

Правила судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин

Минздрав СССР: Правила № от 18.10.1968

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

ПРАВИЛА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПОЛОВЫХ СОСТОЯНИЙ МУЖЧИН

Москва — 1968 год

СОГЛАСОВАНО:

С ВЕРХОВНЫМ СУДОМ СССР

С ПРОКУРАТУРОЙ СССР.

С МИНИСТЕРСТВОМ ОХРАНЫ
ОБЩЕСТВЕННОГО ПОРЯДКА СССР

УТВЕРЖДАЮ:

Начальник Главного управления
лечебно-профилактической помощи
Министерства здравоохранения СССР

член коллегии А. Сафонов

18 октября 1968 г.

ПРАВИЛА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПОЛОВЫХ СОСТОЯНИЙ МУЖЧИН

І. 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 происхождения 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).

В таких случаях составляется не заключение эксперта (акт судебно-медицинской экспертизы), а акт судебно-медицинского освидетельствования.

2. Судебно-медицинская экспертиза половых состояний мужчин производится судебно-медицинским экспертом, прошедшим повышение квалификации по судебной медицине в институте усовершенствования врачей.

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, экспертиза 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, теплом помещении и как правило, при достаточном дневном освещении.

Ректальное исследование проводится на высокой жесткой кушетке.

Осмотр женщин (в тех случаях, когда это необходимо для выяснения обстоятельств, касающихся экспертизы половых состояний мужчин) производится на гинекологическом кресле.

4. При проведении судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин используются 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 заключение эксперта (акте судебно-медицинской экспертизы).

В тех случаях, когда личность освидетельствуемого не может быть удостоверена, он должен быть сфотографирован; фотоснимки наклеиваются на акт экспертизы 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 предоставления 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 капала для выявления наличия гонококков, влагалищных трихомонад и др., если освидетельствуемых не направляют в кожно-венерологическое учреждение, проводится судебно-медицинским экспертом, а 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 бюро 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 (акт судебно-медицинской экспертизы) (Этот документ именуется «Заключение эксперта» либо «Акт судебно-медицинской экспертизы» в зависимости от названия, предусмотренного уголовно-процессуальным кодексом той союзной республики, на территории которой производится экспертиза.

В исключительных случаях, когда отсутствует постановление о производстве экспертизы, документ называется «Акт судебно-медицинского освидетельствования»).

Заключение (акт судебно-медицинской экспертизы) состоит из 3-х частей: вводной, описательной и заключительной

I. В вводной части заключения эксперта (акта судебно-медицинской экспертизы) указывается:

- 1) порядковый номер акта, 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, помер 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 (акт судебно-медицинской экспертизы) представляется судебно-следственным органам по получении требовавшихся материалов (см. общая часть, п. I).

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.

П р и м е ч а и и е: При выяснении этих сведений, так же как и в последующем при составлении описательной части акта, 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 описательной части заключения эксперта (акта судебно-медицинской экспертизы) 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.

Примечание: Если органы следствия требуют немедленного представления заключения (акта судебно-медицинской экспертизы), не ожидая результатов лабораторного исследования, то эксперт дает предварительное заключение в пределах имеющихся возможностей, на основании обнаруженных объективных данных, с указанием, что полное заключение может быть дано только после получения результатов исследования.

11. Заключение эксперта (акт судебно-медицинской экспертизы) 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 бюро судебно-медицинской экспертизы. Эксперт использует полученные данные в своем заключении (акте судебно-медицинской экспертизы) с соответствующей

ссылкой; заключение (акт судебно-медицинской экспертизы) подписывает только эксперт.

13. Заключение эксперта (акт судебно-медицинской экспертизы) либо выдается под расписку представителям органов следствия (дознания), или суда, по постановлению которых производилась экспертиза, либо пересылается по почте. Выдача заключения эксперта (акта судебно-медицинской экспертизы) 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 (Производится в соответствии с и.п. 75—77 «Правил судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы»).

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.

17. При опросе освидетельствуемого эксперт выясняет:

1) Наличие в анамнезе заболеваний, способных оказать отрицательное влияние на половую функцию: венерических, эндокринных, инфекционных заболеваний и травм нейтральной нервной системы, травматических повреждений мочеполовых органов.

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 свидетельствуемого; брак (сколько раз был женат); наличие детей, семейные конфликты в связи с половой жизнью и т. д.

18. 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 рефлексy (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.

19. 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) ненапряженного 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.

20. 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).

21. 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 эпи- 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.).

22. 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.

23. 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

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

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

26. 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, гормональными препаратами, снотворными и т.д.);

3) Профессиональные вредности, приводящие к снижению половой функции;

4) Сведения о половой жизни освидетельствуемого.

27. 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 – эпи- 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.

28. 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 несовершеннолетних допустимо только путем производства массажа предстательной железы и семенных пузырьков.

29. 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.).

30. 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.

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.

Определение рН

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

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 1.000.000 (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 1.000.000 (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° спиртом. 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° спирта), подкрашивают синькой Леффлера и исследуют под микроскопом с применением иммерсионной системы. При наличии большого количества атипичических 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 атипичических форм может быть обусловлено как нарушениями сперматогенеза, так и предшествующими исследованиям 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 воспа-

лительном процессе в мочеполовых органах. Уменьшение количества лецитиновых зерен указывает на понижение функции предстательной железы.

31. Заключение об оплодотворяющей способности освидетельствуемого основывается на всем комплексе исследований.

ЭКСПЕРТИЗА ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ

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

Примечания: 1) Экспертизы по определению половой зрелости производятся только в тех союзных республиках, где уголовным законодательством предусмотрена ответственность за половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости (РСФСР, УССР, БССР, Армянская ССР, Литовская ССР, Узбекская ССР), так как в уголовных кодексах остальных республик прямо указывается, что наказуемым является половое сношение с лицом, не достигшим 16 лет или не достигшим брачного возраста.

2) В тех республиках, в которых брачный возраст установлен в 18 лет, половая зрелость определяется в пределах 14—18 лет; в республиках, где брачный возраст равен 16 годам, половую зрелость устанавливают в пределах 14—16 лет.

33. 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.

34. 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).

35. 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 ограниченными придатками, отчетливо прощупываются границы предстательной железы, срединная бороздка и доли, железа имеет эластичную консистенцию.

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

37. Заключение о достижении освидетельствуемым полосой 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

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

39. В судебно-медицинской практике чаще всего встречается 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).

40. 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 склонностью 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.

41. 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.

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 хронического процесса; очень важно в этом случае дифференцировать его от свежей гонореи: принимают во внимание длительность периода, протекшего 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.

42. 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.

43. 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 инъекции 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) Ослеуют половые органы на наличие язвочек, эрозий, рубцов, после твердого шанкра, выделений. При наличии выделите 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 в 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»).

И. Следует выявить применял ли освидетельствуемый антибиотики, так как венерические заболевания поддаются лечению ими вольной 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.

45. 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 патологии. Следствием гонорейного процесса также часто бывает двустороннее хроническое воспаление придатков и двустороннее воспаление Бартолиновых желез и их протоков.

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

46. Окончательный диагноз венерического заболевания устанавливают: в случаях сифилиса после проведения серологического исследования крови, при необходимости – спинномозговой жидкостью (реакция Вассермана и осадочные реакции), исследования на бледную спирохету соскоба 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

47. 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.

48. 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 закрывающую крайнюю плоть) в области венечной борозды под крайней плотью скапливается серовато-беловатая или желтоватая смегма. Под микроскопом она имеет вид аморфных глыбок без характерного клеточного строения, присущего растительной клетчатке или мышечным волокнам.

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

П р и м е ч а и и е: 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.

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

51. 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).

52. 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 вянутость, 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 вянутость 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 умышленной, (волевого) сокращения сфинктеров, что может привести к некоторому стужеиванию имеющейся воронкообразной вянутости. 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 ягодицы 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.

г) 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 его зависит от частоты совершения половых актов и ряда других причин, возникающих вследствие мужеложства — повреждения, внесения инфекции (гонорейный проктит и т.д.).

53. 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.

54. 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.).

Примечай и е: 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.

55. Для обследования наружного и внутреннего сфинктеров прямой кишки освидетельствуемому в коленно-локтевом положении в 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 к п. 52).

56. 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 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.

57. 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.

58. 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.

59. 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.

60. 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-биологическом отделении судебно-медицинской лаборатории с целью установления групповой принадлежности спермы (которая может происходить от активного партнера), выявления частиц кала в пятнах спермы.

61. 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)

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

63. 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, слону и пр., а также на наличие на одежде волос, волокон тканей (которые могут принадлежать потерпевшей), фиксируя в

заключение эксперта (акте судебно-медицинской экспертизы) 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 свидетельствуемого в определенном месте, что в совокупности с показаниями потерпевшей и объективными обстоятельствами дела, может иметь значение.

64. 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.

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

66. 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, изъятие с полового члена подозреваемого.

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

68. 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.

* * *

«Правила» составлены кандидатами медицинских наук О. Л. Панфиленко (Научно-исследовательский институт судебной медицины Министерства здравоохранения СССР). Б. М. Семеновым (Кафедра судебной медицины 2 Московского медицинского института) и судебно-медицинским экспертом И.Г. Бломиным (Бюро судебно-медицинской экспертизы Московского горздравотдела) при участии сотрудников организационно-методического отдела Научно-исследовательского института судебной медицины Министерства здравоохранения

Рекомендации в отношении исследования наличия кала на лобковых волосах (п. 48) и половом члене (п. 48); установления наличия и группы спермы и наличия кала на одежде пассивного партнера (п. 60) в случаях мужеложства; наличия и группы спермы на одежде лиц, заподозренных в совершении изнасилования (п. 64); исследования вагинальных клеток и вагинального отделяемого (п. 66) даны в соответствии с работами профессора Н. Г. Шалаева.

Главный судебно-медицинский эксперт
Министерства здравоохранения СССР
профессор **В. И. Прозоровский**