

**Ю. В. Кухарьков**



# **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**ПОТЕРПЕВШИХ, ПОДОЗРЕВАЕМЫХ,  
ОБВИНЯЕМЫХ И ДРУГИХ  
ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ**



**Ю. В. Кухарьков**

---

# **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**ПОТЕРПЕВШИХ, ПОДОЗРЕВАЕМЫХ,  
ОБВИНЯЕМЫХ И ДРУГИХ  
ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ**

Пособие для студентов  
юридического факультета, обучающихся  
по специальности 1-24 01 02 «Правоведение»

---

**МИНСК  
БГУ  
2010**

УДК 340.6(075.8)  
ББК 67.5я73  
К88

Рекомендовано ученым советом  
юридического факультета БГУ  
27 сентября 2010 г., протокол № 1

**Рецензенты:**

кандидат юридических наук, доцент *А. С. Сенько*;  
кандидат юридических наук *В. В. Шалькевич*

**Кухарьков, Ю. В.**

**К88** Судебно-медицинские исследования потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и других физических лиц : пособие для студентов юрид. фак., обучающихся по спец. 1-24 01 02 «Правоведение». – Минск : БГУ, 2010. – 100 с.  
ISBN 978-985-518-403-5.

В пособии излагаются вопросы назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы физического лица в уголовном, гражданском, административном процессах. Приведены сведения по определению характера и тяжести телесных повреждений, проведению судебно-медицинских исследований при половых преступлениях, исследованию состояний репродуктивной функции человека, состояния здоровья и причинения вреда здоровью, установлению возраста. Рассмотрены вопросы этики при судебно-медицинском исследовании человека.

Для студентов юридического факультета.

**УДК 340.6(075.8)**  
**ББК 67.5я73**

**ISBN 978-985-518-403-5**

© Кухарьков Ю. В., 2010  
© БГУ, 2010

## ВВЕДЕНИЕ

---

Судебная медицина – это наука и соответствующая учебная дисциплина, предметом изучения которой является теория и практика специальных медицинских исследований для решения вопросов, возникающих в стадиях возбуждения уголовного дела, предварительного расследования, а также в судебном производстве по уголовным и гражданским делам и в административном процессе. Медицинские знания и исследования для решения правовых задач, их применение составляют содержание судебной медицины. Необходимость в судебно-медицинских знаниях и исследованиях в правовой практике возникает в случаях, когда существенный для дела факт не может быть установлен путем его непосредственного восприятия. Тогда в соответствии с процессуальной регламентацией назначается судебно-медицинская экспертиза или в качестве специалиста привлекается врач, компетентный в решении возникших вопросов.

В целом процессуально регламентированные судебно-медицинские исследования подразумевают: 1) проведение судебно-медицинской экспертизы; 2) исследования врача, привлеченного в качестве специалиста для участия в процессуальных действиях.

Представленный учебный материал в первую очередь посвящен проведению судебно-медицинских экспертиз. Информация о проведении судебно-медицинских исследований специалистом в процессуальных действиях требует отдельного изложения, в данном пособии приводится ограниченно.

Объекты судебно-медицинских исследований определяются как:

- 1) трупы (труп человека);
- 2) живые лица (живой человек);
- 3) вещественные доказательства (биологические ткани и выделения человека, а также травмирующие человека предметы и следы их воздействия на теле человека);
- 4) материалы дел (содержащие медицинские сведения документы или иные материалы).

Следует отметить, что принятая в Республике Беларусь современная терминология предусматривает понятие «медицинская судебная экспертиза», которая включает в себя судебно-медицинскую

экспертизу (СМЭ), а также судебно-психиатрическую и судебную медицинскую психологическую экспертизы. Как самостоятельные науки судебная психиатрия и медицинская психология решают вопросы, связанные с психическими заболеваниями и психической деятельностью человека. Судебно-медицинские знания и исследования предназначены для решения медико-биологических вопросов в отношении тела человека (живого или мертвого): исследования его физических свойств и их характеристик, свойств отдельных биологических тканей и выделений человека, возникновения новых свойств и определения причин этого возникновения.

Представленное пособие посвящено судебно-медицинской экспертизе живого человека (живого лица). В настоящее время термин «живое лицо» является академическим, однако следует признать, что в современных условиях он имеет историческое значение, отражая определенный этап развития судебной медицины. В Республике Беларусь в процессуальных и иных правовых актах термин «живые лица» не используется. В Положении о Государственной службе медицинских судебных экспертиз, утвержденном Указом Президента Республики Беларусь от 29 декабря 2001 г. № 808 (п. 5.2), указано, что данная служба организует и проводит «экспертизы обвиняемых, потерпевших и других лиц». Действующая Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы в Республике Беларусь конкретизирует задачи исследования объектов. В этой инструкции судебно-медицинская экспертиза в отношении живого человека приведена как «экспертиза потерпевших, обвиняемых и других лиц для определения характера и тяжести телесных повреждений, возраста, когда это имеет значение для уголовного и гражданского дела, половых состояний и разрешения других вопросов, требующих специальных познаний в области судебной медицины». Лица, которые могут быть подвергнуты СМЭ, в действующем процессуальном законодательстве Республики Беларусь (уголовном, гражданском, административном) определены как «*физические лица*». Ими являются:

1) в уголовном процессе – потерпевший, подозреваемый, обвиняемый, свидетель; также физическое лицо, в отношении которого осуществляется экспертиза в стадии возбуждения уголовного дела, что прямо определено в ст. 226 Уголовно-процессуального кодекса Республики Беларусь («Не могут назначаться экспертизы, связанные с применением мер процессуального принуждения в отношении физических лиц»);

2) в гражданском процессе – истец, ответчик;

3) в административном процессе – потерпевший, физическое лицо, в отношении которого ведется административный процесс, свидетель.

Исходя из этого, вполне уместно и оправданно использование термина «физическое лицо» в отношении живого человека, подвергнутого судебно-медицинским исследованиям.

Помимо аспектов судебно-медицинского исследования физического лица, в данном пособии рассматриваются вопросы по организационно-процессуальным положениям, общие для всех объектов судебно-медицинских исследований. Также это некоторые проблемы судебно-медицинской травматологии и исследования трупа, связанные с определением характера и тяжести телесных повреждений, установлением биологического возраста умершего человека (устанавливается по таким же признакам, как и у живого), вопросы судебно-медицинских исследований биологических следов при их обнаружении на теле и одежде физического лица. Кроме того, в пособии изложены сведения, связанные с учебной дисциплиной «Криминалистика» и относящиеся к вопросам методик расследования отдельных видов преступлений: против жизни и здоровья человека, против половой неприкосновенности и половой свободы.

Студент юридического факультета, обучающийся по специальности «Правоведение», изучив дисциплину «Судебная медицина», как минимум должен:

- знать порядок и особенности назначения СМЭ и права лиц в связи с назначением экспертизы;
- иметь представление о необходимых условиях и методах проведения судебно-медицинских исследований, о том какие судебно-медицинские исследования физического лица возможны и какие вопросы при них могут быть решены;
- знать современные возможности судебно-медицинских исследований физического лица;
- уметь определить задачу врачу-специалисту, при необходимости применить судебно-медицинские знания в процессуальных действиях;
- уметь дать оценку достоверности проведенной СМЭ, определить соответствие выводов и фактических данных, изложенных в заключении эксперта.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ**

---

Судебно-медицинская экспертиза физических лиц проводится в уголовном и гражданском процессах, а также по делам об административных правонарушениях, когда возникает необходимость в специальных медико-биологических знаниях и исследованиях состояния здоровья, полученных травм, других медицинских показателей в отношении проходящих по делу физических лиц.

Основанием для назначения СМЭ физического лица является решение дознавателя, следователя, прокурора, суда, должностного лица органа, ведущего административный процесс, о необходимости применения специальных медицинских знаний для получения фактических данных и установления обстоятельств дела.

Кроме того, в уголовном процессе дополнительно к этому предусмотрено обязательное назначение и проведение экспертизы (ст. 228 Уголовно-процессуального кодекса Республики Беларусь (УПК Республики Беларусь)). Все случаи, приведенные в данной статье УПК Республики Беларусь, являются основанием для назначения либо судебно-психиатрической, либо судебно-медицинской экспертизы. Из перечисленных в статье случаев непосредственно к судебно-медицинской экспертизе физического лица относится необходимость установить:

- 1) характер и степень тяжести телесных повреждений;
- 2) возраст подозреваемого, обвиняемого, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы о возрасте отсутствуют или вызывают сомнение;
- 3) физическое состояние подозреваемого или обвиняемого, когда возникает сомнение по поводу их способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы;
- 4) физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать о них показания.

При назначении экспертизы дознаватель, следователь, должностное лицо органа, ведущего административный процесс, а также судья единолично в уголовном процессе выносят постановление. Коллегиально в уголовном процессе суд выносит определение. В гражданском процессе, назначая экспертизу, суд выносит определение.

Постановление (определение) обязательно для исполнения лицами, учреждениями и организациями, которым оно адресовано.

## **Назначение и организация проведения судебно-медицинской экспертизы физических лиц**

Уголовный процессуальный закон (ч. 2 ст. 227 УПК Республики Беларусь) предусматривает возможность поручить производство судебной экспертизы: 1) экспертным учреждениям; 2) учреждениям и организациям (государственным или негосударственным), которые не являются экспертными; 3) сведущим лицам (специалистам определенной области знаний), назначенным следователем, дознавателем, т. е. вне какого-либо учреждения.

В гражданском процессе производство экспертизы может быть поручено либо экспертным учреждениям, либо эксперту (экспертам). Не допускается проведение экспертизы юридическим лицом, не являющимся экспертным учреждением (ст. 221 Гражданского процессуального кодекса Республики Беларусь (ГПК Республики Беларусь)).

В административном процессе экспертиза может быть поручена экспертному учреждению, а также другим лицам, обладающим необходимыми знаниями, с их согласия (ч. 2 ст. 10.16 Процессуально-исполнительного кодекса об административных правонарушениях (ПИКобАП Республики Беларусь)).

Таким образом, в целом определяется возможность назначения судебной экспертизы в экспертное учреждение либо вне его, что и определяет два порядка ее проведения.

**Порядок проведения судебной экспертизы в экспертном учреждении.** При назначении судебной экспертизы в экспертное учреждение его руководитель или уполномоченное лицо поручает работникам (специалистам) этого учреждения проведение экспертизы. При этом он должен разъяснить права и обязанности эксперта, предусмотренные кодексами Республики Беларусь: УПК, ГПК, ПИКобАП – в зависимости от того, проводится экспертиза по уголовному, гражданскому или административному делу. Руководитель экспертного учреждения (уполномоченное лицо) также предупреждает назначенного эксперта (экспертов) об ответственности за уклонение или отказ от производства экспертизы, заведомо ложное заключение, неисполнение других процессуальных обязанностей. Подписка эксперта об этом прилагается к заключению эксперта или является его составной частью.

В случае необходимости при проведении в экспертном учреждении комиссионной СМЭ физического лица – по указанию лица, назначившего экспертизу, либо по инициативе самого экс-



пертного учреждения – в комиссию могут быть включены специалисты (врачи различных специальностей), не являющиеся работниками учреждения, которому поручено производство экспертизы. На таких лиц распространяются правила проведения судебной экспертизы в экспертном учреждении.

Судебно-медицинские экспертизы физических лиц практически всегда назначаются в экспертные учреждения. Производство экспертизы поручается соответствующим подразделениям Государственной службы медицинских судебных экспертиз (ГСМСЭ), а при назначении СМЭ военными судами и следователями военных прокуратур – также судебно-медицинской лаборатории Министерства обороны Республики Беларусь.

Помимо вышеизложенного, в современных условиях ГСМСЭ осуществляет производство медицинских экспертиз на платной основе по обращениям физических и юридических лиц без соответствующего постановления (определения). Основанием проведения экспертизы является заключенный договор о ее производстве. Порядок производства такой экспертизы соответствует порядку проведения судебной экспертизы в экспертном учреждении.

**Порядок проведения судебной экспертизы вне экспертного учреждения.** Назначение СМЭ по уголовным делам специалистам учреждений и организаций, которые не являются экспертными, а также сведущим лицам по уголовным и гражданским делам вне какого-либо учреждения определяет порядок проведения судебной экспертизы вне экспертного учреждения.

По уголовным делам при назначении СМЭ учреждениям и организациям, которые не являются экспертными, до вынесения постановления (определения) следователь, дознаватель, суд согласовывают специалистов, которые в учреждении или в организации будут проводить экспертизу. Согласование специалистов обычно осуществляется через руководство учреждения или организации, где будет проводиться экспертиза.

При вынесении постановления (определения), поручая производство экспертизы по уголовному делу специалистам учреждений и организаций, не являющихся экспертными, либо поручая производство экспертизы по уголовным и гражданским делам сведущим лицам вне какого-либо учреждения, дознаватель, следователь, судья (суд) удостоверяются в личности лица, которому поручается производство экспертизы, его компетентности (специальности и квалификации, стаже работы и пр.), проверяют наличие у эксперта заинтересованности в исходе дела и других оснований для его отвода в соответствии с процессуальным за-

конодательством. Постановление вручается эксперту, при этом следователь, дознаватель, суд разъясняют права и обязанности, предупреждают об ответственности за уклонение или отказ от производства экспертизы, заведомо ложное заключение, неисполнение других процессуальных обязанностей. Выполнение этих действий отмечается в постановлении (определении), удостоверяется подписью эксперта.

Судебно-медицинские экспертизы физического лица в порядке проведения вне экспертного учреждения имеют место достаточно редко. Это могут быть случаи повторной СМЭ, когда предыдущие экспертизы неоднократно выполнялись в экспертных учреждениях, однако имеются основания не доверять их результатам.

### **Проведение судебно-медицинской экспертизы физического лица**

Судебно-медицинская экспертиза физического лица проводится непосредственно путем медицинского обследования. Обследование осуществляют в любых пригодных помещениях. Это могут быть специально выделенное помещение в экспертном учреждении, кабинет эксперта или следователя, больничная палата или врачебный кабинет в лечебно-профилактическом учреждении (например, когда человек находится на излечении по поводу полученной травмы), любые другие помещения, в которых имеются условия для обследования человека. Однако когда необходимо проведение специальных исследований (например, гинекологического, стоматологического осмотра и т. п.), экспертиза может проводиться только в специально приспособленном и должным образом оборудованном медицинском помещении. В соответствии с Положением о государственной службе медицинских судебных экспертиз, утвержденным Указом Президента Республики Беларусь № 808 от 20 декабря 2001 г. (п. 22), руководители и врачи лечебно-профилактических учреждений обязаны оказывать содействие судебно-медицинским экспертам в проведении медицинского обследования и консультаций, осуществлении лабораторных анализов, предоставлять для проведения СМЭ помещения.

При проведении СМЭ устанавливается личность обследуемого лица по паспорту либо другому удостоверению, заменяющему паспорт. Личность может быть удостоверена сотрудниками правоохранительных органов, судьей (при проведении экспертизы в судебном заседании), должностным лицом органа, ведущего административный процесс.

Обследуемое лицо эксперт опрашивает. При этом выясняются обстоятельства получения телесных повреждений, жалобы на момент осмотра, собственная оценка обследуемым лицом состояния

своего здоровья, оказывалась ли медицинская помощь и какая, прочие необходимые для проведения экспертизы сведения.

Изучаются представленные материалы дела и медицинские документы. При необходимости эксперт ходатайствует лицу, назначившему экспертизу, о предоставлении дополнительных, необходимых для исследования материалов.

Проводят медицинское обследование в рамках имеющегося экспертного задания и предоставленным обследуемым лицом сведений. Помимо непосредственного самостоятельного обследования, эксперт (эксперты) может использовать данные дополнительных исследований, проводимых с привлечением врачей-специалистов соответствующего поставленным задачам профиля. Непосредственно при судебно-медицинском обследовании самим судебно-медицинским экспертом или фотолаборантом может быть выполнено фотографирование или видеосъемка. В необходимых случаях судебно-медицинский эксперт отправляет лицо, подлежащее экспертизе, на дополнительное медицинское обследование в лечебно-профилактические учреждения (например, на рентгенологическое или лабораторное обследование). При проведении исследований, когда обследуемое лицо доставлено непосредственно с места происшествия, эксперт обращает внимание на его одежду. При наличии повреждений одежды, наложений или иных следов на одежде и коже, эксперт предпринимает меры для их сохранения, оперативно информирует лицо, назначившее экспертизу, об их наличии. С одежды и тела обследуемого лица могут быть изъяты объекты (вещественные доказательства), которые передаются лицу, назначившему экспертизу, для принятия решения о последующих лабораторных исследованиях. Это может быть сделано как по инициативе эксперта, так и по указанию лица, назначившего экспертизу. Кроме того, при необходимости (наличии соответствующих указаний в постановлении о назначении экспертизы либо когда изъятие образцов является частью экспертного исследования) у обследуемого изымают образцы для проведения сравнительного исследования: волосы, кровь, слюна и другие биологические объекты.

Если при назначении или при проведении СМЭ признается необходимость в стационарном обследовании и наблюдении, когда без этого невозможно решить экспертные задачи, то подозреваемый или обвиняемый могут быть помещены в государственное медицинское учреждение; указание об этом приводится в постановлении (определении) о назначении экспертизы.

Стационарное наблюдение за потерпевшим и свидетелем для проведения СМЭ возможно только с их согласия. В гражданском процессе при необходимости проведения СМЭ в условиях стационара с согласия исследуемого лица (истца или ответчика) суд поме-

щает его в какое-либо соответствующее медицинское учреждение, о чем указывает в определении о назначении экспертизы.

В целом судебно-медицинская экспертиза физического лица может являться одноэтапной, когда информацию для решения поставленных на экспертизу вопросов получают при его осмотре и изучении представленных материалов дела и медицинских документов. Однако нередко после медицинского осмотра и знакомства с материалами дела эксперт назначает дополнительную консультацию специалиста, какое-либо инструментальное исследование или лабораторный анализ, запрашивает новые медицинские документы – в подобных случаях решение задач экспертизы производится после получения дополнительных и необходимых сведений. В таких случаях СМЭ является двухэтапной.

В исключительных случаях возможно проведение экспертизы без непосредственного медицинского осмотра человека – тогда, когда в наличии имеются медицинские документы, содержащие исчерпывающие сведения об имевшихся телесных повреждениях, состоянии здоровья и медицинских особенностях обследуемого, проведенном лечении и пр., т. е. когда документированные сведения позволяют решить экспертные вопросы.

Судебно-медицинская экспертиза физического лица может проводиться врачом судебно-медицинским экспертом единолично, либо комиссией экспертов (комиссионная экспертиза). Помимо судебно-медицинских экспертов, в судебно-медицинскую экспертную комиссию могут входить врачи других специальностей (хирурги, терапевты, стоматологи и др.).

В некоторых случаях при проведении медицинской экспертизы приходится решать вопросы, которые являются смежными для медицинских знаний. В таких случаях задачи экспертного исследования решаются и врачами, и другими специалистами. Это могут быть экспертизы, связанные с возможностью получения повреждений от электрической энергии, в случаях автомобильной травмы, отравлений, действия лучистой энергии, в ряде других ситуаций. Тогда для проведения экспертизы привлекаются специалисты других областей знаний (химики, инженеры и др.). Такая экспертиза является комплексной. Комплексной следует считать и экспертизу с участием врачей-психиатров и медицинских психологов, когда вместе с судебно-медицинскими вопросами решаются задачи судебно-психиатрические и судебно-психологические. Это следует из специфики задач судебно-психиатрической экспертизы, а также из процессуальной самостоятельности судебных психиатрических и психологических обследований.

В целом экспертизу следует считать оконченной тогда, когда оформлено «Заключение эксперта».

**Заключение эксперта.** Заключение эксперта является источником доказательств и представляет собой документ, удостоверяющий факт и ход исследования экспертом предоставленных материалов и содержащий выводы по поставленным вопросам.

Заключение судебно-медицинского эксперта состоит из вводной, исследовательской частей и выводов.

Вводная часть содержит:

- название экспертизы, ее регистрационный номер;
- время и место производства экспертизы;
- условия производства экспертизы, имеющие значение для экспертного исследования (освещение, температура воздуха и др.);
- указание на постановление или определение, на основании которого производится экспертиза;
- данные об эксперте (экспертах) – фамилия, имя, отчество, занимаемая должность, образование, специальность и стаж работы, квалификационная категория, ученая степень, ученое звание;
- данные об объектах, предоставленных для производства экспертизы;
- сведения о лицах, присутствующих при производстве экспертизы и их пояснения;
- подписку судебно-медицинского эксперта о разъяснении ему процессуальных прав и обязанностей и об его ответственности.

Кроме того, вводная часть также включает перечень вопросов, поставленных на разрешение экспертизы (экспертное задание), а также обстоятельства дела. В обстоятельствах дела излагаются сведения, которые необходимы эксперту при проведении судебно-медицинских исследований и составлении выводов (следственные данные, содержание медицинских документов при экспертизе трупа, данные предыдущих экспертиз и др.).

Исследовательская часть содержит подробное описание проведенных исследований, результаты опроса экспертом физического лица, всех установленных фактических данных. В ней излагается информация о примененных тестах, методах регистрации, используемой аппаратуре, реактивах и оборудовании, полученных результатах. В данной части указываются перечень объектов, направленных на лабораторное исследование (судебно-химическое, судебно-гистологическое и др.), если таковое проводилось, результаты, даты их проведения и получения результатов. Структура исследовательской части в целом определяется видом производимой экспертизы. Вводная и исследовательская части составляют протокольную часть заключения эксперта; ее подписывают судебно-медицинский эксперт и лица, присутствующие при экспертизе.

Выводы в заключении эксперта являются его научно-обоснованным мнением, сформулированным на основании результатов собственных исследований, а также дополнительно полученных лабораторных данных. Выводы оформляются в соответствии с вопросами, поставленными на разрешение экспертизы, должны содержать ответы на все поставленные вопросы. В случае, если эксперт не может ответить на поставленный вопрос, то на это указывается в выводах вместе с указанием причины, по которой невозможно дать ответ. Не может быть предоставлена экспертная оценка каких-либо фактов, выходящая за пределы специальных познаний самого эксперта.

Выводы также могут содержать экспертную оценку объективных данных, выявленных в процессе экспертизы, которые хотя и не отражены в поставленных вопросах, но, по мнению эксперта, имеют значение для дела (экспертная инициатива). Следует отметить, что экспертная инициатива является правом эксперта в уголовном и административном процессах и обязанностью – в гражданском.

Выводы в экспертизе должны излагаться ясно, конкретно, избегая по возможности специальных медицинских терминов. Экспертное суждение по каждому выводу должно быть обосновано фактическими данными (фактами) в исследовательской части.

В качестве приложения вместе с заключением предоставляются отдельно полученные результаты объективной регистрации (фото-снимки, контурные схемы и др.) и лабораторных исследований.

Заключение эксперта не может быть заменено краткими выписками, справками, неутвержденными формами и бланками анкетного типа.

При проведении СМЭ в судебном заседании заключение эксперта также составляется в письменной форме, оглашается, приобщается к делу.

### **Обязанность физических лиц проходить обследование при проведении судебно-медицинской экспертизы**

Процессуальный закон определяет обязанность лиц проходить обследование при производстве СМЭ.

В уголовном процессе подозреваемый или обвиняемый обязаны подчиняться законным требованиям органа, ведущего процесс, и участвовать в процессуальных действиях. Таким образом, при проведении СМЭ подозреваемый или обвиняемый не могут отказаться от обследования, в том числе в условиях стационара;

при отказе подозреваемого или обвиняемого обследование может быть выполнено принудительно.

Потерпевший по требованию ведущего уголовный процесс органа обязан подвергаться амбулаторной экспертизе для проверки способности правильно воспринимать и давать показания об обстоятельствах уголовного дела, если есть веские причины сомневаться в наличии у него такой способности, а также для установления его возраста. Установление возраста по анатомо-физиологическим особенностям, а также состояние физического здоровья для оценки способности человека правильно воспринимать и давать показания решается при судебно-медицинском экспертном обследовании. Соответственно потерпевший обязан проходить такое обследование. Указанное следует из обязанностей потерпевшего (п. 5 ч. 2 ст. 50 УПК Республики Беларусь) и из случаев обязательного назначения и проведения экспертизы (ст. 228 УПК Республики Беларусь). Однако практически неясно, возможно ли проведение судебно-медицинского экспертного обследования потерпевшего при его категорическом отказе. Закон допускает в отношении потерпевшего такую меру процессуального принуждения, как привод (ч. 1 ст. 130 УПК Республики Беларусь). Однако даже проведение привода потерпевшего не означает получение его согласия на проведение медицинского обследования при экспертизе. По всей видимости, следует полагать, что проведение СМЭ физического лица невозможно при его отказе от обследования.

Невозможно применение мер процессуального принуждения в отношении физических лиц при назначении экспертизы до возбуждения уголовного дела (в стадии проверки заявлений и сообщений).

Экспертиза свидетелей в уголовном процессе проводится обязательно при их согласии, причем в письменной форме. Если свидетель не достиг совершеннолетия, такое согласие дается его родителями, усыновителями, опекунами или попечителями.

В административном процессе физическое лицо, в отношении которого ведется административный процесс, не может отказать от прохождения экспертизы; экспертиза потерпевшего, свидетелей проводится только с их письменного согласия. Если потерпевший и свидетель не достигли совершеннолетия, письменное согласие на проведение экспертизы дается их родителями или иными законными представителями.

В гражданском процессе экспертиза физических лиц, заинтересованных в исходе дела (истца, ответчика), проводится только

при их согласии. Возможно, что истец или ответчик могут уклоняться от участия либо препятствовать проведению экспертизы (без уважительной причины не являться на экспертизу, не предоставлять необходимых объектов исследования и пр.) и, таким образом, делать проведение экспертизы невозможным. Тогда суд вправе признавать установленным или опровергнутым факт, для выяснения которого была назначена экспертиза. При этом суд учитывает и исходит из того, какая сторона уклоняется от экспертизы и какое значение для нее имеют результаты экспертизы.

В любом случае при проведении СМЭ не должны применяться методы, опасные для жизни и здоровья человека или унижающие его честь и достоинство. Это означает, что любые мероприятия при обследовании физического лица не должны выходить за рамки стандартных медицинских процедур.



## **ВИДЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ**

---

Виды СМЭ возможно выделить в зависимости от процессуального статуса обследуемого лица, процессуальной стадии и регламентации назначения и проведения СМЭ, решаемых задач.

В зависимости от процессуального статуса обследуемого физического лица возможно выделить СМЭ потерпевшего, СМЭ подозреваемого, СМЭ обвиняемого, СМЭ истца и т. д.

В соответствии с особенностями процессуальной стадии и регламентации выделяют экспертизу физического лица в уголовном процессе, в гражданском процессе, в административном процессе. В уголовном процессе имеются особенности назначения и проведения СМЭ в стадии возбуждения уголовного дела, предварительного расследования и в суде.

Виды СМЭ также определяются задачами исследования. В пределах судебно-медицинских знаний при проведении экспертизы физических лиц могут быть решены следующие задачи:

- установление факта причинения телесных повреждений, определение характера телесных повреждений, давности, степени тяжести, механизма их образования, чем они причинены;
- исследования при половых преступлениях – установление факта полового сношения, противоестественных форм сексуальных взаимоотношений;
- определение возраста;
- исследование состояния здоровья человека, определение причинения вреда здоровью; установление обмана в отношении состояния здоровья – симуляции, диссимуляции, аггравации, дезаггравации, искусственных болезней;
- выявление состояния алкогольного или наркотического опьянения;
- решение вопросов о заражении инфекционным заболеванием (ВИЧ-инфекцией, венерическими заболеваниями и др.), о заболеваниях людей при нарушении правил безопасности с биологическими агентами и при нарушении санитарно-эпидемиологических правил;

- исследование состояний репродуктивной функции: установление истинного пола, определение половой зрелости и производительной способности, половой неприкосновенности, беременности, установление факта бывших родов, признаков перенесенного аборта;

- установление тождества (идентификация) личности по медицинским показателям.

Поводом к проведению судебно-медицинской экспертизы проходящих по делу физических лиц является необходимость решения указанных задач, каждой в отдельности либо нескольких в совокупности. В соответствии с этим в литературе и практике используют различные дополнительные названия СМЭ, например «судебно-медицинская экспертиза характера и тяжести телесных повреждений», «судебно-медицинская экспертиза при половых преступлениях», «судебно-медицинская экспертиза возраста», «судебно-медицинская экспертиза состояния здоровья» и подобные. Следует отметить, что вышеприведенные задачи выделены как самостоятельные искусственно. Так, например, экспертиза состояния здоровья в некоторых случаях предусматривает определение характера и степени тяжести телесных повреждений. Исследование при половых преступлениях может проводиться с оценкой показателей репродуктивной функции (половой неприкосновенности), одновременно определяется степень тяжести телесных повреждений.

В зависимости от задач, с учетом используемых методов и участвующих врачей-специалистов в литературе можно встретить еще один терминологический вариант видов СМЭ физических лиц, например «судебная акушерско-гинекологическая экспертиза», «судебная стоматологическая экспертиза», «наркологическая экспертиза» и др. Однако следует учитывать, что все экспертизы, выполненные врачами-специалистами (судебно-медицинскими экспертами, акушерами-гинекологами, хирургами, стоматологами и пр.), при которых исследуют физические особенности человека, а также состояние его физического здоровья, по своему содержанию являются судебно-медицинскими независимо от используемого названия.

К судебно-медицинским экспертизам не относят судебно-психиатрические и медицинские судебно-психологические экспертизы, при которых исследуют психическое здоровье и особенности человека, определяют медицинские признаки вменяемости, дееспособности и прочее и которые процессуально самостоятельны.

## СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ПРИЧИНЕНИИ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

---

Необходимость проведения экспертизы по факту причинения телесных повреждений возникает в основном при производстве по уголовным и административным делам, когда требуется определить вину и меру наказания за нанесение человеку травмы. Кроме этого, иногда необходимость устанавливать степень тяжести телесных повреждений и их особенности возникает в гражданском процессе, например при определении вреда здоровью или при рассмотрении дел, в которых фигурирует случай страхового возмещения травмы.

Понятие «степень тяжести телесных повреждений» является юридическим. Это понятие никак не следует смешивать с медицинским пониманием тяжести полученной травмы и состояния здоровья человека при этом. Вместе с тем критерии степеней тяжести напрямую имеют отношение к медицинским знаниям и входят в компетенцию врача судебно-медицинского эксперта. Это обуславливает то, что традиционно и в соответствии с действующим законом при производстве СМЭ именно врачи судебно-медицинские эксперты как определяют медицинские критерии, так и, исходя из них, дают оценку степени тяжести телесного повреждения.

### Понятие «телесные повреждения»

В соответствии с действующими Правилами судебно-медицинской экспертизы характера и тяжести телесных повреждений в Республике Беларусь под телесными повреждениями следует понимать *нарушения анатомической целостности или физиологической функции органов и тканей человека, возникшие в результате воздействия факторов внешней среды (физических, химических, биологических, психических и др.)*.

Данное определение требует правильной оценки. Основой нарушения физиологических функций организма всегда являются изменения анатомические (структурные). Однако на практике не всегда удается найти структурный эквивалент нарушения функции. Например, до настоящего времени в медицинской науке

четко не определены структурные признаки боли. Подобного рода примеры появляются в силу недостаточно высокого уровня исследований и отсутствия соответствующих научных разработок. Несомненно, что научный поиск в различных областях медицины позволяет устанавливать четкую взаимосвязь и взаимобусловленность, с одной стороны, структуры, с другой стороны, функции клеток, тканей и органов. Так, к настоящему времени определены структурные, причем достаточно специфические показатели шоковых состояний, которые до недавнего времени считали нарушениями только функциональными, не имеющими характерных видимых проявлений.

В свою очередь, функциональные изменения также приводят к структурной перестройке в тканях организма. Таким образом, в определении понятия «телесные повреждения» нарушение анатомической целостности или физиологической функции органов и тканей следует рассматривать как взаимосвязанное явление.

В соответствии с современными представлениями и принятым определением телесные повреждения возникают именно от внешних причин, т. е. от самостоятельного действия факторов окружающей среды: механических, химических, термических, электричества и др. Такие внешние факторы за счет собственной энергии закономерно и непосредственно вызывают нарушение анатомических структур и физиологических функций и, таким образом, являются для организма травматическими. Факторы, вызывающие телесные повреждения, всегда являются материальными объектами (предметами) или явлениями, обладающими собственной энергией. Именно за счет действия энергии травматических факторов возникают телесные повреждения. Особенности и величина повреждения тканей с учетом их прочности и способности реагировать на внешний раздражитель зависят от характера повреждающего фактора и его энергетических свойств.

По характеру повреждающих свойств среди травмирующих факторов возможно выделить следующие группы.

#### 1. Физические факторы:

- механические – травмирующее действие от кинетической энергии предметов (энергии движущегося тела);
- электромагнитные – травмирующее действие за счет энергии движения заряженных частиц и созданных ими полей;
- барометрические – травма возникает за счет измененного давления окружающей среды;
- термические – повреждение за счет действия тепловой энергии либо вследствие нарушения теплового обмена между организмом и окружающей средой;

- лучистая энергия – повреждение от ионизирующего излучения (рентгеновских и гамма-лучей, корпускулярной радиации), инфракрасного и ультрафиолетового излучения.

2. Химические факторы – травма за счет энергии химических связей и физико-химических свойств вещества (химические ожоги, отравления).

3. Биологические факторы – травма за счет энергетических свойств биологических объектов. Биологические факторы выделяют и объединяют фактически по происхождению. Повреждающее действие биологических объектов может быть обусловлено их химическими и физико-химическими свойствами (например, отравления токсинами насекомых, змей, микроорганизмов) либо физическим воздействием (например, механические повреждения представителями животного мира) и пр.

4. Психические факторы – телесное повреждение возникает за счет энергии психического воздействия. По всей видимости, с общепсихологических позиций оправдана возможность нарушения анатомической целостности и функции тканей вследствие психического воздействия. Вместе с тем современная наука не имеет достоверных методик измерения и оценки психической энергии. Фактически неизвестна сущность травмы, возникшей из-за воздействия психического фактора.

Следует также отметить, что, помимо термина «телесные повреждения», в законах Республики Беларусь (в Гражданском кодексе (ГК Республики Беларусь)) приведены термины «*вред здоровью*» и равнозначный ему «*повреждение здоровья*». Понятие «вред здоровью» рассматривается в разделе «Судебно-медицинская экспертиза состояния здоровья и причинения вреда здоровью».

В соответствии с Уголовным кодексом Республики Беларусь (УК Республики Беларусь) телесные повреждения подразделяются на степени:

- тяжкие телесные повреждения;
- менее тяжкие телесные повреждения;
- легкие телесные повреждения, повлекшие за собой кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату трудоспособности.

В соответствии с Кодексом Республики Беларусь об административных правонарушениях (КоАП Республики Беларусь) также следует выделять легкие телесные повреждения, не повлекшие за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности.

*Квалифицирующие признаки (критерии)* степеней тяжести телесных повреждений приведены в соответствующих статьях УК Республики Беларусь. Разъяснение критериев для практической экспертной деятельности приводится в действующих Правилах судебно-медицинской экспертизы характера и тяжести телесных повреждений в Республике Беларусь.

## **Тяжкие телесные повреждения**

Квалифицирующие признаки тяжких телесных повреждений приведены в ст. 147 УК Республики Беларусь. В соответствии с законом тяжким считается повреждение, соответствующее какому-либо следующему признаку:

- 1) опасное для жизни;
- 2) повлекшее потерю зрения, речи, слуха или какого-либо органа либо утрата органом его функций;
- 3) повлекшее прерывание беременности;
- 4) повлекшее психическую болезнь;
- 5) повлекшее расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности не менее чем на одну треть;
- 6) повлекшее расстройство здоровья, связанное с травмой костей скелета на срок свыше 4 месяцев;
- 7) повлекшее неизгладимое обезображивание лица, неизгладимое обезображивание шеи.

Следует отметить, что возможно наличие двух критериев, одновременно соответствующих одной степени тяжести телесных повреждений.

**Опасность для жизни.** Опасными для жизни являются повреждения, которые сами по себе угрожают жизни человека или при обычном их течении закономерно заканчиваются смертью. Предотвращение смертельного исхода, обусловленное оказанием медицинской помощи или другими случайными факторами, не должно приниматься во внимание при оценке опасности для жизни таких повреждений.

Правила судебно-медицинской экспертизы характера и тяжести телесных повреждений в Республике Беларусь приводят исчерпывающий перечень повреждений, опасных для жизни.

К таким повреждениям относят:

- проникающее ранение черепа, в том числе и без повреждения мозга;
- открытые и закрытые переломы костей свода и основания черепа, за исключением переломов костей лицевого скелета и изолированной трещины только наружной пластинки свода черепа;

- ушиб головного мозга тяжелой степени как со сдавлением, так и без сдавления головного мозга; ушиб головного мозга средней тяжести при наличии симптомов поражения стволового отдела;
- объективно установленное эпидуральное, субдуральное кровоизлияние или кровоизлияние в вещество головного мозга;
- объективно установленное субарахноидальное кровоизлияние при наличии угрожающих жизни явлений;
- проникающие ранения позвоночника, в том числе и без повреждения спинного мозга;
- перелом-вывих и перелом тела или обеих дуг одного или нескольких шейных позвонков, а также односторонний перелом дуги 1-го или 2-го шейных позвонков, в том числе и без нарушения функции спинного мозга;
- вывихи (подвывихи) шейных позвонков (одного или нескольких);
- закрытые повреждения спинного мозга в шейном отделе;
- перелом или перелом-вывих одного или нескольких грудных или поясничных позвонков с нарушением функции спинного мозга или с наличием клинически установленного шока тяжелой степени;
- закрытые повреждения грудных, поясничных и крестцовых сегментов спинного мозга, сопровождавшиеся тяжелым спинальным шоком или нарушением функции тазовых органов;
- проникающие ранения глотки, гортани, трахеи, пищевода;
- закрытые переломы хрящей гортани и трахеи, сопровождавшиеся шоком тяжелой степени либо расстройствами дыхания или иными угрожающими жизни явлениями;
- ранения грудной клетки, проникающие в плевральную полость, полость перикарда или в клетчатку средостения, в том числе и без повреждения внутренних органов. (Обнаруживаемая при ранениях грудной клетки подкожная эмфизема не может рассматриваться как самостоятельный признак проникающего повреждения в тех случаях, когда явления гемоторакса и пневмоторакса отсутствуют.);
- ранения живота, проникающие в полость брюшины, в том числе и без повреждения внутренних органов; открытые повреждения органов забрюшинного пространства (почек, надпочечников, поджелудочной железы и др.);
- проникающие ранения мочевого пузыря, верхнего и среднего отделов прямой кишки;
- закрытые повреждения (разрывы, размозжения и отрывы) органов грудной или брюшной полости, полости таза, а также органов забрюшинного пространства; повреждения органов грудной или брюшной полости, полости таза или забрюшинного пространства (кровоизлияния под капсулу, плевру или в паренхиму этих органов, в связочный аппарат или при надрывах его) при развитии опасного для жизни состояния. Следует отметить, что степень тяжести повреждения болезненно измененного внутреннего органа устанавливается без учета имеющейся патологии;
- открытые переломы длинных трубчатых костей – плечевой, бедренной, большеберцовой, а также полные закрытые переломы этих костей. Степень тяжести повторного перелома в проекции костной мозоли или в непосредственной близости от нее устанавливается без учета ранее бывшего перелома;

- переломы костей таза, сопровождавшиеся шоком тяжелой степени или массивной кровопотерей либо разрывом перепончатой части уретры;
- повреждения, повлекшие за собой шок тяжелой степени или массивную кровопотерю, вызвавшую коллапс, клинически выраженную жировую или газовую эмболию, травматический токсикоз с явлениями острой почечной недостаточности;
- повреждение крупного кровеносного сосуда (с проникновением в его просвет): аорты, сонной (общей, внутренней, наружной), подключичной, подмышечной, плечевой, подвздошной, бедренной, подколенной артерии или сопровождающих их вен. Следует отметить, что повреждения других периферических сосудов (головы, шеи, конечностей) квалифицируются в каждом случае в зависимости от вызванной ими конкретной опасности для жизни (например, массивной кровопотери, объективно установленного шока тяжелой степени);
- термические ожоги и отморожения III–IV степени с площадью повреждения, превышающей 15 % поверхности тела; ожоги или отморожения III степени более 20 % поверхности тела; ожоги или отморожения II степени свыше 30 % поверхности тела, а также ожоги или отморожения меньшей площади, сопровождавшиеся шоком тяжелой степени; ожоги дыхательных путей с явлением отека и сужением голосовой щели;
- ожоги химическими соединениями (концентрированными кислотами, едкими щелочами, различными прижигающими веществами), вызвавшие, помимо местного, общетоксическое действие, угрожающее жизни;
- сдавление органов шеи и другие виды механической асфиксии, сопровождающиеся выраженным комплексом угрожающих жизни явлений (расстройство мозгового кровообращения, потеря сознания, амнезия и др.), если это установлено объективно.

Следует отметить, что степень тяжести открытых переломов костей предплечья (лучевой, локтевой) и малоберцовой кости устанавливается в зависимости от вызванной ими опасности для жизни, длительности расстройства здоровья либо по признаку стойкой утраты трудоспособности.

Кроме того, переломы крупных трубчатых костей (плечевой, бедренной, большеберцовой) в местах, которые анатомически относятся к суставам (плечевому, локтевому, лучезапястному, тазобедренному, коленному или голеностопному), а также открытые и закрытые повреждения этих суставов (связок, хрящей) также следует оценивать по реальной опасности для жизни, длительности расстройства здоровья или стойкой утрате трудоспособности.

**Потеря зрения, речи, слуха, какого-либо органа либо утрата органом его функций.** Под потерей зрения следует понимать полную стойкую слепоту на оба глаза или такое состояние, когда имеется понижение зрения до счета пальцев на расстоянии 2 метров и менее (острота зрения – 0,04 и ниже).



Потеря зрения на один глаз не оценивается как потеря зрения, а учитывается по критерию стойкой утраты трудоспособности (такое повреждение влечет за собой стойкую утрату трудоспособности свыше одной трети и по этому признаку также относится к тяжким телесным повреждениям). Повреждение слепого глаза, потребовавшее его удаления, оценивается в зависимости от длительности расстройства здоровья.

Под потерей слуха следует понимать полную стойкую глухоту на оба уха или такое необратимое состояние, когда потерпевший не слышит разговорной речи на расстоянии 3–5 см от ушной раковины. (Потеря слуха на одно ухо по критерию стойкой утраты трудоспособности составляет менее одной трети и по этому признаку относится к менее тяжким телесным повреждениям.)

Под потерей какого-либо органа либо утратой органом его функций следует также понимать потерю языка (речи), т. е. потерю способности выражать свои мысли членораздельно звуками, понятными окружающим.

Тяжкими телесными повреждениями по приведенному критерию следует считать потерю руки, ноги, которая заключается в анатомическом отделении конечностей от туловища или в утрате ими функций (паралич или иное состояние, полностью исключаящее их деятельность). Под анатомическим отделением руки или ноги следует понимать это отделение на уровне не ниже локтевого или коленного сустава. Отделение конечности ниже локтевого или коленного сустава следует рассматривать как потерю части конечности и оценивать по критерию стойкой утраты трудоспособности.

Потерей органа также следует считать травму мошонки, повлекшую гибель одного яичка или оперативное вмешательство с удалением яичка. Кроме того, потерей органа следует считать утрату производительной способности (потеря способности к совокуплению либо к оплодотворению у мужчин; потеря способности к совокуплению, зачатию, вынашиванию плода, деторождению у женщин).

Степень тяжести телесного повреждения при потере какого-либо другого органа, не указанного выше, следует оценивать по критерию стойкой утраты трудоспособности.

Пример. Гр-н З., рабочий машиностроительного завода, нарушив технику безопасности, попытался извлечь деталь, не остановив работающий станок. В результате воздействия вращающегося вала станка образовались повреждения (множественные рваные раны правого плеча и предплечья с оскольчатыми переломами нижней трети плечевой кости и верхней трети обеих костей предплечья), потребовавшие проведения частичной ампута-

ции конечности с формированием культы на границе средней и нижней трети правого плеча.

Указанные повреждения относятся к категории тяжких телесных повреждений по опасности для жизни и признаку утраты органа – правой верхней конечности.

**Прерывание беременности.** Тяжкими считаются телесные повреждения, вызвавшие прерывание беременности независимо от ее срока. При этом прерывание беременности должно возникать именно от телесного повреждения (состоять в прямой причинной связи с повреждением) и не быть обусловлено индивидуальными особенностями организма женщины. Для решения экспертных вопросов в случаях прерывания беременности при производстве экспертизы необходимо участие врача акушера-гинеколога.

Пример. Гр-ка Ф., 19 лет, беременная, срок беременности – 38 недель, пешком направлялась в гастроном. Гр-н П., выхватывая дамскую сумочку из рук, нанес гр-ке Ф. удар коленом в область живота. У пострадавшей начались ноющие боли в нижней части живота, спустя 1 час началась родовая деятельность, скорой помощью доставлена в родильный дом. При поступлении в приемное отделение роддома отмечены локальные изменения: «На передней брюшной стенке ниже пупка слева и справа по одному красно-синему кровоподтеку неправильной четырехугольной формы размерами 7×5,5 см слева и 12×8 см справа». Через 5 часов гр-ка Ф. родила зрелого доношенного ребенка и была без каких-либо осложнений родов выписана с ним домой на 7-е сутки.

Судебно-медицинская экспертная комиссия проводилась с участием акушера-гинеколога, пришла к выводу, что между нанесенными телесными повреждениями и наступившим прерыванием беременности имеется прямая причинная связь. Кровоподтеки передней брюшной стенки у гр-ки Ф. относятся к категории тяжких телесных повреждений по признаку прерывания беременности.

**Психическая болезнь.** Тяжкими считают повреждения, вызвавшие психическое заболевание. Диагноз такого заболевания и причинная связь с полученной травмой устанавливаются при проведении судебно-психиатрической экспертизы. Оценка степени тяжести такого последствия телесного повреждения производится судебно-медицинским экспертом с использованием результатов судебно-психиатрической экспертизы.

Пример. Гр-н С. выбросил с балкона 2-го этажа гр-на П., который ударился головой о грунт. Гр-н П. находился на стационарном, а затем на амбулаторном лечении в течение четырех месяцев с объективно установленным клиническим диагнозом: «Закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга средней степени». В последующем у пострадавшего еще через 3 месяца сформировалась киста (полость в веществе мозга) в теменной области правого полушария головного мозга. Это повлекло за

собой серию эпилептических припадков. У больного изменилось поведение, резко снизился интеллектуальный уровень. Был выставлен диагноз: посттравматическое слабоумие. В последующем гр-н П. покончил жизнь самоубийством через повешение.

Судебно-медицинская экспертная комиссия с участием врача-психиатра (комплексная экспертиза) пришла к выводу, что между нанесенными телесными повреждениями и наступившим слабоумием гр-на П. имеется прямая причинная связь. На основании изложенного закрытая черепно-мозговая травма в форме ушиба головного мозга средней степени относится к категории тяжких телесных повреждений по признаку психической болезни.

**Расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности не менее чем на одну треть.** Данный критерий предусматривает оценку общей трудоспособности. Под общей трудоспособностью следует понимать способность к неквалифицированному труду и самообслуживанию. При определении характера и степени тяжести телесного повреждения в качестве критерия учета подлежит лишь общая трудоспособность.

Размеры стойкой утраты общей трудоспособности при повреждениях устанавливаются после определившегося исхода на основании объективных данных по таблице процентов утраты трудоспособности (Инструкция о порядке организации и проведения врачебно-страховой экспертизы от 8 января 1986 г. № 2). Под одной третью следует понимать 35 %, что обусловлено градацией цифровых показателей таблицы процентов.

У детей утрата трудоспособности определяется исходя из общих положений. У инвалидов стойкая утрата трудоспособности в связи с полученными повреждениями определяется как у практически здоровых людей независимо от инвалидности и ее группы, т. е. непосредственно для самого повреждения.

Помимо общей, выделяют также профессиональную трудоспособность – способность выполнять трудовые функции в рамках определенной профессии. Кроме того, существует понятие «специальная трудоспособность» – способность работать по специальности в рамках профессии. УК Республики Беларусь (ст. 148) отдельно предусматривает ответственность за умышленное причинение телесного повреждения, не имеющего признаков тяжкого, но повлекшего полную утрату профессиональной трудоспособности.

Расстройство здоровья, связанное с травмой костей скелета на срок свыше 4 месяцев. Тяжкими следует считать повреждения, непосредственно и закономерно вызвавшие расстройство здоровья на срок более 4 месяцев, однако лишь в случае, если длительность заживления обусловлена травмой костей. Принято считать, что срок более 4 месяцев – это более 122 дней.

Пример. На автотрассе Минск – Брест гр-ка Я., 20 лет, находясь в состоянии сильного алкогольного опьянения, выпала через открывшуюся заднюю дверцу автомобиля во время движения (пыталась выбросить окурок) и получила повреждения в виде перелома костей таза (Т-образный перелом правой вертлужной впадины, перелом правых седалищной и горизонтальной ветви лонной кости со смещением отломков, задний вывих правого бедра). Признаков шока при осмотре врачом скорой помощи сразу после происшествия и в последующем не зарегистрировано. Длительность расстройства здоровья – 135 дней.

Данные телесные повреждения относятся к категории тяжких телесных повреждений по признаку расстройства здоровья, связанного с травмой костей скелета, на срок свыше 4 месяцев.

**Неизгладимое обезображивание лица или шеи.** Под обезображиванием лица следует понимать изменение черт, придающее лицу неприятный, отталкивающий вид. Аналогично следует оценивать и обезображивание шеи. Понятие «обезображивание» относится к эстетическому восприятию внешнего вида человека, соответственно оно не является медицинским. Поэтому судебно-медицинский эксперт не определяет и не квалифицирует повреждение лица или шеи как обезображивание. Установление обезображивания лица и шеи в результате травмы является в итоге компетенцией суда.

При проведении СМЭ на основании обследования, сведений из медицинской документации устанавливаются характер, локализацию, механизм образования, каким предметом могли быть причинены телесные повреждения и время их причинения человеку. Определяется степень тяжести самого телесного повреждения (повреждений) исходя из действующих критериев (длительность расстройства здоровья, опасность для жизни, стойкая утрата трудоспособности). Устанавливается факт, является ли повреждение неизгладимым.

Неизгладимыми повреждениями следует считать такие, при которых патологические изменения черт лица или шеи (деформация, нарушение мимики, обезображивающие шрамы и пр.) не исчезают сами по себе с течением времени. Они также не исчезают при использовании нехирургических средств лечения (мазей, приема медикаментов, физиотерапевтических процедур и др.), т. е. патологические изменения черт лица или шеи не проходят сами по себе. Возможность устранения таких повреждений хирургическим путем (пластической операцией) при оценке степени тяжести во внимание не принимается.

Вопрос о том, являются ли тяжкими повреждения, вызвавшие неизгладимое изменение лица и шеи, должен решаться путем проведения дополнительных (повторных) судебно-медицинских экспертиз после определения судом таких изменений как обезображивающих.

Таким образом, как тяжкое телесное повреждение судебно-медицинский эксперт оценивает посттравматическое изменение черт лица при условии, что: 1) изменение черт лица, шеи является неизгладимым; 2) в суде решен вопрос об обезображивании лица, шеи, и это доводится до сведения эксперта.

Пример. 20.11.2007 г. в 21.00 гр-н Б. ударил по голове гр-на К. металлическим прутом диаметром около 1,0 см, длиной 80 см. При поступлении гр-на К. в травматологический пункт поликлиники 21.11.07 в 12.05 отмечены локальные изменения на лице: «В лобной области слева умеренно кровотокающая щелевидная зияющая рана 4,5×0,7×0,5 см с неровными осадненными краями, закругленными концами, при сведении которых дефект ткани отсутствует». Произведена первичная хирургическая обработка, швы не накладывались. Пострадавший на повторный прием к хирургу не явился. При осмотре гр-на К. 27.03.08. судебно-медицинским экспертом выявлено: «В области левого лобного бугра, в 4,5 см от срединной линии и в 5 см от левой надбровной дуги имеется рубец 1,1×0,3 см неправильной овальной формы, расположенный вертикально (при условии вертикального положения тела). Рубец умеренно плотный на ощупь, малоподвижный, возвышающийся на 0,5 см над уровнем окружающей кожи, с относительно ровными краями, закругленными концами, бледно-розового цвета». При этом в постановлении на разрешение эксперта поставлены вопросы: 1. Каков характер и степень тяжести телесных повреждений? Являются ли они неизгладимыми? 2. Могли ли они образоваться в указанный срок – 20.11.07?

При проведении первичной СМЭ в рамках поставленных задач было установлено: у гр-на К. имеется шрам лобной области слева, который является результатом заживления ушибленной раны, причиненной тупым твердым предметом, возможно, 20.11.07. Об этом свидетельствуют внешние свойства шрама (овальная форма, бледно-розовый цвет, умеренная плотность на ощупь). Сохранение уплотненной, выступающей над уровнем кожи рубцовой ткани несмотря на значительный период времени, прошедший с момента травмы, позволяет считать вышеописанный рубец неизгладимым. Рана, которую получил гражданин К., относится к категории легких телесных повреждений, повлекших кратковременное расстройство здоровья.

В последующем в судебном процессе изменение черт лица от шрама было признано судом как обезображивание. С учетом этого в ходе дополнительной экспертизы, назначенной судом, рана лица, полученная гражданином К., была признана тяжким телесным повреждением.

## **Менее тяжкие телесные повреждения**

Менее тяжким считается повреждение, имеющее хотя бы один из следующих квалифицирующих признаков (по ст. 149 УК Республики Беларусь):

- 1) длительное расстройство здоровья;
- 2) значительную стойкую утрату трудоспособности менее чем на одну треть.

**Длительное расстройство здоровья.** Под длительным расстройством здоровья следует понимать непосредственно связанные с повреждением последствия (заболевания, нарушения функции и т. д.), продолжительностью свыше 3 недель (более 21 дня). При повреждении костей скелета этот срок не может превышать 4 месяцев (122 дня), т. к. при большем сроке течения патологического процесса, обусловленного травмой костей скелета, телесное повреждение следует оценивать как тяжкое.

**Значительная стойкая утрата трудоспособности менее чем на одну треть.** Под значительной стойкой утратой трудоспособности менее чем на одну треть следует понимать утрату трудоспособности от 10 % до 35 %.

### **Легкие телесные повреждения**

Легкие телесные повреждения в УК Республики Беларусь (ст. 153) приведены только как *повлекшие за собой кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату трудоспособности*.

**Кратковременное расстройство здоровья.** Кратковременным следует считать расстройство здоровья продолжительностью более 6 дней, но не свыше 3-х недель (21 дня), непосредственно и закономерно вызванное повреждением.

**Незначительная стойкая утрата трудоспособности.** Под незначительной стойкой утратой трудоспособности подразумевается стойкая утрата общей трудоспособности до 10 %.

В КоАП Республики Беларусь (ст. 9.1) и в действующих Правилах судебно-медицинской экспертизы характера и тяжести телесных повреждений приводится еще одна группа легких телесных повреждений – *легкие телесные повреждения, не повлекшие за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности*.

К таковым относятся повреждения, имеющие скоро преходящее расстройство здоровья, длившееся не более 6 дней: небольшие по размерам раны, ссадины, кровоподтеки, посттравматическая отечность тканей и др.

Пример. 16.04.04 около 13.00 в кабинете РУВД гр-ка К., оказывая сопротивление оперуполномоченному уголовного розыска при исполнении им служебных обязанностей, укусила его за руку. При осмотре пострадавшего гр-на Л. спустя два часа: на тыльной поверхности левой кисти в области 1-го межпястного промежутка была обнаружена четырехугольная ссадина 0,4×0,2 см с красным запавшим подсохшим дном.

Имеющаяся у гр-на Л. ссадина левой кисти относится к категории легких телесных повреждений, не повлекших за собой кратковременного расстройства здоровья.

## **Исследования и регистрация повреждений при проведении судебно-медицинской экспертизы в случаях причинения телесных повреждений**

При проведении экспертизы по факту причинения телесных повреждений следует устанавливать:

- 1) характер имеющихся повреждений (ссадина, кровоподтек, рана и т. п.), их количество, локализацию, особенности;
- 2) вид травмирующего фактора (острыми или тупыми предметами и т. п.);
- 3) механизм возникновения повреждений (удар, сдавливание, термическое влияние и др.);
- 4) давность (срок) причинения повреждений;
- 5) степень тяжести имеющихся повреждений.

Определение характера, количества, локализации, особенностей, давности и механизма образования телесных повреждений осуществляется в соответствии с положениями судебно-медицинской травматологии.

Описание повреждений должно быть приведено в исследовательской части заключения СМЭ. При описании любого повреждения определяют его характер и локализацию, указывая анатомическую область и, при необходимости, расстояние в сантиметрах от двух хорошо понятных опознавательных анатомо-топографических ориентиров. Отмечают форму повреждения, которую обычно сравнивают с геометрической фигурой (круглая, овальная и т. п.) или буквой алфавита (V-образная, Т-образная, S-образная и т. д.). Общие размеры повреждений определяют по двум взаимно перпендикулярным линиям (наибольшая длина и ширина), при наличии раны указывают и третий размер – глубину. У звездчатых повреждений длину отдельных лучей отмечают от центра.

Направление повреждений, имеющих линейную или вытянутую форму, всегда указывают при условном положении тела вертикально. Например, повреждение идет вертикально, горизонтально или косо-вертикально сверху вниз и справа налево (либо слева направо). Если повреждение косо-вертикальное, то можно указать, под каким углом к вертикальной или горизонтальной оси оно размещено.

Также для вертикального положения тела указывается взаиморасположение множественных повреждений. Повреждение может быть выше или ниже, справа или слева от другого повреждения или какого-либо анатомического ориентира.

Описание каждого вида повреждений имеет свои особенности.

При описании ссадин, помимо локализации, формы, размеров, отмечаются цвет, особенности поверхности (дна), уровень дна по отношению к окружающей коже. Кроме того, для поверхности и краев ссадины необходимо регистрировать загрязнения, инородные частицы, смещенные частицы эпидермиса, наличие корочки и ее цвет, степень отслойки от подлежащей кожи.

При описании кровоподтека дополнительно указывается припухлость мягких тканей, цвет и его оттенки в различных местах (в центре или по периферии).

При описании ран дополнительно приводят описание характера краев и концов. Края ран могут быть неровными, осадненными, кровоподтечными, отслоенными от подлежащей ткани либо ровными, без осаднения и кровоподтеков. Края также могут быть скошенными, подрытыми, отвесными. Форма концов ран может быть острая (в виде острого угла), закругленная, Т-образная, П-образная и т. п. При наличии дополнительных надрывов, насечек, разрывов следует указать, у какого конца раны или по какому краю они располагаются, а также отметить их число, форму, глубину проникновения. Описывают дно раны, определяют примерную глубину. Также следует отметить наличие в ране инородных тел, костных отломков, какие-либо загрязнения, кровотечение либо отделение других жидкостей.

Открытые переломы описывают, указывая особенности раны и видимых отломков костей. При наличии закрытых переломов костей указывают патологическую подвижность, наличие деформации части тела, крепитации костных отломков.

При описании вывихов указывают конечность и ее часть, имеющую атипичное анатомическое положение и характер смещения суставных поверхностей (вперед, вправо, влево, назад — при условии вертикального положения тела), наличие отека вокруг сустава.

При описании отчленения необходимо указать характер повреждений тканей вокруг, особенности сформировавшейся культи.

## **Определение степени тяжести телесных повреждений**

Степень тяжести имеющихся повреждений судебно-медицинский эксперт определяет по квалифицирующим признакам.

Для определения степени тяжести достаточно одного квалифицирующего признака; в случаях, когда имеется два и более критерия, определяющее значение имеют признаки большей степени тяжести.



Например, пострадавший получил проникающее ранение в брюшную полость, длительность лечения до полного выздоровления составила 30 дней. При определении степени тяжести как критерий следует учитывать только опасность для жизни, что позволяет определить имеющееся телесное повреждение как тяжкое. Длительность расстройства здоровья 30 дней (более 21 дня – критерий менее тяжких телесных повреждений) в данном примере для определения степени тяжести значения не имеет и не учитывается.

При определении степени тяжести телесных повреждений судебно-медицинский эксперт исходит из полученных объективных данных о характере и особенностях телесных повреждений, а также из установленных в медицине закономерностей течения различных повреждений. Степень тяжести какого-либо выявленного телесного повреждения определяется по его закономерному течению и закономерным последствиям. Обострение предшествующих заболеваний после полученного телесного повреждения, случайные осложнения травмы, другие последствия телесных повреждений, возникшие в силу случайных обстоятельств, дефектов оказания медицинской помощи, индивидуальных особенностей организма пострадавшего, утяжеляющих течение травмы, не являются основанием для изменения степени тяжести телесного повреждения. Если в ходе проведения экспертизы при изучении медицинских документов судебно-медицинский эксперт устанавливает, что продолжительность и тяжесть заболевания не соответствуют характеру телесного повреждения, то эксперт указывает на это в своем заключении, а степень тяжести повреждения определяет исходя из закономерностей течения выявленной травмы. Например, небольшая ушибленная рана мягких тканей плеча осложнилась нагноением, септическим процессом, в итоге состояние пострадавшего было крайне тяжелым и возникла реальная угроза его жизни; однако само повреждение при этом не становится опасным для жизни и в таком случае подлежит оценке как легкое телесное, повлекшее кратковременное расстройство здоровья (по критерию длительности расстройства здоровья от 7 до 21 дня – оптимальное время заживления такой раны).

При применении критерия длительности расстройства здоровья для определения степени тяжести телесных повреждений необходимо учитывать, что в судебно-медицинском отношении под длительностью расстройства здоровья при травме следует понимать время до заживления повреждения без влияния на состояние здоровья возможных последствий самого повреждения (образовавшихся шрамов, костных мозолей, ограничение подвижности и др.).

Длительность расстройства здоровья для экспертной оценки степени тяжести телесного повреждения определяется с учетом оптимальных, т. е. обычно наблюдаемых в медицине, сроков заживления той или иной травмы. Оптимальная длительность расстройства здоровья является условным понятием, может отличаться в конкретных случаях, что связано с индивидуальными особенностями пострадавшего человека, оказанием ему медицинской помощи, другими случайными факторами.

В тех случаях, когда в силу особенностей самой травмы, медицинской помощи и индивидуальных особенностей пострадавшего заживление повреждения проходит быстрее, чем оптимальный срок (сокращается срок длительности расстройства здоровья), тогда степень тяжести телесного повреждения определяется исходя из реальных сроков заживления.

Также реальные сроки заживления повреждения учитывают тогда, когда оптимальный срок длительности расстройства здоровья соответствует различным степеням тяжести. Например, оптимальный срок длительности расстройства здоровья 20–35 дней при переломе грудины. В таком случае, если заживление перелома произошло на 20-й день (сформировалась костная мозоль), то это легкое телесное повреждение, повлекшее кратковременное расстройство здоровья; если срок заживления 21 день и более, тогда это менее тяжкое телесное повреждение.

Напротив, в случаях, когда реально у потерпевшего длительность расстройства здоровья превышает оптимальный срок заживления, степень тяжести телесных повреждений оценивают исходя именно из оптимального срока. В таких случаях удлинение срока заживления определяется индивидуальными реакциями, случайными причинами, дефектами оказания медицинской помощи и т. п., в чем необходимо разобраться при проведении экспертизы

В качестве примеров приведены некоторые телесные повреждения и сроки длительности расстройства здоровья при них (для взрослых). Например: длительность расстройства здоровья при внутрисуставном переломе плечевой кости – 25–75 дней, при разрыве сухожилий мышц сгибателей пальцев – 49–90 дней, разрыве ахиллова сухожилия – 60–75 дней, при вывихе копчика – 14–21 день. Длительность расстройства здоровья при ранах определяется их локализацией, размерами и глубиной. Так, резаные, ушибленные раны лица, шеи (глубиной до верхних слоев подкожно-жировой клетчатки, размером около 1×1 см и несколько более) заживают от 5 до 10 дней, резаные, ушибленные раны конечностей, туловища (глубиной до верхних слоев подкожно-жировой клетчатки, размером около 1×1 см и несколько более) – от 5 до 20 дней.

Степень тяжести телесных повреждений определяется без учета имевшихся у пострадавшего до получения травмы патологических состояний, заболеваний и особенностей. Течение морфологически установленных повреждений и их исходы следует оценивать так, как они протекали бы у здорового человека.

Например, пострадавший получил телесное повреждение, повлекшее стойкую утрату трудоспособности 20 %. Вместе с тем у пострадавшего до получения повреждения уже имелась стойкая утрата общей трудоспособности 30 % в результате давней травмы. Тогда в целом у пострадавшего стойкая утрата общей трудоспособности составила 50 %. Однако оценке по степени тяжести подлежит только полученное телесное повреждение. Для данного примера повреждение является менее тяжким по критерию значительной стойкой утраты трудоспособности менее чем на одну треть.

Имеющиеся на теле обследуемого повреждения по степени тяжести могут быть оценены в совокупности, либо степень тяжести каждого повреждения оценивается отдельно.

В случаях, когда для определения степени тяжести телесного повреждения применяют критерий «стойкая утрата трудоспособности» (при возникновении стойкой утраты трудоспособности вследствие именно травмы и при отсутствии других критериев, определяющих большую степень тяжести телесного повреждения), необходимо оценивать существующую стойкую утрату трудоспособности в процентах. При этом оценивают реальный результат имевшего места повреждения независимо от особенностей оказания и характера медицинской помощи.

В качестве примера приводятся некоторые процентные показатели стойкой утраты трудоспособности, возникшие от травмы. Например, отчленение первого пальца руки; культя на уровне: а) ногтевой фаланги – стойкая утрата трудоспособности 10 %; б) межфалангового сустава – 15 %; в) основной фаланги – 20 %.

Другой пример: отсутствие трех пальцев одной кисти влечет стойкую утрату трудоспособности: а) первого и второго с третьим, четвертым или пятым (I + II + III), (I + II + IV), (I + II + V) – 55 %; б) первого и третьего с четвертым или пятым (I + III + IV), (I + III + V) – 50 %; в) первого и четвертого с пятым (I + IV + V) – 50 %; г) второго и третьего с четвертым или пятым (II + III + IV), (II + III + V) – 45 %; д) второго и четвертого с пятым (II + IV + V) – 45 %.

**Оценка степени тяжести по совокупности телесных повреждений.** Всегда как единое целое по степени тяжести следует оценивать совокупность повреждений, возникших одномоментно и

имеющих единые механизм и причину возникновения. Например, при медицинском обследовании пострадавшего объективно установлены кровоподтек на лбу, в проекции указанного кровоподтека трещина лобной кости, а также в лобной области субдуральная гематома (кровь в полости черепа). Локализация и характер имеющихся повреждений указывают на то, что они были получены в результате травматического действия тупого предмета в области лба. Совокупность указанных повреждений является черепно-мозговой травмой, относящейся к тяжким телесным повреждениям по критерию опасности для жизни.

Также степень тяжести телесных повреждений по их совокупности следует оценивать, если они имеют общие наступившие последствия. При этом телесные повреждения могут иметь разный механизм возникновения и могут быть получены от разных причин и в разное время.

Например, при медицинском обследовании на конечностях и теле пострадавшего выявлены около сорока неглубоких резаных ран без повреждения крупных сосудов, такое же количество кровоподтеков и ссадин. Все повреждения при этом получены в интервале времени около одного часа. При оказании медицинской помощи пострадавшему зарегистрированы массивная кровопотеря и шок тяжелой степени. В таком случае вся совокупность повреждений повлекла опасное для жизни состояние, хотя любое из повреждений в отдельности является легким телесным повреждением. В таком случае критерием оценки совокупности имеющихся телесных повреждений как тяжких является опасность для жизни.

#### **Оценка степени тяжести телесных повреждений отдельно.**

В случаях, когда телесные повреждения у человека отличаются механизмом образования, располагаются на различных участках тела и допускается, что они получены не одновременно, по степени тяжести их следует оценивать отдельно.

Например, при медицинском обследовании пострадавшего выявлены ушибленная рана лица, трещина надколенника и закрытый неполный перелом малоберцовой кости в средней трети без смещения, а также проникающая в брюшную полость колото-резаная рана без повреждения внутренних органов. Ушибленная рана лица относится к легкому телесному повреждению, повлекшему кратковременное расстройство здоровья. По критерию длительного расстройства здоровья (свыше 21 дня) трещина надколенника и закрытый неполный перелом малоберцовой кости являются менее тяжкими телесными повреждениями. Проникающее ранение брюшной полости – тяжкое телесное повреждение, опасное для жизни.

## **Судебно-медицинские исследования при истязаниях**

В ст. 154 УК Республики Беларусь приведена дефиниция «истязания». К истязаниям закон относит умышленное причинение продолжительной боли или мучений способами, вызывающими особые физические и психические страдания потерпевшего, либо систематическое нанесение побоев, не повлекших последствий, предусмотренных для тяжких или менее тяжких телесных повреждений.

Под мучениями следует понимать действия, причиняющие страдания и вызывающие расстройство здоровья путем длительного лишения человека его естественных потребностей – пищи, питья, тепла – при помещении или оставлении потерпевшего во вредных для здоровья условиях, либо другие сходные действия.

Побои являются действием, которое заключается в многократном нанесении ударов. В результате побоев могут возникать телесные повреждения (ссадины, кровоподтеки и др.).

Установление факта истязаний (мучений, побоев) относится к компетенции органов дознания, предварительного следствия, суда, поэтому не определяется судебно-медицинским экспертом. При проведении экспертизы эксперт отмечает жалобы потерпевшего, при наличии телесных повреждений описывает их, определяет их характер, давность, механизм образования и степень тяжести.

Следует отметить, что телесные повреждения, которые по последствиям оцениваются как тяжкие либо как менее тяжкие, в соответствии с законом не могут рассматриваться как нанесенные путем истязаний.

## СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОЛОВЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ

---

Составляющей частью общественных связей являются сексуальные (половые) взаимоотношения между людьми. В современных цивилизованных государствах гражданам независимо от пола, религии, мировоззрения и имущественного положения предоставляется определенная свобода полового выбора и право на половую неприкосновенность. Соответственно нарушения таких допустимых обществом сексуальных прав и свобод граждан со стороны индивидуума (группы индивидуумов) является противоправной формой сексуального поведения, а в случае, если они охраняются уголовным законом, – половым преступлением.

Противоправное преступное сексуальное поведение может быть насильственным либо не иметь прямых признаков проявления насилия.

Сексуальное насилие – это реализация противоправных форм сексуального поведения против воли пострадавшего лица путем применения физического насилия, угрозы насилия либо с использованием беспомощного состояния пострадавшего лица.

Отсутствие прямых признаков сексуального насилия при половых преступлениях предусматривает принципиальную свободу выбора формы полового поведения всех участников.

Правовым отражением структуры и особенностей половых преступлений, существующих в обществе, являются соответствующие законодательные акты. В УК Республики Беларусь преступления против половой неприкосновенности или половой свободы отражены в гл. 20 (ст. 166–171). Преступные действия, имеющие прямой насильственный характер, приведены в ст. 166 («Изнасилование»), 167 («Насильственные действия сексуального характера»), 169 («Развратные действия»). Преступления, не имеющие признаков прямого сексуального насилия, указаны в ст. 168 («Половое сношение или иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим 16-летнего возраста») и 170 («Понуждение к действиям сексуального характера»). Действие, отраженное в ст. 171 («Содержание притона, сводничество и сутенерство»), к половым преступлениям относится лишь формально.

При половых преступлениях медицинские экспертные исследования имеют большое значение во всех стадиях уголовного процесса для установления фактических обстоятельств дела.

## **Насильственные сексуальные преступления**

Проблема сексуального насилия была актуальной на протяжении всей истории человечества. О медико-биологических и социальных аспектах сексуального насилия длительное время дискутируют криминологи, криминалисты, психологи, психиатры, судебные медики и другие специалисты. По всей видимости, создать единую и универсальную модель сексуального насилия невозможно.

С медико-биологической точки зрения сексуальное насилие является продуктом высшей нервной деятельности, специфической формой полового поведения человека, применяющего насилие. Конечной целью сексуального насилия является получение собственного полового удовлетворения. Вместе с тем насильственные сексуальные действия нередко сопровождаются совершением других преступлений – ограблением, убийством, нанесением телесных повреждений и др.

Признано, что сексуальное насилие имеет высокий уровень латентности по сравнению с другими преступлениями против личности. Потерпевшие в силу самых различных причин (нежелание огласки из-за семейного положения, стыд и пр.) не всегда делают заявления о происшедшем.

**Изнасилование.** Под изнасилованием следует понимать *половое сношение вопреки воле потерпевшей с применением насилия или с угрозой его применения к женщине или ее близким либо с использованием беспомощного состояния потерпевшей.*

Изнасилование является тяжким преступлением против личности.

К отягощающим обстоятельствам при изнасиловании относятся: – если преступление совершено группой лиц либо мужчиной, ранее совершившим изнасилование или насильственные действия сексуального характера; – если потерпевшая скончалась или ей причинены тяжкие телесные повреждения, произошло заражение потерпевшей ВИЧ-инфекцией, другие тяжкие последствия для ее здоровья; – если жертвой явилась малолетняя (не достигшая возраста четырнадцати лет) либо несовершеннолетняя (не достигшая возраста восемнадцати лет).

Как следует из определения, при изнасиловании обязательно должно иметь место половое сношение (совокупление). Физиологический смысл его заключается во введении полового

члена и излитии спермы во влагалище; если семяизвержение отсутствует либо происходит после извлечения полового члена из влагалища, то такое половое сношение считают прерванным. Однако и в медико-биологическом, и в бытовом понимании состоявшееся половое сношение признается, когда половой член не вводится во влагалище, а находится в его преддверии, либо осуществляется контакт обнаженных половых органов партнеров. Таким образом, для изнасилования половой акт можно считать состоявшимся при контакте обнаженных половых органов насильника и жертвы.

Под понятие «изнасилование» не подпадает удовлетворение половой страсти в извращенной форме. Пострадать при изнасиловании может только лицо женского пола, а совершить преступление – только мужчина.

Изнасилования являются наиболее частой формой сексуального насилия и составляют до 90–95 % всех половых преступлений. Число изнасилований в городах и в сельской местности в пересчете на количество жителей практически одинаково. В городах чаще, чем в сельской местности, жертвами изнасилования становятся незнакомые одинокие женщины; гораздо реже изнасилования совершаются мужчинами, которые предварительно были знакомы с пострадавшими женщинами. Однако на основе собственного статистического анализа судебно-медицинских экспертиз (2000–2001 гг.) можно отметить, что в 61 % случаев жертвы предварительно были знакомы с насильником; в остальных 39 % преступники явились неизвестными для потерпевших\*.

Изнасилования имеют преимущественную сезонность совершения: чаще совершаются в период с мая по сентябрь. Преступления в случаях, когда жертва и преступник предварительно знакомы, совершаются в квартирах, личных домах, общежитиях, на дачах, в машинах. Незнакомых женщин насилуют чаще всего в общественных местах (на улицах, в парках, лесопарках, подъездах и т. д.) в вечернее или ночное время, причем именно такие преступления чаще всего заканчиваются убийством, избиением, ограблением жертв. Среди жертв изнасилования немало несовершеннолетних: в возрасте от 12 до 18 лет – около 45 %. Иногда жертвами изнасилования становились женщины старше 60 лет, известен случай изнасилования женщины 88 лет. Изнасилования имели место чаще в вечернее и ночное время: с 18.00 до 5 часов утра (около 77 % случаев).

---

\* Здесь и далее приведены результаты статистического анализа судебно-медицинских экспертиз из архивных данных.



При всем многообразии существующие теории причин совершения изнасилования могут быть сведены к следующим:

- педагогические упущения в нравственно-половом воспитании и негативные традиции проведения свободного времени, безнадзорность подростков в период полового созревания;
- развязное сексуальное поведение взрослых в присутствии детей и подростков (совершение половых актов; беспорядочная половая жизнь);
- распространение представлений об «абсолютной половой свободе» как якобы атрибуте современных людей, сведение отношений между полами к чисто физиологическому акту (принципы сексуальной революции);
- крайний индивидуализм и эгоизм некоторых мужчин, их циничные взгляды на женщину как объект получения удовольствия и восприятие себя некоторыми мужчинами как высших существ, имеющих от природы преимущества перед женщинами;
- биологические основы: гормональный статус (высокий уровень половых гормонов в определенные периоды жизни); отсутствие регулярной половой жизни; индивидуальная агрессивность;
- употребление спиртных напитков и наркотиков;
- хулиганские побуждения виновных, стремление несовершеннолетних показать себя взрослыми перед друзьями, подражание товарищам;
- провоцирующее, а также легкомысленное поведение будущих жертв половых преступлений, когда у мужчины возникает мнение о закономерности и «естественности» его притязаний на интимную близость.

Однако ни одна из вышеприведенных причин не может рассцениваться как самостоятельно побуждающая к половому преступлению. Если индивидуум с упущениями в воспитании, с негативными традициями проведения свободного времени, с эгоистическим характером, с высокой степенью агрессивности, то это совсем не означает, что он совершит половое преступление. Далеко не все, кто рассматривает женщину как низшее существо, способны к изнасилованию. Регулярная половая жизнь у мужчины никак не свидетельствует о том, что он не совершит сексуального насилия, более того, следует считать, что вообще при изнасиловании отсутствует сексуальная необходимость. Неверным является и распространенное мнение о типичном совершении изнасилований лицами в алкогольном опьянении: в момент совершения изнасилования в состоянии алкогольного опьянения находились 50–55 % насильников (следует отметить, что половина потерпевших также находились в состоянии алкогольного опьянения).

Неверно также мнение о том, что причиной изнасилования является психическая «ненормальность» преступников. Более 60 % виновных в изнасиловании являлись психически здоровыми. Среди насильников 16–17 % составляли психопаты, 9–10 % – хронические алкоголики, около 7–8 % – олигофрены, около 3 % – лица с остаточными явлениями травм головы. В сравнении с убийцами, ворами и грабителями, среди сексуальных насильников чаще встречается только олигофрения.

Скорее всего, причиной сексуального насилия является совокупность факторов – личностных, социальных, биологических. При совершении изнасилования преступник решает субъективную задачу сексуальной самореализации.

Изнасилования можно подразделить на группы по их объективным ситуационным признакам:

1. Внезапные нападения на жертву.

2. Проведение свободного времени группой с небольшим количеством участников. В таких случаях преступление наиболее часто совершают несовершеннолетние и достаточно молодые преступники, изнасилование часто приобретает форму группового.

3. В результате каких-либо достаточно быстротечных контактов (бытовых, рабочих, на досуге) между мужчиной и женщиной.

4. Изнасилования женщин, находящихся в родственных и семейных связях с преступниками, а также являющихся соседями или товарищами по работе.

5. Иные случаи.

Следует отметить, что «внезапные» изнасилования, неожиданные для потерпевших, наблюдаются менее чем в половине случаев. Несколько чаще преступлению предшествует общение преступника и жертвы («подготовленные» изнасилования).

Особенности совершения изнасилования (индивидуумом или группового) позволяют различать следующие варианты:

- изнасилование с применением физической силы;
- изнасилование с использованием беспомощного состояния потерпевшей;
- изнасилование под угрозой насилия к пострадавшей либо ее близким.

Каждый из этих вариантов нередко определяет не только характер возникающих повреждений, но и особенности проведения судебно-медицинских экспертных исследований. В решении судебно-следственных задач становится необходимым участие различных специалистов: психиатров, психологов, токсикологов, физиологов и др. При обследовании потерпевшей эксперты должны располагать максимальным количеством сведений

об обстоятельствах происшествия. Такие сведения получают от самой пострадавшей, а также из материалов, предоставленных правоохранительными органами.

При изнасиловании с применением грубой физической силы возникает вопрос о пределах физического сопротивления женщин. Если физически сильная, владеющая приемами самозащиты женщина активно сопротивляется, а мужчина физически слабее, то изнасилование не произойдет. Однако даже при физическом превосходстве женщины внезапное нападение на жертву и подавление ее сопротивления (например, ударом по голове, применением оружия и т. п.) делает сексуальное насилие возможным. Кроме того, имеют значение условия совершения насильственного полового акта – неожиданность нападения, изолированность места, где происходит нападение, боль, стыд, страх и сопровождающая его физическая слабость, угрозы преступника.

Беспомощное состояние женщины изначально исключает возможность сопротивления при насильственном половом акте и может быть обусловлено различными причинами, связанными с особым состоянием потерпевшей, – обмороком, слабостью вследствие испуга, эпилептическим припадком, отравлением, физической слабостью после перенесенного заболевания. Беспомощное состояние может наступить у женщины при условиях, созданных предварительно самим преступником, – при связывании жертвы, закручивании рук, использовании наручников и т. п. Сопротивление женщины может быть исключено в результате действия наркотиков или психотропных лекарственных средств. В таких случаях преступник, добиваясь потери сознания или глубокого искусственного сна, подмешивает препараты в пищу и питье жертвы, вводит их с помощью инъекций под видом других лекарств, добавляет в табак сигарет.

Пример. Женщина 22 лет находилась в квартире малознакомого мужчины, где они совместно употребляли спиртные напитки. Затем мужчина связал пострадавшей руки и ноги скотчем, произвел две внутримышечные инъекции сильных седативных средств и изнасиловал. При СМЭ пострадавшей телесных повреждений, за исключением двух точечных ран на ягодицах (следов от инъекций), выявлено не было.

Достаточно сложно оценить ситуацию, когда женщина находится в состоянии алкогольного опьянения. Пожалуй, беспомощное состояние возможно лишь при сильно выраженном алкогольном опьянении, когда женщина находится без сознания. При легкой и среднетяжелой алкогольной интоксикации следует

считать, что женщина отдает себе отчет в происходящем и может выразить несогласие на вступление в половой акт.

Нельзя исключить возможность изнасилования во время сна: вполне правдоподобно выглядят те случаи, когда спящая, ранее жившая половой жизнью женщина при попытке изнасилования просыпается, но не понимает сразу, что с ней происходит и не успевает оказать сопротивление.

Следует считать, что в беспомощном состоянии при изнасиловании находится женщина, если она страдает некоторыми психическими заболеваниями (слабоумием, идиотией и др.), в силу чего не дает себе отчет в половых взаимоотношениях и не оказывает сопротивления. В таких ситуациях виновность в изнасиловании определяется, когда мужчина знал о наличии психического заболевания у женщины.

С XIX в. дискутируется вопрос о возможности совершения насильственного полового сношения с женщиной, находящейся в состоянии гипнотического сна. В принципе, представляется сомнительной возможность путем гипнотического воздействия привести уравновешенную, психически здоровую женщину в беспомощное состояние для совершения полового акта против ее воли. Однако у отдельных женщин особенности организации нервно-психической деятельности (повышенная внушаемость, субъективная подавленность, истерические черты характера и т. п.) делают вполне вероятной возможность такого случая.

Как находящихся в беспомощном состоянии следует оценивать малолетних девочек, не дающих себе отчет в сексуальных взаимоотношениях. Половой акт с ними является изнасилованием даже при отсутствии применения физического насилия или угрозы физического насилия.

Изнасилование под угрозой насилия к пострадавшей либо ее близким происходит без явного сопротивления со стороны жертвы из-за страха за жизнь и здоровье самой себя либо других людей. Фактически имеет место психическое насилие, когда свобода действий потерпевшей парализуется вследствие угроз физического насилия, которые реально могут быть осуществлены (угрозы причинения телесных повреждений, лишения жизни и т. п.).

При групповом изнасиловании преступление совершается двумя и более лицами. Возможна ситуация, когда при групповом изнасиловании совокупление совершает лишь один мужчина. Другие лица, являясь участниками, применяют физическую силу и устраняют сопротивление женщины (держат руки, ноги, связывают и т. п.). Также лицами, участвующими в таком преступлении, следует считать тех, кто насилия не применял, но

помогал насильникам, заведомо зная о готовящемся или происходящем преступлении (был подстрекателем, стоял на страже, давал оружие для угрозы и т. п.).

При групповом изнасиловании не исключена возможность активного сопротивления женщины, что приводит к возникновению на теле потерпевшей телесных повреждений. Однако их у жертвы может и не быть, когда участники группового изнасилования удерживают женщину, приводя ее в беспомощное состояние.

При групповом изнасиловании могут быть обнаружены биологические следы (сперма, слюна, частички кожи под ногтями жертвы и т. п.), происходящие от нескольких участников преступления. Это вполне эффективно устанавливается с помощью современных методов (в первую очередь ДНК-типированием) при экспертно-биологическом исследовании.

**Насильственные действия сексуального характера.** К насильственным действиям сексуального характера (по ст. 167 УК Республики Беларусь) относят *мужеложство, лесбиянство, иные действия сексуального характера, совершенные вопреки воле потерпевшего (потерпевшей) с применением насилия или с угрозой его применения либо с использованием беспомощного состояния потерпевшего (потерпевшей).*

Под действиями сексуального характера следует понимать те, которые не являются естественным половым актом, но по своему содержанию замещают его. Это могут быть как пограничные варианты нормы сексуальных взаимоотношений, существующих в обществе, так и выраженные отклонения от нормы. Но в любом случае действия сексуального характера являются сублимацией естественного полового акта, их конечной целью для участника (осознанно или неосознанно) является получение полового удовлетворения.

В соответствии с действующим УК Республики Беларусь преступными являются действия сексуального характера, совершенные с применением насилия, аналогично изнасилованию. Поэтому *объективные ситуационные признаки и особенности совершения насильственных действий сексуального характера аналогичны таковым при изнасиловании.*

В УК Республики Беларусь приведены обстоятельства преступления, отягощающие уголовную ответственность. Фактически, как и при изнасиловании, это случаи, когда насильственные действия сексуального характера совершаются повторно, либо группой лиц, либо лицом, ранее совершившим изнасилование; в отношении малолетней либо несовершеннолетней; повлекли по

неосторожности смерть потерпевшей, или причинение ей тяжких телесных повреждений, или заражение ВИЧ-инфекцией, либо иные тяжкие для здоровья пострадавшего лица последствия.

Одним из вариантов насильственных действий сексуального характера является насильственный гомосексуализм (насильственное мужеложство, насильственное лесбиянство).

Гомосексуализм – форма сексуального поведения, при котором половое удовлетворение достигается субъектом (как мужчиной, так и женщиной) при сексуальных контактах с лицами одноименного пола (сексуальная инверсия). Соответственно различают:

- мужской гомосексуализм (мужеложство или педерастия) – чаще анальный, иногда оральный гомосексуальный акт; эфебофилия – сексуальный контакт между зрелым мужчиной и подростком; гомосексуальная педофилия – реализованное гомосексуальное влечение к детям и пр.;

- женский гомосексуализм (лесбиянство, лесбийская любовь, сапфизм, трибадия) – сексуальные контакты между женщинами; корофилия – сексуальный контакт между зрелой женщиной и девушкой-подростком и пр.

По мнению некоторых исследователей, гомосексуализм охватывает до 6 % мужского и до 3 % женского населения. Теории (гипотезы) гомосексуализма можно обобщить как следующие:

- обусловленности средой общения: вследствие особенностей семейных отношений, профессии (артистическая среда);

- заместительной обусловленности: гомосексуальные контакты в изолированных однополых группах (в местах лишения свободы, в армейских коллективах, в интернатах, монастырях и т. п.);

- ситуационной обусловленности: гомосексуальное совращение, гомосексуальные контакты с ровесниками в подростковом возрасте, случайные гомосексуальные контакты, ситуационный исход присущей человеку бисексуальной предрасположенности;

- личностной обусловленности: влияние гомосексуальной порнографии и возникающие при этом фантазии, личностная оценка собственной половой роли и половой идентичности (трансвестизм), затруднения и неудачи в сексуальных контактах с противоположным полом;

- биологической обусловленности: генетическая, конституционная, нейроэндокринная, пренатальная (вследствие различных нарушений внутриутробного развития), органического поражения головного мозга, антропологическая, филогенетически эмбриональная, как специфический сексуальный невроз.

Психоанализ (З. Фрейд) связывает происхождение гомосексуализма с рядом причин: не разрешившийся вследствие подсознательных тенденций кровосмешения комплекс Эдипа (у мужчин) или Электры (у женщин). При этом гомосексуальная связь выражает садомазохистские черты, партнер отождествляется с одним из родителей либо отношения с ним фактически копируют подсознательно представляемые отношения «родители–дети», гомосексуальная связь является попыткой аутоидентификации с партнером как продолжение аутоидентификации с отцом либо с матерью.

В гомосексуальных контактах один из партнеров (как мужчина, так и женщина) обычно является активным, выполняя мужскую роль. Второй партнер является пассивным и играет роль женщины. В процессе совершения сексуальных действий партнеры могут меняться ролями. При мужском гомосексуализме противоестественный половой акт совершается через заднепроходное отверстие, хотя возможны и другие противоестественные формы (взаимное мастурбирование, орально-генитальные контакты и пр.).

Гомосексуальные отношения между женщинами заключаются в поцелуях, ласках, орально-генитальных контактах, воздействии на половые органы пассивного партнера пальцами, инородными предметами (имитаторами полового члена) и др.

Следует отметить, что необходимость устанавливать факт гомосексуализма возникает не только при насильственном мужеложстве или лесбиянстве. Иногда гомосексуализм приходится диагностировать и в других ситуациях: при бракоразводных процессах, когда одна из сторон обвиняет другую в гомосексуализме; в делах об изнасиловании, когда обвиняемый отрицает возможность совершения преступления из-за собственных гомосексуальных тенденций; при расследовании убийства гомосексуальных партнеров; при нанесении телесных повреждений гомосексуальному партнеру.

Медицинская диагностика гомосексуализма как патологического сексуального влечения затруднена. В настоящее время известен лишь один метод объективного определения направленности полового влечения – фаллоплетизмография (оценка кровенаполнения сосудов половых органов индивидуума при демонстрации ему сексуальных символов), применяемый для экспертных целей в ряде зарубежных стран.

В целом терпимость общества к гомосексуальным контактам может быть различной. Так, по УК БССР 1960 г. наказуемо было не только насильственное, но и добровольное мужеложство, при этом женский гомосексуализм в законе вообще не упоминался.

В законе (ст. 167 УК Республики Беларусь) приведен также термин «иные действия сексуального характера». Под насильственными действиями сексуального характера, помимо насильственного гомосексуализма, следует понимать различные насильственные противоестественные (суррогатные, извращенные) формы полового акта с лицом противоположного пола, а также другие насильственные сексуальные действия по отношению к другим лицам, осуществляемые преступником в целях получения полового удовлетворения.

Противоестественные формы полового акта заключаются в орально-генитальных контактах (минет – введение полового члена в рот), анальном коитусе, трении половыми органами о части тела потерпевшей (потерпевшего) лицом противоположного пола. Такие формы сексуального насилия по причинам, ситуационным признакам и особенностям фактически совпадают с изнасилованием, поэтому насильственные противоестественные извращенные формы полового акта в средствах массовой информации и даже в судебно-следственной и экспертной практике иногда неверно называют изнасилованием в извращенной (противоестественной) форме.

Насильственные сексуальные действия могут проявляться без контакта: в форме *парафилий – достижения полового удовлетворения с помощью необычных и культурно неприемлемых стимулов*. Во всех таких случаях сексуальное насилие происходит, когда форма полового поведения реализуется вопреки воле потерпевшего (потерпевшей) с применением насилия или с угрозой его применения либо с использованием беспомощного состояния потерпевшего (потерпевшей). Пострадавших насильственно заставляют смотреть, раздеваться, участвовать в мастурбации, совершать в присутствии преступника другие сексуальные действия, принимать какие-либо позы и пр., например насильственный эксгибиционизм (демонстрация собственных половых органов с целью получения сексуального удовлетворения), вуайеризм (наблюдение за половым актом или за обнаженными объектами сексуальных предпочтений).

Малолетних лиц, не отдающих себе отчет в сексуальных взаимоотношениях, следует оценивать как находящихся в беспомощном состоянии. Поэтому какие-либо из вышеуказанных сексуальных действий с ними являются насильственными даже при отсутствии непосредственного применения физического насилия или угрозы физического насилия.

**Развратные действия.** Под развратными понимают лишь такие действия, которые не являются естественными или суррогатными формами полового акта (по ст. 169 УК Республики Беларусь). Изначально такие действия определяются умыслом



сексуального развращения потерпевших; тенденции к непосредственному получению полового удовлетворения преступником при таких действиях не проявляются. Однако следует считать, что любые развратные действия в любом случае являются своеобразной формой сексуального поведения.

Проявление развратных действий носит разнообразный характер: прикосновение руками к половым органам детей, прикосновение половым членом к их частям тела (*контактные* развратные действия). К развратным действиям также относят демонстрацию детям порнографической продукции (видеофильмов, фотографий и пр.), чтение порнографической литературы, половой акт и другие формы откровенно сексуального поведения заведомо в присутствии ребенка (*неконтактные* развратные действия).

Пострадавшим от развратных действий может быть лицо до 16 лет, не способное объективно оценивать сексуальные взаимоотношения; при этом ответственность уголовного характера за развратные действия несут лица, достигшие 18-летнего возраста. Обстоятельством, отягощающим уголовную ответственность, при развратных действиях является применение насилия или угроза его применения.

Общественная опасность развратных действий заключается в том, что они оказывают морально развращающее влияние на ребенка и формируют у него патологическое восприятие сексуальных отношений, кроме того, они могут вызвать венерическое заболевание.

Развратные действия, как и другие сексуальные акты с малолетними, являются проявлением педофилии – стремления к сексуальным действиям с детьми, хотя в данном случае такое стремление проявляется опосредованно. Нередко развратные действия фактически предшествуют совершению полового акта в естественной либо в противоестественной форме, т. е. являются подготовлением к изнасилованию или к насильственным действиям сексуального характера.

Различают пять групп педофильных действий:

- 1) Совершенные под влиянием алкоголя молодыми преступниками, не имеющими сексуальных отклонений.
- 2) В отношении с родственниками, при этом имеет значение хронический алкоголизм и примитивизм преступников.
- 3) На чувственной основе, когда молодые люди вступают в сексуальные отношения с девушками-подростками.
- 4) Гомосексуальные педофильные действия.
- 5) Совершенные пожилыми лицами, нередко на фоне психорганического синдрома (психических расстройств на фоне структурных изменений головного мозга).

Чаще объектом педофильных действий становятся девочки, причем иногда они являются родственницами преступников.

Исходя из этого, при определении каких-либо действий как развратных, необходимо учитывать их конечную цель (наличие умысла на развращение). Следует считать, что при наличии умысла на получение полового удовлетворения при тех же самых обстоятельствах имеют место насильственные действия сексуального характера.

### **Половые преступления без признаков прямого сексуального насилия**

Половое сношение, другие действия сексуального характера, протекающие без какого-либо сексуального насилия, как преступление усматриваются (для лиц старше 18 лет) при половом сношении или иных действиях сексуального характера с лицами, не достигшими 16-летнего возраста. При понуждении к действиям сексуального характера прямого сексуального насилия нет.

В таких случаях при сексуальных контактах со стороны преступника отсутствуют применение физической силы, угроза физического насилия, использование беспомощного состояния пострадавшего лица.

**Половое сношение или иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим 16-летнего возраста.** Уголовно наказуемы половое сношение, мужеложство, лесбиянство или иные действия сексуального характера, совершенные совершеннолетним индивидуумом (достигшим 18 лет) с лицом, не достигшим 16-летнего возраста, при условии что первый заведомо знал об этом (по ст. 168 УК Республики Беларусь). При оценке такого преступления исключено прямое сексуальное насилие. Предполагается, что несовершеннолетнее лицо понимает содержание половых взаимоотношений и их возможные последствия.

**Понуждение к действиям сексуального характера.** Уголовно наказуемо понуждение к половому сношению, мужеложству, лесбиянству или к иным действиям сексуального характера путем шантажа, угрозы уничтожения, повреждения или изъятия имущества либо с использованием служебной, материальной или иной зависимости потерпевшего (потерпевшей) (по ст. 170 УК Республики Беларусь). Вина усугубляется, если такие действия совершены в отношении заведомо несовершеннолетнего (несовершеннолетней).

## **Судебно-медицинские исследования при половых преступлениях**

Факт полового преступления либо попытки его совершения устанавливаются в ходе дознания, следствия, суда. Однако при расследовании случаев половых преступлений, в первую очередь насильственных, экспертное обследование потерпевшей и насильника имеет важнейшее значение. Фактические данные, выявленные врачом-специалистом, служат уликами и объективными доказательствами свершившегося сексуального преступления. Врачебное экспертное исследование решает ряд важнейших вопросов, нередко позволяющих в уголовном процессе установить не только факт полового преступления, но и некоторые обстоятельства его совершения.

При производстве СМЭ пострадавших при половых преступлениях могут быть решены вопросы следующего характера:

- выявление объективных признаков и повреждений, возникающих при различных формах сексуального насилия: изнасиловании, насильственных действиях сексуального характера, иногда при развратных действиях; определение последствий;
- определение характера, способа причинения, степени тяжести телесных повреждений;
- обнаружение и изъятие для дальнейших специальных исследований объектов (спермы, волос и пр.), свидетельствующих о сексуальных контактах.

Кроме того, судебно-медицинский эксперт по указанию органов дознания, следствия, суда обследует индивидуума, совершившего половое преступление (либо подозреваемого в совершении преступления). По возможности необходимо выявить у такого лица признаки, указывающие на его участие в криминальных событиях, а также произвести изъятие биологических образцов (мазков-отпечатков, образцов крови, слюны и т. п.).

Экспертиза при половых преступлениях проводится на основании постановления правоохранительных и следственных органов. Однако исследования могут быть произведены по заявлению пострадавшей (пострадавшего) либо представляющих ее (его) лиц (родителей, опекунов и др.). Это связано с тем, что объективные данные наиболее эффективно выявляются в ближайшие сроки после свершившихся событий. В таких случаях эксперт, приступая к обследованию, обязан немедленно информировать органы следствия и надлежащим образом оформить полученные результаты после получения постановления.

**Выявление признаков полового сношения при судебно-медицинских исследованиях.** Необходимость выявлять признаки совокупления возникает в случаях изнасилования, при совокуплении с лицами, не достигшими 16-летнего возраста, а также при понуждении женщин к совершению полового акта.

Для выявления признаков совокупления проводится обследование половых органов женщины, для чего требуются специальные медицинские знания в области акушерства и гинекологии. Такого рода экспертиза проводится судебно-медицинским экспертом, имеющим соответствующие знания и навыки, либо судебно-медицинским экспертом с участием акушера-гинеколога. Возможна жизненная ситуация, когда потерпевшую женщину сотрудники правоохранительных органов доставляют в поликлинику или больницу и ее осмотр проводится без судебно-медицинского эксперта врачом акушером-гинекологом самостоятельно. В таких случаях от врача такой специальности, имеющего в первую очередь направленность на оказание медицинской помощи, следует ожидать проведения судебно-медицинского обследования – регистрации повреждений и структурных особенностей, кроме того, должны быть изъяты объекты, в первую очередь мазки-отпечатки на наличие спермы. Отсутствие судебно-медицинского обследования может привести к потере ряда ценных доказательств по делу, проведенное в более поздние после полового акта сроки экспертное судебно-медицинское обследование не исправит ситуацию.

Факт совершенного полового сношения устанавливают на основании ряда показателей:

- признаков недавнего лишения половой неприкосновенности (девственности);
- повреждений, возникающих при половом сношении;
- морфологических признаков недавнего полового сношения;
- возможных последствий полового акта – беременности, заражения заболеванием, передающимся половым путем и др.;
- обнаружения спермы и других объектов.

Все предметы, испачканные кровью, спермой, другими биологическими жидкостями, либо те, на которых подозревается наличие биологических следов, при осмотре потерпевшей необходимо изъять и предоставить следствию для направления в экспертную лабораторию.

**Лишение девственности.** Одним из важных признаков лишения половой неприкосновенности является нарушение целостности девственной плевы. Вместе с тем при половом акте, даже при грубом и насильственном, девственная плева может сохранить свою структуру. Это может быть вследствие повышенной эластич-

ности девственной плевы и особенностей ее формы (например, кольцевидной или полулунной). По результатам статистических судебно-медицинских исследований, из 17 случаев изнасилования девственниц в десяти имело место нарушение целостности девственной плевы, а в семи случаях изнасилования девственная плева оставалась целой и при этом ее структура допускала совершение полового акта без нарушения ее целостности.

Кроме того, при изнасиловании целостность девственной плевы может сохраниться, когда половой акт совершен в преддверии влагалища. Это может быть в случаях преждевременной эякуляции у насильников подросткового и молодого возраста, при слабой эрекции полового члена, при активном сопротивлении жертвы, при повышенной плотности тканей самой девственной плевы (например, при ее хрящевой плотности – *hymen tendineus*).

**Повреждения, возникающие при половом сношении.** Повреждения, возникающие при насильственном совокуплении, делятся на две группы: в области половых органов (генитальные) и вне половых органов (экстрагенитальные).

В области половых органов при насильственном половом сношении, помимо разрыва девственной плевы, могут наблюдатьсяссадины больших и малых половых губ, внутренней поверхности бедер, кровоизлияния в слизистые оболочки и разрывы стенок влагалища, рваные раны промежности, вырывание волос с больших половых губ и лобка, кровоизлияния в области половых органов. Повреждения области половых органов женщины при насильственном половом сношении могут быть причинены половым членом, но иногда и пальцами, зубами или другими частями тела преступника. У женщин, прежде живших половой жизнью, повреждения от полового члена могут отсутствовать, либо быть выражены минимально. Напротив, у лиц преклонного возраста и малолетних генитальные повреждения выражены в большей степени. Иногда при насильственном половом акте имеют место дополнительные повреждения половых органов твердыми тупыми предметами (бутылками, палками и т. п.) как результат введения их в половые пути женщины.

Экстрагенитальные повреждения на теле жертвы могут возникать как следствие особенностей сексуального насилия (изнасилования, насильственных действий сексуального характера, развратных действий) либо быть результатом подавления сопротивления жертвы, борьбы при насильственном раздевании, ее избития. Установить ситуационные характеристики происшедших криминальных событий эксперту помогает опрос потерпевшей (потерпевшего), который должен предшествовать осмотру.

При насильственных орально-генитальных контактах могут возникать повреждения полости рта – кровоизлияния в слизистую оболочку щек, надрывы губ, губных спаек, уздечки языка. При трении половым членом о молочные железы женщины на них возникают кровоподтеки и ссадины. При насильственном акте через заднепроходное отверстие возникают кровоизлияния в слизистые оболочки, ссадины кожи, надрывы и сглаженность складок заднепроходного отверстия. В тяжелых случаях наблюдают разрывы сфинктера, слизистой оболочки и стенок прямой кишки. Следует отметить, что повреждения заднепроходного отверстия при сексуальном насилии возникают не всегда, более редко у лиц, имеющих опыт пассивных участников сношений в прямую кишку. При обследовании таких индивидуумов можно выявить воронкообразное углубление, выраженную пигментацию вокруг заднепроходного отверстия, иногда его зияние.

На теле пострадавших от сексуального насилия, в том числе на половых органах, могут быть обнаружены следы укусов, нередко точечные внутрикожные кровоизлияния на ограниченной площади от сильных поцелуев насильника (чаще на лице, шее и груди), обломы ногтей при захвате одежды и кожи преступника. Как результат общего насилия на теле потерпевших выявляют кровоподтеки и ссадины, реже наблюдают раны, иногда ожоги (от сигарет). Могут иметь место переломы костей лицевого скелета (носа, скуловой кости, нижней челюсти), ребер, конечностей, нередко черепно-мозговые травмы различной тяжести. У жертвы бывают растяжение и даже разрывы сводящих бедра мышц, обусловленные сопротивлением насильственному разведению ног, вывихи суставов верхних конечностей от выкручивания рук. Повреждения причиняются жертве не только непосредственно насильником, но и возникают от травматического действия окружающих предметов – ударов о них, следов скольжения по шероховатой поверхности (например, ссадины в области крестца при изнасиловании при положении жертвы лежа на спине) и т. п. В целом экстрагенитальные повреждения при изнасиловании чаще обнаруживают на ногах и голове, несколько реже на шее, груди, животе, спине, других частях тела.

Следует отметить, что во всех случаях насильственного соития экстрагенитальные повреждения изолированно, сами по себе, не свидетельствуют о имевшем место половом акте либо другом характере сексуального насилия. Только совокупность всех повреждений (на половых органах и на других частях тела) отражает особенности и характер криминальных событий, этапы падения пострадавшего лица, его раздевания и пр. Это позволяет смоделировать последовательность действий, а в некоторых случаях – установить какие-то особенные характеристики пре-

ступника (например, особенности стоматологического статуса по следам укуса на жертве и др.).

Исходя из собственных статистических исследований, можно отметить, что из 135 пострадавших от сексуального насилия женщин (изнасилование, другие формы сексуального насилия и их сочетание) экстрагенитальные повреждения выявили у 94 женщин, среди которых жертвами группового сексуального насилия явились 27 пострадавших. Чаще всего повреждения в виде ссадин, кровоподтеков, иногда ран локализовались на лице, верхних и нижних конечностях. Реже наблюдались ссадины на спине. Также были характерны мелкоточечные кровоизлияния (следы поцелуев) на лице, шее, молочных железах. Кровоподтеки на верхних и нижних конечностях в большинстве случаев по своим характеристикам происходили от давления пальцами. В двух случаях имели место резаные раны молочных желез, живота. Черепно-мозговая травма была у четырех пострадавших, из них у одной выявили переломы костей носа.

Экстрагенитальные повреждения могут отсутствовать либо быть выражены минимально при преступных ненасильственных сексуальных действиях. Это может быть при совокуплении с лицами, не достигшими 16-летнего возраста, но достаточно физически зрелыми и прежде жившими половой жизнью. Это бывает при понуждении живших половой жизнью женщин к совершению каких-либо сексуальных действий или полового акта. В таких случаях иногда наблюдают следы поцелуев и укусов, ссадины области половых органов, единичные кровоподтеки.

**Нетравматические признаки недавнего полового сношения.** К признакам недавнего полового сношения, помимо разрыва девственной плевы и других повреждений в области половых органов, относят увлажнение влагалища, выталкивание слизистой пробки из шейки матки, зияние просвета влагалища, отечность, синюшность или гиперемию слизистой оболочки влагалища. Указанные признаки не всегда определяются при медицинском обследовании, относительны, не являются строго специфичными, не служат достоверным свидетельством недавнего полового акта. Поэтому при обследовании женщин, прежде живших половой жизнью, для установления факта недавнего полового сношения эксперту (врачу-специалисту) необходимо стремиться выявить специфичные для полового акта повреждения и (или) обнаружить сперму.

**Последствия полового сношения.** Последствиями полового акта могут быть заражение заболеванием, передающимся половым путем, а также беременность, расстройство физического и психического здоровья.

Выявление у пострадавшей передающегося половым путем заболевания (сифилис, гонорея, ВИЧ, трихоманоз, микоплазмоз и др.) и аналогичного заболевания у преступника указывает на возможность состоявшегося полового акта. Следует учитывать, что между заражением и проявлением передающегося половым путем заболевания проходит инкубационный период, причем для некоторых заболеваний достаточно длительный (до месяца и более). Поэтому факт заражения заболеванием как следствие криминального полового акта устанавливается, если до производства экспертизы прошел определенный период времени, достаточный для развития клинических проявлений патологического процесса. В некоторых случаях обнаружение семенной жидкости, содержащей патогенную флору (гонококки, трихоманады и др.), позволяет утверждать об имеющемся заболевании у преступника. Следует отметить, что заражение заболеванием, передающимся половым путем, возможно как при половом акте, так и при попытке его совершения; кроме того, некоторые заболевания (сифилис, ВИЧ) могут быть получены от укусов преступником или в результате контакта с его кровью и слюной во время борьбы. Поэтому в любом случае, учитывая интересы пострадавшей, последнюю требуется отправить на соответствующее обследование, при этом необходимо рекомендовать ей превентивное лечение, когда нет возможности обследовать преступника.

Беременность является абсолютным доказательством бывшего полового сношения. Современные молекулярно-генетические методы исследования ДНК (ДНК-типирование) позволяют практически безошибочно устанавливать биологическое отцовство. Сравнению подлежат полиморфные характеристики дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК-профили) матери, ребенка и предполагаемого отца, при этом источником ДНК являются любые ядродержащие клетки. Проблемы получения биологического материала практически отсутствуют. В качестве объектов достаточно небольшого количества крови (до 1 мл), соскоба слизистой оболочки щеки, слюны, единичной луковицы волос. При искусственном прерывании женщиной беременности в любые сроки плодные ткани или эмбрион содержат достаточное количество клеток с генотипом ребенка, и возможно их использование в качестве источника ДНК и объекта сравнения. Таким образом, при беременности проведение соответствующих исследований позволяет достоверно указать биологического отца.

Степень расстройства физического здоровья зависит от тяжести повреждений, нанесенных пострадавшей, и ее возраста. Тяжелое течение посттравматического периода может быть обусловлено как экстрагенитальными травмами, так и повреждениями половых органов. При разрывах влагалища, промежности, сфинктера



прямой кишки, выпадении влагалища (такие повреждения чаще наблюдаются у детей и женщин преклонного возраста) требуется оперативное вмешательство. Следствием полученных травм половых органов могут быть нарушения походки, септические осложнения, половая дисфункция (аменорея, бесплодие и др.), недержание мочи, кала.

Расстройство психического здоровья (психическая травма) может возникнуть в результате любого вида сексуального насилия. Психическая травма проявляется в форме неврозов, фобий, обострения имеющихся психических заболеваний и др. Нередко у изнасилованных женщин остается фиксированный страх перед возможностью повторного изнасилования, эмоциональные расстройства, сексуальные нарушения. Оценка психических расстройств относится к компетенции судебно-психиатрической экспертизы.

**Обнаружение спермы и других биологических объектов.** Для обнаружения спермы осуществляют забор материала в виде мазков на стекла и марлевые тампоны.

Семенная жидкость может быть обнаружена во влагалище пострадавшей, на теле (на бедрах, наружных половых органах, животе, других частях). Место нахождения спермы на теле во многом зависит от особенностей событий, поэтому для более целенаправленного обследования судебно-медицинский эксперт должен правильно опросить пострадавшую. Выбор частей тела потерпевшей, с которых эксперт осуществляет получение мазков, определяется особенностями сексуального насилия.

Наличие спермы во влагалище указывает на завершённый половой акт; если сперму выявляют на других частях тела, то это свидетельствует лишь о возможности того, что половой акт состоялся либо указывает на другие формы сексуального насилия (извращенный половой акт, развратные действия). Обнаружение спермы вне влагалища может быть также при незавершённом половом акте, когда процесс совокупления прерывается до семяизвержения, которое происходит вне половых путей женщины.

Сперма может быть обнаружена на одежде потерпевшей. Для ее выявления и последующей идентификации мужчины, от которого происходит сперма, обычно изымают одежду потерпевшей и отправляют ее на судебно-биологическую экспертизу.

Более вероятно обнаружение спермы при осмотре в ближайшее время после криминального происшествия. Обмывание кожных покровов после сексуального насилия делает обнаружение спермы на них маловероятным, однако во влагалище даже после туалета половых органов сперма может быть обнаружена. Время,

в течение которого возможно обнаружить сперму во влагалище, обычно колеблется в пределах от нескольких часов до 2–3 суток, а иногда и до 6 дней после полового акта, разумеется, если за это время не проводилось обмывание половых органов.

На одежде пятна спермы высыхают, сохраняются и пригодны для исследования на протяжении длительного времени (до года и более).

Однако происхождение биологических следов, в том числе и спермы, на пострадавшей может быть не связано с криминальным происшествием. Поэтому само по себе выявление спермы во влагалище, на теле или на одежде, особенно у женщин, живущих половой жизнью, имеет относительное экспертное значение; решение вопроса о происхождении спермы от подозреваемого невозможно без соответствующих идентификационных исследований.

Помимо спермы, на одежде, теле и во влагалище женщины могут быть обнаружены волосы и текстильные волокна. Под ногтями пострадавшей женщины, особенно если она оказывала активное сопротивление, могут находиться происходящие от насильника клетки кожи и фрагменты волос, а также текстильные волокна с его одежды. Обнаруженные объекты с тела и одежды женщины подлежат изъятию и предоставляются для дальнейших экспертных идентификационных исследований. По указанию следователя эксперт срезает у потерпевшей свободные края ногтевых пластин вместе с подногтевым содержимым.

**Судебно-медицинские исследования в случаях развратных действий.** Врач – судебно-медицинский эксперт или иной специальности – при осмотре ребенка опрашивает его для решения медицинских задач: выявляет жалобы, самочувствие, в изложении ребенка получает информацию о событии, явившемся причиной осмотра. Лучше, если ребенка будет опрашивать врач-педиатр, имеющий соответствующие профессиональные навыки общения с детьми. Полученные сведения врач отражает в медицинских документах и может предоставить следователю, судье.

В целом необходимо достаточно критично относиться к рассказам ребенка. Дети отличаются повышенной внушаемостью, склонны к фантазированию. Иногда, являясь свидетелями половых актов взрослых (например, подглядывая за родителями), дети экстраполируют события на себя и излагают порой весьма правдоподобные истории, где они являются участниками и в которых нередко фигурируют знакомые им лица и условия жизни. Следует учитывать, что задаваемые вопросы влияют на показания ребенка, который может фантазировать и определять новые детали.

Для установления истины важное значение приобретает выявление повреждений. При развратных действиях у девочек могут быть выявлены повреждения в области половых органов: кровоизлияния в толщу девственной плевы, трещины, надрывы, ссадины на слизистой влагалища, малых половых губ (результат воздействия пальцами или инородными предметами). В результате регулярных развратных действий (в течение года и более), когда ребенка приучают к онанизму, может наблюдаться воспалительное покраснение слизистой оболочки половых органов. Вследствие повторяющихся давлений пальцами девственная плева атрофируется, приобретает тусклый вид и характерную вялость ткани, могут появиться слизисто-гнойные выделения.

Следует отметить, что развратные действия обычно все-таки не сопровождаются телесными повреждениями. В таких случаях факт преступления может быть установлен лишь свидетельскими показаниями.

### **Ложные обвинения в совершении половых преступлений**

В следственно-судебной и экспертной практике встречаются случаи необоснованных обвинений в сексуальном насилии. Заявления поступают от самих мнимопотерпевших, а в случаях обвинения в криминальной педофилии – от родителей, опекунов, соседей и других людей. Причины ложных обвинений самые разнообразные. Порой совершенно неверно трактуются понятия изнасилования и других насильственных сексуальных действий. Женщины иногда принимают за изнасилование случаи, когда добровольное совокупление не было вознаграждено, не повлекло женитьбы, материальных благ и т. п.

Среди проанализированных нами материалов имеется один случай, когда причиной назначения экспертизы было заявление матери 15-летней девочки о неоднократном (на протяжении 8 месяцев) изнасиловании ее дочери 16-летним знакомым. Причиной заявления послужила беременность дочери, сама же девочка в итоге указала, что многократные половые акты совершались с обоюдного согласия.

Причинами заявлений по поводу сексуального насилия могут явиться корыстные цели, месть, вымогательство. В отдельных случаях обвинения в сексуальном насилии являются следствием эротического бреда и галлюцинаций психически больных. Обвинения в криминальных педофильных действиях могут быть результатом детских фантазий, в которых сами дети играют роль

участника. Возможно внушение ребенку каких-то сведений со стороны заинтересованных взрослых (родителей, соседей и пр.). Известны случаи подачи заявлений, когда родители за следы развратных действий воспринимали проявления у ребенка диатеза, заболевание глистами и пр. Иногда в медицинской акушерско-гинекологической практике встречаются случаи ложного обвинения врачей в сексуальном насилии, главным образом в изнасиловании – большинство таких заявлений исходят от женщин, страдающих истерией или другой психической патологией.

Известны случаи имитации сексуального насилия в корыстных целях. Мнимопотерпевшие для доказательства изнасилования или насильственных действий сексуального характера могут наносить повреждения сами себе. Чаще всего это ссадины (царапины) и раны в виде порезов, реже – кровоподтеки. Наиболее типично расположение таких повреждений в хорошо доступных для собственных рук областях: на молочных железах и на передней поверхности грудной клетки, на животе, верхних и нижних конечностях. Крайне редко бывают самоповреждения на задней поверхности туловища.

В большинстве случаев самоповреждения множественные и однотипные. Линейные самоповреждения (ссадины, резаные раны) чаще располагаются параллельно или пересекаются в виде сетки, направлены сверху вниз. Напротив, травмы нанесенные другим лицом, могут располагаться на задней поверхности туловища пострадавшего, отличаются разнообразием, т. к. причиняются с различной силой, некоторые из них могут быть достаточно тяжелыми.

Мнимопотерпевшие индивидуумы исключительно настойчивы, нередко требуют дополнительных и повторных экспертиз. Иногда для доказательства кровотечения при сексуальном насилии они пачкают одежду менструальными выделениями, кровью из носа или десен. Известны случаи, когда на одежду и половые органы наносили варенье, губную помаду, кровь животных и птиц. Такого рода фальсификации выявляют при изъятии материала и при последующем лабораторном исследовании.

В случаях ложных обвинений в криминальной педофилии родители (опекуны и пр.) в качестве признаков развратных и других сексуальных действий могут указывать на наличие воспалительных проявлений в области половых органов девочек. Однако такие явления могут быть вызваны различными причинами: глистной инвазией (аскаридоз, острицы), ненадлежащей гигиеной за половыми органами, онанизмом, трением одежды. Покраснение, припухание и экскориации слизистых оболочек

половых органов могут быть следствием экссудативного диатеза. Для установления истины и исключения фантазий ребенка немаловажное значение имеет умелый расспрос.

### **Обследование лиц, подозреваемых (обвиняемых) в совершении полового преступления**

Лица, подозреваемые и обвиняемые в совершении сексуальных преступлений, должны быть обследованы в кратчайшие сроки после криминальных событий. Это необходимо для обнаружения повреждений, возникших в результате борьбы, следов крови жертвы на половых органах, под ногтями и на других частях тела, волос и других биологических объектов, происходящих от потерпевших, текстильных волокон с их одежды.

После полового сношения или других сексуальных действий на половом члене преступника могут быть обнаружены ссадины, кровоподтеки, надрывы крайней плоти или уздечки, даже следы от укусов. Для выявления эритроцитов, клеток влагалищного эпителия, частичек кала необходимо получить отпечатки с полового члена. У подозреваемого (обвиняемого) состригают ногти для дальнейшего исследования подногтевого содержимого и решения вопроса о возможности его происхождения от жертвы. Также изымают образцы крови, волос, слюны для сравнения с объектами, обнаруженными на теле жертвы. Следует отметить, что изъятие образцов спермы проблематично и в современных условиях нецелесообразно, поскольку с помощью методов ДНК-типирования возможно сравнивать различные биологические ткани. При обследовании у подозреваемого (обвиняемого) могут быть выявлены венерические заболевания либо другие мочеполовые инфекции.

В некоторых случаях мужчины, подозреваемые в совершении сексуального насилия, категорично отрицают свою вину, ссылаясь на неспособность совершить половой акт. В таких ситуациях экспертным путем необходимо оценить морфологические особенности половых органов и анатомо-физиологические характеристики половых желез. К подобным исследованиям обычно привлекаются врачи соответствующих специальностей (урологи, сексопатологи, дерматовенерологи).

Не могут быть основанием для исключения возможности совершения совокупления ссылки на пожилой возраст, поскольку известны случаи сохранения способности к половым сношениям у лиц весьма преклонного возраста (восемидесяти и более лет).

## **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ**

---

Судебно-медицинской оценке подлежат состояния, относящиеся к репродуктивной функции человека. Это решение вопросов о половой принадлежности индивидуума (установление истинного пола), определение половой зрелости и производительной способности, половой неприкосновенности, беременности (настоящей или перенесенной в прошлом), признаков бывших родов и аборта.

Экспертиза состояний репродуктивной функции обычно проводится с участием различных врачей-специалистов. В зависимости от поставленных задач это могут быть акушеры-гинекологи, урологи, эндокринологи, иногда психиатры и психологи (при установлении истинного пола).

### **Установление истинного пола**

Необходимость в определении истинного пола, т. е. является ли индивидуум мужчиной или женщиной, может возникнуть в следующих случаях: при расторжении брака, рассмотрении исков об алиментах, призыве на воинскую службу. Половая принадлежность также может определяться при судебном обжаловании спортивных достижений (когда, например, в спортивных соревнованиях среди женщин участвуют лица с неустановленным полом), кроме того, при расследовании половых преступлений, а также при изменении пола (неправильном его установлении при рождении).

С проблемой определения истинного пола связано явление гермафродитизма, т. е. наличия признаков двуполости.

В древнегреческой мифологии Гермафродит – сын Гермеса и Афродиты, соединенный богами с нимфой Салмакидой так, что тела их образовали одно двуполое существо.

Причины гермафродитизма заключаются в нарушении процессов внутриутробного развития эмбриона при возникновении различий структур мочеполовой системы, которая первоначально на ранних стадиях внутриутробного развития имеет бисексуальный, т. е. двуполый характер.

Основными показателями гермафродитизма являются внешний вид половых органов и их некоторые анатомо-функциональные особенности, наличие которых затрудняет установление пола индивидуума. В таких случаях одновременно в той или иной степени определяются признаки как женских, так и мужских половых органов: анатомические структуры, соответствующие внешнему виду полового члена, мошонке, влагалищу, большим и малым половым губам, матке.

Выделяют истинный и ложный гермафродитизм.

*Истинный гермафродитизм* – наличие у индивидуума действующих первичных половых признаков, т. е. половых желез мужских (яичек) и женских (яичников). Яичко и яичник при этом могут быть объединены в единую половую железу или располагаться анатомически отдельно. Иногда при истинном гермафродитизме внешний вид половых органов вообще не позволяет предположить пол. В отдельных случаях, напротив, может наблюдаться анатомически правильное формирование половых органов по мужскому или женскому типу; в таких случаях проявление истинного гермафродитизма возможно (но не обязательно) в особенностях телосложения и во вторичных половых признаках. Обычно при истинном гермафродитизме четко определяются молочные железы, бисексуальная фигура, оволосение по женскому типу (гораздо реже по мужскому). Следует отметить, что истинный гермафродитизм встречается чрезвычайно редко.

Гораздо чаще наблюдается *ложный гермафродитизм*. При *ложном мужском гермафродитизме* у индивидуума чаще всего имеются периодически овулирующие (производящие яйцеклетки) яичники, клитор, увеличенный до размеров полового члена, а также кожные складки, похожие на мошонку и скрывающие влагалище. *Ложный женский гермафродитизм* проявляется в наличии действующих яичек при имеющемся, обычно уменьшенном в размере влагалище и матки.

Ложный гермафродитизм может быть результатом нарушения отдельных этапов формирования половых органов в развитии эмбриона. Кроме этого, ложный гермафродитизм возникает при проявлении целого ряда заболеваний: патологии эндокринной системы, хромосомных болезней, опухолей центральной нервной системы и некоторых других.

Так, ложный мужской гермафродитизм наблюдается при врожденном заболевании – адрогенитальном синдроме (нарушение функции надпочечников), когда имеет место избыток мужских половых гормонов (андрогенов). У плода с женским генетическим полом под влиянием надпочечниковых андрогенов неправильно

формируются наружные половые органы, при рождении таких девочек может быть ошибочно установлен мужской пол. По мере развития ребенка формируются мужские вторичные половые признаки – мужское телосложение, низкий голос, мужские особенности роста волос. У мальчиков такое заболевание приводит не к гермафродитизму, а к ложному раннему половому развитию (половой член увеличивается, появляется оволосение и другие вторичные половые признаки, однако яички при этом остаются маленькими).

Ложный женский гермафродитизм также бывает при других заболеваниях, например при синдроме тестикулярной феминизации. При этом заболевании индивидуум с мужским генетическим полом и мужскими половыми железами имеет женский облик: наружные половые органы по структуре напоминают женские, вторичные мужские половые признаки практически отсутствуют. Это связано с врожденной нечувствительностью клеток самых различных тканей к вырабатываемым в самом организме андрогенам.

Ложный гермафродитизм следует отличать от некоторых внешне сходных патологических состояний, к которым относится гипогонадизм, или евнухоидизм. Это состояние возникает у мужчины или женщины при врожденной недостаточности половых желез либо при прекращении их функции вследствие травмы (при кастрации) или заболевания. Гипогонадизм характеризуется недоразвитием наружных и внутренних половых органов, а также нечетко выраженными вторичными половыми признаками, не позволяющими отнести их к мужским или женским.

От ложного мужского гермафродитизма следует отличать вирилизм – когда при ясном определении пола при рождении у женщины (даже в достаточно зрелом возрасте) вследствие каких-либо заболеваний постепенно увеличивается количество андрогенов, в результате чего в большей степени проявляются мужские вторичные половые признаки (при легких формах адреногенитального синдрома, при опухолях надпочечников и др.).

**Проведение исследований при установлении истинного пола.** При проведении экспертных исследований в случаях гермафродитизма регистрируют следующие показатели: сведения, полученные при опросе, антропометрические данные и вторичные половые признаки, данные исследования половых желез, а также клеточные (генетические) показатели истинного пола.

При опросе необходимо выяснить время появления и цикличность выделений из половых путей, а также половое влечение индивидуума. По достижении половой зрелости при ложном муж-



ском гермафродитизме могут иметь место кровянистые выделения из влагалища (менструация). При ложном женском гермафродитизме могут отмечаться слизистые выделения (сперма) в виде ночных поллюций или при сексуальном возбуждении. Данные сведения имеют относительное значение: индивидуум может ошибочно определять характер выделений из половых путей, неправильно характеризовать их, сами же выделения могут вообще отсутствовать при дисфункции половых желез. Половое влечение к мужчинам или женщинам также может позволить высказать лишь предварительное и крайне условное суждение об истинном поле индивидуума. Это связано с тем, что в связи с неправильным определением пола при рождении половое влечение может быть результатом воспитания – когда мальчик воспитывается как девочка или наоборот. Кроме того, даже при изначально верном установлении пола влечение к лицам своего пола или ощущение себя лицом противоположного пола возможно в результате различных психосоциальных и биологических факторов – как проявление гомосексуализма или трансвеститизма.

Из антропометрических данных следует регистрировать особенности скелета, развитие мышечной ткани и телосложение в целом.

Из костных признаков обычно имеются достаточно хорошо выраженные и видимые отличия в форме таза. Визуально и при антропометрических измерениях женский таз в целом шире и короче, а мужской – уже и выше. В целом трубчатые кости скелета женщины более тонкие по отношению к их длине в сравнении с костями мужчины. Вместе с особенностями скелета визуально (и достаточно субъективно) мужской или женский тип телосложения определяет еще и степень развития мускулатуры – у мужчин мускулатура должна быть развита лучше. Имеет половые отличия преимущественное расположение подкожно-жировой клетчатки, по крайней мере у тучных людей: у женщин по сравнению с мужчинами отложение жира в большей степени наблюдается на ягодицах и бедрах.

Помимо внешнего вида половых органов, определяются такие вторичные половые признаки, как:

- тембр голоса: у мужчин голос низкий, у женщин высокий;
- особенности расположения волос на теле: для мужчин, в отличие от женщин, характерен рост волос на лице, нередко рост волос на груди, руках и ногах; кроме того, имеются отличия формы зоны роста волос на лобке (у женщин форма в виде треугольника основанием вверх, у мужчин – в виде ромба);
- сформированность молочных желез: необходимо учитывать размеры и форму молочной железы, а также особенности соска (у женщин сосок с более широким основанием, чем у мужчин).

Для установления истинного пола при ложном гермафродитизме или определения истинного гермафродитизма (интерсексуализма, когда пол не определяется) антропометрические показатели и вторичные половые признаки имеют относительное значение. Отклонение от среднестатистической нормы таких показателей пола может не свидетельствовать о гермафродитизме, а быть результатом каких-либо заболеваний (эндокринной системы и др.) либо обуславливаться индивидуальными особенностями.

В практике имеется случай проведения экспертизы трупа электромонтера, по паспорту мужчины 27 лет. Причиной смерти явилась электротравма, смерть наступила на рабочем месте при монтаже электрооборудования. Как удалось установить позже, покойный до наступления смерти три года состоял в браке. При экспертизе трупа обращало на себя внимание хорошее развитие мускулатуры и явно выраженное мужское телосложение (узкий высокий таз, широкие плечи). Вместе с тем были определены признаки явного ложного женского гермафродитизма: оволосение лобка по женскому типу, у основания мошонки имелось рудиментарное влагалище глубиной около 8 см, довольно хорошо были выражены молочные железы. Внутренние женские половые органы (матка, трубы) отсутствовали. Имелись яички: одно яичко находилось в мошонке, другое – в паховом канале. Размеры полового члена не превышали 2 см. При всем этом, под рабочей одеждой трупа было обнаружено красивое и, по всей видимости, достаточно дорогое женское белье.

При проведении исследований для установления истинного пола или двуполости решающее значение имеют исследование структуры и функции половых желез, а также определение генетического пола.

Для определения структуры и локализации половых желез, помимо осмотра, применяют рентгенологическое и ультразвуковое исследования. Для определения того, является ли железа яичком, яичником или это объединенная половая железа, изучают гормональный статус (например, содержание гормонов в суточной моче), выделения из половых органов (сперма или менструальная кровь). В затруднительных случаях для точного установления пола по составу клеток прибегают к пункции для получения содержимого и кусочков ткани железы, которые в последующем исследуют под микроскопом.

Генетический пол определяют путем исследования совокупности хромосом и непосредственно молекулярным анализом ДНК.

В качестве материала для этого получают соскоб со слизистых оболочек щек или исследуют ядродержащие клетки крови. Фактически, определение генетического пола в современных условиях – это установление присущих мужчине или женщине специфических фрагментов молекулы ДНК.

При истинном гермафродитизме генетические характеристики обычно соответствуют женскому полу, гораздо реже – мужскому. Еще реже встречаются случаи, когда у индивидуума одновременно имеются клетки, содержащие женский хромосомный набор, и клетки с мужским кариотипом (явление мозаицизма).

В случаях ложного гермафродитизма исследование структур ДНК (молекулярный анализ или оценка хромосом) позволяет установить истинный биологический (мужской или женский) пол индивидуума. Это особенно важно в случаях, когда имеет место недоразвитие половых желез и невозможно получить полноценную информацию об их структуре и функции.

### **Определение производительной способности**

Для лиц обоего пола установление физиологически полной производительной способности приравнивается к определению у них половой зрелости, а также к выявлению заболеваний и травм, влияющих на производительную способность. В настоящее время в Республике Беларусь СМЭ установления половой зрелости как самостоятельной задачи не производится. Это определяется формулировкой соответствующей статьи действующего УК Республики Беларусь: «Половое сношение с лицом, заведомо не достигшим 16-летнего возраста» (вместо «Половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости» в УК БССР 1961 г.). Вместе с тем в судебно-медицинских экспертных исследованиях учитываются некоторые признаки, которые являются показателями половой зрелости, помимо определения производительной способности, учитываются в экспертных исследованиях для установления возраста, определения состояния здоровья, при половых преступлениях.

Под половой зрелостью следует понимать такой этап развития организма, когда становится возможным физиологически нормальное, без вреда для здоровья осуществление репродуктивной функции (функции размножения), т. е. достижение физиологически полной производительной способности. Для женщины это способность к совокуплению, зачатию, вынашиванию беременности и к родам. Для мужчины это способность к совокуплению и оплодотворению.

В современных условиях с учетом акселерации достижение половой зрелости у девушек наступает обычно к 13–14 годам, у мальчиков несколько позже – к 14–16 годам. Следует учитывать, что процесс полового созревания длится несколько лет,

признаки, его определяющие, появляются не одновременно. При судебно-медицинских исследованиях это приводит к сложностям при установлении половой зрелости, однако вполне возможно предположить факт о способности индивидуума к совокуплению или зачатию, вынашиванию беременности, к родам (для девушек), оплодотворению (для юношей).

При проведении экспертных исследований с целью установления половой зрелости и производительной способности необходимо участие врачей-специалистов в области акушерства и гинекологии (при обследовании лиц женского пола), урологии (при обследовании юношей), а также и других специальностей: УЗИ-диагностики, эндокринологии, сексопатологии.

**Определение производительной способности у женщин.** Для установления достижения половой зрелости девушкой-подростком необходимо учитывать совокупность признаков: общее развитие и особенности телосложения, выраженность вторичных половых признаков (особенности молочных желез, рост волос на лобке и в подмышечных областях), развитие наружных и внутренних половых органов, а также признаки овуляции.

Признаки общего развития (достаточный рост и масса тела, сформированность таза, особенности фигуры), а также некоторые вторичные половые признаки (достаточное развитие молочных желез, наличие волос на лобке и в подмышечных областях) имеют лишь относительное значение. Отдельные девочки в силу индивидуальных особенностей могут иметь развитое типичное женское телосложение с выраженными вторичными половыми признаками, но при этом еще отсутствует овуляция. И наоборот, здоровая взрослая женщина, рожая ребенка, по характеристикам внешности может соответствовать подростку. Установление половой зрелости может быть затруднено в связи с заболеваниями, при которых репродуктивная функция для женщины становится затруднена.

При патологических состояниях эндокринной системы возможно раннее половое созревание – в 8–9 лет. При нарушении питания, при истощающих заболеваниях половое развитие может наступить лишь к 20 и более годам. Наконец, у вполне половозрелой женщины в связи с патологическими состояниями (заболевания, патология анатомических структур) может отсутствовать способность выполнения репродуктивной функции, т. е. производительная способность будет нарушена.

Большое значение для определения половой зрелости имеют исследования половых органов. При нормальном развитии

женщины половая зрелость определяется в первую очередь соответствующим анатомо-физиологическим состоянием половых органов. Способность к совокуплению возможна при достаточном развитии влагалища, по своим размерам допускающего введение полового члена взрослого мужчины. Способность к зачатию определяется после появления овуляции, когда возникают яйцеклетки, способные к оплодотворению. Проявлением овуляции являются менструации, что и принято оценивать как важнейший признак полового созревания женщины. Однако из литературы известны случаи, когда беременность наступала у 16–18-летних женщин, у которых никогда прежде не было менструаций. Способность к вынашиванию плода определяется развитием матки. При достижении половой зрелости соотношение длины тела матки к длине шейки становится 2/1, при обратном соотношении матка считается недоразвитой.

Следует отметить, что достаточный уровень умственного развития, ориентировка в происходящем, способность к выполнению материнских обязанностей, а также способность вскармливать грудью к половой зрелости и к производительной способности женщины имеют лишь косвенное отношение.

Необходимость оценки производительной способности у половозрелых женщин возникает в бракоразводных делах, при половых преступлениях, определении степени тяжести телесных повреждений, оценке вреда здоровью и в некоторых других случаях. Способность к совокуплению нарушается при врожденной или приобретенной патологии половых органов: отсутствии или недоразвитии влагалища, деформации влагалища после механической травмы, термических или химических ожогов, при возникновении вагинизма (рефлекторного спазма мышц влагалища и дна таза, что делает невозможным введение полового члена во влагалище). Способность к зачатию, вынашиванию беременности, деторождению нарушается также в силу внешних воздействий или внутренних причин – заболеваний, травм, возраста.

В любом случае при судебно-медицинских исследованиях производительной способности у женщины необходимо стремиться установить первопричину нарушения того или иного компонента репродуктивной функции.

**Определение производительной способности у мужчин.** В судебной медицине установление половой зрелости и производительной способности у мужчин необходимо при расследовании уголовных дел по поводу изнасилования. В таких случаях решают

вопрос о возможности совершения полового акта индивидуумом. Помимо этого, оценка производительной способности у половозрелых мужчин бывает необходимой при определении степени тяжести телесных повреждений после перенесенной травмы, при оценке вреда здоровью, иногда в бракоразводных процессах, в некоторых других случаях.

Необходимо оценить общее развитие (рост, масса тела), особенности телосложения, вторичные половые признаки (оволошение, тембр голоса). Так же, как и при установлении половой зрелости у женщин, данная группа признаков имеет лишь относительное значение.

Большое значение имеет исследование половых органов. Необходимо установить размеры полового члена (длину, толщину), размеры и консистенцию яичек, предстательной железы. Следует учитывать, что установление возможности совершения полового акта подростком не означает, что он достиг половой зрелости. Важные сведения для установления половой зрелости и производительной способности в целом может дать исследование простатической жидкости, в которой могут быть обнаружены и исследованы сперматозоиды. Препятствуют введению полового члена во влагалище или делают это невозможным приобретенные и врожденные аномалии строения половых органов (эпизадия, отсутствие полового члена) и соседних анатомических структур (обширные паховые грыжи, элифантiazис мошонки). Способность к оплодотворению может нарушаться из-за заболеваний (туберкулез, опухоли), воздействия вредных факторов (ионизирующее излучение, ядовитые вещества – мышьяк, свинец), после травмы.

### **Определение половой неприкосновенности**

Вопросы о половой неприкосновенности решаются в судебно-медицинских исследованиях при половых преступлениях, иногда при правонарушениях, направленных против достоинства личности (клевета, оскорбления).

**Девственность у женщин.** Именно у женщин обычно устанавливается физическая половая неприкосновенность, т. е. девственность. Основным ее признаком является целостность специфического анатомического образования – девственной плевы. При половом сношении обычно возникают разрывы девственной плевы – происходит дефлорация (от англ. слова «*flower*» – цветок или цвести, соответственно дефлорация – разрушение цветка).

В судебно-медицинских исследованиях врачи-специалисты учитывают ряд параметров, которые могут быть отражены в экспертных заключениях. Внешне девственная плева бывает весьма разнообразна, поэтому выделяют ее различные формы в зависимости от структурных особенностей – очертаний, неровностей свободного края, толщины, количества отверстий, а также степени упругости. Для целей судебно-медицинских исследований девственную плеву классифицируют на три рода:

1) часто встречающиеся, или обычные, формы – кольцевидная, полулунная, трубчатая, воронкообразная, килевидная, губовидная, валикообразная;

2) реже встречающиеся, или необычные, формы – бахромчатая, дольчатая, спиралевидная, лепестковидная, зубчатая, колончатая;

3) редкие формы – двухкончатая или перегородочная, полуперегородочная, слепая, решетчатая.

По степени эластичности выделяют плеву вялую (низкоэластичную) и эластичную (мясистую, с хорошей растяжимостью).

После полового сношения повреждения плевы могут возникать в виде надрывов, рваных ран, даже отрывов частей. Для обозначения локализации разрывы принято условно изображать в соответствии с цифрами на циферблате часов. Чаще всего повреждения возникают в нижнем (ректальном) отделе на цифре «6» или рядом. Разрывы могут доходить до слизистой оболочки влагалища, а иногда и захватывать ее; также возможен отрыв свободного края плевы от слизистой влагалища. Края разрывов более темные либо более красные по сравнению с остальной тканью плевы. Разрывы с небольшой давностью (до 1–4 суток) могут кровоточить или вокруг них возникают участки кровоизлияний в толщу плевы. Процесс заживления повреждений обычно длится до 10 и более дней (в среднем 5–7 дней), после чего на закругляющихся и разошедшихся лоскутах вокруг разрывов определяются остатки грануляций. Процесс заживления бывает более продолжительным в связи с инфицированием ран. В случаях сращения разорванных лоскутов всегда образуются рубцы, заживление первичным натяжением невозможно. Более толстая (мясистая) плева заживает дольше и рубцы при этом выражены сильнее. В любом случае пострадавшую необходимо обязать явиться для повторного обследования через 5–10 дней. Осматривать девственную плеву уместно с использованием лупы, высоту свободного края и величину повреждений оценивать с помощью измерительных приборов. Разрывы девственной плевы необходимо дифференцировать с ее естественными выемками и углублениями, которые одинаковы с остальной тканью по цвету, толщине и консистенции, не имеют рубцовых изменений, располагаются преимущественно по цифрам 4–8 и 5–9 циферблата условных часов.

Девственная плева может изначально отсутствовать, что является физиологическим состоянием и никак не свидетельствует о сексуальных отношениях. Иногда девственная плева имеет высокую эластичность, незначительно выступающий свободный край, достаточно большое центральное отверстие и вследствие этого не повреждается при половом акте. Разрушение девственной плевы

обычно вызывает боль и кровотечение, поэтому эксперт при опросе женщины должен выяснить, имели ли место такие явления.

Повреждения девственной плевы и признаки ее заживления могут быть последствиями травм, не связанных с половыми отношениями. Кроме того, возможно нарушение целостности девственной плевы при сексуальных действиях, которые собственно не являются половым актом, – от давления пальцами или инородными телами при мастурбации, лесбийских отношениях и др. Поэтому эксперт при опросе женщины и проведении исследований должен исключить такие ситуации.

Следует отметить, что сама по себе дефлорация является физиологическим процессом и не подлежит оценке по степени тяжести как телесное повреждение.

В случаях, когда девственная плева не повреждена, при установлении девственности у женщины эксперт должен учитывать другие возможные признаки бывшего полового сношения: обнаружение спермы во влагалище и в его преддверии; характерные для полового акта повреждения слизистой оболочки преддверия и влагалища, наличие беременности и др.

**Девственность у мужчин.** Установление физической половой неприкосновенности у мужчин в практике судебной медицины является крайне редким исследованием. Показателем имевшего место полового сношения может являться разрыв (надрыв) уздечки крайней плоти. Более достоверный признак – обнаружение влагалищного эпителия на половом члене.

## **Установление беременности и бывших родов**

Беременность как возможное последствие полового преступления устанавливаются в производстве уголовных дел. Кроме того, беременность женщины, совершившей преступление, является основанием для получения ею определенных льгот в уголовном преследовании (например, изменяется на более легкую мера пресечения). Кроме того, в установлении беременности истца или ответчика может возникнуть необходимость при рассмотрении гражданских дел, вопрос может возникнуть в производстве по административным делам.

Беременность – процесс развития в организме женщины оплодотворенной яйцеклетки. У человека физиологическая беременность продолжается около 280 суток (около 40 недель или 10 лунных месяцев). Современное развитие науки позволяет устанавливать беременность на самых ранних ее сроках – уже до истечения первой недели.

Выделяют ранние и поздние признаки беременности.



Ранние признаки беременности – это прекращение менструаций (устанавливают при опросе женщины), изменения молочных желез, увеличение матки, положительные биохимические пробы на беременность, объективные показатели беременности при ультразвуковом исследовании.

Реально установить беременность на ранних сроках позволяют биохимические пробы и ультразвуковое исследование.

Признаки, выявляемые при осмотре, позволяют лишь предположить беременность на раннем сроке. Такие ранние признаки беременности, как прекращение менструаций, некоторые изменения молочных желез, увеличение матки, имеют при судебно-медицинских исследованиях относительное значение. Так, менструации могут прекращаться при различных патологических состояниях женщины. Напротив, при наступившей беременности у женщины периодически могут быть кровянистые выделения, похожие на менструацию. Набухание молочных желез и повышение пигментации вокруг соска при однократном осмотре оценить затруднительно. Выделение молозива не является специфическим показателем беременности, может быть результатом гормональных нарушений у женщины. Увеличение матки, установленное при гинекологическом обследовании, также не обязательно указывает на беременность, может быть результатом опухолевых процессов, нарушения оттока лимфатической жидкости и кровообращения.

Более достоверно на ранних сроках устанавливать беременность позволяют исследования гормонов мочи и крови, а также ультразвуковое обследование. Тесты на определение специфического маркера беременности (хорионического гонадотропина) в моче женщины позволяют установить беременность к 7–10-му дню после оплодотворения яйцеклетки. При этом коммерческие наборы реактивов для установления беременности вполне доступны (продаются в аптеках). Это делает ненужным использование для диагностики беременности лабораторных животных (для диагностики беременности их использовали почти до 80-х гг. XX в.). В достаточно ранние сроки позволяет достоверно установить беременность ультразвуковое обследование матки.

К середине нормальной физиологической беременности обычно проявляются признаки, которые эффективно выявляются при акушерском обследовании женщины и свидетельствуют о пребывании плода в матке. Это ясно слышимые сердечные тоны плода, прощупывание частей плода, движения плода, ощущаемые лицом, обследующим беременную. Ультразвуковое обследование плода также позволяет эффективно устанавливать срок беременности.

Необходимость судебно-медицинского установления бывшей беременности и бывших родов возникает при подозрении на совершение детоубийства, а также при подкидывании недавно рожденного ребенка. Кроме того, такая необходимость бывает в случаях похищения ребенка, когда женщина симулирует беременность и недавние роды.

В результате проведенных экспертных исследований должен быть решен вопрос о том, рожала ли женщина вообще, а если рожала, то как давно.

После родов в течение 1,5 месяцев (послеродовый период) происходит инволюция ряда признаков беременности. Это проходящие изменения, которые собственно и позволяют установить роды как недавние.

В последующем на протяжении многих лет жизни возможно определить стойкие анатомические признаки, указывающие на перенесенные женщиной роды («печать материнства»).

К проходящим признакам недавних родов относят изменения молочных желез, а также наружных и внутренних половых органов. Молочные железы увеличиваются в размерах, первые 1–2 дня послеродового периода из них выделяется молозиво, затем молоко. Для определения функции молочных желез имеет большое значение исследование их секрета: в зависимости от давности родов меняется величина выделяемых молочных телец, что может быть использовано для решения поставленных экспертных вопросов. Следует отметить, что лактация (выделение молока) в силу различных причин может прекратиться уже в первые сутки после родов.

В послеродовой период определяются изменения в половых органах. В течение недели и несколько позднее при врачебном осмотре можно определить достаточно специфические признаки.

Определяются зияние половой щели, ссадины и разрывы слизистой оболочки во влагалище, синюшность и отечность малых и больших половых губ. Сглаженный наружный зев шейки матки определяется до 10–12 дней. Выделения из половых путей родившей женщины (лохии) первые 2–3 дня имеют кровянистый вид, с 3-го по 6-й день напоминают мясные помои, с конца 1-й недели и до 4-х недель имеют слизистый вид. Достаточно долго могут определяться разрывы промежности. Претерпевает инволюцию матка: уменьшение ее размеров (по 1–2 см в день) до обычных происходит за 6–7 недель.

Канал шейки матки у рожавших женщин имеет щелевидную форму, щелевидный зев канала нередко имеет краевые рубцы. Однако щелевидный зев шейки матки наблюдается после перенесенного аборта, что следует учитывать при судебно-медицинских исследованиях.

Кроме того, как дополнительные, косвенные признаки недавних родов можно отметить наблюдаемую у женщины слабость и бледность, сохраняющуюся пигментацию средней линии живота.

К стойким анатомическим признакам недавних родов относят рубцы беременности (стрии) на передней брюшной стенке, изменения шейки матки, полное разрушение девственной плевы.

Рубцы беременности возникают вследствие сильного растяжения кожи живота при беременности. Следует отметить, что такие изменения бывают и у нерожавших женщин после излишней полноты и последующего сильного похудения. Напротив, у рожавших женщин рубцы беременности иногда отсутствуют.

Девственная плева при родах обычно разрушается полностью, остаются отдельные треугольные лоскутки, так называемые «миртовидные сосочки»; их наличие является характерным признаком бывших родов.

### **Установление признаков перенесенного аборта**

Аборт – прерывание беременности в сроки до 28 недель включительно. Установление факта прерывания беременности проводится в основном в случаях уголовных дел по поводу незаконного производства аборта.

В судебно-медицинской практике различают самопроизвольный и искусственный аборт. Искусственный аборт, в свою очередь, подразделяют на медицинский и криминальный. В любом случае закономерным исходом при аборте является гибель плода.

Искусственное прерывание беременности после 28 недель следует считать искусственными родами, гибель плода при этом может и не происходить, особенно когда прерывание беременности в эти сроки не сопровождается плодоразрушением.

**Самопроизвольный аборт.** Прерывание беременности может произойти вследствие заболеваний беременной женщины, а также вследствие патологических процессов, вызванных самой беременностью. В целом это могут быть заболевания плодного яйца и его оболочек, местные заболевания половых органов женщины (эндометрит, опухоли матки, недоразвитие матки или ее неправильное положение, заболевания придатков), тяжелые общие заболевания матери, патология протекания беременности, а также хронические отравления.

Кроме того, следует считать самопроизвольным аборт, когда он не вызван, а спровоцирован внешними факторами. Такие факторы не служат непосредственной причиной аборта, хотя по сути являются травматическими. В таких случаях прямая причинная связь между воздействием внешнего фактора и развившимся абортом отсутствует; наступившее прерывание беременности не

является закономерной реакцией на внешнее воздействие. При этом аборт вызывает психоэмоциональная реакция женщины, а не энергия внешнего воздействия.

Вышеуказанные причины могут приводить и к преждевременным родам, т. е. к самопроизвольному прерыванию беременности после 28 недель.

**Медицинский аборт.** Медицинский аборт производится по желанию женщины или по медицинским показаниям с согласия женщины.

В Республике Беларусь женщина может прервать беременность (в том числе и благополучно протекающую) по собственному желанию с соблюдением определенных условий. Аборт по собственному желанию женщины может быть произведен только в надлежащих условиях специализированного лечебно-профилактического учреждения, врачом-специалистом (акушером-гинекологом), в сроки не позднее 12 недель, с оформлением необходимой медицинской документации, при отсутствии противопоказаний. Срок прерывания беременности может быть продлен до 22 недель в силу социальных причин. Так, например, по желанию женщины беременность может быть прервана и после 12 недель (но не позднее 22 недель) в случае смерти мужа, при несовершеннолетии самой беременной и др.

Беременность в сроки до 28 недель по медицинским показаниям может быть прервана планомерно в специализированном учреждении с согласия женщины. Такими показаниями являются заболевания самой женщины (тяжелые формы артериальной гипертензии, новообразования и т. п.) либо выявленные заболевания плода (установленные при внутриутробном обследовании пороки развития, инфекционные заболевания и др.). Также прерывание беременности может осуществляться, если дальнейшее ее протекание создает реальную опасность для жизни женщины. В этом случае медицинский аборт может производиться в любые сроки врачами различных специальностей (например, хирургами) и обязательно в специализированном учреждении.

**Криминальный аборт.** Аборт, выполненный с нарушением установленных нормативными актами правил, является криминальным. Следует отметить, что ответственность (по ст. 156 УК Республики Беларусь) предусмотрена не только для лиц, не имеющих медицинского образования, но и для врачей соответствующего профиля, например проведение аборта вне специализированного учреждения или в таком учреждении, но без оформления соответствующей документации, с нарушениями сроков и т. п.

Способ проведения криминального аборта может соответствовать медицинской процедуре прерывания беременности, что иногда осуществляется лицами с медицинским образованием.

Лица, не имеющие соответствующего медицинского образования, для прерывания беременности могут использовать способы, которые в ряде случаев кажутся просто дикарскими. В полость матки через шейку вводят твердые инородные тела (вязальные спицы, деревянные палочки, катетеры и пр.), спринцовками и шприцами вливают жидкости (воду, мыльный раствор, растворы йода, карболовой кислоты, сулемы, спирта и др.). С помощью инъекций и в виде таблеток применяют лекарственные вещества с плодогонным эффектом (питуитрин, окситоцин, фолликулин, синэстрол). Иногда принимают токсические вещества в целях вызвать отравление и гибель плода (препараты спорыньи, ртути, хинин и пр.). В результате таких процедур иногда наступает даже гибель женщины. С целью прерывания беременности применяется также общее воздействие на организм – центробежные и вибрационные нагрузки, подъем тяжести, горчичники, длительные и горячие ванны.

Экспертные исследования при установлении криминального прерывания беременности предполагают изучение совокупности сведений. Данные осмотра места происшествия, где предположительно проводился аборт, подразумевают обнаружение и направление на соответствующее исследование химических веществ, которые могли быть использованы для прерывания беременности, инструментов или предметов, пригодных для внутриматочных манипуляций, следов крови на различных предметах, остатков плодного яйца, которое подвергается установлению его происхождения от женщины (судебно-биологическими и судебно-генетическими методами). При осмотре подэкспертной или при изучении ее медицинских документов устанавливают наличие признаков бывшей беременности. При медицинском осмотре определяют повреждения влагалища и матки: механические (ссадины, кровоизлияния, раны и перфорации), химические (ожоги, изменение окраски слизистой оболочки от действия раздражающих жидкостей); проводят исследование соскоба тканей из полости матки и канала шейки матки с целью выявления соответствующих для беременности изменений.

## **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ**

---

В практике органов дознания, предварительного следствия и судов может возникнуть необходимость определения состояния здоровья проходящих по делу лиц. Поводами для назначения и проведения судебно-медицинских исследований состояния здоровья могут являться:

- необходимость установления физического здоровья подозреваемого или обвиняемого, когда возникает сомнение по поводу их способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном процессе;
- необходимость установления физического здоровья потерпевшего, когда возникают сомнения в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, давать о них показания (по ст. 228 УПК Республики Беларусь);
- отказ участников процесса являться по вызову следователя, дознавателя или в судебное заседание под предлогом плохого состояния здоровья; заявления об изменении меры пресечения свободы по состоянию здоровья со стороны подозреваемого, обвиняемого, осужденного, их защиты;
- иски в гражданском процессе по поводу причинения вреда здоровью;
- отказ от воинской обязанности по причине заболеваний, не подтвержденных при обычном медицинском обследовании;
- симуляция, диссимуляция, аггравация, искусственные болезни;
- решение вопросов о заражении инфекционным заболеванием (ВИЧ-инфекцией, венерическими заболеваниями и др.);
- заболевания людей при нарушении правил безопасности с биологическими агентами и при нарушении санитарно-эпидемиологических правил.

Фактически, при любом таком поводе оценивают состояние здоровья – выявляют болезнь, ее возможную причину, тяжесть течения патологического процесса. Исходя из этого, становится возможным определение вреда здоровью. В некоторых случаях как вариант оценки состояния здоровья и причинения вреда

приходится устанавливать обман в отношении состояния здоровья или происхождения болезни (искусственные и притворные заболевания). Необходимость устанавливать характер и тяжесть заболевания также возникает по поводу отмены наказания или замены наказания более мягким по болезни либо по какому-то особому состоянию здоровья.

## Вред здоровью

Не следует считать тождественными такие первоначальные понятия, как «телесное повреждение» и «заболевание». УК Республики Беларусь приводит термин «телесные повреждения» (ст. 147, 149, 153, 161, 162 УК Республики Беларусь и др.); за нанесение телесных повреждений при приведенных законодателем обстоятельствах предусмотрена уголовная ответственность. Также в уголовном кодексе приводится термин «заболевание» (например, ст. 279, 336 УК Республики Беларусь) и указываются обстоятельства, при которых действия, повлекшие заболевания людей, являются уголовно наказуемыми. В ГК Республики Беларусь (ст. 953, 954, 955 и др.) приводится термин «вред здоровью» (равнозначный термин – «повреждение здоровья»). Все указанные термины требуют правильного понимания.

*Заболевание (болезнь) представляет собой нарушение нормальной жизнедеятельности организма, возникшее при действии на него повреждающих факторов или обусловленное пороками развития, а также генетическими дефектами.*

Болезнь является активным процессом и возникает как активная реакция тканей организма на внешнюю либо внутреннюю причину.

Проявлением болезни являются достаточно типичные общие процессы: воспаление, дистрофия, отмирание тканей и пр. Характер болезни и особенности ее течения определяются не только качеством агента (возбудителя), вызывающего патологический процесс, но и возможностями самого организма, его способностью активно реагировать на раздражитель и проявлять защитные свойства.

При действии внешних повреждающих факторов характер болезни и особенности ее течения определяются совокупностью как внешних, так и внутренних причин.

Напротив, телесное повреждение (травма) возникает, когда развитие болезни закономерно определяется в первую очередь энергетическими свойствами внешнего повреждающего агента. Тогда между внешним воздействием и развитием болезни суще-

ствует прямая причинная связь, травма является первоначальной причиной болезни. Телесное повреждение (травма) не существует, когда в развитии болезненных процессов в организме имеют первоочередное значение внутренние причины (реактивность организма). В таких случаях внешний фактор является лишь случайным, возможно, пусковым моментом в развитии болезни, однако травма не является первоначальной причиной болезни. В итоге, с одной стороны, отсутствует прямая причинная связь между внешним воздействием, с другой – между характером болезни и особенностями ее течения.

Таким образом, именно характер причинной связи между воздействием фактора внешней среды и характером и особенностями течения возникшей болезни позволяет дифференцировать первоначальные понятия «телесное повреждение» и «болезнь» для решения правовых задач.

Так, например, нельзя считать телесным повреждением развитие анафилактического шока в ответ на воздействие аллергического агента. Не является телесным повреждением заражение человека каким-либо инфекционным агентом (например, вирусом гриппа, венерическими болезнями, ВИЧ). Понятие «болезнь» предусматривает временное либо постоянное нарушение нормальной жизнедеятельности, т. е. расстройство здоровья. Таким образом, болезнь (также как ее отсутствие) является выражением состояния здоровья. Возникновение болезни, когда она проявляется в нарушении жизнедеятельности, следует оценивать как расстройство здоровья.

Таким образом, *под вредом здоровью (повреждением здоровья) следует понимать либо телесные повреждения, либо заболевание, которое спровоцировано или вызвано внешним воздействием.* При этом телесное повреждение и вред здоровью соотносятся как частное к общему.

Причиной возникновения расстройства здоровья, в том числе как результата телесного повреждения, может стать как единичное воздействие фактора внешней среды, так и комбинированное действие нескольких таких факторов либо многократное воздействие одного такого фактора. В случаях комбинированного или многократного воздействия характер и течение возникшей болезни определяются:

- конкурирующим воздействием факторов (фактора) внешней среды, каждый из которых закономерно способен вызвать возникшее расстройство здоровья;
- сочетанием травматических воздействий, когда каждое из них не способно вызвать возникшее расстройство здоровья, однако в совокупности они вызывают усиление проявлений болезни.



С целью установления вреда здоровью, причиненному человеку нанесением телесного повреждения, необходимо предварительное проведение СМЭ для определения характера и степени тяжести телесного повреждения. При такой экспертизе устанавливается факт телесного повреждения, его последствия и степень тяжести. Затем с учетом степени тяжести и имеющихся последствий определяют вред здоровью.

Установление вреда здоровью вследствие вызванного или спровоцированного заболевания осуществляется по факту имеющегося заболевания, а также наличию причинной связи между внешним фактором и самим заболеванием.

### **Проведение судебно-медицинских исследований по установлению состояния здоровья**

В основном экспертиза состояния здоровья, в том числе и для установления вреда здоровью, требует участия не только врачей-специалистов в области судебной медицины, но и врачей других самых различных специальностей. В зависимости от предъявляемых жалоб, характера болезненного процесса и решаемых задач в производстве СМЭ состояния здоровья могут участвовать акушеры-гинекологи, терапевты, хирурги, офтальмологи, врачи любых других медицинских специальностей. При необходимости больной может быть госпитализирован. При проведении исследования обязательна регистрация патологических состояний объективными методами.

Следует отметить, что в гражданском процессе при решении вопроса о причинении вреда здоровью состояние здоровья человека суды нередко оценивают без участия специалистов в области судебной медицины. Аналогичная ситуация иногда возникает и по уголовным делам – при рассмотрении вопросов, имеющих отношение к медицине (например, при заражении венерическими болезнями, нарушении санитарно-эпидемиологических правил и др.). В суд вызываются хирурги, терапевты, эпидемиологи, врачи других специальностей – в зависимости от имеющегося патологического процесса, а иногда и без его учета. Судом изучаются медицинские документы, в итоге суд решает, имеет ли место причинение вреда здоровью, и оценивает его. СМЭ состояния здоровья нередко вообще не назначается. Такая практика не может быть признана оптимальной. Выполнение специальных исследований требует доступного изложения результатов. Участники судебных процессов (судьи, адвокаты и др.), как правило, не имеют меди-

цинского образования и затрудняются правильно и понятно для врача сформулировать вопрос, разобраться в медицинских терминах, оценить ответ. Осложнения такого рода может разрешить участие врача-специалиста в области судебной медицины, подготовка и характер деятельности которого предусматривают знание особенностей изложения специальных медицинских данных для юристов. Именно судебный медик в силу своей специальности призван донести в доступной форме и разъяснить имеющиеся медицинские данные. Поэтому в любом судебном процессе, в случае, если есть необходимость решать вопросы медицинского характера и оценивать медицинские данные, желательно (если не указывать, что обязательно!) участие врача, имеющего специальность медицинского судебного эксперта.

### **Обман в отношении состояния здоровья или происхождения болезни**

Различают следующие варианты обмана в отношении состояния здоровья: симуляция, диссимуляция, аггравация, дезаггравация, искусственные заболевания (членовредительство).

**Симуляция** – создание человеком ложного представления для окружающих и демонстрация симптомов несуществующего заболевания. Умышленная (истинная) симуляция может заключаться только в притворстве. В таких случаях симулянт сознательно пытается ввести в заблуждение окружающих, предъявляя жалобы на несуществующие симптомы заболевания – боль в какой-то части тела, слабость, отсутствие аппетита. Также симулянт может сознательно воспроизводить и демонстрировать симптомы заболевания – заикание, снижение остроты зрения, ночное недержание мочи. Воспроизведение болезненных симптомов при ловкой симуляции может подтверждаться даже лабораторными методами. Так, для симуляции сахарного диабета добавляют сахар в мочу, которую сдают на лабораторное исследование. Для воспроизведения рентгенологической картины пневмонии на область грудной клетки накладывают рентгенконтрастную массу.

Симуляция может сочетаться с использованием каких-либо средств, позволяющих пациенту реально иметь симптомы несуществующих заболеваний. Например, для имитации нарушения сердечной деятельности и повышения артериального давления симулянт принимает крепкий чай, кофе, лекарства. Обычно истинная симуляция имеет конкретные цели получения собственной выгоды. Например, она бывает при уклонении от воинской службы, при неявке к следователю или в суд, у осужденных при

нежелании выходить на работу и пр. Известны случаи симуляции при попытках получить страховую сумму.

Иногда симуляция бывает неосознанной (патологической), известной под термином «ипохондрия», – когда человек, нередко психически нездоровый, сам искренне верит в существование у него каких-либо болезней, предъявляет соответствующие жалобы, требует медицинского обследования и лечения. Распознавание патологического характера симуляции представляет собой определенные трудности; при оценке симуляции как патологической требуется участие психологов и психиатров. В сложных случаях симуляции может возникнуть необходимость стационарного обследования индивидуума.

В практике может встретиться диссимуляция – явление, обратное симуляции.

**Диссимуляция** – это, как правило, умышленное явление, заключающееся в сокрытии имеющихся заболеваний, травм, их последствий с целью введения окружающих в заблуждение относительно истинного состояния здоровья. Диссимуляция может быть проявлением альтруизма (опыт Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.). Однако в современных условиях чаще всего диссимуляция наблюдается в корыстных целях. Это случаи трудоустройства по профессии или специальности с повышенным требованием к состоянию здоровья; желание продолжить профессиональную деятельность (в качестве летчика, водителя транспорта и т. п.); поступление в военные училища и др. В подобных случаях, когда сокрытие заболевания повлекло за собой смерть людей, травмы, аварии, материальный ущерб и другие опасные последствия, в СМЭ определяют истинное состояние здоровья и факт диссимуляции. Помимо этого, диссимулянтами могут быть индивидуумы, которые непосредственно привлекаются к уголовной ответственности, например случаи сокрытия преступником повреждения, полученного от жертвы; сокрытие признаков недавних родов женщиной, совершившей детоубийство. В таких случаях проведение СМЭ позволяет установить диссимуляцию наряду с другими важнейшими для правоохранительных органов фактами. Диссимуляция может фигурировать и в гражданском судебном процессе. Например, в случаях страхования жизни и здоровья при имеющихся заболеваниях, которые скрываются до момента страхования, в последующем субъект предъявляет претензии на получение страховки как по вновь возникшему заболеванию или травме, их последствиям.

**Аггравация** – явление, несколько сходное с симуляцией, представляет собой преувеличение тяжести в действительности

имеющегося заболевания или повреждения. Аггравация может быть умышленной или неумышленной. При умышленной аггравации субъекты обычно преследуют корыстную цель: продлить лечение, чтобы не выполнять свои рабочие обязанности, получить изменение меры пресечения свободы, получить большую компенсацию за ущерб, нанесенный здоровью и др. Для умышленной аггравации свойственно сознательное невыполнение или неполное выполнение лечебных мероприятий.

Неумышленной аггравацией являются случаи, когда человек, реально имея заболевание, уделяет ему излишнее внимание в силу особенностей собственной психики. В таких случаях любое проявление, симптом заболевания нередко приобретает свойства трагедии. Субъект проявляет максимум внимания к собственному здоровью, многократно консультируется у различных врачей, в дополнение к назначенному лечению, а иногда вместо него занимается самолечением.

Следует признать, что возможности судебно-медицинских исследований при установлении аггравации достаточно ограничены. Это связано с высокой степенью субъективности оценки человеком состояния собственного здоровья и самочувствия. На самом деле порой невозможно установить, является ли аггравация умышленной или неумышленной, более того, нельзя решить, насколько обосновано плохое самочувствие человека (как субъективный фактор) при имеющемся заболевании.

Иногда среди больных или травмированных людей можно наблюдать явление, противоположное аггравации, – **дезаггравацию**. Это случаи, когда субъект признает имеющееся у него заболевание или травму, однако преуменьшает значение и тяжесть патологического процесса и его возможные последствия. Деаггравация может быть умышленной (по аналогии с диссимуляцией) либо неумышленной (в силу особенностей психики человека).

Симуляцию и аггравацию также называют притворными заболеваниями. При назначении СМЭ потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и других лиц перед экспертами может быть поставлен вопрос о возможности происхождения имеющейся болезни или травмы в результате умышленных действий самого субъекта. В таких случаях речь идет об искусственных болезнях или членовредительстве. В принципе, эти понятия можно считать синонимичными. При патологическом процессе, протекающем как заболевание и вызванном субъектом у самого себя (например, самозаражение), более уместен термин «искусственное заболевание»; при травмах, нанесенных самому себе, используют термин «членовредительство».

В качестве искусственных болезней и членовредительства могут фигурировать дерматиты, язвы кожи и слизистых оболочек, вызванные различными источниками: химическими (воздействие едких веществ), механическими (трение), воздействием ультрафиолета, искусственными источниками тепла. Травматизацией с помощью иглы и протягиванием через кожную складку нитки, загрязненной зубным налетом, каловыми массами или другими богатыми микробами веществами, вызывают флегмоны и абсцессы, закапыванием в глаза раздражающих веществ (например, водной вытяжки из табака) – конъюнктивиты.

Искусственные болезни и членовредительство встречаются при уклонении от воинской обязанности. Отмечаются случаи, когда субъект наносит себе травму и обвиняет в этом другого человека. Могут наблюдаться ситуации, когда для получения страховой суммы патологический процесс вызывается субъектом у самого себя как от несчастного случая. У осужденных искусственные болезни и членовредительство отмечаются при нежелании выходить на работу, стремлении к изменению условий содержания или меры пресечения свободы.

В целом искусственными заболеваниями или членовредительством следует считать патологические процессы, вызываемые человеком у самого себя в корыстных целях. Следует отметить, что самоистязание и самоповреждения могут осуществляться и без прямого корыстного умысла. Это наблюдается у психически больных, при сексуальных отклонениях (садомазохизм), при прекращенной попытке самоубийства, в отдельных случаях при излишней религиозности.

## СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ВОЗРАСТА

---

Вопрос о возрасте человека, разрешение которого потребует проведения СМЭ, может возникнуть в процессе дознания, следствия, суда при различных обстоятельствах. Наиболее типичными для правовой практики являются случаи, когда решается вопрос о возможности привлечения к уголовной ответственности человека, возраст которого неизвестен. В соответствии с законом уголовная ответственность в полном объеме наступает по исполнению 16 лет, в возрасте от 14 лет уголовная ответственность наступает лишь в четко оговоренных случаях (ст. 27 ч. 2 УК Республики Беларусь).

Кроме того, в соответствии с положениями УК Республики Беларусь (разд. V, гл. 15, 16) предусмотрены особенности уголовной ответственности людей, совершивших преступления в возрасте до 18 лет. В любом случае для несовершеннолетних на момент совершения преступления всегда должен быть установлен их возраст.

При установлении возраста по документам следует учитывать, что определенный возраст устанавливается не в день рождения, а начиная с нуля часов следующих за днем рождения суток.

В соответствии со ст. 228 (п. 2) УПК Республики Беларусь назначение и проведение экспертизы обязательно, если необходимо установить возраст подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы о возрасте отсутствуют или возникают сомнения в подлинности их содержания.

Помимо решения вопроса о привлечении человека к уголовной ответственности, экспертиза возраста в уголовном или гражданском процессе иногда проводится по другим поводам. Необходимость установления возраста может возникнуть в связи с призывом в армию, подменой детей, при идентификации личности, при решении вопроса о достижении человеком пенсионного возраста и в некоторых других случаях.

При проведении СМЭ возраст человека определяют по биологическим признакам в интервале до нескольких лет. Днем рождения человека следует считать последний день того года, который назван экспертом, т. е. следует исходить из предполагаемого экспертизой минимального возраста совершившего преступление лица.

В соответствии с практикой и действующими нормативными положениями экспертиза определения возраста обязательно проводится несколькими экспертами, т. е. является комиссионной.

## **Возраст человека и возрастные периоды**

Следует различать такие понятия как «хронологический возраст» и «биологический возраст».

Хронологический возраст также еще называют паспортным или календарным и его следует понимать как период жизни от рождения до момента, когда проводится исчисление. Хронологический возраст всегда определяется четкими временными показателями: датой рождения (годом, месяцем, числом) и сроком жизни – количеством прожитых лет (месяцев, дней).

Биологический возраст человека – это совокупность биологических (структурных и функциональных) признаков и их изменений, характеризующих период развития организма.

Хронологический возраст имеет лишь относительное, усредненное сопоставление с биологическими признаками. Биологический возраст у отдельных индивидуумов может в значительной степени не соответствовать хронологическому, отставать или опережать его. Это определяется, в первую очередь, индивидуальными или групповыми биологическими особенностями человека – наследственностью, расовой принадлежностью, функциональным состоянием желез внутренней секреции, перенесенными заболеваниями. Также имеют немаловажное значение социальные и природные условия – образ жизни, характер питания, физические нагрузки, профессия, вредные привычки, климат и природные условия, в которых проживает человек.

Вместе с тем, имея среднестатистические для людей показатели, биологические признаки и их изменчивость в определенный интервал времени являются критериями возрастной хронологической периодизации жизни человека.

В широком понимании различают следующие биологические периоды возраста человека: 1) внутриутробный (пренатальный, т. е. до рождения); 2) внеутробный (постнатальный, т. е. с момента рождения). Между ними выделяют период родов (интранатальный) – от начала родов (начала родовых схваток) и до первого вдоха.

Внутриутробный период продолжается от момента зачатия и до родов, что при нормальном течении беременности составляет 38–41 неделю.

В этом периоде выделяют следующие стадии:

1. Развитие эмбриона (эмбриональная фаза) – продолжается от оплодотворения яйцеклетки до 8 недель.
2. Развитие плода (фаза плацентарного развития) – продолжается с 9-й недели до начала родов.

Развитие человека после рождения имеет условное, усредненное соответствие паспортному возрасту, что позволяет выделять возрастные периоды времени у детей и взрослых. Каждому возрастному периоду соответствуют определенные структурные и функциональные характеристики и диапазон их возможной изменчивости, а также степень приспособляемости к условиям окружающей среды.

В детском возрасте выделяют:

- период новорожденности – от рождения и начала внеутробной жизни (с момента первого вдоха) продолжается до 4 недель включительно;
- грудной период (или младший ясельный возраст) – начинается с 5-й недели и продолжается до года;
- период молочных зубов – от возраста 1 года и до 7 лет, включает: а) преддошкольный период (или старший ясельный возраст) – с 1 года до 3 лет; б) дошкольный период – с 3 до 7 лет;
- период отрочества (или младший школьный возраст) – начинается с исполнения ребенку 7 лет и продолжается до 11 лет включительно;
- период полового созревания (старший школьный или подростковый возраст) – с 12 до 16–17 лет (в зависимости от пола индивидуума).

Возрастные периоды взрослого человека включают:

- юношеский возраст – у женщин от 16 до 20 лет, у мужчин от 17 лет до 21 года;
- взрослый (молодой) возраст – у женщин от 20 до 35 лет, у мужчин от 21 года до 35 лет;
- зрелый возраст – у женщин от 35 до 55 лет, у мужчин от 35 до 60 лет;
- пожилой возраст – от 55 лет (у женщин) или 60 лет (у мужчин) до 75 лет;
- старческий возраст – свыше 75 лет.

Некоторые понятия, соответствующие определенному паспортному возрасту, в качестве отдельных терминов отражены в УК Республики Беларусь (ст. 4). Это термины для индивидуумов, которые определяются как лицо «малолетнее», «несовершеннолетнее», «престарелое». Под малолетним понимают человека, не достигшего возраста 14 лет. Несовершеннолетний – лицо, не



достигшее 18 лет; соответственно совершеннолетним следует признавать мужчин и женщин, достигших 18 лет. Под престарелым следует понимать индивидуума, достигшего возраста 70 лет.

## **Исследования при экспертизе возраста**

Установление возраста в разные периоды жизни основано на оценке степени выраженности признаков эволюции и инволюции организма. Оценка признаков при СМЭ возраста требует знаний из самых различных медицинских специальностей и медико-биологических дисциплин: педиатрии, эндокринологии, рентгенологии, стоматологии и многих других. Поэтому в экспертизе по установлению возраста участвуют специалисты, владеющие такими знаниями.

Среди исследуемых признаков условно можно выделить антропоскопические, антропометрические, стоматологические, рентгенологические и некоторые другие.

**Антропоскопические признаки.** К таким признакам относят те, которые позволяют без использования каких-либо приборов, при общении визуально, а также пальпацией (на ощупь) определять возрастной период.

Определяют особенности кожи и ее придатков – изменение цвета, упругости, эластичности; наличие, выраженность и локализацию морщин; пигментацию, ороговение кожи; поседение волос. Так, цвет кожи, бледно-розовый в юношеском возрасте, переходит в желтоватый примерно с 30 лет, становится сероватым после 50 лет. Пигментация (кожа лица, тыльные поверхности кистей и предплечий) и большее ороговение эпидермиса появляются к 50–55 годам жизни человека. Уменьшение эластичности кожи наблюдается после 40 лет. Медленное (более 3–5 секунд) выравнивание складки кожи (сжатой пальцами поперек) на тыльной стороне кисти наблюдается к 55–60 годам, после 65 лет такая складка расправляется с трудом.

В зависимости от возраста появляются морщины:

- лобные и носогубные – примерно в 20 лет;
- тонкие у наружных углов глаз – в 25–30 лет;
- морщины позади ушей – в возрасте около 25 лет;
- под нижними веками и предкозелковые – к 30 годам;
- тонкие продольные морщинки-складки на веках – к 30–35 годам;
- веерообразные у наружных углов глаз («гусиные лапки») – примерно в 35–40 лет;

- предкозелковые (спереди от ушной раковины) и на шее – после 40–45 лет;
- на кистях рук и мочках ушей – после 55 лет;
- на верхней губе, подбородке, мочке уха – в 50–60 лет;
- на переносице – к 60 годам.

При этом различают 3 стадии в развитии морщин: слабые, ясные и резкие. Например, морщины на лбу в 20 лет лишь намечаются, к 30 годам они четко различимы, к 40 годам и позже резко выражены. Поседение волос на висках (на бороде) происходит обычно с 35–40 лет (у брюнетов, как правило, раньше, чем у светловолосых людей). Более интенсивное возрастное поседение волос (в том числе на лобке и, если имеются, на груди, животе) начинается с 50 лет. Постепенное облысение человека не имеет практического значения при определении возраста, т. к. в основном зависит от индивидуальных особенностей. Следует отметить, что признаки кожи и ее придатков могут иметь существенные отклонения от средних возрастных показателей. Кроме того, косметическая коррекция возрастных изменений кожи при современном уровне косметологии делает затруднительным, а иногда и невозможным учет признаков кожи для установления возраста.

Среди антропоскопических показателей для установления возраста имеют значение вторичные половые признаки. Это формирование молочных желез, цвет сосков и больших половых губ (пигментация), появление менструаций, изменения матки (у девочек). Кроме того, это изменение голоса, появление волос на лице, пигментация мошонки и полового члена, поллюции (у мальчиков). Это также особенности фигуры, локальная выраженность подкожно-жирового слоя, появление волос в подмышечных областях и на лобке.

При определении возраста детей первых недель жизни имеют значение такие признаки, как наличие пупочного остатка (обычно отпадает на 4–5 день жизни) и особенности пупочной ранки (в норме заживает к 10-му дню жизни), а также некоторые физиологические (естественные) состояния новорожденных, например желтуха, для которой характерно появление желтого окрашивания кожи обычно на 2–4 день. Кроме того, это могут быть признаки полового криза – набухание молочных желез первые 4–5 суток у девочек и мальчиков, кровянистые выделения на 3–7 сутки жизни у девочек. Имеются закономерности в изменениях состава крови, что также может быть использовано при определении срока внеутробной жизни: например, к 5–6-му дню жизни ребенка уравнивается процентное содержание некоторых клеток крови – нейтрофилов и лимфоцитов (нейтрофильно-лимфоцитарный перекрест). Родовая опухоль обычно исчезает через 2–3 дня после рождения.

**Антропометрические признаки.** Такие признаки отражают количественную сторону физического развития, имеют цифровое выражение и сопоставляются со средними показателями для отдельных возрастных групп.

Измеряют вес, рост человека в положении стоя и сидя. Определяют размеры головы – окружность, продольный, поперечный и вертикальный диаметры. Устанавливают объем грудной клетки, а также размеры конечностей – длину плеча, предплечья, бедра, голени. У женщин замеряются размеры таза: сформированный таз взрослой женщины обычно имеет определенные соотношения.

Имеют значение не только антропометрические показатели, но и их соотношение, особенно при определении возраста детей. Так, например, определено, что вертикальный размер головы новорожденного ребенка составляет четвертую часть длины тела. В 2 года это соотношение становится  $1/5$ , в 6 лет –  $1/6$ , в 12 лет –  $1/7$ . По достижении взрослого периода жизни вертикальный размер головы составляет около  $1/8$  роста. Для определения возраста ребенка могут быть использованы показатели антропометрических индексов.

1. Индекс Чулицкой (см): три окружности плеча плюс окружность бедра плюс окружность голени минус рост. Величина показателя в возрасте: до года – 25; в 2–3 года – 20; в 6–7 лет – 15–10.

2. Индекс Эрисмана (см): окружность груди минус половина роста в положении стоя. Величина показателя в возрасте: до года – от +13,5 до +10; в 2–3 года – от +9 до +6; в 6–7 лет – от +4 до +2.

3. Индекс Бругша: окружность груди (см) делить на длину тела (см) и умножить на 100. Величина показателя в возрасте 2–3 лет – от 64 до 60, в возрасте 6–7 лет – от 63 до 53.

4. Индекс Пирке: разницу роста стоя и роста сидя (см) делить на рост сидя (см), умножить на 100. Величина показателя в возрасте: до года – от 54 до 58; в 2–3 года – от 69 до 71; в 6–7 лет – от 80 до 84.

Антропометрические показатели взрослых людей могут иметь значительные колебания. В целом, анализ антропометрических показателей при исследовании возраста требует изучения специальной литературы.

**Рентгенологические признаки.** Рентгенологическое исследование и анализ рентгенологических данных при СМЭ возраста требуют участия в комиссии врача-рентгенолога. Показателями для установления количества прожитых лет являются ядра окостенения

и синостозы (слияние отдельных частей костей в единую структуру). Рентгенологическое исследование структуры костей позволяет достаточно точно устанавливать возраст почти до достижения зрелого периода жизни человека. Исследуют точки окостенения и синостозы костей стопы, кисти, грудины, позвоночника, черепа, костей конечностей и др. Следует отметить, что костный возраст по процессам дифференцирования костной ткани менее зависит от влияния внешней среды в сравнении с антропометрическими и антропометрическими признаками. В более позднем возрасте могут учитываться изменения костной ткани, имеющие определенную возрастную зависимость: появление остеопороза (уменьшение плотности кости), костные разрастания, окостенение хрящевых частей в скелете, интенсивность зарастания швов черепа, истончение нижней челюсти.

В любом случае полученные рентгенологические данные сравнивают с их известными возрастными показателями.

**Стоматологические признаки.** Появление и смена зубов, а также степень стирания могут иметь важное значение для установления возраста. Для определения стоматологического статуса при проведении экспертизы возраста необходимо участие врача-стоматолога.

Имеются закономерности появления молочных зубов.

Обычно медиальные резцы появляются в возрасте 6–8 месяцев, боковые резцы – в 8–12 месяцев. Первые моляры появляются к 12–16 месяцам жизни ребенка, клыки – в 16–20, вторые моляры – примерно в 20–30 месяцев жизни. Смена молочных зубов на постоянные обычно начинается после 5–6 лет жизни: прорезываются первые большие коренные зубы. В 6–8 лет меняются средние резцы, в 8–9 – боковые резцы. В 9–10 лет прорезываются первые малые коренные зубы, в 10–11 – вторые малые коренные. К 10–12 годам прорезываются клыки, к 12–13 – вторые коренные зубы. Третьи большие коренные зубы (зубы мудрости) могут прорезываться в различном возрасте, обычно после 17–18 лет.

Из стоматологических признаков для установления возраста имеет значение степень стертости зубов: после 30–35 лет определяется стертость резцов и коренных зубов, к 40 годам обнажается дентин на жевательных поверхностях.

При установлении возраста не подлежат учету такие признаки, как заболевания зубов (выраженность кариеса), отсутствие зубов, наличие зубных протезов. Более того, вообще не представляется возможным определить признаки тех зубов, которые подвергались лечению (пломбы, стоматологическая коррекция формы).

**Точность определения возраста.** Таким образом, возраст человека определяется по совокупности всех установленных данных с учетом факторов, влияющих на них. Все признаки возраста достаточно вариабельны: в большей степени антропоскопические, антропометрические, стоматологические; несколько в меньшей степени рентгенологические. Чем старше человек, тем труднее и с меньшей точностью может быть определен его возраст.

В первые недели жизни возраст может быть установлен с точностью до 1–2 дней. У грудных младенцев возраст может быть установлен в пределах месяца. В преддошкольный период точность установления возраста с колебаниями до нескольких месяцев, а в дошкольный период – от полугода до года. В младшем школьном, старшем школьном и подростковом периоде возраст определяется с точностью от года до трех. В юношеском и взрослом (молодом) периоде жизни точность определения возраста – 2–3 года от среднего показателя, в зрелом – от 3 до 5 лет, в пожилом – от 5 до 10, в старческом – свыше 10 лет. Можно полагать, что точность установления возраста долгожителя (100–150 лет) будет составлять несколько десятилетий.

## **ЭТИКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ**

---

Лицо, которое назначает СМЭ или привлекает врача в качестве специалиста, должно иметь представление об особенностях поведения врача при проведении исследований потерпевшего, обвиняемого, подозреваемого и других лиц.

При производстве СМЭ врач обязан проводить соответствующее исследование и давать заключение, выражающее научно обоснованную, мотивированную точку зрения по вопросам, которые поставлены следственно-судебными органами. Заключение эксперта может оказать существенное влияние на ход следствия и результаты судебного процесса. Поэтому эксперт должен быть максимально объективен и не должен отождествлять себя с ролью правосудия, выступая в качестве защиты или обвинения. Однако эксперт не должен выступать и в качестве лечащего врача, когда какие-либо профессиональные действия предпринимаются для блага больного; такая позиция может привести к неосознанному субъективизму при экспертной оценке полученных данных. Субъективизм никоим образом не должен допускаться при решении любых экспертных задач.

Вместе с тем судебному медику должны быть присущи черты, характерные для медицинской профессии и способствующие установлению контакта с обследуемым лицом, – доброжелательность, сочувствие и стремление оказать помощь. Важнейшими принципами, которыми должен руководствоваться врач при проведении экспертизы и освидетельствовании пострадавших и подозреваемых лиц, являются объективность и эмоциональная отстраненность от обстоятельств дела. Особенно четко это необходимо осознавать при проведении экспертизы в случаях половых преступлений – когда рассматриваются достаточно интимные вопросы поведения, осознанные и неосознанные свойства самой личности.

Можно выделить следующие наиболее существенные препятствия для объективного решения экспертных задач:

- влияние поведения обследуемого физического лица на эксперта;

- уровень и особенности культурного и интеллектуального развития обследуемого;
- сопереживание с пострадавшим лицом и чувство ответственности за участь обследуемого;
- личные и профессиональные проблемы врача-эксперта;
- возможная заинтересованность эксперта в результатах экспертизы.

**Влияние поведения обследуемого лица.** С целью получить выгодное для себя заключение обследуемое лицо может приводить ложные сведения и пытаться вызвать сочувствие эксперта. При этом не исключено сексуальное заигрывание обследуемого или предложение им эксперту какого-либо материального вознаграждения. Напротив, индивидуум может быть агрессивным, циничным, отказываться отвечать на вопросы, имеющие значение для экспертных исследований. В любом таком случае врач должен оставаться внутренне спокойным, сдержанным, терпеливым, хорошо владеть собой. Для получения необходимой информации можно несколько раз задавать одни и те же вопросы в разных формулировках, вежливо, но настойчиво добиваться ответа, при этом ограничивать вопросы лишь теми, которые имеют отношение к проводимым исследованиям.

**Уровень и особенности культурного и интеллектуального развития обследуемого.** У эксперта и обследуемого лица могут быть значительные различия в оценке нормы человеческих взаимоотношений, что является следствием воспитания, влияния социальной среды, круга общения, характера. Поэтому профессиональный врач-эксперт обязан знать особенности культуры и отношений в различных социальных средах и субкультурах.

Обследуемое лицо может происходить из примитивной социальной среды и иметь низкий уровень интеллектуального развития, в силу чего может просто не понимать задаваемых вопросов и давать формальные либо ошибочные ответы.

В преступных субкультурах имеют распространение жаргонные выражения, замещающие обычный язык. Поэтому врач-эксперт должен доступно разъяснять смысл задаваемых вопросов, добиваться ответа в общедоступной форме.

Иногда при выяснении интимных сторон криминальных событий (особенно при половых преступлениях) обследуемые в силу особенностей воспитания не могут преодолеть психологический барьер и исчерпывающе отвечать на необходимые для эксперта вопросы. В такой ситуации уместно подчеркнуть, что прово-

дится именно медицинское обследование, эксперт независимо от собственной половой принадлежности является врачом, хорошо осведомленным о строении и функциях человеческого тела.

В отдельных случаях обследуемые могут обладать достаточно глубокими знаниями в области медицины (в том числе и судебной медицины) и пытаться навязывать эксперту собственную точку зрения, что требует от врача-эксперта правильной оценки представленных сведений.

**Сопереживание с пострадавшим лицом и чувство ответственности.** Во время проведения исследований врачу-эксперту необходимо эмоционально дистанцироваться от дела. Во всех случаях должны быть выполнены все процедуры, необходимые для получения объективных данных. На действия врача-эксперта не должна влиять собственная субъективная оценка степени страданий или вины обследуемых. Что же касается чувства ответственности за дальнейшую участь подэкспертного, то такое у врача-эксперта должно отсутствовать или, по крайней мере, никоим образом не влиять на его действия при обследовании и формулировке выводов.

Вместе с тем во время и после проведенных экспертных исследований врач-эксперт должен предоставить обследуемому лицу рекомендации медицинского характера, например в какие лечебно-профилактические учреждения необходимо обращаться для получения врачебной помощи, а при необходимости (и при возможности – когда обладает требуемыми профессиональными навыками) сам оказать врачебную помощь.

**Личные и профессиональные проблемы врача-эксперта.** На полноту и объективность экспертного заключения не должны влиять проблемы врача в его личной жизни, его субъективная оценка понятий добра и зла, финансовое благополучие и что-либо другое. Можно сказать, что все личное, не имеющее самого прямого отношения к выполнению профессиональных обязанностей, должно оставаться за пределами кабинета, в котором проводится экспертиза. Эксперт не должен упрощать свою профессиональную деятельность и в ущерб делу стремиться быстрее получить результаты экспертизы, даже если на этом настаивают правоохранительные органы (что наблюдается не так уж и редко).

Недостаточный профессиональный уровень СМЭ бывает также при большой загруженности эксперта работой, из-за чего возникает спешка и рутинное отношение к выполняемым исследованиям и их оценке. Поэтому правильная организация труда эксперта является обязательным условием его деятельности.



При проведении экспертиз по различным поводам судебно-медицинский эксперт может встретиться с трудностями экспертно-диагностического характера. Решением такой проблемы может быть привлечение к обследованию других специалистов (акушеров-гинекологов, хирургов и др.), в том числе и более опытных экспертов. При этом эксперт не должен переоценивать собственные знания и, тем более, испытывать чувство профессиональной ревности.

**Возможная заинтересованность эксперта в результатах экспертизы.** Учитывая, что экспертом изначально может являться лишь лицо, не заинтересованное в результатах исследования и экспертных выводах, любая заинтересованность врача-эксперта является преступной и должна быть исключена. По крайней мере, в соответствии с процессуальным законом любая возможная заинтересованность в результатах экспертизы является основанием для отвода эксперта.

Вместе с тем в практической деятельности периодически приходилось слышать (и наблюдать) отдельные случаи проявления заинтересованности при выполнении судебно-медицинских экспертиз.

Заинтересованность эксперта может возникать при его подкупе (получении экспертом взятки). Однако в некоторых редких случаях возможно возникновение заинтересованности другого характера. Она вытекает из того, что при экспертизе потерпевших, подозреваемых и других лиц имеет место непосредственное личностное общение между экспертом и обследуемым человеком. Помимо неосознанного субъективизма при оценке данных исследования, у эксперта может также возникнуть вполне осознанное желание сделать выводы в заключении в интересах (либо против интересов) проходящих по делу лиц. Это происходит в силу возникшего сопереживания либо негативизма к проходящим по делу лицам, которые могут пробуждать у эксперта чувства симпатии либо, напротив, показаться крайне неприятными.

Также возможны случаи, когда по делу проходит лицо, от которого эксперт хоть и не находится в зависимости, но которое знакомо эксперту (например, однокурсник), в силу чего появляется желание помочь ему.

В собственной практике приходилось наблюдать деятельность судебно-медицинской комиссии, где большая часть ее членов, в том числе и председатель, являлись однокурсниками врача, обвиняемого в неосторожном причинении тяжких телесных повреждений пациенту при оказании последнему не самой сложной медицинской помощи (удаления ногтей). В итоге выводы комиссии оказались настолько запутанными, немотивиро-

ванными и противоречивыми, что у суда возникла необходимость назначить очередную, восьмую по счету, повторную экспертизу.

Судебно-медицинский эксперт должен четко осознавать, что даже бескорыстная подтасовка результатов является проявлением отсутствия экспертного профессионализма, неуважением к самому себе.

В любом случае, если судебно-медицинский эксперт осознает, что в ходе экспертизы он не может игнорировать воздействие обследуемого, то следует отказаться от проведения экспертизы.

## НОРМАТИВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ЛИТЕРАТУРА

---

Уголовно-процессуальный кодекс Республики Беларусь от 16.07.1999 г., № 295-З // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. 2000. № 77, 78. 2/71 (изм. и доп. по состоянию на 10.11.2008 г. № 451-З).

Уголовный кодекс Республики Беларусь от 09.07.1999 г., № 275-З // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. 1999. № 2/50 (изм. и доп. по состоянию на 10.11.2008 г. № 451-З).

Гражданский процессуальный кодекс Республики Беларусь от 11.01.1999 г., № 238-З // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. 2009. № 148. 2/1578.

Гражданский кодекс Республики Беларусь от 07.12.1998 г., № 218-З // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. 2001. № 2/744 (изм. и доп. по состоянию на 08.07.2008. № 366-З).

О Государственной службе медицинских судебных экспертиз : Указ Президента Респ. Беларусь, 29 дек. 2001 г., № 808.

Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы в Республике Беларусь : утв. Приказом Гос. службы мед. судеб. экспертиз 11 окт. 2002 г. № 67-с.

Правила судебно-медицинской экспертизы характера и тяжести телесных повреждений в Республике Беларусь : утв. Приказом Белорус. Гос. службы 1 окт. 1999 г. № 38-с.

*Самищенко, С. С.* Судебная медицина : учеб. для юрид. вузов / С. С. Самищенко. М., 1996.

*Хохлов, В. В.* Судебная медицина : руководство / В. В. Хохлов, Л. Е. Кузнецов. Смоленск, 1998.

*Антонян, Ю. М.* Сексуальные преступления : науч.-попул. исслед. / Ю. М. Антонян, А. А. Ткаченко. М., 1993.

*Старович, З.* Судебная сексология : пер. с пол. / З. Старович. М., 1991.

Краткая медицинская энциклопедия : в 3 т. / гл. ред. Б. В. Петровский. 2-е изд. М., 1989.

## СОДЕРЖАНИЕ

---

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	3
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ</b> .....	6
Назначение и организация проведения судебно-медицинской экспертизы физических лиц .....	7
Проведение судебно-медицинской экспертизы физического лица .....	9
Обязанность физических лиц проходить обследование при проведении судебно-медицинской экспертизы .....	13
<b>ВИДЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ</b> .....	16
<b>СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ПРИЧИНЕНИИ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ</b> .....	18
Понятие «телесные повреждения» .....	18
Тяжкие телесные повреждения .....	21
Менее тяжкие телесные повреждения .....	28
Легкие телесные повреждения .....	29
Исследования и регистрация повреждений при проведении судебно-медицинской экспертизы в случаях причинения телесных повреждений .....	30
Определение степени тяжести телесных повреждений .....	31
Судебно-медицинские исследования при истязаниях .....	36
<b>СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОЛОВЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ</b> .....	37
Насильственные сексуальные преступления .....	38
Половые преступления без признаков прямого сексуального насилия ...	49
Судебно-медицинские исследования при половых преступлениях .....	50
Ложные обвинения в совершении половых преступлений .....	58
Обследование лиц, подозреваемых (обвиняемых) в совершении полового преступления.....	60
<b>СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ</b> .....	61
Установление истинного пола .....	61
Определение производительной способности .....	66
Определение половой неприкосновенности .....	69
Установление беременности и бывших родов .....	71
Установление признаков перенесенного аборта .....	74

<b>СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ .....</b>	<b>77</b>
Вред здоровью .....	78
Проведение судебно-медицинских исследований по установлению состояния здоровья .....	80
Обман в отношении состояния здоровья или происхождения болезни ...	81
<b>СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ВОЗРАСТА.....</b>	<b>85</b>
Возраст человека и возрастные периоды.....	86
Исследования при экспертизе возраста .....	88
<b>ЭТИКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ.....</b>	<b>93</b>
<b>НОРМАТИВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ЛИТЕРАТУРА.....</b>	<b>98</b>

Учебное издание	Подписано в печать 08.11.2010.
<b>Кухарьков Юрий Владимирович</b>	Формат 60×84/16. Бумага офсетная.
<b>СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОТЕРПЕВШИХ, ПОДОЗРЕВАЕМЫХ, ОБВИНЯЕМЫХ И ДРУГИХ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ</b>	Гарнитура SchoolBook.
<b>Пособие для студентов юридического факультета, обучающихся по специальности 1-24 01 02 «Правоведение»</b>	Печать офсетная. Усл. печ. л. 5,8. Уч.-изд. л. 5,48.
Редактор <i>Т. С. Петроченко</i>	Тираж 150 экз. Зак.
Художник обложки <i>Т. Ю. Таран</i>	Белорусский государственный университет.
Технический редактор <i>Г. М. Романчук</i>	ЛИ № 02330/0494425 от 08.04.2009.
Корректор <i>Е. В. Демидова</i>	Пр. Независимости, 4, 220030, Минск.
Компьютерная верстка <i>О. Н. Сырель</i>	Отпечатано с оригинала-макета заказчика.
	Республиканское унитарное предприятие «Издательский центр Белорусского государственного университета».
	ЛП № 02330/0494178 от 03.04.2009.
	Ул. Красноармейская, 6, 220030, Минск.