

Ю.И. Кушнирук, А.П. Щербаков

ПОПУЛЯРНО
О СЕКСОЛОГИИ

Ю. И. Кушнирук, А.П. Щербаков

ПОПУЛЯРНО О СЕКСОЛОГИИ

4-е издание,

переработанное и дополненное

КИЕВ НАУКОВА ДУМКА 1988

ББК 51. 204. 5
К 96

Ответственный редактор
доктор медицинских наук Н. В. Свечникова

Рецензенты
доктор медицинских наук Г. С. Васильченко
доктор медицинских наук П. М. Федорченко

Печатается по решению Редакционной коллегии
научно-популярной литературы АН УССР

Редакция научно-популярной литературы
Заведующий редакцией А. М. Азаров

Кушнирук Ю. И., Щербаков А. П.

К96 Популярно о сексологии /Отв. ред. Н. В. Свечникова,—
4-е изд., перераб. и доп.— Киев: Наук, думка, 1988,— 168 с.: ил.—
181Ш 5-12-000340-0 (в обл.): 40 к., 500 000 экз.

Формированию сексологии как науки, истории развития половых и семейных отношений, общепсихологической и анато-мофизиологической основам развития половой функции, основным проявлениям сексуальности, различным аспектам половой жизни, проблемам нормы и патологии в сексологии, влиянию наркотиков, алкоголя и никотина на половую функцию, методам регулирования рождаемости в семье, вопросам полового воспитания посвящена данная книга.

Адресована массовому читателю.

К $\frac{4128000000 - 375}{M221(04) - 88}$ КУ — 5 — 183 — 88

ББК 51. 204. 5

©Издательство «Наукова думка», 1982
©Издательство «Наукова думка»,
переработанное и дополненное, 1985
©Издательство «Наукова думка», 1986
©Издательство «Наукова думка»,
переработанное и дополненное, 1988

ISBN 5-12-000340-0

ОТ АВТОРОВ

Время идет. Наука, одно из самых подвижных социальных учреждений, накапливает новые данные, изменяется, вносит коррективы в старые положения. Это имеет непосредственное отношение и к сексологии.

Подготавливая к публикации 4-е издание книги, мы исходили из того, что с 1982 г., когда вышло первое издание, прошло уже шесть лет. Накопилось множество новых фактов и гипотез, с которыми читателю будет интересно познакомиться.

Дополнительный материал потребовал полной перестройки структуры книги. Теперь она содержит не только разделы, но и подразделы — легче будет знакомиться с текстом.

По сравнению с предыдущими изданиями расширен материал об анатомо-физиологическом обеспечении половой функции, сексуальности и половой жизни человека, рассказано о новых методах регулирования рождаемости, акцентировано внимание на нарушениях сексуального развития, наркомании, СПИДе.

Надеемся, что и это издание книги «Популярно о сексологии» будет с интересом принято и окажется полезным самому широкому кругу читателей.

ЗНАКОМЬТЕСЬ; СЕКСОЛОГИЯ

По законам природы

Мудрая природа наделила все живое особым даром — способностью к размножению и воспроизведению себе подобных, тем самым обеспечив непрерывность и, можно сказать, вечность жизни.

Посредством размножения живые существа не только компенсируют число погибших организмов, но и обеспечивают появление более усовершенствованного и жизнестойкого молодого поколения. Несмотря на многообразие форм размножения, в их основе всегда лежит одно явление — самовоспроизведение белковых молекул. Его механизм чрезвычайно сложный, до сих пор до конца не раскрытый методами цитологии, биохимии, биофизики, генетики.

В идеальном варианте программа развития, заложенная в структуре молекул ДНК, способна автономно выдавать содержащуюся в генах биологическую информацию. В действительности же все происходит намного сложнее, ибо внешняя обстановка, условия существования оказывают большое влияние, как на саморазвитие, так и на возможности реализации наследственной программы. Поэтому неудивительно, что при постоянных воздействиях на живые существа различных по природе факторов простая случайность способна привести к определенным изменениям с самыми неожиданными последствиями. Именно по этой причине при постоянстве способа размножения есть большое разнообразие его результатов.

Самым древним является бесполое размножение, характерное для простейших организмов. Оно отличается возникновением новой (дочерней) особи без предварительного слияния исходной (материнской) особи с другой особью. Примерами бесполого размножения могут служить простое деление, спорообразование и так называемое вегетативное размножение, включающее почкование и фрагментацию.

Ряд водорослей, инфузорий и бактерий размножаются с помощью конъюгации, при которой происходит временное соединение двух одноклеточных особей с параллельным обменом некоторыми составными частями ядерного аппарата.

Известно девственное размножение, получившее название партеногенеза. В этом случае зародыш развивается из яйцеклетки без оплодотворения. В частности, так появляются самцы у пчел, ос, муравьев, тлей и коловраток.

Естественный партеногенез наблюдается иногда у некоторых рептилий и птиц. У млекопитающих такое размножение в природных условиях практически не встречается, хотя в лабораторных опытах вполне возможно добиться развития неоплодотворенной яйцеклетки.

И все же партеногенез в животном мире — редкое исключение. Возник и прочно закрепился более совершенный способ размножения — половой.

Половое размножение осуществляется слиянием, так называемых зародышевых мужских и женских клеток. Такая дифференцировка наиболее совершенна у животных и человека, у которых зародышевые клетки продуцируются в специальных половых железах, а их встреча и слияние обеспечиваются соответствующими половыми органами.

Половое размножение является постоянно действующим механизмом развития мира живых организмов, срабатывающим в период смены поколений, когда грядущее создается не в виде простых копий уже существующих особей, а в виде усложненных комбинаций их различных представителей, чем достигается повышение жизнеспособности потомства.

Вполне понятно, что половое размножение возможно лишь только с участием двух особей. А где двое, там свои сложности, ибо их желания и возможности часто не совпадают. Для того чтобы они были максимально близкими, природа проявила необыкновенную изобретательность и связала процесс размножения с половым инстинктом, который, как пищевой и оборонительный, является врожденным. Его не отнимешь и ничем не заменишь. Он выполняет свое четкое назначение и держит неизменным этот важнейший биологический механизм воспроизведения жизни.

В процессе эволюции животного мира становление половой функции определялось, прежде всего, биологическими

факторами. Сопоставляя формирование полового инстинкта со становлением центральной нервной системы, следует учитывать переход животных от более простых условий жизни в водной среде к более сложным на суше и развитие в этих условиях головного мозга.

У рыб половой инстинкт реализуется весьма примитивно, без полового акта с совокуплением: извергая из половой железы зрелую сперму (молоки) на икринки, отложенные в водоеме самками, самец осуществляет оплодотворение и тем самым половую функцию. Примитивной форме половой функции у рыб соответствует и весьма простая структура высших отделов головного мозга.

У земноводных реализация полового инстинкта отражает черты и водных и наземных животных. Но вот такие их представители, как рептилии, реализующие свой половой инстинкт только на суше, осуществляют его уже по принципу типичного полового акта с совокуплением. Это усложнение половой функции связано с новыми условиями существования и развитием высших отделов головного мозга.

У птиц и млекопитающих, параллельно развившихся из рептилий, половая функция еще более усложняется благодаря усовершенствованию центральной нервной системы и — в частности — ее подкорковых образований и коры головного мозга.

Так, уже у птиц, у которых только лишь появляется подкорка нового типа (неостриатум), половая функция обогащена своеобразными брачными элементами поведения, проявлениями заботы о потомстве.

У млекопитающих, отличающихся корой головного мозга нового типа (неокортексом) и сложной условно-рефлекторной деятельностью, половая функция претерпевает еще большие изменения. У них наблюдается типичный половой акт с совокуплением, после чего наступает беременность. Готовность к совокуплению у млекопитающих определяется многочисленными внешними и внутренними факторами, среди которых самое важное место принадлежит условно-рефлекторным воздействиям коры головного мозга: появляются элементы полового поведения, выражающиеся в ухаживании и «заигрывании» самцов с самками, своеобразных ласках и т. д.

Возникновение специфически человеческой второй сигнальной системы, раздражителем которой служит слово,

поднимает половую функцию на качественно новую ступень, она принимает личностный и социально-психологический характер. У человека половая функция осуществляется намного сложнее, чем у животных.

В отличие от животных человек не довольствуется тем, что дает ему природа. Его появление на Земле связано с новым типом поддержания жизни и удовлетворения естественных потребностей — производством материальных благ.

Каждый, кто следил за поведением животных, наверно, заметил их стремление к уединению при овладении добычей. Объяснение этому довольно простое: другие особи всегда являются конкурентами в поиске пищи. Животные объединяются в стадо преимущественно для защиты от нападения врагов, однако эта связь временна и непрочна.

Иначе обстояло дело у первобытных людей, которые не могли добывать средства к жизни в одиночку. Помимо этого нужно было защищаться от врагов. Преимущества стадной жизни заставили первобытных людей всемерно стремиться к обузданию физиологической ревности мужчин.

Теперь проявления полового инстинкта закрепляются в виде двух функций: генеративной, или прокреативной (от латинского *generatio* — рождение, *procreatio* — порождение), направленной на продолжение человеческого рода, и рекреативной (от лат. *recreatio* — отдых, восстановление сил), связанной с получением специфического полового наслаждения. Удовлетворение половой потребности отделилось от необходимости воспроизводства потомства. Это создало принципиальную возможность гуманизации полового чувства и превращения инстинктивного полового влечения в любовь, когда взаимоотношения мужчины и женщины — не только средство продолжения рода и источник чувственного наслаждения, но и высочайшее счастье духовной близости.

История половых отношений

Реализация половых функций у человека связана с интимной стороной его жизни, характер которой предопределяется как врожденными свойствами организма, так и приобретенными чертами, формирующимися под влиянием

различных социальных факторов. Именно они в основном определяют половые отношения, поэтому есть все основания считать, что последние прошли такую же сложную и длительную эволюцию, как и само человечество.

До начала 60-х годов прошлого столетия научные представления об истории развития половых отношений и семьи опирались на Библию и были чрезвычайно примитивными.

Затем стали появляться работы, в которых делались попытки осмыслить историю развития семьи по литературным источникам древности, историческим и религиозным легендам, но сведениям об обычаях и традициях разных племен и народов.

В социальном аспекте характер половых отношений подробно и глубоко изучили классики марксизма-ленинизма. Первое научное решение этого вопроса принадлежит К. Марксу, который, в частности, показал, что сущность сексуальных отношений между людьми во многом определялась социальным строем человеческого общества, а брак и семья были социальными институтами, зародившимися лишь на определенном этапе его экономического развития.

Предельную ясность в изучении истории половых отношений внес Ф. Энгельс, который в своей широко известной работе «Происхождение семьи, частной собственности и государства» сделал критический анализ этих исследований и сложившихся благодаря им представлений, дополнил их новыми данными и выстроил наиболее достоверные сведения и обобщения в стройную систему, которая дает четкую картину того, как изменялись взаимоотношения полов и формы семьи на разных этапах исторического развития общества, какими объективными факторами это было обусловлено. Именно из этой классической работы мы и исходили при освещении вопроса о развитии половых и семейных отношений.

Притом, что и сегодня просвещенность большинства людей в вопросах взаимоотношения полов представляет собой мозаику из некоторых знаний, заблуждений, а порой невежества, по крайней мере, одна непреложная истина известна всем и каждому: в виде полового инстинкта проявляется необыкновенно важный биологический механизм, который обеспечивает естественное воспроизведение и продолжение человеческого рода. Этот механизм фактически остается неизменным на протяжении

тысячелетий существования человека на Земле.

А вот реализация инстинкта продолжения рода у людей, в отличие от животных, изменялась и эволюционировала. И многообразие форм этой реализации с доисторических времен и до наших дней связано с переменами в образе жизни, то есть с социальной сущностью человека. Это значит, что половые отношения складывались под влиянием социальных факторов и их воздействие, как в зеркале, отражалось в обычаях, традициях, морали, религиозных догмах и культуре общества.

Вначале, в доисторические времена, о которых мы можем судить лишь по скудным косвенным данным, первобытные люди объединялись в кровнородственные орды, внутри которых осуществлялась беспорядочная половая жизнь — так называемый промискуитет. При этом в сексуальные отношения вступали кровные родственники: родители и дети, братья и сестры.

Как массовая практика подобная форма половых отношений сегодня не встречается даже в самых отсталых племенах. Рецидивы первобытного промискуитета были обнаружены исследователями в прошлом веке. Например, в Северной Америке в индейском племени чеппева случалось, что мужчина брал в жены свою сестру или мать. Или, скажем, у инков (в Перу) вначале существовал обычай, согласно которому женой наследника царства или вождя племени должна была быть его старшая сестра.

Брачные союзы с кровными родственниками время от времени возводились в обычай как попытка сохранить привилегии. Но они не получали широкого распространения и удерживались недолго, ибо представляли собой отклонения от уже сложившихся норм сексуальных отношений — частичные рецидивы первобытного промискуитета.

Нельзя отождествлять даже первичные формы половых отношений в первобытном обществе с тем, что наблюдается у разных видов животных. В частности, неупорядоченные половые отношения между людьми в те времена, когда еще не существовали ограничения, возведенные позднее в обычай, тоже социально обусловлены, имеют реальные причины. Так, Ф. Энгельс пишет: «...чтобы в процессе развития выйти из животного состояния и осуществить величайший прогресс, какой только известен в природе, требовался еще один элемент:

недостаток способности отдельной особы к самозащите надо было возместить объединенной силой и коллективными действиями стада»¹.

Поскольку твердо установлено, что ревность — чувство, которое развилось значительно позже и не было известно первобытным людям, а понятие о кровосмешении и его последствиях у них отсутствовало, неупорядоченные половые отношения даже между родителями и детьми могли вызывать не больше отвращения, чем связь между другими особями разных поколений.

Вместе с тем не исключено, что и тогда в практике половых отношений случалось временное сожителство отдельными парами.

Сейчас нам ясно, что беспорядочная половая жизнь первобытных орд, основанная на близкородственных половых связях, неизбежно вела к вырождению, к появлению у потомства таких дефектов, которые ставили под угрозу само существование и продолжение рода. Открытие пагубных последствий кровосмешения было, как отмечает Ф. Энгельс, чрезвычайно важным на начальном этапе формирования родовой системы.

Постепенно стало зарождаться примитивное социальное регулирование половой жизни первобытных людей: возник первый, поначалу еще нечеткий и нестрогий, сексуальный запрет — запрет кровосмешения. С ним связано появление так называемой групповой семьи. Самая характерная ее особенность (невзирая на различные вариации) — это то, что мужчины одной группы являлись коллективными, общими супругами для другой группы — женщин. Две первоначальные кровнородственные орды объединялись в одну групповую семью и, соблюдая табу на половые отношения между родителями и детьми, образовывали кровнородственную семью. При этом родственные отношения братьев и сестер как нечто вполне естественное включали и половую связь между ними.

Кровнородственная семья вымерла, ее не находят даже у самых диких народов, о которых известно из истории. Но о том, что она должна была существовать, свидетельствует все дальнейшее развитие семьи: оно было бы невозможно без этой необходимой начальной ступени.

На следующем историческом этапе запрет на кровосмешение распространяется не только на отношения

¹ Маркс К., Энгельс Ф. Соч. 2-е изд.—Т. 21.—С. 39—40.

между родителями и детьми, но и между братьями и сестрами. Этот второй шаг вперед в организации семьи был еще более важным, потому что предполагал большее — в смысле возраста — равенство участников.

Племена, внутри которых действовал этот запрет, должны были развиваться значительно быстрее и полнее. Началось все, очевидно, с исключения половых связей между единоутробными братьями и сестрами (то есть по материнской линии) — сперва в отдельных случаях, а затем постепенно становясь правилом. Потом стал действовать запрет на половые отношения даже в боковых линиях — для детей, внуков и правнуков родных братьев и сестер.

Племя состояло из родов, которые организовывали кровнородственные по материнской линии группы людей. Внутри каждого рода брак был запрещен, следовательно, если мужчины одного рода брали в жены женщин другого племени, то не из своего, а из другого рода.

О силе влияния запрета кровосмешения свидетельствует обусловленное им образование рода, которое легло в основу общественного устройства большинства, если не всех, варварских народов Земли и стало основой непосредственного перехода в Древней Греции и Древнем Риме от эпохи варварства к эпохе цивилизации.

Итак, расширение запрета на кровосмешение привело к возникновению новой формы семьи. Поскольку она встречалась еще в прошлом столетии среди племен, обитавших на Гавайских островах, исследователи назвали ее пуналуальной (от гавайского «пуналуа» — интимный друг). Постепенно эта форма семьи распространялась все шире и стала характерной для всего первобытного общества. Определяющим для пуналуальной семьи являлось то, что внутри определенного семейного круга мужа и жены были общими, но из него исключались братья жен и сестры мужей, сначала единоутробные, а позднее и более далеких степеней родства.

Ядром такой семьи, а значит, и рода являлась женщина. И вот почему. Поскольку мужа в ней были коллективными для нескольких женщин, отец ребенка, как правило, оставался неизвестным, анонимным, точно знали только мать. Как только между потомками одной матери — детьми, внуками — начинал действовать запрет на половые отношения, образовывалась группа людей, родственников по женской линии, внутри которой брак был исключен. Так появился первый в истории род — матриархальный. Дети оставались в роду матери,

ибо только по ее линии могло быть доказано их происхождение.

Таким образом, пуналуальная семья соответствует матриархату — периоду, когда в первобытном обществе господствующее положение занимала женщина. Ранний матриархальный родовой строй возник и развивался в эпоху позднего палеолита и достиг расцвета в неолите. «Право матери», связанное с этим устройством семьи, отразилось в дошедших до нас легендах и преданиях.

Естественно, форма групповой семьи типа пуналуальной соответствовала существовавшему тогда коллективному образу жизни, при котором взаимоотношения в процессе производства материальных благ исключали создание прочных и замкнутых брачных уз.

Затем и эта форма групповой семьи начала трансформироваться в парную: все чаще женщины выделяют одного, так сказать, главного мужа среди прочих мужчин, мужчины же — главную жену среди других женщин. Начинают возникать семейные пары — еще неустойчивые, легко распадающиеся и не исключющие наличия других половых партнеров. Этот процесс относится к концу неолита.

Чем больше развивались и чем многочисленнее становились группы «братьев» и «сестер», между которыми невозможен был брак, тем более групповая семья вытеснялась парной. Если брачные узы почему-либо разрывались, дети принадлежали, как и раньше, только к роду матери.

Все более суровое исключение кровных родственников из брачного союза приводило к тому, что потомки таких, не связанных кровным родством членов рода оказывались и физически и умственно более здоровыми.

Итак, развитие семьи состоит в непрерывном сужении круга половых партнеров до пары, с разрушением которой брак вообще перестает существовать. При этом индивидуальная половая любовь в современном значении этого слова не связывалась с возникновением единобрачия.

Слабость и неустойчивость парной семьи не способствовали развитию потребности в собственном домашнем хозяйстве, и потому продолжало существовать унаследованное от более раннего периода развития общества коллективное хозяйство. А это означало, что в доме господствовала женщина. У всех диких и других племен, находившихся на низшей, средней и частично высшей ступенях варварства,

женщины не только пользовались свободой, но и занимали весьма почетное положение.

Характер распределения труда между мужчиной и женщиной зависел не от положения женщины, а от совсем иных причин. И хотя нередко у народов эпохи варварства женщины занимались более тяжелым трудом, чем это следовало бы по нашим представлениям, к ним относились с большим уважением, чем в эпоху цивилизации.

Приручение домашних животных, развитие скотоводства — все это привело к созданию неслыханных ранее источников богатства и породило новые общественные отношения. Кому же принадлежали эти богатства — кони, верблюды, ослы, овцы, козы, свиньи, крупный рогатый скот? Вначале, разумеется, роду. Но очень рано должна была появиться и частная собственность на них. Уже на пороге достоверной истории общества, как нам известно, собственностью глав семей становятся: металлические орудия производства и посуда, предметы роскоши и произведения искусства, наконец, «человеческий скот» — рабы. Если на низшей ступени общественного развития рабы не были нужны, то с развитием скотоводства, ремесла и земледелия рабочая сила приобрела меновую ценность, ее начали покупать и продавать.

Итак, появление столь крупной частной собственности нанесло удар обществу, основой которого являлись парный брак и материнский род. Ведь в парной семье возник новый элемент — возможность иметь, кроме родной матери, вполне достоверного родного отца. Это он добывал пищу и производил необходимые для этого орудия труда, следовательно, был их собственником. Он же являлся собственником и нового источника пищи — скота, а позднее и новых орудий труда — рабов. Кто же наследовал после его смерти всю эту собственность?

До тех пор, пока происхождение определялось по материнской линии и дети после смерти отца оставались и роду матери, имущество мужа, будучи собственностью его рода, переходило к дальним родственникам. Но богатства, являвшиеся частной собственностью мужа, увеличивались, соответственно и в семье мужчина стал занимать все более главенствующее положение. Росло и стремление мужчин, используя это положение, изменить традиционный порядок наследования — в пользу детей. Вот почему «материнское право» было в конце

концов отменено, на его место пришло «право отца». Ф. Энгельс называет эту революцию одной из самых радикальных в истории человечества.

Точно неизвестно, как и когда именно произошли эти перемены у культурных народов, мы знаем лишь, что это случилось в доисторические времена.

«Ниспровержение материнского права,— пишет Ф. Энгельс,— было всемирно-историческим поражением женского пола. Муж захватил бразды правления и в доме, а жена была лишена своего почетного положения, закабалена, превращена в рабу его желаний, в простое орудие деторождения»¹.

Результатом установленного таким образом единовластия мужчин было образование промежуточной формы семьи — патриархальной. Ее главные признаки — включение в семью невольников и отцовская неограниченная власть.

Характерным примером была римская семья

Патриархальная форма семьи означала переход от легко разрываемого парного брака к моногамной семье, соединяющей прочными узами одного мужчину с одной женщиной. Однако подобный брачный союз не означал равноправия в нем мужчины и женщины, в том числе и в сфере половых отношений. Ибо эти биологические узы целиком подчинялись социальному регулированию данной экономической структурой общества. Именно единобрачие соответствовало на том этапе индивидуальному хозяйству, раздробленной частной собственности. А безусловная власть мужа в семье определяла полную зависимость, подчиненность и бесправие женщины.

Что касается многоженства (полигинии) и многомужества (полиандрии), то обе эти формы были скорее исключением, чем правилом. Многоженство являлось, очевидно, результатом рабства и было доступно только тому, кто занимал высокое положение в обществе. Скажем, в патриархальной семье семитского типа иметь много жен позволено было только патриарху и нескольким его сыновьям, остальные же довольствовались одной женой. Так же обстояло дело на всем Востоке: многоженство было привилегией богатых и знатных, остальная масса народа придерживалась моногамии. Исключение составляло многомужество в Индии и Тибете, происходившее, вероятно, от группового брака.

¹ Маркс К., Энгельс Ф. Соч.— 2-е изд.— Т. 21.— С. 60.

Итак, моногамная семья возникла из парной на рубеже средней и высшей ступеней варварства и ознаменовала наступление эпохи цивилизации.

Эта форма семьи образовалась в связи с тем, что мужчина — глава семьи — должен был иметь полную уверенность в происхождении детей, которые со временем как прямые его потомки унаследуют отцовское имущество. Теперь семья становится прочной, как правило, только муж может разорвать брачные узы.

Первое время моногамная семья отнюдь не считалась самой лучшей. Ведь подобный брак означал, что все другие мужчины рода навсегда лишаются возможности вступить с определенной женщиной в половые отношения. Как дань пережиткам группового брака появляются обычаи, похожие на «налог натурой»: так, у некоторых народов, например на Балеарских островах, в Африке, Абиссинии, существовал обычай, согласно которому приглашенные на свадьбу друзья и родственники мужа предьявляли унаследованное с давних времен право на невесту, а жених оказывался в этой очереди последним. Позднее этот обычай трансформировался в «право первой брачной ночи» — для вождя племени, жреца, шамана и т. д. (то есть представителя общины, наделенного властью).

В древнегреческих храмах были жрицы — служительницы богини любви, которые могли свободно отдаваться любому мужчине: это рассматривалось как священная обрядовая традиция. В Индии аналогичную роль исполняли баядеры — танцовщицы в храмах.

У некоторых народностей свобода половых отношений допускалась только до вступления женщины в брак, что также являлось наследием группового брака.

При наличии общих черт в формировании и развитии моногамной семьи у разных народов складывались и свои специфические особенности. Избирательность полового влечения была, конечно, присуща людям и в те далекие времена, но женщина не имела ни права на выбор, ни права на инициативу. Активную роль мог играть лишь мужчина.

И в Древнем Риме, и в Древней Греции, как и в восточноазиатских государствах тех времен, права женщины в семье чрезвычайно ограничены: она лишь прислужница, «делит с мужем ложе, но не трапезу» (Л. Бебель), не может распоряжаться даже личным имуществом без разрешения мужа, в случае его смерти власть в доме переходит нередко к сыну.

Итак, мужчина становится в семье полновластным хозяином и господином, а женщина превращается в рабыню, вещь, которую можно купить и продать. В Древней Греции, например, красивая женщина, стоила несколько голов рогатого скота: «Четыре рабочих вола за одну жену» (Гомер). Естественно, при таком положении вещей брак по любви не мог существовать, семья создавалась «по договору» и была просто социальной необходимостью.

Рабовладельческое государство нуждалось в рабочей силе и солдатах. Вот почему заключение брачного союза становится общественной повинностью «Пренебрегающий этой обязанностью, заявлял Платон,— должен ежегодно платить налог, чтобы не возражал, будто жизнь без брака удобна и выгодна»

При полностью зависимом положении женщины моногамия была абсолютной лишь для нее, в то время как муж мог при желании обладать любой из своих рабынь и иметь наложниц.

Итак, «...единобрачие появляется в истории отнюдь не в качестве основанного на согласии союза между женщиной и мужчиной и еще меньше в качестве высшем формы этого союза. Напротив. Оно появляется как порабощение одного пола другим, как провозглашение неведомого до тех пор во всей предшествующей истории противоречия между полами»¹.

Наряду с этим внутри моногамной семьи развилось второе противоречие: супруга компенсирует свое униженное положение тем, что заводит любовника. В человеческом обществе появилось такое явление, как прелюбодеяние, которое наряду с единобрачием и гетеризмом поставило под сомнение достоверность происхождения детей от законного отца. (Для разрешения этого противоречия по Кодексу Наполеона отцом ребенка, зачатого состоящими в браке, всегда считался муж.)

Наибольший прогресс в развитии единобрачия был, достигнут у германцев, почти не отличавшихся от спартанцев, у которых не был еще изжит парный брак. Появился новый вид моногамии, в которой власть мужа была облечена в более мягкие формы, а женщинам предоставлено более почетное и свободное положение, какого не знала классическая древность. Тем самым был, достигнут величайший нравственный прогресс: исходя из моногамии внутри нее, наряду с ней и вопреки

¹ Маркс К., Энгельс Ф. Соч.— 2-е изд.— Т. 21.— С. 68.

ей появилась индивидуальная половая любовь, которая человечеству была ранее не известна.

Половая любовь сформировалась в рабовладельческом обществе как своеобразный вариант сексуальных отношений, существовавших в Древнем Вавилоне, Египте, Индии, Древней Греции. Уже и первоначально половая любовь была многокомпонентная: тут и пламенная страсть, и привязанность, и симпатии, и сильное половое влечение. Лирика Древнего Египта дала художественное воплощение этой любви, пережившее тысячелетия.

Древние греки считали, что как таинственная сила существует Эрос. У женщин он проявляется в низшей форме, как стремление к размножению, а у мужчин — в высшей — как стремление к духовному производству, как страсть к философии. «Эрос является спутником и слугой Афродиты,— писал Платон,— Ведь он зачат в праздник рождения этой богини, кроме того, он по своей природе любит красоту». Любовь — это стремление человека к «прекрасному телу в молодости». Когда кто-то «полюбит вначале только тело», возникают «прекрасные мысли», и тогда человек начинает ценить душу.

Классовое общество создало определенную возможность, хотя бы для некоторых его представителей, индивидуального выбора объекта увлечения, эстетизации полового влечения.

В эпоху феодализма, когда в Европе господствовала христианская религия, сексуальные отношения между иолами в семье и вне ее регламентировала церковь, которая выдвинула эталон девственности и тем наложила своеобразный запрет на сексуальные отношения.

Плотская любовь провозглашалась грехом, делом сатаны. Служители культа осуждали не только сексуальные отношения и биологическую природу человека, но считали греховной даже простую симпатию к женщине.

Преследование половых отношений в средневековую эпоху сопровождалось ростом извращений, тайными сексуальными оргиями и развратом. Не исключено, что аскетизм Средневековья был своеобразной реакцией на половую необузданность язычества и сексуальные вакханалии времен падения Римской империи, хотя совершенно ясно, что он выполнял определенные классовые функции.

В течение сотен лет семейно-брачные отношения крепостных крестьян определялись исключительно

интересами феодала, которому принадлежало и «право первой брачной ночи». Это «право» господствовало в Германии, Франции, Шотландии и других государствах, а впоследствии трансформировалось в материальную повинность или денежный налог.

В эпоху феодализма совместная жизнь мужа и жены во многом напоминала отношения, скажем, между господином и слугой, землевладельцем и батраком. Семья феодала господствовала над семьей крепостного крестьянина, который, в свою очередь, господствовал над своей женой, покорявшейся ему беспрекословно.

Однако фактическое значение женщины в социальной жизни начинает расти. Супруга феодала имеет личную свиту, устраивает приемы, может быть в обществе понравившегося ей мужчины.

У торговцев и ремесленников браки заключались, как правило, с учетом экономической выгоды, взаимная симпатия играла второстепенную роль. Жена торговца должна была быть бережливой и хорошей хозяйкой, однако и она не отличалась целомудрием.

Именно в этот период начинает процветать средневековая рыцарская любовь, вылившаяся в классическую форму в Южной Франции — у провансальцев. Провансальские поэты создают культ прекрасной дамы, воспевают чудо свободной любви, вместо мнимого блаженства на «том свете» постепенно возникает идеал истинного блаженства на земле.

Рыцарская любовь явилась продолжением половой любви, возникшей в рабовладельческом обществе, однако в отличие от античной, чувственной и плотской любви рыцарская более эмоциональна и платонична. Рыцарская любовь сыграла прогрессивную роль, противопоставив свободное чувство браку по расчету, одухотворив сексуальные отношения, сделав их более возвышенными, человеческими и красивыми.

С постепенным отмиранием феодализма наступают качественные изменения во всех областях социальной жизни. Меняют свой характер и половые отношения. К женщине теперь относятся как к товару, игнорируя ее человеческую сущность. Брак обуславливается классовым положением сторон и поэтому всегда является браком по расчету.

Органические пороки буржуазной семьи с большим реализмом, колоритными красками нарисовали О. Бальзак,

Б. Шоу, Э. Золя и др. В. Гюго более ста лет назад писал: «В наше время при существующих законах и обычаях в Западной Европе брак приводит ко лжи. И его основе лежит расчет, а не любовь... В большинстве случаев то, что называется браком, является прелюбодеянием, а то, что называют прелюбодеянием, именно и является браком».

Пролетариат первым продемонстрировал новый тип семьи — пролетарский брак, в котором нравственные соображения преобладали над остальными. После победы социализма он превратился в качественно новый тип брачно-семейных отношений — социалистическую моногамию. Последняя свободна от утилитарно-экономических соображений и характеризуется добровольностью и равноправием, богатством духовно-нравственной жизни, гармоничностью семейных интересов, усилением роли воспитательной деятельности семьи, повышением ее моральной и гражданской ответственности перед обществом.

Важнейшей предпосылкой полного торжества и дальнейшего развития социалистической моногамии было укрепление равноправия между женщинами и мужчинами.

Еще в 1919 г. В. И. Ленин подчеркивал: «Мы не оставили в подлинном смысле слова камня на камне из тех подлых законов о неравноправии женщины... законов, остатки которых многочисленны во всех цивилизованных странах к позору буржуазии и капитализма»¹.

Анархическую теорию «стакана воды», заключающуюся в том, что, дескать, при социализме каждый будет свободно удовлетворять свой половой инстинкт вне брака и без всяких чувств (как выпить стакан воды), И. И. Ленин подверг решительной критике, раскрыл ее пошлость, несовместимость с основами нового строя, подчеркнул, что «в половой жизни проявляется, но только данное природой, но и привнесенное культурой»².

Наше государство существует немного более 70 лет. Если сравнить этот период с историей человечества, то кажется: что можно было изменить за такое небольшое время в столь косном социальном элементе, как семья и половые отношения?

¹ Ленин В. И. Поли. собр. соч.—Т. 39. — С. 23.

² Цеткин К. Воспоминания о Ленине. — М., 1955.— С. 49.

И все же можно уверенно утверждать: мы добились многого. Перестройка семейных отношений после Великой Октябрьской социалистической революции была направлена, прежде всего, на устранение женского неравноправия.

О том, чего мы достигли, убедительно говорит статья 35 Конституции СССР — Основного закона нашего государства: «Женщина и мужчина имеют в СССР равные права. Осуществление этих прав обеспечивается предоставлением женщинам равных с мужчинами возможностей в получении образования и профессиональной подготовки, в труде, вознаграждении за него и продвижении по работе, в общественно-политической и культурной деятельности, а также специальными мерами по охране труда и здоровья женщин; созданием условий, позволяющих женщинам сочетать труд с материнством; правовой защитой, материальной и моральной поддержкой материнства и детства, включая предоставление оплачиваемых отпусков и других льгот беременным женщинам и матерям, постепенное сокращение рабочего времени женщин, имеющих малолетних детей».

Брак в СССР основывается на добровольном согласии мужчины и женщины, которые полностью равноправны в семейных отношениях. Для преобладающего большинства советских людей нормой является вступление в брак по мотивам нравственного порядка, в первую очередь любви, уважения, глубокой привязанности друг к другу.

Истинно гуманны и демократичны принципы советского законодательства, направленные на охрану и укрепление семьи: единобрачие, свобода и добровольность заключения брака, право на развод под контролем государства, моральная и материальная поддержка семьи, забота о детях. «Семья находится под защитой государства», — провозглашает статья 53 Конституции СССР.

Как и все общественные явления, семья, этот сложный комплекс, включающий социальные, биологические, экономические и другие компоненты, постепенно развивается и изменяется.

«...Развитие индивида обусловлено развитием всех других индивидов, с которыми он находится в прямом или косвенном общении»¹. А где же, как не в семье,

¹ Маркс К., Энгельс Ф. Соч.— 2-0 изд.— Т. 3.— С. 440.

наиболее тесно соприкасаются женщина и мужчина, взрослые и дети, представители различных возрастных групп?

Становление нового человека, человека завтрашнего дня, человека коммунистического общества — сложный, длительный и противоречивый процесс. Формирование нового человека сопровождается появлением и вызреванием новой коммунистической моногамии. В будущем семейные отношения окончательно очистятся от материальных расчетов и будут целиком строиться на чувствах интимной любви и дружбы.

В то время как в капиталистическом обществе все направлено на нивелирование личности, превращение людей во взаимозаменяемые детали, усилия социалистического общества сосредоточены на воспитании гармонически развитой личности. Точно так же социализм противопоставляет бытующему на Западе потребительскому отношению к семье и браку свое представление о них как о связи, основанной на любви и взаимопонимании, уважении и взаимопомощи.

Всестороннее развитие человека в условиях социализма и возрастающая глубина его интеллектуальных и эмоциональных запросов делают любовь не простой природной потребностью, а мощным фактором духовного единения мужчины и женщины. Превращение любви в основной мотив брачных отношений значительно расширяет моральные требования, которые предъявляют друг другу супруги. Этим и объясняются определенные противоречия, которых не знала старая семья, между идеальными представлениями о семейном счастье и реальностью.

С укреплением подлинной моногамии, основанной на взаимной склонности супругов, половая любовь прекратится в силу, которая станет основой брака. Поскольку в любви участвуют двое и рождается третья, новая жизнь, то отсюда и общественный интерес к семейному коллективу.

Социалистическая семья, являясь переходной ступенью от пролетарской семьи к коммунистической семье будущего, уже содержит в себе многие черты последней. Укрепление нравственной основы современной социалистической семьи будет способствовать постепенному отмиранию правового регулирования ее жизнедеятельности.

Рождение сексологии

Долгое время бытовало глубоко ошибочное мнение, что в вопросах интимных отношений между мужчиной и женщиной человек ориентируется сам — естественно и как бы автоматически, что широкое и всестороннее обсуждение этой темы и пропаганда знаний, даже на научной основе, неэтичны, непристойны и способствуют лишь зарождению нездорового интереса к проблеме взаимоотношения полов, растлению психики, падению нравственности.

Вместе с тем отсутствие знаний в этих вопросах, как и всякое невежество, опасно и разрушительно для человеческой психики и морали.

Корни множества предрассудков и ложных взглядов на проблему секса уходят вглубь истории — в те отдаленные мрачные времена, когда складывались традиции и условности, исторически и социально обусловленные; утверждавшие неравноправие мужчины и женщины, как в семье, так и в сфере половых отношений, когда религия, используя темноту, безграмотность народа, насаждала представления о греховности сексуальных отношений между мужчиной и женщиной, проповедовала аскетизм, подавление полового влечения как низменного и символизирующего зло, заложенное в человеке сатаной.

Предрассудки, как известно, живучи. Их пагубное влияние мы ощущаем и теперь.

Многие причины и обстоятельства повинны в том, что научное, объективное исследование вопросов отношения полов началось сравнительно недавно, когда стало очевидным, что консервативные взгляды на проблему, ханжество и лицемерие в этих вопросах способствуют возникновению конфликтов на сексуальной почве, различных половых расстройств, что, в свою очередь, приводит к нарушению психики, функциональным заболеваниям нервной системы. При этом страдает не только здоровье человека — изменяется и его поведение в семье, в обществе, а значит, страдает и общество в целом.

Писатель и социолог Юрий Рюриков, автор книг «Три влечения (любовь, ее вчера, сегодня и завтра)», «Самое утреннее из чувств», «Любовь и семья на сломе времен», подчеркивает: «Жизнь большинства семей калечат три невежества — психологическое, половое и воспитательное. О половой неграмотности мы говорим уже лет двадцать, а толку нет... У половых проблем разная степень деликатности.

Об одних можно говорить со школьниками, писать в газетах — скажем, о разнице в половой природе, в психологии и биологии мужчины и женщины. Тем важнее проблема для миллионов людей, тем нужнее она на страницах массовой печати. Другие вопросы более деликатные, «технические», и о них надо говорить в специальных изданиях в книгах, журналах»¹.

Сексология (франц. *sexe* от лат. *sexus* — пол) — обобщение научных исследований и знаний о половой жизни. Можно сказать, что ее корни уходят в давнюю историю человеческой культуры. Уже древнейшие мифы, а также трактаты о любви (индийская «Камасутра», «Искусство любви» Овидия, «Ожерелье голубки» Ибн Хазма, «Федр» и «Пир» Платона и т. д.) не только основывались на морально-религиозных нормах любви, но и давали определенные знания по биологии и психологии пола. Медики древности, например, Гиппократ, уделяли кристальное внимание вопросам, связанным с функцией воспроизводства рода и ее нарушениями.

Объективное исследование проблем пола можно отнести к эпохе Возрождения, когда началось развитие анатомии и физиологии человека.

В конце XVIII — начале XIX в. расширяется тематика исследований, а социологи второй половины XIX — начала XX в. (И. Я. Бахофен, Швейцария, Дж. Мак-Леннан, Великобритания, Э. Вестермарк, Финляндия, Ш. Лебурно и А. Эспинанс, Франция, Л. Г. Морщи, США, М. Ковалевский, Россия и др.) уже связывают развитие половых отношений не только с формами брака и семьи, но и с другими элементами общественного строя и культуры.

Новое слово в этом вопросе принадлежит основоположникам марксизма, в частности Ф. Энгельсу. Его книга «Происхождение семьи, частной собственности и государства» — классический пример анализа форм взаимосвязи половых и экономико-социальных отношений в обществе.

Стремясь поставить проблему взаимоотношения полов на строго научную основу и освободиться от влияния религии, сексология ищет опору в биологии и начинает рассматривать половое поведение как проявление универсальных биологических законов.

В это время формируется новое, так называемое энциклопедическое направление. Наиболее ярким и талантливым представителем его был врач, естествоиспытатель

¹ Журналист, — 1987, — № 9. — С. 76.

и педагог Х. Эллис, который в 1897 — 1910 гг. опубликовал семитомный труд «Исследование по психологии отношения полов». Английский ученый по праву считается одним из пионеров сексологии, так как впервые исследовал все стадии сексуального развития человека, биологические основы сексуальности и ее психические аспекты, чувство стыда, половые отклонения и сексуальность в период беременности.

Х. Эллис выдвинул концепцию индивидуальных сексологических различий, сформулировав это так: «Не каждый является таким, как ты». Такой тезис был действительно революционизирующим, ибо до этого каждый человек рассматривал собственное «Я» как эталон сексуального поведения.

Энциклопедическое направление, опирающееся на материалистическую основу, успешно развивали и другие прогрессивные ученые того времени, прежде всего М. Хиршфельд (Германия), А. Форель (Швейцария), В. М. Бехтерев (Россия).

Значителен вклад М. Хиршфельда, изучавшего сексологические проблемы в медицинском, социальном и историческом аспектах. Он также стремился к решению социальных проблем сексологии, которые считал наиболее важными. Большое значение ученый придавал этическим и юридическим проблемам сексуальной жизни.

Другой немецкий ученый, А. Моль, положил начало научному изучению основных проявлений сексуальности человека, ввел в обиход термины «половое влечение», «оргазм». Благодаря ему в сексологии сохранилось приданное термину «либидо» основное значение, несмотря на усилия сторонников фрейдизма, стремившихся вложить в него собственное психоаналитическое толкование. Его работы завершились изданием в Берлине в 1897 г. монографии, посвященной учению о половом влечении.

Существенное влияние на решение проблем сексологии оказали труды наших соотечественников. Среди них следует отметить фундаментальные работы В. М. Бехтерева, посвященные нарушениям полового влечения, в частности половым извращениям. Необходимо особо выделить энциклопедиста-сексолога Л. Я. Якобсона, труды которого «Половое бессилие» (1918), «Половая холодность у женщин» и «Онанизм у мужчин и женщин» (1928) не утратили своего значения и в наше время.

Научные достижения ученых, представлявших энциклопедическое направление, обеспечили солидную теоретическую основу для развития сексологии как самостоятельной отрасли знаний.

Нелегким был путь поборников прогресса в этой молодой науке. Новое пробивалось в жизнь весьма дорогой ценой. Не имея веских научных аргументов, представители реакционных сил прибегали к злобным нападкам, сплетням, клевете. Борьба нередко приобретала драматическую окраску. Так, за свои научные взгляды и исследования интимной жизни, той сферы жизни, на освещение которой наложили своеобразное табу, были заключены в тюрьму М. Хиршфельд, М. Сенджер и др. Наперекор всему они продолжали свою научную деятельность. Приходится только сожалеть, что очень часто к их преследователям присоединялись люди науки, не сумевшие по достоинству оценить деятельность сексологов-энциклопедистов. Эти исследователи трактовали вопросы пола, исходя из положений, выдвигаемых религией. К ним принадлежал и видный австрийский невропатолог и психиатр Р. фон Крафт-Эбинг, который до сих пор считается создателем медицинской сексологии. Несмотря на изданный им в 1886 г. труд «Сексуальные психопатии», сыгравший определенную роль в развитии сексопатологии, этот ученый в своих популярных работах представлял сексуальные проявления как постыдные и трагические по своим последствиям поведенческие акты.

С религиозной моралью тесно связан так называемый микторианизм. Это направление зародилось и широко распространилось в эпоху царствования английской королевы Виктории (1837 — 1901) и отражало различие кодексов сексуального поведения мужчины и женщины. Основная установка викторианизма: «благовоспитанные дамы не шевелятся» — предписывала женщине пассивное поведение при интимной близости, подавление чувства удовлетворения, ибо половые отношения грешны.

С распространением научных знаний начали рушиться основанные на авторитете церкви идеалы аскетизма и положение о человеческой сексуальности.

В начале XX в. различные подходы к проблемам пола дополняются, а отчасти и вытесняются психологическим. Этот период проходит под знаком так называемого фрейдизма¹, основоположником которого явился

¹ Внимание: не путать психоанализ как конкретный метод исследования бессознательных психических процессов с фрейдизмом — философско-антропологической и психологической концепцией австрийского врача-невропатолога З. Фрейда и его последователей.

известный австрийский психолог и психиатр З. Фрейд (1856-1939).

З. Фрейд сконцентрировал внимание на психологии личности, ее подсознании, создал так называемый психоанализ. Он первым подробно описал роль сексуального поведения в жизни человека. Положение о том, что любые сексуальные ненормальности являются, по сути, фиксацией определенных этапов психосексуального развития человека, послужило основой для разработки основного метода борьбы с ними — психотерапии.

Учение Фрейда революционизировало сексуальные знания. Его научные концепции о подсознании и психоанализе буквально сорвали завесу христианской морали и обывательского лицемерия, которая до начала XX в. закрывала сексуальную сферу от исследований. Работы Фрейда и его последователей, несмотря на определенные недочеты и различную ценность, способствовали развитию сексологии.

Следует подчеркнуть, что З. Фрейд считал психику биологически детерминированной. Но его мнению, биология была еще недостаточно развита для ее расшифровки. К сожалению, это положение (сознательно или бессознательно) игнорировалось его последователями, и объективно австрийский ученый способствовал тому, что изучение психологии сексуальности проходило в отрыве от ее материальных основ (что и доныне сказывается на развитии сексологии в странах Запада).

Сексология в 20—30-х годах нашего века развивалась в тесной связи с так называемым движением за половые реформы. В 1921 г. состоялся I Международный конгресс по половым реформам, а в 1928 г. даже была создана Всемирная лига половых реформ. Участники этого движения выдвигали ряд прогрессивных требований: равенство мужчин и женщин, освобождение брака из-под власти церкви, свобода развода и применение предохранительных средств от беременности, научное половое просвещение и т. д.

Однако теории этого периода во многом были спекулятивны, оторваны от социальной базы и целиком оставались в пределах буржуазной идеологии.

В начале XX в., когда резко повысился интерес к проблеме человека, были получены новые данные, позволившие пересмотреть утвердившиеся нормы и понятия, в том числе и в такой интимной области, как половая мораль. Этому способствовали социологические ориентированные исследования. В результате этого сексологии

получила достоверные данные о статистических вариантах половой функции.

Однако проведение сексологических обследований встречало сильное противодействие даже в так называемой самой свободной стране Запада — США. Можно себе представить, как отнеслись власть имущие к «половой переписи» московского студенчества, проводившейся в 1903—1904 гг. Из 6 тыс. анкет, распространенных Комиссией под председательством Д. Н. Жбанкова И В. И. Яковенко среди учащихся высших женских учебных заведений Москвы, большая часть была конфискована полицией. Удалось спасти только 324 анкеты, которые были опубликованы в 1922 г., после победы Октября.

Хочется отметить такие цифры: в России с 1882 по 1912 г. было все же опубликовано 14 обобщений сексологических обследований, а с 1922 по 1932 г. — 30. Между тем в Америке до 1948 г. различные авторы опубликовали только 19 подобных работ.

О широте проведенных нашими соотечественниками исследований могут свидетельствовать такие данные: было обследовано 16 620 мужчин и 1938 женщин. Американские ученые со многими из этих работ были знакомы, признавали их высокий методический уровень и часто на них ссылались.

Значительное влияние на решение отдельных проблем и развитие отечественной сексологии в целом оказали работы В. М. Тарновского (1886), В. М. Бехтерева (1898, 1910), П. В. Ганнушкина (1901), П. И. Ковалевского (1908), А. В. Вишневого (1909), И. И. Мечникова (1913), М. И. Неменова (1916), Д. Н. Жбанкова (1922), М. Ф. Неструха (1924), Г. А. Баткиса (1925), Е. А. Попова (1934, 1947) и других ученых, которые способствовали выделению сексологии в самостоятельную отрасль науки.

Нельзя не вспомнить и крупнейших ученых, представителей других отраслей знаний, исследовании которых имели значение для разработки отдельных проблем сексологии. Это, прежде всего физиологи И. Р. Тарханов (1895), Н. А. Миславский (1898), А. А. Ухтомский (1923, 1925), М. В. Сергиевский (1929), И. П. Павлов (1936, 1946). Они способствовали выдвижению сексологии на позиции системного подхода к предмету исследования, который тесно увязывает физиологические, клинические и социально-психологические методы и приемы.

Между двумя мировыми войнами научная сексология развивалась по нескольким, зачастую не связанным между собой линиям.

Голландский гинеколог Т. ван де Вельде выпустил в свет книгу «Идеальный брак» (1926)— первый современный учебник физиологии и техники брака, где женщина провозглашалась равноценным половым партнером.

Исследования, проводимые в разных странах (США, Великобритании и т. д.), доказали зависимость психосексуальной ориентации и поведения людей от особенностей их культуры и социального положения.

В 1919 г. М. Хиршфельд основал первый в мире институт сексологии (закрит гитлеровцами и 1933 г.).

В 1921 г. в США организован междисциплинарный Комитет для исследования проблем пола. При его поддержке в период с 1938 по 1952 г. биолог Д. Кинзи с сотрудниками провел массовые индивидуальные интервью по стандартизированной матрице, включившей 521 пункт.

Для сбора данных рабочие группы в различные районы страны. Как в городах, так и в сельской местности исследователи встретили враждебное отношение со стороны клерикально настроенной буржуазной администрации.

Под редакцией А. Кинзи был издан коллективный труд в двух томах, получивший всемирную известность под названием «Отчет Кинзи». В основу его легли 20 тыс. обследований здоровых мужчин и женщин, из которых отобрали 11 240 тестов как безусловно научно достоверных. Была получена массовая статистическая картина психосексуальных установок и поведения человека (интенсивность половой жизни, динамика ее форм, возрастные вариации и т. д.).

Хотя работа А. Кинзи подверглась научной критике с точки зрения методологии, она считается непревзойденной по масштабам охвата населения. Но одно дело — научная критика, а другое — социальные гонения. А. Кинзи и его сотрудники стали одним из объектов «борьбы с ведьмами».

Печально известный сенатор Дж. Маккарти начал «священный поход» против А. Кинзи. Базируясь на «мнении» одного эксперта, без привлечения других ученых, не считаясь с опубликованными в научной прессе отзывами, вынесли решение, объявляющее работу А. Кинзи и его сотрудников «не имеющей научного значения».

оскорбляющей национальную гордость американского народа, подрывающей его моральные устои и тем самым способствующей захвату власти коммунистами».

Все это привело к тому, что в 1954 г. Рокфеллеровский фонд перестал оказывать ученым-сексологам финансовую поддержку, таможенные власти начали задерживать поступающую в их адрес корреспонденцию из многих стран мира как «порнографическую».

Продолжением исследований группы А. Кинзи можно считать работы американских ученых В. Мастерса и П. Джонсон, которые сосредоточили внимание на выявлении нормативности в сексологии. Начав свою исследовательскую программу в 1954 г. на кафедре акушерства и гинекологии Вашингтонского университета, они закончили ее в 1969 г. в Сен-Луисском институте биологии размножения, директором которого с 1964 г. стал В. Мастерс. Самым продуктивным считается период с 1959 по 1969 г., когда работа проводилась в специально открытой клинике по лечению половых расстройств с привлечением 510 брачных пар и 47 человек, не состоявших в браке. Используя новейшие методики, исследователи за 11 лет записали у 694 человек (312 мужчин в возрасте от 21 года до 89 лет и 382 женщины — от 15 до 78 лет) более 10 тыс. полных половых циклов, фиксируя все физиологические параметры — от пространственного положения до степени кровенаполнения отдельных анатомических образований и записи токов действия. Все исследования проводились в специально оборудованной лаборатории, при гарантии полной анонимности, после периода адаптации, что, по мнению В. Мастерса и В. Джонсон, не влияло на характер половых реакций. Полученные результаты были опубликованы в 1966 г. в монографии под названием «Половые реакции человека».

Несмотря на наличие к тому времени в ряде стран (Болгария, ЧССР, Польша, ФРГ, Югославия) первых гистематизированных руководств по сексологии, вышедшая книга вызвала огромный интерес и уже к 1970 г. была переведена на 10 языков. Она явилась крупнейшим вкладом в развитие сексологии, так как давала объективные данные о статистических вариантах и физиологии половой функции в целом.

Исходя из общепринятого положения, что без нормы нет патологии, В. Мастерс и В. Джонсон в 1970 г. издадут вторую книгу «Половая неадекватность человека», в которой излагают свой взгляд на половые расстройства.

Важно отметить, что основные концепции авторов положены в основу клинической сексологии и близки советским исследователям.

Развитие любой науки всегда сопряжено с недоверием к новому, ибо оно зачастую опровергает старое, Это особенно заметно в такой области, как изучение сексуальной жизни человека. Применение новых методик исследований в сексологии и полученные с их помощью данные часто опровергали укоренившиеся в сознании представления, что, естественно, вызывало критику и протесты. Тем не менее, благодаря мужеству и настойчивости пионеров сексологии наука продолжала успешно развиваться.

Современная сексология, сложившаяся в середине 40-х годов нашего века, ведет исследование сексуальных отношений по трем основным аспектам: биолого-медицинскому, социально-историческому и психологическому.

Биолого-медицинский аспект сексологии разрабатывается в основном биологами и медиками: это исследования биологических основ пола и половой идентификации личности, влияний полового диморфизма (черты сходства и различия) на психику и сексуальное поведение, основ физиологии половой функции и т. д. В данной книге именно этому аспекту будет уделено основное внимание, ибо в этих вопросах авторы являются специалистами.

Социально-исторический аспект сексологии изучается в рамках специфичных для каждого пола социальных функций и форм различной деятельности, регламентированных в соответствующих моральных нормах и культурных стереотипах. Научная разработка его ведется по следующим основным вопросам: влияние исторически сложившейся системы половых ролей на сознание, самосознание и половое поведение мужчин и женщин; моральные установки, ценностные ориентации и половое поведение людей с учетом классовых, половых, возрастных, образовательных, профессиональных и других особенностей; история развития семейно-брачных отношений и норм половой морали в человеческом обществе вообще и у различных народностей в частности; изучение основных брачных факторов и новых форм семейного быта; социально-педагогические исследования различных методов и систем полового просвещения детей и подростков; анализ эротизма, символизированного в культуре и искусстве.

Психологическим аспектом сексологии занимаются инициальные разделы психологии. Так, возрастная психология исследует закономерности психосексуального развития личности, этапы и движущие силы психосексуальной идентификации, психологические особенности подростковой и юношеской сексуальности, а также сексупильности у пожилых людей.

Дифференциальная психология разрабатывает проблемы половых и индивидуальных различий сексуального поведения и связанных с ним чувств, переживаний и других компонентов любви. Особое внимание уделяется психологии женской сексуальности, в частности ее зависимости от условий воспитания и различных психосексуальных установок.

Новыми и прогрессивными научными направлениями являются социально-психологические исследования психологических механизмов возникновения влюбленности, выбор брачных партнеров, различные аспекты половой любви в современных условиях.

Все эти разнородные исследования автономны и проводятся в рамках специальных дисциплин. Механическое слияние их в единую сексологию невозможно, однако границы между этими областями знаний довольно условны. Отсюда необходимость междисциплинарных связей и координации научных исследований по сексологии, которыми занимаются сексологические институты и научные общества. Примерами таких учреждений могут служить крупнейшие современные сексологические институты им. А. Кинзи в США, Гамбургский сексологический институт в ФРГ, Пражский сексологический институт в ЧССР и научные общества в Польше, ЧССР и других странах. Интерес к сексологии в последние годы привел к тому, что к этим институтам прибавились аналогичные учреждения почти во всех развитых странах.

Издается многочисленная литература по сексологии для специалистов. С каждым годом увеличивается количество новых периодических изданий по сексологии, число которых сейчас превышает пятнадцать.

С 1968 г. стали проводиться сексологические конгрессы, начало которым положил симпозиум, проведенный 6—7 июня 1968 г. в Праге. В его работе участвовали представители почти 90 стран мира. Фактически это был I Международный съезд сексологов, инициатор и организатор которого — один из старейших и заслуженных сексологов мира, директор основанного в 1921 г.

Пражского сексологического института, профессор Й. Хиние.

С 60 научными сообщениями выступили представители 23 стран, среди них 26 — из ЧССР, 10 — из СССР, 9 - из ГДР, 5 - из США.

В 1974, 1976, 1978 и 1979 гг. прошли международные сексологические конгрессы в Париже, Монреале, Риме и Мехико. На Римском конгрессе, посвященном проблемам медицинской сексологии, учреждена Международная сексологическая ассоциация.

Достижения и развитие этой молодой отрасли человеческого знания, наконец, 1984 г. отражены более чем в тысяче сообщений.

Язык цифр в данном случае предельно красноречив. Он свидетельствует, что накопление эмпирических данных и выработка общего понятийного аппарата приближают возможность выделения сексологии как самостоятельной научной дисциплины.

Формирование и развитие сексопатологии

Параллельно сексологии внутри нее формировалась новая отрасль клинической медицины сексопатология. Ее цель — изучение функциональных аспектом половых расстройств: научное обоснование диагностики, лечения и профилактики.

В отличие от сексологии, истоки которой теряются во мгле столетий, рождение научной сексопатологии относится к 1836 г., когда французский врач К. Лаллеман опубликовал в Париже первый том книги «О произвольных потерях семени». Классическими описаниями расстройств семяизвержений талантливый ученый создал учение, которое, по выражению немецкого врача П. Фюрбрингера, «увлекло всех и составило новую эру в истории данного вопроса».

В истории развития сексопатологии учение К. Лаллемана сыграло противоречивую роль. С одной стороны, проводя местное лечение заболеваний семенного бугорка, он получал положительные результаты при определенных нарушениях семяизвержения, а с другой — наивно механистическими взглядами на данную патологию способствовал формированию локационистского направления в сексопатологии, приносящего ей огромный вред и до настоящего времени.

В конце XIX — начало XX в. в сексопатологии оформилось энциклопедическое направление, представители которого отличались широтой и материалистичностью взглядов на проблемы пола.

В становлении этого направления решающую роль сыграли Х. Эллис (Англия) и А. Форель (Швейцария), которые в опубликованных с 1897 по 1905 г. работах рассматривали половую жизнь человека с биологической, эволюционной, психологической, этнографической и других точек зрения.

На смену энциклопедическому пришло спекулятивно-гипотетическое направление, представители которого пошли по пути психоанализа. Их стараниями сексопатология превращалась в жонглирующую словами псевдо науку, а все лечебные мероприятия исчерпывались словесным «объяснением» впечатлений раннего детства и сновидений.

Необузданный спекулятивизм психоаналитиков закономерно вызвал возмущение у прогрессивных сексопатологов. Для

эффективной борьбы нужны были убедительные факты, которые дал американский биолог А. Кинзи в I томе коллективного труда «Половое поведение мужчины» (1948), что положило начало параметрическому направлению. Наряду с выборочными использовались исследования, посвященные статистическим данным человеческой сексуальности. Благодаря работам В. Мастерса и В. Джонсон сексопатология стала располагать фундаментальными данными как о статистических вариантах, так и о физиологии половой функции человека. Вместо самонаблюдений и словесных

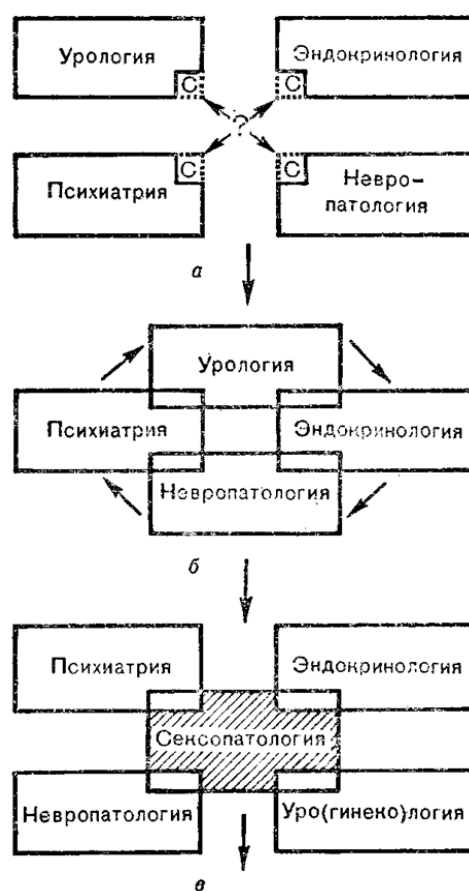


Рис. 1. Схема формирования сексологии (Васильченко, 1977).
Периоды: а — начальный; б — средний; в — последний.

характеристик, на которые опирались сторонники спекулятивно-гипотетического направления, был получен точный цифровой материал, отражающий количественные параметры и показывающий, что, как и в какой последовательности происходит у человека при половой близости.

Сексопатология только в середине XX в. виде лилась в самостоятельную клиническую дисциплину. Ее формирование происходило не путем «отпочкования», каким было, например, выделено урологии ни хирургии, а на основе заимствования из пограничных специальностей выработанных ими приемов и образования соответственного категориального аппарата.

Различные взгляды широкого круга врачей на предмет и место сексопатологии в системе медицинских специальностей можно свести к трем основным концепциям (рис. 1).

Сторонники первой, так называемой редуccionистской, рассматривают сексопатологию, как раздел той медицинской специальности (например, психиатрии, урологии, неврологии, гинекологии, эндокринологии), которую они сами представляют.

Представители второй концепции — «комплексного» обслуживания — считают, что сексопатологии располагается на стыке пограничных клинических дисциплин, занимающихся диагностикой патологических отклонений в системах желез внутренней секреции, урогенитального аппарата и механизмов иннервации на всех уровнях, обеспечивающих половую функцию. Но их мнению, проблема обслуживания больных с половыми расстройствами должна решаться «комплексно» — в стенах сексологических диспансеров, где одного и того же больного обследовали бы и лечили представители различных специальностей.

Третья, так называемая интегральная (системная) концепция исходит из необходимости выделения собственных диагностических приемов, составляющих специфические методы исследования и лечения больных с половыми расстройствами. Они разрабатываются на основе соответствующих методов эндокринологии, урологии, гинекологии, неврологии и психиатрии, а также определенных данных по физиологии, психологии и социологии. Выделение и отработка таких методов, которые интегрировались в специфичный метод исследования сексологических больных, решили судьбу сексопатологии и дали решающее доказательство ее права

на самостоятельное существование среди множества клинических специальностей.

Таким специфичным методом исследования стал разработанный советскими учеными (Г. С. Васильченко и др.) клинический метод структурного анализа половых расстройств, который определил место сексопатологии как клинической дисциплины, располагающей собственной системой понятий и своими лечебно-диагностическими приемами. Разработка этого метода вызывалась необходимостью системного подхода к клинике половых расстройств, который определялся характером организации половой функции, опирающейся на эндокринную, половую и нервную системы.

Структурный анализ половых расстройств представляет совокупность приемов, позволяющих оценить симптомы нарушений основных сексуальных проявлений и перевести их на уровень синдромов, а затем сформировать представление о структуре всего полового расстройства в целом с выделением основных причин, предрасполагающих факторов, первично пораженных и вторично вовлеченных систем, а также осложнений.

Наша страна одной из первых в мире осуществила специализацию врачебной помощи, оказываемой больным с половыми расстройствами. Административные формы организации сексологической помощи в СССР определялись его огромной территорией. В 1963 г. в Горьком проведен первый всесоюзный семинар, цель его — подготовка профессиональных сексопатологов, обязанность которых — оказание квалифицированной помощи больным половыми расстройствами. Последующие семинары состоялись там же в 1964 и 1966 гг. и в Москве — в 1967 г. Такая систематическая подготовка врачей позволила создать сеть сексологических кабинетов во многих республиканских, краевых и областных центрах и крупных городах. Они функционируют при областных и городских поликлиниках или психоневрологических диспансерах.

В ряде областей проводятся сексопатологические приемы на базе крупных районных больниц. Кроме того, в урологических и неврологических отделениях некоторых крупных больниц выделены места для стационарного лечения больных, направляемых сексопатологами.

Для повышения уровня специализированной медицинской помощи, оказываемой врачами-сексопатологами,

в 1973 г. на отделение сексуальной патологии Московского НИИ психиатрии возложены функции Всесоюзного научно-методического центра, по вопросам сексопатологии. На базе сексопатологических отделений и клиник в столицах республик образованы республиканские научно-организационные центры по сексопатологии. В Ленинграде создан сексологический центр при Ленинградском горздравотделе. Эти учреждения ведут научно-методическую и координационную работу по сексопатологии, а также оказывают лечебно-консультативную помощь больным с половыми расстройствами, приезжающим по направлению областных сексологических кабинетов.

Начиная с 1971 г. в крупных городах Советского Союза при больницах создаются консультации «Семья и брак», которые занимаются вопросами укрепления семьи и оказанием ей всесторонней помощи, а также подготовкой новобрачных к супружеской жизни. В них функционируют кабинеты женского и мужского бесплодия, женской и мужской сексопатологии, гинекологической эндокринологии, невынашивания беременности, контрацепции, медико-генетической консультации, рефлексотерапии, психологии и юридической.

Помогать семье призваны и другие государственные учреждения. При различных осложнениях в семейной жизни можно обратиться: в общественные отделы по вопросам семьи и брака при районных Советах народных депутатов, в консультативные центры помощи семье по проблемам воспитания детей и отношений между членами семьи, по «телефону доверия», которые функционируют в некоторых городах. Разговор с опытным специалистом помогает снять сильное психическое напряжение и найти выход из ситуации, которая кажется критической.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в оказании «семейной помощи», поиски оптимальных ее форм и видов настойчиво продолжаются. Наиболее инициативны в этом отношении медики. Так, заслуживает внимания созданный при поликлинике Каунасской республиканской клинической больницы кабинет психогигиены и семейных отношений. На первый взгляд обычный вроде бы кабинет. И располагается рядом с обычными кабинетами — терапевтическим, стоматологическим и др. Да и обставлен, как обычные терапевтические кабинеты.

Обычный вроде бы кабинет. Вроде бы... Но по структуре и организации работы этот кабинет далеко не обычный. И вот почему. Прежде всего, прийти сюда может любой человек, минуя регистратуру, не называя имени и фамилии. Лишь в дальнейшем, когда будет действительно диагностировано какое-то расстройство, врачи заведут специальную карту обследования, но храниться она будет не в общей регистратуре, а непосредственно в кабинете. Кстати, такое правило заведено во всех сексологических кабинетах. И дело не только в том, чтобы сохранить врачебную тайну и скрыть недуги от посторонних глаз, что в такой деликатной области действительно необходимо. Главная цель — сохранить историю «болезни» до тех пор, пока существует данная семья. Ведь кризисные ситуации могут повторяться, менять свои «очертания». И в этих случаях может значительно помочь опыт предшествующих лет.

В кабинете, как, впрочем, и во всех сексологических кабинетах, принимают не более двух человек в час. Может быть, мало нуждающихся? Увы, нет: число посетителей в них ежегодно увеличивается, а в некоторых даже существуют немалые очереди для первичных посещений. Просто здесь никто никого не торопит. Понимают: за 5—10 минут невозможно рассказать о своей жизни.

В первый раз прием ведет заведующий — идет «разведка боем». По специальности он, как правило, психоневролог. И это понятно: спрашивать надо с особым тактом — подробно, но осторожно. А главное, надо уметь слушать: не вовремя прервешь разговор — и человек замолчит, замкнется. Потому что обычно рассказывает он врачу такие вещи, о которых и говорить-то не принято.

Да, необычный и трудный разговор. Ведь в первое посещение необходимо найти главную «брешь» и направить человека по точному адресу — к сексологу, психологу, психиатру. И сразу же нужно каким-то образом пригласить и выслушать партнера. В таком вопросе это просто обязательно, двойная информация просто необходима. Часто в таких ситуациях, как убедились врачи-сексопатологи, «лечить» необходимо не одного пациента, а супружескую пару. Только при таких условиях можно рассчитывать на успех.

А, в общем-то, специалисты убеждены: при своевременном обращении 2/3 разводов можно предотвратить. Для этого в первую очередь необходимо привлечь внимание

супругов к их слабостям. Особое внимание следует уделять наиболее типичным кризисным периодам в жизни семьи: первым месяцам после свадьбы, после рождения детей и, наконец, после того, как выросшие дети покидают родительский дом.

Но, конечно, гораздо легче и лучше — не устранять семейный конфликт, а предотвращать его. Медики убеждены: если бы за консультацией обращались юноши и девушки еще до своего решения зарегистрировать брак, сколько несчастий удалось бы избежать. Для достижения этой цели необходимо заниматься проблемами знакомств, добрачных отношений, супружеской совместимости, прогнозированием брака, медико-генетическим и сексологическим консультированием. Вполне естественно, что никаких решений специалисты навязывать не будут, но о многом просто предупредят...

Это — в будущем. А пока сотрудники всех учреждений «семейной помощи» ставят перед собой вполне конкретную задачу: сохранить и упрочить семью.

Сохранить семью — значит спасти от стрессов мужа и жену, их детей, родителей и родственников, ибо конфликт в семье близкого человека — драма и для них. А укрепить семью — значит сохранить здоровье, увеличить рождаемость, повысить продуктивность труда, улучшить успеваемость детей и тем самым существенно повлиять на решение проблемы трудовых ресурсов.

Целесообразность популяризации знаний по сексологии не подлежит сомнению.

На объединенной сессии АМН СССР и Академии педагогических наук (1971), на международном семинаре социалистических стран по вопросам планирования семьи и сексуального, супружеского и семейного воспитания (Варшава, 1977) было признано необходимым развивать и совершенствовать содержание и методы нравственно-полового воспитания.

Различные аспекты семейно-половых отношений многим неизвестны.

Проведенный нами опрос различных групп городских и сельских жителей показал, что дисгармония половых отношений отмечается у 40,5 % супружеских пар с начала половой жизни, постепенно исчезая по мере приобретения определенных навыков, а у 14,2 % супругов, не усовершенствовавших первоначальные отношения, отмечалась конфликтная ситуация в семье. У 19,8 % супругов в процессе жизни

возникла дисгармония, обусловленная появившимися половыми расстройствами. Такое явление во многом вызвано отсутствием даже простейших знаний по вопросам семейно-половой жизни.

А о том, насколько такие знания нужны человеку, красноречиво сказал В. Г. Белинский: «У нас обыкновенно думают, что девственная чистота состоит в младенческом неведении: ложная мысль. Если добродетель есть неведение, то все животные — предобродетельные особы. Добродетель девушки не в том, чтоб она младенчески не знала, но в том, чтоб она младенчески знала и, в знании, оставалась чистою и девственною».

СЕКСОЛОГИЯ ДЛЯ ВСЕХ

Общебиологические основы половой функции

Половая функция отличается биологической значимостью и чрезвычайной сложностью осуществления, связанной, прежде всего с ее личностным и социально-психологическим характером. Вместе с тем она сохраняет ряд своих общебиологических особенностей, отличающих ее от других функций человеческого организма.

В первую очередь, это единственная физиологическая функция организма, требующая для своей реализации две разнополюсные особи — мужскую и женскую. Не являясь жизненно важной для обеих сторон, она играет исключительную роль, так как обеспечивает продление рода и вида *Homo sapiens*, бесконечное обновление жизни на Земле. Наверное, именно по этой причине половая функция — единственная функция организма, где природа, так сказать, не экономит, а расточает.

Процесс формирования и развития половой функции у человека является очень сложным и включает ряд последовательных этапов, в том числе внутриутробное развитие половых желез, способных к синтезу и выделению половых гормонов и обеспечению нормальной гормональной насыщенности организма, адекватную реакцию половых желез на стимуляцию регулирующих их деятельность центром, нормальное соотношение между уровнем гормонов, правильное развитие половых органов и механизмов деятельности половой системы, становление функции воспроизведения.

Развитие половой функции определяет целая система факторов, их диапазон — от генетических влияний до психологического выбора полового партнера. Эта функция, прежде всего, зависит от биологического пола индивида, включающего несколько относительно автономных компонентов, которые последовательно формируются

в процессе развития организма начинаясь с так называемого хромосомного (генетического) пола, определяемого в момент зачатия специфическим набором нитевидных образований в ядре каждой клетки — хромосом.

Ядро любой клетки человеческого организма содержит 46 хромосом, из которых 44 (22 пары) являются однородными для мужчины и женщины (аутосомы) и только 2 (1 пара) — различными (половые хромосомы), их набор образуется при слиянии яйцеклетки и сперматозоида и обуславливает развитие половых желез в эмбриогенезе. Набор хромосом 46 XX определяет формирование женских половых желез (яичников), 46 XY — мужских (яичек).

У человека, как и других организмов, размножающихся половым путем, половые клетки (гаметы) отличаются от остальных клеток тела. Женские гаметы (яйцеклетки) образуются в яичниках, а мужские (сперматозоиды) — в яичках. Встреча гамет и их слияние (оплодотворение) обусловлены особым строением мужских и женских половых органов.

В опытах на плодовых мушках дрозофилах, у которых наследственные механизмы развития иола такие же, как у ряда животных и человека, доказано, что соматические и половые клетки особей женского пола состоят из одинаковых хромосом. Клетки особей мужского пола, содержащие одинаковое с женскими количество соматических клеток — аутосом, отличаются половыми хромосомами. Одна из половых хромосом клеток мужского организма (X-хромосома) сходна с хромосомами женского пола, а вторая (Y-хромосома) существенно отличается от них. Таким образом, женский пол, определяемый набором одного типа половых хромосом (XX), имеет однородную генетическую конституцию и называется гомогаметным. Мужской пол, обусловленный разнородной генетической конституцией (XY), именуется гетерогаметным.

У человека и всех млекопитающих генетический пол зародыша возникает при акте оплодотворения. Поскольку яйцеклетки женщины несут только X-хромосомы, а сперматозоиды мужчины — X- и Y-хромосомы, то возникновение генетического пола всецело зависит от сперматозоидов. Оплодотворение яйцеклетки сперматозоидом, несущим Y-хромосому, приводит к развитию мужского зародыша, а X-хромосому — женского. Исходя из того, что сперматозоидов с Y-хромосомой образуется

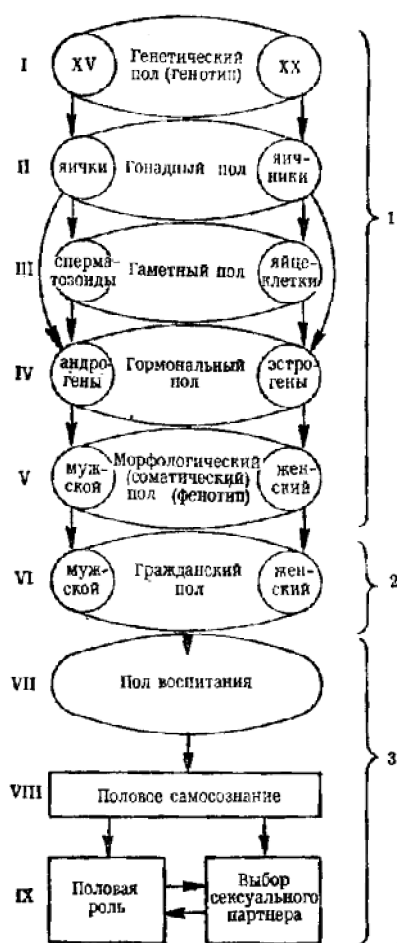


Рис. 2. Схема формирования пола человека.

около 52 %, а с X-хромосомой — 48 %, зачатие ребенка мужского пола встречается соответственно чаще. Это подтверждают и статистические данные, согласно которым на каждые 100 девочек рождается приблизительно 106 мальчиков.

Генетический пол, в свою очередь, обуславливает так называемый гонадный, или истинный, пол, определяемый строением половых желез (яички или яичники). Истинным его называют потому, что он характеризует способность половой железы, как продуцировать сперматозоиды или яйцеклетки (гаметный пол), так и вырабатывать специфические мужские или женские половые гормоны (гормональный пол). Именно гормоны оказывают решающее влияние на строение и развитие наружных и внутренних половых органов и специфические вторичные половые признаки.

До 6-й недели внутриутробного развития эмбриона его пол практически определить невозможно, и только к 10-й неделе дифференцируется гонадный пол в соответствии с набором половых хромосом, то есть генетическим полом. Специальными исследованиями доказано, что развитие плода по мужскому типу возможно лишь при наличии у него яичек, мужской гормон которых обуславливает формирование внутренних и наружных мужских

половых органов. При отсутствии яичек независимо от генетического пола наружные и внутренние половые органы развиваются по женскому типу.

Поскольку гонадный пол определяет способность половых желез образовывать те или иные половые клетки

(сперматозоиды или яйцеклетки), то он соответствует репродуктивной функции, присущей тому или иному полу. Таким образом, истинный пол отражает роль организма в воспроизведении потомства.

В свою очередь, выделяемые железами мужские или женские половые гормоны определяют морфологический — соматический — пол человека: строение и развитие его половых органов и формирование вторичных половых признаков, так называемый фенотип субъекта.

При рождении ребенка имеется лишь один внешний признак пола — строение наружных половых органов, определяющий так называемый акушерский и гражданский пол субъекта. Он является основанием для воспитания и формирования полового самосознания ребенка вплоть до периода полового созревания.

На этом этапе формирования пола и развития половой функции, к сожалению, еще нередко встречаются досадные ошибки, которые допускают родители. Так, новорожденному, у которого во внутриутробном развитии отмечалось снижение гормональной функции яичек и недостаток мужского полового гормона, при рождении было недоразвитие мужских половых органов, родители ошибочно установили женский пол и в дальнейшем воспитывали как девочку. Но поскольку истинный пол был мужским, то после полового созревания у такой «девушки» проявилось влечение к женскому полу, хотя наружные половые органы оставались недоразвитыми. При обследовании выясняется, что половые железы продуцируют мужской гормон в таком количестве, которое характерно для юноши. «Девушке» производится операция — хирургическая коррекция пола. Ей выдают новый паспорт, и «девушка» становится юношей.

Этот пример наглядно показывает, что последним в системе является пубертатный (связанный с половым созреванием) пол, ответственный за появление вторичных половых признаков, способствующих утверждению полового самосознания, то есть формирующий психический пол субъекта. Для выполнения основной функции пола — воспроизведения потомства — формирование психического пола не менее важно, чем всех остальных компонентов, определяющих биологический пол.

Нарушение любого из звеньев биологического пола неизбежно сказывается на половой функции. Однако сам по себе биологический пол еще не означает превращения индивида в мужчину или женщину и не гарантирует

адекватного полового поведения. Для этого необходима соответствующая психосексуальная идентификация (отождествление), в ходе которой человек осознает свою половую принадлежность и усваивает соответствующую, мужскую или женскую, роль.

Психосексуальная идентификация — один из важнейших аспектов формирования личности — формируется в процессе жизнедеятельности человека под влиянием воспитания и общения с родителями и сверстниками.

По мнению большинства исследователей, ребенок способен четко определить свой пол уже в возрасте от 2 до 3 лет. Элементы собственной половой принадлежности устойчиво формируются у него между 4 и 5 годами. В это время ребенок способен принять внешнюю «модель» поведения представителя определенного пола. К 7—8 годам, как правило, вырабатывается собственная линия поведения, максимально соответствующая тем признакам, которые он научился считать присущими своему полу. И, наоборот, он стыдится тех проявлений, которые, с его точки зрения, свойственны противоположному полу.

Первый этап половой идентификации личности длится до наступления периода полового созревания и определяется соматическими факторами — телосложением, выражением лица, прической, мимикой, походкой, манерой поведения и т. д.

По мере полового созревания у подростков появляются специфические сексуальные интересы и влечение к противоположному полу. При этом существенное влияние оказывают окружающая среда и сверстники. Как правило, биологические и социально-психологические факторы пола совпадают, и будут развиваться в одном направлении. В редких случаях, когда они расходятся, например, при ошибочном определении пола ребенка в связи с недоразвитостью его половых органов, предсказать направление психосексуальной идентификации и ориентации личности очень трудно, и тогда социальные факторы не менее важны, чем генетические. Поэтому половое поведение человека необходимо всегда рассматривать как продукт совместного действия биогенетических (приписанный морфологический пол) и социальных (общественная система дифференциации мужских и женских ролей) сил.

Психосексуальная ориентация, связки мин с наступлением периода полового созревания, знаменует второй

этап становления половой функции. Начинают активно функционировать половые железы, четко проявляется превалирование присущих каждому полу черт в зависимости от действия мужских или женских половых гормонов: развиваются соответствующие гормональному полу вторичные половые признаки.

Период полового созревания имеет свои особенности у девочек и мальчиков и характеризуется последовательностью появления тех или иных половых признаков. У девочек он начинается раньше, чем у мальчиков, и условно проходит в два этапа. На первом отмечается ускоренный рост туловища, особенно костей таза, интенсивное развитие половых органов и молочных желез, приобретающих коническую форму с невозвышающимся соском, появление оволосения на лобке и первых, часто нерегулярных, менструаций. На втором этапе округляются формы тела преимущественно за счет отложения подкожно-жировой клетчатки в области таза и бедер, появляется оволосение в подмышечных впадинах, возникает женский тип гортани с высоким голосом, окончательно формируются молочные железы округлой формы с возвышающимся соском и пигментированными околососковыми кружками, менструации становятся регулярными. Словом, у девочек появляются вторичные половые признаки.

Физиология женского организма такова, что наряду с женскими половыми гормонами (эстрогенами) в тех же яичниках и коре надпочечников продуцируются в небольших количествах и мужские половые гормоны (андрогены), эффект воздействия которых противоположный. И если по определенным причинам последние начинают преобладать, то в организме девушки происходит недоразвитие вторичных половых признаков, она теряет свою женственность и приобретает мужские черты внешнего облика. В подобных случаях необходима коррекция гормонального баланса в организме, что под силу только квалифицированному врачу-эндокрипологу.

Не секрет, что в половом отношении мальчики созревают позже девочек, поэтому период полового созревания у них более продолжительный и условно проходит в три этапа. Первый из них (12 —14 лет) характеризуется усиленным ростом тела, увеличением половых органов, оволосением лобка. На втором этапе (14—16 лет) происходит интенсивное развитие плечевого пояса, появляется оволосение в подмышечных впадинах, меняется

тембр голоса и начинаются первые поллюции (самопроизвольные семяизвержения во сне). У некоторых юношей нагрубают и болят соски, что вполне физиологично. В третьем периоде (после 16 лет) окончательно формируются все вторичные половые признаки, придающие юноше мужественную фигуру и облик. А их, как известно, определяют мощный плечевой пояс и развитая мускулатура тела, постоянный рост усов и бороды, специфичное оволосение туловища, мужской тип гортани с типичным кадыком, низкий голос, периодические семяизвержения во сне при половых воздержаниях.

Половые признаки, характерные для мужчин, обусловлены биологическим эффектом действия мужского полового гормона — тестостерона, продуцируемого яичками. И хоть последние в норме одновременно выделяют и женские половые гормоны, уровень тестостерона у мужчины всегда преобладает над эстрогенами. Правда, встречаются случаи, когда соотношение их становится обратным, тогда отмечается недоразвитие вторичных половых признаков; такие юноши приобретают черты женского облика. Подобная патология в организме юноши также требует квалифицированной помощи врача-эндокринолога.

В период полового созревания отмечаются очень важные и чрезвычайно характерные для каждого пола физиологические проявления становления половых функций: у юношей — поллюции, у девушек — менструации. Они наряду с психосексуальной ориентацией существенно воздействуют на биологический статус и самосознание субъекта.

Способность к половой жизни и воспроизводству потомства у представителей разного пола весьма индивидуальна и переменчива. Это отдельный и очень сложный вопрос, поэтому мы остановимся на нем позже. А сейчас хотелось бы напомнить, что природные функции мужчины и женщины, как и их строение и характеры, различны. По своей природе и воспитанию мужчина не может заменить женщину, а женщина — мужчину. Об этом следует помнить всем, особенно тогда, когда речь идет о существующем в нашей стране равноправии мужчины и женщины. Это понятие общественно-политическое, и его никогда нельзя отождествлять с природными функциями полов, ибо такое смешение понятий приводит к нарушению существующей гармонии в природе, что, как известно, никогда не обходится без негативных последствий.

Анатомо-физиологическое обеспеченно половой функции

Правильное развитие наружных и внутренних половых органов и нормальное функционирование нервно-эндокринной системы — необходимое условие осуществления половой функции у человека.

Как отмечалось, половая система в мужском и женском организмах формируется задолго до рождения. У плода мужского пола уже к 8—10-й неделе внутриутробного развития можно обнаружить внутренние половые органы и к 15—20-й неделе — наружные. У плодов женского пола дифференцировка внутренних и наружных половых органов происходит несколько позже.

Половая система мужчины и женщины имеет не только анатомические различия, но и определенное сходство. В зародыше и мужская и женская половая система развивается из одного эмбрионального зачатка. Вначале пол дифференцировать невозможно, и лишь на 3-м месяце внутриутробного развития начинают возникать различия, обуславливающие в дальнейшем как анатомические, так и физиологические особенности тела

Общими для обоих полов являются лишь принципиальные схемы анатомического устройства и функционирования половой системы

Так, и у мужчины, и у женщины есть половые железы (яички и яичники), половые пути (семяпроводы и яйцеводы), дополнительные образования (придаточные половые железы и матка) и, наконец, органы совокупления (половой член и влагалище) Весьма сходен и принцип функционирования половых желез, связанных с деятельностью нервной и эндокринной систем и в мужском, и в женском организме ведущую роль играют половые железы, продуцирующие типичные для каждого пола зародышевые клетки и выделяющие непосредственно в кровь половые гормоны

Познакомимся с анатомическим строением половой системы мужчины

Яичко — парная мужская половая железа, находящаяся в норме в кожно-мышечном складчатом мешочке-мошонке. Она разделена перегородкой на две половины, каждая из которых является вместилищем для яичка, его придатка и мошоночного отдела семенного канатика.

Внешне яичко представляет собой овальное, несколько сплющенное с боков образование, имеющее у взрослого мужчины объем 15 — 25 см³. Снаружи оно окутано семью оболочками, первая из которых представлена складчатой кожей. Под ней расположена мясистая оболочка, за которой следуют две фасции, мышца, поднимающая яичко, и еще фасция. Седьмая оболочка происходит из брюшины и образует вокруг яичка замкнутый мешок, состоящий из двух листков, между которыми есть щелевидное пространство; внутренний листок этой оболочки непосредственно покрывает яичко и его придаток.

Весь комплекс оболочек служит для терморегуляции яичка и сохранения в мошонке постоянной температуры, что чрезвычайно важно для нормального сперматогенеза и созревания сперматозоидов, ибо при повышении температуры выше 37 °С сперматогенез прекращается. Благодаря этому комплексу температура в мошонке остается постоянной, на 3—4° ниже, чем в брюшной полости. Поэтому при неправильном опускании яичка с задержкой его в брюшной полости или паховом канале (так называемый крипторхизм) происходит нарушение сперматогенеза, так как у здорового человека температура в брюшной полости превышает наружную температуру тела и всегда выше 37 °С. Особенно реагируют на температурные колебания мышечные оболочки яичка, поэтому на холоде происходит их сокращение с подтягиванием яичек и, наоборот, тепло обуславливает расслабление мышц с опусканием яичек.

Ткань яичка непосредственно заключена в плотную, белого цвета белочную оболочку, которая на заднем крае органа образует клинообразную складку. От нее веерообразно расходятся соединительнотканые перегородки, по периметру соединяющиеся с белочной оболочкой и ограничивающие так называемые конусообразные дольки. Если разрез яичка рассматривать в лупу с 2—3-кратным увеличением, то четко видно до 300 долек, а в каждой из них — по 3—4 извитых семенных канальца, переходящие в тонкие прямые семенные каналы и образующие галлерову сеть яичка. Из этой сети формируются выносящие канальцы (в каждом яичке — от 15 до 18), впадающие в придаток яичка.

Основная масса яичка (около 60 % веса) — это извитые семенные канальцы, длина каждого до 35 мм, просвет 0,2 — 0,4 мм.

Образование сперматозоидов происходит в извитых канальцах, причем процесс этот идет непрерывно от периода полового созревания (14 — 16 лет) и до старости (у мужчин в возрасте 100 и более лет может сохраняться оплодотворяющая способность спермы).

Чтобы представить «объем работы», выполняемый извитыми канальцами яичка, нужно знать, что при одной поллюции «выбрасывается» в среднем 200 — 300 млн сперматозоидов.

Схематически поперечный разрез извитого семенного канальца представляет собой «многоэтажное строение»: на базальной мембране расположены клетки сперматогенного (герминативного) эпителия, между которыми, как бы прорастая сквозь них, простираются клетки Сертоли, циклически меняющие свою форму. В настоящее время их считают своеобразными «мостовыми клетками», помогающими переносить питательный материал от базальной мембраны к развивающимся сперматогенным клеткам.

В каждой дольке яичка (между отдельными извитыми канальцами) располагается еще один вид клеток (клетки Лейдига), или интерстициальные клетки, продуцирующие мужской половой гормон — тестостерон, который поступает непосредственно в кровь и лишь в незначительном количестве транспортируется в извитые семенные канальцы, обеспечивая нормальное течение сперматогенеза. Развитие сперматозоидов происходит из сперматогенного эпителия, а клетки Лейдига обеспечивают гормональный фон для этого процесса.

Как мы отмечали, в придатке яичка анатомически различают головку, тело и хвост. К придатку подходит 15—18 выносящих канальцев из яичка; от придатка берет начало семявыносящий проток. В придатке продолжается созревание сперматозоидов.

Если у кролика-самца шприцем отсосать содержимое головки придатка яичка и попытаться оплодотворить самку кролика, то опыт заканчивается неудачей, но если использовать содержимое из хвоста придатка яичка, то, как правило, он удается. Значит, придаток яичка следует рассматривать как половую железу, где окончательно дозревают и накапливаются сперматозоиды.

Семяпроводящий проток, идущий от каждого придатка яичка, на протяжении 30—50 см проходит в составе семенного канатика. Далее, расширяясь, он образует ампулу до 3—4 см длиной и до 1 см в диаметре, под острым углом соединяется с семенным пузырьком,

входит в предстательную железу в составе семявыбрасывающего протока и открывается на верхушке семенного бугорка.

Бывают случаи, когда семяпроводящие протоки по разным причинам непроходимы, и поэтому оплодотворяющая способность мужчины полностью отсутствует или, если закрыт один проток, снижается. Однако созревание сперматозоидов продолжается, созревшие половые клетки, не имея выхода наружу, «перевариваются» специальными клетками (сперматофагами) в придатках яичка. При хорошей проходимости семяпроводящих путей эти клетки «съедают» только слабые (недоброкачественные) сперматозоиды.

Предстательная железа является добавочной половой железой и охватывает начальный отдел мочеиспускательного канала в виде муфты. Задняя поверхность железы граничит с прямой кишкой, поэтому доступна прощупыванию через заднепроходное отверстие.

По форме орган напоминает каштан. Две доли разделены бороздкой. Железа состоит из 30 — 50 отдельных железистых долек, вырабатывающих своеобразную беловатую жидкость — секрет, который входит в состав спермы и выделяется при каждом семяизвержении.

В простатической части мочеиспускательного канала располагается семенной бугорок — место выброса спермы при семяизвержении. На боковых поверхностях его находятся выводные протоки отдельных железок предстательной железы. Именно в этом отделе мочеиспускательного канала происходит смешение секретов яичек, предстательной железы и семенных пузырьков.

Семенные пузырьки — это две своеобразные трубки, расположенные над предстательной железой и своими выводными отверстиями впадающие в семявыбрасывающие протоки справа и слева. Пузырьки не являются резервуарами для сперматозоидов, как это считали раньше, а вырабатывают секрет, который выбрасывается в уретру и смешивается с другими секретами при каждом семяизвержении. В секрете семенных пузырьков содержится большое количество углевода фруктозы. Именно ошибочное представление о назначении семенных пузырьков породило их название.

Органом совокупления у мужчин является половой член (в медицинской терминологии — «пенис»). Он висит над мошонкой в спокойном состоянии. При сексуальном возбуждении возникает его эрекция (напряжение) в результате чего он увеличивается.

в размерах и поднимается под углом примерно 20° к горизонту. Изменение размеров органа при эрекции происходит благодаря особому ячеистому (кавернозному) строению и наполнению кровью ячеек, сгруппированных в так называемые кавернозные (пещеристые) тела. Различают два собственных кавернозных тела и кавернозное тело мочеиспускательного канала, которое, утолщаясь на концах, образует спереди головку полового члена. Головка окаймлена гребешком, получившим название короны, или венца.

У основания головки полового члена кожа образует особую складку (крайняя плоть), которая покрывает головку целиком или частично. На внутренней поверхности складки открываются протоки сальных желез, постоянно выделяющих своеобразную «смазку» (смегму) для кожи самой крайней плоти и головки полового члена. Смегма часто скапливается в избытке между крайней плотью и головкой пениса. Разлагаясь, она приводит к воспалению кожи крайней плоти и головки.

Необходимо ежедневно обмывать головку полового члена и крайнюю плоть для ликвидации смегмы (пользоваться мылом и мочалкой в данном случае не обязательно).

Если головка полового члена не открывается, то говорят о фимозе, который устраняется консервативным или оперативным путем.

Следует сказать, что обряд обрезания крайней плоти, существующий у мусульман, евреев и других народов, не освобождает мужчину от соблюдения правил гигиены половых органов. В семьях, где мужчины не придерживаются этих правил, чаще встречаются воспалительные заболевания половых органов у женщины.

Мочеиспускательный канал мужчины является одновременно мочевым и семенным трактом. Он представляет собой узкую S-образную трубку длиной 20—25 см, состоящую из слизистой и мышечной оболочек. В состоянии покоя стенки уретры непосредственно соприкасаются между собой, и только во время мочеиспускания или семяизвержения уретра принимает форму канала.

Начинается уретра у шейки мочевого пузыря внутренним и заканчивается на головке полового члена наружным отверстием. Различают три ее части: простатическую, перепончатую и пещеристую.

Простатическая часть расположена между внутренним и наружным сфинктерами (жомами) мочевого

пузыря и на всем протяжении пронизывает толщу предстательной железы. Длина этой части уретры примерно 3—4 см, а ширина варьирует в пределах 5—8 мм.

При заболеваниях предстательной железы может наступать уменьшение поперечного сечения уретры, в результате чего затрудняется нормальное мочеиспускание и истончается струя мочи. На задней стенке простатической части канала есть продольное возвышение — гребешок, в центре которого находится семенной бугорок со слепым углублением на верхушке. По обе стороны от него расположены устья семявыбрасывающих протоков и протоки предстательной железы.

Перепончатая часть является самой узкой и короткой (1,5—2,5 см) и простирается от верхушки предстательной железы до места, где уретра входит в спонгиозное пещеристое тело. В этом месте в области задней стенки к уретре прилегают две железы, величиной с горошину каждая (железа Купера).

За перепончатой частью следует самая длинная (12—15 см) пещеристая часть. В ее заднем отделе открываются выводные протоки двух желез Купера. В передней части, в области головки, имеется своеобразное расширение — ладьевидная ямка, на передней стенке которой расположена заслонка, которая образована складкой слизистой оболочки.

На всем протяжении слизистой оболочки уретры находятся гроздеобразные железки Литтре, которые, как и железы Купера, выделяют слизистый секрет. Он служит для увлажнения уретры и поддержания в ней благоприятной для подвижности сперматозоидов слабощелочной реакции: количество секрета увеличивается при половом возбуждении.

Представление об анатомии мужских половых органов не будет полным, если не охарактеризовать их системы кровоснабжения и иннервации, от которых во многом зависит функционирование этих органов.

В приводящих и отводящих кровеносных сосудах полового члена (артериях и венах) есть специальные валики, или подушечки, способные в разной степени перекрывать просвет кровеносного сосуда. Замыкание просвета поперечного сечения сосуда может осуществляться маятникообразно или одновременно, синхронно с сокращением мышц таза, живота и др. Замыкательные подушечки окончательно формируются к 16—18 годам, то есть к периоду полового созревания.

Так называемое мочеполовое венозное сплетение — сосудистый комплекс для оттока крови из всех расположенных в малом тазу органов — устроено так, что способно еще и депонировать достаточное количество крови для поддержания необходимого кровенаполнения половых органов в период полового акта.

Увеличение полового члена в объеме и приобретение им механической упругости позволяет осуществлять половые сношения и является рефлекторно-сосудистым актом. Именно наполнение пещеристых тел кровью за счет усиления артериального притока и замедления венозного оттока создает условия для возникновения механической твердости, причем при отсутствии неприятных ощущений, сопровождающих обычно пассивный застой крови или лимфы в любом органе.

Головка полового члена при эрекции всегда менее упруга по сравнению со стволом пениса. Такая особенность — закономерное явление, ибо губчатое тело уретры распространяется и на головку, в то время как ствол полового члена, как мы уже говорили, составляют кавернозные тела. На это следует обратить внимание в связи с частыми жалобами мужчин на недостаточную упругость головки, якобы мешающей проведению нормального полового акта. Разница в упругости головки и ствола предназначена для своего рода амортизации между заостренными кавернозными телами и половыми органами женщины.

Размеры полового члена в спокойном состоянии никакого значения не имеют. Необоснованным является представление об эрегированном пенисе, в ряде случаев якобы не соответствующем объему и длине влагалища. Природа позаботилась об этом. Влагалище способно растягиваться и принять орган любой толщины, что наглядно подтверждается способностью пропускать во время родов головку ребенка.

Несоответствие может касаться лишь длины полового члена, но таких случаев бывает не более 1 %. Кстати, медициной зафиксированы лишь единичные случаи, когда длина возбужденного органа достигала 25—27 см. Наибольшая длина пениса, безопасная для женщин, весьма индивидуальна, но в среднем составляет до 20 см. Необходимо помнить, что перед наступлением месячных длина влагалища сокращается.

Во время предварительной любовной игры на конце полового органа может появляться небольшое количество водянистых выделений. Такие предсовокупительные

выделения наблюдаются как у мужчин, так и у женщин, они служат своеобразной смазкой для облегчения введения пениса во влагалище.

Интересно отметить, что принципы анатомического устройства половой системы идентичны у мужчин и женщин. У женщин половыми железами являются яичники, представляющие собой, как и мужские яички, парный орган. Располагаются они в полости таза. В их толще образуются яйцеклетки, созревание которых происходит в отдельных капсулах — фолликулах (именуемых еще по имени автора, впервые их описавшего, графовыми пузырьками).

К моменту выхода яйцеклетки (этот процесс называется овуляцией) фолликул лопается, его содержимое попадает в расширенную часть — «ловушку» яйцевода. Появившаяся на месте фолликула полость заполняется кровью, образуя временную железу — желтое тело, обладающую гормональной функцией. Если вышедшая из фолликула яйцеклетка не слилась со сперматозоидом, то есть оплодотворение не наступило, то желтое тело прекращает функционировать и спустя 12—15 дней происходит очередная менструация.

В яичнике девочки до полового созревания насчитывается огромное количество фолликулов (до 2 млн), но с возрастом большинство их атрофируется: за детородный возраст (30 — 35 лет) только около 400 яйцеклеток созревают и могут быть оплодотворены.

Кроме образования зародышевых клеток, яичники выделяют непосредственно в кровь женские (эстрогены и прогестерон) и небольшое количество мужских половых гормонов — андрогенов, то есть обладают гормональной функцией. Считается, что последние главным образом определяют половое влечение.

Половыми путями, по которым следует зрелая яйцеклетка из яичника в матку, служат яйцеводы, или маточные трубы. Они отходят от углов матки и заканчиваются у яичников воронкообразным расширением — своеобразной ловушкой для яйцеклеток, периодически выходящих из яичников. Кроме того, в яйцеводах происходит оплодотворение яйцеклетки сперматозоидом, после чего оплодотворенное яйцо движется в полость матки. Матка, мощнейший мышечный орган, по силе сокращений не имеющий равных в человеческом организме, расположена в полости таза и имеет форму груши. Широкая ее часть (дно) обращена вверх, а узкая нижняя часть (шейка) — вниз и выступает в просвет влагалища.

Если произвести горизонтальное сечение матки, то полость ее будет напоминать треугольник, в двух углах которого открываются своими отверстиями яйцеводы, а в третьем (нижнем) углу — канал шейки матки.

Полость матки выстлана слизистой оболочкой, клеточный состав которой периодически меняется вследствие отторжения слоев слизистой при менструации. Канал шейки матки благодаря выделению железами секрета закрыт стекловидно-слизистой пробкой, и только разжижение слизи ферментами способствует его открытию, что бывает при попадании семенной жидкости в момент совокупления.

Влагалище представляет собой сплюснутую по горизонтали мышечную эластическую трубку, соединяющую наружные и внутренние женские половые органы. Являясь совокупительным органом женщины, оно также служит своеобразным резервуаром для накопления излившейся при совокуплении семенной жидкости, откуда сперматозоиды проникают в канал шейки матки. Кроме этого влагалище вместе со своим преддверием принимает участие в родовом акте.

Мышечно-эластическая стенка влагалища изнутри покрыта слизистой складчатой оболочкой, придающей влагалищу вид гофрированной трубки. Складчатость сглаживается к старости и частично после родов.

Реакция среды во влагалище, как правило, кислая, чему способствует молочная кислота, образуемая в результате расщепления глюкозы влагалищной микрофлорой, и подвержена циклическим изменениям (в зависимости от фазы менструального периода). Наибольшая кислотность отмечается в предменструальный период, наименьшая — в середине межменструального промежутка. Во время месячных реакция среды щелочная (последняя постоянна у девочек и у старых женщин).

Многих интересует вопрос о возможном расширении влагалища вследствие родов и снижении при этом сексуальной чувствительности. Да, в процессе родов влагалище действительно расширяется, но после нормальных родов его объем возвращается в исходное положение примерно через 2 месяца. Несколько по-другому обстоит дело при патологических родах, сопровождающихся разрывами тканей влагалища. В таких случаях его объем восстанавливается медленней.

Мощным стимулятором, обеспечивающим адекватное половое возбуждение мужчины и женщины, служат наружные половые органы женщин. Во время совокупления

они функционально объединяются с влагалищем, чем усиливают и поддерживают сексуальное возбуждение. Наружные половые органы располагаются спереди на поверхности таза. С наступлением половой зрелости они прикрываются волосами.

Прямо над половой щелью расположена толстая подушечка трехугольной формы, обращенная вершиной вниз,— лобок, или бугорок Венеры. Ниже лобка начинаются большие половые губы, представляющие собой округлые складки кожи, ограничивающие с боков половую щель. Внутренняя поверхность больших губ имеет характер слизистой оболочки, что предохраняет их от раздражения при движениях и ходьбе. В обычном состоянии они сомкнуты, но при половом возбуждении они наполняются кровью, набухают и слегка раздвигаются, облегчая тем самым процесс совокупления.

Раздвинув большие губы, можно увидеть две небольшие складки кожи — малые половые губы, между которыми расположено преддверие влагалища. В него открывается своим наружным отверстием мочеиспускательный канал и выводные протоки множества желез, секрет которых увлажняет вход во влагалище, прикрытый у девушек девственной плевой — гименом. Она представляет собой тонкую, весьма эластичную соединительнотканную перепонку с одним или несколькими овальными или полулунными отверстиями, через которые у девушек и женщин, не живших половой жизнью, выделяется наружу менструальная кровь.

Девственная плева различна по толщине, плотности, эластичности, насыщенности кровеносными сосудами и нервными окончаниями, что объясняет далеко не одинаковые ощущения и последствия при первом половом сношении. У большинства разрыв плевы при первом совокуплении сопровождается небольшим кровотечением и болью, но есть девушки, у которых это происходит без особых ощущений. Более того, известны случаи, когда вследствие удивительной эластичности плева оставалась целой при нормальной половой жизни и разрывалась только в процессе родов.

Самым возбудимым местом у женщины является клитор, располагающийся в верхней части половой щели. В обычном состоянии прощупывается лишь его головка — мягкое овальное образование величиной от просяного зерна до небольшой горошины. Кроме головки, у клитора различаются тело и две ножки. Все его части состоят из кавернозных тел, поэтому он считается уменьшенной копией мужского полового члена

и подобно последнему заметно увеличивается при половом возбуждении. Величина клитора, пожалуй, еще более переменна, чем величина мужского полового члена, но в половой потенции это заметной роли не играет.

Как у мужчин, так и у женщин функция половых желез находится под контролем очень сложного нейрогуморального механизма их регуляции. Так, одним из обязательных условий функционирования половых желез служит нормальная деятельность так называемого мозгового придатка (гипофиза), передняя доля которого выделяет в кровь биологически активные вещества (тронные гормоны), являющиеся стимуляторами секреции половых гормонов и продукции половых клеток.

Секреция и высвобождение гормонов находится под контролем специальных центров, расположенных в диэнцефальной области мозга (гипоталамусе). Эти центры продуцируют соответствующие названным гормонам гонадотропиносвобождающие факторы, или «рилизинг-гормоны». Интересно, что их выделение обратно пропорционально уровню половых гормонов и количеству половых клеток в организме; высокая концентрация половых гормонов в крови и наличие большого количества созревших половых клеток замедляют выделение гипоталамусом соответствующих «рилизинг-гормонов» и наоборот.

В половой жизни человека огромную роль играет центральная нервная система, в первую очередь кора головного мозга. В сложнейшие корреляционные механизмы включены все железы внутренней секреции и такие жизненно важные органы, как печень и почки. Отсюда понятно, что причиной расстройств половой функции могут послужить не только изменения самих половых органов, но и нарушение нормальных механизмов их регуляции.

Сексуальность человека

История человечества насчитывает приблизительно 5,5 млн лет, но первобытный человек стал человеком разумным — *Homo sapiens* — только около 40 тыс. лет назад.

Взаимодействие человека с природой на одном из этапов ознаменовалось появлением групп и сообществ людей, чему способствовали совместный труд, создание материальных благ и необходимость обеспечения своего существования на Земле. Важную роль в этом сыграла сексуальность, которая побудила людей к межличностным

контактам и связям. Она стала одним из двигателей, объединяющих людей и формирующих их многомерную совместную жизнь.

И до сегодняшнего дня смысл понятия «сексуальность» раскрыт далеко не полностью. Ее рассматривают как специфический психосоматический язык тела, как особую форму коммуникации.

Проявления сексуальности многообразны и во многом отличаются у мужчин и женщин. Общим является половое влечение, или либидо.

Начало научному употреблению термина либидо (лат. *libido* — влечение, желание) положил немецкий сексолог А. Молль, опубликовавший в 1897 г. монографию по этому вопросу. В противоположность фрейдистской психоаналитической трактовке либидо приведенная А. Моллем аргументация либидо как взаимодействия инстинктивных и сознательных действий в половом поведении во многом созвучна с современными взглядами.

Отнесение полового влечения к инстинктам и его сравнение с чувством голода является ошибочным и упрощенным. Половой инстинкт — самый древний, поэтому человеку потребовалось много усилий и воли, отточенных сознанием, чтобы не идти у него на поводу. В процессе эволюции человек приобрел ряд качественно новых прибавок, и в первую очередь — способность к абстрактному мышлению и речи. В результате этого человек получил упорядоченное представление об окружающем мире и его собственном месте в нем.

Современная психология, исходя из основных положений марксизма-ленинизма, рассматривает сознание как отражение окружающей действительности, направленное на регулирование отношений с окружающим миром, и прежде всего с другими людьми. Очень важным аспектом зрелого сознания является половое, становление которого представляет одну из важных сторон формирования личности. В понимании советского сексопатолога Г. С. Васильченко половое сознание подразумевает сознание человеком самого себя как носителя определенного пола, а также выработку системы морально-этических установок, регламентирующих сексуальное поведение.

Становление полового сознания у мужчин проходит 4 стадии: понятийную, романтическую, сексуальную и зрелого полового сознания.

В понятийной стадии происходит формирование простейших логических категорий: ребенок осознает себя носителем определенного пола, а разница в строении гениталий в этот период вызывает только простое любопытство.

В романтической стадии появляется эмоциональный компонент, что находит отражение в эротических фантазиях мальчика. Характерной особенностью этого периода является отсутствие специфически окрашенного интереса к женскому полу. Полученное мальчиком ранее элементарное представление об окружающем мире и своем месте в нем развивается, в результате чего формируется собственная внутренняя система оценок, на которой в последующем основывается морально-этический кодекс личности. Эта система глубоко эмоциональна и специфична для каждого индивидуума, вот почему в романтической стадии отмечается столь часто высокий накал чувств и убежденность в их вечности и неповторимости. Присущий данной стадии платонический (эмоциональный) компонент, по образному выражению Г. С. Васильченко, «возвышает половой инстинкт до истинно человеческой любви».

Сексуальная стадия специфична для мужчин и характеризуется сильным пробуждением полового инстинкта. Она, как правило, совпадает с периодом полового созревания, в котором появляются специфические для юноши эрекции, сопровождающиеся выраженным половым возбуждением. Изменения, происходящие в это время, нередко приводят к такой высокой напряженности, что порождают явления юношеской гиперсексуальности, обуславливая определенные конфликты с уже определившейся системой морально-этических установок личности. Этим объясняются душевные переживания и кризисные состояния.

Спустя некоторое время благодаря наступлению духовной зрелости у молодого человека постепенно формируется зрелое половое сознание. При этом мужчина обретает контроль над своим половым поведением и легко подавляет противоречащие его морально-этическим установкам сексуальные тенденции, что становится возможным благодаря гармоничному соотношению понятийного, возвышенно-эмоционального и специфического сексуально-чувственного компонентов с установившейся системой морально-этических установок.

В отдельных случаях может наблюдаться неполное развитие, а иногда и полное выпадение некоторых стадий. Наиболее часто наблюдается недоразвитие (выпадение) романтической стадии, и сразу вслед за понятийной наступает сексуальная стадия, в результате чего крайне обедняется мир истинно человеческих чувств. Половая близость у таких мужчин сводится к механическим

совокупительным рефлексам. При недоразвитии сексуальной стадии наблюдается отсутствие или приглушенность сексуального компонента», такие мужчины на всю жизнь сохраняют чисто романтическое, платоническое отношение к женщине.

В настоящее время общепринят системный подход к либидо. В широком понятии оно включает в себя нейрогуморальный и корковый (условнорефлекторный) компоненты. Первый проявляется после юношеской гиперсексуальности в виде общего, без специфической сексуальной окраски, фона, воспринимаемого как состояние физиологического, сексуального комфорта; корковый компонент либидо представлен половой доминантой (возбуждением), возникающей в коре головного мозга при воздействии сексуальные раздражителей. Половая доминанта обуславливает специфическую сексуально-эротическую окраску либидо и осознание полового влечения, направленного уже на определенный сексуальный объект. Если нейрогуморальный компонент либидо связан с функцией определенного анатомофизиологического комплекса, в частности единой нейрогуморальной системой, то корковый — явление системное, тесно сочетающее врожденные (анатомо-физиологические) и индивидуально приобретенные (условно-рефлекторные) механизмы возбуждения в различных отделах нервной системы. Двухкомпонентная природа либидо у мужчин приводит к значительным колебаниям его интенсивности в различных условиях.

Двойственность либидо подталкивает к необходимости рассмотреть и мотивационные аспекты полового влечения. Они определяются многими факторами, в первую очередь отделением (эмансипацией) чисто поведенческих проявлений сексуальности от сексуальных проявлений в рамках воспроизводства рода, а также возрастной сменой ведущих мотиваций.

Мотивы полового акта у мужчин весьма разнообразны. В стадии зрелого сексуального сознания можно выделить четыре типа сексуальных мотиваций (Г. С. Васильченко).

Первый характеризуется относительной стабильностью и регулярностью сексуального ритма, строящегося на сохранении физиологического сексуального комфорта, поэтому и именуется гомеостабилизирующим (от греч. гомео — подобный, одинаковый и стазис — неподвижность, состояние). Наиболее часто он присущ мужчинам, в шкале ценностных ориентаций которых

сексуальная сфера занимает подчиненное место. Не отказываясь от положительных эмоций и сексуального удовлетворения, в половой близости они находят лишь разрядку от сексуального напряжения, отвлекающего их от выполнения основных жизненных задач.

Снятие сексуальной возбужденности сопровождается у них приятным ощущением физиологического комфорта и характеризуется индивидуальным по длительности периодом сексуального удовлетворения.

Второй, так называемый игровой, тип мотиваций отличается гармоничным сочетанием романтического и сексуального компонентов полового сознания, в результате чего каждый половой акт переживается как неповторимое событие, которого не было в прошлом и не будет в будущем. Мужчины этого типа всегда приносят в половую близость игру воображения.

При третьем, шаблонно-регламентированном, типе сексуальных мотиваций мужчины придерживаются определенного стандарта. Половые акты они совершают, выполняя супружескую обязанность. К таким шаблонам они приходят разными путями (ранняя, с начала половой жизни, или поздняя стандартизация) и придерживаются их всю жизнь.

Четвертый, генитальный, тип, как правило, наблюдается у мужчин со сниженным интеллектом, у которых не развит корковый компонент либидо. К половым сношениям они стремятся вследствие появления эрекции, поэтому ритм половой жизни у них всецело определяется половой сферой, а избирательность объекта и морально-этические мотивы обычно отсутствуют.

Тип мотиваций сексуального поведения определяется взаимодействием природных свойств человека и сложившейся системой его морально-этических установок.

Одним из характерных проявлений мужской сексуальности является эрекция полового члена — увеличение его первоначального объема и приобретение механической упругости. Эрекция представляет собой сложный рефлекторно-сосудистый процесс, во время которого происходит переполнение пещеристых тел полового члена кровью, напряжение мышц промежности и приподнимание члена. Как правило, при эрекции пенис увеличивается в объеме, кровоток в нем усиливается и 6—8 раз, а артериальное давление внутри пещеристых тел достигает около 60% такового в общих сонных артериях.

Механизм эрекции образно сравнивают с «триумфом биомеханики», превзойти который пока не может ни одно инженерное решение: мягкие ткани превращаются в тело, отличающееся относительной твердостью, это состояние поддерживается в течение определенного времени, не вызывая тягостных ощущений, приток крови уравнивается соответствующим оттоком, железистые образования взаимодействуют, выдерживая строго отрегулированный ритм и последовательность, и при этом в середине созданной повышенным давлением структуры остается незатрудненный проход для семенной жидкости.

Эрекции бывают адекватными, то есть возникающими в ответ на сексуальный раздражитель, и спонтанными — появляющимися в его отсутствие. Спонтанным эрекциям способствует застой крови в половых органах при переполненном мочевом пузыре, поэтому такие возбуждения пениса обычно быстро прекращаются после мочеиспускания. Возникновение спонтанных эрекций является физиологическим явлением и может считаться показателем нормальной половой функции.

Если ночные спонтанные эрекции появляются ежедневно, продолжаются долго, сопровождаются болевыми ощущениями и нарушают сон, это может свидетельствовать о возможной патологии. В подобных случаях необходима консультация врача.

Другая крайность: ночные и утренние эрекции совсем не возникают. Такая ситуация возможна при очень частых половых актах. Кроме того, после 50 лет постепенное физиологическое уменьшение частоты возникновения эрекций является нормальным, ибо это связано с возрастным угасанием половой функции.

У здорового мужчины половой акт заканчивается семяизвержением (эякуляцией), сопровождаемым оргазмом (от греч. *оргао* — пылаю страстью) — высшей степенью ощущения наслаждения. Семяизвержение — тоже рефлекторный процесс, но гораздо более сложный, чем эрекция. Этот рефлекс замыкается в особом центре, расположенном в поясничном отделе спинного мозга. Процесс эякуляции регулирует кора головного мозга, что подтверждают факты наступления эякуляции под влиянием чисто психического полового возбуждения без раздражения эрогенных зон пениса, а также психически обусловленные расстройства эякуляции, когда половой акт с определенной женщиной никогда не заканчивается семяизвержением.

Эякуляция проходит две фазы: выведения семени и его выбрасывания. В фазе выведения осуществляется непроизвольное сокращение гладких мышц простаты, семенных пузырьков, семявыносящих протоков, замыкание внутреннего сфинктера мочевого пузыря и перемещение секрета яичек в простатическую часть мочеиспускательного канала. Секрет, стимулирующе действуя на соответствующие нервы, вызывает вторую фазу, в которой уже образуется не яичковый секрет, а эякулят, обладающий оплодотворяющей способностью. Благодаря мощному сокращению целого комплекса мышц и мускулатуры тазового дна фаза выбрасывания происходит энергично и достигает такой силы, что у отдельных мужчин семенная жидкость извергается на значительное расстояние.

Эякуляция непроизвольна — остановить или задержать уже начавшееся семяизвержение невозможно. Время его наступления очень индивидуально даже у одного и того же мужчины и, как правило, зависит от длительности предшествующего полового воздержания. Определенное значение имеет степень раздражения эрогенных зон, органов чувств, активность партнерши и т. д.

Семяизвержение обычно завершается оргазмом, интенсивность которого зависит от объема и силы выброса семени. Ощущение наслаждения обычно убывает с ослаблением силы каждого последующего толчка извергающейся спермы. Оргазм является субъективным ощущением, анатомо-физиологическим субстратом его служат высшие отделы центральной нервной системы.

В отличие от мужчины женщинам свойственны только половое влечение, половое возбуждение и оргазм, которые имеют свою специфику.

Половое влечение у женщин представлено двумя компонентами — стремлением к ласке и нежности (эротическое либидо) и стремлением к интимной близости (сексуальное либидо). Эротическое либидо, чуждое природе мужчин, присуще практически всем женщинам, ибо только около 1% не испытывает потребности в ласках

Одним из ранних проявлений полового влечения является чисто платоническое появление интереса к противоположному полу. Возникновение и становление эротического либидо тесно связано с повышением уровня половых гормонов, наступающим в период полового

созревания. Это подтверждается прямой зависимостью между началом менструаций и возникновением эротического либидо, его запаздыванием при задержке полового созревания, исчезновением после кастрации или выраженной гормональной недостаточности яичников. У здоровых женщин эротическое либидо сохраняется в течение всей жизни, сопровождая появившееся позднее сексуальное либидо. Некоторые женщины в своем развитии могут остановиться на эротической стадии либидо.

Сексуальное либидо, как правило, развивается в процессе регулярной половой жизни и зачастую лишь после появления оргазма. В отличие от эротического, зависящего от гормональной насыщенности организма, развитие сексуального либидо обусловлено индивидуальными особенностями, половой конституцией, социальными факторами и в меньшей степени — концентрацией и уровнем половых гормонов.

Как правило, половое влечение более развито у жизнерадостных и общительных, чем у замкнутых, женщин. Как считает большинство исследователей, либидо у женщин достигает своего максимума примерно к 30 годам, удерживаясь на стабильном уровне до 55 лет, и лишь затем постепенно снижается. Закономерное снижение полового влечения отмечается после 60 лет, а поэтому его повышение в этом возрасте почти всегда расценивается как патологическое явление. Высокий уровень либидо значительно дольше удерживается у многорожавших женщин, хотя у лиц, перенесших патологические роды, может отмечаться более раннее снижение полового влечения. То же может быть и у женщин, которым присущи болезненные месячные.

У большинства женщин желание к интимной близости наступает после своеобразных подготовительных ласк мужчины. Эффект значительно усиливается раздражением так называемых эрогенных зон, которые у женщины распределены по телу весьма индивидуально. Считается, что самыми чувствительными являются губы, рот, мочка уха, затылок, средняя линия спины (так называемое «кошачье место»), молочные железы, внутренняя поверхность бедер и половые органы, наибольшей возбудимостью отличаются половые губы и клитор.

В отличие от мужчин большинству женщин свойственны колебания силы полового влечения. Так, в

период овуляции (время выхода из яичников созревшей яйцеклетки) относительно мало женщин достигают максимума либидо, хотя именно это время является самым благоприятным для зачатия. Перед менструацией или сразу после нее у многих женщин наблюдается усиление полового влечения. Наконец, встречаются женщины, проявляющие желание к половой близости только в определенные дни менструального цикла. Временное снижение либидо бывает во время болезней, после умственного и физического переутомления, отрицательных эмоций.

Каких-либо четких закономерностей в изменении уровня полового влечения женщины не установлено. Оно весьма индивидуально и скорее зависит от ее психического состояния.

Определенная часть женщин может испытывать оргазм. В отличие от мужского пикообразного оргазма женский оргазм протекает в большинстве случаев волнообразно, насчитывая от 5 до 12 волн оргастических ощущений, причем с каждой волной интенсивность наслаждения возрастает. Однако встречаются женщины с однократным кратковременным пикообразным оргазмом, который все же продолжительнее, чем у мужчин. В редких случаях наблюдается так называемый затяжной, волнообразный оргазм, длящийся до 1—3 и даже 4 часов. Встречаются и так называемые мульти-оргастические женщины, способные в течение одного полового акта испытывать несколько оргазмов, причем каждый следующий они переживают с большей интенсивностью.

Важным условием для достижения женщиной оргазма является раздражение клитора и влагалища — так называемых мест оргастических ощущений. Большая половина женщин отмечает возникновение возбуждения в области клитора и около 35 % — во влагалище.

Сторонники психоанализа считали клиторный оргазм незрелым, а женщин, испытывающих такой оргазм, причисляли к апаргастичным. Психоаналитики создали так называемую теорию перемещения, согласно которой клиторный оргазм у женщины с возрастом сменяется влагалищным. Если такое перемещение не наблюдалось, женщин причисляли к сексуально недоразвитым личностям.

Новейшими психологическими и клиническими исследованиями доказана несостоятельность этой теории. Более того, у определенного числа женщин

сначала появляется влагалищный оргазм и лишь йотом клиторный. Обычно в процессе половой жизни у женщин расширяются эрогенные зоны, и источники полового удовлетворения как бы возрастают. Опрос женщин, испытывающих чувство наслаждения при раздражении клитора и влагалища, не показал существенных различий в физиологической стороне оргазма.

Способность женщины к оргазму в определенной степени зависит от продолжительности половой жизни и сексуального опыта. Если у мужчин оргазм обычно наблюдается без какой-либо предварительной практики, то у большинства женщин он наступает после более или менее длительной регулярной половой жизни, а зачастую после первых или вторых родов.

Не каждую женщину и не каждая половая близость удовлетворяет одинаково. Так, некоторые женщины могут ощущать чувство удовлетворения без оргазма, что не вызывает у них дискомфорта, ибо половая близость является для них символом и физическим выражением любви. В то же время есть женщины, у которых отсутствие регулярного оргазма вызывает неудовлетворенность и подавленность.

Мужчина должен изучить, что и как доставляет женщине наслаждение. Понимание, терпение и тонкость чувств не исключают страстного желания, а дополняют его. Грубая настойчивость, как и слишком неуверенное поведение, могут охладить женщину; у нее сильнее развито чувство меры и времени, поэтому поведение мужчины зависит от того, насколько глубоко он чувствует желания любимой женщины.

Следует подчеркнуть, что у женщины психологический компонент не только воздействует на оттенки полового акта, как чаще всего бывает у мужчины, но и играет определяющую роль. Она должна видеть в мужчине если не воплощение своего идеала, то, во всяком случае, близкого, дорогого, уважаемого человека.

Сексуальные проявления у мужчин и женщин разнообразны, они направлены на обеспечение природной функции полов — продолжение рода и вида *Homo sapiens*, на получение чувственного наслаждения, связанного с половой жизнью, и служат основой, на которой надстраивается психологическая, духовная близость.

Копулятивный цикл как единая поведенческая реакция

Сексуальная функция человека теснейшим образом связана со стремлением мужчины и женщины к физическому и духовному единству. При встрече соответствующих друг другу в половом отношении партнеров интимная близость становится постоянной потребностью и источником наслаждения.

В настоящее время большинство исследователей считают правильным говорить не о половом акте, а о копулятивном цикле, начинающемся с осознания желания непосредственного полового сближения и завершающемся без угасания, сформировавшегося в головном мозге центра полового возбуждения (доминанты). Копулятивный цикл — это единая поведенческая реакция, в которой тесно связаны все биологические и социальные аспекты полового поведения (рис. 3).

Деление копулятивного цикла на стадии впервые было предложено советской сексологией (Г. С. Васильченко). Эта концепция сохранила свои преимущества перед более поздними зарубежными работами до настоящего времени.

Каждая стадия отделяется от предыдущей совершенно четкими сексологическими показателями (возникновение половой доминанты, появление эрекции, введение полового члена во влагалище, проведение фрикционных движений, эякуляция, состояние абсолютной половой невозбудимости).

В основу деления копулятивного цикла на стадии положена естественная последовательность всех функциональных элементов, которые обеспечивают физиологическое протекание нормального полового акта. Это деление исходит из того, что нормальному мужчине свойствен определенный уровень сексуальной напряженности, который возникает в период полового созревания и сохраняется на протяжении всей его жизни. Такой уровень сексуальной напряженности у мужчин обозначается как состояние предварительной нейрогуморальной готовности, это еще не стадия копулятивного цикла.

При воздействии сексуальных раздражителей с момента возникновения в коре головного мозга возбуждения — так называемой половой доминанты — начинается первая, психическая стадия копулятивного цикла. Ее характерным признаком является осознание

полового желания, направленного на определенный сексуальный объект. Речевое воздействие на объект, подкрепляемое в последующем тактильным раздражением эрогенных зон, приводит, особенно при положительных ответных реакциях со стороны женщины, к напряжению полового члена — наступает вторая, эрекционная стадия. После введения полового члена во влагалище начинаются так называемые копулятивные фрикции (поршнеобразные движения), определяющие начало третьей, фрикционной стадии. Благодаря фрикциям резко возрастает острота сексуального возбуждения, по времени совпадающего с началом семяизвержения и наступлением эякуляторной стадии. Затем происходит спад нервного возбуждения и наступает последняя, рефрактерная стадия — половая невозбудимость.

Стадия рефрактерности определяется индивидуальными, возрастными и ситуационными факторами. Как правило, она удлиняется с возрастом и зависит от типа половой конституции. Чаще всего непосредственно после семяизвержения наступает период, в течение которого никакие воздействия не вызывают эрекцию полового члена (период абсолютной половой невозбудимости). По истечении некоторого времени можно интенсивными и необычными возбуждениями вызвать эрекцию и повторение полового акта (период относительной половой невозбудимости). В определенных условиях (сильная половая конституция, молодой возраст, отсутствие усталости, положительные эмоции и т. д.) стадия рефрактерности может быть настолько короткой и замаскированной, что мужчина продолжает производить повторные половые акты после полных эякуляций, не извлекая полового члена из влагалища. При нормальном протекании копулятивного цикла наблюдается строгая последовательность смены стадий.

Наличие рефрактерного периода объясняется биологическими факторами: поскольку совокупление предназначено природой для продолжения человеческого рода, то основной ролью мужчины является отдача пригодной для оплодотворения спермы, которая может быть полноценной только спустя определенное время после эякуляции, так как с каждым последующим семяизвержением в эякуляте уменьшается количество сперматозоидов.

Чтобы уточнить смысловое значение конкретного анатомо-физиологического комплекса и выполняемой им



Рис. 3. Схема взаимодействия стадий и составляющих копулятивного цикла (Васильченко, 1977).

функции, в сексологию введено понятие основных составляющих копулятивного цикла.

Концепция о составляющих копулятивного цикла была разработана Г. С. Васильченко на основе гармонического анализа и общей теории функциональных систем советского физиолога академика П. К. Анохина, в частности его учения о механизмах функциональной системы как саморегулирующегося аппарата, нацеленного на достижение конечного результата, в данном случае — обеспечение нормального полового акта и процесса размножения. Согласно этой концепции, у мужчин выделяются нейрогуморальная, психическая, эрекционная и эякуляторная составляющие копулятивного цикла, а у женщин — нейрогуморальная, психическая и генито-сегментарная составляющие. Общими для обоих полов являются нейрогуморальная и психическая составляющие.

Нейрогуморальная составляющая связана с гормональным обеспечением половых функций. Она выполняет самые ответственные задачи по первичному формированию всей сексуальной сферы в периоде внутриутробного развития плода, организации начала ее нормального функционирования во время полового созревания, сохранению сексуальности и нормальной

плодовитости человека в детородном периоде. Нейрогуморальная составляющая также обеспечивает выраженность полового влечения и соответствующую возбудимость всех отделов нервной системы, участвующих в регуляции половой деятельности человека. Нейрогуморальная составляющая формируется раньше других, и различные ее нарушения неизбежно сказываются на формировании и функционировании всех других составляющих.

Анатомо-физиологической основой нейрогуморальной составляющей являются так называемые глубокие структуры мозга, и в первую очередь гипоталамус (диэнцефальная область) и лимбическая система, а также эндокринные железы, главные из которых — гипофиз, половые железы, надпочечники и щитовидная железа.

Вслед за нейрогуморальной формируется психическая составляющая, хотя функциональная активность ее проявляется лишь по достижении половой зрелости. Психическую составляющую образно можно уподобить распределительному пульту, от которого зависит, когда, куда и в какой форме будет направлена сексуальная энергия.

Анатомо-физиологической основой психической составляющей является кора головного мозга, обеспечивающая специфические для человека формы половой активности, включая соответствие поведенческих реакций морально-этическим установкам и конкретной ситуации. Кроме того, она определяет направленность полового влечения и облегчает возникновение эрекции у мужчин.

Нейрогуморальная и психическая составляющие как общие для обоих полов являются составляющими более высокого ранга, отличаются большими размахами реактивности и функциональной ранимостью по сравнению со специфичными для каждого пола эрекционной и эякуляторной (у мужчин) и генитосегментарной (у женщин).

Эрекционная и эякуляторная составляющие специфичны для мужчин. Первая, как это ясно из названия, обеспечивает эрекцию полового члена. Анатомо-физиологической основой ее являются спинномозговые центры эрекции с приводящими и отводящими нервными волокнами, а также сосудистый аппарат полового члена.

Эякуляторная составляющая обеспечивает выделение спермы. Ее анатомо-физиологической основой служит

целая цепь структурных элементов, начиная от предстательной железы и кончая нервными центрами в головном мозге, расположенными в так называемых парацентральных долях.

Как говорилось, у женщин наблюдаются три составляющие копулятивного цикла: нейрогуморальная, психическая и генито-сегментарная (последняя сугубо специфична и не является аналогом эрекции и эякуляторной составляющих мужчин). Название «генито-сегментарная» она получила от своей анатомо-физиологической основы — женских половых органов (гениталий) и нервных образований вплоть до пара-центральных долек головного мозга, принимающих участие в их иннервации на различных сегментарных уровнях. Наряду с другими генито-сегментарная составляющая обеспечивает женщине специфические ощущения при половом акте и оргазм.

В отличие от копулятивных стадий, прекращающих действие по истечении определенного времени, каждая составляющая начинает функционировать, наслаиваясь на предыдущие в строгой последовательности с момента своего включения до полного завершения всего копулятивного цикла. Так, нейрогуморальная составляющая после включения психической продолжает ее сопровождать и активно поддерживать. Аналогично этому после подключения эрекции психическая составляющая не отключается, а действует в унисон с нею. При отсутствии такой закономерности наблюдаются патологические синдромы, например эякуляция без эрекции или эякуляции без оргазма. Несмотря на поражение составляющих при половых расстройствах, теснейшая взаимосвязь их наблюдается и в патологии.

Половая жизнь человека

Под половой жизнью подразумевается совокупность телесных, психических и социальных процессов, в основе которых и посредством которых удовлетворяется половое влечение.

Содержание этого понятия раскрыто в концепции здоровой половой жизни, выдвинутой экспертами Всемирной организации здравоохранения: «1. Способность наслаждаться половой жизнью, иметь детей и контролировать свое поведение в соответствии с общественной и личной этикой. 2. Свобода от страха... чувства вины и предрассудков, а также прочих психологических

факторов, подавляющих половые реакции и мешающих половым отношениям. 3. Отсутствие органических расстройств, болезней и недостатков, ограничивающих функции пола и репродуктивную (детородную) функцию»¹.

Современная сексология рассматривает половую жизнь человека в социально-историческом, культурном и медико-психологическом аспектах. Прежде всего, половая жизнь — это неотъемлемая часть человеческой культуры, которая, с одной стороны, выражает и обобщает, а с другой — регламентирует и координирует существующее многообразие сексуальных проявлений человека. В процессе эволюции животного мира с усовершенствованием высших отделов центральной нервной системы произошел перенос акцента с инстинктивных реакций на более сложные формы поведения. На уровне человека решающую роль в определении форм полового взаимодействия получила система морально-этических взглядов личности. Основной особенностью человеческой сексуальности, как мы отмечали, является то, что переживания, связанные с удовлетворением полового инстинкта, в основном отделены от его первоначальной биологической роли — продолжения рода. Это обусловило гуманизацию полового чувства и послужило фундаментом для превращения элементарного полового влечения в высшее человеческое чувство — любовь, когда взаимоотношения мужчины и женщины приводят не только к чувственному наслаждению, но и дают счастье глубокой психологической и духовной близости.

Несмотря на интимность, сексуальные отношения суть общественные отношения, и это накладывает на них особый отпечаток.

Социальность сексуальных проявлений предполагает условное присутствие своеобразного наблюдателя, то есть наличие социально значимых представлений (сформированных на основе взглядов не только современников, но и предшественников), определяющих допустимое и недопустимое при половой близости. Проявлением подобного самоконтроля является чувство стыда. По образному выражению Ж. М. Гюйо, «стыд цивилизовал любовь».

В ходе исторического развития определяется соответствующая данному обществу система норм половой морали.

¹ Хроника ВОЗ.- 1975.- Т. 29, № 6.- С. 282-289.

Потребительство в сфере половой жизни, оборачиваясь «свободой» от ответственности в любви, в конечном счете, чревато деиндивидуализацией половых отношений и эмоциональной неудовлетворенностью.

В медико-психологическом аспекте половая жизнь является важным звеном нормальной жизнедеятельности всего организма. Универсальной биологической «нормы» половой жизни не существует. Ее интенсивность, продолжительность, эмоциональная окрашенность весьма различны и зависят от возраста, типа половой конституции и индивидуальных особенностей человека.

Возрастная динамика половой жизни обусловлена спецификой половой функции мужчин и женщин. Активное сексуальное влечение пробуждается в период полового созревания и обусловлено соответствующим уровнем половых гормонов в крови.

У мальчиков-подростков возможно проявление юношеской гиперсексуальности с эротическими фантазиями и сексуальными играми. Эротические стремления подростков часто не сопровождаются потребностью в половом контакте. Несмотря на более раннее созревание девочек, эротическое влечение к противоположному полу у них появляется значительно позже, чем у мальчиков.

У юношей сексуальные проявления всегда окрашены положительными эмоциями, колеблющимися только по степени их яркости. К моменту совокупления сексуальность мужчин почти всегда пробуждена, и они активно ищут повторной близости. Между тем сексуальные проявления у девушек не только окрашены психическими опасениями (боязнь нежелательной беременности, страх быть покинутой), но и сопровождаются физической травмой (лишение девственности).

Если для начала половой жизни характерно повторение половых актов на протяжении суток (так называемые эксцессы медового месяца), то в период зрелой сексуальности частота половых актов стабилизируется и приближается к индивидуальным нормам, определяемым половой конституцией, морально-психологическими установками и условиями жизни. Брак создает возможность для постоянной интимной близости, и половые излишества становятся редкими. Супруги стараются придерживаться свойственного им определенного ритма половой активности, который соответствует в среднем 2—3 сношениям в неделю.

На определенном этапе жизни у людей наступает так называемый климактерический период. Это физиологическое

явление, обусловленное инволюцией половой системы.

У многих климактерический период протекает без ярко выраженных нарушений здоровья. У женщин урежается ритм менструальных кровотечений, а затем наступает их полное прекращение (менопауза). Однако немало людей (40 % женщин и 10 % мужчин) при климаксе страдают от изменения нормальной деятельности сердечнососудистой системы и эндокринных органов. Часто наступает ожирение, изменяется кровяное давление, нарушается деятельность вегетативной нервной системы, повышается раздражительность, наступает депрессия, появляется повышенный или пониженный аппетит, плохой сон и др.

Типичными для климактерического периода являются такие признаки: внезапные «приливы жара» к лицу, голове и верхней половине грудной клетки, покраснение отдельных участков кожи, продолжающееся 2 — 3 минуты и сменяющееся обильным потоотделением, в это время может возникнуть головокружение, учащенное сердцебиение и т. д. Часто обостряются различные свойственные данному лицу заболевания (сахарный диабет, диэнцефальная эпилепсия, нарушение водно-солевого и холестерина обмена, аллергические реакции).

Тщательное медицинское обследование лиц, вступивших в климактерический период, выявляет целый ряд изменений, прежде всего половой системы. В частности, отмечается уменьшение числа функционирующих кровеносных сосудов, что, естественно, ведет к снижению кровоснабжения наружных и внутренних половых органов.

По сравнению с детородным возрастом выделение половых гормонов яичниками при климаксе уменьшается на 50—60 %, однако одновременно может повышаться гормональная функция других эндокринных органов. К примеру, усиливается так называемая андрогинная функция надпочечников, то есть продукция мужских половых гормонов, в результате чего, а также из-за отсутствия боязни нежелательной беременности у многих женщин в менопаузе повышается либидо и потребность в регулярной половой жизни. Практика показывает, что сексуальная неудовлетворенность женщины в период климакса может оказаться причиной различных неврозов.

Функциональные сдвиги в организме человека в период климакса очень сложные и разнообразные,

охватывают не только половую систему. Для этого периода характерны нервозность, беспокойство, легкая утомляемость, быстрая смена настроения, головные боли, бессонница, ослабление памяти и т. д.

Анализируя климактерический период мужчины и женщины, следует остановиться на половой жизни в этом возрасте. Ведь отсутствие детородной функции у женщины не лишает половую жизнь смысла. Социальная опосредованность чувства человека превращает половую близость в фактор, играющий огромную роль. Отсюда ясно, что половая жизнь во время климакса, безусловно, физиологически оправданное, нормальное явление.

С прекращением или снижением деятельности половых желез у женщин уменьшаются эластичность стенок влагалища и выделение секрета желез при входе во влагалище, что создает неприятные ощущения при половом акте. В период климакса время подготовки к половому акту должно быть более продолжительным, ибо это улучшает кровенаполнение половых органов, способствует выделению необходимого количества секрета.

Если женщина систематически жила половой жизнью до наступления климакса, то и во время этого периода у нее будут аналогичные физиологические реакции при половом сношении.

С возрастом многие мужчины рассматривают, чуть ли не как единственную радость возможность жить половой жизнью и стремятся активно продолжать ее. В противоположность этой категории мужчин встречаются люди, расценивающие половую жизнь в пожилом возрасте как фактор, ускоряющий одряхление организма, поэтому они вообще избегают половых актов. Есть мужчины, которые, заметив некоторое снижение полового влечения и частоты половых отправлений, строго дозируют половые акты, считая, что этим они продлевают сексуальную жизнь.

Повышенная склонность к заболеваниям у мужчин и женщин в возрасте 50—60 лет, безусловно, играет роль в интенсивности половой жизни. При этом у ряда мужчин может отмечаться снижение половой функции, обусловленное угасанием рефлекторного механизма возбуждения полового члена и снижением продукции половых гормонов в организме. В таких случаях необходимо, чтобы каждый учитывал физиологические возможности партнера.

С уверенностью можно сказать, что сознательное отношение к половой близости может сыграть решающую роль во взаимоотношениях супругов, возраст которых перешагнул за пятьдесят.

Насколько интенсивна, должна быть половая жизнь в этот период?

Прежде всего, нужно подчеркнуть, что «экономить» сексуальные возможности не следует, так же как и искусственно интенсифицировать половую жизнь.

Нормальной следует признать такую частоту, когда не требуется дополнительных усилий для возникновения эрекции, а половые акты не вызывают каких-либо расстройств здоровья супругов.

Замечено, что мужчина, живущий половой жизнью с размеренной интенсивностью и выработавший определенный ритм половых отправлений, сохраняет достаточную половую активность в пожилом и старческом возрасте.

Бытующее мнение, что половая жизнь вредна пожилым людям, неправильно. Это совершенно естественное явление, снимающее подчас раздражительность и нервозность, то есть сохраняющее психическое здоровье.

В сексуальной жизни то, что для одного является нормой, может быть ненормальным для другого. Так, если мужчины с сильной половой конституцией начинают половую жизнь рано, ведут ее интенсивно и поздно заканчивают, то у лиц со слабой половой конституцией сексуальная жизнь протекает иначе.

Эмоциональная окрашенность сексуальных переживаний и степень наслаждения индивидуальны и зависят от морально-волевых качеств личности и ее способности к сопереживанию.

Половая активность человека тесно связана с его жизнедеятельностью. Длительные половые излишества, навязчивый онанизм, беспорядочная смена партнеров — чаще всего проявления общей жизненной дисгармонии. В свою очередь, длительная половая неудовлетворенность может приводить к эмоциональной подавленности, депрессивным состояниям, ибо половая жизнь — важный компонент нормальной жизнедеятельности человека.

Проявления сексуальности у человека очень разнообразны. Можно условно выделить некоторые формы половой жизни:

экстрагенитальные (платоническая любовь, танцы);

генитальные (заместительные проявления половой активности — поллюции у мужчин, эротические сновидения у женщин);
суррогатные формы половой активности (мастурбация, петтинг);
нормальный половой акт.

Часто наблюдается сочетание экстрагенитальных форм с генитальными, как, например, платонической любви с мастурбацией.

То, что платоническая любовь отнесена к основным формам половой жизни, не должно удивлять, ибо именно она порождает яркие эмоции. Способность человеческого воображения к эротизации может сделать сексуально значимым практически любой реальный и идеальный объект (пример: любовь Петрарки к Лауре).

В большинстве случаев платоническая любовь и танцы являются переходными формами и помогают привыкнуть и лучше узнать заинтересовавшего вас человека. Иногда они бывают единственными формами сексуально окрашенных взаимоотношений в течение продолжительного времени, а то и всей жизни.

К заместительным формам половой активности у мужчин относятся поллюции — непроизвольные семяизвержения. Они большей частью бывают ночными, обычно сопровождаются эротическими сновидениями. Как отмечалось, первые поллюции появляются у мальчиков в период полового созревания. У мужчин они играют роль своеобразного заместительного механизма, обеспечивающего извержение семени при его застоях вследствие вынужденного полового воздержания.

Дневные поллюции, наступающие в состоянии бодрствования, могут быть вызваны как адекватными, так и неадекватными раздражителями. Адекватные дневные поллюции бывают следствием воздействия естественных комплексов сексуально-эротических возбуждений (при объятиях, поцелуях), а также тактильных, зрительных и обонятельных раздражений (при виде полуобнаженных женщин на пляже, стрижки волос женщиной-парикмахером и пр.). В отличие от преждевременного семяизвержения, происходящего при половом акте, адекватные дневные поллюции наступают хотя и под влиянием адекватных (сексуально-эротических) раздражителей, но не в адекватной обстановке.

Неадекватные дневные поллюции могут вызываться и несексуальными раздражителями, такими, как положительные (неудержимый смех) и отрицательные

(стыд, страх, гнев) эмоции, спешка, выполнение физических упражнений, транспортные вибрации и пр. Подобные поллюции бывают как при наличии эрекции, так и без нее.

У женщины эротические сновидения могут сопровождаться оргазмом или проходить без него. Наиболее часто они возникают у женщин сильной половой конституции, у которых отсутствует половое удовлетворение при одновременном усиленном либидо и повышенной половой возбудимости, а также у не живущих половой жизнью.

Иногда встречается парадоксальное явление: оргазм есть при эротических сновидениях, и отсутствует при половом акте. В такой ситуации, так же как и при частых эротических сновидениях, вызывающих бессонницу, слабость, раздражительность, ухудшение памяти, головную боль, необходимо посоветоваться с врачом-сексопатологом.

К суррогатным формам полового удовлетворения относят мастурбации и петтинг, к которым в различные периоды жизни прибегает подавляющее большинство людей.

Среди форм половой активности мастурбация, или онанизм,— преднамеренное вызывание оргазма путем самораздражения основных эрогенных зон — занимает второе место после нормального полового акта.

Наиболее часто мастурбация наблюдается в период юношеской гиперсексуальности. Она является своеобразным средством, смягчающим внутреннюю напряженность в психике юноши, порождаемую биологической потребностью. С началом регулярной половой жизни большинство мужчин полностью прекращают мастурбации и могут возвращаться к ней в редких случаях как к временной заместительной форме удовлетворения половой потребности при обстоятельствах, препятствующих проведению половых актов.

В отличие от мужчин частота мастурбации у одиноких женщин, наоборот, увеличивается с возрастом; некоторые продолжают заниматься ею до 60 лет, периодически то, прекращая, то возобновляя онанистические акты.

Почти каждый способен временно воздерживаться от половых актов и снижать остроту полового влечения, переключаясь на другую деятельность (спорт, чтение и т. д.). Но если воздержание служит причиной различных страданий, то против временной заместительной мастурбации нет ни этических,

ни тем более медицинских оснований. Уже в начале XX в. сексологи говорили об «этическом онанизме», с помощью которого рекомендовали преодолевать последствия воздержания, необходимого в разных жизненных ситуациях, и таким образом сдерживать себя.

Однако следует помнить: мастурбация дает только физическую разрядку, но оставляет после себя ощущения опустошенности и одиночества. Поэтому ее можно применять лишь временно, как заместительную форму полового удовлетворения.

К суррогатным формам половой активности относится петтинг (англ. pet — баловать, ласкать, раздражать, в вольном переводе — «игра в возбуждение»). В русском языке это слово употребляется только как научный термин. В отечественной сексологии им принято обозначать преднамеренное получение удовлетворения искусственным возбуждением эрогенных зон в условиях двустороннего контакта, исключающего непосредственное соприкосновение половых органов (Г. С. Васильченко, 1967). Проводимые в абсолютном уединении активные воздействия на основные эрогенные зоны в большинстве случаев заканчиваются оргазмом, по крайней мере, у одного из партнеров.

Если к петтингу прибегают молодые, хорошо понимающие, долго знающие, любящие и уважающие друг друга люди, то у них нет оснований отказываться от подобного удовлетворения своих половых потребностей, а у окружающих — считать их безнравственными. Психология женщины такова, что ей необходима духовная близость, постепенность физического сближения. Такая бережная подготовка к сексуальным раздражениям для молодой девушки более благоприятна, чем половой акт с лишением девственности, который в большинстве случаев сразу не приносит истинного удовлетворения.

В «Камасутре» древние индийцы советовали новобрачным: «...первые три дня после свадьбы муж и жена должны спать на полу (индийский обычай, так же как обычай сидеть не на стуле, а на полу на скрещенных ногах,— Ю. К., А. Щ.) и воздерживаться от любовного сношения... В течение следующих семи дней они должны вместе обедать и наносить визиты... Вечером десятого дня пусть муж обратится ласково к своей жене, чтобы вдохновить ее доверием к себе... Пусть начнет с ней сердечный разговор... Пусть мужчина еще некоторое время

воздержится от сношения, пока не завоеует ее доверия, ибо девушки, будучи деликатными от природы, любят, чтобы ими овладевали деликатным способом. Если женщина подвергнется грубому насилию со стороны мужчины, она может получить отвращение к любовному сожительству... или может почувствовать исключительную неприязнь к собственному мужу».

Мало что можно добавить к этим словам, звучащим и сегодня с такою же силой, как две тысячи лет назад.

Петтинг не является особой формой половой активности, но может обогащать половую жизнь супругов и защищать ее от обыденности. Он является прекрасным дополнением к нормальному половому акту и способствует наступлению оргазма.

Термином «нормальный половой акт» принято обозначать период, начинающийся с момента введения полового члена во влагалище и заканчивающийся семяизвержением и оргазмом.

Формы проведения полового акта различны и зависят от многого: времени его проведения, подготовительных ласк, взаимного расположения партнеров и т. д.

Самым лучшим временем для половой близости является то, когда возникает обоюдное желание, партнеры никуда не торопятся и имеют возможность быть вместе. Предварительные ласки, длительность и направленность которых зависят от многого — продолжительности воздержания, настроения, силы чувства и т. д., — это подготовка к половому акту. Лучше всего его начинать тогда, когда женщина больше всего стремится к нему или, по крайней мере, не против него.

Лучшим является то положение, которое в данных конкретных условиях приносит максимальное удовлетворение обоим партнерам. Когда же будет найден оптимальный вариант и выработается определенный стереотип, то дальнейшие перемены поз необоснованны и могут даже отрицательно сказываться на способности женщины к оргазму.

При половой близости большое значение имеет духовное единство партнеров, учитывающих и уважающих индивидуальные потребности и особенности друг друга. Стремление к биологической и психологической гармонии способно превратить интимную близость в переживание, надолго остающееся в памяти партнеров и выходящее далеко за пределы сугубо физических ощущений.

Границы нормы и патологии человеческой сексуальности

Интимная жизнь людей имеет много разных, часто противоречивых сторон, о которых к тому же не принято говорить, но одна из них — стремление к физическому сближению — связана с половым инстинктом. Этот древний инстинкт, связанный у всего живого с продолжением рода, у человека выходит далеко за рамки воспроизводительной функции. Поэтому требуется немало усилий воли, отточенной воспитанием и сознательностью, чтобы не идти у него на поводу.

Половая жизнь человека вполне естественна, поэтому перед каждым рано или поздно встает принципиально важный вопрос о сексуальной норме. Действительно, что считать здесь нормальным и здоровым, а что, наоборот, ненормальным и патологическим?

Тема эта непростая, так как понятно, что приблизиться к человеческой сексуальности с беспристрастной научной объективностью, которая применима к другим функциям человеческого организма, очень трудно.

Подчеркивая специфические трудности в определении количественных характеристик половой функции человека, советский социолог И. С. Коп выделяет три основных аспекта в установлении нормы половых проявлений: «Сексуальная жизнь человека — чрезвычайно сложная и тонкая область. Вероятно, ни в одной другой области мы не говорим так часто о «норме», «отклонениях», «излишествах» и т. п., как здесь. Но что, собственно, значат эти понятия? Во-первых, понятие нормы употребляется в моральном смысле, обозначая такое поведение, которое считается правильным в свете существующей системы нравственности. Во-вторых, мы говорим о норме в статистическом смысле: как в среднем ведут себя люди в данном обществе, когда в среднем начинается половая жизнь, с какой интенсивностью она развивается и т. п. В-третьих, мы говорим о норме в физиологическом смысле, имея в виду оптимальный режим для данного организма. Очевидно, что все эти три значения не совпадают друг с другом».

История развития сексологии как науки свидетельствует о значительных трудностях четкого определения понятий нормы и патологии, ибо они тесно переплетены с биологическими, историческими, личностными и социальными факторами, а также проблемами морали,

религии и культуры. И неудивительно, что попытки австрийского психиатра З. Фрейда приступить к изучению психологии сексуальности в начале XIX в. привели к тому, что от него отказались его коллеги и друзья. И даже 60 лет спустя, во второй половине нашего столетия, тщательное физиологическое исследование В. Мастерса и В. Джонсон (США) вызвало возмущение у одних и замешательство у других.

Лишь в последние годы появилась возможность получить строго научные количественные характеристики половых отклонений. Необходимость определения сексуальной нормы обусловлена изменениями в сознании и отношении к сексуальной сфере человека, произошедших в течение последних десятилетий.

Определение сексуальной нормы нашло отражение в новых концепциях психического здоровья, учитывающих тенденцию к развитию и самореализации человека, способность руководить своими действиями и поступками, адекватно воспринимать самого себя и окружающих. Кроме этого принималось во внимание влияние сексуальности на личность и ее контакты с другими людьми, ее связь с системой ценностей человека и общественными ценностями.

Одним из вариантов сексуальной нормы является так называемая партнерская норма. Она разработана Гамбургским сексологическим институтом и учитывает шесть основных критериев: различие пола, зрелость человека, взаимное согласие, стремление к достижению обоюдного удовлетворения, отсутствие ущерба своему здоровью и здоровью других людей, т. е. обществу. В соответствии с этими критериями нормальными считаются все формы сексуальной активности, сексуального поведения и сексуальных действий, имеющие место между двумя зрелыми в половом отношении людьми противоположного пола, которые добровольно ими принимаются и направлены на достижение взаимного наслаждения, не вредят их здоровью и не нарушают общепринятых норм общежития людей.

Рассуждая о норме человеческой сексуальности, можно исходить и из других положений, учитывающих цели и смысл половых функций в самом полном объеме. В таком случае к сексуальной норме следует отнести потенциальную способность сексуальности выполнять все три ее функции: биологическую (воспроизводство потомства), психологическую (получение наслаждения и полового удовлетворения)

и социальную (реализация потребности в межлических контактах). Характер и степень отклонений в возможности реализации какой-то из перечисленных функций определяет степень нарушения сексуальной нормы. Такой подход к сексуальной норме позволяет оценить ее как в партнерском, так и в индивидуальном аспекте.

Поскольку партнерская норма наиболее полно характеризует сексуальную норму только в психологическом и социальном аспектах, в последнее десятилетие разработаны критерии индивидуальной нормы, отражающей биологический аспект, т. е. функцию оплодотворения и воспроизводства потомства. Итак, сексуальную норму характеризуют партнерская и индивидуальная нормы, взаимно дополняющие друг друга.

Основой физического, психического и социального здоровья является соблюдение физиологической нормы, поэтому именно ей мы уделяем основное внимание.

Повседневная практика врачей-сексопатологов наглядно показывает, что определенная часть их пациентов является на прием, имея превратное представление о сексуальной норме. Так, встречаются абсолютно здоровые мужчины, которые длительно и упорно «лечатся» по поводу ускоренного семяизвержения при длительности полового акта 10—15 мин, т. е. в случаях, квалифицируемых специалистами как сексуальная норма. И наоборот, наступление эякуляции уже через несколько секунд после начала совокупления считается абсолютно нормальным явлением и никакого беспокойства у супругов не вызывает.

Что ж, индивидуальные различия у людей чрезвычайно велики, поэтому размах крайних проявлений сексуальности, по данным американского сексолога А.Кинзи, составляет 45 тыс.

Параметры половой жизни человека многообразны. Они укладываются в нравственную, статистическую и физиологическую нормы, которые взаимно связаны и во многом определяют друг друга. Так, физиологическая норма включает в себе нравственную — согласно требованиям социального окружения — и в то же время влияет на средние статистические показатели сексуальных проявлений, ограничивая в ряде случаев их максимальный предел. Любопытно, что содержащиеся в морально-этических канонах, таких, как Коран или Талмуд, сексуальные нормы как бы построены на научных данных: они рекомендовали «ученым одно сношение в неделю, ремесленникам и рабочим два, а людям

здоровым, сильным и молодым, не имеющим никаких обременительных занятий, ежедневное сношение».

Разграничение нормы и отклонений в сексуальном поведении в любом обществе является относительным. Но существуют половые извращения (гомосексуализм, садизм, мазохизм и др.), которые подлежат резкому осуждению.

Согласно Международной классификации болезней, принятой в СССР, половые извращения выделены в качестве самостоятельной единицы, хотя в ряде случаев могут возникать на почве психических заболеваний. Больные с половыми извращениями подлежат консультации у врача-психиатра.

Из физиологических аспектов нормы особое значение имеет продолжительность фрикционной стадии копулятивного цикла, то есть периода с момента введения полового члена во влагалище до семяизвержения и оргазма. Для ее оценки важны как продолжительность полового акта, так и количество фрикций во время соития.

До последнего времени данные по этому вопросу существенно отличались. Так, гинекологи считали нормальной продолжительность полового акта не менее 5—10 мин, а урологи — в среднем 2—6 мин. Специально проведенное исследование (Г. С. Васильченко) показало, что наименьшая продолжительность полового акта — 1 мин 14 с (при 68 фрикциях), наибольшая — 3 мин 34 с (при 270 фрикциях), средняя — 2 мин 2 с (при 62 фрикциях). За одну фрикцию при этом принималось лишь поступательное движение пениса во влагалище. Наименьшее число фрикций равнялось 68 (при длительности копулятивной стадии 1 мин 14 с), наибольшее — 270 (при длительности 3 мин 34 с, среднее количество фрикций — 62).

Продолжительность половых актов зависит от интервалов между ними, что определяется коэффициентом корреляции между длительностью полового акта (в секундах) и продолжительностью предварительного полового воздержания (в сутках), равным 0,73. Чем короче период воздержания, тем длиннее половой акт, и наоборот.

Для возникновения оргазма у женщин качественная сторона полового акта (длительные предварительные ласки, стимуляция эрогенных зон и т. д.) важнее количественной, что подтверждает отсутствие оргазма у одной и той же пары при половом акте,

продолжавшемся 5 мин 44 с (при 213 фрикциях), и наличие повторного оргазма в другом случае (3 мин и 55 фрикций). При прочих равных условиях имеет значение настроение женщины, поведение мужчины, то, в какой фазе менструального периода проводится половой акт (оргазм легче наступает ближе к фазе активного кровотечения) и т. д. Любое вмешательство в нормальное течение полового акта (даже у мультиоргастичных женщин) может помешать наступлению оргазма.

Определение нормальных параметров продолжительности фрикционной стадии копулятивного цикла позволило критически пересмотреть некоторые устарелые взгляды на сексуальные проявления мужчины, в частности широко распространенные представления о существовании некой «половой Силы», которая проявляется в сильно выраженных либидо и эрекциях, а также большой продолжительности полового акта. Такое представление заставляло многих здоровых мужчин, отмечавших ускоренное наступление семяизвержения после длительного полового воздержания, вместо сокращения периодов между интимными близостями, наоборот, увеличивать их, чтобы накопить побольше «половой силы».

Квалифицированное сексологическое обследование показало, что такие взгляды лишены научных оснований, ибо половой акт, длящийся более 10 мин, обычно изнуряет мужчину и женщину.

С этими данными согласуются и многочисленные наблюдения зарубежных авторов, свидетельствующие, что продолжительность копулятивных циклов у большинства млекопитающих лежит в пределах 1 мин. Поэтому нельзя не согласиться с выводом американского ученого А. Кпнзи об абсурдности Требований компенсировать пониженную сексуальную возбудимость у женщины механическим удлинением копулятивных фрикций у мужчины. Он отметил: «Мужчина, реагирующий быстрой сексуальной разрядкой, будучи весьма далек от какой бы то ни было патологии, совершенно нормален среди других млекопитающих и совершенно, обычен среди представителей собственного вида. Странно, что термин «импотенция» мог быть использован для квалификации такого рода быстрой реакции. Трудно найти другую ситуацию, в которой индивидуум быстротой и интенсивностью реакций оценивался бы иначе как по высшему разряду».

Рассмотрим возрастной аспект вопроса. В норме первые проявления сексуальности относятся к 5—6 годам,

когда ребенок начинает задавать вопрос: «Откуда берутся дети?». С возрастом интерес к полу у детей возрастает, и к 8 годам они обычно начинают так называемые генитальные игры, сопровождающиеся разглядыванием наружных половых органов. Дальнейшие проявления сексуальности связаны с периодом полового созревания, который начинается у девочек в 9—10 лет, а у мальчиков — в 10—11 и заканчивается в большинстве случаев к 16 годам у девушек и 17 — у юношей. Для оценки правильности прохождения периода полового созревания имеет значение последовательность появления его признаков и их средний возрастной показатель (табл. 1).

Таблица 1. Последовательность появления признаков полового созревания и их средние возрастные показатели у обоих полов (по Зекелю).

Возраст, годы	Девочки	Мальчики
9-10	Рост костей таза, округление ягодиц. Увеличение сосков	—
10-11	Начало роста молочных желез. Появление волос на лобке	Начало интенсивного роста полового члена в развитие яичек
11-12	Интенсификация роста наружных и внутренних половых органов	Появление активности предстательной железы
12-13	Увеличение молочных желез, появление пигментации сосков	Рост волос на лобке по горизонтальной линии
13-14	Рост волос в подмышечных впадинах. Начало менструаций (в среднем — 13,5 года, колебания от 9 до 17 лет)	Уплотнение околососковой области
14-15	Возможность самой ранней нормальной беременности	Рост волос в подмышечных впадинах, появление пушковых волос на верхней губе. Начало изменения голоса
15-16	Появление более высокого голоса. Регулярный характер менструаций	Появление в сперме зрелых сперматозоидов (в среднем — 15 лет, колебания от 11,5 до 17)
16-17	Остановка роста скелета	Рост волос на лице и туловище. Появление распространенного оволосения на лобке
20-21	—	Остановка роста скелета

Специфическими характеристиками периода полового созревания являются появление первых поллюций у мальчиков (14—15 лет) и первых менструаций у девочек (в 9—17 лет, в среднем в 13,5 года). Все чаще наблюдается ускорение темпов индивидуального и полового развития (акселерация) по сравнению с предшествующими поколениями в диапазоне 1,5—9 месяцев на каждые 10 лет прошедшего времени. Так, средний возраст появления менструаций у девушек г. Москвы с 14 лет 9 месяцев в 1951 г. понизился до 13 лет в 1965 г.

Период полового созревания в большинстве случаев завершается началом половой жизни, что происходит в среднем около 19 лет. Это знаменует начало переходного периода — периода становления сексуальности. Типичным проявлением этого периода являются сексуальные эксцессы (повторные половые акты, совершаемые в пределах суток и заканчивающиеся семяизвержением).

Полученные при исследовании здоровых мужчин средние возрастные параметры сексуальных эксцессов свидетельствуют, что большинство их укладывается в диапазон между началом половой жизни (как добрачной, так и брачной) и окончанием «медового месяца». Способность к эксцессам снижается с возрастом, и обычно к 60 годам эту возможность сохраняют лишь единичные мужчины.

Вступление в брак и начало регулярной половой жизни (в среднем в 24,6 года у мужчин и 21,8 — у женщин) является началом периода зрелой сексуальности. Он характеризуется установлением индивидуального уровня половой активности, определяемого половой конституцией, условиями жизни и системой укоренившихся взглядов на половую жизнь.

Самым характерным признаком периода зрелой сексуальности является так называемый условно-физиологический ритм (УФР) половой активности, учитывающийся только в браке, который максимально приближается к истинной внутренней потребности организма и соответствует в среднем 2—3 половым сношениям в неделю. Согласно средним арифметическим данным, начало полосы УФР относится к 34—35 годам и обычно продолжается 16—18 лет.

Так называемый инволюционный период половой активности (климакс) не имеет четкой возрастной границы и проявляется индивидуально. Этот период

характеризуется постепенным снижением половой активности, а затем и полной утратой способности к совокуплению. Количество мужчин, способных к осуществлению полового акта, снижается с 75 % у шестидесятилетних до 30 % у семидесятилетних и 15 % у восьмидесятилетних. У женщин возрастную динамику половой активности проследить трудно ввиду ее пассивной роли в процессе совокупления.

Среднестатистические показатели половой активности служат основой определения нормы для отдельного индивида, в которой должны быть учтены его наследственные, гормональные, неврологические и личностные характеристики.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СЕКСОПАТОЛОГИИ

Специфика сексуальных нарушений

У каждого человека свой подход к сексуальным отношениям, что во многом зависит от его образованности и интеллигентности. К сожалению, и сегодня, когда большинство людей считают себя сексуально образованными, правильная сексуальная практика и истинное удовлетворение от половой жизни недоступны многим. Весьма показательны полученные нами данные анонимных анкет полового развития различных контингентов нашего населения, свидетельствующие, что более половины супружеских пар испытывают определенные трудности в реализации половых отправления. К счастью, большинству из них удается преодолеть это благодаря приобретению сексуального опыта и только каждому седьмому приходится обращаться за помощью к специалистам.

Способность к физическому совокуплению почти всецело зависит от половой состоятельности мужчины, ибо в этом процессе ему принадлежит активная роль. Невозможность соития в редчайших случаях может возникнуть и у женщины, однако подобное состояние наблюдается только при так называемом вагинизме — судорожном сокращении мышц влагалища, наступающем при попытке интимного сближения. Но как бы то не было, во всех случаях половой несостоятельности всегда страдают оба партнера.

Для мужчин, начинающих половую жизнь, существуют две основные проблемы в интимной жизни: сексуальный страх возможной неудачи и преждевременное разочарование в себе, если таковая произошла. Они наступают при развитой мнительности и неверных представлениях о ранее имевших место сексуальных проявлениях. Эротические сны, при которых происходит семяизвержение, пугают юношей, но они естественны, ибо представляют собой заместительную реакцию организма

на отсутствие половой жизни, являются лишь признаком полового созревания. Неинформированность юношей приводит к испугу, так же как распространенные слухи о роковых последствиях онанизма, который практикуют большинство мужчин в период юношеской гиперсексуальности.

В ряде случаев молодой мужчина опасается возможных неблагоприятных последствий, связанных с перенесенными до женитьбы венерическими и другими болезнями половых органов, хотя при своевременном и правильном лечении они не наблюдаются. Встречаются мужчины, чувствующие себя скованно из-за необоснованных подозрений о недоразвитости полового члена, хотя их сексуальные возможности не определяются его размерами, а всецело зависят от умения возбудить жену, вести любовную игру.

К сожалению, подобные мысли, к которым прибавляется и обычное волнение из-за новизны и необычности ситуации первого в жизни сокоупления, могут привести к сексуальной неудаче, которая, вполне естественно, болезненно переживается. Если жена знает об этом и не будет спешить с преждевременными выводами, а проявит максимум чуткости, то вскоре первые неполадки устроятся сами собой и в дальнейшем половая жизнь будет успешной.

Совсем иными последствиями чревата первая неудача, когда жена обидит молодого супруга. И без этого муж взволнован тем, что не в состоянии в данный момент совершить сокоупление. Мысли, постоянно преследующие его, невольно заостряют внимание на сокоупительном органе, в связи с чем наступает стойкий психологический эффект, способный нарушить половую функцию и требующий специального лечения.

При первых сексуальных неудачах жена должна быть достаточно деликатна и осторожно объяснить, что случилось, если муж сам не понимает возможности и механизма первых неудач. В таких ситуациях все находится в руках жены, необходимо, чтобы она проявила максимум терпения и понимания.

Половые расстройства могут появляться неожиданно или развиваться постепенно из-за самых разнообразных причин. К половой слабости более предрасположены личности с неуравновешенной нервной системой, лица, занимающиеся умственным трудом, и гораздо меньше — спокойные мужчины, а также работающие физически и на свежем воздухе. Сексуальные расстройства могут

возникнуть практически у любого мужчины, но их не следует бояться, если заботиться о своем здоровье и правильно организовать супружескую жизнь.

В основе половой слабости чаще всего лежат психические факторы. К примеру, если мужчина постоянно занят решением трудных жизненных проблем, то ни о какой нормальной эрекции не может быть и речи, пока последние не будут устранены. Этого может оказаться вполне достаточно, чтобы в последующем наладилась его половая жизнь.

Бывает, что причина половой слабости — в самом страхе ее. Такие мужчины должны твердо усвоить, что природа устроила все так, что мужской орган способен автоматически возбуждаться под действием сексуальных раздражителей.

Бытовавшее ранее мнение о существовании некоего «черного списка» болезней, например хронического простатита, порождающих сексуальные нарушения, неправильно. А факты показали, что сексуальные расстройства представляют собой качественно своеобразный феномен, который не может быть сведен ни к прямому следствию каких-то определенных болезней, ни даже к простой механической сумме последних.

Даже при поражении какой-либо из подсистем, обеспечивающих половую функцию, например эндокринной, на протяжении определенного периода времени происходит процесс ее замещения за счет других подсистем, что обеспечивает нормальное течение сексуальных отправления.

Ученые раскрыли закономерности развития сексуальных расстройств, показав, что они возникают обычно после того, как механизмы замещения перестают действовать, чему способствует совокупность едва заметных отклонений природного, личностного и микросоциального характера, которые сами по себе не могут нарушить половую функцию. При устойчивом взаимном социально-биологическом приспособлении любящих друг друга людей даже тяжелые болезни — инфаркт миокарда или кровоизлияние в мозг — лишь временно нарушают половую функцию. В противоположность этому отсутствие общности взглядов, психологическая несовместимость супругов, подкрепляясь различиями их сексуальных темпераментов, могут привести к истинным расстройствам при самых незначительных обстоятельствах. По этой причине оказание помощи мужчинам с истинными половыми

расстройствами неизбежно выходит за рамки чисто лечебных мероприятий и включает решение вопросов социального порядка.

Итак, восстановление нормальной половой функции основывается на принципах единства биологических и психосоциальных воздействий, этапности и разносторонности проводимых мероприятий, содружества врача, больного и его жены.

Лечение половых расстройств основывается на системном подходе к их клинике, то есть на оценке состояния всей системы обеспечения половой функции в целом. Оно отличается индивидуализированное комплексностью, ибо учитывает всю структуру заболевания и направлено как на главный, так и на сопутствующие синдромы. В соответствии с динамикой развития полового расстройства проводимое лечение разделяется на определенные этапы, каждый из которых имеет свои цели и задачи (например, на I этапе — ликвидировать воспаление предстательной железы, на II — провести целенаправленную психотерапию и т. д.). Поскольку к сексуальной патологии абсолютно неприменимы стандартные схемы лечения, то его должен проводить только врач-сексопатолог с высоким профессиональным уровнем подготовки.

Консультации пациентов с жалобами на расстройство половых функций проводятся врачами-сексопатологами в сексологических кабинетах и консультациях «Брак и семья». Там часто применяют разъяснительную и педагогическую психотерапию, дающую пациенту необходимые знания по психогигиене половых отношений. Широко распространены семейная психотерапия, аутогенная тренировка, внушение и гипноз.

Учитывая парность сексуальной функции в рамках социального института семьи и трактовки функциональных половых нарушений как парных расстройств, особое значение приобретает семейная психотерапия. Так, за каждым мужчиной с нарушенной половой функцией всегда стоит еще одна личность — личность женщины со всеми присущими ей психофизиологическими свойствами и особенностями. Поэтому врач-сексопатолог может рассчитывать на высокоэффективное и успешное лечение полового расстройства у мужчин, если он приобретет в лице его жены активного помощника, проводника и непосредственного исполнителя избранных из лечебных методов, успокаивающего, ободряющего, вселяющего уверенность в мужа и в то же время

тактичного, знающего и умелого сексуального партнера. Такого «домашнего психотерапевта» подготавливают путем психотерапевтических бесед врача с женами пациентов.

Помимо психотерапии широко применяется медикаментозное лечение, физиотерапия и лечебная физкультура. Обычно назначают общеукрепляющие и успокаивающие средства, поливитамины и биологические стимуляторы, препараты, повышающие сопротивляемость и приспособительные свойства организма (женьшень, китайский лимонник, элеутерококк, пантокрин, апилак, золотой корень, сапарал и др.), средства, избирательно влияющие на психику и вегетативную нервную систему, а по строгим показаниям — и гормональные препараты. Важная роль отводится физиотерапевтическим методам, лечебной физкультуре, иглорефлексотерапии, в некоторых случаях рекомендуется санаторно-курортное лечение с учетом строгих показаний и противопоказаний к его проведению.

Расстройства половой функции

Условность существующих норм сексуальности человека определяет условность сексуальных нарушений, ибо эти понятия тесно связаны друг с другом. Неестественное течение сексуальных проявлений мы будем называть «нарушение», или «расстройство», акцентируя этим внимание на временном характере изменений.

Изучая сексуальные нарушения среди практически здорового населения, мы установили, что 60,3 % супружеских пар испытывали определенные трудности в реализации половых отправления, причем в 40,5 % — с начала половой жизни. У 19,8 % они появились под влиянием различных факторов. Подавляющему большинству супружеских пар (46,2 %) удалось их преодолеть самостоятельно или с помощью специалистов.

Повседневная практика показывает, что если какие-либо нарушения отмечаются у одного партнера, то в той или иной степени страдает и другой. Если от нарушений не удастся избавиться, то они приводят к конфликтным ситуациям, что отмечено у 14,2 % супругов.

Все расстройства половых функций можно свести к нарушениям способностей к половому сношению и оплодотворению (бесплодие). Последнее может зависеть как от мужчины, так и от женщины, а в ряде

случаев от обоих. Нарушение плодовитости у мужчин обусловлено некачественной спермой, у женщин — отсутствием созревания яйцеклетки или нарушением проходимости маточных труб. Этим вопросам посвящен специальный раздел.

Рассмотрим некоторые частные вопросы сексуальных расстройств у мужчин и женщин. Типичными жалобами пациентов являются: снижение или отсутствие полового влечения, чувство неуверенности или страх неудачи при попытке к половой близости, ослабление или отсутствие эрекции как до введения полового члена во влагалище, так и во время проведения фрикций, различные нарушения эякуляции, снижение интенсивности или даже болезненность оргастических ощущений.

Наиболее часто встречаются различные нарушения эякуляции:

- относительное ускорение эякуляции: наступает до появления оргазма у женщины, хотя в процессе полового акта мужчина производит больше 20 фрикций;
- абсолютное ускорение: происходит вскоре после введения полового члена во влагалище, а мужчина производит меньше 20 фрикций;
- преждевременная: наступает в обстановке полового акта, но еще до введения полового члена во влагалище;
- задержанная: акт носит длительный и затяжной, а подчас изнурительный характер, в ряде случаев так и не заканчиваясь семяизвержением (функциональный асперматизм).

Несколько реже встречается снижение адекватных и спонтанных эрекции, причем ослабление адекватных эрекции может отмечаться как перед половым актом, так и в процессе его. В редких случаях может наблюдаться появление ночных эрекции, нарушающих сон, в то время как адекватные эрекции, наступающие в обстановке полового акта, снижаются.

Снижение или отсутствие полового влечения наблюдается редко, а нарушения оргазма — лишь в единичных случаях.

Половые расстройства у мужчин бывают истинными и мнимыми. Мнимыми называются расстройства, основу которых составляет неправильная субъективная оценка нормальной половой активности. Отмечены четыре основных варианта таких расстройств: предъявление к себе чрезмерных требований; приписывание себе воображаемых изъянов;

неправильная реакция на физиологические колебания сексуальных проявлений; неправильное поведение партнеров, например несоблюдение элементарной «техники» полового акта. Поскольку мнимые расстройства потенции приводят, прежде всего, к неверной оценке успешности половой жизни, многие мужчины неоправданно снижают уровень половой активности и частоту половых актов, что является нежелательным фактором при восстановительном лечении.

Лица с мнимыми расстройствами потенции нуждаются в психотерапии для формирования у них правильной оценки половой активности.

Истинные половые расстройства представляют собой своеобразную патологию, которая не может быть сведена к прямому следствию каких-то определенных болезней или даже к простой механической сумме первичных сексологических синдромов.

При истинных расстройствах потенции у мужчин могут наблюдаться синдромы поражения нейрогуморальной, психической, эрекционной и эякуляторной составляющих копулятивного цикла.

Одновременные, сочетанные поражения нескольких составляющих копулятивного цикла чаще всего встречаются при хроническом алкоголизме. Выделяют три стадии алкоголизма: начальную, или неврастеническую; среднюю, или наркотическую; исходную, или энцефалопатическую. По мере развития хронического алкоголизма к функциональным расстройствам присоединяются мозговые нарушения органического характера.

Долгое время существовало мнение, что легкие сексуальные нарушения наблюдаются в начальной стадии алкоголизма, а самые тяжелые — в исходной. Клиническое изучение половых расстройств у больных алкоголизмом (А. Нохуров, Г. С. Васильченко) показало, что даже первой его стадии присущи грубые сексуальные нарушения, которые с трудом поддаются лечению. Ведь не случайно еще Шекспир в «Макбете» говорил, что вино «вызывает желание и препятствует удовлетворению».

Новейшие научные исследования неопровержимо доказывают связь между употреблением алкоголя и половыми расстройствами. Частота нарушений половой функции у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, колеблется от 36,5 до 92,5 %.

Сексуальные нарушения могут быть как следствием прямого отрицательного влияния алкоголя на половую функцию, так и результатом усиления других неблагоприятно воздействующих на нее внешних и внутренних факторов, поражавших до этого только одну составляющую копулятивного цикла. Алкоголь сплетает в тесное интегральное единство легчайшие, едва улавливаемые отклонения биологического, личностного и микросоциального характера, которые сами по себе не способны нарушить нормальное течение сексуальных отправления, и ускоряет появление половых расстройств.

Именно такие нарушения (73,5 %) доминируют среди сексологических больных, страдающих хронической алкогольной интоксикацией. Примечательно, что больные до возникновения половых расстройств рассматривали алкогольные напитки как средство, улучшающее потенцию, однако с увеличением «алкогольного стажа» вынуждены были обратиться за врачебной помощью в связи с появлением половых расстройств. Подобно феномену «чернильного пятна» (чернила расплываются на бумаге), с переходом к более поздним стадиям алкоголизма прямо пропорционально увеличивается количество пораженных составляющих, причем сочетание поражений трех составляющих встречается в два раза чаще, чем двух.

Усиление полового влечения и удлинение продолжительности полового акта, отмечаемые почти всеми мужчинами в начальном периоде систематического приема алкоголя, создают обманчивое мнение об алкоголе как средстве, укрепляющем «половую силу». Однако это явление кратковременно, его длительность зависит от особенностей личности и половой конституции мужчины.

У лиц слабой половой конституции с увеличением «алкогольного стажа» довольно быстро появляются безразличное отношение к женщинам, недостаточная половая возбудимость, слабость эрекции, ускорение эякуляции, затрудненная возможность повторных совокуплений.

Гораздо длиннее бывает обманчивый период своеобразной стимуляции половой функции у мужчин сильной половой конституции. Половые расстройства появляются у них намного позже, зачастую во II или даже в III стадии алкоголизма. Такие мужчины рассматривают алкоголь как своеобразное психотропное средство, помогающее им избавиться от возможностей сексуальной неудачи.

В состоянии алкогольного опьянения они проявляют повышенную половую активность и довольно часто вступают в случайные половые связи. Человек теряет способность к самоконтролю и направляет всю свою активность на овладение сексуальной партнершей, причем подчас в самой грубой форме.

С увеличением продолжительности хронического алкоголизма компенсаторные возможности организма исчерпываются и появляются симптомы сексуальных расстройств. Вследствие хронической алкогольной интоксикации ослабляется возбудимость нервных центров эрекции и эякуляции в спинном мозгу, эрекция наступает реже и с определенными трудностями, а в ходе самого совокупления задерживается эякуляция и половой акт зачастую принимает затяжной, а подчас и изнурительный характер. Мужчины сильной половой конституции болезненно переживают сексуальные нарушения, потому что придают большое значение сохранению высокого уровня потенции.

Даже случаи псевдоимпотенции превращаются для них в большую личную трагедию.

Хронический алкоголизм отрицательно влияет на половую жизнь в браке и косвенным образом. В состоянии опьянения одного или обоих супругов их взаимоотношения внезапно ухудшаются, возникают ссоры и скандалы. Алкоголик ради водки часто жертвует семьей, счастьем детей, не говоря уже о том, что заботы о материальном благополучии и воспитании детей в таких условиях полностью ложатся на плечи жены.

Психические травмы, возникающие у жены при виде пьяного мужа, появляющаяся при этом брезгливость довольно быстро подавляют сексуальную функцию; Присущие алкоголикам грубость и жесткость вызывают у жены отвращение к половому акту.

Врачебная практика показывает, что нарушение половой функции у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, нередко сопровождается патологической ревностью. Из-за половой слабости алкоголик перестает доверять жене, ибо не может преодолеть подозрение, будто жена ищет сексуальное удовлетворение с другим мужчиной (довольно характерный симптомокомплекс, известный в литературе как «синдром Отелло»).

Сцены ревности приводят к угасанию чувств у жены. Иногда остается только чувство жалости. Ко всему этому присоединяется ощущение обиды за свою судьбу, за судьбу детей, что в комплексе вызывает отрицательное

отношение к половой жизни с супругом-алкоголиком.

Сексуальные расстройства, возникающие под влиянием систематического приема алкоголя, служат тревожным сигналом. Самым радикальным и наиболее действенным фактором снижения темпа развития половых расстройств является полное и возможно более раннее прекращение употребления алкоголя.

По мнению большинства специалистов, серьезную опасность таит в себе никотин, отрицательно влияющий на половую функцию. Исследования показали, что злоупотребление никотином (более 20 папирос в сутки) у 11 % мужчин приводит к функциональным половым расстройствам. Интересно отметить, что первое время курильщики испытывают некоторое половое возбуждение, которое по истечении определенного времени сменяется снижением половой функции. С прекращением курения нормализуются общее состояние, сон, аппетит, значительно улучшается, а часто восстанавливается половая функция. Исходя из этого, в ряде клиник не начинают лечить половые расстройства у больных, которые окончательно не бросили курить.

Необходимыми условиями эффективного лечения является для неженатых — вступление в брак, для женатых — предупреждение распада семьи и смягчение конфликтной ситуации, психотерапевтическая подготовка жены по созданию благоприятной обстановки для половой активности мужа.

Половые расстройства у женщин также носят функциональный характер. Они включают сексопатологические синдромы поражения нейрогуморальной, психической и генито-сегментарной составляющих копулятивного цикла. Наиболее часто встречаются нарушения полового влечения и полового удовлетворения.

Отсутствие или резкое снижение полового влечения принято называть фригидностью, а отсутствие при половом акте оргазма — аноргазмией. Иногда не разграничивают понятия фригидности и аноргазмии, а аноргастичных женщин несправедливо причисляют к фригидным. Бесспорно, чем слабее развито половое влечение, тем чаще половой акт заканчивается без оргазма. Однако при тщательном анализе этих нарушений в каждом конкретном случае можно разобраться, где фригидность, а где аноргазмия при частично сохраненном половом влечении.

О фригидности следует говорить лишь тогда, когда женщина во всех случаях, при благоприятных условиях, не ощущает сексуального влечения и полового возбуждения, которые не появляются и после предварительных ласк. Фригидность всегда более или менее коренится в структуре личности женщины, которая в отличие от аноргастичной пациентки никогда не чувствует себя неудовлетворенной, так как не чувствует потребности в половом удовлетворении.

Аноргастичным женщинам присуще половое влечение, они возбуждаются под влиянием предварительной ласки, однако не достигают оргазма и остаются неудовлетворенными. Поэтому при аноргазмии почти всегда взаимодействуют множество внутренних и внешних факторов, истоки которых нужно искать в настоящей и прошлой жизни супругов и их психологической несовместимости.

Фригидные женщины редко обращаются за помощью к врачу, ибо не страдают. Лишь в исключительных случаях они приходят за советом не ради себя, а из-за супруга, которому не нравится их холодность.

Фригидность может быть первичной и вторичной. Первичной фригидностью называется сексуальная неразбуженность только что начавшей половую жизнь женщины. Как отмечалось, сексуальное либидо у женщин появляется не вместе с эротическим, а развивается постепенно, при продолжительной интимной жизни с любимым человеком. Такое временное отсутствие полового влечения обычно продолжается до появления у женщины оргазма, что позволяет называть ее условной первичной фригидностью. С появлением сексуального либидо у таких женщин возникает половое влечение. В некоторых случаях (неправильное половое воспитание, изнасилование или грубость супруга в начале половой жизни и т. п.) сексуальное либидо может не появиться, и первичная форма фригидности остается на всю жизнь.

Чаще встречается вторичная фригидность, когда женщина ощущает внезапное или постепенное, временное или стабильное исчезновение полового влечения, в результате чего наступает отвращение к половому акту. Понятно, что если муж начал относиться к своей жене холодно и грубо, скандалить или приходить в нетрезвом состоянии или если женщина полюбила другого мужчину, то такое отсутствие либидо или половая антипатия не являются проявлением вторичной фригидности.

Причины вторичной фригидности многообразны, однако наиболее часто она развивается при постоянном отсутствии у женщины оргазма из-за грубости мужа или его неправильного поведения при половом акте и является своеобразной защитой от еще больших разочарований. Снижение полового влечения, как правило, наступает при физическом и умственном переутомлении, длительных болезнях и различных конфликтных ситуациях. Если отмеченные причины можно устранить, после отдыха половое влечение постепенно восстанавливается и вторичная фригидность исчезает.

При лечении половых расстройств, основной чертой которых является фригидность, помогают психотерапия и психоэротическая тренировка семейной пары. Параллельно могут назначаться медикаментозные препараты, физиотерапевтические средства, лечебная физкультура, иглорефлексотерапия. Лечение фригидности всегда длительное и требует активного участия самой пациентки.

Среди функциональных половых расстройств гораздо чаще встречается аноргазмия, ибо она обычно сопровождается и фригидностью, и дисгармонию половых отношений. Если женщина никогда не испытывала оргазма, речь идет об абсолютной аноргазмии, а если последний наступает очень редко и при определенных обстоятельствах — об относительной аноргазмии. Аноргазмия не является органическим заболеванием или физическим недостатком.

Почти всегда существуют различные внутренние и внешние факторы, приводящие к отсутствию оргазма. Например, так могут действовать отсутствие условий для абсолютного уединения, грубость, невнимательность, половая агрессивность и эгоизм партнера, брак с нелюбимым человеком, чрезмерная строгость полового воспитания, отсутствие эмоционально-эротической готовности к половому акту, страх перед нежелательной беременностью и т. п. В некоторых случаях аноргазмия может быть результатом врожденной недостаточности психосексуальных реакций.

Относительная аноргазмия связана с дисгармонией половых отношений и может зависеть от неправильной «техники» проведения полового акта, преждевременного или ускоренного семяизвержения у мужа. Из-за того что не найдена соответствующая поза, не происходит достаточной для наступления оргазма эрогенной стимуляции, к таким же последствиям может привести

прерывание полового акта с целью предохранения от нежелательной беременности.

При относительной аноргазмии исходят из положения, что ее лечение — это «путешествие, предпринимаемое для открытий в области эрогенных зон». Мужьям аноргастичных женщин рекомендуют продолжать поиски до тех пор, пока не будут найдены места, которые вызовут половое возбуждение и оргазм. Широко распространенное мнение о том, что причиной относительной аноргазмии является несоответствие половых органов мужчины и женщины, очень редко соответствует действительности.

Большое значение для наступления оргазма у женщины имеет ее эмоциональное настроение и отношение к половому партнеру. Слова Стендаля: «Холодная женщина — это женщина, которая не встретила еще мужчину, которого должна полюбить», — относятся ко многим, но далеко не ко всем. Не исключено, что аноргазмия может сочетаться с настоящей любовью.

Аноргастичным женщинам помогают психотерапия (аутогенная тренировка, внушение и гипноз), медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Параллельно рекомендуются специальная гимнастика и лечебная физкультура. Быстрейшему развитию полового чувства способствуют нормальный режим труда и отдыха, утренняя гигиеническая гимнастика, спорт, употребление богатой белками и витаминами пищи. При отсутствии противопоказаний со стороны внутренних органов в рацион необходимо включать острые блюда, копчености. Успех лечения во многом зависит от самих супругов, и в первую очередь от настойчивости женщины.

Усиление полового влечения, или так называемый гиперсексуальный синдром, встречается редко, но может быть как у молодых, как и у женщин в климактерическом периоде. Молодые, как правило, редко обращаются к врачу, ибо такое состояние расценивают как достоинство. Лишь в случаях чрезмерного повышения полового влечения или когда особенности воспитания заставляют считать свое поведение безнравственным, они приходят за помощью. Гораздо чаще по этому поводу обращаются женщины в климактерическом периоде. В таких случаях, особенно когда гиперсексуальный синдром протекает тяжело, отражаясь на общем состоянии, проводится лечение, направленное на снижение полового влечения и избавление от заболеваний, обусловивших его развитие.

Относительно редко встречается вагинизм — судорожное сокращение мышц влагалища и тазового дна, наступающее под влиянием психических факторов при попытке к совершению полового акта. Вагинизм, как правило, возникает в начале половой жизни.

Определение формы расстройства, выбор соответствующего метода лечения — дело врача. Предельная откровенность, выдержанность и настойчивость, последовательное и неуклонное исполнение рекомендаций — вот путь, помогающий избавиться от нарушений половой функции.

Нарушения сексуального развития, наркомания, СПИД...

Становление и развитие сексуальности у человека происходит постепенно в течение всей его жизни, условно укладываясь в определенные сексологами шесть возрастных периодов, на протяжении которых формируется половое самознание, половая роль, а затем и психосексуальные ориентации личности.

В первом, так называемом парапубертатном, периоде, продолжающемся с 1-го до 7-го года жизни, формируется половое самосознание — происходит осознание своей половой принадлежности и окружающих людей. Появляется уверенность в ее необратимости, после чего попытки изменить половое самосознание ребенка малоуспешны.

Второй, или препубертатный, период охватывает возраст от 7 до 13 лет, в это время формируется стереотип полоролевого поведения. На этом этапе происходит выбор половой роли, которая наиболее соответствует психофизиологическим особенностям ребенка или идеалам мужественности (или женственности) микро-социальной среды. В широком общении со сверстниками, и в первую очередь в полоролевых («семейных») играх, требующих выполнения детьми определенной роли (отца, матери, ребенка, жениха, невесты и пр.), апробируется и закрепляется выбранная половая роль, отражающая различные аспекты человеческих отношений, в том числе и сексуальных.

Самым бурным в сексуальном развитии организма является третий, или пубертатный, период, продолжающийся от 12 до 18 лет. Происходит половое созревание и формирование платонического, эротического и начальной фазы сексуального либидо.

Четвертый, или переходной, период становления сексуальности охватывает возраст от 16 до 26 лет. Характеризуется началом половой жизни, практикованием сексуальных эксцессов, чередующихся с вынужденным воздержанием. Завершается формирование сексуального либидо.

Пятый, так называемый период зрелой сексуальности соответствует возрасту от 26 до 55 лет и отличается регулярной половой жизнью с постоянным партнером с вхождением в полосу условно-физиологического ритма (УФР) половой активности.

Шестой, или инволюционный, период продолжается от 55 до 75 лет и характеризуется снижением половой активности и ослаблением интереса к сексуальной деятельности.

Особое значение отводится первым четырем периодам психосексуального развития, ибо именно в этих возрастных промежутках наблюдаются критические ситуации, во время которых повышаются чувствительность организма к различным неблагоприятным повреждающим факторам и риск возникновения сексуальной патологии. Наиболее уязвим период полового созревания, в котором формируется платоническое, эротическое и отчасти сексуальное либидо с присущими им характерными проявлениями — обожанием, платоническими мечтами и фантазиями, ухаживанием и платоническим общением, эротическими ласками и играми и, наконец, эротическими и сексуальными фантазиями. Неблагоприятным является также переходный период становления сексуальности, в котором, как правило, начинается половая жизнь, а сексуальные эксцессы чередуются с периодами вынужденных воздержаний и заместительной мастурбации (онанизма).

Разделение психосексуального развития на шесть этапов весьма условно, так как половое самосознание, половая роль и психосексуальные ориентации тесно взаимосвязаны и как динамичные структуры меняются не только в процессе формирования, но и в течение всей последующей жизни.

Во Всесоюзном научно-методическом центре по вопросам сексопатологии сформулирована концепция нарушений психосексуального развития (дизонтогенеза). Согласно этой концепции, все расстройства становления сексуальности представляют собой частный случай нарушений индивидуального психосексуального развития организма, возникающих как в периоде внутриутробного

развития, так и на протяжении всей последующей жизни человека.

Наиболее часто встречаются задержки психосексуального развития, заключающиеся в отставании сроков становления сексуальности от возраста ребенка.

Выделяют три варианта задержек сексуальности.

Первый связан с отставанием в половом развитии на биологической основе. Такие задержки, к примеру, бывают при врожденных нарушениях функции эндокринной системы, тяжелые расстройства которой могут вообще привести к асексуальности, то есть полному выпадению сексуальных компонентов в психическом развитии личности. Правда, и в таких случаях возможна сексуальная адаптация: при сочетании благоприятного протекания первых двух этапов становления сексуальности с врожденным снижением порога возбудимости нервных структур, обеспечивающих эякуляцию и оргазм, после завершеного в адекватной обстановке полового акта на последнем этапе закрепляются сексуальные проявления.

Второй вариант — это психогенные задержки, обусловленные нарушениями в становлении психики. Они могут наблюдаться при общем отставании психического развития или проявляться самостоятельно. В подобных случаях общее созревание, включая и половое, может проходить правильно и соответствовать возрастным нормам.

Психогенные задержки сексуального развития наиболее часто обусловлены психопатиями и ненормальным развитием характера индивида по типу астении, психастении и истерии. Психопатия начинает тормозить развитие сексуальности уже на этапе формирования полоролевого поведения и максимально проявляется на самом ответственном этапе — этапе становления психосексуальных ориентаций, когда на основе индивидуальных особенностей темперамента и характера формируется личность человека. Свойственные больным психопатией застенчивость, робость, обидчивость, впечатлительность, слабость побуждений ведут у этих людей к нарушениям общения, что в сочетании с присущей им эмоциональной подвижностью способствует формированию и закреплению заместительных и суррогатных форм половой активности.

Третий вариант — социогенные задержки психосексуального развития. Они могут быть вызваны неправильным половым воспитанием, когда детям из «лучших»

побуждений прививаются ошибочные взгляды на половые вопросы как на нечто порочное, грязное. Постоянный и строгий контроль за детьми, негативное отношение к физиологическим проявлениям сексуальности у ребенка и неадекватные воспитательные меры искажают этапы психосексуального развития, подчас неблагоприятно сказываясь на формировании психосексуальных ориентаций.

Задержки являются одним из проявлений несвоевременного становления сексуальности. Описанные варианты редко наблюдаются изолированно. Чаще встречаются сочетанные задержки, когда запоздалое становление сексуальности обусловлено воздействием 2 — 3 факторов. Сложные нарушения отражают дисгармоничность полового созревания и совмещение ускоренного телесного (полового) созревания с задержкой психосексуального развития или, наоборот, преждевременное становление сексуальности с задержкой полового развития.

Задержки психосексуального развития на первых двух этапах почти не привлекают внимания, ибо проявляются всего лишь в снижении или отсутствии любопытства, связанного с полом и полоролевыми играми «в семью», «дочки-матери» и т. д. Такие игры, свойственные обычно детям 5 — 7 лет, в некоторых случаях переносятся на школьные годы. Все это сочетается с правильным становлением полового самосознания и формированием половой роли ребенка в остальных сферах общения, однако во всех случаях выпадает формирование навыков общения между полами.

Задержки сексуального развития становятся заметными в период полового созревания, особенно тогда, когда они выпадают на этап формирования психосексуальных ориентаций. В таких случаях половое влечение задерживается на платонической или эротической стадии. Фактически реализация либидо соответствует стадии, на которой произошла задержка, а фантазии и мечты — следующей стадии. Задержки преимущественно на эротической стадии становятся одним из наиболее важных звеньев механизма нарушений психосексуальных ориентаций. В таких случаях мужчины больше предпочитают предсовокупительные ласки, чем физическую близость, могут прекратить безболезненно попытку близости, отсутствие половой жизни в течение длительного периода переносится ими довольно легко.

В ряде случаев сочетанные задержки психосексуального развития обнаруживаются очень рано. Такие лица еще в школе испытывают определенные трудности при попытке заговорить с понравившейся девочкой, а повзрослев, сталкиваются со многими трудностями в эротическом и сексуальном общении. Отсутствие или недостаточность практических навыков, которые они не смогли получить в процессе становления сексуальности, не дают возможности правильно общаться платонически, гармонично перейти к эротическому контакту и успешно завершить все половой близостью. Все их попытки «перескочить» через платоническое общение и эротический контакт непосредственно к половому акту приводят к тому, что их поведение настораживает или отпугивает партнерш и может «устроить» только тех из них, кто в подобных ситуациях обычно не скупится на комментарии сексуальной неудачи. Даже в тех случаях, когда с помощью доброжелательной партнерши удастся преодолеть трудности подготовительного периода и вступить в близость, в последующем из-за ее неполноценности чаще всего возникают нарушения коммуникации, ведущие к разрыву контактов.

При сексуальных расстройствах, обусловленных задержками психосексуального развития, врач не может назначить стимулирующее лечение, не скорректировав поведенческие нарушения. Таких людей обязательно обучают способам психологической защиты при сексуальных неудачах, что помогает им снизить эмоциональную значимость последних. Врач вместе с пациентом анализирует каждую неудачу и даже «удачу», ибо во всех случаях конечным результатом должен быть подбор постоянной и доброжелательной партнерши, к которой он хорошо приспособится и с которой в дальнейшем свяжет свою жизнь и достигнет семейного счастья.

Стремясь к восстановлению половой функции, таким пациентам необходимо учитывать, что в конечном счете платоническую, эротическую и сексуальную стадии он должен пройти только с одной партнершей. Нельзя отрабатывать платоническое общение с одной женщиной, модели эротического контакта — с другой, сексуальную близость — с третьей. Если партнерша отпадает по определенным причинам на какой-либо стадии формирования сексуальных отношений,

то все следует начинать с самого начала с учетом прошлого опыта.

При задержке психосексуального развития в более трудном положении оказываются женщины, даже те, которые осознают причину отсутствия полового влечения и готовы «отработать» нарушенные стадии становления сексуальности. Однако реализовать на практике эту готовность зачастую они не могут из-за социального статуса и подчиненного положений женщины как партнерши: им трудно преодолеть сомнения в том, что их активность в выборе партнера и действиях будет правильно принята и истолкована. Даже переступив этот барьер, женщины не всегда могут полностью направлять действия партнера, который в силу своего активного положения может форсировать переход с неотработанных платонической или эротической стадий непосредственно к половой близости. Такой исход крайне нежелателен, ибо чреват для женщины участием в половом акте, ей неприятном или — в лучшем случае — безразличном. Повторение неудачного сексуального опыта ведет к торможению возбуждения сначала перед близостью, а потом и во время ласк, поэтому в таких случаях единственным выходом является изменение привычного стереотипа интимных отношений с возвращением на предыдущую стадию.

Намного реже задержек встречается преждевременное психосексуальное развитие, которое представляет собой раннее становление сексуальности, опережающее средние возрастные нормы и половое созревание. В основе таких нарушений лежит смещение этапа формирования психосексуальных ориентаций на более ранний этап выработки полоролевого поведения и соединение полового влечения с половой ролью.

Проявления преждевременного сексуального развития во многом различны. При психогенном варианте половое влечение в значительной мере опережает все другие проявления сексуальности и к 5—10 годам может достигнуть уровня сексуальных фантазий. Несозревшее либидо, не имеющее в таких случаях эндокринной основы, обуславливает и своеобразную сексуальную активность, прежде всего онанизм и игры с имитацией полового акта, что не приносит ребенку необходимого сексуального удовлетворения. В дальнейшем, несмотря на раннее появление сексуальных интересов, половое влечение не достигает зрелости

и его развитие, как правило, останавливается на эротическом уровне.

Социогенные варианты преждевременного психо-сексуального развития обусловлены пробуждением и формированием сексуальности вследствие однократного, но чаще методичного и достаточно длительного растления и соращения детей подростками или взрослыми. Они начинаются с эротических воздействий, навязанных совратителем, которые постепенно вызывают чувство удовольствия, а затем происходит формирование полового влечения.

Одним из наиболее заметных проявлений преждевременного психосексуального развития следует считать ранний онанизм, к которому мальчики и девочки обращаются до полового созревания, что нельзя оставлять без внимания, ибо зачастую он обусловлен растлевающим влиянием подростков и взрослых или нарушениями психики.

Преждевременная сексуальность редко обращает на себя внимание родителей и учителей, что связано с особенностями психики этих детей, и прежде всего их скрытностью. Поставить правильный диагноз помогает тщательное неврологическое обследование. Но, к сожалению, такие дети, прежде чем попасть к врачу, обычно уже испытывают на себе весь комплекс житейских мер «воспитательного» воздействия и предпочитают ничего не говорить, ибо хорошо помнят, чем заканчивались их откровенные рассказы.

Лечение таких детей проводится детским психоневрологом при постоянном индивидуальном наблюдении доброжелательно настроенных взрослых (лучше родителей). Чем мягче и доброжелательнее отец и мать, тем откровеннее ребенок, тем легче предусмотреть его неправильные действия и предупредить асоциальные поступки. Во всех случаях тактика семейной психотерапии отнюдь не должна сводиться к ограничению контактов со сверстниками, а, наоборот, должна предусматривать деликатный и вместе с тем достаточно эффективный контроль за конкретными формами этих контактов.

Наряду с рассмотренными нарушениями темпов и сроков психосексуального развития возможны и его отклонения. Наиболее частыми являются нарушения полового самосознания: человек убежден в своей принадлежности к противоположному полу, несмотря на правильное, соответствующее генетическому полу,

формирование половых желез, половых органов и вторичных половых признаков. У таких больных отмечаются грубые нарушения дифференцировки структур мозга, связанные с половым поведением.

На этапе формирования полового самосознания такой ребенок называет себя именем лица противоположного пола и просит родителей в присутствии посторонних людей говорить, что он не мальчик, а девочка, или наоборот. Подобное поведение вначале воспринимается взрослыми как детские шутки или капризы, однако, убедившись в неэффективности уговоров и более «действенных» воспитательных мер, родители осознают серьезность создавшегося положения.

На этапе формирования стереотипа полоролевого поведения, несмотря на сопротивление взрослых, дети ведут себя как представители противоположного пола, предпочитают их игры, переодеваются в их одежду и со свойственной им настойчивостью самоутверждаются в роли представителя противоположного пола.

Ощущение принадлежности к противоположному полу еще более нарастает на этапе формирования психосексуальных ориентаций, что связано с началом активного функционирования половых желез. Подростки очень обостренно воспринимают развитие половых органов и вторичных половых признаков (юноши — появление волос на лице, девушки — рост молочных желез), свидетельствующих об их истинной половой принадлежности и служащим доказательством их «неправильного» поведения.

На этапе формирования психосексуальных ориентаций истинные больные активно стремятся к смене пола любым, даже обманным путем. Помимо требований оперативного вмешательства, они настоятельно добиваются полного общественного признания их как представителя другого пола. Формирование полового влечения в большинстве случаев соответствует половому самосознанию, то есть мужчины, считающие себя женщинами, тянутся к мужчинам, а женщины, отождествляющие себя с мужчинами, — к женщинам. Подобное влечение внешне воспринимается как гомосексуальное или лесбийское, но по сути таковым не является, поскольку действует в согласии с половым самосознанием и направлено на противоположный пол.

Лечить больных со стойким нарушением полового самосознания очень трудно. Иногда приходится проводить

смену пола, его хирургическую и гормональную коррекцию.

Отклонения психосексуального развития проявляются и нарушением стереотипа полоролевого поведения. Возможна такая его трансформация, когда при правильном половом самосознании формируется полоролевое поведение, свойственное противоположному полу. В основе такой патологии лежат негрубые нарушения половой дифференцировки мозга, обычно служащие фоном для действия главного фактора — влияния микросоциальной среды. Трансформация поведения может проявиться при неправильном половом воспитании, при нарушениях половых ролей в семье (властная мать и подчиняющийся отец), а также в неполных семьях, когда мать воспитывает сына по своему образу и подобию. В свою очередь, недостаточная любовь матери к дочери, отсутствие материнской ласки приводят к не свойственным обычно женщинам черствости и агрессивности, неразвитости материнского инстинкта.

При трансформациях полоролевого поведения специального лечения не существует. Обычно мужчины с женским типом поведения самостоятельно хорошо адаптируются и социально, и сексуально. При выраженной трансформации половой роли у женщин часто наблюдаются семейно-сексуальные дисгармонии, поэтому часто нужна специальная терапия, направленная на исправление искажений этапа формирования полоролевого поведения.

В практике встречается и гиперролевое поведение — с чрезмерным акцентом некоторых особенностей половой роли. Механизм его формирования схож с трансформацией полоролевого поведения, однако ему способствуют психические особенности личности, прежде всего истеричность и психопатии у мужчин, психостения и неврастения у женщин.

Гиперролевое поведение может проявляться как гипермаскулинным (подчеркнуто мужским типом), так и гиперфемининным (подчеркнуто женским типом) поведением.

Вначале гипермаскулинность выражается в повышенной агрессивности и стремлении к неформальному лидерству. В дальнейшем у таких лиц ярко выражено стремление к получению оргазма при полном игнорировании потребностей женщины. В интимной близости для них главное — ощущение власти над партнершей. Характерными являются элементы полового тиранизма,

проявляющиеся в принуждении к близости, грубом овладении партнершей, причинении ей боли. В ряде случаев примитивно-стандартный стереотип полового поведения сочетается со стремлением к извращенным действиям, отказ от которых обычно приводит к грубости, вплоть до избиения партнерши. Подобное поведение, как правило, с возрастом сглаживается, но иногда может перейти и в патологические формы — насильничество и сексуальный садизм.

Мужчины с гипермаскулинным поведением очень тяжело переживают снижение половой функции. У них развиваются невротические реакции с фиксацией внимания на сексуальной неполноценности.

Гиперфемининное половое поведение характеризуется подчеркнутой пассивностью, подчиняемостью, домовитостью, умением приспособиться к особенностям и требованиям своего партнера. Столь же полная самоотдача характерна для этих женщин и в половой жизни: все усилия и стремления направлены на удовлетворение мужчины. Такие женщины совсем не страдают от отсутствия оргазма, так как его замещает психологическое удовлетворение от того, что они доставили радость своему партнеру.

Гиперролевое поведение женщин может выходить за границы нормального и приобретать патологический характер: половое удовлетворение наступает только при физических страданиях и моральном унижении, доставляемых партнером.

Гиперролевое поведение, не выходящее за пределы нормы, лечения не требует. При патологическом характере может помочь психотерапевт.

В сексологической практике встречаются и различные нарушения психосексуальных ориентаций, получившие название половых извращений.

Лечение половых извращений длительное и сложное; это компетенция врача-сексопатолога и психотерапевта. Большое значение принадлежит профилактике нарушений психосексуального развития, ее медицинскому и педагогическому аспектам. Очень важно воспитать правильное понимание половой роли, научить общению со сверстниками, предупредить растление детей и подростков. Необходимы не спорадические «моральные» беседы об опасностях и вреде ранней половой жизни, а ежедневная, кропотливая работа по формированию навыков общения и соответствующего полу и возрасту правильного поведения.

Особое внимание следует уделять подросткам в так называемые критические периоды становления сексуальности, когда возможны различные нарушения, так или иначе связанные с сексуальностью. Начиная добрачную половую жизнь, юноши из-за отсутствия постоянного полового партнера встречаются с несоответствием между своими потребностями и истинными возможностями. К тому же первые интимные связи часто разочаровывают или, во всяком случае, не дают ожидаемой полноты ощущений и сексуального удовлетворения. Поэтому физиологические колебания половой функции и особенности сексуальных проявлений молодые люди принимают за ложные отклонения и ищут методы повышения половой потенции. Случается и так, что те, у кого не совсем хорошо складываются интимные отношения с временными половыми партнерами, для повышения своей сексуальной активности принимают наркотик. К этому роковому решению чаще всего приходят не самостоятельно, а по советам друзей или старших товарищей. Делают один укол, второй, третий ... и уже через месяц возникает непреодолимое влечение к наркотикам. В таких случаях никакого повышения половой функции не наступает, все мысли человека направлены на поиски очередной порции наркотика. А добыть ее не всегда удается. Наступает тягостное чувство внутренней пустоты и полного безразличия ко всему окружающему.

Таким людям весь мир кажется черным и тусклым, никакие сексуальные проявления их уже не интересуют. Чтобы хоть как-то нормализовать свое психическое состояние, они ежедневно повышают дозу наркотиков, проделывая путь из «искусственного рая» в ад наркомании.

Известный французский поэт Ш. Бодлер (1821 — 1867) написал прозаическое произведение «Искусственный рай», где наркотики называет «одним из самых ужасных и наиболее верных средств, которыми располагает дух тьмы, чтобы вербовать и поработать достойный сожаления род человеческий». Это свидетельство очевидца, которому все ужасные последствия пристрастия к наркотикам пришлось пережить самому. Описанная им способность наркотиков «вербовать и поработать» человеческие души, пожалуй, наиболее сжато и точно отражает суть наркомании.

Наркомания является страшной болезнью, и рассказываем мы о ней совсем не случайно.

У подавляющего большинства наркоманов нарушается детородная и рекреативная половые функции. Так, по данным И. Н. Пятницкой (1975), из 344 наркоманов (средний возраст 31,3 года) 161 больной никогда не состоял в браке, стабильный брак отмечен только у 41 больного. Все обследованные в потомстве оставили 89 детей (они родились до злоупотребления наркотиками), но в стабильной семье жили только 26 детей, при этом уровень воспитания и внутрисемейных отношений был значительно ниже необходимого для формирования здоровой личности. После начала увлечения наркотиками 89% обследованных не имели постоянной семьи.

О наркотиках известно на протяжении тысячелетий. Можно предположить, что раньше человечество знало только положительные свойства наркотиков, а с развитием технологий получения «чистых» веществ все более выявлялись сопутствующие последствия от применения экстрактов соответствующих лекарственных растений.

Так, о вреде алкоголя человечество знает с начала нашей эры, об опиум — более четырех столетий, о барбитуратах — около пятидесяти лет. Но только в последние 15 — 20 лет сложилось четкое представление о веществах, вызывающих патологическое пристрастие и трагические последствия. Именно поэтому по рекомендации ВОЗ каждый новый медицинский препарат испытывается с целью исключить свойство патологического привыкания к нему.

Наркомания как заболевание утверждалось постепенно в XIX — XX вв. после эпидемических распространений алкоголизма, морфинизма, героинизма, амфетеризма, барбитуратизма, кодеинизма и т. п. Но, к сожалению, больной попадал в поле зрения врачей спустя много времени после начала злоупотребления наркотиками — когда уже требовалась неотложная медицинская помощь. Впоследствии было доказано, что алкоголиком и морфинистом становится любой здоровый человек после определенного срока злоупотребления наркотиками.

Правда, существует мнение, что «хроническая интоксикация не всегда приводит к наркомании». Многие люди, которые хронически злоупотребляют алкоголем, снотворными средствами, якобы могут в любой момент уменьшить их дозы или даже совсем отказаться от них.

Определенная возможность самому преодолеть злоупотребление токсическим веществом действительно

существует, но подавляющее большинство больных не могут остановиться. От врача требуются энергичные действия на самых начальных этапах выявленного наркотизма.

Формирование болезни зависит от регулярного приема наркотического средства. Степень привыкания зависит от наркогенности вещества, с чем связана скорость возникновения абстинентного синдрома (лат. *abstinentio* — воздержание).

В начале проявляется эффект эйфории (от греч. — хорошо переношу) — состояние приподнятого настроения, беспечности, довольства, не соответствующего объективным условиям.

Частое возникновение эйфории приводит к развитию второй составляющей наркомании — формированию предпочтения определенного наркотика. Чаще всего выбирают между алкоголем и наркотиком. Когда предпочтение определенному веществу отдано — начало болезни положено, отсчет начался...

Третьей составляющей развития заболевания наркоманией следует назвать регулярность приема наркотического вещества, что зависит от желания ощутить «кайф», впасть в состояние опьянения.

Четвертой составляющей следует считать снижение первоначального эйфорического эффекта; организм становится толерантным (лат. *tolerantis* — терпеливый) к наркотическому веществу.

Формирование наркомана в условиях свободного доступа к наркотику осуществляется за 2—5 месяцев. У лиц импульсивных, неуравновешенных, отягощенных другими заболеваниями, со слабым эмоциональным контролем и т. п. такое «становление» произойдет особенно быстро.

Развитие наркомании как заболевания сопровождается прежде всего снижением реактивности организма. Исчезает рвотный рефлекс, целесообразность которого ни у кого не вызывает сомнения. Угасает сигнал тревоги, исчезает зуд кожи (особенно выражен при пользовании препаратами фенантренового ряда), нет потливости, икоты, слюнотечения, рези в глазах, чувства дурноты, тошноты, головокружений и пр. В условиях постоянной наркотизации быстро срабатываются все механизмы защиты, и интенсивного обезвреживания не происходит.

При достаточном уровне интеллектуального развития человек может дать себе ответ о причине

существования постоянной мысли о наркотике, о том, как неадекватно оценивает он состояние после наркотизации. И конечно, волевой человек чаще всего понимает, что снизилась субъективная ценность прежних интересов, что изменилась социальная ориентация его личности.

Практика показывает, что какое-либо положительное эмоциональное насыщение человека может погасить даже психическое влечение к наркотику, хотя симптом психического влечения трудноустраимый.

Психическая зависимость определяет настроение и эмоциональный фон личности. Нередко она возникает уже после первого-второго приема наркотика и быстро становится неодолимой, вынуждает постоянно искать новых порций наркотика.

Затем столь же быстро развивается и физическая зависимость от наркотика: происходит перестройка функционирования всех органов и систем организма. Появление такой зависимости — очень серьезный симптом: если в организм не поступает наркотическое вещество или поступает в недостаточных дозах, то возникают тяжелые системные расстройства, угрожающие жизни.

Вынужденное воздержание от приема наркотика вызывает «синдром отмены», или абстинентный синдром. Он проявляется нарушением деятельности вегетативной нервной и сердечнососудистой систем, резким повышением артериального давления, учащением сердцебиения до 130—140 ударов в минуту, частым и прерывистым дыханием, повышением уровня сахара в крови. В последующем внезапно понижается тонус сосудов, падает артериальное давление, урежается частота сердечных сокращений, появляются одышка, боль в области сердца, нарушение его ритма. При отсутствии своевременной медицинской помощи развивается так называемое коллаптоидное состояние с возможным смертельным исходом.

«Ловить приход» наркоман старается в одиночестве, покое, в отсутствие раздражителей, не вставая с постели, в тепле. Но состояние эйфории быстро укорачивается, больной начинает интенсивно худеть; наступает общее эндокринное истощение. Понятно, что говорить об удовлетворительной половой функции у наркомана нет ни малейшего основания.

Лечение наркомании представляет собой сложную задачу. В отличие от других болезней наркомания —

это заболевание, сочетающееся с чувством удовольствия. Здоровье наркомана трудно полностью восстановить, поскольку в процесс были вовлечены жизненно важные органы и системы.

Лечение наркоманов даже в условиях стационаров представляет значительные трудности, тем более что практически постоянно налицо неспособность больного устоять перед соблазном и тайно принять наркотик, а значит, нужно срочно менять дозы и состав применяемых для лечения медикаментов.

Необходимо помнить: результат лечения определяется, прежде всего, социальной средой и установками человека, попавшего в беду. Если после лечения больной вернулся в семью или компанию, где пьянствуют или принимают наркотики, он, как правило, вернется к прежнему образу жизни.

Большинство исследователей подчеркивают, что поведение большинства наркоманов еще до заболевания вызывало озабоченность окружающих. Характерно, что знакомство с наркотиком начинается чаще всего в коллективном очаге наркотизма (известно, что 80 % подростков приобщаются к наркотикам из любопытства, в группе товарищей). Начинаящие наркоманы на первых порах не умеют скрывать внешние признаки интоксикации, на что необходимо обращать внимание.

Самим своим образом жизни к приему наркотиков подготовлены алкоголики, поэтому существующие в настоящее время в нашей стране меры по борьбе с этим злом способствуют снижению наркотизма.

Проблема борьбы с наркоманией во всем мире приобрела общесоциальное значение. Одних только знаний о психике наркомана мало. Чтобы обеспечить безопасность и здоровое будущее грядущему поколению, требуется многоплановая, трудоемкая и длительная работа комплекса общественных институтов.

С сексуальностью и наркоманией связаны социально обусловленные болезни, и прежде всего СПИД, всплеск распространения которого отмечен в США и других странах Запада. СПИД — синдром приобретенного иммунного дефицита — является смертельно опасным заболеванием, ибо на сегодняшний день против него не найдено достаточно эффективных средств. Вот почему СПИД в настоящее время — это настолько серьезная, драматичная и даже трагичная проблема, что приходится говорить о ней на страницах, посвященных вопросам сексологии.

Возбудителем болезни является ретровирус человека, впервые выделенный в США в 1983 г. и получивший название ВИЧ (вирус иммунодефицита человека). Строго документированное наблюдение за ним позволило ученым выделить несколько разновидностей этого вируса, что в свою очередь и затрудняет изыскание эффективного средства лечения и профилактики СПИДа.

Вирус СПИДа, к великому счастью, малоустойчив во внешней среде. При нагревании до 57 °С он гибнет в течение 2 мин. Его убивают прямые солнечные лучи и все дезинфицирующие растворы. Главное свойство вируса заключается в том, что он не может проникнуть в организм через неповрежденную кожу, поэтому невозможно заразиться при обычном общении, через какие-то предметы, рукопожатие и даже поцелуи, если они не сопровождаются нарушением целостности тканей. Точно доказано, что бани, бассейны, пользование общей посудой совершенно безопасны. Бытующий слух, будто переносчиками СПИДа являются комары, не обоснован. Вирус действительно определенное время может выживать в организмах некоторых насекомых, например комаров и клопов, но практически выхода оттуда он не имеет.

На сегодняшний день твердо установлено лишь два пути передачи вируса СПИДа, а следовательно, и заражения этой смертельной болезнью: половой и при попадании зараженной крови в кровь другого человека. Это, например, может быть у наркоманов, которые колются одним шприцем. Переливание крови и ряда ее компонентов представляет несомненную опасность для распространения вируса СПИДа, однако обязательное исследование на наличие его во всей донорской крови, которое вводится в нашей стране, позволит исключить этот источник.

Итак, реальным и очень опасным в эпидемиологическом отношении остается только половой путь передачи вируса СПИДа. При сексуальных контактах попадание вируса в кровь, а следовательно, заражение возможно через микротравмы половых органов, которые наблюдаются почти во всех случаях. А при гомосексуальных связях особенно.

В эпидемиологическом отношении опасность случайных половых связей реальна, ибо они часто, так сказать, анонимные (когда партнеры в лучшем случае знают только имена друг друга) и, к сожалению, весьма

нередки среди молодежи. Нельзя сбрасывать со счетов и тот факт, что гомосексуалисты параллельно вступают в разнополые связи, например с женой. Так звенья инфекционной цепочки могут нанизываться одно на другое и, как случилось в первом случае в нашей стране, один заразит невесту, другой — любимую женщину и жену, от которых, в свою очередь, заразятся дети. Следовательно, самым опасным в смысле широты распространения инфекции является половой путь. В случае со СПИДом группами повышенного риска являются наркоманы, гомосексуалисты, проститутки, с помощью которых болезнь находит новые жертвы.

Словом, заразиться СПИДом можно только от человека — бессимптомного носителя вируса или больного. При заражении вирус попадает в кровь другого человека, там размножается и избирательно поражает так называемые Т-лимфоциты, обеспечивающие функционирование иммунной системы. В результате таких нарушений пропадает иммунитет, и человеческий организм оказывается полностью беззащитным даже перед безопасными в повседневных условиях простыми инфекциями, с которыми он легко справляется самостоятельно, без лекарств.

У СПИДа, как и любой инфекции, есть скрытый, так называемый инкубационный период, когда человек уже заражен и является распространителем вируса, но еще не болен. В этом плане инфекция — айсберг, ибо сколько «титаников» разбивается об его подводную часть, сколько судеб! Но СПИД здесь особенно страшен. Его инкубационный период может продолжаться до четырех лет, и человек, ничего не зная, заражает других людей.

Таким образом, кроме больных с характерными клиническими проявлениями СПИДа, есть более широкий круг людей, которые заражены вирусом, но пока не болеют. Это либо так называемая фаза здорового вирусоносительства, либо период инфицированности, сопровождающийся первыми клиническими проявлениями, на которые еще мало кто обращает внимание. Вся беда в том, что при СПИДе, инфекции с особенно длительным течением, точно назвать сроки от момента заражения до появления так называемых антител против вируса невозможно. Обычно это три — пять месяцев. Но вот именно здесь есть очень интересные факты. Описывается много случаев, когда непосредственно сам момент инфицирования

тоже сопровождается клинической картиной. Развивается кратковременная лихорадка, в различной степени припухают лимфатические узлы, появляются и другие неспецифические симптомы, напоминающие инфекционный мононуклеоз, но в крови еще нет противовирусных антител. И в этом сложность распознавания болезни. Следует помнить: такая картина, развившаяся после внебрачных половых актов, должна настораживать.

Не у всех инфицированных людей СПИД переходит в развернутую стадию (об этом еще мало что известно).

Вот довольно типичная картина болезни. Первыми признаками являются общая утомляемость, потливость в сочетании с припуханием лимфатических узлов. Увеличение лимфатических узлов, причем сразу в нескольких местах (на шее, под мышками, в паху), служит самым ранним признаком, поэтому лица с подобными симптомами обязательно должны пройти исследование на СПИД. Позже к этому присоединяются расстройство стула, продолжающееся два-три месяца, прогрессирующая потеря веса, несмотря на сохранение прежнего режима питания, гнойничковые поражения кожи и слизистых оболочек, длительное беспричинное повышение температуры в пределах 37—38 °С, воспаление легких.

Несмотря на различные нестандартные проявления, первые признаки СПИДа во всех случаях — мы подчеркиваем еще раз — это припухание лимфатических узлов нескольких локализаций на фоне общей слабости и потливости.

Вирус СПИДа подавляет иммунитет, чем создает возможность для развития либо воспалительного процесса, мастью обусловленного постоянной микробной флорой, постоянно присутствующей у человека, либо измененных, мутированных клеток, которые тоже всегда есть в нашем организме, то есть опухолевого процесса. Следовательно, вирус СПИДа благоприятствует возникновению в организме условий для развития опухолей, в частности, так называемой саркомы Капоши и различных лимфов, исходящих из лимфоидной ткани. Описана такая форма СПИДа, как быстро прогрессирующее раннее слабоумие: буквально в течение месяца после начала заболевания происходит распад интеллектуально развитого человека до уровня дебила. Уже сейчас установлено, что вирус СПИДа поражает не только лимфоциты, но и нервные клетки, и так называемые макрофаги, несущие защитную функцию в организме.

Что касается лечения и профилактики этой грозной болезни, то можно условно выделить три ступени, на которых способы и шансы спасти человека различны.

На верхней, крайней ступени, когда речь идет о больном СПИДом, ситуация весьма драматична. Несмотря на определенный прогресс в этом направлении, победить эту болезнь мы пока не можем.

На средней ступени, когда человек является только носителем вируса, есть серьезные шансы не допустить дело до развернутой болезни, ибо, применяя лечение вирусносителей специальным препаратом врачам удалось снизить количество заболевших с 30 % до 1—2 %. Но, естественно, это достигается при строжайшем соблюдении режима, рекомендаций врачей, мер предосторожности. Ибо вирус все-таки «поселился» в человеке навсегда.

И наконец, на нижней ступени, когда человек еще здоров, у него есть чрезвычайно высокая вероятность уберечься от СПИДа. В этом деле нет никаких сложностей, ибо все медицинские рекомендации против СПИДа полностью совпадают с принципами коммунистической морали.

Важной — и самой простой — мерой профилактики СПИДа, получившей большое распространение за рубежом, является использование механических средств предохранения, в частности мужских презервативов. Но наилучший метод — сохранение нравственной чистоты. Существует четкое правило: угрозе заражения подвергаются в первую очередь люди, у которых много половых партнеров. Чем их больше, тем выше риск получить инфекцию, которая может оборвать жизнь.

НА ГРАНИ С СЕКСОЛОГИЕЙ

Физиология репродуктивной функции

Половая функция биологически подчинена воспроизводству потомства и поэтому считается одной из важнейших функций человеческого организма. Способность воспроизводить себе подобных имеет большое значение для жизнедеятельности обоих полов.

Так, особенно благотворное влияние на организм женщины оказывают роды, которые в большинстве случаев способствуют проявлению сексуальности и появлению оргазма. К тому же, как подтверждает медицинская практика, у рожавших и кормящих грудью женщин намного реже встречаются опухоли молочных желез и половых органов.

Как ни странно на первый взгляд, положительно скалывается на организме мужчины отцовство. Помимо сугубо эмоциональных переживаний, оно придает ему чувство уверенности, что является одним из немаловажных факторов укрепления семьи и сохранения необходимого уровня половой потенции.

Механизм воспроизводства человеческого потомства отличается постоянством и включает целый ряд нормально протекающих физиологических процессов. К ним относятся сперматогенез и семяизвержение у мужчины, овогенез и овуляция у женщины, совокупление, заканчивающееся попаданием спермы в половые пути женщины, проникновение сперматозоидов в матку и маточные трубы, встреча их с созревшей яйцеклеткой и ее оплодотворение, деление и переход оплодотворенного лица в полость матки, его внедрение и прикрепление к ее слизистой оболочке, развитие зародыша и плода и, Наконец, рождение ребенка.

Несмотря на различные нюансы механизмов встречи Мужских и женских зародышевых клеток, обязательным условием для зачатия плода является наличие полноценной спермы и нормальной зрелой яйцеклетки.

В физиологических условиях выделение спермы происходит в заключительной стадии половой близости в процессе семяизвержения из мочеиспускательного канала. При этом, как правило, выделяется 2—3 мл семенной жидкости. Количество извергающейся спермы зависит от частоты половых сношений; нормальным оно бывает после 3—4-дневного перерыва между половыми актами. Практика показывает, что большой объем спермы не означает ее значительной оплодотворяющей способности. Встречаются мужчины, у которых извергается 8—10 мл семенной жидкости, но зачатие от них наступает редко или, наступив, заканчивается спонтанным выкидышем плода.

Оплодотворяющая способность спермы определяется количеством сперматозоидов (в 1 мл и во всем эякуляте), а также содержанием активно подвижных и морфологически нормальных их форм. Полноценной считается такая сперма, в которой содержится от 60 до 120 млн сперматозоидов в 1 мл и более 150 млн во всем эякуляте, из которых около 80 % активно подвижны и морфологически нормальны.

В норме сперматозоиды находятся в слабощелочной среде (рН 7,4—7,6).

Самой благоприятной температурой для мужских половых клеток является 37 °С. При такой температуре сперматозоиды в лабораторных условиях двигаются 10—12 и более часов, расходуют максимум энергии и прекращают движение. При 4 °С мужские половые клетки полностью неподвижны.

Половые клетки хорошо переносят охлаждение: известно, что при замораживании спермы до —269 °С подвижность сперматозоидов после оттаивания сохраняется. Благодаря этому стало возможным использование замороженной спермы для искусственного осеменения.

В условиях высокой температуры (более 40 °С) очень быстро прекращается подвижность сперматозоидов. Отсюда ясно, как важен для получения потомства температурный режим на рабочем месте мужчины.

Сперма млекопитающих и человека содержит много сахара (фруктозы), превышая его уровень в крови в 4—6 раз. Сахар играет большую роль в жизнедеятельности сперматозоидов. Если, например, промыть сперму раствором поваренной соли, то подвижность мужских половых клеток тут же прекращается.

При правильном менструальном цикле зрелая яйцеклетка из яичника выходит на 12—14-й день после первого дня предшествующей менструации.

Четыре — шесть дней она «странствует» по яйцеводу, и именно в эти дни происходит оплодотворение при встрече яйцеклетки со сперматозоидом.

Основную роль в репродукции человека играет женщина, которая природой предназначена для вынашивания беременности и рождения ребенка. Для наступления беременности созревшая яйцеклетка, выйдя из фолликула яичника и оказавшись в брюшной полости, должна попасть в маточную трубу, встретиться там с мужской половой клеткой — сперматозоидом, оплодотвориться, начать дробиться и одновременно двигаться по направлению к полости матки, чтобы затем здесь имплантироваться (прикрепиться) и дать возможность развиваться новому организму.

Оплодотворение представляет собой не просто механическое слияние яйцеклетки и сперматозоида: с момента их соединения возникают сложнейшие биологические процессы, которые завершаются на вторые сутки образованием нового организма. Оплодотворенная клетка начинает каждые сутки дробиться, образуя уже через сутки 2 клетки, через двое — 4, еще через сутки — 8 и т. д.

После оплодотворения и образования на вторые сутки зародыша в течение следующих трех суток он продвигается по маточной трубе, подгоняемый волнообразными сокращениями самой трубы и «взмахами» реснитчатого эпителия ее слизистой оболочки. Для того чтобы достигнуть полости матки и там закрепиться, зародышу требуется именно трое суток. Если его движение замедлится из-за узости или плохой проходимости маточной трубы, то он в ней так и останется. Это приведет к гибели зародыша или наступлению «нематочной, а точнее — к трубной беременности, то есть тоже его гибели, только более поздней. Внематочная беременность весьма опасна для женщины, ибо она однозначно потребует экстренной операции.

В том случае, если зародыш по каким-то причинам начнет продвигаться слишком быстро, он может оказаться в матке к тому моменту, когда его имплантация еще вообще невозможна или может произойти только в нижних отделах матки. Низкое прикрепление зародыша осложняет течение беременности и даже ставит её под угрозу преждевременного прерывания. Неблагоприятно для зародыша и более позднее попадание в полость матки (позднее 3-х суток), ибо ее слизистая оболочка может не воспринять его.

Интересно, что это крохотное образование, состоящее всего из нескольких клеток в диаметре 0,2 мм, почти ничего не весящее, попадая в матку, способно уже с первых суток существенно влиять на развитие ее слизистой оболочки и тем самым создавать благоприятные условия для своего существования и дальнейшего развития.

В ряде случаев и точное соблюдение «графика» передвижения в матку плодного яйца еще не гарантирует успеха. К примеру, если зародыш прикрепится на рубцах, образовавшихся в области слизистой оболочки матки после аборт или на миоматозном узле при фибромиоме матки, условия его питания и дальнейшего развития будут крайне неблагоприятными. В таких случаях может часто возникать угроза беременности.

Как можно помочь зародышу в таких ситуациях? В этот период, к сожалению, уже никак. Профилактика необходима более ранняя — терпеливо и как можно раньше лечить гинекологические, в частности воспалительные, заболевания, а еще лучше предупреждать их и избегать абортов, особенно первых.

Но вот зародыш благополучно внедрился в разрыхлившуюся к этому времени слизистую оболочку полости матки, и образовавшийся из его наружной оболочки трофобласт начал вырабатывать специфический гормон (хориальный гонадотропин). Этот гормон стимулирует выработку других гормонов, способствующих сохранению и развитию беременности.

Если у женщины не наступила очередная менструация, то есть надежда, что имплантация произошла успешно и беременность развивается. Подтверждение этому врачи могут получить уже через четыре недели, увидев плодное яйцо с помощью ультразвукового аппарата. Беременность можно выявить и раньше — с помощью биохимического исследования.

К концу первого месяца уже можно уловить сердцебиение плода: в этом крошечном зародыше уже циркулирует кровь.

С 7 недель из трофобласта начинает формироваться так называемое детское место — плацента. Этот срок — 7 недель — врачи считают самым критическим периодом беременности, ибо именно тогда чаще всего происходит ее преждевременное прерывание.

Объяснить это можно возможным нарушением гормонального равновесия в организме женщины,

которое может возникнуть в силу ряда причин. Дело в том, что плацента выделяет в материнский организм сложный комплекс гормонов и биологически активных веществ, среди которых особое значение имеет гормон прогестерон, способствующий сохранению и развитию беременности. До образования плаценты его продуцирует исключительно так называемое желтое тело, образовавшееся на месте созревшего фолликула яичника. Нарушение гормонального равновесия может возникнуть в том случае, если именно к 7-й неделе начнет существенно угасать его функция, а формирование плаценты, восполняющей образующийся дефицит прогестерона, запаздывает. Такой гормональный дисбаланс, возникающий в организме женщины, при отсутствии своевременной коррекции извне чреват прерыванием беременности.

При нормальном развитии беременность у женщины продолжается в среднем 280 дней, или 40 акушерских недель, соответствующих 10 акушерским месяцам, считая от первого дня последней менструации. Беременность делят на три триместра, причем не произвольно, а в связи с особенностями каждого периода.

Крайне важен первый триместр (1 — 3-й месяцы) — период максимальной уязвимости. В это время кроме имплантации оплодотворенного яйца происходят сложные процессы закладки внутренних органов плода.

Самый сильный яд для плода — алкоголь. Об этом свидетельствуют житейские наблюдения, статистически обоснованные и, наконец, строго научные доказательства. Особенно велика опасность алкоголя для плода в первый триместр. Алкоголь нарушает процессы формирования внутренних органов, вызывая различные уродства. Тяжелее всего страдает головной мозг, содержащий высокий процент жировых веществ, ибо алкоголь обладает свойством связываться с последними и избирательно воздействовать именно на них. Поражения мозга проявляются после рождения ребенка в отставании психического развития вплоть до прогрессирующего слабоумия. Такие дети часто заболевают эпилепсией, тяжелыми неврозами. Иногда отмечается водянка мозга (гидроцефалия) или, наоборот, уменьшение размеров мозговой части черепа (микроцефалия). У каждого третьего ребенка пьющих матерей бывает врожденный порок сердца, довольно часты уродства рук и ног, пороки развития почек и мочевыводящих путей, а также половых органов.

Помимо вредного влияния на плод, алкоголь осложняет течение беременности. У употребляющих алкоголь беременных женщин значительно чаще наблюдаются самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды недоношенного и незрелого плода. Им более свойственны различные осложнения беременности, и прежде всего токсикозы, а также дородовое излитие околоплодных вод, приводящее к развитию инфекции у матери и ребенка. Осложнения протекают и сами роды, отличающиеся родовой слабостью, затяжным течением, большей кровопотерей, угрозой асфиксии (удушья) ребенка.

Профилактика всех этих осложнений у ребенка и матери однозначна и совершенно проста: ни глотка, ни капли спиртных напитков нельзя употреблять беременной женщине.

Второй, столь же категоричный запрет накладывается на курение. Для плода опасно не только курение матери, но и ее пребывание в накуренном помещении. Даже плацента, образуемая позже, достаточно хорошо защищающая плод от многих вредных веществ, циркулирующих в крови матери, к сожалению, проницаема для алкоголя и никотина. Алкоголь и никотин попадают также в околоплодные воды, а это продлевает их вредное воздействие на плод.

Важно отметить, что в организм плода через плаценту и околоплодные воды поступает не только алкоголь, но и продукты его распада, прежде всего уксусный альдегид, который намного токсичнее самого алкоголя. Твердо установлено, что для нарушения развития плода достаточно самого малого количества уксусного альдегида. Не менее опасно и курение, так как угарный газ и другие токсичные вещества, содержащиеся в табачном дыме, ухудшают снабжение плода кислородом, который так необходим ему в этот период бурного развития.

Плацента, которая служит как бы «крепостным валом» между органами матери и плода, не в состоянии оградить его и от многих химических веществ, в частности медикаментов. Она также пропускает вирусы, поэтому беременным женщинам очень важно избегать контактов с больными вирусными инфекциями, гриппом. Особенно опасной является коревая краснуха, вирус которой всегда тяжело поражает плод. К счастью, краснуха дает пожизненный иммунитет, поэтому тем женщинам, которые перенесли заболевание в детстве, опасаться этой инфекции нечего.

Второй триместр охватывает 4—6-й месяцы беременности. У здоровых женщин он протекает в основном спокойно. Постепенно проходит период физической и психологической адаптации, уравниваются реакции нервной системы, исчезает слюнотечение, тошнота, улучшается аппетит. Словом, организм женщины приспосабливается к новому состоянию и она уже может работать, почти не изменяя обычного образа жизни.

При неосложненной беременности и отсутствии хронических заболеваний необходима физическая нагрузка. Как и в первом триместре, очень полезна ежедневная утренняя гигиеническая гимнастика (разумеется, исключая подскоки, прыжки и резкие повороты). В этом триместре рекомендуется комплекс специальной гимнастики, способствующих! укреплению мышц брюшного пресса, тазового дна, улучшающий подвижность суставов и предупреждающий отвисание живота. Объем гимнастических упражнений определяет врач женской консультации.

Очень полезны прогулки на свежем воздухе, способствующие улучшению снабжения плода кислородом. Гулять можно до двух часов подряд и обязательно 30 мин перед сном. Благоприятные условия внутриутробного существования плода создают многочисленные гигиенические мероприятия — воздушные ванны, ежедневный душ, улучшающие кожное дыхание, полноценное питание с увеличением количества белка и витаминов.

Благополучие плода во втором триместре во многом зависит от состояния и правильного развития плаценты, через которую он получает кислород и питательные вещества. Последняя образуется в начале 4-го месяца на той стороне плода, которая обращена к стенке матки.

Плацента осуществляет функцию обмена веществ между матерью и плодом, хотя кровь их не смешивается. Материнская кровь изливается в межворсинчатые пространства и омывает ворсинки так называемого хориона — наружной оболочки плодного яйца. Наряду с этим плацента выделяет в материнский организм сложный комплекс гормонов и биологически активных веществ, из которых многие способствуют сохранению и развитию беременности.

Постоянный рост плаценты совпадает с усиленным ростом плода, поэтому в конце беременности она имеет

диаметр 15—18 см, толщину 2—3 см и массу 500 — 600 г. Со стороны материнской поверхности в плаценте насчитывается 18 — 20 долек, а на плодовой поверхности проходят сосуды, радиально расходящиеся от пуповины — шнуровидного образования, в котором проходят две артерии и одна вена. По артериям течет венозная кровь от плода к плаценте, по вене притекает к плоду артериальная кровь. Нормальная длина пуповины около 50 см.

С усиленным ростом плода, формированием его органов потребности будущего ребенка, которые должен обеспечить организм матери, увеличиваются. Это вызывает перестройку деятельности всех систем материнского организма, и прежде всего эндокринных органов. Начинают усиленно функционировать паращитовидные железы, продуцирующие так называемый паратгормон, способствующий усвоению кальция, который в этот период остро необходим для формирования костей плода. Усиленно работает поджелудочная железа, выделяющая в кровь инсулин, стимулирующий все обменные процессы. В материнской крови повышается уровень прогестерона, тормозящего сократительную функцию матки и тем самым способствующего сохранению и дальнейшему развитию беременности.

Во втором триместре начинают функционировать эндокринные железы плода и он уже самостоятельно выделяет собственные гормоны. В это время очень важно установление правильного равновесия между эндокринными системами матери и плода. Для будущего ребенка вреден как недостаток, так и избыток гормонов матери, ибо в последнем случае угнетается функция его эндокринных желез.

Среди других наиболее постоянных изменений следует отметить тенденцию к повышению артериального давления у будущей матери с 5-го месяца беременности, поэтому важно следить за его динамикой.

Второй триместр очень важен для женщин, у которых в этот срок прерывались предшествующие беременности. Им необходим щадящий режим, а в ряде случаев — лечение в стационаре.

С 28-й недели начинается третий триместр беременности — последний и очень ответственный. Несмотря на окончание формирования органов плода и его жизнеспособность, требуется еще, по крайней мере, около 10 недель, чтобы его развитие и созревание полностью завершилось.

В этом триместре организм женщины испытывает большие нагрузки. Бурный рост плода предъявляет возрастающие с каждым днем требования к печени и почкам матери. Очень часто осложняется и работа сердца, так как купол диафрагмы, приподнимаемый увеличившейся в размерах маткой, начинает теснить его, вынуждая принять поперечное положение.

Высокое стояние диафрагмы отрицательно сказывается и на работе органов пищеварения. Иногда содержимое желудка забрасывается в пищевод и появляется ощущение изжоги, привкус горечи во рту. С повышенной нагрузкой функционирует венозная система, в которой возрастает кровяное давление.

В это время еще большее значение приобретает соблюдение правильного режима. От того, как беременная женщина строит свой режим дня, насколько точно выполняет советы врача, зависит, останутся ли возникшие отклонения в пределах допустимого или разовьются в крайне нежелательные осложнения беременности.

Прежде всего, необходимо обязательно внести коррективы в рацион питания и полностью отказаться от острых, соленых блюд, пряностей и копчений. Эти продукты осложняют работу почек, способствуют задержке жидкости в организме и могут спровоцировать развитие так называемого позднего токсикоза беременности, крайне опасного для здоровья, как матери, так и будущего ребенка.

В последнем триместре первые блюда должны быть только вегетарианскими; из жиров рекомендуются сливочное и растительное масло, овощи — не только вареные и тушеные, но и сырые, хлеб — предпочтительно из муки грубого помола. Очень важно следить за прибавкой массы тела, которая в физиологических условиях не должна превышать 500 г в неделю. Такое правило, правда, относится к женщинам, имевшим до беременности нормальную массу тела. У лиц, склонных к полноте, прибавка массы тела не должна превышать 300 г в неделю.

Во избежание лишней прибавки массы тела надо ограничить употребление мучных блюд, картофеля, каш и всевозможных сладостей. Избыток углеводов в питании беременной женщины вреден и для плода, ибо может вызвать превышение нормальной для него массы тела. Излишняя прибавка массы тела беременной женщины опасна и потому, что избыточно образующаяся

жировая ткань способствует задержке жидкости в организме, что чревато нарушением функции почек.

О благополучном течении беременности в этом периоде свидетельствуют нормальное артериальное давление, отсутствие отеков и нормальные анализы мочи. Если отеки незначительные, не сопровождаются повышением артериального давления и патологическими изменениями в анализах мочи, то особых оснований для тревоги нет. И все же, если трудно снимать с пальца кольцо или туфли стали тесными, следует поспешить к врачу. В таких случаях, при отсутствии позднего токсикоза беременности, врачи обычно рекомендуют ограничить употребление соли и жидкости, рекомендуют арбузы, курагу, чернослив, свеклу и капусту, которые способствуют выведению жидкости из организма.

Одним из важных показателей нормального течения беременности в этот период является соответствие выпитой и выделенной жидкости за сутки, причем лучше, если последней будет даже чуть больше. В тех случаях, когда жидкости выделяется меньше, чем потребляется, включая и первые блюда, следует обязательно выяснить, не нарушилась ли выделительная функция почек. Если такие предположения подтвердились, необходимо соответствующее лечение.

Важно не заниматься самодеятельностью в этом вопросе, ибо в таких случаях возможны ошибки двоякого рода. Нередко женщины по своему усмотрению и советам других бесконтрольно могут принимать антибактериальные, анальгезирующие, жаропонижающие и даже снотворные препараты. Другая крайность: опасаясь нанести вред ребенку, они отказываются от лекарств, назначенных врачом.

Безусловно, лекарства относятся к веществам, которые легко проникают через гематоплацентарный барьер к плоду. Но есть ситуации, когда проводимое правильно медикаментозное лечение не только безвредно для будущего ребенка, но и остро необходимо для него. К примеру, так бывает при сахарном диабете, малокровии, токсикозах беременности, угрозе ее прерывания. Во всех случаях право решения вопроса о необходимости медикаментозного лечения и месте его проведения (на дому или в стационаре) предоставляется врачу.

Для создания оптимальных условий для развивающегося плода в третьем триместре надо придерживаться

правильного режима дня, рационально, в одно и то же время питаться, обязательно гулять на свежем воздухе. Продолжительность пеших прогулок необходимо увеличивать, но ходить следует медленнее и чаще присаживаться. Женщины, которые по рекомендации врача занимались специальной гимнастикой, могут ее продолжить, но темп упражнений замедлить, и часть из них, а после 36-й недели — почти все выполнять только сидя и лежа.

С 32-й недели женщине предоставляется дородовой отпуск. И делается это для того, чтобы она могла перед родами хорошо отдохнуть, окрепнуть, собраться с силами и создать в конце беременности оптимальные условия для роста и развития плода. В это время она может заниматься обычными домашними делами, но ни в коем случае не такими трудоемкими, как, скажем, ремонтировать квартиру или трудиться на огороде. Категорически запрещается также работа с инсектицидами, пестицидами и препаратами бытовой химии.

Нормально протекающая или даже осложненная беременность при правильном медицинском контроле заканчивается, как правило, рождением здорового жизнеспособного ребенка.

Роды следует рассматривать как физиологический акт, при котором из полости матки происходит изгнание плода и последа. Они сравнительно редко наступают неожиданно. Обычно перед родами у беременной появляется ряд симптомов — опущение дна матки и предлежащей ко дну таза головки плода, перемещение центра тяжести тела беременной кпереди, в связи с чем плечи и голова несколько отводятся назад, появление облегченного дыхания, выпячивание пупка.

Начало родов характеризуется двумя признаками: выделением слизи из шейного канала и схваткообразными болями, возникающими вследствие сокращения мускулатуры матки. Сильные, регулярные и продолжительные схватки свидетельствуют о начавшихся родах.

Молодые, достаточно подготовленные, крепкие женщины, как правило, переносят роды легко. Этому способствует проводимая во всех женских консультациях физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам, которая не только снимает или уменьшает родовую боль, но и способствует правильному течению родов и благоприятно влияет на плод. При необходимости роды обезболиваются с помощью медикаментозных методов.

При зачатии возможность развития зародыша мужского и женского пола примерно одинакова, однако при рождении всегда преобладают мальчики: на каждые 100 девочек — 106 мальчиков. Мальчики менее жизнеспособны, и к концу первого года жизни количество мальчиков и девочек становится одинаковым.

Родившиеся дети наследуют от своих родителей половые признаки (мальчик или девочка), форму тела, цвет глаз, волос и т. д. Половые признаки передаются через половые хромосомы, а все остальные — через соматические.

К несчастью, дети наследуют от родителей и так называемые хромосомные (наследственные) болезни. В настоящее время известно более 90 заболеваний, передающихся таким путем. Среди них наиболее распространенными являются гемофилия, цветовая слепота (дальтонизм), врожденная глухота, слепота, шизофрения, слабоумие, болезнь Дауна, волчья пасть, заячья губа, врожденные нарушения обмена веществ (цистинурия, фруктозурия, галактозурия) и др.

Дети с наследственными заболеваниями в большинстве случаев рождаются от здоровых родителей, которые являются носителями генов, обуславливающих тот или иной порок. Так передаются и наследственные болезни, сцепленные с полом. При наличии у родных будущих супругов наследственных болезней следует обратиться за советом в медико-генетическую консультацию о возможности получения здорового потомства.

Можно ли бороться с бесплодием?

Бесплодный брак... Сколько семей разрушалось, сколько людей чувствовали себя глубоко несчастными из-за отсутствия детей...

А статистика неумолимо свидетельствует: число семей, в которых нет детей, растет. По последним данным, примерно каждый шестой брак бесплоден. Если в прошлом, как правило, речь шла о бесплодии у женщин, то в настоящее время всегда говорят о бесплодном браке, ибо наука доказала, что причина бесплодия может заключаться в состоянии здоровья как женщины, так и мужчины, а иногда обоих одновременно.

Борьба с бесплодием потребовала объединения усилий ученых различных стран, ибо она является проблемой, волнующей людей во всем мире.

Несколько лет назад Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала специальную программу научных исследований по проблеме бесплодия, в осуществлении которой участвуют советские ученые. На базе Всесоюзного научно-исследовательского центра по охране здоровья матери и ребенка Минздрава СССР создан и успешно функционирует Московский центр ВОЗ репродукции человека, имеющий филиалы в Ташкенте и Ереване. Над проблемами бесплодия целенаправленно работают специалисты Киевского НИИ педиатрии, акушерства и гинекологии, Ростовского НИИ акушерства и педиатрии, Тбилисского НИИ генеративной функции. Кстати, в последнем занимаются и проблемой мужского бесплодия, которую в последние годы успешно разрабатывают также в Московском НИИ урологии Минздрава РСФСР и Киевском НИИ урологии и нефрологии Минздрава УССР. Наконец, отдельные аспекты этой большой и сложной проблемы исследуются почти во всех НИИ акушерства и гинекологии, урологии, а также на кафедрах медицинских вузов и институтов усовершенствования врачей.

В поиск средств и методов борьбы с бесплодием сегодня включилась большая армия ученых. Решение поставленных задач облегчается успехами смежных наук и развитием современной техники, наглядным подтверждением чего является рождение «детей из пробирки».

Наступлению беременности и рождению живого доношенного ребенка должны предшествовать многочисленные нормально протекающие процессы, обеспечивающие выработку зародышевых клеток и их встречу в половых путях женщины, а также развитие зародыша, плода и, наконец, роды. Поскольку процесс созревания и передвижения половых клеток в половых системах мужчины и женщины очень сложен, то совершенно очевидно, что даже незначительные анатомические или функциональные нарушения могут препятствовать нормальному течению этих явлений, следовательно, быть причиной бесплодного брака.

Вопрос о том, после какого срока брак следует считать бесплодным, окончательно не решен, хотя большинство исследователей считают его таковым через два года нормальной половой жизни без предохранения. Необходимо учитывать возраст супругов, в частности женщины: если ее возраст приближается к 30 годам,

то уже через 10—12 месяцев жизни в браке необходимо приступить к обследованию супругов, чтобы установить истинную причину бесплодия. Начинать следует с мужчины, и только после того, как будет выяснено, что его сперма плодovита, необходимо приступить к исследованию женщины.

По литературным данным, частота бесплодия в семье колеблется от 5,5 до 21 %, в среднем — до 10 %, из них половина случаев связана с нарушением воспроизводящей функции у женщины, 40 % — у мужчины, а 10 % — у обоих супругов.

Мы будем разбирать бесплодие так же, как это делают в клинике: сначала обследуют мужчину, а затем — женщину. Это обусловлено двумя факторами: во-первых, мужчины страдают бесплодием не реже женщин, а во-вторых, их обследование всегда намного проще и легче.

Мужчин обследуют врачи-урологи. Вначале им производят анализ спермы (эякулята), который получают после пятидневного полового воздержания путем прерванного полового акта или с помощью специального прибора. Полученную сперму в полном объеме следует в течение 20 — 30 мин доставить в лабораторию при температуре тела человека. В случаях, когда сперма не соответствует нормальным показателям, урологи производят целенаправленное обследование мужчины, включая при необходимости рентгенологический контроль проходимости семявыводящих протоков и биопсию яичек. Если же установлено, что сперма качественная (исследование проводят не менее 2 раз с интервалом две-три недели), нужно обследовать женщину.

Такое обследование производится в женских консультациях, если женщина не забеременела в течение первого года супружеской жизни без применения противозачаточных средств. Необходимость раннего обследования вызвана тем обстоятельством, что воспалительные заболевания половых органов успешно поддаются лечению на начальных стадиях.

Если установлено, что женщина нуждается в более глубоком обследовании или стационарном лечении, ее направляют в гинекологическое отделение районной, городской, областной или республиканской больницы. При необходимости обследование и лечение продолжают в специализированных акушерско-гинекологических клиниках вузов, республиканских НИИ акушерства и гинекологии.

В случаях, когда безрезультатно пройдены все эти этапы, областные и республиканские органы здравоохранения имеют право направлять таких женщин на консультацию в Московский центр ВОЗ репродукции человека или в его филиалы в Ташкенте и Ереване, причем сделать это необходимо до достижения пациенткой 30-летнего возраста.

Провести обследование супружеской пары и в случае необходимости направить в специализированные учреждения могут также консультации «Брак и семья».

Мужское бесплодие констатируется лишь при наличии истинной патоспермии, которую устанавливают на основании дву-, трехкратного исследования эякулята с интервалами 2 — 3 недели. Основными критериями оценки оплодотворяющей способности эякулята следует считать количество сперматозоидов в 1 мл спермы, а также количество подвижных, живых и морфологически нормальных их форм. В норме количество сперматозоидов составляет 60—120 млн/мл, из которых 70—80 % подвижны и 70—80 % морфологически нормальны.

Мужское бесплодие делится на секреторное, экскреторное и сочетанное.

Секреторное бесплодие включает в себя функциональную недостаточность мужских половых желез (яичек) — гипогонадизм. Он может быть первичным (непосредственное поражение яичек) и вторичным (опосредованное поражение яичек при патологии других эндокринных желез).

Гипогонадизм могут обусловить как врожденные, так и приобретенные заболевания (табл. 2).

Среди множества причин секреторного бесплодия весьма существенными являются хроническая алкогольная интоксикация и злоупотребление никотином. Клинико-морфологическое изучение половых желез у алкоголиков показало, что у них отмечается значительное уменьшение размеров яичек вследствие жирового перерождения семенных канальцев и атрофии семяродного эпителия.

Изучение эякулята хронических алкоголиков свидетельствует, что в нем уменьшается количество зрелых сперматозоидов, нарушается их подвижность и жизнеспособность, повышается процентное содержание патологических форм и незрелых клеток сперматогенеза. Встречаются случаи так называемой некропермии, когда все сперматозоиды мертвые, атрофия гомяродного эпителия может быть полной, что проявляется

Таблица 2. Функциональная недостаточность яичек

Вид гипогонадизма	Патология, приводящая к функциональной недостаточности яичек	
	врожденная	приобретенная
Первичный	Врожденные аномалии развития яичек (болезни Клайнфельтера, Дель-Кастильо и пр.) Патология опущения яичка в мошонку, при которой в последней яички отсутствуют Спонтанное недоразвитие или абсолютное отсутствие яичек	Воспалительные и опухолевые заболевания яичек Заболевания, вызывающие нарушение кровообращения в яичках (водянка оболочек яичка, варикозное расширение вен семенного канатика) Травматическое повреждение яичка Интоксикации при злоупотреблении алкоголем, никотином, некоторыми лекарствами Повреждение яичек при инфекционных заболеваниях («свинка», туляремия, бруцеллез, токсоплазмоз, трихомониаз)
Вторичный	Врожденная гипоталамо-гипофизарная недостаточность (карликовость, врожденный евнухоидизм, папизм, болезнь Бабинского—Фрелиха) Врожденные заболевания других эндокринных желез	Передозировка гормональных препаратов Недостаточность щитовидной железы Надпочечниково-половой синдром Кушинга Заболевания, усиливающие распад белка

в отсутствии сперматозоидов и более ранних клеток сперматогенеза, причем такие изменения необратимы и не поддаются лечению.

Неполноценность сперматозоидов нарушает их оплодотворяющую способность, а оплодотворение патологическим сперматозоидом может привести к уродству плода. Факты свидетельствуют: в семьях алкоголиков около половины детей рождаются мертвыми, а одна треть — с внешними уродствами.

При секреторном бесплодии нарушается процесс созревания половых клеток, вследствие чего снижается количество продуцируемых сперматозоидов либо процесс сперматогенеза вообще прекращается.

Экскреторное бесплодие проявляется в том, что нарушается процесс транспорта сперматозоидов по половым путям

мужчины, начиная от придатка яичка и кончая мочеиспускательным каналом. К этой форме бесплодия могут привести заболевания и дефекты развития мочеиспускательного канала, семявыносящих протоков, предстательной железы, семенных пузырьков и придатков яичек.

О нарушении проходимости семявыносящих путей свидетельствует полное отсутствие сперматозоидов и других сперматогенных клеток в эякуляте.

Экскреторное бесплодие может обусловить и так называемая ретроградная эякуляция, при которой семяизвержение происходит не в мочеиспускательный канал, а в мочевой пузырь. В таких случаях мужчины испытывают нечто вроде оргазма, а сперма во влагалище не поступает. Бывают случаи, когда при любой длительности полового акта семяизвержение не происходит ни при каких обстоятельствах (асперматизм).

Сочетанная форма мужского бесплодия — это отсутствие оплодотворяющей способности, обусловленное одновременно функциональной недостаточностью яичек и нарушением транспорта сперматозоидов по половым путям мужчины. Такую форму бесплодия наиболее трудно лечить.

К лечению мужского бесплодия приступают лишь после определения его клинической формы. К общим лечебным мероприятиям относятся: установление общего и полового режима, характера питания, проведение рациональной витаминотерапии и применение биологических стимуляторов. В первую очередь необходимо устранить воздействие на организм профессионального перегревания или переохлаждения, влияние радиации и токов высокой частоты, контакт с такими промышленными ядами, как свинец, ртуть, марганец, сероуглерод, бензол, гранозан, пестициды, — всего, что отрицательно действует на сперматогенез.

При работе, связанной с недостаточной физической активностью, рекомендуется активный отдых, с физическими перегрузками — пассивный отдых. Для всех обязательна ежедневная утренняя гигиеническая гимнастика. Необходимо полностью исключить употребление алкогольных напитков и курение.

Если наблюдается расширение вен семенного канатика и отвислая мошонка, рекомендуется постоянное ношение суспензория (плавков) или своевременное оперативное вмешательство.

Питание должно быть регулярным, калорийным и разнообразным, а еда — содержать достаточное количество белков и углеводов. В меню следует обязательно включать творог, тыкву, свеклу, морковь, растительное масло, мед (по 1—2 столовые ложки в день).

К общим лечебным мероприятиям относится и рациональная витаминотерапия. Наиболее часто назначаются поливитаминные препараты (ундевит, декамевит), витамины Е, А, аэвит и галаскорбин. Дозы препаратов и продолжительность их приема определяет врач. В лечебный комплекс могут быть введены биологические стимуляторы (алоэ, торфот, стекловидное тело) в обычных дозировках.

Режим половой жизни устанавливается в зависимости от индивидуальных потребностей супругов, с учетом дней овуляции у жены, являющихся наиболее благоприятными для зачатия. Необходимо исключить половые излишества и повторные половые акты. Благоприятным для половой близости является вечернее время, так как женщина, оставаясь в постели, дольше задерживает сперму во влагалище. Рекомендуется 2—3 половых акта в неделю с более или менее равными промежутками времени между ними.

Характер специального лечения зависит от клинической формы бесплодия и обусловивших его заболеваний. Так, при секреторном бесплодии, вызванном гипогонадизмом, назначаются гормональные препараты, которые выбирают в строгом соответствии с клинической формой заболевания. Лечение проводят под наблюдением врача и контролем за гормональным статусом организма. При секреторном бесплодии, обусловленном врожденными генетическими заболеваниями яичек (болезни Клайнфельтера, Дель-Кастильо), восстановить плодовитость не представляется возможным, поэтому таким супружеским парам советуют усыновить ребенка. При бесплодии на почве варикозного расширения вен семенного канатика рекомендуется оперативное лечение с последующим назначением лекарств, улучшающих процесс сперматогенеза (витамины, аминокислоты, гормональные препараты). Оперативное лечение показано и при водянке оболочек яичка.

Специальное лечение, как правило, сопряжено с определенными трудностями и рассчитывать на успех его во всех случаях невозможно. Если в сперме отмечается сниженное количество сперматозоидов, но они имеют нормальное строение и хотя бы частично сохраняют

подвижность, то при стимуляции сперматогенеза часто добиваются восстановления способности к оплодотворению. Если же сперматозоиды в семенной жидкости вообще отсутствуют или они все мертвые (так называемая некроспермия), то медицина и сейчас, как правило, бессильна помочь таким пациентам. Трудно поддается лечению и такое нарушение сперматогенеза, когда резко снижена активность движения сперматозоидов.

Лечение экскреторного бесплодия направлено на ликвидацию тех заболеваний и их осложнений, которые вызвали нарушение плодовитости. При воспалительных заболеваниях предстательной железы, семенных пузырьков и мочеиспускательного канала проводят длительную противовоспалительную терапию с последующим санаторно-курортным лечением. При нарушении проходимости семявыводящих путей рекомендуют лекарственную терапию, а при отсутствии эффекта — операцию по восстановлению их проходимости.

Лечение экскреторных форм бесплодия, обусловленного дефектами, препятствующими выведению сперматозоидов, таких, как отсутствие или снижение семявыносящего протока, еще совсем недавно считалось безнадежным. В настоящее время благодаря методам микрохирургии в ряде случаев удается восстановить проходимость семявыносящих протоков.

Таковы формы мужского бесплодия и способы его лечения.

Бесплодие у женщин относится к довольно серьезной патологии, ибо оно обусловлено множеством различных причин, большинство из которых трудноустраняемы. К тому же они чаще всего сочетаются: более чем у половины пациенток, прошедших целенаправленное обследование в специализированных центрах, бесплодие было обусловлено не одним, а несколькими факторами. Бесплодие у женщин обычно сопровождается многими гинекологическими, эндокринными, нервными и другими заболеваниями.

Различают два вида женского бесплодия. Если женщина никогда не беременела, то говорят о первичном бесплодии; если беременность наступала, но после ее исхода женщина уже не может больше забеременеть, бесплодие считается вторичным.

Существует термин «физиологическое бесплодие»: так называют бесплодие до полового созревания или после наступления климактерического периода, а также

бесплодие во время беременности и кормления ребенка. Однако если во время беременности оно абсолютно, то во всех остальных случаях физиологическое бесплодие относительно, так как известны случаи наступления беременности, как до появления первой менструации, так и через несколько лет после их прекращения в климактерическом периоде, не говоря уже о женщинах, кормящих грудью.

Понятие «физиологическое бесплодие» приложимо к тем женщинам, у которых не обнаруживается заболеваний половых органов и нарушений менструального цикла, а имеются лишь функциональные нарушения половой системы.

Причины женского бесплодия разнообразны и делятся на две большие группы: первая — заболевания и функциональные нарушения половой системы, вторая — неспецифические заболевания или функциональные нарушения других систем.

Наиболее многочисленными и существенными являются факторы, относящиеся к первой группе. Здесь различают вагинальные, маточные, трубные и яичниковые расстройства.

Вагинальные нарушения (дефекты и аномалии в области входа во влагалище или непосредственно в нем, препятствующие нормальному половому акту, способствующие быстрому вытеканию спермы из влагалища) кажутся на первый взгляд незначительными, но могут способствовать бесплодию. Определенное значение имеют воспалительные и другие заболевания вагинальной области, отражающиеся на реакции влагалищной среды и жизнеспособности «выброшенных» во время полового акта сперматозоидов.

Во многих случаях бесплодие вызывают так называемые цервикальные факторы, обусловленные заболеваниями шейки матки, в результате чего изменяется шейечная слизь, что затрудняет попадание сперматозоидов в матку.

Причиной бесплодия могут быть врожденное недоразвитие матки, ненормальное ее положение, опухоли и воспалительные заболевания. Врожденные аномалии развития матки (однорогая, двурогая матка и матка с перегородкой) не всегда препятствуют наступлению беременности, однако зачастую вызывают спонтанные аборт. Недоразвитие (гипоплазия) матки может выражаться как в недостаточной ее величине, так и в слабости мышц. При гипоплазии матки и нормальном менструальном цикле,

как правило, беременность наступает, но она может самопроизвольно прерываться в ранние сроки. Ненормальные положения матки, в частности ее загиб, хотя и не препятствуют полностью наступлению беременности, но затрудняют попадание сперматозоидов из влагалища в матку. Доброкачественные опухоли, особенно в подслизистом слое матки, могут быть как причиной бесплодия, так и предрасполагать к самопроизвольным выкидышам.

Если роль неспецифических воспалительных заболеваний в развитии бесплодия у женщин невелика, так как они хорошо лечатся, то совсем иначе обстоит дело с туберкулезным воспалением матки, в частности ее слизистой оболочки. Это заболевание подлежит длительному лечению, последствия его всегда мешают наступлению беременности.

Бесплодие трубного происхождения является наиболее частым. Полное заращение труб встречается редко, но оно приводит к абсолютному бесплодию. Чаще всего наблюдается частичная непроходимость маточной трубы, развивающаяся в результате неспецифических воспалительных заболеваний матки и ее придатков, туберкулезной или гонорейной инфекции, эндометриоза, последствий выскабливаний матки. Отмечено и так называемое функциональное трубное бесплодие, обусловленное нарушением функций маточных труб.

К бесплодию могут привести и заболевания яичников вследствие нарушения созревания и выхода яйцеклетки и выделения половых гормонов. Из органических заболеваний яичников следует отметить кисты и другие опухоли, воспаления, эндометриоз, различные инфекционные заболевания, небезразличны яичники к действию рентгеновского и радиоактивного облучения. Отрицательно сказываются на плодovitости врожденные заболевания яичников (синдром Штейна—Леванталя, Шерешевского—Тернера и др.).

Говоря о причинах бесплодия у женщин, нельзя не отметить пагубное влияние на плодovitость и состояние плода никотина и алкоголя.

Существует большое количество научных работ, в которых убедительно показано вредное действие никотина на женские половые органы. Так, в результате вдыхания табачного дыма у многих самок подопытных животных беременность не наступала, после прекращения опыта через некоторое время плодovitость восстанавливалась, и животные беременели. У женщин-курильщиц чаще

происходят самопроизвольные выкидыши. Никотин легко проникает через плаценту и вредно воздействует на плод.

Огромную опасность представляет для женщин алкоголь. Рост алкоголизма среди женщин заставил педиатров ввести термин «алкогольная фетопатия», которым обозначают хроническое алкогольное поражение плода. Алкоголь легко проникает через плацентарный барьер матери и отравляет плод, ребенок рождается хронически, часто безнадежно больным. «Пьяницы рожают пьяниц»,— утверждал древнегреческий писатель и историк Плутарх.

Доказано, что зачатие в нетрезвом состоянии и даже предшествующее этому опьянение одного из супругов нередко приводит к рождению неполноценных детей, предрасположенных к нервным, психическим, простудным и другим соматическим заболеваниям. Как не вспомнить статью «Себя преодолеть» З. Балаяна: «...пошел уже третий год, а дочь не то что только говорить не умеет, но иногда отца родного от его друзей не сразу отличает», «...до школы остались считанные дни, а девочка не сумела выучить ни одного стихотворения, ни одного двустишия», «...глухой и грубый голос мальчика, который не мог считать до пяти, не мог складывать простое предложение из простых слов».

Алкоголик убивает не только себя как личность, не только самоуничтожается, но и представляет объективную опасность для будущего поколения. Как говорил Пифагор, «пьянство означает гибель».

У женщин-алкоголичек значительно выше процент бесплодия, самопроизвольных аборт, мертворождепий и т. д.

Лечение бесплодия у женщин должно быть строго индивидуальным. Вот почему очень важно тщательное и своевременное исследование, направленное на устранение причин, вызвавших заболевание.

Врожденные аномалии влагалища, препятствующие половому акту, устраняются оперативно. При выявлении дефектов влагалища, способствующих быстрому вытеканию спермы из него, женщине советуют оставаться после полового акта в постели с приподнятым тазом в течение двух часов. Воспалительные заболевания лечат по общепринятым методикам до полного выздоровления. Во всех случаях высокой кислотности влагалищной среды рекомендуют щелочные спринцевания перед сном до и после предполагаемой овуляции.

Если установлено, что причиной бесплодия является эндоцервицит, необходимо излечить воспалительный процесс, сохраняя как можно больше цервикальных желез, участвующих в выделении шейечного секрета. Лечение следует считать эффективным в том случае, если цервикальная слизь будет пропускать сперматозоиды в матку.

Устранение маточных факторов бесплодия, за исключением туберкулезного ее воспаления и эндометриоза, не представляет особых сложностей.

При трубном бесплодии воспалительного происхождения наряду с различными медикаментами полезен гинекологический массаж: он улучшает крово- и лимфообращение, способствует рассасыванию спаек между органами малого таза. Эффективность гинекологического массажа значительно повышается после водо- и грязелечения. Распространенным методом лечения трубного бесплодия является гидротубация, которая основана на введении лекарственных веществ непосредственно в полость матки под давлением, благодаря чему они попадают в маточные трубы прямо к очагу воспаления, осуществляют расширение трубы и массаж ее стенки вводимой под давлением жидкостью.

В комплексе методов лечения различных форм бесплодия важное место отводится специальной гимнастике и различным курортным факторам.

Широкое распространение получило грязелечение, которое является активным видом неспецифической терапии, воздействующим на важнейшие физиологические системы организма, и прежде всего на его общую реактивность и уровень обменных процессов. Кроме рассасывания воспалительных инфильтратов, улучшения крово- и лимфообращения в органах малого таза и общего метаболизма, грязелечение нормализует физиологические процессы во всем организме женщины, благодаря чему снижаются активность и тяжесть воспалительного процесса и улучшается функция яичников. Следует заметить, что грязелечение не всегда применимо.

После восстановления проходимости маточных труб добиваются нормализации функции яичников: с этой целью иногда применяют гормональные препараты (только по назначению специалистов).

Нормальная беременность наступает, но у всех женщин, которым удалось восстановить проходимость маточных труб. До полного выздоровления рекомендуется

предохраняться от беременности, ибо она может быть трубной (внематочной). Необходимо продолжать регулярные занятия лечебной физкультурой, полноценно питаться (с дополнительным включением витаминов Е, С и Р, а также биологических стимуляторов). Окончание лечения и его эффективность определяет врач; он же дает разрешение на половую жизнь без предохранения.

При неудовлетворительных результатах консервативного лечения трубного бесплодия иногда добиваются успеха хирургическим путем, применяя биологически инертные «протекторы», вводимые во время операции в просвет маточной трубы.

Определенные трудности представляет лечение бесплодия, вызванного заболеваниями яичников, ибо большинство таких расстройств требуют оперативного вмешательства (эндометриоз, туберкулез и др.).

При лечении бесплодия, развившегося из-за воспаления маточных труб, нарушения их функциональной способности или проходимости, в последние годы успешно применяют так называемую эндоскопическую хирургию. На передней стенке живота делают небольшой надрез, через него вводят в брюшную полость специальный лапароскоп — аппарат, снабженный оптическим прибором и хирургическим инструментом. С его помощью врачу удается выявить мельчайшие патологические изменения в маточных трубах, яичниках, тазовой брюшине, и, не травмируя органы малого таза, ликвидировать их. Так, например, удаляют небольшие миомы матки и кисты яичников, разделяют спайки и устраняют некоторые другие причины, мешающие нормальному функционированию маточных труб. Беременность после таких операций более чем у половины пациенток наступает в течение первого года.

В лечении трубного бесплодия акушеры-гинекологи взяли на вооружение очень перспективную микрохиргию, возможности которой колоссальны. Именно она может помочь, когда у женщины есть обширные спайки, которые технически невозможно ликвидировать с помощью эндоскопической операции или когда непроходимость маточных труб вызвана тяжелым воспалительным процессом. К сожалению, восстановление проходимости маточной трубы еще не гарантирует полного успеха и даже после удачных операций беременность пока наступает далеко не у всех пациенток.

В последние годы появились все основания с оптимизмом говорить и о лечении бесплодия,

вызванного эндокринными нарушениями в организме женщины. Проведение гормональной терапии в этих случаях сопряжено с большими сложностями, ибо до недавнего времени не удавалось точно установить, какие именно нарушения эндокринной системы привели к расстройству генеративной функции. Сейчас такую возможность предоставил врачам радиоиммунологический метод исследования, позволивший лечить гормональными препаратами не вслепую, а прицельно, с максимальной точностью. Большим подспорьем в повышении эффективности такой терапии стало отечественное серийное производство препаратов для радиоиммунологических исследований, а также гормональных препаратов, корректирующих деятельность тех эндокринных органов, от которых зависит восстановление детородной функции.

Об относительном бесплодии говорят в тех случаях, когда оба супруга здоровы, но имеется несовместимость их половых клеток из-за так называемой иммунизации женского организма: сперматозоиды становятся чужеродными для него и склеиваются (спермагглютинация) в половых путях женщины.

При относительном бесплодии специальное лечение не проводится. Такой супружеской паре даются советы по режиму половой жизни без предохранения только во время предполагаемой овуляции, остальное время менструального цикла следует предохраняться с целью уменьшения контакта со спермой.

В ряде случаев бесплодие можно устранить искусственно, внося сперму в половые пути женщины. Такое искусственное осеменение впервые успешно осуществил в 1793 г. английский врач Дж. Гантер. Он ввел женщине сперму мужа, у которого наружное отверстие мочеиспускательного канала открывалось у корня полового члена, в результате чего во время полового акта сперма не попадала во влагалище. С тех пор искусственное осеменение проводили тайно из-за существовавшего запрета церкви многие врачи. К 1984 г. во всем мире родилось около 615 тыс. детей, зачатых с помощью искусственного осеменения.

Искусственное осеменение спермой донора технически вполне возможно. Разработаны методы получения донорской спермы, а также перечень медицинских параметров, которым должен отвечать донор (возраст, состояние здоровья, наследственность). В настоящее время подготовлены документы, регламентирующие применение этого метода в нашей стране, и после вступления

их в силу он будет применяться в специализированных медицинских учреждениях.

Показания к искусственному осеменению спермой мужа могут быть вызваны многими причинами, связанными с анатомо-физиологическими особенностями, как жены, так и мужа. У жены, например, это могут быть зияние влагалища и неудержание в нем спермы, тяжелые формы вагинизма и невозможность проведения полноценных половых актов, неблагоприятное воздействие слизи шейки и влагалищного секрета на подвижность сперматозоидов, а также иммунологическое бесплодие. Чаще возникают показания к осеменению со стороны мужа: например, когда наружное отверстие уретры открывается у корня полового члена или на мошонке, когда понижено количество сперматозоидов при одной эякуляции и т. п. Осеменение спермой мужа противопоказано при воспалительных заболеваниях половых органов у супругов, при тяжелых органических заболеваниях внутренних органов у жены и отягощенной наследственности у мужа. Понятно, что для проведения искусственного осеменения необходимы наличие овуляции и проходимость маточных труб у жены, отсутствие угрозы ее жизни из-за беременности и родов и, наконец, наличие качественной спермы у мужа.

В странах, где применяют искусственное осеменение спермой донора, важнейшей предпосылкой для его проведения является полное добровольное согласие на это обоих супругов. Подбирается донор, у которого нет половой инфекции, а сперма является качественной и высокоплодовитой. Обязательно, чтобы у женщины и донора был идентичный резус-фактор, а его физические данные (цвет глаз, волос и др.) были бы сходными с таковыми у мужа. Абсолютно необходимо, чтобы донор не знал женщину, которую осеменяют его спермой, а супруги не знали донора.

Общее число осеменений до наступления беременности бывает разным и колеблется от 1 до 75 раз. Если учесть, что у женщины беременность наступает в среднем после 30—40 половых актов без предохранения, не следует ожидать очень быстрых результатов.

Буквально в последние годы появилась еще одна уникальная возможность ликвидировать бесплодие методом оплодотворения яйцеклетки вне организма. В таком случае зачатие производится в пробирке, а оплодотворенная яйцеклетка переносится и имплантируется в полость матки, где в последующем развивается обычная беременность,

истечении, которой рождается живой ребенок.

Оплодотворение в пробирке проводится только при абсолютном трубном бесплодии женщин, у которых обе трубы оперативно удалены из-за предшествовавших внематочных беременностей. Но в этом случае существует множество противопоказаний, главными из которых являются возраст пациентки (старше 30 лет); превышение нормальной массы тела женщины более чем на 10 %; ненормальная сперма мужа; спайки в брюшной полости; патологические изменения в матке и яичниках; врожденные пороки развития матки и перенесенные ранее операции на яичниках; нарушение овуляторно-менструального цикла и противопоказания к гормональной стимуляции созревания яйцеклетки; общие заболевания организма, когда женщине противопоказана беременность.

Оплодотворение вне организма проводится в лаборатории раннего эмбриогенеза Всесоюзного научно-исследовательского центра по охране здоровья матери и ребенка Минздрава СССР, ученые которой делают все возможное, чтобы этот метод в недалеком будущем стал если не массовым, то, во всяком случае, более доступным.

Итак, сделаем вывод: с бесплодием можно и нужно бороться. Обратитесь к врачам — вся мощь современной медицины придет вам на помощь.

Регулирование рождаемости в семье

Вопросы планирования семьи и регулирования деторождения являются глубоко личными и одновременно социальными. Для ряда стран с высоким уровнем рождаемости предупреждение нежелательных беременностей приобретает характер острой государственной проблемы. Ведь не случайно ВОЗ считает эту научную проблему одной из ведущих, требующих рационального решения в ближайшее время.

Свобода каждой супружеской пары решать вопрос о количестве детей в семье является неотъемлемым правом человека. Однако возможность воспользоваться этим правом зависит от различных внешних и внутренних факторов, которыми многие управлять полностью не могут. Частые роды или аборты, беременности в возрасте до 18 и старше 35 лет, короткие интервалы между беременностью

и прерывание грудного вскармливания в равной степени влияют на здоровье матери и ребенка.

Существуют определенные клинические противопоказания к беременности, при которых планирование семьи играет важную роль в предотвращении дальнейшего развития болезненного состояния.

Если дети рождаются в оптимальное для организма матери время у родителей, которые сознательно стремятся к этому, то это в значительной степени способствует нормальному росту и развитию детей.

Ученые различных специальностей представили убедительные доказательства, что большинство народов мира стремились регулировать деторождение или, по крайней мере, промежутки между родами в течение целых тысячелетий путем полного воздержания или ограничения половых связей. Периоды воздержания у многих народов были обусловлены религиозными или культурными традициями.

Большое влияние на структуру семьи оказывает государство, регулируя в законодательном порядке возраст вступления в брак, прерывание нежелательной беременности и т. д.

Активные научные исследования, направленные на создание противозачаточных средств и разработку безопасных способов прерывания беременности, а также упрощенных методов стерилизации, начались после второй мировой войны. Актуальными стали вопросы оптимального предохранения женщины от нежелательной беременности при условии сохранения ею репродуктивной функции.

Одной из самых острых проблем каждой семьи, особенно молодой, является предупреждение нежелательной и планирование желательной беременности. Перед супругами встает традиционный вопрос: когда появиться на свет их первенцу и когда лучше родиться его младшим сестрам и братьям?

У каждой семьи, конечно, свои обстоятельства, но повседневная жизнь и врачебная практика ясно показывают, что первые роды откладывать не стоит. Планируя их, необходимо исходить из данных науки о том, что для женщины оптимальное время для родов от 19 до 35 лет, причем в первый раз желательно, родить до 28 лет. Лучше всего, если первые роды не станут единственными, а интервалы между следующими будут не слишком большими, но и не слишком малыми, скажем, меньше двух лет.

Самым вредным и нежелательным способом регулирования рождаемости является аборт. В настоящее время есть различные средства для безвредного предупреждения беременности, но далеко не все используют их грамотно. Об этом свидетельствует значительное преобладание количества абортов над родами.

Современные противозачаточные средства, или так называемые контрацептивы, достаточно надежно безвредны, предоставляют возможность широкого выбора в соответствии с состоянием здоровья и индивидуальными особенностями супружеской пары. Но в каждом конкретном случае выбрать наиболее рациональное и безвредное из существующего арсенала противозачаточных средств может и должен только врач акушер-гинеколог.

Эффективность противозачаточных средств определяется различными способами. Самым простым и наиболее распространенным из них является подсчет показателя неудач — количества возникших беременностей на каждые 100 человеко-лет половой жизни — при условии постоянного применения данного противозачаточного средства: например, если у каждых 100 живущих регулярной половой жизнью и предохраняющихся с помощью спринцевания женщин в течение года возникнет 30 беременностей, то показатель неудач равен 30 беременностям на 100 человеко-лет.

К традиционным методам, применяемым с целью регуляции рождаемости, следует отнести прерванное половое сношение, использование механических и химических контрацептивов, воздержание от половой жизни в определенные дни менструального цикла.

Прерванным половое сношение считается в том случае, когда мужчина выводит половой член из влагалища непосредственно перед семяизвержением, что позволяет предупредить попадание спермы во влагалище и таким образом избежать оплодотворения. Несмотря на распространенность этого метода, с научной точки зрения он изучен недостаточно, даже показатель неудач точно не определен. Предполагают, что прерванный половой акт в действительности является более эффективным, чем принято считать, и дает показатель неудач порядка 15—20 беременностей на 100 человеко-лет. Причины неудач заключаются в том, что мужчины поздно прерывают сношение, не говоря уже о том, что некоторые вообще ошибаются в суждении о начале семяизвержения, а ведь именно первые порции спермы содержат самое большое количество сперматозоидов.

Преднамеренное прерывание полового акта непосредственно перед семяизвержением сопряжено с большим эмоциональным напряжением обоих партнеров. Несмотря на всю его простоту, этот метод нельзя рекомендовать как постоянный. Во-первых, прерванный половой акт мешает активному отливу крови от половых органов мужчины, во-вторых, это лишает женщину контакта со спермой, а, следовательно, препятствует всасыванию содержащихся в ней биологически активных веществ, положительно воздействующих на женский организм.

Механическим контрацептивом, препятствующим контакту мужской спермы с женской яйцеклеткой, является презерватив, служащий людям на протяжении более четырех веков. Когда-то его изготавливали из ткани, кишок животных, а начиная с XX в. — из вулканизированной резины. В последние годы для производства презервативов применяют высококачественный синтетический каучук, что делает предохранение от беременности более эффективным.

Правильное использование презервативов позволяет снизить количество неудач. Нельзя пользоваться приспособлением, хранящимся более двух лет, так как снижается степень его эластичности и прочности. Обязательно надо проверить, целый ли презерватив. Приспособление следует одевать на эрегированный половой член непосредственно перед половым актом, смазав головку члена и кончик презерватива вазелином. Если после полового акта обнаружится, что презерватив порван, то женщина должна немедленно проспринцеваться раствором, содержащим химическое противозачаточное средство.

Недостатком презерватива является то, что его применение нередко удлиняет половой акт, а при недостаточном увлажнении влагалища вызывает его раздражение из-за трения. И наконец, мужской презерватив, как и прерванное сношение, лишает женщину благотворного влияния попадающей в ее половые пути мужской спермы. При использовании мужских презервативов как противозачаточных средств показатель неудач, по данным ВОЗ, колеблется от 2 до 20 беременностей на 100 человеко-лет.

Существуют женские механические контрацептивы — разнообразные колпачки, которые закрывают шейку матки и тем самым препятствуют попаданию в нее сперматозоидов. Наиболее употребляемыми являются алюминиевые и резиновые колпачки: подбор их индивидуален и производится

в женских консультациях с учетом особенностей строения влагалища и шейки матки.

Надеваются и снимаются алюминиевые колпачки медицинским персоналом, но после соответствующего обучения это может делать сама женщина. Длительность пребывания колпачков на шейке матки не должна превышать 7 дней. Их можно применять через 2—3 дня после окончания менструации. Колпачками нельзя пользоваться в течение первого месяца после аборта, трех-четырёх месяцев после родов, а также при различных заболеваниях шейки матки.

Резиновый колпачок можно использовать неоднократно, вводит его сама женщина. Через 10-12 часов после полового сношения колпачок удаляют с обязательным влагалищным спринцеванием слабо-розовым раствором марганцевокислого калия или 1—2%-ным раствором борной кислоты.

Эффективность механических женских контрацептивов повышается при сочетании с химическими спермицидными веществами.

Химические противозачаточные средства (вагинальные спермициды) имеют давнюю историю: уже в Древнем Египте использовали как противозачаточное средство смесь экскрементов крокодила с порошком меди, тампоны из молодых побегов акации и др. В настоящее время химические контрацептивы выпускаются в виде порошков, таблеток, шариков, свечей, кремов, паст, растворов и аэрозолей. Часто влагалищные шарики готовят по рецептам врачей из сперматотоксических веществ, из которых наиболее употребимыми являются борная, молочная, лимонная и никотиновая кислоты.

Для практического применения очень удобны влагалищные шарики и суппозитории, в частности малотоксичный контрацептин Т, который вводится во влагалище за 5 минут до полового сношения.

Достаточно эффективны так называемые пенообразующие спермицидные таблетки, среди которых следует выделить никоцептин, галоцептин и лютенурин. Последний обладает спермицидным противогрибковым, антибактериальным действием, поэтому является одним из наиболее часто применяемых химических контрацептивов. Препарат вводят во влагалище за 5—10 мин до половой близости в виде смоченных водой таблеток или вагинальных суппозиториях. Из современных пенообразующих

таблеток отметим хиноцетин, отличающийся высокой эффективностью.

В последние годы предпринимаются попытки повысить эффективность химических контрацептивов; перспективным представляется создание пенообразующего аэрозоля, создающего плотное и равномерное распределение сперматотоксического вещества по всему влагалищу. Исследователи сообщают, что число неудач (5 беременностей на 400 человеко-лет) является довольно обнадеживающим.

К химическим контрацептивам следует отнести спринцевания растворами различных химических веществ, которые проводятся непосредственно после полового акта. Рекомендуется использовать не менее 1 л раствора, который готовят из теплой кипяченой воды, добавляя, например, 1 столовую ложку уксуса, 1 чайную ложку 5%-ного раствора марганцовокислого калия или 2 чайные ложки сухой борной кислоты. Спринцевание производят из кружки Эсмарха, подвешенной до 1,5 м над уровнем влагалища, наконечник надо вводить во влагалище на глубину 5 — 7 см и совершать им круговые движения. Эффективность спринцевания невелика, ибо число неудач — 20—30 беременностей на 100 человеко-лет.

Предупредить беременность можно временным воздержанием от половой жизни в определенные периоды, в которые женщина наиболее предрасположена к оплодотворению. Этот период у каждой женщины индивидуален и зависит от ее менструального цикла. Он определяется колебаниями сроков овуляции (в пределах 5 дней), продолжительностью жизни зрелой яйцеклетки (до 24 часов) и оплодотворяющей способностью сперматозоидов (до 48 часов). Исходя из этих данных женщина может забеременеть в течение 8 дней менструального периода, поэтому для предупреждения беременности необходимо в указанное время полностью воздержаться от половой жизни. Такой метод предохранения от беременности называют циклическим, или физиологическим, так как он не нарушает психофизиологии полового акта. При соблюдении всех перечисленных ниже правил физиологический метод контрацепции можно считать достаточно эффективным, так как он дает показатель неудач порядка 15 беременностей на 100 человеко-лет.

Для облегчения пользования циклическим методом предупреждения беременности предложены специальные таблицы,

одну из которых мы приводим ниже (табл. 3). При пользовании таблицей необходимо помнить, что овуляция может произойти раньше или позже указанного в ней срока. Для получения данных о своем менструальном цикле женщина должна вести менструальный

Таблица 3. Ориентировочное определение «опасного» и «безопасного» периодов при физиологическом методе предупреждения беременности

Продолжительность наиболее короткого менструального цикла в прошедшем году (дни)	Первый день «опасного периода» после начала последней менструации	Продолжительность наиболее длительного менструального цикла в прошедшем году (дни)	Последний день «опасного периода» после начала последней менструации
21	3	21	10
22	4	22	11
23	5	23	12
24	6	24	13
25	7	25	14
26	8	26	15
27	9	27	16
28	10	28	17
29	11	29	18
30	12	30	19
31	13	31	20
32	14	32	21
33	15	33	22
34	16	34	23
35	17	35	24
36	18	36	25
37	19	37	26
38	20	38	27
39	21	39	28
40	22	40	29

Таблица 4. Определение наиболее и наименее продолжительного полового цикла (Фиалковски, 1976)

Последовательность циклов	День появления месячного кровотечения	День, предшествующий менструации	Продолжительность цикла
1	21 января	15 февраля	26
2	16 февраля	14 марта	27
3	15 марта	9 апреля	26
4	10 апреля	6 мая	27
5	7 мая	3 июня	28
6	4 июня	29 июня	26
7	30 июня	25 июля	26
8	26 июля	22 августа	28
9	23 августа	18 сентября	27
10	19 сентября	18 октября	30

Примечание. Наиболее короткий цикл — 26. Наиболее длительный цикл — 30 дней.

календарь на протяжении последнего года (табл. 4).

При регулярном менструальном цикле сведения о первом и последнем дне так называемого опасного периода, то есть периода полного воздержания от половой жизни во избежание наступления беременности, берутся в одной строке. При нерегулярном менструальном цикле 1-й день «опасного периода» определяется по наиболее короткому циклу, а последний день — по продолжительности самого длительного цикла в истекшем году. Например, если у женщины наиболее короткий менструальный цикл в прошедшем году продолжался 26 дней, а самый длительный — 30 дней, то «опасный период» будет от 8-го до 19-го дня каждого цикла, считая от 1-го дня прошедшей менструации.

Для определения «опасного периода» рекомендуется пользоваться также следующими формулами. При регулярном менструальном цикле из числа дней в цикле вычитают 18 (это 1-й день «опасного периода») и 11 (это последний день «опасного периода»). Например, у женщин с регулярным 26-дневным циклом «опасный период» продолжается от 8-го до 15-го дня (включительно). При нерегулярном менструальном цикле из числа наиболее короткого цикла вычитают 18 (1-й день «опасного периода»), а из самого длительного — 11 (последний день «опасного периода»). Так, у женщины наиболее короткий менструальный цикл в прошедшем году составляет 24 дня, а самый длительный — 29 дней, «опасный период» продолжается от 6-го до 18-го дня (включительно).

Календарный метод прост и удобен, но он имеет ряд недостатков. В частности, он неприемлем при очень коротком (менее 20 дней) и очень рискован при нерегулярном менструальном цикле. Его также нельзя рекомендовать женщинам, которым беременность строго противопоказана.

Более точным циклическим методом является температурный, базирующийся на измерениях так называемой базальной (ректальной) температуры, довольно точно отражающей гормональную функцию яичников. Температуру измеряют в прямой кишке ежедневно, утром после сна в одно и то же время, лежа в постели, одним и тем же медицинским термометром. По полученным данным вычерчивается температурная кривая, которая при нормальном менструальном цикле имеет характерный вид. В типичных случаях в первую половину цикла ректальная

Продолжительность цикла → □

Рис. 4. Определение периодов плодовитости и бесплодия календарным методом цикла (Фиялковски, 1976).

температура колеблется в пределах 36,1—36,8 °С и только в середине цикла, через 24—48 часов после совершившейся овуляции, происходит скачкообразное повышение ее на 0,6—0,8 °С, удерживаясь на таком уровне до наступления менструации.

Поскольку температурный скачок происходит не позже 48 часов после совершившейся овуляции, а жизнеспособность зрелой яйцеклетки равна 24 часам, то период постовуляционного бесплодия начинается после 3-го дня повышенной температуры.

Наряду с достоверным периодом постовуляционного бесплодия можно определить и вероятный период предовуляционного бесплодия. Для этого используют не менее 12 температурных графиков. За точку приложения берут самый ранний первый день скачка температуры и отнимают 6. Оставшиеся дни образуют предовуляционный (постменструальный) период бесплодия, в котором также можно жить половой жизнью без предохранения. При скрупулезном применении этот метод полностью физиологичен и дает прекрасные результаты.

К методу контрацепции можно отнести практикуемое рядом женщин длительное кормление ребенка грудью, во время которого может не быть менструации. Лактация (отделение молока молочной железой) вызывает торможение циклического 111.1, деления гормонов гипофизом, в результате чего и яичниках не могут

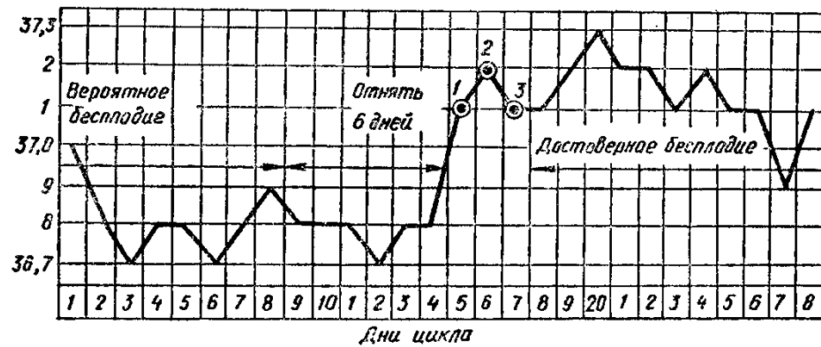


Рис. 5. Шкала зачатий по Нолт (Фиалковский, 1976).

созревать яйцеклетки и наступать овуляция. Однако у многих кормящих женщин процесс овуляции не всегда полностью подавлен, поэтому возможно наступление беременности. У кормящей после родов матери не наблюдается менструаций, и поэтому она считает, что неспособна забеременеть, и не применяет никаких противозачаточных мер. Продолжающаяся аменорея (отсутствие менструаций) скрывает развивающуюся беременность, и ее замечают поздно — по увеличению размеров живота или шевелению плода. Такую беременность уже нельзя прервать, так как аборт можно производить до 12 недель развития плода.

Предупреждение беременности гормональными средствами основано на подавлении процесса созревания яйцеклетки (овуляции), механизм которого был раскрыт советским физиологом М. М. Завадовским в 1939 г. Вскоре после этого появились сообщения об успешной блокаде овуляции у женщин двумя группами гормональных средств — препаратами женских половых гормонов (эстрогенов) и гормонов желтого тела (прогестерона). На основе этих исследований разработана теория гормональной контрацепции. Последующие исследования направлены на поиск противозачаточных гормональных средств, обладающих высокой эффективностью при минимальном побочном влиянии на женский организм.

В настоящее время созданы синтетические комбинированные гормональные препараты из анализов эстрогенов и прогестерона, которые практически в 100 % случаев дают положительные результаты при максимальном отрицательном воздействии на другие органы и системы. Эффективность современных противозачаточных гормональных препаратов обусловила их

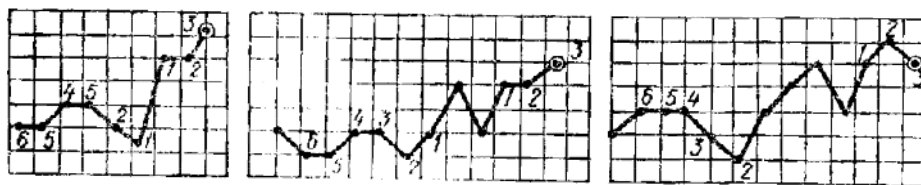


Рис. 6. Определение третьего дня температурного повышения (Филалковски, 1976).

популярность: по данным ВОЗ, этим способом контрацепции сейчас пользуется более 80 млн женщин.

Арсенал гормональных противозачаточных средств насчитывает уже сотни различных препаратов. Чаще всего они имеют вид таблеток, реже их вводят внутримышечно или они входят в состав различных внутриматочных средств, вагинальных колец и внутришеечных устройств.

Схема употребления гормональных таблеток обусловлена их видом и составом. Так, комбинированные препараты, состоящие из эстрогенного и прогестагенного компонентов (бисекурин, овидон, ригевидон и др.), рекомендуется принимать ежедневно, начиная с 5-го дня от начала менструации, в течение 21 дня с последующим 7-дневным перерывом. Как правило, через 2—3 дня после приема последней таблетки начинается менструация. После перерыва, независимо от того, закончилась менструация или нет, необходимо придерживаться той же схемы (по одной таблетке ежедневно в течение 21 дня). В зависимости от индивидуальных особенностей женщине могут быть назначены и другие схемы приема: по 22 дня с 6-дневным перерывом или по 23 дня с 5-дневным перерывом.

Первая схема применима и для наиболее современных комбинированных «двухфазных» и даже «трехфазных» контрацептивов. Они состоят соответственно из двух или трех упаковок таблеток, содержащих очень низкие дозы эстрогенов, что практически исключает их отрицательное влияние на слизистую оболочку матки. Таблетки этого типа также принимают 21 день: первые 11 дней пользуются таблетками первой упаковки, а следующие 10 дней — второй.

Принимая гормональные таблетки, следует помнить, что в первые несколько недель их приема возможны тошнота, головная боль, головокружение, зуд, угнетенное настроение. В некоторых случаях могут отмечаться снижение или, наоборот, повышение полового влечения,

напухание молочных желез, кровянистые выделения в межменструальный период. В таких случаях рекомендуется прекратить прием препарата и обратиться к врачу. Но даже если все идет нормально, женщине, принимающей гормональные контрацептивы, необходимо профилактически показываться гинекологу не реже одного раза в квартал.

Гормональный препарат нужно принимать, строго придерживаясь схемы. Отступление от нее, как и передозировка, недопустимы, ибо это может привести к побочным действиям. Под влиянием передозировки, в частности, увеличивается объем циркулирующей крови, активизируется ее свертывающая система, усиливается выработка одних гормонов и, наоборот, уменьшается секреция других. В результате нарушения гормонального равновесия даже у здоровых женщин повышается артериальное давление.

Абсолютно противопоказан прием комбинированных гормональных контрацептивов женщинами, страдающими тромбоцитами, атеросклерозом, сосудистыми заболеваниями головного мозга, злокачественными опухолями половых органов и молочных желез, хроническими заболеваниями печени. Не рекомендуется принимать их при гипертонической болезни, варикозном расширении вен, сахарном диабете, фибромиоме матки, ожирении, болезнях почек, желчекаменной болезни, склонности к депрессивным состояниям, а также во время кормления грудью.

Молодым женщинам гормональные контрацептивы назначают, как правило, курсами: 3—6 месяцев. В перерыве им рекомендуют пользоваться другими средствами и обязательно проводят обследование, чтобы проверить, нет ли отрицательного воздействия таблеток на генеративную функцию. При соблюдении правильной дозировки препарата и оптимальной длительности его приема детородная функция, как правило, не страдает. Практика показывает, что после отмены гормональных таблеток беременность наступает у 93 % рожавших и 85 % нерожавших женщин.

Правда, в этих случаях четко прослеживается одна характерная особенность, о которой следует помнить: возрастает вероятность возникновения многоплодной беременности и рождения крупного плода.

В последние годы созданы одогормональные противозачаточные средства, которые содержат минимальные дозы прогестагенов. В них отсутствуют эстрогенные

компоненты, обуславливающие побочные эффекты. Наиболее популярным препаратом этой группы является континуин, который — в отличие от комбинированных таблеток — надо принимать непрерывно с первого дня менструации ежедневно по одной таблетке весь период, когда необходимо предохраняться от беременности. Интервалы между приемом таблеток не должны превышать 24 часов.

Существует еще одно средство — так называемые мини-пили. В отличие от гормональных таблеток, способных угнетать овуляцию, их противозачаточное действие обусловлено изменением количества и состава слизи шейки матки, снижением подвижности маточных труб. Побочные эффекты у мини-пили гораздо меньше, поэтому их можно принимать лицам, страдающим гипертонической болезнью, ожирением, болезнями печени и почек. В некоторых случаях врач считает возможным назначать их женщинам старше 35 лет, людям, страдающим варикозным расширением вен без тромбофлебита, у которых отмечались побочные эффекты при приеме комбинированных препаратов.

Мини-пили следует принимать ежедневно, начиная с первого дня менструального цикла, но не более чем на протяжении года. У некоторых женщин в течение первого полугодия их приема все же сохраняется способность к зачатию, поэтому в середине цикла (примерно с 10-го по 16-й день) им рекомендуется дополнительно пользоваться другими контрацептивами. Аналогично следует поступать и в тех случаях, если по каким-то причинам женщина пропустила даже однократный прием таблетки.

Менструальный цикл при приеме мини-пили может, как резко сократиться, так и удлиниться. И все же следует помнить, что если задержка менструации превысит 45 дней, то следует показаться врачу, ибо не исключено наступление беременности. Обязательно следует проконсультироваться с акушером-гинекологом при появлении кровянистых выделений из половых путей, сопровождающихся болевыми ощущениями внизу живота, ибо эти симптомы могут быть признаком внематочной беременности, вероятность которой при применении мини-пили всегда повышена.

Нормальную беременность, наступившую на фоне приема этого препарата, рекомендуется прервать, ибо в противном случае есть опасность рождения неполноценного ребенка. Такая угроза сохраняется еще в течение

3 месяцев после отмены мини-пили, и только потом наступившая беременность развивается нормально.

Таким образом, применение гормональных контрацептивов требует большой осторожности со стороны как женщины, так и врача.

В настоящее время разработана так называемая постконтральная контрацепция — однократный прием противозачаточного средства (постинора) непосредственно после полового акта. Такое предупреждение беременности является наиболее разумным для женщин, редко живущих половой жизнью. В случае повторных совокуплений вторую таблетку следует принимать через три часа после первой. Препарат не рекомендуется принимать более 4—5 раз в месяц: у некоторых женщин могут наблюдаться побочные явления (тошнота, кровотечения), поэтому его следует употреблять лишь по рекомендации врача.

Познакомим еще с одним видом контрацептивов — внутриматочными средствами (ВМС). ВОЗ констатирует, что их применение приводит к постепенному снижению числа аборт и уменьшению заболеваемости женских половых органов. В 1964 г. в США научно-практическая конференция по ВМС признала их наиболее перспективным противозачаточным средством.

Впервые своеобразные ВМС использовали африканские племена кочевников, которые вводили мелкие камешки в матку верблюдиц, чтобы предотвратить у них беременность во время длительных переходов в пустыне. Предполагают, что подобные средства были известны в Древней Греции.

В настоящее время ВМС пользуются десятки миллионов женщин. По данным ВОЗ, показатель противозачаточной активности различных моделей ВМС достаточно высок и уступает лишь гормональным таблеткам — 2—3 беременности на 100 человеко-лет. Следует отметить, что показатель неудач в течение второго года использования ВМС ниже, чем в первом, а в третьем ниже, чем во втором.

Существует множество моделей ВМС разной формы и степени жесткости. Они имеют толщину 1 — 2 мм, что обеспечивает довольно полное и в то же время не очень тесное заполнение полости матки. У всех ВМС расширенная верхняя часть, располагающаяся на дне матки, и суженная нижняя, находящаяся над областью канала шейки матки. К устройству прикреплена лавсановая или капроновая нить длиной до 4 см, конец

которой выходит за пределы шейки матки и свободно свисает во влагалище. По этой нити женщина может контролировать правильность местонахождения введенного в матку ВМС.

Изготавливают ВМС из упругоэластичных, легко вытягивающихся в прямую нить материалов, позволяющих придавать им необходимую форму, свободно и безболезненно вводить в полость матки.

ВМС вводят в первые дни после окончания менструации. За два дня до их введения женщине рекомендуется применять обезболивающие свечи с белладонной или анестезином. У рожавших женщин само введение контрацептива безболезненно, у нерожавших требует расширения канала шейки матки. После введения ВМС матка в ответ на попадание инородного тела обязательно реагирует сокращениями, что проявляется ноющими болями внизу живота и незначительными сукровичными выделениями.

Если эти явления сильно выражены, можно использовать обезболивающие свечи. Как правило, боль ощущается 7—10 дней, реже — в течение 1—2 менструальных циклов.

Примерно у 5—7 % женщин, несмотря на малый объем контрацептива, матка начинает так сильно сокращаться, что выталкивает его наружу. Обычно это происходит в первые дни после введения устройства или при первой менструации. Поэтому в первые месяцы после введения контрацептива женщина должна проходить обследование у врача.

Механизм действия ВМС такой. Происходит ускорение прохождения яйцеклетки по маточным трубам, что не дает возможности слизистой оболочке матки подготовиться к приживлению оплодотворенной яйцеклетки и закреплению для дальнейшего развития зародыша.

Когда женщина решает забеременеть, то ВМС извлекают перед очередной менструацией и в течение 2—3 менструальных циклов рекомендуют использовать другие противозачаточные средства, после чего можно вести половую жизнь без предохранения. Частота наступления беременности, ее течение и последующие роды не отличаются от таковых у женщин, но предохранявшихся от беременности.

Оптимальным сроком непрерывного пребывания контрацептива в матке считают 3 года, хотя в ряде случаев допускается и 5 лет. После извлечения ВМС следует сделать 2—3 месяца перерыва. Затем можно ввести новый контрацептив.

Прерывание беременности остается еще весьма распространенным средством контроля за рождаемостью, что, по-видимому, связано с недостаточной эффективностью и широтой использования противозачаточных средств. Оправданность прерывания беременности издавна вызывала споры. Было время, когда аборт считался преступлением, запрещался законом. Разрешение медицинских аборт направлено на сохранение здоровья женщин, которые по ряду серьезных причин вынуждены прерывать беременность.

Следует помнить: аборт, особенно первый, может привести к бесплодию даже в том случае, когда сделан опытным врачом и при соблюдении всех правил. Прерывание беременности нарушает физиологические процессы, отрицательно сказывается на деятельности всех органов, и в первую очередь нервной и эндокринной систем. У многих женщин после аборта нарушается деятельность половых желез, что проявляется расстройством менструальной и половой функций. Аборт чреват занесением инфекции и развитием воспалительных процессов в половых органах. После аборта беременность и роды зачастую протекают с осложнениями, угрожающими жизни матери и ребенка, чаще наблюдаются самопроизвольные аборт, преждевременные роды, кровотечения и т. д. Поэтому первый аборт является достаточно опасным, и с этим фактом следует считаться.

Безусловно, опасны так называемые подпольные аборт, которые, как правило, делают несведущие люди. Их жертвами часто становятся женщины со сроком беременности больше трех месяцев. В такой срок оправдано прерывание беременности лишь в случае, когда сохранение ее угрожает жизни или здоровью женщины.

Предупреждение зачатия с помощью хирургического вмешательства возможно как у мужчин, так и у женщин. Стерилизация мужчин практикуется на протяжении многих лет за рубежом (наиболее широко в странах с высокой рождаемостью — Индия, Китай и др.). Методы мужской стерилизации предусматривают нарушение проходимости семявыводящих протоков, по которым зрелые сперматозоиды следуют из придатков яичек в мочеиспускательный канал путем их перевязки и пересечения.

Стерилизация женщин требует перевязки обеих маточных труб, расположенных глубоко в области таза и менее доступных, чем семявыводящие протоки мужчины.

Это тяжелая и сложная операция, и в настоящее время она проводится лишь по медицинским показаниям.

Итак, регулировать рождаемость в семье можно различными способами. Основная задача большинства из них — сохранить здоровье человека.

Немного о половом воспитании

Половые отношения людей — самая интимная сфера человеческих взаимоотношений. Можно сказать, что это та биологическая основа, на которой строится семья. И именно в семье получают самые первые и самые важные знания о всех сторонах жизни дети.

С каждым годом все больше людей понимают, как важна культура сексуальных отношений. Сколько разводов, сколько разбитых судеб из-за примитивного невежества!

«В семьях, в которых мы росли, никогда не говорили на такую тему. Родители наши считали, что нас вырастили, воспитали, а «дозреть» мы должны сами в своей семейной сфере. Таким образом, в семейную жизнь мы вошли фактически неподготовленными. Как все было просто и легко, когда мы встречались (на протяжении пяти лет) и как стало трудно нам по истечении прожитого года. К сожалению, вопросы воспитания «культуры чувства» так и считаются «слишком интимными и узкими». Но обсуждать их надо... так как непонимание основ половых отношений ведет именно к охлаждению друг к другу, и все чаще из-за этого разрушаются семьи»¹, — пишут молодые супруги («ей» — 21 год, «ему» — 25 лет), прожившие в браке один год.

А половое воспитание надо начинать с первых лет жизни человека — так же, как любое воспитание.

Большинство родителей, понимая, что на вопросы ребенка: «Откуда я появился? Как рождаются дети?» — нельзя отвечать: «Тебя нашли в капусте» или «Принес аист» — стараются вообще уйти от ответа. И именно этим они формируют у детей неправильное отношение к половой жизни, как к чему-то грязному, постыдному. Обязательно надо отвечать на такие вопросы, отвечать коротко, спокойно и доходчиво, на уровне знаний и представлений ребенка.

¹ Студенческий меридиан.— 1981.— № 1.— С. 7.

Можно сказать: дети рождаются матерям»: пока они маленькие и нежные, мама бережет их у себя в животе, когда они вырастут и окрепнут, то выходят оттуда. Тут уместно привести аналогию с птенцами, которые вылупливаются из яиц.

Беседуя с детьми постарше, можно употреблять слова «яички», «семя» и др. Объясняя, «как попадает папино семя в мамин живот», скажите: «Семя, вырабатываясь в яичках, проходит в мамин живот через то же отверстие, через которое потом рождается ребенок. Это бывает тогда, когда родители спят вместе, ибо семя очень быстро движется и поэтому переходит от папы к маме».

Обычно детей удовлетворяют такие короткие и соответствующие действительности ответы, ибо их интерес к половым проблемам чисто теоретический: они еще лишены сексуальных чувств и представлений.

Особую роль играют взаимоотношения родителей между собой, эмоциональная атмосфера, в которой растет ребенок. Внимательные, заботливые отношения, уважение отца и матери друг к другу воспитывают определенный стереотип поведения: буду сильным и добрым, как папа, или заботливой и нежной, как мама. И наоборот: взаимная неприязнь, ссоры вносят тревогу в душу ребенка и приучают с раннего детства к циничному, грубому отношению к близким.

Опыт, приобретенный в семье в годы формирования ребенка, оставляет неизгладимый след. По сути, он является тем базисом, на котором в будущем происходит становление человека как личности и его отношения к семье, обществу, другим людям.

В 6—7 лет ребенок приходит в школу. Очень важно, чтобы правильное отношение к сексуальным проблемам, сформированное в семье, здесь получило дальнейшее развитие.

Уже в начальных классах надо обратить внимание на то, чтобы ни в коем случае не допустить развития антагонизма между мальчиками и девочками.

При этом очень важно помнить: пресекая всякое проявление женского или мужского «шовинизма», поощряя здоровую дружбу, подчеркивая равноценность полов, нельзя забывать или пренебрегать спецификой мальчиков и девочек.

Мальчик должен воспитываться как будущий мужчина, а девочка — как будущая женщина. Ведь равноценность и равнозначность вовсе не означает нивелировку.

Где-то в 10—12 лет начинается «трудный» возраст: период полового созревания. И здесь больше всего может помочь ребенку семья. Если юноша или девушка заранее знают о тех соматических и психологических превращениях, которые их ожидают, и не относятся к ним настороженно, это оградит их от напряженности, страха, которые могут травмировать неустойчивую психику подростка.

Девушка должна узнать от матери о природе и естественности менструации, о гигиеническом режиме во время нее, о возможных отклонениях в ее течении и необходимости в этих случаях врачебного вмешательства.

Отец может научить юношу нормально относиться к поллюциям, утренним эрекциям, вызванным притоком крови к половым органам, объяснить, что это явления, предшествующие его превращению в мужчину.

И это надо сделать до того, как появятся признаки полового созревания, и до того, как мальчик или девочка узнает о них от сверстников.

Здесь следует сказать несколько слов об онанизме. Резкий запрет, и окрики вызывают чаще всего двойную реакцию: с одной стороны, фиксируется внимание и усугубляется интерес к преднамеренному раздражению половых органов, с другой — вырабатывается отношение к своему поведению как к чему-то патологическому, ненормальному. Мальчику следует спокойно разъяснить естественность полового желания, наступающего вследствие полового созревания. Посильная физическая нагрузка, спорт, всевозможные игры, способствующие переключению внимания ребенка, наряду с соблюдением гигиенического режима (исключение из пищевого рациона острых блюд, опорожнение кишечника и мочевого пузыря непосредственно перед сном, гигиенический душ и прохладные обтирания, раннее вставание с постели) помогут если не полностью избавиться от онанизма, то свести его до допустимого и безвредного для организма уровня.

В «трудный» период значительно возрастает роль школы. Именно здесь формируется отношение к дружбе и любви, воспитываются понятия коммунистической нравственности. Необходимо открыто и откровенно рассматривать этические и эстетические нормы половой жизни, объяснять опасность ранних половых связей.

Более раннее половое созревание, снизанное с акселерацией,— биологический фактор, е. которым нельзя не

считаться ни родителям, ни педагогам. Эротическая информация, которую несут кино, телевидение, театр, книги, падает на физиологически подготовленный, а психологически неустойчивый организм.

И мало кто из юношей и девушек сознают, что половая зрелость наступает раньше, чем полное созревание организма, поэтому ранее половое общение нагружает организм деятельностью, с которой ему не справиться. Ведь половая жизнь в сущности — это воспроизводительная функция, не свойственная юности, периоду созревания организма. В это время человек только формируется как личность и для гармоничного развития ему необходимы все силы еще неокрепшего организма.

Наблюдения показывают, что у рожениц моложе 18 лет чаще встречаются так называемые токсикозы беременности, психические травмы, а дети рождаются с пониженным весом, уродствами, нередко приводящими к их смерти. А первый аборт, даже сделанный в больничных условиях, всегда рискован и может привести к стойкому бесплодию, инвалидности женщины.

Вот почему юношам и девушкам следует воздерживаться от преждевременного начала половой жизни. Энергия в этом возрасте должна быть использована для учебы, занятий спортом, искусством, обогащения интеллектуального багажа.

Весь опыт человечества свидетельствует: ограниченность интересов нередко приводит к усилению и извращению сексуальных влечений.

Человек — существо социальное. И даже такая биологическая необходимость, как половая жизнь, давно перестала быть слепым животным инстинктом и превратилась в одно из самых возвышенных чувств — любовь. А подобные чувства не даются человеку природой — их разнообразие и глубина социально обусловлены. Прав советский социолог И. Кон, утверждающий, что «степень удовлетворенности субъекта в процессе сексуальной деятельности прямо зависит от степени эмоционального переживания, от силы и яркости его собственного чувства».

Но вот юноша и девушка полюбили друг друга и решили построить семью.

Заключая брак, необходимо исходить из взаимосвязи и взаимозависимости психологического и физиологического аспектов супружеских взаимоотношений, ибо только психологическая совместимость супругов предопределяет гармонию интимных отношений.

ОГЛАВЛЕНИЕ

От авторов.....	3
-----------------	---

ЗНАКОМЬТЕСЬ: СЕКСОЛОГИЯ

По законам природы	4
История половых отношений.....	7
Рождение сексологии.....	22
Формирование и развитие сексопатологии.....	32

СЕКСОЛОГИЯ ДЛЯ ВСЕХ

Общебиологические основы половой функции.....	40
Анатомо-физиологическое обеспечение половой функции.....	47
Сексуальность человека.....	57
Копулятивный цикл как единая поведенческая реакция.....	67
Половая жизнь человека.....	71
Границы нормы и патологии человеческой сексуальности.....	81

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СЕКСОПАТОЛОГИИ

Специфика сексуальных нарушений.....	89
Расстройства половой функции.....	93
Нарушения сексуального развития, наркомания, СПИД.....	102

НА ГРАНИ С СЕКСОЛОГИЕЙ

Физиология репродуктивной функции.....	121
Можно ли бороться с бесплодием?.....	132
Регулирование рождаемости в семье.....	147
Немного о половом воспитании.....	163

Научно-популярное издание

**КУШНИРУК ЮРИЙ ИВАНОВИЧ
ЩЕРБАКОВ АЛЕКСАНДР ПЕТРОВИЧ**

ПОПУЛЯРНО О СЕКСОЛОГИИ

4-е издание, переработанное и дополненное

Редактор А. Г. Пеккер

Оформление художника И. С. Рогуль

Художественный редактор И. В. Козий Технический редактор И. Н. Лукашенко
Корректоры Л. И. Ноур,
В. Н. Божок, Л. И. Семенюк

ив № 9711

Сдано в набор 01.02.88. Подп. в печ. 29.04.88. БФ 01069. Формат 84 X 108/32. Бум. тип. № 2. Обыкн.
нов. гарн. Выс. печ. Усл. печ. л. 8,82. Уел. кр.-отт. 9,14.

Уч.-изд. л. 9,57. Тираж 500 000 экз. (1-й завод 1—200 000 экз.). Заказ 8-601. Цена 40 к.

Издательство «Наукова думка». 252601 Киев 4, ул. Репина, 3.

Харьковская книжная фабрика им. М. В. Фрунзе.
310057 Харьков 57, ул. Донец-Захаржевского, 6/8.