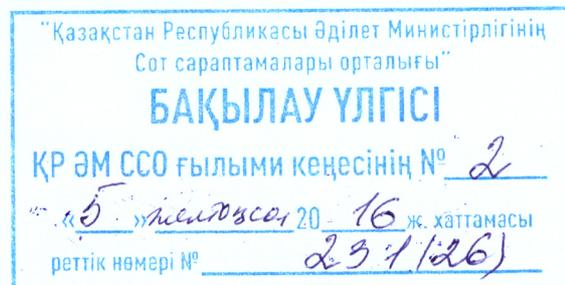


РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
КАЗЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ
«ЦЕНТР СУДЕБНЫХ ЭКСПЕРТИЗ
МИНИСТЕРСТВА ЮСТИЦИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН»



МЕТОДИКА

ЭКСПЕРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ ЖЕНСКОГО И МУЖСКОГО
ПОЛА ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОЙ
СПОСОБНОСТИ

(шифр специальности – 23.1)

Астана, 2016г.

ПАСПОРТ МЕТОДИКИ

1. Наименование методики	Методика экспертного исследования лиц женского и мужского пола для установления производительной способности
2. Шифр специальности методики	23.1 (26)
3. Информация о разработчике методики	Иксымбаева Д.С. – судебно-медицинский эксперт отдела научного и методического обеспечения Центра судебной медицины МЮ РК, высшей квалификационной категории
4. Сущность методики	Алгоритм проведения судебно-медицинской экспертизы лиц женского и мужского пола (потерпевшего, подозреваемого, иного лица) для установления производительной способности при определении полового состояния
4.1 Объекты исследования	Обследуемое лицо (лица), предоставленные документы
4.2 Методы исследования	Непосредственный визуальный осмотр, дополнительные лабораторные и инструментальные исследования, исследование предоставленных материалов и документов
4.3 Краткое поэтапное описание методики	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ознакомление с предварительными сведениями об обстоятельствах дела из постановления, изучение предоставленных медицинских документов; 2) Планирование осмотра свидетельствуемого лица и ориентировочного набора дополнительных методов исследования; 3) Ознакомление с личностью свидетельствуемого, сбор данных анамнеза случившегося факта; 4) Непосредственный визуальный осмотр свидетельствуемого лица; 5) Описание повреждений; 6) Составление запросов о предоставлении необходимых материалов дела, медицинской документации, необходимых профильных специалистов в состав членов экспертной комиссии; о направлении свидетельствуемого на необходимые лабораторно-инструментальные обследования;

	7) Получение и оценка результатов лабораторно-инструментальных методов исследования от свидетельствуемого; 8) Оформление Заключения эксперта
5. Дата одобрения методики Ученым Советом Центра судебной медицины МЮ РК	Протокол № 2 от 05.12.2016г.
6. Информация о составителях паспорта методики	Иксымбаева Д.С. – судебно-медицинский эксперт отдела научного и методического обеспечения Центра судебной медицины МЮ РК, высшей квалификационной категории

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	5
1. Особенности проведения экспертизы лиц женского и мужского пола.....	5
Список использованных источников.....	14

Методика экспертного исследования лиц женского и мужского пола для определения производительной способности

Половые состояния — это специальные состояния, связанные с половой деятельностью и возникающие при расследовании уголовных и гражданских дел. Они могут быть предметом экспертизы в связи с конкретным преступлением или самостоятельно.

Под производительной способностью понимается способность к воспроизведению потомства. Этот вид экспертизы назначается как в уголовных, так и в гражданских делах.

Производительная способность у женщины складывается из:

- способности к половому сношению;
- способности к зачатию;
- способность к вынашиванию плода;
- способность к родам.

Экспертиза лиц женского пола по установлению способности к совокуплению и зачатию проводится комиссионно с участием врачей акушеров-гинекологов.

Методика проведения осмотра свидетельствуемой проводится с учетом общих положений осмотра лица женского пола.

При решении вопроса о способности к совокуплению необходимо выяснить, имеются ли какие-либо врожденные или приобретенные изменения половых органов, препятствующие его совершению (укороченность влагалища, его аплазия или атрезия, сужение, опухоли и другие).

Если при проведении экспертизы не были обнаружены какие-либо изменения половых органов, препятствующие совершению половых актов, к проведению экспертизы привлекают врача-психотерапевта с целью установления или исключения причин функционального характера, затрудняющих или исключающих возможность совокупления.

При установлении способности к зачатию необходимо учитывать возраст, анатомо-физиологические особенности организма и половых органов, время наступления менструаций, характер менструального цикла; наличие гинекологических заболеваний воспалительного или неопластического характера, гормональных нарушений, хронических инфекций, интоксикаций, последствий лучевого воздействия, наличие в анамнезе каких-либо оперативных вмешательств на половых органах.

В случаях, когда путем амбулаторного обследования решить вопрос о способности к зачатию затруднительно, следует провести стационарное обследование, на которое направляет орган или лицо, назначившее экспертизу после получения им сопроводительного листа судебно-медицинского эксперта с указанием цели обследования.

Если экспертиза по установлению способности к зачатию проводят в связи с бракоразводным процессом, необходимо установить состояние производительной способности не только обследуемой женщины, но и мужа.

Половая способность у мужчин складывается из:

- способности к половому сношению;
- способности к оплодотворению.

Для установления способности к половому сношению, оплодотворению, судебно-медицинскую экспертизу проводят комиссионно, с участием врачей сексопатологов, урологов, эндокринологов, венерологов и врачей других специальностей.

Методика проведения экспертизы: осмотр свидетельствуемого проводится с учетом общих положений осмотра и методических указаний настоящей Методики судебно-медицинского исследования живого лица по установлению производительной способности.

Судебно-медицинскую экспертизу потерпевших и подозреваемых проводят, в специально оборудованных и оснащенных для этой цели кабинетах судебно-медицинской экспертизы, при достаточном естественном или искусственном освещении.

При проведении судебно-медицинской экспертизы, эксперт устанавливает личность обследуемого на основании документа, удостоверяющего личность, при отсутствии документов, если лицо несовершеннолетнее, личность удостоверяется лицом, назначившим экспертизу.

Основные сведения об обстоятельствах происшествия эксперт получает из постановления о назначении экспертизы. Уточнение необходимых дополнительных медицинских данных может быть осуществлено путем непосредственного опроса обследуемого.

Сведения, полученные от несовершеннолетнего в присутствии представителя или одного из родителей, записывают по возможности дословно и оценивают с учетом всех других известных обстоятельств происшествия.

В случаях, когда одежда подозреваемого и потерпевшего к моменту проведения экспертизы не была изъята, эксперт ставит в известность лицо или орган, назначивший экспертизу, о необходимости направления предметов одежды в отделения лаборатории экспертизы, не допуская ее чистки и стирки.

Эксперт осуществляет взятие на лабораторные анализы объектов биологического происхождения (мазки из прямой кишки, с головки полового члена, семенная жидкость, смывы с головки полового члена и другие). Смывы с головки полового члена берутся в пределах одних суток после предполагаемого полового акта, если не был произведен туалет наружных половых органов. Изъятые биологические объекты упаковываются, подписываются и с направлением эксперта передаются лицу, назначившему экспертизу для назначения в рамках данной экспертизы судебно-биологической, молекулярно-генетической экспертиз.

При подозрении на заражение венерическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией, эксперт ставит об этом в известность лицо или орган, назначивший экспертизу.

Если при проведении экспертизы возникла необходимость в решении вопроса о половой принадлежности свидетельствуемого лица, то эксперт ставит в известность лицо или орган, назначивший эту экспертизу, о целесообразности сексологического обследования свидетельствуемого.

Эксперт излагает данные из представленных медицинских документов; результаты объективного обследования: общие антропометрические показатели; выраженность вторичных половых признаков; состояние наружных половых органов; состояние области заднепроходного отверстия и прямой кишки; жалобы, специальный анамнез, в котором отражают сведения о физическом развитии, перенесенных болезнях (венерических, инфекционных, эндокринных и другие), травмах и операциях; сведения о времени появления полового влечения, его характера и изменениях, о половом развитии (время появления поллюций и спонтанных эрекций); сведения об онанизме и половой жизни - ее начале и последующем характере; данные о семейном положении в прошлом и настоящем (причины разводов, если они были, характер половой жизни с женой); дату последнего полового акта; сведения о длительности полового воздержания (если оно имело место) и его причинах; наличие профессиональных вредностей; сведения о вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркотических средств и другие) и так далее.

Заключения иллюстрируют фотографиями или схемами, дающими представление о характере и локализации повреждений, обнаруженных на теле. Фотографии или схемы повреждений на половых органах допускаются при наличии добровольного письменного согласия обследуемого; фотографирование производят по правилам масштабной фотографии.

Установление способности к половому сношению лиц мужского пола возникает при расследовании половых преступлений, при установлении тяжести вреда здоровью при травмах, рассмотрении гражданских дел о спорном отцовстве, а также при бракоразводных процессах.

Способность к половому сношению у лиц мужского пола зависит от нормального анатомического развития половых органов, отсутствия болезненных изменений половых органов и болезненных состояний (органических или функциональных) организма, затрудняющих физическую возможность совершения половых актов или влияющих на половую потенцию.

При проведении таких экспертиз у обследуемых путем опроса выясняют:

1) имеются ли в анамнезе венерические, инфекционные, эндокринные заболевания, болезни центральной и периферической нервных систем, половых органов, травмы половых органов и костей таза с нарушением функции половых органов (с целью уточнения полученных сведений запрашивают документы из учреждений здравоохранения, в которых лечатся или лечились обследуемые);

2) наличие профессиональных вредностей и вредных привычек (радиоактивное облучение, длительные контакты со свинцом, ртутью,

употребление наркотиков, транквилизаторов, гормональных препаратов и алкоголя, курение и тому подобное);

3) данные о половом развитии, половой жизни в добрачный и брачный периоды: время появления поллюций, их частота, занятие онанизмом (продолжительность, активность);

4) время начала половой жизни, регулярность и частота половых сношений, наличие сексопатологии (по данным учреждений здравоохранения и по мнению обследуемого), характер половой жизни в браке (количество браков, наличие детей, семейные конфликты на почве половой жизни и так далее).

Если при опросе лицо, в отношении которого производится судебно-медицинская экспертиза, заявляет о своей импотенции, а при экспертизе не были установлены объективные причины, подтверждающие его заявление, то наряду с изучением медицинских документов из учреждений здравоохранения, в которые он обращался, следует также ознакомиться с протоколами опроса его жены и потерпевшей, и в случае необходимости, привлечь к консультации врачей соответствующих специальностей.

В ходе проведения экспертизы устанавливают:

1) общее физическое развитие - телосложение, питание (его особенности), рост стоя и сидя, окружность грудной клетки, наличие и количество постоянных зубов и зубов мудрости;

2) выраженность вторичных половых признаков: степень и характер оволосения на лице, в подмышечных впадинах и лобковой области, форму щитовидного хряща, тембр голоса;

3) состояние рефлексов (брюшных, кремастерных, ягодичных, анальных);

4) развитие наружных половых органов, ширину (в средней трети и в наиболее широкой части головки) и окружность (в области короны головки) ненапряженного полового члена (при возникновении эрекции производят измерение напряженного полового члена); состояние пещеристых тел (наличие уплотнений, их количество, величина, местоположение и характер), вид крайней плоти, ее подвижность, вид уздечки; расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала, состояние его наружных губок, наличие или отсутствие пороков развития (гипоспадия, эписпадия и другие);

5) при выявлении признаков вживления в половые органы инородных предметов, указываются их характер, форма, локализация, плотность, подвижность, размеры;

6) форму и вид мошонки (морщинистость, пигментация), наличие яичек в мошонке, их консистенцию (мягкая, мягкоэластичная, эластичная), характер поверхности (гладкая, бугристая), наличие болезненности, размеры (длина, ширина, толщина) и состояние придатков (бугристость), наличие уплотнений в области головки, тела или хвоста;

7) исследование яичек и придатков производят следующим образом: яичко захватывают рукой в резиновых перчатках таким образом, чтобы оно

находилось на ладонной поверхности между сложенными вместе вторым - пятым пальцами. Правое яичко исследуют левой рукой, левое - правой. Для измерения полового члена и яичек удобно использовать малый акушерский циркуль с вмонтированными в его концевые шарики металлическими стержнями длиной 2,5 сантиметров;

8) исследование предстательной железы и семенных пузырьков производят в резиновой перчатке через прямую кишку, смазанным вазелином указательным пальцем, в коленно-локтевом положении или в положении на правом боку с подтянутыми к груди ногами. При этом определяют: консистенцию предстательной железы (дряблая, мягкоэластичная, эластичная, плотноэластичная), ее величину, характер поверхности (гладкая, бугристая), выраженность срединной бороздки, равномерность или неравномерность долей.

Если при проведении экспертизы наряду с указанным обследованием необходимы более сложные, инструментальные исследования (переднюю и заднюю уретроскопию, ректоскопию), то их проведение должно осуществляться в профильных учреждениях здравоохранения.

Если в процессе экспертизы по поводу установления способности к половому сношению возникают вопросы, связанные с половой принадлежностью лиц, то к экспертизе привлекают врачей-сексопатологов, и при необходимости - врачей соответствующих специальностей.

При оценке результатов экспертизы следует иметь в виду, что наряду с аномалиями, травматическими повреждениями и заболеваниями наружных и внутренних половых органов причиной утраты способности к половому сношению у лиц мужского пола могут быть различные заболевания нервной системы, эндокринные расстройства и болезни внутренних органов. Поэтому суждение о сохранении или утрате способности к половому сношению должно основываться на результатах всестороннего обследования и изучения медицинских документов.

Установление способности к оплодотворению лиц женского пола возникает при расследовании уголовных дел, связанных с изнасилованием; половыми сношениями с лицами женского, мужского пола; насильственных действий сексуального характера; с уклонением от уплаты алиментов на содержание детей; с определением вреда здоровью при нанесении повреждений, сопровождающихся утратой производительной способности, а также при рассмотрении гражданских дел о спорном отцовстве.

Экспертизу в таких случаях проводят с целью получения сведений и объективных данных, на основании которых можно судить о сохранении или нарушении способности к оплодотворению. Особое внимание при этом уделяют получению анамнестических данных, дающих представление о состоянии оплодотворяющей способности, целенаправленному объективному их обследованию и исследованию семенной жидкости.

Путем опроса выясняют сведения о половом развитии, половой жизни, перенесенных в прошлом и имеющихся в настоящее время заболеваниях, травмах, вредных привычках и профессиональных вредностях, оказывающих

отрицательное воздействие на способность к оплодотворению, к которым относят:

1) венерические заболевания воспалительные заболевания предстательной железы, семенных пузырьков, яичек, их придатков и мочеиспускательного канала;

2) инфекционные болезни - паротит, малярия, краснуха, туберкулез, бруцеллез, тифы и другие;

3) заболевания, травмы центральной и периферической нервной системы, эндокринные заболевания, травмы половых органов и костей таза, сопровождающиеся нарушением функции половых органов;

4) употребление наркотиков и их суррогатов, транквилизаторов, гормональных препаратов, злоупотребление алкоголем, курение, радиационное облучение, отравление свинцом, ртутью, мышьяком, ядохимикатами и тому подобное.

При оценке данных состояния половых органов у мужчин учитывают:

1) двустороннее поражение яичек и придатков (наличие уплотнений и бугристости), возникшее вследствие перенесенных воспалений или травмы, являющееся, объективным свидетельством утраты способности к оплодотворению в результате непроходимости семявыносящих путей или нарушения сперматогенеза;

2) поражение только одного яичка, не приводит к потере производительной способности. В то же время последствием одностороннего воспаления придатков может быть аспермия, обусловленная облитерацией также противоположного семявыносящего протока вследствие сопутствующего эпидидимиту воспалительного процесса в предстательной железе;

3) прикорневая и мошоночная эпи- или гипоспадия не являются безусловным признаком неспособности к оплодотворению;

4) рубцовые изменения в области семенных пузырьков и предстательной железы являются частой причиной утраты способности к оплодотворению;

5) для установления возможности прохождения спермы при сужении мочеиспускательного канала необходимо проведение инструментального обследования в специализированных учреждениях здравоохранения.

Исследование семенной жидкости (эякулята) является основным методом в установлении оплодотворяющей способности:

1) получать эякулят следует путем виброэякуляции, а в случае невозможности ее применения - путем мастурбации. У несовершеннолетних получение спермы допустимо только с помощью массажа предстательной железы и семенных пузырьков;

2) при получении эякулята необходимо' соблюдать меры по обеспечению безопасности медицинского персонала из-за возможного заражения его ВИЧ- инфекцией, венерическими болезнями, инфекционным гепатитом и другими инфекционными заболеваниями.

3) целесообразно брать эякулят на лабораторное исследование не

ранее 3- 4 суток после предшествовавшего семяизвержения и зафиксировать данные о дате эякуляции, предшествовавшей получению спермы для исследования.

Полученный эякулят в пробирке передается в упакованном виде, подписанным с направлением эксперта следователю для доставки на исследование в судебно-биологическое отделение лаборатории для назначения судебно-биологической экспертизы в рамках назначаемой экспертизы.

При этом, необходимо исключить факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на биохимические характеристики спермы и подвижность сперматозоидов, чрезвычайно чувствительных к влиянию воздуха, колебаниям температуры и механическим воздействиям. Для предотвращения «холодового шока» сперматозоидов и исключения какого-либо влияния на биохимическую характеристику спермы эякулят собирают только в чистую и сухую стеклянную посуду, нагретую до нормальной температуры тела.

Для анализа берут весь эякулят, в том числе наиболее ценный его первый миллилитр, в котором содержится до 70-75 % наиболее зрелых и активных сперматозоидов. Обязательно производят исследование и «последней капли» после эякуляции. Для ее получения с помощью легкого массажа полового члена от корня к головке из мочеиспускательного канала выдавливают и наносят на предметное стекло каплю спермы для последующего микроскопического исследования. Наличие в «последней капле» подвижных сперматозоидов при их отсутствии в эякуляте, представленном обследуемым, указывает на его подмену или добавление к нему каких-либо веществ, обездвиживающих сперматозоиды.

Лабораторное исследование эякулята производится не позднее трех часов с момента его получения и должно включать:

- 1) исследование физических характеристик: цвета, прозрачности, вязкости, объема;
- 2) определение уровня кислотности (далее - рН);
- 3) микроскопическое исследование - в свежем виде для установления числа подвижных сперматозоидов, а также после окрашивания для выявления патологических форм сперматозоидов и форменных элементов эякулята.

При оценке результатов исследования спермы учитывают ее качественные показатели:

- 1) нормоспермией считают концентрацию сперматозоидов от 40 до 119 миллионов в 1 миллилитре эякулята; количество сперматозоидов с поступательным движением (хорошо подвижных) - 40 % и более, морфологически измененных - менее 40 %. Эякулят с содержанием сперматозоидов 20-30 миллионов в 1 миллилитре считается условно нормальным;

- 2) к олигоспермии 1-й степени относят случаи с содержанием сперматозоидов 10-19 миллионов в 1 миллилитре; олигоспермии 2-й степени - менее 10 миллионов в 1 миллилитре сперматозоидов. К наиболее

частым причинам олигоспермии относят: гонорей, трихомонадный уретрит, травм мошонки, расширение вен семенного канатика, орхиты, односторонний крипторхизм, вирусную инфекцию;

3) азооспермия и аспермия характеризуются отсутствием в эякуляте семенных нитей. При азооспермии в эякуляте имеются клетки сперматогенеза, из которых происходит образование сперматозоидов (незрелые формы). При аспермии в эякуляте отсутствуют сперматозоиды, клетки сперматогенеза и клетки Сертоли. Причиной азооспермии могут являться: гонорей, трихомонадный орхит, орхит и эпидидимит любой этиологии, крипторхизм, туберкулезная и химическая интоксикация, все виды радиоактивного облучения, травма мошонки. Аспермия является следствием непроходимости семявыносящих путей или атрофии канальцев яичек;

4) астеноспермия - в эякуляте содержится менее 40 % активно подвижных сперматозоидов. Астеноспермия может быть следствием гонорей, трихомонадного уретрита, контакта с этилированным бензином, эпидидимита;

5) некроспермия - отсутствие подвижных сперматозоидов в эякуляте. Для исключения ложной некроспермии, обусловленной допущенными погрешностями при получении и доставке спермы, следует проводить повторное исследование. Необходимо также учитывать, что неподвижность сперматозоидов не всегда свидетельствует об их гибели и может устраняться при слабом нагревании или добавлении питательного раствора Бакера (3 грамм левулезы, 0,6 грамм двузамещенного натрия фосфата, 0,01 грамм однозамещенного калия фосфата, 100 миллилитров дистиллированной воды), в подобных случаях правильнее указывать на акиноспермию (отсутствие подвижности);

б) тератоспермия - повышенное содержание в эякуляте морфологически измененных и дегенеративных форм сперматозоидов. Возможные причины тератоспермии - гонорей, трихомонадный орхит, алкоголизм, туберкулезная интоксикация, травма мошонки.

Вывод о способности к оплодотворению основывается на совокупности всех данных, полученных при опросе, объективном обследовании и исследовании семенной жидкости. Наличие в эякуляте даже небольшого количества подвижных сперматозоидов не может являться основанием для категорического исключения возможности к оплодотворению.

Методика экспертизы состоит из следующих этапов: ознакомление с постановлением, направляемыми документами, документами удостоверяющими личность свидетелеваемого лица, опрос свидетелеваемого лица, изучение медицинской документации, осмотр свидетелеваемого лица (при необходимости осмотр свидетелеваемого лица привлеченными специалистами с изучением ими предоставленных медицинских документов), проведение необходимых клинико-инструментальных обследований, обсуждение результатов осмотра

и исследований, составление выводов в соответствии с поставленными вопросами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Авдеев М.И. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. М., 1968
2. Сердюков М.Г. Судебная гинекология и судебное акушерство. М., 1964
3. Самойличенко А.Н. Основы судебно-медицинской гименологии. Караганда, 1994
4. Хохлов В.В., Кузнецов Л.Е. Судебная медицина: Руководство. – Смоленск, 1998
5. Судебная медицина: учебник/под общ ред В.Н.Крюкова. – 2-е изд; перераб. и доп. – М.: Норма, 2009
6. Акопов В.И. Судебная медицина в вопросах и ответах. (Справочник – пособие для юристов и врачей). Ростов н/Д.: Изд-во «Феникс», 1998
7. Судебная медицина: Учебник / под. Ред. В.Н. Крюкова. – 3-е изд., перераб и доп. – М.: Медицина, 1990
8. «Инструкция по организации и производству судебно-медицинской экспертизы» (Приказ МЗ РК от 20 мая 2010г. №368) – Астана, 2010