

Е. Е. РОЗЕНБЛЮМ
Проф. М. Г. СЕРДЮКОВ
В. М. СМОЛЬЯНИНОВ

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ
ЭКСПЕРТИЗА

**Руководство для работников суда, расследования
и судебно-медицинской экспертизы**

С 27 РИСУНКАМИ В ТЕКСТЕ

**ПОД РЕДАКЦИЕЙ и С ДОПОЛНЕНИЯМИ
ПРОФ. Н. В. ПОПОВА**



МОСКВА *1935*
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
СОВЕТСКОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

Руководство судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы дает в развернутом виде на основе своей специфической методологии ту часть судебной медицины, которая сопрягается с акушерством и гинекологией.

Книга рассчитана как на врачей судебно-медицинских экспертов, так и на работников расследования и суда.

Редактор **Л. Г. Фогелевич**
Тех. редакция
и корректура } **Х. Величко**
Обл. худ. **К. П. Яницкого**

Цена 3 руб. 30 коп., переплет 60 коп.

II квартал 1935 г. № 17 Индекс С-2. Сдано в набор 26/11 1935 г.
Подписано к печати 11/VI 1935 г. Печатн. листов 15. Авт. л. 19,45.
В 1 бум. л. 110 240 зн. Формат бумаги 62×94/16. Издат. заказ 17.
Заказ тип. № 278. Тираж 4200. Уполномоч. Главлита № Б—6934.

Отпечатано в 18-й типографии треста «Полиграфкнига» Москва,
Варгунихина гора, 8.

ОТ АВТОРОВ

Под «судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизой» следует понимать ту часть судебно-медицинской экспертизы, в частности ту часть «социальной гинекологии» и «социального акушерства», соответственные вопросы которых разрешаются при наличии должного знакомства с акушерством и гинекологией.

В капиталистических странах этим не ограничивается охват предмета акушерско-гинекологической судебно-медицинской экспертизы, так как там в круг задач этой экспертизы входит и обсуждение таких вопросов, как права женщин по уголовному и гражданскому кодексам, равно и вопросы ее социально-бытового положения вообще. С полным уравнием женщин в правах с мужчинами вопросы эти у нас отпадают.

Опыт и наблюдения показывают однако, что одних клинических знаний недостаточно. Эта отрасль работы выросла в обширную, стройную, научно-разработанную дисциплину, давно вышедшую уже из предварительной стадии накопления «фактов» для построения своей методологии. Дилетантству здесь нет и не может быть места. В этой весьма важной и ответственной работе, к которой каждодневно может быть привлечен (и действительно привлекается) любой врач акушер-гинеколог, ощущается сильный пробел. Напрасно приглашенный судом для дачи заключения врач будет искать ответа на те или иные вопросы в руководствах по акушерству и гинекологии. Да и общие руководства по судебной медицине обыкновенно не в состоянии дать необходимые данные для разработки судебно-медицинских заключений. Им пришлось бы для этого значительно расширить свой объем, а потому эти вопросы там большей частью затрагиваются лишь в общих чертах.

Потребность заполнить эту относительную пустоту, потребность иметь научно-установленные руководящие основы для этой повседневной работы судебно-медицинского эксперта, а также акушера-гинеколога растет с каждым днем. Неудивительно, что акушерско-гинекологическая судебно-медицинская экспертиза уже как *специальная дисциплина* последние годы преподается в Центральном институте усовершенствования врачей НКЗдрава РСФСР.

Да и работнику суда и органов расследования требуется близкое знакомство с акушерско-гинекологической судебно-медицинской экспертизой, хотя бы уже для одного того, чтобы с пониманием дела вести следствие и опрос эксперта. При знакомстве с предметом он в конечном итоге согласно предоставленному суду праву свободной оценки представленной экспертизы сознательно решит — считаться ли с ее заключением и мнением как с доказательными или их отвергнуть.

Не следует однако увлекаться и забывать, что те практические сведения, которые почерпнет работник суда, отнюдь не должны вести к полной независимости от данных вполне квалифицированной научной судебно-медицинской экспертизы, что подчас может быть лишь во вред судопроизводству. Приобретенные знания научат его, когда и как ставить вопросы эксперту, и вместе с этим, будучи в состоянии оценить качество представленной экспертизы, он уяснит себе предел возможных требований к экспертизе по тому или иному вопросу данного дела.

Всем затронутым вопросам мы стремились, насколько это позволяют предоставленные размеры, дать возможно полное современное научное и в особенности практическое судебно-медицинское освещение. Особые главы посвящены *судебно-медицинской экспертизе утраты трудоспособности* и избранным отделам *травматизма в акушерстве и гинекологии*, где преподаны руководящие научные основания практической работы. Мы нашли при этом уместным сделать оговорку¹, что в связи с запросами текущей жизни нашего Союза назрел ряд вопросов теории и практики этой весьма серьезной и ответственной работы, требующей в настоящее время пересмотра. Разрешение этих вопросов по почину Е. Е. Розенблюма уже начато в Государственном научно-исследовательском институте судебной медицины НКЗдрава РСФСР.

Исходя из того, что преобладающее число привлекаемых к уголовной ответственности медработников падает, как показывают данные практики экспертизы, на акушеров-гинекологов, мы нашли вполне своевременным и целесообразным уделить внимание так называемым «врачебным делам». Этот большой практической важности и огромного научного как клинического, так и экспертного интереса вопрос пока намечен здесь лишь в общих чертах, с тем однако, чтобы в ближайшем будущем специально к нему вернуться и детально его разработать во всем его широком

¹ См. главу XXIII.

объеме и интересном разнообразии, положив в основу обильный конкретный материал. Материал этот весьма поучителен для клинициста, для судебно-медицинского эксперта, для работников суда и органов расследования, а также в смысле выявления дефектов постановки дела родовспоможения, равно и для ведений судебного следствия.

Мы нашли также полезным для работников суда и расследования, а также для судебно-медицинского эксперта и акушера-гинеколога дать в виде «приложения» разработанные и предложенные тов. Е. Е. Розенблюмом «Правила акушерско-гинекологического судебно-медицинского амбулаторного исследования», одобренные пленумом Научного совета Государственного научно-исследовательского института судебной медицины НКЗдрава, рекомендованные Ученым медицинским советом для практического применения и ныне *утвержденные НКЗдравом РСФСР по согласованию с НКЮ РСФСР*.

В целом, исходя из желания идти навстречу насущным запросам сегодняшнего дня, мы, возможно, всего и не исчерпали. Но если эта работа и в ее настоящем объеме будет способствовать тому, чтобы сведения об этой столь же важной, сколь и интересной науке, стали близки работникам суда и органов расследования и врачам, то мы будем считать свою задачу пока выполненной. За объективную критику и существенные указания и поправки мы будем признательны.

ВВЕДЕНИЕ

Значение акушерско-гинекологической экспертизы в уголовном и гражданском процессах

проф. И. В. Попов

Всякому судебному и следственному работнику известно, какое большое значение имеет экспертиза во многих делах. Нередко все течение и исход дела зависят от экспертизы. В некоторых случаях экспертиза считается даже обязательной — установление причины смерти, тяжести телесных повреждений и психического состояния. Но кроме этих обязательных случаев есть целый ряд уголовных дел, в которых без экспертизы невозможно прийти к какому-либо определенному решению, иногда даже невозможно начать самое дело. Солидное место среди этих дел занимают дела, связанные так или иначе с половыми отправлениями. Иногда это непосредственно половые преступления, иногда же экспертиза полового здоровья имеет косвенное отношение к делу, например при обвинении врача в неоказании помощи. Но так или иначе, а экспертиза полового состояния оказывается необходимой и в том и другом деле.

Прежде всего экспертиза половых состояний необходима при расследовании так называемых половых преступлений, предусмотренных ст. ст. 151—154 УК РСФСР и соответствующими статьями УК других союзных республик. Здесь при помощи экспертизы приходится устанавливать факт совокупления, половую зрелость, растление, формы полового извращения, последствия совокупления, способы насилия и другие обстоятельства незаконного посягательства на половую неприкосновенность. Хотя экспертиза и необязательна, но она имеет очень большое значение и для установления судом факта растления или заражения венерической болезнью. Ясно, что эксперт в этих делах является ближайшим помощником следователя и судьи.

Ст. 155 (сводничество и пр.) редко дает повод к производству экспертизы, но все же иногда и в этих делах требуется установить факт бывшего полового сношения, последствия его, достижение половой зрелости и т.п.

Зато ст. 140 (противозаконный аборт) представляет обширное поле деятельности для эксперта. Прежде всего самый факт аборта может быть установлен только при помощи эксперта. Но кроме того необходимо бывает установить связь аборта с предшествовавшими влияниями, способы и причины аборта, обстановку его, связь наступившей смерти с абортом и еще целый ряд обстоятельств, имеющих отношение к аборту.

Ст. 150 (подмен или похищение ребенка), очень редко встречающаяся в нашей судебной практике, дает повод к экспертизе принадлежности ребенка и установления бывшей беременности и родов у женщины.

Ст. 157 (неоказание помощи больному) может вызвать необходимость экспертизы полового состояния, если обвинение в неоказании помощи касается роженицы, женщины с маточным кровотечением или с другим заболеванием половых органов. То же можно сказать и о других статьях, по которым привлекаются врачи за неправильное лечение, халатное отношение и другие «врачебные преступления», если потерпевшими являются женщины, страдающие заболеваниями половых органов, или роженицы.

Ст. 136 (умышленное убийство) вызывает необходимость акушерской экспертизы в случаях детоубийства, когда необходимо бывает установить новорожденность, жизнеспособность и живорожденность ребенка, причины его смерти, способы детоубийства, признаки недавней беременности и родов у подозреваемой женщины и другие обстоятельства происшествия.

Так как все указанные статьи, кроме 150 и 155, еще постоянно проходят через наши суды всех инстанций, и предусмотренные ими преступления составляют довольно значительный процент среди судебных дел, то важность правильно поставленной акушерско-гинекологической экспертизы совершенно очевидна. Сюда же надо присоединить, что эта экспертиза имеет нередко большое значение и в гражданских делах — об определении происхождения ребенка, определении степени утраты трудоспособности после акушерско-гинекологических заболеваний, определении срока предстоящих родов, правильном определении истинного пола гермафродита. Надо сказать, что

акушерско-гинекологическая экспертиза в гражданских делах определенного рода имеет не меньшее значение, чем в уголовных. К сожалению, ей там часто не придают должного значения.

И в отношении уголовных дел приходится констатировать, что экспертиза в этих делах не стоит на высоте. Часто весьма ответственная акушерско-гинекологическая экспертиза поручается совершенно несведущим в этом деле врачам, а затем следователь или судья не могут разобраться в неправильностях и принимают все на-веру. Иногда дело с подобной недоброкачественной экспертизой проходит через ряд инстанций, начиная с органов дознаний и кончая высшей инстанцией, и всюду идет при непреложности неправильной экспертизы.

Следователь и судья, поручая экспертизу какому-либо врачу, не имеют права успокаиваться на этом и затем принимать мнение врача как непреложную истину. Наоборот, всякая экспертиза должна быть принята судебным работником критически, он должен уметь ее оценить, сопоставить с обстоятельствами дела, выявить противоречия, раз'яснить их путем собственных мероприятий или дополнительной экспертизы, найти основания отвергнуть недоброкачественную экспертизу и способы добиться новой, хорошей экспертизы. Словом, он всегда, во всякую минуту, должен быть настоящим хозяином следствия и не передоверять слепо своих функций другим лицам, хотя бы и очень опытным экспертам. Работа следователя в этом отношении должна начинаться уже с выбора эксперта. Не надо думать, что выбрать эксперта очень легко, что всякий врач может быть экспертом, что всякий гинеколог может дать заключение о растлении, а всякий венеролог — о заражении венерической болезнью, влекущем за собой судебную ответственность. В течение работы эксперта следователь должен интересоваться его работой, давать ему нужные сведения, устранять затруднения. И наконец, мнение эксперта, как сказано, требует особенно глубокой оценки со стороны судебно-следственных органов.

Ясно, что следователь может быть на высоте всех этих задач только в том случае, если сам достаточно хорошо знаком с основами той науки, из области которой производится экспертиза. С этой целью во всех юридических школах преподаются курсы судебной медицины, судебной психиатрии, криминалистики. Это не значит, конечно, что следователь может впасть в другую крайность и считать себя самого экспертом, считать, что он может обойтись без эксперта, но он несомненно должен уметь разбираться в экспертизе и мотивировать в подлежащих случаях свое несогласие с нею.

В следующих главах и излагаются основы той части судебно-медицинской экспертизы, которая касается половых отравлений женщины. Этот вид экспертизы требуется очень часто, трудности здесь очень велики, ошибки подчас необычайно грубы, тяжелы по последствиям и часто встречаются. Эти же обстоятельства обязывают и врачей, производящих судебно-медицинскую, в частности акушерско-гинекологическую экспертизу, быть достаточно осведомленными в этом деле и добросовестно относиться к возложенной на них чрезвычайно ответственной обязанности, тем более, что уровень образования судебно-следственных работников неуклонно повышается, и недалек тот час, когда действительно всякий судья, всякий следователь будут вполне в состоянии критически оценивать всякую экспертизу и легко находить в ней слабые места. А всякая оценка экспертизы есть в то же время и оценка эксперта!

ПОЛОВЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ

ГЛАВА I

Характеристика половых преступлений

1. Некоторые юридические данные

Проф. И. В. Попов

Во всех современных государствах признается преступлением нарушение половой неприкосновенности граждан преждевременными, особо извращенными или насильственными посягательствами на нее со стороны других лиц. Некоторые субъекты, именно не достигшие определенного возраста, при этом признаются безусловно неприкосновенными, и согласие потерпевшей (-шего) на половое сношение не освобождает в этих случаях виновного от ответственности. После достижения этого возраста закон считает сознательное согласие лица, вступающего в половое сношение, необходимым условием для того, чтобы половое сношение не имело признаков противозаконности. При отсутствии согласия совокупление считается «половым преступлением» и влечет за собой наказание. Вынужденное согласие тоже не избавляет виновного от уголовной ответственности. Однако во многих случаях в буржуазных государствах охрана половой неприкосновенности остается в отношении трудящихся женщин лишь грубым лицемерием.

Советское законодательство строго охраняет половую неприкосновенность всех своих граждан, но подходит к этому вопросу иначе, чем буржуазные законы. Последние охраняют прежде всего так называемую «честь женщины» и «невинность девушки», которая согласно буржуазной морали должна сохранить свою девственность до вступлений в брак. Наш закон в защите половой неприкосновенности руководится прежде всего интересами самих лиц, вступающих в половые сношения, и интересами пролетарского государства. Действительно, всякое половое сношение вызывает или может вызвать в некоторых случаях: а) более или менее значительные психические потрясения, носящие иногда характер настоящей психической травмы, б) при многократном повторении — определенный физический ущерб организма, в) заражение венерической болезнью, г) у женщин — беременность и роды с последующими заботами о ребенке. Естественно, что чем моложе организм, тем тяжелее отзываются на нем последствия полового сношения. У девочек сюда присоединяется еще и чисто физическая непригодность их половых органов для совокупления, а тем более для беременности и родов, а у малолетних вообще — развращающее влияние на психику и общее поведение. Поэтому закон вполне целесообразно не дает своим гражданам до определенного возраста права распоряжаться своей половой жизнью, считая, что реальный вред, причиняемый совокуплением малолетним лицам, настолько велик, что ни при каких условиях не должен быть допускаем. Согласие потерпевших детей тем более не может иметь значения, что дети часто не сознают значения самого факта совокупления.

По достижении определенного возраста, когда организм уже достаточно подготовлен к половой жизни и психика вполне может оценить значение совершающегося события, добровольное половое сношение не может считаться социально-опасным фактом. Но закон охраняет право всякого индивида распоряжаться своей половой жизнью в нормальных пределах социальных взаимоотношений, и преследует нарушение этого права. Наши законы не знают изъятий в этом отношении; более того, половое сношение считается незаконным и подлежащим уголовной санкции в том случае, если согласие на него было вынуждено у потерпевшей мерами психического воздействия. Также не считается обязательным и для жены половое сношение с мужем при отсутствии ее желания на это. Буржуазное право, наоборот, рассматривает половые сношения как главную супружескую обязанность и не считает преступлением со стороны мужа насильственное совокупление с женой.

Половые преступления относятся к числу труднейших объектов расследования и судебного разбирательства. Одним из важнейших доказательств здесь является экспертиза, без которой в большинстве случаев невозможно бывает установить даже факт самого преступления. Так как объектами половых преступлений бывают почти всегда девочки, девушки и женщины (хотя закон

упоминает о «лицах» обоего пола)¹, то судебно-медицинская экспертиза носит в этих случаях акушерско-гинекологический характер, и глава об исследовании противозаконного совокупления является одной из наиболее старых и разработанных глав судебной медицины. Но экспертиза только тогда дает следователю существенные и ценные данные, если он примет элементарные меры для гарантии качества экспертизы. Эти меры касаются трех сторон: а) выбора эксперта, б) направления на экспертизу и в) оформления документов.

Ошибочно думать, что гинекологи являются решающими судьями в вопросах экспертизы девственности и изнасилования. Как раз практическому гинекологу с этими вопросами в своей акушерско-гинекологической деятельности почти никогда не приходится встречаться, да и в курсах гинекологии и акушерства они совершенно не упоминаются. Экспертиза этого рода — давнишнее и полное достижение судебной медицины, и относится хотя к числу разработанных, но трудных ее областей. Лишь судебный медик, хорошо изучивший все тонкости и неожиданности судебной акушерско-гинекологической экспертизы, может быть хорошим экспертом в этой области. Отсюда ясно, что производство экспертизы по половым преступлениям следует поручить хорошо образованному, опытному судебному медику. Акушер и гинеколог во многих случаях могут быть очень полезными его помощниками. Лучше всего было бы поручать эти экспертизы так называемым «судебным акушерам-гинекологам», но их у нас еще слишком мало, буквально единицы, лишь в крупных городах.

Направление на экспертизу должно происходить как можно скорее после предполагаемого преступления. Промедление уничтожает наиболее ценные следы, так как полученные при незаконном совокуплении повреждения либо заживают и теряют свежесть, либо исчезают совсем. Правда, следователь здесь связан тем временем, когда к нему пришла потерпевшая, которая сама часто является поздно. Но поскольку это зависит от следователя, он должен принять все меры, чтобы обеспечить возможно быструю экспертизу. Но мало того, он должен обеспечить и *достоверную* экспертизу. Вообще вряд ли можно привести другую такую область судебных дел, где было бы так много обманов, неправильных обвинений, шантажей, как область половых преступлений. Иногда эти обманы бывают, так сказать, добросовестного свойства, когда женщина, например, считает изнасилованием совокупление, за которое она не получила обещанной компенсации материального или морального свойства. Здесь беседа со следователем выясняет истинное положение. Но чаще бывают случаи ложных оговоров с целью мести или извлечения материальной выгоды. Иногда эти оговоры сопровождаются созданием доказательств обвинения, подставными свидетелями и т.п. Бывали случаи, когда к экспертам являлись подставные потерпевшие, например, более молодая девушка вместо более старшей, чтобы эксперт установил недостижение половой зрелости и т.п. Поэтому по возможности следователь должен сам явиться к эксперту вместе с жалобщицей и присутствовать при освидетельствовании, хотя бы в соседней комнате (если он мужчина), или другим возможным способом гарантировать подлинность свидетельствуемой.

В делах о совокуплении с малолетними, где дети нередко являются единственными свидетелями преступлений, надо особенно осторожно относиться к их показаниям. Дети склонны к фантазии, очень внушаемы, легко заучивают и повторяют навязанные им другими слова, и нередки случаи судебных ошибок, основанных на ложных показаниях детей. Детей следует допрашивать в возможно менее официальной обстановке и сперва не задавать вопросов, а предложить ребенку рассказать все, как было, по порядку. Самое освидетельствование детей следует производить в присутствии отца, матери или других взрослых лиц, имеющих над ними попечение. Кроме того, при всяком освидетельствовании должны быть понятые.

Наконец, что касается документального оформления судебно-медицинской экспертизы, то она состоит из двух этапов. В первом заключаются документы, поступающие к эксперту, прежде всего требование следственной власти об исследовании, причем следователь должен точно поставить вопросы, подлежащие разрешению эксперта. При этом отношении должны быть материалы дела, а если таких материалов немного, то они излагаются в требовании. Эти документы следователь должен передать эксперту сам или через доверенного курьера, но не через свидетельствуемую. К сожалению, последнее слишком часто практикуется и ведет к тому, что подлежащие исследованию женщины запаздывают, раздумывают, иногда теряют бумагу, а иногда пользуются ею для вымогательства. Второй этап — составление акта освидетельствования, который должен достав-

¹ Законом от 8 марта 1934 г. у нас предусмотрена наказуемость мужеложства, но последнее встречается в наших условиях чрезвычайно редко.

ляться следователю во всяком случае не через свидетельствуемую. Это еще менее допустимо, чем подобная передача требования об освидетельствовании. Нередки случаи, когда акт врача, врученный женщине для передачи, не доходит до следователя. Поэтому следователи не должны требовать от экспертов передачи актов на руки свидетельствуемым, а врачи не должны выполнять этого требования, если оно есть, а без задержки отсылать акт следователю через курьера или по почте.

В УК РСФСР половые преступления Предусмотрены в ст. ст. 151—154, которые с небольшими изменениями и под другой нумерацией воспроизводятся УК союзных республик.

Ст. 151 предусматривает нарушение половой неприкосновенности лиц, не достигших определенного возраста:

Половое сношение с лицами, не достигшими половой зрелости, сопряженное с растлением или удовлетворением половой страсти в извращенных формах, влечет за собой лишение свободы на срок до восьми лет.

Половое сношение с лицами, не достигшими половой зрелости, совершенное без указанныхотягающих признаков, — лишение свободы на срок до трех лет.

Ст. 152 указывает, что закон охраняет детей не только от совокупления, но даже от тех действий, которые не имеют характера полового сношения как такового, но могут вызвать нежелательные изменения детской психики в сторону половых развращений:

Развращение малолетних или несовершеннолетних, совершенное путем развратных действий в отношении их, — лишение свободы на срок до пяти лет.

Ст. 153 предусматривает совокупление, совершенное без согласия потерпевшей:

Половое сношение с применением физического насилия, угроз, запугивания или с использованием, путем обмана, беспомощного состояния потерпевшего лица (изнасилование) — лишение свободы на срок до пяти лет.

Если изнасилование имело своим последствием самоубийство потерпевшего лица или было совершено над лицом, не достигшим половой зрелости, или хотя бы достигшим таковой, но несколькими лицами, — лишение свободы на срок до восьми лет.

Наконец ст. 154 предусматривает некоторые случаи вынужденного согласия:

Понуждение женщины к вступлению в половую связь или к удовлетворению половой страсти в иной форме лицом, в отношении которого женщина являлась материально или по службе зависимой лишение свободы на срок до пяти лет.

Применение этой статьи редко вызывает необходимость экспертизы, так как факт преступления обычно доказывается другими способами и редко доказуем при помощи экспертизы. В статьях же 151—153 есть ряд понятий, которые для своего установления требуют экспертизы. Таковы: а) половое сношение, б) половая зрелость, в) растление, г) извращенные формы половой страсти, д) развратные действия, е) изнасилование.

Половое сношение, совокупление, хотя и является понятием хорошо всем известным, но в некоторых случаях вызывает споры. Именно, иногда обвиняемый не признает себя виновным, указывая, что введения полового члена во влагалище не было, а совокупление происходило только в преддверии влагалища, или что хотя и было введение члена во влагалище, но оно не окончилось семяизвержением (эякуляцией). Следует определенно сказать, что подобного рода неполные и неоконченные совокупления могут иметь то же влияние на организм потерпевшей и те же последствия (влияние на психику, физический вред, венерические заражения, развращение и даже беременность), что и полное оконченное совокупление, почему в юридическом смысле должны быть полностью приравнены к полному оконченному половому сношению и влечь за собой ту же ответственность.

Половая зрелость является критерием для определения того возраста, в котором половая неприкосновенность подлежит безусловной охране. Почти все законодательства таким критерием ставят определенное число лет (12—14—16 и др.). Это, конечно, удобнее, но не выдерживает критики с биологической точки зрения, так как организм и психика должны охраняться именно до наступления того момента, когда они созревают для половой жизни. А у разных индивидов это бывает в различные возрасты.

К извращенным формам удовлетворения половой страсти относятся совокупления путем введения полового члена в рот (irrumatio), или в прямую кишку (paedicatio), также совокупление, сопряженное с истязаниями потерпевшей (садимизм).

Истязания одни, без полового сношения, производимые для удовлетворения половой страсти, могут быть не менее опасны по своему влиянию и последствиям, почему также преследуются как серьезные преступления.

Встречаются и иные формы извращенного удовлетворения половой страсти, требующие иногда особой экспертизы с участием психиатров.

Под именем *развратных действий* разумеются различные способы удовлетворения полового влечения, не сопряженные с совокуплением как таковым, но производимые при непосредственном участии потерпевших, хотя бы только зрительном (трение полового члена о части тела девочки, онанирование в ее присутствии, щекотание пальцами ее половых частей и т.д.).

Наконец, *изнасилование* представляет собой понятие скорее юридическое, чем медицинское, но включает большой круг вопросов, которые без экспертизы совершенно не могут быть разрешены. И если суд в конечном итоге разрешает вопрос о наличии изнасилования, то решение это основывается исключительно или главным образом на заключении экспертизы. На основании показаний свидетелей или потерпевшей можно прийти к заключению об отсутствии изнасилования, но положительно заключить по этим показаниям о том, что изнасилование действительно было, возможно только в редких случаях.

Способам установления всех этих фактов, начиная с совокупления, и разрешению связанных с ними вопросов посвящены следующие главы. Но прежде чем перейти к ним, необходимо высказать по поводу половых преступлений несколько соображений биологического характера.

2. Краткие биологические данные

Е. Е. Розенблюм

Половое преступление в своей основе предполагает нарушение половой неприкосновенности личности с таким удовлетворением половой страсти, которое противоречит социальному укладу половых отношений.

С понятием «половое преступление» отнюдь не связано представление о правонарушении, стимулом для которого послужил лишь *сексуальный мотив*.

Будучи, как всякое преступление, опасным общественным явлением, половое преступление уже не является частным делом потерпевшего и во всей своей динамике может быть вполне понятно, лишь если охватить его в тесной связи со всей личностью правонарушителя. Судебный работник, будь то врач-эксперт или представитель органов расследования и суда, наряду с моментами социального порядка, должен направлять свое внимание и на биологические особенности правонарушителя, почему-либо совершающего данное опасное действие. У среднего нормального человека половому чувству отведено определенное место, подчиненное контролю сознания и управляемое его волей.

Современный подход к правильному пониманию полового преступления, помимо тщательного изучения фактического материала дела с описанием, как произошло данное правонарушение, помимо всестороннего раскрытия социального окружения, в отличие от прежнего узко формального, узко статического подхода, предполагает предварительное знакомство с основным биологическим вопросом, имеющим непосредственное отношение к половым преступлениям — *вопросом о физиологическом механизме полового акта (coitus) и его компонентах — половом влечении (libido) и половой способности (potentia)*.

Строение человеческого организма и развитие его в направлении того или другого пола, а наряду с этим и развитие полового влечения находятся в прямой зависимости от половых желез: у мужчин — яичек, у женщин — яичников, И те и другие являются железами внутренней секреции, производящими химические продукты, так называемые гормоны, выделяемые в кровь и специфические для каждой железы.

Половое влечение, как теперь считается, представляет собой биологически унаследованный инстинкт, развитие которого подготавливается лишь к определенному возрасту, совпадающему с половым созреванием.

Рефлекторно вызываемый, он в органической своей основе тесно связан с отделением гормонов половых желез. В сфере мужской половой жизни весьма важна внутрисекреторная роль яичек и предстательной железы. Обстоятельно изученные теперь взаимоотношения этих желез вы-

ясняют вполне ряд явлений как физиологии, так и патологии половой жизни, чрезвычайно важных в процессе судебно-медицинского мышления эксперта.

В силу основного закона воздействия этих желез на другие в форме параллельно-перекрестного их взаимоотношения (Белов) здесь отмечаются следующие процессы: от семенных желез к предстательной железе исходят при посредстве гормона параллельные (рис. 1) импульсы, или точнее возбуждение или угнетение семенных желез вызывает соответствующие же явления предстательной. От предстательной же железы к семенным исходят перекрестные (рис. 1) импульсы, т.е. при ее возбуждении угнетаются семенные, а при ее угнетении семенные возбуждаются. Схематически это наглядно, по Белову, может быть представлено на схеме (рис. 1).

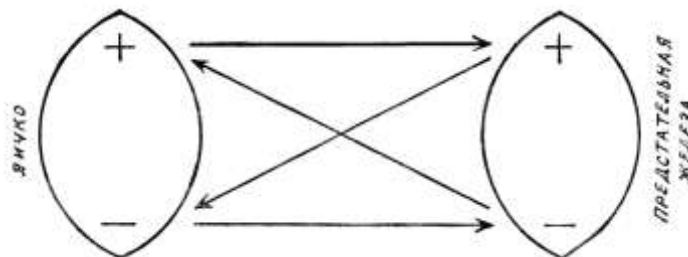


Рис. 1. Схема внутренне-секреторного взаимоотношения яичка и предстательной железы.

В нормальных условиях половой жизни, в соответствии с представленным внутрисекреторным взаимоотношением этих желез, получается полная гармония в половой жизни, т.е. физиологическая смена периода возбуждения с периодом покоя на известный промежуток времени. Отсюда же становится понятной и возможная дисгармония, приобретающая огромное значение в преступлениях против половой неприкосновенности, о чем речь будет ниже.

Что касается *физиологического механизма* самого полового акта, который связан с накоплением продуктов секреции в половых органах, то он, как известно, осуществляется при участии двух, в нормальных условиях обязательно взаимно связанных рефлексов — эрекционно и секреторно-двигательного. Первый, будучи унаследованным рефлексом, вызывается также приливом крови к тазовым органам и может не быть связанным с половым влечением, почему и наблюдается, например, по истечении нескольких месяцев после рождения при переполнении мочевого пузыря или кишок (Бехтерев). Впоследствии он становится сочетательным с половым влечением (при виде обнаженного женского тела). Секреторно-двигательный рефлекс развивается при длительном механическом раздражении половых органов (трение), сопровождающемся резким приливом крови, и заканчивается у мужчин выбрасыванием семени (эякуляция). Не вдаваясь в подробности, например, о роли сока предстательной железы, и не касаясь пока участия нервных механизмов, о чем речь будет особо, можно сказать, что таковы в общем нормальные условия внутрисекреторных функций и связанных с ними рефлексов при половом акте.

В повседневной судебно-медицинской работе особый интерес приобретают случаи конфликта между половым влечением (*libido*) и способностью к совершению полового акта (*potentia*). Каковы органические причины этого расхождения, или, как метко его формулируют Внуков и Эдельштейн: «хочу», когда налицо биологическое «не могу», или «хочу», но психологическое «нельзя» ослаблено, т.е. когда слабы волевые задержки, когда механизмы, регулирующие влечение, недостаточно функционируют? Все это обычно ведет к половым правонарушениям, нередко с особо изощренным преступным направлением полового влечения к детям, родным, лицам своего пола и т.д. Для объяснения этих фактов прежде всего необходимо знать основное в этом вопросе, а именно, что уже в нормальных условиях *пробуждение* полового влечения отнюдь не совпадает с наступлением способности к совершению полового акта и, с другой стороны, *угасание* их может наступать не одновременно, а с промежутками на более или менее продолжительные сроки. Далее эта дисгармония, это расхождение между способностью к совершению полового акта и половым влечением становится понятным из приведенной здесь схемы внутренне-секреторных взаимоотношений предстательной железы и семенных желез (рис. 1). В основе так называемой *половой неврастении* лежит такое изменение функций этих желез, когда имеется повышение деятельности яичек при недостаточной функции предстательной железы, что выражается повышенным половым влечением при «негодных средствах», т.е. при отсутствии или слабости эрекции. Это часто наблюдается при патологических изменениях предстательной железы или в старческом возрасте, причем в случаях

оперативного удаления предстательной железы половое влечение может даже повыситься. Всем знакомы импотентные «развратные старички» со старческими изменениями предстательной железы, но с повышенной «похотливостью», со склонностью к скабрзностям, к преследованию женщин, к половым посягательствам на детей и к разнообразным развратным действиям. Тут эксперту, а также и судье, не следует впасть в ошибку, так как импотенция в данном случае отнюдь не исключает возможности факта развратных преступных действий, и никакого противоречия здесь нет. Нельзя не согласиться; с Внуковым и Эдельштейном, когда они на этом, казалось бы, парадоксе, ставят ударение и говорят, что «именно в самом факте импотенции (бессилия) заключается механизм правонарушения, так как для удовлетворения повышенного полового влечения требуется объект, который будет стимулировать ослабленную потенцию: к жене — полное безразличие, между тем как ребенок эротизирует»¹. На эту связь между половыми преступлениями в отношении малолетних (иногда даже одного пола с правонарушителем) и возрастными изменениями организма инволюционного свойства в свое время обратил внимание еще Ашаффенбург, а Штеккель и Фрейд рассматривают это как проявление психосексуального инфантилизма, когда в период обратного развития данный субъект возвращается вновь к переживаниям и влечениям детства. Правильнее, по нашему мнению, будет объяснение этих извращений вышеупомянутым расстройством внутрисекреторных взаимоотношений, в основе которых лежат те или иные изменения соответствующих желез.

Возможны и обратные явления — повышение деятельности предстательной железы при понижении функции половых желез, что ведет к так называемому «приапизму» — невероятно повышенной эрекции без полового влечения, либо, наоборот, повышенная продукция либидогенных (порождающих половое влечение) веществ может повести к половой психопатии с характером ненасытности полового желания, «половому голоду», или так называемому «сатириазису».

Было бы, однако, неправильно расценивать гармонию и дисгармонию половой жизни исключительно с точки зрения внутрисекреторных отношений и пройти мимо *нервных механизмов*, без влияния которых, конечно, тут не обходится.

И тут существует тесная связь между внутренней секрецией и нервной системой. Если последней и должна быть отведена значительная роль, то необходимо в то же время знать, что на нее оказывает свое действие и внутренняя секреция, которая в свою очередь находится под влиянием нервной системы. Далее необходимо отметить, что половые железы получают импульсы для своей работы не только от предстательной железы (чисто химическое влияние), но и со стороны психо-сексуального центра, через проводящие к половым железам пути. Тут небезынтересно с точки зрения экспертизы отметить, что при поздней кастрации половое влечение может не претерпевать изменений. Если операция произведена после наступления половой зрелости и после имевших уже место половых актов, то у кастратов возможны не только эрекция, но и половые сношения благодаря тому, что нервные центры могли зафиксировать пережитые уже ощущения и эмоции, а нервные механизмы успели уже выработать тип определенной реакции. Этим объясняется, например, что гаремные евнухи набирались из кастрированных в раннем детстве.

Неразрывно с нормальным половым актом связано и так называемое *гетеросексуальное* влечение, т.е. влечение к противоположному полу, источником которого являются половые железы. Поскольку ребенок сначала одинаково привязан к обоим полам и в половом отношении нейтрален, принято считать, что этого рода влечение к противоположному полу не является прирожденным, а возникает и развивается у человека под влиянием социальных факторов в период детства (примеры из окружающей жизни животных, чтение, разговоры, интерес к половым органам, к происхождению человека и пр.). Короче говоря, вся культура и все социальные условия в человеческом обществе концентрируют внимание подростка в направлении к противоположному полу.

Не следует, однако, забывать, что поскольку всякий инстинкт не является чем-то стабильным, неизменным, то и половое влечение, хотя оно и коренится в органической природе организма, все же подвержено влиянию общественной среды, которая оказывает воздействие на направление полового влечения в смысле различных изменений, а иногда и в смысле извращений и уклонов.

¹ В Западной Европе в некоторых местах существует дикое поверье, будто старик может омолодиться посредством совокупления с малолетней невинной девочкой, а заболевший сифилисом или гонореей тем же способом вылечиться, что породило много преступлений. (Леппман).

Половая зрелость

В. М. Смольянинов

Вопрос об определении половой зрелости предлагается для разрешения судебно-медицинской экспертизы в случаях: а) половых сношений (добровольных или насильственных) с лицами, недостижими половой зрелости; б) разращении малолетних или несовершеннолетних. Защита половой неприкосновенности женщины вообще предусмотрена уголовными кодексами союзных республик. Но законодательство имеет в виду особую охрану половой неприкосновенности несовершеннолетних женщин, как наиболее неспособных, по сравнению со взрослыми, к сопротивлению против насилия, обмана.

Всякое половое сношение с малолетними во всех культурных странах рассматривается как тяжкое преступление. Иностранное законодательство обычно точно указывает возраст, с которого прекращается охрана ребенка от полового сношения с ним: этим возрастом чаще всего является 14 лет. Русское дореволюционное право (Уложение о наказаниях) от половых посягательств охраняло лишь девочек-девственниц до 14 лет и имело в виду два случая: 1) насильственное растление и 2) растление без насилия, но с использованием неведения малолетней. Уголовное уложение 1903 года продлило возраст охранения половой неприкосновенности девушек до 16 лет. Уголовные кодексы союзных республик в соответствующих статьях (ст. 151 УК РСФСР, 162 УК УССР, 223 УК БССР и др.) предусматривают охрану несовершеннолетних от половых посягательств, вовсе не указывая их возраста, а лишь полагая основным моментом недостижение ими половой зрелости. При разрешении вопроса об установлении половой зрелости судебно-медицинской экспертизе предлагается трудная задача, где требуется всестороннее рассмотрение и оценка каждой отдельной функции, входящей в половую деятельность женщины.

Половая зрелость определяется как известный период в жизни женщины, когда функционирует ее половой аппарат. Во внутриутробной жизни ребенка дифференцируется его пол; раннее и старшее детство девочки представляют подготовительный период к моменту достижения половой зрелости. Этот вывод позволителен только из целого комплекса фактов — признаков, характеризующих ее наступление. Складываясь постепенно, под сильнейшим воздействием среды, социально-бытовых и экономических условий, определяющих весь дальнейший ход развития, анатомо-физиологическая основа половой зрелости в смысле ее формирования не может быть точно зафиксирована за определенным возрастом подростка. Такое фиксирование соответствующего возраста для половой зрелости, упрощая самый процесс определения ее, может быть только формальным и неправильным разрешением вопроса о достижении половой зрелости.

Нашим Кодексом законов о браке, семье и опеке брачный возраст установлен в 18 лет. Разрешение вступления в брак в этом возрасте предусматривает, что женщины, достигнув 18 лет, в огромном большинстве своем подготовлены для выполнения функций матери, т.е., иначе говоря, являются зрелыми в половом отношении. Это достижение половой зрелости использует для своего развития все предшествующие годы жизни подростка. Внешне оно выявляется группой вторичных половых признаков и состоянием психики, создающихся для каждого (индивида особо, в зависимости от социально-экономических, расовых, климатических условий его жизни. Следовательно, всякое схематизирование при определении периода наступления половой зрелости будет ошибочным. Ее наступление может быть определено для каждой девушки только с учетом всех индивидуальных особенностей ее.

Обязательным условием для признания наличия половой зрелости девушки является ее *способность к совокуплению*. Эта способность зависит от нормального правильного развития и должных размеров наружных половых органов и влагалища девушки, позволяющих совершение совокупления со взрослым мужчиной. Правда, судебно-медицинская практика знает и случаи совокупления взрослых мужчин с девочками в возрасте 12—10 лет (и даже моложе), когда первое совокупление сопровождается большими затруднениями и болезненностью при введении полового члена в половые органы девочки, а иногда (при грубом насилии) и тяжелыми повреждениями. Поэтому эти случаи не могут быть рассмотрены как критерий для суждения о правильном достаточном развитии наружных половых органов, допускающем совокупление.

Развитие наружных половых частей и влагалища подвержено многочисленным индивидуальным особенностям, что следует всегда иметь в виду, независимо от возраста девочки. Кроме

того, различные аномалии развития половых органов вообще могут не позволить совершение совокупления, что находится уже вне всякой связи с возрастом и моментом половой зрелости. Но и правильное сформирование, надлежащее развитие наружных половых органов девушки, позволяющее совершить взрослому мужчине полное совокупление, разумеется, никогда не может одно само по себе привести к выводу о достижении половой зрелости.

Более существенным признаком половой зрелости принято считать *способность к зачатию*. Обычно эту способность связывают с появлением менструаций, внешним признаком которых служат периодические, длящиеся по несколько дней маточные кровотечения.

Появление менструации всегда говорит о наличии овуляции. Тем самым дается основание заключить о возможности зачатия. Время наступления первой менструации чрезвычайно колеблется и зависит от социально-бытовых условий, климата, расовых и индивидуальных особенностей. Так, по отношению к возрасту, Шукитс по 2 275 наблюдениям указывает, что у жительниц Вены первая менструация бывает в 15 лет 8½ месяцев (в среднем), в то же время у жительниц деревни — в 16 лет 2½ месяца; Шоффер для Берлина указывает средний возраст 15¾ года; Росси Дариа для итальянок — 14¼ лет. По данным Груздева, основанным на просмотре 12 000 историй болезни женщин, приехавших в Ленинград из разных областей, менструация наступает в 15¾ года; по Родзевичу (12 439 случаев) — в 16-летнем возрасте. Московские данные (судебно-медицинская амбулатория) указывают, что наибольший процент наступления менструации дают девочки 14-летнего возраста. Практика показывает, что менструация наступает в жарком климате в возрасте 11—15 лет, в умеренном — 12—18 лет, холодном — 13—21 год; в условиях городской жизни раньше, чем в деревне; у материально-обеспеченных раньше по сравнению с малообеспеченными и т.д.

Время наступления первой менструации подвержено значительным колебаниям (от 10 до 21 года). Но известны еще более ранние сроки ее появления. Так, Штрассман собрал около 60 случаев, когда менструация наступила до 10 лет; указывают на наличие месячных у девочек 3—5 лет и даже в грудном возрасте. С другой же стороны, многократные примеры подтверждают возможность беременности у женщин, не имевших менструаций (Жодер, Каспер, Леви). Таким образом, если при определении половой зрелости полагаться только на наличие менструации, то можно определить половую зрелость у лиц, не могущих быть матерью, и, наоборот, исключить половую зрелость там, где женщина вполне, во всех отношениях достигла, полового совершеннолетия.

Ко времени приближения половой зрелости выявляются и быстро развиваются *вторичные половые признаки*. Грудные железы, выраженные у ребенка в виде соска и околососковых дружков над 4 ребром, увеличиваются в объеме, занимая пространство между 3—6 ребрами. Степень развития грудных желез характеризует Покровский в следующем виде: 1) железы почти не выступают над окружающей поверхностью, сосок поднимается над околососковым кружком; 2) железы обнаруживают поднятие на очень ограниченном участке, очертания соска и кружка образуют конус; кружок больших размеров, сосок невелик; 3) железы подняты на большом пространстве, сосок и околососковый кружок такие же, как только что описано; 4) сосок поднимается над околососковым кружком, вся железа принимает размер и форму грудной железы взрослой женщины. Форма грудной железы может быть определена только у созревшего индивида. Различают три типа грудной железы: коническую, полушаровидную, блюдцеобразную. Форма грудной железы с соответствующей характеристикой ее размеров (малая, средняя, большая) и указанием особенностей обычно дает ясное представление о ней.

К группе вторичных половых признаков, а тем самым признаков половой зрелости относится также развитие волосяного покрова в подмышечных впадинах, и в лобковой области. По Штефко рекомендуются следующие обозначения для степеней развития волосяного покрова в подмышечной впадине: 1) отсутствие волос; 2) имеются первые отдельные волоски; 3) волосяной покров ясно выражен; 4) волосяной покров достиг полного развития.

Для характеристики степени развития волосяного покрова на лобке этот же автор указывает определение степеней: 1) отсутствие волос; 2) единичные волосы имеются на ограниченном пространстве в центре лобковой области; 3) волосы довольно густые, хотя промежутки между ними ясно заметны, волосяной покров до бедер не доходит; 4) он выражен на всем протяжении лобковой области, заходит на бедра, намечается закручивание (завивка) волос; 5) полосы развиты так же, как и описано в предыдущем случае, но они гуще, и имеется рост волос по средней линии живота.

Этот период выявления и развития вторичных половых признаков обычно сопровождается также сильным ростом индивида, отложением жира, особенно в области грудных желез и таза, и в результате угловатые формы тела девочки приобретают округленные формы.

Вторичные половые признаки далеко не обязательно появляются одновременно и не обязательно в одинаковой степени бывают все хорошо выражены у одного того же лица. Наоборот, весьма часто имеет место обратное положение.

Вторичные половые признаки и появление менструации, с достоверностью указывая на половое созревание, однако не дают еще окончательного права для положительного вывода о достижении половой зрелости. Половая зрелость определяется не только одними указанными признаками. Женский организм после зачатия должен быть готовым, достаточно развитым как со стороны внутренних половых органов, так и вообще со стороны всего организма к вынашиванию плода. Эта способность формально существует с момента установления менструации, а во многих случаях и раньше ее появления. Но опыт показывает, что раннее наступление беременности (в 14—17 лет) тяжело отражается на состоянии здоровья молодой женщины, представляя к организму непосильные требования, переключая энергию роста и развития организма на вынашивание плода.

Немало описано случаев очень раннего наступления беременности: в случае Горвица — в 12 лет; Вибера — 9½ лет; Куссмауля — 8 лет; Веэфрица — 10½ лет; Хажинского — 6 лет (рис. 2). Но в большинстве своем эти случаи и раннее половое созревание имели объяснение в том или ином нарушении функции эндокринных желез. В противоположность раннему половому созреванию мы имеем примеры позднего созревания, когда женщина, несмотря на высокий возраст, остается инфантильной. Следует считать, что вынашивание плода женщиной выполняется тем легче, чем ближе ее возраст стоит к брачному совершеннолетию.

При нормальных условиях течения беременности и вынашивания плода возникает необходимость определить *способность к физиологическим родам*. Эта последняя зависит от размеров таза, обычно достаточных для прохождения плода у девушки в 16—17 лет. Хотя известны многократные примеры нормальных родов и в более раннем возрасте, однако необходимо всегда иметь в виду тяжелые физические и психические потрясения, которые часто возникают во время родов, особенно у первородящей.

Но и этой способностью провести роды, так же как и зачатие и вынашивание плода, нельзя еще определить наступление половой зрелости. Женщина-мать должна быть способной к выкармливанию, воспитанию ребенка, ухода за ним и вполне сознавать значение всего происшедшего с ней (беременность, роды) и задач, которые ставятся перед ней, как-то: создание условий для развития ребенка и обеспечение этого развития.

Итак, при решении вопроса о достижении или недостижении половой зрелости необходимо всякий раз, в соответствии и в зависимости от социально-экономических, климатических, расовых и индивидуальных (физических и психических) особенностей девушки, установить ее *способность к совокуплению, зачатию, вынашиванию плода, родам, выкармливанию, уходу за ребенком и обеспечению его развития*. Все эти свойства определяют половую зрелость. Однако не исключается в юридическом смысле ее наступление, хотя бы и отсутствовало одно или несколько из ее свойств. Так например, встречаются женщины, достигшие полного физического и психического развития, которое однако вследствие тех или иных болезненных процессов или недоразвития полового аппарата остаются неспособными к совокуплению, зачатию, вынашиванию плода, родам и т.д.

Изложенные факторы, определяющие наступление половой зрелости, создаются постепенно в течение нескольких лет. Вопрос же о половой зрелости обычно приходится решать в какой-нибудь определенный момент роста девушки, в судебно-медицинских случаях в связи с тем или иным половым преступлением против несовершеннолетней, устанавливая ее половую зрелость к моменту происшествия. Это обстоятельство безусловно трудно для эксперта. Были и остаются попытки ввести в судебно-медицинскую практику определение: «Девушка не вполне достигла половой зрелости». Такое заключение для судеб-

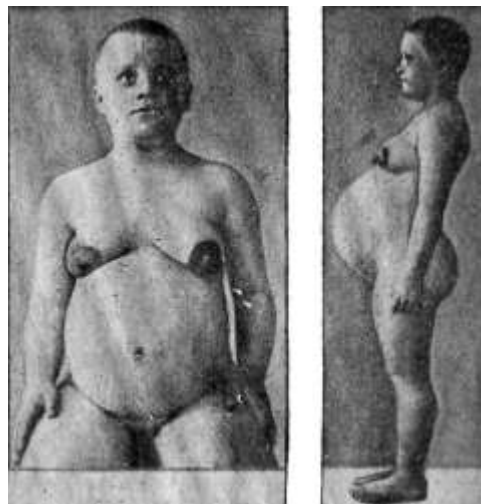


Рис. 2. 6½ лет, девочка, беременная на 10 лунном месяце и родившая ребенка длиной 50 см и весом 3 000 г.

но-следственных органов не может представлять ценности, не давая основания к ведению уголовного преследования или прекращения дела в уголовном порядке.

Конечно, может случиться, что на вопрос о достижении половой зрелости экспертиза не сможет ответить, так как для разрешения этого вопроса не будет достаточных данных. Однако в таких случаях эксперты именно так и должны ответить на заданный им вопрос. Если же данных для ответа достаточно, то ответ экспертов должен быть вполне ясным: «Да, потерпевшая достигла половой зрелости», или: «Нет, она ее не достигла». Поэтому суды ни в коем случае не должны удовлетворяться уклончивыми ответами, они должны добиваться ответа ясного и исчерпывающего — либо положительного, либо отрицательного (см. Правила в приложении).

ГЛАВА III

Определение девственности и бывшего совокупления

Е. Е. Розенблюм

1. Девственная плева

С давних времен ненарушенная целостность девственной плевы считается надежным признаком для установления девственности, является ее как бы *анатомическим* выражением. Поэтому на состояние и строение плевы, представляющей самые разнообразные формы, обращается особое внимание. Это однако не значит, что эксперт может в процессе исследования пренебречь остальными частями наружных половых органов (а подчас и внутренних), хотя им и не принадлежит решающее значение при ответе на поставленный вопрос о девственности. Ясно, что всякий врач, выступающий в качестве эксперта перед судом, должен быть хорошо знаком с анатомией наружных половых органов, полное и обстоятельное описание состояния которых должно найти место в объективных данных акта. Из сопоставлений совокупности всех полученных данных осмотра вытекает в логической последовательности заключение эксперта.

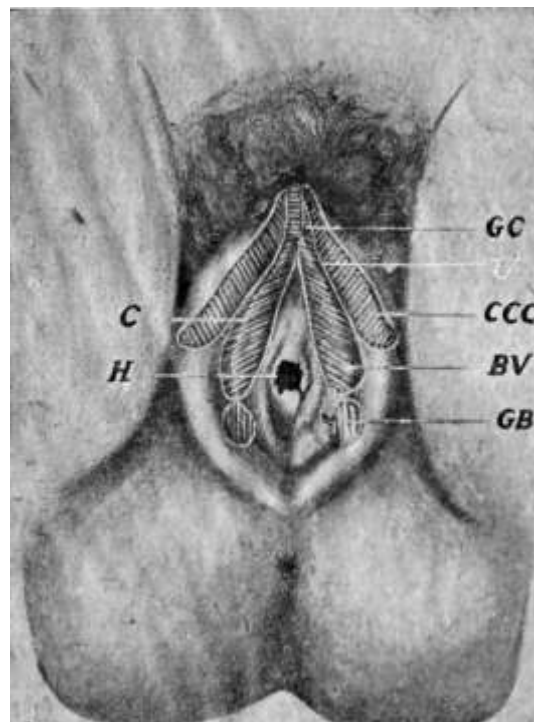
Наружные половые органы — половая щель — женщины, лежащей на спине с хорошо раздвинутыми бедрами в обычном положении на кресле для гинекологического исследования, представляют различную картину в зависимости от того, исследуется ли женщина рожавшая или нет: две изобилующие жиром кожные складки, большие половые губы (см. рис. 3) покрытые по поверхности волосами, закрывают у нерожавших преддверье или вход во влагалище, и видимым остается лишь передний край расположенных между ними малых губ. У детей и эти последние совершенно закрыты большими губами, лишенными оволосения. Малые губы бледнорозовой окраски, очень чувствительны и болезненны при дотрагивании у девственниц, что особенно следует иметь в виду, при их исследовании. При значительном механическом раздражении они быстро становятся красными, а иногда может наступить и маленькое кровотечение. Всегда можно отметить небольшую разницу в длине малых губ, а у готтентоток они достигают чуть ли не 12 см длины («готтентотский передник»), что будто бы вызывается искусственно. Изредка приходится наблюдать и среди наших женщин (конечно рожавших) очень длинные резко пигментированные малые губы, однако не такой длины. Если развести большие и малые губы, или еще лучше, при возможности; захватить их большим и указательным пальцем, потянуть в стороны и вперед, то взору исследующего представляется преддверье влагалища, границами которого являются: по бокам — малые губы, сверху (или спереди) — головка клитора, а сзади (или снизу) — задняя спайка, образующаяся от слияния, точнее, соединения малых губ; впереди последней расположена неглубокая ладьеобразная ямка. Последняя так же, как и задняя спайка, не всегда ясно выражена. Основание преддверья образует девственная плева (гимен), отделяющая преддверье от влагалища.

Девственная плева представляет расположенную поперечно к оси влагалища соединительнотканную перепонку с отверстием; спереди она покрыта многослойным и плоским эпителием слизистой оболочки входа во влагалище, а изнутри — эпителием слизистой влагалища. В своей соединительнотканной основе она наряду с эластичными волокнами богата и сосудами. Преддверье — обычно неглубокое; но нередко, а именно у маленьких детей и у старых женщин, оно может быть более значительной глубины, представляя в целом при этом кратерообразное углубление, основанием которому служит плева. У рожавших женщин вследствие родовой травмы девственная плева местами сглаживается, местами остатки ее представляют бородавчатые возвышения в виде мясистых миртовидных сосочков — отличное свойство рожавшей женщины.

Тщательное и подробное исследование девственной плевы началось лишь с половины XIX столетия, в связи с чем существенно изменились прежние взгляды на нее. Если древние врачи Греции и Рима не придавали особого значения девственной плеве, а Амбруаз Парэ (1575 г.) был одним из главных отрицателей гимена вообще, то уже Тардьё, Девилье и другие утверждали, что им никогда не приходилось наблюдать даже врожденного отсутствия плевы. Эти расхождения прежних и притом весьма серьезных наблюдателей можно объяснить лишь тем, что у объектов их

наблюдений, у маленьких детей, плева нередко представляется в виде едва заметного валика или каемочки, а не перепонки, как понималась плева. В настоящее время наличие плевы как постоянного атрибута наружных половых органов женщины никем не отвергается сомнению. Разнообразие ее форм чрезвычайно велико и только незнание их служит источником неправильных заключений, с чем мы в повседневной судебно-медицинской экспертной работе нередко сталкиваемся и что подчас ведет к весьма неприятным недоразумениям, вплоть до осуждения ни в чем неповинных людей. Существует даже взгляд (Лацарети, Родригес), будто типичной формы гимена вообще нет и каждой женщине свойственна ее собственная плева.

Рис. 3. Наружные половые органы девственницы (губы раздвинуты): GC — головка клитора; U — наружное отверстие мочеиспускательного канала; H — девственная плева; CCC — соответствует большим губам; BV — соответствует малым губам. Черным заштрихованы расположенные под кожей «пещеристые тела» (corpora cavernosa); CC — пещеристые тела клитора; GB — Бартолиниева железа с выводным протоком на внутренней стороне малой губы.



Хотя это и не совсем верно, но все это указывает на то, что если, с одной стороны, и не легко дать единую классификацию девственных плев, то, с другой, это не освобождает от необходимости близкого ознакомления с ними. Проще всего укладывается представление о разнообразных формах, если в описательной части акта экспертизы исходить из двух основных форм плевы, в зависимости от расположения отверстия.

Таковыми основными формами являются:

а) кольцевидная или циркулярная плева (*hymen annularis*) — с центральным расположением отверстия (рис. 4) и

б) полулунная плева (*hymen semilunaris*) — с отверстием, расположенным в верхней части плевы (рис. 5). Производными от этих двух форм являются все прочие формы в зависимости от тех или других характерных особенностей, каковы, например, состояние свободного края, количество отверстий или полное заращение плевы и пр. Если плева представляет еще какие-либо индивидуальные особенности, то на это должно быть указано в описательной части объективных данных.

Исходя в примерной классификации из двух основных форм плевы, кольцевидной и полулунной, различают следующие видовые различия:

Зубчатая д. п. (*h. denticulatus*), когда свободный край мелко зазубрен.

Бахромчатая д. п. (*h. fimbriatus*) (рис. 6), когда зубцы от неровностей свободного края глубже и шире и напоминают бахромку.

Лоскутная д. п. (*h. lobularis*), когда зубцы еще шире и напоминают по виду отдельные лоскутки.

Дольчатая д. п. (*h. lobatus*), когда плева представляется большей частью в виде четырех, редко трех или пяти долек (передняя, задняя и две боковых), причем выемки между ними проникают очень глубоко, иногда почти до основания плевы, т.е. до влагалищной стенки. Случаи эти редки и представляют большие затруднения для диагностики. Лично мне за последние четыре года приходилось наблюдать эту форму плевы всего два раза. Об этой форме плевы, расщепленной в нескольких местах во всю ширину, упоминает и Беллин, причем он утверждает, что в его случаях это нарушение непрерывности не представляло ничего подозрительного в смысле растления.

Килевидная д. п. (*h. carinatus*), когда плева имеет очертания киля корабля, выступающего вперед; эта форма встречается не часто.

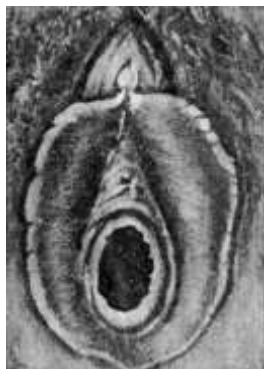


Рис. 4. Кольцевидная плева.



Рис. 5. Полулунная плева.

Воронкообразная д. п. (*h. infundibuloformis*), в виде усеченного конуса, с отверстием на вершине.

Губовидная д. п. (*h. labüformis*), когда верхний и нижний сегменты очень низки и получается впечатление третьей пары половых губ (Гофман); редкая форма, которую нам в типичном виде пришлось видеть всего один раз.

Валикообразная д. п. В виде толстого мясистого валика, расположенного по окружности входа во влагалище, с большим отверстием. Форма встречается крайне редко и делает невозможной диагностику растреления, ибо такая плева почти никогда не разрывается при совокуплении.

Перегороженная д. д. (*h. septus*) (рис. 7), когда отверстие плевы продольным (чаще) или поперечным мостиком разделено на два, большей частью неодинаковой величины отверстия. При этом возможны как кольцевидная перегородженная, так и полулунная перегородженная девственная плева.

Окончатая д. п. (*h. fenestratus*), с 3—4 правильно расположенными отверстиями.

Решетчатая д. п. (*h. cribriformis*), с большим количеством мелких отверстий — крайне редкая форма; некоторые авторы оспаривают ее существование.

Зарощенная или непроходная (*h. imperforatus*), плева совсем без отверстия, зарощение влагалища (*Atresia hymenalis*). Это очень редкое явление, часто бывает в комбинации с уродствами половых частей, особенно влагалища.



Рис. 6. Бахромчатая плева.



Рис. 7. Плева с перегородкой.

В отношении перегородженной д. п. следует сказать, что исследования Гофмана показали, что эта перегородка, так же как и продольные влагалищные складки, представляет собой остатки обратного развития от эмбриональной влагалищной перегородки Мюллеровских ходов. В каждом случае перегородженной плевы можно установить переход передних и задних продольных складок (*columnae rugarum*) непосредственно на перегородку в плеве. Перегородка иногда бывает толщиной в нитку; большей частью ширина ее равна 0,5—1 мм. Возможны конечно и более толстые перегородки, причем в середине они тоньше, чем в местах прикрепления. В случаях, где обратное развитие перегородки пошло дальше вперед, целостность ее в середине нарушается, в результате чего получаются как бы два язычка — один вверху или спереди, другой внизу или сзади, или же только один язычок на одной стороне, когда обратное развитие пошло еще дальше. По мере приближения к ткани плевы эти язычки становятся шире и также, как перегородка, переходят непосредственно на передние и задние продольные складки.

Таким образом они являются не чем иным, как рудиментами: перегородки. Если процесс обратного развития пошел еще дальше, то от перегородки остаются лишь утолщения на месте ее перехода в продольные складки, — утолщения в виде мочек, образующие так называемую *колончатую* плеву. При полулунной плeve, если эта мочка располагается вверху спереди, получается *сердцевидная форма* девственной плевры, как на игральных картах. Эта форма плевры, как и образование язычков, может быть следствием растреления, о чем речь будет ниже.

При исследовании состояния девственной плевры в центре внимания эксперта должен быть свободный край, ограничивающий ее отверстие. Край этот может быть ровным и истонченным или в зависимости от толщины плевры ровным и закругленным. Из вышеприведенных разнообразных форм плевры видно, что очень часто край представляет не ровную линию, а извилистую с поверхностными или более или менее глубокими, так сказать, врожденными, *природными выемками*. Чрезвычайно важно уметь отличать эти природные выемки от заживших травматических надрывов или даже разрывов как последствий растреления. Выше при описании строения свободного края девственной плевры, указано было на неровности, естественные большей или меньшей глубины перерывы, выемки или даже расщепы. В экспертизе изнасилования с растрелением очень видное место занимает умение отличать эти особенности строения, эту естественную прерывистость свободного края плевры и ее хотя редкую, естественную дольчатость. Особо тщательное внимание тут обращается на характерные отличительные свойства (подчас с применением стеклянной палочки и лупы) краев выемок, которые в случае их природного происхождения; должны быть гладкие, розового цвета, не представлять рубцовых утолщений, короче, ткань плевры на месте выемок по своему строению так же нежна, как и на остальном протяжении края плевры. А поскольку разрывы после дефлорации (растреления) лишь очень редко бывают симметрично расположены, то *симметричность* расположения выемок по краю плевры, по мнению многих авторов, может служить доказательством врожденного, а не травматического их происхождения. Исследования Беллина показали, что отношения складок влагалища (*columnae rugarum*) к строению плевры, к краям ее отверстия, к выемкам или расщепам служат важным подспорьем для диагностики и отличия разрыва от природных расщепов, и в согласии с этими давнишними исследованиями Беллина, Гофман прямо указывает на симметричность расположения выемок по отношению к обеим сторонам от влагалищных складок (рис. 8).



Рис. 8. Кольцевидная плева с природными выемками.

Кроме того решающим моментом, в частности в пользу разрыва, должна служить отличающая его *толщина* зарубцевавшихся краев. Расположение и число разрывов по краю плевры, будучи неодинаковыми, носят часто индивидуальный характер, и находятся в зависимости от формы девственной плевры, ее резистентности, свойств подействовавшей внешней причины, взаимоотношений размеров полового члена и отверстия плевры, от наличия или отсутствия на свободном крае выемок, по направлению которых разрывы естественно и возникают. Конечно при установлении диагностики девственности и тут, как и при всякой постановке диагноза, а в данном случае заключения, следует руководствоваться не одним каким-либо признаком, а совокупностью всех объективных данных исследования, так как признаками *девственного состояния половых органов* в целом считаются: упругость больших половых губ, прикрытые ими (у детей) розовые малые губы, узкий вход во влагалище, неповрежденная девственная плева и резко складчатое узкое влагалище. Сочетание всех этих данных в большинстве случаев дает право заключить, что половые органы находятся в девственном состоянии. В акте освидетельствования форма плевры, ее высота, ее край, отверстие, состояние ее слизистой оболочки, месторасположение разрывов, их число, глубина, свежесть или рубцовое состояние поверхности краев разрыва, равно и наличные природные выемки должны быть точно указаны и описаны в объективных данных исследования.

Ошибочно было бы, однако, считать, что описанными формами плевры исчерпываются все ее виды: в практической работе эксперт встречается с такими, которые не укладываются в перечисленные разновидности. Неудивительно, что Лацаретти и Родригес утверждают, что каждой женщине свойственна своя плева. Чаще всего встречаются кольцевидная и полулунная формы плевры.

Интересными и многообещающими являются работы Далля-Вольта, вышедшие в последние годы. Этот автор, изучая постоянное развязтие плевры на зародышах, пытается дать классификацию девственных плевр на базе морфогенеза. Исходя из последнего, Далля-Вольта различает в

порядке постепенности *заращенную, перегороженную, полуперегороженную, килевидную, полулунную, кольцеобразную* и *двойную* девственные плевы. Все встречающиеся зазубрины, бахромки, лоскутки, выемки и тому подобное он считает образованиями вторичными, не имеющими значения для классификации. Поэтому он не признает бахромчатой и дольчатой форм. Однако, так как работы Далля-Вольта являются лишь попыткой классифицировать плевы на эмбриональном базисе, начало чему собственно положено у нас Беллиным, в практической работе следует руководствоваться вышеприведенными формами, тем более, что основные формы признает и Далля-Вольта, а с описательной точки зрения они всех удовлетворяют.

2. Техника исследования

Прежде чем перейти к *диагностике* изнасилования и растления, необходимо сделать несколько *общих замечаний* о технике исследования. Со всех точек зрения и во избежание возможных недоразумений в судебно-медицинском установлении этих случаев предпочтительно и желательно участие не одного, а двух экспертов, которые и подписывают акт освидетельствования. Тщательно собирая сведения об обстоятельствах дела и по клиническим правилам данные гинекологического анамнеза и не упуская в то же время из виду судебной целевой установки, не следует забывать, что в сексуальных делах часто имеют место ложные показания, подчас грубо явного и умышленно недобросовестного характера, примером чему служит следующий случай из моей практики.

23 января 1931 г. мною освидетельствована гр. X-ва, 25 лет, подавшая официальную: жалобу на своего заведующего, обвиняя его в том, что 31 декабря 1930 г. он ее в подвале в рабочие часы изнасиловал и растлил. Половую жизнь до 31 декабря 1930 г. категорически отрицала, а на самом деле оказалась давно рожавшей со старым незащитым разрывом промежности II степени.

Когда ей на это было указано, она без возражения быстро ушла из кабинета и не взяла акта, который разрешено было выдать ей же на руки.

Необходимо иметь в виду, что нередко попадают свидетелемые, не имеющие правильного представления о разнице между изнасилованием и развратными действиями и даже о сущности полового акта.

Несколько лет назад мне пришлось свидетельствовать в порядке *перезэкспертизы* (осужденный подал жалобу на приговор суда) 17-летнюю девушку (из Московской области), у которой мной обнаружена была абсолютно неповрежденная девственная плева; отверстие ее недопускало введения даже кончика пальца. После расспроса выяснилось, что свидетельствуемая не имела вовсе представления о сущности полового акта, и заключение исследовавшего ее местного врача оказалось таким образом грубо-невежественным.

Недоверие должен возбудить рассказ, изобилующий подробностями в то время, когда свидетельствуемая одновременно утверждает, что она была в бессознательном состоянии в момент насилия. Бессознательное состояние исключает возможность запоминания не только подробностей, но и самого существенного. С особой осторожностью следует подходить к расспросу детей, считаясь с их неосведомленностью в половых вопросах вообще и в тонкостях полового разврата в частности. Вопрос о показаниях малолетних и несовершеннолетних в настоящее время вырос в «целую проблему» (Внуков) и породил свою литературу, с которой следует ознакомиться как работнику суда, так и врачу-эксперту¹. Здесь не место распространяться подробно об этом большом вопросе. Ограничусь лишь указанием, что ни с какой стороны нельзя трактовать в судебно-медицинских интересах ребенка «как взрослого». Сам допрос малолетнего должен быть иначе обставлен и предполагает знакомство с психологией малолетних и несовершеннолетних.

Укажу еще на то, что чем наивнее рассказ ребенка, легко поддающегося внушению, тем большего доверия он заслуживает; подробность и обстоятельность отнюдь не равносильны правильности, и ценности показания. Исследовать детей следует всегда в присутствии матери или приведших их старших и предпочтительнее заставлять их самостоятельно рассказать о происшествии, чем задавать вопросы. В, последнем случае больше искажений. Существенное из рассказа фиксируется в акте в рубрике «обстоятельства дела».

Исследование, как уже выше сказано, производится на гинекологическом кресле. В акте освидетельствования в последовательном порядке отмечаются данные анамнеза о менструациях, бывших беременностях (родах и выкидышах), а также о половой жизни до момента освидетель-

¹ Проф. В. Внуков и А. Брусиловский. Психология и психопатология свидетельских показаний малолетних и несовершеннолетних. Юрид. изд. НКЮ УССР, 1929 г.

ствования (см. в приложении «Правила акушерско-гинекологического судебно-медицинского амбулаторного исследования»).

В данных *объективного исследования* — общее состояние свидетельствуемой, причем в соответствующих случаях отмечается соответствие или несоответствие ее внешнего вида и умственного развития указанному возрасту; рост, объем груди и размеры таза; фиксируется состояние вторичных половых признаков (груди и оволосение на лобке и в подмышечных впадинах); отмечаются, в случае их наличия, повреждения на теле, бедрах и в окружности наружных половых органов, могущие служить косвенным указанием на «борьбу» свидетельствуемой и на возможность попытки к совершению или совершенного насильственного полового акта. Далее описываются наружные половые органы, их сформированность и состояние и качество развития (большие и малые губы и пр., вход во влагалище, его слизистая, наличие, характер и количество выделений и пр.). При описании девственной плевы отмечается, как сказано выше, ее форма, высота (ширина), консистенция (мясистая или тонкая, перепончатая), растяжимость, край (тонкий или закругленный, толстый), замечаемые на нем неровности, выемки, их глубину и их отношение к влагалищным столбам, форма и ширина отверстия, плевы, а также состояние слизистой ее (цвет, повреждения и пр.). Введение кончика пальца в отверстие производится с осторожностью, а в соответствующих случаях и вовсе избегается. Если плева эластична, растяжима и допускает введение пальца (а нередко и двух), то это следует, конечно, сделать и попутно произвести гинекологическое исследование. При введении кончика пальца или всего пальца отмечается наличие ощущения кольца сокращения. Введение зеркала в этих судебно-медицинских случаях не производится. В общем описание объективных данных исследования должно быть обстоятельным и полным, дабы из него ясно и логически вытекало заключение. В некоторых случаях не исключена необходимость исследования психики и нервной системы свидетельствуемой, а нередко и обвиняемого.

3. Диагностика девственности и совокупления

Диагностика нарушения девственности очень часто наталкивается на значительные трудности, а чрезвычайная ответственность экспертной работы диктует крайнюю осторожность. При даче заключения необходимо строго индивидуализировать каждый случай, вдумчиво учитывая все обстоятельства дела и обнаруженные объективные данные исследования, а в случае надобности эксперт вправе потребовать у следователя для ознакомлений и все производство по данному делу. Судебно-медицинским экспертам давно уже известно, что если дефекты в девственной плеве не всегда дают основание заключить об утрате девственности, то и наличие неповрежденной плевы отнюдь не является несомненным доказательством девственности. С одной стороны, можно наблюдать случайные разрывы в нежном детском возрасте (у взрослых не бывает) отковырянья пальцем при зуде глистов, рубцы на плеве после воспалительных процессов, например, при дифтерите, тифе и тому подобных заболеваниях¹, что не представляет трудности для дифференциальной диагностики, а с другой, часто наблюдаются случаи, где несомненно имел место половой акт, и притом неоднократный, без повреждения плевы.

Паран Дюшатле приводит случай, где особа, занимавшая в Париже с 15 лет проституцией, сохранила до 51 года девственную плеву целой. Подобные же проститутки были наблюдаемы Розенбергом в прежнем Петербурге.

«Нахождение совершенно неповрежденной девственной плевы, — говорит Гофман, — хотя и представляет один из наиболее ценных признаков девственности, однако отнюдь не абсолютный». Девственная плева может остаться целой и невредимой:

- 1) при неполном совокуплении,
- 2) при преобладании размеров гименального отверстия над величиной полового члена,
- 3) при чрезмерной растяжимости (эластичности) плевы. Каких почти невероятных степеней растяжимости может достигнуть девственная плева видно из того, что она может остаться целой не только после повторно совершенного полового акта, но и после выкидыша, преждевременных и даже срочных родов.

Шредер в своем учебнике говорит, что «совершенно неповрежденная девственная плева встречается у первородящих совсем не так редко». Штейнгауз описывает случай, когда полулунная плева сохранилась после 4-месячного выкидыша; у анатома Гиртля мы читаем про случай, где девственная плева осталась цела после родов 7-месячным

¹ Года два назад мне в одном «врачебном деле» пришлось столкнуться, между прочим, со случаем хирургически предпринятой дефлорации у 16-летней девушки, с разрешения ее отца, с последующим выскабливанием полости матки по поводу угрожавших пубертатных кровотечений.

младенцем, а Винкель упоминает случай Креде, где девственная плева вполне сохранилась после срочных родов. Хробак и Ростхорн наблюдали случай перегородченной плевы сохранившейся неповрежденной к моменту родов, причем перегородка разорвалась лишь при прорезывании головки.

А совсем недавно мне представился следующий случай: родной отец обвинялся в растлении 5-летней дочери, что будто бы имело место накануне дня произведенного мной освидетельствования. При осмотре плевы обнаружен *давно зарубцевавшийся надрыв* посередине внизу. Давность этого нарушения целостности плевы противоречила указанному в препроводительной путевке сроку; данная матерью ребенка своему мужу как отцу характеристика также не допускала этой возможности. Детальный опрос установил, что месяца за 2 до этого девочка страдала *глистами и болела корью*, причем *коровая сыпь распространилась и на область наружных половых органов*, что сопровождалось резким зудом; девочку с трудом удерживали от расчесов. Все это подтверждено было представленной по нашему требованию справкой из больницы, где ребенок находился на излечении.

Все это говорит за то, что в судебно-медицинской экспертизе необходимо при оценке обстоятельств дела и объективных данных отказаться от этого, отчасти и теперь еще полностью не изжитого воззрения на свойства девственной плевы вообще и после первого сокоупления в частности.

Тем не менее во всех случаях, где возникает вопрос о противозаконном сокоуплении, внимание эксперта сосредоточивается на установлении наличия надрывов и разрывов плевы (рис. 9), которые локализуются на свободном ее крае и, доходя до ее основания, очень редко одновременно захватывают тут же и стенку влагалища. К сожалению, подлежащие освидетельствованию очень редко направляются в экспертизу своевременно, т.е. когда следы насилия на теле и в области половых органов еще *свежи* и распознать их не трудно. Большой частью эксперт имеет дело с запоздалыми направлениями, когда установить с точностью давность нарушения целостности плевы уже не представляется возможным.

Обычно, как сказано, обращается особое внимание на число разрывов, на их местоположение, глубину, состояние поверхностей разрывов, окружающей ткани и т.п. И если в свежих случаях мы находим более или менее глубокий, остроугольной формы разрыв, края и основание которого покрыты кровяными корками, а близлежащие части плевы представляются покрасневшими, набухшими, слегка воспаленными, местами с ссадинами и кровоподтеками, то уже через несколько дней, позже всего через неделю, следы кровотечения и воспаления исчезают и раневая поверхность уже рубцуется. В случаях относительно свежих разрывов, т.е. через 2—3 недели после их возникновения, поверхность зарубцевавшихся краев представляется значительно более розовой, чем поверхность слизистой оболочки плевы. Впоследствии, с течением времени зарубцевавшаяся поверхность становится светлой, белесоватой, как всякая рубцовая ткань. Наблюдаемые тут переходы оттенков цвета поверхности уже не совсем свежего разрыва обязывают эксперта быть особенно внимательным в интересах дифференциальной диагностики и их отличия от природных выемок.



Рис. 9. Нарушенная в своей целостности плева.



Рис. 10. Плева с перегородкой, нарушенная в своей целостности.

В случаях, когда свидетельствуется уже *менструирующая девушка* и в доказательство бывшего при изнасиловании кровотечения пред'является запачканное кровью белье, это белье подлежит тщательному исследованию. Не входя здесь в подробности о морфологии менструальной крови, ограничусь лишь следующим указанием: если после соответствующей обработки обнаруживается наличие незначительного количества красных кровяных телец при обилии бактерий, слизи и влагалищного эпителия, то можно предполагать (но без абсолютной уверенности), что имеешь дело с менструальной кровью (Рихтер).

Не следует забывать, что возможны случаи, когда эксперту представляется белье, нарочно запачканное кровью животных. В этом направлении установлен случай, когда один новобрачный усумнился в девственности своей молодой жены, а вместе с этим и в происхождении кровяных

пятен на простыне. Простыня была им представлена в лабораторию, где констатировали, что она запачкана *куриной кровью*.

Однако, как уже замечено было выше, эксперту большей частью приходится иметь дело с такими случаями, когда между происшествием и днем фактического освидетельствования при экспертизе прошло более или менее продолжительное время.

При освидетельствовании *детей* (до 10—12 лет) мы очень редко констатируем следы каких-либо повреждений на теле, что вполне понятно, так как дети обычно без сопротивления отдаются насильнику, не осознавая значения факта. Но и девственная плева очень редко оказывается у них нарушенной в своей целостности, разве лишь при манипуляциях пальцами. Это показывает, что обычно преступники в отношении детей ограничиваются только «развратными действиями», в виде трения полового члена между бедрами девочки, введения пальца между половыми губами и т.п., что не оставляет следов на половых органах или в окружности их. Поэтому в громадном большинстве случаев нет никаких прямых об'ективных указаний на сколько-нибудь значительные механические раздражения половых частей пальцами или мужским половым членом.

Впрочем необходимо оговориться, что приходится наблюдать и прямые попытки к совокуплению с малолетними девочками, попытки, которые имеют очень тяжелые последствия для потерпевших.

Наблюдающаяся же нередко гиперемия слизистой оболочки входа может быть следствием просто неопрятного содержания ребенка.

Точно также и *вульвит*, даже *гонорейный вульвит*, сам по себе без *тщательного анализа обстоятельств дела* и обследования не только обвиняемого, но и близких ребенка, не может быть поставлен в связь, с инкриминируемым деянием. Тем не менее, несмотря на отсутствие каких-либо следов насилия, не исключается возможность того, что в данном случае имели место какие-либо развратные действия, хотя бы в виде легких прикосновений к половым частям девочки, чем обычно и ограничиваются эти действия. Значительно реже делаются попытки к совокуплению, выражающиеся в трении половым членом либо между бедрами, либо самых наружных половых частей с некоторым напором на них, результатом чего в подобных случаях получается *воронкообразный вход во влагалище с возможным повреждением задней спайки губ*; последняя при освидетельствовании детей подлежит сугубо внимательному обследованию, так как наблюдения показывают, что при попытках к совокуплению с детьми, особенно в возрасте 5—10 лет, насилию прежде всего подвергается задняя спайка, а ввиду узости надлобковой дуги и резистентности половых частей вообще, она-то главным образом и принимает на себя давление от напора, задерживая который, препятствует доступу мужского члена к девственной плеве и во влагалище.

Поэтому спайка может быть повреждена или даже совершенно разорваться, между тем как целостность плевы при этом не нарушится.

Многokrратно ставился и сейчас ставится вопрос о возможности возникновения разрыва плевы после *онанистических* манипуляций, довольно распространенных среди детей, а также и взрослых. Хаберда скептически относится к этой возможности.

Большей частью девочки онанируют, производя трение лишь в области малых губ или клитора (Фрич) и до ранения плевы дело не доходит, так как резкая чувствительность гимена является инстинктивным защитным моментом. Не следует однако упускать из виду, что у психопаток и истеричек болевая чувствительность сильно понижена, а на максимальной высоте сладострастных ощущений она и вовсе может исчезнуть.

Ранения стенки влагалища при изнасиловании взрослых, как показывают повседневные наблюдения, очень редки и возможны лишь у старых женщин с атрофическими половыми органами. Вообще же для возникновения таких повреждений благоприятными моментами могут быть: укороченное гипопластическое влагалище, рубцовые и дегенеративные изменения стенок влагалища, что значительно понижает их растяжимость, чрезвычайно бурное совокупление, например в состоянии опьянения, и наконец несоответствие между шириной влагалища и толщиной вводимого полового члена. У молодых девушек и детей в этих случаях могут получиться не только разрывы промежности и фистулы между влагалищем и прямой кишкой (Брок, Леппман), но и сквозное прободение сводов влагалища в брюшную полость.

Несколько затруднительнее установление факта совокупления у *замужних рожавших женщин*. В области половых органов обычно следов совершенного полового акта не обнаруживается. Лишь косвенными указаниями могут быть повреждения на теле или в окружности наружных половых органов, если эти повреждения остаются в результате борьбы. Что касается элементов

спермы (мужского семени), далее лабораторно установленных, то их происхождение у замужних женщин, и условиях совместной супружеской жизни, конечно, легко может быть объяснено и помимо преступного совокупления.

Вообще же доказательство присутствия следов семени на носильном и постельном белье, на простыне, в окружности наружных половых органов, в частности на волосах, во влагалищной слизи и в других близких местах является большим подспорьем в процессе экспертизы, наряду с констатированным повреждением девственной плевы. В случаях, когда введение члена во влагалище не имело места, а наружные половые органы и девственная плева никаких повреждений не имеют (особенно у детей), то обнаружение элементов спермы наиболее доказательно. В свежих случаях, когда и виновник может быть немедленно обследован, возможно платиновой петлей набрать секрет из мочеиспускательного канала подозреваемого и тут же исследовать под микроскопом. Этого рода исследование приобретает особенно важное значение при изнасиловании, сопровождавшемся убийством на почве полового извращения. У женщин, имевших половые сношения с другими мужчинами незадолго до происшествия, наличие элементов спермы, как отмечено, не является доказательным.

В половых частях женщины семенные нити, сперматозоиды, обычно могут быть обнаружены лишь в течение 2—3 дней после полового акта. Иозефсон находил их в шейке матки через 18 часов, а Дюрсен в фаллопиевой трубе (после операции) даже через 3½ недели. На трупе тщательное исследование должно охватить *весь* родовой канал, так как это может иметь большое значение в случаях убийства по сексуальным мотивам.

Гюсси упоминает об одном случае подобного убийства 16-летней девушки, замаскированного под вид самоубийства путем перерезки сонной артерии перочинным ножом. Приблизительно через 20 часов в сводах влагалища и в наружном маточном зеве обнаружены были сперматозоиды, что и заставило убийцу сознаться в преступлении.

Как уже сказано, при своевременном направлении свидетельствуемой к эксперту удастся доказать наличие сперматозоидов на белье и в вагинальном секрете. *Пятна от спермы* на белье могут, сохраняться много лет, если, конечно, белье не подвергалось стирке. Они имеют неправильные очертания, вроде очертаний границ на географических картах, бледно-желтоватого цвета, который по мере приближения к краям пятна становится интенсивнее. Нередко пятна бывают настолько незаметны, что их невозможно бывает рассмотреть при обычном освещении.

На ощупь — пятна крахмалистой плотности. Если на материи (белье, одежде и др.) ничего не видно, то все же его надо направить для исследования. Если есть кварцевая лампа, то она хорошо помогает отыскать следы, которые затем непременно должны быть исследованы в лаборатории на присутствие сперматозоидов. Для исследования все объекты направляются в судебно-медицинскую лабораторию, после соответствующего описания, упаковки и опечатания.

Доказательством присутствия семени является только нахождение *сперматозоидов*. Если сперматозоидов не обнаружено, то это не доказывает отсутствия семени, так как их иногда не удастся отыскать даже при самом тщательном исследовании, иногда же их совсем не бывает у некоторых мужчин (азооспермия — при некоторых болезнях половых органов).

Нередко при развратных действиях или при совокуплении потерпевшей передается *венерическая инфекция* — гонорея, сифилис или мягкий шанкр. Последний, впрочем, имеет второстепенное значение как чисто местное заболевание, не отражающееся на общем состоянии организма. Другое дело гонорея (трипер) и сифилис.

Не касаясь клинических признаков и методов распознавания этих заболеваний, что подробно изложено в специальных руководствах, я ограничусь анализом этого вопроса в судебно-медицинском разрезе, и то лишь в связи с незаконным совокуплением.

Эксперт в этих случаях ставит себе для разрешения три вопроса:

- 1) *Отмечается ли у свидетельствуемой венерическая болезнь и какая именно?*
- 2) *Каким путем эта инфекция возникла?*
- 3) *Какие вредные последствия для здоровья эта болезнь повлекла за собой, или является ли это заболевание по своим последствиям тяжелым?*

Ответ на *первый вопрос* предполагает тщательное исследование свидетельствуемой, причем для определения гонореи помимо клинических признаков большим подспорьем является лабораторное исследование мазков с отделяемым из уретры или вагины (заготовить по возможности побольше препаратов), хотя отрицательный результат с ненахождением гонококков *не всегда должен расцениваться в смысле исключения наличия гонорейного заболевания*. При установлении гонореи у

свидетельствуемой обязательно следует и обвиняемого подвергнуть исследованию по современным правилам клиники.

Несколько затруднительно бывает обнаружить гонококк в хронических случаях мужской гонореи, тем более, что для этого требуется первая утренняя порция мочи, которую исследуемый заведомо будет стараться не давать. Прибегать к применяемому в клинике *методу провокации*, ввиду его болезненности, судебно-медицинскому эксперту не следует, да он и не должен считать себя в праве это делать. Проводимый в клинике *серологический метод* в судебно-медицинской практике пока применения не нашел.

Ответ на *второй вопрос* должен установить наличие или отсутствие причинной связи между обнаруженной у свидетельствуемой гонореей и незаконно совершенным половым актом. Одновременное обнаружение гонореи у свидетельствуемой и у обвиняемого еще не равноценно тому, что он является виновником ее заражения. У женщин, в частности у детей, гонорея совсем не редкое заболевание. Оно могло проявиться и до инкриминируемого акта. Тут, конечно, тщательно и умело собранный анамнез может оказать большую услугу. У детей, до того здоровых, начало заболевания не проходит незамеченным ввиду их жалоб на недомогания со стороны мочеиспускания, отмечаемых пятен на белье и т.п. Точное выяснение инкубационного периода в 3—5 и даже 8 дней после насильственного акта является достаточным для установлении причинности.

Со стороны защиты могут последовать вопросы вроде того, не имеется ли в данном случае *внеполового заражения*, путем переноса от полотенца, губки, простыни и т.п.

Положительный ответ возможен лишь в случае, если на этих предметах обихода *при условии общего ими пользования* обнаружены будут пятна со свежим гонорейным секретом.

Не следует упускать из виду, что не исключается возможности переноса инфекции от близких к ребенку лиц (матери, няни и т.п.), если они совместно спят в одной кровати.

Нередки утверждения, что гонорея заполучена в клозете, что однако редко подтверждается, так как предполагает пользование уборной непосредственно после больного гонореей, который оставил на сиденье свежий гонорейный секрет, пришедший в соприкосновение с половыми органами свидетельствуемой. Это требуется, конечно, установить.

Поскольку пути, по которым происходит проникание микроба в родовой канал, вообще чрезвычайно многообразны, приобретает судебно-медицинское значение и интерес в смысле пути для экзогенной инфекции вода *ванны*, в которой, допустим, мылась свидетельствуемая. В этом отношении всем акушерам известны два случая Бумма, где в клинике наблюдалась инфекция у женщин, купавшихся в ванне, в которой до этого мылись банки с заразным материалом. Таким образом возможность заражения водой ванны установлена, но эти случаи сами по себе исключительные¹.

Нередко обвиняемый, категорически отрицая факт совершения полового акта, утверждает, что заражение последовало от прикосновения *его пальцев* к половым частям свидетельствуемой. В этих случаях при наличии у него острой гонореи со значительной течью, подобное предположение еще допустимо, но при хронической — исключается.

При положительных ответах на первый и второй вопросы эксперту необходимо ответить еще на *третий вопрос*. Сама по себе гонорейная инфекция является безусловно *тяжелым*, так сказать, *увечьем* и в каждом отдельном случае течение болезни может быть разное: процесс может ограничиться либо чисто *местными* явлениями в области наружных половых органов, либо он носит характер *восходящей* гонореи, причем поражаются не только мочеполовые органы, но и суставы, сердечные клапаны, брюшина и прочее, вплоть до гонорейного сепсиса. У девиц, не достигших половой зрелости, течение гонореи в общем более мягкое, но и тут возможна восходящая гонорея.

Сказанное о судебно-медицинском подходе к установлению гонорейной инфекции в общем вполне применимо и к *заражению сифилисом*. Вопрос о наличии сифилитической инфекции при современных методах исследования быстро разрешается. Лишь с точки зрения установления причинной связи с инкубационным периодом вопрос этот несколько труднее разрешить ввиду значительной разницы в длительности инкубации при сифилисе и гонорее.

И тут обвиняемый может утверждать, что потерпевшая уже до инкриминируемого совокупления больна была сифилисом. Здесь органы расследования должны затребовать в помощь себе справку от лечившего врача или диспансера о первом обращении заболевшего и о всем ходе ле-

¹ Подробнее об этом см. Е. Е. Розенблюм, Бактерийная флора родowego канала, пути и условия инфекции в родовом и послеродовом периоде. «Клиническая медицина», т. II, № 5 (21) 1924 г., май.

чения. Надо заметить, что первичная твердая язва нередко проходит незамеченной самим больным, особенно женщинами. С другой стороны, имеются наблюдения, когда у детей сифилитическая сыпь не была распознана и принята была за коревую.

Далее обвиняемый может утверждать, что он совершенно не знал о своей болезни и считал себя здоровым.

При обнаружении специфической первичной твердой язвы или вторичных явлений сифилиса вопрос просто разрешается. Этого, однако, нельзя сказать, если инкриминируемое совокупление было совершено в такой промежуток времени течения болезни, когда никаких видимых наружных проявлений ни на коже, ни на слизистых оболочках не оказывается и вдобавок реакция Вассермана и другие отрицательны. В таком случае можно с доверием отнести к обвиняемому, считавшему себя здоровым.

По вопросу о вредности сифилитической инфекции для организма распространяться не приходится, так как общеизвестно, что заражение это влечет за собой очень серьезные и тяжелые последствия не только для потерпевшей, но сплошь и рядом и для ее потомства.

ГЛАВА IV Изнасилование

Н. В. Попов и Е. Е. Розенблюм

1. Виды изнасилования

Под термином «*изнасилование*» разумеется совокупление без согласия потерпевшего лица. Самое слово указывает на то, что главным способом для преодоления несогласия потерпевшего лица является *сила*, насилие. Но в законе и в судебной практике под понятие изнасилования подводятся и другие случаи совокупления без согласия, когда потерпевшая другими способами приводится в состояние невозможности сопротивляться или вследствие определенных действий преступника *вынуждена* бывает согласиться на совокупление. Подобное понимание термина изнасилование общепринято. Но в то же время судебная практика как советская, так и большинства других государств не допускает распространительного толкования этого термина, которое еще часто встречается среди населения; например, нередко женщина изнасилованием считает добровольное совокупление, не компенсированное обещанными материальными или другими благами — женой, устройством на службу и т. д., — и приносит соответствующую жалобу следователю. Во многих западных кодексах подобное совокупление, полученное путем обещаний, составляет предмет особого преступления — *обольщения*.

Советские кодексы совершенно правильно не признают преступлением «обольщение» взрослой девушки или женщины, считая, что женщина сама имеет возможность разобраться в мотивах обольщения и в реальной ценности обещаний. Самый факт добровольного совокупления в советском государстве ни в какой степени не является позорящим фактом.

Некоторые случаи вынужденного согласия, имеющие социальную опасность, будут рассмотрены ниже.

Ввиду частоты жалоб об изнасиловании, возможности злоупотребления подобным обвинением и щекотливости расследования, следствие по такой жалобе должно производиться особенно тщательно и всесторонне и в то же время без задержек.

В соответствии с текстом закона все виды изнасилования можно свести к трем главным:

- а) изнасилование с применением физического насилия;
- б) изнасилование с использованием беспомощного состояния потерпевшей;
- в) изнасилование с применением психических мер воздействия.

Следует отметить, что хотя закон упоминает в ст. 153 УК не о женщине, а о «лице», которым может быть и мужчина, в громадном большинстве случаев, по природе половых взаимоотношений, потерпевшей оказывается женщина. Ст. 154 (понуждение к вступлению в половую связь), напротив, говорит о женщинах как о потерпевших, хотя возможны случаи обратные — понуждение женщиной зависимого от нее мужчины к вступлению в половую связь.

2. Изнасилование с применением физического насилия

Говоря о совокуплении, вынужденном у женщины посредством применения грубой физической силы, необходимо прежде всего выяснить общий вопрос о пределах и возможностях сопротивления взрослой здоровой женщины.

Может ли взрослая здоровая женщина быть изнасилована одним мужчиной? Этот вопрос с давних времен интересовал судебных медиков и юристов и до сего времени не потерял своего интереса.

Старыми судебными врачами (П. Закхей, Мецгер) и даже целыми врачебными корпорациями (Лейпцигский медицинский факультет) этот вопрос определенно разрешался в отрицательном смысле. Новейшие авторы (Гофман, Эммерт) хотя и не отрицают справедливости такого взгляда, но не признают его безусловно верным. Нельзя, конечно, утверждать они, говорить о насилии, если женщина оказывается крепкой, а обвиняемый слабосильным, но и не очень слабая женщина после энергичного и длительного сопротивления может наконец выбиться из сил. Эти авторы сводят таким образом вопрос к разнице сил обоих участников борьбы, с чем не всегда можно согласиться. Стоит только учесть сопутствующие женской борьбе движения тела, особенно таза, смыкание и крестообразное сцепление ног, к которым женщина инстинктивно прибегает с самого начала борьбы. В то время как эти движения с ее стороны не требуют большого напряжения сил, благодаря перемежающейся комбинации в работе ног, для насилующего они являются весьма трудно преодолимым препятствием. При этих условиях мужчина обессиливает раньше, чем достигнет осуществления своих желаний. Если вдобавок по аналогии указать на представляющиеся нередко при освидетельствовании малолетних для установления изнасилования трудности, когда при осмотре матери и медицинской сестре приходится держать сопротивляющегося ребенка, то эта сторона интересующего нас вопроса становится довольно ясной.

Не следует также упускать из виду, что в процессе борьбы часто имеют место соприкосновение и трение напряженного полового члена о бедра и другие места тела женщины, в результате чего легко наступает оргазм с немедленным извержением семени, и у насилующего тотчас происходит резкий перелом с общим упадком сил и исчезновением на время полового влечения.

Этим обстоятельством главным образом и объясняются наблюдаемые в повседневной работе эксперта неудавшиеся и незаконченные попытки к изнасилованию.

Впрочем, надо отметить, что высказанный взгляд не является общепризнанным. Целый ряд побочных обстоятельств может способствовать совершению насильственного совокупления — неожиданность нападения, когда женщина теряется, утомление женщины предшествовавшей работой или борьбой, боль при падении, физическая слабость женщины, страх и многое другое. Поэтому и следует подробно исследовать все обстоятельства совокупления (что далеко не всегда легко) и выяснить, были ли моменты, способствовавшие понижению сопротивляемости женщины, и какие именно. Способы сопротивления должны быть подробно исследованы, так как выясняют иногда его значение. Сопротивление только тогда может быть признано действительно имевшим место, если оно не было притворным и было доведено до конца. Если женщина прекратила сопротивление по собственному желанию или оказывала его лишь «для вида», то вряд ли можно говорить об изнасиловании. Если женщина указывает на независимые от нее обстоятельства и причины, заставившие ее прервать сопротивление, то они должны быть столь возможно точно выяснены. Понятно, что самый характер происшествия сильно затрудняет выяснение всех требуемых обстоятельств, и только знания и опытность эксперта и следователя могут помочь в этом деле.

Групповое изнасилование, т.е. изнасилование двумя и более мужчинами, причем один производит совокупление в то время, когда другой (или другие) силой устраняют сопротивление женщины, — конечно вполне возможно. Подобные случаи нередки в судебной практике. Но известны и случаи особенно упорного сопротивления одной женщины двум и даже трем мужчинам, когда со стороны насильников требовалось много труда для преодоления сопротивления женщины.

Правда, женщина здесь обычно оказывалась побежденной, но эти случаи свидетельствуют о больших возможностях сопротивления со стороны женщины.

Изнасилование девушек, не достигших половой зрелости, гораздо легче, чем изнасилование взрослых. Оно облегчается помимо физической слабости жертвы еще тем, что девушки не знают всех приемов защиты, не всегда сознают значение совершаемого акта и быстрее устают.

Изнасилование малолетних девочек еще легче. Они не способны к длительному сопротивлению, и обычно здесь дело идет не об изнасиловании как акте, сопровождающемся насилием, а просто о совокуплении с лицом, не достигшим половой зрелости (ст. 151 УК РСФСР).

3. Изнасилование с использованием беспомощного состояния

Беспомощное состояние жертвы, естественно, значительно облегчает насильственное совокупление, прекращая сопротивление или делая его невозможным с самого начала. Причины такого беспомощного состояния могут быть самыми разнообразными. Сопротивлению могут мешать — физическая слабость, например, вследствие болезни, обморок, шок, припадок, отравление, наличие какого-либо уродства (например, отсутствие руки). В каждом случае детально следует обсудить подобные обстоятельства.

Спорным является вопрос, считать ли совокупление с душевно-больной использованием ее беспомощного состояния и, следовательно, изнасилованием. Экспертиза по этого рода делам особенно трудна и всегда требует участия психиатра. Несомненно, что в некоторых случаях душевных болезней беспомощное состояние налицо (например, слабоумие), в других же душевно-больная отлично может соображать о вещах, касающихся половых взаимоотношений, и способна сопротивляться. В некоторых же случаях душевно-больные женщины проявляют признаки делового возбуждения и сами вызывают на половое сношение. Для наличия состава преступления необходимо, чтобы виновный знал о наличии у потерпевшей душевной болезни. Если это легко по отношению к слабоумию, идиотизму, то не всегда легко бывает по отношению к шизофрении, маниакально-депрессивному психозу и другим душевным болезням, протекающим иногда незаметно для окружающих. И здесь участие психиатра в экспертизе совершенно необходимо.

В других случаях преступник сам может привести жертву в состояние невозможности сопротивляться — путем связывания, сильного избиения, причинением сильной физической боли во время изнасилования, приведением в обморочное или полубморочное состояние (сжатие шеи) и другими способами.

Очень много и долго дискутировался в судебной медицине вопрос «возможности изнасилования женщин в состоянии *естественного сна*, и по существу до сего времени он остается спорным. Такой крупный авторитет судебно-медицинской науки, как Каспер, считает все рассказы об изнасиловании во время естественного сна, когда женщины якобы не сознавали, что с ними делают, «наглыми выдумками истеричек или распутных девиц». Однако Бруардель считает возможным, что женщина, имевшая частые половые сношения, а в особенности рожавшая, может иметь во сне совокупление, но не сохранить о нем воспоминания по пробуждении. Многими считается возможным обман, когда дремлющая или спящая женщина во время совокупления хотя и пробуждается и чувствует совокупление, но разрешает окончить его, принимая насилующего за мужа. Начало подобного мнения идет от случая Коуэна. Однако этот случай не может считаться достоверным, так как по делу не было произведено экспертизы. В практике подобного рода заявления потерпевших обычно также оказываются недостоверными, хотя теоретически подобную возможность отрицать нельзя.

Однако несомненно, что изнасилование спящей женщины, особенно уже жившей половой жизнью (если она к тому же раздета), гораздо легче осуществить, чем бодрствующей. Если женщина и просыпается при попытках к изнасилованию, то не всегда успевает сообразить, кто и что с ней делает, и не всегда может принять нужные меры.

Относительно *искусственного сна*, вызываемого различными снотворными и наркотическими средствами, Бруардель, не отрицая возможности совокупления, особенно подчеркивает, что неврачи обыкновенно не умеют обращаться с названными средствами и что именно в этой области особенно часты лживые заявления женщин, почему-либо желающих представить себя жертвами преступления. О лживости заявления очень часто можно судить, например, по словам свидетельствующей, что она под влиянием снотворного якобы немедленно потеряла сознание, тогда как в действительности для действия средства нужно некоторое время. Да и опыт учит, что вообще наркотизировать кого-либо против его воли совсем не легко.

Так например, наркотики жирного ряда обладают таким сильным запахом, столь резко раздражающим слизистые оболочки, что жертва такого покушения реагирует отнюдь не сном, а наоборот, соответствующими защитными движениями. Вот почему не так просто наркотизировать и спящую. Изнасилование в вагоне железной дороги ночью, якобы вслед за хлороформированием о чем нередко приходится слышать и читать, следует считать невероятным, и всякому знакомому с процессом наступления сна после хлороформного наркоза это ясно. Бруардель обращает внимание, что врачи не раз были жертвами ложных обвинений этого рода и советует соответствующим образом обезопасить себя от них. Случаи совокупления с женщиной, приведенной в состояние наркоза с ее согласия для другой цели, например, для операции, вполне возможны и известны в практике, хотя и очень редки.

Но, с другой стороны, усыпляющие или наркотизирующие средства могут быть даны предварительно, вместе с пищей и питьем. Конечно, некоторые средства могут вызвать такой глубокий сон (хлорал-гидрат, веронал и др.), что совокупление без значительного сопротивления может оказаться возможным. Практически подобные случаи почти не имеют значения. Зато дела о совокуплении с женщиной в состоянии опьянения нередко встречаются в судебной практике. Однако вопрос о возможности изнасилования женщины, находящейся в состоянии *опьянения*, разработан далеко не с такой полнотой, как этого хотелось бы, и эти случаи представляют много затруднений для экспертизы. Несомненно, что в слабой степени опьянения женщина так же может сопротивляться, как и трезвая, и так же соображать, чего от нее хотят. Сильная же степень опьянения лишает женщину возможности сопротивления и способности оценивать происходящее. После того как женщина оправится от полного опьянения, она может и не помнить о случившемся.

Средняя степень опьянения хотя и не лишает женщину способности соображать и сопротивляться, но может более или менее значительно понизить эту способность. Однако во всех этих случаях в высшей степени затруднительно установить, в какой степени опьянения была потерпевшая, так как достоверных свидетелей обычно не бывает, факт был довольно давно, а показания самой потерпевшей, находившейся в момент преступления в состоянии опьянения, по этой причине, не могут быть достоверными.

К утверждениям свидетельствуемых, что они были одурманены тем или другим средством, следует относиться крайне скептически, так как в таких рассказах обычно значительно больше «творчества», чем истины.

Эксперту следует твердо знать и исходить из того, что в подобных случаях наступает либо полное беспомощество, либо сумеречное состояние, а потому, чем детальнее свидетельствуемая передает о способе одурманивания и о половом акте, тем менее рассказ заслуживает веры.

Возможность половых сношений с женщиной, находящейся в *гипнотическом сне*, Бруардель признает вполне и рассказывает несколько врачебных дел, из которых заслуживает быть отмеченным следующее:

В качестве эксперта Бруарделю пришлось дать заключений о беременности молодой девушки, не знавшей, как она могла забеременеть. Мать девушки считала виновником этой беременности дантиста Л., который, по ее словам делал над больной, сидевшей в кресле, пассы, причем сама она, мать, находилась в той же комнате. Бруардель убедился, во-первых, что истеричная девушка очень легко поддавалась гипнозу и, во-вторых, что обстановка, в которой ее оперировал Л., как по освещению и расположению, так и в особенности по устройству кресла с высокой спинкой и соответственным сидением, вполне допускала незаметное для Матери совокупления с ее дочерью. После приговора Л. признался, что все действительно происходило так, как предполагал Бруардель.

Необходимо заметить, что вопрос возможности загипнотизировать женщину против ее желания и в таком состоянии совершить с ней совокупление обсуждался как в старой, так и в новейшей литературе (Тардье, Форель, Вагнер-Яурег, Рекке, Форкастнер и др.) и разрешался в том смысле, что такая возможность сомнительна, но на исключена, если принять во внимание состояние нервно-психической сферы свидетельствуемой.

Вообще же вопрос об изнасиловании в состоянии гипноза так труден и щекотлив, что в каждом случае требует самого тщательного расследования и авторитетной экспертизы при участии психиатров.

4. Об изнасиловании с применением психического воздействия

С течением времени само понятие «изнасилование» стало получать, и вполне обоснованно, более широкое толкование в том смысле, что наличие или отсутствие следов грубого насилия перестало играть первенствующую роль в процессе экспертизы, и к изнасилованию стали приравнивать половой акт, совершенный путем обмана или вынужденный угрозами против жизни, здоровья и других благ. Постепенно таким образом равноценное значение приобрело «*психическое насилие*» с использованием социальной слабости, материальной или иной зависимости или с злоупотреблением своим положением или властью по отношению к потерпевшей (опекун, отец, отчим, начальник и т.д.). Эксперту с подобными случаями приходится часто сталкиваться, причем опыт показывает, что в сельских местностях преобладает грубое физическое насилие, а в городах — психическое.

Здесь, следовательно, приходится говорить о вынужденном согласии, так как физически женщина не сопротивляется. Такое согласие может быть получено путем угроз, запугивания или, в определенных случаях, также путем обмана (ст. 153 УК), либо путем материального или служеб-

ного воздействия (ст. 154). Однако подобные случаи обычно не дают материала для судебно-медицинской экспертизы. В некоторых случаях приходится устанавливать факт бывшего совокупления.

5. Признаки насильственного совокупления

В каждом случае освидетельствования по поводу изнасилования прежде всего необходимо искать следов совокупления, а если потерпевшая заявляет себя девственницей, — то и следов растления. Однако это далеко не во всех случаях возможно и далеко не всегда удается. Из предыдущей главы видно, что признаки даже полного оконченного совокупления, особенно, если оно совершалось с женщиной, живущей или жившей половой жизнью, ненадежны и непостоянны. Значительно большую ценность представляют результаты Исследования девственной плевы, но в большинстве случаев на изнасилование жалуются не девственницы. Но если и действительно обнаруживаются признаки совокупления или даже растления, то это еще не решает вопроса об изнасиловании. Для установления последнего следует произвести освидетельствование не только половых органов, но и всего организма потерпевшей, а также и подозреваемого в изнасиловании.

Здесь прежде всего надо заметить, что следов, безусловно доказательных для изнасилования, не существует. Правда, ссадины и кровоподтеки на внутренних поверхностях бедер, в области половых органов, на слизистой оболочке преддверия влагалища довольно часто встречаются при изнасиловании, и механизм их происхождения понятен, но они могут происходить и от других видов насилия. Ссадины и кровоподтеки на шее, кистях рук, локтях, спине, ссадины вокруг рта и других местах тела, укусы и повреждения, происходящие во время борьбы и самообороны, также часто встречаются при изнасиловании, но могут происходить от борьбы и самообороны и в других случаях. Констатирование их зависит от срока, прошедшего от их нанесения до исследования. Иногда к моменту исследования они уже исчезают.

Иногда же при несомненных изнасилованиях с применением грубой физической силы повреждения бывают очень незначительны, а иногда, впрочем довольно редко, могут и совсем отсутствовать. В других случаях, наоборот, на теле женщины оказывается много серьезных повреждений, распространяющихся и на внутренние органы. Известно немало случаев, когда попытки к изнасилованию оканчивались убийством вследствие борьбы, в которую вступали женщины. Но известны и случаи нанесения женщинами себе повреждений для симуляции изнасилования.

Такие меры воздействия, как избивание, связывание, душение, часто оставляют соответствующие следы, которые помогают установить обстоятельства совокупления. При мерах воздействия нефизического характера, естественно, следов не остается. Впрочем, если потерпевшая пред'являет какой-нибудь яд или лекарство как орудие наркоза, — его необходимо послать в судебно-медицинскую лабораторию для установления его природы. Надпись на упаковке при этом не должна быть принимаема во внимание.

Если в деле фигурирует подозреваемый, то он тоже как можно скорее должен быть освидетельствован. Хотя повреждения его бывают еще менее характерны, но все же иногда могут принести пользу. Ссадины на крайней плоти или на головке полового члена говорят за недавнее совокупление, хотя, конечно, не удостоверяют его насильственного характера. Для последнего гораздо более характерны следы борьбы и самообороны на различных местах тела подозреваемого, в первую очередь на открытых частях тела — руках, лице и шее, — ссадины, кровоподтеки, укусы. Иногда мелкие повреждения подобного рода могут остаться неизвестными подозреваемому по их незначительности или незаметности. Это указывает на необходимость тщательного осмотра со стороны эксперта. Впрочем, в случаях освидетельствования несомненных насильников на их теле может и не оставаться никаких следов. Значительные их повреждения представляются большой редкостью, хотя известны случаи, когда женщины с оружием в руках защищали свою неприкосновенность и даже убивали покушавшихся. Осмотр подозреваемого необходим также и для установления его общей физической силы и сложения, что иногда бывает важно для суждения о возможности изнасилования.

Одежда потерпевшей и подозреваемого также подлежит осмотру, так как, кроме семенных пятен, она может нередко носить следы борьбы и самообороны (разрывы, вырванные пуговицы и т.п.).

В общем следует сказать, что осмотр потерпевшей, подозреваемого и одежды часто дает ценные данные для установления факта изнасилования, но результаты в значительной степени за-

висят от своевременности направления свидетельствуемых на экспертизу, а также от опытности и знаний эксперта.

6. Ложные обвинения в противозаконном совокуплении

Ложные, неосновательные обвинения в изнасиловании или других видах противозаконного совокупления настолько часты, что на них следует остановиться. Об'ектами этих ложных обвинений оказываются не только просто знакомые и незнакомые мужчины, но также врачи, эксперты, следователи, сослуживцы, соседи по квартире и многие другие. Исходят неосновательные жалобы как со стороны самих мнимо потерпевших, так и со стороны родителей или опекунов. Мотивы жалоб различные — иногда добросовестное заблуждение в квалификации факта (изнасилование вместо «обольщения»), иногда ложные воспоминания и галлюцинация изнасилования, месть, но чаще всего корыстные цели (вымогательство, шантаж). Ограниченное место не позволяет привести всего обилия ложных обвинений этого рода, но главнейшие выводы из многочисленных случаев сводятся к следующему.

а) Дети очень легко поддаются внушению, самовнушению и фантазии, а также выполняют подговоры взрослых. Иногда они рассказывают о всех подробностях изнасилования, которого в действительности не было. Правильный расспрос ребенка при помощи умелого педагога обычно вскрывает всю истину (см. выше).

б) Истерички и душевнобольные женщины нередко заявляют о том, что их изнасиловал врач во время осмотра, пришедший к ней гость, родственник и т.п. Нередко они ссылаются на свое беспомощное или обморочное состояние, причем иногда рассказывают детали «события» с такими подробностями, что бессознательное состояние исключается. Особенно часты обвинения врачей, в частности гинекологов, иногда и судебно-медицинских экспертов, в изнасиловании во время осмотра. Поэтому настоятельно рекомендуется все судебно-гинекологические осмотры женщин производить непременно в присутствии надежных понятых — женщин, а если следователь женщина, то в ее присутствии. Нередко подобные обвинительницы нуждаются в психиатрической экспертизе.

в) Жалобы на возбуждение различного рода средствами («любовными напитками» и т.п.) обычно неосновательны, так как подобные возбуждающие средства в медицине неизвестны.

г) Корыстные побуждения исходят как от самих жалобщиц, так и нередко от родителей. В этих случаях интересно отметить то упорство, с которым добиваются мнимопотерпевшие или их родители обвинения человека, иногда ни в чем неповинного. Нередко дело доходит до высших инстанций, пройдя через ряд экспертиз, дающих противоречивые заключения. Нередко основанием для возбуждения дела служит неправильная первоначальная экспертиза неопытного врача, и немало дел вследствие такой экспертизы кончается осуждением невинных людей. Поэтому экспертиза должна быть доброкачественной с самого начала. Это общее правило экспертизы здесь особенно уместно напомнить. Кроме экспертизы, во всяком случае по поводу заявления о противозаконном половом сношении должно быть проведено тщательное расследование.

7. Последствия противозаконного совокупления

О последствиях изнасилования и других видов противозаконного совокупления уже было сказано. Главные последствия следующие:

а) *психическая травма*, б) *физические расстройства организма*, в) *заражение венерической болезнью*, г) *беременность* и д) *самоубийство*.

Психическая травма особенно сильной может быть у детей, в связи не только непосредственно с совокуплением, но и с обстоятельствами, его сопровождавшими — испугом, насилием, побоями. У взрослых, особенно девственниц, психическая травма тоже может быть очень сильна и иногда доводит их до самоубийства. В случаях явного психического расстройства или хотя бы только «нервного потрясения» необходима соответствующая экспертиза. Нередко первое совокупление, особенно у детей, открывает путь к преждевременному началу половой жизни, и оказывает таким образом развращающее влияние.

Физическое расстройство может быть не только от многократных совокуплений, но даже от однократного повреждения половых органов (особенно у детей), вследствие побоев и т.п. Уже говорилось, что насилия иногда могут кончаться смертью жертвы.

О заражении венерической болезнью сказано в главе III, о беременности говорится дальше. Здесь же можно еще раз упомянуть, что и заражение и беременность могут произойти не только от полного совокупления, но и от неполного и незаконченного. Известны случаи беременности девственниц, когда семя попадало на бедра около половых органов или на волосы в области лонного сочленения. Сперматозоиды при размазывании семени легко попадают в наружные половые органы и благодаря своей подвижности проникают внутрь. Вместе с семенем могут проникнуть и гонококки. Сифилис для заражения требует более тесного соприкосновения, но иногда однократного введения полового члена во влагалище, без эякуляции, достаточно для такого заражения.

Самоубийство — самое тяжелое последствие изнасилования и вызывается обычно тяжелой психической травмой. Впрочем, известно немало случаев самоубийства девушек после первого полового сношения, совершенного вполне добровольно. Связь самоубийства с изнасилованием должна быть установлена расследованием.

8. Изнасилование с половыми извращениями

О половых извращениях уже упоминалось в главе при трактовке статьи 151 УК. Изнасилование может произойти тоже в извращенных формах, и хотя они не упоминаются в ст. 153 и 154 УК, но несомненно, при соответствующих обстоятельствах (насилие, использование беспомощного состояния и др.) также составляют предмет изнасилования, как и нормальное половое сношение. В некоторых случаях половые извращения составляют самостоятельное преступление (мужеложство).

При изложении физиологического механизма полового акта в заключении было указано, что половое влечение под влиянием условий воспитания, социальной среды и других обстоятельств может подвергаться изменениям в двух направлениях:

1) в смысле *объекта*, к которому направлено половое влечение, и 2) в смысле необычных способов и приемов удовлетворения.

В первом случае мы имеем дело с половыми посягательствами на малолетних, с извращениями, охватываемыми термином *гомосексуализм* (мужеложство), *трибадия* (лесбийская любовь), либо *зоофилией* или *содомией* (скотоложство) и *некрофилией* (половое сношение с мертвецами); во втором — с *садизмом*, *мазохизмом* и *фетишизмом*, а также с ненормальным способом введения мужского полового органа в тело (через задний проход, через рот и др.).

Так как в вопросе о наказуемости половых извращений отмечается значительный сдвиг, то на практике приходится иметь дело с некоторыми из них лишь в тех случаях, когда эти извращения выходят из рамок чисто индивидуальных аномалий и становятся угрожающими обществу или отдельным лицам, живущим нормальной половой жизнью, или связаны с изнасилованием.

О половых посягательствах на детей в виде разнообразных развратных действий и их биологической основе сказано уже выше при анализе физиологического механизма полового акта. Что касается гомосексуализма, то в результате новейших работ (Штейнах, Лихтенберг, Мюзам и др.) эта аномалия базируется на обнаруженном под микроскопом смещении элементов мужского яичка и женского яичника у гомосексуалистов.

Такой взгляд, как вполне гармонирующий с современным воззрением на связь полового влечения с семенными железами, заслуживает, по мнению Сахарова, полного внимания. С другой стороны, Бехтерев усматривает во всех случаях гомосексуализма, обычно встречающихся в практике, еще и влияние условий жизненной «обстановки в тот период времени, когда только начинает оформляться индивид в половом отношении, т.е. еще в детском возрасте». Тут имеют значение и условия воспитания и прививка с момента рождения характерологических черт и навыков противоположного пола. Бехтерев полагает поэтому, что близость лиц своего пола в момент пробуждения полового влечения, хотя бы лишь эрекционного рефлекса, — самая частая причина гомосексуализма.

Наконец следует подчеркнуть и роль определенных классовых условий: особое распространение гомосексуализм получил в таких странах как Германия, среди аристократической верхушки офицерства и вообще в «головке» фашистского движения.

В связи с рассмотренными выше воззрениями становится понятным, почему наряду с гомосексуальностью в собственном смысле слова мы наблюдаем и так называемую психическую гермафродизию, когда при наличии влечения к своему полу в известной степени сохраняется также нормальное влечение к другому полу. Гомосексуализм теперь преследуется по уголовным кодексам

союзных республик, но как имеющий место между мужчинами, он в пределы нашей работы не входит.

До судебно-медицинского эксперта случаи однополого сожителства женщин (трибадия) обычно не доходят, так как никаких изменений в области гениталий не отмечается, если не считать редких, наблюдавшихся в Париже случаев ранения клитора от укуса во время сношения (Мартинно). Иногда можно еще обнаружить у активной партнерши, как при онанизме у молодых девиц, удлинение клитора или только крайней плоти. У подверженных трибадии нередко обнаруживают признаки истерии, и в некоторых случаях это извращение является частичным сексуальным проявлением какого-нибудь психического расстройства.

Скотоложство вовсе не предусмотрено уголовными кодексами союзных республик. Очень редко встречается настоящее совокупление между собакой и женщиной. Напротив, лизание языком собаки наружных половых органов женщины довольно частое явление (Рейтер).

Хаберда описывает интересный случай внезапной смерти одной разносчицы газет, которая всегда ходила в сопровождении маленькой собачки. На вскрытии на наружных половых частях умершей обнаружено значительное ранение от собачьего укуса.

Он же описывает случай, когда одна женщина с подругами сексуально раздражались, сидя на сосуде, в котором плавала рыба; сидящая женщина, надавливая пальцем на голову рыбы, заставляла ее трепетать и таким образом касаться половых частей.

Штеккель сообщает случай, когда одна девица смазала внутреннюю поверхность бедер и вход во влагалище медом, дабы привлечь этим мух, что вызвало половое раздражение.

Однако подобные случаи зоофилии, как и некрофилии, чрезвычайно редко доходят до эксперта и самостоятельного преступления не составляют, если не служат способом развращения малолетних.

Гораздо чаще приходится иметь дело с установлением факта ненормального совершения полового акта между мужчиной и женщиной, когда половой член вводится в задний проход или в рот. Этот способ удовлетворения полового чувства может быть следствием извращения или избирается в целях предупреждения беременности.

В Московскую судебно-медицинскую экспертизу милицией направлена была гр. Ч., 25 лет, домашняя хозяйка, замужем с 16 лет, беременна была два раза, имеет двух детей, для установления полового сношения через задний проход и рот. По ее словам, шесть дней тому назад муж ее в пьяном виде потребовал полового сношения через задний проход. Не желая из-за отказа тревожить спящего ребенка, она согласилась. На другой день, уже трезвый, он просил ее «сосать его половой член». Она отказалась; тогда он схватил ее за волосы, когда она лежала в постели, подвинул голову к краю кровати и, «введя член в рот, кончил сношение». По ее словам, в течение четырех месяцев бывали как нормальные половые сношения, так и примерно один раз в 1½ недели в задний проход и сзади с введением члена во влагалище. Одновременно жалуется на понос. Объективно признаки полового сношения через задний проход не обнаружены.

В этих случаях необходимо тщательно исследовать область заднего прохода и прямой кишки пассивного педераста, причем может не быть никаких изменений, если были единичные случаи введения полового члена и если поперечник полового члена не велик. Не исключается и целесообразно бывает исследование активного педераста.

При частом совершении подобным путем полового акта отверстие заднего прохода зияет, получает кратеро- или воронкообразную форму, причем слизистая оболочка прямой кишки представляется довольно дряблой, вялой. Необходимо в этих случаях обратить внимание на состояние лучеобразных кожных складок кругом заднего прохода (сглаженность), а также на наличие мелких трещин, далеко не редких последствий совершенного акта. Ранения и нарывы могут быть обнаружены и на слизистой оболочке прямой кишки.

Ни в коем случае не следует упускать в этих случаях исследование на содержание спермы в заднем проходе и даже на слизистой прямой кишки. В случае одновременного обнаружения явлений гонореи или сифилиса в заднем проходе у женщин, следует, в отличие от мужского пассивного партнера, быть осторожным, так как клиника учит, что у женщин, страдающих гонореей половых органов, секрет с гонококками по промежности проникает в прямую кишку в довольно значительном проценте женской гонореи (до 75,4%).

Что касается установления первичной сифилитической язвы на заднем проходе и в прямой кишке, то это обстоятельство может быть значительным подспорьем для признания половых сношений через задний проход. В общем диктуется большая осторожность при даче заключения.

Изложенным далеко не исчерпываются все виды извращений, из которых многие подлежат ведению судебного психиатра. Упомяну лишь в заключение о *садизме*, *мозохизме* и *фетишизме*. Основа этих наклонностей часто психогенного происхождения, и пока у нас нет данных для других

объяснений. Если мазохизм и фетишизм не трактуются как уголовно-наказуемые деяния, поскольку ими не затрагиваются интересы других лиц причем мазохист(-ка) скорее заслуживает, как справедливо замечает Люблинский, сочувствия, то этого нельзя сказать о садизме.

Половому акту, правда, и в нормальных условиях, по общему признанию, присущи элементы насилия, но диапазон проявления насилия при садизме настолько велик, что уголовный закон является естественным орудием для того, чтобы тут, как и при других половых преступлениях, помешать «социально-опасным действиям в половой области» (Люблинский).

Установление ранних и поздних сроков беременности

Проф. М. Т. Сердюков

Как в уголовном, так и в гражданском процессе нередко встречается необходимость решать вопрос о наличии беременности ранних и более поздних сроков. Диагностика беременности требуется для получения ряда льгот (декретный отпуск, освобождение и перевод на более легкую работу, в алиментных процессах, в случаях насилия над беременными). Наличие беременности у потерпевшей при насилии является отягчающим обстоятельством. Далее, при осуждении беременной к высшей мере наказания требуется установить или отвергнуть наличие беременности. Кроме этого, при ложно утверждаемой и преднамеренно скрываемой беременности является необходимость точного установления диагноза. При подозрении на сокрытие трупа новорожденного или при обнаружении трупа новорожденного — при детоубийстве и подкидывании — судебно-медицинской экспертизе также приходится решать вопрос о наличии бывшей беременности и родов.

1. Установление ранних признаков беременности

Женщина, носящая в своем теле оплодотворенное яйцо, называется беременной. Для установления беременного состояния основной разницы нет, развивается ли оплодотворенное яйцо нормально в матке, или вне ее: в добавочном роге матки, в яичнике, в трубе, в брюшной полости и пр. Однако точная диагностика аномалий беременности весьма существенна в клиническом отношении, так как от этого зависит правильность, своевременность соответствующей терапии и обеспечение благоприятного исхода заболевания.

Распознавание беременности представляет не мало затруднений вообще, а для судебно-медицинского эксперта такие затруднения увеличиваются,

Врач-лечебник и судебно-медицинский эксперт находятся в этом отношении не в одинаковых условиях. Перед врачом-лечебником исследуемая обычно высказывается со всею откровенностью и правдивостью. Другие условия сопутствуют обследованию судебно-медицинского эксперта в сложных случаях, когда факт о том, беременна женщина или нет, делается судебным вопросом. Это само по себе указывает, что или сама исследуемая или третье лицо заинтересованы, чтобы определенный факт был установлен, признан и положен в основу судебного приговора.

Все вышесказанное накладывает особую ответственность на судебно-медицинского эксперта. Поэтому, имея в виду неточность субъективных признаков, эксперт обязан основывать свое заключение исключительно на физических признаках беременности. При этом необходимо критическое сопоставление современных биологических методов (реакция Ашгейма и Цондека, Фридман)¹, а также получение рентгенограмм.

Общие изменения и признаки во время беременности. В течение беременности происходят значительные изменения в организме женщины, которые бывают настолько рельефно выражены, что сразу бросаются в глаза. Изменения у беременных в связи с ростом плода увеличиваются и достигают максимума своего развития к концу беременности. Из общих изменений отмечаются: усиление процессов обмена веществ, гипертрофия щитовидной железы и усиление функций других эндокринных желез, в частности мозгового придатка. Этим обуславливается усиленный рост некоторых частей скелета — лица, носа, раздвигание зубов, увеличение таза. Наблюдается образование остеофитов (костные образования) у беременных. Иногда при беременности происходит разрыхление лонного сочленения. Кроме этого к общим явлениям при беременности относятся:

¹ Сердюков и Морозова. Критическая оценка биологической реакции определения ранних сроков беременности. «Журн. акуш. и жен. бол.», 1931 г. № 8.

усиленный рост волос, отложение пигментов на коже лица, животе, грудных сосках, удлинение потовых желез и пр.

Объективные ранние признаки беременности: 1) прекращение менструаций, 2) изменения в грудных железах, 3) изменения в матке.

1. *Прекращение менструации* у каждой здоровой женщины, в виде общего правила, является первым признаком беременности. Признак этот не абсолютно верный, так как прекращение менструации (аменорея) может сопутствовать многим заболеваниям, но все же ему нельзя отказать в большом диагностическом значении. С другой стороны, нужно иметь в виду, что сохранение настоящих менструаций во время беременности обыкновенно не наблюдается, но могут быть случаи, когда при наступившей беременности появляются кровотечения, симулирующие менструацию, между тем бывают случаи, когда при отсутствии месячных нет беременности. В небольшом числе случаев в течение первых трех месяцев беременности наблюдаются кровянистые выделения. Только в единичных случаях были опубликованы наблюдения, когда кровянистые выделения продолжались в течение всей беременности. Такие выделения крови во время беременности являются патологическим явлением, зависящим от различных ненормальностей, и на такие кровянистые выделения нельзя смотреть как на настоящую менструацию. Таким образом отсутствие менструации не может считаться доказательным, если нет других объективных подтверждающих признаков.

2. *Наружные признаки и изменения в грудных железах.* Сравнительно рано появляются существенные изменения в грудных железах, которые могут быть причислены к важным опознавательным признакам. Со второго месяца беременности грудные железы увеличиваются, набухают, делаются напряженными и чувствительными к давлению. На коже грудных желез резко выступают вены. Вследствие усиленного роста железистой ткани и набухания подкожной клетчатки на коже выступают розово-красные полосы растяжения. Околососковый кружок резко выступает за свои обычные границы и получает более темную окраску. Появление во второй половине беременности второго околососкового кружка является почти безошибочным признаком беременности. Второе околососковое кольцо бывает грязно-желтого или желто-бурого цвета, оно особенно ясно бывает выражено у брюнеток. Внутри околососкового кружка видны в виде маленьких бородавок набухшие Монгомеровы железы. Начиная с третьего месяца беременности, грудные железы выделяют молозиво. При анализе и при микроскопическом исследовании можно распознать молоко и молозиво.

3. *Изменения в матке* в связи с беременностью заключаются в прогрессирующем увеличении ее как в продольном, так и в поперечном направлении, а так же в изменении ее формы. Однако до трех месяцев увеличенная матка не всегда дает абсолютно характерные изменения для беременности. Увеличение матки, симулирующее беременность, встречается при фиброматозе матки, при застойных явлениях в тазу, в связи с разными общими и местными причинами, расстраивающими крове- и лимфообращение. Для распознавания ранних сроков беременности существует значительное количество физических методов исследования, точность которых весьма относительна. В основе таких многочисленных диагностических приемов лежит изменение формы и консистенции матки, которые одним кажутся весьма характерными, а другие даже не могут их уловить.

Наиболее объективным и точным современным методом определения ранних сроков беременности должен быть признан биологический метод определения ранних сроков беременности по Ашгейму, Цондеку и Фридману¹. Сущность этой пробы состоит в том, что с самого начала зачатия, т.е. с самых ранних сроков беременности, в организме беременной происходит усиленная продукция гормона передней доли придатка мозга — пролана, который в избыточном количестве переходит в мочу беременной. Наличие его там определяется биологически путем влияния этого гормона на яичники юных мышей, которым подкожно вводится фильтрованная моча беременных. Реакция эта очень чувствительна и почти безошибочно решает вопрос. На материале Московского областного института охраны материнства и младенчества эта реакция была испробована (Морозова и Сердюков) и дала на основании 100 случаев подтверждение ценности этой пробы. Авторы пришли к заключению, что биологическая реакция при определении ранней беременности (до

¹ О судебно-медицинском значении реакции Ашгейм—Цондека см. Е. Е. Розенблюм, Биологическая реакция Ашгейм—Цондека (AZK) и ее судебно-медицинское значение. Сборник «Судебная медицина и пограничные области» № I, Москва 1934.

двух месяцев) дает точный ответ в 98% как в случаях нормальной беременности, так и там, где беременность была осложнена фибромиомой, кистой, уродствами матки (зачаточный рог, а также при шеечной беременности). В случаях, симулировавших беременность (в частности при аменорее), отягощенных субъективными признаками беременности, эта проба дала также безошибочные отрицательные ответы. С судебно-медицинской точки зрения важно, чтобы моча, которую посылают в лабораторию для подобной пробы, была взята по катетеру в флакон, который должен быть запечатан и отсылаем вместе с официальным документом, удостоверяющим, что моча действительно принадлежит именно испытываемой больной. Это важно делать потому, что в этом направлении могут быть невольные ошибки или преднамеренная подмена мочи.

2. Установление поздних признаков беременности

Все вышеперечисленные признаки беременности относятся к распознаванию ее в ранних сроках. Они остаются характерными и для более поздних сроков, но кроме этого сюда присоединяется еще ряд других, исходящих от плода. Нужно сказать, что вполне достоверные признаки беременности исходят от находящегося в полости матки растущего плода.

Изменения со стороны грудных желез продолжаются. Они еще больше увеличиваются, прощупываются увеличенные дольки их. Количество пигмента возрастает. Число Монгомеровых желез увеличивается. Молозиво выделяется в большем количестве. Отложения пигмента по белой линии и на лице в виде так называемых «пятен беременности» усиливаются. Пигментация всех кожных покровов сгущается. Обнаруживается наличие на животе так называемых полос беременных (стрии), которые бывают выражены, начиная с 8 лунных месяцев, и остаются после родов на всю жизнь в числе одного из признаков бывшей беременности.

К числу других признаков беременности во вторую половину относятся увеличение живота, набухание варикозных венозных узлов на ногах, на наружных половых органах и около прямой кишки как результат затрудненного оттока крови.

С 4—6 месяцев можно слышать маточный шум, а далее биение сердца плода. В соответствии с увеличением и ростом матки меняется ее объем, конфигурация и изменяется стояние высоты дна матки. Признак стояния высоты дна матки как изолированный не может считаться абсолютно достоверным, и при оценке срока беременности его нужно сочетать с другими признаками (объем головки, ее плотность, общий размер плода и пр.). Высота стояния дна матки, с конца 4-го месяца, когда дно выходит из таза, легко определяется путем ощупывания и может быть измерена. До этого срока ощупывание через брюшные стенки не позволяет точно судить о сроке беременности, и срок этот может устанавливаться лишь при помощи двойного исследования. На 5 лунном месяце высота дна находится посередине между симфизом и пупком. На 6 — на уровне пупка. На 7 — на три пальца выше пупка. На 8 — посередине расстояния между пупком и мечевидным отростком. На 9 — под этим отростком. В самом конце беременности — на 10 лунном месяце — дно матки стоит немного выше, чем на 8 месяце. Кроме пальцевого измерения высота стояния дна точнее определяется сантиметром, а еще точнее тазомером.

Для целей уточненной функциональной, а не статической диагностики сроков беременности одного критерия стояния дна матки недостаточно. В этом направлении должны быть приняты в расчет окружность живота, величина матки, подвижность, консистенция и размер головки, положение плода, длина его, характер биения сердца, состояние шейки, шеечного канала и предлежащей части и пр. (если производилось внутреннее исследование).

При установлении ранних и поздних сроков беременности возникают следующие вопросы: 1) Существует ли в данном случае беременность? Если существует, то первая или повторная? 2) Срок беременности и предполагаемое время родов? 3) Жив ли плод, его положение и величина? 4) Одноплодная или многоплодная беременность? 5) Состояние родовых путей — форма, величина таза, и состояние мягких частей? 6) Имеются ли какие-либо осложнения беременности со стороны половых органов или других органов и систем?

Из вышеизложенного вытекает, что беременность в первые месяцы может быть определена при помощи физических методов исследования лишь с вероятием, а при помощи биологической реакции (по Ашгейму, Цондеку и Фридману) с достоверностью в самых ранних сроках зачатия. Со второй половины беременности при наличии достоверных признаков со стороны плода (биение сердца, определение частей плода, движение его, рентгенограмма) можно наличие беременности и ее срок установить точно. Ошибки в связи с установлением срока в первую половину беременности, особенно до двух месяцев, встречаются не редко. При этом увеличение, свойственное беременно-

сти, наблюдается при опухолях, при застойном набухании матки, при особых заболеваниях, именуемых метропатиями, а иногда беременность смешивают с предменструальным набуханием матки.

В целях уточненной диагностики пользуются многочисленными признаками, причем ценность каждого из них весьма относительна. К таким, признакам относятся, например, Гегаровский признак — размягчение в области шейки, признак Пискачака — асимметрия в области рогов матки в соответствии с прикреплением яйца. Очень опытные исследователи считают возможным базироваться на таком очень тонком и шатком признаке (трудно улавливаемом при ощупывании) — наличии желтого тела в яичнике, которое иногда удается прощупать при двойном исследовании.

Более об'ективным методом распознавания для ранних сроков, как уже выше указывалось, является биологическая реакция, дающая самый правильный ответ при начальных сроках беременности, до трех месяцев включительно. После трех месяцев об'ективные данные можно иметь при рентгеноскопии. Рентгеном можно при особой технике (по Эльдингу, по Жонсону) устанавливать беременность на втором и третьем месяце. Но в СССР такая диагностика до сих пор, при отсутствии технической оборудованности, к сожалению, не получила широкого распространения.

3. Аномалии беременности

Беременность заносом. Переродившееся плодное яйцо называется заносом. Существует два вида заносов: пузырьный, и кровяной или мясистый. Пузырный занос возникает вследствие особого заболевания ворсистой оболочки оплодотворенного яйца в результате перерождения ворсинок хориона. Перерождение при пузырьном заносе состоит в разрушении синтиция, сопровождающемся набуханием и некрозом стромы ворсинок. Причина образования, повидимому, лежит в первичной заболеваемости яйца. Иногда эта форма приобретает злокачественный характер децидуомы или хорионэпителиомы.

Кровяной занос возникает вследствие кровоизлияний в яйцевые оболочки, в результате этого молодое яйцо погибает в первые месяцы. В конечном итоге вследствие повторных кровоизлияний яйцо претерпевает ряд изменений. Эти изменения состоят в следующем: жидкие части крови всасываются, волокнистое вещество (фибрин) наслаивается, и яйцо в результате этого превращается в бесформенную кровянистую массу, напоминающую «битый кусок мяса». Иногда кровянистые заносы вынашиваются в течение нескольких месяцев, по размерам достигая опухоли величиной с мужской кулак и больше. В ряде случаев наблюдается обызвествление таких мясистых заносов или, как их называют, мясистых полипов. Причина мясистого заноса лежит в заболевании яйца или зависит от общих заболеваний матери.

Судебно-медицинское значение заносов заключается в том, что при всех условиях они обозначают собой беременность, при которой оплодотворенное яйцо подверглось перерождению.

4. Внематочная беременность

Под внематочной беременностью разумеют прикрепление и развитие оплодотворенного яйца вне его нормального места — вне матки. Причины внематочной беременности многообразны и точно не установлены. Наиболее признанным считается недоразвитие половых органов, а также воспалительные заболевания, обуславливающие различные механические препятствия на пути оплодотворенного яйца. К другим причинам относят: болезни яйцевой клетки, обуславливающие ее быстрый рост, и препятствие к продвижению в полость матки. Среди различных форм внематочной беременности по месту прикрепления и развития зародыша различают: 1) яичниковая — она встречается очень редко, но бесспорно доказана; 2) брюшная вторичная и первичная. Для истинной брюшной беременности важен факт образования плаценты в брюшной полости совершенно без участия яичниковой и трубной ткани; 3) трубная беременность является наиболее частой формой внематочной беременности. В настоящее время внематочная беременность (трубные ее формы) участилась и встречается в 9—31% случаев беременности; повторная внематочная беременность встречается в 5% случаев; 4) атипичная внематочная беременность наблюдается очень редко. Развитие ее наблюдали в грыжевом мешке, в культе трубы, в добавочном роге и пр.

Судебно-медицинское значение внематочной беременности исходит из тех трудностей, которые иногда бывают при постановке точного и своевременного диагноза, а также судебно-медицинское значение приобретает несвоевременность применения операции при распознанной или подозреваемой внематочной беременности. Наконец, третий факт судебно-медицинского зна-

чения составляет то обстоятельство, когда больная с подозрением на внематочную беременность несвоевременно была направлена в стационар, где ей во всякое время, при явившейся надобности, могла быть обеспечена операция.

При оценке этих обстоятельств экспертизой должно быть принято во внимание, все ли возможные методы были испробованы для диагностики. В целях обеспечения правильного диагноза лечащий врач должен провести консультацию с врачом более опытным, если это допускают состояние больной, время и обстановка.

Предметом судебно-медицинского исследования бывают случаи смерти от внематочной беременности в связи с несвоевременно примененной операцией. В этом отношении может быть признано неосторожным действием и даже халатностью, если при подозрении о внематочной беременности больная не была своевременно помещена в больничное учреждение. Для более точной и безошибочной диагностики следует пользоваться биологической реакцией по Ашгейму и Цондеку, о чем выше упоминалось,

5. Беременность неосознаваемая и вымышленная

Иногда экспертизе в практике приходится встречаться со случаями мнимой или действительно неосознаваемой беременности и с вымышленной беременностью, т.е. симуляцией ее.

Беременность неосознаваемая. Вопрос заключается в том, может ли быть признано за факт незнание женщиной о своем беременном состоянии? Судебно-медицинская практика показывает, что это не только имеет место, но встречается не особенно редко. Обычно при нормально протекающей беременности различные субъективные признаки, как и прекращение регул, могут быть женщиной неправильно истолкованы, а иногда всякие субъективные признаки могут отсутствовать в течение первой половины, а иногда даже в течение всей беременности. Ошибочное толкование часто носит у женщин характер самовнушения, и женщины, не желающие иметь беременности, всячески стараются отвергнуть возможность ее, игнорируя и подавляя субъективные ощущения. Иногда такому самообману способствует наличие патологических кровотечений во время беременности в форме мазни в связи с наличием полипов, миом, рака, осложняющих беременность, а также при пузырьном и мясистом заносах.

Такой самообман чаще встречается у юных женщин, которые не желают иметь беременности, или у пожилых женщин, считающих себя в возрасте климактерия. Подобные женщины иногда упорно отрицают возможность беременности, несмотря на несомненность диагноза. Общеизвестным в этом направлении является обстоятельство, что каждая взрослая, в полном рассудке находящаяся женщина; не может не знать о своей беременности в тех случаях, когда беременность перешла за вторую половину, тем более за срок начавшейся жизнеспособности плода. Это является почти обязательным, если нет особых исключительных обстоятельств, как например, продолжающиеся менструации и пр. Однако нужно помнить, что очень молодые девицы, если они забеременели после однократного (случайного) сношения, могут иногда оставаться в неведении до самых родов. Беременность неосознаваемая вполне допустима у слабоумных, душевнобольных, или если женщина забеременела в «бессознательном состоянии», например, при налете и изнасиловании.

Притворная беременность или симуляция беременности. Цели симулирования беременности могут быть разнообразны, чаще всего в целях оказать влияние на мужа или возлюбленного. Иногда в целях вымогательства денег, якобы для производства аборта или преждевременных родов. Самой частой целью симулирования беременности является подготовка подмены ребенка в случаях бесплодных браков. Известен классический случай с сербской королевой Драгой, которая симулировала беременность, желая затем путем получения чужого ребенка иметь наследника престола. Это не удалось вследствие того, что подлежащий получению ребенок родился мертвым. Притворная беременность имеет нередко в буржуазных странах место в делах о наследстве. Наконец, она может быть предпринимаема в целях отсрочки приведения в исполнение смертного приговора. Диагностика притворной беременности не трудна и основывается на всех тех признаках, которые изложены в главе о признаках бывших родов и аборта.

Весьма важны вопросы, возникающие в процессе экспертизы в связи с определением срока беременности и родов для предоставления декретных отпусков. В общем они сводятся к следующему: 1) возможно ли при современном уровне наших знаний точно определить продолжительность человеческой беременности вообще и в каждом отдельном случае в частности, 2) возможно ли в соответствии с требованием охраны труда и страховых организаций, руководствуясь объективными данными, точно установить срок беременности и время наступления родов.

По первому вопросу, руководствуясь всеми имеющимися научными данными, приходится дать отрицательный ответ, ибо продолжительность человеческой беременности не поддается точному определению. В практической деятельности на основании многочисленных наблюдений и фактического материала приходится руководствоваться тем, что, с первого дня последней менструации до наступления родов в среднем проходит 280 дней, т.е. 40 недель или 10 лунных или 9 гражданских (солнечных) месяцев. При ответе на второй вопрос нужно иметь в виду, что при постановке диагноза срока беременности и наступления родов следует пользоваться исключительно объективными данными (подробнее см. гл. V). Эти данные должны быть точно зафиксированы в истории болезни. Среди объективных данных основную роль играет сопоставление и оценка данных наружного и внутреннего исследований. Внутреннее исследование у каждой беременной применять не следует, однако в сомнительных случаях оно не только вполне допустимо, но и желательно. Если история болезни точно отображает все диагностические приемы, которые были предприняты для уточненного распознавания срока беременности и родов, и вместе с тем произошла ошибка недели в две как в сторону недохода, так и перехода, то такую неточность нельзя считать за небрежность или халатность. Такая неточность в диагнозе особенно возможна, например при однократной лишь явке беременной.

При этом судебно-медицинской экспертизе нужно иметь в виду, что существуют случаи физиологического перенашивания, так называемые затянувшиеся или запоздалые роды. В тех случаях, когда беременная показывалась несколько раз, и если в истории болезни нет точных указаний на применение диагностических методов, а также, если случай не представлял какого-либо редкого явления или патологии, то неправильное определение срока беременности и родов может зависеть от небрежных действий или неопытности врача, дающего декретные отпуска.

ГЛАВА VI

Установление послеродового периода и бывших родов

Е. Е. Розенблюм

В процессах по поводу детоубийства или при необходимости установления принадлежности данной свидетельствуемой подкинутого ребенка, а также при симуляции будто бы закончившейся недавно беременности или недавних бывших родов большое значение естественно приобретают вопросы: 1) *находимся ли данная женщина в послеродовом периоде*, и 2) *при утвердительном ответе — какова давность бывших родов*.

1. Установление послеродового периода (недавних родов)

Под родильным или послеродовым периодом (puerperium) мы понимаем тот период времени, в котором совершаются процессы обратного развития органов, подвергшихся изменениям во время беременности и родов. Продолжительность его в нормальных условиях равна 6—8 неделям. Однако как начало его, которое приурочивается к моменту изгнания вслед за плодом последа с оболочками, так и конец могут более или менее затягиваться. Начало его труднее устанавливается в тех случаях, когда изгнание последа заставляет себя ждать подчас несколько дней или же когда задерживаются лишь части его. Точно так же и вся продолжительность периода может удлиниться по целому ряду причин (у некормящих, у приступивших рано к обычной своей работе, после инфекции и т.п.). Время, проведенное родильницей в постели, не может иметь диагностического значения, а тем более в судебно-медицинских случаях, когда женщина с целью скрыть свое состояние, вовсе не ложится в постель.

Руководящее значение имеет завершившееся обратное развитие половых органов, в самых редких случаях достигающих своего первоначального состояния. Поэтому у большинства женщин *печать материнства остается навсегда* и даже там, где все внешние следы отсутствуют, можно еще много лет спустя констатировать на половых органах признаки бывших родов.

Признаки послеродового периода неодинаковы по своей диагностической ценности, но одновременное наличие их в большом количестве весьма доказательно. Распознавание послеродового

состояния основывается: а) на переменах, вызванных беременностью и остающихся в течение более или менее продолжительного времени после родов, б) на изменениях в половых органах, которые произошли во время родов.

В этом направлении обследуются следующие органы:

Грудные железы. У девственниц они состоят почти целиком из жилисто-плотной соединительной ткани, в которой лишь скудно заложены железистые дольки, причем округлость и полноту им придает жировой слой, окутывающий железу. В послеродовом периоде грудные железы вследствие обильного развития железистых долек с молочными протоками значительно увеличены, сосок и околососковый кружок резко пигментированы; вены при напряженном состоянии грудей просвечивают; на коже нередко отмечаются «*рубцы беременных*».

При ощупывании находят узловатые затвердения, а при надавливании в первые дни из грудей выделяется каплями *молозиво*, а позже молоко в виде большей или меньшей струи.

Незначительное отделение молозива наблюдается правда нередко и вне послеродового периода и по окончании кормления, но описанные изменения грудных желез в целом сами по себе представляют верный и постоянный признак послеродового периода, так как ни при каких других состояниях они так резко не бывают выражены и только в исключительных случаях они отсутствуют или мало заметны.

Брюшные покровы. В послеродовом периоде они растянуты, вялы, морщинисты, белая линия сильно пигментирована, в первые дни после родов на коже живота, бедер и частью ягодиц отмечаются свежие, слегка фиолетовой окраски рубцовые полосы, так называемые «*рубцы беременных*», которые с течением времени постепенно бледнеют и становятся белесоватыми. Необходимо отметить, что «*рубцы*» нередко отсутствуют, несмотря на предшествовавшие неоднократные беременности. Поэтому в настоящее время в связи с успехами в области учений о конституциях и внутренней секреции старое об'яснение происхождения этих рубцов чисто механическим растяжением покровов живота вследствие роста плодовместилища, с последующими разрывами тканей в известных слоях кожи, об'яснение, фигурирующее и теперь во многих руководствах, уступает место современному биологическому методу мышления, раз'ясняющему и *часто встречающееся отсутствие рубцов*. Так как «*рубцы беременных*» в смысле их наличия или отсутствия приобретают особенное судебно-медицинское значение при решении вопроса о бывших родах вообще, подробнее об этом будет сказано ниже, в соответствующем разделе. Кроме «*рубцов беременности*» у многих рожениц остается еще *расхождение прямых брюшных мышц*. При растяжении беременной маткой только прямых мышц живота, расхождение их, оставшееся после родов, с течением времени опять исчезает, но при более или менее значительном растяжении влагалищных мышц происшедшие изменения этих мышц остаются уже навсегда.

Отмеченное состояние кожных покровов живота (растянутость, морщинистость, вялость и пр.), пигментация белой линии и живота, «*рубцы беременных*», расхождение прямых мышц — в совокупности составляют важный признак, так как не трудно исключить патологические состояния, в которых при помощи искусства, допустим, устранено было увеличение живота другого происхождения. Кроме того, в первые 10—12 дней при ощупывании через брюшные покровы определяется увеличенная матка, более или менее перегнутая кпереди. Специальное внутреннее гинекологическое исследование обеими руками (бимануальное) помогает исключить возможность смещения с опухолью матки, яичника и т.п., о чем речь еще будет ниже.

Наружные половые органы в послеродовом периоде представляют значительные изменения, из которых некоторые являются постоянным признаком вообще рожавшей женщины. Характерная багровая окраска слизистой оболочки наружных половых частей почти во всех без исключения случаях сохраняется еще до конца второй недели. Отмечается несколько набухшее состояние наружных частей в целом; половая щель зияет, уздечка большей частью разорвана; промежность вялая и представляет поверхностные или более или менее глубокие повреждения.

У первородящих после родов нередко наблюдаются разрывы и ушибы в области наружных половых органов, свежие и заживающие.

Вследствие растяжения промежности и задней спайки гипертрофированный во время беременности передний влагалищный валик вместе с передней стенкой влагалища свешивается вниз, что становится еще более значительным при разрыве задней стенки влагалища и промежности или при переполнении пузыря.

Девственная плева или ее остаток вследствие сильных ушибов отпадает, на большем или меньшем пространстве сглаживается, после чего остаются характерные для рожавшей женщины

миртовидные сосочки. В чрезвычайно редких случаях, которые и мне приходилось наблюдать, девственная плева, как уже упомянуто в главе может остаться неповрежденной либо благодаря чрезвычайной ее растяжимости, либо вследствие недостаточности ее развития (в виде очень низкой каемки).

Возможны также случаи, когда расстояние между отдельными лоскутами плевы едва увеличивается по сравнению с тем, каким оно бывает обычно лишь вследствие совокуплений. В нормальных условиях эластичность промежности и сужение половой щели поразительно быстро восстанавливается.

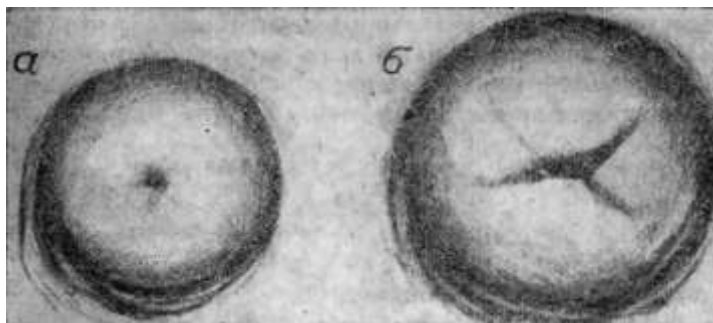


Рис. 11. а — влагалищная часть матки нерожавшей; б — влагалищная рожавшей.

Стенки влагалища, чрезвычайно растянутые в послеродовом периоде, с течением времени постепенно приобретают свой прежний тонус; однако складки никогда не восстанавливаются полностью, как это было до родов. Поэтому влагалище рожавшей женщины *всегда более гладкое*. Темнобагровый цвет слизистой оболочки постепенно становится яркокрасным, а впоследствии делается бледным.

Влагалищная, часть матки, на которой часто отмечаются разрывы, вскоре после родов (уже через 12 часов) начинает формироваться, и в нормальных условиях уже на третий день внутренний зев оказывается проходимым только для одного пальца. При удовлетворительном обратном развитии он по истечении 10-го дня уже не пропускает указательного пальца, чего не бывает долгое время при нарушении процесса инволюции. К концу второй недели канал шейки матки оказывается еще проходимым до половины своей длины, а на 4-й неделе постепенно закрывается и нижний отдел шейки, так что вместо прежнего круглового отверстия остается лишь более или менее *длинная щель* (рис. 11). Слизистая влагалищной части восстанавливается к концу второй недели, но нередко это происходит лишь через 3—4 недели после родов.

Что касается *тела матки*, то выше уже указано было, что дно ее прощупывается через брюшные покровы, и понижение уровня стояния дна с уменьшением органа прогрессирует с каждым днем равномерно, приблизительно на 1½—2 см (при нормальном течении послеродового периода и опорожненном пузыре). Некормление грудью, которое часто имеет место в судебно-медицинских случаях (детоубийство, подкидывание и пр.), замедляюще влияет на процесс обратного развития (что в процессе исследования конечно следует учитывать), равно как и другие неблагоприятные условия, в которые обычно невольно ставит себя женщина, скрывшая роды (беспомощность при родах, немедленное после родов отправление на работу, инфекций и пр.). К 10—12-му дню дно матки можно еще прощупать на уровне лонной дуги; после этого наружными приемами матка уже не прощупывается. Данные измерений стояния дна матки лентой (в сантиметрах) ввиду значительных индивидуальных колебаний не имеют большого значения. Точнее, по дням и неделям, постепенное уменьшение полости матки определяется зондом, что практически могло бы найти применение разве лишь в судебно-медицинских случаях при предварительной конечно дезинфекции влагалища и шейки матки с соблюдением всех предосторожностей.

Ганзен, производивший измерение полости матки зондом с 10-го дня после родов у 200 здоровых родильниц, нашел следующие размеры матки в сантиметрах:

через	10 дней	после	родов	Средняя длина	Макси- мум	Мини- мум
				10,6	13,5	8,0
»	15 »	»	»	9,9	11,5	8,3
»	3 недели	»	»	8,8	10,5	7,5
»	4 »	»	»	8,0	9,3	7,0
»	5 недель	»	»	7,5	9,0	6,5
»	6 »	»	»	7,1	9,1	6,2
»	7 »	»	»	6,9	8,5	6,0
»	8 »	»	»	6,7	8,5	5,6

»	10	»	»	6,5	7,5	5,4
»	12	»	»	6,5	7,5	6,0

Продолжительность полной инволюции, матки, по наблюдениям Ганзена, у $\frac{2}{3}$ родильниц была 6—10 недель, у $\frac{1}{6}$ до 3 месяцев, у остальных 6 недель, самый короткий срок был 4 недели.

Для судебной практики достойно внимания, что и после третьей недели установленное повторным исследованием прогрессивное уменьшение матки, *не наблюдаемое ни при каком другом процессе*, говорит с еще большей вероятностью в пользу того, что он имеет дело с маткой после недавних родов. С другой стороны, установленная тщательным исследованием длина матки менее 8 см говорит против предположения, что женщина родила в течение последних трех недель.

Таким образом по величине матки, по крайней мере в первые 14 дней, можно с приблизительно точностью установить день бывших родов. В дальнейшем, при помощи одного наружного прощупывания суждение становится невозможным, хотя матка еще в течение 2—3 недель обычно продолжает оставаться увеличенной и тестоватой. Поэтому приходится прибегать к внутреннему исследованию.

Величина матки часто дает возможность дифференцировать срочные роды от преждевременных родов и выкидышей. Последние впрочем в ранних случаях подчас не оставляют никаких достаточных признаков, по которым можно было бы установить диагностику и дать заключение.

К сказанному о состоянии матки необходимо добавить, что если для практического врача *вес* матки в различные отрезки времени процесса ее обратного развития не имеет значения, то *в случаях судебно-медицинского вскрытия* необходимо воспользоваться и этим вспомогательным диагностическим средством: вскоре после родов матка весит от $\frac{3}{4}$ до 1 кг, на 7 день — 600—700 г, на 14 — всего только 350—400 г, тогда как на втором месяце родильного периода вес ее уменьшается в среднем до 50 г.

При судебно-медицинском установлении послеродового состояния свидетельствуемой, помимо всего вышеизложенного, в процессе исследования громадное значение приобретают *послеродовые очищения*, так называемые *лохии*, которые в первые три дня бывают чисто кровавыми и иногда ненормально смешаны с кровяными; свертками; следующие 3—4 дня они становятся водянистокровавыми, причем пятна на белье в нормальных случаях в это время имеют светлые края. В ненормальных случаях лохии более темные, иногда даже маркового шоколадно-бурого цвета, оставляющие такие же пятна. Затем до 10-го дня они чуть гнойного характера и вслед за этим приобретают вид слизистых выделений. Однако и тут у некормящих (с чем обычно сталкивается судебно-медицинский эксперт) кровянистые выделения более продолжительны, что находится в прямой зависимости от плохой инволюции. Во всяком случае внешний вид лохий позволяет приблизительно установить давность бывших родов.

Суммируя сказанное, можно заключить, что если в первые недели судебно-медицинское установление наличности послеродового состояния (периода) с указанием давности бывших родов не представляет затруднений и вполне находится в пределах возможного (*особенно в первые 14 дней*), то в дальнейшем точное определение срока родов постепенно становится уже труднее. Чем больше прошло времени с момента родов, тем более увеличиваются затруднения.

Поэтому эксперту в таких случаях приходится воздерживаться от точного указания времени, протекшего со дня родов, и ограничиваться лишь заключением, что «свидетельствуемая — рожавшая и родила более или менее непродолжительное время назад», и следовательно не может требовать от него большей точности.

2. Установление давних родов

В случаях когда после предполагаемых (подозреваемых) родов прошло много времени, заключение эксперта, очевидно, становится еще более ограниченным, и задача его сводится к установлению лишь факта *бывших родов*, безотносительно к их давности, короче сказать, к ответу на вопрос — *является ли данная свидетельствуемая женщина рожавшей*. И тут от эксперта требуется тщательное исследование в последовательном порядке согласно вышеизложенному. При этом приходится базироваться на тех следах из описанных внешних перемен на теле и на тех изменениях в половых органах, вызванных беременностью и родами, которые являются *стойкими*.

Полагая излишним перечислять описанные признаки, считаю уместным остановиться здесь на «*рубцах беременных*» — признаке, не лишенном серьезного судебно-медицинского ориентировочного значения. С одной стороны, эти рубцы часто весьма слабо выражены или вовсе отсутствуют у заведомо рожавших и притом неоднократно рожавших; с другой стороны, они наблюда-

ются и у нерожавших, что как бы не вяжется с объяснением их чисто механического происхождения, условия для которого в процессе беременности всегда имеются налицо. Невольно рождаются недоуменные вопросы. Чем, например, объяснить полное отсутствие рубцов и гладкость напряженных кожных покровов у истощенной первородящей и притом двойнями?

Чем объяснить, с другой стороны, возникновение «рубцов беременности» в такой сравнительно ранний период беременности, когда еще не может быть речи о чрезмерном растяжении растущей маткой покровов живота? И современному эксперту этот вопрос «о рубцах», как и другие вопросы экспертизы, предъявляет требование близкого знакомства с учением о конституциях и внутренней секреции. Наблюдения показали, что «рубцы беременности» свойственны известным конституционным типам (Кермаунер, Зельгейм, Ашнер, Кюстнер, Эйфингер и др.), причем Кермаунер дает этому довольно подходящее и приемлемое научное объяснение.

Он считает, что образованию рубцов обязательно предшествует предварительное усиленное развитие подкожно-жировой клетчатки. Только эта клетчатка, «а не растущее плодместилище», затем уже механически ведет к разрывам в известных слоях кожи. Центр тяжести здесь, по мнению Кермаунера, в своеобразной «липофилии», которая, как мы действительно повседневно наблюдаем, ведет к образованию рубцов на известных частях тела (на бедрах, в области пахов) даже в небеременном состоянии. Проводя здесь аналогию с подобным явлением, наблюдаемым при *адипозо-генитальной дистрофии*¹, Кермаунер поэтому связывает образование «рубцов беременности» непосредственно с гипофункцией гипофиза. Так как наряду с гипофизом в усиленном развитии и увеличении жирового подкожного слоя принимают участие и другие железы внутренней секреции (например щитовидная железа), то Кермаунер и ставит зависимость изменения в коже и подкожной жировой клетчатке от внутренней секреции. В соответствии с этим наблюдения Зейнше, с которыми совпадают и наблюдения других, показали, что например у пикничек рубцы беременных резко выражены, в то время как у типичных гипопластичек, астеничек они не наблюдаются вовсе или отмечаются в незначительном количестве в зависимости от представляемых женщиной известных отклонений от этого типа. Число беременностей оказывает ничтожное влияние на количество образования рубцов.

Поэтому в процессе расследования по вопросу, является ли свидетельствуемая рожавшей или нет, надо помнить, что одно наличие или отсутствие «рубцов беременности» не решает вопроса (тоже относится и к *пигментации белой линии живота*), и учитывать эти, хотя и частые, но не всегда достоверные признаки лишь наряду и в совокупности с другими, одновременно отмечаемыми стойкими и характерными остатками бывших беременности и родов (изменения грудных желез, наружных половых частей, девственной плевы, состояние влагалищной части наружного маточного зева и пр.). Лишь после должной оценки всех признаков можно вынести окончательное заключение.

¹ Под термином адипозо-генитальная дистрофия (*dystrophia adiposogenitalis*) понимается расстройство функции желез внутренней секреции, при котором наблюдается резкое отложение жира с расстройством менструаций и функций яичников.

Показания к производству искусственного выкидыша

Проф. М. Г. Сердюков

Постановлением НКЗдрава и НКЮ, изданным в 1920 г., искусственный аборт в СССР легализован. По существу этого распоряжения каждая женщина, желающая прервать свою беременность, т.е. произвести искусственный аборт, имеет право самостоятельно, без согласия мужа, получить абортивную помощь.

Однако, оберегая здоровье и жизнь трудящихся, ст. 140 УК совершенно ясно запрещает и преследует совершение с согласия матери изгнания плода лицами, не имеющими на то надлежащей подготовки или хотя бы и имеющими такую подготовку, но совершающими плодизгнание в противосанитарной обстановке. Наказание усиливается, если подобное действие производится в виде промысла или без согласия беременной и если своим последствием оно имело смерть.

Искусственным абортом или выкидышем называется искусственное прекращение беременности до 28 недель у женщин, здоровью или жизни которых угрожает опасность вследствие болезни, возникающей или обостряющейся на почве беременности. Аборт, по медицинским показаниям, должен производиться в течение первых 6 недель беременности и не позднее 12 недель. В отдельных случаях допускается производство искусственного аборта и при более поздних сроках беременности, но по безусловным и строго установленным консультативно-медицинским показаниям.

По роду своему операция искусственного аборта является весьма ответственной операцией и требует ряда предосторожностей. Для хорошего исхода ее и предупреждения вредных последствий искусственного аборта от врача требуется наличие практического опыта и научной подготовки, кроме того хорошая техника и соблюдение ряда предосторожностей.

В советских условиях при производстве искусственного аборта в специально приспособленных для этой цели лечебницах (абортариях), первичная вредность сведена к минимальным цифрам. Именно, процент прободения матки (перфорации) равен 0,04. Непосредственная заболеваемость в связи с искусственным абортом, т.е. процент лихорадящего течения, колеблется от 2 до 3.

К числу предосторожностей, ограничивающих заболеваемость в связи с операцией искусственного аборта, относится точная оценка, правильное и пунктуальное применение противопоказаний и показаний к производству искусственного аборта.

В связи с развитием современной науки показания к искусственному аборту все более и более суживаются, так как в настоящее время мы обладаем профилактическими средствами, которыми умеем регулировать деторождение.

По своей важности показания к производству искусственного аборта разделяются на безусловные или абсолютные и на относительные. При наличии абсолютных показаний искусственный аборт может быть произведен немедленно после установления точного диагноза и при соблюдении нижеизложенных профилактических условий. В случаях относительных показаний беременную следует направлять в стационар для предварительного наблюдения и лечения, причем надобность в прекращении беременности выявляется лишь после испытания и особенно в тех случаях, где клинически устанавливается безуспешность лечения.

Само собою разумеется, что, даже при наличии относительных показаний к прекращению беременности, за беременной остается право на сохранение беременности, если она этого желает, но такая больная должна быть своевременно осведомлена наблюдающим врачом о том риске, которому она подвергает себя при сохранении беременности. При развитии и нарастании симптомов, приближающих относительные показания к безусловным, беременной должно быть своевременно обеспечено производство искусственного аборта.

Производство искусственного аборта, по медицинским показаниям, требует выполнения ряда условий, обеспечивающих правильную установку показаний и предупреждающих возможность

свободного и расширенного толкования и применения этих показаний. К числу этих условий относятся: 1) Поступающая для производства искусственного аборта или для предварительного испытания и наблюдения беременная должна иметь официальное направление от государственного медицинского учреждения (консультация для беременных, диспансер, амбулатория и пр.). 2) Беременной, поступающей для производства искусственного аборта, должно быть обеспечено по возможности всестороннее клиническое обследование. Результаты наблюдений и все данные должны быть четко и подробно занесены в историю болезни беременной. 3) Вопрос о производстве искусственного аборта, по медицинским показаниям, должен решаться консультативно при участии не менее двух врачей, среди которых весьма желательно участие главного или старшего врача, и особенно ценно совместное суждение с терапевтом или врачом соответственной специальности. При установлении медицинских показаний при заболевании внутренних органов решающее мнение принадлежит терапевту. 4) Решение консилиума должно быть запротоколировано в истории болезни беременной, а показания к производству искусственного аборта должны быть кратко и точно сформулированы в выражениях, не допускающих двусмысленного или неправильного толкования их.

Все медицинские показания к производству искусственного аборта разделяются на общие и генитальные (т.е. связанные с изменениями в женской половой сфере).

Инвалидность, изнасилование и условия бытового характера не входят в разряд медицинских показаний для производства искусственного аборта. Прекращение беременности в таких случаях не обязательно и производится в общем порядке, через комиссии, которые разбираются в действительности социальных показаний. Показания же эти устанавливаются в каждом отдельном случае индивидуально.

А. ОБЩИЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРОИЗВОДСТВУ ИСКУССТВЕННОГО АБОРТА

К общим показаниям к производству, искусственного аборта относятся такие состояния организма, которые угрожают жизни беременной независимо от того, предшествовали ли они наступлению беременности или развились во время нее, и по характеру своих симптомов не поддаются лечению. Сюда относятся:

1. Заболевания сердечно-сосудистой системы

В основу клинического и судебно-медицинского суждения о прекращении беременности до поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы должны быть положены данные о функциональном состоянии сердца и сосудов. Целый ряд наблюдений (Нефедов, Шварцман и др.) показывает, что анатомо-морфологический диагноз без учета толерантности и резервных сил сердечно-сосудистой системы не решает вопроса о явной необходимости прекращать беременность. Поэтому в каждом отдельном случае такие показания должны решаться консультативно с терапевтом. Бесспорными показаниями для прекращения беременности, исходящими со стороны сердечно-сосудистой системы, должны считаться:

а) Явления *декомпенсации* независимо от характера заболевания сердца, являющегося причиной такой декомпенсации. Основными симптомами, сопровождающими случаи декомпенсации, являются одышка, периферические и внутренние отеки. Сюда же относятся и случаи субкомпенсированной сердечной недостаточности, особенно при наличии данных о декомпенсации в прошлом.

б) *Компенсированные формы* заболеваний сердца, даже при наличии стойких изменений, конечно при отсутствии указаний на прогрессирование процесса, сами по себе не являются поводом для прерывания беременности. В качестве примера можно напомнить, что некоторые формы заболевания сердца (недостаточность двустворчатого клапана, заболевания мышцы сердца, сужение двустворки) при отсутствии угрожающих симптомов и при отсутствии потери трудоспособности не дают медицинских поводов к прекращению беременности. Клинический опыт показывает, что при подобных компенсированных заболеваниях сердца беременность и роды протекают по типу нормальных, особенно если носительницы этих пороков находятся под наблюдением врача в течение своей беременности и если родоразрешение происходит в лечебных учреждениях. Однако в ряде случаев, если имеется даже компенсированный порок сердца, но образование его относится к недавнему времени (один, два года), и следовательно нет уверенных и объективных данных для суждения о стойкости и законченности патологического процесса, то беременность лучше прекратить.

в) *Эндокардит* (заболевание внутренней оболочки сердца) при наличии соответствующих этому заболеванию симптомов служит безусловным показанием к производству искусственного аборта. Однако в тех случаях, где налицо лишь неясные симптомы в виде нестойкой субфебрильной температуры и некоторая возбудимость сердца, требуется клиническое выяснение вопроса о первичном септическом очаге. Такие случаи в противоположность ясно выраженному эндокардиту не могут быть отнесены к прямым показаниям к производству искусственного аборта.

г) *Аритмическое расстройство* деятельности сердца, при наличии установленного диагноза, мерцание предсердий относятся к безусловным показаниям к прекращению беременности. Экстрасистолия, наоборот, не может быть изолированно отнесена в разряд безусловных показаний и должна приниматься в расчет лишь по совокупности с другими признаками заболевания сердца.

д) *Склеротические изменения* сосудов сердца, равно как и кардиосклероз, при наличии твердо установленного диагноза с соответствующим симптомокомплексом являются показаниями к производству искусственного аборта.

2. Туберкулез легких, гортани, костей и суставов

а) *Компенсированные формы туберкулеза* при установлении их контрольными исследованиями объективного характера (рентгеноскопия, рентгенография, физическое и лабораторное исследование) не дают прямого повода к прекращению беременности. Опорными пунктами могут служить констатирование отсутствия в выделениях туберкулезных бацилл Коха перед наступлением беременности, стойкая нормальная температура, отсутствие ускорения сердечной деятельности, нормальная реакция оседания эритроцитов до беременности, стойкий вес.

б) *Подлихорадочные формы* легочного туберкулеза — железисто-плевральные формы и другие формы с явлениями хронической интоксикации, без симптомов генерализации в других органах (глаза, железы, кожа и др.), при наличии состояния удовлетворительного питания, отсутствие тахикардии при нормальных показателях реакции, оседания эритроцитов — не могут быть отнесены к безусловным и прямым показателям к прекращению беременности.

в) *Случаи с обширными легочными инфильтративными изменениями* рассеянной формы, а также выраженное кавернозное поражение легких, равно как и случаи с резко выраженной токсемией, безусловно требуют ликвидации беременности.

Все вышеизложенные формы туберкулезного поражения, с судебной-медицинской и клинической точек зрения, требуют уточнения времени, когда уместнее применять операцию искусственного аборта, чтобы она могла оправдать себя, дав улучшение состояния здоровья больной.

Такой вопрос имеет большую важность, так как преждевременное или запоздалое применение операции искусственного аборта часто не дает желаемого эффекта, и больные через некоторое время все равно погибают от основного заболевания туберкулезом, что в таких случаях может послужить источником, судебных претензий к врачу со стороны родственников. В подобных случаях врачи обвиняются либо в несвоевременном применении операции, либо в том, что операция явилась фактором, обострившим туберкулезный процесс, и косвенно обусловила ускорение наступления смертельного исхода у больной.

Поэтому клинический опыт показывает, что прекращение беременности при вышеуказанных туберкулезных поражениях легких следует производить не позднее первых десяти недель беременности. Прекращение беременности во второй половине ее в тяжелых случаях туберкулеза бесцельно, ибо к тяжелому течению туберкулезного процесса присоединяются ослабляющее влияние наркоза, операционная травма, и такие больные все равно погибают и погибают скорее при оперативном вмешательстве.

Некоторую спорность представляют отдельные субкомпенсированные формы легочного туберкулеза с незначительными явлениями продуктивного характера, без значительного распада, с нерезко выраженной интоксикацией, при которых беременность условно может быть сохранена. В число условий для сохранения беременности у туберкулезных женщин входят надлежащая социально-бытовая обстановка, в частности длительное санаторное лечение, и настойчивое желание матери иметь ребенка.

г) *Туберкулез гортани* безусловно требует прекращения беременности, и чем скорее это выполняется, тем больше лучших шансов для больной.

д) При *костно-суставном туберкулезе* закрытые, законченные формы не служат прямым показанием к прекращению беременности.

е) Случаи *костно-суставного туберкулеза* с симптомами интоксикации, с открытыми свищами относятся к прямым показаниям к прекращению беременности.

3. Заболевание почек

При заболевании этой группы, с точки зрения прекращения беременности, безусловно необходимо предварительное клиническое обследование и наблюдение, а также консультация с терапевтом.

а) *Острый нефрит* требует лечение и принадлежит к относительным показаниям к прекращению беременности. При переходе острого нефрита в хронический и отягощении его течения беременностью возникает вопрос о ликвидации беременности, если соответствующее лечение не дает положительного эффекта.

б) *Хронический нефрит*, сморщенная почка, особенно при недостаточной функции почек, является показанием к прекращению беременности.

в) *Нефроз* с угрожающими симптомами (значительная альбуминурия, наличие эпителиальных, зернистых цилиндров и пр.), и особенно при безуспешности лечения, содержания в постели, диетического режима — служит показанием к прекращению беременности.

г) *Пиэлит* (заболевание почечных лоханок) не служит показанием к прекращению беременности и требует соответствующего лечения.

4. Заболевания крови и кроветворных органов

Лейкемия обычно благодаря наступлению беременности не ухудшается, так что о производстве искусственного аборта при хронических формах лейкемии говорить не приходится. При острой лейкемии прекращение беременности даже ухудшает ее течение и поэтому искусственный аборт при ней не показан, тем более, что рождающиеся дети, если они доношиваются до срока, бывают вполне жизнеспособными.

5. Заболевания органов внутренней секреции

а) *Базедова болезнь* при ухудшении состояния под влиянием беременности и симптомах нарушенной работы сердечно-сосудистой системы, при ухудшении явлений автоинтоксикации требует прекращения беременности.

б) *Сахарное мочеизнурение* является показанием для прекращения беременности в тех случаях, если все лечебные мероприятия не улучшают состояние беременной. При наличии же тяжелого ацидоза, что указывает на тяжелую форму заболевания, прекращение беременности является обязательным, причем в таких случаях важно не упустить время для производства искусственного аборта.

в) *Спазмофилия*, как результат расстройства деятельности околотитовидных желез, является показанием к прекращению беременности в тех случаях, где клиническое наблюдение и пробное лечение не дают положительного эффекта.

6. Нервные и психические заболевания

Эти заболевания требуют в каждом отдельном случае консультации с невропатологом и психиатром. Показания должны быть сформулированы в письменной форме с точным указанием диагноза заболевания и основных симптомов, а также течения болезни в условиях беременности.

При душевных заболеваниях, в частности при *психозах*, искусственный аборт в виде общего правила не показан, так как прекращение беременности не только не излечивает душевных заболеваний, но даже и не улучшает их течения. Исключения составляют психические депрессивные состояния, при которых бывает тенденция к самоубийству. Неизлечимые формы шизофрении дают показания к производству искусственного аборта в тех случаях, когда шизофрения установлена клинически в специальных психиатрических учреждениях.

Органические формы *эпилепсии*, которые в условиях беременности склонны к обострениям с учащением припадков, являются прямыми показаниями к прекращению беременности. Наоборот, течение функциональных форм эпилепсии, так называемой «генуидной эпилепсии», может улучшаться и даже излечиваться под влиянием беременности. Это же относится к эндокринным формам эпилепсии, которые под влиянием беременности могут совершенно исчезать, рецидивировав в периоды, свободные от беременности. Поэтому при таких формах эпилепсии производство искусственного аборта противопоказано и не вызывается необходимостью.

7. Заболевания органов чувств

Ретинит, особенно двусторонний, отслойка сетчатки, кровоизлияние в сетчатку безусловно требуют прекращения беременности, так как течение перечисленных заболеваний ухудшается при беременности и может ускорить наступление слепоты или частичную потерю зрения. *Отосклероз* также является показанием к прекращению беременности, так как в условиях ее процесс, вызывающий это заболевание, обостряется, ухудшается и может способствовать полной потере слуха. Однако некоторые авторы, как например Гюсси, не считают отосклероз абсолютным показанием к прекращению беременности, ибо в конечном результате все равно, рано или поздно, наступает глухота, и если мать желает иметь живого ребенка, то производить искусственный аборт в случаях отосклероза достаточных оснований нет.

8. Кожные заболевания

Среди группы этих заболеваний обычно только формы, сопровождающиеся лихорадкой, ознобами и общим тяжелым состоянием, служат прямым показанием к немедленному прекращению беременности. Остальные кожные заболевания — *экзема, фурункулез, почесуха* не являются показаниями к прекращению беременности. Только в отдельных случаях, при особо тяжелом течении их, явно связанном с влиянием беременности, после клинического испытания может выявиться надобность в прекращении беременности.

Остальные заболевания, как например *апендицит, желтуха, язва желудка* и пр., при наличии беременности требуют терапевтического или хирургического лечения и не служат показаниями для прекращения беременности. Наличие одной только почки, после односторонней нефрэктомии, также не дает оснований для прекращения беременности, ибо описан целый ряд случаев нормального течения беременности и родов при наличии только одной почки.

Б. ГЕНИТАЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ

Сюда относятся показания, зависящие от особого состояния или связанные с дефектами развития или заболевания женской половой сферы.

1. *Узкий таз* может служить показанием для аборта лишь при абсолютных степенях его сужений (истинная кон'югата 6 см при плоском и 6,1 см при узком тазе). В каждом отдельном случае при этом беременная должна быть поставлена в известность о возможности родов путем кесарского сечения с одновременным производством операции стерилизации. Само собою разумеется, что врач, давая такой совет, должен указать на риск, связанный с подобной операцией, а право выбора принадлежит самой беременной. При этом не следует оказывать какого-либо давления на беременную, а необходимо об'ективно раз'яснить ей все обстоятельства, ожидающие ее при том или ином выборе,

Важно иметь в виду при оценке вмешательства по поводу узкого таза, что при относительных сужениях с истинной кон'югатой выше 8 см нет показаний к прекращению беременности — искусственному аборту, так как первые роды являются пробными.

2. *Острое многоводие* при наличии нарастающих и угрожающих симптомов со стороны сердца, почек, легких служит прямым показанием к прекращению беременности.

3. *Ущемление ретрофлексированной (перегнутой кзади) беременной матки* не служит абсолютным показанием для производства искусственного аборта. Ненормальное положение матки требует исправления, а при наличии сзади матки мощных, плоскостных спаек, фиксирующих ее ненормальное положение, и если сама беременная желает сохранить беременность, более рационально делать чревосечение по сохраняющему методу. При этом можно разрушить сращение, восстановить правильное положение матки, сохранив беременность. По данным Московского областного научно-исследовательского института материнства шансы на сохранение беременности при таком образе действий равны 80%. В тех случаях, когда имеются признаки ущемления ретрофлексированной матки, прекращение беременности может быть показано в связи с нарастающими клиническими явлениями.

4. *Злокачественные опухоли*, в частности, поддающийся лечению оперативным путем рак матки, не являются показанием к производству искусственного аборта. При комбинации операбельного рака и беременности вместо производства аборта необходима радикальная операция удаления матки вместе с придатками и плодом. В случаях неоперабельного рака в комбинации с

беременностью более целесообразно, дождавшись конца беременности, применить кесарское сечение, которым можно получить живой плод.

5. *Токсикозы беременности* (гестозы, алергозы) составляют значительную по частоте группу специфических заболеваний, которые вследствие тяжести своего течения могут послужить показанием к прекращению беременности. Сюда относятся:

а) *Неукротимая рвота* беременных, которая требует прекращения беременности при наличии следующих симптомов: безуспешность продолжительного лечения в стационаре, стойкое учащение пульса до 100 и выше, особенно при наличии аритмии, повышении температуры и падении веса тела, сопровождаемом ацидозом и появлением белка и эритроцитов в моче.

В таких случаях важно не упустить время для производства операции искусственного аборта, так как в тяжелых и далеко зашедших случаях поздно сделанная операция прекращения беременности не дает положительного эффекта.

б) *Острая желтая атрофия печени* является безусловным показанием к немедленному прекращению беременности, хотя вследствие тяжести течения этого заболевания прекращение беременности редко приводит к положительному результату и не останавливает развития болезни, которая по существу не является в строгом смысле токсикозом, а по видимому относится к инфекционным заболеваниям печени.

в) *Хорея* беременных, возникающая во время беременности, или если она является рецидивом хорей, бывшей в юности, является показанием к прекращению беременности в тех случаях, когда она протекает в тяжелой форме и сопровождается осложнениями со стороны сердца, почек, и тяжелыми расстройствами со стороны нервной системы.

ГЛАВА VIII

Противопоказания к производству искусственного аборта

Проф. М. Г. Сердюков

Если показания к производству искусственного аборта имеют свое давнее прошлое и многократно обсуждались в специальной медицинской прессе, то этого нельзя сказать о *противопоказаниях* к применению искусственного аборта.

Несмотря на то, что со времени издания постановления НКЗдрава и НКЮ о легализации искусственного аборта прошло 15 лет, до сих пор мы не имеем точных и научно-обоснованных противопоказаний к производству искусственного аборта. В целях борьбы с женской заболеваемостью особенно важна четкая формулировка противопоказаний, важность ее также понятна и с судебно-медицинской точки зрения. Практика жизни показывает, что в целом ряде случаев недооценка медицинских показаний и противопоказаний применения операции искусственного аборта служит источником разнообразной заболеваемости, травматизма, целого ряда смертельных исходов и часто является предметом судебного разбирательства.

Противопоказания к производству искусственного аборта тоже делятся на абсолютные и относительные. Они должны точно так же, как и показания, устанавливаться консультативно в составе не менее двух врачей, из которых один должен быть терапевтом или невропатологом. При этом решающее суждение о наличии того или иного противопоказания принадлежит в большей степени невропатологу или терапевту.

А. АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ИСКУССТВЕННОМУ АБОРТУ

1. *Острые и подострые воспалительные заболевания половых, тазовых и брюшных органов* являются прямым противопоказанием к производству искусственного аборта. При наличии таких процессов аборт производить безусловно нельзя, так как в 23% случаев после искусственного аборта, даже при нормальном состоянии половых органов, в первые 6 недель были констатированы изменения, среди которых на первом месте стоят воспалительные изменения. Горгес-Гавриленко на материале в 4 525 случаях искусственного аборта до операции в 54% констатировала наличие воспалительных заболеваний в форме эрозий, воспаления придатков, эндометритов скрытого характера.

Во всяком случае надо иметь в виду, что острые и подострые воспалительные заболевания женских половых органов, не будучи замечены в условиях искусственного аборта, дают обострения. Производство искусственного аборта при наличии воспалительных заболеваний может послужить толчком к распространению инфекции и повести к тяжелым местным и общим септическим заболеваниям.

2. *Гнойники* в области мочевого канала, бартолиниты, свищи с гнойными выделениями до излечения или ликвидации этих инфекционных очагов являются прямым противопоказанием к производству искусственного аборта, так как он может служить входными воротами для занесения инфекции из вышеперечисленных очагов ее.

3. *Апендицит, колит* в подострой стадии с повышением температуры является противопоказанием к производству искусственного аборта и требует предварительного лечения. У женщин, перенесших воспалительные заболевания после родов и аборт, безусловно противопоказано производство искусственного аборта ранее 6 месяцев по выздоровлении. Возможность производства искусственного аборта у них должна быть контролируется не только отсутствием или наличием анатомических изменений в полости малого таза, но и контрольными анализами реакции оседания эритроцитов и границами лейкоцитоза, а также состоянием шейечно-влагалищной флоры.

4. *Свежая гонорея*, а также хроническая с обострениями и с периодическим появлением гонококков, с присутствием диплококков или дегенеративных форм при наличии большого количества лейкоцитов требует серьезного специального лечения и до излечения является противопоказанием к производству искусственного аборта.

5. *Общие острые инфекционные заболевания* (дифтерия, скарлатина, тифы и пр.); являются противопоказанием к производству искусственного аборта, как и всякой другой операции. Производство операций при острых инфекциях может послужить источником осложнений в тазовых органах и в частности со стороны слизистой оболочки матки и придатков. Кроме того применение операции при таких инфекциях может оказаться ослабляющим моментом и скверно повлиять на течение основного заболевания.

6. *Все повышения температуры* выше 37,5 без диагноза являются противопоказанием к производству искусственного аборта. Искусственный аборт может быть произведен через 3 дня по установлении нормальной температуры, так как производство искусственного аборта в стадии инкубации угрожает послеоперационными осложнениями вообще, и в частности со стороны женской половой сферы. Кроме того оно может отягощать течение основного заболевания и замедлять выздоровление.

7. *Все местные воспалительные процессы* (фокальная инфекция — ангина, флюс, фурункулез, гнойное воспаление уха, гноящиеся раны и язвы, панариции) требуют предварительного лечения, и производство искусственного аборта при перечисленных формах заболеваний в острой их стадии противопоказано. Такие же противопоказания имеют серьезное основание при наличии хронических инфекционных заболеваний с точки зрения очагов дремлющей инфекции. Такие очаги в связи с травмой на почве искусственного аборта в подобных условиях могут послужить источником или толчком к развитию общих септических заболеваний.

8. *Отдельные патологические формы беременности*: шейечная беременность, подозрение на внематочную — трубную или яичниковую — беременность являются безусловными противопоказаниями к производству искусственного аборта — выскабливания матки, так как производство его в этих условиях может дать толчок к развитию угрожающего жизни кровотечения.

9. *Часто производимые один за другим аборт* (чаще чем 2 раза в год) также являются противопоказанием к производству искусственного аборта. Необходимо иметь в виду, что учащенное пользование искусственным аборт приводит к изнашиванию всего организма и является гормональной травмой, оказывающей вредное влияние не только на соматическое состояние, но и на нервно-психическую сферу.

Б. ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ИСКУССТВЕННОМУ АБОРТУ

1. *Беременность, осложненная кистой*, является относительным противопоказанием. Если киста имеет большие размеры, длинную ножку, с наклоном к перекручиванию, или если она расположена межсвязочно, то в таких случаях относительные противопоказания приближаются к абсолютным.

2. Резко выраженные *сложные и комбинированные уродства*, при которых производство искусственного аборта вагинальным путем (через влагалище) может стать источником различных

осложнений — перфорация, атоническое кровотечение, несовершенная инволюция и пр. При подобных состояниях, особенно для точного выяснения показаний и противопоказаний к искусственному аборту, весьма целесообразно решать вопрос консультативно. При особенно сложных уродствах более правильно предпочитать искусственному аборту малое кесарское сечение со стерилизацией. Впрочем такой образ действий является еще спорным.

3. Резко выраженная ригидность шейки, деформация ее требуют в каждом отдельном случае консультативного обсуждения и могут быть приравнены к относительным противопоказаниям к производству искусственного аборта вагинальным путем (через влагалище). В случаях безусловной надобности прекращения беременности по каким-либо серьезным показаниям при таких комбинациях более бережным методом является абдоминальный путь — малое кесарское сечение. Влагалищное кесарское сечение, которым в таких случаях можно также прервать беременность, является менее бережным способом и дает ряд осложнений (сморщивание переднего свода, несращение шейки и пр.).

4. Наличие *фибромиомы* и *фиброматоза* матки также принадлежит к относительным противопоказаниям к производству искусственного аборта, так как комбинация этих форм с беременностью в условиях производства искусственного аборта дает частое осложнение в форме атонических кровотечений, неправильных инволюций (сокращение) матки, воспалений и пр. Весьма существенно, что при таких комбинациях отмечается учащение перфораций матки.

5. *Инфантилизм* (общая отсталость развития), *гипоплазия* (общее недоразвитие) являются относительными противопоказаниями к производству искусственного аборта. Такие состояния организма являются недостатками конституции всего организма, которому сопутствует недоразвитие и неустойчивость (лябильность) слизистой оболочки матки, малая матка, недоразвитие связочного аппарата, склонность кистозного перерождения яичников.

Производство искусственного аборта при первой беременности у таких женщин в большинстве случаев приводит к тому, что первый аборт в молодом возрасте от 20 до 30 лет оказывает особо травматическое воздействие (проф. М. Г. Сердюков). Как последствие этого в результате искусственного аборта у таких женщин наступает полное отсутствие регул (аменорея), скудные регулы (олигоменорея), ожирение, огрубение матки (метропатия), бесплодие и на этой почве ряд нервных и душевных расстройств. С судебно-медицинской точки зрения подобные последствия имеют особо важный интерес: именно в некоторых случаях, получая инвалидность, как последствие перенесенного аборта с потерей основных функций менструации и деторождения, такие больные предъявляют судебные притязания к врачу, производившему искусственный аборт, и экспертизе приходится устанавливать факт: а) травмирующего влияния аборта; б) недостаточной оценки противопоказаний, не принятых во внимание своевременно врачом; в) могут быть положения, при которых существовали комбинированные показания к производству искусственного аборта по серьезным медицинским показаниям (со стороны сердца, легких, почек, и пр.) при наличии дефективной конституции, что в таких случаях естественно отступает на второй план. Поэтому, несмотря на всю важность конституциональных факторов как противопоказаний к искусственному аборту, некоторые считают, что их следует причислять к относительным противопоказаниям.

С судебно-медицинской точки зрения особенно важно бывает иметь точное суждение — правильно ли и объективно ли были учтены и сопоставлены показания и противопоказания к искусственному аборту. Если искусственный аборт все же должен был быть выполнен, несмотря на наличие медицинских противопоказаний, по показаниям социального характера, то все ли предосторожности были приняты для выполнения его в более рискованных чем в норме условиях. К числу подобных предосторожностей в первую голову относится производство искусственного аборта в таких стационарах, где бы можно было кроме аборта, если бы того потребовали обстоятельства в виде осложнений, немедленно произвести операцию чревосечения.

ГЛАВА X

Преступный выкидыш

Проф. М. Г. Сердюков

Преступный выкидыш, имевший широкое распространение в России до революции, после легализации искусственного аборта стал встречаться значительно реже. Однако в настоящее время среди таких неполных абортов, ежегодно регистрируемых по Москве, некоторая часть их носит безусловно подпольный характер и относится к преступному аборту. Преступный аборт по-прежнему совершается либо невежественными лицами, так называемыми абористами, плодоизгнателями, либо лицами медицинских профессий, совершающих аборт без соблюдения правил предосторожности и в неподходящей для этой операции обстановке. Это и приводит их на скамью подсудимых по ст. 140 УК. Поэтому наличие в истории болезни точных данных о попытках к преступному аборту имеет особо важное значение с судебно-медицинской точки зрения.

Среди многочисленных средств, которыми вызывают аборт, различают две основных группы: 1) механические средства, 2) токсические плодогонные средства.

1. Механический аборт

В группе *механических* средств имеется множество методов, которыми пользуются для прекращения беременности. Основным является введение в полость матки, а иногда во влагалище, твердых или тугоэластических предметов разной величины и преимущественно продолговатой формы.

Далее, для этих целей пользуются вспрыскиванием в полость матки разнообразных жидкостей.

При производстве преступного аборта твердыми предметами продолговатой формы (спицы, веретена, коренья растений, проволока, карандаши и пр.) возникает вопрос о механизме аборта и в частности, был ли при этом совершен прокол плодных оболочек? В этом отношении надо помнить, что до трех месяцев беременности, как известно, плодного пузыря или не существует, или он так мал, что достигнуть его вышеперечисленными предметами не удастся.

При тих сроках беременности плодоизгнатели, избегая острых инструментов, чаще всего пользуются эластическими бужами. При введении этого или подобного ему инструмента вызываются раздражение и схватки матки. При более глубоком проникновении абортивными предметами происходит частичное отделение оболочек и кровотечение.

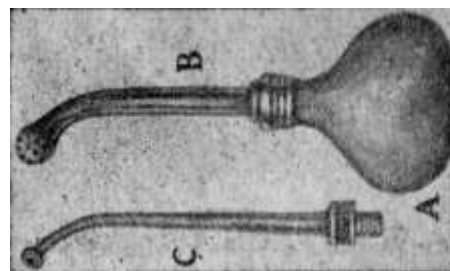


Рис. 12. Патентованный аппарат для предохранения от беременности. *A* — баллон, вводящий жидкость под давлением; *B* — наконечник № 1; *C* — наконечник № 2.

При беременности, достигшей второй половины, этими же абортивными тупыми предметами не только отслаиваются оболочки, но обычно прорывается и пузырь. При таком вмешательстве происходит немедленно отхождение вод, а далее развиваются схватки и кровотечение. Для наступления аборта, в среднем, требуется пребывание в матке вводимых туда тел от 24 до 48 часов. Ввиду этого такие предметы являются проводниками инфекции. Некоторые авторы (Ф. Рейтер) говорят, что, по данным судебно-медицинской практики, опасность инфекции не так велика, если вводится в полость матки широко практикуемый в Германии и Австрии эластический катетер, но с применением примитивной асептики. Нередко при преступном аборте пользуются металлическими бужами, металлическими катетерами, и если в таких случаях инфекция встречается реже, то при таких абортах чаще встречаются ранения. Иногда для целей преступного аборта пользуются стилетами, обтураторами, проволокой и другими подобными предметами, которыми наносят грубые, колющего характера повреждения, рана не только матку, но иногда и соседние органы: мочевого пузыря, мочеиспускательный канал и прямую кишку. Следует иметь в виду, что при жизни потерпевшей, если после преступного аборта в дальнейшем в лечебном учреждении было произведено обследование матки или оперативное вмешательство, бывает очень трудно доказать наличие преступного вмешательства. В некоторых случаях это однако легко установить, если во время операции в лечебном учреждении были извлечены предметы плодоизгнания. В таких случаях для более точного выяснения этого вопроса могут оказать помощь данные анамнеза или обстановка, где преступное плодоизгнание производилось, а также указания самой больной или лиц, причастных к производству преступного аборта.

Второй способ состоит в введении в полость беременной матки разнообразных жидкостей и паст. Судебно-медицинская практика показывает, что применяемые формы шприцов и наконечников, количество и свойства вводимых жидкостей чрезвычайно разнообразны. Западные страны и в частности Германия выбрасывают на рынок массу таких шприцов под самыми разнообразными рекламными названиями. Выше приводится рисунок такого инструмента (рис. 12). При помощи этого аппарата одна больная сама произвела себе аборт, введя им в полость матки раствор аммиака, в результате чего у нее получился гнойный параметрит, опорожнившийся в прямую кишку (наблюдение проф. М. Г. Сердюкова).

Механизм действия и свойства вводимых в полость беременной матки жидкостей. Сущность действия основана на: 1) механическом раздражении мышечно-нервного аппарата матки, 2) на отслаивании части оболочек, 3) на непосредственном химическом раздражающем действии на ткани. Все эти факторы вместе взятые оказывают суммарное раздражение, вызывая развитие схваток, в результате чего наступает изгнание плода.

Свойства и вредные действия впрыскиваемых в полость беременной матки жидкостей разнообразны в связи с их химической структурой. Чаще всего плодизгнатели пользуются: водой, физиологическим раствором, сулемой, лизолом, карболовой кислотой, иногда мыльной водой, растворами кислот и щелочей. Горячие растворы вызывают обыкновенный ожог тканей. Дезинфицирующие растворы иногда могут оказывать общее отравляющее действие, а прижигающие, как медный купорос, хлористый цинк и настойка иода, дают глубокие ожоги, которые особенно резко вызывает хлористый цинк. К излюбленным средствам относится настойка иода или ее смесь с глицерином, впрыскивание которой с абортивными целями весьма распространено. Кроме того, впрыскивание иода и смазывание им полости матки широко распространено также для предохранительных целей. После впрыскивания иода наступает иногда шок со смертельным исходом. Прижигающее действие иода сказывается в том, что он обжигает слизистую оболочку не только матки, но и труб, где, вызывая островчатые ожоги, приводит к частичному или полному заращению труб. Этим объясняется возникновение после таких впрыскиваний и смазываний иодом внематочной беременности, а также последующее стойкое бесплодие.

Ученый медицинский совет по поводу иодистых впрыскиваний и смазываний 28 сентября 1929 г. вынес следующее постановление: «При наличии каких-нибудь признаков беременности внутриматочное впрыскивание (смазывание) следует квалифицировать как производство аборта со всеми вытекающими последствиями».

Результатом применения внутриматочных впрыскиваний является не только шок, инфекция, но также может наступить смерть от воздушной эмболии. Такие случаи часто пропускаются при вскрытиях, и по заключению Колиско они могут распознаваться легче, если при аутопсии сердце вскрывается под водой, причем обнаружение воздуха в правом желудочке и в конусе легочной артерии служит доказательством наличия эмболии.

Важно также уяснить себе, может ли быть вызван аборт при помощи *влагалищных спринцеваний*. Этот метод может вызвать аборт, если производить спринцевание под высоким давлением, но уже при открытом зеве матки. При обычных спринцеваниях главную роль играет не термическое раздражение, а связанное с ним растяжение влагалища и влагалищной части матки. Горячие ножные ванны — негодное средство для вызывания аборта. Общие горячие ванны и компрессы на живот в результате последующей гиперемии таза, в том числе и матки, могут изменять кровообращение и нарушать питание плодного яйца, в результате чего могут дать абортивный эффект.

Кроме вспыскиваний разных жидкостей в полость беременной матки с целью аборта применяются разнообразные пасты, которые особую популярность получили в Германии. Действие этих средств, в состав которых входят разнообразные и в их числе ядовитые вещества, не только несовершенно, но и определенно вредное. Во-первых, не всегда наступает аборт полностью, так что после введения пасты приходится производить выскабливание, но уже в неблагоприятных условиях, ибо паста вызывает глубокие ожоги. Во-вторых, как результат глубоких ожогов возникают тромбы, жировое перерождение тканей матки, а также некоторых отдаленных органов как результат общей интоксикации и эмболии. Поэтому применение этих паст должно быть безусловно воспрещено.

Может ли *массаж* беременной матки действовать абортивно? По мнению Рейтера, опыты на животных доказывают полную возможность этого. Доказательством применения этого метода в целях преступного аборта на шейке иногда служат следы в виде трещин и надрывов, которые обнаруживаются иногда и случайно лишь при вскрытии.

Нередко на суде возникает вопрос о связи травматических повреждений с наступлением аборта. К таким видам травмы относятся толчки и удары в живот, падение на ягодицы, удары по передней стенке живота, сотрясение. Судебно-медицинская практика относится скептически к такого рода травмам (см. главу об определении связи между травмой и выкидышем), так как по Рейтеру даже при комбинации таких травм с ранением матки редко наступает аборт. Травма всего тела имеет еще меньшее значение, и прыжками с высокого дерева, с лошади или с лестницы при нормальном состоянии половых органов трудно вызвать аборт. Большое сомнение вызывают утверждения, что аборт произошел как последствие напряженной физической работы, например вследствие полевых работ или переноски тяжестей. Причинная связь между травмой и абортом может быть признана лишь тогда, если вскоре после травмы наступает кровотечение.

Могут ли *психические* инсульты быть причиной аборта? Да, могут, если они значительны. К таким инсультам относятся тяжелые катастрофы: землетрясение, пожар, паника на тонущем пароходе или крушение поезда.

Постоянный ток при действии его на беременную матку может обуславливать наступление аборта. Рентгеновские лучи также могут оказывать abortивное влияние, либо убивая плод, либо травмируя его, и тем воспрепятствовать его дальнейшему развитию. Однако эти данные лишь имеются в литературе.

Оценка и установление признаков вмешательства в целях производства аборта. При судебно-медицинской оценке годности для аборта разных механических средств совершенно неоспорим тот факт, что абсолютно годными средствами являются лишь внутриматочные средства, а другие вмешательства являются лишь относительно годными средствами. Большую трудность представляет вопрос, какой именно инструмент был введен, ибо опорные пункты здесь незначительны, а уличенные плодоизгнатели, а иногда и сама пострадавшая, обычно отказываются дать какие-либо сведения.

Общепризнанным фактом является то обстоятельство, что, если при введении инструмента появились кровотечения и схватки, почти с достоверностью можно сделать заключение о введении инструмента за внутренний зев. В ряде случаев, где вслед за вмешательством развились боли, кровотечение из матки, обморочное состояние или шок, заключение по поводу таких случаев следует дать как о внутриматочном вмешательстве в форме впрыскиваний в матку.

2. Оценка причинной связи между вмешательством и последующим абортом

Существенное значение имеет то обстоятельство, что только в очень редких случаях аборт наступает непосредственно после вмешательства. Почти всегда после вмешательства, пока наступает первое кровотечение, бывает интервал от нескольких часов до нескольких дней. Большие интервалы между вмешательством и абортом делают сомнительным наличие причинности между вмешательством и абортом.

При разрешении этого вопроса огромное значение имеет срок беременности до момента вмешательства. Как известно из судебно-медицинской практики, беременность чаще всего прерывается до трех месяцев. Для решения другого, не менее важного вопроса, — в течение какого времени после вмешательства наступило плодоизгнание, решающую роль играет факт, когда именно наступило кровотечение. Наступление первого сильного кровотечения колеблется в широких границах времени. В части случаев, при неосложненном течении аборта, уже через 24 часа после вмешательства наступает первое сильное кровотечение. Далее развиваются сильные схватки, выталкивающие сгустки крови, плод с плодовыми оболочками. При наличии пустой матки она настолько быстро сокращается, что по истечении 7—10 дней, там, где не было осложнений, трудно бывает дать достоверное заключение о том, был ли здесь искусственный аборт.

В большой группе случаев аборт со вмешательством плодоизгнателей в начале наступает незначительное кровотечение, затем оно, усиливаясь, долго продолжается. Плодоизгнание протекает медленно, в течение 8—10 дней, в матке при этом обычно остаются части плодного яйца, вследствие чего матка сокращается также замедленно. Путем исследования в подобных случаях, спустя несколько недель, можно получить данные о происшедшем аборте, а по продолжительности кровотечения можно сделать заключений о причинной связи между вмешательством и абортом. В случаях прекращения беременности четырех месяцев и более, когда разрывается плодный пузырь и отходят воды, обычно бывает недельный интервал, после которого наступают схватки и чаще всего при наличии кровотечения рождается плод. Таким образом в случаях выкидышей в поздние сроки беременности наличие большого интервала при оценке обстоятельств может послужить доказа-

тельством преступного вмешательства, а по своей длительности аборт отличается от течения преступного аборта в первые три месяца.

3. Инфицированный аборт и осложнения при преступном аборте

Условия, в которых плодизгнатели тайно производят прекращение беременности, весьма располагают к внесению инфекции и к заражению. Оно почти в 30% сопутствует преступному аборту. К этим условиям относятся: примитивность обстановки, быстрота, при которой очень часто не могут быть выполнены даже элементарные правила асептики, кроме того, часто этому благоприятствует полное невежество абортистов. Поэтому для судебного эксперта основным вопросом является установление факта, была ли в том или ином случае внесена инфекция во время вмешательства или в данном случае дело идет о предшествовавшей так называемой спонтанной (самостоятельной) инфекции. В ряде случаев вопрос вызывает много сомнений. Обычно, если пользуются недостаточно стерильными инструментами, коими вносится инфекция, то уже через 24—36—48 часов, а иногда и раньше, при тяжелой маточной инфекции наступают характерные признаки заражения.

Эти признаки характеризуются высокой температурой, ознобами, общим тяжелым состоянием и при бурном течении во многих случаях быстро наступает смертельный исход как результат молниеносного общего септического заражения.

Спонтанная инфекция имеет иное течение. Источником ее служат всегда обитающие во влагалище вирулентные бактерии. При содействии разнообразных благоприятствующих условий, например, временного ослабления иммунно-защитных свойств организма и под влиянием абортной травмы эта флора проникает в матку. Находя там хорошую питательную среду, такие патогенные бактерии там быстро размножаются. Спонтанная инфекция в громадном большинстве случаев ограничивается местным поражением. Судебно-медицинский эксперт должен уметь оценить разницу в течении инфицированного аборта и при спонтанной инфекции. При спонтанной инфекции течение аборта большею частью легкое, хотя иногда как результат разложения оставшихся в матке свертков и остатков плодного яйца развиваются явления интоксикации и высокая температура, но по ликвидации этих явлений довольно быстро наступает выздоровление, и при такой инфекции смертельные исходы более редки, чем это бывает при внесении плодизгнателями высокопатогенных микробов, как стрептококки или другие инфекционные начала, в частности бактерии анаэробной инфекции, вызывающей очень быстро после плодизгнания газовую гангрену.

4. Установление признаков септического аборта

Установление признаков септического аборта в части случаев может быть легким и несомненным, а в ряде случаев затруднительным и требует специальных патолого-анатомических исследований.

Одним из основных признаков считается быстрое наступление после вмешательства общих явлений в виде внезапного повышения температуры, ознобов, что является доказательством внесения плодизгнателем высоко вирулентной инфекции. При особо бурном течении в таких случаях довольно быстро наступает смертельный исход. При этом на вскрытии обнаруживают разного рода находки. Ходячее мнение, что в таких случаях почти всегда можно обнаружить признаки ранения матки, не соответствуют действительности. Самой частой находкой является обнаружение разных форм эндометрита. В целом ряде случаев местные изменения бывают ничтожными по сравнению со степенью патологии, обнаруживаемой в отдаленных органах. Трудность доказательств признаков искусственного и преступного аборта увеличивается в тех случаях, когда непосредственно перед смертью в больничном учреждении было произведено выскабливание матки, при помощи которого удалялись частицы плода (послед, оболочки и т.д.). Важно также иметь в виду, что свойство таких септических трупов быстро гнить затрудняет достоверность диагноза септического аборта, ибо процесс гниения скоро разрушает местные данные. Бактериологическое исследование крови из сердца и селезенки с обнаружением септических возбудителей наряду с другими признаками и в частности увеличенной, несократившейся маткой может дать серьезный материал для суждения о септическом аборте.

Наряду с перечисленными признаками большое значение имеет также нахождение в одном из яичников желтого тела. Диагноз признаков септического аборта облегчается, если на внутренней поверхности матки обнаруживают септические налеты. Они обычно располагаются диффузно (разлитые формы) или только на тех местах, где были произведены ссаждения, трещины или ранения. В тех случаях септического аборта, когда инфекция быстро распространяется по лимфати-

ческим или кровеносным путям, можно констатировать гнойные тромбофлебиты, сальпингооофриты, гнойники в околоматочной клетчатке или в дугласовых карманах.

Иногда гноескопление располагается в других органах: в плевре, в окологердечной сорочке, в виде перикардита или в форме воспалений мозговых оболочек — менингита. При таких находках: диагноз септического аборта несомненно облегчается.

5. Ранение внутренних органов при преступном аборте

Явления ранений органов при преступном аборте механическими средствами за последнее время стали встречаться реже. Локализация ранений весьма разнообразна, но главным образом травмируется шейка. По Лессеру ранение шейки встречается в 10%. Статистика Сеергета показывает, что на 90 случаев преступного аборта ранение внутренних половых органов встретилось 20 раз. Ранения влагалища чаще располагаются в заднем своде, их надо уметь отличать от ранений при половых сношениях, от которых они отличаются меньшим диаметром.

Прежде ранений было гораздо больше вследствие худшей техники абортистов. Кроме ранений женских половых органов, встречаются обширные и комбинированные ранения кишечника и мочевого пузыря. При ранении шейки в ее нижнем отделе могут образовываться шеечно-влагалищные или шеечно-пузырные свищи. Дать на живой потерпевшей неоспоримые доказательства ранений внутренних половых органов в связи с механическими вмешательствами при преступном аборте в ряде случаев бывает очень трудно. Относительно легко доказать ранения влагалища, шейки матки и мочевого пузыря. Значительно труднее установить скрытые ранения за внутренним зевом шеечного канала и в области дна матки. На трупе подобные травматические повреждения обнаруживаются без труда, если вскрытие производится осторожно и квалифицированным специалистом. При этом важно, чтобы при вскрытии матки ножницами или другими режущими инструментами не произвести искусственных ранений, так как это обстоятельство может дать повод к ложному заключению.

Характер ранений при преступном аборте. Подобные ранения часто не проникают через всю толщу матки. Встречаются такие отверстия, которые проникают в Дугласово пространство. Иногда перфорационные отверстия приобретают характер пристеночного абсцесса, который в таких случаях образуется в результате присоединяющегося некроза и последующего гнойного расплавления. В дне матки ранения по преимуществу располагаются по задней стенке. Подобные ранения производятся плодоизгнателями в результате глубокого продвижения инструментов, как-то: гегаровских расширителей, кюреток, бужей, зондов и пр. В результате манипуляции корнцангом или абортцангом получают более или менее обширные рваные ранения разной величины. В противоположность подобным обширным ранам после ранения зондом прободные отверстия на внутренней и наружной поверхностях матки могут быть так малы, что даже при вскрытии такие тонкие колотые каналцы могут оказаться вовсе незамеченными. Когда к перфорации присоединяется инфекция, то на перфорированных участках матки могут существовать налеты фибрина.

При оценке ранений внутренних органов во время преступного аборта судебно-медицинскому эксперту важно установить, каким инструментом такое ранение было произведено. Умозаключения в этом направлении требуют большой осторожности, так как, например, под влиянием инфекции первоначальные ранения могут резко изменять свои размеры и первоначальные формы. Следует иметь в виду, что при инфекции газовыми бактериями после смерти могут наступать самостоятельные обширные разрывы. Диагностика подобных разрывов базируется на их величине, своеобразных рваных краях и общем виде. Кроме этого, в подобных случаях органы и ткани содержат много газовых пузырьков. Особое значение обнаруженная перфорация приобретает в тех случаях, когда после механических вмешательств плодоизгнателей было произведено инструментальное обследование, выскабливание или доскабливание манки. В тех случаях когда перфорация обнаруживается в конце такой добавочной операции, потребовавшейся после незаконченного преступного аборта, обычно бывает чрезвычайно трудно установить, кем именно было произведено ранение: во время ли попыток плодоизгнания абортистом или при последующем выскабливании оказывавшим помощь в больнице врачом. В тех случаях, когда в половых органах во время операции или при внутреннем исследовании находят инструменты для плодоизгнания, данные для диагноза преступного аборта, конечно, усиливаются. Такие инструменты либо забываются, либо они обламываются и остаются в стенке матки или в осумкованных абсцессах. Иногда такие инструменты могут перемещаться внутри тела (блуждать).

К числу доказательств имевшего место преступного аборта относится ранение плодных оболочек плода и плаценты. Как результат преступного изгнания на плоде можно видеть различные

отверстия. Плацента ранится обычно реже, так как она прикрепляется в громадном большинстве у дна. Поэтому инструмент плодоеизгнателя скорее ранит плод, чем послед, за исключением случаев центрального предлежания последа, когда ранится непосредственно послед, а плод остается нетронутым. При ранениях плода можно наблюдать ранения черепа и дефекты мозгового вещества. Однако к таким признакам следует относиться с соответствующей критической оценкой, так как подобные ранения головной части плода возможны и наблюдаются также при родах в период изгнания плода. Кроме этого, в результате преступного плодоеизгнания обнаруживаются мелкие ранения на коже, конечностях, спине плода и т.д. Но к подобным находкам также надо относиться с осторожностью, ибо они могут появляться при прохождении плода через недостаточно расширенные половые пути женщины.

6. Токсический аборт

Применение токсических средств внутрь для плодоеизгнания применяется плодоеизгнателями реже, потому что эти средства малодействительны. О фармакологическом действии плодоегонных средств существуют разные мнения. Левин, например, считает, что имеется большое число действительных средств для плодоеизгнания. Большинство же, наоборот, придерживается противоположного мнения, считая, что таких средств вовсе не существует, ибо в большинстве случаев даже средства, широко применяемые в акушерстве, вызывающие схватки в конце беременности, будучи приняты внутрь, не дают abortивного эффекта. Нужно заметить, что насколько они удачно действуют при атонических кровотечениях матки, настолько они ненадежны, чтобы способствовать прекращению беременности. Несмотря на такую условность и неверность их действия, абсолютно нельзя отвергать действительности некоторых внутренних плодоегонных средств в отдельных случаях.

Важно иметь в виду, что ни одно из плодоегонных средств, принятое внутрь, в своем действии не может быть таким специфическим, чтобы оказывать верное abortивное действие на беременную матку, не вызывая общих интоксикационных явлений. Поэтому было бы более правильным называть все внутренние плодоегонные средства токсическими. Громадное большинство этих средств применяется внутрь через рот, некоторые же вводятся внутрь влагалища. Дать исчерпывающие данные о применяемых abortивных средствах не представляется возможным, так как средства эти настолько многочисленны и многообразны, что не поддаются точному учету. Этим отчасти объясняется то обстоятельство, что мы обладаем недостаточными знаниями о фармакологическом действии плодоегонных токсических средств. Почти все эти средства фармакологического характера, употребляемые для производства искусственного аборта, во всем своем разнообразии относятся к растительному, животному и минеральному царствам природы. При необыкновенном разнообразии их определенно приходится высказаться, что ни одно из них не имеет прямого действия. По фармакодинамическому действию различают яды, которые способны путем плацентарного кровообращения переходить от матери к плоду. Для группы некоторых ядов такой переход от матери к плоду через плацентарное кровообращение установлен. Среди группы этих ядов заслуживают внимания металлические яды — мышьяк, фосфор, галоиды — иод и бром, наркотические яды — хлороформ и алкоголь. Сюда же относятся соединения крезоло — лизол, салициловая кислота и бензойная кислота, а также алкалоиды — морфий и стрихнин, кроме этого, окись углерода и синильная кислота.

При оценке фармакодинамического действия следует иметь в виду, что те яды, которые выделяются медленнее, способны значительно легче повредить плоду, чем те яды, которые более быстро выводятся из организма. При судебно-медицинских экспертизах этим объясняется, что в случаях хронических отравлений чаще находят повреждения плода, тогда как при острых токсических абортах никаких изменений не обнаруживается. Переход от материи к плоду стрихнина, вератрина, курарина и морфия не вполне установлен. То же самое приходится сказать о действии солей тяжелых металлов на беременную матку, а именно, несмотря на значительное количество экспериментов, нет достаточно ясных данных. Это же относится к галоидам, органическим соединениям и алкалоидам.

При оценке фармакодинамического действия таких алкалоидов, как стрихнина, на беременную матку с abortивной точки зрения большую роль играет количественная и качественная сторона схваточной деятельности. Это играет большую роль, чем непосредственный переход яда от матери к плоду.

Гораздо яснее действие тех ядов, которые вызывают кровоизлияния в оболочки. К подобным ядам в первую очередь относятся фосфор и мышьяк. Abortивное действие этих ядов заключается в

кровоизлияниях в плодовые оболочки. В результате подобных разной величины кровоизлияний наступает отслойка оболочек с последующим частичным выталкиванием плода. При поздних сроках беременности в случаях токсического аборта, вызываемого фосфором и мышьяком, могут наступать кровотечения смертельного характера.

К числу причин смерти в связи с применением токсических средств относится жировое перерождение сердца. Рейтер abortивной дозой фосфора считает 0,008—0,01 г. При плодоизгнании фосфором аборт наступает только тогда, когда возникают общие явления: вялость, желтуха, рвота темно-бурыми массами, ахолические (без элементов жолчи) испражнения, болезненность в области печени, падение сердечной деятельности. Для целей плодоизгнания пользуются белым и желтым мышьяком, в которых содержится до 80% мышьяковистой кислоты. В Австрии, в частности в г. Штейермарке, где мышьяк можно легко достать, практикуется введение его во влагалище для abortивных целей. Введенный во влагалище мышьяк вызывает местное раздражающее действие, вслед за которым наступает аборт. Такой метод также нередко дает смертельное отравление, так как ткани беременной матки легко всасывают ядовитые вещества. При острых отравлениях мышьяком сильные кровоизлияния в плодовые оболочки встречаются реже, чем при отравлении фосфором.

С судебно-медицинской и токсикологической точек зрения интересны те яды, которые действуют непосредственно на беременную матку. К ним относятся: пилокарпин и физостигмин. Они вызывают сильное возбуждение и раздражение мышц матки, которое может перейти в столбняк, матки. Атропин в малых дозах оказывает возбуждающее действие, а в больших вызывает прекращение сокращения матки.

К числу средств, которые оказывают избирательное сокращающее действие на матку, относятся препараты спорыньи (секале), гидрастис, хинин, адреналин и питуитрин. Спорынья и ее препараты — корнугин, эрготоксин вызывают схватки, но при малых сроках беременности они не могут даже в больших дозах обусловить развития схваточной деятельности до такой степени, чтобы непременно наступал выкидыш. Хинин, особенно в возрастающих дозах, оказывает раздражающее действие и может вызывать сильные и продолжительные схватки. Но, несмотря на это, хинин не может считаться верным плодогонным средством. Из гипофизарных препаратов питуитрин является верным средством для вызывания схваток, однако схваточная деятельность развивается под влиянием питуитрина во вторую половину беременности или к концу ее. Сила схваток при начальных сроках беременности под влиянием питуитрина не достигает такой силы, чтобы обусловить наступление аборта.

Камфора в больших дозах может оказывать abortивное действие. Камфора, кроме возбуждающего действия на мышцы матки, вызывает сильный приток крови к половым органам, что при наличии общего токсического действия может способствовать наступлению аборта.

Среди растительных плодогонных средств самыми действительными считаются те, в которых содержатся эфирные масла. Сюда относятся: можжевельник, туя, содержащая туоль, скипидарное масло, шафран, мирра и др. При приеме их внутрь они оказывают резкое раздражающее действие на желудочно-кишечный тракт, изменяя внутрибрюшное и тазовое кровообращение. В результате этого рефлекторным путем наступает аборт. Целый ряд других растительных средств — сабина и ее действующее начало сабиноль, колоцинт, алоэ и скипидар могут действовать abortивно.

Важно иметь в виду, что в большинстве случаев применение сабины при значительных дозах дает смертельный исход, но даже в смертельных случаях аборта не наступает. В тех случаях, когда сабина применяется продолжительное время, может наступать слепота. При тяжелых отравлениях сабиной развиваются судороги, которые смешивают с эклампсией, а иногда с отравлением стрихнином. Подобным же образом действует можжевельник и кедровое масло. При внутреннем употреблении кедрового масла могут наступать отравления с тяжелыми явлениями — судорогами, бессознательным состоянием, одышкой, сердечной слабостью и анурией.

Скипидарное масло также обладает плодогонными свойствами. В дозах от 10 до 15 грамм на прием, вызывая интоксикацию в форме желудочно-кишечных расстройств, а также учащенного пульса, повышение мочеотделения, гематурию (кровь в моче) и расстраивая брюшное и тазовое кровообращение, этот препарат может рефлекторно вызывать выкидыш. Судебно-медицинская практика показывает, что двух чайных ложек скипидарного масла на прием бывает достаточным для вызывания выкидыша. Шафран, содержащий в числе действующих начал значительное количество эфирных масел, при приеме внутрь обуславливает покраснение лица, обморочное состояние, рвоту, носовые кровотечения, замедление пульса и, как конечное состояние интоксикации, бессознательное состояние.

знательное состояние и судороги. При нарастании подобных токсических явлений после приема шафрана нередко наступает аборт.

В некоторых случаях с целью избавиться от беременности сами беременные пользуются сильнейшими ядами — серной, азотной, хромовой, соляной кислотами и сулемой, из органических кислот — лимонной и щавелевой. Кроме этого, принимают внутрь фенол, крезол, лизол. В подобных случаях, если и наступает аборт, то он обычно является лишь частичным проявлением общей тяжелой интоксикации.

В целях прекращения беременности пользуются известными в фармакологии сильными проносными (*drastica*), как например алоэ, кротонное масло, александрийский лист и пр. Перечисленные средства в значительных дозах расстраивают внутрибрюшное и тазовое кровообращение. В результате такого действия может возникать нарушение кровоснабжения плодного яйца и его частей. Такое нарушение плацентарного кровообращения и обуславливает наступление аборта. Кроме расстройств кровообращения, названные средства могут рефлекторно вызывать схватки и этим способствовать прекращению беременности.

Кроме вышеизложенных средств и препаратов фармакологического ряда, применяемых для целей токсического аборта, также пользуются популярностью всякие чаи, отвары и настойки из трав, например, листья олеандры, черешки вишен, шелуха лука, листья волжского ореха, ромашка и многие другие. Мне приходилось встречать на Украине деревни, где большой популярностью пользовались так называемые «цибульные капли», представляющие собой спиртовую вытяжку из желтой верхней кожуры репчатого лука. Действующим началом этого средства являются алиловые эфиры, которые действуют раздражающим образом на кишечник. Рефлекторно вызывая гиперемия тазовых органов и нарушая кровообращение плода, они способствуют наступлению выкидыша. К числу народных плодогонных средств относится еще и настойка гарной сажи (*T-ga Fuligo*), которая в некоторых областях СССР применяется как плодогонное средство. В ней действующим началом надо считать некоторые остаточные продукты неполного сгорания углерода, которые, так же как и предыдущие средства, действуют рефлекторным путем, раздражая желудочно-кишечный тракт, и в конечном итоге нарушают кровоснабжение плода.

В тех случаях, когда плодоизгнатели токсическими веществами пользуются комбинированно, т.е. одновременно вводят в матку и дают внутрь такое средство, то действие наступает суммарное, причем интоксикация развивается более быстро. При таком методе, кроме интоксикационного влияния, имеется местное механическое раздражающее влияние на стенку матки.

Таким образом рассмотрение по возможности всех видов токсических средств, которыми пользуются для абортивных целей, приводит к совершенно определенному заключению, что ни одно из них не обладает специфическим или прямым действием. Ни одно из этих средств прямо и непосредственно не оказывает влияния на матку или плод. Фармакодинамическое действие таких средств сводится к тому, что многие из этих средств в той или иной степени вызывают прилив крови к желудочно-кишечному тракту, к тазовым органам и тем самым производят резкие изменения в распределении крови во всей сосудистой системе брюшной и тазовой полостях, тем самым нарушая условия питания и жизнь плода. При беременности в нормальных условиях, т.е. без патологоанатомического субстрата в матке и придатках, для получения аборта дозы ядовитых веществ должны быть настолько велики, что обычно наступает общее токсическое влияние, и аборт, если наступает, то вторично как одно из проявлений общего отравления организма.

7. Судебно-медицинская оценка аборта

При оценке всех вопросов, связанных с абортом, рекомендуется придерживаться следующей классификации: 1) аборт самопроизвольный, 2) аборт терапевтический, т.е. произведенный по медицинским показаниям, 3) аборт травматический — случайный, 4) аборт искусственный вне медицинских показаний.

1. Под абортом *самопроизвольным* подразумевают преждевременное прекращение беременности, которое может наступить во всех тех случаях, когда создаются условия для раннего наступления и развития сокращений (схваток) матки. Причинные моменты в этом направлении могут иметь место в самой матке в виде воспалений, сращений, аномалий положений матки и опухолей матки. К одной из первопричин самопроизвольного аборта относится сифилис. На почве сифилиса преждевременное прекращение беременности до срока может стать привычным явлением и тогда подобные отклонения в течении беременности называют привычным выкидышем. При выкидыше на почве сифилиса в объектах находят глубокие сосудистые изменения, особенно в

плаценте, — в ее ворсинчатом аппарате, а также в самой стенке матки. При специальной обработке плаценты и особой окраске ее тканей можно обнаружить иногда присутствие спирохет.

2. Под *терапевтическим* или произведенным по медицинским показаниям абортom понимают такие случаи аборта, когда он применяется в интересах сохранения здоровья и жизни матери, страдающей тем или иным заболеванием, противопоказующим дальнейшее продолжение беременности.

3. *Случайными* абортами называются такие, которые возникают вследствие каких-либо неблагоприятных обстоятельств или неожиданных причин, чаще всего травматического характера: в области живота, тазовых органов или области поясницы. К таким причинным моментам, которые могут дать толчок к наступлению аборта, относятся различного рода повреждения раневого характера, включая сюда и хирургические операции. Особенно предрасполагающими к прекращению беременности являются оперативные воздействия в области наружных половых органов, во влагалище, на шейке матки, на первообразном отростке, а также на грудных железах. Общие операции, сопровождающиеся большими кровопотерями или большим оперативным вмешательством на органах брюшной полости, особенно в области беременной матки, могут быть причиной случайно возникающего аборта (подробнее см. гл. XXIV).

4. *Искусственный аборт* без медицинских показаний, производимый несведущими людьми или малоопытными в этой области лицами, а также когда подобная операция производится в условиях, несоответствующих требованиям медицинской науки, является, по существу, преступным абортom. О различных видах его достаточно полно изложено выше.

8. Судебно-медицинская диагностика аборта

При анализе вопросов, связанных с абортom, чаще всего приходится решать следующие вопросы: 1) Действительно ли произошел у данной женщины аборт? 2) В каком периоде беременности имел место аборт? 3) Был ли аборт произвольным, вызван умышленно или наступил случайно? 4) Каким именно способом и в какой обстановке был сделан аборт? 5) Отчего последовала смерть после аборта?

Первый вопрос, действительно ли произошел аборт у данной женщины, конечно, играет весьма существенную роль в деле судебной медицинской экспертизы. Распознавание его основывается на исследовании продуктов выделения из половых органов, — так называемых продуктов выделения аборта, и об'ектов, полученных при вскрытии. Если данные таких исследований удастся сочетать с исследованием живой женщины то распознавание бывшего аборта не представляет трудностей. Однако в целом ряде случаев часто встречающиеся трудности диагностики бывшего аборта происходят от неполноты об'ективного материала. Экспертизе приходится довольно часто довольствоваться только одним осмотром женщины. Решение этого вопроса в отношении большей или меньшей точности стоит в прямой зависимости от срока времени, протекшего от производства аборта до момента обследования женщины. Вторую существенную роль в этом направлении играет срок беременности, в течение которой имел место аборт. Распознавание значительно легче при более поздних периодах беременности, так как чем старше беременность, тем рельефнее бывают выражены и развиваются ее признаки, для исчезновения которых после позднего аборта конечно потребуются большой срок времени, и наоборот, при абортах в самом начале беременности, когда такие признаки беременности слабо выражены, они исчезают скорее. Установить факт бывшего аборта, если нет возможности произвести исследования изверженных продуктов, при начальных сроках беременности очень трудно. Когда аборт имел место в срок около 4 месяцев, то установление его по данным исследования женщины, произведенного вскоре после аборта, может дать ряд об'ективных признаков. Сюда относятся: размер матки, ее состояние — в смысле консистенции, выделение лохий, наличие молока в грудных железах, состояние шейки матки. В случаях запоздалого исследования — через 2—3 недели и больше — возможность распознавания бывшего аборта стоит в прямой зависимости от факта, было ли прекращение беременности произведено у первобеременной, или аборт произошел у многорожавшей. У многорожавшей через более или менее продолжительный срок после аборта не представляется возможным выявить каких-либо характерных данных. При первой же беременности и особенно при поздних абортах обычно аборт оставляет довольно стойкие следы. При абортах на втором и третьем месяце, даже при запоздалом исследовании женщины в условиях обследования опытным лицом, диагностика очень затруднительна, если нет возможности произвести исследование изверженных продуктов аборта.

При исследовании продуктов аборта должно со всей внимательностью отнестись к собиранию кровяных свертков и масс, так как в них при умелом отмывании можно обнаружить все яйцо еще нетронутым или частицы — остатки плаценты или оболочек.

Второй вопрос, в каком периоде беременности имел место аборт, также не лишен своего важного значения. В целях точного установления срока беременности, при ранних сроках ее, исследование женщины и изменение размеров матки, даже на трупе, до двух месяцев беременности не может дать основательных данных. Только после 3—4-месяцев беременности при рано произведенном обследовании величина и консистенция матки может дать некоторые данные для суждения о сроке беременности. Об'ективные и точные данные можно получить при микроскопическом исследовании продуктов или частей и остатков как детского места (плаценты), так и самого плода и его оболочек. Характерные их макро- и микроскопические свойства дают возможность сделать определенные и обоснованные суждения для установления срока беременности, на котором она была прервана абортom. Наиболее точные данные дает исследование самого плода.

По третьему вопросу, особенно важному для судебно-медицинской экспертизы, следует установить, был ли аборт произвольным, вызван умышленно или произошел случайно. Ответ на этот вопрос может быть получен на основании исследования состояния женщины или ее трупа. Далее, большое значение имеет исследование яйца или самого плода. Данные, которые могут быть получены при исследовании женщины, стоят, во-первых, в прямой зависимости от применения тех или иных манипуляций для производства аборта, а во-вторых, от срока, протекшего со времени аборта до момента исследования живой женщины, а на мертвом теле — от степени его разложения. При обследовании живой женщины нужно принять во внимание, что при абортах в периоде 3—4 месяцев беременности состояние здоровья женщины в неосложненных случаях уже в течение первых двух недель восстанавливается. В связи с этим запоздалое исследование не дает никаких положительных данных. Существенное значение в этом вопросе конечно могут иметь обстоятельства дела, показания самой женщины или свидетелей. Однако они должны быть критически обсуждены и сопоставлены с полученными об'ективными данными. Решающее значение дают результаты исследования трупа женщины или продуктов аборта.

Для решения вопроса о произвольном аборте, т.е. о прекращении беременности самостоятельно, без всяких умышленных внешних воздействий, происшедшем исключительно на почве внутренних болезненных изменений в организме женщины, требуется всестороннее обследование женщины. Здесь на первом месте стоит сифилис. Кроме сифилиса не исключена возможность и ряда других заболеваний материнского организма общего или местного характера, которые могут приводить плод в состояние невозможности продолжать дальнейшее внутриутробное — интранатальное существование. В результате такой патологии плоды мумифицируются, мацерируются, а яйцо может даже вовсе разжижаться (Бокариус). При абортах, происшедших случайно в условиях и обстановке, сложившихся неблагоприятно для беременной в смысле воздействия на нее механических или психических факторов, требуется обстоятельный расспрос и обследование. В первом случае могут быть установлены следы механических воздействий и симптомы внутренних признаков, развивающихся вследствие подобного насилия, в виде внутреннего кровотечения. В зависимости от размера, характера и степени механического воздействия соответствующая картина может быть обнаружена как при исследовании тела живой женщины, так и при исследовании трупа в случае скорой смерти после такого аборта. При психическом влиянии, обуславливающем наступление аборта, в большинстве случаев соматические данные ничего не дают. При установлении психического фактора основную роль играют материалы следствия. Они могут дать указания на возможность и действительность такого влияния в картине происшествия или события, вызвавшего наступление аборта.

Диагностика умышленного аборта основывается на сумме разнообразных данных, полученных при исследовании обстоятельств дела, живой женщины, ее трупа и оценки тех неудачных последствий, которые могут сопровождать умышленный аборт. Однако, если со времени такого аборта прошел значительный промежуток времени в 2—3 и более недель, а аборт был произведен в первые 2—3 месяца беременности и не оставил никаких вредных последствий или повреждений, то получить положительные диагностические данные чрезвычайно затруднительно и даже невозможно.

Четвертый вопрос, каким именно способом и в какой обстановке был произведен аборт, играет огромную роль, так как он не только разъясняет и уточняет предыдущие вопросы, но иной раз вскрывает целую плодоизгнательскую организацию. Для установления способа, каким путем был

совершен аборт, необходимо исследование женщины и объектов или продуктов аборта. Эти материалы могут дать сумму признаков, каким именно способом мог быть совершен аборт. Наиболее точные данные получаются в тех случаях, когда неудачно выполненный аборт оставил следы. В этих случаях данные исследования трупа могут выявить причину неудачного аборта, а по состоянию повреждений — и характер преступного вмешательства, явившегося причиной смерти женщины. Кроме грубых нарушений в форме перфорации (прободения) матки и повреждений соседних органов, ряд ценных указаний можно получить при исследовании полости матки, где можно констатировать наличие следов произведенных в ней манипуляций, а иногда остатки не вполне удаленного плода и его оболочек. В большинстве случаев бывает достаточным макроскопическое исследование, которое выявляет соответствующую картину. В неясных случаях необходимо прибегнуть к микроскопическому исследованию, которое с неоспоримостью выявляет состав тканей в полости матки и состояние ее стенки, в частности наличие остатков хориона, а при инфицированном аборте — наличие плацентита, тромбоза сосудов стенки матки и другие существенные находки, указывающие на инфекцию.

Пятый вопрос — отчего последовала смерть после аборта — является завершением всех предыдущих и по существу основой судебно-медицинского заключения. Судебно-медицинская практика показывает, что смерть после аборта чаще всего может наступить от острого воспаления брюшины (перитонита) или от общего заражения крови (сепсиса). Смерть, как результат кровотечения, при абортах бывает значительно реже. Вскрытие настолько отчетливо выявляет соответствующие признаки осложненного аборта, что не оставляет сомнений в смысле заключение о причине смерти. Во всех случаях находки при вскрытии должны быть сопоставлены с признаками заболевания для более полного и точного судебно-медицинского заключения по делу об аборте.

9. Исследование продуктов выделения аборта

Весьма важно еще раз подчеркнуть, что чем раньше производится исследование, тем яснее и конкретнее можно получить сумму признаков бывшего аборта и срока беременности, на котором он был произведен. Чем позднее это делается, тем распознавание бывает затруднительнее. Если аборт был произведен в первые месяцы беременности, то установление его бывает невозможно. В течение некоторого времени, в зависимости от срока беременности, от 3 до 7 дней из матки в связи с абортом выделяются лохии. Сначала они имеют кровянистый цвет, а затем серозно-слизистый. Количество лохимальных выделений весьма различно и стоит в зависимости от срока беременности, от степени опорожнения полости матки, от ее сократительной способности, а также от того, присоединились ли осложнения в виде инфекции и воспаления, которые могут усиливать количество выделений и удлинять продолжительность срока их. При искусственном аборте матка часто настолько хорошо опорожняется и так прекрасно сокращается, особенно если применялось последующее смазывание полости матки иодом, что выделения в первые 24—48 часов могут вовсе отсутствовать. Иногда на третий день при незначительных схваткообразных болях выделяется немного сгустков и крови. Далее выделение прекращается. Большею частью после 8—12-недельного аборта матка приходит в нормальное состояние через 3—4 недели. Лохии, кроме крови, лейкоцитов, клеток отпадающей оболочки, обнаруживают ворсинки ворсистой оболочки, которым свойственно характерное строение. При макроскопическом исследовании при водяной пробе, при значительных кусках плодного яйца можно видеть особую бархатистость, колеблющуюся под влиянием движения воды, если препарат не загнил или не высох.

При микроскопическом исследовании такие ворсинки на срезах имеют вид круглых или овальных образований. Они состоят из нежной рыхлой соединительной ткани, окруженной двухслойным ободком. Внутренний слой состоит из правильно расположенных круглой формы Лянгансовых клеток, напоминающих эпителий. Наружный слой состоит из синцициальных клеток, характеризующихся широким слоем протоплазмы с многочисленными ядрами. Характерно, что границ между отдельными клетками синциция незаметно. При определении срока беременности нужно иметь в виду, что с третьего месяца беременности клетки Лянганса атрофируются. Нахождение в продуктах аборта отпадающей оболочки не является бесспорным доказательством бывшей беременности, так как децидуальная или отпадающая оболочка только количественно отличается от предменструальных изменений слизистой оболочки матки. К числу относительных признаков имевшей место беременности относится нахождение (при вскрытии) желтого тела. Этот признак однако требует осторожной оценки и микроскопического исследования, а также сопоставления с исследованием слизистой оболочки матки, чтобы разграничить менструальные изменения от состояния, свойственного беременности.

К абсолютным доказательствам бывшего аборта относится нахождение в продуктах выделения или выскабливания частей зародыша или ворсинок ворсистой оболочки, хотя бы в некротическом (омертвевшем) состоянии, ибо ворсинки даже при этом сохраняют свою характерную форму.

10. Симуляция аборта

Встречаются случаи симуляции аборта. Практика жизни показывает, что симуляция аборта совершается из мести или в целях вымогательства. Известен классический случай Палумба, где 20-летняя замужняя (за стариком) женщина заявила врачу о происшедшем у нее аборте вследствие сотрясения и предъявила врачу два горшка крови с плодным яйцом. При исследовании у женщины не оказалось признаков аборта или малокровия. Мнимое «плодное яйцо» оказалось куском птичьей груди. За границей, где аборт запрещен и где женщина закрепощена, случаи симуляции аборта встречаются довольно часто. У нас в СССР надобности в этом нет, и симуляция аборта имеет лишь теоретический интерес.

ГЛАВА X

Стерилизация женщины

Проф. М. Г. Сердюков

Стерилизация (обеспложивание) женщины — операция, лишаящая женщину навсегда способности деторождения. Указание на стремление тех или иных социальных групп по разным мотивам (религиозным, моральным, бытовым, экономическим и пр.) создавать условия, при которых женщина, ведя половую жизнь, могла бы быть гарантирована от наступления беременности, существует с отдаленных времен. В этом направлении непрерывно выдвигался целый ряд предложений, направленных к изысканию наиболее верных и действительных способов для регулирования и ограничения деторождения. Для этих целей и мужчинами, но больше всего женщинами, применяются различные механические, химические, термические, хирургические, а в связи с успехами современной биологии и биологические способы временной стерилизации.

Уже почти 50 лет клиника непрерывно подвергает оценке и испытывает различные оперативные способы, стремясь найти наиболее рациональный метод стерилизации женщины. Эти попытки проводились не только под углом зрения найти радикальный способ стерилизации, но стремились овладеть методом временной стерилизации, который, не нарушая экономики женского организма, приводил бы к желаемой цели. Операцией, так называемой «временной хирургической стерилизацией», долгое время — до 1922 г. — в СССР пользовались главным образом по медицинским показаниям. Обнаружившиеся у нас в дальнейшем кое-где стремления постепенно расширять показания к хирургической стерилизации женщины должны быть признаны неправильными.

На основании фактического материала, по обследованию Московского областного научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества, приходится с определенностью констатировать, что в ряде городов (Ногинск, Рязань, Калинин, Тула и многие другие) некоторая часть наших гинекологов и хирургов стала непозволительно часто применять хирургическую стерилизацию женщины по социальным показаниям. В ряде случаев врачи руководствуются лишь только нежеланием женщины иметь ребенка или применяют хирургическую стерилизацию как профилактическую меру против часто следующих друг за другом искусственных аборт. Мнение, по которому вред и риск, причиняемые часто применяемыми абортами, обычно противопоставляются якобы относительной безвредности стерилизации, не имеет научного обоснования, весьма условно и проблематично. Существенная разница между этими операциями заключается в том, что искусственный аборт, несмотря на приносимый им вред, не таит в себе тех бесповоротных и непоправимых последствий, которые следуют в результате стерилизации.

Практика жизни доказывает, что женщина в определенный период настойчиво и определенно не желает иметь детей, и ей кажется, что ее решение и мотивы весьма серьезны. Однако кто может предвидеть изменение ее желаний на годы вперед? Целый ряд случаев показывает, что, перенеся операцию стерилизации, через 2—5 лет та же женщина, являясь на прием к врачу, умоляет вылечить ее от последствий стерилизации и вернуть утраченную функцию — дать ей возможность иметь

детей. Однако выполнить это желание после хирургической стерилизации, хотя бы она была произведена по так называемому способу временной стерилизации, не всегда возможно.

Целый ряд современных методов временной и постоянной стерилизации женщины путем применения рентгеновских лучей или электрокоагуляции трубных отверстий на внутренней поверхности матки, спермоиммунитет и другие методы, с одной стороны, практически верны, а с другой, при современном состоянии науки и медицинской техники, применение их не может гарантировать женщинам, пользующимся ими, полной безвредности. Нужно напомнить, что после облучения рентгеновскими лучами иногда может наступать стойкая, не поддающаяся излечению аменорея (полное прекращение регул), бесплодие и т.п. В ряде случаев, правда в небольшом проценте, в результате пользования такими методами временной стерилизации наблюдается понижение полового чувства, некоторые функциональные расстройства, а иногда наблюдается рождение детей-уродов.

Важно также практически отметить, — и это имеет большое судебно-медицинское значение, — что термин «временной трубной стерилизации» по существу неправилен. Почти все подобные методы на трубах — перевязка их, перерезка, вшивание и пр. — приводят к стойкой, постоянной стерилизации, ибо даже при высокой технике обратная операция, т.е. пересадка труб в матку для восстановления деторождения только в 10—25% может дать шансы к наступлению беременности.

Поэтому совершенно правильна точка зрения советских юристов, которые считают, что хирургическая стерилизация без медицинских показаний, установленных консультативно, должна считаться недопустимой, и производство ее подходит под действие ст. 142 УК, которая карает всякое тяжкое увечье, а именно «потерю зрения, слуха или какого-нибудь иного органа». Совершенно ясно, что потеря органа означает не только его уничтожение, отсечение (анатомическая потеря), но в это понятие входит приведение его в такое состояние, при котором он перестает выполнять свое назначение (функциональная потеря). Сюда относится и уничтожение способности женских половых органов к зачатию, которая является одной из основных функций, поэтому уничтожение навсегда этой способности есть тяжкое увечье.

На основании всего вышесказанного совершенно понятно, что стерилизация женщины должна применяться по медицинским показаниям, что не вызывает разногласий среди юристов и медиков¹. Применение же стерилизации по одним лишь социальным показаниям в условиях социалистического общества вовсе не может быть обосновано, и только неучетом этого важнейшего соображения объясняется то, что и у нас иногда приходится слышать аргументацию за допустимость стерилизации «по социальным показаниям», хотя и с оговоркой, что для их объективных обоснований необходимы чрезвычайная осторожность, осмотрительность, а главное добросовестность.

Медицинские показания должны допускаться лишь в тех случаях, где состояние здоровья пациентки на длительный срок или навсегда исключает возможность иметь беременность.

К медицинским показаниям относятся:

1. *Сердечные заболевания.* При оценке их с точки зрения стерилизации должен получить освещение тот факт, что нарушения сердечной деятельности могут наблюдаться при одной беременности и совершенно отсутствовать при следующей. Очень важен также вопрос в том разрезе, когда стерилизацию следует присоединять к искусственному аборту.

а) Стерилизация показана в случаях *декомпенсированных пороков сердца*, повторяющихся при нескольких беременностях, и особенно в случаях большой плодовитости, когда краткость сроков между беременностями не оставляет времени для рациональной терапии.

б) При *тяжелых декомпенсированных пороках сердца*, если порок не поддается лечению и по заключению терапевтов беременность и роды составляют угрозу жизни.

в) *Миокардит* является по преимуществу уделом более пожилого возраста, так что здесь вопрос о стерилизации требует индивидуального разрешения. Однако в случаях миокардита у молодых женщин, как последствия перенесенных инфекционных заболеваний, вопрос о стерилизации стоит более определенно. В этом убеждают наблюдения Байша над женщинами, страдавшими миокардитом. Эти наблюдения показывают, что большая часть молодых женщин, страдавших миокардитом, погибала вскоре после родов и ни одна из них (при значительной группе) не оставалась здоровой и трудоспособной.

¹ Е. Е. Розенблюм. Половая стерилизация как медико-юридическая проблема. Доклад пленуму Научного совета Гос. научно-исследов. ин-та судебной медицины НКЗдрава в мае 1934 г. (сдано в печать).

г) *Кардиосклероз* является показанием для стерилизации. В тех случаях, где имеется беременность и где необходимо стерилизацию комбинировать с абортom, лучше эти операции производить двухмоментно. При этом должны быть учтены условия наркоза и влияния операционной травмы, особенно опасных для кардиосклеротиков.

д) При оценке показаний к стерилизации в случаях свежего и вновь возникающего *эндокардита* при первой форме требуется терапевтическое лечение, а при второй, если она не поддается лечению, имеется показание к производству стерилизации. При установлении показаний к производству стерилизации по данным со стороны заболеваний и расстройств сердечно-сосудистой системы важно учитывать не только степень тяжести чисто медицинских показаний, но и в совокупности с ними ряд различных сопутствующих факторов: возраст, психику пациентки, социальное положение, количество имеющихся детей. В таких случаях, где мысль о последствиях непоправимого бесплодия для больной является мучительной или где операция стерилизации, как определенное вмешательство, угрожает риском, целесообразнее вместо хирургической стерилизации рекомендовать применение предохранительных средств. Применение их целесообразно, хотя нужно сознаться, что при современном состоянии наших знаний предохранительные средства по верности своего действия на 100% еще не выдерживают конкуренции со стерилизацией.

2. *Туберкулез легких*, гортани, костей, суставов, и другие заболевания легких. При оценке применений хирургической стерилизации по показаниям со стороны легких нужно особенно оценивать три обстоятельства: а) стойкая стерилизация молодой бездетной женщины является весьма жестоким мероприятием, вредно отражающимся на общем балансе женского организма; б) в начальных стадиях туберкулеза при компенсированных формах, при железистых формах беременность возможна, и в таких стадиях почти в трех четвертях случаев можно не опасаться ухудшения процесса под влиянием беременности; в) при далеко зашедших случаях туберкулеза легких применение стерилизации не может дать ожидаемого благоприятного эффекта, а может вызвать только ухудшение состояния, не обещая никаких выгод.

Стерилизация показана:

а) При ясно выраженном туберкулезе легких в первой стадии у молодых женщин, у которых беременность вызывает явное обострение процесса. Стерилизация особенно показана при наличии соответствующих неблагоприятных условий жизни, т.е. при комбинации с социальными показаниями.

б) При *туберкулезе гортани* стерилизация безусловно показана, но не в безнадежных, далеко зашедших случаях.

в) При эмфиземе, бронхиальной астме стерилизация не показана, так как они не стоят в прямой зависимости от беременности, а при тяжелом течении у подобных больных, применяя стерилизацию, нельзя гарантировать от опасного для жизни таких больных травматического влияния этой операции.

г) При костном суставном туберкулезе с симптомами интоксикации, при наличии открытых свищей стерилизация вполне показана.

3. *Заболевания почек и почечных лоханок*.

а) При *почечно-каменной болезни*, гидро- и пионефрозах, при воспалениях почечных лоханок у беременных показаний в этих случаях для стерилизации нет, так как можно с успехом бороться против основного заболевания терапевтическим или хирургическим путем.

б) *Острый нефрит* требует лечения, а не применения стерилизации, но если он принимает рецидивирующую форму и наступает при каждой новой беременности, то в таких случаях, кроме аборта, необходимо присоединение стерилизации.

в) *Хронический нефрит*, протекающий без осложнений, обычно не требует стерилизации, но если во время беременности наступают угрожающие явления — уменьшение количества мочи или осложнения со стороны глаз — то возникает вопрос о применении стерилизации.

4. *Болезни обмена веществ*. Ожирение, подагра, несхарный диабет не требуют применения стерилизации, так как беременность на них не оказывает безусловно вредного влияния. Кроме того, при сахарном диабете наступление беременности относится вообще к редким явлениям и она встречается при этом заболевании лишь в 3% случаев. Поэтому практически надобность стерилизации при сахарном диабете невелика.

5. *Железы внутренней секреции*. Среди них Базедова болезнь при тяжелых прогрессирующих формах с токсическими явлениями, с нарушениями со стороны сердца, при часто следующих друг за другом беременностях, когда в кратковременных промежутках между ними не хватает

времени для лечения, требует применения стерилизации. Такое требование основано на том, что в 60% случаев Базедова болезнь (данные Зейца) под влиянием беременности безусловно ухудшается, а в 6,4% кончается летально. Акромегалия при своем течении ухудшается при беременности, поэтому при наличии ее следует сочетать искусственный аборт со стерилизацией. Нужно однако иметь в виду, что возможность зачатия при акромегалии значительно понижена.

6. *Нервные и душевные заболевания.* Нервные и душевные заболевания в смысле установления медицинских показаний для применения стерилизации представляют некоторые трудности, так как при целом ряде психозов, применяя соответствующее лечение, режим и покой, можно получить улучшение и даже полное излечение. Однако в ряде случаев предсказания о наступлении рецидива весьма малонадежны, а влияние присоединившейся беременности недостаточно выяснено, и с этим надо считаться при консультативном обсуждении вопроса о применении стерилизации. Целый ряд заболеваний: истерия, эпилепсия, хоррея, раннее слабоумие только при тяжелом течении требуют стерилизации. При специфических психозах, стоящих в непосредственной связи с беременностью, с симптомами страха перед родами, боязнью родить урода и т.п. при так называемых «комплексах беременности», а также при маниакальных фазах маниакально-депрессивного психоза требуется применение стерилизации. Равно как при пuerперальных психозах и особенно при многократных их рецидивах при многоплодных беременностях также требуется применению стерилизации. Упорные и не поддающиеся формы шизофрении, после испытания в специальных психиатрических лечебных учреждениях, также дают повод к применению стерилизации.

7. *Применение стерилизации при заболеваниях женских половых органов.*

а) *Узкий таз* резких степеней сужения, при истинной конъюгате равной 6 см, является классическим и самым старым показанием применения стерилизации, если женщина категорически не желает подвергать себя риску кесарского сечения.

б) *Атония матки*, а также токсикозы беременности, если они встретились однократно и не носят рецидивирующего характера при частых, следующих одна за другой, беременностях не служат показаниями к производству стерилизации.

в) Применение стерилизации вполне показано и безусловно необходимо для гарантии лучших отдаленных результате основной операции, например исправление *неправильных положений матки* (опущения, выпадения ее).

г) *Свищи* мочевого аппарата, которые требуют применения обширной пластики, также являются показанием для применения стерилизации, потому что последующая беременность и роды могут свести на-нет полученные операцией лечебные результаты.

д) Применение попутной стерилизации при *кесарском сечении* по поводу узкого таза допустимо лишь после вторичного кесарского сечения, а при комбинированных показаниях (например, уродства, пороки сердца и узкий таз) допустимо применение стерилизации даже во время первой операции кесарского сечения.

8. *Половые заболевания.* Гонорея и сифилис требуют систематического лечения с применением во время терапии предохранительных средств от беременности, а не применения хирургической стерилизации. В литературе однако раздаются одинокие голоса в пользу применения стерилизации по поводу люэтического заболевания на время излечения.

9. *Стерилизация по евгеническим показаниям.* Вопрос о применении стерилизации по евгеническим показаниям особенно энергично выдвигается теперь фашизирующимися и фашистскими буржуазными кругами. Если в Америке и в фашистской Германии имеет место насильственное применение стерилизации (в Германии и кастрации) «в евгенических целях» над преступниками, то это следует рассматривать как один из примеров грубейшего посягательства на человеческую личность в условиях современного капитализма. Ни о чем подобном в нашей социалистической стране не может быть и речи. Мы не говорим уже о том, что законы наследования болезни и пути перенесения недостатков матери на ребенка очень мало выяснены, а предсказания в этом отношении очень шатки и ненадежны, и что уже в силу таких соображений применять по евгеническим мотивам хирургическую стерилизацию, которая при самых бережных методах в 75—90% остается постоянной, совершенно недопустимо. Ввиду сказанного пользоваться евгеническими показаниями в СССР, при совершенно других установках социалистического общества, недопустимо.

10. *Социальные показания применения стерилизации.* Хотя стерилизация по одним лишь социальным показаниям, как уже выше говорилось, с нашей точки зрения неприемлема, и по точ-

ному смыслу УК стерилизация: здесь не должна иметь места, необходимо все же рассмотреть вопрос о социальных показаниях как дополнении определенных медицинских показаний.

Социальные показания как таковые, если они ставятся совершенно изолированно и самой больной без всяких других сопутствующих условий, т.е. без комбинации с медицинскими показаниями, должны безоговорочно быть отвергнуты. Однако нужно считаться с рядом социальных моментов (тяжелые бытовые и материальные условия) в сочетании с такими заболеваниями, как туберкулез, изношенность организма, понижение на этой почве работоспособности, что при каждой новой беременности усугубляет неустойчивое состояние организма. Далее следует многодетность; если она сочетается с возрастом, изношенностью, надорванностью организма или при наличии каких-нибудь других медицинских показаний, то такие комбинации могут быть учтены при решении вопроса о производстве стерилизации как добавочной операции в связи с производством искусственного аборта. Впрочем, этот вопрос нуждается в более углубленной разработке.

Противопоказания к применению стерилизаций

1. *Молодой возраст* больной от 20 до 30 лет при отсутствии беременности или при наличии только одного ребенка является противопоказанием к применению стерилизации.

2. Только одно *желание* женщины не иметь ребенка и предохранить себя от возможности наступления беременности вовсе не дает основания и следовательно является противопоказанием к применению хирургической стерилизации.

3. Применение стерилизации как меры борьбы с часто следующими друг за другом абортами.

О комбинации стерилизации и аборта следует иметь в виду, что если болезнь так тяжела, что из-за нее решаются на аборт, то по мнению Лабгардта логически следует в дальнейшем предотвратить наступление беременности. Но это мнение условно, ибо если при некоторых тяжелых заболеваниях (заболевание сердца, почек, легких и пр.) больная может перенести более или менее безнаказанно аборт, то для добавочной операции — стерилизации — возникает риск со стороны наркоза и операционной травмы. Подобный риск в таких случаях может быть ослаблен применением соответствующих предохранительных средств.

ДЕТОУБИЙСТВО

ГЛАВА XI

**Характеристика преступлений и особенности расследования
и экспертизы при детоубийстве**

В. М. Смольянинов

Убийство матерью своего новорожденного ребенка во время родов, тотчас или вскоре после них, составляет содержание преступления, называемого *детоубийством*.

Это исторически сложившееся определение, не являясь изложением какой-либо статьи УК РСФСР, полностью вытекает из инструктивного письма УКК Верховного суда РСФСР (№ 2 1926 г.) и представляет почти дословный текст ст. 142 УК УССР. По существу своему оно является суммой всех вопросов, которые приходится решать судебно-медицинскому эксперту при доказательстве или отрицании какого-либо случая детоубийства. Вполне естественно, что детоубийству посвящена специально разработанная отдельная глава судебной медицины, где очень многие данные акушерской практики не просто взяты из ее области и перенесены в судебную медицину, а подобраны, изучены, освещены так, чтобы с наибольшей определенностью можно было бы ответить на задания судебно-следственных властей. Можно сказать, что вопросы акушерства в этой главе судебно-медицинской мыслью поставлены служить целям суда и следствия. Практике, наблюдениям, опытам деятелей судебной медицины обязаны своим существованием, своей научной базой, крупные части этой главы.

Огромный многовековой путь сделала история детоубийства. Начав его от права матери, отца, семьи, племени убивать ребенка, она прошла через суровые законы, обязывающие к жестоким, мучительным казням матерей-детоубийц. В противоположность исключительному классовому подходу, ханжеству и лицемерию капиталистических стран по отношению к матери, убившей новорожденного ребенка, принципиально иную и новую постановку получает этот вопрос в уголовном законодательстве, социальных мероприятиях и судебной практике советских республик, где мы имеем особое отношение к матери-детоубийце, обязывающее суд изучить и учесть все условия, всилу которых возникло, это преступление, и вынести приговор, не прибегая, как правило, к суровым мерам репрессии.

Изучение психического состояния беременных рожениц имеет значительную давность. По этому вопросу можно указать работы Оссиандера (1797), Ерга (1817 г.), Платнера (1824 г.).

Постепенно, медленно приходят к мысли, что если физическая и психическая травма вообще имеет место при родах, то при тайных родах она может вследствие обстановки родов выступить с исключительной силой и обусловить преступные действия матери-детоубийцы, когда к тому же она не состоит в «законном браке». Это получает отражение в смягчении если не самих законов, то по крайней мере практики их применения.

Действующий германский уголовный закон и австрийское уголовное уложение содержат наряду с общими статьями об убийстве особые статьи о детоубийстве, назначающие за последнее пониженное наказание по сравнению с убийством вообще. При этом первый распространяет его действие только на женщин, не состоящих в браке, а второй охватывает и замужних женщин. В Англии еще действуют законы XVII столетия (1624 г.), полагающие смертную казнь за детоубийство и не ограничивающие его от убийства взрослого. Смертной казнью каралось до 1901 года детоубийство и по уголовным законам Франции. Однако во Франции, как и в Англии, суды обычно избегали применения в этих случаях смертной казни, находя «смягчающие обстоятельства» Законом же 21 ноября 1901 г. во Франции установлено за детоубийство наказание в виде пожизненных или срочных каторжных работ.

Русское дореволюционное Уложение о наказаниях при убийстве матерью незаконнорожденного сына или дочери, от стыда или страха, при самом рождении, снижало для матери-детоубийцы наказание тремя степенями (по сравнению с наказаниями за предумышленное убийство сына или дочери), если не будет доказано, что она была раньше виновна в таком же преступлении (ч. 2 ст. 1451).

Это уложение и ныне действующие законы западноевропейских стран резко разграничивают права матери в зависимости от того, состоит или не состоит она в «законном» браке, а также права «законнорожденного» и «незаконнорожденного» ребенка.

Положение девушки, готовящейся стать матерью, в условиях буржуазного строя исключительно тяжелое, если не безвыходное. Эта ее безвыходность охарактеризована в цитате из Фурье, приводимой Марксом и Энгельсом в «Святом семействе»: «Если она (девушка) дорожит своей честью, она должна уничтожить следы своего бесчестья, а если она жертвует своим ребенком во имя предрассудков этого мира, то она подвергается еще большему позору и делается жертвой предрассудков закона». Ничего подобного или похожего не имеется в советских республиках.

«Мы не оставили в подлинном смысле слова камня на камне из тех подлых законов о неравноправии женщины, о стеснениях развода, о гнусных формальностях, его обставляющих, о непризнании внебрачных детей, о розыске их отцов и т.п., — законов, остатки которых многочисленны во всех цивилизованных странах, к позору буржуазии и капитализма»¹.

Советская власть установила равноправие женщины, уничтожила понятие о «незаконнорожденных» или «законнорожденных» детях, сделала равными зарегистрированный брак и фактическое брачное сожителство, легализовала производство аборта по социальным и медицинским показаниям, ликвидировала безработицу, широко развернула систему социальных мероприятий по охране материнства и младенчества. Все это вместе взятое по существу ликвидирует предпосылки к детоубийству. Однако оно у нас еще окончательно не изжито, еще остались источники, его питающие, в виде предрассудков, пережитков старого быта в менее сознательных слоях населения, в виде воздействия на них со стороны классово враждебных элементов. Но очень многое, основное для предупреждения детоубийства сделано.

В вопросе о нем возможны два положения: 1) *умышленное убийство* новорожденного и 2) *неоказание помощи* ему или *подкидывание*. Совершение первого предусмотрено ст. 136 УК РСФСР (пункты «д» и «е»), второго — ст. 156 УК РСФСР.

В уголовном законодательстве всех советских республик, кроме Украинской, детоубийство не выделено из категории квалифицированных убийств. Но Верховный суд РСФСР в инструктивном письме (№ 2 1926 г.) раз'яснил: «Опыт работы УКК показывает, что в громадном большинстве случаев убийство матерью своего ребенка при рождении является следствием трех причин: 1) острой материальной нужды матери, обрекающей ее и ребенка на голодное существование, 2) острого чувства стыда под давлением невежественной среды, создающей в будущем невыносимую жизнь матери и ребенка, 3) болезненной психики, безусловно расшатанной как самими родами, так, в особенности обычной в таких случаях обстановкой (роды без посторонней помощи, в одиночестве, часто в сарае или где-либо в этом рода и т.п.)». Поэтому Верховный суд при таких условиях считает необходимым «за преступление этого рода назначать меры социальной защиты в виде лишения свобода на минимальные сроки или ставить вопрос об условном осуждении».

В УК УССР совершение детоубийства и соответствующая мера социальной защиты предусмотрены ст. 142.

По инициативе советской общественности (газета «Беднота») был поставлен вопрос о выяснении роли отца в делах о детоубийстве, и Верховный суд в инструктивном письме (№ 1 1928 г.) предложил: «При возникновении дела об убийстве матерью ребенка тщательно выяснить личность отца ребенка и его роль в преступлении: допущено ли им подстрекательство матери к убийству или пособничество убийству, знал ли он о предстоящих родах и убийстве, обращалась ли мать к нему за помощью, в которой он отказал, оставляя мать и ребенка в беспомощном положении». В случае доказанности подстрекательства или пособничества отца в совершении детоубийства Верховный суд предложил определять в отношении их жесткие меры социальной защиты.

Органы расследования и суда при ведении и разбирательстве уголовных дел о детоубийстве всегда обращаются к врачам для производства судебно-медицинской экспертизы. Ее роль в этих делах имеет исключительно важное и ответственное значение. В большинстве случаев именно экспертиза решает вопрос о наличии или отсутствии состава преступления — детоубийства. Но отсюда еще не следует, что следственным органам по этим делам ничего не надо делать до выяснения результатов экспертизы. При обнаружении трупа ребенка надо принять меры к выяснению личности его матери, что далеко не всегда бывает легко, особенно если принять во внимание, что трупики могут относиться далеко от места жительства матери, выбрасываться в реки, которые тоже

¹ Ленин, изд. 2, т. XXIV, стр. 343.

относят их вниз по течению, сами матери могут уезжать в другие местности и т.д. Быстрое нахождение матери нередко помогает найти орудие преступления, выяснить его способ, соучастников и пр. Наоборот, найденное орудие преступления хорошо может помочь найти виновную мать или другого преступника. Интересно при этом, что для совершения преступления мать употребляет часто ближайшие предметы, которые попадают ей под руку, в том числе предметы своего домашнего обихода или части своей одежды (подвязки, платки, оторванные лоскуты и др.), по которым иногда очень легко удается установить личность их обладательницы. Отсюда вывод — необходимо особенно тщательно осматривать место нахождения трупа и его окружность и приобщать к делу все сколько-нибудь подозрительные предметы.

Объектами судебно-медицинской экспертизы бывают трупы новорожденных и нередко женщины, подозреваемые в детоубийстве. В отношении последних ставятся вопросы о наличии признаков недавних родов, сроке родов, о психическом состоянии и другие вопросы, в зависимости от характера дела.

ГЛАВА XII

Определение новорожденности

В. М. Смольянинов

При судебно-медицинском исследовании трупа ребенка в случаях детоубийства, в связи с содержанием этого преступления, требуется установить новорожденность ребенка, его зрелость, жизнеспособность, определить, действительно ли и сколько времени ребенок жил и от какой причины наступила его смерть.

Установление новорожденности представляет одновременно решение вопроса о длительности жизни ребенка. Новорожденность может быть определена в судебно-медицинском смысле по ряду признаков ее, указывающих на короткое время жизни ребенка, так как под понятие детоубийства подходят только случаи умертвления детей «при рождении» (см. инструктивное письмо Верховного суда), «тотчас или вскоре после родов» (по ст. 142 УК УССР). Со стороны законодательств были попытки фиксировать определенное количество времени, в течение которого следует считать ребенка новорожденным. Так например, старый баварский закон этим сроком считал трое суток, в Саксонии был установлен срок в 24 часа и т.д. Но понятно, такой подход неправилен уже по одному тому, что он как бы предрешает вопрос о длительности влияния физической и психической травмы у матери ребенка в связи с родовым актом.

При исследовании трупа ребенка устанавливают наружные и внутренние признаки новорожденности. К первым относятся: состояние кожи, пупка и пуповины, ко вторым — характер родовой опухоли, состояние легких и желудочно-кишечного тракта, изменения зародышевых кровеносных путей.

Кожа новорожденных нежна, сочна, имеет красноватую окраску, светлеющую уже в течение первого часа жизни. Позднее, обычно не ранее третьего дня, в большинстве случаев она приобретает желтушную окраску, становится суше и начинает шелушиться. Последнее длится около семи дней, но этот срок не имеет решающего значения, так как Эльзессер его видел у ребенка тотчас после родов, Гофман — у мертворожденного.

Иногда вся, иногда часть поверхности тела ребенка сплошь покрыта толстым слоем сыровидной смазки, иногда ее мало и можно обнаружить только в естественных складках кожи (на шее в подмышечных впадинах, в паховых областях). Она представляется в виде серовато-белой массы, консистенции мази, жирна наощупь, состоит главным образом из жира, клеток эпидермиса и пушковых волосков. Без специальных мероприятий (мытье, смазывание маслом) смазка удерживается на коже до трех и более дней. В случаях пребывания трупа в воде или вообще в жидкостях, а также при гнилостных изменениях смазку все же удается найти в складках кожи.

Во время родового акта кожа ребенка то в большей, то в меньшей степени покрывается кровью, но никогда не бывает, чтобы кожные покровы ребенка не имели хотя бы небольших помарок крови. Если кожа ребенка не загрязнена кровью, не следует упускать из виду, что это может произойти в зависимости от характера места обнаружения трупа (например в воде).

Наличие крови на коже ребенка указывает на его новорожденность, если исключаются другие источники происхождения крови (например, повреждения).

Кожа в области заднего прохода и окружающих частей бедер весьма часто помарана темно-зеленым первородным калом (меконием). Он представляет массу темнозеленого цвета и состоит из слизи, желчи, кристаллов холестерина, клеток кожного и кишечного эпителия и овальных, желто-зеленых, гомогенных образований — мекониевых телец.

Пуповина влажная, сочная тотчас после родов, уже в течение первой половины суток или к концу их становится вялой, морщинистой, и начинается ее высыхание со свободного конца. Уже к концу суток кожа живота у пупочного кольца припухает, оно окружается красной каемкой (демаркационная линия). На трупах мертворожденных или детей, умерших ранее суток, нередко у пупочного кольца видно покраснение, занимающее $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ окружности и наступающее как следствие трупных явлений. Пуповина высыхает, делается бурожелтого и бурочерного цвета в течение 2—3 дней и затем отпадает, оставив пупочную рану, дающую рубец приблизительно к 14-му дню. Отпадение пуповины наиболее часто происходит в период между 5—7 днями, реже на 4-й или 8-й день, еще реже на 3-й или 9-й день и в более поздние сроки. По Торглери, отпадение пуповины совершается на третий день — в 2,2%, на четвертый — 13,4%, на пятый — 26,6%, на шестой — 31%, на седьмой — 14,7%, на восьмой — 8,7%, на девятый — 1,9% и на десятый — 0,6% всех случаев.

Высыхание пуповины может происходить и на трупе или же она гниет, что зависит от условий гниения трупа. По поводу гниения пуповины следует отметить, что оно может развиться и на живом ребенке и потому для определения срока жизни значения не имеет. Пуповина может отсутствовать на трупе вследствие отпадения или же в результате вырывания ее из пупочного кольца. Разорванные кровянистые края пупочной раны в этих случаях легко отличить от рубцующегося пупка. Если для исследования поступает ребенок с неотделенным от него детским местом, то это, конечно, бесспорный признак новорожденности.

Следовательно, те или иные изменения в состоянии пупка и пуповины ребенка, определяя срок жизни, доказывают или отрицают новорожденность его.

Родовая опухоль образуется от сжатия головки ребенка родовыми путями матери во время родов. Она встречается почти при всех родах и располагается на предлежащей части плода; на головке она носит название головная опухоль (*Caput succedaneum*). Она представляет собою напряженную, эластичную, разной величины опухоль, начинающую уменьшаться вскоре после родов и исчезающую в период от $\frac{1}{2}$ до 2 суток; состоит из серозного пропитывания мягких покровов головы с большей или меньшей примесью крови; на разрезах имеет студневидный характер, окрашена в желтоватый цвет. Если сжатие было очень сильным и произошло кровоизлияние под надкостницу черепных костей, чаще всего теменных, то образовавшаяся опухоль называется головной кровяной опухолью (кефалогематома, *Kephalohaematoma*); она часто увеличивается только после родов. Наличие той или иной опухоли говорит о новорожденности. Подробнее о родовых опухолях см. ниже, гл. XV.

Легкие ребенка по характеру своего состояния, хотя и различного во внутри- и внеутробной жизни, могут давать основания для суждения о длительности жизни ребенка далеко не всегда. Их состояние во время внутриутробной жизни, если исключена возможность вытеснения воздуха из легких — вторичного ателектаза, может свидетельствовать о том, что ребенок новорожденный. Другие же возможности частичного или полного распределения легких при суждении о времени жизни требуют детальной оценки и обязательного рассмотрения в совокупности с другими данными экспертизы трупа, и потому изложены при оценке легочной пробы на плавание.

Желудочно-кишечный тракт наполняется воздухом с начала внеутробной жизни ребенка, и от длительности последней стоит в прямой зависимости глубина проникновения воздуха по желудочно-кишечному тракту, следовательно, и суждение о новорожденности. Вопрос оценки результатов желудочно-кишечной пробы, как и легочной, целесообразнее рассмотреть в соответствующем месте (при разрешении вопроса о живорожденности). Здесь же уместно отметить, что меконий (первородный кал) удаляется из кишечника в течение 1—2 дней, а по некоторым авторам — 3—4 дней. Но следует помнить, что наибольшая масса мекония может быть удалена из кишечника во время самого родового акта, и потому при рассуждении о новорожденности важно наличие мекония, а не его количество. Одновременно вместе с этим признаком, а иногда и независимо от него, учитывают присутствие или отсутствие пищи в желудке. Но это признак второстепенный, ребенок может прожить в течение нескольких дней без пищи, и наоборот, он может быть накормлен вскоре после родов и затем умерщвлен (случай Геце).

Изменения зародышевых кровеносных путей происходят в связи с установлением легочного дыхания но в первые дни жизни ребенка не имеется существенных изменений в печеночных сосудах, Боталловом протоке и овальном отверстии. Так как для их зарращения требуются большие сроки, исчисляемые неделями и месяцами, то их изменения для диагностики новорожденности ценности не представляют.

Вообще следует сказать, что вывод о новорожденности по данным исследования трупа ребенка позволителен только на основании совокупности всех признаков ее.

ГЛАВА XIII

Определение зрелости и жизнеспособности плода

В. М. Смольянинов

Зрелость новорожденного ребенка определяется большой группой то более, то менее достоверных признаков: вес, длина тела, размеры головки и др.

Вес доношенного ребенка подвержен значительным колебаниям. Так Каспер отмечает колебания веса зрелых детей от 2000 до 5000 г. Средние цифры этого веса находятся в пределах 3000—3500 г.

Длина тела доношенного зрелого младенца равняется в среднем 50 см, колеблясь в зависимости от пола на 1—2 см. Но известно также, что при всех других признаках доношенности и при родах в срок длину тела находили от 46 до 56 см, по Бруарделю от 44 до 60 см. Нижегородцев приводит ценные данные, которые можно использовать, если устанавливается доношенность не по целому трупу: у мальчиков длина тела от макушки до лобка — 32 см, у девочек 29,5 см, от лобка до нижнего мыщелка бедра у мальчиков 10 см, у девочек 9 см; от нижнего мыщелка бедра до пятки 10,5 см; длина ступни 8 см; расстояние от акромиального отростка до нижнего мыщелка плеча 9 см, от этой точки до шиловидного отростка лучевой кости 7 см.

Окружность головки и ее диаметры у доношенного равны: окружность на уровне затылочного и лобных бугров — 34—35 см, прямой (лобно-затылочный) диаметр — 10—11 см, поперечный (межтеменной) — 8—9 см, диагональный большой кривой (подбородочно-затылочный) — 12—13 см.

Волосы на головке довольно густые, длиной 1—2 см.

Хрящи носа и ушей наощупь эластичные, упругие.

Расстояние между плечиками (ширина плеч) — 12—13 см. Ногти на пальцах рук и ног хорошо развиты и на пальцах рук выступают за их концы, а ног — доходят до концов.

Пуповина отходит от передней стенки живота почти в середине (немного ниже ее) расстояния между концом мечевидного отростка грудной кости и лобковым сочленением.

Половые органы сформированы правильно: у девочек — большие половые губы сомкнуты, прикрывают малые; у мальчиков — яички находятся в мошонке.

Ядро окостенения (ядро Бекляра) в нижнем конце бедра исследуется таким образом: после полулунного разреза кожных покровов вскрывают коленный сустав тотчас ниже надколенника, отворачивают его и мягкие ткани кверху и, обнажив нижний конец бедра, производят горизонтальные срезы хрящевой ткани. В случаях наличия ядра оно выделяется своим красным или розово-красноватым цветом на молочно-белом, опалесцирующем фоне хряща (рис. 13). Размеры ядра у доношенного колеблются от 0,2 до 0,8 и даже 1 см в наибольших диаметрах. Иногда и у несомненно доношенных младенцев оно отсутствует.

Поскольку это ядро закладывается чаще на 10-лунном месяце, хотя закладка может быть и на 9 месяце, то оно не составляет абсолютного признака зрелости. Все же наличие его позволяет делать вывод о том, что младенец зрелый или близок к зрелости. Обычно, если ядро имеется в эпифизе одного бедра, то оно имеется и в другом. Благодаря тому, что ядро окостенения сохраняется и хорошо заметно даже при высоких степенях гнилостных изменений трупа, когда по другим признакам трудно или невозможно судить о зрелости ребенка, исследование нижнего эпифиза бедра и в этих случаях представляет ценность.

Ядра окостенения встречаются и в других костях, чаще всего в верхнем эпифизе большой берцовой кости, в кубовидной и др., но они представляют меньшую диагностическую ценность.

Иногда приходится исследовать части плода и по ним решать вопрос, был ли он зрелым. В качестве справки для такого рода случаев можно указать, по данным Каспера и Гюнца, что у доношенного длина теменной кости (по диагонали) — 7,6 см, лобной в высоту — 5,6 см, в ширину — 4,5 см; длина ключицы 3,6 см, лопатки 3,2 см, плечевой кости — 7,5 см, локтевой — 7 см, лучевой — 6,6 см, бедра — 8,7 см, большой берцовой — 7,9 см, малой берцовой — 7,7 см.



Рис. 13. Ядро окостенения в нижнем конце бедра у новорожденного (увел. в 2 раза).

Кожа доношенных, упитанных младенцев туго натянута, не морщиниста, красноватого цвета. Пушок на ней остается хорошо выраженным только на плечиках и в области лопаток.

Глаза имеют блестящую прозрачную роговицу. Зрачок еще расширен, но зрачковой перепонки уже не имеется.

Существуют и другие признаки зрелости (доношенности) второстепенного порядка, главными же следует считать: рост, размеры частей тела и другие признаки, изложенные выше.

При установлении доношенности может быть и нередко бывает, что одни признаки свидетельствуют о зрелости, другие же не подтверждают этого. Поэтому следует обращать внимание на наиболее существенные признаки ее и судить о ней по группе, а не отдельным признакам. Тогда большей частью нетрудно решить вопрос о полном или неполном достижении зрелости младенца.

Под понятием *доношенный плод* разумеется ребенок, родившийся в конце 10-го лунного месяца беременности (см. главу о продолжительности беременности, гл. 21); он должен иметь соответствующий вес и размеры. Вообще же под зрелостью плода разумеют такую степень его развития, когда он может вести жизнь самостоятельно, вне связи с организмом матери. Принято считать, что плод по истечении 210 дней может существовать самостоятельно, и признаками, удостоверяющими его состояние зрелости в этот период, являются: длина тела не менее 40—42 см, вес около 1500—2000 г, диаметры головы 7—9—11 см.

В промежуток времени от 210 до 280 дней выявляются признаки зрелости, и чем ближе к последнему сроку плод, тем легче судить о его зрелости.

Но все же *зрелость и доношенность* не представляют одного и того же понятия; ребенок может быть недоношенным, хотя в то же время является зрелым, и наоборот, на всякий доношенный ребенок — зрелый.

Как мы говорили выше, по истечении 210 дней беременности плод может существовать самостоятельно, т.е. достиг известного предела, с которого возможна жизнь его вне связи с организмом матери. Ниже этого предела плод нежизнеспособен. Да и в этом возрасте сопротивляемость плода внешним воздействиям ничтожна и он легко погибает.

Для определения возраста плода пользуются формулой, согласно которой надлежит: при длине плода между 50—25 см разделить цифру длины на 5; при длине ниже 25 см — извлечь квадратный корень. Число, полученное в результате этих действий, указывает срок беременности, т.е. возраст плода в лунных месяцах.

В зависимости от степени недоношенности размеры плода более или менее отличаются от размеров доношенного: так например, семимесячный плод имеет длину 35—38 см, вес 1218 г, восьмимесячный — длину около 40 см, вес 1500—2000 г, девятимесячный — длину 42—45 см, средний вес 2000 г.

Эксперту может быть предложено установить: по длине пуповины или весу последа, на каком месяце произошли роды. Обычно это имеет место, когда найдены только послед и пуповина, а плод не обнаружен. К решению этого вопроса могут послужить цифровые данные длины пуповины и веса последа по месяцам беременности: в 7 месяцев пуповина — 42 см, вес последа — 374 г, в 8 мес. пуповина — 46 см, вес последа — 451 г, в 9 мес. — пуповина — 47 см, вес последа — 461 г, в 10 мес. — длина пуповины — 50 см, послед весит 500 г.

Эти цифры являются средними и могут давать иногда значительные колебания, например, у доношенных встречаются длинные пуповины, достигающие до 150 см и короткие — до 14 см и меньше.

Следовательно, указанные цифры, являясь средними, чаще всего встречающимися, могут быть полезны эксперту, но требуют от него критического подхода к данным, полученным при производстве экспертизы.

Жизнеспособность плода обуславливается свойствами его развития, позволяющими ему начать и продолжать жизнь вне связи с организмом матери. При известном возрастном пределе (ниже 210 дней от начала беременности) плод является нежизнеспособным вследствие незрелости, недоразвития. Но и зрелый, доношенный младенец может оказаться нежизнеспособным вследствие пороков развития и болезненных процессов, лишаящих плод возможности существовать изолированно от тела матери.

Нежизнеспособность вследствие недоразвития имеется обыкновенно в случаях, когда плод не достиг 210 дней. Признаком, определяющим эту границу, служит строение тела плода, указывающее на возраст плода в 8 лунных месяцев (длина 40 см, вес 1500—2000 г, диаметры головы 7—9—11 см, появление хряща в носу и ушных раковинах, присутствие зрачковой перепонки, или наличие ее остатков). Существуют примеры, когда плоды, родившись ранее этого срока, оставались в живых, и жизнь их продолжалась то меньшие, то большие сроки. Но эти плоды требуют особо тщательного ухода. Наличие его, когда идет речь о детоубийстве, едва ли можно ожидать.

Кроме незрелости плода, его нежизнеспособность может зависеть: от болезненных процессов, чаще всего сифилиса, патологических явлений в отдельных органах (кистозное состояние обеих почек, головная водянка и др.). Эти патологические состояния, а также уродства вроде: отсутствия головы и сердца, мозга; зарращения прямой кишки, желудка, пищевода, желчных путей; мозговых грыж, расщеплений спинного канала и др., исключают возможность дальнейшей жизни новорожденного, — позволяют его считать нежизнеспособным, хотя бы он родился живым и жил несколько часов или даже дней.

ГЛАВА XIV

Определение живорожденности

В. М. Смольянинов

Установление, родился ли ребенок живым, и длительность его жизни составляют основной коренной вопрос в делах о детоубийстве. При определении живорожденности ребенка имеют в виду доказать начало и продолжительность его внематочной жизни. Все те изменения, которые возникают в организме ребенка при переходе его на самостоятельную, независимую от организма матери жизнь, и составляют основу для решения вопроса о живорожденности.

Таким важным жизненным явлением, возникающим у новорожденного, служит *легочное дыхание*. Оно производит: а) *вхождение воздуха в организм, младенца*; б) *изменение распределения крови в различных органах*.

Эти факторы дают основание для ряда проб на живорожденность. Предложены: 1) воздушная легочная, желудочно-кишечная и ушная пробы, базирующиеся на вхождении воздуха (при дыхании) в легкие, желудочно-кишечный тракт и барабанную полость; 2) кровяная легочная и кровяная печеночная пробы, основанные на изменении распределения крови в органах после начала легочного дыхания; 3) прочие пробы: почечная, мочепузырная, ректальная, печеночно-гликогенная, слюнная и другие, исходящие из других изменений организма ребенка после рождения, не связанных с дыханием.

В связи с началом легочного дыхания изменяется форма грудной клетки: из плоской, спавшейся она переходит в бочкообразную, межреберные промежутки расширяются и становятся более заметными, стояние диафрагмы понижается с 4-го межреберного промежутка (до дыхания) в 6-й. Но большого значения этим изменениям не придают. Существенные различия до и после дыхания представляют легкие. Если дыхания еще не было, легкие не только не заполняют грудную полость, но в виде двух плотных наощупь мясистых образований с гладкой поверхностью темно-красного цвета с синюшным оттенком лежат возле позвоночника и при обычном вскрытии грудной полости

плохо видны из-за находящихся впереди сердца и зубной железы. После дыхания объем легких увеличивается в прямой зависимости от силы и продолжительности дыхания, и легкие в большей или меньшей степени заполняют грудную полость. Поверхность легких становится неровной, розовато-красного цвета, с хорошо выраженной мраморностью вследствие ставших заметными границ легочных пузырьков. Окраска легких не всегда бывает равномерно светлой. Очень часто передние части их светлее задних. Части легких, расправившиеся вследствие дыхания, светлее участков, которые слабее или вовсе не дышали.

Как было отмечено выше, недышавшие легкие плотны наощупь, они консистенции печени, с разрезов выделяют непенистую кровь. Легкие дышавшие эластичны, при разрезе хрустят, напоминают губку, выделяют с поверхности разрезов пенистую кровь.

Вследствие дыхания удельный вес легких падает ниже 1,0 (у недышавших легких он более 1,0), и легкие получают способность плавать. Изменения плотности легких и удельного веса дают основу для гидростатической, плавательной легочной пробы Галена-Шрейера.

Легочная проба согласно § 79 правил судебно-медицинского вскрытия трупа производится всегда при исследовании трупов новорожденных. Эти правила предлагают производить пробу таким образом: «До вскрытия грудной полости отпрепаровывают дыхательное горло и перевязывают его... По извлечении легких вместе с сердцем и вилочковой железой все это опускают осторожно в просторный сосуд, наполненный водой, при этом замечают, остаются ли легкие на поверхности воды или тонут, и при этом скоро или медленно... Осмотрев легкие снаружи, следует отделить их от бронхов, а плавательную пробу повторить с одними легкими, замечая, равномерно ли плавают или погружаются отдельные части легких; то же повторяют с каждой отдельной легочной долей. Наконец, определяют разрезами свойство легочной ткани и каждую долю изрезают на кусочки, испытывая их плавательную способность; кроме того, отдельные кусочки сдавливают под водой пальцами, не поднимаются ли из них пузырьки газа на поверхность воды». Мелкие кусочки, хорошо наполненные воздухом, даже после такого сжатия поднимаются на поверхность воды. Указанный метод производства легочной пробы позволяет довольно точно определить, какие участки легких содержат воздух.

Результаты легочной пробы всегда требуют оценки, чтобы из положительного результата этой пробы сделать вывод о дыхании младенца. Необходимо исключить возможность плавания легких: 1) в результате искусственного дыхания, 2) вследствие нахождения в них гнилостных газов. По отношению к первому следует указать на малую вероятность применения его, когда дело идет о детоубийстве. Но если бы практически такой вопрос и возник, то его разрешение не представляется сложным. При искусственном дыхании воздух не расправляет равномерно всю легочную ткань; среди безвоздушных участков в разных местах встречаются мелкие очажки, содержащие воздух. Можно утверждать, что если легкое равномерно расправлено, наполнено воздухом, это произошло от естественного дыхания.

Гнилостные газы могут обусловить плавание легких недышавшего младенца. Если они плавают от скопления газов, то это нетрудно установить благодаря одновременно имеющимся, резко выраженным гнилостным измерениям других органов, которые в этих случаях тоже могут плавать от наличия в них гнилостных газов; изолированного гниения одних только легких не бывает. Гнилостные газы чаще всего скопляются в виде пузырьков под плеврой легких или же в их паренхиме: в последнем случае на их разрезах видны пустоты.

Распределение гнилостных газов в легких, как правило, никогда не бывает равномерным. В зависимости от характера скопления гнилостных газов в легких можно рекомендовать производство легочной пробы и сделать оценку ее результатов или же от нее совершенно отказаться. Если в легких, плавающих в воде, мало пузырьков (под плеврой и в паренхиме), то можно проколоть их иглой, и те кусочки, где пузырьки были обнаружены, подвергнуть сжатию под водой. Эти кусочки тонут, если легкие плавали от наличия в них гнилостных газов. Если же они продолжают плавать, то можно предполагать о бывшем легочном дыхании. К этому выводу следует приходить только в случаях, когда действительно исключается возможность плавания легких от скопления в них гнилостных газов.

При распространенном, резко выраженном образовании гнилостных газов (гнилостная эмфизема) производство легочной пробы не только не дает никаких доказательных результатов, но наоборот, может привести к неверным заключениям, и поэтому не следует в таких случаях производить эту пробу. Легкие мертворожденных при достаточно сильной степени гниения могут так же приобрести способность к плаванию, как и дышавшего младенца. Существовавшее раньше мнение

(Борда, Унгар) о невозможности такого плавания опровергается примерами из судебно-медицинской практики.

В обоснование этого мнения приводился довод, что в легкие поступают микроорганизмы при дыхании и потому у недышавшего младенца этот фактор образования гнилостных газов отпадает. Справедливо лишь то, что гнилостные процессы (скопление газов) не достигают таких же размеров на зародышевых (недышавших) легких, как это бывает после легочного дыхания, и поэтому предлагают (Штрасман, Хаберда), если при сравнительно свежем трупe легкие представляются гнилостно-измененными, делать с большей или меньшей вероятностью вывод о бывшем дыхании у ребенка. Применение исследования гнилостно-измененных (с образованием газов) зародышевых или дышавших легких с помощью лупы или микроскопа представляет несомненный практический интерес и ценность; при этом предпочтение должно быть отдано микроскопическому исследованию. Последнее (по Бальтазару и Лебрену) обнаруживает в недышавших легких нахождение гнилостных газов в бронхах и интерстициальной ткани, а в дышавших в самих альвеолах, распавшихся при дыхании. Местами эти альвеолы чрезвычайно растянуты, межальвеолярные перегородки разрушены и легкое напоминает микроскопическую картину эмфизематозного легкого. Разница в локализации гнилостных газов стоит в связи с путями проникновения бактерий в легкие, а именно: в первом случае (зародышевые легкие) — по кровеносным сосудам, во втором — вместе с вдыхаемым воздухом. Характеристику гнилостных изменений легких следует дополнить указанием, что помимо образования в них гнилостных газов их паренхима представляется грязно-красной с зеленоватым оттенком уже в ранних стадиях гниения, а в дальнейшем — легкие становятся очень дряблыми, грязно-зеленого цвета.

Отрицательный результат легочной пробы, так же как и положительный, требует специальной оценки, обязывает помнить, что и при несомненной внеутробной жизни младенца легкие могут оказаться не содержащими воздуха. Это может произойти: 1) если у ребенка, родившегося живым, не появилось дыхания; 2) если по рождении ребенка были препятствия к легочному дыханию, хотя бы оно и началось, и 3) если легкие содержали воздух, но всилу так называемого вторичного ателектаза лишились его.

Возможность внematочной жизни младенца без дыхания подтверждается опытом повседневной практики. Продолжительность такой жизни наблюдается не только в течение минут, но и нескольких часов (в случае Машка — около 27 часов). Следовательно, насильственные действия, примененные к младенцу при этих обстоятельствах, будут совершены при его жизни, хотя легочное дыхание и не будет констатировано.

Оно отсутствует, если ребенок родился живым, но в состоянии отсутствия дыхания (арное), когда содержание кислорода в крови родившегося ребенка не снизилось до необходимой степени, вызывающей раздражение дыхательного центра, и тем самым начала легочного дыхания. Это явление физиологического порядка и сопутствует всяким родам, отличаясь в разных случаях только длительностью периода, когда у ребенка не возникают дыхательные движения. Моменты патологического порядка, имевшие место при родах, как например, кровоизлияние между оболочками мозга и др., также могут быть причиной непоявления легочного дыхания у ребенка после его рождения.

В результате особенностей родов, обстановки, в которой они протекают, тех или иных необычных состояний ребенка может оказаться, что по рождении ребенка дыхательные движения у него происходят, по воздух встречает препятствия для поступления в легкие. Целый ряд причин может обусловить такое явление: при рождении ребенка в яйцевых оболочках его дыхательные отверстия могут оказаться закрытыми оболочками (или их частями) и воздух не поступает в легкие; аспирированная при родовом акте околоплодная жидкость, слизь, меконий и пр. при попытках к дыханию проникают в дыхательные пути и преграждают доступ воздуха в них; патологическое состояние легких (*pneumonia alba*), пороки развития (например грыжи диафрагмы) могут быть причиной отсутствия легочного дыхания.

Наконец, если роды происходят при такой обстановке, что ребенок по рождении сразу же попадает в жидкость или его дыхательные отверстия оказываются закрытыми частями одежды матери и т.п., а также если эти отверстия умышленно закрываются, или сдавливаются шея рукой, петлей и пр., то воздух может и не поступить в легкие.

Вторичное спадение (ателектаз), когда легкие несомненно дышавшего младенца при их исследовании оказываются не содержащими воздуха, может наблюдаться как вследствие ряда особых нижеуказываемых причин, так и вне зависимости от них. При очень значительных степенях гние-

ния трупа новорожденного, под влиянием гнилостных изменений легких и от скопления трансудата в грудной полости, из дышавших легких воздух может исчезнуть. Такое же явление имеет место, если легкие подвергались нагреванию или даже кипячению (в случае Тардые — части ребенка варились в котле); если легкие окружены и пропитаны водой, проникшей в грудную полость при ее повреждениях (проникающих ранах), когда ребенок находился в воде. Но и без этих особых обстоятельств возможно возникновение вторичного ателектаза, несмотря на то, что легкие были вполне расправлены дыханием. Эти случаи относятся к группе очень редких, но все же в практике встречаются и описаны многими авторами (Хаберда, Унгар, Шредер и др.). Вторичный ателектаз такого типа может быть не только у недоношенных, но и у вполне нормально развитых, доношенных детей. По характеру своего распространения он может быть то полным, то частичным в зависимости от того, в какой степени было дыхание и как долго оно продолжалось. Возникновение вторичного ателектаза ставят в зависимость от эластических свойств легочной ткани, когда воздух удаляется из легких под влиянием этих свойств (Томас, Шредер); оно также указывает на то, что кровь поглощает воздух легких, если дыхание прекратилось, а кровообращение после этого некоторое время продолжалось.

В противоположность этим отрицательным результатам легочной пробы у несомненно живших детей можно встретиться с таким явлением, когда, эта проба дает положительный результат у мертворожденного. Это зависит от преждевременных дыхательных движений, возникающих у младенца во время родового акта. Они чаще встречаются при искусственных родах, например, с наложением щипцов, но могут иметь место и в судебно-медицинских случаях (при тайных родах) и в связи с этим представляют интерес для врача-эксперта. Существенным моментом, обгоняющим происхождение воздуха в легких до начала внеутробной жизни ребенка, служит обнаружение причины, приведшей к преждевременным дыхательным движениям.

Если эксперт устанавливает наличие родовой травмы, а легкие при этом частично содержат воздух, Краттер в таких случаях не рекомендуем категорически утверждать, что ребенок дышал по рождении. Этот же автор отмечает, что вхождению воздуха в легкие младенца во время родов благоприятствует его лицевое положение.

Сделано немало попыток путем применения специальных методик исследования выявить результат легочной пробы там, где обычные способы производства этой пробы не помогают. Так, Таранухин предложил производить пробу при уменьшенном давлении, что позволяет кусочкам легких плавать при малейшем содержании воздуха в них. Для выполнения пробы по этому методу он применял широкогорлую колбу с отходящей сбоку трубкой; в колбу наливал воду и помещал части легкого, а через боковую трубку производил разрежение воздуха.

Икар это же выполнял, отсасывая воздух из цилиндра, где находились вода и части легких, с помощью шприца, игла которого проходила через пробку, плотно закрывающую этот цилиндр.

Оценка результатов легочной пробы требует к себе значительного внимания со стороны судебно-медицинского эксперта и обязывает его к строго обоснованному выводу, сделанному с учетом всех возможностей как положительного, так и отрицательного характера этой пробы. Работники же расследования должны особенно критически подходить к заключениям эксперта на основании этой пробы.

Одновременно с началом самостоятельного дыхания младенец проглатывает воздух, который таким образом проникает в желудочно-кишечный тракт; последний приобретает способность плавать. На этом факте и основана так называемая *желудочно-кишечная проба*, предложенная Бреслау (в 1866 г.).

Проникновение воздуха в желудок и кишки безусловно связано с актом дыхания. При нем благодаря движениям гортани спереди и книзу отодвигаются друг от друга стенки пищевода, в образовавшийся просвет проникает воздух и при дыхательных движениях грудной клетки опускается вниз в желудочно-кишечный тракт, т.е. проглатывается. Бреслау в связи с предложением своей пробы указал три положения:

1. Когда ни в какой части желудочно-кишечного канала не обнаружено воздуха, то с большей вероятностью возможен вывод, что ребенок не жил внеутробной жизнью.
2. Внематочная жизнь ребенка имела место, если большая часть желудочно-кишечного канала наполнена воздухом, причем эта жизнь продолжалась тем дольше, чем глубже то каналу проникал воздух.

3. Если кишечник в значительной степени гниения и некоторые небольшие, изолированные участки его наполнены газами, то это зависит от гниения и исключает внеутробную жизнь младенца.

Последнее положение (п. 3) со стороны многих авторов (Гофман, Штрасман, Лиман) встретило вполне законные возражения, так как известны примеры, когда при несомненном отсутствии внематочной жизни была обнаружена плавательная способность всего желудочно-кишечного тракта от гнилостных газов, а не только изолированных участков. Газы могут скопиться как в просвете кишок, так и в толще их стенок.

Но обыкновенно эти скопления бывают изолированными, газы не наполняют равномерно кишечник на известном протяжении по ходу кишечного канала, тогда как равномерность и непрерывность растяжения кишечника являются характерными именно для дыхания.

Первое из указанных положений Бреслау является бесспорным, да и второе справедливо в части соотношения степени распространения воздуха в желудочно-кишечном канале с продолжительностью жизни младенца. Хотя это соотношение изменяется от многих причин, но все же можно указать: если воздух находится только в желудке, допустимо с известной вероятностью утверждать, что ребенок жил не более нескольких минут; если воздух находится всюду в тонких кишках, то жизнь ребенка продолжалась от нескольких минут до нескольких (3—4) часов, а если воздух есть и в толстых, то более 6 часов.

Хаберда указывает, что тонкие кишки наполняются воздухом при нормальных условиях в течение первых 6 часов, а в толстые проникает воздух «в течение второй части первой половины дня».

Необходимо отметить, что содержание воздуха в желудочно-кишечном тракте не всегда соответствует силе и продолжительности дыхания. В случаях, когда легкие остаются ателектатичными, например при слабости младенца или при закупорке дыхательных путей слизью, меконием и пр., желудочно-кишечный канал наполняется воздухом сильнее, чем при свободном дыхании. Это явление происходит вследствие энергичных дыхательных и глотательных движений. Воздух может наполнить желудок и кишки при попытках оживления новорожденного по способу Шульца и посредством вдувания.

Выше, при описании легочной пробы мы говорили, что если у ребенка возникает преждевременное (внутриматочное) дыхательное движение, то легкие могут наполниться воздухом. При этих же обстоятельствах возможно проникновение воздуха в желудочно-кишечный канал, поэтому и у мертворожденного может оказаться воздух в желудке.

Несомненная связь между дыханием и проникновением воздуха в желудок и кишки позволяет эту желудочно-кишечную пробу расценивать как способ доказательства дыхания младенца — внеутробную его жизнь.

Положительный результат этой пробы, совпадая с таким же результатом легочной, подтверждает жизнь младенца по его рождению. Но если бы оказалось, что желудочно-кишечная проба положительна, а легкие безвоздушны, то она сама по себе служит признаком внеутробной жизни. Нередко встречается, что легкие содержат воздух, а в желудочно-кишечном канале его не имеется. Если принять во внимание, что для проникновения воздуха в желудок требуется больше времени, чем в легкие, вышеуказанное явление становится понятным, и оно не противоречит факту самостоятельной жизни новорожденного.

Согласно § 79 правил судебно-медицинского исследования трупов, производство желудочно-кишечной пробы при всех судебно-медицинских исследованиях трупов новорожденных является обязательным.

«Для производства желудочно-кишечной пробы перевязывают желудок у входа и выхода двумя лигатурами в каждом месте, удобно делать это до извлечения грудных органов. Так же перевязывают отделы толстых и тонких кишок, особенно там, где замечается скопление газов; отделенные лигатурами части кишок и желудок испытываются на плавание, подобно легким» (§ 81 Правил).

На факте поступления воздуха после дыхания в организм младенца, в частности в Евстахиеву трубу и барабанную полость, основана *ушная проба живорожденности Вендт-Вредена*. При выполнении этой пробы необходимо вскрыть скалистую часть височной кости и таким путем убедиться в присутствии там воздуха. Трудность выполнения этой пробы далеко не окупает практическую ее ценность. К тому же некоторыми авторами (Кратгер) эта проба в качестве доказательства живорожденности считается неприменимой.

Предложенные в разное время кровяная легочная и кровяная печеночная пробы, основанные на изменении распределения крови в органах после начала легочного дыхания, в настоящий момент имеют лишь историческое значение.

Для доказательства живорожденности предлагалось и предлагается много проб, в основу которых кладут те или иные изменения в организме ребенка после начала его самостоятельной жизни.

Обнаружение «мочекислых инфарктов» в почках новорожденных признавалось признаком того, что ребенок по рождении жил, но в данное время эти инфаркты не расцениваются как доказательство живорожденности, так как их обнаруживали у мертворожденных.

В качестве доказательства того, что ребенок по рождении жил, указывают на опорожнение его мочевого пузыря, переполненного во внутриутробной жизни плода (мочепузырная проба). Самостоятельного значения эта проба, разумеется, не имеет, а по мнению некоторых, она вообще лишена какой-либо доказательной силы.

Ректальная проба, рекомендуемая судить по выделению мекония и загрязнению им ягодиц, бедер о живорожденности ребенка, практической ценности не представляет.

В последнее время предлагают (Диниц) как признак живорожденности производить так называемую слюнную пробу. В основу ее положен следующий принцип: при дыхании ребенка в желудок вместе с воздухом поступает слюна и она может быть констатирована по наличию птиалина и сульфоциановой кислоты в содержимом желудка.

Печеночно-гликогенная проба в собственном смысле не является жизненной пробой, а характеризует быстрое или медленное наступление смерти, о чем судят по количеству гликогена в печени. Его остается в печени много в случаях быстро наступившей смерти, и остается мало или он совсем исчезает, когда смерть наступила медленно.

Как следует из изложенного выше, многие пробы, предложенные для суждения о живорожденности, потеряли свое значение, у других практическая ценность невелика, третьи требуют дальнейшей разработки. Поэтому основными пробами, определяющими живорожденность, остаются легочная и желудочно-кишечная пробы. Производство этих проб обязательно для всех случаев судебно-медицинского исследования трупов новорожденных. Обычно эти пробы с категоричностью разрешают вопрос о живорожденности или мертворожденности и дают основание совместно с вышеописанными признаками живорожденности судить о продолжительности жизни младенца после рождения.

ГЛАВА XV

Причины смерти ребенка до родов и во время родов

Б. М. Смольянинов

На основании жизненных проб устанавливают, родился ли ребенок мертвым или живым, и в последнем случае решают вопрос о продолжительности его жизни. Независимо от результатов жизненных проб, эксперт, производящий исследование трупа новорожденного младенца, всегда обязан определить причину смерти ребенка и весьма часто — время ее наступления. Существует весьма много причин, известных врачу-акушеру, обуславливающих рождение ребенка мертвым.

Изучение вопроса о мертворождаемости вполне заслуженно привлекает к себе внимание демографов, гигиенистов, педиатров, акушеров.

С точки зрения социальных проблем акушерства-гинекологии под мертворождаемостью следует понимать *смерть жизнеспособного плода, наступившую о время беременности или в начале родового акта от причин, зависящих от плода и от матери*. Практика показывает, что на большую или меньшую высоту мертворождаемости оказывают влияние некоторые естественнo-исторические, демографические, социально-бытовые факторы; продолжительность родового акта, вес и вообще развитие плода; родоразрешающие операции; характер организации родовспоможения и некоторые другие организационные и социальные моменты.

Фейгель, так же как и другие авторы, отмечает повышенную мертворождаемость мальчиков, по сравнению с девочками. На своем материале он подчеркивает высокие цифры мертворождаемости детей от незарегистрированного брака в послереволюционные годы (в 1926 году было 19

мертвоорожденных детей от зарегистрированного и 98 от незарегистрированного брака на тысячу родившихся). Это обстоятельство — более высокой мертворождаемости детей от незарегистрированного брака, когда они, а также и их матери в советских условиях юридически уравниваются с детьми от зарегистрированного брака, должно говорить о существовании бытовых и биологических моментов, влияющих на высоту мертворождаемости. Вылюков отметил повышенную мертворождаемость в зимние месяцы и меньшую (против средних величин) в летние. Совершенно бесспорна зависимость мертворождаемости от порядка родов, возраста первородящей матери. Она резко понижается при вторых родах, повышается три третьих и дает мало колебаний до девятого родов. Увеличение мертворождаемости с возрастом у первородящей не резко увеличивается до 30 лет, а после этого круто поднимается вверх, в соответствии с возрастом женщины (Фейгель). Статистические разработки материалов о рождаемости достаточно ясно показывают, что мертворождаемость зависит: 1) от культурных и бытовых условий родителей (или матери); их экономического благосостояния, характера профессии, условий труда; привычек (например, алкоголизм) и т.д.; 2) от охвата населения стационарно-акушерской помощью; организации охраны труда беременной женщины и вообще от социальных мероприятий по охране материнства.

Все эти многообразные причины, обуславливающие и характер течения беременности и характер родов, получают свое биологическое выражение в процессе родоразрешения с теми или иными последствиями для матери и младенца.

Объектами судебно-медицинского исследования весьма часто являются трупы новорожденных, матери которых по большей части ко времени экспертизы бывают неизвестны. Следовательно, эксперт в этот момент лишен возможности выяснить многие вопросы, встающие при производстве исследования трупа младенца. Но эксперт всегда должен и обязан, помнить, что многие и весьма многие факторы могут обусловить естественную причину смерти ребенка до родов, во время родового акта и вскоре после него.

Смерть человеческого плода в ранние периоды беременности может приобрести судебно-медицинский интерес при исследованиях по поводу аборта, в поздние периоды — по поводу детоубийства.

Из причин, которые могут привести человеческий плод к смерти, следует указать заболевания матери, плода или последа. По своему характеру это те же причины, какие большею частью вызывают естественный выкидыш. Сюда могут быть отнесены из болезней матери: а) заболевания, сопровождающиеся тяжелыми лихорадочными состояниями — особенно острые инфекционные болезни (пневмония, тиф, скарлатина, инфлюэнца, малярия и др.), а равно также и воспаление почек; б) многие хронические заболевания — дыхательных органов, сердца и почек; в) опухоли, располагающиеся в брюшной полости, в области малого таза; опухоли матки или же ее искривления; г) сифилис матери. Из болезней плода, приводящих чаще всего к внутриутробной смерти его, в первую очередь следует указать сифилис.

Исключительно большое значение сифилиса матери как причины преждевременных родов подчеркивают: Зейц (91,6%) и К. Руге (83%), по отношению к числу преждевременных родов вообще. По данным Керера число пораженных сифилисом недоношенных мертворожденных детей достигает 20%, а среди мацерированных 41,3%.

К причинам смерти плода могут быть отнесены также и болезни матери, переходящие на плод, как например, острые инфекции. Умышленные и неумышленные несмертельные отравления матери теми или иными ядами могут привести плод к смерти.

Из главнейших причин, заключающихся в болезнях плодного яйца, приводящих к смерти плода, следует указать: *образование заносов, кровоизлияния, перекручивания пуповины.*

Принято считать на основании данных практики, что плоды, умершие в течение первых двух месяцев, обычно подвергаются рассасыванию, после трех — мумификации, после пяти — мацерации. Особенно часто наблюдаются случаи внутриутробной смерти плода, когда он становится жизнеспособным.

По вопросу о смерти плода в утробе матери вследствие нанесения ему тех или иных повреждений, причем мать остается живой, судебно-медицинская и акушерская литература знает примеры, и этот вопрос имеет свое освещение в соответствующих главах настоящего руководства (травма и аборт, травма и роды). Считаю необходимым лишней раз напомнить определение Верховного суда РСФСР от 25 мая 1932 г., где указано, что «плод до его отделения и пока он не начал жить и дышать самостоятельно не может рассматриваться отдельным физическим лицом», и вот почему удар в живот беременной женщины, повлекший за собой преждевременные роды (все

равно, мертвого или живого ребенка), должен рассматриваться, не как покушение против плода, а как нанесение опасного для жизни матери расстройства здоровья.

Мертвый плод может задержаться в утробе матери иногда на очень долгие периоды времени, исчисляемые не только неделями, но и месяцами и, в крайне редких случаях, годами.

Как следует из вышеуказанного, при разрешении вопроса о детоубийстве, если объектом экспертизы является человеческий плод, умерший до родов в последние месяцы беременности, чаще всего приходится иметь дело с *мацерированным плодом*. Последний представляет характерный вид. Кожные покровы очень дряблы. Их поверхностный слой (эпидермис) в различных местах приподнят в виде пузырей, местами он сошел и обнажил грязно-красную или бурую поверхность кожи. Эта окраска распространяется по всему трупу вследствие того, что при больших периодах мацерации эпидермис всюду сходит, сохраняется лишь на отдельных частях трупа в виде то больших, то меньших клочков. Кожа наощупь очень скользкая. Благодаря мацерации вообще всех тканей трупа, он деформируется. Головка уплощена, представляется в виде мешка, состоящего из мягких покровов черепа, с прощупываемыми через них необычайно подвижными черепными костями. Грудь и живот также уплощены. Все сочленения необычайно подвижны во всех направлениях, нередко эпифизы костей отделены от их диафизов. Хрящи и кости окрашены в грязно-бурый или грязно-красный цвет. В серозных полостях грязно-красно-бурая жидкость. Все внутренние органы в большей или меньшей степени дряблы, размягчены, имбибированы, грязно-сероватого или красновато-бурого цвета. Несмотря на такие значительные изменения тканей и органов мацерированных плодов, на легочной плевре иногда обнаруживаются экхимозы как признак внутриутробной асфиксии; иногда представляются ясно выраженными изменения, свойственные сифилису, например белая пневмония, сифилитический остехондрит длинных костей (полоска Вегнера) (рис. 14).

Описанный вид мацерированного плода можно наблюдать только вскоре после его рождения; обычно же мы видим изменения, зависящие не только от мацерации, но и от гнилостных явлений, быстро развивающихся на мацерированных плодах.

Если, исследуя мацерированный плод с характерными особенностями внутриутробной мацерации, мы иногда и можем давать заключение о причине смерти плода, то вопрос, за сколько времени до родов наступила смерть плода, относится к категории не легко разрешимых. Основным моментом, влияющим на степень мацерации плода, является продолжительность пребывания его в матке после смерти. Мацерация начинает обнаруживаться на третий день после смерти плода и явно выражена на пятый день, а в соответствии с большими сроками и резко выражена степень мацерации. Однако, встречаются случаи, когда мертвые плоды за короткие сроки пребывания после смерти в матке оказываются значительно мацерированными и, наоборот, спустя долгие сроки этого пребывания плоды рождаются хорошо сохранившимися.

В случаях долгого нахождения мертвого плода в матке он подвергается выщелачиванию, и ткани его бледнеют. Необходимо отметить еще одно явление, наблюдаемое на трупах плодов, оставшихся в матке до нескольких месяцев, так называемое их липоидное превращение.

Этот процесс течет медленно.

Цильнер нашел хорошо сохранившуюся поперечно-полосатую исчерченность мышц липоидного плода, удаленного оперативным путем из тела матери спустя 2½ года после бывшей внематочной беременности (Краттер).

Мы останавливались сравнительно подробно на вопросе исследование плода, умершего до родов, уделив внимание изменениям, которым он подвергается во время пребывания в утробе матери, исключительно с целью предупредить ошибки эксперта, богатые серьезными, последствиями для расследования, ошибки, возникающие на почве незнания вопроса и неумения сделать правильный вывод из того, что эксперт наблюдает. Краттер приводит пример, когда явления мацерации плода были приняты за ожоги.

Ранее мы упоминали, что смерть младенца может наступить во время родового акта. Хотя роды и представляют физиологическое завершение беременности, все же они содержат всегда



Рис. 14. Сифилитический остехондрит. Полоска Вегнера (неравномерно утолщена, с перерывами).

большую или меньшую опасность для состояния или жизни; плода. Эта опасность создает целый ряд взаимодействующих и в то же время противодействующих условий: а) со стороны матери (токсикозы, узкий таз и др.); б) со стороны плода (крупный плод или очень малый плод, функциональное состояние его костной и сосудистой системы); в) со стороны родового акта (продолжительность родов, предлежание последа, выпадение пуповины и др.). Все эти условия, составляя специальный материал для глубокого изучения их акушером, в основном должны быть хорошо известны всякому судебно-медицинскому эксперту.

Время наступления родового акта и самый родовой процесс предъявляют органам тела матери и плода серьезные требования для выполнения этой функции. Для осуществления ее необходима в огромном большинстве случаев посторонняя помощь роженице. В то же время наибольшее количество судебно-медицинских исследований трупов новорожденных именно относится к той группе родов, когда они протекают тайно, скрываются от окружающих и проводятся женщиной без всякой посторонней помощи.

Если, как показывает статистика родовспомогательных учреждений, до 65% мертворожденных детей падают на долю причин, возникших в связи с моментом родов, то в условиях родов без посторонней помощи этот процент должен быть несомненно выше.

Весь сложный комплекс причин, могущих вызвать смерть младенца во время родового акта, обычно суммируют (по принципу основного момента, вызывающего смерть) в виде трех причин: 1) преждевременное прекращение плацентарного дыхания, 2) сдавление головки, 3) истечение крови.

Преждевременное прекращение плацентарного дыхания приводит к асфиксии. Механизм возникновения асфиксии может быть представлен в следующем виде: вследствие преждевременного прекращения поступления окисленной крови от матери к ребенку и благодаря этому обеднению кислородом и обогащению углекислотой крови ребенка, начинает функционировать легочное дыхание его. Причины преждевременного прекращения плацентарного дыхания многочисленны, но наиболее часты и представляют наибольшее значение для судебно-медицинского эксперта: а) преждевременная отслойка плаценты, б) сдавление пуповины, в) обвитое ее, а также нарушение плацентарного кровообращения вследствие характера потужной деятельности. Преждевременное отделение нормально прикрепленной плаценты чаще всего происходит от заболевания основной оболочки и хориона, встречающихся при нефропатии и других токсикозах беременности, реже — вследствие травмы или короткости пуповины.

При короткой пуповине плод может погибнуть также вследствие отрыва или же от одного только напряжения пуповины, ведущего к расстройству кровообращения в пупочных сосудах.

Обвитие пуповины может произойти в утробной жизни в различные ее периоды и быть причиной: неоднократно описанных переломов конечностей, атрофий туго обвитых конечностей, образования желобовидных углублений на черепе и нередко наблюдаемых странгуляционных борозд. В течение родового акта, по мере опущения плода во время родов, пуповина, обвивающая ту или иную часть тела, может затянуться крепче и привести к прекращению плацентарного дыхания — асфиксии, а следовательно и к смерти плода.

Сдавление (прижатие) пуповины сопутствует родам, осложненным «выпадением пуповины». Это последнее приобретает различное значение и оценку в зависимости от положения плода. При головных положениях плода опасность возникает в самом начале родов, так как пуповина оказывается сжатой между головкой плода и твердую стенкою таза; при тазовом предлежании — в последней стадии периода изгнания, особенно когда ребенок оказывается сидящим «верхом на пуповине», и она сдавливается при прохождении головки. Этиологическим моментом выпадения пуповины могут быть поперечные положения плода, неполные тазовые положения, узкий таз. Благоприятствующими моментами считаются: раннее вскрытие пузыря, чрезмерная длина пуповины, обилие околоплодных вод.

Происхождение асфиксии то же, что и при обвитии пуповины.

Практический судебно-медицинский интерес представляет *нарушение плацентарного кровообращения вследствие потужной деятельности*. Родовые схватки, суживая кровеносные сосуды, уменьшают прилив крови к плаценте со всеми вытекающими последствиями развития асфиксии. Следовательно, опасность для жизни плода возрастает параллельно продолжительности родов, а равно частоте и силе схваток. Для жизни плода наиболее опасны так называемые судорожные схватки.

Больше 75% всего количества первородящих женщин рожают в течение одних суток, 22% — свыше суток и около 3% — свыше 2 суток. Наименьшую высоту мертворождаемости дает группа с

продолжительностью родового акта 11—24 часа (по Фейгелю). Наибольшая мертворождаемость падает на роды, продолжительностью более одних-двух суток и выше, возрастая по мере удлинения срока продолжительности родов. Однако не следует делать вывода, что чем короче родовый акт, тем исход его благоприятнее для плода. В случаях с непродолжительным течением родов (до 10 часов) мертворождаемость хотя и не намного, но все же выше, чем в случаях с средней продолжительностью. Объяснение этого явления находится, очевидно, в том, что при родовых актах с коротким течением особо сильные и интенсивные родовые схватки и потуги, быстро чередуясь с непродолжительными паузами, лишают сосудистую, и костную системы плода возможности приспособиться так, чтобы роды ему не причиняли травмы со смертельным исходом. У повторнородящих закономерность повышения мертворождаемости в зависимости от продолжительности родового акта остается та же, что и у первородящих, т.е. с увеличением продолжительности родового акта повышается процент мертворождаемости (39% на роды продолжительностью до 10 часов и 61% на остальные).

Зейц на основании своих исследований установил факт разрастания опасности для плода от удлинения периода раскрытия, часто встречающегося у пожилых первородящих, когда изгнание плода встречает пассивное сопротивление со стороны неподатливых, нерастягивающихся тканей. К тому же приобретает в этих случаях огромное значение отсутствие или малое количество вод, что приводит перемещение точки сопротивления на головку плода со всеми вытекающими отсюда последствиями родовой травмы плода.

Не претендуя на полноту изложения причин, приводящих к родовой травме плода, считаем обязательным упомянуть о зависимости между возникновением родовой травмы и величиной плода. Те или иные повреждения (чаще всего переломы костей черепа, кровоизлияния между оболочками мозга и др.) могут возникнуть во время родового акта и при рождении недоношенного, недоразвитого плода. Объяснение этих повреждений находится в недостаточном развитии костной и сосудистой систем плода, неспособных выдержать даже незначительную величину изгоняющих сил. Но, конечно, при родах зрелым доношенным плодом приобретает значение величина и вес плода, и наиболее существенна величина предлежащей части (чаще всего головки) плода.

Статистические материалы показывают, что мертворождаемость всего ниже у плодов со средним весом и увеличивается как при уменьшении, так и особенно при увеличении веса плода сравнительно со средними его величинами.

В случае смерти, причиной которой послужило преждевременное прекращение плацентарного кровообращения, исследование трупа ребенка показывает *признаки смерти от внутриутробной асфиксии*. При наружном осмотре трупа иногда можно констатировать синюшную окраску кожных покровов лица, полнокровие и экхимозы на соединительных оболочках глаз. Преждевременное начало дыхательных движений у плода приводит к тому, что в дыхательные и пищеварительные пути поступают: амниотическая жидкость с примесью слизи, первородной смазки, волосков, крови и мекония, выделяемого плодом в околоплодную жидкость под влиянием асфиксии. Все это и обнаруживается при внутреннем осмотре трупа часто в полости рта, носа, гортани или же в дыхательном горле, крупных бронхах, но они (слизь, меконий и пр.) могут проникать и до мельчайших их разветвлений.

По существу этот вид смерти представляет утопление в околоплодной жидкости. Легкие плода в этих случаях бывают увеличены, тяжелы, с поверхности темно-красного цвета: с разрезов их обильно стекает жидкая кровь без пены. Под плеврой легких, на зубной железе, под эпикардом сердца то в большем, то в меньшем количестве выражены мелкие кровоизлияния (экхимозы).

Следовательно, для установления смерти плода от внутриматочной асфиксии характерно: 1) наличие в полости носа, рта, дыхательных путях и желудке посторонних веществ из околоплодной жидкости, определяемых и макро- и микроскопическим путем; 2) состояние легких, свойственное внутриутробной жизни плода; 3) обычные признаки асфиксий (экхимозы, полнокровие внутренних органов, жидкое состояние крови и др.). Что же касается установления причины, приведшей к внутриматочной асфиксии плода, то далеко не часто удается ее найти вообще, а в судебно-медицинских случаях в особенности.

Сдавление головки плода происходит при каждом родах. Изгнание плода становится возможным только в момент, когда в отношении формы и величины родового канала и родового объекта устанавливается соответствие. Родовые пути матери проходят ряд изменений при наступлении родов, создавая наиболее выгодные условия для физиологически нормального течения их в периоде раскрытия и в периоде изгнания. Плотные, твердые части родового объекта (содержимого

матки), и из них прежде всего плод, изменяют свою форму, ведущую к соответствию с родовыми; путями. При их прохождении череп плода уменьшается в размерах. Кости черепа плода не обладают большой способностью изменять свою форму, но так как они соединены фиброзными связками (швами), то этим создается взаимная их подвижность по отношению друг к другу, т.е. головка плода в целом до известной степени может изменить свою форму (так называемая конфигурация или моделирование черепа). При конфигурировании головки теменные кости выдвигаются одна под другую (у стреловидного шва), а лобная и затылочная кости движутся навстречу друг другу, входя (у височного и затылочно-теменного швов) под теменные кости. Уменьшение объема черепа вызывает уменьшение объема его содержимого путем вытеснения цереброспинальной жидкости. Сдавление головного мозга приводит к замедлению пульса плода, т.е. к нарушению кровообращения. Все эти явления, сопутствующие нормальному ходу родов, тают в себе безусловную опасность в каждый момент перейти за грань безопасности для плода и создать для него целую комбинацию условий, могущих привести его к смерти или травме. Замедление сердечной деятельности плода может привести, вследствие недостатка поступления от матери кислорода в кровь плода, к преждевременному возникновению дыхательных движений с теми же последствиями, что и преждевременное отслоение детского места.

В процессе родового акта предлежащая часть плода оказывается в положении, когда она лежит ниже пояса прикосновения или вне маточного зева и не подвергается внутриматочному давлению, благодаря чему к этому месту (наименьшего давления) стекают из вышележащих частей лимфа и кровь. Они, пропитывая ткани плода, образуют на них выпячивание (родовую опухоль). В наиболее частых случаях предлежания головки на ней в той или иной части ее образуется мягкая, тестообразная родовая опухоль (*caput succedaneum*) и достигает тем большей величины, чем дольше предлежащая головка находится под усиленным давлением родового акта и чем интенсивней схватки. При нормальном сжатии и конфигурации головки прежде всего образуются мелкие кровоизлияния в мягких покровах черепа (в мягких тканях черепа, под надкостницей или в толще ее). В случаях длительного образования родовой опухоли на костях черепа отслаивается от них надкостница и под ней скопляется кровь — образуется головная кровяная опухоль (*kerphalo-haematona externum*).

При продолжительном действии этих причин внутри черепа и в мозгу могут произойти кровоизлияния. Примеры внутричерепных кровоизлияний у новорожденных, как следствия родовой травмы, известны давно, но частота их и значение оценивались различно. Данные, собранные на большем или меньшем анатомическом материале, дают колебания от 9 до 88%: (Доле, Вейе, Хедрен, Ковиц). Кувелер обнаружил, что внутричерепные кровоизлияния имеются у $\frac{1}{3}$ всех мертворожденных.

Большая подвижность черепных костей плода как причина возникновения внутричерепных родовых кровотечений впервые указана Кундратом. При конфигурации головки, когда происходит надвигание теменных костей друг на друга, сдавливается продольная пазуха: вливающиеся в него вены растягиваются, перегибаются и разрываются. Если же при конфигурации затылочная кость входит под теменные, то при сплющивании черепа по направлению от височной к височной кости и если при этом очень сильно натягивается серповидный отросток твердой мозговой оболочки, разрывается мозжечковый намет, плотно натянутый в черепной полости, причем может произойти кровоизлияние между листками его. При разрывах же верхнего листка намета или свободного края его кровь скопляется на нижней поверхности затылочной, височных долей, кругом мозжечка, продолговатого мозга, в спинномозговой полости.

Внутричерепные кровоизлияния у новорожденных редко локализируются в мозговом веществе, чаще встречаются в желудочках, но обычно они бывают субарахноидальными и субдуральными. При кровоизлияниях над мозжечковым наметом их главной причиной оказываются разрывы продольной пазухи или вен, вливающих в нее. Кровотечения же под мозжечковым наметом главным образом происходят при повреждении поперечной и прямой пазух, а также вен мозга, Галлена, и концевых.

Причиной внутричерепных кровоизлияний того или иного происхождения наиболее часто являются грубые механические моменты со стороны родовых путей матери, отсутствие необходимой пропорциональности родовых путей и головки плода. Но наряду с этим ряд авторов (Зельгейм, Абельс, Зейц, Мейер) указывают как на причину этих кровотечений на различие между внутриматочным и атмосферным давлением. Этому различию давления как этиологическому моменту в возникновении кровоизлияний Шварц придает исключительное значение.

Внутричерепные кровоизлияния имеют место как у недоношенных, так и у доношенных плодов, причем у первых возникают вследствие недостаточного развития черепа и сосудистой системы. Кровоизлияния в этих случаях чаще располагаются под мягкой оболочкой мозга. Следует упомянуть о кровотечениях в спинномозговую полость во время родового акта. Зейц различает их две формы: спинальную и черепно-спинальную. Нейрат отмечает, что они могут иметь место в особенности при быстро протекающих, стремительных родах, с внезапным понижением давления. Вообще следует сказать, что внутричерепные и спинальные кровоизлияния возникают не только при тяжелых, трудных родах, но и при нормальных, быстро текущих и особенно при быстрых, стремительных. Решающее значение в этих случаях могут иметь сильные потуги. Внутричерепные кровоизлияния часто сопровождают повреждения костей, возникающие в результате сдавления головки родовыми путями матери. В качестве повреждений черепных костей встречаются вдавления их, трещины или переломы. Вдавления преимущественно располагаются на лобных или теменных костях и возникают в результате давления на головку со стороны промотория, лобной дуги или экзостозов костей таза и главным образом бывают тогда, когда величина головки плода не соответствует тазовому каналу. Эти вдавления встречаются в виде желобовидных углублений или «ложкообразных вдавлений». По периферии их видны надломы кости, а на дне — трещины. Переломы черепных костей, возникшие при сдавлении головки, чаще всего встречаются на теменных костях. Они располагаются довольно типично по лучам окостенения (Дитрих), направляясь от теменного бугра иногда к стреловидному, иногда к венечному шву, или же идут вдоль стреловидного шва, представляя надлом теменной кости. Обычно края трещины мелкозубчаты или же ровны, по ходу их располагаются кровоизлияния.

Наличие повреждений кости черепа плода всегда ставит вопрос о происхождении их в результате родовой травмы или более поздних насильственных действий.

Вдавления (ложкообразные) костей черепа могут произойти при некоторых акушерских приемах и особенно легко происходят при применении ручного приема Виганд-Мартина. Такого же характера вдавления могут быть произведены и после рождения плода от давления пальцем или тупоугольным предметом (Гофман). Для разрешения вопроса в ту или иную сторону имеет не мало значения, что родовой акт сам по себе не причиняет ран мягких покровов черепа. Переломы костей черепа, возникшие во время родов по одному своему анатомическому положению, не могут исключить их происхождение после родов от постороннего насилия и только при изучении конкретного случая, с учетом всех данных исследования трупа, можно высказаться о том или ином происхождении переломов.

Если имеются столь значительные повреждения, что они должны были тотчас же прекратить жизнь ребенка, а в то же время существуют признаки внеутробной жизни плода, то есть основание заключить, о происхождении этих переломов вне родового акта. Точно такой же вывод допустим, если переломам сопутствуют повреждения мягких покровов черепа или переломы расположены на местах, не травмируемых родовым актом (например, основание черепа).

В случае, когда переломы костей черепа располагаются на местах, наиболее травмируемых родовым актом (например, теменные кости), а повреждение мягких покровов черепа отсутствует, эксперт имеет право утверждать с большей или меньшей категоричностью о происхождении этих переломов от родовой травмы. Разрешение этих вопросов значительно, а иногда и совершенно облегчается, если известна мать новорожденного. Она должна быть подвергнута экспертизе, и данные последней в сопоставлении с результатами исследования трупа новорожденного и могут решить вопрос о том или ином происхождении трещин и переломов костей черепа (как-то: необычная величина головки плода — при нормальных размерах и отсутствии патологических состояний костей таза, нормальные размеры головки при измененном тазе; важен характер родов: трудные, быстрые, стремительные). При значительных повреждениях костей черепа не только можно найти признаки жизни плода, но также и сохранение его жизни вообще.

В костях черепа плода, вполне нормально развитого, нередко встречаются так называемые дефекты окостенения (рис. 15). Наиболее часто они расположены на теменных костях, реже на лобных и представляют по форме кругловатые отверстия с неправильными краями и обычно с небольшим диаметром. Кость в окружности очень тонка, просвечивает и постепенно сглаживается (истончается) к краю отверстия. Эти дефекты никогда не бывают вдавленными, не имеют в окружности кровоподтеков и по всем свойствам их нетрудно отличить от повреждений костей черепа (переломов и др.) Дефекты окостенений способствуют образованию трещин и потому нередко встречаются вместе с ними.

Пупочное или плацентарное кровоотечение во время родового акта может послужить причиной смерти плода в следующих случаях:

1) Когда пуповина прикреплена не к плаценте, а к яйцевым оболочкам и пупочные сосуды проходят на некотором расстоянии раздельно между амнионом и хорионом, пока не разветвляются в ткани плаценту (*insertio velamentosa*). Если разрыв околоплодного пузыря проходит в том месте, где располагаются пупочные сосуды, то возможен их разрыв вместе с оболочками. Возникающее кровоотечение может привести к гибели плода. Такой же разрыв сосудов возникает иногда в момент опускания, головки в таз. Так как подобному прикреплению пуповины к яйцевым оболочкам очень часто сопутствует низкое прикрепление пуповины на животе плода, то это благоприятствует выпаданию ее со всеми последствиями этого выпадения для плода.

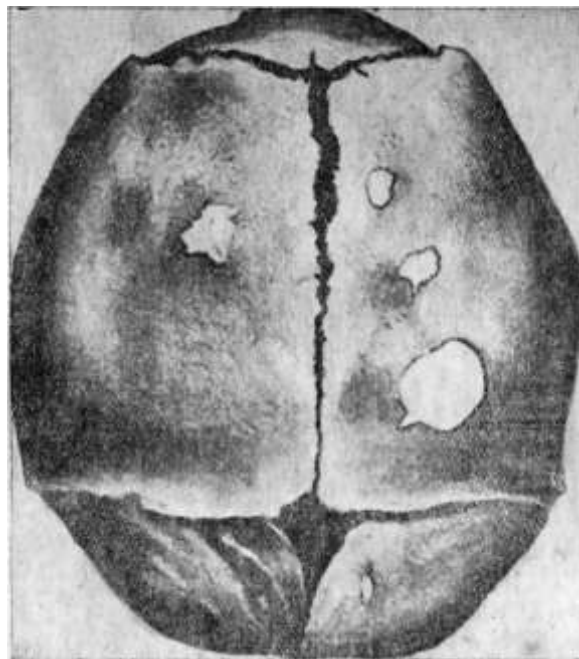


Рис. 15. Дефекты окостенения черепных костей у новорожденного.

2) Слишком короткая пуповина при продвижении плода настолько напрягается, что может произойти ее разрыв в месте прикрепления к коже плода или к плаценте и повести к кровоотечению и гибели плода.

3) К такой же опасности приводит неправильное место прикрепления плаценты, когда родовая деятельность ведет к сильной отслойке плодовых оболочек и обыкновенно наступает сильное кровоотечение.

4) В случаях общего последа у близнецов, когда на пуповину родившегося не будут наложены лигатуры, — неродившийся может погибнуть от истечения крови.

ГЛАВА XVI

Причины смерти ребенка после родов

В. М. Смольянинов

Смерть ребенка после родов может наступить от различных причин естественного или насильственного характера.

В последней группе следует различать *насильственную смерть, обусловленную течением и характером родового акта*, от смерти новорожденного ребенка, последовавшей *в результате насильственных действий матери или других лиц*.

Причинами смерти ребенка после родов служат:

1. Его нежизнеспособность, стоящая в связи с незрелостью или с наличием у него пороков развития, врожденных заболеваний (недоразвитие или отсутствие черепа и мозга, сердца, врожденные пороки последнего; атрезии кишок; кистозные почки; опеченение легких и др.);

2. Все те факторы патологии родового процесса, о которых выше говорилось, возникнув во время родов и произведя в организме плода разные изменения или повреждения, хотя и могут позволить ребенку некоторое время жить после родов, однако в конечном итоге приводят его к

смерти. Нередко губительное влияние этих патологических факторов устраняется акушерской помощью. В условиях же тайных родов, протекающих без постороннего содействия, они в большинстве случаев влекут за собой смерть плода.

3. Существует еще ряд моментов, когда наступившая после родов смерть ребенка, являясь по характеру насильственной, в значительном большинстве случаев не содержит в себе каких-либо элементов намеренного, умышленного насилия. Сюда могут быть отнесены: а) пупочное кровотечение; б) повреждения, получаемые плодом при неожиданных стремительных родах; в) асфиксия, зависящая от условий, в которых находится плод тотчас после выхода из родовых путей матери.

Кровотечение из неперевязанной пуповины (пупочное кровотечение) в крайне редких случаях бывает причиной смерти новорожденного. В свое время этот вопрос служил предметом долголетнего спора между врачами. Среди них имелись сторонники, утверждавшие об исключительной опасности неперевязки пуповины; другие, наоборот, приводя примеры из жизни диких народов и животного мира, исключали эту опасность. Материалами ряда авторов доказывается, что случаи истечения кровью новорожденного через неперевязанную пуповину, хотя и чрезвычайно редки, но все же встречаются и, следовательно, представляют судебно-медицинский интерес.

Причинами, по которым редко происходит кровотечение из неперевязанной пуповины, являются изменения в системе кровообращения новорожденного, возникающие одновременно с легочным дыханием. Вследствие дыхательных движений ребенка после выведения его туловища из родовых путей или же после выхода наружу только одной головки воздух начинает поступать в легкие. Последние быстро расправляются, и в них устремляется большое количество крови; устанавливается малый круг кровообращения. Все вместе взятое ведет к уменьшению массы крови в нисходящей аорте; кровяное давление в сосудах нижней половины туловища и в пупочных артериях падает. Особенность строения стенок этих артерий, отмечаемая Гофманом и Стравинским и заключающаяся в значительном преобладании слоя мышечных волокон сравнительно с эластическими, объясняет большую способность этих сосудов к сокращению. Кроме того, пупочные артерии сокращаются в центростремительном направлении, так что в их внутрибрюшной части кровь перестает пульсировать раньше, чем во внебрюшной. Поскольку при перерезке, а особенно при обрывании или раздавливании пуповины происходит ее скручивание, и внутренняя оболочка пупочных артерий заворачивается, постольку и эти обстоятельства также препятствуют кровотечению из пуповины.

Однако несмотря на все вышеуказанные условия, если пуповина перерезана до прекращения внутриутробного кровообращения или же непосредственно после начала легочного дыхания, создается безусловная опасность пупочного кровотечения.

Вопрос о возможности кровотечения из перерезанной пуповины в случаях, когда она перевязана, должен быть решен положительно. Такие кровотечения наблюдались даже спустя несколько часов после родов, после продолжительного и хорошо выраженного легочного дыхания. Причинами, объясняющими такое кровотечение из перевязанной пуповины, могут быть: а) оставление слишком короткого отрезка пуповины, т.е. когда она перерезана очень близко от пупочного кольца; б) плохое наложение лигатуры на пуповину; в) высыхание (истончение) пуповины, освобождающее ее от давления лигатуры. Поэтому тщательная перевязка пуповины и наблюдение за ее состоянием должны считаться обязательным.

Доказательства смерти новорожденного ребенка от пупочного кровотечения должны основываться на картине общего острого малокровия, обнаруживаемого при вскрытии трупа ребенка, а самый факт нахождения неперевязанной или перевязанной пуповины каких-либо определенных указаний на причины смерти еще не дает. Так например: а) лигатура, имевшаяся на пуповине, может быть утеряна при переноске трупа или по каким-нибудь другим причинам, б) пуповина может быть перевязана уже после того, как через нее прошло кровотечение; в) пуповина, оставшись неперевязанной, вообще может не привести к кровотечению из нее.

Если же всеми данными исследования трупа ребенка устанавливается, что смерть его наступила от общего острого малокровия, то заключить об истечении крови через пуповину допустимо, когда исключаются другие пути внутренних или наружных кровоистечений (кишечные кровотечения, наружные повреждения и т.д.). Краттер вполне справедливо предупреждает, что при оценке содержания крови в органах трупов, подвергшихся значительным гнилостным изменениям, не следует забывать о трупной анемии, обусловленной гнилостным процессом.

Когда приходится решать вопрос, умышленно или неумышленно мать не перевязала пуповину родившемуся у нее ребенку и когда она объясняет отсутствие перевязки состоянием своей

слабости в связи с родами или же незнанием, что вообще пуповину надлежит перевязывать, не существует какого-либо правила в этом отношении, и вопрос может быть разрешен только индивидуально для каждого отдельного случая.

Никогда не следует забывать, что при обсуждении данных экспертизы, оценка характера родов, сопровождающихся акушерской помощью, не может быть перенесена на роды, о которых идет речь в судебно-медицинской практике, т.е. на роды тайные, скрываемые, протекающие без постороннего содействия. Фабриче рекомендует иметь в виду, что женщина может умышленно допустить гибель своего ребенка от пупочного кровотечения, если оно возникло; она может даже знать, что перевязка пуповины предотвратила бы наступление смерти. Но умышленное вызывание пупочного кровотечения он считает невозможным. Встречаются пупочные кровотечения и после отпадения пуповины, через пупочную рану. Причиной этих кровотечений служат общие болезненные состояния ребенка — гемофилия, врожденный сифилис, септические процессы.

Неожиданные стремительные роды, благодаря характеру своего течения, внезапному началу, большой опасности для жизни ребенка, особой обстановке (тайной, без свидетелей) в которой они весьма часто происходят, и нередкими случаями смерти ребенка после этих родов вследствие повреждений, — становятся частым объектом судебно-медицинского суждения¹.

При тайных родах, когда к тому же родившийся ребенок оказывается мертвым и возникают подозрения в насильственной его смерти, матери ссылаются на стремительное течение родов, указывают, что они ничего не знали о родах или не предполагали их близкого наступления, и они начались и прошли для них неожиданно.

Судебно-медицинская экспертиза не располагает способами, которые бы с категоричностью подтверждали или опровергали показания такого характера. Но существует ряд данных, когда при надлежащей их оценке для каждого конкретного случая имеется возможность утверждать или исключать стремительные роды².

Ребенок после выхода из родовых путей матери может оказаться в условиях, приводящих его к смерти от асфиксии. Сюда принадлежат: а) редкие случаи рождения жизнеспособных детей в неповрежденных яйцевых оболочках или закрытие частями этих оболочек дыхательных отверстий ребенка; б) сдавление шеи обвившейся вокруг нее пуповиной; в) закрытие отверстий рта и носа ребенка одеждой матери или частями ее тела (бедрями); г) аспирирование им слизи, крови, амниотической жидкости, мочи и пр., в которых может оказаться ребенок после родов; д) непринятие надлежащих мер к началу легочного дыхания, если ребенок родился в асфиктическом состоянии, и др.

Все эти причины асфиксии, по большей части легко устранимые при акушерской помощи, становятся гибельными для ребенка при родах, протекающих без постороннего содействия, когда к тому же роженица не может оказать должной помощи ребенку из-за потери сознания, истощения, слабости или неопытности. Нельзя сказать, что указания матери на вышеизложенные явления, как на причину непринятия ею необходимых мер, не заслуживают доверия.

Рассмотрев причины и условия, могущие вызвать смерть ребенка до родов, во время их и тотчас после них, мы переходим к вопросу об умышленной, насильственной смерти новорожденного ребенка — детоубийству.

Детоубийство, т.е. убийство матерью своего новорожденного ребенка во время родов или тотчас после них, может быть произведено различными способами. Их можно сгруппировать в два вида: а) убийство путем насилия над ребенком, б) путем умышленного оставления его без необходимой помощи.

Намеренное причинение смерти ребенку во время родов (т.е. до полного выхода его из родовых путей матери) встречается редко, хотя случаи такого детоубийства имели место и отмечены в судебно-медицинской практике и литературе. Так, в одном случае моей практики, девушка, почувствовав приближение родов, приготовила головной платок и как только вышла из родовых путей головка ребенка, она обернула ее платком, концы его обвила вокруг шеи и образовавшуюся таким путем петлю туго стянула, произведя платком одновременно и закрытие дыхательных отверстий и сдавление им шеи. Нижегородцев приводит случай Белло об убийстве матерью двух близнецов через нанесение ударов деревянным башмаком по головке тотчас после ее появления;

¹ Подробнее — см. главу XVIII.

² Подробно о стремительных родах — см. специальную главу.

при исследовании трупа были обнаружены переломы костей черепа и кровоизлияние в нем. В случае Иснар и Дье женщина отрезала головку ребенка, когда она появилась из половой щели.

Убийство ребенка преимущественно производится тотчас или вскоре после родов. Статистические данные, регистрирующие судебно-медицинскую практику, показывают, что наиболее частым способом детоубийства являются различные виды травмы, отравления и другие виды насилия. По данным Хаберды на 96 случаев детоубийства приходится 62 путем механической асфиксии; среди различных видов ее первое место занимает утопление (39 случаев), затем идет сдавление рукой (12 случаев) и др. По статистике судебно-медицинской экспертизы на 697 случаев¹ детоубийства в РСФСР в 1924 году приходилось 394 случая смерти от механической асфиксии, 150 — от оставления без помощи, 77 — от механической травмы, 31 — от действия низкой температуры, 17 — от отравления и т.д. Из видов механической асфиксии в целях детоубийства применяются: а) закрытие отверстий носа и рта; б) закрытие дыхательных путей; в) сдавление петлей; г) сдавление рукой; д) утопление; е) сдавление груди и живота и др.

Обычная картина, характерная для этих видов асфиксии, излагается в общих руководствах по судебной медицине, но применительно к детоубийству путем механической асфиксии экспертиза имеет свои особенности.

Закрытие отверстий дыхательных путей (рта и носа) ребенка выполняется то наложением на них руки или каких-либо мягких предметов, то закрыванием (окутыванием) последними всей головы, то принятым в Японии наложением мокрой бумаги. Внешних следов этого вида насилия вокруг отверстий рта и носа может и не остаться; только в случае закрытия их рукой на щеках ребенка могут оказаться типичные следы ногтей. Наблюдаемое на трупах новорожденных уплощение (деформация) мягких тканей носа и губ не может служить указанием на этот вид асфиксии, поскольку уплощение легко получается на трупах новорожденных. При обнаружении повреждений на лице не следует упускать из виду возможность их происхождения при самопомощи у рожениц.

Внутренний осмотр трупа дает обычную картину асфиксии.

Закрытие дыхательных путей производится через введение в полость рта, во вход гортани или непосредственно в нее пальцев, твердых и мягких предметов. Среди них встречались: тряпки, комки бумаги, листья растений, клубки ниток, хлебный мякиш, куски извести, угли и пр. При этом величина предметов колеблется от больших, заполняющих всю полость рта, до самых мелких, закрывающих только просвет гортани. Последнее обстоятельство обязывает эксперта при исследованиях трупов новорожденных особенно тщательно вести осмотр полости рта и входа в гортань, когда органы шеи находятся еще на месте, осторожно их извлекать и внимательно исследовать. Как при введении, твердых предметов, так и пальцев на стенках полости рта, гортани могут быть характерные повреждения.

Удавление петлей при детоубийстве оставляет на шее ребенка характерную борозду, давая в остальном обычную картину этого вида асфиксии. При обнаружении борозды следует иметь в виду: а) ложные борозды на месте естественных складок на коже шеи ребенка; б) след от внутриматочного обвития пуповиной. Свойства этого следа и странгуляционной борозды при умышленном сдавлении шеи петлей (в зависимости от материала, из которого она сделана) обычно различаются друг от друга. В случае обвития шеи пуповиной иногда видна полоса, идущая от шеи к пупку, и сама борозда на шее мягкая, широкая. Узкая, жесткая, глубокая, осадненная борозда бывает при сдавлении шеи петлей из тонкого жесткого или полужесткого материала, например бечевки, проволоки и т.п. Но иногда и эта борозда бывает широкой, мягкой. Пуповина может быть употреблена и для умышленного наложения ее на шею для сдавления. При внутриматочном обвитии шеи пуповиной легкие большей частью оказываются недышавшими или же только частично расправленными при попытках к дыханию. Полное расправление легочной ткани, обнаруженное при сдавлении шеи пуповиной, скорее указывает на ее умышленное наложение на шею.

Удавление рукой оставляет следы от ногтей на передней поверхности шеи и часто на затылке и в области челюстей, а также кровоподтеки в мягких тканях шеи. Но не исключена и возможность возникновения кровоподтеков и ссадин при самопомощи. В качестве признака, имеющего некоторую ценность при отличии ссадин, возникших при умышленном сдавлении шеи, от ссадин при самопомощи, можно указать, что в первом случае они чаще всего расположены выпуклостью вверх или в сторону, во втором — выпуклостью книзу (подробнее см. гл. XVII).

¹ Имеются основания считать, что в эту цифру были включены убийства новорожденных и убийства вообще малолетних.

Вообще говоря, при самопомощи роженица может нанести ребенку: полулунные ссадины, царапины, неправильной формы осаднения на лице — у рта и носа, на шее, груди и в других частях тела; разрывы слизистой оболочки губ, щек; даже отрывы членов и переломы позвоночника.

Утопление новорожденного ребенка может быть применено как умышленный, активный способ детоубийства, но также встречается и в случаях, когда вопрос о наличии умысла с большей или меньшей вероятностью отпадает. Утопление встречается в естественных источниках, в каких-либо сосудах с жидкостью (ведро, горшок и т.п.), в выгребных ямах.

При этих обстоятельствах может иметь место и намеренное утопление ребенка и попадание его в жидкость сосудов, клозетов, выгребных ям — при неожиданных родах, застающих женщину на стульчаке, на унитазе, когда она родовые схватки принимает за позывы к мочеиспусканию или к дефекации. Ребенок, попадая в ту или иную жидкую среду с характерными ее особенностями (например, наличие каловых масс в выгребных ямах), аспирирует жидкость и находящиеся в ней частицы. Обнаружение их (макро- и микроскопическим путем) глубоко в бронхах в большом количестве и при равномерном наполнении доказывает прижизненную аспирацию. Гофман и Хабберда своими опытами показали, что в легкие трупов детей, умерших от разных причин, и мертворожденных посмертное проникновение жидкости возможно, если она находится под давлением; трупы долго в ней лежали и грудь их подвергалась сжатию и расправлению.

Сдавление груди и живота, давая общую картину асфиксии ребенка, редко оставляет какие-либо наружные следы. Однако, могут оказаться повреждения грудной клетки, искривления и переломы ребер, разрывы органов брюшной полости, например, печенки и т.д.

Погребение новорожденного заживо с целью убийства известно в судебно-медицинской практике. Причинами наступления смерти здесь служат сдавление тела (груди и живота) и аспирация посторонних веществ в дыхательные пути.

Среди травматических способов детоубийства прежде всего, по наибольшей частоте, следует указать повреждения, нанесенные ударами тупым твердым предметом по голове или происшедшие при ударах головой о тупые твердые предметы. Особого внимания заслуживают переломы костей черепа. Они обычно не имеют какой-либо специфической локализации и бывают множественными. Но могут встретиться единичные переломы и трещины. При известной неопытности эксперта возможно смешение врожденных дефектов окостенения черепных костей с трещинами и проломами их. Щелевидные дефекты окостенения бывают преимущественно на затылочной кости, реже на теменных; и в виде исключения на височных и лобной (см. рис. 16). Правильные гладкие края, частая симметричность этих щелевидных дефектов отличают их от переломов. Кругловатые дефекты окостенения обнаруживаются часто на теменных костях. Постепенное истончение кости к краю дефекта, заметное при рассматривании кости против света, делает диагностику этих дефектов нетрудной.



Рис. 16. Щелевидные дефекты окостенения затылочной кости.

При обнаружении повреждений костей черепа следует обязательно установить, не являются ли они посмертными, ввиду того, что такое возникновение повреждений легко происходит вследствие хрупкости костей черепа.

Отсутствие кровоизлияний вокруг этих переломов свидетельствует об их посмертном происхождении, но повреждения такого характера могут совпасть по локализации с кровоизлияниями или даже ими сопровождаться; в последнем случае они бывают слабо выражены.

Причиной смерти при переломах, трещинах костей черепа служат повреждения вещества головного мозга и кровоизлияния в нем. Действие тупого орудия в целях детоубийства может быть направлено и на другие части тела ребенка, хотя это и встречается редко. Так, с этой целью наносят

удары по груди и животу ребенка, чаще всего причиняя разрывы печени. Эти разрывы, как мы писали выше, могут произойти при сжатии тела ребенка руками и кроме того, как отмечено Унгаром, при дергании за пуповину.

Применение острых колющих, колюще-режущих и режущих орудий для детоубийства редко имеет место. В качестве орудий такого рода применялись: ножи, ножницы, бритвы и т.п. Местом приложения действия этих орудий бывают череп, шея, грудь. В случаях Бруарделя: 1) вкалывание иглы через большой родничок, 2) через глотку в продолговатый мозг. В нашей практике встретились два случая детоубийства, где в одном были нанесены колото-резаные раны в области шеи спереди, в другом — перерезана передняя часть шеи.

Рассечение живого ребенка на части не встречалось, но расчленение трупа новорожденного бывает нередко.

При обнаружении тех или иных повреждений на трупе не следует забывать о том, что они могли быть причинены животными, птицами, насекомыми и пр.

Эти повреждения могут быть огромными по размерам. Так, в известном нам случае собака в течение нескольких часов уничтожила конечности трупа ребенка: мягкие ткани передней стенки груди и верхней части живота с их внутренними органами, оставив неповрежденной головку, находившуюся глубоко в снегу. При осмотре остатков трупа в полости рта был обнаружен клубок ниток, что позволило предположить причину смерти от механической асфиксии, вследствие закрытия дыхательных путей.

Отравление как способ детоубийства применяется редко. Отдельными авторами сообщены случаи отравления азотной кислотой (Тардье), спиртом (Фрич), карболовой кислотой (Кольстер), стрихнином (Фюрер).

В литературе упоминается о сжигании живых детей в целях их убийства. Но эти случаи не представляются в полной мере достоверными, и более вероятно сжигание трупов этих детей, умерших от какой-либо иной причины, или не матерями, а другими, лицами. Рекомендуются помнить, что при неполном сгорании трупа ребенка может возникнуть вопрос об определении живорожденности по легочной пробе. Надо иметь в виду, что легкие под действием жара становятся безвоздушными и теряют свою плавательную способность. Это же явление отмечено Бруарделем и Тардье и по отношению к трупам детей, сваренных в жидкостях.

Олабрихт в 1924 г. пришел к выводу, что гистологическая легочная проба имеет ряд отрицательных свойств, и потому в случаях сожжения трупа заключение о живорожденности по этой пробе может быть только предположительным.

В тех случаях, когда при сгорании трупа ребенка остаются лишь кости, они могут служить предметом экспертизы для решения вопроса о их принадлежности человеку или животному. Предложены для решения этого вопроса методы микроскопического анализа, сравнительной анатомии и биологического исследования с помощью реакции преципитации и др. По отношению к учету результатов этой реакции на основании имеющихся опытов (Бронникова, Смольянинов, Иванов) следует помнить, что, если кости подвергались действию очень высокой температуры и представляются по цвету белыми, кажущийся положительный результат (образования осадка) реакции преципитации зависит не от взаимодействия антигена с соответствующим антителом, а от осаждения белков преципитирующей сыворотки растворов солей, входящих в состав костной золы. При этом образование осадков имеет место при действии указанного раствора на преципитирующие сыворотки вне зависимости от того, на белок какого вида животного они приготовлены. Указанная неспецифичность служит опорным пунктом для отличия этого явления от истинной реакции преципитации.

Смерть новорожденного ребенка, как это указывалось выше, может последовать вследствие умышленного оставления ребенка без необходимой помощи и ухода. К ним относятся: очищение рта ребенка от слизи и крови, отделение пуповины и ее перевязка; освобождение ребенка от яйцевых оболочек, если он в них родился или если отверстия его дыхательных путей закрыты частями оболочек; мероприятия для возбуждения легочного дыхания ребенка, если он родился в асфиктическом состоянии; защита его тела от охлаждения; извлечение ребенка из жидкостей, содержимого выгребных ям, при попадании в них вследствие неожиданных стремительных родов; питание.

Во всех этих случаях вопрос об *умышленном* оставлении ребенка без помощи решается данными следствия; на долю эксперта приходится определение причины смерти ребенка и выявление особенностей случая, могущих об'яснить поведение матери по отношению к ребенку тотчас после родов.

Причина смерти; сравнительно легко устанавливается:

а) при различных видах асфиксии, хотя ее происхождение может остаться неразрешенным; б) при смерти от кровотечения и др. Но труднее диагностировать наступление смерти от охлаждения тела. Благоприятствующими этому виду смерти моментами служат теплоотдача со стороны влажной кожи ребенка, потеря им крови и действие низкой температуры окружающей среды. Известно не мало примеров смерти новорожденных детей от охлаждения тела при температуре выше 0° (5°—10° С). При вскрытии часто не обнаруживается других изменений, кроме отека легких.

Оставление ребенка без надлежащей помощи может иметь место вследствие незнания матерью опасности, угрожающей ему. Допустимо, например, что первородящая не знает о необходимости очистить рот ребенку, перевязать ему пуповину и т.д.

Весьма часто женщины, подозреваемые в детоубийстве, указывают, что они при родах впали в бессознательное состояние, и потому родившимся ребенок остался без необходимой помощи. Акушерская практика показывает, что наступление обморока при нормальных родах встречается крайне редко, но все же приводятся случаи обморочного состояния (Фрейер) при родах в стоячем положении, сопровождавшихся сильными болями, с обильными потерями крови, с быстрым выходом плода, в связи с сильным душевным волнением. Состояние истощения наблюдается и при нормальных родах.

По понятным соображениям все эти явления (обморока, истощения, волнения) чаще возникают при родах неожиданных и так называемых тайных, с которыми приходится встречаться эксперту.

Следовательно, отрицать наступление бессознательного состояния при таких родах нет оснований. Но общего правила в этом отношении не может быть дано, и вопрос о возможности обморока должен всегда разрешаться индивидуально для каждой женщины с учетом обстановки родов, поведения женщины до наступления их, во время родового акта и после него.

Когда возникает вопрос о психическом состоянии родильницы и роженицы, то нетрудно найти указания со стороны судебных психиатров, криминалистов, судебно-медицинских работников на возможность аффекта растерянности, а иногда и психотических изменений у женщин в связи с родовым актом (подробнее см. гл. XVIII).

В заключение этой главы о детоубийстве следует еще раз напомнить опыт работы уголовно-кассационной коллегии Верховного суда;

«В громадном большинстве случаев убийства матерью своего ребенка при рождении является следствием трех причин: 1) *острой материальной нужды* матери, обрекающей ее и ребенка на голодное существование; 2) *острого чувства стыда* под давлением невежественной среды, создающей в будущем невыносимую жизнь матери и ребенку; 3) *болезненной психики*, безусловно расшатанной как самими родами, так в особенности обычной в таких случаях обстановкой (роды без посторонней помощи, в одиночестве, часто в сарае или где-либо в этом роде, и т.п.).

Именно эти причины заставляют мать, преодолевая присущий ей инстинкт материнства, совершить подобное преступление. Исходя из этих соображений, УКК Верховного суда считает, что назначение суровых мер социальной защиты за эти преступления не может дать никаких результатов. Борьба с этим явлением должна идти не столько по пути уголовной репрессии, сколько по пути улучшения материальной обеспеченности женщин-одиночек и изживания вековых предрассудков, еще глубоко коренящихся в особенности в крестьянских массах.

Эти соображения тем более справедливы, что детоубийство ни в коей мере не может быть признано явлением, имеющим массовый характер, и что нет никаких оснований утверждать об угрожающем его развитии» (Из инструктивного письма УКК Верховного суда РСФСР № 2, 1926 г.)

ГЛАВА XVII

Отличие некоторых обычных родовых явлений от насильственных изменений

Е. Е. Розенблюм

1. Отличие родовой травмы от умышленной

В судебных процессах по поводу детоубийства, прежде чем решить вопрос о факте этого преступления, необходимо предварительно исключить возможность гибели ребенка в связи с те-

чением родового акта, самопомощью матери при родах, протекших тайно и без посторонней помощи, на что ссылаются привлекаемые к ответственности, равно разрешить *вопрос о степени ответственности женщины за совершенное в момент родов преступление.*

При обнаружении повреждений кожных покровов головки, трещин костей его черепа и т.п. необходимо иметь в виду возможность смерти ребенка от *родовой травмы.*

В акушерстве, правда, установлен факт, что чем дольше длятся роды, тем большая опасность грозит жизни ребенку. Но у судебных врачей, имеющих дело главным образом с родами, протекающими тайно и притом *быстро* (по словам матерей) и без посторонней помощи, накопились наблюдения, показывающие, что в этих случаях возможны повреждения ребенка как непосредственный результат акта родоразрешения. Так как особенное значение имеют здесь внутричерепные повреждения во время родов, то безусловно *необходимо вскрыть черепную полость детей, умерших во время или непосредственно после родов.* Упущение в этом отношении является грубейшей ошибкой, хотя бы уже только потому, что во многих случаях *внутриматочной асфиксии* могут пройти незамеченными вызвавшие ее травмы черепа или его содержимого. Как уже отмечено, в судебной практике чаще всего приходится иметь дело со скорыми, или даже так называемыми «*стремительно-быстрыми*» родами, при которых происходит быстрая конфигурация головки, что сопровождается сжатием мозга с быстрым повышением внутричерепного давления. Ясно, что следствием этого могут быть преждевременные дыхательные движения с попутной аспирацией околоплодной жидкости еще в процессе течения родового акта. Согласно учению Альфельда внутриматочное дыхание плода может иметь место при целом плодном пузыре, а при быстро протекавших родах очень часто отмечалось (Хаберда, Колиско) более или менее обильное содержание жира околоплодной жидкости в стекающей с поверхности разреза легкого жидкости. Отнюдь не исключено, что аспирация околоплодной жидкости бывает гораздо чаще, чем это принято думать, но ввиду ее стерильности, с одной стороны, и возможности рассасывания содержащегося в ней жира, с другой, дети благополучно переносят эту травму (Рейтер). Упомянутые мозговые травмы при быстрых родах, как показывают судебно-медицинские наблюдения, в общем скоропроходящи и обычно протекают без дурных последствий. Наоборот, тяжелые внутричерепные повреждения, разрывы твердой мозговой оболочки (в области мозжечка-тенториума) и другие свойственны затянувшимся родам. При последних, когда ребенок умирает уже в процессе длительного течения родов, на теменных костях одной или обеих сторон довольно часто могут быть обнаружены отдельные трещины и ложкообразные вдавления на лобных костях как следствие долгого стояния головки и давления на них промونتория.

Так как подобного рода повреждения лобных костей могут последовать от внешнего насильственного воздействия каким-либо тупым предметом *и после* рождения ребенка, то необходимо учесть это обстоятельство в целях отличия и установления их происхождения. При «стремительно-быстрых» родоразрешениях, о которых подробнее речь ниже, подобных повреждений не бывает; но когда установлено, что эти роды происходили *в стоячем положении* и ребенок из половой щели упал на плотную, твердую поверхность, то эксперту необходимо установить связь отмеченных повреждений с падением. По этому поводу мнения расходятся: в то время, как старые авторы отрицали возможность повреждений костей черепа при родах в стоячем положении, что подтверждено многочисленными наблюдениями Клейна, другие авторы (Каспер, Хаберда, Фрич) утверждают обратное. Одно можно сказать, что в каждом отдельном случае «стремительно-быстрых родов» требуется очень осторожный подход при даче заключения, причем прежде всего, конечно, требуется установить самый факт «стремительно-быстрых» родов.

Какие роды считаются в судебной медицине, в судебном акушерстве стремительно-быстрыми? На продолжительность родов в каждом отдельном случае, как известно, имеют влияние помимо силы и частоты родовых болей еще и степень растяжимости мягких родовых путей, размеры таза, величину ребенка, его положение, состояние брюшного пресса и пр.

Средняя продолжительность родов для первородящих — 20 часов, для повторнородящих — 12 часов, при этом на период изгнания приходится у первых — 2 часа, у вторых — 1 час. В условиях, резко ускоряющих влияние упомянутых факторов, *весь акт* родоразрешения протекает быстро, или *лишь период изгнания* — сокращенный, что в общем у акушеров называется *partus praecipitatus* (стремительные роды). В судебно-медицинском же смысле с этим термином связано представление о таких родах, при которых *изгнание* плода из наружных половых частей протекает с такой непосредственностью и столь стремительной быстротой, что ребенок в полном смысле слова «*внезапно выскакивает*» из половой щели при стоячем положении матери или в положении на

корточках. Матери часто указывают, что роды произошли в положении, как при дефекации (испражнении) или мочеиспускании.

Возможны, конечно, случаи, когда женщина умышленно принимает соответствующую позу с целью увечить ребенка. Такие случаи описаны у Эммерта, Альфельда и др. В одном из них рожавшая женщина избрала неглубокое место в реке и оставалась в воде до окончания родов, когда ребенок вместе с последом был унесен течением. Нередко для этой цели избираются отхожие места, но в этих случаях факт злоумышления не всегда легко установить, так как необходимо учесть, что женщина могла не распознать наступление потуг, принятых ею по ошибке за позыв к дефекации. Последнее обстоятельство является причиной как бы неожиданного наступления родов и не в надлежащем месте.

Для установления факта «стремительно-быстрых» родов обычно обследуется *мать*, что по результатам в общем менее ценно, чем обследование *ребенка*.

Сопоставление полученных данных, однако, весьма полезно.

Может показаться странным, но *разрывы промежности*, по общему признанию как акушеров (Фрич), так и судебных медиков (Хаберда), отмечаются в незначительном числе случаев и отнюдь не являются правилом при «стремительно-быстрых» родах.

Обязательно необходимо производить *измерение таза*, особенно когда приходится иметь дела с доношенным зрелым плодом при наличии узкого таза у матери, что, понятно, исключает возможность «стремительно-быстрых» родов. При стремительно-быстрых родах, вследствие внезапного падения внутрибрюшного давления, наблюдались глубокие *обмороки матери и вывороты матки*, а также *тяжелые кровотечения* из плацентарной площадки, вследствие быстрого опорожнения полости матки, стенки которой остаются тонкими, растянутыми и вялыми.

При обследовании *ребенка* прежде всего следует сосредоточить внимание на состоянии пуповины, наличии или отсутствии головной опухоли и на выяснении положения ребенка при рождении.

При родах в стоячем положении или в положении на корточках в отхожем месте резко натянутая и напряженная *пуповина* при падении ребенка может разорваться еще до отделения последа. Обычно она разрывается поближе к пупку или даже вырывается из него, редко из последа. Если для отделения пуповины не пользовались ножом или ножницами, или если эти инструменты были тупы, то по состоянию поверхности разрыва (неровная с отвисающим с одной стороны лоскутом амниона и пр.) можно заключать о характере его происхождения.

Возможно, конечно, что женщина сама разрывает пуповину, что на мертвом плоде нелегко сделать.

Наличие головной опухоли, казалось бы, должно исключить факт «стремительно-быстрых» родов, но нельзя не учесть возможности родоразрешения при длительном периоде раскрытия и стремительно-быстром периоде изгнания.

При учете *положения ребенка* нельзя не признать, что ягодичные роды трудно согласовать со стремительностью.

Выше было сказано о ранениях головки, когда *ребенок падает вниз головой при родах в стоячем положении*. Эти ранения заслуживают особого внимания; с одной стороны, — при вскрытии, так как необходимо отличить их от возможных умышленных ранений каким-либо тупым предметом, с другой — при ответе на естественный и чрезвычайной важности вопрос, *возможны ли вообще значительные ранения в подобных случаях*. Тут необходимо учитывать высоту и силу падения, равно особенности поверхности, на которую упал ребенок. При не особенно значительных высоте и силе падения на твердую поверхность череп в теменной области представляется несколько сплюснутым, причем вскрытие в результате этой деформации устанавливает лишь незначительные трещины на внутренней поверхности черепной крышки. В противном случае возможны более резкие повреждения черепа. Однако в условиях родоразрешения в стоячем положении (особенно на селе), исходя из того, что: 1) высота падения незначительна, 2) сила падения встречает известное препятствие со стороны напрягающейся вытянутой пуповины, и 3) костям черепа новорожденного присуща в известной степени мягкость и эластичность, — обычно приходится признавать, что для возникновения более значительных повреждений необходимо наличие особого рода обстоятельств.

Вот почему, и по мнению авторитетных судебных врачей и по нашему мнению, на вопрос о *возможности значительных ранений* в обычных условиях родоразрешения в стоячем положении с падением ребенка вниз головой следует ответить *отрицательно*. Мозговые оболочки и мозг в этих случаях не задеваются, а потому кровотечения под мягкую мозговую оболочку и даже кровоизли-

яния в вещество мозга можно констатировать лишь после значительных внешних воздействий тупым орудием.

2. Возможность самопомощи при родах

В тесной связи с разбираемыми вопросами о ранениях ребенка в процессах по поводу детоубийства находится вопрос о так называемой *самопомощи*, на которую нередко указывают тайно родившие матери. Вполне допуская возможность активного содействия матери ускорению весьма болезненного процесса прорезывания головки, следует признать, что факт самопомощи (если, конечно, он имел место, исключая прежде всего возможность «стремительно-быстрых» родов) может повлечь за собой поверхностные ссадины на коже, более или менее значительные кровоподтеки на головке, щеках, подбородке, шее и на других частях тела ребенка. Положение ребенка при родах обуславливает самую локализацию этих повреждений, которые поэтому необходимо уметь отличать от признаков насильственной смерти. При головных положениях их находят на лице, подбородке и на верхних частях шеи. Принимая во внимание не исключаемую возможность попыток матери препятствовать крику и дыханию ребенка, особенно важно точно различать ранения вследствие самопомощи от следов, последовавших от давления в области рта, ноздрей, подбородка и передней части шеи. В этих видах при установлении *причинной связи* упомянутых повреждений в области рта, носа и т.д. с самопомощью эксперт обращает внимание на признаки прижизненного происхождения наличных ранений (более или менее распространенные и с экстравазатами). Фрич, Цимке и многие другие считают, что обнаруженные изолированные царапины в области рта, ноздрей, передней поверхности щек или на затылке исключают самопомощь и говорят за удушение.

При ягодичных родах на *последующей* головке могут быть получены при самопомощи те же повреждения, которые возможны при ручном извлечении плода акушером. В случае, если роженица потягивает за ножки или туловище, то она может причинить разрыв печени (Фрич). В литературе описан редкий случай отрыва при самопомощи головки (Рут), а также нижних конечностей (Краттер).

В конечном итоге и в основном вопрос о самопомощи или насилии решает, конечно, вскрытие и устанавливаемая им причина смерти (естественная смерть от внутриматочной асфиксии, врожденной слабости, родовой травмы и т.п.). При наличии грубых, глубокопроникающих в головку и шею ребенка ранений, ссылка матери на самопомощь, как показывают опыт и наблюдения, должна быть отклонена.

ГЛАВА XVIII

Неосознаваемые беременность и роды. Ответственность роженицы

Е. Е. Розенблюм

1. Неосознаваемая беременность

Помимо вопроса о самопомощи в процессах о детоубийствах может быть поставлен вопрос о *возможности не распознавания женщиной* своей далеко зашедшей беременности и наступления родов, а в связи с этим или самостоятельно — также вопрос *об ответственности*.

Что беременность при желании женщины может пройти незаметна для окружающих, — это известно, и примеры этому являют особенно забеременевшие внебрачно. Молодые девушки-матери ухитряются нередко скрыть беременность от своих матерей, но опубликованы случаи, когда даже мужья во время совокупления не распознавали явной беременности или послеродового состояния своих жен. Такие случаи приходилось и мне наблюдать.

В судебно-медицинском отношении более существенным является вопрос, может ли беременная женщина сама не сознавать своего состояния или до самых родов находиться в сомнении на этот счет. Вопрос разрешается просто, если дело касается психически здоровой, живущей половой жизнью рожавшей женщины. Тут нет доверия таким утверждениям женщины. Добросовестное заблуждение, и то лишь до поры-до времени, возможно только в тех случаях, когда беременность наступила во время аменорреи или при наличии во время беременности периодических маточных кровотечений, ошибочно принимаемых за менструации.

В этом отношении интересны два наблюдавшихся мною случая. В первом случае авторитетные невропатологи Москвы в течение приблизительно четырех месяцев вплоть до начала шестого лунного месяца беременности лечили многорозавшую женщину от упорнейшей рвоты, которой приписывали мозговое происхождение. Когда мне пришлось исследовать эту женщину дело выяснилось очень просто: 5 месяцев назад больная, обнаружив у себя кратковременную задержку регул, обратилась к врачу, который сделал ей смазывание полости матки йодной настойкой. Крови пришли и, по ее словам, прошли по-обычному в течений 5 дней, после чего она себя, беременной уже не считала.

Затем подобного рода кровотечения бывали у нее ежемесячно, что ввело в заблуждение не только ее, но и лечивших врачей.

Рвота была настолько упорной и истощающей, что больная в течение нескольких месяцев находилась в постели.

Мне пришлось установить беременность в начале 6-го лунного месяца, причем отмечались довольно обильные кровянистые выделения, а зев уже пропускал кончик указательного пальца.

Другой случай еще более курьезен и показателен: 27-летняя женщина, счетовод, замужем 4 года, обратилась в консультацию для беременных по поводу длительной аменорреи. Я установил 7 лунных месяцев беременности, возможность чего она энергично отрицала, так как, по ее словам, за четырехлетнее замужество «половой акт совершен не был (незвизрая на потенцию мужа) и целость ее девственной плевы не нарушена». Последнее обстоятельство подтвердилось, причем строение плевы и ее отверстие не допускали предположений о возможности совершения полового акта без нарушения ее целости. Шевеления плода она абсолютно не ощущала. Ушла в полном убеждении, что я ошибся. Вскоре однако она опять явилась радостная и сообщила, что через несколько дней после первого посещения почувствовала ясные шевеления ребенка и вместе с этим добавила, что муж ее, не допуская возможности возникновения беременности в условиях их половых взаимоотношений, об'явил ей о разводе, как нарушившей супружескую верность. Таким образом наличная семимесячная беременность не была распознана взрослой, вполне здоровой женщиной, для которой беременность была очень желанной, и которая после родов, когда родившийся ребенок имел колоссальное сходство с ее мужем, на примирение с ним все-таки не пошла¹.

Совсем иначе обстоит вопрос, когда дело касается психически больных или слабоумных, или дебильных особ, у которых неосознание своего беременного состояния вполне допустимо.

Значительно чаще приходится выяснять утверждения женщин, будто они не распознали начала наступивших родов.

Ошибки при исчислении срока родов, конечно, возможны, не только со стороны женщин, но и со стороны врачей, особенно если беременность сопровождалась периодическими кровотечениями или наступила во время аменорреи.

Часто матери утверждают на суде, что они никогда не следят за своими регулами. К подобным утверждениям следует относиться весьма скептически. Если в подготовленности к предстоящим родам подчас можно усматривать возможность умышленной преднамеренности, то большей частью однако в основе этой неподготовленности лежит ошибка в исчислении срока.

Точно так же вполне возможно допустить, как показывают повседневные наблюдения, что женщина не воспринимает и не распознает шевелений плода, которые могут пройти долгое время незамеченными, особенно у тяжело работающих женщин, не привыкших за работой следить да и углублять свои ощущения².

Что родоразрешение и потуги могут не быть распознаны женщиной, особенно при одновременном позыве к испражнению, — вполне допустимо; об этом была речь выше, при анализе так называемых «стремительно-быстрых» родов.

2. Ответственность роженицы

Гораздо труднее решить вопрос об ответственности женщины и дать заключение о том, насколько женщина осознала свое состояние непосредственно после родов. И тут высокая степень слабоумия и особо исключительные психические состояния решают вопрос в отрицательном смысле. Установленным, однако считается, что как во время родов, так и непосредственно после родов у женщин отмечается психическая лабильность и аффективно возбужденное состояние, делающие их подчас неотчетливыми. А при «стремительно-быстрых» родах, по мнению Вальтарда, когда матка, т.е. орган с гладкой мускулатурой, проявляет максимальную работу, страдает симпатическая нервная система и в связи с этим наступает психическая несостоятельность с потерей способности ориентироваться в своем положении и в окружающей обстановке, наступает то, что еще Ашаффенбург в свое время назвал «аффектом растерянности».

¹ Аналогичный случай нераспознавания далеко зашедшей беременности (также 7 месяцев) опубликован мной в 1903 г. во «Врачебной газете» № 50—51 («К казуистике беременности при целости девственной плевы в связи с вопросом о растлении»). Дело касается 19-летней девушки, нипочем не признававшей себя беременной и грозившей «пожаловаться на меня папе».

² Подробнее о шевелениях плода — см. главу XIX.

Если устанавливается, что непосредственно после родов мать стремилась скрыть следы бывших родов, сама, допустим, убирала за собой, сама отмывала на полу кровяные пятна; спрятала запачканное кровью белье, сама перевязала пуповину и т.п., то ответственность женщины, конечно, не подлежит сомнению. Описаны случаи, когда женщины с сильной волей непосредственно после родов выполняли сложные работы и таким образом вводили в заблуждение окружающих.

Известны случаи, когда молодые матери непосредственно после родов не только устранили новорожденного, но тут же переодевались и отправлялись в увеселительные общественные места и всю последующую ночь танцевали.

Это можно объяснить крайне возбужденным состоянием женщины, благодаря которому она способна к повышенной деятельности на короткое время.

У родивших в родовспомогательном учреждении нередко трагизм их положения доходит до их сознания лишь после выписки оттуда.

В случае детоубийства такие матери безусловно признаются ответственными. Психически дебилные (неполноценные) детоубийцы, которых довольно много, подлежат соответствующей экспертизе.

В заключение считаю нужным отметить, что наряду с так называемой «*воображаемой беременностью*» в судебно-медицинской практике нередки случаи явной «*симуляции*» беременности, когда матери в случае неудачи легко в глазах окружающих попадают в детоубийцы.

Недавно мне пришлось за короткий промежуток времени давать заключение подряд по двум таким делам. В обоих случаях женщины, обе нерожавшие и никогда не беременевшие, страстно желали иметь ребенка, и в обоих же случаях мужа ничего не подозревали и наивно верили в беременность своих жен, причем один из них лишь теперь узнал, что он уже второй раз становится жертвой обмана своей жены, до этого симулировавшей 4-месячный выкидыш. В обоих случаях задуманное намерение в нужный момент представить ребенка по непредвиденным обстоятельствам срывалось, и отправлявшиеся «будто бы в родильный дом» рожать матери возвращались ни с чем, что давало повод соседям заподозрить «неладное» и подать в милицию заявление с предположением «детоубийства»...

Этого рода случаи требуют внимательного обследования свидетельствуемой, так как в литературе описаны ошибочные заключения лишь на основании обнаружения якобы настоящих «рубцов беременности», в результате чего последовало и ошибочное осуждение. О «рубцах беременности» как о признаке, не лишенном *серьезного* судебно-медицинского значения, читатель найдет соответствующие руководящие указания в главе «Установление послеродового периода и бывших родов» (гл. VI).

Продолжительность человеческой беременности

Е. Е. Розенблюм

1. Общие данные

В методике экспертизы по установлению «отцовства» определение *срока* наличной беременности, равно и *общей продолжительности ее*, будучи нелегкой вообще задачей эксперта, становится особенно ответственной в алиментном процессе. Широкое использование всех новейших данных науки является серьезной опорой при даче заключения. Как и всякое другое, биологическое явление, продолжительность человеческой беременности подвержена колебаниям. Сама по себе общая продолжительность беременности обуславливается необходимым для достижения зрелости плода сроком.

У нас стали интересоваться вопросами точного определения срока беременности и попутно — установления общей ее продолжительности лишь в связи с социальным страхованием, точнее в связи со ст. 132 Кодекса законов о труде, когда в процессе работы врачебного контроля возникали и теперь не перестают возникать спорные вопросы о «переходах» и «недоходах» отпущенных в отпуск по беременности застрахованных женщин, подчас доходившие до суда¹.

Совсем в другую плоскость переносится вопрос этот в экспертизе «отцовства», где он приобретает особо актуальное как научное, так и бытовое значение и давно уже является предметом детального изучения, а в последние годы и по сей день — предметом горячих споров. Единство взглядов однако до сих пор недостигнуто. В чем однако все согласны, — это в несовершенстве наших знаний по вопросу о взаимоотношении между известной продолжительностью беременности и вариантами развития плода, и наоборот.

Кардинальными вопросами, с которыми здесь приходится сталкиваться судье и эксперту, являются вопросы: *сколько времени данный плод находится (срок наличной беременности) или сколько времени данный новорожденный находился (общая продолжительность бывшей беременности) в утробе матери?*

Тут эксперту необходимо подвергнуть строго научной оценке, с одной стороны, *суб'ективные* данные анамнеза свидетельствуемой (точная дата срока последних регул, по возможности дата предполагаемого оплодотворившего совокупления, дата первого шевеления плода), с другой — методику определения *об'ективных* данных исследования, равно и ценность самых общепринятых опорных *об'ективных* распознавательных пунктов, присущих интересующему нас сроку беременности. Необходимо однако отметить заложенные в самой сути трактуемого вопроса биологические факторы, заставляющие нас уточнить самую формулировку нашей задачи. Дело в том, что: 1) поскольку беременность, как и всякое другое биологическое явление, подвержена колебаниям в отношении своей продолжительности, 2) поскольку биологические темпы внутриутробного развития и роста плода по отношению к данному сроку беременности представляют разнообразные варианты даже у одной и той же женщины, 3) поскольку уже всилу этих биологических факторов в этой работе, как это еще видно будет из нижеизлагаемого, нет и не должно быть места шаблону, а требуется индивидуальный подход, — то речь тут может быть не столько о методике определения срока, ко всем случаям приложимой, сколько, вернее, *об ориентировочных установках* в самой работе для возможно более точной диагностики срока беременности с обстоятельным анализом всех моментов акушерской мысли в процессе этой работы.

Разрешение основных пунктов стоящей перед экспертом задачи предполагает необходимость предварительного выяснения целого ряда вопросов и обстоятельств как в области *анамнестических* данных, так и *об'ективных* данных исследования.

¹ См. Е. Е. Розенблюм. К определению восьми лунных месяцев беременности (из суд.-мед. казуистики). «Вестник соврем. медиц.» № 14, 1929 г.

Объективному исследованию, как известно, всегда должно предшествовать соби́рание данных *анамнеза*. Само собой понятно, что это должно быть сделано тщательно, умело и с известным тактом, причем в зависимости от цели осмотра процесс соби́рания анамнестических данных может быть модифицирован. Нередко женщина одержима болезненным желанием забеременеть и жадной услышать об этом, как о совершившемся факте, от свидетельствующего ее врача. Благодаря самоуверенности, нередко из уст свидетельствующей можно услышать о целом ряде ощущаемых ею признаков беременности, как рвота, увеличение объема живота, размера грудных желез; перистальтика кишок воспринимается, как движение плода и пр. Не менее редко женщины по тем или, иным соображениям будут затемнять картину и истинное положение вещей. Гуггенбергер на основании детального опроса установил, что из 2000 разрешившихся в Мюнхенской акушерско-гинекологической клинике женщин 203 дали определенно ложные анамнестические данные. Очень часто это можно наблюдать и в работе судебных экспертов, а также врачей консультаций, к которым обращаются женщины с известной целевой установкой (алименты, изнасилование, разрешение на производство аборта или на декретный отпуск по беременности и пр.). Неудивительно поэтому, что субъективные данные анамнеза разно расцениваются авторами, что однако не дает права эксперту подходить к расспросу предвзято, а, наоборот, обязывает его умело собирать данные со всей полагающейся объективностью, строго научно их анализируя и критикуя. При малейшем подозрении на замалчивание, неискренность или притворство необходимо путем перекрестных вопросов выявить свидетельствующей допущенные ею противоречия и сразу подчинить себе. Даже больше! И *ложь* свидетельствующей может и должна быть учтена, так как она указывает на то, что именно свидетельствующая стремится скрыть, а это нередко дает прекрасное направление дальнейшему расспросу. Короче сказать, и тут, как и в клинике, оправдывается старая поговорка: *кто хорошо расспрашивает — хорошо диагностирует*, а в связи, с современными достижениями науки в области учения о конституции, наследственности, современной психологии и анамнез должен соответствовать этим успехам и так или иначе является неотъемлемой составной частью всякого исследования.

Возвращаясь к поставленным нами выше основным вопросам, мы сможем на них ответить, принимая в расчет: 1) субъективные данные анамнеза, к которым относятся: а) первый день последней бывшей или, правильнее, *первой не появившейся* менструации, б) день предполагаемого оплодотворившего совокупления, в) дата появления первых движений плода и 2) данные объективного акушерского исследования (при определении срока беременности).

2. О менструации

Одним из основных опорных пунктов анамнеза при определении срока беременности, как известно, является вопрос о времени последней бывшей *менструации*. У значительного большинства беременных этих сведений вовсе нельзя получить вследствие их невнимательности или забывчивости, либо просто вследствие незнания ими даже названия месяцев года. Далее, в условиях расследования беременные могут сознательно либо скрывать, либо давать заведомо ложные и неверные показания. Помимо этого, необходимо помнить, что менструации сами по себе бывают нерегулярны, с большими или меньшими промежутками, или оплодотворение могло наступить вскоре после родов, до первых регул, во время кормления (лактационной аменорреи), либо во время обыкновенной аменорреи, как это наблюдалось в тяжелые годы последней мировой войны, что кстати подтверждает факт овуляции с оплодотворением, не связанным с менструацией. Далее, кровотечения при угрожающем раннем выкидыше нередко принимаются за менструацию. Нередко мы наблюдаем кровотечение во время беременности, которое многие склонны трактовать как менструацию. Последнее обстоятельство, нередко приводящее к недоразумениям, вынуждает нас остановиться на вопросе о сущности *менструации* и связанных с ней вопросах об *овуляции и моменте зачатия*.

По образному определению английского врача Уайтауза, менструация — это ежемесячный аборт отпадающей оболочки (*decidua*) неоплодотворенного яйца, а менструальное отделение — лохии этого аборта. Этому определению вполне соответствуют результаты обстоятельных работ Кундрата, Гичмана, Адлера, Шредера, Ашофа, Мейера, Зейца, Штеккеля и др. В силу этих работ прежде всего установилось окончательное суждение о менструации как о процессе деструктивного характера, во время которого кровотечение имеет место уже как явление вторичного порядка. В случае ненаступления оплодотворения слизистая оболочка матки, так называемая функционирующая (*functionalis*) (Шредер), приготовившаяся, было к тому, чтобы в нее вгнез-

дилось яйцо (нидация), отделяется и затем выходит наружу. Короче сказать, мы здесь имеем дело с процессом десквамации (слушивания). Поэтому пока микроскопическое исследование не установит, что кровотечение во время беременности может носить характер менструации, все такого рода кровотечения следует считать кровотечениями другого происхождения. Таким образом вопрос о возможности появления менструации во время беременности после новейших исследований о сущности менструации и ее связи с овуляцией по времени своего появления (о чем речь будет ниже) должен быть отвергнут. Те, которые допускают эту возможность, базируются просто на клинических наблюдениях, в свою очередь большей частью основанный на лишенных абсолютной достоверности показаниях женщин, склонных всякое кровотечение из гениталий принимать за менструацию. В самом деле, вместе с нидацией яйца в слизистую оболочку матки в ней и в яичнике происходят такие изменения, при которых менструация, не являющаяся простым кровотечением, становится невозможной. Уже один анатомически установленный факт распада слизистой оболочки, имеющего место при менструации, не вяжется с одновременным внедрением и оседанием в нее оплодотворенного яйца, благодаря чему устанавливается не только неразрывная связь между маткой и яйцом, но даже еще больше — предполагается нерушимая целостность слизистой оболочки и даже более живой рост ее, но отнюдь не распад этого фундамента зародившегося и строящегося будущего плода. И в подтверждение этого надо заметить, что до сих пор в нашем распоряжении нет таких достоверных и доказательных биологических и микроскопических исследований кровотечений во время беременности, которые опровергли бы это положение. Поэтому эксперт не ошибется, если тотчас же отвергнет беременность у женщины, которая считает себя беременной, но имеет правильные менструации.

3. Овуляция

С вопросом о менструации неразрывно связан вопрос об *овуляции*, которая, надо заметить, еще не равносильна зачатию. Гис, Граф и др. держались того мнения, что овуляция и менструация совпадают, но уже Леопольд, Миронов, Лаусон-Тет полагали, что овуляция имеет место в «межменструальный период». Это в свою очередь подтверждается новейшими исследованиями, которыми установлено, что обычно лопание фолликула происходит в межменструальном периоде. *Вопрос — когда именно?* Со времени первой работы Френкеля (1904 г.) было высказано много взглядов. Одни (Френкель и др.) полагают, что овуляция имеет место в промежутке между 11—21 днем после начала последних регул, другие (Шредер) — между 14—16 днем, а Руге II — между 8—14 днем. Другие авторы на основании собственных исследований присоединяются то к одному, то к другому из указанных взглядов. По Гроссеру (1914 г.) и Цангемейстеру (1917 г.), момент овуляции очень широк по времени наступления, причем она может иметь место как бы во всякое время. Недавно Кнаузу (1928 г.) удалось при помощи новейших методов экспериментального исследования подтвердить взгляд Шредера.

Невольно возникает вопрос, действительно ли разрешен этими разнообразными данными вопрос о времени наступления овуляции? Нельзя ли согласовать все указанные колебания срока овуляции? Как уже отмечено, указанные исследователи исчисляют момент овуляции *после* начала последних бывших регул. Лишь Терebinская-Попова находит, что овуляция чаще всего наступает за неделю до регул и значительно реже во вторую неделю после них. Таким образом возникает основной подлежащий выяснению вопрос — что следует считать более научным: исчислять момент овуляции *после начала последних бывших регул* или *до начала ожидавшихся и не наступивших*? Работами Френкеля, Шредера, Р. Майера, Руге II установлено, что желтое тело вызывает в слизистой оболочке матки те пременструальные (или прегравидальные по терминологии Р. Майера) изменения, всилу которых в случае, когда не происходит импрегнация сперматозоида в женское яичко, слизистая оболочка при явлениях ее распада и наличии кровотечений погибает, или, точнее, менструирует. Поэтому *менструация является последствием предшествовавшей овуляции, а не наоборот*. Овуляция не находится ни в какой причинной связи с бывшей последней менструацией. Хотя эта истина уже давно была всем известна, однако, срок овуляции почему-то вычисляли от начала последней бывшей менструации, забывая, что дело идет о совершенно различных по своей продолжительности менструальных циклах. Отсюда и разница в сроках овуляции у разных авторов (Огино).

В самое последнее время японский гинеколог Огино на основании многолетних наблюдений и исследований, независимо от интересовавшегося этим же вопросом Кнауза пришел к аналогичному заключению, что *овуляция имеет место в пятидневном промежутке времени который приходится на 12—16 день перед ожидаемой менструацией*, т.е. перед ближайшей, не наступившей

менструацией, независимо от продолжительности менструального цикла, который в его наблюдениях имел продолжительность от 23 до 45 дней.

Опуская подробности, нужно указать, что в результате своих чрезвычайно интересных наблюдений и исследований Огино определенно утверждает: 1) что неправильно исчислять день овуляции от начала последней бывшей менструации, благодаря чему получают упомянутые разногласия авторов в этом вопросе, 2) что овуляция происходит в тот 5-дневный промежуток времени, который отвечает 12—16 дню *до* первого дня *ожидаемой* менструации, или, другими словами, менструация наступает в случае неоплодотворения яйца на 13—17 день после овуляции, причем это совершенно не зависит ни от продолжительности, ни от той или другой неправильности менструального цикла.

Тут однако возможны лишь два исключения: либо желтое тело в стадии своего развития вследствие механического или болезненного воздействия может погибнуть, почему менструация может наступить раньше времени, либо в слизистой матки имеются налицо столь значительные болезненные изменения, что она противостоит гормону желтого тела и, невзирая на овуляцию, менструация не наступает.

4. О моменте зачатия

В непосредственной связи с овуляцией (а следовательно и менструацией) находится *момент зачатия*, момент оплодотворения. Нередко свидетельствуемые сами указывают дату: оплодотворившего совокупления, к чему вообще следует относиться с сугубой осторожностью. Учитывать это указание анамнеза допустимо лишь при сопоставлении его со всеми прочими данными современной методики исследования и с данными современных наших знаний о зачатии. В разбираемой нами чрезвычайно важной и ответственной отрасли работы эксперта нас интересует: 1) *«оптимальный»* момент зачатия и 2) возможность *«пременструального»* или *«антеменструального»* зачатия, а потому необходимо выяснить, ограничивается ли возможность оплодотворения известным промежутком времени в течение менструального цикла, или же оно возможно во всякое время, как это утверждает Нюренбергер и др. Ответить на эти вопросы возможно лишь при изучении следующих приводящих трех моментов: 1) *дня овуляции*, о чем речь была выше, 2) *длительности жизни и оплодотворяющей способности эякулированного семени* и 3) *длительности жизни и способности к оплодотворению выделившегося женского яичка*.

По исследованиям Гене, Бене, Цвейфеля и др., сперматозоиды сохраняют свою жизнеспособность во влагалище всего в течение трех дней и лишь в виде исключения 4—8 дней. Эти же авторы находят, что сперматозоиды вообще не теряют своей двигательной способности в течение 8—14 дней. В одном случае при вскрытии женщины, умершей во время совокупления, семенные нити спустя 14 часов найдены в фаллопиевой трубе, а Гугенбергеру экспериментальным путем удалось в пробирке удержать жизнеспособность сперматозоидов, при постоянной температуре 13° в текучей колодезной воде 14 дней. Нет поэтому основания не допускать возможности сохранения жизнеспособности сперматозоидов в фаллопиевой трубе еще дольше.

Говоря о жизнеспособности сперматозоидов, не следует смешивать их двигательной способности с оплодотворяющей: первая может сохраниться более продолжительное время, между тем как оплодотворяющая ограничена. Как известно всем, при исчислении момента начала беременности обычно принято за исходную точку вычисления считать первый день последней бывшей менструации, к которому условились прибавлять 7 дней. В экспертизе срока беременности как судебно-медицинской, так и трудовой, этот довольно простой метод, как видно уже из вышеизложенного и еще яснее станет из дальнейшего, не приемлем. Ввиду невозможности экспериментального исследования, на людях точно установить день оплодотворения в большинстве случаев нельзя, но приблизиться к установлению этого дня *с известной степенью достоверности* мы, на основании современных наших знаний, как будто имеем возможность.

Хотя по мнению Нюренбергера и других женщина имеет возможность забеременеть в каждый из 28 дней менструального цикла, однако этот взгляд ныне пошатнулся (Френкель, Гриль, Егер, Зигель и др.) и от циклических в течение межменструального периода колебаний мы пришли к учению Кнауза и Огино, устанавливающих способность женщины беременеть крайне ограниченным сроком в межменструальном периоде. Указав на ограниченность продолжительности жизни и оплодотворяющей способности эякулированных сперматозоидов, мы должны сказать, что по вопросу о том, как долго женское яичко после овуляции способно к оплодотворению, мы до сих пор по существу не располагаем никакими положительными сведениями. Если Гроссер и Кнаус отождествляют изученную многими авторами способность к оплодотворению яичек млекопитающих животных, у которых концепция, овуляция и импрегнация по времени совпадают с этими явлениями у человека, и ограничивают эту способность лишь несколькими часами, то Зигель

определяет эту жизнеспособность в целом уже сроком в 10 дней. Самым благоприятным моментом оплодотворения, так сказать, «*оптимумом зачатия*» до сих пор, по общему мнению, является послеменструальный период, причем кульминационными днями возможности оплодотворения являются 8—10 дней межменструального цикла. Но к этому нельзя подойти без критики, хотя бы уже потому что 1) мы ведь имеем дело с разными типами менструального цикла, с разной его продолжительностью, причем с неточными данными свидетельствуемой и считаться не приходится, 2) что день совокупления обязательно необходимо согласовать с овуляцией и счет предполагаемому оплодотворившему совокуплению вести в днях не после первого дня последней менструации, а правильнее и научнее *до первого дня ожидаемой, не наступившей менструации*. Раннее зачатие (8—10 день после первого дня последней бывшей менструации) можно об'яснить допущением и для человека возможности существования овуляции, вызванной под влиянием совокупления, что давно установлено для млекопитающих (кошки, кролики, свиньи). Некоторые гинекологи, как Цангемейстер, Р. Майер, Френкель и анатомы Трипель и Томсон допускают существование провощированной овуляции и для человека, а Кнаус, на основании своих экспериментальных исследований, для человека определенно ее отвергает. Зигель, проводивший свои наблюдения во время империалистической войны над женщинами, мужья которых приезжали в краткосрочный отпуск, утверждает, что за 6 дней до регул оплодотворение никогда не наступало, а Огино определенно на основании многолетних наблюдений утверждает, что в течение 11 дней *перед* ожидаемыми регулами, *независимо от продолжительности менструального цикла, зачатие невозможно*.

Этими чрезвычайно важными данными наблюдений и исследования выясняется другой интересующий нас существенный момент в весьма ответственной экспертизе срока беременности, а именно: получается подтверждение тому, что «*пременструальное*» зачатие — явление само по себе чрезвычайно редкое, и может быть вдобавок установлено лишь с известной степенью вероятности. Возможность «*пременструального зачатия*», благодаря, допустим, временной задержке яйца в трубе, как будто поддерживается исследованиями Терebinской-Поповой, что однако противоречит наблюдениям Зигеля, о которых сейчас было сказано, а также наблюдениями Огино и Кнауса по вопросу о взаимоотношении срока овуляции и срока зачатия, о чем речь впереди. Кроме того, в связи с изложенным выше о сущности менструации, представляется невероятным, чтобы неоплодотворенное яйцо, так сказать, пережило менструацию. С другой стороны, может быть поставлен и такой вопрос: может ли *сперма* «пережить» менструальный период или, точнее, может ли имевшее место за несколько дней до регул совокупление оплодотворить яйцо лопнувшего долго спустя после этих регул фолликула? Дедерлейн в своих экспертизах считает подобного рода оплодотворение до чрезвычайности редким и даже мало вероятным. Если даже допустить возможность подобных, чрезвычайно редких случаев, то придется с ними считаться лишь тогда, когда достоверно установлено будет, что имело место *одно* единственное совокупление. Последнее при известных предпосылках может быть признано источником оплодотворения, если вдобавок в будущем родится ребенок с нормальным весом 3000—3300 г и длиной 50 см. В экспертизе возможны и такие случаи, когда необходимо разрешить *вопрос о двух совокуплениях*: одном, допустим, за 2—3 дня до последних регул и другом вскоре после них. Ввиду чрезвычайной редкости, оплодотворения в первом случае, правильнее на основании сказанного признать источником зачатия второе совокупление.

В стремлении установить все-таки тот промежуток времени в течение менструального цикла, коим ограничивается возможность оплодотворения, упомянутой выше Огино, на основании своих исследований и наблюдений, проведенных с учетом трех привходящих основных моментов: а) установленного им срока овуляции (16—12 день до первого дня ожидаемой менструации), б) продолжительности жизни сперматозоидов в женских половых органах (3 дня) и в) продолжительности жизни и способности к оплодотворению женского яичка после овуляции (несколько часов), — пришел к заключению, что: 1) *оплодотворение имеет место в восьмидневный промежуток времени от 12 до 19 дня перед ожидавшейся менструацией*, т.е. в пятидневный овуляционный срок (16—12 день) плюс три дня до него. Лишь очень редко зачатие возможно в промежуток времени между 20—24 днем до ожидаемой менструации, 2) *зачатие невозможно в промежуток времени от 11 до 1 дня перед ожидаемой менструацией*.

Утверждение Огино, являющееся результатом, серьезных исследований и наблюдений, подтверждается не менее глубоко научными и экспериментальными работами Кнауса, почти одновременно и независимо от работ Огино производившимися

Кнаус, вычисляя дни бесплодия и дни, благоприятные для оплодотворения, кладет в основу этих вычислений следующие заключительные результаты своих экспериментальных, сравнительных биологических и клинических исследований:

1. В физиологических условиях *овуляция* имеет место регулярно на 14-й день перед ожидаемой менструацией.
2. *Яичко* после лопания фолликула способно к оплодотворению лишь *несколько часов*.
3. *Желтое тело* имеет свою автономную функцию 14-дневной активности, что исключает всякую возможность повторной овуляции.
4. *Сперматозоиды* теряют в женских половых органах свою оплодотворяющую способность менее чем в 48 часов.

Условием для правильного исчисления является точная запись менструальных сроков за 1 год¹. Из этих записей берется самый короткий и самый продолжительный интервалы (промежутки) между регулами; вычтя 14 дней, определяются самый ранний и самый поздний сроки овуляции, и таким образом устанавливается тот промежуток времени, в течение которого у данной женщины на основании указанных ею колебаний менструального цикла имеет место овуляция, другими словами, *те дни, в которые имеется яичко способное к восприятию оплодотворения*. Принимая во внимание, что проникший в женские половые органы сперматозоид сохраняет свою оплодотворяющую способность в течение 48-часов, следует, стало быть, считать, что половой акт, состоявшийся за два дня до вычисленного первого (самого раннего) срока овуляции может повести к оплодотворению. Чтобы возможно лучше обеспечить границы дней бесплодия от дней, благоприятных к забеременению, Кнаус расширяет период овуляции *тремя* днями *до* даты вычисленной овуляции и *одним* днем *после* нее.

Например: менструальные циклы данной женщины колеблются: 25, 28, 32 дня. Соответственно этому срок овуляции исчисляется: 25, 28, 32—14 = 11, 14, 18 дни после первого дня последних регул. У этой женщины отмечается колебание овуляционного срока в семь дней (11—18). Чтобы установить срок оплодотворения, нужно прибавить к самому раннему сроку овуляции (11) еще три дня и один день к самому позднему (18), и получается таким образом, что данная женщина способна к оплодотворению между 8 и 19 днями после первого дня последней менструации.

Хотя против изложенных работ Огино и Кнауса в последнее время выступил Болафио со своими многочисленными наблюдениями, доказывающими возможность оплодотворения не только непосредственно после регул, но даже и в последние дни межменструального периода, перед ожидаемой менструацией, т.е. даже тогда, когда обычно можно установить высшую степень кислотности влагалищной среды, другими словами, в самый казался бы неблагоприятный для зачатия биологический момент, тем не менее работы этих исследователей заслуживают самого серьезного внимания всилу их безусловной и глубокой научности, основанной на громадном фактическом материале многочисленных наблюдений, опровергающих возражения Болафио.

Приведенные, пока всесторонне еще не проверенные, результаты новейших изысканий в области интересующего нас вопроса приемлемы *в практической работе* эксперта постольку, поскольку они наряду с другими методами представляют серьезную базу для проверки анамнестических данных свидетельствуемой и критического к ним отношения, что конечно значительно облегчит и уточнит работу. Ввиду этого категорически оспаривать ценность анамнеза не приходится, так как при углубленном акушерском анализе он поддается контрольной проверке.

Нельзя однако не признать, что приведенные новейшие изыскания в области интересующего нас вопроса, предоставляя эксперту серьезную базу для проверки анамнестических данных свидетельствуемой и критического к ним отношения, значительно облегчают его работу, в чем я имел возможность лично убедиться.

Исчисление срока беременности, на основании указываемого самой свидетельствуемой дня оплодотворившего совокупления, было бы точным, но пользоваться им можно и приходится редко, так как весьма трудно добыть необходимые данные о дне такого совокупления. Не надо, с другой стороны, забывать, что день совокупления, выясненный путем расспроса, еще не определяет момента внедрения сперматозоида в женское яичко. Вообще же к подобного рода данным анамнеза, добиваться которых даже следует, данным, требующим тщательной проверки, следует подходить

¹ В московских консультациях для женщин карточки для календарной записи регул выдаются на руки всем женщинам.

чрезвычайно критически в процессе экспертной работы, используя для этого новейшие достижения в этой области.

Вопрос о моменте зачатия не был бы нами исчерпан, если не упомянуть о *возможности зачатия от совокупления во время менструации* на что, правда, в редких случаях указывает свидетельствуемая.

Из вышеизложенного известно, что ко времени наступления менструации нет в наличии способного к оплодотворению яичка. С другой стороны, когда вследствие отмирания неоплодотворенного яичка наступает менструация, в слизистой тела матки прекращается процесс гормональной, так сказать, готовности к оплодотворению. Самое раннее освобождение из фолликула свободного к оплодотворению яичка наступает, как сказано выше об овуляции, много дней спустя в межменструальном периоде. Поэтому эякулированные во время подобного совокупления сперматозоиды должны бы на этот срок сохранить свою жизнеспособность и способность к оплодотворению, что по нашим современным знаниям почти что невозможно.

Насколько осторожно и вдумчиво вообще следует подходить к этому вопросу в целом, явствует из того, что сам Кнаус говорит, что результаты его исследований базируются исключительно на здоровых женщинах и только к ним применимы, а Огино подчеркивает необходимость точного знания типа менструального цикла данной женщины в днях.

5. О первых шевелениях плода.

К субъективным опорным пунктам для вычисления срока беременности (а также и родов), в более поздние периоды относится и момент ощущаемого беременной *первого шевеления плода*, обычно на 140 день, а по наблюдениям Альфельда у первобеременных на 137 день, а у рожавших на 130 день. Необходимо знать, что активные движения плода ощущаются только при известных условиях. Мышечная система его должна быть уже настолько развита, чтобы плод был способен производить активные движения и притом настолько сильные, чтобы они передавались брюшным стенкам. Следовательно, движения эти не будут ощущаться в том случае, если плод слишком мал, а также и в том случае, если он отделен большим количеством околоплодной жидкости от маточных стенок, так что при своих движениях не будет касаться последних. Наконец, для передачи движения плода брюшным покровам необходимо, чтобы матка прилегала к ним. По этим причинам движение плода редко ощущается беременной, а также и исследующим раньше указанного выше срока беременности; иногда же оно ощущается еще позже, а в редких случаях не ощущается в продолжение всей беременности. На передачу движений плода имеют также влияние толщина брюшных покровов и степень их напряжения. Время, первого ощущения движения плода много зависит от внимательности и чувствительности беременной, причем у первобеременных обычно первые шевеления плода проходят незамеченными. То же отмечается у повседневно тяжело и напряженно работающих женщин, не привыкших за работой следить за собой и углубляться в свои ощущения. Поэтому показания свидетельствуемой о сроке ощущавшихся ею впервые шевелений плода принадлежат к *недостовверным* признакам для определения срока беременности, и известную ценность это показание приобретает лишь при сопоставлении его с данными о менструации, а вместе с этим конечно и со сроками овуляции и возможной концепции (зачатия), не говоря уже о необходимости его соответствия и объективным данным исследования, методику определения которых читатель найдет в главе «Установление ранней и поздней беременности».

6. О продолжительности человеческой беременности

Как известно, продолжительность беременности принято считать в 280 дней, или в среднем, но Галлеру, 274 дня, считая с первого дня последней менструации, по той причине, что точно день оплодотворения как общее правило неизвестен. Однако при экспертизе «отцовства» ввиду многообразных вариаций развития плода, с одной стороны, и продолжительности беременности, с другой, равно и выясняющихся в процессе экспертизы разных частных привходящих вопросов, исходить постоянно из этой цифры 280 дней не приходится, тем более, что границы колебаний продолжительности довольно значительны. Вопрос этот давно уже дебатруется, и в последнее время вместе со значительным учащением алиментных процессов, он стал прямо злободневным как в юридических, так и медицинских кругах, особенно в Германии.

Тут имеются *два* лагеря: одни считают границы колебаний *малыми*, другие *более значительными*. Однако, прежде чем перейти к выявлению взглядов тех и других, я позволю себе, после выясненной роли менструации и общих биологических свойств спермы и женского яичка в этом вопросе, предварительно вкратце остановиться на юридической стороне, поскольку проблема

научного изучения «отцовства» по существу распадается на две проблемы — юридическую и медицинскую.

По римскому праву внебрачный ребенок в отношении своей матери и ее родных ничем не отличается от так называемого «законного» ребенка. В отношении же отца и его родных он является абсолютно чужим.

«Проще» всего разрешали эту проблему во Франции, где Гражданский кодекс прямо запрещал разыскивать отца. Это запрещение, продиктованное, конечно, эгоистическими интересами мужчины-собственника, перешло в Итальянский и многие южно-американские кодексы, созданные по образцу французского. С 1923 г. во Франции доказательство отцовства в некоторых случаях допускается и по Гражданскому кодексу.

По гражданским законам Германии (ст. ст. 1591 и 1717) установлен предельный срок продолжительности человеческой беременности в 302 дня. Последняя цифра там является якобы предельной для продолжительности человеческой беременности. Вопрос этот породил богатую литературу и является предметом горячих споров и по сей день, хотя Ольсхаузен еще в 1889 г. справедливо обратил внимание на то, что вследствие неточности наших знаний о моменте зачатия и наибольшей возможной продолжительности беременности установка тесных пределов для этой продолжительности в законе во всяком случае не выдерживает строгой критики. Наш Кодекс законов о браке, семье и опеке вовсе не предусматривает этого вопроса, что вполне отвечает биологической нестабильности продолжительности беременности, от которой как увидим ниже, отнюдь не зависит даже та или иная степень зрелости плода. Если обычной нормой зрелого плода принять 50 см длины и 3000 г веса, то Цангемейстер находит, что этот крайний срок в 302 дня в 2,7% всех родов превышает, и, с другой стороны, уже через 210 дней после зачатия может родиться плод данной в 50 см. Гюсси считает максимум продолжительности в 300 дней, после этого срока дети внутриутробно умирают. Альфельд различает *три* низших границы ненормально короткой продолжительности беременности:

1. В 220 дней могут родиться дети длиной в 50 см, и 3000 г веса, причем однако у таких плодов отсутствуют некоторые признаки зрелости.

2. Начиная с 34 недели, возможны рождения детей со всеми или почти всеми признаками зрелости.

3. Начиная с 245 дней, у рожденных в этот срок детей в наличии имеются кроме соответствующей длины и веса все главные признаки зрелости.

Хаберда приходит к заключению, высказанному следующим образом: если рождение зрелого плода отвечает совокуплению и предполагаемому зачатию, имевшему место приблизительно за 240 дней до родов, то зрелость плода не может служить опровержением роли и значения этого именно совокупления. Если бы даже в отдельных случаях имел место срок на несколько дней меньше 240, то и в таком случае отцовство не должно быть отклонено.

По Кереру, дети с обычными признаками зрелости рождаются уже в 230 дней, в 218 дней и особенно редко даже в 200—210 дней.

Диаметрально противоположного взгляда на основании многолетних серьезных наблюдений придерживается Потен, утверждающий, что до сих пор никем не доказана возможность рождения зрелых плодов раньше 250 дней, а потому эксперт имеет право говорить о явной невозможности, когда от момента оплодотворения до родов прошло меньше 250 дней.

Имеются еще и другие крайние границы: Гейн — 229, Франкэ — 220, К. Руге II — 230, Крениг — 243 и др.

Ввиду этого разноречия и отсутствия единого установленного мнения по этому вопросу Франкэ находит возможным предоставить право эксперту давать заключение в соответствии с выработавшимся лично у него взглядом, а в сомнительных случаях эксперт может говорить лишь «*о большей или меньшей степени невероятности*», раз'ясняя при этом суду, что по признакам зрелости при возможной разнице продолжительности ниже 280 дней в 50 дней решение вопроса невозможно. Излишне доказывать, что подобного рода заключение неудовлетворительно, что такой подход не облегчает задачи судьи и менее всего способствует поднятию авторитета экспертизы, призванной помочь раскрытию истины.

Это разногласие во взглядах и переживаемое экспертом в этих случаях чувство неудовлетворенности и неуверенности дали повод эксперту-гинекологу Энгельману не в целях решения вопроса, а лишь для облегчения задачи эксперта и возможного установления, если не единства взгляда, то по крайней мере господствующего мнения, опросить анкетным порядком 50, можно

сказать, корифеев немецкой науки. Если высшая граница продолжительности беременности доходит до 329 дней (Фют), а у английских авторов даже 365 дней (Белентейн и Браун), то низшая снижается у разных авторов ниже 280 дней на 30—60 дней и даже ниже.

Ответы получились от 45 человек, а использованными смогли быть 36. Из них 11 считают безусловно возможным рождение детей с признаками зрелости уже после 245—260 дней, 11 человек — 240—244 дня, 9 человек — 230—239 дней и 6 человек — менее 230 дней.

Нужно заметить, что хотя уже много лет назад Альфельд призывал собирать эксквизитные достоверные случаи, которые послужили бы прочным фундаментом для разрешения интересующих нас вопросов, таких случаев однако до сих пор в наличии нет. В литературе отмечаются единичные случаи Альфельда, Гейна (229 дней), и то они не совсем свободны от возражений.

Случай Кренига (243 дня), основанный на том, что зачатие наступило тут же после родов, также подвергается сомнению.

Эта неубедительность опубликованных в литературе случаев и дала повод некоторым из опрошенных уклониться от ответа и утверждать (Штеккель), что случаи, обоснованные на суб'ективных данных или на таких «ничего не говорящих» данных исследования (как например, величина беременной матки, в чем и мы неоднократно убеждались и установили в свое время на богатом материале врачебного контроля), не могут быть критерием для суждения. Нюренбергер, особенно много работавший по этому вопросу, приходит к заключению, что неопровержимых наблюдений нет и их *невероятно трудно добыть*. В своих наблюдениях беременности «военного времени» он на 187 случаев зарегистрировал всего *один случай* с продолжительностью в 253 дня. Как в свое время Цангемейстер, имеющий большие заслуги в области трактуемого вопроса, пытался (в 1917 г.) математическим путем установить границы, позволяющие эксперту дать заключение, и выработал даже специальные таблицы, так и Нюренбергер при помощи «теории вероятностей» пришел к заключению, что почти в 100% (99,94) зрелых плодов продолжительность беременности колеблется от 250 до 298 дней, а случаи с меньшей продолжительностью являются большой редкостью: так продолжительность в 240 дней встречается один раз на 90000, 235 дней — на 2000000, 234 дня — на 3300000 случаев родов.

Из отдельных ответов поучительным является ответ Дедерлейна, указавшего, что мы собственно не знаем, после какой продолжительности беременности могут рождаться дети с признаками зрелости, и обосновывает это свое заключение на том, что поскольку в нормальный срок рождаются перезрелые дети, постольку можно допустить, что средней общепринятой зрелости *эти* дети достигли в соответствующий срок ранее 280 дней. Хотя это вполне логичное замечание затрудняет вообще установку каких-либо границ, тем не менее Дедерлейн также считает желательным выработать общую единую точку зрения для дачи заключения по этому вопросу. Возможность рождения ребенка через 240 дней после последних регул он считает такой редкостью, руководствоваться которой в экспертизе и принимать в расчет не приходится.

Так обстоит дело с крайними низшими границами.

Что касается *границы продолжительности в сторону ее повышения выше 280 дней*, то и тут имеются колебания в наблюдениях. Выше мы указали уже на почти невероятную продолжительность беременности в 365 дней, наблюдавшуюся английскими авторами. Белентейн и Браун, собравшие 63 случая, где беременность продолжалась от 300 до 365 дней, утверждают, что перенашивание и перезрелость плодов в действительности имеют место, и подтверждением этого являются некоторые анатомические данные, как необыкновенные длина, вес и окостенение, и также легкая отделимость твердой мозговой оболочки. Диагностика переношенной беременности, по мнению указанных авторов, базируется на различных признаках, из коих ни один однако абсолютно не достоверен.

Вернее всего она может быть прослежена повторным бимануальным определением (внутренним двуручным исследованием) величины матки, начиная с третьего месяца беременности.

По наблюдению Опитца, продолжительность беременности теперь явно удлинилась. Гюсси также наблюдал, что срок продолжительности беременности неоднократно превышал 280 дней, чего раньше не приходилось наблюдать. Зейц полагает, что более чем на 25 дней беременность не может удлиниться, а Руте II, как и Гюсси, находит, что при живом ребенке беременность более 302 дней не продолжается. Лоурос и Мюллер на прослеженных ими в Дрезденской клинике 1843 родах наблюдали перенашивания свыше 274 дней (средняя нормальная продолжительность) в 111 случаях, а свыше 302 дней — в 42 случаях, причем в последних случаях беременные «переходили»

норму (274 дня) на весьма значительное время от 23 до 163 дней. В общем довольно значительны и процент, и срок «переходов».

Такое *разнообразие* цифровых данных о продолжительности человеческой беременности естественно затрудняет экспертизу. Поэтому необходим критический подход с учетом всего вышеизложенного, причем *ни в коем случае не следует базироваться на невероятно высоких и низких цифрах*, которые большинством авторов отклоняются. Наблюдения показывают, что плоды обычно умирают в утробе матери, если продолжительность беременности перешагнула 302 дня с момента зачатия, когда в интересах ребенка показано *искусственно* вызвать роды. В процессе экспертного анализа обстоятельств данного дела эксперт на должен упускать из виду этого фактора.

Здесь необходимо заметить, что эксперту в алиментном процессе нельзя не учитывать и значения социальных факторов на внутриутробное развитие плода, которое, правда, всеми признано, но относительно мало оценено. Характеризующий данное социальное положение весь комплекс житейских моментов не может не иметь влияния на продолжительность беременности. Пинар уже утверждал, что тяжелая физическая работа в последние месяцы беременности располагает к преждевременным родам, а отдых и упокой удлиняют беременность, а потому и разница в длине и весе новорожденного, обусловленная причинами социального характера, является; следствием различной продолжительности беременности. Исходя из этого положения Пеллер и Басс разработали материал Венской акушерской клиники за 1912—1913 гг. (мирное время) и 1920—1922 гг. (военное время) и рядом статистических таблиц доказывают зависимость продолжительности беременности от социального состояния, от состояния в так называемом законном браке или незаконном, от нахождения беременной до начала родов в условиях домашней обстановки или наемного труда, либо в доме матери и ребенка или в клинике в течение 2—4—6 недель. В связи со всеми этими условиями они определяют продолжительность, беременности от невероятной цифры 199 дней до 320 дней.

В целях всестороннего охвата вопроса необходимо еще остановиться на весьма важном в экспертизе «отцовства» моменте — на *взаимоотношении продолжительности беременности и степени зрелости*. Зрелость плода, как известно, не является точно определенной и отграниченной единой, постоянной величиной, а представляет всегда целый комплекс признаков, различных самих по себе и по времени своего появления. Яшке и Панков ясно указывают, что заключение «о зрелости» плода в биологическом смысле можно дать лишь после тщательного наблюдения в первые недели *после* родов. Поэтому «степень зрелости» сама по себе для эксперта является одним из всех тех обстоятельств, которые он призван учесть, но отнюдь не считать решающим. Лишь в совокупности со всеми остальными привходящими обстоятельствами «степень зрелости» должна содействовать убеждению судей в наличии или отсутствии «отцовства» в данном случае. Дедерлейн особенно и подчеркивает, что одной степенью зрелости плода эксперт не должен ограничиваться, и в своей экспертизе он должен принять во внимание наряду с ней и время последних регул, и отношение к ним момента зачатия, и развитие ребенка и пр. В противном случае участвятся невероятно краткие продолжительности беременности, необыкновенно развитые дети, пременструальные оплодотворения, — явления в общем до чрезвычайности редкие, и вместо с тем маловероятные, вкорне подрывающие доверие к заключениям экспертизы. Говоря *о зрелости* плода, мы вообще должны иметь в виду, что для ее установления необходимо *наличие совокупности всех ее признаков*, а не каждого в отдельности, причем *самое существенное значение имеет длина, а не вес*, который подвержен большим колебаниям, чем длина. Все остальные признаки зрелости, как об'ем головки, развитие ногтей, ушных хрящей, гениталий, волос, цвет кожи, *в сравнении с длиной* имеют второстепенное значение.

Конечно, без точных заслуживающих доверия цифровых данных измерений нет речи об определенном заключении.

Длина 50 см выше говорит за зрелый плод. У девочек достаточно 48—49 см. *Вес* в 3000 г и выше говорит за зрелость, если нет каких-либо аномалий (водянка). *Окружность головки и ширина плеч* имеют меньшее значение, чем длина, и лишь при отсутствии данных о последней они приобретают известную ценность.

Не всегда при установлении отцовства речь идет о доношенных плодах. *Суд требует ответа, какова была продолжительность данной беременности?*

Прежде всего ребенок должен быть жизнеспособен. При родах раньше 30 недель за малыми исключениями этого не бывает (Коккель). Самая низкая граница — 28 недель или 195 дней от последней менструации или 181 День после зачатия (Руге). Родившиеся до этого срока не остаются в живых.

Практически руководствоваться можно следующим:

Средняя длина и вес по месяцам

7	мес.	— 35	см	1500	г
8	»	— 40	»	2000	»
9	»	— 45	»	2500	»

10 » — 50 » 3000 »

Коккель дает следующую таблицу измерений:

Конец	7	мес.	— 36—37	см	1500—1750	г
	8	»	— 39—42	»	1500—2500	»
	9	»	— 44—47	»	1700—2700	»
	10	»	— 50—50,5	»	3250—	»

<i>Размеры головки</i>		<i>Окружность</i>	<i>Длина</i>	<i>Поперечник</i>
Конец	7 мес.	—	—	—
	8 »	—	9,1— 9,8	6,5—7,1
	9 »	26—32	8,5—10	7—8
	10 »	34,5	10,8—11,5	8,5—9,2

Ширина плеч

Конец	7 мес.	—
	8 »	8—9
	9 »	8—11
	10 »	12,5—13

Длина костей бедра

Длина пуповины

(Все эти величины в сантиметрах).

Конец	7 мес.	4,6	Конец	7 мес.	42—46
	8 »	4,8—5		8 »	46—47
	9 »	—		9 »	47—51
	10 »	9,4		10 »	47—55,5

Вес плаценты

Конец	7 мес.	375—450	г
	8 »	450—460	»
	9 »	460—480	»
	10 »	540	»

Из этих таблиц видно, что *длина* самая *постоянная* величина, остальные цифры — *колеблющиеся*.

Но у эксперта и судьи может возникнуть вопрос: *могут ли нормальной величины дети окантаться переносенными?* Необходимо признать, что в случаях с нормальными размерами теоретически возможна переносенность, практически же такое заключение всегда будет спорным.

Тем не менее нельзя пройти мимо чрезвычайно интересных наблюдений Цангемейстера, изучавшего варианты развития плода при одной определенной продолжительности беременности. В 388 случаях однойцевых двоен он обследовал разницу длины плодов. Получались разницы в 7 см. В литературе описаны случаи с разницей в длине до 13 см. Если поэтому, — говорит Цангемейстер, — при средней длине плодов двоен в 46 см возможна разница в длине до 30% при несомненно одинаковой продолжительности беременности и одинаковых условиях развития для обоих плодов, то можно допустить, что подобная разница возможна и при одноплодной беременности, хотя быть может и реже. Такого рода заключение он считает себя вправе сделать, так как при многоплодии плоды в матке столь же быстро растут, как одиночки, причем ограничение площади плаценты никакого влияния на рост не имеет. Если это так, если возможны такого рода варианты развития у одноплодных, то естественно, — говорит Цангемейстер, — считаться и с обратной возможностью, т.е. и со значительными вариантами продолжительности при одном и том же развитии, одной и той же величине, точнее длине. Однако при подобном подходе, при подобных умозаключениях дело экспертизы невероятно осложняется и ведет к тому, что все становится возможным, а это в свою очередь отнимает смысл у самой экспертизы.

Чтобы не впасть в ошибку, необходимо лишь твердо помнить, что резкую границу следует проводить между понятиями: «*зрелый*», «*незрелый*» и «*перезрелый*», — важнейшим показателем чего всегда является *длина* плода, и понятиями «*доношенный*», «*преждевременный*» и «*переносенный*»; последние связаны только с *продолжительностью* беременности.

При так называемых перезрелых детях, в общем довольно редком явлении в биологическом отношении, у экспертизы может возникнуть вопрос о переносенности, к чему в каждом отдельном случае приходится подходить строго критически. Всякое перенашивание отражается на *длине*, при учете которой каждый сантиметр приобретает существенное значение. Считаю уместным здесь обратить внимание на важность и *огромное значение точности и правильности измерений*, обычно

производимых усталой акушеркой, без точных предписаний и инструкций, причем каждая клиника мерит по-своему. Указываемые авторами измерения лично ими не производятся, а потом и данные их сомнительны.

В дополнение к сказанному замечу, что обычно при обсуждении вопроса о колебаниях продолжительности человеческой беременности принято ссылаться на это же биологическое явление в мире животных, где, как например, у лошади, в зависимости от расы колебания достигают 156 дней, у коровы, — 100 дней и т.д. Если определение этой продолжительности у животных, с одной стороны, правда, и отличается относительно большей точностью благодаря: 1) точно известному дню случки и 2) крайне ограниченному по времени сроку лопания фолликула, — то, с другой стороны, новорожденное животное обычно разве лишь только взвешивается, но никаким измерениям не подвергается, нет в отдельных случаях, и строго обозначенных признаков зрелости, а потому продолжительность беременности у животных и их колебания не могут приниматься в расчет без оговорок при выяснении этого вопроса у человека.

Не касаясь установления отцовства путем наследственно-биологического анализа *изогемоагломинации и дактилоскопии, серологического метода Цангемейстера*, о чем речь будет ниже, мы должны констатировать, что все вышеизложенное ярко и выпукло показывает, с какой глубиной научной мысли и серьезностью и тонкостью научного исследования приходится подходить судебно-медицинской экспертизе и суду к вопросу установления отцовства. Если справедливо и естественно, чтобы обязанности в отношении ребенка, независимо от того, в каком порядке он родился, несли виновники его появления на свет, нередко являющиеся злейшими его врагами, то долг эксперта — всемерно стремиться к уточнению процесса установления этого виновника, облегчив суду его задачу, и устранить вместе с этим уродливые бытовые явления, нередко имеющие трагические последствия.

Привлеченный к ответственности предполагаемый виновник обычно делал возражение и указывал на соучастие нескольких виновников, возражение, известное еще римскому праву под названием «*Excerptio plurium constupratorum*».

Наш кодекс 1918 г. в этих случаях считался лишь с фактом правонарушения и его последствиями и возлагал ответственность на всех сопричастных или заявивших себя сопричастными к факту половой жизни с истицей, на всех мужчин, которые по данным дела могли быть отцами. Считаясь с последствиями правонарушения, закон 1918 г. лишь стремился изыскать средства для матери. При так называемой *excerptio plurium* нередко попадали в отцы без вины виноватые приятели привлеченного, которого они наивно думали своим заведомо ложным показанием о соучастии выручить из беды, показанием, от которого, под угрозой статьи Уголовного кодекса, карающей за лжесвидетельство, они не могли уже после отказаться.

Новый Кодекс законов о браке, вступивший в силу с 1 января 1927 г., отменил этот порядок, и суд из числа привлеченных «отцов» останавливается лишь на одном.

7. Выводы

Суммируя вышеизложенное, можно сказать, что:

1. Субъективные данные анамнеза свидетельствуемых приобретают в судебно-медицинской экспертизе несомненную ценность при научно-критическом к ним подходе.
2. Словесные указания женщин о последней менструации или об однократном и единственном совокуплении следует весьма низко расценивать.
3. Совсем иначе обстоит дело для эксперта, когда женщина регулярно ведет *календарную* запись менструаций, или когда она представляет данные исследования опытного акушера за первое время беременности, когда она представляет своевременно записанную дату первых движений плода, совпадающую со своевременно записанной календарной записью последних регул и объективными данными исследования.
4. В экспертизе наличного срока беременности и продолжительности бывшей беременности при установлении «отцовства» менструальный цикл предпочтительнее исчислять не в неделях, а возможно точно *в днях*, принимая в расчет первый день ожидавшихся и ненаступивших регул.
5. Исчисление срока беременности со времени последней менструации, по Негеле, в экспертизе как трудовой, так в особенности судебно-медицинской неприемлимо.
6. Возможность появления менструации при наличии беременности на основании новейших научных работ о сущности менструации должна быть отклонена.
7. В экспертизе «отцовства» при определении продолжительности бывшей беременности, между прочим, не следует упустить использовать заслуживающие внимания результаты новейших научных исследований Огино и Кнауза при исчислении срока овуляции и момента зачатия.
8. Исчисление срока беременности с учетом анамнестических данных о менструации следует вести только в гармонической связи менструального цикла, срока овуляции и зачатия.
9. Данные свидетельствуемой о первом движении плода принадлежат к недостоверным признакам; известную ценность они приобретают лишь при сопоставлении их с данными о мен-

струации и вытекающими из них исчислениями срока овуляции и зачатия, равно конечно при их соответствии объективным данным.

10. Неопровержимых доказательств и статистических данных для принятия возможности рождения зрелых плодов после краткосрочной беременности в настоящее время не имеется.

11. Большое число известнейших акушеров-гинекологов допускает снижение нормы 280 дней до 250, и нет доказанных случаев рождения зрелого плода в срок менее 244 и даже 250 дней; с другой стороны, когда продолжительность беременности перешагнула 302 дня, плоды, как показывают наблюдения, обычно умирают в утробе матери.

12. Из признаков зрелости плода первенствующее значение имеет лишь его *длина*, что в интересах правильности заключения требует точности измерений.

13. Современные данные и достижения науки позволяют эксперту ориентироваться и дать до известной степени обоснованное заключение с указанием допускаемой возможности в данном конкретном случае.

В заключение нельзя конечно не признать, что значительно шагнувшая вперед в своих достижениях медицинская экспертиза «отцовства» в настоящее время все еще находится в пределах большей или меньшей степени вероятности.

ГЛАВА XX

Применение реакции изоагглютинации при разрешении вопроса о спорном отцовстве

Проф. Н. В. Попов и В. М. Смольянинов

Под именем агглютинации разумеется явление, когда микробы или другие клеточные элементы (кровяные тельца, сперматозоиды) в эмульсии при смешении с сывороткой склеиваются и образуются комочки. Для того чтобы эта реакция произошла, необходимо наличие двух компонентов — агглютинина и агглютиногена (рецептора).

Одним из типов меточной агглютинации под влиянием составных частей сыворотки является реакция гемоагглютинации, когда агглютинин находится в сыворотке крови одного человека или животного, а рецептор в красных кровяных тельцах (эритроцитах) другого человека.

В свое время при переливании крови от животного к человеку наблюдались осложнения, а часто и смерть человека в результате переливания. После того как было установлено, что смешение крови животных разных видов приводит к склеиванию эритроцитов (гетероагглютинация) и что это является естественной видовой реакцией, переливания крови от животного к человеку было оставлено, и перешли к переливанию крови от человека к человеку. Однако и здесь встретились в некоторых случаях такие же осложнения и смертельные исходы, как это было и раньше.

В результате изучения этого вопроса оказалось, что по реакции агглютинации возможно различать кровь разных людей (изогемоагглютинация, изоагглютинация).

Благодаря работам в первую очередь Ландштейнера, а затем и других авторов, было установлено, что по агглютинационным свойствам крови всех людей можно разделить на четыре основные группы.

Были предложены классификации с цифровыми обозначениями групп (Янский, Моос) и с формулами, отражающими физиологические особенности крови (Дунгерн-Гиршфельд, Ландштейнер).

Реакция изоагглютинации, как теперь твердо установлено, основана на существовании двух свойств эритроцитов (агглютиногенов), подверженных агглютинации. Они обозначаются большими латинскими буквами *A* и *B*. В сыворотках же встречаются агглютинирующие свойства (агглютинины), которые рассматриваются, как антитела и обозначаются греческими буквами α и β . Установлено что в сыворотке крови имеются агглютинины только чужой крови (чужого агглютиногена). Антител против собственных эритроцитов в крови не имеется. Соответственно этому могут быть следующие комбинации агглютининов и агглютиногенов: $O\alpha\beta$, $A\beta$, $B\alpha$, $AB\omega$. Здесь *O* обозначает отсутствие агглютиногена, ω — отсутствие агглютинина. Эти четыре формулы являются обозначениями четырех групп.

Агглютинация происходит в том случае, когда при смешении эритроцитов и выворотки встречаются однозначные антитела и антигены, т.е. A и α , B , и β .

Описанные свойства сыворотки и эритроцитов появляются не одновременно. Агглютиногены (свойства эритроцитов) обнаруживаются уже у 4—5-месячных плодов и даже раньше, агглютинины же сыворотки появляются значительно позже, и их образование заканчивается на втором году жизни.

Антигены A и B являются наследственными признаками. Наследование их происходит по законам Менделя. Это положение является общепринятым.

Существует (несколько теорий способа наследования групповых свойств крови (Дунгерн-Гиршфельда, Бернштейна, Фурухаты, Кольцова, Бауэра), из них наиболее распространены теории двух пар аллеломорфов Дунгерн-Гиршфельда и теория одной множественной аллеломорфы геттингенского математика Бернштейна. Последняя теперь окончательно подтверждена и может служить основанием для исключения отцовства.

По теории Бернштейна групповые свойства зависят от трех наследственных факторов: A , B и R . Первые два обуславливают наличие антигенов A и B , фактор же R является скрытым и в определяемых свойствах крови не открывается. Таким образом может быть шесть комбинаций наследственных факторов (генов), дающих четыре группы:

Комбинация генов	Соответствующая группа	При наследовании к ребенку один ген переходит от отца, другой от матери. Поэтому у ребенка не может быть любой группы, а его группа строго определяется группами родителей. Нетрудно выяснить, каковы могут быть дети при различных комбинациях. Например, при браке между родителями группы O ребенок, очевидно, может принадлежать только к группе O , так как и от отца и от матери он получает по гену R , не дающему внешнего группового признака в эритроцитах. Если один из родителей группы O , другой — группы A , то могут быть две наследственных комбинации: $RR \times AR$ и $RR \times AA$. В первом случае ребенок от одного родителя получает R , от другого либо A , либо R , и может иметь наследственную формулу A или R , т.е. принадлежать к группам A или O . Во втором случае от одного родителя ребенок получает только R , от другого только A , и группа его — только A , по наследственной формуле AR . Таким образом комбинация $O \times A$ дает детей групп O и A , но большая часть их группы A . И дальше нетрудно предвидеть, каковы должны быть дети из всех возможных комбинаций.
RR	$O\alpha\beta$	
AR	$A\alpha$	
AA		
BR	$B\beta$	
BB		
AB	$AB\omega$	

При наследовании к ребенку один ген переходит от отца, другой от матери. Поэтому у ребенка не может быть любой группы, а его группа строго определяется группами родителей. Нетрудно выяснить, каковы могут быть дети при различных комбинациях. Например, при браке между родителями группы O ребенок, очевидно, может принадлежать только к группе O , так как и от отца и от матери он получает по гену R , не дающему внешнего группового признака в эритроцитах. Если один из родителей группы O , другой — группы A , то могут быть две наследственных комбинации: $RR \times AR$ и $RR \times AA$. В первом случае ребенок от одного родителя получает R , от другого либо A , либо R , и может иметь наследственную формулу A или R , т.е. принадлежать к группам A или O . Во втором случае от одного родителя ребенок получает только R , от другого только A , и группа его — только A , по наследственной формуле AR . Таким образом комбинация $O \times A$ дает детей групп O и A , но большая часть их группы A . И дальше нетрудно предвидеть, каковы должны быть дети из всех возможных комбинаций.

Брачные комбинации	Группы детей по Бернштейну	Брачные комбинации	Группы детей по Бернштейну
$O \times O$	O	$A \times B$	O, A, B, AB
$O \times A$	O, A	$A \times AB$	A, B, AB
$O \times B$	O, B	$B \times B$	O, B
$O \times AB$	A, B	$B \times AB$	A, B, AB
$A \times A$	O, A	$AB \times AB$	A, B, AB

Из этой таблицы видно, что только брак $A \times B$ дает любую группу при других же браках возможность выявления групп у детей ограничена, что и является основанием для экспертизы отцовства.

Не трудно теперь вывести другую таблицу, по которой прямо можно заключить о том, кто *может* и кто *не может* быть отцом (см. табл. на стр. 113).

Таким образом из 14 комбинаций только в четырех нет исключаемых отцов. Эти четыре комбинации не уменьшают значения пробы, тем более, что две из них, в которых участвует группа матери AB , очень редко встречаются, так как только 5—7% населения принадлежит к гр. AB . Комбинации матери и ребенка с одновременным наличием групп O и AB , т.е. у матери группа O , а у ребенка — AB или наоборот, — невозможны, почему при наличии такого результата исследования возможно одно из двух: либо неправильное производство реакции, либо подмен ребенка.

Учение о группах крови имеет практическое применение в медицине еще и при переливании крови, пересадка органов и тканей, а в судебно-медицинской экспертизе также при индивидуальной диагностике кровяных пятен.

В последнее время метод исследования кровяных групп в алиментных делах приобретает все большее значение. В Германии он часто потребляется в судебно-медицинской практике. В Австрии в парламент было внесено предложение подвергнуть все старые дела об алиментах пересмотру на оснований учения о группах крови.

Группа матери	Группа ее ребенка	Какая группа должна быть у отца	Какая группа не может быть у отца
<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O, A, B</i>	<i>AB</i>
»	<i>A</i>	<i>A, AB</i>	<i>O, B</i>
»	<i>B</i>	<i>B, AB</i>	<i>O, A</i>
»	<i>AB</i>	—	—
<i>A</i>	<i>O</i>	<i>O, A, B</i>	<i>AB</i>
»	<i>A</i>	<i>O, A, B, AB</i>	—
»	<i>B</i>	<i>B, AB</i>	<i>O, A</i>
»	<i>AB</i>	<i>B, AB</i>	<i>O, A</i>
<i>B</i>	<i>O</i>	<i>O, A, B</i>	<i>AB</i>
»	<i>A</i>	<i>A, AB</i>	<i>O, B</i>
»	<i>B</i>	<i>O, A, B, AB</i>	—
»	<i>AB</i>	<i>A, AB</i>	<i>O, B</i>
<i>AB</i>	<i>O</i>	—	—
»	<i>A</i>	<i>O, A, B, AB</i>	—
»	<i>B</i>	<i>O, A, B, AB</i>	—
»	<i>AB</i>	<i>A, B, A</i>	<i>O</i>

Последним постановлением, определяющим применение реакции изоагглютинации при спорном отцовстве в судебной практике РСФСР, является инструктивное письмо ГКК Верховного суда РСФСР по алиментным делам, опубликованное в «Судебной практике» № 14 от 6 августа 1929 г. В этом письме указано, что экспертиза крови, не имея самостоятельного значения, может иметь «подсобное значение только в том случае, если выводы экспертизы подтверждаются другими установленными судом данными».

Ученый медицинский совет НКЗдрава РСФСР в своем заседании от 28 октября 1929 г. по вопросу о введении в судебно-медицинскую практику реакции изоагглютинации пришел к следующему заключению: 1) Реакцию изоагглютинации Ландштейнера считать допустимой в судебно-медицинской практике. 2) В настоящее время впредь до ознакомления всех судебно-медицинских работников с реакцией Ландштейнера ограничить ее применение в каждом отдельном случае с разрешения краевых или областных органов здравоохранения. 3) Ограничить применение указанной реакции лишь делами об исключении (а не об установлении) отцовства.

Необходимо внести определенную ясность в вопрос, что можно ожидать от групповой реакции крови в отношении спорного отцовства.

Реакция изогемоагглютинации имеет групповое, а не индивидуальное значение. С ее помощью можно только *исключать* отцовство предполагаемого лица в том случае, если его группа крови при сопоставлении с группами крови матери и ребенка не соответствует правилам наследования, приведенным в таблице.

При положительном результате эта реакция не имеет значения, т.е. нельзя утверждать на основании ее, что именно данный мужчина является отцом ребенка, так как любой другой мужчина, имеющий ту же группу крови, может быть отцом этого ребенка.

Германское законодательство в алиментных делах по отношению к экспертизе группового исследования крови ставит вопрос с такой формулировкой: «Действительно ли невозможно, чтобы данный мужчина мог произвести данного ребенка?».

Реакция изогемоагглютинации в целях исключения отцовства производится по предложению органов расследования и суда. Кровь для исследования должна быть взята у матери, ребенка и предполагаемого отца судебно-медицинским экспертом данного района, города и пр. Действуя на основании имеющейся у него инструкции, эксперт пересылает кровь для исследования в соответствующую судебно-медицинскую лабораторию: краевую, областную или в Центральный институт судебной медицины НКЗдрава.

При экспертизе крови в целях исключения отцовства следует стремиться к безусловной точности определения, поэтому необходимо употреблять двойной метод установления групп крови (по сыворотке и эритроцитам) и пользоваться методикой, предложенной Шиффом (реакция в пробирках).

В последние годы Ландштейнером и Левином, открыты новые индивидуальные свойства крови в эритроцитах — *M* и *N*. Они выявляются при помощи агглютинации, но готовых агглютининов в сыворотках крови других людей для выявления этих свойств не имеется. Поэтому такие агглютинины получают из кроличьей сыворотки путем предварительной обработки кролика впрыскиванием ему человеческих эритроцитов *M* или *N* (иммунизации кролика). Полученные аг-

глютенины называются анти- M и анти- N . При наличии свойств M и N все люди делятся на три типа: M , N и MN . Людей с отсутствием и M и N не обнаружено. Свойства M и N находятся у людей и распределяются совершенно независимо от A и B . Они тоже являются строго наследственными субстанциями, причем каждому из них соответствует свой ген, почему наследование их проще, чем наследование A и B . Наследственные формулы их можно, не вдаваясь в детали генетики, обозначить формулами MM , NN и MN . Ребенок от каждого из родителей получает по одному из двух генов. Отсюда легко предвидеть возможные комбинации: брак $M \times M$, т.е. комбинация $MM \times MM$, дает детей только MM . Брак $M \times N$, т.е. комбинация $MM \times NN$, может дать детей только MN . Таким образом здесь соотношения наследования несколько иные и более простые, чем у A и B .

Таблица наследования такова:

Брачные комбинации	Типы детей
$M \times M$	M
$N \times N$	N
$M \times N$	MN
$MN \times M$	M, MN
$MN \times N$	N, MN
$MN \times MN$	M, N, MN

Как видно, здесь наследование более ограничено; при составлении таблицы для исключения отцовства (опять-таки не установления) получаем:

Тип матери	Тип ее ребенка	Какой тип должен быть у отца	Какой тип не может быть у отца
M	M	M, MN	N
»	N	—	—
»	MN	N, MN	M
N	M	—	—
»	N	N, MN	M
»	MN	M, MN	N
MN	M	M, MN	N
»	N	N, MN	M
»	MN	M, N, MN	—

Здесь также имеются две невозможные комбинации: мать M не может дать ребенка N ни при каком отце, а мать N не дает ребенка M , что ясно видно из сопоставления формул: $MM \times NN$ — только MN , а $MM \times MN$ — либо MM , либо MN . В таких случаях тоже приходится думать или об ошибке при определении типа, либо о подмене ребенка.

В результате этих двух категорий индивидуальных наследственных признаков крови возможно довольно частое исключение неправильно указываемых отцов. В Германии, где обе реакции широко употребляются, эта возможность по обоим пробам определяется в 19%. У нас применение пробы на M и N никакими правилами не регламентировано, и сама реакция, как требующая довольно сложной подготовки, производится только единичными лабораториями (Москва, Харьков, Ленинград). Во всяком случае сперва надо производить пробу по A и B и только в случае неудачи ее, при возможности, — пробу на M и N .

В самое последнее время для целей исключения отцовства предложены различия в группах A , так называемые подгруппы A_1 и A_2 , A_1B и A_2B . Но пока их еще нельзя применять для судебных целей, тем более, что и характер самих различий окончательно не выяснен.

Теоретически на основании этих реакций можно было бы производить и экспертизу материнства, в случаях похищения или подмены ребенка. Практически же это почти невозможно, так как для этой экспертизы должен быть точно известен отец ребенка, чего обычно в подобных делах не бывает. Если имеются две родительских пары, оспаривающих ребенка, то тогда по группам иногда можно решить вопрос о том, от какой пары происходит ребенок. Но опять-таки должно быть совершенно несомненно, что у каждой матери только один указываемый мужчина мог быть отцом ребенка. Если отцы вообще не фигурируют в деле или сомнительны, то ответ можно дать только в тех редких случаях, когда возможность происхождения ребенка от данной женщины исключается независимо от отца (ребенок AB от матери O , ребенок O от матери AB , ребенок N от матери M и ребенок M от матери N).

Серологический метод определения отцовства и материнства по Цангемейстеру

Е. Е. Розенблюм

В июле 1929 г. известный недавно умерший ученый проф. Цангемейстер доложил Северо-германскому гинекологическому обществу о своем методе определения «отцовства» и «материнства».

Принцип, из которого исходит Цангемейстер, заключается в том, что мать и дитя представляют собой два отдельных, индивидуально чуждых организма. Многочисленные исследования, начиная от открытых Гальбаном в сыворотке изоагглютининов и кончая реакциями Абдергальдена и Зельгейма, показали, что мать и дитя, не взирая на весьма тесную биологическую связь, в серологическом отношении (т.е. по свойствам их сывороток) являются разными индивидами. Очень возможно, что это индивидуальное отличие зависит от свойств белка того и другого организма. Мы ведь знаем, что организм на парэнтеральное введение (т.е. помимо, желудочно-кишечного тракта) чуждого ему белка реагирует образованием антител, доказать которые возможно при помощи преципитиновой реакции. А если между матерью и ребенком действительно отмечается серологическое отличие, базирующееся на разнице белков, то можно допустить, что *во время беременности* образуются антитела, для доказательства которых наши современные методы недостаточно точны. Допуская взаимную иммунизацию матери и плода во время беременности, Цангемейстер доискивался серологически это доказать. После тщательных, продолжительных экспериментов при помощи особой аппаратуры он нашел, что смесь в известной пропорций сыворотки матери и плода реагирует специфически. При дальнейших экспериментах им был установлен поразительный факт, что та же реакция получается, когда смешивается детская и отцовская сыворотки.

С иммуно-биологической точки зрения этот факт поддается об'яснению, лишь если допустить возможность внутриматочного перехода иммунных веществ на плод, тех иммунных веществ, которые материнский организм вырабатывает, реагируя таким образом против белка отцовской спермы. Подобного рода предположение вполне допустимо согласно известным данным об антиспермальных антителах, вырабатываемых материнским организмом (Левицкий).

Метод Цангемейстера, разработанный при ближайшем участии Кенигсбергского физика проф. Ганса, *основан на изменении мутности сыворотки, когда она представляет родственную смесь, и на ее устойчивости в обратном случае.*

Исследовать и установить изменчивость мутности можно только очень тонкими физическими методами: 1) ступенчатым фотометром Цейса (суб'ективный метод) и 2) ультрамикроскопом (фотографический метод).

Последний метод разработан с тем, чтобы исключить суб'ективное влияние, которому подвержена оценка степени помутнения сыворотки, когда смесь рассматривается в фотометре простым глазом. Совместно с Виггером Цангемейстеру удалось устранить это при помощи ультрамикроскопа; последний дает возможность получать ряд серий фотографических снимков, которые сравниваются с одновременно фотографируемой контрольной смесью, остающейся неизменной. Эта реакция, испытанная не только на смеси сыворотки ребенка и отца, и ребенка и матери, но и на сыворотках разных животных, оказалось у человека, пока по крайней мере в высокой степени специфичной, а потому Цангемейстер нашел возможным применить ее для установления отцовства. Нельзя не обратить внимания, что *на положительный результат реакции возраст ребенка не влияет.* Реакция протекает одинаково энергично и резко независимо от того, взята ли сыворотка новорожденного или взрослого ребенка.

Сам Цангемейстер к моменту сделанного им впервые сообщения давал заключение на суде лишь в одном случае, в котором он при помощи своего метода отклонил отцовство. Он признает, что метод нуждается в дальнейших исследованиях, которые после его смерти продолжаются.

Не вдаваясь в подробности и в обсуждение по существу окончательно не выясненной сущности основного положения Цангемейстера, именно, что реакция действительно является следствием иммунизации во время беременности, можно признать, что метод этот заслуживает внимания. Число опубликованных исследовательских работ еще не достаточно велико, чтобы в окончательной форме судить о возможности ее широкого применения. Для проверки этой новой реак-

ции требуется точное знание методики, так как источники ошибок, несмотря на кажущуюся простоту, по мнению работавших с ней, имеются. Лишь после безупречно проведенных проверочных экспериментов можно будет до аналогии с изоагглютинацией окончательно судить о ее значении и практической пригодности.

ГЛАВА XXII

Дактилоскопия и другие морфологические признаки

В. М. Смольянинов

Дактилоскопия как метод регистрации имеет значительную давность. Но в начале текущего столетия Чевидалли (1908 г.) указал на возможность использования дактилоскопии в качестве вспомогательного средства при установлении отцовства. В последние годы появился ряд работ по этому вопросу, произведены исследования о наследственной передаче тактильных узоров и данные этих исследований некоторыми авторами применены практически.

Вопрос о наследовании сосочковых узоров на пальцах рук не нов. Еще Гальтон занимался этой проблемой и сделал вывод, что бывает наследственная передача папиллярных узоров. В свое время это его положение встретило у одних авторов оговорки, возражения, у других — прямое отрицание (Чевидалли, Фордио, Сене, Стокис). Гейндль отмечает, что в этом вопросе многие часто не проводят грани между идентичностью (тождеством) и сходством сосочковых линий у предков и потомков, у братьев и сестер. Он также указывает, что не может иметь места идентичность или такое исключительное сходство, чтобы нельзя было отличить по пальцевым узорам родственных субъектов друг от друга, и по его мнению, если Некке и Боас утверждают существование наследственной идентичности сосочковых узоров, то они не имеют для этого оснований.

Нам кажется, что путь отыскивания идентичности или сходства тактильных узоров при изучении вопроса об их наследовании не может идти так, как его многие авторы избирали, а именно: судили о наличии или отсутствии родственной близости путем сличения пальцевых узоров и обнаружения между ними чисто внешнего сходства или различия.

Вполне справедливо замечание Семеновского, что, с одной стороны, повторяемость типов узоров может привести к установлению внешнего сходства сосочковых узоров у лиц, совершенно не родственных друг другу. С другой же стороны, несомненно, существующая индивидуализация папиллярных узоров может дать их несходство и тем самым как бы исключить родство исследуемых лиц.

Семеновский в своей работе поставил целью проследить пути наследственного развития сосочковых узоров и утверждает, что предложенный им метод позволяет в некоторых случаях «говорить с большой долей вероятности о том, что два или несколько рассматриваемых узоров развиваются из одного зачатка».

Материалом для изучения он взял пальцевые узоры однойцевых близнецов, полагая, что у них при развитии из одного правильно разделившегося яйца как все органы, так в частности и папиллярные узоры развиваются из одного зачатка.

Изготавливая увеличенные фотографические снимки, оттисков пальцевых узоров этих близнецов и исследуя их со стороны типа и вида узоров, количества, расположения и характерных особенностей сосочковых линий (их начало, конец, слияние и пр.), Семеновский нашел возможным установить у близнецов четыре типа узоров по степени их сходства: первый тип — пальцевые узоры исключительно сходны по типу строения, направлению и изгибу сосочковых линий и по деталям строения этих линий; второй — узоры представляют сходство в деталях строения некоторых аналогичных линий, хотя и существует некоторое внешнее различие этих узоров; третий — папиллярные узоры внешне различны и имеют крайне малое количество аналогичных линий; четвертый — узоры удивительно сходны по типу строения, но количество, аналогичных линий незначительно.

Эти данные указанный автор считает возможным использовать при изучении наследственной передачи пальцевых узоров. Исследуя в этом направлении, он находил один-два узора первого типа, переданные ребенку от отца или от матери так же редко он встречал передачу узоров второго типа. Большая же часть указанных типов передавалась от бабок или дедов. Относительно же остальных

типов узоров он пришел к выводу, что невозможно с уверенностью говорить, от кого именно из родителей или деда, бабушки они произошли.

Бонневи, применяя биометрический метод исследования пальцевых отпечатков у кровных родственников, нашла, что чем ближе родство, тем узоры сосочковых линий более сходны по типу, форме, количеству линий и другим признакам. Левен в своей работе по изучению папиллярных узоров у однойяцевых близнецов пришел к выводу, что эти узоры у них различны.

Сальков, занимаясь вопросом применения дактилоскопии для установления родственного сходства, отметил, что обычное применение дактилоскопии как способа регистрации резко отличается от методики изучения пальцевых оттисков для исследования родства. Здесь должно быть обращено внимание на массу деталей сосочкового узора пальцев, как например, на форму строения узора (высоко или плоско изогнутые дугообразные линии); характер наклона линий петлевого узора и типа промежутков между этими линиями, особенности кругового узора (правильные круги, концентрические спирали, эллиптическая форма узора); подсчет папиллярных линий не только на мизинцевых петлевых узорах (между центром и дельтой), но и на круговых (между центром и обеими дельтами); различие (или сходство) папиллярных линий по их толщине; ветвистость и прочие детали. В результате своей работы по установлению родственного сходства с помощью дактилоскопии Сальков, исследовав 92 семейства — 92 отцов, 92 матерей, 76 мальчиков и 98 девочек (в возрасте 1—5 лет), помимо других выводов констатировал: сходство сосочковых узоров у родных братьев и сестер тем больше, чем меньше разница в их возрасте; по пальцевым оттискам можно установить родственное сходство приблизительно в 10—15%; нет оснований для отрицания наследования сходственных признаков пальцевых узоров, и потому дактилоскопия при определении родственного сходства должна занять свое законное место. Сальков не только теоретически изучал этот вопрос, но и практически применял (в Ленинграде) дактилоскопию для установления отцовства, придавая в этом случае дактилоскопии не самостоятельное значение, а только как одному из признаков в ряде других, подтверждающих родственное сходство.

Из изложенного видно, что необходимо уделить большое внимание изучению правил наследования пальцевых узоров, выработать методику исследования этих узоров и только после подведения строго научной базы ставить вопрос о введении дактилоскопии в судебно-медицинскую практику в качестве одного из способов установления отцовства, поручая указанную экспертизу опытным специалистам в этой области.

Неоднократно делались попытки применить для точного установления (даже не исключения) отцовства различного рода внешние морфологические признаки, каковы например: цвет глаз и волос, направление волос на голове, форма носа, бровей, особенности ушных раковин и др. Составлены целые таблицы, по которым производились продолжительные и подробные исследования матери, ребенка и предполагаемых отцов, и на основании полученных измерений и описательных признаков, давались более или менее определенные ответы о принадлежности ребенка. Нужно определенно сказать, что подобного рода экспертизы еще не имеют под собой достаточных научных данных и не должны производиться. Конечно, не подлежит сомнению, что во многих случаях ребенок настолько разительно похож на одного из своих родителей, что принадлежность его установить не трудно. Но при этом надо иметь в виду, что подобного рода сходство выявляется только по прошествии нескольких лет жизни ребенка, а экспертиза нужна бывает чаще всего именно в ранние месяцы жизни ребенка, когда внешнее сходство бывает очень обманчиво. Не надо забывать, что многие внешние признаки меняются у детей в течение первых лет жизни: цвет волос, форма носа и других частей тела, взаимная их величина.

Использование отдельных стойких признаков, каковы — цвет глаз, строение ушной раковины, направление волос на голове, — возможно только в том случае, если эти признаки хорошо и точно генетически изучены, т.е. точно известно, по каким наследственным формулам они передаются, как это известно, например, в отношении групповых свойств крови (гл. XX). Но приходится констатировать, что до сего времени прилично изучен только способ наследования цвета глаз (Филиппченко), причем оказалось, что формулы наследования цвета глаз довольно сложны. Однако упрощая выводы Филиппченко, можно разделить все окраски глаз в отношении наследования на две группы: светлую, и темную. Светлую группу входят глаза только чисто голубого цвета, в темную, — все остальные (серые, зеленые, карие и пр.). Комбинация двух светлоглазых родителей может дать только светлоглазое же потомство. Если у матери с голубыми глазами ребенок имеет глаза серые, карие или зеленые, то отец его тоже должен иметь одни из темных цветов глаз, но не светлый (голубой). Наоборот, комбинации светлоглазого родителя с темноглазым или темноглазого

с темноглазым же может давать потомство с любой — темной или светлой — окраской глаз. Филиппченко устанавливает для этих комбинаций способы наследования и процентные соотношения, но они для экспертизы отцовства не имеют значения.

Как видно, и здесь мы имеем дело не с установлением, а с исключением отцовства, которое к тому же можно провести чрезвычайно редко, так как голубой цвет радужных оболочек среди населения нашего Союза встречается не особенно часто и больше среди северных народностей.

Другие признаки вообще недостаточно изучены, чтобы могли быть применены для экспертизы принадлежности ребенка, почему и не должны быть применяемы для этой цели.

**ОЦЕНКА ПОЛОВОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМ
ОТНОШЕНИИ**

ГЛАВА XXIII

**Судебно-медицинская экспертиза утраты трудоспособности при
акушерско-гинекологических заболеваниях**

Е. Е. Розенблюм

Вопросы установления характера и степени утраты трудоспособности разрешаются: а) во врачебно-трудовых экспертных комиссиях, ныне находящихся в ведении органов социального страхования, б) в судебно-медицинских комиссиях по трудовым делам, по заданиям судебных органов, и в) в Госстрахе по индивидуальному страхованию.

Вопросы советской социально-страховой трудовой экспертизы на протяжении всего послереволюционного периода и до сего дня в процессе разработки теории и практики этой работы претерпели ряд коренных изменений как технического, так и методологического свойства и, в зависимости от требований данного политико-экономического этапа народнохозяйственной жизни страны, последовательно менялся и фон самой работы. В судебно-медицинской же экспертизе, этой огромной и ответственной отрасли повседневной работы следствия, суда и эксперта, мы этого не видим. Даже больше! Нет об этой экспертизе положения, которое точно формулировало бы ее задачи, круг ее работы, контингент подлежащих ее ведению объектов освидетельствования, определило бы самую структуру комиссии; нет никаких инструктивных указаний по методике и технике работы, нередко резко отличной от работы в социально-страховой экспертизе; нет указаний, которые были бы руководящими для широкой массы судебно-медицинских экспертов, работающих на периферии. А все это тем более необходимо, что на протяжении всего послереволюционного периода, в связи с советским законодательством о труде и на ряду с особенностями нашего социального страхования назрел ряд существенных вопросов. Здесь не место обсуждать эти вопросы¹, и в своем изложении руководящих научно *практических* положений гинекологической экспертизы я буду исходить в основном из положений, которые мною изложены были в моей работе «Врачебно-трудовая экспертиза в гинекологии», с учетом, конечно, особенностей, присущих в настоящее время трудовой судебно-медицинской экспертизе.

Как и тогда, мы теперь и тут не можем не констатировать, что отведенная гинекологу *роль* в трудовой экспертизе вызывает критическое к себе отношение и порождает недоуменные вопросы. Так, гинеколог привлекается лишь «по мере надобности», или как бы «по усмотрению» самой свидетельствуемой, т.е. буде юна заявит или не заявит желанья свидетельствоваться, как будто в экспертизе лишь суб'ективные жалобы решают вопрос о необходимости привлечения того или другого специалиста. Это несомненно является прямым следствием, к сожалению, существующего, но безусловно недопустимого взгляда, неправильного и узкого взгляда на врача-эксперта как на «*органо-специалиста*», «*органо-эксперта*», когда за органами перестают видеть живую и сложную их связь у человека, всю его организацию как в физиологическом, так и в патологическом состоянии. Если это недопустимо в клинике, то в той же мере это недопустимо и в экспертизе. Этот ограниченный и отсталый взгляд на эксперта должен быть окончательно изжит, так как такого рода подход к экспертизе обесценивает ее качество, а следовательно и обоснованность заключения. Казалось бы, поскольку определение потери трудоспособности должно базироваться на определении состояния *всех* органов и функций свидетельствуемого, т.е. *всего организма*, следует привыкнуть к простой истине и *иметь всегда в виду всего человека* и притом не только в медицинском, но и в профессиональном и социально-бытовом отношениях. Если учесть взаимоотношения между органами человеческого организма вообще и в частности между заболеваниями женской половой сферы, генеративной функцией и пр. и расстройством со стороны отдельных органов и систем женского организма, то все сказанное приложимо при даче заключения о трудоспособности жен-

¹ См. Е. Е. Розенблюм. Судебно-медицинская экспертиза по трудовым делам. Сборник «Судебная медицина и пограничные области» № 1, 1934.

щин. Все это определяет место и значение гинекологической экспертизы при определении женской трудоспособности, *место и роль* гинеколога как *далеко не случайного участника* правильно и научно поставленной экспертизы вообще.

К сожалению, эта азбучная истина еще не усвоена. Поэтому на вопрос, кто из женщин, подвергающихся судебно-медицинской трудовой экспертизе, подлежит освидетельствованию гинекологом, — мы отвечаем: к гинекологу должны быть направлены *все* женщины и уже дело компетенции гинеколога и его опытности, как эксперта с *широким экспертно-медицинским мышлением* (таким, а не «органом-экспертом») должен быть эксперт любой специальности), решить, кого свидетельствовать, кого нет. Совершенно неважно, имеются ли соответствующие жалобы или нет, так как на подобной «базе» строить работу экспертизы грубо неправильно, в особенности, если принять во внимание хотя бы нередкие целевые установки свидетельствуемых с сопровождающими их *симуляцией*», «*диссимуляцией*» и «*аггравацией*».

Мне нередко приходилось констатировать значительных размеров фибромиомы, полные проляпсы и даже начинающиеся раки (подтвержденные биопсией), когда свидетельствуемые гинекологических жалоб не заявляли или даже больше — упорно отказывались от осмотра! Для необходимости гинекологического осмотра сплошь и рядом имеются руководящие указания уже в анамнезе, которому мы и в работе экспертизы придаем огромное значение, как это видно будет ниже. Если из расспроса выясняется, что у свидетельствуемой имеется бесплодие или наоборот обильная родовая деятельность, патологические беременности и роды с послеродовыми заболеваниями, частые аборт, неправильности менструаций в виде олигоменореи (скудные менструации), опсоменореи (через 5—6 недель) или полной аменореи (отсутствие менструации), ранний климакс, либо отмечаются в прошлом серьезные оперативные пособия и т.д., то эти обстоятельства являются уже поводом к осмотру, хотя бы никаких жалоб местного характера пред'явлено не было.

Помимо этого надлежит руководствоваться и следующими соображениями: исходя из 1) того: 1) что возраст от 20 до 40 лет дает 93% всех рождающихся детей, и потому наиболее раним, 2) что этот возраст представляет главный контингент занятых производственным трудом женщин, 3) что и по статистическим данным у женщин в возрасте от 30 до 40 лет гинекологические заболевания как этиологический момент нетрудоспособности высших степеней относительно выше, чем, у остальных, — следует полагать, что возраст свидетельствуемых от 20 до 50 лет является научно-обоснованным мотивом к направлению и осмотру на предмет экспертизы.

Далее, полагая, что всякое направление к эксперту-гинекологу при отсутствии жалоб со стороны свидетельствуемой, как и самый осмотр, в этих случаях должны и могут быть мотивированы опять-таки лишь теми или другими научными соображениями, следует в интересах установления мотивированной целесообразности обязательного гинекологического осмотра учитывать еще и следующий момент: поскольку инвалидность выявляет вредное влияние профессиональной деятельности, постольку и *вредные профессии* и интересующее нас вопросы изучения взаимоотношений профвредностей с женской заболеваемостью и инвалидностью могут служить мотивом к гинекологическому осмотру. В общем же только вдумчивое и серьезное отношение к своей экспертной работе в нужных случаях подскажет гинекологу необходимость осмотра там, где профану такой осмотр покажется излишним, если свидетельствуемая почему-либо наотрез отказывается.

Анамнез

В экспертизе женской инвалидности особо важное значение приобретает гинекологический анамнез. Пусть значение гинекологических заболеваний как основного этиологического момента высоких степеней нетрудоспособности само до себе численно мало¹, пусть даже данные гинекологического анамнеза и об'ективного исследования характеризуют свидетельствуемую как гинекологически трудоспособную, но уже эти тщательно и умело собранные данные сами по себе чрезвычайно ценны для полноты клинической картины, а следовательно и для научно-вещного заключения прочих экспертов в отдельности и всей комиссии в целом. Часто пополняя то, чего не может дать об'ективное исследование, полно собранный гинекологический анамнез необходим не только гинекологу, но представляет интерес и для остальных экспертов. *Основные вопросы анамнеза, касающиеся менструаций, родовой деятельности, климактерия половой жизни, выделений и пр. должны быть всесторонне выяснены и найти свое место в акте освидетельствования.*

¹ По прошедшему через мои руки экспертному материалу в Московском бюро врачебной экспертизы и по моим личным записям: по I гр. (100% нуждающихся в постороннем уходе) — 0,28%, по II гр. (70—100%) — 0,7%, по III гр. (50%—69%) — 2,1%.

Значение нормальной и патологической менструации хотя всеми и осознано, но фактически уделяется недостаточно мало внимания ее связи, с нормальной функцией всего женского организма (аменореи, олигоменореи, ранний климакс и пр.).

По аналогии с менструациями также важно регистрировать точно в акте беременности нормальные и патологические послеродовые заболевания и выкидыши. Помимо связи беременности с общими заболеваниями остальных органов и систем беременность сама по себе, по выражению Бумма, нередко является «пробным камнем», соприкосновение с которым не для всякой женщины проходит без ущерба (токсикозы во всех их разновидностях). Точное обозначение количества беременностей и родов также важно, так как частые беременности и кормление, ослабляя организм женщины, нередко уменьшают ценность ее профессионального труда. У женщин, проделавших даже несколько беременностей и родов, в настоящее время наблюдается относительно раннее развитие гипертонии, подчас уже в начале четвертого десятка лет, причину которой усматривают в изношенности сосудистой системы, а Паль полагает, что здесь имеют значение расстройства функции желез внутренней секреции, особенно изменения структуры яичников. Что касается родов, то еще Шарко признал роды за «провоцирующий фактор», способствующий проявлению расстройств нервной системы.

Особо отмечаются выкидыши, и искусственные в частности. Последние как операции принадлежат, несомненно, к числу разрушительных, так как сопровождаются травматизмом не только местного, но и общего характера, из-за нарушения эндокринного равновесия в организме и взаимоотношений гормональной системы матери с гормональной системой плода. Этот травматизм, ныне столь повседневный, неизбежен, и по мере частоты абортов у данной женщины он возрастает, а потому и возможные последствия должны быть учтены экспертом.

Что касается климактерия, то эта чрезвычайно важная биологическая фаза жизни женщины, связанная с угасанием функции яичников, мимо которой вдумчивый эксперт не проходит, должна быть учтена особо. Значение этой фазы жизни женщины в биологии ее организма чрезвычайно велико и нет необходимости это доказывать. Скажу лишь, что помимо наблюдаемых сердечно-сосудистых изменений (Ягич, Штрассман) особенно ранима в это время нервнo-психическая сфера (инволюционная истерия, климактерический психоз и др.).

Возраст между 40—50 годами бесспорно характеризуется у женщин значительным процентом психозов, число которых после 60 лет заметно падает. Кроме того в период климактерия обычно рецидивируют бывшие до него психозы.

Наконец укажу по поводу анамнеза еще на то, что у нас, к сожалению, мало уделяется внимания сексуальной жизни женщины. Чрезвычайную важность выяснения этого момента в анамнезе в свое время подчеркивал еще В. Ф. Снегирев, а в настоящее время этот вопрос благодаря блестящим работам Магнуса Гиршфельда, Молля, Ван-де Вельде и других всесторонне освещается и стал предметом специальных исследований.

Уже один этот беглый перечень вопросов показывает, сколь важен для экспертизы женской трудоспособности хотя бы уже один умело и полно собранный анамнез в каждом отдельном случае.

Общие соображения по поводу экспертизы трудоспособности

Наряду с данными анамнеза в акте обстоятельно излагается объективное состояние половой сферы женщин (так называемый *гинекологический статус*) с Исчерпывающим описанием состояния органов малого таза и вытекающей из них диагностики. Прежде чем перейти к квалификации работоспособности при гинекологических заболеваниях, следует Несколько подробно остановиться на Некоторых необходимых предварительных сведениях и понятиях *«общего»* характера. - Понятие *«болезнь»* не исчерпывается в экспертизе единственно только медицинским значением этого слова, а включает и те последствия, которые данное болезненное состояние естественно за собой влечет: эксперту необходимо решать, имеется ли действительно в данный момент такое ненормальное состояние, которое необходимо требует ухода, либо вызывает временную и стойкую потерю трудоспособности, либо не мешает продолжению работы.

Понятие *«инвалидность»* в советском толковании этого слова рассматривается не как потеря человеческим организмом какой-либо части своей ценности, а включает *три* нераздельных компонента: 1) *физиологический*, т.е. устанавливается физическое состояние организма и констатируются его изменения, 2) *профессиональный*, т.е. сопоставляется состояние с положением данного свидетельствуемого в производственном процессе, другими словами, с его профессией, со степенью квалифицированности его труда, выясняется и устанавливается, насколько и в какой форме сможет выразиться его участие в производственном процессе, 3) *социально-экономический и бытовой*, т.е. вывод из первого и второго ставится в связи со всей социально-экономической и бытовой обстановкой, в которой пребывает свидетельствуемый. Отсюда вытекает вся многогранность советского понятия «инвалидность» и несостоятельность его определения до революции у нас, а в Западной Европе и посейчас¹.

Понятие *«стойкой»* дается инвалидности не тогда только, когда восстановление трудоспособности невозможно, но гораздо чаще в тех случаях, когда нетрудоспособность не может быть,

¹ Подробнее об этом — см. Е. Е. Розенблум. Судебно-медицинская экспертиза по трудовым делам (Вопросы теории и практики). Сборник «Судебная медицина и пограничные области», 1934, № 1.

устранена в определенный поддающийся уточнению срок. В противном случае мы отнюдь не говорим об инвалидности, а о *временной* нетрудоспособности.

В судебно-медицинской трудовой экспертизе обычно устанавливается отдельно степень потери трудоспособности как *общей*, так и специально в области несомой свидетельствуемой профессии — *профессиональной*.

В области «*травматической*» нетрудоспособности качество экспертизы в значительной степени зависит от полноты и качества данных, зафиксированных у потерпевшего врачом *при подаче первой помощи, а также и от того, насколько несчастный случай представлен полно и наглядно лечебным учреждением за период лечения увечного или заболевшего.*

При определении *степени* потери трудоспособности после несчастного случая ранее бывшая трудоспособность признается всегда равной 100, хотя бы свидетельствуемый и не был до этого вполне трудоспособным.

Для решения вопроса о *причинной зависимости* между несчастным случаем и болезнью всегда необходимо основательное ознакомление с характером повреждения, его механизмом, интенсивностью, локализацией и обстоятельствами самого происшествия. Тут приобретает важное значение подробный опрос свидетельствуемого о состоянии его здоровья *до увечья, тотчас после увечья*, равно и о наследственности. При установлении причинной связи *вовсе не необходимо, чтобы* полученное от несчастного случая повреждение было единственной, исключительной причиной ослабления или утраты трудоспособности. Достаточно, если оно является *одной из причин*, нарушивших трудоспособность потерпевшего.

Во многих случаях в силу тех или других обстоятельств (несовершенство диагностики и не выясненная точно этиология болезней, неосведомленность о состоянии здоровья свидетельствуемого в прошлом) причинная связь может быть установлена лишь *с известной вероятностью*.

В практике судебно-медицинской трудовой экспертизы немалый *контингент свидетельствуемых* состоит из женщин, ищущих пособия на содержание с покинувших их после более или менее продолжительной совместной жизни мужей. Здесь для признания причинной связи требуется лишь установить, что констатируемые и вызвавшие известную потерю трудоспособности болезненные процессы действительно возникли лишь *в период совместной жизни* с ответчиком.

Тут вопрос обычно сводится к последствиям бывших родов, выкидышей, инфекций (гонорея, сифилис и пр.)¹.

В экспертизе «*травматической*» нетрудоспособности эксперту нередко приходится разрешить вопрос о наличии *ухудшения* ранее существовавших болезней. Фейльхенфельд признает ухудшение, под влиянием несчастного случая: 1) если существовавшая до несчастного случая болезнь приняла новую, более тяжелую форму, 2) если имеющийся болезненный процесс распространился дальше, или к существующей болезни присоединилось свойственное ей или необычное осложнение ее, или наконец, 3) если ускоряется течение болезни или смертельный исход наступил быстрее, чем этого можно было вообще ожидать.

При переосвидетельствованиях травмированных эксперту приходится учитывать «*функциональное приспособление*» и «*привыкание*» (понятия по существу тождественные), что является поводом к понижению степени утраты трудоспособности и следовательно к уменьшению пенсии. Однако было бы ошибочно полагать, что увечный со временем будто бы может совсем не считаться с утраченным органом. Необходимо помнить, что учитывать следует возможность восстановления не *патологической*, а лишь *нормальной функции*, критерием чего являются не *анатомофизиологические лишь данные*, а *качество выполняемой работы*, но отнюдь не *повышение или понижение заработка*, так как этим вводятся в рассмотрение такие колеблющиеся, особенно при изменчивости условий труда, обстоятельства, которые затрудняют обсуждение и лишают его прочных оснований.

Помимо этих общих руководящих соображений эксперту при определении *соматической* годности к работе необходимо учитывать кроме социально-экономического, бытового и профессионального моментов, еще и целый ряд «санитарных признаков» самой профессиональной деятельности женщины.

Таковыми являются *вредности*, которые могут быть связаны: 1) с самим процессом труда, 2) с обрабатываемыми материалами, 3) с распределением времени работы. Поскольку эксперт призван устанавливать не только общую потерю трудоспособности, но и связь ее с профессией, знание и:

¹ О юридической стороне этих исков и их особенности — см. там же.

учет вредностей представляются весьма важными. Вопрос о профвредностях ныне освещен довольно широко, причем преобладает тенденция об отсутствии каких-либо специфических вредностей для половой сферы. Тем не менее в области гинекологии и акушерства эксперту необходимо считаться со всеми теми вредностями, которые, с одной стороны, влияют на генеративные процессы, с другой, имея общее вредное влияние, являются либо причинным этиологическим моментом (реже) гинекологических заболеваний, либо моментом, ухудшающим (чаще) наличные заболевания, а потому могут противопоказать работу при тех или других условиях женского труда.

Среди вредностей, связанных с самим процессом труда, особенного внимания требует *длительное однообразное положение тела* — стоячее или сидячее положение — особо вредный момент в сфере женского труда, способствующий не только задержке развития костного и мышечного аппаратов таза, но и возникновению целого ряда болезней половой сферы.

Наблюдения показали, что деформация таза, расстройства менструаций могут обуславливаться уже одним положением работниц-подростков (текстильщицы, прядильщицы, ручные и машинные швеи). У работающих сидя многочасовая бездеятельность и расслабленность влечет за собой анатомическую и функциональную негодность мускулатуры тазового дна, к чему присоединяются застойные явления в венозной системе или нижней части туловища и ослабление связочного аппарата. Этим следует объяснить опущение стенок влагалища у этого рода работниц, подчас и у нерожавших. Тут, конечно, имеет громадное значение и конституциональное предрасположение, а потому при определении годности к сидячей работе уже страдающих в известной степени опущением и выпадением стенок влагалища, матки и пузыря необходимо учитывать эти моменты, не говоря уже о работе, связанной вследствие напряжения с повышением внутрибрюшного давления. У работающих *стоя* отмечаются в более значительном количестве перегиб матки кзади и дисменорея,

В, производствах, сопровождающихся обилием *пыли*, могут развиваться вульвиты, вагиниты, эндометриты, что впрочем теперь предупреждается эксгаустерами и соответствующей проз- и спецодеждой.

Что касается *промышленных ядов* (никотин, свинец¹, фосфор², ртуть³, мышьяк⁴) и *рентгеновских лучей*, то их значение приходится рассматривать лишь с точки зрения их влияния на функцию половой сферы. Лично наши многолетние наблюдения в экспертизе в отношении например никотина не подтверждают наблюдений М. Гирша и Штумпфа, статистика коих, по видимому, основана на данных, полученных на табачных фабриках старой конструкции, о чем не может быть речи теперь у нас при новейших усовершенствованиях этого производства и при современной спец- и прозодежде. Мало того прошедшие у меня экспертизу старые табачницы, проработавшие по 25—30 лет на производстве, также не являли никаких расстройств производительной функции и в массе по данным анамнеза были очень плодовиты⁵. Вообще приходится признать, что специфическое для половой сферы значение всех вышеупомянутых промышленных ядов, кроме разве рентгеновских лучей, значительно преувеличено.

У работающих в *рентгеновских кабинетах* женщин при продолжительном действии рентгеновские лучи могут вызвать расстройство функции и строения женских половых органов с ослаблением или прекращением менструаций с вытекающими отсюда вредными последствиями. Согласно имеющимся в литературе вычислениям работающие в рентгеновских кабинетах ассистентки, при неблагоприятных условиях, в течение года работы сами получают больше карциноматозной дозы от рассеянно-отраженных лучей. Надо отметить, что только у нас в СССР в целях профилактики для занятых в этой отрасли труда, помимо других серьезных мер в области техники безопасности, установлен еще и четырехчасовой рабочий день.

При учете вредностей, связанных с распределением времени работы, мы должны иметь в виду *ночной труд*. Закон о запрещении ночного труда у нас существует; однако всилу многих реальных условий и в результате ряда имевших место совещаний работников отделов труда, завженотделами и всесоюзной конференции по охране труда⁶ признано необходимым в современных условиях *не*

¹ Производство искусственных цветов, игрушек, гончарное и фарфоровое производство, отбелка соломенных шляп, красильни, обработка металлов, типографии и др.

² Спичечное производство (теперь не находит применения).

³ Производство лампочек накаливания, фетровых шляп, зеркал, сулемы, киновари, Швейнфуртской зелени и пр.

⁴ Производство анилина, обоев, искусственных цветов, игрушек, стекла, красок и при обработке латуни.

⁵ См. главу XXIV.

⁶ См. С. Каплун. Современные проблемы женского труда и быта. Москва, 1925 г. Изд. «Вопросы труда», стр. 97.

чинить пока препятствий к ночной работе женщин там, где запрещение ночных работ может повлечь за собой увольнение, понижение квалификации или серьезные препятствия к вовлечению в производство новых значительных кадров женщин.

Таковы вкратце те руководящие моменты общего характера, которые необходимо помнить эксперту при оценке трудоспособности женщин. Замечу лишь еще, что в целях облегчения эксперту установить точно действительную причинную связь гинекологических заболеваний с трудовыми процессами и условиями работы в той или иной профессии был бы желателен предварительный осмотр поступающих на работу.

Методика измерений трудоспособности

Эти все предварительные общие замечания не были бы исчерпаны, если не остановиться, хотя бы коротенько, на функционирующей в судебно-медицинской трудовой экспертизе *методике измерений* этой потери. В судебно-медицинской экспертизе сохранилась дореволюционная процентная система, давно уже внушающая, мягко выражаясь, весьма критическое к себе отношение, давно и окончательно похороненная в социально-страховой экспертизе, где она эволюционировала в рациональную классификацию с шестью группами (декрет СНК 8 декабря 1921 г.), из коих ныне оставлены и пенсионруются как по общей, так и по увечной профессиональной инвалидности лишь три группы (I, II и III).

Дробное измерение инвалидности считалось до революции очень практичным. Однако с течением времени, с усовершенствованием практики и разработки теории этой новой отрасли врачебной деятельности несостоятельность цифрового выражения такого сложного явления, как потеря трудоспособности и инвалидность, особенно в изложенном выше советском ее понимании, становилась ясной. Стали довольствоваться все меньшей и меньшей точностью. Советское законодательство 1918 г. (закон 31 октября) установило 5 категорий инвалидности, определяемых процентами со ступеням в 15%. Известное уменьшение точности правда не лишено отрицательных сторон, так как оно «сглаживает» в некоторой степени разницу в правах инвалидов, но ведь с гораздо большим обоснованием можно распределить свидетельствуемых на 4—5, чем на 100 групп (Вигдорчик). Неудивительно, что процентная система внушает недоверие, смешанное с явным недоумением, и это еще усугубляется тем, что для процентного измерения существует не одна какая-либо мерка, не одна «таблица», а много «таблиц» (в каждой стране своя), весьма существенно различающихся между собой в оценке, одних и тех же дефектов. При этом оценка одного и того же страдания в одной и той же таблице колеблется в широких пределах (от 10 до 80—100%). Уже это одно не может не быть источником шаблона и произвола.

В каждом отдельном случае требуется логическое экспертное мышление на базе рациональной градации нетрудоспособности, причем резолюция должна быть увязана с социально-экономическими и бытовыми условиями и требованиями. Вопрос этот, являющийся одним из назревших намеченных к обсуждению совместно с работниками юстиции вопросов¹, представляется чрезвычайно важным не только с технической точки зрения, но и с принципиальной, а потому нельзя было обойти его молчанием даже и здесь, где мы конечно придерживаемся принятого пока процентного измерения впредь до пересмотра и разрешения всех вопросов судебно-медицинской трудовой экспертизы.

Оценка трудоспособности при различных заболеваниях

Переходя теперь к оценке *степеней* потери трудоспособности, мы в целях систематичности обзора подразделяем все гинекологические заболевания на следующие 6 групп:

- А. Пороки развития.
- Б. Воспалительные заболевания.
- В. Новообразования (фибромиомы, интерстициальные, подбрюшинные, подслизистые цервикальные полипы, кисты, рак, саркома и хорионэпителиома).
- Г. Неправильные положения матки.
- Д. Травматические заболевания, обусловленные родовым актом (чаще).
- Е. Травматические заболевания, обусловленные несчастным случаем (реже).

Сюда не вошли некоторые заболевания (аменореи, дисамеореи, маточные кровотечения) как бы функционального характера, но на самом деле более сложной и глубокой этиологии, подчас коренящейся даже в психической установке женщины (Липман). Но надо сознаться, что уложить в схематические рамки все заболевания столь же трудно и бесплодно, сколь невозможно и, скажу больше, подчас вредно. Мы здесь имеем в виду дать возможность более легкой и скорой ориентировки в нужных случаях. Не следует также забывать, что некоторые болезни не могут быть уста-

¹ Подробнее о всей работе суд.-мед. экспертизы «по трудовым делам» см. сборник «Судебная медицина и пограничные области». Москва 1934 г.

новлены однократным осмотром в условиях работы эксперта, и лишь подробное клиническое исследование с привходящими сюда лабораторными данными устанавливает диагностику.

Теперь о детальных соображениях, принимаемых нами в расчет в отдельных конкретных случаях.

При *гинатрезиях* (гр. А) с наполнением кровью влагалища или матки (*haematocolpos*, *haematometra*), устраняемых оперативным путем, и в практике судебно-медицинской и социально-страховой экспертизы не встречавшихся, свидетельствуемая нетрудоспособна на короткое время послеоперационного периода и о пенсионировании не может быть речи. При *инфантилизме*, при *атрезиях* с отсутствием влагалища, равно и внутренних гениталий, с чисто гинекологической стороны нет потери трудоспособности. Отражаясь на общем состоянии организма в виде отсталости развития в связи с расстройством эндокринного равновесия, эта, так сказать, находка гинеколога не может не быть учтенной прочими специалистами-экспертами, в особенности терапевтом и невропатологом.

Тоже относится к *гермафродитизму*.

Особого внимания заслуживает огромная группа *воспалительных заболеваний* (гр. «Б»), обычно гонорейного происхождения, относительно которых всем известно, насколько как раз эти чрезвычайно распространенные теперь заболевания неблагоприятно отражаются на работоспособности женщин вследствие наносимого ими часто непоправимого ущерба. Судебно-медицинской экспертизе приходится в массе иметь дело с *хроническими* состояниями, которые, в зависимости от степени и размеров воспалительного процесса, равно и профессии свидетельствуемой, при амбулаторном лечении относятся к IV и III гр. с переосвидетельствованием через $\frac{1}{2}$ —1 год. Если в случаях со значительными тубо-овариальными опухолями хронического воспалительного характера, с постоянными болями или частыми обострениями, с субфебрильной температурой и спайками брюшины, с дизурией и пр. следует склоняться к более высоким степеням потери трудоспособности (III гр.— 50%—69%) с переосвидетельствованием, то при более слабых, хотя и излечимых, но длительных и затяжных формах будут иметь место более низкие степени вплоть до *трудоспособности при амбулаторном лечении*. При этой группе заболеваний, в массе расцениваемых низкими степенями потери трудоспособности (VI—IV гр. — 15%—49%), особо строго следует учитывать вредности, связанные с самим процессом труда, в котором занята свидетельствуемая, — вредности, нередко лишаящие ее возможности длительно выполнять как стоячую работу, так и сидячую или сопряженную с ходьбой, не говоря уже о тяжелой физической работе. Трудно представить себе более тяжелую задачу и для врача и для больной, чем лечение хронических воспалений органов малого таза с точки зрения его длительности, а потому эти заболевания диктуют в общем необходимость строгой индивидуализации и осторожности с всесторонним учетом ряда привходящих обстоятельств (профессия с особенностями трудовых процессов, условия быта, возможное и доступное лечение и пр.).

Переходя теперь к *новообразованиям* (гр. В) как доброкачественным, так и злокачественным, необходимо установить, что и тут нет места шаблону. Так, Громадский на основании материала Варшавской клиники показал, что 20% всех миом вследствие отсутствия каких-либо симптомов не требуют даже никакого лечения. Это подтверждается и моим материалом в экспертизе, где часто мной устанавливается наличие фибромиом без каких-либо патологических явлений. Наблюдались даже случаи очень значительных размеров фибромиом у работающих женщин, не подозревавших даже о существовании у них опухоли и не заявлявших даже желания свидетельствоваться по гинекологии. В этих случаях при небольших опухолях (фиброзная, миоматозная матка), считаясь с функцией, мы признаем трудоспособность.

Более значительных размеров опухоли, сопровождающиеся несомненными смещениями органов, мы независимо от профессии относим к III гр. (50%—69%) на срок (с предложением подвергнуться операции) даже при отсутствии кровотечений. Вообще же при миомах следует руководствоваться такими патологическими явлениями, как давление на мочевой пузырь, мочеиспускательный канал, сопровождающееся дизурией, сращения с окружающими тканями и органами, наличие объективно объяснимых болей, кровотечений, смещение соседних органов, не упуская в то же время данных, говорящих за быстрый рост, равно за возможность дегенеративных форм с размягчением опухоли, возраст и пр., что, конечно, в каждом отдельном случае повышает степень потери трудоспособности.

Тут кстати уместно обратить внимание на то, что априорный подход к миомам как к доброкачественным новообразованиям с современной научной и практической точек зрения будет неправилен. Поскольку атипические кровотечения при миомах дают основание предполагать злокачественную дегенерацию, поскольку затем и статистика по-

казывает, что миомы уже сами по себе являют собой предрасположение к раку тела матки, так как часто приводят к фунгозному разращению слизистой оболочки (Ольсхаузен), постольку эксперту необходимо эти обстоятельства тщательно учитывать как при установлении диагноза, так и при оценке трудоспособности. «Если у женщины с миомой наступают нерегулярные кровотечения, — говорит Вагнер, — то необходимо оперировать, как будто имеешь дело с раком». Нелишне в этих случаях всегда производить микроскопическое исследование соскоба иссечением частички влагалищной части или шейки матки (конечно в стационаре).

Подвергающиеся обратному развитию в климактерическом возрасте небольшие фибромиомы без сращений и без болезненных явлений не дают нетрудоспособности.

Кровоточащие шеечные полипы дают кратковременную нетрудоспособность (на время оперативного пособия и послеоперационного периода), в то время как *некровоточащие*, о существовании которых свидетельствуемые сплошь и рядом даже не знают, позволяют признать трудоспособность с одновременным предложением лечь в больницу для удаления полипов и микроскопического исследования.

По отношению, к *кистам* приходится в общем считаться с теми же руководящими точками опоры для суждения о степени трудоспособности. Начинаясь небольшие кисты либо не влекут совсем утраты трудоспособности, или относятся к VI—IV гр. (15%—49%), средних размеров — к IV—III гр. (30%—69%) с переосвидетельствованием через 1 год (предложение оперативного пособия), большие — к III—II гр. на 1 год (предложение оперироваться), с злокачественным характером — по II—I гр. с нуждаемостью в постороннем уходе на 1 год (с предложением оперироваться). Во всех случаях не следует упускать из виду возможность перекручивания ножки и ущемления опухоли при выполнении той или иной работы.

Что касается *злокачественных* опухолей, в частности рака, то они относятся в зависимости от общего состояния (раковая кахекия, состояние пузыря и прямой кишки и пр.) к II—I гр. (100%) с *нуждаемостью в постороннем уходе*. Операбельные попутно конечно направляются для операции, но и после благополучно протекшей операции в течение 5 лет даже при отсутствии рецидива согласно современному положению вопроса в науке потеря трудоспособности все еще должна расцениваться по II гр., так как из профилактических соображений труд, особенно физический, противопоказан.

То же можно сказать о *саркоме* и *хорионэпителиоме*. В отношении своевременного распознавания последней в настоящее время в нашем распоряжении, как известно, имеется такое абсолютно верное средство, как биологическая реакция Ашгейм—Цондека (AZR).

Следующая немаловажная и весьма распространенная группа заболеваний — *неправильные положения* (гр Г.). Этим заболеваниям (ретро-версию-флексию и проляпсу) посвящены специальные главы, где вопрос подробно освещен. Здесь ограничусь схематической оценкой отдельных видов этих неправильностей. Так *гиперантефлексию* сама по себе не является поводом к признанию нетрудоспособности в какой-либо степени; о *ретродевиациях* подвижных и без опущения матки и стенок влагалища можно то же сказать. Фиксированные ретродевиации — VI—IV гр. *Элевацию* (приподнятое вверх положение матки обычно после операции венгерофискации) — 0—VI гр., опущение стенок влагалища и матки — VI—IV гр. *Частичные выпадения* в зависимости от степени и характера профессии — VI—IV гр., *полные*, невправляющиеся с *цисто-риктоцеле* — III гр. на 1 год с переосвидетельствованием и с предложением оперироваться, после чего картина конечно меняется.

По вопросу о значении ретро-версии-флексии в будущем выпадении рукава (влагалища) и матки тоже существует два течения: в то время как одни (Кюстнер и др.) видят в этом положении, матки первую стадию будущего проляпса и стоят за хирургическое вмешательство, другие (Тейльхабер, Яшке и др.) считают, что ретрофлексия тут не при чем и придерживаются консервативного метода лечения.

Необходимо отметить, что так называемые «токогенетические» проляпсы, т.е. возникающие в результате родового акта, как известно, отмечаются у старых первородящих.

С экспертной точки зрения все эти чрезвычайно распространенные страдания заслуживают внимания в климактерическом возрасте. Если симптомы ретродевиаций в климактерии вообще исчезают, то зато в этом возрасте с исчезновением жира и атрофией тазовой мускулатуры проявляются проляпсы, особенно у женщин физического труда.

Экспертный подход к *травматическим заболеваниям, обусловленным родовым актом* (гр Д), находится в прямой зависимости от характера и тяжести травмы. Так а) *разрывы промежности* I и II степеней не влекут за собой потери трудоспособности, если им не сопутствует опущение стенок влагалища, разрывы III степени с нарушением целостности сжимающей мышцы заднего прохода расцениваются по IV гр. (30%—49%) на срок, с предложением оперироваться, б) *операбельные мочевые и каловые фистулы* — II—I гр. (70%—100%) с *нуждаемостью в постороннем уходе на срок*,

с предложением подвергнуться оперативному пособию, *неоперабельные* — I гр. с *нуждаемостью в постороннем уходе*, в) смещения органов малого таза (гр. Г).

Травматические заболевания, обусловленные «несчастливым случаем» (гр. Е), в практике судебно-медицинской, да и социально-страховой экспертизы в общем не часто встречаются. Ниже, как уже отмечено, мы посвящаем три главы этой проблеме по отдельным таким заболеваниям, которые сами свидетельствуемые способны поставить в связь с травмой.

Хейнсиус, крупный железнодорожный врач, исходя из естественно защищенного положения матки и придатков в малом тазу и на основании личного большого опыта, заходит даже так далеко, что ставит вопрос о том, возможно ли вообще возникновение женских болезней от несчастного случая.

Абсолютно отрицать эту возможность, конечно, не приходится, но поскольку у свидетельствуемых отмечается часто целевая установка, постольку эксперт должен быть осторожен и не отождествлять теоретически возможную связь с достоверностью, с фактом.

Мы считаем, что если после тщательного опроса и исследования исключаются все другие возможные причины, то и тогда лишь может быть речь *только о вероятной возможности связи с «несчастливым случаем»*.

Ограничиваясь этими общими замечаниями по травматическим заболеваниям, в заключение нельзя не указать, что теория и практика судебно-медицинской трудовой экспертизы вообще, и *в новых послереволюционных условиях в особенности*, до сих пор не разрабатывалась. Надо думать, что стройные, твердые и притом детальные научные руководящие точки опоры для практической работы в ближайшем будущем будут вырабатываться работниками экспертизы при ближайшем участии работников юстиции.

ГЛАВА XXIV

Определение связи между травмой и выкидышем

Е. Е. Розенблюм

Судебно-медицинскому эксперту очень часто приходится разрешать вопрос и давать заключение по поводу нарушения правильного течения беременности (угрожающего или наступившего выкидыша), на что обычно попутно или специально жалуются потерпевшие после той или иной травмы беременные женщины. Не говоря о случаях, когда преследуется известная цель вроде желания скрыть искусственное происхождение выкидыша или получить то или другое удовлетворение в судебном порядке, всем известно, с каким постоянством и помимо этих мотивов все женщины, да и всякий неврач, склонны связывать наступивший выкидыш с ничтожной, подчас даже самой отдаленной по времени травмой. Нередко они усматривают причину наступившего выкидыша в особенностях их профессиональной работы и сопряженных с ней трудовых процессах. Однако не отвергая значение травмы, как возможного этиологического момента при разрешении проблемы «травма и выкидыш», прежде всего необходимо знать, что причину выкидыша большей частью следует искать не столько в трудовых процессах и травме, сколько в болезни матери и плодного яйца.

С давних времен существовало серьезное опасение даже перед внеполовыми ранениями и притом отдаленных органов беременной женщины. На этом основании воздерживались не только от необходимых серьезных оперативных вмешательств, но и от экстракции больного зуба беременной. В настоящее время мы знаем, сколь широка и разнообразна хирургическая помощь, оказываемая во время беременности, причем прекращение ее наступает в исключительных случаях. Мало того, даже после таких тяжелых травм, как фрактуры основания черепа (Варнье), увечья спинного мозга (Виндшейд, Зейц и др.), нормальное течение беременности довольно часто не прерывается. Из этого однако не следует, что внеполовая травма не в состоянии вызвать аборт. Последний в этих случаях может наступить или наступает в результате возникших *общих повреждений организма в виде кровопотерь, инфекции* и т.п. или *ранений*, хотя и отдаленных органов, но находящихся в известных более или менее тесных взаимоотношениях с маткой. При травмах, сопровождающихся кровопотерями, приходится наблюдать не всегда поддающееся объяснению следующее явление: в то время как значительные кровопотери могут не повести к прекращению

беременности, небольшие кровопотери подчас влекут за собой выкидыш. Надо думать, что тут имеет значение внезапность и быстрота наступления кровопотери и невозможность приспособления плода к острому недостатку кислорода, что» вызывает схватки, причем не без влияния остается здесь и сопряженная, с этим *психическая травма*, о значении которой ниже специально будет сказано. Длительно и медленно нарастающие кровопотери менее опасны для плодного яйца, подобно тому, как и вообще организм человека в целом и беременной в частности легче приспосабливается к хронической анемии высоких степеней, чем к остро наступающей.

Не требует подробных разъяснений и вполне понятна роль *инфекций*, сопровождающихся высокой температурой, а подчас и гемолизом (при сепсисе), также смертельным для плода ввиду связанного с ними недостатка в кислороде.

Говоря об экстрагенитальных (внеполовых) травмах органов, имеющих известное отношение к матке, следует иметь в виду главным образом следующее: легкие *мозговые* травмы с небольшими кровоизлияниями никакого влияния на течение беременности не оказывают, а при значительных сотрясениях с большими смертельными кровоизлияниями плод погибает раньше матери.

А. Майер наблюдал однако нормально протекавшую беременность после сотрясения мозга с переломом костей основания черепа.

Скептически следует подходить к ранениям *носа*, на связь слизистой оболочки которого с половыми органами в свое время, как известно, указывав в своем учении Флисс. Связь эта некоторыми преувеличена.

Рейтеру пришлось давать заключение в одном случае, когда врач, базируясь на учении Флисса и исходя из рефлекторной связи слизистой оболочки носа и матки, пытался вызвать выкидыш «со стороны носа», а когда из этого ничего не вышло, то он вставил ляминарий в канал шейки матки и сделал затем выскабливание.

Так как больная страдала гнойным катаром слизистой оболочки носа, то наступила инфекция матки, закончившаяся смертельно. Возбужденное против врача дело было приостановлено, так как не было доказано, что врач имел намерение именно вызвать аборт; аборт и в особенности смертельная инфекция могли быть следствием гнойного катара носа.

Такое решение едва ли можно считать обоснованным.

Как известно, специалисты по болезням носа отнюдь не опасаются оперировать во время беременности. Точно также и мне в моей обильной консультативной судебно-медицинской практике по так называемым «побойным делам» ни разу не приходилось установить связи носовых увечий с прекращением беременности, правильное течение которой не нарушалось.

С развитием учения о *внутренней секреции* вполне естественно возникло опасение на счет влияния травматических повреждений таких органов, как *щитовидная* и *грудная* железы и *яичник*. Наблюдения однако показали, что роль травм этих органов в этиологии выкидыша в общем ничтожна. Зейц анкетным путем выяснил, что только в 6% после операции на щитовидной железе (зоба) наступал выкидыш. Также проблематичным представляется и влияние раздражений и травматических повреждений грудных желез. Произведенные в отдельных случаях ампутации грудей не отразились на течении беременности. То же можно сказать об операциях на яичниках, а травматические их повреждения как таковые чрезвычайно редки ввиду защищенного их положения. При овариотомиях же, как показывает статистика последнего времени, опасность для наличной беременности относительно ничтожна. Некоторая опасность для нормального течения беременности возникает при повреждении *желтого тела беременности*, так как сопряженные с этим секреторные расстройства могут вызвать дегенеративные изменения в яйце и таким путем повести к выкидышу. В подобных случаях необходимо исследовать отошедшее яйцо или его остатки (*mola hydatidosa*).

Более или менее тяжелые травмы с ранением *мочевого пузыря* могут в известной степени угрожать наличной беременности, однако не столько вследствие своей анатомо-топографической близости, сколько благодаря рефлекторным взаимоотношениям, всилу которых сокращения пузыря могут повлечь за собой маточные сокращения (Керер).

Гораздо чаще эксперту приходится иметь дело со свидетельствуемыми, указывающими такую причину выкидыша, как падение с известной высоты или на ровном месте, то или иное неосторожное движение, неосторожный прыжок, тяжелую физическую работу с под'емом тяжестей, железнодорожную, автомобильную, верховую и велосипедную езду. Если не считать возможные здесь иногда переломы костей таза с непосредственным ранением осколком стенки матки, то течение беременности в этих случаях почти никогда не прерывается. Тем не менее в этих травмах неврач особенно склонен усматривать связь с наступившим выкидышем, истинную причину которого, как увидим ниже, по существу следует искать в наличном уже предрасположении к аборту на почве болезни матери или плодного яйца.

Бруардель сообщил об одном случае, когда один крестьянин пытался вызвать выкидыш у забеременевшей от него бабачки совершенно необычайным способом: он садился вместе с беременной на разгоряченную лошадь и во время галопа неоднократно сбрасывал ее на землю. Невзирая на эти «нежные упражнения», беременность не нарушилась.

Издавна с опаской смотрят на *железнодорожные передвижения* беременных. Нельзя однако не обратить внимание здесь на то, что наблюдавшиеся немногочисленные случаи родоразрешений в вагонах железной дороги касались главным образом беременных в последней стадии, когда само наступление акта родов, если учесть значительную чувствительность беременной матки в этом периоде, можно трактовать скорее как случайность, но отнюдь не как необходимость или в особенности как следствие. Возможность же прекращения беременности при этих обстоятельствах в ранние сроки беременности совершенно исключена. То же относится к езде на автомобиле и к морским путешествиям, которые, как это показывают наблюдения, даже во время шторма не нарушали правильное течение беременности. Когда однако в этих случаях ранняя беременность прерывается, причину следует искать в особой чувствительности матки, точнее, в заболевании ее или плодного яйца. Вообще же, исходя из современного взгляда на возникновение родовых болей, как на процесс, вызываемый образованием в крови химических субстанций, следует быть особенно осторожным с оценкой указанных моментов как причинных в прекращении беременности. Этот же критерий находит себе место и в отношении к тяжелым трудовым физическим процессам с подъемом тяжестей, сопровождающимся повышением внутрибрюшного давления. Переоценивать эти моменты не следует уже потому, что для повреждения вполне здорового плодного яйца помимо значительного механического воздействия, могущего поместить к смещению матки, требуется весьма значительное повышение кровяного давления с разрывом плодного пузыря или с кровоизлиянием, нарушающим связь яйца со стенкой матки. Еще раз подчеркиваю, что в нормальных условиях это явление чрезвычайно редко, а обычно едва ли его можно объяснить исключительно травмой. Насколько беременная матка способна противостоять не только внешним, но и непосредственно ее самое задевающим и притом тяжелым воздействиям, видно из нижеследующих примеров.

В шести из 14 случаев прободных ранений покровов живота рогами коровы плоды остались живы, и беременность удержалась даже, в случае с выпадением в рану живота матки (Гарис). Из области врачебных мероприятий известно, что зондирование канала беременной матки или вставление палочек ламинария отнюдь не обязательно непосредственно вызывает выкидыш, а если это и дает эффект, то по прошествии некоторого времени. Даже при таких травмах, как перфорация беременной матки (Брезе, Заборовский), при удалении кусков маточной мышечной оболочки маточном зеве миомы величиной в детскую головку с последующим тампонированием (Зелигман) беременность удержалась.

В случае Генрихсена находившаяся в полости матки булавка нисколько не препятствовала ни наступлению беременности, ни ее правильному течению. Даже выскабливание может не нарушить дальнейшего течения беременности, чему нас учат литературные данные, а нередко — судебно-медицинская практика. В одной из комиссий «по врачебным делам» мне пришлось дать заключение по поводу вполне сохранившейся беременности после сделанного в больнице с разрешения абортной комиссии выскабливания на 5-й неделе. Нормальное течение беременности не нарушалось, почему обеспокоенная этим женщина вновь обратилась в консультацию уже к 4 месяцам беременности. Был произведен выкидыш, но женщина подала прокурору жалобу на врача, который привлекался по ст. 111 УК. Дюрсен сделал однажды выскабливание и одновременно прикрепление швами матки к стенке влагалища (вагинофиксацию) почти через 4 недели после последних регул; через 8 календарных месяцев родился вполне доношенный ребенок.

Дюрсен дает этому обычное объяснение: кюретка могла не задеть очень маленькое яйцо, причем выскаблена была лишь истинная отпадающая оболочка (*decidua vera*), почему собственно и рекомендуется искусственный выкидыш предпочтительно делать не ранее 6—7 недель беременности. Не исключена, конечно, в этих случаях и неопытность оперирующего, который манипулирует кюреткой не в полости, а в шейке матки. Мне, впрочем, приходилось сталкиваться с этим явлением после выскабливаний, произведенных весьма опытными врачами. Да и случай Дюрсена, к которому можно присоединить и случай Гюсси, очень показателен. Не менее показательно наблюдение Кремер-Фриза, который, энуклеируя (вылушивая) миому беременной матки, обнажил ее стенку до децидуальной оболочки, причем выкидыш не наступал.

А. Майер поднимает не лишенный судебно-медицинского интереса и значения вопрос: *может ли бимануальное гинекологическое исследование повести к аборту?*

Он имеет в виду внутреннее исследование с целью установления наличия *хегаровского* признака беременности, а также манипуляции пальцем в маточном зеве. Возможность травматизации матки в подобных случаях можно объяснить либо неумелой, грубой техникой исследования, либо

ненормальным состоянием беременной матки или болезнью плодного яйца. Большого внимания заслуживают уже попытки насильственно проникнуть пальцем в зев матки, хотя с другой стороны, как это отчасти уже выше было указано, известны случаи оперативных пособий на влагалищной части и наружных половых органах без последствия для беременной матки (Шеффер, Штеккель).

Может ли травма в области низа живота (толчок, удар и т.п.) сопровождающаяся, допустим, повышением внутрибрюшного давления, вызвать перегиб кзади (ретрофлексию) беременной матки?

Подробно о «травме и ретрофлексии» будет изложено в соответствующей главе. Здесь, я лишь замечу, что ретрофлексии травматического происхождения вообще проблематичны, и совершенно прав Майер, когда говорит, что травму, как причинный момент возникшей ретрофлексии беременной матки, уже потому именно и следует отклонить, что матка находится в беременном состоянии: находясь в своем связочном аппарате как в эластической сети, она легко противостоит и парирует всякого рода удары. Лишь растянутые связки или переполненный мочевой пузырь могут быть иногда благоприятствующими моментами. И то в последнем случае при нормальных эластичных крестцово-маточных связках матка при опорожнении пузыря опять возвращается в нормальное положение.

Таким образом из всего сказанного о непосредственных травмах в области матки и даже самой матки становится тем более ясным, сколь скептически следует подходить к оценке значения травм отдаленных от матки частей тела.

В процессе исследования не следует однако упускать из виду и психического влияния, сопутствующего каждой, хотя бы и маленькой телесной травме.

Наблюдения в этом направлении показывают, что уже сама по себе психическая травма играет значительную и даже большую роль, чем телесная.

Известный французский акушер Боделок видел одновременно 62 аборта после взрыва пороховой башни, а Фрич при обстреле Страсбурга наблюдал, как многие из попрятавшихся в погребах женщин абортывали. То же наблюдалось и во время последней империалистической войны, равно и при землетрясениях.

Интересным и чрезвычайно показательным в этом направлении является наблюдение Шеффера: в то время как беременные, ехавшие в поезде потерпевшем крушение, не пострадали, невзирая на полученные более или менее тяжелые ранения тела (у одной даже и матки), многие пассажирки, благополучно следовавшие за этим поездом в другом поезде, или ожидавшие дома, выкидывали под влиянием испуга и пережитых страха, и беспокойства за судьбу близких и родных, ехавших в потерпевшем крушение поезде.

Внезапный испуг или страх при железнодорожных несчастиях, взрывах, во время грозы, при нанесении побоев и т.п., а также тяжелое переживание по поводу, допустим, внезапной смерти близкого человека могут вызвать как последствие психической травмы схваткообразные боли внизу живота¹, кровотечения и нарушить таким образом правильное течение беременности. Майер резонно подчеркивает, что тяжелая телесная травма может абсолютно до конца беременности не повлиять на нормальное ее течение, в то время как подчас ничтожный психический insult часто влечет за собой выкидыш. Невольно приходится допустить, что психической травме следует придавать большее значение, чем телесной. При этом эффект психического insultа Майер объясняет его действием на вазомоторный центр и отсюда на симпатическую нервную систему, вследствие чего всилу усиленного повышенного притока крови к матке может получиться преждевременное отделение последа или наступают схватки. Возможно, что тут попутно не обходится и без внезапного повышения кровяного давления, оказывающего и свое влияние. При установлении причинной связи между психической травмой и выкидышем необходимо, конечно, исключить всевозможные другие причины, о чем речь впереди, при постановке вопросов, подлежащих разрешению в случаях подозреваемых травматических абортыв.

Чтобы исчерпать все виды травм, необходимо еще упомянуть об электрических, химических и термических травмах. Не подлежит сомнению, что сильные электрические токи могут причинить серьезные телесные повреждения. Известно, что было время, когда электрическая ванна, особенно в Америке, была излюбленным криминальным абортивным средством. Однако свести выкидыш исключительно на действие тока не всегда представляется возможным: и здесь не обходится без психического insultа в виде испуга с его последствиями (изменения циркуляции крови с приливом ее к органам малого таза, следовательно, и к матке). То же можно сказать о действии молнии, хотя согласно прежним воззрениям (Штиккер, Эстерлен, Эберс) удар молнии остается без влияния

¹ Аналогию подобного воздействия психической травмы мы наблюдаем нередко и на кишечнике, где также имеется гладкая мускулатура.

на дальнейшее течение беременности, даже если сама оглушенная женщина упала и получила ранения.

Из химических средств, вредно действующих на беременность, заслуживает быть отмеченным хроническое (профессиональное) отравление свинцом, пагубному влиянию которого женщины очень подвержены. Поль еще в 1860 г. высказался, что его вредное влияние на беременность выше, чем влияние сифилиса.

По отношению к *табаку* (Штумпф) существует подобный же взгляд, который, по моему мнению, не обоснован; и в этом я убедился в течение многолетней работы на громадном материале Московского бюро врачебно-трудоу экспертной, где наблюдал табачниц, проработавших на производстве по 25—30 лет и притом в старых неблагоприятных, дореволюционных условиях. Детородная функция по данным анамнеза нисколько не страдала и очень многие были даже очень плодовиты.

Вообще же, общее руководящее положение в этом вопросе таково, что *специфических химических abortивных средств нет*, а те из них, которые пользуются славой таковых, либо вовсе не действительны, либо оказывают свое действие лишь тогда, когда тяжело поражают организм матери, что влечет за собой смерть и матери и плода, а нередко бывает даже, что плод переживает мать.

О влиянии *термических* травм (отморожение, ожоги) по существу мало известно. Как гипотермия (охлаждение), так и гипертермия (перегревание), надо думать, вредно влияя на кровь (гемолиз, гемоглобинемия), вызывают резкий недостаток кислорода, что, как известно, может вызвать схватки.

Винкель наблюдал обширные ожоги тела с поражением наружных половых органов без какого-либо отрицательного влияния на течение беременности. При ожогах известное значение приобретает всасывание продуктов распада белков, само перегревание, а также, возможно, и последствия в виде нефрита и септической инфекции, которые уже вторично могут повести к выкидышу.

Руководствуясь всем вышеизложенным, эксперту в повседневной практической работе ставятся на разрешение два вопроса:

- 1) *Имеется ли вообще в наличности выкидыш?*
- 2) *Нет ли в случае установления выкидыша других причин помимо указываемой потерпевшей травмы, которые могли бы нарушить правильное течение беременности?*

Первый вопрос разрешается обычным гинекологическим исследованием, причем в случаях лишь угрожающего, начавшегося или неполного выкидыша распознавание не трудно; но там, где с момента происшествия прошло известное более или менее продолжительное время, одни наличные кровотечения не решают вопроса. Тут умело собранные данные анамнеза могут несколько помочь установлению бывшей беременности.

Современный научно образованный эксперт не упустит конечно в соответствующих случаях воспользоваться биологической реакцией Ашгейм—Цондека, или добудет нужные доказательства пробным выскабливанием с микроскопическим исследованием соскоба (клетки хориона, блуждающие клетки Маршана).

Для разрешения *второго вопроса* свидетельствуемая подлежит тщательному всестороннему обследованию. Прежде всего следует исключить возможность криминального аборта, так как 80—90% так называемых неполных выкидышей — искусственного происхождения (Бумм, Ольстаузен). Отличить искусственно вызванный выкидыш подчас правда очень трудно, в особенности если принять во внимание, что и преступно вызванный выкидыш в настоящее время часто производится осторожно, с соблюдением мер асептики и антисептики, так что нет лихорадочного состояния, нет и других каких-либо явных признаков, если не считать прободения матки. При лихорадочных состояниях, в особенности с наличием стрепто- и стафилококков, по мнению некоторых авторов, может возникнуть подозрение на преступное происхождение выкидыша. Исключив преступный выкидыш, исключив «привычный» выкидыш, эксперт тщательно исследует *общее состояние здоровья* свидетельствуемой.

Как известно, самой главной, частой и всеми признанной причиной преждевременного прекращения беременности считается *сифилис* (главным образом во второй половине) и поэтому конечно необходимо произвести и исследование крови по всем современным методам не только у свидетельствуемой, но и у ее мужа.

Кроме сифилиса, и другие *инфекционные болезни* способны прерывать беременность, причем причинным моментом является не переход микробов от матери на плод, доказанный для многих из них (тиф, оспа, грипп, стрептококк и др.), а высокая температура. *Туберкулез и болезни сердца* лишь в тяжелой их стадии иногда могут повести к выкидышу из-за недостатка кислорода и насыщения крови углекислотой, которая, как экспериментально уже доказано (Рунге, Пальм, Эш и др.), вызывает схватки¹.

Диабет в $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ случаев ведет к выкидышу (Оффергельд и др.).

Хронический нефрит и возможно связанный с ним токсикоз может повлечь за собой преждевременное отделение плаценты, причем низкое прикрепление или предлежание, помимо всего, особенно благоприятствуют преждевременному ее отслоению (Герф).

Хроническое отравление ядами (свинец, фосфор и др.) часто имеет последствием прекращение беременности.

Из болезней половых органов можно указать на *ущемленный перегиб матки кзади*, за которым может последовать выкидыш, в то время как *проляпсы* почти никогда не ведут к аборту. То же наблюдается и при *опухолях матки* (миомы) и *яичников* (кисты). Поразительно даже, что и после оперативных пособий в этих случаях течение беременности не нарушается.

Значение *эндометрита*, особенно гонорейного, является еще спорным. О роли *желтого тела* и внутренне-секреторных расстройств уже было сказано.

Приведенный сейчас обзор заболеваний матери в совокупности со всем вышеизложенным с достаточной убедительностью доказывают, какая требуется в практической работе осторожность при разрешении вопроса о связи выкидыша с указываемой той или другой травмой. Опыт и каждодневные наблюдения, в том числе и мои личные, довольно многочисленны как в судебно-медицинской, так и во врачебно-трудовой экспертизе, показывают, что ни *род травмы*, ни ее *интенсивность ничего определенного в смысле связи не дают*. Как и при всяком «несчастном случае» и здесь *основным условием для суждения является установление зависимости по времени*, протекшему между происшествием и полученным увечьем, в данном случае выкидышем. Последний должен тут же или вскоре последовать, и первыми признаками повреждения яйца должны быть боли, схватки, маточное кровотечение, а подчас и прекращение шевелений и смерть плода.

Свидетельствуемые нередко ошибочно или нарочито ложно указывают на отходящие или отошедшие «воды», а по существу это моча, либо, если действительно отмечается нечто похожее на «воды», то следует *различать* гидрорею децидуальную от амниальной (*hydrorrhoea decidualis*, *hydrorrhoea amnialis*): только последняя, характеризующаяся примесью крови, предрасполагает к выкидышу. Если же признаки прекращения правильного течения беременности наступают спустя несколько дней или недель, то связь с травмой становится сомнительной. В случае, если эксперт имеет возможность исследовать вышедший плодик или оболочки яйца, то обнаружение мацерация, пузырьный занос или другие гистологические дегенеративные изменения яйца определенно говорят за то, что происшедшее прекращение беременности вполне естественно и *не является следствием «вчерашней» травмы*.

В заключение еще раз обращаю внимание, что, учитывая: 1) *частоту* преступных выкидышей, 2) *возможность наступления выкидыша помимо травмы*, 3) *недействительность* даже тяжелых травм, — эксперт должен быть сугубо осторожным при установлении связи между травмой и абортom и, как говорит Майер, в *сомнительных случаях* он поступит *правильнее*, если отвергнет эту связь. Если вдобавок ко всему изложенному напомнить, что наука не может быть оторвана от текущей жизни, что *женский труд в нашем Союзе представлен во всех решительно отраслях народнохозяйственной жизни*, то требуемая при даче заключения осторожность становится совершенно очевидной.

ГЛАВА XXV

О связи подвижного наклона и перегиба матки кзади (ретроверсионфлексия) с травмой

¹ Инфекция плода туберкулезом относится к чрезвычайным редкостям и бывает лишь при заболевании плаценты (Зиценфрей).

В области «несчастливых» травматических случаев, затрагивающих органы малого таза, наряду с жалобами на выпадения влагалища и матки, приходится сталкиваться и с жалобами на возникшую ретрофлексию — аномалию, как будто ближе всего касающуюся травматизма.

Однако связь с ним не всегда легко и просто установить.

Как следствие несчастного случая ретрофлексия представляет спорную главу в экспертизе травматизма в гинекологии. Значение травмы, как непосредственного причинного момента этой перемены в положении матки, расценивается разное. В то время как значительное число гинекологов скептически относится к возможности травматического происхождения этой аномалии, раздаются с другой стороны голоса, ставящие травму в связь с этим состоянием матки, правда с оговоркой, признавая *редкость* этого явления и *трудность* установления этой самой связи.

Давая заключение по вопросу о связи перегиба матки кзади с полученной, по словам свидетельствуемой, травмой, эксперту необходимо учесть факторы, вообще могущие способствовать возникновению этой аномалии. Усматривать центр тяжести механизма возникновения ретроверсионфлексии лишь в расслаблении связочного аппарата (круглые, широкие и крестцово-маточные связки) и поражении поддерживающего мышечного аппарата, а также в повышении внутрибрюшного давления — недостаточно. При углубленном анализе тут выявляются и другие играющие существенную роль факторы. Ретроверсия, в дальнейшем развитии ретрофлексия, возникает в тех случаях, когда в обычно при нормальных условиях свободное от кишечных петель пространство между маткой и мочевым пузырем почему либо внедряется петля кишок, вследствие чего меняется влияние и действие внутрибрюшного давления, получающего свою точку приложения в *передней стенке матки*, тело которой оттесняется кзади, к крестцу. То же может произойти при переполнении мочевого пузыря. Это говорит за то, что хотя расслабление связочного аппарата и способствует проникновению кишки в пузырно-маточное пространство, но для образования ретроверсионфлексии самое важное значение приобретает давление отрезка петли кишки или переполненного мочевого пузыря на переднюю стенку матки. В послеродовом периоде, когда связочный аппарат растянут и расслаблен, даны, понятно, условия для образования ретроверсионфлексии. Труднее объясняется возникновение этого состояния у девушек; тут приходится объяснять это явление либо дурной привычкой задерживать акт мочеиспускания, вследствие чего переполняется пузырь, либо, как увидим ниже, — *особенностями конституции*.

Если в послеродовом периоде постепенное возникновение ретроверсионфлексии возможно и допустимо, то едва ли можно признать за под'емом тяжести, падением с высоты на «сиденье» с последующим повышением внутрибрюшного давления роль фактора в образовании ретрофлексии при до того вполне здоровом связочном аппарате и вполне здоровой антефлектированной (наперед перегнутой) матке. Наоборот, повышенное внутрибрюшное давление лишь усилит существующую антефлексию. Другое дело, когда подобная травма повлекла со собой вообще *тяжелое увечье организма* с повреждением, между прочим, связочного и поддерживающего тазовое дно мышечного аппарата, что, конечно, требует немедленной врачебной помощи, или когда имеются уже predisposing моменты *местного* характера в виде не совсем правильного состояния матки, или *общего* — со стороны конституции свидетельствуемой. Так, Матес смотрит на ретрофлексию как на частичное проявление астенической конституции, астенического энтероптоза вообще. И действительно на прошедшем через мои руки во врачебно-трудовой экспертизе громадном материале ретродевиаций (отклонений матки кзади) с опущением влагалища и матки или с выпадением матки (проляпсом) можно было убедиться, что эти состояния сплошь и рядом сопровождались опущением внутренностей (энтероптозом), всякого рода грыжами, понижением упругости брюшной стенки и т.п., что можно объяснить конституциональной особенностью астенического сложения. Особенность эта, как известно, заключается в ненормальной вялости всех тканей и дряблости соединительнотканного аппарата, что постепенно ведет к опущению внутренностей и органов малого таза. Это может иметь место и у *нерожавших*. То же наблюдается и после родов по той же причине вследствие неполного восстановления мускулатуры, когда ослабевает поддерживающий внутренности аппарат и органы малого таза опускаются всилу собственной тяжести и ослабления эластичности связок, их поддерживающих. А. Майер утверждает, что $\frac{1}{3}$ всех ретрофлексий наблюдается у конституционально ослабленных женщин, другая $\frac{1}{3}$ только у гипопластичек. Что ретрофлексия довольно часто отмечается у нерожавших, известно всякому опытному гинекологу. Гайфами показал, что даже у новорожденных матка может находиться в этом положении.

Базируясь на наличной в значительном числе случаев связи ретрофлексии с конституцией, некоторые (Крениг, Панков) склонны во всех недомоганиях местного характера, на которые часто жалуются, свидетельствуемые, усматривать симптомы общего функционального невроза, почему у ряда авторов установился взгляд на ретрофлексию, да и на различные другие заболевания женской половой сферы (Вальтард, Липпман, Керер), как на *психоневроз*, в известной степени соответственно подлежащий психотерапии. Современное освещение вопроса о ретрофлексии вполне правильно предостерегает от переоценки значения местных симптомов при этой перемене положения матки, причем подчеркивается вред сосредоточения психики женщины на ее половой сфере. Это имеет за собой, правда, много положительного. Однако, отдавая должное психоневротическому состоянию при экспертизе «травматических» случаев, нельзя не признать, что это широкое психологическое направление в гинекологическом мышлении, распространяющееся не только на ретрофлексию, но и на страдания женской половой сферы вообще, зашло слишком далеко и по справедливости имеет ярых противников (Яшке, Гюсси).

Всем давным давно известно и повседневно приходится наблюдать, что многие ретрофлексии протекают без каких-либо болезненных симптомов, а в довольно значительном числе других случаев можно услышать жалобы, ничего общего не имеющие с констатируемой ретрофлексией, о наличии которой у себя свидетельствуемая и не подозревает. С экспертной точки зрения нельзя поэтому не согласиться с Майером, особенно подчеркивающим, что чрезвычайно опасно сообщать свидетельствуемым о наличии ретрофлексии, вследствие огромного значения имеющегося у них стремления к получению пособия, так как вместе с надеждой получить пособие у них всплывают всякого рода жалобы, исчезающие вместе с получением этого пособия и вновь возникающие при угрозе потерять его. Это обстоятельство диктует необходимость соблюдения крайней осторожности при оценке ретрофлексии вообще, а «травматической» и ее симптомов в особенности.

Как уже выше указано было, единства взглядов на значение травмы здесь нет. Знаток вопроса о ретрофлексии Шульце вовсе не упоминает о травме как об этиологическом моменте этого страдания, а Шац прямо отвергает значение повышенного внутрибрюшного давления, которое принято считать одним из важнейших факторов при возникновении ретрофлексии. Тим в 1898 г. высказался против возможности травматического происхождения ретрофлексии небеременной матки. В 1910 г. он уже менее категоричен и признает возможность травматической ретрофлексии, правда, лишь в том случае, если до несчастного случая была в наличности ретроверсия, другими словами, он признает возможность *ухудшения* уже существовавшего страдания в его начальной стадии, что в известной степени умаляет значение травмы. Кюстнер, интересовавшийся этим вопросом, признает, что травма не в состоянии вызвать ретрофлексию, а может лишь ухудшить состояние больной при уже наличной до несчастного случая ретрофлексии, *не сопровождающейся болезненными суб'ективными ощущениями*. А. Мартин у нерожавших не видел ни одного случая «травматической» ретрофлексии и порицает врачей, которые придают еще значение в процессе экспертизы травме и отмечают это в выдаваемых ими актах освидетельствования, не взирая на то, что взгляды гинекологов существенно изменились.

Лично мне за многолетнюю экспертную работу ни разу не пришлось установить травматической ретрофлексии.

Наряду с этими взглядами в защиту возможности возникновения «травматической» ретрофлексии выступают также очень авторитетные авторы (Фелинг, Винкель, Герф, Аммон, Фрич, Рубен), причем однако все они отмечают *редкость* этого явления, а Рубен объясняет себе возможность все-таки наличием еще и предрасположений в виде расслабленного связочного аппарата, послеродового состояния, переполненного пузыря и т.д. И Фрич, хотя и признающий возможность травматической ретрофлексии даже без предрасполагающих моментов, обращает однако тут же внимание на склонность больных симулировать, либо преувеличивать или внушать себе известные недомогания. А. Майер, считая, что при нормальных *до* травмы анатомических взаимоотношениях в тазовых органах ретрофлексия образоваться не может, подвергает обстоятельной критике опубликованные в мировой литературе случаи, кстати очень немногие (Фрич и др.), и находит их отнюдь не убедительными, а Рафлауб, изучавший материал страхкасс за ряд лет, приходит к заключению, что типичные травматические отклонения в положении матки редки. Чрезвычайно интересны данные Мук (Моок), добытые им анкетным путем у известных гинекологов и врачей больших железнодорожных и страховых обществ в Америке. Целью его работы было выяснить взаимоотношения между травмой и изменениями в положении матки.

На основании полученных ответов Мук также подтверждает и подчеркивает, что остро возникающая ретрофлексия хотя и возможна, но симптомы ее настолько тяжелы, что требуется немедленная помощь, которая и устраняет все недомогания; длительные же изменения положения матки в результате травмы никогда не наблюдаются. Мук также особо обращает внимание, что травма часто может быть поводом к преувеличению симптомов изменений, существовавших в положении матки до несчастного случая, что, по его мнению, не трудно всегда установить. Спрот Генц придает громадное значение в механизме образования ретрофлексии после травмы переполненному пузырю, как предрасполагающему моменту, когда матка, благодаря этому отчасти уже была оттеснена кзади.

В анкетном обследовании Мука чрезвычайно ценны и могут быть приняты к руководству его указания на:

- 1) *острые симптомы*, требующие немедленной помощи,
- 2) *предрасполагающий момент* в виде переполненного пузыря, что в совокупности совпадает с изложенным в начале о механизме и условиях образования травматической ретрофлексии.

Все сказанное имеет, конечно, в виду *подвижную*, а не *фиксированную* ретрофлексия. В последнем случае травма естественно не при чем, так как этиологическим моментом тут являются предшествовавшие воспалительные процессы в малом тазу на почве гонореи, сепсиса и пр. Обычно сопутствующие фиксированной ретрофлексии воспалительные заболевания придатков матки (аднекситы) возможно ухудшаются под влиянием травмы, что несомненно временно понижает трудоспособность женщины.

Что касается *беременной матки*, то начиная с 3—4 месяцев образование ретрофлексии даже после тяжелых травм является невозможным ввиду значительного увеличения размера матки и недостаточности для нее пространства в малом тазу.

В итоге изложенного общего анализа трактуемой проблемы «травма и ретрофлексия» следует признать руководящим, что *чисто травматическая ретрофлексия принадлежит к чрезвычайно редким явлениям*, причем она может представлять собой лишь частичное проявление значительного травматизирования всего организма, либо речь может быть о таком изменении положения матки, образованию которого уже до этого благоприятствовали различные предрасполагающие обстоятельства, так что страдание при этих обстоятельствах могло возникнуть и помимо несчастного случая.

В повседневной практической работе эксперт, давая заключение, базируется в основе на вышеизложенном, причем в представляющемся ему каждом отдельном случае он разрешает *следующие вопросы*:

- 1) Отмечается ли у свидетельствуемой вообще ретрофлексия, и если да, то какая — подвижная или фиксированная?
- 2) Может ли указанная свидетельствуемой травма по своему характеру вызвать ретрофлексия?
- 3) Действительно ли ретрофлексия есть единственный источник недомоганий, на которые жалуется свидетельствуемая, типичны ли они лишь для перемены в положении матки и не свойственны ли они другим заболеваниям половой сферы?
- 4) Возникла ли ретрофлексия вследствие несчастного случая и не страдала ли свидетельствуемая ею уже до травмы, равно не отмечаются ли у свидетельствуемой благоприятствующие образованию ретрофлексии моменты?
- 5) Не имеется ли в данном случае ухудшения ретрофлексии, существовавшей уже до несчастного случая?

Ответ на первый вопрос предполагает умение тонко владеть техникой гинекологического исследования, так как наряду с простыми случаями возможны и нелегкие: нередко заднее расположение (ретропозиция) матки трактуется как ретрофлексия; исследование через прямую кишку у девиц также может повести к ошибочному заключению, равно как и остроугольная антефлексия при недоразвитии (гипоплазии) гениталий неопытным врачом нередко воспринимается как ретрофлексия. Дифференциальная диагностика между подвижной и фиксированной в неясных случаях может потребовать осторожного зондирования (конечно в опытных руках и лишь у замужних!). При наличии воспаленных придатков или гнойного аппендицита (в анамнезе) ретрофлексия можно считать фиксированной и конечно не связанной с травмой.

Давая ответ на *второй вопрос*, эксперт учитывает — могла ли данная травма вызвать внезапное и весьма значительное повышение внутрибрюшного давления (подъемные тяжелые работы,

сильный удар или толчок по всей плоскости живота во всю его ширину), или не потерпела ли свидетельствуемая неимоверно сильного сотрясения тела при падении со значительной высоты на ноги или сиденье? Последнего рода травма в сущности также сводится к внезапному повышению внутрибрюшного давления с уменьшением объема брюшной полости. Падение с высоты на сиденье естественно может причинить вред в том смысле, что в результате толчка, воспринимаемого поддерживающим органы аппаратом, может получиться *раздражение брюшины* — симптом, дающий картину остро наступившего повреждения, требующего немедленной помощи. В очень тяжелых условиях не исключена возможность разрыва связок с перегибом матки, который в таком случае трактуется, понятно, как частичное, *вторичное явление общего увечья организма*. Однако это возможно только после очень тяжелых травм. Более легкие травмы никогда не ведут к изменению положения матки. Вообще следует помнить, что *здоровый связочный и поддерживающий мышечный аппарат в состоянии противостоять довольно сильным травмам*.

Разрешение *третьего вопроса* связано с оценкой болезненных симптомов с точки зрения их специфичности для ретрофлексии. Поскольку мы часто наблюдаем ретрофлексии без каких-либо суб'ективных ощущений, постольку строгое отграничение симптомов, специально присущих ретрофлексии, не совсем просто. И действительно на основании повседневной амбулаторной казуистики нельзя не согласиться с Майером, который строго дифференцирует *неосложненную* ретрофлексию от *осложненной* и утверждает, что неосложненная ретрофлексия протекает без симптомов, а пред'являемые свидетельствуемыми жалобы на недомогания имеют своим источником осложнения местного и общего характера. Недомогания общего характера, сочетающиеся с психоневротическими симптомами, коренятся в конституциональной неполноценности, о чем речь была выше, а местные — являются следствием возможно осложняющих ретрофлексию метро-эндометрита, периметрита, воспалительных изменений связочного, аппарата или опущения гениталий.

Поэтому Майер считает лишним ретрофлексию как таковую даже и лечить и тем менее оперировать. Гюсси отчасти согласен с Майером, но для известной незначительной части ретрофлексий признает типичным следующий *симптомокомплекс*: боли в крестце, ощущение давления внизу живота, более обильные регулы, недомогания диссменорейного характера, выделения, нередко бесплодие, причем и он признает, *что некоторые из перечисленных симптомов связаны непосредственно с тем или другим осложнением, а не с перегибом*. Однако корень зла он усматривает в ретрофлексии, с устранением которой, по его мнению, устраняется и осложняющее ее страдание, причем нередко прибегает к оперативному пособию; показания к операции однако не везде имеются и должны быть правильно поставлены. Там, где на первом плане выступают психоневротические явления, операция не показана, хотя здесь, по утверждению Гюсси, она влияет *психотерапевтически*. На основании нашего материала мы склоняемся к взгляду Майера. Не говоря о том, что так называемые «гинекологические боли», на которые обычно жалуются гинекологу женщины, часто вовсе не соответствуют состоянию половой сферы и вовсе отсюда не исходят, разительным примером чему могут служить у женщин как раз «боли в крестце», требующие крайне осторожной оценки, — с точки зрения их этиологии не следует забывать, что и все остальные симптомы свойственны целому ряду других заболеваний.

С другой стороны, нельзя преуменьшать и значение *психики в патогенетическом смысле*, поскольку мы знаем, что все три основных гинекологических симптома — расстройства менструаций, выделения и боли — могут быть психогенно обусловлены. Жалобы местного характера, пред'являемые после травмы, при *условии отсутствия предрасполагающих к ретрофлексии вышеописанных факторов и наличии нормального анатомического состояния в малом тазу*, проще объясняются травматизированием и разрывами тканей. Да и оперативное пособие, как показывают наблюдения, сплошь и рядом не дает эффекта. Поэтому все указываемые свидетельствуемой недомогания приобретают в глазах эксперта ценность и значение лишь в том случае, если они наступили *остро* и непосредственно *по времени* связаны с несчастным случаем. При остро наступившем изменении в положении матки, в результате связанных с этим изменением раздражения брюшины, возможных повреждений тканей и нервного шока, отмечаются также рвота и кровотечения.

Все это эксперт тщательно учитывает и, учтя, без труда разрешит и *четвертый вопрос*. Тут, конечно, имеет значение состояние матки и связочного ее аппарата к моменту несчастного случая.

Эксперту необходимо исключить возможность наличия ретро-версионфлексии *до* несчастного случая или предрасполагающих к ней моментов. Тут эксперт заинтересуется, не было ли накло-

нения матки кзади, перешедшего под влиянием травмы в перегиб, не находится ли поддерживающий аппарат под влиянием предшествующих беременностей и родов в расслабленном состоянии, не врожденная ли это ретрофлексия, не сопутствуют ли этой ретрофлексии хронические воспалительные процессы? Эксперт далее установит, не является ли констатируемая ретрофлексия лишь частичным проявлением энтероптоза или не представляет ли она просто естественную нередко ретрофлексию старчески атрофированной матки? Тут приобретает значение *анамнез*, нередко объясняющий в дополнение к объективным данным эти случаи.; здесь эксперт встретится с частыми родами, с родоразрешениями при помощи щипцов, с ранним вставанием: и немедленным после родов принятием за работу и пр. Значение травмы, конечно, отпадает.

Что касается благоприятствующих ретрофлексии факторов, то, помимо конституции, неполноценности всего организма вообще и гениталий (половых органов) в особенности, здесь имеют значение и предрасполагающие моменты в виде переполненного пузыря, беременности в первые недели и менструаций.

Для ответа на *пятый вопрос* требуется иметь точные сведения о предшествовавшем травме состоянии половых органов. Ухудшение можно себе представить разве лишь в том случае, если до травмы была ретроверсия, перешедшая в резко выраженную ретрофлексию, что однако является большой редкостью. Не следует при этом никогда забывать о том, что при ретрофлексиях, возникших, по *словам* свидетельствуемых, после травмы, огромное значение приобретает стремление получить пособие.

При разрешении означенных вопросов эксперт при установленной травматической ретрофлексии устанавливает еще и *степень потери трудоспособности*. При остро возникшей после травмы ретрофлексии с наличными объективными симптомами (см. выше) острого характера свидетельствуемая является временно нетрудоспособной на соответствующий тяжести последствий срок, а в дальнейшем по исчезновении острых явлений, в случае если матка приняла положение неосложненного подвижного перегиба кзади (исправленного пессарием), степень потери трудоспособности с чисто гинекологической точки зрения ничтожная, или свидетельствуемая даже вполне трудоспособна и о какой-нибудь степени «инвалидности» не может быть речи. Необходимо относиться со строгой критикой к субъективным жалобам искательниц пособий: следует учитывать лишь моменты объективного характера и при подвижной ретрофлексии, без опущения органа и стенок влагалища, признать трудоспособность. При наличии опущения стенок влагалища и матки возбраняется тяжелая физическая работа, особенно «подъемные» работы, работы, связанные с длительным хождением, и т.п., другими словами, страдание приравнивается к грыжам, и относится к VI—IV гр. (15—35%) в зависимости от степени опущения.

ГЛАВА XXVI

О связи опущения и выпадения женских половых органов с травмой

Проф. М. Г. Сердюков

Подходя к вопросу об опущениях и выпадениях женских половых органов (проляпсах) с судебно-медицинской точки зрения, необходимо отметить, что главный интерес в этом направлении сосредоточивается непосредственно на роли травмы в возникновении опущений и выпадений.

Частота неправильных положений матки среди разнообразных гинекологических заболеваний, в том числе и проляпса, колеблется, по разным авторам, от 30 до 55% (Мейер, Шульце, Штрасс). Причины или этиология неправильных положений матки, в том числе и опущений, зависят от суммы разнообразных факторов. В первую очередь от врожденного дефекта связочного аппарата, от дефектов развития матки, от ослабления устойчивости ткани как конституционально-врожденной, так и приобретенной. Такая неустойчивость и ослабление ткани чаще всего зависят от послеродовой и послеабортной травмы, а также в связи с воспалительными заболеваниями, при которых происходит ослабление всего организма и на этой почве неправильная инволюция матки. Подобные изменения нередко ведут свое начало от инфекционных воспалительных заболеваний как детского, так и более пожилого возраста. Иногда они являются прямым последствием механического воздействия со стороны соседних органов с наличием повышения внутрибрюшного давления, а также в связи с наличием новообразований и наконец в некоторых случаях зависят от

профессиональной работы и преимущественно, бывают следствием длительного вертикального положения тела. Кроме того, они могут быть связаны со многими другими факторами, имеющими спорное значение, потому и не упоминаемыми нами.

Опущение и выпадение матки являются частностью общего энтероптоза (опущения) брюшных и тазовых внутренностей. Между энтероптозом и грыжей можно провести параллелизм. Практически важно, что чаще всего опущения и выпадения матки являются последствием насильственного и трудного родоразрешения (щипцы, поворот, извлечение плода, обширные разрывы промежности и влагалища и т.п.), но встречаемость такого совпадения не является абсолютным правилом. Еще недавно утверждали, что раннее вставание и ранняя выписка после родов могут иногда подавать повод к наступлению опущения и проляпса, но в настоящее время это оспаривается и даже отвергается. По данным Московского научно-исследовательского областного института охраны материнства, в результате раннего вставания и гимнастики в послеродовом периоде констатировано благоприятное действие этого режима на функции организма, а также предупреждающее влияние в отношении выпадения и опущения женских половых органов.

Графф по времени наступления выпадений делит их на 4 группы: 1) Выпадения у девушек и нерожавших, причина которых чаще всего связана с нарушением роста скелета и неправильной формой его (*spina osculta*); если в подобных случаях одновременно встречается ожирение, то налицо расстройство эндокринных желез, и такое ожирение большей частью эндокринного происхождения. 2) Выпадения у женщин, наступающие вскоре после родов. В этих случаях кроме влияния послеродовой травмы важно также оценить дефекты развития скелета в виде *spina bifida osculta*. 3) Третья, самая большая, группа охватывает женщин, у которых выпадения наступают в предклимактерическом или климактерическом возрасте. Причина таких выпадений и опущений связана с возрастной прогрессирующей потерей тканями своей эластической устойчивости. 4) Четвертая группа охватывает более редкие случаи, когда выпадения и опущения наступают у старух.

Основным вопросом с интересующей нас точки зрения является возможность возникновения опущений и выпадений матки; в связи с несчастным или травматическим случаем. Может ли действительно несчастный случай быть причиной выпадения или опущения? На такой вопрос приходится давать почти отрицательный ответ и признать, что такая причина выпадений и опущений относится к очень редким явлениям. Так, Мук, Гюсси, специально занимавшиеся этим вопросом и опрашивая анкетой в этом направлении железнодорожных врачей о связи неправильных положений матки с несчастными случаями на многих тысячах, могли установить такую связь лишь в одном случае. Таким образом на основании современных данных необходимо признать, что совпадения проляпса с несчастными случаями — очень редкое явление, и в мировой литературе зарегистрировано всего лишь несколько случаев, которые могут претендовать на достоверность такой связи.

В экспертном отношении нужно иметь в виду, что несчастный случай (травма) может быть признан причиной выпадения или проляпса лишь тогда, когда может быть доказано наличие тяжелых повреждений связочного и мышечного аппаратов, или если во время травмы были установлены условия для наступления неожиданного и сильного повышения внутрибрюшного давления. Действительно, такие факторы при наличии предрасположения у женщин могут стать причиной острого опущения или выпадения женских половых органов.

Другим, не менее важным вопросом является, какие пределы поднятия тяжести или иные формы тяжелой работы могут послужить травматической причиной и быть поставлены в связь с возникновением опущения или выпадения матки. В этом направлении существуют ориентировочные экспериментальные данные (Окунева, Штейнбах и Щеглов), из которых выясняется, что у женщин с нормальным положением матки предельно допустимым грузом к под'ему тяжести является груз весом в 20 кг. Точно так же внутрибрюшное давление при под'еме женщинами груза до 20 кг лишь незначительно повышается. При этом важно заметить, что одно гинекологическое исследование и измерение внутрибрюшного давления не дает об'ективной возможности определить степень изменения положения матки, а в том числе опущений и выпадений. Для этого необходимо клиническое наблюдение подобных случаев. Данные Окуневой, Штейнбаха и Щеглова были установлены на 1500 женщинах — работницах занятых перенесением тяжести.

Гюсси приводит один случай опущения матки в связи с поднятием тяжести. Этот случай относится к женщине 30 лет, которая до поднятия тяжести, повидимому, была здоровой. Многорожавшая. Она подняла корзину с сахаром весом в 25 кг и перенесла ее на третий этаж. Достигнув третьего этажа с этим грузом, она почувствовала боль внизу живота, чувство давления на низ. Приглашенный врач констатировал загиб матки кзади и опущение влагалища и матки. Благодаря лечению эта травма быстро исчезла. Интересно указать, что доверенный страховой врач не признал в этом случае прямого влияния травмы на выпадение влагалища и матки, а усмотрел предрасположение у больной к этому в

связи с бывшими родами. Заключение по этому поводу было таково, что поднятие тяжести лишь способствовало выявлению предсуществовавших симптомов выпадения.

Другой случай — А. Мартина — острого выпадения влагалища и матки касается здоровой женщины 31 года, у которой также после поднятия на третий этаж тяжелой корзины с грузом наступал колющий, а при осмотре из половой щели свешивалась темносиняя масса, которая оказалась выпавшей маткой и влагалищем.

В этом случае повидимому также было врожденное предрасположение в общей слабой конституции связочного аппарата, и поднятие тяжести сыграло лишь провоцирующую роль. Таким образом эксперту в случаях, где требуется дать заключение о прямом влиянии травмы на опущение или выпадение женских половых органов, следует подвергнуть больную не только тщательному исследованию, но и испытанию в клинических или стационарных условиях. Экспертиза должна учесть все факторы как в отношении состояния всего организма, так и тех условий, связь которых с выпадением должна быть установлена или отвергнута.

Связь конституции (устройство и особенности функции тела) с опущением и выпадением матки существует, но в ряде случаев она условна. По данным клиники проф. М. Г. Сердюкова, опущения и выпадения чаще встречаются при дефективной конституции, именно у астеничек они имели место в 23%, у женщин гипопластической конституции в 17%, т.е. в общем при неполноценной конституции в 40%. При экспертизе по этому вопросу приходится чаще всего отвечать на ряд поставленных судом вопросов. Поэтому я ниже привожу пять, наиболее часто встречающихся вопросов и ответов на них.

1. Может ли травма в данном конкретном случае быть отнесена к несчастному случаю, или выпадение, хотя бы частично, существовало раньше?

Чтобы ответить на этот вопрос, важно обсуждение данных анамнеза и оценки предшествующих изменений женской половой сферы. У астеничек или многорожавших с тяжелыми родами можно допустить бывшую травму как причину, обуславливающую разную степень выпадений или опущений.

2. Может ли данное конкретное заявление о несчастном случае иметь достоверность?

Только тяжелые несчастные случаи с серьезным ранением, в области малого таза или очень сильное повышение внутрибрюшного давления как результат падения со значительной высоты на ягодицы действительно могут вызывать выпадения или опущения женских половых органов.

3. Имеются ли в данном конкретном случае врожденные или приобретенные признаки, как предрасположение к выпадению и пролапсу?

Для построения ответа нужно обратить серьезное внимание на общую конституцию соответствующей женщины, в частности на признаки энтероптоза, далее на существование следов рубцов от разрывов в области генитального кольца.

4. Если внезапность жалоб очень значительна, можно ли предполагать, что причина выпадения или опущения стоит в прямой зависимости от данного несчастного случая?

Выпадение или опущение может только тогда быть прямым последствием несчастного случая, если очевидны очень большие жалобы: сильные боли, застойные явления, внезапно наступившее кровотечение, и особенно, если такие внезапные жалобы и симптомы по времени совпадают с травмой.

5. Идет ли речь в данном конкретном случае об ухудшении ранее существовавшего выпадения или опущения?

Ответ на такой вопрос очень труден, так как по существу основывается лишь на степени соответствующих жалоб истицы. Все зависит от того, насколько правильны жалобы и насколько они совпадают с клинической картиной настоящего момента состояния половых органов женщины. Нужно заметить, что повреждения в связи с несчастным случаем не могут особенно ухудшать состояние пролапса. Речь может идти только об общем повреждении организма, независимо от уже имевшегося гинекологического заболевания.

ГЛАВА XXVII

Гермафродитизм

Проф. М. Г. Сердюков

Гермафродитами или двуполоыми называют суб'ектов с таким неправильным образованием половых органов, при котором у одного индивидуума одновременно имеются половые железы обоих полов или наряду с половыми железами одного пола имеются части полового аппарата другого пола. Такие комбинации дают повод к возникновению ошибок при определении принадлежности данного суб'екта к тому или иному полу. В некоторых, правда, очень редких и сложных случаях гермафродитизма бывает почти невозможно установить точно пол, ввиду наличия морфологической и функциональной гомосексуальности.

В природе гермафродитизм встречается среди пернатых, насекомых и земноводных. Примером могут служить некоторые породы улиток, а также особая порода шелковичного червя — непарный шелкопряд. Полного гермафродитизма у людей не бывает, но первоначальная закладка половых желез у человека до шести недель утробной жизни всегда бывает двуполой и только со второго месяца наступает дифференциация пола. В это время разнообразные патологические процессы (инфекция, воспаление и т.д.) могут препятствовать нормальному процессу, при котором одна часть первичного образования половых желез развивается дальше, а другая подвергается обратному развитию. В дальнейшем вследствие каких-либо расстройств некоторые части первичной половой закладки вместо обратного развития продолжают развиваться дальше, а другие части задерживаются в своем первоначальном развитии. Этиология различных форм гермафродитизма, повидимому, связана с комплексом комбинаций внутренних и внешних причин, обуславливающих гермафродитизм как следствие неправильного деления клеток с неудачным распределением хромозомных элементов.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕРМАФРОДИТИЗМА

1. Истинный гермафродитизм

Настоящими или истинными гермафродитами называются люди, имеющие в себе одновременно мужские и женские половые железы. Какой вид имеют остальные части тела и в каком состоянии они находятся, — это для определения пола не играет решающего значения. Вопрос решает только одновременная наличность яичек и яичников у одного лица. Нужно заметить, что при этом большей частью функционирующей бывает лишь одна какая-либо железистая ткань. Поэтому гермафродитизм почти никогда не бывает биологическим, а лишь морфологическим. Варианты истинного гермафродитизма бывают следующего порядка: 1) человек имеет с каждой стороны две железы разного пола — яичник и яичко — двухсторонний гермафродитизм, 2) или: с одной стороны яичник и яичко, а с другой одну из этих желез — односторонний гермафродитизм, 3) далее, если с одной стороны яичник, а с другой яичко — боковой гермафродитизм. Достоверно установленный настоящий гермафродитизм встречается чрезвычайно редко. Строго и научно установленных подобных случаев было очень мало. Известен классический случай Екатерины Громан, имевшей две различные, способные к функционированию железы. Она по временам имела кровянистые выделения, напоминающие менструацию, и хорошо развитой половой член.

В то же время у нее вырабатывалось семя с микроскопически доказанными семенными нитями. Телосложение ее было женское — отсутствие бороды, развитые женские груди, широкий таз. Густые волосы женского типа и оволосение на наружных половых частях женского типа. Половой член хорошо развит, с головкой, посредине которой открывалось мочевыделяющее отверстие. На месте мошонки были две опухоли, по своему виду напоминавшие большие половые губы, между ними щель, через которую можно было проникнуть во влагалище, имевшее форму слепого мешка длиной в 10 см. Екатерина Громан, крещеная и воспитанная как девочка, в течение всей жизни

носила женское платье. В половом отношении она сначала жила с мужчинами как женщина, позднее она выполняла половые сношения как мужчина.

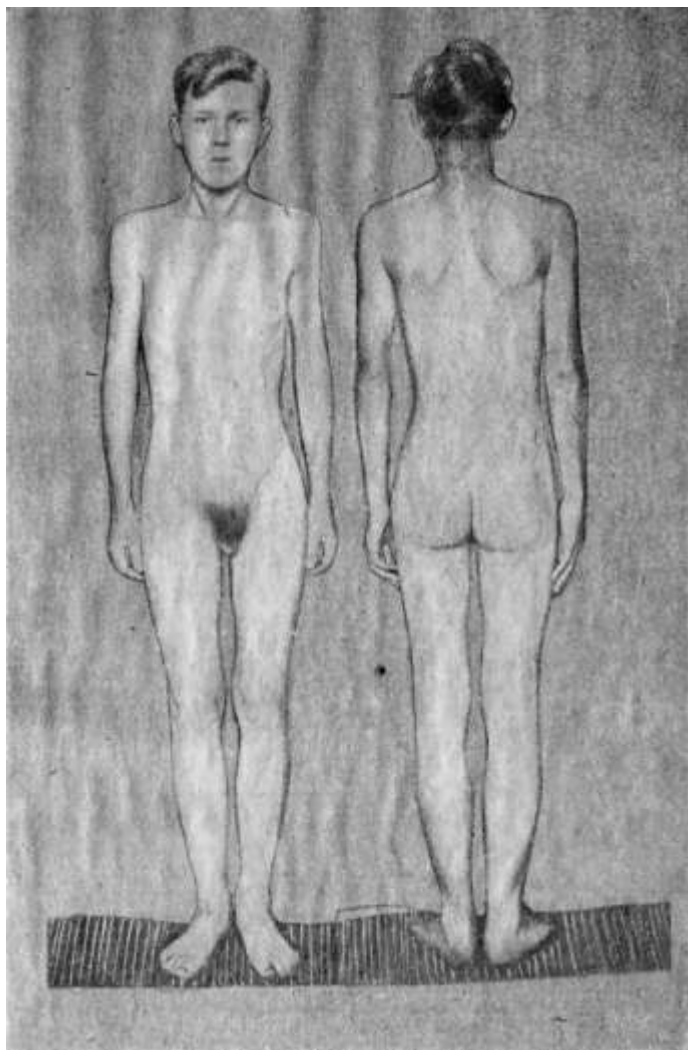


Рис. 17—18. Общий вид спереди и сзади ложного женского гермафродита.



Рис. 19. Тот же гермафродит, одетый в мужское платье

Случай, напоминающий этот, имел место в практике московской судебно-медицинской экспертизы, по которому давалась экспертиза д-ром Е. Е. Розенблюмом. Случай этот следующий:

16 июня 1932 г. в Московской судебно-медицинской экспертизе была освидетельствована на предмет установления пола гр. Л. Р. К. 20 лет. По общему строению, тело (см. рис. 17—18—19) евнухоидной конституции. Общий вид выявляет диспропорцию частей скелета на почве несоразмерного удлинения конечностей при наличии небольшого размера туловища и головы. Далее, имеется отсутствие усов, бороды, недоразвитие гортани — высокий тембр голоса. При обследовании половых органов отмечается значительное развитие клитора, совершенно подобного как по размерам, так и по внешнему виду мужскому половому члену, но без мочеиспускательного канала. В этом, не вполне развитом половом члене имеются крайняя плоть, головка и характерные кожные покровы; мошонка и яички отсутствуют, а на месте их (см. рис. 20 и 21) некоторое подобие половой щели с большими срамными губами, как у женщины. Параллельно образованиям, напоминающим большие губы, идет уздечка членообразного клитора, которая расщепляется на две, образуя зачаток малых губ. Пространство между ними выставлено слизистой оболочкой и напоминает как бы вход во влагалище, которого по существу нет. На этом месте открывается отверстие мочеиспускательного канала. Вторичные половые признаки выражены следующим образом: оволосение на лобке женского типа, обильно выражено. В правой подмышечной впадине оволосение слабо выражено, а в левой достаточно. Грудные железы очень слабо выражены и имеют вид незначительных возвышений с сосками чисто мужского типа. Конфигурация плечевого и тазового пояса мужская. При специальном исследовании через прямую кишку женских внутренних органов не обнаружено. Вместе с тем в малом тазу установлено наличие образования, по своему анатомо-топографическому положению, по своим очертаниям и конституции напоминающего предстательную железу. В правой подвздошной области имеется образование, напоминающее половую железу, но истинную природу которой трудно установить (яичник или яичко). Однако наличие у испытуемой компонентов эрекционного рефлекса, отмеченного во время исследования секретно-двигательного рефлекса с излитием во время оргазма какой-то жидкости через мочеиспускательный канал, отсутствие менструации и так называемых менструальных *molimina menstrualia*, наличие половой жизни с любимой женщиной, психический склад личности испытуемой, соответствующий мужскому типу, дал основание комиссии при судебно-медицинской экспертизе в данном случае установить принадлежность к мужскому, полу.



Рис. 20. Общий вид наружных половых органов. Не вполне развитый половой член, без мочеиспускательного канала.



Рис. 21. Расщепленные уздечка члена и складки, напоминающие малые губы.

2. Ложный гермафродитизм

Ложный гермафродитизм встречается значительно чаще истинного. На материале Московского научно-исследовательского областного института материнства на 35355 амбулаторных больных ложный гермафродитизм встретился в восьми случаях, т.е. в 0,023% случаев. Ложные гермафродиты всегда однополы, т.е. имеют либо яичники, либо яички и никогда не встречаются оба рода желез вместе. Сущность ложного гермафродитизма состоит в том, что при наличии яичек имеются в разной степени выраженные части женского полового аппарата (влагалище, малые губы, клитор, зачатки матки и т.д.). В других случаях, наоборот, при наличии яичников имеются в разной степени выраженные мужские половые органы (зачаточный половой член, мошонка и т.д.). В связи с этим случаи именуются ложными мужскими гермафродитами, когда встречаются комбинации наличия женской половой железы с зачатками мужских половых органов. Наоборот, случаи считаются ложными женскими гермафродитами тогда, когда при наличии мужской половой железы имеются зачатки женских половых органов. В ложном мужском гермафродитизме различают: внутренний, наружный и сложный, в зависимости от расположения и комбинаций парных систем органов. Нужно заметить, что при этом иногда кажущийся женский тип по наружным половым органам является обманчивым, когда одновременно существует крипторхизм, т.е. яички остаются в брюшной полости не спустившимися. Подобный случай описан проф. М. Г. Сердюковым и наблюдался в Московском научно-исследовательском областном институте охраны материнства. Случай этот следующий:

Гр. В. 21 г., по метрическим записям крестьянка Московской области, была направлена Государственным институтом экспериментальной эндокринологии к проф. М. Г. Сердюкову. Жалобы: ненормальность наружных половых органов, полное отсутствие регул, непостоянные ноющего характера боли внизу живота, общая слабость. Регул никогда не имела. С 15 лет появилось оволосение на половых органах. В это время в паховых областях стали появляться подвижные яйцевидные припухлости, которые больная и ее родственники принимали за грыжу. В это же время стало замечаться увеличение, напоминавшее клитор, полового члена. Половое влечение определенно выражено к мужчинам. Бывают эротические сны при участии мужского элемента, после этого отмечается выделение слизи из половых органов. У Гр. В. имеется мужчина, который ей особенно нравится, близости и ласк она избегает, зная о своем уродстве половых органов. Психиатр, обследовавший ее, дал заключение: «Выраженная склонность, в области занятий, обычных для женщин, — рукоделие, шитье, вышивание и пр.; несомненно преобладают женские черты; в отношении высшей нервной деятельности — заторможенность и вялость, напоминающая гипотиреоз и носит такой отпечаток, как это бывает у акромегаличек». Гр. В. — атлетической конституции с элементом астении. Среди конституциональных осо-

бенностей обращает внимание значительное развитие плечевого пояса, мощность спины с хорошо развитыми спинными мышцами, которые ясно напоминают мужское сложение. В области таза (см. рис. 22) малое количество жировой клетчатки, нижняя часть туловища маскуляризирована. На рентгенограммах гипертрофия кистей и стоп, имеющих акромегалоидную форму. Асимметрия лица и выстояние нижней челюсти, на верхней губе и подбородке пушок. Грудные железы по величине и форме соответствуют 12-летней девочке, с сосками величиной с горчичное зерно.

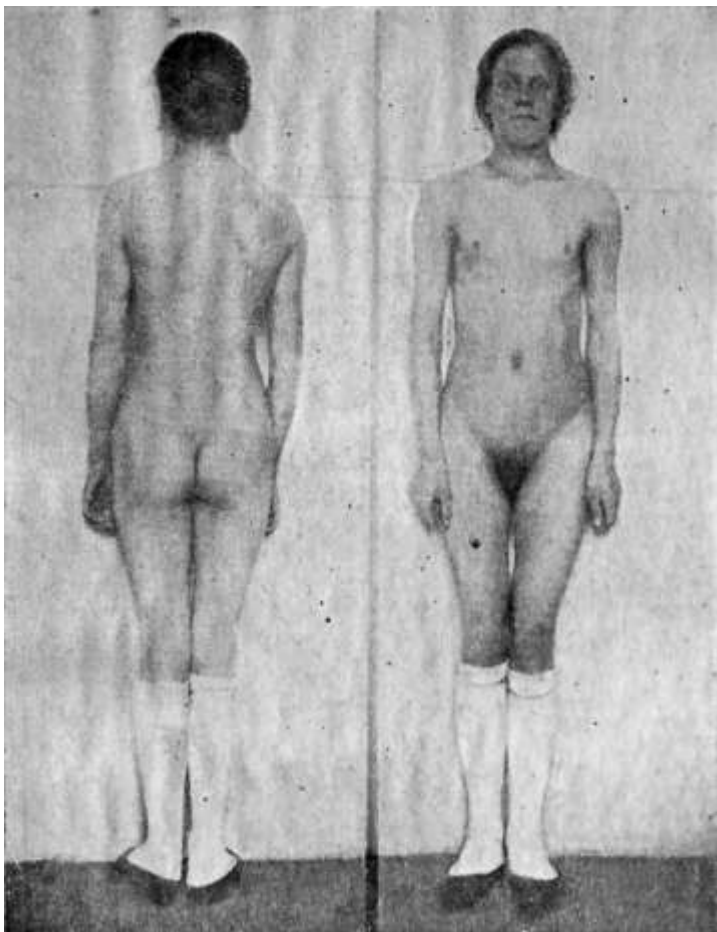


Рис. 22. Общий вид спереди и сзади ложного мужского гермафродита.



Рис. 23. Общий вид наружных половых органов при ложном мужском гермафродитизме.

Состояние мочеполовой системы: живот уплощен, паховые кольца с обеих сторон несколько расширены, так что пропускают кончик пальца. Расположение волос на наружных половых органах приближается к мужскому. Волосы поднимаются к пупку, а также циркулярно располагаются вокруг заднепроходного отверстия и переходят на внутреннюю поверхность бедер. Промежность ладьеобразно втянута, низкая, мужского типа. Малые губы в зачаточном состоянии в виде плоских узких тяжей, тянущихся из-под очень увеличенного клитора. Большие губы значительно увеличены (см. рис. 23), морщинисты, содержат порядочное количество рыхлой клетчатки. В них свободно, а также при кашле, напряжении опускаются напоминающие яички образования, которые находятся выше на уровне лобковых частей. Правое яичко, величиной со сливу, имеет придаток, левое — несколько меньше, и в нем придатка прощупать не удастся. Среди верхнего соединения (комиссуры) больших губ, в верхней трети их, расположен половой член с ясно выраженной уздечкой, с кавернозными телами, способный к нерезко выраженной эрекции. На головке этого увеличенного клитора, по величине соответствующего половому члену шестилетнего ребенка имеется углубление. Это углубление простирается книзу, как это бывает при незаращении мочеиспускательного канала снизу. Самое отверстие мочеиспускательного канала расположено значительно (на 5 см) ниже корня полового члена и имеет форму, направление и длину обычного женского мочеиспускательного канала. Ниже мочеиспускательного канала расположен вход во влагалище без всяких признаков девственной плевы. Зачаток влагалища в виде слепого мешка пропускает кончик мизинца, который при натяжении входит на глубину не более 3 см. Растяжение этого слепого мешка болезненно. Ни матки, ни яичников, ни труб не определяется.



Рис. 24. Микроскопический вид семяных канальцев этого гермафродита. Продольные и поперечные разрезы канальцев. Среди них увеличенное количество соединительной ткани и Лейдиговские клетки.

Эта гражданка была проф. М. Г. Сердюковым демонстрирована в Эндокринологическом обществе. Там была вы-

сказана точка зрения, что у данного ложного мужского гермафродита психика и общая установка женская. Принимая во внимание стремление ее быть женщиной и имея в виду полную невозможность исправить ее мужское уродство и сделать из нее полноценного мужчину, было решено после предварительного исследования пунктатов из яичек, а также после данных биопсии сделать ей операцию искусственного влагалища с последующей дифференциацией пола путем пересадки яичников. Пунктаты ничего не дали, а биопсия установила, что половые железы гермафродита можно характеризовать как неполноценное яичко с явным недоразвитием семенных частей и разрастанием межтубочных клеток.

В дальнейшем проф. М. Г. Сердюковым была произведена операция образования искусственного влагалища, которая закончилась благополучно и дала желательный для гр. В. результат.

Женский ложный гермафродитизм в целом ряде случаев был установлен с несомненностью. Уроdlивое образование женских наружных половых органов у женских ложных гермафродитов делает их настолько непохожими на мужчин, что становятся вполне объяснимыми те ошибки, которые допускаются при определении пола. Не лишены бытового интереса и судебно-медицинской казуистики истинные случаи ложного гермафродитизма. Так например Де-Крекшио описал гермафродита, который служил камердинером, будучи женским ложным гермафродитом. Далее, известен случай Гофмана, 38-летнего женского гермафродита, который был кучером.



Рис. 25. Микроскопический вид придатка при ложном мужском гермафродитизме. Слева расширенные каналы. Справа их просветы звездчатой формы. Хорошо развитый эпителий и много межтубочной соединительной ткани.



Рис. 26. Яичко и придаток его при ложном мужском гермафродитизме.

Задачи судебно-медицинской экспертизы при гермафродитизме

В эти задачи входит: 1) определение пола, 2) заключение о половой способности, 3) решение вопроса о производительной способности, 4) вопрос о возможной допустимости производства операции для окончательной дифференцировки пола.

Задача судебно-медицинской экспертизы должна прежде всего состоять в том, чтобы объективно и твердо установить истинную природу вещей, а не искусственно притягивать факты. Нужно заметить, что пол истинных гермафродитов установить фактически трудно, так как они бисексуальны — двуполы. При определении пола прежде всего следует диагностировать истинный гермафродитизм от ложного. Диагностика представляет нередко большие затруднения. Доказательство наличия сперматозоидов является одним из решающих диагностических моментов для ложного гермафродита и понятно не может служить у истинного гермафродита доказательством его мужской природы. В равной степени наличие менструации у истинного гермафродита не может служить доказательством принадлежности к женскому полу. Определение пола у ложных гермафродитов легче — они по существу однополы. При определении у них пола приходится принимать во внимание: строение тела, свойство гортани, строение половых органов, способ отправления половых функций. Наружный вид или строение тела могут быть обманчивы и состояние вторичных половых признаков (грудные железы, расположение волос, таз) не играет решающей роли, а имеет лишь, подсобное диагностическое значение. Для точной диагностики приходится применять прокол желез и извлекать их содержимое (пунктаты), а в некоторых случаях с согласия больных прибегать и к биопсии (вырезывание кусочка ткани из соответствующей железы), которая может внести полную ясность для точного определения принадлежности субъекта к тому или иному полу.

Изменения гортани у мужских гермафродитов бывают типичны в смысле развития «Адамова яблока» и перемены голоса, что тесно стоит в связи с развитием и состоянием половых желез. Однако подобные изменения не имеют абсолютного значения для точного определения пола. При определении состояния половых органов присутствие яичек является безусловным доказательством принадлежности к мужскому полу, и наличие сперматозоидов, полученных при пункции или другим путем, считается объективным доказательством мужского пола. Наличие менструации далеко не доказательство для женского пола, так как выделение крови не всегда связано с наличием функционирующих яичников и иногда у мужских истинных гипоспадов-гермафродитов встречаются выделения крови, напоминающие менструацию.

Относительно отправления половых функций необходимо указать, что у подобных субъектов поражает наличие противоречия между формой тела, психикой и половыми склонностями. Это иногда бывает причиной различных жизненных трагедий, к которым столь склонны гермафродиты. В характере направления половой жизни, как известно, играют огромную роль внешняя среда, воспитание, привычка, первые впечатления и товарищеские примеры половой жизни. Эти факторы играют роль условных рефлексов и являются не менее решающими, чем функции самих половых желез.

Поэтому к решению судебно-медицинских вопросов в связи с гермафродитизмом должно относиться с большой осторожностью при определении характера половой функции. Затруднения в этом направлении в отдельных случаях особенно велики, когда имеется наличие самой гермафродитической железы (ovotestes). В таких случаях, когда железа содержит мужские и женские половые клетки, трудно сказать, в каком количестве и в каком взаимоотношении они имеются. В связи с этим у таких субъектов сексуальные побуждения могут носить гомосексуальный характер.

При определении производительной способности каждый отдельный случай гермафродитизма должен рассматриваться индивидуально. Может ли когда-нибудь гермафродит быть способным к оплодотворению, — в высокой степени сомнительно. Для женского гермафродита возможность иметь детей должна быть решительно отвергнута, хотя описаны случаи, когда женские ложные гермафродиты беременели, но беременность в таких случаях до конца не донашивается из-за недоразвитой матки. Возможность оплодотворения со стороны мужских гермафродитов в отдельных случаях при хорошо развитых яичках и свободных выводных протоках не исключена.

В связи с бытовыми вопросами, когда гермафродиты, вступая в брак, не знают о своем уродстве, встречаются всевозможные комбинации и сюрпризы: в подобных случаях, когда гермафродиты желают переменить свое гражданское состояние и точно установить свой пол, они должны обратиться с заявлением в суд, который назначает экспертизу и, основываясь на решении ее, окончательно определяет пол.

В судебно-медицинском и бытовом отношении вопрос о надобности и допустимости производства операции у гермафродитов в целях дифференцировки пола представляет особый интерес. Несмотря на некоторую спорность, он должен решаться в положительном смысле, если гермафродит желает подобной операции. Однако в каждом отдельном случае показания, план и характер самой операции должны устанавливаться консультативно. Еще лучше, если консультация будет носить расширенный характер, как например, обсуждение такого случая перед операцией в научном обществе или на научной конференции.

Вопрос о необходимости производить такие операции при гермафродитизме окончательно не установлен наукой. Существует консервативная точка зрения, по которой считают излишним применять какие-либо операции у гермафродитов. Более современное направление, основываясь на базисе эндокринологических данных, по которым вполне возможно оказывать влияние на эндокринный статус, вполне допускает полную целесообразность хирургического вмешательства. Хирургический метод дает несомненную возможность путем создания определенных органов или удаления лишних (создание искусственного влагалища, удаление гипертрофированного клитора и т.д.), а также путем пересадок половых желез соответствующего пола, создавать определенную установку и дифференциацию эндокринного статуса. Удачный исход таких операций дает морально-бытовое и социальное удовлетворение и для больного и для хирурга, а отдельные результаты таких операций говорят о полной их целесообразности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ГЛАВА XXVIII

О судебной ответственности акушеров и гинекологов

Проф. М. Г. Сердюков

Статистические данные указывают на рост судебно-медицинских дел, а также говорят о значительном интересе к судебно-медицинским процессам прессы и населения.

Вместе с этим заслуживают внимания факты не только большого роста дел, но и большой процент прекращения и оправдательных приговоров по судебно-медицинским делам.

К числу положительных сторон такого роста возбуждения судебно-медицинских дел относятся: 1) поднятие правосознания и развитие активности широких слоев трудящихся, 2) уверенность в большом внимании со стороны суда к нуждам и интересам трудящихся. Отрицательными моментами являются: 1) отсутствие у населения элементарных понятий по медицине, 2) вера во всемогущество медицины, 3) незнание с пределами медицинских знаний. Судебно-медицинская практика в этом направлении указывает на ряд случаев недостаточно обоснованного привлечения медицинских работников к уголовной ответственности. Само собою понятно, что интересы здравоохранения требуют условий, в которых медицинские работники имели бы возможность уверенно работать, не опасаясь привлечения к уголовной ответственности за печальный исход лечебного вмешательства в тех случаях, когда с их стороны нет умышленного или неосторожного преступления. С другой стороны, в судебно-медицинской практике, правда в ограниченном количестве, существуют дела, в которых к отрицательному поступку врача, повлекшему за собой тот или иной вред для организма больного, примешиваются элементы сознательности, вернее умысла. Подобные действия, как и недобросовестность и грубая небрежность врача, конечно, должны рассматриваться как уголовно-преследуемые деяния. К таким преступным или сознательно-недобросовестным относятся лица, деятельность которых, носит социально-опасный характер, и, по мнению Абуладзе, к разряду таких следует причислять каждого дилетанта-практика. Подобные лица, осмеливающиеся выдавать себя за специалистов по той или иной отрасли медицинских дисциплин и вооруженные лишь ничтожным багажом знаний, неизбежно должны причинять немало вреда лицам,веряющим им свое здоровье и ищущим у них правильной и специализированной медицинской помощи. Печальные последствия для больных, как продукт деятельности таких «лжеспециалистов-врачей», как их именует Лик, должны конечно учитываться как далеко не случайные несчастья (случайные несчастья, к сожалению, всегда возможны при врачевании даже у самых добросовестных врачей). К таким поступкам нельзя приравнивать роковые для больного действия, которые иногда ставятся в вину так называемым врачам-практикам «энциклопедистам». Эти врачи иногда могут быть поставлены перед лицом крайней необходимости показывать специальное врачебное пособие, которое они не в состоянии выполнить должным образом в соответствии с уровнем своих недостаточных знаний и опыта.

Судебно-медицинская практика показывает, что действия и поступки, за которые привлекаются к судебной ответственности врачи в процессе своей профессиональной деятельности, могут быть разделены на три группы. К первой группе, дающей наиболее обильный судебно-медицинский материал, могут быть отнесены такие весьма разнообразные случаи, где врачу ставятся в вину какие-нибудь факты из его профессиональной деятельности, повлекшие за собой смерть или конечный тяжелый для организма результат врачевания. Эта группа обнимает хирургические и акушерские случаи, причем последние особенно преобладают. Это связано с многочисленными злоупотреблениями правом и условиями производства искусственного аборта.

Вторую группу составляют случаи предъявления врачу обвинений за неоказание медицинской помощи, которая могла бы предупредить те или иные последствия, вызвавшие смерть больной или ущерб для ее здоровья.

К третьей группе относятся весьма редкие случаи, когда врач привлекается к уголовной ответственности за сокрытие какого-нибудь факта, который стал ему известен от лечимого больного и за который соответствующие лица должны были подвергнуться судебной ответственности. Первые

две группы касаются случаев сознательного нарушения врачом его прямых обязанностей. Однако во второй группе жизненная обстановка показывает, что в ряде случаев отказ от врачебной помощи, повлекший за собой печальные последствия для больной, может быть обусловлен уважительными причинами. В таких случаях подобное поведение врача, само собою разумеется, не может повлечь привлечения его к судебной ответственности.

В судебно-медицинской практике встречаются погрешности, упущения и халатное отношение к своим обязанностям, в результате чего явились телесное повреждение, смерть больного, затяжка, ухудшение болезни или потеря благоприятного времени для правильного лечения. Сюда относятся: 1. Неправильное лечение в связи с ошибочным диагнозом. При такой возможности наказуемыми должны быть лишь те случаи, где подобная ошибка произошла действительно от невнимательного отношения или на почве невежества. В противоположность этому нельзя нести ответственности за особые диагностические редкости и случайности, которые нередко встречаются в медицинской практике и даже при самом добросовестном отношении не могут быть своевременно и точно диагностированы вследствие несовершенства наших знаний. 2. Упущение времени, необходимого для вмешательства или осмотра больного. К числу таких случаев относится потеря благоприятного момента для операции, например, аппендицита, перекрученной кисты, запущенное поперечное положение плода, смерть от кровотечения при несвоевременно примененной операции при внематочной беременности. 3. Передача и распространение болезни по небрежности. К таким примерам относится передача сифилиса или родильной горячки от одной больной к другой.

Целый ряд судебно-медицинских расследований и дел возникает на почве небрежности, явной халатности и невежества. При оценке таких дел приходится рассматривать такие врачебные действия, которые в УК трактуются как неосторожное действие, «неосторожное убийство», неосторожное нанесение повреждений. В анализе обстоятельств дела, когда устанавливается характер неосторожных врачебных действий, необходимо точно выяснить наличие или отсутствие признаков преступной неосторожности, которые, согласно п. «б» ст. 10 УК, заключаются в непредвидении последствий своих действий, хотя данное лицо должно было предвидеть их, или заключаются в том, что Данное лицо легкомысленно надеялось предотвратить опасные последствия своих действий. Неизбежные в некоторых случаях ошибки врача, поскольку они явились неизбежными, не дают основания для обвинения в преступной неосторожности. Под понятие врачебных ошибок относят лишённые всякой преднамеренности заблуждения врача в его заключениях или действиях в процессе выполнения им своих специальных врачебных обязанностей. Эти ошибки в одних случаях дают основание для уголовной ответственности, в других же случаях не дают такого основания. В основе медицинских ошибок и промахов, по мнению Абуладзе, может лежать ряд фактов, которые должны быть учтены экспертизой и ею должна быть сделана соответственно этому правильная юридическая оценка. В первую группу ошибок и промахов включаются роковые для больного врачебные действия, которые являются следствием причин, стоящих вне зависимости от личных качеств врача, оказавшего помощь и привлекающегося к ответственности. Сюда входят моменты практической деятельности, вызываемые главным образом: 1) случайностями или, как принято говорить, несчастным стечением обстоятельств, которых не удастся заранее предусмотреть; 2) событиями, которые возможно заранее предусмотреть и даже предупредить их развитие, но которые не могут быть устранимы со стороны врача во время оказания им помощи больному, 3) ненаходчивостью врача в связи с овладевшей им во время врачебного пособия — какой-нибудь операции — растерянностью и даже острым страхом на почве непредвиденных и неожиданных осложнений (так называемый «операционный транс» немецких авторов).

Если медицинские ошибки и промахи носят такой характер, когда врач не мог, при соблюдении всех требований медицины, их предвидеть или предотвратить, то они не могут быть поставлены в вину врачу и быть наказуемы.

В противоположность первой, вторая группа включает ошибки и промахи, неразрывно связанные с личными качествами лечащего врача. Ошибки и промахи этой группы носят характер различного рода врачебных недосмотров, небрежных действий с печальными последствиями для больных. Они могут стоять в прямой связи: 1) с отсутствием у врача необходимых для самостоятельной врачебной деятельности клинического опыта и медицинских знаний, 2) с наличием халатности и даже небрежности, стоящими в связи с поспешностью и невнимательностью при выполнении врачебных функций. Совершенно прав Абуладзе, который в своем докладе о судебной ответственности врача говорит, что если грубая и печальная для здоровья больного врачебная ошибка была допущена малоопытным легкомысленным врачом, взявшим на себя смелость под

свою единоличную ответственность, без крайней необходимости, оказывать врачебное вмешательство, — подобную ошибку следует трактовать как непростительную и наказуемую ошибку.

Таким образом гранью между медицинской ошибкой и действительными врачебными преступлениями является отсутствие в первом случае не только преднамеренности, но и неосмотрительности и неосторожности во врачебных действиях. Однако вследствие несовершенства медицинских знаний и целого ряда особенностей, на первый взгляд врачебные неосторожные действия медицинского работника могут быть подчас вызваны особенностями условий момента. Зельгейм по этому поводу говорит: «Если при извлечении во время родов врач, всемерно стремясь спасти жизнь ребенка, действует быстро, желая срочно закончить роды, то этим самым может наносить вред матери в виде травматических повреждений. Если тот же врач при тех же условиях проводит роды медленно, желая обеспечить максимум пользы для матери, то этим самым он наносит вред ребенку».

Случаи недобросовестного или невежественного лечения больных нередки и приводят к многочисленным судебным процессам. Эти случаи отражаются не только на здоровье или жизни потерпевшего, или судьбе медицинского работника, но они дискредитируют в целом и подрывают доверие к медицине и медицинским работникам. Как пример невежества можно привести случаи, когда один врач при несоответствии между головкой и тазом сделал попытку наложения щипцов. Щипцы соскользнули, врач произвел перфорацию. Наложение перфоратора ему не удавалось, и после ряда неудачных попыток женщина была доставлена в больницу. При обследовании у женщины был констатирован разрыв матки. В больнице была оказана помощи, однако через 15 минут больная умерла. При вскрытии, кроме разрыва матки, обнаружено обширное разрушение кишечника. Важно подчеркнуть, что на головке плода нигде не было найдено ни малейшей царапины, это доказывает невежественные действия врача при данной типической акушерской операции.

При обсуждении небрежных действий в акушерстве судебно-медицинскому эксперту приходится в частности оценивать границы допустимого физиологического или хирургического травматизма и подобных повреждений матери или плода. Нужно иметь в виду, что в каждом случае, когда роды заканчиваются щипцами, можно обнаружить разные ранения, ссадины, следы от сдавления, а в тех случаях, когда головка выводится в косом размере, то, с одной стороны, бывает припухлость века, глаза, а на другой — односторонний паралич лицевого нерва. В таких случаях приписывать врачу небрежные действия можно только при обширных и грубых ранениях. Хорошо известны случаи акушерских ошибок, стоящих на границе невежества, когда например, головную опухоль плода принимали за плодный пузырь и при разрыве травмировали череп. Встречаются и такие акушерские случаи, в которых ошибка может трактоваться как неосторожное действие. Например, при ягодичных родах, когда для извлечения последующей головки в рот вводится палец, которым производится ранение языка, и как последствия этого — случаи смертельного кровотечения из сосудов уздечки языка.

При очень грубых акушерских вмешательствах бывают случаи повреждения шейных позвонков, вывихи сустава, переломы ключиц, разрывы печени, селезенки, почек. Такие повреждения часто могут иметь место при мертвом или мацерированном плоде без всякого влияния травматизма. Наоборот, констатирование подобных ранений у вполне доношенных детей говорит о том, что акушерское вмешательство носило грубый характер. Несколько особенно стоит вопрос о переломе ключиц у новорожденных. На основе специальной работы (доктор Тупинг) в Московском областном научно-исследовательском институте охраны материнства и младенчества можно сделать следующие выводы: переломы ключиц у новорожденных во время родов представляют собою довольно частое явление — 1,9% всех новорожденных. При оперативных родах этот процент повышается до 4,2, при самостоятельных родах равен 1,8. К причинам переломов ключиц у новорожденных относятся: 1) сильная потужная деятельность матери, 2) неправильные положения плода (при поперечных и косых положениях ключицы чаще ломаются), 3) слишком большой вес плода — свыше 3000 г, 4) способ ведения родов. Переломы ключиц у новорожденных находят тем чаще, чем больше внимания обращают (исследование новорожденных рентгеном) на возможность такого повреждения у новорожденных. Очень важно принимать соответствующие профилактические мероприятия, а именно: проявлять осторожность при защите промежности, при извлечении плода, применять вливания вазелинового масла во влагалища в момент прорезывания головки и выведения плода (по проф. М. Г. Сердюкову).

При работе в акушерско-гинекологических учреждениях на почве небрежности, нечеткой работы или халатного отношения к своим обязанностям встречаются случаи привлечения медицинского персонала к судебной ответственности за замену детей.

Для предотвращения подобных недостатков работы и преступлений в каждом учреждении должны быть четко составлены и сформулированы инструкции для ухаживающего медперсонала, и настойчиво со всей пунктуальностью такие инструкции должны проводиться в жизнь. Для профилактики такой замены детей Лее сообщает, что в чикагских родильных домах твердо проводится правило обозначать одним номером мать и ребенка непременно еще до отрезывания пуповины. К пуповине ребенка и к запястью матери прикрепляется металлическая пластинка с одинаковым номером. Ранее применявшаяся дактилоскопия и оттиски ног оказались мало действительными. В Бостонском госпитале для предотвращения перемены детей в родильной комнате имеется запас маленьких стерильных алюминиевых пластинок, снабженных ниткой и пломбой. На одной стороне пластинки имеется номер, а на другой на мягком металле выцарапывается фамилия матери. Одна пластинка помещается на шею ребенка, а другая на шею матери; кроме того, номер немедленно заносится в историю болезни. Судебно-медицинской экспертизе при составлении заключения по делам о перемене детей особенно тщательно следует обращать внимание на качество работы в детских отделениях и на состояние внутреннего распорядка работы в них, а также на характер трудовой дисциплины. Все эти факторы обеспечивают точное выполнение руководящих инструкций, предотвращающих такие недопустимые упущения, как обмен детей, который чаще всего носит характер небрежности или халатного отношения к своим обязанностям медицинского персонала.

Известный германский акушер-гинеколог Зельгейм, проводя дифференциальную разницу между небрежностью, халатностью, медицинским невежеством и несчастным случаем, рассуждает следующим образом. В тех случаях, когда врач во время аборта или ведения родов произвел прободение или разрыв матки, это может быть несчастным случаем тогда, если доказано, что он действовал по всем правилам акушерской науки. В тех же случаях, если врач не заметил такого осложнения и не принял соответствующих мер, то это стоит на границе халатности. Мы бы сказали, что если врач не заметил такого осложнения, которое он при данных обстоятельствах должен был заметить, то это дает уже основание для обвинения в преступной небрежности. Нередко, кроме ранения и перфорации матки при аборте, ранятся кишки, они вытаскиваются, разрываются, отрываются и отрезаются. В этом направлении существует неправильное предположение, что акушер ранил органы брюшной полости именно на том месте и в тех границах, как это было констатировано при вскрытии. Патолого-анатом, судебный эксперт и судья на основании того, что были обнаружены данные о глубоком проникновении в брюшную полость инструмента при акушерских операциях, часто приходят к выводу, что врач как-то особенно грубо оперировал — разрушал. Подобные заключения всегда требуют большой осторожности. Необходимо иметь в виду, что если в матке существуют более или менее значительные отверстия, то ближайшие полые органы — петли кишечника — при малейшем повышении внутрибрюшного давления проникают в отверстия и вследствие этого, а также сокращений мускулатуры матки перфорационное отверстие само по себе может увеличиваться.

В тех случаях грубых повреждений кишечника, когда при производстве аборта 6—6½ мес. при перфорации извлекаются значительные — до 30 см длиной — петли кишечника и отрезаются, будучи смешаны с пуповиной, дело идет, конечно, о грубом невежестве. Невежество же врача, явившееся причиной вредных последствий для пациента, конечно, дает основание для привлечения его к уголовной ответственности, поскольку оно выявляет недобросовестное отношение данного врача к своей работе.

Наличие подобных осложнений в акушерстве, гинекологии и хирургии может иногда усугубляться так называемыми корыстными действиями со стороны врача. Отсутствие корыстного элемента выражается в том, что врач, невзирая на возможность урона своего авторитета, всемерно стремится спасти больную с тяжелым осложнением. Это не представляет больших трудностей: для этого следует лишь доставить больную в приспособленную клинику или больницу, где ей будет оказана надлежащая помощь, конечно, если такая возможность имеется.

Со стороны акушерского персонала (акушерки, сестры) небрежные действия выражаются главным образом в небрежно проводимой дезинфекции рук, инструментов и прочих предметов ухода, в неправильной и небрежной даче лекарств. Это играет главную роль в возникновении и распространении послеродовых септических заболеваний, а также септических заболеваний у детей — пупочная инфекция. Кроме этого, небрежные, халатные действия со стороны акушеров имеют

место в тех случаях, когда акушерка при намечающихся осложнениях во время родов или послеродовом периоде своевременно не вызывает врача, а самостоятельно применяет сильнодействующие вещества, чем способствует развитию тяжелых осложнений со смертельным исходом. Судебно-медицинская практика богата такими случаями, где акушерками при задержке родов без консультации с врачом самостоятельно применялся питуитрин. В результате этого в ряде подобных случаев наступал разрыв матки со смертельным кровотечением, так как акушерки не могли должным образом оценить всей серьезности противопоказаний для применения питуитрина.

Среди массы судебно-медицинских дел в значительной степени преобладают акушерско-гинекологические случаи. Совершенно непосильной задачей было бы об'ять все многообразие подобных случаев, послуживших материалом для привлечения к ответственности врачей. Поэтому в настоящей главе мы сможем лишь затронуть основные моменты акушерско-гинекологической практической деятельности, которые чаще всего дают материалы для судебно-медицинской экспертизы.

При разрыве матки во время родов медперсоналу иногда ставятся в вину применение грубых приемов, способствующих разрыву, а также неокказание соответствующей акушерской помощи, в результате чего произошел разрыв, от последствий которого наступила смерть больной. Среди вопросов, которые приходится в этом направлении решать эксперту, кардинальным будет вопрос, произошел ли разрыв матки во время родов самостоятельно или он произведен во время акушерской операции ложкой щипцов или рукой во время поворота плода. Основной и решающей деталью в таких случаях будет вопрос о правильном установлении показаний к тому или иному акушерскому вмешательству и правильной технике его применения. В тех случаях, когда вмешательство было безусловно показано, то, даже если произошел разрыв, врач может быть не виновен. Это могут установить обстоятельства дела. Место расположения, форма разрыва не решают вопроса окончательно — произошел ли разрыв искусственно или самостоятельно. Очень важно суждение о том, что разрыв матки мог существовать уже до вмешательства и мог быть лишь расширен во время вмешательства. Рейтер сообщает о случае, где имел место самостоятельный боковой разрыв матки и где во время обследования полости матки врач извлек петли кишечника, и в результате больная погибла от воспаления брюшины. Врач был привлечен к ответственности и обвинялся в том, что сделал разрыв матки и извлек кишку. Обстоятельства дела показали, что врач был приглашен к больной, когда у нее были тяжелые явления в виде холодного пота, коллапса, прекращения схваток. Суд оправдал врача, считая, что женщина умерла не от последствий манипуляций врача, т.е. не от того, что была вытащена кишка, а от воспаления брюшины, которое явилось результатом самопроизвольного разрыва матки. Судебно-медицинскому эксперту важно уметь оценивать клинику признаков наступившего разрыва матки, так как по времени появления их можно получить ценные данные для суждения о произвольном разрыве или о наступлении его как последствии того или иного акушерского вмешательства. К признакам наступившего разрыва матки относятся явления внутреннего кровотечения (не всегда выраженные), — шок, прекращение схваток и обнаружение путем ощупывания частей плода в брюшной полости.

Довольно часто фигурируют судебно-медицинские дела по поводу обнаружения в полости матки частей последа, которые послужили источником заболевания — кровотечения, или септического послеродового заболевания. В каждом подобном конкретном случае врачу или акушерке ставится в вину небрежное или халатное отношение к своим обязанностям, выразившееся в невнимательном и в недобросовестном осмотре последа, в результате чего в полости матки остаются задержавшиеся части последа.

По вопросу о ведении третьего (последового) периода родов в современном научном акушерстве существуют два взаимно противоположных мнения. Первое, консервативное, т.е. выжидательное, по которому при задержке последа и при отсутствии показаний (кровотечение) принято ожидать не менее 2—3 часов самостоятельного отделения последа. Если наступают показания (кровотечение), то приступают к немедленному отделению последа сначала наружными приемами, а если они не дают успеха, то внутриматочными ручными или инструментальными приемами. Другое, более радикальное направление, при котором стремятся к быстрому выделению из матки задержавшегося последа и его оставшихся частей. Это направление является более рискованным и имеет значительно меньше последователей. Во Франции к таким радикалистам ведения последового периода с обследованием полости матки тотчас после родов относится Дельма.

При обнаружении во время вскрытия в полости матки кусков последа, пребывание которых там создало благоприятные условия для восходящей инфекции и развития послеродового септи-

ческого заболевания, судебно-медицинскому эксперту задается основной вопрос — не является ли оставление в полости матки кусков последа небрежностью или халатным отношением к своим обязанностям акушерского персонала. Небрежное или недобросовестное отношение к своим обязанностям акушерского персонала может состоять в том, что осмотр последа проводится без должного внимания и последы выбрасываются без такого особого осмотра. В сомнительных случаях полезно бывает испытание целостности последа при помощи особых проб на целостность последа. Однако не всегда можно окончательно доверять таким пробам. В таких случаях, когда на самостоятельно выделившемся или удаленном последе имеются значительные дефекты его тканей, даже без наличия кровотечения, имеются все основания к обследованию полости матки и удалению задержавшихся в ней частей последа. В ряде относительно редких случаев задержание частей последа в матке находит себе оправдание. Такие случаи редки и, во-первых, могут представлять собой задержку добавочной доли последа, обнаружение которой чрезвычайно затруднительно, и, во-вторых, наличие плацентарных полипов, которые дают немало диагностических трудностей.

В этом отношении очень интересен и поучителен чрезвычайно редкий случай плацентарных полипов, которые были причиной очень сильных кровотечений и способствовали развитию септического эндометрита с последующим общим септическим заражением, обусловившим смертельный исход.

В родильный дом им. Грауэрмана поступила больная для родов, с отошедшими дома водами, с повышением температуры. Настоящие роды — четвертые. В прошлом у больной было множество осложнений и в частности общее септическое заболевание с тромбозом после третьих родов. Первый период настоящих родов у больной имел несколько затяжной характер с подлихорадочным течением, второй и третий — носил явную патологию в виде атонии матки и задержки последа, который не отделялся в течение 8 часов. Затем, когда было констатировано истинное и обширное сращение последа со стенками матки, он был выделен внутренними ручными приемами. С третьего дня у больной появились признаки эндометрита, сопровождавшегося резким повышением температуры и тромбозом левого бедра. На пятый день у больной два раза с промежутками в 8 часов наступали резкие профузные кровотечения, которые потребовали двукратного выскабливания полости матки и тампонады. В результате этих пособий кровотечение остановилось, но явления общего заражения крови — септицемии, начавшейся с третьего дня, резко и неуклонно прогрессировали, и больная умерла на 14-й день. Судебно-медицинское вскрытие показало, что смерть больной последовала от общего заражения крови на 14-й день после срочных родов, осложнившихся преждевременным отхождением вод, слабостью потуг, приращением последа и сильным атоническим кровотечением из матки. Причинами указанных осложнений явились два «подслизистых» полипа матки, которые препятствовали правильному опорожнению, сокращению и обратному развитию матки. Воротами для инфекции в данном случае послужили полипы, причем один из них подвергся омертвлению. Возбудители инфекции могли, во-первых, сохраняться в дремлющем состоянии в полипах от предыдущих родов и аборт, а также осложненных приращением последа или, во-вторых, могли быть занесены из родового канала во время необходимых троекратных внутриматочных акушерских оперативных пособий. Смертельным исходу болезни благоприятствовали сильная степень малокровия и жировое перерождение сердца. При микроскопическом исследовании обоих полипов, обнаруженных в стенке матки, найдено, что в главной массе полипы состоят из фибрина и крови, среди которых почти всюду заметны раз'единенные ворсы последа. В частях, ближайших к стенке матки, заметны тяжи соединительной ткани, проникающие внутрь фибрино-плацентарных масс. Сосуды встречаются в этой соединительной ткани большей частью, тромбозированные. Кроме этого, заметно проникание синцитиальных элементов в глубь стенки матки между пучками мышечной ткани. В стенке матки обнаруживается значительное разрастание соединительной ткани и склероз сосудов. На основании точного микроскопического исследования стало совершенно очевидным, что причиной образования полипов явилось плотное соединительнотканное приращение частей последа к стенке матки, наступившее еще во время беременности вследствие частых воспалительных инфекционных процессов. За это говорят плотность соединительной ткани, врастающей из стенки матки в основную ткань полипов и наличие в ножке полипов крупных кровеносных сосудов. Такого рода плацентарные полипы всегда представляют двойного рода опасность: с одной стороны, насильственное отделение их может явиться причиной сильнейших кровотечений (вследствие разрыва вышеописанных крупных сосудов), а с другой; стороны, такие полипы, препятствуя правильному выделению послеродовых очищений, могут способствовать задержке их и размножению в матке инфекционных начал.

Интересно, что со стороны мужа покойной были чрезвычайно настойчивые попытки привлечь к ответственности за халатное отношение медперсонал, оказавший помощь больной. Однако целый ряд экспертиз, указав на редкость данного случая и тщательность его обследования, не нашел признаков халатного или небрежного отношения медперсонал и дело было прекращено после расследования.

В связи с аналогичными случаями, когда больная умирает после родов или аборта от атонического неостановимого кровотечения, врачебному персоналу ставится в вину, что больной не была оказана полностью помощь и что именно не была удалена матка или не было сделано переливания крови. Каждый подобный случай требует строгого индивидуального анализа как со стороны суммы мероприятий, использованных для остановки кровотечения, так и той обстановки, в которой подавалась помощь, и тех возможностей, при которых можно или нельзя было произвести такую ответственную операцию, требующую хирургической техники и опыта. Только если действительно были налицо все вышеуказанные условия и при подходящем для наркоза оперативном вмеша-

тельстве в соответствии с состоянием больной не была произведена операция, и если больная не была переправлена в соответствующее учреждение, которое могло бы выполнить операцию удаления матки, то в таких случаях можно говорить о халатном или небрежном отношении. С другой стороны, надо иметь в виду, что даже примененная операция удаления матки по поводу атонических кровотечений дает мало ободряющие результаты. Это зависит от сопровождающих атонические кровотечения тяжелых симптомов в виде шока, анемии мозга.

Ряд судебно-медицинских процессов возникает по обвинению врачей в небрежном или халатном отношении в связи со случаями внематочной беременности. Ошибки или небрежные действия здесь чаще всего возникают в результате неправильной диагностики или несвоевременно примененной операции. Диагностика внематочной беременности имеет иногда большие трудности вследствие неясности и спутанности симптомов. Как следствие этого и в результате запоздалого или несвоевременного применения операции такие случаи заканчиваются смертью. При судебно-медицинской экспертизе весьма важно провести анализ в том направлении, были ли использованы все возможности для уточненного диагноза и зафиксированы ли они в истории болезни. Важно иметь в виду, были ли выполнены важнейшие анализы крови и, если допускала это возможность во времени, анализ биологической пробы на беременность (по Ашгейму и Цондеку). Практическая ценность этой биологической пробы особенно важна при установлении трубной внематочной беременности, когда при прогрессирующей ненарушенной или нарушенной беременности и трубном аборте, там, где хориальные ворсинки находятся в связи с трубной стенкой, эта реакция дает положительный ответ¹. В случаях нарушенной внематочной беременности разной давности, со смертью яйца, организацией кровяного свертка, гематоцеле, при отсутствии ворс или их некрозе эта проба обыкновенно бывает отрицательной. Ввиду большой практической ценности ею следует пользоваться чаще, чем это делалось до сих пор. Единственным недостатком ее является ожидание в течение 5—7 дней ответа. Реакция Фридмана даст более быстрый результат.

Если анализы во встретившейся обстановке произвести невозможно, то при оценке обстоятельств дела важно иметь в виду, была ли при неуверенности в диагнозе у лечащего врача обеспечена консультация с более опытными врачами. Надо даже иметь в виду, что в целях сохранения здоровья и жизни больной случаи с подозрением на внематочную беременность должны быть обеспечены постоянным врачебным наблюдением. Поэтому таких пациентов следует помещать в стационар, а не оставлять в домашней обстановке. При ясной диагностике или при большой доле вероятия больной следует обеспечивать скорейшее производство оперативного пособия.

Все эти факторы должны быть учтены и сопоставлены с обстановкой и объективными возможностями, окружавшими врача, оказывавшего помощь больной.

В судебно-медицинской практике встречаются случаи привлечения к судебной ответственности по 111 ст. УК за халатное отношение врачей в связи с неправильной диагностикой декретного отпуска по беременности. Подобный случай описан д-ром Розенблумом (см. «Вестник современной медицины» № 14, 1929). Интерес случая заключается, между прочим, в том, что комиссия, дававшая отпуск, состояла из терапевтов. Для изжития подобных случаев важно, чтобы каждый акушер владел методикой определения сроков беременности. В таких случаях важное значение имеют правильные данные о первом дне последней менструации, ранняя явка самой беременной в консультацию. От врача требуются точное соблюдение и знание методики определения срока беременности для предоставления декретных отпусков.

Значительное число судебно-медицинских дел возникает по обвинению медицинского персонала в халатном и небрежном отношении при возникновении септических заболеваний. В ряде возникающих в этом направлении дел начало и возникновение септического заболевания связывается с контактными действиями медперсонала: приемка родов, производство той или иной акушерской, гинекологической или общей хирургической операции. Кроме этого, в ряде случаев септических заболеваний медперсоналу ставится в вину несвоевременное, неправильное распознавание с неправильным последующим лечением, результатом чего бывает смертельный исход, что также квалифицируется как небрежное или халатное отношение к своим обязанностям. При экспертизе в подобных, часто весьма запутанных делах требуется тщательный анализ каждого отдельного случая. Здесь играет важную роль вопрос о состоянии больной до родов, до производства операций и аборта. Необходимо отвергнуть или установить возможность бациллоносительства, очаги в полости рта (зубы, миндалины, ангина и пр.) или другие очаги, например, в почках (пиэ-

¹ См. работу д-ра Розенблума в сборнике «Судебная медицина и пограничные области», № 1, 1934.

литы) и пр., которые могут под влиянием операционной травмы, наркоза, кровопотери и внутреннего исследования дать генерализацию септического заболевания. Помимо этого, при судебно-медицинской диагностике путей септического заражения нужно иметь в виду то состояние, в котором до родов или хирургического вмешательства поступила больная в учреждение. Например, наличие повышения температуры, грязные воды, учащение пульса до родов указывают на признаки воспалительно-инфекционного заболевания со стороны слизистой оболочки матки.

При оценке непосредственной виновности и образа действий медперсонала в том или ином случае септического заболевания, кроме вышеуказанных соображений, важна та обстановка, в которой имели место септическое заболевание, частота септических случаев (заболеваемость и смертность) в том учреждении, где оказывалось медицинское пособие больной, и важна непосредственная характеристика деятельности медперсонала. При судебно-медицинском анализе каждого отдельного случая септического послеродового или послеабортного заражения следует иметь в виду возможность «самозаражения» в смысле учения Кальтенбаха. Современные научные мнения о возможности так называемого «самозаражения» или «условно эндогенного заражения» расходятся. Одни такую редкую возможность признают, другие вовсе ее отрицают. При объективной оценке этого пути возникновения септического заболевания необходимо указать, что совершенно отрицать такую возможность самоинфицирования организма невозможно. Однако такие случаи 1) редки, 2) они могут претендовать на достоверность лишь тогда, когда данные исследования зафиксированы в полно составленной истории болезни и обстоятельства дела исключают всякую возможность экзогенного заражения.

При возникновении судебно-медицинских так называемых «септических» дел ставится целый ряд вопросов, в частности обвинение в небрежности и халатном отношении к больной, и тогда, если тяжелая септическая больная в разгаре болезни переводится из одного лечебного учреждения в другое, в результате чего (тромбофлебит) наступает ухудшение состояния и случай кончается смертельным исходом. Несомненно, что в случаях септического остро-гнойного заболевания вен транспортировка больных противопоказана, а если она производится во исполнение консультативного постановления, то такая перевозка должна тщательно выполняться и быть обставлена всеми предосторожностями.

Некоторое количество дел возникает в связи с хирургическим вмешательством. В этом вопросе твердо установленным должно считать положение, по которому всякая плановая операция должна непременно производиться; с согласия больной. Только при подаче экстренной хирургической помощи, а также когда больная находится в бессознательном состоянии из-за потери крови (внутреннее кровотечение при внематочной беременности, разрыв матки) или когда вследствие других острых заболеваний (заворот кишок, перекрученная киста, ущемление кзади загнутой матки) больная находится в помраченном состоянии, врач обязан подать помощь без обязательности добиться согласия больной. Однако в таких случаях следует, если позволяют время и обстановка, предупредить родственников больной. Вторым принципиальным вопросом и, конечно, обязательным для врача, подающего хирургическую помощь, должно быть всемерное стремление удалять лишь измененные органы ткани, сохраняя здоровые. Однако этот принцип имеет в себе много условного и иногда трудно выполним на практике, так как, во-первых, иногда на-глаз очень трудно решить предел поражения и поэтому при злокачественных опухолях или при подозрении на злокачественное перерождение лучше поступать радикальнее при оперативном пособии. Далее, встречаются такие случаи, когда при чрезвычайно бережном отношении хирург оставляет кажущуюся ему по виду здоровую часть ткани весьма важного органа или железы. Например, при кистозном перерождении яичника оставляется часть его, так как полное удаление лишило бы женщину основной ее функции — менструации — и вызвало бы тяжелые изменения во всем организме. При таком консервативном образе действий иногда через 1—2 года или раньше может образовываться новая опухоль — киста. Это дает повод больным обвинять врача в небрежных или неосмотрительных действиях, вследствие которых больная должна подвергнуться новому оперативному риску. Конечно, кроме явно грубых действий в этом направлении по показаниям или методике операции ставить в вину врачу рецидив болезни нельзя.

Интересной в судебно-медицинском отношении является экспертиза по обвинению врача Г. в неправильном производстве операции в г. О. Основным моментом против него выдвигался неумеренный хирургический радикализм в отношении удаления яичников. По этому поводу основным материалом служили пять историй болезни больных, которые были оперированы врачом Г. Интересно указать, что на месте в г. О. по этому делу работали четыре комиссии, которые не дали ясного и объективного мнения. Поэтому НКЮ передал все материалы в НКЗдрав для окончательного

заклучения. Судебно-медицинская экспертная комиссия при НКЗдраве дала следующее мнение по поводу этих пяти случаев на основании изучения историй болезни и осмотра одной больной — жалобщицы по этому делу.

Случай 1. У гр. Г-ч 10 лет назад была диагностирована фибромиома матки. Эта опухоль увеличилась, появились маточные кровотечения. В момент поступления в больницу была констатирована множественная фибромиома матки с голову взрослого человека. При операции опухоль была удалена, а болезненно-измененные яичники (с кистозным перерождением) проколоты. Послеоперационный период протекал гладко. Через 8 месяцев у гр. Г-ч были констатированы резко выраженные явления тазового полнокровия с общими, преимущественно нервными симптомами. Через 3 месяца у гр. Г-ч Московским бюро врачебной экспертизы констатированы пресенильный психоз с бредовыми явлениями, артериосклероз, послеоперационный рубец белой линии, отсутствие матки. В Государственном институте экспериментальной эндокринологии, где лечилась гр. Г-ч, у нее определены: климактерический период, гипертиреозидизм, спайки брюшной полости. Экспертной комиссией при НКЗдраве, освидетельствовавшей гр. Г-ч, найдены: окрепший послеоперационный рубец белой линии живота, отсутствие тела матки после операции надвлагалищной ампутации по поводу множественной фибромиомы матки, гипертиреозидизм. Эти данные позволили комиссии сказать, что операция, произведенная гр. Г-ч год назад, была показана, произведена правильно и, согласно объективному исследованию, с хорошими результатами в оперативной области (половые органы).

Случай 2. У гр. Г-й, 16 лет, начались сильные маточные кровотечения, продолжавшие увеличиваться при поступлении в больницу (31 января 1931 г.) и в первое время пребывания в больнице до 9 февраля 1931 г., когда они стали жизнеопасными. Несмотря на применение различных консервативных методов лечения, кровотечение не останавливалось. 9 февраля 1931 г. Г-ой произведена операция: рассечение девственной плевы, рассечение канала шейки матки, тугая маточно-влагалищная тампонада. Кровотечение остановилось, и гр. Г. выписалась здоровой. Комиссия пришла к заключению, что здесь имело место острое тяжелое кровотечение в подростковом возрасте, не поддававшееся правильно примененному консервативному лечению, ввиду чего произведенная ей операция была показана и дала положительные результаты.

Случай 3. Гр. Ш., 20 лет, болела гонореей. Лечилась от воспаления яичников (спринцевания, тампоны, мушки). Один раз с лечебной целью производилось выскабливание. В больницу поступила с жалобами на сильные боли в пахах, длящиеся три года. При исследовании было обнаружено: слева в области придатков матки — киста, справа в области придатков — спайки. При операции обнаружено: левые придатки в виде тубо-овариальной опухоли в сращениях с пристеночной брюшиной, правая труба растянута в ампулярном конце до величины куриного яйца, наполнена кровянистой жидкостью. Удалены: слева труба и яичник, справа — труба. Экспертная комиссия нашла, что у гр. Ш. было хроническое заболевание придатков матки на почве перенесенной гонореи. Процесс длился три года, в течение которых она безуспешно лечилась. В настоящее время в отношении лечения таких случаев имеется два направления: одни врачи придерживаются оперативных методов лечения другие — консервативных методов с продолжительным применением, до нескольких лет разнообразных лечебных мер (курорты, грязи и др.). Оба метода применяются на практике, и нет оснований усматривать неправильные действия в произведенной д-ром Г. операции гр. Ш.

Случай 4. Гр. С., 23 лет, поступила в больницу с жалобами на боли внизу живота, слева и в пояснице. Считает себя больной три года. Боли появились после перенесенного послеродового заболевания (болела 4 месяца). В последнее время боли усилились и увеличились влагалищные выделения. При гинекологическом исследовании было обнаружено: справа придатки матки в сращениях увеличены, слева опухоль кистозной консистенции величиной с кулак. При операции справа удалены придатки, оказавшиеся в сращениях, причем яичник был в виде тонкостенной кистозной опухоли вместе с трубой приращен к серозной оболочке толстых кишок. Левая труба, заполненная в ампулярном конце желтоватым содержимым, также удалена. Экспертная комиссия по поводу этого случая высказалась так же, как и в предыдущем, считая, что выбор врачом того или иного метода принят в практической медицине и не может трактоваться как неправильное действие.

Случай 5. гр. А., 35 лет, за полгода до поступления в больницу было воспаление яичников. Она поступила с жалобой на боли внизу живота и кровянистые выделения, длящиеся в течение полутора месяцев. При гинекологическом исследовании в больнице было найдено: имеются сукровичные выделения, матка отклонена кзади, увеличена, плотна, выводится, зев приоткрыт. Придатки матки слегка болезненны. Больной произведена операция выскабливания слизистой оболочки матки. Судебно-медицинская экспертная комиссия сделала по этому поводу заключение: у гр. А., имелось наклонение матки кзади и было хроническое воспаление матки и ее слизистой с раздражением придатков, сопровождавшееся продолжительным (1½ мес.) упорным кровотечением. Прямых показаний к оперативному вмешательству в данном случае не имелось, и было бы более бережным и осторожным предварительное наблюдение над больной в больнице с применением консервативных методов лечения, хотя примененный врачом метод лечения, судя по данным истории болезни, дал положительный результат.

Из судебно-медицинской практики в связи с производством добавочных операций, в частности при удалении матки по поводу ранений и перфорации ее, иногда возникают обвинения в излишнем радикализме, лишаящем женщину весьма важного для нее органа (матки).

По этому поводу приведу один интересный случай. В родильный дом им. Грауэрмана была доставлена больная С., 21 года, с повышенной температурой, учащенным пульсом, болями в животе, при наличии значительного кровотечения. Было выяснено, что ей неизвестным врачом в домашней обстановке на четвертом месяце беременности был произведен аборт. Оказалось, что во время производства аборта гр. С. было произведено прободение матки и два раза через это отверстие вытаскивался сальник. Ввиду явного несоответствия температуры и пульса, наличия болей, возможности ранения внутренностей, ибо сальник извлекался, а также потому, что случай считался инфицированным, был выбран наиболее верный в таких сомнительных случаях путь — чревосечение, на которое больная дала свое согласие письменно. Во время операции в брюшной полости обнаружено около 60 см³ темной мутной крови, разможжение частей сальника и помятость его, а также констатировано в матке своеобразного характера шеечное, косо проникающее под мочевым пузырем, прободное отверстие. Это отверстие пропускало полтора пальца, следовательно передняя стенка шейки была разрушена. При вышеописанных условиях, т.е. при наличии проникающего в брюшную полость, ранения

матки, произведенного «в домашней обстановке», при наличии признаков активной инфекции, с одной стороны, и при своеобразности расположения ранения шейки — с другой, не представлялось возможности без риска для больной сохранить инфицированный орган, и матку пришлось удалить. К этому образу действий побуждало еще то обстоятельство, что матка содержала почти весь плод и послед, поэтому опорожнение ее через брюшную полость грозило бы еще большим инфицированием брюшины. Наконец для третьей возможности, т.е. для заканчивания аборта (несмотря на перфорационное отверстие) через влагалище с последующим применением чревосечения для консервативного зашивания шейки матки, не было технических условий вследствие своеобразности ранения и наличия инфекции матки. Матка была удалена вместе с кистой правого яичника, пораненные участки сальника резецированы. Больная выздоровела.

Образ действия был правилен, так как в дальнейшем при оценке патолого-анатомического препарата оказалось, что нижний сегмент матки был чрезвычайно травмирован. Здесь были налицо не только перфорация и оставление большей части плода, но и глубокое сдирание мышечной части стенки матки, как это видно на рис. 27. Весьма интересно, что обвиняемый врач и часть необъективной экспертизы пыталась поставить вопрос о том, что в данном случае можно было бы матку не удалять. Прокурором в дальнейшем было разъяснено, что если в медицине существуют два хотя бы и противоположных метода лечения, то лечащий врач в соответствии со своим опытом и убеждением может выбрать тот или иной метод, направленный для сохранения здоровья и жизни больной.

Некоторое количество так называемых «хирургических судебно-медицинских» дел обязано оставлению и забыванию преимущественно в брюшной полости тампонов и инструментария. По этому поводу имеется большая литература, в которой с разных сторон подвергаются анализу такие случаи, обсуждаются и условия, при которых такие факты могут быть случайными, и наоборот, когда они безусловно должны считаться небрежным или халатным действием. Как правило, конечно, подобного рода действия образуют собою состав преступления со стороны врача. Однако при судебно-медицинском расследовании таких случаев необходимо установить или отвергнуть различные непредвиденные осложнения во время операции в форме особых сращений, чрезвычайной степени кровотечения, остановки дыхания и пр. Все это может вызвать ослабление концентрации внимания, отвлечение хирурга и его ассистентов от операционного поля. Большое значение имеет, как это выяснилось специальными исследованиями, время производства (день, ночь) операции, квалификация подсобного персонала, а также и материал — качество инструментов (ломкость игл, кюреток и других инструментов). Гораздо чаще были забываемы тампоны во время экстренных ночных операций, чем при дневных плановых оперативных вмешательствах. Важно отметить, что при анализе квалификации хирургов, у которых происходили подобные случаи, оказывается, что оставление тампонов и инструментов имело место у крупнейших специалистов, причем такие случаи по преимуществу происходили во второй половине или в конце деятельности очень опытных хирургов. В этом вопросе при установлении факта случайности или небрежности играет роль та хирургическая обстановка, в которой оперировал хирург. При операциях, так называемых «гастрольных», когда хирург оперирует с неприспособившимся и несработавшимся с ним помогающим ему персоналом, возможность для оставления или забытия тампонов или инструментов значительно больше, чем при операции в обычной для хирурга обстановке со сработавшимся и привыкшим к его способам и требованиям медперсоналом. Факт небрежности и халатности при оставлении тампонов и инструментов может иметь место тогда, если в правилах внутреннего распорядка по оперативной деятельности для предупреждения этого не принимается мер в работе операционной, в частности, если не заведено точного учета тампонов, нет пунктуального счета инструментов и пр., нет периодического осмотра годности инструментария и своевременного изъятия непрочных инструментов. За последнее время в Германии в целях профилактики или, вернее, скорейшей диагностики таких случаев, введена особая марля с тонкой мягкой металлической ниткой, которая легко диагностируется при помощи рентгеновских лучей. Куски такой марли, будучи оставлены в полости тела животных, как это доказали пробные эксперименты, легко диагностируются и видны на рентгенограммах. Таким образом в этом вопросе судебно-медицинская экспертиза должна подробно учесть все обстоятельства, сопровождавшие оставление инородного тела, чтобы дать заключение о случайности такого факта или установить элементы небрежности и халатного отношения.

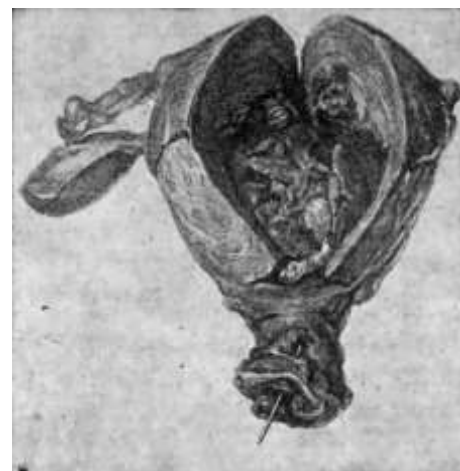


Рис. 27. Перфорация в шейке матки. Внизу виден зонд,верху части плода, справа киста яичника.

В качестве нового, но оправдывающего себя метода при оценке характера действий хирурга, совершившего грубую ошибку или неосторожные манипуляции, допустившего забывание в полости инородного тела во время операции, может найти применение психотехническое обследование привлекаемого или обвиняемого.

Этим путем при помощи особых тестов могут быть выяснены степень и острота внимания, наблюдательность, утомляемость и ряд других умственных способностей. При этом могут получиться совершенно неожиданные, но важные данные, (например, дальтонизм), может быть установлен факт врожденной или приобретенной дефективности некоторых способностей, важных для техники хирурга.

Подобные психотехнические обследования давно применяются при отборе и оценке годности для серьезных профессий (машинисты, шоферы, летчики и пр.).

В равной мере это должно быть введено в практику при оценке годности работников и для других отраслей, в частности — хирургии, акушерства, гинекологии и пр.

Экспертизе среди вопросов, связанных с решением хирургических дел, чаще всего приходится устанавливать наличие или отсутствие невнимательности и небрежности врачебных действий. В этом направлении проф. Райский дает перечень вопросов, при которых имеются признаки невнимательного отношения со стороны врача. Наличие невнимательности со стороны врача будет при всяком исследовании, в частности при установке диагноза: а) неиспользование имеющихся в распоряжении врача технических средств, всякого рода исследований, когда к этому существовали показания, б) отсутствие консультации с более опытным товарищем, если это было нужно и возможно, в) установление диагноза «на-глазок», т.е. когда больная мало или совсем не исследовалась. К смелости врача в области оперативного вмешательства, переходящей в «лечебное озорство», проф. Райский относит: 1) тяжелые операции без достаточных показаний, 2) ответственная оперативная помощь, т.е. производство больших тяжелых операций, не требующих спешности, лицом, к этому совершенно неподготовленным, 3) производство ответственных операций, не требующих спешности, в совершенно недопустимой обстановке.

Перед судебно-медицинским экспертом возникает вопрос о допустимости применения того или иного вновь предложенного метода, (например переливание трупной крови) с целью улучшения состояния больной или применения нового лекарственного вещества, импортированного или изобретенного в СССР. При этом основным положением до сих пор является: недопустимость прямого эксперимента на больном человеке. Применение какого-либо вновь предложенного лекарственного вещества или метода допустимо лишь при наличии следующих условий: 1) после того как проделаны и испытаны все биологические пробы с этим средством на животных, внесена поправка в дозы, и сделан учет в действии на организм человека; 2) применение нового вещества должно производиться с ведома и разрешения органов здравоохранения — НКЗдрава; 3) применение нового вещества для лечебных и диагностических целей должно производиться с обязательного согласия больного или его родственников, если сам больной находится в бессознательном или затемненном сознании. Применение различных медикаментов и лечебных средств неизвестного, засекреченного состава на человеке безусловно недопустимо до тех пор, пока состав препарата не будет выяснен и химически ясен.

В заключение необходимо сказать, что в настоящей главе лишь сделана попытка к обобщению тех наиболее часто встречающихся случаев из акушерско-гинекологической лечебной и исследовательской работы, которые могут послужить поводом к привлечению медицинских работников к судебной ответственности. За недостатком места я был лишен возможности привести большее количество примеров и другого фактического материала. В этой главе я коснулся лишь наиболее часто фигурирующих на суде и в медицинской прессе примеров судебно-медицинских ошибок, используя и свой большой опыт. Мною проведено различие небрежных действий, халатности, как подлежащих уголовной ответственности, от не заключающих в себе преступной небрежности медицинских ошибок, которые могут встречаться при всякой работе.

В судебно-медицинской экспертизе встречается, несомненно, ряд значительных трудностей, благодаря тому, что многие вопросы практической деятельности основаны на достижениях теоретической медицины, а последние во многом отличаются неточностью так как многое до сих пор находится вне предела наших современных; знаний.

Для точного выяснения обстоятельств дела важное значение имело бы такое положение, по которому органы расследования: 1) ставили бы экспертизе вопросы в пределах возможности решения, 2) применяли бы более частую медицинскую экспертизу в процессе ведения самого след-

ствия. Такое направление, конечно, могло бы способствовать более точному и полному выяснению сущности нередко сложных судебно-медицинских дел.

Интересы охраны жизни и здоровья трудящихся, конечно, требуют не только того, чтобы виновный медработник был соответствующим образом наказан, а невинный не подвергся преследованию, а наоборот, всячески защищался. В этом деле огромное значение имеет та сумма мероприятий, которые могут уменьшить до ничтожных пределов число медицинских ошибок и предупредить невежественные действия медперсонала, наносящие ущерб жизни и здоровью трудящихся. Для этих целей важно проведение в жизнь общегосударственных мероприятий по постоянной переквалификации и повышению квалификации высшего (врачебного), среднего (акушеров, сестер, помощников врачей) и младшего (например, санитарки) медперсонала. Целый ряд судебно-медицинских дел был обязан своим возникновением тому, что начинающие врачи медицинскую практику знают недостаточно, что они мало подготовлены для практической работы. Это происходит отчасти потому, что во время обучения нехватает времени для глубокой практической работы. Совершенно ясно, что однократное наказание неопытного врача — не выход из положения. Этот же врач следующий раз при недостаточном знании акушерства и гинекологии, взявшись за какой-нибудь другой случай, повторно причинит вред и матери и ребенку. Отказ от акушерства в таких случаях добровольный или по принуждению для неспособного или малоопытного не наказание, а лишь мера предосторожности по отношению к населению и не решает вопроса полностью с врачебной точки зрения. Целый ряд медицинских дел у нас и за границей заставляет еще раз указать на то, что нужно быстрое и постоянное ведение практических курсов для врачей, акушеров и сестер, чтобы ставить их на уровень современного состояния науки и прививать им испытанные практические навыки. Только этим путем и наказанием безусловно виновных нарушителей можно добиться желаемого результата.

УТВЕРЖДЕНО

Заместитель народного комиссара здравоохранения
М. Гуревич

СОГЛАСОВАНО

Прокурор РСФСР
Антонов-Овсеенко
31 декабря 1934 г. № 14739—

Правила амбулаторного судебно-медицинского акушерско-гинекологического исследования

I

1. Каждый судебно-медицинский эксперт при производстве судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы всю свою работу строит в полном объеме и в соответствии с § 1 гл. I Положения о производстве судебно-медицинской экспертизы.

2. Амбулаторное акушерско-гинекологическое судебно-медицинское освидетельствование производится по требованию органов расследования, прокуратуры, суда, комиссий по делам несовершеннолетних и органов здравоохранения.

Примечание. Этот вид экспертизы может быть произведен в особых случаях, требующих спешного исследования, и по требованию отдельных граждан, причем судебно-медицинский эксперт руководствуется § 5 Положения о производстве судебно-медицинской экспертизы, и акта на руки свидетельствуемой не выдает, а пересылает его по требованию соответствующего учреждения.

3. Судебно-медицинское акушерско-гинекологическое освидетельствование производится судебно-медицинским экспертом лично или консультативно, совместно со специалистом акушером-гинекологом; в случаях изнасилования последнее всегда желательно.

4. Акушерско-гинекологическая судебно-медицинская экспертиза должна производиться в светлом теплом помещении и, как правило, при естественном дневном освещении.

Примечание. Освидетельствование по поводу изнасилования обязательно должно производиться при естественном освещении; если же эта экспертиза по поводу изнасилования была произведена при искусственном освещении, то это обстоятельство отмечается во вводной части акта освидетельствования с указанием причин.

5. При производстве акушерско-гинекологической судебно-медицинской экспертизы надлежит пользоваться инструментарием и аппаратурой, обычно применяемыми в амбулаторной акушерско-гинекологической практике. Кроме того в распоряжении эксперта должны быть:

а) при определении *половой зрелости* измеритель роста, измерительная лента с делением на сантиметры и тазомер;

б) *при исследовании девственной плевы* — стеклянные палочки длиной 15—20 см с загнутыми тупыми гладкими разной толщины концами, а также лупа;

в) *при изготовлении мазков для лабораторного исследования* выделений и пр. на наличие гонококков, спермы и др. — платиновая петля, стерильные ватные тампоны, укрепленные на деревянном или металлическом (проволочном) стержне и хранящиеся в закрытой пробирке.

Примечание. При направлении в лабораторию изъятых материалов соблюдаются общие правила изъятия и направления вещественных доказательств.

6. Если акушерско-гинекологическая судебно-медицинская экспертиза производится в отношении малолетних девочек или не достигших половой зрелости, то уже при собирании предварительных сведений об обстоятельствах дела следует самой свидетельствуемой предоставить рассказать о бывшем с ней происшествии, не ставя специальных вопросов.

В случае, если девочка не может по тем или иным причинам дать требуемые сведения, то их надлежит требовать от лиц, сопровождающих свидетельствуемую или извлекать из следственного материала дела.

Примечание 1. Освидетельствование малолетних производится обязательно в присутствии отца или матери, либо приведших их старших лиц, а также представителя отдела народного образования (см. дополнительные пояснения).

Примечание 2. К сведениям, полученным от самих свидетельствуемых девочек, эксперту надлежит относиться особенно критически, причем он не должен упускать из вида, что в соответствующих случаях может понадобиться и психологическая экспертиза для установления ценности и достоверности показаний малолетних, равно желательно присутствие и педолога.

II

7. При производстве судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы составляется акт судебно-медицинского освидетельствования.

8. В вводной части акта указывается:

а) номер акта и по чьему предложению производится освидетельствование;

- б) месяц, число и год освидетельствования;
- в) фамилия, имя, отчество свидетельствуемой, возраст, народность, семейное положение, профессия, образование, место службы и местожительство;
- г) *цель экспертизы* (например установление девственности, определение половой зрелости, послеродового периода и т.д.);
- д) *обстоятельства дела* с изложением сведений, относящихся к данному происшествию с указанием, не подвергалась ли свидетельствуемая осмотру, в связи с происшествием, в лечебных учреждениях и у отдельных специалистов, равно не находилась ли в больничных учреждениях до обращения по данному случаю в судебно-медицинскую экспертизу; в утвердительном случае и при наличии документов осмотра данные из них обязательно вносятся «в обстоятельства дела» с точной ссылкой на эти документы.

В случае отсутствия на руках у свидетельствуемой полезных для дела документов, эксперт должен затребовать таковые от указываемых свидетельствуемой учреждений и лиц. Кроме того, эксперт, по своему усмотрению, в случае надобности, вправе затребовать от органов расследования все подлинные материалы предварительного следствия или дознания;

е) *жалобы*;

ж) *специальные предварительные сведения* (анамнез). При собирании их у свидетельствуемой в зависимости от цели экспертизы устанавливается: *наследственность* (сифилис, туберкулез, алкоголизм и пр.); *перенесенные болезни* и операции (рахит, сифилис, гонорея, туберкулез, диабет, тиф, скарлатина и пр.); *менструации*: первое появление — в каком возрасте и характер их установления, характер до замужества, характер и течение после замужества, последняя менструация, по возможности; точные даты начала и конца; наличие аменореи и сопровождающих ее явлений — лактационная, ранний климакс, дисфункция адипозо-генитальная и пр.); *половая жизнь*: если не отрицается, то с каких лет началась (извращения); *беременности* (общее их количество), из них роды: преждевременные... срочные... выкидыши... самопроизвольные..., первые роды на... году, последние роды... лет назад, течение беременности — токсикозы и пр., течение родов и послеродового периода, пуэрперальные (послеродовые) заболевания; *выделения* (бели, кровотечения).

Примечание. При собирании этих сведений эксперт руководствуется возрастом свидетельствуемой, характером предложенной экспертизы, а потому он вносит в акт только соответствующие данные.

9. Вводная часть акта (см. § 8 экспертом обязательно прочитывается свидетельствуемой и ею собственноручно подписывается, а при малолетстве ее — сопровождающим лицом, причем необходимо стремиться уточнить идентичность личности свидетельствуемой).

III

10. В *описательной части акта* (данные объективного осмотра) эксперт вносит все данные, полученные при освидетельствовании.

11. В случаях акушерско-гинекологического судебно-медицинского освидетельствования для установления *девственности* или *изнасилования с растлением*, либо *развратных действий*, либо *половой зрелости* эксперт обязан определить:

а) *Общее состояние свидетельствуемой*: телосложение, соответствие внешнего вида указанному ею возрасту, инфантильность, вирилизм (омужествление), ненормальности волосяного покрова, пороки общего развития и пр. Умственное развитие (отсталость, дефективность и т.п.);

б) *Вторичные половые признаки* правильность формирования и степень (качество) развития грудных желез (величина, упругость, состояние околососковых кружков (окраска), отсутствие или наличие коллострума или молозива, оволосение в подмышечных впадинах, н лобке, больших губах (наличие или отсутствие), тип оволосения — мужской или женский, степень обилия волос;

в) *повреждения на теле*, причем следует обратить особое внимание на повреждения наружных половых органов и окололежащих областей (бедер) и тщательно отмечать их локализацию (место расположения) и характер;

г) *состояние наружных половых органов*: правильность формирования их (уродства), качество их развития и соответствие его (развития) указанному свидетельствуемой возрасту; отсутствие или наличие повреждений на наружных половых частях и их характер, состояние слизистой входа во влагалище (цвет, целость), выделения (характер, количество); состояние наружного отверстия мочеиспускательного канала (выделения и пр.);

д) *состояние девственной плевы*, причем отмечается очертание ее поверхности или формы плевы (кольцевидная, полулунная и т.д.), ее ширина, (высота), консистенция (мясистая, перепончатая, плотная, растяжимая), состояние ее свободного края (тонкий, толстый, извилистый, ровный, бахромчатый, зубчатый, лоскутный и пр.). Форма отверстия (круглое, овальное), величина, количество отверстий, наличие перегородки и пр., наличие ощущения кольца сокращения при введении кончика пальца, природные выемки по краю, их глубина, место расположения, симметричность расположения и их отношение к столбам влагалищных складок.

Примечание 1. При установлении девственности обращается внимание не только на девственную плеву, но и на состояние больших и малых губ, клитора, наружного отверстия мочеиспускательного канала, глубину и ширину входа во влагалище, уздечку и ладьеобразную ямку, особенно когда вопрос касается давности начала половой жизни (см. дополнительные пояснения).

Примечание 2. Для установления наличия ощущения кольца сокращения можно попробовать осторожно проникнуть во влагалище кончиком пальца лишь при достаточно широком и растяжимом отверстии плевы; вообще этого следует избегать.

Примечание 3. Не следует упускать немедленного обследования виновника в тех случаях, когда таковой вскоре после совершения полового акта обнаруживается, при этом обращается внимание на наличие

следов повреждений на теле, полученных в процессе борьбы, на мелкие повреждения на члене, следы пятен на белье, а также платиновой петлей набирается секрет из уретры (наличие спермы).

12. При освидетельствовании по поводу изнасилования или попыток к нему, помимо вышеизложенного, устанавливается: целостность девственной плевы или нарушение ее, месторасположение разрывов или надрывов, их количество, состояние краев (кровоотчащие, представляющие свежую раневую поверхность, гранулирующие, рубцующиеся, свежезарубцовавшиеся), цвет их поверхности — белесоватый, розовый, плотность краев, наличие природных выемок (их местонахождение, глубина, характер и цвет покрывающей их слизистой, по сравнению с остальным) свободным краем плевы — см. § 11).

Примечание 1. Внутренние половые органы при экспертизе случаев изнасилования, сопровождающегося растлением, не исследуются; но если в данных дела отмечены: задержка регул, инфекция, особая растяжимость плевы, допускающая производство исследования внутренних половых органов через влагалище, таковое производится на предмет установления состояния матки и придатков, наличия беременности и пр.; при невозможности внутреннего исследования через влагалище и необходимости выяснения состояния внутренних половых органов исследование производится через прямую кишку. Введение зеркала в этих случаях не производится.

Во всех же случаях освидетельствования по поводу «изнасилования» живших половой жизнью ранее, до экспертизы, внутреннее двуручное (бимануальное) исследование, там где в нем встречается необходимость, производится с соблюдением всех правил акушерско-гинекологического исследования.

Примечание 2. О факте изъятия в процессе экспертизы того или иного материала для лабораторного исследования (мазки, части плодного яйца, остатки детского места, белье с теми или иными пятнами и т.п.) отмечается в акте с указанием о дополнительном сообщении результата исследования.

Примечание 3. Поскольку психическое состояние нарушителей половой неприкосновенности детей в значительном числе патологическое (имбецилики, идиоты, эпилептики, шизофреники, алкоголики и др.), эксперту надлежит позаботиться еще и об экспертизе специалиста-психиатра.

13. При освидетельствовании по поводу развратных действий, сопровождавших изнасилование или без такового, а также при половых извращениях (насильственных и ненасильственных), эксперт помимо вышеуказанного исследует (при педерастии) заднепроходное отверстие и обращает внимание на его форму (кратеро- или воронкообразную), не зияет ли оно, на дряблость и вялость слизистой прямой кишки, на наличие лучистости складок кожи кругом заднепроходного отверстия или их сглаженности, трещин, ранений, на состояние сфинктера, расширение ампулы, выпадение слоев прямой кишки; особое внимание уделяется наличию ректальной гонореи, особенно у потерпевшего мужчины (малолетнего); у маленьких девочек, кроме того, вообще всегда подлежат сугубо внимательному исследованию задняя спайка и ладьеобразная ямка.

Примечание. В соответствующих случаях эксперт воспользуется при исследовании и прямокишечным зеркалом.

IV

14. При составлении *заключения* в случаях экспертизы по вышеприведенным, поводам (§ 11) эксперт, исходя из объективных данных осмотра, указывает:

а) *при определении половой зрелости* — достигла или не достигла свидетельствуемая половой зрелости; при этом не допускается формулировка вроде: «не вполне достигла половой зрелости», или «близка к достижению половой зрелости» и т.п. Равно не следует смешивать понятия «половая зрелость» в биологическом смысле с «половой зрелостью» с точки зрения судебно-медицинской практики (см. дополнительные разъяснения);

б) *при установлении девственности* — факт целостности девственной плевы или ее нарушения и давности последнего, если это еще возможно установить. При целостности девственной плевы отмечают — не имеет ли она такого строения (очень растяжимая или очень низкая в виде каемки или низкого валика), которое допускает совершение полового акта без нарушения целостности (см. дополнительные пояснения);

в) *при установлении изнасилования* — целостность или нарушение девственной плевы и давность последнего (если это еще возможно), причину и механизм происхождения отмеченных в объективных данных акта разрывов, равно тех или других повреждений слизистой плевы или окружающих ее частей (кровоподтеки, ссадины и т.п.); внешнее ли воздействие тупым твердым предметом, например пальцем (руки) безразлично, своим, т.е. самой свидетельствуемой (при зуде у детей), или посторонним, совершен ли половой акт или лишь попытка к совершению такового, бывшими ли родами, болезнями (дифтерит) и т.д.;

Примечание. Если дело касается изнасилования девушки, не жившей половой жизнью, но обладающей весьма растяжимой плевой, а экспертом нарушение целостности ее однако не обнаруживается, то в заключении обязательно указывается, не обладает ли данная девственная плева строением, допускающим совершение даже и насильственного полового акта без нарушения ее целостности (ср. п. «б», раздела IV, § 14-б); равным образом, когда дело касается «развратных действий» или попыток к насильственному совершению полового акта, а следов таковых не обнаружено, то и это обязательно отмечается в заключении.

г) когда в процессе экспертизы констатируются те или другие повреждения на теле, то при составлении *заключения* необходимо отметить, на что указывают эти повреждения, не являются ли они косвенным указанием на насильственно совершенный половой акт, результатом борьбы, самообороны и сопротивления свидетельствуемой, чем и как они могли быть причинены, не являются ли они результатом каких-либо «развратных действий» (садизм и т.п.), обязательно устанавливается давность отмеченных повреждений по отношению к указанному свидетельствуемой моменту насилия, причем сами повреждения квалифицируются по УК с точки зрения их тяжести;

- д) при составлении заключения эксперт всегда учитывает результаты лабораторных исследований, которые (результаты), отмеченные дополнительно в акте, дополнительно сообщаются направившему органу расследования;
- е) вообще же эксперт должен знать, что *шаблонов для заключения, нет и не может быть*, так как в каждом отдельном случае оно конструируется в зависимости от специфических особенностей данного случая.

V

15. В случаях акушерско-гинекологической судебно-медицинской экспертизы *по поводу наличия беременности и ее срока, установления бывших родов или послеродового периода, бывшего выкидыша* (самопроизвольного или искусственного), эксперт обязан установить, руководствуясь правилами клинического акушерства:

- а) беременна ли свидетельствуемая и в положительном случае — первичная или повторная беременность, либо свидетельствуемая вообще никогда не была беременной;
- б) давность беременности, бывших родов или выкидыша; в последних двух случаях давность устанавливается, когда к тому имеется еще возможность; в делах «об отцовстве» продолжительность текущей или бывшей беременности желательно установить *в днях*;
- в) правильность или неправильность ее течения, а при выкидыше — является ли он лишь угрожающим, начавшимся в ходу или неполным, и нет ли указаний на преступный выкидыш.

16. При решении вопроса — беременна ли свидетельствуемая — обязательно производить осмотр грудных желез, живота и его покровов, наружных половых частей, промежности, стенок влагалища, влагалищной части матки, тела матки (ее положение, величина, плотность, подвижность, чувствительность), придатков матки, тазовой брюшины и клетчатки; отмечаются выделения, характер и количество.

17. В случае установления беременности, по возможности определяется, является ли она первичной или повторной, равно и давность; в сомнительных случаях или в очень ранние периоды эксперт воспользуется биологической реакцией Ашгейм-Цондека (см. «Дополнительные пояснения»), а при невозможности выполнить таковую, предлагает свидетельствуемой явиться на повторное освидетельствование через 2—3 недели. В акте экспертизы надлежит фиксировать дату первого дня последних бывших или первых ожидавшихся, но не явившихся (см. раздел II § 8-ж) регул, а при недавнем начале половой жизни устанавливается по возможности дата первого сокоупления, что особенно важно при установлении отцовства, при установлении беременности во второй ее половине отмечают дату первого шевеления плода (со слов свидетельствуемой).

Примечание. Все эти сведения как субъективные данные анамнеза следует подвергать сугубо критическому анализу в соответствии с современными нашими знаниями о взаимоотношении между менструацией, овуляцией и сроком возможного зачатия.

18. При осмотре наружных половых органов по поводу случаев, указанных § 16, устанавливается состояние половой щели (закрыта, зияет), промежности (наличия или отсутствия разрывов — свежих или давних, степень разрывов), слизистой наружных частей (цвет, набухание, повреждение), задней спайки губ (цела ли у первобеременных), девственной плевы (сохранена ли ее непрерывность у основания, либо она представлена в виде отдельных бородавчатых мясистых возвышений, так называемых «миртовидных сосочков»), состояние входа во влагалище (узкий, способный к сокращению, широкий, зияющий), наличие или отсутствие выделений (при наличии — их характер и количество).

19. В ранние сроки беременности признаки ее следует искать не столько в изменениях наружных половых частей, как в изменениях влагалища и матки, что кроме того, имеет весьма важное значение для определения первичной или повторной беременности, а также для установления факта, является ли свидетельствуемая вообще рожавшей. Поэтому надлежит при внутреннем исследовании установить:

- а) состояние влагалища и его стенок (узкое с шероховатыми стенками более или менее широкие с гладкими стенками);
- б) состояние влагалищной части (форма, величина, степень плотности, наличие или отсутствие эрозий), форма наружного зева — маленькое, круглое или щелевидное (поперечная щель) отверстие, закрыт или зияет зев, его направление — кзади, кпереди, по отношению к проводной оси таза;
- в) состояние тела матки (положение — антефлексио-верзио, остроугольная антефлексио или гиперантефлексио, ретроверсиофлексио); форма поверхности — гладкая, бугристая, грушевидная; величина; консистенция — плотная, тестоватая, мягкая; подвижность; чувствительность;
- г) состояние придатков;
- д) состояние тазовой брюшины и клетчатки;
- е) наличие или отсутствие выделений (количество, характер). Кроме того в ранние сроки и в сомнительных случаях эксперт не преминет воспользоваться биологической реакцией Ашгейм-Цондека.

21. В более или менее поздние сроки беременности эксперт:

- а) обстоятельно описывает состояние грудных желез, живота, его покровов (форма, чувствительность, напряженность, или дряблость кожных покровов; белая линия — пигментация; наличие или отсутствие «рубцов беременности») и пр.);
- б) фиксирует в акте размеры таза и данные следующих измерений, сделанных циркулем (тазомером): от лобка до пупка, от лобка до дна матки, от лобка до мечевидного отростка и при (помощи измерительной ленты (сантиметра) окружность живота на уровне пупка;
- в) ощупыванием устанавливает следующие данные о плоде: положение (продольное, поперечное, косое), предлежащая часть (головка, ягодицы), высота стояния предлежащей части «ад входом (высоко или низко), ее подвижность (баллотирует, подвижна, туго подвижная, не подвижна, вставлена), плотность предлежащей части, а при головном положении устанавливается циркулем (тазомером) ее поперечный размер;

г) выслушиванием (аускультацией) определяется наличие сердцебиения плода, маточного шума и шевеление плода (ясно или глухо, либо вовсе не выслушивается или не удастся почему-либо прослушать), отмечается и место, где яснее всего прослушивается сердцебиение.

Примечание. Эксперту надлежит помнить, что наличие «рубцов беременности» само по себе не является решающим в вопросе о бывшей беременности, равно как и их отсутствие не говорит против; вопрос разрешается по совокупности всех признаков.

21. При установлении продолжительности наличной или бывшей беременности в алиментных процессах «об отцовстве», где требуется особая точность вычисления, судебно-медицинский эксперт не руководится исчислениями по Негеле, а должен стремиться установить:

а) дату первого дня последних бывших или последних ожидавшихся, но не появившихся месячных, причем весь цикл исчисляется *в днях*;

б) согласно новейшим данным и достижениям науки дату овуляции и оптимального срока возможного зачатия: в связи с полученными уже данными о менструациях, овуляции и днем бывших родов;

в) дату первых движений плода при наличии беременности во второй половине ее (§ 18, примечание), исходя в целом из того, что продолжительность человеческой беременности, как явление биологическое, подвержено колебаниям, равно как и темпы развития плода представляют много вариаций.

22. «Зрелость» плода эксперт должен учитывать, не считая ее однако решающей, и наряду с ней в своей экспертизе должен принять во внимание и время последних регул, отношение к ним момента овуляции, возможного момента зачатия и др.

Примечание 1. Для установления самого факта зрелости необходимо наличие совокупности всех ее признаков а не каждого в отдельности, причем самое существенное значение в глазах эксперта должна иметь *длина*, а не вес.

Примечание 2. Эксперту надлежит проверить, насколько точны и правильны представленные ему измерения плода, без чего не может быть дано заключение.

23. Составляя заключение при экспертизе беременности, эксперт должен:

а) при ранней беременности или подозрении на нее (до 5 недель) воздержаться от дачи окончательного заключения при первичной экспертизе и прибегнуть к вторичному освидетельствованию через 2—3 недели, одновременно направив свидетельствуемую для производства биологической реакции Ашгейм-Цондека, для чего самолично берет у свидетельствуемой с помощью (катетера первую порцию утренней мочи. Кроме того, эксперт при освидетельствовании не должен упустить возможности и внематочной беременности;

б) в случае поздней (во второй половине) беременности решить вопрос: ю сроке беременности, установить по возможности, первичная или повторная (могли предшествовать не оставившие следов ранние выкидыши), маточная или внематочная, равно правильность или неправильность ее течения; заключение должно иметь прочную базу в объективных данных исследования;

в) при определении продолжительности наличной и бывшей беременности в алиментном процессе «об отцовстве» стремиться указать продолжительность ее в днях, пользуясь для этого не только данными объективного исследования, но и научно проверенными перекрестно в связи и в сравнении с ними, согласно современному положению науки, субъективными данными анамнеза свидетельствуемой (менструация, первое шевеление плода, указываемый свидетельствуемой день оплодотворившего совокупления, день родов; см. § 22-б).

24. Составляя заключение по вопросу, является ли свидетельствуемая рожавшей и когда были последние роды, эксперт должен учитывать:

а) что в первые 14 дней после родов все наличные данные позволяют дать определенный ответ и установить давность бывших родов *в днях*;

б) по прошествии 14 дней заключение может быть дано с известной вероятностью об имевших место родах «в более или, менее непродолжительном времени»;

в) при еще большем промежутке времени, протекшем от момента родов, срок их тем труднее определить, чем больше времени истекло.

25. Давая заключение по вопросу об установлении срока бывшего выкидыша, эксперт также руководствуется временем, протекшим с момента подзреваемого выкидыша, до момента экспертизы, причем в этих случаях часто бесцельно даже и свидетельствовать женщину, особенно многорожавшую, если последняя направлена в экспертизу, когда бывший выкидыш уже не мог оставить никаких объективных следов. У женщин, никогда не рожавших, при несколько далеко зашедшей беременности, у эксперта возможно будут еще какие-либо опорные пункты для дачи заключения. Вообще же эти случаи требуют до дачи заключения особо тщательного всестороннего исследования и чрезвычайной осторожности в выводах.

Дополнительные пояснения к правилам

К разделу I, § 6.

1. К расспросу детей, которые вообще легко внушаемы, следует подходить с особой осторожностью, считаясь с их неосведомленностью в половых вопросах вообще и в тонкостях полового разврата в частности.

Вопрос о показаниях малолетних в настоящее время вырос в большую проблему, с которой следует познакомиться как работнику суда, так и эксперту. Необходимо запомнить, что ни с какой стороны нельзя трактовать в судебно-медицинских интересах ребенка, как взрослого. Сам допрос малолетнего должен быть иначе обставлен и предполагать знакомством с психологией малолетних или несовершеннолетних. Чем наивнее рассказ ребенка легко поддающегося внушению, тем он большего доверия заслуживает; подробность и обстоятельность отнюдь не равносильны правильности и ценности показаний. При предоставлении ребенку самому рассказать обстоятельства дела, не задавая вопросов, получается меньше искажений.

К разделу IV, § 10 — примечание I и к разделу V, § 14-б.

2. При установлении диагностики «девственности» тут как и при всякой постановке диагноза, а в данном случае и заключения, следует руководствоваться не одним каким-либо признаком, а совокупностью всех объективных данных исследования — всеми признаками девственного состояния половых органов в целом. Только сочетание всех этих данных в большинстве случаев дает право заключить, что половые органы находятся «в девственном состоянии».

К разделу IV § 14-а.

3. При освидетельствовании и даче заключения по поводу половой зрелости судебно-медицинский эксперт в основном руководится наличием совокупности следующих признаков; а) способности к деторождению и к вскармливанию ребенка; б) наличия в должной степени умственного развития вообще и в частности в отношении воспитания ребенка; в) подготовленности к самостоятельному существованию. В отдельности ни один из этих признаков не является решающим.

В частности эксперт должен учесть:

а) что тело женщины лишь в биологическом, а не в судебно-медицинском смысле считается достигшим половой зрелости, когда оно способно к деторождению, что всегда тождественно лишь; с половым созреванием, но не с половой зрелостью в судебно-медицинском смысле;

б) что первая менструация, время появления которой зависит от ряда условий, является одним из первых и важных признаков полового созревания у девушки и сам по себе не является решающим;

в) что возраст свидетельствуемой сам по себе также не является решающим фактором.

Совокупность данных объективного исследования поэтому всегда дает возможность эксперту категорически ответить на поставленный вопрос в положительном или отрицательном смысле.

К разделу V, § 17.

4. Порция первой утренней мочи добывается катетером самолично экспертом и в чистом пузырьке с соблюдением всех правил для изъятия и направления вещественных доказательств в лабораторию. Если необходимо отправить по почте, то на каждые 25,0 прибавляют 1 каплю чистого трикрезола во избежание разложения, в крайнем случае можно и без трикрезола.

К разделу V, § 20, пп. Б и В.

5. При определении срока наличной беременности в более или менее поздние сроки необходимо помнить, что единой какой-либо схемы, ко всем случаям приложимой, нет и быть не может. Крайне ошибочно будет, если эксперт при разрешении этого вопроса будет исходить из одной лишь высоты стояния дна матки, как это графически указывается даже в руководстве такого авторитетного ученого, как Бумм. Громадный опыт, добытый систематическими наблюдениями советских акушеров при определении срока декретного отпуска беременным (8 и 8½ лун. мес.; 32—34 недели), что кстати сказать, неоднократно служило предметом судебно-медицинской экспертизы, дал уже стройную методику подхода к этому вопросу. С этой методикой судебно-медицинскому эксперту необходимо ознакомиться. Не касаясь здесь деталей, следует лишь пояснить, что всегда необходимо сопоставлять высоту стояния дна, измеренную не пальцами, а тазомером, с выясняемыми при томоши приемов Леопольда состоянием и отношением, при продольных положениях предлежащей части ко входу в таз (высота ее стояния, степень подвижности, величина и плотность ее). Многочисленные наблюдения показали, например, что при головке, частично и полностью фиксированной во входе в таз, высота стояния дна матки при 32-недельной беременности равняется 23—23,5—24 см (газомер), а при баллотирующей над входом головке эти цифры увеличиваются до 24—25 см; размер головки при этих условиях колеблется от 9—11 см.

Не следует забывать, что трудовые процессы, свойственные некоторым профессиям (огородницы, письмоноscopy, трамвайные стрелочницы и т.п.), способствуют более раннему опущению и фиксации головки, что понижает высоту стояния дна матки, а узкий таз повышает ее.

При ягодичных предлежаниях в основу определения срока кладется размер головки и высота стояния дна матки (тазомером), которые при этих положениях бывают несколько большими.

Ограничиваясь этими весьма краткими пояснениями, рекомендуется эксперту ознакомиться с этой методикой в целом, так как она будет для него руководящей при установлении и более низких и более высоких, чем 32 и 34 недели, сроков беременности.

ОГЛАВЛЕНИЕ

От авторов.....	Стр. 3
Введение	
Значение акушерско-гинекологической экспертизы в уголовном и гражданском процессах.....	5
Часть I. Половые преступления	
Глава 1. Характеристика половых преступлений.....	7
Глава 2. Половая зрелость.....	13
Глава 3. Определение девственности и бывшего совокупления.....	16
Глава 4. Изнасилование.....	26
Часть II. Беременность и роды	
Глава 5. Установление ранней и поздней беременности.....	35
Глава 6. Установление послеродового периода и бывших родов.....	40
Часть III. Аборт	
Глава 7. Показание к искусственному выкидышу.....	45
Глава 8. Противопоказан я к производству искусственного аборта.....	50
Глава 9. Преступный выкидыш.....	52
Глава 10. Стерилизация женщины.....	64
Часть IV. Детоубийство	
Глава 11. Характеристика преступлений и особенности расследования и экспертизы.....	69
Глава 12. Определение новорожденности.....	71
Глава 13. Определение зрелости и жизнеспособности плода.....	73
Глава 14. Определение живорожденности.....	75
Глава 15. Причины смерти ребенка до родов и во время родов.....	80
Глава 16. Причины смерти ребенка после родов.....	87
Глава 17. Отличие некоторых обычных родовых явлений от насильственных изменений (родовая травма, самопомощь).....	93
Глава 18. Неосознаваемые беременность и роды. Ответственность роженицы.....	96
Часть V. Экспертиза принадлежности ребенка	
Глава 19. Продолжительность человеческой беременности.....	99
Глава 20. Изоагглютинация.....	111
Глава 21. Серологический метод Цангемейстера.....	115
Глава 22. Дактилоскопия и другие морфологические признаки.....	116
Часть VI. Оценка полового здоровья женщины в судебно-медицинском отношении	
Глава 23. Судебно медицинская экспертиза утраты трудоспособности при акушерско-гинекологических заболеваниях.....	119
Глава 24. Определение связи между травмой и выкидышем.....	127
Глава 25. О связи подвижного наклона и перегиба латки кзади (ретроверсионфлексия) с травмой.....	132
Глава 26. О связи опущения и выпадения женских половых органов с травмой.....	137
Часть VII. Установление пола	
Глава 27. Гермафродитизм.....	140
Часть VIII. Заключение	
Глава 28. О судебной ответственности акушеров и гинекологов.....	146
Приложение. Правила амбулаторного судебно-медицинского акушерско-гинекологического исследования.....	158

РЕДАКТИРОВАНИЕ КНИГИ ПРОВЕДЕНО:

**Л. Г. ФОГЕЛЕВИЧЕМ (редактор издательства),
проф. А. Я. ЭСТРИНЫМ (по вопросам права)
и проф. Н. В. ПОПОВЫМ (по вопросам судебной медицины).**