выявления сифилиса в таких случаях является серологическое исследование крови и спинномозговой жидкости.

**44.** Выявление половых контактов и обследование их участников может помочь в диагностике заболевания и решении вопроса об источнике заражения.

Сообщение женщины о бывших у нее «самопроизвольных выкидышах» может указывать на сифилис; в таких случаях необходимо соответствующее неврологическое обследование. Твердый шанкр у женщин может локализоваться не только на наружных половых органах, но, например, и на шейке матки.

Необходимо обращать внимание на консистенцию уретры, что определяют, прижав ее пальцем через влагалище к лонному сочленению. В норме уретра — мягкой консистенции, состояние ее в виде плотного тяжа указывает на наличие хронического воспалительного процесса, чаще всего гонорейной этиологии. Следствием гонорейного процесса также часто бывает двустороннее хроническое воспаление придатков и двустороннее воспаление Бартолиниевых желез и их протоков.

У женщин мазки берут из уретры, шейки матки и прямой кишки на одно предметное стекло, предварительно разделенное на три части.

**45.** Окончательный диагноз венерического заболевания устанавливаются: в случаях сифилиса — после проведения серологического исследования крови, при необходимости — спинномозговой жидкости (реакция Вассермана и осадочные реакции), исследования на бледную спирохету со скоба с твердого шанкра, поверхности папул или эрозий, пунктата лимфатического узла; в случаях гонореи — после бактериологического исследования отделяемого уретры на гонококки (мазок, посев).

Все эти исследования следует проводить в специализированных учреждениях — венерологических диспансерах или кожно-венерологических кабинетах поликлиник или кожно-венерологических отделениях больниц.

## УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ МУЖЕЛОЖСТВА

**46.** При проведении судебно-медицинской экспертизы по поводу мужеложства выясняют:

а) половую способность освидетельствуемого (см. раздел «Экспертиза способности к половому сношению»); половая способность у гомосексуалистов может быть снижена, но половая слабость у них проявляется в таких случаях, в основном, в отношении женщин.

б) занимался ли освидетельствуемый онанизмом, в течение какого периода жизни, как часто;

в) когда и при каких обстоятельствах начал заниматься гомосексуализмом;

г) находится ли на учете у психиатра; в положительном случае запрашивают медицинские документы с целью уточнения диагноза заболевания и характера симптоматики.

**47.** Обследование проводится по общему плану (см. раздел «Экспертиза способности к половому сношению»), но имеет некоторые особенности:

Если освидетельствованию подвергается активный партнер, то помимо осмотра и измерения полового члена, выясняют — не имеется ли на половом члене (и лобковых волосах) частиц кала. Особенно тщательно осматривают область венечной борозды и углубления по обе стороны уздечки. Если обнаруживаются посторонние частицы, то изготавливают отпечатки путем плотного прижатия чистого предметного стекла (фото- или рентгенопленки с отмытой эмульсией) к подозрительному месту на половом члене.

Предметное стекло с полученными отпечатками и лобковые волосы, с частицами, подозрительными на кал, исследуются под микроскопом самим судебно-медицинским экспертом, имеющим необходимую подготовку, или направляются в судебно-биологическое отделение судебно-медицинской лаборатории с целью исследования на наличие частей кала (растительная клетчатка, мышечные волокна, яйца глист и т. п.), а также на кровь, если у пассивного партнера выявлены повреждения прямой кишки.

Если имеется возможность, то проводят бактериологическое исследование отпечатков полового члена на наличие кишечной палочки.

*Примечание.* У мужчин, не производящих систематического туалета полового члена (особенно если половой член имеет закрытую крайнюю плоть) и области венечной борозды под крайней плотью скапливается серовато-беловатая или желтоватая сперма. Под микроскопом она имеет вид аморфных глыбок без характерного клеточного строения, присущего растительной клетчатке или мышечным волокнам.

**48.** При осмотре полового члена обращают внимание на наличие кровоизлияний, ссадин, приставших волос, посторонних веществ, в частности вазелина.

*Примечание.* При подозрении на наличие вазелина половой член обтирают тампоном из марли или ваты, который затем направляется на исследование в судебно-химическое отделение лаборатории бюро судебно-медицинской экспертизы.

**49.** У активных партнеров, даже в случаях систематического совершения половых актов через задний проход, каких-либо анатомических изменений полового члена, характерных для мужеложства, не возникает.

**50.** При освидетельствовании предполагаемого пассивного партнера необходимо обратить внимание на жалобы в связи с желудочно-кишечными заболеваниями, на наличие осложнений или остаточных явлений этих заболеваний (хронические запоры или поносы); выяснить, не страдал ли он заболеваниями прямой кишки (геморрой, проктит, парапроктит, выпадение прямой кишки, дизентерия, не было ли оперативных вмешательств в области заднего прохода по поводу незаживающих трещин, геморроя и т. д.), так как последствия этих заболеваний могут быть ошибочно приняты за изменения, связанные с систематическим мужеложством в качестве пассивного партнера.

Расспрашивают об имеющихся и перенесенных венерических заболеваниях. В необходимых случаях запрашивают из лечебных учреждений медицинские документы, которые могут содержать сведения, важные для выяснения вопроса об имевших место половых сношениях через задний проход (например, наличие у освидетельствуемого в прошлом твердого шанкра в области заднего прохода).

**51.** С целью выявления признаков, характерных для пассивных партнеров, производят детальное обследование области заднего прохода. Осмотр проводится в коленно-локтевом положении освидетельствуемого на кушетке.

а) Вначале устанавливают, имеются ли какие-либо повреждения на теле, в частности — кровоподтеки на ягодицах от давления пальцами; отмечают состояние межъягодичной щели (глубокая, неглубокая). Затем ягодицы слегка разводят руками и приступают к осмотру области заднего прохода и лучеобразных складок, указывая их состояние (выраженные, невыраженные, сглаженные; мягкие, грубые), окраску и ее степень.

При обнаружении рубцов описывают их характер (линейные, неправильной формы, втянутые, невтянутые, плотные, неплотные и т. д.), локализацию (принято условно отмечать их расположение применительно к окружности, разделенной на 12 равных частей по аналогии с циферблатом часов, с указанием положения освидетельствуемого (коленно-локтевое, на спине).

б) Отмечают состояние области заднего прохода (в виде небольшого углубления, широкой или втянутой воронки) и заднепроходного отверстия (не зияет, зияет незначительно, значительно).

Выявив воронкообразную втянутость, надо учитывать, что у некоторых людей область заднего прохода в норме может иметь вид узкой или широкой воронки. В таких случаях воронка образована только за счет слизистой оболочки.

Воронкообразная втянутость у пассивных партнеров образуется, начиная с области кожных покровов заднего прохода, и переходит на слизистую прямой кишки, так что стенки воронки состоят последовательно из кожных покровов и слизистой заднепроходного отверстия.

*Примечание.* Необходимо помнить о возможности умышленного (волевого) сокращения сфинктеров, что может привести к некоторому ступенчатому втягиванию имеющейся воронкообразной втянутости. В таких случаях следует производить более длительное исследование сократимости сфинктера, так как такое «волевое» сокращение его длительное время удерживаться не может.

в) Для дальнейшего осмотра большими пальцами рук, расположенными параллельно по обеим сторонам заднепроходного отверстия на расстоянии 2–2,5 см, раздвигают ягодичные мышцы и растягивают анальное отверстие. В норме заднепроходное отверстие закрыто; при слабости сфинктеров, которая, наряду с различными другими причинами, может быть обусловлена половыми сношениями через прямую кишку, заднепроходное отверстие зияет в большей или меньшей степени.

Осматривают видимую часть слизистой прямой кишки. Отмечается окраска слизистой прямой кишки (бледно-розовая, розовая, красноватая, красная, багрово-красная, багрово-синюшная), так как для половых актов через задний проход, характерно раздражение слизистой прямой кишки, причем степень ее зависит от частоты совершения половых актов и ряда других причин, возникающих вследствие мужеложства — внесения инфекции (гонорейный проктит и т. д.). В ряде случаев у лиц, с которыми совершается акт мужеложства, отмечаются свежие повреждения в области заднепроходного отверстия и на слизистой прямой кишки в виде кровоподтеков, трещин, ссадин или ран. При наличии таких повреждений описывают их характер, форму и расположение.

**52.** Осмотр слизистой прямой кишки следует начинать с так называемой переходной складки (границы слизистой и кожи анальной области) с целью выявления продольных трещин, ссадин, разрывов.

Наиболее частыми повреждениями являются трещины, которые, как правило, располагаются продольно между складками слизистой на передней и частично на боковых стенках прямой кишки. Заживают они быстро (особенно у детей), примерно, через 3–5 дней.

Ссадины, расположенные на вершинах складок слизистой, характерны для действия твердого предмета, конец которого образует грань. Такой

предмет при введении в прямую кишку как бы соскабливает складки слизистой. Половой член подобных повреждений на слизистой не образует.

В ряде случаев наблюдаются ссадины овальной формы, захватывающие всю слизистую: вершину складок и пространство между ними (преимущественно — у детей, с которыми совершен акт мужеложства).

На слизистой прямой кишки могут встречаться разрывы с завернутыми внутрь краями, имеющие вид прямых углов, одна из сторон которых располагается поперечно по отношению к прямой кишке, а другая имеет продольное направление. Такие повреждения характерны для насильственного введения полового члена в прямую кишку без предварительного смазывания веществами, уменьшающими трение (вазелин и т. п.).

*Примечание.* Исследование слизистой прямой кишки с помощью ректоскопа может производить судебно-медицинский эксперт, владеющий этой методикой, или соответствующий специалист.

Для целей судебно-медицинской экспертизы ректоскопическое исследование производится на глубину, не превышающую 10 см.

**53.** Для обследования наружного и внутреннего сфинктеров прямой кишки освидетельствуемому в коленно-локтевом положении и прямую кишку вводят указательный палец (резиновую перчатку смазывают вазелином). Сфинктер, обладающий хорошим тонусом, плотно охватывает введенный палец (симптом кольца), расслабленный сфинктер охватывает палец слабо, допуская в ряде случаев движения пальца в вертикальной плоскости. Следует помнить о возможности искусственного («волевого») сокращения сфинктера (см. примечание п. 52).

**54.** В свежих случаях, когда пассивный партнер или потерпевший после сношения в задний проход не имел акта дефекации, берут ватным тампоном содержимое из прямой кишки и делают мазки.

Мазки высушивают при комнатной температуре и исследуют после окрашивания фуксином. При не обнаружении сперматозоидов в мазках, надлежит исследовать тампон. Мазки и тампон эксперт изучает сам или направляет их в судебно-биологическое отделение судебно-медицинской лаборатории.

Если тампон немедленно передается для исследования в судебно-медицинскую лабораторию, его помещают в пробирку, если же он будет исследован лишь через некоторый срок, его предварительно высушивают при комнатной температуре.

*Примечание.* Для приготовления тампона между браншами хирургического пинцета зажимают край кусочка ваты, оставшуюся часть ваты несколько раз заворачивают вокруг конца пинцета. Тампон вводят в прямую кишку примерно на 3–5 см (не глубже) и циркулярным движением, с некоторым нажимом, обтирают слизистую прямой кишки (для того, чтобы расправить карманы слизистой, в которых скапливается сперма), затем извлекают и делают 5–6 мазков на предметных стеклах.

**55.** В свежих случаях в области заднего прохода и промежности пассивного партнера (или потерпевшего) могут находиться приставшие лобковые волосы активного партнера, следы засохшей спермы. Их следует

изъять и направить для исследования в судебно-биологическое отделение судебно-медицинской лаборатории.

**56.** Единичные акты мужеложства, как правило не оставляют стойких изменений в области заднего прохода и прямой кишки (исключения составляют только случаи, сопровождающиеся значительными повреждениями, после заживления которых остаются рубцы). Поверхностные повреждения слизистой и кожных покровов, возникающие в области заднего прохода и слизистой прямой кишки обычно проходят бесследно.

**57.** Для лиц, систематически совершающих акты мужеложства в качестве пассивных партнеров характерны следующие изменения в области заднего прохода и прямой кишки: воронкообразная втянутость, зияние заднепроходного отверстия, сглаженность лучеобразных складок в окружности заднепроходного отверстия и слизистой прямой кишки, расслабление сфинктеров и багрово-красная с синюшным оттенком окраска слизистой прямой кишки.

Степень интенсивности и проявления этих признаков может быть различной, часть из них вообще может отсутствовать.

**58.** На одежде пассивного партнера (потерпевшего) могут находиться следы спермы, кала. Если есть основания полагать, что они возникли при акте мужеложства, то одежду нужно исследовать в судебно-гистологическом отделении судебно-медицинской лаборатории с целью установления групповой принадлежности спермы (которая может происходить от активного партнера), выявления частиц кала в пятнах спермы.

**59.** В случаях расследования по поводу развратных действий в отношении несовершеннолетних, экспертиза производится так, как указано в этом разделе, причем обращается внимание на повреждения и изменения в области половых органов и заднего прохода.

## **УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СОВЕРШЕНИЕ НАСИЛЬСТВЕННОГО ПОЛОВОГО АКТА**

Судебно-медицинская экспертиза подозреваемого в изнасиловании:

**60.** Судебно-медицинская экспертиза лица, подозреваемого в совершении изнасилования, должна производиться в максимально короткие сроки от момента происшествия.

**61.** При осмотре одежды обращают внимание на повреждения (разрывы, отсутствие пуговиц и т. п.), загрязнения (землей, глиной, известью, травой и т. д.). пятна, подозрительные на кровь, кал, слюну и пр., а также на наличие на одежде волос, волокон тканей (которые могут принадлежать потерпевшей), фиксируя в заключении эксперта необходимые данные.

*Примечание.* В случаях изнасилования загрязнения одежды обычно имеют характерную локализацию: в области коленных суставов спереди, задней поверхности локтевых суставов и предплечий, носков обуви. Загрязнения одежды иногда могут указывать на пребывание свидетелеваемого в определенном месте, что в совокупности с показаниями потерпевшей и объективными обстоятельствами дела, может иметь значение.

**62.** Предметы одежды освидетельствуемого с пятнами, подозрительными на кровь и пр., должны изыматься следователем и направляться на исследование в судебно-биологическое отделение судебно-медицинской лаборатории для решения вопросов о наличии крови, ее видовой и групповой принадлежности. При наличии в лаборатории подготовленного специалиста может производиться исследование крови на половую принадлежность.

Следует иметь в виду, что хотя обычно обнаружение спермы на одежде мужчин, подозреваемых в изнасиловании, не является доказательным, однако на одежде лица, подозреваемого в групповом изнасиловании, сперма может происходить от другого участника изнасилования, вследствие чего определение групповой принадлежности спермы в таких случаях приобретает значение.

**63.** Производится обследование физического состояния освидетельствуемого для установления его развития, силы, степени выраженности вторичных половых признаков и других данных, имеющих значение для дела.

**64.** В случаях изнасилования, сопровождающихся активным физическим сопротивлением потерпевшей, на теле насильника возникают повреждения в виде разнообразных ссадин и кровоподтеков, располагающихся на лице (губах, языке), шее, руках, коленных и локтевых суставах. Характерные повреждения остаются от ногтей пальцев рук, от зубов.

На половых органах и в области лобка могут быть обнаружены: повреждения на головке и крайней плоти полового члена (разрывы уздечки, свежие кровоподтеки и ссадины); следы крови (чаще всего остаются в области уздечки), свободно лежащие волосы. Найденные волосы должны быть изъяты и направлены в судебно-биологическое отделение судебно-медицинской лаборатории бюро судебно-медицинской экспертизы для сравнительного исследования с волосами самого освидетельствуемого и потерпевшей.

При наличии в судебно-биологическом отделении эксперта, имеющего необходимую подготовку и опыт, может быть произведено исследование материала с полового члена на вагинальные клетки и на групповую принадлежность вагинального отделяемого.

Под ногтями подозреваемого может находиться кровь, волокна материала одежды потерпевшей, поэтому содержимое из-под ногтей направляют в судебно-биологическое отделение судебно-медицинской лаборатории; последняя при обнаружении волокон одежды через следователя посылает их в соответствующую научно-исследовательскую лабораторию судебных экспертиз; туда же можно направлять волокна одежды, изъятые с полового члена подозреваемого.

**65.** При осмотре головки и крайней плоти полового члена обращают внимание на состояние их эпителиальных покровов. Наличие отложений спермы в препуциальном мешке может указывать на то, что освидетельствуемый в ближайшее перед осмотром время полного полового акта, с введением члена во влагалище, не совершал.

**66.** Обнаруженные на теле и одежде повреждения и особенности описывают с указанием их локализации, характера, размеров, цвета и пр. В отношении повреждений на теле, кроме того, решают вопрос о времени и механизме их возникновения.

## **ТЕМА 2**

### **ПРАВИЛА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

#### **I. Общая часть**

**1.** Судебно-медицинская акушерско-гинекологическая экспертиза производится на основании постановления следователя, дознавателя.

**2.** Эффективность результатов этой экспертизы тем выше, чем ранее после происшествия она производится, поэтому в некоторых случаях, когда в силу сложившихся обстоятельств (отдаленность района происшествия от органов дознания, следственных или судебных учреждений и т. д.) своевременное получение постановления о производстве экспертизы невозможно, медицинское обследование потерпевших с подробным описанием всех выявленных объективных данных может, в порядке исключения, производиться по заявлению самих потерпевших, а также родителей, законных представителей несовершеннолетних и других лиц, о чем судебно-медицинский эксперт должен немедленно поставить в известность органы следствия (дознания).

В этих случаях «Заключение эксперта» составляется на основании результатов проведенного обследования после получения постановления о назначении экспертизы.

**3.** Судебно-медицинская акушерско-гинекологическая экспертиза может производиться комиссионно — совместно с акушером-гинекологом. Если при экспертизе по поводу половых состояний требуются иные специальные медицинские познания, то в состав экспертной комиссии включаются соответствующие специалисты.

При проведении экспертизы одним судебно-медицинским экспертом, она осуществляется в присутствии работающего с экспертом среднего медицинского работника.

**4.** Исследование наружных и внутренних половых органов освидетельствуемой должно производиться на гинекологическом кресле.

**5.** При проведении экспертизы используются: тазомер, мягкая измерительная лента, зеркала Куско, циркулеобразный гименометр, хирургические пинцеты, пуговчатый зонд, закупоренные пробирки со стерильными марлевыми тампонами, укрепленными на деревянных стержнях, стерильные марлевые салфетки.

**6.** Изъятие и направление материалов для лабораторного исследования (содержимое наружного зева шейки матки, влагалища, отделяемое молочных желез и др.) в процессе проведения экспертизы осуществляется судебно-медицинским экспертом. Изъятые материалы направляются в судебно-биологическую лабораторию управления Службы с сопроводительным документом судебно-медицинского эксперта, упакованные соответствующим образом и в опечатанном виде.

Данные лабораторных исследований вносятся в исследовательскую часть «Заключения эксперта» и используются при составлении выводов.

**7.** Для исключения возможного заражения болезнями, передающимися половым путем, судебно-медицинский эксперт направляет освидетельствуемую на обследование в кожно-венерологический диспансер. Результаты обследования должны быть сообщены в письменной форме судебно-медицинскому эксперту, по направлению которого производилось исследование.

При составлении выводов эксперт использует полученные данные.

**8.** Перед производством экспертизы судебно-медицинский эксперт обязан установить личность свидетельствуемой путем проверки паспорта или иного, заменяющего его, документа с фотографией.

При отсутствии надлежащего документа с фотографией личность свидетельствуемой удостоверяется представителем органов следствия (дознания), доставившим ее на экспертизу, о чем делается соответствующая отметка в заключении эксперта.

Во всех остальных случаях свидетельствуемая должна быть сфотографирована, фотографии наклеиваются на оба экземпляра «Заключения эксперта».

Экспертиза лиц, не достигших возраста 16 лет, производится при предъявлении паспорта (свидетельства о рождении), в присутствии родителей, заменяющих их взрослых или педагога.

**9.** Для выяснения обстоятельств происшествия надлежит вначале выслушать рассказ свидетельствуемой, а затем уточнить детали путем расспроса.

К рассказу детей необходимо подходить осторожно, записывая его по возможности дословно, оценивать сведения, полученные от детей, следует критически.

**10.** Предметы одежды, находившиеся на потерпевшей в момент происшествия, на которых могут находиться следы спермы, крови, направляются на исследование в судебно-биологическую лабораторию управления Службы представителями органов следствия (дознания), по постановлению которых производится экспертиза.

В тех случаях, когда одежда не была предварительно изъята, а экспертиза производится в отсутствие представителя указанных органов, судебно-медицинский эксперт обязан немедленно поставить его в известность о необходимости изъятия одежды и направления ее на исследование. Свидетельствуемую в этих случаях предупреждают, чтобы она сохранила одежду и не стирала ее.

11. «Заключение эксперта» при производстве судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы состоит из 3-х частей: вводной части, исследовательской части и заключительной части.

**I. Во вводной** части заключения эксперта указываются:

- 1) порядковый номер, час, число, месяц и год производства экспертизы;
- 2) основания, по которым производится экспертиза;
- 3) место производства и условия проведения экспертизы (в частности, освещение — естественное, искусственное, достаточное, недостаточное);
- 4) должность, специальность, ученая степень, ученое звание, фамилия и инициалы эксперта (ов), производящего (их) экспертизу;
- 5) должности, фамилии, инициалы лиц, присутствующих при проведении экспертизы;
- 6) фамилия, имя, отчество свидетельствуемой, дата рождения, семейное положение, образование, профессия, место работы и место жительства, когда и кем выдан документ, удостоверяющий личность, его номер;
- 7) вопросы, подлежащие разрешению;
- 8) обстоятельства дела с изложением:

— кратких сведений, относящихся к происшествию, как со слов свидетельствуемой, так и на основании данных постановления о проведении экспертизы и других материалов предварительного следствия. Если к моменту проведения экспертизы необходимые следственные материалы не представлены, то судебно-медицинский эксперт затребует их от соответствующих органов; при этом экспертиза производится сразу, а «Заключение эксперта» представляется судебно-следственным органам по получении требовавшихся материалов;

— данных медицинских документов с указанием их даты и номеров в случае, если свидетельствуемая до настоящей экспертизы обращалась в лечебные учреждения или к отдельным специалистам;

— жалоб свидетельствуемой;

— специального анамнеза, в котором отражаются: а) время наступления, характер и длительность менструаций, продолжительность менструального цикла, дата первого дня последней менструации; б) половая жизнь, в том числе время последнего полового сношения; в) беременности: количество, течение; аборт; роды: количество, течение; послеродовые заболевания; выделения; г) перенесенные операции; болезни (в том числе менингит, энцефалит, сифилис, туберкулез и др.).

*Примечание.* При выяснении этих сведений, так же, как и в последующем, при составлении исследовательской части заключения, эксперт руководствуется возрастом свидетельствуемой, характером экспертизы и вносит в документ только соответствующие данные.

**II. В исследовательской** части «Заключения эксперта» отражаются данные объективного обследования, полученные экспертом при освидетельствовании:

1) общее развитие освидетельствуемой: телосложение, питание, рост, пороки общего развития и т. д.;

2) вторичные половые признаки: степень развития молочных желез — размеры, форма, упругость, состояние околососковых кружков и сосков, их окраска, отсутствие или наличие отделяемого из молочных желез; характер и степень оволосения в подмышечных впадинах, на лобке и больших половых губах;

3) состояние наружных половых органов: правильность их формирования (уродства), особенности формы и величины половых губ и клитора, состояние и цвет слизистых оболочек; состояние наружного отверстия мочеиспускательного канала; выделения и их характер;

4) состояние девственной плевы: форма (кольцевидная, полулунная и т. д.), высота (ширина), толщина, консистенция (мясистая, плотная), характер свободного края (тонкий, толстый, зубчатый, гладкий, лоскутный и т. д.), размер (диаметр) и форма отверстия (круглое, овальное, щелевидное), растяжимость плевы, при нескольких отверстиях — их количество и характер перегородок, естественные выемки плевы — характер, цвет и плотность их краев, глубина, место расположения, симметричность расположения и их отношение к столбам складок влагалища, наличие, характер и расположение повреждений; наличие кольца сокращения при введении кончика пальца, состояние внутренних половых органов.

*Примечание.* При судебно-медицинском исследовании девственной плевы пользуются следующим приемом: указательными и большим пальцами обеих рук захватывают у основания больших губ кожу с подкожной клетчаткой и натягивают ее кпереди, в стороны и книзу. При этом хорошо видна вся девственная плева в растянутом состоянии и ее свободный край.

5) повреждения на теле: особое внимание обращается на наличие, локализацию, размеры, форму, цвет и характер повреждений (например, ссадин полулунной формы от действия ногтей, кровоподтеков от давления пальцами и пр.) в области лица, шеи, молочных желез, наружных половых органов, внутренних поверхностей бедер и голеней;

6) в случае изъятия каких-либо материалов для лабораторного исследования (мазков из наружного зева шейки матки и влагалища, выделений и т. п.) это обстоятельство отмечается в заключении эксперта с указанием, что именно и откуда изъято, куда и с какой целью направлено.

**III. Заключительная часть** «Заключения эксперта» составляется с учетом вопросов, подлежащих разрешению, на основе объективных данных, полученных при производстве экспертизы, и результатов лабораторных исследований. Если при производстве экспертизы экспертом (экспертами) установлены обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых ему (им) не были поставлены вопросы, он (они) вправе указать на них в заключении.

**IV. «Заключение эксперта»** должно быть при необходимости, иллюстрировано фотографиями, фиксирующими повреждения на теле и т. п.

*Примечание.* Фотографирование может производиться только с согласия потерпевшей, лицом, имеющим медицинское образование.

**12.** «Заключение эксперта» составляют не менее чем в двух экземплярах, один из которых передают в установленном порядке лицу или органу, назначившему экспертизу, а другой остается на хранении в архивах экспертных подразделений (управлений) Государственной службы медицинских судебных экспертиз (далее Служба).

Выдача заключения эксперта на руки, свидетельствуемой или иным лицам, кроме представителей указанных органов, запрещается.

## **II. СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ**

**13.** Судебно-медицинская акушерско-гинекологическая экспертиза производится для установления:

- 1) нарушения девственности;
- 2) признаков, характеризующих совершение полового акта;
- 3) признаков, характеризующих совершение развратных действий;
- 4) способности к совокуплению и к зачатию;
- 5) беременности и бывших родов;
- 6) связи прерывания беременности с травмой;
- 7) искусственного прерывания беременности;
- 8) пола.

### **Установление нарушения девственности**

**14.** При решении вопроса о половой неприкосновенности свидетельствуемой, ранее не жившей половой жизнью, эксперт устанавливает факт целости девственной плевы, а при ее нарушении, если это возможно, и давность последнего.

*Примечание.* Ориентировочные сроки заживления девственной плевы (зависят от ее свойств): для низкой, тонкой плевы он равен 6–9 дням, для высокой, мясистой — 10–14 дням; в случае повторной травматизации плевы, инфицировании и т. п. заживление может затягиваться до 18–20 дней. В более поздние сроки определить давность нарушения девственной плевы, как правило, не представляется возможным, о чем и указывается в заключении.

**15.** В отношении девственной плевы необходимо описать: ее расположение, форму, высоту (ширину), толщину, консистенцию, характер свободного края, размер (диаметр) и форму отверстия, растяжимость, количество отверстий, наличие перегородок, наличие естественных выемок, наличие кольца сокращения.

В случае обнаружения повреждений девственной плевы, описывают их количество, локализацию, форму и характер краев разрывов (кровоточащие, гранулирующие, рубцующиеся, зарубцевавшиеся), глубину разрывов (доходит до половины высоты (ширины) плевы, до ее основания и т. д.), цвет их поверхности, плотность краев разрывов, наличие кровоизлияний в толщу плевы.

Для точного обозначения места разрывов и других повреждений, а также естественных выемок, принято условно отмечать их расположение, применительно к окружности, разделенной на 12 равных частей (по аналогии с циферблатом часов).

При целости девственной плевы отмечается, не имеет ли она строения, допускающего совершение полового акта без ее нарушения (растяжимая, низкая — в виде каемки или валика и т. д.), устанавливается размер (диаметр) отверстия и характер краев, а также указывается наличие или отсутствие кольца сокращения.

**16.** Помимо исследования девственной плевы, следует обращать внимание на состояние больших и малых половых губ, клитора, наружного отверстия мочеиспускательного канала, состояние уздечки и ладьевидной ямки, глубину и ширину входа во влагалище, характер слизистой оболочки влагалища, наличие или отсутствие воспалительного процесса и других болезненных состояний, характер выделений из половых органов.

При необходимости установления возможного наличия сперматозоидов содержимое влагалища и наружного зева шейки матки, взятое с соблюдением мер предосторожности во избежание нарушения целости неповрежденной девственной плевы, направляется в судебно-биологическую лабораторию управления Службы.

**17.** Подробно описываются также имеющиеся телесные повреждения. В заключении указывают давность причинения повреждений, механизм возникновения, квалификацию их тяжести.

Установление признаков, характеризующих совершение полового акта (экспертиза по поводу изнасилования)

**18.** В обязанности судебно-медицинского эксперта при проведении этой экспертизы входит выявление объективных данных, свидетельствующих о бывшем половом сношении, а также установление повреждений на теле (в частности, на половых органах, на бедрах и т. д.), характеризующих совершение полового акта или попытку к нему.

**19.** При экспертизе по поводу насильственного полового акта или попытки к нему устанавливаются: целость или нарушение девственной плевы и давность нарушения (если это возможно), расположение разрывов, их количество и характер состояния краев разрывов и цвет их поверхности, плотность краев.

**20.** При установлении нарушения целости девственной плевы и его давности определяется также возможный механизм образования обнаруженных повреждений, например, причинение их напряженным половым членом, пальцем или каким-либо другим тупым предметом; колюще-режущим, предметом и т. п.

**21.** При свежих повреждениях девственной плевы исследование матки и придатков через влагалище не допускается, оно может быть произведено лишь после заживления плевы, не ранее чем через 10–12 дней после совершения полового акта, причем, во избежание нанесения дополнительных

повреждений девственной плевы, осмотр надлежит производить при помощи маленького зеркала Куско и осторожного двуручного исследования.

**22.** Когда у освидетельствуемой целость девственной плевы не нарушена, выясняют возможность совершения полового акта без ее повреждений (особенности строения девственной плевы и ее растяжимость), отмечают размеры (диаметр) отверстий, характер края, наличие или отсутствие кольца сокращения. В заключении в этих случаях указывают, что строение действительной плевы допускает совершение полового акта без нарушения ее целости.

**23.** В тех случаях, когда половое сношение не сопровождалось нарушением целости девственной плевы, исследование внутренних половых органов для установления состояния матки и придатков, наличия беременности и т. п. производится не через влагалище, а через прямую кишку.

**24.** У женщин, живущих половой жизнью, устанавливают наличие повреждений половых органов и других телесных повреждений, характеризующих насильственное совершение полового акта, а также определяют общее состояние половых органов. Осмотр производится при помощи зеркала Куско и двуручного исследования внутренних половых органов.

**25.** Содержимое влагалища и наружного зева шейки матки направляют в судебно-биологическую лабораторию для определения наличия сперматозоидов и групповой принадлежности спермы.

**26.** Если требуется определить наличие сперматозоидов и групповую принадлежность спермы, содержимое влагалища берут на стерильный марлевый тампон, укрепленный на деревянном стержне или на пинцете, обтирая им стенки влагалища, особенно тщательно — задний и боковые своды. Если тампон немедленно передается для исследования в судебно-медицинскую лабораторию, его помещают в пробирку, отверстие ее закупоривают пробкой и делают соответствующую надпись.

В случае если тампон будет исследован лишь через некоторый срок, марлю снимают со стержня и высушивают при комнатной температуре без доступа прямых солнечных лучей, а затем упаковывают, подписывают и направляют в лабораторию. В обоих случаях прилагают образец чистой марли (от того же куска, из которого был сделан тампон) для контроля.

**27.** При проведении экспертизы по поводу изнасилования, в тех случаях, когда в этом возникает необходимость, надлежит также исследовать задний проход свидетельствуемой. Осмотр производят на жесткой кушетке при коленно-локтевом положении освидетельствуемой. Ягодицы разводят руками так, чтобы была видна слизистая оболочка прямой кишки. Обращают внимание на свежие повреждения в области заднепроходного отверстия и на слизистой прямой кишки в виде кровоподтеков, ссадин, трещин или ран. Обнаружив такие повреждения, их описывают с указанием характера, формы и локализации.

Обращают внимание на возможное наличие рубцов, форму заднего прохода (в виде небольшого углубления, широкой или втянутой воронки и пр.),

выраженность лучистых складок кожи вокруг заднепроходного отверстия, наличие зияния; определяют тонус сфинктеров (путем введения в прямую кишку пальца, смазанного вазелином). Особое внимание уделяют наличию ректальной гонореи.

**28.** При систематических половых сношениях через задний проход возникают следующие характерные изменения в области заднего прохода и прямой кишки: воронкообразная втянутость, зияние заднепроходного отверстия, сглаженность складок в области заднепроходного отверстия и слизистой прямой кишки, багрово-красный цвет слизистой с синюшным оттенком, расслабление сфинктеров, дряблость и вялость слизистой прямой кишки, расширение ампулярной части прямой кишки, выпадение слоев слизистой прямой кишки и т. п.

**29.** Следует иметь в виду, что область заднего прохода может и в норме иметь вид узкой или широкой воронки, которая в таких случаях образуется за счет слизистой оболочки. Если воронкообразная втянутость произошла вследствие систематических сношений через задний проход, то стенка воронки состоит из кожи и слизистой заднепроходного отверстия. Нужно помнить также, что многие из перечисленных признаков могут появиться в результате расстройств деятельности кишечника, в том числе запоров, поносов.

*Примечание.* Если нужно произвести исследование при помощи ректоскопа, освидетельствуемую направляют в учреждение, где имеется специалист, владеющий этим методом исследования.

**30.** В свежих случаях, когда потерпевшая после полового сношения через задний проход не имела акта дефекации, необходимо взять мазки из прямой кишки для выявления сперматозоидов. Между браншами хирургического пинцета зажимают край кусочка ваты, оставшуюся часть ваты несколько раз заворачивают вокруг конца пинцета. Тампон вводят в прямую кишку на глубину 3–5 см и циркулярным движением обтирают слизистую прямой кишки. Извлеченный тампон высушивают и направляют в судебно-биологическую лабораторию управления Службы.

## **УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СОВЕРШЕНИЕ РАЗВРАТНЫХ ДЕЙСТВИЙ**

**31.** Проявление развратных действий носит разнообразный характер. Признаками развратных действий являются: покраснение слизистой оболочки наружных половых органов, надрывы и разрывы девственной плевы; кровоизлияния в толщу, по краю или у основания ее; трещины, надрывы, ссадины и кровоизлияния на слизистой оболочке наружных половых органов, в частности, в области малых половых губ, клитора, наружного отверстия мочеиспускательного канала; различные повреждения в области лобка, промежности, заднего прохода и т. д.

*Примечание.* Если при освидетельствовании обнаружено только покраснение слизистой оболочки наружных половых органов, то необходимо осмотреть освидетельствуемую вторично через 3–5 дней. Покраснение, возникшее в результате однократного совершения развратных действий, а не от неопрятного содержания, глистной инвазии и т. д. должно за этот срок исчезнуть.

**32.** Необходимо обращать особое внимание на состояние ладьевидной ямки и задней спайки, так как при систематически совершаемых развратных действиях эти области подвергаются механическому воздействию (давлению), в результате чего могут образоваться: зияние половой щели, воронкообразное углубление в области промежности, атрофия кожи в области промежности, задней спайки и ладьевидной ямки. Все эти признаки надо учитывать в совокупности, так как некоторые из них могут наблюдаться и вне связи с развратными действиями.

**33.** Большое доказательное значение при этой экспертизе имеет обнаружение спермы на половых органах, в окружности их, а также на теле свидетельствуемой или ее одежде.

В этих случаях следует направлять в судебно-медицинскую лабораторию не только содержимое влагалища (или преддверия влагалища), но и следы засохшей жидкости, подозрительной на сперму, с других участков тела свидетельствуемой.

**34.** Для исключения заражения заболеваниями, передающимися половым путем освидетельствуемую направляют в кожно-венерологический диспансер. Обнаружение этих заболеваний при экспертизе по поводу развратных действий может иметь известное значение, хотя не следует упускать из виду возможности вне полового заражения.

### **Установление способности к совокуплению и зачатию**

**35.** Эта экспертиза производится по делам о расторжении брака, в случаях, когда женщина, неспособная к зачатию, выдает себя за мать чужого ребенка, а также при определении степени тяжести телесных повреждений, когда возникает вопрос о потере производительной способности.

**36.** При решении вопроса о способности к совокуплению эксперт должен выяснить, нет ли дефектов развития половых органов (короткое влагалище, его аплазия или атрезия, врожденные или приобретенные сужения, опухоли и пр.) или вагинизма.

**37.** При установлении способности к зачатию следует учитывать возраст свидетельствуемой, анатомо-физиологические особенности; наличие гинекологических заболеваний (эндометрит, опухоли, неправильное положение матки и т. д.), гормональных нарушений, хронических инфекций и интоксикаций, лучевых воздействий и т. д.

В затруднительных случаях направляют освидетельствуемую на стационарное обследование.

Если экспертиза производится по бракоразводному делу, необходимо освидетельствовать и мужа обследуемой женщины с целью установления его половой способности.

## УСТАНОВЛЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И БЫВШИХ РОДОВ

**38.** При судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизе по поводу наличия беременности и ее срока, определения бывших родов или послеродового периода, устанавливаются:

- а) наличие беременности и ее срок;
- б) давность бывших родов или выкидыша;
- в) наличие или отсутствие отклонений от нормального течения беременности, послеродового периода;
- г) наличие заболеваний (в том числе заболеваний половых органов), способных вызвать прерывание беременности.

**39.** При опросе свидетельствуемой выясняют и фиксируют в заключении эксперта дату первого дня последней бывшей и первой ожидавшейся, но не наступившей менструации; при недавнем начале половой жизни — дату первого полового сношения.

**40.** При решении вопроса об имеющейся в настоящее время и бывших в прошлом беременностях, производится осмотр и описание молочных желез, живота, наружных и внутренних половых органов, промежности.

**41.** При осмотре наружных половых органов устанавливается состояние половой щели (закрыта, зияет), промежности (наличие или отсутствие разрывов, их давность, степень и т. д.), наличие или отсутствие «ямки материнства» (признак Снегирева-Губарева), состояние слизистой наружных половых органов (цвет, набухание, повреждения), уздечки губ, задней спайки губ, девственной плевы (сохранена ли ее непрерывность у основания или она имеет вид бородавчатых мясистых возвышений — «миртовидных сосочков»); состояние входа во влагалище (узкий, способный к сокращению, широкий, зияющий); отсутствие или наличие выделений (характер, количество).

**42.** При внутреннем (влагалищном) исследовании устанавливается:

- а) состояние влагалища и его стенок (узкое с выраженными складками, широкое с гладкими стенками и т. п.);
- б) состояние шейки матки — форма, величина, плотность, наличие или отсутствие эрозий, форма и состояние наружного зева (круглый, щелевидный, закрыт, зияет);
- в) состояние тела матки: положение (антефлексио-версио, антефлексио или гиперантефлексио, ретро-версиофлексио); поверхность (гладкая, бугристая); величина; консистенция (плотная, тестоватая, мягкая); подвижность, чувствительность;
- г) состояние придатков;
- д) наличие и характер выделений.

**43.** При наличии беременности определяется срок ее, а также устанавливается, является ли она первичной или повторной.

В сомнительных случаях или при раннем сроке беременности, судебно-медицинский эксперт направляет освидетельствуемую в акушерско-гинекологические медицинские учреждения.

**44.** В более поздние сроки беременности (вторая половина) необходимо:

а) измерить размеры таза (тазомером) и расстояния от лобка до пупка, от лобка до дна матки, от лобка до мечевидного отростка, а также окружность живота на уровне пупка (измерительной лентой);

б) установить следующие данные о плоде: положение (продольное, поперечное, косое); предлежащую часть (головка ягодичи); высоту стояния предлежащей части над входом (высоко, низко); ее подвижность (баллотирует, подвижна, прижата, вставлена); плотность предлежащей части;

в) определить наличие маточного шума, шевеление плода;

г) сердцебиение плода (прослушивается ясно, глухо; ритмичность, число ударов в 1 мин, не прослушивается); отметить место, где яснее всего прослушивается сердцебиение.

**45.** При родах, происходивших в медицинских учреждениях, судебно-медицинский эксперт устанавливает давность родов по медицинским документам: истории родов, истории развития новорожденного.

При внебольничных родах заключение может быть дано по состоянию родовых путей лишь в пределах двух-трех недель со времени родов, после этого срока установление давности родов представляет большие трудности, особенно у повторнородящих (у них может не быть свежих разрывов шейки матки и в области промежности, а матка может сокращаться замедленно в связи с инфекцией).

**46.** При установлении продолжительности беременности судебно-медицинский эксперт должен стремиться установить:

а) дату первого полового сношения — при недавнем начале половой жизни;

б) дату первого дня последней бывшей и первой ожидавшейся, но не наступившей менструаций, причем весь цикл исчисляется в днях;

в) дату овуляции и возможного оптимального срока зачатия;

г) дату первых движений плода,

д) дату родов.

Нормальная продолжительность человеческой беременности обычно равна 280 дням (40 недель, 10 лунных или 9 календарных месяцев).

**47.** При суждении о бывшей или имеющейся беременности и ее сроке, а также о давности родов, следует направлять на исследование отделяемое молочных желез, для определения его морфологического состава (наличие молозивных телец, жировых шариков, лейкоцитов и т. д.). Секрет молочных желез получают путем осторожного надавливания на молочные железы и околососковые кружки; из выделившегося содержимого изготавливают мазки на предметных стеклах. После высыхания мазков стекла упаковывают, надписывают и направляют для цитологического исследования в судебно-биологическую лабораторию.

## **УСТАНОВЛЕНИЕ СВЯЗИ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ С ТРАВМОЙ**

**48.** При проведении экспертизы по установлению связи прерывания беременности с травмой, судебно-медицинский эксперт должен собрать анамнез со слов свидетельствуемой, освидетельствовать ее, изучить подлинные медицинские документы из женской консультации, лечебных и родовспомогательных учреждений, куда обращалась свидетельствуемая до настоящей беременности и во время беременности, до и после травмы.

**49.** Из опроса свидетельствуемой и представленных медицинских документов эксперт должен выяснить:

а) когда, чем и по каким частям тела были нанесены удары, падала ли освидетельствуемая и какими частями тела ударилась при падении (резко села на ягодицы, упала на живот и т. д.);

б) через какой промежуток времени (уточнить в днях и часах) появились симптомы угрожающего выкидыша или преждевременных родов и в чем они выражались (ноющие боли в пояснице и в нижней части живота, схваткообразные боли, появление выделений из половых органов в виде бесцветной или сукровичной жидкости, жидкой крови, сгустков и т. п.);

в) когда и где вышел плод, какой длины, веса;

г) имела ли ранее освидетельствуемая беременности, сколько, как они протекали и чем заканчивались (срочные роды, искусственный аборт, самопроизвольный выкидыш, в последнем случае — на каком месяце беременности);

д) болела ли свидетельствуемая перед настоящей беременностью и во время беременности инфекционными заболеваниями, заболеваниями эндокринной системы, воспалительными процессами в половых органах или другими женскими болезнями (недоразвитие, неправильное положение матки, киста яичника, фиброма и т. д.);

е) как протекала настоящая беременность, обращалась ли свидетельствуемая в женскую консультацию, не находилась ли до травмы в стационаре с целью сохранения беременности;

ж) результаты лабораторных исследований (определение резус-принадлежности, выявление инфекционных заболеваний половых органов).

**50.** После расспроса свидетельствуемой эксперт производит подробное судебно-медицинское освидетельствование, описывает повреждения на теле, с указанием их характера и локализации (отсутствие повреждений также должно быть отражено).

При гинекологическом осмотре особое внимание должно быть обращено на размеры, положение, подвижность матки, выяснение наличия или отсутствия спаек в околоматочной клетчатке, опухолей в матке или придатках, воспалительных изменений в половых органах.

**51.** При составлении заключения необходимо иметь в виду, что причиной прерывания беременности может явиться недоразвитие матки, вос-

палительные заболевания матки и придатков, привычный выкидыш (вследствие предшествовавших многочисленных абортов, перенесенных в период беременности инфекционных, эндокринных заболеваний, резус конфликта, токсоплазмоза и т. п.).

**52.** Прерывание беременности в первой ее половине у здоровых женщин от травмы почти невозможно (особенно до 10-недельного срока, когда матка находится в полости таза и надежно защищена от внешних механических воздействий). Более вероятна возможность прерывания беременности от значительной травмы во второй половине беременности, когда от сдавления живота, сильного удара в живот или в область половых органов, от резкого падения на ягодицы, возможен разрыв плодного пузыря или отслойка плаценты с последующим досрочным прерыванием беременности.

**53.** Если разрыв плодного пузыря или отслойка плаценты с отхождением околоплодных вод или маточным кровотечением возникли сразу же или вскоре после травмы у женщины с неотягощенным акушерским анамнезом (здоровой женщины), эксперт имеет основание для установления прямой связи между травмой и прерыванием беременности.

**54.** При определении степени тяжести телесных повреждений, причиненных беременной, следует учитывать наличие или отсутствие нарушения беременности:

а) если произошел выкидыш или преждевременные роды, то повреждение оценивается как тяжкое;

б) если имелись объективные симптомы угрожающего выкидыша (кровянистые выделения, возбудимость матки), появившиеся вскоре после травмы, но благодаря своевременной госпитализации беременность была сохранена, оценка степени тяжести телесного повреждения зависит от длительности срока лечения;

в) при отсутствии объективных признаков угрожающего выкидыша эксперт оценивает только степень тяжести самих телесных повреждений.

## **УСТАНОВЛЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (ЭКСПЕРТИЗА НЕЗАКОННОГО ПРОИЗВОДСТВА АБОРТА)**

**55.** Судебно-медицинский эксперт в таких случаях устанавливает:

а) была ли беременна свидетельствуемая?

б) произошел ли у нее аборт?

в) в каком сроке беременности произошел аборт?

г) был ли аборт самопроизвольным или вызван искусственно?

д) сколько времени прошло с момента производства аборта?

е) каким способом был произведен аборт?

ж) какой вред аборт причинил освидетельствуемой?

з) произведен аборт самой свидетельствуемой или посторонним лицом?

и) мог ли произойти аборт при обстоятельствах, указанных освидетельствуемой?

**56.** При решении вопроса о причинах аборта (искусственный, самопроизвольный) учитываются следующие анамнестические данные:

1) заболевания, перенесенные освидетельствуемой в прошлом и незадолго до начавшегося аборта (в частности, венерические);

2) количество беременностей, их течение и исход;

3) обстоятельства и время наступления аборта.

Если освидетельствуемая обращалась по поводу аборта в лечебные учреждения, судебно-медицинский эксперт должен изучить медицинские документы. Для исключения самопроизвольного аборта на почве токсоплазмоза или резус-конфликта следует производить необходимые лабораторные исследования в соответствующих медицинских учреждениях.

**57.** В процессе экспертизы производится акушерско-гинекологическое исследование с описанием состояния наружных половых органов, повреждений в области влагалища, шейки матки и шейного канала (ожоги, ссадины, разрывы, следы от наложения пулевых щипцов), имеющих следов от смазывания различными веществами и т. п.

Все обнаруженные повреждения описываются подробно, с указанием места их расположения, величины, формы, цвета и т. д.

**58.** Если при исследовании в половых органах обнаруживаются следы каких-либо посторонних жидкостей (мыльный раствор, йодная настойка, раствор марганцовокислого калия и т. д.), эксперт должен взять эту жидкость на тампон и, после высыхания, направить его в судебно-химическую лабораторию.

## УСТАНОВЛЕНИЕ ПОЛА

**59.** Судебно-медицинская экспертиза по установлению пола производится только экспертной комиссией с участием судебно-медицинского эксперта, акушера-гинеколога, эндокринолога, уролога и психиатра. Эта экспертиза назначается в случаях ошибочного установления пола при рождении, при бракоразводных делах, в случаях половых преступлений, половых извращений, оскорблений и т. д.

**60.** При определении пола необходимо выяснить следующее: 1) общее развитие субъекта (телосложение, строение скелета, форма и размеры таза); 2) развитие и особенности наружных и внутренних половых органов; 3) развитие и выраженность вторичных половых признаков, в том числе характер и особенности роста волос на голове, лице и половых органах; развитие гортани; тембр голоса; 4) наличие и характер полового влечения; 5) психическое развитие; 6) наличие и характер выделений из половых органов (семенная жидкость, менструальные выделения).

**61.** В тех случаях, когда для решения вопроса необходимо стационарное эндокринологическое обследование, исследуемое лицо направляют в соответствующее лечебное учреждение.

### **ТЕМА 3**

## **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ПОЛОВЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ**

Среди преступлений против жизни, здоровья, свободы и достоинства личности одними из наиболее социально опасных являются так называемые половые преступления. В это понятие вкладывается посягательство на половую неприкосновенность и половую свободу человека, на сложившиеся представления о половых отношениях и нравственности. Специальные статьи Уголовного кодекса Республики Беларусь (УК РБ) предусматривают ответственность за половые преступления. Это ст. ст. 166, 167, 168, 169, 170, 171, 171-1 УК РБ. При расследовании половых преступлений, касающихся самых интимных сторон жизни человека, возникает немало вопросов, для разрешения которых требуется проведение судебно-медицинской экспертизы. Прежде чем анализировать ее возможности в этом направлении, отметим ряд положений, указанных статей УК РБ, определяющих некоторые понятия, а тем самым и поводы для назначения экспертных исследований.

#### **Статья 166. Изнасилование**

1. Изнасилование, т. е. половое сношение вопреки воле потерпевшей с применением насилия или с угрозой его применения к женщине или ее близким с использованием беспомощного состояния потерпевшей,

— наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет или лишением свободы на срок от трех до семи лет.

2. Изнасилование, совершенное повторно, либо группой лиц, либо лицом, ранее совершившим действия, предусмотренные статьей 167 настоящего кодекса, либо изнасилование заведомо несовершеннолетней

— наказывается лишением свободы на срок от пяти до тринадцати лет.

3. Изнасилование заведомо малолетней или изнасилование, повлекшее по неосторожности смерть потерпевшей, либо причинение тяжких телесных повреждений, либо заражение ВИЧ-инфекцией, либо иные тяжкие последствия,

— наказывается лишением свободы на срок от восьми до пятнадцати лет.

Как видно из приведенного текста статьи 166 УК РБ объектом изнасилования всегда является лицо женского пола, причем об изнасиловании можно говорить лишь тогда, когда доказан факт бывшего полового сношения и установлено, что оно совершено без согласия потерпевшей, с помощью насилия или использования беспомощного состояния.

В литературе не имеется единого определения понятия полового сношения.

Так, М. И. Авдеев (1968) пишет, что половое сношение — это физиологический акт, направленный на продолжение рода и заключающийся во введе-

нии полового члена во влагалище. Все другие действия, производимые с целью удовлетворения половой потребности, не являются половым сношением.

Н. Г. Шалаев (1966) расширяет понятие полового акта. По мнению автора, которое нам представляется достаточно научно обоснованным и поэтому правильным, под естественным половым сношением следует понимать удовлетворение или попытку удовлетворения полового влечения путем введения полового члена не только во влагалище, но и в преддверье, даже в том случае, если оно не сопровождалось дефлорацией и семяизвержением. Половым сношением в извращенной форме является удовлетворение или попытка удовлетворения полового влечения путем введения полового члена в прямую кишку или рот лица женского пола.

Насилие, с помощью которого совершается половое сношение при изнасиловании, может быть физическим или психическим.

При физическом насилии на теле потерпевшей нередко остаются определенные знаки (следы ударов, связывания и других действий, направленных на преодоление сопротивления). Психическое насилие может быть в форме угроз, касающихся существенных интересов самой потерпевшей или близких ей лиц (угроза убийством, нанесением телесных повреждений, обезображиванием и т. д.)

Для определения бывшего полового сношения необходимы специальные судебно-медицинские исследования. Что же касается вопросов о примененном насилии и его виде, то они разрешаются следователем и судом на основании комплекса доказательств, среди которых немаловажное значение могут иметь данные, установленные экспертом (напр., о повреждениях на теле потерпевшей).

Беспомощное состояние, используемое с целью изнасилования, может характеризоваться физической или психической беспомощностью потерпевшей, т. е. когда она или не может оказать сопротивление насильнику вследствие сильной физической слабости (вызванной, например, болезнью, большой усталостью, потерей крови и т. д.), или ее психическое состояние было таким, что она не сознавала что с ней совершается половой акт (слабость, тяжелое опьянение, обморок и др.).

Беспомощное состояние, обусловленное физическими факторами, устанавливается судебно-медицинским экспертом, психическая беспомощность определяется в процессе психиатрической экспертизы.

Особо тяжкими последствиями изнасилования является смерть потерпевшей, ее самоубийство, расстройство душевной деятельности или причинение тяжкого телесного повреждения. В указанных случаях производятся соответствующие судебно-медицинские или судебно-психиатрические (при расстройстве психической деятельности) исследования.

При изнасиловании несовершеннолетней, когда отсутствуют документы, подтверждающие ее возраст, может возникнуть необходимость его определения, что является поводом для назначения судебно-медицинской экспертизы. Иногда требуется установить возраст и подозреваемого лица.

## **Статья 167. Насильственные действия сексуального характера**

1. Мужеложство, лесбиянство или иные действия сексуального характера, совершенные вопреки воле потерпевшего (потерпевшей) с применением насилия или с угрозой его применения либо с использованием беспомощного состояния потерпевшего (потерпевшей),

— наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет или лишением свободы на срок от трех до семи лет.

2. Те же действия, совершенные повторно, либо лицом, ранее совершившим изнасилование, либо группой лиц, либо в отношении заведомо несовершеннолетнего (несовершеннолетней)

— наказываются лишением свободы на срок от пяти до тринадцати лет.

3. Действия, предусмотренные частями первой и второй настоящей статьи, совершенные в отношении заведомо малолетнего (малолетней), либо повлекшее по неосторожности смерть потерпевшего (потерпевшей), либо причинение тяжких телесных повреждений, либо заражение ВИЧ-инфекцией, либо иные тяжкие последствия,

— наказываются лишением свободы на срок от восьми до пятнадцати лет.

Статья предусматривает наказание за добровольное половое сношение мужчины или женщины с лицом другого пола, не достигшим половой зрелости. Следовательно, одним из основных вопросов, которые требуют экспертного решения в соответствующих случаях, является вопрос о половой зрелости потерпевшего лица (мужского или женского пола). Только в случае не достижения им половой зрелости можно предполагать состав данного преступления.

Применительно к женскому организму под состоянием половой зрелости понимают окончательное формирование, когда половая жизнь, зачатие, роды, вскармливание ребенка являются нормальной функцией, не расстраивающей здоровья, и женщина способна к выполнению материнских обязанностей.

Применительно к мужскому организму половая зрелость характеризуется таким состоянием общего физического развития и формирования половых желез, при котором половая жизнь является физиологически нормальной функцией, не вызывает расстройства здоровья и не наносит ущерба дальнейшему развитию организма.

Очень четко определяет состояние половой зрелости Н. Г. Шалаев (1966). Он пишет, что под половой зрелостью следует понимать такой период в развитии нормально функционирующего организма мужчины или женщины, когда их половые железы способны вырабатывать половые клетки, а сами они могут без ущерба для здоровья вступить в половую связь и воспроизвести потомство.

## **Статья 168. Половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста.**

Половое сношение, мужеложство, лесбиянство или иные действия сексуального характера, совершенные лицом, достигшим восемнадцатилетне-

го возраста, с лицом, заведомо не достигшим шестнадцатилетнего возраста, при отсутствии признаков преступлений, предусмотряваемых статьями 166 и 167 настоящего Кодекса,

— наказывается ограничением свободы на срок от двух до четырех лет или лишением свободы на срок от двух до пяти лет.

### **Статья 169. Развратные действия**

1. Развратные действия, совершенные лицом, достигшим восемнадцатилетнего возраста, в отношении лица, заведомо не достигшего шестнадцатилетнего возраста, при отсутствии признаков преступлений, предусмотряваемых статьями 166, 167 и 168 настоящего Кодекса,

— наказывается арестом на срок от шести месяцев или лишением свободы на срок от одного до трех лет.

2. Те же действия, совершенные с применением насилия или с угрозой его применения,

— наказывается лишением свободы на срок от трех до шести лет.

Под развратными действиями понимаются различные способы удовлетворения полового влечения, не связанные с естественным или извращенным половым сношением, но производимые при участии или в присутствии несовершеннолетнего лица мужского или женского пола (прикосновение руками к половым органам, трение половым членом о половые органы или, например, о бедра девочки, совершение полового акта или онанизм в присутствии несовершеннолетнего, обучение половым извращениям, ознакомление с порнографической литературой и др.). В соответствующих случаях судебно-медицинскому эксперту предлагается определить наличие на теле потерпевшего физических знаков развратных действий (механических повреждений, воспалительных изменений). При отсутствии документов о возрасте может проводиться освидетельствование с целью его установления.

### **Статья 170. Понуждение к действиям сексуального характера**

1. Понуждение лица к половому сношению, мужеложству, лесбиянству или совершению иных действий сексуального характера путем шантажа, угрозы уничтожением, повреждением или изъятием имущества либо с использованием служебной материальной или иной зависимости потерпевшего (потерпевшей),

— наказывается ограничением свободы на срок до трех лет или лишением свободы на тот же срок.

2. То же действие, совершенное в отношении заведомо несовершеннолетнего (несовершеннолетней),

— наказывается лишением свободы на срок от трех до шести лет.

## **Статья 171. Использование занятия проституцией или создание условий для занятия проституцией**

1. Использование занятия проституцией другим лицом или предоставление с корыстной целью помещения (места) лицом, заведомо знавшим, что это помещение (место) будет использовано для занятия проституцией, или организация и (или) содержание притона для занятия проституцией при отсутствии признаков более тяжкого преступления

— наказывается лишением свободы на срок от трех до пяти лет.

2. Те же действия, сопряженные с вывозом за пределы государства лица для занятия проституцией, либо совершенные должностным лицом с использованием своих служебных полномочий, либо лицом, ранее совершившим преступления, предусмотренные настоящей статьей, 171<sup>1</sup> или 181 настоящего Кодекса, либо с использованием для занятия проституцией заведомо несовершеннолетнего, либо совершенные организованной группой,

— наказываются лишением свободы на срок от семи до десяти лет с конфискацией имущества.

## **Статья 171<sup>1</sup>. Вовлечение в занятие проституцией либо принуждение к продолжению занятия проституцией**

Вовлечение в занятие проституцией либо принуждение к продолжению занятия проституцией

— наказывается лишением свободы на срок от одного до трех лет.

2. Те же действия, совершенные повторно, либо с применением насилия или с угрозой его применения, либо лицом, ранее совершившим преступления, предусмотренные статьями 171 или 181 настоящего Кодекса, либо лицом, достигшим восемнадцатилетнего возраста, в отношении заведомо несовершеннолетнего,

— наказываются лишением свободы на срок от трех до пяти лет.

3. Действия, предусмотренные частями 1 или 2 настоящей статьи, совершенные родителями, педагогом или иным лицом, на которого возложены обязанности по воспитанию несовершеннолетнего, в отношении заведомо несовершеннолетнего либо организованной группой,

— наказываются лишением свободы на срок от семи до десяти лет.

Половое сношение мужчины с мужчиной (мужеложство)

— наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.

Мужеложство, совершенное с применением физического насилия, угроз, или в отношении несовершеннолетнего, либо с использованием зависимого положения потерпевшего,

— наказывается лишением свободы на срок до восьми лет.

Мужеложство совершается путем введения полового члена в прямую кишку или в рот лица мужского пола. Задачей судебно-медицинской экспертизы является выявление следов мужеложства у активного и пассивно-

го партнеров, а также знаков физического насилия и сопротивления (механических повреждений). В необходимых случаях устанавливается возраст потерпевшего, а иногда — и подозреваемого.

Из изложенного видно, что при половых преступлениях судебно-медицинской экспертизе, прежде всего, подвергается потерпевшее лицо.

Применительно к лицам женского пола, в зависимости от характера преступления и особенностей случая, эксперту надлежит дать ответы на следующие вопросы:

- о нарушении девственности;
- о бывшем половом сношении;
- о знаках физического насилия или развратных действий;
- о половой зрелости;
- о беременности;
- о заражении венерической болезнью.

Проанализируем возможности судебно-медицинской экспертизы при разрешении этих вопросов. Попутно мы осветим и некоторые специфические моменты, связанные с экспертизой потерпевших мужского пола.

## **РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О НАРУШЕНИИ ДЕВСТВЕННОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

Основным критерием девственности, т. е. состояния, когда женщина не жила половой жизнью, является ненарушенная анатомическая целостность девственной плевы.

Плева представляет собой дубликатуру слизистой оболочки влагалища и ограничивает вход в него. Основу плевы составляет соединительная ткань, содержащая эластические волокна и пучки мышц. Слизистая оболочка, покрывающая плеву, представлена многослойным плоским эпителием, не совсем неоднотипным снаружи и изнутри.

Различают основание плевы, ее свободный край, образующий отверстие, влагалищную (или верхнюю) и наружную (или нижнюю) поверхности.

В зависимости от количества мышечных волокон в толще плевы она может быть сравнительно толстой, «мясистой» или, наоборот, более тонкой, нежной.

Следует различать две основные формы плевы, обусловленные расположением отверстия: кольцевидную, или циркулярную при центральной локализации отверстия и полулунную, когда отверстие располагается эксцентрично, чаще сверху, ближе к отверстию мочеиспускательного канала.

Многочисленные вариации вида девственной плевы связаны или с количеством отверстий или с Особенности свободного края, а также поверхности.

Так, может быть заращенная (непрободенная, или слепая) плева, когда отверстие вообще отсутствует; перегороденная, когда отверстие разделено на две части продольной или поперечной перегородкой; окончатая, когда отверстий четыре; решетчатая или сетчатая, когда их больше.

Свободный край плевы может быть ровным и гладким, но нередко по его протяжению отмечаются естественные выемки. В зависимости от их количества и глубины плева приобретает вид зубчатой или бахромчатой (когда выемок много, но глубина их небольшая), лоскутной или дольчатой (когда выемки доходят до середины или глубже, вплоть до основания плевы, разделяя ее на отдельные лоскуты или доли).

Как кольцевидная, так и полулунная плевы могут характеризоваться одним или несколькими отростками, выступающими в просвет. Таковую плеву обозначают отростчатой. При выступающей мясистой нижней части в оглаженной верогаей части плева приобретает вид кия и определяется как килевидная.

Высота плевы также может быть разной, чаще в пределах 1,0–1,6 см, но может быть и несколько больше (до 2–2,5 см), или, наоборот, меньше. Иногда плева очень низкая, представлена лишь небольшой складкой слизистой влагалища, в редких случаях отмечается врожденное отсутствие плевы.

При первом половом сношении обычно возникает разрыв плевы — дефлорация. Разрыв может быть один, иногда их два, в редких случаях — больше. Чаще они располагаются в задненижних сегментах (по часовому циферблату на уровне от 4 до 8 часов), но могут быть и в других областях. Разрывы доходят до основания плевы, реже возникают поверхностные надрывы.

При экспертной оценке факта разрыва девственной главы следует иметь в виду, что разрывы и надрывы плевы не всегда являются следствием полового сношения. Они могут быть причинены руками при развратных действиях или каким-то предметом, вводимым во влагалище. В очень редких случаях разрывы девственной плевы возникают при общей травме области половых органов.

Необходимо также учесть что при некоторых формах девственной плевы (лоскутной, дольчатой, иногда — бахромчатой), когда она обладает значительной растяжимостью, введение полового члена во влагалище может не вызвать разрыва и, следовательно — ненарушенная целостность девственной плевы не будет удостоверить физической девственности. Это должно получить отражение в экспертном заключении. В подобных случаях разрывы плевы возникают только при родах женщины, когда непрерывность основания плевы нарушается и на месте ее в дальнейшем остаются неправильной формы образования — миртовидные сосочки.

Свежие разрывы и надрывы девственной плевы кровоточат, края их отечны, пропитаны кровью. В ближайшие день — два на краях появляются небольшие фибринозные наложения, а затем образуется грануляционная ткань, края рубцуются. Рубцы очень нежные, белесовато-розовые, по внешнему виду почти не отличаются от остальной плевы.

Указанная динамика заживления краев разрывов девственной плевы наблюдается на протяжении 7–10–12 дней, иногда несколько дольше (в зависимости от толщины, т. е. мясистой плевы, глубины разрыва, инфицирования раневых поверхностей и др. факторов.) Эта динамика составляет основу для суждения о давности разрыва, которая, таким образом, может быть установлена лишь в пределах сроков заживления краев.

Разрывы с полностью зажившими краями обозначаются как «давние» или «старые». Экспертных критериев для определения сроков их возникновения в настоящее время не существует.

Разрывы плевы, а чаще не доходящие до основания надрывы нередко приходится дифференцировать с естественными выемками. Иногда это удается сделать при визуальном осмотре, когда четко различается закругленное дно выемки (в надрывах оно остроугольное) и рубцовая ткань по краям надрывов и разрывов. Принимается во внимание и такой признак, как симметричность выемок, расположение их в любой части плевы (разрывы и надрывы, как выше отмечалось, локализуются, в основном, в задненижнем квадранте).

С целью дифференциальной диагностики рекомендуются и некоторые специальные методы.

Так, А. Н. Ратневский и Н. А. Будыко (1969) предлагают проводить осмотр плевы при освещении ультрафиолетовыми лучами. Из-за большого количества поверхностно расположенных коллагеновых волокон рубцы люминесцируют сильнее, чем окружающая ткань плевы. По наблюдениям авторов, в разрывах 3–5–6-дневной давности уже отмечается характерное слабоголубоватое свечение, отсутствующее в естественных выемках. Б. Бери (1974) указывает, что надежные результаты могут быть получены в процессе кольпоскопии при зеленом монохроматическом освещении. Автор рекомендует изучать при увеличении состояние капиллярной сети плевы.

## **РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О ПОЛОВОМ СНОШЕНИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

Бесспорным доказательством бывшего полового сношения является наличие сперматозоидов во влагалищной слизи женщины. Они сохраняются в течение 3–5 суток после совокупления (если, разумеется, не предпринимались специальные меры с целью их уничтожения). Для обнаружения сперматозоидов в момент осмотра содержимое влагалища (преимущественно из заднего и боковых сводов) переносят стерильным марлевым тампоном на обезжиренные предметные стекла, которые высушивают на воздухе.

Исходя из того, что в сперме мужчины (как и в других секретах и экскретах) содержатся те же антигены изосерологической системы АВО, что и в крови, т. е. по групповой принадлежности они совпадают, для доказательства по-

лового сношения с конкретным мужчиной очень важно установить групповую принадлежность спермы во влагалище женщины (а также в пятнах на ее одежде и теле, см. ниже). С этой целью исследуется содержимое влагалища на марлевом тампоне, использованном для получения мазков на предметных стеклах.

*Примечание.* При извращенных формах полового сношения и мужеложестве сперматозоиды могут быть обнаружены в прямой кишке (при сношении через заднепроходное отверстие) или в содержимом ротовой полости (при сношении через рот).

Оценка результатов определения групповой принадлежности спермы производится с учетом факта «выделительства», т. е. содержания в сперме, слюне и других выделениях человека группоспецифических антигенов, присутствующих в крови. У «выделителей», к которым относится большинство людей, это содержание значительное, у «невыделителей» — очень небольшое или они вообще не обнаруживаются.

Для определения «выделительства» исследуют слюну, образцы которой, как и образцы крови, берутся у потерпевших и подозреваемых.

*Примечание.* В случаях насильственной смерти, связанной с половыми преступлениями, возникает необходимость посмертного установления категории выделительства. С этой целью рекомендуется исследовать желчь и мочу из трупа (Т. М. Масис, 1971).

Косвенным признаком бывшего полового сношения П. А. Кузнецов (1975) считает факт обнаружения текстильных волокон из материалов нательного белья подозреваемого и волос с его лобка во влагалищной слизи потерпевшей. Автор пишет, что хотя и волокна и волосы могут попасть во влагалище женщины при любом механическом воздействии, но чаще они заносятся туда при половом сношении. В связи с этим рекомендуется сравнительно-микроскопическое исследование обнаруженных в вагинальной слизи волос и волокон с соответствующими образцами.

Достоверным признаком бывшего полового сношения является развивающаяся беременность, косвенным — факт заражения венерическим заболеванием (требуется исключить вероятность внеполового заражения).

Нередко признаками бывшего полового сношения считают свежий разрыв девственной плевы и механические повреждения в области половых органов. Оба этих признака имеют сугубо ориентировочное значение. Выше отмечалось, что дефлорация может быть результатом развратных действий, манипулирования руками мужчины, или каким-то предметом; что же касается механических повреждений, то они нередко причиняются при попытке изнасилования, когда в результате сопротивления потерпевшей, наступившей физической слабости мужчины или из-за других причин половой акт не совершается.

При систематических половых сношениях через задний проход в области последнего могут развиваться довольно характерные изменения, а именно: воронкообразная втянутость, зияние отверстия, сглаженность складок кожи и слизистой прямой кишки, расширение ее ампулярной части, расслабление сфинктеров. При экспертной оценке этих изменений необходимо, однако, учесть, что они могут быть результатом влияния других факторов, а именно болезненных процессов в соответствующей области, старческой атрофии, а также представлять собой врожденные анатомические особенности.

## **РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О ЗНАКАХ ФИЗИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ И РАЗВРАТНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

Знаки физического насилия бывают в виде механических повреждений: кожных ссадин, царапин, кровоподтеков, редко — ран. Преимущественная их локализация при половых преступлениях — в области наружных половых органов, внутренних поверхностей бедер и голеней, на шее и плечах, вокруг рта, на грудных железах. Это, однако, не исключает расположения повреждений в любой другой области тела.

По поводу каждого повреждения эксперт должен установить его характер (вид), орудие, использованное для нанесения, степень тяжести (согласно соответствующим статьям УК РБ) и давность — применительно ко времени события.

Механические повреждения могут быть и результатом развратных действий. Кроме того, манипулирование, например, руками или половым членом в области половых органов девочки нередко влечет за собой явления раздражения с отечностью, гиперемией, нагноением (при инфицировании). При систематических развратных действиях может развиваться хроническое воспаление слизистой.

## **РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

Вопрос о половой зрелости возникает относительно потерпевших женского и мужского пола в возрасте от 14 до 18 лет, т. к. дети до 14 лет считаются малолетними, а в 18 лет, как отмечалось выше, наступает брачный возраст. В тех союзных республиках, в которых брачный возраст установлен в 16 лет, половую зрелость определяют в возрасте от 14 до 16 лет.

Из понятия «состояние половой зрелости» (Специальная часть, п. 16) видно, что при разрешении этого вопроса эксперт должен принять во внимание комплекс признаков, отражающих общее развитие женского или мужского организма, развитие половых органов, для женщин — менструальную функцию и определяющий ее эндокринный статус, для мужчин — способность к регулярным половым сношениям и оплодотворению без ущерба для здоровья.

В специальной литературе и некоторых справочных материалах для судебно-медицинских экспертов отмечаются антропометрические данные, свидетельствующие о достижении половой зрелости у девушек: например, рост стоя не менее 150 см, сидя — 80 см, окружность грудной клетки в спокойном состоянии — 78–80 см, при выдохе — 73–76 см и т. д. Следует

подчеркнуть что приведенные и другие цифровые показатели имеют лишь ориентировочное значение. К тому же, характерная для настоящего времени акселерация вносит существенные коррективы в эти показатели.

Только при всестороннем обследовании, которое рекомендуется проводить с участием врачей-специалистов (гинеколога, эндокринолога, в необходимых случаях — психиатра) могут быть получены данные, достаточные для конкретного заключения. При этом требуется иметь в виду, что отрицательный вывод хотя бы относительно одного из определяющих критериев половой зрелости является основанием для заключения о том, что свидетельствуемая половой зрелости не достигла. Кстати, целесообразно подчеркнуть, что последнее может быть даже при наступившей беременности и срочных родах, сам факт которых без учета других признаков половой зрелости еще не удостоверяет ее достижения.

Точно также следует учесть, что у юношей способность к половому сношению появляется значительно раньше (иногда в 10–12 лет), чем они могут быть признаны достигшими половой зрелости, и, следовательно, этот признак, будучи взятым, изолированно, не может расцениваться, как свидетельствующий о ее наступлении. В жизни мужчины и женщины периоду половозрелости предшествует растягивающийся на несколько лет (3–6, а иногда и больше) период полового созревания, на протяжении которого постепенно формируются признаки, составляющие основу для экспертного заключения по указанному вопросу.

### **РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

Вопрос разрешается при консультации врачей-специалистов (акушеров) по известным признакам беременности — ранним и поздним.

### **РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О ЗАРАЖЕНИИ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

Вопрос разрешается при участии врача-венеролога. Наряду с клиническим обследованием требуется проведение специальных лабораторных анализов.

При изнасилованиях и мужеложстве, а иногда и других половых преступлениях судебно-медицинской экспертизе подвергаются и подозреваемые лица. В зависимости от особенностей конкретного случая относительно их в процессе экспертизы могут разрешаться следующие вопросы:

— о способности к половой жизни вообще;

— о бывшем половом сношении в недавнее время и о возможности полового сношения с конкретной женщиной;

— о повреждениях на теле.

Рассмотрим возможности судебно-медицинской экспертизы при разрешении указанных вопросов.

## **РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О СПОСОБНОСТИ К ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

Нередко подозреваемый отрицает свою причастность к преступлению, ссылаясь на неспособность к половой жизни вследствие старческого возраста или болезненного состояния.

Хотя, начиная с 50–55 лет, у мужчин наступает постепенное ослабление потенции, а к 60–70 годам она может полностью угаснуть, однако нередко и в 80 лет мужчина оказывается способным к половому сношению и оплодотворению. Следовательно, строго очерченного физиологического предела потенции не существует, что следует иметь в виду при разрешении вопроса о способности к половому сношению мужчины старческого возраста.

Вместе с тем, известно, что половое бессилие может развиваться в любом возрасте вследствие различных заболеваний — соматических, нервных, психических. Диагностика импотенции такого происхождения очень сложна, исследование производится с участием врачей-специалистов соответствующего профиля (невропатологов, психиатров, урологов, венерологов). Принимаются во внимание результаты бывших ранее медицинских обследований (по представляемой документации).

Иногда причиной невозможности совершения полового сношения являются механические препятствия в области наружных половых органов (слоновость мошонки, большие пахово-мошоночные грыжи и др.), врожденные пороки их развития (типоспадия, эписпадия и др.), а также рубцовые и пр. изменения вследствие перенесенных заболеваний и повреждений. Такого рода состояния устанавливаются при осмотре подозреваемого.

## **РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О БЫВШЕМ ПОЛОВОМ СНОШЕНИИ В НЕДАВНЕЕ ВРЕМЯ И О ВОЗМОЖНОСТИ С КОНКРЕТНОЙ ЖЕНЩИНОЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

Успешное разрешение этих вопросов во многих случаях стало возможным после специальных исследований, выполненных в этом направлении Н. Г. Шалаевым (1964–1970). Автором установлено, что диагностика естественного и извращенного полового сношения у подозреваемых в половых преступлениях должна основываться на комплексе соответствующих признаков, а именно: на

обнаружении вагинального содержимого, крови, кала, слюны, лобковых волос и текстильных волокон на половых органах, под ногтями рук и на одежде.

Отмечено, что вагинальные клетки, попавшие при половом сношении под крайнюю плоть полового члена, подвергаются лизису в течение 2–3 суток, но на теле полового члена они сохраняют свои свойства и, следовательно, могут быть выявлены до 5 дней (если не было надлежащего туалета половых органов). В пятнах на материалах одежды вагинальные клетки, как и другие клетки животного происхождения, могут обнаруживаться спустя длительные сроки после происшествия, исчисляемые многими месяцами, а иногда и годами, если объекты находились в условиях, препятствующих гнилоственному разложению клеток. В подногтевом содержимом вагинальные и др. клетки, а также кровь, текстильные волокна также сохраняются довольно длительное время и иногда выявляются даже после неоднократного мытья рук.

При исследовании обнаруженных клеток устанавливается их вагинальное происхождение, групповая принадлежность, а также степень эстрогенной стимуляции и фаза менструального цикла организма женщины, от которой они произошли.

Немаловажное значение имеют и другие перечисленные выше вещественные следы, отмечаемые на половых органах и в подногтевом содержимом подозреваемого.

Так, при исследовании крови может быть установлена ее видовая, групповая и половая принадлежность; при исследовании волос — их видовое и региональное происхождение, групповая принадлежность, цитологический пол (при сохранении корневого конца с влагалищными оболочками), сходство с конкретными образцами; при исследовании текстильных волокон — совпадение по изученным признакам с образцами волокон из материалов одежды потерпевшего лица.

Констатированное при исследовании сходство по морфологическим, цитохимическим и группоспецифическим свойствам волос, вагинального содержимого, крови и текстильных волокон, обнаруженных на половых органах, под ногтями и на одежде подозреваемого, с соответствующими объектами, изъятыми в качестве образцов от потерпевшей женщины, принимается во внимание при суждении о возможном половом сношении с этой женщиной.

Если изнасилованию подверглась беременная женщина важное значение приобретает диагностика факта полового сношения с женщиной, находящейся в состоянии беременности, т. к. это значительно ограничивает круг лиц, с которыми подозреваемый мог иметь половую связь. С этой целью П. Е. Шиков и Н. Г. Шалаев (1975) предлагают производить исследование по выявлению специфического гормона беременности — хорионгонадотропина (ХГ) в вагинальном содержимом, на половых органах мужчины и в пятнах на его одежде.

По наблюдениям авторов в высохших пятнах на марле хорионгонадотропин может обнаруживаться на протяжении 1–3 месяцев.

С целью доказательства извращенных форм полового сношения и мужеложства, на половых органах подозреваемого важно найти элементы ка-

ла, яйца глист, клетки слизистой прямой кишки, кишечную флору (при половом сношении через задний проход) или элементы слюны, микрофлору ротовой полости (при половом сношении через рот).

Подчеркивая доказательственную ценность вещественных следов, выявляемых у подозреваемых в половых преступлениях, необходимо вместе с тем отметить, что не обнаружение их не исключает естественное или извращенное половое сношение, следы которого могут быть удалены или исчезли со временем (при позднем проведении экспертизы).

### **РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О ПОВРЕЖДЕНИЯХ НА ТЕЛЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

У лиц, совершивших изнасилование, механические повреждения на теле как знаки борьбы и самообороны женщины, обнаруживаются довольно часто (поданным Н. Г. Шалаева, примерно в 40 % случаев, при покушениях на изнасилование — в 65 %). В основном, это ссадины, причиняемые ногтями рук и следы укусов зубами. Они могут располагаться на различных частях тела, чаще на руках и лице, иногда на губах и языке (укусы). Могут быть также укусы половых органов.

Относительно каждого выявленного повреждения должны быть решены те же вопросы, что и у потерпевших, т. е. об орудии (средстве), которым нанесено повреждение, степени тяжести и давности (применительно к конкретному событию). Из всего изложенного видно, что при расследовании половых преступлений возможности судебно-медицинской экспертизы весьма значительны, причем чем раньше проводится экспертиза, тем больше ценной в доказательственном отношении информации может быть получено. В связи с этим во многих случаях половых преступлений, особенно при изнасиловании и мужеложестве, необходимые исследования выполняются в экстренном порядке. Наряду с отмеченными экспертными действиями по освидетельствованию потерпевших и подозреваемых, наряду с лабораторными исследованиями многочисленных объектов, изъятых в процессе этих освидетельствований и дополнительно доставленных следователем, при половых преступлениях, прежде всего при изнасилованиях, бывает целесообразным выезд врача, как специалиста, на место события. В процессе осмотра врач может помочь следователю выявить и изъять различные вещественные доказательства биологического происхождения. На месте происшествия обнаруживаются пятна крови, спермы, влагалищного отделяемого, волосы, кусочки поврежденных в процессе борьбы тканей тела и одежды насильника, окурки папирос, носовые платки, расчески и другие случайные предметы, которые могут иметь значение при опознании преступника и раскрытии преступления.

## ЛИТЕРАТУРА

(кроме учебников и руководств по судебной медицине)

1. *Авдеев, М. М.* Судебно-медицинская экспертиза живых лиц / М. М. Авдеев. — М., 1968.
2. *Громов, А. П.* Курс лекций по судебной медицине / А. П. Громов. — М., 1970.
3. *Сердюков, М. Г.* Судебная гинекология и судебное акушерство / М. Г. Сердюков. — М., 1964.
4. *Туманов, А. К.* Основы судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств / А. К. Туманов. — М., 1975.
5. *Шалаев, Н. Г.* Судебно-медицинская экспертиза подозреваемых в половых преступлениях: дис. . д-ра мед. наук. — Горький, 1966.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Тема 1.</b> Правила судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин .....	3
<b>Тема 2.</b> Правила судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы.....	24
<b>Тема 3.</b> Судебно-медицинская экспертиза при половых преступлениях .....	38
Литература .....	52

Учебное издание

**Шпак** Валентин Васильевич

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА  
ПОЛОВЫХ СОСТОЯНИЙ  
И ПРИ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ ПРОТИВ  
ПОЛОВОЙ НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ**

**Учебно-методическое пособие  
для студентов 4–5 курсов всех факультетов медицинских вузов  
и преподавателей, работающих в области судебной медицины**

**Редактор** *Т. Ф. Рулинская*  
**Компьютерная верстка** *С. Н. Козлович*

Подписано в печать 31.10.2012.  
Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага офсетная 80 г/м<sup>2</sup>. Гарнитура «Тайме».  
Усл. печ. л. 3,26. Уч.-изд. л. 3,56. Тираж 50 экз. Заказ 346.

Издатель и полиграфическое исполнение  
Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
ЛИ № 02330/0549419 от 08.04.2009.  
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.

