

Формирование педиатрической андрогинекологии. Как это было?

А.Б. Окулов^{1,2}, Б.Б. Негмаджанов³, Е.А. Окулов⁴, Н.И. Ахмина⁵

¹Отдел детской хирургии НИЦ ГБОУ ДПО РМАПО, Москва;

²кафедра репродуктивной медицины и хирургии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России;

³кафедра акушерства и гинекологии Самаркандского медицинского института;

⁴НИИ детской хирургии ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, Москва;

⁵Тушинская детская городская больница, Москва

Контакты: Алексей Борисович Окулов okulov20@yandex.ru

Наше время уникально. Реализующему себя поколению довелось жить и в XX, и в XXI веках — во II и III миллениумах. Мы стали свидетелями и участниками небывалого прогресса во многих сферах жизни. Наряду с развитием нанотехнологий и туристических полетов в космос, особые чувства вызывают открытия в биологии и медицине. Вместе с тем нельзя не отметить некоторую асимметрию развития, что вызывает беспокойство. С одной стороны, можно и нужно восхищаться многочисленными и разнообразными достижениями биотехнологий, с другой — все более заметно отставание в тех разделах науки, которые, по сути, являются приоритетными с позиций и биологии, и медицины, и социологии, и даже философии. 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 — снижение фертильности**. В нашей стране эта проблема имеет особое значение, поскольку Россия находится в очередном демографическом кризисе, в основе которого лежат разнообразные обстоятельства. Даже средства массовой информации (СМИ) в этом отношении нередко играют отрицательную роль. Однако центральное место отводят 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 корнями уходят в детство, а точнее в пренатальный онтогенез**.

В настоящей работе обобщен опыт наблюдения и лечения, в том числе хирургического, десятков сотен подобных больных, полученный нами на базе клинических больниц и научных центров. Этот опыт позволяет утверждать, что в повседневной лечебной практике детских врачей встречи с проблемами **реально существующей педиатрической андрогинекологии происходят непрерывно**. К тому же эта область медицины буквально насыщена неотложными состояниями, которые, будучи нелечеными или неправильно лечен-

ными, грозят снижением фертильности, сексуальной несостоятельностью пациентов в перспективе их развития. Выделение **педиатрической андрогинекологии** — необходимая мера, которая соответствует специфике развития отечественной педиатрии, и в частности детской хирургии в настоящее время. Она (специфика) заключается в том, что детские хирурги оказывают на паритетной основе и андрологическую помощь мальчикам, и гинекологическую — девочкам, особенно в urgentных ситуациях.

Интересные данные приводит проф. И.В. Казанская (2010) о том, что 67 % операций, проводимых детскими хирургами и детскими урологами, приходится на органы репродуктивной системы и лишь 33 % — на органы мочевыводящей системы. Главный детский гинеколог России проф. Е.В. Уварова (2011) подчеркивает, что только 50 % девочек получают специализированную помощь, оказываемую детскими гинекологами, 40 % помощь оказывают детские хирурги, общие гинекологи и даже общие хирурги — оставшимся 10 % девочек.

Наша работа в области репродуктологии тесно связана со многими именами, но прежде всего с именем замечательного гинеколога-эндокринолога, с.н.с. Института эндокринологии и химии гормонов (в настоящее время Эндокринологического научного центра Минздрава России) Ирины Вячеславовны Голубевой — одного из основоположников создания «**науки о поле**». Озабочась трудным положением людей, страдающих транссексуализмом, она первой в нашей стране в начале 1970-х годов выполнила 9 операций по смене пола. У части больных, страдающих женским транссексуализмом, И.В. Голубева провела эти операции совместно с зав. урологическим отделением Московской городской клинической больницы № 67 к.м.н. Р.С. Симовским.

Нам посчастливилось сотрудничать с Ириной Вячеславовной с 1976 г. до дня ее неожиданной и нелепой кончины (она погибла под колесами электрички, спеша на утренний обход и последующую операцию, в 1986 г.). 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 составляющими частями служат андрология, гинекология, раздел психиатрии, изучающий сексологию, психология, клиническая генетика, раздел эндокринологии, изучающий гормональную и репродуктивную функции половой сферы, раздел хирургии, занимающийся исправлением ее анатомических нарушений; рассматриваются 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, т.е. **педиатрической андрогинекологии**, с определением его предмета и задач. В настоящее время мы трактуем этот раздел следующим образом: педиатрическая андрогинекология — это специфическая область педиатрических знаний о возрастных, анатомо-физиологических особенностях нормы и патологии репродуктивной системы растущего организма мужского или женского пола, а также различных аспектах формирования настоящих и возможных будущих расстройств половой сферы, сказывающихся на всех прокреационных и рекреационных проявлениях взрослого индивидуума*.

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

Был дан ряд других формулировок, в том числе в отношении понятия «пол», уточнены некоторые его параметры. Удивительно, но четкого определения понятия «пол» в лингвистических справочниках нет, как и в энциклопедических словарях. В биологических словарях это понятие связывают с описанием хромосом, что не является главным в определении призна-

ков пола. Примеров тому много. Так, при «чистой агенезии гонад» фенотип и пол воспитания женские, а кариотип мужской — 46,XY. Таким же примером может служить полная форма синдрома Морриса (синдром тестикулярной феминизации): фенотип и пол воспитания женские, а кариотип также мужской 46,XY. Альтернативным примером может служить синдром де ля Шапелья (синдром 46,XX-мужчины): фенотип и пол воспитания мужские, а кариотип женский 46,XX. А к какому полу отнести ребенка с синдромом Шерешевского—Тернера, у которого кариотип 45,X?

Все изложенное выше лишний раз свидетельствует о том, что «наука о поле» только в начале пути своего развития. Это особенно важно понять в наше время «запутанных гендерных отношений». Совсем недавно относительно разобрались с этим вопросом в спортивной области, в спортивной медицине. Но теперь эта проблема выросла до политики, до области межгосударственных отношений, а это затрагивает интересы уже десятков миллионов людей.

В настоящее время смена пола в любом возрасте осуществляется по строгим медицинским показаниям с участием многих специалистов. Окончательное решение о смене пола на основании экспертных заключений принимает только суд, что требует четких определений и формулировок. В нашем понимании (результат длительных дискуссий с участием И.В. Голубевой) пол — это единое, многокомпонентное понятие, представляющее совокупность биологических и социальных особенностей, обуславливающих определенную роль индивидуума в обществе.

Здесь нельзя не вспомнить талантливейшего детского эндокринолога, оставившего заметный след в своей специальности, доцента, к.м.н. Аллу Николаевну Матковскую (Макарову). Ее участие в работе и дискуссиях во многом расширило наш междисциплинарный кругозор.

Считаю возможным привести здесь следующий любопытный факт. Одному из нас, как консультанту 4-го Главного управления Минздрава, приходилось оказывать хирургическую помощь детям и внукам чиновников различного уровня, в том числе министров, в частности министра путей сообщения. После проведения вмешательства, а операция у внука была типичной и не представляла большой сложности, министр, пренебрегая правилами и традициями и нарушая инструкции, данные нам начальством устно, решил познакомиться с хирургами лично. Собеседование оказалось насыщенным и касалось многих, в основном медицинских, тем, в том числе и непредвиденных: о транссексуализме и о положении этих тяжело больных людей в нашем гражданском обществе. Результат оказался

* В литературе конечную задачу всей половой сферы в биологическом плане воспроизводства обозначают термином «прокреация», комплекс поведенческих проявлений сексуальности, отличающийся эмоциональной насыщенностью, — «рекреация».



приятно неожиданным для нас. Первые сообщения о транссексуализме в СМИ появились в газете «Гудок» (№ 268 (19803), 22 ноября 1990 г.), затем в газете «Куранты» (№ 71 (86), 16 апреля 1991 г.) под удачным названием «... Чтобы душа и тело слились воедино», далее и в других СМИ, в том числе и «желтой прессе». В этом же году Санупром Министерства путей сообщения было выпущено указание о выделении двух койко-мест в ЦКБ МПС № 1 в отделении плановой хирургии (заведующий — к.м.н. Е.Ю. Гусев, затем — д.м.н. В.О. Бондаренко) для госпитализации больных, готовящихся стать мужчинами, и двух койко-мест в ЦКБ № 4 в отделении гинекологии (заведующий — к.м.н. Е.М. Юсим) для госпитализации больных, готовящихся стать женщинами. Этим решением было облегчено прохождение больного от психиатрической службы, где комиссионно после экспертной оценки устанавливается диагноз «транссексуализм», до хирургической, которая и позволяет, в конце концов, адаптироваться больному в избранном «новом поле». Да и нам стало удобнее планировать свою работу. Назовем еще одно обстоятельство, которое подчеркивает трудности развития упомянутой темы и ее адекватной адаптации в обществе. В работах, посвященных транссексуализму, подчеркивают, что страны, в которых разрешены эти операции, априори относят к цивилизованным, а медицинские коллективы, которые осуществляют эти операции, — к интеллектуальным. Такая оценка представляется уместной, поскольку в нашей стране, да и не только в нашей, отдельные муниципальные администраторы, организаторы здравоохранения, главные врачи, юристы, не говоря о некоторых «власть медицинскую предрежащих», до настоящего времени не признают проблемы, тем самым обрекая пациентов на «долгие хождения по мукам». Правда, попытки донести суть страдания до основной части населения все-таки были, но начались они относительно недавно. В 1990-е годы Влад Листьев в своей телевизионной программе «Тема» организовал серьезную передачу «Революция тела». На нее он пригласил известного психиатра А.О. Бухановского, именитого челюстно-лицевого хирурга С.Л. Вульфа и пластического хирурга А.Б. Окулова. Дискуссия была интересной. Об этом можно было судить по реакции общественности, в том числе врачебной, и многочисленным откликам, в том числе письменным. С таким же успехом прошли программы с нашим участием на 1-м и 2-м каналах телевидения, ТВЦ и НТВ. Мы принципиально при этом отказывались от участия в программах, условно называемыми в народе «желтыми». Известно, что кроме неправильных заключений о поле и его смене они несут в общество и большую долю безответственности.

В принципе, нам не приходится жаловаться на отсутствие интереса к сложной теме и нашему труду со

стороны СМИ. Об этих исследованиях писали газеты «Правда», «Комсомольская правда», «Московский комсомолец», «Московская правда», «Медицинская газета», «Вечерний Волгоград», самарская газета «Яблоко», как упоминалось ранее, газеты «Гудок» и «Куранты», The Moscow Times, Die erste in Deutschland russischsprachige Herrenzeitung Muschskie Sabawy и др. Не обошли нас вниманием и журналы «Огонек», «Он и она», «Страна и мы», а также французский журнал VSD, изложивший наши принципы диагностики транссексуализма, подготовки пациента к маскулинизирующей и феминизирующей хирургической пластике в зависимости от установленного пола и проследивший судьбу некоторых из этих пациентов, в том числе свадьбу двух транссексуалов. Мужем стала бывшая женщина, а женой — бывший мужчина. При консультировании известного кинодокументалиста художника Е.И. Резникова режиссер Е. Демидова создала фильм под названием «Мужской вектор», который занял призовое место на одном из открытых фестивалей документальных фильмов «Соль земли» (Самара, 2011).

В связи с принятием в Германии закона о сроках установления пола, в том числе юридического, и его смены интервью с нами провело «Радио Кельн» в начале марта 2014 г.

С момента выхода нашего первого руководства (Хирургические болезни репродуктивной системы и секс-трансформирующие операции. Руководство для врачей. Медицина, 2000) прошло более 10 лет. Многое изменилось.

К первым обобщающим работам в области андрогинекологии добавились интересные сообщения психиатров А.О. Бухановского, А.И. Ковалева, А.И. Белкина, Н.Д. Кибрика, почти одновременно с нашим руководством опубликован содержательный труд Н.О. Миланова, и соавт. «Коррекция пола при транссексуализме» (1999), появились новые коллективы в Москве, в частности в МГМСУ им. А.И. Евдокимова (кафедра детской хирургии — заведующий проф. И.В. Поддубный, кафедра репродуктивной медицины и хирургии — заведующий академик РАМН, проф. Л.В. Адамян), в НЦЗД РАМН (отделение уроандрологии — заведующий проф. С.П. Яцык), изучающие эту патологию. Возникли и стали существовать де-юре центры, специализирующиеся в области диагностики и лечения нарушений формирования пола. Например, такой центр, созданный и руководимый в прошлом проф. Д.А. Морозовым, функционирует в Саратове. Андрологический центр в Барнауле возглавляет А.В. Газаматов, в Москве — проф. Д.И. Тарусин, в Санкт-Петербурге — профессора И.Е. Мирский и С.В. Ришук, в Твери коллектив детских хирургов, руководимый проф. Г.Н. Румянцевой, получая финансовую помощь из областного бюджета (!), перманентно осуществляет контроль охраны репродуктивного здоровья подрастающего поколения и т.д.

Вместе с тем исследования по частным разделам общей андрологии ведутся в нашей стране давно. Их углублению, расширению и консолидации способствовали работы О.Л. Тиктинского (заведующего первой в СССР кафедрой андрологии), И.Д. Кирпатовского (заведующего Проблемной андрологической лабораторией), работы отделения андрологии НИИ урологии Минздрава России (директор — академик РАМН Н.А. Лопаткин (1923—2013), в настоящее время — проф. О.И. Аполихин), кафедры урологии и хирургической андрологии (заведующий — чл.-корр. РАМН проф. О.Б. Лоран) РМАПО. Наибольшего расцвета эти исследования достигли после создания в России Профессиональной ассоциации андрологов (ПААР, президент — проф. П.А. Щеплев). Стали проводиться регулярные симпозиумы и конгрессы, в том числе международные, а организация журнала ассоциации во многом предопределила пути развития этого научно-практического направления, что повлияло некоторым образом на тематику известных журналов и организацию новых. Так, в связи с приходом нового главного редактора (академик РАМН Л.В. Адамян) журнал «Проблемы репродукции» расширил свою тематику и наряду со статьями, содержащими результаты фундаментальных экспериментальных работ, стал публиковать итоги глубоких клинических исследований. Регулярно выходит журнал «Репродуктивное здоровье детей и подростков» (главный редактор — проф. Е.В. Уварова). Набирает силу журнал «Вестник репродуктивного здоровья» (главный редактор — академик РАН и РАМН И.И. Дедов, заместитель — проф. Е.Н. Андреева). Особо отметим работу редакции журнала «Андрология и генитальная хирургия», четкость которой, естественно, зависит не только от главного редактора (д.м.н., проф. П.А. Щеплев) и ответственного секретаря редакции (к.м.н. Н.Н. Гарин), но и от научного редактора (проф., д.м.н. А.З. Винаров). Блестящие по форме и глубокие, остроумные по содержанию его отзывы о поступивших в редакцию статьях заслуживают внимания и подражания и могут войти в «сокровищницу устных выступлений».

Проще говоря, репродуктология, андрология и гинекология развиваются стремительными темпами. Их общие проблемы оказались настолько жизненно востребованными, что это обусловило создание многочисленных международных научных сообществ и объединений. Целью последних стала консолидация научных и практических интересов. Примером может служить организация Международного общества андрологов (International Society of Andrology — ISA), а также Европейского общества по генитоуринарной медицине. В последнем раздел эстетической и реконструктивной генитальной хирургии возглавил видный пластический хирург Сербии Савва Перович, много сделавший для развития этого направления в Европе.

К сожалению, он уже ушел из этой жизни, но оставил заметный след в мировой эстетической генитальной хирургии. Он хорошо относился к нашей стране, к нашему народу. По приглашению профессоров П.А. Щеплева и Д.Г. Курбатова часто приезжал к нам, много оперировал, проводил мастер-классы. Мы были знакомы с ним с 1979 г. Во время одной из встреч в тогдашней прекрасной Югославии он сделал нам ценный подарок — один из экземпляров своей объемистой докторской диссертации (1977), посвященной крипторхизму. Создан фонд его имени, предназначение которого — выделение грантов на проведение научных изысканий и спонсирование обучающихся. Фонд возглавил один из учеников Саввы Перовича.

Сложнее, но вместе с тем с оптимизмом, можно говорить о сложившихся обстоятельствах в педиатрии, в частности в детской хирургии, в **педиатрической андрогинекологии**. Их специфика подчеркнута выше. За время работы в этом направлении, а ее начало можно отнести к 1969 г., мы внесли кардинальные изменения в технологию лечения большинства так называемых традиционных, или массовых, детских хирургических заболеваний, напрямую или косвенно связанных с репродуктивной системой: паховой и бедренной грыж, водянки оболочек яичка, кисты семенного канатика, кисты Нукке у девочек, крипторхизма, варикоцеле, варикоовариоцеле, острых заболеваний яичек. Каждое такое изменение подтверждено патентом РФ или соответствующими методическими рекомендациями, утвержденными Минздравом России. В результате получено значительное снижение числа рецидивов заболеваний структур паховой и пахово-мошоночной областей (за последние 25 лет мы их не встретили ни разу), а такие осложнения операций в паховой области, как уменьшение в объеме тестикулярной ткани, например после грыжесечения, вообще исчезли из нашей практики. Выделение круглой связки матки при паховом грыжесечении у девочек стало законом. Я считаю, что об этих истинах, выработанных еще нашими учителями, надо обязательно высказаться, поскольку они подвергаются сейчас необоснованному, чаще бессмысленному пересмотру. В основном речь идет о так называемых традиционных, или массовых, хирургических заболеваниях у детей: грыжах, водянках оболочек яичка, крипторхизме и т.д. Даже такая, казалось бы, изученная тема, как герниология, особенно детская, подвергается атаке. В чем состоит разница между грыжесечением и грыжепластикой? Первое чаще используют у детей. А второе — редко. Сейчас наблюдаются противоположные тенденции. И при первом и при втором подходе дистальные участки грыжевого мешка не удаляют! Хотя есть исключения. Когда рассекают переднюю стенку пахового канала? Все расстояния от глубокого до поверхностного паховых колец выверены до миллиметра по возрастам, и 5-летний возраст

представляет собой тот условный эмпирически выведенный рубеж, по которому определяют выбор тактики: до 5 лет — грыжесечение без рассечения передней стенки пахового канала, после — грыжепластика с рассечением передней стенки пахового канала. Сейчас рубежный возраст отодвигают к 10 годам. Основание — «личные впечатления». Вместе с тем оставление длинной культи брюшинной воронки — одна из основных причин рецидива заболевания. Длинная культя брюшинной воронки — это «мина замедленного действия», которая может «взорваться» (ущемиться) в любом возрасте, не обязательно в детском. Топографические названия структур паховой области давно изменились. Упомянем хотя бы паховые кольца. Теперь их называют глубоким и поверхностным. Эти мысли возникли во время и после заседания московского общества детских хирургов «Грыжесечение: как я это делаю?» 27 февраля 2014 г.

Отмечу, что мы приглашали в нашу клинику специалистов, достигших в гинекологии или андрологии, особенно в их детских разделах, высокого уровня, для проведения мастер-классов. Мы выражаем им свои слова благодарности, но с особой теплотой и любовью — Альбине Григорьевне Леоновой, сотруднику отделения онкогинекологии Городской клинической больницы № 57 г. Москвы. Об уровне ее образованности, интеллигентности и мастерства ходили и ходят легенды. Мы были свидетелями проведения Альбиной Григорьевной сложнейшей операции Вертгейма. Она длилась всего 2 часа! Именно А.Г. Леонова еще тогда, когда мы находились (до 1983 г.) на базе Детской городской клинической больницы № 2 им. И.В. Русакова (теперь Св. Владимира), на первых этапах развития нового направления в нашей специальности, давала точные советы и даже участвовала в наших пластических операциях по феминизации наружных и внутренних гениталий; посещала наш Центр в Тушинской детской городской больнице в 1984–1994 гг. Об истории создания этой больницы необходимо высказаться особо. Идея строительства новой детской больницы, кстати, первой детской больницы в Москве по индивидуальному проекту за последнее столетие, была озвучена проф. В.В. Гаврюшовым на одном из городских совещаний. Идея сводилась к тому, чтобы педиатрический факультет РМАПО, деканом которого он был, имел единую клиническую базу. В.В. Гаврюшов занимался этим вопросом и далее от момента расселения деревни Братцево и отведения земельного участка под котлован больницы до подготовки материалов для Совета Министров страны, который и принял соответствующее решение.

Сейчас, в 2014 г., в Москве проходит так называемая реорганизация здравоохранения. Ее можно назвать «ползучей»: отдельные медицинские учреждения исчезают, другие объединяются, третьи — сдаются в кон-

цессию. Некоторые больницы начали терять свои номера и получать имена организаторов медицины, деятелей городского масштаба, уже ушедших из нашей жизни, но сделавших для здравоохранения страны, в частности Москвы, очень много. В связи с этим у нас возникло естественное желание ходатайствовать о присвоении Тушинской детской городской больницы имени врача-неонатолога проф. В.В. Гаврюшова.

Профессор В.В. Гаврюшов вместе с академиком С.Я. Долецким участвовал в открытии и организации работы «НИИ педиатрии и детской хирургии» Минздрава России, организовал первое в стране отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных на базе Городской клинической больницы № 7. По его предложению была открыта первая в стране кафедра неонатологии, которую он возглавлял в течение 20 лет. Деятельность кафедры сыграла серьезную роль в снижении перинатальной и детской смертности в России. Именно проф. В.В. Гаврюшову принадлежит идея строительства единой клинической базы педиатрического факультета нашей академии, ректором которой он стал (1988–1994), будучи избранным путем тайного голосования сотрудников впервые в истории учебного заведения. В последние годы своего ректорства он был членом Коллегии Минздрава. Соответствующее письмо с обращением к мэру Москвы С.С. Собянину было согласовано с ректором РМАПО академиком Л.К. Мошетовой, поддержано Советом педиатрического факультета, утверждено Советом академии и, получив поддержку редакций трех медицинских журналов, отправлено по упомянутому адресу в начале 2014 г.

Итак, впервые в нашей стране, в ее столице была построена детская больница по индивидуальному проекту. С 1983 по 1986 г. отдел детской хирургии НИЦ РМАПО курировал базу и проводил первые операции в этой больнице (с 1984 по 1986 г. было выполнено около 2000 операций, включая, кроме urgentной помощи, операции на органах эндокринной и репродуктивной систем, органах системы воротной вены, внедрены лапароскопические вмешательства и т.д.).

Вместе с И.В. Голубевой мы уже в 1976 г. снизили возрастной ценз для создания влагалища из сегмента толстой кишки у девочек, у которых оно отсутствовало, и перенесли начало их хирургической реабилитации на дошкольный возраст. Катамнез длительностью более 30 лет свидетельствует о вполне удовлетворительном качестве жизни наших пациенток. Вместе с Дмитрием Геннадиевичем Курбатовым мы использовали его «упрощенный» метод фаллопластики. Она стала одномоментной, что позволяет применять методу уже в подростковом и юношеском возрасте. Таким образом, в детском разделе «науки о поле» были разработаны и внедрены высокотехнологичные методы лечения хирургических заболеваний паховой и па-

хово-мошоночной областей, а также феминизирующей и маскулинизирующей пластики. В последние годы, творчески объединившись с коллективом клиники проф. И.В. Поддубного и коллективом отделения детской гинекологии Измайловской детской больницы (заведует отделением заслуженный врач России Т.М. Глыбина — энтузиаст и замечательный врач-диагност и практик, с которой нас связывают десятилетия совместного творчества) мы разработали и внедрили в практику **методику пластики влагалища у детей из сегмента толстой кишки, в том числе под контролем лапароскопа**. К настоящему времени проведено 26 таких операций.

Вакуум в специальной литературе продолжает восполняться. Достаточно отметить более десятка соответствующих докторских и несколько десятков кандидатских диссертаций, которые защищены за короткий промежуток времени. Зарегистрировано более 50 патентов РФ. Минздравом России утверждено большое количество методических рекомендаций по организации детских андрологической и гинекологической служб. Здесь неоценимую работу провели коллективы Научно-практического центра детской андрологии (руководитель проф. Д.И. Тарусин) и отделения детской гинекологии (заведующая — проф. Е.В. Уварова), входящего в Научный центр им. В.И. Кулакова, который возглавляет академик РАМН проф. Г.Т. Сухих. Эти коллективы создали уникальные документы — паспорта репродуктивного здоровья подрастающих юношей и девушек.

Созданию соответствующей обстановки, способствующей принятию искомого решения, а именно выделению новой области медицинских знаний — **педиатрической андрологии**, послужили осуществленные в прежние годы и наши попытки в этом направлении. В 1987 г. мы, при участии научного обозревателя газеты «Правда» В.С. Губарева, известного журналиста, драматурга и писателя, провели встречу с первым заместителем Министра здравоохранения СССР проф. О.П. Щепиным. Затем к проблеме были подключены заместитель Министра здравоохранения СССР проф. И.Н. Денисов, начальник Главного управления здравоохранения Мосгорисполкома В.Н. Мудрак, его заместитель Р.Г. Ануфриев. Результатом этой деятельности послужило Решение Коллегии Минздрава СССР «О мерах по развитию и совершенствованию медицинской помощи больным эндокринными заболеваниями» от 22 июня 1987 г., протокол № 17. Главным для нас в этом решении был пункт, предусматривающий организацию в 1987—1990 гг. эндокринологических отделений во всех республиканских, областных (краевых) и крупных многопрофильных городских больницах за счет перепрофилирования общетерапевтического коечного фонда. Кроме того, этот пункт включал основополагающее для нас — **организацию эндокринологических ХИРУРГИЧЕСКИХ отделений для лечения детей**. Правда, последующие известные события в на-

шей стране не позволили осуществить это решение. Вопрос остается открытым и поныне.

Таким образом, возникли условия для выделения новой специальности. А это очень трудная задача, особенно в наше «переходное время». Инициативная группа (И.В. Казанская, А.Б. Окулов, Д.И. Тарусин, проделавший огромную предварительную черновую работу по подготовке документов для проведения соответствующего совещания на одном из заседаний Совета по кадровой политике Минздрава России, Л.Ф. Курило, Н.И. Ахмина, В.В. Ростовская, З.Р. Сабирзянова) разработала «Концепцию развития уроандрологической помощи детям России», опубликовала ее в нескольких изданиях, и доложила о ней на нескольких съездах разных специалистов. Та же инициативная группа при участии Ю.Э. Рудина, С.Л. Коварского, Л.Б. Меновщиковой, Н.С. Николаева подготовила «Унифицированную (теперь называемую «образовательной») программу последипломного обучения врачей по уроандрологии», «Паспорт специальности» и другие необходимые документы, в том числе и для получения шифра новой специальности. При участии и поддержке академика Ю.Ф. Исакова Совет по кадровой политике, заседание которого проходило в напряженной дискуссионной обстановке, с участием многих специалистов, в том числе академика Н.А. Лопаткина, главного педиатра Минздрава России проф. А.Д. Царегородцева, принимает существенное решение, результатом которого стало появление новой специальности **«детская уроандрология»**. Это нашло отражение в Приказе МЗ РФ № 40 от 12 августа 2003 г. Впервые «наука о поле», наука об охране становления и развития репродуктивной системы подрастающего поколения получила право на жизнь. Последующим организационным шагом в этом направлении стало создание Межрегиональной общественной организации детских уроандрологов (председатель правления — проф. И.В. Казанская), в рамках которой проведено уже три съезда соответствующих специалистов России. Готовится четвертый съезд. Подтверждением признания педиатрической андрологии послужила организация в составе редколлегии журнала «Андрология и генитальная хирургия» детской секции. В конце 2003 г. в ее состав вошли профессора А.Б. Окулов, И.В. Казанская, И.Б. Осипов, А.К. Файзулин. В последующем к ним присоединились профессора Д.И. Тарусин и С.Л. Коварский. Выделение детской секции значительно расширило круг читателей журнала.

Спектр проблем в новой специальности велик и требует системных решений по всем направлениям, но прежде всего **по выявлению в раннем детстве заболеваний, приводящих в дальнейшем к репродуктивной недостаточности у мужчин и женщин** (здесь большие надежды мы возлагаем на результаты изучения так называемого «мини-пубертата», длящегося всего около 2 мес, как



правило, с 4-го по 6-й месяц жизни ребенка, но сулящего получение новых данных и значительное улучшение диагностики, лечения эндокринных и репродуктивных заболеваний); **разработке и внедрению методов пренатальной диагностики аномалий и пороков развития половой системы; разработке методов профилактики репродуктивных расстройств; внедрению методов медицинской географии/экологии для оценки частоты заболеваний и состояний, приводящих в перспективе к развитию репродуктивной и сексуальной недостаточности; расширению и углублению фундаментальных генетических, физиологических, патофизиологических и эндокринологических исследований для изучения развивающегося репродуктивного здоровья; разработке методов оценки «репродуктивного прогноза» у больных, перенесших операции на органах репродуктивной системы и близлежащих анатомических областей; разработке реконструктивно-пластических операций при пороках развития наружных и внутренних гениталий с использованием клеточных технологий и методов генной инженерии; дальнейшему усовершенствованию способов создания эндопротезов яичка, молочной железы (речь идет о попытках создания так называемых растущих эндопротезов); созданию амбулаторной детской андрогинекологической службы или, во всяком случае, просто андрологической детской амбулаторной службы, с обязательным постоянным совершенствованием клинических аспектов ведения пациентов, апробацией и внедрением в практику индивидуализированных и модифицированных схем ведения выявляемых больных, что невозможно себе представить без полной компьютеризации работы, без создания электронной базы данных, локальной IT-сети, системы постоянного документирования и архивирования клинических, лабораторных данных и данных лучевой диагностики, что дает возможность специалистам в реальном времени иметь и видеть подробнейшую информацию о пациенте по любым аспектам его ведения, проводить анализ многочисленных факторов, влияющих на эффективность программы лечения, осуществлять контроль качества работы специалиста.**

Именно так на сегодняшний день видятся научные перспективы развития андрогинекологической помощи детям. Перечисленное в той или иной мере определяет развитие всей службы по охране репродуктивного здоровья населения страны. Я думаю, что предыдущее и наше поколение свою роль в осуществлении части этих задач уже выполнили. Свидетельством тому служит **присуждение в 2007 г. Премии Москвы в области медицины группе наших коллег за разработку и внедрение в практическое здравоохранение организационно-функциональной модели оказания помощи детям с заболеваниями органов репродуктивной системы.**

Будущее принадлежит нашим детям и внукам. Они смогут реализовать свою естественную и историческую миссию, наши и свои идеи только тогда, когда будут здоровы физически и духовно.

В настоящее время продолжается работа по изучению сложных вопросов формирования органов репродуктивной системы, формирования пола, включая его структурно-динамическую иерархию. Подчеркиваются связи между генетикой, эмбриологией и клинической практикой. Это еще раз подтверждает мысль о том, что без комплексных знаний невозможно правильно истолковывать те или иные состояния, особенно в связи с нарушениями формирования пола. Известно, что **ошибочные трактовки и формулировки ведут к выбору неправильных решений и порочным действиям, отрицательные результаты которых могут проявиться спустя много лет.**

Нельзя пройти мимо суждений, периодически высказываемых в кулуарах, а то и с центральной трибуны европейских форумов специалистами, в частности детскими эндокринологами. Подобные высказывания появились и на отечественных научно-практических конференциях. Во всяком случае, это обсуждалось на симпозиумах «Раритеты генитальной хирургии» и «Хирургия патологии репродуктивной системы» Всероссийских конференций детских хирургов, проводимых в рамках соответственно XI и XII Российских конгрессов «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» в октябре 2012 г. и в октябре 2013 г. в г. Москве, а также на VI Московской городской научно-практической конференции детских эндокринологов в ноябре 2012 г.

Они (эти суждения) сводятся к тому, что надо стремиться к раннему установлению варианта нарушения формы полообразования, но при этом **не следует форсировать назначение того или другого пола пациенту и всех его иерархических составляющих. Тем более закреплять этот пол в соответствующих юридических документах и проводить какие-либо пластические операции.**

По мнению придерживающихся этой позиции, более целесообразно дожидаться социальной зрелости пациента и предоставить возможность ему самому уже осознанно выбрать форму его дальнейшего «полопроживания». Предложение заманчивое и вроде бы отвечает современным требованиям «однобокой демократизации всех и вся». Если учесть наши слабые познания о гендерных особенностях формирования центральной нервной системы и фактическое отсутствие сведений о генетике полового поведения — даже само понятие «пол» не получило пока общепризнанной формулировки, то в этих суждениях, возможно, и есть какой-то смысл, но неотчетливый, неопределенный, главное, не учитывающий реалии жизни, хотя в каждой стране они свои. Кроме того, создаются

временные условия для пребывания пациентов в так называемом «третьем поле». Сразу возникает много вопросов. Первый из них: «А в какой общественный туалет или общественную баню я могу заходить?» «Я пошел или пошла?» и т.д. Такому субъекту пребывать, расти и развиваться в социуме очень трудно, если не сказать практически **невыносимо**. Тем более постулат «вне пола даже на секунду жить невозможно» остается неизблемым. Вместе с тем нельзя не вспомнить о том, что в таких странах, как Австралия, Новая Зеландия, Пакистан, а теперь вот и Германия, **принцип «дождаться половой и социальной зрелости пациента и предоставить ему самому затем выбор формы его «полопроживания» возведен в ранг закона!** Это решение спорное, но оно существует. Кроме того, проблем психиатрического и сексологического порядка у подростков довольно много: у некоторых из них проявляются элементы **гомогенности**; у других возникают нарушения **сексологического характера**. Хотя хирургическая часть проблемы решена у большинства из них на высоком техническом уровне, никто целенаправленно и комплексно пока это не изучал. Полагаем, что с уточнением всех параметров формирования пола, особенно в возрастном его аспекте, упомянутые проблемы сойдут на нет.

Интересно, что наши единомышленники и соавторы увидели остроту проблемы иерархии пола и ее следствий (различные формы интерсексуальности) еще тогда, когда подобные наблюдения казались любопытной казуистикой. Практически полезной стала выполненная нами оригинальная систематизация хирургических заболеваний репродуктивной системы. Кроме того разработан алгоритм диагностики, рассчитанный на поликлиническое звено (mini-блок) и специализированный стационар (maxi-блок). Целый ряд оригинальных хирургических приемов, защищенных патентами РФ, позволяет решать трудные проблемы маскулинизирующей и феминизирующей пластики в зависимости от выбранного пола.

В последнее время мы уделяем значительное внимание проблемам **диагностики и лечения поражений молочных желез**, как у мальчиков, так и у девочек. Их нельзя рассматривать в отрыве от репродуктивной системы. Большинство этих заболеваний манифестируют в период интенсивного развития организма, т.е. в пубертатный период. По сути, состояние молочных желез отражает работу эндокринной системы в целом. В основе этой патологии нередко лежит дисгормоногенез, характерный для периода становления гипоталамо-гипофизарно-гонадных отношений. Это закладывает фундамент для развития еще одного направления в нашей специальности — **маммологии детского возраста**. Уже сейчас организованы детские маммологические приемы при участии группы детских специалистов (эндокринолог, гинеколог, хирург, уролог-андролог, лучевой

диагност и др.) на базе эндокринологического диспансера Москвы (руководитель — проф. М.Б. Анциферов, зав. детским отделением — В.Ф. Пелютник, с участием с.н.с. к.м.н. Д.Н. Бровина) и в НЦДЗ РАМН (организатор и координатор маммологического приема — к.м.н. М.Л. Травина). Свои материалы мы изложили в руководстве для врачей «Молочные железы и их заболевания у детей» (Окулов А.Б., Адамян Л.В., Бровин Д.Н., Богданова Е.А. М.: Медицинское информационное агентство, 2010. 157 с.). Но пришла новая информация, не совсем понятная и неприятная, о том, что детский отдел диспансера ликвидируется.

Существенен раздел работы, раскрывающий **деонтологические принципы** лечения хирургических заболеваний органов репродуктивной системы, интерес к которым в последние годы заметно потускнел, а проблем здесь накопилось много. **Достаточно отметить, что более 50 % наших пациентов из «неполных семей». Иначе говоря, «сильный» пол не выдерживает физических и моральных испытаний и исчезает из поля зрения семьи, оставляя мать одну в борьбе за выживание и адаптацию больного ребенка в трудном современном обществе. Некоторые из матерей также не выдерживают такой нагрузки и в конце концов «сваливаются на дно социальной лестницы».**

Наши последователи известны как первопроходцы, приступившие к решению теоретических и практических вопросов комплексного подхода к коррекции нарушений формирования пола. Их работы отражают видение проблемы глазами не только хирургов, эндокринологов и других специалистов в узком смысле этих слов, но и всех тех, кто исповедует идеи гуманизма.

В проблеме репродукции и хирургическом ее аспекте тесно переплетаются, как известно, биологические, медицинские, социальные и даже философские вопросы. **По основному закону нашей страны — мы все свободные люди, но есть законы биологические, уклониться от которых не представляется возможным при любой форме власти. Главный из них — это то, что каждый человек имеет право (а в современных условиях для России даже обязан его реализовать) на осуществление своей основной видовой миссии — создавать себе подобных, т.е. иметь потомство, и желательно здоровое.** В принципе это основная идея репродуктивной медицины. Желательно, чтобы при этом была включена финансовая составляющая демографии: каждая семья, получившая кредит на строительство своего домашнего очага, с появлением первенца имела бы 50 % скидку, а с появлением второго ее долг государству аннулировался бы. Как во Франции!

Современная научная литература свидетельствует о продолжении формирования «науки о поле», которая требует своего дальнейшего определения, уточнения ее места среди смежных дисциплин. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), частота

бесплодных браков в развитых странах составляет более 16 %. В нашей стране ежегодно регистрируются около 4 млн подобных пар, причем в основе лежит в равных долях как женское, так и мужское бесплодие. Рост поражений репродуктивной системы отмечают в планетарном масштабе. Гипогонадизм только в мужской популяции участился за последние годы, по данным ВОЗ, до 4 %. В рамках этой организации пересмотрены референтные величины при оценке сперматозоидов в эякуляте: с 1 млн 200 тыс. в 1 мл в прежние годы до 15 млн и более в 1,5 мл эякулята в настоящее время. Некоторые специалисты говорят об уменьшении размеров Y-хромосомы, другие — об ее «усыхании». В России, по выборочным данным, каждый 6-й брак является бесплодным.

Повышение частоты поражений органов репродуктивной системы связывают и с ростом количества оперативных вмешательств на половых органах и органах прилежащих анатомических областей. Анализ собственных наблюдений, а также данных специальной литературы показывает, что подъем хирургической активности, особенно в детской хирургии, сопровождается заметным увеличением числа неудовлетворительных результатов. Последние проявляются зачастую не сразу, а по достижении больными репродуктивного периода и социальной зрелости. Прежде всего следует выделить так называемые традиционные, или массовые, хирургические заболевания: паховую грыжу, водянку оболочек яичка и семенного канатика, поражения дивертикула Нукке у девочек, варикоцеле, варикоовариоцеле, крипторхизм, острые заболевания яичек и др. Возникающие осложнения состоят в нарушениях анатомических соотношений в семявыносящей системе и изменениях функций ее структур, а также во влиянии их на становление психического статуса ребенка. Иначе говоря, **ряд заболеваний, неудачно скорректированных в детстве, сопровождается и психической инвализацией.**

В прежние годы в отечественной и зарубежной литературе работы, освещавшие данную проблему, касались главным образом ее отдельных вопросов (Александров М. С., 1955; Васильченко Г. С., 1977, 1983; Долецкий С. Я., Рейно У. А., 1965; Либерман Л. Л., 1966; Окулов А. Б., 1969–2012; Старкова Н. Т., 1973; Савицкий Г. А., 1976; Касаткина Э. П., 1964–2012; Матковская А. Н., 1967–1979, 1992; Голубева И. В., 1980; Слепых А. С., 1981; Вербенко А. А., Шахматова М. П., 1982; Аннаоразова О. М., 1983; Куш Н. Л. и др., 1983; Скородок Л. М., Савченко О. Н., 1984; Чилиева Л. М., 1986; Мухтаров А. М., Мурванидзе Д. Д., 1988; Уринов М. Я., 1990; Тиктинский О. Л., 1990; Тандилава Р. З., 1991; Кирпатовский И. Д., 1992; Негмаджанов Б. Б., 1993; Самсонова Л. Н., 1996; Миланов Н. О., Адамян Р. Т., Козлов Г. И., 1999; Окулов А. Б., Негмаджанов Б. Б., 2000; Horton S., 1973; Frasier S. D., 1980; Hendren W. H.,

1980, 1986; Argun S. et al., 1986; Laub D. R., 1988, 1989; Sheldon S. A., 1992; Ашкрафт К. У., Холдер Т. М., 1999). В настоящее время пришло **осознание актуальности темы в условиях продолжающегося демографического кризиса, понимание того, что каждый человек, будь то мужчина или женщина, потенциально способный к репродукции, является весьма ценным для общества.** Во всяком случае, это отчетливо просматривается в последних научных публикациях (Дедов И. И. и др., 2002; Файзулин А. К., 2002; Продеус П. П., Староверов О. В., 2003; Рудин Ю. Э., 2003; Щеплев П. А., Курбатов Д. Г., 2003; Мирский В. Е. и др., 2003; Тарусин Д. И., 2005; Володько Е. А., 2006; Лопаткин Н. А., Мартов А. Г., 2008; Угрюмова Л. Ю., 2008; Адамян Л. В. и др., 2009; Окулов А. Б. и др., 2010; Богданова Е. А., 2011; Netter F., 1997; Resnick M. I., Novik A. C., 2000; Garden A. S., 2001; Hefner L. I., 2003; Hinman F., 2003; Wheelless K. R., 2004; Wolf A. S., Mittag U. J. E., 2004; Nieschlag E., Behre H. M., 2005; Chan P. T. K. et al., 2006; Skandalakis P. N. et al., 2009; Аустони Э., 2012).

Операции на органах репродуктивной системы занимают не самое главное, но одно из ведущих мест в детской уроandroлогической, андрогинекологической и другой хирургической практике. В настоящее время, как подчеркнуто выше, далеко не всегда операции на органах репродуктивной системы выполняют специалисты соответствующей направленности, для которых **учет анатомо-физиологических особенностей растущего организма служит законом.** Это обуславливает растущее количество осложнений, нередко приводящих к бесплодию. Данное обстоятельство мы рассматриваем как еще одну из важных предпосылок для развития и формирования задач специфической области медицины, занимающейся заболеваниями развивающейся репродуктивной системы у детей, — **педиатрической андрогинекологии.** В ее рамках объединяются усилия большого круга специалистов: детских гинекологов, уроandroлогов, пластических хирургов, детских эндокринологов, генетиков, в том числе клинических, специалистов по лучевой диагностике, морфологов, медицинских психологов, психиатров, при необходимости юристов и многих других.

Нами обобщен уникальный опыт хирургического лечения более 10 000 больных в возрасте от 2 месяцев до 45 лет с поражением органов репродуктивной системы, полученный в течение более 30 лет в клиниках отдела детской хирургии (Тушинская детская городская больница) и кафедры детской хирургии (Детская городская больница им. И. В. Русакова, ныне — Св. Владимира), где были выполнены первая и основная серия вагинопластики и первые операции по созданию искусственного полового члена у юношей, Российской медицинской академии последилового образования (ректор — академик, проф. Л. К. Мошетова), 2-й кафедры хирургии (заведующий — чл.-корр. РАМН, проф.

А.С. Ермолов) той же академии, а также в ряде клинических больниц и центров Москвы. Это прежде всего Измайловская детская городская больница, где мы с разрешения главного врача и зав. отделением детской гинекологии Т.М. Глыбиной уже более 30 лет осуществляем совместно с ней, а в последнее время и совместно с профессорами И.В. Поддубным и А.К. Файзулиным **пластику влагалища из участка толстой кишки**, в том числе **под контролем лапароскопа**, и различные варианты феминизации гениталий у девочек. Кроме того, более десятка таких операций выполнено в отделении детской гинекологии (заведующий — Т.Г. Дядик) Российской детской клинической больницы (главный врач — проф. Н.Н. Ваганов), а также в отделении детской и подростковой гинекологии (заведующая — проф. Е.А. Богданова, в настоящее время — проф. Е.В. Уварова) тогдашнего Центра охраны материнства и детства (директор — академик, проф. В.И. Кулаков). Отдельные операции были проведены в Центре планирования семьи на Севастопольском проспекте (главный врач — чл.-корр. РАМН, проф. М.А. Курцер). Мы постоянно сотрудничали, проводя совместные операции, с проф. А.И. Ленюшкиным (зав. отделением плановой хирургии), продолжаем сотрудничать и выполнять совместные операции с профессорами С.П. Яцыком (зав. отделением андрологии) и С.Н. Зоркиным (зав. отделением урологии). Перечисленные отделения входят в НИИ детской хирургии (директор — д.м.н., проф. Д.А. Морозов), входящий, в свою очередь, в состав НЦЗД РАМН (генеральный директор — академик, проф. А.А. Баранов).

Интересная деталь: в 1990–1992 гг. по приглашению академика РАН и РАМН, проф. С.Н. Ефун, мы проводили маскулинизирующую пластику или феминизирующую пластику гениталий с созданием влагалища из сегмента толстой кишки у больных, страдающих мужским транссексуализмом, и фаллопластику больным, страдающим женским транссексуализмом, в условиях барооперационной Института гипербарической медицины. Операционный и послеоперационный периоды протекали у них значительно лучше.

Считаем своим долгом принести руководству больниц и упомянутым коллегам глубокую и искреннюю благодарность. Такие же слова признательности выражаем в адрес коллектива и руководства Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, и прежде всего его директору академику, проф. Г.Т. Сухих, помощникам заместителя директора Центра академика, проф. Л.В. Адамян, а именно к.м.н. Н.Ф. Гречихиной, к.м.н. Б.Е. Сашину, д.м.н. А.Ю. Данилову и д.м.н. З.Н. Макияну. Именно здесь с помощью академика, проф. Л.В. Адамян и проф. Е.А. Богдановой мы расширили показания к пластике влагалища с использованием тазовой брюшины под контролем лапароскопа у девочек и девушек с порока-

ми развития внутренних гениталий и отсутствием влагалища, а также у юношей, страдающих транссексуализмом. Правда, следует отметить, что в последнем случае влагалище, созданное из тазовой брюшины, у всех 6 пациентов не могло быть использовано в известных или обозначенных целях, и мы вновь переходим к использованию толстокишечного кольпопоза.

Еще во времена Ирины Вячеславовны Голубевой нам представилась возможность работать совместно со специалистами Института экспериментальной эндокринологии и химии гормонов (ныне — Эндокринологический научный центр) проф. К.Н. Казеевым, д.м.н. А.А. Пишулиным, проф. М.А. Жуковским, проф. Н.Т. Старковой, проф. Т.В. Семичевой, к.м.н. Э.С. Кузнецовой, проф. Е.И. Маровой и др. В настоящее время наше сотрудничество продолжается, и с разрешения генерального директора Центра академика, проф. И.И. Дедова, директора Института клинической эндокринологии академика, проф. Г.А. Мельниченко и директора Института детской эндокринологии чл.-корр. РАМН, проф. В.А. Петерковой мы продолжаем проводить совместные операции с проф. Е.Н. Андреевой и проф. Д.Г. Курбатовым, а также проф. Н.С. Кузнецовым и уникальным анестезиологом-эндокринологом Л.В. Куратовым. Многолетнее сотрудничество с этим замечательным высокопрофессиональным коллективом позволяет нам высказать ему особые слова благодарности и выразить чувство признательности.

Нельзя не поблагодарить и те коллективы, которые в разные времена принимали нас и создавали отличные условия для проведения этих сложных операций. Это городские и районные больницы подмосковного Красногорска, прежде всего Красногорская городская больница № 1, ее урологическое отделение (заведующий — Р.А. Овсепян и его помощники В.В. Пуздрач, к.м.н. П.А. Сысоев и И.М. Мясников, которые участвовали в феминизирующих и маскулинизирующих пластиках в полном объеме), клиники Одессы, Вологды, Саратова, Абакана, Санкт-Петербурга, Ростова-на-Дону, Таганрога, Магнитогорска, Челябинска, Петропавловска-Камчатского, Петрозаводска, Орла, Калуги, Таллина, Риги, Сухуми, Ташкента, Самарканда, Алматы, Семипалатинска, Чимкента, Ашхабада, Еревана и др. В перечисленных городах мы проводили мастер-классы по применению маскулинизирующих и феминизирующих пластик и хирургическому лечению отдельных нозологических форм поражения органов репродуктивной системы, а также показательные операции **по созданию влагалища из сегмента толстой кишки**.

Сердечную благодарность приносим нашим коллегам из Санкт-Петербурга, прежде всего зав. эндокринологическим отделением Больницы им. К.А. Раухфуса Л.В. Николаевой, которая обеспечила отличные условия для проведения феминизирующей пластики более чем у 20 детей различных возрастов. А также прорек-



тору Санкт-Петербургского педиатрического университета (теперь академии), зав. кафедрой детской гинекологии этого же университета проф. Г.Ф. Кутушевой и доценту кафедры Н.А. Кохреидзе, проректору по научной работе университета, зав. кафедрой детской уроандрологии проф. И.Б. Осипову и его помощникам, в том числе Л.А. Алексеевой. Именно с их помощью благоприятно прошли операции по созданию влагалища из сегмента толстой кишки у девочек 12 и 17 лет, а также редкая операция удаления хронического пахивагиналита у ребенка 2 лет. Теперь эти операции, входящие в разряд высокотехнологичных, выполняются в клиниках педиатрической академии.

Наша работа на самых ранних этапах ее развития привлекла внимание зав. кафедрой детской хирургии Петрозаводского государственного университета проф. И.Н. Григовича. Мы были приглашены в его клинику, где, кроме традиционных лекций для студентов и коллектива врачей и консультативного приема больных детей, провели успешную пластику влагалища из участка толстой кишки девочке 8 лет.

Считаем необходимым выразить глубокую благодарность руководителям, сотрудникам и медицинскому персоналу клиник и центров, где нам была предоставлена возможность выполнить ряд операций, а также всем, кто оказал помощь в подготовке и издании 4 монографий и 2 руководств для врачей, более 20 учебных пособий и клинических лекций для врачей, часть из которых утверждена Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России, 7 методических рекомендаций и 2 новых медицинских технологий, утвержденных Минздравом, более 40 патентов РФ (очередной мы получили в конце 2013 г.). Кроме того, за эти годы подготовлены 26 кандидатов медицинских наук и 6 докторов медицинских наук. Только в 2012 г. к защите на соискание ученой степени кандидата медицинских наук было подано 6 работ, которые успешно защищены. Тем самым создается база для развития отечественной школы **детских андрогинекологов**.

Отметим участие нашего коллектива в создании новых программ, в том числе тестовых, для **интернатуры, ординатуры, аспирантуры** по детской уроандрологии, детской хирургии, выделив особую роль в этой сложной работе с.н.с. к.м.н. Д.Н. Годлевского.

Особая благодарность — сотрудникам отдела детской хирургии РМАПО и кафедры репродуктивной медицины и хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, их аспирантам и соискателям, совместная работа с которыми обогатила наш практический и научный опыт. Прежде всего это к.м.н. Ю.Е. Зуев, занимавшийся вместе с нами проблемой острых заболеваний яичек; кандидаты медицинских наук Л.М. Чилыева, О.М. Аннаорова и Б.Б. Негмаджанов (д.м.н. с 1993 г.), внесшие много ценного в разработку способов фемини-

зирующей и маскулинизирующей пластики; к.м.н. В.И. Макаров, рано ушедший из жизни, и Е.А. Володько, ставшая в 2006 г. доктором медицинских наук, при участии которых создана оригинальная методика лечения гипоспадии; к.м.н. А.Т. Саруханов, подтвердивший возможность бескровного кольпопоза у детей; в отделении лучевой диагностики (заведующий — О.А. Вороненко) Тушинской детской городской больницы к.м.н. О.Ф. Иванченко впервые представила описание возрастных особенностей ультразвуковой картины органов репродуктивной системы у детей, в настоящее время эту тему продолжает к.м.н. З.М. Гарибанов, первым предложивший такой подвод датчиков, который позволил оценивать органы малого таза из ретроперитонеальной позиции; подчеркнем наше творческое содружество с сотрудником этого отделения, великолепным лучевым диагностом к.м.н. Т.Р. Лавровой; У.Я. Уринов, участвовавший в разработке методики уретро-, синусо-, вагиноскопии; кандидаты медицинских наук Р.З. Тандилава, Д.Н. Годлевский, Д.И. Тарусин (д.м.н. с 2005 г.) и В.Т. Кондаков (д.м.н. с 1998 г., умер в 2004 г.), привнесшие много нового в разработку методов лечения варикоцеле, в последние годы (2011–2014) в упомянутую проблему буквально вклинился Е.А. Спориш, изучивший репродуктивную функцию мужчин, страдающих варикоцеле, и давший оценку функциональным нарушениям сперматозоидов; к.м.н. В.С. Трейвас, участвовавший в создании нового способа орхидопексии; к.м.н. О.Ю. Латышев, досконально изучивший патогенез крипторхизма; с.н.с. к.м.н. Д.Н. Бровин, один из создателей нового направления в нашей специальности, а именно **педиатрической маммологии**; научный сотрудник к.м.н. К.К. Мираков и ведущий научный сотрудник отдела Э.Ф. Самойлович (д.м.н. с 1995 г., к сожалению, ушедший от нас в 2012 г.), советы которых оказались весьма полезными в нашей работе.

Наряду с завершением работы при участии медицинских психологов Тушинской детской городской больницы Т.Г. Григорьянц, Н.В. Деришевой, И.В. Потаниной по оценке психической, психологической и эндокринной адаптации больных в мужском поле (к.м.н. Я.И. Кононова) и в женском поле (к.м.н. Н.А. Зубкова) после проведенных пластических операций, мы сконцентрировались на изучении изменений в предстательной железе у детей, страдающих варикоцеле (к.м.н. З.И. Чанаканов), на разработке схемы оценки результатов лечения заболеваний пахово-мошоночной области у детей (к.м.н. К.А. Исмаилов), на продолжении совершенствования эндоскопических методов исследования половых протоков (к.м.н. Б.С. Ашурбеков), а также техники создания влагалища из сегмента толстой кишки под контролем лапароскопа (д.м.н., проф. И.В. Поддубный, д.м.н., проф. А.Б. Окулов и к.м.н. М.П. Магомедов), перспектив-

ным остается изучение результатов лечения гипоспадии у детей, страдающих нарушением формирования пола (к.м.н. Л.М. Галаова), и, конечно, не можем не упомянуть д.м.н., проф. Н.И. Ахмину и ведущих научных сотрудников к.м.н. Е.А. Окулова и И.Ф. Окулову (Тин), сделавших свой вклад в создание и развитие новой специальности.

Наша работа стала возможной в связи с организацией в 90-е годы прошлого столетия в Тушинской детской городской больнице на базе эндокринологического отделения (заведующая — И.Г. Коломина и ее помощники Г.М. Емельянова (ушла из жизни в 2013 г.) и Е.А. Евсюкова) Центра, более 20 лет существующего, к сожалению, де-факто. Здесь в ежедневном труде объединены усилия педиатров-эндокринологов, клинических генетиков, специалистов по лучевой диагностике, медицинских психологов и детских хирургов, имеющих опыт в детской андрологии, детской гинекологии и пластической хирургии и владеющих различными способами отведения мочи и кала, что обеспечивает высокое качество комплексного лечения больных и **многократную защиту интересов маленького пациента**. Особую роль для больных детей и нас играет консультативно-диагностическое поликлиническое отделение (заведующая — к.м.н. Е.Н. Петрухина и ее помощница И.В. Стрункина) Тушинской больницы, работа которого также направлена на защиту интересов ребенка. Правда, в настоящее время руководство отделения сменилось.

Идея создания такого Центра в какой-то степени связана с именем легендарного детского хирурга, с которым у нас были многолетние дружеские отношения. Речь идет о Президенте Всемирной ассоциации детских хирургов, Президенте Польского товарищества детских хирургов, много сделавшего для этого товарищества, полковнике Польской армии проф. Зигмунде Калицинском, к сожалению, уже покинувшем этот мир. Его смелость и оригинальность решения многих сложнейших организационных и практических вопросов детской хирургии всегда будут служить примером для подражания. Он возглавлял детский хирургический раздел работы в одном из военных госпиталей Варшавы. Мы вместе с проф. Вадимом Георгиевичем Гельдтом, когда были у него в гостях, обратили внимание на то, что дети с хирургическими заболеваниями поступают в детское соматическое 120-коечное отделение. Всю первичную, а затем, после консилиума с хирургами, и диагностическую информацию собирают педиатры. На заключительном консилиуме формулируются диагноз и показания к операции. Вслед за этим выполняется операция, и 2 дня пациент находится в одной из двух палат интенсивной терапии, затем возвращается на соматическую койку, и далее следует выписка домой, которую осуществляют те же педиатры. Проф. З. Калицинский со своими немногочисленными

численными помощниками выполнял более сотни сложнейших операций в год в различных анатомических областях. На наши недоуменные вопросы он ответил четко и убедительно: «Детская хирургическая койка стоит дороже, чем соматическая».

Этим вопросом заинтересовалась д.м.н., проф. Н.Б. Нейговзина, в то время заместитель главного врача по лечебной работе Тушинской детской городской больницы, и с ее легкой руки Центр начал работу. Естественно, что подобное не могло произойти без поддержки главных врачей, возглавлявших Тушинскую детскую больницу в разные годы. Особо отметим в этом плане одного из них, а именно к.м.н. В.Ф. Смирнова, и его заместителя по хирургии В.А. Алейникову. И в настоящее время главный врач Тушинской детской городской больницы д.м.н., проф. И.М. Османов, его заместитель по хирургии д.м.н., проф. В.Н. Шеин занимают толерантную позицию в отношении деятельности Центра.

Тушинская детская городская больница — единая клиническая база педиатрического факультета РМАПО. Это обеспечило высокий уровень качества лечебной работы Центра и участие в научных исследованиях, кроме сотрудников отдела детской хирургии (заведующий — проф. А.Б. Окулов) НИЦ РМАПО, сотрудников кафедр детской эндокринологии (заведующая — проф. Э.П. Касаткина, в настоящее время — проф. Л.Н. Самсонова), педиатрии (заведующая — проф. Н.А. Коровина, в настоящее время — проф. И.Н. Захарова), лучевой диагностики детского возраста (заведующий — проф. М.А. Филиппкин, в настоящее время — проф. М.И. Пыков), медицинской генетики (заведующая — проф. С.И. Козлова, в настоящее время — академик, проф. Е.К. Гинтер), анестезиологии, реаниматологии и токсикологии детского возраста (заведующий — проф. И.Ф. Острейков), детской неврологии (заведующий — проф. Е.С. Бондаренко, в настоящее время — проф. В.П. Зыков), детской оториноларингологии (заведующий — проф. Б.В. Шеврыгин, в настоящее время — проф. Е.П. Карпова), детской нейрохирургии (заведующий — проф. А.А. Артарян, в настоящее время — академик, проф. А.Н. Коновалов), детской хирургии (заведующий — академик, проф. С.Я. Долецкий, затем последовательно профессора В.Г. Гельдт и В.Е. Щитинин, в настоящее время — проф. Ю.Ю. Соколов), детских инфекционных болезней (заведующая — проф. Л.Н. Мазанкова).

Значимый вклад в это направление сделали сотрудники кафедры репродуктивной медицины и хирургии (заведующий — академик, проф. Л.В. Адамян) МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России и сотрудники лаборатории генетики нарушений репродукции Медико-генетического центра (директор — академик Е.К. Гинтер) проф., д.б.н. Л.Ф. Курило и к.м.н. В.Б. Черных. Продолжаются интересные и перспек-

тивные совместные клинические исследования в области разработок хирургических пособий, особенно при клоакальных формах атрезии (синдром каудальной регрессии), с коллективом НИИ детской хирургии (директор — проф. Д.А. Морозов), входящего в НЦДЗ. Остаются творческие контакты с коллективом НИИ педиатрии и детской хирургии (директор — проф. А.Д. Царегородцев, заместитель по хирургической работе — проф. В.М. Розинов), с сотрудниками отделений урологии (руководитель — проф. Е.Л. Вишневский, в настоящее время — проф. В.Г. Гельдт), абдоминальной хирургии (руководитель — проф. В.И. Петлах), отделения урологии (заведующий — к.м.н. О.В. Староверов) ДГБ № 9 им. Г.Н. Сперанского, с другими коллективами института, например с сотрудниками отделения клинической генетики, в частности с к.м.н. Е.В. Тозлиян. К моменту создания этого сообщения старейшего Института педиатрии и детской хирургии уже не существует. А жаль! К его организации имели прямое отношение академик С.Я. Долецкий и проф. В.В. Гаврюшов. Под руководством академика Ю.Е. Вельтищева и проф. В.М. Державина институт играл выдающуюся роль в развитии отечественной и мировой педиатрической науки, в создании уникальных школ по многим специальностям, в том числе по детской уронефрологии.

Длительный опыт работы нашего Центра убеждает в его экономической выгоды. Мы провели сравнения и установили, что детская хирургическая койка действительно значительно дороже соматической; частота расхождений диагнозов до и после операций вслед за организацией Центра снизилась; уменьшилось число типичных осложнений, а тяжелые сошли на нет; сократились сроки пребывания больного на койке. Кроме этого, **Центру с момента его создания делегированы разработка методов диагностики и хирургического лечения других эндокринопатий, связанных с щитовидной железой, парашитовидными и поджелудочной железами, а также надпочечниками у детей, и разработка хирургических технологий, применяемых у детей, страдающих сахарным диабетом.**

Преимущества этой формы сотрудничества очевидны. В последнее время возникают вопросы о целесообразности такой конфигурации работы специалистов. Как говорят, она вроде бы не устраивает эпидемиологов (?) и еще кого-то, кто нам неизвестен.

Подтверждением перспективности нашего начинания послужила научно-практическая конференция, организованная и проведенная весной 2013 г. главным врачом Тушинской детской больницы проф. И.М. Османовым совместно со специалистами Барселонского детского госпиталя (Sant Joan de Deu) при Университете Барселоны. Они работают, как оказалось, по той же самой схеме, но давно и далеко продвинутой.

Здесь уместно вспомнить статью академика С.Я. Долецкого в «Медицинской газете» об организационных трудностях прежней научной медицины. Он связывал их с «единоначалием и двоевластием», одновременно заложенными в типовом договоре о клинической базе, который не выдерживал никакой юридической критики. В настоящее время «единоначалие» сместилось в сторону администрации клинических баз. Возможно, для кого-то это удобно, но профессорско-преподавательский состав, научный состав подразделений остался в трудном положении. В трудном положении остаются и больные. Во всяком случае, в прежние годы мы не устанавливали в Москве диагноз «синдром врожденной дисфункции коры надпочечников» у детей в возрасте 12 лет, а «крипторхизм» — в 14 лет!

В то же время основания с уменьшающейся, но долей оптимизма смотреть в будущее у нас есть. Свидетельством тому служит выездное заседание Президиума РАМН, проведенное 6 марта 2013 г. в Центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, целиком посвященное проблемам репродукции.

С содержательным докладом «Развитие научных исследований и научной инфраструктуры в рамках задач платформы «Репродуктивное здоровье»» выступил академик Г.Т. Сухих. Часть доклада была отведена детской андрологии и детской гинекологии, что подчеркивает значимость наших организационных и научных усилий. Важный итог выездного заседания Президиума РАМН — это принятие решения о посвящении одной из сессий Академии вопросам репродукции человека. В настоящее время происходит реорганизация «Большой академии и Малых академий». Возможно, положительный результат такой реорганизации проявится, но не скоро. Так что перспективы развития «науки о поле» вновь покрываются туманом.

Мы благодарим всех за сотрудничество, понимание и терпение, что в конечном итоге обеспечило завершение работы. В ходе подготовки материалов неосценимую помощь в качестве экспертов нам оказали преждевременно ушедшие из жизни — один из основоположников «науки о поле» Ирина Вячеславовна Голубева, замечательный педиатр-эндокринолог к.м.н., доцент Алла Николаевна Матковская (Макарова), выдающийся ученый-клиницист, специалист в области детской хирургии, заслуженный деятель науки РФ д.м.н., проф. Алексей Иванович Ленюшкин, а также находящиеся в расцвете творческих сил и работающие вместе с нами сегодня с.н.с. к.м.н. Дмитрий Николаевич Бровин и ассистент кафедры детской эндокринологии к.м.н. Олег Юрьевич Латышев.

Естественно, настоящая работа не претендует даже на краткую «антологию» исследований по проблемам заболеваний органов репродуктивной системы. Главное в том, что читатели получают сообщение, основан-



ное на критическом осмыслении большого научного материала, и простор для самостоятельных размышлений. Иначе говоря, получают работу, пронизанную идеями, «пробуждающими мысли и формулировки». Авторы надеются, что она внесет свою лепту в дальнейший прогресс хирургии органов репродуктивной системы. Все критические замечания будут приняты с благодарностью. Авторы питают надежду, что при хорошем сочетании условий и возможностей им удастся поделиться с коллегами современными взглядами на диагностику и лечение отдельных нозологических форм поражений органов репродуктивной системы.

И последнее.

Мы, все сотрудники отдела, никогда не забывали и не забудем тех, кто стоял у истоков организации отдела детской хирургии НИЦ РМАПО. Это ректор ЦОЛИУВ (ныне РМАПО) заслуженный врач РФ М.Д. Ковригина, проректор проф. Ю.Н. Касаткин,

проф. В.В. Гаврюшов (декан педиатрического факультета, а затем впервые выбранный коллективом ректор РМАПО), академик С.Я. Долецкий, заслуженный деятель науки, лауреат многих специализированных научных премий проф. А.И. Ленюшкин — постоянный научный советник отдела детской хирургии с момента его организации, и прежде всего первый руководитель отдела — проф. В.Г. Акопян, талантливейший человек во всем — и в жизни, и в работе, и в искусстве. Он был блестящим клиницистом, виртуозом исполнения сложнейших операций, автором монографий и руководств, патентов, выходявших в отделе детской хирургии и на кафедре детской хирургии, которые он сам и оформлял, как художник. Он был действительным членом Союза художников СССР по отделению графики. Его творческое наследие в этом отношении еще мало изучено. Светлой памяти этих замечательных людей и посвящен этот труд.