

**ს ა ს ა მ ე რ ტ ლ ო
ს ა მ ე ა ნ ო - გ ი ნ ე ა ქ ო ლ ო გ ი უ რ ი
ე ქ ს პ ე რ ვ ი ზ ე**

(მეორე უმცროსი და ბადაშუშავი ბაგრატი)



ბ ა გ რ ა ტ ე ლ ო ბ ა „ს ა ბ ო ტ ა ს ა კ ა რ ტ ვ ე ლ ო“

თ ბ ი ლ ი ს ი — 1976

წინამდებარე მონოგრაფიის პირველი გამოცემიდან საკმაოდ დრომ განვლო. ამ ხნის მანძილზე სასამართლო მედიცინის თეორიასა და პრაქტიკაში, კერძოდ კი სამეანო-გინეკოლოგიური ექსპერტიზის დარგში, ბევრი რამ შეიცვალა, რამაც გამოიწვია მონოგრაფიის საფუძვლიანი გადამუშავება.

წიგნში მოყვანილია და საკმაოდ დეტალურადაა განხილული ყველა ის სამედიცინო საკითხი, რომელიც შეიძლება გადასაწყვეტად დაისვას სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტის წინაშე სქესობრივ სფეროში ჩადენილი დანაშაულის საქმეთა გამოძიების პროცესში.

წიგნი დიდ დახმარებას გაუწევს სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტებს და საერთოდ ექიმებს სწორი სამედიცინო დასკვნის გამოტანაში. იგი აგრეთვე დაეხმარება წინასწარი მოკვლევის, საგამომძიებლო, ადვოკატურის და სასამართლო ორგანოების მუშაეებს ამ საკითხთან დაკავშირებით საქმის წარმოების დროს.

51100—148

III. _____ 347—76

M 601 (08) — 76

შ ე ს ა ვ ა ლ ი

სასამართლო-მედიცინის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს სამეანო-გინეკოლოგიური ექსპერტიზა.

სქესი და სქესთან დაკავშირებული მრავალი საკითხი სასამართლო მედიცინის სახელმძღვანელოში ზედმიწევნით მოკლედ არის გაშუქებული და ძალიან ხშირად იგი ვერ ამოწურავს ყველა იმ საკითხს, რომელიც წამოიჭრება სქესობრივ სფეროში ჩადენილი დანაშაულის გამოძიების პროცესში.

ამასთან, სქესობრივ სფეროში ჩადენილი დანაშაულის დროს სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა ზედმიწევნით რთულია და საკითხის ღრმა მეცნიერულ შესწავლას მოითხოვს. აქ ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთი დანაშაულის მტკიცებისათვის ერთ-ერთი ძირითადი მასალაა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის მონაცემები.

სამეანო-გინეკოლოგიური ექსპერტიზის საკითხები ძველ სამედიცინო ლიტერატურაშიც გვხვდება. საკმარისია აღინიშნოს, რომ საგანი ს ა ს ა მ ა რ თ ლ ო მ ე დ ი ც ი ნ ა თავდაპირველად აღმოცენდა სქესობრივ სფეროში ჩადენილი დანაშაულის და სხეულის დაზიანების ექსპერტიზაზე. მაგალითად, სასამართლო მედიცინის გამოჩენილი სპეციალისტი პროფესორი ე. რ. ჰოფმანი თავის კლასიკურ სახელმძღვანელოს „Руководство посудебной медицине“ იწყებს სამეანო-გინეკოლოგიური ექსპერტიზის საკითხებით, შემდეგ კი განიხილავს სხეულის დაზიანებათა ექსპერტიზას და სხვ.

ყოველივე ამით უნდა აიხსნას, რომ ამ საკითხების გაშუქებას მიეძღვნა ცალკეული მონოგრაფიები და შრომები, რომელთა შორის ყურადღებას იმსახურებს ვ. მერჟევსკის კლასიკური მონოგრაფია— „Судебная гинекология“ (1872), რომელსაც დღესაც არ დაუკარგავს თავისი მნიშვნელობა. ამის შემდეგ (1889), გამოდის ვ. თ.

ბელინის „Судебная медицина растений“, ხოლო 37 წლის შემდეგ—სამი ავტორის—ვ. ვ. როზენბლიუმის, მ. გ. სერდიუკოვისა და ვ. მ. სმოლიანინოვის შესანიშნავი სახელმძღვანელო „Судебно-медицинская акушерско-гинекологическая экспертиза“ (1935), რამაც დიდი დახმარება გაუწვია სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტებს. სასამართლო-საგამომძიებლო რუგანოთა მუშაებს სქესობრივ სფეროში ჩადენილი დანაშაულის პროცესში წამოჭრილი ბიოლოგიური საკითხების გადაჭრაში და საერთოდ ყველას, ვინც ამ საკითხით არის დაინტერესებული.

1957 წელს პირველად, ხოლო 1964 წელს განმეორებით პროფ. მ. გ. სერდიუკოვის მიერ გამოცემულ იქნა ვრცელი სახელმძღვანელო „Судебная гинекология и судебное акушерство“. ქართულ ენაზე პირველად 1957 წელს დოც. გ. მათიაშვილის მიერ საქ. სსრ იუსტიციის სამინისტროს სამეცნიერო კრიმინალისტიკური ლაბორატორიის შრომათა კრებულში გამოქვეყნებული იქნა საუბრალო სტატია „საქალწულო აკის გამოკვლევა უნდა მიენდოს მხოლოდ ამ საკითხის მცოდნე და გამოცდილ სასამართლო ექიმ-ექსპერტს ან ექიმ-ექსპერტს“. შედეგში 1958 წელს ჩვენ მიერ გამოცემულ იქნა „სქესობრივი დანაშაულის სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა“, რომელშიც განხილულია მეანობა-გინეკოლოგიის ის ძირითადი საკითხები და საკანონმდებლო დებულებები, რომელიც საჭიროა სქესობრივ სფეროში ჩადენილი დანაშაულის დროს სამედიცინო ექსპერტიზის წინაშე დასმული საკითხების გადასაწყვეტად.

აღნიშნული ნაშრომის შემდეგ 1963 წელს ჩემ მიერ გამოცემული იქნა ვრცელი მონოგრაფია „სამეანო გინეკოლოგიური ექსპერტიზა“, სადაც განხილულია ყველა ის საკითხი, რომელიც შეიძლება წამოჭრას გამომძიებლისას სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარების დროს.

წინამდებარე მონოგრაფიის გამოცემიდან საკმაო დრომ განვლო. ამ ხნის მანძილზე სასამართლო მედიცინის თეორიასა და პრაქტიკაში ბევრი რამ შეიცვალა, რამაც გამოიწვია მისი საფუძვლიანი გადამუშავება და ახალი დამატებების შეტანა.

სქესობრივ სფეროში ჩადენილი დანაშაული უცხოა სოციალისტური საზოგადოების პირობებში. ამ დანაშაულის სალიკვიდაციოდ 1962 წლის 15 თებერვალს მიღებულ იქნა სსრ კავშირის

უმალღესი საბჭოს პრეზიდიუმის ბრძანებულება „გაუპატიურებისათვის სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის გაძლიერების შესახებ“, რომელიც აწესებს სასჯელს—თავისუფლების აღკვეთას რვიდან თხუთმეტ წლამდე, ორიდან ხუთ წლამდე გადასახლებით, ანდა სიკვდილით დასჯას.

საბჭოთა მთავრობის მიერ ასეთი მნიშვნელოვანი ღონისძიებების გატარება სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტისაგან განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს. ამ მოსაზრებით, ყველა ნაშრომს, დიდი მნიშვნელობა აქვს როგორც სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტის. ისე სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოში მომუშავე სპეციალისტისათვის.

სქესობრივ სფეროში ჩადენილი დანაშაულის დროს დაზარალებული უფრო ხშირად ქალია ან მცირეწლოვანი მღედრობითი სქესის ბავშვი და ახალშობილი. ამიტომ სასამართლო მედიცინის ეს ნაწილი მოიცავს ბევრ ისეთ საკითხს, რომელიც თავისებურად არასასამართლო-სამედიცინო თვალსაზრისით განიხილება მედიცინის სხვა დარგებში, როგორიცაა: მეანობა და გინეკოლოგია, უროლოგია, პედიატრია, პემატოლოგია, ვენეროლოგია, ენდოკრინოლოგია, პათოლოგიური ანატომია და სხვ.

სასამართლო სამეანო-გინეკოლოგიური ექსპერტიზა განიხილავს და შეისწავლის ისეთ საკითხებს, როგორიცაა: 1) მოკლე ისტორიული ცნობები სამამულო სამეანო-გინეკოლოგიური ექსპერტიზის შესახებ; 2) სქესობრივი მომწიფების საკითხი; 3) საექვო სქესობრივი მდგომარეობა (ექსპერტიზა სქესის დადგენაზე); 4) სქესობრივი ხელშეუხებლობის დარღვევა, დეფლორაცია; 5) გარყვნილი ქმედება; 6) გაუპატიურება; 7) ექსპერტიზა ორსულობის და ყოფილი მშობიარობის დადგენასთან დაკავშირებით; 8) ახალშობილთა გვამის გამოკვლევა, ჩვილთმკვლელობა; 9) ექსპერტიზა კრიმინალურ აბორტთან დაკავშირებით; 10) ექსპერტიზა ვენერული სნეულების განზრახ შეყრასთან დაკავშირებით; 11) ექსპერტიზა მამათცნობის და დედობის საკითხზე; 12) სამეანო-გინეკოლოგიური ექსპერტიზა სამოქალაქო საქმეებთან დაკავშირებით.

წინამდებარე მონოგრაფიის შედგენას საფუძვლად დაედო გამოჩენილ სასამართლო მედიკოსთა — ნ. ვ. პოპოვის, მ. ი. რაისკის, მ. გ. სერდიუკოვის, მ. ი. ავდეევის, კ. ი. ტატიევის, ვ. მ. სმოლიანი-

ნოვის და სხვათა სახელმძღვანელოებისა და ნაშრომებში გამოქვეყნებული მონაცემები და საკუთარი 40 წლის პედაგოგიური და პრაქტიკული გამოცდილება.

წიგნში მოცემული ფოტოსურათების დიდი ნაწილი საკუთარი შემთხვევებიდან არის აღებული, ხოლო ზოგიერთი მათგანი ამოღებულია მ. გ. სერდიუკოვის წიგნიდან.

სამეანო-გინეკოლოგიური ექსპერტიზის დარგში მონოგრაფიის შედგენა მეტად რთული და საპასუხისმგებლო საქმეა. იგი მოითხოვს ზემოთ მითითებული საკითხების ყოველმხრივ, დეტალურ განხილვა-დამუშავებას.

ცხადია, რომ ასეთი რთული ამოცანის უხარვეზოდ შესრულება ძნელია. ამიტომ ეს ნაშრომი, ისე როგორც ყველა ასეთი წიგნი, არ შეიძლება სრულიად უნაკლო იყოს. ავტორი დიდი ყურადღებით განიხილავს და მიიღებს ყველა იმ ობიექტურ შენიშვნას, რომელიც მიმართული იქნება ასეთი ხარვეზების გამოსასწორებლად.

სამაგულო სამეანო-გინეკოლოგიური ექსპერტიზის მოკლე ისტორია

მეანობისა და გინეკოლოგიის განვითარების ისტორია სახალხო მედიცინაში, უნდა ვიფიქროთ, დაიწყო ადამიანის გამრავლებიდან. მშობიარეებს დახმარებას უწევდნენ პრაქტიკული გამოცდილების მქონე მოხუცი ქალები.

ბებიქალები, გარდა ფიზიკური დახმარებისა, ეწეოდნენ სხვადასხვა შელოცვებს, რომლის მიზანი იყო ზემოქმედება მოეხდინა მშობიარეზე და მის ახლობლებზე.

რუსეთში პეტრე პირველამდე სახელმწიფო სამეანო დახმარება არ არსებობდა. ივანე მესამის მეფობის პერიოდში, დასავლეთ სახელმწიფოებთან დიპლომატიური და სავაჭრო ურთიერთობის დამყარებასთან დაკავშირებით, გახშირდა რუსეთში უცხოელი ექიმების შემოყვანის პრაქტიკა, რომლებიც მხოლოდ მაღალი წოდების ხალხთა მომსახურებას ეწეოდნენ. ივანე მეოთხის (მრისხანის) თხოვნით ინგლისის მეფემ 1584 წელს მოსკოვში სამუშაოდ გამოგზავნა ქირურგი მეანი რობერტ იაკობი (მემდეგში რომან ელიზაროვად ცნობილი).

XI — XII საუკუნეში გამოჩნდა ზოგიერთი კანონი ქალის ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველსაყოფად. მაგალითად, იკრძალებოდა 12 წლის ასაკამდე ქალიშვილის გათხოვება.

რუსეთში მიხეილ თედორეს ძის მეფობის პერიოდში, 1620 წელს გამოცემულ ბრძანებულებაში („Аптека́рскій при́каз“), რომელიც სამედიცინო სამსახურის საკითხებს შეეხებოდა, სრულიად არ იყო მითითებული ქალთა სამეანო დახმარებაზე. მიუხედავად ამისა, სახელმწიფო მკაცრად სჯიდა ქალს აბორტისათვის და ჩვილთმკვლელობისათვის.

ცნობილია, რომ ალექსანდრე მიხეილის ძის მეფობის დროს

1649 წ. გამოცემული დებულებით ჩვილთმკვლელობისათვის დაწესებული იყო სიკვდილით დასჯა.

პეტრე პირველის მიერ პირველად რუსეთში გახსნილი იქნა კლინიკური ჰოსპიტალი, რითაც საფუძველი ჩაეყარა მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებას და საერთოდ სამედიცინო განათლების დაწყებას. ამ დროიდან დაბადების და სიკვდილის რეგისტრაცია დაეწყო ეკლესიას.

1714 და 1715 წლებში პეტრე პირველის მიერ დაარსებულ იქნა განსაკუთრებული „სახლი-ჰოსპიტლები“, სადაც ხდებოდა ქორწინების გარეშე დაბადებულ ბავშვთა აღზრდა.

პეტრე პირველის კანონი სასტიკად სჯიდა ჩვილთმკვლელობისათვის. მაგალითად, დებულების 1459-ე მუხლით, შვილის—ვაჟის ან ქალის — მოკვლისათვის დაწესებული იყო ყოველგვარი უფლებების აყრა, ქონების ჩამორთმევა და სამუდამო საკატორღო სამუშაოზე გაგზავნა. ამ დანაშაულისათვის სასჯელის შემსუბუქება ხდებოდა მათთვის, თუ ქალი სირცხვილის ან შიშის გამო მოკლავდა თავის ახალშობილს, მასთან, თუ არ იყო დადგენილი, რომ ასეთი დანაშაული მას ჰქონდა ადრე ჩადენილი (ყოველგვარი უფლების აყრა, ქონების ჩამორთმევა და ციმბირში გადასახლება).

ამავე დებულების 1460-ე მუხლით, ქალს, რომელიც არ მოკლავს თავის უკანონოდ დაბადებულ ახალშობილს, მაგრამ დატოვებს მას უმწეოდ, რის შედეგადაც იგი მოკვდება, მიესჯება ყველა უფლების აყრა, ქონების ჩამორთმევა და ციმბირში გადასახლება 1 წლიდან 2 წლამდე ან ციხეში პატიმრობა 2 $\frac{1}{2}$ წლამდე.

იმ შემთხვევაში, როცა დადგენილია, რომ ბავშვი მკვლრად დაიბადა და დედამ სირცხვილის ან შიშის გრძნობით დამალა, ქალს მიესჯება ციხეში პატიმრობა 4-დან 8 თვემდე.

სერდიუკოვს თავის წიგნიში მოცემული აქვს მეთანობა-გინეკოლოგიის განვითარების ისტორია რუსეთში, დაყოფილი ხუთ პერიოდად:

პირველ პერიოდს ეკუთვნის მე-18 საუკუნის მეორე ნახევარი, როცა იწყებდა განვითარებას რუსეთის მეთანობა, რომელსაც წინ უძღოდა სახალხო მედიცინა. მე-18 საუკუნის პირველ ნახევარში რუსეთში სამედიცინო საქმეს საერთოდ და, კერძოდ, მეთანობას განაგებდნენ საზღვარგარეთიდან მოწვეული სპეციალისტები.

ამ პერიოდში მოსახლეობა არ იყო უზრუნველყოფილი სამეანო დახმარებით.

1764 წელს პირველად რუსეთში მოსკოვის აღსაზრდელთა სახლთან გაიხსნა სამშობიარო დახმარების დაწესებულება 20 საწოლით, ხოლო 1771 წელს ს/პეტერბურგის აღსაზრდელთა სახლთან დაარსდა სამშობიარო პოსპიტალი.

1784 წელს ნ. მ. ამბლოკინმა გამოაქვეყნა ორიგინალური წიგნი «Руководство к повивальной искусству».

მეორე პერიოდს მიეკუთვნება მე-19 საუკუნის 40-იანი წლები, როცა საზღვარგარეთის მოძალემა შემცირდა და მოსკოვსა და პეტერბურგში გაიხსნა სამეანო სკოლები.

მესამე პერიოდს ეკუთვნის მე-19 საუკუნის II ნახევარი. როცა ანტისეპტიკა და ასეპტიკა შემოღებულ იქნა სამეანო-გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში. ამ პერიოდში სამშობიარო დახმარებამ და გინეკოლოგიამ დაიწყო ძლიერი განვითარება. მე-19 საუკუნის პირველ ნახევარში მოსკოვის (1806), ხარკოვის (1829), ყაზანის (1833), კიევის (1844) უნივერსიტეტებთან გაიხსნა პირველი სამეანო კლინიკები. ამავე პერიოდში განვითარდა სამედიცინო ლიტერატურის გამოცემის საქმე და გამოჩნდა მეანობის დარგში ნაშრომები და სახელმძღვანელოები.

1821 წ. მოსკოვში გამოცემულ იქნა დ. ლევიცის „Руководство к повивальной науке“. გ. ი. კობოლევის სახელმძღვანელო «Курс акушерской науки и женских болезней». 1865 — 1870 წწ. გამოცემულ იქნა ა. ი. კრასოვსკის ორტომეული „Практическое акушерство“ (პირველი ტომი), შემდეგ კი მეორე ტომი.

კრასოვსკის და სლავიანსკის მიერ 1886 წელს პირველად ჩამოყალიბდა რუსეთში სამეანო-გინეკოლოგიური საზოგადოება.

განსაკუთრებით ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს კრასოვსკის მოწაფის ვ. მერჟევსკის მიერ 1878 წელს ექიმებისა და იურისტებისათვის გამოცემული მეტად მნიშვნელოვანი ორიგინალური სახელმძღვანელო—„Судебная гинекология“.

1879 წ. ი. პ. ლაზარევიჩის მიერ გამოცემულ იქნა ძვირფასი სახელმძღვანელო „Судебная гинекология“, სადაც ავტორი იძლევა სხვადასხვა ფორმის საქალწულო აპკის სქემატურ გამოხატულებას და დიდ (286) კლინიკურ დაკვირვებაზე იძლევა საქალწუ-

ლო აკის დაზიანების მექანიზმს სქესობრივ შეუღლებასთან და მშობიარობასთან დაკავშირებით.

მეოთხე პერიოდი, ვ. ს. გრუზდევის განმარტებით, მოიცავს მე-19 საუკუნის 70-იან წლებს 1904-1905 წლამდე. სერდიუკოვი არ ეთანხმება ასეთ განმარტებას და იგი ამ პერიოდს სამართლიანად განსაზღვრავს 1917 წლამდე.

წლების განმავლობაში რუსეთში საგრძნობლად განვითარდა საერთოდ მედიცინა და კერძოდ. მეანობა-გინეკოლოგია.

ზემოაღნიშნულის გარდა ამ პერიოდში მოღვაწეობდნენ შემდეგი გამოჩენილი მეცნიერი მეან-გინეკოლოგები: ა. ლეიბოვიჩი, პ. დობრინინი, ვ. სნეგირევი, დ. ოტი, ვ. ს. გრუზდევი, ს. მიხნოვი, გ. პიემსკი, ვ. ორლოვი, ნ. პობედინსკი და მრავალი სხვ., რომლებიც განაგებდნენ კათედრებს, ეწეოდნენ ნაყოფიერ სამეცნიერო-კვლევით მუშაობას, აარსებდნენ სკოლებს და ქმნიდნენ მეტად მნიშვნელოვან სახელმძღვანელოებს.

ამ პერიოდში სამეანო-გინეკოლოგიურ საწოლთა რიცხვის გადიდებასთან ერთად დაარსდა კლინიკები და სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები. რუსეთის მეან-გინეკოლოგთა მიღწევები ცნობილი შეიქნა რუსეთის ფარგლებს გარეთაც.

1903 წლიდან 1911 წლამდე პეტერბურგში, მოსკოვსა და კიევში ჩატარდა რუსეთის მეან-გინეკოლოგთა ოთხი ყრილობა. პეტერბურგში 1910 წელს მოეწყო მეან-გინეკოლოგთა მე-5 საერთაშორისო კონგრესი.

ამ ყრილობაზე გარდა სამშობიარო დახმარების საქმის ორგანიზაციისა, კლინიკური და ექსპერიმენტული გამოკვლევებისა, ყურადღება ეთმობოდა სამეანო-გინეკოლოგიური ექსპერტიზის საკითხებსაც.

მეოთხე ყრილობაზე 1911 წელს და სრულიად რუსეთის მეან-გინეკოლოგთა I ყრილობაზე 1927 წელს იურისტების მონაწილეობით დამუშავებულ იქნა კრიმინალური აბორტის საკითხი. უკანასკნელ ყრილობაზე განხილული იყო საკითხი მეან-გინეკოლოგიის მიერ ოპერაციის დროს განვითარებული დაზიანების პასუხისმგებლობის შესახებ.

ამრიგად, კლინიკური მეანობისა და გინეკოლოგიის განვითარებასთან ერთად გამდიდრდა სასამართლო მეანობა და გინეკოლო-

გიაც. გაფართოვდა სადიაგნოზო საშუალებანი და გადიდდა პრაქტიკული გამოცდილება ცოცხალ პირთა შემოწმების მეთოდების გასაღრმავებლად, საექიმო შეცდომების და სამედიცინო მუშაკთა სხვა პროფესიულ დარღვევათა გამოსამქდავენებლად და სხვ.

მეხუთე პერიოდი იწყება დიდი ოქტომბრის სოციალისტური რევოლუციის შემდეგ (მ. გ. სერდიუკოვი).

ოქტომბრის რევოლუციის შემდეგ ჩვენში საერთოდ მედიცინამ და, კერძოდ, მეანობა-გინეკოლოგიამ არნახულ დონეს მიაღწია.

კომუნისტური პარტიისა და საბჭოთა ხელისუფლების თანამიმდევრულ გეგმურ ღონისძიებათა შედეგად ფართოდ გაიშალა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების ქსელი—სამშობიარო სახლები, კლინიკები, სამედიცინო სკოლები და ინსტიტუტები (სხვადასხვა კათედრებით), სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები და სხვ.

რუსეთში სასამართლო სამეანო-გინეკოლოგიის ფუძემდებლად ვ. თ. მერჟევსკი და ე. თ. ბელინი უნდა ჩაითვალოს.

საინტერესოა მერჟევსკის საღისერტაციო ნაშრომი თემაზე: „Судебно-медицинское исследование девственной плевы“ (1871) და კლასიკური ნაშრომი „Судебная гинекология“ (1876).

საყურადღებოა ი. პ. ლაზარევიჩის მოწაფის ე. თ. ბელინის მოღვაწეობა ამ დარგში. მან, ჯერ კიდევ სტუდენტმა, 1873 წელს გამოაქვეყნა მნიშვნელოვანი ნაშრომი: „О строении девственной плевы в различных физических состояниях“. ბელინი იყო ხარკოვის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის სასამართლო მედიცინის კათედრის გამგე და 20 წლის განმავლობაში ითვლებოდა ხარკოვის უფროს სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტად. ამ მდიდარი თეორიული და პრაქტიკული გამოცდილების საფუძველზე მან ღრმად დაამუშავა სასამართლო სამეანო-გინეკოლოგიური საკითხები და შექმნა შესანიშნავი ატლასი „Судебная медицина растления“ (1896).

XX საუკუნის დასაწყისში გამოვიდა სასამართლო მედიცინის ორიგინალური რუსული სახელმძღვანელოები ა. ს. ივანტოვსკის, ნ. დ. კოსოროტოვის და ნ. ს. ბოკარიუსისა. სადაც სამეანო-გინეკოლოგიური ექსპერტიზის საკითხები საკმაოდ ვრცლად არის გადმოცემული.

1927 წელს გამოცემულ იქნა ქალთა სნეულების კოლექტიური სახელმძღვანელო ლ. ა. კზივსკის რედაქციით, სადაც ს. მ. მირონოვს ეკუთვნის ნაშრომი სასამართლო სამეანო-გინეკოლოგიურ საკითხებზე „Повреждения женских половых органов. Инородные тела“, ხოლო მ. მ. მირონოვს — „Судебная гинекология“. ეს უკანასკნელი იყო კლინიკისტი-გინეკოლოგი და დიდი ხნის განმავლობაში მუშაობდა ხარკოვის სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტად.

1934 წელს რუსეთის სსრ ჯანმრთელობის დაცვის სახალხო კომისარიატის მიერ გამოცემულ იქნა „ამბულატორიული სამეანო-გინეკოლოგიური შემოწმების წესები“, რამაც მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა სამეანო-გინეკოლოგიური ექსპერტიზის წარმოება.

1935 წელს გამოვიდა შესანიშნავი მონოგრაფია, შედგენილი გამოჩენილი საბჭოთა ავტორების ე. ე. როზენბლიუმის, მ. გ. სერდიუკოვისა და ვ. მ. სმოლიანინოვის მიერ, რომელმაც დიდი დახმარება გაუწია სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტებს და სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოს მუშაებს.

1957 წელს მ. გ. სერდიუკოვის მიერ გამოცემულ იქნა სქელტანიანი სახელმძღვანელო „Судебная гинекология и судебное акушерство“, რომელიც წარმოადგენს ავტორის მრავალი ათეული წლის თეორიული და პრაქტიკული გამოცდილების ნაყოფს.

აღსანიშნავია, რომ მ. გ. სერდიუკოვი იყო ამ დარგის თვალსაჩინო წარმომადგენელი. მოსკოვის სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზაში და, საერთოდ, სასამართლო მედიცინაში მისი მრავალმხრივი პედაგოგიური და პრაქტიკული მუშაობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი იყო ამის გამო, რომ იგი მრავალი ათეული წლის განმავლობაში ეწეოდა კლინიკურ მუშაობას ამ დარგში.

უკანასკნელ წლებში გამოცემული სახელმძღვანელოებიდან ყურადღებას იპყრობს ნ. ვ. პოპოვის რედაქციით 1938 წელს გამოცემული „Основы судебной медицины“, 1940-დან 1950 წლამდე ნ. ვ. პოპოვის სასამართლო მედიცინის სახელმძღვანელოს სამი გამოცემა; 1953 წელს მ. ი. რაისკის სახელმძღვანელო „Судебная медицина“. 1959-1961 წლებში ვ. მ. სმოლიანინოვის, კ. ი. ტატიევის და ვ. თ. ჩერვაკოვის მიერ გამოცემული კოლექტიური სახელმძღვანელო „Судебная медицина“ (ორი გამოცემა, 1959, 1961); მ. ი. ადევის კაპიტალური ნაშრომი „Курс судебная медицины“

(1959), სადაც სასამართლო სამეანო-გინეკოლოგიური ექსპერტიზის საკითხები საკმაოდ ვრცლად არის დამუშავებული.

საქართველოში, ისე როგორც სხვა ქვეყნებში, მეანობა-გინეკოლოგიის ისტორიის განვითარება უნდა დავუყავშიროთ პირველყოფილ საზოგადოებას, რადგან სამეანო დახმარების აღმოჩენის აუცილებლობა დაკავშირებულია მოსახლეობის გამრავლებასთან.

საერთოდ მედიცინის განვითარებას საქართველოში დიდი ხნის ისტორია აქვს. საყურადღებოა, რომ 1944 წელს არმაზის გათხრების დროს ერთ-ერთ სამარხში იპოვეს ოქროს ბეჭედი ალაღანის თვლით, რომელზეც გამოხატულია მამაკაცი ჯოხით, ჯოხზე შემოხვეულია გველი. არქეოლოგების აზრით, სურათი წარმოადგენს მკურნალობის ღვთაების გამოსახულებას. ბეჭედი ექიმისა უნდა იყოს. სამარხი, რომელშიც ეს ბეჭედი აღმოჩენილი, ჩვენი წელთაღრიცხვის I საუკუნით თარიღდება¹. ეს ფაქტი მიუთითებს იმაზე, რომ იმ დროისათვის საქართველოში უნდა ყოფილიყვნენ მკურნალობის მცოდნე პირები.

ეს და მრავალი სხვა ფაქტობრივი მასალა მიუთითებს, რომ საქართველოში მკურნალობის საქმე ცნობილი იყო უძველესი დროიდან და საექიმო დახმარება, მათ შორის სამეანო საქმე, ცნობილი იყო სახალხო მედიცინაში.

რუსეთთან საქართველოს შეერთების დროისათვის (1801) საქართველოში არც ერთი სტაციონალური დაწესებულება არ არსებობდა და მოსახლეობის სამედიცინო დახმარება წარმოებდა ოჯახებში შემონახულ ლიტერატურაზე (ყარაბადინებზე) აღზრდილი განსწავლული პირების—შინაური ექიმების მიერ.

პირველი სამშობიარო საავადმყოფო 12 საწოლით თბილისში გაიხსნა 1820 წელს.

მიხეილის საავადმყოფოს გახსნიდან ერთი წლის შემდეგ (1869) აქვე გამოყოფილ იქნა სპეციალური განყოფილება მშობიარეთათვის (4 საწოლით).

მნიშვნელოვან მოვლენად უნდა ჩაითვალოს თბილისში 1873 წელს საბებიო დაწესებულების გახსნა, რომელიც თავდაპირველად

¹ ა. აფაქიძე, გ. გობეჯიშვილი, ა. კალანდაძე, გ. ლომთათიძე — „მცხეთა“, ტ. I, თბილისი 1955.

კერძო იყო, ხოლო შემდეგში (1875) მის ბაზაზე ორგანიზებულ იქნა ამიერკავკასიის საბებიო ინსტიტუტი, რომელსაც 1891 წ. 24 ოქტომბერს ოლღას სახელი ეწოდა.

საბებიო ინსტიტუტის დაარსებაში დიდი ღვაწლი მიუძღვის ამიერკავკასიის სამოქალაქო უწყების სამედიცინო ნაწილის უფროსს — მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორს ა. რემეტერს.

მალე ამ ინსტიტუტთან გაიხსნა საბებიო კურსები, რომლის პირველი გამოშვება მოხდა 1878 წელს. გამოშვებულ იქნა 28 ბეზიაქალი. ამის გარდა ინსტიტუტთან დაიწყო საექიმო კადრების მომზადება, რის გამოც შეიქმნა ორდინატურა. პირველ ორდინატორთა რიცხვს ეკუთვნოდნენ შემდეგში ცნობილი მეან-გინეკოლოგები: ლ. მონინი, ი. მეფისაშვილი, ლ. მუხრანსკაია, მ. ზაალიშვილი, ი. კარპოვიჩი, მ. იოსელიანი, დ. საყვარელიძე-ნარიკელიძე, ხ. თგოროდნიკოვა, ს. მამრაძე-გაბუნია, გ. ლოლობერიძე, ა. ერემინი და სხვ.

ინსტიტუტის დირექტორები (შესაბამისად) იყვნენ ა. რემეტერი, ა. არტემიევი, ა. ფიშერი, ე. სობესტიანსკი, ი. თუმანიშვილი, გ. ცაგარელი და შ. ქორიძე.

გარდა ზემოდასახელებულისა. ინსტიტუტში სხვადასხვა დროს მუშაობდნენ: ვ. კრუზენშტერნი, ს. ონანოვი, ა. ბარსუკოვი, ვ. ზაკრიევესკი, გ. ბაბაიანცი, ს. ბახ-პარონიანცი, გ. არეშევი, ი. ტერაკოპოვი, გ. ხარბელია, ი. გოგიტიძე, გ. ჩერქეზიშვილი, ვ. კანდელაკი, ს. კუჭაიძე, ვ. ჩახავა, ან. სიჭინავა, მ. პაპიტაშვილი, ი. მიქაბერიძე და სხვ.

სამედიცინო სამსახურის განვითარების საქმეში და, კერძოდ, სამეანო-გინეკოლოგიური მომსახურების განვითარებაში თვალსაჩინო ღვაწლი მიუძღვის აგრეთვე ამიერკავკასიის სამოქალაქო უწყების სამედიცინო ნაწილის მმართველს თ. ფეხნერს.

თბილისში ავლაბრის ტერიტორიაზე ქალაქის მმართველობის მიერ გამოყოფილ იქნა მიწის ნაკვეთი საავადმყოფოს ასაშენებლად, სადაც 1898 წ. ოფიციალურად გაიხსნა ორი პავილიონი 20-20 საწოლით ინფექციურ ავადმყოფთათვის, რომელსაც შემდეგში მიემატა სხვადასხვა განყოფილებები, ხოლო 1914 წელს—სამეანო-გინეკოლოგიური განყოფილებაც 40 საწოლით (ამჟამად ქალაქის 1-ლი კლინიკური საავადმყოფო).

ამის გარდა ამ პერიოდისათვის თბილისში გახსნილი იქნა კერძო პირთა სამშობიარო საავადმყოფოები: მკრტიანის, სობესტიანსკის, შახ-პარონიანცის, ჰეინეს, ალიხანოვის და სხვათა მიერ.

ამრიგად, 1874 წლამდე საქართველოს მთელი მოსახლეობისათვის თბილისში არსებობდა 4 სამშობიარო საწოლი, ხოლო სოფლის მოსახლეობა სრულიად მოკლებული იყო რაიმე სამშობიარო დახმარებას.

შემდეგში სამშობიარო საწოლთა მცირე რაოდენობით მომატება და კერძო სამშობიარო საავადმყოფოთა უმნიშვნელო ზრდა ვერაფრით ვერ აკმაყოფილებდა მოსახლეობის მოთხოვნებს. ამდენად რევოლუციამდელ საქართველოში სამეანო-გინეკოლოგიური მომსახურება განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაში იყო. იმდროინდელ საქართველოში მეცნიერული მეანობა და გინეკოლოგია არ არსებობდა.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის საქმე განსაკუთრებით გაუმჯობესდა საბჭოთა ხელისუფლების დამყარების შემდეგ. საექიმო დახმარება მცაწვდომი გახდა მოსახლეობის ფართო ფენისათვის.

ფართოდ გაიშალა ქალაქად და სოფლად სამშობიარო დაწესებულებების, ქალთა კონსულტაციების. ბავშვთა ბაგებისა და საბავშვო ბაღების ქსელი და სხვ.

მეანობა-გინეკოლოგიის მეცნიერული განვითარება საქართველოში დაკავშირებულია თბილისის უნივერსიტეტის გახსნასთან, სადაც სამკურნალო ფაკულტეტთან შეიქმნა და ჩამოყალიბდა სამეანო-გინეკოლოგიური კათედრა და კლინიკები.

სამეანო კათედრის პირველი წარმომადგენელი იყო პროფესორი ივ. თიკანაძე, რომელსაც დიდი ღვაწლი მიუძღვის სამედიცინო და კერძოდ, სამეანო-გინეკოლოგიური ტერმინოლოგიის შექმნაში. მეცნიერული კადრების აღზრდაში, სამეცნიერო კვლევითი ორგანიზაციული მუშაობის ხელმძღვანელობაში და სხვ. მანვე თარგმნა რუსულიდან ქართულ ენაზე (შესაფერისი დამატებებით) პობედინსკის მეანობის სახელმძღვანელო.

გინეკოლოგიის კათედრის პირველ გამგედ დანიშნულ იქნა გ. ლამბარაშვილი, რომელსაც აგრეთვე დიდი ღვაწლი მიუძღვის სამე-

დღეობა კადრების მომზადების, მეცნიერული და ორგანიზაციული მუშაობის საქმეში.

ამჟამად საქართველოში არსებობს სამედიცინო-გინეკოლოგიური სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი, ქალის ფიზიოლოგიისა და პათოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი, თბილისის სახ. სამედიცინო და ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტებში რამდენიმე სამედიცინო-გინეკოლოგიური კათედრა, მრავალი სამშობიარო სახლი, ქალთა კონსულტაციები და სხვ., სადაც მაღალკვალიფიციური სპეციალისტების მიერ წარმოებს დიდი სამეცნიერო-კვლევითი, სამკურნალო და ორგანიზაციული მუშაობა.

ზემოაღნიშნულ ბაზაზე და კათედრებზე მოღვაწეობდნენ მაღალკვალიფიციური სპეციალისტები—პროფესორები: ბ. ლოლობერიძე, მ. მგალობლიშვილი, ს. შალამბერიძე, ა. ახვლედიანი, ლ. ელიაშვილი და სხვ.

ხანგრძლივი, ნაყოფერი პედაგოგიური და სამეცნიერო-პრაქტიკული მოღვაწეობის შედეგად ჩვენმა შესანიშნავმა ქართველმა პროფესორებმა: ბ. ლოლობერიძემ, ა. ახვლედიანმა, ს. შალამბერიძემ, პ. შუშანიამ სხვადასხვა დროს შეადგინეს და გამოსცეს ორიგინალური პირველი სახელმძღვანელოები ქართულ ენაზე მუშაობაში, გინეკოლოგიისა და ოპერაციულ გინეკოლოგიაში, რამაც დიდი როლი შეასრულა ახალგაზრდა კადრების აღზრდის საქმეში.

ზემოაღნიშნული მედიცინო-გინეკოლოგიური თავიანთ პედაგოგიურ სამეცნიერო-პრაქტიკულ მოღვაწეობასთან ერთად მუშაობდნენ სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დარგში, რითაც მათ დიდი ღვაწლი დასდეს ამ საქმის განვითარებას ჩვენს რესპუბლიკაში.

განსაკუთრებით ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს იმ პროფესორების ღვაწლი, რომლებმაც ქართულ ენაზე მუშაობისა და გინეკოლოგიის სახელმძღვანელოთა შექმნით დიდად გაამდიდრეს ქართული მუშაობა და გინეკოლოგია და ამით, თავის მხრივ, ხელ შეუწყვეს ქართული სასამართლო სამედიცინო-გინეკოლოგიური ექსპერტიზის განვითარებას.

სასამართლო სამედიცინო-გინეკოლოგიის დარგში სპეციალური ნაშრომებიდან შეიძლება დავასახელოთ დოც. გ. მათიაშვილის საეურნალო სტატია „საქალაქურ აპკის გამოკვლევა უნდა მიენდოს მხოლოდ ამ საკითხის მცოდნე და გამოცდილ სასამართლო ექიმ-

ექსპერტს ან ექიმ-ექსპერტს“ (1957); ჩვენ მიერ გამოცემული მონოგრაფიული ნაშრომი „სქესობრივი დანაშაულის სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა“ (1958), წინამდებარე ნაშრომის პირველი გამოცემა (1963), რომელშიც საქმაოდ დეტალურად არის განხილული ყველა ის საკითხი, რომელიც შეიძლება წამოიჭრას სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის წინაშე ასეთი სახის დანაშაულის შემთხვევაში.

1961 და 1970 წწ. ჩვენ მიერ გამოცემულ იქნა პირველი ქართული სასამართლო მედიცინის სახელმძღვანელო, სადაც სამეცნიერო-გინეკოლოგიური ექსპერტიზის საკითხები საქმაოდ ვრცლად არის მოცემული.

სქესობრივი სიმწიფე

ქალის სასქესო ორგანოები

ქალის სასქესო ორგანოები იყოფა ორ ნაწილად—გარეთა და შიგნითა ორგანოებად. პირველს ეკუთვნის ის ორგანოები, რომლებიც მოთავსებულია მენჯის გარეთ. მეორეს კი ის ორგანოები, რომლებიც მოთავსებულია მენჯის შიგნით.

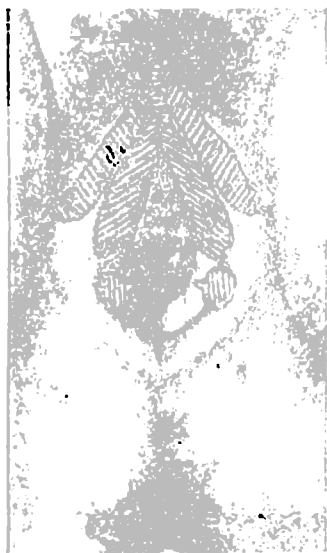
გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოებს შორის საზღვარს საქალწულო აპკი წარმოადგენს. !

გარეთა სასქესო ორგანოებს ეკუთვნის: ბოქვენის შემადგენელი, საქალწულო აპკი, დიდი სასირცხო ბაგეები. ბაგეთა ლაგამი, სასქესო ნაპრალი, ბართოლინის ჯირკვალი, მცირე სასირცხო ბაგეები, კლიტორი და შარდსადინარი.

ბოქვენის მიდამოში—მუცლის წინა კედლის ყველაზე ქვემო ნაწილი შემადგენელია კანქვეშ ცხიმის დაგროვების გამო და ცნობილია *mons venera*-ს სახელით. სრულსაკოვან ქალებში ბოქვენის შემადგენელი თმით არის დაფარული. ისე რომ მისი ზემო საზღვარი, მამაკაცისაგან განსხვავებით, პორიზონტალურია და მკვეთრად შემოსაზღვრული. ბოქვენის გაგრძელებას წარმოადგენს ორი სასირცხო ბაგე (*labia maioris pudenda*), რომელიც წარმოადგენს კანის წყვილ ნაოქს, მიიმართება ზემოდან ქვემოთ და უკან, ისე რომ გარს შემოევლება სასქესო ნაპრალს და უკან შეერთებით წარმოქ-

მნის ბაგეთა ლაგამს (*frenulum labiorum maioris*). დიდი სასირცხო ბაგეების გასწვრივ კანი ჰიგმენტურია და გარედან დაფარულია თმით. კანქვეშ მოთავსებულია საოფლე და ცხიმის ჯირკვლები.

დიდ სასირცხო ბაგეებს შორის არეს ეწოდება სასქესო ნაპრალი (*rima pydenta*). დიდი სასირცხო ბაგეების უკანა ნაწილში მოთავსებულია ლობიოს მარცვლის ოდენობის თითო ე. წ. ბართოლინის ჯირკვალი (*glandulae Bartholini*). ამ ჯირკვლებს აქვს მოკ-



სურ. 1-2. გარეთა სასქესო ორგანოები: 1. საქალწულო აპი, 2. დიდი სასირცხო ბაგეები, 3. ბაგეთა ლაგამი, 4. სასქესო ნაპრალი, 5. ბართოლინის ჯირკვალი, 6. მცირე სასირცხო ბაგე, 7. კლიტორი, 8. შარდსადინარი.

ლე (1—2 სმ სიგრძის) სადინარი, რომელიც იხსნება. მცირე და დიდი სასირცხო ბაგეების საზღვარზე ჯირკვალი გამოყოფს მოსქო კონსისტენციის გამჭვირვალე ლორწოს, რომლითაც ირწყვება საშოს შესავალის ლორწოვანი გარსი.

მცირე სასირცხო ბაგეები მოთავსებულია დიდი სასირცხო ბაგეებში შიგნით და დაფარულია ნაზი მოვარდისფრო კანით. მცირე

სასირცხო ბაგე უკან თანდათან პატარავდება, დიდი სასირცხო ბაგის საშუალო და უკანა მესამედის საზღვარზე განილვეა და დიდი სასირცხო ბაგის ქსოვილში იკარგება. მცირე სასირცხო ბაგე ზემოთ მიიმაართება ორი ფეხით და კლიტორის ზემოთ შეერთებით ქმნის მის ჩუჩას (*preputium clitoridis*), ხოლო ქვემოთ შეერთებით — მის ლაგამს (*frenulum clitoridis*).

ს ა ვ ნ ე ბ ო ანუ კ ლ ი ტ ო რ ი, მოთავსებულია სასქესო ნაპრალის ზედა კუთხეში, მცირე ბაგეებს შორის. იგა შედგება ორი მღვიმოვანი სხეულისაგან და წარმოადგენს მამაკაცის რუდიმენტურ ასოს. კლიტორი და მის ირგვლივ მდებარე ქსოვილები უხვად შეიცავს სისხლძარღვებს და ნერვებს. კლიტორის ჩუჩასა და მცირე ბაგეებს შორის არსებული ღარი შეიცავს ცხიმოვან ჯირკვლებს.

კლიტორის უკან მოთავსებულია შარდსადინარის გარეთა პირით შარდსადინარი მოკლეა (3—4 სმ) და თითქმის სწორია, მისი შიგნითა პირი იხსნება შარდის ბუშტის ლორწოვან გარსში არსებულ ე. წ. ლეუტოლის სამკუთხედის ქვემო კუთხეში, სადაც ეს ადგილი სფინქტერის არსებობის გამო შემალღებულია.

შარდსადინარის გარეთა პირის ქვემოთ მოთავსებულია საშოს შესავალი (*interoilis vaginae*), რომელიც შემორტყმულია საქალწულო აკით.

საქალწულო აკი, ანუ ჰიმენი (*hymen*), ცნობილია ძველი სახელებითაც: *membrana virginitalis* (ქალწულობის აკი), *Sigillum et custodia virginitalis* (ქალწულობის დაცვის პატარა ბეჭედი), *Sona Costitatis* (უმანკოების ზონა) ან, როგორც მას ზოგიერთი პოეტი უწოდებს, *flos virgineus* (ქალწულობის ყვავილი). სწორედ ამ უკანასკნელისაგან წარმოდგა საექიმო ტერმინი დ ე ფ ლ ო რ ა ც ი ა.

საქალწულო აკი ემბრიონში მთლიანად ხურავს საშოს შესავალ ხვრელს, მაგრამ შემდეგში, ნაყოფის განვითარებასთან ერთად, ჩანასახის მე-6 თვეზე, უფრო ხშირად მის ცენტრალურ მიდამოში, ადგილი აქვს უკუგანვითარებას და ამ მიდამოში გაჩნდება ორი ხვრელი. შემდეგში ეს ძვიდე, ანუ როგორც უწოდებენ, დეზი, ამ ხვრელებს შორის გაწყდება და ორი ხვრელი გაერთიანდება და წარმოიშვება ჩვეულებრივი საქალწულო აკი, შესაფერისი ფორმის

ხვრელით. ამის შედეგად საქალწულო აპკს აქვს თავისუფალი კიდე, რომელიც მიმართულია ხვრელისაკენ, ხოლო მეორე კიდე, ანუ საქალწულო აპკის ფუძე, უერთდება (გადადის) საშოს ლორწოვან გარსს. ამგვარად, საქალწულო აპკი წარმოადგენს საშოს ლორწოვანი გარსის დუბლიკატურას, მეტწილად მოთავსებულს საშოს შესავალ ხვრელთან და უფრო იშვიათად — ოდნავ შიგნით, რომელიც. ასე თუ ისე, ავიწროებს საშოს შესავალ ხვრელს.

საქალწულო აპკს აქვს ორი ზედაპირი, ერთი მიმართულია საშოს ღრუსაკენ და ეწოდება ზედა, ანუ შიგნითა—საშომხსრივი ზედაპირი. ხოლო მეორე მიმართულია გარეთ და ეწოდება გარეთა ვესტიბულარული, ანუ ქვედა ზედაპირი.

საქალწულო აპკი ძირითადად შედგება შემაერთებელი ქსოვილისაგან, რომელშიც განვითარებულია ელასტიკური ბოქკოები და სისხლძარღვები, ხოლო გარედან დაფარულია მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმით.

საქალწულო აპკის სიმაღლე განისაზღვრება ფუძიდან მის თავისუფალ კიდემდე, რომელიც სხვადასხვა ადგილას სხვადასხვა სიმაღლისაა, მხოლოდ ზოგიერთ შემთხვევაში (ბეჭდისებური ფორმის საქალწულო აპკის დროს) აპკის სიმაღლე თანაბარი განვითარებისა ყველა მიდამოში. ხშირად საქალწულო აპკის სიმაღლე ურეთრალურ ნაწილში უფრო დაბალია, ვიდრე შორისისაკენ, რომლის მიხედვითაც საქალწულო აპკს სხვადასხვა ფორმა აქვს.

ძირითადად საქალწულო აპკის სიმაღლე შეიძლება მერყეობდეს 2-3 მმ—1,1,5 სმ-მდე, საქალწულო აპკის სიმაღლე დამოკიდებულია მის სხვადასხვა ფორმაზე, მაგალითად, ნახევარმთვარისებური ფორმის საქალწულო აპკის სიმაღლე ურეთრალურ ნაწილში შეიძლება არ აღემატებოდეს 1—2 მმ, როცა მისი მოპირდაპირე — პერინიალური ნაწილი 1,5 სმ სიმაღლისაა.

საქალწულო აპკის კონსისტენცია დიდად არის დამოკიდებული შემაერთებელი ქსოვილის განვითარების ხარისხზე, როცა ქსოვილი ნაკლებად არის განვითარებული, საქალწულო აპკი ზედმიწევნით თხელი, ნაზი, რბილი (მოქნილი) კონსისტენციისაა და არსებითად, განსაკუთრებით მის თავისუფალ კიდედთან, დაფარულია მხოლოდ მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმით. ასეთი აპკი უფრო ნაკლები რაოდენობით შეიცავს სისხლძარღვებს და ნერვულ ბოქკოებს და

ცნობილია ეპითელური საქალწულო აპკის სახელწოდებით (hymen epithelialis).

მეორე შემთხვევაში საქალწულო აპკი სქელია, ნაკლებად მოქნილი და მომკვრივო კონსისტენციის, რადგან იგი ჰარბად შეიცავს შემაერთებელ ქსოვილს ელასტიკური ბოჭკოებით, რომელთა სისქეში უხვად არის განვითარებული სისხლძარღვები და ნერვული დაბოლოებანი. გარედან, მეტწილად ვესტიბულარული ზედაპირიდან, მოფენილია მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელით. ასეთი აპკი ცნობილია შემაერთებელქსოვილოვანი საქალწულო აპკის სახელით (h. conetivalis).

საქალწულო აპკის კონსისტენცია ასაკთან შედარებით განიცდის ცვლილებებს. მაგალითად, ეპითელური აპკი მომწიფების ასაკში უფრო თხელდება და მეტად ნაზი ხდება. გამკვირვალეა და ადვილად ზიანდება, ხოლო შემაერთქსოვილოვანი—უფრო სქელდება. მკვრივდება და ძნელად ზიანდება.

საქალწულო აპკის ზემოაღწერილი ორი ძირითადი ფორმიდან შეიძლება შეგვხვდეს მრავალი გადახრა, რომლის მიხედვითაც აპკის კონსისტენცია— მოქნილობა და გამწეობა—სხვადასხვანაირია. ამის მიხედვით საქალწულო აპკი შეიძლება. დაიყოს ოთხ ძირითად ფორმად: 1. დუნე საქალწულო აპკი (h. debilis). 2. ხორციანი საქალწულო აპკი (h. carneus), 3. ბოჭკოვანი საქალწულო აპკი (h. tendineum) და 4. ელასტიკური საქალწულო აპკი (h. elasticus).

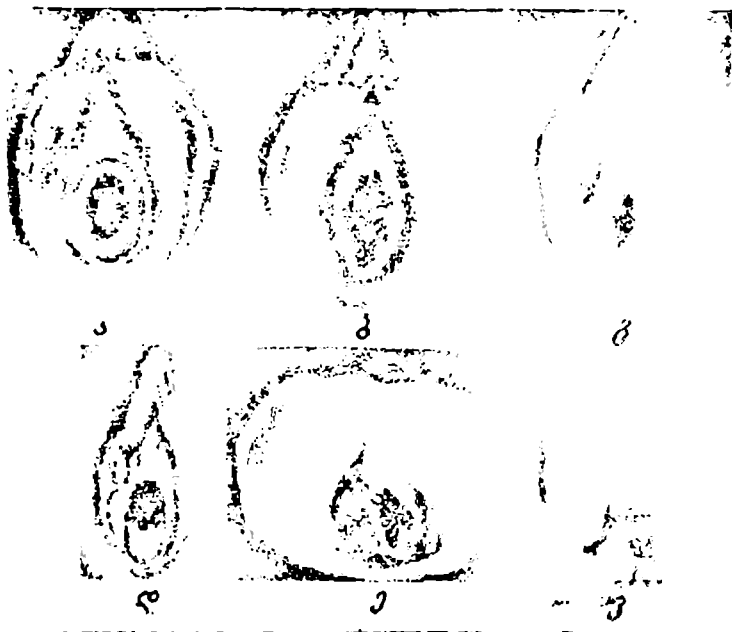
პირველი ფორმის საქალწულო აპკი ეპითელური შენებისაა, თხელი, ნაზი და გამკვირვალეა; მეორე—საკმაოდ სქელი და მკვრივი; მესამე მეტწილად შემაერთქსოვილოვან ბოჭკოებს შეიცავს; მეოთხე კი მდიდარია ელასტიკური ბოჭკოებით. ამის გამო მოქნილია, ადვილად წვეადი და შეიძლება არ განიცადოს დაზიანება არა მარტო სქესობრივი შეუღლების, არამედ მშობიარობის დროსაც.

აღნიშნული შენებიდან შეიძლება ადგილი ექნეს გარკვეულ ვარიაციებს, რომლის მიხედვითაც საქალწულო აპკი შეიძლება იყოს: ა) ხორციან-ბოჭკოვანი; ბ) ხორციან-ელასტიკური; გ) ბოჭკოვან-ელასტიკური და სხვ.

საქალწულო აპკის ამ კლასიფიკაციის საფუძვლად უდევს მას-

ში შემავალი ქსოვილების მეტ-ნაკლები განვითარება, რასაც სასამართლო მედიცინაში ნაკლები პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს.

სასამართლო-სამედიცინო თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია საქალწულო აპკის ორი ძირითადი ფორმა: ბეკდისებური (*h. annularis*) და ნახევარმთვარისებური (*h. semilunaris*).



სურ. 3. სხვადასხვა ფორმის საქალწულო აპკი: ბეკდისებური, ფოჩიანი, ბეკდისებური ვიწრო ხერელით, ნახევარმთვარისებური, ტიხრიანი, დეფლორირებული (რაისკის მიხედვით).

ზოგიერთი ავტორი (რაისკი) არჩევს მესამე ძირითად ფორმას— ბაგისმაგვარს (*h. labialis*).

საქალწულო აპკის ამგვარი დაყოფა ემყარება აპკის თავისუფალი ნაპირის თავისებურებას და მის სიმაღლეს, რომელიც შეიძ-

ლება მეტად სხვადასხვა ვარიანტებში წარმოგიდგეს. ამიტომ ძირითადი ფორმებიდან სხვადასხვა გადახრების გამო საქალწულო აპკის ფორმები ზედმიწევნით მრავალნაირია.

ბექდისებური საქალწულო აპკი მეტად ხშირად გვხვდება. ასეთი აპკი რგოლისებური ფორმისაა და ხასიათდება ცენტრალური ხვრელით, რომელიც მეტ-ნაკლებად ვიწროა, იმისდა მიხედვით, თუ როგორი სიფართისაა, ანუ რა სიმაღლისაა აპკის კედელი. ბექდისებური საქალწულო აპკის კიდევები სადაა და თანაბრად არის განვითარებული მის ყველა ნაწილში ან ოდნავ დაბალია ურეთრალურ ნაწილში. ხვრელის ფორმა მეტწილად მრგვალია ან ოდნავ ოვალური.

ნახევარმთვარისებური საქალწულო აპკი თავისი ფორმით წააგავს ნახევარმთვარეს, ე. ი. საქალწულო აპკის ქვედა (პერი-ნეალური) ნაწილი კარგად არის გამოხატული—მაღალია. ხოლო ზემო—ურეთრისაკენ მიმართულებით თანდათან დაბლდება, ისე რომ ურეთრალურ ნაწილში სუსტად არის გამოხატული ან სრულიად არ არის, ე. ი. აპკის დეზი განიცდის სრულ ატროფიას. ამის გამო ხვრელი ნახევარ მთვარეს წააგავს. ხვრელის ოდენობა დამოკიდებულია საქალწულო აპკის ქვედა ნახევრის სიმაღლეზე. რაც უფრო მაღალია საქალწულო აპკის ეს ნაწილი, მით უფრო ვიწროა ხვრელი და პირიქით.

ბაგისმაგვარი საქალწულო აპკის შემთხვევაში უფრო მეტად არის განვითარებული მისი გვერდითი კედლები, რის გამოც საქალწულო აპკის ხვრელს ნაპრალისებური ფორმა აქვს. ამიტომ მისი კედელი ურეთრალურ და პერინეალურ ნაწილში სუსტად არის გამოხატული—დაბალია.

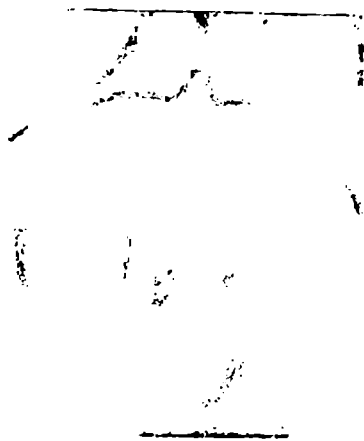
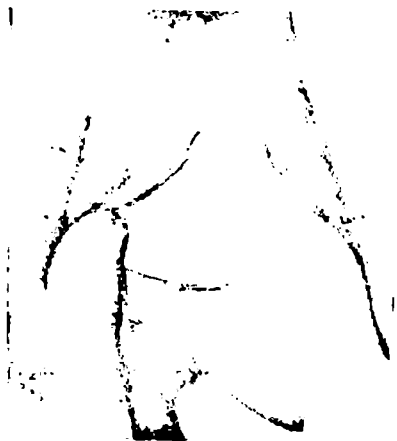
აღწერილი ძირითადი ფორმებიდან მოსალოდნელია მრავალი გადახრა, რომლის მიხედვით საქალწულო აპკი შეიძლება იყოს შემდეგი ფორმის:

1. უ ხ ვ რ ე ლ ო (h. imperfecta), როცა ემბრიონში საქალწულო აპკის პერფორაცია არ მოხდება მიუღერის სადინარის საბოლოო ნაწილების ნორმალური განვითარების შეჩერების გამო. ასეთ შემთხვევაში საქალწულო აპკს ხვრელი არა აქვს. საშო და მისი შესავალი შეერთებული არ არის, ე. ი. საშოს შესავალი ხვრელი დახურულია. ასეთი საქალწულო აპკი იშვიათია და მოზარდობის

ასაკში მენსტრუაციის დაწყებასთან დაკავშირებით საჭირო ხდება ხელოვნური ხერელის შექმნა.

2. ფოჩისებური (h. fibriatus), როცა საქალწულო აპკის თავისუფალ კიდეებზე მრავლობითი ვიწრო ჩაღრმავებანია, ფოჩისმაგვარად.

3. დაკბილული (h. denticulatus), ანუ საქალწულო აპკი არა ღრმა ჩაღრმავებით, როცა აღინიშნება შედარებით თანაბარი



სურ. 4. უხვრელო საქალწულო აპკი.

სურ. 5. ფოჩისებური საქალწულო აპკი.

ჩაღრმავებანი თავისუფალ ნაპირებზე, რომელიც აძლევს მას დაკბილულ ხასიათს. ასეთი არაღრმა დაკბილულობა ჩვეულებრივ სიმეტრიულად არის დალაგებული აპკის ორივე (მარჯვენა და მარცხენა) მხარეზე.

ამის გარდა საქალწულო აპკზე შეიძლება იყოს ღრმა ერთეული ჩაღრმავებანი, რომელიც შეიძლება აღწევდეს აპკის ფუძეს. ასეთი ჩაღრმავებანი ან თანდაყოლილია, ან (ზედმიწვევით იშვიათად) დაზიანების შედეგია, როცა საქალწულო აპკის ჩახვევა ფუძემდე არ მოხდა. ზოგჯერ თანდაყოლილი ჩაღრმავება ერთიმეორის უკან თავსდება ნაოჭის სახით.

4. ქიმია ნი (*h. carinatus*), ანუ გემის ქიმისებური საქალწულო აკვი. როცა მისი ქვედა (პერინეალური) ნაწილი მთლიანია, წინ არის წამოწეული ლილეაკის სახით და ქმნის გემის ქიმისმაგვარ შემადღებას, თუ საქალწულო აკვის ურეთრალურ ნაწილშიც ასეთივე შემადღებაა, მაშინ საქალწულო აკვი ტოვეებს მცირე სასირცხო ბაგეების შთაბეჭდილებას. ასეთ შემთხვევაში საქალწულო აკვი ბაგისმაგვარი ფორმისაა.

ორივე ქიმის კარგად განვითარების შემთხვევაში აკვი ლებულობს მამლის ბიბილოს ფორმას და უწოდებენ ბიბილოსმაგვარს (*h. cristiformis*).

5. წილაკოვანი (*h. lobatus*) საქალწულო აკვი, იმისდა მიხედვით. თუ რამდენი ღრმა ჩანაქდევია მასზე. შედგება ოთხი ან, უფრო იშვიათად, სამი წილისაგან. ეს ჩანაქდევები მღებარეობს ერთმანეთის მოპირდაპირედ — პარალელურად. საქალწულო აკვის ეს ნაწილები უფრო ხშირად თანაბარი ან იშვიათად არათანაბარი ოდენობისაა, რაც დაკავშირებულია ჩანაქდევის ადგილმდებარეობასთან.

საქალწულო აკვის წილაკოვანი ფორმა იშვიათია და ზედმიწევნით წააგავს ძველი დაზიანების ბეჭდისებური ფორმის აკვს.

6. ტიხრიანი (*h. Septus*). როცა საქალწულო აკვის კიდეები პირდაპირი ან გარდიგარდმო მიმართულებით შეერთებულია ერთმანეთთან ტიხრით — აკვის ღეზის ატროფიის შეჩერების გამო და, ჩვეულებრივ, ერთი ხერელის მაგივრად არის ორი თანაბარი ან, უფრო ხშირად, არათანაბარი ოდენობის ხერელები. თუ ტიხარი საქალწულო აკვის მოპირდაპირე კიდეების ორ სიმეტრიულად მდებარე წერტილებს აერთებს, მაშინ ხერელები თანაბარია, ხოლო თუ ტიხარი ირიბი მიმართულებისაა, მაშინ ერთი ხერელი მეორესთან შედარებით უფრო პატარაა.

7. ფანჯრიანი (*h. fenestrata*) ფორმის საქალწულო აკვს აკვს ორი პატარა ხერელი (ორფანჯრიანი — *bifenestrata*) ან სამი ხერელი (სამფანჯრიანი — *trifenestrata*).

საქალწულო აკვის ასეთი იშვიათი ფორმები წარმოიშვება ადრეულ პერიოდში მისი ატროფიის შეჩერების გამო. იგი ტიხრიანი ფორმის საქალწულო აკვისაგან იმით განსხვავდება, რომ ხერე-

ლებს შორის არსებული აპკის ნაწილი უფრო ფართოა და ზოლისებური ტიხრის ფოთმა არა აქვს.

8. და ც ხ რ ი ლ უ ლ ი (*h. cribriformis*) ფორმის საქალწულო აპკზე სამზე მეტი ფანჯარაა, რაც უფრო იშვიათია.

9. მ ო რ ჩ ი ს ე ბ უ რ ი (*h. appendiculatus*) ფორმის საქალ-



სურ. 6. ტიხრიანი აპკი (სერლიუკოვის მიხედვით).

წულო აპკის ზედა ან ქვედა ნახევრიდან მიიმართება წანაზარდი მორჩის სახით. დალია ვოლტი ამგვარ საქალწულო აპკს ცალკე გამოაცოფს და უწოდებს არასრულტიხრიანს.

10. ო რ მ ა გ ი (*h. duplex*) ფორმის საქალწულო აპკის დროს ორი ერთნაირი ფორმა მოცემულია ერთად. მაგალითად, ორი ნახევარმთვარისებური საქალწულო აპკი მოთავსებულია ერთმანეთის მოპირდაპირე მხარეზე ისე, რომი მისი თავისუფალი კიდეები ერთმანეთისაკენ არის მიქცეული. ე. ი. აპკი შედგება ზედა და ქვედა ნაწილისაგან, აქვს კარგად გამოხატული ქიმები. ასეთი ფორმის აპკი გვხვდება ახალგაზრდობის ასაკში, ხოლო შემდეგ, სქესობრივი მომწიფებისათვის. რქები ერთმანეთს უერთდება. ამით ზედა და ქვედა

ნაწილი ერთიმეორეს უახლოვდება და წარმოიქმნება ერთი მთლიანი აპკი, ისე, რომ რქების შეერთების ადგილზე ჩნდება თანდაყოლილი ჩაღრმავებანი.

საქალწულო აპკის ხერხლის ფორმას და ოდენობას დიდი მნიშვნელობა აქვს პირველი სქესობრივი შეუღლების შემდეგ შემოწმების შედეგების შეფასებისათვის; მაგალითად, ბექდისებური, დაბალი, ხორციანი, ფართო ცენტრალური ხერხლის მქონე საქალწულო აპკის მთლიანობა შეიძლება არ დაირღვეს სქესობრივი შეუღლების ან, კიდევ უფრო იშვიათად, მშობიარობის დროსაც.

საქალწულო აპკის სრული უარსებობა ზედმიწევნით იშვიათია, მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება მისი ქვედა ნაწილი ან იყოს გამოხატული, იყოს საშოს ლორწოვანი გარსის ნაოქის სახით. რომელიც ერთიმეორეს უკან მდებარეობს და ზედმიწევნით წააგავს ძველ ჩანახევს იმ განსხვავებით, რომ დამახასიათებელი ნაწიბური არ არის. ასეთი თავისებური ფორმის საქალწულო აპკის ზემო სეგმენტი ნახევარმთვარიანებურია.

აღსანიშნავია ისიც, რომ საქალწულო აპკის თავისუფალ კიდებზე სიმეტრიულად მდებარე ღრმა ჩანაპღვეები. რომელიც თითქმის აპკის ფუძემდე დადის. აგრეთვე ძალიან წააგავს ჩახევას.

საქალწულო აპკის თავისუფალ კიდებზე ერთი ბუნებრივი ჩაღრმავება იშვიათია, ამიტომ შეცდომის თავიდან აცილების მიზნით საჭიროა მისი დეტალური დათვალიერება, ნაწიბურის აღმოჩენა გადაწყვეტს ჩახევის არსებობას.

შინაგან სასქესო ორგანოებს ეკუთვნის: საშო. საშვილოსნო, და საკვერცხეები.

საშო (Vagina seu colpos) წარმოადგენს 10—12 სმ სიგრძის ელასტიკურ კუნთოვან ლულას, რომელიც შებრტყელებულია წინიდან უკან და მოთავსებულია შარდის ბუშტსა (წინიდან) და სწორ ნაწლავს (უკნიდან) შორის. საშოს ზედა ნაწილი უფრო განიერია და ქმნის თაღებს საშვილოსნოს ყელის ირგვლივ. საშოს ქვედა ნაწილი უფრო ვიწროა.

საშოს ლორწოვანი გარდიგარდმო დანაოქებულია, განსაკუთრებით წინ—შარდსადინარის გარეთა პირის ქვემოთ, წამოწეულია ქვემოთ და ქმნის საშოს კარიბქეს (carina vaginae). საშოს ზედა ნაწილში ნაოქიანობა სუსტად არის გამოხატული. საერთოდ მშობიარ-

რობის შემდეგ და აგრეთვე მოხუცებულობის ასაკში საშოს ნაოჭი თანდათან სწორდება.

საშოს ლორწოვანი გარსი გამოფენილია მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმით. რომლის შემდეგ უშუალოდ კუნთოვანი შრე მოდის. იგი ჯირკვლებს არ შეიცავს, მაგრამ მაინც მუდამ სველია გამონადენი ლიმფით და საშვილოსნოდან გამოსული ლორწოთი. საშოს ლითხეს სუსტი მკაფა რეაქცია აქვს.

ს ა შ ვ ი ლ ო ს ნ ო (uterus) წარმოადგენს მსხლისებური ფორმის კუნთოვან ორგანოს, რომელიც მოთავსებულია მცირე მენჯის ღრუში ბუშტისა და სწორ ნაწლავს შორის.

საშვილოსნო ორი ნაწილისაგან შედგება. უფრო დიდი ზედა ნაწილი—საშვილოსნოს ტანი (corpus uteri) და უფრო ვიწრო და მოკლე — ქვედა ნაწილი. საშვილოსნოს ტანსა და ყელს შორის საზღვართან იქმნება ბლაგვი კუთხე, რადგან, ჩვეულებრივ, საშვილოსნოს ტანი წინ არის გადმოწეული.

საშვილოსნოს ზედა ნაწილში ორივე მხარეზე მიმაგრებულია დანამატები: ფალოპის ლულები და საკვერცხეები.

საშვილოსნოს ზედა შემრგვალებულ ნაწილს უწოდებენ ფუძეს (fundus uteri).

საშვილოსნოს ყელი შედგება სამი ნაწილისაგან: 1) ყელის საშოსმხრივი ნაწილი (portio vaginalis uteri), 2) საშოს ზემო ნაწილი (portio supravaginalis) და 3) შუალედი ნაწილი (isthmus) — ყელის შიგნითა პირის ცოტა ზემოთ.

საშვილოსნოს ყელს აქვს თითისტარის მოყვანილობის არხი, რომლის ზედა ნაწილი შ ი გ ნ ი თ ა ჰ ი რ ი თ (orificium internum canalis cervicalis uteri) იხსნება საშვილოსნოს ღრუში, ხოლო ქვედა, ანუ გარეთა პირი (orificium externum uteri) საშოში იხსნება. არანამშობიარებ ქალებს ეს ხერელი ვიწრო და მრგვალი ფორმის აქვთ, ხოლო მშობიარობის შემდეგ იგი გარდიგარდმოდ მდებარე ნაწილის ფორმას ღებულობს.

საშვილოსნოს ღრუს (cavum uteri) სამკუთხედი ფორმა აქვს. ფუძე მიმართულია ზემოთ, მწვერვალი ქვემოთ—საშვილოსნოს ყელის არხისაკენ. სამკუთხედის ზემო გვერდითი კუთხეებიდან იწყება ფალოპის ლულები.

საშვილოსნოს კედლები შედგება შიგნიდან ლორწოვანი გარ-

სისგან, რომელიც გამოფენილია ერთშრიანი ცილინდრული ეპითელიუმით, რომელსაც მოციმციმე წამწამები აქვს. ლორწოვან გარსში არის მილისებური ვიწრო ჯირკვლები.

საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გამოფენილია უფრო მაღალი ცილინდრული ეპითელიუმით. ლორწოვან გარსში არსებული ჯირკვლები უფრო ფართოა (აცინოზური) და მოსქო კონსისტენციის ლორწოს გამოყოფს, რომელიც გროვდება ყელში და ქმნის ლორწოვან საცობს.

საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ქვეშ ლორწქვეშა ქსოვილი არ არის, პირდაპირ იწყება სამ შრედ დალაგებული კუთხოვანი გარსი: გარეთა — გასწვრივი. შუა — ცირკულარული და შიგნითა — ისევ გასწვრივი. ასეთივე შენებისაა საშვილოსნოს ყელის კუთხოვანი შრე იმ განსხვავებით, რომ ყელში კარგადაა განვითარებული გასწვრივი შრე. ხოლო ტანში — ცირკულარული შრე.

საშვილოსნოს კუნთების გარეთა ფენა მკიდროდ არის დაკავშირებული ფალოპის ლულების და მრგვალი იოგების კუნთოვან ულემენტებთან.

საშვილოსნო გარედან დაფარულია სეროზული გარსით — პერიტონეუმით, მასთან. წინიდან ფარავს მას მხოლოდ ყელამდე. უკნიდან კი — საშვილოსნოს ყელსაც. უკანა თალამდე.

ფალოპის ლულები 10—12 სმ სიგრძის წყვილი ორგანოა, რომელიც მიიმართება გარეთა და უკანა განიერი იოგის ზედა კიდით და იხსნება მუცლის ღრუში. ლულის საშვილოსნოსმხრივი ნაწილი წვრილია, რომელიც შემდეგში ფართოვდება და გარეთა კიდეზე ძაბრისებური გაგანიერებით მთავრდება. აქვე წარმოიქმნება ფოჩები მორჩების სახით, რომელიც უერთდება საკვერცხეს.

ფალოპის ლულა შედგება სამი ნაწილისაგან: ინტერსტიციალური ნაწილი (რომელიც შედის საშვილოსნოს კედლის სისქეში); ისთმური ნაწილი (საშვილოსნოს კედლიდან გარეთა განიერი იოგის გასწვრივ მიმართული) და ამპულარული ნაწილი (ლულის ძაბრისებური გაგანიერება).

ფალოპის ლულის არხი დასაწყის ნაწილში 1 მმ დიამეტრისაა, ამპულარულ ნაწილში 6-8 მმ. შიგნითა გარსი ლორწოვანია, რომელიც მრავალ ნაოქს ქმნის და გამოფენილია ერთშრიანი მოციმციმე ცილინდრული ეპითელიუმით. შუა გარსი კუნთოვანია, რომელიც

ორ შრედ არის წარმოდგენილი (შიგნითა ცირკულარული და გარეთა გასწვრივი) და გარედან დაფარულია სეროზული გარსით.

საკვერცხე (ovarium) წარმოადგებს ქალის სასქესო ორგანოს, რომელიც მოთავსებულია საშვილოსნოს გვერდით ნაპირებზე. იგი შებრტყელებულია და სიდიდით მოგვაგონებს პატარა ქლიავს. მისი სიგრძე 3-4 სმ-ია, სიგანე — 2-3 სმ, სისქე — 1-1,5 სმ. საკვერცხეები საშვილოსნოსთანაა მიმაგრებული საკვერცხის საკუთარი იოვით. გრძელი ღერძით საკვერცხე მიმაგრებულია განიერი იოვის უკანა კედელზე ისე, რომ მისი ვიწრო პოლუსი მოთავსებულია განიერი იოვის ფურცლებს შორის.

საკვერცხეში არჩევენ ქერქოვან და ტვინოვან შრეს. პირველში მოთავსებულია სასქესო ჯირკვლების ყველაზე მნიშვნელოვანი ელემენტები (დაწყებული პრიმალური ფოლიკულებიდან — მომწიფებულ გრააფის ბუშტუკამდე). აქვე შეიძლება ვნახოთ ყვითელი (corpus luteum) და თეთრი სხეულები. მეორე ტვინოვანი შრე მდიდარია სისხლძარღვებით და ნერვებით.

საშვილოსნოს უკანა ზედაპირსა და სწორ ნაწლავს შორის წარმოქმნილ ღრუს ეწოდება დუგლასის ორმო.

მენჯის მიდამოში პერიტონეუმის და მენჯის ფასციას შორის არე ამოვსებულია ფაშარი შემაერთი ქსოვილით, რომელსაც პარამეტრიუმი ეწოდება. ამ ქსოვილში გადის სისხლძარღვები და ლიმფური სადინარები, შარდსაწვეთები და ნერვები.



სქესობრივი სიმწიფე ხასიათდება საერთო ფიზიკური განვითარების და სქესობრივი ჯირკვლების ისეთი ფორმირებით. რომლის დროსაც სქესობრივი ცხოვრება ფიზიოლოგიურ, ნორმალურ ფუნქციას წარმოადგენს, არ იწვევს ჯანმრთელობის მოშლას და არ აყენებს ზიანს ორგანიზმის შემდგომ განვითარებას.

შემოწმების დროს მხედველობაში იღებენ: ორგანიზმის საერთო ფიზიკურ განვითარებას. გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოების განვითარებას, სქესობრივი შეუღლების და განაყოფიერების უნარს. არც ერთი ამ ნიშანთაგანი ცალ-ცალკე არ არის გადამწყვეტი;

მხოლოდ მათი ერთიანობა აძლევს საშუალებას სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტს სწორი პასუხი გასცეს სქესობრივი სიმწიფის საკითხს („მამაკაცის სქესობრივი მდგომარეობის სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის წესები“ — მუხ. 33, 1968).

სქესობრივი სიმწიფის გადაწყვეტა ხდება საგამომძიებლო სასამართლო ორგანოების მოთხოვნით (დადგენილებით). შესაძლებელი შეიძლება იყოს როგორც მდებარეობითი, ისე მამრობითი სქესის პიროვნება.

საქართველოს სსრ ახალი (1961) სისხლის სამართლის კოდექსის მიხედვით აღარ არის საჭირო სქესობრივი სიმწიფის საკითხის დადგენა, რადგან ამ კოდექსის 119-ე მუხლში მითითებულია სქესობრივი კავშირის შესახებ იმ პირთან. რომელსაც თექვსმეტი წელი არ შესრულებია, ე. ი. დანაშაულის კვალიფიკაციისათვის ამჟამად მნიშვნელობა აქვს ასაკს და არა სქესობრივ სიმწიფეს. მიუხედავად ამისა სქესობრივი სიმწიფის საკითხის დადგენას მაინც აქვს გარკვეული თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა თუნდაც იმიტომ, რომ სქესობრივი სიმწიფის ექსპერტიზა წარმოებს მხოლოდ იმ მოკავშირე რესპუბლიკებში, სადაც სისხლის სამართლის კანონმდებლობას მხედველობაში აქვს პასუხისმგებლობა სქესობრივ კავშირზე იმ პირთან, რომელსაც არ მიუღწევია სქესობრივ სიმწიფემდე (რსფსრ, უკრაინის სსრ, ბელორუსიის სსრ, სომხეთის სსრ, ლიტვის სსრ, უზბეკეთის სსრ), რადგან სხვა რესპუბლიკების სისხლის სამართლის კოდექსებში პირდაპირ ნაჩვენებია, რომ დანაშაულად ითვლება სქესობრივი კავშირი იმ პირთან, რომელსაც არ შესრულებია 16 წელი ან არ მიუღწევია ქორწინების ასაკისათვის.

იმ რესპუბლიკებში, სადაც საქორწინო ასაკად დადგენილია 18 წელი, სქესობრივი სიმწიფე განისაზღვრება 14-18 წ. რესპუბლიკაში, სადაც ქორწინების ასაკი 16 წელია, სქესობრივ სიმწიფეს ადგენენ 14-16 წლის ასაკში.

საერთოდ მიღებულია, რომ ქალი სქესობრივად მომწიფებულად ითვლება იმ პერიოდიდან, როცა მას აქვს: სქესობრივი შეუღლების, ჩასახვის, ნაყოფის მუცლად ტარების, მშობიარობის და ბავშვის გაზრდის უნარი. ვაჟი კი სქესობრივად მომწიფებულად ითვლება, როცა მას აქვს შეუღლების და განაყოფიერების უნარი.

ქალის სქესობრივი სიმწიფის საკითხის გადაწყვეტა უნდა მოხ-

დეს ქალის ორგანიზმის საერთო ფიზიკური განვითარებისა და მეორადი სასქესო ნიშნების მიხედვით. ამ მიზნით უნდა გაიზომოს სიმაღლე, გულმკერდისა და მუცლის გარშემოწერილობა, მხრებს შორის მანძილი და მენჯის ზომები.

მ. ი. რაისკის მიხედვით, სქესობრივად მომწიფებული ქალის სხეულის საშუალო ფიზიკური მონაცემებია: სიმაღლე 150—155 სმ; წონა 45 კგ და მეტი. თავის გარშემოწერილობა 55 სმ; გულმკერდის გარშემოწერილობა 75 სმ და მეტი; მხრებს შორის ზომა 40—41 სმ.

ქალის სხეულის ფიზიკური განვითარება ზოგიერთი პათოლოგიური პროცესისა შედეგად შეიძლება ჩამორჩეს ან, პირიქით, განიცადოს გადაჭარბებული ზრდა, რაც მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული (საერთო ინფანტილიზმი და გიგანტიზმი).

ქალის სქესობრივი სიმწიფის საკითხის დადგენისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს მენჯის ზომებს, რომლის მიხედვითაც ძირითადად წყდება საკითხი მშობიარობის უნარის შესახებ. ფიზიკურად მომწიფებული ქალისათვის ციბრუტთა შორის მანძილი (*distantior trochanterica*) დაახლოებით უნდა იყოს 28 სმ; წვეტთა შორის მანძილი (*d. Spinarum*) — 23 სმ-მდე; ქედთა შორის მანძილი (*d. cristarum*) — 25-26 სმ-მდე და გარეთა კონიუგატა (*coniugata externum*) — 17,5 სმ (მ. ი. რაისკი).

ვ. ს. გრუდზევის, კ. კ. სკრობანსკის, ა. ი. პეტჩენკოს, ი. თ. ეორდანაის, კ. შრედერის და ე. ბუმის მიხედვით, მენჯის ნორმალურ ზომებად ჩაითვლება ციბრუტთა შორის მანძილი 31-32 სმ; წვეტთა შორის მანძილი — 25-26 სმ; ქედთა შორის მანძილი — 28-29 სმ; გარეთა კონიუგატა — 20-21 სმ.

სქესობრივი სიმწიფის დასადგენად დიდი მნიშვნელობა აქვს გარეთა სასქესო ორგანოების მდგომარეობას და მეორად სასქესო ნიშნებს. ამიტომ ანთროპომეტრიული მონაცემების აღნიშვნის შემდეგ უნდა შემოწმდეს დიდი და მცირე სასირცხო ბაგეების განვითარების მდგომარეობა, თმოვანობის ინტენსივობა ბოქვენისა და ილლიის მიდამოში. სქესობრივად მომწიფებულ ქალებს თმოვანობა ბოქვენისა და ილლიის მიდამოში კარგად აქვთ გამოხატული.

მეორადი სასქესო ნიშნებიდან აღსანიშნავია აგრეთვე სარძეო ჯირკვლების განვითარება. მომწიფებული ქალის სარძეო ჯირკვლები გადიდებულია (6×6 სმ); სიმაღლე 4—5 სმ, დვრილები საკმაოდ

ამოწეულია კანის ზემოთ და პიგმენტურია. ხელის შეხებით წილა-
დოვანი და მომკერივო კონსისტენციისაა.

ცნობილია, რომ ქალებს ჩვეულებრივ, მენსტრუაცია ეწყებათ
13-14 წლის ასაკში (გამონაკლის შემთხვევაში 10-12 წლის ასაკში),
ზოგჯერ მოგვიანებით (16—18 წლის ასაკში). მენსტრუაციის ადრე
დაწყება უსათუოდ სქესობრივ მომწიფებას არ ნიშნავს, ხოლო
გვიან დაწყება ექვს არ ბადებს სქესობრივ სიმწიფეში.

მენსტრუაციის დაწყება მეტწილად კლიმატურ პირობებთანაა
დაკავშირებული. მაგალითად, სამხრეთში მცხოვრებ ქალებს უფრო
ადრე ეწყებათ მენსტრუაცია, ვიდრე ჩრდილოეთში მცხოვრებთ.

მენსტრუაციის დაწყება არ შეიძლება მიჩნეულ იქნეს სქესობ-
რივი მომწიფების ნიშნად; მის დაწყებას მხოლოდ სხვა ნიშნებთან
ერთად აქვს მნიშვნელობა სქესობრივი სიმწიფის დასადგენად.

ქალის სქესობრივ შეუღლების უნარში იგულისხმება გარეთა
სასქესო ორგანოების ისეთი ფიზიკური განვითარება, როცა შესაძ-
ლებელია სრულასაკოვანი მამაკაცის სასქესო ასოს თავისუფლად
მოთავსება საშოში.

ჩასახვის უნარი სქესობრივი სიმწიფის სასარგებლოდ ლაპარა-
კობს, მაგრამ იგი ქალს უვითარდება სქესობრივ მომწიფებამდე.
ჩასახვის უნარი დაკავშირებულია ოვულაციასთან და მენსტრუაცი-
ასთან, როცა ადგილი აქვს კვერცხუჯრედის მომწიფებან და გამო-
ყოფას.

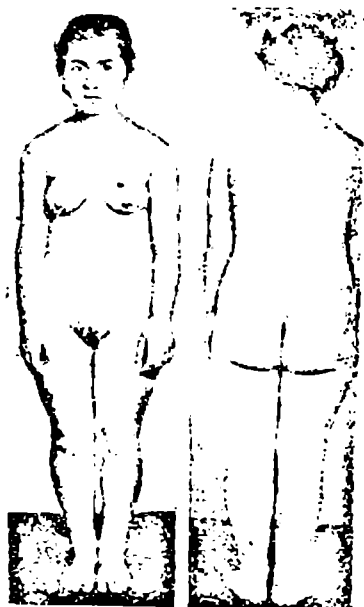
ცნობილია, რომ შინაგან სასქესო ორგანოებში პათოლოგიური
ცვლილებების გამო (მეტწილად ინფანტილიზმის) კვერცხუჯრედის
მომწიფება შესაძლებელია საერთოდ არ მოხდეს და ქალი მთელი
თავისი ცხოვრების მანძილზე უნაყოფო დარჩეს. ამიტომ ქალის
სქესობრივი სიმწიფის საკითხის დადგენისას 16-18 წლის ასაკის
შემდეგ ჩასახვის უნარს გადამწყვეტი მნიშვნელობა არა აქვს.

ოვულაცია და მენსტრუაცია ხელს უწყობს საშვილოსნოს გან-
ვითარებას, რომლის შედეგადაც მას შეუძლია მიიღოს განაყოფიე-
რებული კვერცხუჯრედი და უზრუნველყოს ჩანასახის განვითარება
დროულ მშობიარობამდე.

მშობიარობის უნარი დაკავშირებულია ქალის ორგანიზმის სა-
ერთო ფიზიკურ განვითარებასთან, მუცლის პრესის და საშვილოს-
ნოს მდგომარეობასთან და, რაც მთავარია, მენჯის ზომებთან — მის

ნორმალურ განვითარებასთან. სქესობრივად მომწიფებული ქალის მენჯის ზომები განაპირობებს მშობიარობის პროცესის გაურთულებლად ჩატარებას, როცა მომწიფების საკითხის გადასაწყვეტად მენჯის ზომებს ვიყენებთ. საყურადღებოა აგრეთვე მოსალოდნელი პათოლოგიური ცვლილებები მენჯის ძვლებში, რომლებიც განვითარებულია სქესობრივი მომწიფების შემდეგ და რომლის შემდეგაც შეიძლება მენჯის ზომები მკვეთრად შემცირდეს, რაც არავითარ შემთხვევაში არ ნიშნავს სქესობრივ მოუმწიფებლობას.

გარდა ამისა, სქესობრივი სიმწიფის დასადგენად მნიშვნელობა



სურ. 7ა. ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება. 7 წლის გოგონა.



სურ. 7ბ. ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება. 16 წლის გოგონა (მ. კირიუვათი).

აქვს სარძეო ჯირკვლების და დვრილების განვითარებას (ძუძუს წოვებისათვის).

სქესობრივი სიმწიფის დამადასტურებელ პირობას წარმოადგენს აგრეთვე ბავშვის აღზრდის უნარი; ეს გულისხმობს ქალის გონებრივი განვითარების ისეთ დონეს, როცა იგი სრულიად მომზადებულია ბავშვის აღსაზრდელად. ინტელექტუალური განვითარება უნდა ბადებდეს პასუხისმგებლობას, ე. ი. დედობის მოვალეობის კეთილანდისიერად შესრულების გრძნობას.

ქალის სქესობრივი მომწიფების ზემოჩამოთვლილი პირობებიდან ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანია შეუღლების და ჩასახვის უნარი, ხოლო დანარჩენ პირობებს — ნაყოფის მუცლადტარების, მშობიარობის და ბავშვის აღზრდის უნარს, ცალ-ცალკე აღებულს, მნიშვნელობა არა აქვს.

ამ მოსაზრებით. ქალის სქესობრივი სიმწიფის საკითხის გადასაწყვეტად მნიშვნელოვანია ყველა ზემოხსენებული პირობა ერთად აღებული.

ვაჟს, ჩვეულებრივ, შეუღლების უნარი უფრო ადრე უვითარდება, ვიდრე განაყოფიერებისა. შეუღლების უნარი დაკავშირებულია სასქესო ასოს ერექციასთან, რასაც. ჩვეულებრივ, ადგილი აქვს ათი წლის ასაკიდან. მაგრამ ასეთი ვაჟი მაინც არ ჩაითვლება სქესობრივად მომწიფებულად. თუ მას აგრეთვე არა აქვს თესლის გამომუშავების და გამოყოფის უნარი.

ვაჟის სქესობრივად მომწიფების საკითხის გადაწყვეტის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს ორგანიზმის ფიზიკურ განვითარებას (ანთროპომეტრიული მონაცემები), გარეთა სასქესო ორგანოების მდგომარეობას და მეორად სასქესო ნიშნებს.

სქესობრივად მომწიფებული მამაკაცის სასქესო ასო მოქნილია, წილადოვანი და საკმაო ოდენობის, სასქესო ასოს ოდენობა — სიგრძე და სიგანე (მომწიფებული მამაკაცის) — მკვეთრად ცვალებადია; შეიძლება შეგვხვდეს სრულასაკოვანი მამაკაცი, რომლის სასქესო ასოს სიგრძე არის 6—8 სმ, ხოლო სიგანე 2,5 სმ (მ. ი. რაისკი).

მეორადი სასქესო ნიშნებიდან მნიშვნელოვანია თმოვანობა ბოქვენისა და ილლიის მიდამოში. სახეზე წვერ-ულვაშის ამოსვლის ხარისხი და ხმის ტემბრის შეცვლა. სახეზე თმოვანობა კარგადაა გამოხატული: თმოვანობა ილლიის ფოსოში მთელ ზედაპირს მოიცავს: თმოვანობა ბოქვენის მიდამოდან ვრცელდება სათესლე პარკზე და ბარძაყის შიგნითა ზედაპირის ზემო მესამედზე; ფარისებური ხრტილი კარგადაა გამოხატული ყლაპვითი მოძრაობის დროს; ხმის ტემბრი დაბალია; სასქესო ასო განვითარებულია სწორად; სათესლე პარკის კანი პიგმენტირებულია, დანაოკებულია. სათესლე ჭირკვლები ნორმალური ზომისაა და ელასტიკურია, მკვეთრად გამოყოფილია დანამატებიდან. ჭირკვლების შუა მდებარე ღარს და წილაკებს ელასტიკური კონსისტენცია აქვთ.

ვაეს განაყოფიერების უნარი ეწყება 15-16 წლის ასაკიდან, როცა სათესლე ჭირკვლების განვითარება დამთავრებულია და თესლს გამოიმუშავებს.

საერთოდ ვაეის სქესობრივად მომწიფებაზე გავლენას ახდენს კლიმატური და სოციალური პირობები, რის გამოც შეიძლება ადგილი ექნეს ნაადრევ ან მოგვიანებით მომწიფებას.

სქესობრივი სიმწიფის საკითხის დადგენის დროს სასამართლოსამედიცინო შემოწმების აქტის დასკვნაში კონკრეტულად უნდა იქნეს განსაზღვრული შესამოწმებელი პირის სქესობრივი მომწიფება.

პროფ. სერდიუკოვი გვიჩვენებს დასკვნაში აღვნიშნოთ შემდეგნაირად.

ა) „შესამოწმებელს სქესობრივ სიმწიფემდე არ მიუღწევია (ეს მაშინ. როცა სქესობრივი სიმწიფის ზოგიერთი ნიშანი უკვე გამოქვლიანებულია, მაგრამ ყველა პირობა, რომლის მიხედვითაც იგი უნდა ჩაითვალოს სქესობრივად მომწიფებულად, ჯერ კიდევ არ არის ჩამოყალიბებული); ბ) შესამოწმებელი ამჟამად სქესობრივად მომწიფებულია და გ) შესამოწმებელი ამჟამად სქესობრივად მოუმწიფებელია“.

წესდების 37-ე მუხლის მიხედვით, შესამოწმებელი პირის სქესობრივი სიმწიფის მიღწევისას დასკვნა გაიცემა ნიშანთა ერთობლიობით. ამასთან, ექსპერტს შეუძლია დაასკვნას, რომ შესამოწმებელ პირს სქესობრივ სიმწიფემდე არ მიუღწევია და სქესობრივი აქტის ჩატარება არ ძალუძს ან სქესობრივ სიმწიფემდე არ მიუღწევია, მაგრამ სქესობრივი შეუღლების უნარი აქვს, ან სრულიად მიაღწია სქესობრივ სიმწიფეს.

ზოგ შემთხვევაში გამომძიებელი ექსპერტის წინაშე აყენებს საკითხს — დანაშულის ჩადენის თარიღისათვის დაზარალებული იქნებოდა თუ არა სქესობრივად მომწიფებული მაგალითად მოქ. ნ. ი. ერთი წლის წინ, ე. ი. 1970 წლის 10 დეკემბრისათვის იქნებოდა თუ არა სქესობრივად მოუმწიფებელი.

ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა ადვილია იმ შემთხვევაში, თუ შესამოწმებელი პირი შეკითხვის მიცემის დროისათვის მოუმწიფებელია, ხოლო საწინააღმდეგო შემთხვევაში ამის დაზუსტება შეუძლებელია, მით უფრო, როცა საქმე ეხება ქალს, რადგან სქესობრივი ცხოვრება აჩქარებს ქალის მომწიფებას.

ასეთ კითხვებზე პასუხის გაცემის დროს დასკვნა არ უნდა ატარებდეს კატეგორიულ ხასიათს.

საეკვიპო სქესობრივი მდგომარეობა

სქესის გარჩევა არ წარმოადგენს სიძნელეს, თუ სასქესო ორგანოები და მეორადი სასქესო ნიშნები კარგად არის გამოხატული, მაგრამ ისეთ შემთხვევაში, როცა ადგილი აქვს გარეთა სასქესო ორგანოების განსაკუთრებულ სიმახინჯეს და აღინიშნება ორივე სქესისათვის დამახასიათებელი მეორადი სასქესო ნიშნებიც, სქესის გარჩევა ძნელია, ზოგჯერ კი — შეუძლებელიც.

სქესის გარჩევის საკითხი, პირველ რიგში, წარმოიშვება უცნობი პირის გვამის გამოკვლევასთან დაკავშირებით, როცა გვამური მოვლენების, მექანიკური დაზიანების ან გვამის დამწვრობის გამო შეუძლებელია სქესის გარჩევა.

თუ შინაგანი სასქესო ორგანოები (საშვილოსნო, მისი დანამატები და წინამდებარე ჭირკვლები) განადგურებული არ არის, სქესის გარჩევა გვამზე შედარებით ადვილია.

ცოცხალი პირის სქესის დადგენა შეიძლება დაკავშირებული იყოს სისხლის სამართლის და სამოქალაქო საქმეებთან. პირველ შემთხვევაში — სქესობრივ სფეროში ჩადენილ დანაშაულთან (მამათმავლობა, გაუპატიურება), ხოლო მეორე შემთხვევაში — მამათმავლობის და განქორწინების საქმეებთან დაკავშირებით.

სქესის გარჩევა უნდა მოხდეს სასქესო ორგანოების მიხედვით, რომლებიც ზოგჯერ გამოხატულია ისეთი სახით, რომ საკითხის გადაწყვეტა რთულდება; ეს განსაკუთრებით აღინიშნება ახალშობილზე. რომლის სასქესო ორგანოები ჯერ კიდევ ინფანტილურ მდგომარეობაშია და არ არსებობს მეორადი სასქესო ნიშნები.

სქესთან დაკავშირებულია გარკვეული პიროვნების სოციალური და უფლებრივი მდგომარეობა. სქესის მიხედვით განისაზღვრება მისი დამოკიდებულება საზოგადოებასთან ან ცალკეულ პირებთან. სქესის არასწორად განსაზღვრა ქმნის მეტად არასასიამოვნო მდგომარეობას, როგორც ამ პიროვნებისათვის, ისე მასთან კავშირში მყოფ პირათვის.

სქესის არასწორად განსაზღვრის შედეგად ბავშვი შეიძლება

იზრდებოდეს მისი სქესისათვის შეუფერებელ პირობებში. მაგალითად ვაჟი, ქალად მიჩნეული, იზრდება ქალთა წრეში, ატარებს ქალის ტანსაცმელს. სამკაულებს. იჩენს ლტოლვას ვაჟების მიმართ და სხვ. ასეთი გარემო ზედმიწევნით დიდ გავლენას ახდენს მის



სურ. 8. ჰერმადროდიტიზმი (მ. ავლეეით).

ფსიქიკურ სფეროზე და მეორადი სასქესო ნიშნების ჩამოყალიბებაზე. ასეთ შემთხვევაში ზოგჯერ მოსალოდნელია ვაჟი (ქალად მიჩნეული) გათხოვდეს ან ქალმა (ვაჟად მიჩნეულმა) ცოლი ითხოვოს, რასაც ძალიან მალე მოჰყვება უსიამოვნება და განქორწინება. ასეთ შემთხვევებში საჭირო ხდება სასამართლო-სამედიცინო შემოწმება სქესის დადგენის მიზნით.

საეჭვო სქესობრივი მდგომარეობა წარმოიშვება ჰერმადროდიტიზმის შემთხვევაში, როცა პიროვნებას ორივე სქესისათვის დამახასიათებელი სასქესო ორგანოები აქვს.

ჰერმადროდიტიზმის კლასიფიკაცია მეტად რთულია ამ სიმპტომის ნაირსახეობის გამო. ყველაზე უფრო ვრცელია მაგნუსის და გირშფელდის მიერ მოწოდებული კლასიფიკაცია, რომლის მიხედვით არსებობს ჰერმადროდიტიზმის შემდეგი სახეები:

1. hermaphroditismus masculinus — მამაკაცური ჰერმაფროდიტიზმი;

2. hermaphroditismus femininus — ქალური ჰერმაფროდიტიზმი;

3. hermaphroditismus neutralis—მოსაზღვრე ანუ ნეიტრალური ჰერმაფროდიტიზმი;

4. hermaphroditismus dualis — ორმაგი ჰერმაფროდიტიზმი.

მამაკაცური ჰერმაფროდიტიზმის დროს პიროვნებას აქვს მამაკაცის შინაგანი სასქესო ორგანოები — სათესლე ჯირკვლები და პროსტატა, ხოლო გარეთა სასქესო ორგანოები ქალის სქესისათვისაა დამახასიათებელი. უფრო სწორად, ასეთ შემთხვევაში პიროვნებას აქვს ჰიპოპლაზიური (განუვითარებელი) სასქესო ასო — ხშირად ჰიპოსადიით, რომელიც ნაპრალის სახით გრძელდება შორისის მიდამოში და ქმნის საშოს კარიბჭის შთაბეჭდილებას. თუ ასეთ ანომალიას თან ერთვის სათესლე ჯირკვლების შეჩერება მუცლის ღრუში (ჩამოუსვლელი სათესლე პარკში), სათესლე პარკის კანი ამ ნაპრალის გასწვრივ ქმნის შემადლებას, რაც წააგავს დიდ სასირცხო ბაგეებს. ამრიგად, გარეთა სასქესო ორგანოები უფრო ქალისას ჰგავს.

ქალური ჰერმაფროდიტიზმის დროს პიროვნებას აქვს ქალის შინაგანი სასქესო ორგანოები — საშვილოსნო თავისი დანამატებით, ხოლო გარეთა სასქესო ორგანოები მამაკაცის სქესისას ჰგავს. უფრო სწორად, ქალის სავნებო (კლიტორი) ზედმიწევნით ჰიპერტროფიული აქვს და ტოვებს სასქესო ასოს შთაბეჭდილებას.

ნეიტრალურს ჰერმაფროდიტიზმის შემთხვევაში სასქესო ჯირკვლები ჰიპოპლაზიის მდგომარეობაშია და რუდიმენტების სახით არის მოცემული. ძალიან ხშირად ასეთ სუბიექტს შინაგანი სასქესო ორგანოებიც ჰიპოპლაზიური აქვს. მსგავს შემთხვევაში ცოცხალ პირზე სქესის განსაზღვრა შეუძლებელია.

ორმაგი ჰერმაფროდიტიზმის შემთხვევაში შინაგანი და გარეგანი სასქესო ორგანოები დამახასიათებელია ორივე სქესისათვის. ასეთი სიმახინჯე ზედმიწევნით იშვიათია და მსოფლიო ლიტერატურაში მხოლოდ ორი ათეული შემთხვევაა აწერილი. ასეთ შემთხვევაში პიროვნებას აღენიშნება საშვილოსნო თავისი დანამატებით, სათესლე ჯირკვლები, პროსტატა, საშო და სასქესო ასო. ზოგ შემთხვე-

ვაში აღინიშნება ორი საკვერცხე. ორი სათესლე ჭირკვალი და სა-
შვილოსნო ან ერთ მხარეზე საკვერცხე, მეორე მხარეზე სათესლე
ჭირკვალი, ან საკვერცხე და სათესლე ჭირკვალი ერთად შეზრ-
დილი.

შესაძლებელია ადგილი ექნეს საკვერცხისა და სათესლე ჭირ-
კვლის შეზრდას ერთ-ერთი რუდიმენტის სახით ან თითოეული ეს
ორგანო თანაბარი განვითარების იყოს.

საერთოდ ზემოთ მითითებული ანომალიების შემთხვევებში
სქესის გარჩევის მიზნით ანგარიში უნდა გაეწიოს მთელ რიგ გარე-
მოებებს, როგორცაა: ანამნეზი, ორგანიზმის საერთო აგებულე-
ბა, ცხიმის დალაგების თავისებურება, თმთანობის თავისებურება,
ხმა, გარეთა სასქესო ორგანოების ანატომიური თავისებურებანი,
სარძეო ჭირკვლების მდგომარეობა, მენსტრუაცია და სხვ.

გარდა ამისა გირშფელდი არჩევს ჰერმაფროდიტიზმის სამ სა-
ხეს:

1. hermaphroditismus somaticus — სომატური ჰერმაფროდი-
ტიზმი;

2. hermaphroditismus psychicus — ფსიქიკური ჰერმაფროდი-
ტიზმი;

3. hermaphroditismus psycho-secsualis. — ფსიქო-სექსუა-
ლური ჰერმაფროდიტიზმი.

პირველი, ანუ სომატური ჰერმაფროდიტიზმის დროს უფრო
ხშირად სასქესო ორგანოები ნორმალური განვითარებისაა, ხოლო
მეორადი სასქესო ნიშნები დამახასიათებელია ორივე სქესი-
სათვის.

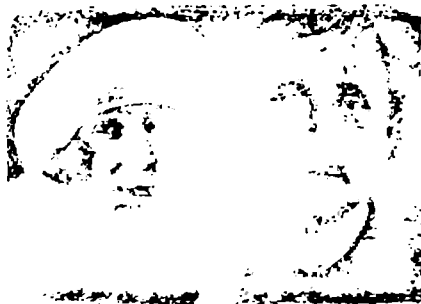
ფსიქიკური ჰერმაფროდიტიზმის (ტრანსვერსიტი) დროს ად-
გილი აქვს ნორმალურ სქესობრივ განვითარებას, მაგრამ აღინიშნე-
ბა ამა თუ იმ სქესისათვის დამახასიათებელი ფსიქიკა. მაგალითად,
ქალს აქვს მიდრეკილება ვაჟური ქცევისადმი (მიხრა-მოხრა, მანე-
რები), იცვამს მამაკაცის ტანსაცმელს და ეწევა მამაკაცისათვის და-
მახასიათებელ ცხოვრებას. ხოლო ვაჟი მიდრეკილია ქალური ქცე-
ვისადმი, იცვამს ქალის ტანსაცმელს და ეწევა ქალისათვის დამახა-
სიათებელ ცხოვრებას.

ფსიქო-სექსუალური ჰერმაფროდიტიზმი ფსიქიკურად მოგვა-
გონებს მოწინააღმდეგე სქესის წარმომადგენელს, ხოლო სქესობ-

რაც მოთხოვნილებას იკმაყოფილებს როგორც ქალთან. ისე მამაკაცთან.

სომატური, ფსიქიკური და ფსიქო-სექსუალური პერმაფროდიტიზმის დროს სქესის დადგენა არ არის ძნელი, რადგან ყველა ასეთ შემთხვევაში აშკარად არის ჩამოყალიბებული ერთ-ერთი სქესისათვის დამახასიათებელი როგორც გარეგანი, ისე შინაგანი სასქესო ორგანოები.

სომატური, ფსიქიკური და ფსიქო-სექსუალური პერმაფროდიტიზმის დადგენა უნდა მოხდეს გარემოებისა და პიროვნების ქცევის შესწავლის მიხედვით.



სურ. 9. ტრანსუექსიტტიზმი (სერდიუკოვით).

დანაშაული სქესობრივ სფეროში

(ზოგადი მიმოხილვა)

ადამიანთა მოდგმის გაგრძელება არ არის პირობადებული პიროვნების რაიმე ახირებულ გრძნობასთან, იგი გამომდინარეობს ბუნებრივად მოცემული სქესობრივი ლტოლვილებიდან. ამ ბუნებრივი ლტოლვილების დაკმაყოფილებაში ადამიანი ნახულობს არა მარტო ტკბილი შეგრძნების ფიზიკურ დაკმაყოფილებას. არამედ თავისი შთამომავლობის გაგრძელების უფრო მაღალ გრძნობას. ამ ბუნებრივი, სქესობრივი მოთხოვნილების უხეში დაკმაყოფილებით ადამიანი დგას ცხოველთა განვითარების საფეხურზე. მაგრამ ადამიანში სქესობრივი მოთხოვნილების დაკმაყოფილება დაკავშირებულია უფრო მაღალ ზნეობრივ გრძნობასთან — შთამომავლობის შექმნასთან, როცა იგი განაგებს ამ მოთხოვნილებას, მისი მონა-მორჩილი არ არის და იყენებს ენერჯის დაუშრეტელ წყაროდ. კეთილშობილი წრომის და იდეალური მიზნების მისაღწევად. სქესობრივი შეგ-

რწმება ითვლება სოციალური გრძნობების განვითარების საფუძვლად. იმ შემთხვევაში, როცა ადამიანი მოკლებულია სქესობრივ მოთხოვნილებას, მის ცხოვრებაში მოსპობილია ცხოვრების ყოველგვარი პოეზია. საიდანაც გამომდინარეობს მისი მაღალი ზნეობრივი მიზანსწრაფვა. ამრიგად, სქესობრივი ცხოვრება წარმოადგენს ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი ყოფის უდიდეს ფაქტორს რომელიც იძლევა მთავარ იმპულსს შრომისადმი, საკუთარი ოჯახის შექმნისადმი და სიყვარულს შეიღებისადმი. თუ სქესობრივ ურთიერთობას ადამიანის ცხოვრებაში ასეთი მნიშვნელობა აქვს, საწინააღმდეგოდ ამისა, ამ ურთიერთობაში იმალება ისეთი საშიში გადახრებიც, რომლებიც გამოვლინდება საზოგადოებრივად მეტად მანკიერ მოვლენებში. წმინდა ფსიქოლოგიური მოსაზრებით, საინტერესოა სქესობრივი ურთიერთობა განვითარების საფეხურები. ადამიანთა განვითარების პირველყოფილი კულტურის დროს სქესობრივი დაკმაყოფილება ისეთსავე ხასიათს ატარებდა, როგორც ეს ცხოველებშია. სქესობრივი შეუღლება ხდებოდა თავისუფლად და დაუფარავად, სურვილისა და მოთხოვნილებისამებრ. სქესობრივი ურთიერთობის ამგვარსავე მოვლენებს ვხვდებით აგრეთვე ზოგიერთ თანამედროვე ველურ ხალხებში. აქ საზოგადოებისათვის ქალი წარმოადგენს უფრო ძლიერი მამაკაცის დროებით მონაპოვარს, რომელიც მიისწრაფის ამოიჩიოს ქალთა სქესის ყველაზე უფრო ლამაზი წარმომადგენელი. ქალი წარმოადგენდა ყიდვა-გაყიდვისა და ჩუქების ობიექტს. ადამიანის კულტურის განვითარებასთან ერთად ვითარდებოდა სქესობრივი ურთიერთობაც და საზოგადოების განვითარების უფრო მაღალ საფეხურზე წარმოიშვა სირცხვილის გრძნობა, სასირცხო აღვილების დაფარვა და ბოლოს, ქალი გახდა მამაკაცის საკუთრება, რომელიც უფლებრივად დაბლა იდგა და ემორჩილებოდა მამაკაცის ყოველგვარ ნება-სურვილს. ქალის უფლებრივი თანასწორობა თანამედროვე „ცივილიზებულ“ ქვეყნებშიაც არ არის დაცული.

მხოლოდ სოციალისტურ სამყაროში შეიქმნა შესაძლებელი ქალის სრული უფლებრივი თანასწორობა მამაკაცთან, სადაც დაცულია აგრეთვე სქესობრივი თავისუფლებაც. ქალის სქესობრივი თავისუფლება საბჭოთა კანონმდებლობაში გატარებულია საბჭო-

თა ხელისუფლების დამყარების დღიდან, რომლის შემდეგ დრო და დრო ხდებოდა ახალი ღონისძიებების მიღება სქესობრივი ხელშეუხებლობის დასაცავად.

ასეთი დამატებებიდან უნდა მიეუთითოთ 1933 წ. 17/XII საკ. ცაკ-ის დადგენილებაზე, რომელიც აწესებს დასჯის ღონისძიებას— ნაძალადევი მამათმავლობისათვის; 1934 წლის 17/II, საკ. ცაკ-ის დადგენილება, რომლითაც შემოდებული იქნა სასჯელი, როგორც ნაძალადევი, ისე ნებაყოფილობითი მამათმავლობისათვის. შემდეგ 1949 წლის 4 იანვრის საკავშირო უმაღლესი საბჭოს პრეზიდიუმის ბრძანებულება: „გაუპატიურებისათვის სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის გაძლიერების შესახებ“.

ამ ბრძანებულებიდან რამდენიმე წლის გავლის შემდეგ კიდევ შეიცვალა სასჯელის ღონისძიება და საქართველოს სსრ სისხლის სამართლის კოდექსის 117-ე მუხლში (1961 წ. რედაქციით) იგი შემდეგნაირად იქნა გამოხატული: „გაუპატიურება, ე. ი. სქესობრივი კავშირის დაჭერა ფიზიკური ძალადობით, მუქარით ან დაზარალებულის უმწეო მდგომარეობის გამოყენებით, —

ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით — სამი წლიდან შვიდ წლამდე;

გაუპატიურება არასრულწლოვანისა, აგრეთვე გაუპატიურება ჩადენილი ჯგუფის მიერ ან იმ პირის მიერ, რომელსაც წინათ აქვს ჩადენილი ასეთივე დანაშაული, —

ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით — ხუთიდან ათ წლამდე.

გაუპატიურება, რომელიც ჩადენილია განსაკუთრებით საშიში რეციდივისტის მიერ ან რომელსაც განსაკუთრებით მძიმე შედეგი მოჰყვა, —

ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით შვიდი წლიდან თხუთმეტ წლამდე“.

ამის შემდეგ 1962 წლის 15 თებერვალს მიღებული იქნა სსრ კავშირის უმაღლესი საბჭოს ბრძანებულება „გაუპატიურებისათვის სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის გაძლიერების შესახებ“, რომლის შესაბამისად საქართველოს სსრ სისხლის სამართლის კოდექსის 117-ე მუხლის მეორე და მესამე ნაწილი ჩამოყალიბდა შემდეგი რედაქციით:

„გაუპატიურება, ჩადენილი იმ პირის მიერ, რომელსაც წინათ აქვს ჩადენილი ასეთი დანაშაული, —

ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით ხუთიდან ათ წლამდე.

გაუპატიურება, ჩადენილი პირთა ჯგუფის მიერ, ან განსაკუთრებით საშიში რეციდივისტის მიერ, ან, რასაც განსაკუთრებით ზძიმე შედეგი მოჰყვა, აგრეთვე არასრულწლოვანის გაუპატიურება, —

ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით რვიდან თხუთმეტ წლამდე, გადასახლებით ვადით ორიდან ხუთ წლამდე ან გადაუსახლებლად, ან სიკვდილით“.

აღნიშნული დადგენილებანი გამოწვეულია არა იმ მოსაზრებებით, რომ ჩვენთან ეს დანაშაული გახშირდა, არამედ იმიტომ, რომ დანაშაულის ის ერთეული შემთხვევები, რომლებიც ჯერ კიდევ გვხვდება და სოციალისტური სახელმწიფოსათვის წარმოადგენს უცხო და მავნე მოვლენას, ძველბურჟუაზიული წყობილების ნაშთს, საბოლოოდ უნდა აღმოიფხვრას. ამ ბრძანებულებით სასტიკი ბრძოლა უნდა გამოეცხადოს იმ მორალურად გახრწნილი ელემენტების ნაშთებს, რომლებიც არღვევენ საბჭოთა ადამიანების წმიდათა-წმიდა თავისუფლებას.

ისტორიულად დადგენილება გაუპატიურების შესახებ გვხვდება რუსეთის სამართლის ძველ ძეგლებშიც. მაგალითად, იაროსლავის საეკლესიო სასამართლოს წესდებაში მოხსენებულია გაუპატიურების შესახებ. ქალიშვილის მოტაცებისათვის და გაუპატიურებისათვის იყო ჯარიმა დაზარალებულის სასარგებლოდ — ოქროს ხუთი „გრივენი“. იმ შემთხვევაში, თუ მოტაცებული ქალიშვილი მაღალ წოდებას ეკუთვნოდა, მოძალადე ჯარიმას იხდიდა ოქროს 6 „გრივენი“. დაბალი წოდების ქალიშვილის გაუპატიურების შემთხვევაში დაქნაშავეს ოქროს 1 „გრივენი“ უნდა გადაეხადა ეპისკოპოსის სასარგებლოდ, უბრალო წრიდან გამოსული ქალიშვილის გაუპატიურებისათვის დაწესებული იყო ვერცხლის 5 „გრივენი“ დაზარალებულის სასარგებლოდ, ხოლო 1 ვერცხლის „გრივენი“ კი — ეპისკოპოსის სასარგებლოდ.

1649 წლის კანონებში სამართლის ორგანოები არ აწესებდა გაუპატიურებისათვის სასჯელს და ამგვარი ხელყოფა ისჯებოდა მხოლოდ საეკლესიო წესდებებით.

პეტრე პირველის სამხედრო კანონების მიხედვით, გაუპატიურებისათვის დაწესებული იყო სასჯელი — თავის მოკვება. მისივე კანონით, გაუპატიურების დადასტურება უნდა მომხდარიყო შემდეგი სამი გარემოების გათვალისწინებით:

1) ქალის ან მოძალადის ტანსაცმელზე არსებული დაზიანების ნიშნები (დახევა).

2) ქალის ან მოძალადის სხეულზე არსებული დაზიანების ნიშნები, გამოწვეული ფიზიკური ძალადობის ან თავდაცვის შედეგად და 3) დაზარალებულის დაუყოვნებლივი განცხადება ძალადობის შესახებ.

საყურადღებოა ის გარემოება, რომ პეტრე პირველის კანონით. ზედათი ქალის განცხადებაზე დაყრდნობა არ შეიძლებოდა, თუმცა წესების მიხედვით დაცული იყო მათი ხელშეუხებლობაც.

რევოლუციამდელ რუსეთში მარტივი გაუპატიურებისათვის დაწესებული იყო საკატორღო მუშაობა ციმბირის შორეულ მხარეში 4 წლიდან 8 წლამდე, ყოველგვარი უფლებების აყრით (1524-1525 მუხ.); ხოლო უკეთეს გაუპატიურება კვალიფიციურ ხასიათს ატარებდა, სასჯელი ითვალისწინებდა საკატორღო მუშაობას 10 წლიდან 12 წლამდე (მუხ. 1523). გარდა ამისა, ყველა სქესობრივი დანაშაულის დროს პიროვნებას ერთმეოდა ყოველგვარი უფლებები როგორც მოქალაქეობრივი. ისე ქონებრივი, ხოლო ქრისტიანების მიმართ დაწესებული იყო ცოდვების მონანიება.

ავსტრიის ძველი კანონის მიხედვით. მარტივი გაუპატიურებისათვის დაწესებული იყო საკატორღო მუშაობა 5 წლიდან 10 წლამდე, ხოლო კვალიფიციური დანაშაულისათვის — 10 წლიდან 20 წლამდე.

პრუსიის კანონი აწესებდა კატორღულ მუშაობას 20 წლამდე ან მთელი სიცოცხლის მანძილზე.

ბავარიის კანონის მიხედვით, გაუპატიურება ისჯება დამამშვიდებელ სახლში 1 წლიდან 4 წლამდე მოთავსებით.

საფრანგეთის სისხლის სამართლის კოდექსით გაუპატიურებისათვის დამნაშავე ისჯება 5 წლიდან 20 წლამდე და სხვ.

თანამედროვე ბურჟუაზიულ სახელმწიფოებში გაუპატიურებისათვის დაწესებული სასჯელი სხვადასხვანაირია.

საბჭოთა სახელმწიფოში მოქალაქეთა სქესობრივი ურთიერთობა მოწესრიგებულია ქორწინების რეგისტრაციით, მაგრამ ზოგჯერ სქესობრივი ურთიერთობა წარმოებს რეგისტრაციის გარეშეც, რასაც შემთხვევითი ხასიათი აქვს.

როგორი ფორმითაც არ უნდა მოხდეს სქესობრივი შეუღლება უკეთეს იგი წარმოებს მონაწილეთა ნება-სურვილის გარეშე, ისჯება სისხლის სამართლის კოდექსის შესაფერისი მუხლით. ჩვენში ასევე დაცულია კანონით სქესობრივი ხელშეუხებლობა იმ პირისა, რომელსაც 16 წელი არ შესრულებია, მიუხედავად იმისა, მოხდა თუ არა იგი სრული ურთიერთნებაყოფლობით.

სქესობრივ სფეროში ჩადენილი დანაშაულის დროს სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის საშუალებით შესწავლილი და გარკვეული უნდა იქნეს მთელი რიგი საკითხები: 1. გაუპატიურებასთან დაკავშირებით სქესობრივი შეუღლების ფაქტის დადგენა, 2. ქალწულობის, 3. სქესობრივი შეუღლების და განაყოფიერების უნარის, 4. ორსულობის, 5. აბორტის, 6. მშობიარობის, 7. გაუკუღმართებული სქესობრივი კავშირის, 8. ჩვილთმკვლელობის, 9. მამათცნობის და სხვ. საკითხები.

მცირეწლოვანთან ან არასრულწლოვანთან სქესობრივი კავშირი

საქართველოს სსრ სისხლის სამართლის მოქმედი კოდექსის 119-ე მუხლის მიხედვით, დანაშაულებრივ ქმედებად ითვლება „სქესობრივი კავშირი იმ პირთან, რომელსაც თექვსმეტი წლის ასაკამდე არ მიუღწევია“.

ძველი კოდექსის 167-ე მუხლში კი ეს ფორმირებული იყო ასე: „სქესობრივი კავშირი იმ პირთან, ვისაც სქესობრივ სიმწიფემდე არ მიუღწევია“.

ამდენად ძველი და ახალი კოდექსის მიხედვით, ერთი და იგივე დანაშაული, ე. ი. სქესობრივად მოუმწიფებელთან სქესობრივი კავშირი უნდა გადაწყდეს ასაკის მიხედვით. ე. ი. ახლა საჭირო არ არის ექსპერტიზის დასკვნა იმის შესახებ, სქესობრივ კავშირს აღ-

გილი ჰქონდა სქესობრივად მოუმწიფებელთან თუ არა. მიუხედავად ამისა, ჩვენ მაინც მიზანშეწონილად ჩავთვალეთ მოგვეცა ზოგიერთი ცნობა სქესობრივი სიმწიფის შესახებ. ეს გამართლებულია იმითაც, რომ მომავალში შესაძლოა ეს მუხლი შეიცვალოს ძველი რედაქციით. რადგან ასაკის მიხედვით სქესობრივი სიმწიფის საკითხის განსაზღვრას ბევრი უარყოფითი მხარე აქვს.

ძველი რუსეთის და სხვა სახელმწიფოების კანონით, სქესობრივი მომწიფების საზღვრად ითვლებოდა 14 წელი. ამჟამად სქესობრივი სიმწიფის ასაკად ჩვენთან მიღებულია 16 წელი.

სწავლასხვა ავტორის სტატისტიკური მონაცემებით ცნობილია, რომ კანონით აკრძალული სქესობრივი კავშირი ხშირია მცირეწლოვანებთან და არასრულწლოვანებთან. მაგალითად, ჰოფმანის მასალის მიხედვით, გაუპატიურების 339 შემთხვევიდან 302 მოდის 14 წლამდე ასაკის ბავშვებზე, რაც შეადგენს შემთხვევათა 73%-ზე მეტს. საინტერესოა არის, რომ 302 შემთხვევიდან 46 მოდის 6 წლამდე ასაკზე, 100 — შვიდი წლიდან ათ წლამდე, 156 შემთხვევა — 11 წლიდან 14 წლამდე. ყველაზე დაბალი ასაკი ჰოფმანის შემთხვევებიდან მოდიოდა 18 და 21 თვის გოგონებზე. ხოლო ყველაზე მაღალი ასაკი — 72 წლის მოხუც ქალზე.

ვახპოლცის სტატისტიკის მიხედვით, 102 შემთხვევიდან 78 მოდიოდა 14 წლამდე ასაკზე, რაც შეადგენს შემთხვევათა 76%-ს.

კასპერისა და ლიმანის მიხედვით 406 შემთხვევიდან 71% მოდის 12 წლამდე ასაკზე.

მაშკას შეგროვებული აქვს 14 წლამდე ასაკის 171 შემთხვევა, რომელიც შემდეგნაირად ნაწილდება.

ასაკი	შემთხვევა
4,5 წლის	3
5	5
6	11
7—10	37
10—12	60
12—14	55

დაგიარი გვატყობინებს, რომ ძალადობის მსხვერპლი იყო 11 წლამდე ასაკის ბავშვები შემთხვევათა 67,1%-ში.

თბილისის სასამართლო-სამედიცინო შემოწმების 5 წლის (1945—1949) მასალის 0.94%-ს შეადგენს შემოწმება, დაკავშირებული სქესობრივ სფეროში ჩადენილ სხვადასხვა დანაშაულთან (გაუპატიურება და სქესობრივი კავშირი არასრულწლოვანებთან).

დანაშაულებრივი სქესობრივი კავშირის 202 შემთხვევა ასაკის მიხედვით შემდეგ სურათს იძლევა.

4 წლამდე	4 შემთხვევა
5—7	15
8—10	34
11—13	15
14—16	26
17—20	69
21—26	27
27—31	8
32—36	4

მოყვანილი სტატისტიკური ცნობების მიხედვით, შეაოწმებულთა უფრო მეტი რაოდენობა (108) მოდის 16 წლის ასაკის შემთხვევათა, ხოლო 16 წლის ასაკის ქვემოთ შემოწმებულთა რიცხვი შედარებით მცირეა.

ჩვენი მასალის პირველი 4 შემთხვევიდან ყველაზე დაბალი ასაკისა იყო 2 წლის გოგონა, ხოლო ყველაზე მაღალი — 36 წლის ასაკის 4 ქალი.

საქართველოს სსრ სისხლის სამართლის კოდექსის 119-ე მუხლი, რომლითაც კვალიფიცირდება სქესობრივად მოუპოვებელთან სქესობრივი კავშირი, შემდეგი რედაქციით არის მოცემული:

„სქესობრივი კავშირი პირთან, რომელსაც თექვსმეტი წელი არ შესრულებია, თუ ეს დამნაშავესათვის წინასწარ იყო ცნობილი; — ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით სამ წლამდე. იგივე ქმედება, რომელიც ჩადენილია სქესობრივი უინის გარეშე ფორმებში დაკმაყოფილებით, —

ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით ექვს წლამდე“.

დანაშაულის შედგენილობის მხრივ, ამ მუხლსა და ძველი კოდექსის 167-ე მუხლს შორის მკვეთრი განსხვავებაა.

ძველი კოდექსის მიხედვით, ამ მუხლის პირველ ნაწილში გათვალისწინებული დანაშაული შემოიფარგლებოდა სქესობრივ სიმწიფემდე მიულწეველ პირთან სქესობრივი კავშირის დაპყრობით, როცა საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევას ადგილი არ ჰქონდა, ხოლო ამ მუხლის მეორე ნაწილში გათვალისწინებული იყო იგივე ქმედება — სქესობრივი კავშირი სქესობრივად მოუმწიფებელ პირთან, რასაც თან ახლავს გახრწნა, ე. ი. საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევა.

ახალი კოდექსის 119-ე მუხლის მიხედვით, საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევას — გახრწნას (раст.тение) მნიშვნელობა არა აქვს და 16 წლის ასაკის პიროვნებასთან სქესობრივი კავშირი საქალწულო აპკის დაუზიანებლად თუ დაზიანებით, ითვლება არაკვალიფიციურ დანაშაულად, ხოლო იგივე ქმედება, ე. ი. სქესობრივი კავშირი გარყვნილ ფორმებში, ჩაითვლება კვალიფიციურ (რთულ) დანაშაულად.

ს. ს. კოდექსის 119-ე მუხლის შედგენილობის დასადგენად სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარება სავალდებულოა, რადგან ასეთ შემთხვევაში მომხდარი სქესობრივი კავშირის დადგენა ძირითადად ასეთი შემოწმებით შეიძლება დადგინდეს.

ძალიან ხშირად მცირეწლოვანთან მოზრდილი მამაკაცის სქესობრივი კავშირის შედეგად საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევას ადგილი არა აქვს, რადგან მოზრდილი მამაკაცის სასქესო ასო ვერ აღწევს პატარა გოგონას საქალწულო აპკამდე და სქესობრივი შეუღლება (თესლის დანთხვევა) თავდება საშოს შესავალთან. ასეთ შემთხვევაში შემოწმებით გარეთა სასქესო ორგანოებზე. მეტწილად დიდ და მცირე სასირცხო ბაგეებზე და ნაწილობრივ საშოს შესავალ ლორწოვან გარსზე — საქალწულო აპკამდე — შეიძლება აღმოჩნდეს ტრავმული დაზიანების ნიშნები; ჰიპერემიის სისხლნაყდენთის, ნაქდევის. ლორწოვანი გარსის ნასკდომის და სხვათა სახით.

ზოგჯერ ტრავმული დაზიანების ნიშნები აღინიშნება გარედან კანზე ბოქვენისა და დიდი სასირცხო ბაგეების მიდამოში, რადგან

მოზრდილი მამაკაცის სასქესო ასო ვერ აღწევს ლორწოვან გარსამდე და ამ მიდამოში კონტაქტის შედეგად გარედან. კანზე იძლევა ნაქდევს ან სისხლნაყლენთს.

ზოგიერთ შემთხვევაში გარეთა სასქესო ორგანოებზე და მის ახლო მიდამოებზე (ბოქვეწზე, ბარძაყებზე, საშოს ლორწოვანზე, სასირცხო ბაგეებზე და სხვ.), საცვლებზე ან საერთოდ სხვა ტანსაცმელზე. შეიძლება ვნახოთ ახალი ან შემხმარი მოთეთრო ფერის თესლის კვალი, რომელიც უსათუოდ შესწავლილი უნდა იქნეს მიკროსკოპულად. სპერმატოზოიდების აღმოჩენის მიზნით.

საშოს ლორწოვანი გარსიდან ფრთხილად უნდა იქნეს აღებული ნაცხი მიკროსკოპული გამოკვლევისათვის — სპერმატოზოიდების აღმოსაჩენად.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ გოგონებს შორის ზემოაღნიშნული ტრავმული დაზიანების ნიშნები (სიწითლე, სისხლნაყლენთი, განაქაწრი) შეიძლება განვითარდეს უსუფთაობის ან სხვა რაიმე მკვრივი და ბლავი საგნის. მაგალითად, თითის მოქმედებით. ამიტომ ამ ნიშნების შეფასებას კრიტიკულად უნდა მივუდგეთ რომ ეს დაზიანებანი უსათუოდ სქესობრივი შეუღლების შედეგად არის განიჭვეული. შეიძლება დადგენილ იქნეს მხოლოდ საშოდან აღებულ ნაცხში სპერმატოზოიდების აღმოჩენით. მაგრამ სამწუხაროდ, სპერმატოზოიდების აღმოჩენა ზედმიწევნით იშვიათად ხდება. რადგან შესამოწმებელი ექიმთან მიჰყავთ დაგვიანებით. როცა თესლის კვალი უკვე დაკარგულია.

სქესობრივი შეუღლების ფაქტზე ექვის მიტანა შესაძლებელია ისეთ შემთხვევაში, როცა არასრულწლოვან შესამოწმებელს აღმოაჩნდება ვენერული სნეულება. რომლითაც დაავადებულია დანაშაულში ექვმიტანილი მამაკაცი.

იმ შემთხვევაში, როცა 16 წლამდე მიულწეველ პირთან სქესობრივი შეუღლების შედეგად მოხდა საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევა-გახრწნა, სქესობრივი შეუღლების ფაქტის დადგენა ადვილია. ასეთ შემთხვევაში ვნახულობთ საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევას, რაც, ჩვეულებრივ, პირველი სქესობრივი შეუღლების მაჩვენებელია. თუცა ეს ყოველთვის ასე არ არის. რადგან საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევა ზოგჯერ შეიძ-

ლება მოხდეს სხვა რაიმე მკვრივი და ბლავი საგნით, მაგალითად. თითით. ჭოხით და სხვ. სამედიცინო შემოწმებით ამ საკითხის გადაწყვეტა შეუძლებელია, რადგან სასქესო ასოთი და თითით გამოწვეული საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევა მორფოლოგიურად არ განსხვავდება ერთმანეთისაგან. ამიტომ ეს საკითხი უნდა გადაწყდეს გამოძიებით.

სისხლის სამართლის კოდექსის 119-ე მუხლის მეორე ნაწილი გულისხმობს იმავე ქმედებას, რომელიც ჩადენილია სქესობრივი უნის გარყვნილ ფორმებში დაკმაყოფილებით, ე. ი. გაუქულმართებული ფორმით (გზით) სქესობრივი უნის დაკმაყოფილება იმ პირთან, ვისაც 16 წლის ასაკამდე არ მიუღწევია. ამ კოდექსის ქართული ტექსტის 119-ე მუხლში შეცდომით არის შეტანილი სიტყვა „გარყვნილ ფორმებში“, უნდა იყოს „გაუქულმართებული ფორმით“ (გზით). ისე როგორც რუსულ ტექსტშია მოცემული. გარყვნილი ქმედება სხვა სახის დანაშაულია და ცალკე მუხლშია გათვალისწინებული.

გაუქულმართებული (გარყვნილი) სქესობრივი კავშირის ფაქტის დადგენა, ყოველთვის ადვილი არ არის (რაზედაც ქვემოთ გვექნება საუბარი).

სისხლის სამართლის კოდექსის 119-ე მუხლის გამოყენება. როგორც მისი რედაქცია გვიჩვენებს, შესაძლებელია იმ შემთხვევაში, თუ დამნაშავეისათვის წინასწარ ცნობილი იყო, რომ პიროვნებას 16 წელი არ შესრულებია. ეს საკითხი, ცხადია, გამოძიებით უნდა იქნეს დადგენილი, მაგრამ თუ ამ მხრივ ძველი კოდექსის 167-ე მუხლს გავიხსენებთ, სადაც ლაპარაკია სქესობრივი სიმწიფის შესახებ. უნდა მიუთითოთ, რომ საერთოდ გარეგნული შეხედულების მიხედვით, არასპეციალისტისათვის უფრო ადვილია სქესობრივი სიმწიფის დადგენა. ვიდრე იმაში გარკვევა. პიროვნებას შეუსრულდა 16 წელი, თუ ამ ასაკის შესრულებას აკლია რამდენიმე დღე ან კვირა, მაშინ, როცა, კანონის მიხედვით, დანაშაულად ითვლება ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც 16 წლის ასაკის შესრულებას აკლია დღეები ან თუნდაც საათები. ამ მოსაზრებითაც უფრო მოსახერხებელია ამ მუხლის რედაქცია ამ ნაწილში დარჩენილიყო ძველებურად — „სქესობრივი კავშირი იმ პირთან, ვისაც სქესობრივი სიმწიფემდე არ მიუღწევია“.

საქართველოს სსრ სისხლის სამართლის კოდექსის 120-ე მუხ-
ლი ითვალისწინებს გარყვნილ ქმედებას:

„გარყვნილი ქმედება იმ პირის მიმართ, რომელსაც თექვსმეტი
წელი არ შესრულებია, თუ ეს დამნაშავისათვის წინასწარ ცნობილი
იყო— ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით ორ წლამდე ან გა-
მასწორებელი სამუშაოებით ვადით ერთ წლამდე“.

გარყვნილ ქმედებაში იგულისხმება ისეთი კანონსაწინააღმ-
დეგო მოქმედება, როცა არასრულწლოვანი (რომელსაც 16 წელი არ
შესრულებია) ან მცირეწლოვანი მოწმეა გარყვნილი ქმედების ან
უშუალო კავშირშია ბოროტმოქმედთან, მაგალითად, ონანიზმი ან
სქესობრივი კავშირის, ან სასქესო ორგანოების ჩვენება (გაშიშვლე-
ბა) იმ პირის წინაშე, რომელსაც 16 წელი არ შესრულებია, ან ასე-
თი პირის სხეულის სხვადასხვა მიდამოში (იღლიის, სარძეო ჯირკვ-
ლების, ბარძაყების, სასქესო ორგანოების და სხვ.) სასქესო ასოს ხა-
ზუნი ან სასქესო ორგანოს წვალება თითოთ, სასქესო ორგანოზე კო-
ცნა, ენის მოსმა, შიშველი ბარძაყების და სარძეო ჯირკვლების და-
სრესა და სხვ.

მსგავსი დანაშაულებრივი ქმედება შეიძლება ჩადენილ იქნეს
როგორც გოგონების, ისე ვაჟების მიმართ. ამრიგად, დანაშაულებ-
რივი ქმედების შერაცხადი პირი შეიძლება იყოს ორივე სქესის წა-
რმომადგენელი, უფრო ხშირად მამაკაცები და, მასთან, ისეთები.
რომლებსაც მოხუცებულობის ან სხვა რაიმე მიზეზით დაკარგული
აქვთ ნორმალური სქესობრივი შეუღლების უნარი.

საექიმო შემოწმებით ძნელია მომხდარი გარყვნილი ქმედების
ფაქტის დადგენა, რადგან ასეთ შემთხვევებში, მით უფრო მაშინ.
როცა დაზარალებული ასეთი ქმედების მოწმე იყო, შესამოწმებლის
სხეულზე რაიმე ნიშნების ნახვა შეუძლებელია. ზოგჯერ შეიძლება
ნახულ იქნეს თესლის კვალი შესამოწმებლის სხეულის ამა თუ იმ
მიდამოში ტანსაცმელზე (საცვლებზე), თეთრეულზე (ზეწარზე) ან
შემთხვევის ადგილზე.

მოსალოდნელია, თითოთ წვალების, სასქესო ასოს ხაზუნის, ან
სხეულის სხვადასხვა ნაწილების დასრესის შედეგად განვითარდეს
ტრავმული დაზიანების ნიშნები სიწითლის, ნაქდევის და სისხლნაყ-

დენტის სახით, როგორც სასქესო ორგანოების, ისე სხეულის სხვა მიდამოში. თვით საქალწულო აპკი ასეთ შემთხვევაში უფრო ხშირად დაუზიანებელი რჩება. მაგრამ ზოგჯერ მასზე შეიძლება ნახულ იქნეს სისხლნაყდენთი (განსაკუთრებით ნავისებურ ფოსოსთან), ლორწოვანი გარსის ან თვით საქალწულო აპკის ნასკდომი ან, უფრო იშვიათად — მისი ჩახვევა.

შესაძლებელია ვენერული სნეულების შეყრა დაავადებული მამაკაცის სასქესო ასოს ან ჩირქში გასვრილი თითის კონტაქტით და სხვ.

გარყვნილი ქმედების დადგენა ძალზე ძნელია, რადგან ასეთი დანაშაულის მტკიცება ძირითადად უნდა მოხდეს დაზარალებულის ახსნა-განმარტებით და ბოროტმოქმედის ჩვენებით. ამიტომ პრაქტიკაში ამ მუხლის გამოყენება ძალზე იშვიათია, მიუხედავად იმისა, რომ მსგავსი დანაშაული არც თუ ისე ცოტაა.

სასამართლო-სამედიცინო შემოწმების აქტი

1962 წლის 30 აგვისტოს ქალაქ თ. პროკურატურის სახ. გამოძიებლის, მეორე კლასის იურისტის წ-ძის 1962 წლის 29 აგვისტოს დადგენილების თანახმად მე. ქალაქ თ. სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტმა ნ-მა საქ. სსრ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მთავარ სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის ბიუროს შეშენობაში მოვახდინე 8 წლის ნ. ქ-ძის მცხოვრები ქ. თ. მღეთის ქუჩა № 8 შემოწმება, გარყვნილი ქმედების კვალის დადგენის მიზნით.

შემოწმებას ესწრებოდა ნ. ქა-ძის დედა ა. ვ. ქა-ძე.

სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტებისათვის ცნობილია საქ. სსრ სს საპროცესო კოდექსის 73-ე მუხლი და გაფრთხილებულია სის. სამ. კოდ. 197-ე და 198-ე მუხლით (ხელმოწერა)

საქმის გარემოება და დოკუმენტური მონაცემები: 1962 წლის 28 აგვისტოს საღამოს, დაახლოებით 7 საათზე, ნ. ქა-ძე დედამ გაგზავნა მალაზიაში მარილის საყიდლად. გამყიდველმა „ძიამ“ შეიყვანა მალაზიის უკან მდებარე ოთახში, მისცა შოკოლადი, დააწვინა იქვე მოთავსებულ ტახტზე, ჩახადა ქვედა საცვალი და თითით დაუწყო შეხება ბარძაყებს შორის. ნინელიმ იგრძნო ტკივილი მუცლის ქვედა მიდამოში, მაგრამ არ დაიყვირა და

არც გაიძრა. ძიას ტანსაცმელი არ გაუხდია. მალე ჩაიცვა ტრუსიკა აილო მარილი და გაიქცა სახლში. ღამით დედამ ტრუსზე შეამჩნია მოწითალო ფერის ლაქა. დედის გამოკითხვით ბავშვმა უამბო მომხდარის შესახებ. დილით იგი წაიყვანეს გინეკოლოგთან, რომელმაც შეამჩნია ნავისებურ ფოსოსთან ლორწოვანი გარსის ნასკდომი. საშოდან აღებულ ნაცხში ნახულ იქნა ბრტყელი ებითელი, ერთეული ლეიკოციტები და ერითროციტები. სპერმატოზოიდები და ნეისერის გონოკოკები ვერ იქნა ნახული. შარდის გამოყოფა თავისუფალი.

ობიექტური გამოკვლევების მონაცემები: სწორი აგებულების. თავისი ასაკისათვის კარგად განვითარებული, კანზე რაიმე დაზიანების ნიშნები არ აღინიშნება. სასქესო ორგანოები ჩვეულებრივი განვითარების. საშოს შესავლის ლორწოვანი გარსი მკვეთრად შეწითლებული. მარცხენა მცირე სასირცხო ბაგეზე აღინიშნება რკალისებური განაკაწრი. ნავისებურ ფოსოში ლორწოვანი გარსის ნასკდომი სიგრძით 0,5 სმ, რომლის ირგვლივ კიდეები შესივებული და შეწითლებულია. დიდი ბაგეების ზედმეტი დაქიმვით ნასკდომიდან სისხლი გამოიყოფა. საქალწულო აკვი ბექდისებური ფორმის, ვიწრო ცენტრალური ხვრელით. მისი ლორწოვანი გარსი მკვეთრად შეწითლებული. ყველგან მთელი. საშოდან გამონადენი არ არის. სხვა დაზიანება არ აღინიშნება.

დასკვნა: 1. ნ. ქა-ძის საქალწულო აკვის მთლიანობა დარღვეული არ არის.

2. საშოს შესავლის ლორწოვანზე არსებული განაკაწრი და ნავისებურ ფოსოში ლორწოვანი გარსის ნასკდომი ხანდაზმულობით შეეფარდება გოგონას მიერ მითითებულ თარიღს, ე. ი. 1962 წლის 28 აგვისტოს და შეიძლება მიუყენებელი იყოს რაიმე ჰკვრივი და ბლაგვი საგნის მოქმედებით, როგორცაა: ფრჩხილები ან ხელის თითები.

სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტი (ხელმოწერა).

ბაუკუღმართებული სქესობრივი კავშირი

გაუკუღმართებული სქესობრივი კავშირი არის არაბუნებრივი გზით სქესობრივი მოთხოვნილების დაკმაყოფილება.

ამ მხრივ საყურადღებოა მამათმავლობა (ჰომოსექსუალიზმი), ანუ პედერასტია, რომელიც გათვალისწინებულია საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 121-ე მუხლში: „მამათმავლობა, ე. ი სქესობრივი კავშირი მამაკაცისა მამაკაცთან. —

ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით ხუთ წლამდე ან გადასახლებით იმავე ვადით.

მამათმავლობა, რომელიც ჩადენილია არასრულწლოვანის მიმართ ან ფიზიკური ძალადობის ან მუქარის. ან დაზარალებულის უმწეო მდგომარეობის, ან დამოკიდებული მდგომარეობის გამოყენებით, —

ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით რვა წლამდე“.

მამათმავლობის სასჯელი 1934 წლამდე რუსეთის საბჭოთა ფედერაციული და უკრაინის სს რესპუბლიკის სისხლის სამართლის კოდექსში არ იყო გათვალისწინებული. ასეთი მოქმედებისათვის სასჯელი დაწესებული იყო საქართველოს, სომხეთის, ტაჯიკეთის, უზბეკეთის და აზერბაიჯანის სისხლის სამართლის კოდექსში, ხოლო საკავშირო ცენტრალური აღმასრულებელი კომიტეტის 1934 წლის 17 მარტის დადგენილების თანახმად. რუსეთის ფედერაციის და უკრაინის სისხლის სამართლის კოდექსში მოხდა ცვლილება და დაწესდა სასჯელი ამ დანაშაულისათვის (1933 წლის 17/XII საკავშირო ცაკ-ის დადგენილებით დაწესებული იყო სასჯელი მხოლოდ ნაძალადევი მამათმავლობისათვის).

მამათმავლობა (pedicatio) ნიშნავს მამაკაცის სქესობრივ კავშირს მამაკაცთან, სწორი ნაწლავიდან. ზოგჯერ პირის ღრუდან, ბარძაყებს შორის ან ილღის ფოსოში (იშვიათად).

აღსანიშნავია ისიც, რომ coitus analis — სწორი ნაწლავიდან სქესობრივი კავშირი — შეიძლება მოხდეს ქალთანაც, განსაკუთრებით ორსულობის თავიდან აცილების. ქალწულთან — საქალწულო აკის მთლიანობის შენარჩუნების მიზნით.

პედერასტია ცნობილია უძველესი დროიდან, ასეთი გაუკუღმართებული სქესობრივი ცხოვრების შემთხვევები ყოფილა ძველ საბერძნეთში და რომშიც და ეს არ ითვლებოდა დანაშაულებრივ ქმედებად.

საშუალო საუკუნეებში, განსაკუთრებით კი XVII საუკუნიდან

პედერასტიის შემთხვევები აღინიშნება ევროპის სხვადასხვა ქვეყნებში.

კარლოს მეხუთეს კანონით, პედერასტიისათვის დაწესებული იყო სასჯელი — ცეცხლში დაწვა.

ინგლისსა და ამერიკაში ამ დანაშაულისათვის დიდი ხნის განმავლობაში არსებობდა სიკვდილით დასჯა — ჩამონრჩობა. კაპიტალისტურ ქვეყნებში ამჟამად ამ დანაშაულისათვის სასჯელი შედარებით მცირეა, მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი გაუკუღმარება იქ საკმაოდაა გავრცელებული. აღსანიშნავია ისიც, რომ არსებობს ამ სახის პროფესიული პროსტიტუციაც.

მამათმავლობისადმი მიდრეკილება ზოგჯერ დაკავშირებულია ნამაკაცის ორგანიზმის განვითარების ანომალიასთან, ე. წ. ფსიქოსექსუალური ფორმის ჰერმაფროდიტიზმთან. ასეთ შემთხვევაში მამაკაცს მიდრეკილება აქვს ჰომოსექსუალობისადმი. იგი მიდრეკილებას იჩენს ქალური ჩვევებისადმი — აქვს ქალური მიხვრა-მოხვრა, მანერები, იცვამს ქალის ტანსაცმელს, ეწევა ქალისათვის დამახასიათებელ ცხოვრებას და სხვ.

ზშირად მამათმავლობა გამოწვეულია შექმნილი გარემოების გამო (საპატიმროში), რამაც შემდეგში შეიძლება მიიღოს ჩვეული ხასიათი.

ზოგჯერ გაუკუღმარებული სქესობრივი კავშირის სურვილი აღმოცენდება მოხუცებლობის ან სხვა რაიმე მიზეზით გამოწვეული იმპოტენციის ნიადაგზე. ასეთ შემთხვევაში მეტწილად ადგილი აქვს არასრულწლოვან ვაჟებთან სქესობრივ კავშირს.

პედერასტია არის აქტიური დ. პასიური. პირველ შემთხვევაში მამაკაცი ასრულებს მამაკაცის როლს, ხოლო მეორე შემთხვევაში — ქალის როლს.

მამათმავლობის ნიშნების დადგენის მეთოდოლოგია გათვალისწინებულია „მამაკაცის სქესობრივი მდგომარეობის სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის წესები“-ს 47—61 — მუხლებში.

საერთოდ მამათმავლობის დადგენისათვის წარმოებული სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დროს არკვევენ: ა) სქესობრივი შეუღლების უნარს (შესაძლებლობას); ჰომოსექსუალისტ სქესობრივი უნარი შეიძლება დაქვეითებული ჰქონდეს, მასთან სქესობრივ სისუსტეს იჩენენ ძირითადად ქალის მიმართ; ბ) შესამოწმებელი

ეწეოდა, თუ არა ონანიზმს, სიცოცხლის რომელ პერიოდში. და რამდენად ხშირად; გ) როდის და რა გარემოებაში დაიწყო ჰომოსექსუალობა; დ) ირიცხება თუ არა ფსიქიატრთან აღრიცხვაზე; დადებით შემთხვევაში გამოთხოვილი იქნეს სამედიცინო დოკუმენტები, დაავადების დიაგნოზის და სიმპტომატიკის ხასიათის დასაზუსტებლად.

გამოკვლევა ტარდება საერთოდ მიღებული გეგმის მიხედვით, მაგრამ ზოგიერთი თავისებურებით. მაგალითად, აქტიური პედერასტის (pedicator) შემოწმებისას, სასქესო ასოს დათვალიერების და გაზომვის გარდა გამოსაკვლევია სასქესო ასოზე და ბოქვენის თმებზე აქვს თუ არა განავლის ნაწილაკები. განსაკუთრებით ყურადღებით დათვალიერდება სასქესო ასოს ლაგამის ორივე მხრივ არსებული ღარები და ჩაღრმავებანი. უცხო ნაწილაკების აღმოჩენისას სასაგნე მინის (ემულსია გადაცლილი ფოტო ან რენტგენოაპსკის) ზეწოლით აღებული იქნა ანაბექტი, მიკროსკოპული გამოკვლევისათვის. ასეთივე მეთოდით აღებული იქნება ანაბექტი ბოქვენის მიდამოს თმების. საექვო ადგილებიდან. მიკროსკოპული გამოკვლევით შეიძლება ნახული იქნეს განავლის ნაწილები — მცენარეული ბოქკოები, კუნთოვანი ქსოვილი, ჭიის კვერცხები და სხვ. ანაბექტში შეიძლება ნახული იქნას სისხლის ელემენტები. თუ პასიური პედერასტის სწორი ნაწლავის ლორწოვანი დაზიანება. თუ საშუალებაა სასქესო ასოდან აღებულ ანაბექტში ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევით ადგენენ ნაწლავთა ჩხირების (ბაქტერიების) არსებობას.

მამაკაცებს რომლებიც სისტემატურად არ ისუფთავებენ სასქესო ასოს, განსაკუთრებით მაშინ. როცა სასქესო ასო დახურულია ჩუჩით, ლაგამის ღარებსა და ჩაღრმავებებში გროვდება ხაჭოსებური მოთეთრო-მოყვითალო ფერის მასსა, რომელსაც მიკროსკოპის ქვეშ ერთგვაროვანი ამორფული შეხედულება აქვს, მცენარეული და კუნთოვანი ბოქკოების გარეშე.

სასქესო ასოს დათვალიერებისას ზოგჯერ ყურადღებას იქცევს სისხლნაქლეულები, ნაქდევები, მიკრული თმის ღეროები, ვაზელინი ან სხვა უცხო სხეულები.

სასქესო ასოზე ვაზელინის მხრივ საექვო უბნები აღებული უნდა იქნას სუფთა დოლბანდით ან ბამბით და გაიგზავნოს ქიმიურ ლაბორატორიაში გამოსაკვლევად.

სასქესო ასოზე ზემოთ მითითებული განავლის შენადგენელი

ნაწილების და უცხო სხეულების აღმოჩენა ადასტურებს უკანა ტანიდან სქესობრივ კავშირს.

აღსანიშნავია ისიც, რომ აქტიური პედერასტის სასქესო ასოზე, სწორი ნაწლავიდან სისტემატური სქესობრივი კავშირის შემთხვევაშიაც კი, მამათმავლობისათვის დამახასიათებელი რაიმე ნიშნები შეიძლება ვერ იქნეს ნახული.

ჩვენ გვქონდა შემთხვევა შეგვემოწმებინა 16 წლის პატიმარი ვაჟი ბავშვთა კოლონიიდან, რომელსაც წინა დღით სწორი ნაწლავიდან სქესობრივი კავშირი ჰქონდა ამავე ასაკის პატიმარ ვაჟთან. მიუხედავად იმისა, რომ შესაძოწებელი სქესობრივი შეუღლების შემდეგ იყო აბანოში, სასქესო ასოს ჩუჩის ქვეშ, განსაკუთრებით ლორწოვანი გარსის ნაოჭებს შორის, მაკროსკოპულად ნახული იქნა მოყვითალო ფერის, მოსქო კონსისტენციის მასა, რაც მიკროსკოპული შესწავლის შედეგად აღმოჩნდა განავალი.

პასიური პედერასტის (pallivus seu kynede) სწორი ნაწლავის ლორწოვანზე და ანუსის მიდამოში ერთხელობრივი ან სისტემატური სქესობრივი შეუღლების შედეგად შეიძლება ნახული იქნეს შესაფერისი ანატომიური ცვლილებები ნაქდევების, სისხლნაყენების ან ნასკდომების სახით, რომელიც გამოწვეულია სასქესო ასოს მოქმედებით. ძალიან ხშირად ანუსის და სწორი ნაწლავის მიდამოში სქესობრივი შეუღლების შედეგად არ რჩება რაიმე დაზიანების კვალი, ან, პირიქით, აღმოჩენილი დაზიანება შეიძლება გამოწვეული იყოს შეკრულობის დროს გამკვრივებული განავლის ზემოქმედებით. ამიტომ თუ შესამოწმებელს შეკრულობა აქვს, მსგავსი ტრავმული დაზიანება არ ადასტურებს პასიურ პედერასტიას.

უკანა ტანის და სწორი ნაწლავის ლორწოვან გარსზე არსებული ღრმა ხასიათის ნასკდომები, განსაკუთრებით კანისა და ლორწოვანი გარსის საზღვარზე, როცა დაზიანებულია კანი, კანქვეშა ქსოვილი და ნაწილობრივ კუნთოვანი ბოჭკოები, ადასტურებს პასიურ პედერასტიას, რადგან გამკვრივებულ განავალს (შეკრულობის დროს) ასეთი ღრმა დაზიანების გამოწვევა არ შეუძლია. აღსანიშნავია, რომ უკანა ტანის მიდამოში მსგავსი დაზიანება შეიძლება მივიღოთ სხვა ხასიათის შემთხვევითი ტრავმის შედეგად (მაგალითად, რაიმე მკვრივ და ბლავგ საგანზე საჭდომით დაცემა, უკანა ტანის მიდამოში ჭოხის შეყვანა და ახვ.).

1942 წელს ჩვენ შევამოწმეთ 20 წლის ვაჟი. რომელიც პირველად ჩამოსულიყო თბილისში. იგი სამმა ღამაკაცმა ღამის 11 საათზე ძალით შეიყვანეს იქვე ახლოს მდებარე კიროვის სახელობის რაიონის დახურული ბაზრის მშენებლობის ტერიტორიაზე. ბნელ კუთხეში ჩახადეს შარვალი და სორიგეობით სამივემ უკანა ტანიდან იჭონია მასთან სქესობრივი კავშირი, შემდეგ გაიტაცეს ტანსაცმელი და მიიძალნენ. დაზარალებულის შემოწმება მოხდა მეორე დღეს, დილის 9 საათზე. უკანა ტანის მიდამოში კანისა და ლორწოვანი გარსის საზღვარზე აღინიშნებოდა ორი ნასკდომი ჭრილობა, თითოეული 1.5 — 2 სმ სიგრძის, რომლის ფუძე აღწევდა კუნთოვან გარსამდე. სწორი ნაწლავის ლორწოვანი გარსიდან აღებულ ნაცხში სპერმატოზოიდები ვერ იქნა ნახული. მიუხედავად ამისა, აღწერილი დაზიანება შეფასებულ იქნა, როგორც პასიური პედერასტიის შედეგი.

სწორი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის მსგავსი დაზიანებანი ვითარდება არასრულწლოვანთა შორის, როცა სფინქტერი ნაკლებად გამწევია და სასქესო ასოს მოთავსებით ადვილად სკდება. სრულასაკოვნებში სპინქტერი იმდენად გამწევია, რომ შეიძლება ნარკოზის ქვეშ სწორ ნაწლავში შეტანილ იქნეს ხელი და გაისინჯოს თირკმელებიც, ისე რომ ლორწოვან გარსზე ნასკდომი არ განვითარდეს. ამიტომ სრულასაკოვნებში, განსაკუთრებით მაშინ, როცა სპინქტერი მოდუნებულია, სწორი ნაწლავიდან სქესობრივი კავშირის შედეგად ლორწოვანი გარსის დაზიანება შეიძლება არ განვითარდეს.

ზოჯერ სქესობრივი შეუღლება თავდება სწორი ნაწლავის შესავალთან, დუნდულა კუნთებს შორის. ასეთ შემთხვევებშიც სწორი ნაწლავის ლორწოვანზე ტრავმული დაზიანების ნიშნები არ ვითარდება.

სწორი ნაწლავის ლორწოვანი გარსიდან აღებულ ნაცხში სპერმატოზოიდების აღმოჩენა უტყუარად ადასტურებს სქესობრივ კავშირს. მაგრამ ამის აღმოჩენა ზედმიწევნით იშვიათად ხდება. რადგან ექიმთან მისვლამდე დეფეკაციასთან დაკავშირებით თესლი გამოდის გარეთ ფეკალურ მასასთან ერთად.

პასიური პედერასტიის საცვლებზე. ტანსაცმელზე. ბარძაყების მიდამოში ან დუნდულებს შორის სპერმატოზოიდების აღმოჩენა არ ადასტურებს სქესობრივ კავშირს უკანა ტანიდან. რადგან აღმოჩენილი თესლი შეიძლება ეკუთვნოდეს შესამოწმებელს. რომელიც

დარჩა მას სხეულზე ან ტანსაცმელზე ჩვეულებრივი სქესობრივი კავშირის. მასტურბაციის ან პოლუციის შედეგად. ამის გამო თესლის აღმოჩენას ზემოთ მითითებულ ადგილებში და ტანსაცმელზე მაშინ აქვს მნიშვნელობა, როცა იგი ნახულია სქესობრივად მოუშწიფებელ სუბიექტზე, რომელსაც ჯერ კიდევ არა აქვს თესლის გამოყოფის უნარი.

სწორი ნაწლავის მიდამოში ვენერული სნეულებისათვის დამახასიათებელი ანთებითი ცვლილებების ნახვა (გონორეა, ათაშანგი — მაგარი შანკრის სახით ან რბილი შანკირი), როცა ეს სხეულის სხვა მიდამოში არ აღინიშნება, აგრეთვე ადასტურებს სწორი ნაწლავიდან გაუქულმართებულ სქესობრივ კავშირს.

სწორი ნაწლავის გონორეული ანთებისათვის კლინიკურად დამახასიათებელია: წვა ანუსის მიდამოში, ქინთვები, ჩირქოვანი გამონადენი, სწორი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის შესივება და შეწითლება და ბოლოს — დაწყულულება. დიაგნოზის დადგენა უნდა მოხდეს ჩირქოვან გამონადენში ნეისერის გონოკოკების აღმოჩენის შემდეგ, რაც ყოველთვის არ არის შესაძლებელი.

წყულულოვანი გონორეული პროქტიტი კლინიკურად და ზოოფოლოგიურად წააგავს წყულულოვან დიზენტერიას და ტუბერკულოზს, ამიტომ დიფერენციული დიაგნოსტიკისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ბაქტერიოსკოპულ გამოკვლევას.

ქალის სასქესო ორგანოების გონორეა შეიძლება გადავიდეს სწორ ნაწლავზე, რადგან საშოდან ჩირქოვანი გამონადენი ადვილად მოხვდება ანუსის მიდამოში, საიდანაც მოსალოდნელია სწორი ნაწლავის გონორეული ანთების წარმოშობა.

მამათმავლობა ფიზიკური ძალის გამოყენებით შესაძლებელია არასრულასაკოვანის მიმართ, ხოლო სრულასაკოვანი მამაკაცის მიმართ ეს ძნელი წარმოსადგენია, თუ ადგილი არა აქვს ჯგუფურ თავდასხმას ან მუქარას (ფსიქიკური ზემოქმედება), რომლის დროსაც შესაძლებელია მსხვერპლმა წინააღმდეგობა არ გაუწიოს ასეთ შეუღლებას.

ძალის გამოყენებით მამაკაცის იძულება — შეასრულოს სქესობრივი კავშირი სწორი ნაწლავიდან სხვა პირთან — შეუძლებელია, რადგან ასეთ შემთხვევაში სასქესო ასოს ერექცია არ მოხდება და, მაშასადამე — არც სქესობრივი შეუღლება.

ჩვეული პასიური პედერასტიის შემთხვევაში სწორი ნაწლავის-მიდამოში ზოგჯერ ადგილი აქვს ზოგიერთ ანატომიურ ცვლილებას. ამ მხრივ აღსანიშნავია სფინქტერის მოღუნება (დენდულების მცირე გადაწევის დროს ფართოდ იხსნება სწორი ნაწლავის შესავალი), კანიდან სწორ ნაწლავეში გადასვლის საზღვარზე ნაოქიანობის წაშლა, ანუსის მიდამოში ძაბრისებური ჩაღრმავება, ზოგჯერ სწორი ნაწლავის გამოვარდნა. სწორი ნაწლავის ლორწოვანზე ნაწიბურების არსებობა, გონორეული წარმოშობის მწვავე კონდილომების არსებობა ანუსის მიდამოში, და სხვ.

ჩამოთვლილი ობიექტური ნიშნები შეიძლება ჰქონდეს ისეთ პიროვნებას, რომელსაც უკანა ტანიდან სქესობრივი კავშირი არ ჰქონია ან, პირიქით, აღნიშნული ცვლილებები შეიძლება არ ჰქონდეს იმ პირს, ვინც სისტემატიურად ეწევა ასეთ გაუკუღმართებულ სქესობრივ ცხოვრებას. ამიტომ პასიური პედერასტიისათვის დამახასიათებელი ობიექტური ნიშნების ნახვა ან არარსებობა ყოველთვის არ ამტკიცებს და არც უარყოფს ასეთ გაუკუღმართებულ სქესობრივ კავშირს.

1940 წელს კასპის რაიონის პროკურატურის მომართვის საფუძველზე ჩვენ მოგვიხდა შემოწმება 21 წლის ვაჟისა (მოქ. პ-ლი. პროფესიით ფერშალი), რომელიც საექვო იყო პასიური მამათმავლობის მხრივ, შემოწმებით აღმოჩნდა: ვაჟი თავისი ასაკის შესაფერისად ნორმალური ფიზიკური განვითარების, სასქესო ორგანოები მამაკაცის, ყოველგვარი ანომალიის გარეშე. სახეზე წვერი და უღვაში გაპარსული. ხმა მამაკაცის. სხეულის აგებულება, თმიანობა ქალისას წააგავს (ცხიმის ჰარბი დალაგება ბოქვენის და ბარძაყების მიდამოში, ბოქვენის მიდამოში თმის განლაგება ქალის თმოვანობის განვითარების მსგავსია, ტანზე და კიდურებზე თმიანობა სუსტადაა გამოხატული), აცვია ნაზი ქსოვილის საცვლები. გასინჯვით სწორი ნაწლავის და ანუსის მიდამოში პასიური პედერასტიისათვის დამახასიათებელი ობიექტური ნიშნები არ აღინიშნება. მისი განცხადებით, ერექცია არა აქვს, აქვს სქესობრივი ლტოლვა მამაკაცების მიმართ. სიზმარში მოსდის პოლუცია, როცა მამაკაცს ეალერსება და მასთან ცხოვრობს. მამაკაცთან სქესობრივი კავშირი არ ჰქონია, მაგრამ აქვს ამის დიდი სურვილი. მოქ. პა-ლი გაიგზავნა ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერში ფსიქიკური სფეროს შესწავლის მიზ-

ნით. მაგრამ იგი იქ არ გამოცხადდა და ერთი კვირის შემდეგ გამოგზავნა წერილი. რომელშიც ვრცლად აღწერდა მისი ცხოვრების უბედურებას. რომ ის შემთხვევით არის დაბადებული მამაკაცად: იგი მიილტვის მამაკაცთან სქესობრივი შეუღლებისაკენ და რომ მოთხოვნილება სქესისა გაუკუღმართებული აქვს და არავის არ შეუძლია მოსთხოვოს მას ანგარიში ასეთი საქციელისათვის, რადგან ბუნებამ ასეთი გააჩინა.

პედერასტთა მსგავსი პესიმისტური გულისწუხილი შეიძლება ბევრჯერ მოვისმინოთ. მაგრამ იგი ჭეშმარიტებისაგან ხშირად შორს არის, რადგან მეტწილად პედერასტიის მიზეზი არის გარემო ფაქტორის გავლენა და არა ორგანიზმის კონსტიტუციური ანომალია.

ზემომოყვანილ შემთხვევაში აშკარად პასიურ პედერასტთან გვექონდა საქმე. რომელიც სისტემატურად ეწეოდა სქესობრივ კავშირს უკანა ტანიდან, მაგრამ მას უკანა ტანის მიდამოში პასიური პედერასტიისათვის დამახასიათებელი ობიექტური ნიშნები არ აღმოაჩნდა.

მეორე შემთხვევაში ჩვენ მოგვიხდა 45 წლის მამაკაცის (მოქ. კა-ძე), პროფესიით ინჟინრის, შემოწმება, რომელსაც ჰქონდა პასიური პედერასტიისათვის დამახასიათებელი ობიექტური ნიშნები (ძაბრისებური ჩაღრმავება, სფინქტერის მოღუნება, სწორი ნაწლავის ლორწოვანის ნაოკიანობის წაშლა, ანუსის მიდამოში კანისა და ლორწოვანის საზღვარზე ორი ნაწიბური). მაგრამ გამოირკვა, რომ ეს ცვლილებები გამოწვეული იყო ქრონიკული შეკრულობით და ბუასილის წინააღმდეგ ჩატარებული ექიმბაშური მკურნალობის შედეგად და არა პასიური მამათმავლობით.

პასიური პედერასტის შემოწმება უნდა მოხდეს „მამაკაცის სქესობრივი მდგომარეობის სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის წესების“ ქვემოთ მოყვანილი მეთოდების მონაცემების გამოყენებით.

პასიური პედერასტის შემოწმების დროს საჭიროა თავდაპირველად ყურადღება მიექცეს კუჭ-ნაწლავის დაავადების მხრივ ჩივილებს. ამ დაავადებების გართულებებს და მის ნარჩენ მოვლენებს — ქრონიკულ ყაბზობას და ფალარათს: გამორკვეული უნდა იქნეს ხომ არ ჰქონდა მას სწორი ნაწლავის დაავადება — ბუასილი, პროქტიტი, პარაპროქტიტი, სწორი ნაწლავის გამოვარდნა, დი-

ზენტერია, ადგილი ჰქონდა თუ არა ოპერაციულ ჩარევას უკანა ტანის მიდამოში შეუხორცებელი ნასკდომის გამო. გონორეა და სხვ., რადგან აღნიშნული დაავადებების შედეგად განვითარებული ანატომიური ცვლილებები შეცდომით არ იქნეს მიღებული სისტემატური პასიური პედერასტიის დამახასიათებელ ნიშნებად.

შესამოწმებელს უნდა გამოეკითხოთ გადატანილი ვენერული სნეულების შესახებ და საჭიროების შემთხვევაში სამკურნალო დაწესებულებებიდან გამოთხოვილი იქნეს სამედიცინო დოკუმენტები. ხომ არ ჰქონდა მას ანუსის მიდამოში მაგარი შანკრი ან სწორი ნაწლავის გონორეა.

პასიური პედერასტიის დამახასიათებელი ნიშნების გამოსავლინებლად საჭიროა დეტალური გასინჯვა. დათვლიერება წარმოებს: ტახტზე იდაყვებზე და მუხლებზე დაყრდნობილ მდგომარეობაში. დასაწყისში აკვლევენ, აქვს თუ არა სხეულის რომელიმე ნაწილში განსაკუთრებით დუნდულოების მიდამოში, თითების ჩაჭირების კვალი სისხლნაქლენთების სახით. აღინიშნება დუნდულებსშორის ნაპრალის სიღრმე (ღრმაა თუ არა), ამის შემდეგ დუნდულებს გადაწევენ და ათვლიერებენ უკანა ტანის მიდამოს. როგორ არის გამოხატული ანუსის მიდამოში ნაოქიანობა — კარგად, სუსტად. თუ წაშლილია მთლიანად. ანუსის მიდამოში ნაწიბურების აღმოჩენისას მიუთითებენ მის ფორმას, მიმართულებას, სიმკვრივეს. რელიეფს, ლოკალიზაციას (საათის ციფერბლატის დანაყოფების მიხედვით ისე, რომ ციფრი 12 მოხვდეს კუდუსუნის მხარეზე) და სხვ.

აღნიშნავენ უკანა ტანის მდგომარეობას ძაბრისებური ჩაღრმავების ინტენსივობის აღნიშვნით და მასთან ერთად აღნიშნავენ სწორი ნაწლავის გაბუთა ხვრელის ზღვონაწიბობას — დახურულია, ღიაა შეუმჩნეველად. თუ შესამჩნევად.

უკანა ტანის მიდამოში ძაბრისებრი ჩაღრმავება ზოგიერთ პირს შეიძლება ჰქონდეს ნორმალურად. ასეთ შემთხვევაში ეს ჩაღრმავება სწორი ნაწლავის ლორწოვანის ხარჯზეა წარმოშობილი. ძაბრისებური ჩაღრმავება პასიური პედერასტიის დროს იწყება უკანა ტანის კანიდან და თანდათან გადადის სწორი ნაწლავის ლორწოვანზე, ისე რომ ძაბრისებური ჩაღრმავების კედლის კანის საფარი თანმიმდევრულად გადადის სწორი ნაწლავის ლორწოვანზე.

შემოწმების დროს მხედველობიდან არ უნდა გამოვკრჩეს შე-

სამოწმებელის მიერ სფინქტერის განზრახ მოჭიმვის შესაძლებლობა, რაც ასუსტებს ძაბრისებური ჩაღრმავების გამოხატულებას. ასეთ შემთხვევაში ხანგრძლივი გამოკვლევით შესამოწმებელი იღლება და ამით ესპობა საშუალება მოახდინოს სფინქტერის თვითნებითი დაჭიმვა, რის შემდეგ ჩაღრმავებაც ობიექტურად გამოიხატება.

შემდგომი გასინჯვისათვის დუნდულოებზე, ანუსიდან 2-2.5 სმ დაშორებით, დიდი თითების პარალელურად ორმხრივი მოთავსებით ხდება დუნდულოების გადაწევა, ისე რომ გამოჩნდეს ანალუსის ნაწილი. ნორმალურად უკანა ტანის შესავალი დახურულია სფინქტერის მოდუნებისას, რაც სხვა მიზეზებთან ერთად გამოწვეულია უკანა ტანიდან სქესობრივი შეუღლების შედეგად, უკანა ტანის შესავალი ხვრელი მეტ-ნაკლებად ღიაა.

ათვალიერებენ სწორი ნაწლავის დასანახ ლორწოვანს, აღნიშნავენ სწორი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის ფერს (ღია ვარდისფერი, ვარდისფერი, მოწითალო, წითელი, მუქი წითელი, მოწითალო-შოლურჯო). რადგან სხვა მიზეზებთან ერთად უკანა ტანიდან სქესობრივი კავშირის და მის სისტემატურობასთან დაკავშირებით ადგილი აქვს ლორწოვანის მხრივ გარკვეულ ცვლილებებს.

გარკვეულ შემთხვევებში უკანა ტანისა და სწორი ნაწლავის ლორწოვანზე ადგილი აქვს ახალ დაზიანებას: ნაჭდევის, სისხლნაჟღენთის, ნასკდომის ან ჭრილობის სახით, რომელიც დეტალურად უნდა იქნეს აღწერილი: ფერის, ადგილმდებარეობის, ფორმის და ოდენობის მითითებით.

სწორი ნაწლავის ლორწოვანის გასინჯვა უნდა მოხდეს გარდამავალი (კანისა და ლორწოვანის საზღვარზე) ნაოქის დათვალიერებით, გვერდითი ნასკდომების აღმოჩენის მიზნით. შედარებით ხშირია გასწვრივად მდებარე ნასკდომები სწორი ნაწლავის წინა და გვერდითი ნაწილების ნაოქებს შორის, რაც განსაკუთრებით ბავშვებში მალე, 3-5 დღეში განიცდის შეხორცებას.

ლორწოვანის ნაოქების შემალლებებზე განვითარებული ნაჭდევები წარმოადგენს მკვრივი საგნის მოქმედების შედეგს. ისეთი შთაბეჭდილება იქმნება თითქოს ლორწოვანის ნაოქების შემალლებანი გადაუფხვკიათ. ნაჭდევის კიდეები შემოსაზღვრულია. მსგავსი დაზიანება სასქესო ასოს მოქმედებით არ გამოიწვევა.

ზოგ შემთხვევაში, განსაკუთრებით ბავშვებში, სქესობრივი შეუღლების შედეგად სწორი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის ნაოჭების შემადღებებზე და მათ შორის სივრცეებში აღინიშნება ოვალური ფორმის ნაკდევები, რომელიც ვრცელდება მთლიანად ლორწოვან გარსზე.

სწორი ნაწლავის ლორწოვანზე შეიძლება შეგვხვდეს ნასკდომები, რომლის კიდეები შიგნით არის ჩაბრუნებული და სწორკუთხედის ფორმა აქვს. ამ ნასკდომების ერთი მხარე მოთავსებულია სწორი ნაწლავის მიმართ გარდიგარდმოდ, ხოლო მეორეს აქვს სიგრძივი მიმართულება. ასეთი დაზიანება ვითარდება იმ შემთხვევაში, როცა სწორ ნაწლავში სასქესო ასოს მოთავსება წარმოებს ჩახუნის შესამცირებლად რაიმე ნივთიერების (ვაზელინის) გამოყენების გარეშე.

სწორი ნაწლავის ლორწოვანის გამოკვლევა რექტოსკოპით შეუძლია სასამართლო მედიკს, თუ მას ამის გამოცდილება აქვს. წინააღმდეგ შემთხვევაში უნდა მიმართოს შესაფერის სპეციალისტს. სასამართლო-სამედიცინო გასინჯვის თვალსაზრისით რექტოსკოპი სწორ ნაწლავში შეტანილ უნდა იქნეს არა უმეტეს 10 სანტიმეტრის სიღრმეზე.

სწორი ნაწლავის გარეთა და შიგნითა სფინქტერის შესამოწმებლად სწორ ნაწლავში შეყავთ რეზინის სათითურ წამოცმული და ვაზელინ წასმული საჩვენებელი თითი. რომლის დროსაც შესამოწმებელი იდაყვებით და მუხლებით წვეს ტახტზე. კარგი ტონუსის მქონე სპინქტერის შემთხვევაში მკიდროდ მოუჭერს თითს (რგოლის სიმპტომი). მოდუნებული სფინქტერი სუსტად მოუჭერს, ისე რომ ზოგ შემთხვევაში თითს ეძლევა ვერტიკალურ სივრცეში მოძრაობის საშუალება. საჭიროა მიეთითოს. რომ შესაძლებელია სფინქტერის ხელოვნურად („თვითნებითი“) შევიწროვება, რომელიც შეიძლება გაკონტროლებული იქნეს ზემოდ მითითებული წესით.

ახალ შემთხვევაში, თუ პასიურ პედერასტს ან დაზარალებულს სქესობრივი შეუღლების შემდეგ დეფეკაცია არ ჰქონია, სწორი ნაწლავის შიგთავის აღებული უნდა იქნეს ბამბის ტამპონით. ნაცხი ოთახის ტემპერატურაზე გაშრობის და ფუქსინით შეღებვის შემდეგ ისინჯება მიკროსკოპით, სპერმატოზოიდების აღმოჩენის თვალსაზრისით. თუ ასეთი გამოკვლევის საშუალება ექსპერტს არა აქვს,

ნაცხი და ტამპონი იგზავნება სასამართლო-სამედიცინო ლაბორატორიაში. თუ ტამპონი დაუყოვნებლივ იგზავნება ლაბორატორიაში, იგი მოთავსდება სასინჯ ქილაში, ხოლო თუ იგი უნდა გაისინჯოს რამდენიმე ხნის შემდეგ. ტამპონი ოთახის ტემპერატურის პირობებში გაშრობის შემდეგ გადაიგზავნება ლაბორატორიაში.

ტამპონის მოსამზადებლად ქირურგიული პინცეტით იღებენ ბამბის ნაქერს და მის თავისუფალ ბოლოებს ახვევენ პინცეტის ირგვლივ. ტამპონი შეყავთ სწორ ნაწლავში 3-5 სანტიმეტრის სიღრმეზე და ატრიალებენ ირგვლივ, ოდნავ ზეწოლით, რომ მოხდეს სწორი ნაწლავის ლორწოვანის ნაოქების (ჯიბების) გახსნა, სადაც ჩვეულებრივ გროვდება სპერმა. ამის შემდეგ ტამპონს გამოიღებენ და სასაგნე მინებზე აკეთებენ 5—6 ნაცხს. ახალ შემთხვევაში პასიური პედერასტის (დაზარალებულის) უკანა ტანის მიდამოში შეიძლება ნახული იქნეს აქტიური პედერასტის ბოქვენის თმები, ზოგჯერ შემხმარ სპერმასთან ერთად, რომელიც აღებული და გაგზავნილი უნდა იქნეს ლაბორატორიაში გამოსაცვლევად.

სწორი ნაწლავიდან სქესობრივი შეუღლების ერთეული შემთხვევების შედეგად უკანა ტანის მიდამოში და სწორი ნაწლავის ლორწოვანზე ჩვეულებრივ შემთხვევაში არ დარჩება რაიმე მყარი ცვლილებები. თუ მხედველობაში არ მივიღებთ იმ გამონაკლის შენთხვევებს, როცა ადგილი აქვს ღრმა დაზიანებების შეხორცეზის შედეგად დარჩენილ ნაწიბურებს. უკანა ტანისა და სწორი ნაწლავის ლორწოვანის და კანის ზერელე დაზიანებანი ჩვეულებრივ რაიმე კვალს არ სტოვებს.

ამრიგად, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ჩვეული პასიური პედერასტის შედეგად უკანა ტანის და სწორი ნაწლავის მიდამოში შეიძლება ნახული იქნეს შემდეგი დამახასიათებელი ცვლილებები: ძაბრისებრი ჩაღრმავება, უკანა ტანის შესავალის პირლიაობა, უკანა ტანის და სწორი ნაწლავის მიდამოში ნაოქიანობის წაშლა. სფინქტერის მოღუნება და სწორი ნაწლავის ლორწოვანის მუქ წითელ (ციანოზურ ელფერად) შეფერვა.

ამ ნიშნების არსებობა და მათი ინტენსივობა შეიძლება იყოს სხვადასხვა ან ნაწილი მათგანი სულ არ არსებობდეს.

პასიური პედერასტის (დაზარალებულის) ტანსაცმელზე შეიძლება იყოს: თესლის ან განავლის კვალი. თუ არსებობს ვარაუდი,

რომ იგი წარმოშობილია გაუქულმართებული სქესობრივი კავშირის შედეგად, ტანსაცმელი გამოსაკვლევად უნდა გადაიგზავნოს ლაბორატორიაში, თესლის ჭგუფის გამოსაკვლევად, რაც შემდეგში შეიძლება გამოყენებული იქნას პიროვნების ვინაობის დასადგენად.

ყველა ზემოთქმულის მიხედვით უნდა აღინიშნოს, რომ მამათმავლობის საკითხის დადგენის მიზნით, უმრავლეს შემთხვევაში, სასამართლო-სამედიცინო შემოწმება შედეგს არ იძლევა.

პირის ღრუდან სქესობრივი შეუღლების ფაქტის დადგენა შეუძლებელია, რადგან პირის ღრუში ჩანთხეული თესლი ნერწყვთან ერთად გადადის კუჭში ან პირის ღრუს გამორეცხვის შემდეგ წყალს გამოჰყვება.

ვენერული სნეულებისათვის დამახასიათებელი ანთებითი ცვლილებების ნახვა ენაზე, ტუჩებზე, ღრძილებზე, ლოყის ან ხახის ლორწოვანზე ყოველთვის არ ნიშნავს იმას, რომ იგი განვითარდა პირის ღრუდან სქესობრივი კავშირის შედეგად, რადგან ეს შეიძლება განვითარდეს სხვა გზითაც, მაგალითად, ათაშანგის პირველადი აფექტი ზემოთ მითითებულ ორგანოებზე შეიძლება განვითარდეს ამ დაავადების გამომწვევი აგენტით დაინფიცირებული საერთო კურკლის, მუნდშტუის ხმარების, კოცნის და სხვ. შედეგად.

პირის ღრუდან ნაძალადევი სქესობრივი კავშირი ფიზიკური ძალის გამოყენებით ძნელი წარმოსადგენია. თუ ასეთს ადგილი ექნა, იგი შეიძლება იყოს ფსიქიკური ზემოქმედების შედეგი, როცა დამუქრებით დაშინებული დაზარალებული იძულებულია პირი გააღოს.

ჩვენ ვეჭონდა შემთხვევა, როცა მოქ. ახ-ლს ბრალად ედებოდა 15 წლის ვაჟთან ძალის გამოყენებით (საერთო საპირფარეშოში ღამის 4 საათზე) პირის ღრუდან სქესობრივი კავშირი. სასამართლო პროცესზე ისე როგორც წინასწარი გამოძიების დროს, ჩვენ შესაძლებლად არ დავუშვით ფიზიკური ძალის გამოყენებით პირის ღრუდან ნაძალადევი სქესობრივი კავშირი ამ მოსაზრებით, რომ დაზარალებულს შეეძლო წინააღმდეგობა გაეწია მოძალადისათვის, პირის ღრუ არ გაეხსნა ან სასქესო ასოზე კბენის საშუალებით მოეცილებინა ბოროტმოქმედი. მიუხედავად ამისა, სასამართლომ მოქ. ახ-ლს მიუსაჯა 2 წლით პატიმრობა, რადგან ჩასთვალა, რომ ძირი-

თადად ამ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა დაშინებას და მუქარას (ძალადობას ფსიქიკური ზემოქმედებით).

სქესობრივი ლტოლვის სხვა ანომალიებიდან აღსანიშნავია სადიზმი (სახელწოდება წარმოიშვა მარკიზ დე სადის გვარისაგან. მარკიზ დე სადი იყო ფრანგი მწერალი, რომელიც თავის ნაწარმოებებში აღწერდა ასეთი ანომალიით შეპყრობილ პირებს), რომელიც წარმოადგენს სქესობრივი ფსიქოპათოლოგიის ერთ-ერთ სახეს და გამოიხატება ტკივილის და წამების მიყენებით სქესობრივი მოთხოვნილების დაკმაყოფილებაში.

სადისტი მამაკაცი ქალს აყენებს ფიზიკურ ტკივილს ცემით, ჩქმეტით, ჩხვლეტით (ნემსი, მახათი, ქინძისთავი და სხვ.), ანთებული პაპიროსით, ხელის გადაგრეხვით, ყელში ხელის მოჭერით, კბენით (ხშირად სარძეო ჯირკვლებზე ან სასქესო ორგანოებზე) და სხვ.

ჩვენ გვქონდა შემთხვევა 1940 წელს შეგვემოწმებინა მოქ. ნ. გე-ვა, რომელიც ქმარს გასცილდა იმ მოტივით, რომ ქმარი ცემისა და ფიზიკური ტკივილის მიყენებით იკმაყოფილებდა სქესობრივ მოთხოვნილებას. შემოწმების წინა დღეს მოქ. გე-ვა შემთხვევით შეხვდა თავის ყოფილ ქმარს ქუჩაში, რომელმაც დაარწმუნა, რომ იგი სრულიად გარდაიქმნა და მომავალში გააგრძელებდა მასთან ნორმალურ სქესობრივ ცხოვრებას, ყოველგვარი სადისტური ტკივილის მიყენების გარეშე. მოქ. გე-ვა გაჰყვა მას საჭლში ოჯახის აღდგენის მიზნით. მაგრამ ოთახში შესვლისთანავე ქმარმა ჩაეცა კარი შიგნიდან, წააქცია გე-ვა იატაკზე, დააჯდა გულმკერდზე (იხე რომ ქალს ხელები ჰქონდა სხეულის პარალელურად) და ანთებული პაპიროსით სახის, ყელის და ნაწილობრივ მკერდის მიდამოში მიაყენა მეორე ხარისხის დამწვრობა (თხილის კაკლის ოდენობის 52 ბუშტუკი, ამოვსებული გამკვირვალე სითხით). საშინელი ტკივილისა და წამების მიყენების დროს მოძალადე იცინოდა და განსაკუთრებულ სიამოვნებას გრძნობდა. ასეთი წამება გაგრძელდა გრძნობის დაკარგვამდე, ხოლო ცნობიერების აღდგენის შემდეგ გე-ვას ყოფილი ქმარი ოთახში არ დახვდა. სახის, ყელისა და მკერდის მიდამოში გე-ვა განიცდიდა ზედმიწევნით მწვავე ხასიათის ტკივილს, ხოლო ტანსაცმელზე და ნაწილობრივ იატაკზე მან შეამჩნია თესლის კვალი. კონკრეტულ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა სა-

დიზმს — სქესობრივი მოთხოვნების დაკმაყოფილებას ტყვილის მიყენებით. სხეულის დაზიანება შეფასებული იქნა როგორც გვემა, რის საფუძველზეც შეიძლებოდა მოძალადის დასჯა.

ლიტერატურაში აღწერილია სადისტური ქვეგრძნობით გამოწვეული სხეულის დაზიანების და მკვლელობის მრავალი შემთხვევა. პოფმანს აღწერილი აქვს შემთხვევა, როცა სადისტურ ნიადაგზე მამაკაცმა დაახრჩო მეძავი ქალი ყელში ხელის მოკერით, გაკრა მუცელზე, ამოიღო ღვიძლი და შიხაგახი სასქესო ორგანოები, გასისხლიანებული დანით შეაქრა თმები და წაიღო თან. მეორე შემთხვევაში მეძავი ქალი მოკლულ იქნა ყელში დანის ჩარტყმით. გარდა ამისა, მოკლულს სხეულზე აღენიშნებოდა შედარებით ზერელე ხასიათის 44 კრილობა, მასთან, ორივე სარძეო ჯირკვალი მოცილებული იყო ცირკულარული განაკვეთით. მუცლის წინა კედელი გახსნილი იყო და გარეთა სასქესო ორგანოებზე აღინიშნებოდა მრავლობითი კრილობები. მესამე შემთხვევაში ქეჩაში იპოვეს 8 წლის გოგონას სხეულის ცალკეული ნაწილები (მხარის და ბარძაყის ნაგლეჯები). მეოთხე შემთხვევაში მოხრჩობილ 6 წლის გოგონას გვამზე ნახეს განაკვეთი საუღლე ნაჭდევიდან ბოქვენამდე (რის გამოც გახსნილი იყო გულმკერდის და მუცლის ღრუ ისე, როგორც გვამის გაკვეთის დროს) და ამოგლეჯილი იყო წვრილი ნაწლავები. (Эд. Гофман, „Руководство по судебной медицине“ — 1933, გვ. 125).

სადისტის მსხვერპლი შეიძლება იყოს როგორც ახალგაზრდა, ისე ხანში შესული ქალები, სადისტები მეტწილად არიან მამაკაცები, მაგრამ იშვიათ შემთხვევაში სადისტი შეიძლება იყოს ქალიც.

სადიზმი მეტწილად აღმოცენდება ფსიქოპათიის ნიადაგზე. ამას გარდა, სადისტის შეიძლება იყოს ეპილეფსიით, ისტერიით ან ალკოჰოლიზმით დაავადებული ადამიანი.

სადიზმი იშვიათი მოვლენაა და ასეთი მოქმედებისათვის ცალკე სასჯელი არ არის დაწესებული, ბოროტმოქმედა დაისჯება სხეულის განზრახ დაზიანებისა ან მკვლელობისათვის.

მ ა ზ ო ხ ი ზ მ ი (სახელწოდება წარმოიშვა ავსტრიელი მწერალ ზახერ-მაზოხას გვარისაგან, რომელიც თავის რომანებში აღწერდა ამგვარ სქესობრივ ფსიქოპათოლოგიას) ისეთი სქესობრივი გაუკუღმართებაა, როცა პიროვნება სქესობრივ დაკმაყოფილებას ღე-

ბულოს მასზე მიყენებული ფიზიკური დაზიანების. წამების ან დამცირების შემდეგ. ასეთი სქესობრივი გაუკუღმართებით შეპყრობილი ჰიროვნება (კაცი ან ქალი) განზრახ შეარჩევს ფიზიკურად ძლიერ პარტნიორს და თხოვს მას, რაც შეიძლება მაგრად გაარტყას, სცემოს წყებლებით ტიტველ ტანზე და სხვ.

ნ ე კ რ ო ფ ი ლ ი ა (necros — მკვდარი) ისეთი სექსუალური ფსიქოპათოლოგიაა, როცა ადგილი აქვს გვამთან სქესობრივ კავშირს. ყოფილა შემთხვევები, როცა ამ მიზნით გვამი საფლავიდანაც ამოუღიათ. ბ ე რ ტ რ ა ნ ი ზ მ ი — გვამის წაბილწვა, ნეკროფილიის სინონიმია და დაკავშირებულია ფრანგი პორუჩიკის ბერტრანის სახელთან.

ს ა ფ ი ზ მ ი, ლ ე ს ბ ი უ რ ი ს ი ყ ვ ა რ უ ლ ი, ნ ი მ ფ ო მ ა ნ ი ა, ა ნ უ ტ რ ი ბ ა დ ი ა (ამგვარი სქესობრივი გაუკუღმართება დაკავშირებულია საბერძნეთის კუნძულ ლესბოსზე მცხოვრები პოეტი ქალის საფოს სახელთან, VI—VII საუკუნე) წარმოადგენს ჰემოსექსუალიზმს. ამ შემთხვევაში ქალი სქესობრივ მოთხოვნილებას იკმაყოფილებს ქალებთან. არსებობს მისი ნაირსახეობა: კ ო რ ო ფ ი ლ ი ა — სიყვარული სქესობრივად მოუმწიფებელი გოგონებისადმი; პ ა რ თ ე ნ ო ფ ი ლ ი ა — სიყვარული სქესობრივად მომწიფებულ გოგონებისადმი; გ ი ნ ე კ ო ფ ი ლ ი ა — სიყვარული მოზრდილი ქალებისადმი; გ რ ა ო ფ ი ლ ი ა — სიყვარული მოხუცი ქალებისადმი (რომელიც გერანტოფილიის სინონიმს წარმოადგენს) და ტ რ ი ბ ა დ ი ა (tribein — ზელვა, სრესვა), ქალთა შორის სქესობრივი შეუღლების იმიტაცია.

ზ ო ო ფ ი ლ ი ა, ს ო დ ო მ ი ა (სინონიმებია; ზოოერასტია, ზოოერასტია და ბესტიალიზმი) — შინაურ ცხოველებთან და ფრინველებთან სქესობრივი კავშირი — ცნობილია უძველესი დროიდან. ამ მხრივ შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ორივე სქესის სხვადასხვა ცხოველი და ფრინველი (თხა, ღორი, ძაღლი, იხვი, ბატი და სხვ.).

ე ქ ს ჰ ი ბ ი ც ი ო ნ ი ზ მ ი ისეთი გაუკუღმართებული სქესობრივი მდგომარეობაა, როცა პიროვნება, მეტწილად მამაკაცი, სქესობრივ მოთხოვნილებას იკმაყოფილებს სასქესო ორგანოების გაშიშვლებით სარკის ან მოწინააღმდეგე სქესის ან ბავშვის წინ.

პ ი გ მ ა ლ ი ო ნ ი ზ მ ი წარმოადგენს ქანდაკების წინ სქესობრივი მოთხოვნილების დაკმაყოფილებას.

ფეტიზმი — ისეთი სქესობრივი გაუკუღმართებაა, როცა მამაკაცს შეუძლია სქესობრივი მოთხოვნების დაკმაყოფილება მისთვის სასურველი ქალის ტანსაცმლის წინაშე ან ასეთი ტანსაცმლის მოპოვების შემდეგ შეუძლია ცოლთან სქესობრივი შეუღლება.

ფეტიზმის სინონიმია იდოლიზმი, როცა სუბიექტში სქესობრივი ლტოლვა წარმოიშობა არა მთლიანად ქალის, არამედ მისი სხეულის ზოგიერთი ნაწილის მიმართ — ფეხი, ხელი, თმა, ძუძუები და სხვ. ან მისი სხვადასხვა ტუალეტი — ფეხსაცმელი, წინდა, კაბა და სხვ. ფრანგმა მწერალმა (რეტიფ დე ლია ბრეტონი) აღწერა ფეტიზმი ფეხსაცმელისადმი, რასაც ეწოდა რეტიფიზმი.

ფეტიზები სისხლის სამართლის დანაშაულს ჩადიან (ქურდობა, ძარცვა) მათთვის სასურველი ქალის ტანსაცმლის მოპოვებისათვის.

გერონტოფილია არის მოხუცებთან, დასახიჩრებულებთან (მაგ. ფეხის პროთეზი) და განსაკუთრებით მახინჯებთან სქესობრივი კავშირი. ასეთ შემთხვევაში ახალგაზრდა ვაჟს სქესობრივი მიდრეკილება აქვს მხოლოდ და მხოლოდ ღრმად მოხუცებულ ქალებსადმი.

ტრანსვესტიციზმი (ლათ. trans — გადაი, vestire — ცვა) მოწინააღმდეგე სქესის ტანსაცმლის ხმარება. ზოგიერთი ამას თვლის ფეტიზიზმად. ისინი ზოგჯერ ჰემოსექსუალები არიან, ხშირად პეტეროსექსუალები რჩებიან.

პტირიოლიზმი ანუ პლურალიზმი (treis, tria სამი, ლათ. pluralis—მრავლობითი) სამი ან მეტი პირი უყურებს ერთმანეთის სქესობრივ აქტს.

ფრონტაჟი (ფრ. trotter—ხახუნი). ზოგიერთები ღებულობენ სქესობრივ კმაყოფილებას მოწინააღმდეგე სქესის წარმომადგენელთან ხალხის თავმეყრის ადგილებში (ტრანსპორტში და სხვ). სხეულზე ხახუნით.

ლენიფლუარი — სქესობრივი მოთხოვნების დაკმაყოფილება მოწინააღმდეგე სქესის შარდის სუნის ყნოსვით.

კოპროლანგია — სქესობრივი მოთხოვნების დაკმაყოფილება განავლის სუნის ყნოსვით.

ფრიგიდნოსი (შესუსტება). სატირიზმი (გაძლიერე-

ბა), სქესობრივი ლტოლვის შესუსტება და გაძლიერება არ წარმოადგენს სქესობრივ ფსიქოპათიას, იგი გამოწვეულია გარკვეული პათოლოგიური მიზეზით.

კუნინგუსი (cunnilingus) ქალთან ენით სქესობრივი კავშირი.

პედოფილია (pais — ბავშვი, philein — სიყვარული, ტრფიალი) გამოიხატება ბავშვებისადმი სქესობრივ ლტოლვილებადში.

ავხორცობა მკვლელობაში — ახლოს დგას ნეკროფილიასთან. ერთნი ღებულობენ სქესობრივ დაკმაყოფილებას მკვლელობაში, მეორენი — გვამების დამახინჩებაში, მესამენი გვამებთან სქესობრივ კავშირში.

ნარცისიზმი (აუტოეროტიზმი, ავტომონოსექსუალიზმი) დაკავშირებულია მითიურ ლამაზ ასულთან ნარცისთან: ტკბება თავისი სხეულის სილამაზით, სარკის წინ სხეულის სხვადასხვა მიდამოზე ხელის მოსმით; ონანიზმი (ხელცდუნება) სარკის წინ.

ონანიზმი (ხელცდუნება) არ შეიძლება გავაიგივეოთ აუტოეროტიზმთან, როგორც ამას ზოგიერთი ავტორი თვლის. ონანიზმი გარდამავალი (მომწიფების) ასაკის ჩვეული მოვლენაა და ამდენად იგი არ შეიძლება ჩაითვალოს გაუკუღმართებულ სქესობრივ კავშირად. თუ სუბიექტი მას მიმართავს მოზრდილ ასაკში, დაოჯახების შემდეგაც, მაშინ იგი ჩაითვლება სქესობრივ ფსიქოპათიად.

ვუაიერიზმი ანუ სკოფილია (scopien უყურებ, ხედავ, philien სიყვარული), როცა სუბიექტი სქესობრივ დაკმაყოფილებას ღებულობს მალულად სხვისი სქესობრივი კავშირის ან იშვიათად ღეფეკაციის აქტის ყურებაში.

კოპროფემია — სიმბოლური ექსგიბიციონიზმის და ვუაიერიზმის თავისებურ შეთავსებას წარმოადგენს, როცა პირი მიდრეკილია მოწინააღმდეგე სქესის წინ წარმოთქვას უხეში სასირცხვილო სიტყვები, შეცბუნებისა და სირცხვილის გრძნობის წარმოშობის მიზნით (kopros — განავალი, ტალახი, ლათ. femina — ქალი).

კობროლალია (lalie — სიტყვა, ლაყბობა) განსხვავდება კობროფემიისაგან იმით, რომ ამ დროს კონველსიური ტიკების დროს პირი იგინება და წარმოთქვამს ცინიკურ სიტყვებს.

1942 წლის 15 აპრილს ქალაქ თბილისის კიროვის სახელობის რაიონის პროკურატურის სახალხო გამომძიებლის მეორე კლასის იურისტის ვ-ის 1942 წ. 14 აპრილის დადგენილების საფუძველზე, მე ქალაქ თბილისის სასამართლო-სამედიცინო ექიმმა გ. კ-ემ სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტთა კომისიაში მოვახდინე მოქ. შ-ის, 20 წლის მამაკაცის, სასამართლო-სამედიცინო შემოწმება პასიური მამათმავლობის ნიშნების დადგენის მიზნით.

ს ა ქ მ ი ს გ ა რ ე მ ო ე ბ ა: როგორც ირკვევა გამომძიებლის დადგენილებიდან, 1942 წლის 14 აპრილს მოქ. შ-ი ღამის 11 საათზე მიდიოდა კიროვის სახ. რაიონის დახურული საკოლმეურნეო ბაზრის მშენებლობის ახლოს. დახვდა სამი უცნობი კაცი, რომლებმაც ძალით შეიყვანეს მშენებლობის ტერიტორიაზე, ჩახადეს შარვალი და მორიგეობით სამივემ უკანა ტანიდან იქონიეს სქესობრივი კავშირი, შემდეგ გაიტაცეს ტანსაცმელა და მიიძალნენ.

ობიექტური გამოკვლევების მონაცემები: სწორი აგებულების, სიმაღლე 171 სმ. სხეულზე რაიმე დაზიანების ნიშნები არ აღენიშნება. უკანა ტანის მიდამოში კანისა და ლორწოვანი გარსის საზღვარზე აღინიშნება პირდაპირი მიმართულების ერთმანეთთან პარალელურად მდებარე ორი ნასკდომი ჭრილობა, თითო სიგრძით 1,5 — 2 სმ. რომლის ფუძე აღწევს კუნთებამდე. ჭრილობის ირგვლივ ქსოვილები შესივებული და შეწითლებულია. დუნდულების ზომიერი გადაწვევით ჭრილობიდან სისხლი გამოიყოფა. აღებულ იქნა ნაცხი სწორი ნაწლავიდან. რომელშიც სპერმატოზოიდები ვერ იქნა აღმოჩენილი.

დასკვნა: 1. მოქ. შ-ის სწორი ნაწლავის მიდამოში არსებული დაზიანება მიყენებული რაიმე მკვრივი და ბლავვი საგნის მოქმედებით, შესაძლებელია სასქესო ასოთი, და თავისი ხანდაზმულობით შეეფარდება წინასწარ ცნობებში მითითებულ თარიღს, ე. ი. 1942 წლის 14 აპრილს.

2. მოქ. შ-ის უკანა ტანის მიდამოდან აღებულ ნაცხში სპერმატოზოიდები ვერ იქნა აღმოჩენილი, რაც არ გამორიცხავს უკანა ტანიდან მომხდარი სქესობრივი შეუღლების ფაქტის შესაძლებლობას.

3. მოქ. შ-ს უკანა ტანის მიდამოში რაიმე დაავადება არ აღმოჩნდა.

4. მოქ. შ-ის უკანა ტანის მიდამოში მიყენებული დაზიანება-
მიეკუთვნება მსუბუქ ხარისხს.

თბილისის სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტი.
(ხელმოწერა).

ბ ა უ პ ა ტ ი უ რ ე ბ ა

გაუპატიურება წარმოადგენს ნაძალადევ, ანუ ქალის ნებასურ-
ვილის წინააღმდეგ სქესობრივ კავშირს.

ამ დანაშაულის შედგენილობა ჩამოყალიბებულია საქართვე-
ლოს სსრ სისხლის სამართლის კოდექსის 117-ე მუხლში, რომლის
მიხედვითაც გაუპატიურება შეიძლება იყოს სამი სახის: გაუპატი-
ურება ფიზიკური ძალის გამოყენებით, ფსიქიკური ზემოქმედებით
(მუქარით, დაშინებით) და ქალის უმწეო მდგომარეობის გამოყენე-
ბით.

როგორც სერდიუკოვი აღნიშნავს, საბჭოთა კანონმდებლობა
ზუსტად განსაზღვრავს ტერმინ „გაუპატიურებას“ და არ ღებუ-
ლობს მხედველობაში მოსახლეობაში გავრცელებულ მის ფართო
განმარტებას. ზოგიერთი ქალები გაუპატიურებად თვლიან ისეთ
შემთხვევებსაც, როცა ნებაყოფლობითი სქესობრივი შეუღლების
შემდეგ არ განხორციელდა წინასწარ შეპირებული ცოლად თხო-
ვა, ხელფასის მომატება, სამუშაო ადგილის მიცემა ან სხვა მატე-
რიალური ანაზღაურება.

საბჭოთა კანონმდებლობა სწორად აფასებს ამ სიტუაციას,
თვლის რა, რომ პიროვნებამ, რომელმაც მიაღწია სქესობრივ სიმწი-
ფეს და არის 18 წლის ან მეტი ასაკის, სათანადოდ უნდა შეა-
ფასოს მსგავსი წინადადებები, ანგარიში გაუწიოს თავის მოქმედე-
ბას და გაითვალისწინოს მოსალოდნელი შედეგები.

სქესობრივი ძალადობის დროს უსათუოდ საჭიროა დეტალური
და ყოველგვარი სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის წარმოება,
რადგან უმრავლეს შემთხვევაში ამ დანაშაულის ძირითად დამამტ-
კიცებელ საბუთს წარმოადგენს სასამართლო-სამედიცინო შემოწ-
მების აქტი, რომლითაც მტკიცდება გამოძიებისათვის მეტად საჭირო
საკითხები: ფიზიკური ძალადობის ნიშნები. სქესობრივი შეუღლე-
ბის ფაქტი, სხეულის დაზიანება, მძიმე ავადმყოფობა, თვითმკვლე-

ლობის მცდელობა ან მისი შესრულება, მკვლელობა და სხვ., რაც ზოგჯერ თან სდევს ნაძალადევ სქესობრივ შეუღლებას და ითვლება დანაშაულის დამამძიმებელ გარემოებად.

გაუპატიურება ფიზიკური ძალის გამოყენებით გულისხმობს, ნაძალადევ სქესობრივ კავშირს ფიზიკური ძალის საშუალებით, როცა ქალის სურვილის წინააღმდეგ სქესობრივი კავშირი ხდება მამაკაცის მიერ ფიზიკური ძალის გამოყენებით.

ამ სახის დანაშაულის დასამტკიცებლად სასამართლო-სამედიცინო შემოწმების დროს საჭიროა ყურადღება მიექცეს დაზარალებულის და მოძალადის სხეულზე არსებულ ფიზიკური დაზიანების ნიშნებს და აღწერილ იქნეს იგი ზედმიწევნით დეტალურად.

გაუპატიურება „ფსიქიკური ძალმომრეობით“ გულისხმობს დანაშაულის ისეთ სახეს, როცა ნაძალადევი სქესობრივი შეუღლება წრმოებს ფსიქიკური ზემოქმედებით — დაშინებით, მუქარით. ასეთ შემთხვევაში მნიშვნელოვანია რაიმე იარაღით (დანით ან რევოლვერით) დაშინება, როცა დაზარალებული მოულოდნელი თავდასხმით გამოწვეული დაზიანების გამო ანგარიშს ვერ უწევს შექმნილ გარემოებას და მოკვლის შიშით იძულებულია დაუბდეს მოძალადეს. დანაშაულის ასეთი შედგენილობის დროს სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა რაიმე მნიშვნელოვან დაზიანებას ვერ გაუწევს სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოებს, რადგან ფსიქიკური ზემოქმედების კვალი რაიმე ობიექტური ნიშნების სახით არ აღინიშნება. ზოგიერთ იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს რაიმე ფსიქიკური დაავადება, რომელსაც კავშირი აქვს ამ ძალადობასთან. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა დაზარალებულის სასამართლო-ფსიქიატრიული შემოწმება ფსიქიკური დაავადების ხასიათის დასადგენად (რა სახის ფსიქიკური მოშლილობაა და არის თუ არა იგი მიზეზობრივ კავშირში გაუპატიურების მიზნით გამოყენებულ ძალადობასთან).

გაუპატიურებას დაზარალებულის უმწეო მდგომარეობის გამოყენებით ადგილი აქვს ისეთ შემთხვევაში, როცა იგი დაუძლურებულია (ფიზიკური სისუსტის, დაავადების, მოწამვლის, გადაღლის გამო), ან შექმნილი გარემოების გამო არ შეუძლია წინააღმდეგობის გაწევა.

შესაძლებელია მოძალადემ უმწეო მდგომარეობაში ჩააყენოს.

დაზარალებული, მაგალითად, ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენებით (ქლორალჰიდრატი, ალკოჰოლური სასმელები და სხვ.). ამგვარ შემთხვევებში წინააღმდეგობის გაწევის საშუალება მოსპობილია, რადგან დაზარალებული მოწამლულია და გარემოში ვერ ერკვევა ან ანგარიშს არ უწევს თავის მოქმედებას.

საყურადღებოა ის გარემოება, რომ სისხლის სამართლის კოდექსის 117-ე მუხლში მითითებული არ არის ქალის გაუპატიურებაზე. იქ ლაპარაკია მხოლოდ „სქესობრივ ძალადობაზე“, ე. ი. „სქესობრივი კავშირის დაქერაზე“, რომლის მიხედვითაც დაზარალებული შეიძლება იყოს როგორც ქალი, ისე მამაკაცი, მაგრამ პრაქტიკულად სქესობრივი ძალადობის დროს დაზარალებული ყოველთვის ქალია, რადგან ქალს მამაკაცის გაუპატიურება არ შეუძლია. ამიტომ გაუპატიურების შემთხვევაში დანაშაულის სუბიექტი არის შერაცხად მამაკაცი.

გაუპატიურების საკითხის დადგენა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტის კომპეტენციაში არ შედის. ეს უნდა დაამტკიცოს გამომძიებელმა და სასამართლომ მასალების და ძირითადად სამედიცინო ექსპერტიზის მონაცემების გამოყენებით.

გაუპატიურებასთან დაკავშირებით ექსპერტი ადგენს მხოლოდ ზოგიერთ ფაქტიურ მდგომარეობას, რომლის მიხედვითაც შესაძლებელი ხდება გაუპატიურების დადგენა ან უარყოფა. ასეთებიდან აღსანიშნავია: სქესობრივი სიმწიფის, სქესობრივი შეუღლების ფაქტის დადგენის საკითხი, ფიზიკური ძალადობის შედეგად დაზარალებულის და მოძალადის სხეულზე დარჩენილი დაზიანების კვალის დადგენის საკითხი და სხვ.

მიუღებელია ექსპერტის მიერ დასკვნის გამოტანა, რომ კონკრეტულ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა გაუპატიურებას ფიზიკური ძალის ან ფიზიკური ძალმომრეობის, ან ქალის უმწეო მდგომარეობის გამოყენებით, რადგან მარტო სამედიცინო მონაცემები და ის მოკლე და შეუმოწმებელი წინასწარი (ცალმხრივი) ცნობები, რომელსაც შესამოწმებელი ან მასთან ერთად მოსული პირი გადმოგვცემს, საკმარისი არ არის ამ საკითხის გადასაწყვეტად.

გაუპატიურებასთან დაკავშირებით შეგროვილი უნდა იქნეს ამ დანაშაულებრივი მოქმედების დამამტკიცებელი ყველა მასალა და შემდეგში შესაფერისი იურიდიული ანალიზის მიხედვით გადაწყდეს

საკითხი გაუპატიურების სასარგებლოდ ან მის უარსაყოფად. ყველა ეს საკითხი ექიმის სპეციალური განათლების ფარგლებს სცილდება.

ქალის იძულება სქესობრივი კავშირის დაჭერისათვის.

საქართველოს სსრ სისხლის სამართლის კოდექსის 118-ე მუხლის მიხედვით გათვალისწინებულია თავისუფლების აღკვეთა ვადით სამ წლამდე იმ შემთხვევაში, როცა არის „ქალის იძულება. სქესობრივი კავშირის დაჭერისათვის დაზარალებულის მატერიალური, სამსახურებრივი ან სხვაგვარი დამოკიდებულების გამოყენებით“.

ასეთი სახის დანაშაულის დროს ფიზიკური ძალის გამოყენებას ადგილი არა აქვს. ამიტომ სასამართლო-სამედიცინო შემოწმების დროს საჭიროა დადგენილ იქნეს მხოლოდ სქესობრივი შეუღლების ფაქტი.

სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა ასეთ დანაშაულთან დაკავშირებით თითქმის არ გვხვდება (ჩვენს პრაქტიკაში დღევანდლამდე ასეთი ექსპერტიზა არ გვექონია), რადგან მსგავსი დანაშაულის წარმოშობისათვის საჭირო მიზეზები ჩვენს პირობებში არ არსებობს. ქალი არ წარმოადგენს უფროსის მონა-მორჩილს და მას არ შეიძლება ემუქრობოდა ხვალინდელი დღის უმუშევრობა და სხვა რაიმე შევიწროება. თუ ასეთი დანაშაული იშვიათად მაინც შეიძლება იყოს, იგი ჩვეულებრივ საგამომძიებლო ორგანოების მსჯელობის საგანი არ არის, დანაშაულის განუცხადებლობის გამო.

სქესობრივი შეუღლების ფაქტი

სქესობრივი შეუღლება ბიოლოგიური თვალსაზრისით არის სასქესო ასოს მოთავსება საშოში და თესლის დანთხევა, იმისდა მიუხედავად, თუ რამდენად ღრმად იქნება მოთავსებული სასქესო ასო საშოში. მოზრდილებში სასქესო ორგანოების კონტაქტი, როცა თესლის დანთხევა ხდება საშოს შესავალთან (კარიბჭესთან) ისე რომ სასქესო ასო არ არის მოთავსებული საშოში (საქალწულო აპკის დაუზიანებლად), რასაც შედეგად მოჰყვება ორსულობა, ზოგიერთი გარემოების და ნიშნების (მაგალითად სხეულზე დაზიანების

არსებობისას. საშოში თესლის აღმოჩენა და სხვ.) გათვალისწინებული შეიძლება შეფასდეს, როგორც სქესობრივი აქტი (შეუღლება).

გაუპატიურების დროს ზოგჯერ შეიძლება სქესობრივი შეუღლება არ დასრულდეს, ე. ი. არ მოხდეს თესლის დანთხევა ან არ მოხერხდეს სასქესო ასოს მოთავსება საშოში და თესლის გამოყოფამდე შეწყდეს ძალადობა, ასეთი არასრული coitus-ი (სქესობრივი კავშირი), მ. რაისკის აზრით, მაინც ითვლება სქესობრივ შეუღლებად, რადგან სასქესო ასო კონტაქტში იყო ქალის გარეთა სასქესო ორგანოსთან და ამის გამო მკვეთრად დაირღვა ქალის სქესობრივი ხელშეუხებლობა.

ჩვენ ვერ გავიზიარებთ მ. რაისკის განმარტებას, რადგან სასქესო ორგანოების კონტაქტი შეიძლება დაკავშირებული იყოს სხვა სახის დანაშაულთან, მაგალითად გარყვნილ ქმედებასთან, როცა დანაშაულის სუბიექტური მხარე შემოიფარგლება სურვილით, დაიკმაყოფილოს სქესობრივი მოთხოვნილება იმ პირთან, რომელსაც 16 წელი არ შესრულებია. გარდა ამისა, სასქესო ორგანოების კონტაქტი არ ნიშნავს გაუპატიურების დასრულებულ მოქმედებას. მართალია, ასეთ შემთხვევაში მკვეთრად ირღვევა ქალის სქესობრივი ხელშეუხებლობა, მაგრამ სქესობრივი კავშირი არ მომხდარა — სასქესო ასო საშოში მოთავსებული არ ყოფილა და საქალწულო აკვის მთლიანობაც არ დარღვეულა. ამიტომ, თუ გამოძიების მიერ სწორად იქნა დადგენილი ამ მართსაწინააღმდეგო მოქმედებისათვის შესატყვისი დანაშაულის სუბიექტური მხარე, მოძალადის დასჯა შესაძლებელია გაუპატიურების მცდელობისათვის. საკითხის გადაწყვეტა კიდევ უფრო რთულდება, თუ ძალადობას ადგილი ჰქონდა ადრე სქესობრივად ნაცხოვრებ ქალთან, რადგან ასეთი (ნაწილობრივი ან დასრულებული) სქესობრივი შეუღლებისათვის დამადასტურებელი რაიმე ობიექტური ნიშნების ნახვა (საქალწულო აკვის ახალი დაზიანების სახით) შეუძლებელია. ამდენად ასეთ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა სქესობრივ შეუღლებას თუ სასქესო ორგანოების კონტაქტს, სამედიცინო მონაცემებით არ დასტურდება.

სქესობრივი ძალადობის დროს მეტად მნიშვნელოვანია სქესობრივი შეუღლების ფაქტის დადგენა, რომელიც ყოველთვის ადვილი არ არის და მოითხოვს დეტალურ სასამართლო-სამედიცინო შემოწმებას და გამოძიებას.

შესამოწმებელი სასამართლო-სამედიცინო გამოკვლევის დაწკება-მდე საჭიროა წინასწარი ცნობების ანუ საქმის გარემოების ზუსტი და დეტალური შესწავლა. ამ მიზნით შესამოწმებელს საშუალებას ვაძლევთ მოყვეს შემთხვევის შესახებ ყველაფერი ისე, რომ დამატებითი კითხვებით არ შევაჩეროთ ან არ დავენმართო აზრის გამოთქმაში. ამის შემდეგ უნდა მიეცეს მას დამატებითი კითხვები საკითხის გარკვევის მიზნით.

მცირეწლოვანის შემოწმების შემთხვევაში პირველ რიგში უნდა მოხდეს მშობლის ან ახლობლის გამოკითხვა, რომლებმაც მოიყვანეს იგი შესამოწმებლად, ხოლო შემდეგ თვით ბავშვს უნდა მიეცეს საშუალება, მოყვეს შემთხვევის შესახებ, რაც მან იცის. მიღებული მონაცემები, მხოლოდ ფაქტიური მდგომარეობის ყველა რგოლის აღნიშვნით, შეტანილ უნდა იქნეს მოკლედ სასამართლო-სამედიცინო შემოწმების აქტის შესავალში (წინასწარ ცნობებში) და ამ აქტს ხელი უნდა მოაწერონ მშობლებმა ან თვით შესამოწმებელმა, თუ ამის შესაძლებლობას იძლევა შესამოწმებლის ასაკი და მისი განვითარება.

შემოწმების აქტის ამ ნაწილში აღნიშნული უნდა იქნეს შესამოწმებელი პირის ვინაობის დამადასტურებელი დოკუმენტის — პასპორტის, პირადობის მოწმობის ან სხვა (ფოტოსურათიანი) ცნობის ნომერი და გაცემის თარიღი (ზოგჯერ გამოძიებელი მომართვაზე აკრავს შესამოწმებლის სურათს). მცირეწლოვანთა შემოწმების დროს საჭიროა მშობლების ან იმ პირის დოკუმენტების გასინჯვა და შეტანა აქტში, რომელმაც იგი მოიყვანა შესამოწმებლად. ასეთი ღონისძიების ჩატარება ნაკარნახევია იმ მოსაზრებით, რომ ნამდვილად იმ პირის შემოწმება მოხდეს, რომელიც გამოძიებას აინტერესებს.

ყველა ამის შემდეგ უნდა მოხდეს შესამოწმებელი პირის ობიექტური გამოკვლევა. ამ მიზნით საჭიროა მთლიანად გაცხადოთ მას ტანსაცმელი, პირველ რიგში მოვახდინოთ სხეულის ფიზიკური განვითარების მონაცემების აღნიშვნა (სიმაღლე, თავის, გულმკერდის და მუცლის გარშემოწერილობა, მენჯის ზომები, თმოვანობის მდგომარეობა და სხვ.), ხოლო შემდეგ გავსინჯოთ სასქესო ორგანოები. ამ მიზნით შესამოწმებელი უნდა დავაწვინოთ გინეკოლოგიურ მაგიდაზე (ან თუ ასეთი არ არის, ტახტზე, ან შეიძლება ჩვეულებრივ

მაგდაზე). ისე, რომ ფეხები მოხრილი იყოს მუხლების და მენჯ-
ბარძაყის სახსრებში, ბარძაყები ეხებოდეს მუცლის გვერდით კედ-
ლებს და გადაშლილი იყოს უკიდურეს შესაძლებლობამდე. მენჯი
(გავის მიდამოში) უნდა მოთავსდეს მაგიდის კიდესთან ისე, რომ
საჯდომი (დუნდულა კუნთები) სცილდებოდეს მის კიდეს. ასეთი
მდებარეობის დროს კარგად მოჩანს გარეთა სასქესო ორგანოები
(დიდი და მცირე სასირცხო ბაგეები და საშოს შესავალი). გასინჯვი-
სას უნდა აღინიშნოს საშოს შესავალი ღიაა, თუ დახურული, არის
თუ არა საშოდან რაიმე გამონადენი, დიდი სასირცხო ბაგეები ფა-
რავს თუ არა მცირე სასირცხო ბაგეებს და სხვ. ამის შემდეგ დიდი
სასირცხო ბაგეების გარეთა კიდეებს, დაახლოებით მისი შუა
მესამედის მიდამოში, ორივე მხრიდან, ცერით და საჩვენებელი თი-
თით ვწევთ ჩვენსკენ და ზემოთ ისე, რომ გამოჩნდეს საშოს შესავე-
ლის ლორწოვანი გარსი, საშარდე მილის გარეთა ხვრელი და სა-
ქალწულო აპკი. აღწერილი უნდა იქნეს საშოს ლორწოვანი გარსის
თავისებურება (მისი ფერი და ნაოჭიანობის ხარისხი), მასზე სქე-
სობრივი შეუღლების შედეგად დარჩენილი კვალი ჰიპერემიის, ნაქ-
დების ან სისხლნაქდენტის სახით, რასაც ზოგჯერ ადგილი აქვს პირ-
ველი ან ტლანქი სქესობრივი შეუღლების შემთხვევებში. ამის
შემდეგ უნდა მოხდეს საქალწულო აპკის დათვალიერება. დადგენი-
ლი უნდა იქნეს მისი ფორმა, კედლების სისქე, ხვრელის ოდენობა
(სიფართო), აპკის შეკუმშვის ინტენსივობა (თითის წვერის შეტანით
საქალწულო აპკის ხვრელის შესავალში) და ბოლოს მასზე არსებუ-
ლი დაზიანების ხასიათი და ზუსტი ლოკალიზაცია.

საქალწულო აპკის დათვალიერება, როგორც წესი უნდა მოხ-
დეს ბუნებრივ სინათლეზე, გამადიდებელი შუშის დახმარებით,
რომ კარგად ჩანდეს აპკზე არსებული მცირე, ძნელად შესამჩნევი
ცვლილებები (განსაკუთრებით ნაწიბურები).

საქალწულო აპკის დათვალიერებისათვის ბევრი წესია მოწო-
დებული, მაგრამ ყველაზე მარტივი და ხელმისაწვდომია ზემოთ მი-
თითებული წესი.

საქალწულო აპკის კიდეები თითქმის არასოდეს არ არის
სწორი. ამიტომ ბუნებრივი ჩაღრმავებების და ნაკეცების დათვა-
ლიერების მიზნით საქალწულო აპკის ხვრელში შეტანილი უნდა იქ-
ნეს მინის ჩხირი ან ზონდი და მისი ცირკულარული მოძრაობით

ამოსწორდეს და დათვალიერდეს ყველა ნაკეცის მიდამო. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს საქალწულო აპკის კიდეების სისქეს, რომელიც ყველგან თანაბარი უნდა იყოს, და, ამასთან, საკმაოდ მოქნილი და ღია ვარდისფერი. აპკის ბუნებრივი ჩაღრმავება უნდა გაისინჯოს ნაწიბურის არსებობის დასამტკიცებლად,



სერ. 10. საქალწულო აპკის გასინჯვა (ბეჭდისებური ფორმის).

რადგან ჩახევის მიდამო ძალიან წააგავს ბუნებრივ ჩაღრმავებას და ნაწიბურის არსებობის შემთხვევაში დადგენილი იქნება მისი მთლიანობის დარღვევის საკითხი.

საქალწულო აპკის ჩახევის ადგილას განვითარებული ნაწიბური ზოგჯერ ისეთი ნაზი და ძნელად შესამჩნევია, რომ გამადიდებელი შუშის დახმარებითაც კირს დანახვა.

მცირეწლოვანი და მოზრდილი გოგონების გასინჯვის დროს დიდი სასირცხო ბაგეების დაჭიმვა ზედმიწევნით ფრთხილად უნდა მოხდეს. წინააღმდეგ შემთხვევაში მოსალოდნელია საშოს შესავლის ლორწოვან გარსზე ნასკდომების განვითარება ან თვით საქალწულო აპკის დაზიანება (ეპითელური საქალწულო აპკის შემთხვევაში).

ვ. მერქვესკი (1878) საქალწულო აპკის ზუსტი დათვალიერების მიზნით გვირჩევს საშოში რეზინის პატარა ბუშტის მოთავსებას, რომელიც საშოში მოთავსების შემდეგ ჰაერით ან წყლით უნდა გაივსოს. ამ ბუშტის საშუალებით დაიჭიმება და გადაიშლება

საქალწულო აპკი და კარგად გამოჩნდება მისი ყველა ნაწილი. ეს წესი მართალია, სირთულესთან არ არის დაკავშირებული, მაგრამ მას პრაქტიკული გამოყენება არა აქვს. ერთი მხრივ. იმიტომ. რომ მო-



სურ.1 ა). საქალწულო აპკის გასინჯვა
(ბეჭდისებური ფორმის).

სალოდნელია საქალწულო აპკის დაზიანება რეზინის ბუშტის საშოში შეტანისა და გაბერვის დროს, ხოლო, მეორე მხრივ, უამისოდაც კარგად შეიძლება საქალწულო აპკის დეტალური დათვალეიერება ზემოთ მითითებული მეთოდის გამოყენებით.

მენსტრუაციის პერიოდში ან თეთრად შლის შემთხვევაში ქალის გასინჯვის დროს საჭიროა წინასწარ გამორეცხილი და გასუფთავებული იქნეს საშო. რადგან სისხლიანი და ჩირქიანი გამონადენი ხელს უშლის საქალწულო აპკის დეტალურ დათვალეიერებას.

გასინჯვა ზონდისა და მინის ჩხირით ფრთხილად უნდა იქნეს წარმოებული. ამასთან. ინსტრუმენტი გამთბარი უნდა იყოს სხეულის ტემპერატურამდე. წინააღმდეგ შემთხვევაში საქალწულო აპკთან შეხებისას შესაძლებელია საშოს შესავალ ხვრელში არსებული კუნთების შეკუმშვა, რომლის შემდეგ ძნელდება საქალწულო აპკის დათვალეიერება.

საექიმო გასინჯვისადმი შიში და წინააღმდეგობა ზედმიწევნით ხელს უშლის ნორმალურ გასინჯვას, რასაც უფრო ხშირად ადგილი აქვს მკირეწლოვანთა შემოწმების დროს. მსგავს შემთხვევაში მიუღებელია ქალის წინააღმდეგობის დაძლევა ფიზიკური ძალის გამოყენებით, რადგან ასეთი ტლანქი გასინჯვით შეიძლება თვითონ ექიმმა მიაყენოს დაზიანება. ლიმანი აღწერს შემთხვევას, როცა ექიმის მიერ ტლანქი გასინჯვის შემდეგ შეუძლებელი შეიქნა დადგენა იმისა, საქალწულო აპკის დაზიანება წარმოშობილი იყო ქალის გასინჯვამდე, თუ გასინჯვის პროცესში. ანალოგიურ შემთხვევებზე: მიუთითებენ მაშკა, სალესი და სხვ. (Гофман. «Руководство по судебной медицине», 1933, გვ. 91).

საქალაქეულო აპკის დათვალეიერების შემდეგ უნდა მოხდეს სა-
შოს ლორწოვანი გარსიდან ნაცხის აღება სპერმატოზოიდების აღ-
მოჩენის მიზნით.

ნაცხის აღება უნდა მოხდეს ლითონის სტერილური მარყუ-
ყით ან მინის ჩხირით. საშოს რაც შეიძლება ღრმა ადგილებიდან,
უმჯობესია საშოს უკანა თალიდან, სადაც შეიძლება დარჩენილი იყ-
ოს თესლის ნაწილი.

სპერმატოზოიდების აღმოჩენა საშოდან აღებულ ნაცხში ზოგ-
ჯერ შესაძლებელია სქესობრივი შეუღლებიდან რამდენიმე დღის
შემდეგაც, თუ საშოს გამორეცხვა არ არის ნაწარმოები. პრაქტი-
კულად საშოდან აღებულ ნაცხში სპერმატოზოიდების ნახვა მით
უფრო შესაძლებელია რაც უფრო ადრე იქნება აღებული ნაცხი მიკ-
როსკოპული გამოკვლევისათვის.

ისეთ შემთხვევაში, როცა ექიმს არ შეუძლია საშოდან აღ-
ებულ ნაცხში სპერმატოზოიდების აღმოჩენა, ნაცხი უნდა მოთავს-
დეს ორ სასაგნე მინას შორის, შესაფერისად შეიფუთოს, დაილუ-
ქოს და გადაიგზავნოს ლაბორატორიაში გამოსაკვლევადა.

სპერმატოზოიდების აღმოჩენა საშოდან აღებულ ნაცხში კა-
ტეგორიულად ადასტურებს სქესობრივი შეუღლების ფაქტს, ხო-
ლო ამით შეუღლების ხანდაზმულობის საკითხის გადაწყვეტა შე-
უძლებელია.

მიუხედავად იმისა, რომ აღმოჩენილი სპერმატოზოიდები შე-
იძლება არ ეკუთვნოდეს დანაშაულში ექვმიტანილ მამაკაცს, მაინც
ასეთი გამოკვლევის ჩატარებას უსათუოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს
საქმის სწორი იურიდიული კვალიფიკაციისათვის.

სპერმატოზოიდები შეიძლება ნახულ იქნეს გვამის საშოდან
აღებულ ნაცხში, რაც მეტწილად მიუთითებს სიკვდილის წინ მომხ-
დარ სქესობრივ შეუღლებაზე. მკვლელობის შემთხვევაში, როცა
ექვია გაუპატიურებაზე, ქალის გვამის საშოდან და სხვა შინაგან
სასქესო ორგანოებიდან აღებული უნდა იქნეს ნაცხი სპერმატოზო-
იდების აღმოჩენის მიზნით.

ჰოფმანს თავის სახელმძღვანელოში მოყავს მეძავი ქალის
მკვლელობის შემთხვევა, რომელიც გაძარცვის მიზნით იქნა მოკ-
ლული (ყელის გამოჭრით). გვამის საშოდან აღებულ ნაცხში ნა-
ხულ იქნა უამრავი სპერმატოზოიდი. მაგრამ ბოროტმოქმედი უარ-

ყოფდა, მკვლელობის წინ გაუპატიურებას. ასეთ შემთხვევაში სპერმატოზოიდების აღმოჩენა უნდა აიხსნას ადრე სხვა მამაკაცთან სქესობრივი შეუღლებით. მეორე შემთხვევაში მოკლული მეძავი ქალის გვამის საშოდან აღებულ ნაცხში სპერმატოზოიდები ვერ იქნა აღმოჩენილი, მიუხედავად იმისა, რომ მკვლელობის წინ მას სქესობრივი კავშირი ჰქონდა მამაკაცთან. ეს უნდა აიხსნას ორი გარემოებით: ან იმიტომ, რომ ქალმა გამოირეცხა საშო სქესობრივი შეუღლების შემდეგ მკვლელობამდე, ან მამაკაცის თესლი არ შეიცავდა სპერმატოზოიდებს, ე. ი. მას ჰქონდა აზოოსპერმია (თესლში სპერმატოზოიდების არარსებობა).

გვამზე სპერმატოზოიდების ნახვა შეიძლება საშოში, საშვილოსნოს ყელში, საშვილოსნოში და თვით პერიტონიუმის ღრუში. დამტკიცებულია რომ სპერმატოზოიდი სწრაფად მოძრაობს და ერთი საათის განმავლობაში შეუძლია გაიაროს ერთი სმ მანძილი, ამიტომ სქესობრივი შეუღლებიდან დაახლოებით 5 — 10 წუთის შემდეგ საშვილოსნოს ყელის შესავალში შეიძლება აღმოვაჩინოთ სპერმატოზოიდები.

განაყოფიერების უნარის მქონე სპერმატოზოიდი საშვილოსნოში და დანამატებში შეიძლება ნახული იქნეს სქესობრივი შეუღლებიდან დაახლოებით ორი კვირის შემდეგ. ზოგჯერ ასეთი სპერმატოზოიდების ნახვა შეიძლება საშვილოსნოში — სიკვდილიდან რამდენიმე საათის შემდეგ. ცნობილია, რომ გვამის საშოში და საშვილოსნოში ცოცხალი სპერმატოზოიდები შეიძლება ნახული იქნეს სიკვდილიდან 72 საათის შემდეგ.

თესლის კვალი სქესობრივი შეუღლების შედეგად შეიძლება დარჩეს ქალის სხეულის სხვადასხვა მიდამოში, მეტწილად ბოქვენზე, სასქესო ორგანოების მიდამოში, განსაკუთრებით თმებში, ბარძაყებზე, თეთრეულზე (საცვლები, ზეწარი და სხვ.) გამხმარი ლაქის სახით.

საცვლებზე, თეთრეულზე (ზეწარი) ან სხვა საგნებზე ნახული თესლის მხრივ საექვო ლაქის კვალის გამოკვლევა სპერმატოზოიდების აღმოჩენის მიზნით ადვილი არ არის, იგი ექიმისაგან მოითხოვს სპეციალურ ცოდნას და გამოცდილებას.

თესლის მხრივ საექვო ლაქაში (ნივთიერდამამტკიცებელ სა-

ბუთხე) სპერმატოზოიდების აღმოჩენა შეიძლება რამდენიმე თვის და წლის შემდეგაც.

თესლის გამოკვლევის მეთოდებზე მითითებულია სასამართლო მედიცინის სხვა ნაწილში (ნივთიერმტკიცებათა გამოკვლევა).

თესლის მხრივ საექვო ლაქაში სპერმატოზოიდების აღმოჩენით დასტურდება, რომ გამოსაკვლევ საექვო ლაქა სპერმა, ხოლო უარყოფითი შედეგის შემთხვევაში (როცა სპერმატოზოიდები არ არის ნახული) იმის თქმა, რომ საექვო ლაქა თესლი არ არის, არ შეიძლება, რადგან შესაძლოა იმ მამაკაცს, რომელსაც ეკუთვნის ეს თესლის ლაქა, ჰქონდა აზოოსპერმია. გამოკვლევის ასეთი უარყოფითი შედეგის შემთხვევაში დასკვნაში იწერება: სპერმატოზოიდები არ აღმოჩნდა.

საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევა შეიძლება მოხდეს სქესობრივი შეუღლების გარეშე ან, პირიქით, შესაძლებელია არ დაზიანდეს სქესობრივი შეუღლების შედეგად. საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევა ძველთაგანვე ითვლება სქესობრივი შეუღლების ერთ-ერთ, შეიძლება ითქვას, ძირითად დამამტკიცებელ ნიშნად. ამიტომ სქესობრივი შეუღლების ფაქტის დასადგენად დიდი მნიშვნელობა აქვს ქალი წინათ სქესობრივად ნაცხოვრებია თუ არა.

იმ შემთხვევაში, როცა საქალწულო აპკი დაზიანებულია წინათ მომხდარი სქესობრივი შეუღლების შედეგად, უკანასკნელი სქესობრივი შეუღლების ფაქტის დადგენა შესაძლებელია მხოლოდ საშოს ლორწოვანიდან აღებულ ნაცხში სპერმატოზოიდების აღმოჩენით.

გაუპატიურება შეიძლება იყოს გახრწნით, ე. ი. ნაძალადევი სქესობრივი კავშირით ისეთ ქალთან, რომელსაც მანამდე სქესობრივად არ უცხოვრია (ქალწულთან) და გაუპატიურება გახრწნის გარეშე, ე. ი. ნაძალადევი სქესობრივი კავშირი ისეთ ქალთან, რომელსაც სქესობრივად უცხოვრია.

ქალწული ქალის გაუპატიურება სისხლის სამართლის კოდექსის ცალკე მუხლში არ არის გათვალისწინებული. ეს დანაშაული ისჯება ისევე, როგორც სქესობრივად ნაცხოვრები ქალის გაუპატიურება.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მიუხედავად იმისა, რომ საქალწულო აპკის მთლიანობის ახალი დარღვევა მიუთითებს ახლო წარსულში მომხდარ სქესობრივ შეუღლებაზე, ზოგიერთ გამონაკლის

შემთხვევაში ეს დაზიანება შეიძლება წარმოშობილი იყოს საშოში სხვა რაიმე მკერვი და ბლაგვი საგნის მოთავსებით, მაგალითად, სქესობრივი ძალადობის დროს მოძალადის მიერ საშოში თითის შეტანით. იშვიათად — თვით ქალის მიერ ონანიზმის დროს და სხვ. ამიტომ სქესობრივი შეუღლების ფაქტის კატეგორიული მტკიცება მარტო საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევის მიხედვით შეუძლებელია. ამიტომ ასეთ შემთხვევაში დასკვნა კატეგორიულ ხასიათს არ ატარებს (მაგალითად, საქალწულო აპკის მთლიანობა ამჟამად დარღვეულია, რაც გამოწვეულია საშოში რაიმე მკერვი და ბლაგვი საგნის შეყვანით, როგორცაა, მაგალითად. მამაკაცის სასქესო ასო), ხოლო იმ შემთხვევაში როცა საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევის დროს საშოდან აღებულ ნაცხში ნახულია სპერმატოზოიდები, დასკვნა კატეგორიულ ხასიათს ატარებს („... საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევა გამოწვეულია სქესობრივი შეუღლების შედეგად“).

სქესობრივი შეუღლების შედეგად ზოგჯერ აღვილი აქვს გარეთა სასქესო ორგანოების სხვა ტრავმულ დაზიანებას. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება ვნახოთ ნავისებური ფოსოს მიდამოში ლორწოვანი გარსის დაზიანება ნაჭდვის ან ნასკდომის სახით. ზოგჯერ საშოს ლორწოვანი გარსის ნასკდომი აღწევს შორისის კუნთოვან ფენამდე ან კიდევ, უფრო იშვიათად (მეტწილად ბავშვებში), — სწორი ნაწლავის ლორწოვან გარსამდე. ასეთივე დაზიანება შეიძლება განვითარდეს საშოს წინა კედელზე და ლორწოვანი გარსის ნასკდომი გავრცელდეს საშარდე მილის უკანა კედელზე.

საშოს ლორწოვან გარსზე ნაჭდვის ან სისხლნაეღენტის აღმოჩენა ძნელია, რადგან კარგად არ მოჩანს ან იმიტომ, რომ დაზიანების უბანი მცირეა, ან სქესობრივი შეუღლებიდან საკმაო დროა გასული და სისხლნაეღენტი და ნაჭდვი მკრთალია ან უკუგანვითარების ისეთ ხანაშია, რომ ძნელად შესამჩნევია.

მსგავსი დაზიანება შეიძლება განვითარდეს საშოში სხვა რაიმე მკერვი და ბლაგვი საგნის მოქმედებით.

გარდა აღნიშნულისა, სქესობრივი შეუღლების ფაქტის სასარგებლოდ ლაპარაკობს ვენერული სნეულების შეყრა.

ასეთ შემთხვევაში ექსპერტის წინაშე ისმის საკითხი იმის შესახებ, თუ ვენერული სნეულების რომელ სახესთან გვაქვს საქმე და

რა გზით ზონდა დაავადების შეყრა, რადგან ზოგიერთ შემთხვევაში ვენერული სნეულების შეყრა ხდება არასქესობრივი გზით.

ზოგიერთ შემთხვევაში გამოძიებას ესაჭიროება დადგენა სქესობრივ კავშირს ადგილი ჰქონდა ერთხელობრივად, თუ სისტემატურად.

ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა შეუძლებელია, მიუხედავად იმისა, რომ სისტემატური სქესობრივი კავშირის შედეგად ხშირად საშოს შესავალი ხერელი ღიაა, ლორწოვანი გარსის ნაოქიანობა წაშლილია ან სუსტადაა გამოხატული და დაზიანებული საქალწულო აპკის თავისუფალი კიდეები მეტად ატროფიულია. მსგავსი მოვლენები გარეთა სასქესო ორგანოებზე შეიძლება ჰქონდეს ქალს პირველი სქესობრივი შეუღლების შემდეგაც.

ასევე შეუძლებელია იმის დადგენა, დიდი ხანი გავიდა მას შემდეგ თუ არა, რაც სქესობრივი ცხოვრება შეწყვიტა ქალმა.

ამრიგად, სქესობრივი შეუღლების ფაქტის დასადგენად მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ყველა ის ნიშანი, რომელიც პირდაპირი თუ არაპირდაპირი გზით ადასტურებს ამგვარ შესაძლებლობას.

დეფლორაცია

ქალწულობაში იგულისხმება ისეთი მდგომარეობა, როცა ქალი სქესობრივ ცხოვრებას არ ეწევა და გარეთა სასქესო ორგანოები ამის გამო არ განიცდის რაიმე სტრუქტურულ ცვლილებებს.

ქალწული ქალის საშოს შესავალი დაზიანებულია დიდი სასირცხო ბაგეებით. ეს უკანასკნელი მოქნილი და საკმაოდ მომკვრივო კონსისტენციისაა, დაფარულია თმით და ღია ვარდისფერია. მასზე უხვად არის გამოხატული ნაოქიანობა. საშოს შესავალში მოთავსებულია დაუზიანებელი საქალწულო აპკი.

ამასთან, ქალის სხეულის ფიზიკური განვითარება ერთგვარად თავისებურია, სარძეო ჯირკვლები ნახევარსფეროსებურია, წილოვანი, ამობურცული და მომკვრივო კონსისტენციისაა. მასზე არსებული დვრილი ზომიერად პიგმენტური, მომკვრივო კონსისტენციისა და ნაკლებად დანაოქებულია. მუცლის პრესი კარგადაა გამოხატული, არ არის მოდუნებული და ზომიერად ჩაზნექილია ხერხემ-

ლისაკენ ისე, რომ გულმკერდის წინა კედლის გასწვრივ არ მდებარეობს.

აღწერილი ნიშნები (განსაკუთრებით ქალის სხეულის ფიზიკური განვითარება) სავალდებულო არ არის ქალწულისათვის, რადგან აღნიშნულიდან გადახრა დამოკიდებულია თანდაყოლილ თავისებურებაზე, ასაკზე. ფიზიკურ ვარჯიშებზე, კვებაზე (სიმსუქნე და სიგამხდრე). გადატანილ ინფექციურ დაავადებებზე და სხვ. ამავდროს ეს ნიშნები არ არის დამახასიათებელი მხოლოდ ქალწულისათვის.

ზოგიერთ შემთხვევაში გარეთა სასქესო ორგანოების (დიდი და მცირე სასირცხო ბაგეების, საშოს ლორწოვანი გარსის და საქალწულო აკის) მდგომარეობა უცვლელი რჩება მრავალი სქესობრივი შეუღლების შედეგადაც. ამიტომ საქალწულო აკის მთლიანობის დაურღვევლობა არ ნიშნავს ქალწულობას. მიუხედავად ამისა, საქალწულო აკის მთლიანობა ძველთაგანვე ითვლება ქალწულობის ერთ-ერთ დამამტკიცებელ საბუთად.

საქალწულო აკის ზემოაღნიშნული ფორმებიდან ზოგი ისეთია (ერთი ბუნებრივი, თითქმის ფუძემდებ დამავალი ჩაღრმავებით), რომ ძალიან წააგავს ძველ ჩახევას.

საქალწულო აკის ასეთი იშვიათი ფორმების დაზიანების საკითხის გადაწყვეტა ზედმიწევნით ძნელია და მოითხოვს დიდ დაკვირვებას, სპეციალურ ცოდნას და გამოცდილებას. არასწორი დასკვნის ავტორები ძალიან ხშირად არიან მეან-გინეკოლოგები. ეს გასაგებია, რადგან ყველა მეან-გინეკოლოგი არ არის ჰიპენოლოგი. ცნობილია, რომ ქალი მეან-გინეკოლოგთან, ჩვეულებრივ, მიდის საექიმო დახმარებისათვის სქესობრივი ცხოვრების დაწყების შემდეგ, როცა საქალწულო აკის მთლიანობა დიდი ხნის წინათ არის დარღვეული. ამიტომ ამ სპეციალობის ექიმებს ნაკლები პრაქტიკული გამოცდილება აქვთ საქალწულო აკის მდგომარეობის შეფასების მხრივ. ეს გარემოება მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული და მათ მიერ გაკეთებული დასკვნები კრიტიკულად შეფასდეს. ამის საილუსტრაციოდ მრავალი მაგალითის მოყვანა შეიძლება სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის პრაქტიკიდან. მაგალითად, 1955 წ. ზესტაფონის რაიონის სოფ. კლდეეთის მცხოვრებმა მოქ. ქ-ძი ცოლად ითხოვა მოქ. კ-ძე. პირველი სქესობრივი შეუღლების შემდეგ ქმარმა განაცხადა, რომ კა-ძე ქალწული არ იყო. სასწრაფოდ

მოწვეულ იქნა მეან-გინეკოლოგი ქ. ზესტაფონიდან, რომელმაც დაადასტურა ქმრის განცხადება იმის შესახებ, რომ საქალწულო აპკის მთლიანობა ძველი დარღვეულია. ქალის ახლობლების მოთხოვნით განმეორებით მოხდა შემოწმება ქ. ზესტაფონში, ამავე მეან-გინეკოლოგის, აგრეთვე მეორე გამოცდილი მეან-გინეკოლოგის და სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტის მიერ (პროკურატურის მომართვით). კომისიის დასკვნა (ორი მეან-გინეკოლოგის) ისეთივე იყო, როგორც ეს გააყეთა წამყვანმა მეან-გინეკოლოგმა ადგილზე გასინჯვის დროს. მაგრამ სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტი არ დაეთანხმა ამ დასკვნას და მეორე დღეს ქალი შესამოწმებლად პროკურატურის მომართვით გადმოგზავნილ იქნა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის ბიუროში. კომისიური გასინჯვით დადგენილ იქნა საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევა, რომელიც ხანდაზმულობით შეეფარდებოდა ქმართან (მოქ. ქა-ძესთან) მისი პირველი შეუღლების დროს. მიუხედავად ამისა, მდგომარეობა არ გამოსწორებულა და მოქ. ქა-ძის დარწმუნება უკანასკნელი დასკვნის სისწორეში შეუძლებელი შეიქმნა. ამრიგად, გამოცდილი მეან-გინეკოლოგის მცდარი დასკვნის შედეგად მივიღეთ მეტად არასასიამოვნო შედეგი.

სიტყვა დეფლორაცია ბერძნულია (flos — ნიშნავს ყვავილს). საშუალო საუკუნეებში საქალწულო აპკს უწოდებენ flos virgineus. დეფლორაცია ნიშნავს საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევას სქესობრივი შეუღლების შედეგად.

გახრწნა (растворение) წარმოადგენს საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევას, გამოწვეულს პირველი სქესობრივი შეუღლების შედეგად. ამრიგად დეფლორაცია და გახრწნა ერთი და იგივეა. გახრწნა არ არის დანაშაულებრივი ქმედება, იგი გამოხატავს საქალწულო აპკის ანატომიურ ცვლილებას — მისი მთლიანობის დარღვევას; ამიტომ ქართული ტერმინი „გახრწნა“ არც თუ საკსებით გამოხატავს საქმის ნამდვილ ვითარებას. სქესობრივი შეუღლების დროს საქალწულო აპკის დაზიანება ხდება მხოლოდ მექანიკური ძალის მოქმედებით. ჩახვევა იწყება აპკის თავისუფალი ნაპირიდან და სწრაფად ვრცელდება ფუძის მიმართულებით რადიალურად. სასქესო ასოს თავი შედის აპკის ხერელში, რომელიც განიცდის დაჭიმვას და საშოს მიმართულებით ჩაზნექას. მისი კედლების დაჭიმული დაჭიმ-

ვის შენდევ ხდება ერთი ან რამდენიმე ადგილის ჩახვევა, რომელიც ჩვეულებრივ, დადის ფუძემდე.

საქალწულო აპკის დაზიანება წარმოადგენს ბლავვი და მკვრივი საგნით მიყენებულ ნაფლეთოვან კრილობას, რომლის კიდებები უსწორმასწოროა და ალაგ-ალაგ სისხლჩაქცევებით ხასიათდება. ჩა-



სურ. 11. დეფლორირებული საქალწულო აპკები: 1). ღრმა ჩახვევები ქვემო კვადრანტში. 2). ბუნებრივი ჩარმავებისმაგვარი ძველი შეზორცებული ჩახვევები; 3). ღრმა ჩახვევა მარჯვნივ; 4, 5). ძველი ჩახვევები; 6 ტიხარის გაწუწუტა (ბ. ვ. პოპოვიტ).

ნახვიდან ვითარდება სისხლდენა, რომელიც უფრო ხშირად ისეთი უმნიშვნელოა, რომ შემჩნევაც ძნელია (ასეთი მოსალოდნელია ეპითელური საქალწულო აპკის დაზიანების შემთხვევაში, რადგან იგი სისხლძარღვებს ნაკლებად შეიცავს).

იშვიათ შემთხვევაში დაზიანებული საქალწულო აპკიდან სისხლდენა იმდენად ძლიერია, რომ საჭიროა საექიმო დახმარების აღმოჩენა ან კიდევ უფრო იშვიათ შემთხვევაში, მოსალოდნელია სასიკვდილო სისხლდენის განვითარება. ასეთი გართულებანი უფრო ხშირად მოსალოდნელია საშოს ლორწოვანი გარსის დაზიანების ოროს, როცა საქალწულო აპკზე არსებული ჩახვევა გრძელდება საშოს კედელზე ან შორისზე.

პირველი სქესობრივი შეუღლების ერთ-ერთ დამადასტურებელ ნიშნად სისხლდენას თვლიან. ამიტომ სისხლდენის არარსებობის შემთხვევაში, ზოგჯერ ქალი თავისი ან ქმრის ინიციატივით მიდის სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტთან კვლევითების დასადგენად. ექიმის გასინჯვის შედეგად დასტურდება საქალწულო აპკის ახალი

დაზიანება ისე, რომ მან არ გამოიწვია ისეთი სისხლდენა, რომელიც შესაძლებელი იქნებოდა დაინტერესებული პირისათვის.

ჩვენი აზრით, მსგავსი ხასიათის სასამართლო-სამედიცინო შემოწმება უნდა აწარმოოს სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტმა ყოველგვარი ოფიციალური მომართვის გარეშე, რაც ხელს შეუწყობს ობიექტური კვებარებების დადგენით ოჯახის შექმნას.

დეფლორაციას თან ახლავს ტკივილი, რომელიც არც თუ ისე ძლიერია და მალე გაივლის, თუმცა საქალწულო აპკის მიდამოში, სქესობრივი შეუღლების დროს, ტკივილი შეიძლება გაგრძელდეს დაახლოებით ერთი კვირის განმავლობაში. ხოლო შემდეგში სრულიად ისაობა. ეს ტკივილი გამოწვეულია საქალწულო აპკის ჩანახევის მიდამოში განვითარებული შეშუპებით, რომლის დროსაც ანთებითი ინფლტრატი აწევა საშოს ლორწოვანი გარსის მგრძობიარე ნერვების დაბოლოებებს.

საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევის ზუსტი ადგილმდებარეობის აღნიშვნის მიზნით მოწოდებულია ორი სახის წესი:

საქალწულო აპკი, როგორც წრე, გაიყოფა ოთხ თანაბარ კვადრანტად — ზემო მარჯვენა და მარცხენა კვადრანტად და ქვემო მარჯვენა და მარცხენა კვადრანტად. ასეთი ტოპოგრაფიული დაყოფა ტლანქია და ნაკლებად იძლევა შესაძლებლობას ზუსტად აღწვიროთ საქალწულო აპკზე არსებული ანატომიური თავისებურებანი ჩაღრმავების და ჩახევის სახით:

საქალწულო აპკზე არსებული ცვლილებების ზუსტი აღწერის მიზნით მოწოდებული იქნა საქალწულო აპკის დაყოფა საათის ციფერბლატის დანაყოფების მიხედვით. საქალწულო აპკს წარმოვიდგინთ როგორც საათის ციფერბლატს, ისე რომ ციფრი 12 მოხვდეს სამარდე მილისაკენ (ბოქვენისაკენ). ხოლო ციფრი 6 მოხვდეს შორისის (სწორი ნაწლავის შესავლის) მხარეზე. ამგვარი ტოპოგრაფიული დაყოფით ზუსტად შეიძლება იქნეს აღნიშნული საქალწულო აპკის დაზიანების ადგილმდებარეობა.

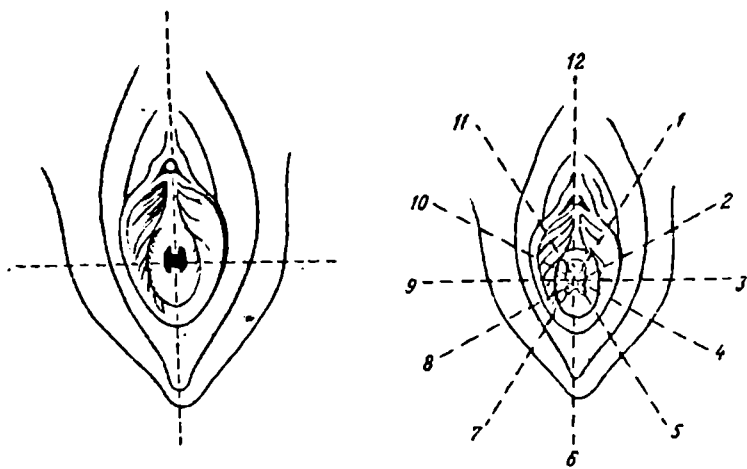
სქესობრივი შეუღლების შედეგად ჩახევა საქალწულო აპკზე შეიძლება განვითარდეს ერთ ან რამდენიმე ადგილას. რომელიც მეტწილად რადიალური მიმართულებისაა. შეიძლება იყოს ირიბი მიმართულების ჩახევაც.

ჩვეულებრივ პოზაში სქესობრივი შეუღლების დროს სასქესო

ასოს თავი ებჯინება საათის ციფერბლატის მეექვსე დანაყოფის მიდამოს. ან უფრო მარცხნივ. ამიტომ დაზიანებაც მეტწილად ამ მიდამოში ვითარდება. ასევე ხშირია ერთდროულად ორი ჩახევა — საათის ციფერბლატის მეხუთე და მეშვიდე დანაყოფის შესაბამისად, ან სამი ჩახევა — მეხუთე, მეექვსე და მეშვიდე დანაყოფის შესაბამისად.

იმ შემთხვევაში, როცა ქალი სქესობრივი შეუღლების დროს მუხლებზე და იდაყვებზეა დაყრდნობილი, საქალწულო აპკის დაზიანება უფრო მოსალოდნელია საათის ციფერბლატის მეთორმეტე ან მის ახლოს მდებარე დანაყოფების შესაბამისად, რადგან სასქესო ასოს თავი პირველ რიგში ებჯინება საქალწულო აპკის ამ მიდამოს.

ზედმიწვევით იშვიათ შემთხვევაში საქალწულო აპკის ჩანახევი არ დადის ფუძემდე, რაც ცნობილია არასრული ჩახევის სახელით.



სურ. 12. საქალწულო აპკის ტოპოგრაფიული დაყოფა.

ტიხრიანი საქალწულო აპკის შემთხვევაში, როცა საქალწულო აპკი ორ თანაბარ ნაწილად არის გაყოფილი, ჯერ უნდა გაწყდეს ტიხარი. ხოლო შემდეგ ჩაიხევა აპკის სხვა მიდამო, ისე როგორც ეს ზემოთ იყო მითითებული. ტიხარი შეიძლება გაწყდეს მის შუა მესა-

მედში ან აკის რომელიმე მხარეზე. ამიტომ პირველ შემთხვევაში იგი მორჩისებურად იქნება დაკიდებული ორივე მხარეზე, ხოლო მეორე შემთხვევაში ერთი ადგილიდან მოწყვეტილი ტიხარი მთლიანად ჩამოკიდებულია მის ერთ მხარეზე.

იმ შემთხვევაში, როცა ტიხარი ირიბად მდებარეობს (ზემოთ) და საქალწულო აკი გაყოფილია არათანაბარ ხვრელად, შესაძლებელია სქესობრივი შეუღლების შედეგად საქალწულო აკის ტიხარი არ დაზიანდეს და ჩახვეები მივიღოთ მის ქვედა ნახევარში, საათის ციფერბლატის მეექვსე დანაყოფის შესაბამისად ან მის ახლოს მდებარე მიდამოში.

ნახევარმთვარისებური საქალწულო აკი თითქმის ყოველთვის ზიანდება საათის ციფერბლატის მეექვსე დანაყოფის ახლოს, რადგან მეთორმეტე დანაყოფის მიდამოებში აკის თავისუფალი კიდე ზედშიწევნით დაბალია და ზოგჯერ წარმოდგენილია მხოლოდ საშოს ლორწოვანი გარსის ნაკეცის სახით.

მორჩიანი საქალწულო აკის ჩახვევა (თუ მორჩი ქვემო სეგმენტშია), ჩვეულებრივ, წარმოებს საათის ციფერბლატის მეექვსე დანაყოფის მიდამოში — მორჩის საგიტალურად ორივე მხარეზე, ისე რომ მორჩის დაზიანება იშვიათია, რადგან საშოში სასქესო ასოს მოთავსების დროს იგი გადაიკეცება საშოს ღრუსაკენ.

გემის ქიმიისებური საქალწულო აკი უფრო ხშირად ზიანდება ქვედა ნახევარში ორ სიმეტრიულ ადგილას — საათის ციფერბლატის მე-4 და მე-8 დანაყოფის შესაბამისად (პოპოვი).

ბეჭდისებური საქალწულო აკი მეტწილად ზიანდება მის ქვედა ნახევარში, მაკრამ არც თუ იშვიათად დაზიანება შეიძლება მოხდეს ზემო ნახევარში.

უხვრელო საქალწულო აკი, ჩვეულებრივ, არ ზიანდება, თუ მისი კედელი სქელია შემაერთ ქსოვილის ქარბი განვითარების გამო. ასეთ შემთხვევაში თვიურის დაწყების შემდეგ საჭიროა მისი მთლიანობის დარღვევა ოპერაციის საშუალებით. თუ უხვრელო საქალწულო აკის კედელი თხელია, სქესობრივი შეუღლების შედეგად მასზე განვითარებული დაზიანებანი, ჩვეულებრივ, მრავლობით ჩახვევებით ხასიათდება.

ორმაგი საქალწულო აკი დაზიანებას განიცდის როგორც ქვედა, ისე ზედა ნახევარში.

ამრიგად, ზემოთქმულიდან აშკარაა, რომ საქალწულო აპკის დაზიანება მეტწილად წარმოებს მის ქვედა ნახევარში და გვერდით კედლებზე. რადგან საქალწულო აპკის სიმაღლე ამ მიდამოებში უფრო მეტია.

აპკის დარღვევა შესაძლებელია სქესობრივი შეუღლების გარეშეც. რაც ყოველთვის უნდა გაითვალისწინოს სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტმა შემოწმების დროს.

საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევის დადასტურების შემთხვევაში ქალი ძალიან ხშირად დეფლორაციის მიზეზად ასახელებს ცხენზე ან ველოსიპედზე ხანგრძლივ ჯდომას. ბავშვობისას ჩალის ღეროზე დაცემას, სიმაღლიდან გადმოვარდნას და სხვ. ეს ცნობები ხშირად მოგონილია და მიზნად ისახავს სქესობრივი ცხოვრების უარყოფას, რომლის შედეგადაც მომხდარა დეფლორაცია.

საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევა შეუძლებელია განვითარდეს ცხენზე ან ველოსიპედზე ხანგრძლივი ჯდომით, რადგან საქალწულო აპკი საკმაოდ ღრმად არის მოთავსებული და გარედან კარგად არის დაცული რბილი და ძვლოვანი ქსოვილით.

ასევე შეუძლებელია საქალწულო აპკის დაზიანება ფეხების უეცარი და ძლიერი გაშლის შედეგად, თუმცა ტარდით უშვებს ასეთ შესაძლებლობას ბავშვთა ასაკში და მიუთითებს შემთხვევაზე, როცა გოგონა სიმაღლიდან ვარდნის დროს დაეცა გაშლილი ფეხებით და ამის შედეგად მიიღო ვულვის ქვედა ნაწილის გასკდომა, რომელიც გავრცელდა საქალწულო აპკზეც (ციტ. ჰოფმანიდან „Руководство по суд. мед. 1933, გვ. 91).

მოყვანილი შემთხვევა არ წარმოადგენს საქალწულო აპკის იზოლირებულ დაზიანებას, გამოწვეულს ფეხების უეცარი და ძლიერი გაშლით. მსგავსი შემთხვევების დროს, პირველ რიგში, დაზიანებას განიცდის გარეთა სასქესო ორგანოების სხვა ნაწილები და შემდეგ ზიანდება საქალწულო აპკი, ამიტომ ამგვარი მექანიზმით მისი იზოლირებული დაზიანება ძნელი წარმოსადგენია.

მხოლოდ ნინა როდრიგეს (იქვე) მოჰყავს საქალწულო აპკის იზოლირებული დაზიანების ერთი შემთხვევა, რომელიც განუვითარდა 9 წლის გოგონას ტაბურეტზე დაცემის შედეგად.

ზილბერმანი (იქვე, გვ. 92) აღწერს შემთხვევას, როცა ხრახნისმაგვარი კიბიდან ჩამოვარდნის შედეგად მკვდარი გოგონას

გვამის გასინჯვის დროს ნახა საქალწულო აპკის იზოლირებული დაზიანება. რაც შეიძლებოდა განვითარებულყო კიბეზე არსებული რკინის წვეტიან ნაწილზე სასქესო ორგანოს დაცემით.

ექიმმ (იქვე, გვ. 92) ნახა საქალწულო აპკის ცირკულარული დაზიანება, რომელიც განვითარდა ლუდის ბოთლზე დაცემის შედეგად.

პოფმანი (იქვე, 92) აღწერს საქალწულო აპკის დაზიანების შემთხვევას, რომელიც განვითარდა გოგონას, ღამის ქოთნის ნამსხვრევების მოხვედრით.

მასტურბაციის (ონანიზმის) შედეგად თითქმის შეუძლებელია საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევა, რადგან ასეთ შემთხვევაში ჩვეულებრივად ადგილი აქვს თითის საშუალებით სავნების და სასირცხო ბაგეების გალიზიანებას. ღრმად — საშოში თითის შეტანა, ჩვეულებრივ, არ ხდება; მაგრამ თუკი ასეთს მაინც აქვს ადგილი, იგი ზედმიწევნით ფრთხილად წარმოებს და საქალწულო აპკის მთლიანობის დარღვევა არ ხდება. ზოგჯერ შეიძლება განვითარდეს საქალწულო აპკზე ლორწოვანი გარსის ზერელე ნასკდომი. ამდენად ამ საკითხს ნაკლები პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს.

გოგონებში სასქესო ორგანოების მიდამოში ქაველი ძალიან ხშირად გამოწვეულია ამ მიდამოში (ვულვა, სასირცხო ბაგეების და საშოს ლორწოვანი გარსი) განვითარებული ანთებითი პროცესის შედეგად, რაც მეტწილად გამოიწვევა თურად შლის დროს. წვრილი კიბებით მიყენებული გალიზიანების შედეგად და სხვ. ამ დროს მოსალოდნელია თითის საშუალებით საქალწულო აპკის დაზიანება.

საქალწულო აპკის მთლიანობა შეიძლება დაირღვეს სქესობრივი ძალადობის დროს მამაკაცის მიერ საშოში თითის შეტანის შედეგად ან გარყვნილი ქმედების შემთხვევაში, როცა მამაკაც-



სურ. 13. საქალწულო აპკის ჩახვევა გადაღის შორისზე.

ცი თითის საშუალებით აღიზიანებს მცირეწლოვანი გოგონას სასქესო ორგანოებს (სურ. 13).

მხედველობიდან არ უნდა გავუშვათ ისეთი შესაძლებლობაც, როცა საშოს ლორწოვანი გარსის დიფთერიული ანთების შედეგად ქალს უვითარდება ტლანქი და გავრცელებული ნაწიბურები როგორც საშოს ლორწოვან გარსზე, ისე საქალწულო აპკზე, უფრო იშვიათად ასეთი ნაწიბურები მოსალოდნელია ყვავილით და ნომით დაავადების შემთხვევაში.

გარდა საქალწულო აპკისა, გარეთა სასქესო ორგანოების სხვა ნაწილის — დიდი და მცირე სასირცხო ბაგეების, საშოს კედლის, ვულვის, ურეთრის ან კლიტორის — დაზიანება სქესობრივი შეუღლების შედეგად იშვიათია. ეს შეიძლება განვითარდეს უფრო გოგონებში, ვიდრე მოზრდილ ქალებში.

ტლანქი სქესობრივი შეუღლების დროს მოსალოდნელია ლაგამის ან ნავისებური ფოსოს მიდამოში ლორწოვანი გარსის გასკდომა ან უფრო იშვიათად, ღრმა ჩახეხვები.

ჩვენ გვქონდა შემთხვევა (1956) შეგვემოწმებინა თბილისის ქალაქის პირველი კლინიკური საავადმყოფოს სამეანო-გინეკოლოგიურ განყოფილებაში 28 წლის ქალი, რომელსაც აღენიშნებოდა საშოს უკანა კედლის მთლიანი გასკდომა, რაც განვითარდა ქმართან სქესობრივი შეუღლების დროს. კრილობა გაიკერა თერთმეტი კვანძოვანი ნაკერით და ათი დღის შემდეგ ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული. სასამართლო-სამედიცინო შემოწმების დროს გამოირკვა, რომ იგი ორი წელია გათხოვილია, ჰყავს ერთი ბავშვი 5 თვის. მშობიარობიდან 5 თვის შემდეგ ქმართან პირველი სქესობრივი შეუღლების დროს მიიღო აღნიშნული დაზიანება.

მეორე შემთხვევაში 1945 წელს თბილისის ქალაქის პირველი კლინიკურ საავადმყოფოს ბავშვთა ქირურგიულ განყოფილებაში მოათავსეს 5 წლის გოგონა საშოს უკანა კედლის მთლიანი გასკდომის გამო. ობიექტურად აღინიშნებოდა საშოდან ძლიერი სისხლდენა, საშოს უკანა კედლის მთლიანი გასკდომა 5 სმ სიგრძეზე, რომელიც უერთდებოდა სწორი ნაწლავის სანათურს. კრილობა დამუშავდა და გაიკერა. დაკარგული სისხლის აღსადგენად გადაესხა სისხლი. მესამე დღეს განუვითარდა საშოდან ჩირქის დენა. ლაბორატორიული გამოკვლევით აღმოჩნდა გონოკოკები. საქმის გარემოების შეს-

წავლით გარკვეულ იქნა, რომ გოგონას საშოს დაზიანება გამოწვეულია გონორეით დაავადებული 18 წლის ვაჟის სქესობრივი კავშირის შედეგად, რაც მან ჩაიდინა შურისძიების მიზნით, რადგან გოგონას დედამ (30 წლის ქალი, ქმარგაცილებული), რომელთანაც იმყოფებოდა სქესობრივ კავშირში დაავადა იგი გონორეით. როცა გოგონას დედა ჩვეულებრივად წასული იყო სამსახურში, ვაჟმა მონახა აივანზე შენახული გასაღები, გააღო ოთახის კარი, მარტო დატოვებულ გოგონასთან იქონია სქესობრივი კავშირი და მიიმალა. სასამართლო პროცესზე ბრალდებულმა განაცხადა, რომ, გარდა შურისძიებისა მას გაგონილი ჰქონდა, რომ ვენერული სნეულებისაგან განკურნება შესაძლებელია მცირეწლოვანთან სქესობრივი კავშირის დაჭერით.

ამრიგად, შესაძლებელია გარეთა სასქესო ორგანოების ვრცელი დაზიანება როგორც მცირეწლოვანთა შორის, ისე სრულსაკონუნებში. გარდა ასეთი ტლანქი დაზიანებისა, სქესობრივი შეუღლების შედეგად მოსალოდნელია გარეთა სასქესო ორგანოებზე განვითარდეს უფრო ზერელე დაზიანებანი ნაკვდევების ან სისხლნაყენთების სახით როგორც კანზე, დიდი სასირცხო ბაგეების მიდამოში, ისე საშოს ლორწოვანი გარსის სხვადასხვა მიდამოში (მეტწილად მის შესავალში).

მცირეწლოვანთან სქესობრივი კავშირის დროს სასქესო ორგანოების მკვეთრი შეუთავსებლობის გამო სასქესო ასო არ აღწევს საქალწულო აკამდე. იგი ებჯინება დიდ სასირცხო ბაგეებს გარედან და თესლის დანთხევა ხდება საშოს შესავალთან. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება ვნახოთ სისხლნაყენთები ბოქვენის და დიდი სასირცხო ბაგეების მიდამოში.

საქალწულო აკის ჩახევა წარმოადგენს კრილობას. ამიტომ ამ მიდამოში ადგილი აქვს რეგენერაციას (აღორძინებას). დასაწყისში ჩანახევის კიდეები სისხლმდენია და ოდნავ მოწითალო ფერისაა; 24 საათის განმავლობაში საქალწულო აკის ჩანახევის კიდეებთან ხელის შეხების ან დიდი სასირცხო ბაგეების ძლიერი დაჭიმვის შედეგად სისხლი გამოიყოფება. ჩანახევის კიდეების გასწვრივ ქსოვილი შეწითლებული და გამკვრივებულია. 24 საათის შემდეგ ვითარდება გრანულაციური ქსოვილი, რომელიც 48 საათისათვის უკვე ჩამოყალიბებულია და ჩანახევის კიდეებს აქვს მარცვ-

ლოვანი, კრიალა წითელი შესახედაობა, რადგან გრანულაციური ქსოვილი მდიდარია სისხლძარღვებით. დაზიანებიდან 72-ე საათისათვის ჩანახევის კიდეები მორუხო ფერისაა, ნაზი ფიბრინული ნაღების წარმოშობის გამო. მე-4—5 დღეს გრანულაციური ქსოვილი თანდათან მცირდება. ჩანახევის კიდეების ანთებითი შეშუპება იკლებს და საქალწულო აპკის ეს მიდამო უახლოვდება მის ნორმალურ სისქეს. დაახლოებით მე-8—10 დღეს ჩანახევის კიდეები იფარება მოწითალო-მოლურჯო ელფერის ნაწიბუროვანი ქსოვილით და სისხლძარღვების შემცირების შედეგად ღებულობს ღია ვარდისფერს და საბოლოოდ — მოთეთრო ფერს.

საქალწულო აპკის დაზიანებიდან მე-8 — 10 დღეს წარმოშობილი ნაწიბურის თითით გაღიზიანება იწვევს ეპითელიუმის აცლას და სისხლის გამოყოფას; ხოლო ორი კვირის შემდეგ ჩამოყალიბებული მოთეთრო ფერის ნაწიბური შედარებით უფრო მკვრივია, დაფარულია ეპითელური ქსოვილით და თითით გაღიზიანებით სისხლის გამოყოფა უფრო ძნელად მოხდება.

ჩანახევის კიდეები შემრგვალებულია. ხოლო მისი სისქე ამ მიდამოში ოდნავ უფრო მეტია, ვიდრე საქალწულო აპკის სისქე სხვა ადგილებზე.

საქალწულო აპკის ჩანახევის გასწვრივ განვითარებული ნაწიბური ზოგჯერ ტლანქია და ადვილად შესამჩნევი, ზოგჯერ კი — ნაზი და ძნელად შესამჩნევი. ეს დამოკიდებულია საქალწულო აპკის სტრუქტურაზე. თხელი ეპითელური საქალწულო აპკის ჩანახევის მიდამოში წარმოშობილი ნაწიბური ზედმიწევნით ნაზია და მისი ეპითელიზაციის შემდეგ იგი ძნელი შესამჩნევია, ხოლო ხორციანი (სქელი) საქალწულო აპკის ჩანახევის კიდეები მეტად გამკვრივებული, შემსხვილებულია და წარმოშობილი ტლანქი ნაწიბური შედარებით კარგად მოჩანს.

საქალწულო აპკის ჩანახევის მიდამოში წარმოშობილი შემაერთი ქსოვილი (ნაწიბური) ორი კვირის შემდეგ ისეთ ცვლილებას არ განიცდის, რომლის მიხედვითაც შესაძლებელი იყოს დაზიანების შემდგომი ხანდაზმულობის დადგენა.

დეფლორაციის შედეგად საქალწულო აპკი რამდენიმე ნაწილად გაიყოფა ისე, რომ აპკის ცალკეულ ნაწილებს შორის კავშირი ირღვევა: ეს ნაწილები პატარავდება ატროფიის გამო, ხოლო მშობი-

რობის შემდეგ რჩება მისი კვალი კვანძების სახით (carunculae mirtiformis) ან, უფრო იშვიათ შემთხვევაში, სრულიად ქრება.

დაზიანებული საქალწულო აპკის მთლიანობის აღდგენა თავისთავად ან ოპერაციული ჩარევით არ შეიძლება.

შესაძლებელია სქესობრივი შეუღლება დეფლორაციის გარეშე, რაც სხვადასხვა პირობებთანაა დაკავშირებული. ამ მხრივ აღსანიშნავია: 1) არასრული კოიტუსი (coitus interruptus), როცა სქესობრივი შეუღლება თავდება საშოს კარიბჭესთან, 2) დაუსრულებელი სქესობრივი კავშირი, როცა სასქესო ასო არ ყოფილა მოთავსებული საშოში, 3) საქალწულო აპკის თავისებურება, როცა იგი ხორციანია, მოქნილი. ბეკდისებური ფორმის, დაბალი და ფართო ცენტრალური ხვრელით. ასეთი ფორმის საქალწულო აპკი შეიძლება არ დაზიანდეს მრავალი სქესობრივი შეუღლების შედეგად და ზოგჯერ (უფრო იშვიათად) მშობიარობის დროსაც კი, 4) სასქესო ორგანოების მკვეთრი შეუთავსებლობა — როცა მამაკაცის სასქესო ასო შედარებით უფრო დიდია, ვიდრე საშოს შესავალი ხვრელი (მცირეწლოვანთან მოზრდილი მამაკაცის კავშირი) ან პირიქით, სასქესო ასო პატარაა და ვერ აზიანებს მოზრდილი ქალის საქალწულო აპკს.

არასრულწლოვანთან სქესობრივი კავშირი მეტწილად აქვთ ვაჟებს ქაბუკობის ასაკში ან მამაკაცებს მოხუცებულობის ასაკში. ხშირად 60 წლის შემდეგ, როდესაც საერთოდ უჩივიან სქესობრივ უძლეობას.

დაზიანებული საქალწულო აპკის აღდგენა ქირურგიული ოპერაციით შეუძლებელია. არსებობს შემთხვევები, როცა ზოგიერთი ექიმი ან უფრო ხშირად ექთანი რაიმე დაინტერესების მიზნით დეფლორირებული საქალწულო აპკის ორ მოპირდაპირე კიდეს შეაერთებს ერთმანეთთან აბრეშუმის წვრილი ძაფით, რომელიც სქესობრივი შეუღლების დროს ჩაპრის საქალწულო აპკის კედელს ერთ მხარეზე ან ორივე მხარეზე ერთად. რის შედეგადაც საქალწულო აპკზე განვითარდება ერთი ან ორი ახალი ჩანახვევი და წარმოშობილი სისხლდენა დაინტერესებულ პირს დაარწმუნებს საქალწულო აპკის ახალ (პირველ) დაზიანებაში. ასეთი „ოპერაცია“ იშვიათია, მაგრამ თუ მაინც შეგვხვდა, მისი ამოცნობა ადვილია იმით, რომ საქალწულო აპკის ძველ ჩანახვეთან ერთად, რომლის კიდებები

დაფარულია ნაწიბურით, გვექნება ახალი ჩანახევებიც ან საქალწულო აპკის ერთ-ერთ კიდეზე შეიძლება შერჩენილი იყოს აბრეშუმის ძაფის კვანძი.

განმეორებითი სქესობრივი შეუღლების შედეგად საქალწულო აპკის ახალი დაზიანება არ ვითარდება, მაგრამ ასეთი შესაძლებლობა გამორიცხული არ არის, თუ პირველი შეუღლებიდან გასულია დიდი დრო ან პირველი შეუღლების დროს განვითარდა ერთი ჩახევა, ხოლო მოგვიანებით მეორე შეუღლების დროს განვითარდა სხვა დაზიანებაც. ასეთი რამ მოსალოდნელია მაშინაც, როცა განმეორებით სქესობრივი შეუღლება შედარებით ტლანქია, ან (უფრო იშვიათად) როცა სასქესო ასო შედარებით უფრო დიდია.

ზოგჯერ შეცდომაში შეყვანის მიზნით შესამოწმებელი მიმართავს საქალწულო აპკის ძველი ჩანახევის კიდეების განახლებას, რომელიც პრაქტიკულად უფრო ადვილია და შეიძლება აწარმოოს სამედიცინო პერსონალმა (ექიმმა ან გამოცდილმა ექიმის თანაშემწემ) ნაწიბურის ჩამოფხევის საშუალებით. ასეთი შემთხვევა ჩვენ პრაქტიკაში სამჯერ შეგვხვდა. პირველი 1958 წელს სამტრედიიაში, მეორე 1962 წელს გალში, მესამე 1969 წელს ზუგდიდში.

სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტმა 20 წლის ქალის შემოწმებით საქალწულო აპკზე, საათის ციფერბლატის მეექვსე დანაყოფის შესაბამისად ნახა ძველი ჩანახევი, დაფარული შემაერთქსოვილით. ხოლო მეორე დღეს იმავე ქალის შემოწმება მოახდინა სამტრედიის რაიონის საავადმყოფოს ქირურგმა და საქალწულო აპკზე ნახა „ახალი ჩანახევი“.

მეორე შემთხვევაში გალის რაიონის ქირურგმა, რომელიც სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტის მოვალეობას ასრულებდა, 1962 წლის 22/VII შეამოწმა 16 წლის გოგონა და ნახა საქალწულო აპკის მთლიანობის ძველი დარღვევა (ჩანახევის კიდეები დაფარული შემაერთი ქსოვილით). რომელიც ხანდაზმულობით არ შეეფარდებოდა გაუპატიურების (21 ივლისის) თარიღს. ამის შემდეგ მისი შემოწმება მოხდა 26 ივლისს აფხაზეთის რესპუბლიკური ექსპერტის მიერ კომისიურად და აღმოჩნდა საქალწულო აპკის ახალი დაზიანება, რომელიც დაზიანების აღწერილობის მიხედვით შეეფარდებოდა ორი-სამი დღის ხანდაზმულობას. შემოწმების ასეთი მონაცემების საფუძველზე გამოაშკარავდა საქალწულო აპკის ძველი

ჩახვევის კიდევების განახლების ფაქტორი, რითაც შეცდომაში იქნა შეყვანილი ექსპერტი.

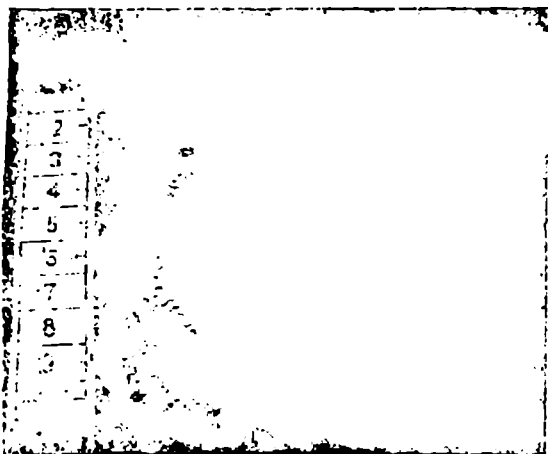
მსგავსი შემთხვევების გამოაშკარავება ძნელია, თუ საქალწულო აპკის ძველი ჩანახვევის განახლება მოხდა სქესობრივი შეუღლებიდან მცირე დროის (რამდენიმე საათის) გავლის შემდეგ, რადგან ასეთ შემთხვევაში დაზიანების თავისებურება, როგორც ხასიათის, ისე ხანდაზმულობის მიხედვით, არაფრით არ განსხვავდება იმ დაზიანებისაგან, რომელიც შეიძლებოდა მიეღო მას ახლო წარსულში მომხდარი სქესობრივი შეუღლების შედეგად.

საყურადღებოა ის ფაქტიც, რომ ზემოთ მითითებულ ორივე შემთხვევაში პირველი შემოწმების დროს ექიმის მიერ ჩატარებული დეტალური გამოკითხვით დადასტურებული იქნა შემოწმების შედეგის სისწორე, რომ მათ დიდი ხნის წინათ მართლაც ჰქონდათ მამაკაცთან სქესობრივი კავშირი, მაგრამ შემდეგში განწყობებითი შემოწმებისას ასეთი აღიარება მათ ენერგიულად უარყვეს, ხოლო შემოწმების აქტში შეტანილი ამ წინასწარი ცნობებით მათი მხილება შეუძლებელი შეიქნა, რადგან ეს არ იყო დადასტურებული მათი ხელმოწერით, რაც თავის დროზე მხედველობიდან გამორჩა ექსპერტს.

საინტერესოა რელიგიური თვალსაზრისით მამაკაცის დასაჭურისება (сконечество), რომელსაც აწარმოებდნენ მეცხრამეტე საუკუნის ბოლო წლებში. გარდა სათესლე ჯირკვლების ამოკვეთისა, ძველ დროში მიმართავდნენ ე. წ. ინფაბულაციას: სასქესო ასოს ჩუჩაზე დაადებდნენ ლითონის რგოლს, რის გამოც შეუძლებელი იყო ერექცია. რადგან ეს დაწყება იწვევდა ტკივილს ლითონის რგოლზე სასქესო ასოს თავის მიბჯენის გამო. ქალების მიმართაც არის აღწერილი ინფაბულაციის შემთხვევები. როცა დიდ სასირცხო ბაგეებზე აწარმოებდნენ ლითონის რგოლის დადებას.

პროფ. ი. ტატიშვილთან ერთად 1953 წელს გვექონდა ინფაბულაციის შემთხვევა, რომელიც ნახული იყო გვამის გაკვეთის დროს. 16 წლის გოგონა სამი თვის მძიმე ავადმყოფობის შემდეგ მოკვდა თავის ბინაზე. გვამის გაკვეთა მოხდა მშობლების მოთხოვნით, რადგან დაავადება და სიკვდილის მიზეზი უცნობი იყო. წინასწარი ცნობების მიხედვით გოგონას აღენიშნებოდა მაღალი ტემპერატურა, ღვიძლის გადიდება და მარცხენა ქვემო კიდურის თრომბოფლები-

ტი. მაგრამ ეტიოლოგია ვერ იქნა დადგენილი. მოკვდა უეცრად, თერაპევტის გასინჯვიდან რამდენიმე წუთის შემდეგ. გვამის გაკვეთის შედეგად ნახული იქნა: საქალწულო აპკი ყოფილი ბეჭდისებური ფორმის. საათის ციფერბლატის მეექვსე დანაყოფის შესაბამისად ძველი ჩანახევი, დაფარული ნაწიბურით. იქვე ახლოს საქალწულო აპკის მოპირდაპირე კიდეებზე გარდიგარდმო მიმართულებით დადებულია ინგლისური ქინძისთავი (გაშავებული, კოროზიული ზედაპირით). პერიტონეუმის ღრუ ამოვსებულია ნახევრად შედედებული სისხლით. ღვიძლი გადიდებული, მასში დანეკროზებული უბ-



სურ. 14. ინფაბულაცია ინგლისური ქინძისთავით.

ნების არსებობის გამო. რომელიც წარმოდგენილია სისხლით ამოვსებული სხვადასხვა ოდენობის ღრუების სახით. ამ ერთ-ერთ ღრუს კედელი ღვიძლის ქვემო კიდესთან გამსკდარი. ელენთა სექტიკური. მარცხენა ქვემო კიდეურის თრომბოფლებიტი.

აღნიშნულის მიხედვით აშკარა გახდა, რომ მას აღრე სქესობრივი კავშირი ჰქონდა ვაჟთან, რომლის მითითებით ან უშუალო მონაწილეობით მოხდა ინგლისური ქინძისთავის დადება შესავალი ზერელის ლორწოვან გარსზე. ამის შედეგად განვითარდა სეფსისური მდგომარეობა მთელი თავისი შედეგებით (თრომბოფლებიტი, ღვიძლის თრომბოზი და ბოლოს პერიტონეუმში სისხლის ჩაქცევა).

უეცარი სიკვდილი განვითარდა თერაპევტის მორიგი გასინჯვის შემდეგ, რომლის დროსაც მუცლის პალპაციის დროს გასკდა ლეიქოსის თრომბოზული ღრუს კედელი. ამ შემთხვევაში ორგანიზმში ინფექციის შეჭრის ჭიშკარი იყო საშოს ლორწოვანი გარსის ის მიდამო, სადაც დადებული იყო ინგლისური ქინძისთავი, რაც ექიმისათვის და მათ შორის მეან-გინეკოლოგისათვის უცნობი იყო, რადგან ამ უქანასკნელს საშოსმხრივი გასინჯვა, როგორც ქალწული ქალისა, არ უწარმოებია.

სქესობრივი უზუღვების დროს ძალადობის ნიშნების აღდგენა

ნაძალადევი სქესობრივი კავშირი ფიზიკური ძალის გამოყენებით ძირითადად დადგენილი უნდა იქნეს სასამართლო-სამედიცინო გამოკვლევით. ასეთ შემთხვევაში ექსპერტი არკვევს სამ ძირითად საკითხს: ჰქონდა თუ არა ადგილი სქესობრივ კავშირს, ამ მიზნის მისაღწევად რა სახის დაზიანებაა მიყენებული და რა იარაღი იყო გამოყენებული.

ფიზიკური ძალის გამოყენებით გაუპატიურების დროს დაზარალებულისა და მოძალადის სხეულზე თითქმის ყოველთვის არის დაზიანების ესა თუ ის ობიექტური ნიშნები, რომლის მიხედვითაც უნდა დადგინდეს მისი წარმოების ხასიათი — სქესობრივი ძალადობის შედეგია იგი თუ ყოფაცხოვრებითი ტრავმისა.

დაზარალებულის სხეულზე დაზიანების ნიშნები გვექნება იმ შემთხვევაში, როცა მოძალადე გამოიყენებს ტლანქ ფიზიკურ ძალას: მიწაზე ან იატაკზე წაქცევით, მუშტის ან ფეხის შემოკვრით, ყელში ხელის ჩაქერით, ფეხების გაშლის მიზნით, ცხვირ-პირის აპერტურის გადაკეტვით და სხვ. იმ შემთხვევაში, როცა დაზარალებულის მიმართ ამგვარი ტლანქი ძალა არ არის გამოყენებული, სხეულზე შეიძლება დაზიანების ნიშნები ვერ ვნახოთ, მაგალითად, მაშინ, როცა ხელის ერთი შემოკვრით ქალი უგონო მდგომარეობაში გარდება; თავის მიდამოში მიყენებული ტრავმის დროს, როცა თავის ტვინის შერყევის შედეგად ქალი დროებით კარგავს გონებას და სხეულზე კი დაზიანების ნიშნები არ რჩება. ასეთივე მდგომარეობა შეიძლება განვითარდეს მუცელში (მახვილისებური მორჩის მიდამოში) ჩართვის შედეგადაც.

ფიზიკური ძალის გამოყენებით გაუპატიურების საქმის გამოძიების დროს გამომძიებელი ხშირად სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტის წინაშე აყენებს საკითხს: შეუძლია თუ არა ფიზიკური ძალის გამოყენებით ერთმა მამაკაცმა, ისიც თანაბარი ფიზიკური განვითარების შემთხვევაში, გააუპატიუროს ქალი.

ძველი სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტის მიერ ეს საკითხი უარყოფითად წყდებოდა, ე. ი. შეუძლებლად მიაჩნდათ სალი აზროვნების პირობებში ფიზიკურად კარგად განვითარებული ქალის გაუპატიურება ერთი მამაკაცის მიერ. ამ გარემოებას ასაბუთებდნენ იმით, რომ ქალი ამ შემთხვევაში თავს იცავს მოძალადისაგან და ამიტომ მას უფრო ნაკლები ძალის გამოყენება სჭირდება, ვიდრე მოძალადეს. ამასთან, ქალს თავდაცვის ბევრი საშუალების გამოყენება შეუძლია: იგი მოიხმარს ფრჩხილებს, თითებს, მუშტს, კბილებს, ფეხებს და ბოლოს მოუხმობს დახმარებისათვის (ყვირილით) ახლო მყოფ ხალხს. თუ ყველა ამ საშუალების გამოყენებით მაშვერ შეძლო მოძალადის მოცილება, მენჯის თავისებური მოძრაობით იგი საშუალებას არ მისცემს მამაკაცს სასქესო ასო მოათავსოს საშოში. აქვე მხედველობაში ჰქონდათ მიღებული ის, რომ მამაკაცს ბრძოლის და თესლის დანთხვევის შედეგად ღროებით ესპობა სქესობრივი შეუღლების უნარი — ერექციის დაკარგვის გამო; ამ დროს ქალს შეუძლია აღადგინოს თავისი დაკარგული ფიზიკური ძალა და კვლავ გაუწიოს ენერგიული წინააღმდეგობა მოძალადეს.

მიუხედავად ყველა ამისა, გაუპატიურება ფიზიკური ძალის გამოყენებით, როცა ქალთან შედარებით მოძალადე ნაკლები ფიზიკური განვითარებისა ან ქალის და მოძალადის ფიზიკური განვითარება თანაბარია, ამჟამად შესაძლებელად მიაჩნიათ, მასთან ისე, რომ დაზარალებულის ან მოძალადის სხეულზე რაიმე დაზიანების ნიშნები არ დარჩეს. ასეთი რამ მოსალოდნელია უეცარი თავდასხმის და მასთან ფსიქიკური ზემოქმედების გამოყენებით, როცა ქალი სწრაფად ვერ ერკვევა შექმნილ გარემოში და ეკარგება წინააღმდეგობის გაწევის უნარი, ან მოულოდნელი დარტყმით ნიკაპის, თავის ან მუცლის მიდამოში ქალი სწრაფად კარგავს გრძნობას და მოძალადეს წინააღმდეგობას ვერ უწევს.

სქესობრივი ძალადობის დროს მარტო ფიზიკური ძალის გა-

მოყენება იშვიათია. ასეთ შემთხვევაში ადგილი აქვს აგრეთვე დაშინებას და მუქარას (ფსიქიკურ ძალმომრეობას), რომელიც ზოგჯერ მალე ტეხავს ქალის წინააღმდეგობის უნარს.

საერთოდ მიღებულია, რომ თუ ქალმა თავდაცვის მიზნით, თავისი ბრძოლის არსენალიდან გამოიყენა მხოლოდ ნაწილი, ადრე შეწყვიტა წინააღმდეგობა და მოძალადემ მოახდინა მასთან სქესობრივი შეუღლება, ამ შემთხვევაშიც შეიძლება ქალის სხეულზე ფიზიკური ძალადობის ნიშნები არ განვითარდეს.

ზოგჯერ ქალის სხეულზე არსებული ფიზიკური დაზიანება (ნაჭდევები, სისხლნაყენებები, ჭრილობები და სხვ.) წარმოშობილია ყოფა-ცხოვრებითი ტრავმის ან ნებაყოფლობითი სქესობრივი შეუღლების დროს საღისეობრივ მოქმედების ან მახოხიზმის შედეგად. რომლის დროსაც ჭრილობები და ოვალური ფორმის სისხლნაყენებები განვითარებულია სარძეო ჯირკვლების, ყელის და ზემო კიდურების (მხრების) მიდამოში კბენის და ამოწოვის შედეგად.

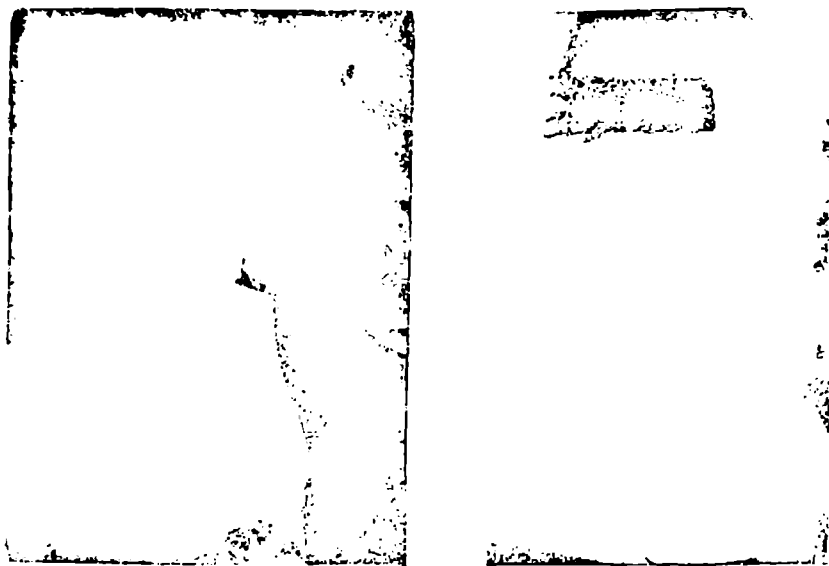
სქესობრივი შეუღლების დროს ძალადობის ფაქტის დადგენის შემთხვევაში გამოძიებლის მიერ მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული „დაზარალებულის“ მოსალოდნელი ცრუ ჩვენებები, რომლებიც მეტწილად გამოწვეულია სირცხვილის გრძნობით, შურისძიების ან ცოლად შერთვის მიზნით. ასეთ შემთხვევაში ქალმა შეიძლება თავისი ხელით მიიყენოს დაზიანება (სისხლნაყენითი, ნაჭდევი, განაკაწრი). ან სხვა მიზეზით განვითარებული დაზიანება მიაწიროს სქესობრივ ძალადობას.

ჩვენ გვქონდა სიმულაციის შემთხვევა, როცა ქალის სხეულზე, ბარძაყების და მხრების მიდამოში, აღმოვაჩინეთ მოლურჯო ფერის პიგმენტური უბანი, გაკეთებული ლურჯი ფანქრით. რომელიც თითქოს „დაზარალებულს“ განუვითარდა ნაძალადევი სქესობრივი შეუღლების დროს.

ყველა ზემოთქმულის გამო ძალადობის ფაქტის დასადგენად საჭიროა გამოძიებლის მიერ ინდივიდუალური მიდგომა. საქმის გარემოების ზუსტი შესწავლა, გაუპატიურების ადგილის, პირობების და სქესობრივი შეუღლების პოზის მხედველობაში მიღება.

ერთ შემთხვევაში „დაზარალებულმა“ ქალმა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტთან შემოწმების დროს განაცხადა, რომ იგი დაახლოებით ღამის 11 საათზე გამოვიდა სახლიდან (გრობოდოვის

ქუჩაზე), იქვე ქუჩაში გამოსავალ კართან შეხვდა ვიღაც უცნობი ვაჟი. რომელმაც მასთან ფიზიკური ძალის გამოყენებით იქონია სქესობრივ კავშირი. მომხდარის შესახებ შეატყობინა იქვე ახლოს მდგომ მილიციელს, რომელმაც „მოძალადე“ დააკავა და ქალთან ერთად მი-

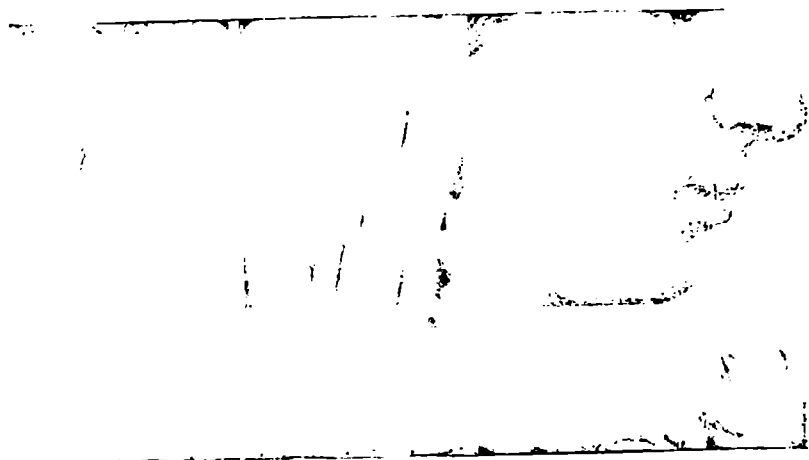


სურ. 15. ძალადობის სიმულაცია.

იყვანა მილიციის განყოფილებაში. სამედიცინო შემოწმების დროს ქალის სხეულზე ფიზიკური დაზიანების ნიშნები არ აღმოჩნდა, ხოლო სქესობრივი შეუღლების ფაქტის დადგენა შეუძლებელი შეიქმნა, რადგან იგი ნაქმარევი ყოფილა. შემოწმებულის დეტალური გამოკითხვით გამოირკვა, რომ ნაძალადევი სქესობრივი კავშირი მოხდა ქუჩაში, ბოძთან. ზეზეულად. სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტის მოთხოვნით შესწავლილ იქნა „მოძალადე“, რომელიც გაცილებით დაბალი აღმოჩნდა და მასთან უფრო სუსტი ფიზიკური განვითარების, ვიდრე ქალი. როცა ქალს ჰკითხეს, თუ როგორ მოხ-

და ნაძალადევი სქესობრივი შეუღლება ასეთ პირობებში, ქალმა განაცხადა: „ეჭიმო, ძალა დამატანა და მეც იძულებული ვიყავი მუხლებში მოვხრილიყავი“.

კონკრეტულ შემთხვევაში გამოძიებამ დაადგინა, რომ დაკავებული მოქალაქე არ იყო მოძალადე და მათ შორის კონფლიქტი წარმოიშვა ფულის ნიადაგზე (ქალს სრულად არ მისცა შეპირებული თანხა).



სურ. 16. ძალადობის სიმულაცია.

დაზარალებულის სხეულზე დაზიანების ინტენსივობა დაკავშირებულია ბრძოლის ხანგრძლივობასთან. მაგალითად, ჩვენ გვქონდა გაუპატიურების მცდელობის შემთხვევა, როცა 18 წლის ვაჟმა თ-მა, ქეიფის დროს, მასთან სტუმრად მოსული 22 წლის ქალი თ. ხ-ლი შეიტყუა საკუქნაო ოთახში და გაუპატიურების მიზნით ერთა საათის განმავლობაში მასთან ჰქონდა ბრძოლა, მაგრამ მიზნის მიღწევა ვერ შეძლო. ნახევრად ტიტველი ქალი გაიქცა თავის სახლში, ისე, რომ მეორე ოთახში შეგროვილ სტუმრებს მომხდარი ამბის შესახებ არაფერია გაუგიათ. მეორე დღეს სასამართლო-საპედიცინო შემოწმების დროს ქალის სხეულზე ნახული იქნა უამრავი ნაკვდები

და სისხლნაყენსაი: სახის. ყელის. მხრების. წინამხრების, გულ-
მკერდის. ბარძაყების და წვივების მიდამოში. საქალწულო აპკის
ბთლიანობა დარღვეული არ იყო.

მეორე შემთხვევაში მოქ. ნ. ვა-მა შეიტანა განცხადება პროკუ-
რატურაში გაუპატიურების შესახებ საქმის აღძვრის მიზნით; იგი
მიუთითებდა, რომ ნაცნობმა ვაჟმა (მუ-რმა) მოტყუებით წაიყვანა
ავტომანქანით თბილისიდან წყნეთში, ნაცნობის სახლში, მოულოდ-
ნელად დაარტყა მუშტი ნიკაპის მიდამოში, რის გამოც მან დაკარ-
გა გრძნობა, ხოლო გონზე მოსვლის შემდეგ იგრძნო ტკივილი სას-
ქესო ორგანოების მიდამოში და ორგანიზმის საერთო სისუსტე.

სასამართლო-სამედიცინო შემოწმების დროს დაზარალებულის
ნიკაპზე, ოდნავ მარცხნივ ნახული იქნა მოლურჯო ფერის სისხლ-
ნაყენთი ფართობით 2X3 სმ. სხეულზე ძალადობის სხვა ნიშნები
არ იყო, ხოლო საქალწულო აპკის ახალი დაზიანება ადასტურებდა
მომხდარ სქესობრივ შეუღლებას.

შემოწმებულ იქნა მოძალადე ვაჟი, კარგი ფიზიკური აგებულე-
ბის, სტუდენტი, სპორტსმენი — მოკრივე, რომელსაც სხეულზე
რაიმე დაზიანების ნიშნები არ აღმოაჩნდა.

კონკრეტულ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა გაუპატიურებას
ფიზიკური ძალის გამოყენებით, რომლის შედეგად ქალის სხეულზე
განვითარდა მსოლოდ ერთი მცირე ოდენობის სისხლნაყენოი.

სასამართლო გამოძიებით დადგენილ იქნა ბრალდებულ მუ-რის
დანაშაული და 1949 წლის 4 იანვრის ბრძანებულების პირველი
მუხლით მას მიესაჯა 10 წლით პატიმრობა.

ზემომოყვანილი ორი შემთხვევიდან ირკვევა, რომ ქალმა ენერ-
გიულად და მასთან, ხანგრძლივი წინააღმდეგობით თავი დააღწია
მოძალადეს, ხოლო მეორე შემთხვევაში უეცარი თავდასხმისა და
ნიკაპში მუშტის შემოკვრის გამო ქალი ჩავარდა უგონო მდგომა-
რობაში და ვაჟმა შეასრულა თავისი ბოროტგანზრახვა.

გაუპატიურების დროს ფიზიკური ძალადობის ნიშნების ნახვა
სასქესო ორგანოებისა და ბარძაყების მიდამოში სავალდებულო არ
არის. უფრო ხშირად იგი ვითარდება სახის, ყელის, ზემო კიდურე-
ბის (მხრები და წინამხრები) და გულმკერდის მიდამოში, რადგან ქა-
ლის წინააღმდეგობის დასაძლევად დასაწყისში ბრძოლა წარმო-
ებს ყვირილის შესაწყვეტად, რის გამოც მოძალადე ახდენს ცხვირ-

პირის შესავალის გადაკეთვას ან ყელში ხელის ჩაჭერას, ხოლო ბრძოლის გაგრძელების შედეგად მეტწილად ზიანდება ზემო კიდურები, რის შედეგადაც ქალი უფრო ხშირად კარგავს ინტენსიური ბრძოლის უნარს და, როცა მოძალადე აწარმოებს ქვედა საცვლის გახდას და ბარძაყების გადაშლას, ქალის მხრივ წინააღმდეგობა უფრო ნაკლებია, ამიტომ ბარძაყების და სასქესო ორგანოების მიდამოში შეიძლება დაზიანების ნიშნები შედარებით სუსტად იყოს გამოხატული ან სრულიად არ არსებობდეს.

ჩვეულებრივ, ცნობილია, რომ გაუპატიურებისათვის დამახასიათებელი ძალადობის ნიშნები ვითარდება ბარძაყების შიგნითა ზედაპირებზე და სასქესო ორგანოების მიდამოში, რაც გამოწვეულია ბარძაყების ნაძალადევი გადაშლით. ასეთ შემთხვევაში ბარძაყების შიგნითა ზედაპირზე ზოგჯერ სიმეტრიულად ორივე მხარეზე ვნახულობთ ერთმანეთთან პარალელურად არსებულ რამდენიმე ზოლისებური ან ოვალური ფორმის სისხლნაქუნთს, გამოწვეულს თითების ჩაჭერით ან ფრჩხილების მოქმედების შედეგად — ნახევარმთვარისებურ ნაკვდევებს. აღნიშნულ მიდამოებში არსებული ტრავმული დაზიანებანი ერთგვარად მიუთითებს ბოროტმოქმედის მიზანზე, ეწარმოებინა ბარძაყების გადაშლა. ამიტომ გარეთა სასქესო ორგანოების და ბარძაყების მიდამოში აღწერილ დაზიანებას გარკვეული მნიშვნელობა აქვს გაუპატიურების ფაქტის დასადგენად.

აქვე უნდა მივეუთითოთ, რომ სქესობრივი ძალადობის დროს ზოგჯერ ადგილი აქვს ტლანქ ზემოქმედებას: ღრმა ჭრილობებს, კბენისა და დარტყმის შედეგად, ძვლების მოტეხილობას (ნეკნების, წინა მხრის, ლავიწის და სხვ.), სახსრის ამოვარდნილობას, კბილების მოტეხილობას და ბოლოს, მკვლელობას (მოხრჩობით, ან რომელიმე იარაღით).

მკვლელობა შეიძლება მოხდეს გაუპატიურებამდე (რომლის შემდეგ მოსალოდნელია მოკლულთან სქესობრივი შეუღლება) ან გაუპატიურების შემდეგ, რასაც უფრო ხშირად აქვს ადგილი ბოროტმოქმედების (გაუპატიურების) კვალის დაფარვის მიზნით.

სსრ კავშირის უმაღლესი საბჭოს პრეზიდიუმის 1962 წლის 15 თებერვლის ბრძანებულების გამოსვლიდან ორი კვირის შემდეგ 30 წლის მამაკაცმა, პროფესიით ზეინკალმა, მცხოვრებმა 26 კომის-

ჩის რაიონის განაპირა უბანში, დღის 4 საათზე, წაიყვანა მეზობლის 3.5 წლის გოგონა მინდორში. გააუპატიურა, მოკლა, ხოლო შემდეგ ბოროტმოქმედების კვალის დაფარვის მიზნით გვამი დამალა ბუჩქებში. თვითონ წამოვიდა სახლში და დაიძინა. გვამის გამოკვლევით ნახულ იქნა სქესობრივი შეუღლების კვალი, საქალწულო აკვის და ნაწილობრივ შორისის ჩახვევის სახით, მუცლის მიდამოში მრავლობითი ნახევარმთვარისებური ნაქდევები, გამოწვეული თითების ფრჩხილების ჩაჭერით, ცხვირ-ტუჩის ირგვლივ ტრავმული დაზიანების ნიშნები (ნაქდევები და სისხლნაჟღენთები) და შინაგან ორგანოებში ასფიქსიური სიკვდილისათვის დამახასიათებელი ნიშნები.

ბოროტმოქმედი მალე გამოტყუდა დანაშაულში და მიესაჯა სასჯელის უმაღლესი ზომა — დახვერტა.

გაუპატიურების ფაქტის დასადგენად დიდი მნიშვნელობა აქვს მოძალადის სასამართლო-სამედიცინო შემოწმებას, რაც ხშირად გამოძიებლის ყურადღების გარეშე რჩება.

მოძალადის სხეულზე შეიძლება ვნახოთ თავდაცვის პროცესში ქალის ფრჩხილებით, კბილებით, თითებით ან სხეულის სხვა ნაწილების მოქმედების შედეგად დარჩენილი ნაქდევების, სისხლნაჟღენთების, ქრილობების (ნაკბენი) კვალი და სხვ.

სურ. 17. 3 $\frac{1}{2}$ წლის გოგონას მკვლელობა (მოხრჩობა ცხვირპირის შესავლის გადაკეცივით) გაუპატიურების შემდეგ.

ზოგჯერ თვით დაზარალებული მიუთითებს, რომ მოძალადის სხეულზე მან დატოვა დაზიანების კვალი (წინააღმდეგობის გაწევის დროს უკბინა ხელის მტევანზე და მიაყენა განაკაწრები სახეზე ფრჩხილებით და სხვ.). ამგვარი მითითებული დაზიანების დადგენაც ხელს უწყობს ძალადობის ფაქტის დადასტურებას. ამიტომ მოძალა-

დე დაუყოვნებლივ უნდა შეემატოვნოთ, რომ მის სხეულზე არსებული დაზიანების ნიშნები არ გაქრეს.

„მამაკაცის სქესობრივი მდგომარეობის სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის წესების“ მიხედვით (მუხლი 62—68) გაუპატიურებაში ექვმიტანილი პირის სასამართლო-სამედიცინო შემოწმება უნდა მოხდეს შემთხვევის მომენტიდან მაქსიმალურად მცირე დროის გავლის შემდეგ.

ტანსაცმლის გასინჯვისას ყურადღებას აქცევენ დაზიანებას (გახევა, ღილების მოგლეჯა და ა. შ.), გაქუჭყიანებას (მიწით. თიხით, კირით, ბალახით და ა. შ.), სისხლის. განავლის. ნერწყვის და ა. შ. მხრივ საექვო ლაქებს. თმებს. ტანსაცმლის ბოჭკოებს და სხვ. (რომელიც შეიძლება ეკუთვნოდეს დაზარალებულს). რაც ფიქსირებული უნდა იქნეს სასამართლო-სამედიცინო გამოკვლევის აქტში.

გაუპატიურების შემთხვევაში ტანსაცმლის გაქუჭყიანებას დაზიანებული ლოკალიზაცია აქვს: მუხლების მიდამოში წინიდან, იდაყვების და წინამხრების უკანა (გამოდრეკილ) ზედაპირებზე, ფეხსაცმლის წინა ზედაპირზე. ტანსაცმლის გაქუჭყიანება ზოგჯერ მიუთითებს შესამოწმებლის გარკვეულ ადგილზე ყოფნას, რასაც დაზარალებულის ჩვენებასთან და საქმის ობიექტურ მონაცემებთან ერთად შეიძლება ჰქონდეს მნიშვნელობა.

შესამოწმებლის ტანსაცმელზე სისხლის ან სხვა საექვო ლაქების აღმოჩენის შემთხვევაში იგი აღებული უნდა იქნეს გამოძიების მიერ და გადაიგზავნოს სასამართლო-სამედიცინო ლაბორატორიის ბიოლოგიურ განყოფილებაში; საკითხის გადასაწყვეტად არის თუ არა სისხლი. ცხოველისა თუ ადამიანის და რომელ ჯგუფს ეკუთვნის. ლაბორატორიაში კვალიფიციური სპეციალისტი დააწყვეტს აგრეთვე სქესის საკითხს.

თესლის აღმოჩენის შემთხვევაში. მართალია გაუპატიურებაში ექვმიტანილის ტანსაცმელზე აღმოჩენილი სპერმა არ ამტკიცებს მის მონაწილეობას გაუპატიურებაში, მაგრამ ჯგუფური გაუპატიურების დროს ტანსაცმელზე შეიძლება დარჩეს სხვა მამაკაცის თესლი. ამიტომ მისი ჯგუფის დადგენას შეიძლება მნიშვნელობა ჰქონდეს გამოძიებისათვის.

წარმოებს შესამოწმებლის ფიზიკური განვითარების და მეორადი სასქესო ნიშნების ხარისხის დადგენა.

გაუპატიურება, რომელსაც თან ახლდა დაზარალებულის აქტიური ფიზიკური წინააღმდეგობა, მოძალადის სხეულზე: სახეზე (ტუჩებზე, ენაზე), ყელზე, ხელებზე, მუხლებზე და იდაყვებზე. შეიძლება ნახული იქნას ნაკვდევები და სისხლნაჟღენთები. დამახასიათებელი დაზიანებანი ვითარდება ფრჩხილების და კბილების ჩაჭირების შედეგად.

სასქესო ორგანოების და ბოქვენის მიდამოში შეიძლება ნახული იქნას: ჩუჩაზე და სასქესო ასოს თავზე დაზიანებანი (ლაგამის გაწყვეტა, ახალი ნაკვდევები და სისხლნაჟღენთები); სისხლის კვალი (უფრო ხშირად რჩება ლაგამის მიდამოში); თავისუფლად მოთავსებული თმების ღეროები. თმების აღმოჩენისას იგი აღებული და გადაგზავნილი უნდა იქნეს სასამართლო-სამედიცინო ლაბორატორიაში იმის გამოსაკვლევად, თუ ვის ეკუთვნის იგი მოძალადეს თუ დაზარალებულს.

სასამართლო-ბიოლოგიურ განყოფილებაში კვალიფიციური სპეციალისტის არსებობის შემთხვევაში, შეიძლება გამოკვლეულ იქნეს სასქესო ასოდან აღებულ ნაცხში საშოს ლორწოვანის უჯრედები და გამონადენის ჯგუფის დადგენა.

გაუპატიურებაში ექვმიტანილის ფრჩხილების ქვეშ შეიძლება ნახული იქნას სისხლი ან დაზარალებულის ტანსაცმლის ნაწილაკები, რაც აღებული და გამომძიებლის მიერ გადაგზავნილი უნდა იქნეს შესაფერის სასამართლო-სამედიცინო სამეცნიერო-კვლევით ლაბორატორიაში; აქვე იგზავნება სასქესო ასოზე აღმოჩენილი ტანსაცმლის ბოქკოები.

სასქესო ასოს თავის და ჩუჩის დათვალიერების დროს ყურადღებას აქცევენ მათი ეპითელური საფარველის მდგომარეობას. ხაქოსებური საცხის არსებობა ჩუჩის და ლაგამის ჩაღრმავებაში მიუთითებს იმაზე, რომ ახლო წარსულში სასქესო ასო საშოში არ ყოფილა მოთავსებული.

ტანსაცმელზე და სხეულზე აღმოჩენილი დაზიანებანი და სხვა თავისებურებანი აწერილი უნდა იქნეს: ლოკალიზაციის, ოდენობის, ფერის და სხვ. მხრივ. სხეულზე აღმოჩენილი დაზიანების შემთხვევაში უნდა გაირკვას აგრეთვე მისი წარმოშობის ხანდაზმულობა.

ვენერული სნეულების შეყრის შემთხვევაშიც საჭიროა მოძალადის სასამართლო-სამედიცინო შემოწმება დაავადების ხასიათის

და ხანდაზმულობის დასადგენად, რადგან ამით ერთგვარად მტკიცდება სქესობრივი შეუღლების ფაქტი, რაზედაც ქვემოთ გვექნება საუბარი.

გაუპატიურება ფსიქიკური ძალმომრეობით, როგორც ზემოთ მიუთითეთ, გულისხმობს ნაძალადევ სქესობრივ შეუღლებას დაშინებისა და მუქარის საშუალებით. რომლის დროსაც მოძალადე გამოიყენებს ცეცხლმსროლელ იარაღს ან დანას. ასეთ შემთხვევაში მოკვლის შიშით ქალი ჩვეულებრივ წინააღმდეგობას არ უწევს მოძალადეს, სქესობრივი შეუღლება წარმოებს მისი სურვილის გარეშე და ამ შემთხვევაში სხეულზე ფიზიკური დაზიანების რაიმე ნიშნები არ იქნება.

ფსიქიკური ძალმომრეობის დროს ქალი შეიძლება სწრაფად დანებდეს მოძალადეს, განსაკუთრებით ისეთ პირობებში, როცა არ შეუძლია დახმარებისათვის მოუხმოს სხვას, მაგალითად, ტყეში, მინდორში ან სხვა ამგვარ პირობებში როცა გარეშე დამხმარე არ არის.

ზოგჯერ (იშვიათად) შეიძლება ქალმა დაშინების და მუქარის საწინააღმდეგოდ მიიღოს გადამქრელი ზომები და მოძალადისაგან თავის დაცვის მიზნით თვით მოიკლას თავი.

აქვე საჭიროა აღინიშნოს, რომ ზოგჯერ ქალის მხრივ ადვილი აქვს ფსიქიკური ძალმომრეობის სიმულაციას. მაგალითად, სასამართლო-სამედიცინო შემოწმებაზე მოსული („დაზარალებული“) განაცხადებს, რომ ნაცნობმა ვაჟმა შეიტყუა თავის ოთახში, სიკვდილით დაემუქრა (დანით) და იქონია მასთან სქესობრივი კავშირი.

მსგავს შემთხვევებს ზედმიწევნით დეტალური შესწავლა ესაჭიროება და კვშმარიტების დადგენა უნდა მოხდეს გამომძიებლის მიერ.

ფსიქიკური ძალმომრეობით გამოწვეული გაულ ჭიურების დროს ზოგჯერ მოსალოდნელია დაზარალებულის ფსიქიკური სფეროს შერყევა რეაქტიული ფსიქოზის ან ფსიქიკური ავადმყოფობის განვითარების სახით, რომლის დროსაც საჭიროა სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარება. ამრიგად, ფსიქიკური ძალმომრეობით გამოწვეული გაუპატიურების დროს სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტი ადგენს მხოლოდ სქესობრივი შეუღლების ფაქტს.

გაუპატიურება ქალის უმწეო მდგომარეობის გამოყენებით გუ-

ლისხმობს ისეთ ნაძალადეგ სქესობრივ კავშირს, როცა ქალს არ შეუძლია წინააღმდეგობის გაწევა. ასეთი მდგომარეობა შეიძლება შექმნას თვით მოძალადემ (აქტიური) ან იგი შესაძლებელია თავის-თავად არსებობდა (პასიური).

როგორც ზემოთ მივუთითეთ, ფიზიკური ძალის გამოყენებით (თავის მიდამოში დარტყმით ან ყელში ხელის ჩაქერით) მოსალოდნელია გონების დაკარგვა, როცა ქალს აღარ შეუძლია წინააღმდეგობის გაწევა.

ამ შემთხვევაში მომხდარ სქესობრივ შეუღლებას ხშირად ქალი გაიგებს მხოლოდ გრძნობაზე მოსვლის შემდეგ.

სხვა შემთხვევაში უმწეო მდგომარეობა შეიძლება შექმნას მოძალადემ მომწამვლელი ნივთიერების გამოყენებით. ამ მხრივ ალსანიშნავია ალკოჰოლით დათრობა, ქლორალჰიდრატით მოწამვლა ან სხვა ნარკოტიკული საშუალების გამოყენება. პრაქტიკაში უფრო ხშირია ალკოჰოლით მოწამვლის შემდეგ გაუპატიურება, როცა მთვრალ ქალს არ შეუძლია წინააღმდეგობის გაწევა ან, უფრო ხშირად, არ შეუძლია გაითვალისწინოს თავისი მოქმედების შედეგი. ასეთ შემთხვევაში უფრო ხშირად სქესობრივი შეუღლება ხდება ქალის წინააღმდეგობის გარეშე ან შეიძლება მისივე აქტიულობით; მაგრამ იგი გამოფხიზლების შემდეგ ჩივის ნაძალადევი სქესობრივი კავშირის შესახებ. არაყთან ერთად შეიძლება შეპარებულ იქნეს ქლორალჰიდრატი, რომელიც საკმაოდ ღრმა ძილს იძლევა და ჩატარებული სქესობრივი შეუღლება შეუმჩნეველია დაზარალებულისათვის.

ქლორალჰიდრატის ან სხვა რომელიმე ნარკოტიკული საშუალების (ქლოროფორმი, ეთერი და სხვ.) გამოყენება გაუპატიურების მიზნით პრაქტიკაში ძალიან იშვიათია, ასეთს ზოგჯერ მიმართავენ ქურდობის მიზნით.

მოსალოდნელია გაუპატიურება სამკურნალო დაწესებულებაში ნარკოზის მიცემის შემდეგ, მაგრამ თუ მივიღებთ მხედველობაში იმ გარემოებას, რომ საავადმყოფოში ოპერაციას მრავალი დამსწრე ჰყავს, მსგავსი შემთხვევა პრაქტიკულად არ ხდება. შედარებით ხშირია ასეთი „მარცხი“ კბილის ექიმებს შორის. მაგალითად, ტეილორი (Tayler) აღწერს ორ შემთხვევას, როცა კბილის ექიმმა გაუპატიურა თავისი პაციენტები ეთერის ნარკოზის მიცემის შემდეგ.

ქალი უგრძნობ მდგომარეობაში შეიძლება ჩავარდეს ეთერის წარკოხის მიცემის გარეშეც, მაგალითად, კბილის ამოღების დროს. ასეთ შემთხვევაში გონზე მოყვანის მიზნით კბილის ექიმი სავარაძელს გადაიყვანს ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში, რითაც შეიქმნება სქესობრივი შეუღლებისათვის ხელსაყრელი პირობები. ლიტერატურაში აღწერილია მსგავსი შემთხვევები.

უგონო მდგომარეობიდან უნდა გავარჩიოთ უმწეო მდგომარეობა. ამ უკანასკნელის დროს ქალი სრულ გრძნობაზეა, მაგრამ ფიზიკური სისუსტის ან შექმნილი გარემოების გამო არ შეუძლია წინააღმდეგობის გაწევა.

უმწეო და უგონო მდგომარეობის საზღვარზე დგას ბუნებრივი ძილი. ასეთ შემთხვევაში ქალი. მართალია, გამოთიშულია გარემოდან. მაგრამ იგი უგრძნობ მდგომარეობაში არ არის, რადგან მასთან შესაფერისი კონტაქტი გამოიწვევს გამოღვიძებას.

ბუნებრივი ძილის პირობებში ქალთან, მით უფრო ქალწულთან სქესობრივი შეუღლება, ისე რომ ეს ქალმა ვერ გაიგოს შეუძლებელია.

ბუნებრივი ღრმა ძილის პირობებში, თუ ქალი მძიმე ფიზიკური მუშაობით არის გადაღლილი და, ამასთან, იგი სქესობრივად ნაცხოვრებია, შეიძლება მასთან სქესობრივი შეუღლების დაწყება ისე, რომ ქალმა ვერ გაიგოს, რადგან ასეთ შემთხვევაში მამაკაცს არ სჭირდება სქესობრივი შეუღლებისათვის მომზადება (ქალი წევს ლოგინში ხშირად ქვედა საცვლის გარეშე), მაგრამ იგი მალე იღვიძებს, ზოგჯერ მოძალადეს ლებულობს თავის ქმრად ან მიხვდება, რომ მასთან სქესობრივ კავშირშია სხვა მამაკაცი, მაგრამ წინააღმდეგობის გაწევის საშუალება არა აქვს, ერთი მხრივ, შექმნილი გარემოების გამო, ხოლო მეორე მხრივ, მისთვის ცნობილი, სქესობრივ შეუღლებისათვის დამახასიათებელი შეგრძნება უკარგავს მას წინააღმდეგობის უნარს. ასეთ შემთხვევაში ქალი პროტესტს აცხადებს გაუპატიურებაზე მხოლოდ სქესობრივი შეუღლების ჩათავეების შემდეგ.

ასევე არ გვხვდება პრაქტიკაში გაუპატიურება ჰიპნოზის დროს, რადგან იგულისხმება, რომ ჰიპნოზი ტარდება მკურნალობის მიზნით მხოლოდ სამკურნალო დაწესებულებაში, სადაც ასეთი დანაშაულის ჩადენისათვის ხელსაყრელი პირობები არ არის.

უმწეო მდგომარეობას ეკუთვნის აგრეთვე ქალის ფსიქიკური დაავადება ან ფსიქიკის ნაკლები განვითარება (დებილობა), როცა იგი შეურაცხადია და არ შეუძლია გაითვალისწინოს თავისი მოქმედების შედეგი.

ამიტომ მკვეთრად გამოხატულ სულით ავადმყოფთან ან ფსიქიკურად განუვითარებელ ქალთან (თუ გინდ სრულსაკოვანთან) ნებაყოფლობითი სქესობრივი კავშირი ისჯება როგორც გაუპატიურება, დაზარალებულის უმწეო მდგომარეობის გამოყენებით. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზით გადაწყვეტილი იქნეს საკითხი დაზარალებულის ფსიქიკური მდგომარეობის დასადგენად, რამდენადაც მას არ შეუძლია გაითვალისწინოს თავისი მოქმედების შედეგი, და ახდენს თუ არა იგი შეურაცხადის (ფსიქიკურად დაავადებულის ან ფსიქიკურად განუვითარებლის) შთაბეჭდილებას. ამ კითხვებზე პასუხის გაცემის აუცილებლობა გამომწვეულია იმით, რომ მსგავსი დანაშაულის შედგენილობისათვის საჭიროა მამაკაცმა იცოდეს, რომ ქალი ფსიქიკურად დაავადებულია ან ფსიქიკურად განუვითარებელია (დებილია, იდიოტი, იმბეცილი), ე. ი. პირი აშკარად უნდა ახდენდეს სულით ავადმყოფის ან დებილის შთაბეჭდილებას.

გაუპატიურება უმწეო მდგომარეობის გამოყენებით გვექნება აგრეთვე იმ შემთხვევაშიც, როცა ფიზიკური სისუსტის გამო ქალს არ შეუძლია წინააღმდეგობის გაწევა (დაავადება, სიგამხდრე, საერთო სისუსტე და სხვ.).

ზოგჯერ უმწეო მდგომარეობაში ქალი აღმოჩნდება შექმნილი გარემოების გამო, როცა მას წინააღმდეგობის გაწევის საშუალება მოსპობილი აქვს.

ამის საილუსტრაციო შემთხვევა მოჰყავს ჰოფმანს ბერნტის (Bernt) პრაქტიკიდან. ქალმა ტყეში ბალახით გაავსო ტომარა, მოუკრა თავი. გადაახვია მასზე თოკი. დაწვა ტომარაზე ბეჭებით და როცა თოკებქვეშ გაუყარა ხელები ზურგზე წამოსაკიდებლად, თავს დაესხა იქვე ჩასაფრებული მონადირე და გააუპატიურა. ქალს არ შეეძლო წინააღმდეგობის გაწევა, რადგან იგი მკიდროდ იყო მიმაგრებული საკმაოდ მძიმე ტვირთზე და, მასთან ქალის პოზა აადვილებდა სქესობრივ შეუღლებას.

სსრ კავშირის უმაღლესი საბჭოს პრეზიდიუმის 15 თებერვლის

ბრძანებულების შესაბამისად, საქართველოს სსრ სისხლის სამართლის კოდექსში შეტანილია ცვლილებები აგრეთვე არასრულწლოვანის გაუპატიურების შემთხვევაში სასჯელის ღონისძიების გაძლიერების მხრივ (თავისუფლების აღკვეთა რვიდან თხუთმეტ წლამდე, გადასახლებით ორიდან ხუთ წლამდე ან გადაუსახლებლად, ანდა სიკვდილით დასჯა).

არასრულწლოვანის და, მით უფრო, მცირეწლოვანის გაუპატიურება შედარებით იშვიათია, უფრო ხშირად ასეთ პირებთან ადგილი აქვს სქესობრივ კავშირს (ს. ს. კოდ. 119-ე მუხ.) ან გარყვნილ ქმედებას (ს. ს. კოდ. 120-ე მუხ.).

უმრავლეს შემთხვევაში არასრულწლოვანთან და, მით უფრო, მცირეწლოვანთან სქესობრივი კავშირი რაიმე ძალის გამოყენებასთან არ არის დაკავშირებული, რადგან მცირეწლოვანის ფიზიკური და ფსიქიკური განვითარება დაბალია, იგი ვერ ითვალისწინებს თავისი მოქმედების შედეგს, ე. ი. ადვილად შეიძლება იქნეს მოტყუებული სხვადასხვა შეპირებებით ან საჩუქრით და ამავე დროს, ამ ასაკის გოგონებს ფიზიკური წინააღმდეგობის გაწევის უნარიც არა აქვთ.

ზემოაღნიშნულის გამო მცირეწლოვანთან ან არასრულწლოვანთან სქესობრივი კავშირი არის გაუპატიურება (ს. ს. კოდ. 117-ე მუხ.) თუ სქესობრივი კავშირი იმ პირთან, რომელსაც თექვსმეტი წელი არ შესრულებია (ს. ს. კოდ. 119-ე მუხ.), ძნელი გასარკვევია. თუ ეს მოქმედება ჩაითვლება გაუპატიურებად, მაშინ იგი შეფასებული უნდა იქნეს, როგორც უმწეო მდგომარეობის გამოყენება.

ჯანმრთელობის შერყევა და მკვლელობა გაუპატიურების დროს

ნაძალადევი სქესობრივი კავშირის დროს მოსალოდნელია ჯანმრთელობის სერიოზული შერყევა, თვითმკვლელობა და მკვლელობა, რაც არსებითად წარმოადგენს ამ დანაშაულის დამამძიმებელ გარემოებას და ასეთ შემთხვევაში სასჯელის ღონისძიებაც მაღალია — თავისუფლების აღკვეთა რვიდან თხუთმეტ წლამდე. გადასახლება ორიდან ხუთ წლამდე ან გადაუსახლებლად, ან სიკვდილით დასჯა.

ამ მოსაზრებით, სქესობრივი ძალადობის შემთხვევაში ჩატარებული სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დროს გადაწყვე-

ტილი უნდა იქნეს სხეულის დაზიანების სიმძიმის ხარისხი ან სხვა ხასიათის ჯანმრთელობის შერყევის თავისებურება და მისი მიზეზობრივი კავშირი მოძალადის კანონსაწინააღმდეგო მოქმედებასთან.

დაზარალებულის ჯანმრთელობის შერყევა ან მძიმე დაავადება შეიძლება გამოწვეული იქნეს ფიზიკური და ფსიქიკური ძალადობის შედეგად.

ფიზიკური ხელყოფის შედეგად შეიძლება მივიღოთ სიცოცხლისათვის სახიფათო კრილობები, ძვლების მოტეხილობა, შინაგანი ორგანოების დაზიანება, გარეგანი და შინაგანი სისხლდენა და სხვ.

ფსიქიკური ზემოქმედებით შეიძლება მივიღოთ როგორც სულით დაავადება, ისე სხვადასხვა სახის მძიმე ფსიქოზი, რის გამოც მოსალოდნელია შრომის უნარის ხანგრძლივი დაკარგვა. ასეთ შემთხვევაში დაზარალებულის შემოწმება უნდა მოხდეს სასამართლო ფსიქიატრის მიერ ან უმჯობესია კომპლექსური ექსპერტიზის ჩატარება სასამართლო ფსიქიატრის მონაწილეობით.

ზოგჯერ ჯანმრთელობის საშიში შერყევა შეიძლება განვითარდეს გაუპატიურების მიზნით მიცემული საწამლავის შედეგად. მაგალითად, მოწამვლა ქლორალჰიდრატით, ეთილის სპირტით, სხვადასხვა ნარკოტიკული ნივთიერებით და სხვ.

ზოგჯერ გაუპატიურებას თან სდევს ვენერული სნეულების შეყრა.

რბილი შანკრით დაავადება იშვიათია: თუ გართულებას არ ექნა ადგილი, იგი არ შეიძლება მძიმე დაავადებად ჩაითვალოს, რადგან განკურნება ადვილია და, მასთან, გართულებები არ წარმოადგენს ჯანმრთელობის სერიოზულ შერყევას.

სუსუნატი შეიძლება ჩაითვალოს მძიმე დაავადებად, თუ წარმოიშვა ისეთი სერიოზული გართულებები, როგორცაა: ენდომეტრიტი (შემდეგში უშვილობის მიზეზი), პერიტონიტი, გონოკოკური სეფსისი, ენდოკარდიტი, ტენდოვაგინიტი, ართრიტი, პიელონეფრიტი და სხვ. ჩვეულებრივ ეს დაავადება ჯანმრთელობის შერყევის თვალსაზრისით სახიფათო არ არის, მიმდინარეობს მსუბუქად, შემოიფარგლება საშარდე მილის ან შარდის ბუშტის ლორწოვანის ადგილობრივი ანთებითი პროცესით და დროულად ჩატარებული მკურნალობის შედეგად დაზარალებული 2 — 3 დღეში განიკურნება.

გაუპატიურების შედეგად ათაშანგით დაავადება ყოველთვის უნდა ჩაითვალოს მძიმე დაავადებად, რადგან განკურნებისათვის სპეციალური ხანგრძლივი და სისტემატური მკურნალობის ჩატარება, ხოლო არანორმალური მკურნალობის შემთხვევაში მოსალოდნელია მძიმე და შეუბრუნებელი გართულებების წარმოშობა, როგორცაა: გუმოზური ათაშანგი. ტაბესი, პროგრესული დამზლა და სხვ.

სწორი ნაწლავიდან გაუკუღმართებული სქესობრივი კავშირის შედეგად ქალებში, ისე როგორც მამაკაცებში, მოსალოდნელია სწორი ნაწლავის გამოვარდნა ან ფისტულის განვითარება, რაც სერიოზულ გართულებას წარმოადგენს.

გაუპატიურების შედეგად განვითარებული ორსულობა არ წარმოადგენს დამამძიმებელ გარემოებას, რადგან ორსულობა ფიზიოლოგიური მოვლენაა და 13 — 14 წლის გოგონებშიც კი არ იწ-



სურ. 18. ვეპა პაზა გაუპატიურება შექვეყნების შემთხვევაში.

ვევს ჯანმრთელობის სერიოზულ მოშლას. ასეთ შემთხვევაში ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის ოპერაცია უნდა ჩატარდეს დაუბრკოლებლად. უსასყიდლოდ, ისე როგორც სხვა აბორტი, წარმოებული საექიმო ჩვენებების მიხედვით.

ნაძალადევი სქესობრივი კავშირის დროს შეიძლება ადგილი ექნეს ქალის სიკვდილს, როცა წინააღმდეგობის დაძლევის პროცესში ადგილი აქვს ყელში ხელის ჩაჭერას ან ყვირილის შეწყვეტის მიზნით ცხვირპირის აპერტურის ხელით გადაკეტვას ან პირის ღრუ-

ში უცხო სხეულების (პირსახოცის, ცხვირსახოცის, ბამბის ან სხვა ამდაგვარის) მოთავსებას. მოსალოდნელია სიკვდილი ტრავმული შოკით, გულის დამბლით (ფიზიკური გადაღლის ნიადაგზე დაავადებული გულის ფუნქციის შეწყვეტა), თავის ტვინის რბილ გარსებში ან ტვინის ნივთიერებაში სისხლის ჩაქცევით (თავის მიდამოში მიყენებული ტრავმის დროს) და სხვ. ზოგჯერ სადისტური ქვეგრძნობით, ან ბოროტმოქმედების კვალის დაფარვის მიზნით ადგილი აქვს განზრახ მკვლელობას.

სასამართლო-სამედიცინო შემოწმების აქტო

1962 წლის 15 აგვისტოს ქ. თბილისის სამგორის რაიონის პროკურატურის სახალხო გამომძიებლის, მეორე კლასის იურისტის კ.-ძის ა/წ 14 აგვისტოს დადგენილების თანახმად, მე, თბილისის სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტმა ვ. შ.-ძემ, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის ბიუროში მოვახდინე შემოწმება მოქ. ფ. ო. ი-ვას (19 წლის) გაუპატიურების კვალის დადგენის მიზნით.

საქმის გარემოება: შესამოწმებლის გადმოცემით, 13 აგვისტოს საღამოს 8 საათზე, თავის საცხოვრებელი ადგილიდან (სოფ. სოლანლული) წავიდა მდინარე მტკვრის მიმართულებით ძროხების მოსაყვანად. გზაში ტყის პირას იდგა ხრეშით დატვირთული თვითმცლელი ავტომანქანა, ხოლო შოფერი იქვე იჯდა ხის ქვეშ. მიახლოებისთანავე გადაუდო ფეხი და წააქცია მიწაზე. შეათრია ბუჩქებში, დააწვა ზემოდან და დაუწყო ქვედა საცვლის გახდა. მან დაიყვირა, მაგრამ შოფერმა პირზე ხელი დააფარა და ფეხებით შეეცადა გაეშლევინებინა ბარძაყები. ქალმა უკბინა შოფერს ჭერ თითზე, ხოლო როცა ხელი მოაცილა, შემდეგ — მარჯვენა მხარზე. ამის შემდეგ შოფერმა ჩაარტყა სახეში და ქალმა დაკარგა გრძნობა. გამოფხიზლების შემდეგ იწვა მიწაზე, გრძნობდა თავის ტკივილს, თავბრუს და ტკივილს გარეთა სასქესო ორგანოების მიდამოში. ქვედა საცვალი დაგლეჯილი იყო, ხოლო პერანგის ქვედა წინა ნაწილი — სისხლში მოსვრილი. იგი გაკვირვებულ იქნა თავის სახლამდე, უამბო მშობლებს მომხდარის შესახებ, რომლებმაც თავის მხრივ მილიციას შეატყობინეს.

სპეციალური ანამნეზი: მენსტრუაცია დაეწყო 14 წლის ასაკი-

დან, მოსდის ყოველი ოთხი კვირის შემდეგ, სამი დღის განმავლობაში უმტკივნეულოდ, უკანასკნელად ჰქონდა 6-9 აგვისტომდე. წინათ სქესობრივად ნაცხოვრები არ არის.

ჩივილები: თავის ტკივილი და თავბრუ. ერყევა ქვედა ორი საკრელი კბილი, აღნიშნავს ტკივილს სასქესო ორგანოების მიდამოში.

ობიექტური გამოკვლევის მონაცემები: სწორი აგებულების, სუსტი კვების, სიმაღლე 170 სმ. მეორადი სასქესო ნიშნები კარგად გამოხატული, სარძეო ჯირკვლები ნახევარსფერული, მომკვრივო, დვრილები და მის ირგვლივ მდებარე კანი ზომიერად პიგმენტური. თმოვანობა ბოქვენისა და ილლიის მიდამოში კარგად განვითარებული. ორივე ტუჩი შესივებული, მათ ლორწოვანში დიფუზური სისხლჩაქცევა. ქვედა ტუჩის ლორწოვანზე წინა საკრელი კბილების შესაბამისად ნასკდომი ჰრილობა სიგრძით 2,5 სმ. ქვედა ორი საკრელი კბილი მორყეული. მის შესაბამისად ღრძილები შესივებულია და სისხლით არის გაჟღენთილი, მარცხენა ლოყაზე, პირის კუთხესთან ახლოს აღინიშნება შეიდი ნახევარმთვარისებური ნაქდევი. თითო სიგრძით 0,8—1 სმ. მარჯვენა ლოყაზე პირის კუთხესთან ახლოს ასეთივე ორი ნაქდევი, თითო სიგრძით 1-1,5 სმ, ყელის მარცხენა გვერდით ზედაპირზე და მარჯვენა სარძეო ჯირკვლის დვრილთან აღინიშნება თითო მოლურჯო ფერის, ოვალური სისხლნაჟღენთი, ფართობით 3×4 სმ, რომლის ფონზე მოჩანს ინტენსიური ფერის წერტილოვანი სისხლჩაქცევები. ორივე მხრის შუა მესამედებში მის უკანა ზედაპირებზე აღინიშნება მრავლობითი სხვადასხვა ფორმის მოლურჯო ფერის სისხლნაჟღენთები. მარჯვენა ბარძაყის შიგნითა ზედაპირზე მუხლთან ახლოს აღინიშნება მოლურჯო ფერის ოვალური ფორმის სისხლნაჟღენთი, ფართობით 2×3 სმ. გარეთა სასქესო ორგანოები ჩვეულებრივი განვითარების. საშოს შესავალი დახურული, ნაპრალიდან გამოიდინება წალასებრი სითხე. საშოს შესავლის ლორწოვანი გარსი ღია ვარდისფერია. საქალწულო აპკი ყოფილი ბექდისებური ფორმის, მაღალი, ხორციანი, საათის ციფერბლატის მეოთხე, მეექვსე და შერვე დანაყოფების შესაბამისად აღინიშნება ახალი ჩანახევები, რომელიც დადის ფუძემდე; მათი კედლები შესივებულია, მოლურჯო-წითელი ფერისაა და დიდი სასირცხო ბაგეების დაჭიმვის შემდეგ სისხლი გამოჟონავს

ჩანახვევის კიდები დაფარულია მონაცრისფერო ნადებით. საშოდან ალებულ იქნა ნაცხი სპერმატოზოიდებზე გამოსაკვლევად.

დასკვნა: 1) მოქ. ი-ვას საქალწულო აპკის მთლიანობა ამჟამად დარღვეულია. დაზიანების ხანდაზმულობა შეეფარდება წინასწარ ცნობებში მითითებულ თარიღს, ე. ი. 13 აგვისტოს საღამოს; 2) მოქ. ი-ვას საქალწულო აპკის დაზიანება შესაძლებელია მოხდა სქესობრივი კავშირით. 3) სახის, ყელის, ძუძუს და ბარძაყის მიდამოში არსებული დაზიანებანი მიყენებულია რაიმე მკერძი და ბლაგვი საგნის მოქმედებით. ნახევარმთვარისებური ნაჭდევები ლოყების მიდამოში — ხელის ფრჩხილების ჩაჭირებით პირის ნაძალადევი დადაკეტვით, ხოლო ოვალური სისხლნაქედნთები ყელისა და მარჯვენა სარძეო ჭირკვალზე — ამოწუწუნით. ყველა ეს დაზიანება ხანდაზმულობით შეეფარდება წინასწარ ცნობებში მითითებულ თარიღს, ე. ი. 13 აგვისტოს საღამოს. 4) აღწერილი დაზიანება მიეკუთვნება მსუბუქ დაზიანებას ჯანმრთელობის მოუშლელად; 5) მოქ. ი-ვა უნდა გაიგზავნოს ვენდისპანსერში ვენერული სნეულების მოსალოდნელი დაავადების დადგენის მიზნით. 6) მოქ. ი-ვას შემოწმება საჭიროა ერთი თვის შემდეგ მოსალოდნელი ორსულობის დადგენის მიზნით.

სასამართლო-სამედიცინო შემოწმების აქტი

1962 წ. 16 აგვისტოს ქ. თბილისის სამგორის რაიონის პროკურატურის სახალხო გამომძიებლის, მეორე კლასის იურისტის კ-ძის ა/წ. 16 აგვისტოს დადგენილების თანახმად, თბილისის სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტმა ვ. მ-ძემ სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტის ბიუროში მოვახდინე მოქ. ი. ვ. ხ-ვის (25 წლის მამაკაცის) შემოწმება სხეულზე დაზიანების ხასიათის გამოკვლევის მიზნით.

საქმის გარემოება: როგორც ირკვევა პროკურატურის დადგენილებიდან მოქ. ხ-ვი პროფესიით შოფერი, დაკავებულ იქნა 16 აგვისტოს დილით. სოდანლულთან. როცა იგი თვითმცლელი ავტომანქანით ხრეშის მოსატანად ჩადიოდა მტკვრის ნაპირისაკენ. იგი ეჭვმიტანილია ი-ვას გაუპატიურებაში, რომელიც მოხდა 13 აგვისტოს. ამ ბრძოლის დროს ი-ვამ უკბინა მოძალადეს თითზე და მარჯვენა მხარზე. გარდა ამისა, იგი ურტყამდა მას და აკაწრავდა სახეს.

ბ-ვი უარყოფს გაუპატიურებაში თავის მონაწილეობას და განმარტავს, რომ სახეზე არსებული განაკაწრი მიიღო დუგმისაგან ხალათის ჩაცმის დროს, ხოლო კრილობა თითზე — ავტომანქანის კარებში დატანებით.

ობიექტური გამოკვლევის მონაცემები: სწორი აგებულების, კარგი კვების, სიმაღლე 178 სმ. გასინჯვით ნახული იქნა შემდეგი: მარცხენა თვალის გარეთა კუთხიდან იწყება ორი ერთმანეთისაგან 1 სმ. დაცილებული განაკაწრი, რომელიც აღწევს ქვედა ყბის კიდემდე და დაფარულია მორუხო-წითელი ფერის ფუფხით. მასთან, განაკაწრები ზემო ნაწილში უფრო ფართოა, ვიდრე ქვემოთ. მარჯვენა მხარის წინა ზედაპირზე, მის შუა მესამედში, აღინიშნება ოვალური მოლურჯო, ოდნავ მოყვითალო ელფერის სისხლნაქლენთი, ფართობით 3×4 სმ. რომლის კიდეებზე ზემოთ და ქვემოთ აღინიშნება ორ-ორი ნაწყვეტოვანი ნაკვდევით, თითო სიგრძით 8.5 სმ, მარჯვენა ხელის გულზე დიდი თითის ფუძესთან შესივება. რომლის ცენტრში არის ჩირქმდენი კრილობა. სიგრძით 1,5. სხეულზე სხვა დაზიანება არ არის.

დასკვნა: 1) მოქ. ბ-ის სახის. ხელის და მხარის მიდამოში არსებული დაზიანებანი მიყენებულია რაიმე მკვრივი და ბლავი საგნის მოქმედებით, მიეკუთვნება მსუბუქ ხარისხს და თავისი ხანდაზმულობით მიყენებულია სამი დღის წინ. 2) სახის მიდამოში მიყენებული ორი განაკაწრი მიყენებულია რაიმე გამკაწრავი საგნით, მაგალითად ადამიანის ფრჩხილებით, რადგან იგი არის ორი და მიიმართება ზემოდან ქვემოთ, ერთმანეთის პარალელურად. მხარის მიდამოში არსებული დაზიანება მიყენებულია ადამიანის კბილებით, ხოლო მარჯვენა ხელისგულზე არსებული კრილობა, რადგან იგი დაჩირქებულია, ძნელი გასარკვევია, არის თუ არა გამოწვეული კბენით.

სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტი

(ხელმოწერა)

განაყოფიერების უზნარობა

ექსპერტიზა განაყოფიერების უნარის დასადგენად წარმოებს: მამათცნობის საკითხთან, გაუპატიურებასთან, არასრულწლოვანთან სქესობრივი კავშირის და გაყრის საკითხებთან დაკავშირებით.

განაყოფიერების უნარი (*Potentia generadis*) დაკავშირებულია სათესლე ჭირკვლების ნორმალურ ფუნქციასთან (განვითარებასთან). თესლის გამომტანი გზების გამტარუნარიანობასთან და შეუღლების უნართან.

იმ შემთხვევაში, როცა აღნიშნული სამი ფაქტორიდან ერთ-ერთი გამოვარდნილია, მამაკაცი განაყოფიერების უნარმოკლებულია.

სათესლე ჭირკვლების მხრივ განაყოფიერების უუნარობას იწვევს ამ ორგანოების თანდაყოლილი არარსებობა — *aplasia s. agenesis testis*—(იშვიათია), ან კასტრაცია, რომელიც კეთდება ჭირკვლების დაავადების შემთხვევაში (სიმსივნეები, ტუბერკულოზი, ტრავმა და სხვ.).

სათესლე ჭირკვლების ფუნქციის მოსპობა ან მისი ამოკვეთა სქესობრივ მომწიფებამდე გამოიწვევს ორგანიზმის ზრდა-განვითარების შეცვლას. ასეთ შემთხვევაში ადგილი აქვს კიდურების ჭარბ ზრდას (გრძელი ხელები და ფეხები), კანის გასქელებას და დანაოკებას, სახისა და სხეულის სხვა მიდამოში თმის ზრდის შეჩერებას (თმა ამოდის ღინღლის სახით ან მცირე რაოდენობით ნიკაპის და ტუჩის კუთხეებთან, ბოქვენზე თმოვანობა ქალის თმოვანობის განვითარების მსგავსად), ცხიმის სიჭარბეს ბოქვენისა და ბარძაყების მიდამოში და სხვ.

სათესლე ჭირკვლების დაკარგვა ან მისი ფუნქციის მოსპობა სქესობრივი მომწიფების შემდეგ გამოიწვევს თმების ჩამოცვენას სახისა და სხეულის სხვა მიდამოებში (დარჩება თავზე, ბოქვენზე და ილიის მიდამოში), ცხიმის სიჭარბეს ბოქვენის და ბარძაყების მიდამოში, ხმის გაწვრილებას, სასქესო ორგანოების ატროფიას და სხვ.

კასტრაციის ან სათესლე ჭირკვლების ფუნქციის სრული მოსპობის შედეგად აბსოლუტურად ისპობა განაყოფიერების უნარი.

სათესლე ჭირკვლების შეჩერება მუცლის ღრუში (კრიპტორქიზმი) ზოგჯერ იწვევს განაყოფიერების უუნარობას, მიუხედავად იმისა, რომ სქესობრივი მომწიფება არ არის დარღვეული და მამაკაცს შეუღლების უნარი აქვს. ასეთ შემთხვევებში ადგილი აქვს სათესლე ჭირკვლების ატროფიას — სპერმატოზოიდების გამომუშავების (სპერმატოგენეზის) უნარის მოშლას.

სათესლე ჭირკვლების მიერ თესლის გამომუშავება დაკავშირებულია ასაკთან. საერთოდ სათესლე ჭირკვლებიდან თესლის გამომუშავება ვითარდება 14 — 16 წლის ასაკიდან, რაც დაკავშირებულია ორგანიზმის ნორმალურ ზრდა-განვითარებასთან, კლიმატურ პირობებთან, გადატანილ ზოგად ინფექციურ დაავადებებთან და სხვ.

ზოგჯერ შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ნაადრევ სქესობრივ მომწიფებას, როცა 10 წლის ვაჟის სათესლე ჭირკვლები გამოჰყოფს თესლს. ასეთ შემთხვევაში სუბიექტს კარგად აქვს განვითარებული მეორადი სასქესო ნიშნები (სხეულის საერთო განვითარება, თმონაზობა ბოქვენისა და ილიის მიდამოში, წვერ-ულვაშის ამონვლა, ხმის ტემბრის შეცვლა და სხვ.).

თესლის გამომუშავება ასაკთან დაკავშირებით თანდათან მცირდება და დაახლოებით 60 წლის შემდეგ შეიძლება მთლიანად მოისპოს, თუმცა ბევრ შემთხვევაში 80 და უფრო მეტი წლის ასაკშიც შესაძლებელია მამაკაცს შერჩენილი ჰქონდეს განაყოფიერების უნარი (მკვირცხლად მოძრავი მრავალი სპერმატოზოიდი), რაც დამტკიცებულია მრავალი გამოკვლევით და პრაქტიკული დაკვირვებით. ჩვენ გვქონდა შემთხვევა, როცა 86 წლის გვამის სათესლე ბუშტუკიდან აღებულ თესლში სიკვდილიდან 8 საათის შემდეგ აღმოვაჩინეთ საკმაოდ აქტიურად მოძრავი სპერმატოზოიდების დიდი რაოდენობა. ამიტომ ღრმა მოხუცებულობა არ გამოირიცხავს განაყოფიერების უნარს, ასეთ შემთხვევებში მნიშვნელოვანია ორგანიზმის ფიზიკური სისუსტე, გამოწვეული მოხუცებულობით მარაზმით, როცა საერთოდ ადგილი აქვს ორგანიზმის ყველა სასიცოცხლო ფუნქციის მკვეთრ დაქვეითებას, რაც აგრეთვე მოქმედებს სპერმატოგენეზზეც. ამიტომ განაყოფიერების უნარიანობის საკითხის გადაწყვეტა უნდა მოხდეს თესლში ცოცხალი სპერმატოზოიდების არსებობის მიხედვით, თუმცა ცნობილია, რომ თესლში ცოცხალი სპერმატოზოიდების არსებობა ჭერ კიდევ არ ნიშნავს იმას, რომ გამოსაკვლევ მამაკაცს აქვს განაყოფიერების უნარი, რადგან შეიძლება მას არ გააჩნდეს შეუღლების უნარი.

სათესლე ჭირკვლების განვითარების მანკებიდან უფრო ხშირად შეიძლება შეგვხვდეს მისი ჰიპოპლაზია (ნაკლები განვითარება), ან დაავადებასთან დაკავშირებით განვითარებული ატროფია, arte-

ria spermatica დაზიანებისა ან ობლიტერაციის დროს, რენტგენის სხივების ზემოქმედების შემდეგ, სათესლე ჭირკვლების ტრავმის შემთხვევაში. მოწამვლის გამო და სხვ., როცა სპერმატოზოიდების გამომუშავება დაბრკოლებულია ან სრულიად მოსპობილია.

სათესლე ჭირკვლებში არსებულ სიმსივნურ პროცესთან ან ანთებასთან დაკავშირებით დასაწყისში ადგილი აქვს თესლის რაოდენობის საერთო შემცირებას (oligospermia), სპერმატოზოიდების რაოდენობის შემცირებას (oligosospermia), ხოლო შემდეგში — სრულ მოსპობას (azoospermia). ასეთ შემთხვევებში ადგილი აქვს ჭირკვლის ქსოვილის დაშლას, გადაგვარებას და შემაერთი ქსოვილის პროლიფერაციას. ამგვარი ცვლილებები მეტწილად ვითარდება ტუბერკულოზური ან სხვა მწვავე ზოგადი ინფექციური სნეულების შედეგად განვითარებული ანთების (orchitis) დროს.

შარდ-სასქესო ორგანოების სხვადასხვა დაავადების შედეგად შეიძლება თესლში იყოს ლეიკოციტების დიდი რაოდენობა (pyospermia), ერითროციტები (haemospermia), სპერმატოზოიდების სხვადასხვა ფორმები (anisospermia), მკვდარი სპერმატოზოიდები (necrospermia) და სხვ.

განაყოფიერების უუნარობის ხშირი მიზეზი არის სათესლე ჭირკვლების, დანამატების ან თესლის გამომტანი გზების გონორეული ანთება, რაც ვითარდება აღმავალი გზით შარდსადენის კატარული ჩირქოვანი ანთებიდან.

ორქიტის განვითარება მოსალოდნელია ყვაველით, ნომით, წითელათი და ყბაყურით დაავადების შემთხვევაში, რომელიც მეტწილად ორმხრივია და იძლევა განაყოფიერების უუნარობას.

ანთებითი პროცესის შედეგად ჭირკვლები და მათი დანამატები მომკვრივო კონსისტენციისაა, გადიდებულია, ან, პირიქით, დაპატარავებულია, ზედაპირის სისადავე და კონფიგურაცია შეცვლილია.

ჩამოთვლილი დაავადებების შედეგად მეტწილად მოსალოდნელია აზოოსპერმია ან, უფრო იშვიათად, ნეკროსპერმია, რაც აბსოლუტურად განაყოფიერების უუნარობას იძლევა.

გამოსაკვლევად თესლის მიღება პრაქტიკულად ძნელია. ამ მიზნით მოწოდებულია სწორი ნაწლავიდან პროსტატის მასაჟი, რომლის დროსაც ადგილი აქვს სათესლე ბუშტუკებში დაგროვილი

სპერმის გამონთხევას. როგორც გამოცდილება გვიჩვენებს, ამ საშუალებით სპერმის მიღება ყოველთვის არ არის შესაძლებელი, რადგან ასეთი მასაჟის შედეგად მიღებული სეკრეტი უფრო ხშირად პროსტატის წვენია ან ლორწოვანი გარსის გამონაყოფი, რომელშიც სპერმატოზოიდებს ვერ ვნახავთ. ამ მხრივ ზოგიერთი ავტორი გვიჩვენებს სათესლე ჯირკვლიდან პუნქტატის აღებას, მაგრამ ასეთი გზით მიღებულ სითხეში სპერმატოზოიდები შეიძლება ვერ იქნეს ნახული, მიუხედავად იმისა, რომ პიროვნებას აზოოსპერმია არა აქვს. ზოგიერთი ავტორი (პუნხარევიჩი) გვიჩვენებს თესლის მიღებას მასტურბაციის გზით, რაც გარკვეული მორალური მოსაზრებით არ შეიძლება რეკომენდირებულ იქნეს, მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი საშუალებით მიღებული თესლის გამოკვლევის შედეგები მეტად საიმედოა.

„მამაკაცის სქესობრივი მდგომარეობის სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის წესების“ შესაბამისად (მუხ. 24-30) გამოსაკვლევი პირის შემოწმება წარმოებს ჩვეულებრივი წესით. დეტალურად შეისწავლება გარეთა და შინაგანი სასქესო ორგანოები.

გამოკითხვით შეგროვილი უნდა იქნეს ის მონაცემები, რომლის მიხედვით შესაძლებელია მსჯელობა განაყოფიერების უნარის დარღვევაზე. ასეთებიდან აღსანიშნავია:

1) ამჟამად არსებული და გადატანილი:

ა) წინამდებარე ჯირკვლის, სათესლე ბუშტუკების, სათესლე ჯირკვლების, სათესლე ჯირკვლის დანამატების და შარდის გამომტანი გზების ვენერული და არავენერული ანთებითი დაავადებანი;

ბ) ინფექციური დაავადებანი — ყბაყურა, მალარია, ტიფი, ტუბერკულოზი და სხვ.;

გ) ცენტრალური ნერვული სისტემის დავადება ან ტრავმა, სასქესო ორგანოების და მენჯის ძვლების ტრავმა, რომელსაც მოჰყვა სასქესო ორგანოების ფუნქციის მოშლა;

2) მავნე ჩვეულებანი (ალკოჰოლის, ნიკოტინის, ნარკოტიკული ნივთიერების, ჰორმონული პრეპარატების, ძილმომგვრელი და სხვ. ბოროტად გამოყენება);

3) სქესობრივი ფუნქციის შემასუსტებელი პროფესიული დაავადებანი;

4) ცნობები შესამოწმებელი პირის სქესობრივ ცხოვრებაზე.

სასქესო ორგანოების გასინჯვის შედეგად მიღებული მონაცემების შეფასებისათვის მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული: შარდსადინარის შევიწროება (გამოკვლევა უნდა ჩატარდეს ბუჟირებით, ურეთროსკოპიით და რენტგენოგრაფიით); სასქესო ასოს სიმახინჯეები — კარგად გამოხატული ეპი-და ჰიპოსპადია, რაც აუცილებლად არ გამოორიცხავს განაყოფიერების უნარს; სათესლე ჯირკვლების გამკვრივება და ხორკლიანობა, რაც მიუთითებს გადატანილ ანთებით პროცესზე.

ორივე სათესლე ჯირკვლის დაზიანება შეიძლება მიზეზი იყოს აზოსპერმიის, ხოლო ერთ-ერთის დაავადებას არ მოჰყვება განაყოფიერების უუნარობა. ანთების ან ტრავმის შედეგად განვითარებული სათესლე ჯირკვლების დანამატების გამკვრივება და მარცვლოვანობა წარმოადგენს აზოსპერმიის ობიექტურ ნიშანს. ამასთან, შემთხვევათა გარკვეულ რიცხვში დანამატების ცალმხრივი ცვლილებებიც შეიძლება აზოსპერმიის მიზეზი გახდეს.

თესლის გამოკვლევა წარმოადგენს განაყოფიერების უნარის დადგენის ძირითად მეთოდს.

მიზანშეწონილია თესლის გამოკვლევის წინ შესამოწმებელმა თავი შეიკავოს სქესობრივი შეუღლებისაგან 7-10 დღით. თესლის მიღება არასრულწლოვანთა გამოკვლევისას უნდა მოხდეს მხოლოდ წინამდებარე ჯირკვლის და სათესლე ბუშტუკების მასაჟით. თესლი უდა შეგროვდეს სხეულის ტემპერატურამდე შემთბარი პეტრის ფინჯანში.

აუცილებლად საჭიროა გამოკვლეულ იქნეს თესლის „უკანასკნელი წვეთი“, რაც უნდა მოხდეს სასქესო ასოს ძირიდან თავისაკენ, შარდსადინარის გასწვრივ მსუბუქი მასაჟით. მიღებული წვეთი უნდა მოთავსდეს სასაგნე მინაზე მიკროსკოპული გამოკვლევისათვის. შესამოწმებელი პირის მიერ თავისთავად შეგროვილ და გადმოცემულ თესლში მკვდარი (უმოძრაო) სპერმატოზოიდების აღმოჩენის შემთხვევაში საჭიროა „უკანასკნელი წვეთის“ მიღება და გამოკვლევა. თუ ეს უკანასკნელი შეიცავს მოძრავ სპერმატოზოიდებს, შესამოწმებელ პირს მიღებული თესლისათვის სპერმატოზოიდების მოსასპობად სიმუჟავე ან სხვა ნივთიერება დაუმატებია.

თესლის შესწავლა უნდა მოხდეს დაუყოვნებლივ (არა უგვიანეს 3 საათისა) მისი ფიზიკური (ფერი, გამკვრივალობა, წებოვნება,

რაოდენობა), ქიმიური (pH) და მიკროსკოპული (ახალ თესლში დადგინდეს სპერმატოზოიდების რაოდენობა და მოძრაობა, შეღებულ პრეპარატში სპერმატოზოიდების პათოლოგიური ფორმები) გამოკვლევებით.

ა) თესლის ფერს და გამჭვირვალობის ხარისხს ამოწმებენ თვალით. ნორმალურად ეაკულატი მორუხო-მოთეთრო ფერისაა, მღვრიეა (სისხლნრევი — წითელია, ჩირქნარევი — ყვითელი, ასაკოვანის თესლი მოყავისფროა ან იგი დიდი ხნის ალებულია).

ბ) თესლის წებოვნებას ამოწმებენ ოთახის ტემპერატურის პირობებში 30 წუთის შენახვის შემდეგ, როცა ჩვეულებრივად მოხდება მისი გათხიერება. ნორმალური წებოვნებისას ეაკულატიდან ამოღებული ხის ან მინის ჩხირიდან თესლი წვეთებად ჩამოიღინება. წებოვნების მომატება პროსტატის დაავადების მაჩვენებელია.

გ) თესლის რაოდენობას განსაზღვრავენ დანაყოფებიან სინჯარაში მოთავსებით, რომელიც გადატანილი უნდა იქნეს პეტრის ფინჯანიდან მისი გათხიერების შემდეგ.

თესლის pH განსაზღვრავენ უნივერსალური ქალაღდ-ინდიკატორით. ნორმალურად თესლი სუსტი ტუტოვანი რეაქციისაა.

თესლის მიკროსკოპული გამოკვლევა წარმოებს წვეთის მიმოხილვითი შესწავლით, დაითვლება სპერმატოზოიდების და ფორმიანი ელემენტების რაოდენობა, შესწავლილი იქნება შეღებილი ნაცხი პათოლოგიური ფორმების გამოსავლინებლად. სველ წვეთში მცირე და შემდეგ დიდ გადიდებაზე განსაზღვრული უნდა იქნეს სპერმატოზოიდების მოძრაობის ხარისხი.

სპერმატოზოიდების რიცხვის განსაზღვრა ხდება გორიაევის საკანში დათვლით. დასაწყისში დათვლიან სპერმატოზოიდების საერთო რაოდენობას 1 მლ თესლში. ამისათვის სპერმატოზოიდების დასათვლელად განკუთვნილ შესარევ ჭურჭელში დანაყოფ „0,5“ (ან დანაყოფ „1,0“ — სპერმატოზოიდების მცირე რაოდენობისას) ათავსებენ გათხიერებულ თესლს და აზავებენ სპერმატოზოიდების მოძრაობის მომსპობ რაიმე ხსნარით (5 გ ორნახშირმყევა ნატრიუმი, 1,0 ფორმალინი და 100 მლ გამობდილი წყალი) და ჩაასხამენ „11“ დანაყოფამდე. შესარევ ჭურჭელში მოთავსებულ სითხეს ურევენ. პირველ წვეთს დაასხამენ დოლბანდზე, მეორეს მოათავსებენ დასათვლელ საკანში. ღიაგონალურად განლაგებულ 5 დიდ კვადრატში

დათვლიან იმ სპერმატოზოიდებს, რომლის თავები კვადრატების შიგნითაა მოთავსებული. მიღებულ რიცხვს ამრავლებენ 1.000.000-ზე (სპერმის 20-ჯერ განზავება, ე. ი. შესარევი ქურქელის „0,5“ დანაყოფამდე ავსება) და მიიღებენ სპერმატოზოიდების რაოდენობას 1 მლ თესლში.

უმოძრაო სპერმატოზოიდების რიცხვის განსაზღვრისათვის თესლს აზავებენ ფიზიოლოგიურ ხსნარში და ზემოთ მითითებული წესის დაცვით დათვლიან უმოძრაო სპერმატოზოიდებს. მიღებულ რიცხვს ამრავლებენ 1.000.000-ზე (გაზავება 20-ჯერ) და მიიღებენ უმოძრაო სპერმატოზოიდების რიცხვს 1 მლ თესლში.

თესლში ცოცხალი (მოძრავი) და მკვდარი (უმოძრაო) სპერმატოზოიდების არსებობისას ეაკულატს აზავებენ ფიზიოლოგიურ ხსნარში და თვლიან მკვდარ სპერმატოზოიდებს, ხოლო შემდეგ სპერმას აზავებენ სპერმატოზოიდების მოძრაობის მომსპობი ხსნარით და თვლიან სპერმატოზოიდების მთლიან რაოდენობას.

სპერმაში ცოცხალი სპერმატოზოიდების რაოდენობის განსაზღვრისათვის საერთო რიცხვს გამოაკლდება მკვდარი სპერმატოზოიდების რაოდენობა.

კლინიკაში ნორმად მიღებულია 1 მლ ეაკულატში 60 მილიონი სპერმატოზოიდის არსებობა. 20 მილიონზე ქვემოთ ითვლება მკვეთრი ოლიგოსპერმია. მაგრამ სასამართლო-სამედიცინო თვალსაზრისით თესლში ამ რიცხვზე ნაკლები ცოცხალი, ნორმალური სპერმატოზოიდების არსებობა არ იძლევა საბუთს პიროვნება ჩაითვალოს განაყოფიერების უუნაროდ. თესლში სპერმატოზოიდების მცირე რიცხვის (ოლიგოზოოსპერმია) შემთხვევაში ექსპერტი დასკვნაში მიუთითებს, რომ განაყოფიერების უნარი შემცირებულია, მაგრამ განაყოფიერების მთლიანად გამორიცხვა შეუძლებელია.

სპერმატოზოიდების პათოლოგიური ფორმების გამოვლინება შეიძლება შეღებილი ნაცხის გასინჯვით. მაგალითად, ჰაერზე გამშრალი და ცეცხლის ალზე ფიქსირებულ ნაცხს ამუშავებენ ქლორამინის 1% ხსნარით (ლორწოს მოსაცილებლად), გარეცხავენ წყლით და 95% სპირტით. შემდეგ ლებავენ 2-5 წუთის განმავლობაში ეოზინის და ფუქსინის ნარევი (2 წილი ცილის ფუქსინი, 1 წილი ეოზინი და 1 წილი 95° ალკოჰოლი). პრეპარატს შეაფერადებენ ლიოფლერის ლილით და სინჯავენ მიკროსკოპით იმერსიულ სისტემით.

ატიპური სპერმატოზოიდების (დეფორმირებული თავი და კუდი და სხვ.) დიდი რაოდენობით აღმოჩენისას, საჭიროა პრეპარატის განმეორებითი დამზადება, რადგან სპერმატოზოიდების ასეთი დეფორმაცია შეიძლება დაკავშირებული იყოს შემთხვევით ფაქტორებთან, მათ შორის ასეთი შეიძლება ვნახოთ არაერთნელობრივი სქესობრივი შეუღლების შემდეგ აღებულ თესლშიც. სპერმატოზოიდების ატიპური ფორმების აჩვენება სპერმატოზოგენეზის მოშლის ან ხშირი სქესობრივი შეუღლების შედეგია.

თესლში ფორმიან ელემენტებს თვლიან მიკროსკოპის მხედველობის არეში (მცირე გადიდებაზე, ობიექტივი — 20 ან 40, ოკულარი 10 ან 15). ასეთებიდან აღსანიშნავია ერთროციტები და ლეიკოციტები, ეპითელური უჯრედები, ლეციტინის მარცვლები, ამილოიდური სხეულაკები. ნორმალურად თესლში არის ერთეული ლეიკოციტები. ეპითელური უჯრედები, ამილოიდური სხეულაკები და დიდი რაოდენობით ლეციტინის მარცვლები. ლეიკოციტების რაოდენობის მომატება შარდ-სასქესო ორგანოების ანთებით პროცესზე მიუთითებს. ლეციტინის მარცვლების შემცირება მიუთითებს წინამდებარე ჭირკვლის ფუნქციის დაქვეითებაზე.

განაყოფიერების უნარის დადგენა ხდება ზემოთ მითითებულ კომპლექსური გამოკვლევის შედეგების ერთობლივი შეფასების მიხედვით.

განაყოფიერების უუნარობა იშვიათად არის ფუნქციური ხასიათისა და იგი შეიძლება წარმოიშვას ეაკულაციის ცენტრის (ზურგის ტვინის წელის ნაწილში) ფუნქციის მოშლით. ასეთ შემთხვევაში თესლის დანთხევა არ ხდება. იგი გამოიყოფა წვეთების სახით (ეაკულატორული იმპოტენცია). ასეთსავე მოვლენას აქვს ადგილი აგრეთვე შარდსადინარის მკვეთრი შევიწროების დროს ან ოლიგოსპერმიის შემთხვევაში, როცა გამოყოფილი თესლი თავისი სიმცირის გამო ძლიერ ავსებს შარდსადინარის უკანა ნაწილს (პოფმანი, «Рук. по суд. мед.», 1933, გვ. 45).

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, განაყოფიერების უუნარობის საკითხის გამოკვლევას ადგილი აქვს განქორწინების ან მამათცნობის საკითხის გადაწყვეტის დროს. ამიტომ ასეთ შემთხვევებში საჭიროა დადგენილ იქნეს არა მარტო განაყოფიერების უუნარობა, არამედ მისი ხანდაზმულობა. ამ უკანასკნელი საკითხის გადაწყვეტა ყოველ-

თვის ადვილი არ არის და უნდა მოხდეს სამედიცინო დოკუმენტების საშუალებით, რომელიც დაადასტურებს ამჟამად ნახული აზროსპერმიის ან ნეკროსპერმიის გამომწვევი მიზეზების ხანდაზმულობას.

სამსობრივი შეუღლების უუნარობა

სქესობრივი შეუღლების უნარის გამოკვლევის საკითხი დაისმის ორივე სქესის მიმართ როგორც სისხლის სამართლის, ისე სამოქალაქო საქმეებთან დაკავშირებით.

სისხლის სამართლის საქმეებში მამაკაცის სქესობრივი შეუღლების უუნარობის საკითხის გამოკვლევა ხდება გაუკულმართებელი სქესობრივი კავშირის, გარყვნილი ქმედების და გაუპატიურების საქმეებთან დაკავშირებით, როცა ბრალდებული უარყოფს გაუპატიურებას სქესობრივი შეუღლების უუნარობის მიზეზებით და სხეულის დაზიანების ხარისხის განსაზღვრის დროს ტრავმასთან დაკავშირებით შეუღლების უნარის მოსპობის შემთხვევაში.

სამოქალაქო საქმეებში სქესობრივი შეუღლების უნარის საკითხის გამოკვლევა ხდება ალიმენტების ან განქორწინების საქმეებთან დაკავშირებით.

ქალის სქესობრივი შეუღლების უუნარობის საკითხის გამოკვლევა შედარებით იშვიათია და იგი მეტწილად დაკავშირებულია სამოქალაქო საქმეებთან, კერძოდ, განქორწინებასთან, როცა მამაკაცი განქორწინების მიზეზად ასახელებს ქალის სქესობრივი შეუღლების უუნარობას.

მამაკაცის სქესობრივი შეუღლების უნარი (*potentia coeundi*) დაკავშირებულია ნორმალურ სქესობრივ ლტოლვასთან და სასქესო ასოს ერექციასთან, რომელიც არ განიცდის მოღუწებას თესლის დანთხევამდე.

ერექცია რეფლექსური აქტია, რომელიც გამოიწვევა გარეთა სასქესო ორგანოების გაღიზიანებით, ცენტრალური ნერვული სისტემიდან იმპულსების გადაცემით და საერექციო ზონებიდან წარმოშობილი გაღიზიანებით. ეს უკანასკნელი ინდივიდუალური ხასიათისაა და ცალკეულ პიროვნებას შეიძლება ჰქონდეს ამა თუ იმ მიდამოში (ყელის მიდამო, ყურის უკანა არე, სარძეო ჯირკვლები,

ილიის მიდამო და სხვ.); რომლის გალიზიანებაც წარმოშობს ერექციას.

ერექციის რეფლექსი მამაკაცს შეიძლება სრულებით არ ჰქონდეს ან იგი მკლავდებოდეს მხოლოდ რომელიმე ქალის მიმართ. ამის მიხედვით იმპოტენცია შეიძლება იყოს აბსოლუტური და შედარებითი. შედარებითი იმპოტენციის მიზეზი შეიძლება იყოს ქალის ორგანიზმის სხვადასხვა არანორმალური განვითარება. მაგალითად, ტანზე ზედმეტი თმიანობა, პირიდან ცუდი სუნის, ქალის ასაკი (მოხუცებულობა). კანის დაავადებანი (ეგზემა, ფსორიაზი და სხვ.), აკრომეგალია. სარძეო ჯირკვლების განუვითარებლობა, სიგამხდრე და სხვ.

აქვე უნდა მივუთითოთ, რომ ზოგჯერ ზემოთ ჩამოთვლილი მიზეზები არ იწვევს სქესობრივი შეუღლების უუნარობას, პირიქით, მოხუცი ქალები, ქალები კიდურების პროთეზებით. უხვი თმით და სხვ.. წარმოადგენენ სქესობრივი ლტოლვის ობიექტებს. მაშინ როცა. ლამაზი. კეკლუცი და ახალგაზრდა გოგონები აბსოლუტურად არ იწვევენ სქესობრივი შეუღლების აგზნებას.

სქესობრივი შეუღლების უუნარო შეიძლება იყოს ფუნქციური, ცენტრალური წარმოშობის (გამოწვეული ნერვული სისტემის მოშლილობით) ან ანატომიური (გამოწვეული გარეთა სასქესო ორგანოების მხრივ ანატომიური ცვლილებებით).

ფუნქციური იმპოტენციის დადგენა ძნელია, რადგან იგი დაკავშირებულია ცენტრალური ნერვული სისტემის (თავისა და ზურგის ტვინის) მხრივ მოვლენებთან, რომელიც შეიძლება იყოს თანდაყოლილი და შეძენილი ხასიათის.

თავის ტვინის წყალმანკი. სიმსივნეები და ტრავმა ზოგჯერ იწვევს სქესობრივი შეუღლების უნარის მოსპობას. ხოლო ზურგის ტვინის მხრივ, განსაკუთრებით წელის ნაწილში. სადაც ერექციის ცენტრია მოთავსებული. აღსანიშნავია ტაბესი (tabes dorsalis). ზურგის ტვინის სიმსივნეები წელის ნაწილში, სხვადასხვა მიზეზით გამოწვეული კომპრესია. ატროფია და სხვ.

ცენტრალური წარმოშობის იმპოტენციის დროს მამაკაცის სხეულის აგებულება. გარეთა სასქესო ორგანოები და მეორადი სასქესო ნიშნები შეიძლება იყოს ნორმალური განვითარების, მაგრამ? ზოგჯერ ასეთი მამაკაცები მოდუნებული არიან და მიდრეკილება აქვთ ზოგადი სიმსუქნისადმი (ცხიმი მეტწილად ლაგდება ბოქვენ-

სა და ბარძაყების მიდამოში), სასქესო ორგანოები დაპატარავებულია, სათესლე ჭირკვლები ატროფიულია (ხელის შეხებით ნაკლებად მტკივნეული), აღინიშნება კანის სიმშრალე, თმების განვითარება ქალის თმის განვითარების მსგავსად.

თავის ტვინის სიმსივნეების, სისხლჩაქცევის, ტვინის სკლეროზის, ტაბესის, მიელიტის, პროგრესული დამბლის და სხვათა შედეგად შეიძლება ადგილი ექნეს სქესობრივი შეუღლების უნარის დაქვეითებას ან სრულ მოსპობას, მაგრამ ეს დაავადებები ყველა შემთხვევაში არ იწვევს იმპოტენციას. მაგალითად, ცნობილია, რომ პროგრესული დამბლის დასაწყისში ადგილი აქვს სქესობრივი აგზნებულების გაძლიერებას.

ზურგის ტვინის ყველა დაზიანება არ გამოიწვევს იმპოტენციას. მაგალითად, კისრის და გულმკერდის ნაწილის გარდვიარდმო დაზიანების შემთხვევაში ადგილი აქვს ზურგის ტვინის წელის ნაწილში საერექციო ცენტრის გაღიზიანებას, რის შედეგადაც სასქესო ასო მუდამ ერექციის მდგომარეობაშია (პრიაპრიზმი).

ზურგის ტვინის წელის ზემო ნაწილის დაზიანებით მიიღება სრული იმპოტენცია, ხოლო გავის ნაწილის დაზიანებით ადგილი აქვს სასქესო ასოს ე. წ. სპონტანურ ერექციას, მაშინ როცა სასქესო ასოში და ბარძაყის შიგნითა ზედაპირზე ადგილი აქვს მგრძნობელობის მოსპობას ან დაქვეითებას. თესლის გამოყოფა (ეაკულაცია) ასეთ შემთხვევაში არ ხდება, რადგან მისი ცენტრი მოთავსებულია ზურგის ტვინის ქვედა სეგმენტში. ამასთან დაკავშირებით, ერექციის და ეაკულაციის ნერვის დაზიანებას, რომელიც შეიძლება მოხდეს მენჯის და სასქესო ასოს ძირის დაზიანების დროს, თან სდევს იმპოტენცია¹.

ზოგჯერ იმპოტენციის მიზეზია ალკოჰოლიზმი და ნარკომანია (ალკოჰოლით, მორფიუმით და კოკაინით გამოწვეული ქრონიკული მოწამვლა).

სათესლე ჭირკვლების ფუნქციის შეწყვეტა (ტრავმით, ორმხრივი ორქიტით, ტუბერკულოზით, სიმსივნით ან სხვა დაავადებით) თუ სქესობრივ სიმწიფემდე მოხდა, ეს გამოიწვევს სრულ იმპოტენციას, ხოლო თუ პირიქით, ე. ი. სქესობრივი მომწიფების შემ-

¹ ბერპატი, მიულერი, შლეზიგერი და სხვები (ციტ. პოფმანიდან).

დეგ მოხდა, გამოიწვევს სქესობრივი შეუღლების უნარის შესუსტებას.

მწვავე ზოგადი დაავადებები (თავის ტვინში სისხლის ჩაქცევა, გულის, თირკმელების და ღვიძლის მძიმე დაავადებანი), რომლებიც ხასიათდება მაღალი ტემპერატურით, ძალის დაქვეითებით, ბოდვებით, კრუნჩხვებით, საერთო სიგამხდრით, ზოგადი შეშუპებებით და ნივთიერებათა ცვლის საერთო დაქვეითებით, გამოიწვევს სქესობრივი შეუღლების დროებით უუნარობას, თუმცა აღწერილია შემთხვევები, როცა მწვავე ინფექციური დაავადებებით შეპყრობილმა ეიფორიის მდგომარეობაში სიკვდილის წინ ცოლთან იქონია სქესობრივი კავშირი.

ენდოკრინული დაავადებებიდან აღსანიშნავია ფარისებრი ჯირკვლის დისფუნქციის დროს განვითარებული ქონდრისკაცობა (nanosomia), მიქსედემა და კრეტინიზმი. თავის ტვინის ქვედა დანაშაბის ფუნქციის მოშლით გამოწვეული ადისონის დაავადება და სხვ. როცა მეტწილად ადგილი აქვს სრულ ან ნაწილობრივ იმპოტენციას.

ასაკთან დაკავშირებით სქესობრივი შეუღლების უნარი მამაკაცს განაყოფიერების უნარზე ადრე ეწყება. შემჩნეულია, რომ ვაქს ერექცია აქვს ძუძუს წოვების ასაკში, მაგრამ სქესობრივი შეუღლების შემთხვევები გვხვდება 10 წლის ასაკიდან, როცა სასქესო ასო შესაფერისად მკვრივდება და შესაძლებელია მისი საშოში მოთავსება. ამიტომ არასრულწლოვანი ვაჟების შემოწმების დროს 10 წლის ასაკს ზემოთ სქესობრივი შეუღლების უნარი შესაძლებელია, თუ არ აღინიშნება სქესობრივი შეუღლების უუნარობის სხვა რაიმე ანატომიური დაბრკოლებანი ან ფუნქციური მოშლილობანი.

ჩვეულებრივ მოხუცებულობასთან დაკავშირებით სქესობრივი შეუღლების უნარი სუსტდება და ღრმა მოხუცებულობაში სრულიად ისპობა. მაგრამ ზოგჯერ 70-80 წლის ასაკშიც მამაკაცს კარგად აქვს შენახული სქესობრივი შეუღლების უნარი. საინტერესოა ისიც, რომ მოხუცები კარგავენ რა სქესობრივი შეუღლების უნარს, ზოგჯერ მიმართავენ გაუქუდმართებული გზით სქესობრივი „მოთხოვნილების“ დაკმაყოფილებას. ჩვენს პრაქტიკაში არის შემთხვევები, როცა მოხუცი მიმართავს მცირეწლოვანთან სქესობრივ კავშირს ან გარყვნილ ქმედებას და ამით იკმაყოფილებს სქესობრივ მოთხოვნილებას. ასეთ დანაშაულში შემჩნეული მოხუცი თავს იმ-

ართლებს იმით, რომ მას სქესობრივი შეუღლების უნარი დიდი ხანე დაკარგული აქვს მოხუცებულობითი განლევის გამო.

ჩვენთან შესამოწმებლად მოიყვანეს 72 წლის მამაკაცი, რომელიც გამყიდველად მუშაობდა ქალთა სკოლასთან ახლოს მდებარე პატარა ფარდულში. მოხუცთან ხშირად დადიოდა ამ სკოლის მე-4 კლასის (11 წლის) მოსწავლე გოგონა ტ-ა, რომელიც ტკბილეულობის საფასურად მოხუცთან სქესობრივ კავშირში იმყოფებოდა. შემოწმებისას საქალწულო აპკი ძველი დაზიანებული აღმოჩნდა, საშოს შესავალი ღია, გარეთა სასქესო ორგანოები კარგად განვითარებული. მშობლების ენერგიული მოქმედების შედეგად ტ-მ დაასახელა რამდენიმე თანაკლასელი, რომლებიც მასთან ერთად დადიოდნენ და სქესობრივ კავშირში იმყოფებოდნენ მოხუცთან. სხვა გოგონების შემოწმებით საქალწულო აპკის დარღვევის ფაქტი დადგინდა ვერ იქნა. მოხუცი ბ. კატეგორიულად უარყოფდა ბრალდებას და განმარტავდა, რომ მოხუცეულობის გამო მას სქესობრივი შეუღლების უნარი დაკარგული აქვს. ამ უკანასკნელის შემოწმებით იმპოტენციისათვის დამახასიათებელი ქრამე ანატომიური ცვლილებები ნახული ვერ იქნა, რის გამოც სქესობრივი შეუღლების უუნარობის მიზეზად დასახელებული მოტივი (მოხუცებულობა) მხედველობაში არ იქნა მიღებული. გამოძიებით დადასტურდა დანაშაული.

ორგანული მიზეზით გამოწვეული სქესობრივი შეუღლების უუნარობის დადგენა ადვილია. ასეთ შემთხვევაში ადგილი აქვს გარეთა სასქესო ორგანოების ან მის ახლომდებარე ქსოვილებში ისეთ ანატომიურ ცვლილებებს. რომლის გამოც სქესობრივი შეუღლება შეუძლებელია. ასეთებს, მაგალითად, ეკუთვნის ზოგადი სიმსუქნე, როცა მუცლის პრესში დაგროვილი ცხიმი ჩამოშვებულია ძირს და წინიდან ფარავს სასქესო ასოს, საზარდულის ან სათესლე პარკის დიდი ზომის თიაქრები ან ამ მიდამოს სიმსივნეები, როცა სასქესო ასო ღრმად არის ჩაფლული ამ წარმონაქმნებს შორის და ერექციის შემთხვევაში ვერ სცილდება მის ირგვლივ წაზრდილ თუ გადმოფარებულ ქსოვილს. ასევე შეუძლებელია სქესობრივი შეუღლება სასქესო ასოზე განვითარებული ღრმა ნაწიბურების დროს. როცა მოშლილია მღვიმოვანი სხეულების სისხლით ავსება.

განვითარების მანკებიდან აღსანიშნავია სასქესო ასოს არარ-

სებობა (იშვიათად) ან მისი ჰიპოპლაზია, რომელიც წარმოდგენილია ზედმიწევნით პატარა ოდენობის კანის ნაოქის სახით: აგრეთვე აღსანიშნავია საშარდე მილის ქვემო კედლის არარსებობა (hypospadias), როცა სასქესო ასო მცირე ოდენობისაა და ანეკისებურადაა მოღუნული.

საშარდე მილის ზემო კედლის არარსებობა (epispadias) უფრო იშვიათი ანომალიაა, რომლის დროსაც შესაძლებელია იმპოტენცია ერექციის დარღვევასთან დაკავშირებით (მღვიმოვანი სხეულების განუვითარებლობის დროს), მით უფრო მაშინ, თუ ადგილი აქვს



სურ. 19 სასქესო ასოს აპუტაცია.

დრმა ეპისპადიას, როცა საშარდე მილი იხსნება მუცლის წინა კედლის ქვემო ნაწილთან — ბოქვენის მიდამოში. ასეთი ანომალიის დროს ადგილი აქვს შარდის ბუშტის ექტოპიას (შარდის ბუშტის წინა კედლის გაშიშვლება ბოქვენთან არსებული ნაპრალის გამო).

დიდი ოდენობის სასქესო ასო იშვიათად წარმოადგენს სქესობრივი შეუღლებისათვის დამაბრკოლებელს, თუ ადგილი არა

აქვს მის გადიდებას ისეთი პათოლოგიური მიზეზით, როგორცაა სპილოს დაავადება (elephantiasis), ასეთ შემთხვევაში სასქესო ასოს გარდა გადიდებას განიცდის მისი ახლომდებარე ქსოვილები — შორისის მიდამო და ბარძაყები.

ფიმოზი (ვიწრო ჩუნა) არ იწვევს იმპოტენციას. ასეთ შემთხვევაში, სქესობრივი შეუღლება შეიძლება დაბრკოლდეს ტკივილის გამო.

იშვიათად შეიძლება შეგვხვდეს სასქესო ასოს თავის გაორება. რომელიც იმპოტენციის მიზეზი არ არის. სასქესო ასოს მთლიანი გაორება კი შეიძლება იმპოტენციის მიზეზი გახდეს.

ანატომიური მიზეზებიდან აღსანიშნავია სასქესო ასოს არარსებობა (ამპუტაცია), გამოწვეული ფიზიკური ტრავმით (ცეცხლმსროლელი იარაღით, დანით, კბილებით) ან დაავადების შედეგად წარმოებული ამპუტაციის შემდეგ და სხვ.

„მამაკაცის სქესობრივი მდგომარეობის სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის წესები“-ს (15—23 მუხ.) მიხედვით, როცა საკითხი წყდება მამაკაცის სქესობრივი შეუღლების უნარის გადასაწყვეტად, ექსპერტი აწარმოებს შესამოწმებელის დეტალურ გამოკითხვას და დათვალეირებას, იმის შესაბამისად რა მოტივით სწარმოებს ექსპერტიზა და გამოძიებას რომელი კითხვების გადაწყვეტა აინტერესებს.

შესამოწმებელის გამოკითხვით ექსპერტი გამოარკვევს: 1) ისეთ გადატანილ დაავადებებს, რასაც შეეძლო უარყოფითი გავლენა მოეხდინა სქესობრივ ფუნქციაზე: ვენერული, ენდოკრინული, ინფექციური დაავადებანი, ცენტრალური ნერვული სისტემის და შარდ-სასქესო ორგანოების ტრავმა.

მიღებული ცნობების დასადასტურებლად საჭიროა გამოთხოვილი და შესწავლილი იქნეს სამედიცინო საბუთები, სადაც შემოწმებული მკურნალობდა.

2) მავნე ჩვევისადმი მიდრეკილების შემთხვევაში საჭიროა დადგენილ იქნეს: თამბაქოს წევა (წვევის ხანდაზმულობა, დღე-ღამეში მოწეული პაპიროსის რაოდენობა), ალკოჰოლის გამოყენება (სიხშირე და რაოდენობა), ნარკოტიკული და მედიკამენტების გამოყენება (ძილმომგვრელი, ჰორმონოპრეპარატები და სხვ.).

3) პროფესიის მავნე გავლენა (დასხივება, კონტაქტი ტყვიასთან, სინდიკთან და სხვ.).

4) ცნობები შესამოწმებელის სქესობრივი მომწიფების და სქესობრივი ცხოვრების შესახებ: პირველი პოლიუციის შემჩნევა, მისი სიხშირე; ონანიზმი (სიცოცხლის რომელ პერიოდიდან დაიწყო და რა სიხშირით); სქესობრივი ცხოვრების დაწყება; სქესობრივი შეუღლების სიხშირე (დღე-ღამის და თვის განმავლობაში); შესამოწმებელის შეხედულების მიხედვით ნორმიდან გადახრის არსებობა; ქორწინება (რამდენჯერ იყო ცოლიანი); ბავშვიანობა, სქესობრივ ცხოვრებასთან დაკავშირებული ოჯახური კონფლიქტები და სხვ.

შემოწმების დროს ექსპერტი აფიქსირებს: სხეულის აგებულებას, კვების ხარისხს, სიმაღლეს დამჯდარი და ფეხზემდგარი, გულმკერდის გარშემოწერილობას ღრმა ჩასუნთქვა, ამოსუნთქვისას და მშვიდი სუნთქვისას, კბილების მოცვლას, მუდმივი კბილების რაოდენობას, სიბრძნის კბილების არსებობას; კანის რეფლექსებს (მუცლის, კრემასტერის, ანალური და დუნდულების), აღინიშნება: სახეზე, ილიებში და ბოქვენზე თმოვანობის ინტენსიობა (გამოხატულია კარგად, ზუსტად: ქალის თუ მამაკაცის ტიპზე); ფარისებრი ბრტილის გამოხატულება: ხმის ტემბრი.

ექსპერტი ადგენს გარეთა სასქესო ორგანოების განვითარების სისწორეს დაავადების არსებობის, ქრილობის ან სხვა დაზიანების კვალს და სხვ. ამ მიზნით:

ა) ზომავს რეტრაქციის მდგომარეობაში სასქესო ასოს სიგრძეს (ძირიდან თავის ბოლომდე) და სიგანეს (მის შუა მესამედში და თავის განიერ ნაწილში); არკვევენ მღვიმოვანი სხეულების, ჩუჩის და ლაგამის მდგომარეობას: შარდსადინარის გარეთა ხვრელის და მისი ბაგეების მდგომარეობას; განვითარების მანკების არსებობას ან არარსებობას. მღვიმოვანი სხეულების გამკვრივებისას არკვევენ მის სიდიდეს და ხასიათს, ჩუჩის დათვალიერებისას ამოწმებენ მის არსებობას და მოძრაობას (ხურავს თუ არა სასქესო ასოს თავს დარამდენად თავისუფლად მოძრაობს იგი) და ა. შ.

ბ) აწერს სათესლე პარკს, მის ნაოქიანობას, პიგმენტაციას. ოდენობას (ნორმალური, შემცირებული, გადიდებული); აღნიშნავს სათესლე ჯირკვლების არსებობას პარკში, მის კონსისტენციას (რბი-

ლი. რბილი-ელასტიკური. ელასტიკური); ზედაპირის ხასიათს (სადა, ხორკლიანი), მტკივნეულობა, ოდენობა (სიგრძე, სიგანე, სისქე).

არკვევენ სათესლე ჭირკვლების დანამატების ცვლილებებს (გამკვრივება, ხორკლიანობა — მისი თავის, სხეულის და კუდის მიდამოში), სათესლე მილაკების მდგომარეობას (სისქე, კონსისტენცია).

სათესლე ჭირკვლების და მისი დანამატების გასინჯვა წარმოებს პალპაციით: სათესლე ჭირკვალი თავსდება ხელის გულზე ისე, რომ მეორე და მეხუთე თითი თავსდება ერთ მხარეზე, ხოლო ცერი მეორე მხარეზე. მარჯვენა ჭირკვალი ისინჯება მარცხენა, ხოლო მარცხენა მარჯვენა ხელით.

სათესლე ჭირკვლები მოსახერხებელია გაისინჯოს მცირე გინეკოლოგიური ცირკულით, რომლის ბოლოზე არსებულ პურთულეებზე მიმაგრებული იქნება 2,5 სმ სიგრძის ისრები.

შინავანი სასქესო ორგანოების წინამდებარე ჭირკვლის და სათესლე ბუშტუკების გასინჯვა წარმოებს შესამოწმებელის მუხლებზე და იდაყვებზე დაყრდნობილ მდგომარეობაში, სწორი ნაწლავიდან. რეზინის ხელთათმან ჩამოცმული საჩვენებელი თითით.

ექსპერტი არკვევს წინამდებარე ჭირკვლის მდგომარეობას, სიდიდეს, საზღვრებს, ზედაპირის ხასიათს (სადა, მარცვლოვანი). შუა ხაზის გამოხატულებას, წილების თანაბრობას, კონსისტენციას (დუნე, რბილ-ელასტიკური, მკვრივ-ელასტიკური), გამკვრივების არსებობას. მტკივნეულობას და ა. შ.

წინამდებარე ჭირკვალი ნორმალურად ელასტიკურია ან მკვრივ-ელასტიკურია, მკვეთრად შემოსაზღვრული საზღვრებით.

სათესლე ბუშტუკები ნორმალურად რბილია. მისი გამკვრივება მიუთითებს გადატანილ ან არსებულ ანთებით პროცესზე.

აუცილებლობის შემთხვევაში წარმოებს ინსტრუმენტული წინა და უკანა ურეთროსკოპია და რექტოსკოპია.

ექსპერტის მსჯელობა, შესამოწმებელის სქესობრივი შეუღლების უნარის გადასაწყვეტად უნდა მოხდეს კომპლექსურად გამოკვლევის შედეგად მიღებული ყველა მონაცემების ანალიზის საფუძველზე.

იმ შემთხვევაში, როცა შესამოწმებელი უჩივის იმპონტენ-

ციას და ასეთი არ მტკიცდება გამოკვლევის ობიექტური ნიშნებით, ექსპერტი ვალდებულია გაეცნოს დაზარალებულის და შესამოწმებელის ცოლის დაკითხვის ოქმებს, ჩაატაროს ნევროპათოლოგის და ენდოკრინოლოგის კონსულტაცია, რის საფუძველზე იქონიოს მსჯელობა შეუღლების უნარზე.

იმ შემთხვევაში, როცა წამოიჭრება საკითხი შესამოწმებელის და დაზარალებულის სასქესო ორგანოების შეუთავსებლობის თაობაზე (განსაკუთრებით მცირეწლოვანი გოგონების გაუპატიურების შემთხვევაში) უნდა მოხდეს ერექციის მდგომარეობაში სასქესო ასოს და საშოს შესავალის გაზომვა. შეუთავსებლობის შემთხვევაში ექსპერტი მიუთითებს შესაძლებელია თუ არა სქესობრივი შეუღლება დაზარალებულის სასქესო ორგანოების დაუზიანებლად.

ქალებში სქესობრივი შეუღლების უუნარობის მიზეზები მეტად მცირეა, ასეთი შეიძლება შეგვხვდეს საშოს მთლიანი ატრეზიის ან მისი ნაკლებად განვითარების შემთხვევაში.

უხვრელო საქალწულო აპკის შემთხვევაში (*h. imperforata*) შეუძლებელია სრული სქესობრივი შეუღლება.

შეუღლების უუნარობა შეიძლება გამოწვეული იყოს შეძენილი დაავადებით (საზარდულის დიდი თიაქარი, გარეთა სასქესო ორგანოების სიმსივნეები, მენჯის ძვლების მოტეხილობის შედეგად წარმოშობილი მკვეთრი დეფორმაცია, ორმხრივი კოქსიტი და სხვ.). ეს დაავადებანი მეტწილად შეუძლებელს ხდის სქესობრივ შეუღლებას ჩვეულებრივი პოზის პირობებში, მენჯის სხვადასხვა მდებარეობის დროს კი სქესობრივი შეუღლება შესაძლებელია.

ქალთა შორის სქესობრივი შეუღლების უუნარობის ყველაზე უფრო მნიშვნელოვან დაბრკოლებას წარმოადგენს ე. წ. ვაგინიზმი, რომლის დროსაც სასქესო ასოს ან სხვა რაიმე საგნის საშოსთან შეხება იწვევს აუტანელ ტკივილს, საშოს შესავლის სპაზმურ შევიწროებას კუნთის (*m. constructor cuni*) კრუნჩხვით შეკუმშვის გამო. ეს მეტწილად გამოწვეულია ფსიქიკური ფაქტორით, რომელიც უვითარდებათ ქალწულ ქალებს, განსაკუთრებით გაღიზიანებისადმი აწეული მგრძობელობის შემთხვევებში ან პირველ სქესობრივ შეუღლებასთან დაკავშირებული მოსალოდნელი ტკივილის შიშით, ან ტლანქი მტკივნეული სქესობრივი შეუღლების შედეგად.

ვაგინიზმის გამოსწორება შესაძლებელია ფსიქოთერაპიის საშუალებით.

საშოს ან საშვილოსნოს გამოვარდნა ან კიდევ ინფანტილური საშვილოსნო არ წარმოადგენს ქალის სქესობრივი შეუღლების დამაბრკოლებელ პირობას.

ქალს სქესობრივი შეუღლების უნარი ეწყება სქესობრივი მომწიფების ასაკიდან და ინარჩუნებს მას სიკვდილამდე.

ჩასახვის უუნარობა

ჩასახვის უნარი ქალს უვითარდება ოვულაციასთან დაკავშირებით, ე. ი. დაახლოებით 14—15 წლის ასაკიდან და უფრო ადრეც.

ოვულაცია და მასთან დაკავშირებული მენსტრუაცია მეტწილად დამოკიდებულია გეოგრაფიულ-კლიმატურ პირობებთან. მაგალითად, ჩვენი ქვეყნის სამხრეთ ნაწილში ქალებს მენსტრუაცია ეწყებათ 12—13 წლის ასაკიდან, ხოლო ჩრდილოეთში 15—16 წლიდან.

თუმცა უკანასკნელი გამოკვლევებით სქესობრივ სიმწიფეზე ეს ფაქტორი არ ახდენს გავლენას.

ზოგჯერ შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ნაადრევ სქესობრივ მომწიფებას (pubertas precocx), როცა 7—8 წლის ასაკში გოგონას დაეწყება მენსტრუაცია და ჩამოუყალიბდება სქესობრივი სიმწიფის ზოგიერთი ნიშანი. ზოგჯერ, პირიქით, შეიძლება ქალს მენსტრუაცია დაეწყოს მოგვიანებით — 18—20 წლის ასაკში.

მენსტრუაციის შეწყვეტას ადგილი აქვს 40—50 წლის ასაკში და ზოგჯერ უფრო ადრეც — 30—35 წლის ასაკიდან (კლიმაქსის ხანა), რის გამოც ქალი კარგავს ჩასახვის უნარს.

მენსტრუაციის შეწყვეტის ხანა მერყეობს 10 წლის ფარგლებში.

ყველა ზემოაღნიშნულის მიხედვით ქალი, ჩვეულებრივ, ჩასახვის უუნაროა დაახლოებით 12—13 წლის ასაკამდე და 50 წლის ასაკის შემდეგ.

ჩასახვის უუნარობა შეიძლება დაკავშირებული იყოს შინაგანი

სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიასთან ან შეძენილ დაავადებასთან.

საშვილოსნოს ანომალიებიდან აღსანიშნავია ე. წ. ინფანტილური საშვილოსნო (ხშირად) და საშვილოსნოს არარსებობა (იშვიათად). ასეთ შემთხვევებში ქალი აბსოლუტურად ჩასახვის უუნაროა.

შეძენილი დაავადებებიდან აღსანიშნავია საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ანთებები (ქრონიკული), როცა განყოფიერებულ კვერცხუჯრედს არ შეუძლია საშვილოსნოს ლორწოვანზე მიმაგრება.

ჩასახვის აბსოლუტური უუნარობა გვექნება იმ შემთხვევაში, როცა სხვადასხვა მიზეზით ამოკვეთილია საშვილოსნო ან დანამატები (ფალოპის მილები ან ორივე საკვერცხე).

დანამატების განვითარების მანკებიდან ჩასახვის უუნარობას იწვევს ფალოპის მილების და საკვერცხეების არარსებობა.

შეძენილი დაავადებიდან აღსანიშნავია ფალოპის მილების ობლიტერაცია, გამოწვეული ანთებითი პროცესით, სიმსივნით, ოპერაციის დროს მათი გადაკვანძვით (ორმხრივ) ან სრული ამოკვეთით.

საკვერცხეების დაავადებებიდან ჩასახვის უუნარობას იწვევს ორმხრივი ოოფორიტი ან პერიოოფორიტი, როცა ეს ორგანო კარგავს კვერცხუჯრედის მომწიფების და გამოყოფის უნარს. სხვა პათოლოგიური ცვლილებებიდან აღსანიშნავია საკვერცხეების სიმსივნეები (მეტწილად ცისტური ხასიათის), როცა ამ ორგანოს ფუნქციონირებადი უჯრედები განიცდის ატროფიას.

ზემოაღნიშნულის მიხედვით, ჩასახვის უუნარობა შეიძლება იყოს აბსოლუტური და შედარებითი. პირველ შემთხვევაში ჩასახვის უნარი არ შეიძლება არსებობდეს (საშვილოსნოს ან მისი დანამატების არარსებობა, ფალოპის მილების ორმხრივი გადაკვანძვა-გადაკვეთა ან სრული ობლიტერაცია), ხოლო მეორე შემთხვევაში ჩასახვის უუნარობის კატეგორიული მტკიცება შეუძლებელია (ქრონიკული ენდომეტრიტი, საკვერცხეების სიმსივნეები, ფალოპის მილების ანთებითი პროცესები და სხვ.).

ჩასახვის უუნარობის დასადასტურებლად საჭიროა ქალის გასინჯვა სპეციალისტის კონსულტაციით (მეან-გინეკოლოგი) ან უმ-

ჯობესია მისი კლინიკური შესწავლა მოხდეს სტაციონარის პირობებში.

ჩასახვის უუნარობის საკითხის გამოკვლევა შეიძლება დაგვიკვირდეს ოვგორც სისხლის სამართლის, ისე სამოქალაქო საქმეებთან დაკავშირებით, მაგალითად ჩვილთმკვლევლობის დროს, როცა ქალი აცხადებს, რომ ანალშობილი არ მოუყლავს, რადგან საერთოდ ჩასახვის უნარი არა აქვს. მეორე შემთხვევაში მსგავსი ექსპერტიზის ჩატარება საჭიროა განქორწინების საქმესთან დაკავშირებით, როცა ქმარი უშვილობის მიზეზად თვლის ცოლს.

სასამართლო-სამედიცინო შემოწმების აქტი

1962 წლის 5 სექტემბერს ქ. თბილისის პირველი მაისის სახელობის რაიონის სახალხო სასამართლოს 1962 წლის 1 სექტემბრის დადგენილების თანახმად, მე, თბილისის სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტმა გ. კ-ძემ, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის ბიუროში შევამოწმე მოქ. ვ. ს. მ-ძე ქალი, 42 წლის, ჩასახვის და მშობიარობის უნარის დადგენის მიზნით.

საქმის გარემოებანი: მოქ. მ-ძის ქმარს სურს გაეყაროს ცოლს უშვილობის გამო.

ს პ ე ც ი ა ლ უ რ ი ა ნ ა მ ნ ე ზ ი: მენსტრუაცია დაეწყო 12 წლის ასაკში. მოსდის 4—5 დღე, ყოველი სამი კვირის შემდეგ. 1958 წლიდან მენსტრუაცია მოსდის 2—3 თვის დაგვიანებით, უმტივინეულად. სქესობრივ ცხოვრებას ეწევა 20 წლის ასაკიდან. რეგულარულად — პირველ ქმართან 7 წლის განმავლობაში, ხოლო 1,5 წლის გამოშვებით — მეორესთან. პირველ ქმართან ცხოვრების დროს, 1949 წელს, ჰქონდა საშვილოსნოსგარე ორსულობა, რის გამოც გაუყეთეს ოპერაცია. ამის შემდეგ პირველ ქმართან ცხოვრების პერიოდში ორსულად არ ყოფილა. მეორე ქმართან ცხოვრობს 12 წელია. ორსულობა არ ჰქონია. 1952 წელს ქმარმა შეჰყარა სუსუნატი, ამის ნიადაგზე ჰქონდა ძლიერი ტკივილი და დიდხანს მკურნალობდა. ამჟამად აქვს თეთრად შლა.

ობიექტური გამოკვლევების მონაცემები: სწორი აგებულების, დამაკმაყოფილებელი კვების. სარძეო ჯირკვლები ჩვეულებრივი განვითარების, ღუნე, ჩამოშვებული, დვრილებიდან

რაიმე სითხე არ გამოდის. გარეთა სასქესო ორგანოები ჩვეულებრივი განვითარების. საშოს შესავალი ღია, საშოს ლორწოვანზე ნაოქიანობა სუსტად გამოხატული. გამონადენი მოთეთრო ფერის, ლორწონარევი, ნაკლებად სუნიანი. საქალწულო აპკი ყოფილი ბეჭდისებური ფორმის, ზოგან გადასწორებული, ალაგ შენახული ვიწრო ზოლის სახით, საშვილოსნოს ყელის გარეთა ხერელი მომრგვალო ფორმის, დაზიანების გარეშე. საშვილოსნო პატარა, წინ გადმოხრილა და მარჯვნივ გადაწეული, მოძრავი, მომკვრივო კონსისტენციის, უმტკივნეულო. დანამატები არ ისინჯება. მუცლის წინა კედელზე თეთრი ხაზის გასწვრივ აღინიშნება მოთეთრო ფერის ოპერაციული ნაწიბური სიგრძით 17 სმ.

დასკვნა: მოქ. მ-ძეს სასქესო ორგანოების დაავადება არ აღმოაჩნდა. აქვს კლიმაქსის წინა მდგომარეობა, რაც გამოიხატება მენსტრუალური ციკლის დარღვევაში და სასქესო ორგანოების ატროფიის დაწყებაში.

მოქ. მ-ძეს ადრე გაკეთებული აქვს ოპერაცია საშვილოსნოს-გარე ორსულობის გამო. თუ მხედველობაში მივიღებთ მის ასაკს, სქესობრივი ცხოვრების 20 წლის მანძილზე ორსულობის არარსებობას, საშვილოსნოსგარე ორსულობის შედეგად წარმოებულ ოპერაციას და წარსულში სუსუნატიტ ხანგრძლივ დაავადებას, მოქ. მ-ძის ჩასახვის უნარიანობა (ორსულობა) ამჟამად ნაკლებად შესაძლებელია.

სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტი

(ხელმოწერა)

ორსულობა სასამართლო-სამედიცინო თვალსაზრისით

ორსულობა და მასთან დაკავშირებული მთელი რიგი საკითხები სასამართლო-სამედიცინო თვალსაზრისით მეტად მნიშვნელოვანია. ასეთი ექსპერტიზები შეიძლება დაკავშირებული იყოს როგორც სისხლის სამართლის, ისე სამოქალაქო საქმეებთან.

ე. ე. როზენბლიუმის („Основы суд. мед. под ред. Н. В. Попова, 1938 წ. გვ. 457) მიხედვით ორსულობის დადასტურება სასამართლო-სამედიცინო თვალსაზრისით საჭიროა:

1. ორსულობის შეწყვეტის (აბორტის) მცდელობის ან ასეთის შესრულების შემთხვევაში;

2. გაუპატიურების შემთხვევაში;

3. შეურაცხყოფასთან დაკავშირებით, კერძოდ, საჩივრის შემთხვევაში;

4. აბორტთან დაკავშირებული სიკვდილის შემთხვევაში;

5) ამა თუ იმ განაჩენის (სიკვდილით დასჯა) სისრულეში მოყვანის დროს, რადგან ორსულობა წარმოადგენს სიკვდილით დასჯის ხელისშემშლელ პირობას;

6. განქორწინების საქმეებთან დაკავშირებით;

7. ორსულობის სიმულაციის და დისიმულაციის შემთხვევებში;

8. მოჩვენებითი ორსულობის შემთხვევაში;

9. ორსულობის პერიოდში ჩადენილი დანაშაულის შემთხვევაში, რომლის დროსაც აღგილი აქვს ფსიქიკის შეცვლას;

10. ისეთ შემთხვევებშიც, როცა ქმარი აცხადებს, რომ მისი ცოლი მასთან შეუღლებამდე ორსული იყო.

ორსულობის დასადგენად მოწოდებულია ორსულობის სომატური და სუბიექტური ნიშნები. რომლებიც სამ ჯგუფად იყოფა:

1. უტყუარი, ანუ სარწმუნო ნიშნები;

2. სუბიექტური, ანუ საექვო ნიშნები;

3. სავარაუდო, ანუ არასარწმუნო ნიშნები.

ორსულობის უტყუარი ნიშნები ნაყოფიდან გამომდინარეობს და აბსოლუტურად ადასტურებს ორსულობას. ორსულობის უტყუარ ნიშნებს ეკუთვნის:

1. ნაყოფის გულისცემის მოსმენა, რომელიც შესაძლებელია ორსულობის მეხუთე თვიდან ან ზოგჯერ უფრო ადრე სპეციალური სამეანო სტეტასკოპის საშუალებით;

2. ნაყოფის მოძრაობა, რომელიც შეიგრძნობა ორსულობის მეხუთე თვიდან ხელის შეხებით ან მუცელზე დახედვით — ნაყოფის წვრილი ნაწილები ამოიბერება საშვილოსნოს ამა თუ იმ ნაწილში;

3. ნაყოფის ნაწილების გასინჯვა, რომელიც შესაძლებელია შინაგანი და გარეგანი გასინჯვის საშუალებით, ორსულობის მეხუთე თვიდან;

4. რენტგენოლოგიურად ნაყოფის ჩონჩხის დადგენა, რომე-

ლიც შესაძლებელია ორსულობის 2 $\frac{1}{2}$ —3 თვიდან, ძვლოვან ქსოვილში კირის მარილების ჩალაგების შემდეგ.

გარდა ზემოთჩამოთვლილისა, ორსულობის უტყუარ ნიშნად უნდა მივიჩნიოთ აშქვიმ-ცონდეკის და გალი-მაინინის ბიოლოგიური რეაქცია.

ამ რეაქციების პრინციპი დაკავშირებულია ორსული ქალის შარდში თავის ტვინის ქვედა დანაბატის წინა ნაწილის ჰორმონის — პროლანის არსებობასთან.

აშქვიმ-ცონდეკის რეაქცია ტარდება ინფანტილურ ცხოველებზე, უფრო ხშირად 3-4 კვირის თეთრ თავგებზე (წონით 6-8 გრამი). გამოსაკვლევი ქალის შარდი შეჰყავთ კანქვეშ 6-ჯერ 48 საათის განმავლობაში, თითო შეყვანაზე 0,2 — 0,4 მლ (სულ 2 — 2,4 მლ რაოდენობით). საცდელ ცხოველებს კლავენ მეხუთე დღეს ან ცდის დაწყებიდან 100 საათის შემდეგ და აკვირდებიან მომწიფების ნიშნებს. საკვერცხეში განვითარებული ცვლილებების მიხედვით.

საკვერცხეში განვითარებული ცვლილებები სხვადასხვა ხასიათისაა. ამიტომ აშქვიმ-ცონდეკის რეაქცია სამი ხარისხისაა.

პირველი ხარისხის რეაქციის (HUR₁) დროს საკვერცხეში განვითარებული მომწიფების ნიშნები გამოიხატება ფოლიკულების გამრავლებით, ხოლო საშვილოსნო გაფხვიერებული და ციანოზურია. სქესობრივი მომწიფების ამგვარი ნიშნები საექვთა ორსულობის მხრივ. ამიტომ აშქვიმ-ცონდეკის პირველი ხარისხის რეაქცია მხედველობაში არ მიიღება.

მეორე ხარისხის რეაქციის დროს (HUR₂) საკვერცხის ფოლიკულებში ადგილი აქვს მრავლობით სისხლჩაქცევებს, ხოლო საშვილოსნოს რქებში ცვლილებები არ არის.

მესამე ხარისხის რეაქციის (HUR₃) დროს ადგილი აქვს საკვერცხის ფოლაკულური უჯრედების ლუთეინიზაციას და ყვითელი სხეულის წარმოშობას.

აშქვიმ-ცონდეკის მეორე და მესამე ხარისხის რეაქცია მეტად საიმედოა ორსულობის დასადგენად (განსაკუთრებით მესამე), რომელიც შემთხვევათა 90%—ში უტყუარია.

ამ რეაქციის ჩატარება სასურველია ერთდროულად ხუთ თავგზე, ამასთან რამდენიმე თავვი, რომელსაც გამოსაკვლევი ქალის შარდს არ ეუშნაპუნებთ. დატოვებულ უნდა იქნეს საკონტრო-

ლოდ. იმ შემთხვევაში, თუ ერთი და იმავე ასაკის თეთრ თავგებებში ცდების დამთავრების შემდეგ მივიღეთ მეორე და მესამე ხარისხის რეაქცია, ხოლო საკონტროლო თავგებებში მომწიფების ნიშნები არ არის, გამოსაკვლევი ქალი ორსულად უნდა ჩაითვალოს.

აშქიმ-ცონდეკის რეაქციის ღირებულება იმაში მდგომარეობს, რომ მისი შემწობით შესაძლებელია ორსულობის დადგენა ადრეულ ხანაში, ვინაიდან ორსულობის მეორე კვირიდან შეიძლება ქალის შარდში უკვე გამოიყოს პორმონი პროლანი.

გალი-მანინის ბიოლოგიური რეაქცია მდგომარეობს შემდეგში: მამალ ბაყაყს ზურგის მიდამოში კანქვეშ ვუშხაპუნებთ გამოსაკვლევი ქალის შარდს 2 მლ რაოდენობით, თუ კლოაკაში ორი საათის განმავლობაში მოხდა თესლის გამოყოფა, რეაქცია დადებითია და გამოსაკვლევი ქალი ორსულია.

გალი-მანინის რეაქციას სადღეისოდ ფართოდ იყენებენ ორსულობის ფაქტის დასადგენად, რადგან აშქიმ-ცონდეკის რეაქციასთან შედარებით იგი უფრო ადვილია და, მასთან ხელსაყრელიც: რეაქციის პასუხს ვღებულობთ ორ საათამდე დროში, ბაყაყის გამოყენება შესაძლებელია უკანასკნელი რეაქციიდან (ცდიდან) 24 საათის შემდეგ, მასთან ბაყაყი ექვსი თვის განმავლობაში ცოცხლობს უტყველი.

ზემოთქმულის მიხედვით ნაადრევი ორსულობის დადგენა (მის პირველ ხანებში ერთი-ორი თვე) შესაძლებელია მხოლოდ ბიოლოგიური რეაქციების საშუალებით, ხოლო ორსულობის მეორე ნახევარში (ოთხი-ხუთი თვიდან) რეაქციების ჩატარება საჭირო არ არის, რადგან უკვე არსებობს ორსულობისათვის დამახასიათებელი სხვა უტყუარი ნიშნებიც.

ორსულობის სათუო ნიშნებს ეკუთვნის:

1. თ ვ ი უ რ ი ს შ ე ჩ ე რ ე ბ ა, რაც შეიძლება დაკავშირებული იყოს სხვა მოვლენებთანაც, როგორცაა ტუბერკულოზი, მალარია, ქლოროზი, სიგამხდრე, ფსიქიკური განცდები, შინაგანი სეკრეციის ჭირკვლების დაავადებანი და სხვ.

2. ს ა შ ო ს შ ე ს ა ვ ლ ი ს ც ი ა ნ ო ზ ი, რომელიც გამოწვეულია ლორწოვანი გარსის სისხლძარღვების ვენური შეგუბებით (იგი შეიძლება განვითარდეს საშვილოსნოს სიმსივნეებით დაავადების შემთხვევაშიც).

3. საშვილოსნოს გადიდება ფორმის და კონსისტენციის შეცვლით, როცა გადიდებული საშვილოსნო ამავე დროს რბილი და გაფხვიერებულია; ორსულობით გამოწვეული საშვილოსნოს გადიდების დასადგენად ქალს განმეორებით სინჯავენ დაახლოებით ორი კვირის შემდეგ, იმის დასადგენად, იმატებს თუ არა იგი ორსულობის ვადის შესაბამისად, რადგან საშვილოსნოს გადიდება მოსალოდნელია სიმსივნეებით დაავადების დროსაც.

4. პისკაჩეკის (Piscacek) ნიშანი. საშვილოსნოს ადგილი (უფრო ხშირად მის ზემო გვერდით კედელზე — კუთხესთან), სადაც განაყოფიერებული კვერცხუჯრედია მიმაგრებული, მეტადაა გამობურცული, რის გამოც საშვილოსნოს თავისი კონფიგურაცია ეკარგება. ეს ნიშანი ზოგჯერ აღინიშნება ფიბრომიომების და საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს.

5. ჰეგარის ნიშანი მდგომარეობს საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის გათხელებაში (ჰეგარის პირველი ნიშანი) და საშვილოსნოს ჰედა სეგმენტის დანაოკებასა და შემალლების შექმნაში (ჰეგარის მეორე ნიშანი).

6. ჰაუსის ნიშანი. ორსულობის შემთხვევაში საშვილოსნოს ყელის თითოთი გამოწვეული მოძრაობა საშვილოსნოს ტანს არ გადაეცემა. ჰეგარის და ჰაუსის ნიშანი შეიძლება მივიღოთ ყველა იმ შემთხვევაში, როცა საშვილოსნოს ტანი და ყელი გაფხვიერებულია. ამიტომ ასეთ ნიშანს ვღებულობთ ფიბრომიომით დაავადების დროსაც.

7. მაკდონალდის ნიშანი. ბიმანუალური გასინჯვით ორსულობის შემთხვევაში საშვილოსნოს ტანი ადვილად გადმოიკეცება საშვილოსნოს ყელზე.

8. სარძეო ჯირკვლების მხრივ ცვლილებები. ორსულობის დროს ადგილი აქვს სარძეო ჯირკვლების გადიდებას და გამკვრივებას, დვილის კარგად გამოხატულ პიგმენტაციას და ხელის დაჭერით ხსენის გამოყოფას. რაც ზოგჯერ მოსალოდნელია საშვილოსნოში არსებული პათოლოგიური პროცესების დროსაც.

9. ფრიდმანის რეაქცია. ცნობილია, რომ მომწიფებულ კურდღელში სპონტანური ოვულაცია არ წარმოებს. ხელოვნურად ფოლიკულის გახეთქვა შეიძლება მამალთან შეჯვარების დროს და

აგრეთვე პროლანის შეშაპუნებით. ამ პრინციპზეა აგებული ფრიდმანის რეაქცია.

ორსულობის დასადგენად მოწოდებულია ბევრი სხვადასხვა ბიოლოგიური რეაქცია (სინჯები), რომელთაგან აღსანიშნავია: კამნიციური-იოსების, მანოილოვის ერთროციტების დალექვის, ფრანკ-მომანის, აბდერ-ჰალდენის, ბრუჰა და სიმონეს, დვორძაკის და პოდლეჟკას, დიხნოს (მელანოფორის) და სხვ. რეაქციები.

ჩამოთვლილ რეაქციებს სასამართლო-სამედიცინო თვალსაზრისით პრაქტიკული მნიშვნელობა არა აქვთ.

ორსულობის სავარაუდო, ანუ არასარწმუნო ნიშნებიდან აღსანიშნავია:

1. გულისრევა და პირღებინება;
2. ყნოსვისა და გემოვნების შეცვლა;
3. მყავე საკმლის სურვილი;
4. ნერწყვის დენის გაძლიერება;
5. გუნება-განწყობის შეცვლა (ადვილად აგნებადობა);
6. ზოგიერთი საკმლის შეძლება;
7. თავისა და კბილების ტკივილი;
8. სახეზე და თეთრი ხაზის გასწვრივ პიგმენტაცია;
9. ქვემო კიდურების შეშუპება და ვენების გაგანიერება;
10. ცხიმის დაგროვება გულმკერდზე და სხვ.

ორსულობის ზემოჩამოთვლილი ნიშნებიდან სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დროს გამოყენებული უნდა იქნეს მხოლოდ ორსულობის უტყუარი ნიშნები, ხოლო სხვა ნიშნებს უნდა მივცეთ საორიენტაციო მნიშვნელობა.

მიუხედავად იმისა, რომ ორსულობის დასადგენად მოწოდებულია მრავალი საშუალება, ზოგჯერ ამ საკითხის გადაწყვეტა მაინც ძნელია.

ორსულობის სიშუალაცია და დისიშუალაცია

ორსული ქალი განსაკუთრებული შეღავათებით სარგებლობს. ამიტომ მოსალოდნელია ორსულობის სიშუალაცია, ე. ი. ქალი ორსულად არ არის, მაგრამ ცდილობს თავი ორსულად მოგვაჩვენოს.

სასამართლო-სამედიცინო პრაქტიკაში ორსულობის სიმულაცი-
ას ადგილი აქვს ქალის სისხლის სამართლის პასუხისგებაში მიცე-
მის დროს, საპატიმრო ადგილიდან ვადამდე ადრე განთავისუფლების
შემთხვევაში, გამომყდავენებული ჩვილთმკვლელობის დროს (ამ და-
ნაშაულის მხრივ საექვო პიროვნება აცხადებს, რომ მას ახალშობი-
ლი არ მოუქლავს, რადგან ჯერ არ უმშობიარებია, ორსულია და
იმშობიარებს მომავალში), ბავშვის აყვანასთან დაკავშირებით და სხვ.

ჩვენ გვქონდა შემთხვევა, როცა შესამოწმებლად მოიყვანეს
ჩვილმკვლელობის მხრივ საექვო დაკავებული ქალი, მოქ. თ. ე-ძე
40 წლის, იმის გამოსაკვლევად — იმშობიარა თუ არა და თუ იმშო-
ბიარა, როდის. შესამოწმებელთან საუბარში გამოიჩვენა, რომ იგი
15 წელია გათხოვილია და ცხოვრობს თავის ქმართან. ამ ხნის გან-
მავლობაში ორსულობა არ ჰქონია. უკანასკნელ ხანებში ქმართან
უსიამოვნება ჰქონდა უშვილობის ნიადაგზე, რის გამოც გასცილდ-
ნენ ერთმანეთს. ცოტა ხნის შემდეგ მოქ. ე-ძემ ბარათით შეატყობი-
ნა ქმარს თავისი ორსულობის შესახებ. ქმარი დაინტერესდა და შო-
რიდან ადევნებდა თვალყურს თავის ყოფილ ცოლს. მშობიარობის
ვადის მოახლოების წინ ე-ძე მოსამშობიარებლად წავიდა თავის სოფ-
ელში, საიდანაც მალე (ორი კვირის შემდეგ) დაბრუნდა ახალშობი-
ლი ბავშვით. ქმარმა გაიგო ყოფილი მეუღლის მშობიარობის ამბა-
ვი და სინარულით დაუბრუნდა ოჯახს. ისინი მეზობლებმაც ინახუ-
ლეს და მიულოცეს ბავშვის დაბადება, მაგრამ ფხიზელ მეზობლებს
არ გამოეპარათ მხედველობიდან ახალშობილის საექვო ასაკი, ორი
კვირის „ახალშობილი“ ტოვებდა 2-3 თვის ბავშვის შთაბეჭდილებას.
მეზობლების სიფხიზლის გამოჩენით მოქ. თ. ე-ძე დაკავებული იქ-
ნა პილიციის მიერ, როგორც თავისი ახალშობილის მკვლეელი (მე-
ზობლების განცხადებაში მითითებული, რომ მოქ. ე-ძემ თავისი ახ-
ახალშობილი მოკლა, მაგრამ შემდეგ პასუხისგებაში მიცემის შიშით
ააყვანა ახვისი ბავშვი).

მოქ. ე-ძის სასამართლო-სამედიცინო შემოწმებით დადგენილ
იქნა, რომ მას არასოდეს არ უმშობიარებია და საერთოდ ინფანტი-
ლური საშვილოსნოს გამო ჩასახვის უნარი არ გააჩნდა. აღსანიშ-
ნავია ისიც, რომ ე-ძეს არ სურდა ასეთი დასკვნის მიღება (რომე-
ლიც მას ათავისუფლებდა მოსალოდნელი სასჯელისაგან) და ითხოვა
მიგვეცა მისთვის ცნობა, რომ იგი ნამშობიარებია დაახლოებით ერ-

თი თვის წინ. რადგან წინააღმდეგ შემთხვევაში მას მოელოდა ოჯახის დარღვევა.

ჩვენ გვქონდა ორსულობის სიმულაციის საინტერესო შემთხვევა. როცა 23 წლის ქალმა ქმრის მოტყუების მიზნით მუცლის მიდამოში გაიკეთა ნეილონის ქსოვილისაგან დამზადებული „პროთეზი“, რომელიც გარეგანი შეხედულებით ძნელად განირჩეოდა ორსულის მუცლისაგან. შემდეგში მან შვილად აიყვანა ახლშობილი ბავშვი და სასამართლო პროცესზე, სადაც ირჩეოდა ქმართან მისი განქორწინების საკითხი, განაცხადა, რომ ბავშვი სინამდვილეში მას ეკუთვნის. რის დასამტკიცებლად მოსამართლეს აჩვენა გადიდებული სარძეო ჯირკვლები, საიდანაც უხვად გადმოედინებოდა რძე. სინამდვილის დასადგენად მოხდა მისი შემოწმება და გამოიჩვენა, რომ აქვს ინფანტილური საშვილოსნო, ხოლო ყელის გარეთა პირი მრგვალი ფორმისა, მაშასადამე მას საერთოდ არასოდეს არ უმშობიარებია. ამ შემოწმების ერთი კვირის შემდეგ იგი გამოცხადდა მოსამართლესთან და შეატყობინა, რომ სამედიცინო შემოწმების მონაცემები სწორი იყო. ამ საკითხს ახლა მისთვის მნიშვნელობა არა აქვს, რადგან ნაშვილები ბავშვი მოუყვდა ფილტვების ანთებით.

ეს შემთხვევა საინტერესოა იმით, რომ ქალმა თავის თავზე ფსიქიკური ზემოქმედებით იმდენად გარდაქმნა შინაგანი სეკრეციის ჯირკვალთა ფუნქცია, რომ მას სარძეო ჯირკვლებში რძე ჩაუდგა.

ორსულობის სიმულაციის დასადგენად საჭიროა ქალის დეტალური შემოწმება ბიოლოგიური რეაქციების (გალი-მაინინის ან აშპეიმ-ცონდეკის) ჩატარებით.

ორსულობის დისიმულაცია (დაფარვა) დაკავშირებულია სირცხვილის გრძობასთან. ასეთ შემთხვევაში ქალი ყოველგვარ საშუალების გამოყენებით ცდილობს დაფაროს თავისი ორსულობა. ორსულობის პირველ ნახევარში ასეთი რამ შედარებით ადვილია, ხოლო ორსულობის მეხუთე თვის შემდეგ, როცა მკაფიოდ არის გამოჩატული ორსულობისათვის დამახასიათებელი ნიშნები, დაფარვა ძნელია. მიუხედავად ამისა, ქალმა შეიძლება ისე დაფაროს ორსულობა, რომ ამის შესახებ ვერ გაიგოს ახლობელმა, დედამ ან ზოგჯერ ქმარმაც. ეს დამოკიდებულია თვით ორსული ქალის ორგანიზმის თავისებურებასა და ნაყოფის ოდენობაზე. მუცლის მკიდროდ

შეკვრა ზღვს უშლის ნაყოფის ნორმალურ ფიზიკურ განვითარებას და გარედან მუცლის ზრდა არ ჩანს.

ჩვენ გვექონდა ორსულობის დისიმულაციის შემთხვევა, როცა ორსულმა ქალმა, პროფესიით ექიმმა, მეორედ მშობიარემ (გაუთხოვარი) ყველასაგან შეუუმჩნევლად დრომდე მიიტანა ორსულობა. მშობიარობის დაწყების წინა დღის 12 საათზე გავიდა განყოფილებიდან (მუშაობდა ბორჯომის რაიონის საავადმყოფოში) სახლში საუზმისათვის. მოიპშობიარა. თავისი ახალშობილი მოახჩო, გვამი შეინახა სარდაფში — შემდეგში დასამარხად, მოასუფთავა მშობიარობის შედეგად დაღვრილი სისხლი და დაახლოებით ერთი საათის შემდეგ დაბრუნდა სამსახურში და დარჩა იქ დღის ბოლომდე, ისე რომ მომხდარ მშობიარობაზე ეჭვი არავის მიუტანია. საქმე გაიხსნა სრულიად შემთხვევით, როცა მშობიარობიდან სამი დღის შემდეგ სარდაფში ჩაყარდნილი ბურთის ამოსაღებად ჩასულმა ბავშვებმა აღმოაჩინეს ახალშობილის გვამი. ამრიგად, ქალმა შეიძლება არა მარტო დამალოს თავისი ორსულობა, დრომდე მიიტანოს, იმშობიაროს სხვის დაუხმარებლად, მოკლას ახალშობილი, წესრიგში მოიყვანოს მშობიარობის და მკვლელობის ადგილი და ბოლოს გააგრძელოს ჩვეულებრივი საქმიანობა.

ორსულობის დისიმულაციის შემთხვევაში საჭიროა ქალის დეტალური შემოწმება ბიოლოგიური რეაქციების გამოყენებით.

არის შემთხვევები, როცა ქალმა არ იცის თავისი ორსულობის შესახებ. ეს მოსალოდნელია პირველი ორსულობის შემთხვევაში (ქალისათვის უცნობია ორსულობისათვის დამახასიათებელი ნიშნები), ძუძუს წოვების პერიოდში (როცა თვიური არ მოსდის და ქალმა იცის, რომ ორსულობა შეუძლებელია ძუძუს წოვების პერიოდში), მენსტრუაციული ციკლის აშლილობის დროს და დაგვიანებული ორსულობის შემთხვევაში, როცა თვიურის შეწყვეტას ქალა უკავშირებს ასაკს და არა ორსულობას.

მსგავსი შემთხვევის შესახებ იტყობინება ზეკსინგერი (Sexinger)¹. 18 წლის განმავლობაში ქალი უნაყოფო იყო და 42 წლის ასაკში დაორსულდა, ისე რომ მისთვის ეს სრულიად მოულოდნელი იყო. თავისი ორსულობის შესახებ შეიტყო მხოლოდ ექიმების ბეჭითი ახსნა-განმარტების შემდეგ.

¹ ციტ. პოფმანიდან, „Рук. по суд. мед.“. 1933, გვ. 152.

მოჩვენებითი ორსულობა განსხვავდება ორსულობის სიმულაციისაგან. ასეთ შემთხვევაში ორსულობა არ არის, მაგრამ ქალს თავი ორსულად ჰგონია.

მოჩვენებითი ორსულობა მოსალოდნელია ფსიქოპათიით შეპყრობილ პირთა შორის, თუმცა შესაძლებელია იგი შეგვხვდეს აგრეთვე ჭანსალ ქალებშიც (როცა ქალს დიდი სურვილი აქვს ორსულობისა და ბავშვის ყოლის). ასეთ შემთხვევაში შეიმჩნევა მუცლის გადიდება, სარძეო ჯირკვლების გადიდება, დვრილების პიგმენტაცია, ხსენის არსებობა, გუნება-განწყობის შეცვლა, მკაფიო საჭმლის სურვილი და სხვ. ე. ი. ქალს ჩამოუყალიბდება ორსულობის საეჭვო ნიშნები. მაგრამ გადის დროს და მშობიარობა არ იწყება.

აღნიშნულ საკითხს ნაჯლები პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტისათვის, რადგან ასეთი შემთხვევები იშვიათად ხდება საგამომძიებლო ორგანოების მსჯელობის საგნად.

ჩვენ გვქონდა მოჩვენებითი ორსულობის საინტერესო შემთხვევა. 1952 წლის 26 სექტემბერს გორის რაიონის ქალთა კონსულტაციაში გამოცხადდა ახალგაზრდა ქალი, მოქ. მ. მ-ლი, ექიმების გასინჯვით დადგენილი იქნა 4 1/2 თვის ორსულობა („საშვილოსნოს ფსკერი ისინჯება ჭიპის ქვევით 4 თითის დადებით, მუცელი დაჭიმული, მარცხნივ ისმის ნაყოფის გულისცემა. შინაგანი გასინჯვით საშვილოსნო რბილი კონსისტენციის, ყელი ვიწრო“ და სხვ. — კვითხულობთ ორსულთა ინდივიდუალურ ბარათში).

მეორედ იგი გამოცხადდა 25 ოქტომბერს და გასინჯვის შემდეგ ექიმმა აღნიშნა „მუცლის გარშემოწერილობა 87 სმ. მუცელი დაჭიმული, საშვილოსნოს ფსკერი ისინჯება ჭიპის ქვემოთ ორი თითის დადებით, მანძილი ბოქვენთან საშვილოსნოს ფსკერამდე 18 სმ. მეორე პოზიცია. გულისცემა ისმის მარჯვნივ, ჭიპის ქვემოთ. წინამდებარე ნაწილი მცირე მენჯის შესავლის ზემოთ, მოძრავი, მრგვალი. მკვრივი კონსისტენციის. დიაგნოზი — 22 კვირის ორსულობა“.

ამის შემდეგ მ-ლი კიდევ იყო ქალთა კონსულტაციაში 27 ოქტომბერს, 18 ნოემბერს, და ბოლოს 1953 წლის 12 იანვარს, ხოლო

17 თებერვალს გაიგზავნა გორის სამშობიარო სახლში როგორც 36-კვირის ორსული — მოსამშობიარებლად. სამშობიარო სახლის მთავარმა ექიმმა იგი გასინჯა და მშობიარობის ისტორიაში (117) ჩაწერა: „აქვს მუცლის ტკივილი, მუცელი დაჭიმული, პალპაციით რბილი, გარშემოწერილობა 96 სმ, აღნიშნავს დროგამოშვებით შეტევითი ხასიათის ტკივილებს, ნაყოფის მოძრაობა შეიგრძნობა“.

მშობიარეს გაუყეთდა გასაწმენდი ოყნა, რის შემდეგ მუცელი სწრაფად დაპატარავდა და, როგორც ისტორიაშია აღნიშნული „მშობიარემ შიში იგრძნო“.

მოქ. მ. მ-მა მოითხოვა ახალშობილი, მაგრამ იგი არ არსებობდა. ამის გამო მან პროკურატურაში შეიტანა საჩივარი იმის შესახებ, რომ მშობიარობის დროს ექიმებს მოუყვდათ ახალშობილი და დანაშაულის დაფარვის მიზნით აცხადებენ, თითქოს მას არ უმშობიარებია.

მოქ. მ-ლი სასამართლო-სამედიცინო შემოწმების მიზნით გორის პროკურატურამ გამოგზავნა სას. სამედ. ექსპერტიზის ბიუროში იმის დასადგენად, იყო თუ არა იგი ორსული და როდის იმშობიარა. სამედიცინო შემოწმებით დადგენილ იქნა, რომ მოქ. მ-ლი ორსულად არ ყოფილა და არც არასოდეს არ უმშობიარებია:

კონკრეტულ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ე. წ. მოჩვენებით ორსულობას, რომელსაც ადასტურებს საექიმო შემოწმების მონაცემები და საქმის გარემოება, რომლის მიხედვითაც ირკვეოდა, რომ იგი გათხოვდა 1952 წელს. ქმართან იცნოვრა რამდენიმე დღე (რადგან იგი მალე სამხედრო სავალდებულო სამსახურში გაიწვიეს). დედამთილმა ერთი თვის შემდეგ იგი გამოავლო სახლიდან და უთხრა: ჩემი შვილი აქ არ არის; სახლში მოგიყვან თუ ბავშვი გეყოლებო.

შვილის ყოლის დიდმა სურვილმა და თვითშთაგონებამ გამოიწვია მუცლის გაზრდა, თვიურის შეწყვეტა და მ-მა მიმართა ქალთა კონსულტაციას, სადაც სამი ექიმის გასინჯვის შედეგად დასმულ იქნა ორსულობის დიაგნოზი.

მართალია, ისტორიაში არის ისეთი ჩანაწერებიც, როგორც ნაყოფის გულისცემის მოსმენა და ნაყოფის თავის განსაზღვრა, რაც ექიმებს არ შეეძლოთ მოესმინათ და შეეგრძნოთ, მაგრამ ფაქტურითა, რომ ორსულობისათვის დამახასიათებელი ზოგიერთ საე-

კვო ნიშანი მას განუვითარდა ალბათ ნაწლავებში გაზების დაგროვების და სხვა ცვლილების გამო.

ასევე საინტერესოა მოჩვენებითი ორსულობის შემთხვევა, რომელიც ავსტრიის დედოფალ დრაგას შეემთხვა. ცნობილია, რომ ავსტრიის დედოფალი დრაგა უშვილო იყო. სახელმწიფო რჩებოდა მეფის მემკვიდრის გარეშე. ამ დიდი სურვილის ნიადაგზე დედოფალმა ახლობლების დახმარებით გაითამაშა ორსული ქალის როლი (ორსულობის სიმულაცია). მაგრამ მას სინამდვილეში მუცელი ეზრდებოდა. სარძეო ჯირკვლები გაუდიდდა და საერთოდ განუვითარდა ორსულობისათვის დამახასიათებელი ზოგიერთი სათუო ნიშანი. საქმე მოწყობილი იყო ისე, რომ იქვე, სასახლის ერთ-ერთ ოთახში, მოთავსებული იყო ორსული ქალი, რომლის ბავშვი მშობიარობის შემდეგ უნდა მოეჩვენებინათ როგორც დედოფლის მიერ დაბადებული. მშობიარობის დაწყების წინ, ისე როგორც ნამდვილ ორსულ ქალს, დედოფალსაც დაეწყო „სამშობიარო ტკივილები“. ბოლოს სხვის მიერ დაბადებული ნაყოფი სწრაფად მიუგდეს დედოფალს ბარძაყებს შორის, მაგრამ ახალშობილი მკვდარი აღმოჩნდა.

ეს შემთხვევა ორსულობის სიმულაციას უფრო წააგავს. მაგრამ მასში არის მოჩვენებითი ორსულობის ელემენტები, რომელიც თვითშთაგონების და შვილის ყოლის დიდი სურვილით განვითარდა.

ორსულობის ვადის განსაზღვრა

განაყოფიერებულ კვერცხუჯრედს ორსულობის ორ თვემდე ეწოდება ჩანასახი, ორსულობის ორი თვის შემდეგ დაბადებამდე — ნაყოფი, ხოლო დაბადების შემდეგ კი — ახალშობილი.

ორსულობის ვადის დადგენას სასამართლო-სამედიცინო თვალსაზრისით დიდი მნიშვნელობა აქვს. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა ორსული ქალის საშვილოსნოს ფსკერის სიმაღლის (დგომის) მიხედვით დადგენილ იქნას ორსულობის ვადა ან მშობიარობის შემდეგ ნაყოფის ფიზიკური მონაცემების მიხედვით — შეწყვეტილი ორსულობის ვადა.

ნაყოფის მუცლადყოფნის ასაკის დადგენა ხდება სხეულის სიგრძის 5-ზე გაყოფით (50 სმ სიგრძის ნაყოფი არის 10 თვის ორსულობიდან, 45 სმ — 9 თვის ორსულობიდან და ა. შ.), ხოლო 25 სმ ქვემოთ ამოღებული უნდა იქნეს კვადრატული ფესვი (25 სმ

ნაყოფის სიგრძე 5 თვის ორსულობიდანაა, 16 სმ — 4 თვის ორსულობიდან, 9 სმ — 3 თვის ორსულობიდან და ა. შ.).

ნაყოფის მუცლადყოფნის ასაკის დასადგენად შეიძლება გამოყენებულ იქნეს აგრეთვე პლაცენტის წონა და კიპლარის სიგრძე. მაგრამ ასეთი გამოკვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები არაზუსტია, ამიტომ მას ნაკლები პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს.

თვეების მიხედვით ნაყოფის სიგრძის გამომანგარიშება მიღებულია ჰააზეს (Haase) ფორმულის მიხედვით (ციტ. პროფ. ა. ახვლედიანის შეანობის სახელმძღვანელოდან, 1941):

1	თვის ნაყოფის სიგრძე შეადგენს	$1 \times 1 = 1$	სმ
2		$2 \times 2 = 4$	
3		$3 \times 3 = 9$	
4		$4 \times 4 = 16$	
5		$5 \times 5 = 25$	
6		$6 \times 5 = 30$	
7		$7 \times 5 = 35$	
8		$8 \times 5 = 40$	
9		$9 \times 5 = 45$	
10	„	$10 \times 5 = 50$	„

ე. ი. ხუთ თვემდე ნაყოფის სიგრძე უდრის ორსულობის ვადას (თვეთა რიცხვი), აღებულს კვადრატში, ხოლო 6 თვის შემდეგ — ორსულობის ვადას, გამრავლებულს 5-ზე.

სანაყოფე კვერცხის განვითარება თვეების მიხედვით მოცემულია ცანგემებისტერის ცხრილში (ციტ. პროფ. ა. ახვლედიანის შეანობის სახელმძღვანელოდან, 1941).

ასაკი თვეებით	ჩანასახის წონა გ.	პლაცენტის წონა	ნაყოფის გარეშო სითხის წონა	კვერცხის წონა
2	4	8	12	24
3	35	33	15	113
4	100	70	82	255
5	270	120	165	555
6	650	195	310	1055
7	1100	275	510	1885
8	1650	365	720	2735
9	2300	470	950	3720
10	3250	600	1150	5000

ექვსი თვიდან ნაყოფის წონის გამომანგარიშება ხდება ნამრავ-
ლის გადიდებით თითოეული თვის მიხედვით ($600 \times 1 = 600$ გ).

ორსულობის თვეები	ნაყოფის წონა
6	$600 \times 1 = 600,0$
7	$600 \times 2 = 1.200,0$
8	$600 \times 3 = 1.800,0$
9	$600 \times 4 = 2.400,0$
10	$600 \times 5 = 3.000,0$

ზემოთ მოყვანილი ციფრები საორიენტაციოა, რადგან შეიძლება ადგილი ჰქონდეს გადახრებს.

ორსულობის ვადის განსაზღვრა ხდება ქალის საშვილოსნოს ფსკერის მდებარეობის მიხედვით.

ხუთ კვირამდე ორსულობის ვადის გამოცნობა ძნელია, ხოლო მის შემდეგ საშვილოსნო უმნიშვნელოდ მატულობს და უკვე მეორე თვის დასასრულს საშვილოსნო საკმაოდ გადიდებული და რბილი კონსისტენციისაა. მესამე თვის დასასრულს საშვილოსნო ბავშვის თავისოდენაა; მეოთხე თვისათვის საშვილოსნოს ფსკერი ისინჯება ჰიპსა და ბოქვენს შუა; მეხუთე თვისათვის საშვილოსნოს ფსკერი იმყოფება ჰიპის ქვემოთ ორი თითით; მეექვსე თვისათვის საშვილოსნოს ფსკერი ჰიპის ღონეზეა; მეშვიდე თვისათვის საშვილოსნოს ფსკერი იმყოფება ჰიპის ზემოთ ორი თითით; მერვე თვისათვის საშვილოსნოს ფსკერი აღწევს ჰიპსა და მახვილისებურ მორჩს შუა; მეცხრე თვისათვის საშვილოსნოს ფსკერი მაქსიმალურად აღის მალლა და აღწევს მახვილისებურ მორჩს და დიაფრაგმას; მეათე თვისათვის საშვილოსნოს ფსკერი დაბრკოლებათა გამო მალლა ვერ მიდის, ჰიპის წინაა გამობურცული, ისევ ეშვება ქვემოთ და დგას მერვე თვის ორსულობის ღონეზე (ციტ. პროფ. ახვლედიანის სახელმძღვანელოდან).

გარდა ამისა, ორსულობის ვადის დადგენისათვის საჭიროა გამოვიყენოთ სხვა მონაცემებიც: ა) მენსტრუაცია, ბ) ოვულაცია და გ) ჩასახვა.

ცნობილია, რომ მენსტრუაცია დაკავშირებულია ოვულაციასთან და კვერცხუჯრედის განაყოფიერების შემდეგ წყდება, ამიტომ

მენსტრუაციის შეწყვეტა დაკავშირებულია ჩასახვის მომენტთან. ანამნეზიდან უნდა დავადგინოთ ქალის უკანასკნელი თვიურის ვადა (თუმცა ქალი ზოგჯერ ამას განზრახ მალავს).

აქვე მხედველობაში უნდა მივიღოთ ის გარემოებაც, რომ ორსულობის დროს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს საშვილოსნოდან სისხლდენას, რომელიც თვიურისაგან განსხვავებით, მცირე რაოდენობისაა და გამოწვეულია საკვერცხეების შინასაკრეციული ფუნქციით. სხვა შემთხვევაში სისხლდენა შეიძლება გამოწვეული იყოს საშვილოსნოს ყელის ეროზიით, წყლულით და სიმსივნით.

ორსულობის ვადის დასადგენად ყველაზე გამოსადეგია ნეგელეს (Naegele) მიერ მოწოდებული სქემა, რომლის მიხედვითაც უკანასკნელი თვიურის დაწყების პირველი დღიდან უკან გადაითვლიან სამ თვეს და მიუმატებენ 7 დღეს. მაგალითად, თუ უკანასკნელი თვიური ქალს დაეწყო 1 იანვარს, მშობიარობა მოსალოდნელია 8 ოქტომბრისათვის. შეცდომა დასაშვებია ორი კვირის ფარგლებში, რადგან განაყოფიერების დღის ზუსტად დადგენა შეუძლებელია.

როგორც ცნობილია, ოვულაცია წარმოებს მენსტრუალური ციკლის შორის. მაგალითად. ფრენკელის¹ აზრით, ოვულაცია წარმოებს უკანასკნელი თვიურის დაწყებიდან მენსტრუალური ციკლის მე-11—21 დღეს. შრედერის² აზრით — მე-14—16 დღეს, ხოლო ტერებინსკაია-პოპოვას³ აზრით ოვულაცია ხშირად იწყება მოსალოდნელი თვიურის დაწყებამდე ერთი კვირით ადრე (განსაკუთრებით იშვიათად — ორი კვირით ადრე). აზრთა ასეთი სხვადასხვაობის გამო ყველაზე უფრო მისაღებია ოვულაციის დროდ მივიჩინოთ არა უკანასკნელი თვიურის დაწყების შემდგომი პერიოდი, არანედ მოსალოდნელი თვიურის დაწყებამდე.

უკანასკნელ ხანებში ოგინომ და კნაუსმა ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად ექსპერიმენტალურად დაამტკიცეს, რომ ოვულაცია ფიზიოლოგიურ შემთხვევაში წარმოებს მენსტრუალური ციკლის 5 დღის განმავლობაში — 12—16 დღეებს შორის — თვიურის დაწყებამდე.

მხედველობაში უნდა მივიღოთ ისიც, რომ კვერცხუჯრედი,

1, 2, 3 ციტ. პროფ. ა. ახლელაიანის მეანობის სახელმძღვანელოდან, 1941.

გამოსული გრააფის ბუშტუკის გასკდომის შემდეგ, ცოცხლობს რამდენიმე საათს, ხოლო სპერმატოზოიდი საშვილოსნოს ღრუში განაყოფიერების უნარს ინარჩუნებს სამი დღის განმავლობაში, ამიტომ, განაყოფიერების შესაძლებლობის დროდ უნდა მივიჩნიოთ ოვულაციის დაწყებამდე სამი დღე, ე. ი. განაყოფიერების დრო უდრის ოვულაციის 5 დღეს მიმატებული 3 დღე (სპერმატოზოიდების განაყოფიერების უნარიანობა). ამრიგად, ჩასახვის პერიოდი დიდდება 8 დღემდე, მენსტრუალური ციკლის — 12-დან 19 დღემდე, ე. ი. მენსტრუაციის დაწყებამდე 11 დღის განმავლობაში ქალი ჩასახვის უუნაროა.

ორსულობის ხანგრძლივობა

ორსულობის ხანგრძლივობის ზუსტი დადგენა შეუძლებელია, საშუალოდ მიღებულია 280 დღე, რაც უდრის 40 კვირას ან 10 სათვარეო თვეს (28 დღე), მაგრამ შეიძლება ორსულობის ხანგრძლივობის მინიმუმი და მაქსიმუმი გაცილებით ნაკლები ან მეტი იყოს.

მაგალითად, ბელენტაინის და ბროუნის მასალის მიხედვით, ორსულობის 63 შემთხვევაში ორსულობა გრძელდებოდა 300-დან 365 დღემდე.

აღფელდი მიუთითებს ორსულობის ხანგრძლივობის სამ დაბალ საზღვარს:

1. ორსულობის 220 დღის შემდეგ შეიძლება დაიბადოს ახალშობილი სიგრძით 50 სმ და წონით 3000,0 და მას არ აღენიშნებოდა მომწიფების ზოგიერთი ნიშანი.

2. ორსულობის 238 (34 კვირა) შემდეგ შეიძლება დაიბადოს ახალშობილი, რომელსაც შეიძლება ჰქონდეს სიმწიფის თითქმის ყველა ნიშანი.

3. ორსულობის 245 დღის შემდეგ (37 კვირა) შეიძლება დაიბადოს ახალშობილი, რომელსაც გარდა სიგრძისა და წონისა, ექნება სიმწიფის ყველა ნიშანი¹.

სხვა ავტორების მიხედვით ორსულობის უკიდურესი დაბალი საზღვარი შეიძლება იყოს 250 დღე (პეტენი), 243 დღე (კრენინგი),

¹ «Основы суд. мед.» (под ред. Н. В. Попова), 1938, гл. 462.

220 დღე (ფრანკე), 230—218 და განსაკუთრებით იზვიათად, 200—210 დღე (კერერი).

ავტორთა მონაცემები მკვეთრად განსხვავდება ერთმანეთისაგან. ამიტომ ორსულობის ხანგრძლივობის განსაზღვრისათვის შემოღებული უნდა იქნეს ერთი საერთო მინიმუმი და მაქსიმუმი, რადგან სასამართლო მოითხოვს ექსპერტისაგან კონკრეტულ პასუხს და არა თეორიულ მოსაზრებებს.

ორსულობის ხანგრძლივობის განსაზღვრისათვის არ შეიძლება მხედველობაში იქნეს მიღებული ერთეული კაზუისტიკური შემთხვევები, როცა ორსულობის 195-ე დღეს დაიბადა დროული (მომწიფებული) ნაყოფი ან ორსულობის 365-ე დღეს — გადამწიფებული ნაყოფი. ყველა ასეთ შემთხვევაში მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ახალშობილის ფიზიკური მონაცემები, მომწიფების სხვა ნიშნები და უნდა განისაზღვროს ორსულობის ხანგრძლივობის მინიმუმი და მაქსიმუმი 240 დღიდან 310 დღემდე ისე, როგორც ამას თითქმის ყოველთვის ადგილი აქვს პრაქტიკული მუშაობის დროს.

ყოფილი მშობიარობის დადგენა

ყოფილი მშობიარობის დადგენა სასამართლო-სამედიცინო თვალსაზრისით ძირითადად საჭირო ხდება ჩვილთმკვლევლობის საკითხთან დაკავშირებით, როცა ექვმიტანილი უარყოფს საერთოდ ორსულობას და, მით უფრო, მშობიარობას. ასეთ შემთხვევაში ექსპერტის წინაშე დაისმის ორი ძირითადი საკითხი: 1) იმშობიარა თუ არა და 2) როდის.

მშობიარობის შემდეგ იწყება ლოგინობის ხანა, რომელიც გრძელდება 6—8 კვირა.

ლოგინობის ხანისათვის დამახასიათებელია მეტად ღრმა და ტლანქი ცვლილებები, დაკავშირებული ორსულობასთან და მშობიარობასთან. ამიტომ ამ პერიოდში ზემოთ დასმულ კითხვებზე პასუხის გაცემა ადვილია.

ლოგინობის ხანაში ადგილი აქვს სასქესო ორგანოებში ორსულობით გამოწვეული ცვლილებების უკუგანვითარებას, რომელიც თანდათან უბრუნდება ნორმას და ბოლოს, ქალის სხეულზე რჩება

ზოგიერთი ნიშანი, რომელიც უფრო ხშირად არაკატეგორიულად მიუთითებს გადატანილ ორსულობასა და მშობიარობაზე.

მშობიარობის შემდეგ ყველაზე უფრო სწრაფად პატარავდება საშვილოსნო, რაც დაკავშირებულია კუნთების შეკუმშვასთან, სისხლძარღვების დახშობით გამოწვეულ ატროფიასთან და ცხიმოვან დისტროფიასთან.

საშვილოსნოს კუნთოვანი ქსოვილის ინვოლუციას თან ახლავს სისხლძარღვების და ნერვების უკუგანვითარება.

მომყოლის გამოძევებისთანავე საშვილოსნო იწონის 1000 გ, სიგრძე — 38 სმ, სიგანე — 24 სმ, სისქე — 12 სმ.

მშობიარობის პირველ დღეს საშვილოსნოს ფსკერი დგას ბოქვენთან 13—15 სმ. სიმაღლეზე, ე. ი. დაახლოებით ქიპის დონეზე.

ლოგინობის პირველ დღეებში საშვილოსნო იკლებს თითო სანტიმეტრით. ამიტომ მეათე დღეს მისი ფსკერი უკვე ბოქვენის დონეზეა, ხოლო მეექვსე-მეოთხე კვირას უბრუნდება თავის ნორმალურ ოდენობას (სიგრძე 7—8 სმ. წონა დაახლოებით 70 გ.).

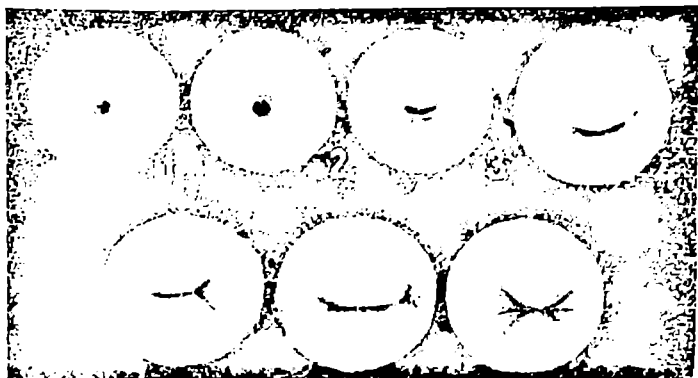
მშობიარობის შემდეგ საშვილოსნოს წონა ერთი კვირის შემდეგ განახევრდება (500 გ). მეორე კვირის დასასრულს იწონის 360 გ. მესამე კვირის დასასრულს — 250 გ, ხოლო მე-6—8 კვირას — 70—50 გ.

საშვილოსნოს ყელი და ტანი მშობიარობის დამთავრებისთანავე წარმოადგენს ერთ მთლიან არხს, ხოლო მესამე დღეს ყელი ისე პატარავდება, რომ ლეზულობს თავის წინანდელ ფორმას. გარეთა პირი გახსნილია და ატარებს ერთ თითს. შემდეგ იხურება შიგნითა პირი და მეათე-მეთერთმეტე დღეს ძნელად ატარებს ერთ თითს. საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირი იხურება მესამე კვირას.

საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირი (*Orificium coli uteri externa*) არანამშობიარებ საშვილოსნოში მრგვალი ან ოვალური ფორმისაა, ხოლო მშობიარობის შემდეგ — სამუდამოდ ნაპრაღისებური, ანუ გარდიგარდმო მდებარე, ლათინური ასო S-ს მაგვარია, დეფორმული და დანაწიბურებული.

იმ შემთხვევაში თუ მშობიარობის დროს ადგილი ჰქონდა საშვილოსნოს ყელის ჩახევის, ამ მიდამოში განვითარებული ნაწიბურების შედეგად შეიძლება ყელის გარეთა პირი ღია დარჩეს.

საშვილოსნოს შიგნითა ზედაპირი მშობიარობის და პლაცენტის გამოძეგების შემდეგ წარმოადგენს ერთ მთლიან ჭრილობას. მასთან პლაცენტის მიმაგრების ადგილი უფრო კარგად მოჩანს ხორკლიანი და ჩაღრმავებული ზედაპირის გამო. ლორწოვანი გარ-



სურ. 20. საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირი: არამშობიარები (ზემოთ), მამშობიარები (ქვემოთ).

სი შედარებით მალე აღორძინდება და უკვე მე-8—10 დღეს იფარება ეპითელიუმით, ხოლო პლაცენტის მიმაგრების ადგილის სრულ აღორძინებას ესაქიროება დაახლოებით 6-8 კვირა.

საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში არსებული რეგენერაციული ანთების შედეგად ადგილი აქვს დამახასიათებელ გამონადენს, რომელსაც ლოქიები ეწოდება. დასაწყისში იგი სისხლნარევია და ცნობილია სისხლიანი ანუ წითელი ლოქიების სახელით (*lochia pubra seu eruenta*). მეოთხე დღიდან სისხლიანი ლოქიები წყდება და საშვილოსნოს ლორწოვან გარსზე განვითარებული გრანულაციური ქსოვილიდან გამოყოფილი ლეიკოციტების და ანთებითი ექსუდატის გამო სისხლიანი ლოქიები შეიცვლება სეროზულ-ჩირქოვან ლოქიებად (*lochia serosa*), რომელსაც მოყვითალო ელფერი აქვს. მეათე-მეთორმეტე დღეს სეროზულ-ჩირქოვანი გამონადენი არ არის, ლოქიები მცირდება. უფრო გამჭვირვალეა და ლოგინობის ხანის დამთავრებამდე თეთრი ლოქიები (*lochia alba*) რჩება.

ლოგინობის პირველ ათ დღეში ქალი გამოჰყოფს 370,0—1200,0 ლოქიებს (ლამბპარტი. ციტ. პროფ. ა. ახვლედიანის სახელმძღვანელოდან).

ლოგინობის პირველ დღეს დიდი და მცირე სასირცხო ბაგეები ციანოზური და გადიდებულია შეშუპების გამო. საშოს შესავალი ღიაა, ლორწოვანი გარსის ნაოქიანობა წაშლილია და მოფენილია გამონადენი სისხლით და ზოგჯერ მეკონიუმით. საშო თანდათან უბრუნდება თავის მდგომარეობას, მაგრამ მას ძველი ელასტიურობა დაკარგული აქვს და არც არასოდეს დაუბრუნდება.

საშოს ლორწოვან გარსზე აღინიშნება ნახეთქები, შორისზე კი შეიძლება იყოს ჩახევები, რომლებიც ზოგჯერ აღწევს სწორ ნაწლავს. დაზიანების ამ მიდამოში თუ მთლიანობა აღდგენილი არ იქნა, შემდეგში ჩნდება ტლანქი ნაწიბუროვანი ქსოვილი, ხოლო აღდგენის შემთხვევაში — სწორხაზოვანი ნაწიბური, რომელიც გადატანილი მშობიარობის ერთ-ერთი დამამტკიცებელი ნიშანია.

საქალწულო აპკი მშობიარობის შედეგად იფლითება, გადასწორდება და ბოლოს რჩება დვრილისებური შემადღებების სახით.

სარძეო ჭირკვლები უკვე ორსულობის მეორე თვიდან განიცდის შეცვლას, ორსულობის დასასრულს და მშობიარობის შემდეგ მეტად გადიდებულია, მომკვრივო კონსისტენციისაა, დვრილები ზედმიწევნით პიგმენტურია, მონტოგომერის ჭირკვლები კარგადაა გამოხატული და ლოგინობის პირველ ორ-სამ დღეს გამოყოფს ხსენს, ხოლო შემდეგში — რძეს, თუ ქალი ძუძუს არ აწოვებს და მასთან, ლებულობს ზომებს სეკრეციის შესაწყვეტად. სარძეო ჭირკვლები უკუგანვითარებას განიცდის, პატარავდება, რძის გამოყოფა მცირდება და, ბოლოს, მთლიანად წყდება. მიუხედავად ამისა, მშობიარობის ჩათავებიდან დიდი ხნის (5-6 თვე) განმავლობაში სარძეო ჭირკვალი სეკრეტს გამოყოფს, რასაც სხვა ნიშნებთან ერთად მნიშვნელობა აქვს ყოფილი მშობიარობის დასადგენად.

მუცლის წინა კედელი ლოგინობის ხანაში მოდუნებული და რბილი კონსისტენციისაა. კანზე აღენიშნება ზოლისებური ერთმანეთისადმი პარალელურად დალაგებული მოვარდისფერო ზონრები, რომლებიც თანდათან ფერმკრთალდება და, ბოლოს, მოთეთრო ფერის ნაწიბურების სახით ჩამოყალიბდება. ასეთი ნაწიბურები

ვითარდება აგრეთვე ბარძაყების გარეთა და წინა ზედაპირზე — მეტწილად მის ზემო მესამედში.

მუცლის სწორი კუნთები ზოგჯერ გათიშულია, რაც ქმნის თეთრი ხაზის თიაქრის განვითარების ხელშემწყობ პირობას, თეთრი ხაზის გასწვრივ კანი პიგმენტურია.

მუცლის წინა კედელზე და ბარძაყების მიდამოში ნაწიბურები შეიძლება განვითარდეს აგრეთვე ასციტის შედეგად ან სიმსუქნის შემდეგ წარმოშობილ გამხდრობასთან დაკავშირებით. ამიტომ ასეთი ნაწიბურები გადატანილი ორსულობის უტყუარი ნიშანი არ არის.

მშობიარობიდან დაახლოებით 3-4 თვის შემდეგ ლოგინობის ხანისათვის დამახასიათებელი ნიშნები თითქმის მთლიანად ქრება და გადატანილი მშობიარობის დადგენა უკვე ძნელი ხდება. არის შემთხვევები, როცა წარსულში გადატანილი მშობიარობის ნიშნებიდან რჩება მხოლოდ საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირის ნაპარალისებური ფორმა; გადატანილი მშობიარობის უტყუარ ნიშანს ეკუთვნის საშვილოსნოს ყელზე და შორისის მიდამოში ნაწიბურების არსებობა, მაგრამ იგი ყოველთვის არ აღინიშნება.

მშობიარობის დროის განსაზღვრა ადვილია, თუ ქალი შემოწმებულია მშობიარობიდან პირველ ორი კვირის განმავლობაში, ასეთ შემთხვევაში შეცდომა შეიძლება დაშვებულ იქნეს ერთი დღის ფარგლებში, ორი კვირის შემდეგ 5-10 ფარგლებში, ხოლო სამი თვის შემდეგ ხანდაზმულობის დადგენა შეუძლებელია. ამიტომ ასეთ შემთხვევაში დასკვნაში იწერება: „მშობიარობა ჩატარებული აქვს სამ თვეზე უფრო მეტი ხნის წინათ“.

გვამზე ყოფილი მშობიარობის და მისი ხანდაზმულობის დადგენა უფრო ადვილია, რადგან ასეთ შემთხვევაში დეტალურად შეიძლება საშვილოსნოს შესწავლა: თუმცა მშობიარობიდან დიდი ხნის (სამი თვის) გავლის შემდეგ გვამის გაკვეთითაც შეუძლებელია გადატანილი მშობიარობის ხანდაზმულობის დადგენა.

გვამზე მშობიარობის ხანდაზმულობის დასადგენად, შეიძლება გამოვიყენოთ ჰანზენის მონაცემები. რომელიც მან მიიღო ჯანსალი 200 მელოგინეს გამოკვლევის შედეგად.¹

¹ М. И. Райский, «Судебная медицина», 1953, кз. 404.

	საშეილოსნოს სივრცე სანტიმეტრებში		
	საშუალო	მაქსიმალური	მინიმალური
10 დღის შემდეგ	10,6	1,35	8,0
3 კვირის "	8,8	1,05	7,5
6 " "	7,1	9,1	6,2
12 " "	6,5	7,5	6,0

საორიენტაციოდ შეიძლება მოყვანილ იქნეს საშეილოსნოს წონა და ზომები, მოწოდებული ბრუარდელის მიერ¹.

	წონა გ	საშეილოსნოს სივრცე სმ	საშეილოსნოს სივრცე სმ
მშობიარობის შემდეგ	1000,0	38	24
2 დღის "	750,0	19	11
8 " "	500,0	15	8
15 " "	375,0	21	6
6 კვირის "	56,0	7	4,5

საშეილოსნოს სივრცე	სივრცე მილებს შორის	ყელის სივრცე	ყელის სისქე
ს ა ნ ტ ი მ ე ტ რ ე ბ შ ი			
ამშობიარები 7—7,5	4—5	2,5—2,7	1,5
რანამშობიარები 5, 7—6	3,7—4	2	1

პირველი და პანმეორებითი ორსულობის ამოცნობა

პირველი და განმეორებითი ორსულობის შესახებ ცნობებზე მოწოდებულია ზემოთ, მაგრამ ზედმეტი არ იქნება, თუ ამ განსხვავებულ ნიშნებს მოვიყვანთ დაჯგუფებულად, ერთიმეორესთან შედარების თვალსაზრისით, ისე როგორც ეს მოცემულია პროფ. ა. ახვლედიანის მეანობის სახელმძღვანელოში.

¹ М. И. Райский. «Судебная медицина», 1953, გვ. 405.

განმასხვავებელი ნიშნები

პირველი ორსულობა	განმეორებითი ორსულობა (მშობიარე)
1. პიშენი შედგება რამდენიმე ნაწილისაგან, რომლებიც ერთიმეორეს ფუძესთან უერთდება (Caruncule hymenale)	1. პიშენი არ არის მის ადგილას შირტისებრი სხეულებია (Caruncule mirtiliformes)
2. საშოს შესავალი დახურული ვიწრო და ელასტიკური	2. საშოს შესავალი ღია, კედლები ღუნე და დაწეული
3. შორისი და ლაგამი მთელი	3. შორისი ზოგჯერ დანაწიბურებული, ლაგამი გახეული
4. საშოს ნაოქები კარგადაა გამოხატული	4. საშოს ნაოქები გადასწორებულია
5. ყელის საშოსმხრივი ნაწილი კონუსისებური	5. საშოსმხრივი ნაწილი ცილინზრული
6. გარეთა პირი დახურული, მრგვალი, ჩაღრმავებული და ღორწოვანი საცობით (კრისტელერის საცობი)	6. ყელის გარეთა პირი ღია, გარდამოგარდმო ნაპრალით, ხშირად დანაწიბურებული ჩახეებით
7. მუცლის კედელი ელასტიკური და მოგრძო ფორმის, ახალის ნაქდევებით (Stria)	7. მუცლის კედელი ღუნე, დისტაზით, ახალი და ძველი ნაქდევებით
8. წინამდებარე თავი მცირე მენჯშია უმოდრაოდ	8. წინამდებარე თავი მაღლა დგას
9. სარძეო ჯირკვლები ფართოფუძიანი, მკვრივი. კერტები საშუალო ზომის	9. სარძეო ჯირკვლები მოშვებული, ღუნე. დიდი მოცულობის

ორსულობის რაოდენობის (აბორტის) ამოცნობა შეუძლებელია. ასევე შეუძლებელია მშობიარობის რიცხვის განსაზღვრა, რადგან შესაძლებელია ქალის სხეულის ფიზიკური განვითარება ერთჯერ მშობიარობის შემდეგ წააგავდეს მრავალმშობიარეს ან. პირიქით, მრავალი მშობიარობის შემდეგ ქალის ფიზიკური განვითარება წააგავდეს ერთჯერ ნამშობიარეს ან ახლოს იდგეს ქალწული ქალის სხეულის ფიზიკურ განვითარებასთან.

ელვისებური, ანუ მოსწრაფებული მშობიარობა (partus precipitalus) სასამართლო-სამედიცინო თვალსაზრისით საინტერესოა, რადგან ზოგჯერ შესაძლოა ელვისებური მშობიარობის მომიზეზებით დაფარონ ჩვილთმკვლელობა. ამ მოსაზრებით ქალი აცხადებს, თითქოს მას მშობიარობა დაეწყო წყალზე გადასვლის დროს. უეცრად დაბადებული წყალმა წაიღო და დაახჩო, ან ბუნებრივი მოთხოვნების დაკმაყოფილების დროს საშვილოსნოდან სწრაფად გამოძევებული ახალშობილი საპირფარეოში ჩავარდა და სხვ.

ასეთი განცხადების სისწორის შესამოწმებლად საჭიროა ქალის და ახალშობილის სასამართლო-სამედიცინო შემოწმება.

საერთოდ, მეანობაში ცნობილია, რომ მშობიარობის აქტი პირველი მშობიარობის დროს გრძელდება დაახლოებით 20 საათი, განმეორებით მშობიარობისას — 12 საათი. ამასთან, ნაყოფის გამოძევებას პირველი მშობიარობის დროს ესაჭიროება 2 საათი, ხოლო განმეორებითი მშობიარობისას — 1 საათი. მეანობის თვალსაზრისით, ელვისებური მშობიარობა წარმოუდგენელია წინასწარი სამშობიარო ტკივილის გარეშე, რომლის შემდეგ უნდა მოხდეს მთელი რიგი ტლანქი ცვლილებები (ყელის გახსნა, სანაყოფე ბუშტის გახევა, სანაყოფე სითხის დაღვრა, ნაყოფის წინამდებარე ნაწილის შექრა და სხვ.).

მიუხედავად ამისა, ელვისებური მშობიარობა, როგორც გამონაკლისი შემთხვევა, შესაძლებელია. ამ დროს ნაყოფის გამოძევების პერიოდი ძალზე მცირეა. მაგალითად რამდენიმე წუთი, ისე რომ სამშობიარო ტკივილი სამშობიარო შეტევებად არ ჩაითვლება.

ლიტერატურაში ცნობილია შემთხვევები, როცა ელვისებური მშობიარობა განვითარებულა მატარებლის საპირფარეოში, ბუნებრივი მოთხოვნების — დეფეკაციის დროს ახალშობილი ჩამოვარდნილა მიმავალი მატარებლიდან და რამდენიმე საათის შემდეგ სრულიად უვნებელი ახალშობილი მოუყვანიათ დედასთან.

ამ მხრივ საინტერესოა ს. პ. გეორგიევსკის მიერ აღწერილი შემთხვევა („Сборник работ гос. науч. исслед. института судебной медицины“, 1940).

ზ. ხ. 22 წლის, 1932 წ. 31/VII ბრუნდებოდა სამსახურის ადგილზე ნოვგოროდში სადეკრეტო შევებულების გასაფორმებლად. უკანასკნელი თვიური ქონდა დეკემბრის ბოლო რიცხვებში. ზ. ხ. მატარებლით მიდიოდა ქმართან ერთად სად. „მიასნო ბორიდან“. რომელიც ქალაქიდან დაშორებული იყო 36 კილომეტრით. დილის 10 საათზე მატარებელში ჩაჯდომის დროს იგი თავს გრძნობდა სრულიად დამაკმაყოფილებლად. მატარებლის პირველი გაჩერების შემდეგ (14 კილომეტრი) ზ. ხ. გამოვიდა ვაგონის ბაქანზე ნაცნობების სანახავად (სად. „პოდბერიოზა“, სადაც მატარებელი დგას 30 წუთი). ამ სადგურიდან მატარებლის წასვლის წინ ზ. ხ-მ მუცლის ქვემო ნაწილში იგრძნო ძლიერი დაწოლა, რაც დეფიკაციის სურვილს მიაწერა; იგი შევიდა ვაგონის საპირფარეოში. უნიტანზე ჯდომს დროს შეიგრძნო რაღაც გამოვარდა. მუცელი დაუცარიელდა და სისხლის დენა განუვითარდა. ზ. ხ-მ იგრძნო, რომ იმშობიარა, კარი გამოაღო და გამვლელ ქალს სთხოვა დაეძახნა მისი ქმრისათვის. ამ უკანასკნელმა დასახმარებლად მოუხმო ვაგონის გამცილებელ ქალს და მატარებლის უფროს გამცილებელს, რომლებმაც გაათავისუფლეს ვაგონის ერთ-ერთი დასაჯდომი სკამი და მშობიარე დააწვიანეს. მატარებელი არ გააჩერეს და ის ჩვეულებრივი განრიგით 12 საათზე ჩავიდა ნოვგოროდში.

ზ. ხ. ვაგონიდან გადაიყვანეს რკინიგზის საექიმო პუნქტში. სადაც დაბადა მომყოლი. რადგან ხ-ს აღმოაჩნდა შორისის ჩახევა. იგი გადაიყვანეს ქალაქის სამშობიარო სახლში. სადაც მას დღის 2 საათზე აღმოუჩინეს საექიმო დახმარება.

მიუხედავად იმისა, რომ დაბადებული მომყოლის მიხედვით ახალშობილი დროული უნდა ყოფილიყო და ხ-ს ნაამბობში ეჭვი არავის ეპარებოდა, ახალშობილის აღმოსაჩენად ზომები არავის მიუღია. ახალშობილი რამდენიმე საათის განმავლობაში უპატრონოდ ეგდო ლიჟ ცის ქვეშ, მხოლოდ შემთხვევით გამვლელმა მგზავრმა ქალმა იპოვა იგი და აღმოუჩინა სათანადო დახმარება. მელოგინე ქალს ახალშობილი ჩააბარეს მხოლოდ მშობიარობიდან 19 საათის შემდეგ.

მშობიარობის ისტორიაში ახალშობილის შესახებ აღნიშნული იყო შემდეგი: „1/VIII, დილის 6 საათზე. მოიყვანეს ახალშობილი ვაჟი (წონა 3 კგ, სიგრძე 49 სმ. თავის გარშემოწერილობა 34); სხეუ-

ლის გარეთა ზედაპირზე ნახული იქნა ნაქდევეები — მარცხენა ლოყაზე. გულმკერდის, მარცხენა გვერდით ზედაპირზე და მარჯვენა მუხლზე“.

4/VIII რკინიგზის მილიციის გამომძიებლის მიერ დაკითხულ იქნა ზ. ხ.. რადგან ეჭვი იქნა მიტანილი ჩვილთმკვლელობის ბრალდებაში. გამომძიებლის მიერ დანიშნულმა ექსპერტიზამ კითხვებზე გასცა პასუხი.

1) ახალშობილის თავის შექრა მცირე მენჯში და მისი დაწოლა სწორ ნაწლავზე. რასაც ადგილი აქვს მშობიარობის დროს, სინამდვილეში წააგავს დეფეკაციის დროს წარმოშობილ ჰინთვის შეგრძნებას.

2) საპირფარეოს უნიტასზე ჯდომის დროს ზ. ხ. გრძნობდა ძლიერ ტკივილს, მაგრამ პირველმშობიარეს ეგონა, რომ ეს ტკივილი გაივლიდა დეფეკაციის შემდეგ.

3) ახალშობილის ჩამოვარდნა ვაგონის საპირფარეოს უნიტასიდან. რომელსაც არ ჰქონდა სარკველი, შესაძლებელია, რადგან სასამართლო-სამედიცინო ლიტერატურაში აღწერილია საკუროიერო მატარებელში მომხდარი მშობიარობის შემთხვევები.

4) ახალშობილის სხეულზე მნიშვნელოვანი დაზიანების არარსებობა ადასტურებს, რომ ახალშობილი მატარებლიდან გადმოგდებული არ ყოფილა, არამედ თანდათანობით ეშვებოდა ძირს კიბლარის გაწყვეტამდე.

ელვისებური მშობიარობის დასადგენად, ქალის და ახალშობილის გასინჯვასთან ერთად საჭიროა შემთხვევის ადგილის დათვალიერება სისხლის კვანძის და სხვა მნიშვნელოვანი საკითხების დაზუსტების მიზნით.

ახალშობილის და ქალის შემოწმება მიზნად ისახავს შედარებულ იქნეს სამშობიარო გზების სიფართოვე ახალშობილის სხეულის ფიზიკურ განვითარებასთან, ე. ი. რამდენად შესაძლებელია ასეთი ფიზიკური განვითარების ნაყოფის სწრაფად და დაუბრკოლებლად გამოძევება. მასთან ყურადღება უნდა მიექცეს სამშობიარო გზების რბილი ქსოვილების დაზიანებას, ე. ი. შორისის ჩახვევას, რაც ელვისებური მშობიარობის დროს ყოველთვის არ ვითარდება. მნიშვნელოვანია აგრეთვე ქალის ფიზიკური განვითარება. მუც-

ლის პრესში არსებული თიჯრებისა და სწორი კუნთების დიასტაზის დროს მშობიარობის პროცესი გაძნელებულია.

სასამართლო-სამედიცინო პრაქტიკაში ელვისებური მშობიარობა გვხვდება პირველმშობიარეებში, რადგან მათთვის მშობიარობის დაწყების და მიმდინარეობის პროცესი უცნობია. ხოლო სამეანო პრაქტიკაში ელვისებურ მშობიარობას აღნიშნავენ განმეორებით და მრავალმშობიარეთა შორის.

მართალია განმეორებით და მრავალმშობიარეთა შორის მშობიარობის პროცესი უფრო მცირე ხანს გრძელდება. ვიდრე პირველმშობიარეებში, მაგრამ მოულოდნელი (ელვისებური) მშობიარობა განმეორებით მშობიარეთა შორის უფრო ძნელი წარმოსადგენია, რადგან ეს აქტი მათთვის უკვე ცნობილია და მშობიარობის დაწყებისთანავე მიიღებენ ზომებს ამ ფაქტის უვნებლად ჩატარებისათვის.

ახალშობილის შემოწმების დროს ყურადღება უნდა მიექცეს ქიპლარის გაწყვეტის ადგილს. რადგან ელვისებური მშობიარობის დროს ხშირად იგი წყდება კანთან ახლოს.

ქიპლარი შეიძლება დედამ გაწყვიტოს ხელით. კბილებით. გადაჭრის დანით ან მაკრატლით. თუ ქიპლარი გადაჭრილია, მაშინ ელვისებურ მშობიარობაზე ლაპარაკი ზედმეტია, ხოლო სხვა შემთხვევაში ქიპლარის თავისუფალი კიდე ისეთივე იქნება, როგორც ელვისებური მშობიარობის დროს.

ახალშობილის თავის მიდამოში (თხემზე ან კეფაზე) არსებული სამშობიარო სიმსივნე არ გამოირიცხავს ელვისებური მშობიარობის შესაძლებლობას, რადგან ზოგჯერ ასეთი სიმსივნე შეიძლება განვითარდეს დაუბრკოლებელი მშობიარობის დროსაც.

ნაყოფის მდებარეობას ელვისებური მშობიარობის დროს უსათუოდ აქვს მნიშვნელობა, რადგან ფეხით. ხელით და ჯდომითი წინამდებარეობის დროს ელვისებური მშობიარობა შეუძლებელია.

ელვისებური მშობიარობა მოსალოდნელია თავით წინამდებარეობის დროს. ამიტომ საშვილოსნოდან სწრაფად გამოძევებული ახალშობილი შეიძლება დავარდეს იატაკზე. მიწაზე. ქვაზე ან სხვა საგანზე, რის გამოც მის სხეულზე. უფრო ხშირად თავზე. შეიძლება განვითარდეს ტრავმული დაზიანება ნაჭდევის. სისხლნაყოფნის. კრილობის ან ძვლების მოტეხილობის სახით, თუმცა ამგვარი დაზიანების წარმოშობა სავალდებულო არ არის. რადგან ასეთ

შემთხვევებში ახალშობილი ეცემა მცირე სიმალიდან და მასთან ერთად გაუწყვეტელი ქიპლარი ერთგვარი ზამბარის როლს ასრულებს, ხოლო თავის ქალას ძვლების ელასტიკურობა ხელს უშლის მასზე რაიმე სერიოზული დაზიანების წარმოშობას.

ა ბ ო რ ტ ი

აბორტი (abortus) ნიშნავს ორსულობის შეწყვეტას 28 კვირამდე. ანუ 7 თვემდე. ასეთ შემთხვევაში დაბადებულ ნაყოფს არ შეუძლია საშვილოსნოს გარეშე სიცოცხლე და მალე იღუპება.

ორსულობის შეწყვეტას 28-დან 39 კვირამდე, ანუ 7 თვიდან 10 თვემდე ეწოდება ნაადრევი მშობიარობა (partus prematurus).

ნაადრევი მშობიარობის შედეგად შესაძლებელია ცოცხალი და სიცოცხლისუნარიანი ახალშობილის დაბადება.

აბორტი ცნობილია უძველესი დროიდან.

სასჯელი აბორტისათვის სხვადასხვა ეპოქაში სხვადასხვა სახის იყო. უძველეს დროში და ამჟამადაც კულტურულად დაბალი განვითარების ხალხთა შორის აბორტისათვის სასჯელი არ არსებობს.

აბორტს ხშირად მიმართავენ ახალი ზელანდიის, ახალი კალედონიის, ინდოეთის, ტაიტის, სოლომონის და სანდვიჩის კუნძულების მცხოვრებნი მძიმე მატერიალური პირობების გამო.

საინტერესოა, რომ ტაივანზე მცხოვრებ ქალს მშობიარობის უფლება არა აქვს 36 წლის ასაკამდე, ამიტომ იგი იძულებულია აბორტი გაიკეთოს.

ავსტრალიაში აბორტისათვის ისე როგორც ჩვილთმკვლევობისათვის, სასჯელი არ არსებობს.

ძველ საბერძნეთში აბორტისათვის სასჯელი არ იყო დაწესებული იმ მოსაზრებით, რომ ნაყოფი არ ითვლებოდა ცოცხალ არსებად. რომში აბორტისათვის სასჯელს პირველად ვხვდებით სექტომიასევერას მეფობის პერიოდში (193-211 წლებში), რადგან აბორტი ითვლებოდა ქალის ჯანმრთელობისათვის საზიანო ჩარევად ან მამის შთამომავლობის გაგრძელების წინააღმდეგ ჩადენილ დანაშაულად.

იუსტიციის (527-565 წ.) კანონით, 41 დღემდე ორსულობის შეწყვეტისათვის დაწესებული იყო სასჯელი — საცხოვრებელი ადგილიდან გადასახლება, ხოლო 41 დღის შემდეგ შეწყვეტილი ორსულობისათვის — სიკვდილით დასჯა.

ძველ გამოჩენილ ექიმებს სხვადასხვა შეხედულება ჰქონდათ აბორტზე. ჰიპოკრატე აბორტს კანონსაწინააღმდეგო ქმედებად თვლიდა და ამიტომ თავის მოწაფეებს ფიცს ადებინებდა, რომ მათ არ გაეკეთებინათ აბორტი. ასპაზი (540 წ.) და ავიცენი (980-1036 წ.) დასაშვებად თვლიდნენ აბორტს ვიწრო მენჯის შემთხვევაში. განსაკუთრებული სასჯელი აბორტის გაკეთებისათვის დაწესდა საეკლესიო სამართლის შემოღების შემდეგ. კონსტანტინეპოლის ტაძარმა 629 წელს აბორტისათვის სიკვდილით დასჯა დააწესა.

საერთოდ საეკლესიო სამართალი აბორტს მკვლელობას უთანაბრებდა. საფრანგეთში 1437 წლამდე აბორტისათვის სასჯელი არ იყო დაწესებული, ხოლო 1556 წლიდან აბორტის გაკეთებისათვის შემოღებულ იქნა სიკვდილით დასჯა.

ჰენრიხ მეორის დეკრეტის მიხედვით (1562 წ.), რომელიც 1791 წლამდე იყო ძალაში, ქალი აბორტის გაკეთებისათვის ან აბორტის გამოწვევის მიზნით მუცელზე ბაწრის შემოჭერისათვის ჩამოხრჩობით ისჯებოდა.

ინგლისში XIII საუკუნის ბოლომდე აბორტისათვის სასჯელი დაწესებული იყო მკვლელობის შესაბამისად; ელუარდ III დროს, პირიქით. სასჯელი მოიხსნა, ხოლო იაკობ I დროს (1524 წ.) სასჯელი კვლავ გაგრძელდა.

გერმანიაში აბორტისათვის სიკვდილით სჯიდნენ XVIII საუკუნის დასასრულს, ხოლო XIX საუკუნის დასაწყისში აბორტისათვის დაწესებული მძიმე სასჯელი სხვადასხვა ავტორის აზრთა გაცვლა-გამოცვლის შედეგად შესამჩნევად შემსუბუქდა.

„მთელი ბურჟუაზიული სისხლის სამართლის კანონმდებლობა და ექსპლოატატორთა მორალი მიმართულია იქით, რომ დაგმოს, გაკიცხოს აბორტის წარმოება და თან სასტიკად დასაჯოს ორსული ქალი, რომელმაც გაიკეთა აბორტი.

აბორტის შესახებ ბურჟუაზიული კანონმდებლობის მთელი სისასტიკის მიუხედავად, აბორტის წარმოება ბურჟუაზიულ ქვეყ-

ნებში არა თუ მცირდება, არამედ პირიქით — დიდად მატულობს და ზოგან აშკარა კატასტროფულ დონეს აღწევს.¹

ცნობილია, რომ ბურჟუაზიულ სახელმწიფოებში დედასა და ბავშვს არავითარი დახმარებას არ უწევენ. ამასთან, მშრომელები მატერიალურად უზრუნველყოფილი არ არიან. ბურჟუაზიული სახელმწიფოების ღარიბ მოსახლეობას საშუალება არა აქვს აბორტის გასაკეთებლად მიმართოს გამოცდილ ექიმს. ამიტომ ისინი იძულებულნი არიან თვითონ აწარმოონ აბორტი ან მიმართონ პირველ შემხვედრ ექიმბაშს, რომლის მიერ ჩატარებული აბორტი მეტად მავნედ მოქმედებს დედის ჯანმრთელობაზე.

ბურჟუაზიულ სახელმწიფოებში აბორტის გამომწვევ მიზეზად თვლიან დედაქალის „ბოროტ ნებას“ ან „წმინდა ინსტინქტის“ დარღვევას, მაშინ, როცა ამის ნამდვილ მიზეზს — სოციალურ-ეკონომიურ პირობებს — განზრახ ხელს აფარებენ.

ამჟამად კაპიტალისტურ სახელმწიფოებში აბორტისათვის დაწესებული სასჯელი მეტად მკაცრია. მაგალითად, ინგლისში მოქმედი 1861 წლის კანონით, ქალი და ის პირიც, ვინც აბორტს გააკეთებს, ისჯება საკატორლო მუშაობით 3 წლიდან სამუდამო კატორლამდე.

საფრანგეთში 1939 წლის 29 ივლისის კანონის მიხედვით, ორსულ ქალს აბორტის გაკეთებისათვის უსჯიან პატიმრობას 6 თვიდან 2 წლამდე და ახდევინებენ ჯარიმას — 100-დან 2000 ფრანკამდე, ხოლო აბორტის გამკეთებელს უსჯიან 1 წლიდან 5 წლამდე პატიმრობას და ჯარიმას — 5000-დან 10.000 ფრანკამდე.

გერმანიაში 1871 წლის სისხლის სამართლის დებულების მიხედვით, ორსული ქალი აბორტის გაკეთებისათვის და აბორტის გამკეთებელი ან აბორტის გამომწვევი საშუალების მიმწოდებელი ისჯება პატიმრობაში ყოფნით 5 წლამდე. თუ აბორტის გამკეთებელმა გასამრჯელო მიიღო, იგი ისჯება საკატორლო მუშაობით 5 წლამდე, ხოლო იძულებითი აბორტის გაკეთებისათვის დაწესებულია საკატორლო მუშაობა 15 წლამდე.

ირანში 1926 წლის კანონის მიხედვით, აბორტის გაკეთებისათვის ქალს უსჯიან პატიმრობას 1-დან 3 წლამდე, თუ აბორტი გა-

¹ ბ. ფურცხვანიძე, „დანაშაულებრივი აბორტი და მასთან ბრძოლა“, 1952.

კეთებულია ქმრის ჩაბართვის გარეშე, ხოლო თუ აბორტი გაკეთებულია ქმრის თანხმობით, სასჯელი ვრცელდება ქმარზედაც.

მეფის რუსეთში აბორტისათვის სასჯელი ორსული ქალისათვის დაწესებული იყო 4-დან 5 წლამდე პატიმრობის სახით, ამასთან, ყველა უფლების და უპირატესობის აყრით, ხოლო აბორტის გამკეთებელს უსჯიდნენ 4-დან 5 წლამდე პატიმრობას. ქალის სურვილის გარეშე აბორტის გაკეთებისათვის დაწესებული იყო საკატორლო მუშაობა ამავე ვადით. იმ შემთხვევაში, თუ აბორტის შედეგად განვითარდებოდა ქალის მძიმე ავადმყოფობა, სასჯელი ემატებოდა 8 წლამდე საკატორლო მუშაობა, ხოლო ორსული ქალის სიკვდილის შემთხვევაში — 10 წლამდე საკატორლო მუშაობა,

აბორტის აკრძალვა და აბორტის გაკეთებისათვის მკაცრი სასჯელის დაწესება არ არის საკმარისი მოსახლეობის ზრდისათვის. ამის ყველაზე კარგ პირობას წარმოადგენს სოციალურ-ეკონომიური პირობების გაუმჯობესება და მოსახლეობის კულტურული დონის ამაღლება. კაპიტალისტურ ქვეყნებში სილატაკისაგან თავის დაღწევის მიზნით მიმართავენ სხვადასხვა ცრუმეცნიერულ ქადაგებებს. ცნობილია XVIII საუკუნის დამლევეს ინგლისელი ეკონომისტის მღვდელი თ. რ. მალთუსის რეაქციონური ქადაგება (მალთუსიანიზმი), რომელიც მოუწოდებს ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენებას მშობიარობის შემცირების მიზნით.

ვ. ი. ლენინი დიდ ბოროტებად თვლიდა აბორტს, მაგრამ, მიუხედავად ამისა. მაინც მოითხოვდა ბურჟუაზიული კანონმდებლობის გაუქმებას, რადგან „ასეთი კანონები — ამბობდა ვ. ი. ლენინი — მხოლოდ გაბატონებულ კლასთა ფარისევლობაა. ასეთი კანონები კაპიტალიზმის წყლულებს კი არ კურნავს, არამედ განსაკუთრებით ავთვისებიანად, დაჩაგრული მასებისათვის განსაკუთრებით სამძიმოდ ხდის მათ“¹.

ბურჟუაზიული მეცნიერების თვალსაზრისით, მოსახლეობის ჰარბი ზრდის შეჩერება ხელოვნური სტერილიზაციით, აბორტისა და ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენებით საკმარისი არ არის. საჭიროა საერთო უბედურების გამოწვევა და, პირველ რიგში, ომი, რომელიც გაანადგურებს მოსახლეობას. ამ მეც-

¹ ვ. ი. ლენინი, თხზ. ტ. XIX, გვ. 272—273 (მე-4 ქართ. გამოცემა).

ნიერების აზრით, მოსახლეობის ქარბ ზრდას ხელს შეუშლის აგრეთვე გადამღებ სნეულებათა ეპიდემიის გავრცელება, რომელიც მუსრს გაავლებს სუსტებს, ძლიერები კი დარჩებიან. ასეთ შემთხვევაში მოსახლეობის საერთო რიცხვის შემცირებასთან ერთად, პირველ რიგში, მცირდება ფიზიკურად სუსტების, დაავადებულების და მოხუცების რიცხვი, რომელიც ზედმეტ ტვირთად აწევს სახელმწიფოს.

აბორტთან ბრძოლა საბჭოთა კანონმდებლობის მიხედვით

ოქტომბრის რევოლუციის შემდეგ ფაქტიურად გაუქმებულ იქნა სასჯელი აბორტის გამო, რომელმაც გამოხატულება ჰპოვა რსფსრ, იუსტიციის სახალხო კომისარიატის მიერ 1920 წლის 18 ნოემბრის თარიღით მიღებულ დადგენილებაში „ქალის ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“.

ასეთივე დადგენილება მიღებულ იქნა 1921 წლის 4 ივნისს უკრაინის სსრ იუსტაციის სახ. კომისარიატის და ჯანმრთელობის სახ. კომისარიატის მიერ.

ამ დადგენილების დასკვნით ნაწილში აღნიშნულია შემდეგი:

1. „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტისათვის დაშვებულ იქნეს ოპერაციის უფასო წარმოება საბჭოთა საავადმყოფოების პირობებში, სადაც უზრუნველყოფილია მისი მაქსიმალური უვნებლობა.

2. ამ ოპერაციის წარმოება აეკრძალოს ყველას, ვინც არ უნდა იყოს. გარდა ექიმისა.

3. ამ ოპერაციის გაკეთებაში დამნაშავე მეანს ან ბებიაქალს წაერთმევა პრაქტიკის უფლება და მიეცემა სამართალში.

4. ექიმი, რომელიც გააკეთებს ნაყოფის განდევნის ოპერაციას ანგარების მიზნით, კერძო პრაქტიკის წესით, აგრეთვე მიეცემა სამართალში.

საქართველოს სსრ სისხლის სამართლის კოდექსის მიხედვით, რომელიც გამოცემულ იქნა 1922 წელს, აბორტისათვის სასჯელი გათვალისწინებულია 152-ე მუხლში, რომლის მიხედვითაც „ქალის თანხმობით მუცლის მოწყვეტა ორსულობის ხელოვნურად მოს-

1 ვ. ი. ლენინი, თხზ. ტ. XIX, გვ. 272-273 (მე-4 ქართ. გამოცემა).

პოზა, უკეთუ იგი ჩადენილი იყო იმ პირის მიერ, რომელსაც არა აქვს სათანადოდ შემოწმებული სპეციალური საექიმო მომზადება, ან, თუნდაც იმ პირის მიერ, ვისაც ეს მომზადება აქვს, მაგრამ სათანადო პირობების დაუცველად, დაისჯება თავისუფლების აღკვეთით ან იძულებითი მუშაობით ერთ წლამდე.

უკეთუ ამ მუხლში აღნიშნული მოქმედება ხელობის სახით მოხდება ან მოხდება ქალის თანხმობის გარეშე, ანდა თუ მას შედეგად მოჰყვება ქალის სიკვდილი, — თავისუფლების აღკვეთის ვადა შეიძლება გადიდებულ იქნეს ხუთ წლამდე¹.

საქართველოს სსრ 1928 წლის სისხლის სამართლის კოდექსში აბორტის წარმოებისათვის სასჯელი გათვალისწინებული იყო 149-ე მუხლში, რომლის შედგენილობაში არსებითი ცვლილებები არ მომხდარა.

აქვე უნდა მივუთითოთ, რომ საქართველოს სსრ როგორც 1922 წლის, ისე 1928 წლის კოდექსების დებულებანი აბორტის შესახებ არსებითად ისეთივეა, როგორც რსფსრ 1922 წლის და 1926 წლის კოდექსში მითითებული დებულებები (სისხლის სამართლის კოდ. 146-ე მუხლი და სის. სამ. კოდ. 140-ე მუხლი).

1936 წელს მოსახლეობის სოციალ-ეკონომიური პირობების გაუმჯობესებასთან ერთად და სახელმწიფოში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიების მკვეთრი აღმავლობის გამო აიკრძალა აბორტის წარმოება სოციალური მაჩვენებლების მიხედვით და მისი წარმოებისათვის დაწესდა სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობა როგორც ორსული ქალის, ისე აბორტის გამკეთებლის მიმართ.

ამ დადგენილების მიხედვით, აბორტის გაკეთების უფლება ეძლეოდა ქალს მხოლოდ სამედიცინო მონაცემების მიხედვით, როცა ორსულობის გაგრძელება საშიშროებას უქადდა მის ჯანმრთელობას.

სსრ კავშირის ცენტრალური აღმასრულებელი კომიტეტის და სახალხო კომისართა საბჭოს მიერ 1936 წლის 27 ივნისის თარიღით, წინასწარ საზოგადოებრივი განხილვის შემდეგ მიღებულ იქნა დადგენილება „აბორტის აკრძალვის, მშობიარეთათვის მატერი-ალური დახმარების გადიდების, მრავალწევრიან მეოჯახეთათვის

¹ ციტ. ბ. ფურცხვანიძის მიხედვით, გვ. 21—22.

სახელმწიფო დახმარების დაწესებისა, სამშობიარო სახლების, საბავშვო ბაგებისა და საბავშვო ბაღების ქსელის გაფართოებისა, ალიმენტთა გადაუხდელობისათვის სისხლის სამართლის წესით დასჯის გაძლიერებისა და განქორწინების კანონმდებლობაში ზოგიერთი ცვლილებების შეტანის შესახებ“.

ამ დადგენილების დასკვნით ნაწილში „აბორტის აკრძალვის შესახებ“ მითითებულია შემდეგი:

„1. აბორტთა გამორკვეულ მანებლობასთან დაკავშირებით, აკრძალოს მათი წარმოება. როგორც საავადმყოფოებსა და სპეციალურ სამკურნალო დაწესებულებებში, ისე ექიმის და ორსულთა ბინებზე. აბორტთა წარმოება შეწყნარებული იქნეს მხოლოდ და მხოლოდ ისეთ შემთხვევებში. როდესაც ორსულობის განგრძობა საფრთხეს უქმნის ორსული ქალის სიცოცხლეს ან ემუქრება მის ჯანმრთელობას მძიმე ზიანით, აგრეთვე მშობლების ისეთ მძიმე დაავადებათა შემთხვევაში. რომლებიც მემკვიდრეობით გადადის და ისიც შეწყნარებულ იქნეს მხოლოდ საავადმყოფოებისა და სამშობიარო სახლების პირობებში.“

2. საავადმყოფოების გარეშე ან საავადმყოფოში, მაგრამ აღნიშნულ პირობათა დარღვევით, აბორტთა წარმოებისათვის დაწესდეს სისხლის სამართლით დასჯა: იმ ექიმისა, რომელიც აბორტს აწარმოებს — ერთ წლიდან ორ წლამდე პატიმრობით, ხოლო აბორტთა წარმოებისათვის ანტისანიტარიულ პირობებში ან იმ პირების მიერ, რომლებსაც სპეციალური სამედიცინო განათლება არა აქვთ, დაწესდეს სისხლის სამართლის დასჯა — არანაკლებ სამი წლის პატიმრობით.

3. ქალის იძულებისათვის, რომ მან აბორტი გაიკეთოს, დაწესდეს სისხლის სამართლის დასჯა — პატიმრობით ორ წლამდე.

4. ორსული ქალების მიმართ, რომლებიც აბორტს იკეთებენ და აღნიშნულ აკრძალვას არღვევენ, დაწესდეს სისხლის სამართლის დასჯა — საზოგადოებრივი გაიციხვა, ხოლო აბორტის აკრძალვა კანონის განმეორებითი დარღვევისთვის — ჯარიმა 300 მანეთამდე“.

აღნიშნული დადგენილებანი მთლიანად და უცვლელად იქნა შეტანილი ყველა მოკავშირე რესპუბლიკის სისხლის სამართლის კოდექსებში.

საქართველოს სსრ სისხლის სამ. კოდექსის 149-ე მუხლი შეიცვალა შემდეგი რედაქციით:

„ექიმის მიერ აბორტის გაკეთება საავადმყოფოს ან სამშობიარო სახლის გარეშე ან, თუნდაც საავადმყოფოში თუ სამშობიარო სახლში, მხოლოდ ისეთ შემთხვევაში, როდესაც ორსულობის განგრძობა არ წარმოადგენს საშიშროებას ორსული ქალის სიცოცხლისათვის ან მძიმე ზიანს არ უქადის მის ჯანმრთელობას, აგრეთვე. როდესაც მშობლებს არა სჭირთ მემკვიდრეობით გადასადები მძიჟე ავადმყოფობა, გამოიწვევს საპყრობილეში დაპატიმრებას ერთი წლიდან ორ წლამდე.

აბორტის გაკეთება ანტისანიტარიულ პირობებში ან ისეთ პირის მიერ, ვისაც სპეციალური სამედიცინო განათლება არა აქვს — საპყრობილეში დაპატიმრებას არა ნაკლებ სამი წლისა.

აბორტის გაკეთება ამ მუხლის პირველ ნაწილში აღნიშნული პირობების დარღვევით გამოიწვევს ორსული ქალისათვის — საზოგადოებრივ გაკიცხვას, ხოლო აბორტის აკრძალვის კანონის განმეორებით დარღვევისათვის — ჯარიმას სამას მანეთამდე“.

1936 წლის 27 ივნისის დადგენილების შედეგად სსრ კავშირის სახალხო კომისართა საბჭოს 1936 წლის 22 ნოემბრის თარიღით დამტკიცდა დებულება სამედიცინო ჩვენებების მიხედვით ორსულობის ხელოვნურ შეწყვეტის ნებართვის შესახებ, რომელიც მოქმედებაში იყო სსრ კავშირის მინისტრთა საბჭოს 1951 წლის 19 ოქტომბრის დადგენილებით მიღებულ ინსტრუქციამდე („ინსტრუქცია სამედიცინო ჩვენებათა მიხედვით ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის მიზნით ოპერაციის (აბორტის) ნებართვის გაცემის წესის შესახებ“).

ამრიგად, სპეციალური სააბორტო კომისიების ნებართვით, სამედიცინო ჩვენებების მიხედვით ნებადართული იყო აბორტის წარმოება სამკურნალო დაწესებულებებში ექიმის მიერ.

აბორტის აკრძალვას, ბუნებრივია, მოჰყვა ორსულობის შეწყვეტის რიცხვის მკვეთრი შემცირება.

ამ მხრივ ყურადღების ღირსია მ. დ. შარგოროდსკის¹ მიერ მოყვანილი სტატისტიკური ცნობები ქ. ლენინგრადის მასალების მი-

¹ М. Д. Шаргородский, «Преступления против жизни и здоровья», 1948, гл. 411.

ხედვით, რომელშიც 1935 წლის აბორტების რიცხვად მიღებულია 100.

წლები	პროცენტი
1935	100
1936	58
1937	26
1938	33
1939	40
1940	35

აღნიშნული მონაცემებით, აბორტების რიცხვის მკვეთრ შემცირებას ადგილი აქვს 1937 წელს, ხოლო შემდეგ იგი შესამჩნევად მატულობს.

მითითებული სტატისტიკური ცნობები ნათლად არ გამოხატავს წარმოებულ აბორტთა რიცხვს, რადგან აქ მოყვანილი ცნობები ეხება მხოლოდ გამოვლინებულ და რეგისტრირებულ აბორტებს, ხოლო აბორტის აკრძალვის შემდეგ ასეთი ოპერაციები კეთდებოდა ფარულად და მათი აღრიცხვა საერთოდ შეუძლებელია.

1936 წლის 27 ივნისის დადგენილების შემდეგ განსაკუთრებული ყურადღება მიექცა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობისათვის ზრუნვას, მათი მატერიალური მდგომარეობის გაუმჯობესებას. განუზომლად გადიდდა სამშობიარო სახლების რიცხვი და მარტოხელა დედებისათვის სახელმწიფო დახმარება. ამ მხრივ საყურადღებოა სსრ კავშირის უმაღლესი საბჭოს პერზიდუმის 1944 წლის 8 ივლისის ბრძანებულება „ორსული ქალისათვის, მრავალშვილიანი და მარტოხელა დედებისათვის სახელმწიფო დახმარების, დედისა და ბავშვის დაცვის გაძლიერების, „გმირი დედის“ საპატიო წოდების, „სახელოვანი დედის“ ორდენისა და „დედობის“ მედლის დაწესების შესახებ“.

1955 წლის 23 ნოემბერს გამოქვეყნებულ იქნა სსრ კავშირის უმაღლესი საბჭოს პრეზიდიუმის ბრძანებულება „აბორტის აკრძალვის გაუქმების შესახებ“.

ამ ბრძანებულებაში აღნიშნულია, რომ აბორტების რიცხვის შემცირება შესაძლებელია სახელმწიფო დახმარების შემდგომი გადიდებით, აგრეთვე ახსნა-განმარტებითი და აღმზრდელობითი ღონისძიებების ჩატარებით.

აბორტის აკრძალვის გაუქმება აგრეთვე იძლევა საშუალებას

აცილებულ იქნეს აბორტის მაინც გავლენა ქალის ჯანმრთელობაზე, რომელიც თან სდევს სამკურნალო დაწესებულების გარეშე და, მასთან, არაშესაფერისი პირების მიერ გაკეთებულ აბორტს.

იმ მიზნით, რომ ქალს მიეცეს საშუალება თვითონ გადაწყვიტოს დედობის საკითხი და, მასთან, აცილებულ იქნეს სამკურნალო დაწესებულების გარეშე გაკეთებული აბორტის საშიშროება, სსრ კავშირის უმაღლესი საბჭოს პრეზიდიუმში ადგენს:

1. გაუქმდეს სსრ კავშირის ცაკ-ის და სახ. კომისართა საბჭოს 1936 წლის 27 ივნისის დადგენილების პირველი პუნქტი.

2. ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის ოპერაციის წარმოება დაშვებულ იქნეს მხოლოდ საავადმყოფოში ან სხვა სამკურნალო დაწესებულებებში, სსრ კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ინსტრუქციის თანახმად.

3. დატოვებულ იქნეს სისხლის სამართლის დაწესებული პასუხისმგებლობა საავადმყოფოს ან სხვა სამედიცინო დაწესებულებების გარეშე აბორტის გაკეთებისათვის როგორც ექიმების, ისე იმ პირების მიმართ, რომლებსაც სპეციალური სამედიცინო განათლება არა აქვთ.

აღნიშნულის საფუძველზე სსრ კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ 1955 წლის 29 ნოემბრის № 258 ბრძანებით დამტკიცებულ იქნა ინსტრუქცია აბორტის წარმოების წესების შესახებ. ამ ბრძანების თანახმად, სააბორტო კომისიები ლიკვიდირებულია. აბორტის გაკეთება შეუძლია ყველა ქალს, რომელიც სურვილს გამოთქვამს ამ ოპერაციაზე. კონსულტაციის ან სამშობიარო სახლის ექიმი სინჯავს ორსულ ქალს, არკვევს ორსულობის ვადას. აბორტის წარმოების წინააღმდეგჩვენებათა არაარსებობას და ამის შემდეგ აგზავნის საავადმყოფოში ან სამშობიარო სახლში აბორტის გასაკეთებლად სპეციალური მიმართვით.

ოპერაცია წარმოებულ უნდა იქნეს მიმართვის მიღებიდან 5-10 დღის განმავლობაში. სტაციონარში ორსულ ქალზე ივსება ავადმყოფობის ისტორია, ორსულ ქალს შეაქვს სალაროში აბორტის გასაკეთებელი თანხა და შემდეგ მას უკეთებენ აბორტს, რასაც აფორმებენ ოპერაციის ოქმით.

ოპერაციის შემდეგ სტაციონარში წოლის ხანგრძლივობას ვანსაზღვრავს ექიმი, ხოლო გაწერის შემდეგ მუშა-მოსამსახურეს

აძლევს შრომის უუნარობის ფურცელს. ხოლო კოლმეურნეს — შესაფერის მოწმობას სამუშაო ადგილზე წარსადგენად. შრომის უუნარობის შემდგომ ხანგრძლივობას განსაზღვრავს ქალთა კონსულტაციის. ამბულატორიის ან პოლიკლინიკის ექიმში, ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით.

აბორტის გაკეთება არ შეიძლება (წინააღმდეგჩვენებანი):

1. მწვავე და ქვემწვავე გონორიით დაავადების დროს;
2. სასქესო ორგანოების მწვავე და ქვემწვავე ანთებითი პროცესების დროს;
3. ჩირქოვანი კერის არსებობისას, მიუხედავად მისი ადგილმდებარეობისა;

4. როცა უკანასკნელი აბორტიდან გასულია ექვს თვეზე ნაკლები დრო;

5. ზოგადი ინფექციური დაავადების დროს;

6. თორმეტ კვირაზე მეტი ხნის ორსულობის შემთხვევაში.

თორმეტ კვირაზე მეტი ხნის ორსულობის შეწყვეტა შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა ორსული ქალის ხანგრძლივი სტაციონარული შემოწმებით დადგინდება, რომ ორსულობის გაგრძელება საშიშროებას უქადის ქალის ჯანმრთელობას და სიცოცხლეს.

ასეთ დაავადებებს ეკუთვნის:

1. ენდოკარდიტი, ანატომიური ცვლილებები გულის სარქველში, გულის კუნთსა და პერიკარდიუმში სისხლის მიმოქცევის მოშლილობის დასაწყისში, მიტრალური ხვრელის სტენოზი (დეკომპენსირებული, სუბკომპენსირებული და კომპენსირებული), ლუესური მეზოარტიტი;

2. ჰიპერტონიული დაავადება, ორსულთა მყარი ჰიპერტონია (ტოქსიკოზი), რომელიც მკურნალობას არ ემორჩილება;

3. სისხლმბადი ორგანოების დაავადებანი.

ავთვისებიანი სისხლნაკლებობა, ორსულთა ავთვისებიანი ანემია, ლეიკოზები (თეთრსისხლიანობა), ვერლოფის დაავადება და სხვა დაავადებანი ჰემოგლობინის პროგრესული შემცირებით;

4. პნევმოსკლეროზი გამომჟღავნებული ფორმით, ბრონქოექტაზიული დაავადება. მძიმე ფორმის ბრონქული ასთმა, დამტკიცებული სამკურნალო დაწესებულების მიერ;

5. კუქისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის გამოყვანებულ ფორმის წყლულოვანი დაავადება. დადასტურებული რენტგენით;

6. ღვიძლის ქრონიკული პარენქიმული დაზიანება. ბოტკინის დაავადება ღვიძლის უჭრედების უქმარისობით;

7. ნაღვლის კენჭებით დაავადება და ქოლეცისტიტი ხშირი გამწვავებით;

8. თირკმლების (თირკმლის) ანთებითი, დისტროფიული და სკლეროზული ცვლილებები;

9. თირკმლის კენჭები, დადასტურებული რენტგენით; თირკმლის, მენჯის და შარდის ბუშტის ანთება (ჩირქის დენით);

10. ერთი თირკმლის არარსებობა;

11. ბაზედოვის დაავადება (მძიმე თირეოტოქსიკოზი), სტაციონარულად დამტკიცებული რეტანუსი. მძიმე ფორმის შაქრიანი დიაბეტი;

12. მძიმე ფორმის ბრუცელოზი. სტაციონარულად დამტკიცებული;

13. ფილტვის ღია ტუბერკულოზი. აგრეთვე დახურული აქტიური ტუბერკულოზი. ფილტვების, პლევრის, ზემო სასუნთქი გზების და განსაკუთრებით ხორხსარქველის და ხორხის ტუბერკულოზი;

14. ბრონქული. კისრის და სხვა ლიმფური კვანძების აქტიური ტუბერკულოზი;

15. შარდის სავალი გზების. ასკქესო ორგანოების, მუცლის ფარის. ჯორჯალის, ლიმფური კვანძების და ნაწლავების ტუბერკულოზი;

16. ძვლეწის და სახსრების ტუბერკულოზი;

17. ცენტრალური ნერვული სისტემის ტუბერკულოზი; წარსულში არსებული ტუბერკულოზური მენინგიტი (საექიმო დაწესებულებების ცნობით);

18. თვალის ტუბერკულოზი;

19. კლინიკურად აქტიური ფორმის კანის გავრცელებული ტუბერკულოზი;

შ ე ნ ი შ ვ ნ ა მე-13—19 მუხლების მიმართ. ტუბერკულოზით დაავადებული ქალების ორსულობა შეიძლება შენარჩუნებულ იქნეს შესაფერისი მკურნალობის ჩატარებით 5 თვის ორსულობის შემდეგ.

20 ოჯახში ფილტვის ღია ფორმის ტუბერკულოზით დაავადების შემთხვევაში, როცა შეუძლებელია დედისა და ბავშვის იზოლაცია;

21. მძიმე ოპერაციის შემდგომი მდგომარეობა (ღრუების და სხვ.), რომლის დროსაც ორსულობის და მშობიარობის მიმდინარეობა წარმოადგენს ქალის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის საშიშროებას;

22. შარდის ბუშტის და საშოს ან სწორი ნაწლავის და საშოს ფისტულების გამო წარმოებული ოპერაციის შემდეგ;

23. ხორხისა და საყლაპავი მილის შევიწროება, ხელოვნური საყლაპავი მილი;

24. მუცლის კედლის დიდი თიაქრები კუნთების დაშორებით და ატროფიით;

25. დეფორმული პოლიართრიტი და ანკილოზური სპონდილოართრიტი; ოსტეოქონდროპატია. მენჯ-ბარძაყის სახსრის ანკილოზი დეფორმულ მდგომარეობაში;

26. ერთი კიდურის არარსებობა ან უმოძრაობა;

27. ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობა წარსულში ან ამჟამად;

28. ლიმფოგრანულომატოზი;

29. შეუჩერებელი პირღებინება (ორსულთა ტოქსიკოზი), რომელიც არ ემორჩილება სტაციონარულ მკურნალობას;

30. მენჯის ნამდვილი კონიუგატის შემცირება 7,5 სმ-ით და ქვემოთ. მენჯის სხვადასხვა წარმოშობის მნიშვნელოვანი დეფორმაცია, საშოს მნიშვნელოვანი დანაწიბურება, რომელიც ხელს უშლის ნორმალური მშობიარობის ჩატარებას;

31. ბადურის განშრევება მიოპიის დროს და ტრავმის შედეგად; ბადურის განშრევების შედეგად გაკეთებული ოპერაციის შემდგომი მდგომარეობა; გლაუკომა. პროგრესული ახლოსწინდევლობა თვალის ფსკერის მნიშვნელოვანი ცვლილებებით, სისხლჩაქცევები და მხედველობის სიმახვილის მკვეთრი დაქვეითება. რომელიც სათვალეებით არ კორევირდება. ორივე თვალის დაბრმავება (მხედველობის სიმახვილე ორივე თვალიდან 0.05 ქვემოთ), რეტინიტი ან მხედველობის ნერვის ანთება, გამოწვეული სხვადასხვა მიზეზით; რქოვანას მძიმე დაავადებანი;

32. ოტოსკლეროზი; სმენის ნერვის პროგრესირებადი ანთება;

33. ორმხრივი მთლიანი დაყრუება; ყრუ-მუნჯობა;

34. კეთრი;

35. ათაშანგი გადადების ხანაში (პირველადი სერონეგატიური ათაშანგი, პირველადი სეროპოზიტიული ათაშანგი, მეორადი ახალი. მეორადი რეციდივული), ათაშანგი სპეციფიკური მკურნალობისადმი რეზისტენტული და ათაშანგი ისეთ ქალებში, რომლებიც ვერ იტანენ ათაშანგის საწინააღმდეგო მკურნალობას;

36. თავის ტვინის და ზურგის ტვინის ათაშანგი — ნევროლოგიური და ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომებით: პროგრესული დამბლა;

37. ტრავმული ენცეფალოპათია (ნევროლოგიური ან ფსიქოპათიური სიმპტომებით);

38. ეპილეფსია, დამტკიცებული სამკურნალო დაწესებულების მიერ;

39. მძიმე ფორმის რეაქციული მდგომარეობანი და ფსიქოპათია, დადასტურებული ფსიქონევროლოგიური დაწესებულების დაკვირვებით;

40. პროცესუალური და რეციდივული ფსიქოზები. დამტკიცებული სამკურნალო დაწესებულების მიერ, სადაც ავადმყოფი მკურნალობდა. ან დამტკიცებული ნარჩენი (რეზიდუალური) მოვლენებით;

41. ჭკუასუსტობა, ოლიგოფრენია ან ინტელექტუალური ჩამორჩენა;

42. ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანებანი. ნევროლოგიური და ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომებით გამოხატული და აგრეთვე ქრონიკული და პროგრესირებადი მიმდინარეობით;

43. პოლინევრიტი გამოხატული ფორმით ან პროგრესირებადი მიმდინარეობით.

44. მიოპათია; გაფანტული სკლეროზი; ორსულთა ქორეა;

45. თავისა და ზურგის ტვინის სიმსივნეები;

46. მომავალი ბავშვის მამის ქრონიკული ფსიქიკური დაავადება შრომის უნარის მყარი დაკარგვით;

47. ორსულის ოჯახში (ქმარს ან ბავშვებს) ნერვ-კუნთოვანი

სისტემის დაავადების არსებობა (მიოპია, ატაქსია, ჰეპატოლენტიკულარული დეგენერაცია, მიოტონია);

48. შთამომავლობითი ყრუ-მუნჯობა (ქმარს ან ერთ-ერთ ბავშვთაგანს).

49. ქმრის ან ორსული ქალის მამის ჰემოფილით დაავადება. ამრიგად, აბორტის აკრძალვის გაუქმების შემდეგ დანაშაულებრივი აბორტის ობიექტს წარმოადგენს მხოლოდ ქალის ჯანმრთელობა. რომელიც შესაფერისად დაცულია როგორც სისხლის სამართლის კოდექსის 123-ე მუხლით, ასევე მოქმედი ზემოთ მითითებული ინსტრუქციით.

საქართველოს სსრ სისხლის სამართლის ახალი კოდექსის (1961) 123-ე მუხლის შედგენილობა შემდეგია:

„ექიმის მიერ აბორტის გაკეთება საავადმყოფოს ან სამშობიარო სახლის გარეშე ან ანტისანიტარიულ პირობებში, ისევე თავისუფლების აღკვეთით ვადით ერთ წლამდე ან გამასწორებელი სამუშაოებით იმავე ვადით, საექიმო საქმიანობის აკრძალვით ვადით სამ წლამდე ან ასეთი აკრძალვის გარეშე.

იმ პირის მიერ აბორტის გაკეთება, რომელსაც არა აქვს უმაღლესი სამედიცინო განათლება, ისევე თავისუფლების აღკვეთით ვადით სამ წლამდე.

ამ მუხლის პირველ და მეორე ნაწილში გათვალისწინებული აბორტის გაკეთება ხელობის სახით ან აბორტის გაკეთება, რომელმაც გამოიწვია სიკვდილი ან სხვაგვარი მძიმე შედეგები.

ისევე თავისუფლების აღკვეთით ვადით ორიდან რვა წლამდე. საექიმო საქმიანობის აკრძალვით ვადით ხუთ წლამდე“.

აბორტი, როგორც საზოგადოებრივად საშიში ქმედება

თანამედროვე პირობებში აბორტი აკრძალული არ არის. ყველა ქალს თავისი სურვილის მიხედვით შეუძლია სამკურნალო დაწესებულებაში სპეციალისტის დახმარებით გაიკეთოს აბორტი. მაგრამ ეს არ ნიშნავს იმას, რომ აბორტი საზოგადოებრივად მიღებული ოპერაციაა.

მიუხედავად იმისა, რომ ორსულობის შეწყვეტა ყველა ქალს შეუძლია, სახელმწიფოს ინტერესებს წარმოადგენს მოსახლეობის,

რიცხვის ზრდა. ამ მიზნის მისაღწევად სახელმწიფო აუმჯობესებს მოსახლეობის სოციალ-ეკონომიურ პირობებს, ეხმარება მშობიარეს, აფართოვებს სამშობიარო სახლების, ქალთა კონსულტაციების ქსელს, მრავალშვილიან დედებს აძლევს ფულად დახმარებას. ანიჭებს „გმირი დედის“ საპატიო წოდებას და სხვ.

ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნების მიზნით, აბორტის გასაკეთებლად გახსნილია მრავალი სამკურნალო დაწესებულება. სადაც ორსულობის შეწყვეტა ნაკლებ საშიშროებას წარმოადგენს ქალისათვის.

ახალი კოდექსით, კრიმინალურ აბორტს ეკუთვნის ყველა ის შემთხვევა, როცა ეს ოპერაცია კეთდება არაექიმის მიერ ან ექიმის მიერ მაგრამ სამშობიარო სახლის ან საავადმყოფოს გარეშე ან ანტისანიტარიულ პირობებში.

აბორტის ანტისანიტარიულ პირობებში გაკეთების შემთხვევაში კანონი გულისხმობს ამ დანაშაულის სუბიექტად მხოლოდ ექიმს. სახელდობრ, ექიმის მიერ სამედიცინო სანიტარიული წესების დაუცველად აბორტის გაკეთება, იქნება ეს საავადმყოფოში ან სამშობიარო სახლში თუ კერძო ბინაზე, ყოველთვის კვალიფიცირდება სისხლის სამ. კოდ. 123-ე მუხლის პირველი ნაწილით (ბ. ფურცხვა-ნიძე).

ანტისანიტარიულ პირობებში ჩატარებული აბორტის დასადგენად ზოგჯერ საჭიროა საექიმო კომისიაში მონაწილეობას ღებულობდეს სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტთან ერთად ჯანმრთელობის დაცვის განყოფილების გამგე. მეან-გინეკოლოგი და ჰიგიენის დარგის მუშაკი.

ექიმის საცხოვრებელ ბინაზე ჩატარებული აბორტი აკრძალულია იმ მოსაზრებითაც, რომ ამ ოპერაციის შედეგად მიღებული გართულების შემთხვევაში შეუძლებელია სასწრაფო საექიმო დახმარების აღმოჩენა (სისხლის გადასხმა, ეანგზადის მიწოდება, საშვილოსნოს დაზიანებისას სასწრაფო ოპერაციის — ლაპაროტომიის გაკეთება და სხვ.).

„იმ პირის მიერ აბორტის გაკეთება, რომელსაც არა აქვს უმაღლესი სამედიცინო განათლება“ (ექიმის თანაშემწე, ბეზიაქალი, სანიტარი ან მედიცინასთან არავითარი დამოკიდებულების მქონე პირი), ისჯება სისხლის სამ. კოდ. 123-ე მუხლის მეორე ნაწილით.

ორსული ქალის დასჯა აბორტის გაკეთებისათვის არ შეიძლება. რა პირობებშიც არ უნდა იყოს იგი გაკეთებული.

ყველა ექიმს არ შეუძლია აბორტის გაკეთება, რადგან ამ ოპერაციის გაკეთებაში დახელოვნებულია მეან-გინეკოლოგი; მიუხედავად ამისა, სამედიცინო დარგის სხვა სპეციალობაში მომუშავე ექიმის დასჯა ამ მუხლის მეორე ნაწილით არ შეიძლება.

ჩვენს პრაქტიკაში აღნიშნული გვაქვს შემთხვევა, როცა ექიმში პათოლოგანტომი (პროზექტორი) პასუხისგებაში მისცეს კრიმინალური აბორტისათვის, სისხლის სამართლის ძველი (1928) კოდექსის 149-ე მუხლის პირველი ნაწილის მიხედვით (1955 წელს), მას არ შეეფარდა ამ მუხლის მეორე ნაწილი, მიუხედავად იმისა, რომ სპეციალური სამეანო-გინეკოლოგიური მომზადება და სათანადო პრაქტიკა მას არ ჰქონდა.

ჩვენი აზრით. ეს სწორი არ არის. ყველა ექიმს არა აქვს აბორტის გაკეთების უფლება. ასეთი რთულა ოპერაციის წარმოება მოითხოვს შესაფერის დახელოვნებას. ამიტომ თუ ექიმი მეანობა-გინეკოლოგიის დარგში არ არის დახელოვნებული, იგი აბორტის გაკეთებისათვის მიცემული უნდა იქნეს პასუხისგებაში ამ მუხლის მეორე ნაწილის მიხედვით. მით უმეტეს ჩვენს პირობებში, როცა ჩვენი ქვეყნის შორეული სოფლებიც კი უზრუნველყოფილია სამედიცინო დარგის ყველა სპეციალისტით და მასთან ერთად არსებობს სწრაფი სატრანსპორტო საშუალებანი (ავტომანქანა, თვითმფრინავი), რითაც შესაძლებელია სპეციალურ საექიმო დაწესებულებაში ქალის სასწრაფო გადაყვანა.

კრიმინალური აბორტისათვის პასუხისმგებლობა ერთნაირია იმისდა მიუხედავად. თუ ორსულობა რომელ პერიოდში იქნება შეწყვეტილი. თუმცა საშიში მდგომარეობა უფრო მოსალოდნელია ორსულობის მეორე ნახევარში.

აბორტის სახეები

აბორტი — ორსულობის შეწყვეტა შეიდ თვემდე — შეიძლება იყოს ეგზოგენური ფაქტორების გარეშე, რომელიც ცნობილია თვითნებური. ანუ სპონტანური აბორტის (*abortus spontaneus*) სახელით. როცა ორსულობის შეწყვეტის მიზეზი არის ქალის ან ჩანა-

სახის დაავადება. ასევე შესაძლებელია სპონტანური, ანუ თვითნებური ნაადრევი მშობიარობა (partus praematurus spontaneus), როცა ორსულობის შეწყვეტა ხდება 7 თვიდან 10 თვემდე.

ორსულობის შეწყვეტა 7 თვემდე ხელოვნურად, რაიმე განზრახვით, ცნობილია ხელოვნური აბორტის, ხოლო 7 თვიდან 10 თვემდე — ხელოვნური ნაადრევი მშობიარობის (partus praematurus arteprovocatus) სახელით.

არსებობს ჩვეული აბორტი (abortus habitualis) და ჩვეული ნაადრევი მშობიარობა (partus praematurus habitualis), როცა ორსულობის შეწყვეტა ქალისათვის ჩვეულებრივ მოვლენას წარმოადგენს.

იურიდიული კლასიფიკაციით აბორტი არის: 1) კრიმინალური და 2) არაკრიმინალური.

ჩვენთვის მნიშვნელოვანია კრიმინალური აბორტი, მაგრამ საერთოდ აბორტზე სრული წარმოდგენისათვის მიზანშეწონილად მიგვაჩნია მოკლედ განვმარტოთ არაკრიმინალური აბორტის სახეები.

სპონტანური აბორტი და სპონტანური ნაადრევი მშობიარობა

აბორტი ან ნაადრევი მშობიარობა უმიზეზოდ, ანუ სპონტანურად, არ შეიძლება განვითარდეს. ყველა ასეთ შემთხვევაში ორსულობის შეწყვეტის მიზეზები არის დედის ან ნაყოფის ორგანიზმში არსებული სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესები, რომლებიც ერთი შეხედვით თვალსაჩინო არ არის და ამიტომ იწოდება უმიზეზო, ანუ სპონტანურ აბორტად ან სპონტანურ ნაადრევ მშობიარობად.

ნაყოფის და მისი გარსების პათოლოგიური პროცესებიდან ორსულობის ნაადრევი შეწყვეტის მიზეზი შეიძლება იყოს: ჩანასახის სხვადასხვა სიმანინჯეები (ბუშტნამჭერი), პლაცენტის თეთრი ინფარქტი, პლაცენტაში არსებული დისტროფიული ცვლილებები, ქიპლარის მრავლობითი შემოხვევა ნაყოფის სხეულის ამა თუ იმ ნაწილზე (ყელზე, კიდურებზე), პლაცენტის წინამდებარეობა, პლაცენტის ნაადრევი მოცილება და სხვ.

დედის მხრივ მიზეზებიდან ორსულობის შეწყვეტა შეიძლე-

ბა მოხდეს მწვავე ინფექციური დაავადებების შემთხვევებში (ტიფი-ბი, მალარია. ფილტვების ანთება, სეფსისი, გრიპი, წითელი ქარი და სხვ.), ქრონიკული დაავადებების დროს (ათაშანგი, ტუბერკულოზი და სხვ.). ქალის სასქესო ორგანოების გონორეით დაავადების შემთხვევაში (საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის შეცვლის გამო). საშვილოსნოს კედლის სიმსივნეების (ფიბრომა. მიომა, ფიბრომიომა და სხვ.) დროს, განუვითარებელი ანუ ინფანტილური საშვილოსნოს შემთხვევაში და სხვ.

სპონტანური აბორტი კლინიკურად შეიძლება იყოს შემდეგი სახის (ვინტერი): 1) მოსალოდნელი აბორტი — abortus imminens 2) დაწყებითი აბორტი — abortus incipiens 3) წინმავალი აბორტი — abortus progrediva 4) დაუმთავრებელი აბორტი — abortus incompleta 5) დამთავრებული აბორტი — abortus completa.

მოსალოდნელი, ანუ საშიში აბორტის დროს ადგილი აქვს აბორტის წინამორბედ ნიშნებს—მოვლითი ხასიათის ტკივილს მცირე მენჯის მიდამოში. უმნიშვნელო სისხლდენას ისე. რომ საშვილოსნოს ყელი გახსნილი არ არის.

დაწყებითი აბორტის შემთხვევაში აღინიშნება მოვლითი ხასიათის ტკივილი მცირე მენჯის ღრუში, საშვილოსნოდან სისხლდენა და საშვილოსნოს ყელის ოდნავ გახსნა.

წინმავალი აბორტი, ანუ აბორტი მსვლელობაში, დაწყებითი აბორტის გაგრძელებას წარმოადგენს.

დაუმთავრებელი. ანუ არასრული აბორტის დროს განაყოფიერებული კვერცხი მთლიანად არ არის გამოსული, ნაყოფის ნაწილები და პლაცენტა საშვილოსნოშია. ასეთ შემთხვევაში საშვილოსნოს ყელი გახსნილია, აღინიშნება სისხლდენა, მოვლითი ხასიათის ტკივილი. საშვილოსნოს დარბილება და ზოგჯერ საშვილოსნოს გახსნილ ყელში გამოჩრილია ნაყოფის ან პლაცენტის ნაწილები.

სრული. ანუ დამთავრებული აბორტის დროს ნაყოფი მთლიანად გამოსულია საშვილოსნოდან, ყელი რბილია, შეიძლება მცირედ გახსნილიც კი იყოს. საშვილოსნო შეკუმშულია, მაგრამ ორსულობის დონის შესაბამისად მომატებულია ოდენობაში.

არსებობს აბორტის თავისებური ფორმები, მაგალითად, დაუსრულებელი აბორტი (partus interrubtus), როცა მკვდარი ნაყოფი

თვეობით და წლობით რჩება საშვილოსნოში. შემდეგში ზოგჯერ განიცდის გაკირვას (*lythopedion*) ან საშვილოს ეელიდან ინფექციის შეჭრის შედეგად გახრწნას და დაჩირქებას შემდგომი სეფსისის განვითარებით.

ზოგჯერ აბორტის დროს გარსებში ჩაიღვრება სისხლი და წარმოიქმნება ე. წ. სისხლიანი ნამქერი (*mola cruenta*) ან ამ სისხლის პათოლოგიური ორგანიზაციის შედეგად განვითარდება ე. წ. ხორციანი ნამქერი (*mola carnosae*).

მოსალოდნელია ყელის აბორტი (*abortus cervicalis*). როცა აბორტის დროს საშვილოსნოს გარეთა პირი არ იხსნება, განაყოფიერებული კვერცხი გარეთ არ გამოდის და ჩერდება საშვილოსნოს ყელში.

იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება კვერცხსავალი ლულის აბორტი (*abortus tubarius*), როცა საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს კვერცხსავალში არსებული განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი ლულის შეკუმშვის შედეგად ჩავარდება მუცლის ღრუში. ასეთი სახის აბორტის ამოცნობა ზედმიწევნით ძნელია. კლინიკურად არის გარეგანი და შინაგანი სისხლდენის ნიშნები.

გარდა აღნიშნულისა, შეიძლება იყოს ე. წ. სიცხიანი აბორტი (*abortus febrilis*) და უსიცხო აბორტი (*abortus nonfebrilis*).

არსებობს ე. წ. გახრწნილი აბორტი (*a. putridus*). როცა აბორტის შედეგად საშვილოსნოს ღრუში დარჩენილი ნაყოფი განიცდის ლპობას, ასეთ შემთხვევაში საშვილოსნო გადიდებულია მის ღრუში დაგროვილი ლპობითი აირების გამო. ყელი გახსნილია და აღინიშნება მყრალი, ჭუჭყიანი ფერის გამონადენი, სხვა შემთხვევაში სიცხიანი აბორტის დროს საშვილოსნოში შეჭრილი ინფექციური მიკრობით გამოწვეული ანთებითი პროცესი გადადის პერიპარამეტრიუმზე და საბოლოოდ ვითარდება სეფსისური მდგომარეობა, რაც ცნობილია სეფსისური აბორტის (*a. septicus*) სახელით.

გარდა ამისა, არსებობს ხელოვნური აბორტი (*a. artificialis*). რომელიც კეთდება ექიმ-სპეციალისტის მიერ სააბორტო იარაღების საშუალებით, ქალის სურვილის ან საექიმო ჩვენების საფუძველზე. და კრიმინალური აბორტი, რომელიც კეთდება არასპე-

ცილისტის მიერ, სამკურნალო დაწესებულებების გარეშე და ანტისანიტარიულ პირობებში.

სასამართლო-სამედიცინო თვალსაზრისით საინტერესოა კრიმინალური, ანუ უკანონო აბორტი, მისი მეთოდები, ამოცნობა და გართულებანი.

კრიმინალური აბორტის მეთოდები

კრიმინალური აბორტი შესაძლებელია გამოწვეული იყოს მექანიკური და ქიმიური საშუალებებით. მექანიკური საშუალება არის ორი სახის: ზოგადი და ადგილობრივი, ხოლო ეს უკანასკნელი კი სამგვარია: საშოს, საშვილოსნოს ყელის და საშვილოსნოსმხრის.

აბორტის გამომწვევი ზოგადი მექანიკური საშუალებებიდან აღსანიშნავია სიმძიმეების აწევა, სიმალიდან გადმოხტომა, ცხენზე ჯდომა და სხვ. ყველა ეს იმ შემთხვევაში იწვევს აბორტს, თუ ქალს შინაგანი სასქესო ორგანოები დაავადებული აქვს (ენდომეტრიტი). ამიტომ ქალის განცხადებას იმის შესახებ, რომ აბორტი განვითარდა კიბიდან ჩამოვარდნის, ცხენზე ჯდომის, სიმძიმეების აწევის და სხვათა გამო. ექვის თვლით უნდა შევხედოთ.

ადგილობრივი საშოს, ანუ ვაგინალური საშუალებებიდან (რასაც ზედმიწევნით იშვიათ შემთხვევაში მოჰყვება აბორტი), პირველ რიგში უნდა დავასახელოთ მკდომარე მდგომარეობაში ცხელი აბაზანების მიღება, საშოში ცხელი წყლის ან რაიმე ადგილობრივად მოქმედი ქიმიური ნივთიერების შესხურება, რომლის შედეგადაც ვითარდება სასქესო ორგანოების ჰიპერემია, საშვილოსნოს ყელის და საშოს რეცეპტორების გაღიზიანება და აბორტი. აღნიშნული საშუალებებით ორსულობის შეწყვეტა მოსალოდნელია ორსულობის პირველ ნახევარში და ისიც იმ შემთხვევაში, თუ შინაგან სასქესო ორგანოებში არსებობს რაიმე პათოლოგიური პროცესი, რაც თავისუფლად ხელს უწყობს აბორტის განვითარებას.

შედარებით უფრო ხშირად აბორტი გამოიწვევა საშვილოსნოს ყელისმხრივი, ანუ ცერვიკალური საშუალებით. ამ მიზნით საშვილოსნოს ყელში შეჰყავთ რაიმე მკვრივი, ბლაგვი და მოგრძო საგანი, რომელიც იწვევს ყელის გახსნას რეცეპტორების გაღიზიანების შედეგად და ორსულობის შეწყვეტას.

საშვილოსნოს ყელში უცხო სხეულის შეყვანა სხვისი დახმარებით წარმოებს, თუმცა აღწერილია შემთხვევა, როცა ქალმა სპეციალურად შეისწავლა სასქესო ორგანოების ანატომია და სარკის დახმარებით მოახერხა საშვილოსნოს ყელში წინდის საქსოვი ჩხირის შეყვანა.

საშვილოსნოს ყელის გაგანიერებით აბორტის გამოწვევას მიმართავს როგორც არასპეციალისტი, ისე საშუალო სამედიცინო პერსონალი და ექიმიც.

საშვილოსნოს ყელში შეტანილი უცხო სხეული ყელს გააგანიერებს (გახსნის) და ამის შემდეგ ვითარდება საშვილოსნოს შეკუმშვები და ნაყოფის გამოძევება.

წინათ, როცა აბორტი აკრძალული იყო, კრიმინალური აბორტის ყველაზე გავრცელებული მეთოდი იყო საშვილოსნოს ყელის გაგანიერება, რომლის შედეგად ქალს ეწყებოდა სისხლდენა და მას საავადმყოფოში ათავსებდნენ დაწყებითი აბორტის დიაგნოზით, რასაც ავადმყოფი უკავშირებდა სიმძიმის აწევას, მძიმე ფიზიკურ მუშაობას (სარეცხის რეცხვა), კიბეებიდან ჩამოვარდნას, ასეთ შემთხვევებში ექიმი ამთავრებდა დაწყებულ აბორტს.

აბორტის გამოწვევის მიზნით საშვილოსნოს ყელში შეიძლება შეყვანილ იქნეს როგორც სტერილური, ისე ინფიცირებული — არასტერილური საგნები. უფრო ხშირად საექიმო იარაღები (პეგარის ჩხირები, ზონდი და სხვ.) ან მოგრძო სხეულები: წინდის საქსოვი ჩხირი, კალმისტარი, ფანქარი, ფუნჯის ტარი, ჯოხი, მცენარის ძირი და სხვ.

საშვილოსნოს ყელში უცხო სხეულების შეტანის შედეგად, მის გარეთა პირზე ან შიგნით ლორწოვან გარსზე შეიძლება განვითარდეს ტრავმული დაზიანება ნაკვდევების, სისხლნაყლენთების და ნასკდომების სახით. ზოგჯერ უცხო სხეულის ხანგრძლივად დატოვება საშვილოსნოს ყელში ზეწოლის შედეგად იწვევს ნეკროზს, რომლის ჩამოფტკვნის შემდეგ საშვილოსნოს ყელის ამ მიდამოში (უფრო ხშირად შესავალთან) ვითარდება წყლული (ეროზია).

ინფიცირებული საგნების შეტანით მოსალოდნელია ენდოცერვიციტის, ენდომეტრიტის, ენდოსალპინგიტის, პერიოოფორიტის და, ბოლოს, პერიტონიტის ან სეფსის განვითარება.

საშვილოსნოსმხრივი, ანუ უტერინალური საშუალებიდან, პირ-

ველ რიგში. აღსანიშნავია ღრუში რაიმე მკვრივი, ბლავი და მოგრძო საგნების შეყვანა. რომლებიც იწვევს სანაყოფე ბუშტის გახევას და წყლების დაღვრას, რომლის შედეგად საშვილოსნოს ღრუში ადგილი აქვს წნევის შემცირებას, ეს კი თავის მხრივ იწვევს საშვილოსნოს შეკუმშვას (სამშობიარო ტკივილებს) და ნაყოფის გამოძევებას.

სანაყოფე ბუშტის გახევა შესაძლებელია ორსულობის 3 თვის შემდეგ საშვილოსნოს ზონდით ან სხვა საგნებით, როგორცაა: მავთული, წინდის საქსოვი ჩხირი, წაწვეტიანებული ჯოჯი, მინის ჩხირი. ლითონის კათეტერი და სხვ.

საშვილოსნოს ღრუში შეტანილი უცხო სხეულით მოსალოდნელია ნაყოფის მიმაგრების ადგილის დაზიანება, რასაც დაუყოვნებლივ მოჰყვება სისხლდენა და აბორტი.

ხშირად, საშვილოსნოს ღრუში შეტანილ უცხო სხეულს ტოვებენ შიგ. სისხლდენისა და სამშობიარო ტკივილების დაწყებამდე. ამიტომ, რამდენიმე დღის ან უფრო იშვიათად, ერთი კვირის განმავლობაში უცხო სხეული ჩატოვებულა საშვილოსნოს ღრუში და ქალი ეწევა ჩვეულებრივ საქმიანობას.

საშვილოსნოს ღრუში უცხო სხეული შეიძლება შეტანილი იქნეს სხვისი დახმარებით ან თვით ქალის მიერ.

საშვილოსნოს ღრუში შეტანილ უცხო სხეულს თავისუფალ ბოლოზე მობმული აქვს ძაფი და საშოს ტამპონაციით იგი მკიდროდ არის მოთავსებული საშვილოსნოში.

აღსანიშნავია ისიც, რომ ქალს ასეთ შემთხვევაში ურჩევენ აწარმოოს ჩვეულებრივი მუშაობა და რაც შეიძლება ბევრი იაროს, სამშობიარო ტკივილების დაჩქარების მიზნით. ხოლო სისხლდენის და სამშობიარო ტკივილების დაწყებისთანავე საშოდან გამოიღოს ტამპონი და საშვილოსნოდან ძაფის დაქაჩვით — უცხო სხეული.

ზოგჯერ საშვილოსნოს ღრუში შეჰყავთ სითხე მაღალი წნევის ქვეშ, ამ მიზნით მეტწილად იყენებენ ესმარხის ტოლჩას.

საშვილოსნოს ღრუში შეყვანილი სითხე მექანიკურად მოქმედებს პლაცენტაზე, ააცლის მას საშვილოსნოს შიგნითა კედელს, რასაც დაუყოვნებლივ მოჰყვება ნაყოფის სიკვდილი და შემდეგ მისი გამოძევება საშვილოსნოდან.

საშვილოსნოს ღრუში ზოგჯერ შეჰყავთ ჩვეულებრივი წყალი (ზოგჯერ ცხელი), იოდის ხსნარი, საპნიანი წყალი, ნაცრის ნაყენი ან სხვა რაიმე ქიმიური ნივთიერებანი.

ყველა ასეთი მანიპულაციის დროს მოსალოდნელია ორგანიზმში ინფექციის შეჭრა, ან აეროვანი ემბოლიის განვითარება.

საშვილოსნოს ღრუში შეყვანილი ცხელი წყალი ან ქიმიური ნივთიერებები გამოიწვევს ლორწოვანი გარსის დამწვრობას და ნეკროზს შემდგომში რეაქტიული ანთების განვითარებით.

ორსულობის შეწყვეტა მითითებული მეთოდით უქანასკნელ ხანებში იშვიათია.

კრიმინალური აბორტი შეიძლება გამოწვეულ იქნეს ქიმიური საშუალებებით, რომლებიც მეტწილად მიიღება per os, ან უფრო იშვიათად კანქვეშ, კუნთებში, უშუალოდ სისხლში ან საშვილოსნოში.

ქიმიურ ნივთიერებებს ორსულობის შესაწყვეტად წინათ უმთავრესად სოფლის მცხოვრებლები მიმართავდნენ, მაგრამ ამჟამად მეტწილად მიმართავენ მექანიკურ საშუალებებს.

აბორტის გამოწვევის მიზნით შიგნით მიღებული ქიმიური ნივთიერებანი მომწამვლელად მოქმედებენ დედის ორგანიზმზე და ამის შემდეგ შეიძლება მივიღოთ ნაყოფის მოწამვლა და სიკვდილი. ზოგჯერ ასეთ შემთხვევაში ნაყოფის სიკვდილი ვითარდება დედის სიკვდილის შემდეგ.

საერთოდ ცნობილია, რომ არ არსებობს ისეთი სპეციფიკური ქიმიური ნივთიერება, რომელიც მხოლოდ საშვილოსნოზე მოქმედებდეს და იწვევდეს მის შეკუმშვას. ყველა ქიმიური ნივთიერება ხასიათდება ზოგადი მოქმედებით და იწვევს ორგანიზმის საერთო მოწამვლას.

ზოგიერთი ქიმიური ნივთიერება ზოგად მოქმედებასთან ერთად, შესაფერის ნერვული ცენტრის გალიზიანების შედეგად, იწვევს საშვილოსნოს კუნთის შეკუმშვებს, ეს კი იწვევს აბორტს.

ნერვული ცენტრის გალიზიანება შეიძლება მოხდეს მასზე ქიმიური ნივთიერების უშუალო მოქმედებით ან რეფლექსური აგზნებით.

ზურგის ტვინში არსებულ ნერვულ ცენტრებზე უშუალო

გავლენას ახდენს: სტრუქტურა, პიკოტოტოქსინი, ნიკოტინი, ფენოლი, კოფეინი და განსაკუთრებით საბინის ზეთი (ol. sabinae).

საშვილოსნოს შეკუმშვები შეიძლება რეფლექსურად დაკავშირებული იყოს კუჭ-ნაწლავის აშლილობასთან, რომლის დროსაც ადგილი აქვს ვაზომოტორულ მოშლილობას და ზურგის ტვინის ანოქსემიას, რის შედეგადაც ვითარდება საშვილოსნოს შეკუმშვები.

შემჩნეულია, რომ ასფიქსიის დროს ორგანიზმის ყანგბადით გაღარიბებისა და ნახშირორჟანგის დაგროვებასთან დაკავშირებით, ისე როგორც ორგანოებში, საშვილოსნოშიც ვითარდება შეკუმშვები (კრუნჩხვები).

ღედის სისხლში არსებული მომწამვლელი ნივთიერების დიდი ნაწილი რჩება პლაცენტაში, მაგრამ ნაწილი შეიძლება გადავიდეს ნაყოფზე და გამოიწვიოს მისი სიკვდილი. ეს მოსალოდნელია განსაკუთრებით მაშინ, როცა პლაცენტაში არსებობს რაიმე პათოლოგიური პროცესი, რომელიც უკარგავს ან ასუსტებს მის ბარიერულ ფუნქციას.

ქიმიური ნივთიერებები, რომლებსაც ნათესაური კავშირი აქვთ ცილებთან, პლაცენტის გზით ნაყოფში არ გადადის.

ზოგიერთი ავტორის აზრით, აბორტი შეიძლება გამოიწვიოს მოწამვლის შედეგად განვითარებულმა პირღებინებამ, რაც არსებითად არ არის სწორი, რადგან ჩვენ ვიცით ორსულთა ტოქსიკოზები შეუჩერებელი პირღებინებით, რომელიც თვეობით გრძელდება, უკიდურეს სიგამხდრემდე მიჰყავს ქალი, მაგრამ აბორტში მაინც არ ვითარდება.

ზოგჯერ მომწამვლელი ნივთიერება მოქმედებს ინდივიდუალურად, მაგალითად, ერთ შემთხვევაში იწვევს მოწამვლას. საშვილოსნოს შეკუმშვას და აბორტს, ხოლო მეორე შემთხვევაში — მსუბუქ მოწამვლას.

ორსულობის საწინააღმდეგოდ გამოყენებული ქიმიური ნივთიერების არჩევა დამოკიდებულია ქალის განათლების დონის, მის პროფესიასა და ცხოვრების პირობებზე. ჩვენი ქვეყნის სხვადასხვა ადგილებში აბორტის გამოსაწვევად იყენებენ სხვადასხვა ქიმიურ ნივთიერებას. იქ, სადაც მალარია ხშირია და მოსახლეობა უხვად არის მომარაგებული ქინაქინით, აბორტის გამოსა-

წვევად სწორედ ამ საშუალებას იყენებენ. სოფლად ქალი მეტწილად მცენარეების ნახარშს ან სოფლის მეურნეობაში გამოსაყენებელ ქიმიურ ნივთიერებებს (დარიშხანი, ფოსფორი, აზოტოვანი ნივთიერებანი და სხვ.) ხმარობს. სამედიცინო დარგში მომუშავენი ძირითადად მიმართავენ სამკურნალო მიზნით ხმარებულ ყოველგვარი ქიმიური ნივთიერების გამოყენებას და სხვ.

აბორტის გამომწვევი ქიმიური ნივთიერებებიდან პირველ რიგში უნდა აღვნიშნოთ ჭვავის რქა (*secale cornutum*) და მისი პრეპარატები. ცნობილია, რომ ჭვავის რქას მებანები იყენებენ საშვილოსნოს შეკუმშვის გასაძლიერებლად. მაგრამ ამ ნივთიერებას აბორტის გამოწვევა არ შეუძლია, იგი მხოლოდ აძლიერებს სამშობიარო ტკივილებს მშობიარობის დაწყების შემდეგ.

ქალაქად ორსულობის შეწყვეტის მიზნით იყენებენ ზაფრანის ნახარშს, რომელიც შეიცავს ეთეროვან ზეთს. ეს ნივთიერება ზოგჯერ იწვევს მძიმე მოწამვლის მოვლენებს (სახის სიწითლე, ცხვირიდან სისხლდენა, თავბრუ, პირღებინება, ბრადიკარდია, ცნობიერების დაბინდვა. კემატურია და სხვ.) და სიკვდილს. დიაგნოზის დასმისათვის გვამის გაკვეთის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს კუჭ-ნაწლავის შიგთავსს, ზაფრანის ნაწილების აღმოჩენის თვალსაზრისით. ამ ნივთიერების სასიკვდილო დოზა უცნობია.

ზაფრანის სუროგატი — ყვითელი დინიტროკრეზოლი, რომელიც შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ორსულობის შესაწყვეტად, ძლიერი მომწამვლელი ნივთიერებაა. იგი 5.0 რაოდენობით იწვევს სიკვდილს სისხლში მეტემოგლობინის წარმოშობის გამო.

აბორტის გამოწვევის მიზნით ხშირად იყენებენ სხვადასხვა საფლავითო საშუალებებს. რომელთაგან მნიშვნელოვანია: ალოე, ინგლისური მარილი, კროტონის ზეთი და სხვ. ეს ნივთიერებები იწვევს ფლავრატს, რომლის შედეგად შესაძლებელია ორსულობის შეწყვეტა.

ორსულობის შესაწყვეტად ძალიან ხშირად იყენებენ ქინაქინს; მას ლებულობენ მენტრუაციის შეწყვეტის შემდეგ, მაგრამ ხშირად მიზანს ვერ აღწევენ, რადგან დიდი დოზებით მიღებული ქინაქინი იწვევს დედის ორგანიზმის მოწამვლას. ნაყოფი კი უვნებელი რჩება. მცირე დოზებით (0.2—0.3) და ხშირად (დღეში 6-ჯერ) ქინაქინის მიღებამ შეიძლება გამოიწვიოს საშვილოსნოს შეკუმშვები და აბორტი.

ფოსფორს, როგორც სააბორტო საშუალებას, იყენებდნენ წინათ, როცა ხმარებაში იყო ფოსფორის ასანთი. მიუხედავად იმისა, რომ ფოსფორის შემცველი შხამქიმიკატები ფართოდ გამოიყენება სოფლის მეურნეობაში მავნებელთა წინააღმდეგ, ამჟამად მას აღარ იყენებენ. ფოსფორის მიღების შედეგად ჯერ იწამლება ქალის ორგანიზმი, ხოლო შემდეგ — ჩანასახი: ნაყოფის სიკვდილი ვითარდება დედის სიკვდილის შემდეგ.

ღარიშხანს, როგორც სააბორტო საშუალებას, შედარებით იშვიათად იყენებენ. ამ მიზნით ქალმა შეიძლება მიიღოს ღარიშხანოვანი ანჰიდრიდი ($As_2 O_3$), რომელიც ძლიერი მომწამლავი ნივთიერებაა და ძირითადად ცვლილებები ვითარდება თავის ტვინში და კუჭ-ნაწლავის მხრივ მწვავე გასტროენტერიტის სახით. მოწამვლას კლინიკურად ახასიათებს შეუჩერებელი ფაღარათი და პირ-ღებინება, რის შედეგადაც მოსალოდნელია ორსულობის შეწყვეტა. გვამში ამ დროს ვნახულობთ კუჭ-ნაწლავის სეროზულ-ჰემორაგიულ ან კრუბოზულ-ნეკროზულ ანთებას, ნაწლავის სანათურში ბრინჯის ნახარშის მაგვარ ექსუდატს, ანჰიდრემიის მოვლენებს და სხვ.

სტრიქნინი, როგორც კრუნჩხვების გამომწვევი შხამი, იწვევს აგრეთვე საშვილოსნოს შეკუმშვას და აბორტს, მაგრამ ამ ნივთიერების სასიკვდილო დოზა ძალზე მცირეა (0,05—0,2), ამიტომ მისი გამოყენება ამ მიზნით ძალიან იშვიათია.

ზოგჯერ ორსულობის შეწყვეტის მიზნით შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ისეთი ნივთიერებები, რომლებიც არ მოქმედებს მომწამვლელად. მაგალითად, ცარცის ფხვნილი, სალესი ქვის ქუჭყი (ალბათ იმიტომ, რომ იგი შეიცავს რკინას დანის გალესვის შემდეგ), თოფის ლულის გამონარეცხი და სხვ.

ადგილობრივად მოქმედი ქიმიური ნივთიერებები — მწვავე მკავეები და ტუტეები (გოგირდის, აზოტის, მარილის და ძმრის მკავეა; ნატრიუმის, კალიუმის და ამონიუმის ტუტე) უფრო ხშირად გამოიყენება სხვადასხვა კონცენტრაციის ხსნარის სახით როგორც საშოში, ისე საშვილოსნოში შესასხურებლად და შესაშხაპუნებლად. თუმცა აღწერილია შემთხვევები, როცა ეს ნივთიერებები ქალს მიუღია per os აბორტის გამოწვევის მიზნით.

იმ შემთხვევაში, როცა სიკვდილი გამოწვეულია მოწამვლით.

და ქალი ორსული არ არის, მომწამვლელი ნივთიერება ორსულობის შეწყვეტის მიზნით არ უნდა იყოს მიღებული.

თუმცა უნდა გვახსოვდეს, რომ ქალი შეიძლება ორსულად არ იყოს, მაგრამ თავის თავს თვლიდეს ორსულად და მიიღოს „ორსულობის“ შეწყვეტის მიზნით ესა თუ ის ქიმიური ნივთიერება.

ზოგჯერ მკვლევლობის მიზნით შეიძლება ქალს მისცენ ორსულობის შესაწყვეტი რაიმე ქიმიური ნივთიერება. მაგალითად, ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევა, როცა არაჯანონიერმა ქმარმა ქალს მისცა კონცენტრული მარილმჟავათი სავსე ბოთლი აბორტის გამოწვევის მიზნით და ურჩია მთლიანად შეესვა იგი. ქალმა მის წინ შესვა მოწოდებული „წამალი“ და ხუთი საათის განმავლობაში მოკვდა.

ახალგაზრდა ქალის უეცარი სიკვდილის შემთხვევაში, განსაკუთრებით მაშინ, როცა ნახული იქნება ორსულობა ან აბორტის ნიშნები, უსათუოდ საჭიროა შინაგანი ორგანოების სასამართლო ქიმიური გამოკვლევა, რადგან სიკვდილი შეიძლება გამოწვეული იყოს ორსულობის საწინააღმდეგოდ მიღებული ქიმიური ნივთიერებით.

ბრავმა და აბორტი

კრიმინალური აბორტის მიზეზად ძალიან ხშირად ასახელებენ მძიმე ფიზიკურ მუშაობას, სიმალლიდან გადმოვარდნას, სიმძიმეების აწევას, გადამეტებულ სპორტულ ვარჯიშს (ველოსიპედი, ჩოგბურთი, ტანვარჯიში) და სხვ., მაგრამ ორგანიზმის ფიზიკური დატვირთვა, ჩვეულებრივ, აბორტს არ იწვევს.

მძიმე ფიზიკური მუშაობა ან გადამეტებული სპორტული ვარჯიში შეუჩვეველ ორგანიზმში გამოიწვევს აბორტს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ქალის შინაგანი სასქესო ორგანოები ან პლაცენტა დაავადებულია, თუმცა აღწერილია შემთხვევები, როცა ჯანმრთელ ქალს ასეთი ფიზიკური გადატვირთვის შედეგად განუვითარდა აბორტი.

ფიზიკურ ტრავმას (ცემა, ავტომანქანის ავარია, სიმალლიდან გადმოვარდნა და სხვ.) შეუძლია აბორტის გამოწვევა, თუ ძალა უშუალოდ მოქმედებს საშვილოსნოზე, რაც შედარებით იშვიათია. საშვილოსნო კარგად არის დაცული მენჯის ძვლებით, ამიტომ ამ

მიდამოში მიყენებული ტრავმა. თუ ის ძლიერი არ არის, საშვილოსნოს არ გადაეცემა. ორსულობის მეორე ნახევარში გადიდებულ საშვილოსნოს მენჯის ძვლები ვეღარ ფარავს. ასეთ შემთხვევაში მუცლის მიდამოში მიყენებული ტრავმა უშუალოდ მოქმედებს საშვილოსნოზე. რის შედეგადაც შეიძლება განვითარდეს ორსულობის შეწყვეტა. თუმცა ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევა, როცა ცხრა თვის ორსულ ქალს მუცლის მიდამოში დანით მიაყენეს ჰრილობა, რომელმაც დააზიანა საშვილოსნოს წინა კედელი და ნაყოფის სათესლე პარკი, მაგრამ ორსულობა არ შეწყვეტილა. ჩვენ ვეჭონდა შემთხვევა. როცა ქალაქის 1-ლი საავადმყოფოს სამეანო-გინეკოლოგიურ განყოფილებაში მოიყვანეს (31/XII, 1956) ოცი წლის ქალი მოქ. ნ., 7 თვის ორსული. რომელსაც ორი საათის წინ ქმარმა ჩაარტყა ფეხი მუცელში. დასმულ იქნა საშვილოსნოს გასკდომის დიაგნოზი. გაკეთებულ იქნა ოპერაცია — ლაპაროტომია. საშვილოსნო გამსკდარი აღმოჩნდა მის წინა კედელზე, საკეისრო კვეთის შედეგად განვითარებული ნაწიბურის გასწვრივ. რომელიც გაკეთებული ჰქონდა პირველი ორსულობის დროს, 16 წლის ასაკში, ე. ი. ამ შემთხვევაში საშვილოსნოს გასკდომას ხელი შეუწყო ნაწიბურმა, რომელიც განუვითარდა მას ოთხი წლის წინათ გაკეთებული ოპერაციის — საკეისრო კვეთის — შედეგად. მიუხედავად ამისა ორსულობა არ შეწყვეტილა.

მუცლის წინა კედელზე მიყენებული ტრავმის შედეგად, ჩვეულებრივ, ფიზიკური დაზიანების რაიმე ნიშნები არ ვითარდება, რადგან მუცლის პრესი რბილი ქსოვილისაგან შედგება და ძლიერი ძალის მოქმედების დროსაც კი გარეგნულად დაზიანების ობიექტური ნიშანი ხშირად არ არის, ამიტომ ასეთი ფიზიკური ტრავმით გამოწვეული აბორტის დადგენა ძალზე ძნელია.

ზოგჯერ აბორტი მოსალოდნელია გავის ან წელის მიდამოში მიყენებული ტრავმის შედეგად ან საჯდომით დაცემის შემთხვევაში, იმისდა მიუხედავად, რომ მენჯის ძვლებში შესაძლოა რაიმე ცვლილებები (მოტეხილობა, სიმფიზის გახსნა) არ განვითარდეს. ასეთ შემთხვევაში წელის ან გავის მიდამოში შეიძლება ვნახოთ ტრავმული დაზიანების ნიშნები, რადგან კანი ამ მიდამოში ახლოსაა ძვლოვან ქსოვილთან. მენჯის ძვლების დაზიანების შემთხვევაში აბო-

რტის გამომწვევი მიზეზია ძლიერი ტრავმა, რომელიც უშუალოდ საშიელოსნოს გადაეცემა.

აბორტს მეტწილად იწვევს არა ფიზიკური, არამედ ფსიქიკური ტრავმა. ამიტომ ამ ფაქტორს ყოველთვის წამყვანი მნიშვნელობა უნდა მივცეთ.

ცნობილია, რომ ფიზიკურ ტრავმას ყოველთვის თან ახლავს ფსიქიკური ტრავმა და თუ ასეთი ხელყოფის შედეგად მივიღეთ ორსულობის შეწყვეტა, აბორტის მიზეზად უნდა ჩაითვალოს ფიზიკური და ფსიქიკური ტრავმა ერთად.

იმისათვის, რომ აბორტი ჩაითვალოს ფიზიკური ტრავმის შედეგად. დადგენილ უნდა იქნეს ძალის უშუალო მოქმედება საშიელოსნოზე და გამორიცხულ იქნეს ქალის შინაგანი სასქესო ორგანოების ისეთი დაავადება, როცა მოსალოდნელია ორსულობის შეწყვეტა ტრავმის გარეშე.

იმ შემთხვევაში, როცა ტრავმის შედეგად აბორტი განუვითარდა ისეთ ქალს. რომელსაც შინაგანი სასქესო ორგანოების დაავადება არ აღენიშნება, ტრავმა უნდა ჩაითვალოს აბორტის გამომწვევ მიზეზად.

ტრავმით გამოწვეული აბორტი მიეკუთვნება სიცოცხლისათვის სახიფათო მძიმე დაზიანებათა ჯგუფს.

ამგვარად, როცა ექსპერტის წინაშე დასმულია საკითხი — გამოწვეულია თუ არა აბორტი ტრავმით, შემთხვევა შესწავლილი უნდა იქნეს ზედმიწევნით დეტალურად. მეან-გინეკოლოგის კონსულტაციით. სასურველია დაზარალებულის სტაციონალური გამოკვლევა.

კრიმინალური აბორტის დადასტურება

კრიმინალური აბორტის ამოცნობა შეიძლება დაგვეჭიროდეს ცოცხალ პირზე ან გვამზე.

აბორტის დადასტურება ყოველთვის ადვილი არ არის. იმ შემთხვევაში, როცა ადგილი აქვს ადრეულ ორსულობას (ერთი-ორი თვის) და მასთან. აბორტის შემდეგ გასულია საკმაო დრო (ოთხი-ხუთი დღე და მეტი), აბორტის ამოცნობა თითქმის შეუძლებელია.

ცნობილია, რომ ქალი, ჩვეულებრივ აბორტს მიმართავს ორსულობის დაფარვის მიზნით. ამიტომ იგი ცდილობს აბორტის გაყე-

თებას ორსულობის გამომყვანებამდე. ამასთან, ექიმი ან აბორტ-მახერი დიდი ხნის ორსულობის შეწყვეტას ნაკლებად მიმართავს, ყველა ამის გამო აბორტის დადასტურება ქალის მოგვიანებით გასინჯვის (შემოწმების) შემთხვევაში ზოგჯერ შეუძლებელია.

ერთი-ორი თვის ორსულობის შეწყვეტის შემთხვევაში ჩანასახი (განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი) თავისუფლად გამოდის საშვილოსნოდან. ისე, რომ რაიმე დაზიანების კვალს არ ტოვებს. ამასთან. ქალის ორგანიზმში ორსულობისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები ნაკლებადაა განვითარებული.

ორსულობის შეწყვეტის პირველ დღეებში საშვილოსნო გადიდებული და რბილი კონსისტენციისაა. ყელი ციანოზურია და მისი შესავალი ნაწილობრივ გახსნილია. ზოგჯერ აღინიშნება სისხლიანი გამონადენი.

საშვილოსნოს ყელის შესავალზე ლორწოვანი გარსის ნასკდომები შეიძლება განვითარდეს დიდი ორსულობის შეწყვეტის დროს, თუმცა ზემოხსენებული ნასკდომები შეიძლება შეგვხვდეს პატარა ორსულობის შეწყვეტის შემდეგაც.

ორსულობის პირველ ნახევარში უკვე ვითარდება სარძეო ჯირკვლების გადიდება და გამკვრივება, მათი დვრალების ინტენსიური პიგმენტაცია, თეთრი ხაზის გასწვრივ პიგმენტაცია. სარძეო ჯირკვლებიდან გამოიწურება რძისმაგვარი სითხე და სხვ., მაგრამ ეს ნიშნები უტყუარი არ არის. აღნიშნული მოვლენები შეიძლება დაკავშირებული იყოს შინაგანი სასქესო ორგანოების დაავადებასთანაც.

აბორტისათვის დამახასიათებელია გადიდებული საშვილოსნოს შედარებით დაპატარავება, რომელსაც დავადგენთ განმეორებითი გასინჯვით.

საშვილოსნოდან გამონადენს დიდი მნიშვნელობა აქვს აბორტის დასადგენად. იგი შეიძლება არსებობდეს ორსულობის შეწყვეტის პირველ ორ დღეს, ხოლო შემდეგში კი ქრება. გამონადენში შეიძლება ვნახოთ განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი ან მისი ნაწილები. თუ ორსულობა შეწყვეტილია 6-8 კვირის შემდეგ, გამონადენში შეიძლება ნახულ იქნეს პლაცენტის ან ნაყოფის ნაწილები.

აბორტის დროს სისხლის გამონადენს კოლტების სახე აქვს, ხოლო მენსტრუაციის შემთხვევაში შეუდგებელია.

საშვილოსნოდან კოლტისებური გამონადენი უნდა მოთავსდეს წყალში, სისხლი გამოირეცხება, ხოლო განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი (თუ კი ასეთი არის) ცალკე დარჩება.

საშვილოსნოს გამონადენი აუცილებლად შესწავლილ უნდა იქნეს მიკროსკოპულად და თუ მასში აღმოჩნდება ქორიონის ბუსუსები ან პლაცენტის ქსოვილი, ეს უტყუარად ადასტურებს აბორტს, თუმცა ზოგჯერ პლაცენტის უჯრედების არსებობა არ ადასტურებს აბორტს.

ჩვენ გვქონდა შემთხვევა, როცა ექიმი ნ-ძე დაკავებულ იქნა თავის ბინაზე აბორტის გაკეთების დროს. ექიმის ოთახში შესვლისას ქალი იწვა ტახტზე. ხოლო იქვე გინეკოლოგიურ მაგიდასთან ვედროში ნახულ იქნა სისხლის კოლტები, რომელთა შორის ნაყოფის ნაწილაკები ვერ იქნა აღმოჩენილი. კოლტები აღებულ იქნა მიკროსკოპული გამოკვლევისათვის. მასში აღმოჩნდა პლაცენტის ქსოვილი. ექიმი ნ-ძე არ უარყოფდა იმას, რომ აწარმოვა საშვილოსნოს გამოფხეკა, მაგრამ ეს ოპერაცია, მისი განმარტებით გაკეთებულ იქნა მკურნალობის მიზნით და არა ორსულობის შესაწყვეტად. მიკროსკოპულად ნახული პლაცენტის ქსოვილი მან დაუეკავშირა ერთი წლის წინათ მომხდარ აბორტს, რომლის შემდეგ საშვილოსნოში დარჩენილი პლაცენტის ნაწილაკიდან განვითარდა ე. წ. პლაცენტარული პოლიპი. ასეთი ვერსიის შესაძლებლობის დაშვების შედეგად პროკურატურამ ექიმი ნ-ძე პასუხისგებაში ვერ მისცა (კონკრეტულ შემთხვევაში სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა სრულყოფილი არ იყო, რადგან ქალის გასინჯვა არ მომხდარა იმის გამო, რომ კრიმინალური აბორტი სახეზე იყო და დასაწყისში მას არავინ უარყოფდა).

გამონადენში მიკროსკოპულად დიდი მრგვალი ან ოვალური ფორმის დეციდუალური უჯრედების აღმოჩენა კატეგორიულად არ ადასტურებს ორსულობის შეწყვეტას. რადგან ასეთი უჯრედები მცირე რაოდენობით გვხვდება მენსტრუაციის დროსაც. საერთოდ, გამონადენში დეციდუალური უჯრედების არარსებობა კატეგორიულად გამორიცხავს აბორტს, ხოლო ასეთი უჯრედების აღმოჩენის შემთხვევაში უნდა გავარჩიოთ იგი მენსტრუალური დეციდუალური უჯრედებისაგან. თუმცა ამ უჯრედებს შორის განსხვავება უფრო რაოდენობითია, ვიდრე თვისებითი, ამიტომ საერთოდ ამ უჯრედების

დიფერენციაცია ძნელია. თუ გამოფხეკა კარგად არის ნაწარმოები და საშვილოსნო შეკუმშულია, საშვილოსნოდან გამონადენი პირველი დღის შემდეგ შეიძლება აღარ არსებობდეს. ამიტომ აბორტის დასადგენად ეს საშუალებაც აღარ გვექნება. ასეთ შემთხვევაში დამატებითი გამოფხეკა აბორტის დიაგნოზის დასმის მიზნით უსათუოდ შედეგიანი იქნება, მაგრამ ამ ოპერაციის ჩატარება აბორტის დიაგნოზის დასასმელად მიუღებელია.

ისეთ შემთხვევაში, როცა აბორტის შემდეგ ქალს სისხლდენა არ უჩერდება, იგი დაუყოვნებლივ უნდა მოთავსდეს სამკურნალო დაწესებულებაში და ჩაუტარდეს საშვილოსნოს გამოფხეკა, რადგან ხშირად სისხლდენის მიზეზი არის ნაყოფის ან პლაცენტის ნაწილების ჩარჩენა. ასეთი გზით მიღებული გამონაფხეკი გამოკენებულ უნდა იქნეს აბორტის დასადასტურებლად.

ორსულობის შეწყვეტიდან 5—6 დღის განმავლობაში ქალის შარდში კიდევ გამოიყოფა ჰორმონი — პროლანი. ამიტომ გალი-მაინინის ბიოლოგიური რეაქციების ჩატარება დაგვეხმარება საკითხის გადაწყვეტაში.

ყველა ზემოთქმულის მიხედვით, ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ აბორტის დასადასტურებლად საჭიროა ყველა მონაცემის შესწავლა (მასთან, ანამნეზი და კლინიკური ნიშნებიც), რომ ცალკეული ნიშნების ანალიზის მიხედვით გადაწყვეტილი იქნეს საკითხი—ადგილი ჰქონდა თუ არა ორსულობას და აბორტს.

ამ კითხვაზე პასუხის გაცემის შემდეგ საჭიროა დადგენილ იქნეს რომელ თვეზე მოხდა ორსულობის შეწყვეტა. ამ საკითხის გადაწყვეტა თითქმის შეუძლებელია. მიახლოებით შეიძლება შეწყვეტილი ორსულობის ასაკის დადგენა საშვილოსნოს ოდენობის მიხედვით. ისიც მაშინ, თუ ქალის გასინჯვა მოხდა აბორტის გაკეთებისთანავე ან არა უგვიანეს ერთი დღისა. იმ შემთხვევაში, როცა ნაყოფი ხელთ გვაქვს, მისი სხეულის სიგრძისა და ჩანასახის სხეულის ფიზიკური განვითარების მიხედვით, შედარებით ზუსტად შეიძლება დადგენილ იქნას შეწყვეტილი ორსულობის ასაკი.

აბორტის დადასტურება გვამზე უფრო ადვილია. ასეთ შემთხვევაში გაკვეთის დროს ვნახავთ ორსულობის ამა თუ იმ ვადის შესაბამისად გადიდებულ საშვილოსნოს. ხოლო საშვილოსნოს გახსნისას მის ღრუში შეიძლება იყოს ნაყოფი. მისი ნაწილები ან პლა-

ცენტის. ნაწილაკები. თუ ნაყოფი და პლაცენტა მთლიანად არის გამოფხეკილი, მაშინ საშვილოსნოს შიგნითა ზედაპირზე შეიძლება ენახოთ ხორკლიანი უბანი — პლაცენტის მიმაგრების ადგილი. ასეთ შემთხვევაში ორსულობის დამადასტურებელი ნიშნის — საკვერცხეში ნამდვილი ყვითელი სხეულის ნახვას დიდი მნიშვნელობა აქვს.

საშვილოსნოში და საკვერცხეებში ცვლილებების არსებობა საკმარისია აბორტის დასადასტურებლად, ამიტომ დამატებითი გამოკვლევების (ბიოლოგიური რეაქციები) ჩატარება საჭირო არ არის.

საშვილოსნოს ოდენობის და წონის მიხედვით შესაძლებელია შეწყვეტილი ორსულობის დაახლოებითი ასაკის დადგენა.

ზემოაღწერილი ცვლილებები საშვილოსნოსა და საკვერცხეებში შესაძლებელია იმ შემთხვევაშიც, როცა ქალი მოკვდა აბორტის წარმოების პროცესში ან ერთი ორი დღის შემდეგ, მაგრამ, თუ სიკვდილი განვითარდა რამდენიმე დღის (5—6 დღე) შემდეგ, აბორტის დადასტურება საშვილოსნოს მიხედვით უფრო ძნელია და ზოგჯერ შეუძლებელიც, რადგან პატარა ორსულობის შეწყვეტის შემდეგ სასქესო ორგანოები მალე განიცდის უკუგანვითარებას და ბოლოს უბრუნდება ნორმალურ მდგომარეობას. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა საშვილოსნოს კუნთოვანი შრის მიკროსკოპული შესწავლა, რომელშიც შეიძლება აღმოჩნდეს ქორიონის ე. წ. მოხეტიალე უჯრედები — მარშანისა (ორსულობის შეწყვეტიდან ერთი თვის განმავლობაში).

კრიმინალური აბორტის ბარათულაჰანი

კრიმინალური აბორტის შედეგად შეიძლება განვითარდეს შემდეგი გართულებანი: 1. საშვილოსნოდან სისხლდენა, 2. საშვილოსნოს და დანამატების ანთება. 3. პელვიოპერიტონიტი, 4. ზოგადი პერიტონიტი, 5. სეფსისი, 6. საშვილოსნოს პერფორაცია, 7. აეროვანი ემბოლია, 8. ტეტანუსი. 9. აიროვანი განგრენა და სხვ.

საშვილოსნოდან განვითარებული სისხლდენა ყველაზე ხშირი და საშიში გართულებაა, რომელიც შეიძლება მივიღოთ კრიმინალური აბორტის შემთხვევაში. თუ ნაყოფის ან პლაცენტის ნაწილები დარჩენილია საშვილოსნოს ღრუში (დაუსრულებელი აბორტი), რომლის დროსაც საშვილოსნო არ იკუმშება და საშვილოსნოს შიგნითა ზედაპირი წარმოადგენს კრილობას.

დამთავრებული აბორტის შემთხვევაში საშვილოსნო იკუმშება და სისხლდენაც მალე წყდება. თუ ადგილი არ ექნა ე. წ. ატონიურ სისხლდენას, რომელიც მოსალოდნელია ორსულობის მეორე ნახევარში, უფრო ხშირად ნაადრევი მშობიარობის დროს.

საშვილოსნოდან სისხლდენა შეიძლება განვითარდეს აგრეთვე აბორტის წარმოების დროს საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსის და უფრო ღრმადმდებარე ქსოვილების ნასკდომი კრილობიდან ან საშვილოსნოს კედლის პერფორირებული უბნიდან.

კრიმინალური აბორტის შედეგად დაკარგული სისხლდენით გამოწვეული ჯანმრთელობის მოშლის მოვლენები დამოკიდებულია სისხლის დაკარგვის რაოდენობასა და სისხლის დენის ხანგრძლივობაზე (ინტენსივობაზე). სწრაფად, დიდი რაოდენობით სისხლის დაკარგვამ შეიძლება გამოიწვიოს სიკვდილიც. მაშინ როცა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ასეთივე რაოდენობით დაკარგული სისხლი ჯანმრთელობის სერიოზულ მოშლას არ გამოიწვევს.

კრიმინალური აბორტის შემდეგი გართულებიდან აღსანიშნავია საშვილოსნოს და დანამატების ანთებითი პროცესები, რასაც ხშირად კრუპოზული, კრუპოზულ-ნეკროზული ან ჩირქოვანი ხასიათი აქვს. ანთება შეიძლება განვითარდეს საშვილოსნოს ყელიდან (endocervicitis) საშვილოსნოს შიგნითა გარსზე (endometritis), ფალოპიუსის ლულაზე (endosalpingitis) საკვერცხის ირგვლივ (periooforitis) და საკვერცხეზე (ooforitis).

ზოგჯერ ანთებითი პროცესი შეიძლება გავრცელდეს საშვილოსნოს კუნთოვან გარსზე (mesometritis), პარამეტრიუმზე (parametritis) ან პერიმეტრიუმზე (perimetritis).

შინაგანი სასქესო ორგანოების ასეთი ანთებითი პროცესის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს ჯერ მენჯის მფარავი პერიტონეუმის ანთება (pelveoperitonitis), ხოლო შემდეგში — მთელი პერიტონეუმის ანთება (peritonitis difussa), რომელსაც მეტწილად ჩირქოვანი ექსუდაცია ახასიათებს.

საშვილოსნოში ინფექციური აგენტის შეჭრასთან დაკავშირებით მოსალოდნელია სეფსისის განვითარება (sepsis post abortum), რომელიც მეტწილად კოკური წარმოშობისაა და ხშირად სიკვდილით მთავრდება ან იწვევს მნიშვნელოვან ინვალიდობას.

პოსტაბორტული სეფსისის განვითარებისათვის სავალდებულო არ არის საშვილოსნოს ყელის ან ტანის ლორწოვან გარსზე ტლანქი პათოლოგიური ცვლილებების განვითარება (კრუპოზული ან კრუპოზულ-ნეკროზული ხასიათის ანთება), რადგან ზოგჯერ სეფსისის გამომწვევი ინფექციური აგენტი, ადგილობრივ, საშვილოსნოს შიგნითა გარსზე რაიმე განსაკუთრებულ ცვლილებებს არ იწვევს, მაგრამ სისხლში შექრილი ბაქტერიები იწვევს სექტიცემიას თავისი კლინიკური სურათით. მორფოლოგიურად სეფსისის დიაგნოზის დასმა ძნელია, რადგან ამ გართულებას მისთვის კუთვნილი დამახასიათებელი ცვლილებების გამოწვევა არ შეუძლია. ასეთ შემთხვევაში მთვარია სისხლის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა და გვამის გაკვეთის დროს შინაგან ორგანოებში ზოგადი მწვავე ინფექციური სნეულებებისათვის დამახასიათებელი ცვლილებების ნახვა (გულის კუნთის, ღვიძლის და თირკმლების ცილოვანი და ცხიმოვანი დისტროფია, ელენტის მწვავე ჰიპერპლაზიური ანთება, სეროზულ და ლორწოვან გარსებში წერტილოვანი სისხლჩაქცევები და სხვ.).

აბორტის შედეგად განვითარებული სეფსისის დადგენა შესაძლებელია სასქესო ორგანოების მხრივ ცვლილებების მიხედვით, თუმცა ეს ცვლილებები შეიძლება არ აღმოჩნდეს, თუ სიკვდილი განვითარდა შედარებით მოგვიანებით, როცა სასქესო ორგანოებში ადგილობრივად განვითარებულმა პათოლოგიურმა ცვლილებებმა და ორსულობის ნიშნებმა უკვე განიცადეს უკუგანვითარება. ყველა ასეთ შემთხვევაში პოსტაბორტული სეფსისის დიაგნოზის დასმა უნდა მოხდეს ავადმყოფის ისტორიის მიხედვით.

კრიმინალური აბორტის ხშირი და, მასთან, საშიში გართულებაა საშვილოსნოს კედლის გახვრეტა — პერფორაცია, რომელიც მოსალოდნელია როგორც საექიმო იარაღებით, ისე სხვა საგნებით.

საშვილოსნოს პერფორაცია შეიძლება მოხდეს მის უკანა კედელზე ყელისა და სხეულის საზღვართან, როცა საშვილოსნო მკვეთრადაა წინ გადმოხრილი. საშვილოსნოს ფსკერზე — მის ცენტრალურ მიდამოში ან რქებთან ახლოს, საშვილოსნოს უკანა და წინა კედელზე და, ბოლოს, საშვილოსნოს ყელისა და ტანის საზღვრის წინა ზედაპირზე.

პერფორაცია შეიძლება იყოს პატარა, ხორბლის მარცვლის

ოდენობის ან დიდი, ისე, რომ დაზიანებული უბანი ატარებდეს ერთ ან რამდენიმე თითს.

საშვილოსნოს კედლის პერფორაციის სიდიდე დამოკიდებულია ორსულობის ოდენობისა და პერფორაციის გამომწვევი იარაღის ხასიათზე. მაგალითად, რაც უფრო პატარაა საშვილოსნო, მით უფრო მცირე იქნება პერფორაციის უბანი და, პირიქით, რაც უფრო დიდია საშვილოსნოს კედელი, მით უფრო გათხელებული და ფხვიერია და პერფორაციის უბანიც შეიძლება დიდი იყოს. ამასთან, ზონდით გამოწვეული პერფორაცია კორნცანგით ან კოვზით გამოწვეული პერფორაციის უბანზე უფრო მცირეა. ზოგჯერ შეიძლება მთლიანად საშვილოსნოს ფსკერის ან მისი რომელიმე კედლის გამოტანა (გამოფხეკვა); უფრო მეტიც, ამ იარაღით შესაძლებელია პერფორირებული საშვილოსნოს დეფექტიდან გამოტანილ იქნეს ბადექონის ნაწილები და ნაწლავის მარყუქები.

ჩვენ გვქონდა შემთხვევა, როცა არასპეციალისტმა ექიმმა თქმე თავის ბინაზე გააკეთა აბორტი სააბორტო იარაღების საშუალებით (საშვილოსნოს გამოფხეკა) და საშვილოსნოს პერფორაციის შესახებ გაიგო მხოლოდ მას შემდეგ, როცა განავლის სუნმა შეაწუხა და საშვილოსნოდან გამოტანილი ნაყოფის და პლაცენტის ნაწილებს შორის აღმოჩნდა განავალთან შერეული ბადექონის და ნაწლავების მარყუქების ნაგლეჯები. ექიმმა ქალს არ აღმოუჩინა საჭირო საექიმო დახმარება, დატოვა თავის ბინაზე და რამდენიმე საათის შემდეგ მძიმე მდგომარეობაში მყოფი მარტო გაუშვა სახლში; ქალი ქუჩაში მოკვდა. გვამის გაკვეთის შედეგად აღმოჩნდა, რომ საშვილოსნოს ფსკერი და ნაწილობრივ უკანა კედელი მთლიანად იყო გამოგლეჯილი, წარბილი ნაწლავების მარყუქები და ბადექონის თავისუფალი კიდე რამდენიმე ადგილას დაგლეჯილი იყო; მუცლის ღრუში სისხლი ნაწლავის შიგთავსთან ერთად იყო არეული. სიკვდილი გამოიწვია მწვავე ზოგადმა სისხლნაკლებობამ.

საშვილოსნოს კედლის მცირე ოდენობის პერფორაცია შედარებით ხშირია, მაგრამ, ჩვეულებრივ, იგი სიცოცხლისათვის საშიში არ არის, როცა პერფორაციის დიაგნოზი დროულად დაისმება და სასწრაფოდ ჩატარდება შესაფერისი ოპერაცია, ქალის ჯანმრთელობას საშიშროება არ მოელის, თუ მუცლის ღრუს სხვა ორგანოები არ არის დაზიანებული. ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია წო-

ლითი რეჟიმი, მუცელზე ყინული, საშვილოსნოს შემკუმშავი და სისხლდენის შემაჩერებელი ჯამუალებანი. საშვილოსნოს ასეთი პერფორაციის შემთხვევაში, თუ ნაყოფი და პლაცენტა მთლიანად არის გამოტანილი (გამოფხეილი), საშვილოსნოს შეკუმშვის გამო დეფექტი ძალიან ხშირად მთლიანად იხურება, ხოლო მუცლის ღრუდან ამ მიდამოზე მჭიდროდ მიფარებული ბადეჟონი ხელს უშლის საშვილოსნოდან მუცლის ღრუში ინფექციის შექრას.

საშვილოსნოს პერფორაციის მიდამოში მიფარებული ბადეჟონი შემდეგში შეუხორცდება აღნიშნულ დეფექტს. ამიტომ გვამების გაკვეთის დროს ზოგჯერ ენახულობთ საშვილოსნოზე შეხორცებული ბადეჟონის თავისუფალ კიდეს.

კრიმინალური აბორტის სხვა გართულებებიდან აღსანიშნავია აეროვანი ემბოლია, რომელიც მეტწილად ვითარდება საშვილოსნოს ღრუში სითხის შეყვანასთან დაკავშირებით როცა ადგილი აქვს პლაცენტის მოცილებას და ამით სისხლძარღვების გაშიშვლებას, საიდანაც შეიქრება აირი.

აეროვანი ემბოლია იწვევს უეცარ სიკვდილს. ამიტომ ახალგაზრდა ქალის უეცარი სიკვდილის ყველა შემთხვევაში, როგორც წესი, გვამის გაკვეთამდე უნდა გაკეთდეს სინჯი აეროვან ემბოლიაზე (მკერდის მიდამოში უნდა გაიკვეთოს კანი და კანქვეშა ქსოვილი. ამოიკვეთოს მესამე-მეოთხე ნეკნი მკერდის ძვალთან ახლოს, გაიხსნას პერიკარდიუმის ღრუ და ამოივსოს წყლით. თუ სიკვდილი გამოწვეულია აეროვანი ემბოლიით. მარჯვენა წინა კედელზე დანით გაკეთებული ნაჩხვლეტი ჰრილობიდან ამოვა პაერის).

შედარებით იშვიათად კრიმინალური აბორტის შედეგად შეიძლება განვითარდეს ტეტანუსი ან აიროვანი განგრენა, როცა აბორტი გაკეთებულია ანტისანიტარიულ პირობებში.

აღნიშნული გართულება ზედმიწევნით მძიმე დაავადებაა და სიკვდილობის დიდ პროცენტს იძლევა.

ზოგჯერ მოსალოდნელია შარდის ბუშტის და სწორი ნაწლავის დაზიანება, რის შედეგადაც შესაძლებელია შარდის ბუშტ-საშოს და სწორ ნაწლავ-საშოს ფისტულების განვითარება.

იშვიათად, შესაძლებელია ტრავმული შოკი საშვილოსნოს ან მასთან მეზობლად მდებარე სხვა ორგანოების მექანიკური დაზიანებით.

ნების გამო. საშვილოსნოს ღრუში ცხელი წყლის შეყვანასთან დაკავშირებით შეიძლება განვითარდეს ლორწოვანი გარსის დამწვრობა.

ჩვილთმკვლელობა

ჩვილთმკვლელობა ნიშნავს დედის მიერ მშობიარობის პროცესში ან დაბდებიდან 24 საათამდე თავის ახალშობილის მოკვლას.

ჩვილთმკვლელობა კაპიტალისტური სამყაროსათვის დამახასიათებელ დანაშაულს წარმოადგენს, რაც მეტწილად ცუდი ყოფაცხოვრებითი პირობების შედეგია. ზოგჯერ ჩვილთმკვლელობის მიზეზი სირცხვილის გრძობაა. არარეგისტრირებული ქორწინების შემთხვევაში.

სოციალისტურ წყობილებისათვის ჩვილთმკვლელობა უცხოა, თუმცა ერთეულ შემთხვევებში შეიძლება შეგვხვდეს როგორც უცხო და გადმონაშთი მოვლენა.

ჩვენს ქვეყანაში მართხელა დედებისათვის შექმნილია განსაკუთრებული პირობები. ქალს შეუძლია თავისი ახალშობილი ჩააბაროს სახელმწიფოს გასაზრდელად, მიიღოს სახელმწიფოსაგან შესაფერისი დახმარება. ისარგებლოს უფასო საექიმო კონსულტაციითა და მკურნალობით. ყველაფერი ეს ჩვილთმკვლელობის შემთხვევების შემცირების საწინდარია.

ჩვილთმკვლელობა ერთ-ერთი ისეთი დანაშაულია, რომელიც არა თუ სხვადასხვა ისტორიულ ეპოქაში, არამედ ერთსა და იმავე დროსაც კანონით და მორალურად სხვადასხვანაირად ისჯება.

შორეულ წარსულში ჩვილთმკვლელობისათვის სასჯელი არ არსებობდა, რასაც ამართლებდნენ დედის მატერიალური ხელმოკლეობის მოტივით. ამჟამადაც ჩვილთმკვლელობა, განსაკუთრებით კულტურულად და მატერიალურად ჩამორჩენილ ქვეყნებში, შედარებით ხშირია. მეტწილად აღინიშნება ახალშობილი გოგონების, ტყუპებისა და მახინჯების მოკვლა ან იმ ახალშობილის განადგურება. რომლის შობას თან მოჰყვა დედის სიკვდილი.

ძველ რომსა და ეგვიპტეში ჩვილთმკვლელობისათვის სასჯელი არ იყო. უფრო გვიან რომში ასეთი მოქმედებისათვის შემოღებულ იქნა მკაცრი სასჯელი — სიკვდილით დასჯა. ძველ ეგვიპტეში ამ დანაშაულისათვის ინიშნებოდა სასჯელი, რომლის მიხედვი-

თაც დედას მოკლული ახალშობილის გვამი სამი დღე-ღამის განმავლობაში ჩახუტებული უნდა ჰქონოდა მკერდში. ამასთან, სასჯელის მოხდა ხდებოდა გუშაგის მეთვალყურეობით.

ძველ ფილოსოფოსებს — პლატონს, არისტოტელეს, ციცერონსა და სხვ. — ჩვილთმკვლელობა დასაშვებად მიაჩნდათ.

XIII—XIV საუკუნეებიდან საეკლესიო კანონებით ჩვილთმკვლელი სიკვდილით ისჯებოდა. მაგალითად, საფრანგეთში, 1250 წელს ძალაში იყო პომპეუსის კანონი, რომელიც შემდეგში ალადგინა ჰენრიხ II, ჰენრიხ III და ლუდოვიკო XIV. ამ კანონის მიხედვით ჩვილთმკვლელობისათვის დაწესებული იყო სასჯელი — ცეცხლში დაწვა.

რუსეთის მეფის ალექსი მიხეილის ძის 1649 წლის კანონით, ჩვილთმკვლელობისათვის სასჯელი ითვალისწინებდა ერთი წლით ციხეში მოთავსებას, ხოლო კვალიფიციური (დამამძიმებელი გარემოების დროს) ჩვილთმკვლელობისათვის დაწესებული იყო სიკვდილით დასჯა.

XVIII საუკუნის დასასრულს და XIX საუკუნის დასაწყისში გაბატონებული იყო აზრი, რომ ჩვილთმკვლელობისათვის სასჯელი არ უნდა იყოს მკაცრი, თუმცა ზოგიერთის აზრით (კანტი), ჩვილთმკვლელობისათვის უნდა შემოღებულიყო ტალიონი — დამნაშავის სიკვდილით დასჯა.

ინგლისში ჩვილთმკვლელობისათვის სიკვდილით დასჯა წარმოებდა 1922 წლამდე. შემდეგ ამ დანაშაულისათვის სასჯელი შემსუბუქდა და შეიცვალა სამუდამო კატორღით.

მეოცე საუკუნის დასაწყისში ჩვილთმკვლელობა ისჯებოდა როგორც ჩვეულებრივი მკვლელობა მხოლოდ თურქეთში, ბულგარეთში, ეგვიპტესა და იაპონიაში.

ამჟამად ბურჟუაზიული ქვეყნების სისხლის სამართლის კოდექსით ჩვილთმკვლელობისათვის სასჯელი შედარებით მსუბუქია. მაგალითად შვეიცარიაში დაწესებულია სამ წლამდე პატიმრობა.

საბჭოთა სისხლის სამართლის კოდექსის მიხედვით, ჩვილთმკვლელობისათვის სასჯელი ყველა რესპუბლიკაში ერთნაირი არ იყო. მაგალითად, სასჯელი ჩვილთმკვლელობისათვის, როგორც ცალკე დანაშაულისათვის, დაწესებული იყო მხოლოდ რუსეთის საბჭოთა ფედერაციული სოციალისტური რესპუბლიკის სისხლის

სამართლის კოდექსებში. სხვა მოკავშირე რესპუბლიკების სისხლის სამართლის კოდექსებში ამ დანაშაულისათვის სასჯელი ცალკე არ იყო გამოყოფილი და შემთხვევის დროს გამოიყენებოდა განზრახ მკვლელობის შესაფერისი მუხლი.

რსფსრ სისხლის სამართლის კოდექსის მიხედვით, ჩვილთ-მკვლელობა წარმოადგენდა მძიმე დანაშაულს და ითვალისწინებ-და თავისუფლების აღკვეთას 10 წლამდე (136-ე მუხლის „დ“ პუნ-ქტი). ხოლო უკრაინის სისხლის სამართლის კოდექსის 142-ე მუხლით ამ დანაშაულისათვის სასჯელი განისაზღვრებოდა სამ წლამდე პატიმრობით.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ უმაღლესი სასამართლოს 1926 და 1928 წლებში გამოქვეყნებულ სადირექტივო წერილში მითითე-ბულია, რომ ამ დანაშაულისათვის მკაცრი სასჯელის დადება არა-ვითარ შედეგს არ იძლევა და რომ ბრძოლა მიმართული უნდა იქ-ნეს საყოფაცხოვრებო პირობებისა და მატერიალური მდგომარეობის გაუმჯობესებისაკენ. მით უმეტეს, რომ მსგავსი დანაშაუ-ლი ჩვენში იშვიათია.

1935 წელს სსრ კავშირის უმაღლესმა სასამართლომ მიუთით-თა ჩვილთმკვლელობისათვის სასჯელის გაძლიერებისაკენ, რად-გან მოსახლეობის მატერიალური და კულტურული მდგომარეობა საგრძნობლად გაუმჯობესდა და ამ დანაშაულისათვის სასჯელის ისეთი ზომა, როგორიცაა პირობითი ან სხვა სახის მსუბუქი სასჯე-ლი, ცუდი მატერიალური მდგომარეობის მომიზეზებით მიუღებე-ლია.

საქართველოს და აგრეთვე სხვა რესპუბლიკების სისხლის სა-მართლის ახალ კოდექსში (1961) ჩვილთმკვლელობა (როგორც პრივილეგიური მკვლელობა) ცალკე არ არის გამოყოფილი. ეს დანაშაული ისჯება, ჩვეულებრივ, ამა თუ იმ რესპუბლიკის სისხ. სამ. კოდექსის განზრახ მკვლელობის შესაფერისი მუხლით (მაგალი-თად, საქართველოს სსრ სისხ. სამ. კოდექსის 104-105-ე მუხ.).

ზემოაღნიშნულის გამო ჩვილთმკვლელობის განსაზღვრის ქვე-მთ მოყვანილმა განმარტებამ დაკარგა თავისი იურიდიული მნიშ-ვნელობა. მაგრამ, მიუხედავად ამისა, ახალშობილობის განსაზღვრას მაინც არ დაუკარგავს თავისი მნიშვნელობა და იგი შესაფერისად უნდა იქნეს მაინც განმარტებული საგამომძიებლო-სასამართლო

ორგანოების მოსალოდნელი შეკითხვის თანახმად. ეს იმითაც შეიძლება იყოს გამართლებული, რომ სასამართლო სასჯელის ზომის განსაზღვრის დროს მხედველობაში მიიღებს ორსულობასთან და მშობიარობასთან დაკავშირებულ დედის მძიმე ფიზიკურ და ფსიქიკურ ტრავმას, რის გამოც იგი სავსებით ვერ განაგებს, ანგარიშს ვერ უწევს და ვერ ითვალისწინებს თავისი მოქმედების შედეგს. დედას, რომელმაც მოკლა თავისი ახალშობილი მშობიარობის პროცესში ან მის შემდეგ 24 საათის განმავლობაში შეუფარდებს სასჯელის ისეთ ზომას (სამ წლამდე პატიმრობა). რომელიც აღრე გათვალისწინებული იყო ჩვილთმკვლელობისათვის.

ჩვილთმკვლელობის შემთხვევებში საეალდებულოა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარება, რითაც დადგენილი უნდა იქნას: ახალშობილობისა და ცოცხლადშობილობის საკითხი, სიცოცხლისუნარიანობა, ახალშობილის სიკვდილის მიზეზი, მკვდრადშობილობის მიზეზი, ჩვილთმკვლელობის საშუალებანი და სხვ.

ახალშობილობის განსაზღვრა

ახალშობილობის განსაზღვრას საფუძვლად უდევს სხვადასხვა მონაცემი.

მეანების თვალსაზრისით, ბავშვი ახალშობილად ითვლება ჭიპლარის მოცილებამდე ან დედის რძეში ხსენის არსებობამდე (6-7 დღე).

ზოგიერთის აზრით, ბავშვი ახალშობილად ითვლება ფიზიოლოგიური სიყვითლის გავლამდე (8-10 დღე).

ბავარიის ძველი კანონებით ბავშვი ახალშობილად ითვლებოდა სიცოცხლის პირველ სამ დღეს. საქსონიის კანონით — 24 საათს, სმოლიანიწოვის მიხედვით. ბავშვი ახალშობილად ითვლება მისი სიცოცხლის მცირე დროის მონაკვეთში.

უმალესი სასამართლოს საინსტრუქციო წერილი ჩვილთმკვლელობად მიიჩნევს იმ შემთხვევებს, როცა ბავშვს კლავენ მშობიარობის დროს ან მშობიარობიდან მცირე დროის გავლის შემდეგ.

პედიატრების (ტური, რეისი, ფილკენშტეინი) აზრით, ახალშობილობას განსაზღვრავს ის დრო, რომელიც საჭიროა სხეულის დაკარგული წონის აღდგენისათვის, ე. ი. 14-15 დღემდე ბავშვი ითვლება ახალშობილად.

სასამართლო-სამედიცინო თვალსაზრისით, ახალშობილად ითვლება ბავშვი კიპლარის გაშრობის პირველი ნიშნების გამოჩენამდე, ე. ი. 24 საათის განმავლობაში. ამრიგად, ახალშობილის დამახასიათებელ ძირითად თვისებას წარმოადგენს მოქნილი, წვნიანი კიპლარი — სადემარკაციო ხაზის გარეშე, რომელიც კიპის რგოლთან წითელი ზოლის სახით ეითარდება.

ახალშობილის გვამზე შეიძლება ადგილი ჰქონდეს კიპლარის სიკვდილის შემდგომ გაშრობას. რაც განსხვავდება სიცოცხლეში განვითარებული მუმიფიკაციისაგან. ასეთ შემთხვევაში კიპლარი მთლიანად თანაბრად არის გამშრალი და სადემარკაციო ხაზი არ აღინიშნება.

ახალშობილის გვამის ლობის შემთხვევაში კიპლარის მიხედვით ახალშობილობის დადგენა შეუძლებელი ხდება.

ახალშობილობის სხვა ნიშნებს, როგორცაა: კანზე ხაქოსებრი საცხი, კეფის მიდამოში სამშობიარო სიმსივნე (კეფალოჰემატომა), კანზე სისხლის ვვალი და სხვ. შედარებით ნაკლები მნიშვნელობა აქვს, რადგან ასეთი შეიძლება არ იყოს (გადარეცხოს წვიმამ ან თოვლმა).

შინაგანი ნიშნებიდან ახალშობილობას ამტკიცებს ფილტვებში ჰაერის არარსებობა (უსუნთქი ფილტვები) და ნაწლავებში მეკონიუმი (მსხვილი ნაწლავების მთლიანი ამოვსება მეკონიუმით).

გავლარაჯოგილოზისა და ცოცხლადშობილობის საკითხი

ნაყოფის (ახალშობილის) ცოცხლადშობილობის და დროულობის (მომწიფების) კრიტერიუმის განსაზღვრისათვის. სსრ კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს 12/II 1966 წ. № 85 ბრძანებით, დამტკიცებული ინსტრუქციის მე-3 მუხლის მიხედვით, ცოცხლადშობილობის კრიტერიუმს წარმოადგენს დაბადების შემდეგ სიცოცხლისუნარიანი ნაყოფის (ე. ი. ნაყოფი სიგრძით 35 სმ და მეტი, წონით 1000 გ და მეტი) ფილტვების სუნთქვის წარმოშობა.

ცოცხალი ბავშვის დაბადების (ცოცხლადშობილობის) ქვეშ იგულისხმება დედის ორგანიზმიდან ნაყოფის მთლიანი გამოძევება ან გამოტანა ორსულობის ვადის 28-ე კვირას და შემდეგ (ე. ი. ნაყოფი სიგრძით 35 სმ და მეტი, წონით 1000 გ და მეტი), რომელ-

მაც დედის ორგანიზმიდან გამოყოფის შემდეგ, აწარმოვა დამოუკიდებელი ერთი შესუნთქვა მაინც. მკვლად შობილობის კრიტერიუმს წარმოადგენს დაბადების შემდეგ დამოუკიდებლად ან გამოცოცხლების ხელოვნურ საშუალებათა გამოყენების მიუხედავად სუნთქვის არარსებობა, მიუხედავად გულის ცემის ან სიცოცხლის სხვა ნიშნების არსებობის, თუ არარსებობისას.

4. მკვლადშობილობის ქვეშ იგულისხმება დედის ორგანიზმიდან ნაყოფის მთლიანი გამოძევება ან გამოტანა ორსულობის ვადის 28-ე კვირის და მის შემდეგ (ე. ი. ნაყოფი სიგრძით 35 სმ და მეტი, წონით 1000 გ და მეტი), რომელსაც დედის ორგანიზმიდან გამოყოფის შემდეგ არ უწარმოებია ერთი შესუნთქვაც.

5. 28 კვირის ორსულობამდე დაბადებული ნაყოფი (ე. ი. სიგრძით 35 სმ ნაკლები და წონით 1000 გ ნაკლები) მიუხედავად იმისა გამოამყლავნა თუ არა მან სიცოცხლის ნიშნები, ითვლება აბორტად.

ნაყოფები დაბადებული 28 კვირის ორსულობამდე (ე. ი. სიგრძით 35 სმ ნაკლები და წონით 1000 გ ნაკლები), რომელმაც იცოცხლა 7 დღემდე, ე. ი. პერინატალური პერიოდის ბოლომდე (ჩაითვლება ნაადრევ მშობიარობად — ცოცხალი ნაყოფით).

მკვლადშობილობის და ცოცხლადშობილობის საკითხი უნდა გადაწყდეს გვამის სასამართლო-სამედიცინო გამოკვლევით, რომელიც ზოგიერთი თავისებურებებით ხასიათდება. ამიტომ გვამის ექსპერტიზის წესების მეოთხე თავში მითითებულია იმ სავალდებულო მუშაობის შესრულებაზე, რომლითაც ხდება ცოცხლადშობილობის საკითხის გადაწყვეტა.

ცოცხლადშობილობის დასადგენად. წესების მეოთხე თავის 79-ე მუხლის მიხედვით, სავალდებულოა არანაკლები ორი სინჯის (კუჭ-ნაწლავის და ფილტვების) ჩატარება.

ცოცხლადშობილობის დასადგენად მოწოდებულია: გალენ-შრეიერის, ბრესლაუს, ტარანუხინის, მეიქსნერის, დინიციის და ვრედენის სინჯები, მაგრამ პრაქტიკულად ყველაზე უფრო ხელმისაწვდომია გალენ-შრეიერის ჰიდროსტატიკური სინჯი ფილტვებზე და ბრესლაუსი — კუჭნაწლავზე.

ფილტვების ჰიდროსტატიკური სინჯი კეთდება ოთხ ეტაპად. დასაწყისში (გულმკერდის ღრუს გახსნამდე) განაკვეთი უნდა

გატარდეს ნიკაბიდან საუღლე ნაქდევამდე და ფარისებური ჭირ-
კვლის ქვედა კიდესთან გადაიკვანძოს სასულე. შემდეგ უნდა გაიხ-
სნას გულმკერდისა და მუცლის ღრუ. გადაიკვანძოს საყლაპავი
მილი კუჭის შესავალთან (ბრესლაუს სინჯის ჩასატარებლად); პი-
რის ღრუს, კისრისა და გულმკერდის ოგრანობები ენა, ნუშისებრი
ჭირკვლები, ხორხი, სასულე, საყლაპავი მილი, მკერდუკანა ჭირკვა-
ლი, ფილტვები, გული და სხვ. ამოღებულ იქნეს ერთ კომპლექ-
სად და მოთავსდეს წყლით სავსე ჭურჭელში. თუ ახალშობილი
ცოცხლადაა დაბადებული და ნასუნთქია, კომპლექსი ამოტივტივ-
დება წყლის ზედაპირზე — ფილტვებში ჰაერის არსებობის გამო.
სინჯის უარყოფითი შედეგი არ მეტყველებს მკვდრადშობილობა-
ზე. რადგან შეიძლება სუნთქვის დროს მხოლოდ ფილტვის ქსოვი-
ლის ნაწილი გაიშალოს. ნაწილი კი დარჩეს ატელექტაზურ (ჩაფუ-
შულ) მდგომარეობაში და ფილტვებში არსებული ჰაერი არ იყოს
საქმარისი მთელი კომპლექსის ამოსატივტივებლად. ამიტომ, კეთ-
დება დანარჩენი ეტაპები. მეორე ეტაპის დროს წყალში უნდა მო-
თავსდეს მხოლოდ ფილტვები (ცალ-ცალკე), მესამე ეტაპში —
ფილტვების ცალკეული წილები, ხოლო მეოთხე ეტაპში — ფილ-
ტვის პატარ-პატარა ნაჭრები. თუ ცალკეული ნაჭრებიც არ ამო-
ტივტივდა — ახალშობილი მკვდრადშობილად უნდა მივიჩნიოთ.

აღნიშნული სინჯი ზედმიწევნით საიმედოა, მაგრამ იშვიათ
გამონაკლის შემთხვევებში, როცა ახალშობილი იბადება აპნოეს
მდგომარეობაში და თანაც იგი სუსტი ფიზიკური განვითარებისაა,
სინჯი უარყოფითია (ფილტვის ნაჭრები იძირება წყალში). მიუხედა-
ვად იმისა, რომ ახალშობილმა იცოცხლა რამდენიმე საათი ან ღლე.

მკვდრადშობილის ფილტვები და მისი ნაჭრები წყალში ყოველ-
თვის იძირება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ფილტვის ქსოვილ-
ში (განსაკუთრებით პლევრის ქვეშ) დაგროვილია ლობითი აირები.

იმის დასადასტურებლად, რომ ფილტვები და მისი ნაჭრები
ტივტივებენ მართლა ლობითი აირების დაგროვების გამო, კოსო-
როტოვისა და სმოლიანინოვის მიხედვით, წყალში ჩაგდებულ უნდა
იქნეს ლვიძლის ნაჭერიც. თუ ამ უკანასკნელმაც დაიწყო ცურვა
წყლის ზედაპირზე, გალენ-შრეიერის დადებითი სინჯი საექვო ხდება.

ამ დებულების უკრიტიკოდ მიღება არ შეიძლება. რადგან
კარლ რეის ცდებით დადასტურდა, რომ ლვიძლი, ლობის შედე-

გად დაგროვილი აირების გამო მალე იწყებს ტივტივს. ვიდრე ფილტვები.

ლპობის შედეგად პლევრის ქვეშ დაგროვილი აირები მოჩანს სხვადასხვა ოდენობის ბუშტუკების სახით. თუ მათ ნემსის ჩხვლეტით ჩავფუშავთ, ფილტვის ნაჭერი ჩაიძირება.

გარდა აღნიშნულისა, მკვდრადშობილის ფილტვი შეიძლება ამოტივტივდეს იმ შემთხვევაში, როდესაც გვამი და მასთან ერთად ფილტვები გაყინულია (ყინულის ხვედრითი წონა ნაკლებია წყლის ხვედრით წონაზე). ასეთ შემთხვევაში გვამი უნდა გაიკვეთოს პროზექტურაში მოთავსებიდან 24 საათის შემდეგ, როცა გაყინვის მოვლენები გაივლის.

შემთხვევათა გარკვეულ რიცხვში, როგორც უკვე ზევით იყო აღნიშნული, შესაძლებელია საწინააღმდეგო მდგომარეობასთან გვექონდეს საქმე—ნასუნთქი ფილტვები წყალში ჩაიძიროს. ეს მეტწილად მოსალოდნელია დღენაკლი და ფიზიკურად სუსტი ახალშობილის შემთხვევაში, როცა ფილტვის ალვეოლებში მცირე რაოდენობით შესული ჰაერი ამოიდევნება ფილტვის ქსოვილის ელასტიკურობის გამო და განვითარდება მეორადი ატელექტაზი. პრაქტიკაში ჩვენ გვექონდა მსგავსი შემთხვევები. მაგალითად, 1955 წელს თბილისის მეორე სამშობიარო სახლში მოქ. ზ-მ იმშობიარა ორი ნაყოფი (ნაყოფის წონა 2400 გ და 2500 გ). ახალშობილები დაიბადნენ ლურჯი ასფიქსიით. მიღებული ღონისძიების შედეგად ორივე მალე „გამოაცოცხლეს“. ერთი მათგანი (წონა — 2400 გ) მოკვდა 48 საათის შემდეგ. გვამის გაკვეთით ნახული იქნა ფილტვების სრული ატელექტაზი. გალენ-შრეიერის სინჯი ყველა ეტაპში უარყოფითი იყო.

ზოგიერთ შემთხვევაში მკვდრადშობილის ფილტვებში ჰაერი შეიძლება შევიდეს ხელოვნური სუნთქვის წარმოების პროცესში. ამ დროს გალენ-შრეიერის სინჯი დადებითი იქნება.

იმ შემთხვევებში, როდესაც ნასუნთქი ფილტვებიდან ჰაერი გამოდევნილია, ანუ უსუნთქ ფილტვებში ჰაერია შესული, გალენ-შრეიერის ჰიდროსტატიკური სინჯით იმის დამტკიცება — ისუნთქა ახალშობილმა თუ არა, ძნელია; ასეთ შემთხვევებს მეტად კრიტიკული მიდგომა სჭირდება და აუცილებელია სხვა მონაცემების (სინჯები და ანატომიური გამოკვლევა) გათვალისწინებაც.

კუქ-ნაწლავის ბრესლაუს სინჯი დაკყარბებულია ცოცხლადშობილი ნაყოფის კუქ-ნაწლავში ჰაერის შესვლაზე (სუნთქვის დროს). სინჯის საწარმოებლად შესავლისა და გასავლის მიდამოში უნდა გადაიკვანძოს კუქი და მოთავსდეს წყალში. იმ შემთხვევაში, თუ მასში არის ჰაერი, იგი ამოტივტივდება, წინააღმდეგ შემთხვევაში — ჩაიძირება. ბრესლაუს სინჯს ყოველთვის ვერ დავეყრდნობით, რადგან, ძალიან ხშირად, კუქ-ნაწლავში აირების დაგროვება დაკავშირებულია ლპობასთან.

სხვა სინჯებიდან აღსანიშნავია დინიცის ნერწყვის სინჯი (ქიმიური რეაქციით კუქში ნერწყვის აღმოჩენით ამტკიცებს ცოცხლადშობილობას), ვრედენის სინჯი (საფეთქლის ძვლის დვრილისებური მორჩის უჯრედებში ჰაერის ნახვით ადასტურებს ცოცხლადშობილობას), ტარანუხინის სინჯი (სპეციალურ ხელსაწყოში წყლის ზედაპირზე ჰაერის ამოტუმბვით აიშვიათებს წნევას, რის გამოც, თუ ალვეოლები ჰაერს შეიცავს, ფილტვის ნაწილაკები ამოტივტივდება წყლის ზედაპირზე) და იკარის სინჯი (ჰაერს აიშვიათებს შპრიცის საშუალებით). ეს სინჯები პრაქტიკულად ძნელი შესასრულებელია და მას ნაკლები მნიშვნელობა უნდა მიეცეს აღნიშნული საკითხის გადაწყვეტაში.

მორფოლოგიური გამოკვლევით, მიკროსკოპულად ნასუნთქი ფილტვი მოქნილია, მოვარდისფრო, გაშლილი, ავსებს გულმკერდის ღრუს, განაკვეთის ზედაპირზე ხელის დაჭერით გამოიღინება მუქი წითელი ფერის ქაფიანი სითხე. ატელექტაზური ფილტვი, პირიქით, მომკვრივო კონსისტენციისაა, ხორცისფერია, ჩაფუშულია. არ ავსებს გულმკერდის ღრუს, მიკრულია ხერხემლის სვეტის გვერდით ზედაპირებზე და განაკვეთის ზედაპირზე ხელის დაჭერით ქაფიანი სითხე არ გამოიღინება.

ცოცხლადშობილობის დამადასტურებელი სხვა ნიშნებიდან გვამის გარეგანი დათვალიერების დროს აღსანიშნავია ქიპლარის მდგომარეობა — მისი მუმიფიკაცია და სადემარკაციო ხაზის განვითარება, რაც ცოცხლად შობილობას ადასტურებს.

ახალშობილთა სიყვითლე თითქმის ყველა ახალშობილს უვითარდება სიცოცხლის მეორე დღიდან და გრძელდება 6—8 დღემდე. ამიტომ სიყვითლე ადასტურებს ცოცხლადშობილობას.

ცოცხლადშობილობის დამადასტურებელია აგრეთვე თირკმ-

ლებში ე. წ. შარდმავა ინფარქტის ნახვა. რომელიც ვითარდება სიცოცხლის მე-2 დღიდან და ქრება მე-6-7 დღეს.

უჭკში ხსენის ნახვა ან ნაწლავებში არსებულ მეკონიუმში მიკროსკოპული გასინჯვით ცხიმის წვეთების აღმოჩენა უტყუარად ადასტურებს ცოცხლადშობილობის ფაქტს. მეკონიუმი ნაწლავებში არის დაბადების შემდეგ ორ დღემდე. ამიტომ მისი არარსებობაც ცოცხლადშობილობის დამადასტურებელია.

ცნება დღენაკლი და დღესრული ახალშობილის შესახებ

ჩვეულებრივ ორსულობა გრძელდება 10 სამთვარო თვეს, რის შემდეგაც იბადება დღესრული. სიცოცხლისუნარიანი ნაყოფი, მაგრამ დღენაკლობისა და დღესრულობის საკითხის განსაზღვრისას ეს ყოველთვის ასე არ არის.

დღენაკლობისა და დღესრულობის განსაზღვრისას საჭიროა მთელი რიგი მონაცემების მხედველობაში მიღება, რომელთა შორისაც ყველაზე მნიშვნელოვანია ახალშობილის წონა, სხეულის სიგრძე, ორსულობის ხანგრძლივობა და შემდეგ კანის, თმის, ფრჩხილების, გარეთა სასქესო ორგანოებისა და გაძვლების ბირთვის (ე. წ. ბეკლიარის ბირთვის) მდგომარეობა.

ზემოთ მითითებული ინსტრუქციის 6 მუხლის შესაბამისად სიცოცხლისუნარიანი ნაყოფი შეიძლება იყოს მწიფე (დღესრული) და უმწიფარი (დღენაკლი).

ნაყოფის (ახალშობილის) სიმწიფის (დღესრულობის) და უმწიფრობის (დღენაკლობის) განსაზღვრისას. მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ორსულობის ხანგრძლივობა და ნაყოფის (ახალშობილის) სიგრძე, წონა და აგრეთვე სიმწიფისათვის დამახასიათებელი სხვა ნიშნები.

ნაყოფის (ახალშობილის) სიგრძე, როგორც მუდმივი ნიშანი, უფრო სარწმუნო კრიტერიუმია სიმწიფის განსაზღვრისათვის ვიდრე წონა. ნაყოფის სიგრძე უსათუოდ უნდა გაიზომოს ჰორიზონტალური სიმაღლის მზომზე. ნაყოფის (ახალშობილის) გაშლილ მდგომარეობაში.

7. ნაყოფები (ახალშობილები) სიგრძით 47 სმ ზემოთ ჩაითვლება მომწიფებულად (დღესრულად).

ახალშობილის სიგრძის მონაცემების უქონლობის შემთხვევა-

ში მხედველობაში მიიღება მისი წონა. 2500 გ და მეტი წონის ახალშობილი ჩაითვლება მწიფედ (დღესრულად).

ნაყოფის სიმწიფის სხვა ნიშნებია: კანქვეშა ცხიმის საკმაო განვითარება: კანი — ვარდისფერის, ღიწლი შერჩენილია მხოლოდ მხრის სარტყელებთან, ზურგის ზემო ნაწილებში და მხრებზე; თავზე აქვს არანაკლები 2—3 სმ სიგრძის თმა, ყურის ნიჟარების და ცხვირის ხრტილები მომკვრივია. ფრჩხილები უკვე გამკვრივებულია და ფარავს თითების დაბოლოებებს. ჰიპლარის გამოსვლის ადგილი მოთავსებულია მახვილისებრ მორჩსა და ბოქვენის შუაში ან ოდნავ ქვემოთ. ვაჟებს სათესლე ჯირკვლები (ზოგიერთი პათოლოგიური გამონაკლისისა) მოთავსებულია პარქში; გოგონებში სავენბო და მცირე სასირცხო ბაგეები დაფარულია დიდი სასირცხო ბაგეებით.

მომწიფებული ნაყოფი ამჟღავნებს დიდ აქტივობას: ამოძრავებს კიდურებს, გამოსცემს მკვეთრ ყვირილს და ა. შ.

8. ნაყოფი (ახალშობილი) სიგრძით 45 სმ ნაკლები ჩაითვლება უმწიფრად (დღენაკლად).

ახალშობილის სიგრძის მონაცემების უქონლობის შემთხვევაში მხედველობაში მიიღება მისი წონა. 2500 გ ქვემოთ ახალშობილი ჩაითვლება უმწიფრად (დღენაკლად).

9. ახალშობილის სიმწიფის განსაზღვრა, როცა მისი სიგრძე 45-დან 47 სანტიმეტრამდეა (ჩათვლით) ცალკეულ შემთხვევაში წარმოებს სიმწიფისათვის დამახასიათებელი ყველა ნიშნის დეტალური ანალიზის შედეგად.

დასკვნა ნაყოფის მომწიფების შესახებ შეთანხმებული უნდა იქნეს სამშობიარო სახლის პედიატრისა და მეან(ი) შორის და ჩაწერილი იქნეს მშობიარობის და ახალშობილის განვითარების ისტორიებში.

ამდაგვარად უნდა მოვიქცეთ ყველა სადავო საკითხის და საექვო შემთხვევებში, მიუხედავად იმისა, თუ რა სიდიდისაა ახალშობილი.

10. ზემოთ მითითებული ახალშობილის სიმწიფის განსაზღვრის სხეულის სიგრძე და წონა გამოიყენება მხოლოდ ერთნაყოფიანი ორსულობის შედეგად მიღებული ახალშობილისადმი. მრავალნაყოფიანი ორსულობის შემთხვევაში, სიმწიფის უთუო ნიშნე-

ბის არსებობისას ახალშობილის სიგრძე და წონა შეიძლება იყოს უფრო ნაკლები.

ტყუპების და მეტი ნაყოფის შემთხვევაში სიმწიფის საკითხის განსაზღვრისას არ შეიძლება გამოვმდინარეობდეთ ზემოთ მითითებული მონაცემებიდან, არამედ საჭიროა ვიხელმძღვანელოთ უფრო განვითარებული ნაყოფის სიმწიფის ნიშნებით და განისაზღვროს სიმწიფე მათი ნიშნების ერთობლიობით.

11. მშობიარობა მოუმწიფებელი ნაყოფით ჩაითვლება ნაადრევად, ხოლო ნაყოფი დღენაკლად“.

დღენაკლულობისა და დღესრულობის განსაზღვრისათვის სხვადასხვა ავტორი სხვადასხვაგვარ წონას იძლევა. სასამართლო მედიცინაში მიღებულია, რომ 2500 გ-ზე მეტი წონის ახალშობილი ითვლება დროულად, ხოლო 2500 გ-ზე ნაკლები — დღენაკლად.

ანთროპომეტრიული მონაცემებიდან, ახალშობილთა დღესრულობისა და დღენაკლობის დასადგენად ყველაზე მნიშვნელოვანია სხეულის სიგრძე, თავის გარშემოწერილობა (ვერტიკალურ ზომაში) და გულმკერდის გარშემოწერილობა, სხეულის სხვა ზომებს (თავის წინა-უკანა ზომას, თავის გარდიგარდმო ზომას, თავის ირიბ ზომას და სხვ.) ნაკლები მნიშვნელობა აქვს, თუმცა შემთხვევათა გარკვეულ რიცხვში აღნიშნული მონაცემებიც გვეხმარება დასმული საკითხის გადაწყვეტაში.

სქესის მიხედვით. ახალშობილთა სხეულის სიგრძეში განსხვავება შეიძლება იყოს 1 — 2 სმ.

სასამართლო მედიცინის თვალსაზრისით, 45 სანტიმეტრზე მეტი სიგრძის ახალშობილი ითვლება დღესრულად, ხოლო ამ ზომაზე ნაკლები — დღენაკლად.

დღესრულ ახალშობილთა თავის გარშემოწერილობა საშუალოდ 34-35 სმ უდრის.

სასამართლო-სამედიცინო თვალსაზრისით 29 სმ-ზე ნაკლები თავის გარშემოწერილობის მქონე ახალშობილი ჩაითვლება დღენაკლად, მეტი — დღესრულად.

ახალშობილის დღენაკლობისა და დღესრულობის განსაზღვრისას, წონის, სხეულის სიგრძისა და თავის გარშემოწერილობის მონაცემთა გამოყენება ყოველთვის კრიტიკულად უნდა ხდებოდეს. მაგალითად, ცნობილია რომ ახალშობილი პირველ დღეებში გარ-

კვეული რაოდენობით იკლებს წონაში, რაც ახალშობილთა გვამის გამოკვლევის დროს მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული.

დღენაკლ ბავშვებს ხშირად, სითბოს დიდი რაოდენობით დაკარგვის გამო, უვითარდებათ სკლერემა (sclerema), რომლის დროსაც კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი მკვეთრად განლეულია, ყურის ნიჟარების ხრტილი სუსტად განვითარებული, კანის ტურგორი დაქვეითებული, თმთანობა სუსტადაა გამოხატული, გარეთა სასქესო ორგანოების სუსტადაა განვითარებული და სხვ.

ახალშობილის სხეულის ფიზიკური მონაცემების სისრულე, პირველ რიგში, დაკავშირებულია მუცლადყოფნის ხანგრძლივობაზე, ნაყოფის კვების ხარისხზე (პლაცენტური სისხლის მიმოქცევაზე), დედის კონსტიტუციაზე, მის პროფესიაზე, მშობიარობის რაოდენობასა და მთელ რიგ სხვა ფაქტორებზე.

სასამართლო მედიცინის თანამედროვე (პოპოვი, რაისკი, ავდევი) და ძველ (პოფმანი, ბოკარიუსი, კოსოროტოვი, როზენბლიუმი) სახელმძღვანელოებში ორსულობის ხანგრძლივობად მიღებულია 280 დღე. დასაშვებია 50 დღით მეტყეობა ამ ნორმიდან.

აქვე საჭიროა აღინიშნოს რომ მრავალნაყოფიანი ორსულობა დიდ გავლენას ახდენს ნაყოფის ფიზიკურ განვითარებაზე. ასეთ შემთხვევაში ორსულობა ხშირად არ აღწევს 10 მთვარის თვემდე და იბადება დღენაკლი, სიცოცხლისუნარმოკლებული ახალშობილი. ზოგჯერ მრავალნაყოფიანი ორსულობა, მართალია, ათი მთვარის თვე გრძელდება, მაგრამ ახალშობილის ფიზიკური განვითარება მაინც ბევრად ჩამორჩება დროული ნაყოფის ფიზიკურ მონაცემებს, რაც ყოველთვის მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული.

დღენაკლი ახალშობილი იბადება ნაადრევი მშობიარობის შედეგად, რომლის მიზეზი შეიძლება იყოს დედის დაავადება ან ნაყოფის განვითარების მანკები.

ძალიან ხშირად დღენაკლობის მიზეზი უცნობია.

დედის მხრივ ნაადრევი მშობიარობისა და, მამასადამე, დღენაკლობის გამომწვევი მიზეზებია: მწვავე და ქრონიკული ინფექციური დაავადებანი (ათამანგი, ტუბერკულოზი, ტიფები, ბრუცელოზი), ორსულთა ეკლამფსია, ვიწრო მენჯი, ტრავმა, ქრონიკული მოწამვლა ტყვიით, ფოსფორით, დარიშხანით და სხვ.

ნაყოფის მხრივ დღენაკლობის მიზეზი შეიძლება იყოს: სხვადასხვა სიმპხინჯე, პლანცეტის ინფარქტი, კიპლარის ანომალიები და სხვ.

ახალშობილის სიცოცხლისუნარიანობა

ახალშობილის სიცოცხლისუნარიანობა დამოკიდებულია მის ნორმალურ ფიზიკურ განვითარებაზე. ამიტომ დღენაკლი ახალშობილი მეტწილად სიცოცხლისუნარმოკლებულია, თუმცა დროული მშობიარობის შემდეგაც შეიძლება ახალშობილის ფიზიკური განვითარება ისეთი იყოს, რომ მას სიცოცხლის უნარი არ ჰქონდეს. ეს უკანასკნელი ვითარდება ორსულობის სხვადასხვა პათოლოგიის დროს (ორი და მრავალნაყოფიანი ორსულობა, ზედმეტი წყლიანობა, ორსულთა ქრონიკული ინფექციური დაავადებანი და სხვ.).

სასამართლო მედიცინის სახელმძღვანელოებში მითითებულია, რომ ჩვეულებრივ, შვიდი მთვარის თვემდე დაბადებული ახალშობილი, სიცოცხლის უნარიანი არ არის. ასეთ შემთხვევაში ახალშობილის წონა არ აღემატება 1500 გრამს, ხოლო სხეულის სიგრძე — 35 სანტიმეტრს.

ორსულობის შეწყვეტა 7 თვემდე ითვლება აბორტად, რადგან ნაყოფს სიცოცხლის უნარი არა აქვს. მისი წონა 1500 გრამზე ნაკლებია, ხოლო სხეულის სიგრძე 35 სანტიმეტრზე ნაკლები, ამიტომ ახალშობილის სიცოცხლისუნარიანობის განსაზღვრა ხდება ძირითადად წონისა და ზომის ამ მონაცემების მიხედვით. გარდა ამისა, ყურადღება ექცევა ფიზიკური განვითარების სხვა მონაცემებს. კანის, ფრჩხილების, თმების, გარეთა სასქესო ორგანოებისა და ბოლოს, შინაგანი ორგანოების განვითარების მდგომარეობას.

არის შემთხვევები, როცა ორსულობის 7 თვის შემდეგ იბადება ძალზე სუსტი ფიზიკური განვითარების ახალშობილი, რომლის წონა 1500 გრამზე ნაკლებია. მაგრამ შესაფერისი პირობების შექმნით შეიძლება სიცოცხლის შენარჩუნება. ამ მხრივ საყურადღებოა სამეანო-გინეკოლოგიურ სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტებთან და სამშობიარო სახლებთან არსებული დღენაკლ ბავშვთა განყოფილებები, სადაც წარმოებს 1000 გ და უფრო ნაკლები წონა

ნის ახალშობილთა გაზრდა. ამიტომ სიცოცხლისუნარიანობის ზემოწითითებული ფიზიკური მონაცემების ზღვარი (წონა — 1500 გ და სხეულის სიგრძე — 35 სმ) არ წარმოადგენს აბსოლუტურ მაჩვენებელს. თუმცა, ზემოთ მითითებული ინსტრუქციის მე-2 მუხლის თანახმად, „ნაყოფის (ახალშობილის) სიცოცხლისუნარიანობის განსაზღვრის კრიტერიუმად მიღებულია ორსულობის ვადის ხანგრძლივობა 28 კვირა და მეტი, მასთან სსრ კავშირში მიღებული მონაცემების მიხედვით სიცოცხლისუნარიანი ნაყოფის სიგრძე დაბადებისას უნდა იყოს 35 სმ და წონა 1000 გ მეტი“. მიუხედავად ამისა, სასამართლო-სამედიცინო თვალსაზრისით, ახალშობილი სიცოცხლისუნარმოკლებულად ითვლება, თუ მისი წონა 1500 გრამზე ნაკლებია და სხეულის სიგრძე 35 სმ-ზე ნაკლები.

ახალშობილის სიცოცხლისუნარიანობა შეიძლება დაკავშირებული იქნეს სხვადასხვა პათოლოგიასთან, რომელთა შორის აღსანიშნავია სიმახინჯეები. ეს გარემოება განსაკუთრებით უნდა იქნეს აღნიშნული, რადგან ასეთი მიზეზით სიცოცხლისუნარმოკლებული შეიძლება იყოს დღესრული ახალშობილიც.

მკვლადშობილობის მიზეზი

მუცლად ყოფნის დროს ნაყოფის სიკვდილის მიზეზი შეიძლება იყოს დედის, ნაყოფისა და პლაცენტის დაავადებანი.

დედის დაავადებებიდან აღსანიშნავია მძიმე და მწვავე ინფექციური დაავადებანი (ტიფი, დიზენტერია, სეფსისი, მალარია, ფილტვის ანთება და სხვ.), გულის, ფილტვებისა და თირკმლების ქრონიკული დაავადებანი (გულის მანკი, ენდოკარდიტი, ფილტვის ტუბერკულოზი, ნეფროზო-ნეფრიტი და სხვ.), მუცლის ღრუს, განსაკუთრებით მცირე მენჯის ორგანოების სხვადასხვა სიმსივნე და დედის დაავადება ათამანგით.

ნაყოფისმხრივი მიზეზებიდან მკვლადშობილობას იწვევს ჰიპლარის ნამდვილი კვანძები, ჰიპლარის რამდენიმე შემთხვევა ნაყოფის ამა თუ იმ ნაწილზე (ყელზე ან კიდურებზე, რაც იწვევს სისხლის ცირკულაციის შეწყვეტას) და, ბოლოს, ნაყოფის განვითარების მანკები.

პლაცენტისმხრივი მიზეზებიდან ნაყოფის სიკვდილს იწვევს

პლაცენტის მრავლობითი ინფარქტები, პლაცენტაში დისტროფიული ცვლილებები — უფრო ხშირად ცხიმოვანი დისტროფია, პლაცენტის ნაადრევი მოცილება. პლაცენტის წინამდებარეობა და სხვ.

ზოგჯერ მკვდრადშობადობის მიზეზი არის ორსული ქალის ტრავმული დაზიანება, განსაკუთრებით მუცლის მიდამოში, როცა დედა ცოცხალი რჩება და ნაყოფი იღუპება.

მკვდარი ნაყოფი მალე ტოვებს საშვილოსნოს, რადგან ასეთ შემთხვევებში ადგილი აქვს ყელის გახსნას და სამშობიარო ტკივილების დაწყებას. ზოგჯერ მკვდარი ნაყოფი დიდხანს რჩება საშვილოსნოში. მოსალოდნელია მისი გაკირვა კალციუმის მარილების ჩალაგების გამო, რომელიც სამუდამოდ რჩება საშვილოსნოს ღრუში.

მკვდარი ნაყოფი მავნე გავლენას ახდენს დედის ორგანიზმზე. ნაყოფის დაშლის გამო მოსალოდნელია წარმოშობილი მავნე პროდუქტების შეწოვის შედეგად განვითარდეს მოწამელა ან გახსნილი საშვილოსნოს ყელიდან შექრილმა ინფექციამ გამოიწვიოს ქალის მძიმე დაავადება (ენდომეტრიტი, სეფსისი და სხვ.).

ორსულობის უკანასკნელ პერიოდში მკვდარი ნაყოფი საშვილოსნოში რამდენიმე დღის განთავლობაში განიცდის მაცერაციას, რომლის მიხედვითაც შესაძლებელია მუცლადყოფნის დროს განვითარებული სიკვდილის ხანდაზმულობის დადგენაც.

მაცერირებული ნაყოფის კანი ზედმიწევნით ღუნეა. ეპიდერმისი ადვილად სცილდება, ალაგ-ალაგ განვითარებულია ბუშტუკები, რომლებიც ამოვსებულია გამჭვირვალე სითხით. ამ ბუშტუკების გასკდომის შემდეგ ეს უბანი პრიალა-მოწითალო ფერისაა (წააგავს დამწვრობას). ფეხებისა და ხელის გულების მიდამოში კანი მოთეთრო ფერისაა და დანაოკებულია, ხოლო მაცერაციის შორეულ შემთხვევაში კანი ამ მიდამოში ადვილად სცილდება. თავი დეფორმირებულია (ასე თუ ისე გაბრტყელებულია) და წააგავს ჩანთას, ხელის შეხებით ისინჯება ქალის სარქველის ადვილად მოძრავი ცალკეული ძვლები. სახსრებს შორის მოძრაობა თავისუფალია. უკანა ტანის მიდამო მოსვრილია მეკონიუმით, რადგან ანუსი დიაა—ნაწლავის შიგთავსი ადვილად გამოიყოფა გარეთ. კანი ხელის შეხებით ზედმიწევნით სრიალავს. შინაგანი ორგანოები რბილი

კონსისტენციისა და სისხლით იმბიბიციის გამო ქუჩყიანი წითელი ფერისაა. მიუხედავად ამისა, ალაგ-ალაგ ქსოვილებში შეიძლება ნახულ იქნეს ასფიქსიური სიკვდილისათვის დამახასიათებელი ნიშნები, მაგალითად. წერტილოვანი სისხლჩაქცევები პლევრის ქვეშ. ფილტვებში ათამანგის შედეგად განვითარებული თეთრი პნევმონია და სხვ.

ჩვეულებრივ, მუცლადყოფნის დროს განვითარებული სიკვდილის მესამე დღიდან ნაყოფში უკვე ჩანს მაცერაციის მოვლენები და მეხუთე დღეს ეს მოვლენები კარგად არის გამოხატული, მაგრამ ზოგჯერ ნაყოფის მაცერაციის მოვლენები უფრო ადრე ან, პირიქით, მოგვიანებით გამოვლინდება. ამიტომ ნაყოფის მაცერაციის ინტენსივობის მიხედვით ზუსტად არ შეიძლება დადგენილ იქნეს ნაყოფის მუცლად სიკვდილის ხანდაზმულობა.

ახალშობილის გვამში ზემოაღწერილი, მაცერაციისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები შეიძლება განვითარდეს დაბადების შემდეგ, გვამის ღვინის შედეგად. ამიტომ მაცერაციის ნიშნები იმ შემთხვევაში ჩაითვლება მკვდრადშობადობის დამადასტურებლად, როცა იგი აღმოჩნდება ახლად დაბადებულზე.

მკვდრადშობილის გვამის სასამართლო-სამედიცინო გამოკვლევით საქმოდ ხშირად შეუძლებელია მკვდრადშობადობის მიზეზის დადგენა, განსაკუთრებით მაშინ, როცა იგი გამოწვეულია დედის მიზეზით. იმ შემთხვევაში, როცა მკვდრადშობადობის მიზეზი არის ნაყოფის ან პლანცენტის პათოლოგიური პროცესი, ვნახულობთ შესაფერის პათოლოგიურ ცვლილებებს როგორც ახალშობილის გვამში, ისე პლაცენტაში.

ყველა ზემოთქმულის მიხედვით, მკვდრადშობადობის მიზეზის დასადგენად საჭიროა შესწავლილ იქნეს სამი ობიექტი: დედის ორგანიზმი (მშობიარობის ისტორია), პლაცენტა და მკვდრადშობილის გვამი.

ნაყოფის სიკვდილის მიზეზი მშობიარობის დროს

მართალია, მშობიარობის პროცესი ფიზიოლოგიურ აქტს წარმოადგენს, მაგრამ ამ დროს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს დედის (მშობიარის) და ნაყოფის მხრივ სერიოზულ გართულებებს, რომ-

ლის შედეგად განვითარდება არა მარტო დაზიანებანი, არამედ დედის ან ნაყოფის სიკვდილი (სამშობიარო ტრავმა).

მშობიარობის პროცესში ნაყოფის სხეულზე განვითარებული დაზიანებანი ცნობილია როგორც სამშობიარო ტრავმა, რომლის ცოდნა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტისათვის სავალდებულოა, ჩვილთმკვლელობის შედეგად ახალშობილის სხეულზე დარჩენილი ძალადობის ნიშნებისაგან განსხვავების თვალსაზრისით.

მშობიარობის პროცესში ნაყოფის სიკვდილის მიზეზი შეიძლება იყოს: 1) სისხლის მიმოქცევის ნადრევი შეწყვეტა, 2) სამშობიარო ტრავმა და 3) ახალშობილის სისხლისაგან დაცლა (ანემია).

სისხლის მიწოდება ნაყოფისათვის შეიძლება დაბრკოლდეს ხანგრძლივი და ძლიერი სამშობიარო შეტევების ან საშვილოსნოს კრუნჩხვითი ხასიათის შეკუმშვების დროს, ასეთ შემთხვევაში საშვილოსნოს სისხლძარღვების სანათურები ვიწროვდება და ნაყოფის ჟანგბადით მომარაგება იმდენად მცირდება, რომ ახალშობილი შეიძლება ასფიქსიისაგან დაიღუპოს. მეორე შემთხვევაში სისხლის ცირკულაცია შეწყდება პლაცენტის ნადრევი მოცილების დროს, რასაც მეტწილად ვხვდებით პლაცენტის წინამდებარეობისა და ნორმალურად მდებარე პლაცენტის ნადრევი მოცილების შემთხვევაში. ზოგჯერ სისხლის ცირკულაციის შეწყვეტა ვითარდება ჰიპლარის გამოვარდნის დროს, როცა ნაყოფის მომდევნო ნაწილი (ხშირად თავი) მიაჭყლეთს მას სამშობიარო გზების კედლებს და ნაყოფი ასფიქსიისაგან დაიღუპება.

სისხლის ცირკულაციის შეწყვეტის შედეგად განვითარებული სიკვდილის დროს მკვდრადშობილის გვამის შინაგან ორგანოებში ვნახულობთ ასფიქსიური სიკვდილისათვის დამახასიათებელ ნიშნებს. ფილტვები ატელექტაზურ მდგომარეობაშია.

საერთოდ, სისხლის ცირკულაციის შეწყვეტით გამოწვეული ნაყოფის ასფიქსიური სიკვდილის დადგენა მხოლოდ ახალშობილის გვამის გამოკვლევით ძალიან ძნელია. ამიტომ ყველა ასეთ შემთხვევაში შესწავლილი უნდა იქნეს მშობიარობის მიმდინარეობა და გაკვეთის მონაცემები დაუპირისპირდეს მშობიარობის პროცესში მომხდარ ცვლილებებს.

სამშობიარო ტრავმა ძალზე ხშირად იწვევს ახალშობილის სხეულის დაზიანებას და ზოგჯერ სიკვდილსაც.

სამშობიარო ტრავმა, ვიწრო მნიშვნელობით, არის ნაყოფის სხეულზე განვითარებული ყველა ის დაზიანება, რომელიც ვითარდება სამშობიარო გზების ზემოქმედებით, ხოლო ფართო მნიშვნელობით სამშობიარო ტრავმას ეკუთვნის ისეთი დაზიანებაც, რომელიც გამოწვეულია თვითდაზმარების ან სხვადასხვა სამეანო მანიპულაციების თუ ოპერაციების შედეგად.

ჩამოთვლილი დაზიანებანი შეიძლება განვითარდეს მშობიარობის პროცესში, სამეანო ოპერაციებთან დაკავშირებით, მშობიარეთა თვითდაზმარების პროცესში და სწრაფი მშობიარობის შემთხვევაში.

ტრავმული დაზიანებიდან ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანია ახალშობილის თავის ტრავმა, რომელიც ხშირად ახალშობილის სიკვდილის მიზეზია. ამ მხრივ საყურადღებოა ქალას ძვლების მოტეხილობა და ქალას ღრუში სისხლჩაქცევები, თუმცა ეს უკანასკნელი შეიძლება განვითარდეს ძვლების მოტეხილობის გარეშეც.

სისხლჩაქცევა მეტწილად ხდება რბილი გარსების ქვეშ, მაგარი გარსის ქვეშ ან მაგარი გარსის ზემოთ — როგორც დიფუზურად, ისე შემოსაზღვრულად. ხშირად სისხლჩაქცევა ლოკალიზდება ჰემისფეროების გამოდრეკილი ზედაპირის შესაბამისად ან, უფრო იშვიათად, ფუძის მიდამოში, ხოლო კიდევ უფრო იშვიათად — პარკუჭების ღრუებში ან თვით ტვინის ნივთიერებაში.

მაგარი გარსის ქვეშ სისხლჩაქცევა უფრო ხშირად დაკავშირებულია ნათხემის კარავის გასკდომასთან.

ქალას ღრუში სისხლჩაქცევა გამოიწვევს წნევის მომატებას, რაც თანაბრად მოქმედებს თავის ტვინის ყველა უბანზე, მაგრამ, გარდა ამისა, ჩაქცეული სისხლი უფრო მეტ მოქმედებას იჩენს თავის ტვინის იმ უბანზე, სადაც მოხდა სისხლჩაქცევა. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ მოგრძო ტვინში მცირე სისხლჩაქცევამაც კი შეიძლება სიკვდილი გამოიწვიოს, მაშინ როცა შუბლის წილში გაცილებით უფრო მეტმა სისხლჩაქცევამ შეიძლება არ გამოიწვიოს სერიოზული ცვლილებები ორგანიზმში.

თავის ტვინის ნივთიერებაში წერტილოვანი სისხლჩაქცევები საერთოდ სიცოცხლისათვის საშიში არ არის. იგი შეიძლება წარმოიშვას ტრავმის გარეშეც, მაგალითად, ასფიქსიის დროს, როცა მისი ალაგება და შესრუტვა მალე ხდება.

შემჩნეულია, რომ ქალას ღრუში სისხლჩაქცევით გამოწვეული სიკვდილი უფრო ხშირია სიცოცხლის პირველ დღეებში. ამის საილუსტრაციოდ შეიძლება მოვიყვანოთ ჩვენ მიერ ჩატარებულ დაკვირებებანი 28 ახალშობილზე, რომლებიც დაიღუპნენ ქალას ღრუში სისხლის ჩაქცევისაგან; სიცოცხლის პირველ დღეს მოკვდა 14 ახალშობილი, მეორე დღეს — 6, მესამე დღეს — 2 და ა. შ.

ქალას ღრუში სისხლჩაქცევის ხშირი მიზეზია სამშობიარო ტრავმა, უფრო იშვიათად, სისხლძარღვების კედლების შენების ანომალია, რასაც შედეგად მოსდევს სისხლდენა, ზოგჯერ ნაყოფის სუსტი განვითარება და ასფიქსიის მოვლენები.

თავის საფარისა და ქალას სარქველის ტრავმული დაზიანება შეიძლება განვითარდეს არა მარტო ჩვეულებრივი მშობიარობის დროს, არამედ მაშინაც, როცა წარმოებული იქნება რაიმე სამშობიარო მანიპულაცია, განსაკუთრებით — სამეანო მაშების დადება.

ქალას სარქველის მოტეხილობა მოსალოდნელია მცირე მენჯის ღრუში ნაყოფის თავის არანორმალური შექრის ან ნაყოფის სამშობიარო გზებში არაწესიერი მოძრაობის გამო.

ზოგჯერ ახალშობილის სხეულზე, განსაკუთრებით თავის მიდამოში, ტრავმული დაზიანება ვითარდება ელვისებური მშობიარობის დროს, როცა საშვილოსნოს ღრუდან უეცრდ გამოძევებული ნაყოფი დაეცემა რაიმე ძვირივ საგანზე.

ზოგჯერ ნაყოფის თავზე არსებული ტრავმული დაზიანება სამშობიარო დახმარების შედეგია.

ტრავმული დაზიანებანი შეიძლება განვითარდეს სხეულის სხვა მიდამოშიც. ამ დაზიანებათაგან სხეულის ამა თუ იმ მიდამოში აღსანიშნავია: ნაკდევები, სისხლნაყენებები, კრილობები, ამოვარდნილობა, ღრძობა და მოტეხილობა. ასევე შესაძლებელია შინაგანი ორგანოების გასკდომა, კიდურების მოგლეჯა ან პერიფერიული ნერვული სისტემის რომელიმე ტოტის დაზიანება (სახის ნერვის, მხრის წხულის და სხვ.).

თხემისა და კეფის მიდამოში არსებული სამშობიარო სიმსივნე სამშობიარო ტრავმის შედეგია და იგი ახალშობილზე რაიმე სერიოზულ გავლენას არ ახდენს. სამშობიარო სიმსივნის ოდენობა დამოკიდებულია მშობიარობის ხანგრძლიობაზე. იმ შემთხვევაში, როცა თავი დიდი ხნის განმავლობაში ერთ სიბრტყეში დგას, სამ-

შობიარო სიმსივნე დიდი ოდენობისაა. ზოგჯერ ასეთი სიმსივნე შეიძლება ჰქონდეს ახალშობილს, რომელიც ამოყვანილია მუცლის ღრუდან საკეისრო კვეთის შემდეგ.

ზოგჯერ ახალშობილის „გამოცოცხლების“ მიზნით ჩატარებული ხელოვნური სუნთქვის შედეგად ვითარდება ტრამეული დაზიანება — ნაქდევები, სისხლნაჟღენთები, ღვიძლის გასკდომა და სხვ.

მშობიარობის პროცესში განვითარებული ტრავმის გარჩევა ძალადობით (ჩვილთმკვლელობის დროს) მიყენებული ტრავმისაგან ზოგჯერ ძნელია და დიდ გამოცდილებასა და დაკვირვებას მოითხოვს.

ახალშობილთა სიცოცხლის ხანგრძლივობის დადგენა

ახალშობილთა სიცოცხლის ხანგრძლივობის დადგენას სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოებისათვის ზოგჯერ მეტად დიდი მნიშვნელობა აქვს. ამ საკითხის გადაჭრა ხდება ახალშობილის ორგანიზმში მომხდარი მეტად მრავალფეროვანი ცვლილებების გათვალისწინებით.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ახალშობილის გვამის გარეგანი დათვალიერებით შეიძლება ბევრი რამ ისეთი ვნახოთ, რაც ადასტურებს ახალშობილობას და ცოცხლადშობილობას. ამავე დროს, შეიძლება იგივე მოვლენები გამოვიყენოთ სიცოცხლის ხანგრძლივობის დასადგენადაც. ასეთი ნიშნებიდან პირველ რიგში აღსანიშნავია ჰიპლარის მდგომარეობა. პირველ საათებში ჰიპლარი მოქნილი და წვნიანია, ხოლო 24 საათის შემდეგ მისი დისტალური ნაწილი გამშრალია. ჰიპის რგოლთან, წითელი ზოლის სახით, კარგად არის გამოხატული სადემარკაციო ხაზი. მიკროსკოპიული გამოკვლევით ამ მიდამოში შეიმჩნევა რეაქციული ანთების მოვლენები. მეორე-მესამე დღეს ჰიპლარი მთლიანად გამშრალია და მოშავო ელფერი გადაკრავს, მეოთხე-მეხუთე დღეზე ზედმიწევნით დაპატარავებულია, შეჭმუხვნელია, მკვრივი კომსისტენციისაა და შავი ფერი აქვს, მეექვსე-მეშვიდე დღეს მთლიანად მოსცილდება.

სიყვილთე (icterus neonatorum) გამოწვეულია ნაყოფში დედის ორგანიზმიდან გადასული ზედმეტი სისხლის დაშლის პროდუქტებით. სიყვილთე ვითარდება სიცოცხლის მეორე დღიდან და შეიძლება გაგრძელდეს ორ კვირამდე, ზოგჯერ სიყვილთე სუსტა-

და გამონატული და შეიმჩნევა მხოლოდ თვალის სკლერაზე, ზოგჯერ კი მთელი კანი ლიმონისფერია. ასეთი ინტენსიური სიყვითლედ ღიბხანს გრძელდება და მეტწილად გვხვდება ფიზიკურად სუსტი განვითარების ახალშობილებს შორის.

სამშობიარო ტრავმის შედეგად თხემის ან კეფის მიდამოში (ზოგჯერ შუბლზეც) შეიძლება ნახულ იქნეს ე. წ. სამშობიარო სიმსივნე (caput succidaneum), რომელიც წარმოადგენს თავის საფარის ქვეშ შემუშებითი სითხის დაგროვებას (ზოგჯერ სისხლთან ერთად).

ასეთი სიმსივნე (თუ იგი შედარებით დიდია) უკუგანვითარებას განიცდის მეორე-მესამე დღეს ან უფრო გვიან.

ზოგჯერ სამშობიარო ტრავმის შედეგად ადგილი აქვს ქალას სარქველის (მეტწილად თხემის ძვლებზე) პერიოსტეუმის ქვეშ სისხლის ჩაქცევას (cephalohaematoma), რომელიც შეისრუტება (ალაგდება) 4-5 კვირის განმავლობაში.

შინაგანი ორგანოების მხრივ ცვლილებებიდან აღსანიშნავია თირკმლების შემკრებ მილაკებში შარდმეყავა ამონიუმისა და ნატრიუმის მარილების ჩალაგება, რაც წარმოებს სიცოცხლის მეორე დღიდან. მარილთა ეს ჩალაგება თირკმლების განაკვეთის ზედაპირზე სამკუთხედის ფორმის ოქროსფერი წარმონაქმნების სახითაა და ეწოდება შარდმეყავა ინფარქტი. ახალშობილის სიცოცხლის მე-8-10 დღეს ეს მარილები, ჩვეულებრივ, ალაგდება. ხოლო ზოგჯერ, გამონკლის შემთხვევაში, შეიძლება ნახულ იქნეს ორი კვირის ან, უფრო იშვიათად, ერთი თვის შემდეგაც.

სუმცოვის¹ აზრით, შარდმეყავა ინფარქტი ახალშობილებში 86%-ში გვხვდება, აბრიკოსოვი² — 50%-ში. ჩვენი გამოკვლევებით — 85%-ში.

ჩვენ ვეთანხმებით ისეთ გამოჩენილ მეცნიერებს, როგორცაა: კასპერ-ლიმანი, გოფმანი და მიულერი, რომ ახალშობილთა შარდმეყავა ინფარქტი არაა ცოცხლადშობილობის დამადასტურებელი, რადგან ასეთი შეიძლება ზედმიწევნით იშვიათ შემთხვევაში მუცლადყოფნის დროს განუვითარდეს ნაყოფსაც. ამიტომ ამ ნიშანს

¹ Сумцов. «Мочекислый инфаркт новорожденных», 1903.

² Абрикосов. «Общая патологическая анатомия», 1937.

მხოლოდ სხვა ნიშნებთან ერთად აქვს მნიშვნელობა ცოცხლადშობილობისა და სიცოცხლის ხანგრძლივობის დადგენაში.

სისხლის მიმოქცევის ორგანოებში შესამჩნევ ცვლილებებს ადგილი აქვს გულისა და აორტის მხრივ. დაბადებიდანვე იხურება წინაგულებს შორის ძვიდეში არსებული ოვალური ხვრელი. მაგრამ ძალიან ხშირად ოვალური ხვრელის დახურვის პროცესი გრძელდება ორ კვირამდე ან, უფრო იშვიათ შემთხვევაში, სრულიად არ დაიხურება.

ასევე დიდხანს (ორ თვემდე) გრძელდება ბოტალის სადინარის დახშობის პროცესი. დასაწყისში ადგილი აქვს ბოტალის სადინარის კედლების გასქელებას, სანათურის შევიწროებას და ბოლოს — სრულ ობლიტერაციას და გაქრობას.

ნაწლავის სანათურში მეკონიუმის არარსებობა იმის დამადასტურებელია, რომ ახალშობილმა იცოცხლა 48 საათზე მეტი.

ზემოაღნიშნულის მიხედვით, ახალშობილთა სიცოცხლის ხანგრძლივობის დადგენისას მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ის ნიშნები, რომლებიც ზემოთ იყო ჩამოთვლილი, რადგან, როგორც აღვნიშნეთ ცალკეული მოვლენების საფუძველზე ამ საკითხის ზუსტად დადგენა შეუძლებელია.

ახალშობილთა სიკვდილის მიზეზები

ახალშობილის სიკვდილი შეიძლება იყოს არანაძალადევი და ნაძალადევი ხასიათის.

პირველი გამოწვეულია განვითარების სხვადასხვა მანკებითა და შეძენილი დაავადებებით, ხოლო მეორე — ახალშობილის ორგანიზმზე რაიმე გარეშე ზემოქმედებით (ჩვილთმკვლელობა).

განვითარების მანკები ხშირად იწვევს ახალშობილის სიკვდილს. ამთგან აღსანიშნავია ზურგის მიდამოში განვითარებული დეფექტი, როცა ზურგის ტვინი გაშიშვლებულია ან თიაქრისებურად არის გამობერილი (Spina bifida). ხშირად ასეთი სიმპხინჯე ლოკალიზებულია ხერხემლის კისრის ნაწილში და ამ სიმპხინჯესთან ერთად არ არის კეფის ძვალი (rachischisis). ზოგჯერ ადგილი აქვს თავის ტვინის წყალმანკს, როცა პარაკუტები ზედმიწევნით გაგანიერებული და ამოვსებულია სითხით (hydrocephalus interna). ამ დროს ახალშობილის სიცოცხლე საფრთხეში იმყოფება. გულის სი-

მახინჯეთაგან ახალშობილის სიკვდილს იწვევს სამღრუიანი გული (ორწინაგულიანი და ერთპარკუქიანი — *Cor trilocularis biatriatum univentricularis* ან ორპარკუქიანი ერთწინაგულიანი — *Cor trilocularis biventricularis uniastriatum*). ორღრუიანი გულით კი ნაყოფი მკვდრად იბადება. გულის სისხლძარღვების დისპოზიცია (აორტა გამოდის მარჯვენა პარკუქიდან, ხოლო ფილტვის არტერია — მარცხენა პარკუქიდან) შეიძლება არ გახდეს ახალშობილის სიკვდილის მიზეზი. პარკუქებს შორის ძგიდეში ხერელის არსებობას ან ოვალური ხერელის დარჩენას (*foramen ovale persistens*) შეიძლება არ მოჰყვეს ახალშობილის სიკვდილი, მაგრამ ასეთი მანკით სიცოცხლის ხანგრძლივობა მცირეა, განსაკუთრებით პარკუქებს შორის ძგიდეში არსებული ხერელის შემთხვევაში. თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ღია-ოვალური ხერელით ზოგჯერ ადამიანი ცოცხლობს ღრმა მოხუცებულობამდე და მის ჭანმრთელობაზე რაიმე სერიოზულ გავლენას არ ახდენს.

სიმახინჯით გამოწვეული სიკვდილის დადგენა არ წარმოადგენს სიძნელეს, რადგან ასეთის ნახვა ადვილია გვამის სასამართლო-სამედიცინო გამოკვლევის დროს.

ახალშობილის სიკვდილი შეიძლება გამოწვეული იყოს ზემოთ მითითებული სამშობიარო ტრავმის ან მასზე თანდართული რაიმე გართულების შედეგად.

გადაუკვანძავი ჭიპლარიდან იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს სასიკვდილო სისხლდენა. ეს მოსალოდნელია მაშინ, თუ ჭიპლარი კანთან ახლოს არის მოჭრილი ან მოგლეჯილი და, ამასთან, თუ ჭიპლარი გადაჭრილია ფეტალური სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტამდე. ამიტომ, ახალშობილის გვამის გამოკვლევისას ნახული მწვავე ზოგადი სისხლნაკლებობა, თუ ამის გამომწვევი სხვა რაიმე მიზეზი ვერ იქნა ნახული, შეიძლება ჩაითვალოს ჭიპლარიდან სისხლდენის შედეგად განვითარებულად.

გვამზე ნახული გადაკვანძული ჭიპლარი არ გამორიცხავს სისხლდენის შესაძლებლობას, რადგან შეიძლება კვანძი მკიდროდ არ იყოს ჩაჭერილი ან, ბოროტმოქმედების კვალის დაფარვის მიზნით, კვანძი დადებულ იქნეს სიკვდილის შემდეგ. ასევე ჭიპლარზე კვანძის არარსებობა არ ამტკიცებს იმას, რომ ახალშობილი დაიღუპა ჭიპლარიდან განვითარებული სისხლდენით. სისხლდენა იშვიათად

ვითარდება. კვანძი ზოგჯერ შეიძლება მოსცილდეს შემთხვევით, გვამის ტრასპორტირების დროს.

მშობიარობის დამთავრების შემდეგ ახალშობილი შეიძლება დაილუპოს ასფიქსიით. ასეთი მდგომარეობა მოსალოდნელია განვითარდეს სანაყოფო სითხეში დაბრჩობით, თუ ახალშობილის ცხვირპირის აპერტურა მოხვდა დაღვრილ სანაყოფო სითხეში. ასფიქსიური სიკვდილი მოსალოდნელია დედის ტანსაცმლის ან სხეულის ამა თუ იმ ნაწილის (ბარძაყის) დაფარებით ახალშობილის ცხვირპირის შესავალზე ან პირის ღრუში დაგროვილი ლორწოს შესუნთქვით, აგრეთვე სუნთქვის აღდგენისათვის საჭირო ღონისძიებების ჩატარებლობით. სანაყოფო გარსებით (იშვიათად) დაბადების შემთხვევაში, ჰიპლარის კისერზე რამდენჯერმე შემოხვევით და სხვ.

ასფიქსიის განვითარება ზემოჩამოთვლილი მიზეზებით მოსალოდნელია იმ შემთხვევაში, როცა მშობიარობა წარმოებს გარეშე პირის დაუხმარებლად, რადგან სამშობიარო ტკივილების გავლენის ქვეშ მყოფ დედას არ შეუძლია ახალშობილის მოვლა. მით უმეტეს მაშინ, თუ მშობიარემ გრძნობა დაკარგა (იშვიათად) ნაყოფის დაბადების დროს.

ჩვენ ვვქონდა შემთხვევა, როცა მარტოხელა დედამ იმშობიარა ბინაზე 15/VII-43 წ. დღის 12 საათზე, სხვის დაუხმარებლად, მოკლა თავისი ახალშობილი (ცხვირ-პირის გადაკეტვით) და ჩააგდო სარდაფში, ხოლო თვითონ მეორე დღეს ჩვეულებისამებრ გამოცხადდა სამსახურში. ახალშობილის გვამის აღმოჩენის შემდეგ ექვით დაპატიმრებული იქნა ექიმი ქალი, რომელიც ცხოვრობდა ამ ბინაში. გასინჯვით აღმოჩნდა, რომ იგი დაახლოებით სამი დღის ნამშობიარევი იყო. დანაშაულის კვალის დაფარვის მიზნით მან განაცხადა, რომ იმშობიარა სხვის დაუხმარებლად. მშობიარობის პროცესში დაჰკარგა გრძნობა და გონზე მოსვლის შემდეგ ნახა თავისი ახალშობილი ბარძაყებს შორის, რომელიც მიუხედავად მიღებული ზომებისა, ვერ გამოაცოცხლა.

ბრალდებულის მიერ წამოყენებული ვერსიის შესაძლებლობა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნით დასაშვებად იქნა მიჩნეული, მაგრამ სასამართლოს ხელთ არსებული მასალების საფუძველზე, რომლებიც ამტკიცებდნენ ჩვილთმკვლელობის ფაქტს, ბრალდებულს, საქართველოს სსრ სისხლის სამართლის კოდექსის 144-ე მუხლით, მიესაჯა 5 წლით თავისუფლების აღკვეთა.

ზემოაღნიშნულიდან აშკარაა, რომ იმ შემთხვევებში, როდესაც ახალშობილთა ასფექსიური სიკვდილი გამოწვეულია მშობიარობის პროცესთან დაკავშირებით, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტისაგან მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას — შესაძლებელი კრიზისის დადგენის თუ უარყოფის თვალსაზრისით.

შეძენილი დაავადებებიდან, რომელთა შედეგადაც შეიძლება განვითარდეს ახალშობილის სიკვდილი, პირველ რიგში აღსანიშნავია ახალშობილთა სეფსისი.

როცა ვლაპარაკობთ ახალშობილთა სეფსისის შესახებ, უნდა მივუთითოთ, რომ ეს ინფექციური დაავადება შეიძლება განუვითარდეს ნაყოფს მუცლადყოფნის დროს, მშობიარობის პროცესში და მშობიარობის შემდეგ. ინტრაუტერინალური ინფექცია ნაყოფში შეიძლება მოხდეს სანაყოფო სითხიდან ან სისხლის საშუალებით — პლაცენტის გზით. ამ გზით ნაყოფის ორგანიზმში შეიძლება მოხდეს როგორც ინფექციური აგენტი, ისე მის მიერ გამოყოფილი ტოქსინები.

მრავალი ექსპერიმენტით (ცხოველებზე) და კლინიკური დაკვირვებით გამოკვლეულია, რომ დედის ორგანიზმიდან ინფექციური აგენტი ნაყოფში სისხლის გზით არ გადადის. რადგან პლაცენტას აქვს ბარიერული ფუნქცია. მაგრამ ისეთ შემთხვევაში, როცა მომყოლში ადგილი აქვს რაიმე პათოლოგიურ პროცესს, ბარიერის მოქმედება ირღვევა და ნაყოფში სისხლის გზით გადადის სეფსისის გამომწვევი აგენტები. ახალშობილთა სეფსისი მეტწილად ვითარდება ჰიპლარიდან შეჭრილი ინფექციით. ამიტომ ამ მიდამოს დათვალაირებას, ინფექციის შეჭრის ადგილის აღმოჩენის თვალსაზრისით, განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს. ამ დროს მეტწილად ჰიპის მიდამოში ან მის ირგვლივ ქსოვილებში აღინიშნება ინფილტრაცია ჩირქოვანი ექსუდატით, მაგრამ ზოგჯერ ასეთი ანთებითი ცვლილებები ჰიპის მიდამოში არ არის, მიუხედავად იმისა, რომ სეფსისის გამომწვევი აგენტი ამ გზით შეიჭრა.

ახალშობილთა სეფსისი მეტად მძიმე დაავადებაა და ხშირად სიკვდილით მთავრდება.

სეფსისი მეტწილად კოკური ინფექციით გამოიწვევა. აღწერილია შემთხვევები, როცა ბლენორეის (თვალის ლორწოვანი გარსის გონორეა) შედეგად განვითარდა ახალშობილთა სეფსისი.

ზოგჯერ ახალშობილთა სეფსისის მიმდინარეობაში ჰარბობს პიემიის მოვლენები, რაც მეტწილად პიოდერმიის დროს შეიძლება განვითარდეს. ეს მდგომარეობა კიდევ უფრო ამძიმებს პროგნოზს.

სეფსისის ჰემორაგიული ფორმის დროს ადგილი აქვს ნაწლავებში, კუჭში. ჰიპლარიდან, თირკმლებიდან, საშვილოსნოდან და სხვა ორგანოებიდან სისხლდენას. ასეთ შემთხვევაში სეფსისის პათომორფოლოგიურ სურათს სეროზული და ლორწოვანი გარსების ქვეშ ემატება დიდი რაოდენობის წერტილოვანი და უფრო დიდი ოდენობის სისხლჩაქცევები.

სეფსისით მომკვდართა გვამების სასამართლო-სამედიცინო გამოკვლევის დროს შინაგან ორგანოებში ადგილი აქვს პარენქიმული ორგანოების ცხიმოვან და ცილოვან დისტროფიას, ელენთაში მწვავე ჰიპერპლასტიკურ ანთებას, სეროზული და ლორწოვანი გარსების ქვეშ წერტილოვან სისხლჩაქცევებს და სხვ.

სეფსისის დიაგნოზის დადგენისას ანგარიში უნდა გაეწიოს დაავადების კლინიკურ მიმდინარეობას და გვამის გაკვეთის დროს სისხლში (ან ელენთაში) სეფსისის გამომწვევი აგენტის აღმოსაჩენად უნდა ჩატარდეს ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა.

სხვა დაავადებათაგან აღსანიშნავია ფილტვების ანთება, რაც ძალზე ხშირად ახალშობილის სიკვდილს იწვევს.

ფილტვების ანთება ნაყოფს შეიძლება განუვითარდეს მუცლად-ყოფნის დროს. უფრო ხშირად კი ვითარდება დაბადების პირველ დღეებში, განსაკუთრებით დღენაკლ და ფიზიკურად სუსტი განვითარების ახალშობილებში.

ახალშობილებში ვითარდება წილაკოვანი პნევმონია, მეტწილად ჰიპოსტატიკური და პარავერტებრალური, ზოგჯერ ჰემორაგიული და ჩირქოვანი, ექსუდატით.

ახალშობილთა ფილტვების ანთებით დაავადების სიხშირე უნდა აიხსნას მრავალი გარემოებით, რომელთაგან ყველაზე მნიშვნელოვანია უცხო სხეულის (ლორწო. სისხლი, სანაყოფო სითხე) ინსპირაცია და გარემო ტემპერატურის მოქმედება.

ზოგჯერ ახალშობილის სიკვდილი შეიძლება გამოიწვიოს ჯილბემა ან წითელმა ქარმა. რომელიც შეიძლება განუვითარდეს მას ჰიპლარიდან ან კანის რაიმე დეფექტიდან ინფექციის შეჭრის გზით.

სპეციფიკური ანთებიდან ახალშობილს შეიძლება ჰქონდეს თანდაყოლილი ათაშანგი, რომლის დროსაც ვნახულობთ მეორადი და მესამედი ათაშანგისათვის დამახასიათებელ ნიშნებს (გამონაყარი კანზე და ლორწოვან გარსებზე, ხოლო შინაგან ორგანოებში, განსაკუთრებით ღვიძლში, ათაშანგის გრანულომა — გუმა).

ათაშანგით დაავადების დროს ახალშობილი სუსტი განვითარებისაა, ჯერ ერთი იმიტომ, რომ ასეთ შემთხვევაში ძალზე ხშირად ადგილი აქვს ნაადრევ მშობიარობას, აგრეთვე იმიტომ, რომ ათაშანგით დაავადებული ნაყოფი, მიუხედავად დროული მშობიარობისა ამ დაავადებით გამოწვეული ინტოქსიკაციის გამო ფიზიკური განვითარების მხრივ ჩამორჩენილია.

ახალშობილთა ათაშანგის დადგენა ყოველთვის ადვილი არ არის, რადგან შეიძლება ადვილი არ ექნეს დამახასიათებელ გამონაყარს. ამიტომ საექვო შემთხვევაში საჭიროა ღვიძლის მიკროსკოპული შესწავლა.

ახალშობილთა სიყვითლე, ავტორთა უმრავლესობის მონაცემებით, გვხვდება 80 პროცენტში, ამიტომ ფიზიოლოგიურ მოვლენად ითვლება და ახალშობილის ჯანმრთელობაზე რაიმე სერიოზულ გავლენას არ ახდენს.

არსებობს ახალშობილთა სიყვითლის მძიმე, ავთვისებიანი ფორმები (ბულის და ვინკლერის დაავადება), რაც თითქმის ყოველთვის სიკვდილს იწვევს.

ასეთი ფორმის სიყვითლის დროს ადგილი აქვს: პარენქიმული ორგანოების ცხიმოვან დისტროფიას, ფადარათობას, ციანოზს, საერთო სიყვითლეს, ჰემოგლობინემიას, ჰემოგლობინურიას და ორგანიზმის მოღუწებას.

სკლეროდომია შედარებით იშვიათი დაავადებაა, მაგრამ იგი ახალშობილთა სიკვდილს იწვევს. ამ დაავადების მიზეზი უცნობია, იგი უვითარდებათ დღენაკლ და ფიზიკურად სუსტი განვითარების ბავშვებს.

პაროს გამოკვლევით, სკლეროდერმიის დროს ჰისტოპათოლოგიურად ადგილი აქვს: კანის ატროფიას, განსაკუთრებით მალპიჯის შრეში, აღინიშნება ძნელად დასანახი უჯრედები, რომლებიც ქმნიან ძნელად გასარჩევი კონტურების ერთ მასას, კანქვეშა ცხიმი განლეულია და მის ადგილას აღინიშნება შემაერთი ქსოვილი, თვითე-

ული ცხიმოვანი უჯრედი გადიდებულია და ბირთვი კარგად მოჩანს. ზოგიერთი ცხიმოვანი უჯრედი როგორც ეს ატროფიის დროს ხდება, კარგავს ცხიმს და თვით უჯრედი იცვლის ფორმას, კანის სისხლძარღვები, განსაკუთრებით დვრილოვან შრეში, შევიწროებულია იმდენად, რომ მათი სანათურების შემჩნევა ძნელია.

სკლეროდერმიით დაავადებული ახალშობილი 2—3 კვირის შემდეგ კოლაფსის მოვლენებით კვდება.

ახალშობილთა სხვა არაინფექციური დაავადებებიდან, რომლებიც შეიძლება სიკვდილის მიზეზი გახდეს, საინტერესოა ახალშობილთა აიროვანი ემბოლია და მელენა. პირველი ვითარდება ჭიპლარის სისხლძარღვებიდან ჰაერის შესვლით, ხოლო მეორე — კუჭიდან გაურკვეველი მიზეზით წარმოშობილი სისხლდენის შედეგად.

აეროვანი ემბოლია და კუჭ-ნაწლავის ღრუში სისხლდენა იშვიათია, მაგრამ იგი შეიძლება გახდეს ახალშობილის სიკვდილის მიზეზი.

ჩვილთმკვლელობის საშუალებანი

ჩვილთმკვლელობა შესაძლებელია მოქმედებით და უმოქმედო. ბით. ამასთან დაკავშირებით არსებობს ჩვილთმკვლელობის აქტიური და პასიური საშუალებანი.

ჩვილთმკვლელობის აქტიურ საშუალებას ეკუთვნის ახალშობილის ორგანიზმზე (დაბადების მომენტში ან მშობიარობის შემდეგ) სხვადასხვა ფიზიკური ან, უფრო იშვითად ქიმიური ზემოქმედება, რაც დედის მიერ ხორციელდება.

სასამართლო-სამედიცინო ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები, როცა ორსულს ნაყოფი მოუკლავს თავის მუცელზე გარეგანი ფიზიკური ძალის ზემოქმედებით.

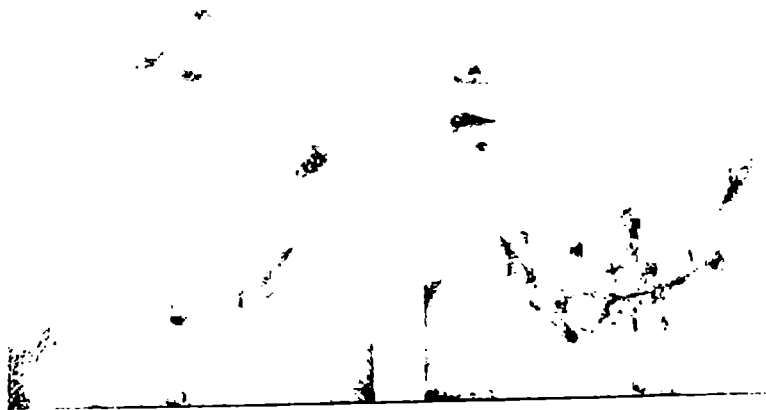
ს მ ო ლ ი ა ნ ი ნ ო ვ ი აღწერს შემთხვევას, როცა მშობიარობის დაწყების წინ ქალმა წინასწარ მოამზადა თავსაფარი და როგორც კი სამშობიარო გზებიდან გამოვიდა ნაყოფის თავი, კისერზე რამდენჯერმე შემოახვია იგი, მოუჭირა და მოახჩჩო ახალშობილი.

ბ ე ლ ო აღწერს შემთხვევას, როცა მშობიარემ თავში ხის ქოშის ჩარტყმით მოკლა ტყუპი ნაყოფი, სამშობიარო გზებიდან მათი თავის გამოჩენისთანავე. სხვა შემთხვევაში მშობიარემ საშოს შესავალში გამოჩენილ ნაყოფს თავი მოკვეთა დანით.

ჩვილთმკვლელობის ყველაზე უფრო გაკრცელებულ აქტიურ საშუალებას წარმოადგენს მექანიკური ასფიქსიის სხვადასხვა სახეობა. შემთხვევათა დიდ რიცხვში ასფიქსიას იწვევენ ცხვირ-პირის შესავლის გადაკეტვით, უშუალოდ ხელისგული ან სხვა რაიმე რბილი საგნის დაფარებით (ცხვირსახოცი, პირსახოცი, სველი ქაღალდი და სხვ.).

ახალშობილის ცხვირ-პირის შესავლის ისე გადასაკეტად, რომ სრულიად შეწყდეს ჰაერის შესვლა სასუნთქ გზებში, დიდი ძალა არ არის საჭირო. ამიტომ, ამ სახის ასფიქსიის დროს ადგილობრივად, უმეტეს შემთხვევაში, რაიმე დაზიანების კვალი არ რჩება, მით

70

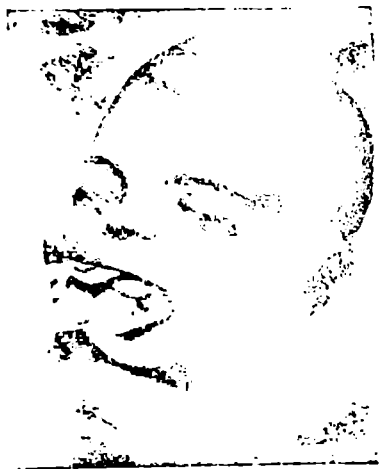


სურ. 21. ჩვილთმკვლელობა ყელში ხელის ჩაქვრით (პროკოპით).

უმეტეს მაშინ, როცა ხელის დაქვრა ხდება წინასწარ მომზადებული რაიმე რბილი საგნის ან სველი ქაღალდის დაფარებით. გვამის დათვალიერების დროს გარეგნულად, ცხვირისა და ტუჩების მიდამოში, შეიძლება ვნახოთ მკრთალი ანემიური უბანი, რომელიც ზეწოლისაგან წარმოიშევა. უფრო იშვიათად, როცა გადაკეტვისათვის შედარებით ტლანქი ძალა გამოყენებული. შეიძლება ვნახოთ ცხვირის დეფორმაცია, ტუჩების ლორწოვან გარსში ან ღრძილების მიდამოში

სისხლჩაქცევები ან. კიდევ უფრო იშვიათად, ლოყისა და ტუჩის მიდამოს კანზე ფრჩხილების ჩაჭერის შედეგად ნახევარმთვარისებური ნაქდევები.

გვამის გაკვეთით შინაგან ორგანოებში ჩანს ასფიქსიური სიკვდილისათვის დამახასიათებელი ნიშნები (მუქი წითელი ფერის შეუდგებელი სისხლი, ფილტვების შეგუბება და შეშუპება ან მისი ატელექტაზი; თუ ცხვირ-პირის შესავლის გადაკეტვა მოხდა სუნთქვის დაწყებამდე — პლევრის ქვეშ წერტილოვანი სისხლჩაქცევა-



სურ. 22. ჩვილთმკვლელობა პირის ღრუში უცხო სხეულის (ჩვრის) მოთავსებით.



სურ. 23. ჩვილთმკვლელობა ყელის გამოჭრით (კიდურები მოცილებულია ცხოველების მიერ).

ბი, ტარდიეს ლაქები, მარჯვენა გულის სისხლსავსეობა, ლეიძლისა და თირკმლების ვენური შეგუბება, ელენთის დაპატარავება ანემიის გამო და სხვ.).

ცხვირ-პირის შესავლის გადაკეტვით გამოწვეული ასფიქსიური სიკვდილი შეიძლება მოყვეს უბედურ შემთხვევას, როცა მშობიარობის პროცესში დედის ბარძაყით, ტანსაცმელთ ან სანაყოფო გარ-

სით და ძუძუს წოვებისას სარძეო ჯირკვლით გადაიკეტება ცხვირ-პირის შესავალი. ასეთივე მდგომარეობა შეიძლება განვითარდეს მაშინ, როცა ახალშობილს პირისახით ქვევით ჩააწვენენ ბალიშზე.

მექანიკური ასფიქსიის სხვა სახეობათაგან ზოგ შემთხვევაში ჩვილთმკვლელობის საშუალებად გამოიყენება პირის ღრუში რაიმე უცხო სხეულის მოთავსება ასეთი შეიძლება იყოს ქალაღი, ბამბა, ჩვარი, მცენარის ნაყოფი, ფოთლები, პურის ნაჭერი, ძაფის მორგვი და სხვ.

პირის ღრუში მოთავსებული უცხო სხეულით უფრო ხშირად მილიანად ამოვსებულია ღრუ, უცხო სხეულის ნაწილი გამოჩენილია პირის ნაპრალში. ზოგჯერ იგი მცირე სიდიდისაა და ღრმად არის მოთავსებული ხახის ღრუში.

ახალშობილის პირის ღრუში მჭიდროდ მოთავსებული უცხო სხეული შეიძლება არ მოხედეს ხახაში, მაგრამ სასუნთქი გზები მაინც გადაიკეტება ენის ძირის უკან და ზემოთ გადანაცვლების შედეგად — ენა ებჯინება ხახის უკანა კედელს და მთლიანად ახშობს ცხვირ-ხახას.

ამ სახის ასფიქსიური სიკვდილის დასადგენად დიდი მნიშვნელობა აქვს პირის ღრუში უცხო სხეულის ნახვას, რაც გამოიყენება, როგორც ნივთიერტკიცება. ძალიან ხშირად მოკლული ახალშობილის პირის ღრუდან ამოღებული უცხო სხეულების გამოყენებით აღმოჩენილი ყოფილა ბოროტმოქმედი. მაგალითად, სასამართლო მედიცინის ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები, როცა პირის ღრუდან ამოღებული გაზეთის ქალაღზე უნახავთ გაზეთის პატრონის გვარისა და სახელის წარწერა ცხვირსახოცზე — გვარის და სახელის აღმნიშვნელი ინიციალები და სხვ.

ახალშობილის პირის ღრუში აღმოჩენილი ზემომითითებული უცხო სხეულებით გამოწვეული ასფიქსიური სიკვდილი ყოველთვის ჩვილთმკვლელობაზე მიუთითებს.

აქვე საჭიროა მივუთითოთ, რომ მთელ რიგ შემთხვევაში ახალშობილის გვამის გამოკვლევის დროს პირის ღრუში შეიძლება ვერ ვნახოთ უცხო სხეული იმიტომ, რომ მკვლელობის დასრულების შემდეგ ბოროტმოქმედების კვალის დაფარვის მიზნით გამოყენებული უცხო სხეული შეიძლება ამოღებული და გადაგდებული იქნეს.

ახალშობილთა ასფიქსია შეიძლება გამოწვეული იქნეს კისრის

მიდამოში მარყუჟის მოჭერით. მოხრჩობისათვის შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ყველა სახის (რბილი, ნახევრად მკვრივი და მკვრივი) მარყუჟი. მეტწილად ხმარობენ რბილი ქსოვილის მარყუჟს — ჩვარს, პირსახოცს, ბაწარს და ზოგჯერ თვით ჭიპლარს, რომელსაც რამდენჯერმე შემოახვევენ კისერზე და გადაკვანძვენ ერთი ან ორი ნასკვით.

კისერზე ჭიპლარის რამდენიმე შემოხვევა ყოველთვის არ ნიშნავს მოხრჩობით ჩვილთმკვლევლობას, რადგან მოხრჩობა ჭიპლარის შემოხვევით შეიძლება განვითარდეს მუცლად ყოფნის დროსაც. მაგრამ როდესაც ჭიპლარი კისერზე შემოხვეულია და გადაკვანძულია, შემთხვევა უდავოდ ჩაითვლება ჩვილთმკვლევლობად. პრაქტიკაში ჩვენ გვქონდა რამდენიმე შემთხვევა, როდესაც პლაცენტისაგან მოცილებული ჭიპლარის თავისუფალი ბოლო სამ-ოთხჯერ იყო შემოხვეული კისერზე და ერთხელ გადაკვანძული.

მარყუჟით დახრჩობისათვის დამახასიათებელი ნიშნებიდან კისრის მიდამოში, უფრო ხშირად მის შუა მესამედში, ვნახულობთ ჰორიზონტალური მიმართულების მთლიანად შეკრულ სტრანგულაციურ ღარს.

არ უნდა დაგვაფიწყდეს, რომ ახალშობილის კისერზე სტრანგულაციური ღარი შეიძლება განვითარდეს მუცლადყოფნის დროს კისერზე ჭიპლარის შემოხვევის შედეგად ან კისრის მიდამოში არსებული კანის ნაოჭი შეცდომით მიღებულ იქნას სტრანგულაციურ ღარად (ე. წ. ცრუ სტრანგულაციური ღარი).

კისრის მიდამოში მარყუჟის მოჭერით ახალშობილის სასუნთქი გზების გადასაკეტად დიდი ძალის გამოყენება არ არის საჭირო. ამიტომ სტრანგულაციური ღარი, განსაკუთრებით რბილი მარყუჟის გამოყენების შემთხვევაში, ზერელეა და მკრთალადაა გამოხატული, უფრო ხშირად ანემიური ზოლის სახით აღინიშნება კანის ოდნავი ჩაღრმავება.

სტრანგულაციური ღარი შეიძლება იყოს ერთი ან მრავლობითი, იმის მიხედვით, თუ რამდენჯერ არის შემოხვეული კისერზე მარყუჟი.

ჩვილთმკვლევლობა შეიძლება ჩადენილ იქნეს ყელში ხელის ჩაჭერით. ამ დროს მოსალოდნელია ფრჩხილების ჩაჭერის კვალის ნახვა ნახვეარმთვარისებური ნაქდევებისა და სისხლნაქდენთების

სახით. ახალშობილთა სასუნთქი გზების გადაკეცვა ყელში ხელის ჩაჭერით დიდ ძალას არ მოითხოვს, ჩვეულებრივ. წარმოებს ერთი ხელით ან ორი თითის (საჩვენებელი და ცერი) საშუალებით, რის შედეგადაც შეიძლება ადგილობრივ არ დარჩეს დაზიანების რაიმე კვალი.

აქვე საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ახალშობილის ყელის მიდამოში ზემოაღწერილი დაზიანებანი შეიძლება განვითარდეს მშობიარობის პროცესში თვითდაზმარების დროს.

ყელში ხელის ჩაჭერით გამოწვეული სიკვდილი ყოველთვის ჩვილთმკვლელობაზე მიუთითებს.

ჩვილთმკვლელობის განხორციელება შესაძლოა ახალშობილის რაიმე სითხეში ჩაჯდებით — წყალში გადაგდებით (მდინარე, ტბა, აუზი ან რაიმე ქურქელში დაგროვილი წყალი), საპირფარეოში ან, უფრო იშვიათად, სხვა სითხეებში ჩაგდებით.

წყალში დახრჩობის შემთხვევაში ახალშობილის გვამზე ნახული იქნება გარეგნულად წყალში ყოფნის, ხოლო შინაგან ორგანოებში წყალში დახრჩობის ნიშნები. ამის მიხედვით ექსპერტს შეუძლია დაადგინოს—ახალშობილი წყალში ცოცხალი გადააგდეს თუ მკვდარი, რადგან ძალზე ხშირად, ბოროტმოქმედების კვალის დაფარვის მიზნით. მოკლული ახალშობილის გვამს გადააგდებენ ხოლმე წყალში.

ახალშობილის წყალში დახრჩობის დადასტურება ხდება ამ სახის ასფიქსიური სიკვდილისათვის დამახასიათებელი ნიშნების საშუალებით, რომელთაგან ყველაზე მნიშვნელოვანია ლაბორატორიული სინჯების წარმოება (რეაქცია პლანქტონზე, სისხლის განზავების დადგენა, სისხლში მინერალური შენაცავების ნახვა და სხვ.).

წყალში დახრჩობა ყოველთვის ჩვილთმკვლელობაზე მიუთითებს. ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევა, როცა ქალს, ბოროტმოქმედების კვალის დაფარვის მიზნით, განუცხადებია, რომ მას მშობიარობა დაეწყო წყალზე ფეხით გადასვლის დროს, ვერ მოასწრო ნაპირზე გასვლა, სწრაფად დაბადებული ნაყოფი წყალში ჩავარდა და დაიხრჩო. აღწერილია შემთხვევა, როცა ქალმა იმშობიარა საპირფარეოში გარეთ გასვლის (დფექციის) დროს. გამოვარდნილი ნაყოფი დაიხრჩო სიბინძურეში. მსგავსი შემთხვევები

პრაქტიკაში იშვიათია (იხ. ელვისებური მშობიარობა) და ასეთი ვერსია მეტწილად მიზნად ისახავს ბორტმოქმედების დაფარვას.

სხვა შემთხვევაში ჩვილთმკვლელობა შესაძლოა მუცელზე და გულმკერდზე ერთდროულად დაქერით. ამ მიზნით ახალშობილის გულმკერდზე ხელისგულით წინიდან აწარმოებენ ზეწოლას ან ბავშვს ორივე ხელით მოუჭერენ გულმკერდის მიდამოში.

ასეთი გზით ასფიქსიური სიკვდილის გამოსაწვევად საკმარისია ხელის მტევნისა და წინამხრის სიმძიმით ზეწოლა. ამიტომ გულმკერდის მიდამოში რაიმე დაზიანების ნახვა შეუძლებელია. ზოგჯერ, როცა დაქერა უხეში ძალით წარმოებს, გულმკერდის მიდამოში შეიძლება ნახული იქნეს ნაქდევები და სისხლნაქდენთები, ხოლო შინაგანი დათვალიერებით—ნეკნების მოტეხილობა ან ღვიძლის გასკდომა.

ამ სახის ასფიქსიური სიკვდილისათვის, გარდა სხვა ნიშნებისა, თითქმის სპეციფიკურად ითვლება სახის ციანოზი, მისი მთლიანი—განსაკუთრებით თვალის ქუთუთოების შეშუპება და ფილტვების ე. წ. კარმინისებური შეშუპება.

გულმკერდსა და მუცელზე დაქერით განვითარებული ასფიქსიური სიკვდილი შეიძლება იყოს უბედური შემთხვევის შედეგი. მაგალითად, ახალშობილის მჭიდროდ შეხვევისას ან გულმკერდისა და მუცლის მიდამოზე შემთხვევით რაიმე მძიმე საგნის მოთავსებით. ცოცხალი ახალშობილის მიწაში დამარხვით მკვლელობის შემთხვევაში სიკვდილის მიზეზია ასფიქსია, რომელიც ვითარდება გულმკერდსა და მუცელზე ერთდროულად დაქერით ან ცხვირ-პირის შესავლის გადაკეტვით ან ორივე საშუალებით ერთად.

მექანიკური საშუალებით ჩვილთმკვლელობისათვის მეტწილად ხმარობენ ბლაგვ იარაღს. ასეთ შემთხვევაში აწარმოებენ ბლაგვი და მკვრივი იარაღის (ქვა, ჯოხი, ფიცარი, ჩაქუჩი და სხვ.) დარტყმას. თავის ან სხეულის სხვა მიდამოში ან თვით ახალშობილს, ფეხებზე ხელის მოკიდებით და მოქნევით, თავს დაარტყმევინებენ მიწაზე, იატაკზე, ბოძსა და სხვა საგანზე. ასეთ შემთხვევაში სიკვდილი ვითარდება თავის ქალას ძვლების მოტეხილობისა და თავის ტვინის დაზიანების შედეგად.

გვამზე გარეგნულად შეიძლება ვნახოთ ნაქდევნი, სისხლნაყ-
ლენთი ან ჭრილობა, ხოლო კანქვეშა ქსოვილში—სისხლჩაქცევა და
შემდეგ ძვლების მოტეხილობა.

ზოგჯერ ჩვილთმკვლელობისათვის გამოიყენებენ რაიმე მჩხვლე-
ტავ იარაღს, მაგალითად, ლურსმანს, მახათს, სადგისს ან ნემსს,
რომლითაც აწარმოებენ ჩხვლეტას ყიფლიბანდის მიდამოში, გულ-
მკერდის, კისრის ან მუცლის არეში.

იშვიათად მიმართავენ ახალშობილის ყელის გამოჭრას, კიდევ
უფრო იშვიათად ამ მიზნით იყენებენ ცეცხლმსროლელ იარაღს და
საწამლავს. ზოგიერთი ავტორი აღწერს ახალშობილის მკვლელობის
შემთხვევებს სიმეავეებით, ტუტეებით, სპირტით, სტრიქინითა და
სხვ. მომწამვლელი ნივთიერებით.

სასამართლო-სამედიცინო ლიტერატურაში მოყვანილია დაწ-
ვით ჩვილთმკვლელობის შემთხვევა, რაც ზედმიწევნით იშვიათია.
ასეთი გვამების გამოკვლევის დროს, როცა ახალშობილის რბილა
ქსოვილები მეტ-ნაკლებად შენარჩუნებულია, საჭიროა დადგენილ
იქნეს ცოცხლადშობილობის საკითხი. ამ მიზნით ჩატარებული
ფილტვების ჰიდროსტატიკური სინჯი (გალენ-შრეირის) შეიძლება
უარყოფითი იყოს, მიუხედავად იმისა, რომ ბავშვი ცოცხლად დაი-
ბადა. ეს გამოწვეულია იმით, რომ ზოგჯერ ცეცხლის ალის თუ
ცხელი სითხეების მოქმედებით ფილტვებში არსებული ჰაერი გა-
მოიღვენება.

ფიზიკური ტრავმით გამოწვეული ჩვილთმკვლელობის დადგე-
ნის დროს საჭიროა გამოირიცხოს ახალშობილის გვამზე არსებული
ის ტრავმული დაზიანება, რომელიც დაკავშირებულია მშობიარო-
ბის პროცესთან.

ზოგჯერ ახალშობილის გვამის რბილი ქსოვილები შეიძლება
განადგურებული იყოს ცხოველების, მღრღნელების, ფრინველების
ან მწერების მიერ, რასაც ექსპერტიზის ჩატარების დროს ანგარიში
უნდა გაეწიოს.

პასიური საშუალებით ჩადენილი ჩვილთმკვლელობა გულის-
ხმობს დედის მიერ წინასწარი განზრახვით ისეთ უმოქმედობას,
რომლის შედეგადაც განვითარდა ახალშობილის სიკვდილი.

უმოქმედობით მკვლელობა შესაძლოა ახალშობილის მიმართ
დახმარების აღმოუჩენლობით. მაგალითად, არ გამოწმინდონ პირის

ლრუში დაგროვილი ლორწო, არ გადაკვანძონ ჰიპლარი, არ გაათავისუფლონ ახალშობილი სანაყოფე გარსებისაგან (როცა დაბადებულა გარსებით), არ იქნეს ჩატარებული ხელოვნური სუნთქვა, დატოვონ ახალშობილი დაბალ ტემპერატურაზე და ბოლოს—არ მისცენ ძუძუ.

აღნიშნული საშუალებებით გამოწვეული ჩვილთმკვლელობის დადგენა ძალზე ძნელია, განსაკუთრებით მაშინ, როცა დედა აყენებს უგონო მდგომარეობაში ჩავარდნის ვერსიას, რაც, მართალია, ზედმიწევნით იშვიათია, მაგრამ მაინც შესაძლებელია. ყველა ასეთ შემთხვევაში სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტი ვალდებულია დაადგინოს ახალშობილის სიკვდილის მიზეზი.

ახალშობილის სხეულის გადაცივებით სიკვდილი მოსალოდნელია 0—დან $+5^{\circ}$ -მდე, ზოგჯერ $+10^{\circ}$ -ზე. ასეთ შემთხვევაში გვამის გამოკვლევით ამ სახის ნაძალადევი სიკვდილისათვის დამახასიათებელ რაიმე სპეციფიკურ ნიშანს ვერ ვნახულობთ, გარდა ასფიქსიის სურათისა, რომელშიც შედარებით კარგად არის გამოხატული ფილტვების შეშუპება.

საკვების მიუცემლობა (სრული შიმშილი) მალე (დაახლოებით ერთ კვირამდე) იწვევს ახალშობილის სიკვდილს, რის დადგენა გვამის სასამართლო-სამედიცინო გამოკვლევით აგრეთვე ძნელია. ასეთ შემთხვევებში შეიძლება ვნახოთ ორგანიზმის საერთო განლევა, რაც მეტწილად გამოწვეულია სითხის ნაკლებობით, მაშინ როცა ცხიმოვანი ქსოვილის რაოდენობა არცთუ ისე შემცირებულია.

სრული (მწვავე) შიმშილის დროს სეროზული და ლორწოვანი გარსები მშრალია და ხელის შეხებით წებოვანი. სისხლი, ანჰიდრემიის გამო, გასქელებულია. ასეთი სისხლის ერთ კუბურ სანტიმეტრში ერთბაშად უფრო მეტი რაოდენობითაა, ვიდრე ჩვეულებრივ სისხლში.

არასრული ან ქრონიკული შიმშილით ჩვილთმკვლელობა იშვიათია. ასეთ შემთხვევაში ახალშობილი კვდება უფრო გვიან — 10-15 დღეში. ამიტომ ეს შემთხვევები, ისე როგორც ზემოთ მითითებული სრული შიმშილით გამოწვეული სიკვდილი, არ შეიძლება შეფასდეს როგორც ჩვილთმკვლელობა. იგი შეფასდება როგორც ჩვეულებრივი მკვლელობა.

მკვლევარის მამათყობის საკითხზე

ექსპერტიზა მამათყობის საკითხის შესახებ ძირითადად დაკავშირებული იყო ალიმენტის საქმესთან; მაგრამ სსრ კავშირის უმაღლესი საბჭოს პრეზიდიუმის 1944 წლის 8 ივლისის ბრძანებულების („ორსული ქალისათვის, მრავალშვილიანი და მარტოხელა დედებისათვის სახელმწიფო დახმარების გადიდების, დედისა და ბავშვის დაცვის გაძლიერების, „გმირი დედის“ საპატიო წოდების, „სახელოვანი დედის“ ორდენისა და „დედობის მედლის“ დაწესების შესახებ“) შემდეგ ეს საკითხი შეიძლება დაისვას ექსპერტიზის წინაშე განქორწინებასთან დაკავშირებით, როცა მამაკაცი განქორწინების მიზეზად ასახელებს ცოლის ღალატს და ამას ასაბუთებს იმით, რომ ბავშვი მას არ ეკუთვნის. იშვიათად ახალშობილი ბავშვების შეცვლის შემთხვევაში.

ხაზგასმით უნდა მივუთითოთ, რომ სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზით მამობის დადგენა შეუძლებელია. ზოგ შემთხვევაში (23—25%-ში) შესაძლებელია მხოლოდ რომელიმე მამაკაცის გამორიცხვა მამობისაგან. ამ მიზნით მიმართავენ სისხლის ჯგუფის და ტიპის გამოკვლევას. ცნობილია, რომ სისხლის ჯგუფი და ტიპი (ფაქტორი) გადადის მემკვიდრეობით. მაგალითად, როცა მშობლებს არა აქვთ A და B ფაქტორი, იგი არ ექნება ბავშვებსაც. თუ რომელიმე მშობელს აქვს ერთი ფაქტორი A ან B იგი შეიძლება გადაეცეს ან არ გადაეცეს ბავშვს. თუ ერთ-ერთ მშობელს აქვს მეოთხე ჯგუფის სისხლი, ე. ი. სისხლში არის ორივე ფაქტორი A და B ბავშვს გადაეცემა ერთი ფაქტორი ან A ან B. ეს მონაცემები მოცემულია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში:

მამა	დედა	ბ ა ვ შ ვ ი	
		შეიძლება იყოს	არ შეიძლება იყოს
O	O	O (I)	A, B, AB ან (II—III—IV)
O	A	OA (I—II)	B, AB (III—IV)
O	B	OB (I—III)	A, AB (II—IV)
O	AB	AB (II—III)	O, AB (I—IV)
A	A	O, A, (I—II)	B, AB (III—IV)
B	B	O, B, (I—III)	A, AB (II—IV)
A	B	O, B, AB (I—II—III—IV)	
A	AB	A, AB (II—III—IV)	O (I)
B	AB	A, AB (II—III—IV)	O (I)
AB	AB	A, AB (II—III—IV)	O (I)

ამ ცხრილის მიხედვით შესაძლებელია მამობისაგან რომელიმე პიროვნების უარყოფა.

სისხლის ტიპობრივობაც მუდმივია და ბავშვს მემკვიდრეობით გადაეცემა.

A და B ფაქტორისაგან განსხვავებით M და N ფაქტორი აქვს ყველა ადამიანს (ორივე ერთად ან თვითეული მათგანი) და ბავშვებს ყოველთვის გადაეცემა M ან N ფაქტორი; როცა დედას და მამას ორივე ფაქტორი აქვს, მაშინ შვილს გადაეცემა ერთ-ერთი მათგანი. — M ან N.

აღნიშნული ვარიანტები მოცემულია ქვემოთყვანილ ცხრილში¹:

მამა	დედა	ბ ა ვ შ ვ ი	
		შეიძლება ჰქონდეს	არ შეიძლება ჰქონდეს
M	M	M	N და MN
M	N	MN	M და N
N	N	N	M და MN
MN	M	N ან MN	N
MN	N	N ან MN	M
MN	MN	M ან N ან MN	—

სხვა მონაცემებიდან, რითაც შესაძლებელია გამორიცხული იქნეს მამაკაცი მამობისაგან, აღსანიშნავია ჩასახვის თარიღის დადგენა (იხილეთ ორსულობის ხანგრძლივობა), განაყოფიერების და შეუღლების უუნარობა. ამ უკანასკნელს ხშირად ასახელებენ განქორწინების უფლების მისაღებად, მაგრამ სამედიცინო გამოკვლევით ამის დადგენა ყოველთვის ადვილი არ არის, რადგან ამ საკითხის გადასაწყვეტად საჭიროა დადგინდეს შემდეგი: შესამოწმებელს ორი ან სამი წლის წინათ ჰქონდა თუ არა დაკარგული შეუღლების და განაყოფიერების უნარი. იმ შემთხვევაში, როცა სამედიცინო დოკუმენტებით დადასტურდება, რომ შესამოწმებლის სათესლე ჯირკვლების არარსებობა გამოწვეულია წინათ წარმოებული ოპერაციით, კითხვაზე დადებითად უნდა ეუბასუხოთ, მაგრამ ისეთ შემ-

¹ М. Райский, «Судебная медицина», 1953, в. 438.

თხვევაში, როცა შესამოწმებელს ამჟამად აქვს განაყოფიერების უნარი, საკითხის გადაწყვეტა წარსულში არსებული მდგომარეობის მიხედვით (ე. ი. ჰქონდა თუ არა განაყოფიერების უნარი) შეუძლებელია, რადგან მაშინ შეიძლება მას რაიმე მიზეზის გამო ჰქონდა აზოოსპერმია.

დედობის დასამტკიცებლად საჭიროა ნახულ იქნეს საერთოდ ორგანიზმზე და კერძოდ, სასქესო ორგანოებზე მშობიარობის შემდეგ დარჩენილი ცვლილებები (იხილეთ ყოფილი ორსულობის და მშობიარობის ექსპერტიზა) და ჩასახვის უნარის შესაძლებლობა.

მამობისა და დედობის დადგენის მიზნით შეუძლებელია მორფოლოგიური მონაცემებით სარგებლობა, რადგან სახის ზოგიერთი ნაწილის ან თითების უკანასკნელი ფალანგების დვრილოვანი ხაზების მიახლოებითი მსგავსება მეცნიერულად დასაბუთებული არ არის, რადგან ორ ინდივიდუუმს შორის მორფოლოგიური მსგავსება შეიძლება იყოს ისეთ შემთხვევაშიც. როცა მათ შორის არაერთი ნათესაური კავშირი არ არსებობს.

სასამართლო-ვენეროლოგიური ექსპერტიზა

(მოკლე მიმოხილვა)

სასამართლო-ვენერული ექსპერტიზის ჩატარება წარმოებს ვენერული სნეულების დასადგენად ან უარსაყოფად, სისხლის და სამოქალაქო საქმეებთან დაკავშირებით.

სისხლის სამართლის საქმეებთან დაკავშირებით ვენერული ექსპერტიზის ჩატარება ძირითადად დაკავშირებულია ვენერული სნეულების განზრახ შეყრასთან; სიტყვიერ შეურაცყოფასთან (პიროვნების ღირსების წინააღმდეგ ჩადენილი დანაშაულის დროს); სქესობრივ სფეროში ჩადენილ დანაშაულთან (გაუპატიურება, გაუკუღმართებული სქესობრივი კავშირი, გარყვნილი ქმედება); ოვითმკვლელობასთან (როცა ასეთის მოტივი ვენერული სნეულების შეყრაა) და სხვ.

ცნობილია, რომ ვენერული სნეულების განზრახ შეყრისათვის ოქტომბრის რევოლუციამდე სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობა არ არსებობდა. ასეთი დანაშაულისათვის სასჯელი მხოლოდ 1922

წელს იქნა შემოღებული (რუსეთის ს. ს. კოდექსის 150-ე მუხლის, ხოლო ჩვენი ს. ს. კოდექსის 157-ე მუხლის შესაბამისად).

ამ კოდექსის მიხედვით დანაშაულად ითვლებოდა მხოლოდ ვენერული სენის განზრახ შეყრა, ხოლო ახალი (1961წ.) კოდექსით, სასჯელი დაწესებულია აგრეთვე ვენერული სენის მკურნალობისათვის ბოროტად თავის არიდებაზეც (საქ. სსრ სისხ. სამ. კოდექსის 122-ე მუხლი).

გარდა ამისა, ვენერული ექსპერტიზის ჩატარება შეიძლება დაკავშირებული იყოს სიტყვიერ შეურაცხყოფასთან (პროვინების ღირსების წინააღმდეგ ჩადენილი დანაშაულის დროს), სქესობრივ სფეროში ჩადენილ დანაშაულთან, თვითმკვლელობასთან და სხვ.

ვენერული სნეულების განზრახ შეყრა ძირითადად ხდება სქესობრივი გზით (მეტწილად ეს ეხება ათაშანგს და გონორეას, უფრო იშვიათად შანკრს). აქვე საჭიროა მიეთითოს, რომ ერთსა და იმავე პირს. ერთდროულად შეიძლება ჰქონდეს ათაშანგი და გონორეა.

წინასწარი შეცნობით ვენერული სნეულების შეყრისათვის დამნაშავე პასუხისგებაში რომ მიეცეს, საჭიროა ვენეროლოგის მონაწილეობით სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარება შემდეგი საკიოხების გადასაწყვეტად:

1. არის თუ არა შესამოწმებელი პირი ვენერული სნეულებით დაავადებული;
2. თუ დაავადებულია, რომელი ვენერული სენით;
3. შემოწმებულ ორ პროვინებას (ქალს ან კაცს), ან ორივეს, ერთნაირი ვენერული სნეულება აქვს თუ არა;
4. თუ დაავადება ერთნაირია, რომელია დაავადების გავრცელების წყარო;
5. შეიძლება თუ არა შესამოწმებელს არ სცოდნოდა ვენერული სნეულებით დაავადება.

პირველ კითხვაზე პასუხის გაცემა შესაძლებელია გონორეის, ათაშანგის და რბილი შანკრისათვის დამახასიათებელი კლინიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევის მონაცემების საფუძველზე.

გონორეის სამ ფორმას არჩევენ: 1) ახალი გონორეა: ა) მწვავე. ბ) ქვემწვავე და გ) ტორპიდული. 2) ქრონიკული გონორეა და 3) ლატენტური გონორეა.

მწვავე და ქვემწვავე გონორეის დროს გამონადენი და წვა მოშარდვისას გამომჟღავნდება ინფიცირების 3—7 დღის შემდეგ.

ახალი ტორპიდული ანუ უსიმპტომო ფორმის გონორეა დამტკიცებული გონოკოკების არსებობით მიმდინარეობს დაავადებისათვის დამახასიათებელი სუსტად გამოხატული ნიშნებით ან უამისოდ. მისი ხანგრძლივობა ინფიცირებიდან არა უმეტეს 2 თვეს გრძელდება.

ქრონიკული გონორეა გრძელდება ორ თვეზე მეტ ხანს, რომელიც მიმდინარეობს ფარულად მაგრამ გამწვავეებით. ასეთ შემთხვევაში მნიშვნელოვანია იგი გავარჩიოთ ახალ (მწვავე) გონორეიდან. ამ მიზნით მხედველობაში მიიღება დაავადების ხანგრძლივობა და მისი გავრცელების ინტენსივობა.

ლატენტური გონორეის დროს შეუძლებელია დაავადების კლინიკური ნიშნების და გონოკოკების ნახვა, მიუხედავად იმისა, რომ ავადმყოფი ითვლება დაავადების განზრახ შეყრის წყაროდ.

გონორეით დაავადების შემთხვევაში შემოწმება შეიძლება ჩატარდეს როგორც მწვავე. ისე ქრონიკულ პერიოდში.

პირველ შემთხვევაში დაავადების დიაგნოსტიკა ადვილია როგორც კლინიკური, ისე ლაბორატორიული გამოკვლევით, ხოლო მეორე შემთხვევაში ძნელია და საჭიროა შესამოწმებელი პირის ხანგრძლივი და დეტალური კლინიკური გამოკვლევა (სასურველია სტაციონარულ პირობებში).

მწვავე გონორეის დიაგნოზის დასმა მარტო კლინიკური ნიშნების მიხედვით აკრძალულია. აქ საჭიროა ლაბორატორიული გამოკვლევის ჩატარება, რადგან ზოგჯერ არაგონორეული წარმოშობის შარდის სავალი გზების ჩირქოვან-კატარული ანთება თითქმის ისეთსავე კლინიკურ სურათს იძლევა, როგორც გონორეა.

ქრონიკული გონორეით დაავადების დადასტურება ძნელია და მოითხოვს შესამოწმებლის შედარებით ხანგრძლივ სტაციონარულ შესწავლას სათანადო ხერხების ჩატარებით. კერძოდ, საჭიროა დაავადების ე. წ. პროვოკაცია, ე. ი. მისი ხელოვნური გამწვავება. ამ მიზნით შესამოწმებელს ეძლევა საპროვოკაციო საშუალებანი (ალკოჰოლი, უფრო ხშირად ლუდის სახით). რომლის შედეგადაც გამომჟღავნდება გონორეის მწვავე სურათი, ხოლო შემდეგ უნდა ჩატარდეს სრული ლაბორატორიული გამოკვლევა.

ასევე რთულია გონორეის დიაგნოსტიკა ბავშვებში, განსაკუთრებით გოგონებში, რადგან საშოს ლორწოვანი გარსის მწვავე ჩირქოვან-კატარული ანთების დროს ბაქტერიოსკოპულად შეიძლება ნახულ იქნეს გონოკოკის მაგვარი სხვა მიკრობები („ფსევდოგონოკოკები“). ამის გამო უსათუოდ საქიროა ექსუდატის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა ხშირად ორჯერ ან მეტჯერ.

გვამზე გონორეის დიაგნოსტიკა ხდება შარდის სავალი გზებიდან ან საშოს და სხვა შინაგანი სასქესო ორგანოებიდან (საშვილოსნო და მისი დანამატები) აღებული მასალის ბაქტერიოსკოპული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევით. ასევე მნიშვნელოვანია ამ ორგანოების ჰისტოპათოლოგიური შესწავლა.

გონორეით დაავადების შემთხვევაში შემოწმება უნდა მოხდეს „მამაკაცის სქესობრივი მდგომარეობის სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის წესების“ მიხედვით (მუხლი 38—46), პირველ რიგში შესამოწმებლის გამოკვლევა წარმოებს იმ მეთოდით, როგორც ეს ზემოთ იყო მითითებული, სქესობრივი შეუღლების უნარის დადგენის დროსაც. ამის შემდეგ არკვევენ გარემოებას, რომელიც პირდაპირ ან არაპირდაპირ მიუთითებენ მის ვენერულ დაავადებაზე. ძველად გადატანილ ვენერული დაავადების მხრივ ცნობის მიღების შემთხვევაში, გამოკითხავენ ჩატარებული მკურნალობის შესახებ, მოსალოდნელი რეციდივის შესაძლებლობის გამომქლავების თვალსაზრისით.

შესამოწმებლის გასინჯვა წარმოებს ზემოთ მილითებული გეგმის მიხედვით, მაგრამ აქ საქიროა დავიცვათ ზოგიერთი თავისებურებანი. პირველ რიგში ათვალეირებენ თავის თმიან შიდაშოს, პირის ღრუს ლორწოვანს, სახის, ყელის, ტანის და კიდურების კანის საფარველს. ყურადღებას აქცევენ გამონაყარის არსებობას, მის ლოკალიზაციას, ინტენსივობას, ცალკეული ელემენტების დაჯგუფების ტენდენციურობას, სქესობრივი კავშირის შემდეგ გამონაყარის გამომქლავების დროს; პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე უმტივიწვეულო წყლულის და ეროზიის არსებობას. არკვევენ არის თუ არა იდაყვის მოსახრელ და ღუნღულოების შიდაშოში ინექციების კვალი, რაც სპეციფიკური მკურნალობის ჩატარებაზე მიუთითებს. ინექციების შედეგად განვითარებული ინფილტრატის აღმოჩენის შემთხვევაში საქიროა რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ბისმუტის

აღმოსაჩენად. სინჯავენ კისრის, ილიის, იდაყვის და საზარდულის ლიმფურ ჯირკვლებს, რადგან ათაშანგით დაავადების შემთხვევაში იგი გადიდებულია, მომკვრივო-ელასტიკურია დაახლოებით ბრტყლის კონსისტენციის, უმტკივნელოა და შეზრდილი არ არის ირგვლივმდებარე ქსოვილთან.

ათვალიერებენ სასქესო ორგანოებს: წყლულის, ეროზიის. მაგარი შანკრის შეხორცების შედეგად წარმოშობილი ნაწიბურის და გამონადენის აღმოსაჩენად. საშარდე მილიდან გამონადენის შემთხვევაში არკვევენ, სქესობრივი კავშირის რამდენი ხნის შემდეგ წარმოიშვა იგი. ადგენენ გამონადენის ხასიათს (ჩირქოვანი, ლორწოვანი, სეროზული, მისი რაოდენობა—მცირე და უხვი); წვას შარდვის დაწყების თუ დამთავრების შემდეგ; იღებენ ნაცხს სასაგნე მინაზე და აგზავნიან ბაქტერიოლოგიურ ლაბორატორიაში.

გამონადენის არარსებობის შემთხვევაში შესამოწმებელი იგზავნება კანისა და ვენერული სნეულების დაწესებულებაში, დეტალური გამოკვლევისათვის (წინამდებარე) ჯირკვლის სეკრეტის გამოსაკვლევადა „პროვოკაციისათვის“ და სხვ.

შარდსადენის ანთების ხასიათის გამოძღვანებისათვის აწარმოებენ „ორი კიქის სინჯს“. შესამოწმებელს წინადადებას აძლევენ შეაგროვოს შარდი თანმიმდევრულად ორ კიქაში. იმ შემთხვევაში, როცა მწვავე ანთებითი პროცესია შარდსადენის წინა ნაწილში. პირველი შარდი (პირველი კიქა) მღვრიეა, მეორე (მეორე კიქა) გამჟვინვალეა. შარდსადენის ორივე (წინა და უკანა) ნაწილის ანთებითი პროცესის დროს შარდი ორივე კიქაში მღვრიეა. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ შარდის შემღვრევა შეიძლება გამოწვეული იყოს მასში მარილების შემცველობით. ასეთ შემთხვევაში შარდი გამჟვინვალე გახდება, თუ მას დაეუმატებთ მარილმჟავას მცირე რაოდენობას.

ათვალიერებენ უკანა ტანის მიდამოს რადგან აქ შეიძლება ნახული იქნეს ათაშანგი — მაგარი შანკრის ან მეორადი ათაშანგი — პაპულების ან ბრტყელი კონდილომების სახით.

სწორი ნაწლავის გონორეით დაავადების მხრივ ექვის შემთხვევაში იღებენ ნაცხს სწორი ნაწლავის ლორწოვანიდან ან გამოცეხავენ სწორი ნაწლავის სანათურს ლითონის სპეციალური ორმაგი კათეტერით და გამონარეცხ წყალს აგზავნიან ბაქტერიოლოგიურ ლაბორატორიაში გონოკოკების აღმოსაჩენად.

გონორეით დაავადების დროს ირკვევენ სათესლე ჯირკვლებს, მის დანამატებს, სათესლე ბუშტუკებს და წინამდებარე ჯირკვლებს რნ მეთოდით, რომელიც მითითებული იყო ზემოთ სქესობრივი შეუღლების უნარის გამოკვლევის დროს.

საჭიროა გაირკვეს შესამოწმებელი ღებულობდა თუ არა ანტიბიოტიკებს, რადგან ვენერული სნეულებანი ინკურნება აღნიშნული პრეპარატების მიღებით. ვენერული სნეულებით შებყრობილი, როგელმაც ჟერ კიდევ არ იცის ამ დაავადების შესახებ, სხვა დაავადების საწინააღმდეგოდ შეიძლება ღებულობდეს ანტიბიოტიკებს, რის გამოც ვენერული სნეულებისათვის დამახასიათებელი სურათი იშლება და ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება. ანტიბიოტიკების მცირე დოზებით მიღება სპობს გამონადენში გონოკოკებს. ამ შემთხვევაში დაავადების ამოცნობა უნდა მოხდეს არაპირდაპირი დიაგნოსტიკური მეთოდით. მიმართავენ შარდსადენის წინა ურეთროსკოპიას, რის შედეგად გამოძქლანდება ლორწოვანი გარსის ანთებითი ინფილტრაცია (ფერის შეცვლა, შეშუპება, სისხლძარღვოვანი სურათის წაშლა, არა სწორი „ცენტრალური ფიგურა“), რაც ექვს ბადებს გონორეით დაავადებაზე. ანთებითი ინფილტრატი რჩება ანტიბიოტიკებით ჩატარებული მკურნალობის ორი კვირის შემდეგ.

ქალის განცხადება „ჩვეული აბორტების“ თაობაზე ზოგჯერ მიუთითებს ათაშანგით დაავადებაზე; ასეთ შემთხვევაში საჭიროა შესამოწმებელი პირის შესაფერისი ნევროლოგიური გამოკვლევა. მაგარი შანკრი ქალებს შეიძლება ჰქონდეს არა მარტო გარეთა სასქესო ორგანოებზე, არამედ საშვილოსნოს ყელზეც კი.

ქალის შარდსადენის გასინჯვისას, ყურადღება უნდა მიექცეს მის კონსისტენციას. ნორმალურად იგი რბილია, ხოლო ქრონიკული ანთებითი პროცესის შედეგად (უფრო ხშირად გონორეული წარმოშობის) გამკვრივებულია. გონორეული პროცესის შედეგად ხშირად ვითარდება დანამატების, ბართოლინის ჟირკვლების და მისი სადინარების ორმხრივი ქრონიკული ანთება.

ნაცხი აღებული უნდა იქნეს ერთ სასაგნე მინაზე ცალ-ცალკე: შარდსადინარიდან, საშვილოსნოს ყელიდან და სწორი ნაწლავიდან.

ვენერული სნეულების დიაგნოზის საბოლოო დასმა უნდა მოხდეს ათაშანგის შემთხვევაში სისხლის სეროლოგიური გამოკვლევით, საჭიროების შემთხვევაში თავ-ზურგტვინის სითხის შესწავლით (ვა-

სერმანის რეაქცია); მკრთალი სპიროქეტის აღმოჩენით (მაგარი შანკრის ჩამონაფხეკში, კანის გამონაყარიდან — პაპულებიდან ან ეროზიიდან აღებულ მასალაში და ლიმფური ჭირკვლების პუნქტატში). გონორეის შემთხვევაში შარდსადინარის გამონაყოფის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევით, გონოკოკის აღმოსაჩენად.

ყველა ზემოთ მითითებული გამოკვლევა უნდა ჩატარდეს სპეციალურ სამედიცინო დაწესებულებებში — ვენდისპანსერებში, კანისა და ვენსნეულების კაბინეტებში ან საავადმყოფოთა კანისა და ვენსნეულების განყოფილებებში.

გონორეით დაავადების შემთხვევაში დაავადების გავრცელების წყაროს დადგენა ძნელია. იმ შემთხვევაში, როცა ქალს აქვს ქრონიკული გონორეა და მამაკაცს — მწვავე გონორეისათვის დამახასიათებელი მოვლენები, მაგალითად, საშარდე მილის წინა ნაწილის ჩირქოვან-კატარული ანთება, დაავადების გავრცელების წყაროდ ქალი უნდა ჩაითვალოს. პირიქით, თუ მამაკაცს აქვს საშარდე მილის შარდის ბუშტის და მასთან სათესლე ჭირკვლები; და დანამარების გონორეული ანთება, ხოლო ქალს კი საშოს შესავლის ლორწოვანი გარსის ანთება (*Vulvovaginitis gonorrhoeica purulenta*) დაავადების გავრცელების წყაროდ მამაკაცი უნდა ჩაითვალოს! ამრიგად, დაავადების წყაროს გარკვევა ხდება დაავადების ხანდაზმულობის დადგენის საფუძველზე, რაც გონორეის მიმართ ყოველთვის შესაძლებელი არ არის.

მწვავე გონორეით დაავადებულმა მამაკაცმა ყოველთვის იცის თავისი დაავადების შესახებ. რადგან მამაკაცთა მწვავე გონორეის კლინიკური სურათი მეტად დამახასიათებელია (ჩირქის დენა საშარდე მილიდან და ტკივილი მოშარდვის დროს ან მის შემდეგ), ხოლო ქრონიკულ გონორეას შეიძლება ადგილი ექნეს შესამოწმებელი პირისათვის შეუმჩნევლად.

ქალებში მწვავე გონორეა. თუ იგი გავრცელებულია შარდის სავალი გზებით, ისეთივე დამახასიათებელ კლინიკურ სურათს იძლევა, როგორც მამაკაცებში, ამიტომ ასეთ შემთხვევაში ქალმა რომ არ იცოდეს თავისი დაავადების შესახებ, შეუძლებელია. მაგრამ თუ გონორეული ანთება გავრცელდა სასქესო გზით (საშო, საშვილოსნოს ყელი, საშვილოსნო და ასე შემდეგ), მაშინ კლინიკურად გამოხატულია თეთრად შლა, რასაც ქალი მეტწილად აწერს სხვა დაავა-

დებას და არა გონორეას, ხოლო გამონადენის ლაბორატორიულ გამოკვლევას ხშირ შემთხვევაში არ ადასტურებს გონორეით დაავადებას; ამიტომ ქალმა ზოგ შემთხვევაში შესაძლებელია არ იცოდეს თავისი დაავადების შესახებ.

სასქესო ორგანოების გონორეა სქესობრივი შეუღლების გზით ვადადის. დაავადების შეყრა სხვა გზით (თუ მხედველობაში არ მივიღებთ გოგონებს, რომელთაც დაავადება შეიძლება გადაედოთ დედისაგან, ინფიცირებული ღრუბლის ან სხვა საგნების ხმარებით) შეუძლებელია.

სხვა ორგანოების გონორეა, მაგალითად, თვალის (blenoraea) შეიძლება გავრცელდეს კონტაქტით, თუ ინფიცირებული თითები შეეხო თვალის ლორწოვან გარსს. ხოლო პირის ღრუს და სწორი ნაწლავის გონორეა ვრცელდება გაუკუღმართებული სქესობრივი კავშირის მეოხებით, თუმცა ქალებში სწორი ნაწლავის გონორეა შეიძლება განვითარდეს საშოდან გონორეული ექსუდატის ჩამოღობით — ანუსის მიდამოსაკენ.

ათაშანგის დიაგნოსტიკა ძირითადად წარმოებს სეროლოგიური და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევით, მაგრამ მისი მიმდინარეობის მრავალფეროვანი კლინიკური გამოვლინება საშუალებას იძლევა არა მარტო დადგენილ იქნეს ამ დაავადების არსებობა, არამედ ვანისაზღვროს მისი ხანდაზმულობა, რაც საჭიროა დაავადების წყაროს გამოსავლინებლად.

არჩევნ ათაშანგის შედეგის შემდეგ სტადიებს:

1) პირველადი სერონეგატიური ათაშანგი ხასიათდება პირველადი აფექტით — მაგარი შანკრით, რომელიც გამომჟღავნდება ინფიცირებიდან 3—3,5 კვირის შემდეგ. ამ პერიოდში სეროლოგიური რეაქცია უარყოფითია.

2) პირველადი სეროპოტიზიტიური ათაშანგი, როცა სეროლოგიური რეაქცია (ვასერმანის) დადებითია ინფიცირებიდან 6—8. ხოლო მაგარი შანკრის გაჩენიდან 3—4 კვირის შემდეგ.

3) მეორადი ახალი ათაშანგი ხასიათდება კანისა და ლორწოვანი გარსების გამონაყარით, რომელიც გამომჟღავნდება ინფიცირებიდან 8—10 კვირის გავლის შემდეგ. მრავლობითი როზეოლო-პაპულოზური გამონაყარი უპირატესად დალოკალიზებულია ტანის (ტორსის) და კიდურების გვერდით მხარეზე. სეროლოგიური რეაქ-

ცია დადებითია. ამ პერიოდში შეიძლება გაჩნდეს ეროზიული და ჰიპერტროფიული პაპულები გენიტალების მიდამოში, კანის ნაკვებს შორის, რომელიც მაცერაციას განიცდის.

4) მეორადი რეციდივული ათაშანგი გამომჟღავნდება ინფიცირებიდან 4—5 თვის შემდეგ, ხასიათდება მცირე გამონაყარით, რომელიც დალაგებულია ცალ-ცალკე რკალისებურად და წრისებურად. ამ ელემენტების რაოდენობა მცირეა, ხოლო თითოეული მათგანის ოდენობა დიდია, მასთან რაც უფრო მეტი ღროა გასული ინფიცირებიდან, გამონაყარის რაოდენობაც ნაკლებია.

ლეიკოდერმა, კისრის უკანა ზედაპირზე ტიპური ლოკალიზაციით გამომჟღავნდება ინფიცირებიდან 5—6 და მეტი თვის შემდეგ. ფართო კონდილომები გამომჟღავნდება მთელი რეციდივული ათაშანგის მიმდინარეობის ხანაში. მისი გამომჟღავნების ყველაზე ნაადრევი დრო არის ინფიცირებიდან 4—5 თვე. თმის ბუდობრივი (ნაწილობრივი) გაცვენა (წარბების გარეთა მესამედი, თავის საფარის თმა) შეიმჩნევა ინფიცირების 5—6 თვის შემდეგ.

ხელის და ფეხის გულების მიდამოში გამონაყარის არსებობა მითითებს მეორად რეციდივულ მოგვიანებულ ან სწრაფად მიმდინარე ახალ მეორად ათაშანგზე (ასეთ შემთხვევაში უნდა იყოს მაგარი შანკრიც).

პირის ღრუს ლორწოვანზე და სასახე შეიძლება ნახული იქნეს პაპულოზიური, უფრო ხშირად ეროზიული ზედაპირის მქონე გამონაყარი. ზოგჯერ შეიმჩნევა ნუშურების სპეციფიკური (ათაშანგური) დანაწიბურება და ანგინა.

5) მესამედი ათაშანგი გამომჟღავნდება არანამკურნალებ შემთხვევაში 3—4 და მეტი წლის შემდეგ. ასეთი ფორმის ათაშანგი ნაკლებად კონტაგიოზურია და ამდენად სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის პრაქტიკაში იშვიათად გვხვდება. ათაშანგის ამ ხანისათვის დამახასიათებელია გუმოზური (გრანულომატოზური) პროცესები შინაგან ორგანოებში (ღვიძლში, თავის ტვინში, ფილტვებში და სხვ.), ადგილი აქვს ქსოვილების დაშლას და ღრმა ცვლილებებს ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ, ვითარდება ე.წ. ნეიროლუესი ტაბესის და პროგრესული დამბლის სახით (tabes dorsalis, paralysis progressiva) და სხვ.

ნეიროლუესი და პროგრესული დამბლა არაკონტაგიოზური და-

ავადება და ამ მხრივ სასამართლო-სამედიცინო პრაქტიკაში არ გვხვდება. დაავადებულთა ეს კონტინგენტი ნევროპათოლოგიების და ფსიქიატრების დაკვირვების, კვლევის და მკურნალობის ობიექტებს წარმოადგენენ.

ათაშანგი ძირითადად სქესობრივი გზით გადადის, მაგრამ შესაძლებელია სხვა კონტაქტითაც გადავიდეს, მაგალითად, კოცნით, კბენით, დაავადებული ქალის გასინჯვით (სამეანო-გინეკოლოგიური). ინფიცირებული ჭურჭლის ხმარებით და სხვ.

ათაშანგის გავრცელების წყაროს დადგენა შედარებით ადვილია, რადგან ამ დაავადების განვითარებას ახასიათებს ერთმანეთისაგან მკვეთრად განსხვავებული ოთხი სტადია. ამის გამო, თუ ქალი დაავადებულია მეორადი ათაშანგით და მამაკაცს აქვს მხოლოდ მაგარი შანკრი, დაავადების წყაროდ უნდა ჩაითვალოს ქალი.

ათაშანგის დიაგნოსტიკა გვამზე უნდა მოხდეს მაგარი შანკრის წყლულიდან ან რეგიონარული ლიმფური ჯირკვლებიდან აღებული ზუნქტატის ბაქტერიოსკოპული გამოკვლევით და ანთებითი უბნების ბისტროპათოლოგიური შესწავლით.

სეროლოგიური რეაქციის (ვასერმანის) ჩატარება შეიძლება იმ შემთხვევაში, თუ გვამში ლპობა არ არის დაწყებული.

ათაშანგის დიაგნოსტიკას აადვილებს აგრეთვე სპეციფიკური მკურნალობის (ბიოქინოლის ინექციები დუნდულა კუნთების მიდამოში) ჩატარების კვალი, რომელიც ცოცხალ ადამიანზე შეიძლება ნახულ იქნეს შესაფერისი გამკვრივების სახით და დადასტურდეს რენტგენით. ხოლო გვამზე — გაკვეთის საშუალებით და აღებული ნასალის ქიმიური გამოკვლევით.

ათაშანგის დიაგნოსტიკა უნდა ხდებოდეს სტაციონარულ პირობებში. ათაშანგით დაავადებულის ამბულატორიული შესწავლა მიზანშეუწონელია.

გარკვევა იმისა, იცის თუ არა შესამოწმებელმა პირმა ათაშანგით დაავადების შესახებ, უნდა მოხდეს ინდივიდუალურად, დაავადებულის საერთო კულტურის დონის და პროფესიის გათვალისწინებით, რადგან, თუ შესამოწმებელს კულტურის დაბალი დონე აქვს და პირად ჰიგიენას ნაკლებ ყურადღებას აქცევს, შეიძლება გამოეპაროს ათაშანგის როგორც პირველი, ისე მეორე სტადია და თავისი თავი არ ჩათვალოს ავადმყოფად. პირიქით, თუ ადამიანს კულტურის

მაღალი დონე აქვს და პირად პიგიენას დიდ ყურადღებას აქცევს, მას დაავადების პირველი ნიშნები — მაგარი შანკრი და რეგიონულ-ლიმფური ჯირკვლების ანთებითი შესივება — არ გამოეპარება.

მესამე ვენერული სნეულება — რბილი შანკრი, რომელსაც იწვევს დიუკრე-უნას მიკრობი, საერთოდ იშვიათი დაავადებაა. ამიტომ ექსპერტიზა ამ მიმართულებით კიდევ უფრო იშვიათია.

რბილი შანკრის კლინიკური და მორფოლოგიური სურათი ხედმიწვევით დამახასიათებელია. ამიტომ ამ დაავადების ამოცნობა ძნელი არ არის. მიუხედავად ამისა, მაგარი შანკრისაგან განსასხვავებლად სავალდებულოა ბაქტერიოსკოპული გამოკვლევა გრამ-უფოფითი დიუკრე-უნას სტრეპტობაცილის აღმოსაჩენად.

დაავადების გავრცელების წყაროს გამოვლინება შედარებით ძნელია, რადგან ამ დაავადების ინკუბაციური პერიოდი მოკლეა (1—3 დღე) და, ამასთან, რბილი შანკრისათვის დამახასიათებელი ნიშნები ორ შესამოწმებელ პირს გარეგნულად შეიძლება თანაბრად ჰქონდეს გამოხატული, მიუხედავად იმისა, რომ ერთ-ერთი მათგანი არის დაავადების გავრცელების წყარო და დიდი ხნით ადრე იყო დაავადებული. ამ საკითხის გადასაწყვეტად ძირითადად უნდა ვიხელმძღვანელოთ სამედიცინო დოკუმენტებით (თუ კი ასეთი არსებობს) და, ნაწილობრივ, წყლულების რაოდენობის, რეგიონულ-ლიმფური ჯირკვლების ანთებითი პროცესის ინტენსივობით. მაგალითად, თუ მამაკაცს სასქესო ასოზე აქვს რამდენიმე (სამი ოთხი) წყლული და, მასთან ერთად, შესივებული და დაჩირქებულია საზარდულის ლიმფური ჯირკვლები, ხოლო ქალს სამოს შესავალთან აქვს ერთი წყლული, ხოლო საზარდულის ლიმფური ჯირკვლების შესივება არ აღენიშნება, დაავადების გავრცელების წყარო შეიძლება მამაკაცი იყოს.

წარსულში გადატანილი რბილი შანკრის დიაგნოსტიკა გამოჯანსაღების შემდეგ შეუძლებელია.

გარდა აღნიშნულისა, ვენეროლოგიური ექსპერტიზა შეიძლება ჩატარებულ იქნეს პიროვნების ღირსების წინააღმდეგ ჩადენილი დანაშაულის დროს, როცა ადგილი აქვს ცილისწამებას, ანუ სხვა ზირის შესახებ „ჭორის“ გავრცელებას.

სიტყვიერი შეურაცხყოფის დროს ვენერული სნეულების დასადგენად ექსპერტიზის ჩატარება შეიძლება მოხდეს სასამართლო

ან საგამომძიებლო ორგანოების მოთხოვნით, მაგრამ უფრო ხშირად შეუტრაცხყოფილი თავისი ინიციატივით ცხადდება სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტთან ცნობის მისაღებად.

ვენერული დაავადების დასადგენად შემოწმების დროს საჭიროა განსაკუთრებული სიფრთხილის გამოჩენა, რადგან შეიძლება შემოწმებაზე გამოცხადდეს სხვა, არადაავადებული პირი. ამიტომ შემოწმება უნდა მოხდეს სპეციალური შოქართვით და, მასთან, პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტების წარმოდგენის შემდეგ.

ზოგჯერ ვენეროლოგიური ექსპერტიზის ჩატარება დაკავშირებულია სამოქალაქო საქმესთან, როცა ცოლი ან იშვიათად ქმარი აღძრავს სამოქალაქო სარჩელს ვენერული სნეულებით გამოწვეული დაკარგული შრომის უნარის პროცენტების გადასაწყვეტად.

ხშირად ვენერული ექსპერტიზა ტარდება გაუპატიურების, გაუკუღმართებული სქესობრივი კავშირის და გარყვნილი ქმედების ფაქტის დადგენის დროს ვენერული სნეულების შეყრის გამოსავლინებლად.

ზოგჯერ, ვენერული სნეულებით დაავადების შემთხვევაში, პიროვნება ვარდება დეპრესიულ მდგომარეობაში და გამოსავალს ნახულობს თვითმკვლელობაში. ასეთ შემთხვევაში თვითმკვლელობის მოტივის ასახსნელად საჭიროა გვამზე ვენერული სნეულების დადასტურება, ასეთი შემთხვევები თანამედროვე პირობებში იშვიათია. რადგან ამჟამად თითქმის ყველასათვის ცნობილია, რომ ვენერული სნეულებისაგან განკურნება აღივლია, თუ ზომები დროულად იქნება მიღებული.

ათაშანგი ზოგჯერ შეიძლება გადავიდეს მეორე პირზე ფიზიკური ტრავმის მიყენების შედეგად (მაგალითად, კბენით, ნაკბენ კრილობაში შესაძლებელია ნერწყვის საშუალებით მკრთალი სპიროქეტის შექცრა).

ზოგჯერ ვენეროლოგიური ექსპერტიზის ჩატარება დაკავშირებულია საექიმო საქმესთან, როცა მკურნალობის პროცესში წარმოშობილი გართულების შედეგად განვითარდება სიკვდილი.

მოგვყავს მაგალითები საკუთარი შემთხვევებიდან: მოქ. ნ-ძემ პროკურატურში შეიტანა საჩივარი მკურნალი ექიმის თ-ძის წინააღმდეგ, ათაშანგის საწინააღმდეგო ინექციის შედეგად განვითარებული ზემო კიდურის დამბლასთან დაკავშირებით. მომჩივანი მოი-

თხოვდა ექიმის დასჯას და დაკარგული შრომის უნარის ასანაზღაურებელ თანხას.

მეორე შემთხვევაში, პარიკმახერმა ა-მა, რომელსაც იცნობდნენ, როგორც სიყვითლის მკურნალს, ექიმბაშური „მკურნალობა“ შესთავაზა 24 წლის ვაჟს მოქ. ნ-ს. ეს უკანასკნელი დაავადებული იყო ათაშანგით და ნეოსალვარსანით ჩატარებული მკურნალობის შედეგად მიიღო გართულება — სიყვითლე. იმის ნაცვლად, რომ მოქ. ნ-ს სამკურნალო დაწესებულებაში ჩატარებინა ამ გართულების საწინააღმდეგო შესაფერისი მკურნალობა, დიდი გასამრჯელოს ფასად დაიწყო „მკურნალობა“ ექიმბაშ ა-თან, რომელიც მაწონთან შერეულ რაღაც ფხვნილს აძლევდა მას. მდგომარეობა კიდევ უფრო გაუარესდა და მოქ. ნ. „მკურნალობის“ მეოთხე დღეს გარდაიცვალა ღვიძლის მწვავე ყვითელი დისტროფიით.

ამგვარად, სასამართლო-ვენერული ექსპერტიზის ჩატარება ბევრ სხვადასხვა შემთხვევასთანაა დაკავშირებული. ყველა ასეთი ექსპერტიზის ჩასატარებლად საჭიროა კომისიური ექსპერტიზის მოწყობა ვენეროლოგის მონაწილეობით.

შ ი ნ ა ა რ ს ი

შესავალი	3
სამამულო სამეანო-გინეკოლოგიური ექსპერტიზის მოკლე ისტორია	7
სქესობრივი სიმწიფე — ქალის სასქესო ორგანოები	17
საეჭვო სქესობრივი მდგომარეობა	37
დანაშაული სქესობრივ სფეროში	41
მცირეწლოვანთან ან არასრულწლოვანთან სქესობრივი კავშირი	46
გარყვნილი ქმედება	52
სასამართლო-სამედიცინო შემოწმებებს აქტი	53
გაუკუღმართებული სქესობრივი კავშირი	54
გაუპატუერება	74
ქალის იძულება სქესობრივი კავშირის დაკერისათვის	77
სქესობრივი შეუღლების ფაქტი	77
დეფორაცია	87
სქესობრივი შეუღლების დროს ძალადობის ნიშნების დადგენა	103
ჯანმრთელობის შერყევა და მკვლელობა გაუპატიურების დროს	117
განაყოფიერების უუუნარობა	123
სქესობრივი შეუღლების უუუნარობა	132
ჩასახვის უუუნარობა	142
ორსულობა სასამართლო-სამედიცინო თვალსაზრისით	145
ორსულობის სიმულაცია და დისიმულაცია	150
მოჩვენებითი ორსულობა	154
ორსულობის ვადის განსაზღვრა	156
ორსულობის ხანგრძლიობა	160
ყოფილი მშობიარობის დადგენა	161
პირველი და განმეორებითი ორსულობის ამოცნობა	166
ელვისებური მშობიარობა	168
ა ბ ო რ ტ ი	172
აბორტთან ბრძოლა საბჭოთა კანონმდებლობის მიხედვით	176
აბორტი, როგორც საზოგადოებრივად საშიში ქმედება	186
აბორტის სახეები	188
სპონტანური აბორტი და სპონტანური ნაადრევი მშობიარობა	189
კრიმინალური აბორტის მეთოდები	192
ტრაჰმა და აბორტი	199

კრიმინალური აბორტის დადასტურება	201
კრიმინალური აბორტის გართულებანი	205
ჩვილთმკვლელობა	210
ახალშობილობის განსაზღვრა	213
მკვდრადშობილობისა და ცოცხლადშობილობის საკითხი	214
ცნება დღენაკლი და დღესრული ახალშობილის შესახებ	219
ახალშობილის სიცოცხლისუნარიანობა	223
მკვდრადშობადობის მიზეზი	224
ნაყოფის სიკვდილის მიზეზი მშობიარობის დროს	226
ახალშობილთა სიცოცხლის ხანგრძლივობის დადგენა	230
ახალშობილთა სიკვდილის მიზეზები	232
ჩვილთმკვლელობის საშუალებანი	238
ექსპერტიზა მამათცნობის საკითხზე	247
სასამართლო-ვენეროლოგიური ექსპერტიზა	249