

**Лекція 14.1**  
**Судово-медична експертиза статевих станів**

Лектор  
к.м.наук, доцент кафедри патологічної анатомії, ННМІ СумДУ  
зав. курсом «Судова медицина. Медичне право України»  
Будко Ганна Юрївна

**Приводи проведення експертизи для осіб жіночої статі:**

- 1) визначення статевої зрілості;
- 2) наявність, порушення й давність порушення дівочої пліви;
- 3) характер, механізм виникнення ушкоджень при зґвалтуванні;
- 4) характер й механізм виникнення ушкоджень при скоєнні розбещувальних дій;
- 5) визначення здатності до статевих зносин й запліднення;
- 6) визначення вагітності й пологів;
- 7) визначення зв'язку переривання вагітності з травмою;
- 8) визначення абортів;
- 9) визначення статевої приналежності;
- 10) стан статевих органів у випадках встановлення ступеня стійкої втрати працездатності.

**Приводи проведення експертизи для осіб чоловічої статі:**

- 1) визначення здатності до статевих зносин;
- 2) визначення здатності до запліднення;
- 3) визначення статевої зрілості;
- 4) визначення венеричного захворювання;
- 5) визначення ознак акту мужолозтва;
- 6) визначення ознак факту зґвалтування;
- 7) визначення статевої приналежності.

**Експертиза статевої приналежності**

**Стать** – це сукупність генетичних й морфо-фізіологічних особливостей, що забезпечують статеве розмноження організмів.

Чоловіча й жіноча стать організму обумовлені генетично - спеціальними статевими хромосомами, фактично - статевими залозами (у ссавців й людини).

**Гермафродитизм (двостатевість)** характеризується наявністю в однієї людини ознак чоловічої і жіночої статі.

Диференціація первинних статевих ознак починається з 3-го тижня ембріонального розвитку. З цього часу намічаються статеві відмінності у будові зачатків статевої залози, переважаючий розвиток отримує або мезонефрального (у чоловічому ембріоні), або парамезонефрального (у жіночому ембріоні) протоки. Під час розвитку парамезонефральної протоки формуються матка, труби, піхва, а мезонефральні протоки атрофуються. У деяких випадках процеси «двостатевого» розвитку в тій чи іншій формі продовжуються й на більш пізніх стадіях, і дитина народжується з ознаками обох статей, поєднання й ступінь виразності яких надзвичайно різноманітні.

**Види гермафродитизму:**

- 1) істинний гермафродитизм: двосторонній та односторонній;
- 2) несправжній чоловічий гермафродитизм;
- 3) несправжній жіночий гермафродитизм;
- 4) нейтральний гермафродитизм;
- 5) подвійний гермафродитизм.

**Характеристика видів:**

- 1) **істинний гермафродитизм** – характеризується наявністю у суб'єкта чоловічих й жіночих статевих залоз.

У нормі усі або практично усі клітини чоловічого організму мають каріотип 46XY, а жіночого – 46XX. Наявність Y-хромосоми визначає розвиток внутрішніх й зовнішніх статевих органів за

чоловічим типом. При істинному гермафродитизмі частина клітин мають чоловічий каріотип, а частина жіночий. У результаті статеві залози мають ознаки чоловічого й жіночого організму, а зовнішні статеві органи формуються за змішаним типом.

Розрізняють двосторонній (з кожного боку є по яєчку й яєчнику) й односторонній (на одній стороні знаходиться яєчко і яєчник, на іншій - або яєчко, або яєчник) істинний гермафродитизм.

Також, виділяють латеральний гермафродитизм, коли на одній стороні знаходиться яєчник, а на іншій - яєчко й особливу форму - білатеральний гермафродитизм (ovotestis), при якому статеві залози має змішаний характер: одна її частина побудована як яєчник, інша - як сім'яник.

#### ***При гермафродитизмі розрізняють чотири типи статевих органів***

**Тип 1** – диференціація у жіночий бік: окремий вихід сечівника на промежині, окремий вхід у піхву, добре сформований присінок піхви; клітор зазвичай гіпертрофований.

**Тип 2** – окремий вхід сечівника й вхід у піхву на ділянці рудиментарного сечостатевого синуса; гіпертрофований клітор схожий на статевий член.

**Тип 3** – високе розташування входу сечовивідного каналу в піхву, сформований малий статевий член; іноді виявляють передміхурову залозу.

**Тип 4** – диференціація зовнішніх статевих органів у чоловічий бік: виявляється калитка, вхід сечовивідного каналу в головці статевого члена; матка й піхва рудиментарні.

Лікування гермафродитизму залежить від віку. У дітей до 2-х років вибір лікувальних заходів зумовлює тип зовнішніх статевих органів: 1-й, 2-й і 3-й необхідно лікувати у жіночому напрямі, 4-й тип - у чоловічому.

У дітей більш старшого віку й підлітків, а також у дорослих вибір лікування залежить від усвідомлення своєї статевої приналежності, психосексуальної орієнтації й типу зовнішніх статевих органів.

2) *несправжній чоловічий гермафродитизм* – характеризується наявністю функціонуючих чоловічих статевих залоз, але за наявності жіночих й чоловічих статевих органів або вторинних статевих ознак;

3) *несправжній жіночий гермафродитизм* – характеризується функціонуванням жіночих статевих залоз за наявності чоловічих й жіночих статевих органів чи вторинних ознак;

4) *нейтральний гермафродитизм* – характеризується наявністю як чоловічих, так й жіночих статевих органів, розвинених однаково недостатньо, й рудиментами статевих залоз;

5) *подвійний гермафродитизм* – розвинені чоловічі й жіночі статеві органи, а також по черзі функціонують залози, специфічно притаманні певній статі.

#### ***Особливості проведення експертизи статевої приналежності:***

1. Експертиза проводиться судово-медичним експертом за участю ендокринолога, невропатолога, уролога, психіатра.

2. Особливості опитування:

- психічний стан (ким особа сама себе вважає – чоловіком чи жінкою);
- чи є статевий потяг й до якої статі;
- наявність полюцій чи менструацій.

3. Особливості огляду й обстеження:

- загальний розвиток (будова скелета, статура, форма й розміри таза);
- виразність й ступінь розвитку вторинних статевих ознак (характер росту волосся на голові, обличчі й лобку);
- характер розвитку гортані та тембр голосу;
- можливість отримання сім'яної рідини.

4. Для визначення істинної статі проводять визначення 17-кортикостероїдів у сечі, дослідження статевого хроматину крові.

#### ***Експертиза статевої зрілості***

**Статева зрілість** – це такий фізіологічний стан організму (ступінь розвитку), при якому статеве життя є фізіологічно нормальною функцією, не викликає розладу здоров'я й не спричиняє шкоди у подальшому розвитку організму.

## **Критерії визначення статевої зрілості:**

### **I Мінімальні антропометричні показники:**

- зріст стоячи – не менше за 150 см;
- сидячи – 80 см;
- окружність грудної клітини у спокої – 78-80 см;
- при видиху – 73-76 см;
- окружність плеча у середній третині – 30-31 см;
- окружність гомілки – 40-41 см;
- окружність голови – 55 см;
- ширина плечей – 40-42 см;
- маса тіла – 45-50 кг.

### **II Загальна кількість зубів досягає 28.**

### **III Виражені вторинні статеві ознаки:**

- молочні залози з виступаючими сосками,
- оволосіння лобка і пахвових ямок.

### **IV Акушерсько-гінекологічне дослідження:**

- довжина шийки матки становить не більше 1/3 від довжини її тіла;
- шийка матки має циліндричну форму.

### **Експертиза статевої недоторканості**

Приводом для встановлення статевої недоторканості може бути обвинувачення у розпусних діях, у справах про зґвалтування або замах на нього, іноді - притягнення до відповідальності за наклеп, образу, наприклад, при несправедливому обвинуваченні у співжитті з певною чи багатьма особами. У останньому випадку справи виникають у порядку приватного обвинувачення, за заявою потерпілої.

Анатомічна цілість дівочої пліви є основним показником незайманості (дівочості).

**Дефлорація** – порушення цілості дівочої пліви.

**Дівоча пліва** – це дублікатура слизової оболонки піхви, до складу якої входять сполучнотканинні й м'язові волокна, судини й нерви. Вона розташована при вході у піхву між присінком й її порожниною та обмежує вхід у піхву.

Розрізняють основу пліви, вільний край, за рахунок якого сформований отвір, піхвову (або верхню) й зовнішню (або нижню) поверхні. Дівоча пліва має різну товщину, консистенцію, міцність й ступінь еластичності. Ширина її визначається віддаллю від основи до вільного краю (від 0,2-0,3 см до 1-1,5 см), розміри пліви й її отвору варіабельні. Іноді пліва дуже низька, представлена лише невеликою складкою слизової оболонки піхви.

Найчастіше зустрічаються дві основні форми, обумовлені локалізацією отвору: кільцеподібні або циркулярні при центральному розташуванні отвору й напівмісяцеві або серпоподібні, коли отвір локалізується ексцентрично, частіше у верхній частині, ближче до сечовивідного отвору.

<b>Ознаки</b>	<b>Давній розрив</b>	<b>Природна виїмка</b>
Локалізація	задній (нижній) край пліви	різна; відповідає складкам піхви
Кількість	два, рідше 1, 3	декілька; симетрично
Глибина відносно основи	доходять до основи	не доходять до основи
Краї порівняно з вільним краєм	щільні, білуваті	однакові з дівочою плівкою

Вільний край пліви може бути рівним й гладеньким, але іноді у ньому відмічаються природні заглибини. В залежності від їх кількості й глибини пліва набуває вигляду зубчастої або

бахромчастої (коли заглибин багато, але глибина їх незначна), дольчастої, пелюсткоподібної (коли заглибини доходять до середини пльви чи глибше).

Порушення анатомічної цілості дівочої пльви (дефлорація) може бути у вигляді розривів й надривів.

При розриві дівочої пльви спостерігається кровотеча й виразні ознаки запалення. У середньому в перші 2-3 дні краї розриву кровоточать, укриті згустками крові, з ознаками запалення. На 3-5 день набряк зменшується, краї розривів вкриваються білуватими нашаруваннями. До 5-8 дня запалення значно зменшується, краї розривів вкриваються грануляційною тканиною. Розриви дівочої пльви на 12-20 день зарубцьовуються й не мають слідів запалення. Після її загоювання встановити давність порушення пльви неможливо.

#### ***Відмінність давнього розриву від виїмки***

При встановленні статевої незайманості, крім визначення цілості дівочої пльви, використовують пробу цервікального каналу. Вона полягає у тому, що при гінекологічному дослідженні осіб жіночої статі, які жили статевим життям або займалися мастурбацією (онанізмом), із каналу шийки матки з'являються густі виділення молочного кольору з сіруватим відтінком у значній кількості. У жінок 30-35 років, що живуть статевим життям, ці виділення сіруватого кольору, водянисті. У дівчат, які не займалися мастурбацією й незайманих, слиз із каналу шийки матки при гінекологічних маніпуляціях не виділяється.

#### **Експертиза статевої і репродуктивної функції**

Необхідність визначення здатності до статевого акту та запліднення частіше виникає у чоловіків у кримінальних і цивільних справах і пов'язана зі статевими злочинами, коли обвинувачуваний заперечує у себе здатність до статевих зносин і запліднення внаслідок імпотенції, будь-яких захворювань, у цивільних справах - у зв'язку з поданням аліментного позову.

**Імпотенція** – статеве слабкість, безсилля, тобто стан, при якому чоловік не може здійснити статевий акт.

Імпотенція може бути абсолютною, тимчасовою й відносною.

За абсолютну вважається імпотенція, коли чоловік проявляє повне статеве безсилля.

Відносне статеве безсилля настає періодично й при певних обставинах.

Імпотенція може бути викликана різними причинами: недорозвиненням статевих залоз; відсутністю статевих гормонів; виснаженням організму; стресом, нервово-психічними розладами; цукровим діабетом; гіпотонією тощо. Зловживання алкоголем, курінням у деяких випадках також може призвести до імпотенції.

**Вагінізм** – це патологічний стан, що характеризується різким судомним скороченням м'язів піхви й промежини при спробі здійснити статевий акт чи гінекологічне дослідження. Вагінізм зумовлений підвищеною чутливістю жіночих статевих органів. Супроводжується сильним болем, іноді непритомним станом.

Буває *первинний* і *вторинний (набутий)* вагінізм. Частіше з'являється при першій спробі до статевих зносин у жінок, які бояться болю при дефлорації, у зв'язку з грубим поведженням чоловіка під час статевого акту тощо.

Вторинний вагінізм може розвинути у жінки, яка жила статевим життям, іноді - у тієї, що народжувала, внаслідок запальних процесів чи інших захворювань зовнішніх статевих органів й піхви, що супроводжуються болем.

Як правило, вагінізм виключає можливість статевих зносин.

#### **Патологічні стани, що порушують виділення сперми і її якість:**

**Азооспермія** – патологічний стан, при якому в сім'яній рідині присутні лише недозрілі клітини сперматогенезу.

Наявність у обстежуваного азооспермії виключає можливість запліднення.

Наявність у обстежуваного азооспермії виключає можливість запліднення.

**Асперматизм** – патологічний стан, що характеризується тим, що під час статевого акту сім'яна рідина взагалі не виділяється.

Він може бути *вродженим* або *тимчасовим*, що зумовлений двосторонньою облітерацією сім'явивідних протоків придатків яєчка внаслідок запального процесу.

Тимчасовий асперматизм може бути пов'язаний з тим, що попередньо мали місце неодноразові статеві зносини з еякуляцією, тому сперма більш не виділяється.

При наявності справжнього асперматизму чоловік нездатний до запліднення.

**Аспермія** – патологічний стан, при якому сперма не містить клітин сперматогенезу.

Вона може настати після радіаційного ураження організму чи коли сперматогенна тканина обох яєчок атрофована.

Аспермія повністю виключає можливість запліднення.

**Астеноспермія** – патологічний стан, при якому в еякуляті міститься велика кількість хворобливо змінених форм сперматозоїдів із послабленим рухом.

Наявність астеноспермії робить можливість запліднення дуже сумнівною.

**Гіпоспермія** – патологічний стан, при якому у виділених 1-2 мл сім'яної рідини міститься 15-35 млн. сперматозоїдів у перерахунку на 1 мл еякуляту, 50-70% рухливих форм, приблизно 75% нормальних морфологічних форм, більше 2,5-5% передуючих сперматозоїду незрілих форм. Рухливість сперматозоїдів добра або млява зі слабо прогресуючим уперед рухом. При гіпоспермії часто спостерігається значна кількість патологічних сперматозоїдів, у тому числі тератоїдні форми.

Гіпоспермія зумовлена порушенням сперматогенезу, переродженням й атрофією тканини яєчок.

Виключити можливість запліднення при гіпоспермії не можна.

**Олігоспермія** – патологічний стан, при якому виділяється всього біля 1 мл сім'яної рідини, у якій міститься 1-30 млн. сперматозоїдів у перерахунку на 1 мл, 20-25% рухомих форм, 10-30% сперматозоїдів із нормальною структурою й 5-10% незрілих клітин сперматогенезу.

Олігоспермія може бути викликана частими статевими зносинами, фізичним чи психічним виснаженням, гострою дією алкоголю й поганим харчуванням.

Можливість запліднення у момент олігоспермії малоімовірна.

**Некроспермія** – патологічний стан, при якому у свіжоотриманій, збереженій при температурі тіла й дослідженій після розрідження спермі містяться виключно нерухомі сперматозоїди. Виділяють наступні форми некроспермії: справжню, артефіціальну й несправжню. Найчастіше зустрічається тотальна або часткова некроспермія, викликана дією теплоти (більше 55°C), часом (пізнє дослідження сперми), хімічними факторами.

Наявність справжньої некроспермії виключає можливість запліднення.

### **Експертиза визначення вагітності та пологів**

**Ознаки вагітності поділяють на сумнівні, ймовірні (або правдоподібні) та вірогідні (або достовірні):**

- **сумнівні ознаки:** шлунково-кишкові розлади, нудота, блювота (особливо вранці), зміна смаку, поява незвичайного смаку, іноді - закрепи, збачення ньохових відчуттів, посилення пігментації шкіри обличчя (так звана хлоазма вагітних), пігментація сосків й навколишніх ореол, білої лінії живота, збільшення живота, функціональні розлади нервової системи й психіки (емоційна лабільність);

- **імовірні або правдоподібні ознаки вагітності:** припинення менструацій, або затримка не менше, як на 10 днів; синюшність зовнішніх статевих органів, слизової оболонки піхви та шийки матки (ознака Чедвіка); збільшення матки та зміна її форми, розм'якшення шийки матки (ознака Горвіца-Хегара); збільшення та набрякання молочних залоз, поява молозива, розростання монтгомерових залоз; розлади сечовипускання (почастішання); з'явлення біологічних й гормональних реакцій на вагітність;

- **вірогідні або безсумнівні (достовірні) ознаки вагітності (вони з'являються на четвертому місяці вагітності):** серцебиття й рух плода, визначення частин його тіла (пальпацією, рентгенографічно, при УЗД).

**Ознаками недавніх пологів є:**

- набухання молочних залоз, пігментація сосків й навколососкових ореол, виділення молозива чи молока;

- садна у піхві, зіяння статевої щілини, розриви чи рубці промежини;

- збільшення матки й наступна її еволюція (на 7-й день після пологів дно матки віддалене від симфізу на 8-12 см, на 10-й день – на 6-8 см, через 3 тижні матка знаходиться у малому тазу, до кінця 6-го тижня вона набуває нормальної величини, середнє зменшення матки – на 1,5-2 см за добу);

- розриви шийки матки;

- до 3-5 тижнів – наявність лохій (післяпологових виділень із порожнини матки): у перші 2-3 дні після пологів вони кров'янисті, з 3-4 дня – серозно-кров'янисті, з 5-го – до них приєднуються шматочки відпадаючої децидуальної оболонки, до 12 дня виділення набувають сіро-білого кольору зі слизом, до кінця 3-го тижня вони припиняються;

- у перший день після пологів шийка матки згладжена, зовнішній її зів відкритий до 10-12 днів.

**Аборт** – переривання вагітності у перші її 28 тижнів, коли плід ще нежиттєздатний.

Розрізняють аборт *довільний* - припинення вагітності без будь-яких втручань та аборт штучний – припинення вагітності шляхом дії на плід чи на організм вагітної.

### **Групи кримінального аборту**

- загальна дія на організм (підняття важкої речі, тривала гаряча ванна, прийняття препаратів, токсичних речовин);

- введення у матку стороннього предмета з метою ушкодження плідного яйця (катетера, в'язальної спиці, олівця);

- впорскування у порожнину матки різних рідин (мильної води, розчину соди, сулеми, карболової кислоти, оцету, спирту, йоду, перманганату калію).

### **Актуальність теми**

Під час проведення судово-медичної експертизи з приводу статевих станів експерт повинен знати: основні види гермофрадитизму; принципи й методи встановлення статевої зрілості; правила визначення цнотливості; діагностику статевої й репродуктивної функцій. Кожний лікар будь-якого профілю повинен знати правила й методику проведення опитування, обстеження потерпілої особи й забору матеріалу від потерпілого, підозрюваного, звинувачуваного для додаткових досліджень. Тому, що будь-який лікар може бути залучений до проведення дослідження живої особи у разі статевих злочинів, може виступати у ролі консультанта, до якого у ряді випадків направляють потерпілого, підозрюваного або звинувачуваного за необхідності у висновку фахівця-консультанта.

### **Загальна мета заняття**

Знати методику проведення судово-медичного дослідження живої особи, основні принципи судово-медичного опитування, антропометричних даних, гістологічних, імунологічних й токсикологічних досліджень. Інтерпретувати ознаки статевої зрілості, цнотливості, розпусних дій, згвалтування, зараження венеричними хворобами. Вивчити особливості проведення такого виду експертизи й принципи складання судово-медичних висновків у випадках статевих злочинів. Навчитися визначати вік людини, статеву зрілість за змінами організму, обґрунтовувати необхідність й причини визначення статі, зараження венеричними захворюваннями, вагітностей, пологів, абортів й оформлювати за ними судово-медичну документацію.

### **Конкретні цілі.**

#### **Знати**

1. Юридичні й медичні аспекти призначення та проведення експертизи живих осіб у разі статевих злочинів.

2. Особливості й методику проведення обстеження потерпілих, підозрюваних й звинувачуваних у разі скоєння різних статевих злочинів.

3. Юридичне визначення зґвалтування; розпусних дій, їх види; статеві зносин у спотвореній формі; навмисного зараження венеричними хворобами.

#### **Уміти**

1. Правильно провести амбулаторний прийом потерпілої особи у разі скоєння статевих злочинів.

2. Застосовувати медичні знання про зараження венеричними хвороба, їх клінічні прояви й методи діагностики.

3. Диференціювати статеві зносини у природній й неприродній формі; інтелектуальні та фізичні розпусні дії щодо малолітніх.

4. Диференціювати ушкодження дівочої пліви за часом їх виникнення.

#### **Вихідний рівень знань-умінь**

#### **Знати**

1. Юридичні й медичні аспекти призначення та проведення експертизи живих осіб у разі статевих злочинів.

2. Особливості й методики проведення обстеження потерпілих, підозрюваних й звинувачуваних у разі скоєння різних статевих злочинів.

3. Юридичне визначення зґвалтування; розпусних дій, їх види; статеві зносин у спотвореній формі; навмисного зараження венеричними хворобами.

4. Правильно провести амбулаторний прийом потерпілої особи у разі скоєння статевих злочинів.

5. Застосовувати медичні знання про зараження венеричними хвороба, їх клінічні прояви й методи діагностики.

6. Диференціювати статеві зносини у природній й неприродній формі; інтелектуальні та фізичні розпусні дії щодо малолітніх.

7. Диференціювати ушкодження дівочої пліви за часом їх виникнення.

8. Правильно провести вилучення необхідного матеріалу від живої особи й направити його для додаткових досліджень.