

## ВСТУПЛЕНИЕ

Мы, проживающие в удивительные времена конца XX и начала XXI в., конца II и начала III миллениума, стали свидетелями, а то и участниками небывалого прогресса во многих сферах жизни. Наряду с развитием нанотехнологий и туристских полетов в космос особые чувства гордости вызывают открытия в биологии и медицине. Вместе с тем нельзя не отметить и некоторую асимметрию развития. С одной стороны, можно и нужно восхищаться многочисленными и разнообразными достижениями биотехнологий, с другой — нельзя не замечать остающееся заметным отставание в тех разделах науки, которые по сути являются приоритетными с позиций и биологии, и медицины, и социологии, и даже философии и политики. Речь идет об изучении развития и становления репродуктивной системы человека, а также растущего числа заболеваний ее органов. Большая часть из них влечет за собой **ограничения выполнения основной видовой миссии человека, его фертильности**. В нашей стране эта проблема имеет особое значение, поскольку Россия находится в очередном демографическом кризисе, основу которого составляют разнообразные обстоятельства. Даже средства массовой информации в этом отношении нередко играют отрицательную роль. Однако центральное место отводится медико-биологическим факторам, в частности бесплодию, одной из причин которого являются приобретенные, но чаще врожденно-наследственные поражения репродуктивной системы. Иначе говоря, **многие формы нарушения репродукции взрослого человека корнями уходят в детство, а точнее, в пренатальный онтогенез**. Здесь невольно всплывают в памяти слова, высказанные выдающимся отечественным педиатром, нашим современником, ленинградцем-блокадником профессором Игорем Михайловичем Воронцовым (1935–2007): «...сохранение здоровья детей — первая линия обороны государства!»

В настоящей работе обобщен опыт наблюдения и лечения, в том числе хирургического, десятков сотен больных, полученный нами на базах клинических больниц и научных центров. Этот опыт позволяет утверждать, что в повседневной лечебной практике детские врачи непрерывно встречаются с проблемами реально существующей **педиатрической андрогинекологии**. К тому же эта область буквально насыщена неотложными состояниями, которые, будучи нелечеными или неправильно лечеными, грозят снижением фертильности, развитием репродуктивной и сексуальной несостоятельности пациентов в перспективе их развития. Выделение **педиатрической андрогинекологии** — необходимая мера, которая соответствует в настоящее время специфике развития отечественной педиатрии и в частности детской хирургии. Она (специфика) заключается в том, что детские хирурги оказывают на паритетной основе андрологическую помощь мальчикам и гинекологическую — девочкам, особенно в urgentных ситуациях.

Интересные данные приводит профессор И.В. Казанская (2010): 67% операций, проводимых детскими хирургами и детскими урологами, приходится на органы репродуктивной системы и лишь 33% — на органы мочевыводящей системы. Ведущий детский гинеколог России профессор Е.В. Уварова (2011) подчеркивает, что только 50% девочек получают специализированную помощь, оказываемую детскими гинекологами, а 40% девочек получают помощь от детских хирургов. Оставшихся 10% врачуют общие гинекологи и даже общие хирурги. Из этого следует, что в учебные программы медицинских вузов, в образовательные программы последипломного перманентного обучения специалистов необходимо включить упомянутые темы в полном объеме.

# НАУКА О ПОЛЕ: ОБОСНОВАНИЕ

Наша работа в области репродуктологии тесно связана со многими специалистами, но прежде всего с замечательным гинекологом-эндокринологом, старшим научным сотрудником Института эндокринологии и химии гормонов (в настоящее время — Эндокринологический научный центр Минздрава России), кандидатом медицинских наук Ириной Вячеславовной Голубевой — одним из основоположников **науки о поле**. Человек энциклопедических знаний, наполненный светлой любовью к людям, настоящий гуманист, Ирина Вячеславовна, озабочась трудным положением людей, страдающих транссексуализмом, первая в нашей стране в начале семидесятых годов прошлого века выполнила девять операций по смене пола. У части больных, страдающих женским транссексуализмом, Ирина Вячеславовна провела эти операции совместно с заведующим урологическим отделением Московской городской больницы № 67, кандидатом медицинских наук Р.С. Симовским. В настоящее время эта больница получила имя легендарного детского хирурга, главного врача Городской детской больницы № 13 имени Н.Ф. Филатова, начальника Главного управления здравоохранения Мосгорисполкома Л.А. Ворохобова.

Нам посчастливилось сотрудничать с Ириной Вячеславовной с 1976 г. до дня ее неожиданной и нелепой кончины в 1986 г. (она погибла под колесами электрички, спеша в клинику на утренний обход и операцию). Несколько лет совместной работы и трудных дискуссий позволили нам определить границы и содержание нового направления исследований, охарактеризовав его как **развитие науки о поле**, паритетно изучающего мужскую и женскую половые сферы, подчеркнув при этом **мультидисциплинарность направления** и трудности подготовки специалистов в этой области, которая фактически носит **индивидуальный (штучный) характер**.

В концентрированном виде содержание и границы науки о поле выглядят следующим образом: это паритетное изучение мужчины и женщины; ее составляющие части — андрология; гинекология; раздел психиатрии, изучающий сексологию; клиническая психология; клиническая генетика; раздел эндокринологии, исследующий гормональную и репродуктивную функции половой сферы; раздел хирургии, занимающийся исправлением ее анатомических нарушений; рассматриваются также некоторые онкологические вопросы, связанные прежде всего с гормонально зависимыми опухолевыми превращениями, в том числе злокачественного характера в молочной железе, предстательной железе, которые провоцируются нарушением функции половых желез; с этих же позиций изучаются эволюционные (особенности становления пубертатного периода) и инволюционные (особенности климактерического периода) процессы у обоих полов.

Естественно, возникла необходимость выделения детского раздела этой науки, т.е. педиатрической андрогинекологии, с определением его предмета и задач.

В настоящее время данный раздел представляется как педиатрическая андрогинекология, являющаяся неотъемлемой частью науки о поле — это специфическая область педиатрических знаний о возрастных анатомо-физиологических особенностях нормы и патологии репродуктивной системы растущего организма мужского или женского пола, а также о различных аспектах формирования настоящих и возможных будущих расстройств половой сферы, сказывающихся на всех прокреационных и рекреационных проявлениях взрослого индивидуума.

(Прокреация — воспроизводство — конечная задача половой сферы в биологическом плане, рекреация — комплекс поведенческих проявлений сексуальности, отличающихся эмоциональной насыщенностью.)

Название раздела можно обсуждать, ибо речь идет о педиатрической репродуктологии. Эти два слова мало сочетаемы, более того, их совместное произношение вызывает недоумение у слушателей. Учитывая высказанное, мы остановились на определении **педиатрическая андрогинекология**.

Был дан ряд других формулировок, в том числе в отношении термина **пол**, уточнены некоторые его параметры. Удивительно, но четкого определения понятия «пол» в лингвистических справочниках нет, как и в энциклопедических словарях. В биологических словарях это слово связывают с описанием хромосом, что не является главным в определении признаков пола. Примеров тому много. Так, при чистой агенезии гонад фенотип и пол воспитания женские, а кариотип мужской 46, ХУ. Таким же примером может служить полная форма синдрома Морриса (синдром тестикулярной феминизации): фенотип и пол воспитания женские, а кариотип также мужской 46, ХУ. Альтернативным примером может служить синдром де ля Шапеля (синдром 46, ХХ-мужчины): фенотип и пол воспитания мужские, а кариотип женский 46, ХХ. А к какому полу отнести ребенка с синдромом Шерешевского–Тернера, у которого кариотип 45, Х? Подобные наблюдения тщательно разобраны в специальной литературе и их считают чуть ли не азбучной истиной, но на практике именно здесь допускают много разноуровневых ошибок, особенно смежные специалисты.

Все изложенное лишний раз свидетельствует о том, **что наука о поле только в начале пути своего развития**. Это особенно важно понять в наше трудное время запутанных гендерных отношений.

# ГЕНДЕРНЫЕ ОТНОШЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Здесь необходимо дать некоторые пояснения. Дело в том, что в мировой практике при оценке гендерной идентичности долго господствовало мнение, что особенности развития центральной нервной системы предопределяет экология внутриутробного развития плода. Если при рождении ребенка акушеры называли его мальчиком или девочкой, то он и должен развиваться по законам внешне установленного пола. Эта точка зрения доминировала долгое время и сопровождалась по мере роста и развития многих индивидуумов личностными трагедиями. Наиболее ярко они проявлялись у больных транссексуализмом или другими половыми девиациями, включая врожденные нарушения полоформирования. Иначе говоря, считали, что гендерную идентичность определяют социальные факторы. Основоположником этих взглядов был профессор Джон Мани (1921–2006; монография «Гендерная идентичность», 1973), отстаивавший концепцию **гендерной нейтральности**.

Потребовалось много времени, прежде чем сложилась более прогрессивная, современная точка зрения, согласно которой гендерная принадлежность связана со многими биологическими факторами, в том числе имеющих врожденный и наследственный характер. В частности, гендерную идентичность, гендерные чувства и форму полопроживания предопределяют характер пренатального и постнатального развития структур центральной нервной системы. Эта гипотеза в «трудных научных и ненаучных боях (через судебное разбирательство)» отстаивалась профессором Милтоном Даймондом (см. его статью «Транссексуализм среди близнецов...» в журнале «Международный журнал по вопросам трансгендерности», 2013). Наиболее показательным примером и результатом этих долгих

научных и ненаучных споров является отмена Международным олимпийским комитетом всех гендерных тестов, начиная с Олимпийских игр 2000 г., а в 2004 г. Международный олимпийский комитет объявил (если суммировать и укоротить развернутые обоснования этого решения), что транссексуалы, прошедшие секстрансформирующие операции, будут допускаться к соревнованиям также без проведения каких-либо тестов. Тем самым была преодолена **дискриминация** по отношению к этой группе людей.

Трудно переоценить приведенную краткую историю многолетней борьбы с неправильной концепцией Джона Мани о значении внешней среды в формировании половой идентичности ребенка и в итоге торжество правды. Следование новой, более близкой к истине концепции Милтона Даймонда спасло от страданий не одну сотню человек. Свидетельством этому служат и наши наблюдения.

Я не могу высказаться таким образом, что в своей работе мы испытывали большие трудности в выборе пола детей с нарушениями в строении наружных гениталий. Однако из 51 пациента от раннего возраста до возраста сексуального согласия, перенесших смену пола, о четырех нужно высказаться особо. В раннем возрасте на основании полученных клинических оценок лабораторных данных и результатов инструментального обследования в полном согласии с их родителями трем из них решением консилиума специалистов пол был изменен с мужского на женский. Это сопровождалось полной феминизирующей пластикой гениталий. У двух больных была диагностирована парциальная дисгенезия тестикул, в одном случае наблюдали синдром смешанной, или асимметричной дисгенезии гонад, и в последнем наблюдении имел место синдром рудиментарных яичек, сочетавшийся с малым половым членом, гипоспадией и уrogenитальным синусом.

Три первых больных характеризовались тем, что по мере их развития и формирования психического пола (ощущения себя в определенном поле, возможно, лучше прозвучит — ощущение своей психосексуальной направленности) у них появилось чувство полного неприятия назначенного женского

пола с соответствующими переживаниями и суицидальными мыслями. К 30 годам они получили возможность с нашей помощью и помощью психиатров отказаться от женского обличия и получить новую регистрацию, но уже в мужском поле с дальнейшим переводом на заместительную терапию препаратами мужских половых гормонов и проведением соответствующей маскулинизирующей пластики.

**«Удивительные» метаморфозы** претерпел четвертый пациент — с синдромом рудиментарных яичек, малым половым членом, гипоспадией и уrogenитальным синусом, зарегистрированный и воспитывающийся в мужском поле. Вначале его консультировали в возрасте двух лет педиатры-эндокринологи в одном из крупных волжских городов, где они (сотрудники кафедры детской эндокринологии Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей) пребывали в служебной командировке. Маме-одиночке, на руках которой находился еще один, но здоровый ребенок, была рекомендована срочная госпитализация больного ребенка в наш Тушинский, существующий де-факто эндокринологический центр. Мама появилась у нас через 10 лет, когда ребенку уже было 12 лет. Объяснения задержки с госпитализацией оказались типичными. Ребенок был обследован. Отмечены выраженные нарушения в строении наружных гениталий: маленькие кавернозные тела (менее 3 см) и головка полового члена, последний изогнут до 40 градусов, смещено наружное отверстие мочеполювого синуса, в мошонке яички не обнаружены, кариотип 46 ХУ, высокий уровень гонадотропинов. У него была стойкая мужская психосексуальная ориентация. Во всяком случае разговор о смене пола вызывал у пациента твердую уверенность в своей мужской сущности, подтверждаемую угрозой «выброшусь из окна, если вы это сделаете». Работа врачей детского психиатрического стационара в течение длительного времени положительного результата не дала. Была проведена многоэтапная фаллопластика, которая растянулась на 5 лет, т.е. до 17-летнего возраста (рис. 1, см. цв. вклейку). Спустя шесть месяцев после завершения финального этапа операции и выписки из стационара от него пришло письмо следующего содержания: «...я благодарен всем врачам и всему медицинскому персоналу

за трудную работу по созданию моего полового члена. Когда мне ранее предлагали сменить пол, я отказался. Теперь я понимаю, что предложение было правильным. Дело в том, что меня к девочкам не тянет!» Далее следовали обычные в таких случаях суицидальные мысли. Мы пригласили молодого человека к себе и передали для оценки тогда еще практикующему профессору уникальному специалисту Георгию Степановичу Васильченко. В течение кратчайшего времени Георгий Степанович установил одну из подформ девиации пола, помог официально сменить паспорт мужской на женский, и буквально на следующий день прекрасный результат нашего пятилетнего труда был ликвидирован — была проведена пластика влагалища из сегмента толстой кишки и **феминизирующая пластика наружных гениталий**.

Судьба уже не пациента, а пациентки сложилась благополучно. На фоне заместительной терапии препаратами женских половых гормонов у нее образовались хорошие молочные железы, сложились близкие к женским пропорции и очертания тела. С детства она отличалась прекрасным интеллектом. Окончила медицинский институт. Работает врачом. Вышла замуж за иностранца. Они в нашей стране усыновили ребенка. Проживают и работают в другом государстве (рис. 2, см. цв. вклейку).

Подводя итог этим наблюдениям, вроде бы можно согласиться с целесообразностью выжидательной тактики при назначении пола ребенку, родившемуся с нарушением строения гениталий. Иначе говоря, только в период половой и социальной зрелости он должен сам выбрать форму полопроживания. Нам представляется такая тактика не совсем верной. Необходимо искать выход из трудного положения, не затягивая время присвоения пола и не создавая при этом искусственно так называемый период «третьего пола» со всеми его несуразностями. Предпосылки для ранней идентификации пола уже есть. Так, разработки саратовских исследователей, изучающих мини-пубертат (Болотова Н.В., Морозов Д.А., Райгородская Н.Ю., 2000–2015), свидетельствуют о возможности оценки прогноза степени фертильности больного ребенка в будущем, а значит появляется надежда прогнозирования вектора раз-

вития психосексуальной ориентации. Таким образом, раннее определение вектора полового развития позволит избежать тех трудностей и спорных вопросов, с которыми сталкивается пациент, пребывающий в состоянии «третьего пола».