

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет»

Кафедра судебной медицины

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА  
ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ**

**Методическое пособие**

г. Екатеринбург  
2013 г.

**УДК 61:340.613(075.8)**  
**ББК 58.1(075.8)**

**Судебно-медицинская экспертиза половой зрелости. Учебное пособие под редакцией Г.А. Вишневого. Екатеринбург: УГМУ, 2013 – 94 с.**

В пособии представлены современное состояние проблемы судебно-медицинской экспертизы половой зрелости, нормативно-правовые документы, регламентирующие порядок производства экспертиз данного вида. Описан алгоритм и предложена методика проведения экспертизы половой зрелости лиц женского и мужского пола. Пособие содержит примеры оформления Заключения эксперта (специальный анамнез, исследовательская часть, выводы). Приложения содержат некоторые данные о физическом и половом развитии, лабораторные показатели, которые могут быть использованы при проведении экспертизы половой зрелости. Пособие предназначено для врачей-интернов, клинических ординаторов, слушателей цикла усовершенствования, может быть полезным в практической работе государственных судебно-медицинских экспертов.

**Авторский коллектив:** Семенова М.С., Вишневский Г.А., Соколова С.Л., Долгова О.Б., Грачева К.В., Беликов О.И., Лоттер М.Г.

**Рецензент:** профессор кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО УГМУ МЗ, д.м.н., Коновалов В.И.

Учебное пособие рекомендовано к изданию Центральным методическим советом ГБОУ ВПО УГМА МЗ (протокол № 5 от 24.04.2013 г.)

УГМУ, 2013  
Коллектив авторов, 2013

## Список сокращений

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека  
ВС – Верховный Совет  
ГБУЗ СО «БСМЭ» – государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы»  
ГСЭУ – государственное судебно-экспертное учреждение  
ДГБ – детская городская больница  
ЗППП – заболевания, передающиеся половым путем  
ИМТ – индекс массы тела  
ЛГ – лютеинизирующий гормон  
МБУ – муниципальное бюджетное учреждение  
МЗ – Министерство здравоохранения  
МЗиСР – Министерство здравоохранения и социального развития  
МРТ – магнитно-резонансная томография  
МЦД – минимальная церебральная дисфункция  
ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция  
ОРЗ – острое респираторное заболевание  
ППЦНС – перинатальное поражение центральной нервной системы  
РА – Российская армия  
РСФСР – Российская Советская Федеративная Социалистическая Республика  
РФ – Российская Федерация  
РЦОН – резидуальная церебральная органическая недостаточность  
СМЭ – судебно-медицинская экспертиза  
СПР – стадия полового развития  
СССР - Союз Советских Социалистических Республик  
СТГ – соматотропный гормон  
ТТГ – тиреотропный гормон  
УЗИ – ультразвуковое исследование  
УК – Уголовный кодекс  
ФГБУ «РЦСМЭ» - Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский центр судебно-медицинской экспертизы»  
ФСГ – фолликулостимулирующий гормон  
ШОП – шейный отдел позвоночника

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Введение</i> .....	5
<i>Глава 1. Процессуальные основы судебно-медицинской экспертизы половой зрелости</i> .....	6
<i>Глава 2. Понятие «половая зрелость»</i> .....	8
<i>Глава 3. Установление половой зрелости у лиц женского пола</i> .....	19
3.1. Общие положения проведения экспертизы лица женского пола ....	19
3.2. Порядок проведения экспертизы лица женского пола.....	21
3.3. Вывод о достижении половой зрелости лицом женского пола.....	26
3.4. Частные вопросы экспертизы лица женского пола (беременность и половая зрелость, экспертиза по медицинским документам) .....	36
<i>Глава 4. Установление половой зрелости у лиц мужского пола</i> .....	37
4.1. Общие положения проведения экспертизы лица мужского пола....	37
4.2. Порядок проведения экспертизы лица мужского пола.....	39
4.3. Частные вопросы проведения экспертизы лица мужского пола (исследование эякулята) .....	43
4.4. Вывод о достижении половой зрелости лицом мужского пола .....	48
<i>Глава 5. Примеры оформления экспертных документов</i> .....	58
<i>Приложения</i> .....	71
<i>Список литературы</i> .....	92

## ВВЕДЕНИЕ

Согласно действующему законодательству преступления против половой неприкосновенности личности являются тяжкими уголовными деяниями. Социальная значимость таких преступлений обусловлена не только их характером, но и достаточно высокой частотой. Кроме того, за последние годы наблюдается увеличение числа преступлений в отношении несовершеннолетних лиц. В последнем случае судебно-медицинская экспертиза имеет некоторые особенности, которые связаны как с возрастом и степенью физического развития свидетельствуемых, так и с квалификацией преступлений. Во всех случаях проведения экспертиз от качества выполнения, объективности, полноты и обоснованности экспертных выводов зависит квалификация преступных деяний, а следовательно, в конечном итоге, судебное решение.

Как известно, с 29.02.2012 г. вместе с поправкой к Статье 134 УК РФ в судебно-медицинскую практику вернулось понятие «половой зрелости». Поскольку в течение 15 лет (с 1997 г. по 2012 г.) установление половой зрелости судебно-медицинской экспертизой не проводилось, в настоящее время судебно-медицинские эксперты испытывают ряд сложностей при проведении экспертиз данного вида. Прежде всего, это связано с отсутствием современных методических рекомендаций и нормативных документов по установлению половой зрелости, а имеющиеся рекомендации («Правила судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы» 1966 года, «Правила судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин» 1968 года) во многом устарели, могут содержать неактуальные данные и не предусматривают использование появившихся в клинической медицине методов исследования (УЗИ, оценка гормонального статуса и др.).

В пособии обобщены имеющиеся в настоящее время сведения (нормативные документы, рекомендации, данные специальной литературы), касающиеся вопросов установления половой зрелости у лиц мужского и женского пола, предложен алгоритм проведения соответствующих экспертиз, уточнены некоторые частные вопросы проведения экспертиз, приведены примеры оформления Заключения эксперта. Раздел «Приложения» содержит материалы (в том числе, данные лабораторных и инструментальных методов исследования), которые могут быть использованы при проведении экспертиз для ответа на вопрос о достижении лицом состояния половой зрелости.

## ГЛАВА 1

### Процессуальные основы судебно-медицинской экспертизы половой зрелости

Установление половой зрелости имеет значение в уголовном судопроизводстве при преступлениях против половой неприкосновенности личности, совершенных в отношении несовершеннолетних. В связи с изменениями уголовного законодательства с 1997 года понятие «половой зрелости» на некоторое время исчезло из практики, в том числе, судебно-медицинских экспертов.

Наказание за «половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости», а также «те же действия, сопряженные с удовлетворением половой страсти в извращенных формах» предусматривала ст. 119 УК РСФСР, утвержденного ВС РСФСР 27.10.1960 года; за развратные действия в отношении несовершеннолетних лиц предусматривала наказание ст. 120 УК РСФСР.

До 1997 года порядок проведения судебно-медицинских экспертиз половой зрелости лиц женского пола был определен «Правилами судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы», утвержденными МЗ СССР 07.01.1966 г. Экспертиза лиц мужского пола проводилась в соответствии с «Правилами судебно-медицинской экспертизы половых состояний у мужчин», утвержденными МЗ СССР 18.10.1968 г.

С вступлением в силу с 01.01.1997 г. настоящего УК РФ понятие «половая зрелость» в уголовном судопроизводстве было заменено на понятие «не достижение 16-летнего возраста». Ст. 134 УК РФ определяет наказание за половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста; статья 135 УК РФ – наказание за совершение развратных действий без применения насилия в отношении лица, заведомо не достигшего четырнадцатилетнего возраста. Таким образом, исчезла необходимость установления половой зрелости при проведении судебно-медицинских экспертиз.

Федеральным законом от 29.02.2012 г. № 14-ФЗ внесены поправки в ст. 134 и ст. 135 УК РФ. В настоящее время ст. 134 УК РФ включает в себя 6 частей и определяет наказание за половое сношение, мужеложство или лесбиянство с лицом, *не достигшим 16-летнего возраста и половой зрелости*; в ст. 135 УК РФ, состоящей из 5 частей, определено, в частности, наказание за совершение развратных действий без применения насилия лицом, достигшим 18-летнего возраста, в отношении лица, *не достигшего 16-летнего возраста и половой зрелости* (см. Приложение 30). Таким образом, спустя 15 лет понятие «половая зрелость» вновь становится актуальным в практике судебно-медицинского эксперта.

Основная проблема «Правил» от 1966 г. и 1968 г. заключается в том, что они содержат местами устаревшие, неактуальные в настоящее время данные (в частности, имеется несоответствие антропометрических показателей в возрастном аспекте, приведенных в «Правилах», с данными, опубликованными в современной специальной литературе).

В 2012 г. ФГБУ «РЦСМЭ» утверждены «Методические рекомендации по установлению достижения половой зрелости», где определен порядок обследования свидетельствуемых лиц. Однако в указанных рекомендациях отсутствуют указания о том, как интерпретировать полученные при обследовании результаты, то есть, как на основании полученных данных сделать вывод о достижении либо недостижении свидетельствуемым лицом состояния половой зрелости.

В Приказе МЗиСР РФ «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях РФ» от 12.05.2010 г. № 346н порядок проведения экспертизы половой зрелости отсутствует. Поэтому в настоящее время судебно-медицинские эксперты при решении вопроса о достижении (не достижении) половой зрелости лицами обоего пола вынуждены прибегать к положениям устаревших «Правил».

СМЭ половой зрелости производится в отношении лиц, не достигших брачного возраста, при раннем начале половой жизни, а также при освидетельствовании их в связи с нарушением половой неприкосновенности.

Согласно имеющимся литературным данным, судебно-медицинская экспертиза половой зрелости проводится у лиц, достигших 14-летнего возраста. Лица моложе этого возраста считаются заведомо не достигшими половой зрелости. «Правила судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы» от 1966 г., определяют проведение судебно-медицинской экспертизы половой зрелости лиц в возрасте свидетельствуемой младше брачного, т.е. в пределах РФ – младше 18 лет.

Однако в УК РФ, в ст. 134 и 135 четко обозначены возрастные рамки: в части 1 статей – «лица, не достигшие шестнадцатилетнего возраста и состояния половой зрелости», в части 2 статей – «лица, достигшие двенадцатилетнего возраста, но не достигшие четырнадцатилетнего возраста». Таким образом, можно полагать, что проведение экспертизы половой зрелости целесообразно в отношении **лиц в возрасте 14-16 лет.**

## ГЛАВА 2

### Понятие «половая зрелость»

С течением времени представление о понятии «половая зрелость» менялось. В «Учебнике судебной медицины» Э.Гофман в 1912 г. вводит термин «половая способность». «Половая способность» включает две составляющие: способность к выполнению полового акта и способность к оплодотворению или зачатию. Для лиц мужского пола первая составляющая подразумевает способность полового члена к напряжению, для чего необходимо наличие двух условий: периферическое раздражение и быстрая реакция рефлекторного центра при здоровом состоянии приводящих и отводящих нервных путей и нормальная анатомия полового члена. Кроме того, автор предлагает учитывать физическое состояние лица, включающее в себя, в том числе, наличие заболеваний, которые могут повлиять на половую функцию. Вторая составляющая обеспечивается правильным функционированием яичек и нормальным состоянием семявыводящих путей. Автор отмечает, что способность яичек отделять нормальное семя находится под влиянием условий возраста, и называет возрастные рамки 16-18 лет. Кроме того, он указывает на то, что процесс формирования нормальной функции половых желез не одномоментный, а занимает некоторое время, а также заявляет о влиянии на становление половой функции не только возраста, но прежде всего физического («телесного») развития. Э.Гофман говорит о том, что первая составляющая у лиц мужского пола появляется раньше, чем вторая. По мнению автора, на наличие «половой способности» у обследуемого указывают следующие признаки: «мужественность», оволосение, тембр голоса, набухание яичек и повышение их чувствительности, появление напряжений полового члена и поллюций. Также в «Учебнике судебной медицины» имеются указания на необходимость проведения микроскопии семени. Для лиц женского пола способность к совокуплению, по мнению Э.Гофмана, определяется наличием влагалища и его «доступностью» для напряженного полового члена. Способными к зачатию автор считает лиц женского пола, у которых есть менструации, в возрасте около 15-16 лет. Автор обращает внимание на значение «физического развития», отмечая, однако, что «чем крепче женщина, тем осторожнее должно быть во мнении». Кроме того, при оценке «половой способности» у лиц женского пола автор рекомендует обращать внимание на наличие патологии яичников, труб, матки.



В 1931 году Д.П. Косоротов ведет речь о способности к совокуплению, зачатию, оплодотворению. По его мнению, понятие «половая зрелость» приравнивается к способности к оплодотворению и зачатию. При оценке способности к совокуплению, зачатию и оплодотворению автор предлагает оценивать половые органы, вторичные половые признаки (строение груди, скелета, таза и других частей тела), третичные половые признаки (психологические и социально-культурные различия в поведении полов), характер полового влечения (гетеро- или гомосексуальный). С точки зрения Д.П. Косоротова при достижении половой зрелости все перечисленные признаки нормально развиты или резко выражены, половое влечение носит гетеросексуальный характер. Автор обращает внимание, что половое созревание наступает не внезапно, это процесс, требующий определенного времени, а также во многом обусловленный функционированием и взаимоотношением желез внутренней секреции, главным образом, половых желез. Д.П. Косоротов отмечает, что возраст экспертируемых лиц чаще колеблется в пределах 13-15 лет. В возрасте 13-14 лет лица как мужского так и женского пола, как правило, не достигают половой зрелости. Кроме того, он отмечает, что у лиц женского пола в возрасте 15-16 лет при наличии нормально развитых половых органов, выраженных вторичных и третичных признаков, но при отсутствии менструаций, решение вопроса о достижении половой зрелости становится крайне затруднительным. Ни в коем случае нельзя решать вопрос о достижении половой зрелости, не оценивая уровень физического и умственного развития. Лиц мужского пола автор считает способными к оплодотворению с 14 лет, когда, при наличии выраженных внешних признаков зрелости, в семени достаточно сперматозоидов. Таким образом, понятие половой зрелости включает в себя способность к половой жизни, зачатию, вынашиванию и родам (в среднем – после 16 лет).

Согласно дореволюционному Уголовному кодексу половая зрелость наступает по достижении 14-летнего возраста. К 1931 году уголовное законодательство допускает наступление половой зрелости в пределах нескольких лет и зависит от многих условий.

Н.В. Попов в 1938 году в «Основах судебной медицины» пишет, что в анатомо-физиологическом смысле половая зрелость, или биологическое половое созревание, у лиц женского пола определяется моментом появления менструаций. В среднем это время соответствует возрасту 14-16 лет, в 3% случаев – 17-19 лет. С точки зрения судебной медицины нельзя отождествлять понятие «половая зрелость» с общебиологическим

понятием «половое созревание». Половая зрелость, в судебно-медицинском смысле, определяется совокупностью признаков:

- а) способность к вынашиванию, рождению и вскармливанию ребенка,
- б) достаточное умственное развитие вообще и в отношении воспитания ребенка,
- в) подготовленность к самостоятельному существованию.

Н.В. Попов предлагает оформление результатов исследования в виде таблицы, сравнивая их с нормальными значениями:

	<b>Мальчики</b>	<b>Девочки</b>
<b>Рост</b>	155-160	145-160
<b>Таз</b>		29x26x23x17
<b>Соски</b>		выстоят
<b>Ареолы</b>		пигментированы
<b>Половые органы</b>	хорошо развиты	
<b>Жировой слой на лобке</b>	хорошо развит	
<b>Mensis</b>		есть
<b>Поллюции</b>	есть	
<b>Зубы:</b>		
постоянные	28	
мудрости	у 50%	
<b>Оволосение:</b>		
верхняя губа	пушок	
щека	пушок	
<b>Оволосение в подмышечных впадинах</b>	среднее	выраженное
<b>Оволосение на лобке</b>	выраженное	
<b>Изменение тембра голоса</b>	есть	
<b>Морщинистость:</b>		
лобная	начальная	
носогубная		
<b>Формирование скелета:</b>		
пясть, плюсна	соединение эпифизов (18 лет)	
предплюсна	соединение эпифизов (16 лет)	
большеберцовая кость	соединение нижнего эпифиза (18 лет)	
бедренная кость	соединение вертелов (17-18 лет)	

лучевая кость	соединение головки (17 лет)
локтевая кость	соединение локтевого отростка (14 лет)
ключица	соединение головки (16-17 лет) островок эпифиза ключицы (18 лет)
лопатка	островок нижнего угла (16 лет)
подвздошная кость	соединение трех тазовых костей в суставной впадине (16-17 лет)
седалищная кость	
лобковая кость	
позвонки	соединение нижних крестцовых позвонков (14-15 лет)
окружность груди	77,5-81,5
окружность головы	55,1-55,4
длина туловища	56,5-57,5
окружность плеча	30,1-30,5
окружность бедра	51,5-52
окружность голени	40,4-40,8

В 1950 году Н.В. Попов говорит о «половой функции», которая включает в себя возможность совокупления, зачатия, беременности, родов, вскармливания. Половая функция по его мнению обусловлена:

- а) правильным строением и надлежащими размерами наружных и внутренних половых органов,
- б) появлением менструаций (автор считает это ценным признаком, однако указывает на большую амплитуду),
- в) установлением менструаций,
- г) нормальными размерами таза,
- д) возможностью осуществить уход за ребенком, его воспитание.

Автор отмечает, что состояние половой зрелости крайне индивидуально, характеризуется у лиц женского пола наличием менструаций, нормальными размерами таза, а также показателями общего физического, психического развития и подготовленностью к самостоятельному существованию. Тогда же автор отмечает: «трудно признать девочку 15-16 лет зрелой в половом отношении при надлежащем подходе к делу».

М.Г. Сердюков в монографии «Судебная гинекология и судебное акушерство» (1964 год) определяет половую зрелость как окончательное формирование организма женщины, т.е. наступление того периода, когда половая жизнь, зачатие, беременность, роды, вскармливание ребенка являются для жизни женщины совершенно нормальной функцией, когда она отдает себе полный отчет о происходящем с ней и может воспитать

ребенка, будучи способна к выполнению материнских обязанностей. Факт достижения половой зрелости устанавливается по совокупности следующих признаков: общее развитие, развитие половых органов (должно соответствовать паспортному возрасту) и способность к совокуплению, зачатию (определяется по наличию менструации и овуляции), вынашиванию, родоразрешению, вскармливанию, а также достаточное развитие психики и соответствие внешнего вида паспортному возрасту. Автор обращает внимание на первостепенное значение состояния половых органов, прежде всего, яичников и матки. Яичник выполняет генеративную функцию (созревание фолликула, выделение яйцеклетки, регулирование менструального цикла), а также функционирование яичников оказывает влияние на физическое развитие лица женского пола (форму таза, характер жировых отложений, оволосения). Таким образом, нерегулярность менструаций может, в частности, указывать на неполное развитие полового аппарата, либо на наличие какой-либо патологии. Кроме того, при определении способности к вынашиванию беременности учитывается соотношение длины тела и шейки матки к общей ее длине. Если длина шейки матки составляет  $\frac{2}{3}$  от ее общей длины, а тело матки –  $\frac{1}{3}$ , такая матка считается инфантильной. При равенстве длин тела и шейки матки – так называемая «девичья» матка, соответствующая чаще всего подростковому периоду. При равномерном уменьшении всех размеров матки речь идет о гипопластической матке. По данным Сердюкова, нормальные размеры матки девушки 16-летнего возраста: общая длина – 7,5 см; длина шейки матки – 2,5 см; длина тела матки – 5 см; ширина шейки матки – 2 см; ширина тела матки – 3 см; длина яичника – 4 см, толщина яичника – 1,5 см. Способность к родоразрешению определяется емкостью, размерами и правильным формированием таза. К 16-17 годам размеры таза допускают рождение плода средних размеров. Автор считает, что в 14-16-летнем возрасте допускать продолжение беременности при ее раннем обнаружении нельзя, так как это причиняет вред здоровью девочки, в том числе, психическому. Способность к вскармливанию определяется по развитию молочных желез, способности их к лактации, нормальной форме соска. При описании величины молочных желез используются термины «большие», «средние», «малые», при описании формы – «шаровидная», «коническая», «отвислая». Кроме того, измеряются размеры молочных желез: вертикальный и горизонтальный. По данным Сердюкова, в возрасте 11-15 лет молочные железы имеют средние размеры 11 (горизонтальный) и 13,5 (вертикальный), в 16-18 лет – 17x18 см (соответственно), в 19-20 лет 18x20 см (соответственно).

М.И. Авдеев («Судебно-медицинская экспертиза живых лиц», 1968 г.) считал, что половая зрелость лиц женского пола – это состояние физической подготовленности к производству потомства, подразумевая готовность не только к оплодотворению и зачатию, но также к вынашиванию плода и физиологическим родам без вреда для здоровья. По мнению М.И. Авдеева к установлению половой зрелости не имеют никакого отношения болезненные процессы, изменяющие принятые критерии половой зрелости (такие как узкий таз или инфантильная матка). Кроме того, способность к вскармливанию, по его мнению, не является признаком половой зрелости, а свидетельствует лишь о функциональном состоянии молочных желез. При наличии беременности патология (привычный выкидыш, узкий таз) также не исключает наступление половой зрелости. По мнению автора также не нужно учитывать при установлении половой зрелости уровень умственного развития и психические дефекты. Способность к воспитанию и подготовленность к самостоятельному существованию М.И. Авдеев считает признаками не биологическими, а социальными, во многом определяемыми брачным возрастом, поэтому они также не учитываются при судебно-медицинском установлении половой зрелости. Таким образом, по мнению автора, половая зрелость – это физическое развитие и физиологическое состояние организма, при котором вынашивание плода и родоразрешение совершаются без вреда для здоровья (как матери, так и ребенка), и являются физиологическим актом. Наступление половой зрелости завершает период полового созревания, длящийся от 3 до 6 лет. М.И. Авдеев считает, что у лиц женского пола начало полового созревания соответствует появлению менструаций. Слагаемыми половой зрелости являются:

- 1) общее развитие организма,
- 2) развитие половых органов и появление способности к половому сношению,
- 3) способность к зачатию,
- 4) способность к вынашиванию,
- 5) способность к родам,
- 6) способность к вскармливанию.

По совокупности перечисленных признаков устанавливается половая зрелость, которая, по мнению автора, наступает в среднем в возрасте 17-18 лет. Способность к половому сношению определяется, прежде всего, нормальным анатомическим строением влагалища, к зачатию – установлением менструального цикла, к родам – размерами таза. Обращает на себя внимание противоречие автора самому себе в отношении способности к вскармливанию как признака половой зрелости. У лиц мужского пола половое созревание начинается в среднем с 10-11 лет,

в 14-16 лет появляются поллюции. Достижение половой зрелости наступает в возрасте 17-18 лет. При установлении половой зрелости у лиц мужского пола М.И. Авдеев рекомендует учитывать наличие волос на лице (в 16 лет появляется пушок на верхней губе, подбородке), зубов мудрости (прорезываются в среднем в 18 лет), изменение тембра голоса (около 13-15 лет) и др.

Ниже приведена сравнительная таблица с показателями, характеризующими половую зрелость лиц женского пола по данным разных авторов.

Параметры	Сердюков М.П.	Микаэлян В.М.	Самойли- ченко А.Н.	Норейко Т.С.	
				16 лет	18 лет
<i>Рост стоя</i>	145-150	156-156,7	157-166	157,97	158,58
<i>Рост сидя</i>	56-58	84-84,75	84-88		
<i>Вес</i>		53-53,4	53-57	52,93	55,75
<i>Окружность груди</i>		81			
* на вдохе	83-86		80-88		
* на выдохе	73-76		76-81		
* пауза			78-83		
<i>Окружность головы</i>			53,5-55		
<i>Окружность плеча</i>	30-31	24,8-24,9	23-24	24,09	25,17
<i>Окружность бедра</i>		53,4-53,6	53-55		
<i>Окружность голеней</i>	40-41	34	32-35	34,08	33,61
<i>Размеры таза</i>					
* м/ду пер. верх. подвзд. осями	23	25-25,4	24-26	23,28	24,05
* м/ду подвзд. гребнями	25	27,8-27,0	27-29	25,27	26,79
* м/ду большими вертелами	29	30,6-30,8	30-32	29,98	31,01
* нар.конъюгата	17	19,4	18,5-19,5	17,37	18,03
<i>Зубы</i>	28				

В.М. Смольянинов («Судебная медицина», 1975 г.) определяет половую зрелость как достижение степени физического развития организма, когда имеется полная способность к физиологическому выполнению всех половых отправления без вредных последствий для здоровья. Это способность к совокуплению, зачатию, вынашиванию плода,

родоразрешению и вскармливанию, а также к выполнению функции материнства. Большинство лиц женского пола в возрасте 16-18 лет достигают биологической половой зрелости; лица в возрасте до 14 лет заведомо являются незрелыми. Необходимость установления половой зрелости возникает, по мнению автора, в отношении лиц в возрасте 14-18 лет. Так же, как и его предшественники, В.М. Смольянинов рекомендует определять состояние половой зрелости по совокупности признаков: общее физическое развитие, наличие менструаций, развитие вторичных половых признаков, развитие молочных желез. Автор приводит антропометрические показатели половой зрелости для лиц женского пола:

Рост стоя – 150 см

сидя – 80 см

Окружность грудной клетки

в покое – 78-80 см

при вдохе – 73-76 см

Длина туловища – 56-58 см

Окружность плеча – 30-31 см

Окружность голени – 40-41 см

Размеры таза

расстояние между большими вертелами бедренных костей – 29 см

расстояние между наиболее отдаленными точками подвздошных гребней – 26 см

расстояние между передними верхними подвздошными остями – 23 см

наружная конъюгата – 18 см

По данным В.М. Смольянинова, у достигшего половой зрелости лица женского пола отношение длины тела матки к общей длине матки составляет  $\frac{2}{3}$ , отношение длины шейки матки к общей длине матки –  $\frac{1}{3}$ , шейка матки имеет цилиндрическую форму.

Для лиц мужского пола, по данным В.М. Смольянинова, половая зрелость является совокупностью общего развития, хорошо выраженных вторичных половых признаков, нормально развитых половых органов с хорошо развитыми внутренними половыми органами. Также автор считает нужным учитывать данные рентгенологического исследования (соответствие костного возраста паспортному) и биологического исследования эякулята.

В пособии «Судебная медицина» 1976 г. (Деньковский А.С., Матышев А.А.) половая зрелость определяется как степень развития организма, при которой половая жизнь является физиологической нормальной функцией, не вызывает расстройства здоровья и не наносит

ущерба дальнейшему развитию организма. Для лиц женского пола состояние половой зрелости складывается из способности к сношению, зачатию, вынашиванию плода, родоразрешению. Вскармливание и обеспечение развития ребенка, по мнению авторов, не следует относить к прямым признакам половой зрелости. Для лиц мужского пола половая зрелость определяется способностью к половому сношению и оплодотворению. Авторы заостряют внимание на том, что процесс полового созревания длится от 3 до 6 лет, и признаки половой зрелости появляются постепенно. Поэтому необходима оценка всех признаков в их совокупности.

Для лиц женского пола составляющие половой зрелости – это:

- 1) Общее физическое развитие (рост не менее 150 см стоя, 80 см сидя, окружность грудной клетки в покое не менее 78-80 см, размера таза 23х26х29х17 см);
- 2) Правильное и достаточное развитие наружных половых органов (прежде всего, влагалища);
- 3) Способность к зачатию, которая определяется появлением овуляции и установления регулярного менструального цикла;
- 4) Способность к вынашиванию, которая определяется правильным строением матки и ее величиной, а также соотношением длины тела и шейки матки (длина шейки к общей длине матки у достигших зрелости лиц женского пола составляет 1/3, тела матки – 2/3);
- 5) Способность к родоразрешению, которая определяется размерами матки и размерами таза (как правило, к 16-17-летнему возрасту размеры таза лиц женского пола допускают нормальное родоразрешение);
- б) Способность к вскармливанию и воспитанию, которая, по мнению автора, должна определяться судом на основании уровня умственного развития и имеет лишь косвенное отношение к определению половой зрелости.

Вывод о достижении или недостижении половой зрелости должен основываться на оценке совокупности перечисленных выше признаков.

У лиц мужского пола, по мнению авторов, половое созревание начинается в 10-11 лет и заканчивается к 17-18 годам. Порядок определения половой зрелости не отличается от данных других авторов. Выводы судебно-медицинского эксперта авторы рекомендуют формулировать следующим образом:

- а) «половой зрелости достиг, совершать половые акты способен»;
- б) «половой зрелости не достиг, но совершать половые акты способен»;
- в) «половой зрелости не достиг, половые акты совершать не способен».



В руководстве «Судебная медицина» 2011 г. (Ю.И. Пиголкин и соавт.) авторы не используют понятие «половая зрелость» (также как и в руководствах под редакцией В.В. Хохлова и Л.Е. Кузнецова, изданных до внесения поправок в УК РФ). Авторы говорят о способности к совокуплению лиц мужского пола, которая определяется эректильной и репродуктивной функциями. Эректильная дисфункция может быть связана с нейроэндокринными нарушениями, воспалительными заболеваниями гениталий, влиянием привычных интоксикаций, аномалиями строения полового члена и яичек. Репродуктивная функция определяется с учетом результатов исследования эякулята. На репродуктивную функцию могут оказывать влияние различные заболевания (например, варикоцеле, крипторхизм, простатиты, воспалительные процессы, инфекции, эндокринные и сосудистые заболевания), нервно-психические факторы, привычные интоксикации.

Для лиц женского пола авторы определяют способность к совокуплению и зачатию. Неспособность к совокуплению может быть обусловлена аномалиями развития, рубцовыми изменениями, доброкачественными и злокачественными новообразованиями, вагинизмом, патологией опорно-двигательного аппарата (поражение суставов). Причинами неспособности к зачатию могут быть возрастные изменения, аномалии развития половых органов, воспалительные образования, доброкачественные и злокачественные новообразования, гормональные нарушения и т.д.

А.В. Ковалев и В.Н. Звягин («Порядок установления достижения половой зрелости: методические рекомендации», 2012 г.) определяют половую зрелость как заключительный этап индивидуального полового созревания организма, характеризующийся его общим физическим развитием и морфофункциональным состоянием половых органов, позволяющим человеку без ущерба для своего здоровья и здоровья плода осуществлять свойственные его биологическому полу половые функции, основанные на комплексе процессов, включающих созревание половых клеток, способность к совершению физиологического полового акта, оплодотворению, зачатию, беременности, вынашиванию плода, физиологическим родам и лактации.

Таким образом, состояние половой зрелости подразумевает такую степень физического развития организма, при которой имеется полная способность организма к выполнению половой (или репродуктивной) функции.

Для лиц женского пола состояние половой зрелости включает в себя способность к совокуплению, зачатию, вынашиванию плода, самостоятельному родоразрешению, вскармливанию ребенка без вредных последствий для здоровья как матери, так и ребенка. У лиц мужского пола состояние половой зрелости определяется способностью к совокуплению и оплодотворению. Именно эти признаки и являются медико-биологическими критериями достижения состояния половой зрелости.

С социальной точки зрения при оценке половой зрелости у лиц мужского и женского пола помимо физиологической возможности исполнения половой функции имеет значение способность оценивать свои сексуальные действия и их последствия, а также способность к воспитанию потомства. Однако установление и использование критериев половой зрелости, связанных с социальным аспектом, не входит в компетенцию врача судебно-медицинского эксперта.

Учитывая медицинскую составляющую вопроса, не стоит забывать о возможности преждевременного полового развития либо его задержки. Рядом авторов выделяется так называемая пограничная зона, которая охватывает случаи конституционально-семейного варианта раннего развития, уже не укладывающиеся в рамки нормы, но еще не являющиеся патологией. Этот же пограничный вариант наблюдается у лиц с ранним половым созреванием, обусловленным патологическими причинами (в первую очередь, заболевания эндокринной системы). Кроме того, на скорость физиологического развития, следовательно, и на степень полового созревания оказывает влияние наличие привычных интоксикаций (курение, раннее начало алкоголизации у подростков, токсикомании, наркомании).

Как уже было сказано выше, с точки зрения медико-биологической целесообразности, объектами исследования должны являться лица, уже достигшие 14-летнего возраста, так как лица младше 14 лет считаются заведомо не достигшими половой зрелости. Однако на практике работники органов дознания, следствия и суда достаточно часто при назначении экспертиз в направительном документе ставят вопрос о достижении половой зрелости и для лиц в возрасте младше 14 лет. В этом случае целесообразно проводить экспертизу в полном объеме, так как судебно-медицинский эксперт не отвечает за юридическую составляющую вопроса, а устанавливает состояние биологической зрелости организма. То же самое касается ответа на вопрос о достижении половой зрелости при экспертизе лиц, достигших 16-летнего возраста, но не достигших брачного возраста (то есть менее 18 лет). Юридическая составляющая вопроса выходит за рамки компетенции врача судебно-медицинского эксперта.

## ГЛАВА 3

### Установление половой зрелости у лиц женского пола

#### 3.1. Общие положения проведения экспертизы лица женского пола

Согласно особенности порядка производства экспертизы лиц женского пола (Приказ №346н от 12.05.2010 г.), судебно-медицинская экспертиза акушерско-гинекологического профиля проводится экспертом, имеющим специальную подготовку. При необходимости к производству экспертиз привлекаются клинические специалисты (акушеры-гинекологи, педиатры, эндокринологи, функциональные диагносты и т.д.) и экспертиза проводится комиссионно. При единоличном проведении экспертом экспертизы лица женского пола требуется присутствие работающего с экспертом штатного среднего медицинского работника.

Обследование лица женского пола должно проводиться в специально оборудованном светлом, теплом помещении, при естественном (дневном) либо достаточном искусственном освещении. Обследование наружных и внутренних половых органов проводится в гинекологическом кресле.

В соответствии с приказом № 346н от 12.05.2010 г., для проведения судебно-медицинской экспертизы половой зрелости необходимы следующие медицинские инструменты:

- ростомер,
- медицинские весы,
- мягкая и металлическая измерительные ленты,
- тазомер,
- зеркала Симпса или Куско различных размеров,
- акушерский стетоскоп,
- хирургические и анатомические пинцеты,
- стеклянные палочки,
- пуговчатый зонд,
- обезжиренные предметные и покровные стекла,
- операционный или стереоскопический микроскоп,
- кольпоскоп,
- лампы ультрафиолетового и инфракрасного освещения,
- резиновые перчатки,
- пробирки со стерильными тампонами,
- стерильные салфетки.

При обследовании внутренних половых органов, взятии материала для лабораторных исследований должны использоваться стерильные медицинские инструменты. После окончания обследования медицинские инструменты должны подвергаться дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации. Остальные изделия медицинского назначения подлежат дезинфекции.

При направлении биологического материала на лабораторное исследование (содержимое влагалища, наружного зева шейки матки, отделяемое молочных желез и т.д.) в сопроводительном документе должны быть указаны фамилия, имя, отчество, возраст потерпевшей, дата взятия и перечень направляемых на исследование объектов, дата происшествия, по поводу которого назначено экспертное исследование, и краткое описание обстоятельств дела, а также фамилия и инициалы эксперта, направляющего материал.

Пример оформления направления на судебно-биологическое исследование:

ГБУЗ СО «БСМЭ» Отдел судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и др. лиц	Медицинская документация 178/У Утверждена МинЗдравом 04 октября 1980 г., № 1030
<b>НАПРАВЛЕНИЕ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКУЮ ЛАБОРАТОРИЮ</b>	
Направляется для _____ <i>судебно-биологического</i> _____ исследования материал от _____ <i>Ивановой Елены Ивановны, 2000 г.р. жен</i> _____ (Ф.И.О., пол, год рождения)	
1. <i>тампон с содержимым влагалища</i> _____	
2. <i>тампон с содержимым прямой кишки</i> _____	
3. <i>тампон с содержимым полости рта</i> _____	
4. _____	
«Заключение» («Акт освидетельствования») № <u>  </u> <i>NV</i> Дата и часы взятия материала <u>  </u> <i>XX</i> _____	
Фиксирующая жидкость <u>  </u> <i>-</i> ) _____	
Опечатано печатью с оттиском _____	
Краткие обстоятельства дела: <i>XX.XX.2013 г. – половой акт с лицом, достигшим 18 лет, по обоюдному согласию, презерватив не использовался, семяизвержение во влагалище</i>	
Вопросы, подлежащие разрешению при исследовании: <b><u>1. Определить наличие спермы</u></b>	
_____	
_____	
« <u>  </u> <i>XX</i> » <u>  </u> <i>XX</i> 2013 года	ГСМЭ « <u>  </u> <i>XX</i> » _____ (подпись) _____

Для исключения ВИЧ-инфекции, заболеваний, передающихся половым путем, подэкспертному лицу рекомендуется обследование в специализированных учреждениях здравоохранения. В случаях, когда эксперту в письменном виде предоставлены результаты данного обследования, они вносятся в заключение.

Если на момент проведения экспертизы одежда пострадавшей, находившаяся на ней в момент происшествия, не изъята, эксперту следует поставить в известность лицо, назначившее экспертизу, о целесообразности направления одежды на лабораторное исследование и предупредить потерпевшую о недопустимости чистки или стирки этой одежды.

В случаях, когда пострадавшая после происшествия и в связи с ним находилась на стационарном либо амбулаторном лечении, эксперту следует запросить все имеющиеся на момент экспертизы медицинские документы, и полученные при изучении их данные учитывать при ответе на вопросы постановления. В ходе производства экспертиз по установлению половой зрелости особенно важно учитывать данные УЗИ, исследования гормонального статуса (уровень кортизола, ЛГ, СТГ, ФСГ, ТТГ, андростендиона, тестостерона, прогестерона, эстрадиола, лептина), а также (при наличии) данные истории развития ребенка.

В экспертном документе (Акт судебно-медицинского освидетельствования, Заключение эксперта) должны быть указаны данные медицинских документов, в том числе, их номера, даты, специальный анамнез и жалобы потерпевшей. В исследовательской части заключения эксперта приводятся все результаты обследования потерпевшей. При заборе материалов для лабораторного исследования эксперт указывает, какой материал забран, откуда и с какой целью. Выводы формулируются в виде ответов на вопросы постановления, на основании результатов обследования потерпевшей и с учетом результатов лабораторных исследований.

Результаты иллюстрируются фотографиями или схемами, дающими представление о характере и локализации повреждений, обнаруженных на теле, в том числе, на половых органах и девственной плеве (при наличии добровольного согласия обследуемой); фотографирование производят по правилам масштабной фотографии.

### **3.2. Порядок проведения обследования лица женского пола**

Судебно-медицинская акушерско-гинекологическая экспертиза производится **на основании постановления следователя, лица, производящего дознание, или судьи.**

При решении вопроса о половой зрелости врачу судебно-медицинскому эксперту в первую очередь необходимо установить личность свидетельствуемого лица путем проверки паспорта или иного, заменяющего его,

документа с фотографией. При наличии двух фотографий одна из них прикрепляется к первому экземпляру документа эксперта, вторая – ко второму. Также возможно удостоверение личности свидетельствуемой представителем правоохранительных органов, что отмечается в заключении эксперта (на титульном листе указывается Ф.И.О., должность, номер служебного удостоверения сотрудника правоохранительных органов).

В первую очередь, определяются цели экспертизы в соответствии с вопросами, указанными в направлении или постановлении. После определения целей изучаются обстоятельства дела, указанные в направительном документе.

Медицинское обследование начинается с опроса о конкретных обстоятельствах дела, послуживших поводом для назначения экспертизы. Необходимо выяснить место и время происшествия, степень знакомства с обвиняемым (подозреваемым), характер совершенных в отношении пострадавшей действий, оказывала ли пострадавшая сопротивление, либо действия сексуального характера совершены с ее согласия; при совершении полового акта и иных действий сексуального характера следует выяснить, использовались ли барьерные методы контрацепции, в случае, если инцидент произошел незадолго до экспертизы - было ли семяизвержение (если было – то куда), проводила ли пострадавшая после этого гигиенические процедуры (спринцевание, гигиенический душ, чистка зубов), принимала ли пищу, был ли акт дефекации.

Следующим шагом является сбор акушерско-гинекологического анамнеза. При опросе свидетельствуемой в акушерско-гинекологическом анамнезе отражаются:

- время наступления, характер и длительность менструаций, продолжительность менструального цикла, дата первого дня последней менструации;
- сведения об особенностях полового созревания (характер полового влечения, занятие онанизмом);
- половая жизнь: время начала, особенности первого полового акта, количество половых партнеров, время последнего полового сношения;
- беременности: количество, течение;
- аборты;
- роды: количество, течение;
- послеродовые заболевания;
- наличие выделений;
- перенесенные операции;
- перенесенные и имеющиеся болезни (в том числе менингит, энцефалит, сифилис, туберкулез и др.);
- привычные интоксикации (употребление алкоголя, табакокурение, наркомания).

Если у свидетельствуемой имеются заболевания, влияющие на половую функцию (эндокринная патология, заболевания нервной системы и др.), необходимо изучение данных медицинских документов, в том числе, истории развития ребенка. Медицинские документы (при их наличии) должны быть изучены судебно-медицинским экспертом, данные медицинских документов – отражены в экспертном документе и использованы при ответе на вопрос о достижении (недостижении) половой зрелости. Следует отметить, что в истории развития ребенка или медицинской карте ребенка для образовательных учреждений (дошкольного, начального, основного общего, среднего общего образования) могут содержаться важные данные для установления динамики общего физического и полового развития.

После опроса об обстоятельствах дела и сбора акушерско-гинекологического анамнеза выясняются жалобы подэкспертной на момент явки.

Следующим этапом является измерение антропометрических показателей, исследование вторичных половых признаков, наружных и внутренних половых органов. Эксперту необходимо оценить следующие признаки:

- телосложение (правильное, неправильное),
- уровень питания (повышенный, нормальный, пониженный, резко пониженный),
- пороки развития (при их наличии),
- количество зубов и их состояние,
- масса тела,
- рост в положении стоя,
- рост в положении сидя,
- расстояние от 7-го шейного позвонка до копчика,
- окружность грудной клетки
  - в покое,
  - при глубоком вдохе,
  - при глубоком выдохе;
- окружность плеча в средней трети;
- окружность голени в средней трети;
- окружность запястья (лучезапястный индекс);
- размеры таза:
  - расстояние между передними верхними осями подвздошных костей;

- расстояние между наиболее отдаленными точками подвздошных гребней;
  - расстояние между большими вертелами бедренных костей;
  - наружная конъюгата (расстояние от середины верхненаружного края симфиза до надкрестцовой ямки);
- состояние молочных желез:
- форму, консистенцию, однородность, наличие или отсутствие пигментации, цвет околососковых кружков, сосков, обособленность сосков, наличие или отсутствие выделений из сосков;
  - размеры (вертикальный и горизонтальный) молочных желез;
- оволосение в подмышечных впадинах:
- выраженность оволосения в подмышечных впадинах (вся впадина, в центре),
  - состояние волос (густые, редкие, единичные; прямые, с завитками на концах),
  - длина волос (см);

При описании наружных половых органов у лиц женского пола отмечают следующее:

- тип строения наружных половых органов (мужской, женский).
- тип оволосения в области половых органов, лобка
  - выраженность (весь треугольник, в центре, с переходом на область половых органов, бедер),
  - состояние волос (густые, редкие, единичные; прямые, с завитками на концах),
  - длину волос (см);
- половая щель сомкнута или нет,
- большие половые губы прикрывают малые или нет,
- наличие изменений в области клитора, отверстия мочеиспускательного канала, задней спайки (рубцы, воспалительные явления, аномалии развития и т.д.),
- оттенок слизистой оболочки преддверия влагалища,
- наличие или отсутствие повреждений слизистой оболочки преддверия влагалища;
- состояние девственной плевы:
  - форма,
  - толщина (тонкая, средняя, мясистая),



- высота (от основания до свободного края),
  - консистенция (эластичная, плотная)
  - растяжимость (слабая, умеренная, значительная),
  - наличие выемок (их локализация, форма, края),
  - состояние свободного края (тонкий, толстый, гладкий, ровный, мелко- или крупноволнистый, зубчатый и т.д.),
  - форма и размер естественного отверстия без растягивания,
  - размер естественного отверстия в растянутом состоянии,
  - наличие или отсутствие повреждений в области девственной плевы (при их наличии – полное их описание),
- выделения из мочеиспускательного канала и влагалища с описанием их характера

При проведении обследования совместно с акушером гинекологом проводится двуручное гинекологическое исследование (если не нарушена целость девственной плевы – через прямую кишку), при котором отмечают:

- размеры матки (общая длина матки, длина шейки матки, длина матки в см),
- консистенцию матки,
- однородность матки,
- соотношение длины шейки и тела матки.
- состояние придатков
- состояние сводов влагалища (свободны или нет, при наличии содержимого – его характер);
- мыс крестца: достижим или нет.

После проведения двуручного исследования возможно проведение осмотра влагалища зеркалами Куско (при неповрежденной девственной плеве зеркала Куско не используются):

- влагалище: состояние слизистой оболочки (цвет, наличие или отсутствие ее повреждений, патологических процессов – эрозий и т.п.);
- влагалищная часть шейки матки: форма (цилиндрическая, коническая), состояние слизистой оболочки;
- наружный зев шейки матки: форма (щелевидный, округлый), размеры, наличие или отсутствие выделений (при наличии – их характер).

В норме (у лица, достигшего половой зрелости) тело матки составляет около  $\frac{2}{3}$  ее общей длины, а шейка — около  $\frac{1}{3}$ , причем форма шейки цилиндрическая. Если шейка имеет коническую форму, а длина ее составляет более  $\frac{1}{3}$  общей длины матки, это указывает на недоразвитость (инфантильность) матки.

В обязательном порядке должно проводиться УЗИ органов малого таза (с определением размеров матки и яичников), результаты которого также учитываются при установлении половой зрелости. У лиц, достигших половой зрелости, отношение длины шейки матки к длине тела матки составляет 1:1,8-1:2. В настоящее время вывод о достижении или недостижении половой зрелости, сделанный без данных УЗИ, можно считать недостаточно обоснованным.

Кроме того, при необходимости (в сложных, спорных случаях) рекомендуется проведение лабораторных исследований, в частности, исследование гормонального статуса свидетельствуемой.

Полученные результаты антропометрии, исследования вторичных половых признаков, наружных и внутренних половых органов должны быть отражены в разделе экспертного документа «Объективные данные».

### **3.3. Вывод о достижении половой зрелости на основании полученных данных**

О достижении состояния половой зрелости у девушки судят по:

- а) общему физическому развитию
- б) способности к совершению физиологического полового акта;
- в) способности к зачатию;
- г) способности к вынашиванию плода;
- д) способности к родоразрешению;
- е) способности к вскармливанию.

**Оценка уровня биологического (физического) развития и его соответствия календарному возрасту** осуществляется по длине тела, ее прибавке, срокам прорезывания постоянных зубов и их количеству, изменениям в пропорциях тела, степени развития вторичных половых признаков.

Можно использовать при определении степени биологического развития рекомендации врачей-клиницистов по оценке физического развития подростков (Ануфриева Е.В., Насыбуллина Г.М., Ножкина Н.В., Санникова Н.Е. «Оценка физического развития подростков 15,16,17 лет в Свердловской области. Методические рекомендации для врачей», Екатеринбург, 2008).

Длина тела определяется с помощью ростомера или антропометра, а ее прибавка (при наличии медицинских документов) - по разнице в показателях длины тела на день обследования и за предыдущий год.

Оценка длины тела подростков может проводиться с использованием таблицы «Соотношение рост (см)/возраст»:

Возраст		ДЕВОЧКИ					
		Оценочные градации					
		М	1 низк	2 ниже сред	3 сред	4 выше сред	5 высок
лет	мес						
14	6	<b>161,7</b>	149,3	155,5		167,9	173,9
	7	<b>161,8</b>	149,5	155,6		167,9	173,9
	8	<b>161,8</b>	149,7	155,8		167,9	173,9
	9	<b>161,9</b>	149,9	155,9		167,9	173,9
	10	<b>162,0</b>	150,1	156,0		167,9	173,9
	11	<b>162,1</b>	150,2	156,2		168,0	173,9
15	0	<b>162,2</b>	150,4	156,3		168,0	173,9
	1	<b>162,3</b>	150,6	156,5		168,1	173,9
	2	<b>162,4</b>	150,8	156,6		168,2	173,9
	3	<b>162,5</b>	151,0	156,8		168,2	174,0
	4	<b>162,6</b>	151,2	156,9		168,3	174,0
	5	<b>162,7</b>	151,4	157,1		168,4	174,0
	6	<b>162,8</b>	151,5	157,2		168,5	174,1
	7	<b>163,0</b>	151,7	157,3		168,5	174,2
	8	<b>163,1</b>	151,9	157,5		168,6	174,2
	9	<b>163,2</b>	152,1	157,6		168,8	174,3
	10	<b>163,3</b>	152,2	157,8		168,9	174,4
11	<b>163,5</b>	152,4	157,9		169,0	174,5	
16	0	<b>163,6</b>	152,6	158,1		169,1	174,6
	1	<b>163,8</b>	152,7	158,2		169,2	174,7
	2	<b>163,9</b>	152,9	158,4		169,4	174,9
	3	<b>164,1</b>	153,1	158,6		169,5	175,0
	4	<b>164,2</b>	153,2	158,7		169,7	175,2
	5	<b>164,4</b>	153,4	158,9		169,8	175,3
	6	<b>164,5</b>	153,5	159,0		170,0	175,5
	7	<b>164,7</b>	153,7	159,2		170,2	175,7
	8	<b>164,9</b>	153,8	159,3		170,3	175,8
	9	<b>165,0</b>	154,0	159,5		170,5	176,1
	10	<b>165,2</b>	154,1	159,7		170,7	176,3
11	<b>165,4</b>	154,3	159,8		170,9	176,5	

17	0	<b>165,6</b>	154,4	160,0	171,1	176,7
	1	<b>165,8</b>	154,6	160,2	171,3	176,9
	2	<b>166,0</b>	154,7	160,4	171,6	177,2
	3	<b>166,2</b>	154,9	160,5	171,8	177,4
	4	<b>166,4</b>	155,0	160,7	172,0	177,7
	5	<b>166,6</b>	155,1	160,9	172,3	178,0

В строках таблицы, соответствующих определенным возрастам, приводятся средние значения (**М**) и значения, отделяющие пять интервалов: низкие (1), ниже среднего (2), средние (3), выше среднего (4), высокие (5). По строке, соответствующей возрасту подэкспертной, определяют, в какой из пяти интервалов попадает ее длина тела. В соответствии с названиями интервалов длина тела может быть низкой, ниже среднего, средней, выше среднего, высокой. Лицам с низким и высоким ростом необходимо рекомендовать углубленное обследование у педиатра, эндокринолога для изучения причин низко- и высокорослости (семейно-конституциональные формы, эндокринная патология, социальное неблагополучие и т.д.). Вывод о соответствии длины тела возрасту может быть сделан, когда длина тела находится в пределах средних значений. Если длина тела выше среднего или высокая, а другие показатели превышают средние значения для данного возраста, физическое развитие опережает паспортный возраст. Если длина тела ниже среднего или низкая, другие показатели ниже среднего для соответствующего возраста, физическое развитие отстает от паспортного возраста.

Оценка соответствия массы тела возрасту проводится с использованием таблицы «Индекс масса (кг)/ возраст»:

Возраст		ДЕВОЧКИ					
		Оценочные градации					
		<b>М</b>	1	2	3	4	5
лет	мес		низк	ниже сред	сред	выше сред	высок
14	6	<b>51,5</b>	36,6	44,0		59,0	66,1
	7	<b>51,6</b>	36,8	44,2		59,0	66,1
	8	<b>51,7</b>	37,1	44,4		59,0	66,1
	9	<b>51,8</b>	37,4	44,6		59,0	66,1
	10	<b>51,9</b>	37,6	44,8		59,1	66,1
	11	<b>52,0</b>	37,9	45,0		59,1	66,1
15	0	<b>52,2</b>	38,2	45,2		59,1	66,1
	1	<b>52,3</b>	38,4	45,3		59,2	66,1
	2	<b>52,4</b>	38,7	45,4		59,3	66,1

	3	<b>52,5</b>	38,9	45,7	59,3	66,1
	4	<b>52,6</b>	39,1	45,9	59,4	66,1
	5	<b>52,8</b>	39,4	46,1	59,5	66,1
	6	<b>52,9</b>	39,6	46,2	59,6	66,2
	7	<b>53,0</b>	39,8	46,4	59,7	66,2
	8	<b>53,2</b>	40,0	46,6	59,8	66,3
	9	<b>53,3</b>	40,2	46,8	59,9	66,3
	10	<b>53,5</b>	40,4	46,9	60,0	66,4
	11	<b>53,6</b>	40,6	47,1	60,1	66,5
16	0	<b>53,8</b>	40,8	47,3	60,2	66,6
	1	<b>53,9</b>	40,9	47,4	60,4	66,7
	2	<b>54,1</b>	41,1	47,6	60,5	66,8
	3	<b>54,2</b>	41,3	47,8	60,7	67,0
	4	<b>54,4</b>	41,5	47,9	60,8	67,1
	5	<b>54,6</b>	41,6	48,1	61,0	67,3
	6	<b>54,7</b>	41,8	48,2	61,2	67,4
	7	<b>54,9</b>	41,9	48,4	61,3	67,6
	8	<b>55,0</b>	42,0	48,5	61,5	67,8
	9	<b>55,2</b>	42,2	48,7	61,7	68,2
	10	<b>55,4</b>	42,3	48,9	61,9	68,4
	11	<b>55,6</b>	42,4	49,0	62,1	68,7
17	0	<b>55,8</b>	42,6	49,2	62,3	68,9
	1	<b>55,9</b>	42,7	49,3	62,5	69,2
	2	<b>56,1</b>	42,8	49,5	62,8	69,5
	3	<b>56,3</b>	42,9	49,6	63,0	60,7
	4	<b>56,5</b>	43,0	49,7	63,2	70,0
	5	<b>56,7</b>	43,1	49,9	63,5	70,3

В строках таблицы, соответствующих определенным возрастам, приводятся средние значения (**M**) и значения, отделяющие пять интервалов: низкие (1), ниже среднего (2), средние (3), выше среднего (4), высокие (5). По строке, соответствующей возрасту подэкспертной, определяют, в какой из пяти интервалов попадает ее масса. В соответствии с названиями интервалов масса может быть низкой, ниже среднего, средней, выше среднего, высокой. Лицам с низкой и высокой массой необходимо рекомендовать углубленное обследование у педиатра, эндокринолога для изучения причин (семейно-конституциональные формы, эндокринная патология, социальное неблагополучие и т.д.). Вывод о соответствии массы тела возрасту может быть сделан, когда длина тела находится в пределах средних значений.

Кроме того, помимо соответствия массы тела возрасту рекомендуется оценить соответствие ее росту как показатель гармоничности развития, а также индикатор некоторых патологических состояний (ожирение и т.д.). Оценка соответствия массы тела росту может быть произведена с помощью межвозрастных таблиц масса (кг)/ рост (см):

Длина тела (см)	ДЕВОЧКИ					
	Оценочные градации					
	М	1 низк	2 ниже сред	3 сред	4 выше сред	5 высок
150	<b>46,5</b>	32,9	39,7		53,2	60,0
151	<b>47,0</b>	33,4	40,2		53,7	60,5
152	<b>47,5</b>	33,9	40,7		54,3	61,0
153	<b>48,0</b>	34,4	41,2		54,8	61,5
154	<b>48,5</b>	34,9	41,7		55,3	62,1
155	<b>49,0</b>	35,4	42,2		55,8	62,6
156	<b>49,5</b>	35,9	42,7		56,3	63,1
157	<b>50,0</b>	36,5	43,2		56,8	63,6
158	<b>50,5</b>	37,0	43,7		57,3	64,1
159	<b>51,0</b>	37,5	44,3		57,8	64,6
160	<b>51,6</b>	38,0	44,8		58,3	65,1
161	<b>52,1</b>	38,5	45,3		58,8	65,6
162	<b>52,6</b>	39,0	45,8		59,4	66,1
163	<b>53,1</b>	39,5	46,3		59,9	66,6
164	<b>53,6</b>	40,0	46,8		60,4	67,2
165	<b>54,1</b>	40,5	47,3		60,9	67,7
166	<b>54,6</b>	41,0	47,8		61,4	68,2
167	<b>55,1</b>	41,6	48,3		61,9	68,7
168	<b>55,6</b>	42,1	48,8		62,4	69,2
169	<b>56,1</b>	42,6	49,4		62,9	69,7
170	<b>56,7</b>	43,1	49,9		63,4	70,2
171	<b>57,2</b>	43,6	50,4		63,9	70,7
172	<b>57,7</b>	44,1	50,9		64,5	71,2
173	<b>58,2</b>	44,6	51,4		65,0	71,7
174	<b>58,7</b>	45,1	51,9		65,5	72,3
175	<b>59,2</b>	45,6	52,4		66,0	72,8
176	<b>59,7</b>	46,1	52,9		66,5	73,3
177	<b>60,2</b>	46,7	53,4		67,0	73,8
178	<b>60,7</b>	47,2	53,9		67,5	74,3

Масса тела оценивается в зависимости от достигнутой на момент обследования длины тела. Оценка проводится следующим образом:

- низкие значения (1-й интервал) свидетельствует о выраженном дефиците массы, при этом морфофункциональный статус оценивается как резко дисгармоничный;
- значения ниже средних (2-й интервал) свидетельствуют о дефиците массы и дисгармоничном статусе;
- средние значения (3-й интервал) – о соответствии массы длине тела и гармоничном статусе;
- значения выше средних (4-й интервал) расцениваются как повышенная масса тела и дисгармоничный статус;
- высокие значения (5-й интервал) свидетельствуют об избыточной массе тела и резко дисгармоничном физическом развитии.

Оценка уровня питания проводится с помощью возрастной шкалы «индекс массы тела (кг/м<sup>2</sup>) / возраст». Индекс массы тела (или индекс Кетле) представляет собой частное от деления массы тела (кг) на длину тела (м), возведенную в квадрат:

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{масса (кг)}}{(\text{рост (м)})^2}$$

Возраст		ДЕВОЧКИ					
		Оценочные градации					
		М	1 низк	2 ниже сред	3 сред	4 выше сред	5 высок
лет	мес						
14	6	<b>19,7</b>	14,9	17,3		22,1	24,5
	7	<b>19,7</b>	14,9	17,3		22,1	24,5
	8	<b>19,7</b>	14,9	17,3		22,1	24,5
	9	<b>19,8</b>	15,0	17,4		22,2	24,6
	10	<b>19,8</b>	15,0	17,4		22,2	24,6
	11	<b>19,8</b>	15,0	17,4		22,2	24,6
15	0	<b>19,8</b>	15,0	17,4		22,2	24,6
	1	<b>19,8</b>	15,0	17,4		22,2	24,6
	2	<b>19,9</b>	15,1	17,5		22,3	24,7
	3	<b>19,9</b>	15,1	17,5		22,3	24,7
	4	<b>19,9</b>	15,1	17,5		22,3	24,7
	5	<b>19,9</b>	15,1	17,5		22,3	24,7
	6	<b>20,0</b>	15,2	17,6		22,4	24,8
	7	<b>20,0</b>	15,2	17,6		22,4	24,8
	8	<b>20,0</b>	15,2	17,6		22,4	24,8

	9	<b>20,0</b>	15,2	17,6	22,4	24,8
	10	<b>20,0</b>	15,2	17,6	22,4	24,8
	11	<b>20,1</b>	15,3	17,7	22,5	24,9
16	0	<b>20,1</b>	15,3	17,7	22,5	24,9
	1	<b>20,1</b>	15,3	17,7	22,5	24,9
	2	<b>20,1</b>	15,3	17,7	22,5	24,9
	3	<b>20,1</b>	15,3	17,7	22,5	24,9
	4	<b>20,2</b>	15,4	17,8	22,6	25,0
	5	<b>20,2</b>	15,4	17,8	22,6	25,0
	6	<b>20,2</b>	15,4	17,8	22,6	25,0
	7	<b>20,2</b>	15,4	17,8	22,6	25,0
	8	<b>20,2</b>	15,4	17,8	22,6	25,0
	9	<b>20,3</b>	15,5	17,9	22,7	25,1
	10	<b>20,3</b>	15,5	17,9	22,7	25,1
17	0	<b>20,3</b>	15,5	17,9	22,7	25,1
	1	<b>20,4</b>	15,6	18,0	22,8	25,2
	2	<b>20,4</b>	15,6	18,0	22,8	25,2
	3	<b>20,4</b>	15,6	18,0	22,8	25,2
	4	<b>20,4</b>	15,6	18,0	22,8	25,2
	5	<b>20,4</b>	15,6	18,0	22,8	25,2

При оценке состояния питания по ИМТ фактические значения могут относиться к одному из пяти интервалов. Соответствие ИМТ 1-му интервалу (низкий) говорит о резком дефиците массы тела, 2-му интервалу (ниже среднего) – о дефиците массы тела, 3-му интервалу (средний) – о нормальном питании, 4-му интервалу (выше среднего) – о повышенном питании, 5-му интервалу (высокий) – о избыточной массе тела.

Лицам с дисгармоничным и резко дисгармоничным развитием, с резким дефицитом массы тела или избыточной массой тела следует рекомендовать углубленное обследование у педиатра и эндокринолога.

При определении общего количества постоянных зубов учитываются зубы всех степеней прорезывания - от четкого появления режущего края или жевательной поверхности над десной до полностью сформировавшегося зуба.

Для установления степени полового созревания у девочек определяется: оволосение подмышечных впадин (Axillaris - Ax), оволосение лобка (Pubis - P), развитие грудной железы (Mammae - Ma), возраст наступления первой менструации (Menarhis - Me).



Степень развития этих показателей определяется по следующим критериям:

Развитие волос в подмышечной впадине:

Ax0 – отсутствие волос,

Ax1 – единичные, короткие,

Ax2 – занимают центральный участок впадины, более густые,

Ax3 – расположены по всей подмышечной впадине, длинные, вьющиеся;

Развитие волос на лобке:

P0 – отсутствие волос,

P1 – единичные, короткие,

P2 – занимают ограниченное пространство, более густые, длинные,

P3 – на всем треугольнике лобка, длинные, вьющиеся, густые,

P4 – распространяются на бедра;

Развитие молочной железы:

Ma0 – железы не выделяются,

Ma1 – сосок поднят над околососковым кружком, молочная железа не выдается,

Ma2 – сосок и околососковый кружок выступает в виде конуса, молочная железа несколько приподнята,

Ma3 – сосок и околососковый кружок сохраняют форму конуса, железа поднята на большем пространстве,

Ma4 – сосок поднимается над околососковым кружком, молочная железа сформирована.

Менструальная функция:

Me(-) – отсутствие менструации или регул,

Me(+) – наличие менструации или регул; кроме того, при наличии менструаций уточняется возраст их начала.

В заключении составляется формула полового развития (примеры: Ax0 P1 Ma1 Me-, Ax3 P4 Ma3 Me+ 12 лет 5 мес.).

Для оценки уровня биологической зрелости проводится сопоставление показателей его развития со средним возрастно-половым стандартом (см. Приложения №6, №7). Если показатели биологического развития соответствуют средним возрастно-половым значениям, то его биологическое развитие оценивается как соответствующее календарному возрасту, если превышает его - как опережающее, и отстающее, если показатели ниже стандарта.

Вывод о **способности к половому сношению** можно сделать на основании оценки состояния наружных половых органов: большие половые губы упругие, закрывают половую щель, прикрывают малые половые губы, пороки развития наружных половых органов отсутствуют.

**Способность к зачатию** определяется по наличию регулярного менструального цикла и наличию овуляции.

**Способность к вынашиванию плода** определяется по состоянию развития матки и соотношению размеров матки и шейки. При достижении половой зрелости и способности к вынашиванию соотношение тела матки к ее общей длине составляет 2/3 (шейки – 1/3). Нормальные размеры матки половозрелой нерожавшей женщины определяется следующими пределами: общая длина матки 6-7 см, ширина 4-5 см, переднезадний размер 3-4 см, длина шейки матки 2-3 см (см. Приложения №9, №10).

**Способность к родоразрешению** устанавливается по параметрам размеров таза: расстояние между передними верхними остями подвздошных костей не менее 23 см, между наиболее отдаленными точками подвздошных гребней – 26 см, между большими вертелами бедренных костей – 29 см, наружная конъюгата – не менее 18 см; лучезапястный индекс – 14,5 см и более.

**Способность к вскармливанию** определяется достаточным развитием молочных желез: железы должны быть шаровидной или полушаровидной формы, с конической или цилиндрической формой соска, размеры железы не менее 18x14 см.

У лиц женского пола, достигших половой зрелости, гормональный фон соответствует норме 16-18-летнего возраста (см. Приложения №№ 17-24).

Резюмирующий раздел исследовательской части экспертного документа может быть представлен в виде таблицы, включающей результаты экспертного исследования и целевые значения.

	<b>целевое значение</b>	<b>подэкспертная</b>
<b>Рост стоя (см)</b>	не менее 150	
<b>Индекс рост/возраст (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	
<b>Масса тела (кг)</b>		
<b>Индекс масса/возраст (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	
<b>Индекс масса/рост (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	
<b>ИМТ = масса (кг)/(рост (м))<sup>2</sup></b>		
<b>Индекс ИМТ/возраст (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	
<b>Рост сидя (см)</b>	не менее 80	

<b>Длина туловища от 7-го шейного позвонка до копчика (см)</b>	56-58	
<b>Окружность грудной клетки (см)</b>		
- в спокойном состоянии	78-80	
- на выдохе	73-76	
<b>Окружность плеча в средней трети (см)</b>	30-31	
<b>Окружность голени в средней трети (см)</b>	40-41	
<b>Лучезапястный индекс (см)</b>	не менее 14,5	
<b>Размеры таза (см)</b>		
- расстояние между вертелами	29	
- расстояние между остями	23	
- расстояние между гребнями	26	
- наружная конъюгата	18	
<b>Количество постоянных зубов</b>	28	
<b>Оволосение</b>		
- подмышечные впадины	Ax3	
- лобок	P4	
<b>Развитие молочных желез</b>	Ma4	
<b>Размеры молочных желез (см)</b>	18x14	
<b>Менархе</b>	12-13 лет	
<b>Регулярность менструального цикла</b>	регулярный	
<b>Наружные половые органы</b>		
- половая щель	сомкнута	
- половые губы	большие прикрывают малые	
- пороки наружных половых органов	нет	
<b>Внутренние половые органы – данные двуручного исследования</b>		
- соотношение длины шейки и общей длины матки	1/3	
- соотношение тела и общей длины матки	2/3	
- форма шейки матки	цилиндрическая	
<b>Данные УЗИ</b>		
- общая длина матки (см)	6-7	
- ширина матки (см)	3-5	
- переднезадний размер матки (см)	3-4	
- длина тела матки (см)	4-6	
- длина шейки матки (см)	2-3	
- отношение длины шейки к длине тела матки	1:1,8-1:2	
- размеры яичников (см)	3,2x2x3	

Вывод о достижении половой зрелости делается на основании оценки совокупности всех указанных выше медико-биологических признаков. Наличие одного из них при отсутствии других говорит об анатомо-функциональной незрелости организма девушки. При этом решающее значение имеют показатели развития половых органов (прежде всего, матки), вторичных половых признаков, размеры таза, остальные показатели имеют вспомогательное значение и могут учитываться лишь в совокупности.

### **3.4. Частные вопросы проведения экспертизы лица женского пола (проведение экспертизы половой зрелости у беременных, проведение экспертизы половой зрелости по медицинским документам)**

Определенные трудности возникают при ответе на вопрос о достижении половой зрелости у беременных. В этом случае следует помнить о том, что при наступлении беременности изменяется гормональный фон, а также некоторые антропометрические показатели, состояние вторичных половых признаков (молочных желез), наружных и внутренних половых органов.

Таким образом, определение ряда медико-биологических критериев становится затруднительным.

Оценка общего физического развития представляет проблему в тех случаях, когда имеется значительное увеличение массы тела, а также, например, при наличии отеков.

Если беременность уже наступила, можно достоверно говорить о способности к половому сношению и способности к зачатию. Однако установление способности к вынашиванию плода до прекращения беременности не представляется возможным, так как состояние матки при беременности не соответствует ее состоянию до наступления беременности. По данным литературы, при беременности у лиц 14-17 лет существует высокая частота искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям в сроке 18-20 недель, а также удаление мертвого плода на 22-24 неделях беременности. Размеры таза существенно не влияют на наступление беременности, однако у несовершеннолетних, имеющих узкий таз, чаще отмечаются недоношенность, мертворождение, обвитие пуповины, значительное послеродовое маточное кровотечение; в процессе родов наблюдается слабость родовой деятельности, нефропатия, раннее отхождение околоплодных вод, родовой травматизм, внутриутробная асфиксия плода и др. Таким образом, у беременных и рожениц 14-17 лет процент акушерской патологии превышает среднестатистический, наблюдающийся в акушерской практике в целом.

Частота неблагоприятных состояний при беременности и родах объясняется в данном случае анатомо-функциональной недостаточностью еще растущего организма.

Объективная оценка способности к вскармливанию становится крайне затруднительной, т.к. молочные железы также изменяют свои «первоначальные» характеристики.

Таким образом, сделать вывод о достижении половой зрелости при наличии беременности не представляется возможным.

Также невозможно «ретроспективное» определение половой зрелости (ответ на вопрос «Достигла ли гр-ка Х. состояния половой зрелости на декабрь 2010 года?»): без наличия данных антропометрического, гинекологического, инструментального и лабораторного исследований от «запрашиваемого» периода говорить о достижении или недостижении девушкой половой зрелости не представляется возможным.

При проведении судебно-медицинской экспертизы по медицинским документам для установления достижения половой зрелости также необходимо наличие всех перечисленных выше медико-биологических критериев. В ином случае эксперт должен мотивировать отказ от ответа на вопрос о достижении половой зрелости в связи с недостатком необходимых медицинских данных.

## **ГЛАВА 4**

### **Установление половой зрелости у лиц мужского пола**

#### **4.1. Общие положения проведения экспертизы лица мужского пола**

Судебно-медицинская экспертиза лиц мужского пола проводится экспертом, имеющим специальную подготовку (Приказ №346н от 12.05.2010 г.). При необходимости к производству экспертизы привлекаются специалисты (педиатры, эндокринологи, урологи, функциональные диагносты, сексопатологи и т.д.). При единоличном проведении экспертом экспертизы требуется присутствие работающего с экспертом штатного среднего медицинского работника.

Учитывая необходимость оценки эякулята (как качественной, так и количественной) при проведении экспертизы половой зрелости лиц мужского пола, считаем, что экспертиза половой зрелости у лиц мужского пола всегда должна проводиться комиссионно, с участием врача-андролога.

Обследование лица мужского пола должно проводиться в специально оборудованном светлом, теплом помещении, при естественном (дневном) либо достаточном искусственном освещении. Для проведения экспертизы половой зрелости в отношении лица мужского пола в распоряжении эксперта должны быть:

- ростомер,
- медицинские весы,
- мягкая и металлическая измерительные ленты,
- хирургические и анатомические пинцеты,
- обезжиренные предметные и покровные стекла,
- операционный или стереоскопический микроскоп,
- лампы ультрафиолетового и инфракрасного освещения,
- резиновые перчатки,
- пробирки со стерильными тампонами,
- стерильные салфетки.

Основные сведения об обстоятельствах происшествия эксперт, выполняющий обследование, получает из постановления (определения) о назначении экспертизы. Уточнение необходимых дополнительных медицинских данных может быть осуществлено путем непосредственного опроса обследуемого. Сведения, полученные от несовершеннолетнего, записывают по возможности дословно и оценивают с учетом всех других известных обстоятельств происшествия. В некоторых случаях допустимо выяснение конкретных обстоятельств со слов сопровождающего лица (родители, инспекторы полиции и т.п.).

Если при опросе обследуемого возникает сомнение в его психической полноценности, ставят в известность орган или лицо, назначившее экспертизу.

Эксперт по согласованию с органом или лицом, назначившим экспертизу, осуществляет изъятие и направление на лабораторные исследования объектов биологического происхождения (мазки из прямой кишки, с головки полового члена, семенная жидкость, смывы с головки полового члена и др.).

В целях предупреждения возможного заражения медицинского персонала ВИЧ-инфекцией и венерическими заболеваниями должна быть обеспечена его безопасность при проведении указанных манипуляций.

В разделе «Объективные данные» указывают результаты объективного обследования (антропометрии, исследования вторичных половых признаков, наружных половых органов, заднепроходного отверстия и прямой кишки), при наличии повреждений – их описание в соответствии с имеющимся алгоритмом.

В Заключении эксперта необходимо указывать данные представленных медицинских документов, жалобы и специальный анамнез, в котором должны быть отражены сведения о физическом развитии, перенесенных болезнях, травмах, операциях, особенностях течения полового созревания и т.д.

Повреждения на теле, половых органах и в области заднепроходного отверстия иллюстрируются схемами или масштабными фотографиями (повреждения в области половых органов и заднепроходного отверстия – при согласии пострадавшего).

Выводы формулируются в форме ответов на вопросы постановления, на основании результатов обследования потерпевшего, с учетом результатов лабораторных исследований.

#### **4.2. Порядок проведения экспертизы лица мужского пола**

Судебно-медицинская экспертиза половой зрелости лица мужского производится **на основании постановления следователя, лица, производящего дознание, или судьи.**

В первую очередь устанавливается личность свидетельствуемого лица (по удостоверяющему личность документу, либо, при его отсутствии – сотрудником полиции или следователем). Затем выясняются конкретные обстоятельства дела, послужившие поводом для назначения экспертизы.

У подэкспертного необходимо выяснить время и место происшествия, кратность эпизодов, степень знакомства с субъектом преступления, характер совершенных в отношении пострадавшего действий, оказывал ли пострадавший сопротивление или действия совершены с его согласия, использовался ли презерватив, было ли семяизвержение (если было – то куда), проводились ли гигиенические процедуры, принимал ли пищу, был ли акт дефекации.

При сборе специального анамнеза выясняют сведения

- о перенесенных заболеваниях (эндокринных, венерических, инфекционных и др.),
- о привычных интоксикациях (употребление алкоголя, табакокурение, наркомания),
- о половом развитии:
  - время возникновения интереса к половому вопросу, появление полового влечения, его характер, изменения,
  - время (возраст) появления спонтанных эрекций полового члена,
  - появление поллюций,
  - мастурбация,
  - начало половой жизни (возраст, характер и особенности), частота половых актов, время последнего полового акта.

Изучается медицинская документация (история развития ребенка, медицинская карта амбулаторного больного, медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального, основного общего, среднего (полного) общего образования).

Следующим этапом является измерение антропометрических показателей, исследование вторичных половых признаков, наружных и внутренних половых органов. Эксперту необходимо оценить следующие признаки:

- телосложение, уровень питания, пороки развития,
- количество зубов и их состояние,
- масса тела,
- рост в положении стоя,
- рост в положении сидя,
- расстояние от 7-го шейного позвонка до копчика,
- контурированность щитовидного хряща,
- тембр и высота голоса,
- размах рук,
- окружность грудной клетки
  - в покое,
  - при глубоком вдохе,
  - при глубоком выдохе;
- окружность плеча в средней трети,
- окружность правой голени в средней трети;
- оволосение в подмышечных впадинах:
  - выраженность оволосения в подмышечных впадинах (вся впадина, в центре...),
  - состояние волос (густые, редкие, единичные; прямые, с завитками на концах),
  - длина волос;
- состояние грудных желез
  - форма, консистенция, однородность, размеры, наличие или отсутствие пигментации, цвет околососковых кружков, сосков, обособленность сосков, наличие или отсутствие выделений из сосков;
- тип оволосения в области половых органов, лобковой области
  - выраженность (весь треугольник, в центре, с переходом на область половых органов, бедер),



- состояние волос (густые, редкие, единичные; прямые, с завитками на концах),
  - длина волос;
- тип строения наружных половых органов (мужской, женский).

При описании половых органов у лиц мужского пола следует:

- производить измерение полового члена в начале и в конце осмотра (двукратно); измеряется:
- длина,
  - окружность на уровне короны головки,
  - окружность на уровне средней трети тела,
  - ширина в средней трети тела,
  - ширина на уровне короны головки.

Необходимо оценивать:

- состояние пещеристых тел (отсутствие или наличие деформаций полового члена, наличие или отсутствие уплотнений полового члена),
- состояние крайней плоти
- наличие или отсутствие крайней плоти,
  - обнажается головка полностью или нет,
  - наличие рубцов в области крайней плоти,
- состояние уздечки (ее расположение, наличие рубцовых изменений),
- состояние губок уретры (отечность, наличие или отсутствие выделений),
- расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала (эписпадия, гипоспадия),
- состояние кожи мошонки (пигментация, морщинистость),
- расположение яичек (в мошонке, вне ее), размеры яичек, их консистенция (мягкая, мягкоэластичная, эластичная), характер поверхности (гладкая, бугристая), однородность (при наличии уплотнений – их локализация), состояние придатков, наличие болезненности при пальпации;

При обследовании яичек и придатков яичко захватывают рукой в резиновых перчатках таким образом, чтобы оно находилось на ладонной поверхности между сложенными вместе вторым - пятым пальцами; правое яичко исследуют левой рукой, левое – правой;

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

- Состояние брюшных, кремастерных рефлексов, рефлексов с полового члена (наличие, степень выраженности, симметричность).

- брюшные рефлексы: верхний, средний и нижний – вызываются штриховым движением по коже передней брюшной стенки (в ее верхней, средней и нижней трети соответственно); в ответ на раздражение происходит сокращение соответствующего отрезка прямой мышцы живота на стороне раздражения;

- кремастерный рефлекс вызывается штриховым раздражением кожи на внутренней поверхности бедра притупленным острием; реакция на это раздражение выражается в подтягивании яичка на той же стороне; возбужденное этим рефлексом сокращение мышцы, поднимающей яичко, происходит медленно и соответствует тому сокращению, которое наблюдается во время полового возбуждения, сопровождаемого эрекцией;

- рефлекс головки полового члена – рефлекторное сокращение луковично-пещеристой мышцы и наружного сфинктера анального отверстия, который развивается в ответ на надавливание на головку полового члена; при наличии соответствующего оборудования врач андролог может определить данный рефлекс не только качественно, но и количественно, путем электростимуляции;

При обследовании простаты через прямую кишку необходимо оценить:

- форму,
- размеры,
- консистенцию (дряблая, мягкоэластичная, эластичная, плотно-эластичная),
- характер поверхности (гладкая, бугристая),
- степень выраженности междолевой борозды,
- равномерность долей,
- наличие или отсутствие сока простаты после ее массажа.

Обследование предстательной железы и семенных пузырьков производят через прямую кишку указательным пальцем в перчатке, смазанной вазелином, в коленно-локтевом положении обследуемого или в положении на правом боку с подтянутыми к груди ногами.

У всех обследуемых должен определяться уровень тестостерона в крови; при необходимости – уровень других половых, а также тиреоидных гормонов.

Полученные результаты антропометрии, исследования вторичных половых признаков, наружных и внутренних половых органов должны быть отражены в разделе экспертного документа «Объективные данные».

Кроме того, в раздел «Объективные данные» необходимо вносить результаты микроскопического исследования сока предстательной железы (лецитиновых зерен, спермы, лейкоцитов): сок берется на предметное стекло и исследуется под микроскопом. Следует помнить о том, что однократное исследование эякулята далеко не всегда информативно.

При необходимости проведения технически более сложных методов (уретроскопия, ректоскопия, УЗИ предстательной железы, рентгенография) их проведение должно осуществляться в профильных учреждениях здравоохранения.

#### **4.3. Частные вопросы проведения экспертизы лица мужского пола. Исследование эякулята.**

Исследование семенной жидкости (эякулята) является основным методом в установлении оплодотворяющей способности (см. Приложение № 15, 16).

Получать эякулят следует путем виброякуляции, а в случае невозможности ее применения - путем мастурбации. У несовершеннолетних получение спермы допустимо только с помощью массажа предстательной железы и семенных пузырьков.

Массаж предстательной железы — это механическое воздействие на предстательную железу, которое обеспечивает отток секрета из простатических желез (либо с лечебной целью либо с целью получения секрета простаты для лабораторного исследования).

Диагностический массаж выполняют после мочеиспускания, а при наличии выделений из уретры — после ее предварительного промывания изотоническим раствором хлорида натрия.

Массаж предстательной железы выполняется указательным пальцем врача-специалиста (уролог, андролог) рукой, на которую надета медицинская перчатка. Положение пациента — коленно-локтевое на кушетке, либо стоя с наклоненным вперед под углом 90° туловищем с опорой на локти или на боку с подтянутыми к животу коленями. Указательный палец в медицинской перчатке смазывают вазелином или специальным гелем и вводят в прямую кишку пациента, где на расстоянии 3—5 см от заднепроходного отверстия пальпируют предстательную железу. Оценивают ее размеры, форму, симметричность правой и левой долей, консистенцию, состояние слизистой оболочки прямой кишки над предстательной железой, степень выраженности болевых ощущений, после чего приступают непосредственно к массажу. Вначале массируют

одну, а затем другую долю предстательной железы по ходу выводных протоков желез простаты сверху вниз и от периферии железы к центрально расположенной бороздке, которая ориентирована продольно между правой и левой долями простаты. Возможны движения в виде поперечно расположенной цифры 8. Вначале давление на простату должно быть минимальное, постепенно силу давления увеличивают, ориентируясь на ощущения пациента. В заключительной части проводят пальцем по центральной бороздке изнутри наружу. Продолжительность массажа может составлять 1—2 мин.

В норме объем эякулята составляет 2-5 мл; уменьшение его объема указывает на функциональные нарушения в предстательной железе, придатках яичек или семенных пузырьках; избыточное количество эякулята (более 7-8 мл) обычно сопровождается уменьшением концентрации сперматозоидов. Для оценки количества эякулят собирается в мерную пробирку конической формы; после определения количества 1 мл эякулята из пробирки помещается на предметное стекло.

При получении эякулята необходимо соблюдать меры по обеспечению безопасности медицинского персонала из-за возможного заражения его ВИЧ-инфекцией или венерическими болезнями.

Целесообразно брать эякулят на лабораторное исследование не ранее 3-4 суток после предшествовавшего семяизвержения и зафиксировать данные о дате эякуляции, предшествовавшей получению спермы для исследования.

При получении эякулята и его доставке в судебно-биологическое подразделение ГСЭУ:

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

Для анализа берут весь эякулят, в том числе наиболее ценный его первый миллилитр, в котором содержится до 70-75% наиболее зрелых и активных сперматозоидов.

Обязательно производят исследование и "последней капли" после эякуляции - для ее получения с помощью легкого массажа полового члена от корня к головке из мочеиспускательного канала выдавливают и наносят на предметное стекло каплю спермы для последующего микроскопи-

ческого исследования. Наличие в "последней капле" подвижных сперматозоидов при их отсутствии в эякуляте, представленном обследуемым, указывает на его подмену или добавление к нему каких-либо веществ, обездвиживающих сперматозоиды.

Лабораторное исследование эякулята, которое следует производить как можно быстрее (не позднее трех часов с момента его получения), должно включать:

- исследование физических характеристик: цвета, прозрачности, вязкости, объема;
- определение pH;
- микроскопическое исследование - в свежем виде для установления числа подвижных сперматозоидов, а также после окрашивания для выявления патологических форм сперматозоидов и форменных элементов эякулята.

При оценке результатов исследования спермы учитывают ее качественные показатели:

- нормоспермией считают концентрацию сперматозоидов от 40 до 119 млн./мл эякулята; количество сперматозоидов с поступательным движением (хорошо подвижных) - 40% и более, морфологически измененных - менее 40%; эякулят с содержанием сперматозоидов 20-30 млн./мл считается условно нормальным;
- к олигоспермии 1-й степени относят случаи с содержанием сперматозоидов 10-19 млн./мл; олигоспермии 2-й степени - менее 10 млн./мл сперматозоидов; к наиболее частым причинам олигоспермии относят: гонорею, трихомонадный уретрит, травму мошонки, расширение вен семенного канатика, орхиты, односторонний крипторхизм, вирусную инфекцию;
- азооспермия и аспермия характеризуются отсутствием в эякуляте семенных нитей; при азооспермии в эякуляте имеются клетки сперматогенеза, из которых происходит образование сперматозоидов (незрелые формы); причиной азооспермии могут являться: гонорея, трихомонадный орхит, орхит и эпидидимит любой этиологии, крипторхизм, туберкулезная и химическая интоксикация, все виды радиоактивного облучения, травма мошонки; при аспермии в эякуляте отсутствуют сперматозоиды, клетки сперматогенеза и клетки Сертоли; аспермия является следствием непроходимости семявыносящих путей или атрофии канальцев яичек;

- астеноспермия - содержание в эякуляте менее 40% активно подвижных сперматозоидов; астеноспермия может быть следствием гонореи, трихомонадного уретрита, контакта с этилированным бензином, эпидидимита;
- некроспермия - отсутствие подвижных сперматозоидов в эякуляте; для исключения ложной некроспермии, обусловленной допущенными погрешностями при получении и доставке спермы, следует проводить повторное исследование; необходимо также учитывать, что неподвижность сперматозоидов не всегда свидетельствует о их гибели и может устраняться при слабом нагревании или добавлении питательного раствора Бакера (3,0 г левулезы, 0,6 г двузамещенного натрия фосфата, 0,01 г однозамещенного калия фосфата, 100,0 мл дистиллированной воды), в подобных случаях правильнее указывать на акиноспермию (отсутствие подвижности);
- тератоспермия - повышенное содержание в эякуляте морфологически измененных и дегенеративных форм сперматозоидов; возможные причины тератоспермии - гонорея, трихомонадный орхит, алкоголизм, туберкулезная интоксикация, травма мошонки.

#### Методика исследования эякулята:

В норме эякулят сероватого цвета с белесоватым оттенком, мутный (красный цвет может быть обусловлен наличием эритроцитов, желтый - лейкоцитов, бурый или коричневый оттенок эякулята может быть связан с возрастными изменениями или свидетельствует о давнем сроке получения спермы).

Вязкость эякулята определяют спустя 30 минут после его получения при хранении в условиях комнатной температуры, когда наступает разжижение спермы. Для определения вязкости (после разжижения эякулята) сперму берут стеклянной палочкой. При нормальной вязкости на ней должна остаться капля эякулята. Если эякулят тянется нитями, то его вязкость повышена; если же капелька эякулята стеклянной палочкой не поднимается, то вязкость его понижена. Повышение вязкости эякулята может указывать на заболевание предстательной железы, а понижение вязкости часто сопутствует азооспермии, аспермии и олигоспермии.

Объем семенной жидкости определяют в мерной пробирке после разжижения.

Определение рН не имеет большого значения для оценки качества эякулята, но позволяет ориентироваться в локализации воспалительных очагов. Определяют рН при помощи универсальной индикаторной бумаги: концентрация водородных ионов зависит от времени,

прошедшего после выделения спермы: чем оно больше, тем ниже рН. В нормальном свежем эякуляте рН в среднем составляет  $7,8 \pm 0,05$ ; при воспалительных процессах в предстательной железе и семенных пузырьках рН может повышаться. Снижение рН до 5,5 дает основание заподозрить закупорку выводящих протоков обоих семенных пузырьков. В таких случаях эякулят состоит в основном из более кислого секрета предстательной железы. Нормальной для спермы является слабощелочная среда.

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

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

Число сперматозоидов определяют путем подсчета их в камере Горяева: вначале подсчитывают общее количество сперматозоидов в 1,0 мл спермы. Для этого в смеситель (применяемый для подсчета лейкоцитов) набирают подвергшийся разжижению эякулят до метки "0,5" (или "1,0" - при малом числе сперматозоидов) и разбавляют каким-либо раствором, вызывающим неподвижность сперматозоидов, например, содо-формалиновой жидкостью (5,0 г двууглекислого натрия, 1,0 мл формалина и 100,0 мл дистиллированной воды). Раствор набирают до метки "11", встряхиванием смесителя перемешивают эякулят, выпускают первую каплю на марлю, а вторую каплю вводят в счетную камеру. В пяти больших квадратах по диагонали считают все находящиеся в них сперматозоиды, головки которых лежат внутри квадратов. Полученная сумма, умноженная на 10 (при разведении спермы в 20 раз, т.е. наборе до метки "0,5"), составляет количество сперматозоидов в 1,0 мл спермы; количество неподвижных сперматозоидов в эякуляте подсчитывают указанным выше образом, однако эякулят разводят физиологическим раствором (в другом смесителе), в квадратах учитывают неподвижные сперматозоиды. Полученная сумма, умноженная на 10 (при разведении в 20 раз), составит число неподвижных сперматозоидов в 1,0 мл спермы; количество подвижных сперматозоидов определяют по разности между общим количеством при обездвиживании их и числом неподвижных сперматозоидов, полученным при разведении спермы физиологическим раствором.

Выявление патологических форм сперматозоидов производят в окрашенных мазках. Высушенный на воздухе и фиксированный на пламени мазок спермы обрабатывают 1% раствором хлорамина (для удаления слизи), промывают водой и 95% этанолом. Затем окрашивают в течение 2-5 минут смесью фуксина с эозином (2 части карболового

фуксина Циля, 1 часть насыщенного спиртового раствора эозина, 1 часть 95% алкоголя), подкрашивают синькой Леффлера и исследуют под микроскопом с применением иммерсионной системы. При наличии большого количества атипических форм сперматозоидов (деформированные головки и хвосты и т.д.) необходимо провести тщательное повторное исследование эякулята.

Наличие атипических форм сперматозоидов может быть обусловлено как нарушением сперматогенеза, так и предшествующими исследованием неоднократными половыми актами или мастурбацией;

Форменные элементы эякулята подсчитывают в поле зрения микроскопа (малое увеличение, объектив - 20 или 40, окуляр - 10 или 15). К ним относятся эритроциты и лейкоциты, эпителиальные клетки, лецитиновые зерна, амилоидные тельца. В норме в эякуляте обнаруживают единичные лейкоциты, эпителиальные клетки, амилоидные тельца и большое количество лецитиновых зерен. Увеличение количества лейкоцитов свидетельствует о воспалительном процессе в мочеполовых органах. Уменьшение количества лецитиновых зерен указывает на понижение функции предстательной железы.

#### **4.4. Вывод о достижении половой зрелости на основании полученных данных**

Понятие половой зрелости для лиц мужского пола складывается из оценки общего физического развития, способности к половому сношению и способности к оплодотворению.

При оценке результатов экспертизы следует иметь в виду, что наряду с аномалиями, травматическими повреждениями и заболеваниями наружных и внутренних половых органов причиной утраты способности к половому сношению у лиц мужского пола могут быть различные заболевания нервной системы, эндокринные расстройства и другие заболевания внутренних органов. Для объективной оценки способности к половому сношению необходимо изучение данных медицинской документации.

**Оценка уровня биологического (физического) развития и его соответствия календарному возрасту** осуществляется по длине тела, ее прибавке, срокам прорезывания постоянных зубов и их количеству, изменениям в пропорциях тела, степени развития вторичных половых признаков.

Длина тела определяется с помощью ростомера или антропометра, а ее прибавка (при наличии медицинских документов) - по разнице в показателях длины тела на день обследования и за предыдущий год.



Оценка длины тела подростков может проводиться с использованием таблицы «Соотношение рост (см)/возраст»:

Возраст		МАЛЬЧИКИ					
		Оценочные градации					
		М	1 низк	2 ниже сред	3 сред	4 выше сред	5 высок
лет	мес						
14	6	<b>166,6</b>	149,7	158,2		175,0	183,4
	7	<b>167,0</b>	150,4	158,7		175,3	183,6
	8	<b>167,4</b>	151,0	159,2		175,6	183,8
	9	<b>167,9</b>	151,7	159,8		176,0	184,1
	10	<b>168,3</b>	152,3	160,3		176,3	184,3
	11	<b>168,7</b>	152,8	160,8		176,6	184,5
15	0	<b>169,1</b>	153,4	161,3		176,9	184,7
	1	<b>169,5</b>	154,0	161,7		177,2	184,9
	2	<b>169,9</b>	154,5	162,2		177,5	185,2
	3	<b>170,2</b>	155,0	162,6		177,8	185,4
	4	<b>170,5</b>	155,5	163,0		178,1	185,6
	5	<b>170,9</b>	155,9	163,4		178,4	185,9
	6	<b>171,2</b>	156,4	163,8		178,6	186,1
	7	<b>171,5</b>	156,7	164,1		178,9	186,3
	8	<b>171,8</b>	157,1	164,5		179,2	186,5
	9	<b>172,2</b>	157,5	164,8		179,5	186,8
	10	<b>172,5</b>	157,8	165,1		179,7	187,0
	11	<b>172,7</b>	158,1	165,4		180,0	187,3
16	0	<b>173,0</b>	158,5	165,7		180,3	187,5
	1	<b>173,3</b>	158,7	166,0		180,5	187,8
	2	<b>173,5</b>	159,0	166,3		180,8	188,1
	3	<b>173,8</b>	159,2	166,5		181,0	188,3
	4	<b>174,0</b>	159,4	166,7		181,3	188,6
	5	<b>174,2</b>	159,6	166,9		181,5	188,8
	6	<b>174,4</b>	159,8	167,1		181,8	189,1
	7	<b>174,6</b>	159,9	167,3		182,0	189,4
	8	<b>174,8</b>	160,0	167,4		182,2	189,6
	9	<b>175,0</b>	160,1	167,6		182,4	189,9
	10	<b>175,2</b>	160,2	167,7		182,7	190,2
	11	<b>175,4</b>	160,2	167,8		182,9	190,4
17	0	<b>175,5</b>	160,2	167,9		183,1	190,7
	1	<b>175,7</b>	160,3	168,0		183,3	191,0
	2	<b>175,8</b>	160,3	168,0		183,5	191,3
	3	<b>175,9</b>	160,3	168,1		183,7	191,6
	4	<b>176,0</b>	160,3	168,1		183,9	191,9
	5	<b>176,1</b>	160,3	168,1		184,1	192,2

В строках таблицы, соответствующих определенным возрастам, приводятся средние значения (**М**) и значения, отделяющие пять интервалов: низкие (1), ниже среднего (2), средние (3), выше среднего (4), высокие (5). По строке, соответствующей возрасту подэкспертного, определяют, в какой из пяти интервалов попадает его длина тела. В соответствии с названиями интервалов длина тела может быть низкой, ниже среднего, средней, выше среднего, высокой. Лицам с низким и высоким ростом необходимо рекомендовать углубленное обследование у педиатра, эндокринолога для изучения причин низко- и высокорослости (семейно-конституциональные формы, эндокринная патология, социальное неблагополучие и т.д.). Вывод о соответствии длины тела возрасту может быть сделан, когда длина тела находится в пределах средних значений. Если длина тела выше среднего или высокая, а другие показатели превышают средние значения для данного возраста, физическое развитие опережает паспортный возраст. Если длина тела ниже среднего или низкая, другие показатели ниже среднего для соответствующего возраста, физическое развитие отстает от паспортного возраста.

Оценка соответствия массы тела возрасту проводится с использованием таблицы «Индекс масса (кг)/ возраст»:

Возраст		МАЛЬЧИКИ					
		Оценочные градации					
		<b>М</b>	1	2	3	4	5
лет	мес		низк	ниже сред	сред	выше сред	высок
14	6	<b>53,5</b>	34,6	44,1		63,0	72,5
	7	<b>54,0</b>	35,2	44,6		63,5	72,9
	8	<b>54,5</b>	35,7	45,1		63,9	73,3
	9	<b>55,0</b>	36,3	45,7		64,4	73,8
	10	<b>55,5</b>	36,8	46,2		64,9	74,2
	11	<b>55,9</b>	37,3	46,6		65,3	74,6
15	0	<b>56,4</b>	37,9	47,2		65,7	75,0
	1	<b>56,9</b>	38,4	47,6		66,1	75,4
	2	<b>57,3</b>	38,9	48,1		66,6	75,8
	3	<b>57,7</b>	39,3	48,5		66,9	76,1
	4	<b>58,1</b>	39,8	48,9		67,3	76,5
	5	<b>58,5</b>	40,2	49,4		67,7	76,8
	6	<b>58,9</b>	40,6	49,8		68,0	77,1
	7	<b>59,2</b>	41,0	50,1		68,3	77,4
	8	<b>59,5</b>	41,4	50,5		68,6	77,7
	9	<b>59,9</b>	41,8	50,9		68,9	78,0
	10	<b>60,2</b>	42,2	51,2		69,2	78,2
	11	<b>60,5</b>	42,5	51,5		69,5	78,5

16	0	<b>60,8</b>	42,9	51,8	69,7	78,7
	1	<b>61,0</b>	43,2	52,1	70,0	78,9
	2	<b>61,3</b>	43,5	52,4	70,2	79,2
	3	<b>61,5</b>	43,8	52,6	70,4	79,3
	4	<b>61,7</b>	44,0	52,9	70,6	79,5
	5	<b>62,0</b>	44,3	53,1	70,8	79,7
	6	<b>62,2</b>	44,5	53,3	71,0	79,8
	7	<b>62,3</b>	44,7	53,5	71,1	80,0
	8	<b>62,5</b>	44,9	53,7	71,3	80,1
	9	<b>62,6</b>	45,2	53,9	71,4	80,2
	10	<b>62,8</b>	45,3	54,1	71,5	80,3
	11	<b>62,9</b>	45,5	54,2	71,6	80,4
17	0	<b>63,0</b>	45,6	54,3	71,7	80,4
	1	<b>63,1</b>	45,8	54,4	71,8	80,5
	2	<b>63,2</b>	45,9	54,6	71,9	80,5
	3	<b>63,3</b>	46,0	54,6	71,9	80,6
	4	<b>63,3</b>	46,1	54,7	71,9	80,6
	5	<b>63,4</b>	46,2	54,8	72,0	80,6

По строке, соответствующей возрасту подэкспертного, определяют, в какой из пяти интервалов попадает его масса. В соответствии с названиями интервалов масса может быть низкой, ниже среднего, средней, выше среднего, высокой. Лицам с низкой и высокой массой необходимо рекомендовать углубленное обследование у педиатра, эндокринолога для изучения причин (семейно-конституциональные формы, эндокринная патология, социальное неблагополучие и т.д.). Вывод о соответствии массы тела возрасту может быть сделан, когда длина тела находится в пределах средних значений.

Кроме того, помимо соответствия массы тела возрасту рекомендуется оценить соответствие ее росту как показатель гармоничности развития, а также индикатор некоторых патологических состояний (ожирение и т.д.). Оценка соответствия массы тела росту может быть произведена с помощью межвозрастных таблиц масса (кг)/ рост (см):

Длина тела (см)	МАЛЬЧИКИ					
	Оценочные градации					
	М	1 низк	2 ниже сред	3 сред	4 выше сред	5 высок
155	<b>46,5</b>	28,4	37,5		55,5	64,6
156	<b>47,2</b>	29,1	38,2		56,2	65,3

157	<b>47,9</b>	29,9	38,9	57,0	66,0
158	<b>48,7</b>	30,6	39,6	57,7	66,7
159	<b>49,4</b>	31,3	40,3	58,4	67,4
160	<b>50,1</b>	32,0	41,1	59,1	68,2
161	<b>50,8</b>	32,7	41,8	59,8	68,9
162	<b>51,5</b>	33,5	42,5	60,6	69,6
163	<b>52,3</b>	34,2	43,2	61,3	70,3
164	<b>53,0</b>	34,9	43,9	62,0	71,0
165	<b>53,7</b>	35,6	44,7	62,7	71,8
166	<b>54,4</b>	36,3	45,4	63,4	72,5
167	<b>55,1</b>	37,1	46,1	64,2	73,2
168	<b>55,9</b>	37,8	46,8	64,9	73,9
169	<b>56,6</b>	38,5	47,5	65,6	74,6
170	<b>57,3</b>	39,2	48,3	66,3	75,4
171	<b>58,0</b>	39,9	49,0	67,0	76,1
172	<b>58,7</b>	40,7	49,7	67,8	76,8
173	<b>59,5</b>	41,4	50,4	68,5	77,5
174	<b>60,2</b>	42,1	51,1	69,2	78,2
175	<b>60,9</b>	42,8	51,9	69,9	79,0
176	<b>61,6</b>	43,5	52,6	70,6	79,7
177	<b>62,3</b>	44,3	53,3	71,4	80,4
178	<b>63,1</b>	45,0	54,0	72,1	81,1
179	<b>63,8</b>	45,7	54,7	72,8	81,8
180	<b>64,5</b>	46,4	55,5	73,5	82,6
181	<b>65,2</b>	47,1	56,2	74,2	83,3
182	<b>65,9</b>	47,9	56,9	75,0	84,0
183	<b>66,7</b>	48,6	57,6	75,7	84,7
184	<b>67,4</b>	49,3	58,3	76,4	85,4
185	<b>68,1</b>	50,0	59,1	77,1	86,2
186	<b>68,8</b>	50,7	59,8	77,8	86,9
187	<b>69,5</b>	51,5	60,5	78,6	87,6
188	<b>70,3</b>	52,2	61,2	79,3	88,3

Масса тела оценивается в зависимости от достигнутой на момент обследования длины тела. Оценка проводится следующим образом:

- низкие значения (1-й интервал) свидетельствует о выраженном дефиците массы, при этом морфофункциональный статус оценивается как резко дисгармоничный;
- значения ниже средних (2-й интервал) свидетельствуют о дефиците массы и дисгармоничном статусе;
- средние значения (3-й интервал) – о соответствии массы длине тела и гармоничном статусе;

- значения выше средних (4-й интервал) расцениваются как повышенная масса тела и дисгармоничный статус;
- высокие значения (5-й интервал) свидетельствуют об избыточной массе тела и резко дисгармоничном физическом развитии.

Оценка уровня питания проводится с помощью возрастной шкалы «Индекс массы тела (кг/м<sup>2</sup>)/ возраст»:

Возраст		МАЛЬЧИКИ					
		Оценочные градации					
		М	1	2	3	4	5
лет	мес		низк	ниже сред	сред	выше сред	высок
14	6	<b>19,2</b>	14,6	16,9		21,8	24,2
	7	<b>19,3</b>	14,6	16,9		21,8	24,3
	8	<b>19,4</b>	14,6	17,0		21,9	24,3
	9	<b>19,4</b>	14,7	17,1		21,9	24,4
	10	<b>19,5</b>	14,7	17,1		22,0	24,4
	11	<b>19,6</b>	14,7	17,2		22,0	24,5
15	0	<b>19,7</b>	14,7	17,2		22,1	24,5
	1	<b>19,7</b>	14,8	17,3		22,1	24,6
	2	<b>19,8</b>	14,8	17,3		22,2	24,6
	3	<b>19,9</b>	14,8	17,4		22,2	24,7
	4	<b>19,9</b>	14,9	17,4		22,3	24,7
	5	<b>20,0</b>	14,9	17,4		22,3	24,8
	6	<b>20,1</b>	14,9	17,5		22,3	24,8
	7	<b>20,1</b>	15,0	17,5		22,4	24,9
	8	<b>20,1</b>	15,0	17,6		22,4	24,9
	9	<b>20,2</b>	15,0	17,6		22,5	25,0
	10	<b>20,2</b>	15,1	17,6		22,5	25,0
	11	<b>20,3</b>	15,1	17,7		22,6	25,0
16	0	<b>20,3</b>	15,1	17,7		22,6	25,1
	1	<b>20,3</b>	15,2	17,8		22,7	25,1
	2	<b>20,4</b>	15,2	17,8		22,7	25,2
	3	<b>20,4</b>	15,3	17,8		22,8	25,2
	4	<b>20,4</b>	15,3	17,9		22,8	25,3
	5	<b>20,4</b>	15,3	17,9		22,8	25,3
	6	<b>20,4</b>	15,4	17,9		22,9	25,4
	7	<b>20,5</b>	15,4	17,9		22,9	25,4
	8	<b>20,5</b>	15,5	18,0		23,0	25,5
	9	<b>20,5</b>	15,5	18,0		23,0	25,5
	10	<b>20,5</b>	15,6	18,0		23,1	25,6
	11	<b>20,5</b>	15,6	18,0		23,1	25,6

17	0	<b>20,5</b>	15,7	18,1	23,2	25,7
	1	<b>20,5</b>	15,7	18,1	23,2	25,7
	2	<b>20,5</b>	15,8	18,1	23,3	25,8
	3	<b>20,5</b>	15,8	18,1	23,3	25,8
	4	<b>20,5</b>	15,9	18,1	23,3	25,9
	5	<b>20,5</b>	15,9	18,1	23,4	25,9

При оценке состояния питания по ИМТ фактические значения могут относиться к одному из пяти интервалов. Соответствие ИМТ 1-му интервалу (низкий) говорит о резком дефиците массы тела, 2-му интервалу (ниже среднего) – о дефиците массы тела, 3-му интервалу (средний) – о нормальном питании, 4-му интервалу (выше среднего) – о повышенном питании, 5-му интервалу (высокий) – о избыточной массе тела.

Лицам с дисгармоничным и резко дисгармоничным развитием, с резким дефицитом массы тела или избыточной массой тела следует рекомендовать углубленное обследование у педиатра и эндокринолога.

При определении общего количества постоянных зубов учитываются зубы всех степеней прорезывания - от четкого появления режущего края или жевательной поверхности над десной до полностью сформировавшегося зуба.

Для установления степени полового созревания у мальчиков определяется: оволосение подмышечных впадин (Axillaris - Ax), оволосение лобка (Pubis - P), мутация голоса (Vocalis - V), оволосение лица (Facialis - F), развитие щитовидного хряща (Larings - L).

Степень развития этих показателей определяется по следующим критериям:

Развитие волос в подмышечной впадине:

Ax0 – отсутствие волос,

Ax1 – единичные, короткие,

Ax2 – занимают центральный участок впадины, более густые,

Ax3 – расположены по всей подмышечной впадине, длинные, вьющиеся;

Развитие волос на лобке:

P0 – отсутствие волос,

P1 – единичные, короткие,

P2 – редкие, расположены в центральной части лобка,

P3 – густые, прямые, неравномерно расположены на лобке, без четких границ,

P4 – густые, вьющиеся, равномерно расположены на лобке, с четкой горизонтальной границей,

P5 – густые, вьющиеся, распространяются на внутреннюю поверхность бедер и к пупку;

#### Оволосение лица:

F0 – отсутствие волос,

F1 – появление густого пушка над верхней губой,

F2 – появление отдельных жестких волос на лице,

F3 – наличие сформированных усов и бороды;

#### Развитие щитовидного хряща:

L0 – щитовидный хрящ не контурируется, угол не выражен при пальпации,

L1 – не контурируется, но ясно выражен при пальпации,

L2 – выступает;

#### Мутация голоса:

V0 – детский, высокий,

V1 – ломающийся,

V2 – установившийся мужской.

В заключении составляется формула полового развития (примеры: Ax1 P2 F0 L0 V0, Ax3 P4 F2 L1 V1).

Для оценки уровня биологической зрелости проводится сопоставление показателей его развития со средним возрастнo-половым стандартом (см. Приложения № 5, №7). Если показатели биологического развития соответствуют средним возрастнo-половым значениям, то его биологическое развитие оценивается как соответствующее календарному возрасту, если превышает его - как опережающее, и отстающее, если показатели ниже стандарта.

Оценка способности к совершению полового акта определяется по наличию реакции полового члена на осмотр (увеличению его размеров), которая характеризует наличие эрекции.

При оценке способности к оплодотворению особое внимание уделяется полученным анамнестическим данным, что позволяет получить предварительное представление об оплодотворяющей способности и целенаправленно оценивать результаты исследования семенной жидкости (см. п. 4.3).

При оценке состояния половых органов следует учитывать следующее:

- двустороннее поражение яичек и придатков (наличие уплотнений и бугристости), возникшее вследствие перенесенных воспалений или травмы, является, как правило, объективным свидетельством утраты способности к оплодотворению в результате непроходимости семявыносящих путей или нарушения сперматогенеза;
- поражение только одного яичка обычно не приводит к потере производительной способности, в то время как одностороннее воспаление придатков может быть причиной аспермии вследствие облитерации также противоположного семявыносящего протока в результате сопутствующего эпидидимиту воспалительного процесса в предстательной железе;
- прикорневая и мошоночная эпи- или гипоспадия не являются безусловным признаком неспособности к оплодотворению;
- рубцовые изменения в области семенных пузырьков и предстательной железы являются частой причиной утраты способности к оплодотворению;
- для установления возможности прохождения спермы при сужении мочеиспускательного канала необходимо проведение инструментального обследования в специализированных учреждениях здравоохранения.
- вывод о способности обследуемых к оплодотворению основывается на совокупности всех данных, полученных при опросе, объективном обследовании и исследовании семенной жидкости.

При этом необходимо иметь в виду, что наличие в эякуляте даже небольшого количества подвижных сперматозоидов не может являться основанием для категорического исключения возможности к оплодотворению.

О достижении подростком состояния половой зрелости можно говорить тогда, когда имеются нормальные (соответствующие паспортному возрасту) показатели общего физического развития, хорошо выраженные вторичные половые признаки, нормальное развитие и функционирование наружных и внутренних половых органов.

Резюмирующий раздел исследовательской части экспертного документа может быть представлен в виде таблицы, которая позволит сопоставить результаты экспертного исследования, возрастную норму антропометрических показателей и целевые значения, свидетельствующие о достижении половой зрелости.



	<b>Возрастная норма</b>	<b>Подэкспертный</b>
<b>Рост стоя (см)</b>		
<b>Индекс рост/возраст (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	
<b>Масса тела (кг)</b>		
<b>Индекс масса/возраст (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	
<b>Индекс масса/рост (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	
<b>ИМТ = масса (кг)/(рост (м))<sup>2</sup></b>		
<b>Индекс ИМТ/возраст (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	
<b>Рост сидя (см)</b>	X	
<b>Длина туловища от 7-го шейного позвонка до копчика (см)</b>	X	
<b>Окружность грудной клетки (см)</b>		
- в спокойном состоянии		
- на выдохе	X	
<b>Окружность плеча в средней трети (см)</b>	X	
<b>Окружность голени в средней трети (см)</b>	X	
<b>Целевое значение</b>		
<b>Количество постоянных зубов</b>	28	
<b>Оволосение</b>		
- подмышечные впадины	Ax3	
- лобок	P4	
- лицо	F3	
<b>Щитовидный хрящ</b>	L2	
<b>Мутация голоса</b>	V2	
<b>Уровень тестостерона (нг/мл)</b>		
	2-10	
<b>Наружные половые органы</b>		
<b>Тип строения</b>	мужской	
<b>Наличие деформаций</b>	нет	
<b>Половой член</b>		
- размеры на начало осмотра (см)		
- размеры на конец осмотра (см)		
- крайняя плоть	есть/нет	
- обнажение головки полового члена	полностью	
<b>Яички</b>		
- расположение	в мошонке	
- размеры (см)		
- уплотнения	нет	

<b>Рефлексы</b>		
- брюшные	+, симметричные	
- кремастерные	+, симметричные	
- головки полового члена	+	
<b>Исследование эякулята</b>		
- количество (мл)	2-6	
- концентрация сперматозоидов (млн/мл)	100-500	

На основании совокупности полученных данных эксперт делает вывод о достижении свидетельствуемым состояния половой зрелости. В выводах эксперт указывает, достиг ли свидетельствуемый состояния половой зрелости, а также перечисляет подтверждающие это признаки (данные физического развития, выраженность вторичных половых признаков, строение наружных и внутренних половых органов, уровень тестостерона).

## **ГЛАВА 5**

### **Примеры оформления специального анамнеза, исследовательской части, заключения эксперта.**

#### **Пример акушерско-гинекологического анамнеза при экспертизе гражданки Р., 15 лет:**

«Акушерско-гинекологический анамнез: «Первая менструация в 12 лет, цикл установился сразу, по 28-30 дней, менструации по 3-4 дней, последняя менструация с 6-го по 10-е января 2013 г. Занятия онанизмом отрицаю. Первый половой акт в 12 лет в январе 2011 года, болезненный, после полового акта были выделения крови из половых путей. С января 2011 года по декабрь 2012 года половые акты около 1 раза месяц, всего было три половых партнера. Выделений из половых путей не отмечаю. Беременности, аборт, роды, операции отрицаю. Гинеколога посещала в 2010 году. ВИЧ, сифилис, туберкулез, вирусные гепатиты отрицаю. Употребление алкоголя, наркотических веществ, курение отрицаю».

**Пример специального анамнеза при экспертизе гражданина О.,  
17 лет:**

«Специальный анамнез: «Родился в полной семье первым (единственным) ребенком. Когда мне исполнилось 4 года, мама с папой развелись, я остался жить с мамой. С 7 лет пошел в школу. Занимаюсь футболом. Учусь в 11 классе. В 13 или 14 лет болел ветряной оспой. Не курю, алкоголь не употребляю. Имеющиеся заболевания: сколиоз, в 13 лет был оперирован по поводу кисты правой нижней конечности, в настоящее время наблюдаюсь у дерматолога с диагнозом «парапсориаз». Первый половой акт в мае 2011 года. Когда была первая эрекция, указать не могу (не помню), поллюции отрицаю. Последний половой акт до указанных событий в конце августа 2012 г. Половые акты с мужчинами отрицаю. Занятия онанизмом отрицаю. Напряжение полового члена нормальное. Половой акт заканчивается семяизвержением каждый раз. Была черепно-мозговая травма, в драке несколько лет назад получил сотрясение головного мозга. Две недели назад получил удар мячом в область паха. Венерические заболевания, ВИЧ, гепатит, туберкулез отрицаю».

**Пример оформления исследовательской части и выводов при  
экспертизе гражданки Н., 14 лет 6 месяцев:**

ОБЪЕКТИВНО: гражданка Н. правильного телосложения, нормального питания. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски. Слизистая оболочка преддверия и полости рта розового цвета, гладкая, блестящая. Повреждений слизистой оболочки преддверия и полости рта в виде ссадин, ран, кровоизлияний под слизистую оболочку не выявлено. Зубов 28. Масса тела 46 кг. Рост стоя 146 см, сидя 78 см. Расстояние от 7 шейного позвонка до копчика 49 см. Окружность грудной клетки в покое - 82 см, на глубоком вдохе - 84 см, на выдохе - 75 см. Окружность правого плеча на уровне средней трети 22 см, окружность правой голени на уровне средней трети 31 см, окружность правого запястья 12 см. Размеры таза 26x20x24x14 см. Молочные железы приподняты, полусферической формы, размерами правая 17x15 см, левая - 17x13 см, при пальпации безболезненные, эластичные, однородные. Соски и ареолы выступают в виде конуса, не пигментированы, соски не обособлены, при надавливании из сосков отделяемого нет. Волосы в подмышечных впадинах редкие, длиной до 0,1 см (сбриты), расположены в центре подмышечных впадин. Волосы на лобке редкие, длиной до 1 см, занимают центр лобка, не переходят на бедра и большие половые губы. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Половая щель сомкнута, большие половые губы не прикрывают малые. Область клитора, отверстия

мочеиспускательного канала не изменена. Слизистая оболочка преддверия влагалища, видимой части влагалища, половых губ блестящая, влажная, розового цвета. Повреждений слизистой оболочки не обнаружено. Девственная плева кольцевидной формы, розового цвета, гладкая, слабо растяжимая, слабо эластичная; свободный край девственной плевы ровный, розового цвета; толщина девственной плевы до 0,3 см; высота девственной плевы до 0,5 см; размеры естественного отверстия девственной плевы 0,8x0,7 см. На цифре «9» по условному циферблату часов имеется естественная выемка девственной плевы, полуовальной формы, не доходящая до основания, край выемки ровный, гладкий, розового цвета. Повреждений девственной плевы не обнаружено. Выделений из половых путей, наружного отверстия мочеиспускательного канала не выявлено. При исследовании через прямую кишку матка маленькая, тугоэластической консистенции, на ощупь однородная, шейка матки конической формы, составляет 1/2 от общей длины матки. Придатки не пальпируются. Своды влагалища свободны. Мыс крестца достижим. В области головы, шеи, туловища конечностей видимых повреждений кожного покрова в виде ран, ссадин, внутрикожных кровоизлияний, кровоподтеков, травматического отека мягких тканей не выявлено.

Результаты ультразвукового исследования органов малого таза: общая длина матки 4 см, ширина матки 3 см, переднезадний размер матки 2 см, длина тела матки 2 см, длина шейки матки 2 см; отношение длины шейки матки к длине тела матки составляет 1:1; размеры яичников: правый – 2x2x1 см, левый – 2x1,5x1 см.

При определении половой зрелости у гр. Н учитывалась совокупность следующих признаков развития организма и готовности ее к половой жизни:

<b>Ф.И.О. Н. Возраст 14 лет 6 месяцев</b>	<b>целевое значение</b>	<b>подэкспертная</b>
<b>Рост стоя (см)</b>	не менее 150	146
<b>Индекс рост/возраст (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	1
<b>Масса тела (кг)</b>		46
<b>Индекс масса/возраст (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	3
<b>Индекс масса/рост (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	3
<b>ИМТ = масса (кг)/(рост (м))<sup>2</sup></b>		21,6
<b>Индекс ИМТ/возраст (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	3
<b>Рост сидя (см)</b>	не менее 80	78
<b>Длина туловища от 7-го шейного позвонка до копчика (см)</b>	56-58	49

<b>Окружность грудной клетки (см)</b>		
- в спокойном состоянии	78-80	82
- на выдохе	73-76	75
<b>Окружность плеча в средней трети (см)</b>	30-31	22
<b>Окружность голени в средней трети (см)</b>	40-41	31
<b>Лучезапястный индекс (см)</b>	не менее 14,5	12
<b>Размеры таза (см)</b>		
- расстояние между вертелами	29	26
- расстояние между осями	23	20
- расстояние между гребнями	26	24
- наружная конъюгата	18	14
<b>Количество постоянных зубов</b>	28	28
<b>Оволосение</b>		
- подмышечные впадины	Ax3	Ax2
- лобок	P4	P2
<b>Развитие молочных желез</b>	Ma4	Ma3
<b>Размеры молочных желез (см)</b>	18x14	П. 17x15 Л. 17x13
<b>Менархе</b>	12-13 лет	Ме 12 лет
<b>Регулярность менструального цикла</b>	регулярный	регулярный
<b>Наружные половые органы</b>		
- половая щель	сомкнута	сомкнута
- половые губы	большие прикрывают малые	большие не прикрывают малые
- пороки наружных половых органов	нет	нет
<b>Внутренние половые органы – данные двуручного исследования</b>		
- соотношение длины шейки и общей длины матки	1/3	1/2
- соотношение тела и общей длины матки	2/3	1/2
- форма шейки матки	цилиндрическая	коническая
<b>Данные УЗИ</b>		
- общая длина матки (см)	6-7	4
- ширина матки (см)	3-5	3
- переднезадний размер матки (см)	3-4	2
- длина тела матки (см)	4-6	2
- длина шейки матки (см)	2-3	2

- отношение длины шейки к длине тела матки	1:1,8-1:2	1:1
- размеры яичников	3,2x2x3	П. 2x2x1 Л. 2x1,5x1

## ВЫВОДЫ

На основании проведенной судебно-медицинской экспертизы гр. Н., считаем возможным на вопросы, указанные в постановлении, ответить следующим образом:

На момент проведения судебно-медицинской экспертизы (дата экспертизы) гр. Н. половой зрелости не достигла, о чем свидетельствует уровень общего физического развития, выраженность вторичных половых признаков, развитие наружных и внутренних половых органов (с учетом результатов УЗИ органов малого таза).

### Пример оформления исследовательской части и выводов при экспертизе гражданки Г., 16 лет 3 месяца:

**ОБЪЕКТИВНО:** гражданка Г. правильного телосложения, нормального питания. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски. Слизистая оболочка преддверия и полости рта розового цвета, гладкая, блестящая. Повреждений слизистой оболочки преддверия и полости рта в виде ссадин, ран, кровоизлияний под слизистую оболочку не выявлено. Зубов 28. Масса тела 65 кг. Рост стоя 170 см, сидя 87 см. Расстояние от 7 шейного позвонка до копчика 58 см. Окружность грудной клетки в покое - 84 см, на глубоком вдохе – 87 см, на выдохе – 78 см. Окружность правого плеча на уровне средней трети 30 см, окружность правой голени на уровне средней трети 42 см, окружность правой запястья 15 см. Размеры таза 30x24x26x18 см. Молочные железы приподняты, полусферической формы, размерами правая 20x18 см, левая – 22x19 см, при пальпации безболезненные, эластичные, однородные. Соски и ареолы выступают в виде конуса, не пигментированы, соски не обособлены, при надавливании из сосков отделяемого нет. Волосы в подмышечных впадинах расположены по всей впадине, густые, длиной до 0,1 см (сбриты). Волосы на лобке занимают весь треугольник, распространяются на бедра, длинные, густые, вьющиеся. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Половая щель сомкнута, большие половые губы прикрывают малые. Область клитора, отверстия мочеиспускательного канала не изменена. Слизистая оболочка преддверия влагалища, видимой части влагалища, половых губ блестящая, влажная, розового цвета. Повреждений слизистой оболочки не обнаружено. Девственная плева

кольцевидной формы, розового цвета, гладкая, слабо растяжимая, слабо эластичная; свободный край девственной плевы ровный, розового цвета; толщина девственной плевы до 0,3 см; высота девственной плевы до 0,5 см; размеры естественного отверстия девственной плевы 0,8x0,7 см. Повреждений девственной плевы не обнаружено. Выделений из половых путей, наружного отверстия мочеиспускательного канала не выявлено. При исследовании через прямую кишку матка тугоэластической консистенции, на ощупь однородная, шейка матки цилиндрической формы, составляет 1/3 от общей длины матки. Придатки не пальпируются. Своды влагалища свободны. Мыс крестца достижим. В области головы, шеи, туловища конечностей видимых повреждений кожного покрова в виде ран, ссадин, внутрикожных кровоизлияний, кровоподтеков, травматического отека мягких тканей не выявлено.

Результаты ультразвукового исследования органов малого таза: общая длина матки 6,7 см, ширина матки 3,8 см, переднезадний размер матки 4 см, длина тела матки 4,4 см, длина шейки матки 2,3 см; отношение длины шейки матки к длине тела матки составляет 1:1,9; размеры яичников: правый – 3x2x2 см, левый – 3x2x3 см.

При определении половой зрелости у гр. Г. учитывалась совокупность следующих признаков развития организма и готовности ее к половой жизни:

<b>Ф.И.О. Г. Возраст 16 лет 3 месяца</b>	<b>целевое значение</b>	<b>подэкспертная</b>
<b>Рост стоя (см)</b>	не менее 150	170
<b>Индекс рост/возраст (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	4
<b>Масса тела (кг)</b>		65
<b>Индекс масса/возраст (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	4
<b>Индекс масса/рост (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	4
<b>ИМТ = масса (кг)/(рост (м))<sup>2</sup></b>		22,4
<b>Индекс ИМТ/возраст (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	3
<b>Рост сидя (см)</b>	не менее 80	87
<b>Длина туловища от 7-го шейного позвонка до копчика (см)</b>	56-58	58
<b>Окружность грудной клетки (см)</b>		
- в спокойном состоянии	78-80	84
- на выдохе	73-76	78
<b>Окружность плеча в средней трети (см)</b>	30-31	30
<b>Окружность голени в средней трети (см)</b>	40-41	42

<b>Лучезапястный индекс (см)</b>	не менее 14,5	15
<b>Размеры таза (см)</b>		
- расстояние между вертелами	29	30
- расстояние между осями	23	24
- расстояние между гребнями	26	26
- наружная конъюгата	18	18
<b>Количество постоянных зубов</b>	28	28
<b>Оволосение</b>		
- подмышечные впадины	Ax3	Ax3
- лобок	P4	P4
<b>Развитие молочных желез</b>	Ma4	Ma3
<b>Размеры молочных желез (см)</b>	18x14	П. 20x18 Л. 22x19
<b>Менархе</b>	12-13 лет	Ме 11 лет
<b>Регулярность менструального цикла</b>	регулярный	регулярный
<b>Наружные половые органы</b>		
- половая щель	сомкнута	сомкнута
- половые губы	большие прикрывают малые	большие прикрывают малые
- пороки наружных половых органов	нет	нет
<b>Внутренние половые органы – данные двуручного исследования</b>		
- соотношение длины шейки и общей длины матки	1/3	≈1/3
- соотношение тела и общей длины матки	2/3	≈2/3
- форма шейки матки	цилиндри- ческая	цилиндри- ческая
<b>Данные УЗИ</b>		
- общая длина матки (см)	6-7	6,7
- ширина матки (см)	3-5	3,8
- переднезадний размер матки (см)	3-4	4
- длина тела матки (см)	4-6	4,4
- длина шейки матки (см)	2-3	2,3
- отношение длины шейки к длине тела матки	1:1,8-1:2	1:1,9
- размеры яичников (см)	3,2x2x3	П. 3x3x2 Л. 3x2x3



## ВЫВОДЫ

На основании проведенной судебно-медицинской экспертизы гр. Г., считаем возможным на вопросы, указанные в постановлении, ответить следующим образом:

На момент проведения судебно-медицинской экспертизы (дата экспертизы) гр. Г. достигла половой зрелости, о чем свидетельствует уровень общего физического развития (опережает паспортный возраст), выраженность вторичных половых признаков, развитие наружных и внутренних половых органов (с учетом результатов УЗИ органов малого таза).

### **Пример оформления исследовательской части и выводов при экспертизе гражданина А., 12 лет:**

ОБЪЕКТИВНО: гражданин А. правильного телосложения, нормального питания. Кожный покров физиологической окраски и влажности. Волосы на лице и туловище отсутствуют. Видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Слизистая оболочка преддверия и полости рта розового цвета, влажная, блестящая. Зубов 24, некоторые из них кариозно изменены. Щитовидный хрящ не контурируется, при пальпации угол не выражен. Голос детский, высокий. Масса тела 23 кг. Рост стоя 143,5 см, сидя – 60 см. Расстояние от 7-го шейного позвонка до копчика 40 см. Размах рук 143 см. Окружность грудной клетки в покое 65 см, при глубоком вдохе 68 см, при выдохе 64 см. Окружность правого плеча в средней трети 20 см, правой голени в средней трети 24 см. Грудные железы не увеличены, не приподняты, ареолы и соски не пигментированы, розового цвета, при надавливании отделяемого из сосков не обнаружено. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Размеры полового члена на начало осмотра: длина 4 см, окружность на уровне короны головки 4,2 см, окружность на уровне средней трети тела 4 см, ширина в средней трети тела 1,3 см, ширина на уровне короны головки 1,5 см. Размеры полового члена на конец осмотра: длина 4,3 см, окружность на уровне короны головки 4,3 см, окружность на уровне средней трети тела 4,2 см, ширина в средней трети тела 1,5 см, ширина на уровне короны головки 1,6 см. Деформаций полового члена нет. Крайняя плоть присутствует, головка полового члена обнажается полностью, рубцовых изменений крайней плоти не обнаружено. Уздечка полового члена расположена по средней линии, рубцовых изменений уздечки не обнаружено. Губки уретры розового цвета, без отека, отделяемого из уретры не обнаружено. Кожа мошонки не пигментирована, шов мошонки по средней линии. Яички в мошонке, размерами по 2x1,5x1 см,

эластичные, однородные, поверхность гладкая, придатки не пальпируются, пальпация яичек безболезненная. Брюшные, кремастерные рефлексy живые, симметричные, рефлекс с головки полового члена живой. При исследовании через прямую кишку простата уплощенной шаровидной формы, эластичная, поверхность гладкая, междолевая борозда слабо выражена, доли симметричные.

Представлен результат гормонального исследования от \*\*.\*\*.2013 г. – уровень тестостерона крови 1,5 нг/мл.

При определении половой зрелости у гр. А учитывалась совокупность следующих признаков развития организма и готовности его к половой жизни:

Ф.И.О. А. Возраст 12 лет	Возрастная норма	Подэкспертный
<b>Рост стоя (см)</b>	142,9-155,1	143,5
<b>Индекс рост/возраст (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	
<b>Масса тела (кг)</b>	31,5-29,5	43
<b>Индекс масса/возраст (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	
<b>Индекс масса/рост (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	
<b>ИМТ = масса (кг)/(рост (м))<sup>2</sup></b>		20,8
<b>Индекс ИМТ/возраст (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	
<b>Рост сидя (см)</b>	X*	60
<b>Длина туловища от 7-го шейного позвонка до копчика (см)</b>	X*	40
<b>Окружность грудной клетки (см)</b>		
- в спокойном состоянии	65,8-73,0	65
- на выдохе	X*	64
<b>Окружность плеча в средней трети (см)</b>	X*	20
<b>Окружность голени в средней трети (см)</b>	X*	24
<b>Целевое значение</b>		
<b>Количество постоянных зубов</b>	28	24
<b>Оволосение</b>		
- подмышечные впадины	Ax3	Ax0
- лобок	P4	P0
- лицо	F3	F0
<b>Щитовидный хрящ</b>	L2	L0
<b>Мутация голоса</b>	V2	V0
<b>Уровень тестостерона (нг/мл)</b>	2-10	1,5

<b>Наружные половые органы</b>		
<b>Тип строения</b>	мужской	мужской
<b>Наличие деформаций</b>	нет	нет
<b>Половой член</b>		
- размеры на начало осмотра (см)		4 – 4,2 – 4 – 1,3 – 1,5
- размеры на конец осмотра (см)		4,3 – 4,3 – 4,2 – 1,5 – 1,6
- крайняя плоть	есть/нет	есть
- обнажение головки полового члена	полностью	полностью
<b>Яички</b>		
- расположение	в мошонке	в мошонке
- размеры (см)		П. 2x1,5x1 Л. 2x1,5x1
- уплотнения	нет	нет
<b>Рефлексы</b>		
- брюшные	+, симметрич ные	+, симметричные
- кремастерные	+, симметрич ные	+, симметричные
- головки полового члена	+	+
<b>Исследование эякулята не проводилось</b>		
- количество (мл)	2-6	
- концентрация сперматозоидов (млн/мл)	100-500	

\* - данных о возрастной норме нет

## **ВЫВОДЫ**

На основании проведенной судебно-медицинской экспертизы гр. А, считаем возможным на вопросы, указанные в постановлении, ответить следующим образом:

На момент проведения судебно-медицинской экспертизы (дата экспертизы) физическое развитие гр. А соответствует паспортному возрасту, гр. А половой зрелости не достиг, половые акты совершать не может.

## **Пример оформления исследовательской части и выводов при экспертизе гражданина Б., 15 лет 7 месяцев:**

**ОБЪЕКТИВНО:** гражданин Б. правильного телосложения, повышенного питания. Кожный покров физиологической окраски и влажности. Оволосение на лице: пушок над верхней губой. В подмышечных впадинах волосы редкие, выющиеся, занимают центр впадин. На лобке волосы густые, выющиеся, занимают весь треугольник, не распространяются на бедра и живот. Видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Слизистая оболочка преддверия и полости рта розового цвета, влажная, блестящая. Зубов 28. Щитовидный хрящ не контурируется, при пальпации хорошо выражен. Голос ломающийся. Масса тела 80 кг. Рост стоя 181 см, сидя – 89,5 см. Расстояние от 7-го шейного позвонка до копчика 54 см. Размах рук 180 см. Окружность грудной клетки в покое 89 см, при глубоком вдохе 92 см, при выдохе 85 см. Окружность правого плеча в средней трети 25,5 см, правой голени в средней трети 31,5 см. Грудные железы несколько увеличены, на ощупь однородные, ареолы и соски пигментированы, светло-коричневого цвета, при надавливании отделяемого из сосков не обнаружено. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Размеры полового члена на начало осмотра: длина 8 см, окружность на уровне короны головки 8 см, окружность на уровне средней трети тела 6 см, ширина в средней трети тела 2,5 см, ширина на уровне короны головки 2 см. Размеры полового члена на начало осмотра: длина 10 см, окружность на уровне короны головки 9,5 см, окружность на уровне средней трети тела 10 см, ширина в средней трети тела 3 см, ширина на уровне короны головки 3,2 см. Деформаций полового члена нет. Крайняя плоть присутствует, головка полового члена обнажается полностью, рубцовых изменений крайней плоти не обнаружено. Уздечка полового члена расположена по средней линии, рубцовых изменений уздечки не обнаружено. Губки уретры розового цвета, без отека, отделяемого из уретры не обнаружено. Кожа мошонки пигментирована, шов мошонки по средней линии. Яички в мошонке, размерами по 5х3х3 см, эластичные, однородные, поверхность гладкая, придатки не пальпируются, пальпация яичек безболезненная. Брюшные, кремастерные рефлексы живые, симметричные, рефлекс с головки полового члена живой. При исследовании через прямую кишку простата уплощенной шаровидной формы, эластичная, поверхность гладкая, междолевая борозда слабо выражена, доли симметричные. Произведен непрямой массаж простаты, получен эякулят в количестве 3 мл, густой, однородный, белесоватого цвета, непрозрачный. При микроскопическом исследовании эякулята обнаружены подвижные сперматозоиды в количестве 20 млн/мл.

Представлен результат гормонального исследования от \*\*.\*\*.2013 г. – уровень тестостерона крови 6 нг/мл.

При определении половой зрелости у гр. Б. учитывалась совокупность следующих признаков развития организма и готовности его к половой жизни:

<b>Ф.И.О. Б. Возраст 15 лет 7 месяцев</b>	<b>Возрастная норма</b>	<b>Подэкспертный</b>
<b>Рост стоя (см)</b>		181
<b>Индекс рост/возраст (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	4
<b>Масса тела (кг)</b>	31,5-29,5	80
<b>Индекс масса/возраст (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	5
<b>Индекс масса/рост (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	4
<b>ИМТ = масса (кг)/(рост (м))<sup>2</sup></b>		24,4
<b>Индекс ИМТ/возраст (интервал 1-5)</b>	3 (средний)	4
<b>Рост сидя (см)</b>	X*	89,5
<b>Длина туловища от 7-го шейного позвонка до копчика (см)</b>	X*	54
<b>Окружность грудной клетки (см)</b>		
<b>- в спокойном состоянии</b>	65,8-73,0	89
<b>- на выдохе</b>	X*	85
<b>Окружность плеча в средней трети (см)</b>	X*	25,5
<b>Окружность голени в средней трети (см)</b>	X*	31,5
<b>Целевое значение</b>		
<b>Количество постоянных зубов</b>	28	28
<b>Оволосение</b>		
<b>- подмышечные впадины</b>	Ax3	Ax2
<b>- лобок</b>	P4	P3
<b>- лицо</b>	F3	F1
<b>Щитовидный хрящ</b>	L2	L1
<b>Мутация голоса</b>	V2	V1
<b>Уровень тестостерона (нг/мл)</b>		
	2-10	6
<b>Наружные половые органы</b>		
<b>Тип строения</b>	мужской	мужской
<b>Наличие деформаций</b>	нет	нет
<b>Половой член</b>		
<b>- размеры на начало осмотра (см)</b>		8 – 8 – 6 – 2,5 – 2

- размеры на конец осмотра (см)		10 – 9,5 – 10 – 3 – 3,2
- крайняя плоть	есть/нет	есть
- обнажение головки полового члена	полностью	полностью
<b>Яички</b>		
- расположение	в мошонке	в мошонке
- размеры (см)	4x2x2	П. 5x3x3 Л. 5x3x3
- уплотнения	нет	нет
<b>Рефлексы</b>		
- брюшные	+, симметричн ые	+, симметричны е
- кремастерные	+, симметричн ые	+, симметричны е
- головки полового члена	+	+
<b>Исследование эякулята</b>		
- количество (см)	2-6	3
- концентрация сперматозоидов (млн/мл)	100-500	20

\* - данных о возрастной норме нет

## ВЫВОДЫ

На основании проведенной судебно-медицинской экспертизы гр. Б., считаем возможным на вопросы, указанные в постановлении, ответить следующим образом:

На момент проведения судебно-медицинской экспертизы (дата экспертизы) физическое развитие гр. Б опережает паспортный возраст, гр. Б половой зрелости не достиг (недостаточное развитие вторичных половых признаков, низкая концентрация сперматозоидов в эякуляте), половые акты совершать может (наличие реакции полового члена на осмотр, отсутствие деформаций и пороков развития наружных половых органов).

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение № 1:

Антропометрические показатели, характерные для лиц женского пола, достигших половой зрелости:

Рост стоя	не менее 150 см
Рост сидя	не менее 80 см
Длина туловища от 7 шейного позвонка до копчика	56-58 см
Окружность грудной клетки (спокойно)	78-80 см
Окружность грудной клетки при выдохе	73-76 см
Окружность правого плеча	30-31 см
Окружность правой голени	40-41 см
Ширина плеч	
Размеры таза	- расстояние между вертелами 29 см и более
	- расстояние между осями 23 см и более
	- расстояние между гребнями 26 см и более
	- наружная конъюгата 18 см и более

### Приложение № 2:

Последовательность признаков полового созревания в зависимости от пола

Возраст	Девочки	Мальчики
9-10 лет	рост костей таза, округление ягодиц, незначительное приподнятые сосков молочных желез	
10-11 лет	куполообразное приподнятые грудной железы (стадия "бутона"), появление волос на лобке	начало роста яичек и полового члена
11-12 лет	увеличение наружных гениталий, изменение эпителия влагалища	увеличение простаты, рост гортани
12-13 лет	развитие железистой ткани грудных желез, пигментация сосков, появление первых менструаций	значительный рост яичек и полового члена, рост волос на лобке женского типа

<b>13-14 лет</b>	рост волос в подмышечных впадинах, нерегулярные менструации	быстрый рост яичек и полового члена, узлообразное уплотнение околососковой области, начало изменения голоса
<b>14-15 лет</b>	изменение формы ягодиц и таза	рост волос в подмышечных впадинах, дальнейшее изменение голоса, появление волос на лице, пигментация мошонки, первая эякуляция
<b>15-16 лет</b>	появление угрей, регулярные менструации	созревание сперматозоидов
<b>16-17 лет</b>	остановка роста скелета	оволосение лобка по мужскому типу, рост волос по всему телу, появление сперматозоидов
<b>17-21 год</b>		остановка роста скелета

### **Приложение № 3:**

#### Выраженность вторичных половых признаков

##### **Девочки:**

<b>Развитие волос в подмышечной впадине</b>		
Единичные, короткие волосы		Ax1
Редкие, занимают центральный участок впадины		Ax2
Густые, длинные, вьющиеся, расположены по всей впадине		Ax3
<b>Оволосение лобка</b>		
Единичные, короткие волосы		P1
Занимают центр лобка, редкие, длинные		P2
На всем треугольнике лобка, длинные, вьющиеся, густые		P3
На всем треугольнике лобка, распространяются на бедра, длинные, вьющиеся, густые		P4
<b>Развитие молочной железы</b>		<b>стадия</b>
Сосок приподнят над ареолой, молочная железа не выделяется		Ma1
Сосок и ареола выступают в виде конуса, молочная железа несколько приподнята		Ma2



Сосок и ареола сохраняют форму конуса, молочная железа поднята на большем пространстве	Ma3
Сосок приподнят над ареолой, молочная железа сформирована	Ma4
<b>Становление менструальной функции</b>	
Отсутствие менструаций	Me(-)
Наличие менструаций	Me(+) Возраст менархе

### **Мальчики:**

<b>Развитие волос в подмышечной впадине</b>	
Волосы отсутствуют	Ax0
Единичные, короткие	Ax1
Занимают центр впадины, редкие	Ax2
По всей впадине, густые, длинные, вьющиеся	Ax3
<b>Оволосение лобка</b>	
Волосы отсутствуют	P0
Единичные, короткие	P1
Занимают ограниченное пространство, редкие, длинные	P2
На всем треугольнике лобка, длинные, густые, вьющиеся	P3
Распространяются на бедра, белую линию живота, длинные, густые, вьющиеся	P4
<b>Оволосение лица</b>	
Волосы отсутствуют	F0
Густой пушок над верхней губой	F1
Отдельные жесткие волосы на лице	F2
Сформированные усы и борода	F3
<b>Рост щитовидного хряща (кадыка)</b>	
Не контурируется, не выражен при пальпации	L0
Не контурируется, но выражен при пальпации	L1
Отчетливо выступает	L2
<b>Изменение тембра голоса</b>	
Детский, высокий голос	V0
Мутация (ломка) голоса	V1
Мужской тембр голоса	V2

#### Приложение № 4:

#### Схема интегральной оценки стадии полового развития по Tanner

Для девочек:

- 1 СПР – нет увеличения грудных желез и роста волос на лобке, наружные гениталии детского типа, начало роста яичников, рН влагалища 6,0-7,0
- 2 СПР – развитие грудной железы до стадии «бутона» (2 стадия), затем начало оволосения лобка (2 стадия), ускорения роста тела, преимущественное расширение бедер, увеличение накопления жировой ткани
- 3 СПР – молочная железа и оволосение лобка соответствуют 3 стадии, увеличение влагалища с утолщением эпителия и отложением гликогена в его клетках, снижения рН влагалища до 4-5 и появление во влагалищной слизи палочек Дедерлейна, максимальное ускорение роста тела
- 4 СПР – появление оволосения в подмышечных впадинах, начало менструаций, оволосение лобка и развитие молочной железы соответственно 3 стадии, продолжение увеличения яичников
- 5 СПР – молочные железы соответствуют 4 стадии, оволосение лобка соответствует 4 стадии, уменьшение скорости роста, возникновение регулярных овуляций

Для мальчиков:

- 1 СПР – отмечается ускорение роста и прибавки массы тела, увеличение жировотложения, начало увеличения яичек без оволосения лобка и роста полового члена
- 2 СПР – продолжение ускорения роста тела, увеличение мошонки и яичек с начальным оволосением лобка, увеличением размеров ареолы и ее потемнением
- 3 СПР – увеличение половых органов с ростом полового члена в длину, оволосение лобка 3 степени, появление волос на лице у углов верхней губы, рост ширины плеч относительно ширины таза, существенное увеличение мышечной массы, ломка голоса, преходящая гинекомастия
- 4 СПР – появление волос в подмышечной впадине, развитие половых органов 4 стадии, оволосение лобка 4 стадии, волосы на лице преимущественно в области верхней губы, низкий тембр голоса, первые эякуляции

5 СПР – гениталии и оволосение лобка по взрослому типу, распространение волос на лице, как у взрослого, торможение роста, исчезновение гинекомастии, телосложение взрослого мужчины

**Приложение № 5:**

Средние значения показателей биологического развития мальчиков 4-15 лет

Возраст (годы)	Длина тела (см)	Средняя годовая прибавка длины тела (см)	Число постоянных зубов	Степень развития вторичных половых признаков
4	97,2 - 107,5	6-7	0	
5	104,3 - 114,9	6-7	0-1	
6	111,0 - 121,2	6-7	0-6	
7	118,9 - 130,1	8-9	6-12	
8	123,0 - 134,8	4-5	10-12	
9	127,4 - 139,4	4-5	13-17	
10	133,4 - 143,0	4-5	17-20	
11	138,4 - 149,6	5-6	18-24	
12	142,9 - 155,1	5-6	21-25	P1 Ax0 V0
13	148,0 - 163,4	6-7	25-28	P1,2 Ax1 F0 L0 V0
14	155,1 - 172,1	7-8	28	P2,3 Ax1,2 F1 L1 V1
15	159,5 - 176,3	4-5	28	P3 Ax2,3 F2 L2 V2

**Приложение № 6:**

Средние значения показателей биологического развития девочек 4-15 лет

Возраст (годы)	Длина тела (см)	Средняя годовая прибавка длины тела (см)	Число постоянных зубов	Степень развития вторичных половых признаков
4	96,9 - 107,1	7-8	0	
5	104,8 - 114,0	7-8	0-3	
6	112,1 - 121,9	7-8	0-7	

7	120,0 - 129,6	7-8	8-11	
8	122,1 - 132,9	2-3	10-12	
9	125,4 - 138,2	4-5	12-16	
10	132,9 - 146,5	7-8	17-22	Ma1 P0,1
11	137,5 - 151,5	4-5	20-24	Ma1,2 P1 Ax0,1
12	144,3 - 158,9	7-8	24-26	Ma1,2 P1,2 Ax1,2 Me
13	153,5 - 162,3	6-7	26-28	Ma2,3 P3 Ax2,3 Me
14	154,6 - 165,8	2-3	28	Ma2,3 P3 Ax2,3 Me
15	156,6 - 167,2	1-2	28	Ma3 P3,4 Ax3 Me

### Приложение № 7:

Возрастные нормативы развития вторичных половых признаков у подростков

Возраст, лет	Мальчики	Девочки
<b>14</b>	Ax1P1, Ax1P2, Ax2P1, Ax2p2	Ma2Ax2P3Me(+), Ma2Ax3P2Me(+), MазAx2P2Me(+), Ma2Ax3P3Me(+), Ma3Ax2P3Me(+), Ma3Ax3P2Me(+), Ma3Ax3P3Me(+)
<b>15</b>	Ax3P3, Ax3P2, Ax2P3	Ma2Ax3P3Me(+), Ma3Ax2P3Me(+), Ma3Ax3P2Me(+), Ma3Ax3P3Me(+)
<b>16</b>	Ax3P3 - Ax3P4	Ma3Ax3P3Me(+)
<b>17</b>	Ax3P3 - Ax3P5	Ma3Ax3P3Me(+), Ma4Ax3P3Me(+)

### Приложение № 8:

Размеры матки при физиологическом развитии девочек и девушек по данным УЗИ

Возраст, лет	Размеры матки, мм					М-эхо у не менструирующих девочек	М-эхо у менструирующих девочек	
	общая длина тела с шейкой	длина матки	передне-задний размер	ширина матки	длина шейки матки		день цикла 1-14	день цикла 25-28 (35)

5	30-40		5	15-20	—			—
6	30-40	—	5-6	15-25	—	—	—	—
7	35-50	—	5-8	15-25	—	—	—	
8	35-50	—	6-10	15-25	—	J2	—	—
9	40-50	-	6-10	15-25	—	J2	—:	—
10	45-50	35-40	6-10	20-25	20-28	2—4	—	-
И	50-55	35-40	10-15	25-35	20-25	Тоже	2-4	6-7
12	55-65	35-40	10-15	25-35	20-25	»	Тоже	Тоже
13	64-80	40-45	10-15	40-50	24-30	»	*>	ь
14	69-80	45-50	20-25	40-50	24-30	»	«»	ъ
15	80-85	50-55	25-30	40-50	24-30	—	2-6	6-9
16	Тоже	Тоже	35-40	40-54	25-30	—	Тоже	Тоже
17	»	&	40-45	Тоже	Тоже		*	*

### **Приложение № 9:**

Размеры и структура яичников девочек и девушек по данным УЗИ

<b>Возраст</b>	<b>Размеры яичников и структура</b>
6-8 лет	(18-27) г (11 -13) г (3-5); количество видимых фолликулов 3-10 (диаметр 2-3 мм)
9-11 лет	(20-35) г (12-21) г (5-12): количество видимых фолликулов 2-13 (диаметр 4-22 мм)
12-17 лет	(24—38) г (12—33) г (7—11): количество видимых фолликулов 3—19 (диаметр 4-22 мм)

### **Приложение № 10:**

Нормальные показатели УЗИ малого таза у лиц женского пола, достигших половой зрелости (Норма в медицинской практике: Справочное пособие под ред. А.В. Литвинова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009).

<b>Размеры матки, мм</b>			
<b>Группы</b>	<b>длина</b>	<b>переднезадний</b>	<b>ширина</b>
<b>2-7 лет</b>	30-33	10	16
<b>нерожавшие женщины</b>	67	38	47
<b>рожавшие женщины</b>	74	42	52
<b>генитальный инфантилизм</b>			
<b>I степени</b>	57	34	44
<b>II степени</b>	41	27	34
<b>III степени</b>	29	22	28

<b>Длина шейки матки у женщин</b>	2-3 см
<b>Яичники:</b>	
<b>длина</b>	40-50 мм
<b>ширина</b>	25-29 мм
<b>переднезадний размер</b>	17-21 мм
<b>(объем)</b>	(7400-9000 мм <sup>3</sup> )

**В норме величина яичника не превышает 1/2 поперечника матки**

<b>размер фолликула за 5 дней до овуляции</b>	6-13 мм
<b>увеличение диаметра фолликула</b>	2-4 мм в день
<b>максимальный диаметр фолликула перед овуляцией</b>	14-29 мм
<b>размер желтого тела</b>	12-18 мм

#### **Приложение № 11:**

Нормальные показатели УЗИ простаты (Норма в медицинской практике: Справочное пособие под ред. А.В. Литвинова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009).

<b>длина</b>	2,5-4 см
<b>переднезадний размер</b>	1,8-2,5 см
<b>поперечный размер</b>	2,7-4,2 см

#### **Приложение № 12:**

Размеры яичек у мальчиков по данным УЗИ

<b>новорожденные</b>	10-2х6-8 мм
<b>3-5 лет</b>	15-17х8-10 мм
<b>7-10 лет</b>	18-22х10-12 мм
<b>12-16 лет</b>	40-45х20-26 мм
<b><u>Придаток яичка:</u></b>	
<b>новорожденные</b>	4х4 мм
<b>7-10 годам</b>	7-9х4-5 мм
<b>пубертатный период</b>	10-12х6-9 мм

### **Приложение № 13:**

Нормальные показатели УЗИ щитовидной железы (Норма в медицинской практике: Справочное пособие под ред. А.В. Литвинова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009).

поперечный размер	50-60 мм
переднезадний размер	18-20 мм
размер на уровне перешейка	6-8 мм

### **Приложения № 14:**

Кариопикнотический индекс по М. Г. Арсеньевой - в %. (Норма в медицинской практике: Справочное пособие под ред. А.В. Литвинова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009).

<b>День цикла</b>	<b>Значение</b>
1	25,0-26,6
2	16,6-18,2
3	11,3-12,9
4	20,7-22,0
5	27,1-28,5
6	31,4-33,0
7	36,5-38,3
8	40,9-43,1
9	44,3-46,3
10	49,2-51,4
11	55,6-57,7
12	63,3-65,3
13	72,0-74,0
14	79,1-80,9
15	72,4-74,4
16	59,7-61,7
17	50,2-52,2
18	42,0-43,0
19	36,7-38,0
20	32,9-34,2
21	30,1-30,9
22	26,4-28,0
23	22,7-24,1
24	18,9-19,3
25	14,2-15,4
26	25,8-27,4
27	12,8-14,0
28	1,4-2,0

### **Приложение № 15:**

Нормальные показатели исследования эякулята (Норма в медицинской практике: Справочное пособие под ред. А.В. Литвинова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009).

<b>объем</b>	2-6 мл
<b>цвет</b>	серовато-белый
<b>запах</b>	цветов каштана
<b>относительная вязкость</b>	6,0-6,6
<b>реакция, рН</b>	7,2-7,6
<b>эритроциты</b>	единич. или нет
<b>лейкоциты</b>	единич.
<b>агглютинаты</b>	нет
<b>количество сперматозоидов</b>	100-500 млн/мл
<b>активноподвижные сперматозоиды</b>	более 60%
<b>малоподвижные сперматозоиды</b>	10-20%
<b>неподвижные сперматозоиды</b>	10%
<b>"живые" сперматозоиды</b>	90-95%

### **Приложение № 16:**

Нормальные показатели исследования эякулята (М.Ингерлейб «Медицинские анализы: карманный справочник», Ростов-на-Дону, «Феникс» - 2010 г.).

<b>Оцениваемые параметры</b>	<b>Значение в норме</b>
Объем	2,0-6,0
Цвет	Серовато-белый
Запах	Специфический, цветов каштана
Консистенция	Вязкая
Разжижение	Через 10-60 минут
Вязкость	До 2 см
Мутность	Мутная
Слизь	Нет
Относительная вязкость	6,0-6,6
Реакция рН	7,2-8,0



<b>Микроскопическое исследование</b>	
Плотность сперматозоидов	20-120 млн/мл
Общее количество сперматозоидов	40-600 млн/мл и более
Активно-подвижные сперматозоиды (а)	Более 30%
Малоподвижные с поступательными движениями (b)	Более 20%
Подвижность (a+b)	Более 50%
Отсутствие поступательных движений (с)	10-20%
Неподвижность (d)	10%
Жизнеспособность сперматозоидов	Более 50%
Живые сперматозоиды	90-95%
Агглютинация сперматозоидов	Отсутствует
Агрегация сперматозоидов	Отсутствует
Лейкоциты	Нет или единичные
Эритроциты	Нет или единичные
<b>Морфологические исследование</b>	
Нормальные сперматозоиды	Более 60%
Сперматозоиды с нормальной морфологией головки	Более 30%
Незрелые сперматозоиды	2%
Патологические формы	Менее 40%
Клетки сперматогенеза (дефекты хвостика, головки)	2-4 на 100 клеток
"Остаточные тельца" (свободные капли цитоплазмы)	Не много

### **Приложение № 17:**

Возрастные изменения уровня тестостерона (М.Ингерлейб «Медицинские анализы: карманный справочник», Ростов-на-Дону, «Феникс» - 2010 г.).

<b>Пол</b>	<b>Уровень тестостерона, нмоль/л</b>
Девочки до 1 года	0-2,31
Девочки 1-6 лет	0-1.22
Девочки 6-11 лет	0.49-1.82
Девочки 11-15 лет	0. 84-4.46
Девочки 15-18 лет	1.36-4.73

<b>Женщины старше 18 лет</b>	
Репродуктивный период	0,31-3,78
Беременность	до 3—4 кратного превышения значений небеременных
При использовании пероральных контрацептивов	0,45-2,88
Постменопауза	0,42-4,51
<b>Мужчины</b>	
Мальчики до 1 года	0-17,10
Мальчики 1-6 лет	0-1,51
Мальчики 6-11 лет	0,39-2,01
Мальчики 11-15 лет	0,48-22,05
Мальчики 15-18 лет	3.61-37,67
Мужчины 18-50 лет	5,76-30,43
Мужчины 50-90 лет	5.41-19.54

**Приложение № 18:**

Возрастные изменения уровня кортизола в крови (М.Ингерлейб «Медицинские анализы: карманный справочник», Ростов-на-Дону, «Феникс» - 2010 г.).

<b>Возраст</b>	<b>Уровень кортизола, нмоль/л</b>
0-1 год	28-966
1-5 лет	28-718
5-10 лет	28-1049
10-14 лет	55-690
14—16 лет	28-856
16-90 лет	140-640

**Приложение № 19:**

Возрастные изменения СТГ (М.Ингерлейб «Медицинские анализы: карманный справочник», Ростов-на-Дону, «Феникс» - 2010 г.).

<b>Возраст</b>	<b>Пол</b>	<b>Уровень СТГ, мЕд/л</b>
<b>до 3 лет</b>	мужчины	1.1-6,2
	женщины	1.3-9.1
<b>3-6 лет</b>	мужчины	0,2-6,5
	женщины	0,3-5,7

<b>6-9 лет</b>	мужчины	0.4-8,3
	женщины	0.4-14,0
<b>9-10 лет</b>	мужчины	0.2-5.1
	женщины	0,2-8,1
<b>10-11 лет</b>	мужчины	0,2-12,2
	женщины	0,3-17,9
<b>11-12 лет</b>	мужчины	0,3-23,1
	женщины	0,4-29,1
<b>12-13 лет</b>	мужчины	0,3-20,5
	женщины	0,5-46,3
<b>13-14 лет</b>	мужчины	0,3-18,5
	женщины	0,4-25,7
<b>14-15 лет</b>	мужчины	0,3-20,3
	женщины	0,6-26,0
<b>15-16 лет</b>	мужчины	0,2-29,6
	женщины	0,7-30,4
<b>16-17 лет</b>	мужчины	0,6-31,7
	женщины	0,8-28,1
<b>17-19 лет</b>	мужчины	2,5-12,2
	женщины	0,6-11,2
<b>старше 19 лет</b>	оба пола	0,2-13

### **Приложение № 20:**

Возрастные изменения уровня ТТГ (М.Ингерлейб «Медицинские анализы: карманный справочник», Ростов-на-Дону, «Феникс» - 2010 г.).

<b>Возраст</b>	<b>Уровень ТТГ. мЕд/л</b>
Новорожденные	1.1-17.0
Младше 2 месяцев	0.6- 10.0
2 - 14 месяцев	0.4 - 7.0
14 месяцев — 5 лет	0.4 - 6.0
5- 14 лет	0.4-5.0
старше 14 лет	0.4-4,0

### **Приложение № 21:**

Возрастные изменения уровня андростендиона (М.Ингерлейб «Медицинские анализы: карманный справочник», Ростов-на-Дону, «Феникс» - 2010 г.).

<b>Возраст</b>	<b>Женщины, нмоль/л</b>	<b>Мужчины, нмоль/л</b>
0-1 день	0.5-6.5	0.5-5.0
1-7 дней	0.9-3.3	0.7-3.8
7 дней - 1 месяц	0.3-3.0	0.9-5.5
1-12 месяцев	0.2-5.0	0.2-3.0
1-4 года	0.2-1.5	0.2-1.2
4 года—10 лет	0.1-2.0	0,8-3.0
10-18 лет	См. стадии по Таннеру	
18-90 лет	1.0-11.5	2.1-10.8
<b>Стадии по Таннеру</b>		
1 стадия	0.1-2.0	0.8-3.0
2 стадия	1.0-5.0	0.5-4.0
3 стадия	1.0-7.0	0.6-5.0
4 стадия	0.6-9.0	0.5-7.5
5 стадия	0.6-9.0	1.3-9.0

### **Приложение № 22:**

Возрастные изменения уровня прогестерона (М.Ингерлейб «Медицинские анализы: карманный справочник», Ростов-на-Дону, «Феникс» - 2010 г.).

	<b>Уровень прогестерона, нмоль/л</b>
Мальчики 0-9 лет	менее 1,1
Мальчики 9-18 лет: пубертат, стадии по Таннеру	
1, 2, 3 стадии	менее 1,1
4 стадия	менее 3,5
5 стадия	0,7-2,6
Мужчины 18-90 лет	0,3-2,2

		<b>Уровень прогестерона, нмоль/л</b>
Девочки 0-9 лет		менее 1,1
Девочки 9-18 лет: пубертат, стадии по Таннеру		
1 стадия		менее 1.1
2 стадия		менее 1,8
3 стадия		0,3 - 14,4
4 стадия		0.3-41.6
5 стадия		0.3-30,4
<b>Женщины 18-90 лет</b>		
После пубертатного периода и до постменопаузы	Фолликулярная фаза	0,3-2,2
	Овуляторная фаза (середина цикла)	0,5-9,4
	Лютей новая фаза	7,0-56,6
	Постменопауза	менее 0,6
Беременные	I триместр	8.9-468.4
	II триместр	71,5-303,1
	III триместр	88,7-771,5

**Приложение № 23:**

Возрастные изменения уровня эстрадиола (М.Ингерлейб «Медицинские анализы: карманный справочник», Ростов-на-Дону, «Феникс» - 2010 г.).

<b>Возраст</b>	<b>Девочки, уровень эстоадиола. (пмоль/л)</b>	<b>Мальчики, уровень эстоалиола. (пмоль/л)</b>
0-1 год	менее 155	менее 86
1-5 лет	менее 98	менее 84
5-10 лет	менее 138	менее 69
10-14 лет	менее 355	менее 113
14-18 лет	менее 953	менее 182

			Уровень эстрадиола, п моль/л
<b>Взрослые мужчины (от 18 лет)</b>			40-161
<b>Взрослые женщины (от 18 лет)</b>	После пубертатного периода и до менопаузы	Фолликулярная фаза	68-1269
		Овуляторная фаза	131-1655
		Лютеиновая фаза	91-861
	Постменопауза		менее 73

#### **Приложение № 24:**

Возрастные изменения уровня лептина (М.Ингерлейб «Медицинские анализы: карманный справочник», Ростов-на-Дону, «Феникс» - 2010 г.).

<b>Возраст</b>	<b>Женщины, нг/мл</b>	<b>Мужчины, нг/мл</b>
0-3 года	3.2	2.6
3-6 лет	4.8	1.6
6-9 лет	14.8	8.6
9-12 лет	24	13.8
12-15 лет	34	14.62
15-20 лет	32.8	16.8
20-90 лет	1.1-27.6	0.5-13.8

#### **Приложение № 25:**

Частота дыхания у детей в зависимости от возраста

<b>Возраст</b>	<b>Частота дыхания</b>
новорожденные	40-60
3 месяца	40-35
6 месяцев	30-35
1-2 года	25-26
5-6 лет	20
15 лет	16-18
Старше 15 лет	16

**Приложение № 26:**

Частота пульса у детей в зависимости от возраста

<b>Возраст</b>	<b>Частота пульса</b>
новорожденные	120-140
1 год	120-130
3 года	105-110
5 лет	100
8 лет	80-85
10 лет	75-80
15 лет	70-75

**Приложение № 27:**

Возрастные изменения артериального давления у детей

<b>Возраст</b>	<b>АД, мм рт. ст.</b>
новорожденные	75/35
1 год	90/40
3 года	95/60
5 лет	100/65
8 лет	100/65
10 лет	105/70
15 лет	115/75

**Приложение № 28:**

Возрастные изменения артериального давления у взрослых

<b>Возраст (годы)</b>	<b>АД у женщин</b>	<b>АД у мужчин</b>
15-20	115/75	118/75
20-30	116/78	120/76
30-40	125/80	- 124/80
40-50	140/88	127/82
50-60	155/90	135/85
60-70	160/92	145/87
80-90	175/95	155/89

### **Приложение № 29:**

Возрастные изменения частоты сердечных сокращений у взрослых

<b>Возраст (годы)</b>	<b>ЧСС</b>
15-20	60-90
20-30	60-65
30-40	65-68
40-50	68-72
50-60	72-80
60-70	80-84
80-90	82-85

### **Приложение № 30:**

**Статья 119 УК РСФСР. Половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости.**

Половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости, наказывается лишением свободы на срок до трех лет.

Те же действия, сопряженные с удовлетворением половой страсти в извращенных формах, - наказываются лишением свободы на срок до шести лет.

**Статья 120 УК РСФСР. Развратные действия.**

Развратные действия в отношении несовершеннолетних – наказываются лишением свободы на срок до трех лет.

**Статья 134 УК РФ (действующего с 01.01.1997 г.). Половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста.**

Половое сношение, мужеложство или лесбиянство, совершенные лицом, достигшим восемнадцатилетнего возраста, с лицом, заведомо не достигшим шестнадцатилетнего возраста, - наказываются ограничением свободы на срок до трех лет или лишением свободы на срок до четырех лет.

**Статья 135 УК РФ (действующего с 01.01.1997 г.). развратные действия.**

Совершение развратных действий без применения насилия в отношении лица, заведомо не достигшего четырнадцатилетнего возраста, - наказывается штрафом в размере от трехсот до пятисот минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от трех до пяти месяцев, либо ограничением свободы на срок двух лет, либо лишением свободы на срок до трех лет.



**Статья 134 УК РФ (в ред. Федерального закона от 29.02.2012 г. 14-ФЗ). Половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста**

1. Половое сношение с лицом, **не достигшим шестнадцатилетнего возраста и половой зрелости**, совершенное лицом, достигшим восемнадцатилетнего возраста, -

наказывается обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо ограничением свободы на срок до четырех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до десяти лет или без такового.

2. Мужеложство или лесбиянство с лицом, **не достигшим шестнадцатилетнего возраста и половой зрелости**, совершенные лицом, достигшим восемнадцатилетнего возраста, -

наказываются принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до шести лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до десяти лет или без такового.

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, совершенные с лицом, **достигшим двенадцатилетнего возраста, но не достигшим четырнадцатилетнего возраста**, -

наказываются лишением свободы на срок от трех до десяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пятнадцати лет или без такового и с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового.

4. Деяния, предусмотренные частями первой, второй или третьей настоящей статьи, совершенные в отношении двух или более лиц, -

наказываются лишением свободы на срок от восьми до пятнадцати лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двадцати лет либо без такового.

5. Деяния, предусмотренные частями первой, второй, третьей или четвертой настоящей статьи, совершенные группой лиц, группой лиц по предварительному сговору или организованной группой, -

наказываются лишением свободы на срок от двенадцати до двадцати лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двадцати лет или без такового и с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового.

6. Деяния, предусмотренные частью третьей настоящей статьи, совершенные лицом, имеющим судимость за ранее совершенное преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, - наказываются лишением свободы на срок от пятнадцати до двадцати лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двадцати лет либо пожизненным лишением свободы.

*Примечания.* 1. Лицо, впервые совершившее преступление, предусмотренное частью первой настоящей статьи, освобождается судом от наказания, если будет установлено, что это лицо и совершенное им преступление перестали быть общественно опасными в связи со вступлением в брак с потерпевшей (потерпевшим).

2. В случае, если разница в возрасте между потерпевшей (потерпевшим) и подсудимым (подсудимой) составляет менее четырех лет, к последнему не применяется наказание в виде лишения свободы за совершенное деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи или частью первой статьи 135 настоящего Кодекса.

### **Статья 135 УК РФ (в ред. Федерального закона от 29.02.2012 г. 14-ФЗ). Развратные действия**

1. Совершение развратных действий без применения насилия лицом, достигшим восемнадцатилетнего возраста, в отношении лица, **не достигшего шестнадцатилетнего возраста и половой зрелости**, - наказывается обязательными работами на срок до четырехсот сорока часов, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до десяти лет или без такового.

2. То же деяние, совершенное в отношении лица, **достигшего двенадцатилетнего возраста, но не достигшего четырнадцатилетнего возраста**, -

наказывается лишением свободы на срок от трех до восьми лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пятнадцати лет или без такового и с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового.

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, совершенные в отношении двух или более лиц, -

наказываются лишением свободы на срок от пяти до двенадцати лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двадцати лет либо без такового.

4. Деяния, предусмотренные частями первой, второй или третьей настоящей статьи, совершенные группой лиц по предварительному сговору или организованной группой, -

наказываются лишением свободы на срок от семи до пятнадцати лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двадцати лет или без такового и с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового.

5. Деяние, предусмотренное частью второй настоящей статьи, совершенное лицом, имеющим судимость за ранее совершенное преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, -

наказывается лишением свободы на срок от десяти до пятнадцати лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двадцати лет.

## Литература

1. Авдеев М.И. «Судебно-медицинская экспертиза живых лиц», Москва: «Медицина», 1968 г.
2. Ануфриева Е.В., Насыбуллина Г.М., Ножкина Н.В., Санникова Н.Е. «Оценка физического развития подростков 15,16,17 лет в Свердловской области. Методические рекомендации для врачей», Екатеринбург, 2008.
3. Васильев А.Ю., Ольхова Е.Б. «Ультразвуковая диагностика в детской андрологии и гинекологии» - 2008.
4. Детский ультразвук. Как, когда и почему – Rose de Bruyn – 2005.
5. Дмитриева О.А., Пиголкин Ю.И., Голубева А.В., Гончаренко Д.В. «О половой зрелости лиц женского пола» // «Труды VII Всероссийского съезда судебных медиков. Том 2» - Москва, 2013.
6. Дмитриева О.А., Пиголкин Ю.И. «Судебно-медицинская экспертиза половых функций мужчин», Владивосток: «Лаинс» 2003 г.
7. «Гинекологическая эндокринология» / ред. К.Н.Жмакина – Москва: Медицина, 1976 г.
8. М.Ингерлейб «Медицинские анализы: карманный справочник», Ростов-на-Дону, «Феникс» - 2010 г.
9. Загрядская А.П. «Судебно-медицинская экспертиза при половых преступлениях: методические разработки», Горький – 1975 г.
10. Информационное письмо «Судебно-медицинская экспертиза при спорных половых состояниях и половых преступлениях», Москва – 2003 г.
11. Клевно В.А. «Судебно-медицинская экспертиза: сборник нормативных правовых актов» - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
12. Ковалев А.В., Звягин В.Н. «Порядок установления достижения половой зрелости: методические рекомендации». Москва, 2012.
13. Коколина В.Ф. «Детская и подростковая гинекология». М: ИД «Медпрактика-М», 2006.
14. Курилина Э.В., Бодров А.А., Зазулин В.А., Абасова З.Р. «Правовые и медико-экспертные аспекты установления половой зрелости у лиц женского и мужского пола» // Актуальные вопросы медико-криминалистической экспертизы: современное состояние и перспективы развития – М., 2013.

15. Лоттер М.Г., Ефремов И.С., Вологдин И.В. «К вопросу методики определения половой зрелости женщин и мужчин» // «Актуальные вопросы судебно-медицинской науки и практики» - Тюмень, 2013.
16. Неклюдов Ю.А. «Судебная медицина: справочник» М.: «Дрофа», 2007.
17. Норма в медицинской практике: Справочное пособие под ред. А.В. Литвинова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.
18. Панкова Е.Н., Панова И.В. «О чем говорят анализы?», Ростов-на-Дону, «Феникс» - 2010 г.
19. Пиголкин Ю.И., Дмитриева О.А., Щитов Н.Г., Дерягин Г.Б. «Сексуальное насилие». М: ООО «МИА», 2008.
20. Пыков М.И., Ватолин К.В. «Детская ультразвуковая диагностика», 2001.
21. Райский М.И. «Судебная медицина», М., «Медгиз», 1953.
22. Самойличенко А.Н. «Инструментально-лабораторные методы исследования при судебно-гинекологической экспертизе»// Лабораторная диагностика на службе судебной медицины, Харьков – 1985 г.
23. Самойличенко А.Н. «К вопросу об определении половой зрелости» // Актуальные вопросы медико-криминалистической экспертизы: современное состояние и перспективы развития – М., 2013.
24. Самойличенко А.Н. «О недостатках судебно-медицинской экспертизы по делам об изнасиловании и совершении развратных действий // Суд.-мед. экспертиза – 1985 г. - № 4
25. Самойличенко А.Н. «О классификации девственной плевы // Суд.-мед.экспертиза – 1990 г. – №1
26. Самойличенко А.Н. «Судебно-медицинская гименология», Новосибирск-Сургут – 2006 г.
27. Сердюков М.Г. «Судебная гинекология и судебное акушерство», Издательство «Медицина», Москва – 1964 г.
28. Пол С. Сиди, Вуи К. «Измерения при ультразвуковом исследовании. Практический справочник» - 2009.
29. Скородок Л.М., Савченко О.Н. «Нарушение полового развития у мальчиков», М.: Медицина, 1984 г.
30. Томилин В.В. «Критерии по проведению судебно-медицинской экспертизы лиц мужского пола при половых преступлениях по гражданским делам», Суд-мед эксперт 1999

31. Уварова Е.В. «Детская и подростковая гинекология». М: И «Литтера», 2009.
32. Фандеев А.Л., Фандеева О.М. «Практика проведения экспертиз с установлением половой зрелости лиц женского пола (девочек, девушек)» // «Труды VII Всероссийского съезда судебных медиков. Том 2» - Москва, 2013.
33. Руководство ВОЗ по лабораторному исследованию эякулята человека и взаимодействия сперматозоидов с цервикальной слизью, Москва, Издательство «МедПресс». - 2001 г.
34. Ультразвуковая диагностика болезней новорожденных – Е.А. Улезко, Б.Б. Богданович - 2001.
35. «Оценка физического развития детей и подростков». Учебно-методическое пособие. ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2008.
36. «Методические рекомендации оценки физического развития и состояния здоровья детей и подростков, изучение медико-социальных причин формирования отклонений в здоровье». Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора РФ. 17.03.1996 г. № 01-19/31-17.
37. Правила судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы, Москва – 1966 г.
38. Правила судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин, Москва – 1968 г.
39. Приказ № 346н МЗ и СР РФ «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» от 12.05.2010 г.
40. Уголовный кодекс Российской Федерации. Официальный текст. – Москва, 1996 г.
41. Уголовный кодекс Российской Федерации в редакции Федерального закона от 29.02.2012 г. 14-ФЗ.
42. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации.
43. Комментарий к Уголовному кодексу РСФСР – под ред. Ю.Д. Северина – Москва, 1984 г.