

## ВИПАДКИ ІЗ ПРАКТИКИ

### ВСТАНОВЛЕННЯ СТАТЕВОЇ ЗРІЛОСТІ У НЕПОВНОЛІТНІХ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ У СТАНІ ВАГІТНОСТІ

УДК 617 – 001.4– 036.72 – 079

© Смолоногіна О. А.

КЗ ЛОР «Львівське обласне бюро судово-медичної експертизи

**Резюме.** На теперішній час у практиці судово-медичної експертизи залишається актуальним питання встановлення статевої зрілості у неповнолітніх дівчат, які перебувають у стані вагітності. В даній статті наведений приклад проведення судово-медичної експертизи за допомогою цитологічних методів дослідження.

**Ключові слова:** судово-медична експертиза, статева зрілість, цитологічні методи.

**ВСТУП.** Не дивлячись на достатню кількість літературних джерел [1-3], на теперішній час у практичній діяльності судово-медичної експертизи залишається актуальним питання встановлення статевої зрілості у неповнолітніх дівчат, які перебувають у стані вагітності.

Відомо, що статева зрілість, як правило, не пов'язана з настанням якого небудь абсолютно конкретного віку. Її досягнення може бути встановлено при проведенні судово-медичної експертизи. Статева зрілість визначається у осіб жіночої статі віком від 14 до 18 років і являє собою фізичний стан організму, який характеризується здатністю до статевих зносин, до запліднення, до виношування плоду, до родорозршення та до годування дитини. В першу чергу враховується фізичний розвиток та розвиток зовнішніх і внутрішніх статевих органів [2-7]. За допомогою проведення кольпоцитологічних досліджень встановлюється гормональна насиченість організму [3,4]. Матеріалом для цитогормональної діагностики служать виділення із піхви, які повинні бути відібрані з її верхньо-бокових частин склепіння, а не із задньої, оскільки у задній частині склепіння накопичується найбільша кількість виділень, але їх клітинний склад може не відбивати дійсної гормональної картини. Дослідженню підлягає матеріал, який вільно виділяється від стінок піхви, а не зіскоб. У деяких випадках для правильного встановлення гормональної насиченості організму необхідно провести повторне взяття матеріалу через 7-10 днів. В Україні по даним НП ім. Семоненка не менше 40% старшокласниць вже у віці 15,5 років активно живуть статевим життям, але тільки 18% з них використовують контрацептивні препарати. По даним соціологів із США 22% вагітностей виникає в перший місяць сексуальної активності. Однак у дівчат, яким не виповнилось 14 років, причиною вагітності частіше всього є згвалтування або розбещення дорослими і частіше всього родичем або сусідом.

**Матеріалом** власного дослідження був випадок із власної практики. В лютому місяці дівчинка віком тринадцяти років, якій через чотири дні виповнилось чотирнадцять, була згвалтована сусідом, після чого завагітніла.

З постанови старшого слідчого відділу про призначення судово-медичної експертизи слідує, що 10 травня в Р-ий райвідділ у Львівській області з письмовою заявою звернулась гр-ка О. про те, що в січні – лютому, гр-н І., знаходячись за місцем свого проживання в с. Я. Р-го району, розбещував її малолітню дочку К., вступивши з нею у статеві зносини, внаслідок чого вона завагітніла.

При проведенні судово-медичної експертизи 28 травня дівчинка пояснила, що 14 лютого перебувала у будинку свого сусіда. Він кинув її спиною на ліжку і почав знімати одяг із нижньої частини тіла, при цьому цілував та обіймав. Оголив свої статеві органи і вводив статевий член в піхву без презерватива. Відчула біль в ділянці зовнішніх статевих органів. Куди було сім'явиділення не знає. Будь-яких тілесних ушкоджень сусід їй не наносив, вона також ніяких тілесних ушкоджень йому не наносила. Введення статевого члена в ротову порожнину та в анальний отвір, а також введення пальців рук в анальний отвір і в піхву заперечує. Відмічала незначні кров'яністі виділення зі статевої щілини. На наступний день 15 лютого відбувся ще один статевий акт без презерватива. Куди було сім'явиділення не знає. Більше статевих зносин не було. На початку травня відмітила нудоту, після чого провела тест на визначення вагітності, який виявився позитивним. Звернулась до гінеколога за місцем проживання. Статевим життям до цього випадку не жила. Перша менструація була в 12 років. Менструації регулярні, по 4-5 дні, через 25-26 днів. Перший день останнього менструального циклу 18 січня. Венеричні та психічні захворювання, туберкульоз, тяжкі травми черепа - заперечує. Скарги: відсутні. Із представленої медичної карти амбулаторного хворого, заповненої на прізвище К., видно, що 10 травня була оглянута лікарем гінекологом: «скарги на затримку менструації. ОМ 18 січня. Місцево: піхва вузька. Шийка матки дозаду. Матка побільшена, як при 15 тижнях вагітності, не болюча при пальпації. Виділення слизові. Діагноз: «1 вагітність 14-15 тижнів. Юна першовагітна». Рекомендовано УЗД, стати на облік по вагітності». Дані огляду: будь-яких яких тілесних ушкоджень не виявлено. Правильної будови тіла. Зріст стоячи 168 см, сидячи – 129 см. Маса 84кг. На молочних залозах та на передній черевній стінці відмічаються смуги розтягу. Окружність грудної клітки: при глибокому вдосі –

112 см, при глибокому видосі – 107 см, в спокої – 106 см. Окружність правого плеча у середній третині – 30 см. Окружність правої гомілки у середній третині – 39 см. Молочні залози розмірами: права – 17x22 см, ліва – 18x25 см. Молочні залози напівшаровидної форми, навколососкові кружальця пігментовані, добре виражені, діаметром 5 см, соски випуклі. Виділень із сосків немає. Волосся в підпахових ділянках голене, рідке. Розміри тазу: відстань між вертлюгами 36 см, відстань між остями 27,5 см, відстань між гребенями клубової кістки 34,5 см, зовнішня кон'югата розміром 27 см. Волосистість в ділянці лона слабо виражена, займає майже весь трикутник, рідка. Зовнішні статеві органи сформовані правильно. Великі статеві губи не прикривають малі, підшкірно-жирова клітковина виражена слабо. Відмічаються незначні виділення білуватого кольору із піхви. Слизова оболонка в ділянці зовнішніх статевих органів блідо-рожевого кольору. Дівоча плівка у минулому підковоподібної форми, висока, м'ясиста, відсутня відповідно цифрам «11-1» умовного годинникового циферблату. Висота дівочої плівки в бокових сегментах до 0,8 см, в нижньому - до 1 см. Дівоча плівка товщиною до 0,3 см, вільний край її відносно рівний. Отвір дівочої плівки розміщений центрально, діаметром біля 2,5 см. Відповідно цифрі «6» умовного годинникового циферблату є розрив дівочої плівки, який доходить майже до основи її, із заокругленими гладкими краями, відносно заокругленим нижнім кутом, по краю у вигляді білуватого рубця, який дещо валикоподібно потовщений, без ознак реактивних змін. Будь-яких ушкоджень в ділянці анального отвору та статевих органів не виявлено. Шкіра довкола анального отвору чиста, видима слизова рожева. Для додаткового дослідження взято біоматеріал із вмістом піхви. Два мазки і один тампон скеровані в судово-цитологічне відділення для встановлення гормональної (естрогенної) насиченості організму. Скерована в шкірвендиспансер і до лікаря-гінеколога консультанта бюро та на УЗД внутрішніх статевих органів. Згідно «Акту» №... від 30 травня видно, що при судово-цитологічному дослідженні двох мазків із вмістом піхви неповнолітньої К. встановлено III реакцію мазка, що відповідає помірній активності естрогенних гормонів. 03 червня був повторно взятий біоматеріал із вмістом піхви для додаткового контрольного дослідження і згідно «Акту» №... від 06 червня встановлено III реакцію мазка, що відповідає помірній активності естрогенних гормонів. Із заключення лікаря від 03 червня видно, що неповнолітня К. обстежена в обласному шкірно-венерологічному диспансері - венеричних захворювань не виявлено. Із заключення УЗД від 28 травня видно, що неповнолітня К. обстежена в обласному діагностичному центрі і встановлена вагітність терміном 16 тижнів. Рекомендовано повторний огляд у 20-21 тижні. Із виписки з консультативної поліклініки обласної клінічної лікарні видно, що неповнолітня К. 03 червня зверталась до лікаря – гінеколога. Скарги на момент огляду відсутні. Гінекологічний анамнез вивчений. Вагітність перша (дана). Об'єктивний стан: молочні залози м'які, не болючі, виділення відсутні. Зовнішні статеві органи сформовані правильно. Піхва вільна. Матка побільшена за рахунок вагітності. На УЗД від 28 травня - вагітність 16 тижнів. Дано рекомендації.

## ВИСНОВКИ

Враховуючи вище зазначене зроблені підсумки:

1. При проведенні судово-медичної експертизи у неповнолітньої К. тілесних ушкоджень, які б відповідали періоду 14-15 лютого не виявлено.
2. Приймаючи до уваги вік неповнолітньої К. (14 років, 3 місяці), розвиток деяких вторинних статевих ознак, результати судово-цитологічного дослідження на естрогенну насиченість, слід вважати, що вона, на момент проведення судово-медичної експертизи, статевої зрілості не досягла.
3. У неповнолітньої К. виявлений розрив дівочої плівки, який утворився від дії тупого предмета, міг виникнути від дії напруженого статевого члена і по давності утворення відповідає періоду більше 2-3 тижнів, що може свідчити про скоєння із нею статевих актів у минулому.
4. На момент проведення судово-медичної експертизи немає медичних даних, які б свідчили про тяжкі наслідки для здоров'я неповнолітньої вагітної К.
5. Згідно заключення із Львівського обласного шкірно-венерологічного диспансеру від 03 червня у неповнолітньої К. венеричних захворювань не виявлено.
6. На момент проведення судово-медичної експертизи неповнолітня К., згідно медичної документації, має вагітність терміном 16 тижнів.

## Література

1. **Бабанин А.А.** Судебно-медицинская экспертиза половых состояний: практическое руководство/Бабанин А.А., Соколова И.Ф., Костык В.Ф. - Симферополь, 2001. - 206 с.
2. **Ковалев А.В.** Порядок установления достижения половой зрелости: методические рекомендации. / А.В. Ковалев, В.Н. Звягин. - М.: РЦСМЭ, 2012. - 23 с.
3. **Бурчинський В.Г.** Визначення регіонального походження клітин при судово-медичній експертизі підозрюваних у статевих злочинах: методичні рекомендації./В.Г. Бурчинський, Т.М. Хохолева, Р.О. Старовойтова, Т.В. Ліщенко. - К., 2006.

4. Сердюков М.Г. Судебная гинекология и судебное акушерство. /М.Г. Сердюков. – М., «Медицина», - 1964. – 294 с.
5. Панфиленко О.А. Правила судебно-медицинской акушерко-гинекологической экспертизы./О.А. Панфиленко –М., 1966. – 20 с.
6. Семенюга А.Н. Подростковая беременность-серьёзная проблема.-Львів. - 2014.- 21 с.
7. Правила проведения судово-медицих експертиз з приводу статевих станів: затверджено наказом МОЗ України. №6 від 17 січня 1995р.-К.- 92с.

## УСТАНОВЛЕНИЕ ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, КОТОРЫЕ НАХОДЯТСЯ В СОСТОЯНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Смолоногина О. А.

**Резюме.** В настоящее время всё меньше актуальным стоит вопрос установления половой зрелости у несовершеннолетних девушек, которые находятся в состоянии беременности. В данной статье приведён пример проведения судебно-медицинской экспертизы с помощью цитологических методов исследования.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, половая зрелость, цитологические методы.

## ESTABLISHMENT OF PUBERTY AT MINOR, THAT ARE IN A STATE OF PREGNANCY

Smlonogina O.

**Resume.** In the real time all less than the question of establishment of puberty costs actual for minor girls that are pregnancy is able. To this article the example of realization of medico-legal examination is driven by means of cytologic methods of research.

**Keywords:** forensic medicine, puberty, cytologic methods.

УДК: 616.36-002.2-053

## ГО́СТРА ПЕЧІНКОВА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ (СИНДРОМ РЕЯ) – КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

©Онофрійчук О. С.<sup>1</sup>, Беліченко Т. Д.<sup>2</sup>

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,  
кафедра дитячих інфекційних хвороб<sup>1</sup>  
Вінницьке обласне бюро судово-медичної експертизи<sup>2</sup>

**Резюме.** Розглянуто особливості клінічного перебігу синдрому Рея. Встановлено, що даний синдром супроводжується відповідними морфологічними змінами в органах-мішенях: печінці, нирках, головному мозку. Перебіг і прогноз при цьому синдромі серйозний.

**Ключові слова:** гостра печінкова енцефалопатія, Синдром Рея, метаболічні порушення.

**ВСТУП.** Гостра печінкова енцефалопатія (Синдром Рея, або синдром Рейс) - рідкісний, але дуже небезпечний, часто загрозливий життю гострий стан, що виникає у дітей та підлітків (частіше у віці 4 - 12 років) на тлі лікування лихоманки вірусного походження (грип, кір, вітряна віспа) препаратами, що містять ацетилсаліцилову кислоту [12]. Причиною можуть бути також ендогенні або екзогенні фактори: ліки, інфекції, вроджені порушення обміну речовин. Даний синдром характеризується швидко прогресуючою енцефалопатією (внаслідок набряку головного мозку) та розвитком жирової інфільтрації печінки. Гостра печінкова енцефалопатія супроводжується гіперамоніємією, підвищенням рівня аланінамінотранс-ферази (АЛТ), аспартатамінотрансферази (АСТ) у сироватці крові (більш ніж у 3 рази) при нормальному рівні білірубину. В основі синдрому Рея лежить генералізоване ушкодження мітохондрій внаслідок інгібування окисного фосфорилування і порушення β-окислення жирних кислот.

Синдром вперше описаний австралійським патологом Дугласом Рейс (*англ. Ralph Douglas Kenneth Reye*) в період з 1951 по 1962 рр. після обстеження 21 пацієнта з прогресуючою енцефалопатією в поєднанні із жировою дегенерацією внутрішніх органів [11]. Даний стан описаний у дітей після перенесеного грипу В, що отримували саліцилати. Такі зміни описувались раніше, проте після публікації Reye стали загальноприйнятим синдромом. В