



Новое  
в жизни,  
науке,  
технике

И.М. Деревянко  
ГОМОСЕКСУАЛИЗМ

Подписная  
научно-  
популярная  
серия

9 '91



МЕДИЦИНА

ЗНАНИЕ

НОВОЕ В ЖИЗНИ, НАУКЕ, ТЕХНИКЕ

ПОДПИСНАЯ НАУЧНО-ПОПУЛЯРНАЯ СЕРИЯ

# МЕДИЦИНА

9/1991

Издается ежемесячно с 1967 г.

И. М. Деревянко,

доктор медицинских наук

# ГОМОСЕКСУАЛИЗМ



МОСКВА ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗНАНИЕ» 1991

ББК 52.5  
Д 36

ДЕРЕВЯНКО Игорь Михайлович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий урологической клиникой Ставропольского медицинского института. Автор 4 монографий и более 150 научных публикаций.

Редактор *ПОЛИКАРПОВ А. И.*

**Деревянко И. М.**

Д 36 Гомосексуализм. — М.: Знание, 1991. — 64 с. —  
(Новое в жизни, науке, технике. Сер. «Медицина»;  
№ 9).

ISBN 5-07-002095-1

25 к.

Брошюра посвящена некогда закрытой теме — гомосексуализму.  
А между тем эта проблема касается сотен тысяч людей.  
Рассчитана на широкий круг читателей.

410100000

ББК 52.5

ISBN 5-07-002095-1

© И. М. Деревянко, 1991 г.

## ВВЕДЕНИЕ

До недавнего времени в нашей стране публикация сведений о биологии половой жизни человека была под негласным запретом. Широкий круг читателей не имел возможности получить в этой области элементарных знаний.

Слово *sex* на русский язык переводится как «пол». Существует мужское сексуальное поведение и женское половое поведение. Внешний облик, одежда и украшения отличаются и у мужчин, и у женщин. Это, кстати, тоже элементы сексуального поведения. Мужское и женское сексуальное поведение как бы противоположны, альтернативны. Но существует и бисексуальное (двуполое) поведение, при котором человек ведет себя то как мужчина, то как женщина. Это состояние обозначается еще как перемежающийся пол. Обычным для человека является гетеросексуальное поведение, то есть влечение к противоположному (контрлатеральному) полу. Гомосексуализмом называется половое влечение к одноименному полу.

В настоящее время в нашем обществе гомосексуализм считается распущенностью, испорченностью, половой извращенностью и наказывается как уголовное преступление тюремным заключением (лишением свободы). Во многих странах Европы и Америки гомосексуализм не считается уголовным преступлением, но в некоторых странах арабского Востока гомосексуалисты наказываются смертной казнью.

Между тем гомосексуализм — клиническое проявление аномалий (пороков развития, уродств) половых органов и пола. Следовательно, это болезнь, а лишать свободы и убивать больных (страдающих пороком развития) людей — свидетельство медицинской безграмотности общества.

В связи со снятием ограничений в публикации не-

которых закрытых прежде для печати тем появились статьи о гомосексуализме в «Медицинской газете» от 2.09.1988 г. (Ф. Подколотный «Содомский грех»), в «Литературной газете» от 29.03.1989 г. (О. Мороз «Справедлива ли кара?») и от 20.09.1989 г. (Т. Фаст «13 шагов. Рассказ о серии уникальных операций, в результате которых женщина стала мужчиной») и др. Эти публикации оставляют много недоуменных вопросов, на которые якобы нет ответов. В предлагаемой читателю брошюре постараюсь ответить на многие из них.

С гомосексуализмом приходится иметь дело врачам многих специальностей: психиатрам, сексологам, судебным медикам, венерологам и даже детским хирургам и педиатрам. В настоящее время врачи (указанные специалисты) по-разному трактуют и интерпретируют природу одних и тех же заболеваний. Это касается и гомосексуализма. Вот почему врачи разных специальностей по-разному лечат больных, страдающих гомосексуализмом, и имеют совершенно различные результаты своей терапии.

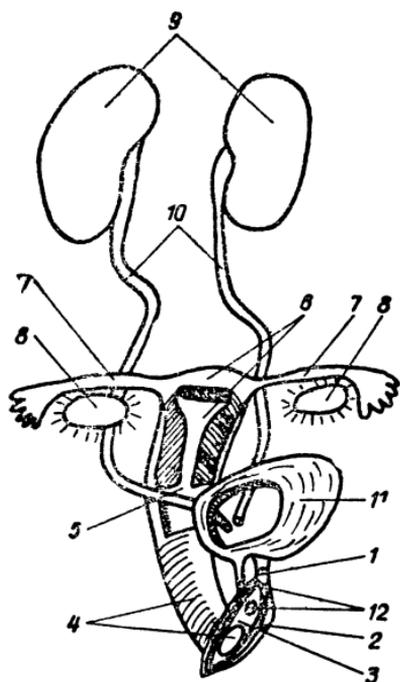
## **АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ГОМОСЕКСУАЛИЗМА**

У нас не считается зазорным и неприличным знать, что у человека есть сердце, желудок, легкие, селезенка и другие органы, но интересоваться особенностями органов, которые служат для размножения, то есть половых органов, считается почему-то неприличным. Это говорит о невежестве и ханжестве, увы, немалой части наших сограждан.

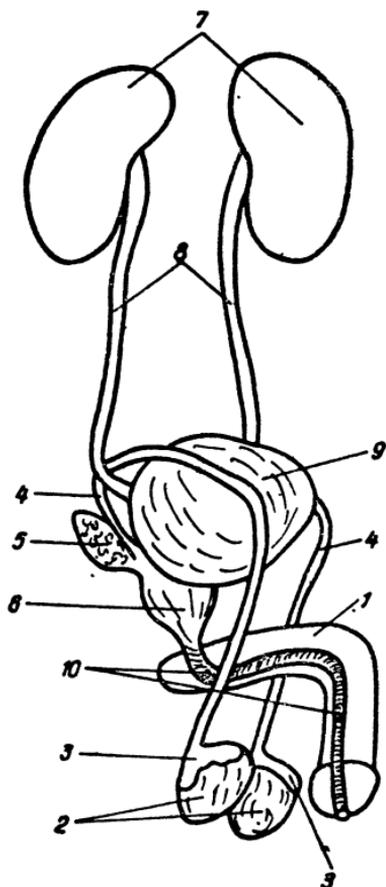
Итак, по порядку.

Половые органы женщины: клитор, малые и большие половые губы (по две), преддверие влагалища, влагалище, шейка матки, матка, маточные (или фаллопиевы) трубы (две), два яичника (рис. 1). Их принято делить на наружные и внутренние. Наружные половые органы женщины: клитор, малые и большие половые губы, преддверие влагалища. Внутренние: влагалище, шейка матки, маточные трубы, яичники.

Половые органы мужчины: половой член, мошонка, половые железы (яички — их два), придатки яичек, семявыводящие протоки, семенные пузырьки, предстательная железа (рис. 2).



**Рис. 1.** Схематическое изображение женских половых органов (матка и часть влагалища изображены в разрезе; в мочевом пузыре также изображено окно, позволяющее видеть устья мочеточников, впадающих в мочевой пузырь): 1 — клитор, 2 — половые губы, 3 — преддверие влагалища, 4 — влагалище, 5 — шейка матки, 6 — матка, 7 — маточные трубы, 8 — яичники, 9 — почки, 10 — мочеточники, 11 — мочевой пузырь, 12 — моченспускательный канал



**Рис. 2.** Схематическое изображение мужских половых органов (мошонка на рисунке не изображена): 1 — половой член, 2 — яички, 3 — придатки яичек, 4 — семявыводящие протоки, 5 — семенные пузырьки, 6 — предстательная железа, 7 — почки, 8 — мочеточники, 9 — мочевой пузырь, 10 — моченспускательный канал

У мужчин и женщин ничем не отличается анатомия почек, мочеточников и мочевого пузыря, но резко отличается анатомия моченспускательного канала, по которому моча из мочевого пузыря выводится наружу.

У женщин моченспускательный канал короткий, широкий и прямой. Наружное отверстие его открывается

между малыми половыми губами, ниже клитора и выше входа во влагалище. У мужчин мочеиспускательный канал длинный, узкий и имеет изгибы. Начальный отдел его охватывает, как муфтой, предстательная железа. Мочеиспускательный канал у мужчин проходит через весь половой член и открывается на полюсе головки полового члена.

Мочевые и половые органы развиваются из одной эмбриональной (зародышевой) закладки, и нередко уродства мочевых и половых органов сочетаются. Известно, что примерно 10% людей страдают аномалиями мочеполовой системы органов. Этот процент намного превышает процент аномалий всех других органов и систем человеческого организма.

Половое поведение человека зависит от воздействия на головной мозг половых гормонов, которые вырабатываются в гонадах (половых железах). У женщин имеются яичники, они вырабатывают и яйцеклетки (зародышевые клетки), и женские половые гормоны, которые называются эстрогенами. Эти гормоны из яичников поступают в кровь. С кровью эстрогены поступают в головной мозг и обеспечивают как женское сексуальное поведение, так и внешний облик женщины (так называемые вторичные половые признаки). У мужчин имеются яички, которые вырабатывают и сперматозоиды и мужские половые гормоны (андрогены). Эти гормоны поступают из яичек в кровь и переносятся кровью в головной мозг, что обуславливает мужское сексуальное поведение и облик мужчины.

Среди людей, не имеющих медицинского образования, распространено мнение, что люди бывают только двух полов: мужского и женского. На самом деле наблюдается четыре половые разновидности: 1) мужской; 2) женский; 3) двуполость, или гермафродитизм; 4) бесполость, или евнухоидизм.

Двуполость, или истинный гермафродитизм, выражается в том, что у человека один яичник и одно яичко. При гермафродитизме одна или обе половые железы могут быть построены так, что половина железы состоит из ткани яичка, а другая половина этой же железы — из ткани яичника. И наконец, наблюдается и мозаичность одной или обеих гонад, когда в ткани, например, яичка мозаично включена ткань яичника, и наоборот. Если в одной железе имеются ткани и женской и

мужской гонады, железа называется овотестис, или овотестикулом (овариум — яичник, тестис, тестикул, — яичко). Как уже указывалось, такое строение может иметь одна или обе гонады. У таких людей могут вырабатываться и яйцеклетки, и сперматозонды, у них вырабатываются и мужские (андрогены) и женские (эстрогены) половые гормоны. Такие люди могут выглядеть как мужчины или как женщины. Внешний облик их может быть иным: они могут иметь одновременно и мужские и женские вторичные половые признаки. Поскольку в крови циркулируют и мужские и женские половые гормоны, эти люди ведут себя и как мужчины и как женщины, что обозначается терминами «перемежающийся пол», «бисексуализм», «транссексуализм» и др.

У некоторых людей резко недоразвиты или даже отсутствуют половые железы. Они не могут иметь потомство, не наблюдается половое (сексуальное) поведение. Эти люди не имеют ни женских, ни мужских вторичных половых признаков. Данное уродство называется евнухондизмом. Такое же состояние наступает у человека после кастрации (удаления половых желез).

Гомосексуализм — медицинская проблема. У всякой науки есть объект и методы для изучения, некоторые методы универсальны и используются в других науках, например статистике, математике и т. д. Но каждая наука располагает и своими специфическими методиками.

На основании симптомов болезни, анализов крови и мочи врач может только локализовать болезнь, то есть ориентировочно определить, какой орган или система органов поражены. А для установления диагноза нужно этот орган увидеть (прямо и косвенно), для чего используются рентгенологические, радиоизотопные, ультразвуковые, теплографические, эндоскопические и многие другие инструментальные объективные методы обследования больного.

Различные отрасли медицины изучают болезни только одной системы органов. Кардиология — болезни сердца, гастроэнтерология — желудочно-кишечного тракта, пульмонология — легких, проктология — прямой кишки и т. д. Причем врач-проктолог не лечит, к примеру, заболевания женских половых органов. А вот гомосексуализмом занимаются психологи, психиатры, невропатологи, сексологи, эндокринологи, гинекологи, урологи.

Психиатры и сексологи (а это тоже психиатры, но

с более узкой специализацией) полагают, что гомосексуализм — комплекс симптомов заболевания головного мозга. Урологи, гинекологи и эндокринологи считают гомосексуализм клиническим проявлением разных аномалий (уродств, пороков развития) внутренних или наружных половых органов.

Так получилось, что вопросами гомосексуализма сейчас занимаются представители трех терапевтических профилей (психиатры, сексологи, эндокринологи) и двух хирургических специальностей (урологи и гинекологи).

Психиатры и сексологи уверены, что гомосексуальное поведение человека — результат извращенной функции головного мозга, а следовательно, для лечения гомосексуализма нужно воздействовать именно на него. Поэтому психиатры и сексологи лечат гомосексуализм так называемой психотерапией (беседы, внушения, убеждения, гипноз и т. д.). Видя частую неэффективность такого лечения, они предполагают даже возможность хирургического воздействия на сексуальные центры головного мозга. При этом специалисты почему-то забывают, что головной мозг сам по себе никогда не продуцирует никакого (в том числе и сексуального) поведения. В головной мозг поступают различные сигналы (раздражители), и в ответ на них формируется поведение человека, которое является ответом (реакцией) на эти раздражители. Например, ощущение боли. Это не продукция самого головного мозга, а ответ на травму, воспаление, опухоль или какой-либо другой недуг, который ведет к обескровливанию и деструкции тканей и органов. Если заблокировать части нервной системы, по которым от них идут сигналы в головной мозг, реакции его на раздражитель не будет. Например, всякая хирургическая операция сопровождается разрушением тканей, но обезболивание, которое и является блокадой нервной системы, позволяет провести хирургическую операцию без ощущения боли.

Психиатры и сексологи нередко не замечают раздражителей головного мозга, которые обуславливают гомосексуальное поведение. А между тем эти причины гомосексуализма давно и хорошо известны эндокринологам, урологам и гинекологам. Речь идет о половых гормонах.

Если в организме вырабатываются только женские половые гормоны, этот человек сексуально будет вести себя как женщина. Но случаются такие аномалии на-

ружных женских половых органов, когда они похожи на мужские. Таких людей при рождении записывают как мужчин, создавая таким образом несоответствие биологического (гонадного, гормонального) и метрического (паспортного, социального, юридического) полов. Такой человек имеет мужской паспорт, но ведет себя в сексуальном отношении как женщина, и для общества он — гомосексуалист.

Если в организме человека вырабатываются только мужские половые гормоны, сексуальное поведение его мужское. Но наблюдаются иногда аномалии наружных мужских половых органов, когда они по внешнему виду выглядят как женские. В сексуальном отношении такой обладатель женского паспорта ведет себя как мужчина и ухаживает за женщинами. Ведет себя такой человек биологически правильно, но для общества это гомосексуалистка.

Заболевание, когда у человека гонады одного пола, а наружные половые органы в результате порока развития напоминают органы противоположного пола, называется ложным гермафродитизмом, или псевдогермафродитизмом. Нужно различать мужской и женский псевдогермафродитизм. Ложный мужской гермафродит — мужчина, но с женскими наружными половыми органами. Ложный женский гермафродит — женщина, но с мужскими наружными половыми органами. Принцип лечения ложного гермафродитизма заключается в перемене юридического, легального пола и хирургической коррекции наружных половых органов в соответствии с гонадным, гормональным полом. К сожалению, социальный, легальный или гражданский пол так довлеет в сознании людей, что нередко приходится жертвовать биологическим полом и производить трансформацию гормонального пола в сторону юридического пола. Таких больных кастрируют, а затем нагружают половыми гормонами, соответствующими паспортному полу. Эти гормоны вводят в организм на всю оставшуюся жизнь.

При истинном гермафродитизме в организме есть и мужские и женские гонады (ткани и яичника, и яичка). В таких случаях вырабатываются и мужские, и женские половые гормоны. Сексуальное поведение человека будет и мужским, и женским — бисексуально, интерсексуально, транссексуально и др. Клинически истин-

ный гермафродитизм проявляется гомосексуализмом или бисексуализмом. Лечение истинного гермафродитизма только хирургическое. Нужно убрать все органы одного пола и оставить, а также исправить органы другого пола. Принцип лечения любой формы гермафродитизма заключается в выборе биологического пола, а затем ликвидации «засорения» организма органами другого, противоположного, контрлатерального пола.

Истинный гермафродитизм кажется удивительным биологическим феноменом. Но ведь вся жизнь на земле пошла от гермафродитизма. У вирусов, бактерий и простейших организмов нет полов. Для размножения достаточно одной особи. Не только у примитивных организмов наблюдается гермафродитизм. Например, у червей имеется полный набор как женских, так и мужских половых органов и для размножения достаточно одной особи. Гермафродитизм широко распространен среди насекомых и растительного мира. Гермафродитизм как норма наблюдается у рыб и даже у ящериц. Все эти сведения имеются в учебниках по биологии, но нередко в газетах случаи гермафродитизма преподносятся как сенсации. Например, в газете «Известия» от 19.02.1987 г. И. Ковалев публикует статью под названием «Странное явление». Вот дословный текст: «По сообщению газеты «Джакарта пост», со ссылкой на новозеландского министра земель, лесного хозяйства и по оценке земельной собственности Коро Уэтири, правительство Новой Зеландии намерено создать на островах Кермандэк заповедник, чтобы сохранить редкую рыбу, обитающую в водах этих островов. Эта рыба — пятнистый черный групер в процессе жизни меняет свой пол. Женские особи преобразуются в мужские». В заметке допущена неточность. Рыбы, о которых идет речь, рождаются самцами и затем (через несколько лет) превращаются в самок.

Ж.-И. Кусто и И. Паккале в своей книге «Сюрпризы моря» пишут, что некоторые виды рыб обладают способностью изменять пол в течение жизни. Такая особенность свойственна двум семействам рыб: спаровым, или морским карасям, и каменным окуням, к которым относится рыба под названием мероу. Некоторые из этих рыб имеют двуполые половые железы, состоящие из двух частей и вырабатывающие как мужские половые клетки (сперматозоиды), так и женские (икру). Рыбы-

гермафродиты, обладающие половыми органами одновременно самцов и самок, могут оплодотворять сами себя. Но обычно одна из частей гонад созревает раньше другой, и для продолжения существования вида во время икрометания каждая особь должна отыскать такую, временное развитие которой по сравнению с ней гормонально сдвинуто. У рыб мероу половая организация иная, чем у большинства рыб. Половые железы функционируют таким образом, что в процессе жизни меняется половая принадлежность особи. Рыбы рождаются самцами. Такое состояние сохраняется несколько лет. Затем они превращаются в самок. В переходный период, который длится около года, рыбы имеют смешанные гонады, называемые овотестикулами. Рыбы мероу (подсемейство групперов) достигают внушительных размеров. Гигантом этой группы рыб является австралийская рыба, называемая каменным окунем Квисленда. Она достигает в длину 4 м и весит до 500 кг.

Поскольку человек в процессе эмбрионального, внутриутробного развития примерно за один-два месяца повторяет весь процесс эволюционного развития животного мира на нашей планете, у людей в качестве аномалии (уродства) всегда был, есть и будет гермафродитизм в тех или иных вариантах. Это уродство нужно знать, выявлять, уметь диагностировать и лечить. Тем более что лечение гермафродитизма весьма эффективно и заключается в удалении половых желез одного пола и оставлении половых желез другого пола. Направление коррекции пола в мужскую или женскую сторону зависит от развития и аномалий других половых органов (кроме половых желез). Половозрелые больные обычно сами выбирают направление коррекции пола. Они сами себя чувствуют или мужчинами, или женщинами. Причем это половое самоощущение зависит только от того, мужские или женские половые гормоны преобладают в организме. Люди, у которых полный набор как мужских, так и женских половых органов, встречаются очень редко. Другие же многочисленные варианты ложного и истинного гермафродитизма довольно типичны (по литературным данным 2—6%). Чаще всего у гермафродитов — полный набор органов одного пола и некоторые половые органы другого пола.

Половой акт — единственный физиологический акт у людей, который требует партнера. Почему-то дыхание

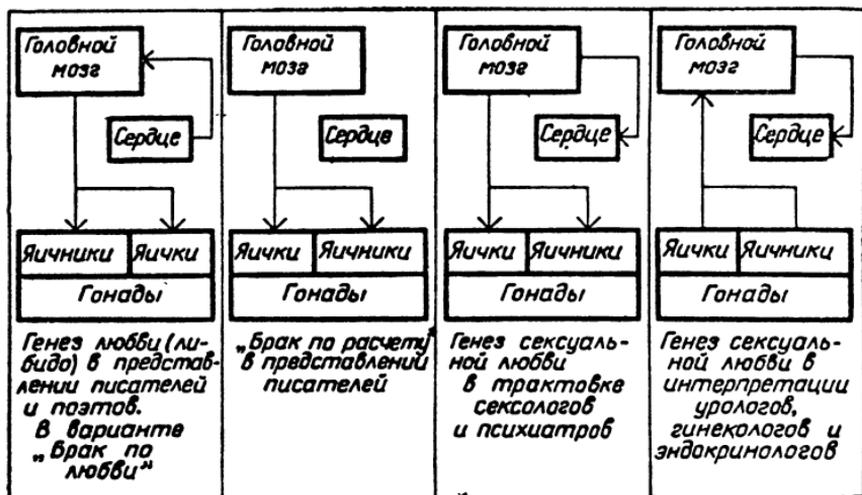
и прием пищи люди не скрывают и не видят в этой физиологии ничего зазорного. Более того, едят люди обычно в компании других, а в ресторане еще под музыку и с цветами. Кстати, символика цветов широко используется в сексуальном поведении человека. Если мужчина дарит цветы женщине или женщина дарит цветы мужчине — это нормальное сексуальное поведение.

Дефекация и мочеиспускание нередко считаются неприличными физиологическими актами и поэтому выполняются без свидетелей. Половой акт (совокупление, коитус) тоже, как правило, выполняется без свидетелей и является глубокой тайной.

В медицине существует термин — либидо. Он обозначает половое влечение. Либидо всегда есть, если у человека циркулируют в крови половые гормоны. Либидо нет, если нет половых гормонов в крови.

Существует огромное количество формулировок определения понятия «любовь», а большая часть принадлежит поэтам и писателям. Они несут весьма незначительную долю информации, но всегда подчеркивают возвышенность, величие и непостижимость этого чувства. У поэтов и писателей анатомическая локализация любви находится в сердце. Последнее время появились определения понятия любви, сформулированные не поэтами, а сексологами, которые считают, что любовь возникает в головном мозге. Их формулировки любви содержат следующие этические понятия: взаимопривязанность, гармония, уважение, благородство, долг и т. д. С биологической, медицинской точки зрения любовь — это просто сексуальное поведение, которое определяется половыми гормонами. Мы схематически изобразили генез любви в представлениях поэтов и писателей, психiatров и сексологов, урологов, гинекологов и эндокринологов (см. схему).

Одним из симптомов гомосексуализма является трансвестизм. Так называется стремление носить одежду другого пола для того, чтобы фигурировать в роли лица этого пола. Очень важно, что при этом соответственно одежде меняется и сексуальное поведение. Трансвестизм наблюдается у активных гомосексуалисток-женщин и пассивных гомосексуалистов-мужчин. Активной гомосексуалисткой в паре женщин называется партнерша, которая играет роль мужчины. Пассивный



гомосексуалист в паре мужчин — это тот, который играет роль женщины.

Активные гомосексуалистки одеваются в мужскую одежду, они тяготеют к мужским украшениям и мужской работе. Носят ремни, португепи, кинжалы, ножи и т. д. Пассивные гомосексуалисты-мужчины красят лицо, губы, брови, ресницы, носят женскую одежду, украшения.

Трансвестизм нередко представляется загадочным явлением. На самом деле все объясняется очень просто. У таких людей юридический (метрический, паспортный, социальный, легальный) пол не соответствует биологическому (гонадному, гормональному), и они стремятся одеваться и украшаться в соответствии со своим биологическим, а не паспортным полом.

В прежние времена очень строго преследовался не только гомосексуализм, но и трансвестизм, то есть стремление мужчин одеваться в женскую одежду, а женщин — в мужскую. Среди прочих обвинений Жанне д'Арк фигурировало обвинение в том, что она носила мужской костюм. Известно, что в 1431 г. Жанну д'Арк (Орлеанскую деву) приговорили к сожжению на костре и сожгли. В настоящее время за ношение атрибутов одежды противоположного пола на кострах, к счастью, не сжигают. Но мягко говоря, нередко не очень-то поощряют. Например, в газете «Известия» (7.09.1989) сообщается, что по распоряжению облисполкома одной национальной автономной области милиция не пускает

в здание облисполкома женщин в брюках, даже если это брюки не мужские, а женские. (Но это, конечно, курьез.)

## **ГОМОСЕКСУАЛИЗМ: О ЧЕМ ГОВОРЯТ СЕКСОЛОГИ И СЕКСОПАТОЛОГИ**

Известный сексолог и сексопатолог К. Имелинский утверждает, что сексуальность является врожденной потребностью и функцией человеческого организма. Безусловно, высший этап развития сексуальности человека — эротическая любовь. Эротическая любовь — типично человеческий продукт, связанный с развитием человека в целом. Далее Имелинский пишет: «Этиология гомосексуализма до сих пор остается мало изученной. Но даже если бы были выяснены этиология и патогенез, то все же их сущность остается загадочной и непонятной».

Автор относит гомосексуализм к «нетипичным сексуальным отклонениям» и тут же указывает, что он имеет место во всех культурах и эпохах. «Разграничение двух направлений сексуального влечения у людей в соответствии с доминирующими потребностями показывает, что гетеросексуальность и гомосексуальность можно представить как два полюса биологического ряда разновидностей, причем большинство людей группируется у гетеросексуального полюса, меньшинство — у гомосексуального полюса, а определенное число лиц распределяется между этими двумя полюсами. Последнюю группу людей характеризуют как бисексуальных». Таким образом, К. Имелинский подчеркивает, что гомосексуализм не является болезнью, подлежащей лечению. Это нормальное явление в биологическом ряду разновидностей. Многочисленные наблюдения и исследования свидетельствуют о том, что терпимое или нетерпимое отношение в обществе не влияет на количество гомосексуалистов в этом обществе.

Первые упоминания о гомосексуализме встречаются в египетских папирусах, согласно которым боги Фет и Горус состояли в гомосексуальных отношениях. Гомосексуализм существовал в Древней Индии, Вавилоне, Египте, Греции и Римской империи. В Древней Греции

мужской гомосексуализм назывался уранизмом по имени богини Урании, родившейся не от женщины, а от бога Урана. Женский гомосексуализм называют лесбийской любовью, или сапфизмом, по имени древнегреческой поэтессы Сафо, жившей на острове Лесбос (VII—VI в. до н. э.) и бывшей активной гомосексуалисткой. Женский гомосексуализм называют также трибадией (от греческого слова «трибеин», что значит «тереть»). Этот термин указывает на способ удовлетворения полового влечения.

Педерастия (мужеложество) — форма мужского гомосексуализма, при котором половой акт совершается через задний проход. Гомосексуализм (как мужской, так и женский) встречается примерно в 1—2% случаев от общего числа населения и является самой частой формой половой психопатологии. Гомосексуализм всегда существовал и существует во всех странах.

При нормальном гетеросексуальном половом акте половой член мужчины вводится во влагалище женщины, мужчина играет активную роль, а женщина является пассивным половым партнером. У гомосексуалистов как в мужской, так и в женской паре сексуальных партнеров также всегда один партнер играет активную мужскую роль, а другой — пассивную женскую. Но пара мужчин-гомосексуалистов и пара женщин-гомосексуалисток имеет одинаковые половые органы, и поэтому нормального полового акта у них быть не может. Гомосексуалисты прибегают к различным приемам и ухищрениям для достижения оргазма. Если гетеросексуальные люди бывают холодны (фригидны), то у гомосексуалистов всегда происходит оргазм и никогда не бывает фригидности.

Аномалии половых органов могут быть и у фригидных людей. В паре гомосексуалистов-мужчин половой акт может совершаться введением полового члена в задний проход (в прямую кишку). Половой член может вводиться между бедер. Орально-генитальный контакт (перекрестная, или французская, любовь) очень распространен среди гомосексуалистов, как мужчин, так и женщин. Каждый партнер или партнерша раздражает половые органы другого партнера или партнерши губами, языком.

Половой контакт женщин-гомосексуалисток осуществляется трением половыми органами или взаимной ма-

стурбацей. Женщины-гомосексуалистки используют различные имитации искусственного полового члена, который активная партнерша, исполняющая роль мужа или любовника, прикрепляет к своим половым органам. Другая партнерша играет роль жены или любовницы.

Нередко гомосексуалистками бывают семейные женщины. Они одновременно живут половой жизнью и с мужем, и с гомосексуалисткой-партнершей. Важно отметить, что такие активные гомосексуалистки всегда холодны по отношению к мужу и мужчинам вообще, что свидетельствует о наличии в их организме андрогенов — мужских половых гормонов. Пассивные же гомосексуалистки могут получать половое удовлетворение и от партнеров-мужчин, и от партнерш — активных гомосексуалисток. Такие состояния обозначаются термином-бисексуализм». Некоторые активные гомосексуалистки имеют настолько большой клитор, что могут вводить его в преддверие влагалища своей партнерши.

Некоторые сексологи расценивают активный женский гомосексуализм как неизлечимое мозговое заболевание. Это совершенно ошибочное мнение. Просто активные лесбиянки имеют андрогены, которые, воздействуя на головной мозг, и изменяют поведение на мужское. Они являются или мужчинами с женским паспортом (ложными гермафродитами), или истинными гермафродитами. Все сексологи считают женский активный гомосексуализм излечимым.

Для активной лесбиянки характерны мужской внешний облик и мужское поведение не только в сексуальной жизни. Пассивная гомосексуалистка всегда имеет нормальный женский облик и женское сексуальное поведение. Никаких аномалий половых органов у пассивных лесбиянок нет

У мужчин-гомосексуалистов все выглядит наоборот. Активный партнер имеет нормальный мужской облик, нормальное мужское поведение, и у него нет никаких аномалий половых органов. Активный гомосексуалист-мужчина получает половое удовлетворение и с женщинами, и с мужчинами — пассивными гомосексуалистами (бисексуализм). Пассивный партнер-мужчина часто женственен, а это значит, что в его организме есть эстрогены (женские половые гормоны). Пассивный гомосексуалист — это или женщина с мужским паспортом (ложный женский гермафродит) или истинный герма-

фродит. Сексологи считают пассивный мужской гомосексуализм неизлечимым.

Сексологи полагают, что распространенность и постоянство гомосексуализма может быть объяснено только биологическими факторами. Но что это за факторы, до конца не выяснено.

А. М. Свядош и Е. М. Деревинская обследовали 96 женщин-гомосексуалисток. Большинство из них отбывали наказание за уголовное преступление. Все пациентки были разделены на две категории: активные гомосексуалистки и пассивные. В качестве критерия этого разделения авторы использовали сексуальную аутоидентификацию гомосексуалиста (ощущение принадлежности к тому или иному полу). К активной форме авторы относили гомосексуалисток, чувствовавших себя мужчинами, к пассивной — ощущавших себя женщинами. Активная форма отмечена у 57 обследованных, пассивная — у 39. Активные гомосексуалистки испытывали половое влечение только к женщинам. Во внешнем облике 60% активных гомосексуалисток имелась маскулинизация, то есть мужеподобные черты: сильно развитая мускулатура, узкий таз, широкие плечи, мужская походка, низкий грубый голос, оволосение по мужскому типу. Почти половина активных гомосексуалисток были трансвестистками, то есть носили мужскую прическу и одежду. Все активные гомосексуалистки отрицательно относились к женским украшениям.

Большинство активных гомосексуалисток чувствовали себя в детстве мальчишками. У многих месячные наступали поздно и были скудными, у некоторых месячных не было вообще. Более половины активных гомосексуалисток занимались мастурбацией. Активные гомосексуалистки при половых контактах с пассивными гомосексуалистками стараются выявить эрогенные зоны — места, от прикосновения к которым у партнерши возникает сексуальное возбуждение. В зависимости от особенностей расположения этих зон применяются раздражения клитора рукой или ртом или раздражения влагалища пальцами. Половой акт с партнершей активные гомосексуалистки стараются затягивать до 20—30 минут и дольше, затем повторяют многократно до тех пор, пока у партнерши не возникает состояние протрации. Одновременно с раздражением половых органов партнерши они совершают трение своих половых органов о

ее бедра и таким образом одновременно с ней достигают оргазма. Иногда разрешают партнерше вызывать у себя оргазм манипуляциями на половых органах. При формировании гомосексуальной «семьи» большинство активных гомосексуалисток стремились имитировать поведение мужчины, главы семейства. Ревнуют своих партнерш как к женщинам, так и к мужчинам, из ревности нападают на своих соперниц. Иногда активная гомосексуалистка прибегает к насилию по отношению к понравившейся ей женщине. Несмотря на то что активные гомосексуалистки влечения к мужчинам не испытывают, большинство из них когда-либо имели с ними половую связь. Причем половой акт для них был неприятен.

У пассивных гомосексуалисток женское поведение и женский внешний вид. Считают себя женщинами. Все 39 пассивных гомосексуалисток, обследованных А. М. Свядошем и Е. М. Деревинской, ничем не отличались от нормальных женщин. В прошлом жили нормальной гетеросексуальной жизнью. Половина из них были замужем, некоторые имели детей. Большинство во время гетеросексуальной жизни не испытывали полового удовлетворения. Очень немногие раньше мастурбировали. Гомосексуальные отношения все они начали в то время, когда не жили гетеросексуальной жизнью или когда не были удовлетворены сложившимися семейными отношениями. Многие испытывали чувство одиночества и потребность в нежности, ласке и близком друге. Все они первоначально видели в своем будущем гомосексуальном партнере внимательную, ласковую, преданную и любящую подругу, иногда сильного человека, на которого можно опереться. Большинство пассивных гомосексуалисток впервые в жизни испытали оргазм во время гомосексуального полового акта.

А. М. Свядош описывает случай, когда пассивная гомосексуалистка после психотерапии вернулась к гетеросексуальной жизни и вышла замуж. Причем была очень удовлетворена своим мужем. Основным моментом в лечении были разъяснения причин неудач ее половой жизни с мужчинами.

А. М. Свядош обследовал и мужчин-гомосексуалистов. В качестве критерия отнесения их к активной и пассивной форме была принята сексуальная аутоидентификация (собственное ощущение мужского или жен-

ского пола). Активные гомосексуалисты-мужчины ничем не отличаются от здоровых гетеросексуальных мужчин. Для пассивных гомосексуалистов-мужчин характерна феминизация.

Характерно, что именно мужчины — пассивные гомосексуалисты активно ищут себе половых партнеров.

Таким образом, активные гомосексуалистки совращают к гомосексуальной жизни нормальных женщин, которые становятся пассивными гомосексуалистками. Пассивные гомосексуалисты-мужчины совращают нормальных мужчин (в дальнейшем активных гомосексуалистов). Как видим, причины активной и пассивной форм как женского, так и мужского гомосексуализма различны.

Давно известно, что нормальные половые гормоны являются причиной как доброкачественных, так и злокачественных опухолей. Женские половые гормоны (эстрогены) вызывают возникновение фиброаденом (доброкачественная опухоль) и рака молочной железы. Ранее, когда рак молочной железы лечили удалением ее и лучевым воздействием, почти все женщины погибали через 3—7 лет после операции. Сегодня после удаления молочной железы удаляются и яичники (чтобы прекратить выработку в организме женских половых гормонов). Женщине назначаются мужские половые гормоны, которые вводятся ей продолжительное время. При таком лечении почти все женщины выздоравливают от рака молочной железы, но у них наступает маскулинизация (мужской облик и поведение). Это результат действия мужских половых гормонов на головной мозг и на весь организм женщины.

Если у пожилых мужчин сохраняется высокий уровень мужских половых гормонов в крови, у них нередко возникает аденома (доброкачественная опухоль) и рак предстательной железы. Рак предстательной железы, как правило, диагностируется поздно, когда хирургическая операция уже невыполнима и имеются метастазы опухоли в легкие и кости. Таким больным предстательная железа не удаляется, им назначаются женские половые гормоны (синестрол и другие препараты эстрогенов). Раковая опухоль в предстательной железе замещается рубцовой тканью, метастазы в легких и костях часто рассасываются. Если больному перестают вводить женские половые гормоны, в предстательной железе

опять возникает рак. Получая половые гормоны, пациенты живут долго, но у них наступает феминизация: появляются женские молочные железы и т. д.

Если человек страдает евнухоидизмом, то есть от рождения не имеет гонад (половых желез), или если человек кастрирован (у него удалены гонады), введением в организм половых гормонов можно превратить его в мужчину (если вводить андрогены) или в женщину (если вводить эстрогены). Такой человек будет выглядеть как мужчина или женщина, хотя потомства дать не может. В настоящее время есть возможность и более радикального формирования пола. Для этого больному или больной нужно пересадить в организм яичко или яичник от живого донора или от умершего человека.

Гомосексуальное поведение может появиться у здорового гетеросексуального человека под влиянием принуждения, корысти, подражания, соращения и других социальных обстоятельств. Такое явление сексологи называют псевдогомосексуализмом (ложным гомосексуализмом). Но не добавляют, что это касается только пассивных гомосексуалисток-женщин и активных гомосексуалистов-мужчин.

Таким образом, активными гомосексуалистками и пассивными гомосексуалистами рождаются, а пассивными гомосексуалистками и активными гомосексуалистами становятся.

Сексологи делят еще гомосексуалистов на первичных и вторичных. У первично гомосексуальных лиц не наблюдается никаких попыток к гетеросексуальным контактам. Группа вторичных гомосексуалистов неоднородна. К ней относятся все проявления и формы гомосексуализма, возникшие самыми разными путями, за исключением первичного, истинного, врожденного гомосексуализма.

К. Имелинский делит гомосексуалистов на 4 группы:

1) псевдогомосексуалисты (они осуществляют гомосексуальные действия не по гомосексуальным мотивам, а на основе других соображений, например материальных выгод);

2) гомосексуализм периода развития (автор пишет о какой-то детской фазе развития сексуального влечения). Здесь возникает вопрос. В детском возрасте нет никакого сексуального влечения. Половое влечение проис-

ходит под влиянием половых гормонов только у половозрелых людей;

3) гомосексуализм, обусловленный различными задержками психического развития. И опять противоречие. Задержка психического развития не может являться причиной гомосексуализма. Даже у олигофренов (врожденное слабоумие) не бывает гомосексуальности, если нет аномалий половых органов;

4) гомосексуализм, обусловленный гомосексуальными наклонностями,— истинный гомосексуализм. Многие сексологи описывают так называемый транссексуализм. Этим термином обозначают несоответствие психического чувства собственного пола и морфобиологической структуры тела. Человек чувствует себя мужчиной, заключенным в тело женщины (активные гомосексуалистки), или, наоборот, он чувствует себя женщиной, заключенной в тело мужчины (пассивные гомосексуалисты). Термин «морфобиологическая структура тела» подчеркивает непонимание и незнание аномалий внутренних и наружных половых органов. Психическое чувство пола зависит от влияния половых гормонов на головной мозг, и следовательно, в этих случаях психический и биологический (гормональный) пол совпадают, но этому полу не соответствует внешний облик человека и социальный (паспортный) пол. Половое влечение транссексуалистов не соответствует паспортному полу, поэтому они гомосексуалисты. Транссексуальные лица одеваются в соответствии с психическим ощущением своей половой принадлежности, что не совпадает с паспортным полом. Они проявляют стремление к изменению структуры своего тела, не останавливаясь даже перед сложными хирургическими вмешательствами.

Это довольно сложные хирургические вмешательства. И все-таки многие на него идут и, получая отказ в выполнении этих операций, кончают нередко жизнь самоубийством.

А. М. Свядош описывает несколько теорий возникновения гомосексуализма (термин «теория» обозначает, возможно, существующее, но не доказанное).

**Генетическая теория гомосексуализма.** Направленность полового влечения как у животных, так и у человека обусловлена генетически (врожденно), то есть записана в геномном коде и передается по наследству (на наш взгляд, эта теория не выдерживает критики и ни-

чего не объясняет; она не может объяснить бисексуализма; эмбриологам, урологам, гинекологам и эндокринологам давно известно, что хромосомный (генетический) пол может не совпадать с биологическим (гонадным) полом; о том, что такое хромосомный (генетический) пол, будет разъяснено в следующих главах).

**Неврогенная теория.** Считается, что в головном мозге имеются сексуальные мозговые центры (в височной и гипоталамической областях). Нарушение процесса дифференцировки женских и мужских мозговых центров полового поведения является причиной гомосексуализма. Итак, повторяю: согласно данной теории поражения головного мозга и есть причина гомосексуализма (эта теория, по моему мнению, также не выдерживает критики: в мозге нет центров мужского и женского сексуального поведения; головной мозг может обеспечить как женское, так и мужское поведение одного и того же человека в зависимости от воздействия на него женских или мужских половых гормонов).

**Эндокринная теория.** Согласно ей в основе гомосексуализма лежат нарушения функции желез внутренней секреции, которые вырабатывают различные гормоны и выделяют их в кровь. Половые железы и есть железы внутренней секреции. В качестве обоснования этой теории указывается, что гомосексуализм наблюдается у женщин, лечившихся большими дозами мужских половых гормонов, например, по поводу рака молочной железы. (Думаю, что теория этиологии гомосексуализма соответствует истине, но многие психиатры и сексологи считают, что эндокринные факторы не играют скольконибудь существенной роли в генезе гомосексуализма.)

**Условнорефлекторная теория.** Все формы гомосексуализма — приобретенные, и возникают они под влиянием неблагоприятных внешних воздействий. Отсутствие доступа к лицам противоположного пола способствует развитию гомосексуализма. Однако отдельные сексологи полагают, что отсутствие доступа к лицам противоположного пола ведет скорее к мастурбации, а не к гомосексуализму.

Сами гомосексуалисты по-разному расценивают свое состояние. Примерно 60% гомосексуалистов не считают свое состояние противоестественным и не желают лечиться. Они даже готовы из-за своей склонности пойти в тюрьму. Если активной гомосексуалистке довольно

сложно найти себе партнершу в обычной жизни, то в женском отделении тюрьмы (лагеря заключенных) у нее появляется множество сексуальных партнерш. Мужчина — пассивный гомосексуалист с большим трудом находит себе партнера, а вот в мужском лагере заключенных у него такой выбор более чем достаточен.

Примерно 25% гомосексуалистов тяжело переживают свой статус, который выражается в несоответствии биологического и паспортного полов. Примерно 3% гомосексуалистов кончают жизнь самоубийством. Это чаще всего молодые люди.

Для лечения гомосексуализма раньше предлагалась кастрация. Но она ведет не к излечению гомосексуализма, а к уничтожению сексуальности вообще.

Как уже указывалось, сексологи-психиатры считают, что в головном мозге есть центры, которые и определяют сексуальное поведение человека. Предпринимались попытки хирургических вмешательств на головном мозге. Такие операции (разрушались или рассекались области головного мозга в месте предполагаемых сексуальных центров) результата не давали. Гомосексуализм не излечивался.

Сексологи-психиатры неплохо лечат ситуационно обусловленные формы гомосексуализма, в основе которых лежит условно-рефлекторный механизм. Психотерапия эффективна при пассивной форме женского и активной форме мужского гомосексуализма. Многие сексологи считают, что активная форма женского и пассивная форма мужского гомосексуализма вообще неизлечимы.

Терапия врожденных форм гомосексуализма пока не разработана. Для ее успеха можно уметь определять нарушения гормонального баланса у плода во внутриутробном периоде жизни и устранять их. В. И. Здравомыслов, З. Е. Анисимова и С. С. Либих (1985) считают, что в будущем наука позволит диагностировать и устранять гормональные нарушения у плода, и тогда откроются новые возможности профилактики врожденных форм гомосексуализма.

И все-таки весьма эффективно лечить врожденный гомосексуализм можно и сегодня. Для этого нужно уметь диагностировать гонадный (гормональный, биологический) под, ложный и истинный гермафродитизм, уметь делать хирургическую коррекцию или трансфор-

мацию пола. Как только совместятся психический, биологический и паспортный пол, гомосексуализм исчезнет. Сейчас есть все возможности менять и биологический, и психический, и юридический пол. Акушеры и педиатры должны уметь диагностировать аномалии половых органов в раннем детском возрасте.

У детей не бывает проявлений гомосексуализма до полового созревания. И все-таки профилактика гомосексуализма в детском возрасте возможна, но только когда имеются какие-либо уродства наружных половых органов. К сожалению, родители таких детей обращаются именно к педиатрам, а детские врачи зачастую не имеют элементарных представлений об аномалиях половых органов, что объясняется несовершенством нашего медицинского образования. В медицинских вузах и на медицинских факультетах университетов в учебных планах и программах, а также в учебниках нет разделов об аномалиях половых желез, истинном и ложном гермафродитизме, хирургической коррекции и трансформации пола.

Таким образом, психиатры, сексологи, психоневрологи и психологи изучают сексуальное поведение человека в отрыве от физиологии и врожденной патологии половых органов. Поэтому они не видят причин гомосексуализма и пишут о каких-то «загадочных» биологических факторах.

## **ГОМОСЕКСУАЛИЗМ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ УРОЛОГОВ**

Дробление медицинских наук и врачебных специальностей на узкие разделы по принципу болезней системы органов — весьма прогрессивное явление. Но всякое прогрессивное и целесообразное начинание можно довести до абсурда, до крайности. Сказанное относится к урологии как к науке и врачебной специальности.

Урологи изучают хирургические болезни почек, мочевых путей и мужских половых органов. Это большой, но довольно обособленный круг болезней. Сейчас наблюдается тенденция разбить урологию на узкие разделы. Выделяются детская урология, онкоурология (опухоли мочевых органов), фтизиоурология (туберкулез мочеполовых органов), урогинекология (смежные болезни мочевых и женских половых органов), андрология (бо-

лезни мужских половых органов), оперативная нефрология (хирургическое лечение почек). Существует еще нефрология, которая занимается так называемыми терапевтическими болезнями почек.

Для того чтобы специалисту-урологу разобраться в состоянии того или иного гомосексуалиста, нужно знать детскую урологию, андрологию, гинекологию и еще эмбриологию (наука о развитии эмбриона-зародыша).

В каждой клетке любой ткани человека (и других животных и растений) имеется запись программы развития организма. Этот код развития находится в хромосомах. В норме человек содержит 22 пары хромосом, имеющих во всех клетках особи любого пола. Существуют две половые хромосомы. Половые хромосомы женщин обозначаются знаком XX. Две половые хромосомы мужчин обозначаются знаком XY. Зародышевые клетки-гаметы имеют половинный набор хромосом, который включает в себя только одну половую хромосому. Яйцеклетки, которые вырабатываются в женской половой железе (яичнике), содержат 22 хромосомы и всегда только одну половую X-хромосому. Сперматозонды, которые вырабатываются в мужской половой железе (яичке), содержат 22 хромосомы и только одну половую хромосому — либо X-хромосому, либо Y-хромосому. Если в результате оплодотворения яйцеклетки сперматозоидом получится набор половых хромосом XX, у эмбриона развиваются женские половые органы. Если получится набор половых хромосом XY, у зародыша формируются мужские половые органы.

В процессе эмбрионального развития человеческий плод проходит гермафродитическую фазу развития. На 5-й неделе внутриутробного развития плода формируется половой бугорок, и он на этой стадии развития у женского и мужского плода никак не различается. Эта гермафродитическая стадия развития сохраняется до 6—8-й недели жизни плода. Очертания зачатков наружных половых органов такие, что позволяют им развиваться как в женском, так и в мужском направлении.

Приблизительно к 12-й неделе внутриутробного развития у плода начинает формироваться тип наружных половых органов (мужской или женский). Но раньше этого формируются гонады. Формирование наружных половых органов целиком зависит от их нормальных

влияний. Если у эмбриона сформировались яички, то они вырабатывают андрогены, обеспечивающие развитие мужских наружных половых органов. Если у эмбриона сформировались яичники, они вырабатывают эстрогены и обеспечивают развитие женских половых органов. На гермафродитической стадии развития эмбриона формируются скротолабильные (мошоночно-губные) складки. Из них у эмбриона мужского пола формируется мошонка, у эмбрионов женского пола — половые губы. Формирование половых органов заканчивается к концу 4-го месяца беременности.

Если у эмбриона в гонадах формируются и ткань яичка, и ткань яичника (или формируется один яичник и одно яичко), возникают различные аномалии строения наружных половых органов. У таких гермафродитов могут развиваться нормальные женские или мужские наружные половые органы. Однако чаще бывают уродства как мужских, так и женских наружных половых органов. Иногда по строению наружных половых органов очень трудно или даже невозможно определить пол новорожденного.

Таким образом, у такого плода вначале возникают нарушения в развитии гонад и лишь вторично возникают уродства в строении наружных половых органов. Имеется много клинических и экспериментальных наблюдений, свидетельствующих о зависимости строения наружных половых органов от колебания баланса половых гормонов плода или матери. Иногда после интенсивного приема половых гормонов женщинами (с целью прерывания беременности) у них родились мальчики и девочки с различными аномалиями половых органов.

Различают четыре формы пола у каждого человека:

- 1) хромосомный, или генетический, пол;
- 2) гонадный, или гормональный, пол;
- 3) психологический пол, то есть половая (сексуальная) психоориентация;
- 4) метрический, паспортный, юридический, социальный, легальный, или гражданский, пол.

Причем нужно различать две категории сексуальной психоориентации. Сексуальная психоориентация детей целиком определяется информацией, получаемой от родителей или окружающих, о том, кто он — мальчик или

девочка. У детей половые гормоны половыми железами не вырабатываются (в отличие от эмбрионов). Если ребенка одеть в женскую одежду и дать ему игрушки девочек (куклы и т. д.), то есть воспитывать как девочку, то этот ребенок до определенного возраста будет считать себя девочкой. И наоборот: если ребенка одеть в одежду мальчика и дать ему определенные игрушки (пистолеты, ружье и т. д.), он будет считать себя мальчиком.

Если при рождении пол ребенка был определен неправильно, то по достижении половой зрелости сексуальная психоориентация меняется. Девочка начинает чувствовать себя мальчиком и ведет себя по мужскому типу, потому что в организме вырабатываются андрогены. Так нередко проявляется гомосексуализм. Паспортный пол женский, поэтому для общества это активная гомосексуалистка. Или наоборот: мальчик начинает чувствовать себя девочкой потому, что в организме вырабатываются эстрогены. Ведет себя он по женскому типу. Для общества он станет пассивным гомосексуалистом.

Таким образом, нужно различать две категории сексуальной психоориентации: половая психоориентация, внушенная с детства, когда у человека не было половых органов (это половая психоориентация принята ребенком от окружающих), и сексуальная психоориентация, которая появляется в половозрелом возрасте вследствие воздействия на головной мозг половых гормонов.

Если при рождении ребенка пол был определен неправильно, то эти две сексуальные психоориентации оказываются противоположными. Это тяжелая драма для человека.

Некоторые гинекологи различают не четыре, а пять форм пола у каждого человека:

- 1) пол генотипа (хромосомный);
- 2) пол гонады (гормональный);
- 3) пол фенотипа, или соматический пол (зависит от внешнего облика: мужчина или женщина);
- 4) пол психологический (половая психоориентация);
- 5) юридический, метрический, паспортный, гражданский, социальный, легальный пол.

У здорового, нормального человека должны совпа-

дать все эти формы полов. У больных (ложных и истинных гермафродитов) они не совпадают.

Диагностика соматического пола (фенотипа) не представляет трудностей. Это внешний облик строения тела по мужскому или женскому типу. Диагностика психологического пола (половой психоориентации) также нетрудна. Сам больной говорит, кем он себя считает — мужчиной или женщиной. Юридический пол определяется по записи в паспорте. Для диагностики генетического (хромосомного) и гонадного (гормонального) полов необходимы сложные исследования.

Хромосомный пол может быть определен изучением хромосом клеток. Можно также пользоваться методом определения полового хроматина ядер клеток. Берется срез кожи или соскоб со слизистой оболочки рта (можно — мазок крови). Препарат подвергают специальному окрашиванию. Расположение окрашивающихся частей в ядрах клеток разное у мужчин и женщин.

Методика определения несовершенна уже потому, что типичное для женского пола расположение полового хроматина встречается у женщин лишь в 70—90% всех клеток. Такое расположение хроматина обнаруживается в 5—6% клеток мужского организма. У больных с истинным гермафродитизмом половой хроматин в клетках с одной стороны тела расположен по женскому типу, с другой стороны — по мужскому.

В последнее время появились данные о том, что для определения хромосомного пола можно использовать дерматоглифику — кожный рисунок пальцев, ладоней и стоп. Такой рисунок может быть мужским или женским. Хромосомный пол сам по себе не является определителем половой принадлежности.

Гонадный (гормональный) пол является точным определителем биологического пола. Он выражен в сексуальном поведении. Биологический пол всегда совпадает с половой психоориентацией (но может не совпадать с хромосомным и юридическим полом).

Гонадных полов, как указывалось выше, четыре: женский пол (в организме есть яичники), мужской пол (есть яички), двуполость (истинный гермафродитизм: есть и ткань яичника, и ткань яичка), бесполость, или евнухидизм (нет половых желез).

Казалось бы, что определение истинного биологического пола возможно по исследованию наличия тех или

иных половых гормонов в крови. Но точных и общедоступных методик определения биологического пола по исследованию половых гормонов в крови пока не существует. Вот почему биологический пол определяется с помощью гистологического исследования. Гистология — наука о строении живых тканей человека и животных. Из половой железы берется кусочек ткани. Делаются тонкие срезы из кусочка железы. Эти срезы окрашиваются и затем изучаются под микроскопом. При изучении этих срезов точно определяется, из какой ткани (яичка или яичника) состоит исследуемая половая железа. Причем нужно исследовать обе половые железы, так как одна из них может оказаться яичником, а другая — яичком.

Может наблюдаться также мозаичное строение желез. В ткани, например, яичника имеются участки яичка. Или наоборот.

Для того чтобы взять кусочек железы на исследование, нужно ее обнажить. Гонады у человека в норме должны находиться: у мужчин — в мошонке, у женщин — в брюшной полости, между мочевым пузырем и прямой кишкой. При гермафродитизме яичко может быть в брюшной полости, а яичник в мошонке (кстати, в мошонке может быть и матка). Гонады иногда пребывают в больших половых губах, в паховых каналах и в паховой грыже.

Для того чтобы определить наличие желез в брюшной полости, делается лапароскопия. Через небольшой разрез стенки живота в брюшную полость вводится оптический инструмент, с помощью которого осматривается пространство между мочевым пузырем и прямой кишкой.

Соматический (сома — тело) пол, или пол фенотипа, — это вид наружных половых органов, вторичные половые признаки, общий облик пациента. Указанные признаки зависят от влияния половых гормонов и могут меняться в зависимости от возраста и возникновения опухолей из ткани гонад. Изменения фенотипической картины всегда обуславливается влиянием гормональной активности половых желез.

В наших законах, регламентирующих положение человека в обществе, не предусмотрена возможность существования лица, не имеющего половой принадлежности, — двуполого.

В первые дни после рождения ребенка официально регистрируется пол. При этом он может быть определен неправильно.

Ложный мужской гермафродитизм — состояние, когда у мужчины имеются уродства наружных половых органов. Они бывают похожими на наружные половые органы женщины. Эти аномалии встречаются у одного из 300—400 новорожденных мальчиков. Обычно наблюдается сочетание двух аномалий. Одна из них заключается в неправильном развитии мужского мочеиспускательного канала, а другая — в неправильном расположении яичек.

Яички у зародыша закладываются в поясничной области, а затем (в эмбриональном периоде жизни) опускаются вниз, проходят через паховые каналы и опускаются в мошонку. В результате ненормального развития яички могут оставаться в брюшной полости или в паховых каналах и не опускаются в мошонку. Такая аномалия называется крипторхизмом.

Различают две формы крипторхизма: брюшной и паховый. При этой аномалии мошонка пуста или ее вообще нет.

Другая аномалия называется гипоспадией и представляет собой недоразвитие мужского мочеиспускательного канала с замещением недостающего отдела этого канала плотным рубцовым тяжем. Недоразвиты периферические отделы мочеиспускательного канала. Формы этой аномалии классифицируются по расположению наружного отверстия мочеиспускательного канала.

**Гипоспадия головки полового члена.** Наружное отверстие мочеиспускательного канала открывается у основания головки полового члена. Эту форму уродства сами больные не замечают и считают, что у всех людей наружное отверстие мочеиспускательного канала находится не на полюсе головки полового члена, а у ее основания. Эта форма аномалии не нарушает ни акт мочеиспускания, ни половой акт и не требует лечения.

**Стволовая форма гипоспадии** заключается в том, что наружное отверстие мочеиспускательного канала открывается на задней поверхности ствола полового члена. От этого отверстия к головке полового члена идет короткий рубцовый тяж, который подтягивает головку к наружному отверстию мочеиспускательного

канала и тем искривляет половой член в виде крючка. Эта форма уродства причиняет неприятность больным. У ребенка при мочеиспускании разбрызгивается струя мочи. У взрослых невозможен половой акт; искривленный и фиксированный книзу половой член нельзя ввести во влагалище.

**Члено-мошоночная форма гипоспадии.** Наружное отверстие мочеиспускательного канала открывается у корня полового члена, там, где начинается мошонка. Половой член обычно плохо развит и изогнут крючком. Акт мочеиспускания осуществляется по женскому типу, сидя на корточках. Половой акт невозможен.

**Мошоночная гипоспадия.** Мошонка расщеплена на две половины, которые выглядят как большие половые губы у женщин. Наружное отверстие мочеиспускательного канала открывается между половинами расщепленной мошонки. Половой член недоразвит и выглядит как женский клитор. Акт мочеиспускания по женскому типу.

**Промежностная гипоспадия.** Мочеиспускательный канал короткий, как у женщин, и открывается он на промежности. Мошонка расщеплена, или ее совсем нет. Половой член подтянут к наружному отверстию мочеиспускательного канала и выглядит как клитор. Как правило, при мошоночной и промежностной гипоспадии наблюдается и крипторхизм, то есть яички находятся или в брюшной полости, или в паховых каналах.

Новорожденных мальчиков, страдающих мошоночной и промежностной гипоспадией, часто регистрируют в родильных домах как девочек. Наружные половые органы выглядят по женскому типу. Есть половые губы (расщепленная мошонка), а также клитор (плохо развитый и искривленный половой член). Нередко у таких больных сохраняется так называемый мочеполовой синус. Это полость, в которую у эмбриона впадает мочеиспускательный канал и открывается влагалище. Отверстие этого мочеполового синуса выглядит как вход во влагалище. Иногда у таких больных мочеполовой синус переходит в рудимент влагалища. Такая «девочка» мочится по женскому типу (сидя на корточках) и воспитывается как девочка. Когда наступает половое созревание, возникает конфликт между биологическим и социальным естеством. Жизнь больных превращается в мучение. К врачам они идут редко, а если и обра-

щаются, то к сексологам. И никакой помощи от них не получают. Удивительно, но акушеры, допустившие ошибку в определении пола, как правило, упорствуют в своем диагнозе.

Мне пришлось наблюдать новорожденного, который был зарегистрирован как девочка. На третий день после рождения в родильный дом был вызван уролог для того, чтобы он подтвердил у ребенка женский пол. Уролог обнаружил мальчика, страдающего мошоночной гипоспазией и крипторхизмом. Мошонка была расщеплена и выглядела как половые губы. Половой член выглядел как большой клитор. В расщепленной мошонке яичек не было. Они прощупывались в паховых каналах. Уролог записал, что это мальчик, страдающий мошоночной гипоспазией и крипторхизмом. Однако акушеры не стали менять метрический пол. Они обследовали ребенка пальцем через прямую кишку и якобы обнаружили у ребенка матку. Четко прослеживалось желание акушеров не исправлять свою оплошность. На седьмой день после рождения ребенка был созван консилиум из акушеров, урологов, педиатров и эндокринологов. Консилиум установил мужской пол ребенка и диагноз гипоспадии с крипторхизмом. Только после этого был изменен юридический пол ребенка.

Больным, страдающим мужским псевдогермафродитизмом, необходимо делать хирургическую коррекцию половых органов и менять юридический пол, если он при рождении был определен неправильно.

Во многих странах (Англия, Франция, Германия и др.) в законодательстве предусмотрена возможность исправления юридического пола в случае допущенной ошибки. В законодательстве нашей страны специальных положений об изменении паспортного пола нет. Но юридических препятствий к смене пола (по медицинским показаниям) обычно не встречается.

Н. Е. Савченко в 1962 г. писал, что из 88 больных, страдавших гипоспазией, в четырех случаях имело место неправильное определение пола при рождении. Больные мальчики были записаны как девочки. В 1974 г. Н. Е. Савченко сообщил, что он нашел в медицинской литературе описание 96 больных гипоспазией, у которых при рождении пол был определен неправильно. Особенно часто такие ошибки наблюдаются при мошоночной и промежностной гипоспадии с двусторонним криптор-

хизмом. У этих больных расщепленная мошонка выглядит как половые губы. У них часто сохранен мочеполовой синус, который создает впечатление наличия влагалища. По данным литературы, собранной Н. Е. Савченко, у 30 из 76 таких больных пол при рождении был определен неправильно. Н. Е. Савченко нашел в литературе описание 30 таких больных, числившихся женщинами и выходявших замуж, но оказавшихся мужчинами.

Н. Е. Савченко пишет, что удивляет настойчивость врачей, с которой они отстаивают свою ошибку в определении пола, оставляя на долгое время больных с несоответствующим социальным полом. Лишь у 3 больных (из 18) это было исправлено до 5-летнего возраста. В остальных случаях врачи ориентировали родственников больных на естественное решение вопроса. «Вырастут и сами решат, кто они — мужчины или женщины». Такая тактика очень опасна и может привести к трагедии.

У больных мужчин, страдавших гипоспадией, с женским легальным полом наблюдается гомосексуализм. Они активные лесбиянки. При таких врожденных аномалиях коррекция пола в детском возрасте является естественной профилактикой гомосексуализма.

Принцип операций при гипоспадии заключается в выпрямлении полового члена и в создании мужского мочеиспускательного канала, наружное отверстие которого открывалось бы на головке полового члена. Если у больного имеется еще и крипторхизм, яички низводятся из паховых каналов в мошонку (если она есть).

Хирургические операции нужно начинать в первые 2—3 года жизни и заканчивать к 4—5 годам. Конечно, эти операции возможны и позднее и даже у взрослых, но результаты их в таких случаях будут хуже.

Одномоментно (с помощью одной операции) устранить гипоспадию нельзя. Первая операция имеет целью выпрямление полового члена. Выпрямление его достигается иссечением плотного рубцового тяжа, который располагается под кожей полового члена и представляет из себя недоразвитый укороченный зачаток периферического отдела мужского мочеиспускательного канала. После иссечения этого тяжа половой член становится прямым. Но при этом наружное отверстие мочеиспускательного канала перемещается еще ближе к

промежности. После выпрямления полового члена (если операция сделана у взрослого) становится возможным половой акт, так как прямой половой член свободно входит во влагалище женщины. Но акт мочеиспускания остается по женскому типу (сидя на корточках). Некоторых взрослых этот первый этап операции вполне удовлетворяет, потому что делает возможным половой акт. Детей один первый этап операции удовлетворить не может потому, что если мальчик в школьном туалете мочится не стоя, а сидя на корточках (как девочка), то часто этого достаточно для того, чтобы школьные друзья довели его до самоубийства.

Через несколько месяцев после выпрямления полового члена проводится вторая операция, цель которой — формирование мочеиспускательного канала (с наружным отверстием на головке полового члена).

**Ложный женский гермафродитизм.** Это люди с женским генетическим (хромосомным) полом. У новорожденных девочек могут наблюдаться аномалии наружных половых органов, которые делают их похожими на мужские половые органы. У таких девочек при рождении неправильно определяется пол.

Мы наблюдали ребенка, страдавшего ложным женским гермафродитизмом. При рождении у него был установлен мужской пол. Ребенок воспитывался как мальчик. Начиная с 12 лет пациент приобретает женский внешний вид и начинает вести себя как девочка. Педиатры заподозрили опухоль надпочечника, которая вырабатывает и выделяет в кровь женские половые гормоны. Ребенок был доставлен в нашу урологическую клинику для сложного инструментально-рентгенологического исследования. Осмотр ребенка показал, что у него имеется хорошо сформированный мужской половой член с мужским мочеиспускательным каналом, но была недоразвитая пустая мошонка. В ней не было яичек. Между корнем полового члена и мошонкой найден вход во влагалище. В него было введено рентгеноконтрастное вещество и сделаны снимки, на которых были видны матка, маточные трубы и яичники. Таким образом, это оказалась девочка, которой при рождении ошибочно определен пол. Такое положение сохранялось до периода созревания, когда проявился настоящий биологический пол. Если бы настоящий пол не был своевременно диагностирован, то после полового

созревания этот «мужчина» был бы пассивным гомосексуалистом.

**Истинный гермафродитизм.** Истинный гермафродитизм как нормальное явление широко, повторяю, распространен в животном и растительном мире. Истинный гермафродитизм у людей наблюдается как аномалия (уродство) и заключается в том, что у одного индивидуума функционируют как мужские, так и женские гонады. Истинный гермафродитизм может наблюдаться при правильно развитых и мужских, и женских наружных половых органах. Но чаще при истинном гермафродитизме наблюдаются пороки развития наружных половых органов.

Н. Е. Савченко собрал 112 наблюдений истинного гермафродитизма, диагностированного с помощью гистологического исследования. Из этих 112 случаев у 109 больных была гипоспадия. У больных могут наблюдаться месячные (менструации), что свидетельствует о наличии у них функционирующих яичников, матки и влагалища. У таких больных яичник и матка вместе с маточной трубой могут находиться в брюшной полости, в паховом канале, в грыжевом мешке (если есть паховая грыжа) и в одной из половин расщепленной мошонки. Описаны случаи, когда овотестикулы (половые железы, состоящие из тканей яичка и яичника) находились в обеих половинах расщепленной мошонки или даже в больших половых губах, когда наружные половые органы были женскими.

Все истинные гермафродиты страдают бисексуальностью и нуждаются в хирургической коррекции пола, которая заключается в удалении органов одного пола и оставлении органов другого. Из истинного гермафродита можно сделать и мужчину, и женщину. Выбор биологического пола диктуется лучшим или худшим развитием мужских или женских половых органов. Если у человека более развит набор мужских половых органов, целесообразней делать из него мужчину. Если лучше развит набор женских половых органов — лучше удалять мужские половые органы. У больных, страдающих гипоспадией, целесообразней выполнять коррекцию пола в мужскую сторону. Но выбор пола у гермафродитов зависит также от желания самого больного.

Радикальным лечением истинных гермафродитов в случаях мозаичного строения гонад является их каст-

рация — удаление гонад с последующей пересадкой гонад желаемого пола. Но пересадка половых желез от доноров реципиентам в настоящее время малодоступна практической медицине. Весьма трудно подобрать гонаду донора, совпадающую по тканевому спектру с тканями реципиента (если тканевые спектры не совпадают, пересаженная гонада отторгается). С целью снижения ответной иммунной реакции отторжения Д. Л. Горбатов предлагает использовать гонады неполовозрелых доноров. В настоящее время ведутся весьма перспективные работы по созданию в организме очага выработки половых гормонов без пересадки гонады. М. Е. Басмаджан, И. Д. Кирпатовский, В. И. Геворкян, М. Л. Овсенян разработали методику трансплантаций (пересадки) культивируемых вне организма клеток яичника человека, которые вырабатывают мужские половые гормоны — андрогены. Эти клетки называются интерстициальными эндокриноцитами. Они извлекаются из яичек плодов человека в возрасте 14—24 недель внутриутробного развития (не позднее 5 часов после смерти плода). Культивирование клеток осуществляется на питательных средах во флаконах. Эти культуры эмбриональных интерстициальных эндокриноцитов легко приживляются в организме больного и вырабатывают половые гормоны. Пересаженная культура клеток организмом реципиента не отторгается. Это объясняется тем, что эмбрион находится в условиях тканевой несовместимости между ним и матерью, в чреве которой он находится. Поэтому уже сформирован какой-то биологический механизм преодоления барьера тканевой несовместимости между клетками эмбриона и организмом, в который они пересажены. Н. А. Лопаткин и А. А. Гайбуллаев разрабатывают методику пересадки женской половой железы (яичника) в организм мужчины для гормонального лечения рака предстательной железы. Эту методику можно использовать и для пересадки яичника кастрированному гермафродиту в случаях коррекции пола в женскую сторону.

Коррекцию пола в мужскую сторону выполняют урологи. Коррекцию пола в женскую сторону выполняют гинекологи. Причем гинекологи нередко выполняют и трансформацию пола, и мужчину превращают в женщину. Как и почему это делается, будет описано в следующей главе.

В нашей стране работают много педиатров, но они не в состоянии осуществлять профилактику гомосексуализма из-за недостаточного знания вопросов аномалий пола и половых органов. Детских урологов и детских урологических отделений очень мало. Поэтому вопросы профилактики и лечения гомосексуализма вынуждены заниматься детские хирурги и урологи, лечащие взрослых.

Н. Л. Куш, В. П. Слепцов пишут, что знания врачей-педиатров и акушеров-гинекологов по установлению пола весьма поверхностны и явно недостаточны. Среди наблюдаемых этими авторами 82 больных с пороками развития наружных половых органов пол был неправильно установлен в 29,8%.

Определение пола в детском возрасте у истинных гермафродитов бывает очень сложным и трудным, Н. Л. Куш и В. П. Слепцов (1973) описывают такой случай.

Ребенок, 14 лет, с мужской половой психоориентацией, воспитывался как мальчик. Оволосение по женскому типу, высокий тембр голоса. Молочные железы до 7 см в диаметре, возвышаются над поверхностью грудной клетки на 3—4 см. Половой член длиной до 6 см, резко изогнут крючком. Имеется промежностная гипоспадия. Наружное отверстие мочеиспускательного канала расположено в области промежности. Мочеиспускание по женскому типу. Мошонка недоразвита, расщеплена и напоминает большие половые губы. Правое яичко отсутствует. Левое яичко обычных размеров и консистенции, расположено в паховом канале. Установлен диагноз промежностной гипоспадии и гинекомастии (наличие молочных желез у мужчины). Больному сделано выпрямление полового члена. Через полгода сформирован мужской мочеиспускательный канал в половом члене. Затем у больного удалены молочные железы. В 16 лет у этого больного появились циклические кровянистые выделения менструального типа из мочеиспускательного канала продолжительностью 4—5 дней. В связи с появлением месячных заподозрен истинный гермафродитизм. Вскрыта брюшная полость. В ней между мочевым пузырем и прямой кишкой обнаружена матка с правой трубой и правым яичником. Левый яичник отсутствовал. Таким образом, больной страдал истинным гермафродитизмом. Левая гонада у него была яич-

ком и располагалась в паховом канале. Правая гонада, расположенная в брюшной полости, была яичником. Учитывая мужскую психоориентацию больного и предшествующую коррекцию наружных половых органов, у больного удалены матка с правым яичником, а левое яичко из пахового канала низведено в мошонку. Больной был осмотрен через 7 лет. Живет половой жизнью как мужчина. Психика нормальная. Самочувствие хорошее.

Н. Л. Куш, В. П. Слепцов, Т. И. Куш, А. Д. Тимченко, А. Г. Момотов за 2 года наблюдали 79 больных с аномалиями половых органов, из них 6 страдали истинным гермафродитизмом. Диагноз устанавливался с помощью осмотра брюшной полости и гистологического исследования гонад. У 9 больных (из 79) был установлен истинный пол, до этого зарегистрированный неправильно. С ложным мужским гермафродитизмом было 13 детей, у 3 из них пол определен неправильно. Одного ребенка в возрасте 15 лет (мальчик), который воспитывался в женской психоориентации, по категорическому настоянию «больной» и ее родителей пришлось кастрировать (удалить яички) и подготовить к формированию влагалища.

Истинный гермафродитизм вышеуказанные авторы наблюдали у 5 детей и 1 взрослого человека. У четырех больных была мужская психоориентация, у двух — женская. У пяти гермафродитов найдены гонады обоих полов, то есть с одной стороны яичко, с другой — яичник. У одного гермафродита найдены железы смешанного характера по типу овотестис. Четырем детям произведена хирургическая коррекция пола в мужскую сторону. Одному взрослому больному проведена коррекция пола также в мужскую сторону. Одной взрослой больной сделана коррекция пола в женскую сторону. Авторы приводимой работы считают, что при истинном гермафродитизме, если гонады одинаково полноценны в морфологическом строении, выбор пола зависит только от того, какие наружные половые органы более развиты (мужские или женские). В тех случаях, когда одна из гонад в морфологическом строении неполноценна, пол коррегируется по полноценной гонаде.

При истинном гермафродитизме в гонадах (как мужских, так и женских) часто возникают доброкачественные и злокачественные опухоли. Причем характерной

особенностью этих опухолей является их гормональная активность. Они вырабатывают половые гормоны. Опухоли из ткани яичка вырабатывают мужские половые гормоны, а из ткани яичника — женские.

Гормонально активные опухоли гонад вызывают опухоли в других половых органах — в молочной и предстательной железах, и многие истинные гермафродиты погибают от рака.

Истинные гермафродиты как в обличе мужчин, так и в обличе женщин могут иметь детей.

А. А. Зарайская (1975) описала случай с больным 49 лет. Он родился только с одним правым яичком. С детства страдал правосторонней паховой грыжей. С 18 лет отмечал в области крестца периодические с промежутками в 3—4 недели боли, которые продолжались по 5—6 дней. В эти периоды появлялись боли при мочеиспускании, покальвание в мочеиспускательном канале, больной замечал на каловых массах свежую темную кровь в небольшом количестве. Набухали грудные железы, соски становились болезненными. Больной женился в 19 лет, беременностей у жены не было. Половой член и предстательная железа развиты нормально. Во время операции по поводу грыжи в грыжевом мешке обнаружена матка с маточными трубами. Слева от матки обнаружен яичник. Матка была хорошо развита и переходила во влагалище, которое сообщалось с прямой кишкой небольшим отверстием. Больной менструировал с 18 лет и мог забеременеть, если бы сперма попала в прямую кишку при совершении полового акта через прямую кишку, как это делают «мужчины» — пассивные гомосексуалисты.

Нередко наблюдаются истинные гермафродиты в женском обличе, причем они рожают детей.

Р. Клузак, врач из Чехословакии, в 1968 г. наблюдал 25-летнюю женщину нормального физического развития. Воспитывалась девочкой. В период полового созревания стала чувствовать себя мужчиной. Поступила на армейские курсы. Завязывала сексуальные связи с девушками (активная гомосексуалистка). По настоянию семьи и сама стремясь избавиться от ненормального сексуального поведения, она вышла замуж. Супружеские сношения совершались только в состоянии опьянения из-за неодолимого отвращения к мужу. Но родила ребенка. Брак был вскоре расторгнут. Ребенок, ро-

дившийся в этом супружестве, воспитывался у родителей больной. После расторжения брака стала обращаться к врачам с просьбой переделать ее из женщины в мужчину. Получив отказ врачей в хирургической трансформации пола, предприняла несколько попыток к самоубийству. В конце концов автор-описываемого наблюдения приступил к хирургической трансформации пола. Первый этап — удаление молочных желез; операция принесла больной «огромное удовлетворение». Следующий этап: из кожного стебельчатого лоскута, взятого с подкожной клетчаткой в подвздошно-паховой области, был сформирован половой член. Этот кожный мягкий половой член имел основание непосредственно выше клитора. Через 2 месяца у больной взято ребро (участок длиной 17 см), кость ввели в кожный половой член для придания ему плотной консистенции, необходимой для возможности введения полового члена во влагалище. Такое протезирование не является изобретением чехословацких хирургов. Дело в том, что плотная консистенция полового члена во время эрекции достигается за счет наполнения кровью трех так называемых пещеристых тел, из которых и состоит половой член. У некоторых животных (например, у собак) их нет в половом члене, а плотность его достигается тем, что в половом члене расположена кость. У людей тоже в половом члене, кроме пещеристых тел, иногда обнаруживается еще и кость. Урологам нередко приходится прибегать к протезированию полового члена у мужчин. Это больные, у которых отсутствует эрекция при сохранении полового влечения и нормальной выработки сперматозоидов. При внутреннем протезировании члена у таких больных в настоящее время используется не кость ребра (потому что она рассасывается), а пластмассовые стержни.

Для косметической имитации мошонки у описываемой больной в обе большие половые губы были вшиты силиконовые протезы, величиной и формой имитирующие яички. Мужской мочеиспускательный канал в искусственном половом члене не формировался. Остался короткий женский мочеиспускательный канал. Акт мочеиспускания остался по женскому типу. Влагалище, матка и придатки не удалялись. Одновременно с описанными хирургическими операциями проводилась гормонотерапия андрогенами, что привело к формированию

мужского внешнего облика. Появились волосы на лице, голос стал ниже и грубее. Общие очертания тела приобрели мужской вид.

После этого был изменен юридический пол. В удостоверении личности узаконена перемена женского имени на мужское, после чего проделана последняя операция. Вскрыта брюшная полость, удалена матка, но оставлены половые железы.

По нашему мнению, здесь допущена ошибка в коррекции пола. Совершенно очевидно, что в этом случае имел место истинный гермафродитизм с полным набором женских половых органов (что доказывается тем, что больная родила ребенка). Но больная имела источник андрогенов (ткань яичника) и потому ощущала себя мужчиной. Возможно, у пациентки был один яичник, а на месте другого — развитая мужская гонада. Может быть, одна из желез представляла из себя овотестис (то есть в одной железе была и ткань яичника, и ткань яичка), но скорее всего, у больной обе гонады были овотестикулами. Поэтому во время удаления матки нужно было сделать гистологическое исследование кусочков гонад, взятых из верхних и нижних полюсов желез, и удалить ткань яичников, оставив ткани яичка. Этого сделано не было.

Итак, больная подверглась трансформации пола и в конце концов она (теперь уже он) женился. Перед заключением брака пациент привел свою невесту к хирургу, который осуществлял трансформацию пола. Врач очень подробно разъяснил невесте (нормальной молодой девушке), что представляет из себя ее жених. Но это не расстроило брака, он был заключен. Хирург в течение двух лет наблюдал это супружество. Оба супруга были счастливы...

Р. Клузак назвал этот случай транссексуализмом. Данный сексологический термин обозначает, что анатомически нормально развитая женщина непонятно по каким причинам считает себя мужчиной и является активной гомосексуалисткой. Причины такого явления до конца не выяснены. Совершенно очевидно, что в таких случаях имеет место истинный гермафродитизм. Бывает и мужской транссексуализм, когда вроде бы нормально развитый мужчина чувствует себя женщиной и является пассивным гомосексуалистом.

В медицинской литературе описано много наблюде-

ний транссексуализма. Сейчас появляются такие описания в газетах. Например, в «Литературной газете» (20.09.1989) Татьяна Фаст в статье «13 шагов» рассказала о серии уникальных операций, в результате которых женщина стала мужчиной. Она писала, что в 1969 г. латышский хирург Виктор Калиберз осуществил операцию по трансформации женщины в мужчину. Причем за этим последовал приказ министра здравоохранения СССР о строгом наказании этого хирурга за выполнение операции, не принятой в СССР и совершенной без разрешения министерства. В статье говорится, что давно пора перейти на новое мышление в медицине, снять с нее многие бюрократические замки.

За какие же 13 операций, сделанных в Риге в 1969 г., В. К. Калиберз (ныне академик травматолог-ортопед) был строго наказан?

У больной, страдавшей транссексуализмом, то есть истинным гермафродитизмом, чувствовавшей себя мужчиной и готовой к самоубийству, если ей не изменят пол, была сделана коррекция пола в мужскую сторону. Автор статьи в газете противопоставляет понятия «гермафродитизм» и «транссексуализм», хотя в принципе это одно и то же (только у транссексуалисток нормально развиты женские половые органы). Больная страдала истинно женским гомосексуализмом (активная лесбиянка). «Чтобы не сжигать мосты», было решено: если больная вдруг откажется от трансформации пола и решит остаться женщиной, ей будет удалено «лишнее» и будет восстановлен прежний пол. Под «лишним» автор публикации подразумевает искусственно сформированный половой член. А под «несжиганием мостов» подразумевается оставление всех женских половых органов. Очевидно, 12 операций были этапами формирования полового члена из стебельчатого кожного лоскута с внутренним протезированием этого полового члена костью или пластмассовым стержнем. Яичники, а вернее, двуполые гонады у больной не удалялись. Гистологического исследования гонад, очевидно, не производилось, но больной «подсадили» консервированные мужские половые железы (яички), взятые, очевидно, из трупа. Наверное, это была 13-я операция.

Автор статьи сообщает, что с юридической стороны нарушения не было. Существует специальное бюро судебно-медицинской экспертизы Минздрава, которое за-

нимается юридическим оформлением смены пола при гермафродитизме.

Таким образом, все изложенное выше позволяет сделать вывод о том, что активные гомосексуалистки и пассивные гомосексуалисты чаще всего ложные или истинные гермафродиты. За врачебной помощью они должны обращаться не к сексологам, а к урологам (если они хотят стать мужчинами) или к гинекологам (если — женщинами). Совсем не обязательно всем урологам и гинекологам владеть тонкими методами диагностики истинного биологического пола и методиками коррекции и трансформации пола. Однако каждый уролог и гинеколог должны направлять вовремя таких больных в специальные урологические или гинекологические отделения, где умеют диагностировать и лечить ложный и истинный гермафродитизм.

Пассивные гомосексуалистки-женщины и активные гомосексуалисты-мужчины в хирургическом лечении не нуждаются и могут с успехом лечиться у психиатров и сексологов.

## **ГОМОСЕКСУАЛИЗМ (ГЕРМАФРОДИТИЗМ) С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПЕДИАТРОВ И ЭНДОКРИНОЛОГОВ**

Педиатры различают большое количество синдромов нарушения половой дифференцировки. Термином «синдром» обозначается сочетание нескольких симптомов, наблюдающихся при разных заболеваниях. Например, у педиатров фигурирует синдром микропениса (маленького полового члена). Но маленький и плохо развитый половой член может быть и при ложном мужском, и при ложном женском, и при истинном гермафродитизме, и при отсутствии или недоразвитии яичек.

М. А. Жуковский, Н. Б. Лебедев, Т. В. Семичева, Л. В. Чхеидзе, А. Е. Хайсман (1989) описывают вирильный синдром у девочек, который заключается в том, что у девочек появляются мужские вторичные половые признаки. Причем авторы считают, что этот синдром объясняется наличием мужских половых гормонов в крови больных. Поэтому нужно полагать, что это дети, страдающие или ложным мужским, или истинным гермафродитизмом. Как пишут авторы, в детской клинике

одного из институтов Академии медицинских наук СССР за 25 лет наблюдались 350 детей с различными нарушениями половой дифференцировки. Педиатры считают, что оценить развитие наружных и внутренних половых органов у детей раннего возраста очень сложно. И поэтому надо ждать, в какую сторону пойдет формирование половых органов. Это неверно потому, что после рождения ребенка никаких изменений в формировании половых органов уже не происходит, и зная четко формы аномалий, наблюдающихся при ложном и истинном гермафродитизме, указанные аномалии нетрудно диагностировать. Причем у детей можно определять и хромосомный, и гонадный пол, но для этого нужны специальные методы исследования.

Наиболее частой формой патологии полового формирования педиатры и эндокринологи считают агенезию (отсутствие) гонад. Эту аномалию они называют синдромом Шерешевского—Тернера. Называть болезни фамилиями, кстати, довольно вредная тенденция. Получается полная зашифровка сути заболевания. Причем нередко под одной фамилией фигурируют многие и самые разнообразные болезни. Дело доходит до того, что приходится издавать дешифровальные таблицы, справочники, где отмечается, какие болезни значатся под какими фамилиями.

И. Р. Лазовскис около 20 лет собирал и систематизировал названные по фамилиям авторов синдромы, симптомы и болезни. В 1981 г. вышло второе издание его справочника, в котором сообщается, какие болезни названы фамилиями врачей. Для обозначения заболевания необходим термин, который несет информацию о сути этой патологии (например, недоразвитие или полное отсутствие половых желез, а не синдром Шерешевского—Тернера).

Педиатры и эндокринологи описывают и синдром гонадной двуполости, или истинный гермафродитизм, когда у эмбриона формируются и элементы яичка, и элементы яичника. Педиатры используют также термин «бисексуальность наружных половых органов». Они считают, что у плода женского пола дифференцировка наружных половых органов происходит независимо от состояния гонад вследствие автономной тенденции к развитию половых органов по женскому типу. Наружные половые органы плода мужского пола формируются под

влиянием мужских половых гормонов. Неполноценность эмбрионального яичка в этом периоде способствует нарушению половой дифференцировки и приводит к синдрому неполной маскулинизации, которая заключается в расщеплении мошонки, гипоспадии, недоразвитии полового члена. Под недоразвитием полового члена педиатры понимают его искривленность. Она наблюдается при недоразвитии мужского мочеиспускательного канала (гипоспадии).

Педиатры-эндокринологи четко дифференцируют ложный мужской гермафродитизм и синдром тестикулярной феминизации (в переводе — яичковой женственности), хотя в принципе это одно и то же.

М. А. Жуковский, Н. Б. Лебедев, Т. В. Семичева, Л. В. Чхеидзе, А. Е. Хайсман (1989), говоря об истинном гермафродитизме, указывают, что он был впервые описан в 1876 г. Далее они ошибочно пишут, что в отечественной литературе описано около 40 наблюдений, а в мировой литературе немногим более 200 случаев истинного гермафродитизма. Удивляет мизерность этих цифр. Очевидно, они характеризуют невысокую компетентность педиатров в вопросах детской урологии, а также в вопросах гомосексуализма и бисексуализма. На земном шаре живут многие сотни тысяч людей — истинных гермафродитов. Так, при наличии мошоночной и промежностной гипоспадии в 30—40% случаев наблюдается именно истинный гермафродитизм. Причем один больной гипоспадией приходится на 200—400 всех родов. Если у всех больных, страдающих гипоспадией, с помощью эхографии и лапароскопии искать гонаду в брюшной полости и выполнять гистологическое исследование этой гонады, то в каждом детском урологическом отделении можно обнаружить много истинных гермафродитов. Известно, что во всех странах существует большое количество пассивных гомосексуалистов-мужчин. Все они истинные гермафродиты. Во всех странах имеется большое количество бисексуалистов, то есть людей с перемежающимся полом. Если у них производилась биопсия гонад, всегда обнаруживался истинный гермафродитизм.

Педиатры считают диагностическим признаком истинного гермафродитизма наличие большой половой губы на одной стороне и наличие мошонки с яичком на другой стороне. Но и в таких случаях без гистологи-

ческого исследования гонад диагноз истинного гермафродитизма установить нельзя.

Эндокринологи совершенно правильно считают, что данные исследования половых гормонов в крови не позволяют диагностировать истинный гермафродитизм.

И педиатры, и эндокринологи совершенно правильно считают, что лечение истинного гермафродитизма может быть только хирургическим и должно заключаться в удалении половых органов одного пола и коррекции остающихся половых органов другого. После хирургической коррекции считается целесообразным дальнейшее лечение половыми гормонами.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Существует две категории гомосексуалистов. Так называемые псевдогомосексуалисты и истинные гомосексуалисты. Ложные гомосексуалисты — пассивная партнерша в женской гомосексуальной паре и активный партнер в мужской гомосексуальной паре. Они не имеют никаких аномалий пола и половых органов. Это так называемый ситуационный гомосексуализм, и он может быть эффективно излечен с помощью психотерапии.

Истинные гомосексуалисты — активная партнерша в женской гомосексуальной паре и пассивный партнер в мужской гомосексуальной паре. Они страдают аномалиями пола и половых органов, являются ложными или истинными гермафродитами и нуждаются в хирургическом лечении.

В настоящее время, когда открываются возможности пересадки половых желез или культуры их клеток, манипулировать гормональным полом можно в любую сторону.

Для того чтобы гомосексуалисты обращались за медицинской помощью, нужен новый подход к данной проблеме как у самих больных, так и у врачей, юристов, у всего общества. Необходимо снять засекреченность недуга, отказаться от чрезмерной стыдливости и лицемерия, ханжества во взглядах на нормальную и ненормальную половую жизнь. И конечно, совершенно необходимо ликвидировать в уголовном кодексе статьи, пре-

дусматривающие тюремное заключение за гомосексуализм.

В природе запрограммирован только определенный промежуток времени для сексуальной жизни и размножения. У человека возможность размножения занимает весьма продолжительное время — 30—35 лет и более. Именно в этом периоде и являются актуальными вопросы гомосексуализма и гермафродитизма.

Период угасания половой жизни называется климактерическим. После наступления климакса вопросы сексуальной жизни для каждого человека теряют свою актуальность. И если в этот период угасания сексуальной жизни гонады продолжают выделять в кровь большое количество половых гормонов, возникают опухолевые заболевания, причем в строго определенных органах.

Выходит, что совершенно нормальные, вырабатываемые в организме половые гормоны являются причиной раковых заболеваний. У кастрированных женщин (если удалены яичники) никогда не бывает рака молочной железы. Если он уже возник, хирургическая кастрация и химическая кастрация (которая заключается во введении в организм женщин мужских половых гормонов) весьма эффективны в комплексе лечения.

У кастрированных мужчин никогда не бывает аденомы (доброкачественная опухоль) и рака предстательной железы. Причиной этих опухолей являются мужские половые гормоны. Таким образом, природа запрограммировала смерть от половых гормонов, но после угасания сексуальной жизни, то есть после окончания периода размножения.

У всех женщин половая функция исчезает по прекращении менструаций. Происходит это обычно в возрасте 45—55 лет.

У мужчин половая функция продолжается дольше — до 60 лет. Но это угасание наблюдается только у 30% мужчин. В 70% случаев у мужчин яички продолжают активно функционировать и в возрасте 70 и более лет. Именно эти мужчины чаще заболевают аденомой и раком предстательной железы. Повторяю: только у 30% мужчин наступает климакс. А у 70% мужчин возникает состояние, противоположное климаксу, что приводит к возникновению опухолей в предстательной железе, которые весьма эффективно лечатся женскими половыми гормонами.

И последнее необходимое замечание. Предполагаю, что после выхода в свет этой брошюры и я как автор, и редакция получим немало писем, в которых возмущенные читатели скажут примерно следующее зачем вы пичкаете нас подробностями об этом гомосексуализме, зачем нам знать всякую «грязь»?

Скажу сразу: то, о чем шла речь в брошюре, — серьезнейшая проблема. Она затрагивает судьбы десятков тысяч людей. От того, что многие медики (и не только) закрывают на нее глаза, проблема не исчезнет. Всем нам, всему обществу следует сделать шаг навстречу несчастным людям, понять их и принять как полноценных членов в многомиллионную семью наших сограждан.

---

## ДОРОГИЕ ЧИТАТЕЛИ!

Издательство «Знание» с 1992 года начинает выпускать новую подписную популярную ежемесячную серию «СТРАНСТВИЯ И ПРИКЛЮЧЕНИЯ».

В брошюрах серии Вы вместе с нашими героями побываете в бушующем океане, в кругосветных плаваниях, на необитаемых островах, в других экзотических местах планеты, примете участие в необычайных экспедициях прошлого, настоящего и будущего.

Подписывайтесь на серию «Странствия и приключения», ибо мир без них тускл и беден.

Подписной индекс серии 70076, цена годовой подписки 12 руб. (Каталог «Газеты и журналы на 1992 г.», раздел «Подписные серии издательства «Знание», стр. 16—17).

## МЕМЕНТО! \*

Нашим постоянным подписчикам имя австрийского врача Зигмунда Фрейда хорошо известно. Созданная им школа психоанализа завоевала во всем мире миллионы приверженцев.

Мы публикуем лекцию «Сексуальная жизнь человека». Прочитанная в 1905 году, она в дальнейшем многократно переиздавалась с большим количеством дополнений и исправлений. Материал этой лекции вызвал ожесточенные дискуссии среди неврологов и психиатров и оттолкнул многих из них, прежде сочувственно относившихся к психоанализу.

\* \* \*

Уважаемые дамы и господа! Может показаться, что нет никаких сомнений в том, что следует понимать под «сексуальным». Сексуальное — прежде всего неприличное, то, о чем нельзя говорить. Мне рассказывали, что ученики одного знаменитого психиатра попытались как-то убедить своего учителя в том, что симптомы истериков часто изображают сексуальные переживания. С этой целью они подвели его к кровати одной истеричной больной, припадки которой, несомненно, изображали процесс родов. Но он уклончиво ответил: так ведь роды вовсе не сексуальное. Разумеется, не во всех случаях роды — это что-то неприличное.

Но в целом ведь мы не совсем уж не разбираемся в том, что называется сексуальным.

Это то, что складывается из учета противоположности полов, получения наслаждения, продолжения рода и характера скрываемого неприличного, — такого определения будет достаточно для всех практических требо-

---

\* Помни! (лат).

ваний жизни. Но его недостаточно для науки. Потому что благодаря тщательным исследованиям, ставшим возможными только благодаря готовому на жертву самоопределению, мы познакомились с группами индивидов, «сексуальная жизнь» которых самым резким образом отклоняется от обычного среднего представления. Одни из этих «извращенных» исключили, так сказать, из своей программы различие полов. Только люди одного с ними пола могут возбудить их сексуальные желания; другой пол, особенно его половые органы, вообще не являются для них половым объектом, в крайних случаях даже вызывают отвращение. Тем самым они отказались от всякого участия в продолжении рода. Таких лиц мы называем гомосексуалистами, или инвертированными. Это мужчины и женщины, довольно часто — но не всегда — безусловно образованные, интеллектуально развитые и высоконравственные, отягченные лишь этим одним роковым отклонением. Устами своих научных защитников они выдают себя за особую разновидность человеческого типа, за «третий пол», равноправно существующий наряду с двумя другими. Быть может, нам представится случай критически проанализировать их притязания. Разумеется, они не являются «элитой» человечества, как они любят говорить, а среди них имеется по меньшей мере столько же неполноценных и никчемных индивидов, сколько и у иных в сексуальном отношении людей.

Эти извращенные по крайней мере поступают со своим сексуальным объектом примерно так же, как нормальные со своим. Но имеется большое число таких ненормальных, сексуальная деятельность которых все больше удаляется от того, что кажется желанным разумному человеку. Их надо как-то классифицировать, чтобы нам не запутаться. Мы разделяем их на таких, у которых, как у гомосексуалистов, изменился сексуальный объект, и на других, у которых прежде всего изменилась сексуальная цель. К первой группе относятся те, кто отказался от соединений гениталий и при половом акте заменяет гениталии партнера другой частью или областью тела; при этом они не считаются с недостатками органического устройства и переступают границы отвращения (рот, задний проход вместо влагалища). Сюда относятся и другие, у которых хотя и сохранился интерес к гениталиям, но не из-за сексуальных, а из-за других

функций, в которых они участвуют по анатомическим причинам и вследствие соседства. По ним мы узнаем, что функции выделения, которые при воспитании ребенка отодвигаются на задний план как неприличные, могут всецело привлечь к себе сексуальный интерес. Далее идут другие, которые вообще отказались от гениталий как объекта и поставили на их место как желанный объект другую часть тела — женскую грудь, косу, ногу. Затем следуют те, для которых ничего не значит и часть тела, но все желания выполняет какой-либо предмет одежды, обувь, что-либо из нижнего белья, — фетишисты. Следующее место в этом ряду занимают лица, которые хотя и желают свой объект, но предъявляют к нему совершенно определенные странные или отвратительные требования, даже такие, чтобы объект стал беззащитным трупом, и делает его таковым в своем преступном насилии, чтобы наслаждаться им. Но довольно ужасов из этой области!

<...> Если мы не сумели понять эти болезни и связать их с нормальной сексуальной жизнью, то мы не поймем и нормальной сексуальности. Одним словом, перед нами стоит неизбежная задача дать теоретическое объяснение возможности возникновения названных извращений и их связи с так называемой нормальной сексуальностью <...>

Ослабление отношений к сексуальному объекту встречалось с давних времен <...> у всех народов, как примитивных, так и самых высокоцивилизованных, считалось допустимым и находило всеобщее признание <...>

Невротические симптомы являются замещением сексуального удовлетворения <...> В понятие «сексуальное удовлетворение» мы вкладываем так называемые извращенные сексуальные потребности <...> Притязания гомосексуалистов, или инвертированных, на исключительность сразу же теряют свой смысл, когда мы узнаем, что удается доказать наличие гомосексуальных побуждений у каждого невротика и что значительное число симптомов выражает это скрытое извращение. Те, кто сами себя называют гомосексуалистами, представляют собой сознательно и открыто инвертированных, затерянных среди большого числа скрытых гомосексуалистов. Но мы вынуждены рассматривать выбор объекта из своего пола именно как закономерное от-

ветвление любовной жизни и приучены считать его наиболее значимым. Разумеется, тем самым не уничтожаются различия между открытой гомосексуальностью и нормальным поведением; ее практическое значение остается, но теоретическая ее ценность чрезвычайно уменьшается. Мы даже предполагаем, что одно заболевание, которое мы не считаем возможным причислять к неврозам перенесения, — паранойя закономерно наступает вследствие попытки сопротивления слишком сильным гомосексуальным побуждениям. Может быть, вы еще помните, что одна из наших пациенток в своем навязчивом действии играла роль мужчины, своего собственного оставленного ею мужа; такое проявление симптомов от лица мужчины весьма обычно у невротических женщин. Если его и нельзя причислить к самой гомосексуальности, то оно все-таки имеет тесную связь с ее предпосылками.

Как вам, вероятно, известно, симптомы истерического невроза могут возникнуть во всех системах органов и тем самым нарушать все функции. Анализ показывает, что при этом проявляются все извращенные побуждения, стремящиеся заменить гениталии другими органами. Эти органы ведут себя при этом как заместители гениталии. Именно благодаря симптоматике истерии у нас возникло мнение, что органы тела, кроме их функциональной роли, имеют также сексуальное — эрогенное значение и исполнение этой функциональной задачи нарушается, если сексуальная слишком овладевает ими. Бесчисленные ощущения и иннервация, выступающие как симптомы истерии в органах, которые, кажется, не имеют с сексуальностью ничего общего, раскрывают перед нами, таким образом, свою природу в форме исполнения извращенных сексуальных побуждений, при которых назначение половых органов имеют теперь другие органы. Далее, мы видим также, в какой большой мере именно органы питания и выделения могут стать носителями сексуального возбуждения. Это, следовательно, то же самое, что нам показали извращения, только в них это видно было без труда и не подлежало сомнению, а при истерии мы должны были проделать обходной маневр через толкование симптомов и приписать соответствующие сексуальные побуждения не сознанию индивидов, а их бессознательному.

Самые важные из многочисленных сочетаний симптомов, в которых проявляется невроз навязчивых состояний, оказывается, возникают под давлением очень сильных садистских, т. е. извращенных по своей цели, сексуальных побуждений, и в соответствии со структурой невроза навязчивых состояний симптомы служат преимущественно противодействию этим желаниям или выражают борьбу между удовлетворением и противодействием ему. Но и само удовлетворение не оказывается при этом ущемленным; оно умеет добиться своего в поведении больных обходными путями и направляется главным образом против их собственной личности, превращая их в самоистязателей. Другие формы неврозов, сопровождающиеся долгими раздумьями больных, соответствуют чрезмерной сексуализации актов, которые обычно служат подготовкой к нормальному половому удовлетворению, т. е. желанию рассматривать, трогать, исследовать. Особая значимость боязни прикосновения и навязчивого мытья рук находит в этом свое объяснение. Удивительно большая часть навязчивых действий в виде скрытого повторения и модификации восходит к мастурбации, которая, как известно, этим единственным, сходным по форме действием сопровождается самые разнообразные формы сексуального фантазирования.

Мне не стоило бы большого труда показать вам еще более тесные отношения между извращением и неврозом, но я думаю, что сказанного будет для нашей цели достаточно.

Публикация Е. ВАСИЛЬЧЕНКОВОЙ

## Наш информационный бюллетень

---

Оригинальный бальзам, предотвращающий профессиональные заболевания химиков, разработан специалистами НПО «Фармакология и народная медицина» Министерства здравоохранения Азербайджана совместно с сотрудниками кафедры физиотерапии Киевского института усовершенствования врачей. В его основе дикорастущие травы и альпийский мед Кавказа.

Проводя предварительные обследования в одном из цехов Сумгаитского объединения «Синтезкаучук», специалисты обнаружили, что рабочие дышат газами насыщенных углеводородов в сверхдопустимых концентрациях. Это отрицательно действует на нервную, дыхательную и кровяную системы.

Теперь химики дважды в день принимают бальзам. Контрольные анализы выявили улучшение основных показателей жизнедеятельности организма работающих. В частности, у них наблюдается резкое повышение гемоглобина.

\* \* \*

Сегодня одной из самых страшных социальных болезней на Земле является наркомания. Во всем мире и в нашей стране активизируется деятельность преступных групп по сбыту наркотиков. Только у нас доход наркомафии составляет свыше 3 млрд. руб. в год. В стране ежегодно совершается 35 тыс. преступлений, связанных с наркотиками. Каждый наркоман втягивает в круг своих проблем от 5 до 17 человек.

Наконец, самое страшное: болезнь омолаживается. Возраст, когда впервые пробуют наркотические вещества, снизился с 14—16 лет еще несколько лет назад до 9—11 лет сегодня. Среди подростков 117 тыс. употребляют наркотики, половина из них имеют диагноз «наркомания». Наиболее неблагоприятны эти показатели в

Кыргызстане — 96 человек на 100 тысяч, а также в Казахстане и РСФСР — соответственно 73 и 50 человек.

В стране действует более 500 наркологических диспансеров и 36 наркологических больниц. Кроме того, 3500 других лечебно-профилактических учреждений имеют в своем составе наркологические отделения или кабинеты. Развернуто 130 тыс. наркологических коек.

Есть успехи в лечении грозного заболевания: каждый десятый снят с учета. Но это люди, болезнь у которых выявлена на ранних стадиях.

\* \* \*

По словам Алана Драйнена, ученого-стоматолога из американского города Буффало, человек должен ежедневно чистить не только зубы, но и... язык. Оказывается, орган речи — настоящий заповедник для многочисленных микробов, которые вызывают и заболевания зубов. Их нужно удалять специальной теркой или скребком, лучше серебряным. Этот метод, оказывается, был хорошо известен в прошлом веке. Существовала целая отрасль промышленности, производившая эти скребки. В некоторых музеях мира можно видеть щетки для языка, которым две тысячи лет. Ими пользовались еще жители Древнего Рима.

\* \* \*

На ранней стадии выявить заболевания опорно-двигательного аппарата врачам поможет миниатюрный датчик, разработанный учеными Института прикладной физики АН СССР. Здесь создана серия устройств для медицинской, а также технической вибрационной диагностики.

Чуткие приборы фиксируют малейшие колебания тела, помогая установить диагноз заболевания, выдают специалистам нужные характеристики машин, механизмов и жидкостей.

Первые образцы новой техники уже применяются в медицине, космонавтике, сельском хозяйстве, автомобилестроении, используются в научных лабораториях. Для их серийного выпуска при институте создается малое предприятие.

\* \* \*

Вовремя распознать катаракту поможет медикам лазерная установка, созданная учеными Саратовского филиала Института радиотехники и электроники АН СССР.

Своевременно установить диагноз — это возможность избежать хирургической операции.

\* \* \*

Некоторые психиатры в Сингапуре хорошо знакомы с игральными автоматами и даже устанавливают их в своих частных клиниках. Однако не потому, что питают болезненное пристрастие к азартным играм. Напротив, они используют «одноруких бандитов» для лечения чересчур азартных игроков, у которых азарт превратился в пагубное пристрастие. Эти врачи, которых, правда, пока еще немного, используют игральные автоматы для наглядной демонстрации своим пациентам очевидного для многих факта — шанса проиграть намного больше, и погоня за призрачным богатством заранее обречена на неудачу в подавляющем большинстве случаев. Психиатры утверждают, что такой оригинальный метод лечения весьма эффективен, поскольку заядлые игроки, как правило, помнят только выигрыши и «теряют память», когда дело касается проигрышей, которых намного больше.

\* \* \*

Насильственная смерть (в результате несчастных случаев или по другим причинам) становится одной из важнейших проблем здравоохранения как в развивающихся; так и в индустриально развитых странах.

Гибель от несчастных случаев всякого рода (убийств, драк или военных действий) стала основной причиной смерти в возрастной группе от 15 до 45 лет.

Ежегодно в мире погибают от ран 3 млн. человек, что составляет почти 7% от общего уровня смертности. Мужчины гибнут в два раза чаще, чем женщины. Статистика травм также впечатляет. В США, например, кроме 150 тыс. смертных случаев, ежегодно фиксируется 60 млн. обращений к врачам по поводу травм и 150 тыс. дней госпитализации, что обходится в 160 млрд. долл.

Дорожные происшествия — главная причина таких трагедий в Америке и многих других странах, хотя немалую долю вносят производственные и бытовые несчастные случаи. Поэтому Всемирная организация здравоохранения решила стать инициатором ряда международных программ по снижению травматизма с помощью усовершенствования технологий.

Имеется достаточно эффективных средств защиты водителей и пассажиров при столкновении автомобилей: от ударопрочных шлемов для велосипедистов и мотоциклистов до ремней безопасности и мгновенно надувающихся «воздушных мешков» в автомобилях. Особенно важно предотвратить травмы головы, угрожающие самыми тяжелыми последствиями. Только в США в результате таких травм каждый год становится на 5000 больше больных эпилепсией. А еще 2000 пострадавших теряют трудоспособность.

По британским данным, половина из попадающих в аварии мотоциклистов получают травмы головы. Использование шлемов могло бы уменьшить число таких травм на 7000 ежегодно, а расходы на госпитализацию и лечение — более чем на 80 млн. фунтов стерлингов. В развивающихся странах проблема стоит еще более остро, так как здесь многие из экономических соображений предпочитают мотоцикл автомобилю.

По статистике, в 50% смертей от несчастных случаев «повинен» транспорт, 10% трагедий происходит на работе, а почти 40% — дома, при занятиях спортом или развлечениях.

\* \* \*

Исследования показали, что продолжительность просмотра телевизионных передач не должна превышать для дошкольников получаса, младших школьников — одного часа, средних — полутора часов, старшекласников — двух часов в день. При этом ребятам следует обращаться к экрану телевизора не чаще 2—3 раз в неделю. В таком случае телепросмотры не приведут к неблагоприятному влиянию на здоровье.

\* \* \*

Известно, что международные контакты — это то непереносимое условие, без которого не может развиваться

ся медицинская наука и ни одна медицинская специальность. Именно семена гомеопатии, учения Ганемана на благодатной российской почве привели к рождению отечественной гомеопатии. Однако почти 70-летняя изоляция нанесла ощутимый урон ее развитию.

Перед советской гомеопатической лигой стоит нелегкая задача: не только восстановить *status quo* гомеопатии в стране, но и добиться ее широкого международного признания. А для этого нужно скрупулезно изучать опыт и достижения гомеопатии других стран, развивать всесторонние контакты. В этом направлении есть определенные сдвиги, «наших» заметили, стали приглашать на международные конгрессы. Первым стал 45-й Международный конгресс гомеопатов в Барселоне в 1990 г.

\* \* \*

Недавно организован Государственный испытательный центр питьевой воды. Эта организация будет проводить независимую метрологическую аттестационную экспертизу ее качества, в том числе многочисленных продуктов питания, где вода является одним из центральных компонентов: соков, молока, безалкогольных и ликеро-водочных напитков, хлебобулочных изделий, сладостей.

Сотрудники центра уже провели предварительные исследования питьевой воды в ряде промышленных регионов страны, а также в Москве и Московской области. Первые результаты, скажем прямо, неутешительны. В ней обнаружено несколько сотен веществ, концентрация которых в ряде случаев превышает санитарные нормы в десятки и даже сотни раз. В частности, специалисты центра в пробах воды, доставленных из Уфы в этом году, выявили токсические изомеры диоксинов, являющихся одним из наиболее сильных ядов, действующих на иммунную систему организма.

Кроме диоксинов, практически не оговоренных существующими в СССР нормативными документами, в воде встречаются и другие вредные токсические вещества. Описано более полутора тысячи таких соединений, но контрольные службы вследствие своей слабой аналитической вооруженности регистрируют немногим более полутора десятка.

В водоемах и колодцах Московской области обнару-

жены марганец, мышьяк, ртуть, превышающие ПДК более чем в 3—15 раз. Уровень нитратов и фторидов в ряде колодцев выше ПДК в 2—10 и более раз. Особенно много вредных веществ в воде водоемов весной, при активизации жизнедеятельности микроводорослей или когда случаются аварии, вызванные половодьем, другим стихийным бедствием, наконец, бесхозяйственностью работников промышленности, коммунального и сельского хозяйства.

Можно ли обеспечить население экологически чистой водой? Такие проекты есть. Москве, например, можно поставлять консервированную в бутылках воду из экологически чистых источников. Питьевой водой, расфасованной в бутылки, пользуются практически все страны западного мира. Ведь только в Москве и на ближайших территориях (Мытищи, Кунцево, Тушино, Измайлово) находится несколько десятков популярных у населения природных родниковых источников чистой и удивительно вкусной воды. Один из них — родник «Царевна-лебедь», расположенный в живописном овраге по Ивановскому шоссе. В любую погоду — зимой, в мороз, в дождь — пешком тянутся сюда и стар и млад с бутылками, бидонами, а то и с огромными канистрами. Вода хрустально-прозрачна, долго хранится, удивительно приятна на вкус. Как утверждают старожилы, целебна.

Такими источниками богата наша земля от Балтии до Тихого океана.

\* \* \*

Подсчитано, что во всем мире из-за болезней сорняков и вредителей культурных растений теряется более трети потенциально возможного урожая. Но вот что удивительно: несмотря на массированное применение химических средств защиты растений, последние десятилетия потери урожая не сокращаются. По официальным данным, за четверть века использование пестицидов в стране возросло в 7 раз, а урожайность зерновых — всего с 11 до 16 ц с га.

Мировая практика убеждает, что нетоксичных для человека и природы пестицидов нет. Большинство их обнаруживает мутагенную активность — способность изменять наследственность. У миллионов людей пестициды вызывают аллергические реакции, многие препа-

раты оказываются канцерогенами. Продукты химии создают благоприятную обстановку для массового размножения тех видов сорняков, которые до их применения не наносили ущерба. Различные ядохимикаты подавляют биологическую активность почв, препятствуют естественному восстановлению их плодородия, изменяют содержание микро- и макроэлементов в растениях, что ведет к изменению пищевой ценности и вкусовых качеств сельскохозяйственной продукции, затрудняет хранение собранного урожая.

Наращивание производства минеральных удобрений в нашей стране (за последние 20 лет — в 5 раз) толкает хозяйства на неумеренное их применение — не по потребности, зависящей от результатов исследования почвы, а по разнарядке: сколько завезли — столько и вноси, мол, не пропадать же добру. Обеспеченность же складами для их хранения в целом по стране составляет всего 52%. Остальное лежит под открытым небом, зачастую в поле, вдоль берегов, где попало, попадая с осадками, ветром в почву, загрязняя водоемы, грунтовые воды, атмосферу.

В развитых капиталистических странах раньше, быстрее и дальше нас пошли по пути химизации, и этот путь привел к такому росту производства продовольствия, что теперь один фермер кормит более ста горожан. Но там более совершенна технология, технологическая дисциплина использования пестицидов и минудобрений. Давным-давно изъяты стойкие кумулятивные и экологически опасные препараты первого и второго поколений, там прекрасная упаковка и хранение, достаточно высока грамотность фермеров. Вот почему проблема возникновения отравлений, загрязнений окружающей среды и продуктов питания там стоит не так остро.

Однако и в этих странах широкое использование продуктов химии в сельском хозяйстве заставило группу умных деловых фермеров не только задуматься, но и встревожиться. И дело не только в дороговизне минудобрений и ядохимикатов. Вредители и сорняки успели приспособиться к ним, и химический удар нужно неуклонно наращивать. И тогда многие фермеры отказались от химикатов. То, что первые два года они получали урожай ниже среднего, их не беспокоило. Уже на третий год они благодаря усовершенствованной технологии, правильному выбору культур и другим мерам

начали получать более высокие урожаи, чем те, кто не пожелал проститься с химией.

Получением экологически чистых продуктов заинтересовались члены сенатского комитета США. Были выделены дополнительные ассигнования на научные исследования по проблемам бесхимикатного земледелия. И уже в 1986 г. почти 100 тыс. фермеров отказались от применения ядохимикатов. Они продают чистую продукцию во многие страны по повышенным ценам.

А вот в нашей стране по сей день продолжается выпуск стойких кумулятивных и экологически опасных пестицидов. Нужно сказать и о варварской технологии их использования. О ее сути говорит хотя бы название машины для внесения минеральных удобрений — разбрасыватель. В отличие от многих стран у нас удобрения именно разбрасывают — в огромных количествах где надо и не надо.

Характерный пример. Закупленный в Японии препарат рекомендовано фирмой использовать по 67 г на гектар пашни, а у нас его вводят из расчета 200 г.

Почему? Ответ достаточно прост. У нас нет машин, которые позволяли бы вносить удобрение в рекомендованной дозе.

Более того, до сих пор не изучено и не нормировано сочетанное действие пестицидов и минеральных удобрений, не установлены их максимально допустимые нагрузки на гектар пашни при выращивании различных культур. И что в итоге? В стране, где имеются несколько институтов медицинского и сельскохозяйственного профилей, в том числе единственный в мире Всесоюзный НИИ гигиены и токсикологии Минздрава СССР, земля гибнет на глазах.

\* \* \*

Тучность является результатом наследственной болезни, контролируемой так называемым геном тучности. Исследователи утверждают, что 34% населения США несут в себе ген худобы и ген тучности, а 61% — два гена худобы. Люди с неудачным набором генов могут уменьшить риск заболевания, следя за диетой и ведя активный образ жизни.

\* \* \*

«Голос Америки» передал: советский ученый Влади-

мир. Чернышенко сообщил, что в итоге чернобыльской катастрофы погибли не 31 человек, как официально сообщалось, а от 7 до 10 тыс. человек, в большинстве своем шахтеры и военнослужащие, борющиеся с последствиями катастрофы. Чернышенко считает, что советские власти представили МАГАТЭ ложные данные, заявив, что выброс в атмосферу составил только 3% радиоактивного вещества в реакторе, в то время как он составил от 60 до 80%.

\* \* \*

Счастье укрепляет здоровье. Счастливые люди гораздо реже болеют, чем невезучие. Их иммунная система, похоже, обладает большей сопротивляемостью к возбудителям болезней. Стресс не угнетает их, а стимулирует к новым достижениям. Счастье — это состояние гармонии между телом, разумом и душой. Любая болезнь — свидетельство того, что гармония нарушена в какой-то из этих сфер.

Как мало надо внешних причин, чтобы быть действительно счастливым! Людей загоняет в угол стремление больше иметь. Они опутаны желаниями и потребностями. Умению ограничить себя — вот чему надо учиться. Способность сохранять свою внутреннюю свободу, не поддаваясь давлению извне, — один из залогов счастья.

Счастью не место в деловом мире, считает профессор психологии из Гейдельберга, консультирующий крупных менеджеров. Счастье приходит туда, где нет места борьбе за высшие достижения, успех и прибыль.

\* \* \*

Сегодня уровень цивилизованности страны определяют не технические достижения и индустриальный размах, а состояние здоровья и продолжительность жизни. По продолжительности жизни женщин Советский Союз стоит на 47-м месте (среди 60 стран мира), советские мужчины и вовсе находятся по этому показателю на 54-м месте. Младенцы на первом году жизни в нашей стране погибают в 2 раза чаще, чем в США, в 4 раза чаще, чем в Японии. Статистика говорит, что 80% всех случаев смерти приходится на неинфекционные хронические заболевания.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение . . . . .	3
Анатомия и физиология гомосексуализма . . . . .	4
Гомосексуализм: о чем говорят сексологи и сексопатологи . . . . .	14
Гомосексуализм с точки зрения урологов . . . . .	24
Гомосексуализм (гермафродитизм) с точки зрения педиатров и эндокринологов . . . . .	43
Заключение . . . . .	46
Memento! . . . . .	49
Наш информационный бюллетень . . . . .	54

### Научно-популярное издание

Дервянко Игорь Михайлович

### ГОМОСЕКСУАЛИЗМ

Редактор А. Поликарпов  
Мл. редактор Л. Щербакова  
Худож. редактор М. Бабичева  
Техн. редактор И. Белкина  
Корректор И. Богданова

ИБ № 11770

Сдано в набор 20.06.91. Подписано к печати 04.09.91. Формат бумаги 84×108<sup>1/32</sup>.  
Бумага тип. № 2. Гарнитура литературная. Печать высокая. Усл. печ. л. 3,36.  
Усл. кр.-отт. 3,68. Уч.-изд. л. 3,30. Тираж 126 355 экз. Заказ 891. Цена 25 коп.  
Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4.  
Индекс заказа 916209.  
Типография Всесоюзного общества «Знание». Москва, Центр, Новая пл., д. 3/4.

## УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Еще древние знали: о здоровье мы вспоминаем лишь тогда, когда его теряем. И тут же бросаемся в поликлиники и аптеки, пытаясь вернуть, оказывается, самое для нас дорогое.

Но что может наша медицина сейчас, когда нет у аптекарей не только бициллина, но даже зеленки?

И все-таки все мы оптимисты. Оптимизма нашему народу не занимать. Суровые испытания, выпавшие на долю советских людей, будем надеяться, вскоре закончатся. А пока... Пока, да поможет нам Бог, будем уповать на лечебные средства, проверенные народом за многие сотни и тысячи лет его существования на этой земле.

В будущем 1992 году серия «Медицина» основное свое внимание будет уделять именно тем областям науки исцеления, которые прежде были за семью печатями, ибо не укладывались в прокрустово ложе официальной медицины и были костью в горле чиновников, носящих министерские и академические мундиры.

Мы будем рассказывать о секретах травников, о тайнах долгожительства народов Кавказа и Якутии, о природе чудес, хранимых людьми, которых мы все по незнанию объединяем в общее понятие «йоги».

Разумеется, серия будет держать под пристальным вниманием все новейшие достижения современной медицины — и нашей, и зарубежной. Прежде всего, конечно же, речь пойдет о том, как врачи борются сейчас с раком, инфарктом, гриппом, СПИДом...

О многих очень интересующих наших читателей проблемах мы не могли до недавнего времени говорить, потому что над нами довлела цензура. Сегодня эта многопудовая плита снята. А раз так — открыто окно в неожиданный интересный мир.

Спасибо всем нашим постоянным подписчикам, истинным патриотам серии «Медицина». Постараемся сделать все, чтобы каждая наша брошюра была для вас интересной и полезной.

Редактор

Новая подписная  
серия издательства  
«Знание»



с 1992 г.

# УСАДЬБА ПОДВОРЬЕ ФЕРМА

УСАДЬБА. ПОДВОРЬЕ.  
ФЕРМА

новая серия издательства «Знание»  
для тех, кто решил стать фермером, арендатором,  
владельцем приусадебного  
или садоводческого участка  
ВОПРОСЫ ЗЕМЛЕВЛАДЕНИЯ  
И ЗЕМЛЕПОЛЬЗОВАНИЯ.  
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВЫРАЩИВАНИЯ  
ОВОЩЕЙ И ЯГОД.

приспособленные к условиям российского нечерноземья.  
ГОЛЛАНДСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ВЫРАЩИВАНИЯ  
КАРТОФЕЛЯ.

ТЕХНИКА ДЛЯ ФЕРМЕРА И АРЕНДАТОРА —  
вот темы первых выпусков новой серии.

Наш адрес:

101835.

Москва, Центр,  
проезд Серова, 4



Индекс серии в каталоге  
«Всесоюзные газеты  
и журналы»,  
раздел «Подписные серии  
издательства «Знание»

70068