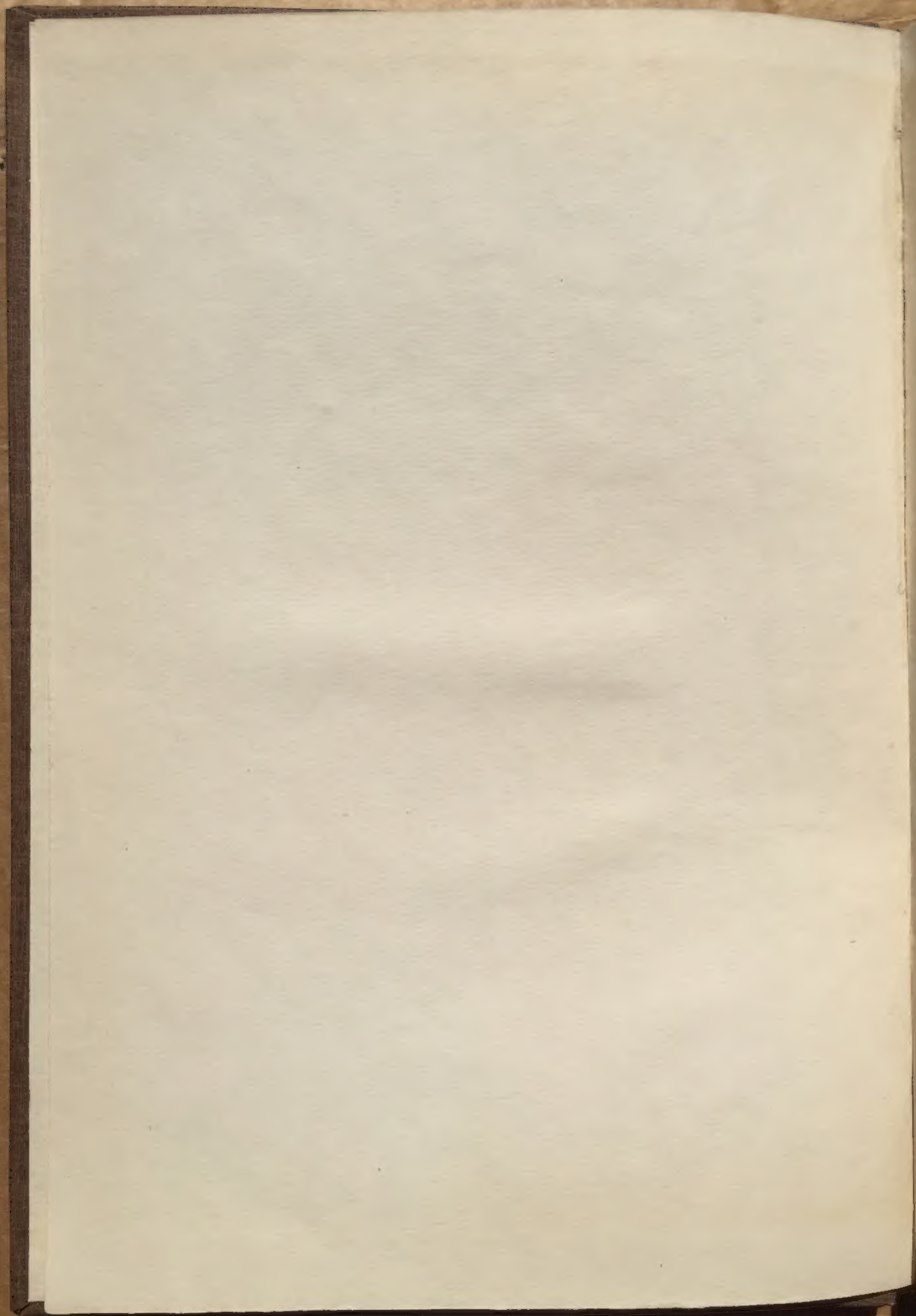


ПОЛ
БРАК
СЕМЬЯ

МЕДИЦИНА И КУЛЬТУРА



ПОЛ, БРАК, СЕМЬЯ

ПОЛ, БРАК, СЕМЕЙСТВО
под редакцията на проф. П. Попхристов, д-р Т. Бостанджиев и д-р А. Бонев
Медицина и физкултура
София • 1973

А. БОНЕВ, Т. БОС
КОВА, СТ. ЖИВКО
М. ПРОТИЧ, ИВ. П

ПОЛ БРАК СЕМЬЯ

ПОД РЕДАКЦИЕЙ

проф. П. ПОПХРИСТОВА,

д-ра Т. БОСТАНДЖИЕВА И д-ра А. БОНЕВА

А. БОНЕВ, Т. БОСТАНДЖИЕВ, БР. БРАТАНОВ, К. ВАСИЛЕВ, К. ГАРГОВ, П. ГЕН.
КОВА, СТ. ЖИВКОВ, П. КОЛАРОВ, Д. ПАНАЙОТОВ, ИВ. ПОПОВ, П. ПОПХРИСТОВ,
М. ПРОТИЧ, ИВ. РАЧЕВ, С. РУСКОВА, С. СПАСОВ, Д. ТРАЙКОВ, Н. ШИПКОВЕНСКИ

МЕДИЦИНА И ФИЗКУЛЬТУРА
СОФИЯ • 1977

МОН БРАК СЕМЬЯ

ИЗДАНИЕ
ДЛЯ ШКОЛ И ВУЗОВ
МОСКВА

Учебное пособие по предмету «Семья и брак»
для учащихся старших классов общеобразовательных школ
и студентов педагогических вузов

Авторами
ответственны
Вопросы
пообразны
чать и на ч
рос и ме
кни, ме
весьма доре
этих аспек
между обо
логическим
на структу
ведение чел
мируется и
рой челове
Для ко
Мы дум
меревавши
более стар
привилегие
суют всех
навать сво
возрасту, а
любви. Что
то нам хоче
ны особый
ной половой
супруги, д
здоровой се
предлагаем
ний и подго
ется рожде
зрелости. С
мо от биоло
нии между
воспитания
татели, сощ
ны стоять в
от социаль
вопроса. Д
ются в под
Необхо
тематическ

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие 5

ЧАСТЬ I

БИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПОЛОВОГО ВОПРОСА

Общебиологические основы пола — Ст. Живков	
Клеточное деление	18
Образование половых клеток	19
Оплодотворение	21
Определение пола организмов	23
Определение пола у человека	26
Развитие двух полов у человека — проф. П. Коларов и П. Генкова	29
Развитие мужской и женской половых систем	32
Развитие половых желез	32
Развитие внутренних половых органов	34
Развитие наружных половых органов	35
Факторы, определяющие нормальное половое развитие и обособление	37
Устройство и функции мужской половой системы — проф. П. Коларов, Д. Панайотов и М. Протич	39
Регулирование функций яичек	45
Детство, период полового созревания (пубертат), половая зрелость, климактерий и старость у мужчины	46
Устройство и функции женской половой системы — проф. П. Коларов и Сп. Спасов	57
Период полового созревания и юношества — проф. Бр. Братанов	60
Особенности периода полового созревания у мальчиков,	64
Отношения подростков к товарищеской, семейной и общественной среде	64
Половое влечение (либидо), половое сношение (коитус) и нормы половой жизни — проф. П. Коларов, Д. Панайотов, Сп. Спасов и М. Протич	69
Гормональное и нервное регулирование полового влечения	70
Фазы полового сношения и физиологические реакции при его осуществлении	73
Половые сношения после 50-летнего возраста	75
Половая холодность (фригидность)	75
Факторы полноценного полового удовлетворения	76
Нормы половой жизни и половое воздержание	77
Половое влечение — любовь — привязанность — проф. Н. Шипковенски	78
Половое влечение	80
Половое удовлетворение	81
Половые извращения	82
Любовь	85
Привязанность	92

ЧАСТЬ II

МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ ПОЛОВОГО ВОПРОСА

Нарушения способности к воспроизводству и совокуплению — проф. П. Попхристов	97
Заболевания, передающиеся наследственным путем, обусловленные повреждением яйцеклетки, сперматозоида и хромосом — проф. П. Коларов и П. Генкова	99
Причины повреждения хромосом, т. наз. хромосомных мутаций	102
Полово-хромосомные заболевания	104
Нарушение оплодотворительной способности у мужчин — С. Рускова	106

Бесплодие у мужчины, вызванное заболеваниями моче-половых органов . . .	106
Врожденные аномалии моче-половой системы приводящие к нарушению оплодотворительной способности у мужчин	108
Приобретенные заболевания моче-половой системы, вызывающие расстрой- ство оплодотворительной способности мужчины	111
Расстройства оплодотворительной способности мужчины в связи с факторами, вызывающими общие нарушения в организме	119
Эндокринные причины бесплодия у мужчин—проф. П. Коларов Д. Панайотов, М. Протич	121
Нарушение оплодотворительной способности женщины — Из. Попов	123
Эндокринные причины бесплодия женщины — проф. П. Коларов и Сп. Спасов	126
Снижение или отсутствие функции яичников (гипооваризм)	127
Повышенное выделение мужских половых гормонов (андрогенных гормонов) яичниками — синдром Стайна-Левенталя, овариальная гиперандрогения	128
Гормонально активные яичниковые образования	130
Полное отсутствие яичниковой функции в связи с врожденной дегенерацией яичников — синдром Шершевского — Тернера, гонадная дизгенезия	130
Заболевания надпочечников	130
Сахарный диабет	132
Ожирение	133
Заболевания щитовидной железы	134
Заболевания гипофизной железы	134
Бесплодие (стерильность), недонашивание и борьба с ними —И. Попов	135
Бездетная семья	135
Бесплодие, связанное с недонашиванием плода	138
О некоторых методах исследования яичников и яичек	142
Исследование функции яичников — проф. П. Коларов и Сп. Спасов	142
Базальная (ректальная) температура	143
Влагалищная клеточная диагностика (влагалищные мазки, влагалищная цитодиагностика)	145
Кристаллизация слизи маточной шейки	145
Кожно-аллергические реакции в отношении половых гормонов	146
Зеничный симптом	146
Определение кислотности влагалищного содержимого	16
Исследование слизистой оболочки матки	146
Исследование состояния и функции яичек — проф. П. Коларов, Д. Панайотов, М. Протич	147
М. Протич	147
Контрацептивные (противозачаточные) средства — Из. Попов	147
Нарушение способности к совокуплению (половое бессилие—импотенция) — проф. П. Попхристов	153
Нарушения способности к совокуплению у мужчины в связи с заболева- ниями моче-половой системы — С. Рускова	159
Половые расстройства у мужчины при нарушениях со стороны желез внутрен- ней секреции, при заболеваниях внутренних органов и интоксикациях — проф. П. Коларов, Д. Панайотов и М. Протич	164
Половые расстройства при других заболеваниях	168
Половые расстройства при некоторых интоксикациях	169
Половые расстройства при неврологических и психических заболеваниях — Т. Бостанджиев	170
Психогенная форма полового бессилия у мужчин — Д. Трайков	175
Исследование сексуальных больных — Т. Бостанджиев	184
Методы и средства лечения полового бессилия — Д. Трайков	187
Нарушения способности к совокуплению у женщины — Из. Попов	192
Нарушения, обусловленные гинекологическими заболеваниями	192
Диспарейния	197
Аноргазмия	200
Вагинизм	201
Половые расстройства, связанные с эндокринными нарушениями, заболевани- ями внутренних органов и интоксикациями у женщины — проф. П. Коларов и Сп. Спасов	202
Половые расстройства при эндокринных нарушениях	202
Половые нарушения при заболеваниях внутренних органов	203
Половые нарушения при интоксикациях	204
Половая жизнь и венерические болезни — Проф. П. Попхристов и А. Бонев	206
Половая сущность венерических болезней	207
Нейрормальные половые сношения (перверсии) и венерические болезни	209

Венерические болезни и бесплодие	212
Предохранение от полового заражения венерической болезнью	217
Нарушения способности к совокуплению в связи с венерическими болезнями	218
Половая жизнь и венерофобия	226

ЧАСТЬ III

СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ПОЛОВОГО ВОПРОСА

Социальные проблемы половой жизни — <i>Т. Бостанджиев</i>	231
Историческое развитие половых и семейных взаимоотношений — проф. <i>К. Василев</i>	231
Общественное регулирование сексуальной жизни	231
Исторические этапы развития сексуальных отношений	235
Полигамия, полиандрия, проституция, порнография	254
Сексуальные отношения при социализме	264
Сексуальное у человека как биологическая категория — проф. <i>К. Гаргов</i>	275
Пол, семья, здоровье — проф. <i>К. Гаргов</i>	277
Половое просвещение и воспитание — <i>Т. Бостанджиев</i>	281
Расторжение брака и лишение родительских прав — проф. <i>Н. Шипковенски</i> и <i>Ив. Рачев</i>	292
Расторжение брака	292
Лишение родительских прав	295

ПОЛ, БРАК, СЕМЬЯ

под редакцией П. ПОПХРИСТОВА, *Т. БОСТАНДЖИЕВА*, *А. БОНЕВА*

Перевод с болгарского *Л. Малева*

Редактор перевода: д-р *А. Илиева*

Нац. болг. ; I и данне ; лит. группа III-3

Код: 06 $\frac{95335\ 72411}{4506-57-77}$ Издат. № 7067

Художник обложки и переплета : *Т. Данов*

Художественный редактор : *М. Табакова*

Технический редактор : *М. Попова*

Корректоры: *Л. Гылыбова* и *И. Лалова*

Сдана в набор 14. I. 1977 г. Подписана к печати 25. VII. 1977 г.

Печатных листов 19,75 Издат. листов 25,60

Формат бумаги 70×100/16 Тираж 100 200

Цена 1 р. 52 коп.

Гос. издательство „Медицина и физкультура“, пл. Славейкова, 11 — София
Государственная типография имени Т. Димитрова — София

ПРЕДИСЛОВИЕ

Авторам, редакторам и издателям этой книги ясно, сколь трудна и ответственна задача, стоящая перед ними.

Вопросы, проистекающие из проблемы пол—брак—семья, столь разнообразны и многочисленны, что первая трудность состоит в том, с чего начать и на чем остановиться. Однако во всех случаях половой вопрос имеет три основных аспекта — биологический, медицинский и социальный. Ненужными и часто весьма дорого стоящими являются догматические споры о том, какой из этих аспектов более важный. Вопросы пола, половой жизни, отношений между обоими полами внутри и вне семьи являются одновременно и биологическими, и медицинскими, и социальными. Поэтому мы остановились на структуре книги, которая затрагивала бы все три аспекта. Половое поведение человека является стороной его социального поведения, оно формируется и проявляется главным образом в зависимости от среды, в которой человек рождается, воспитывается, растет и живет.

Для кого написана эта книга?

Мы думали обо всех — об учащихся, юношах, девушках, о парах, намеревающихся вступить в брак и уже вступивших в него, о родителях и более старом поколении, о воспитателях. Ибо вопросы пола не являются привилегией лишь молодых людей, достигших половой зрелости, а интересуют всех. Мы не можем закрывать глаза на то, что девочки начинают осознавать свой пол уже к 12—13-летнему, а мальчики — к 16—17-летнему возрасту, а иногда и раньше. Их уже волнуют вопросы пола, взаимности, любви. Что же касается юношей и девушек, достигших половой зрелости, то нам хочется припомнить слова *Грибоедова* о том, что если никому не нужны особый ум и знания, чтобы понять как создаются дети, то для правильной половой жизни, для удачного выбора друга на всю жизнь, супруга или супруги, для подготовки будущих отцов и матерей, для формирования здоровой семьи, для достижения максимального человеческого счастья, предлагаемого молодостью и половой зрелостью, требуется много ума, знаний и подготовки. Совместная жизнь мужчины и женщины не ограничивается рождением и воспитанием детей, уходом молодости и наступлением зрелости. Она продолжается до конца жизни. В любом возрасте, независимо от биологических и эмоциональных изменений, вопрос о взаимоотношениях между полами продолжает существовать — в личной жизни, в период воспитания, в отношениях между молодыми и пожилыми. Родители, воспитатели, социологи и представители общественности также не могут и не должны стоять в стороне от вопросов пола и любви молодых, от проблем семьи, от социально-общественной взаимообусловленности и значимости полового вопроса. Для правильного отношения к этому вопросу они также нуждаются в подготовке.

Необходимо ли, чтобы половой вопрос рассматривался публично, систематически, с необходимой дозой ответственности?

Легкомысленной и глубоко ошибочной является постановка или мнение о том, что в вопросах пола человек ориентируется сам, автоматически и естественно. Спонтанная подготовка по половому вопросу съедится лишь к познанию того, как создаются и рождаются дети. А он, однако, выходит далеко за рамки вопроса воспроизводства поколений. Но даже при воспроизводстве поколений во все эпохи и во всех обществах существовали нормы половой жизни и семьи, создаваемые семьей, родителями, традициями и государством. Вопрос состоит в том, какие цели преследовались и преследуются, при помощи каких средств и методов они осуществлялись и осуществляются, как изменялось и изменяется содержание полового воспитания.

Католическая, а также другие религии и общества, которые поддерживают заключение брака против воли вступающих в брак, а также брак по расчету, на практике узаконивают измену в семье. Протестантская религия и общество, режим и воспитание которых подготавливают молодых, в особенности девушек, к семейной жизни во имя кажущегося и часто лицемерно благополучного брака, убивают любовь в нем. Христианская религия всегда окутывала таинственностью, избегала любого публичного рассмотрения полового вопроса, тем самым приводя к полному невежеству. Бунт молодых против подобного отношения к половому вопросу, любви, браку и семье стал повсеместным в буржуазно-капиталистическом обществе и является вполне основательным.

Какова сущность полового вопроса в наше время и каковы обязанности и возможности нашего, социалистического общества в деле полово-эстетической подготовки и воспитания молодежи?

Мнение авторов этой книги по данному вопросу является совершенно определенным. И в книгах, и в делах, и в нормах по половому вопросу нельзя обращаться к какой бы то ни было старомодной морали и аскетизму. В нашем обществе место лицемерного и формального обращения к подобной морали и аскетизму должно занять осознанное стремление к культивированию и совершенствованию высшего человеческого переживания (чувства) — любви, чтобы от нее брало свое начало счастье молодых до брака, в семье, в обществе. Любовь между мужчиной и женщиной должна стать двигателем и в личной жизни, и в каждом творческом проявлении личности в общественной жизни.

Какова точка зрения виднейших представителей человеческого общества и культуры по половому вопросу?

У В. И. Л е н и н а имеется следующая мысль: „В половой жизни проявляется не только данное природой, но и принесенное культурой, будь оно возвышенно, или низко ... Но в любви участвуют двое и возникает третья новая жизнь. Здесь кроется общественный интерес, возникает долг по отношению к коллективу. Коммунизм должен нести с собой не аскетизм, а жизнерадостность и бодрость, вызванную также и полнотой любовной жизни“¹.

Огромным и решительным является влияние культуры на половое поведение человека, на содержание и формы половой жизни и любви. И. Э р е н б у р г пишет, что половое влечение, половой инстинкт известен и мухам, но чтобы они превратились в любовь, потребовалось многотысячная культура. Что только не представляет собой и как только не выражается половая жизнь. Обратимся, например, к творчеству *Шекспира*, в котором неоднократно затрагиваются также отношения между мужчиной и женщиной.

¹ К. Цеткин. Воспоминания о Ленине, М., Госполитиздат 1955, стр. 49 и 51.

ициной. Нам известен цинизм у Шекспира, ибо в половой жизни существует и цинизм. Но Шекспир дал нам образец и высокой, всепоглощающей и готовой на любые жертвы любви в лице Ромео и Джульетты. И опять же у Шекспира находим, что любовь является тем, что делает человека бессмертным — „и над смертью будешь торжествовать в ком-то из своих внуков“.

Совсем недавно, в начале 1970 г., известный французский биолог-сексолог проф. Р. Николи сформировал следующим образом современные аспекты половой жизни:

Первый аспект является биологическим — половая жизнь воспроизводит поколения. Но если бы дело заключалось только в этом, то не возникала бы необходимость в какой-то специальной культуре.

Второй важный аспект половой жизни — эротика и наслаждение. Именно эротика и наслаждение чаще всего являются ведущими моментами в половой жизни, которые, однако, по понятным причинам прикрываются самим человеком, но которые также являются предметом особого внимания развращающей культуры и торговли на Западе. Это наиболее трудно контролируемая отдельным человеком и обществом сторона половой жизни. И именно эта сторона, которой нельзя ни в коем случае пренебрегать, более всего нуждается в личной дисциплине и правильном общественном культивировании.

Наименее исследованной, поэтому и наименее известной является третья, наиболее существенная, наиболее интимная, наиболее человеческая сторона — взаимосвязь, взаимоопознание, объединение мужчины и женщины в результате половой жизни.

Как будет видно в дальнейшем из содержания этой книги, в своем зачатке человек оформляется в качестве единого пола, который вскоре начинает дифференцироваться, делиться на женский и мужской. Образно мы позволим себе сформулировать дальнейшее влечение между мужчиной и женщиной как наиболее глубокое стремление к осуществлению единства человеческой личности. Сами по себе мужчина и женщина являются в ходе жизни отдельными половинами. В быту существует выражение „моя половина“. Это относится и к женщине, и к мужчине, хотя данные „половины“ являются не только семейными, семейными, брачными. Во всех проявлениях жизни и мужчина, и женщина по отдельности являются несовершенными. Совершенной является лишь пара — мужчина и женщина, которые имеют равные права и обязанности, в одинаковой мере верные друг другу. Вот в чем заключается основное и единое биологическое и социальное содержание половой жизни, превратившейся в любовь.

Какие цели преследуем мы этой книгой?

Как мы указывали, современная молодежь везде и в особенности в нашем социалистическом обществе не выносит старомодной морализации, кем бы она не насаждалась. У нас также нет никаких намерений читать мораль кому бы то ни было. Однако чем больше свобода отдельной личности и чем шире общество освобождается от религиозных, бытовых, традиционных и других норм и догм, тем необходимее человеку опора на познание, на объективные биологические и социальные факты и нормы, чтобы быть действительно свободным, а также гармоничным и счастливым. Воспитание и образование, понимаемые не как обязанность, а как потребность, являются постоянной необходимостью. Желаем мы того или нет, в течение всей своей жизни мы подвергаемся процессу воспитания и образования. И никому не дано избежать этого. Посещаем мы школу или нет, читаем ли книги или нет, но пока мы видим, слышим, говорим и живем среди себе подобных, мы воспри-

нимаем, усваиваем, перерабатываем или отбрасываем. Если и в половом вопросе мы не попытаемся найти истину при помощи науки и опыта человечества, то нам не избежать некоего своего понимания этого вопроса. Это будет предопределено случайностью или улицей, собственным опытом или опытом товарищей и будет нести на себе отпечаток стихийности, инстинктивности, случайности со всеми протекающими отсюда последствиями.

Воспитание и самовоспитание по половому вопросу существуют как необходимость и осуществляются помимо нашей воли. И если этим воспитанием не займется сам человек или государство, организованное общество, со всеми его институтами, то им неминуемо займутся торговцы полом, располагающие для этого всеми средствами — книгами, печатью, кино, рекламой, театром, эстрадой, увеселительными заведениями, журналами и модой, варьете и публичными домами, наркотиками, одним словом — всем. В буржуазно-капиталистическом мире торговля полом держит в своих руках фактически всю проблему полового воспитания. Она эксплуатирует и культивирует наиболее сильный и поэтому наиболее опасный элемент пола — половое удовольствие, сладострастие. Это „культивирование“, начинающееся с самого раннего возраста и продолжающееся в течение всей жизни, является немаловажной причиной весьма ранней и массовой потери веры, выхолащивания нормального понимания содержания жизни из сознания молодежи всех континентов и появления диковинных, иллюзорно „новаторских“ идеалов (хиппи, алкоголизм, наркомания, гомосексуализм, групповой брак, бунт против брака, семьи и детей — анархия).

Необходимо вкратце остановиться на устремлении этого бунта против классики в половой жизни среди девушек и женщин.

Каковы основные опасности так называемой свободной, нелегализованной половой жизни? Их три: 1) опасность венерического заражения, 2) опасность внебрачной беременности, 3) нарушение весьма важного для всей жизни человека психо-аффективного содержания половой жизни и связанных с ним переживаний.

Мы не будем останавливаться на первых двух опасностях, несмотря на то, что до сегодняшнего дня главное внимание обращалось на них. Наибольшая опасность, в сущности, — третья.

Венеризм, связанный с половой жизнью, очень важен, ибо венерические болезни пока еще не исчезли. Новые факты вновь привлекают внимание к этому вопросу уже в новом свете — о связях между хроническими, хотя и банальными венерическими воспалениями, и развитием рака половых органов в будущем, в особенности у женщин.

Нежелательная, внебрачная беременность также играет важную роль в половой жизни. Она, естественно, затрагивает больше девушек, чем юношей. Увлечение со стороны девушки свободной половой жизнью создает первые рефлексы против беременности и рождения детей. Этот рефлекс часто приводит к психопатической окраске, при которой массовое использование противозачаточных средств часто дополняется средствами уничтожения зародыша, внутритрубноым и внеутробным уничтожением детей.

В опустошительном психическом и психосоциальном содержании массового отказа от воспроизводительной функции женщины и его исторической демографической значимости современное общество себе не дает еще ясного отчета. У многих эгоистичных и безрассудных юношей нет ясного представления о сущности и последствиях для женщины несвоевременной и внебрачной беременности. Такие юноши и незрелые еще для настоящего материнства девушки не в состоянии предпринять чего-либо серьезного для избежания беременности.

Но главной опасностью свободной половой жизни, как подчеркивается, является третья — психо-сексуальная деградация, в особенности среди женщин.

В той или иной степени и форме психо-сексуальная деградация, душевное опустошение представляют собой настоящую драму, которая затрагивает почти всех девушек, увлекшихся свободной половой жизнью.

В чем состоит это духовное опустошение?

Первые свободные половые сношения создают продолжительную эйфорию: жизнь светла, блестяща, полна. Пробуждение от этой эйфории наступает через несколько месяцев, через год или через несколько лет. И всегда оно представляет собой пробуждение с опозданием. Неразвращенная, нераздаваемая безразборно сексуальность стимулирует все чувства, возвышает, обогащает содержанием всю жизнь, наполняет ее надеждой, уничтожает чувство одиночества и угнетенности. Раннее пресыщение свободной половой любовью быстро приводит к чувству одиночества, к ощущению того, что наивысшее в духовно-аффективной сфере человека уже разрушено. Данное моральное ощущение среди юношей выражено более слабо, хотя у некоторых из них оно и принимает иногда тяжелые формы. Для девушек это ощущение всегда является сильным, часто ужасным. Исчезли радость и надежды. Пришли разочарование и пустота. И к власти приходят как компенсация табак, алкоголь, успокоительные лекарства, попытки самоубийства.

Угрожает ли нашему социалистическому обществу подобная катастрофа среди молодежи в связи с половой жизнью?

Глубокие социально-экономические преобразования в нашей стране, практическое полное и окончательное равноправие мужчины и женщины в любви, браке и семье, а также формирование коммунистической морали, воспитания и нравственности, естественно, освободили наш народ от публичного разврата, от проституции, преградили путь, уничтожили корни порнографии, низменных страстей, торговли полом, а также их публичную пропаганду в печати, по радио, в театре и пр. Но при существующих сегодняшних возможностях информации, пропаганды, личных контактов, путешествий и т.д. развращающее влияние торговли телом и эротики пока еще полностью не исключено, оно продолжает существовать. Оно действует и используется как метод идеологической диверсии буржуазного мира. Поэтому половая жизнь и вопросы, связанные с ней, у нас должны исследоваться открыто, научно обоснованно, целенаправленно, с чувством высокой ответственности.

Социальная, экономическая и моральная структура нашего общества, а также здоровые традиции являются неисчерпаемым источником формирования у молодежи и всего народа правильного понимания вопросов пола, брака и семьи. Однако это не может происходить автоматически. И в нашем обществе полово-эстетическое воспитание является насущной необходимостью.

Достаточно и одного примера, чтобы понять как необходимость этого воспитания, так и некоторые заблуждения и актуальность вопросов, волнующих нашу молодежь, а также трудности, стоящие перед воспитателем.

Что, в сущности, при исследовании полового вопроса является весьма существенным с точки зрения воспитания? Недавно во время разговора с учащимися старших классов софийской школы один из учеников XI класса, имеющий отличную успеваемость и поведение, выразил свое (по его мнению, не только свое, но и своих сверстников) отношение к половому вопросу: «...девушка, которая не отдается — монахиня, а парень, который не берет —

евных". Мы задали вопрос этому ученику, мы задаем его также всем вам, молодые читатели этой книги: „Относится ли это ваше мнение и к вашим матерям и сестрам?". Все женщины — это сестры или матери. Если оно относится, то нам не о чем спорить и мы должны твердо бороться против подобных взглядов. Но в виду того, что оно не относится к матерям и сестрам, мы должны разобраться здесь — какое все же кредо необходимо в половом вопросе.

Воспитание, связанное с половым вопросом, нельзя смешивать с морализацией. Воспитание есть познание и на его основе дисциплинирование и совершенствование. Однако мы достаточно отстали в деле организации системного полово-эстетического воспитания.

В связи с половым воспитанием мы приведем следующие мысли уже упомянутого сексолога проф. *Николи*.

Познавательное воспитание — выведение ребенка, юноши или девушки на путь, который ведет к социальной жизни взрослых. При отсутствии воспитания, нуждающиеся в нем не только не смогут обогнать своих родителей, но и не смогут их догнать, ибо возможности собственной информации у детей и подростков весьма невелики, они располагают весьма кратким временем, чтобы научиться всему самим. Содержание понятия „воспитание" весьма широко. Оно относится к правильному усвоению форм и движений вещей в природе, к интеллекту, морали, общественному чувству, отношению с людьми, к профессиональной ориентации и подготовке, к психической, чувственной, сексуальной стороне личности, и все эти разносторонние духовные и социальные потребности являются связанными и зависимыми друг от друга. Многие из перечисленных сторон опознавательного воспитания — дело профессионалов, учителей.

Что же касается т. наз. нравственного воспитания, которое включает также сексуальное воспитание, то ясно, что первыми воспитателями здесь должны быть родители. Однако они весьма редко являются достаточно информированными и подготовленными к такой роли. Объяснение детям вопросов половой жизни им кажется чем-то ужасно трудным, относящимся к недозволенным тайнам, к области, где все нестабильно. Но, в сущности, будущим мужчинам и женщинам как раз и необходима подготовка, делающая их жизнь стабильной.

Отказ родителей и общественности от активной роли в деле полового воспитания — не решение, а слабость. Наивно было бы думать, что ребенок, юноша или девушка может стать завтра полноценным членом общества, если через его чувственную, психическую сферу не преломилось правильное понимание полового вопроса, что может помешать ему занять правильную позицию при столкновении с реальностью, вряд ли обеспечит ему счастливое существование.

Сегодняшнее состояние половых переживаний молодежи, частота странностей и извращений в этой области, приобретающие массовый характер, легкомысленное отношение к вступлению в брак, частые разводы, массовое обречение детей на безотцовство в результате развода, растущая тенденция к освобождению от родительских обязанностей — часто граничит с почти чудовищной нечеловечностью.

Вот почему половое, сексуальное воспитание является необходимостью, сколь бы ни было трудным его систематическое осуществление. Основная цель данной книги — помочь юношам и девушкам, влюбленным и новобрачным, родителям и воспитателям, всем, кому дороги правильное развитие молодого поколения и культ здоровой семьи, получить основные познания по половому вопросу.

Книга почти полностью написана врачами и это неминуемо наложило отпечаток прежде всего в виде медицинского отношения к проблеме. Необходимость изложения, хотя бы в популярной форме, основных фактов биологии, анатомии, физиологии и патологии пола, половых органов и функций предопределила сравнительно высокий стиль изложения. С этой точки зрения книга предназначена главным образом для интеллигентных читателей неспециалистов. Родители и учителя найдут в ней все возможности для самоподготовки в отношении задачи полового воспитания.

Как подчеркивалось, половой вопрос рассматривается в трех аспектах — биологическом, медицинском и социальном.

В первой части — „Биологический аспект полового вопроса“ — изложены основные факты и закономерности пола, оплодотворения и носителей половых черт, развитие двух полов и факторы, определяющие развитие женского и мужского пола, половое созревание, устройство и функционирование женской и мужской половых систем. Рассматриваются также общие черты и факторы, определяющие целостное поведение человека в зависимости от его пола, т. наз. психический пол, отношения между обоими полами, половой акт и связанные с ним переживания, формы и нормы половой жизни, развитие, особенности и изменения полового поведения в связи с возрастом, а также соотношение между герминативной (оплодотворяющей) и чувственной (эротической) сторонами половой жизни. Книга не предназначена служить эротике, она просто объясняет. Спокойно, серьезно и на основе научных фактов здесь представлена биологическая данность человека. В конце главы рассматриваются понятия пола и любви, тесно связанные с изложением авторами и редакторами этой материи, которая характеризует в основном половой вопрос у человека, а также связь в нем биологического и социального.

Во второй части книги — „Медицинские аспекты полового вопроса“ — рассматривается патология пола, главным образом в связи с нарушениями оплодотворительной и совокупительной способностями мужчины и женщины. Кроме дополнительных данных о различных деталях половой жизни, здесь излагаются причины, которые могут привести к нарушению или потере половых возможностей, опасности, связанные с незнанием половой жизни и злоупотреблениями им, а также возможности предохранения и лечения половых расстройств. Специальное внимание уделено бесплодию у женщины, новым противозачаточным средствам, а также вопросам половой жизни и венеризма.

В последней, третьей части книги, рассматривается социальный аспект полового вопроса — каково влияние социальной среды на формирование полового поведения человека, социальная сущность любви, социальные корни разврата и извращения в половом поведении, демографическая значимость половой жизни, проблемы брака и семьи в современном обществе и проч. Здесь дается критика основных неверных толкований полового вопроса, основанных на реакционных философских взглядах, а также исследуются вопросы сексуального воспитания.

Рассматриваемая во всей своей широте, половая проблема — это комплексная, многосторонняя проблема, исследование которой невозможно с позиций лишь одного специалиста. При любом одностороннем толковании данной проблемы неминуемо допускаются серьезные неточности, неполнота, субъективизм.

Мы попытались избежать этой опасности путем привлечения к работе над данной книгой большого числа авторов различных специальностей. Здесь, однако, также кроется опасность различной оценки фактов, терми-

трудности толкования текста. Предшествующее сотрудничество и опыт многолетней совместной работы авторов и редакторов в известной степени помогли правильному составлению данной книги.

Но, несмотря на это, читатель, вероятно, и здесь найдет неполноту в освещении или ответах на отдельные, интересующие его вопросы.

Нас больше всего интересует, как встретят эту книгу наши юноши и девушки, родители и воспитатели. Обсуждение книги молодежью будет наиболее верным индикатором ее полезности и необходимости коррекций по отдельным вопросам в будущем.

София, март 1970 г.

Проф. П. ПОПХРИСТОВ :

ЧАСТИ

БИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПОЛОВОГО ВОПРОСА

С
ст. ур
х р
и ане
Х
м.зкь
и в
и асги
органи
свак
способ
поколе
С
поколе
лого ч
только
молодо
Ка
и ни во
всегда
набол
ствуют
устожи
низма
индиви
человеч
гнозные
На
естестве
ности у
рад ука
Хо
и мн
су: ест
[...]
смыла
в [...]
вето
[...]
ра, [...]
но де, [...]
ЕХОДИТ

ОБЩЕБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОЛА

Способность организмов воспроизводить себе подобных, т. е. размножаться, является неотъемлемым условием обеспечения существования органических видов во времени и, следовательно, непрерывности жизни на нашей планете.

Хорошо известен тот факт, что даже среди наиболее долговечных видов жизнь отдельного индивида не является бескрайней, а представляет собой лишь „мгновенное“ явление в истории органической эволюции. Однако всевластная смерть является лишь кажущимся, ибо в результате размножения организмы не только компенсируют число погибших индивидов, но обеспечивают появление более разнообразного, обладающего более высокими приспособительными возможностями, и поэтому более жизнестойкого молодого поколения.

Следовательно, размножение есть связь между умершими и живущими поколениями, способ, которым история отдельных видов передается из прошлого через настоящее в будущее, средство, при помощи которого жизнь не только воспроизводится, но, подобно птице феникс, возрождается еще более молодой, красивой и близкой к своему совершенству.

Каковы интимные механизмы, посредством которых организмы в состоянии воспроизводить себе подобных; почему потомство не только похоже, но и всегда отличается от своих родителей; почему у истоков нового поколения наиболее часто находятся двое родителей, или, иными словами, почему существуют два различных пола и каков биологический смысл этого кажущегося усложнения процесса размножения; когда определяется пол будущего организма и какие законы контролируют развитие половых признаков в течение индивидуальной жизни? Это проблемы, которые постоянно волновали умы человечества и часто становились причиной возникновения легенд, религиозных мифов и умышленных спекуляций.

Накопленный на сегодняшний день огромный фактический материал в естествознании и прежде всего в науках о строении клетки и наследственности уже позволяет современной биологии дать строго научный ответ на ряд указанных вопросов.

Хорошо известно, что *клетка является основной структурной и функциональной единицей всех живых существ*. При этом, независимо от того, существуют они самостоятельно или являются строительным материалом различных тканей и органов определенного организма, клетки всегда построены на одном общем принципе — представляют собой кусочек протоплазмы, в котором обособлены три основные и неразрывно связанные части: ядро, клеточная плазма и клеточная мембрана (рис. 1).

Необходимо отметить, что, независимо от собственных незначительных размеров, клетка представляет собой весьма сложную и совершенно действующую биологическую систему. В клеточную плазму, например, входит ряд составных частей, называемых клеточными органоидами — рибо-

сомы, митохондрии, центросомы и проч., в которых непрерывно протекают сложные биохимические процессы. В связи с проблемами размножения и половой дифференциации наиболее важной составной частью клетки организмов является ядро.

Ядро расположено в центре клетки и отделено от клеточной плазмы тонкой, снабженной порами ядерной мембраной. В него входят одно или нес-

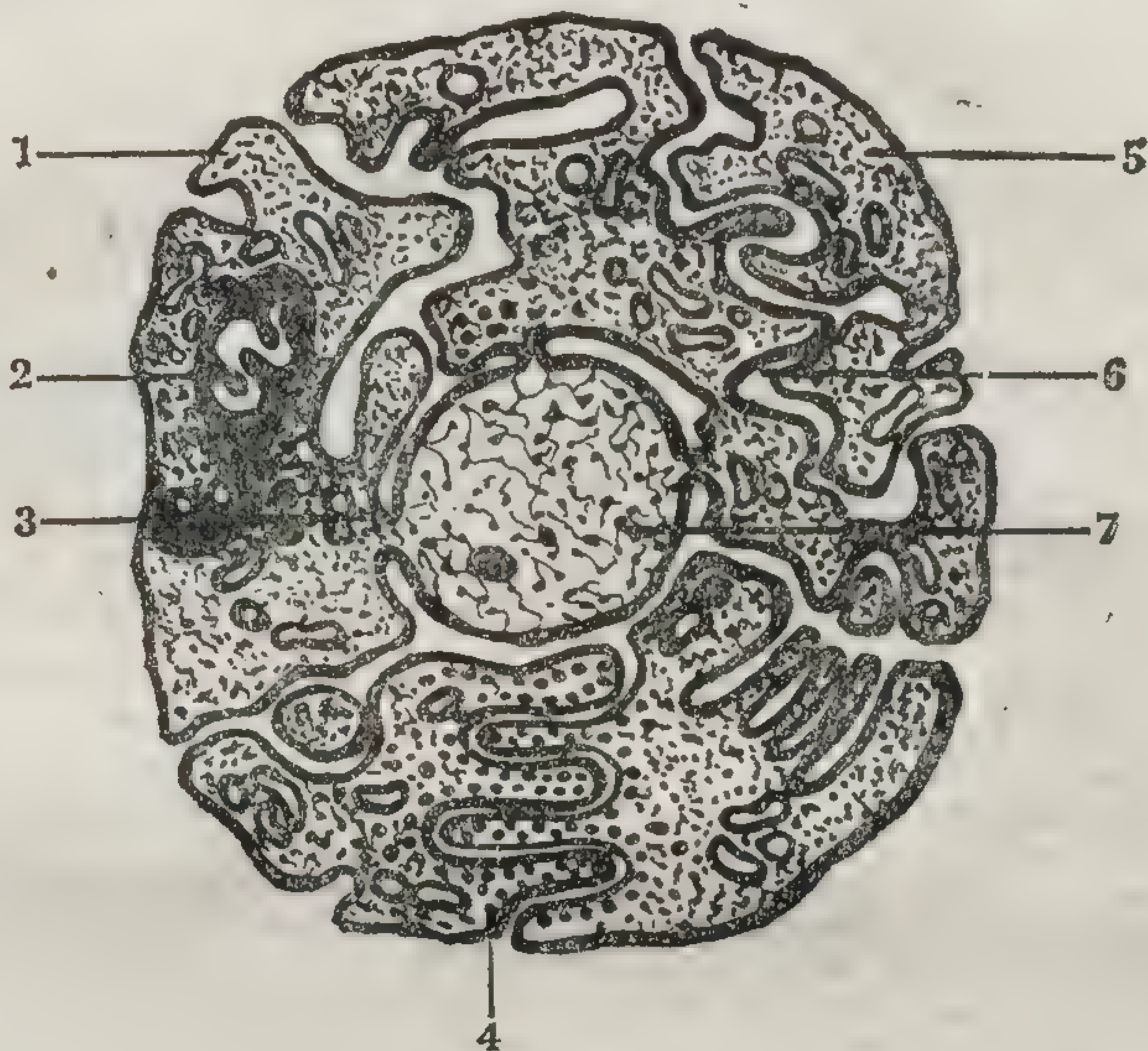


Рис. 1. Устройство клетки.

1 — клеточная мембрана; 2 — митохондрия; 3 — ядерная мембрана; 4 — рибосомы; 5 — цитоплазма; 6 — внутриплазматическая сетка; 7 — ядро.

колько меньших ядер и длинные, спиралевидные образования, которые, в виду своей способности принимать окраску нескольких основных цветов, названы хромосомами. Число и построение хромосом являются строго постоянными и характерными для каждого органического вида. Например, ядро человеческих клеток содержит 46 хромосом (рис. 2), а клетки винной мушки — 8 (рис. 3) и т. д.

Для совокупности всех хромосом данной телесной клетки принято обозначение $2n$ и название диплоидного (по парам) хромосомного комплекта или диплоидного (по парам) хромосомного комплекса. Каждый диплоидный хромосомный комплект состоит из нескольких пар хромосом, названных гомологическими (одинаковыми) парами. У человека, например, насчитывается 23 хромосомные пары. Гомологические хромосомы, составляющие одну хромосомную пару, имеют одинаковую величину и строение. Как станет ясно в дальнейшем, одна из них образуется со стороны отца, а другая со стороны матери индивида.

Особое внимание, уделяемое хромосомам, связано с тем обстоятельством, что они являются носителями так называемых наследственных факторов (наследственных единиц или генов), которые определяют развитие наследственных черт организма.

Согласно современным постановкам, гены представляют собой сегменты молекулы дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК), которая является глав-

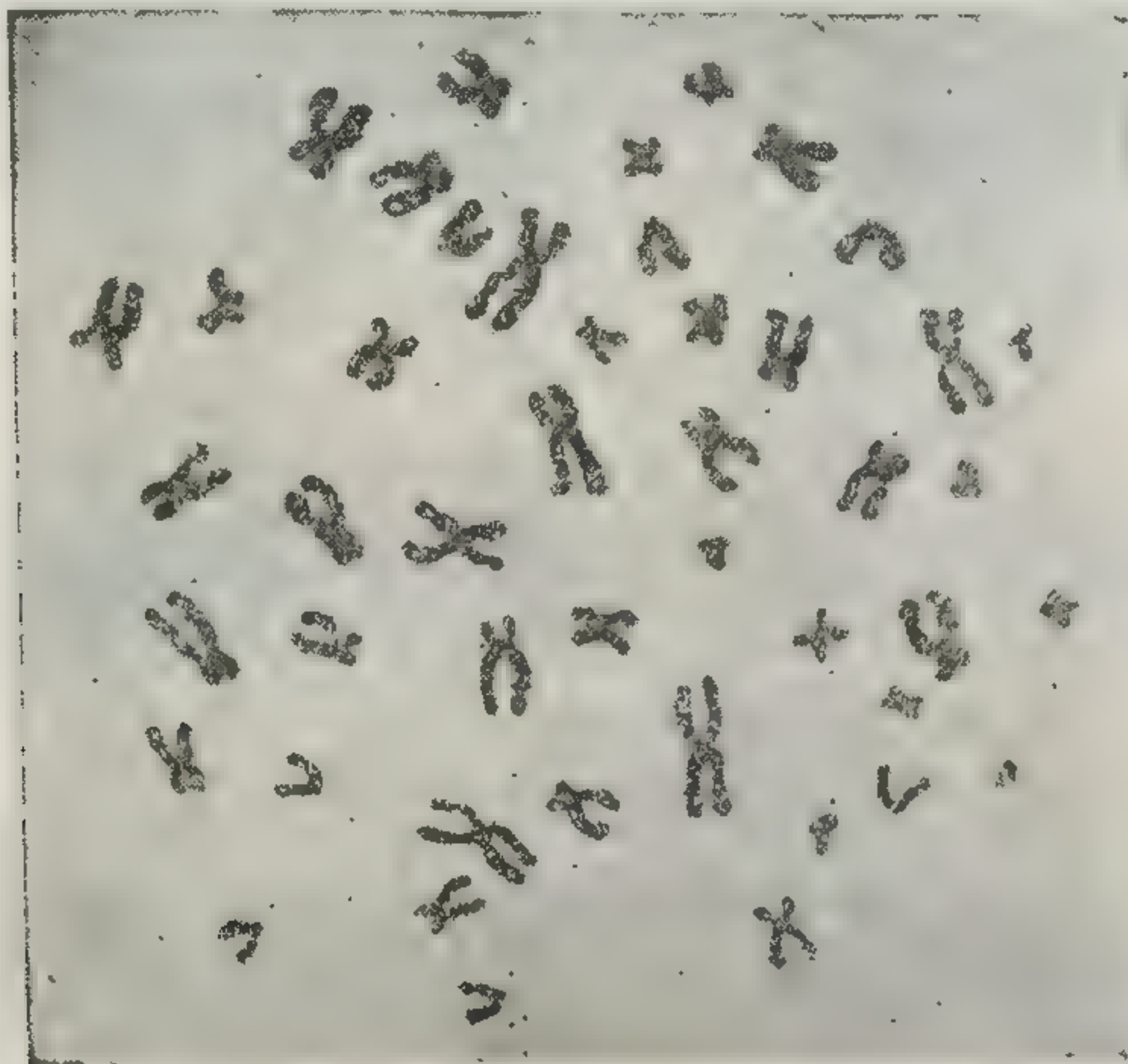


Рис. 2. Метафазные хромосомы человека.

ной составной частью хромосом и носителем наследственной информации. Ее цепь состоит из четырех подсоставных нуклеотидов, различного размещения которых по длине ДНК-цепи и тысячи генов, входящих в эту цепь, опреде-



Рис. 3. Метафазные хромосомы винной мушки.
А — женский индивид; Б — мужской индивид.

ляют неисчерпаемое разнообразие построения наследственных факторов, соответственно наследственных признаков организмов.

Ядро клетки принимает непосредственное участие в осуществлении трех важных биологических явлений — клеточном делении, образовании половых клеток и оплодотворении, которые имеют прямое отношение к проблемам размножения и пола организмов.

Клеточное деление

Клеточное деление представляет собой биологическое явление, при котором в результате сложных изменений, затрагивающих прежде всего клеточное ядро, из одной материнской клетки получаются две дочерние клетки. По-

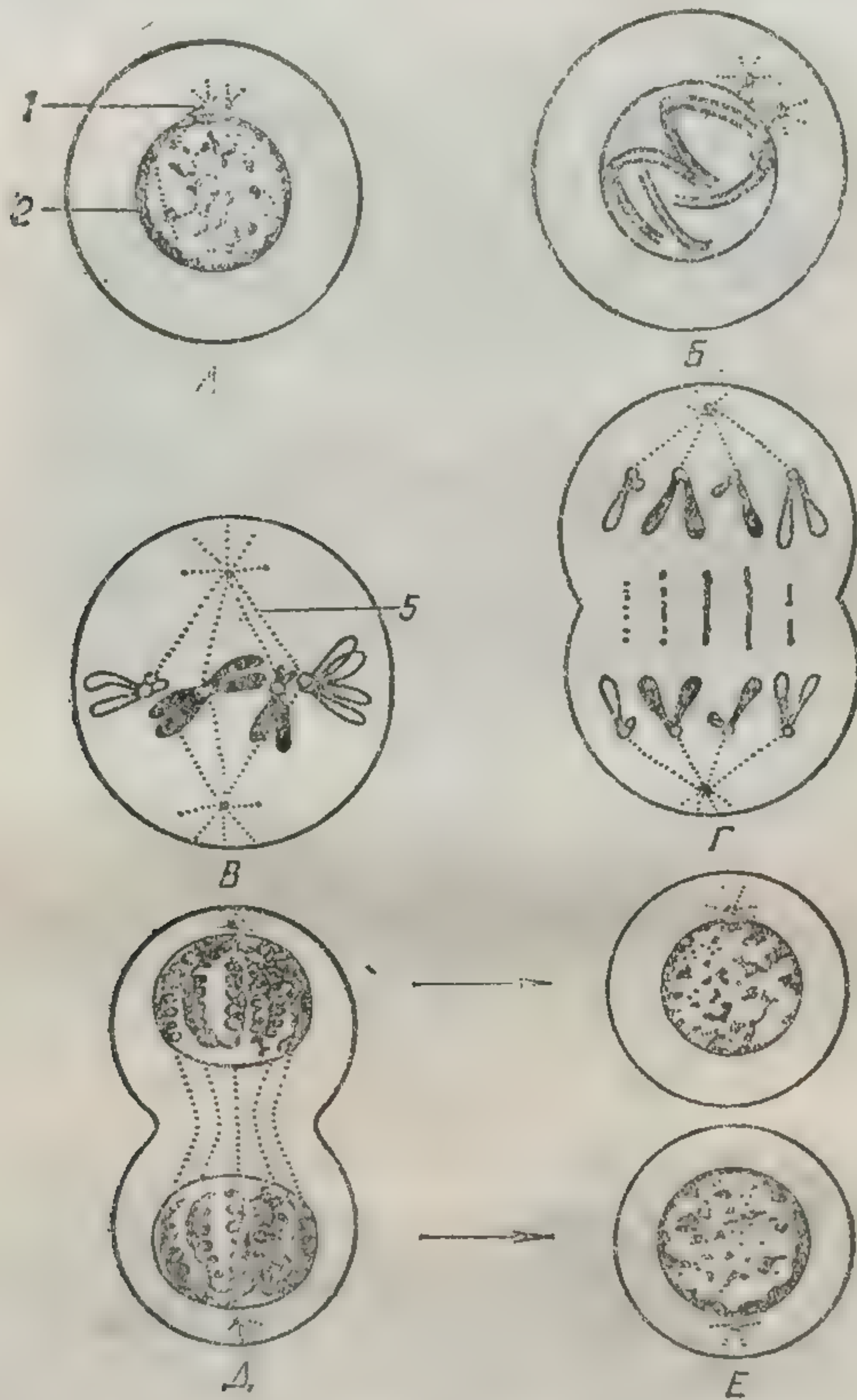


Рис. 4. Схема митотического деления.

А — интерфаза; Б — профаза; В — метафаза; Г — анафаза; Д — телофаза;
Е — дочерние клетки.

средством его в действительности поддерживается непрерывность жизни на уровне клеток.

Наиболее широко распространенной формой клеточного деления является так называемый м и т о з (рис. 4), который протекает в виде четырех последовательных фаз. Наиболее существенные изменения во время митоза относятся к хромосомам. Удвоенные

еще в подготовительный период клеточного деления, хромосомы приобретают форму спирали и становятся ясно видимыми. На следующем этапе они располагаются в экваториальной плоскости образовавшегося в клетках так называемого делительного веретена, и в результате продольного расщепления каждая из них делится на две дочерние хромосомы.

Следовательно, в результате митотического деления происходит удвоение и абсолютно точное распределение хромосом между будущими клетками. Каждая из них получает не только одинаковое с материнской клеткой количество хромосом, но и одинаковые с ней наследственные признаки. Именно последним обстоятельством объясняется огромное биологическое значение митоза.

Образование половых клеток

Половые клетки — яйцеклетки и сперматозонды — образуются лишь в организмах, которые размножаются половым путем. Они развиваются из так называемых первичных половых клеток (овогонии и сперматогонии), которые в результате мейоза превращаются в зрелые яйцеклетки и сперматозонды.

Мейоз представляет собой особую форму митоза, при котором число хромосом первичных половых клеток уменьшается наполовину. Как уже было указано, ядра телесных клеток содержат характерный для соответствующего вида хромосомный комплект. Этот хромосомный комплект содержится также в ядрах первичных половых клеток. Во время мейотического деления, которое состоит из двух последовательно протекающих митотических делений, получают яйцеклетки и сперматозонды, имеющие половину (n) харак-

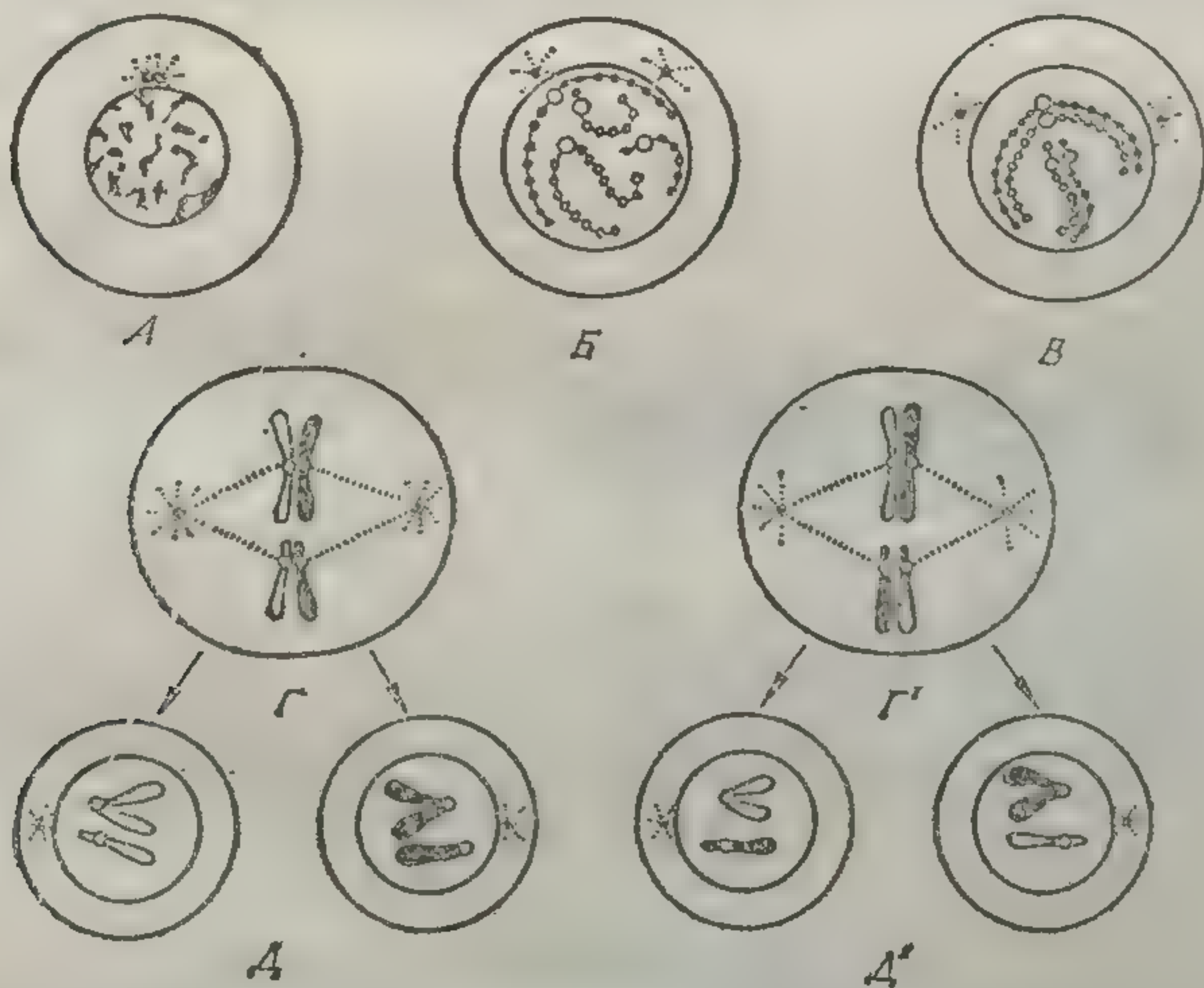


Рис. 5. Схема мейотического деления.
 А, Б, В — диплоидная половая клетка во время деления;
 Г, Г' — редукция хромосом; Д и Д' — зрелые половые клетки.

терного для первичных половых клеток ($2n$) числа хромосом. Уменьшенный в половину хромосомный набор зрелых половых клеток называется гаплоидным. Например, первичные половые клетки человека обладают диплоидным хромосомным комплектом из 46 хромосом, а яйцеклетки и сперматозоиды — гаплоидным комплектом из 23 хромосом.

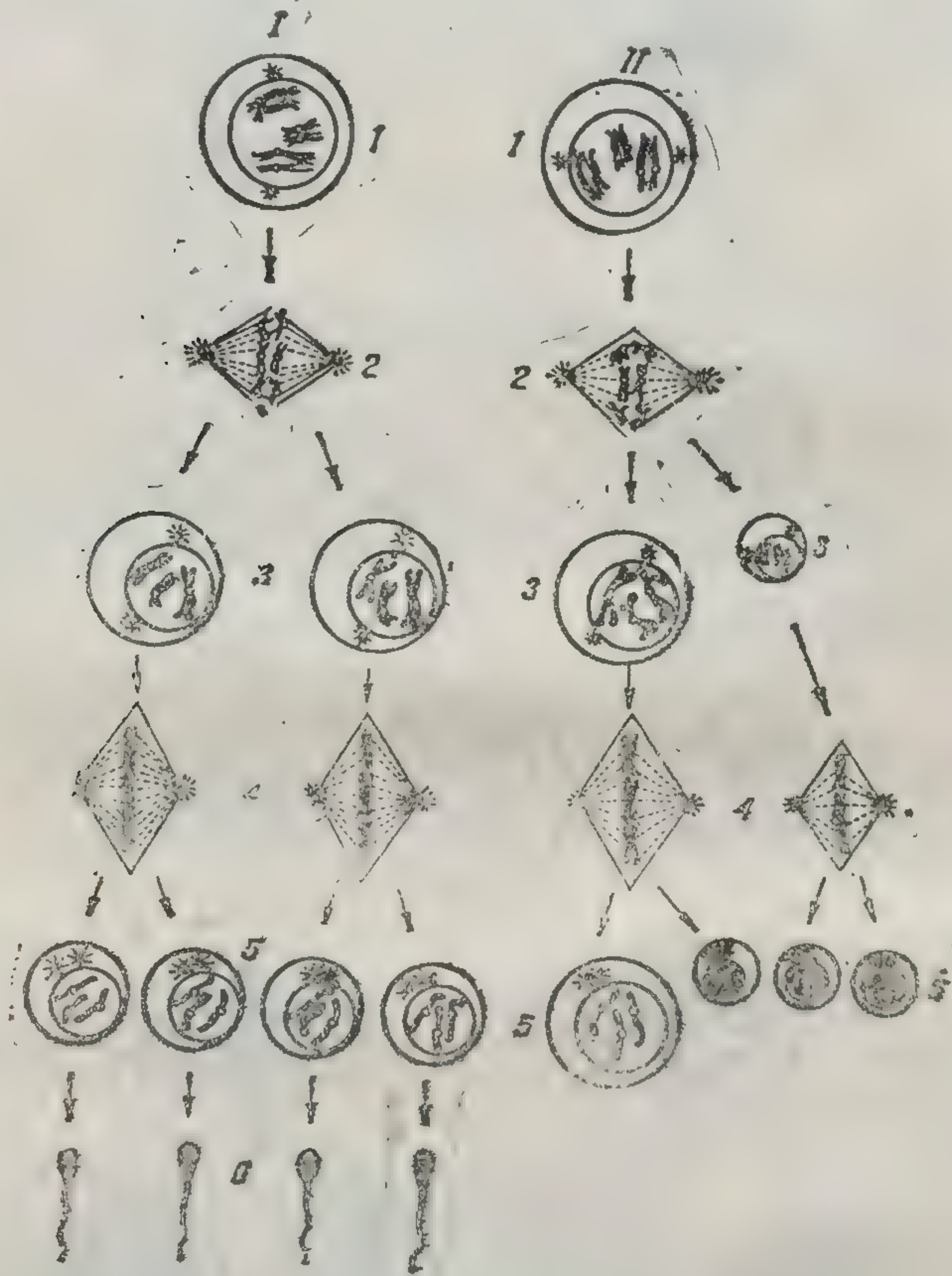


Рис. 6. Схема сперматогенеза и овогенеза.

I — сперматогенез: 1 — сперматоцит I ряда; 2 — редукционное деление; 3 — сперматоциты I ряда; 4 — мейотическое деление; 5 — сперматиды; 6 — сперматозоиды;
 II — овогенез: 1 — овоцит I ряда; 2 — редукционное деление; 3 — I полярное тельце; 3' — овоцит II ряда; 4 — мейотическое деление; 5 — редукционные тельца; 6 — зрелая яйцеклетка.

Мейотическое деление, отличающееся значительной сложностью, схематически показано на рис. 5.

Первичные половые клетки у двуполовых животных и у человека содержатся в семенниках мужчины и яичниках женщины. В конечном итоге из каждой первичной половой клетки развивается по 4 зрелые половые клетки с уменьшенным наполовину числом хромосом в каждой из них.

Хотя мы и упомянули о „зрелых“ половых клетках, окончательное оформление этих клеток в пригодные к оплодотворению яйцевые клетки и сперматозонды на этом не заканчивается, а проходит через несколько фаз. Процесс окончательного оформления яйцеклеток и сперматозондов в принципе одинаков.

Оформление сперматозоидов (так называемый сперматогенез — рис. 6) можно разделить на 4 последовательные фазы: деления и размножения, роста, созревания и формирования.

Фаза деления и размножения наблюдается в течение почти всей жизни индивида и медленно угасает к старости. На этой фазе клетки, из которых образуются сперматозонды, делятся митотично и увеличивают свое число. С наступлением половой зрелости мужчины начинается фаза роста половых клеток. Деление клеток прекращается, клетки растут и увеличиваются в объеме в 4 и более раз и превращаются в так называемые сперматоциты I ряда. На фазе созревания, во время которой происходит упомянутое мейотическое деление половых клеток, из сперматоцитов I ряда развиваются уже зрелые мужские половые клетки — сперматозонды. Во время последней фазы — фазы формирования — овальные или круглые до того времени клетки претерпевают дополнительные изменения, которые придают им характерную для данного вида окончательную форму. Они состоят, например, из головки, centrosомы (промежуточной части) и хвоста сперматозоида.

Оформление женских половых клеток, яйцеклеток (так называемый овогенез) в общих линиях протекает весьма сходно со сперматогенезом, отличаясь, однако, более ясно выраженной фазой роста и отсутствием фазы формирования (рис. 6).

Во время фазы деления и размножения женских половых клеток, которая у млекопитающих протекает в период внутриутробной жизни нового организма, половые клетки делятся митотически и увеличивают свое число. Во время продолжительной фазы роста женские половые клетки увеличиваются в размерах и превращаются в так называемые овоциты (яйцеклетки) I ряда. В клеточной плазме этих клеток накапливается значительное количество питательных веществ, необходимых для дальнейшего питания зародыша. На фазе созревания женской половой клетки, во время которой происходит упомянутое мейотическое деление, образуются зрелые яйцеклетки, каждая из которых содержит указанное гаплоидное (уменьшенное наполовину по сравнению с первичными клетками) число хромосом. Но в отличие от сперматогенеза при оформлении яйцеклетки из каждой первичной половой клетки образуется лишь одно пригодное для оплодотворения яйцо. В него переходит и весь запас питательных веществ, накопленные в овоцитах I ряда.

Оплодотворение

Встреча и слияние сперматозоида с яйцеклеткой называется оплодотворением (рис. 7). По тому как происходит эта встреча — внутри или вне материнского организма — животные делятся на виды с внутренним

или внешним оплодотворением. Как правило, большинство животных, обитающих в воде, имеют внешнее оплодотворение, в то время как сухопутные позвоночные характеризуются внутренним оплодотворением.

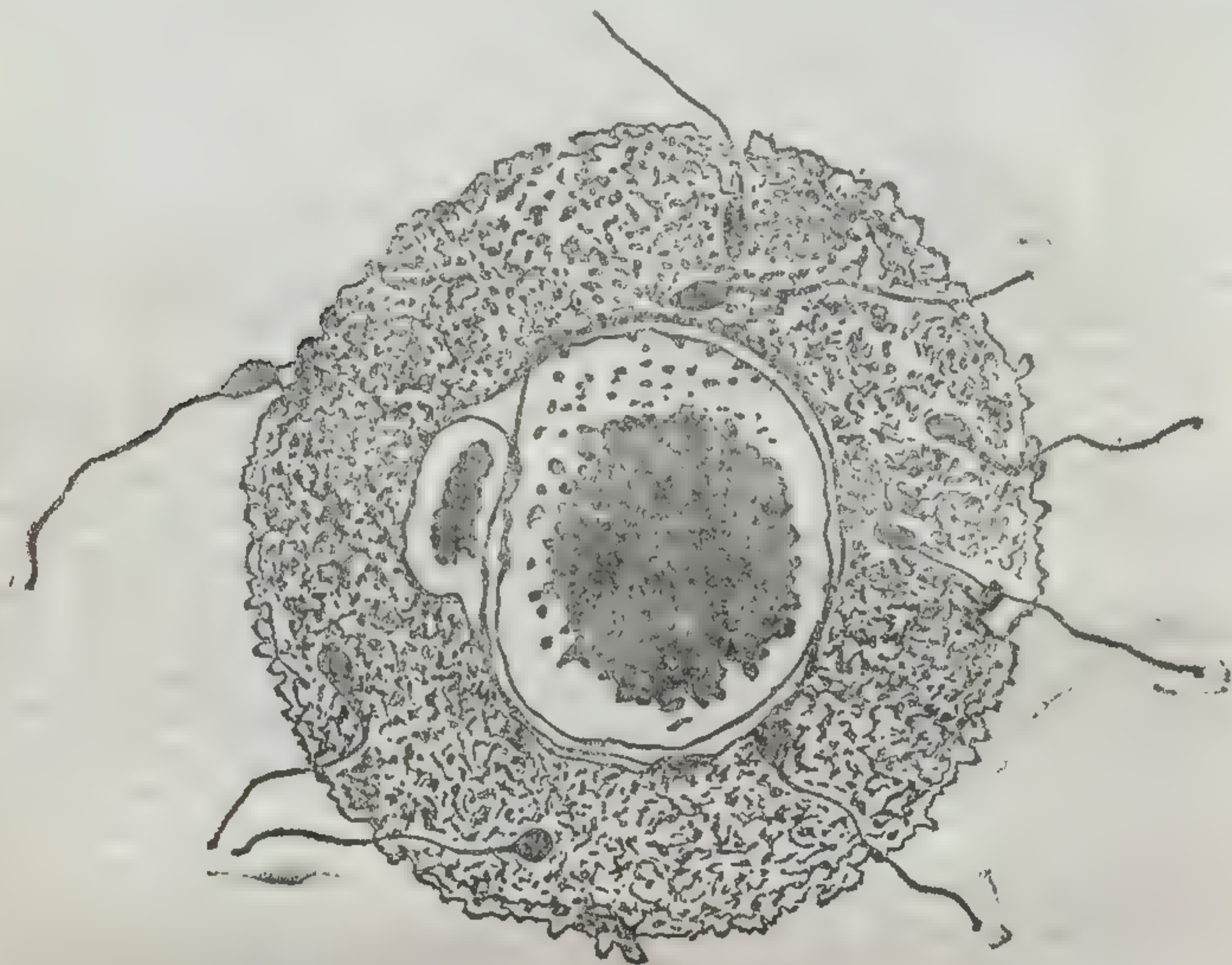


Рис. 7. Оплодотворение у человека.

Оплодотворение представляет собой цепь явлений, которые, начавшись, продолжают непрерывно и осуществляются в строго определенном порядке.

Прелюдия этих явлений — специфическое привлечение сперматозоидов яйцеклеткой одного вида. В основе этого лежит положительный хемотаксис, проявляемый сперматозоидами к некоторым веществам, выделяемым яйцеклеткой и отчасти распространяющимся в окружающей среде. Эти вещества часто обозначаются общими понятиями: **фертилизин** или **гамоны**.

Из большого числа сперматозоидов, устремляющихся к яйцеклетке, обычно лишь один проникает в нее и, как правило, им является первый, вошедший в контакт с ее поверхностью.

Контакт между сперматозоидом и поверхностью цитоплазмы яйца приводит к таким физико-химическим изменениям последней, которые делают яйцо непроницаемым для остальных сперматозоидов. Таким образом обеспечивается так называемая **моноспермия**, т. е. слияние яйцеклетки лишь с одним сперматозоидом, что имеет исключительно важное значение для поддержания постоянства в числе хромосом у животных видов.

Ареной дальнейших явлений становится сама яйцеклетка. В нее проникает лишь головка сперматозоида и непосредственно связанная с ней центросома (промежуточная часть), а хвост отпадает. В цитоплазме яйцеклетки головка сперматозоида набухает и принимает форму клеточного ядра (муж-

ской пронуклеус), которое продолжает свое движение к женскому пронуклеусу. Наконец мужское и женское ядра встречаются и сливаются (кариогамия или амфимиксис) или их ядерные мембраны исчезают и гаплоидные хромосомные комплексы двух пронуклеусов располагаются по экватору образованного в то же время центросомой сперматозоида и цитоплазмой яйца делительного веретена.

Следовательно, в результате сплотивления восстанавливается характерный для телесных и первичных половых клеток диплоидный хромосомный набор. Начинается митотическое деление новой клетки, полученной после слияния яйца и сперматозоида, получившей название зигота, которое завершится после соответствующей дифференциации клеток с появлением нового организма.

Из всего вышесказанного видно, что в отличие от бесполового размножения, когда новые организмы берут свое начало лишь от одного родителя, при половом размножении новый организм развивается в результате слияния двух специализированных клеток (яйцеклетка и сперматозоид), которые образуются специализированными органами двух различных индивидов, называемых у животных яичниками, и семенниками.

Виды, у которых яичниками и семенниками обладают особи двух различных форм, называются *раздельнополыми* или *гонохоричными*, а само явление — *гонохоризмом*. Сразу же необходимо отметить, что у большинства растений и ряда низших пресмыкающихся мужские (семенники) и женские (яичники) половые железы принадлежат одному индивиду. Это явление известно в науке под названием *гермафродитизма*. Но даже у гермафродитных видов чаще всего во время оплодотворения наблюдается перекрестный обмен сперматозоидами между двумя индивидами. Таким образом они избегают самооплодотворения, и следовательно, их взаимоотношения строятся как и у раздельнополых организмов.

Перекрестное оплодотворение имеет исключительно важное биологическое значение, ибо в результате его новый индивид получает свои наследственные признаки от двух родителей и поэтому обладает обогащенной наследственностью. Последняя обеспечивает на много больше шансов для выживания и приспособления к изменяющимся условиям окружающей среды.

Перекрестное оплодотворение достигает своего совершенства у высших раздельнополых организмов, у которых половые различия не сводятся лишь к различию в построении половых желез и производимых ими половых клеток, а перерастают в резко выраженное различие в построении и функциях тела. Это приводит к появлению в рамках вида приблизительно одного количества ясно обособленных мужских и женских индивидов. Поэтому высшие раздельнополые организмы принято считать *диморфными*.

Определение пола организмов

Каковы причины полового диморфизма и почему в рамках вида рождается сколько мужских, столько же и женских индивидов — вот два главных вопроса, на которых стремится ответить учение об определении пола у организмов.

Согласно достаточно обоснованной теории, которая покоится на огромном фактическом материале о строении хромосом и их поведении во время клеточного деления, о мейозе и оплодотворении, развитие организма в том

или ином половом направлении определяется наследственно, причем в момент оплодотворения. Кроме того, определение пола контролируется такими наследственными механизмами, которые обеспечивают появление приблизительно одинакового числа индивидов мужского и женского пола.

В конечном счете все телесные и первичные половые клетки многоклеточного организма образуются из оплодотворенной клетки через митоз.

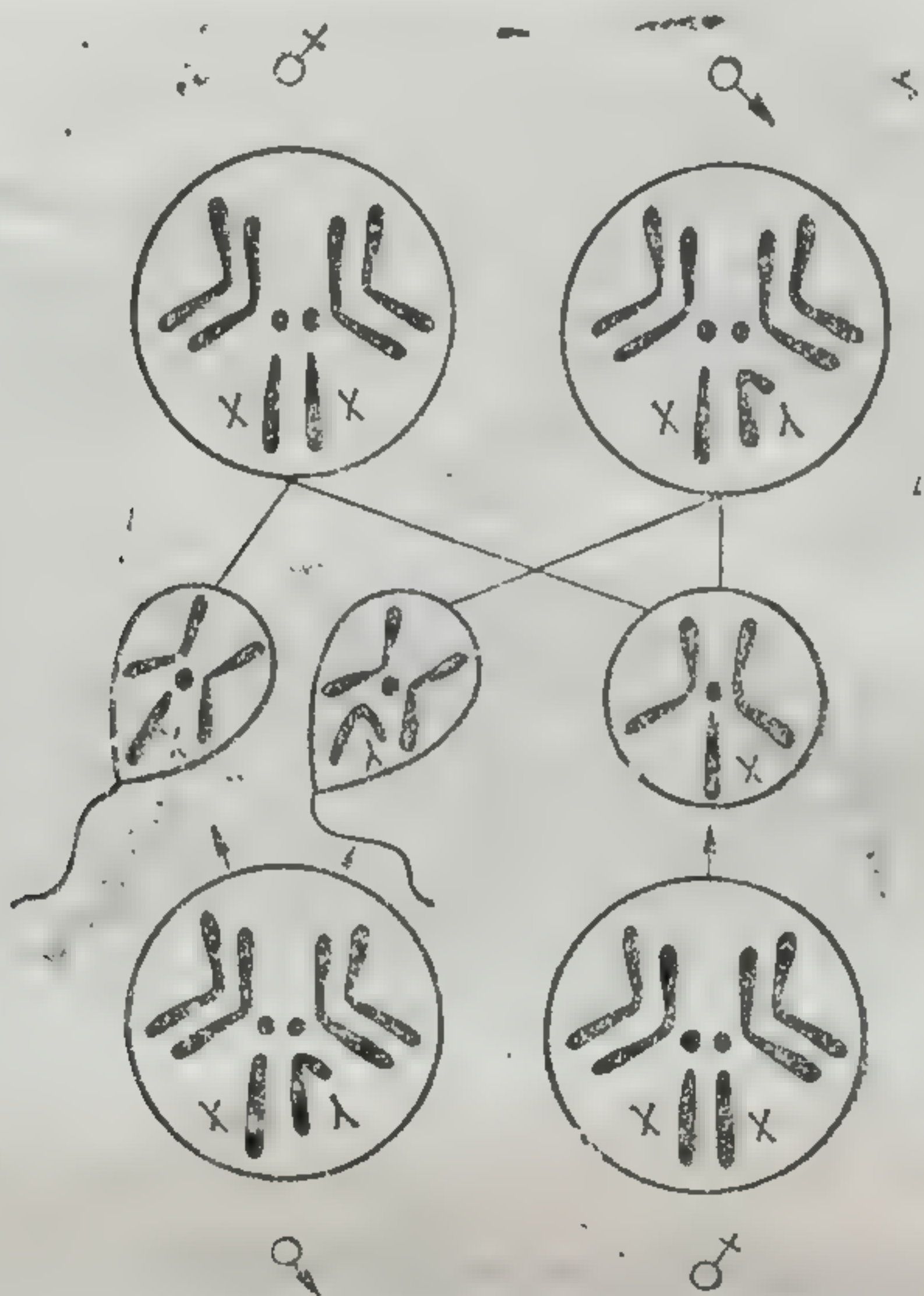


Рис. 8. Схема определения пола у винной мушки.

Следовательно, их ядра содержат одинаковые с нею и между собой хромосомы. Как уже было упомянуто, хромосомы образуют в ядре каждой клетки однородные пары, каждая из которых различается от других пар величиной, формой и некоторыми другими чертами составляющих ее хромосом.

Однако у большинства раздельнополых организмов известна одна хромосомная пара, в которой составляющие ее хромосомы являются исключением из правила однородности. По этой причине хромосомы данной пары называются гетерохромосомами или, ввиду их особой роли при определении пола, — половыми хромосомами. В отличие от гетерохромосом, все остальные хромосомы получили название аутосом. В рамках данного органического вида аутосомы являются одинаковыми у индивидов мужского и женского пола.

Роль гетерохромосом при детерминации пола была раскрыта впервые во время опытов с плодовой мушкой (дрозофила). В связи с тем, что действующие наследственные механизмы определения пола являются одинаковыми у дрозофилы, ряда животных и человека, они используются как классический пример в этом отношении.

В телесных и первичных половых клетках плодовой мушки содержится 4 пары хромосом, три из которых являются одинаковыми у женских и муж-

ских особей — аутосомы, а четвертая, различная пара — гетерохромосомы (рис. 8).

Установлено, что гетерохромосомная пара телесных и первичных половых клеток особей женского пола дрозофилы состоит из одинаковых между собой хромосом, каждая из которых условно обозначается латинской буквой X.

Однако гетерохромосомная пара телесных и первичных половых клеток особей мужского пола состоит из одной, одинаковой с хромосомами особи женского пола, X-хромосомы и одной, отличающейся от нее (в форме крючка) хромосомы, обозначаемой также латинской буквой Y.

Следовательно, гетерохромосомная формула особей женского пола выглядит как XX, а мужского — XY.

Еще при первом мейотическом делении первичной половой клетки партнеры каждой хромосомной пары разделяются и попадают в различные дочерние клетки. Это, естественно, относится и к гетерохромосомам. Поэтому вполне очевидно, что у дрозофилы особи женского пола будут производить в отношении гетерохромосомных пар однотипные яйца, каждое из которых будет носителем одной X-хромосомы (рис. 8), а особи мужского пола в результате разделения на гетерохромосомные пары будут образовывать, причем в одинаковом количестве, два вида мужских половых клеток — половина сперматозондов будет содержать X-, а другая половина Y-хромосому (рис. 8).

При оплодотворении наступает слияние гаплоидных хромосомных комплектов яйца и сперматозоида и восстановление диплоидного хромосомного набора, соответственно хромосомных пар. Это относится и к гетерохромосомной паре. Логично признать, и факты действительно свидетельствуют о том, что яйцеклетки, оплодотворенные сперматозоидами с X-хромосомой, развиваются в женские особи (XX-комбинация), а яйцеклетки, оплодотворенные Y-сперматозоидами, дают начало мужским особям плодовой мушки (XY-комбинация).

Это показывает, что пол у плодовой мушки определяется в момент оплодотворения, и определителями пола являются гетерохромосомы, а также объясняет, почему соотношение противоположных особей потомства составляет приблизительно 1:1.

Хотя и редко, но все же наблюдаются случаи, когда в результате нарушения мейотического деления хромосом образуются яйца и сперматозонды с аномальным хромосомным комплексом, которые, принимая участие в оплодотворении, могут привести к появлению плодовой мушки с аномальным хромосомным комплектом, например, без Y-хромосомы (XO), с тремя X-хромосомами (XXX), с нормальным гетерохромосомным комплектом, но с утроенным числом аутосом и пр. Исследования подобных случаев позволили определить относительную роль каждой из гетерохромосом, а также аутосомного комплекта при определении пола дрозофилы и, кроме того, выяснить генетичный характер этого явления.

Например, особи плодовой мушки с гетерохромосомной комбинацией XO, хотя и обладают всеми признаками мужского пола, являются совершенно стерильными. Это показывает, что Y-хромосома обеспечивает размножение, но не влияет на развитие пола в мужском направлении, а также то, что плодовые мушки с гетерохромосомной формулой XXU, независимо от наличия Y-хромосомы, являются особями женского пола.

С другой стороны, у особей плодовой мушки, имеющих две X-хромосомы и утроенный аутосомный комплект, развиваются интерсексуальные черты, а у особей с гетерохромосомной комбинацией XY и утроенным числом аутосом налицо резко выраженные признаки мужского пола.

Указанные факты позволяют признать мнение, что развитие организма в мужском направлении зависит от наследственных факторов мужского пола, носителем чего являются аутосомы, в то время как X-хромосома

действует в противоположном направлении. Принято считать, что она является носителем множества генов, определяющих развитие женских признаков. Но так как каждая плодовая мушка имеет одну или две X-хромосомы, ее наследственные факторы естественно обладают мужской и женской тенденциями. Принято считать, что появление мужских и женских особей плодовой мушки в соотношении 1:1 регулируется гетеросомной системой XX — XY, которая действует подобно переключателю. Равновесие генов мужского и женского пола имеет такой характер, что у особей с двумя X-хромосомами оно нарушается в пользу женских наследственных факторов, а у особей с одной X-хромосомой (гетерохромосомная формула XY) аутосомные гены способствуют развитию яйца в мужском направлении.

У некоторых насекомых, червей и рыб, а также у всех земноводных и млекопитающих определение пола сходно или весьма сходно с определением пола у плодовой мушки.

Подобное явление наблюдается также у тех органических видов, у которых индивиды женского пола имеют гетерохромосомную формулу XX, а индивиды мужского пола имеют лишь одну X-хромосому. Индивиды мужского пола очевидно будут производить два вида сперматозоидов — с X- или без X-хромосомы, которые с одинаковой вероятностью в состоянии оплодотворить одинаковые в гетерохромосомном отношении яйца.

У птиц, пресмыкающихся и бабочек гетерохромосомные формулы особей мужского и женского пола являются обратными по сравнению с плодовой мушкой, т. е. особи женского пола производят яйца различного типа, а особи мужского пола — однотипные сперматозоиды. Здесь также не существует принципиальных различий в хромосомном механизме, определяющем пол, ибо вероятность оплодотворения одинаковыми сперматозоидами того или иного типа яйца является равной и, следовательно, в рамках больших чисел возникнет приблизительно одинаковое количество особей мужского и женского пола.

Сколь бы ясной и всеобъемлемой ни была хромосомная теория определения пола организмов, необходимо учитывать некоторые наблюдения и факты опытов, которые являются труднообъяснимыми посредством теоретических принципов данной теории.

Например, существуют определенные виды растений и животных, у которых развитие одного или другого пола определяется окружающей средой. В качестве примера можно привести морского червя Зеленая бонелия, между особями мужского и женского пола которого не существует ясно выраженного полового диморфизма. Особи женского пола достигают в длину до 15 см и обладают похожим на хоботок органом, а особи мужского пола — не больше нескольких миллиметров, живут в матке женской особи и единственной их обязанностью является оплодотворение яйца. Из оплодотворенных яиц развиваются гедифференцированные в половом отношении личинки, которые, в случае ведения свободной жизни, превращаются в особи женского пола, а в случае прикрепления к хоботку особи женского пола половозрелой бонелии, развиваются в особи мужского пола.

В поддержку мнения, что пол будущих особей некоторых организмов определяется до оплодотворения, свидетельствует факт существования органических видов, которые образуют два различных, развивающихся в различном сексуальном направлении типа яиц, а также характерное для некоторых беспозвоночных развитие из неоплодотворенного яйца (естественный протогенез) и пр.

Указанные примеры, как и ряд им подобных, хотя и весьма далеки от общих правил биологии человека, имеют определенное значение, ибо позволяют выявить и раскрыть механизмы некоторых связанных с полом заболеваний у человека.

Определение пола у человека

Как и у всех остальных млекопитающих, половая принадлежность у человека определяется аналогично действующей у дрозофилы гетеросомной системой. В ядрах телесных и первичных половых клеток человека содержится 46 хромосом, 44 из которых являются аутосомами и две половыми хромосомами (рис. 9 и 10). С наступлением половой зрелости у женщин образуются однотипные яйца с 22 аутосомами и одной X-хромосомой, а у мужчин —

равное число гаплоидных X- или Y-сперматозондов. Поэтому яйцеклетка с одинаковой вероятностью может развиваться в индивид мужского или женского пола в зависимости от того, каким сперматозондом она будет оплодотворена — с X- или Y-хромосомой.

Однако у человека роль Y-хромосомы при определении пола значительно отличается по сравнению с плодовой мушкой, ибо именно ее наличие или

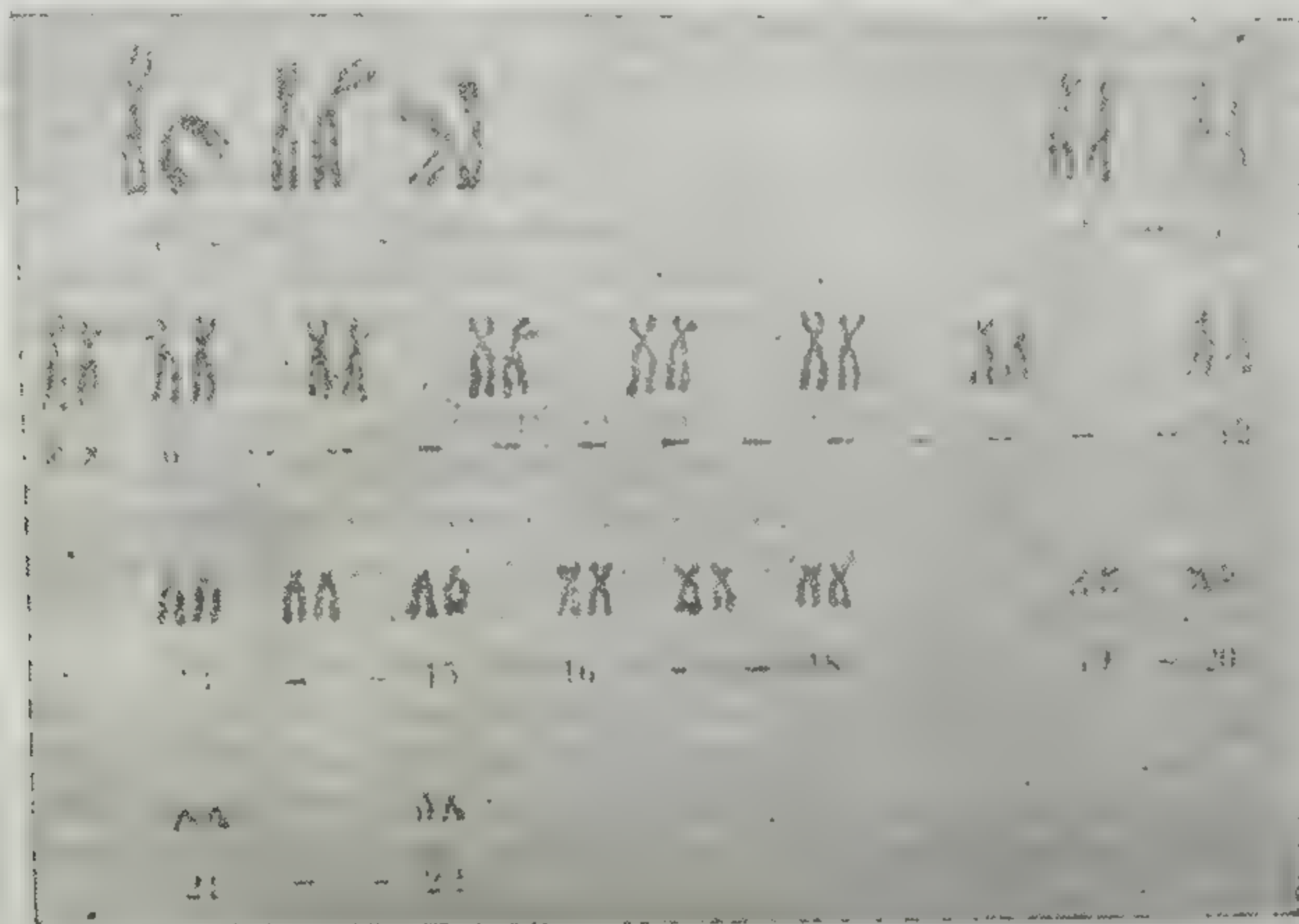


Рис. 9. Нормальный женский карิโอтип.

отсутствие решает вопрос о направлении будущего развития оплодотворенного яйца. В поддержку этого говорит то обстоятельство, что индивиды, страдающие синдромом Клайнфельтера, для которого характерно увеличение

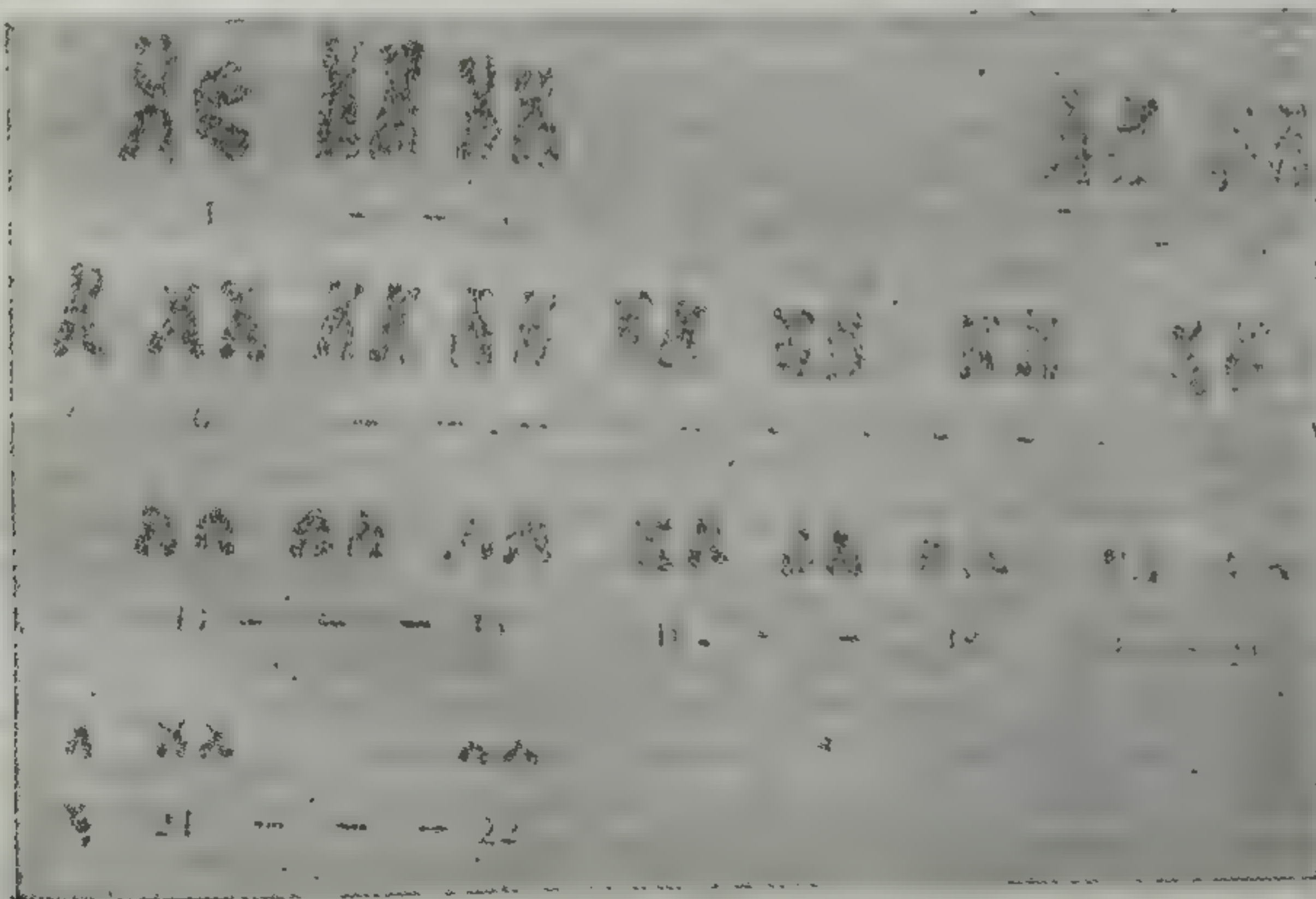


Рис. 10. Нормальный мужской карิโอтип.

числа хромосом и гетерохромосомная формула XXY , всегда являются мужчинами, в то время как страдающие синдромом Тернера (гетерохромосомная формула XO) — всегда женщинами. Это дает основания считать, что у человека Y -хромосома является носителем наследственных факторов с сильно выраженной мужской тенденцией.

Общепринятым является то, что теория равновесия половых наследственных факторов в мужском и женском направлении, субъектом которых является каждый индивид, полностью относится и к человеку. Как и у плодовой мушки, это равновесие нарушается в пользу женского пола при гетерохромосомной комбинации XX и всегда в пользу мужского при наличии в хромосомном комплексе Y -хромосомы.

Гетерохромосомная система $XX-XU$, детерминирующая пол у человека, предлагает потомство с приблизительно равным числом мальчиков и девочек. Это равенство, однако, никогда не является абсолютным. Например, среди белого населения США на 106 мальчиков рождается 100 девочек, а среди негритянского населения это соотношение равно 102,6:100, в Греции 113,2:100, в Болгарии 105,6:100 и т. н. Полученные цифры базируются на столь обширном статистическом материале, что их достоверность не вызывает никаких сомнений. Они свидетельствуют о том, что число новорожденных мальчиков всегда превышает число девочек и вполне естественно выдвигают вопрос о причинах данного явления.

Рассмотренные цифры характеризуют соотношение полов у человека в момент рождения и называются вторичным относительным числом. Оно не обязательно должно быть равным т. наз. первичному относительному числу, т. е. соотношению между XX - и XU -оплодотворенными яйцами, так как с момента оплодотворения до рождения погибает значительное число зародышей. Если бы смертность среди женских зародышей была более высокой, чем среди мужских, то она привела бы к отклонению от теоретически ожидаемого соотношения 1:1 и объяснила бы причины большей рождаемости мальчиков.

На основании большого числа предшествующих исследований было установлено, что вопреки ожиданиям смертность мужских зародышей у человека является более высокой. На основании этих исследований и некоторых других данных было подсчитано, что первичное числовое соотношение полов достигает 125—135 зачатий мальчиков на 100 девочек, т. е. большинство яйцеклеток оплодотворяется Y -сперматозоидами. Однако известно, что X - и Y -сперматозоиды воспроизводятся в одинаковом количестве и имеют равные шансы выжить до момента копуляции и, следовательно, присутствуют непосредственно перед оплодотворением в каналах женских половых органов. Вероятно здесь должны существовать определенные факторы, благоприятствующие более частому проникновению Y -сперматозоидов в яйцеклетку. Но наличие таких факторов пока не доказано, и высказанные предположения о том, что среда женских половых органов является неблагоприятной для X -сперматозоидов, что Y -сперматозоиды более легкие и поэтому имеют больше шансов достичь яйца или что яйцо „более охотно“ принимает Y -сперматозоиды по сравнению с X -сперматозоидами, имеют лишь характер гипотезы.

Более серьезно предположение, согласно которому более высокая смертность мужских зародышей является лишь мнимой и представляет методическую ошибку, объясняющуюся тем, что большое число генетически женских (XX) эмбрионов по тем или иным причинам развивается в мужском направлении, и по их телесным признакам ошибочно определяется мужской пол. Похоже, данная постановка имеет серьезные основания, ибо новейшие исследования, проведенные в последние годы при помощи современных

методов, показывают, что при спонтанных абортах у зародышей чаще всего устанавливалась XX-гетерохромосомная комбинация. Если эти, все еще недостаточные с точки зрения статистики, исследования подтвердятся, то будет, наконец, найдено правдоподобное объяснение причин, ведущих к более частому рождению мальчиков.

Существуют и другие, сегодня еще трудно объяснимые факты, связанные с половым соотношением у человека. Например, в годы войны и вскоре после ее окончания относительное число новорожденных мальчиков оказалось выше по сравнению с мирным периодом, причем это относится не только к странам, участвовавшим в войне, но и к нейтральным странам. Достоверное объяснение этому явлению все еще не найдено.

Наконец, необходимо отметить, что различные семьи отличаются друг от друга по вероятности рождения мальчиков или девочек и даже существуют такие, в которых дети рождаются почти только мужского или только женского пола. Причины этих явлений пока не известны, однако накоплены наблюдения в отношении плодовой мушки, с которыми можно было бы провести известную аналогию.

Установлено, что некоторые особи мужского пола плодовой мушки производят поколения, состоящие исключительно из женских особей. Исследования показывали, что они обладают особым наследственным фактором, который является причиной необычно протекающего сперматогенеза. Вместо получения X- и Y-хромосом, при первом мейотическом делении, Y-хромосома распадается, а X-хромосома делится и распределяется между новыми клетками, приводя к образованию лишь X-сперматозоидов.

У дрозофилы был открыт и другой механизм, являющийся достоянием особей женского пола, который ведет к появлению поколений лишь женских особей. Было установлено, что в цитоплазме клеток женских особей дрозофилы присутствует особый вирусоподобный агент, который внедряется во все яйцеклетки. Его присутствие не наносит вреда XX-зиготам, но убивает XY-зиготы еще на ранней стадии их развития.

Наличие подобных факторов не исключено и у человека.

Хотя все еще и не полные, познания об определении пола у человека поражают известную надежду на то, что уже близко время, когда пол будущего ребенка можно будет контролировать в зависимости от желания родителей или по медицинским соображениям. Вероятнее всего это будет происходить через разделение на X- и Y-сперматозоиды, в отношении чего уже существуют некоторые обнадеживающие результаты. На сегодня уже можно не считать чрезвычайно смелым предсказание о полном разрешении данной проблемы в близком будущем.

РАЗВИТИЕ ДВУХ ПОЛОВ У ЧЕЛОВЕКА

Начавшись в момент оплодотворения, дальнейшее формирование пола и нормальное половое развитие людей представляет собой сложный и многосторонний процесс.

Во время внутриутробного (эмбрионального) периода развиваются половые железы, а также внутренние и внешние половые органы. Это развитие продолжается и совершенствуется во время переходного возраста (пубертата), достигает определенного максимума и поддерживается в течение всего воспроизводительного возраста, после чего в старости претерпевает обратное развитие.

Наши познания об определении и развитии пола в особенности обогатились за последние десятилетия благодаря достижениям экспериментальной эмбриологии, физиологии и эндокринологии, а в последнее время в связи с успехами биохимии (получение гормонов надпочечной железы и др.) и достижениями науки о наследственности (генетика человека).

Отдельные этапы полового развития строго разграничены по времени последовательности: в момент оплодотворения определяется (детерминируется) наследственный (генетический) пол индивида; он зависит от хромосомного багажа, который получает оплодотворенное яйцо при слиянии сперматозоида и яйцеклетки и следовательно заложен в генотипе будущего индивида. Это т. наз. **генетический** или **хромосомный пол**, который уже был рассмотрен нами.

Между первым и пятым месяцем внутриутробной жизни плода возникают и развиваются соответствующие полу индивида половые железы с внутренними и внешними половыми органами (гениталии). Это т. наз. **полово-железистый**, **внутригенитальный** и **внешнегенитальный пол**.

Во время переходного периода (пубертатного), когда начинает функционировать оплодотворительная и внутрисекреторная (гормональная) деятельность половых желез, развивается **за родышей пол** в зависимости от характера половых клеток, которые производятся половыми железами индивида (сперматозоиды или яйцеклетки), и **внутрисекреторный пол** — в зависимости от характера производимых половыми железами индивида мужских или женских половых гормонов. Под влиянием половых гормонов (вырабатываемых не только половыми железами, но и надпочечными железами) половые органы индивида получают свое полное развитие, появляются и развиваются вторичные половые признаки, индивид созревает в половом отношении и приобретает все телесные черты, характеризующие мужчину или женщину. Таким образом сформляется **телесный (соматический) пол** взрослого индивида.

Психический пол. Психо-сексуальное развитие индивида, ориентация и влечение к противоположному полу не является результатом и не осуществляется лишь под влиянием указанных моментов, которые играют существенное значение в деле нормального анатомического (структурного) развития и функционирования половой системы у людей. Психический пол, т. е. половое поведение и ориентация в сторону противоположного пола, — это сложный процесс, который начинает складываться еще на самых ранних этапах жизни индивида. В этом отношении ряд условных моментов (социальная среда, подражание, воспитание и т. д.) имеет важное, а иногда и преимущественное значение для всего дальнейшего полового поведения человека, достигшего половой зрелости.

В медицине, биологии и социологии известна т. наз. роль рода (мужского рода, женского рода) при формировании поведения и самочувствия, отношения индивида к противоположному, а также к своему собственному полу.

Род определяется при рождении ребенка в соответствии с тем, как выглядят его внешние половые органы. На основании этого ребенку дается женское или мужское имя. Само имя ребенка (женское или мужское), обращение к нему как к мальчику или как к девочке уже определяют его юридическое и социальное половое положение (гражданское, пол), а также его собственное психо-сексуальное отношение к другим членам общества и к его собственному или противоположному полу. Внешние признаки пола — одежда, прическа, манеры, социальные отношения и ориентация полового влечения.

Исследования людей, выросших и воспитанных как индивиды в противоположность их наследственному (хромосомному) полу или половожелезистому полу, дают убедительные доказательства тому, что самочувствие мужского или женского рода не является наследственным или врожденным признаком, а приобретает в наиболее ранние годы жизни и обычно соответствует воспитанию. Уже с получением имени, а также обращением „мальчик“ или „девочка“ ребенку постоянно напоминает о его половой принадлежности посредством слов и действий окружающих его людей, одежды, которую он носит, путем сравнения его собственных половых органов с половыми органами других индивидов. При отсутствии двусмысленного отношения к ребенку со стороны родителей, родственников и воспитателей его роль определенного имени рода уже хорошо воспринимается самим ребенком к 18—30 месяцам его жизни, даже в случае известного несоответствия в развитии его внешних половых органов. Кроме того, даже если в жизни индивида в дальнейшем станут развиваться вторичные половые признаки, вызванные какой-либо болезнью, приближающие его к противоположному полу, убежденность в половой принадлежности не нарушается в случае ее достаточно прочного утверждения в ранние годы жизни. Такое понимание способа возникновения „рода“ данного индивида имеет важное значение при воспитании и уходе за детьми, рожденными с двусмысленными по внешнему виду половыми органами и вторичными половыми признаками. С другой стороны, оно объясняет почему иногда при вполне нормальном формировании половых органов половое поведение и психика мужчины или женщины ориентированы в сторону противоположного пола. Нередко в своей практике врач встречается с мужчинами или женщинами, которые, независимо от вполне нормально развитых и функционирующих половых органов, обладают половым поведением, присущим лицам противоположного пола. Они носят одежду противоположного пола, испытывают желание к лицам собственного пола и т. д.

Среди перечисленных отдельных этапов активного полового поведения существуют продолжительные периоды времени, когда не происходят какие бы то ни было изменения в этом развитии. Например, между пятым месяцем эмбрионального развития, когда уже закончено формирование и дифференциация половых желез и половых органов и пубертатного периода, включается период от 14 до 16 лет, в течение которого не происходит никакого процесса полового развития. Точно также после окончания пубертатного периода и до наступления климактерия проходит период времени около 35-40 лет, в течение которого не наступит новых изменений в процессе полового развития, а происходит лишь сохранение, поддержка и совершенствование тех перемен, которые наступили во время пубертатного периода. При этом отдельные этапы полового развития наступают скокообразно — каждый новый этап нарушает установленное на предшествующем этапе равновесие и создает новое равновесие, количественно и качественно отличающееся от старого.

Каждый новый этап полового развития создает период относительной неустойчивости организма и своеобразное предрасположение и податливость к вредному воздействию окружающей среды. Именно в эти периоды организм более податлив к различным инфекциям, интоксикациям при физических и психических нагрузках, неблагоприятных гигиенических условиях, неполноценном питании и т. д.

Из вышесказанного становится ясно: то, что мы называем полом отдельного индивида, является результатом совокупного и гармоничного сочетания многих отдельных звеньев его полового, телесного и психического развития. Оно берет свое начало с внутриутробного периода развития плода, продолжается после рождения и завершается формированием индивида, способ-

ного правильно относиться к противоположному полу и воспроизводству поколения.

Зарождение пола индивида и половое усовершенствование (дифференциация) возникают в первоначально нейтральном организме, обладающем двуполой структурой тканей и с заложенной, „скрытой“ в нем самой возможностью (потенциальной готовностью) развиваться и обособиться в мужском или женском направлении. С момента оплодотворения до 36 дня внутриутробного развития плода не установлено каких бы то ни было зачатков обособленных половых тканей. В этот период плод еще бесполов (асексуален) и по внешнему виду приближается к женской морфологической структуре.

С 37 дня утробного развития плода начинают развиваться и обособливаться определенные тканевые зачатки, которые приводят к образованию половых желез и внутренних и внешних половых органов. Как уже подчеркивалось, их образование представляет собой строго определенный по времени и последовательности процесс.

РАЗВИТИЕ МУЖСКОЙ И ЖЕНСКОЙ ПОЛОВЫХ СИСТЕМ

В половой системе окончательно оформившегося индивида различаются три главные составные — половые железы (яичник или семенник), внешние половые органы и внутренние половые органы.

Хотя эта книга и не является руководством для врачей и специалистов, значение элементарных фактов развития, строения и функций половой системы мужчины и женщины есть необходимое условие как для понимания терминологии книги, так и для оформления правильного собственного суждения у читателя по всем аспектам полового вопроса.

Развитие половых желез

У человеческого зародыша половые железы зарождаются после 37 дня эмбриональной жизни и до шестой недели развиваются одинаковым образом в хромосомные мужские и женские зародыши. Эта первичная половая железа еще не является ни семенником (тестисом), ни яичником. Она обладает потенциальной, т. е. заложенной, „скрытой“ в ней готовностью развиваться и обособиться в мужскую или женскую половую железу. В этом отношении на ранних стадиях внутриутробного развития зародыш можно рассматривать как „двуполое“ существо. В первичной половой железе при анатомическом исследовании различаются две зоны: одна, занимающая периферию органа, называется *к о р к о в о й*, и вторая, расположенная в центральной части железы — *с е р д ц е в и н н а я*. Данные участки имеют различное происхождение тканей: соединительное и эпителиальное.

Соединительнотканый зачаток первичной половой железы образуется в процессе промежуточного этапа развития почки, т. наз. *п р о м е ж у т о ч н о й* почки. Внутренняя часть этой промежуточной почки разрастается, отделяется ее остальная часть через борозду и образуется тканевая масса, называемая *в о л ь ф о в ы м* телом.

В о л ь ф о в ы тела по обеим сторонам средней линии тела образуют продолговатую выпуклость.

Покрывающий *в о л ь ф о в ы* тела эпителий образуется в результате разрастания многослойного эпителиального покрова, называемого зародышевым валиком. Это — эпителиальный зачаток первичной половой железы. В нем содержатся первичные половые клетки (гоноциты), образующиеся из желточного пузыря зародыша. В результате разрастания эпителия зародышевый валик проникает в виде особых клеток в глубину *в о л ь ф о в а*

тела. Эти
тавляющие
пов: 1) п
будущих о
клетки, ко

бленные
в созрев
Нач
половой
(семенни
половой
Есл
внешняя,
развитие
отделяет
остается
железы
наиболее
и образу
ловой зре
канальца
ских пол
и поддер
ловой же
ют семен
образуют
бленных
ления (д
на опред
шествует
напоми
ношении
риутроб
правлен
половых
мужском
и имеет
направл

3 Пол, бол

тела. Эти клетки называются первичными половыми тяжами. Клеточные элементы, составляющие первичные половые тяжи, одинаковы для обоих полов. Они бывают трех типов: 1) первичные половые клетки (гоноциты), являющиеся предшественниками всех будущих оплодотворительных клеток (сперматозоидов и яйцеклеток); 2) соединительные клетки, которые будут секретировать половые гормоны у будущего индивида; 3) небосо-

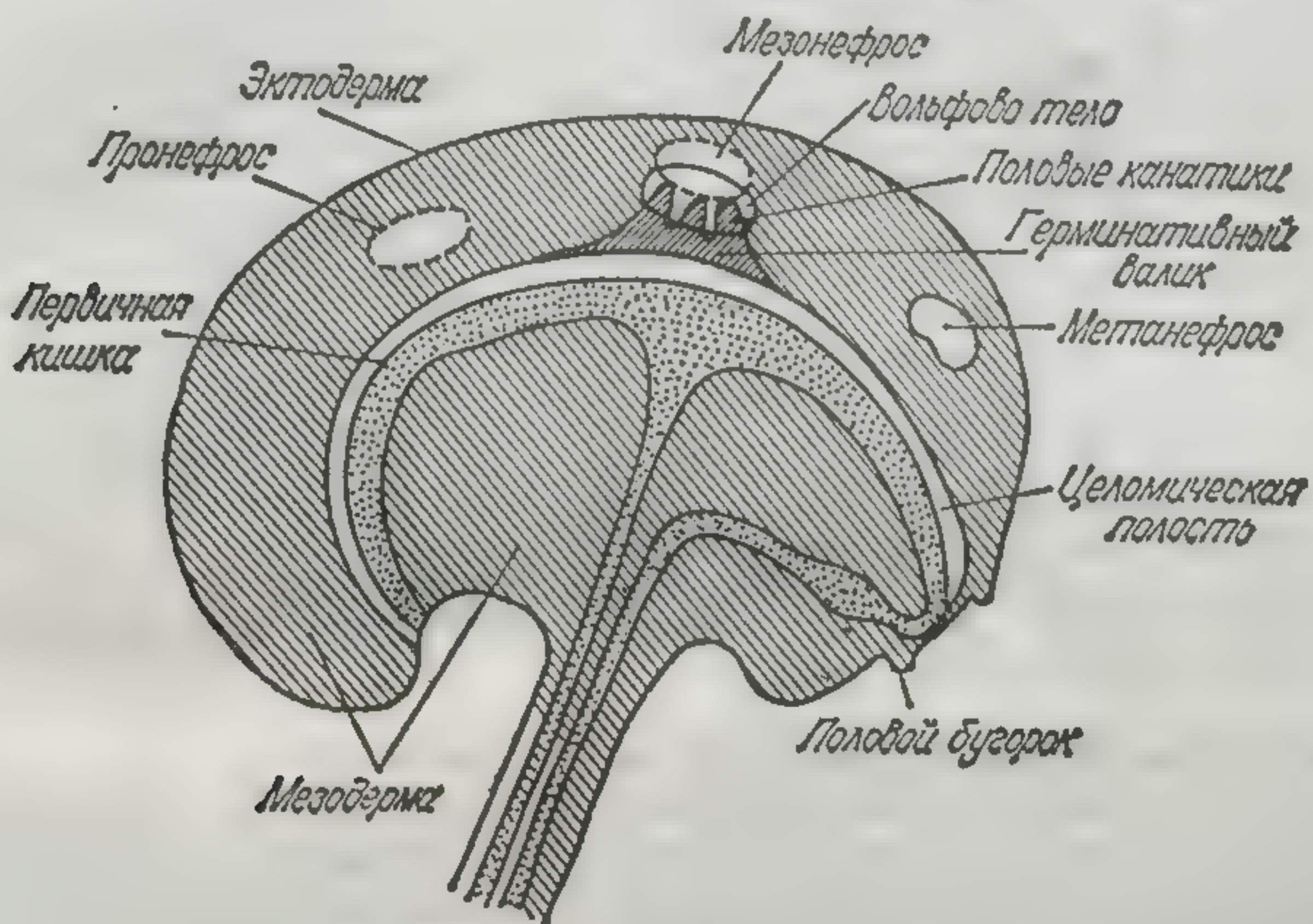


Рис. 11. Зарождение первичной гонады в эмбрионе.

бленные (недифференцированные) клетки, исполняющие питательную или опорную роль в созревших половых железах мужчины или женщины.

Начиная с 46 дня внутриутробного развития плода, тканевые структуры первичной половой железы начинают развиваться и обособливаться или в мужские половые железы (семенники) или женские половые железы (яичники). В ходе этого процесса в первичной половой железе наступают следующие изменения:

Если она развивается как семенник, то с 8 недели внутриутробного развития плода внешняя, корковая зона первичной половой железы претерпевает постепенное обратное развитие и остается недоразвитой. Эпителий, покрывающий первичную половую железу, отделяется от остальной части железы, образуя оболочку (капсулу) железы; она также остается недоразвитой и исчезает. Наоборот, сердцевинная часть первичной половой железы развивается и обособливается. Первичные половые тяжи увеличиваются; их наиболее глубоко расположенные части соединяются с канальцами промежуточной почки и образуют семявыводящие пути, расположенные в семеннике мужчины, достигшего половой зрелости. Их части, расположенные на самой поверхности, превращаются в семенные канальцы через образование в них просвета. Стенки семенных канальцев состоят из мужских половых клеток (сперматогоний), которые образуются из первичных половых клеток, и поддерживающих клеток с питательной и опорной функцией, которые в мужской половой железе называются клетками Сертоли. Из третьего типа клеток, которые окружают семенные канальцы и происходят из соединительнотканного зачатка вольфова тела, образуются клетки, вырабатывающие мужской половой гормон. Наличие четко обособленных соединительнотканых клеток в семенниках мужского зародыша после обособления (дифференцирования) первичной половой железы позволяет предполагать, что на определенном этапе эмбрионального (внутриутробного) развития мужского плода существует усиленное образование мужских половых гормонов этими клетками, которое напоминает процесс выработки мужского полового гормона у созревшего в половом отношении мужчины. С данным образованием мужских половых гормонов во время внутриутробного развития мужского плода связано развитие и обособление в мужском направлении внутренних и внешних половых органов. В отличие от непрерывного образования половых гормонов в течение всего периода половой зрелости мужчины, их образование в мужском зародыше продолжается лишь в течение определенного, критического периода и имеет определенную цель: нормальную обособленность половой системы в мужском направлении.

Развитие и обособление первичной половой железы в яичнике наступает позднее: между 10-ой и 14-ой неделей внутриутробного наследственного (хромосомного) развития женских зародышей. В это время первичные половые тяжи смещаются с наиболее глубокой, внутренней части половой железы. Они постепенно исчезают и на их месте остается лишь сетчатая система, которую можно установить только при исследовании яичника под микроскопом. Она располагается в наиболее глубоких частях яичника — там, куда проникают кровеносные сосуды и нервы яичника. В то же время зародышевый валик разрастается вновь — „второй толчок“. В корковую часть железы проникают новые эпителиальные клетки, которые называются вторичными половыми тяжами. С этого начинается развитие и обособление первичной половой железы в яичник. Первичные половые клетки (овогонии, которые дают начало дальнейшему обособлению (дифференциации) будущей яйцеклетки (овоцит). Клетки питательной и вспомогательной функции обособляются в яичнике в т. наз. клетки гранулезного слоя. Во внешней части этих образований, имеющих форму маленьких „клубочков“, соединительнотканые клетки вольфова тела организуются и обособливаются в пласт клеток, называемых текальными клетками, которые вырабатывают женский половой гормон половозрелой женщины. Все образования — яйцеклетка, окружающий ее гранулезный слой и пласт соединительнотканых (текальных) клеток — представляет собой первичный яйцевой фолликул. Считается, что в отличие от половой железы мужского плода, т. е. семенника, яичник не образует женских половых гормонов в течение всего периода внутриутробного развития, после рождения и до пубертатного возраста. Развитие и обособление женской половой системы в эти периоды происходит полностью пассивно и не требует для своего развития до этого этапа участия половых гормонов.

Весь процесс развития и обособления первичной половой железы в семенник завершается к 60 дню эмбрионального (внутриутробного) развития плода. Немного позднее происходит ее обособление в яичник (к 75—80 дню).

С этого этапа завершения обособления в семенник или яичник и до 14—16-летнего возраста в половых железах обоих полов не наблюдается почти никаких процессов созревания существующих клеток. Новый толчок наступает лишь во время пубертатного возраста, когда индивид вступает в качественно новый период телесного, психического и полового развития. Во время пубертатно-юношеского периода индивид вступает в зрелый возраст и приобретает способность к воспроизводству.

Развитие внутренних половых органов

Развитие внутренних половых органов двух полов начинается также с нейтральной, индифферентной по отношению к обоим полам стадии, наподобие развития первичной половой железы. В этот период „двуполовости“ и в мужских и в женских зародышах существуют двойные зачаточные структуры, из которых в процессе полового обособления (дифференциации) развиваются мужские или женские внутренние половые органы. Эти образования называются вольфовыми каналами (зачаток мужских внутренних половых органов) и мюллеровыми каналами (зачаток женских внутренних половых органов). Следовательно, на определенном этапе двуполовости у зародыша устанавливаются оба типа каналов, независимо от наследственного (хромосомного) пола. Из них в результате исчезновения противоположной хромосомному и половожелезистому полу структуры образуются и обособливаются (дифференцируются) мужские или женские внутренние половые органы.

У индивидов мужского хромосомного пола, первичная половая железа которых обособилась в семенник, постепенно атрофируются и исчезают мюллеровы каналы. Развиваются и обособляются вольфовы каналы — из них образуются расположенные вне семенника семявыводящие пути. От мюллеровых каналов сохраняются лишь отдельные дегенерировавшие остатки.

У индивидов женского хромосомного пола, первичная половая железа которых развилась и обособилась в яичник, развиваются мюллеровы кана-

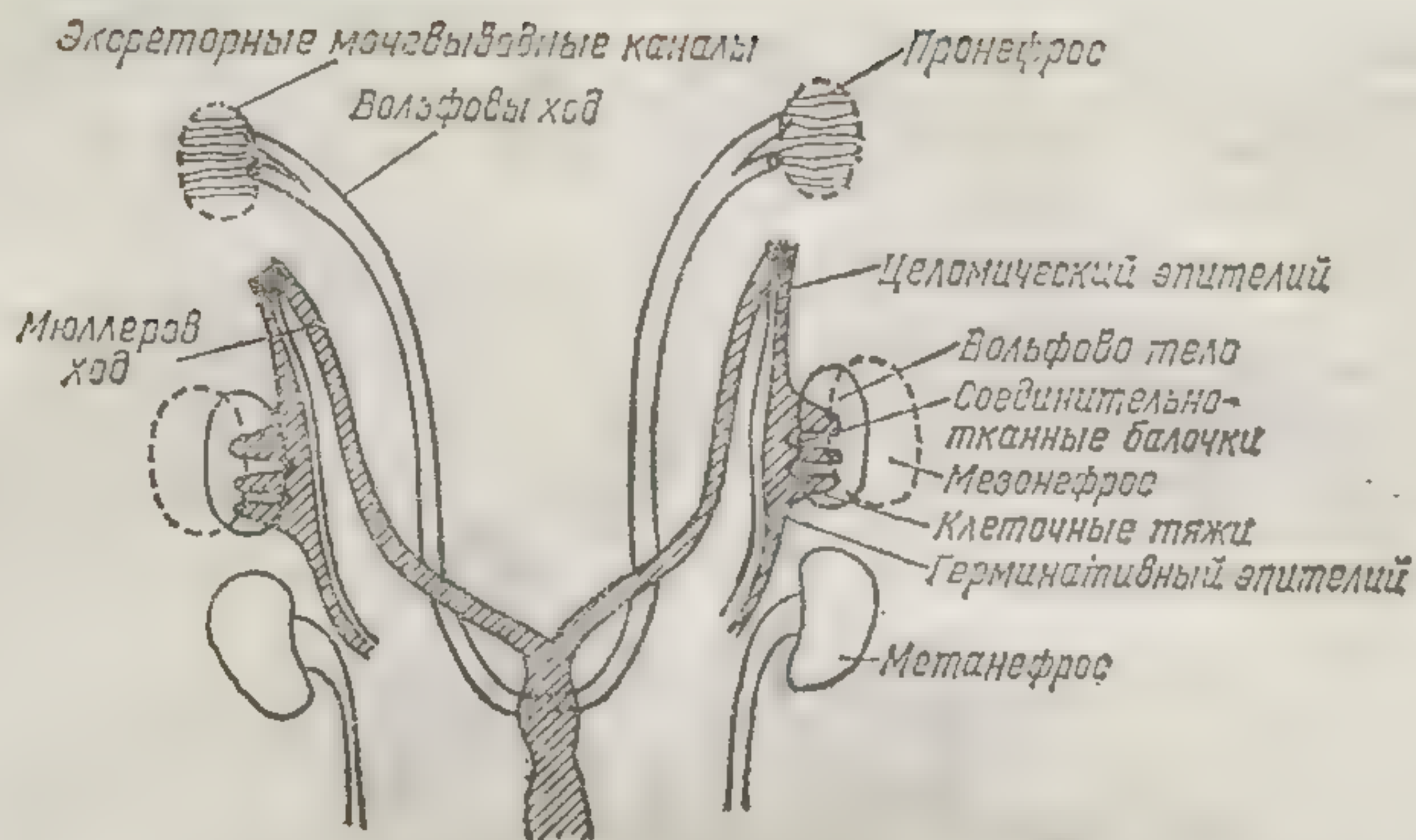


рис. 12. Эмбриональное развитие внутренних половых путей у обоих полов за счет мюллеровых и вольфовых каналов.

лы. Их верхняя часть образует яйцеводы (фаллопиевы трубы), а их нижние части сливаются и образуют матку и верхнюю треть влагалища. Вольфовы каналы атрофируются и почти полностью исчезают.

Развитие наружных половых органов

Развитие наружных половых органов мужских и женских зародышей также начинается с нейтральной стадии в отношении хромосомного (наследственного) развития. У обоих полов наружные половые органы образуются из так называемой урогенитальной щели и клоакального возвышения (рис. 13).

Урогенитальная щель, в сущности, представляет собой полость, образовавшуюся при разрастании передней нижней части клоаки (отверстие, которым открывается первичная пищеварительная система зародыша). Данный нарост образует возвышение, названное клоакальным возвышением. Еще на ранних стадиях развития зародыша первоначально общая клоака разделяется спускающейся свехру вниз мембраной на два отдела — задний, в котором образуется анальное отверстие, и передний — названный урогенитальной щелью. В этом отделе или точнее в его нижне-задней части наружу выходят вольфовы и мюллеровы каналы, ввиду чего данная часть урогенитальной щели получила название полового отдела. Из передней верхней части урогенитальной щели развивается мочевой пузырь и мочевой канал. В урогенитальной щели, а позднее и в мочевом пузыре образуются и мочевые протоки (уретерии). В виду этого данный отдел урогенитальной щели называется мочевым отделом.

Наружные половые органы (мужские и женские) образуются из тканей, формирующих половой отдел урогенитальной щели и клоакального возвышения. На нейтральной стадии наружные половые органы состоят из клоакального возвышения (т. е. малого полового члена), которое на данной стадии называется половым возвышением, из полового отдела и отчасти мочевого отдела урогенитальной щели, а также из образовавшихся снаружи и сбоку при росте полового возвышения двух пар складок. Последние охватывают урогенитальную щель и сливаются сзади через анальное отверстие. Внутренние складки называются половыми складками, а внешние — половыми гребнями.

Нейтральная стадия развития наружных половых органов сохраняется в той или иной мере у женских зародышей (женский хромосомный пол и осособление первичной половой железы в яичник). У них половое возвыше-

ние развивается в клитор; половые складки и половой гребень образуют малые и большие срамные губы. Последние охватывают урогенитальную щель, из которой развивается вход во влагалище; из верхней части урогенитальной

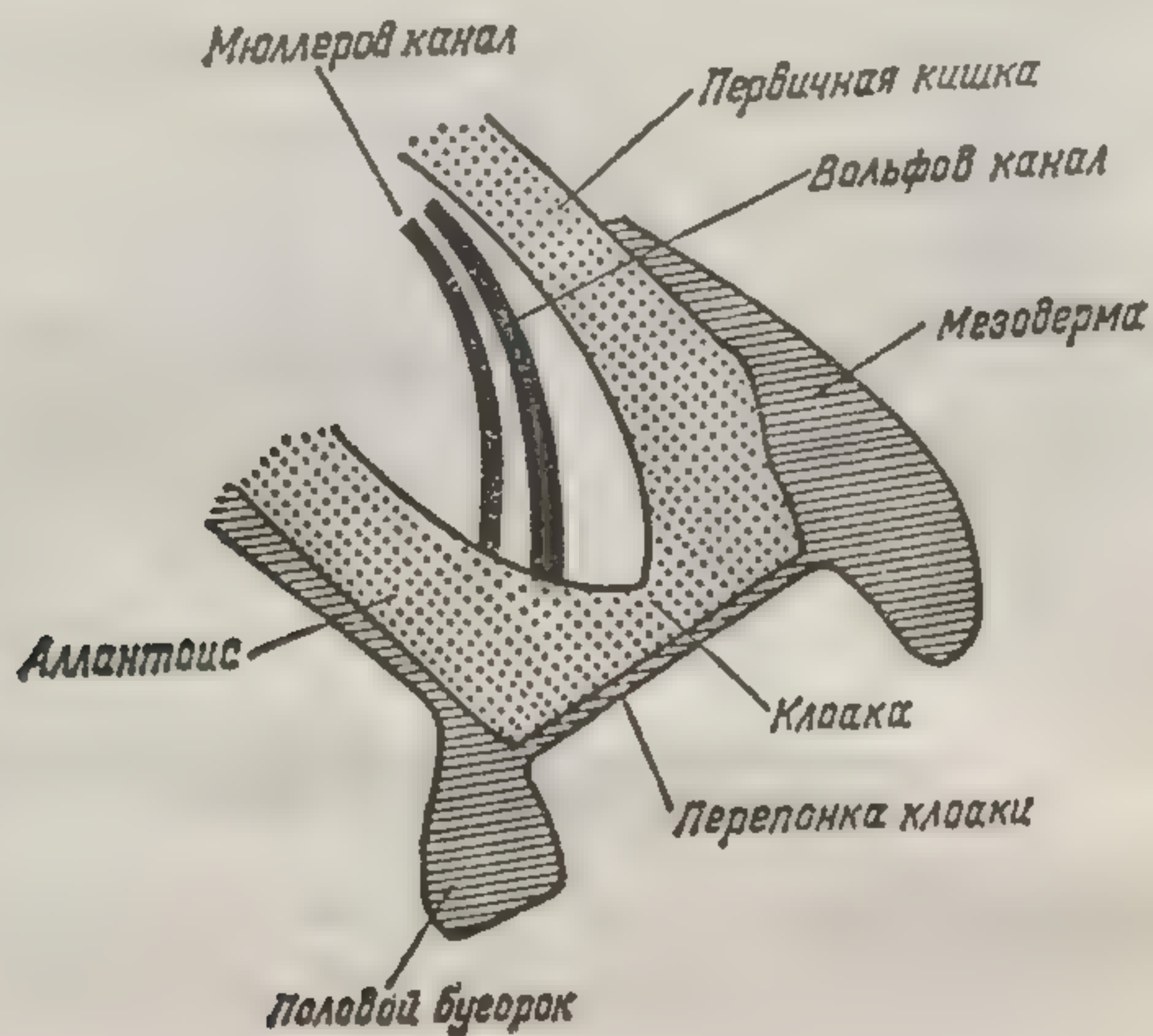


Рис. 13. Эмбриональное развитие наружных половых органов у обоих полов — ранняя фаза.

щели, которая удлиняется вверх и во внутрь, образуются нижние $\frac{2}{3}$ влагалищ, которые сливаются с частью, образующейся из слияния мюллеровых каналов

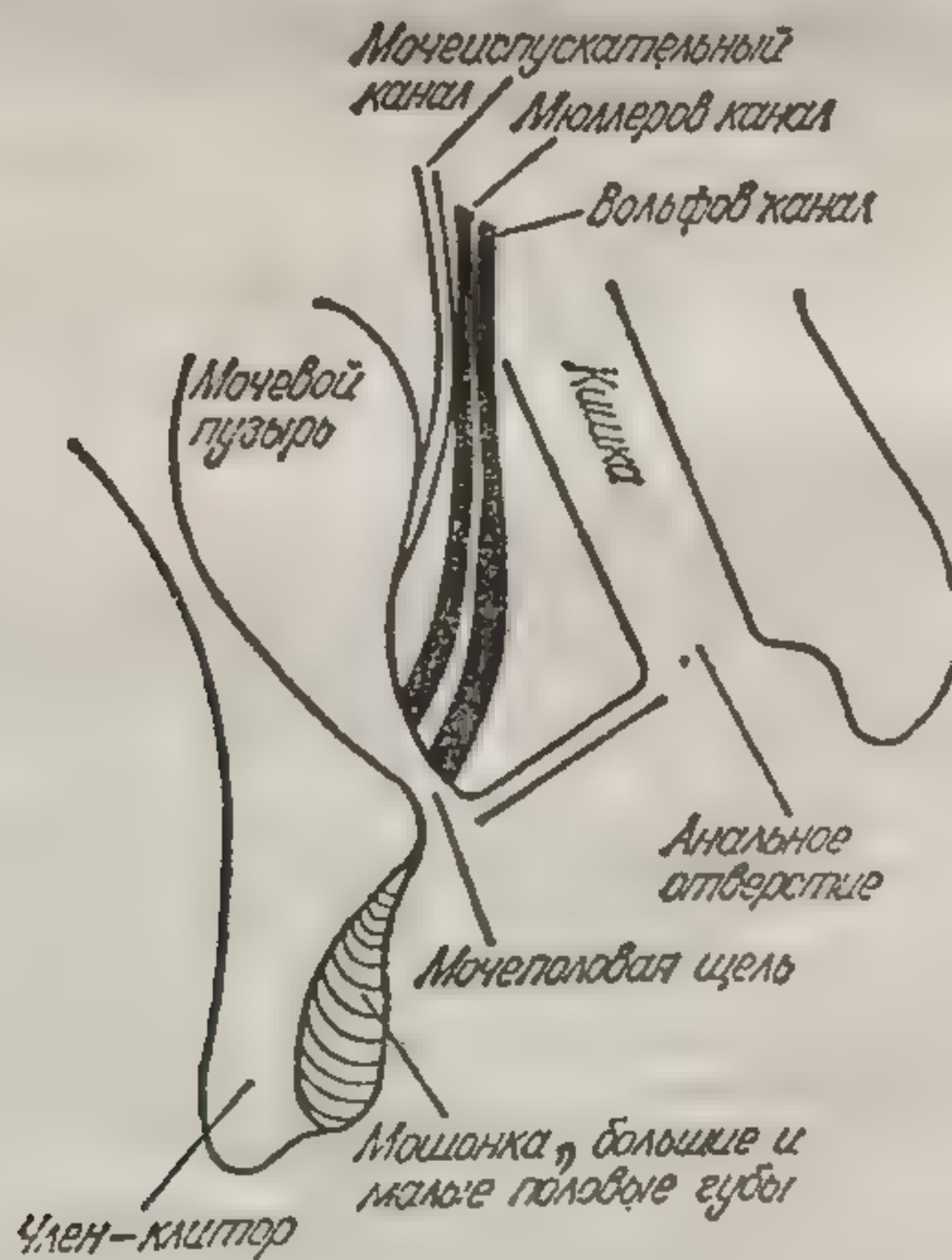


Рис. 14. Эмбриональное развитие наружных половых органов у обоих полов — поздняя фаза.

У индив
нагу жм
вышние
складки,
ют уроге
нал, а с
ют пещер
собой пол
губам у ж
зует семен
плода олу
тельной ш
вых канал
К ко
половые о
щего пола

Факт

При
индивида
(генетичн
определяе
жизнеспос
необходим
Х. При та
го яйца
ковая вн
Для
в семенни
го анатом
зы у инди
необходим
ных клетк
клетках
44 телесн
нормальн
44 телесн
хромосом
лении опя
размеру
нормальн
состоит в
начинают
сторону м
что здесь
ственные
Счита
сомах, ока
ной зоны
определен
ми (индук

У индивидов мужского хромосомного и половожелезистого пола развитие наружных половых органов является немного более сложным: половое возвышение разрастается и образует пещеристое тело полового члена. Половые складки, образующие у женщины малые срамные губы, у мужчины окружают уrogenитальную щель. Последняя превращается в мужской мочевой канал, а сами половые складки в результате увеличения своего объема образуют пещеристые тела мочевого канала. Все образование в целом представляет собой половой член. Половой гребень, дающий начало большим срамным губам у женщины, у мужчины сливается по всей своей протяженности и образует семенной мешочек (мошонку). В него к концу внутриутробного развития плода опускаются семенники. У мужчины влагалищная часть уrogenитальной щели атрофируется и исчезает вместе с другими частями мюллеровых каналов.

К концу 5-го месяца внутриутробного развития плода его наружные половые органы уже характерно развиты и оформлены для соответствующего пола.

Факторы, определяющие нормальное половое развитие и обособление

При нормальных условиях все элементы полового развития будущего индивида формируются и обособляются в соответствии с наследственным (генетическим, хромосомным) полом зародыша. Наследственными факторами определяется и направленная половая эволюция взрослого индивида. Для жизнеспособности и внутриутробного (эмбрионального) развития плода необходимы 44 телесные (аутосомные) хромосомы и одна половая хромосома X. При таком наследственном фонде (хромосомной структуре) оплодотворенного яйца (зиготы) у зародыша образуется первичная половая железа, одинаковая вначале для всех полов.

Для дальнейшего развития и обособления первичной половой железы в семенник или яичник, а также для дальнейшего поддержания нормального анатомического и функционального состояния обособленной половой железы у индивида и в особенности у индивида, достигшего половой зрелости, необходимо присутствие полноценного (хромосомного) набора во всех телесных клетках, в том числе и в половых железах. Лишь наличие во всех телесных клетках индивида наследственного (хромосомного) набора, состоящего из 44 телесных (аутосом) и двух половых хромосом, способно определить его нормальное развитие. Для развития в мужском направлении необходимо 44 телесные (аутосом) + две неодинаковые по размеру и функциям половые хромосомы, условно называемые X и Y. Для обособления в женском направлении опять таки необходимо 44 телесные хромосомы + две одинаковые по размеру и функциям половые хромосомы, получившие название XX. Роль нормального половохромосомного набора XY (мужского) и XX (женского) состоит вероятнее всего в направлении развития половых тканей, которые начинают свое развитие всегда с нейтральной — „двуполой“ — стадии, в сторону мужских или женских половых желез и органов. Весьма вероятно, что здесь играют свою роль в качестве „возбудителей“ (индукторов) и наследственные факторы, заложенные в телесных (аутосомных) хромосомах.

Считается, что наследственные факторы, заложенные в половых хромосомах, оказывают влияние в основном на развитие корковой или сердцевинной зоны первичной половой железы в результате выделения пока еще не определенных на сегодняшний день веществ, называемых „возбудительными (индукторными) веществами“. Эти вещества вызывают каким-то, пока еще

неизвестным образом атрофию и исчезновение противоположной наследственному (генетическому) полу зародышевой ткани, а также развитие и обособление (дифференцирование) однозначной с генетическим полом структуры первичной половой железы.

Сегодня уже с определенностью установлено, а также доказано опытным путем, что внутренние и внешние половые органы развиваются и дифференцируются (обособляются) под влиянием половых гормонов, которые образуются и секретируются в определенный период эмбрионального развития. В сущности, под воздействием половых гормонов находится развитие лишь мужских наружных и внутренних половых органов. Развитие женских половых органов — наружных и внутренних — не нуждается в выделении половых (женских) гормонов. В течение всего периода внутриутробного развития плода, с момента обособления и до пубертатного возраста, яичник остается втутрисекреторно недейственным (неактивным). Женская половая система до детской стадии развивается пассивно, без участия женских половых гормонов. И наоборот, лишь активный (в анатомическом и функциональном отношении), мощно секретирующий мужские половые гормоны семенник зародыша способен к нормальному оформлению мужских наружных и внутренних половых органов. Сегодня установлено, что обособление вольфовых и атрофирование мюллеровых каналов, а также развитие в мужском направлении зародышевой ткани наружных половых органов происходит под воздействием весьма действенных гормональных (внутрисекреторных) веществ, напоминающих мужские половые гормоны взрослого индивида, но по всей вероятности не полностью одинаковых с ними. Эти вещества выделяются обособленной в семенник первичной половой железой наследственного генетического, хромосомного мужского плода и поэтому называются еще „организующими мужские половые каналы веществами“. Эти вещества активно и господствующе (доминантно) противопоставляются, соревнуясь со склонностью организма к пассивному женскому развитию. Похоже, что семенник зародыша осуществляет это свое „омужествляющее“ (мускулинизирующее) воздействие посредством двух активных веществ. Одно, мешающее развитию мюллеровых каналов, — „противомюллерово вещество“, а второе — направляющее развитие уrogenитальной щели и полового возвышения в мужском направлении, т. наз. „вирилизирующий (омужествляющий) фактор“. Освобождение этих двух веществ из семенника зародыша вероятнее всего не происходит одновременно. Первоначально выделяется „противомюллерово вещество“, которое обособляет развитие мужских внутренних половых органов, а затем и „омужествляющее вещество“, под влиянием которого происходит развитие наружных мужских органов.

Если по той или иной причине эмбриональный семенник будет уничтожен (инфекции, отравления, удары и проч.) или возникнут помехи для обособления первичной половой железы в семенник (например, в случае неполноценного наследственного, хромосомного набора), внутренние и наружные половые органы будут развиваться пассивно в женском направлении до „детской“ инфантильной стадии развития.

Роль и значение гипофиза зародыша в деле полового развития пока еще спорны. Ряд известных авторов утверждает, что семенник зародыша способен выделять „зародышевые мужские половые гормоны“ (организующие мужские половые каналы вещества) лишь при функционально активной гипофизе. Другие, не менее авторитетные ученые, оспаривают это утверждение. Они считают, что во время обособления мужских половых органов гипофиз все еще не выделяет гормоны и, следовательно, не может влиять на „организующее“ действие семенника зародыша.

На первый взгляд роль половых хромосом будто бы исчерпывается после обособления первичной половой железы в семенник или яичник. В действительности же роль наследственного набора (хромосомного набора), передающегося через деление оплодотворенного яйца даже наиболее малой структуре организма — клеткам всего тела, в том числе и половым клеткам, — оказывает непрерывное влияние на весь процесс полового развития и дифференциации с момента зачатия до смерти индивида. Под влиянием наследственной „информации“ (т. е. импульсов, которые „посылаются“ носителями наследственных признаков — хромосомами) поддерживается анатомическая и функциональная исправность не только половых желез, но и всего организма. В половых железах хромосомы „посылают импульсы“ с целью непрерывного обновления и поддержания всех половых элементов. В телесных клетках половые хромосомы и, вероятно, телесные хромосомы (аутосомы) определяют чувствительность и специфическую реакцию в отношении половых гормонов. Таким образом объясняется, почему столь близкие по своей химической структуре вещества как мужские и женские половые гормоны, выделяемые, хотя и в неодинаковом количестве, и в мужском, и в женском организме, приводят к развитию и оформлению всех тех различий в телесной структуре — процесса обмена, деятельности отдельных органов, объема их функции, психических особенностей, которые характеризуют оба пола и отличают мужчину от женщины. Именно это объясняет факт, почему в случаях, когда существуют отклонения в развитии и возникновении наследственного пола (т. наз. половохромосомные заболевания), наблюдаются не только неправильное развитие и обособление половых желез, но и неправильное развитие и нечувствительность (неспособность) к реагированию на половые гормоны всех тканей организма. С этой точки зрения „половохромосомные заболевания“ представляют собой нарушение не только половых желез, но и организма в целом. Хорошее понимание процессов нормального формирования и развития половых желез и половой системы во время внутриутробного развития плода имеет огромное и основное значение для понимания всех периодов нормального развития и формирования пола в дальнейшей жизни — в пубертатный период и зрелом возрасте, а также в случае наступления ряда нарушений и заболеваний половой системы.

УСТРОЙСТВО И ФУНКЦИИ МУЖСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Полностью развитая мужская половая система состоит из наружных и внутренних половых органов и т. наз. половых придатков. Наружные половые органы состоят из полового члена (пенис) и мошонки (скротум), в которой расположены мужские половые железы — яички, или семенники (тестисы) и их придатки (эпидидимы).

Внутренние половые органы состоят прежде всего из предстательной железы (простата), семенных пузырьков (везикулы) и семявыносящих путей. В сущности, половые органы мужчины в узком смысле слова состоят из полового члена и семенников. Все остальные составные части представляют собой т. наз. половые придатки.

Расположение и устройство мужской половой системы схематически представлены на рис. 15.

Половой член состоит из головки и тела. Головка полового члена покрыта подвижной кожной складкой (препуциум). Головка и тело полового члена составлены главным образом из трех пещеристых тел, обладающих эррективной способностью, т. е. в зависимости от притока крови они

изменяют свой объем и объем всего полового члена, вместе с чем повышается и его плотность (твердость). Верхние или передние парные пещеристые тела плотно прикрепляются к седалищным костям. Нижнее или заднее пещеристое тело своим передним концом формирует головку полового члена. Через него проходит мочеиспускательный канал (уретра). Слизистая оболочка

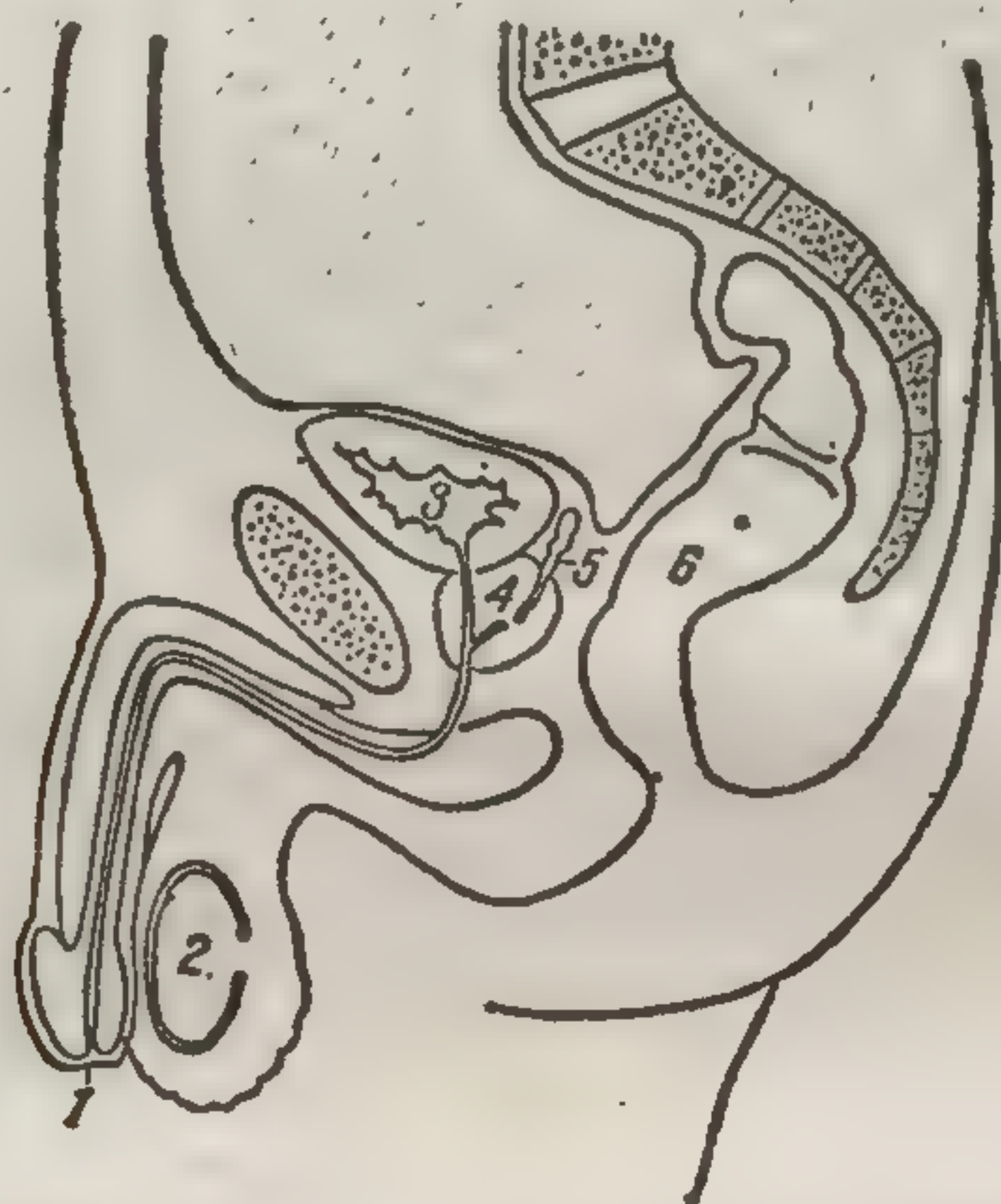


Рис. 15. Мужская половая система.

— половой член; 2 — мошонка; 3 — мочевой пузырь; 4 — предстательная железа; 5 — семенной пузырек; 6 — прямая кишка.

покрывающая мочевой канал, обладает специальным устройством и снабжена множеством малых желез, выделяющих слизистую жидкость.

С к р о т у м или м о ш о н к а представляет собой кожное образование в виде мешочка, покрытое перитонеальной оболочкой. В этом мешочке находятся два мужских с е м е н н и к а (яички). На задней поверхности каждого семенника находится т. наз. п р и д а т о к или э п и д и м, представляющий собой складчатый мешочек, расположенный между нижним и верхним полюсами семенника и переходящий в соответствующий семявыносящий проток. Семявыносящие протоки входят с двух сторон через паховые каналы в малый таз, приближаются друг к другу и открываются в ту часть мочеиспускательного канала, которая проходит через предстательную железу.

П р е д с т а т е л ь н а я железу или п р о с т а т а, как ее обычно называют, представляет собой железистое тело в форме каштана, которое охватывает уретру при выходе из мочевого пузыря, в то время как большая часть железы остается позади мочеиспускательного канала. Она состоит из железистых образований, составляющих от $\frac{1}{2}$ до $\frac{3}{4}$ ее объема. Остальная часть железы составлена из соединительнотканых и мышечных волокон. Секрет предстательной железы — жидкость со слабой основной реакцией и богатым содержанием белка, которую производит железистый эпителий. Он создает благоприятную для сперматозоидов среду, облегчающую исполнение их физиологического предназначения.

Семенные пузырьки или везикулы являются парными органами, расположенными непосредственно над предстательной железой. Они представляют собой мешковидные продолговатые образования, покрытые железистым эпителием, который выделяет специфический белесый секрет, содержащий коагулирующее вещество и фруктовый сахар. Энергия, необхо-

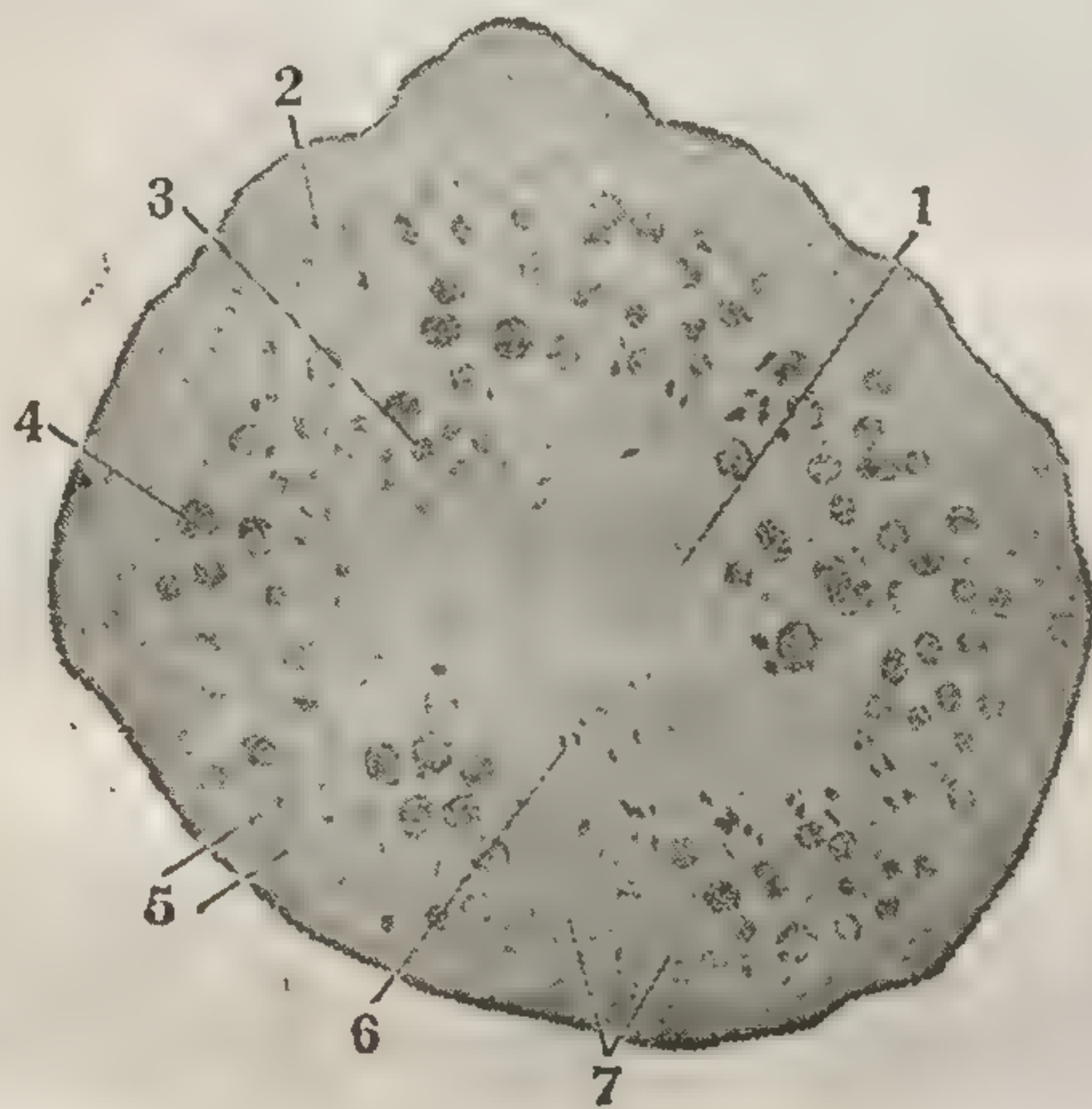


Рис. 16. Поперечный разрез семенного канальца.

1 — сперматозоид; 2 — сперматогония; 3 — пресперматид; 4 — сперматоцид; 5 — недоразвитые тестикулярные клетки; 6 — сперматозоиды; 7 — сертолиевы клетки

димая для движения сперматозоидов, поставляется именно фруктовым сахаром. По выводному протоку семенных пузырьков секрет попадает в семявыносящие протоки и таким образом добавляется к семенной жидкости. Производство секрета простаты и семенных пузырьков является постоянным, но он выделяется лишь во время эякуляции, при сокращении мышечных волокон обоих органов. Выделение этих двух аксессуарных половых желез образует большее количество эякулята (спермы) и придает ей характерный цвет, запах и коагуляционную способность (способность створаживаться).

Основное значение для функционирования мужской половой системы имеют яички. Они покрыты плотной соединительнотканной оболочкой белого цвета — туника альбугиней. От оболочки внутрь яичка отходят соединительнотканнные перегородки, которые делят его паренхиму на множество долек, число которых доходит до 200. В каждой долеке заключены одни из основных функциональных единиц яичка — семенные извитые канальцы или тубулы. Стенка канальцев состоит из более плотного слоя соединительной ткани и базальной мембраны. На базальной мембране расположены т. наз. сертолиевы клетки. Они имеют множество отростков, между которыми расположены клетки герминативного или зародышевого эпителия, из которых берут свое начало мужские половые клетки — сперматозоиды. Процесс их созревания называется сперматогенезом, ввиду чего они называются также клетками сперматогенеза.

Наиболее незрелой зародышевой клеткой, из которой развиваются остальные клетки, является сперматогония. Она расположена возле мембраны тубулы. Из нее последовательно образуются сперматоциты I и II ряда, пресперматиды и сперматиды. Последней стадией этого ряда клеток является созревший сперматозоид. В ходе созревания клетки постепенно

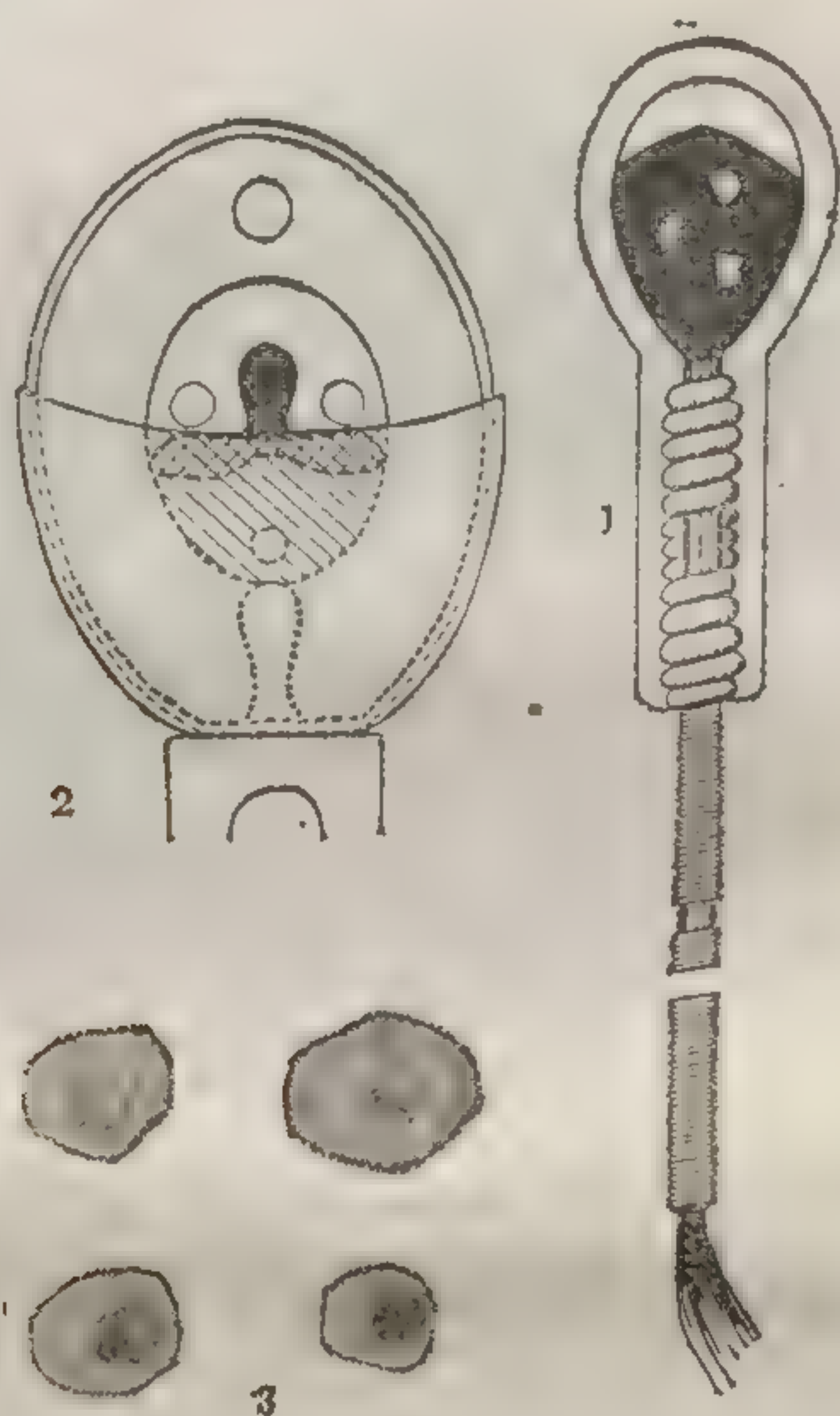


Рис. 17. Схематический рисунок мужских половых клеток.
1 и 2 — сперматозоид; 3 — эпителиальные клетки в эякуляте.

перемещаются к середине канальца. Таким образом сперматозоиды оказываются в центре, начиная движение по его длине. Это перемещение вначале является пассивным.

Между тубулами находится ограниченное количество соединительной ткани, в которой расположены т. наз. интерстициальные или Лейдиговы клетки, вырабатывающие мужской половой гормон.

Еще в глубокой древности половое влечение (либидо) и половая потенция мужчины связывались с яичками. Так, например, еще Аристотель отмечал тот факт, что у животных мужского пола в результате кастрации исчезают сексуальные признаки, а у кастрированных мальчиков голос не мутируется и не растут усы и борода. В Средние века различные экстракты яичек использовались арабскими врачами в качестве стимулирующих средств. Известны случаи кастрации мальчиков в связи с религиозными ритуалами — сохранение детского тембра у мальчиков, поющих в церковных хорах; создание евнухов, сторожащих гаремы и т. д.

Впервые Борден в 1975 г. высказал мысль о том, что яички обладают внутренней секрецией, но считал ее идентичной сперме, которая, по его мнению, переходила в кровь, и от ее уровня зависела потенция.

Эндокринная функция яичек была доказана опытным путем *Бертольдом* 120 лет тому назад в результате кастрации петухов. Ему удалось путем пересадки яичек молодым петухам вернуть им потерянные половые признаки после кастрирования. *Браун Секар* в конце прошлого века впервые обобщил опыты, проведенные на себе. Этот известный французский физиолог, будучи тогда в пожилом возрасте, использовал экстракт яичек морской свинки. Он утверждал, что тем самым вернул себе физические и интеллектуальные силы. Несмотря на то, что все это было в известной степени результатом самоуверенности, что было доказано позднее, данный опыт вызвал большой научный интерес и направил клинические поиски в сторону различных эндокринно-половых нарушений.

Значительно позднее, в 1917 г., был получен активный экстракт, способный восстановить вторичные половые признаки у кастрированных животных. В 1927 г. *Мак Ги* получил активное вещество из яичек быка. Впервые мужские половые гормоны человека удалось выделить в 1931 г. *Бутенанду*, который извлек 15 мг кристаллического вещества из 15 000 л человеческой мочи. Последовательно были экстрагированы различные половые гормоны: андростерон, дегидроэпиандростерон и тестостерон. Последний оказался наиболее активным и представляет собой истинный мужской половой гормон.

Яички имеют двойную функцию: герминативную и внутреннюю секреторную. Посредством своей герминативной функции — сперматогенеза — они обеспечивают образование мужских половых клеток (сперматозоидов), необходимых для воспроизводства вида. А посредством своей внутренней секреции — выделения мужских половых гормонов — они формируют, направляют развитие мужского характера в широком смысле слова.

Герминативная функция тесно связана с тубулярным эпителием яичек. В тубулах осуществляется процесс постепенного созревания зародышевого эпителия. Оно начинается с деления сперматогоний, находящихся по соседству со стенкой семенных извитых канальцев среди протоплазматических отростков сертолиевых клеток, откуда они получают необходимые источники питания. Одна часть полученных при делении клеток остается сперматогониями и служит резервом будущего сперматогенеза, в то время как остальные постепенно созревают, последовательно проходя через вышеописанные стадии. Вместе с созреванием клеток происходит и их перемещение к середине канальцев.

Преобразование сперматиды в сперматозоид происходит путем значительной клеточной трансформации, в результате которой получается качественно новая клетка — зрелый сперматозоид, который обладает способностью активно передвигаться.

Другая способность сперматозоида, как уже подчеркивалось, состоит в том, что при мейотическом делении его хромосомное число уменьшается на половину, в результате чего половые хромосомы X и Y попадают в различные семенные клетки. Таким образом, одна половина сперматозоидов обладает половыми хромосомами X, а другая половина сперматозоидов — половыми хромосомами Y. Это обстоятельство, как уже указывалось, прежде всего обеспечивает сравнительно одинаковое число воспроизводства индивидов мужского и женского пола.

Зрелый сперматозоид состоит из головки, шейки (промежуточной части) и хвоста, с помощью которого осуществляется его активное поступательное продвижение вглубь женских внутренних половых органов, где происходит оплодотворение. Приблизительно за 10 дней сперматозоид проходит через придаток яичка, который представляет собой спиралевидную трубочку, длиной около 6 м. Во время прохождения сперматозоидов через придаток

происходит их полное созревание и они становятся годными для оплодотворения. Весь процесс созревания семенных клеток продолжается около 3 недель. Сперматогенез начинается в пубертатном периоде и продолжается непрерывно до пожилого возраста. В старческом возрасте появляются фиброзные изменения в канальцах яичек, сопровождающиеся постепенным прекращением производства сперматозоидов.

Эндокринная функция яичек выражается в производстве мужских половых гормонов (андрогены).

Естественные андрогены в химическом отношении представляют стероидные соединения с 19 углеродными атомами, производными циклопентанпергидрофенантрена. На сегодняшний день известны 4 естественных андрогена: андростерон, дегидроандростерон, адреностерон и тестостерон. Кроме естественных андрогенов, в последние годы были получены синтетические продукты, действие которых подобно действию естественных гормонов. Наиболее широкое применение среди них имеет метилтестостерон. Особый интерес представляет группа т. наз. ананболы, ананболы. Они являются производными тестостерона и получены путем различных изменений его структуры — увеличения или изменения некоторых химических групп, создания двойных связей или их насыщения и пр., в результате чего достигается значительное снижение омушественяющего действия за счет усиления их эффекта на обмен белков. Эти соединения находят особо широкое применение в медицине при всех состояниях истощения в результате недоедания, при разрежении костного вещества (остеопорозе), при белковой недостаточности, отклонениях в росте и т. д.

Опыты по синтезированию новых стероидных соединений с меняющимся биологическим действием случайно привели в 1963 г. к синтезу такой группы соединений, которая имеет антигормональное качество, т. е. подавляет важнейшее биологическое свойство андрогенов — их вирилизующий (омушественяющий) эффект. Они были названы антинандрогенами. Достаточная доза этих соединений вызывает у животных мужского пола состояние, напоминающее кастрацию, с отмиранием всех телесных и функциональных отправления мужественности; однако в отличие от истинной кастрации это состояние имеет временный характер. В лечебной практике они уже находят применение при некоторых состояниях повышенной сексуальности у мужчин или признаках андрогенного действия у женщин.

Местом синтеза андрогенов у мужчин, кроме яичек является также надпочечная железа. В яичках это происходит в интерстициальных лайдиговых клетках. Синтезированный гормон сразу же попадает в кровь. Яички не имеют свойства откладывать (накапливать) гормоны и поэтому в случае их устранения картина гормональной недостаточности проступает сразу же. Андрогены инактивируются в печени, связываясь с другими соединениями и выходя вместе с уриной.

Биологическое действие андрогенов является многосторонним. В первую очередь оно направлено на развитие половой системы и вторичных половых признаков. Они вызывают формирование и рост полового члена, мошонки, яичек и добавочных половых желез. Волосистой покрыв приобретает мужской тип. Под их влиянием происходит мутация голоса, который приобретает плотный мужской тембр.

Андрогены вызывают специфическое строение костной системы и мужского тела. Кроме того, они оказывают значительное влияние на обменные процессы организма. В первую очередь они усиливают синтез белков, в результате чего происходит увеличение мышечной массы и мышечной силы. Они стимулируют также процессы роста и восстановительные процессы организма, что отчетливее всего видно на примере почечной ткани. Их благотворное влияние сказывается на сердечно-сосудистой системе — сосуды расширяются и происходит улучшение кровоснабжения органов.

Другие эндокринные железы также испытывают на себе влияние андрогенов. Малые дозы стимулируют действие гормона роста, в то время как большие дозы блокируют как действие гормона роста, так и действие гонадотропных (стимулирующих половые железы) гормонов. Этим объясняется атрофия яичек, которая может наступить в результате лечения неподходяще высокими дозами тестостерона.

У женщин действие мужских половых гормонов (андрогенов) находится в зависимости от дозы индивидуальной восприимчивости. В нормальных условиях андрогены у женщин вырабатываются яичниками и надпочечной железой, а у беременных — также плацентой. Это малое количество андрогенов имеет физиологически полезное предназначение для женского организма. Однако большие дозы вызывают неблагоприятные изменения: усиливается рост волосистого покрова, увеличивается клитор, огрубевает голос, атрофируются молочные железы, превращается овуляция и функционирование менструального цикла

Доказано, что подобно тому, как в организме женщины вырабатываются в малых количествах мужские половые гормоны (андрогены), так и в организме мужчины яички вырабатывают малое количество женских половых гормонов (эстрогены). У детей эта секреция минимальна, но у здорового взрослого мужчины количество женских половых гормонов значительно возрастает. Определение эстрогенов у мужчины имеет также диагностическое значение. По ним можно судить о состоянии функций гипофиза.

Регулирование функций яичек

Между различными железами внутренней секреции (эндокринные железы), каковыми являются и яички и яичники, существует сложная гормональная взаимосвязь и влияние. Точно также активность функции яичек связана с функциями других эндокринных желез. Здесь на передний план выступает взаимосвязь между яичками и гипофизом.

Передняя доля гипофиза мужчины вырабатывает т. наз. фолликуло-стимулирующий гормон (ФСГ), который активизирует производство сперматозоидов, а производимый той же долей гипофиза стимулирующий интерстициальные клетки гормон (ИКСГ) стимулирует и производство яичками мужских половых гормонов. ИКСГ соответствует т. наз. лютеинизирующему гормону (ЛГ) женщин.

Если внутрисекреторная функция яичек весьма тесно связана с ИКСГ гипофиза и спадает до нуля при его отсутствии, то производство сперматозоидов лишь частично зависит от ФСГ. При его отсутствии и наличии лишь андрогена созревание мужских половых клеток и производство сперматозоидов все еще возможны. Однако было установлено, что для образования нормальных сперматозоидов необходимо наличие ФСГ и функционирующих Лайдиговых клеток, т. е. продукция мужских половых гормонов. Эти данные имеют исключительно важное значение при лечении нарушений в оплодотворительной способности мужчины, если они порождены недостаточным или ненормальным производством сперматозоидов.

Взаимоотношения между яичками и гипофизом осуществляются на основе т. наз. обратной связи. Снижение функции яичек ведет к увеличению гипофизной стимуляции яичек, в то время как увеличение функции яичек подавляет секрецию гипофиза, стимулирующую яички.

Деятельность яичек находится также под непосредственным влиянием центральной нервной системы и мозгового образования промежуточного мозга, получившего название гипоталамуса. Роль нервной системы и гипоталамических центров при регулировании функции мужских половых желез заключается в их влиянии, осуществляемом не только неврогенным путем, но и через секрецию гипофиза, гормоны которого стимулируют функцию яичек. Гормоны, выделяемые нервными клетками и определенными ядрами гипоталамуса, достигают через кровь гипофиза и стимулируют выделение активизирующих половые железы гормонов, т. наз. гонадотропных гормонов.

Различные повреждения коры головного мозга, например, психогенные факторы, играют большую роль в деле возникновения и развития половых расстройств. С другой стороны, нарушения внутрисекреторной функции яичек также влияют на процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга.

Нормальное половое поведение мужчины зависит не только от перечисленных выше эндокринных факторов, но и от нормального нервного регулирования, осуществляемого половым центром. Он представляет собой динамичную функциональную систему, объединяющую расположенные на различных этапах развития нервной системы и связанные между собой клеточные ядра

работающие как единый механизм. Он обеспечивает нормальные по силе и последовательности изменения в половых органах, лежащие в основе половой деятельности.

*Детство, период полового созревания (пубертатный период),
половая зрелость, климактерий и старость у мужчины*

В процессе полового развития у мужчины наблюдаются несколько ясно разграниченных периодов: фетальное (внутриутробное) развитие, детство, период наступления половой зрелости, климактерий и старость.

В период внутриутробного развития происходят сложные процессы оформления половых желез и внутренних половых органов, перемещение половых желез в мошонку (с к р о т у м) и др., описанные в предыдущем разделе книги.

В период детства до наступления характерных для периода полового созревания перемен в строении тела и психики главной половой чертой, отличающей мальчиков от девочек, остается вид половых органов. Но при более внимательном рассмотрении можно найти и другие различия. У девочек, например, мускулатура и кости более нежные. В психическом отношении мальчики более воинственны и играют в более разнообразные и шумные игры.

Существуют ли у детей половые переживания и если существуют, то в чем они состоят и как объясняются?

По этому вопросу еще продолжаются дискуссии. Наличие сексуальных проявлений в детском возрасте маловероятно. Попытки некоторых авторов отнести к таковым сосание пальцев и ощупывание половых органов являются преувеличенными, хотя в более старшем возрасте это может перейти в онанизм. Эрекция у мальчиков относится к весьма ранним чертам, она может наблюдаться уже в первые недели после рождения. Она не обладает сексуальным характером и вызывается множеством неспецифических возбудителей.

Сексуальные игры у детей, по мнению *Кинси*, — это внешнее проявление их „сексуального“ поведения. Тот же автор считает, что в возрасте от 2 до 5 лет это поведение выражается в демонстрировании внешних половых органов и их рассматривании другими детьми. Его нельзя отождествлять с эскгибиционизмом у взрослых, который представляет собой половое извращение с соответствующими эротическими переживаниями. У детей в возрасте между 8 и 15 годами также наблюдаются подобные игры, но необходимо подчеркнуть, что их основой является любопытство и в них отсутствует компонент эротики. В изолированных детских коллективах при отсутствии необходимого наблюдения, при недостаточном участии в спортивных и других играх, а также внешкольных занятиях у детей стимулируется любопытство, усиливается эмоциональная возбудимость и у некоторых на этой основе в период наступления половой зрелости может развиваться мастурбация. Подобные половые игры можно встретить среди детей противоположного пола, но чаще всего они наблюдаются между детьми одного и того же пола. В данном случае позднее подобные игры могут привести к гомосексуализму.

Пубертатный период (период полового созревания) — особенно важный период сексуального развития индивида и поэтому он рассматривается отдельно в следующем разделе книги.

Период половой зрелости характеризуется поддержанием и совершенствованием изменений, наступивших во время пубертатного развития. Это период равновесия, во время которого отсутствуют значительные структурные изменения и функциональные колебания в половой сис-

таме. Биологическое значение этого периода состоит в поддержании функциональной годности к воспроизводству вида.

Климактерий у мужчины не так ясно выражен как у женщины, ибо отсутствует резкое приостановление активности половых желез и сопровождающие его нарушения не так ясно видны. Все же постепенное уменьшение активности половых желез у мужчины является биологической и медицинской реальностью, и этот период жизни связан со множеством изменений в структуре половых органов и всего тела, с изменением гормональной деятельности, обмена веществ и деятельности вегетативной нервной системы. Явления, характеризующие этот период, наступают в различном возрасте и находятся в тесной взаимосвязи с общей конституцией организма, с состоянием общего телесного и вегетативного тонуса, с образом жизни мужчины его физиологическим прошлым.

Начало мужского климактерия, по мнению большинства авторов, начинается после 50-летнего возраста. У мужчин крепкого здоровья нарушения являются минимальными и начинаются позднее, иногда даже после 60 лет, в то время как у мужчин с недостаточно развитыми яичками эти явления наступают весьма рано. Прежде всего наступают характерные нейро-вегетативные отклонения: приливы, потливость, головокружение, головные боли, зуд, сонливость или бессонница, сердцебиение, сердечная аритмия и пр. Изменения в психике имеют в основном меланхолично-депрессивную окраску — повышенная раздражительность, понижение интеллектуальной концентрации и памяти. Сексуальный дефицит наступает постепенно с исчезновением утренних эрекций и ночных поллюций. В возрасте 65 лет у одной трети мужчин отсутствует эрекция, а в 75-летнем возрасте их процент превышает половину. Снижение продукции половых гормонов яичками приводит к характерным нарушениям обмена веществ. Так как понижение состава мужских половых гормонов (андрогены) в организме мужчины происходит быстрее чем понижение женских половых гормонов (эстрогенов), то соотношение андрогены — эстрогены изменяется в пользу последних. Суммарная продукция половых гормонов снижается, увеличивается число гормонов, вырабатываемых гипофизом. Эти факторы приводят к увеличению предстательной железы в данный период. Последствия андрогенного дефицита выражаются также как в уменьшении объема мускулатуры и физических сил, так и в изменениях структуры костей (остеопороз).

Наружные половые органы также претерпевают, хотя и дискретную, эволюцию. Слабо выраженные изменения наблюдаются и со стороны показателей оплодотворительной способности спермы, однако без полной потери этой способности. В заключение необходимо указать, что ведущие изменения в данный период обуславливаются снижением эндокринной функции яичек.

На описанные климактерические нарушения у мужчин особенно благоприятно влияют малые дозы мужских половых гормонов в сочетании с витаминами и другими тонизирующими нервную систему средствами.

Старение представляет собой общий феномен, затрагивающий весь организм, и в особенности нервную систему и эндокринные железы. В последних отмечаются морфологические и функциональные инволютивные изменения. Однако необходимо подчеркнуть, что данные изменения являются не причиной, а проявлением общего процесса старения. В преклонном (старческом) возрасте яички уменьшаются в объеме. Мошонка становится гипопластичной и удлиняется. Регрессирует и волосяной покров. Показатели оплодотворительной способности в этот период резко падают. Необходимо еще раз подчеркнуть, что описанные изменения в этот возраст-

ной период не вызваны первичными изменениями эндокринных желез и поэтому процесс старения нельзя предотвратить посредством гормонального лечения.

УСТРОЙСТВО И ФУНКЦИИ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

В полностью развитой половой системе женщины различаются наружные и внутренние половые органы и придатки. К наружным половым органам женщины относятся большие и малые срамные губы, вход во влагалище, клитор и влагалище, а к внутренним половым органам — яичники, маточные трубы и матка. К придаткам женской половой системы относятся главным образом т. наз. бартолиновы железы. В связи с женской половой системой мы рассмотрим также молочные железы женщины.

С самого начала необходимо подчеркнуть, что если у мужчины от области предстательной железы мочеиспускательный канал служит также в качестве семявыносящего протока, и мужская половая система выходит наружу вместе с мочевой системой, то у женщины мочеиспускательный канал и половые пути выходят наружу отдельно в виде двух отверстий — мочеиспускательного канала, находящегося в верхней части половой щели, и влагалищного отверстия.

Известное схематичное представление об устройстве наружных и внутренних органов женщины дает рис. 18.

Большие и малые срамные губы. Вход во влагалище закрывается с двух сторон малыми и большими срамными губами. Последние представляют собой кожные складки, пронизанные богатой сетью кровеносных сосудов, нервных волокон и чувственных нервных телец. Если наружная поверхность больших срамных губ покрыта волосами и имеет строение обычной кожи, то их внутренняя поверхность и обе поверхности малых срамных губ являются полуслизистыми; они обильно снабжены множеством желез и специализированными нервными окончаниями, подобно оболочке, покрывающей головку мужского полового члена, и внутренней поверхности препуциума у мужчины.

Срамные губы играют роль защитной преграды, отчасти закрывающей путь во влагалище и внутренние половые органы бактериям и другим загрязнителям. Они предохраняют также от физических повреждений (травм). При половом сношении срамные губы, в особенности малые срамные губы, наполняются кровью и увеличиваются в размерах. Расположенные в них железы активизируются и увеличивают выделение секрета вместе с секретом бартолиновых желез до момента полового удовлетворения (оргазма). Этот секрет облегчает трение мужского полового члена. Во время полового сношения это трение приводит к возбуждению нервных окончаний, расположенных в срамных губах, а также к половому возбуждению.

Клитор. Клитор находится над наружным отверстием мочеиспускательного канала в верхней части малых срамных губ. По своей структуре и форме он соответствует мужскому половому члену, но по своим размерам он намного меньше его. Он также состоит из тела, головки, препуциума и пещеристых тел. В кожной складочке клитора, являющейся продолжением малых срамных губ, находятся железы, выделяющие секрет, называемый смегмой. Клитор снабжен богатой сетью кровеносных сосудов и при половом возбуждении, подобно мужскому половому члену, увеличивается в размере. По сравнению с мужским половым членом, он содержит больше нервных

волокон и телец. Он рассматривается как специфический орган полового чувства у женщины.

Подобно мужскому половому члену, клитор реагирует эрекцией на возбуждение посредством руки (мастурбация у женщин), на сексуальные сцены (у более эротических женщин) и половое возбуждение. Во время полового

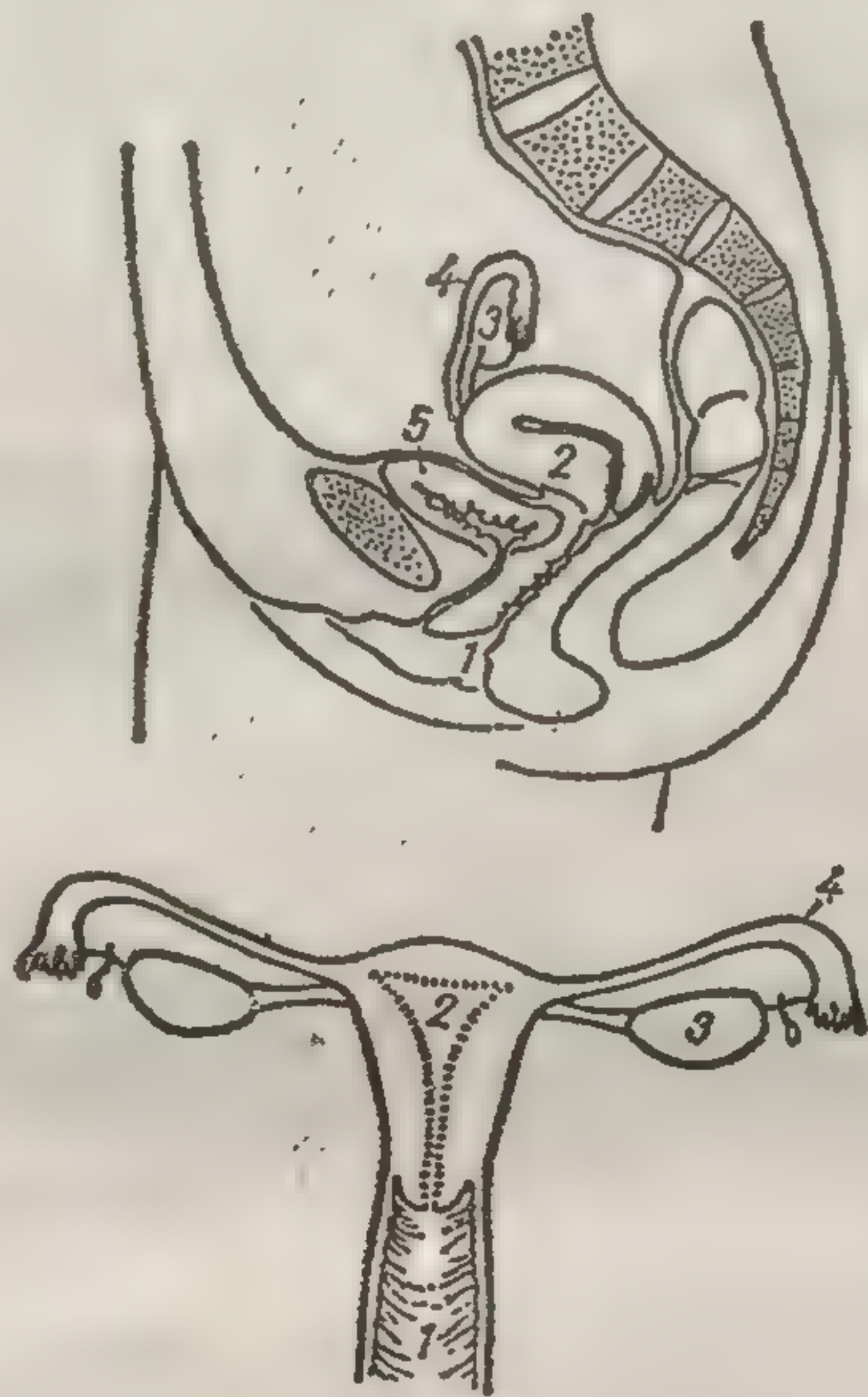


Рис 18. Женская половая система.

1 — влагалище; 2 — матка; 3 — яичник; 4 — маточная труба; 5 — мочевой пузырь; 6 — прямая кишка

сношения он наполняется кровью и пещеристые тела растут в объеме, чем и объясняется эрекция. Особенно наглядно это видно на стадиях возбуждения и эякуляции при половом акте. Во время полового акта кожа и слизистая оболочка полового члена раздражает не только поперечные складки влагалища, малые и большие срамные губы, но вызывает также ритмичные возбуждения головки клитора. Наиболее выражена эрекция к концу коитуса. На стадии оргазма не наблюдаются каких-либо дополнительных изменений клитора. Затем через 5—10, а иногда 15—30 минут клитор возвращается в свое первоначальное состояние, приток крови уменьшается.

Некоторые авторы делят оргазм у женщины на клиторный и влагалищный. Действительно, некоторые девушки испытывают половое удовлетворение в результате раздражения рукой. Известно также явление, когда некоторые женщины „влагалищно нечувствительны“ и оргазм у них вызывается во время полового сношения лишь непосредственным раздражением клитора мужским половым членом. Очень часто женщина, достигшая половой зрелости, привыкшая к непосредственному раздражению клитора, испытывает чувство сек-

сугубой неполноценности. Как уже указывалось, во время полового сношения мужской член своей верхней поверхностью ритмически раздражает головку клитора, и фактически путь, ведущий к оргазму, является одним и тем же. Может быть было бы более правильным говорить о сексуальном оргазме, а не разделять последний на клиторный и влагалищный. Физиология и чувственность при обоих „подвидах“ оргазма полностью одинаковы.

Влагалище. Влагалище представляет собой покрытую изнутри слизистой оболочкой мышечную трубку, которая спереди открыта, а сзади сводообразно охватывает шейку матки. Длина влагалища 8 — 10 см, и оно обладает способностью растягиваться. В средней части оно достигает в ширину 3 см. Передняя стенка влагалища расположена под мочевым пузырем, а задняя — над прямой кишкой. Толщина стенки влагалища достигает 4 мм и состоит из внутренней слизистой поверхности, мышц и внешней соединительнотканной оболочки.

Слизистая влагалища реагирует на гормоны (эстрогены и прогестерон), выделяемые яичниками. Данное обстоятельство используется для определения уровня половых гормонов во время менструального цикла при помощи т. наз. влагалищной клеточной диагностики. Находящийся во влагалищном эпителии гликоген (вид сахара) распадается на молочную кислоту и сообщает влагалищу нормальную кислую реакцию. Данная реакция играет защитную роль, предохраняя половые органы от проникновения микроорганизмов. Во время беременности влагалище претерпевает значительные изменения — его стенки утолщаются, улучшается их кровоснабжение, и во время родов оно является важной частью родового пути ребенка.

Во время полового акта приток крови во влагалище усиливается. Повышается тонус мышц, охватывающих влагалище, и в момент оргазма появляются ритмические сокращения. Было установлено, что в начале оргазма наблюдается от 3 до 5 сильных сокращений с продолжительностью около 0,8 секунды. Число мышечных сокращений индивидуально и может достигнуть 10—15. Сокращения охватывают лишь переднюю треть влагалища. Постепенно их интенсивность снижается и наступает первоначальное спокойное состояние.

Во время полового акта железы влагалища и секрет прогрессивно увеличиваются. Это облегчает трение мужского полового члена во время коитуса. С другой стороны, обильный секрет имеет основную (алкальную) реакцию и нейтрализует кислую реакцию влагалища. Сперма также обладает основной реакцией. Все это создает более благоприятные условия жизни для сперматозоидов во влагалище. Исследования свидетельствуют о том, что живые и подвижные сперматозоиды можно обнаружить во влагалище спустя 10 часов после окончания полового акта.

Матка. Матка расположена внизу живота, в т. наз. малом тазу, имеет грушевидную форму, длина ее около 8 см и ширина около 5 см, весит 50 г и толщина ее оболочки достигает 1—2 см. Широкую верхнюю часть матки называют телом, а нижней, суженную — шейкой. В верхнюю часть тела матки открываются отверстия двух маточных труб. Внутри матки покрыта эпителием, за которым следует мощный мышечный слой и тонкая серозная оболочка.

Эпителий матки весьма чувствителен на раздражения половых гормонов и во время менструального цикла изменяет свою форму и величину. Между 5 и 15 днями цикла под воздействием выделяемых зреющими фолликулами яичника эстрогенов клетки слизистого слоя матки увеличиваются, кровеносные сосуды расширяются, железы удлиняются. Эти процессы достигают своей верхней точки в момент овуляции и характеризуют фазу роста сли-

эпителий
под влия
клетки
ная де
образом

наилуч
зывает
день ц
чения.
дая ме
ца". Ч
(фаза
ют об
ловых
завися
физа, д
фактор
В
ренно
расти
мощно
М
полож
услов
В
бы, к
време
на 4

зистой матки (пролиферативная фаза). После овуляции с 15 по 28 дня — под влиянием эстрогенов и прогестерона, образуемого желтым телом, клетки маточного эпителия выделяют большое количество секрета. Секреторная деятельность маточных желез увеличивается. Подготовленная таким образом слизистая готова к приему оплодотворенного яйца и созданию ему

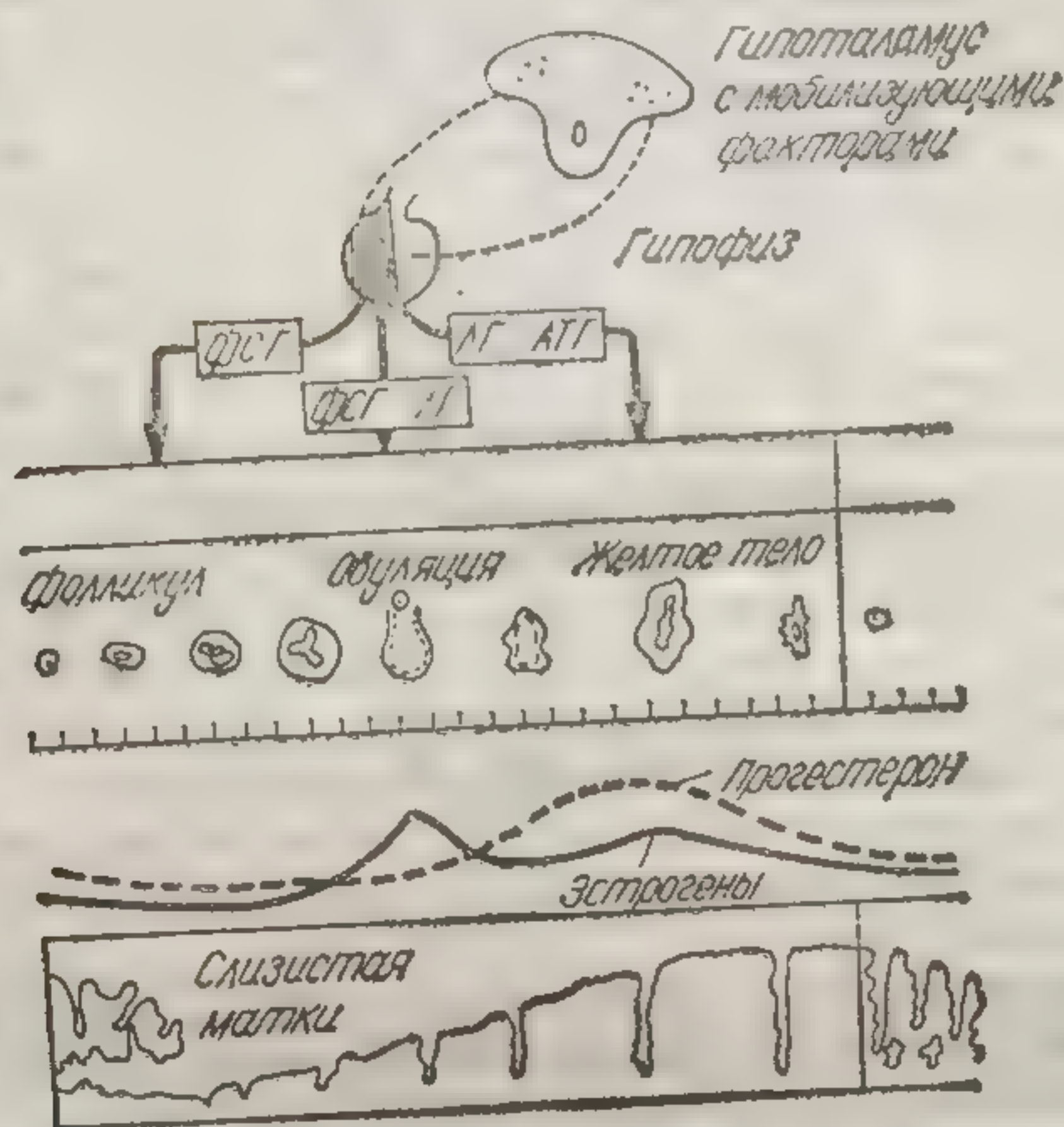


Рис. 19.

наилучших условий для развития. Данная фаза менструального цикла называется секреторной фазой. Если оплодотворения не наступает, то на 28-ой день цикла слизистая начинает отторгаться в виде менструального кровотечения. Этот период называется десквамационной фазой. В этом смысле каждая менструация представляет собой „погребение неоплодотворенного яйца“. Через день-два приходит черед восстановительных процессов эпителия (фаза регенерации). Циклические изменения слизистой оболочки матки имеют общую продолжительность около 28 дней и подчинены воздействию половых гормонов, выделяемых яичниками. Последние в своей деятельности зависят от ритмичного стимулирования соответствующими гормонами гипофиза, деятельность которой, в свою очередь, направляется мобилизующими факторами, производимыми гипоталамусом (рис. 19).

В случае оплодотворения приблизительно на 5 день овуляции оплодотворенное яйцо укрепляется на слизистой матки. Сама матка начинает бурно расти — к концу периода беременности ее вес достигает 1000 г, и своей мощной структурой она содействует осуществлению родового акта.

Матка включается в деятельность при половом сношении, изменяя свое положение и мышечный тонус таким образом, чтобы создать наилучшие условия для проникновения в нее сперматозоидов.

В половом акте со стороны женщины принимают участие срамные губы, клитор, влагалище и матка. Данное участие является различным по времени и значимости. Сам половой акт в этом отношении можно разделить на 4 стадии. Первая стадия называется либидиносной и в ней на

передний план выступает половое влечение, половое желание (либидо). Либидо способствует созданию полового возбуждения и формированию в т о р о й с т а д и и — стадии эрекции, которая выражается у женщины в увеличении клитора, наполнении и усилении протока крови ко всему половому аппарату, повышении активности бартолиновых желез. Затем следует с т а д и я э я к у л я ц и и, которая у мужчин выражается в семяизвержении, а у женщины — в сокращении матки и влагалища. Одновременно с этим наступает о р г а з м, выражающий наивысшее ощущение, возникающее в конце полового сношения. Перечисленные фазы не являются строго разграниченными. Элементы одной из них переходят в другую, происходит постепенная трансформация полового возбуждения в эрекцию, эякуляцию и оргазм, после чего начинается фаза восстановления первоначального состояния.

В результате специальных рентгеновских исследований при использовании контрастных веществ и аппаратов для измерения мышечного напряжения было установлено, что со стадии полового возбуждения мышечный тонус матки повышается, и в момент оргазма происходят сокращения ее мышц в направлении от тела к шейке. Предполагается, что эти сокращения оказывают всасывающее воздействие на сперму, попавшую во влагалище после полового акта, а при отделении слизистой пробки шейки матки также помогают сперматозоидам проникнуть в полость матки. В то же время матка постепенно меняет свое положение, распрямляясь из обычного сгиба в сторону срамной области кзади, в связи с чем ось матки выравнивается с осью влагалища, создавая дополнительный благоприятный момент для проникновения в нее сперматозоидов.

М а т о ч н ы е т р у б ы, или я й ц е в о д ы. Маточные трубы, или яйцеводы — парные органы, которые отходят сбоку от матки в верхней части ее широкой связки и ведут к яичникам. Они имеют длину 10 — 12 см, однако здесь могут быть значительные отклонения (от 6 до 20 см). Внутренний (нижний) конец трубы открывается в матку, а внешний (верхний) расширяется и при соединении с яичником достигает в диаметре 2 см. Стенка маточной трубы состоит из трех оболочек: серозной, образовавшейся за счет широкой связки матки, покрывающей трубу, мышечной, состоящей из продольного и кругового слоев гладкой мышечной ткани, и слизистой, выстланной мерцательным эпителием.

Во время первой половины менструального цикла, когда преобладают эстрогены, возбудимость труб повышена, а во время второй — под воздействием прогестерона их тонус понижается. Наблюдения показывают, что во время овуляции труба направлена в сторону яичника и своими бахромками, находящимися по краям, охватывает то место, где произойдет разрыв фолликула и появится яйцо. Если одна труба непроходима или устранена оперативным путем, то другая в состоянии принять яйцо из яичника, лежащего на противоположной стороне матки.

Овуляция сопровождается усиленными сокращениями мышц труб (10—12 мин.), которые создают вакуум, и яйцо попадает в трубу. Оно движется более быстро во внешней (верхней) части трубы, а приближаясь к матке, его движение замедляется в виду меньшего диаметра трубы в этой части. Оплодотворение происходит обычно во внешней (верхней) трети трубы. Сперматозоиды передвигаются в трубах со скоростью около 3 мм в минуту. Оплодотворительная способность яйца сохраняется от 12 до 24 часов, а сперматозоидов — до 48 часов. Оплодотворенное яйцо движется к матке около 5 дней (см. рис. 20).

Я и ч н и к и. Яичники являются парными органами, расположенными в малом тазу сбоку от матки. Они имеют эллипсоидную форму, их длина

3 см, ширина 2 см, толщина 1 см и весят между 5 и 8 г. В яичнике новорожденной девочки насчитывается от 300 000 до 400 000 первичных яйцеклеток, в годы полового созревания их число снижается до 100 000, а в течение жизни



Рис. 20.

женщины созревает около 400 яйцевых клеток. Остальные гибнут и подвергаются обратному развитию.

Основными функциями яичника являются герминативная (образование яйцеклеток) и эндокринная (выделение половых гормонов). Обе эти функции направлены на продолжение рода.

Одна из задач яичника состоит в ежемесячном обеспечении созревания первичной яйцеклетки и ее превращения в зрелое яйцо, необходимое для размножения. Процесс созревания первичной яйцеклетки продолжается около 14 дней — от 100—140 микрон (микрон = $\frac{1}{1000}$ мм) — они увеличиваются до 2 мм. Яйцеклетка, достигшая зрелого состояния, называется графовым фолликулом в честь своего первооткрывателя Граафа (1673 г.). Графов фолликул находится у поверхности яичника, оболочка последнего на месте зрелой яйцеклетки растягивается, фолликул разрывается и выбрасывает яйцо в полость брюшины. Это называется овуляцией. Исследования показывают, что овуляция наступает за 12—14 дней до очередной менструации, но возможны также значительные колебания этого интервала. В часы после овуляции сокращения маточных труб учащаются до 10—12 в минуту, образуется вакуум, и яйцо попадает в одну из двух труб. При встрече яйца и сперматозоида наступает оплодотворение. По мнению большинства авторов, яйцо живет от 12 до 24 часов и, если не происходит оплодотворения, выбрасывается в результате менструации.

После овуляции графов фолликул за 3—4 дня превращается в желтое тело, названное так из-за своего желтого цвета. Если оплодотворения не происходит, желтое тело постепенно претерпевает обратное развитие. Однако в случае беременности желтое тело развивает высокую активность и выделяет гормоны, необходимые для развития оплодотворенного яйца, до

третьего месяца беременности, когда начинает функционировать плацента. Зрелое яйцо в 5 раз больше сперматозоида. Оно представляет собой круглую клетку диаметром 0,2 мм. Встреча яйца и сперматозоида происходит в верхней части маточной трубы. В головке сперматозоида содержится фермент, способный растворить оболочку яйца. В образовавшееся отверстие яйцеклетки проникает лишь один сперматозоид. Принято считать, что для оплодотворения одного яйца необходимо около 20 миллионов сперматозоидов, в головках которых содержится необходимое количество фермента для растворения оболочки яйцеклетки. После этого в оплодотворенном яйце начинается многократное клеточное деление в геометрической прогрессии, и оно превращается в клеточную массу, из которой впоследствии оформляется плод.

Вторая задача яичников состоит в образовании и выделении гормонов. Она осуществляется фолликулом и желтым телом. По характеру своего действия половые гормоны делятся на женские (эстрогены, прогестерон) и мужские (андрогены). За последние годы медицина достигла больших успехов в исследовании синтеза половых гормонов. Их образование проходит через сложные превращения одного гормона в другой посредством прибавления или потери атомов углерода и химических групп при активном содействии катализаторных энзимных систем. На сегодняшний день считается установленным, что исходным продуктом образования половых гормонов является холестерин. Из него производится прогестерон, который затем превращается в эстрогены и, наконец, в андрогены. Этот процесс является одинаковым для мужчины и женщины. Однако его количественные взаимоотношения зависят от половой железы (яичника или семенника), в которой они образуются. Было доказано, что не существуют лишь „женские“ и лишь „мужские“ гормоны, а оба вида образуются как у женщины, так и у мужчины. Естественно, в яичнике на первый план выступает образование эстрогенов и прогестерона, а в семеннике — в основном андрогенов.

Эстрогены образуются в фолликуле и желтом теле яичника. Их количество в течение одного менструального цикла составляет приблизительно 10 мг. Это количество выделяется не равномерно, а в основном между 10-им и 22-ым днем менструального цикла.

Основное биологическое действие эстрогенов — развитие половых органов и вторичных половых признаков. Эстрогены способствуют развитию функций маточных труб, стимулируют их мышечную активность. Под их влиянием увеличивается мускулатура матки и повышается ее тонус. Эстрогены вызывают увеличение слизистой оболочки матки и ее кровоснабжение. Кровеносные сосуды слизистой оболочки матки переполняются кровью и ее отторжение во время менструации происходит параллельно уровню эстрогенов. Изменения в образовании слизи в шейки матки также происходят под воздействием эстрогенов. Влагалищный эпителий становится более плотным и в его клетках наступают типичные изменения, которые используются при влагалищно-клеточной диагностике. Именно эстрогены способствуют образованию влагалищными клетками гликогена, значение которого мы уже рассмотрели.

Эстрогены вызывают рост молочных желез, в основном молочных каналов, и являются одним из важнейших факторов подготовки женской груди в период беременности к основной задаче — выделению молока для новорожденного.

Эстрогены способствуют нормальному протеканию процессов в коре головного мозга, действуя тонизирующе и усиливая процессы возбуждения. Пониженное количество эстрогенов способствует превалированию

тормозных процессов, а их избыточное количество увеличивает возбуждающие процессы в коре головного мозга. Кроме того, эстрогены оказывают свое биологическое воздействие на процессы обмена веществ, кроветворные органы, на костную систему и т. д.

Прогестерон образуется в желтом теле во время второй половины менструального цикла в количестве, приблизительно равном 200 мг за один цикл. Больше всего его образуется между 15 и 24 днем цикла, а в период после овуляции — до 50 мг в сутки. Под влиянием прогестерона тонус маточных труб понижается. Подобная вялость мышц наблюдается и в матке. Это особенно важно в период беременности, когда количество прогестерона увеличивается многократно, и матка берет на себя функцию вынашивания непрерывно растущего плода. Прогестерон превращает увеличившуюся под воздействием эстрогенов слизистую оболочку матки в секреторный эпителий — клетки становятся сочными и переполняются секретом, подготавливаясь к возможной имплантации оплодотворенного яйца. Молочные железы под влиянием прогестерона увеличиваются и подготавливаются к выделению материнского молока, что происходит в тесном взаимодействии с эстрогенными гормонами. Прогестерон приводит к легкому повышению температуры, и этот факт также используется в диагностике.

В последние годы было доказано, что яичники образуют и андрогены, независимо от надпочечной железы. В фолликулах и желтом теле было найдено их минимальное количество. Малые дозы андрогенов у женщины способствуют росту фолликул, усиливают процессы обмена, в особенности белков, и вероятно, являются стимулятором ее полового чувства.

Регулирование деятельности яичников. Главная особенность зрелой в половом отношении женщины — ясно выраженная цикличность процессов, протекающих в половой системе, которые периодически завершаются менструацией. Эта цикличность подчинена регулированию гипофиза и яичников со стороны промежуточного мозга. В то же самое время количество гормонов яичников, со своей стороны, оказывает влияние на деятельность промежуточного мозга и гипофиза, а гормоны гипофиза воздействуют на мобилизующие факторы, выделяемые промежуточным мозгом. Таким образом осуществляется обратная связь между исполнительным и стимулирующим органами и обеспечивается циклическая деятельность половой системы.

Передняя доля гипофиза выделяет несколько гормонов, среди которых особое значение для деятельности яичников имеют фолликулостимулирующий, лютеинизирующий и лютеотропный гормоны.

Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) влияет на рост и созревание фолликула в яичнике. Кроме того, он способствует началу образования и выделения эстрогенных гормонов. Эстрогены обратным путем уменьшают образование фолликулостимулирующего гормона гипофизом и последний начинает выделять лютеинизирующий гормон (ЛГ), который способствует образованию желтого тела и прогестерона. При определенном соотношении между фолликулостимулирующим и лютеинизирующим гормонами вызывается овуляция. Увеличение прогестерона в данный период менструального цикла приводит к снижению лютеинизирующего гормона и гипофиз начинает выделять лютеотропный гормон (ЛТГ). Последний стимулирует желтое тело до время образования прогестерона. Уменьшение лютеинизирующего гормона приводит к обратному развитию желтого тела, уровень эстрогенов и прогестерона резко падает и наступает менструация. Данная цикличность регулирования яичников со стороны гипофиза и обратное воздействие гормонов яичников на деятельность гипофиза обеспечивает ритмичность менструального цикла.

В передней части промежуточного мозга находится маленькое образование — гипоталамус. В нем открыты 32 пары ядер, в некоторых из которых вырабатываются мобилизующие факторы в отношении гормонов гипофиза. Это гипоталамические гормоны, которые мобилизуют выделение фолликуло-стимулирующего и лютеинизирующего гормонов. В соответствии с принципом обратной связи упомянутые гормоны гипофиза влияют на уменьшение количества соответствующего мобилизующего фактора гипоталамуса. Промежуточный мозг тесно связан со всеми отделами центральной нервной системы, с кровью и спинномозговой жидкостью. В гипоталамусе можно уловить любое изменение, наступающее в организме, и через его гормоны заставить гипофиз стимулировать ту или иную железу внутренней секреции в связи с производством необходимого гормона. Таким образом обеспечивается динамичное единство процессов организма и объединение отдельных частей в единое целое.

Молочные железы. Молочные железы являются парными органами. Они расположены впереди грудной клетки и начинают свое развитие в период полового созревания, достигая окончательных размеров и функционального уровня лишь во время выделения материнского молока. Они состоят из значительного количества жира, железистой ткани и выводных протоков. Разрастание железистой ткани и выводных протоков связано с действием половых гормонов — эстрогены способствуют их развитию, а прогестерон делает клетки, покрывающие выводные протоки и молочные железы, сочными и наполненными секретом. С момента рождения ребенка под действием его сосания при кормлении обеспечивается образование и выделение молока.

Молочные железы являются эрогенной зоной, и при их раздражении можно вызвать половое возбуждение. У многих женщин во время полового акта наблюдаются объективные изменения молочных желез. В фазе полового возбуждения сосок удлиняется на 0,5 — 1 см, а диаметр его основы увеличивается на 0,5 — 1,25 см. Тонус мышечных волокон соска повышается; усиливается приток крови. После оргазма данные явления постепенно исчезают и молочные железы возвращаются в первоначальное состояние.

Для д
Это качест
свнность в
шении зас
возраста и
а кроме т
и функций
Грудн
в три раза
рост може
12-летнего
Эти п
функцион
ми в разв
ваемый п
го внима
и общест
в детском
тия личн
Обра
качающе
от стност
возраста
Что
Пер
ростом т
специфи
выражен
лез. Для
втори
психике
ющихся
взросло
На
ния дет
своеобра
изменен
зрелост
процесс
В в
оформл
развити

ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ И ЮНОШЕСТВА

Для детского организма характерны непрерывный рост и развитие. Это качественное и количественное развитие, однако, имеет разную интенсивность в отдельные периоды детства. Специального внимания в этом отношении заслуживают периоды внутриутробного развития, детства, грудного возраста и периода полового созревания, когда рост особенно интенсивен, а кроме того, он сопровождается значительными изменениями структуры и функций различных органов и систем.

Грудной ребенок в течение лишь первого года жизни увеличивается в весе в три раза и в росте на 20—25 см. В период полового созревания усиленный рост может привести к увеличению длины тела на 20 — 25 см в год, а вес 12-летнего юноши может удвоиться при исполнении 18 лет.

Эти периоды усиленного роста, которым сопутствует напряжение всех функциональных систем организма, принято считать критическими периодами в развитии детей. Среди них период полового созревания или так называемый пубертат занимает особо важное место и требует определенного внимания как со стороны родителей, так и со стороны учителей, врачей и общественности. В этот период происходят основные и решающие изменения в детском организме, которые имеют значение для всего дальнейшего развития личности.

Образно выражаясь, мы могли бы уподобить период полового созревания качающемуся мосту, по которому человеческое существо должно перейти от относительно спокойного золотого детства в годы стабильного зрелого возраста.

Что такое пубертат и когда он начинается и кончается?

Период полового созревания характеризуется прежде всего усиленным ростом тела, значительным изменением внешнего облика детского организма, специфическими изменениями почти всех органов и систем, причем особо выражены изменения функции желез внутренней секреции и половых желез. Для этого возраста характерно появление т. наз. первичных и вторичных половых признаков, а также ряд резких изменений в психике, эмоциях и поведении ребенка, который в результате этих развивающихся на протяжении нескольких лет изменений приобретает особенности взрослого человеческого организма.

На первый взгляд эти необычные и резкие изменения и преобразования детского организма кажутся аномальными, выглядят проявлениями своеобразного болезненного состояния. Но, в сущности все эти необычные изменения и трудности, переживаемые ребенком в годы наступления половой зрелости, представляют собой временный и нормальный физиологический процесс, вполне нормальное явление.

В возрасте от 10 до 14 лет мальчики и девочки начинают быстро расти и оформляться как взрослые. Позднее, между 16 и 20 годами, следует фаза развития, когда быстрота роста значительно замедляется.

Способ протекания полового созревания почти всегда один и тот же, однако его точное начало и конец колеблются в широких границах и зависят от множества факторов. У девочек он обычно начинается на 2 года раньше, чем у мальчиков. В различных этнических группах, среди городских и деревенских детей и у отдельных индивидов наблюдаются колебания во времени начала полового созревания и его окончания.

Существуют разные определения длительности периода полового созревания. Некоторые периодом полового созревания называют лишь краткий интервал с 10- до 14-летнего возраста, когда наиболее быстро развиваются самые характерные и самые значительные первичные и вторичные половые признаки. На наш взгляд, это период полового созревания в узком смысле этого понятия. (Данный возраст, в сущности, представляет собой период развития, продолжающийся 8—10 и более лет. В этот длинный динамичный период мы четко разграничиваем несколько фаз каждая из которых длится от 2 до 3 лет.

В первой—подготовительной фазе, бросаются в глаза главным образом усиленный рост и начальное развитие вторичных половых признаков.

Во второй фазе—фазе полового созревания в узком смысле слова, которая длится 2 — 3 года, осуществляется самое интенсивное развитие и созревание половых органов (например, появление менструации у девочек и эякуляции у мальчиков и др.) и окончательное развитие вторичных половых признаков. В этой фазе наблюдается относительное замедление характерного для периода полового созревания интенсивного роста.

В третьей фазе, называемой еще фазой окончания полового созревания или фазой юношества, осуществляется консолидация и завершение бурных проявлений полового созревания. Это фаза перехода к зрелому возрасту.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОДА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У ДЕВОЧЕК

У подавляющего большинства девочек период полового созревания начинается с 10 — 12-летнего возраста и приблизительно через 2 — 2 1/2 года после этого появляется менструация. У многих девочек, однако, половое созревание может начаться в возрасте 9 или 12 лет. Исключительно редко у здоровых и нормально развивающихся девочек он может начаться очень рано (в возрасте 7 — 8 лет) или поздно (в возрасте 13, 14 или даже 15 лет).

Запоздавшее или раннее наступление периода полового созревания в описанных выше границах не связано с аномальным функционированием половых желез и при тщательном опросе часто оказывается, что у матери или бабушки менструация также появилась раньше или позже по сравнению с их сверстниками.

Более чувствительные девочки и их родители, однако, часто беспокоятся, если менструация появляется в более раннем или более позднем возрасте по сравнению со сверстниками. Это беспокойство девочек может привести иногда к проявлениям нервозности. Предотвращению этих проявлений в большей степени могут способствовать правильные советы со стороны родителей и школьных врачей, а также соответствующее медицинское просвещение по этому вопросу.

В начале наступления полового созревания в первую очередь бросается в глаза усиление роста. Если в возрасте 7 — 8 лет девочка растет, прибавляя

в среднем по 5 — 6 см в год, то к 9-летнему возрасту этот рост несколько замедляется (в среднем 3 — 3,5 см в год) однако к 11 годам он неожиданно быстро усиливается и в последующие два года достигает 7—8 см. Родители замечают и нередко удивляются тому, как быстро ребенок вырастает из одежды и обуви в этот период. Вместо среднего годового прибавления и веса — 2,5—3,5 кг, в этот период показатели достигают 4—9 кг. Вместе с быстрым увеличением веса и роста усиливается и аппетит.

Постепенно бросается в глаза и появление характерных для женского организма и пола первичных и вторичных половых признаков.

К 9-летнему возрасту начинается заметное увеличение размеров таза и бедер. Вскоре после этого (в среднем к 10 годам) молочные железы увеличиваются, и девочка начинает носить бюстгальтер. Околососковый кружок молочных желез становится шире, а сами соски набухают. Постепенно грудь начинает оформляться и уподобляться груди зрелой женщины.

За год-полтора грудные железы принимают более или менее выраженную конусообразную форму, а чуть позднее — во время появления менструация — полусферическую форму.

Затем (к 11—12-летнему возрасту) половая (срамная) область покрывается волосяным покровом, а наружные половые органы (малые и большие срамные губы) увеличиваются в размере. Немного позднее начинают расти волосы и подмышками. Оформляется характерная для молодой женщины талия.

Верхней точкой всех этих изменений является менструация, которая в первые месяцы и даже в течение первых двух лет остается неустановившейся как в отношении ритмичности, так и в отношении силы и продолжительности кровотечения. С момента появления менструации (в среднем к 13-летнему возрасту) скорость роста быстро снижается и варьирует от 1,5 до 2,5 см в год.

Постепенно, более медленными темпами, подходит к концу период полового созревания — тазовая область округляется и принимает окончательную форму, область подмышек покрывается волосами, ежемесячно ритмично наблюдается менструация и прекращается рост костей.

Появление менструации очень часто является драматическим моментом в жизни девочки, и при недостаточном предварительном медицинском разъяснении этот момент может стать поводом для многих переживаний и тревог. Долг матери и школьного врача — вовремя объяснить еще в самом начале периода наступления полового созревания в подходящей форме причины этого естественного и нормального физиологического явления, которое на первый взгляд кажется необычным и странным.

Все вышеуказанные изменения, характеризующие половое созревание девочки, являются результатом влияния желез внутренней секреции (гипофиз, яичники, надпочечники) и изменений центральной нервной системы, которые были рассмотрены в предыдущей главе. В регулировании полового развития девочек, как уже указывалось, принимают участие прежде всего эстрогены, выделяемые яичниками, и андрогены, выделяемые надпочечниками. Эстрогены регулируют развитие грудных (молочных) желез, таза, малых срамных губ, влагалища и матки, а также влияют на распределение подкожного жира в разных частях тела и оформление полового влечения.

Эстрогены во взаимодействии с другими гормонами приводят к полному созреванию яйцеклетки в яичниках.

Андрогены, играющие у девочек меньшую роль, обуславливают появление волосяного покрова в половой области и подмышками, развитие больших срамных губ и сальных желез кожи, в связи с чем и появляются характерные для периода полового созревания т. наз. юношеские прыщи (акне).

Как уже указывалось, первая менструация появляется к 13-летнему возрасту, но в первые два года она проявляет те или иные, отклонения которые не являются аномальными, а оцениваются как колебания в физиологических рамках развития. В первую очередь может быть нарушена регулярность двухфазного цикла менструации. В большинстве случаев в начальном периоде созревания первичных яйцеклеток не доходит до конца и зрелые яйца не отделяются от яйчника, желтое тело или вообще не образуется, или же оно является недоразвитым и не приводит к повышению содержания прогестерона в крови. В этих случаях слизистая оболочка матки в первой фазе менструального цикла под влиянием эстрогенов усиленно разрастается, в результате чего дело может дойти до неприятного и продолжительного маточного кровотечения (т. наз. ювенильное кровотечение). Подобные физиологические кровотечения наблюдаются в этом возрасте у 5—10% всех девочек, причем причины здесь могут быть самыми разными. В ряде случаев менструация может появляться не ежемесячно, а с интервалом в 2—3 месяца. X

Могут произойти и другие физиологические отклонения в регулярности менструации в период полового созревания, но характерным для них является то, что они исчезают уже в первые годы после окончания этого периода.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОДА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У МАЛЬЧИКОВ

У мальчиков, как уже упоминалось, половое созревание начинается приблизительно на два года позднее, чем у девочек — не раньше 11-летнего возраста (случаи более раннего начала крайне редки). У многих мальчиков период полового созревания наступает в 12, 13, 14 и даже в 15 лет и крайне редко позже.

Максимальная скорость роста у мальчиков наблюдается примерно в 14-летнем возрасте — с 13 до 15 лет они вырастают в год в среднем на 10 см.

Они также быстро прибавляют в весе. Если раньше они увеличивались в весе ежегодно в среднем на 2 кг, то в период полового созревания — на 3—5 кг и более.

К 10—11 годам начинает расти половой член и семенники (яички).

К 12—13 годам происходит видимое увеличение адамова яблока, находящегося на шее под подбородком, а также появляется волосяной покров в половой области. Половые органы продолжают увеличиваться в размерах (половой член, яичники, мошонка).

К 14—16 годам начинают расти борода и усы, появляются волосы подмышками, слегка увеличиваются грудные железы, голос изменяется (мутируется), он становится более грубым и мужественным, проявляются первые спонтанные эякуляции (семяотделение во время сна).

В конечной фазе полового созревания — к 16—18 годам завершается характерное для мужского пола покрытие волосами тела, половой области и лица (усы и борода). В семенной жидкости появляются зрелые сперматозоиды, а на коже лица часто появляются прыщи. Рост постепенно замедляется и прекращается.

В период полового созревания у мальчиков также появляется ряд трудностей — различные физиологические отклонения, которые заслуживают особого внимания.

Раннее наступление полового созревания нередко вызывает волнения и беспокойство у неподготовленного и недостаточно информированного об этом ребенка, а также родителей. Запоздание полового созревания также вносит нотки подавленности в поведение юноши, который видит, что его

свертники уже выросли и возмужали. Своевременное, проведенное в соответствующей форме половое воспитание предохраняет подрастающее поколение от излишних и тревожных переживаний.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И КОЛЕБАНИЯ В ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ И ЮНОШЕСТВА

Резкие и значительные изменения, наступающие в период полового созревания, не всегда развиваются однообразно и в точно определенных рамках. У большинства подрастающих в этот период наблюдается ряд колебаний и отклонений, которые ошибочно могут считаться признаками анормального или болезненного состояния.

Мы уже упоминали о некоторых этих физиологических отклонениях полового созревания — нерегулярность менструации в первые 1—2 года и пр. У некоторых девочек необычно рано увеличиваются грудные (молочные) железы. У мальчиков весьма редко как временное и преходящее явление также встречается подобное увеличение грудных желез. В некоторых случаях иногда наблюдается другое редкое физиологическое нарушение — преждевременное появление волосяного покрова в половой области до того, как появились остальные признаки полового созревания.

Одним из наиболее частых физиологических отклонений, которое наблюдается в последние десятилетия во многих странах мира, является ускоренное развитие (акселерация), выражающееся в первую очередь в более раннем и быстром росте, прибавлении в весе, более раннем появлении менструации и более раннем начале половой жизни. Сегодня у девочек менструация появляется на 2—3 года раньше, чем это было 60—70 лет тому назад, когда она наступала в 15—17-летнем возрасте. Если 60 лет тому назад юноши достигали своего максимального роста к 25—26 годам, то в наше время они достигают его к 18—19 годам, а девушки — к 16—17 годам. По мнению М. Танера, за период с 1840 по 1960 год. возраст появления менструации каждое десятилетие снижался в среднем на 4 месяца: в 1850 г. менструация у девочек появлялась в 17-летнем возрасте, а в 1960 г. — уже в 12-летнем возрасте.

Это ускоренное развитие и рост молодежи часто протекает неодинаково и неравномерно. В одних случаях они затрагивают главным образом рост и вес, в других — первичные и вторичные половые признаки, а в третьих — наблюдается ускоренное умственное и эмоциональное развитие. Нередко ускоренное и чаще всего негармоничное развитие вносит дополнительные трудности. Раннее половое созревание при наличии еще неокрепшей детской психики и отсутствии достаточного воспитания в семье часто лежат в основе анормальных явлений (ранняя половая распущенность, половые извращения, преждевременная половая жизнь и т. д.), которые затрудняют правильное проведение воспитательно-образовательной работы в школе и ВУЗе.

В качестве частого физиологического отклонения в период начальной фазы наступления полового созревания можно назвать умеренную полноту, которая продолжается 1 — 2 — 3 года и быстро исчезает после расцвета полового созревания. Иногда эта временная склонность к полноте может позднее перейти в резкое увеличение роста и даже худобу. У девочек в редких случаях эта склонность к потере веса (т. наз. пубертатная кахексия) принимает тяжелые размеры с сопутствующей потерей аппетита и др. нервными проявлениями.

Неравномерный и быстрый рост костей тела и конечностей в сочетании с быстрым увеличением веса может стать источником других отклонений.

Наиболее невинные из них — неожиданное и быстрое удлинение ног и рук. Ускоренный рост и увеличение функциональной нагрузки на опорно-двигательный аппарат могут привести к легкому искривлению, позвоночник и ног (например, ног, имеющих форму буквы X), а также временному (плоскостопию и т. д.

Одни из наиболее частых физиологических отклонений, затрагивающих 50—60% подрастающего поколения, — изменения функций сердечно-сосудистой системы, которая в связи с ускоренным ростом и увеличением генетической активности в этом возрасте является относительно обремененной. Целая группа физиологических отклонений сердечно-сосудистой системы приняла название юношеское сердце. Здесь могут быть и легкие изменения величины и конфигурации сердца и появление шумов в работе сердца, и колебания давления крови и частоты пульса, а иногда и сердцебиение. Иногда наблюдается головокружение при внезапно быстром переходе из горизонтального в вертикальное положение. Чаще у девочек, чем у мальчиков, встречается необычно резкое охлаждение и посинение пальцев рук (г. наз. акроцианоз) которое проявляется особенно отчетливо в осенне-зимний сезон года.

У девочек более часто наблюдается легкое физиологическое увеличение щитовидной железы. Оно является временным и не сопровождается другими явлениями. При любом значительном и более продолжительном увеличении щитовидной железы необходима консультация с врачом для предотвращения заболевания.

Кожа подрастающих, и в особенности функции сальных желез, также подвержены определенным отклонениям. Особенно неприятно появление на лице и реже на коже груди и спины, т. наз. ювенильных прыщей, а также юношеской себореи.

Ювенильная форма прыщей может иметь весьма сильное проявление и длиться долго.

Большинство молодежи тяжело переживает подобные проявления пубертата. Прыщи обезображивают лицо, и сознание этого в наилучшем возрасте первых контактов с противоположным полом в товарищеской, школьной и общественной среде гнетет юношей и девушек. Неправильное личное, родительское и медицинское отношение к ювенильным прыщам часто становится причиной их выдавливания, соскабливания, различных форм выжигания и „природного“ лечения, в результате чего появляются дополнительные осложнения инфекции и следы на коже лица, которые потом в течение всей жизни будут напоминать о себе мужчине или женщине, причиняя дополнительные страдания.

Кроме гормонально-возрастных факторов, в появлении юношеских прыщей играют роль и ряд других факторов. Поэтому и предохранительные, и лечебные мероприятия в этом случае должны быть комплексными (гормональный режим, режим питания, коррекция кишечно-желудочных смущений, противомикробные мероприятия, гигиена кожи и т. д.) и проводиться специалистом-дерматологом.

Другими проявлениями со стороны кожи в период полового созревания являются повышенная потливость и особый запах пота (в особенности подмышками), которые могут привести к неприятным переживаниям. В этот период начинают функционировать т. наз. апокринные потовые железы, расположенные подмышками, около пупка и вокруг половых органов. Развитие и функционирование этих желез — важная и специфическая черта полового развития. Пот, выделяемый этими железами, имеет специфический запах, характеризующий половую зрелость и вызывающий половое влечение.

Однако иногда сила и вид этого запаха становятся отталкивающим фактором и создают большие неудобства для индивида. Наконец, необходимо упомянуть и о том, что во время полового созревания капиллярная система кожи весьма лабильна и приводит к быстрому и легкому изменению цвета кожи (покраснению, бледности) при самых незначительных психических переживаниях (страх, стыд, волнение, смущение, неожиданная встреча, экзамен и т. д.).

Изменения, наступающие в функциях нервной системы, особенности психической и эмоциональной жизни являются весьма разнообразными в этом возрасте. Поэтому вид и сила их проявления в известной мере обуславливаются отношениями между ребенком, с одной стороны, и родителями, учителями, товарищеской средой и обществом, с другой стороны.

Знание этих возрастных психологических трансформаций родителями и учителями имеет больше значение в деле воспитания и профилактики в этом возрасте.

В период полового созревания у детей формируется сознание собственной и независимой личности. В этом возрасте дети становятся более эмоциональными, чувствительными, склонными к резким и бурным реакциям. Особую чувствительность дети проявляют к замечаниям и критике со стороны взрослых в тех случаях, когда последние пытаются обесценить их переходный возраст, подавить и отвергнуть их возрастающее чувство независимости и самостоятельности, а также лишить их возможности самим рассуждать и решать те или иные вопросы.

Несмотря на значительное увеличение работоспособности, дети в этом возрасте легко устают, проявляют неустойчивость и слабость к большим нагрузкам. С другой стороны, налицо нестабильность в поведении и настроении. Часто их настроение быстро меняется. В поступках и поведении присутствуют элементы противоречивости.

Эмоциональная жизнь является часто напряженной, однако она может остаться скрытой от родителей. Нередко за взрывами и грубым поведением в отношении родителей и учителей кроются эмоциональные переживания.

Некоторые юноши и девушки, в особенности когда испытывают чувство неполноценности или пренебрежения к себе, уходят в себя и перестают общаться с товарищами и даже родителями. Другие, наоборот, стремятся к чересчур широкому общению и поднимают вокруг себя шум.

Подростки любят дискутировать, упорно защищать свои идеи и взгляды, остро критиковать других и отвергать критику по своему адресу; часто у них отсутствует чувство самокритичности.

У нас нет точных критериев для оценки степени психического развития и его составных — умственных способностей, воли, морали, социальных чувств и др. Об умственном развитии в определенной мере можно судить по решению определенных задач, ответам на определенные вопросы (т. наз. тестам на интеллигентность). Умственное развитие (развитие интеллекта) не всегда идет параллельно с календарным возрастом и появлением различных признаков полового созревания.

В целом можно сказать, что в этом возрасте окружающая среда и связанные с ней впечатления воспринимаются все более совершеннее и глубже. У ребенка постепенно развивается абстрактное мышление, способность анализировать, любовь к определенным занятиям и играм. До наступления периода полового созревания преобладает механическая память, но потом все большую роль начинает играть логическое мышление. У мальчиков преобладает склонность к теоретическому мышлению, а у девочек — к механическому заучиванию.

В период полового созревания формируется характер личности. Ребенок, который до этого подражал взрослому, постепенно становится самостоятельным.

Для раннего периода полового созревания характерна склонность к романтике и нередко к буйной фантазии. Мальчики мечтают о путешествиях, о высоких достижениях в спорте, а девочки часто видят свой идеал в известных кинозвездах или героинях романов, красавицах модных журналов.

В этом возрасте дети отличаются подчеркнутым чувством справедливости. Большинство из них обладает оптимистическим, жизнерадостным и бодром настроением, которое необходимо использовать для целей воспитания. Нередко у них наблюдается склонность к уединению, непослушанию, негативизму и потере интереса к окружающему миру.

Отношение к обществу и развитие коллективного и социального чувства развивается постепенно. Здесь большую воспитательную роль играет влияние семьи, школы, товарищей. Товарищеское окружение и дружный коллектив оказывают наиболее мощное воздействие на навыки, проведение и формирование характера детей в период полового созревания. Поэтому как родители, так и учителя должны настойчиво заботиться о создании здоровой и созидательной товарищеской среды с трезвыми навыками, любовью к труду и народу, правильной социальной целеустремленностью.

ОТНОШЕНИЯ ПОДРОСТКОВ К ТОВАРИЩЕСКОЙ, СЕМЕЙНОЙ И ОБЩЕСТВЕННОЙ СРЕДЕ

Выше уже рассматривались огромное влияние и притягательная сила товарищеской среды для детей переходного возраста. В этом возрасте они испытывают особую необходимость в общении и дружбе с другими детьми и коллективами их сверстников. Образуются товарищеские группы, компании и коллективы, которые часто создают свои нормы взаимоотношений и собственный образ жизни. Юноши и девушки обращаются к интересной для них товарищеской среде, которая их понимает и уважает. Если данный коллектив по той или иной причине не принимает подростка, то он чувствует себя несчастным, подавленным.

Формирование компаний и коллективов бывает чрезвычайно разнообразным, но их положительное или отрицательное влияние является общепризнанным. Родители, учителя и общественность должны всегда хорошо знать о деятельности и целенаправленности подобных компаний.

Часто компании состоят лишь из мальчишек или девчонок, хотя нередки и общие компании. Иногда компании бывают из детей и подростков, а также подростков и юношей старшего возраста. Компании, которые собираются часто и ведут активную жизнь, могут создавать для себя определенные программы и достигать известной степени организованности. Одни члены компании занимают командную, руководящую роль, а другие являются послушными и пассивными соучастниками. При данных иерархических взаимоотношениях предварительно трудно сказать — каково будет влияние компании на отдельного подростка.

Наряду с положительным влиянием, компания может оказывать и отрицательное воздействие на формирование личности подростков. Особо тяжелое, неблагоприятное влияние имеют компании, где верховодят деморализованные и неуравновешенные юнцы, которые в состоянии увлечь и подтолкнуть доверчивых и более молодых членов к употреблению алкоголя,

табака и других наркотических средств, к неподчинению родителям и учителям, к хулиганским выходкам и преступлениям.

В редких случаях молодежные компании могут привести к образованию шаек и банд, которые деградировавшие антисоциальные элементы в состоянии повести за собой и толкнуть на различные формы преступлений (кражи, насилия, запрещенная торговля и т. д.). Иногда такие банды могут быть использованы для действий, враждебных социалистическому общественному порядку. Под такое антисоциальное и упадочное влияние попадает лишь малое число юношей и девушек, в основном детей из расстроившихся, неблагополучных браков и семей, где не существует или прервана связь между ними и родителями. Хотя и очень редко, то такие случаи иногда встречаются в семьях обеспеченных и интеллигентных родителей, которые, ввиду чрезвычайной занятости или непонимания, не уделяют достаточного внимания воспитанию своих подрастающих детей, считая, что подобное воспитание дается школой.

В процессе воспитания подрастающего поколения принимают участие многие звенья — семья, школа, товарищеская среда и т. д. Среди них наиболее ответственной и важной, но в то же время и наиболее трудной является роль семьи, роль родителей. Однако чаще всего именно здесь мы становимся свидетелями трудностей и неудач. Родители, готовые на все ради своих детей, не могут сделать этого из-за часто возникающих между ними недоразумений и конфликтов. В период полового созревания при наличии бурной психоэмоциональной направленности подростков и возрастающего чувства самостоятельности очень легко дело доходит до нарушения и разрыва нормальных связей между родителями и детьми. Виновными за это могут быть обе стороны. Очень часто родители не умеют приспособиться к своему еще вчера неразумному и маленькому ребенку, который сегодня уже перестал быть ребенком, но еще не стал зрелым человеком. Охваченные инстинктивной родительской любовью, они относятся к юноше или девушке как к несамостоятельному маленькому ребенку, которого легко убедить и заставить слушаться своих авторитетных отца и мать. Родители часто забывают о том, что подростки весьма недоверчиво относятся к тому, что недооценивает или умаляет значение их личности и юношеской гордости. Отсутствие доверия и грубое принуждение часто побуждают подростков на резкие поступки, направленные на освобождение от слепого повиновения и опекунов родителей. Тяжелые формы обострения отношений между ними приводят к тому, что дети полностью отходят от родителей и не воспринимают их советов даже тогда, когда они заведомо разумным и полезны для самих подростков.

Снижение числа детей в семье — также негативный фактор в отношении воспитательного воздействия семейного коллектива. Нередко неполадки могут обнаружиться и в семьях с единственным ребенком, когда все его желания удовлетворяются и его эгоизм достигает крайних пределов. Реакции таких разбалованных и окруженных сверхзаботой детей бывают различны. В одних случаях, привыкшие к сверхзаботливости со стороны родителей, юноши и девушки остаются несамостоятельными, скованными, с недоразвитой детской психикой и становятся предметом насмешек своих сверстников, а в других, привыкшие к оранжерейной обстановке, мамыны сыночки и доченьки в период полового созревания вдруг резко рвут с опекуном своих родителей и нередко встают на нездоровый путь, восприняв отрицательное влияние улицы или друзей.

Конфликтные отношения между подрастающим поколением и родителями могут принять различные формы и нюансы. Часто они наблюдаются между отцом и сыном, матерью и дочерью, а также отцом и дочерью, матерью и сыном

Трудно дать определенный рецепт для поведения родителей, который мог бы стать надежным средством устранения возможных недоразумений и конфликтов между отцами и детьми. Лишь одно является несомненным: чем лучше родители вникают в особенности жизни и переживаний подростков, чем больше они общаются и обсуждают с ними важные для их воспитаний проблемы и чем больше проявляют такта и терпения, тем реже дело будет доходить до разрыва тонкой нити воспитательной взаимосвязи между родителями и детьми.

Как зарождается любовное чувство и половое влечение у подростков и каково взаимоотношение между ними?

В период полового созревания параллельно с половым инстинктом, присущим как человеку, так животным, у подростков зарождается новое, возвышенное и сильное чувство — чувство любви и дружбы к сверстникам противоположного пола. Появление этого чувства в ранний период переходного возраста, когда организм еще не закончил своего полового созревания и не готов перейти к удовлетворению своего полового инстинкта, порождает наибольшее напряжение и трудности.

Многие врачи отмечают тот факт, что на ранней фазе полового созревания вполне нормальным является близкая дружба между мальчиками или между девочками. Но это лишь временное и преходящее явление, продолжающееся в течение нескольких лет, и на его месте затем вырастает любовь между юношами и девушками.

У девочек интерес к противоположному полу проявляется раньше, чем у мальчиков. Девочки начинают раньше заботиться о прическе, одежде и всем тем, что может привлечь внимание и вызвать любовь мальчиков. Немного позднее, но с другим оттенком то же самое наблюдается и у мальчиков.

Передко вначале девочки влюбляются в авторитетных для них личностей — учителей, артистов, певцов; сегодня очень часто в эстрадных певцов, известных актеров, поэтов, писателей и т. д. Иногда эта любовь остается тайной, скрытой и непроявляемой. Девочки удовлетворяются коллекционированием фотографий или автографов обожаемых любимцев.

Юноши также испытывают подобные скрытые любовные чувства, но на много реже. Чаще всего они проявляют симпатию к своим сверстницам или девочкам младшего возраста.

Эта юношеская любовь, которая должна остаться сильной, возвышенной и чистой, проходит различные фазы развития и проявления. Мальчишки и девочки любят собираться в общих дружеских компаниях, танцевать, и и веселиться, работать в кружках, устраивать совместные поездки и экскурсии и во всех многообразных поступках в той или иной форме демонстрируют свою любовь. Часто они позволяют себе шутить и подсмеиваться над первыми любовными переживаниями своих товарищей. Юноши и девушки стремятся своей физической и духовной красотой, силами и способностями, всеми своими поступками похвалиться любимому или любимой. Они начинают все чаще искать и находить поводы для взаимного общения. Наблюдается все усиливающееся взаимное влияние между двумя избранниками. Постепенно рождается бурный расцвет взаимных чувств — пишутся любовные письма и стихи, но не всегда все проходит гладко, без драматических переживаний.

Как освещается вопрос о появлении полового влечения, в основе которого лежит поздно появляющийся и постепенно созревающий безусловный рефлекс (инстинкт), подобный пищевому, ориентировочному, защитному рефлексам и т. д. ? По мнению *Бехтерева*, пищевой и половой, а также инстинкт самосохранения — рефлексы наступательного характера. Появление полового инстинкта происходит значительно позднее, чем других. Это связа-

но с особым отношением и заключением в определенные рамки этого слепого инстинкта, который подвержен влиянию развития центральной нервной системы, желез внутренней секреции и социально-этической личности человека.

Половой инстинкт человека качественно отличается от полового инстинкта у животных. У человека он благороден, сознательно управляем и одновременно с этим сочетается с одним из наиболее прекрасных чувств — любовью. Понятия „любовь“ и „половое влечение“ не являются равнозначными и в особенности в период полового созревания между ними не должно существовать одновременного развития и проявления. Если половое влечение свойственно любому живому существу, то любовь проявляется лишь у человека. При отсутствии честной и этической человеческой любви удовлетворение лишь полового инстинкта приближает человека к животному и многократно унижает человеческое достоинство. Половое воспитание молодежи должно научить ее в переходный и незрелый возраст любить по-человечески, что означает владеть и сдерживать проявления полового инстинкта, подчинять его своей воле и вести себя в соответствии с общепринятыми нормами поведения, не нарушать их.

Половое воспитание, абсолютно необходимое еще до наступления периода полового созревания, должно систематически и в наиболее подходящей форме приучать подрастающее поколение к трезвости, воздержанию, искренности и социальной этичности. Человек есть сознательное и морально-социальное существо. Этические нормы взаимоотношений между людьми, в том числе и взаимоотношения между подрастающим поколением обоих полов, для него не могут регулироваться лишь слепым половым инстинктом. У социально воспитанного человека половой инстинкт облагораживается и очеловечивается под сочетающимся воспитательным влиянием семьи, общества, школы, личной способности к моральной сообразительности.

Особо важно подчеркнуть тот факт, что сознательная деятельность человека способна оказывать влияние на половой инстинкт. У человека неосознанный инстинкт постепенно становится осознанным и целенаправленным в соответствии с социальными и этическими условиями его реализации, а также возрастной зрелостью организма.

Подрастающему поколению необходимо объяснить, что цель полового инстинкта — воспроизводство потомства, счастливого и здорового семейного очага, при отсутствии которого жизнь и здоровье будущего поколения подвержены многим опасностям. Чтобы обеспечить здоровье и счастье будущих семьи и поколения, молодежь должна прежде всего укреплять свое физическое, психическое, сексуальное и трудовое социальное созревание, которое сделает наиболее безопасным для здоровья индивида и общества проявление полового инстинкта.

Молодой организм до 20—22 лет растет, созревает, укрепляется и готовится к серьезным испытаниям жизни. В этот период юноши и девушки набирают силы, энергию и знания, которые сделают их будущую жизнь социально осмысленной и полноценной. Лучше всего в этот переходный период сделать все возможное, чтобы удержать половой инстинкт, как срывающийся бурно текущие горные потоки, удерживаемые стенами водооградительного сооружения, которое, накопив запасы энергии, может долгое время использовать их для нужд жизни. Нечто подобное требует от подрастающего поколения гипнотизма. Посредством сознательного и временного полового воздержания в период полового созревания и юношества они смогут накопить здоровье, энергию и знания, которые позднее полноценно и в течение продолжительного времени будут служить жизни и вместе с тем полноценнее и безопаснее удовлетворять

половое влечение. Преждевременное начало половой жизни в период полового созревания связано со многими опасностями и нередко позднее приводит к половой немощи.

Половое воспитание в раннем возрасте в сочетании с юношеской любовью и дружбой является безопасным для растущего организма. Накопившаяся энергия в этом возрасте может быть полезно использована в ходе занятий спортом, в образовательной, культурной и общественной деятельности.

Физкультура во всем ее многообразии также является мощным средством гигиены, способствующим укреплению здоровья молодежи, выдержки, закалке воли, совершенствованию деятельности нервной системы и чувства красоты. Различные методы закаливания (водные процедуры, утренняя гимнастика, свежий воздух и т. д.) со своей стороны повышают сопротивляемость организма. Интенсивная активность мускулов в ходе занятий спортом способствует не только укреплению здоровья, но и при подходящей атмосфере воспитания сдерживает половое влечение и расходует энергию молодежи в правильном и безопасном для нее направлении.

Общественно-культурные и воспитательные начинания в юношеском возрасте также должны служить правильному расходованию энергии молодежи. Правильная организация школьных кружков, разнообразные инициативы молодежных организаций могут способствовать восприятию здоровых навыков и привычек, оказывать помощь мероприятиям по правильному проведению полового воспитания и т. д.

Важная задача гигиены — медико-гигиеническое воспитание в период полового созревания и юности. Этот вопрос недооценивается, когда считают, что дети в этом возрасте болеют редко, что они уже достаточно взрослые для медицинских советов. Такое понимание медико-гигиенического воспитания в период полового воспитания является полностью ошибочным.

В этом возрасте, в особенности у мальчиков, часто наблюдается неряшливость и даже отказ от приобретенных ранее навыков ухода за кожей и волосами; они перестают чистить зубы, мыть руки перед едой, поддерживать в чистоте одежду, гигиенично питаться и поэтому необходимо приложить все силы для восстановления и дополнения ранее приобретенных привычек. В этом возрасте формируется целостная личность и будущий характер, поэтому подросткам необходимо передать разнообразные знания по медицине и гигиене, привить навыки, которые останутся у них на всю жизнь.

Вопреки ускоренному развитию, организм и психика подростков содержат еще многие элементы незрелости и неустойчивости в отношении перемен в половой среде, функционирования желез внутренней секреции, а также социального, этического и трудового созревания. В связи с этим заботы о медицинском состоянии и половое воспитание являются крайне необходимыми, однако они должны быть преподнесены умело, интересно и живо в соответствии с духовными требованиями опережающей свое собственное развитие молодежи.

Здесь остались незатронутыми еще многие задачи, стоящие перед подрастающим поколением — например, вопросы питания, борьбы с наркотическими средствами и воспитание трезвости, вопросы трудового воспитания и культивирования навыков сознательной трудовой дисциплины, а также вопросы идеологического воспитания. Все эти задачи, слитые в одно целое, должны стать основой комплексного коммунистического воспитания молодежи, которое ее поднимет на новую высоту, закалит и подготовит к активному участию в построении великого дела коммунизма.

**ПОЛОВОЕ ВЛЕЧЕНИЕ (ЛИБИДО).
ПОЛОВОЕ СНОШЕНИЕ (КОИТУС)
И НОРМЫ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ**

У физически и психически здорового человека, достигшего половой зрелости, развивается естественное влечение к противоположному полу — половое влечение. Однако если у всех двуполых животных половое влечение, или скорее половой инстинкт, имеет лишь одно единственное содержание, а именно: половое сношение, через которое осуществляется оплодотворение и воспроизводство поколений, то у человека половое влечение имеет сильную эмоциональную окраску, сопровождается, заключает в себе и испытывает влияние всего остального содержания человеческой жизни и само оказывает на нее воздействие. В этом смысле половая жизнь человека выходит за рамки своего первоначального биологического предназначения и начинает играть все большую социальную роль и сильнее воздействует на целостное поведение человека. В связи с половым влечением развивается эмоциональная привязанность и любовь между мужчиной и женщиной, взаимное уважение, взаимопомощь, готовность к самопожертвованию, идея постоянной совместной жизни, создания семьи и воспитания детей.

У физически и психически здорового человека, достигшего половой зрелости, гармонически развивается и специфическая для человека высшая нервная деятельность. Речь, чувство эстетики, отношение к культуре и обществу, совокупное воздействие социальной среды на человека — таковы основные факторы, ведущие к осуществлению сознательного контроля собственного полового влечения и поведения, а также к включению этого поведения в совокупность мотивированных поступков индивида.

История свидетельствует о том, что нормальная половая жизнь в человеческом обществе осуществляется именно в условиях брака и семьи, что только в них наиболее полно сочетаются биологическое, эмоциональное и социальное равноправие совместной жизни мужчины и женщины. И если во всех предшествующих общественно-экономических формациях и социальных структурах данное равноправие было неосуществимым, то социалистическое общество впервые создало все необходимые предпосылки для функционирования идеальной семьи.

В половой жизни и любви *В. И. Ленин* высказал следующую мысль: „В половой жизни проявляется не только данное природой, но и привнесённое культурой, будь оно возвышено или низко. . . Но в любви участвуют двое, и возникает третья, новая жизнь. Здесь кроется общественный интерес, возникает долг по отношению к коллективу. . . Коммунизм должен нести с собой не аскетизм, а жизнерадостность и бодрость, названную также и полнотой любовной жизни.“

Существуют постановки, разграничивающие эмоциональную и физическую любовь и даже противопоставляющие их друг другу. Необходимо заметить, что в подобных постановках содержится большая доза двуличия и лицемерия. Процесс эмоциональной привязанности мужчины и женщины — естественный процесс, и он естественно переходит, связывается и сливается с физической привязанностью.

Половая жизнь и любовь у человека являются двумя гармонично дополняющими друг друга элементами, основной биологической и социальной закономерностью воспроизводства, сохранения, воспитания и совершенствования рода человеческого. Любовь и половая жизнь объединяют и претворяют в жизнь высшие человеческие чувства, каковыми являются материнство, товарищеская взаимопомощь, связи и долг перед обществом.

Наибольшей пригодностью к нормальной половой жизни обладают те индивиды, которые не только физически здоровы, но и эмоционально стабильны. Если мы согласимся с подобной постановкой, то станет ясно, что условия нормальной половой жизни существуют лишь в рамках здоровой семьи.

Именно в ней половая связь перестает быть лишь физическим контактом между мужчиной и женщиной и включает в себе ряд существенных, высших личных и социальных компонентов.

ГОРМОНАЛЬНОЕ И НЕРВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПОЛОВОГО ВЛЕЧЕНИЯ

Для реализации полового сношения необходимы нормально развитые и функционирующие половые органы, т. е. процессы полового развития должны полностью завершены. Иными словами, оба партнера должны достичь полной анатомической и психической зрелости.

Для достижения данного этапа зрелости необходимо наличие нормально функционирующей эндокринной системы и в частности половых желез. Обязательной составной частью системы, обеспечивающей возможность половой жизни, являются также правильно развитые и хорошо функционирующие центральная и периферийная нервная системы, что обеспечивает нормальное протекание ряда процессов при половом акте.

В коре головного мозга существуют звенья, которые можно объединить в функциональном отношении как половой центр. В этот центр поступают импульсы из различных органов ощущения, названных анализаторами (зрение, обоняние, слух, ощущение кожи), которые поотдельности или вместе могут привести половой центр в состояние возбуждения. Этим объясняется тот факт, что половое возбуждение может возникнуть не только в результате непосредственной физической близости между мужчиной и женщиной, но и через зрительное, обонятельное и слуховое восприятие, через раздражение некоторых зон кожи тела, в результате воспоминаний о подобных восприятиях и т. д.

Значение рассматриваемого вопроса о поддержании внешнего вида при помощи использования различных средств, помогающих этому, а также представлении полов друг другу огромно. Внешнее представление одного или другого пола в обществе диктуется прежде всего социальной средой и эстетическими требованиями вида красивого, здорового, без единого дефекта тела и внешности, определяется данными общественными, бытовыми, возрастными, религиозными и др. нормами и модой. Однако не на последнем месте находится и стремление взаимного привлечения внимания.

Основные факты взаимного представления и воздействия друг на друга при помощи внешнего вида и использования дополнительных средств заключаются в подчеркивании женственности у женщины и мужественности у мужчины. Основным фактором является и то, что оба пола нуждаются во внешних раздражителях для поддержания полового влечения (либидо) и стимулирования полового возбуждения. Женщины чаще используют средства, оказывающие влияние в этом отношении на мужчин.

У животных природа больше позаботилась об этом. Здесь животные мужского пола более красивы и выглядят внешне живописнее и привлекательнее. Животные женского пола, со своей стороны, чаще выделяют привлекающие запахи.

У людей женский пол более красив, нежен, привлекателен и своими формами, и волосиным покровом, и гладкостью кожи, и запахом тела. Дефекты у женщины одинаково хорошо воспринимаются и ею самой, и мужчиной и поэтому дополнительных забот о внешности у нее больше. Этому служит косметика, мода и медицина.

Биологическая необходимость общения полов удовлетворяется различным образом в зависимости от социальной структуры общества, характера и уровня личной и общественной культуры. В половом поведении и жизни приобретенное в результате культуры, как уже отмечалось, может быть возвышенным, красивым, достойным человека, но может быть и низким, ужасным, животным, недостойным его. В буржуазно-капиталистическом

обществе биологическое половое влечение используется чудовищной машиной рынка, которая использует моду, кино, печать, увеселительные заведения, привычки, порнографические фильмы, для постоянного и всестороннего поддержания эротичности. От влияния этих близких раздражителей полового инстинкта до конца жизни убрать их от общества, влиятельного человека. И поэтому столь необходимо в нашем социалистическом и будущем коммунистическом обществе, чтобы люди без аскетизма, а с бодростью и жизнерадостностью через культуру получали более высокое и достойное, более глубокое и здоровое представление о поле и взаимодействии между ними. Этому можно достигнуть не избегая половой проблемы в искусстве, кино, печати, театре и развлечениях, а активно пропагандируя высокое эстетическое отношение к проблемам пола и отношениям между мужчиной и женщиной.

Как уже отмечалось в главе о физиологии половой системы, нервная система имеет большое значение при регулировании деятельности гипофиза и половых желез. Сегодня считается доказанным, что гипоталамус является высокодифференцированным нервным образованием со множеством связей как с целым организмом, так и с гипофизом. В гипоталамусе образуются и выделяются специальные вещества, называемые гипоталамическими гормонами, которые достигают гипофиза и обеспечивают его нормальную деятельность. Длительное время считалось, что гипофиз обладает половой специфичностью, но результаты многочисленных опытов на животных показали, что функции этой железы чрезвычайно разнообразны и именно гипоталамус показывает различия при выделении своих мобилизующих факторов. У животных мужского пола он выделяет постоянное количество этих факторов, в то время как у животных женского пола оно волнообразно и циклично.

Многочисленные и разнообразные опыты с животными показали, что если животное, независимо от его пола, будет кастрировано еще при рождении, то в более позднем возрасте оно неизменно демонстрирует поведение особи женского пола. Если в случае подобной ранней кастрации животному женского пола систематически вводить андрогенные (мужские) гормоны, то в более позднем возрасте его поведение становится подчеркнуто мужским. Оно даже выражено сильнее, чем у нормально развивающегося животного мужского пола. При обратном опыте, в результате регулярного введения кастрированному животному мужского пола женских половых гормонов (эстрогены и прогестерон), его поведение имеет также более ярко выраженную женскую направленность, чем у нормальных животных женского пола. Некоторым животным одновременно с андрогенами вводили средства, успокаивающие центральную нервную систему (резерпин). У этих животных андрогены не принесли никакого эффекта и половое поведение было женским.

Анализ этих результатов показывает, что животные рождаются без дифференцированного полового поведения. Последнее оформляется в первые дни жизни. Предполагается, что гипоталамус имеет два центра, выделяющих гормоны — один циклического выделения, а другой — постоянного. Андрогенные гормоны яичек поворожденного блокируют циклический центр и оставляют действовать лишь постоянный, причем половое поведение животного имеет мужскую окраску. При отсутствии подобной блокировки циклического центра половое поведение животного, независимо от его пола, развивается в женском направлении ввиду деятельности циклического центра. Для оформления женского полового поведения явно необходимы женские половые гормоны или наличие яичников.

Данные выводы могут объяснить некоторые отклонения полового поведения у людей, но все же необходимо иметь в виду то, что отношения между мужчиной и женщиной намного сложнее, и половое поведение определяется не только деятельностью центральной нервной системы и гипоталамусом, но подвергается также вмешательству многих факторов быта, культуры и воспитания.

Половое влечение (либидо сексуалис) — своеобразное чувство стремления к противоположному полу, включающееся в общий инстинкт сохранения

ния и продолжения вида. Оно возникает в период полового созревания и медленно угасает в старости. Либи́до определяется множеством факторов — гормональными, психичными, социальными и др. Доказано, что у мужчины сила полового влечения регулируется андрогенами. Об этом свидетельствует множество факторов, как, например, его усиление при лечении мужскими половыми гормонами и исчезновение после кастрации, при введении антигормонов и пр.

Сколько бы это и не звучало парадоксально, но женские половые гормоны не играют никакой роли в половом чувстве женщины. Доказано, что женщины, у которых устранены яичники (независимо от возраста), продолжают испытывать нормальное половое чувство. Точно также употребление эстрогенов, независимо от дозы, чаще всего не изменяет полового желаний. Большинство авторов не признают связь между фазами менструального цикла и половым чувством. Это свидетельствует о том, что оно не зависит от волнообразного циклического выделения эстрогенов и прогестерона яичниками женщины и не подчинено этим колебаниям.

За последнее время было накоплено много данных о большом значении андрогенных гормонов при определении и поддержании полового влечения у женщины. Как известно, андрогены у женщины выделяются в основном надпочечными железами, и при их оперативном устраниении в связи с различными заболеваниями очень часто женщины теряют свое нормальное до того времени половое чувство. И наоборот, при заболеваниях, связанных с повышенной деятельностью надпочечных желез, у женщин наблюдается повышенное половое влечение. Интерес представляет собой один „больной“, описанный в прошлом столетии, который вел разгульный образ жизни и был известен своими похождениями с женщинами. У него были обнаружены увеличенный клитор, матка, яичники и маточные трубы, т. е. женские половые органы. Причины такого поведения и подобного оформления клитора объясняются увеличением надпочечных желез и сверхнормальным выделением андрогенов. Подобные случаи, хотя и очень редко, встречаются также в наше время. Очень часто при лечении женщин андрогенными гормонами в связи с различными заболеваниями наблюдается усиление их полового влечения.

Здесь необходимо еще раз подчеркнуть, что, кроме андрогенов, в оформлении полового чувства важное место принадлежит социальным факторам, в первую очередь воздействию окружающей среды, воспитанию, интеллектуальным увлечениям, спорту и т. д. Комплексность полового влечения объясняет сложность этого чувства и его индивидуальные различия как по силе, так и по направленности. Половое влечение по силе варьирует от обычного полового любопытства до неводержанной половой агрессии, а по направленности — от обычного влечения к противоположному полу до влечения к собственному полу и даже к собственной личности (нарциссизм). Встречаются люди, у которых полностью отсутствует половое влечение, а некоторые из них испытывают отвращение к половому акту.

Комплексность полового влечения объясняется и тем фактом, что у него нет постоянного места в определенном центре нервной системы, и оно подвластно множеству нервных центров, расположенных в промежуточном мозгу, зрительных буграх и коре мозга, которые находятся между собой в постоянном взаимодействии. В нормальных условиях (нормальное развитие половых желез и половых центров мозга, правильное сексуальное воспитание в семье и т. д.) половое влечение направляет индивидов, достигших половой зрелости, в сторону подходящих партнеров противоположного пола с целью осуществления полового акта, биологическое значение которого ясно определено.

ФАЗЫ ПОЛОВОГО СНОШЕНИЯ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ ЕГО ОСУЩЕСТВЛЕНИИ

Половое сношение (коитус) представляет собой процесс полового общения между индивидами противоположного пола. У людей он имеет подчеркнута эмоциональную окраску, и его нормальное исполнение сопровождается чувством привязанности к партнеру. В этом смысле атмосфера, в которой осуществляется половой контакт, имеет, бесспорно, большое значение. Взаимная теплота, товарищеское доверие, любовные чувства, хорошее настроение, спокойная обстановка и т. д. обеспечивают нормальное протекание полового акта. На половое сношение необходимо смотреть как на естественное продолжение и развитие любви между мужчиной и женщиной. Заботы о внешнем виде, одежда, чистоплотность, устранение неприятных раздражителей (запахи, шумы, свет) и т. д. являются существенной частью подготовки к половому сношению. Это заботливое отношение, естественно, должно продолжаться и во время его осуществления.

Половой акт проходит через несколько последовательных этапов, хотя данное деление имеет ряд условностей, и чаще всего элементы одного этапа переходят в следующий¹.

Первый этап, так наз. сексуальное возбуждение партнеров, включает половую игру, выражающуюся в раздражении эрогенных зон (зон, раздражение которых усиливает половое чувство, как, например, губы, затылок, уши, соски груди, бедра, половые органы). Степень эротического значения этих зон весьма различна и зависит от психического состояния индивида и наличия или отсутствия полового влечения, направленного к соответствующему партнеру. Игнорирование этой фазы полового акта, в особенности если сексуальный контакт между партнерами продолжителен, приводит к снижению эмоционально-любовного характера полового контакта. У мужчин чаще, чем у женщин, наблюдается стремление к уменьшению продолжительности этой фазы. Обычно это наблюдается у индивидов, которые быстро достигают полового возбуждения и поэтому сокращают время половой игры. При половом сношении всегда должно присутствовать стремление к альтруизму, т. е. стремление к половому удовлетворению партнера. Недооценка фазы полового возбуждения может привести к тому, что последней фазы полового акта достигнет лишь один из партнеров, а второй останется неудовлетворенным.

Период оформления полового желания у женщины обычно более продолжителен, чем у мужчины. Для женщины большое значение имеет внимательное отношение к ней, обстановка, чувство привязанности к партнеру, стимулирование ее эрогенных зон и т. д. Большинство женщин для достижения необходимого возбуждения испытывают необходимость в интимной игре от 3 до 10 минут. А половое возбуждение, как уже подчеркивалось, является необходимым условием нормального протекания полового акта.

У мужчины одним из признаков полового возбуждения на этом этапе является увеличение размеров и плотности (эрекция) полового члена, объясняемое быстрым приливом крови в его пещеристые тела. Эрекция сопровождается появлением незначительного количества слизистого секрета, выделяемого железами, расположенными в передней части мочеиспускательного

¹ Фазы полового сношения рассмотрены также в других местах книги с другой систематизацией и толкованием. Это не должно смущать читателя. Даваемая различными авторами систематизация весьма условна, часто субъективна, однако это по существу, не является противоречием.

канала. В то же время у женщины бартолиновыми железами выделяется более обильный секрет, что облегчает протекание следующего этапа полового акта.

Второй этап полового сношения — введение полового члена во влагалище — может быть осуществлен лишь при полном достижении эрекции у мужчины. Это значительно облегчается наличием готовности женщины к половому акту, а также достаточной предварительной интимной игрой. Это свидетельствует о том, что половое возбуждение необходимо не только для женщины, но и для мужчины и обеспечивает качественную эрекцию полового члена.

Следующий этап полового сношения — эякуляция и оргазм. Это достигается в результате различного по продолжительности ритмичного движения полового члена во влагалище. Продолжительность этого периода весьма индивидуальна и зависит от множества факторов, к которым относятся также возраст индивида и продолжительность предварительного полового воздержания. Наступление эякуляции до введения полового члена во влагалище или сразу же после его введения называется преждевременным семяизвержением (эякуляцио прекокс). Оно приводит к неполноценному протеканию акта и может расстроить гармонию брака. Момент эякуляции у мужчины отмечается чувством оргазма (полового удовлетворения). Оргазм — это кульминационная точка (завершение) акта. Он достигается посредством раздражения нервных окончаний половых органов мужчины и женщины после прохождения вышеописанных фаз. Продолжительность оргазма от 10 секунд до нескольких минут. Согласно *Кинси*, у одной трети анкетированных женщин оргазм наступает до третьей минуты полового акта, а у $\frac{2}{3}$ он не наступает, если акт длится меньше 10—15 минут. Из вышесказанного ясно, что при нерегулируемом половом сношении оргазм у мужчины и женщины не совпадает. Это, естественно, приводит к неприятным переживаниям и может привести к различным негативным реакциям со стороны систематически неудовлетворяемого партнера.

Во время полового сношения мужской половой член раздражает нервные окончания клитора и влагалища. Раздражение, которое воспринимается этими нервными окончаниями, накапливается и усиливается до тех пор, пока не достигнет такого уровня возбуждения, которое приводит к оргазму. Он вызывает различную реакцию женских половых органов — матка отклоняется кзади, происходят ритмичные сокращения ее мышц и мышц передней трети влагалища, железы у входа во влагалище выделяют светлую прозрачную слизь и т. д. Все эти изменения обеспечивают проникновение семенной жидкости из влагалища в матку и маточные трубы, где может произойти оплодотворение.

Полноценное половое сношение требует, чтобы момент оргазма по возможности совпадал у обоих партнеров. Мужчина и женщина должны знать как свои собственные индивидуальные особенности, так и индивидуальные особенности партнера, доводя половой акт до конечной фазы удовлетворения. Исследования свидетельствуют о том, что при проявлении необходимого внимания и такта можно добиться полноценности половых сношений. Нужно еще раз подчеркнуть, что не зависит лишь от мужчины или лишь от женщины, а требует активного участия обоих, начиная с первых этапов полового контакта. Кроме того, нельзя забывать о том, что с течением времени половое сношение как рефлекторный механизм можно приспособить к рефлекторному механизму партнера с целью совпадения момента оргазма у обоих.

Вместе с описанными изменениями в половых органах во время полового акта наблюдаются и изменения, затрагивающие весь организм. Так, например,

сердечная деятельность ускоряется с 70 — 80 до 110 — 120 ударов в минуту. Дыхание также становится более глубоким и частым, увеличиваясь с 16—18 до 40 вдохов-выдохов в минуту.

Во время полового акта зарегистрировано повышение тонуса мышц, в особенности мышц конечностей. В отдельных случаях это может привести к спазмам и продолжительным судорогам.

У около 75% женщин на лице и теле во время полового акта появляются разнообразные по форме и величине красные пятна. Чаще всего они встречаются на животе и передней части грудной клетки. Их интенсивность растет вместе с половым возбуждением, а после оргазма они постепенно исчезают. Их величина и частота зависят от индивидуальных различий. Появление этих пятен во время полового акта объясняется повышенным приливом крови и ускоренным кровообращением в целом организме.

Раздражения наружного отверстия мочеиспускательного канала во время полового акта может привести к непроизвольному выделению мочи. Известны также случаи воспаления мочевого пузыря после дефлорации (разрыва девственной плевы) или так наз. „цистит медового месяца“.

Независимо от волевого контроля, на стадии оргазма у некоторых женщин могут начаться самопроизвольные сокращения мышц прямой кишки, почти аналогичные сокращениям передней трети влагалища.

Половые сношения после 50-летнего возраста

В физиологическом отношении период, наступающий после 50 лет, характеризуется постепенным ослаблением деятельности половых желез и различными проявлениями биологических законов старения. Однако это не означает, что у людей этого возраста отсутствует эмоциональное отношение к партнеру и они должны отказаться от половых контактов. Наоборот, необходимо иметь в виду то, что очень часто люди в этом возрасте уже успокоились и улеглись, они обладают установившимся служебным положением, покончили с заботами по разрешению семейных и бытовых вопросов и т. д. Именно в этот период люди могут уделять больше времени своей личной жизни и пуждаются в систематической эмоциональной близости своего товарища жизни, в том числе и физической близости. Известно много случаев регулярной половой жизни в семье и в значительно более позднем возрасте — в возрасте 70—80 лет. Как уже несколько раз подчеркивалось, половое сношение необходимо рассматривать как признак физического и психического здоровья и вполне естественно поэтому, что у индивидов, сохранивших здоровье до позднего возраста, половое желание проявляется таким же образом, как и у молодых.

Однако прекращение деятельности половых желез приводит к определенным изменениям в половом поведении. У женщин понижение или полное прекращение действия половых гормонов на половые органы приводит к постепенному уменьшению, к потере ими эластичности, к уменьшению выделения секрета железами у входа во влагалище и т. д. Это создает известные помехи и вызывает неприятное ощущение при половом акте. Проведенные наблюдения показывают, что у таких женщин при достаточной по времени фазе полового возбуждения улучшается кровенаполнение органов, выделяется необходимое количество секрета и становится возможным полноценное половое сношение. Интересно отметить, что у женщин, живущих с молодости регулярной половой жизнью, и в более позднем возрасте наблюдаются физиологические реакции во время полового акта, аналогичные по времени и интенсивности реакциям молодых женщин.

Кроме описанных изменений, связанных с процессом старения и прекращением деятельности половых желез, у женщины в критическом возрасте и менопаузе встречается необыкновенный страх забеременеть. Исследования показывают, что этот страх часто является непреодолимой преградой для осуществления полового акта. По этой причине многие женщины данного возраста находят различные предлоги, чтобы избежать полового контакта и физической близости. При хорошем знании противозачаточных средств этот страх можно превозмочь и достичь нормализации семейных отношений.

У мужчин процесс старения в сексуальной области выражается в известном понижении полового влечения, но ни в коем случае нельзя говорить о его полном исчезновении. Более правильно было бы сказать о снижении половой потребности, а не о ее отсутствии. Параллельно с явлениями прекращения деятельности половых желез наблюдается возрастание чувства неуверенности в возможности осуществления полового акта, общая физическая и эмоциональная слабость. Вместе с тем необходимо отметить и влияние монотонности брака, которая формируется в сознании многих мужчин указанного возраста. Все это может привести к понижению полового влечения и значительному уменьшению половых сношений.

Каждый возраст, понятно, имеет собственные нормы половой жизни. Однако это ни в коем случае не означает, что половое влечение зависит от определенного возраста, после которого полностью исчезает. Правильная оценка возраста, состояния физического и психического здоровья будет определять и физические нормы половой жизни отдельных индивидов. Их границы весьма индивидуальны и зависят от общего состояния конкретного человека — мужчины или женщины.

Половая холодность (фригидность)

У женщин чаще, чем у мужчин, встречается половая холодность — фригидность (от латинского слова *frigidus* — холодный, студеный). Фригидность характеризуется потерей полового желания, ослаблением и иногда отсутствием оргазма во время полового акта.

Статистические исследования частоты половой холодности весьма противоречивы. Согласно отдельным авторам, она варьирует от 10 до 70%. Существует мнение, что в последнее время частота фригидности значительно понизилась. Вероятно, в этом решающую роль сыграло изменение положения женщины в обществе и ее превращение в его полноправного члена. Сегодня женщина освобождена от множества патриархальных, религиозных и пр. предрассудков, которые ранее значительно сковывали ее. Эмансипация женщины вошла не только в социальную и экономическую жизнь, но и нашла полагающееся ей место в семейной жизни, в том числе и в ее половых аспектах.

Согласно обширному исследованию *Термана*, при первом сношении оргазм испытывают 24% женщин, после первого месяца половой жизни — еще 17%, до 1 года — еще 26%, после первого года — еще 16% и никогда его не испытывает лишь 7% женщин, живших половой жизнью. По статистике *Кинси*, до первого года после брака 63% женщин после каждого сношения испытывают оргазм, до пятого года брака — 71%, до 10 года — 77%, до 15 года — 80% и до 20 года — 85%. Оба исследования показывают ясную необходимость во времени для того, чтобы супруги смогли привыкнуть друг к другу и унифицировать свои рефлекторные механизмы во время полового сношения. Приведенные цифры исследований еще раз подтверждают, что при правильном

подходе и такте число фригидных в половом отношении женщины могло бы намного уменьшиться.

В Болгарии проф. *Бр. Папазовым* было исследовано 4188 бездетных женщин и установлено, что 14—15% из них в половом отношении полностью фригидны, 21—23% — нерегулярно испытывают оргазм, а остальные 62—65 испытывают нормальное половое влечение и оргазм.

При формировании половой фригидности определенное значение имеют: боязнь забеременеть, страх, испытываемый перед венерическими болезнями, отсутствие, недостаточное или неправильное половое воспитание, а также превратное представление у молодых девушек о сексуальных взаимоотношениях. Ясно, что в целостном воспитании молодежи сексуальное воспитание и реальная оценка значимости половой жизни должны занять свое заслуженное место.

С другой стороны, нельзя забывать о том, что женщина часто приступает к половому сношению с нежеланием, ввиду отсутствия теплоты и внимания к ней. Для женщины более важно, чем для мужчины, испытывать половой акт как естественное продолжение чувств, ласки и заботы о ней. При анализе случаев фригидности часто оказывается, что женщина испытывает нормальное половое влечение и полностью активно принимает участие в половом акте. Нельзя забывать французской пословицы о том, что нет холодных женщин, а есть неумелые мужчины. В ней содержится определенная доля истины.

Факторы полноценного полового удовлетворения

В отличие от животных, использующих половой акт лишь с целью продолжения вида и испытывающих необходимость в нем лишь в определенные периоды, человек обладает возможностью неограниченного полового общения. С развитием медицинских знаний были созданы возможности контролировать зачатие, что еще больше освободило людей от страха, связанного с нежелательной беременностью, что в определенных случаях является естественной сексуальной преградой. Все это позволяет рассматривать половую жизнь, далеко выйдя за рамки физиологических и биологических норм и требований, а также вызывает необходимость поставить на обсуждение вопросы как о моральных нормах, так и о максимальном эротическом удовлетворении во время полового акта.

Еще с древних времен были известны различные способы, усиливающие половое удовольствие. Так, например, некоторые примитивные племена в Индонезии прикрепляют твердые предметы к половому члену для усиления оргазма у женщины. Использовались и продолжают использоваться различные предметы для самоудовлетворения, в основном женщинами (мастурбация). Обрезание, широко используемое с древних пор мусульманами и евреями, кроме религиозных и гигиенических соображений, имеют также целью более полное переживание полового контакта.

Существует немало книг, рассматривающих технику полового акта. Кроме многочисленной порнографии и избыточной пикатности, в них можно открыть и ряд рациональных моментов, извлеченных из опыта поколений. Одним из наиболее известных сочинений по этому вопросу написано более 1500 лет тому назад в Индии. Автор *Кама Сутра*, исходя из разнообразных типов человека, дает рекомендации поведения партнеров в соответствии с их принадлежностью к тому или иному типу. *Ван дер Вельде* в „Совершенном браке“ подчеркивает, что через разнообразие сексуальности можно избежать скуки и монотонности в рамках брака. Во множестве сочинений по-

следного времени заложена идея о том, что о физической любви необходимо знать не только для извлечения из нее максимальной ценности, но и во избежание физиологических и психических последствий, происходящих из неудовлетворенности, половой холодности и т. д., являющиеся причиной немалого процента расторжения брака.

Обеспечение сексуального созвучия между супругами — важная психологическая и социальная проблема. Большая разница в психическом состоянии, физиологии, воспитании и т. д. между отдельными индивидами вызывает необходимость при половом контакте, лежащем в основе брака, продолжительной адаптации друг к другу. Большую роль здесь могут сыграть научные познания. Сексуальная „техника“, если она используется правильно, может обеспечить максимальное половое удовольствие для обоих партнеров. Подобный подход содержит в себе большую долю альтруизма и служит гуманизации половой жизни.

Использование различных положений при половых сношениях вызывается и некоторыми особыми причинами (беременность, чрезмерная полнота, перемана позиции половых органов и т. д.). Нахождение и использование подходящего положения в вышеуказанных случаях создает благоприятные условия для осуществления полового акта, а также для увеличения возможности забеременеть.

При беременности необходимо выполнять определенные условия гигиены половой жизни. Для первых 5 месяцев не могут быть приведены определенные позиции полового акта, а в последующие сроки рекомендуется использование бокового положения или какой-либо другой позы с тем, чтобы мужская тяжесть своего тела не давил на матку беременной женщины. На последнем месяце беременности половые сношения необходимо вообще прекратить.

Указанные положения, естественно, не исчерпывают всего разнообразия позиций полового контакта. С целью максимального полового возбуждения, в особенности в случае пониженного полового желания, можно рекомендовать во время одного акта последовательную систему положений, что во многих случаях способствует его более полноценному осуществлению и переживанию.

Нормы половой жизни и половое воздержание

Определение норм ведения половой жизни — чрезвычайно сложный и трудный вопрос. Как указывалось, пригодность к половому общению предполагает нормальное физическое и психическое здоровье. У людей для этого требуется и наличие подходящего партнера, вызывающего определенные чувства. Вот почему для начала половой жизни наиболее подходящим временем является завершение целостного психо-физического развития, а наиболее подходящим условием для полового контакта является семья.

Сексуальные возможности у здоровых и молодых индивидов весьма различны. Нельзя забывать, что частота половых сношений зависит от взаимоотношений и взаимного желания обоих партнеров. Различные наблюдения показывают, что до 30-летнего возраста частота половых контактов от 2 до 3 в неделю считается вполне нормальной. В более старшем возрасте происходит сокращение половых сношений, но их частота все же характеризуется большими индивидуальными различиями. Известны случаи, когда люди старше 70 лет продолжают регулярную еженедельную половую жизнь, а в то же время многие более молодые индивиды более редко испытывают необходимость половой близости. Нужно подчеркнуть, что половое желание

зависит не только от физиологических и возрастных факторов, но и от культурных, социальных, этических и др. условий.

Во время полового акта человек тратит много сил, хотя и не замечает этого в связи с половым желанием и эмоциями, которыми он сопровождается. Он связан со значительной нагрузкой на сердечно-сосудистую систему и трудно переносится людьми с атеросклерозом, повышенным давлением, хроническими болезнями легких, невротическими и психопатическими состояниями, для которых половые контакты должны быть ограничены до 1—2 в месяц.

Угасание половой функции, связанное с возрастом, наступает постепенно. Однако если возможность забеременеть более тесно связана с определенным возрастом, то возможность полового общения наблюдается до преклонного возраста. Характерным, особенно для мужчин, является то, что половая потенция отпадает раньше чем половое желание.

Безразборные половые контакты в юном возрасте истощают нервную систему, наносят ущерб ее эмоциональной сфере и приводят в конечном счете к духовной опустошенности и неудовлетворенности, которые могут стать причиной половых извращений.

Половое воздержание (абстиненция), встречающееся в различных жизненных обстоятельствах, не влечет за собой каких-либо отрицательных последствий для организма или нервной системы. Необходимо подчеркнуть, что воздержание сохраняет силы и энергию, способствует концентрации интеллектуальной деятельности и творчества. По мнению Милмана, многочисленные случаи импотентности и другие сексуальные нарушения часто возникают в результате половых излишеств, но еще ни разу они не были порождены половым воздержанием.

В связи с вышесказанным для молодых рекомендуется не более 2—3 половых сношений в неделю. Эта норма позднее, при достижении 30—40-летнего возраста, снижается до 1—2 в неделю. Необходимо иметь в виду, что чтение эротической литературы, просмотр порнографических фильмов и чрезмерное употребление некоторых возбуждающих нервную систему средств усиливают в течение известного времени половое желание, но затем неизбежно приводят к его быстрому исчерпыванию. Обратное воздействие, в направлении его подавления, оказывают усиленная интеллектуальная деятельность и занятия спортом. Их можно использовать для контролирования болезненного усиления полового желания.

Изучение физиологии полового сношения показывает, что его необходимо рассматривать в качестве важного элемента нормального образа жизни индивида. Знание и выполнение условий нормального полового поведения обеспечивает его правильное развитие и продолжительное сохранение возможности полового общения. Стремление к нормальной половой жизни означает стремление к нормальным человеческим и товарищеским взаимоотношениям, к созданию счастливой семейной обстановки. Поэтому социальное значение полового акта вышло за тесные рамки отдельного индивида и превратилось в важное звено жизни общества. Это определяет и ответственность, с которой необходимо подходить к половому воспитанию подрастающего поколения и целенаправленному половому просвещению молодых семей.

Жизнь всегда воплощается в обособленные существа, чье существование ограничено во времени. Однако вид, к которому принадлежат живые существа, как правило, бессмертен. В ходе эволюции живых существ были выработаны разнообразные способы безграничного сохранения вида. Нами уже была рассмотрена биологическая основа воспроизводства и безграничности живых организмов.

Самодвижение живой материи разворачивается от одноклеточных существ до всех видов с неисчерпаемой пластично-энергетической активностью. Изумительное богатство одноклеточных, многоклеточных и более высокоорганизованных растений и животных, населяющих землю, воду и воздуха, подтверждает правдивость следующего вывода *И. П. Павлова*: „Вся жизнь подчинена осуществлению одной цели — сохранению самой жизни, непрерывной деятельности того, что называется еще инстинктом жизни“.

Разграничение индивидов на мужской и женский пол с различным для двух полов телосложением и различными органами оплодотворения у низших животных не обязательно связано с половым влечением. Лишь начиная с насекомых, птиц и млекопитающих оплодотворительная деятельность сопровождается влечением к совокуплению. Это влечение называется сексуальным инстинктом или либидо, сексуальностью или половым влечением.

Половое влечение отсутствует у одноклеточных и многоклеточных организмов, у размножающихся половым путем растительных организмов, у животных организмов, оплодотворение которых происходит вне тела особей женского пола (рыбы). У большинства видов животных оно возникает во время созревания индивидов, а у самок лишь во время т. наз. эструса (течки).

Какова истинная цена полового влечения в развитии жизни на земле? Его роль нельзя недооценивать, но и нельзя также переоценивать.

Мнения о роли полового влечения в жизни отдельного человека и общества изменялись в ходе истории, а ошибки в этих мнениях в прошлом и настоящем имели и могут иметь роковые последствия для отдельных лиц, племен и народов. С одной стороны, на половое влечение наложено проклятие „первородного греха“, и христианская этика рассматривала отказ от него как наиболее правильный путь к „вечному блаженству“. С другой стороны, во всех загнивающих общественно-экономических формациях, с другой стороны, удовлетворение половой потребности вместе с губительным блаженством наркотического опьянения превозносится едва ли не как единственный смысл существования.

Наибольшей опасностью при оценке роли полового влечения в жизни человека является попытка рассматривать его как определяющий механизм развития личности и общества. Ярчайшим выражением этой точки зрения является учение о психоанализе, пансексуализм Фрейда, которое сегодня в ряде западных стран, в особенности в США, оказывает широкое влияние на медицину, психологию, социологию, а также мировоззрение многих людей.

Реакционная сущность учения Фрейда не раз подвергалась критике прогрессивной общественности.

ПОЛОВОЕ ВЛЕЧЕНИЕ

Половое влечение как биологический порыв сравнительно поздно появляется в эволюции. Да и о родительском инстинкте можно было бы говорить только в отношении тех видов, которые заботятся о потомстве до момента, когда

оно станет способно к самостоятельному существованию. Наоборот, инстинкт продолжения вида действует и у живых существ, которые не имеют ни родительского, не полового инстинкта. Так, например большинство рыб размножается через внешнее оплодотворение, т. е. через слияние сперматозоидов и яйцеклеток в воде вне тела женских индивидов. Чтобы достичь места оплодотворения, они проплывают иногда тысячи километров. Так как они не совокупляются, становится ясно, что их поведение определяется инстинктом продолжения вида, который все еще не разграничился на родительский и половой инстинкты, несмотря на то, что они раздельнополые. Родительский инстинкт существует опять-таки и у животных, которые не имеют полового влечения и сами не создают потомство: рабочие пчелы, которые не совокупляются и не откладывают яйца, создают необходимые условия для выращивания потомства. Матка и трутни, наоборот, имеют половой, но не родительский инстинкт.

Все эти и другие подобные естественные примеры из эволюции жизни показывают, что родительская привязанность не есть только „сублимация“ полового желанья, как учит психоанализ, а развивается на основе инстинкта, который полностью обособлен от полового влечения. А то, что это только способ продолжения рода, видно из гибели мужских индивидов некоторых видов бабочек, непосредственно после оплодотворения. Так, например, ночные бабочки „павлиные глаза“ имеют только зачаток осеменительной трубки: они погибают сразу после совокупления, которое совершается у них не всеми мужскими особями, а только некоторыми из них. Впрочем и оплодотворенная самка живет только до тех пор, пока не отложит на зеленых растениях многочисленные яйца. И среди муравьев умирают все мужские особи вскоре после „свободного похода“, в котором разворачивается полиандричное общение.

Самка сохраняет в своем семенном сосуде сперматозоиды множества самцов, которыми годами постепенно оплодотворяется яйцеклетка. У некоторых пауков женские особи съедают мужские сразу после совокупления.

Многообразные способы, которыми осуществляется оплодотворение яйцеклетки сперматозоидами, выработались в процессе эволюции для создания самого жизнеспособного потомства. Ту же роль играет борьба не на жизнь, а на смерть у оленей и лосей, чтобы самое сильное животное обладало самкой. Борьба между мужчинами за обладание женщиной существует и у некоторых первобытных племен.

Половое удовлетворение

Как уже было сказано, с половым влечением связано не только воспроизводство поколения, но и необычайно сильное чувство, так называемое эротическое переживание.

Вершина полового удовольствия и удовлетворения — так наз. оргазм. Это ощущение, наступающее одновременно с началом ритмических сокращений мышц половых органов, которые могут распространиться и на мускулатуру если не всего тела, то хотя бы поясничной области, и завершающееся семяизвержением у мужчины и соответствующим ему выделением секрета бартолиновых желез у женщин.

Утверждение, что половые сношения совершаются лишь для получения оргазма, неверно, потому что во множестве семей, хотя бы в определенные промежутки времени, половые сношения совершаются именно с целью создать потомство. Нельзя, однако, отрицать, что преобладающее число мужчин

и женщины, которые способны переживать оргазм, ищут в половом сношении именно источник этого особенного вида удовольствия.

В связи с эротичным половым переживанием надо сказать, что только человек, почти единственный среди всех живых существ, способен поднять свое половое влечение до уровня эмоционального удовлетворения. В зависимости от ряда личных качеств и особенностей и главным образом в зависимости от социально-общественной обстановки, культуры, воспитания, подражания и пр. человеком создано исключительное разнообразие факторов, служащих эротике, которые ее усиливают, изменяют и приводят к злоупотреблению ею.

О н а н и з м. Одна из разновидностей полового удовлетворения, стоящая ближе всего к физиологическому половому переживанию — онанизм. Он представляет собой почти естественный период в развитии полового влечения у юношей и у большей части девушек. Если же эта форма самоудовлетворения наступит в раннем детстве и продолжается после начала половых сношений, если она преобладает (эксцессивный онанизм) или остается единственным способом удовлетворения полового инстинкта, тогда онанизм надо рассматривать как половое извращение, как болезнь.

Половое извращение

Превращение полового влечения в метод удовлетворения, поиск в совокуплении только оргазма иллюстрируются особенно такими фактами, когда это удовлетворение нередко ищется и достигается не только путем нормального совокупления мужчины и женщины, но и введением мужского полового органа в рот или в задний проход (анус) женщины, а также лицам собственного пола. Эти и другие подобные варианты полового удовлетворения, особенно когда они превращаются в единственный или пусть даже преимущественный способ полового сношения, являются извращениями. Это определение — не произвольная выдумка или морализаторское осуждение, а основывается на действительном отклонении полового инстинкта от природных способов его удовлетворения. В этом же смысле к извращениям должны быть отнесены садизм (получение оргазма при причинении боли или телесных повреждений участнику полового сношения) и м а з о х и з м (получение полового удовлетворения при ощущении боли). К ним принадлежат также и сношение с животными (содомия), удовлетворение полового влечения посредством семяизвержения в те или другие части женской одежды (фетишизм). Иногда влечение обращено преимущественно или исключительно к лицам несоответствующего возраста: п е д о ф и л и я (блудство или совокупление с детьми), г е р о н т о ф и л и я (совокупление со стариками). Э к с г и б и ц и о н и з м (демонстрирование половых органов) и э к с г и б и ц и о н и с т с к и й о н а н и з м (рукоблудие до наступления семяизвержения перед другими лицами) совершаются также ненормальными в умственном отношении (слабоумие) или психическом отношении (психопатия) лицами или больными с глубоким упадком умственной деятельности и памяти (атеросклеротическое и старческое оглушение). Это может быть также результатом различных болезней личности (шизофрения, маниакальность, эпилепсия).

Все эти отклонения в половом влечении — а их список может быть увеличен — извращения не только потому, что не совпадают с его биологической направленностью, но и потому, что лишены эмоционального содержания, которое присуще связи мужчины и женщины. Действительно, сексуальность

человека может быть лишена всякой эротики, но все таки ее удовлетворение не просто „внезапно преходящее нервно-мышечное напряжение“.

Если совокупление осуществляется без чувств, связывающих участников, то после него они испытывают не только безразличие друг к другу, но иногда даже и отвращение. В подобных случаях партнеры или один из них не выносят соприкосновения тел, могут дойти и до взаимных оскорблений, ударов, побоев. Многочисленные примеры подобных случаев существуют в судебно-психиатрической практике.

Половая сверхвозбудимость у мужчин, которая должна удовлетворяться часто (каждый день или по нескольку раз в сутки) и по возможности с разными женщинами („смена раздражителя“), чтобы легче и более бурно разгоралась страсть, называется с а т и р и а з о м. Ее соответствие у женщин получило название н и м ф о п а т и и (неправильно называемой нимфоманией). Развратность женщины (м е с с а л и н и з м) не следует смешивать с проституцией.

Проституирующая женщина — это женщина, которая отдается за плату, которая не выбирает партнера, т. е. общается со многими мужчинами и служит для удовлетворения их полового инстинкта. Не следует забывать, что есть и проституирующие мужчины, которые за плату вступают в половое сношение и с женщинами, и с мужчинами, удовлетворяя половые желания того, кто заплатит. Платные участницы или участники, которые возбуждают, а после этого удовлетворяют похоть своих покупателей, остаются, как правило, безучастными к ним. Однако многие проститутки бывают сильно влюблены в своих сутенеров, которые ведут паразитический образ жизни, безстыдно используя доходы покровительствуемых ими и влюбленных в них проституток.

До какой степени половое удовлетворение одного партнера и самоудовлетворение, с одной стороны, и влюбленность, с другой, не покрываются видно из того обстоятельства, что, даже независимо от обезличения проституток, некоторые из них сохраняют свою душевную чистоту или в отдельные моменты одухотворяются ею. Подобные примеры не только выдуманы писателями, сценаристами и кинорежиссерами, но и действительно существуют.

Многих мужчин удовлетворяет половой инстинкт, не испытывая ни малейшей влюбленности. Подобная возможность существует и для женщин, вопреки общепринятому мнению, что это не столь частое явление среди них. То обстоятельство, что большое число мужчин совокупляется с платными женщинами, доказывает это. Даже и без вмешательства денег, во многих случаях половая страсть бывает удовлетворена без признаков какой-либо эротичности. Впрочем, и собственники гаремов, как правило, используют своих жен, если не всех, то большинство из них, чтобы выровнять напряжение инстинкта, не испытывая какой-либо влюбленности к ним.

Половое влечение побуждает и к так наз. флирту к лицам противоположного или того же пола. Слово это английское и не имеет буквального перевода. Его наиболее близкое значение „половая игра“. Она включает все переходы от взглядов, улыбок и жестов на расстоянии, через рукопожатия и сплетение ног (под столом), до поцелуев и объятий. Поглаживание тела через одежду и обнаженного тела, прикосновение к грудям и всевозможные телесные интимности известны в современной литературе как петтинг. Он исключает только половое сношение. Девушки, которые завершают любовную игру, допуская трение пениса по срамным губам, называются в художественной литературе (Марсель Прево) и в научной (Магнус Хиршфельд) „полудевствен-

ницами". Они сохраняют нетронутой свою девственную плоть для первой брачной ночи. Некоторые из них опасаются и внебрачной беременности, зная, что она может наступить и при эякуляции между срамными губами, несмотря на сохраненность девственной плевы. Нельзя говорить, что флирт всегда проявление развратности. Он нередко прокладывает путь к взаимной близости, которая сопровождается не только симпатиями, но и влюбленностью. Во многих случаях он углубляется до любви, которая скрепляется браком. *Кинси* утверждает, что флирт подготавливает женщин к физиологическому оргазму при совокуплении, так как многие женщины без опыта в этом отношении могут остаться полностью холодными в половом отношении.

Есть и мужчины, которые предохраняют от „обесчестения“ девушек, с которыми флиртуют и, особенно, остерегаются последствий, потому что это увеличивает их обязательства по заключению брака с девушкой, влечет за собой моральную ответственность, а также создает опасность судебного наказания.

Флирт не надо смешивать с кокетством. Это манера поведения, направленная на вызывание общих симпатий вообще, а не только в половом отношении. Стремление каждого человека достичь большей социальной значимости и приобрести общественное признание за действительный вклад в материальную или духовную культуру при кокетстве превращается в приспособление к слабостям данного лица или определенного круга лиц для привлечения их внимания, одобрения и восхищения. Нет сомнения, что кокетство очень часто служит и для возбуждения половой страсти и нередко оно примешивается к флирту и совокуплению. Во многих случаях, наоборот, кокетство переходит в резкое отталкивание, если вызвало попытку достичь половой близости, исходя из неправильно понятого поведения кокетки, как готовности к флирту или даже к половому сношению. Если флирт осуществляется всегда между двумя, то кокетство является, по существу, „сольной“ игрой, которая прекращается в момент перехода либо к флирту, либо к отталкиванию.

Половой инстинкт, чье полное удовлетворение достигается при оргазме, побуждает к совокуплению с большим количеством партнеров. Наряду с преобладавшей в прошлом семейной (у магометан, китайцев и др.) или внебрачной (у христиан и др.) полигамией (многоженство) в настоящее время развилась и полиандрия (многомужие), характерная для женщин, которым в обычаях и научных трудах приписывается моногамная скромность. Нельзя утверждать, что при полигамии и полиандрии не делается вообще никакой подбор, т.е. что существует настоящий промискуитет (безразборное совокупление со всеми возможными участниками), что он определяется единственно „зовом плоти“. Оказывается, что для многих мужчин, да и женщин тоже, круг желаемых партнеров для полового сношения очень широк, хотя и не безграничен. Чем больше голый инстинкт наполняется эмоциональным содержанием, ограничивается эстетическими критериями личности, тем больше этот круг сужается. Даже и во флирте существует значительно больший выбор лиц, с которыми он может быть осуществлен. Ему предшествует хотя бы взаимное симпатизирование или влюбленность.

Влюбленность — это сексуально-эротическая направленность к существу, как правило, противоположного, но иногда одного и того же пола. При ней над инстинктом надстраивается сложное переплетение восхищения внешним видом (стройностью, цветом кожи, красотой лица, блеском глаз, привлекательностью улыбки и изяществом движения, особенно походкой), смелостью „подвигов“ во всех областях физической и духовной культуры. Она побуждается и высоким положением на общественной лестнице и нали-

чем материальных благ. Одним словом, влюбленность определяется совокупностью особенностей личности влюбленного с биологическими, психическими и социальными преимуществами лица, которое вызвало ее появление. Несмотря на то, что влюбленность обычно ограничена человеком, тем не менее, как бы он ни был очарован, влюбленный знает, что он мог бы без особых душевных сотрясений заменить его другим, если не получит взаимности. Впрочем, влюбленность распределяется нередко на двух, трех и больше лиц, в то время как любовь сосредоточивается на одном существе.

ЛЮБОВЬ

Любовь — переход полового влечения в духовную сопринадлежность к человеческому существу противоположного пола, чей уровень телесно-психического развития позволил бы ему ответить взаимностью. Она одновременно сексуально-эротическое и духовное открытие „единственной“ или „единственного“, связь с которым выглядит как образование неделимого целого „мужчина—женщина“. Античный образ „божественного гермафродита“ воплощает мечту о слиянии двух любящих в телесное и духовное единство двуполого существа. Это единство не исчезает и со смертью, при которой нередко двое уходят вместе. И в народных песнях, и в художественной литературе судьба истинной любви воплощается в незабываемые тысячелетиями образы. В „Нераздельных“ *Пенчо Славейкова* „для любящих сердца и смерть не разлука“. Поэтому Иво и Калина, которым при жизни запретили соединиться его мать и ее отец, соединились после смерти. В „Ромео и Джульетта“ *Шекспира*, вражда между Монтекки и Капулетти приводит влюбленных к самоубийству. *Максим Горький* подобно многим другим писателям, показал, что любовь не только „сильна как смерть“, но иногда и могущественнее ее. Любовь вдохновляет и на самопожертвование. В опере *Вагнера* Сента повесилась, чтобы спасти „летучего голландца“ от проклятия не находить нигде покоя, за то, что он позволил себе отплыть в „страстную пятницу“. Как и в других своих музыкальных драмах, композитор здесь представляет в судьбах героев свою идею об „искуплении проклятия мужчины верностью женщины“. Агасфер из христианской легенды, включительно и в поэме *Н. Лилисва*, наоборот, не встретил в своем тысячелетнем странствовании женщины, которая жертвенной любовью освободила бы его от вечной преисподни, т.е. от бесконечных страданий, которые надо переносить в скитаниях по всем земным дорогам без отдыха — подобно Иисусу, которому было отказано в отдыхе по пути на Голгофу.

Ясно разграничиваются половое влечение и любовь в „Тангейзере“. Герой испытал все плотские наслаждения, пользуясь благосклонностью самой Венеры, но самые искусные ласки не смогли удержать его в ее власти: он возвращается к людям, чтобы отыскать там истинную любовь, и находит ее у Элизабет. Она спасает его от соперников в состязании рыцарей-певцов, когда в своем гневе он восхваляет сладострастные переживания в горах с Венерой. Больше того, только после ее смерти покрылся зеленью высохший посох Тангейзера, как знак прощения его „греха“.

Самопожертвование во имя любимого и любимой не поэтическая выдумка. Если бы судьба Сента, Элизабет и других героев не были бы вдохновлены жизненной правдой, то произведения, в которых они были представлены, не имели бы художественной ценности.

Все в жизни разделяет Тристана и Изольду, и смерть остается единственным путем для их соединений.

Можно было бы привести много примеров из народного творчества, стихов, рассказов, драм и трагедий, песен и опер, а также примеров живописи и скульптуры, танцев, которые были вызваны любовью или воспевают ее. Перелистывая „Антологию мировой любовной лирики“ (1967), нас трогают любовные волнения, из которых за тысячелетия существования человечества до нас дошла лишь ничтожная часть. В них витают чаще всего образы женщин, потому что поэзия создавалась в прошлом прежде всего мужчинами. Даже волнения влюбленных девушек воспевались, как правило, поэтами. В древности и в средние века женщины писали стихи только в исключительных случаях. В Элладе едва ли не единственная Сафо выразила свои любовные волнения в поэтическом виде.

Поэты возвеличивают свою любимую неисчерпаемым богатством сравнений, одаряют ее всеми совершенствами, которые их воображение открыло в ней. Одни видят прежде всего телесную прелесть. Для Соломона „щеки ее, как горлицы, шея как ожерелье, соски ее — две лани, она лилия среди чертополохов“.

Франческо Петрарка опьянен ее волосами — тонким золотом, и белой, как снег, кожей. Даже отдельная черта лица становится образом. Отомо Якомоти каждый раз, когда „видит месяц молодой“, перед ним „возникает изогнутая бровь той, с которой лишь один раз можно встретиться“. Для других любимая „возвещает небесный закон“ и „чудесами своими в меня вдохнула надежду“ (Данте Алигери). Эдмонд Спенсер не находит ничего на свете, с чем мог бы сравнить очи своей любимой.

Сервантес готов умереть, если любимая захочет этого. Димко Дебелянов „брошен в мрачную тюрьму“ „печалью далекой и воспоминаниями лишними“.

Поэт и его любимая вырастают над измерениями повседневности, над временностью бытия и покидают пределы планеты задолго до космических кораблей, созданных наукой; они отождествляются с самим божеством. Для Джона Дэна „она государство, король — это я, и нет ничего другого на свете“. И он приказывает солнцу: „Свети нам двоим, и так будешь везде на этом свете, постель наша — в твоём центре, комната — орбита“. Поэт с любимой проникает в природу, в „стебель каждой травинки“, в „стволы, растения, листья, кору и корни“, в „скалы, камни и зверей“. Любимая и он — „два горящих солнца“ и облака, и море, и воздух, дождь, холод и темнота. В этой изначальной связанности с пребыванием во Вселенной мужчина и женщина — порвавшие со всем остальным в мире — ограждены только своей „радостью и свободой“.

Разделенная любовь — высшее счастье, которое расширяет кругозор до звездных просторов, окрыляет творческими порывами, осуществляет бессмертие жизни через безкрайнюю последовательность поколений, и она сильнее смерти, когда общественные условности не допускают соединения двоих. Однако взаимность может погаснуть и по внутренним побуждениям одного из двоих. Оставленный любимой, Проперцит клянется: „Цинтия была первая, она и останется до могилы!“ Некоторые подавляют муку разлуки обманчивым блаженством опьянения. Алишер Навои гасит алкоголем свою скорбь, потому что любимая не пришла, оставив его всю ночь умирать и проклиная любовь.

Но и без разлуки любовь соткана из противоречий. Поэтому Луиза Лаббе исповедуется: „Живу и горю, а мыслю о смерти“ и „моя тоска растет в радости“. Так двусмысленно ее ведет любовь. Ведь и в народной песне лирический герой „по воде ходит, но жаждой мучается“. И девушка Джона Драйдена „поддерживает огонь по действию двоякий, жжет остро он, но ра-

дует". Насколько понятна ее готовность „нежно его беречь, даже если несет он смерть“.

Разлука мужчины и женщины, любящих друг друга, может быть различна по своей сущности. Прежде всего она может быть временной: отъезд в другой город, в другую страну, участие в войне или в научных экспедициях. Когда они действительно образуют телесно-духовную общность, она не распадается, выдерживая испытание временем (года и десятилетия) и пространством (независимо от его величины). Возвращается любимый или любимая, и они снова соединяются навсегда — до конца жизни. При такой разлуке „любовь наша еще более свята, потому что мы должны расстаться“ (Димчо Дебелянов). В большинстве случаев, однако, „глаза, которые не видят — забывают“: постепенно образы бледнеют, письма становятся редкими, один перестает отвечать, даже если другой предпринимает лихорадочные попытки вновь воспламенить его чувства. Клятва нарушена, обещания потеряли свою связывающую силу, другие лица — одно или больше — появились в поле полового и любовного притяжения.

Очень часто разрыв приходит и тогда, когда двое остаются вместе. Повседневность постепенно срывает вуаль очарования. Некоторые особенности в привычках, отрицательные черты характера (совершенных людей не существует), различие духовных интересов, несходство личных и общественных идеалов и т.д. рано или поздно вызывают холодность, безразличие, иногда даже отвращение. Когда эти изменения охватывают одновременно двоих, тогда прекращение связи — освобождение. Но оно трагично, когда один пытается сохранить связь. При этом иногда как раз изменившийся не желает развода, потому что все-таки делает разграничение между половым общением и любовью, между достижением оргазма и целостностью связи. Случается, что даже после полного разрыва, закрепленного разводом, связь продолжается и иногда восстанавливается через более или менее длительный период времени и узаконивается вторичным браком.

Разрыв переживается неодинаково. Некоторые впадают в отчаяние, существование кажется им бессмысленным, появляются мысли о смерти, предпринимается попытка к самоубийству. Другие превращают муку в творчество, в общественную деятельность, третьи „лечатся“ новой влюбленностью или даже поспешным браком. В конце концов есть и такие, которые убивают изменившую (чаще) или изменившего (реже).

Воображение поэта, открытое чувством восхищения и отвращения, влечения и отталкивания, нежности и жестокости, доносит до нас через тысячелетия образ единственной или единственного.

Над „Зимней дорогой“ Пушкина витает среди студеной ночи русской степи образ Нины. „Незнакомка“ Блока остается „подобно вечно одинокому призраку“ за витринами пьяных ночей, пробуждая видения околдованных морей и околдованных берегов. Еще более далека и непостижима женщина которую любит Николай Лилиев: она живет в неизвестной стороне. Но даже когда мужчина и женщина в одном пространстве, рядом, они как „тени“ Яворова напрасно в „жажде и томлении“ протягивают руки друг к другу: „они не услышат друг друга, не прикоснутся друг к другу“.

Среди разновидностей неосуществившейся любви — вопреки слиянию тел — есть и смертоносная сладость, которая ищет полного удовлетворения инстинкта в непрерывной смене партнеров, в обладании и смерти в судорогах объятий. Лермонтовская „Тамара“ прощается с „безгласным телом“ убитого очередного самца, который „будто не смерть обещал, а нежность, страсть и любовь“.

Могущество любви — в ее силе над смертью, т.к. она воплощает стремление к бессмертию не только через потомство, но и в индивидуальном существовании после смерти тела — человек оказывается способным пожертвовать даже ею ради свободы. И *Шандор Петефи* готов за свою любовь, которая „принимает сто образов“, отдать жизнь, но за свободу он бы отдал и любовь. За свободу и *Христо Ботев* расстается со своей любимой и сгорает в пламени борьбы против поработителей Родины. Ради свободы и *Никола Вапцаров* смело идет на расстрел, и ради нее он прощается с женой. Не только в бурю он будет вместе со своим народом — иногда он будет приходить и в дни своей любимой. Извечный мотив нераздельности даже в смерти приобретает в его „Прощальном“ одно из самых оригинальных выражений в мировой поэзии.

„Вечна и свята“ только любовь, в результате которой влюбленный видит в любимом не только сексуально-эротического избранника, но и личность. Чем сильнее любовь, тем она бескорыстнее. Она не требует непременно взаимности. Иногда влюбленный, страдающий от неразделенной любви, остается только доверенным лицом своей любимой и даже помогает достижению ее счастья с другим мужчиной. В „Белых ночах“, „Униженных и оскорбленных“, „Идиоте“ и других произведениях *Достоевский* создает ряд таких образов. У *Куприна*, *Желтков* из „Гранатового браслета“ даже кончает жизнь самоубийством (после того как пошел на растрату, посылая подарки „единственной“), так как встал перед необходимостью прекратить свое обожание, выражавшееся и удовлетворявшееся лишь писанием ей писем, наблюдением за ней на концертах, предварительно зная, что ответа на его чувства не последует.

Первая любовь остается часто не только неразделенной, но и сохраняется в тайне влюбленным. Любовь скрытая в „святая святых“, как правило, не доверяется любимому человеку, который часто и не подозревает о силе чувств, которые он вызвал. Подобная влюбленность может быть и глубоко болезненной по своему происхождению. К ней склонны юноши и девушки с болезненно развитой психикой, что приводит их к неправильному толкованию поведения окружающих. Они относят к себе взгляды, улыбки, жесты знакомых и незнакомых людей и объясняют их как проявление благосклонности, как доказательство того, что их собственная влюбленность находит ответ. Некоторые из них в качестве „любовников“ выбирают известных личностей — в прошлом людей „благородного“ происхождения, а в наше время — выдающихся политических деятелей, творческих и научных работников.

Сначала разделенная, а позже отвергнутая любовь или любовь, которая вообще не получила взаимности, а с самого начала была отвергнута, толкает некоторых молодых людей на преследование, имеющее целью обезобразить или уничтожить „изменившего“.

Измена в браке переносится неодинаково. Если она остается неоткрытой, семейная жизнь протекает без особых отклонений от прежнего образа жизни. Если же измена раскрыта, то она может быть принята упрощенно как временное, случайное отклонение, или ее могут терпеть как постоянное поведение. И тот и другой варианты, чаще всего порождены стремлением — по различным соображениям, возвышенным или подлым (корысть, карьеризм и др.) — сохранить семью. Как исключение, причины могут корениться и в безразличии к разврату одного из супругов или в оправдывании прошлых, настоящих и будущих собственных измен. Они могут, однако, вызвать и ревность.

Ревност
из разумн
бью и вл
да состоит
но, владе
тому, что
кных, ко
в которую
Действ
тяжкое исп
то это дале
свою собст
нижнему, с
избранному
поддается
ределяет л
от кого бы
на и полу
гающая ро
ширяет ду
когда изме
твенническ
и в людей
собственно
жить без
кончают ж
нако, посл
закончить
различных
удобном с
Мало,
мого суще
самоубийс
ме чувству
показывают
Ревно
ны любим
инстинкт
ет ревност
ний, теле
достигает
отношени
могут рев
пают в по
девушкам
этому она
не знает с
Необх
Первая со
следствия
телей суг
шего и на
и др.).

Ревность, хоть и осуждается учеными, так как никогда не развивается на разумных основах, все-таки для большинства остается связанной с любовью и влюбленностью. Ее происхождение весьма сложно и далеко не всегда состоит в затрагивании собственнических струн ревнивца. Действительно, владельцы гаремов оберегают своих жен и наложниц от посягательства потому, что рассматривают их как часть своего богатства, как стадо животных, которых они не хотят потерять. Они могли бы ревновать только ту, в которую влюблены.

Действительная измена для большинства любовных и брачных пар — тяжкое испытание их устойчивости. Если обманутый не в состоянии простить, то это далеко не всегда объясняется тем, что он расценивает другого как свою собственность. Есть люди, которые способны вернуть „свободу“ изменившему, освободив его от обвинений, оскорблений, позволив ему идти по избранному пути. Обманутый не унижается до просьб о милости, он руководствуется идеей о том, что каждый человек — личность, которая сама определяет линию поведения и не может сводиться до величины, зависящей от кого бы то ни было; человек не планета, которая кружится вокруг солнца и получает от него тепло и свет. Такая возвышенность духа, обессиливающая ревность при самом ее появлении, побуждает к творчеству и расширяет духовный кругозор за счет опыта, пусть и трагического. Но даже когда измена не прощена, это не всегда объясняется вмешательством собственнических инстинктов. Обманутый переживает потерю веры в любимого и в людей вообще, поругание самых сокровенных чувств, потерю смысла в собственном существовании. Не мало таких, которые убеждены, что не могут жить без единственной или единственного, которые их оставили, и поэтому кончают жизнь самоубийством или же убивают виновных. Очень часто, однако, после убийства единственной или единственного, многие не имеют сил закончить „расширенное самоубийство“. Обычно они видят причины этого в различных, независимых от них обстоятельствах, и обещают, что при первом удобном случае осуществят свой предварительный замысел.

Мало, однако, таких, которые, оставшись в живых после убийства любимого существа, даже и предприняв более или менее серьезные попытки к самоубийству, позже последовали за любимой. Большинство из них и в тюрьме чувствуют себя неплохо, а после истечения срока приговора нередко успокаиваются и идут на новый брак.

Ревность — мучительное переживание сексуально-эротической измены любимого человека — возможна только тогда, когда любовь превышает инстинкт. Голое половое удовлетворение со случайными партнерами не вызывает ревности, хотя тем не менее оно исходит из определенных предпочтений, телесных качеств и технических навыков партнера, через которые достигается наибольшая полнота оргазма. Чем более „искусен“ в половом отношении партнер, тем чаще его желают, но это не значит, что его могут ревновать. Чужды ревности и те молодые люди, которые вступают в половой контакт с платными женщинами или с „благосклонными“ девушками. Лишь на основе влюбленности появляется ревность. Лишь поэтому она может причинять страдания, даже если человек, который их вызвал, не знает о любовных стремлениях ревнивца.

Необходимо различать ревность при действительной и мнимой измене. Первая создает в семье опасность развода, со всеми его отрицательными последствиями, как для более слабой стороны, так и для детей, а также родителей супругов. К этому добавляется общественное осуждение изменившего и насмешки над обманутым, особенно, если это мужчина („рогоносец“ и др.).

Подозрение в измене, которой нет доказательств, может временно появиться у многих. Есть личности, которых подобное подозрение сопровождает их любовь и брак от начала до конца. Они „обнаруживают“ в самых невинных словах и в обычном поведении признаки зарождающихся или уже совершившихся половых сношений их супругов с одним или несколькими людьми. Жизнь семьи превращается иногда в ад, обвиняемый непрерывно спрашивается, иногда ночами, об „измене“. Бывает, ревнивец требует полного списка „любовников“ и обещает, что после этого не будет преследовать свою жену, раз она была достаточно откровенна и признала свою „вину“. Если измученная до крайности женщина поверит обещанию душевно больного супруга — потому что в таких случаях чаще всего наблюдается ревнистая паранойя — и перечислит своих „любовников“, это становится „неопровержимым доказательством“ того, что семейная честь поругана. „Преступница“ подвергается телесным истязаниям, а иногда и смерти. Болезненная ревность может развиться и у мужчин, которые всю жизнь сами изменяли своим женам и именно поэтому „наказаны“ подозрением, что и им отведена такая же участь. Достаточно кому-то лишь „открыть им глаза“, чтобы они рухнули в бездну страданий. Подобные „шутки“ родных или знакомых имеют иногда трагические последствия для ревнивца, его супруги и их семьи. Патологическая ревность может быть также выражением болезни индивида. Сравнительно часто она является результатом действительного употребления спиртных напитков. Алкоголик, чье половое влечение обычно усилено, а половая способность чаще всего ослаблена, начинает подозревать супругу в том, что она удовлетворяет свою половую потребность с другими мужчинами, раз муж сам не в состоянии ее удовлетворить. Его ревнистая паранойя возникает, как и сходные с нею „болезненные реакции психически аномальных личностей“, на основе неверного истолкования действительности. И он даже может завершить наказание „изменницы“ убийством, к которому приходит после телесных истязаний, продолжившихся иногда месяцами и годами.

Как действительно обманутый, так и патологический ревнивец уничтожает иногда и второго участника измены. Неправильно считать, что он испытывает к нему ревность. Ревность всегда предполагает двойственное отношение: это разрывающее чувство сексуально-эротической привязанности и ненависти к любовнице или супруге. Такой раздвоенности не существует по отношению к „надругателю“ мужской чести, воображаемому или даже существующему: к нему он испытывает чувство ненависти или в крайнем случае зависть. Если ревность одновременно к любимому и презираемому существу равна по силе ненависти к сопернику, то действительно или мнимый обманутый может „соединить их в смерти“, убив обоих. Чаще всего это происходит, если он застанет их вместе, особенно в момент совокупления. Его гнев обрушивается на обоих „виновников“ разрушения счастья и супружеской верности.

Итак, двигателем уничтожения действительного или мнимого любовника является не ревность, а смертельная ненависть. Борьба не на жизнь, а на смерть между самцами за обладание самкой также происходит не из ревности, а из инстинктивного побуждения к созданию более жизнеспособного потомства. Даже если принять, что в подобных случаях животным присущи человеческие переживания, то надо полагать, что они воспаляют самца не к сопернику, а к самке.

Уничтожение соперника — это попытка избавиться от похитителя любимого существа, сохранив его самого. Основная причина (мотив) имеет сексуально-эротическое происхождение. В то же время она сочетается с други-

ми переживаниями, которые не имеют прямого отношения к инстинкту. Особую действенность имеет зависть к счастливому сопернику: она коренится в собственной малоценности и стремлений прикрыть ее мужественным „разрешением“ проблемы. В этом случае одновременно делается попытка добиться общественного признания своего поведения и защитить семейную мораль от посягательств на ее „святость“. Иногда это попытка разрушить трагический треугольник, состоящий из обманутого, любимой и мужчины, которого, она предпочла, как единственное средство восстановить единство брачной или любовной пары.

Агрессивное нападение на любимое существо не всегда направлено на его уничтожение. Иногда оно пытается принудить его к благосклонности и взаимности или в противном случае обезобразить. Как исключение надежда на благосклонность иногда поконится на убеждении в том, что нанесение ущерба внешнему виду любимого сделает его нежеланным для возможных соперников.

Нет возможности рассматривать все разновидности ревности и ее нередко трагического отражения на поведение ревнивца, на судьбу тех, с кем он связан, раздвоенностью любви и отвращения, страсти и злобы, оргазма и мучения, с одной стороны, и действительных или воображаемых соперников, по отношению к которым он испытывает ненависть, с другой стороны. И в осознанную, и в болезненную ревность вплетаются многочисленные противоречивые побуждения, чувства, стремления. Они более или менее удачно нашли отражение в афоризмах мыслителей и моралистов. *Ла Рошфуко* подчеркивает, что в „ревности содержится больше себялюбия, чем любви“. Для *Спинозы* она является душевным расстройством, которое ставляет одновременно любить и ненавидеть одно и то же лицо. *Кант* считает, что „мужчины ревнивы когда влюблены, а женщины — даже когда у них отсутствует это чувство“. *Шлайермахер* предлагает для определения ревности игру слов: „Ревность — это страдание, которое с ревностью ищет то, что создает страдание“. Но и самые великие мудрецы и ученые не могли и никогда не смогут выразить одной фразой всю сложность и глубину переживаний ревности и их нормальные и болезненные (психопатические, невротические, психотические) разновидности. Это тем труднее, что действительно или мнимо обманутый не ограничивает свою беду лишь сексуально-эротической привязанностью, а воспринимает предательство (отказ от продолжения добрачной или внебрачной связи) и измену (половые сношения любимого существа с другим человеком) не только в границах полового инстинкта, а всей совокупностью чувств личности. Действительно, у одного выходит на передний план ущемленное самолюбие. У другого, особенно у женщины, наибольшую муку причиняет распад семьи и влияние последствий этого на нее саму или детей, потеря веры в будущее, сомнения в возможности создать новый семейный очаг. Третьи оказываются сраженными разочарованием в любимом человеке, его падением и ложью, его отношением к бывшему спутнику жизни и детям, а также родителям обоих.

Если ревность вызвана болезнью, то ее можно и необходимо лечить. Если ревность привела к непоправимому распаду семьи, то развод может стать предпосылкой выздоровления. Каждый раз, когда существует малейшая возможность сохранения семьи, необходимо приложить все усилия для достижения этого. Обманутый, если не только любит, но и привязан к виновнику, как спутнику жизни, как одному из родителей общих детей, как личности с положительными, а не только отрицательными качествами, сможет простить. Необходимо только не превращать ежедневие в постоянный поток обвинений и оскорблений. Лечащее молчание — отсутствие

напоминаний об измене — вернет семье му очагу свет и тепло. Лишь в обстановке доброты и радости „заблудший“ прозреет собственную ошибку.

Если любовь ушла безвозвратно, сохраний свое достоинство и не превращайся в „функцию“ благосклонности другого человека. Настоящая личность не является зависимой величиной, определяемой чужим поведением. Преврати разочарование в побуждения духовного роста, и пусть „кожа“ расширит твой кругозор. Избавившись от ее угнетения, ты сможешь усовершенствовать собственное призвание. Каким бы ни был твой труд, люби его как вдохновляющее начало осмысленного существования. Тогда ты откроешь в нем лекарство от неразделенной, отвергнутой или обманутой любви!

ПРИВЯЗАННОСТЬ

Привязанность можно испытывать к другому человеку независимо от его половой принадлежности, возраста или родственных отношений.

В болгарском языке существует два слова, обозначающие положительные чувства людей, испытываемые друг к другу: любовь и обич. Подобное словесное разграничение существует еще только в греческом языке: эрос и агапе. В большинстве языков приходится говорить отдельно о половой любви и о несобичной любви.

Так, например, любовь к Родине, к призванию, к определенному творцу, к тому или иному человеку как будто бы обозначают одно и то же переживание. Однако, достаточно оставить в стороне индивидуальные институты (государство, партия и т.д.) и общности (народ, семья и т.д.) и сосредоточиться на разнообразных отношениях между людьми, исключая их сексуально-эротическую или родовую связь, как сразу станет ясно, что по своей основной направленности они различаются коренным образом.

Болгарское слово „обич“, хотя и не совсем точно, но ближе всего можно перевести на русский язык как „привязанность“, привязанность не только человека к человеку, но и к семье и роду, классу и человечеству, к месту рождения и месту жительства, к природе и культуре. Это положительное отношение к людям, с которыми мы общаемся в жизни, и к призванию, к определенной идее, к вдохновляющему идеалу.

Закономерности, определяющие качественное различие при употреблении слов „любовь“ и привязанность, подчинены всем взаимозависимостям между личностями. В привязанности их объединяют общие идеи и стремление к осуществлению идеалов, которым они одинаково преданы. Разграничение на „любовь“ и привязанность наиболее ясно именно в отношении человека. Это не означает, что нельзя одновременно испытывать „любовь“ и привязанность к одному и тому же человеку — именно эта созвучность и выражает собой наиболее совершенную взаимосвязь мужчины и женщины. Однако и в этом случае они остаются обособленными переживаниями, которые имеют различные источники и разную сущность.

Существует небольшое число лиц, которые никогда не жили половой жизнью, но несмотря на это способны на родительские чувства. Встречаются также мужчины и женщины, у которых в результате удовлетворения половой потребности рождаются дети столь нежеланные ими, что они готовы лишить их жизни или оставить их. Наоборот, бездетные супруги, или супруги, потерявшие детей, усыновляют чужих детей и отдают им все свои чувства и заботу, формируя из них полноценные личности или же иногда чрезмерно балуя их. „Маменькин сыночек“ также может быть усыновлен.

Особенно трогательной является забота новых родителей к детям, страдающим продолжительными болезнями или слабоумием.

Сущность отцовства и материнства — превращение новорожденного из организма в личность. Оплодотворение яйцеклетки сперматозоидом при совокуплении, рост зародыша и плода, роды и кормление грудью (иногда для этой цели привлекается платная кормилица или используется искусственное питание) не являются достаточными, чтобы считать обязанности, предъявляемые ими, исполненными. Инстинкт продолжения рода неизбежно проходит через все эти этапы, в результате чего создается и растет человеческое существо в утробе матери. Однако он не завершается лишь этими этапами или же кормлением и уходом за ребенком. Отцовство и материнство в принципе строятся на этой основе, но как уже подчеркивалось, она не является безусловно необходимой для их развития. Верховная задача родителей будет исполнена лишь тогда, когда они выведут своего ребенка на путь гармоничного отношения к семейной и социальной общности.

Ненависть, в противоположность любви и привязанности, выражает отрицательное отношение к отдельным лицам, сословиям, классам и народам и т.д.

Раздвоенность между любовью и ненавистью — сравнительно частое явление в семье. Ее глубокой основой является отсутствие привязанности между супругами, а также родителями и детьми, братьями и сестрами. Если взаимность между мужчиной и женщиной в основном или же целиком исчерпывается лишь сексуально-эротическим интересом, то неизбежно после его удовлетворения наступает отчужденность.

Наиболее мощное противодействие ненависти — любовь. Если бы каждый осознал, что злоба разъедает прежде всего его самого, он бы научился обуздывать ее вспышки.

Медицина убедительно доказала, что ненависть во многих случаях часто является сосубсудливающим фактором заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, эндокринной, моче-половой и др. систем. Человек наиболее полноценно развивается в атмосфере собственной человечности.



ЧАСТЬ II

МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ ПОЛОВОГО ВОПРОСА

Прини
готовой с
ных факто
кая деяте
вигии пол
к наруше
здоровья
этих при

Нару
ниям: I
Серемен
ловому
способн
дефекта
матозо
передан
клетки

Пр
почти
мужин
или не
щины -

Сн
ствие,
у мужч
но сил
мшна
мени).

возмо
вызван
ловом
и в по
тер эл
частот
ий в
сия

жизни
Сира
настро
разум

НАРУШЕНИЯ СПОСОБНОСТИ К ВОСПРОИЗВОДСТВУ И СОВОКУПЛЕНИЮ

Принимая во внимание анатомические и физиологические особенности половой системы мужчины и женщины и значительное число дополнительных факторов (нервная система, эндокринная система, возраст, психическая деятельность, среда, воспитание), играющих роль в оформлении и развитии половой функции, легко понять, что разные влияния могут привести к нарушению ее или препятствовать ее нормальному течению. Залогом здоровья и полноценной половой жизни является своевременное выявление этих причин и их устранение.

Нарушение половой функции может идти по трем главным направлениям: 1) воспрепятствование возможности оплодотворения, наступления беременности и воспроизводства потомства; 2) снижение способности к половому сношению вплоть до полового бессилия, независимо от сохранения способности к оплодотворению; 3) воспроизводство потомства с врожденными дефектами в связи с повреждением зародышевых клеток (яйца, сперматозоида) или же вследствие наследственного сочетания порочных качеств, переданных родителем новому организму через хромосомный набор яйцеклетки и сперматозоида.

Причины, препятствующие наступлению беременности, могут исходить почти в одинаковой мере как от мужчины, так и от женщины. Что касается мужчины, то это чаще всего — отсутствие жизнеспособных сперматозоидов или невозможность их прохождения через семявыводящие каналы, а у женщины — невозможность яйцеклетки попасть по яйцепроводам в матку.

Снижение способности к половому сношению или же его полное отсутствие, т. наз. половое бессилие (импотенция), встречается главным образом у мужчин, причем чаще всего речь идет о невозможности получить достаточно сильное напряжение полового члена (эрекцию) или же она кратковременна и сопровождается чрезмерно быстрой эякуляцией (извержением семени). Кроме физиологических и возрастных причин ослабления или невозможности к совершению полового акта, подобные расстройства могут быть вызваны весьма разнообразными причинами еще в наиболее активном в половом отношении возрасте. Часто а подобных расстройств весьма велика, и в последние годы наблюдается их увеличение. Однако, интимный характер этих расстройств не дает возможности выяснить статистически реальную частоту и сделать оценку размеров и значения этих патологических отклонений в целом. Все же следует иметь в виду, что разновидность полового бессилия у мужчин весьма велика, и отражение этих расстройств на личной жизни, взаимоотношениях и общественном поведении человека огромно. Страстности и особенности в поведении молодых мужчин — подавленное настроение, чувство малоценности, избегание общества ровесников, недоразумения в семье, измена, разводы, игнорирование своих трудовых обязан-

ностей и творческих интересов, нередко связаны с тяжелыми расстройствами половой функции.

Причины временного или стойкого полового бессилия, как это будет видно далее, могут быть различными. Кроме т. наз. органических причин (заболевания половых органов, эндокринные расстройства, общие заболевания), надо иметь в виду, что в большинстве случаев речь идет о т. наз. психогенном половом бессилии. Не только общество, но и медицина все еще не дали себе ясного отчета о сущности и роли факторов, которые приводят к психогенным расстройствам половых функций. Здесь следует иметь в виду недостаточную подготовку к половой жизни, половые излишества, роль интоксикаций (алкоголь, никотин, наркотики, неорганизованный и напряженный ритм жизни, недостаточная или неправильная чувственная окраска полового влечения и превращение его в спорт, встречи молодых мужчин с женщинами с весьма разными интересами и отношениями к половому сожителю, отражение моды, растущая доступность половых контактов, бедность, чувственной, интимной окраски и т. д. Изучение причин психогенного полового бессилия выясняет огромную роль среды и социального устройства общества в формировании полноценного и в половом отношении человека.

Как будет видно далее, многообразие факторов, которые, приводят к расстройствам способности к оплодотворению и к выполнению полового акта, в высшей степени затрудняет их выяснение и устранение лишь одним специалистом. Наука об этих расстройствах — медицинская сексология, является новой наукой и ее практическое использование можно осуществить лишь в особых сексологических консультациях, в которых работает группа разных специалистов.

Что же касается воспроизводства потомства с врожденными дефектами, в связи с повреждениями зародышевых клеток (яйца, сперматозоидов) или наследственно обусловленным сочетанием порочных признаков, передаваемых родителями их новому потомству через хромосомный набор яйцеклетки и сперматозоида, вопрос этот во всей его широте является предметом науки о наследственности — генетики. Рассмотрение этого вопроса в нашей книге имеет более ограниченное и определенное значение.

Все наследственные признаки формирующегося при оплодотворении нового организма заложены в хромосомах яйца и сперматозоида. Новый организм будет отличаться от своих родителей, будет лучше или хуже их, в зависимости от определенных законов наследственности. Признаки одного из родителей могут доминировать над признаками другого. Латентные дефекты или качества одного из родителей могут быть подавлены таковыми другого родителя. Сдинаковые латентные качества или дефекты, имеющиеся у обоих родителей, могут выявиться ярко в новом организме и т. д. Признаки, сохраняющиеся в половых хромосомах, определяют т. наз. половообусловленную наследственность, в зависимости от которой определенные признаки будут передаваться либо только по мужской, либо только по женской линии и т. д. Подобные примеры рассмотрены в нашей книге.

Становится ясным, что в половой жизни, кроме сексуального переживания и воспроизводства потомства, определяется и основная наследственная сущность созданного потомства. Добрачные пары, молодые супруги, семьи и общество не могут не проявлять интереса и к этой стороне полового вопроса. В настоящее время во всех странах мира все больше создается т. наз. генетических консультации, которые помогают молодым мужчинам и женщинам, готовящимся к воспроизводству потомства, наиболее благополучно и без риска вступить в брак и быть счастливыми родителями.

Заболевания, передающиеся наследственным путем, обусловленные повреждением яйцеклетки, сперматозоида и хромосом

Как уже было отмечено, в результате слияния сперматозоида и яйцеклетки в процессе оплодотворения в оплодотворенном яйце и в любой клетке новоразвивающегося организма оформляется характерное для человека нормальное число из 46 хромосом. Этот хромосомный набор несет все наследственные признаки, характеризующие будущего нового человека. До 1959 г. считали, что у жизнеспособных индивидов нет никаких отклонений в числе и структуре хромосом, характеризующих тот или иной вид. Однако за последние 10 лет, благодаря новым методам исследования клетки, оказалось возможным, в условиях лаборатории, наблюдать за носителями наследственных признаков. Таким образом было обнаружено, что во многих случаях появления на свет индивидов с более или менее тяжелыми уродствами, аномалиями, пороками развития, определенными заболеваниями отмечаются явные изменения числа, размеров, распределения, вида и других признаков хромосом. Наука, позволившая осуществить эти исследования, называется цитогенетикой, а заболевания и пороки развития, при которых обнаруживаются отмеченные аномалии хромосом, назвали хромосомными заболеваниями.

Мы не будем здесь рассматривать наследственные болезни человека вообще. Ограничимся лишь некоторыми примерами заболеваний, при которых можно отметить явные хромосомные аномалии, остановимся также и на причинах, которые могут вызвать поражение хромосом. Это объясняется тем фактором, что именно в нашу эпоху создались условия, приводящие к повреждениям хромосом, а это, со своей стороны, порождает новые проблемы для будущих семей и для потомства.

Напомним, что в каждой клетке человека имеются 23 пары (всего 46) хромосом, из которых одна половина представлена хромосомами яйцеклетки, а другая хромосомами сперматозоида.

Двадцать две пары хромосом „определяют“ те или иные телесные и психические качества, которые каждый индивид получает от своих родителей; вот почему, хромосомы эти называют телесными (аутосомными) хромосомными парами. Одна пара хромосом связана с определением и направлением нормального полового развития живых организмов, вкл. и людей; эта особая пара хромосом называется половхромосомной парой. С другой стороны, целый хромосомный набор делят на 7 больших групп хромосомных пар, в зависимости от их размера и некоторого сходства в их форме.

Смотря по тому, обнаруживаются ли повреждения или изменения в одной из хромосом, принадлежащих к 22 парам, „определяющим“ телесные и психические особенности индивида, или же они поражают половые хромосомы, хромосомные заболевания, в самом общем смысле слова, делят на заболевания, связанные с повреждениями в телесных (аутосомных) хромосомах, и на заболевания, обусловленные нарушениями в половых хромосомах. Если при хромосомных заболеваниях оказывается, что число хромосом на одну или несколько больше или же одной хромосомой меньше, чем это полагается в норме, принято говорить о заболеваниях, вызванных нарушением числа хромосом. В других случаях речь идет не о нарушениях в числе хромосом, а об отклонениях в нормальной структуре хромосом — в этом случае говорят о структурных хромосомных заболеваниях.

Ввиду того, что телесные хромосомы содержат наследственные признаки, связанные с „определением“ важных и необходимых для жизнеспособности

индивида функций, повреждение телесных хромосом чаще всего связано с тяжелым, иногда несовместимым с жизнью нарушением: с тяжелыми физическими дефектами и уродствами или нарушениями, которые приводят к смерти в первые годы жизни или до момента вступления в пубертатный возраст. В этих случаях очень часто, наряду с резким нарушением общего телесного развития ребенка, имеется выраженная умственная недостаточность, нередко граничащая с идиотией. При этом расстройство, которое связано либо с отсутствием одной телесной хромосомы, либо с нарушением структуры одной из крупных телесных хромосом, гораздо более тяжелое и несовместимо с жизнью. В этих случаях зародыш погибает еще в ранних стадиях внутриутробного развития. Именно это и является у некоторых женщин одной из частых, но отнюдь не неизменных причин „очередных“ (т. е. следующих один за другим) выкидышей. Это легко понять, если принять во внимание, что только одна, даже и самая небольшая из телесных хромосом нормального хромосомного набора является носителем огромного количества наследственных признаков.

Половые хромосомы являются носителем главным образом наследственных признаков, связанных с нормальным возникновением, формированием и развитием пола у человека и в незначительной мере некоторых наследственных факторов, определяющих развитие телесных признаков. Вот почему повреждение половых хромосом встречается относительно гораздо чаще у живорожденных детей. И все же в этих случаях внутриутробная смертность плодов высока. Разные исследования, проведенные на материале выкидышей, обнаруживают, что повреждение половых хромосом в 10—40% случаев приводит к „чемотивированному“ (спонтанному) аборту. Видно, что по половой хромосомной паре является абсолютно необходимой для нормального развития и формирования пола и вместе с этим является носителем признаков (ген), определяющих некоторые телесные качества, у детей с аномалиями половых хромосом обнаруживается целый ряд отклонений не только в половом, но и в телесном развитии. Пороки развития, связанные с повреждением половых хромосом, принято называть половохромосомными заболеваниями. Во врачебной практике и в жизни эти заболевания встречаются гораздо чаще, чем болезни, вызванные расстройством телесных хромосом. Кроме того, нарушения, обусловленные отсутствием или увеличением числа половых хромосом, гораздо более тяжелые чем изменения, связанные с поражением какой-либо части хромосомы, в особенности если эта часть, этот сектор хромосомы не является носителем большого числа или жизненно важных наследственных признаков. Обнаружено, например, что в определенных частях X-хромосомы существуют „пустые“ зоны, т. е. зоны, не являющиеся носителями наследственных признаков. Изменения структуры хромосом (телесных или половых) связаны с „разрывом“ той или иной хромосомы в процессе деления половых клеток родителей (яйцеклетки или сперматозоида во время их созревания) или в течение целого ряда делений оплодотворенного яйца, которые приводят к формированию будущего индивида. Этот разрыв может сопровождаться целым рядом отклонений от нормальной структуры соответствующей хромосомы; оторвавшаяся частичка хромосомы может „исчезнуть“ (вследствие рассасывания), примкнуть к другой хромосоме, которая уже обладает такой же частицей, или же, наконец, присоединиться к той же хромосоме, но после вращения на 180° и т. д. Все эти изменения дают резкое отражение на функции хромосомы, являющейся носителем конкретных признаков, определяющих развитие организма. В зависимости от того, которая из хромосом и какая ее часть будет подвержена нарушениям при таком отрыве или размещении, развиваются более или менее выраженные отклонения в формировании зародыша, а отсюда и появле-

ние на свет ребенка с более тяжелыми или более легкими уродствами и нарушенной жизнеспособностью.

Каким образом развиваются аномалии хромосом и каковы причины, приводящие к появлению подобных аномалий? Важно сразу же подчеркнуть, что наши знания в этом отношении все еще весьма недостаточны и едва вступают на путь своего развития. Это объяснимо, если учесть и то обстоятельство, что наука о хромосомных заболеваниях возникла лишь несколько лет тому назад.

В настоящее время существует мнение, что большинство структурных хромосомных заболеваний возникают во время образования и созревания половых клеток родителей. „Отрывание“ (фрагментирование) какой-либо из хромосом чаще всего наступает во время деления половых клеток, и то именно при таком делении, в процессе которого число хромосом сокращается наполовину для того, чтобы при оплодотворении и слиянии яйцеклетки со сперматозоидом в оплодотворенном яйце, а, следовательно, и во всем организме восстановился полный набор из 23 пар хромосом, необходимых для правильного формирования будущего индивида. Во время этого деления пары хромосом приходят в непосредственное соприкосновение одна с другой, при котором осуществляется обмен соответствующими частями хромосом (а это в свою очередь объясняет возникновение новых признаков в результате появления новых „комбинаций“ из признаков родителей); при этом „обмене“ создаются условия, благоприятствующие развитию хромосомных расстройств.

Основным механизмом в развитии числовых хромосомных аберраций считают т. наз. „нерасхождение“ хромосом во время клеточного деления в оплодотворенном яйце (см. Деление клетки). Известно, что из оплодотворенного яйца, которое является одной единственной клеткой, в результате последующих многократных процессов деления образуется зародыш; именно при этих делениях может возникнуть неправильное распределение хромосом, причем в одну клетку могут попасть обе хромосомы одной пары, а в другой „дочерней“ клетке не окажется ни одной хромосомы этой же пары. В других случаях, наоборот, хромосомы делящейся клетки расщепляются, „расходятся“ преждевременно, вследствие чего, из-за несовершенства процесса деления, одна из хромосом может отделиться и не попасть в одну из образующихся дочерних клеток. В зависимости от того, на каком этапе развития зародыша и в какую ткань попадет клетка, в которой имеется расстройство хромосомного набора, а также и от того, останутся ли эти клетки жизнеспособными после возникшего хромосомного нарушения, продолжают ли эти клетки свое деление и будут ли образовывать новые телесные ткани в зародыше, хромосомные нарушения могут привести к повреждению разных тканей и органов и в соответствии с этим вызвать у новорожденного развитие самых различных комбинаций уродств. Это явление называют также мозаицизмом, т. к. в организме как в мозаике чередуются соматические ткани и органы, одни из которых содержат клетки с нормальным хромосомным набором, а другие — клетки с аномалиями в наследственном наборе. Если же мы допустим, что „нерасхождение хромосом“ наступило еще при первом делении оплодотворенного яйца, то, в результате этого получатся две дочерние клетки, из которых в одной будет 45, а в другой — 47 хромосом при условии, что обе клетки сохранили свою жизнеспособность и после наступившего повреждения хромосом и продолжали делиться и давать новые поколения клеток с 45 и 47 хромосомами. Становится очевидным, что чем позже в процессе внутриматочного развития и формирования плода наступит хромосомное повреждение, тем меньше будет число тканей, вовлеченных в этот процесс, и тем легче окажется степень нарушения в развитии.

Вторичным „нерасхождением“ принято называть такое хромосомное повреждение, которое наследственным путем передается будущему потомству родителем, являющимся носителем хромосомного заболевания. У людей это встречается чрезвычайно редко, ввиду того, что те из людей, которые являются носителями хромосомного заболевания, обычно страдают и резко выраженным общим расстройством организма и поэтому неспособны создавать потомство.

Вопрос о наследственности у людей ни в коем случае не исчерпывается хромосомными заболеваниями. Больше того, наиболее часто встречающиеся заболевания у людей не являются хромосомными заболеваниями, связанными с изменениями либо в числе, либо в структуре (в смысле более грубых отклонений в форме) хромосом. В большом числе случаев заболевания связаны с изменениями самой тонкой микроскопической структуры, причем нарушению подвергаются те части, которые являются носителем „определения“ одного или нескольких наследственных признаков. При этих „генных“ повреждениях хромосом их форма и число сохраняются, и заболевание обнаружить путем исследования хромосом нельзя. В таком случае необходимо провести изучение „генеалогического дерева“ данной семьи, т. к. отдельные поколения того или иного рода проявляют тот или иной наследственный соматический признак или то или иное наследственное заболевание. Для наследственных заболеваний, несопровождающихся грубыми отклонениями в числе, внешней форме и структуре хромосом, до сего времени нет определенных методов выявления наследственного нарушения. Эти методы — вопрос достижения науки будущего. В настоящее время изучение наследственных заболеваний основывается лишь на наблюдении и анализе сведений, полученных чисто статистическим путем. Их рассмотрение выходит за пределы поставленных перед данной книгой задач.

Причины повреждения хромосом, т. наз. хромосомных мутаций

Каковы те вредные воздействия и моменты, обуславливающие или же увеличивающие риск возникновения хромосомных заболеваний?

Затруднения, с которыми мы сталкиваемся при выяснении механизма появления хромосомных расстройств, существуют и в отношении изучения вредных моментов в той среде, в которой живет и развивается индивид, тех факторов, которые оказывают влияние и приводят к этим отклонениям. Лишь за последние несколько лет, вслед за огромным толчком в развитии науки о наследственности у людей и в особенности в связи с выяснением наиболее тонкой структуры носителей наследственных признаков — хромосом (т. наз. молекулярной генетикой), проблема, связанная с условиями и вредными факторами, могущими вызвать изменения в структуре, в наиболее тонких компонентах хромосом, таким образом, стала причиной развития целого ряда наследственных заболеваний у людей, была поставлена на научную основу. А это, со своей стороны, привело к созданию эффективных методов профилактики в отношении развития такого рода изменений (мутаций), а также и к успешному лечению целого ряда заболеваний, неподдающихся терапевтическим воздействиям.

Наиболее современным и актуальным в этом отношении является вопрос о роли и значении ионизирующих излучений. Их вредное влияние на наследственную структуру (хромосомный набор) каждой клетки не подлежит сомнению. При этом речь идет не только о непосредственном, интенсивном облучении, которое, разумеется, оказывает вредное и болезнотворное воздей-

стве. Здесь в первую очередь следует иметь ввиду повышение радиоактивности в окружающей среде в связи с проведением опытов в целях производства и усовершенствования ядерного оружия. И именно зародышевая ткань половых желез особенно чувствительна к ионизирующим излучениям. Экспериментальным путем было доказано, что облучение половых желез подопытных животных приводит к изменениям (мутациям) половых клеток и к повышению частоты хромосомных заболеваний в потомстве. У людей облучение, а также и лечение препаратами, препятствующими клеточному делению (т. наз. митостатическими средствами), сопровождается появлением временных изменений в хромосомах и клетках крови. Вызванные нарушения весьма серьезны, что, по всей вероятности, привело бы и к образованию нежизнеспособных оплодотворенных яйцеклеток в случае поражения половых желез в процессе облучения или токсического воздействия лекарственных средств. До сего времени все еще не выяснена дозировка облучения или медикамента, которая обусловила бы возникновение хромосомного заболевания. Следует также думать и о суммарном вредном влиянии небольших доз, самих по себе не вызывающих поражений. В общем, вопрос о вредном (мутагенном) воздействии целого ряда медикаментов лишь в настоящее время стал предметом серьезных исследований.

Недостаточно выяснена и роль разных хронических заболеваний, недостаточности питания, неудовлетворительных бытовых условий, интоксикаций (отравлений). Обращает на себя внимание и является объектом интенсивных исследований повышение частоты хромосомных заболеваний у подопытных животных в условиях хронического голодания и истощающих инфекционных заболеваний. Однако, полученные до сего времени данные весьма недостаточны. Известно, что некоторые болезни у людей, являющиеся выражением „аутомутации“ организма к собственным тканям и клеткам, часто сочетаются с появлением хромосомных заболеваний в потомстве. Ввиду того, что эти болезни часто встречаются как болезни семейные, это до известной степени объясняет семейно встречающиеся хромосомные заболевания.

У животных и у людей частота хромосомных заболеваний в потомстве почти прямо пропорциональна возрасту матери, но не зависит от возраста отца. Полагают, что увеличение частоты хромосомных аномалий в потомстве параллельно с увеличением возраста матери связано со своеобразным устройством и функцией яичников. Все яйцеклетки, которым предстоит претерпеть развитие и овуляцию в течении зрелого периода женщины (детородный период), существуют в яичниках уже в момент появления на свет девочки, будущей матери. Таким образом, яйцеклетки подвергаются суммарному влиянию среды, в которой живет женщина, в отличие от сперматозоидов, которые подобного рода воздействиям не подвергаются ввиду их непрерывного продуцирования и выделения.

Недостаточно выяснена и роль некоторых вирусных инфекций у людей. Однако известно, что в низших организмах, особенно в микроорганизмах, под влиянием т. наз. бактериальных вирусов (фагов) может наступить изменение (мутация) наследственности. В этих случаях часть наследственной субстанции самого вируса „включается“ в наследственную субстанцию зараженного микроорганизма, что приводит к изменению его наследственной структуры. До сего времени подобных „мутагенных“ вирусов у человека обнаружить не удалось. Однако, при изучении причин развития хромосомных заболеваний в данной семье следует обращать внимание и расспрашивать о перенесенных вирусных заболеваниях материю (в частности краснухи), в особенности в ранних стадиях беременности.

Наряду с этим следует подчеркнуть, что имеются семьи, в которых у нескольких членов обнаруживаются хромосомные заболевания. Такого рода факты дают основание предполагать, что в этих случаях, наряду с другими неблагоприятными влияниями среды, в которой живет данный человек (плохие условия жизни, воздействие мутагенных факторов — облучение, медикаменты, инфекционные и токсические факторы и т. д.), по всей вероятности, играет роль и наследственность, обуславливающая определенную склонность к нарушениям клеточного деления, а следовательно, и к более частому появлению хромосомных заболеваний в таких семьях.

Полово-хромосомные заболевания

В отличие от заболеваний, связанных с повреждением телесных (аутосомных) хромосом, полово-хромосомные заболевания характеризуются гораздо большим разнообразием и встречаются на много чаще. Отсутствие одной хромосомы или же наличие одной хромосомой больше оказывает на организм и жизнеспособность индивида гораздо менее выраженное вредное влияние. Вообще, отсутствие одной телесной хромосомы (аутосомы) считается несовместимым с жизнью, наличие же одной телесной хромосомой больше, в особенности при чистой форме, при которой наблюдается повреждение всех тканей, чаще всего сопровождается очень тяжелыми телесными уродствами, приводящими к смерти ребенка в самые ранние годы его жизни или же до момента вступления в пубертатный возраст. Это различие аутосомных и полово-хромосомных заболеваний, как это уже было сказано выше, связано с обстоятельством, что половые хромосомы являются носителем гораздо менее существенных для формирования организма наследственных признаков, чаще всего связанных с нормальным половым развитием индивида.

На ранних этапах развития науки о хромосомных заболеваниях (медицинской цитогенетики) считали, что исследование хромосомного набора при заболеваниях половой системы позволит обособить эти заболевания как отдельные цитологические единицы, связанные с повреждением половых хромосом. В настоящее время, на основе огромного фактического материала, ученые пришли к выводу, что полово-хромосомные расстройства встречаются гораздо чаще, чем это полагали прежде, до введения метода исследования хромосомного набора человека. Оказалось, что при целом ряде нарушений в формировании пола или в функции половых желез обнаруживаются те или иные отклонения (числовые или структурные) в половых хромосомах. Несмотря на то, что в настоящее время еще нельзя полностью систематизировать собранный фактический материал и получить ясное представление о роли хромосомных расстройств в развитии половохромосомных заболеваний, полученные сведения позволяют сделать ряд выводов о роли и участии полово-хромосомных отклонений в большом числе заболеваний половой системы.

Синдром Клайнфелтера

Болезнь характеризуется половой недостаточностью, которая проявляется чаще всего в пубертатном возрасте. Наиболее явные признаки — яички малых размеров, мягкой консистенции, высокий рост больного, полное отсутствие сперматозоидов в семенной жидкости, что объясняет неспособность иметь потомство (стерильность); способность к половой жизни часто сохраняется, но вторичные мужские половые признаки развиты недостаточно (оволосение, развитие мышц, низкий тембр голоса). Нередко у больных (обычно в пубертатном возрасте) развиваются и молочные железы. Полово-хромосомное нарушение характеризуется наличием одной половой хромосомой (X-хромосомой) больше, вследствие чего во всех тканях или же лишь в некоторых из них обнаруживаются 47

хромосом, а половые хромосомы представлены в виде XXU. Кроме этой, чаще всего встречающейся формы, имеются случаи с двумя и более (до четырех) X-хромосомами. Эти формы заболевания протекают очень тяжело; часто отклонения в половой сфере сопровождаются тяжелыми телесными дефектами и нередко резко выраженным отставанием в умственном развитии.

Синдром Шерешевского — Тернера

В данном случае повреждение половых хромосом выражается отсутствием („потерей“) одной половой хромосомы или же имеются резкие нарушения в ее структуре, в связи с чем хромосомный набор у этих больных составлен из 45 хромосом, а полово-хромосомная пара представлена лишь одной половой X-хромосомой (т. е. 44 телесные хромосомы и только одна X-хромосома). Симптомом этого хромосомного заболевания является резко выраженная половая недостаточность; при таком хромосомном наборе первичная половая железа не подлежит дальнейшему развитию. Она остается „неоформленной“, „недифференцированной“ половой железой, и у взрослого человека в ней обнаруживаются лишь остатки соединительной ткани. Наряду с явлениями резкой половой недостаточности, у этих больных, как правило, имеются и много телесных дефектов, почти всегда рост тела отстает, обычно не превышая 145-150 см. Более легкие формы заболевания характеризуются тем, что повреждение хромосом чаще всего не касается всех клеток, а лишь в некоторых тканях имеются отклонения (т. наз. хромосомный мозаицизм). У этих больных чаще всего наблюдаются нарушения в половой системе, отставание в росте, а телесные дефекты встречаются несколько чаще во врачебной практике ввиду того, что патологические отклонения в данном случае более легкие и обычно беременность проходит благополучно.

Другие заболевания

Встречающиеся реже полово-хромосомные заболевания, а также нетипичные формы связаны с наличием более двух X-хромосом у нормально сформировавшихся женщин. При этих полово-хромосомных заболеваниях половая система и половые функции могут быть вполне нормальными. Телесные дефекты обнаруживаются редко, в то время как отставание в умственном развитии, иногда резко выраженное, является часто встречающимся и даже почти постоянным симптомом.

Врожденные заболевания половой системы, при которых, кроме других причин, могут играть роль и полово-хромосомные расстройства, являются разными формами псевдогермафродитизма у мужских индивидов. В этих, относительно редких случаях, несмотря на то, что в отношении хромосомного набора индивид является мужчиной (XY) и вопреки тому, что первичная половая железа эволюировала в семенник, обнаруживаются различные отклонения в формировании внутренних и наружных половых органов, напоминающие чаще всего „нейтральную“ стадию внутриутробного развития плода.

Вышеупомянутое состояние „псевдогермафродитизма“ у людей надо отличать от „истинной двуполости“ или истинного гермафродитизма. Это название определяет существование у одного и того же индивида действенных мужских и женских половых желез, которые в состоянии продуцировать активные мужские и женские половые гормоны одновременно и лишь редко — зрелые половые клетки, характерные для обоих полов. В данном случае эта особенность половой системы приводит к оформлению (разному по своей степени и силе) как мужских, так и женских половых признаков. Чаще всего наружные половые органы напоминают мужские или же остаются на „нейтральной“ стадии развития. В пубертатном возрасте тембр голоса становится низким, однако развиваются и молочные железы, как у вполне развитой женщины, появляется менструация.

Истинный гермафродитизм является наиболее тяжелым наследственно обусловленным нарушением в развитии и оформлении индивида. Проведенные в последние годы точные исследования хромосомного набора в разных тканях, вкл. и в половых железах, позволили почти у всех подобных больных обнаружить отклонения со стороны половых хромосом. Следует, однако, подчеркнуть, что это заболевание встречается чрезвычайно редко. До сих пор в мировой литературе описан только 171 случай.

Другие хромосомные заболевания, при которых имеются комбинации нарушений как половых, так и телесных хромосом одновременно, встречаются исключительно редко, и обычно вследствие нарушения жизненно важных органов и функций, такие индивиды умирают во время родов или вскоре после этого.

Необходимо, однако, еще раз подчеркнуть, что роль нарушений со стороны половых хромосом в целом ряде других процессов в половой системе, кроме доказанных в настоящее время и изученных подробно, исключить

нельзя. Это следует объяснить кратким существованием науки о хромосомных заболеваниях. Наоборот, новые данные в этом отношении дают основание считать, что дальнейшие исследования хромосомного набора самих половых желез позволит и в случаях более незначительных отклонений в половой функции выяснить их роль при этих нарушениях.

НАРУШЕНИЕ ОПЛОДОТВОРИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ У МУЖЧИН

Роль мужчины в бездетности при браке долгое время недооценивали, а и в настоящее время не придают этому вопросу должного значения. На самом же деле в бездетном браке роль мужчины не меньше роли женщины. Невозможность или затруднения в оплодотворении женщины мужчиной может обуславливаться весьма разными причинами. В самом общем смысле эти причины сводятся к следующему:

Совокупительная неспособность, т. е. неспособность к совершению нормального полового акта с введением члена во влагалище женщины на достаточную глубину и депонированию там семенной жидкости, содержащей сперматозонды. Причины полового бессилия будут рассмотрены в следующей главе.

Врожденные или приобретенные дефекты полового члена мужчин, препятствующие нормальному половому акту и выбросу семенной жидкости глубоко во влагалище.

Заболевания мочеполовой системы мужчины или последствия такого рода заболеваний, приводящие к закупорке семявыносящих протоков у мужчин и препятствующие проникновению сперматозондов во влагалище женщины.

Отсутствие спермообразования мужчины (т. наз. аспермия), недостаточное воспроизводство сперматозондов (олигоспермия) или же воспроизводство не жизнеспособных сперматозондов (некроспермия).

Кроме того, заболевания мочеполовых органов могут вызвать нарушения в выделении секретов придаточных желез, входящих в состав этой системы (предстательная железа, семенные пузырьки и т. п.). Эти секреты представляют составную часть семенной жидкости и обеспечивают жизнеспособность сперматозондов.

Поражения половых желез мужчины, а отсюда и неспособность к оплодотворению могут быть связаны с целым рядом общих и в первую очередь эндокринных причин.

Весьма необходимо как врачу, так и каждому молодому человеку и каждому мужчине иметь ввиду все вышеупомянутые причины, вызывающие расстройство оплодотворительной способности. Это откроет путь, с одной стороны к профилактике бесплодия, а с другой — к его лечению.

Бесплодие у мужчины, вызванное заболеваниями мочеполовых органов

Для того, чтобы правильно понять вышеупомянутые нарушения, необходимо напомнить об устройстве мочеполовой системы мужчины (см. рис. 15).

Образование сперматозондов непрерывно происходит в яичках. Зрелые сперматозонды проходят по семявыносящим протокам и попадают в семенные пузырьки. К сперматозоидам добавляется секрет этих пузырьков, секрет

предстательной железы, а затем и куперовых желез и желез мочеиспускательного канала. При эякуляции (извержении семени) сперматозоиды выбрасываются в мочеиспускательный канал, именно в ту часть канала, которая проходит через предстательную железу. Далее, через мочеиспускательный канал и его наружное отверстие при половом акте семенная жидкость выбрасывается во влагалище женщины.

Все вышеупомянутые отделы моче-половой системы мужчины находятся в тесном анатомическом и функциональном единстве. Их кровоснабжение, нервная и лимфатическая системы тесно связаны. Внешнесекреторная и внутрисекреторная деятельность осуществляются в условиях строгой закономерности и корреляции. Вот почему нарушения в любом из отделов этой системы, как правило, отражаются на функции всей системы. Это относится как к врожденным аномалиям, так и к гормональным нарушениям и воспалительным процессам. Если воспалительный процесс (например, гонорея) локализован в передней части мочеиспускательного канала, то при несвоевременном лечении имеется тенденция к распространению воспаления на всю моче-половую систему. Если воспалительный процесс начался в почках или мочевом пузыре, он также проявляет тенденцию к распространению вперед, к предстательной железе и мочеиспускательному каналу, и назад — к семявыносящим протокам и семенникам. Это распространение может осуществляться по слизистой семявыносящего протока и мочеиспускательного канала, по лимфатическим путям и с кровью.

К упомянутому об устройстве и функциях моче-половой системы мужчины необходимо прибавить и следующие дополнительные данные:

Половая железа (яичко) имеет яйцевидную форму, длинник ее 4—4,5 см, ширина—3 см и толщина—2—2,5 см. Вес 15—25 г. Яичко покрыто тремя оболочками. Между наружной и средней оболочками образуется пространство, в котором накапливается небольшое количество жидкости. Третья оболочка является плотной соединительнотканной пластинкой, от которой расходятся внутрь перегородки, разделяющие яичко на 250—300 долек. В каждой из них находится 2—3 семенных канальца. Эти канальцы собираются к т. наз. средостению яичка, образуя выносящие (эфферентные) канальцы, представляющие голову придатка (т. наз. эпидидимис). Соединяясь между собой, они образуют извилистый проток придатка (тело и хвост придатка). В семенных канальцах яичка образуются зрелые половые клетки — сперматозоиды.

Придаток яичка является органом, в котором не только сохраняются и через которые продвигаются сперматозоиды, но происходит и дозревание сперматозоидов. В результате проведенных опытов на животных было обнаружено, что процент оплодотворенных яйцеклеток в женских особях, оплодотворенных сперматозоидами, прошедшими через придаток, примерно в два раза выше, чем при оплодотворении сперматозоидами, полученными прямо из яичка самца. Благодаря перистальтическим движениям сперматозоиды выталкиваются по семявыносящему каналу к семянным пузырькам, и при образовании эякулята к ним прибавляются секреты придаточных желез — предстательной железы, семянных пузырьков и периуретральных желез.

Предстательная железа находится впереди мочевого пузыря и охватывает почти со всех сторон мочеиспускательный канал. Она имеет форму каштана, длиной 3,2—4,2 см, шириной 3,5—5 см, толщиной — 1,7—2,3 см. Вес ее 17—28 г. Предстательная железа образована 30—50 отдельными железками, открывающимся 12—20 выводными протоками в предстательную часть мочеиспускательного канала. Кроме железных образований, предстательная железа содержит большое количество гладкомышечных, эластических и соединительнотканых волокон. Вся железа снаружи покрыта плотной соединительнотканной капсулой, в которой имеется множество нервных элементов. Она снабжена большим числом артерио-венозных анастомозов. Эпителиальная оболочка железы выделяет сравнительно вязкий секрет, образующий главную массу семенной жидкости.

Молочный цвет спермы обуславливается содержащимся в ней особыми жирами и белками. Характерный запах спермы связан с содержанием в секрете предстательной железы спермина, являющийся полиамином. В состав секрета предстательной железы входит целый ряд химических элементов и соединений, а именно — натрий, калий, кальций, хлориды, кислотнорастворимый фосфор, лимонная кислота, азот, холестерин, аскорбиновая кислота, глюкоза и т. д. Кроме того, в нем обнаруживается множество ферментов

кислая и щелочная фосфатаза, фибриногеназа, фибринолизин, и т. д. Одной из наиболее важных биологических задач предстательной железы является разжижение эякулята и обеспечение подвижности сперматозоидов, осуществляющееся за счет активности ферментов, содержащихся в секрете предстательной железы. Функция предстательной железы тесно связана с гормональностью половых желез.

Установлено, что воздействие мужского полового гормона выражается в стимулировании выделения лимонной кислоты и регулировании фосфатного содержания секрета предстательной железы. Ряд авторов считает, что лимонная кислота играет существенную роль в обменных процессах сперматозоидов. Наличие достаточного количества протеинов в секрете предстательной железы также имеет большое значение для жизнеспособности и оплодотворительной способности сперматозоидов. Эти данные ясно говорят о важной роли предстательной железы для правильной функции всей половой системы.

Семенные пузырьки являются продолговатыми полыми образованиями, расположенными между дном мочевого пузыря и прямой кишкой. Их длинник — 4—5 см, ширина — 1,5—2,5 см и толщина — 1 см. Канальцы семенных пузырьков соединяются с семявыносящим протоком и образуют общий проток, который открывается в заднюю часть мочеиспускательного канала.

Секрет семенных пузырьков, входящий в состав эякулята, как и секрет предстательной железы являются основным условием для жизни и движения сперматозоидов. В семенных пузырьках в процессе обмена веществ сахар крови превращается в фруктозу, представляющую наиболее важную энергетическую субстанцию для сперматозоидов. Вот почему, несмотря на выработку достаточно зрелых сперматозоидов и их свободное прохождение по семявыносящим протокам, при заболеваниях предстательной железы и семенных пузырьков способность к оплодотворению может быть нарушена.

Врожденные аномалии моче-половой системы, приводящие к нарушению оплодотворительной способности у мужчин

Крипторхизм

Родителей часто беспокоит вопрос о своевременном или несвоевременном опускании яичек в мошонку и о нормальном или ненормальном расположении у мальчиков. У нормально развитых, доношенных новорожденных мальчиков яички находятся в мошонке и расположены симметрично в обеих ее частях. Если одно из яичек или оба яичка не находятся в мошонке, а где-то на пути их нормального опускания от брюшной полости до наружного отверстия пахового канала, принято говорить о крипторхизме. В зависимости от того, где произошла задержка яичка, различают следующие разновидности крипторхизма: *внутрибрюшинный* — когда одно или оба яичка задержались в брюшной полости; *паховый* — когда одно или оба яичка задержались в паховом канале; *пахово-внутрибрюшинный* — в случаях, когда одно из яичек задерживается в брюшной полости, а другое — в паховом канале.

От крипторхизма необходимо отличать т. наз. *дистопию яичка* — состояние, при котором яичко находится вне пути своего нормального опускания. Различают следующие аномалии в расположении яичка: в паховой области, однако вне пахового канала; в верхней части бедра — *бедренная дистопия*. Оба яичка можно обнаружить в одной половине мошонки, тогда речь идет о *мошоночной дистопии*. Кроме того, встречается

ся еще и промежуточная дистопия, когда яичко находится в области промежутиости. Дистопия яичек — сравнительно редко встречающаяся аномалия. Как при крипторхизме, так и при дистопии яичка параллельно с аномалией яичка в отношении его локализации часто обнаруживаются отклонения и в форме и развитии придатка и семявыносящего протока.

Причины возникновения крипторхизма неодинаковы и до сего времени все еще не выяснены вполне. В известной части случаев крипторхизм является симптомом общей эндокринной недостаточности. Обычно в этих случаях речь идет о двухстороннем крипторхизме, при котором яички недоразвиты. Когда крипторхизм сопровождается другими нарушениями в функции гипофиза, выражающимися отставанием в росте, следует думать об общей причине, обусловившей и крипторхизм, и нарушения со стороны гипофиза.

Само собой разумеется, что не всегда двухсторонний крипторхизм является результатом гормональных расстройств. В тех случаях, когда яички хорошо развиты, хотя и не опустились вовремя в мошонку, вероятность эндокринной обусловленности нарушения мала. В преобладающем большинстве случаев (80—90%) причины крипторхизма местного характера. При этом обычно имеется односторонний крипторхизм. В качестве наиболее частой причины в этих случаях указывают на преждевременное сращение брюшинного отростка, препятствующее дальнейшему опусканию яичка в мошонку. Другие авторы считают, что в данном случае причиной задержки яичка на его пути являются сращения и аномалии в оформлении пахового канала.

В некоторых случаях причиной крипторхизма может быть порок развития самого яичка. Такие яички не в состоянии вовремя опуститься в мошонку. Дистопическое яичко, по сравнению с нормальным, всегда хуже развито.

Неопустившееся яичко отличается от нормального не только по своему положению, но и по своим размерам. Оно всегда меньше нормального. Наиболее выражены аномалии при брюшинном крипторхизме. Как при паховом, так и при брюшинном крипторхизме обычно обнаруживаются аномалии и в придатке; он длинее и отделен от яичка. Это обстоятельство имеет важное значение в связи с сохранением придатка и семявыносящего протока при оперативном вмешательстве. Структура неопустившегося яичка также отличается от нормальной. Разницу усматривают прежде всего в недоразвитии самой ткани, продуцирующей сперматозоиды. Изменения эти проявляются после пятилетнего возраста. Во время пубертатного периода отставание в развитии неопустившегося яичка более выражено. Эти данные играют важную роль в связи со значением возраста, в котором необходимо начать лечение крипторхизма. При крипторхизме, однако, выделение мужских гормонов нормально. Лица с двухсторонним крипторхизмом не являются евнухами, а мужские половые признаки развиваются под влиянием сохранившегося гормонального аппарата.

Патологически измененные семенные каналы не в состоянии производить сперматозоиды, вследствие чего при двухстороннем крипторхизме способность к оплодотворению нарушена. Неопустившийся семенник обычно не вызывает никаких жалоб, и часто этот дефект обнаруживают случайно — либо мать, либо врач при медицинском осмотре.

Как это можно понять, нарушение оплодотворительной способности при крипторхизме является результатом относительной атрофии яичка. Вот почему при одностороннем крипторхизме, как и при нормально развитом яичке, хотя и находящемся в необычном месте, нарушение оплодотворительной способности может и не быть полным. Однако при паховом крипторхизме нередко обнаруживаются и другие аномалии (семявыносящих протоков, моченспускательного канала), которые сами по себе не влияют на способность

к оплодотворению. Вместе с этим, при криторхизме яичко легче подвергается другим патологическим воздействиям, которые также затормаживают его функцию.

Лечение. В данном случае наиболее важным вопросом является — когда надо начать лечение? Основную роль при этом играет факт, что после шестилетнего возраста у мальчика начинают появляться дегенеративные изменения в неопустившемся яичке и то в клетках, которые производят сперматозонды.

Прогноз лечения крипторхизма после пубертатного периода весьма неблагоприятен. В настоящее время общепринято считать, что опустить задержавшееся где-либо на своем пути яичко надо до пубертатного возраста. Большинство авторов подчеркивают, что лечение следует проводить в возрасте 6—10 лет. Другие полагают, что наиболее подходящим является возраст от двух до шести лет. Наконец, есть авторы, которые рекомендуют начать лечение на десятом году как при одностороннем, так и при двухстороннем крипторхизме. Мы считаем, что лечение надо начать в возрасте, в котором крипторхизм обнаружен, но не раньше 4 1/2 лет.

Лечение крипторхизма может быть консервативным, оперативным и комбинированным. Обычно сперва приступают к консервативному, гормональному лечению, которое в некоторых случаях может оказаться вполне достаточным.

Врожденные аномалии сперматогенеза

Встречаются случаи, когда яичко, хотя и находится на нормальном месте в мошонке, не вырабатывает сперматозондов или же производит их в недостаточном количестве или, наконец, сперматозонды оказываются незрелыми и неспособными к оплодотворению. Такая аномалия у мужчины обнаруживается обычно случайно при исследованиях, целящих выяснение причин бездетности. Можно было бы избежать много недоразумений, если бы готовящийся вступить в брак мужчина провел предварительно исследование своего сперматогенеза.

Другими врожденными аномалиями, нарушающими оплодотворительную способность мужчины, являются гипоспадия и эписпадия мочеиспускательного канала.

Гипоспадия

Гипоспадия (рис. 21) — врожденный порок мужской уретры, при котором наружное отверстие мочеиспускательного канала открывается не на самой верхушке головки члена, а в какой-либо другой точке: на задней поверхности головки, посередине члена, в области мошонки или даже в промежности.

Ясно, что при подобного рода аномалиях, несмотря на сохранение способности к половому акту и на наличие жизнеспособных сперматозондов, оплодотворение может быть нарушено из-за невозможности семенной жидкости попасть во влагалище или на достаточную глубину влагалища.

Эписпадия

Подобное положение существует и при второй аномалии — эписпадии, которая встречается реже и является врожденным дефектом, при котором уретральное отверстие открывается на передней поверхности полового члена (рис. 22). Легкая степень эписпадии, при которой мочеиспускательный канал открывается в области головки члена не является серьезной проблемой. При задней эписпадии имеется расщепление всей передней поверхности члена, часто с вовлечением и мочевого пузыря, что дает основание считать аномалию тяжелой.

*Приобретенные заболевания моче-половой системы, вызывающие расстройство
оплодотворительной способности мужчины*

Среди приобретенных заболеваний моче-половой системы, вызывающих расстройство оплодотворительной способности мужчины, первое место по частоте занимают воспалительные заболевания мочеиспускательного канала, семявыносящих протоков, предстательной железы, яичка и его придатка.

Большое значение воспалительных заболеваний моче-половой системы как причин, которые приводят к нарушениям оплодотворительной способнос-



Рис. 21. Гипоспадия.

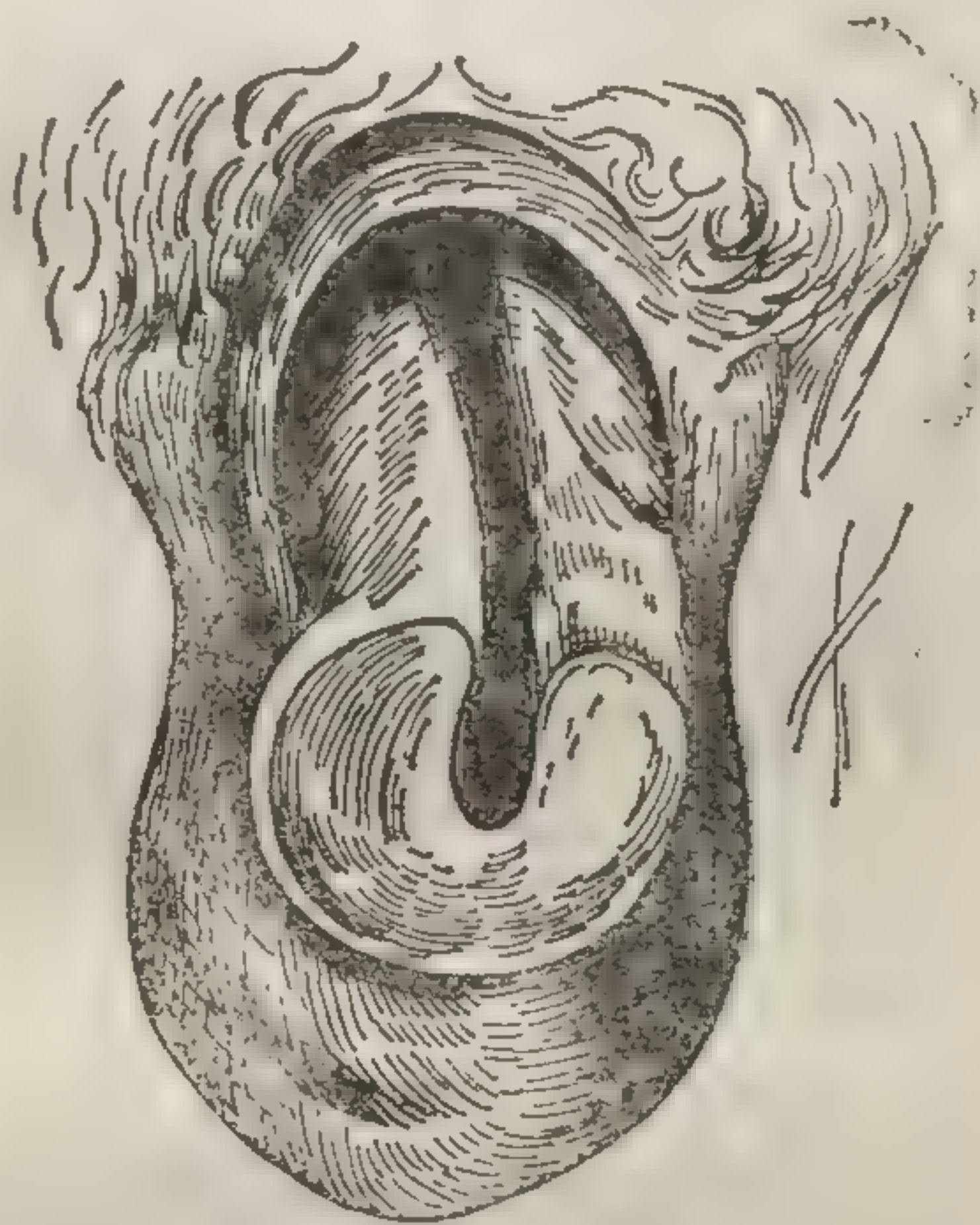


Рис. 22. Эписпадия.

ти мужчины, а также, как это выяснится далее, и способности совершать половой акт, объясняется, с одной стороны, частотой этих заболеваний, а с другой, тем фактом, что заболевания эти встречаются в возрасте наиболее активном в половом отношении.

Воспаление моче-половой системы у мужчины вызывается инфекциями (венерическими, вирусными, паразитарными и т. д.), которые проникают снаружи, через отверстие мочеиспускательного канала, или же достигают половых органов, спускаясь от почек вниз к мочевому пузырю, или, наконец, попадают по кровеносным и лимфатическим путям.

В то время как воспаления передней части мочеиспускательного канала (расположенной впереди от предстательной железы) почти не влияют на оплодотворительную способность, любое воспаление задней части мочеиспускательного канала, а следовательно, и семявыносящих протоков, предстательной железы, семенных пузырьков, яичек и их придатков представляет опасность для оплодотворительной способности. Любое острое или хроническое воспаление передней части мочеиспускательного канала (гонорея, катары, паразитозы и т. д.), которое не вылечено или не ограничено вовремя,

схватывает и заднюю часть, вызывая целый ряд осложнений. Воспалительные заболевания моче-половой системы могут обусловить нарушения оплодотворительной способности мужчины, либо подавляя способность яичек к сперматогенезу, либо закупоривая семявыносящие протоки и препятствуя продвижению сперматозоидов к наружному отверстию уретры и к влагалищу, либо, наконец, вызывая расстройство функции предстательной железы и других придаточных желез. Значение и частота воспалительных заболеваний моче-половой системы мужчины можно иллюстрировать следующими данными:

В 1961 г. в одной лишь клинике урологии Института специализации и усовершенствования врачей г. Софии зарегистрировано 862 больных. В 1968 г. их стало 1960. Следует подчеркнуть, что больные с воспалительными заболеваниями моче-половой системы составляют 20% (!) от общего числа больных вышеупомянутой клиники. Согласно нашим данным и данным мировой литературы, с 1938 г. отмечается непрерывный рост банальных воспалительных заболеваний моче-половой системы, причем они встречаются в настоящее время гораздо чаще гонорей. Свыше 12% катаров мочевых путей сопровождаются осложнениями, в первую очередь воспалением предстательной железы и придатка яичка с семявыносящими протоками.

Каковы самые важные и наиболее часто встречающиеся заболевания моче-половой системы, которые могут вызвать нарушение оплодотворительной способности мужчины?

В прошлом, несомненно, первое место в этом отношении занимала гонококковая инфекция (гонорея). По частоте это заболевание в настоящее время уступает только гриппу и простудным заболеваниям. Встречающиеся в прошлом осложнения гонорей, вызывающие бесплодие, теперь встречаются гораздо реже, благодаря эффективному лечению антибиотиками. Однако, при наличии осложнений (воспаление придатка яичка, т. наз. эпидидимит) может наступить закупорка семявыносящих протоков, и, если в процесс вовлечены оба придатка, бесплодие неизлечимо.

Катары мочевыводящих путей

Любой воспалительный процесс мочепускающего канала у мужчины обычно сопровождающийся белым выделением из мочепускающего канала, называют катаром. Катар может быть обусловлен не только гонококком, но и другими микробами, паразитами, вирусами. До тех пор, пока катар локализован лишь в мочепускающем канале, он сопровождается некоторыми, неприятными не приводящими, однако, к нарушениям половой функции. Как только катар переходит на заднюю часть уретры, на предстательную железу, семявыносящие протоки, создается угроза закупорки этих каналов, что приводит к относительному или полному бесплодию.

Простатит

Воспаление предстательной железы, или простатит, является наиболее часто встречающимся воспалительным процессом моче-половой системы мужчин в их активном половом возрасте. Важность этого заболевания состоит в том, что оно сопровождается расстройством способности к половому акту и оплодотворению, а также нервно-психическими нарушениями.

Уже было подчеркнуто, что предстательная железа расположена в месте слияния мочевых и половых каналов у мужчины. У молодых мужчин наиболее частой причиной заболеваний предстательной железы являются инфекционные заболевания, вызванные микробами, проникающими в железу следующим образом:

продвижение по мочевым путям — либо в восходящем направлении через наружное отверстие мочеиспускательного канала, либо в нисходящем — из почек по мочеточникам к мочевому пузырю;

гематогенный путь (т. е. с кровью) — микробы попадают в предстательную железу из расположенного где-нибудь в организме очага;

лимфогенный путь (по лимфатическим сосудам) при воспалении органов, находящихся по соседству с предстательной железой.

Чаще всего микробы проникают в предстательную железу через мочеиспускательный канал; при этом обычно вместе с предстательной железой воспалительный процесс охватывает и заднюю часть канала. Такое восходящее проникновение микробов является не только как осложнение уретрита, но может быть вызвано неправильно проведенными инструментальными манипуляциями, процедурами в мочеиспускательном канале в целях исследования или лечения. При воспалении почек, мочеточников и мочевого пузыря процесс может распространиться нисходящим путем и вызвать воспаление предстательной железы. Это встречается при инфицированной мочекаменной болезни, при туберкулезе почек, при воспалительных процессах и некоторых аномалиях мочевого пузыря. Гематогенным путем простатит развивается редко. Иногда простатит возникает после гнойной ангины, фурункулеза или других острых воспалительных процессов в организме, в особенности при общем истощении или ослаблении защитных сил организма. Лимфогенный путь распространения воспалительного процесса и вовлечение предстательной железы встречается сравнительно часто, но редко его имеют в виду. При целом ряде хронических гнойных воспалительных процессов, протекающих по соседству с предстательной железой, микробы могут проникнуть в предстательную железу по лимфатическим путям. Чаще всего это обнаруживается при нагноившихся геморроидальных узлах, абсцессах и свищах в близости с задним проходом, при гнойных воспалительных процессах в глубоких тканях малого таза после оперативных вмешательств. Возникновение острого, подострого или хронического простатита зависит от вида микробов, которые проникли в предстательную железу, их вирулентности, сопротивляемости организма.

Острый простатит чаще всего является результатом острого воспалительного процесса в заднем отделе мочеиспускательного канала или при его травме. Острый простатит является серьезным заболеванием, протекающим с высокой температурой и напоминающим сепсис. Сопровождается частым, болезненным и затрудненным мочеиспусканием, обусловленным увеличением объема предстательной железы и сужением задней части мочеиспускательного канала вплоть до его полной закупорки, приводящей к острой задержке мочи в мочевом пузыре. Часто появляются боли и затруднение при опорожнении кишечника. Иногда в предстательной железе могут образоваться абсцессы, что приводит к уничтожению значительной части железы.

При дальнейшем течении острого простатита могут появиться весьма тяжелые осложнения.

Хронический простатит. Заболевание имеет несравненно более важное значение для половой жизни мужчины из-за значительной частоты его распространения. В 68% случаев хронический простатит встречается в возрасте 18—40 лет.

Следует, однако, подчеркнуть, что некоторые больные склонны любое необычное ощущение со стороны моче-половой системы связать с простатитом, причем неизлечимым в силу недостаточной медицинской культуры.

В процессе выяснения диагноза хронического простатита врачу необходимо лично убедиться (чтобы убедить больного и помочь ему) имеются ли

основания в конкретном случае считать, что больной страдает простатитом; для этой цели необходимо провести клиническое исследование и микроскопический анализ секрета предстательной железы. Что касается уточнений микроба, причинившего простатит, для этого необходимо подробное бактериологическое исследование и правильная оценка полученных результатов.

Пути проникновения и виды микробов, вызывающие хронический простатит, в принципе те же, что и при остром простатите.

Хронический простатит может быть результатом острого или подострого простатита. Гораздо чаще, однако, заболевание вначале имеет хроническое течение, т. е. симптомы простатита нерезко выражены, но с длительно текущим воспалением.

Иногда начало хронического простатита напоминает безмикробное воспаление, вызванное целым рядом причин, которые приводят к стойкому и обильному кровенаполнению и к замедленному кровообращению в предстательной железе. К таким причинам относят постоянные бытовые, спортивные или профессиональные травмы промежности (области между мошонкой и задним проходом), половые излишества, употребление алкоголя или очень острых блюд и т. д. Однако во всех случаях очень скоро присоединяется микробная инфекция, что вызывает необходимость в любом случае хронического простатита провести все исследования и выяснить, по возможности точнее, вид микроба, вызвавшего простатит. В то время как обнаружить при простатите гонококки, трихомонады, некоторые грибки сравнительно легко, доказать же, что причинителем простатита явились разные стафилококки, кишечные бактерии и т. п. гораздо труднее, ввиду того, что изолировать эти микробы можно и из мочевых путей здоровых лиц, или же их можно обнаружить при случайном попадании, т. е. они могут оказаться лишь дополнительной флорой.

В зависимости от вида, локализации и степени воспалительного процесса, хронический простатит бывает катаральным, очаговым, диффузным или же, наконец, мы можем иметь процесс, поразивший ткани, находящиеся по соседству с железой. От этого зависят и жалобы больных, результаты исследования и лечения, последствия заболевания.

Жалобы больных с хроническим простатитом весьма различны по их виду и степени, причем все симптомы заболевания одновременно у одного и того же больного встречаются редко. Простатит иногда протекает исподволь, без каких-либо жалоб и его обнаруживает врач при случайном осмотре по другому поводу. Чаще всего жалобы больного сводятся к частому болезненному или затрудненному мочеиспусканию. Иногда появляется боль в промежности, сопровождающаяся чувством всеобщей тяжести. Другие больные жалуются на боли в семенниках, по ходу семявыносящих протоков или кзади, в крестцово-поясничной области. Нередко больные замечают истечение семени из мочеиспускательного канала, не сопровождающегося половым возбуждением; это встречается при мочеиспускании или чаще всего при опорожении кишечника. У многих больных наряду с простатитом имеется и уретрит (катар), сопровождающийся выделением секрета в виде небольшой или более крупной капли из уретры.

Можно не сомневаться, что у данного больного имеется простатит, если подобные жалобы сопровождаются нарушениями со стороны предстательной железы (что обнаруживается при исследовании состояния предстательной железы через задний проход и анализе полученного при массировании железы секрета, который выделяется из мочеиспускательного канала). Такие жалобы, однако, могут быть вызваны и другими причинами, связанными с сугубо нервными нарушениями, и их не следует приписывать простатиту.

Хронический простатит может сопровождаться изменениями семенной жидкости. Изменения эти могут выражаться в нарушениях: 1) внешнего вида семенной жидкости, 2) биохимического состава эякулята и 3) белкового состава семенной жидкости. При катаральном простатите не обнаруживаются существенных изменений внешнего вида семенной жидкости, числа и подвижности сперматозоидов. Но и в этих случаях в семенной жидкости имеются лейкоциты, что, в свою очередь, может косвенным образом, изменяя химический состав секрета предстательной железы, оказывать влияние на жизнеспособность сперматозоидов. В далеко зашедших случаях хронического простатита, характеризующихся нарушением (вплоть до разрушения железистой структуры и рубцевания части ее паренхимы) предстательной железы, ее структуры, семенная жидкость иногда подвергается резким изменениям. Как правило, обнаруживается снижение числа сперматозоидов, нарастание числа слабоподвижных и неподвижных форм. Нарушение касается также и химического состава и ферментов секрета предстательной железы; это характеризуется удлинением периода разжижения семенной жидкости снижением подвижности сперматозоидов. Современные методы исследования позволяют с достоверностью обнаружить и другие отклонения в семенной жидкости больных хроническим простатитом.

Из всего сказанного явствует, что хронический простатит, протекающий иногда исподволь, может вызвать тяжелые и необратимые изменения ткани самой предстательной железы и привести к резкому нарушению оплодотворительной способности мужчины. Нарушения в способности к половому акту у мужчины и целый ряд других сексуальных отклонений, сопровождающих хронический простатит, рассмотрены в другом разделе предлагаемой книги.

Лечение должно быть комплексным.

Назначение ряда общегигиенических и диетических мер, целью которых является в первую очередь удаление предрасполагающих моментов к появлению и поддержанию воспалительного процесса. В целях ликвидации гиперемии в области малого таза рекомендуют избегать сидячего образа жизни, верховой езды, езды на мотоцикле и т. д. Необходимо избегать половых излишеств и регулировать функцию желудочно-кишечного тракта. Целесообразно проводить общеукрепляющие процедуры, заниматься спортом, использовать и бальнеотерапию.

Местное лечение состоит в назначении массажа предстательной железы, введении через зонд в заднюю часть мочеиспускательного канала обезболивающих и антисептических лекарственных средств.

Общее лекарственное лечение включает использование антибиотиков, вакцин, тканевой терапии, лизотерапии. В случае трихомоназа необходимо провести лечение трихомонацидом или флажиллом, причем это касается не только самого больного простатитом, а и его партнерши во избежание реинфекции.

Эпидидимит и орхоэпидидимит

Воспаление придатка яичка по частоте занимает второе место среди воспалительных процессов половой системы мужчины и очень часто серьезно отражается на его оплодотворительной способности. Такое воспаление носит название эпидидимита. Когда же в процесс вовлекается и яичко (орхис), развивается орхоэпидидимит. Чаще встречается один только эпидидимит.

В отличие от предстательной железы яички и их придатки являются парными органами. В мошонке расположены два яичка — левое и правое, и в соответствии с этим имеются два придатка, два семявыносящих протока,

каждый из которых независимо один от другого проникает через паховый канал в брюшную полость, сливаются с соответствующими канальцами семенных пузырьков и открываются отдельными отверстиями в ту часть мочеиспускательного канала, которая проходит через предстательную железу. Далее, канал, по которому выбрасывается семенная жидкость, общий. Это и есть мочеиспускательный канал, или уретра.

В прошлом наиболее часто встречающейся причиной эпидидимита была гонорея, второе место занимал туберкулез. В настоящее время на первое место вышли банальные инфекции, о которых шла речь при простатите. Кроме этих причин, все же следует иметь ввиду туберкулез и несколько реже — гонорею.

Гонорейный эпидидимит обычно протекает остро, сопровождается резкими болями и припуханием придатка яичка, чреват осложнениями, приводящими к нарушениям оплодотворительной способности мужчины. При туберкулезном воспалении чаще одновременно страдают и придаток, и яичко, т. е. чаще встречается орхоэпидидимит. Кроме того, для туберкулезного процесса характерны и некоторые другие особенности, в связи с чем остановимся на нем более подробно.

Согласно данным урологической клиники Института усовершенствования и специализации врачей г. Софии, у 78% больных с полным отсутствием сперматозоидов в семенной жидкости в прошлом имелось заболевание эпидидимитом или орхоэпидидимитом.

Туберкулезный орхоэпидидимит. Механизмы заражения половых органов туберкулезом различны. Туберкулезный орхоэпидидимит чаще является как осложнением туберкулеза почек. Однако могут быть и случаи туберкулезного заболевания яичка и его придатка с последующим распространением на почки. По сути говоря, рассеивание туберкулезной палочки гематогенным путем может идти по разному и в разное время вызвать заболевание одного или другого отдела моче-половой системы. Встречаются случаи и первичного поражения туберкулезом предстательной железы с дальнейшим вовлечением придатков и яичка.

Туберкулезный эпидидимит может развиваться остро или же протекать хронически. Острые формы полностью напоминают эпидидимиты, вызванные гонококками или другими микробами. Вначале заболевание длительное время остается незамеченным, сопровождаясь легкими болями, усиливающимися при давлении. Вместе с этим, в области хвоста придатка обнаруживается характерное уплотнение. Далее уплотнение может охватить головку и тело придатка, которое прощупывается в виде четок, шероховатого уплотнения всего придатка или части самого яичка. Вначале туберкулезный процесс вызывает поражение стенок семявыносящих протоков, и при своевременном обнаруживании заболевания и соответствующем лечении каналы могут остаться проходимыми. Далее, однако, при наступлении распада тканей и рубцевании, семявыносящие каналы закупориваются, процесс этот не подлежит обратному развитию и приводит к бесплодию. Избежать бесплодия, обусловленного туберкулезным орхоэпидидимитом, можно при раннем диагностировании болезни и целесообразном лечении.

Нетуберкулезные, т. наз. неспецифические эпидидимиты, чаще всего являются осложнениями катаров и гонорей мочевого пузыря. Они вызывают болезненное припухание и затвердение придатка яичка.

Как уже было сказано, семявыносящий проток является продолжением придатка яичка. При любом воспалении придатка, независимо от его причины и степени проявления, воспаленная слизистая оболочка узкого семявынося-

щего протока слипается, и таким образом, наступает закупорка протока. Непроходимость эта встречается в любой части канала — в брюшной полости, в паховом канале и в мошонке. Непроходимость встречается и в случаях отсутствия явно выраженного эпидидимита или каких-либо других симптомов со стороны семявыносящих протоков.

Само собой разумеется, что при односторонней непроходимости оплодотворительная способность мужчины может сохраниться за счет непораженного (второго) семявыносящего протока. В этом случае сперматозонды производятся неповрежденным яичком.

Поражение и закупорка семявыносящих протоков у мужчин иногда развивается без предшествующего заболевания мочепускающего канала, т. е. без катара или гонорей. Инфицирование придатка яичка туберкулезом или каким-либо другим микробом может осуществиться гематогенным путем или за счет прогрессирования процесса, локализованного в почках или предстательной железе. Воспаление семявыносящих каналов происходит иногда и при прямом переходе от предстательной железы, зараженной в свою очередь либо гематогенным путем, либо при нисходящем развитии процесса по мочевыводящим путям. Допускается, что гематогенный механизм заражения мочеполовых путей (сопровождающегося катаром или же и без наличия катара) является результатом некоторых вирусных инфекционных заболеваний.

Орхит при эпидемическом паротите (свинке) и других инфекционных болезнях

Известно, что одним из наиболее часто встречающихся и наиболее серьезных осложнений при эпидемическом паротите (свинке) является острое воспаление одного или обоих яичек. Это осложнение развивается в ходе самого заболевания, для которого характерно очень болезненное припухание яичка, сопровождающееся новым повышением температуры. В результате такого воспаления наступает частичная или полная атрофия яичка. Поражаются все ткани семенника, но особо резким нарушениям подвергается ткань, вырабатывающая сперматозонды, а также канальцы, соединяющие семенник с семявыносящим протоком. В результате этих процессов может наступить полная потеря способности к оплодотворению. Считают, что свинка может вызвать поражение яичка без наличия каких-либо видимых изменений. Это обстоятельство увеличивает опасность расстройства оплодотворительной способности для переболевшего свинкой. Точных данных в отношении частоты этих нарушений все еще нет. Некоторые считают, что опасность бесплодия вследствие перенесенной свинки переувеличена.

Большинство людей заражаются свинкой в детском возрасте, а бесплодие обнаруживается гораздо позже. Не всегда легко доказать в какой степени бесплодие связано с перенесенной в детском возрасте свинкой. В интервале между заболеванием и обнаруживанием бесплодия могут появиться не мало дополнительных факторов, о которых уже шла только что речь.

И все же опасность поражения половых органов при свинке является реальностью, и об этом не следует забывать никогда.

Орхиты встречаются, хотя и реже, и при других инфекционных болезнях (брюшной тиф, паратиф, грипп, сепсис и т. д.).

Влияние на оплодотворительную способность мужчины до некоторой степени могут оказать еще и такие заболевания половых органов, как г и д-роцеле и варикоцеле.

Гидроцеле (водянка яичка) является заболеванием мошонки, при котором между двумя оболочками яичка накапливается необычно большое количество жидкости (экссудата). Чаще всего причиной этого патологического

состояния является воспаление самого яичка и его оболочек. В других случаях причина лежит в лимфатических путях, которые выводят лимфу из семенника и его оболочки. Заболевание хроническое, не сопровождается болями и какими-либо жалобами со стороны больного, разве что обращает на себя внимание постепенно увеличивающийся объем мошонки, обычно лишь одной ее половины. Это вздутие может достигь огромных размеров — до величины человеческой головы; при этом яичко и придаток смещаются назад и вверх.

Кроме приобретенной водянки яичка (вызванной указанными причинами, наступающей позже), обычно после пубертатного периода, в зрелом возрасте развивается и т. наз. врожденная водянка яичка. В этом случае часть мешочка с накопившейся жидкостью находится в брюшной полости и соединяется узким протоком с жидкостью в мошонке.

Водянка яичка, в общем, является невинной болезнью, вызывающей нарушения главным механическим путем. Однако непрерывно накапливающаяся жидкость в полости между оболочками яичка оказывает давление на само яичко, что постепенно может привести к подавлению спермообразующей функции, а позже к нарушению и его внутрисекреторной функции. Вот почему водянку следует лечить. Лечение проводится либо в виде периодического, но регулярного удаления накопившейся жидкости с помощью шприца, либо в виде хирургического вмешательства, устраняющего аномалию.

В а р и к о ц е л е это необычное расширение венных сосудов мошонки. Расширение вен семенного канатика встречается главным образом у молодых людей в возрасте 18—35 лет и то чаще слева. Это объясняется особым анатомическим расположением венных сосудов, отводящих кровь от левого яичка. Левая вена, собирающая кровь от левого яичка, вливается под прямым углом влевую почечную вену, вследствие чего в ней замедляется ток крови и чаще получается венозный застой. Некоторые авторы считают, что расширение вен семенного канатика является результатом общей слабости венозной системы — склонностью организма к варикозным образованиям, напоминающим расширение вен нижних конечностей. Эти авторы указывают на обстоятельство, что иногда варикоцеле встречается с обеих сторон. В целом ряде случаев расширение вен является заболеванием врожденным.

С клинической точки зрения варикоцеле сопровождается болями в области яичка и пояснице. При длительной ходьбе или пребывании стоя расширение вен увеличивается. Постоянные небольшие травмы, связанные с профессией (шоферы и др.), могут привести к тромбозу расширенных вен. Самым тяжелым осложнением варикоцеле является подавление сперматогенеза. В последнее время специалисты считают, что расширение вен семенного канатика занимает одно из первых мест среди причин, вызывающих снижение оглодотворительной способности семенной жидкости. Это объясняется нарушениями кровообращения, обусловленными сдавливанием яичка. Со своей стороны, эти нарушения приводят к повышению местной температуры, к которым особенно чувствительна эпителиальная оболочка семенных канальцев, что сопровождается постепенным развитием дегенеративных процессов. В значительном числе случаев, у больных с расширением вен яичка обнаруживается как снижение числа сперматозоидов, так и уменьшение их подвижности.

Болезнь часто не сопровождается никакими жалобами со стороны больного, который не обращает внимания на незначительные проявления, иногда беспокоящие его (боли, тяжесть в области мошонки). Такие больные очень часто обращаются к врачу когда уже сперматогенез резко нарушен.

Лечение может быть консервативным и оперативным. Консервативное лечение включает общеукрепляющие меры, регулирование опорожнения кишечника, водолечение и т. д. Хирургическое лечение не всегда дает благо-

приятные результаты, вот почему основным направлением в данном случае должна быть профилактика. С раннего возраста надо бороться со всеми факторами, предрасполагающими к варикозным расширениям.

РАССТРОЙСТВА ОПЛОДОТВОРИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МУЖЧИНЫ В СВЯЗИ С ФАКТОРАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ ОБЩИЕ НАРУШЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ

Оплодотворительная способность мужчины может быть нарушена не только в связи с болезнями половой системы, но и в связи с целым рядом других заболеваний организма человека. В данном случае играют роль заболевания обмена веществ, болезни желез внутренней секреции, некоторые болезни крови, инфекционные болезни и т. п. В других случаях надо иметь в виду воздействие некоторых внешних факторов, как, например, отравлений, лучевых поражений, авитаминозов, при которых, наряду с расстройствами других органов и систем, встречаются и нарушения со стороны весьма чувствительного зародышевого эпителия семенника, продуцирующего сперматозоиды.

Влияние температуры на функцию яичек было изучено еще в 1951 году. Экспериментальным путем было установлено, что сперматогенез наиболее активен при температуре на 2—4° ниже температуры тела. При экспериментальном поддержании температуры, равной 47°С, в области мошонки морской свинки через две недели было обнаружено исчезновение молодых форм, из которых происходят сперматозоиды. Тепло вызывает нарушения в клетках, находящихся в процессе деления, и приводит к увеличению патологических форм. Другие авторы установили разрушение зародышевого эпителия яичка через 15 мин. после прогревания его до 45°С. Эти исследования подтверждают, что сперматогенез осуществляется при определенной температуре — на 2—4° ниже температуры тела. Обнаружено, что у людей, работающих в условиях высокой температуры (кочегары, литейщики и т. п.), обнаруживается снижение числа и подвижности сперматозоидов.

В процессе сперматогенеза важную роль играет и пищевой фактор. Особое значение имеют белки — уменьшение содержания белков в пище вызывает снижение сперматогенеза. Из проведенных массовых исследований известно, что у длительно голодающих в концентрационных лагерях, в условиях тюремного заключения и т. п. в связи с резким снижением поступления белков в организм наступают расстройства в сперматогенезе. Полагают, что дегенеративные изменения в связи с этим возникают не только в яичках, но также и в гипофизе, гормоны которого стимулируют зародышевый эпителий семенников. Дегенеративные изменения в яичках не полностью обратимы. Если после длительного голодания вновь восстановить нормальный пищевой рацион, наступает некоторое улучшение сперматогенеза, однако полного восстановления не наблюдается.

Авитаминозы. Для нормального сперматогенеза необходим целый ряд витаминов (А, Д, Е и С). Витамин А является специфическим возбудителем функции половой железы, но в то же самое время подавляет секреторную деятельность щитовидной железы. Следует подчеркнуть, что недостаточное количество витамина А в пищевом рационе параллельно с подавлением сперматогенеза вызывает снижение гормональной функции яичка, а далее и полового влечения.

Витамин Е является одним из наиболее существенных факторов, стимулирующих сперматогенез; его называют антистерилизующим витамином. Исследования на подопытных животных показали, что, если полностью

исключить из пищевого рациона витамин Е, развивается резкая атрофия семенников. Дегенеративный процесс начинается со зрелых сперматозоидов, которые подвергаются морфологическим изменениям. Число патологических форм в семенной жидкости увеличивается, а подвижность их снижается.

Новейшие исследования позволили обнаружить, что при полном отсутствии витамина Е в пище, подавляющее действие осуществляется непосредственным путем, а не через гипофиз.

Витамин D регулирует содержание фермента гиалуронидазы и лимонной кислоты в придаточных железах яичка.

Большое значение имеет аскорбиновая кислота (вит. С), играющая решающую роль в обезвреживании крайних продуктов обмена сперматозоидов. В процессе обмена веществ образуются клеточные токсины, которые нейтрализуются витамином С.

Экзогенные отравления

Следует подчеркнуть вредное воздействие алкоголя. На основании клинических и экспериментальных исследований было доказано, что у 60% страдающих хроническим алкоголизмом наблюдается жировая дегенерация зародышевого эпителия и разрастание соединительной ткани в яичках. У них обнаруживается не только снижение числа и подвижности нормальных сперматозоидов, но и увеличение числа слабо подвижных и патологических форм. Злоупотребление курением оказывает также интоксигирующее влияние, приводящее к дегенеративным изменениям зародышевого эпителия яичек.

Передозировка некоторых лекарственных средств (сульфаниламидов, целого ряда антибиотиков и т. н.) оказывает неблагоприятное влияние на сперматогенез. Обнаружено, что содержание сульфаниламидов в секрете предстательной железы и в секрете семенных пузырьков выше, чем в крови. Это значит, что сульфаниламиды быстро проникают в секреты придаточных половых желез.

Ряд профессиональных и других отравлений (свинец, ртуть, фосфор) оказывают вредное влияние на зародышевый эпителий яичка. Под их воздействием и при наличии некоторых других факторов развивается кислородная недостаточность в клетках эпителия, продуцирующего сперматозоиды.

В целом ряде случаев при отсутствии видимых причин бесплодия у мужчин полагают, что оно связано с некоторыми профессиональными отравлениями, медикаментозными воздействиями, авитаминозом, нервными и психическими расстройствами, физическим переутомлением, ведущими к постепенному нарушению сперматогенеза из-за постоянной нехватки кислорода в клетках зародышевого эпителия яичка.

Инфекционные заболевания также могут вызвать расстройство сперматогенеза. Выше уже было отмечено, что некоторые заболевания, как, например, острый эпидемический паротит, брюшной тиф, туберкулез, сифилис, малярия, пневмония и др. нередко являются причиной бесплодия у мужчины. Такого рода воздействия особенно опасны для мальчиков в возрасте 8-15 лет, когда эпителий яичек обладает повышенной чувствительностью к разным ядам и токсинам. Пути проникания разных токсических для сперматогенеза факторов различны, в связи с чем не всегда можно легко раскрыть механизмы наступления бесплодия у мужчины.

Лучевые нарушения сперматогенеза

Известно, что ткань яичка, производящая сперматозоиды, обладает очень высокой чувствительностью к рентгеновским и радиальным облучениям. При изучении сперматогенеза у пострадавших от атомного взрыва в Хироси-

ме были обнаружены дегенеративные изменения зародышевого эпителия. Известны также тяжелые поражения яичка после проведения лучевой терапии радиоактивными элементами у больных с карциномой предстательной железы. Особенно тяжелые расстройства вызывают гамма-лучи.

Опыты на животных показали, что при других лучевых воздействиях, например, при коротковолновом облучении яичек, дегенеративных изменений обнаружить нельзя. Согласно другим экспериментальным данным, высоковольтные облучения поражают эпителий яичек. Следует подчеркнуть, что при облучениях, сопровождающихся подавлением сперматогенеза, иногда не наблюдается столь скорого и необратимого поражения клеток яичек, обеспечивающие его гормональную функцию.

Каковы же патогенетические механизмы, играющие роль в нарушениях сперматогенеза при лучевом воздействии, все еще неизвестно. Полагают, что не исключена возможность прямого воздействия лучевого фактора на обмен веществ половой клетки или через целый ряд нейро-гуморальных промежуточных звеньев. Нарушение сперматогенеза может быть ранним симптомом также и профессионального поражения у работающих в условиях ионизирующего излучения (рентген, радий).

Нервно-психические факторы. На роли этих факторов в нарушениях сперматогенеза особенно настаивают советские авторы, исходя из бесспорного влияния промежуточного мозга на всю половую жизнь. При нарушениях в области гипоталамуса иногда наступает гипотрофия зародышевого эпителия. Считают, что тяжелая психическая травма может оказать тормозящее влияние на сперматогенез не непосредственно, а через половой центр в гипоталамусе. Психическая травма вызывает нарушения деятельности коры головного мозга, в результате чего развивается невроз. В дальнейшем, при участии промежуточных нейро-гуморальных звеньев может наступить расстройство половой функции и нарушение сперматогенеза.

Изменения в составе семенной жидкости под влиянием вышеупомянутых воздействий все еще изучены весьма недостаточно. Отмечают уменьшение главным образом числа сперматозоидов, снижение их подвижности вплоть до полного ее отсутствия. Вполне естественно, что интенсивность вышеупомянутых и других нарушений зависит от силы и времени воздействия вредных факторов. Возможности на излечение бесплодия, вызванного перечисленными факторами, зависят от степени самих расстройств, от своевременного устранения этих факторов и от целесообразности лечения; важно иметь в виду, что излечение вполне возможно в значительном числе случаев.

ЭНДОКРИННЫЕ ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ У МУЖЧИН

Среди различных причин, вызывающих бесплодие у мужчин, отнюдь не последнее место занимают эндокринные. И это вполне понятно, т. к. процесс созревания зародышевого эпителия яичка, сопровождающийся образованием дееспособных сперматозоидов, является эндокринно обусловленным. В то время как до определенного этапа созревания этих клеток необходим мужской половой гормон — тестостерон, то для завершения этого процесса в его последнем этапе, кроме тестостерона, необходимо воздействие и другого гормона, выделяемого передней долей гипофиза — т. наз. фолликулостимулирующего гормона. Вполне естественно, что во всех случаях, когда гормональная деятельность яичка мужчины снижена, возникнет бесплодие. В этом случае оно связано как с половым бессилием (неспособностью к половому акту), так и с фактическим отсутствием семенной жидкости.

Кроме указанных двух гормонов, принимающих непосредственное участие в процессе созревания половых клеток, при недостаточности или отсутствии целого ряда других гормонов также создаются неблагоприятные условия для протекания этого процесса, а следовательно, и причины возникновения бесплодия. Так, например, при микседеме (состоянии, при котором щитовидная железа не функционирует) больные также страдают бесплодием. Такая же картина наблюдается при аддисонской болезни (отсутствие функции коры надпочечников). В этих случаях правильное лечение основного заболевания устраняет и причину бесплодия. При патологическом повышении функции щитовидной железы и надпочечников (тиреотоксикоз или базедова болезнь и болезнь Кушинга) также наблюдается снижение оплодотворительной способности, которое обычно не достигает полного бесплодия. Состояние это также обратимо.

Представляют интерес нарушения половой функции при сахарном диабете. Это заболевание не всегда сопровождается нарушениями в половой функции, однако при продолжительном течении сахарного диабета половые расстройства не исключены. В этих случаях бесплодие не является первичным, а результатом выраженного полового бессилия. Из проведенных исследований констатируется, что причина импотенции в данном случае комплексная и связана как с гормональной недостаточностью, так и с поражениями нервной системы, регулирующей половую функцию.

Остановимся на двух, особых формах первичного расстройства яичек, сопровождающихся бесплодием. При т. наз. синдроме Клайнфелтера, как уже было сказано, речь идет о врожденном, передаваемом родителями заболевании, которое всегда характеризуется недостаточностью или полным отсутствием тестостерона; однако сперматозоиды не образуются, так как созревание зародышевого эпителия прекращается на определенном этапе. Второй синдром, напоминающий синдром Клайнфелтера, описан дель Кастиллио; характеризуется этот синдром полным отсутствием зародышевого эпителия в яичках, не сопровождающееся недостаточностью тестостерона. Эффективного лечения описанных синдромов до сего времени все еще нет.

При повышенном выделении половых гормонов надпочечниками наблюдаются два весьма различных заболевания. При выделении мужских половых гормонов проявляются мужские половые признаки; при выделении женских половых гормонов наблюдается т. наз. феминизация, т. е. появление у мужчины женских половых признаков. В обоих случаях болезнь сопровождается бесплодием, а при феминизации — имеется резко выраженное половое бессилие.

Как было отмечено выше, обусловленное гормональными нарушениями бесплодие, за небольшими исключениями, может быть вылечено, однако необходимо вовремя начать лечение и проводить его под непрерывным контролем врача.

* * *

Описанное выше не исчерпывает все возможности расстройств в оплодотворительной способности мужчины. Но и этих данных вполне достаточно, для того чтобы убедиться в большом разнообразии причин, которые могут привести к нарушению этой основной биологической функции — воспроизводства потомства. Важной задачей родителей, всех молодых семей и медицинских работников является своевременное выявление и устранение причин бесплодия и настойчивое проведение борьбы за гигиену половой жизни и профилактики заболеваний половых органов.

НАРУШЕНИЕ ОПЛОДОТВОРИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ ЖЕНЩИНЫ

О бесплодии женщины (стерильности) говорят в том случае, когда она не в состоянии забеременеть после двух лет половой жизни.

Бесплодие может быть результатом многих и весьма разнообразных причин. В первую очередь причину ненаступления беременности у женщины не следует искать только у нее. В 35—40% случаев бесплодия причины — в мужчине, в 45—50% — в женщине, и в 10—20% случаев они остаются невыясненными.

Причины бесплодия женщины могут быть как в половых органах, так и вне их. Наиболее часто встречающейся причиной бесплодия являются нарушения функции яичников или состояния яйцеводов.

Перед тем как перейти к вопросу о нарушениях оплодотворительной функции женщины, остановимся вкратце на т. наз. физиологическом бесплодии.

Физиологическое бесплодие имеется в допубертатном периоде, до наступления половой зрелости и появления первых менструаций. В данном случае причина находится в яичниках, которые еще не начали продуцировать зрелые, способные к оплодотворению яйцеклетки.

Физиологическое бесплодие существует и в климактерическом возрасте и связано с продукцией неполноценных зародышевых клеток или с прекращением выхода яйцеклеток. Необходимо иметь в виду, что это полностью не исключает возможности оплодотворения в оба эти периода.

Физиологическое бесплодие наблюдается и в период кормления ребенка грудью; обнаружено, что примерно у 50% кормящих матерей не наступает выделения яйцеклетки. Однако и в этот период, в особенности при восстановлении менструации, не исключается беременность.

Часто причиной физиологического бесплодия является отсутствие нормальной половой жизни. Для наступления беременности обычно необходимо продолжительный период регулярной половой жизни. Яичники женщины продуцируют лишь определенное число яйцеклеток, годных для оплодотворения, в среднем по одной в месяц; яйцеклетка в состоянии быть оплодотворена лишь в продолжении суток. Каждая женщина, в зависимости от характера ее менструального цикла и длительности межменструального периода, имеет специфические для нее „плодоносные“ и бесплодные дни.

Недоразвитие половых органов женщины и нарушения в функции яичников является наиболее частой причиной бесплодия у женщины.

Расстройства в функции яичников могут заключаться в отсутствии выделения яйцеклетки или же в выделении неполноценных яйцеклеток, которые негодны для оплодотворения или которые погибают до или вскоре после оплодотворения.

Причины бесплодия яичникового происхождения могут быть функциональными и органическими. В группу органических причин включают, например, врожденное или приобретенное отсутствие яичников (удаленных оперативным путем). Другие органические причины, при которых яичники имеются, но наступает разрушение ткани яичников, сравнительно редко вызывают бесплодие. Сюда причисляют случаи опухолей, кист или же случаи туберкулезного или иного воспаления яичников; при этом оставшаяся незначительная по своим размерам часть яичника может выделять яйцеклетки. При воспалении яичников обычно развиваются множество мелких кист, наступает бесплодие и расстройство гормональной функции яичников. Важно иметь в виду, что при воспалительных процессах ткань яичников очень устойчива.

Некоторые физические факторы, как, например, рентгеновские лучи, радий и изотопы радия, иногда и коротковолновые излучения, также могут вызвать стойкое бесплодие, наступающее в связи с поражением яичников.

Хронические отравления иногда вызывают бесплодие у женщины. В данном случае следует иметь ввиду свинец, ртуть, мышьяк, фосфор, морфин, кокаин, опиум, гашиш, табак, алкоголь и т. д. Никотин вызывает расстройство психо-сексуальной жизни женщины, поражает яичники, снижает плодовитость. Алкоголь, как известно, является клеточным ядом и, несомненно, оказывает вредное влияние на яичники, а хронический алкоголизм также приводит к уменьшению плодовитости женщины. Длительное голодание, недостаточное и неполноценное питание также в состоянии обусловить бесплодие. С другой стороны, ожирение сопровождается нарушениями в функции яичников и также может стать причиной бесплодия. Ожирение само по себе может быть вызвано гормональной недостаточностью яичников, нарушением обмена веществ, расстройством других желез внутренней секреции — в данном случае бесплодие является выражением глубокого гормонального нарушения. Функция яичников тесно связана с функцией щитовидной железы, гипофиза и надпочечников. При заболеваниях вышеупомянутых желез, как это мы увидим далее, наступает нарушение и в выделении яйцеклеток, что и приводит к бесплодию. Такими заболеваниями являются, например, эндемический зоб, тиреотоксикоз, акромегалия и сахарный диабет.

Сильные негативные эмоции (например, во время войны) также играют важную роль в связи с участием центральной нервной системы в этих процессах.

Наиболее частой причиной бесплодия женщины является закупорка яйцеводов; это препятствует контакту сперматозоида с яйцеклеткой.

Чаще всего закупорка яйцеводов встречается в результате воспалительных процессов фаллопиевых труб. Причины воспаления яйцеводов у женщины те же самые, что при воспалении моче-половой системы мужчины. В прошлом главную роль в этом отношении играли гонорея и туберкулез. Эти болезни и в настоящее время являются причиной бесплодия у женщины в значительном проценте случаев, но как в прошлом, так и теперь наиболее роковую роль в закупорке яйцеводов играли и играют аборт.

Современная медицина в целях предотвращения нежелательной беременности располагает (когда ее не желают) целым рядом контрацептивных (противозачаточных) средств, на которых мы далее остановимся.

Особенно необходимо иметь ввиду, что прекращение беременности чрезвычайно опасно при первой беременности.

Что касается воспалительных заболеваний женских половых органов, необходимо обращать внимание и на наличие выделений (т. наз. бели).

Бели следует лечить своевременно. Изменяя нормальную реакцию влагалищного секрета, они могут вызвать снижение подвижности сперматозоидов или даже их гибель. Бели у женщины вызваны чаще всего воспалительным процессом влагалища, шейки матки или слизистой оболочки матки. Воспаление в процессе своего развития может распространиться на яйцеводы и привести к их непроходимости.

Миомы матки, расположенные близ воронки яйцеводов, также могут стать причиной бесплодия.

Целый ряд воспалительных процессов в брюшной полости (малом тазу), как, например, перитонит, аппендицит, могут вызвать закупорку брюшного (внутреннего) отверстия яйцеводов. Во всех вышеупомянутых случаях яйцеклетка не может проникнуть в трубы.

При оперативном удалении червеобразного отростка (по поводу аппендицита) у девушек необходима особая осторожность со стороны хирурга, чтобы во время операции не поранить яичник, яйцевод или придатки матки. Небрежность в этом отношении может стать причиной бесплодия в будущем. Кроме закупорки яйцеводов, нарушение оплодотворительной способности может быть обусловлено сужением или искривлением труб. Яйцеводы могут сохранить свою проходимость, но потерять способность переноса яйцеклетки. Важно, чтобы маточные трубы не только были нормальными с анатомической точки зрения, но и чтобы их функция была нормальной. Сильные спазмы яйцеводов также могут стать причиной длительного бесплодия.

Что касается недоразвития матки, следует иметь в виду, что не всегда врожденное или приобретенное недоразвитие матки является причиной стерильности. Различают несколько степеней недоразвития матки и причины, его вызывающие, также различны. Недоразвитие матки может сопровождаться иногда функциональными нарушениями яичников. Когда недоразвитие матки сопровождается появлением первых менструаций в срок, и они проходят регулярно, вероятность наступления беременности больше, чем в случаях первичного или длительного вторичного отсутствия месячных.

Врожденные пороки матки, например, однорогая, двурогая матка, двойная матка, также в состоянии обусловить бесплодие, однако, в данном случае чаще наблюдается спонтанный выкидыш.

Что касается искривлений матки или ее перегибов, эти состояния имеют значение лишь в тех случаях, когда матка неподвижно фиксирована сращениями в малом тазу, вызванными воспалительным процессом в прошлом. Обычно в этих случаях имеется и непроходимость маточных труб.

За последние годы была выяснена роль заболеваний шейки матки при бесплодии. Здесь в первую очередь имеет значение нарушение анатомической целостности шейки. При значительном разрыве маточной шейки нарушается образование слизистой пробки. Узкое наружное отверстие или же сужение всего канала шейки наблюдается при половом недоразвитии в результате недостаточности функции яичников, что и является в данном случае причиной бесплодия. Вот почему расширение маточной шейки, к которому прибегали в прошлом, считают нецелесообразным, и при проведении такой манипуляции следует быть чрезвычайно осторожным. Усилия врача должны быть направлены к лечению недостаточности яичников.

Неблагоприятную роль в отношении наступления беременности играет и усиление секреции желез, которое наблюдается при воспалительных процессах в матке.

Причиной стерильности могут стать и заболевания слизистой оболочки матки, которые приводят к ее разрушению (воспаление после кюретажа, туберкулез слизистой и др. процессы, при которых наступает замещение слизистой рубцовой тканью). Миома матки может вызвать непроходимость маточных отверстий яйцеводов или же создать неблагоприятные условия имплантации яйца или же, наконец, сопутствующие миоме функциональные нарушения яичников играют роль в возникновении бесплодия, но об этом уже шла речь выше.

Гонорейное воспаление маточной шейки, даже когда заболевание ограничивается этим отделом, может обусловить значительные нарушения и затруднить наступление беременности. Наличие густого гнойного секрета препятствует прониканию сперматозондов в полость матки. Причиной бесплодия могут стать и негонорейные воспаления шейки матки, часто сопровождающиеся небольшими язвами (псевдоэрозиями) шейки и обильным выделением слизисто-гнойного секрета.

Многочисленные наблюдения позволили прийти к бесспорному выводу, что функциональные нарушения со стороны шейки матки играют важную роль среди причин, вызывающих стерильность. Сегодня подчеркивают, что истинным местом поступления семенной жидкости является канал шейки матки, исполненный слизью со слабо щелочной реакцией, в которой сперматозонды дольше всего сохраняют свою жизнеспособность. Иногда и в нормальных условиях сперматозонды не в состоянии проникнуть в канал шейки матки. В таком случае говорят о т. наз. спермальном иммунитете.

Рассмотрим причины бесплодия со стороны влагалища и наиболее важной наружной части половых органов (вульвы). Плотная и лишенная естественного отверстия, девственная плева является препятствием к оплодотворению.

Ожоги, разрывы или острые воспалительные процессы (например, дифтерит вульвы у девочек) могут привести к массивным сращениям вульвы у входа во влагалище или в самом влагалище. Это мешает половому акту или же создает препятствия для проникновения семенной жидкости в вышестоящие отделы половых органов.

Большие разрывы влагалищного входа, как и выпадение влагалища и матки могут оказаться относительной причиной стерильности из-за того, что семенная жидкость не в состоянии задерживаться во влагалище и быстро стекает наружу.

Врожденное отсутствие влагалища или поперечных складок встречается редко.

Одна из наиболее частых причин временного бесплодия являются воспалительные процессы влагалища. Считают, что ненаступление беременности при воспалительных процессах связано с изменением влагалищного содержимого, которое своими ферментами оказывает воздействие на сперматозонды и снижает продолжительность их жизни.

Половая холодность, хотя, по существу, и является характерным психоэмоциональным нарушением, счень часто имеет свою органическую причину: разрывы или же образование рубцов в области входа во влагалище или процессы, создающие неблагоприятные условия для совершения полового акта (болезненность, отсутствие желания). Сама по себе половая холодность не является причиной бесплодия. Однако она создает условия для относительного бесплодия, ввиду того, что женщины с ослаблением полового влечения избегают половых связей. У некоторых женщин половая холодность переходит в половое отвращение. Это уже более серьезное расстройство, которое рефлекторно ведет к „половой обороне“, выражающейся в спазме входа во влагалище и мышц бедер, что делает невозможным совершение полового акта. Это состояние, как уже было сказано, не является причиной бесплодия, но и из-за редко осуществляемых половых сношений наступление беременности не так уж часто. Следует иметь ввиду, что нарушения в оплодотворительной способности женщины часто обусловлены несколькими причинами одновременно. Исследование же мужчины всегда необходимо, ввиду того, что нередко причина бесплодия может быть именно в нем.

ЭНДОКРИННЫЕ ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ ЖЕНЩИНЫ

Необходимым условием для осуществления оплодотворения, и, следовательно, для наступления беременности женщины является нормальное развитие ее половых органов и нормальной функции яичников. После периода

полового созревания яичниковые гормоны вызывают не только изменения общей конструкции женского тела, но, кроме того, подготавливают половые органы к оплодотворению, донашиванию беременности и родовому акту. Любое отклонение в нормальной функции яичников и связанное с этим снижение или полное отсутствие яичниковых гормонов приводит к более или менее выраженному недоразвитию половых органов женщины, снижая таким образом вероятность наступления беременности.

Часто у внешне здоровых и нормально развитых женщин, у которых даже менструации регулярны, бесплодие связано с отсутствием овуляции (не наступает выделения способного к оплодотворению яйца), т. е. имеются т. наз. ановуляторные циклы. Целый ряд заболеваний, отравлений и психических расстройств могут обусловить нарушение нормального развития фолликула и таким образом воспрепятствовать выделению способного к оплодотворению яйца.

Все заболевания яичников — врожденная недостаточность или недоразвитие, воспалительные процессы и опухоли, облучение рентгеновскими лучами или радиоактивными изотопами и т. д., могут вызвать расстройства в функции яичников и стать причиной бесплодия женщины. Болезни гипофиза приводят к изменениям функции яичников вследствие прекращения или снижения секреции гормонов, стимулирующих яичники. Такого рода нарушения встречаются и при различных заболеваниях надпочечников, поджелудочной железы, щитовидной железы, при ожирении и т. п.

Остановимся вкратце на наиболее важных заболеваниях желез внутренней секреции, которые обуславливают нарушения нормальной функции яичников и связанное с этим бесплодие.

Снижение или отсутствие функции яичников (гипооваризм)

Гипооваризм связан с уменьшением или отсутствием гормональной функции яичников и встречается часто.

Недостаточность яичников встречается в первую очередь при патологических нарушениях со стороны самих яичников. Нарушение может быть врожденным или же появиться позже (например, после первой беременности или после родов). При этом заболевании роль играют разные острые и хронические воспалительные процессы, в особенности в брюшной полости, тяжелые инфекционные болезни, как брюшной тиф, скарлатина, дифтерия, туберкулез, хирургическое удаление яичников в связи с острыми процессами в брюшной полости, облучение рентгеновскими лучами, опухоли яичников и т. д. Недостаточность яичников может быть связана с нарушениями в каком-либо центре мозга или в гипофизе, результатом чего является снижение или прекращение выделения гипофизом гормонов, стимулирующих яичники. Таким образом наступает угасание деятельности яичников и развивается гипооваризм. В данном случае играют роль тяжелые психические переживания, изнурительные болезни, неполноценное питание, неудовлетворительные бытовые условия и т. д. Недостаточность функции яичников как следствие психического напряжения встречается во время войны — примером этому служит широкое распространение гипооваризма в Ленинграде во время блокады. Любой воспалительный процесс или опухоль гипофиза могут сопровождаться проявлениями недостаточности яичников.

Симптомы недостаточности яичников весьма разнообразны. Их тяжесть зависит от степени угасания деятельности яичников и от возраста девушки в период начала болезни. Чем сильнее нарушение функции яичников, тем

резче выражены проявления недостаточности яичников. Вместе с этим, чем в более раннем возрасте развилось заболевание, тем тяжелее изменения, наступившие вследствие снижения или отсутствия функции яичников.

Если недостаточность яичников возникла еще до наступления полового созревания, больные выглядят высокими, их конечности длинные, грудная клетка — плоская. Женский тип оформления тела либо отсутствует, либо недостаточно выражен. Половые органы в той или иной степени недоразвиты — размеры матки малы, влагалище узкое, неглубокое, оволосение половых органов выражено слабо или же вообще отсутствует.

У некоторых больных гипооваризм развивается после периода полового созревания, когда уже телосложение оформлено по женскому типу и половые органы до известной степени развились. Вполне понятно, что у этих больных внешний вид не отличается от нормальных женщин и изменения со стороны половых органов не столь резко выражены.

Обязательным симптомом заболевания являются нарушения менструального цикла. Часто у этих больных первая менструация появляется поздно — в возрасте 16—17 лет, а иногда она вообще отсутствует. Интервалы между менструациями могут быть значительными — до 2—3 месяцев, а иногда и больше. Кровопотеря при менструации незначительная, редко обильная, период может быть продолжительным или же коротким.

Недостаточность яичников играет существенную роль в бесплодии женщины. Число яйцеклеток невелико и не достигает полного созревания. Недостаточное количество половых гормонов приводит к недоразвитию матки, что снижает ее способность к имплантации вероятно оплодотворенного яйца и к доношиванию беременности.

Результат лечения гипооваризма зависит от степени угасания функции яичников и от своевременности начатого лечения. Особую роль играет раннее обнаруживание заболевания — в тот период времени, когда нормально наступает пубертатный возраст. В этих случаях нормализуется развитие девушки, оформляются половые органы, появляются нормальные менструации, что позволяет нередко избежать бесплодия. При болезнях гипофиза, напрежениях и т. п. проводится лечение основного заболевания, вслед за чем восстанавливается регулярный менструальный цикл и в значительном числе случаев можно ожидать нормальной овуляции, оплодотворения и родов.

Повышенное выделение мужских половых гормонов (андрогенных гормонов) яичниками — синдром Стайна-Левенталя, овариальная гиперандрогения

Овариальная гиперандрогения часто встречающееся заболевание. На основе статистических данных ряда авторов известно, что у 1,45—2,80% женщин, имеющих какие-либо гинекологические расстройства, выделение яичниками андрогенов повышено. Болезнь известна так же под названием синдрома Стайна-Левенталя, описанного авторами еще в 1935 году. Они же первые применили хирургическое лечение этих больных. Обязательным симптомом овариальной гиперандрогении является увеличение размеров яичников; в яичниках обнаруживаются множество кист, размером с чечевичное зерно. Причиной заболевания считают нарушение образования яичниками половых гормонов — яичники начинают выделять увеличенное количество (по сравнению с нормальным) мужских половых гормонов.

Проявление синдрома Стайна-Левенталя отмечают в пубертатном периоде. У некоторых женщин, однако, симптомы возникают после замужества,

иногда после родов или выкидыша. Менструальный цикл обычно нарушен — менструации появляются с интервалами в несколько недель, иногда в 5—6 и более месяцев. Кровотечение незначительно и кратковременно, но у некоторых женщин бывают обильные и продолжительные кровопотери.

В 75% случаев имеется бесплодие. У некоторых более молодых женщин с не столь резко выраженной формой болезни возможно наступление беременности, однако она часто заканчивается спонтанным, самопроизвольным выкидышем. Причиной бесплодия является отсутствие овуляции, а выкидыша — „недоброкачественное яйцо“.

Общий вид женщин — выраженный женский тип телосложения. Половые органы обычно развиты нормально, однако размеры матки несколько уменьшены. У значительного числа больных повышенное количество андрогенных гормонов вызывает повышенное половое чувство. Нередко признаки заболевания нерезко выражены, иногда имеется лишь бесплодие или несколько, следовавших один за другим самопроизвольных аборт. В этих случаях поставить правильный диагноз трудно.

Другим симптомом овариальной гиперандрогении является увеличенное оволосение на необычных для женщины местах — на конечностях, в особенности на ногах, между молочными железами и на самих железах, на лице. Интенсивность оволосения различна и может выражаться легким увеличением пушковых волос на теле и на лице или же развитием густо расположенных, емных, длинных и твердых волос. Примерно у 40—50% больных имеется более или менее выраженное ожирение, главным образом тела и верхних астей ног. Больные жалуются на постоянные головные боли, повышенную нервозность и раздражительность, ослабление памяти, снижение трудоспособности и т. д.

Лечение этого заболевания хирургическое: оперативным путем удаляются мелкие кисты.

Существуют и медикаментозные способы лечения, но полученные результаты уступают результатам оперативного лечения. Наиболее благоприятных результатов оперативного лечения можно ожидать при вмешательстве в раннем возрасте. Наблюдения показали, что процент излечения выше в группе больных с овариальной гиперандрогенией при проведении операции в возрасте до 20 лет. После операции у 90% больных нормализуется менструальный цикл, способность к оплодотворению восстанавливается у 75% и у 30% исчезает патологическое оволосение, у остальных лечение не дает результата. После операции в продолжении нескольких лет больные должны систематически следить за менструациями, периодически измерять ректальную, (т. е. в заднем проходе) температуру, для того чтобы обнаружить имеется ли овуляция, использовать косметические средства удаления волос (электрический способ эпиляции и др. способы). При желании забеременеть и наличии ановуляторных циклов можно назначить лекарства, стимулирующие овуляцию. Систематическое наблюдение и комплексное лечение этих больных чаще всего дает удовлетворительные результаты и может наступить беременность с нормальным доношением и родами.

Удовлетворительные результаты лечения связаны с ранним обнаруживанием болезни. В период полового созревания молодой девушке необходимо следить за менструальным циклом, за длительностью кровотечения и количеством потерянной крови. Необходимо, кроме того, выявить причину любого необычного оволосения, появившегося в пубертатном периоде и не вслед за ним. Среди многих причин бесплодия женщины следует всегда думать и о возможности существования овариальной гиперандрогении.

Гормонально активные яичниковые образования

Некоторые образования в яичниках могут выделять половые гормоны. В одних случаях образуются женские половые гормоны (эстрогены и прогестерон), в других — мужские половые гормоны (андрогены), в третьих — гормоны, которые при нормальных условиях выделяются щитовидной железой или гипофизом.

Течение болезни зависит от производимого яичниковым образованием гормона. При выделении эстрогенов и прогестеронов появляются неправильные кровотечения, менструальный цикл нарушен и т. д. Наличие андрогенных гормонов вызывает оволосение по нехарактерному для женщины типу, резкие нарушения менструального цикла и т. д., выделение же гормона щитовидной железы сопровождается симптомами, напоминающими болезнь Базедова (серцебиение, повышенный обмен веществ и т. д.).

Вполне естественно, что все эти образования, выделяющие гормоны, кроме нарушений в менструальном цикле, приводят и к расстройству нормального созревания яйцеклетки, получаются ановулярные циклы. Таким образом, у заболевших женщин появляется стерильность.

Лечение яичниковых образований, выделяющих гормоны, только хирургическое. Результаты лечения обычно очень хорошие — у женщин быстро восстанавливается нормальная функция яичников.

Полное отсутствие яичниковой функции в связи с врожденной дегенерацией яичников — синдром Шерешевского—Тернера, гонадная дизгенезия

Синдром Шерешевского—Тернера — редко встречающееся заболевание. Причины его возникновения все еще невыяснены. Обнаружено врожденное повреждение половых хромосом, которое передается либо отцом, либо матерью. Полагают, кроме того, что разные вирусные заболевания во время беременности приводят к гибели яичников плода. Среди других причин указывают на травмы, воспалительные процессы и т. д.

Для таких больных характерно некоторое отставание в росте, шея короткая, иногда встречаются аномалии ушных раковин, зубов и др. частей тела. Существенным признаком заболевания является значительное отставание в половом развитии. Наружные половые органы слабо развиты, оволосение незначительно, влагалище — узкое и короткое, матка небольших размеров. Молочные железы неразвиты.

Лечение больных проводится длительным назначением половых гормонов. Рекомендуется полноценное питание (главным образом белковое и витаминное) и физкультура. В течение нескольких лет больные прибавляют в росте, затем развиваются молочные железы, появляются менструации. Эти успехи являются результатом внесенных извне гормонов, и при прекращении лечения нарушается как менструальный цикл, так и половое развитие.

Врожденная дегенерация яичников сопровождается стойким бесплодием, и излечения не следует ожидать. Вместе с тем, однако, не следует также считать, что больные с синдромом Шерешевского—Тернера являются неполноценными людьми. Несмотря на сниженную работоспособность, такие больные вполне пригодны для общественной и трудовой жизни. Систематическое лечение приводит к улучшению их общего состояния, они почти полностью приспосабливаются к тем требованиям, которые связаны с их вероятным браком. Стойкое бесплодие у этих больных не является категорическим препятствием к созданию семьи. Удовлетворение материнского инстинкта достигается усыновлением ребенка.

Заболевания надпочечников

Надпочечные железы играют важную роль в жизни человека. Их удаление или разрушение вследствие какого-либо заболевания приводит к тяжелым нарушениям состояния больных. Между яичниками и надпочечниками существуют самые тесные взаимоотношения. Действие некоторых гормонов

надпочечных желез напоминает действие яичниковых гормонов. Заболевания надпочечников связаны либо со снижением выделения некоторых или всех гормонов, либо с повышением количества продуцируемых этими железами гормонов. Ко второй группе принадлежит болезнь, которая носит наименование аденогенитального синдрома.

В 1865 г. итальянский врач де Греко описывает очень интересный случай. Речь идет о больном, родители которого до четырехлетнего возраста ребенка не могли определить его пол. Впоследствии клитор ребенка увеличился и приобрел размеры полового члена мужчины. Больной жил разгульно, имел весьма активную половую жизнь и умер от алкоголизма. На вскрытии было обнаружено, что у больного имеется матка и яйцеводы, а надпочечники были резко увеличены. Это и есть первое описание аденогенитального синдрома в его широко развернутой форме. Исследования показали, что заболевание встречается примерно один раз на 67 000 новорожденных.

Новорожденные с аденогенитальным синдромом имеют в той или иной степени измененные наружные половые органы, которые в некоторых случаях напоминают мужские половые органы, однако, в то же самое время у больного можно обнаружить матку и трубы, как и у любой женщины. В детском возрасте заболевшие выше своих ровесников, но в дальнейшем отстают в росте. Психика у детей изменена — они часто предпочитают мальчишеские игры, у них агрессивный характер. Все это создает серьезные затруднения при воспитании. Поведение детей в половом отношении зависит от изменений в половых органах, от воспитательных мер и своевременного лечения.

Причина заболевания — избыточное количество андрогенных гормонов, которое производят надпочечники. Андрогены подавляют функцию яичников, менструации появляются в более позднем возрасте, часто имеются и значительные отклонения. Овуляция нарушена, и при отсутствии систематического лечения наступление беременности следует считать невозможным. У некоторых больных заболевание проявляется в пубертатном возрасте или вслед за ним.

Лечение аденогенитального синдрома сводится к систематическому назначению препаратов надпочечников. Если начать лечение своевременно, можно добиться весьма удовлетворительных результатов (развитие тела по женскому типу, своевременное наступление пубертатного периода, регулярные менструации и беременность).

При повышенной деятельности желез (синдром Иценко—Кушинга) появляются обильные маточные кровотечения, нарушения менструального цикла и значительное снижение количества эстрогенов, причем часто развивается и бесплодие. Клиническая картина других заболеваний этих желез сопровождается подобными симптомами. Кроме этого, следует иметь в виду, что при наступившей беременности необходимо сделать тщательную оценку состояния больной и, если окажется необходимым, прервать беременность по медицинским показаниям.

При снижении функции надпочечников (болезнь Аддисона) наступает атрофия половых органов, менструальный цикл нарушается, в редких случаях наступает беременность, что, однако, приводит к резкому ухудшению ее состояния.

В настоящее время медицина располагает целым рядом средств, позволяющих или через лекарственные препараты, содержащие все гормоны надпочечника, или оперативным путем с успехом восстановить или компенсировать сниженную функцию железы. Лечение дает результат, и можно ожидать нормализации полового развития, восстановления нормального менструального цикла и даже наступления беременности.

Сахарный диабет

В Болгарии зарегистрировано примерно около 40 000 больных с сахарным диабетом, среди которых половина женщины. Кроме того, имеется и много больных со скрытым, невыявившимся диабетом.

У женщин, страдающих диабетом, часто обнаруживаются резкие нарушения менструального цикла. Интервалы между отдельными месячными удлиняются и иногда достигают нескольких месяцев. Это сопровождается снижением кровопотери при менструации. У девочек, заболевших диабетом, пубертатный период иногда наступает поздно. Описанные нарушения менструального цикла зависят от тяжести самого заболевания и, по всей вероятности, от нарушений в обмене веществ, отражающихся на функции яичников. У многих женщин нарушено половое влечение.

Целый ряд проведенных до настоящего момента наблюдений указывают на то, что у страдающих диабетом женщин реже наступает беременность и донашивание плода, чем у здоровых. В ранних трудах многих авторов отмечается, что им не удалось наблюдать беременной женщины, заболевшей диабетом. По данным сводной статистики известно, что до 1920 г., когда было введено лечение инсулином (гормоном поджелудочной железы), описано лишь 103 беременных женщин, страдавших сахарным диабетом. Несмотря на удовлетворительные результаты лечения, сахарный диабет является часто причиной бесплодия заболевших женщин.

Много споров возникает вокруг вопроса о том, является ли диабет препятствием для вступления в брак. В подобных случаях надо сделать тщательную оценку течения заболевания, эффективности проводимого лечения, наличия или отсутствия осложнений, длительности заболевания, условий жизни и работы и т. д. Большие возможности диагностирования и лечения диабета, которые предлагает современная медицина, дают основание считать, что диабет не является препятствием для вступления в брак. Большую осторожность необходимо проявлять в тех случаях, когда заболевание сопровождается осложнениями или течение слишком длительное. Очень большое значение следует придавать в том случае, когда оба вступающих в брак страдают диабетом. Известно, что когда оба родителя больны диабетом, вероятность передачи заболевания потомству выше; кроме того, процент осложнений во время беременности и родов также повышается (по вопросу об отражениях сахарного диабета у мужчин см. главу „Половые расстройства у мужчин при заболеваниях эндокринных желез“).

Строгое соблюдение диеты и противодиабетическое лечение приводят не только к улучшению состояния страдающей сахарным диабетом, но увеличивают, кроме того, и вероятность наступления беременности. Современное лечение диабета способствует улучшению функции яичников и даже их нормализации. В некоторых случаях, после тщательной оценки состояния больной может быть рекомендовано и искусственное прерывание беременности.

Эффективность лечения сахарного диабета не должна уменьшать наши заботы о беременной больной. Необходимо учитывать, что беременность часто является „провокацией“, которая выявляет протекающий скрыто диабет и тем же приводит к некоторым его осложнениям. Кроме того, не исключены самопроизвольные выкидыши, мертворождения или же рождение слишком крупных детей и т. д.

Беременность является дополнительной нагрузкой для нарушенного обмена веществ больной женщины. Это обязывает, в особенности во время беременности и родов, поставить больную диабетом под строгий врачебный

контроль. Она должна строго соблюдать предписанный пищевой режим. Кроме того, в начальном периоде, в середине и к концу беременности хорошо поместить больную в стационар для выяснения состояния плода и будущей матери. Такой подход обеспечивает своевременное проведение необходимых мер при любом отклонении от нормального хода беременности и благополучное доношивание плода.

Ожирение

Ожирение является широко распространенным заболеванием, которое сопровождается прибавлением в весе выше нормы за счет значительного отложения жиров в жировых депо организма. Можно сказать, что почти $\frac{1}{5}$ взрослого населения многих стран страдает ожирением. Исследования болгарских ученых в Благоевградском и Плевенском округах обнаружили превышение в весе тела у 7,2% населения, а в Смолянском округе у 14%.

Ожирение представляет серьезное заболевание, которое чаще всего вызвано чрезмерным питанием и в очень редких случаях связано с нарушением функции некоторых желез внутренней секреции. Больные с ожирением проявляют ограниченную физическую активность, для них характерно и снижение работоспособности. У них чаще встречаются повышенное артериальное давление, заболевания суставов, атеросклероз, желчнокаменная болезнь и т. д. К сожалению, глубоко проникшее в сознание народа убеждение, что полнота является выражением здоровья, мешает правильно оценить опасности, которые связаны с этой болезнью. Не случаен тот факт, что в некоторых странах ожирение как причина смертности занимает третье место вслед за сердечно-сосудистыми и раковыми заболеваниями. Считают, что повышение веса выше нормы приводит к укорочению продолжительности жизни в среднем на 7 лет, возрастающему параллельно с прибавлением в весе.

Ожирение у женщины сопровождается резкими нарушениями нормальной функции яичников. Изменяется интервал между менструациями, иногда он удлиняется до 42–50 дней и даже до нескольких месяцев. Потеря крови незначительна, менструальный период укорачивается. В значительном проценте женщин, страдающих ожирением, отсутствует овуляция. Ожирение может быть серьезной причиной бесплодия.

Считают, что ожирение вызывает нарушения в некоторых центрах мозга, в результате чего наступает снижение гормонов гипофиза, стимулирующих яичники. При снижении или отсутствии стимуляции яичников гормонами гипофиза наблюдается уменьшение или прекращение выделения эстрогенов и прогестерона. Это снижение функции яичников вызывает, со своей стороны, недоразвитие половых органов женщины в той или иной степени.

Значительные расстройства наступают во второй половине менструального цикла, когда происходит созревание яйцеклетки и тогда сбывается способное к оплодотворению яйцо. Таким образом, у страдающих ожирением женщины возникают ановуляторные циклы и развивается бесплодие. При ожирении нарушения функции яичников не следует связывать с резкими расстройствами в самих яичниках, а их следует объяснить нарушением стимуляции гормонами гипофиза. Исследования показали, что снижение веса сопровождается быстрым восстановлением функции яичников, нормализацией менструаций и ликвидированием бесплодия.

Лечение ожирения сводится в первую очередь к ограничению количества принимаемой пищи, углеводов и жиров. Уменьшают количество поступающих в организм с пищей жидкостей и поваренной соли. Можно назначить лекарства, подавляющие аппетит. Нормализации веса содействуют физические нагрузки, экскурсии, физиопроцедуры и т. д. Результаты лечения ожирения удовлетворительны, однако лечение требует воли и терпения со стороны заболевшей женщины.

Заболевания щитовидной железы

Болезни щитовидной железы весьма разнообразны и включают врожденные пороки развития, эндемический и спорадический зоб, повышение (болезнь Базедова) или снижение функции железы, воспалительные процессы, травмы и опухоли. Наиболее широко распространенным является эндемический зоб; в нашей стране насчитывается около 600 000 подобных случаев заболевания, причем у женщин заболевание встречается примерно в два раза чаще, чем у мужчин.

Существует тесная связь между функцией щитовидной железы и яичников. Для нормального функционирования яичников необходимо определенное количество гормона щитовидной железы. Поэтому вполне понятно, что при увеличении или снижении количества этого гормона наблюдаются резкие нарушения менструального цикла. Снижение выделения гормона щитовидной железы приводит к недоразвитию половых органов и молочных желез, длительным маточным кровотечениям, к бесплодию; при наступлении беременности — часто наблюдается самопроизвольный выкидыш или мертворождение. То же самое наблюдается и при повышении функции щитовидной железы. И в этом случае обнаруживаются резкие расстройства в деятельности яичников, ановуляторные циклы и бесплодие. При наступлении беременности в 33—50% случаев она завершается самопроизвольным выкидышем. При этих заболеваниях также необходимо сделать тщательную оценку состояния беременной с целью своевременного прерывания беременности, если это окажется необходимым.

Полагают, что заболевания щитовидной железы вызывают нарушения в выделении гормонов гипофизом, тех гормонов, которые стимулируют функцию яичников. Кроме того, считают, что в результате нарушений нормальной деятельности щитовидной железы наступает изменение чувствительности матки и яичников к половым гормонам.

Вышеописанные расстройства функции яичников, сопровождающие заболевания щитовидной железы, можно в значительной мере устранить, если провести правильное и своевременное лечение. Современная медицина располагает большими возможностями в диагностировании и лечении нарушений щитовидной железы, что позволяет избежать и дисфункции со стороны яичников.

Заболевания гипофизной железы

Определение, согласно которому гипофиз является железой-дирижером, не случайно. Оно основывается на значении разных гормонов, выделяемых гипофизом, роль которых — стимулирование всех эндокринных желез. Из передней доли гипофиза выделяются: гормон, стимулирующий щитовидную железу (тиреотропный гормон), надпочечники (адренокортикотропный гормон), гормон, регулирующий функцию половых желез (фолликулостимулирующий, лютеинизирующий и лютеотропный гормоны), гормон, регулирующий секрецию молочных желез (лактотропный гормон) и гормон, стимулирующий рост тела (соматотропный гормон). Задняя доля гипофиза выделяет окситоцин (вызывает сокращение мышцы матки и помогает родовому акту) и вазопрессин (сужает кровеносные сосуды и вызывает повышение артериального давления).

Роль гипофиза — через вышеупомянутые гормоны стимулировать и регулировать деятельность желез внутренней секреции. Под действием соответствующих гормонов разные железы внутренней секреции начинают выделять свои гормоны, которые в свою

очередь оказывают влияние на гипофиз, снижая его стимулирующий эффект; таким образом получается точная регуляция функции всех желез. В этом сложном процессе стимуляции и регуляции принимает участие и промежуточный мозг и гипоталамус. В гипоталамусе вырабатывается целый ряд мобилирующих факторов, которые стимулируют гипофиз к выделению определенного гормона. Как это легко понять, эндокринные железы, гипофиз и гипоталамус объединяются в одно функциональное целое, в котором имеются целый ряд стимулирующих и регулирующих связей. Ярким примером этого является регулирующая функция яичников, описанная в главе об анатомии и физиологии половой системы женщины.

При некоторых опухолях или воспалительных процессах гипофиз может полностью быть разрушен; следствием этого является болезнь Симмондса. При этом заболевании имеется значительное уменьшение количества выделяемых стимулирующих гормонов. Так, например, отсутствие фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов приводит к утрате яичниковой функции, к атрофии половых органов, к прекращению менструации, и, вполне естественно, к бесплодию.

Иногда при значительной кровопотере (роды, аборт, несчастный случай и т. д.) разрушается и некоторая часть гипофиза. Это заболевание носит наименование синдрома Шихена. В этом случае также угасает и прекращается деятельность яичников, исчезает менструальный цикл, прекращается и выделение молока у кормящих, развивается атрофия половых органов и вторичное бесплодие. Согласно более старой статистике, синдром Шихена встречается в 7 случаях на 1000 рождающих женщин. В настоящее время частота этого синдрома значительно снизилась ввиду улучшения родильной помощи и введения целого ряда бескровных способов родов.

Повышенная секреция гормона роста у детей вызывает гигантизм (рост выше 2 метров), а у взрослых — акромегалию (увеличение размеров конечностей, нижней челюсти, носа, ушей). При обоих заболеваниях ввиду снижения выделения фолликулостимулирующего гормона наблюдается отставание в половом развитии, расстройство менструального цикла и бесплодие.

Подобная картина наблюдается и при повышенном выделении гипофизом гормона, стимулирующего надпочечники (синдром Иценко—Кушинга).

Нарушение функции гипофизной железы иногда вызывает расстройство в функции половых желез и в обмене веществ. У этих больных появляется отложение жировой ткани в нижней части живота, на ягодицах и бедрах. Ожирение сопровождается резкими нарушениями развития и функции яичников. Это заболевание носит наименование адипозогенитальной дистрофии.

Краткая характеристика ряда заболеваний гипофиза показывает, что любое нарушение его функции сопровождается более или менее выраженным угасанием функции яичников и бесплодием. Лечение включает применение медикаментов, облучения, хирургическое вмешательство и в ряде случаев можно ожидать как восстановления функции яичников, так и наступления беременности.

БЕСПЛОДИЕ (СТЕРИЛЬНОСТЬ), НЕДОНАШИВАНИЕ И БОРЬБА С НИМИ

Нарушения оплодотворительной способности женщины, обусловленные той или иной причиной, в конце концов сводятся к двум состояниям: стерильности, т.е. неспособности женщины забеременеть, и к недонашиванию, т.е. неспособности донашивать и родить в срок живого и жизнеспособного ребенка. Ввиду особой важности в личной, семейной жизни и в общественном отношении эти два состояния будут рассмотрены подробнее.

Бездетная семья

Бездетной считают семью, в которой женщина в возрасте плодоношения не беременит по истечении двух лет нормальной брачной жизни. Для женщины старше 30 лет этот срок может быть укорочен до года и даже менее.

В прошлом виновной за бездетность в семье считали только женщину. Во время патриархата бесплодие считалось тяжелым недугом женщин. Супружеское право позволяло супругу выгнать женщину, которая не могла создать ему потомства. Пережитки прошлого встречаются и в настоящее время. Мужчины и сегодня склонны бросить „вину“ на женщину. Часто в подобных случаях мужчина с нежеланием соглашается или вообще отказывается от проведения исследования на неспособность иметь потомство. Теперь нам известно, что почти в 40% бездетных браков — вина у мужчины. Существует мнение, что в 50% случаев бесплодие связано с каким-либо расстройством со стороны женщины, в 40% „виновен“ мужчина и в 10% вина обоюдная. Вот почему во всех случаях бесплодия в браке абсолютно необходимым является исследование как женщины, так и мужчины. Ввиду того, что исследование мужчины гораздо легче, надо начинать с него.

В то время как исследования женщины на наличие бесплодия являются обязанностью акушер-гинеколога, то мужским бесплодием занимаются андрологи, венерологи, урологи и сексологи. Как было уже отмечено, причины бесплодия мужчины и женщины весьма различны. На практике разные специалисты в этой области должны работать совместно и при взаимных консультациях. Работа в этой области привела во многих странах к созданию особых институтов по сексологии, в которых совместно работают разные специалисты.

Для мужчины биологическая задача отцовства сводится к образованию нормальных сперматозоидов. Для женщины речь идет не только о выделении яйцеклетки, способной оплодотвориться, а о сложном биологическом процессе, которому дано имя с огромным значением — материнство. Всегда нужно иметь в виду эту большую разницу биологической роли мужчины и женщины, если мы хотим добиться успеха в борьбе с бесплодием и иметь правильное отношение к женщине-матери.

Мужчина является бесплодным, если его семенная жидкость не отвечает определенным требованиям, необходимым для оплодотворения яйца, и в тех случаях, когда он не в состоянии депонировать семенную жидкость в женские половые органы. Женщина стерильна, когда ее яйцеклетки недоразвиты или же когда устройство и состояние ее половых органов не позволяют принятию семенной жидкости. Женщина страдает бесплодием также, если оплодотворенное нормально яйцо не имплантируется на подходящем месте или же не питается достаточно до своего полного развития, или же выбрасывается преждевременно, или, наконец, погибает в организме матери.

Из всего сказанного становится ясным насколько сложен вопрос о правильном ведении борьбы с бесплодием и недонашиванием, сколько усилий и терпения требует эта борьба со стороны бездетных, как упорна должна быть работа специалистов и какова сознательность и исполнительность должна быть со стороны супругов.

Организация правильной профилактики, исследования и лечения бесплодия является важной и неотложной задачей национального значения. Она, до известной степени, связана с увеличением рождаемости и прироста населения.

Опыт наших и зарубежных специалистов показывает, что в условиях современного исследования в хорошо оснащенных особых медицинских учреждениях с высококвалифицированной помощью, успешное лечение бесплодия вполне реально.

Профилактика бесплодия должна быть начата сразу же после рождения девочки, полагая заботу о предохранении половых органов от проникновения инфекции. С другой стороны, необходимо провести тщательную про-

верку с целью своевременного обнаружения каких-либо врожденных аномалий половых органов. В дальнейшем любое нарушение общего развития должно быть сигналом к принятию необходимых мер. С появления первой менструации девушке нужно привить навык к гигиене менструального цикла, а также ознакомить ее с опасностями, связанными с абортом, венерическими болезнями, мастурбациями и т.д. В более позднем возрасте девушка должна быть ознакомлена с вопросами гигиены половой жизни и избежания беременности. Школьный врач должен иметь тесный контакт с родителями, а родители, в свою очередь, должны освободиться от фальшивого стыда и говорить сердечно и откровенно со своими детьми по вопросам полового развития.

Одной из важных причин первичной стерильности является туберкулез половых органов. Вот почему каждая девушка, переболевшая туберкулезом, должна быть обследована гинекологически, и при наличии заболевания внутренних половых органов, должно быть предпринято соответствующее лечение.

Воспаление червеобразного отростка также может вызвать нарушения в малом тазу и яйцеводах и, таким образом, привести к бесплодию. В подобных случаях необходима консультация гинеколога. Желательно при аппендиците в молодом возрасте, в особенности у девушек, во время оперативного вмешательства в группу операторов включать и гинеколога. По сути говоря, при любом оперативном вмешательстве с прониканием в брюшную полость у женщины необходимо провести обследование половых органов.

Борьба со стерильностью включает и все меры, направленные на исключение аборт или своевременное устранение воспалений половых органов, и их последствий, создание условий для правильного протекания родового акта и послеродового периода и т.д.

Семьи, которые провели систематическое исследование и лечение в кабинетах по борьбе с бесплодием, пользуются преимуществом при усыновлении детей. Усыновление следует рекомендовать женщинам, у которых обнаружено абсолютное бесплодие. При абсолютной стерильности мужчины при оценке необходимо учесть состояние женщины. Если речь идет о женщине, у которой имеется абсолютное бесплодие, а также с тяжелыми формами относительной стерильности, лучше рекомендовать как можно раньше усыновить ребенка. Женщинам с нормальными гениталиями можно предложить искусственное осеменение семенной жидкостью супруга или донора или, наконец, рекомендовать усыновление ребенка. Оценку сделать труднее всего при наличии относительной стерильности как у мужчины, так и у женщины, равно как и у обоих супругов. В данном случае имеет значение возраст женщины. Наблюдается много случаев наступления беременности и доношивания плода вслед за усыновлением. Обыкновенно это не сопровождается разочарованиями и сожалениями. Надо думать, что нормализация психического состояния женщины, наступающая после усыновления, является стимулом и к восстановлению нормальной функции половых органов. Это, разумеется, относится к бесплодию, обусловленному функциональными причинами. Будущим родителям следует объяснить все подробности, связанные с усыновлением, разъяснить необходимость решения этого вопроса в судебном порядке.

В кабинетах по борьбе со стерильностью уведомление о полученных результатах исследований супругов необходимо сделать в присутствии обоих.

В каждой современной поликлинике созданы благоприятные условия для исследования и лечения бесплодия и для применения, в случае необходимости, всех противозачаточных мер. Каждая бездетная семья должна

поддерживать тесную связь с соответствующим особым кабинетом по борьбе со стерильностью и обладать картой диспансерного обследования. Супругам следует соблюдать все, что рекомендуют им специалисты. Необходимо проведение энергичных профилактических мер и санпросвещение.

В борьбе с бесплодием должны принимать участие и участковый врач, и участковая акушерка. Необходимо выявлять, регистрировать и направлять бездетные семьи на исследование и лечение в специализированные кабинеты.

Правильная организация борьбы со стерильностью может выполнить важные задачи по снижению числа бездетных семей, по сохранению нормального состояния половых органов женщины и таким образом внести вклад в увеличение рождаемости и прироста населения.

БЕСПЛОДИЕ, СВЯЗАННОЕ С НЕДОНАШИВАНИЕМ ПЛОДА

В данном случае речь идет о женщинах, у которых наступление беременности возможно, но они не в состоянии донашивать плод и рожать жизнеспособных детей.

В таком браке способность к оплодотворению сохраняется, но все же в этой семье нет собственных детей. Иными словами, существует принципиальная разница между браком без детей при наличии возможности наступления беременности и браком, при котором нет детей из-за невозможности женщины стать беременной. Причин к недонашиванию плода много, они могут быть явными, но чаще всего они „скрыты“.

Среди причин по частоте первое место занимает т. наз. привычный выкидыш, т. е. наличие трех или более последовательных произвольных абортов. В соответствии с этим можно говорить и о привычных преждевременных родах в случаях, когда несколько раз подряд рождаются незрелые и едва жизнеспособные дети. Сюда включаются и случаи привычной внутриутробной смерти плода и рождения нежизнеспособных детей.

За последние несколько лет в нашей стране в здравоохранении матери и ребенка достигнуты большие успехи. В этом отношении решающую роль играют новые организационные формы и лечебные меры, объектом которых являются беременные, родильницы и новорожденные. Красноречивым доказательством правильности нашей политики в области здравоохранения являются результаты проводимой профилактики во время беременности и до наступления беременности. Проблемы, связанные с недонашиванием, волнуют не только коллективы акушеро-гинекологических учреждений, а и всю общественность. Поэтому поиск путей к снижению детской смертности является первоочередной задачей всех учреждений, связанных с охраной здоровья матери и ребенка.

Правильное развитие оплодотворенного яйца зависит от двух факторов: от наследственности и от влияния окружающей среды. Как в период зачатия, так и во время беременности на оплодотворенную яйцеклетку и на организм матери могут оказать воздействие самые разнообразные факторы окружающей среды. Правильное развитие плода зависит от качества и количества доставляемых ему веществ. Незначительные изменения в окружающей среде в первые недели беременности могут вызвать неправильное развитие плода. Одни факторы действуют механическим путем, вызывая кровотечение, другие обладают химическим и токсическим воздействием. Например, некоторые лекарства — хинин, сульфаниламиды в высоких дозах и другие вещества, оказывают гемолитическое (растворяющее красные кровяные тельца) влияние,

а некоторые ведут к т. наз. аутоиммунологическим процессам в организме. Сюда относят и вредное воздействие инфекций, некоторых гормонов (кортизона, андрогенов, тироксина), лучевых влияний (ультразвука, ионизирующих излучений) и т. д. Существенное значение имеют и психические нарушения. Известную роль играют и кислородное голодание, нарушения в питании и в обмене углеводов, белков, жиров, а также протеолитические энзимы и недостаток витаминов.

Наиболее частой причиной выкидышей в настоящее время считают нарушения развития плода в раннем эмбриональном периоде; в 50—60% случаев это наблюдается при самопроизвольных выкидышах. К этим причинам могут присоединиться и другие факторы. Например, при нарушении снабжения плода кислородом и пищевыми веществами снижается продукция гормонов. В последнее время особое внимание обращается на состояние слизистой оболочки матки, в которой может образоваться недостаточное количество углеводов, что и считают важной причиной развития спонтанных абортс. Эти явления выступают на передний план у более взрослых женщин, у которых чаще встречаются abortивные яйца.

К причинам, обуславливающим неспособность донашивания плода; относят привычную слабость плаценты. Представляют интерес случаи внезапной смерти плода, которой не предшествуют какие-либо симптомы, и наступает за 3—4 недели до определенного начала родового акта. Исследования плода не обнаруживают никаких патологических отклонений. Однако, при исследовании плаценты под микроскопом устанавливают наличие некоторых изменений, которые препятствуют нормальному снабжению плода кислородом и продуктами питания.

К типичным в этом отношении случаям относят несовместимость групп крови матери и плода и другие виды несовместимости со стороны сыворотки крови. Чаще всего эти реакции несовместимости матери и плода касаются, т. наз. резус-фактора, групп крови АВ0 и некоторых факторов красных клеток крови.

Причины неспособности к донашиванию плода со стороны матери очень разнообразны, однако они встречаются гораздо реже. Большое значение нарушений имплантации яйца на слизистую матки в появлении abortивных яиц уже было подчеркнуто нами выше. Причиной этому могут быть болезни матки, сращения в матке после выскабливания и т. д. В первую очередь, однако, следует иметь ввиду гормональные расстройства. Привычные выкидыши встречаются чаще у взрослых женщин, в возрасте старше 35 лет, а также у женщин с гормональными нарушениями.

Часто встречающейся причиной выкидыша является недоразвитие матки. Однако это состояние улучшается уже с первой беременностью, и его не следует учитывать как причину привычных abortов.

Некоторое значение имеют и пороки развития матки: в 62% случаев двойной матки наблюдаются выкидыши.

Очень часто причиной неспособности к донашиванию плода считали, и то совершенно неосновательно, изменения в положении матки. Это относится лишь к фиксированной и загнутой назад матке.

Среди причин выкидышей следует учитывать и некоторые, хотя и доброкачественные, опухоли, а также и анатомические особенности шейки матки.

Причиной поздних привычных преждевременных родов может быть и преждевременное появление маточных сокращений. Какие факторы принимают здесь участие, все еще не известно.

Что касается причин неспособности к донашиванию плода, лежащих вне половых органов, важную роль могут играть болезни обмена веществ, инфекционные заболевания и расстройства со стороны желез внутренней секреции. Матери, страдающие сахарным диабетом, теряют своих детей главным образом в связи с внутриутробной смертью плода, и то в последние 6 недель беременности.

Женщины с базедовой болезнью также склонны к абортam. В прошлом у таких матерей почти половина детей погибали, сегодня гибнут не более 20%.

Заболевания почек часто в первой половине беременности осложняются токсикозом, что может стать причиной внутриутробной гибели плода в 30% случаев.

Причиной привычных выкидышей могут быть и хронические пиелонефриты, они часто вызывают и преждевременные роды.

Самопроизвольные выкидыши после четвертого месяца беременности должны натолкнуть на мысль о сифилисе матери.

Вопрос о роли токсоплазмоза как причины абортов все еще спорен. Имеются наблюдения, согласно которым при токсоплазмозе встречается эндометрит, который может вызвать самопроизвольный аборт.

Наиболее новые исследования указывают на роль курения в возникновении неспособности донашивания плода.

Кроме причин недонашивания плода со стороны матери и яйца, „виновен“ может быть и отец. Существует связь между неполноценной семенной жидкостью и привычными выкидышами.

Среди причин абортов следует иметь ввиду и число родов, социальные и экономические условия, возраст, характер работы и питания.

В современной медицине существует тенденция изучать причины абортов путем исследований на широком фронте; в связи с этим проводятся многочисленные исследования, используются точные лабораторные методы, применяемые в клинической обстановке.

Женщина, страдающая неспособностью к донашиванию плода, должна быть госпитализирована к моменту ожидаемой менструации, если она не беременна, а если она уже беременна, то на том сроке беременности, в котором произошел аборт при предшествовавших беременностях. Речь идет о профилактическом наблюдении. Иначе обстоят дела, когда такие беременные поступают в больницу с кровотечением, маточными сокращениями или истечением сколоплодной жидкости.

Всем женщинам, у которых беременность закончилась неблагоприятно, рекомендуют провести дополнительные исследования яйцеклетки, энзимов, которые имеют отношение к обмену углеводов, белков и жиров, морфологические исследования плаценты и плода; исследуют также и кровь пупочного канатика с помощью особых методов. Проводится полное кровно-иммунологическое исследование женщины и целый ряд биохимических проб.

При новых родах у женщин, у которых уже были преждевременные роды или же были обнаружены какие-либо нарушения со стороны плода, или, наконец, плод погиб при прошлой беременности, необходимо провести консультацию с педиатром. Обычно у таких женщин роды наступают преждевременно, дети иногда гипотрофичны или с врожденными пороками и поэтому нуждаются в особых заботах. У этих детей рано или поздно наблюдаются явления кислородной недостаточности. Вот почему в этом случае новорожденные дети нуждаются в наблюдении педиатром не только непосредственно после родов, но и долгое время спустя, в особенности, если женщина находилась уже на лечении.

Вопрос о диспансерном наблюдении женщин с недонашиванием плода до наступления беременности очень важен, так же как и проведение необходимых исследований и оценка полученных результатов в целях успешного завершения беременности.

Первое исследование женщины в консультации должно быть осуществлено еще в первые недели беременности. Что касается предыдущих родов и

беременностей, в принципе необходимо проводить разницу между самопроизвольными выкидышами до 12-ой недели беременности от более поздних аборт, которые по своему характеру напоминают преждевременные роды. Важно знать обстоятельства, при которых произошло прерывание беременности, предшествовало ли ему даже незначительное кровотечение из половых органов, наступило ли истечение околоплодной жидкости, появились ли маточные сокращения, был ли плод живым, мертвым или с пороками.

Гинекологическое исследование проводится до менструации. Включают также и разбор менструального цикла, определение ширины шейки матки и проходимость внутреннего зева шейки. Нормализация микрофлоры влагалища, исследование слизистой оболочки матки и определение гормонального состояния являются важными предпосылками при назначении лечения.

Важно исследовать женщину на наличие скрытой инфекции и нарушение свертываемости крови. Часто женщины с неспособностью к доношиванию получают подкожные кровоизлияния.

Всем женщинам с прерыванием беременности до 36-ой недели с наступления беременности проводится особое рентгенологическое исследование матки. Таким образом у врача создается впечатление о тоне мышцы матки, он получает сведения о наличии аномалии, опухолей и сращений матки, а также и о состоянии слизистой оболочки.

Кроме всего этого, необходимо провести также и исследование на наличие сахарного диабета, определить гормональный профиль, получить ряд биохимических реакций крови, аллергические пробы и т. д.

Опыт показал целесообразность госпитализации и исследования женщины, у которых имеются заболевания сердечно-сосудистой системы, нарушения обмена веществ, хронические инфекционные болезни и т. д.

Параллельное исследование супруга (семенной жидкости) является важной составной частью исследований в этот период времени. Одной из причин гибели плода во время беременности является нарушение зародышевого материала как у женщины, так и у мужчины, и то до оплодотворения. У мужчины это можно обнаружить в некоторой степени и по виду семенной жидкости. В данном случае имеют значение изменения формы и числа сперматозоидов, а также и результаты биохимических исследований. Вот почему спермограмма неотъемлемая часть исследований при бесплодных браках.

Вполне естественно, что при теперешнем состоянии вещей очень трудно дать исчерпывающие предписания для профилактики недонашивания. Однако, можно определить главные принципы в соответствии с научными постановками, организационно-оздоровительными мерами и социально-экономическими условиями.

Вопрос о неспособности к доношиванию плода является весьма важной областью физиологии и патологии женщины, включающей расстройство менструации, течение самой беременности, развитие и заболевания зародыша и ребенка и т. д. Существует тесная связь между неспособностью к доношиванию плода и бесплодием. Нередко после успешного лечения бесплодия и наступления беременности наблюдаются явления, связанные с неспособностью к доношиванию.

Для успешного лечения таких случаев необходимы продолжительные усилия и терпение, упорное проведение определенных исследований и строго индивидуальный подход в каждом отдельном случае. Особое значение следует придавать терпеливому и всестороннему спрашиванию женщины. Таким образом можно получить информацию о предшествующих абортах и облегчить правильное диагностирование. Кроме проведения исследований и специальных лечебных мер, лечение заболевшей требует особого подхода

к ее душевным переживаниям и проблемам. Это особенно важно в тех случаях, когда причины недонашивания плода врач не в состоянии выяснить в краткий срок. В относительно редко встречающихся случаях, когда причина известна, но помочь больной нет возможности, рекомендуют применение эффективных противозачаточных мер. Можно подумать и об окончательной хирургической стерилизации, как при несовместимости в группах крови и других серологических видах несовместимости.

Опыт показывает, что диспансеризацию нуждающихся женщин важно осуществлять до зачатия, и то в особых консультациях. Так можно получить необходимые данные при наилучших условиях. Данные будут использованы для правильного лечения и течения следующей планированной беременности, которой следует избегать по меньшей мере в продолжении 6 месяцев после преждевременного прерывания.

О НЕКОТОРЫХ МЕТОДАХ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ И ЯИЧЕК

Как в нормальном состоянии, так и при заболеваниях не только половых органов, а во всех случаях при исследовании основную роль должны играть искусство, знания, опыт и такт врача. Именно он должен первым уточнить необходимость в консультации с другими специалистами и обеспечить эту консультацию лично. Врач должен определить какие дополнительные лабораторные исследования необходимо провести, с какой целью их назначают, что можно ожидать от результатов исследований. Сам врач должен сопоставить результаты исследования с состоянием обследуемой.

Современные данные о роли, которую играют половые железы в жизни человека, очень часто обязывают нас проводить некоторые особые исследования в целях получения представления об их функции; это нужно не только для объяснения нарушений в оплодотворительной способности и в способности к половому акту, а для объяснения и правильного назначения лечения и устранения самых различных жалоб. Это имеет значение для женщин, если учесть состояние кожи и оволосения, старение кожи и ее сморщивание, настроение, необъяснимые жалобы со стороны внутренних органов, нервной системы, а также — психическое состояние и т. д. Многие из этих жалоб связаны с нарушениями в функциях половых желез.

Особенности вышеупомянутых исследований обязывают нас вкратце остановиться на некоторых из них.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ

В настоящее время для исследования функции яичников предложено много методов. Это позволяет своевременно обнаружить нарушения этой функции, уточнить диагноз и назначить наиболее подходящее лечение.

Методы исследования функции яичников легко применимы, их проведение не сопровождается болевыми ощущениями и они безопасны для самой женщины. Эти методы позволяют охватить в динамике значительную часть менструального цикла, а иногда и весь цикл. Таким образом получают достоверные данные о том, образуется ли яйцеклетка, когда она выделяется, иными словами — когда наступает овуляция; динамика выделяемых яичниками гормонов также подвергается анализу. Применение наиболее подходящего метода исследования является часто самым существенным вопросом в уточнении деятельности яичников женщины.

В медицинской практике для исследования функции яичников используют разные методы, а именно: измерение базальной температуры, влагалищная клеточная диагностика, анализ кристаллизации слизи маточной шейки, кожные аллергические пробы в отношении половых гормонов, зеничный симптом, определение кислотности влагалищного секрета и т. д.

Базальная (ректальная) температура

Измерение базальной (в прямой кишке) температуры — наиболее часто применяемый метод исследования функции яичников. Он основан на неодинаковом воздействии половых гормонов на центр регуляции температуры, находящегося в продолговатом мозгу. После выхода яйцеклетки из фоллику-

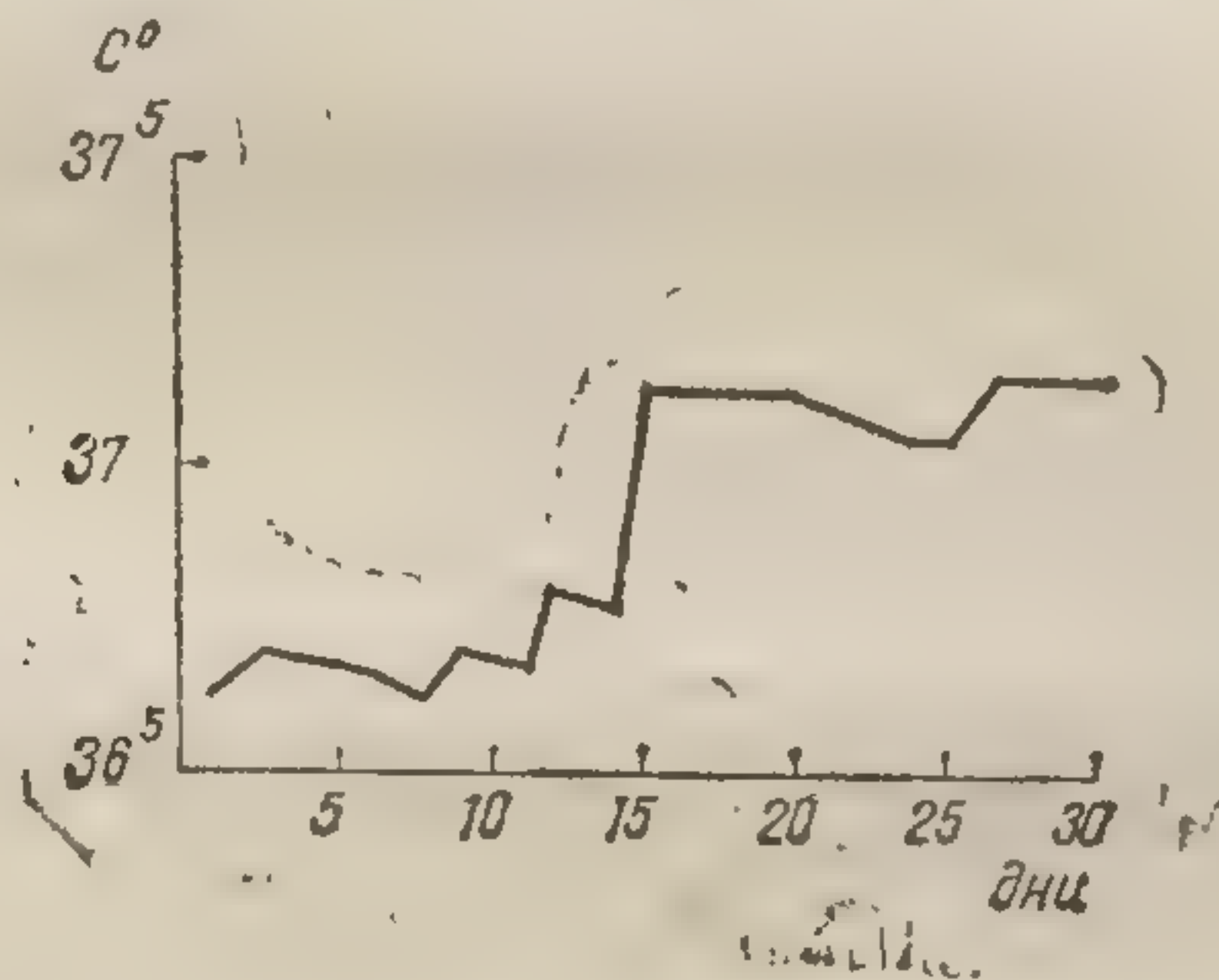


Рис. 23.

ла начинает выделяться гормон прогестерон, который именно и вызывает повышение ректальной температуры на 0,2—0,6°C.

Температуру следует измерять, по мере возможности, одним и тем же термометром, утром, в одно и то же время, до вставания с постели и каких-либо движений. Термометр вводится в задний проход на 5—10 минут: температуру надо определять с точностью до

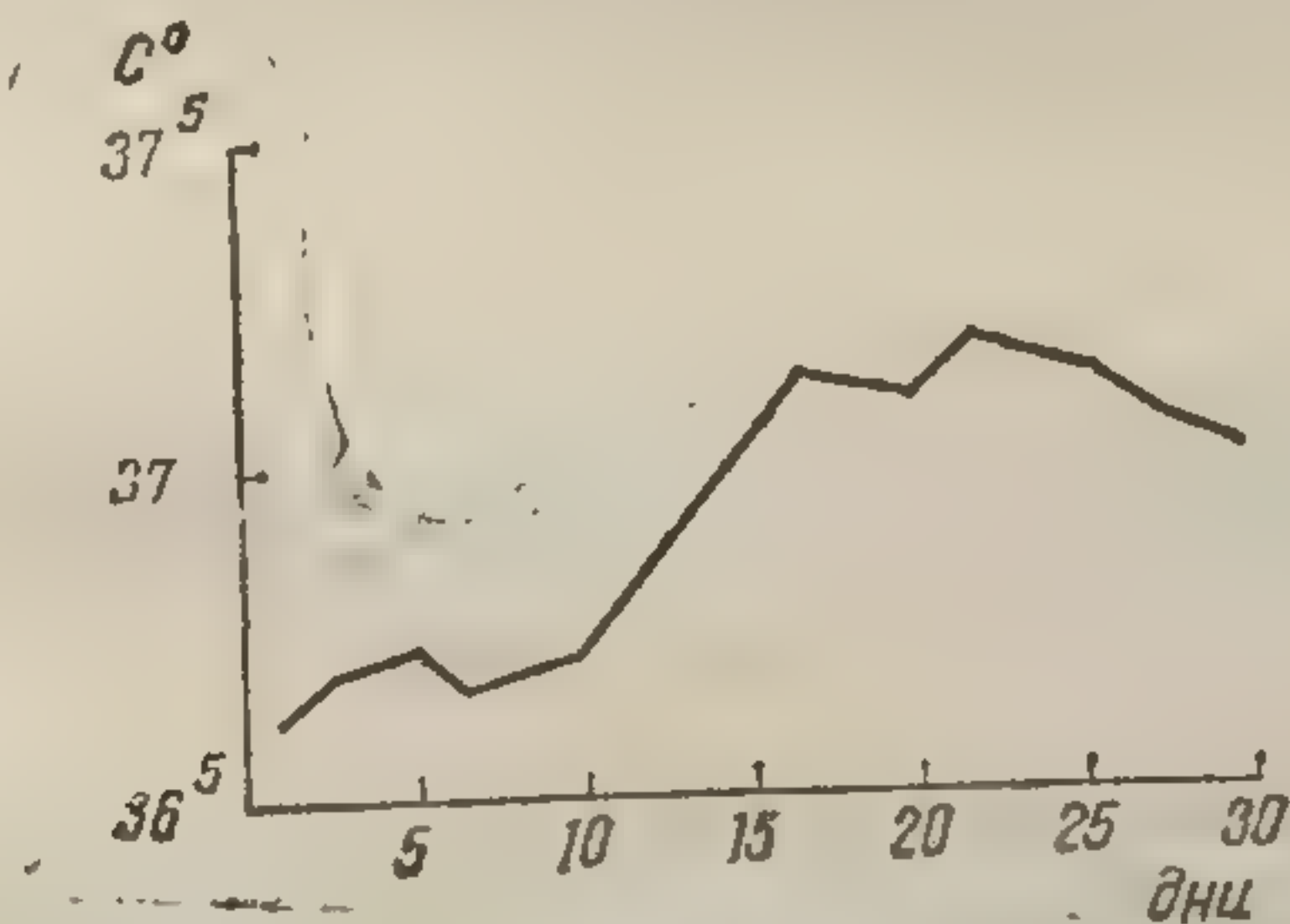


Рис 24.

$\frac{1}{10}$ градуса. Это измерение температуры необходимо делать каждое утро, начиная с того дня, когда кровопотеря при менструации окончательно прекратилась; измерение температуры продолжают до следующей менструации.

При нормальной функции яичников базальная температура в течение первой половины цикла ниже 37° , а во второй половине — повышается на несколько десятых выше.

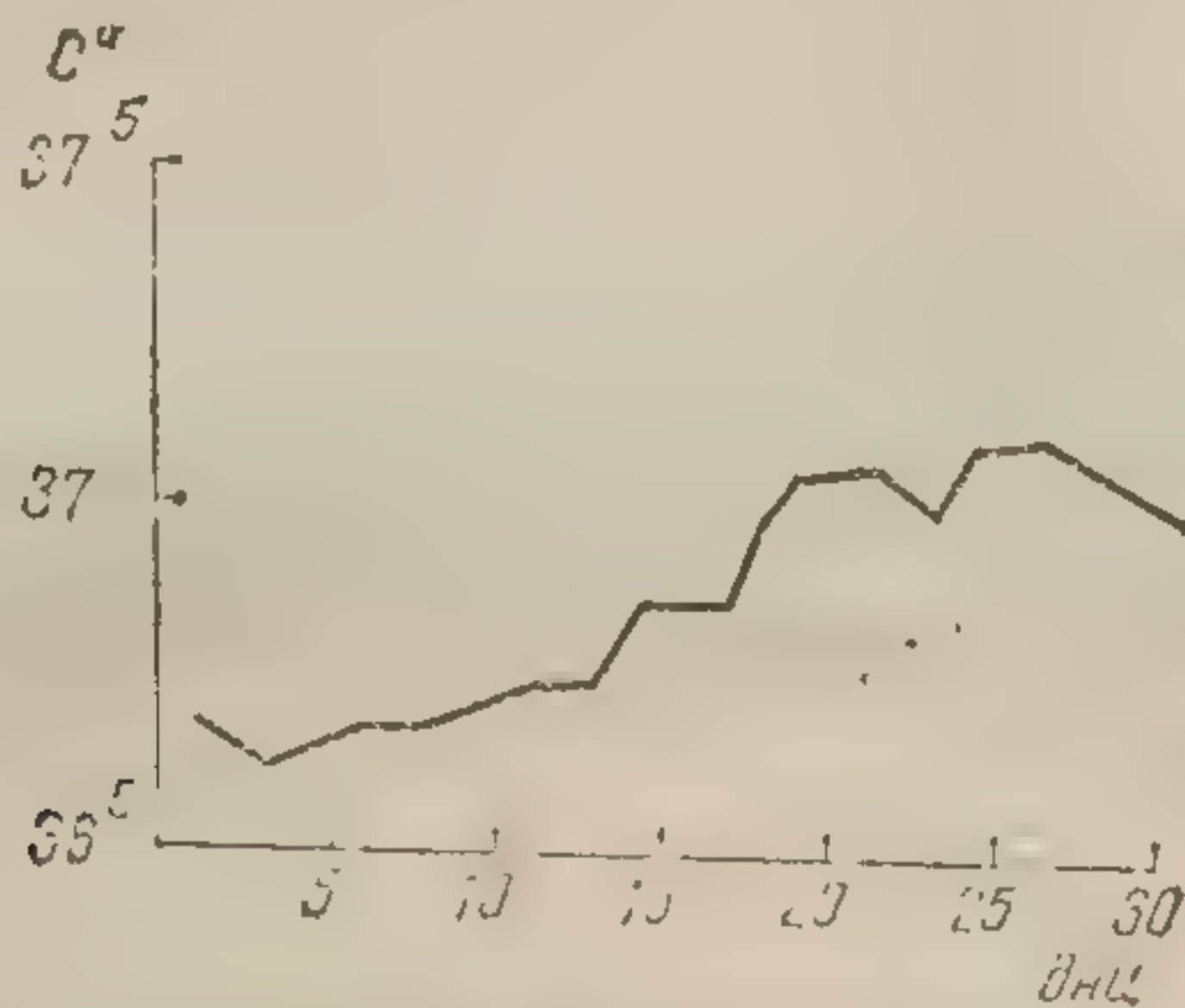


Рис. 25.

37° . Повышение температуры может наступить резко — за 1—2 дня (рис. 23), постепенно за 3—4 дня (рис. 24) и ступенчато (рис. 25). В 82% случаев повышение температуры происходит быстро, в 15% — постепенно, а в остальных 3% — ступенчато.

Графическое изображение базальной температуры показывает, что у женщины с нормально функционирующими яичниками можно отметить два повышения, т. е. кривая двухфазная, в то время как при отсутствии овуляции температура ниже 37° и кривая имеет однофазный вид (рис. 26).

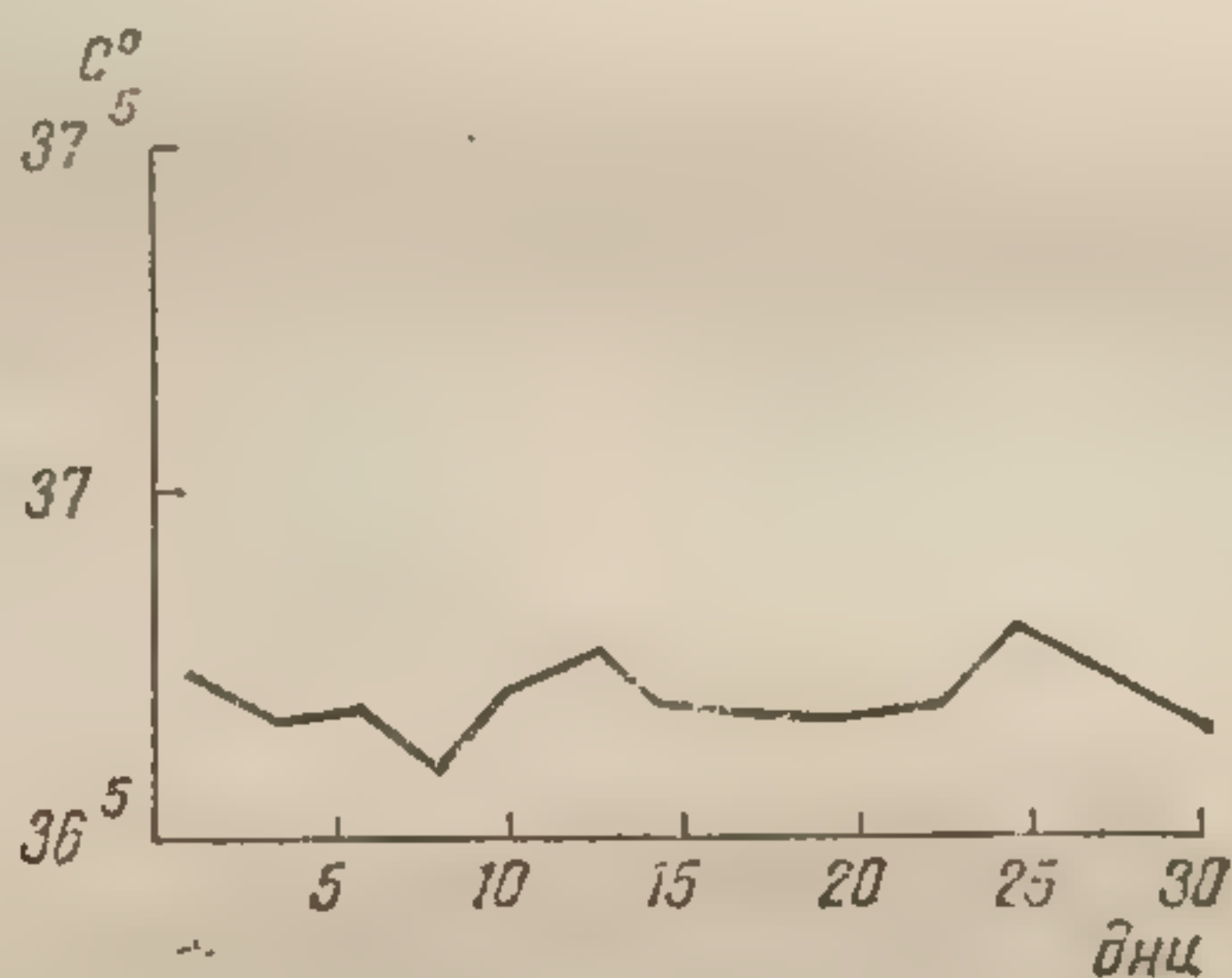


Рис. 26.

Для уточнения момента овуляции и ее отражения на базальной температуре проводили сопоставления с другими методами исследования функции яичников, включая и непосредственное осматривание яичников во время операции брюшной полости у женщин. Обнаружено, что овуляция появляется непосредственно до или после повышения температуры в прямой кишке выше 37° .

Несмотря на наличие других методов исследования деятельности яичников, измерение базальной температуры имеет большое практическое значение. Метод легко выполнить и может быть использован при исследовании деятельности яичников у любой женщины.

Влагалищная клеточная диагностика (влагалищные мазки, влагалищная цитодиагностика)

Нормальная слизистая оболочка влагалища представлена многослойным плоским эпителием, клетки которого можно разделить на глубокие и поверхностные. Глубокие и поверхностные клетки имеют свои особенности, которые позволяют их различать.

Метод основан на различном действии гормонов яичников (эстрогены и прогестерон) на клетки стенки влагалища. Многочисленные исследования показывают, что влагалищные клетки очень чувствительны к воздействию половых гормонов и быстро изменяют свою форму, способ сдувания и расположение, а также и способность к окрашиванию кислыми или щелочными красителями.

Под влиянием эстрогенов влагалищные клетки становятся главным образом поверхностными, число глубоких уменьшается, процент окрашивающихся кислыми красителями увеличивается, клеточные ядра преимущественно точковидные, клетки отстоят одна от другой на значительном расстоянии.

Под влиянием прогестерона в клетках наступает деформация, они прогибаются, отмечается склонность к их группированию, увеличивается как процент глубоких клеток, так и число окрашивающихся щелочными красителями.

Для изготовления влагалищных мазков у женщины секрет влагалища можно взять при помощи влагалищного зеркала, а у девушек для этого имеются особые трубочки. Исследование секрета обычно проводится каждые 3—4 дня в продолжении двух недель, однако у некоторых женщин исследуют мазки через более короткие интервалы, даже каждый день в течение межменструального периода. Полученный секрет наносят на предметное стекло, и вслед за соответствующей обработкой мазок исследуется под микроскопом. Следят за следующими показателями: процент клеток, окрашивающихся кислыми и щелочными красителями, процент точковидных ядер, вид клеток (поверхностные или глубокие), расположение и форма влагалищных клеток. После анализа всех мазков результаты наносят графически и делают оценку эстрогенной стимуляции, наличия или отсутствия прогестеронового влияния, динамики выделения половых гормонов, состояния овуляции и т. д.

Влагалищная цитодиагностика позволяет получить ценные данные в отношении гормонального состояния у женщины с нарушениями менструального цикла (укорочен или удлинен), с расстройствами менструации (снижение или увеличение потери крови), у бездетных (наличие или отсутствие овуляции) и у девочек с запоздавшим или отсутствующим пубертатным периодом (состояние функции яичников). Кроме того, цитодиагностика позволяет уточнить эффективность лечения половыми гормонами и контролировать их дозировку.

Перед получением влагалищных мазков необходим ряд условий, а именно: в последние дни или в крайнем случае за сутки до взятия секрета у женщины следует прекратить промывания, гинекологические осмотры, введение лечебных средств. Половой акт не вызывает изменений в эпителиальной оболочке влагалища и не мешает исследованию. Обыкновенно во время самой менструации избегают брать влагалищные мазки. Воспалительные процессы влагалища приводят к значительным изменениям формы и окрашивания эпителиальных клеток, что может обусловить ошибочные оценки. Правильно исследовать влагалищные мазки после устранения воспалительного процесса.

Кристаллизация слизи маточной шейки

Под влиянием половых гормонов слизь маточной шейки изменяет свою плотность, изменяется и расположение в ней кристаллов. Так, например, эстрогены, количество которых к моменту овуляции наиболее высоко, вызывают расположение кристаллов в виде листа папоротника. После овуляции

под влиянием прогестерона структура кристаллов утрачивается, и они подвергаются распаду.

Слизь из шейки матки берут с помощью пинцета и помещают на предметное стекло. Анализ ведется под микроскопом. По степени кристаллизации можно судить об уровне эстрогенной стимуляции. При наличии резко выраженной кристаллизации следует думать об удовлетворительном уровне эстрогенов. Нехарактерный распад кристаллов говорит в пользу недостаточного или нарушенного выделения прогестерона.

Кожно-аллергические реакции в отношении половых гормонов

Обнаружено, что внутрикожное введение (во время строго определенных моментов менструального цикла) небольших количеств половых гормонов — эстрогенов, прогестерона или андрогенов, вызывает, при наличии чувствительности к данному гормону, более резкое или более слабое покраснение в месте введения. Эта кожно-аллергическая реакция находится в тесной зависимости от уровня гормона в организме женщины, а в некоторых случаях и от повышенной чувствительности к тому или иному гормону. Кожно-аллергические реакции позволяют судить о циклическом выделении определенных гормонов и сделать оценку самой функции яичника.

Зеничный симптом

Во время менструации физико-химические свойства слизи шейки матки подвергаются определенным колебаниям. К моменту овуляции обнаруживается высокое содержание максимально эластичной слизи. После овуляции наступает значительное уменьшение эластичности и количества слизи. Параллельно с этими изменениями отверстие шейки матки постепенно увеличивается и ко времени овуляции достигает $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ см, вслед за чем наблюдается сужение отверстия. К моменту овуляции отверстие шейки матки напоминает зеницу глаза, с чем и связано наименование описанного явления.

Наличие зеничного симптома говорит в пользу наступившей овуляции, а его отсутствие — об отсутствии овуляции. Кроме того, появление этого симптома позволяет приблизительно определить момент наступления овуляции.

Определение кислотности влагалищного содержимого

Во время менструального цикла кислотность содержимого влагалища также подвергается циклическим изменениям. После прекращения самой менструации кислотность повышается до момента овуляции, вслед за чем следует ее снижение. Определение кислотности проводят при помощи особых лакмусовых полосок или же используют фотометрический или электрометрический способ.

Определение кислотности содержимого влагалища в динамике дает возможность сделать оценку уровня эстрогенных гормонов.

Исследование слизистой оболочки матки

Хирургическим путем (выскабливанием) можно получить известное количество слизистой матки, которое затем подвергается соответствующей обработке и исследованию под микроскопом. Этот метод позволяет проследить

циклические изменения слизистой оболочки матки, которые связаны с воздействием гормонов яичника. Метод этот очень точен и дает возможность оценки не только уровня половых гормонов, но и состояния слизистой и ее реакции на эстрогены и прогестерон.

В медицинской практике прибегают и к другим методам исследования функции яичников — химическим и биологическим. Они помогают определить наличие половых гормонов или продуктов их распада в моче и крови; кроме того, используется метод вычисления процента гликогенных клеток в содержимом влагалища, изменения в составе крови во время менструального цикла, исследование клеток в осадке мочи и т. д. Применяют и особые рентгеновские исследования с введением воздуха в брюшную полость или контрастного вещества в матку, в яйцеводы и т. п.

Эти методы помогают с точностью определить состояние функции яичников и таким образом позволяют выяснению диагноза и назначению правильного лечения в случаях, когда наблюдаются какие-либо нарушения в функции яичников.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ И ФУНКЦИИ ЯИЧЕК

Функциональное исследование половой системы мужчины проходит через три этапа: анамнез (распрашивание больного), клинический осмотр и лабораторно-инструментальные исследования.

Собирание анамнеза имеет целью выяснить происхождение и характер расстройств сексуальной функции.

Клинический осмотр исследуемого обязывает врача обратить внимание на телосложение больного.

Необходимо внимательно проследить имеются ли характерные признаки телосложения мужчины (сравнительно широкий плечевой пояс и узкий таз) или же тело имеет интереснее сексуальные (межиоловые) качества. Важное значение придать соотношению длины конечностей и длины тела, что позволяет судить о наличии андрогенного недостатка. Надо сделать оценку и оволосения (распределение, обилие). Известно, что для мужчин характерно ромбовидное оволосение лобка, оволосение тела и конечностей хорошо выражено, в то время как волосяной покров головы уменьшается, открывая высоко лоб. Интерес представляет кожа, ее морщины, пигментирование, наличие т. наз. «лоношеских угрей», которые в своем проявлении андрогенно зависимы. Надо обратить внимание и на распределение подкожно-жировой клетчатки, которая у мужчин откладывается главным образом в области передней стенки живота и на шее; необходимо учитывать и тембр голоса. Особое значение имеет степень и развитие половых органов. Клиническое исследование охватывает половой член, яички, придаток яичка, мошонку, предстательную железу. Следует обратить особое внимание на размер полового члена, размеры, плотность и болезненность яичек и их придатков, а также и на развитие мошонки (размеры, складки и пигментация). Исследование предстательной железы осуществляется пальцевым методом через задний проход, при этом определяют ее размер, твердость и чувствительность.

Лабораторно-инструментальные исследования

Спермограмма является одним из самых важных методов оценки оплодотворительной способности мужчины и, в известной степени, внутри-секреторной функции яичек. Для правильного проведения исследования необходимо соблюдать следующие условия: до исследования необходимо половое воздержание от 4 до 8 дней; собирание семенной жидкости проводится или путем мастурбации, или при прерванном половом акте. При половом акте очень важно получить первые порции семенной жидкости, которые

особо богаты сперматозоидами; семенную жидкость собирают в чистый сухой стеклянный сосуд и сохраняют при комнатной температуре¹.

Не следует проводить исследования, если в предшествовавшие исследованию дни у мужчины была температура или же он принимал антибиотики и гормональные препараты. Исследования эякулята надо начать не позже 30—60 минут после его получения, когда он рсзжижается после первоначального сгущения.

Как уже было сказано, семенная жидкость представляет из себя смесь семенной плазмы, которая выделяется придаточными половыми железами (предстательная железа, семенные пузырьки и бульбоуретральные железы), и клеточных элементов (сперматозоидов и других дополнительных клеток). Нормальная семенная жидкость бледно-желтоватого цвета, непрозрачна, имеет специфический запах. Считают, что нормальное количество эякулята колеблется в пределах 2—5 куб. см.

Число сперматозоидов определяют в тех же камерах, которые используют для подсчета клеток крови. Обычно в 1 куб. см имеется от 60 до 120 миллионов сперматозоидов. Снижение их числа может быть причиной уменьшения оплодотворительной способности. Другим показателем оплодотворительной способности является определение подвижности сперматозоидов. В нормальных условиях 80% сперматозоидов подвижны. Подвижными считают те сперматозоиды, которые передвигаются в поле зрения микроскопа. Важное значение имеет также и морфология сперматозоидов, которую определяют после окрашивания мазка семенной жидкости. Патологическими считают такие сперматозоиды, у которых обнаруживают изменение формы, размеров головки и хвоста; в норме их не более 4—5%.

При биохимическом исследовании семенной жидкости определяют следующие показатели: фруктозу, кислую фосфатазу и лимонную кислоту. Уровень их зависит от внутрисекреторной деятельности яичек и может быть использован как важный показатель в этом смысле.

Биопсия яичка позволяет провести микроскопическое исследование и обнаружить как врожденные аномалии, так и изменения, наступившие в результате воздействия внешних факторов. Техника исследования не создает затруднений, ее легко усвоить, она быстра в исполнении и при соблюдении необходимых условий не представляет какого бы то ни было риска для больного.

Для получения кусочка ткани яички используют особую иглу или же прибегают к хирургическому методу, соблюдая все правила асептики.

Гормональные исследования. При определении гонадной функции чаще всего проводят определение гонадотропных гормонов (гипофиза), андрогенов в мужских и эстрогенов в женских половых органах.

Для количественного определения гонадотропных гормонов используют биологические и иммунологические исследования. Количество гормонов отражает функциональное состояние гипофиза, что позволяет разграничить первичный гипогонадизм от вторичного. При оценке внутрисекреторной функции проводят количественное определение андрогенов в сыворотке крови или их метаболитов в моче. В настоящее время чаще всего исследуют количество т. наз. 17-кетостероидов в моче. Это исследование позволяет определить все метаболиты андрогенных гормонов, образующихся в яичках и надпочечниках, а также и некоторую часть метаболитов надпочечниковых глюкокортикоидных гормонов. В этом стероидном комплексе $\frac{2}{3}$ происходят из надпочечных желез и лишь $\frac{1}{3}$ из яичек. Если, кроме того, учесть, что возможны ошибки, обусловленные неправильным сборанием мочи или несоблюдением режима покоя во время сбора мочи, становится ясным, что диагностическое значение этого метода невелико. Применяют также и фракционированное определение 17-кетостероидов, причем вычисляют отдельно яичковую и надпочеч-

¹ Нельзя собирать семенную жидкость в презерватив, так как даже спустя непродолжительный период времени наступают изменения сперматозоидов.

никовую фракции. Сравнительно наиболее точным является прямой метод определения тестостерона в сыворотке или в моче. Методика, однако, очень сложная и не нашла широкого применения в практике. Представляет интерес динамическое прослеживание синтеза гормонов в яичке; для этой цели используют подавление функции надпочечников и стимулирование половых желез, что позволяет лучше ориентироваться в отношении происхождения этих веществ.

Рентгеновское исследование дает ценные данные о функциональном состоянии половой системы и о наличии некоторых отклонений в ее развитии у мужчины.

Профильный снимок черепа дает возможность судить о размере, форме и структуре „турецкого седла“, в котором находится гипофиз. Увеличение размеров седла, а также и негладкие его очертания могут быть указанием на наличие в гипофизе процесса, который может быть причиной различных расстройств в половых функциях. Представляет интерес и область, которая находится выше турецкого седла, где можно обнаружить уплотнения, указывающие на опухоль мозга — краниофарингеому. Утолщения в некоторых участках плоских костей черепа также иногда дают отражение на некоторые половые функции.

Рентгеновское исследование торса позволяет дать оценку структуре костей и т. наз. возрасту костей. В связи с тем, что андрогены принимают участие в регуляции роста костей, стимулируя окостенение, андрогенная недостаточность или ранее проявление андрогенов на окостенении. В нормальных условиях возраст костей или степень окостенения соответствует „календарному возрасту“, в то время как отставание в половом созревании или же преждевременное наступление пубертатного периода можно обнаружить по замедлению его или ускорению. Точнее всего возраст костей можно определить по рентгеновским снимкам лучезапястных суставов.

В некоторых случаях можно использовать рентгеновское исследование с применением контрастных веществ для определения проходимости половых путей. При непроходимости наблюдаются anomalies или механические препятствия по ходу семявыносящих протоков.

При наличии у мужчины гинекомастии, т. е. увеличения молочных желез, применяется маммография. Для этой цели делают рентгеновский снимок железы в полу-профильной позиции. Более высокую контрастность образа можно получить при введении воздуха под молочную железу. Метод позволяет дать оценку степени развития молочной железистой ткани.

Клиническая антропометрия является ценным методом исследования внутренней гонадной секреции. Наиболее распространен и более легок по исполнению метод Докура—Думика. Используют пять размеров: окружность грудной клетки, длина нижних конечностей, рост, максимальная ширина таза и плечевого пояса. Эти размеры наносят соответственно на шкалу (мужскую, женскую или детскую) и соединяют линией. Полученное графическое изображение, т. наз. морфограмма, различно и зависит от функционального состояния гонад, врожденных признаков, полноценности питания и т. д. Расстройства нормальной половой функции, а также первичный и вторичный гипогонадизм, замедленное или преждевременное наступление пубертатного периода, истинный гермафродитизм, мужской или женский псевдогермафродитизм отражаются на морфограмме, что можно обнаружить даже и при незначительных отклонениях, ускользающих обычно при клиническом осмотре.

КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ (ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ) СРЕДСТВА

Вопрос об использовании различных способов и средств для избежаний беременности очень важен и актуален.

По сравнению с прошлым, общественное положение женщины в социалистическом обществе совершенно иное. В настоящее время женщина принимает

активное участие в производстве, в общественной и политической жизни. Брак и материнство продолжают составлять важную часть в жизни женщины, неразрывно связанную часть с половой жизнью. При обсуждении вопроса о сексуальных расстройствах следует иметь в виду, что страх наступления нежеланной беременности играет важную роль и отражается на переживаниях и интимной жизни отдельных членов семьи. Вот почему часто противозачаточные меры необходимы в брачной жизни.

Каждый человек и каждая брачная пара имеют свои привычки, свои желания и слабости в половой жизни, в связи с чем не все противозачаточные средства удобны и одинаково приемлемы для всех. При рассмотрении вопроса, связанного с использованием отдельных противозачаточных средств, следует иметь в виду не только их эффективность, но и в какой мере они могут оказывать влияние на сексуальные восприятия. Меры против наступления беременности не должны угрожать жизни и здоровью женщины.

Противозачаточные меры абсолютно необходимы при заболеваниях, которые являются противопоказанием для беременности и родов, однако такая женщина не должна лишаться нормальной половой жизни.

Следует ясно себе представить всю важность и ответственность, связанную с решением брачной пары иметь потомство и с выбором момента для наступления беременности. Вполне понятно, что желанный ребенок в семье большая радость, что отражается на будущей судьбе ребенка и родителей.

Использование современных противозачаточных средств позволяет избежать аборт со всеми их отрицательными последствиями.

Контрацептивные средства были известны очень давно.

Появление нового члена в семье не всегда было и остается радостным событием. И в первую очередь из-за экономических соображений. Люди всегда стремились ограничивать прирост населения. В очень отдаленные времена прибегали к уничтожению нежеланных новорожденных детей. Обычно погибали новорожденные девочки. Постепенно были открыты и средства для искусственного аборта и противозачаточные средства.

Найдены египетские папирусы, в которых рекомендуют в качестве противозачаточного средства введение во влагалище женщины перед половым сношением смеси испражнений крокодила с особой пастой. С подобной целью использовали и мед. В Тироле и в настоящее время широко применяют губки, погруженные в вино или уксус. А Англичане используют оливковое масло. Очень близок к современным противозачаточным средствам, по имеющимся сведениям, распространенный в Тибете метод — женщины употребляли особый вид гороха, который обладал свойством препятствовать наступлению беременности. Вещества, содержащиеся в этом горохе, в очищенном виде используют и в настоящее время в качестве противозачаточного средства.

Противозачаточные средства и методы должны отвечать следующим требованиям: они должны быть безвредными как для организма женщины, так и для мужчины, они должны быть эффективными, их применение не должно составлять затруднений, они не должны снижать или подавлять половое чувство.

Из применяемых в настоящее время некоторыми женщинами противозачаточных средств не все безвредны для здоровья. Противозачаточные средства имеют целью помешать встрече сперматозоида со зрелой яйцеклеткой, т. е. препятствовать оплодотворению, или же вызвать гибель сперматозоидов, которые проникли во влагалище во время полового акта.

Используемые в настоящее время гормональные препараты не вызывают каких-либо изменений в яичниках, а только препятствуют образованию зрелых яйцеклеток.

Об абсолютной контрацепции можно говорить в тех случаях, когда тот или иной метод или препарат, при его правильном использовании, исключает наступление беременности.

Абсолютным средством против наступления беременности является только полное половое воздержание или же стерилизация мужчины или женщины. Для здорового человека это, разумеется, неуместно. Употребляемые в настоящее время средства, в особенности гормональные, имеют почти абсолютный эффект.

Эффективность того или иного метода определяется числом беременностей, наступивших при применении его в продолжении 100 лет. Когда, например, десять пар регулярно употребляют один и тот же метод в продолжении десяти лет (или в общем 100 лет), и за этот период времени наступили 4 беременности, то критерий или, иными словами, коэффициент неуспеха — 4. Современные противозачаточные средства должны иметь коэффициент не выше 2, 3.

Следует проводить разницу в неуспехе, который связан с самим методом, и неуспехом применения метода данной брачной парой. Чем сложнее метод, тем выше будет и неуспех, так как с осложнением самого метода возрастают и трудности, сопряженные с его правильным и последовательным применением.

Какой метод является самым лучшим — зависит от той пары, которая его использует. Методы меняются, как меняются и отношения между мужчиной и женщиной. Что касается стойкости воздействия, наиболее эффективным является тот именно метод, который наиболее подходит к той или иной паре, будучи в гармонии с привычками данной брачной пары.

Проведенное у нас в 1966 г. анкетирование показало, что чаще всего используются примитивные противозачаточные методы — прерывание полового акта (74%), использование презервативов (7,1%), учет цикличности (по числу „бесплодных“ дней) (5,8%), промывание влагалища (2,20%) и введение влагалищных шариков (0,3%). Примерно 20% анкетированных не используют противозачаточных мер.

Правильное применение противозачаточных средств и умелое использование некоторых средств без вреда для здоровья женщины или мужчины могут быть вполне эффективными.

Чаще всего в целях временного противозачаточного способа практикуют т. наз. прерванный половой акт. Это неполный половой акт, при котором в момент, непосредственно предшествующий извержению семени (эякуляции), половой член вынимается из влагалища и семенная жидкость выбрасывается наружу.

На этот способ не всегда можно рассчитывать ввиду того, что не всегда прерывание полового акта проводится в подходящий момент, и часть семенной жидкости в таком случае извергается во влагалище или же в близости с наружными половыми органами женщины; это может позволить сперматозоидам проникнуть во внутренние половые органы женщины и, следовательно, привести к беременности.

Частое прерывание полового акта оказывает неблагоприятное воздействие на здоровье женщины и мужчины и, в частности, на их нервную систему. Задерживание извержения семени при прерванном половом акте может привести к закупорке и припуханию семенных протоков и семенных пузырьков, что сопровождается болезненностью и очень неприятным чувством.

Особенно вредно отражается прерывание полового акта на женщине, так как при таком акте женщина, находясь в состоянии полового возбуждения и общего нервно-психического возбуждения, не получает полового удовлетворения. Это ведет к застою крови в матке, яичниках и малом тазу, вследствие чего конечным результатом являются боли, бели, иногда кровотечения, уплотнение матки, невроты и страх от такого рода половых сношений. Есть все же брачные пары, которые довольны этим спо-

способом избежания беременности. К прерыванию полового акта как к противозачаточному способу можно прибегать в следующих случаях: когда другие способы неприятны или же их применение противопоказано по той или иной причине; когда беременность не совсем нежелана для обоих супругов; когда мужчина в состоянии задержать извержение семенной жидкости до момента получения женщиной оргазма, т. е. полового удовлетворения; в случаях, когда мужчина не отмечает уменьшения удовольствия при преждевременном выведении полового члена; если прерванный половой акт не оказывает отрицательного влияния на всестороннюю близость и переживания обоих партнеров во время полового акта.

Все же прерывание полового акта лучше, чем отказ от каких бы то ни было противозачаточных способов и средств.

При другом виде полового акта, т. наз. „саксонском“, женщина (или мужчина) в последний момент сжимает рукой половой член у его основания, в результате чего эякулят изливается в мочевой пузырь. Этот метод неудобен для обоих партнеров и не всегда дает желанный результат.

С наиболее высоким риском сопряжен т. наз. коитус хиспаникус, при котором извержение семенной жидкости осуществляется в наружной части влагалища, где кислая среда приводит к гибели сперматозоидов. В таких случаях непосредственно после полового акта надо сделать промывание влагалища.

Другой физиологический способ предотвращения наступления беременности сводится к тому, что половые отношения приурочиваются к т. наз. „безопасным дням“. Для этой цели женщина составляет менструальный календарь, в который вносит данные о начале, длительности и окончании менструаций. Этот способ основан на теории, согласно которой, если составить менструальный календарь на более продолжительный период времени, можно определить день овуляции (выделения яйца из яичника); овуляция всегда наступает на 14-ый день со дня начала менструации. Кроме того, считают, что при половом сношении наступление беременности возможно лишь в течение 5 дней (два дня до овуляции, в день овуляции и два дня после овуляции). Итак, если у женщины менструальный цикл продолжается 28 дней, а овуляция происходит на 14-ый день, то у этой женщины оплодотворение и наступление беременности можно ожидать в промежутке между 11-ым и 17-ым днями от начала менструации. Если продолжительность цикла 21 день, то оплодотворение может осуществиться между 4-ым и 10-ым днями цикла. При 32-дневном цикле наиболее благоприятные для оплодотворения дни в интервале между 15-ым и 20-ым днями. Остальные дни можно считать бесплодными.

Еще более точно наступление овуляции можно определить путем измерения температуры в заднем проходе утром (в день овуляции, температура повышается на 0,5 - 0,7°). Для этой цели имеются особые термометры. Этот способ можно использовать в тех случаях, когда менструальный цикл у женщины нормален (26—32 дня) и постоянен; он не может быть использован в отношении женщин с нерегулярным циклом. Неприменим этот способ при некоторых заболеваниях, в климактерическом возрасте, при лечении гормонами, при лабильности нервной системы, перенапряжении, при изменении стереотипа, например, путешествие, а также при психических переживаниях, иными словами, при тех состояниях, которые могут оказывать влияние на функцию и срок овуляции. Неприменим этот способ у боязливых женщин, которые, вопреки данным советам, неуверены и со страхом ожидают следующую менструацию.

Механические противозачаточные средства различны. Резиновые презервативы занимают второе место по частоте использования после прерванного полового акта. Для мужчины широкое применение нашли резиновые презервативы, а для женщины также имеются особые резиновые презервативы, пессарии (маточные предохранители) и противозачаточные губки.

Как мужские, так и женские презервативы должны быть из доброкачественной резины, эластическими, нервущимися, плотно прилегать к половому члену или к стенкам влагалища и самое важное — они должны быть свежими. Е все же презервативы иногда рвутся, так что их использование сопряжено с некоторым риском. Известное неудобство представляет и то, что презерватив приводит к значительному уменьшению чувствительности при совершении полового акта. В продажу поступают презервативы трех размеров. Некоторые из них имеют и мешочек для эякулята. Многие из мужчин предпочитают начинать половой акт без презерватива и после известного непосредственного контакта со слизистой влагалища используют презерватив непосредственно перед эякуляцией. В таких случаях презерватив должен быть подготовлен, чтобы можно было его надеть быстро, за несколько секунд.

Использование презерватива имеет некоторые преимущества в следующих случаях: когда оба партнера не чувствуют его как инородное тело, которое создает неудобства и мешает осуществлению интимного контакта; когда степень затвердения мужского полового члена вполне удовлетворительна и не снижается от использования презерватива; когда при использовании более плотного презерватива подавляется склонность к предварительному извержению семенной жидкости; когда с обеих сторон имеется желание предостеречься от наступления беременности и заражения венерическими болезнями.

Более эффективным и лучшим средством являются противозачаточные пессарии. По механизму действия они схожи с презервативами с той разницей, что женщина вводит их себе во влагалище. Они также изготовлены из резины и снабжены эластическим кольцом, закрывающим наружное отверстие шейки матки, препятствуя попаданию сперматозоидов в полость матки. Пессарии бывают разные — некоторые прикрывают только наружное отверстие шейки матки, другие — более обширную часть влагалища.

Относительно небольшое число женщин используют пессарии. При плотном прилегании женщина их вообще не чувствует. Часто, однако, сама мысль, что во влагалище имеется пессарий, может повлиять на половой акт. Неудобство, связанное с использованием пессариев, состоит в том, что они должны стерилизоваться, в вводиться врачом или же женщина должна быть обучена стерилизации пессария и его введению. Во время менструации пессарии следует вынимать. Использовать их противопоказано женщинам с обильными белями или воспалением канала шейки матки, а также при наличии ранки (псевдоэрозии) шейки. Тогда их ношение представляет известную опасность. Если пессарий не плотно прилегает, он легко выпадает, раздражает слизистую и без дополнительного использования некоторых химических противозачаточных средств пессарий не обладает высокой эффективностью (коэффициент успеха 15).

В настоящее время используют несколько иные механические противозачаточные средства, т. наз. внутриматочные спирали и пружинки (рис. 27). Они вырабатываются из синтетических материалов и вставляются в полость матки, где и находятся постоянно, как при половых актах, так и во время менструаций. Имеющиеся в продаже спирали редко в состоянии вызвать какие-либо осложнения. Все же женщины с обильными белями или воспале-

нием канала шейки матки должны избегать этих противозачаточных средств. Что касается механизма действия спиралей, полагают, что, являясь инородным телом, они усиливают подвижность матки, и яйцо гораздо быстрее про-

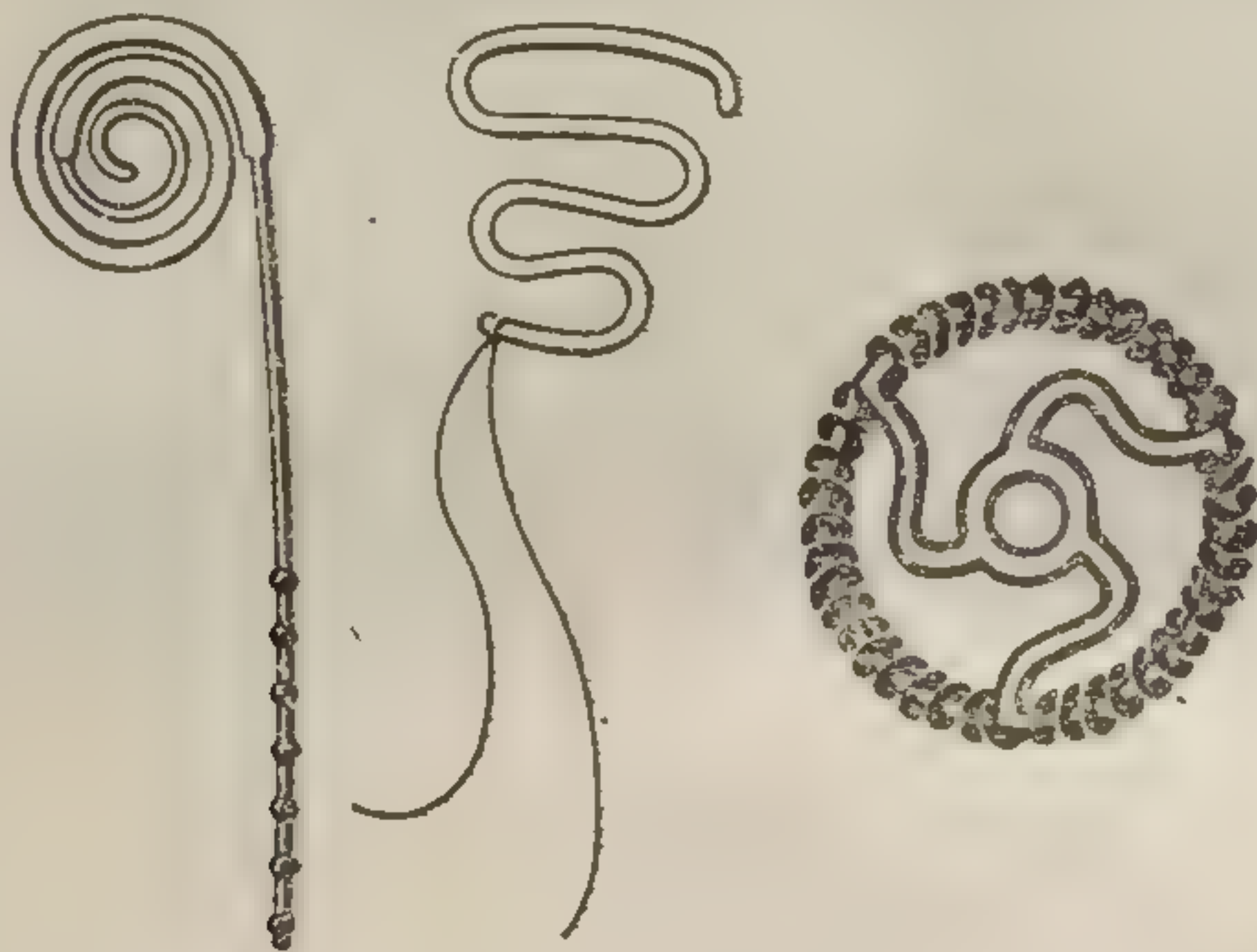


Рис. 27. Виды внутриматочных спиралей.

ходит по яйцеводу и не в состоянии имплантироваться в матке и начать свое развитие.

Преимущества маточных спиралей сводятся к следующему: до и после полового сношения не необходимо принимать какие-либо меры; женщина со спиралью в полости матки освобождается от необходимости прибегать к другим противозачаточным мерам, поэтому таксе противозачаточное средство рекомендуют женщинам, которые по медицинским показаниям должны избегать беременности, а другие методы неэффективны; обеспечивается непосредственный контакт члена во влагалище и не снижаются половые восприятия во время полового акта; метод не дорог.

Однако маточные спирали имеют и свои недостатки, а именно: некоторые из женщин получают боли при введении спиралей врачом; хотя и редко, спирали вызывают воспалительные процессы, а в 1: 1000 случаев может получиться прободение стенки матки; в течение первого года от 4 до 7% женщин отказываются от спиралей. Все же каждая вторая женщина прибегает к повторному введению спирали.

Целью химических противозачаточных средств является уничтожение сперматозоидов. К этим средствам принадлежат влагалищные промывания водой, в которой растворяют химические или лекарственные вещества. Промывание влагалища производится кипяченой водой с помощью ирригатора; промывание действует механическим путем — струя воды вымывает наружу значительную часть семенной жидкости; кроме того, имеется и химическое воздействие растворенных веществ, которые убивают оставшиеся сперматозоиды. В воду для промывания влагалища чаще всего прибавляют обыкновенный уксус (1—2 столовых ложки на литр кипяченой воды); промывание необходимо сделать сразу же после полового сношения. Используют также разные кислоты и соли. Можно рассчитывать на удовлетворительный результат промываний влагалища водой, к которой прибавляют уксусную, борную или молочную кислоту, из расчета 1—2 чайные ложки на литр воды. Количество воды для промывания влагалища должно быть не менее 1,5 литра

ирригатор надо поместить высоко, для того, чтобы струя воды была сильно; температура воды должна быть несколько выше температуры тела — 38—40°C. Сюда причисляют также и разные противозачаточные таблетки, влагалли-



Рис. 28. Положение спирали в полости матки.

щные глобулы (шарики, пилюли), кремы, пасты, желе, аэрозоли, которые вводят во влагалище перед половым актом.

Противозачаточные таблетки, пилюли, пасты и порошки имеют то неудобство, что их надо вводить рукой или дополнительной трубочкой во влагалище непосредственно перед сношением, что может повлиять на эмоциональную сторону полового акта. Иначе вся манипуляция совершенно несложна и удобна. Некоторые из упомянутых средств образуют пенящуюся пробку, которая препятствует прониканию сперматозондов в полость матки. Если, однако, эти химические противозачаточные вещества вводятся очень рано или слишком поздно, без использования других защитных средств, эффект весьма различен.

Все-таки применение этих противозачаточных средств не следует отвергать, если они не вызывают каких-либо нарушений или неприятных ощущений у одного из партнеров (жжение, зуд, симптомы раздражения слизистой половых органов, психическую подавленность); если на обоих применяемое химическое вещество не оказывает вредного воздействия (по мнению врача).

Среди противозачаточных средств в настоящее время наиболее широкое применение нашли гормональные препараты, которые назначают в виде драже (пилюль), таблеток или инъекций. Они оказывают тормозящее воздействие на функцию яичников, препятствуют созреванию фолликулы для оплодотворения яйцеклетки или же вызывают ановуляторные циклы (рис. 29). В настоящее время они являются наиболее эффективными и самыми удобными противозачаточными средствами. Большинство препаратов представляет смесь прогестерона (гормона беременности) и эстрогенов (гормонов женского полового развития). Последние сведения, являющиеся результатом подробных исследований, указывают на их безвредность для здоровья женщины, но лишь в тех случаях, когда они назначаются врачом после тщательного осмотра женщины и выбора подходящего препарата. Страх, связанный с риском ракового заболевания при применении этих средств, совершенно необоснован. Скорее они оказывают затормаживающее влияние на раковую клетку. Они не вызывают снижения плодовитости женщины в будущем. Наоборот, при наличии бесплодия рекомендуют временное употребление

подобных таблеток, ввиду того, что после прекращения „курса лечения“ возможность наступления беременности увеличивается. В связи с этим в последнее время вместо первого названия этих противозачаточных препаратов „анти-бебе-пилюли“ используют и рекомендуют новое — „пилюли для желающих ребенка“. Идея изменения названия препаратов — не отождествлять

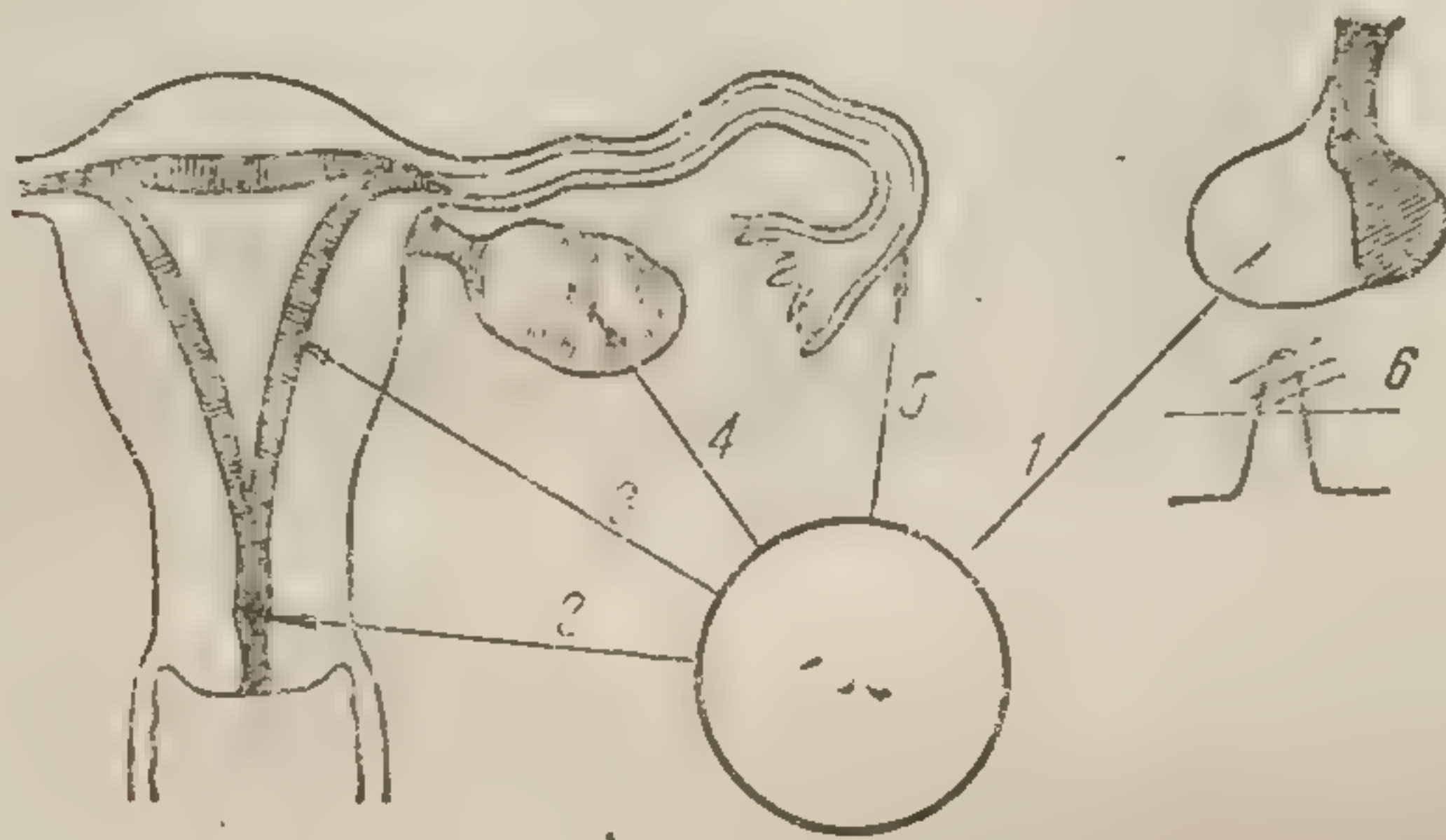


Рис. 29. Механизм действия контрацептивных гормональных таблеток.

1 — промежуточный мозг — гипофиз; 2 — изменения в слизи; 3 — изменения в слизистой (эндометриуме) матки; 4 — прямое воздействие на яичник; 5 — увеличение подвижности труб; 6 — гормональный верх.

их с нежеланием иметь детей, а использовать их в целях выбора момента для создания ребенка.

Половое влечение (либидо) не уменьшается от применения контрацептивных пилюль. Большинство женщин, использующие их, даже чувствуют повышение полового влечения, возможно и связи с отсутствием страха беременности. Очень незначительная часть женщин жалуются на головную боль, тошноту, головокружение и чувство напряжения в молочных железах. Жалобы исчезают при назначении другого препарата.

Принимать эти средства надо только под непосредственным контролем врача. Длительное использование противозачаточных пилюль оказывает влияние не только на одну функцию. Железы внутренней секреции связаны между собой в общее функциональное звено, и нарушение в одном из участков отражается на всей эндокринной системе, на всех железах внутренней секреции, включая гипофиз и промежуточный мозг.¹

В настоящее время способ перорального введения препаратов для предохранения от беременности является одним из лучших, при условии регулярного применения таблеток, согласно предписанию врача: в продолжении 21 дня с перерывом в 7 дней. Коэффициент неуспеха от 0 до 1,8 — самый низкий по сравнению с другими противозачаточными средствами.

Эти препараты следует особенно рекомендовать женщинам, испытывающим затруднения сексуального порядка при использовании других противозачаточных средств; женщинам, которые желают быть застрахованы от бере-

¹ Замечание редактора: Автор излагает общепринятую современную концепцию о гормональных противозачаточных средствах. Нам кажется, что еще рано давать окончательную оценку этим средствам. Существуют основания для некоторой сдержанности в отношении этой оценки.

менности из-за того, что у них уже много детей или по состоянию здоровья вынуждены избегать беременности.

Несмотря на это, ряд женщин избегают использования противозачаточных средств из боязни навредить своему здоровью или потому что не верят в эффективность этих средств, или из страха родить детей с физическими недостатками.

Задача врача, в случае необходимости, убедить женщину и мужчину в безвредности этих средств, объяснить подробно женщине как следует пользоваться ими, какие у него преимущества по сравнению с остальными противозачаточными методами и предупредить ее обо всех побочных явлениях, иногда сопровождающих принятие этих медикаментов.

В настоящее время химия создала целый ряд веществ, которые при пероральном введении могут влиять на сперматозонды, в результате чего они становятся неспособными к слиянию с яйцеклеткой. Эти вещества, однако все еще не изучены так подробно, как вышеописанные гормональные препараты.

Также мало исследованы и не приобрели широкого распространения предложенные еще в 1950 г. пилюли с гормональным действием, которые принимают утром, после полового акта. Эти пилюли приводят к ускоренному переходу яйцеклетки по маточным трубам и препятствуют оплодотворению. Эти противозачаточные средства можно рекомендовать женщинам, которые имеют редкий контакт со своим партнером и таким образом, ежедневный прием пилюль излишен.

В поиске средств лечения рака матки трое шведских ученых открыли вещество, которое не оказывает влияния на рак матки, но прекращает развитие оплодотворенного яйца, имплантированного в стенке матки.

Появившееся в прессе сенсационное сообщение о т. наз. „супер-пилюле“, которая позволяет якобы изгнать (под видом менструального кровотечения) оплодотворенное даже месяц до этого яйцо, надо принимать с необходимой сдержанностью.

Критические заметки по поводу „субстанции Ф 6103“ охладили первоначальный энтузиазм у большого числа брачных пар об окончательном решении вопроса о противозачаточных средствах. Эти препараты в состоянии вызывать патологические аномалии у плода, оставляя его при этом жизнеспособным.

В настоящее время как контрацептивное средство наиболее широкое распространение приобрели гормональные препараты. Они в состоянии обеспечить контрацепцию, не нарушая при этом половых ощущений и сохраняя возможность при желании иметь ребенка.

Современные противозачаточные средства предохраняют от наступления нежеланной беременности и позволяют повысить удовольствие, сопровождающее половой акт. В связи с этим возникает вопрос — не приведет ли все это к половым излишествам, к легкомысленной смене партнеров или к чрезмерно длительному воздержанию от создания потомства. В высокоразвитом, сознательном социалистическом обществе такая опасность практически не существует благодаря развитию сознания каждого члена этого общества о личной ответственности и ясному убеждению в смысле, содержании и ценности взаимоотношений между людьми.

НАРУШЕНИЕ СПОСОБНОСТИ К СОВОКУПЛЕНИЮ (ПОЛОВОЕ БЕССИЛИЕ — ИМПОТЕНЦИЯ)

Среди всех биологических видов единственно у человека имеется стремление чаще удовлетворять свое половое влечение, свою страсть, даже и без наличия желанья воспроизводства потомства. Регулярная, активная и, по мере возможности, продолжительная половая жизнь является особым символом мужества мужчины, необходимостью, поддерживающей также самочувствие и нестарение женщины. Человек, и в частности мужчина, сравнительно легче переносит расстройства в способности к оплодотворению и бездетность, но тяжело переживает половое бессилие, импотенцию, т. е. неспособность к совершению полового акта.

Вот почему расстройства в половой жизни, т. наз. половое бессилие, играет исключительно важную роль в жизни человека, становится источником тяжелой подавленности, чувства неполноценности, является поводом недоразумений, измены и развода с семье, дает повод к избежанию брака, иногда может сопровождаться и трагическими последствиями.

Следует подчеркнуть, что число мужчин в молодом и активном возрасте, обращающихся к врачу по поводу наступивших расстройств в совокупительной способности, отнюдь не мало, но, к сожалению, никто не занимается статистической стороной этого вопроса. Во всяком случае к врачам обращаются по поводу такого рода жалоб гораздо чаще, чем из-за бесплодия. Число страдающих разными формами полового бессилия очень велико, но, к сожалению, им не уделяют необходимого внимания. Особый характер этих жалоб т. е. позволяет публичного обсуждения проблемы, с одной стороны, и правильного направления нуждающихся в соответствующем лечении, с другой. Кроме того, врачи недостаточно осведомлены по вопросам полового бессилия, недостаточны также и средства для оказания помощи. Этим объясняется и большое число ошибок в этом разделе медицинской практики.

Кроме биологической обусловленности полового влечения, в быту отдельного человека и человеческих обществ во все времена существовали и продолжают существовать самые различные формы его стимулирования. Внешность обоих полов, мода, одежда, украшения, ароматы, звуки, зрительные восприятия, изображения, обычаи, игры, танцы, книги — все может сказывать влияние на половое влечение в положительном или отрицательном смысле. Вот почему нам должно быть ясно, что, кроме органических причин, связанных с заболеваниями половых органов или самого организма, для возникновения полового бессилия существует огромное количество факторов, которые могут играть важную роль в этом отношении.

Половую способность можно культивировать, но ее следует культивировать разумно, иначе неизбежны крайности, приводящие к торговле полом, наркомании и т. д.

Несмотря на то, что причины полового бессилия многочисленны, их можно свести к следующим группам:

- а) расстройства, вызванные врожденными аномалиями или приобретенными заболеваниями моче-половой системы;
- б) расстройства в связи с заболеваниями эндокринных желез, другими общими заболеваниями и отравлениями;
- в) половое бессилие при болезнях нервной системы;
- г) психогенная половая слабость, которую считают наиболее встречающейся.

Расстройства в половой способности могут быть различными как по форме, так и по степени их проявления. Личная оценка нормальной частоты

половых сношений страдает известным субъективизмом. В одних случаях, несмотря на сохранившиеся возможность и желание иметь половое сношение, согласно жалобам пациентов, они редко совершают половой акт. В других случаях речь идет о периодическом ослаблении и усилении полового влечения и способности к совершению полового акта. К третьей группе случаев принадлежат такие, которые часто имеют половые акты, даже слишком часто, однако у мужчины очень быстро наступает эякуляция, иногда до получения полной эрекции и на много раньше получения женщиной полового возбуждения и оргазма. В более тяжелых случаях речь идет о мужчинах с вполне сохранным половым влечением, которые не в состоянии совершать половой акт из-за недостаточной или вообще отсутствующей эрекции. Самые тяжелые случаи те, при которых нет ни желания, ни возможности совершать половой акт.

НАРУШЕНИЯ СПОСОБНОСТИ К СОВОКУПЛЕНИЮ У МУЖЧИНЫ — В СВЯЗИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕ-ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Половые расстройства, связанные с врожденными или приобретенными заболеваниями моче-половой системы, определяются некоторыми авторами как *механическая импотенция*. Обнаружить эту импотенцию легко, иногда сами больные или их близкие замечают существующие изменения, но не всегда больные вовремя обращаются за лечением.

Остановимся лишь на тех врожденных аномалиях половой системы мужчины, которые встречаются сравнительно часто и своевременное лечение которых играет важную роль в дальнейшем развитии половой системы, предохраняя ее от целого ряда осложнений.

Наиболее часто встречающейся врожденной аномалией полового члена является сужение отверстия крайней плоти, т. е. кожной складки, покрывающей головку полового члена. При этой аномалии выведение головки члена наружу затруднено или невозможно вообще. Это состояние называют *фимозом* (рис. 30).

У новорожденных мальчиков говорят о т. наз. физиологическом фимозе, который связан с наличием нежной соединительнотканной мембраны, расположенной между крайней плотью и головкой члена. Эта мембрана на втором году жизни ребенка сама разрывается, наружное кольцо, представляющее плотную складку кожи, расширяется и таким образом наступает „самоизлечение“ фимоза. Причиной врожденного фимоза считают нарушение в „самоизлечении“ физиологического фимоза. Имеется также и приобретенная форма фимоза, которая является результатом перенесенного в прошлом воспалительного или язвенного процесса головки члена, сопровождаемого сращением головки и крайней плоти и сужением отверстия.

Несоблюдение личной гигиены иногда приводит к воспалению крайней плоти и головки члена; этому благоприятствует накопление стермы между крайней плотью и головкой. Резкое сужение отверстия крайней плоти сопровождается затруднением мочеиспускания: струя мочи тонкая, иногда моча вытекает каплями. Это может вызвать задержку мочи в мочевом пузыре и привести к нежелательным последствиям.

В зрелом возрасте фимоз может препятствовать совершенно половому акту, он может быть болезненным, сопровождаться разрывами и кровотечением.

Лечение фимоза хирургическое. Устранение фимоза следует произвести в возрасте 5—6 лет, не ожидая наступления пубертатного возраста.

При средней степени выраженности фимоза, т. е. когда выведение головки наружу возможно, но затруднено, иногда, в особенности при мастурбации, получается т. наз. парафимоз — состояния, при котором суженное кольцо крайней плоти ущемляет головку члена в области венечной бороздки. В результате этого затрудняется оттек крови по венозным и лимфатическим

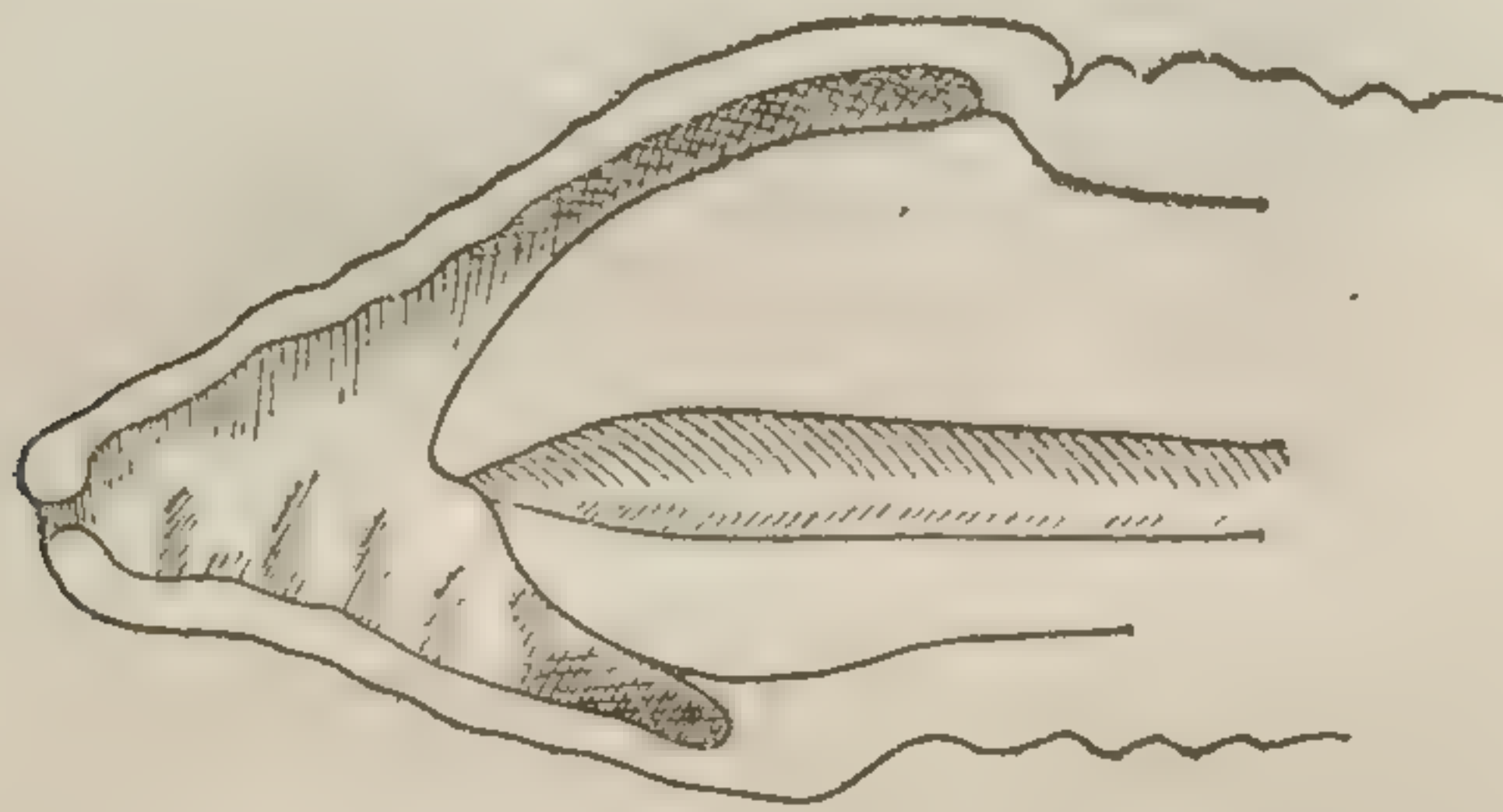


Рис. 30. Фимоз.

сосудам от головки члена, появляются отек и синюшность, иногда разязвления; процесс сопровождается резкой болезненностью. Если не ликвидировать ущемление своевременно, может развиваться некроз и гангрена ущемленной части.

Расстройства способности к совершению полового акта у мужчины нередко являются результатом приобретенных урологических заболеваний. В первую очередь надо иметь в виду травматические поражения половой системы и их последствия. Ранения половых органов могут быть более легкими или более тяжелыми, в соответствии с чем и половая способность будет различной.

Среди травматических поражений следует отметить и разрыв полового члена, являющийся результатом резкого изгиба члена в состоянии эрекции; при этом наступает разрыв соединительно тканной оболочки, покрывающей пещеристые тела. Иногда разрываются и некоторые из пещеристых тел, что сопровождается большими подкожными кровоизлияниями, распространяющимися в направлении мошонки, бедра, промежности и т. д. Последствия этого состояния для половой жизни могут быть фатальными — из-за образовавшихся сращений в самом половом члене снижается способность к эрекции.

Нередко во врачебной практике встречаются случаи сдавления полового члена при его перевязке бинтом, лейкопластырем, веревкой и т. п. Под местом сдавления нарушается кровообращение, развивается отек, который может сопровождаться целым рядом осложнений, как например, стойким затвердением пещеристых тел, грубым рубцеванием на коже члена и т. д., мешающих наступлению эрекции и совершению полового акта.

Легко себе представить в этом отношении последствия огнестрельных, колотых ранений и других механических травм члена, встречающихся особенно часто в военное время. При поражении пещеристых тел кровотечения обильны и опасны. Немедленное хирургическое вмешательство необходимо при ранении мочевого канала. Особой тяжестью характеризуются огнестрельные ранения полового члена; они сопровождаются обширными поражениями тканей, которые труднее восстанавливаются. Обычно после

закрываются раны на ее месте образуются рубцовые изменения тканей, препятствующие кровенаполнению пещеристых тел и вызывающие искривление полового члена в сторону рубцов. Из вышеупомянутого следует, что последствия ранений полового члена могут быть серьезной помехой для совершения полового акта.

Травмы мошонки и яичек также могут вызвать серьезные нарушения совокупительной способности, в особенности в тех случаях, когда поражены яички, что на первый взгляд не всегда заметно. При любой такой травме необходимо тщательно ощупать яички и их придатки. При незначительном подозрении на наличие травмы больного надо уложить в постель и обеспечить врачебное наблюдение. Яичко обильно снабжено кровеносными сосудами и поэтому при ранениях наблюдаются значительные кровотечения. Легкие поверхностные травмы одной лишь мошонки не сопровождаются осложнениями. Поверхностные кровоподтеки рассасываются, боли и отек проходят, не оставляя каких-либо последствий. Более тяжелы ранения мошонки, вызванные сильным ударом (например, при игре в футбол и т. д.), иногда сопровождаемые травматическим шоком. Ранения яичка и его придатка чаще всего осложняются травматическим орхоэпидидимитом. Более редкое осложнение, но серьезно угрожающее яичку — скручивание яичка, т. наз. торзия (скручение яичка вокруг его длинника). При этом состоянии вследствие сдавления кровеносных сосудов семенного канатика наступает внезапное нарушение кровообращения яичка. Развивается некроз яичка, приводящий к дегенеративным процессам и функциональному угасанию.

Травматические поражения мошонки и половых желез с их придатками в остром периоде препятствуют половому акту, не только из-за отека и кровоизлияния, представляющих механическое препятствие, но и в связи с психической травмой пострадавшего. После исчезновения острых проявлений травмы способность к совокуплению восстанавливается, однако нередко поражается оплодотворительная способность.

Другим приобретенным урологическим заболеванием, представляющим механическое препятствие для совершения полового акта, является пластическое затверждение (индурация) полового члена. При этой болезни развивается соединительнотканное уплотнение некоторых из пещеристых тел полового члена, в результате чего нарушается их кровенаполнение. Индуративный процесс не распространяется на тело мочеиспускательного канала. Пластическое затверждение члена встречается в более позднем возрасте — обычно в 40—60 лет, но иногда и раньше. Причины возникновения заболевания все еще остаются невыясненными. Обнаружено, однако, что одной из наиболее частых причин является травма. Некоторые авторы полагают, что заболевание связано с сахарным диабетом, другие придают значение хроническому воспалению уретральных желез, которое приводит к индурации пещеристого тела.

Симптомы заболевания довольно характерны. Больные жалуются на боли при затверждении полового члена и при извержении семенной жидкости, обычно сопровождающиеся искривлением члена в сторону уплотнения. Такое искривление беспокоит больного, так как является механическим препятствием для правильного совершения полового акта. Иногда более значительные уплотнения могут обусловить расстройство в кровенаполнении пещеристых тел крайней части полового члена и привести к отсутствию эрекции в этом участке. Уплотнения локализуются чаще всего у основания полового члена или на его верхней поверхности. Они прощупываются в виде гладких, узловатых или веревчатых образований, исходящих из оболочек пещеристых тел. Иногда эти образования непосредственно связаны с пещеристым телом.

Обычно прощупываются отдельные уплотнения или же конгломераты, резко отделенные от окружающей пещеристое тело ткани. Уплотнения, обусловленные другой причиной (травма, воспалительный процесс и т. д.), расположены обычно более центрально в пещеристых телах. Иногда в участках уплотнения при пластическом затвердении члена обнаруживаются отложения хрящевой или костной ткани. В редких случаях это наблюдается в ранних стадиях заболеваний. Болезнь развивается исподволь, течение хроническое, не захватывает обширные участки и не подвергается злокачественному перерождению. Часто в результате полового бессилия больные получают невроз и вторичную психическую импотенцию.

Лечение пластического затвердения члена — задача не из легких. Оно, как правило, длительное и требует терпения как со стороны врача, так и со стороны больного. Целесообразно проводить тканевую терапию в сочетании с назначением йодистых препаратов, что дает неплохие результаты. Некоторые авторы рекомендуют большие количества витамина Е. Следует иметь в виду и применение кортизона (пероральное и местное введение). Лучевая терапия (рентген, радий) также имеет приложение, но ограниченное, в связи с возможным лучевым поражением. Облучение иногда угнетает сперматогенез, уменьшает половое влечение и снижает способность к совокуплению, поскольку могут наблюдаться поражения гормональной функции половых желез.

Способность к совокуплению нарушается и при другом заболевании, т. наз. приапизме. Приапизм характеризуется состоянием длительной и болезненной эрекции, которая не приводит к эякуляции. При этом половое влечение резко снижено. Длительность эрекции — от нескольких дней до нескольких месяцев. Обычно в состоянии эрекции находятся только пещеристые тела полового члена. Приапизм может возникнуть в любом возрасте. Причины заболевания неизвестны. Полагают, что здесь играет роль целый ряд общих и местных факторов.

К общим факторам причисляют некоторые заболевания кроветворной системы, сопровождающиеся воспалительными и тромботическими процессами в кровеносных сосудах. Считают, что эти заболевания вызывают поражение кровеносных сосудов с увеличением их ломкости и склонности к образованию сгустков крови. При этом наблюдаются кровотечения как во внутренних органах, так и в пещеристых телах полового члена. Приапизм иногда связан с наличием какого-либо постоянно раздражающего фактора в области эрекционных центров в центральной нервной системе. Чаще всего раздражение локализовано в эрекционном центре, расположенном в спинном мозгу, и является следствием некоторых хронических заболеваний (спинномозговой миелит, туберкулез, рубцовые изменения в результате травматических повреждений спинного мозга). Приапизм наблюдается и при некоторых инфекционных заболеваниях и общих отравлениях. В этих случаях имеется постоянное токсическое воздействие на эрекционный центр. Приапизм может быть результатом и половых эксцессов.

Что касается местных причин следует в первую очередь иметь в виду тромбозы и тромбозы венозной сети полового члена, венозных сплетений вокруг предстательной железы, семенных пузырьков и мочевого пузыря. Важную роль играют и воспалительные процессы пещеристых тел (каверниты) и, наконец, травмы с кровоизлияниями или кровоподтеками в пещеристых телах полового члена.

Описаны случаи функционального приапизма, при котором не было установлено ни одной из вышеописанных причин. Другие авторы говорят о т. наз. идиопатическом приапизме, при котором, несмотря

на тщательное исследование, не удалось обнаружить какую либо причину, объясняющую его возникновение.

Приапизм является результатом затруднения оттока крови из пещеристых тел. Очень часто, наряду с постоянным раздражением эрекционного центра, сопровождающимся длительной эрекцией, действуют и некоторые локальные механические факторы, которые затрудняют отток крови из пещеристых тел. При приапизме совершение полового акта невозможно в связи с болезненной эрекцией и отсутствием полового влечения. Существует опасность возникновения целого ряда осложнений, особенно при отсутствии своевременного оказания медицинской помощи больному. Очень часто после устранения приапизма наблюдается снижение или полная потеря способности к совокуплению.

Встречается и **х р о н и ч е с к и й п р и а п и з м**, сопровождающийся неадекватной эрекцией, как правило, только ночью; это состояние длится месяцами и даже годами. В этом случае эрекция охватывает не только пещеристые тела полового члена, а также и пещеристые тела мочеиспускательного канала и головки. Она может продолжаться и после полового акта и спонтанно прекращается с наступлением дня. Состояние это чрезвычайно мучительное, больные страдают бессонницей, встают ночью по нескольку раз, днем же чувствуют резкий упадок сил и усталость. Причины в данном случае могут быть теми же, что и при остром приапизме, однако надо особенно тщательно провести необходимые исследования для выявления хронического заболевания в органах малого таза (мочевой пузырь, предстательная железа, семенные пузырьки и прямая кишка), которое может оказаться причиной приапизма.

Лечение приапизма должно быть направлено на устранение причины болезни. В первую очередь при лечении применяются средства, успокаивающие центральную нервную систему — препараты брома и опия, иногда общий наркоз. Эти средства обычно облегчают на известный промежуток времени состояние больного, но рассчитывать на излечение трудно. Рекомендуют новокаиновые блокады семенных канатиков или околопочечной ткани. Некоторые авторы рекомендуют внутриартериальные вливания новокаина, подчеркивая, что при длительном лечении (в продолжении двух до четырех лет) больные не жаловались на половое бессилие.

Наиболее эффективным методом лечения приапизма является раннее хирургическое вмешательство — удаление сгустка крови из пещеристых тел. Используют и противосвертывающие средства. В некоторых случаях хронического приапизма можно рассчитывать на успех лечения эстрогенными гормонами; лечение продолжается 3—4 недели, дневная дозировка — до 4 мг.

Хронический простатит и половое бессилие

На нарушениях половых функций при катарах моче-половых путей и их осложнениях мы остановились в главах об отсутствии оплодотворительной способности и нарушении половой жизни и о венерических заболеваниях. В частности, что касается роли хронического простатита при половой импотенции мужчин, можно сделать следующее обобщение:

Сексуальные расстройства при хроническом простатите не обязательны. У большей части больных с хроническим простатитом половые функции могут быть совершенно нормальными и, наоборот, в большом проценте случаев половое бессилие предстательная железа также может быть вполне нормальной. У некоторой части больных с хроническим простатитом наблюдается вялая, недостаточная эрекция, болезненная эякуляция и преждевре-

менное извержение семени, сопровождающееся нормальной или сниженной эрекцией. Половое влечение почти во всех случаях сохраняется, даже у некоторых больных наблюдается временное его повышение, что при неполной эрекции особенно тревожит больных.

Гораздо чаще хронический простатит приводит к невротическим и психоневротическим нарушениям, которые вызывают расстройства нормальной половой жизни. Многие из больных с хроническим простатитом жалуются на боли или неприятное ощущение (зуд, чувство растяжения, давление и т. п.) в области половых органов, в нижней части живота, в области прямой кишки, в пояснице, мошонке, яичках, бедрах. Эти неприятные ощущения приводят к т. наз. половой неврастении, снижающей вторично половую способность.

Сексуальные расстройства при хроническом простатите связаны с постоянным раздражением нервных окончаний в зоне воспалительного процесса. Вначале эти раздражения действуют возбуждающе, а затем оказывают подавляющее влияние на нервные центры эрекции и эякуляции, расположенные в спинном головном мозгу.

У каждого больного с половым бессилием, как правило, проводят тщательное исследование предстательной железы, и при наличии хронического простатита его следует лечить независимо от использования других методов и средств лечения полового бессилия.

ПОЛОВЫЕ РАССТРОЙСТВА У МУЖЧИНЫ ПРИ НАРУШЕНИЯХ СО СТОРОНЫ ЖЕЛЕЗ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ, ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И ИНТОКСИКАЦИЯХ

Половые расстройства у мужчины встречаются при целом ряде нарушений со стороны эндокринных желез, и в особенности при заболеваниях половых желез (яичек), которые вызывают угасание их функций.

Яички, как уже было выяснено выше, поражаются при разных патологических процессах, а именно, при врожденных аномалиях, недоразвитии, частичном или полном уничтожении вследствие воспалительного процесса опухоли или травмы, при нарушениях нейрогипофизарной регуляции и т. д. В результате наступает снижение или полное угасание их функции — развивается гипоорхидизм.

Гипоорхидизм (снижение функции яичек, гипогонадизм мужчин). Гипоорхидизм представляет состояние, связанное с гипофункцией яичек, с нарушением либо гормональной секреции, либо сперматогенеза, либо того и другого. В прошлом это состояние, развивающееся в результате ранней кастрации, называли — *евнухоидизмом*; в этом случае андрогенное влияние отсутствует полностью.

Евнухоидизм это, в сущности, врожденная или приобретенная частичная недостаточность яичек, при которой больные, до известной степени приобретают вид кастрированных. Эти понятия можно использовать при определении полной или частичной недостаточности яичек и фактически являются синонимом гипоорхидизма.

В зависимости от того, является ли гипоорхидизм результатом первичного процесса в яичках или же они поражаются вторично при расстройствах нейро-гуморального механизма их регуляции, различают две основных формы гипоорхидизма:

Первичный гипоорхидизм (первичная недостаточность яичек) и *вторичный гипоорхидизм* (вторичная недостаточность яичек).

Кроме этого распределения, которое основано на механизмах возникновения гипоорхидизма, каждая из этих форм характеризуется гормональной или оплодотворительной недостаточностью, в зависимости от того, какая из функций (гормонообразование или сперматогенез) подверглась нарушению.

Проявления внутрисекреторной недостаточности яичка связаны в первую очередь с прекращением воздействия тестостерона и зависят в значительной мере от момента, когда оно возникло. Наиболее ярко выражены признаки при прекращении тестостеронового воздействия до наступления пубертатного возраста. Кастрация в этом возрасте, в сущности, является моделью тотального (полного) гипоорхидизма. В этих случаях половые органы остаются такими, какими они были до пубертатного периода, т. е. детскими. Размеры полового члена невелики, мошонка — недоразвита, непигментирована, отсутствуют кожные складки, а яички, в зависимости от воздействующего фактора, либо малы, мягковаты и неболезненны на ощупь, либо они отсутствуют вообще. Предстательная железа также остается недоразвитой — она мала и едва прощупывается, на ощупь мягкая, вторичные половые признаки также указывают на задержку в развитии (отсутствие или недостаточное оволосение, отсутствие мутации голоса и т. д.). Половое влечение отсутствует, эрекции — редки, неполны и не связаны с сексуальными переживаниями, эякуляция не наступает, половое сношение невозможно.

Отсутствие андрогенов яичек отражается на росте костей; костная система приобретает промежуточный, асексуальный вид. Характерен евнухондный высокий рост за счет роста конечностей. Из-за отсутствия затормаживающего воздействия андрогенов конечности продолжают расти до 30—40-летнего возраста. Вследствие этого оформляются типичные для евнухов пропорции с длинными конечностями и сравнительно коротким торсом. Кисти, ступни также продолжают расти, становятся длинными и тонкими. Зубы подвергаются деминерализации и часто наблюдается кариес. Часто встречаются расхлябанность суставов и искривление коленных суставов во внутрь и плоскостопие. Лицо приобретает монголоидный вид. Кожа тонкая, бледовато-желтая. Оволосение подмышками и в области лобка недостаточно, а по своему оформлению напоминает женский тип; на лице и остальных участках тела оволосение отсутствует. Адамово яблоко — недоразвито, голос остается детским. Наблюдается отложение жировой ткани главным образом в области нижней половины живота, таза, бедер и молочных желез, а отсюда и женский тип гипогонад. Часто встречается и истинная гинекомастия (развитие молочных желез).

Характерны и психические нарушения. Такие индивиды не считают себя больными и не обращаются к врачу. Врачебная помощь им оказывается необходимой при некоторых социальных конфликтах (насмешки, отказ от принятия в армию и т. п.). Основные изменения со стороны нервной системы сводятся к нарушениям темперамента — кастраты боязливы, лабильны в эмоциональном отношении, часто подавлены и не проявляют инициативности. Интеллект либо отстает в развитии, либо нормален.

При поздней кастрации картина совсем иная. Основная разница сводится к отсутствию отклонений в развитии телосложения, так как процессы роста уже завершены. Половые органы подвергаются обратному развитию. Половой член, мошонка, яичка и предстательная железа уменьшаются в объеме. Наступает регрессия и в оволосении, причем волосистой покров опадает позже там, где позже и появился, а именно — на спине, груди, животе, лице и т. д. Волосистой покров в области лобка и подмышками становится реже, однако не исчезает полностью.

Интересно, что половое влечение и потенция угасают постепенно. В некоторых случаях они сохраняются надолго, что указывает на двойную их регуляцию — не только гормональную, но и нервную. Эта категория больных по-разному воспринимает потерю потенции и полового влечения, что зависит от типа нервной системы, жизненного стереотипа и воспитания. Чаще всего развиваются разные психоневрозы и психозы. Сравнительно небольшая часть больных находят удовлетворение в повышенной интеллектуальной творческой деятельности.

Клиническая картина гипoorхидизма проявляется лишь тогда, когда поражены оба яичка, так как при одностороннем нарушении второе яичко принимает на себя всю внутрисекреторную и воспроизводительную функцию, что находит отражение в увеличении и его объема.

В зависимости от тяжести и распространенности патологического процесса в клинической картине гипoorхидизма различают несколько степеней. Они обуславливаются полной или частичной гормональной недостаточностью.

В данном случае особо важную роль играет раннее диагностирование, обеспечивающее своевременное замещающее лечение мужскими половыми гормонами и позволяющее избежать тяжелых последствий гипoorхидизма.

Как уже было подчеркнуто выше, гипoorхидизм может быть первичным или вторичным. При первичных формах в яичках наступают патологические изменения во внутриутробном периоде развития или же в послеродовом периоде; речь идет о врожденном отсутствии или недоразвитии яичек, о двухсторонней кастрации, воспалительных или травматических поражениях, нарушениях в кровообращении и иннервации яичек, недостаточное питание лучевые поражения и т. п.

К более особым формам первичного гипoorхидизма принадлежат, кроме кастрации и евнухидизма и крипторхизма, болезнь Клайнфелтера и некоторые другие формы.

Вторичный гипoorхидизм является результатом нарушения нейро-гуморальной регуляции функции яичка при заболевании других эндокринных желез, связанных функционально с яичками или же при некоторых хронических заболеваниях внутренних органов.

Наиболее характерным симптомом является уменьшение количества выделяемых гипофизом гонадотропных гормонов, что приводит к угасанию функции яичек. Ввиду того, что первичное нарушение связано с гипофизом, наблюдаются расстройства в росте, а также и в функциях щитовидной железы и коры надпочечников.

Причиной заболевания чаще всего являются процессы, развивающиеся в области промежуточного мозга и гипофиза (атрофия, некроз, опухоли), хронические заболевания внутренних органов (почек, печени и др.) и нарушения обмена веществ.

Наиболее характерным для больных является сексуальный инфантилизм. К этому прибавляются и проявления первичного заболевания и нарушения функции щитовидной железы и коры надпочечников.

Тяжелые хронические инфекционные заболевания и состояния, связанные с недостаточностью питания, сопровождаются нарушением в первую очередь гормона, стимулирующего функцию яичка (гонадотропина гипофиза), что и вызывает временный или постоянный гипoorхидизм. По всей вероятности причина снижения функции гипофиза лежит в отсутствии субстрата, из которого образуются гормоны гипофиза.

Разграничение первичного гипoorхидизма от вторичного имеет важное практическое значение в связи с назначением правильного лечения. Основные внешние проявления обеих форм одинаковы и не могут быть критерием их

разграничения. Определение гонадотропных гормонов и гистологическое исследование кусочка ткани яичка, полученного при биопсии, дают более достоверные данные. При выявлении той и другой формы имеют значение функциональные исследования на наличие скрытой недостаточности щитовидной железы и коры надпочечников, которые встречаются при вторичном гипогонадизме.

Лечение гипогонадизма. Основное лечение сводится к назначению недостающего организму гормона.

Во всех случаях первичного гипогонадизма, сопровождающегося гормональной недостаточностью, проводят лечение мужскими половыми гормонами, обычно различными производными тестостерона. Лечение необходимо начать вовремя во избежание развития необратимых евнухоидных пропорций тела, способствуя развитию половых органов и вторичных половых признаков, позволяющие больному иметь половую жизнь. Замещающее лечение надо продолжать долгие годы, иногда всю жизнь. Применение обычных тестостероновых препаратов имеет то неудобство, что инъекции надо делать часто. Гораздо более удобны в этом отношении новые депо-препараты, которые при одном лишь введении через каждые 30—40 дней дают равномерное поступление гормона в организм. У больных с более незначительной нехваткой гормонов замещающее лечение можно провести метилтестостероном (синтетическим тестостероновым препаратом), который назначают перорально. Разумеется, что любое гормональное лечение мужскими половыми гормонами следует проводить только согласно назначению врача и под его контролем, ввиду того, что иногда наблюдаются побочные явления, а кроме того, существуют и противопоказания к их применению. Назначение тестостерона в допубертатном возрасте приводит к преждевременному развитию полового члена, к раннему окостенению и задержке роста, к усилению сексуального оволосения, поэтому его следует избегать.

При вторичном гипогонадизме на передний план выступает лечение основного заболевания. Его излечение может привести к спонтанному сексуальному развитию. Чаще прибегают к лечению гонадотропными гормонами. Их действие выражается в первую очередь в стимуляции гормональной секреции яичка. Несколько реже применяют гонадотропные гормоны с преимущественно фолликулостимулирующим эффектом, которые получают экстрагированием из сыворотки животных или из мочи женщин в менопаузе: это лечение проводят при различных расстройствах сперматогенеза.

Значительным недостатком лечения гонадотропными гормонами, в особенности изготовленными из сыворотки животных, является выработка организмом антител к этим гормонам, в результате чего они в скором времени становятся неэффективными, а кроме того, часто ингибируют собственные гонадотропины. Длительное и неконтролируемое применение гонадотропинов в высоких дозах может привести к поражению канальцев яичек и необратимому расстройству оплодотворительной способности.

В качестве дополнительных средств назначают также и гормоны щитовидной железы, общеукрепляющие средства, витамины (А, Е и др.).

Гинекомастия. Так принято называть увеличение молочных желез у мужчины. Железы достигают различных размеров и иногда по форме и величине напоминают молочные железы женщины. Гинекомастия не является заболеванием, а лишь симптомом, который наблюдается в значительном числе физиологических состояний и нарушений. Гинекомастия встречается, например, у новорожденных, во время пубертатного периода, в старческом возрасте, а кроме того, при эндокринных и инфекционных заболеваниях, при некоторых опухолях, при применении ряда лекарств.

Гинекомастию следует различать от накопления жировой ткани в этой области при некоторых видах ожирения, а разницу можно установить при ощупывании. При настоящей гинекомастии имеется разрастание как железистой ткани, так и канальцевой системы молочных желез.

Причины возникновения гинекомастии все еще невыяснены. Известно, что в регуляции роста и функции молочных желез принимают участие множество гормонов, а именно — женские половые гормоны, гонадотропные гормоны, гормон роста. Заболевания мужчин, связанные с повышенным выделением некоторых из этих гормонов, вызывают разрастание отдельных элементов железистой ткани, развивается гинекомастия, которая, однако, не сопровождается молочной секрецией.

Гинекомастия наблюдается при первичном гипогонадизме, при заболеваниях гипофиза, надпочечников, при болезнях, протекающих с нарушениями гормонального метаболизма (цирроз печени и др), а также при целом ряде других заболеваний, как, например, абсцессе легкого, травматическом повреждении мозга, некоторых болезнях крови, почек, сердца и т. д. Особенно часто встречается т. наз. пубертатная гинекомастия, которую можно обнаружить у 50% юношей; она резко выражена и обычно спонтанно исчезает через 1—2 года. Считают, что она связана с нарушениями эндокринного равновесия, с преобладанием гонадотропинов и гормона роста. Несмотря на сугубо невнешний характер, она вызывает чувство угнетенности у юношей, иногда может стать причиной невротических состояний, обусловленных чувством малоценности.

Лечение гинекомастии заключается прежде всего в лечении основного заболевания. При пубертатной гинекомастии не прибегают к гормональному лечению, а выжидают обратного развития. Если оно не наступит, проводят оперативное удаление.

ПОЛОВЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Механизм возникновения поражения яичек при других заболеваниях весьма различен. В некоторых случаях играет роль воздействие поступивших извне или же образовавшихся в самом организме токсических веществ. В других случаях — организм не в состоянии обеспечить необходимое количество гормонов из-за отсутствия субстрата для гормонообразования или для гормонального транспорта. Наконец, имеются заболевания, при которых поражения яичек осуществляются нервным путем. Чаще существует комбинация вышеупомянутых причин. Остановимся лишь на некоторых заболеваниях и интоксикациях, сопровождающихся более очевидным поражением яичек.

Половые расстройства встречаются при поражениях печени. Сюда относятся инфекционный гепатит (болезнь Боткина) и его последствия — хронический гепатит и цирроз печени, а также и печеночные нарушения, вызванные некоторыми другими моментами (хронические заболевания сердца, продолжительное голодание, недостаточность витаминов, токсические воздействия). Так как метаболизм половых гормонов находится в непосредственной связи с функцией печени, становится ясным, что нарушения этой функции вызывают расстройства в равновесии половых гормонов. При нормальных условиях как мужские, так и женские половые гормоны расщепляются в печени. При нарушениях детоксической функции печени в первую очередь наступает изменение в расщеплении эстрогенов (женских половых гормонов), вследствие чего их уровень в организме повышается.

В результате этого появляется, например, гинекомастия, снижаются половое влечение и потенция, а кроме того, и оплодотворительная способность у этих больных.

Половые расстройства закономерно встречаются при сахарном диабете. Очень часто первыми проявлениями диабета могут быть жалобы со стороны сексуальной сферы. Обычно наступает значительное снижение эрекционной способности, причем половое влечение сохраняется; оплодотворительная способность также в той или иной степени страдает. В далеко зашедших стадиях сахарного диабета импотенция является постоянным симптомом, что отражается на психике больных. Причина импотенции при диабете все еще невыяснена. Обнаружено, что у страдающих диабетом секреция гонадотропинов гипофиза снижена, а это приводит и к снижению андрогенов яичек и числа сперматозондов в семенной жидкости. Наряду с этим имеется и нарушение со стороны вегетативной нервной системы, которая принимает непосредственное участие как в эрекции, так и в эякуляции.

Существует особая форма диабета, сопровождающаяся значительным гипогонадизмом. Это т. наз. синдром Мориака, при котором диабету сопутствуют нарушения со стороны печени, проявляющиеся уже в детском возрасте. В данном случае к описанным выше признакам гипогонадизма прибавляются и поражение печени, нарушения роста, обусловленные нехваткой инсулина.

Гипогонадизм при тяжелых хронических почечных болезнях является вторичным и связан с нарушениями в синтезе гормонов при длительной потере организмом белков. У таких больных (идет речь о молодых людях) полового созревания не наступает и они остаются инфантильными.

Некоторые расстройства в половой функции, как, например, снижение полового влечения, снижение числа сперматозондов в семенной жидкости и т. п., наблюдаются при резком алиментарном (пищевом) ожирении. Следует отметить, что эти нарушения исчезают с нормализацией веса больного. Играет известную роль у этих больных и снижение способности к совокуплению, вызванное отложением больших количеств жировой ткани в области живота.

Некоторые вирусные заболевания, в частности свинка, имеют непосредственное отношение к половым функциям. Свинка может вызвать не только бесплодие, но и полную атрофию яичек. Надо однако подчеркнуть, что роль ее в этом отношении переоценивают, в особенности при перенесении болезни до наступления пубертатного периода, когда поражение яичек наблюдается значительно реже.

ПОЛОВЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ НЕКОТОРЫХ ИНТОКСИКАЦИЯХ

Токсические вещества играют несомненную роль в поражениях половых желез. По своему характеру вещества эти могут быть связаны с условиями быта, с вредными привычками, а также и с профессиональной деятельностью.

Одной из наиболее часто встречающейся разновидностью является хроническая алкогольная интоксикация. В результате воздействия алкоголя на высшие отделы центральной нервной системы моральные задержки индивида ослабевают, что на раннем этапе приводит к повышению полового влечения и беспорядочным половым эксцессам и извращениям со всеми их неблагоприятными последствиями. Период повышенной половой активности скоро переходит в стойкую и упорную импотенцию, которая и является главной жалобой в поздних стадиях

алкоголизма. Проведенные исследования показали, что у таких больных эти жалобы связаны с органическим расстройством; обнаруживаются поражения центрально расположенных структур головного мозга, в частности гипоталамуса, а также и периферической нервной системы, которые в совокупности вызывают снижение и примитивизм сексуальной функции, приводят к ослаблению и исчезновению психического компонента при оргазме, а позже к полной и обычно необратимой импотенции. Наряду со всем этим постепенно развивается прогрессирующая гипотрофия и атрофия самих половых желез. Яички становятся мягкими и уменьшаются в объеме. Регрессирует и сексуальное оволосение, приобретая сначала женский тип, а в поздних стадиях оно вообще утрачивается. Это является результатом как непосредственного действия алкоголя, так и алкогольного поражения печени. Следует подчеркнуть, что алкогольное воздействие отражается как на эндокринной, так и на воспроизводительной функции. Наступают нарушения во всех трех показателях спермограммы: снижается число сперматозоидов и их подвижность, а число патологических форм увеличивается. Эти нарушения могут привести к передаче потомству многочисленных пороков развития различных органов и систем, а далее и к полному бесплодию.

Длительное употребление препаратов опиума приводит к тяжелым изменениям яичек, характеризующимися дегенерацией герминативного эпителия и межуточной ткани (в которой находятся клетки, выделяющие половые гормоны).

Профессиональные отравления ртутью, фосфором, свинцом, и в особенности кадмием, сопровождаются подавлением сперматогенеза. Выраженная олигоспермия (снижение числа сперматозоидов) наблюдается у работающих в лекарственной промышленности и в первую очередь у рабочих, которые находятся в контакте с препаратами женских половых гормонов. Некоторые вещества, как, например, метан и окись углерода, также угнетают сперматогенез, вызывая снижение притока кислорода к яичкам. Чрезмерное курение снижает оплодотворительную способность; прекращение курения приводит к восстановлению этого расстройства.

Воздействие радиоактивных элементов и рентгеновских лучей на сперматогенез зависит от дозировки, способа применения и индивидуальной чувствительности. Радиоактивные вещества поражают преимущественно молодые клетки в фазе их развития, зрелые клеточные элементы поражаются слабее. Особо чувствительны яички в допубертатном периоде. Более высокие дозы могут вызвать азооспермию, в то время как малые дозы отражаются на наследственно-информационных механизмах половых клеток, что иногда приводит к разным порокам развития потомства.

ПОЛОВЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Нервная система активно участвует в осуществлении половой функции, вследствие чего поражения или заболевания того или иного отдела нервной системы могут вызвать серьезное расстройство половой жизни.

В первую очередь в осуществлении эрекции и эякуляционного рефлексов принимают участие периферические нервные разветвления, передающие восприятия от половых органов в центральную нервную систему, а также и эффекторные импульсы центральных мозговых структур к исполнительным звеньям половых органов. Поражения этих периферических нер-

вов может вызвать нарушения не только со стороны ощущений, необходимых для нормального осуществления половых рефлексов, но и нарушения в функции самых половых органов. Это наблюдается, например, при травматических повреждениях в области таза, сопровождающихся поражениями нервных волокон и вегетативных структур. В этих случаях обычно наблюдаются и другие расстройства тазовых органов, а именно, нарушения мочеиспускания и опорожнения кишечника, нарушения чувствительности и т.д. Характерно, однако, отсутствие эрекции и эякуляции, а в некоторых случаях встречается самопроизвольное истечение семенной жидкости.

Если речь идет о сотрясении или контузии, ушибе нервов без нарушения их анатомической целостности, спустя известный промежуток времени их функция восстанавливается. Однако полное прерывание целостности нервных волокон приводит к окончательной потере потенции из-за прерывания рефлекторной дуги.

В спинном мозгу проходят важные нервные пути, которые несут информацию с периферии и с внутренних органов, а кроме того, посылают обратные эффекторные импульсы. В пояснично-крестцовой области находятся также и спинномозговые центры, осуществляющие эрекцию и эякуляцию. Вот почему иногда заболевания спинного мозга отражаются и на половой функции. Характер половых расстройств в этом случае зависит от характера и локализации патологического процесса.

Очень часто половые расстройства встречаются при целом ряде заболеваний спинного мозга (миелит, сирингомиелия, рассеянный склероз, спинная сухотка), в особенности когда поражены спинномозговые половые центры. Разрушение этих центров сопровождается полным отсутствием эрекции и эякуляции, наступает полная половая импотенция. Если, однако, поражение локализовано над пояснично-крестцовой областью, иногда наблюдается усиление эрекционного и эякуляционного рефлексив; это объясняется снятием ингибирующего влияния регуляторных механизмов, находящихся в головном мозгу. Рефлексогенная зона расширяется и в некоторых случаях возникает довольно длительный приапизм; иногда наблюдается эякуляция или сперматорея даже в результате незначительных раздражений.

Очень ограниченные процессы в спинном мозгу могут вызвать и изолированные поражения центра эрекции и центра эякуляции. В редких случаях описаны диссоциированные синдромы, например, сохранение эрекции при отсутствии эякуляции или наоборот.

Травматические повреждения пояснично-крестцовой области или опухольные процессы рано приводят к грубым нарушениям функций прямой кишки и мочевого пузыря, к парадоксальному удержанию мочи, к потере чувствительности в области половых органов и к отсутствию эрекции и эякуляции. В таких случаях у женщины наблюдаются отсутствие оргазма, редко возникают „клиторные приступы“ с набуханием и болезненностью клитора. Иногда, существующие вначале явления повышенной возбудимости, вызванные патологическим процессом, при дальнейшем разрушении половых центров и проводящих путей постепенно отступают на задний план, возбудимость понижается и наступает половая импотенция.

Особую роль в половой жизни играют и заболевания в области промежуточного мозга, который, как известно, играет огромную роль в регуляции вегетативных функций и функции эндокринных желез по пути диэнцефало-гипофизарной регуляции. Описаны случаи раннего полового созревания при патологических процессах в области третьего желудочка, а при их локализации в гипоталамусе наблюдаются атрофия половых органов и другие расстройства.

Вообще патологические изменения в системе промежуточного мозга — гипофиза (опухоли третьего желудочка, гипоталамуса или гипофиза, энцефалиты, гидроцефалия и т. д.) могут вызвать повышение гонадотропной функции передней доли гипофиза, что и является причиной преждевременного полового созревания, или снижение гонадотропной функции, сопровождающееся задержкой полового развития.

Своеобразным расстройством, связанным с поражением ядер гипоталамуса (опухоли, послеродовые кровоизлияния, энцефалиты, менингиты, травматические повреждения черепа, гидроцефалия и т. д.), является адипозогенитальная дистрофия Бабинского — Фрелиха. Заболевание характеризуется задержкой полового созревания, обусловленной отсутствием гонадотропных гормонов, и сопровождается ожирением нижней части живота и верхней половины бедер. У мужчин наблюдается крипторхизм и малая по размерам предстательная железа, а у женщины — нарушение менструации или аменорея.

Описано снижение потенции при **травматических повреждениях мозга**; при этом предполагают, что получающийся при травме толчок спинномозговой жидкости, ударяясь в стенку и дно третьего желудочка, вызывает поражение ядер в промежуточном мозге и стойкую декомпенсацию высших половых нейро-гуморальных регуляторных механизмов.

В последние годы рядом исследований была доказана огромная роль коры головного мозга и ближайших подкорковых структур в половом поведении. Обнаружено, что раздражение отдельных зон, например, височной части коры мозга, может привести к повышению половой активности, увеличению сокращений матки и даже к сексуальным извращениям. При поражении лобной доли головного мозга может наступить либо повышение, либо понижение половой активности, иногда достигающее полной импотенции.

Половые расстройства часто **сопровождают энцефалиты** в особенности **постэнцефалитический паркинсонизм**. При этом сперва наблюдается гиперсексуальность, которая постепенно уступает место гипосексуальности и половому бессилию. По всей вероятности, в данном случае играют роль не только поражения самой коры головного мозга, но и подкорковых ганглиев.

Половые расстройства, как правило, почти всегда сопровождают те заболевания мозга, которые протекают с **психическими нарушениями**. Особое значение в этом смысле придают неврозам, которые рассмотрены в другой главе книги.

При **психозах** также часто наблюдаются половые нарушения, связанные с расстройством сексуальной дифференциации и стереотипов, являющимся результатом диссоциации общей психической деятельности, а в некоторых случаях следствием нарушений нейроэндокринных регуляций.

Шизофрения является одним из наиболее часто встречающихся психических заболеваний; она часто связана с гипогонадизмом. Снижение функции половых желез отражается на половом созревании, которое опаздывает, половые органы и вторичные половые признаки остаются недоразвитыми, менструации появляются несвоевременно, они нерегулярны, кровопотеря при этом незначительна, сопровождается болями; иногда на известный период времени менструации вообще прекращаются. Когда-то полагали, что шизофрения, должно быть, связана с расстройством половых желез. Сегодня этот фактор отрицают, но все же некоторые авторы склонны думать, что гипофункция и дисфункция гонад играют известную роль в патогенезе болезни.

Обыкновенно у страдающих шизофренией половое влечение уменьшено, причем в известных случаях наблюдается фригидность и половое бессилие.

Часто встречается и повышенная половая возбудимость, которая, при отсутствии задержек, иногда открыто демонстрируется. В известных случаях сам психоз имеет эротическую окраску — бредовые идеи относятся к половой жизни, связываются с несуществующей влюбленностью обычно высокопоставленных лиц в самого больного (или больную) или же больной считает, что является жертвой преследований и нападений из-за сексуальных мотивов. В такого рода случаях слабая эрекция или отсутствие эрекции или же, наконец, отсутствие оргазма объясняются злоумышленными действиями окружающих, которые в пищу больного якобы положили отраву, лекарство и т. д.

В последние годы в связи с широким применением в терапии невролептиков, воздействующих на структуры промежуточного мозга, наблюдается замедленное наступление и вялость эрекции, позднее извержение семенной жидкости или же отсутствие эякуляции (на более короткий или более значительный период времени). В подобных случаях некоторые авторы говорят о „диэнцефальной импотенции“.

Другое психическое заболевание — **циклофрения**, также может сопровождаться разными по своему характеру половыми расстройствами. При маниакальных состояниях очень часто проявляется яркая гиперсексуальность, которая часто приводит к безразборным половым связям, к циническому и вульгарному поведению, нескрываемому онанизму, а иногда и к извращениям — гомосексуализму, содомии и т. д. Наоборот, при депрессивных состояниях обычно наблюдается гипо- и даже асексуальность. Желание иметь половое сношение снижено или же вообще отсутствует, оргазма нет. В некоторых случаях при депрессиях наблюдается повышенная сексуальность. Очень часто у женщин появляются менструальные нарушения.

Эпилепсия — заболевание с весьма разнообразной обусловленностью. Однако, независимо от причин, половые расстройства при этом заболевании встречаются довольно часто, проявляются различно (сексуальные агрессии и эксцессы, проявления гомосексуализма, эксгибиционизма и т. д.). Такого рода проявления встречаются и при эпилептическом помрачении сознания и в редких случаях они могут выявиться в жестоких и лишенных смысла повреждениях собственных органов и сладострастном убийстве или в экстазе с религиозно-эротическим содержанием, иногда сопровождающихся мастурбацией.

Длительное лечение эпилепсии люминалом, бромом и другими средствами, ингибирующими половую функцию, может привести к снижению полового влечения, к расстройству эрекции и эякуляции, а в некоторых случаях и к полному бессилию.

Деметция (слабоумие) тоже нередко приводит к сексуальным расстройствам, а именно, к сексуальной распущенности и извращению, сексуальной агрессии, блудству, изнасилованию, в особенности малолетних, эксгибиционизму и т. д. В большинстве случаев имеются отдельные перверсные проявления, обусловленные большей возможностью дементных больных устанавливать контакт с детьми, чем со взрослыми партнерами. Кроме того, часто существует не усиленное половое влечение, а просто отсутствие социальных, этических и культурных задержек, обусловленных самим заболеванием.

При олигофрении (врожденном слабоумии), в зависимости от состояния интеллекта, нарушения общего и психического состояния, наблюдаются как гипер-так и гипосексуальные расстройства. В то время как при торпидных (вялых, затяжных) формах олигофрении больные проявляют половую холодность и безразличие, которые у мужчин приводят к отсутствию сексуаль-

ной активности и невозможности совершить половой акт, а у женщин к фригидности и отсутствию оргазма, у эротичных индивидов очень часто половая возбужденность повышена и в тяжелых формах (идиотии) может выразиться в почти непрерывной мастурбации, в то время как в более легких формах (дебильности) проявляется установлением свободных половых связей, протитутуированием или попытками к совершению сексуальной агрессии, насилию и т. д.

Поскольку сексуальная дифференциация связана с общей дифференциацией характера и личности, постольку и у олигофренов наблюдается отсутствие дифференциации полового влечения. Вот почему, у них имеется склонность к совершению всевозможных перверсных актов и является результатом гиперсексуальности. В данном случае речь не идет об истинной структурной перверсии, т. е. о формировании болезненного сексуального стереотипа, а лишь об эпизодических проявлениях извращения; проявления эти при отсутствии сексуальной дифференциации индивида удовлетворяют повышенное половое влечение без осуществления адекватной половой связи. В подобных случаях все, что может быть использовано в сексуальных целях, используется; отсутствие или бедность этических представлений и понятий облегчает перверсное поведение.

У психопатических индивидов наблюдаются гораздо более сложные и более разнообразные половые расстройства, которые связаны с основными нарушениями характера больного.

Психопаты с патологическим доминированием второй сигнальной системы обычно отчуждены от действительности, они склонны к продолжительному сбудумыванию, к эмоциональной холодности. У психастенных психопатов часто в результате неуверенности в себе наблюдается психогенная импотенция из страха перед половым сношением. Замкнутые психопаты склонны к эротической фантазии и психическому онанизму. Среди них встречаются индивиды с проявлениями вуайеризма и эксгибиционизма. Их эмоциональная холодность находит отражение и в их сексуальных отношениях. Они устанавливают связи по расчету, неспособны к глубоким переживаниям, любви. Некоторые психопаты часто склонны к немотивированной ревности. Сюда следует отнести и невротический садизм (согласно А. Кронфельду), при котором источником наслаждения является чувство собственного могущества и власти над другими. Для этих индивидов влечение к жестокости является общей жизненной постановкой, корни которой следует искать в чувстве собственной неполноценности и в стремлении к гиперкомпенсации.

Наоборот, для психопатов с доминированием первой сигнальной системы и подкорки характерны: богатая аффектация, эмоциональная неустойчивость, испостоянство, повышенная внушаемость, фантазерство. Истерические психопаты очень часто кокетливы, капризны, склонны ко лжи. Сексуальное воображение у них усилено, причем нередко при половом общении они проявляют сексуальную холодность. Несоответствие фантастических представлений с реальными переживаниями во время полового акта приводит к отсутствию оргазма, вследствие чего постоянно имеется половая неудовлетворенность и ярко выраженная склонность к безразборным половым связям и к сексуальной распущенности.

Другие психопаты (при тимопатии) слишком эротичны, страстны, но и ревнивы. Они любвеобильны, но и непостоянны. У них имеется склонность к половым эксцессам.

У психопатов с резкой общей слабостью нервной системы, т. е. у астенических психопатов, очень часто наблюдается легко наступающая истощенность а также и страх, смущение перед связью с индивидом другого пола. Вот

почему они предпочитают избегать какой бы то ни было связи и нередко остаются незамужними и холостяками. У них часто встречается психическая импотенция и отсутствие оргазма. Нередко они склонны к онанизму или психическому вуайеризму.

У психопатов с преобладанием роли подкорки наблюдаются повышенные и перверсные склонности. Известно также, что поводом для пиромании является половое возбуждение, которое эти индивиды получают, глядя на огонь. Такого рода психопаты являются основным контингентом лиц с повышенной патологической сексуальностью (сатириазм, нимфомания и различные другие извращения).

ПСИХОГЕННАЯ ФОРМА ПОЛОВОГО БЕССИЛИЯ У МУЖЧИН

Наиболее встречающейся формой сексуальных расстройств у мужчин является психогенная.

Осуществление полового акта у мужчины возможно при нормальном состоянии половых органов, при нормальной функции желез внутренней секреции и особенно нервной системы.

Удельный вес вышеупомянутых причин, однако, совсем не одинаков. В биологическом и социальном отношении половая жизнь настолько тесно и всесторонне связана с психическим состоянием человека, что очень часто оно играет определяющую роль. Вот почему, несмотря на большое число органических заболеваний половых органов, эндокринных желез и нервной системы, в 90% случаев половое бессилие является психически обусловленным или же психический фактор является компонентом половой слабости.

Нервная регуляция половых функций чрезвычайно сложна. Когда речь идет об этой регуляции, следует иметь в виду богатую сеть нервных разветвлений в головке полового члена, предстательной железе и задней стенке мочеиспускательного канала. Исходящие отсюда чувствительные нервные волокна достигают центров полового возбуждения (эрекции) и центра извержения семенной жидкости (эякуляции), расположенных в спинном мозгу на уровне II—V крестцовых и II—V поясничных сегментов. Далее нервные волокна, исходящие из половых органов, направляются к центрам, расположенным в мозговом стволе, в подкорке и коре головного мозга.

Так называемая вегетативная нервная система с ее разделами — симпатическим и парасимпатическим, также имеет свои периферические нервные окончания в половых органах; нервные волокна и центры (ганглии) и через гипоталамус и центральную нервную систему активно участвуют в регуляции полового акта.

Сила полового влечения, полового возбуждения и оргазма зависит от состояния возбудимости соответствующих мозговых центров, которые, со своей стороны, находятся в постоянной зависимости от поступающих при кровообращении в мозг половых гормонов.

У здорового человека в корковой регуляции половой функции участвуют целый ряд внешних раздражений, поступающих восходящим путем от различных анализаторов — слухового, зрительного, кожного, обонятельного и двигательного, которые играют роль в возбуждении и торможении половой функции.

Итак, большое число разнообразных и сложных раздражений, исходящих из внешней среды и внутренних органов, суммируются, взаимодействуют и связываются, обуславливая в конечном счете нервно-психическую регуляцию половой функции.

О психогенной половой слабости говорят в тех случаях, когда после тщательного исследования больного не обнаруживают никаких других нарушений со стороны половой сферы и всего организма.

Теоретические основы изучения нервной регуляции половых функций базируются на учении И. П. Павлова о высшей нервной деятельности.

Согласно одному из принципов учения Павлова о причинной обусловленности, любое явление вызывается предшествовавшим ему явлением. Все процессы высшей нервной деятельности причинно обусловлены; любая высшая нервная деятельность зиждется на анализе и синтезе поступающих в центральную систему раздражений. Для того, чтобы организм мог адекватно реагировать на многочисленные внешние и внутренние раздражители и осуществлять единство с окружающей средой, необходимо обеспечение постоянного анализа, а затем обобщения и синтеза этих раздражителей, осуществляемых в коре головного мозга. Согласно учению Павлова, любой патологический процесс связан с определенной анатомо-физиологической структурой нервной системы.

И. П. Павлов исследовал физиологическое и психическое как единый процесс отражения в мозге человека окружающей среды.

Когда утверждается точка зрения, что наиболее часто встречающимися причинами половой слабости являются психогенные, подчеркивается, что любая видимая психическая причина половой слабости (боязнь неуспешного полового акта, боязнь забеременеть, страх перед заражением венерическим заболеванием, неприязнь к женщине и т. д.) приводит к соответствующим изменениям в деятельности нервной системы, к торможению корковых половых механизмов, а также и нижележащих половых центров и таким образом к торможению полового возбуждения.

Слово для человека является весьма сильным раздражителем. При определенных обстоятельствах слово может стать причиной нарушений половой функции. Так, например, когда во время самого полового акта женщина обращается к мужчине грубо, этот словесный раздражитель может неблагоприятно отразиться на психике мужчины и таким образом отрицательно повлиять на половое возбуждение.

Что надо понимать под половым бессилием?

В понятие импотенция В. Д. Кочетков включает любое отклонение от нормальной деятельности рефлекторных звеньев полового акта — либидо, эрекция, эякуляция и оргазм, проявляющиеся в патологическом торможении или возбуждении. Мы считаем это определение методически обоснованным и правильным.

Половое влечение является одним из наиболее сложных физиологических проявлений организма, тесно связанных с определенными центрами мозга и целостной психической деятельностью человека, на которую оказывают влияние гормоны половых желез и другие железы внутренней секреции.

Половое возбуждение, эрекция — это также нервно-рефлекторный процесс, на который оказывает влияние психика.

Центр полового возбуждения в спинном мозгу локализован в крестцовой области. Некоторые авторы считают, что, кроме этого центра, в половом возбуждении играют роль и некоторые разделы вегетативной нервной системы (симпатической и парасимпатической), локализованные в поясничном отделе и в нижней части крестцового отдела спинного мозга.

Половое возбуждение возникает под влиянием внутренних (гормонов половых желез) и внешних раздражителей (различные эрогенные зоны).

Половое возбуждение вызывается целым рядом зрительных, слуховых, обонятельных, осязательных и т. п. восприятий и ощущений.

О р г а з м (кульминационный момент полового акта) является нервно-психическим зарядом, который не имеет равного себе в организме человека. Сложный рефлекторный путь при оргазме может быть представлен следующим образом: нервные разветвления, заложенные в задней стенке мочевыводящего канала и семенного бугорка, — спинной мозг и ствол головного мозга и в качестве промежуточного центра — зрительный бугор. Отсюда импульсы направляются к коре головного мозга, а часть их распространяется диффузно по нисходящим путям, вызывая при этом различные реакции со стороны многих органов и систем (сердечно-сосудистой, мышечной, дыхательной, пищеварительной). В тех случаях, когда извержение семенной жидкости не сопровождается сладострастными ощущениями (оргазмом), это состояние может быть обусловлено патологическим снижением порога возбудимости определенного центра мозга (зрительного бугра) в результате травматического повреждения диэнцефальной области мозга или же вследствие психического торможения мозговых центров, регулирующих весь этот процесс. Это состояние может проявиться и при наличии функциональных нарушений в центре эякуляции в спинном мозгу при сохранившейся или сниженной возбудимости соответствующих отделов зрительного бугра.

Психогенное половое бессилие до сих пор объясняли по-разному. Некоторые считают психическое половое бессилие признаком невроза (неврастении, психастении и истерии). Согласно *В. Н. Мясищеву*, половым расстройствам не всегда предшествуют неврозы или какие-либо другие заболевания. Они могут проявиться внезапно, вследствие целого ряда психотравм общего характера или психотравм, непосредственно связанных с сексуальной сферой и осуществляемых свое влияние через механизм внешнего или внутреннего торможения.

Другие авторы указывают на следующие причины психогенного полового бессилия. Так, например, *А. Бушке*, *И. Глазберг* и *К. Уилкер* считают, что беспокойство и боязнь неуспешного совершения полового акта является одним из основных причин. *Е. Подольский* указывает, что причиной этого нарушения — страх беременности, страх заражения венерической болезнью. *Е. Штраус*, *С. Кларк* подчеркивают роль индивидуальных несоответствий в семье (враждебность и неприязнь друг к другу). *Л. Вершуб* полагает, что в современных взаимоотношениях между мужчиной и женщиной причиной могут оказаться добрачные ненормальные условия для половой жизни, истерпение и отсутствие опыта, проявляющиеся совместно в первые дни после бракосочетания, отрицательные комплексы, связанные с долгим откладыванием регистрации брака.

М. Киззи считает, что те мужчины, которые не придерживаются определенного стереотипа в половой жизни, становятся неспособными в сексуальном отношении. *Ф. Уинтли* подчеркивает, что основной причиной полового бессилия является общее нарушение психического равновесия. Чаще всего половые расстройства встречаются у больных с неврозом. Однако, мы не считаем эротику первопричиной невроза, как это полагает *З. Фрейд*, а учитываем и роль внешней среды и социальных условий в развитии неврозов, которые *И. П. Павловым* описаны так подробно.

Под неврозом *И. П. Павлов* понимает хроническое нарушение нормальной высшей нервной деятельности, вызванное перенапряжением нервных процессов в коре головного мозга и сопровождаемое нарушением их подвижности и взаимной индукции, под действием разных по силе и длительности внешних раздражителей.

Чем слабее и неуравновешеннее тип нервной системы, тем легче под влиянием даже незначительного напряжения развивается невротическое состояние.

Учение о типах нервной системы имеет огромное значение при определении отдельных форм невроза. Так, например, у людей со слабым типом нервной системы с преобладанием первой сигнальной системы или воспринимающих внешний мир образными представлениями принадлежат к художественному типу — у них невроз протекает по типу истерии. Люди со слабым типом нервной системы, но с преобладанием второй сигнальной системы, т. е. процесса мышления, развивается другая форма невроза — психастения. У людей со слабым или неуравновешенным типом нервной системы с некоторым уравновешиванием обеих сигнальных систем (средний тип, согласно *И. П. Павлову*) выявляется неврастения.

Общее ослабление нервной системы предрасполагает к развитию той или иной формы невроза. Все это ни в коем случае не исключает возможности развития невроза у людей с сильным типом нервной системы под влиянием более значительных психотравмирующих факторов.

Клиническая картина, течение, лечение и прогноз половых расстройств при неврозах зависят главным образом от их формы и от типа высшей нервной деятельности.

Механизм возникновения половых расстройств, а также их особенности при неврастении, психастении и истерии различны. Их объединяют лишь психогенные причины невроза и, в частности, половые отклонения. У одних больных половые расстройства являются ведущими симптомами, у других — второстепенными проявлениями. Неодинаков и характер половых расстройств, что касается полового влечения, полового возбуждения, извержения семенной жидкости и оргазма, а также и самочувствия и настроения после совершения полового акта.

Наиболее распространенной формой невроза является *неврастения*. Она развивается в результате сильного или длительного напряжения нервной системы или обуславливается тяжелыми психотравмами семейного, служебного или личного характера.

Согласно *И. П. Павлову*, ее можно разделить на две стадии:

Гиперстеническая стадия (стадия раздражения). Преобладают эмоциональные нарушения. Больные раздражительны, невоздержаны, склонны к конфликтам, страдают бессонницей, трудно засыпают, их сон сопровождается кошмарными сновидениями, они часто жалуются на головные боли. Со стороны половой сферы наблюдается повышенное половое влечение и половая возбудимость с часто появляющимися эрекциями в неадекватной обстановке. Появляются они под влиянием самых разнообразных раздражителей, которые могут быть условно-рефлекторного характера (привлекательная женщина, приятный разговор) или механические — трение органа об одежду. Для них характерным является внезапное появление и быстрое исчезновение, обусловленные не только повышенной возбудимостью но и быстрой истощаемостью нервных процессов. У таких больных снижен также и порог возбудимости центра эякуляции. Это состояние характеризуется снижением половой возбудимости и преждевременным извержением семенной жидкости.

И. А. 39 лет, служащий, женат уже 14 лет, имеет 2 детей. Жалобы его сводятся к снижению полового возбуждения и преждевременной эякуляции на протяжении 4 месяцев. Этому предшествовала тяжелая психотравма — смерть матери, о которой он заботился в течении нескольких лет. Работа по службе связана с тяжелым умственным напряжением. Постоянные заботы о матери отразилась плохо на его отношениях с женой, она часто

реагировала отрицательно на эти заботы и сама не проявляла интереса к состоянию здоровья его матери. Постепенно отношения в семье охладели. Больной стал раздражительным, вспыльчивым, с большими усилиями проявлял сдержанность, сон его нарушился. Раздражение иногда сопровождалось чувством сжатия в области сердца. Сексуальные расстройства появились исподволь, натянутость отношений с женой начала отражаться и на его чувственных переживаниях. До полового сношения он получает нормальную эрекцию, которая при половом акте исчезает и моментально наступает эякуляция.

Подробное исследование больного не обнаружило патологических отклонений. Больному было дано разъяснение по поводу характера его полового расстройства, обусловленного не органическими причинами, а психогенными моментами. Ему рекомендовалось изменить образ жизни, улучшить отношения с супругой; не избегать интимной близости с женой, не планировать заранее полового акта, а предоставить все естественному, спонтанному налаживанию отношений; во время полового акта не концентрировать внимание на неуспешных сношениях, а думать об отвлеченных вещах.

Ему было назначено соответствующее лекарственное лечение. Через некоторое время пациент довольный сообщил, что у него все проходит нормально.

В гипостенной (астенической) стадии неврастени, больные жалуются на снижение общего тонуса: выраженное недомогание, быстро наступающую усталость, сниженную работоспособность, постоянное полусонное состояние днем, бессонница—ночью. Больные становятся замкнутыми, чересчур мнительными и очень впечатлительными. Половые расстройства характеризуются снижением полового влечения, ослаблением эрекции при контакте с женщиной, причем спонтанные эрекции, побужденные воображением, сохраняются. Это своеобразное ослабление эрекции исходит из особенностей в реакциях больного на раздражители различной силы. У них обнаруживается парадоксальность реакции — снижение половой возбудимости под влиянием сильных раздражителей и, наоборот, ее усиление при слабых раздражителях. Вот почему сексуальная близость с супругой в ежедневной обстановке может быть нормальной, однако, связь с другой женщиной, в особенности если это сопряжено с сильными эмоциями, завершается неблагоприятно.

Ш. В. 46 лет, сужающий; женат, двое детей. Сообщает, что на протяжении 10 лет чувствует снижение полового влечения и ослабление полового возбуждения. В течение 15 лет его работа связана с большим напряжением. Долгие годы не был в отпуску. Постепенно появились и головные боли, сжимающие наподобие каски, бессонница ночью, сонливость днем, резкий упадок сил, легкая утомляемость. Работоспособность сильно снижена. Начал испытывать затруднения при выполнении своих служебных обязанностей. Сперва сексуальные нарушения были слабо выражены, а затем в течение года заметил резкое снижение полового влечения, половое возбуждение исчезло. Подробные исследования исключают органическое происхождение половых расстройств. Вначале была проведена разъяснительная психотерапия, во время которой обращалось особое внимание больного на отсутствие органических нарушений и на благоприятный исход лечения. Больному был рекомендован соответствующий режим и назначены лекарства. Спустя 3 месяца отмечались вполне удовлетворительные результаты: исключительно слабая эрекция в продолжении 10 лет нормализовалась, половое влечение восстановилось, наступило улучшение общего состояния нервной системы (настроение и самочувствие улучшились, значительно восстановился сон, головные боли исчезли).

Психастения является второй по частоте формой невроза. У больных преобладают симптомы тревожно-мнительного характера (нерешительность, неуверенность, колебание и мнительность).

Психастения характеризуется наличием двух видов половых расстройств: а) торможение половой функции и б) перевозбуждение половой функции. При наличии перевозбуждения половой функции наблюдаются резко выраженное половое влечение, преждевременная эякуляция, навязчивые действия сексуального характера в виде механического или психического онанизма.

легкое развитие тормозного процесса предрасполагает к задержке полового возбуждения при любом, незначительном поводе. Само представление о вероятном половом акте создает постоянное сомнение и боязнь неуспеха в половой жизни. Для этих больных любой половой акт является экзаменом, на котором, как думают больные, провал неизбежен. Из-за своей нерешительности обычно до брака они не имеют половых связей. Особо неблагоприятно отражается на их половой активности даже самая незначительная неудовлетворенность женщины. Лишь в благоприятной семейной обстановке и при покровительственном отношении супруги ослабевает чувство страха, неуверенности, и после преодоления первого неуспеха, половая жизнь становится нормальной. Боязнь неуспеха полового акта никогда не покидает больного. Такого рода больные в присутствии недостаточно знакомой женщины начинают ощущать сомнение (боязнь заражения, страх компрометироваться).

При анализе имеющихся данных можно обнаружить, что в значительном проценте случаев у таких больных, вследствие неблагоприятного влияния семейной среды, утверждаются качества слабого типа нервной системы. У этих больных тяжелое детство, отцы у них неуравновешенные и строгие. С малых лет их развитие протекает неполноценно: они должны были заботиться о собственном пропитании, лишены детства, трудно вступали в контакт со своими ровесниками. Это привело к развитию психастенических симптомов: нерешительности, неуверенности в себе, чувства неполноценности и т. д.

Р. С. 37 лет, женат уже 8 лет, имеет одного ребенка, служащий. Жалуется на слабую эрекцию и преждевременную эякуляцию, которые беспокоят больного в течение трех лет. Будучи еще ребенком, отличался нерешительностью, неуверенностью и мнительностью. Испытывал чувство собственной неполноценности. Впервые имел половой акт с женщиной на два-три года старше его. Направляясь на встречу с ней, волновался, прибегал к алкоголю. Желая проверить себя, начинал развлекаться собственным членом и, не получив при этом возбуждения, еще больше потерял веру в самого себя. Половой акт протекал при неполной эрекции и преждевременной эякуляции: весь покрывался потом, дрожал. С этого момента боязнь неуспеха не покидала его. До свадьбы не имел половых контактов. Перед тем как жениться дружил со своей супругой в течение трех лет. После вступления в брак в продолжении пяти лет имел нормальную половую жизнь. За последние несколько лет его работа была особо напряженной. Потерял сон, стал раздражительным, чувство неуверенности и колебания усилились. В момент интимного контакта с супругой, при котором она проявляет большую активность, его постоянно тревожит мысль, что он может и не успеть совершить половой акт, в результате чего эрекция исчезает, а стремление восстановить половое возбуждение сопровождается преждевременной эякуляцией. Перед собственной супругой чувствует напряженность, тревожность, в особенности перед актом, всегда предвещая свой неуспех.

Подробный осмотр больного не обнаружил патологических отклонений.

Лечение было начато с разъяснительной беседы об основных причинах наступивших нарушений, связанных с нервной системой и отражающихся на половых функциях. Назначены режим, лекарства. После проведенного лечения состояние больного полностью восстановилось.

Для больных с истерией особо характерно большое разнообразие жалоб. Особенно характерны приступы судорог, нарушения со стороны эмоциональной сферы, вегетативных функций, речи и психической сферы.

Половые расстройства у больных с истерией характеризуются теми же отклонениями, что и при других формах невроза; а) торможением половых функций и б) возбуждением этих функций. Первая форма этих расстройств развивается согласно механизму, описанному И. П. Павловым, как „условной приятности и желанности симптомов болезни“. Они наблюдаются у больных, получивших разочарование в браке, но не переживающих тяжело собственные неуспехи, так как у них имеется желание освободиться от уз

брака. В данном случае более характерны спонтанные эрекции, вызванные обычно под влиянием воображения, связанного с переживанием разных сексуальных моментов. В то же самое время присутствие женщины в подходящей обстановке сопровождается сниженным половым возбуждением.

И. Н. 28 лет, разведен, служащий, детей не имеет. Жалуется на снижение половой возбудимости с момента вступления в брак. До вступления в брак с супругой дружил несколько месяцев. Она хороша собой. До брака не имел с ней половых сношений. Она отклоняла это под предлогом, что до этого не имела полового контакта. Во время первой брачной ночи он понял, что не был первым для нее, а впоследствии узнал, что она имела аборт. При каждом последующем половом акте с супругой из-за создавшихся отрицательных эмоций получал сильные нервные приступы, начинал дрожать, дыхание затруднялось, чувствовал спазмы в горле. В результате всего этого не получал эрекции. Половые расстройства не вызывали у него страданий. Он не в состоянии был превозмочь ее прошлого и неискренность в поведении, что привело к разводу. На приеме у врача больной заявляет, что половая слабость помогла ему легче разойтись со своей женой, которая была ему противна. Однако его беспокоит страх, что подобное состояние может повториться с другой женщиной.

Подробный осмотр больного не обнаружил органических нарушений. Лечение проводилось внушением и гипнозом, а также и назначением подходящих лекарств. После проведенного лечения больной сообщил, что с другой женщиной имел нормальное половое сношение.

Для системных неврозов характерным является то, что половым расстройствам не предшествуют невротические жалобы или какие бы то ни было внутренние заболевания — они появляются при нормальном состоянии здоровья. В данном случае особо важен вопрос о повышенной уязвимости сексуального самочувствия мужчины. Небольшое замечание, даже вздох женщины после неблагоприятного полового акта в состоянии оказать тормозящее влияние на половую активность мужчины, нарушить весь стереотип его жизни на долгие годы. Ежедневная практика изобилует примерами, которые категорическим образом доказывают многообразие причин и патологических механизмов наступления половых расстройств. В таких случаях согласно В. Н. Мясищеву, не наступает общего расстройства корковых функций, а относительное, изолированное функциональное нарушение определенной части коры головного мозга и соседней подкорки, регулирующей половые функции. Он считает, что системный невроз является понятием динамическим и в дальнейшем, при последующих психогенных конфликтах может перерасти в общий невроз.

У некоторых больных половые расстройства возникают даже в день свадьбы в связи с совпадением целого ряда неблагоприятных факторов: утомление, потребление большого количества алкоголя, психическое беспокойство, вызванное боязнью не компрометироваться, некорректное отношение супруги или же неблагоприятная обстановка для полового акта. Часто половые расстройства появляются вслед за семейным конфликтом или неприятностями по службе, после обнаружения измены супруги, которое сопровождается исчезновением всякого влечения и желания иметь интимную связь. Иногда сексуальные расстройства проявляются при совершении полового акта с чуждой женщиной в неподходящей обстановке.

Ш. С. 26 лет, студент, неженат. Жалуется на снижение полового возбуждения, обнаруженное впервые 45 дней тому назад, когда после покупки билета за 40 минут до отбытия поезда пожелал осуществить половое сношение со своей подругой, с которой должен был вскоре вступить в брак. Из-за нехватки времени волновался, рассеивался и, несмотря на большое желание, не успел совершить полового акта. Чувствует себя вполне здоровым. Очень тяжело переживает эту неудачу. В период менструации своей подруги получает нормальное возбуждение, а в остальное время эрекция отсутствует. Подробное исследование больного не выявило патологических нарушений. Вслед за внимательным разья-

снением причин наступивших нарушений и подробных советов о проведении лечебной состоянием больного восстановилось.

Характер сексуальных расстройств при всех формах невроза часто зависит от типа высшей нервной деятельности, от отношения больного к половому расстройству и от отношения между супругами в семье. Когда отношения между супругами основываются на взаимном уважении и согласованности, на искренней привязанности, интимная обстановка предрасполагает к нормальному половому акту. Недостаточная осведомленность большинства людей по этому вопросу отражается неблагоприятно на их поведении при возникновении самых банальных сексуальных расстройств. По сути своей, половой акт тесно связан с психической деятельностью; если больной не принимает во внимание и неправильно истолковывает влияние многочисленных внешних факторов и индивидуальные особенности, он может вообразить, что страдает тяжелым половым расстройством. Упорядочение режима и психики приводит к их исчезновению.

В появлении половой слабости играют роль следующие причины:

а. Неудовлетворенное половое возбуждение является одной из причин половой слабости. Обычно встречается у мужчин, которые не имеют нормальной половой жизни из-за ряда обстоятельств, что вызывает частые и длительные половые возбуждения, не сопровождающиеся половым актом и извержением семенной жидкости.

Вследствие продолжительного прилива крови к половым органам и ее затрудненного оттока со временем создаются условия для застоя, который иногда приводит к изменениям типа застойного (гиперемического) простатита.

б. Половые излишества. Так принято называть значительно продленный и повторяющийся по нескольку раз половой акт. Активность в половой жизни зависит от целого ряда факторов: возраста, состояния здоровья, темперамента, профессии, наследственности.

Что касается частоты половых сношений, в литературе существуют разные мнения. Некоторые авторы, как, например, Г. Роледер, и П. Фюрбрингер, считают, что мужчины в наиболее активном своем возрасте — от 20 до 40 лет, могут иметь по три половых акта в неделю.

Другие, как, например, П. Орловский подчеркивает, что если мужчина чувствует себя вполне активным, он может иметь каждый день половое сношение, однако не должен его повторять. Некоторые ученые поддерживают точку зрения о более редких половых контактах — 1 раз в 10 дней. Эти мнения не могут быть в силе для всех мужчин, так как для одних нормой могут быть ежедневные сношения, а для других более редкие. Это, как уже было указано, зависит от целого ряда факторов. В семье наиболее существенным является не частота половых сношений, а слаженность и хорошие отношения.

Следует подчеркнуть, что ежедневные неоднократные половые сношения большей частью совсем не продиктованы какой-то физиологической потребностью, а обусловлены искусственными психическими и механическими возбуждениями.

Мы согласны с мнением Л. Я. Мильмана, И. М. Порудоминского и В. Д. Кочеткова, которые считают, что половые излишества приводят, с одной стороны, к состоянию длительного возбуждения спинномозговых половых центров эрекции и эякуляции с последующим их функциональным истощением, а с другой — к местным изменениям полового аппарата. Частые неоднократные половые акты могут, кроме того, вызвать и перенапряжение основных нервных процессов возбуждения и торможения, приводя к нарушению их равновесия и взаимной подвижности и развитию невроза.

в. **Прерываемое половое сношение.** Под ним понимается акт, при котором мужчина выводит член из влагалища перед самой эякуляцией, и извержение семени происходит вне его.

Мы считаем, что основное отрицательное влияние прерываемого полового сношения на половую способность сказывается во взаимной неудовлетворенности, с одной стороны, и в неблагоприятном отражении на нервной системе из-за боязни забеременеть — с другой. На протяжении всего полового акта происходит тонкая напряженная дифференциация различных функциональных состояний коры головного мозга, обусловленных непрерывным чередованием полового возбуждения и торможения, что и является причиной вторичного невротизирования. Внезапное прекращение полового сношения приводит к неполному оттоку крови от половых органов, к явлениям застоя, что, со своей стороны, может вызвать развитие гиперемического (застойного) простатита.

Ряд болгарских врачей (*Т. Витанов, Ст. Радков и О. Соломонс*) считают, что прерываемый половой акт приводит к постоянному застою крови в области малого таза с последующим воспалением половых органов и половому бессилию, а взаимная неудовлетворенность — к нарушениям со стороны нервной системы. Другие авторы (*А. Васильев, Л. Якобзон, Н. Михайлов и П. Орловский*) высказывают мнение, что прерываемый половой акт нарушает нормальный ход рефлекторных реакций, ослабляет тонус кровеносных сосудов и олового аппарата, приводит к расстройствам кровообращения и простатиту. *Г. Васильченко и В. Д. Кочетков* подчеркивают, что прерываемый половой акт отражается в первую очередь на состоянии нервной системы.

г. **Злоупотребление курением.** Курение или вернее содержащийся в табаке никотин оказывает отрицательное влияние на высшую нервную деятельность в связи с неблагоприятным воздействием на условно-рефлекторные реакции, ослаблением силы процессов в коре головного мозга (возбуждения, торможения) и нарушением их подвижности.

В литературе нам не удалось найти данных, согласно которым никотин вреда не причиняет. Все ученые единодушно утверждают, что никотин подавляет возбудимость половых центров в спинном мозгу. *Д. Хэстингс* указывает на случаи значительного снижения сексуальной активности у мужчин, имевших прежде нормальную половую жизнь и обративших внимание на связь этого снижения с курением.

Острое отравление никотином может вызвать головокружение, головную боль, потение, общее недомогание, рвоту, слюнотечение, сердцебиение, дрожание рук и припадки, напоминающие эпилептические.

За последние несколько лет были опубликованы сообщения, из которых следует, что курение во время беременности вызывает преждевременные роды, иногда мертворождение. Необходимо иметь в виду, что никотин в больших количествах может перейти и в молоко матери и таким образом оказать отрицательное влияние не только на плод в утробе матери, но и при кормлении ребенка грудью.

Известный французский беллетрист *Гонкур* пишет: „Табак и женщина — между собой враги. Вкус к одному портит вкус к другому“.

ж. **Злоупотребление алкоголем.** Несомненно алкоголь оказывает вредное влияние на половую функцию. При этом одинаково вредны как частое опьянение, так и систематическое потребление значительных количеств алкоголя, несопровождающееся опьянением. И в этом, и в другом случае рано или поздно, в зависимости от индивидуальных особенностей и устойчивости организма, возникают половые расстройства, чаще всего ослабление полового возбуждения, которое далее может вызвать и половое бессилие.

На основании экспериментальных данных, *И. Порудоминский* отмечает, что большие количества алкоголя вызывают резкое снижение образования как условных, так и безусловных рефлексов. Хронический алкоголизм оказывает вредное воздействие на половые клетки мужчины и может обусловить полную неспособность к оплодотворению.

Согласно *К. Имелинскому*, во влиянии алкоголизма на половые функции можно разграничить четыре фазы: в первой фазе наступает непродолжительное ослабление психического самоконтроля, человек становится жертвой своих страстей, относится грубо к женщине; во второй фазе наблюдается в первую очередь снижение возбудимости расположенных в спинном мозгу нервных центров, регулирующих эрекцию и эякуляцию; в третьей фазе наблюдается значительное ослабление нервных центров полового акта; четвертая фаза характеризуется полным расстройством функций вышеупомянутых центров и резким снижением полового влечения.

Длительное потребление алкоголя приводит к нарушениям со стороны внутренних органов и в первую очередь печени, почек и сердце.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕКСУАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

Исследование сексуальных больных задача не из легких, проведение его весьма продолжительно. Прежде всего необходимо выяснить имеется ли какое-либо органическое заболевание самих половых органов, желез внутренней секреции или нервной системы. А это обязывает врача быть хорошо подготовленным и осведомленным по всем вопросам, связанным с половыми расстройствами, которые иногда сопровождают органические заболевания, и правильно ориентироваться в каждом конкретном случае имеется ли заболевание или же только психическое торможение половых процессов. Иными словами, врач, к которому обратится сексуальный больной, должен быть специалистом-сексологом.

В первую очередь врач должен самым подробным образом спросить больного не только о его заболевании, но и о его жизни вообще, так как половые расстройства, обусловленные чисто психическими причинами, обычно не сопровождаются каким-либо объективными симптомами, и диагноз ставится почти исключительно на основании тех данных, которые сообщает больной. Это, со своей стороны, обязывает больного вполне откровенно сообщить врачу обо всем том, что его тревожит и мучает, рассказать обо всех интимных подробностях, которые интересуют врача и которые позволяют ему поставить правильный диагноз и назначить соответствующее лечение.

Само собой разумеется, что врач обязан сохранить в тайне и проявлять дискретность в отношении всех данных, которые сообщил ему больной. Больной в личности врача должен обнаружить не только человека, который своим опытом и знаниями может ему помочь и его вылечить, а и отзывчивого товарища, который даст ему совет для разрешения семейных, трудовых и бытовых вопросов.

Для врача очень важно разобраться в том, как его больной живет, потому что самые различные трудовые, бытовые и т. п. затруднения, заботы о неприятности могут серьезно отразиться на половой жизни самого больного. Вот почему врач интересуется происхождением больного, его детством и юношеством, его жизнью в зрелом возрасте. Особенно важны сведения о воспитании, которое получил молодой человек, насколько оно было правильным и не укоренило ли в нем предрассудки и неосновательный страх и беспокорство.

Важен вопрос о трудовых условиях больного; прежде всего удовлетворен ли он своей работой, сопровождается ли работа физическим или умственным переутомлением, вредностями, имеются ли по службе конфликты и плохие отношения с коллегами или начальниками. Все то, что удручает или по-давляет самочувствие больного, что ухудшает его настроение, может отразиться на его половой жизни, снизить половое влечение или вызвать расстройство половой функции.

Не менее важны и бытовые условия, в которых проживает больной: в спокойной, удобной и уютной обстановке или в конфликтной атмосфере, сопровождающейся заботами и тревогами. Особое значение имеет обстоятельство, связанное с наличием условий для самого полового общения. Многие семейные пары спят в одной комнате со своими детьми или своими родственниками. Это смущает их и конечно отражается на их половых взаимоотношениях.

Часто важную роль играют перенесенные болезни, отражающиеся на самочувствии и настроении пациента. Особое внимание следует обращать на перенесенные венерические, урологические, гинекологические, эндокринные, нервные заболевания и психические расстройства. Известно, что никотин и алкоголь часто затрудняют и тормозят половые функции, а нередко вызывают и полное расстройство половой функции. Вот почему врач интересуется и потреблением этих токсических веществ.

В процессе ознакомления с жизнью больного необходимо выяснить и его характер, темперамент, и в особенности преобладающее настроение, наличие раздражительности, вспыльчивости, напряженности. Имеет значение также как больной справляется с затруднениями, склонен ли впасть в панику, как переживает неудачи на своем жизненном пути. Все это имеет очень большое значение и позволяет врачу получить впечатление о возможностях больного преодолевать также и свои сексуальные трудности и нарушения.

С другой стороны, интерес представляют и привычки больного — спорт, культурные развлечения и т. д. Следует выяснить интересна и разнообразна ли жизнь больного или же он погряз в сером ежедневии и в мелких будничных заботах и тревогах, которые затормаживают его жизненный тонус.

Это подробное исследование больного должно позволить врачу создать себе представление о целостном облике больного — что за человек он, что его беспокоит и мучает. Затем врач осведомляется о его половой жизни, причем он должен выяснить каков его половой опыт и его сексуальная культура как началось самое половое расстройство и как оно развивалось до сего времени.

Прежде всего важно установить в каком возрасте наступил пубертатный период (по первой эякуляции или появлению менструации). Важно выяснить (с моральной точки зрения) в какой среде рос больной и половое воспитание, которое он получил. Данные об онанизме и поллюциях в прошлом и в настоящее время, об их частоте и интенсивности, отношение к этому самого больного могут помочь врачу сделать „половую характеристику“ больного вообще, а также выяснить причины гипохондрического страха и комплекса неполноценности, связанных с половой жизнью.

Постепенно прослеживается половое поведение больного, причем врач подробно знакомится с его первыми сексуальными интересами и опытом, их успешностью и отражением на самочувствии больного. Интерес представляют половая жизнь больного до вступления в брак, регулярность половых сношений, отношение к партнерам, наличие сексуальных эксцессов и в особенности — первые неудачи.

Необходимо уделить особое внимание браку и отношениям в семье. В первую очередь — при каких обстоятельствах заключен брак, каковы отношения между супругами, какова атмосфера в семье? Вне сомнения, хорошие, полные любви отношения в семье окажут благоприятное влияние и помогут более скорому восстановлению полового благополучия, в то время как плохие отношения почти всегда расстраивают половую жизнь.

Всестороннему изучению подвергаются брачные половые связи: частота половых сношений, активность обоих партнеров, наличие удовлетворенности, используемые способы избежания беременности, склонность к эксцессам и извращениям. Представляют интерес и внебрачные связи (если такие имеются), и в особенности их отражение на семейной жизни, а также существующие различия в протекании самого полового акта.

Для женщин особенно важно проследить менструальный цикл: его регулярность, продолжительность, наличие расстройств и нарушений. Необходимо распросить о предшествующих беременностях, родах и выкидышах и об их отражении на организме и психике женщины.

Все эти сведения должны дать полную информацию как о „половом“ облике больного, так и о его готовности к развитию психогенных нарушений и о его возможности преодолеть эти нарушения.

Наконец, подробному изучению подлежит и само половое нарушение. Прежде всего надо выяснить его начало — внезапное, постепенное, при каких обстоятельствах. Необходимо выяснить точно какие из фаз полового акта подверглись нарушению, в каком направлении проявляется нарушение, его стойкость, какое лечение проведено и имеется ли какой-либо эффект, степень улучшения, стойкость результатов.

После получения полных и подробных сведений о жизни больного и предъявляемых им жалобах его подвергают систематическому исследованию. Врач интересуется телесным развитием больного, наличием симптомов какого-либо эндокринного, гинекологического или урологического заболевания. Особое значение имеет развитие вторичных половых признаков и самих половых органов, как наружных, так и внутренних.

Клиническое исследование дополняется целым рядом лабораторных данных: измерение давления крови, картина крови, реакция оседания эритроцитов (РОЭ), моча и т. д. В некоторых случаях необходимо проводить особые исследования — эякулята или влагалищного секрета, антропометрию, исследование полового хроматина, мазков со стенки влагалища и их исследование под микроскопом, определение половых и гонадотропных гормонов и т. д.

Целостное исследование должно позволить врачу выяснить в первую очередь имеется ли вообще половое расстройство или же пациент неправильно оценивает себя и считает патологическими нормальные физиологические колебания его половых функций. Если существует расстройство, надо выяснить чем оно вызвано, имеется ли какое-либо заболевание или же речь идет лишь о психогенном нарушении. Выясняется характер синдрома, степень его проявления, стойкость и зависимость от внешних и внутренних условий. Очень важно раскрыть возможно полнее те причины, которые привели к данному расстройству, а также и все вредные факторы, которые способствуют его появлению и развитию. Это позволяет выработать правильный терапевтический подход к больному и составить план лечения.

МЕТОДЫ И СРЕДСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПОЛОВОГО БЕССИЛИЯ

Все еще многие чувствуют страх и унижение, когда им надо сообщить о каких-либо нарушениях в их половых функциях. По сути дела, нарушения надо проявлять чуткость, внимательное отношение и сочувствие. В настоящее время врачи располагают целым рядом эффективных методов лечения половых расстройств, поэтому груб. ю о шибку допускают те мужчины, которые, страдая такого рода расстройствами, не сообщают об этом врачу. Существуют не мало случаев полового бессилия у мужчин, которые из-за стыда и стеснения не обращаются к врачу и, таким образом, сами дают повод для ухудшения своих семейных отношений; нередко это путь к расторжению брака.

Первый важный шаг в лечении полового бессилия больные должны сделать еще при самом появлении нарушений и обратиться к врачу-специалисту. Они должны подробно рассказать обо всем, что их беспокоит. Во время разговора с врачом больной должен помочь врачу выяснить характер психотравмирующих моментов, вызвавших нарушения. Необходимо обсудить семейную обстановку больного и существующие конфликты, ухудшающие нормальное течение интимных отношений. В целях выяснения причины и характера жалоб больного часто необходимо провести ряд клинических, лабораторных, биохимических и бактериологических исследований. После выяснения причин заболевания приступают к лечению.

Основным методом лечения в этих случаях является психотерапия. Цель психотерапии — восстановить нарушенное равновесие нервной системы и, таким образом, изменить отношение больного к его собственным жалобам. Это можно постичь при помощи словесного воздействия как в состоянии бодрствования, так и в гипнотическом состоянии. У больных с половым бессилием мы используем разработанную нами форму разъяснительной психотерапии:

„Целостный осмотр, которому Вы подверглись, не обнаружил органических причин заболевания. Нарушений в Вашей половой жизни имеют временный характер, а их природа — функциональная. Ваши половые органы здоровы, нормальны и Вы можете иметь нормальную половую жизнь. Для преодоления сексуальных расстройств Вам необходимо успокоиться, избегать думать по этому вопросу. Чем меньше этот вопрос будет Вас занимать, тем быстрее Вы освободитесь от этих нарушений. Вам необходимо поддерживать хорошее настроение и самочувствие. Вечером не следует избегать близости с супругой.

Пусть она станет для Вас желанной и не будет далее источником боязни и напряжения при предстоящем половом сношении. Сделайте так, чтобы все протекало естественно и непринужденно. Ваше хорошее настроение и теплое отношение к супруге приведут к приятной и желанной близости, они освободят Ваши половые функции от психического торможения. . . Таким образом половые органы будут реагировать в соответствии с Вашими чувствами нормальным половым возбуждением и желанием осуществить половое сношение. Вслед за Вашим первым успехом половая жизнь нормализуется. Если Вам не удалось освободиться от боязни и неуверенности и половое возбуждение не наступило, беспокоиться не следует. Особые усилия и стремление во что бы то ни стало постигнуть половое возбуждение не необходимы. При каждой следующей близости Вы должны попытаться быть более спокойным и самоуверенным. Избегайте самонаблюдения и самоанализа. В этом и ключ полного преодоления половых нарушений. Если Ваши отношения с супругой плохие, сделайте все возможное для их улучшения. Теплые отношения помогут Вам выздороветь, ввиду того, что половой акт это единственный физиологический процесс, в котором необходимо полноценное участие обоих партнеров. Вот почему осуществление полового сношения должно произойти в условиях хороших взаимоотношений между Вами. Если Вы спокойны и уверены в себе и отдадитесь всецело Вашим чувствам к супруге, и она ответит Вам тем же самым, страх Ваш исчезнет и половое возбуждение наступит нормально. Необходимо урегулировать Ваш дневной режим и освободиться от обременяющих обязанностей. Вам необходимо больше отдыхать, заниматься спортом, туризмом, не забывать о других культурных развлечениях. Лекарства, которые мы Вам прописали, помогут регулированию половых функций. Необходимо их принимать регулярно. Они

Вам помогут. До сих пор в подобного рода случаях это лечение всегда приводило к успеху. У одних больных это наступало быстрее, а у других медленнее. До тех пор, пока не наступит полного восстановления, Вам следует поддерживать с нами контакт“.

Часто мы используем метод отвлечения внимания больного от неприятных переживаний. Мы стремимся направить усилия больного к интересующим его сторонам жизни: к работе, искусству и спорту или к созданию большего разнообразия в семейной жизни. Таким образом разгружается сознание больного от доминирующих мыслей о страхе перед неуспехом в его половой жизни. Возникают новые желания и положительные эмоции, которые располагают к более спокойной и желанной взаимно интимной близости.

Мы быстро добиваемся положительных лечебных результатов благодаря логическим выводам, которые помогают нам убедить больного, что его половые расстройства не являются концом его половой жизни. Мы внушаем, что половые функции сохранились, но имеется временное психическое торможение и, если больной успокоится, если ему вернется его самочувствие, его выздоровление наступит быстро.

В ряде стран лечение сексуально больных проводят не индивидуально, а всегда при участии супруги.

Лечение супружеской пары с сексологической точки зрения является новейшим методом последних лет. Привлечение супруги и включение ее в процесс лечения приводит к желанным результатам, так как в данном случае обеспечивается взаимное воздействие супругов — последовательно каждый из них становится лечителем другого.

Другой положительной стороной семейной терапии является то, что она позволяет обратить внимание на взаимность в чувствах. Обычно происходит так, что многие из супругов любят говорить о событиях ежедневных и как-бы теряют способность делиться чувствами и эмоциями. Когда у мужчины возникает половое бессилие, часто он склонен скрывать свои недостатки и старается найти какой-нибудь предлог: либо он ссорится с супругой и долгое время с ней не разговаривает, либо находит себе какое-нибудь занятие, которому и отдает большую часть своего времени, и возвращается домой поздно вечером. Если супруга более сообразительна, обычно вопрос этот не подлежит обсуждению в продолжении нескольких месяцев. Однако в течение всего этого периода времени она находится в непрестанном напряжении, чувствует внутреннюю неудовлетворенность, что и приводит к развитию у нее невроза. Она начинает нервничать и часто вступает в конфликтные отношения с супругом, при чем поводы к этому разные; дело доходит до открытой враждебности. Тогда супругу вменяется в вину, что отсутствие нормальной половой жизни вызвало расстройство нервной системы у супруги. У других больных семейные раздоры наступают уже в начале возникновения половых расстройств, когда женщина предъявляет супругу претензии и резкими обидами еще более усиливает в нем комплекс неполноценности и боязни неуспеха в половой жизни. Нередки случаи, когда моральные устойчивости женщины оказываются слабыми, у нее появляются внесемейные связи, которые в дальнейшем становятся достоянием супруга, а это, со своей стороны, еще более обостряет и охлаждает отношения между супругами.

Часто на приеме у врача женщина говорит ему: „Какое значение может иметь для половых функций моего мужа обида, которую я ему причинила в момент, когда он не в состоянии был совершить полового акта. Разве во мне есть какая бы то ни была вина? Разве нет мужчин, которые ежедневно ссорятся со своим женами и, несмотря на это, имеют нормальные половые сношения. Разве вина не всецело в моем муже?“

Здесь не следует забывать, что не все люди одинаковы. Это зависит от многочисленных факторов, играющих важную роль в деятельности нервной системы. Некоторые мужчины с сильным типом нервной системы могут спокойно и безболезненно принимать упреки супруги, в то время как на мужчин со слабым типом высшей нервной деятельности это может оказать отрицательное влияние.

Роль женщины в проведении лечения мужчины велика. От нее требуется не только быть корректной, но и очень внимательной и нежной супругой. Будет грубо, некрасиво и жестоко, если она даст повод к недовольству. Обычно, при наличии немного большего терпения и деликатности, все проходит. Не следует допускать, чтобы при подобном, временном явлении, которое вскоре исчезнет, не оставляя следа, отношения между супругами охладели и перерастали в конфликт. Наоборот, в подобных случаях необходимы теплота и чуткость для укрепления семьи. В таких случаях женщина особенно должна проявить нежность и показать себя любящей подругой. Когда удается случай остаться наедине, они должны проникнуться еще большей взаимной близостью. Жена должна оградить супруга еще большим вниманием и любовью. Ей нужно спонтанно и сердечно высказывать свое желание оставаться с ним и всячески уверить его, что для нее вполне достаточно его рлизость. При неудаче с его стороны, она должна поддерживать в нем уверенность, что все пройдет и убедить его, что он обязан быть спокойным и чувствовать ее близким другом в их совместной жизни. Такт и терпение супруги могут оказать огромное влияние на выздоровление мужа. Очень низко и недостойно не только не проявлять чуткости к состоянию угнетенности своего супруга, но и сделать это достоянием и предметом обсуждений с подругами и соседями. Если женщина дорожит своей семьей и любовью своего мужа, если она не лишена чувства самоуважения, супруга не выставит на показ интимное в их семейных отношениях, а обратится за помощью к врачу. Иногда бывает достаточным сделать какой-нибудь упрек или вздохнуть с отягчением после неудавшегося полового сношения, чтобы наступило длительное и тяжелое ухудшение в состоянии больного. В подобных случаях врач должен приложить еще больше усилий для того, чтобы укрепить веру и рассеять неуверенность мужчины. Однако в жизни не мало случаев расторжения брака из-за отсутствия гармонии в сексуальных отношениях в семьях, не обращающихся по этим вопросам к врачу. Это большая ошибка, лишаящая многих детей домашнего уюта, отеческой и материнской ласки.

Так, недавно, к нам пришел на осмотр молодой мужчина, научный работник, жалующийся на расстройство со стороны нервной системы и преждевременное извержение семени в течение последних двух лет. Он рассказал нам, что его супруга ушла из дому, оставив его. У него сохранены искренние чувства к ней и хотел бы, чтобы она вернулась вновь в семью. Мы вызвали супругу, и она нам заявила следующее: „С моим мужем у нас была хорошая семейная жизнь в продолжении 10 лет. У него было корректное и внимательное отношение ко мне. Несколько лет тому назад он начал жаловаться на часто появляющуюся головную боль, на бессоницу и раздражительность, а последние два года у него появились и половые нарушения. В последнее время я охладела к нему, стала относиться грубо; мои нервы очень расстроились. Я чувствовала, что мое поведение отражается плохо на состоянии, не выдержала и ушла из дому. Общей ошибкой считаю то, что мы вовремя не обратились к врачу. Ему было стыдно. Я полагаю, что мы создали отрицательные рефлексы к нашим интимным отношениям и не в состоянии их преодолеть.“

Супруг подвергся лечению, и не много времени спустя от вылечился. Однако вмешательство (для супруги) третьего лица окончательно определило дальнейшую судьбу семьи. Детей родители поделили. В ком причина в данном случае? Мы считаем, что виноваты оба. Если бы еще в самом начале они обратились бы за советом к врачу и было назначено правильное лечение, конец не был бы столь драматическим. Если бы еще при первых проявлениях сексуальных нарушений женщина проявила бы внимательное и нежное отношение, если бы она имела больше терпения и выражала бы совсем непринужденно свое желание

быть со своим супругом, а при его неудаче поддерживала в нем уверенность, что он поправится, что он должен быть спокойным, чувствовать ее своим близким другом в жизни, она многим бы помогла для его восстановления.

Вкратце, остановимся на том, каково должно быть поведение больного в различных случаях половых расстройств.

1. Часто ослабление полового возбуждения или преждевременная эякуляция наступают совсем случайно, из-за незначительного повода (например, при появлении шума в комнате, неприятностях по месту работы или дома, неподходящее время для совершения полового акта — ожидание гостей, страх опоздания на работу), при чем все это не сопровождается какими-либо жалобами.

У больных с преждевременным извержением семени мы используем метод выработки нормального рефлекса эякуляции и постоянного его укрепления. Больным объясняем следующее:

„Половой акт является условным рефлексом, который укрепляется в процессе его регулярного осуществления. У Вас нарушен нормальный рефлекс выделения семенной жидкости, вот почему рефлекс этот надо восстановить и укрепить. Для этой цели необходимо выбирать спокойный час и нормальную обстановку для интимности, надо устранить все тревоги и волнения. К совершению полового акта следует приступать со спокойствием и полной уверенностью, без какой-либо боязни неуспеха. Необходимо думать о чем угодно, но не о том, как протечет сношение. При появлении ощущения начинающего выделения семени надо прекратить любое движение до прекращения этого ощущения. Затем акт можно спокойно продолжать. При нескольких успешных опытах задержки и вержения семени у Вас наступит более продолжительное протекание полового сношения. При соблюдении комплексных мер Вы сможете выработать и укрепить нормальный рефлекс эякуляции.“

2. При половых расстройствах, наступивших после продолжительного переутомления и истощения нервной системы с появлением головной боли, бессоницы, раздражительности, преждевременной эякуляции, основное лечение — психотерапия. Благоприятное влияние оказывает и ежедневная физкультура, проводимая утром. Особенно важно при этом участие мышц передней стенки живота, поясницы и бедер. После физкультуры необходимо проводить обтирание влажным полотенцем тела, в особенности поясницы. Очень хорошо отражаются успокаивающие водные процедуры: рекомендуется применение ванн с температурой воды 35—36°C или же нисходящий дождьобразный душ с такой же температурой воды. Хорошо влияет и плавание, в особенности каждое утро или же три раза в неделю по полчаса. На половые расстройства благоприятное влияние оказывает комбинированное воздействие (температура воды, механическое и химическое воздействие) морских купаний. Все это имеет целью укрепить рефлекс эякуляции.

Использование различных вариантов полового акта, изменения положения мужчины часто приводят к удлинению сношения. Положительное влияние оказывают и некоторые лекарства, влияющие на центральную нервную систему и гладкие мышечные волокна предстательной железы и семявыводящих протоков, а именно: глютаминовая кислота, фенobarбитал, экстракт спорыньи и др.

Впервые в Болгарии на протяжении восьми лет, в целях эксперимента, мы применяли нивалин у 170 больных с психогенной формой полового бессилия на фоне отдельных видов невроза (неврастения, психастения и истерия).

Лечение нивалином характеризуется своей несложностью и отсутствием побочных явлений. Больным назначали нивалин в таблетках по 0,005 по соответствующей схеме; лечение продолжалось 45 дней.

У 113 больных (69,50%) наступило полное выздоровление, у 30 (18,50%) — состояние улучшилось, состояние 13 больных (8%) осталось без изменений и т. д.

Что касается характера половых расстройств, выздоровевшие больные имели: а) ослабление эрекции — 45 человека, б) преждевременную эякуляцию — 15 человек, и в) разнообразные жалобы — 53 человека.

Анализ выздоровевших больных с преждевременной эякуляцией (согласно личной оценке больных) обнаружил следующее продление полового сношения — до 2 минут — 5 больных, 2—5 минут — 33 больных, 5—10 минут — 25 больных, свыше 10 минут — 5 больных. Следует отметить, что до лечения нивалином извержение семени наступало или до начала полового акта, или через несколько секунд после его начала.

Наши исследования показали, что нивалин можно применять с успехом при всех формах невроза, сопровождающихся сексуальными расстройствами. Нивалин оказывал одинаково благоприятное влияние как на ослабленную эрекцию, так и на преждевременную эякуляцию. Лечение доступно и легко применимо. Курс лечения однократный и проводится без отрыва от производства.

3. Больным, у которых при нормальном извержении семени имелось снижение возбуждения, обусловленное длительным переутомлением и перенапряжением, кроме проведения психотерапии, даются советы в отношении режима дня (прогулки, развлечения, экскурсии, физкультура). Освежающее и тонизирующее влияние оказывают растирания; обычно их проводят водой комнатной температуры, постепенно понижая температуру, в зависимости от конкретного случая. Для усиления воздействия воды к ней прибавляют одеколон, спирт или поваренную соль — 1—2 стол. ложки на стакан воды. Растирание продолжают до покраснения кожи. При легких формах неврастения и снижении полового возбуждения полезно использовать при процедурах несколько более прохладную воду. Тонизирующее влияние оказывают стационарные души — нисходящие, дождеобразные или циркуляторные. Пища должна быть разнообразной и высококалорийной. В пищевом рационе должны преобладать фрукты и овощи (лимоны, виноград, миндаль, лесные и грецкие орехи, цветная капуста, сельдерей, редиска, репа, помидоры, морковь). Особо возбуждающим эффектом обладают кондитерские изделия. Полезно вечером, перед сном выпить стакан воды с двумя столовыми ложками сахара, двумя столовыми ложками малинового сиропа или меда и двумя ампулами витамина С. Широко применяют и бальнеосанаторное лечение (в Болгарии — Баня, Выршец или Наречен), где через общее повышение тонуса организма и укрепление сердечно-сосудистой и нервной систем оказывается благоприятное влияние на половые функции.

При половом бессилии, вызванном хроническим алкоголизмом и курением, в первую очередь следует больному избавиться от этой вредной привычки.

Когда половое расстройство сопровождается хроническим воспалением предстательной железы, до назначения лечения врач должен внимательно осмотреть больного и провести исследование секрета предстательной железы на наличие бактериальной флоры и цитологических изменений. В данном случае обычно следует проводить комбинированное лечение (антибиотики и др. лекарства, физиотерапию, сопровождающиеся массажами предстательной железы).

При психогенной форме полового бессилия, как правило, гормонотерапию не используют. Лишь в некоторых случаях рекомендуют небольшие дозы мужских половых гормонов.

Из всего сказанного следует, что лечение психогенной формы полового бессилия должно быть комплексным. Правильно проводить лечение может только врач-сексолог.

НАРУШЕНИЯ СПОСОБНОСТИ К СОВОКУПЛЕНИЮ У ЖЕНЩИНЫ

Об истинном половом бессилии у женщины, в том смысле, в котором это понятие принято для мужчины, вполне естественно, говорить нельзя, за исключением тех случаев, когда вследствие врожденных уродств или приобретенных дефектов наружных половых органов женщина не в состоянии совершить половой акт.

Все компоненты полового сношения, кроме эрекции, характерной лишь для полового члена мужчины, о которых уже шла речь выше, имеют значение и для женщины.

Половое влечение, половое возбуждение, эрекция клитора, оргазм, а также предшествующие, сопровождающие и последующие половой акт переживания играют одинаково важную роль как для мужчины, так и для женщины. Большинство причин, которые вызывают расстройства нормальных половых функций у мужчины, относятся и для женщины.

Как у мужчины, так и у женщины нарушения способности к совокуплению могут быть обусловлены врожденными или приобретенными дефектами - заболеваниями половых органов, эндокринной системы, общими заболеваниями и интоксикациями, нарушениями нервной системы и психики.

Конечно, в каждом случае нарушения способности к совокуплению у женщины имеют свои специфические особенности. Вполне понятно, что эта специфика известна лучше всего врачам-гинекологам. Женщина реже склонна доверяться по вопросу пола другим врачам. Это, со своей стороны, увеличивает ответственность гинеколога, которому предстоит заниматься проблемами, связанными с половой жизнью женщины. Такому гинекологу необходима дополнительная подготовка по сексологии, особенно в области психологии, эндокринологии и социологии.

Нарушения, обусловленные гинекологическими заболеваниями

В предлагаемом разделе книги этот вопрос не ограничивается узко медицинским аспектом, а рассматривается по возможности более широко в виду того, что именно перед гинекологом половая жизнь женщины раскрывается со всеми подробностями.

Проблемы, связанные с половой жизнью женщины, чрезвычайно сложны. Большая часть не только женщин, но и мужчин не имеют даже элементарных знаний в этой области, столь важных для гармонии в браке. Для правильной ориентации в отношениях мужчины и женщины каждый из нас должен быть осведомлен по основным вопросам секса.

Жизнь передается из поколения в поколение и каждое поколение, благодаря усилиям всех людей, создает новые условия для жизни; в историческом развитии формируются новые возможности и новые требования, которые в семье, в школе и в окружающей среде становятся достоянием каждого члена общества. Именно это и отличает человека как существо социальное.

Огромные изменения, наступившие в нашем социалистическом обществе, обязывают женщин быть хорошо осведомленными по вопросам, связанным с полом и браком. Женщина-домохозяйка и мать работает гораздо интенсив-

нее мужчины, в особенности, если у нее есть и своя профессия. Ее участие в воспитании детей играет важную роль в культурном развитии общества. Равноправие женщины с мужчиной дает женщине все возможности для гармонического развития и самочувствия как члена современного общества. Определение моральной ценности отдельного человека зависит в настоящее время не от пола, а от его проявлений при решении общественных задач и оформлении его личности.

Когда отношения между мужчиной и женщиной построены на нравственной основе и взаимной любви, равенство между ними обязывает их помогать друг другу в их развитии. Для такого развития в браке должны существовать полная согласованность и взаимное уважение. Супруг должен помогать жене сочетать ее функции матери с профессиональным усовершенствованием и общественными обязанностями. Воспитание детей — долг обоих родителей. Равноправие в отношениях означает еще и право женщины в любви и браке создавать условия для своей жизни в соответствии с ее личными желаниями. В современном браке супруга более не является лишь объектом для удовлетворения половых потребностей мужа, а имеет те же права на полноценную жизнь, как и супруг. В любви нет места для эгоизма. Здесь обе стороны получают и дают.

Рассматривая в этом разделе вопросы, связанные с нарушениями половой функции женщины и их причинами, следует для более полного понимания рассмотреть анатомические и функциональные особенности ее половой системы.

Вход во влагалище у девственных девушек с нижнего края закрыт частично девственной плевой. Обычно девственная плева имеет форму полумесяца и не закрывает полностью вход во влагалище, как это думают непросвещенные. При первом половом сношении или при введении пальца в отверстие девственной плевы она разрывается, при этом не все девушки испытывают сильную боль.

В верхней части половой щели, несколько кзади от клитора, находится наружное отверстие мочеиспускательного канала. Между влагалищем и задним проходом находится промежность. Эти зоны у женщины также обладают эрогенными свойствами, и более энергичное прикосновение к ним у некоторых женщин вызывает половое раздражение.

Влагалище соединяет наружные женские половые органы с внутренними. Оно играет важную роль как в самом акте совокупления, так и в процессе оплодотворения.

Все связанное с полом и сексуальными функциями, как это уже было упомянуто выше, зависит от нервной системы, которой они подчиняются, а также от регулирующих механизмов, управляющих и объединяющих отношения между всеми органами в единый жизненный процесс. Это обстоятельство важно иметь в виду для правильного понимания всех нарушений в половой сфере.

Связь половых функций с высшей нервной деятельностью имеет огромное значение не только для сексуальных отношений, но и определяет всю жизнь человека.

Женщина и мужчина стремятся к физическому и душевному общению. При встрече равноценных партнеров в половом сношении их любовь превращается в непрестанную необходимость взаимного общения и является источником нового счастья.

Как у мужчины, так и у женщины сексологи различают четыре фазы полового акта: возбуждение, плато (т.е. отсутствие четкой динамики в ощущениях), оргазм и освобождение. Точное разграничение этих фаз невозможно;

существуют некоторые различия в длительности той или иной фазы и ее интенсивности у разных людей. Особое значение имеет подвижность нервных процессов и их беспрепятственное протекание.

Фаза возбуждения соответствует нежным подготовительным отношениям в процессе любовной игры, необходимым условием чего является соприкосновение тел или части тел партнеров. Эти же реакции можно вызвать и эротическими представлениями, связанными с желанием полового общения.

В этой фазе наблюдаются и общие реакции; сильное желание является стимулом для усиления кровообращения и орошения периферии кровью. Половое возбуждение, независимо от его силы, вызывает увеличение частоты пульса и повышения давления крови. Мышцы, главным образом передней стенки живота, сокращаются, соски молочных желез женщины, а иногда и у многих мужчин, напрягаются. Чаще это наблюдается при непосредственном их раздражении.

Генитальные реакции: клитор у женщины набухает, его головка выпячивается наружу. Большие половые губы раскрываются, и вся вульва, особенно малые половые губы, наполняются кровью, что приводит к повышению их чувствительности. У входа во влагалище выделяется прозрачная слизистая жидкость, благодаря которой вульва и влагалище увлажняются, и скольжение увеличивается.

Фаза-плато. С усилением возбуждения желание к совокуплению становится неудержимым. Возбуждение наступает быстрее у мужчины, чем у женщины. Эта фаза обычно тем короче, чем энергичнее раздражение, чем более желанен партнер и чем дольше воздержание (главно что касается мужчины) от половых сношений. Более длительный период этой фазы имеет большое значение для удовлетворения женщины.

Общие реакции. Большинство возникших еще в первой фазе явлений сопровождаются повышением артериального давления и частоты пульса и отчасти волевым и отчасти неволевым напряжением мышц передней стенки живота, грудной клетки и лица.

Генитальные реакции. Клитор возвращается в свое исходное состояние, но это отнюдь не означает, что женщина перестает далее воспринимать чувственные раздражения. Большие половые губы переполняются венозной кровью и набухают, объем половых губ увеличивается вдвое и даже больше. Едва в этот момент бартолиновые железы начинают выделять секрет, за счет чего скольжение во влагалище увеличивается еще больше. Пещеристые тела и мышечный слой наружной трети влагалища образуют манжету, крепко охватывающую мужской половой член. У мужчин реакция сопровождается значительным увеличением пениса в объеме. Из мочеиспускательного канала выделяются 2—3 капли слизистой жидкости, которая представляет секрет куперовых желез.

Фаза оргазма в нормальных условиях является кульминационным пунктом полового сношения. В несколько секунд исчезает все напряжение нервной, сердечно-сосудистой и мышечной систем, возникшее во время предыдущих фаз. Переживаемое сладострастное ощущение подавляет все предшествующие мысли и восприятия.

Общие реакции. Эта фаза требует наибольшего напряжения всего организма. Напряжение мышц и спазмы (включая мышцы лица и конечностей) достигают своего апогея. Сокращаются мышцы ягодиц и перинальные мышцы. Дыхание становится поверхностным и учащенным, ощущается как бы нехватка кислорода. Артериальное давление достигает максимального уровня, частота пульса увеличивается до 180 в минуту. Таким образом, хотя и на непродолжительное время, оргазм является значительной нагруз-

кой для сердечно-сосудистой системы, и здоровым человеком переносится вполне нормально. В этой фазе почти все процессы в организме „ускользают“ из-под контроля сознания.

Генитальные реакции. Несмотря на участие всего организма, именно при оргазме сладострастные ощущения концентрируются и локализируются в области половых органов (у мужчины это ярче выражено, чем у женщины) и достигают своего максимума за 2—4 секунды до первого извержения семени. Выделение водянистого секрета во влагалище не является категорическим симптомом наступившего оргазма. К концу периода оргазма контракции у женщины также ослабевают и интервалы между ними удлиняются. Эти контракции не подлежат стимулированию, но некоторым женщинам удается путем тренировки окружающей влагалище мускулатуры способствовать возникновению оргазма.

Фаза освобождения устраняет напряжение. Испываемое чувство удовлетворенности в этой фазе зависит от общих качеств мужчины и женщины, от степени их эротической связи, от их отношения к собственной сексуальности. В конечном счете цель полового сношения — оргазм. О в интимной близости это не является единственным переживанием. Сочетающееся в оргазме единство мужчины и женщины создает условие для всесторонней близости между ними.

Общие реакции. Все резкие мышечные напряжения, сопровождающие оргазм, исчезают, наступает успокоение.

Многим женщинам при половом акте не удается испытать высшего наслаждения. Отсутствует оргазм. У мужчин такого рода затруднения не встречаются. Вот почему для того, чтобы понять расстройство в этом направлении, необходимо познакомиться с физиологией оргазма женщины. Большинство мужчин не имеют ясного представления или же у них создалось фальшивое впечатление о сексуальной чувствительности женщины или об органах, принимающих участие в этой чувствительности. Однако, все стремления мужчины остались бы без эффекта, если бы женщина не дала возможность мужчине понять — прикосание к каким частям тела вызывает у нее сладострастие при половом акте.

Вся поверхность тела, но в первую очередь, т. наз. эрогенные зоны вызывают сексуальное стимулирование. К этим зонам принадлежат: губы и язык, ушная раковина и ямка, расположенная за ушной раковиной, шея и волосяной покров в этой области, молочные железы (и в особенности соски), кожа в зоне позвоночника, живота и бедер (в особенности их внутренняя поверхность), наружные половые органы и область заднего прохода. В очень небольшом проценте женщин внеполовое раздражение (например, молочных желез) в состоянии вызвать оргазм. Это относится также и к тем частям наружных половых органов женщины, которые особо чувствительны к сексуальному возбуждению при прикосновении. Само влагалище у различных женщин не в одинаковой степени может вызвать рефлекс оргазма.

Прикосание к половым губам, в первую очередь к малым, вызывает очень сильное раздражение и побуждает желание к половому сношению. Оргазм испытывают лишь некоторые женщины. Большое значение имеет ознобление с расположением нервных разветвлений, которые играют роль в получении оргазма. Многие мужчины и женщины не имеют ни малейшего представления по этому вопросу.

Остановившись на вышесказанном, мы хотели бы особенно подчеркнуть как велико значение нервных регуляторных механизмов в половой жизни, как важна роль консультации по сексологическим вопросам в целях устранения нарушений и недоразумений в браке и создания условия для счастливой семейной жизни.

Рассматривая нарушения в способности к совокуплению при гинекологических заболеваниях, следует подчеркнуть, что в любом заболевании принимает участие весь организм человека. Болезни делят на функциональные и органические. Органические болезни сопровождаются поражением самих органов в тканях. Надо сказать, что практически никогда не встречаются чистые формы, и продолжительное нарушение или отсутствие той или иной функции может вызвать нарушения со стороны данного органа.

Нарушение способности к совокуплению может идти в трех направлениях:

Во-первых, может отсутствовать половое влечение (либидо) или же оно снижено.

Во-вторых, встречается невозможность или нарушения в совершении полового акта.

В-третьих может отсутствовать или оказаться недостаточно выраженное удовлетворение (оргазм).

Эти три вида нарушений встречаются в отдельности или в сочетаниях.

Либидо может отсутствовать при каждом сношении или время от времени.

Иногда вообще отсутствует возможность к совершению полового сношения или же существует известная неполноценность в этом отношении.

Отсутствие удовлетворения или же неполное удовлетворение иногда возникает либо при первом сожителстве, либо после известного периода нормальной совместной половой жизни.

Из всех трех функций (либидо, половой акт и оргазм), поддающихся нарушениям, у женщины встречаются расстройства главным образом в половом влечении и оргазме; в этих случаях у женщины либо отсутствует желание к половому сношению, либо она не испытывает удовлетворения. Однако и в этих условиях половое сношение возможно при наличии достаточной увлажненности влагалища. Недостаточное половое влечение женщины может быть стимулировано желанием и нежным отношением мужчины, в результате чего повышается секреция, необходимая для правильного совершения полового акта. Именно это облегчает проникание полового члена во влагалище и осуществление полового сношения.

Причиной нарушения в способности к совокуплению может быть врожденная аномалия, вследствие которой нормальная половая жизнь невозможна. Такие аномалии (отсутствие влагалища или его недоразвитие), к счастью, встречаются редко. Для устранения этих аномалий разработаны хирургические методы лечения, восстанавливающие влагалище и позволяющие женщине жить половой жизнью.

Изменения в положении матки и других половых органов, а также увеличение секреции влагалища являются источником неприятных ощущений во время полового сношения. Это, однако, можно устранить и создать таким образом благоприятные условия для совместной жизни.

Воспалительные заболевания половых органов (наружных и внутренних — влагалища, матки, яйцеводов и яичников) могут стать поводом для отказа женщины от полового акта из-за болей, сопровождающих половое сношение. Своевременное лечение устраняет все жалобы и восстанавливает нарушенную способность к совокуплению.

Нарушения в менструальной функции, например, незначительные кровопотери, которые приводят к общему недомоганию, также могут стать причиной нарушений половой жизни. Их лечением должен заниматься специалист.

Зуд в области наружных половых органов обуславливается воспалительными заболеваниями или же неврогенными факторами; он также может стать препятствием для нормальной половой жизни, поэтому его следует лечить.

Чисто психические нарушения, как, например, сверхчувствительность связочного аппарата матки, боли в нижней части живота, чувство жжения, боли в нижней части малого таза (в особенности у женщин, прибегающих к прерыванию полового сношения во избежание беременности) могут также стать причиной нарушения полового акта.

Исследования последних лет позволили обнаружить анатомические изменения в яичниках как результат тяжелых психических переживаний. Такого рода переживания могут вызвать сексуальные расстройства у женщины.

В последнее время обращают особое внимание на сексуальные жалобы женщин в климактерическом возрасте. В этом периоде жизни ожирение, потливость, ощущение жара, приливы к лицу могут вызвать известную дисгармонию в половой жизни.

Неблагоприятное влияние оказывают изменения в бактериальной флоре влагалища, вызванные гормональными нарушениями. Изменяются не только вид и вязкость, но и запах самого секрета. Иногда, несмотря на нормальную бактериальную флору, увеличение секрета шейки матки и влагалища могут стать причиной появления локальных раздражений и неприятных ощущений, в особенности к концу полового акта.

Воспаление вульвы и влагалища, в особенности если воспаление станет хроническим, могут вызвать затруднения в совершении полового акта и даже сделать его невозможным. Более неприятны хронический зуд, тяжелые дегенеративные нарушения половых органов женщины, проявляющиеся сперва сухостью и ранимостью слизистой. В таких случаях в целях избежания всех неприятных последствий, которые приводят к невозможности совершать половой акт, необходимо проводить раннюю профилактику.

Недержание мочи при половом сношении, не вызванное выпадением передней стенки влагалища и мочевого пузыря, объясняются климактерической невропатией или хроническими рецидивирующими катарами мочевого пузыря. При наличии показаний к проведению хирургического лечения результаты оперативного вмешательства вполне удовлетворительны. При нарушениях выделений мочи, обусловленных старческой инволюцией с поражением сфинктеров, рекомендуют лечебную гимнастику.

Очень часто зияющий вход во влагалище является причиной неудовлетворений при половом сношении: это связано с неправильным восстановлением разрыва промежности во время родов. Оперативное лечение проводят в любом возрасте. При оперативном лечении выпадения влагалища и матки хирург должен быть осторожным, избегая слишком большого сужения входа во влагалище и самого влагалища.

Диспарейния

Этим термином вначале обозначали трудный и болезненный коитус. В настоящее время под диспарейнией понимают любое физическое или психическое несоответствие в половой жизни.

Особый интерес представляет вопрос о половой холодности (фригидности) женщины. Имеются миллионы браков, в которых при половом сношении женщины не испытывают оргазма. Согласно некоторым статистичес-

ким данным, это наблюдается в 30—50% всех браков. Следует отметить, до сих пор половую холодность женщин всего только регистрировали. Констатировалось, что фригидность женщины — явление, встречающееся часто, явление почти нормальное и специально никто не занимался изучением причин, не предпринимались никакие усилия для устранения этого состояния. Нарушения полового чувства женщины, вне сомнения, обусловлены какой-то причиной и имеют свои предпосылки. При выяснении этих причин в большинстве случаев нарушения можно устранить. Важно уточнить связано ли нарушение с половой холодностью или же является аноргазмией. Вот почему мы остановимся более подробно на фригидности.

Под фригидностью (половой холодностью) в тесном смысле слова подразумевают те случаи, когда женщина всегда и с любым партнером, при любых обстоятельствах и условиях, несмотря на гармонию во взаимных отношениях, неспособна почувствовать половое влечение. Отсутствие только оргазма может зависеть от целого ряда внешних и внутренних условий и в первую очередь от ее партнера. В данном случае наличие половой холодности не является обязательным признаком. Решающую роль играет желание иметь половое сношение, половое влечение. Лишь там, где этого элемента нет, разумеется, речь идет о взрослой женщине, можно говорить с известной вероятностью о фригидности. У некоторых женщин половое желание появляется довольно поздно. Многие женщины долгие годы считали себя фригидными до тех пор, пока им не удалось встретить мужчину, который смог их предрасположить сексуально.

Истинно фригидны лишь немногие женщины. У большинства фригидных женщин существуют известные ощущения оргазма, однако эти ощущения слабы, поверхностны, не сопровождаются ни удовлетворением, ни предшествующим влечением.

Практически холодными в половом отношении считают тех женщин, которые не проявляют внешне какого бы то ни было влечения или же оно выражено совсем слабо, и, несмотря на нежное и чуткое отношение мужчины, не испытывают желаний к половой интимности.

Половое сношение этих женщин с любимым мужчиной является для них необходимым злом. Они ведут себя совсем безразлично или же принимают в нем участие помимо своей воли, лишь бы угодить мужчине. Они не могут себе представить существование у человека полового влечения. Существуют такие женщины, которые при желанной интимной близости со стороны мужчины занимаются рассматриванием иллюстрированных журналов или же думают о кулинарных рецептах. Другие допускают нежности, но лишь „вне брачного ложа“, а некоторые не позволяют и проявлений какой бы то ни было сексуальной нежности для того, чтобы не возбудить у мужчины желаний к половому акту. Отсутствие желаний к половому сношению эти женщины приписывают моральным принципам и считают физическую сторону любовных отношений чем то низким и отвратительным. Некоторые женщины используют любое недомогание, наличие головной боли, переутомление как повод для отказа. Существуют женщины, которые при предстоящем половом сношении симулируют наличие таких жалоб.

Фригидные женщины считают своих супругов, которые долгое время не настаивают на совершении полового акта, „олицетворением внимания“, в то время как женщина с нормальным либидо считала бы такое поведение обидным.

Холодные в половом отношении женщины не проявляют каких-либо особенностей характера или психики и отличаются от нормальных женщин лишь отсутствием полового влечения. Многие из них отлично работают и

являются примерным матерями, беспредельно любят своих детей, чувствуют себя счастливыми как в браке, так и в семейной жизни. Фригидность не мешает им иметь много детей и зачастую даже удивляются своей плодовитости.

Вопрос о причине фригидности весьма важен, потому что от этого зависит и успех лечения. Сила полового влечения у различных мужчин и женщин различна. Современная наука не в состоянии объяснить в чем биологическое различие фригидной женщины от женщины с нормальным или сильно выраженным половым влечением. В связи с этим возникает вопрос — не может ли вследствие врожденных аномалий в развитии или каких-либо заболеваний отсутствовать или исчезнуть половое влечение? Разумеется, что острые и хронические болезни могут оказать такое влияние. При нарушении со стороны эндокринных желез иногда наступает отсутствие полового влечения, в данном случае речь идет о гормональной причине. Общее недоразвитие внутренних половых органов также может стать причиной, но не столь резко выражено. Лишь специалист может сказать имеется ли связь между вышеупомянутыми заболеваниями и аномалиями и половой холодностью.

Несведущие обычно переоценивают влияние гормонов на либидо, а также роль заболеваний внутренних половых органов в половой жизни женщины. Матка, яйцеводы, яичники и др. имеют лишь непрямую связь с половым чувством, их заболевания очень редко отражаются на половом влечении и то лишь в тех случаях, когда боли превосходят по интенсивности сексуальные переживания. Наружные половые органы, являющиеся эрогенными зонами во время полового сношения (клитор, вход влагалища, само влагалище), редко поражаются при общих заболеваниях. Кроме того, сексологам известно, что женщины, избегающие половых сношений, чаще жалуются на боли (и они более интенсивны) при заболевших внутренних органах, чем женщины с нормальным половым влечением, но страдающие теми же заболеваниями. Здесь специалисту надо решить — необходимо ли в данном случае оперативное вмешательство (например, при выпадении матки или других нарушениях) или же рекомендовать психотерапию.

Причиной фригидности могут быть нарушения в обмене веществ, длительное потребление некоторых лекарств. Фригидность наблюдается и после оперативного удаления матки, яичников или других органов; в очень небольшом числе такого рода случаев может играть роль гормональный фактор.

Не исключено, что причиной фригидности или снижения полового влечения является боязнь повторной беременности, заражения венерической болезнью и т. д. В некоторых случаях половую холодность можно легко объяснить, проследив жизненный статус женщины, например, ее отношение к матери, к отцу, браку, в особенности в детском и юношеском возрасте, наличие психических переживаний (вплоть до изнасилования). Для того, чтобы поставить диагноз, в подобных случаях необходимо провести особые психологические исследования.

О первичной фригидности говорят в тех случаях, когда идет речь о молодых девушках, которые никогда не чувствовали какого-либо желания иметь половое сношение. Они целуются со своими друзьями, лишь когда влюблены. Они отдаются лишь потому, что мужчина на этом настаивает. В таких случаях фригидность лишь у невротичных натур может остаться на всю жизнь. Сексуальное влечение у многих женщин развивается постепенно, в продолжение долгих лет совместной жизни с любимым мужчиной.

У некоторых женщин имеется вторичная фригидность; это встречается при грубом и бестактном отношении со стороны мужчины или же когда женщина влюблена в другого. По сути дела, это не является истинной фригидностью.

При нарушениях потенции мужчины, при его грубом отношении и при неопытности женщины также наблюдается фригидность.

Тяжелая, выматывающая все силы работа, тяжелое хозяйство и постоянные заботы и конфликты могут также стать причиной потери желания к половому сношению. При устранении этих причин (отпуск, облегчение труда), если фригидность не существовала долгое время и не стала хронической, женщина вновь может стать полноценной и нежной супругой.

Фригидные женщины обращаются к врачам-сексологам не столько из-за самих себя, сколько из-за своих супругов, из-за их разочарования в связи с незаинтересованностью женщины в интимной жизни и, кроме того, из-за боязни измены. Ввиду того, что в половой жизни всегда требуется активное участие женщины, в тех случаях, когда у нее отсутствует желание, успех подобной консультации весьма проблематичен.

При фригидности, обусловленной тяжелым неврозом, интенсивная психотерапия может дать хорошие результаты. В тех случаях, когда фригидность вызвана органическим заболеванием, лечение этой болезни приводит в значительном числе случаев к исчезновению фригидности.

Если лечение не дает результата, не вызывает желания у женщины иметь половое сношение, ей советуют не отказываться от полового акта, так как это необходимо для поддержания хорошей семейной жизни.

В тех случаях, когда фригидность является следствием органических нарушений (выпадение, сужение и т. д.), необходимо оперативное вмешательство. В случаях генитальной гипоплазии рекомендуют попробовать лечение эстрогенами с целью стимулирования недоразвитых половых органов и создания нормальных половых ощущений. Общепринятым в таком случае является лечение мужскими половыми гормонами в обычных, не вызывающих вирилизации дозах.

А н о р г а з м и я

Как мы уже подчеркнули, надо делать разницу между фригидностью и аноргазмией, при которой женщины не испытывают удовлетворения, не получают оргазма. У них существует влечение, однако, несмотря на это, они не испытывают или очень редко испытывают оргазм при половом сношении. Таким женщинам приятна сексуальная близость, этот контакт вызывает у них возбуждение, однако прикосновение к эрогенным зонам и половой акт не приводят к оргазму и последовавшему за ним облегчению и успокоению. Совершенно неправильно женщин, не испытывающих оргазма, считать фригидными. Чем у женщины слабее либидо, тем чаще половое сношение не приводит к оргазму. И в этом случае нередко при наличии такта со стороны мужчин нарушения могут быть устранены. План лечения зависит от характера и опыта женщины и полного ее взаимопонимания с мужчиной.

Гинекологическое исследование, предшествующее лечению аноргазмии, должно быть проведено очень осторожно, гинеколог должен щадить психику женщины и не допускать возникновения у нее необоснованного страха и сомнения о наличии серьезного недуга. Необходимо провести предварительные эндокринологические исследования. Как уже было сказано, число сексуальных нарушений у женщины, обусловленных гормонально, сравнительно невелико. Всегда лечение должно сопровождаться участием, убеждением, доверием и советами.

Возникновение оргазма, независимо от того, каким путем это достигнуто, далее не сопровождается какими-либо нарушениями. Любовь женщины не

обязательно связана с ее сексуальностью. Однако высшим проявлением сексуальности является оргазм, нарушения которого в значительной степени снижают интимную сторону супружеской жизни.

Вагинизм

Вагинизм является рефлекторным неврозом, при котором любое прикосновение или даже приближение к половым органам женщины вызывает рефлекторное сокращение (контракцию) мышц у входа во влагалище. По сути дела, в данном случае имеется повышенная возбудимость входа во влагалище. Эта возбудимость при любом, даже самом незначительном прикосновении приводит к вышеописанной картине сверхчувствительности и защитной реакции, которая очень характерна, встречается довольно часто и имеет практическое значение.

Существуют различные степени вагинизма. При вагинизме легкой степени наблюдаются слегка выраженные защитные движения, ощущение сильных болей, которые усилием воли часто преодолеваются. При более резко выраженных случаях половые сношения и даже гинекологическое исследование невозможны. Лишь приближение супруга и даже одна мысль об этом приводит к резкому приведению бедер. Вагинизм представляет сочетание локальных целенаправленных защитных движений и целого ряда общих явлений как, например, боязнь, дрожание, сердцебиение, встревоженность. Это симптомы сопутствующего невроза страха.

При псевдовагинизме (лжевагинизме) сверхчувствительность связана с локальными заболеваниями — воспалительные процессы, аномалии девственной плевы или инфицированные разрывы ее или, наконец, травматические повреждения при неудачном половом сношении. Имеется ряд переходных состояний, обусловленных воспалительными изменениями. Псевдовагинизм может, по прошествии некоторого времени, перейти в истинный вследствие сильного страха.

Первопричиной вагинизма могут быть: негативизм в отношении материнства, брака вообще или к определенному мужчине; несообразное половое воспитание, неправильные объяснения и введение в сексуальную жизнь, грубость со стороны мужчины, неправильный взгляд на сексуальные отношения, как на животные, нечистые. Сами по себе эти обстоятельства могут и не быть первопричиной вагинизма, однако при их сочетании с другими неблагоприятными факторами они становятся причиной развития невроза. Невроз может развиваться и позже, после того как женщина родила; это объясняется страхом перед новой беременностью. Разумеется, что разновидности реакций в отношении вышеупомянутых обстоятельств зависят от характера и типа высшей нервной системы женщины.

Задачей лечения является из партнеров в браке сделать истинных супругов. Вагинизм обусловлен главным образом психическими причинами, поэтому и лечение должно быть соответствующим. Применяется психотерапия с целью превратить отрицательные комплексы в положительные. Проводится расширение недефлорированной девственной плевы под наркозом, устраняются трещины, а также используется местное обезболивание. В значительном числе случаев большое значение имеет привлечение супруга. Очень важно, чтобы врач предварительно объяснил женщине анатомию девственной плевы, показал ей все на рисунках, затем приступил бы к процедуре расширения путем введения во влагалище сначала одного пальца, на следующий день двух пальцев, затем целого ряда особых расширителей до такой степени, чтобы стало возможным половое сношение. При рефлекторной контракции мышц во время

гинекологического исследования больной рекомендуют напрячь мышцы передней стенки живота, что сопровождается расслаблением мышц тазового дна. Таким образом можно предотвратить их рефлекторную контракцию; тоже следует делать при введении полового члена. В случаях чисто психогенного вагинизма это очень часто устраняет условный рефлекс сокращения мышцы входа влагалища. Другие авторы рекомендуют женщине при введении пальца во влагалище усилием воли сжимать и распускать мышцы тазового дна. Как только женщина усвоит эти движения, ей рекомендуют самой продолжать их.

В течение нескольких недель половые сношения нормализуются и брачные отношения улучшаются.

Освобождение ущемленного во влагалище члена лучше всего проводить в состоянии наркоза женщины.

ПОЛОВЫЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ЭНДОКРИННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И ИНТОКСИКАЦИЯМИ У ЖЕНЩИНЫ

У женщин возникновение и поддерживание нормального полового влечения и полноценное участие ее в половом сношении зависят от точного регулирования функций эндокринных желез, и в особенности тех из них, которые находятся в тесной зависимости с половыми железами. Кроме того, очень важное значение имеет отсутствие перенесенных заболеваний органов или интоксикаций в прошлом. Вполне понятно, что целый ряд расстройств со стороны эндокринных желез, а также и заболевания внутренних органов или отравления, серьезно отражающиеся на общем состоянии женщины, могут вызвать те или иные половые нарушения.

[Половые расстройства при эндокринных нарушениях

Для осуществления нормального полового сношения, беременности и родов, независимо от существующего полового влечения, необходимо, чтобы половые органы женщины были нормально развиты; их развитие находится в тесной зависимости от деятельности яичников и наличия достаточного количества половых гормонов яичников. Врачам известны заболевания, а их довольно много, протекающие со снижением или отсутствием яичниковой функции, иными словами — с нарушениями продукции эстрогенов и прогестерона. При некоторых неправильных сочетаниях или при отсутствии одной из половых хромосом со стороны отца или матери девочка рождается с пораженными яичниками (т. наз. синдром Шерешевского-Тернера). Поражение яичников может наступить во время самой беременности или после родов и вызывается острыми или хроническими заболеваниями, рентгеновским облучением, оперативным удалением яичников и т. д. (гипооваризм). К гипооваризму приводят и поражения гипофиза и центров мозга, сопровождающиеся прекращением циклической стимуляции яичников. Отсутствие эстрогена и прогестерона при этих заболеваниях обуславливает значительное отставание в развитии половых органов женщины: размер матки значительно меньше, влагалище короткое и узкое, и совершение полового акта сопровождается значительными затруднениями и резкими болями. Несмотря на все это, такие женщины, как психологически, так и в отношении их полового чувства и влечения могут быть совершенно нормально оформлены.

Ряд заболеваний яичников, сопровождающихся повышенной секрецией андрогенных гормонов, вызывают увеличение полового влечения. В эту группу входят овариальная гиперандрогения (повышенное выделение андрогенов в связи с нарушениями нормального образования половых гормонов в яичниках) и опухоли яичников, при которых имеется выделение андрогенов. Повышение сексуальности наблюдается и при болезнях надпочечников, также протекающих с повышенной секрецией андрогенов, например, при т. наз. андрогенитальном синдроме и т. д.

Болезни других желез внутренней секреции также могут сопровождаться снижением или даже полным исчезновением полового влечения. Больные диабетом женщины иногда отмечают постепенное снижение полового влечения, иногда достигающее фригидности. Это изменение в сексуальности обычно наступает исподволь, незаметно для самой больной и может быть одним из первых симптомов развивающегося или не проявившегося еще сахарного диабета. Для больных диабетом характерно, что половые нарушения часто протекают волнообразно с периодами ухудшения и улучшения. Считают, что это связано с вредным влиянием диабета на центральную нервную систему и обуславливается нарушениями метаболизма. Этот механизм ведет к нарушению синтеза половых гормонов и соответственно к отклонению в половом поведении. Кроме того, при сахарном диабете нарушения в обмене веществ приводят очень часто к воспалению вульвы и влагалища, что и является дополнительной причиной целого ряда сексуальных нарушений.

При снижении функции надпочечников (болезнь Аддисона) у женщины вместе с потерей в весе, общим недомоганием, потемнением кожи и слизистых может наблюдаться различное по степени снижение либидо или даже его исчезновение. Такая же картина наблюдается при повышенной продукции гормонов надпочечных желез (синдром Иценко—Кушинга); кроме ожирения, усиленного оволосения, кожных изменений и нарушения углеводного обмена, наблюдается и снижение полового чувства.

Увеличение функции щитовидной железы (тиреотоксикоз, болезнь Базедова) сопровождается повышенным обменом веществ, потерей в весе, учащением пульса, нервными расстройствами и часто снижением либидо. Тесная связь между щитовидной железой и функцией яичников при тиреотоксикозе проявляется и в различных нарушениях менструального цикла, иногда достигающих бесплодия.

Любое воспаление или опухоли мозга, гипоталамуса или гипофиза могут вызвать нарушения в секреции гормонов, стимулирующих яичники, а это, со своей стороны, характеризуется снижением или полным прекращением секреции яичниками эстрогенов и прогестерона. Все это приводит к резким расстройствам менструального цикла и к целому ряду сексуальных отклонений. Снижение или полное прекращение выделения гормонов яичников обуславливает обратное развитие половых органов и таким образом ведет к затруднениям в совершении полового сношения.

Половые нарушения при заболеваниях внутренних органов

Половое сношение для женщины представляет известную эмоциональную и физическую нагрузку, что, со своей стороны, требует нормального функционирования внутренних органов и, в первую очередь, сердца и легких. Исследования физиологии полового акта у женщины показали, что он сопровождается ускорением дыхания до 40 в минуту, учащением пульса до 110—180 ударов в минуту, повышением артериального давления. При нормальном

состоянии внутренних органов эта дополнительная нагрузка не оказывает никакого вреда.

Болезни сердца (пороки клапанов сердца, поражение сердца при остром ревматизме, врожденные аномалии сердца, заболевания сердечной мышцы и т. д.) вызывают резкие нарушения в нормальной деятельности клапанов и мышцы сердца. Таким больным следует соблюдать режим ограничения физических нагрузок и не переутомлять сердца. Кроме диетического питания и соответствующего лечения, больным рекомендуют разумное ограничение половой жизни. Частые половые сношения могут вызвать серьезные осложнения в состоянии сердца.

Примерно то же самое сказать и в отношении заболеваний легких. Легкие тесно связаны с сердцем, и почти все легочные заболевания отражаются на сердечной деятельности, предъявляя высокие требования к сердцу. Дозированная физическая нагрузка является одним из требований режима женщины с заболеванием легких. Частота половых сношений должна подчиняться этому требованию.

Болезни других внутренних органов (печень, селезенка, желудок, кишечник, сосудистая система, кроветворение и т. д.) в острой фазе обычно надолго приковывают больную к койке. Эти заболевания сопровождаются недомоганием, отсутствием всяких желаний, включительно и к половому сношению. После острого периода заболевания наступает постепенное восстановление состояния больной, а для этого важно строго соблюдать предписанный врачом режим, диету и проводить необходимое лечение. При возникновении полового желания следует ограничиться условиями предписанного режима.

Надо помнить, что половой акт это проявление физического здоровья, и при любом отклонении в состоянии здоровья необходимо разумное отношение к половой жизни.

Половые нарушения при интоксикациях

Алкоголизм, т. е. частое и неумеренное употребление алкогольных напитков, оказывает серьезное влияние на здоровье и трудоспособность человека и приводит к резким нарушениям нормальной жизни.

Употребление алкогольных напитков приобрело широкое распространение; так, например, за 1950 г. на душу населения в США приходилось 6,1 л (абсолютного алкоголя), в Англии — 6 л, во Франции — по 21,6 л (во Франции в 1953 г. умерло от алкоголизма 3 748 человек).

При алкоголизме поражаются сердце, печень, нервная система, мышцы и т. д. Поражаются также и яичники. На вскрытии погибших вследствие алкоголизма женщин обнаружены изменения со стороны яичников, которые сводятся к потере специфической ткани яичников и ее замещению жировой тканью; эти изменения наступают медленно, параллельно потреблению алкоголя, и многие авторы сравнивают их с поражениями печени у алкоголиков.

Вызванные алкоголизмом нарушения со стороны яичников приводят к расстройствам в менструальном цикле: иногда интервал между месячными удлиняется, снижается продолжительность самого кровотечения, к тому же и кровопотери менее значительны; наблюдаются и ановуляторные циклы.

Клетки нервной системы, в частности коры головного мозга, особенно чувствительны к алкоголю, который быстро приводит к нарушению их нормальной деятельности. Нарушение деятельности мозга отражается на функциях гипоталамуса и гипофиза, что сопровождается резким расстройством

в регуляции деятельности яичников. В то же самое время наступает и нарушение регуляции и других эндокринных желез и расстройство в их функциях. Вполне понятно, что при таком общем расстройстве функций желез внутренней секреции деятельность яичников нарушается еще больше. Это и является эндокринной причиной половых расстройств при алкоголизме, которые выражаются в снижении полового желания, нарушениях менструального цикла и бесплодии.

Кроме того, важно иметь в виду, что либидо и готовность к половому акту у женщины связаны с предварительной оценкой определенного мужчины, с привязанностью и т. д. Под влиянием алкоголя эти моменты исчезают, это приводит к необдуманным действиям и чаще всего к беспорядочным половым контактам. При отсутствии процессов торможения человек дает волю всяким влечениям, включительно и половым. Так создаются случайные половые связи, возникает и опасность заражения венерическими болезнями. Выражение: „Где Венера — там и Бахус“, надо считать совершенно правильным.

Однако очень скоро повышенная сексуальность переходит в снижение и даже полное исчезновение либидо. Очень часто женщины, страдающие алкоголизмом, обращаются к врачу в связи с имеющимся у них половыми расстройствами. Эти расстройства надо связать с резкими нарушениями деятельности мозга и желез внутренней секреции.

Потребление алкоголя вызывает значительное изменение психики женщины, страдающей алкоголизмом, иногда вплоть до развития психических расстройств. Надо все же отметить, что значительная часть проявлений необоснованной ревности, половых извращений, гомосексуализм и т. п. обусловлены систематическим потреблением спиртных напитков.

Другим видом широко распространенной интоксикации является *никотиновая*. С момента введения курения в Европе (1560 г.) французским посланником в Португалии Жаном Ником (откуда и наименование алкалоида, который содержится в листьях табака) прошло более 400 лет, и, несмотря на всякие церковные и светские запреты, оно приобрело широкое распространение. К сожалению, эта „мода“ широко заинтересовала и женщин. При затяжке вместе с табачным дымом в легкие поступает и никотин, который проникает в кровообращение, влияя таким образом на сердце и кору головного мозга, раздражая слизистые верхних дыхательных путей. Вначале он действует возбуждающе, но вскоре может вызвать и паралитические явления. Если человеку ввести внутривенно никотин, содержащийся в 200 г табачных листьев, может наступить внезапная смерть.

Слова известного русского ученого Боткина, что если бы он не курил, прожил бы на 10—15 лет дольше, дают ясное представление о значении курения и влиянии никотина на организм. У работающих на табачных фабриках чаще наблюдаются спонтанные выкидыши, что также объясняется влиянием никотина. Полагают, что никотин вызывает расслабление мышц матки наряду с общими симптомами паралича мышечной системы. Описаны случаи бесплодия у женщин — страстных курильщиц. Установлено, что никотин проникает через плаценту беременной женщины и может вызвать патологические нарушения у ребенка. Преждевременные роды встречаются чаще у курильщиц. Значительные нарушения, вызываемые курением, очень часто сопровождаются снижением полового влечения. При прекращении курения, если еще не наступили необратимые изменения со стороны организма, жалобы постепенно исчезают и либидо восстанавливается.

Из-за значительной чувствительности организма, в особенности женского, к никотину, определить нормы „безвредного“ курения невозможно.

ПОЛОВАЯ ЖИЗНЬ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Оснований для включения в книгу, посвященную вопросам пола, брака и семьи, вопроса о венеризме много. Этот вопрос тесно связан с половой жизнью. И связь эта многогранна. Во-первых, потому что заражение венерическими болезнями происходит обычно половым путем, при половом сношении. Во-вторых, венерические болезни могут вызвать бесплодие как у мужчины, так и у женщины, привести к недонашиванию плода или к больному потомству и с аномалиями. В-третьих, после венерических заболеваний иногда у мужчины наступают различные по виду и степени расстройства половой потенции.

Среди мужчин и женщин, находящихся в постоянной половой связи, вступающих в брак и в оформленных уже семействах, всякое заражение венерическим заболеванием одного, а затем и второго партнера является доказательством измены, разрушающее доверие, приводящее к разочарованию и скандалам, тяжелым и опасным недоразумениям и даже к глубокому расстройству семьи и к разводу.

Заражение венерической болезнью является одним из наиболее ярких показателей, позволяющим судить о сексуальном поведении и морали отдельного индивида в определенных социальных слоях и группировках, в том или ином возрасте и в обществе как целом. Венерические заболевания всегда связывали с проституцией и другими формами разврата, которые в значительной мере характеризуют социально-экономическую структуру общества. Вот почему связанные с половой жизнью венерические болезни являются важной социальной проблемой.

Вышеупомянутые обстоятельства всегда обязывали и обязывают в настоящее время каждого истинного венеролога определить свое отношение ко всем аспектам полового вопроса и действовать не только в качестве исследователя и врача-специалиста, но и как общественника и социолога.

Не останавливаясь на венерических заболеваниях вообще, ограничимся лишь рассмотрением некоторых последствий заражения.

За последние пять столетий человечество получило ясное представление о размере физического, психического и морального опустошения, которые причинили венерические болезни. В течение последних тридцати лет, благодаря успехам медицины и глубоким социально-экономическим преобразованиям, особенно наступившим в наших социалистических странах, благодаря эмансипации, равенству и большей экономической независимости женщины, венерические болезни уже не представляют столь острой проблемы, как это было в прошлом. Современное молодое поколение должно быть счастливым, что не познало старого ужаса. В то же самое время сниженный интерес органов здравоохранения к венерическим болезням в сочетании с почти полной неосведомленностью молодежи сопряжено с риском нового увеличения заболеваемости, которое, впрочем, у нас уже отмечено за последние несколько лет.

В конце Второй мировой войны (1945 г.) во всем мире венерические болезни достигали максимального распространения. В отношении одного лишь сифилиса в странах с наименьшей заболеваемостью оно определялось в пределах 1% всего населения, а в некоторых странах и до 10% населения.

Что касается другой венерической болезни — гонореи (трипера), цифры всегда были на много выше. В послевоенном периоде с возвращением значительного числа мужчин из армии домой, примерно к 1954 г. заговорили даже об исчезновении венерических болезней. Год спустя, однако, наступило новое увеличение числа заболевших, что связано главным образом с недооце-

кой угрожающей опасности. Под влиянием ошибочного мнения, что дескать венерических болезней больше нет, а, с другой стороны, они поддаются быстро и легко лечению, люди перестали интересоваться, бояться и беречься их. Врачи перестали думать о венерических болезнях и забыли об их диагностировании. А в это время (к 1955 г.) увеличение заболеваемости венерическими болезнями достигло 280 (США) — 300% (Франция) и волна заболеваний вновь хлынула по всем странам мира. В Болгарии она появилась в 1963 г., и в то время как до этого мы обнаруживали по 3—4 до 12 новых случаев сифилиса во всей стране, во второй половине 1963 г. их число быстро увеличилось и достигло нескольких сотен ежегодно. Только за последние несколько лет, благодаря энергичным мерам, нам удалось справиться с растущей заболеваемостью. И все же в настоящее время, согласно официальным статистическим данным, во всем мире ежегодно заболевают сифилисом около 20 миллионов человек и 60—65 миллионов — гонореей. И до тех пор, пока эти цифры существуют, ни одна страна не должна спокойно смотреть на проблему венерической заболеваемости.

Масштабы международного туризма и контактов, скорость современного транспорта, значительное передвижение населения всей планеты делают возможным занос венерических болезней в любую точку Земли.

Параллельно с увеличением заболеваемости венерическими болезнями значительную часть больных обнаруживают поздно или их вообще не открывают. Это указывает на то, что, спустя несколько лет, мы вновь будем свидетелями нового увеличения числа заболеваний сифилисом нервной системы и сосудов, глаз и других органов. Надо считать, что в недалеком будущем наступит увеличение случаев врожденного сифилиса у новорожденных. Следует подчеркнуть, что, хотя частота венерических заболеваний изменчива, болезни не изменили своего характера, они продолжают, как и прежде, поражать весь организм, продолжают оставаться опасными для человека, для семьи и для общества, как и в прошлом.

Среди множества мероприятий по ограничению венерических заболеваний не следует забывать и о важности разъяснения их сущности как заболеваний, связанных с половой жизнью.

ПОЛОВАЯ СУЩНОСТЬ ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Венерические болезни (сифилис, гонорея, мягкий шанкр и др.) носят общее название по имени древней богини любви — Венеры. И это не случайно. С тех пор как человечество поняло, что эти болезни передаются главным образом половым путем, при половом контакте, им и было дано это название.

Почему заражение венерическим заболеванием наступает главным образом при половом сношении?

Венерические болезни принадлежат к т. наз. контактным инфекциям, т. е. их перенос от человека к человеку осуществляется непосредственным контактом, физическим соприкосновением больного со здоровым, патологически измененного участка (рана, изъязвление и т. п.) со здоровой тканью другого. А в жизни люди вступают в физический контакт между собой главным образом при участии рук, губ и половых органов. При всем этом именно половой контакт является наиболее продолжительным, он сопровождается трением соприкасающихся тканей. С другой стороны, соприкасающиеся ткани половых органов (кожа, слизистые) сравнительно нежны, легко ранимы и открывают путь к проникновению инфекции. Вместе с тем надо иметь в виду, что микроорганизмы, возбудители венерических болезней (бледная

спирохета — возбудитель сифилиса, и гонококк — возбудитель гонорей), приспособились к паразитическому образу жизни в организме человека и обладают аффинитетом в отношении слизистых половых органов.

Разумеется, заражение венерической болезнью может наступить и при интимном контакте (соприкосновение с губами, контакт со слизистой глаза, с кожей вне области половых органов, с кровью) и в редких случаях непрямым путем — при контакте с зараженной посудой, инструментами, однако это сравнительно редкие исключения. Венерические болезни остаются преимущественно половыми, как по способу заражения, так и по локализации.

Каково эпидемиологическое значение (т. е. значение массового, эпидемического распространения) полового способа заражения?

Если бы на протяжении всей жизни половой акт осуществлялся лишь между партнерами в браке, а при отсутствии брака, только в рамках определенной пары и не было бы измены, венерические болезни вряд ли существовали бы вообще. Однако, дело обстоит иначе. В добрачном периоде как со стороны мужчин, так и со стороны женщин, при расторгнутом браке, вдовстве, холостяцком образе жизни, а в редких случаях и при законном браке половые контакты чередуются одновременно или последовательно не только с одним, а с несколькими партнерами.

Мужчина или женщина, заразившие прежде здорового человека венерической болезнью, принято называть источником инфекции, а всех тех лиц, с которыми больной имел половой контакт с момента заражения, контактными лицами. При проведении эпидемиологического расследования врач путем расспроса больного о вероятном источнике его венерической болезни часто получает изумительные данные. Источник инфекции следует искать среди нескольких лиц, однако, в таком случае и число контактных лиц не меньше числа вероятных источников заражения. Обычно общее число достигает десяти. Если, однако, иметь в виду и источник заражения и его контакты, а также и контакты контактных лиц, число „участников“ значительно увеличивается. Не напрасно в венерологии существует выражение, что в каждом обнаруженном врачом случае венерического заболевания уже замешано человек 20!

Здесь не идет речь о половых контактах простиитуирующих мужчин и женщин, а о половых контактах в обществе, называемом нормальным! Венерические болезни вскоре после заражения, и в особенности позже, когда они становятся хроническими, или, наконец, в т. наз. латентных периодах, могут и не сопровождаться какими бы то ни было видимыми симптомами или жалобами со стороны больного; кроме того, из-за неведения и невежества или недооценки проявлений заболевания многие больные продолжают вести активную половую жизнь. Вот почему существует реальная опасность заразить не одного, а многих лиц. Случайная и мимолетная половая связь автоматическим образом освобождает партнеров от ответственности и неудобства в связи с заражением венерической болезнью. Не легко и в большинстве случаев невозможно подвести под ответственность лицо-источник заражения, в тех случаях, когда половое сношение является результатом „свободного соглашения“ двух людей.

Итак, опасности заражения венерическим заболеванием подвергается каждый мужчина и каждая женщина при случайной половой связи или при смене объектов полового общения. Опасность венерического заражения существует при всяком половом сношении. Чем легче и быстрее устанавливается половая связь с незнакомой личностью, тем больше вероятность заражения венерической болезнью. Опасность венерического заражения кроется в любом внебрачном контакте или ненормальной половой связи между лицами одного пола. Венерическое заражение грозит и изнасилованным, а также и де-

тям, ставшим объектом криминальных связей или же, наконец, детям, которые спят в одной постели с матерью, заболевшей венерическим заболеванием; наконец, заражение наступает и во время родов, от матери, больной венерическим заболеванием.

Верно, что имеется не мало случаев внебрачных половых связей, осуществляемых постоянно или временно лишь с одним партнером и основанных на доверии и верности. Но верно то, что, перешагнув порог связи с одним-единственным приятелем, друзей в половой жизни уже двое, их — много.

В последнее время во многих капиталистических странах, но к сожалению, и в ряде социалистических стран наблюдается новое явление в дружбе и половых контактах среди молодежи обонх полов. Это т. наз. „камарадри“ (с французского, где значение слова — соглашение, солидарность между людьми, связанными общими интересами — зам. перев.). При этом группа молодых людей, состоящая из 6—8 и больше юношей и девушек, вступает в круговую половую связь между собой. Понятно, что если в такую группу попадет венерическая зараза, она быстро охватит всех.

НЕНОРМАЛЬНЫЕ ПОЛОВЫЕ СНОШЕНИЯ (ПЕРВЕРСИИ) И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Венерические болезни, в особенности сифилис, как уже было сказано выше, передаются не только при контакте половых органов, но и при прикосновении половых органов с неполовыми частями (рот, глаза, анус, околополовая зона и т. д.). Чаще всего подобного рода заражение наблюдается при перверсных сношениях между лицами одного и того же пола или же лиц разного пола.

Гомосексуализм (половое общение лиц одного и того же пола) является самой распространенной перверсией как в прошлом, так и теперь. Венерологи и социологи обратили вновь внимание на это патологическое явление в связи с увеличением частоты венерических заболеваний в последние годы.

Гомосексуализм существовал и в глубокой древности. Считают, что зародился он в Азии, где и приобрел широкое распространение, не подвергаясь преследованиям. За последние несколько столетий гомосексуализм охватил все страны Западной Европы и Америки, при чем в эпоху капитализма возникла и настоящая „профессиональная гомосексуальная проституция“. В древней Элладе гомосексуализм не считали явлением позорным, и многие именитые мужи слыли гомосексуалистами. Считают, что в нашу страну гомосексуализм проник под турецким и греческим влиянием.

Еще до открытия возбудителя сифилиса и реакции Вассермана было обнаружено, что заражение сифилисом возможно и при гомосексуальных контактах. В Болгарии первые случаи венерических заболеваний у гомосексуалистов описаны в конце минувшего столетия, когда отечественные врачи еще тогда подчеркивали, что педерастия не очень редко сопровождается гонорейным воспалением прямой кишки, что впрочем не всегда удается доказать микроскопическим исследованием.

В настоящее время роль гомосексуализма с точки зрения эпидемиологии венерических заболеваний значительно возросла ввиду того, что за последние 15 лет наблюдается его увеличение.

Точных данных в отношении распространения гомосексуализма все еще нет. Считают, что в Англии 2—5% мужского населения — гомосексуалисты, в США — 6,2%; в некоторых районах Франции 20% женатых мужчин имеют

гомосексуальные связи, хотя и не регулярные. Некоторые авторы подтверждают, что в настоящее время гомосексуалистов в 20 раз больше, чем 30 лет тому назад, да и вообще их гораздо больше, чем это обычно полагают. Французские психиатры отмечают, что увеличение гомосексуализма в настоящее время идет за счет его распространения среди 14—18-летних. Согласно приблизительным расчетам секции по сексологии НИАГ, у нас в Болгарии гомосексуализмом охвачено 30 000—40 000 человек.

Повышение роли гомосексуализма с эпидемиологической точки зрения при заболеваемости сифилисом видно в первую очередь по изменившемуся соотношению между заболевшими мужчинами и женщинами. Так, например, в Дании в 1949 г. на 4 мужчины с сифилисом приходилось 5 таких женщин, в 1961 г. это соотношение стало 3:1, а английские авторы в 1961 г. выражают это отношение как 4,2:1. К 1950 г. заражение сифилисом гомосексуальным путем представляло 1—6% от общей заболеваемости сифилисом в различных странах. В 1960 в Париже этот процент достиг 28, в некоторых клиниках Англии и Уэльса — 50, в Лос-Анжелесе 69% и т. д.

Интересно отметить, что в нашей стране новая вспышка венерических заболеваний была почувствована в 1963 г., охватившая вначале преимущественно гомосексуальный контингент. Так, например, из первых 26 больных ранней формой сифилиса, поступивших при этой вспышке в Институт дерматологии и венерологии в Софии, только одна была женщина. У 16 из этих 25 заболевших мужчин при эпидемиологическом анализе бесспорно был констатирован гомосексуальный путь заражения. При этом в центре этой небольшой эпидемии находился пассивный гомосексуалист, а все остальные, проявившиеся в отношении этого пациента активными гомосексуалистами, по сути дела, были бисексуальными (большинство из них были женаты и имели половые контакты как с мужчинами, так и с женщинами). Больше того, в некоторых случаях они имели отдельные и случайные половые связи. Вышеописанное показывает какую опасность может представлять единственный истинный гомосексуалист в распространении сифилиса, который в силу гомосексуальной потребности вынужден ежедневно подыскивать себе партнеров для удовлетворения своего патологического полового нагона.

Невыраженная и на первый взгляд невинная симптоматология раннего сифилиса обычно не создает тревоги у заболевшего, в особенности, если его знания в области полового вопроса и венерических болезней недостаточны. Вот почему основным методом в борьбе с венерической заболеваемостью в первую очередь с сифилисом — эпидемиологическая анкета. Эпидемиологическая анкета помогает открыть источники заражения и контактных лиц, которые обычно даже и не подозревают, что являются носителями инфекционного заболевания, которое без активного вмешательства будет обнаружено лишь при появлении уже тяжелых и необратимых поражений. Однако проведение подобного эпидемиологического расследования чрезвычайно затрудняется при наличии гомосексуального лица. Это обуславливается несколькими причинами.

Как уже было сказано, гомосексуальные лица непрерывно подыскивают новые объекты интимной связи, а это в высшей степени осложняет проведение эпидемиологического исследования.

Исследование осложняется еще более тем обстоятельством, что некоторые из лиц проявляют бисексуальность (так, один из наших пациентов сообщил, что имел интимную связь с 8—10 мужчинами и 7—8 женщинами, а каждый из них, кроме того, имел множество других контактов).

Большинство гомосексуальных лиц либо из-за неудобства, либо из боязни судебного преследования проявляют особую сдержанность при распросе,

причем одни вообще не отвечают на заданные вопросы, а другие сообщают неверные данные.

Эти затруднения эпидемиологического расследования обычно сопровождаются затруднениями в диагностировании, связанными, с нехарактерной, необычной локализацией патологических изменений. Из-за отсутствия опыта и навыка исследовать и область заднего прохода многие врачи либо не обнаруживают первичной сифилитической язвы в этой зоне, либо принимают ее за проявление другого заболевания (геморрой, свищ, рак и т. д.). Ко всему этому приводит и нехарактерная морфология язвы, которая в области заднего прохода может иметь вид расщелины или небольшой эрозии, расположенной в „букете“ геморроидальных узлов.

Все вышеупомянутые причины приводят к грубым диагностическим ошибкам. Вот почему распознавание заражения сифирисом гомосексуальным путем обычно запаздывает (некоторые считают, что в 50% случаев у гомосексуальных лиц сифилис обнаруживается едва во втором периоде, в то время как у гетеросексуальных это наблюдается лишь в 20%, а это приводит к тому, что больной, у которого заболевание продолжает развиваться, остается опасным для общества.

Наиболее существенным в данном случае является опасность возможного привлечения в гомосексуальную среду (а это значит и риск заражения венерической болезнью) юношей и девушек пубертатного возраста, которые до этого не имели спонтанного влечения к перверсной связи. При подобных обстоятельствах, в отличие от истинного гомосексуализма, который является выражением патологического нагона, мы предпочитаем говорить о факультативном гомосексуализме, возникшем в результате чужого влияния, определенных условий, который в дальнейшем может превратиться в укоренившуюся привычку, если „культуривирование“ в этом направлении будет продолжаться и далее в неокрепшем с психо-физической точки зрения организме подростков.

Вот почему в тех случаях, когда гомосексуальный контакт осуществляется с несовершеннолетними под угрозой насилия или за плату, при использовании своего служебного положения и т. д., закон чрезвычайно строг.

Несмотря на увеличение заболеваемости гонореей, которая значительно превышает заболеваемость сифилисом, в имеющейся литературе по вопросу о роли в этом отношении гомосексуализма данных очень мало. Многие авторы, считая эту область в венерологии недостаточно изученной, утверждают, что как гонорея, так и негонококковые уретриты, передаваемые гомосексуальным путем, — встречаются не на много реже сифилиса, но диагностируются реже. В 1965 г. мы обнаружили острое заражение гонореей у 17-летнего школьника, который очень удивился, что „можно заразиться гонореей от мужчины“.

Для ограничения гомосексуализма, и в особенности для искоренения его роли в эпидемиологии венерических болезней, недостаточны ни строгость закона, ни точное распознавание и своевременное лечение. Кроме активного обнаруживания и периодических серологических исследований гомосексуальных лиц, необходимо активизирование общественности в проведении целого ряда медико-социальных, педагогических, лечебно-трудовых мер и повышении медико-санитарной культуры.

ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И БЕСПЛОДИЕ

Венерические болезни могут привести к расстройству способности к оплодотворению у мужчины, вызвать бесплодие у женщины, а при сохранившейся способности забеременеть — привести к тяжелым поражениям плода, выкидышу, мертворождению или созданию потомства с дефектами, недугами.

Вышеупомянутые поражения и механизмы их возникновения различны и зависят от характера венерической болезни и от пола заболевших.

Роль гонорей и негонококковых уретритов (катаров) у мужчин. Та часть мочеиспускательного канала, которая находится перед предстательной железой и у его наружного отверстия, является семявыбрасывающим каналом. Как видно из рис. 15, к задней части уретры, там где она проходит через предстательную железу, присоединяются два семявыносящих протока, по которым при эякуляции семенная жидкость поступает в мочеиспускательный канал и выходит наружу.

Когда заболевание гонореей или банальным воспалением (катаром) мочеиспускательного канала обнаружено поздно, и лечение запаздывает, воспалительный процесс, локализованный сперва в передней части уретры, может распространиться назад в направлении предстательной железы, семявыносящих протоков и придатка яичка; вследствие этого может наступить неизлечимое нарушение способности к оплодотворению заболевшего мужчины. В таком случае чаще всего наблюдается азооспермия, т. е. полное отсутствие сперматозоидов в семенной жидкости, олигоспермия, т. е. снижение числа сперматозоидов в семени, или некроспермия, т. е. в семенной жидкости имеются лишь неподвижные (погибшие) сперматозоиды.

Полная и стойкая азооспермия наблюдается при двусторонней закупорке семявыносящих протоков вследствие осложнений гонорей и других катаров мочеиспускательного канала у мужчин. Чаще всего такого рода осложнения встречаются при гонорее, а это объясняется некоторыми характерными особенностями заболевания. Возбудитель гонорей — гонококк вызывает резкое воспаление, проникающее вглубь слизистой оболочки моче-половых путей; очень быстро в участках воспаления развивается соединительная ткань, которая далее, в процессе эволюции воспалительного процесса приводит к полной закупорке семявыносящих протоков. В 80—90% двусторонней закупорки семявыносящих протоков при гонорее наступает стойкая азооспермия. Такие осложнения встречаются и при воспалительных процессах моче-половых путей, вызванных туберкулезом, паразитными заболеваниями, кокковыми и вирусными возбудителями и т. д. Чаще всего, однако, эти осложнения сопровождают гонорею.

Наиболее часто встречающимся осложнением гонорей и катаров, вызывающих бесплодие у мужчины, является *эпидидимит* — т. е. воспаление придатка яичка. Гонококковый эпидидимит развивается быстро, бурно; обычно он проявляется ознобом, повышением температуры, резкими болями и припухлостью придатков яичка. В настоящее время, благодаря наличию антибиотиков и сульфаниламидов мощного действия, эта классическая в прошлом картина гонококкового эпидидимита встречается гораздо реже.

Негонококковые катары моче-половых путей и их осложнения, включая и негонококковые эпидидимиты, протекают более вяло и медленнее, чем гонококковые. В данном случае основной проблемой является разграничение эпидидимитов туберкулезных от нетуберкулезных. Это зависит от правильной оценки клинических симптомов, результатов общего исследования и лабораторных показателей, пункции придатка яичка и т. д. Это уточнение необходимо в целях выяснения возбудителя заболевания и проведения

правильного и своевременного лечения. Принятие любого негонококкового эпидидимита за туберкулезный без проведения необходимых исследований может привести к роковой для больного ошибке, к удалению хирургом придатка яичка под предлогом туберкулезного заболевания.

Как при гонококковых, так и при негонококковых эпидидимитах имеется реальная возможность избежать закупорки семявыносящих протоков, однако необходимым условием для этого является раннее выяснение заболевания и проведение целесообразного лечения. Не следует в подобного рода случаях рассчитывать на мощное влияние антибиотиков, нельзя полагаться на субъективную, поверхностную оценку наступающего улучшения в состоянии больного, так как не исключено осложнение заболевания, которое иногда непоправимо.

Полная закупорка семявыносящих протоков при гонорее и катарах моче-половых путей иногда наступает и без наличия видимого припухания придатков, когда, например, закупорка происходит в той части протоков, которая недоступна прямому наблюдению. Вот почему следует быть особо внимательным в случаях, когда воспалительный процесс при заражении моче-половых путей проникает в заднюю часть уретры.

Азооспермию при двусторонней закупорке семявыносящих протоков у мужчины можно легко объяснить. Труднее объяснить и обнаружить олиго- и некроспермию в такого рода случаях.

Эти нарушения встречаются в тех случаях, когда при гонорее или катарах моче-половой системы развивается хроническое заболевание предстательной железы, заднего отдела мочеиспускательного канала и семянных пузырьков. Известно также, что некоторые возбудители такого рода воспалений, как, например, вагинальная трихомонада (наиболее часто встречающийся возбудитель после гонококка), может инактивировать сперматозоиды и таким образом вызвать бесплодие. Подобного влияния других возбудителей катара мочеиспускательного канала до сих пор не обнаружено, но это можно предполагать. Любое хроническое воспаление задней части мочеиспускательного канала может вызвать нарушения секреторной деятельности предстательной железы, семянных пузырьков и т. наз. куперовых желез, а эти секреты играют важную роль в поддержании жизни сперматозоидов.

Как видно, установить влияние воспалительных процессов моче-половой системы у мужчины на способность к оплодотворению иногда бывает очень легко, а другой раз — чрезвычайно трудно. Это отражается как на установлении прогноза, так и на самом лечении. В некоторых случаях, как, например, при стойкой двусторонней закупорке, лечение безрезультатно. Иногда по тщательного исследования рекомендуют оперативное иссечение закупоренного участка протока, что и приводит к восстановлению его проходимости. В других случаях необходимо длительное комплексное лечение хронического воспалительного процесса. Однако в любом случае необходимо действовать не односторонне, применяя различные антибиотики, а иметь в виду возбудителя заболевания, появившиеся тканевые изменения и стимулирование самого сперматогенеза.

Вслед за гонореей среди возбудителей воспалительных процессов моче-половых путей как у мужчины, так и у женщины второе место занимает трихомонада. Вызванное ею заболевание — трихомоноз, может отразиться на способности к оплодотворению и привести к бесплодию. На этом заболевании мы остановимся несколько ниже при обсуждении роли венерических болезней на способности к оплодотворению у женщины.

Гонококк и возбудители других воспалительных процессов моче-половых органов у мужчины не оказывают влияния на жизнеспособность спермато-

зондов, т. е. нет данных, которые бы дали основание считать, что при оплодотворении женщины большим гонореей мужчиной могут наблюдаться аномалии потомства. Гонорея и катары мочевыводящих путей могут вызвать неспособность к оплодотворению. Однако, если оплодотворение осуществилось, женщина донашивает и рождает вполне нормального ребенка.

Роль гонореи (триппера) и трихомоноза в бесплодии женщины. На влиянии некоторых гинекологических заболеваний мы уже остановились в другом месте нашей книги, вот почему здесь мы ограничимся лишь ролью гонореи и трихомоноза.

В связи с характерными особенностями анатомического устройства мочеполовой системы женщины гонорея у нее протекает по иному. У женщины мочевая и половая система разделены; обычно при гонорее заражение охватывает одновременно и мочепускающий канал, и половые органы. Если заражение сперва локализовано в мочевых путях, обычно оно переносится на соседние половые органы и наоборот. Гонорейные осложнения детородной функции женщины являются результатом поражения половых органов. Напомним схематично последовательные разделы половы путей: влагалище, маточная шейка, матка, яйцеводы, яичники.

У зрелой в половом отношении женщины гонорея не затрагивает влагалище из-за особой структуры его эпителиальной оболочки; такого рода заболевание (т. наз. гонорейный вагинит) встречается лишь у маленьких девушек и у беременных женщин. Гонококк, однако, поражает шейку матки, откуда через матку, яйцеводы и яичники может проникнуть в брюшную полость, а также в околоматочные пространства и т. наз. малый таз (самая нижняя часть брюшной полости).

Механизм бесплодия у женщины, вызванного гонореей, сводится к следующему: воспалительный процесс приводит к закупорке яйцеводов, что, со своей стороны, является препятствием для контакта годного к оплодотворению яйца со сперматозоидами, проникшими через шейку матки.

При заболевании женщины гонореей во влагалище, в шейки матки, в матке и яйцеводах создаются необычные условия, которые затрудняют или даже делают невозможным оплодотворение, несмотря на то, что закупорки яйцеводов может и не быть. Наступление беременности может затрудниться и частичной закупоркой яйцеводов или воспалительными процессами в области яичников и малого таза. В подобных обстоятельствах не исключена возможность внематочной беременности. Однако все это исключения. Наиболее важным при гонорее является закупорка обоих яйцеводов. Частота и значение этого осложнения иллюстрируются следующими данными:

Значительное число женщин не подозревают о наличии у них гонореи ввиду того, что вначале заболевание может быть локализовано глубоко, а это затрудняет обнаруживание первых его симптомов; кроме того, появившиеся вначале бели истолковывают как явление „обычное“, в особенности при отсутствии каких-либо других симптомов. Это относится в первую очередь к женщинам, которые имеют половые контакты только с одним мужчиной и не подозревают о наличии венерической болезни.

На основании сказанного, можно объяснить почему в значительном числе случаев заболевание гонореей у женщин обнаруживается поздно, становится хроническим и дает высокий процент осложнений со стороны половых органов. Согласно данным некоторых авторов, в 30—50—74% случаев бесплодие у женщин связано с гонореей; это дает основание считать, что гонорея занимает первое место среди остальных инфекционных заболеваний, вызывающих бесплодие женщины.

В последние несколько лет особое внимание обращают на занимающее второе место по частоте (а некоторые считают даже, что уже и первое) инфекционное заболевание моче-половых путей, т. наз. т р и х о м о н о з.

Трихомоноз вызывается одноклеточным паразитом, обладающим жгутиками; для трихомонад характерны активные движения, ясно обнаруживаемые под микроскопом после особой обработки секрета (капля из уретры). У мужчин трихомонады вызывают катар мочеиспускательного канала, напоминающий гонорею, но чаще расценивают как банальное воспаление. У женщин трихомоноз сопровождается белями, связанными главным образом с воспалением влагалища. Иногда как у мужчины, так и у женщины трихомоноз протекает без каких-либо симптомов и обнаруживается лишь при особом исследовании.

И до сих пор продолжают спорить является ли трихомоноз венерическим заболеванием или нет. В прошлом полагали, что заражение трихомонозом наступает при купании, при непрямом контакте (в уборных) с загрязненными предметами или, наконец, что паразит может перейти из кишечника на половые органы. В настоящее время известно, что трихомонады очень чувствительны к неблагоприятным условиям внешней среды (колебания температуры, высыхание, перемены в составе среды и т. д.), вот почему заражение непрямым контактом следует считать невозможным. Обнаружено также, что кишечные трихомонады не имеют ничего общего с возбудителем заболеваний половых органов. В настоящее время преобладает мнение, что трихомоноз у человека передается исключительно половым путем, и его следует считать венерическим заболеванием. В отношении мужчин можно с уверенностью сказать, что заражение трихомонозом происходит только половым путем.

Для иллюстрации частоты трихомоноза могут послужить следующие данные: 8—50% негонококковых воспалений мочеиспускательного канала у мужчин обусловлено трихомонадами. В известных случаях при поголовном исследовании больших контингентов женщин в 25% случаев обнаруживается заражение трихомонозом.

Даже в тех случаях, когда обнаруживается трихомоноз у молодых, девственных девушек, надо думать, что вряд ли неполовой контакт имел в данном случае какое-либо значение. Все же, неполовое заражение у женщины исключить нельзя (например, одновременное использование одних и тех же туалетных принадлежностей, белья, унитаза или ночного горшка), однако, такого рода заражение трихомонозом считают более редким, чем заражение, например, гонореей или сифилисом. Известно также, что в 39—47% случаев повторное заражение трихомонозом у женщин наступает при половом сношении с мужчиной, который не лечился одновременно с заболевшей женщиной.

Необходимо подчеркнуть, что с эпидемиологической точки зрения особенно важно иметь в виду, что трихомоноз часто протекает без каких-либо симптомов, и в подобных случаях открыть возбудителя значительно труднее. Этот факт на практике обязывает при установлении трихомоноза у одного из партнеров проводить лечение одновременно и второго.

Трихомоноз обычно сопровождается смешанной (бактериальной и грибковой) инфекцией и потому может вызвать как у мужчины, так и у женщины такие же осложнения как и гонорея, однако здесь отсутствуют бурные явления. Следует иметь в виду, что трихомоноз играет важную роль в нарушениях половых функций мужчин и женщин. Механизм такого воздействия может быть различным.

Острое воспаление влагалища при трихомонозе может вызвать затруднения при половом сношении в связи с резким жжением, зудом и болями в области половых органов.

Бели при трихомонозе могут оказать влияние на подвижность сперматозоидов.

Сами трихомонады могут оказать влияние на половые клетки (сперматозоиды, яйцо, гаметы).

Осложнения при трихомонозе могут привести к полной закупорке семявыносящих протоков и яйцеводов и таким образом обусловить стойкое бесплодие.

В настоящее время трихомоноз успешно лечат с помощью флажила, трихомонацида и т. д. Для полного излечения, однако, необходимо своевременное обнаруживание заболевания и правильное лечение под контролем специалиста. Несмотря на относительную нетоксичность препаратов, не рекомендуется их применение во время первых трех месяцев беременности. Это обстоятельство лишней раз подчеркивает, что необходимо избегать „самолечения“ трихомоноза.

Сифилис и потомство. Несмотря на то, что сифилис является наиболее серьезным и опасным венерическим заболеванием, он редко приводит к расстройству детородной функции, что наблюдается исключительно редко, например, в третичном периоде сифилиса может наступить двустороннее поражение яичка у мужчины или яичников у женщины. Практически, однако, такого рода двусторонние поражения почти не встречаются.

С другой стороны, сифилис является одним из немногих инфекционных заболеваний, которые передаются плоду и либо убивают его, либо вызывают тяжелые и стойкие нарушения в развитии. Такую возможность всегда надо иметь в виду. Любая женщина, заболевшая сифилисом и не лечившаяся или не вылеченная, как правило, передает инфекцию плоду.

Сифилис не является наследственной болезнью т. е. поражение плода осуществляется не за счет предшествовавшего поражения генетического аппарата (яйца, сперматозоидов, хромозом и генов), а при заражении развивающегося в утробе матери зародыша.

Заражение плода больной матерью осуществляется гематогенным путем через плаценту, примерно на 4—5-ом месяце беременности. Заражение тем вероятнее, чем меньше интервал между заражением матери и наступлением беременности.

Из вышеупомянутого становится ясным, что заболевший сифилисом отец не может передать зародышу заразу через сперматозоиды. Это осуществляется лишь заражением матери, которая передает заразу плоду. Так как не каждый переболевший сифилисом мужчина может заразить женщину, становится ясным, что здоровый ребенок может родиться от здоровой матери и переболевшего сифилисом отца, однако, мать, родившая больного сифилисом ребенка, обязательно сама больна сифилисом.

В зависимости от того, когда мать заразилась сифилисом и насколько тяжело ее заболевание, нарушения в развитии зараженного ею зародыша весьма различны по форме, тяжести и срокам их проявления.

Во время ранней и активной стадии сифилиса матери наступает и массивное заражение плода, который погибает еще в утробе матери, и беременность заканчивается самопроизвольным выкидышем.

Спонтанный аборт, наступивший после четвертого месяца беременности, всегда должен наводить на мысль о возможном сифилисе.

В других случаях или же при повторной беременности той же женщины беременность может продлиться дольше и завершиться рождением мертвого плода.

При наступлении беременности в более поздние периоды сифилиса мать может родить живого ребенка, однако с различными проявлениями сифилиса.

В одних случаях они обнаруживаются сразу же после родов; в этом случае страдает общее развитие ребенка, имеются поражения внутренних органов (печени и т. д.), кожного покрова, костной системы, носа и т. п., характерные для раннего врожденного сифилиса. В других случаях родившийся ребенок внешне здоров или же имеются незначительные признаки, которые могут остаться и незамеченными, а истинная картина сифилиса развивается через 8—14 лет, когда появляются характерные симптомы со стороны костной системы, глаз, ушей, зубов и целого ряда других органов. В данном случае идет речь о т. наз. „позднем врожденном сифилисе“.

В прошлом, когда существовало широкое распространение сифилиса, а в будущем, в случае наступления нового увеличения заболеваемости сифилисом в связи с недостаточной выявляемостью таких больных, остающихся соответственно без лечения, врожденный сифилис у детей представлял и может представлять одну из тяжелейших трагедий для родителей, семьи и общества. Своевременное и правильное лечение больных сифилисом мужчин и женщин может обеспечить здоровое потомство переболевшим родителям. Во всех родильных домах введена практика исследовать на наличие сифилиса каждую беременную, ввиду того, что лечение заболевшей сифилисом беременной также может обеспечить рождение здорового ребенка. Вступающие в брак молодые люди должны провести добрачный медицинский осмотр, главное внимание при котором обращается на исследование в отношении наличия сифилиса. Государство и медицинские органы принимают все меры, ограничивающие возможность передачи сифилиса потомству.

К сожалению, не все вступающие в брак смотрят с достаточной серьезностью на все эти меры предохранения, а те органы здравоохранения и административные власти, которые пренебрегают или не соблюдают всех необходимых в этом отношении мер, совершают преступление.

ПРЕДОХРАНЕНИЕ ОТ ПОЛОВОГО ЗАРАЖЕНИЯ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

При случайном или сомнительном половом контакте в целях предотвращения заражения венерической болезнью очень давно использовали и в настоящее время используют различные методы и средства, а именно — презервативы, подмывание половых органов (мылом и водой), смазывание их после полового сношения различными антисептическими средствами. Все эти средства имеют относительное значение, на них нельзя рассчитывать абсолютно. Некоторые из упомянутых средств, как, например, подмывание, и в особенности использование антисептических средств, кроют даже некоторую опасность (возможность развития асептического воспаления или завуалирование наступившего заражения).

Очень важным вопросом в современной венерологии является завуалирование начальных симптомов венерической болезни, в частности сифилиса, путем массового применения антибиотиков. Вряд ли существует в наше время человек, который по поводу различных заболеваний не использовал умеренные дозы антибиотиков (пенициллина и др.). Все эти антибиотики оказывают влияние на возбудителя сифилиса. Иногда заразившийся венерической болезнью нуждается в антибиотическом лечении, однако дозировка антибиотика может оказаться недостаточной для излечения венерической болезни, но приведет к завуалированию начальных симптомов этой болезни. Такого рода случаи встречаются совсем не так редко и создают много затруднений в распознавании венерического заболевания и ухудшают его прогноз.

НАРУШЕНИЯ СПОСОБНОСТИ К СОВОКУПЛЕНИЮ В СВЯЗИ С ВЕНЕРИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ

Половая жизнь, в частности способность к совокуплению (в особенности у мужчины), и венерические болезни связаны в один порочный круг. С одной стороны, чем более активна половая жизнь, тем выше риск заражения венерической болезнью. С другой стороны, то или иное венерическое заболевание может вызвать резкие нарушения в способности к совокуплению. Механизмов возникновения этих нарушений много.

Как уже было сказано, нормальная способность к совокуплению обуславливается целым комплексом факторов: нормально развитыми половыми органами, нормальной гормональной функцией, нормальным общим состоянием организма. В этом отношении у мужчины для довершения нормального полового акта решающее значение имеет эрекция, полное напряжение (затвердение) полового члена, своевременная эякуляция, которая должна наступить ни слишком рано (преждевременно), ни чересчур поздно. Любое отклонение от нормы в отмеченных этапах полового акта отражается в той или иной степени на сознании и самочувствии партнера (обычно у мужчины), вызывая иногда лишь временные смущения, а иногда тяжелые расстройства в личной жизни, в семье и социальном поведении индивида.

Имеется еще много других факторов, которые играют роль в обеспечении нормального, активного полового сношения. Кроме естественного полового нагона, целый ряд внешних факторов могут вызывать, поддерживать, активировать или тормозить половую жизнь; здесь следует иметь в виду качества и поведение партнера, среду, в которой человек живет, объективные условия для спокойного осуществления полового сношения, создание привычки, близости и контакта с партнером, последствия и ответственность, с которыми может быть связан половой акт и т. д.

На всех этих вопросах мы уже остановились в соответствующих разделах книги.

Здесь мы остановимся на некоторых звеньях нормального полового сношения и на затормаживающем влиянии, которое могут оказать венерические болезни.

Нормальное половое возбуждение возникает в результате воздействия целого ряда внешних и внутренних раздражителей в сфере воздействия на осязание, зрение, слух, обоняние, вплоть до воображения. В конечном счете, однако, половое сношение является нервно-рефлекторным актом, при котором раздражения, поступающие с определенных зон половых органов, передаются по нервным путям и обуславливают проведение обратных импульсов. Характерными и специфическими анатомическими участками, которые чаще всего и наиболее вероятно дают начало раздражению, ведущему к либидо, эрекции, совокуплению, оргазму и эякуляции, это т. наз. эректогенные зоны. Это те зоны в половой системе, в которых находятся специфические для полового ощущения окончания и рецепторы.

У мужчины имеется передняя и задняя эректогенные зоны. Передняя эректогенная зона находится в головке полового члена. В этой анатомической зоне расположены нервные окончания и, по всей вероятности, особые нервные органониды, связанные с нервными волокнами, передающие раздражения с головки полового члена в нервную систему и рефлекторным путем вызывающие расширение кровеносных сосудов пещеристых тел полового члена и таким образом — кровенаполнение, увеличение размеров и затвердение члена (эрекцию).

Задняя эректогенная зона находится в задней части мочеиспус-

тельного канала. В этой части различают три участка: передний — находится между передним сфинктером и началом следующего участка, который расположен в самой предстательной железе и задний — у места перехода мочевого канала в мочевой пузырь. В участке, который находится в самой предстательной железе (проходящей через предстательную железу), расположены очень важные анатомические и физиологические образования. Здесь находится т. наз. семейной бугорок. В середине бугорка имеется небольшое углубление (утрикул предстательной железы), в котором расположены отверстия семявыносящих протоков и железистых образований предстательной железы. Вся вышеописанная зона богато снабжена нервными окончаниями и нейрорецепторами. Вся структура заднего отдела моченспускательного канала объясняется особо важной ролью, которую она играет в половой жизни. Исследование и лечение заболеваний этой зоны требует особого умения.

Наличие двух эректогенных зон связано с некоторыми физиологическими особенностями, играющими важную роль в половой жизни и целом ряде сексуальных расстройств. Так, например, местоположение передней эректогенной зоны на головке полового члена объясняет возможность получения эрекции при легком, ритмичном раздражении этой зоны (при онанизме и желании вызвать половое возбуждение). Это также объясняет необходимость ритмичного трения полового члена во влагалище при половом акте. Задняя эректогенная зона объясняет спонтанную эрекцию при полном мочевом пузыре (главным образом утром, в кровати до первого мочеиспускания). Раздражителем здесь является сама моча, оказывающая давление на эту зону. Наличие задней эректогенной зоны объясняет также появление эрекции при верховой езде, при ритмичном надавливании в области промежности, при исследовании предстательной железы (тушировании) через задний проход и т. д.

О наличии аналогичных эректогенных зон у женщины говорить не приходится. Все же клитор (см. рис. 18) подлжит эрекции при ритмичном раздражении, которое вызывает половое влечение, сопровождается напряжением клитора и приводит к оргазму. Онанизм у женщин осуществляется при раздражении (рукой или предметом) именно этой зоны. Раздражение сосков грудных желез также вызывает половое влечение, так как также являются эректогенными зонами.

Раздражения, которые исходят из упомянутых зон, прежде чем трансформироваться в половое возбуждение, эрекцию, эякуляцию, оргазм передаются по нервным разветвлениям в центральную нервную систему, минуя периферические нервы, спинной мозг, и возвращаются обратно к половым органам.

Как уже было сказано выше, раздражения, которые приводят к половому возбуждению, могут исходить и из других рецепторов — зрительных, обонятельных, слуховых, тактильных и т. д.

Остановимся на вопросе — в каких случаях и каким образом венерические болезни или имитирующие их невенерические заболевания половых органов могут играть роль факторов, затормаживающих или изменяющих половое возбуждение, нарушающих способность к совокуплению у мужчины и частью у женщины?

Влияние гонококковых и негонококковых катаров моче-половых путей и их осложнений на способность к совокуплению. Все воспалительные процессы моче-половых путей, независимо от их возбудителя (гонорея, трихомоноз, кокковые инфекции и т. д.), могут вызвать различные нарушения половых функций, различающиеся по локализации процессов, продолжительности

и тяжести заболевания; анатомическим изменениям тканей, характеру субъективных симптомов (болей) и отражению этих процессов на нервной системе больного.

Воспалительные процессы в области передней эректогенной зоны (головка полового члена) могут вначале сопровождаться повышением полового возбуждения, очень быстрой эякуляцией, даже до наступления полной эрекции и до получения оргазма женщиной. Когда воспалительный процесс сопровождается болями, совершение полового акта вообще невозможно. При хронических воспалительных заболеваниях в области передней эректогенной зоны, в особенности при заболеваниях, связанных с атрофическими и др. стойкими изменениями в этой зоне, способность к раздражению снижается и доходит до полной анестезии и невозможности получения эрекции при раздражении этой зоны.

Врожденный или приобретенный фимоз является препятствием к совершению полового акта из-за появления болезненности или же половое сношение затрудняется в связи с прикрытием эректогенной зоны.

Короткая уздечка головки члена может также стать препятствием для нормального полового акта. При эрекции она подвергается растяжению, может разорваться, вызвать кровотечение, а появившиеся боли затормаживают половое возбуждение. Короткая уздечка в некоторых случаях связана с конституциональным, врожденным недоразвитием половых органов и является известным указанием на врожденную половую слабость.

Несмотря на все вышесказанное, роль воспалительных процессов в области головки полового члена в нарушениях половых функций у мужчины не следует переоценивать, однако всегда они должны настораживать как врача, так и больного. Большинство воспалительных процессов в этой области (баланиты и баланопоститы) поддаются легко лечению и быстро проходят, не оставляя каких-либо отражений на половых функциях. Очень часто причиной такого рода воспалений оказываются различные кожные заболевания (экзема, псориаз, красный плоский лишай, грибковые заболевания и т. д.). Эти заболевания оказывают различное влияние на половые функции, обычно они временны и быстро проходят. Особого внимания в данном случае заслуживает грибок молочницы, вызывающий хронический воспалительный процесс, лечение которого долгое время может быть безуспешным из-за неправильно поставленного диагноза. Именно в подобных случаях заражается и женщина или же она уже больна грибковым заболеванием, что создает дополнительные трудности в лечении, если не соблюдать принцип необходимости одновременного лечения обоих партнеров.

Хроническое или часто рецидивирующее грибковое заражение половых органов может оказать влияние на половые функции не только в связи с болями и воздействием на эректогенные зоны, но и в связи с тем обстоятельством, что в значительном числе случаев такого рода заражение встречается у больных диабетом, который сам по себе вызывает нарушения способности к совокуплению. При любом хроническом (неподдающемся лечению) воспалении половых органов мужчины и женщины необходимо провести исследования на наличие сахарного диабета. Нередко диабет обнаруживается именно при таких исследованиях.

Бородавчатые разрастания на наружных органах (т. наз. венерические бородавки) вначале своего появления могут сопровождаться повышением полового возбуждения. Далее, вследствие их разрастания, они могут представлять механическую помеху для нормального полового сношения.

Заболевания пещеристых тел мужского полового члена также иногда приводят к нарушениям в способности к совокуплению у мужчин. При воспалении пещеристых тел (т. называть каверниты) нарушения связаны с болезненностью. Пластическое затверждение пещеристых тел тоже может вызвать нарушения в способности к совокуплению? это либо с наличием болей, либо с искривлением полового члена при эрекции. Оба заболевания хорошо поддаются лечению, однако нарушения в половом акте вплоть до полового бессилия могут быть связаны со страхом и психической подавленностью, нередко встречающихся в данном случае.

Очень часто более стойкое и более тяжелое отражение на способность к совокуплению, на половую потенцию оказывают хронические воспалительные процессы, локализованные в задней части мочеиспускательного канала; здесь идет речь главным образом о хронической гонорее и хронических негонokokковых катарах.

В связи с анатомическими особенностями заднего отдела мочеиспускательного канала у мужчин, хронические воспаления в этой области могут протекать в различных формах, напоминать разные заболевания, что следует иметь в виду в целях своевременного диагностирования и правильного лечения.

Как острый, так и хронический уретрит поражают заднюю эректогенную зону и вначале приводят к повышению половой возбудимости, вызывающей преждевременное извержение семени. Далее это хроническое воспаление иногда обуславливает снижение половой возбудимости и даже относительную или полную импотенцию.

Особой формой уретрита, часто сопровождающейся нарушениями половой потенции, является т. наз. конгестивный уретрит, который характеризуется стойким кровенаполнением и легким отеком слизистой заднего отдела уретры. Это наступает при длительном половом возбуждении не сопровождающемся удовлетворением, при длительно чередовавшихся прерванных половых сношениях, при онанизме, половых излишествах, злоупотреблении спиртными напитками и пикантной пищей, при хроническом запоре, длительных или бытовых (верховая езда) травмах и т. д. Мало известным, но важным симптомом конгестивного уретрита является неполное опорожнение мочевого пузыря при мочеиспускании с отсутствием чувства полного облегчения, что сопровождается последующим выделением нескольких капель мочи из уретры, приводящим к загрязнению белья. При конгестивном уретрите иногда наблюдаются следующие нарушения: сперматорея и простаторея¹, частые поллюции без наличия эротических представлений и полового возбуждения, преждевременная эякуляция при опыте полового сношения, боли, исходящие из задней части уретры, иррадиирующие (отражающиеся) в различные направления. Во врачебной практике такой комплекс вышеупомянутых симптомов неправильно обозначают термином „половая неврастения“.

Поставить диагноз конгестивного уретрита не всегда легко. Это обеспечивается внимательным анализом субъективных симптомов, объективных данных и уретроскопией. В практике часто конгестивный уретрит принимают за простатит, а эта ошибка ведет за собой и неправильное лечение, так как методы лечения хронического простатита не приводят к излечению конгес-

¹ Сперматорея — спонтанное выделение из мочеиспускательного канала семенной жидкости, чаще всего после опорожнения кишечника или мочеиспускания, несопровождающееся половым возбуждением. Простаторея — выделение при тех же условиях секрета предстательной железы.

тивного уретрита. В данном случае необходимо соблюдать диетический режим, режим полового воздержания. Назначаются общие средства для снижения кровенаполнения, вводятся лекарственные препараты при помощи зонда в задний отдел мочепускающего канала (т. наз. инстилляция).

Другой особой формой, вариантом или осложнением хронического заднего уретрита является т. наз. к о л л и к у л и т. В данном случае преобладают изменения со стороны семенного бугорка (см. рис. 15). Колликулит характеризуется специфической симптоматикой, разве что может быть боль во время извержения семени, т. наз. с п е р м а л ь н а я к о л и к а. Заболевания диагностируют при помощи задней уретроскопии. Некоторые авторы считают, что вообще при хронических уретритах половые нарушения наступают главным образом или исключительно в связи с поражением семенного бугорка. При лечении этого заболевания в прошлом применяли некоторые средства и способы, приводящие к дегенерации эпителиальной оболочки семенного бугорка. В настоящее время для этой цели можно применять более легкие средства (инстилляции кортизоновых препаратов в задний отдел уретры).

Нельзя сомневаться, что наиболее часто встречающимся осложнением хронического уретрита является х р о н и ч е с к и й п р о с т а т и т. Однако хронический простатит возникает и без предшествовавшего ему уретрита — по кровеносному пути или при распространении воспалительного процесса от почек и мочевого пузыря в направлении к предстательной железе. Диагноз хронического простатита ставят после пальцевого исследования (через задний проход, массажа железы и исследования под микроскопом выделенной через мочепускающий канал капли). Из-за особого анатомического устройства предстательной железы однократное исследование указанным способом может быть недостаточным для выяснения диагноза, что требует повторного исследования. Однако надо иметь в виду, что диагностирование заболевания на основании одних лишь жалоб пациента неправильно и может привести к ошибкам.

Хронический простатит проявляется нарушениями в мочеиспускании (жжение и боли к концу мочеиспускания, частое мочеиспускание и частые позывы к мочеиспусканию). Кроме того, больные жалуются на стреляющие боли в области промежности, чувство тяжести в заднем проходе или ощущение в нем инородного тела. Иногда наблюдаются общие симптомы (общее недомогание, головная боль, депрессия, невротическая симптоматика).

Хронический простатит может сопровождаться следующими нарушениями половых функций: сперва половое влечение может быть усилено, но позже появляются целый ряд других симптомов (простаторея, сперматорея, преждевременная эякуляция, недостаточная эрекция, отсутствие эрекции при сохранении либидо).

Механизмы возникновения всех этих жалоб при хроническом простатите все еще невыяснены. Полагают, что снижение мышечного тонуса предстательной железы связано с общим токсическим воздействием хронического инфекционного очага в самой железе и с нарушениями внутренней секреции предстательной железы. В данном случае наиболее вероятно следует считать нарушение рефлекторной деятельности. Очаг заболевания посылает в центральную нервную систему непрерывные ингибирующие импульсы. Подобное ингибирующее влияние оказывает и сама мысль о собственном заболевании полового аппарата, страх от предполагаемого наличия неизлечимого венерического заболевания, постоянные боли и патологические ощущения в области половых органов.

Роль нервной системы в развитии половых нарушений при хроническом простатите чрезвычайно велика. Наши собственные исследования подтверждают это мнение. Хронический простатит может существовать без каких-либо жалоб и совершенно необязательно при этом заболевании наличие нарушения половых функций. При исследовании 150 мужчин, которые не имели никаких жалоб, мы в 43% обнаружили наличие хронического простатита. Эти данные указывают на то, насколько врач должен быть внимательным при исследовании больного. Нередко сам врач может обратить внимание больного на состояние его предстательной железы, на опасности, связанные с этим состоянием, на жалобы и половые нарушения.

Большого умения, истинного искусства требует диагностирование хронического простатита и других воспалительных процессов заднего отдела моче-половой системы мужчины, а также выяснение связи этих состояний с нарушениями половых функций, и в особенности их лечение.

В такого рода случаях в практике не только сами больные, но и врачи склонны допускать ошибки, схематизируя данные о заболевании и лечение. Наиболее часто встречающейся ошибкой является склонность таких врачей считать любое нарушение в области задней части мочеиспускательного канала простатитом, в связи с чем без выяснения точного диагноза они приступают к лечению антибиотиками, рассчитывая лишь на их действие. Крайне неприятны ошибки при оценке результатов бактериологического исследования.

После установления воспалительного процесса в заднем отделе мочеиспускательного канала и выяснения формы заболевания (уретрит, конгестия, колликулит, простатит и т. д.) необходимо провести бактериологическое исследование для уточнения возбудителя болезни. Не следует, однако, забывать, что, кроме гонококков, трихомонад и грибов, обнаружение которых в большинстве случаев не только выясняет причину заболевания, но и позволяет определить его лечение, встречаются и другие возбудители (кокки), не всегда имеющие отношение к заболеванию данного больного. Следует помнить также, что при исследовании любой уретры, даже при нормальном состоянии моче-половой системы, изолируют кокки, которые в большинстве случаев оказываются обычными и безвредными обитателями этих органов, а это, со своей стороны, затрудняет правильное назначение лечения.

При лечении хронического воспаления (при любой его форме) заднего отдела мочеиспускательного канала используются, естественно, и антибиотики, но, разумеется, лишь как часть комплексного общего и локального лечения, которое следует индивидуализировать в каждом конкретном случае. Кроме того, назначаются различные препараты (гормоны и т. д.), стимулирующие половые функции, однако к этому приступают лишь после исчезновения симптомов воспаления. Несвоевременное применение этих средств может привести к совершенно нежелательным результатам.

Везикулит представляет воспаление семенных пузырьков. Эта форма воспаления половой системы мужчины характеризуется появлением крови в семенной жидкости. Заболевание встречается редко, обычно возбудителем является туберкулезная палочка, реже другие микробы. Везикулит может оказать влияние на способность к оплодотворению, на половую потенцию (вследствие сочетания с простатитом или в связи с нервно-психическим эффектом появления крови в сперме).

Парапростатопатия представляет хроническое воспаление, протекающее с образованием сращений вокруг предстательной железы. Заболевание мало известно врачам. При исследовании моче-половой системы больного не обнаруживают никаких изменений, и в виду того, что жалобы

сводятся к неопределенным болям в области предстательной железы и в нижней части живота, обычно их считают неврастеническим проявлением. Постоянная боль в области половых органов иногда приводит к нарушениям половой потенции.

Болевые синдромы в области моче-половых органов иногда представляют значительное препятствие к нормальной половой жизни, вот почему им надо уделять особое внимание.

Любая резкая боль и даже более слабая, но постоянная, локализованная в той или иной части тела, подавляет эрекцию и желание к половому акту. Вполне понятно, что это воздействие гораздо сильнее, когда боль исходит из области половых органов, появляется или усиливается во время полового акта.

Разумеется, любая боль воспринимается по-разному разными людьми, что зависит от состояния нервной системы. Некоторые больные переносят боль, сопровождающую воспалительные процессы, легко, и она не вызывает у них каких-либо нарушений. У другой категории больных главной жалобой является боль, которая не исчезает и после выздоровления воспалительного процесса. Болевой синдром иногда является результатом чисто психического воздействия при возникновении страха возможного заражения венерической болезнью, при самовнушении о наличии катара, простатита и т. п. Это обстоятельство, однако, не позволяет считать каждого, у которого имеются половые расстройства и боли, неврастеником. Первой обязанностью врача при исследовании больного с нарушениями половых функций (с наличием болевого синдрома или без него) провести тщательное исследование самого больного, включительно и в направлении парапростатопатии, конгестивного уретрита, проверить также состояние находящихся по соседству с половыми органами других органов и систем в целях выяснения причины болей (грыжа, аппендицит, почечнокаменная болезнь и т. д.).

Из вышеупомянутого следует, что при любом воспалительном или каком бы то ни было другом заболевании моче-половой системы наблюдаются почти одинаковые расстройства половых функций и общие невротические симптомы.

В начальных, и в особенности в острых стадиях всех перечисленных воспалительных процессов моче-половых органов, наблюдаются чаще симптомы повышенного полового возбуждения, однако половой акт и эякуляция могут сопровождаться болями. В более поздних стадиях и при хронических формах наблюдаются те или иные нарушения половых функций вплоть до полного полового бессилия.

Первым симптомом наступающих нарушений является преждевременная эякуляция. Вместе с этим появляется и спонтанное семяистечение (сперматорея) и простаторея, главным образом после опорожнения кишечника или мочеиспускания. Эрекция становится неполной, а оргазм недостаточным. Возникают боли и неопределенные, необычайные ощущения (парестезии) после извержения семени. Сама эякуляция не сопровождается толчками, в связи с чем семенная жидкость вытекает медленно. Обычно либидо сохраняется, но эрекция ослабевает почти до полного исчезновения. Эти явления сопровождаются различными симптомами невроза. Неуспешные попытки к осуществлению полового акта создают дополнительный страх перед новой попыткой еще больше расстраивают половую жизнь больного.

Несмотря на то, что вышеописанные половые нарушения очень серьезны и особенно неприятны, именно они легче всего поддаются лечению при правильно поставленном диагнозе и своевременном лечении.







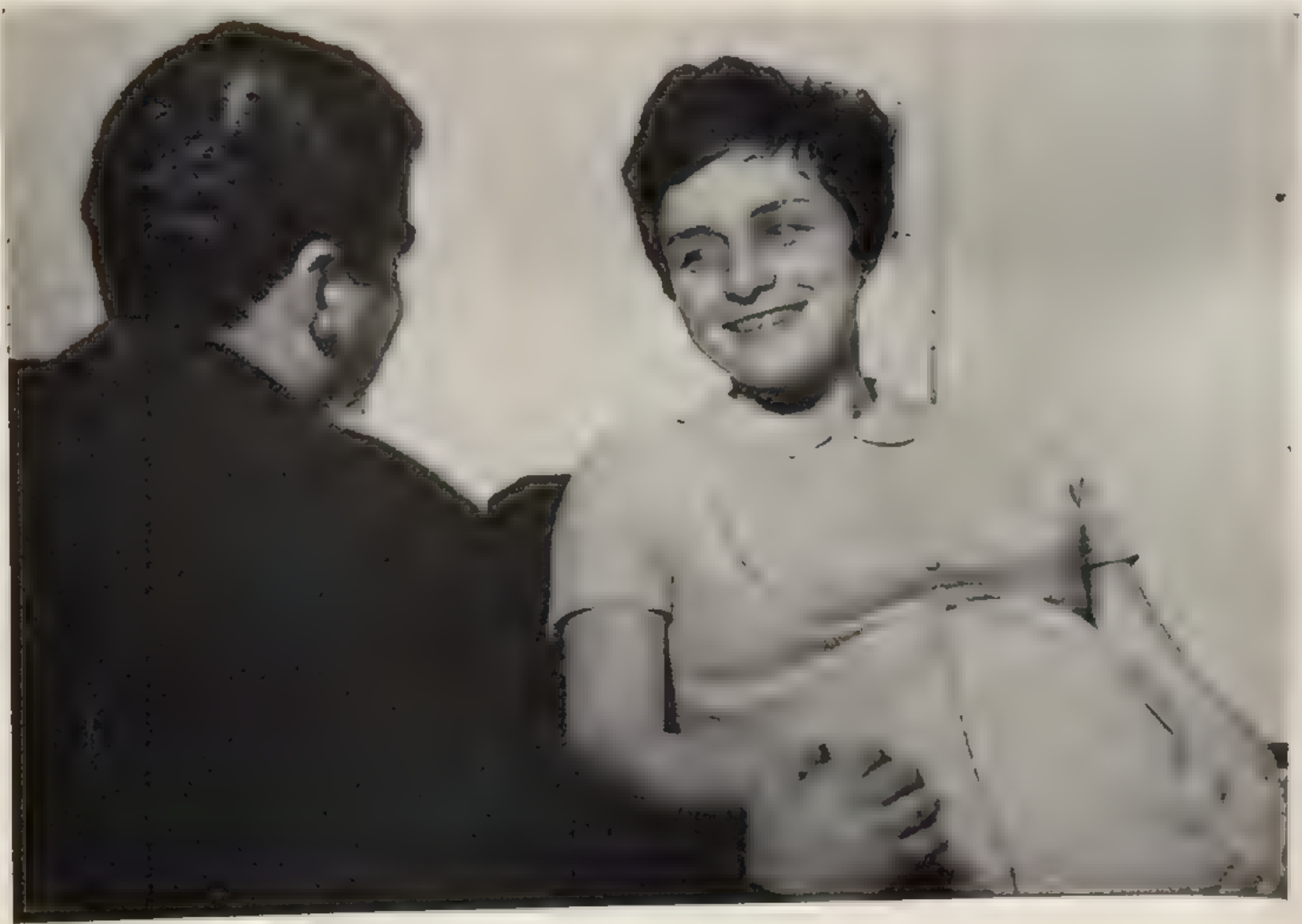
























К
чины
иметь П
перед
важно
ющие
сопро
систе
при
а при
тивн
физи
Кром
перн
бедер
тов.
кото
наст
и вр
лое
кото
лис
Гора
сом
сопр
спин
пора
ческ
нне
шев
цен
Про
му
др.
цен
вре
на
сл
и
до
ша
фо
25 г

Кроме особых мер лечения, в отдельных случаях, в зависимости от причины и локализации заболевания, всегда как врач, так и больной должны иметь в виду следующие общие правила лечения:

Проведение тонического лечебного массажа предстательной железы нередко вполне достаточно для того, чтобы дать первый толчок к улучшению.

Не надо спешить с применением половых гормонов. В первую очередь важно выяснить точно состояние моче половых органов и устранить существующие аномалии. Это особенно важно в случаях, когда половые нарушения сопровождаются нормальным либидо.

Использование лечебных препаратов в целях воздействия на нервную систему всегда полезно, но оно не должно быть шаблонным. Так, например, при наличии сверхвозбуждения надо назначать успокаивающие средства, а при депрессивных состояниях — психотонические препараты, при вегетативной дистонии — т. наз. ваголитические или симпатиколитические средства.

Существенную роль при лечении половых нарушений у мужчины играют физиотерапевтические процедуры (ванны, электризация, диатермия и т. д. Кроме того, рекомендуют ежедневные перед сном фрикции холодной водой перигенитальных частей (нижней части живота, внутренней поверхности бедер близ половых органов, области поясницы и крестца).

Лечение половых нарушений часто требует участия разных специалистов. Однако и в этих случаях лечащий врач должен быть один и тот же — тот, которому больной верит, и который будет для него не только врачом, но и наставником и советником.

Влияние сифилиса на способность к совокуплению. Как приобретенный, так и врожденный сифилис вызывают такие поражения половых органов (тяжелое повреждение полового члена, двусторонняя дегенерация половых желез), которые становятся непреодолимым препятствием для полового акта. Сифилис редко приводит к половому бессилию, поражая эндокринные железы. Гораздо чаще половые расстройства наблюдаются при поражении сифилисом центральной нервной системы.

Непроведенное до конца лечение или недостаточное лечение сифилиса сопровождается различными поражениями нервной системы (головного и спинного мозга — прогрессивный паралич, спинная сухотка, очаговые поражения головного и спинного мозга).

Иногда при прогрессивном параличе (сифилитическое психопатологическое состояние) в начальных стадиях болезни наблюдается резкое повышение полового возбуждения; это объясняется как нарушением взаимоотношений между корой головного мозга и глубоко расположенными мозговыми центрами, так и общей эйфорией и повышенным самочувствием больных. Прогрессирование болезни приводит к полной деградации личности и половому бессилию.

Половые нарушения при сифилисе спинного мозга (спинная сухотка и др.) встречаются гораздо реже. В результате раздражения спинномозговых центров эрекции и эякуляции вначале сравнительно редко наступает преждевременная эрекция и раннее извержение семени. У этих больных иногда наблюдается длительная и болезненная эрекция (приапизм). В большинстве случаев в начальных стадиях спинной сухотки проявляется половое бессилие и может быть первым признаком болезни. Половое влечение сохраняется долго, однако с прогрессированием заболевания состояние больного ухудшается и доходит до полного полового бессилия.

Гораздо реже нарушения половых функций появляются при очаговых формах сифилиса (гумма, сифилитическое поражение кровеносных сосудов

и мозговых облочек) и то в том случае, когда поражаются центры мозга, которые регулируют половое возбуждение и эрекцию, или происходит прерывание нервных разветвлений, которые проводят половые раздражения.

ПОЛОВАЯ ЖИЗНЬ И ВЕНЕРОФОБИЯ

Венерофобия это состояние глубокой убежденности некоторых мужчин и женщин в том, что они больны венерической болезнью при отсутствии каких бы то ни было симптомов заболевания. Венерофобия является тяжелым заболеванием, обусловленным страхом, стыдом, чувством виновности. В сущности, это не самостоятельное заболевание, а симптом целого ряда невротических (невроз страха, навязчивые состояния) или психотических (бредовых) состояний.

Страдающие венерофобией обращаются к врачу по поводу необыкновенных жалоб: в одних случаях они описывают необычные ощущения со стороны половых органов, другие жалуются на головную боль, бессонницу, боли или зуд в носу; иногда они рассказывают о сыпях, о том, что их кожа издает необычный запах или имеют чувство, что их ткани „распадаются“. Это больные, которые упорно подвергаются самонаблюдению с утра до вечера, с зеркалом в руках, замечают разные аномалии кожи и собственного тела, склонны обнаруживать всевозможные дефекты. Они всматриваются в развитие своих собственных детей, вслушиваются в жалобы супруга (или супруги) и склонны связать любые жалобы с несуществующей венерической болезнью.

Причины появления венерофобии могут быть разные.

Чаще всего это наблюдается после случайного, подозрительного полового контакта или при бытовых контактах с лицами, у которых быть может имеется венерическое заболевание; разумеется, никаких признаков венерической болезни нет, но боязнь, страх ведут больного по пути венерофобии. В ее развитии и форме играют роль общая культура и сведения о венерических болезнях, прочитанные случайно книги и плохо понятые книги, брошюры и статьи, безответственные разговоры с друзьями, знакомыми, неосторожные высказывания врачей и т. д. В первую очередь здесь, конечно, надо иметь в виду некоторое невротическое или психотическое предрасположение, так как далеко не все люди, имевшие случайный или сомнительный половой контакт, получают венерофобию.

В некоторых случаях существующее или перенесенное в прошлом банальное невинное заболевание (воспаление) половых органов воспринимается больным ненормально (ультрапарадоксально), его значение очень превышает и, таким образом, возникает страх заражения венерической болезнью.

Есть и категория больных, которые на самом деле перенесли венерическое заболевание, находились на лечении и полностью вылечены, однако в свое выздоровление не верят.

Кроме того, иногда, хотя и редко, некоторые заболевания нервной системы проявляются венерофобией на фоне другой органической симптоматики и невроза страха.

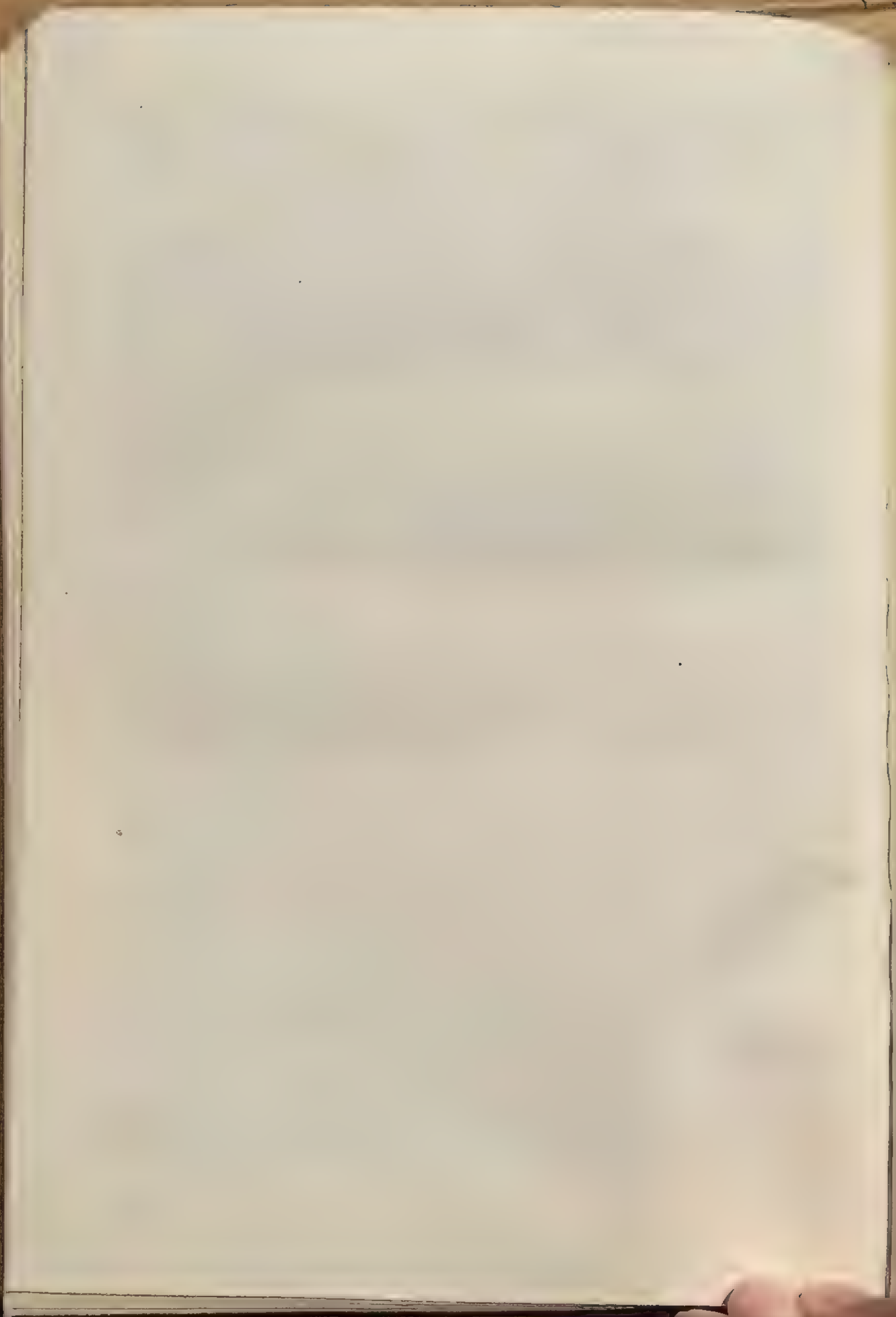
Нам вновь хотелось бы остановиться на роковой роли, которую иногда играет врач в возникновении венерофобии. Когда идея о наличии венерической болезни исходит от самого врача, мы говорим об ятрогении. Врач является специалистом, ему верят, он пользуется авторитетом. Однако врач не всегда все знает и все может. Вот почему, не имея достаточного опыта и знаний,

без тщательного осмотра больного врач не должен делать категорических высказываний.

По вопросу о венерофобии можно еще долго говорить. Мы здесь остановились на роли венерофобии, на ее влиянии на половые функции, на брак и семью.

Вполне естественно, что страдающий венерофобией избегает половых сношений, не получает удовлетворения и таким образом, вызывает дополнительное торможение своей половой способности. Венерофоб-холостяк избегает вступления в брак из-за боязни передать воображаемую заразу своей супруге и создать большое потомство. В семье венерофобия часто создает нетерпимые отношения между супругами, становится постоянным источником чувства стыда и виновности, создает вокруг атмосферу подавленности, может отразиться на состоянии других членов семьи и вызвать расстройство в семейной жизни.

Венерофобия — излечимое состояние, несмотря на то, что лечение иногда довольно трудно. При исследовании венерофоба в силе правило, что „судьба больного зависит от первого осмотра“. Именно еще при первой встрече с больным врач должен внимательно выслушать больного, проявить терпение, чуткость и серьезно отнестись к жалобам больного. Необходимо, кроме того, провести тщательный осмотр и дополнительные лабораторные исследования. Лишь после всего этого можно приступить к убеждению больного, что у него нет венерической болезни.



ЧАСТЬ III

СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ПОЛОВОГО ВОПРОСА

В
дене
движу
поним
ство
произ
метов
ство
ком
водит
значе
общес
ния
вития
ниям
ний,
социа
Г
ствен
ванля
выми
ми до
точно
сегод
орган
а так
дей,
ных
Д
полн
стане
шлен
ненн

имее
естес

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ

В предисловии к первому изданию своей знаменитой книги „Происхождение семьи, частной собственности и государства“ Ф. Энгелс анализирует движущие силы человеческого общества. Исходя из материалистического понимания того, что определяющим моментом в истории является „производство и воспроизводство непосредственной жизни“, он подчеркивает, что это производство имеет двойной характер: производство средств жизни, предметов питания, одежды, инструментов и пр., с одной стороны, и „производство самого человека, продолжение его рода“, с другой стороны. В историческом развитии общества параллельно с ростом материальных благ и производительных сил труда способ материального производства приобретает значение и превращается в главный фактор, в главную движущую силу общества и общественного порядка. В связи с этим семейно-половые отношения отнюдь не теряют своего огромного значения для существования и развития человеческого общества. Наряду с производственно-трудовыми отношениями они остаются одними из самых главных человеческих взаимоотношений, в которых проявляется как биологическая природа человека, так и его социальная сущность.

Поэтому вызывает недоумение тот факт, что если трудовые и производственные отношения уже давно стали объектом серьезного научного исследования со стороны материалистической марксистской науки, то семейно-половыми отношениями, их биологической основой и социальными проявлениями до сегодняшнего дня необоснованно пренебрегают, и они остаются недостаточно изученными. Это противоестественное состояние становится нетерпимым сегодня, когда особо возрастает необходимость построения руководства и организации общественных явлений, взаимоотношений на научных основах, а также решения их задач не стихийно, сообразно положениям отдельных людей, а при помощи научных методов и средств, на основе научно установленных фактов с целью исключения любого субъективизма.

Мы попытаемся рассмотреть социальные проблемы половой жизни, полностью сознавая слабости и неполноту нашей работы. И если все же она станет поводом и толчком к рассмотрению поставленных вопросов, к размышлению о них, мы будем считать нашу задачу в значительной степени выполненной.

ИСТОРИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ПОЛОВЫХ И СЕМЕЙНЫХ ВЗАМОТНОШЕНИЙ

ОБЩЕСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ

Половой инстинкт, т. е. инстинкт продолжения человеческого рода, имеет огромное значение как биологический механизм, обеспечивающий естественное и непрерывное воспроизводство людей. Без его постоянной

реализации в жизни существование общества практически невозможно. Поэтому *К. Маркс* и *Ф. Энгельс* указывали в „Немецкой идеологии“, что первой предпосылкой любой социальной истории является необходимость „существования живых индивидов, которые вступают во взаимоотношения с остальной природой“.

Действие полового инстинкта человека, как и других животных, составляющих огромную группу млекопитающих, осталось в продолжении тысячелетий почти неизменным. Это система безусловных рефлексов, которые выражают генетически predetermined и детерминированную устойчивость вида при существующих условиях на земле. Функционирование половых желез, половой акт, оплодотворение, стадии развития эмбриона, рождение ребенка — все это, несомненно, происходит таким же образом, как происходило тысячу лет тому назад или даже еще раньше — сто тысяч лет тому назад. Само действие эволюции существенным образом не изменило за отмеченный период этой глубокой традиции жизни.

Биологически „технология“ воспроизводства людей остается почти неизменной даже в условиях наиболее глубоких переходных периодов из одной исторической эпохи в другую. Инстинкт сам по себе полностью безразличен к социальной системе. Однако сама социальная система никогда не является безразличной к объективной реализации инстинкта. Не изменяя его существенных устойчивых биологических механизмов, она начинает его использовать и регулировать с точки зрения определенной ценностной и культурной ориентации.

Животные обладают чисто инстинктивными сексуальными формами общения. Процесс воспроизводства индивидов, также как и регуляция отношений между двумя полами, происходит по одному биологическому стереотипу, который наследственно детерминирован. У людей инстинкт находится во взаимодействии с определенными социальными факторами. Он вплетается в рамки данной общественной системы. „Производство жизни, — пишут *К. Маркс* и *Ф. Энгельс*, — как с помощью собственного труда, так и посредством чужого рождения — одновременно проявляется как двоякое отношение: с одной стороны, как природное, а с другой — как общественное отношение.“

Эта постановка вопроса подчеркивает сложность проблемы. Сексуальные отношения в обществе, с одной стороны, биологичны, а с другой — социальны. Они охватывают многие аспекты жизни и в конечном счете обеспечивают постоянное воспроизводство людей. Сексуальные взаимоотношения в рамках общества всегда в той или иной степени и форме социализируются. Это является соподчинением механизмов биологического поведения человека принципам норм, присущим культуре.

Сексуальные взаимоотношения в обществе всегда являются объектом социального контроля, сознательной общественной регуляции. Таким образом они становятся социализированными, т. е. получают новую, дополнительную характеристику. Животные в природе не знают подобной регуляции своих сложных, полученных по наследству инстинктов.

Социальный контроль является системой „мер, способов внушения и убеждения, предписаний и запретов“, с помощью которой осуществляется „конформизм“ членов данной социальной группы или всего общества. Отсутствие такой регуляции означает разделение общества на ее составные части. Социальный контроль всегда основывается на действии санкций. Последние в общем социологическом смысле означают „реакцию группы против поведения индивидов в социально значимых ситуациях“ жизни.

По содержанию санкции могут быть негативными (т. е. наказание, принуждение) и позитивными (т. е. поощрение, награда). Кроме того, они могут

быть формальными (т. е. проводимые институтами в узком понимании этого слова) и неформальными (действующие прямо, через общественное мнение данной социальной группы). Особенно важную превантивную роль играют негативные санкции, нормы запретов.

Системное воздействие социального контроля через воспитание, традиции, обычаи, санкции вызывает так называемую блокаду определенных желаний и влечений человека. Речь идет об исключении таких индивидуальных действий, которые находятся в противоречии с нормами общества, затрагивают интересы других людей и нарушают установленный порядок в данной группе. „В любом обществе, — пишет *Т. Шибутани*, — принято считать, что определенные импульсы должны быть обузданы или в высшей степени контролироваться разумом. . .“

Это полностью относится и к сексуальным отношениям, к формам общения двух полов. Человек может пожелать выйти на улицу голым и, если он мужчина, бесцеремонно целовать каждую незнакомую женщину, но это противоречит нормам поведения в данной социальной системе. Подобные действия вызывают спонтанную реакцию со стороны других людей. Человек может хотеть вступить в половые отношения с кем ему заблагорасудится в публичном месте. Но если он приступит к таким действиям, то немедленно испытает на себе санкцию закона и порицание общества, других людей.

Социальный контроль создает ограничения проявлениям инстинкта с учетом определенной социальной целесообразности. Самые категоричные ограничения принимают форму „табу“, высшего, непреложного морального запрета. В продолжении столетий, например, существует запрещение кровосмешения. Этот запрет вызван заботой о потомстве и целесообразностью селекции родительской пары.

Социальная регуляция с помощью социального контроля в его разнообразных формах регламентирует систему сексуальных взаимоотношений на данной ступени развития человеческого общества. Это регулирование определяет нормы сожителства двух полов, мужчины и женщины, социальные рамки проявления инстинкта воспроизводства самих людей.

В отличие от животных человек осознает во всех случаях в той или иной степени свое сексуальное влечение. В действие инстинкта, в процесс удовлетворения половой жажды и воспроизводство самой жизни он вкладывает развитый, социально детерминированный, индивидуальный разум.

Исходя из своей ценностной ориентации, из системы моральных обязанностей, человек и сознательно, без прямого вмешательства извне обуздывает и регулирует свои сексуальные влечения. Это является формой индивидуального самоконтроля в данной ситуации. Он становится объективно возможным только на основе самосознания человека. Его проявление часто вызывает подавление определенных чувств с учетом моральных требований целостной системы. Иногда это вызывает глубокую внутреннюю драму или по меньшей мере скрытую душевную муку. „Женщина, — отмечает *Т. Шибутани*, — которая испытывает эротическое влечение к мужу своей самой лучшей подруги, обычно сдерживает импульсы сердца и в конечном счете примиряется с судьбой.“ В таких случаях моральное сознание человека сдерживает порожденное инстинктом влечение.

Обычно сексуальные контакты весьма глубоко возбуждают всю психику. Они порождают эстетическую и моральную обязанность двух партнеров, сознание взаимной ответственности. Таким образом, в конечном счете сексуальные отношения ведут к интимному общению, к реализации данной ценностной системы. Человек принимает на себя определенные обязанности, которые

касаются самое малое одного человека. Таким образом интимная биологическая связь получает социальную регламентацию.

Сексуальные контакты, направленные на воспроизводство самой жизни, на осуществление социального бессмертия человека, как правило, выкристаллизовываются в той или иной специфичной структуре общежития, называемой семьей. Эта „клетка“ целостной социальной системы придает устойчивость взаимоотношениям двух полов.

Семья — это форма союза между мужчиной и женщиной, целью которого является воспроизводство жизни и воспитание детей. В нем неизбежно существуют две группы взаимоотношений. Первая охватывает мужа и жену, вторая — родителей и детей.

Семья обуславливается различными факторами культуры, способом производства материальных благ и в высшей степени характером экономической системы. Каждой экономической формации объективно соответствует и определенная семья. Эта объективная зависимость глубоко закономерна. Она показывает единство общественного организма. Социальная революция вызывает глубокие изменения в характере семьи, в регулировании сексуальных отношений. Это имеет диалектическую связь с целостным развитием духовной культуры человека.

Семью можно рассматривать как микросоциальную систему. Отношения в ней в известной мере аналогичны отношениям в макросистеме. Рассматривая семью после разложения первобытного общества, Ф. Энгельс подчеркивал, что „антагонизм между мужем и женой“, присущий этой семье, „дает нам миниатюрную картину тех же противоположностей и противоречий, в которых движется общество, разделенное на классы“, в период цивилизации.

Следовательно, эта социальная микросистема, в которой кристаллизуются сексуальные отношения, с самого начала имеет исторически относительный характер. Фактически она соответствует отдельным фазам общественного прогресса, очеловечиванию и развитию человека. В ней существует имманентно заложенная социальная динамика. „Семья, — пишет Морган, — является активным началом, она никогда не стоит на одном месте, а шагает вперед к более высокой форме, по мере развития самого общества. . .“

Но семья не исчерпывает сексуальных отношений. Она представляет лишь их социально детерминированную концентрацию. Существуют сексуальные отношения, которые не регулируются семейной структурой. Речь идет о внебрачных и добрачных связях обоих полов, присущих любому обществу. Эти отношения также определяются исторически в конечном счете степенью развития производства материальных благ, экономической системой и отражает те или иные характерные черты данной общественной формации, содержание достигнутой культуры.

Следовательно, каждая социальная революция вносит глубокие изменения в структуру семьи и во всю социальную совокупность отношений между противоположными полами. Таким образом, процесс накопления человеком новых культурных ценностей становится непрерывным. „Развивавшаяся в продолжении многих веков, семья, — пишет Морган, — пережила все превратности человеческого опыта и теперь раскрывает, может быть даже убедительнее любого другого института, постепенное развитие человеческого прогресса от глубин первобытной дикости через варварство к цивилизации“.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Совместная жизнь мужчины и женщины имела определенные сексуальные аспекты еще в начале формирования общества. К сожалению, эта эпоха предистории человека еще не достаточно исследована. До окончательного формирования социальной системы люди-обезьяны были объединены в первобытные кровнородственные орды, в нечто среднее между стадом животных и обществом. Ряд исследований, как, например, *Макленана*, *Моргана*, *Лебока*, *Зибера*, *Липперта*, *Баховена*, *Спенсера*, *Энгельса*, подчеркивают, что в этих ордах существовало состояние промискуитета, то есть беспорядочная свободная половая жизнь. Сексуальные взаимоотношения происходили между кровными родственниками: родителями и детьми, братьями и сестрами, без какого-либо запрета.

Промискуитет как массовая практика сегодня не существует даже в самых племенах. Однако сохранены смутные воспоминания о беспорядочных половых связях. *К. Маркс* отмечает одно предание древних германцев, согласно которому „в старые времена сестра была женой своего брата, и это было морально“. В связи с промискуитетом *Ф. Энгельс* обращает внимание на его необходимость в начале формирования человека. Он говорит, что в ту эпоху „перед тем, как было открыто кровосмещение. . . , половые сношения между отцами и детьми не могли быть более отвратительны, чем между лицами, принадлежавшими к различным родам.“

В прошлом веке были открыты отдельные рецидивы первобытного промискуитета. Социолог *Летурно* сообщает, что в племени краснокожих чипевеев в Америке были случаи, когда мужчина брал в жены свою сестру или свою мать. Это была очень старая, почти забытая традиция, появившаяся как рецидив когда-то существовавших беспорядочных половых сношений в этой стране.

Спенсер также отмечает тот факт, что в племени каренов „супружеский союз между братом и сестрой или отцом и дочерью не представляет ничего необычного и в настоящее время“. Известно много случаев, когда короли или вожди некоторых первобытных народов вступают в брак с кровными родственниками для сохранения своих привилегий. *Спенсер* отмечает, что в Перу инки установили с самого начала строгий, передающийся по наследству обычай, согласно которому „наследник царства всегда должен брать в жены свою старшую сестру“.

Рассмотренные случаи брачных связей между кровными родственниками, однако, не очень распространены. Они имеют характер строго, социально изжитого обычая, отклонения на практике от уже утвердившихся норм сексуальной жизни, частичного рецидива промискуитета.

В ходе постепенного формирования человеческого общества беспорядочные половые сношения были ограничены. Начало действовать первоначально примитивное социальное регулирование половой жизни первобытных людей. Превращение обезьяны в человека связано с первым сексуальным запретом (табу) — запретом кровосмещения. Наступила эпоха формирования самой низкой социальной системы. Из половой жизни первобытных людей постепенно исключаются сношения между родителями и детьми, братьями и сестрами. *Ф. Энгельс* отмечает, что на начальном этапе формирования родовой системы „открытие“ кровосмещения было „чрезвычайно важным“. Речь идет, очевидно, об „открытии“ некоторых дефектов в потомстве сексуально общавшихся родителей и детей, братьев и сестер.

Постепенно, с исчезновением кровосмещения в литературе формируется так наз. групповая семья. Ее структура в различных перво-

Сытных племенах имеет своеобразные варианты. Существенным является то, что в групповой семье мужчины определенной группы являются коллективными супругами другой группы женщин. Уже исключается и наложен запрет на взаимное сексуальное общение сначала между родителями и детьми, а затем и между братьями и сестрами.

Первоначальные кровнородственные орды трансформируются в дуальную родовую организацию, что представляет собой формирование первобытного общества как специфической социальной системы. Две чужие орды пор кровнородственные орды объединяются в одну групповую семью. Орда трансформируется в род, после того как в ней начинает действовать запрет (табу) на кровосмешение и формирование брачных групп. Этот необходимый процесс первоначальной социализации сексуальных отношений продолжался сотни тысяч лет. Он осуществлялся шаг за шагом на отдельных этапах, которые заменяют собой формирование социальной системы.

Первая исторически возникшая форма групповой семьи после запрещения сношений между родителями и детьми была так называемая *к р о в н о р о д с т в е н н а я* семья. Ее особая структура показывает наличие бесспорного, хотя и еще весьма ограниченного, социального регулирования половых отношений. Эту семью *Ф. Энгельс* называет „первой ступенью к семье“. А *Морган* подчеркивает, что она основана на групповом браке между братьями и сестрами.

В кровнородственной семье братья в то же время являются мужьями своих сестер. В ту далекую эпоху это было вполне естественно. В кровнородственной семье существовал запрет только на половые сношения между предшественниками и наследниками, между родителями и детьми. Таким образом постепенно формируется несколько закрытых кругов: Во-первых, круг стариков и старух (почти неработоспособных). В своей группе они и мужья и жены. Во-вторых, круг детей, стариков и старух, которые со своей стороны тоже являются отцами и матерями. Они могут вступать во взаимные сношения, но не со своими родителями (стариками и старухами) или со своими детьми. В этих направлениях существовал строгий запрет. В-третьих, круг третьего поколения — дети и внуки, которые, становятся мужьями и женами между собой. Наконец существует и четвертое поколение — внуки и правнуки, также замкнутые в своем круге.

Противоречия между тремя поколениями кровнородственной семьи сыграли свою положительную роль для первобытного общества. Они дали толчок к развитию социальной жизни. Старые женщины и мужчины, которые вначале имели задачу только охранять продукты питания, начали заниматься и другой работой. Они выработали новые, более совершенные орудия труда. Некоторые авторы считают, что копье, дубина и молоток придуманы стариками. Именно представители этого поколения становятся мастерами изделий.

Вторая исторически возникшая форма семьи исключала сношения между братьями и сестрами. Вырастает новая социальная структура общества. Запрет на кровосмешение доводится до конца. Он уже действует не только по горизонтальной линии — между родителями и детьми, но и по вертикальной линии — между братьями и сестрами, между детьми, внуками и правнуками братьев и сестер.

Эта семья становится особенно типичной формой в организации гавайских племен. Там она называется *п у н а л у а* („интимные друзья“). На Гавайях, так пишет *Морган*, известно количество единоутробных сестер „является общими женами своих общих мужей, но в половых сношениях братья не участвуют“.

Ф. Энгельс отмечает, что указанный тип семьи, названный гавайским словом пуналуа, постепенно распространился и стал законом для всего общества первобытного строя. Как это практически произошло? Ядром этой формы семьи, а отсюда и рода, является женщина. От общей матери рождаются дети, внуки, мужчины и женщины. Как только между ними начинает действовать запрет на половые сношения, образуется одна группа людей, родственно связанных по женской линии, внутри которой исключается брак. Именно так появляется первый род в истории — *матриархальный род*.

В матриархальном роде мужья являются людьми из вне и коллективными супругами данной группы женщин. Поэтому отец ребенка всегда остается анонимным. Обычно известна только мать. Дети остаются в роду матери. Происхождение может быть доказано только по линии матери. Бахсен называет это „правом матери“. Оно оставило определенные следы в легендах и преданиях.

Следовательно, семья пуналуа соответствует матриархату — периоду, когда женщина находилась в господствующем положении в первобытном обществе. Ранний матриархат развивается во время позднего палеолита, в эпоху формирования „*homo sapiens*“. В то время мужчина и женщина имели почти одинаковое общественное положение. Мужчина занимался охотой, женщина уборкой урожая, а рыболовством занимались оба пола. Развитый матриархат соответствует неолиту. В то время как самое важное занятие развивается „мотыговое земледелие“, в котором главную роль играет женщина. Оттуда идет и ее господствующее положение на этом этапе развития первобытного общества.

Семья пуналуа, связанная с матриархальным родом, является закономерной стадией развития человеческого общества. Она обуславливается неразвитостью материальной жизни общества, его примитивной культурой. В то время производительность труда оставалась крайне низкой, металлы еще не начали выполнять своей революционной роли и не существовало ни частной собственности, ни разделения людей на классы.

Семья пуналуа является завершенной (в связи с осуществлением запрета кровосмешения по горизонтальной и вертикальной линии) групповой семьей, соответствующей формированию всей первобытнообщинной социальной системы. Она не могла иметь другой формы, кроме групповой, потому что только она соответствовала сущности данной общественной формации, коллективному образу жизни, сотрудничеству и взаимопомощи в процессе производства, исключаящих на практике существование прочих и замкнутых брачных пар.

Семья пуналуа создала отдельные группы или „классы“ по линии регулирования половых сношений в данном роде. Одна группа или один „класс“ мужчин коллективно „женится“ на другой группе или „классе“ женщин. Половые сношения вне данной группы в принципе были запрещены.

Это деление на „классы“ не является чисто биологическим в родовой системе. Оно было вызвано первобытным общинным образом жизни, то есть необходимостью при существующем уровне производительных сил создать производственные коллективы определенной величины и связями между ними.

Третья форма исторического развития семьи — *п а р н а я с е м ь я*. Она существовала как переход к моногамии. Семейная пара или „синдиасмическая“ семья характеризуется тем, что муж имел одну главную жену среди многих других, а жена одного главного мужа среди остальных мужчин. Начинает возникать первая в истории человечества супрежеская пара, которая еще очень неустойчива, легко расторгима и не исключает возможности внешних сношений.

Развитие парной семьи в системе моногамии связано с падением матриархата и установлением патриархата. Исторически этот процесс социальной революции начался постепенно в конце неолита. В условиях развивающегося земледелия, а также скотоводства мужчина все больше вытесняет женщину и становится главной фигурой в производстве материальных благ. Он берет в свои руки богатства и получает признание законного и авторитетного субъекта возникающей частной собственности.

Мужчина как важная фигура начинает выделяться еще в синдиасмической семье. Эта семья, как указывал Ф. Энгельс, „рядом с родной матерью выдвигает и достоверного отца“ — значительного более достоверного, чем большинство сегодняшних „отцов“. . . „На долю мужчины выпала забота о питании и необходимых для этого трудовых средств, и, следовательно, он становился их собственником“.

Собственность утверждает „право отца“ и его силу. Однако в начале дети умершего отца принадлежали не к его роду, а к роду матери. Новое положение отца требует постепенной ликвидации этой традиции. Жизнь утверждает другой семейный обычай. Дети начинают постепенно переходить в род отца.

Матрилокальный характер брака заменяется патрилокальным. До этого жена оставалась жить в своем роду, а муж приходил из какого-либо другого. Теперь муж становится „центром Вселенной“, он берет жену из другого рода. Родословная идет по мужской линии.

Это приводит к „кражам“, а затем к практике „откупа“ жены. Возникают и некоторые новые сексуальные противоречия. На этой стадии отдельный мужчина иногда мог иметь и много жен (полигамия). Остатки существования этой практики имеют место и в настоящее время в обычаях некоторых народов.

Следовательно, женщина пережила социальную катастрофу, последствия которой преследуют ее в продолжении тысячелетий. Это событие ознаменовало и первые колоссальные шаги человека по пути цивилизации.

* * *

Синдиасмическая семья превращается в моногамию, порожденную классовым строем. Эта форма семьи соединяет одного мужчину с одной женщиной и правовым путем санкционирует их взаимоотношения.

Моногамия исторически возникает как явление социального прогресса, который обуславливается экономическим базисом, материальным образом жизни. Если первобытнообщинный строй создал групповой брак, соответствующий коллективности родовой системы, то экономические отношения классового общества также определяют необходимость первой устойчивой семейной пары в истории. Как социальный институт моногамия обуславливается частной собственностью на средства производства материальных благ. Семья одного мужчины с одной определенной женщиной является продуктом исторического распада первобытного общества, выражением того обстоятельства, что мужчина становится отдельным, самостоятельным собственником, что вокруг него вырастает и начинает функционировать новая организационная ячейка общества.

Моногамия возникла как форма, соответствующая индивидуальной раздробленной собственности, самостоятельному частному хозяйству. Половые отношения, которые биологически связывают мужчину и женщину, в данной ситуации подчиняются социальному регулированию экономической структуры общества. Господствующая роль супруга в моногамии (едино-

брачин) является необходимо обусловленной тем фактом, что именно мужчина, а не женщина становится признанным и законным собственником средств производства. Мужчина и женщина получают социальную ценность отдельно на основе своего экономического положения.

Впервые вступая в монгамнию, люди считали это не какой-то моральной добродетельностью, а большим грехом, чем-то позорным. Один мужчина только с одной женщиной или точнее одна женщина только с одним мужчиной — какой ужас! Лишить возможности всех других мужчин данной группы „интимных друзей“ иметь дело с данной женщиной!

Чувствуя, что попирается какое-то священное право на земле, первые представители моногамии ожидают наказания от богов за то, что нарушили блаженный порядок групповых сношений. На этой основе появляются обычаи предназначенные для искупления греха, смывания позора. В некоторых племенах, где возникает моногамия, установлен такой обычай: прежде чем молодой человек начинает жить с женой, последняя должна отдаться последовательно всем другим мужчинам позволенной для нее группы. Это что-то вроде налога натурой. Молодой человек выкупает свою жену у мужчин, которые имеют право на нее. Эта церемония постепенно эволюционирует в „право первой брачной ночи“. Во всех случаях подобного брака невеста прежде всего охотно или неохотно отдается родоначальнику или вождю племени.

В том, что моногамия действительно утвердилась как институт не по нравственным, а по экономическим соображениям, можно убедиться полностью, имея в виду тот факт, что в период зарождения классового строя более высокую моральную ценность имела не женщина, отданная одному мужчине, а женщине „гетера“ — женщина, принадлежащая нескольким мужчинам. Гетеризм возник как институт, освященный традицией. Лебок специально исследовал его функции в древности. Гетерами были женщины, оставшиеся вне моногамии, что-то вроде наследства прошлого. Они служили в древних храмах и отдавались любому мужчине. Люди смотрели на гетеризм как, на моральную добродетель, как на священную обрядовую традицию. Во многих местах это являлось частью самой службы богам, содержащей культовые ритуалы. Греческой гетере соответствовала индийская баядерка. Им были женщины, которые служили в храмах и свободно отдавались мужчинам.

Описывая бывших гетер, *Зибер* делает вывод: „Свободная любовь поддерживалась как форма половых сношений, которая желательна богиням. Ей нужно было примириться с индивидуальным браком, смилостивиться. „Обычаи гетеризма“ первоначально полностью должны были иметь смысл жертвы, которую люди приносили богам за нарушение унаследованного ими еще от прадедов института свободной любви“.

Моногамия вступает в свои права как одна из необходимостей развития социальной жизни. Регулирование половых отношений становится зависимым и от классовой общественной структуры.

„Моногамная семья, — пишет *Лили Браун*, — родилась не потому, что была осознана ее высшая нравственная ценность, а в силу экономических условий“.

Моногамия в классовом обществе не является равноправным союзом мужчины и женщины. Ее победа коренным образом изменила всю структуру бывшей первобытной семьи. Она ознаменовала торжество мужчины и порабощение женщины. „Падение права матери, — пишет *Ф. Энгельс*, — было всемирноисторическим поражением женского пола. Мужчина взял в свои руки и руль управления в доме. Женщина оказалась порабощенной и лишенной прав. Она стала рабыней мужских желаний, простым орудием для производства детей“.

Моногамии надо было доказать и осветить силу и могущество экономического властелина — мужчины. Она в продолжении веков санкционировала раскол между полами в человеческом обществе.

На женщину мужчина-хозяин начал смотреть как на вещь, которую можно купить и продать. В Древней Греции красивая женщина стоила несколько голов рогатого скота. *Гомер* определил щедро — 4 рабских вола за одну жену.

В Древней Греции „брак по любви не существовал“. Брак был „договором“, санкционировало рабовладельческое государство, взваливающее тяжелые обязанности „лишь на одну из двух сторон“. Мужчина и женщина образуют семью не ради какой-то любви, а ради социальной необходимости.

„Афинянин, — пишет *Поль Гиро*, — относился к женитьбе как к выплативанию долга, без увлечения и очень неохотно. Он приводил законную супругу в свой дом, потому что так требовали интересы республики“.

Семья была необходима для процветания рабовладельческого государства. Она требовала постоянного производства детей, будущих солдат страны. Господствующая идеология племенно агитировала в этом направлении.

Платон подчеркивал, что между 30 и 35 годами каждый должен жениться. Брак входил в общественные повинности граждан. „Отказ от женитьбы, — заявлял *Платон*, — является преступлением. Пренебрегающий этой обязанностью обязан ежегодно платить налог, чтобы не воображал, что жизнь без брака удобна и выгодна“.

Фюстель де Куланж подчеркивает, что в Древней Греции брак фактически был „обязательным“. То же самое можно сказать о Риме. Все это находило свое выражение в поговорке тех времен: „Надо взять супруга для рождения детей“.

Брак проводился с церемониями, которые подчеркивали господствующее положение мужчины. Невеста торжественно восседала в специальной колеснице. Согласно требованиям традиции, ей закрывали лицо покрывалом. Перед своим домом молодожен должен был ее схватить и, сломав сопротивление, триумфально внести в дом. Тем самым подчеркивалось, что она навсегда стала его собственностью.

Афинянин свысока смотрел на свою супругу. Он величал себя ее господином и домоначальником. Без согласия мужа она не могла распоряжаться своим личным имуществом. После смерти мужа она сразу же попадала под власть своего сына, который становился господином в доме. Муж имел право выбрать своего будущего заместителя. Законы одобряли такую практику.

Женщина-супруга в рабовладельческой Греции оценивалась как несовершеннолетняя. Следя в доме за рабами, сама она жила как рабыня своего мужа, готовила пищу, ткала, шила. Жена-мать выращивала детей, но не имела права их воспитывать. Никто не советовалась с афиняжкой даже когда надо было решать ее собственную судьбу. *Гомер* описывает, как *Телемах* бранит свою мать за то, что она присутствовала при разговоре с женихами, которые хотели ее руки.

„Иди домой, — сказал *Телемах*, — занимайся своим делом и учи своих прислужниц прилежанию в работе. Разговоры лишь для мужчин и в особенности для меня, ибо я господин в доме“. („Одиссея“, II песня).

Очень правильно *Андре Бонар* подчеркивает, что афинские граждане „рукоплескали *Антигоне* и *Ифигении* только в театре“. В семейной обстановке положение женщины было совсем другим. Муж был ее полновластным господином и опекуном.

Рассматривая положение женщины в старой афинской семье, *Бebelъ* говорил:

„Жена делила с мужем кровать, но не трапезу. К нему она обращалась не по имени, а „господин“; она была его прислужницей. Жена не имела права нигде показываться публично; она ходила по улицам закрытая фатой и одетая совсем просто. Совершив прелюбодеяние, по законам Солона свою вину она могла искупить только собственной свободой или жизнью. Муж мог ее продать в рабство.“

Подобно индуссам, супруг в рабовладельческой Греции выссомерно мог заявить своей супруге: „Я твой бог“. Жена не чувствовала себя отдельной индивидуальностью, а частью бытия своего мужа-господина. Один старый индийский закон гласит: „В своем детстве женщина зависит от отца, в зрелом возрасте — от супруга, после его смерти — от своих сыновей и близких родственников мужа“. Во многих случаях ее выгоняли за бесплодие, наказывали телесно или продавали как самую обыкновенную рабыню.

Более лучшее положение у свободных людей женщина занимала только в Спарте, где она обладала весьма большими правами. Этот факт объясняется тем обстоятельством, что здесь существовала особая организация рабовладельческой системы при сохранении (хотя и на более высоком уровне) первобытной общины.

В классовом обществе начинает формироваться и другой вариант сексуальных отношений, который называется половой любовью. Ее основные компоненты как явления социальной жизни весьма комплексны: а) половой инстинкт, сексуальное влечение; б) предпочтение определенного партнера, сознание его незаменимости; в) идеализация качеств объекта любви; г) появление эстетических чувств в отношениях между двумя; д) психическое сходство, чувство блаженства и счастья в присутствии любимого существа; е) подчеркнутая готовность каждого отдаться партнеру, пожертвовать собою во имя любви; ж) ненасытная жажда обоих к общению, переживание разлуки как „самого большого несчастья“.

Рабовладельческое общество создает определенную возможность, хотя и только для наиболее культурных представителей этого общества, индивидуального выбора объекта увлечения, эстетизации сексуального общения, глубокой интимности двоих и их моральной интеграции. Жизненное начало любви развивается спонтанно в древнем Вавилоне, Египте, Индии, в античной Греции, сопровождаясь определенной спецификой. Это чувство наслаждения, исключительная страсть, влечение, но не к законной супруге, а к другой, к свободной женщине, иногда к гетере. Субъект этой эмоциональной дерзости — мужчина, а объект — женщина. Обратные функции сексуальной жизни в ту эпоху не были типичными. Мужчину с основанием можно признать первооткрывателем любви. Женщина отвечала привязанностью без права на выбор, без права на инициативу. Половая любовь в древности уже в своей начальной форме имеет богатое содержание: пламенную страсть, чувство сладострастия, привязанность, симпатию, влечение к данной женщине.

Лирика древнего Египта отражает моменты подобного интимного томления и мечтания о долгожданной ласке. Она дает художественную эстетизацию сексуального влечения любви, личных симпатий и глубокой привязанности обоих. В одной египетской песне более чем тридцативековой давности говорится:

Мы будем с тобою вместе
И бог нас не сможет разделить.
Клянусь тебе, я не уйду,
Пока тебе не станет скучно.

Платон, возможно, был первый, кто начал искать философский смысл любви. В своем произведении „Симпозиум“ (Пир) в форме диалога он обсто-

ательно развивает свои взгляды относительно „эроса“. Последний существует как таинственная сила, как стремление к бессмертию, к размножению, к производству ценностей. Эрос корнями уходит в „царство идей“. Он проявляется в различных степенях: в низшей форме у женщин, „которые желают больше всего производить своим телом“, и в высшей форме как стремление к духовному производству, как страсть к философии. Эрос своей могучей силой непрерывно движет жизнь и пробуждает мышление человека. О его вечной целеустремленности Платон пишет:

„Эрос является спутником и слугой Афродиты. Ведь он зачат в праздник рождения этой богини, кроме того он по своей природе любит красоту“. Любовь — это „стремление“ человеческой сущности „к прекрасному телу в молодости“. Но ее сила не распространяется только на тело. Когда кто-то, — пишет Платон, — „полюбит вначале только тело“, возникают „прекрасные мысли“. Человек начинает ценить душу. Таким образом любовь оказывается стремлением к наивысшей красоте.

Платон понимает любовь как развитие души, которая возносится от созерцания человеческого тела к „абсолютной, божественной красоте“, существующей вечно „сама по себе“. В этой формулировке проявляются пороки его идеалистической философии. Но Платон видит, хотя и в мистифической форме, что любовь охватывает тело и сознание, что она постоянно создает эстетизацию мощного сексуального влечения. Он правильно раскрывает отдельные аспекты этого сокровенного чувства человека, достигнутого в эпоху цивилизации.

В древногреческой лирике есть волнующие любовные мотивы. Эта античная лирика отражает сексуальные душевные волнения, присущие социальной психике того времени. Стихотворения Сафо и Алкея являются любовно-эротичными. Они передают утонченность сексуальных отношений в античности. Героиня Еврипида Федра, возможно, первая женщина, которая воскликнула, хотя и со сцены театра Афин: „Дерзай и люби! Бог хочет этого!“ В комедии Менадра умный Полемон и богатая Гликера испытывают нежные чувства. После этого она заключают брак и счастливая заявляет: „Мы женились по взаимной любви“.

В Старом завете Библии („Песня песней“) так же дается исключительная художественная эстетизация сексуального влечения. Это свидетельствует об уровне культуры создателей этой книги.

В недостаточно развитых любовных мечтах древних народов преобладает чувственность. Но и на этом уровне переход от ассоциаций мужчины, связанных с прикосновением, осязанием кожи и ее приятным запахом, к зрительным ассоциациям эстетически окрашен прогрессом перехода от более низкого к более высокому душевному волнению интимных чувств.

Первая половая любовь, хотя и недостаточно развитая, появляется вполне закономерно. Она несет с собой благотворное легкое дуновение жизне-радостной гуманной философии, более эмоциональное и более богатое восприятие мира. Эта любовь является самым нежным цветком цивилизации после разложения первобытного общества. Она возникла, обусловленная более совершенной эстетической и нравственной культурой, усиленная взаимным пониманием между людьми в результате тысячелетней совместной жизни, сотрудничества и взаимопомощи.

Половая любовь, ростки которой возникают и расцветают еще в рабовладельческом обществе, была, хотя и лишь только для одной малой части наиболее духовно богатых представителей цивилизации, действительно великим началом. Она положила начало новой эпохе процесса гуманизации сексуальных отношений, процесса преодоления зоологического инстинкта

в воспроизводстве поколений. Начинается совершенствование и облагораживание половой жизни мужчины и женщины, истинное взаимное слияние и взаимное проникновение плоти и духа человека.

* * *

После рабовладельческого общества наступает исторически новый социальный строй — феодализм. Его основные характерные черты: крупная земельная собственность и мелкое землепользование, прикрепление непосредственных производителей к земле феодального властителя, господство натурального хозяйства, личная зависимость крепостных крестьян от феодала.

В этой общественной системе сексуальные отношения получают ряд новых социальных характеристик. Наступает известное преобразование структуры семьи. Конечно, новый социальный стандарт сексуальных отношений, т. е. отношений между мужчиной и женщиной, имеет свои разнообразные варианты для различных классов, даже прослоек феодализма, и для отдельных последовательных стадий в его развитии. Но, не смотря на это, существуют и некоторые общие социальные черты.

В эпоху феодализма в Европе господствует христианская религия в лице Восточной-Византийской и Западно-Римской церкви. Она служит интересам господствующего класса и фактически регламентирует отношения между двумя полами и семье и вне ее в различных областях социальной практики.

Под влиянием религии в эпоху феодализма плотская любовь рассматривается как дело сатаны. Монахи и служители культа мечут гром и молнии против женского пола, церковь объявляет карантин на искушения человеческого сердца. Образ женщины сурово и беспощадно клеймен печатью умопомрачительной мистики. *Гуго де Санкто-Викторе* пишет: „Женщина — это причина зла, корень всех грехов. Она соблазнила человека в раю, она еще его соблазняет и на земле, влечет его к пропасти ада“. *Викентий Босевски* заявляет: „Женщина — это сладкий яд, причиняющий вечную смерть. Она факел сатаны. Она ворота, через которые входит дьявол“.

Служители культа осуждают не только чисто плотское влечение, материальную природу человека. Они считают грехом и страшной виной все нежные симпатии к женщине. „Любовь к женщине, — пишет *Гуго де Санкто-Викторе*, — это водоворот смерти, это морская волна, влекущая нас в глубокую пропасть“. *Бонавентура* предупреждает людей: „Любовь к женщине сама по себе — нечто презренное, гнусное. Она является препятствием любви к богу — единственной законной любви“.

Церковь прокляла плотское происхождение человека, заботу об удовлетворении физических нужд питанием, одеждой и др. В качестве идеала она выдвигает монашество, этику отказа от материальных благ. Этот ужасный аскетизм Средневековья, возможно, был реакцией на половую необузданность язычества, на сексуальные вакханалии во времена падения Римской империи. Но вопрос имеет и другую социальную сторону. Христианская аскетическая этика Средневековья выполняла и определенные классово-моральные функции. Хотя и в завуалированной форме, она воспитывала крепостных крестьян в духе ограничения потребления материальных благ и таким образом в конечном счете объективно содействовала выделению большей натуральной ренты феодалу.

В данной исторической обстановке сексуальная жизнь мужчины и женщины была постоянно окружена позором. Над нею висит сознание греха и вины. Эта религиозно-аскетическая вуаль Средневековья бросает тень

на семью и нравственное лицо человека. Но христианство не убивает сексуальный порыв тела, а лишь его инквизирует. Неестественное преследование и ограничение половой жизни в эпоху Средневековья сопровождается ростом гзвращений, лицемерием духовенства и аристократии, тайными сексуальными оргиями и развратом.

Семейно-брачные отношения крепостных крестьян в течении сотни лет находятся под властью и опекуном феодала. Он стимулирует браки для увеличения работающих на его земле „душ“. Феодал лично определяет супругов будущей семьи, не спрашивая их согласия. Когда парню исполняется 18, а девушке 14 лет, феодал имеет право заставить их жениться. Таким же образом решается и судьба вдов и вдовцов.

Кроме того, феодал имел право так называемой „первой брачной ночи“ (по латыни *jus primae noctis*). Он фактически мог пригласить в свою спальню любую крестьянку, которую пожелает. Была создана традиция, согласно которой феодал первый имел право испытать в постели невесту от имени каждого молодожена. Именно в этом выражалось „право первой брачной ночи“, связанное с феодальной эпохой. Ее позорная традиция, которой пользовались не только светские господа (князья и бароны), но и аббаты, даже епископы, продолжалась сотни лет в Шотландии, Франции, Германии и других государствах. За тем „право первой брачной ночи“ трансформируется и заменяется материальной повинностью или денежным палогом.

Феодал лично распоряжается членами крестьянских семей, которые живут на его земле. Он в любой момент может сделать их собственными слугами или даже продать. В старых документах конца XI века содержатся сведения о размене детей и молодых людей между феодалами. Один из этих господ заявляет в письме: „Аврик и Констанца (супруги, прим. авт.) со всем своим потомством были люди, зависящие лично от нас“.

Феодально-крепостнические отношения той эпохи оказывают сильное влияние на средневековые семьи. Это является конкретным выражением целостности социальной системы. Семейно-брачные отношения в известной степени отражают общий моральный дух существующего строя. Поэтому совместная жизнь мужчины и женщины (супруга и супруги) в определенной степени напоминают отношения между синьором и вассалом, господином и слугой, землевладельцем и батраком.

Семья феодала господствовала над семьей угнетенного крепостного крестьянина, а в доме последнего муж господствовал над женой. Крепостной крестьянин в своей семье выполнял роль феодала. Его жена покорялась ему беспрекословно. Она вела всю хозяйственную работу, на ее плечи обычно ложилась обработка земли, жатва, выращивание скота, ткацкая работа, воспитание детей и пр.

Над женщиной как вечный страх висела суверенная власть ее отца, супруга, свекрови. Семья угнетенного воспроизводит в себе общую систему угнетения. Везде существует анархия, власть над властью, своеобразная социальная пирамида. Феодал „законно“ бьет крепостного крестьянина, а последний — свою супругу. И все-таки наблюдается известный прогресс. В то время как в античном мире жена, как правило, приравнивалась к рабыне, в эпоху феодализма она играет роль служанки. Фактически ее значение в социальной жизни начинает постепенно расти. Прежде всего она начинает играть более важную роль в хозяйстве, в экономике.

Семья феодала имеет ряд особенностей, которые обуславливаются исторически характером социального положения господствующего класса. В этой семье, так же, как и в семье крепостного крестьянина, господствующую роль вначале играет супруг, собственник материальных богатств.

Но супруга имеет значительную самостоятельность как феодальная хозяйка, стоящая над крепостными крестьянами, хотя и принадлежащая к слабому полу. Она живет в роскоши и не занимается даже самой простой работой по хозяйству. Жена феодала обычно имела собственную свиту, располагала богатством, прислугой, пажамми. Именно эта обстановка позволяет ей делать блестящие приемы, входить в контакт с различными мужчинами, чувствовать себя более самостоятельной.

Женщина-аристократка является объектом внимания и уважения как высокопоставленная дама. Она часто путешествует одна, без своего мужа, в своей собственной карете. Ее супружеская верность не находится на высоком уровне. Обычно муж аристократки оказывается в положении рогоносца. Она очень легко ему изменяет. Между прочим, на это не все аристократы смотрели как на большую провинность дамы. Достаточно лишь все сохранить в тайне. *Гонкур* сообщает курьезный случай, когда один муж застал свою супругу на месте измены и без какой-либо обиды позволил себе ей только сказать: Какое неблагоразумие, мадам! Подумайте только, что бы произошло, если бы вас застал кто-то другой, а не я".

Но надо уточнить, что это всего лишь один вариант взаимоотношений. Не все аристократы были так трогательно благоразумны. Во многих семьях господствующего класса царил тиранья супруга. Жизнь непрерывно пораждала и семейную жестокость. „В пятнадцатом веке, — пишет *Морюа*, — даже те, которые читали рыцарские романы и создавали денежные фонды для научных целей, бесцеремонно грабили слабых и били своих жен“.

В эпоху Ренессанса и после ее в средневековом городе начинают формироваться семьи торговцев и ремесленников. По своей моральной атмосфере они соответствовали экономике, быту и пониманию мира, которые возникли в недрах социальных групп феодализма.

Семья торговца обычно формируется как „дело с экономической выгодой“. Интимные симпатии играют второстепенную роль. Брак между семьями торговцев часто является результатом желаний слить капиталы. Супруга торговца выполняет роль хорошей хозяйки, отличной, бережливой женщины. Но она не живет целомудренно и часто ему изменяет. Причиной этого являются продолжительные периодические отсутствия супруга, занимающегося торговлей. Но и он, в сущности, не выделяется особой непорочностью и верностью своей жене. Торговец весьма часто пользуется услугами проституции.

Семья ремесленника тоже имеет экономическую основу — мелкое хозяйство. Жена в этой семье пользуется большим уважением по сравнению с женой крестьянина. Это обуславливается ее хозяйственными функциями в производстве, где она демонстрирует несомненные трудовые качества. Жена ремесленника очень часто является его помощницей, иногда даже его пайщиком, компаньоном в мастерской.

Указанные социальные стандарты полностью не исчерпывают систему регулирования сексуальной жизни в условиях феодализма. Эта эпоха создала предпосылки быстрого прогресса в интимных взаимоотношениях между мужчиной и женщиной, обогащения психической атмосферы их общения, соответствующего развитию культуры.

Вне брака, заключенного по обязанности или по расчету, постепенно начинает процветать средневековая рыцарская полая любовь. Она, по мнению *Ф. Энгельса*, нашла свою классическую форму у провансальцев в Южной Франции — в области, где растут апельсины и маслины. Рыцарская любовь „на всех парусах устремилась к нарушению супружеской верности“ и моральных норм брака. Отмечая этот факт, *Ф. Энгельс* подчеркивает ее эстетизацию.

Провансальские песни весьма страстно рассказывают, „как рыцарь лежит в постели своей красавицы — жены другого мужа, — тогда как на улице стоит сторож, который перед утренней зарей ему должен дать знак, чтобы тот смог уйти незамеченным“. Этот порыв чувств находит отзвук не только в целой Франции, но и в других странах.

Провансальская полая любовь является морально-эстетическим проявлением свободлюбивых людей. Она может быть понята только в связи с господствующими моральными и семейно-брачными отношениями в ту далекую мрачную феодальную эпоху. Провансальская полая любовь формируется в X и XI веках в результате сложной социально-психологической метафорозы. Эта любовь начинается с христианской молитвы, с благочестивой мистики, с культа святых, святой богородицы, глядящей с иконы, и достигает естественного влечения сердца человека, до изящного культа трубадуров земной очаровательной дамы. Это зародыш Ренессанса, бунт сознания против вестников новой эпохи против догм религии и фальши развращенной феодализмом семьи.

Религиозный аскетизм смотрит на женщину как на зло, а провансальские трубадуры — эти гордые поэты восходящей жизни — создают культ нежной дамы. Феодальная традиция узаконила пошлый, формальный брак по расчету, пренебрегающий чувства и влечения, а провансальские трубадуры воспевают измену, чудо любви, которая высмеивает скучную семью, отчуждение от человеческой сущности. На место идеала о мнимом блаженстве на „том свете“ постепенно возникает идеал об истинном блаженстве на „этом свете“, ходя и в скандальном противоречии с догмами церкви и официальными законами государства.

Писарев отмечает, что средневековые трубадуры — эти „пакостники“ феодальной эпохи — „возвеличили и обоготворили свободную любовь“ на земле. У каждого рыцаря должна была быть своя „дама сердца“, чужая жена, которая пренебрегла кодексом супружеской верности. Упав на колени, рыцарь торжественно давал клятву, что всегда будет обожать эту даму. Семья была отрицанием любви. В семье жена неизбежно становилась служанкой господствующего мужа. А любовь, согласно концепции увлеченных провансальской поэзией рыцарей, „должна быть совершенно свободной“.

Поэзия бунта против унижающего положения жены в семье и против религии имеет отдельные варианты в различных странах. Так, например, большая часть итальянских трубадуров понимает любовь как полужемную, полунебесную реализацию человека. Поэт *Гвидо Гвиничелли*, кого Данте называет своим „учителем“, видит в женщине ангельское создание. К нему нельзя даже прикасаться. Мужчина стоит перед своей мадонной с молитвенным смирением. Поэт воспекает любовь как некую чисто платоническую божественную силу.

Позднее *Риккер* пишет песню-молитву о пресвятой Деве, о Богородице. После него целое поколение поэтов XIII века, наследников провансальской лирики, выражают свою верность догмам католической церкви. Они создают определенную эстетизацию аскетически извращенного благочестия тупых монахов. Это является консервативной художественной реакцией по отношению к гуманному источнику самой провансальской лирики.

Другое направление этой новой поэзии морального проторенессанса уходит значительно дальше в деле разрушения условных препятствий. Оно доходит до таинственных дверей знакомого дома очаровательной дамы и приводит рыцаря-любownika совсем свободно и бесцеремонно прямо в ее постель, где начинается утоление полой страсти.

Истинная провансальская лирика, однако, создает моральный триумф человека, с большой дерзостью преодолевая как религиозную мистификацию земных чувств, так и грубую похотливость сексуального буйства. Эта волнующая лирика обладает чем-то средневековым и чем-то проторенессанским. Рыцарская любовь, которую постоянно воспевают ее стихотворения, является более земной, чем небесной, более духовной, чем только половой. Она существует как глубокое созерцание красоты женского пола, как преданная ритуальная служба избранному существу, единственной „даме сердца“. Рыцарская любовь напоминает отношения между синьором и вассалом. Но в ней данная социальная структура преобразована коренным образом. Рыцарь играет роль вассала, в то время как его дама обладает обаянием духовной хозяйки, синьориты.

Типичная провансальская любовь полна верности и ожидания, куртуазности и уважения. Эта любовь никогда не требует плотской награды от нежной и очаровательной дамы, несмотря на то, что поэты мечтают лежать рядом с „ее прекрасным телом“. Как подчеркивают некоторые авторы, это символический образ идеала. В подтексте этой поэзии отсутствует даже намек на физическую сексуальную жажду обладать телом. Самая высшая награда, которую рыцарь может ожидать — это обыкновенный поцелуй или улыбка своей дамы. Иногда награда и более весома — кольцо или перчатка, передающие аромат женской руки.

Провансальская рыцарская любовь расцветает как продолжение традиции любви, возникшей еще в древнем рабовладельческом обществе. Однако, она содержит в себе и моменты отрицания этой традиции. В то время как античная любовь является чувствительной, плотской, похотливой, рыцарская любовь более духовна, эмоциональна, „платоническа“. Это два этапа объективного одностороннего развития свободных сексуальных отношений. Как будто сама история поотдельно вырабатывает и совершенствует компоненты будущих интимных и гармоничных интеграционных отношений мужчины и женщины.

Провансальская рыцарская любовь (прежде всего куртуазная, а затем и галантная) исторически открывает новую страницу в отношениях между различными по социальной структуре мирами двух полов. Ее прогрессивная роль может быть выражена в следующих трех пунктах:

а) Провансальская любовь противопоставляет себя браку по расчету, примату богатств и вещей над интимным миром человека. Она начинает раскрепощать половые отношения от власти экономики во имя бескорыстной сексуальной дружбы с целью внести в эту дружбу эмоциональный чар и красоту.

б) Провансальская любовь является спонтанной реакцией на потребительское лакомство плоти, на грубую животную похоть сладострастных мужчин и женщин. Она одухотворяет сексуальные отношения, делает их более возвышенными, более красивыми, более человечными. Она даже самостоятельно односторонне развивает эстетическую и моральную сущность любви.

в) Провансальская любовь создает новый эталон человека. Она потенциально несет с собой критерий его истинной природы. Поэт провансальской лирики Бернард Вентадорнский заявляет: „Кто не любит, тот не может быть живым человеком“.

Это лишь начало одного нового этапа развития сексуальных отношений. Однако, в жизни совсем закономерно действуют многочисленные внутренние факторы. Поэтому развитие сексуальных отношений и в следующие века весьма противоречиво и трагично.

С постепенным отмиранием феодализма наступают качественные изменения во всех областях социальной системы. Буржуазные революции открывают простор перед формированием капиталистического общества. Его сущность противоречива и конфликтна. Сексуальные отношения в капиталистическом обществе в силу необходимости меняют ряд своих глубоко существенных социальных характеристик. Революция в столь интимной сфере человеческой жизни является фактическим результатом воздействия новой экономики, государственной и политической системы и культуры.

Прежде всего мы не можем не отметить того обстоятельства, что на весь комплекс отношений между мужчиной и женщиной в буржуазном обществе падает тень товарно-денежного обмена. Вся пестрота социальных связей феодального строя, воздвигнутых по традиции в качестве священных, почти полностью сгорает в огне революции. Исчезает ореол существующей поэтической деятельности. „Буржуазия, — пишут К. Маркс и Ф. Энгельс, — не оставила никакой иной связи между людьми, кроме голого интереса, кроме безчувственного „плати за все“. Она потопила в холодной, ледяной воде эгоистической расчетливости священный трепет набожной мечтательности, рыцарского воодушевления, мелкобуржуазной сентиментальности“.

Хищный капиталист, организатор новой социальной системы, все хочет превратить в самый обычный товар, он приравнивает людей и вещи к всеобщему, универсальному эквиваленту деньгам.

В эту господствующую экономическую сеть по необходимости вплетаются и сексуальные отношения. Как никогда раньше в истории полсвая жизнь становится зависимой от денег. Могучее „электромагнитное“ поле капиталистического экономического базиса действует с огромной силой, заставляя маленьких частиц — людей — принять определенное направление даже в своих сексуальных отношениях, смотреть на них как продавцы и покупатели, искать выгоду, прибыль.

Капитализм постоянно старается придать женщине отдельные качества, которые характерны для обычного товара. Эта закономерная тенденция экономической жизни. Конечно, было бы ошибочным думать, что в условиях буржуазного общества женщина является просто товаром. Действительные отношения более дифференцированы, более сложны. Фактически процесс превращения женщины в „товар“ является лишь деформацией некоторых черт ее сущности как человека. Эта деформация, однако, в значительной степени затрагивает и мужчину.

Одновременно надо еще раз подчеркнуть, что речь идет об определенной тенденции социальной жизни, об определенном факторе целого комплекса самых различных факторов. Тенденция к „отовариванию“ женщины (частично и мужчины) не определяет все стандарты сексуальных отношений при капитализме. Против нее постоянно действуют противоположные факторы (самосознание человека, эстетическая и моральная культура, индивидуальные симпатии к объекту чувств, половая любовь и др.).

Тенденция к „отовариванию“ женщины наиболее отчетливо проявляется в практике капиталистических сексуальных потребителей. Эта тенденция однако, „заражает“ и определенные слои мелкой буржуазии, ибо в конечном счете „отоваривание“ человека происходит из самого характера господствующей системы производства материальных благ. Воздействие этой тенденции можно рассматривать как процесс отражения экономических порядков в сфере брачных отношений. Она выражает состояние угнетенности отдельной человеческой личности.

Денежно-товарные элементы в отношениях между мужчиной и женщиной в условиях капитализма просматриваются в широком распространении на

практике посредничества и рекламы, которые предшествуют заключению браков. Для того, чтобы продать товар, его надо постоянно рекламировать. Это означает, что надо рекламировать его хорошие качества, как это делают торговцы и комиссионеры. Таким образом, капиталист продает на рынке произведенные в большом количестве машины, велосипеды, холодильники, пылесосы, радиоаппараты и т. д. Торговля требует подходящей рекламы и активной деятельности специальных посредников — комиссионеров.

Таким же образом заключаются многие браки в капиталистическом обществе. Реклама и посредничество в этой области начинают играть все большую роль. Буржуазия, благодаря своим торговым инстинктам, облегчает нахождения кандидатов для женитбы. В капиталистических странах существует множество специальных „брачных бюро“. Посредники и комиссионеры облегчают выбор симпатичных и, главным образом подходящих с „экономической точки зрения“ партнеров.

В таком городе как Штутгарт до войны существовало 36 разрешенных властями брачных бюро. Клиент по фотографиям, по картотеке, где с бухгалтерской точностью изложены качества „кандидатов“, находил себе подходящую супругу или супруга. Все очень просто и, самое важное, гарантирует хорошую сделку. Это напоминает куплю-продажу на скотном рынке. Бизнесмен экономит расточительство сентиментальной романтики. Излишними становятся любовные письма, прогулки во время лунных ночей, муки признания в любви и прочее. Капиталист очень практичный и крайне деловой человек. У него нет вкуса, нет привычки вздыхать по луне. Главное в его жизни — заключить хорошую сделку, заработать деньги. Брак входит в систему его деловых отношений. Это не может быть сентиментальным романом, а лишь „хорошей сделкой“.

Весьма распространенной формой „торгового“ посредничества в женитьбе является публикация брачных объявлений в печати. Роль этой деятельности, как показывает статистика, постоянно растет. В 1921 году в Германии издавалось пять специальных брачных газет. В течение только 12 месяцев они опубликовали около 6 400 предложений о женитьбе. Не будем говорить, что такие предложения постоянно появляются и в других газетах. Перед первой мировой войной *Ноахим Вернер* только за один год в 12 немецких газетах насчитал 1 302 объявления о женитьбе. Эта была поистине лихорадочная продажа мужчин и главным образом женщин.

Каково содержание брачных объявлений? Обычно о кандидате прежде всего сообщается несколько приятных слов — „нежная“ или „нежный“, „симпатичная“ или „симпатичный“, „изящная“, „темпераментная“, „молодая“, „сохранившаяся“ и пр. Но это только приправа. Затем следуют самые важные сведения — что принадлежит кандидату или кандидатке. Объявление сообщает, например, что он или она имеет „хорошее состояние“, „хорошее наследство“, что кандидат „обеспечен“ и пр. Кое-когда об этом говорится еще прямее: Приятная, симпатичная барышня, владелица фирмы (такой-то) желает соединиться с симпатичным и хорошо сохранившимся господином, желательно пайщиком. В другом месте отмечено — кандидат имеет солидную ренту. Или — энергичный, способный и образованный коммерсант „желает жениться на даме из галантерейной отрасли“.

Существуют объявления, в которых указывается и сумма брачного договора, которой должен обладать кандидат. Соображения человека полностью отступают перед соображениями торговца. Среди всех этих брачных объявлений, несомненно, есть и такие, которые не выдвигают экономических показателей, а содержат требования личного характера. Например, один „молодой симпатичный господин“ серьезно высказывает желание вступить в брак с „хорошо сохранившейся барышней“ ростом 1 метр и 55 сантиметра, с голубыми глазами и с бородавкой на левой щеке. Другой кандидат ищет свою будущую супругу весом не более 50 кг и желает, чтобы она любила природу. Существуют и следующие объявления: „Кандидат предъявляет требования к будущей супруге, чтобы она обладала „привязанностью к животным“. Что означает это требование? Может быть кандидат причисляет и себя к животным?

Но такие странные объявления, вызывающие смех, очевидно составляют исключения из правила капитализма. Преобладает поиск экономической,

материальной выгоды. Человеку действительно становится стыдно, когда он читает эти позорные документы капиталистической брачной борьбы. Это подлинное доказательство существования официального рынка, где бесцеремонно продается человеческая душа и тело, где честь ничего не значит, а деньги заменяют красоту и счастье. Мужчина оценивает свою будущую супругу по ее чековой книжке. Он желает иметь жену с капиталом. Симпатичная барышня выходит замуж за текстильную фабрику или за акции какого-то треста, которые гарантируют прибыль, которые имеют огромную ренту и пр. Эта практика освещает могущество денег, собственности, богатства. Этикетка экономической себестоимости приклеена ко лбам многих мужчин и женщин капиталистического общества. Тенденция к их „отовариванию“ на брачной бирже подавляет и убивает человеческую сущность — мечты, стремления, чувства, любовь.

Купля-продажа в сексуальных отношениях разшатывает моральные устои семьи в эпоху цивилизации. Психическая совместимость и доверие супругов, женившихся по расчету, непрерывно уменьшается. Сто лет тому назад французский писатель *В. Гюго* указывал, что брак все более получает характер сделки. В связи с этим наступает моральная деградация семьи как института:

„В наше время, при существующих законах и обычаях в Западной Европе, — отмечает *Гюго*, — брак приводит ко лжи. В его основе лежит расчет, а не любовь. . . Обычно брак видят там, где его и нет. . . В большинстве случаев то, что называют браком, является прелюбодеянием, а то, что называют прелюбодеянием, именно и является браком.“

Жизнь вносит изменения в смысл этих понятий. Наступает инфляция многовековых человеческих ценностей. Нарастающее лицемерие мужа и жены в семье вызывает „бунт любви“. Его самой распространенной формой на практике является прелюбодеяние, измена.

В „Манифесте Коммунистической партии“ *К. Маркс и Ф. Энгельс* пишут: „Буржуазия разорвала трогательно-сентиментальную вуаль семейных отношений и свела их к денежным отношениям“.

Массовый брак по расчету после Освобождения появился и в капиталистической Болгарии. Он свидетельствовал о конкретной степени развития денежно-товарных отношений, а также о моральной деградации бессовестных стяжателей, зараждающегося класса капиталистов.

„На брак — писал *Д. Благоев*, — имея ввиду брак при капитализме, — смотрят как на средство обогащения и создания наследников богатств. Мужчины преследуют богатых женщин, а последние — богатых мужчин, которые им могут дать роскошь и пустую жизнь. Главное основание сегодняшнего брака — богатство, капитал, а все прежние основания исчезли“.

Д. Благоев ссылается на журнал „Деятель“ и газету „Балканский рассвет“, в которых сообщались конкретные факты извращения брака после освобождения Болгарии от турецкого феодального рабства. Среди буржуазии существуют распущенность и разврат. Семья морально скомпрометирована как институт. Главных причины, по мнению журнала „Деятель“, две: 1) вступление в брак по расчету, а не по искренней и святой любви; 2) вступление в неровный по возрасту брак.“

Бертран Рассел описывает типично капиталистическую семью современного уровня. Картина нарисована весьма реалистично и живописно, без какой-либо экономии истины.

„Посмотрим, — пишет *Рассел*, — как проходит жизнь типично делового человека сегодня, особенно в Америке. Едва возмужав, он вкладывает свои самые прекрасные мысли и всю свою энергию в получение финансовых успехов.“

Все другое ему представляется обычным и временным развлечением. В молодые годы время от времени он удовлетворяет свои физические нужды проститутками. Потом он женится, но его интересы совсем различны от интересов его жены, и между ними не может возникнуть истинной интимности. Муж возвращается с канторы поздно вечером изрядно уставшим. Утром встает рано, пока жена еще не проснулась. В воскресенье он играет в гольф, ибо испытывает необходимость в небольших физических упражнениях, чтобы поддержать себя и устоять в борьбе за деньгами. Интересы его жены ему кажутся совсем женскими. Хотя он их и одобряет, но не старается их разделить.

У него нет времени для незаконной любви, а также нет и для супружеской. Конечно, время от времени ему удается найти проститутку. Особенно во время поездок по работе. Его жена, по всей вероятности, в половом отношении к нему холодна, если иметь в виду, что у него никогда нет времени для истинной любви с нею. Подсознательно он себя чувствует неудовлетворенным, но не знает почему, в чем причина, подавляя недовольство работой или менее благородными вещами, как например, посещением соревнований по боксу или преследованием радикалов. Его жена, также недовольная, ищет отдушины в приобретении второразрядной культуры и, сохраняя добродетельность, упрекает всех, кто ведет свободный и благородный образ жизни. Таким образом, половая неудовлетворенность как у мужа, так и у жены превращаются в ненависть к человечеству, замаскированную гражданским долгом и высшими моральными критериями“.

Глубокий органический порок буржуазной семьи с большим реализмом и колоритными красками нарисован рядом великих писателей — *Оноре де Бальзаком, Флобером, Уайльдом, Голсуорси, Бернадом Шоу, Манном, Эмилем Золя и др.* В своем романе „Дневник одной камеристки“ *Октав Мирбо* дает портрет разлагающейся буржуазной семьи. Супруга живет в разврате и ни чем не отличается от проститутки самого низкого пошиба. Супруг имеет тайные похождения с кокетками и камеристками. Сын постоянно объезжает притоны большого города. Подчеркивая внешний блеск членов этой семьи, камеристка *Селестина* отмечает: „Пусть купаются в посеребренных ваннах и пусть красуются. . . Я их отлично знаю! Внутри грязь“.

В условиях капитализма существует и многочисленная группа мелкой буржуазии, состоящая из крестьян и ремесленников. Последние имеют свой, относительно самостоятельный стандарт семейно-брачных отношений. Он не совпадает с типичным стандартом буржуазии. Его черты соответствуют другому социальному положению данной экономической формации.

Жизнь показывает, что сексуальные отношения крестьян и мелких ремесленников-собственников социально-психологически различаются от данных отношений крупных собственников (капиталистов) по критериям симпатий и по выбору супруга или супруги. Этот вопрос имеет принципиальное классовое значение. Капиталист обычно смотрит на свою жену как на источник увеличения богатств, лишь иногда как на соблазнительницу, аппетитную для физического употребления, тогда как мелкий собственник (крестьянин или ремесленник) при выборе своей супруги, кроме материального расчета (имущество, наследство и пр.), вкладывает и другие соображения, которые весьма существенны. Он предъявляет нравственно-эстетические требования к своей подруге жизни, ему особенно хочется, чтобы она была трудолюбивой, бережливой, разумной и пр.

Соображения, связанные с получением приданного и наследства, все больше отходят на задний план. *Иван Хаджийский* отмечает, что когда мещанин выбирает себе будущую супругу, он прежде всего обращает внимание на то, чтобы девушка была „сообразительна, имела хороший нрав, была хорошей хозяйкой, человечной в отношениях, не имела физических недостатков. . . Если еще и красива, то тогда ей цены нет“.

В семье мелкого собственника (ремесленника, крестьянина) жена является активной труженицей. Она заботится о доме, готовит, шьет, воспитывает детей, работает на поле, в мастерской. Все это обеспечивает ей более хорошее положение. Муж постоянно советуется с ней. Она принимает участие в конкретном решении всех важных вопросов семьи, хозяйства... с правом совещательного голоса. Решающее слово все-таки имеет супруг, потому что сама собственность, как правило, находится в его руках.

Но в условиях капитализма существует и класс пролетариата. Он также имеет реальные возможности формировать специфический тип семейно-брачных отношений, что обуславливается его положением как класса в системе капитализма.

Супруг и супруга, составляющие основы пролетарской семьи, испытывают на себе одинаковую эксплуатацию и классовое угнетение буржуазии. Если они оба заняты на капиталистическом предприятии как рабочие, то это почти унифицирует их социальное положение. Домашнее хозяйство все еще продолжает лежать главным образом на жене. В этой объективной обстановке при почти одинаковом социальном положении супруг и супруга имеют возможность построить свой союз внутри семьи на равноправной основе. Однако все это зависит от степени осознания прогрессивных тенденций жизни и превращения возможностей в действительность.

Пролетариат призван первым продемонстрировать новый тип семьи, начать осуществление действительной эмансипации женского пола. „В низших классах, — пишет *Бebel*, — брак по расчету почти неизвестен. Обычно рабочий женится по склонности, но в его браке не отсутствуют и тревоги.

Новый социальный тип отношений пролетарской семьи (истинная дружба, взаимопомощь, взаимное уважение, любовь между супругами, свободное воспитание детей) в условиях капитализма не везде достигает одинаковой реализации. Это обуславливается конкретной исторической степенью зрелости буржуазной системы, материально-бытовыми условиями рабочего класса, самой культурой супруга и супруги.

Чем менее развит капитализм в отдельной стране, тем больше страданий приносит он угнетенным народным массам, тем более отсталой оказывается пролетарская семья как союз двоих. Она испытывает деморализующее влияние безработицы и нищеты, негигиеничности жилищ, чрезмерной убийственной работы, которая истощает супруга и супругу, делает их раздражительными, преопределяя возникновение конфликтных ситуаций в семье.

„Часто, — указывает *Бebel*, — муж является невежей, а жена — еще больше, и то малое, которое они могут сказать друг другу, быстро исчерпывается. Муж уходит в кабак, чтобы найти там развлечение, которого ему не хватает дома. Он пьет, но как бы мало он не пил, расходует много для своих возможностей. Иногда он отдается пороку азартности... В это время жена сидит дома и ропщет... Так возникает дисгармония“.

Как видно, в буржуазном обществе существуют три основных стандарта семейно-брачных отношений: капиталистический, мелкособственнический и пролетарский. Их существование обусловлено различным социальным положением данных трех классов.

Самая неустойчивая как структура — буржуазная, капиталистическая семья. Экономический расчет, безделье супруги и отчуждение двоих создаст тут фальшь кажущегося благополучия в ней, позади которой кроется развращенность. Сравнительно большую устойчивость имеют мелкобуржуазная и пролетарская семья. Первая основывается главным образом и прежде всего на мелкой частной собственности, а также не трудовой занятости супруги и супруга. Пролетарская семья ощущает основную спайку в общности ин-

тересов на производстве, в одинаковой социальной судьбе, в личных симпатиях.

Однако сексуальные отношения, которые создает капиталистическое общество, демонстрируются и другим образом. Они широко превосходят установленные рамки семейной структуры. В капиталистическом обществе массово существуют так называемые внебрачные связи. Они могут быть основаны на любви или просто на удовлетворении физической сексуальной жажды.

Исключительно прогрессивную роль в развитии форм общения между мужчиной и женщиной играет половая любовь. В условиях капитализма свое содержание она обогащает новыми эстетическими и моральными ценностями по пути социализации инстинкта продолжения человеческого рода и дальнейшей гуманизации сексуальных контактов в самой тесной связи с общим прогрессом культуры.

В этом отношении очень важный исторический этап знаменует эпоха Ренессанса (XIV — XVI вв.). Она является эпохой первоначального формирования капиталистических отношений, новой, более жизненной философии, которая в противоположность догмам феодализма подняла на новую высоту идею о целостности человека, его физических и духовных потребностях, идею о гуманизации общества.

Ренессанс обогатил содержание половой любви, сексуальных отношений. Он синтезировал диалектически мощный физический порыв античности с опьяняющим рыцарским духом провансальских трубадуров, путем создания гармоничной целостности мыслей и чувств, мечтаний и желаний человека. Ренессанс блестяще реализовал среди наиболее культурных социальных слоев „самое благородное углубление и одухотворение страсти“, великолепное соединение красоты созерцания с наслаждением.

Особенно важным является также и то обстоятельство, что в эту эпоху дерзновенных титанов признается, хотя бы в ряде новелл, „одинаковая значимость мужчины и женщины“. Был выдвинут лозунг о полной свободе выбора объекта любовных чувств.

Писатели эпохи Ренессанса — *Бокаччо, Рабле, Сервантес, Лопе де Вега, Шекспир, Маргарита Наваррская* — описывают реальные качества человека, его внутреннюю полноту, естественную жизненность, его страсти, радость, трагизм, красоту, личное достоинство. Они отражают половую любовь изящно и поэтично во всем ее разнообразном великолепии как страсть, неутолимую жажду, опьяненное созерцание, жгучую муку, ревность, благоговение, счастье.

Позднее эпоха Просвещения и буржуазных революций еще больше обогащает любовь. Ее компоненты (половое влечение, симпатия, мысли, чувства, настроения) непрерывно уточняются и облагораживаются в связи с этапами развития социальной жизни, искусства и культуры, гуманизма и науки. Все это в конечном счете направлено против господствующей тенденции отчуждения человека.

Многие семьи мелких собственников, пролетариев, интеллектуалов, людей искусства и культуры при капитализме рождаются на основе личных симпатий и любовных чувств. Такие семьи, несомненно, имеют больше объективных шансов быть счастливыми. Но при капитализме половая любовь весьма часто проявляется как внебрачная любовь. Фактически она является выражением противоречия моральной фальши, лицемерия массы семей, созданных по расчету, по соображениям материальной выгоды.

ПОЛИГАМИЯ, ПОЛИАНДРИЯ, ПРОСТИТУЦИЯ, ПОРНОГРАФИЯ

Социальный контроль, действующий в продолжении тысячелетий, проявляет одну общую тенденцию, направленную в сторону регулирования сексуальных отношений, обуздания элементов дезорганизации, приведения хаотичности в определенную систему с учетом интересов данного общества. Так возникают и функционируют семейно-брачные формы. Но тенденция дезорганизации сексуальных отношений людей в той или иной степени всегда продолжает противодействовать механизмам социального регулирования.

Огромная сложность общественных связей весьма динамична и противоречива. Элементы дисгармонии, дезорганизации могут быть различными: а) существование привилегий данной группы людей, которые в классовом обществе дают им возможность иметь системные, социально регламентированные половые контакты более чем с одним объектом (полигамия, полиандрия), б) производство и продажа таких товаров — сексуальных раздражителей — которые чрезмерно возбуждают известные слои общества и таким образом создают условия для постоянного роста хаотичных, лишенных красоты интимных чувств внебрачных связей (проституция, порнография). Рассмотрим конкретно эти формы сексуальной дезорганизации людей.

Понятие **полигамия** означает многобрачие. На практике она может иметь два варианта: **полигиния** (многоженство) и **полиандрия** (многомужие). Термин полигамия до настоящего времени обычно употреблялся только в смысле многоженства. Исследователи отмечают, что это состояние группового брака в первобытном обществе, когда один мужчина вступает в сношения с группой женщин. Однако это лишь одна сторона брачных связей. В первобытном обществе и каждая женщина вступала в сношения с группой мужчин. Именно это и есть полиандрия.

Но данные понятия могут толковаться и в другом смысле. Говоря о полигамии, мы опять-таки подразумеваем социальную структуру, при которой один мужчина сексуально связан с группой женщин. Последние, однако, живут только с ним. Они фактически не имеют других мужчин. В том смысле слово полигамия существует, хотя и ограниченно, только в периоде патриархата и в классовом обществе. Эта предварительная интерпретация может применяться соответственно и к полиандрии.

Полигамия никогда не была всеобщей формой семьи для членов племени или при формировании народностной группы. Она предполагает, что число женщин должно в несколько раз превышать число мужчин. Еще в периоде патриархата полигамия являлась „социальной привилегией“ верхушки племени.

Данная форма брачного сожителства наблюдается до сих пор в некоторых современных переобитых племенах. Среди них, однако, полигамия сохранена лишь как бигамия (двоеженство). Так, например, в племени менде (Африка), согласно исследованиям, проведенным после второй мировой войны, 52% мужчин имеют по две жены, и только 25% — по три и более.

В классовых обществах полигамия распространена была мало и существовала главным образом как практика некоторых представителей привилегированных социальных верхушек. Иногда условия требовали временного существования многоженства или двоеженства. Так, в Библии отмечается, что красивая еврейка Сарра, которая была бесплодной, сама заставила своего мужа Авраама спать с ее рабыней Агар, чтобы она родила ребенка. У Якова было две жены — сестры Леа и Рашель. Кроме них, однако, он жил со своей служанкой Валою. Она ему родила двух сыновей. Царь Давид, согласно Библии, имел сначала 6 жен, а потом их число увеличил. Так дни проходили

более весе
Предания
Эта ф
но, что му
нако, не
разрешен
но относи
у евреев
ев. Кажд
провести
было разр
с никаки
В пе
представ
и богосл
лем догм
ких жен.
восточны
Кроме то
шую ро
имел бол
Эта
господст
Лютер р
менно с
фактиче
зу и гр
По
сообща
от 20—
Негрит
тельно
По
США.
Сл
там но
корана
По
прояв
ной мо
более
но и п
Ф
полига
ной п
нежен
что яв
Если
собой
П
„Буду
ричес
тельно
преим

более весело. Рекорд еврейской полигамии был достигнут царем Соломоном. Предания сообщают, что в своем гареме он держал более 700 жен.

Эта форма семьи была распространена и среди арабов. В коране указано, что мусульманин может иметь 4 законные жены. Указанная форма, однако, не относится к обыкновенным людям. Могамеду было специально разрешено иметь 9 жен, потому что Аллах как будто бы весьма благосклонно относился к половой страсти и жажде своего пророка на земле. Полигамия у евреев и арабов на практике регулировалась известными нормами обычаев. Каждая жена имела право пригласить общего супруга в свою постель и провести с ним законную ночь, когда подходила ее очередь. Только Могамеду было разрешено ходить к той жене, которая ему нравилась. Он мог не считаться с никакими нормами.

В периоде феодализма в Европе полигамия существовала для некоторых представителей господствующего класса. Первый христианский философ и богослов — Блаженный Августин, являющийся самым строгим толкователем догм официальной церкви, не запрещал одному мужчине иметь нескольких жен. Дворец Карла Великого, по некоторым сведениям, был похож на восточный гарем. Людовику XV было разрешено иметь двух законных жен. Кроме того, число его фавориток из года в год увеличивалось. Среди них большую роль играла мадам Помпадур. Только незаконных детей Людовик XV имел более 70. Никто не знал точного количества членов семьи короля.

Эта благосклонность к практикованию полигамии в некоторых кругах господствующей верхушки сохранилась и во время эпохи Реформации. Лютер разрешил ландграфу Филиппу Гессенскому заключить брак одновременно с двумя женами. Это совсем не раздражало людей. Наполеон Бонапарт фактически имел три жены — креолку Жозефину, императрицу Марию-Луизу и графиню Марию Валевскую.

Полигамия сохраняется еще в некоторых первобытных племенах. *Форел* сообщает, что каждый вожд игудеинов — жители островов Фиджи — имел от 20—30 до 100 жен, что воспринималось как традиция прошлого. Негритянский король в Лоанго имел 7 000 жен. Эта цифра, как нам кажется, значительно преувеличена. Однако, в своей основе она близка к истине.

Полигамия существует у мормонов — небольшой религиозной секте в США. Но эта религиозная секта постепенно исчезает.

Случаи полигамии встречаются и сегодня в арабских странах. Однако там новые условия также противодействуют традиции, несмотря на авторитет корана.

Полигамия все еще находит некоторых защитников. Даже *Август Форел* проявляет благосклонность к этой форме брака. Отмечая недостатки современной моногамии, он пишет: „Поэтому можно считать, что когда-нибудь наиболее предпочитаемой формой брака будет вид свободной моногамии, возможно и полигамия. . . “

Французский писатель *М. Г. де ла Фушардьер* считает, что фактически полигамия существует и сегодня. Ее незачем регламентировать. В современной полигамии хорошо то, что „различные женщины одного женатого или неженатого мужчины не знакомы между собой и очень часто даже не знают, что являются частями одного целого, одного коллектива, одной комбинации“. Если же узаконить эту форму брака, то члены комбинации станут знакомы собой и „катастрофа неизбежна.“

После первой мировой войны во Франции вышла книга Жоржа Анкети „Будущее брака“. В этой книге защищается мысль о том, что моногамия исторически полностью изжила себя. Было предложено во Франции законодательным путем ввести полигамию (многоженство). Автор пытался доказать преимущества этой формы брака.

Население Франции после первой мировой войны угрожающе уменьшалось. Перед нацией раскрылась грозная перспектива. Через двести лет Франция могла остаться просто без французов. Автор книги „Будущее брака“ доказывал, что причиной быстрого снижения рождаемости является моногамия. Во Франции в 1920 году „на 4 девушки брачного возраста приходился один мужчина“. Мы здесь не будем оспаривать данные статистики. Известно, что первая мировая война отняла жизнь миллиона мужчин. В первые годы после войны Европа оказалась переполненной женщинами. Для дальневидной буржуазии это послужило причиной начала разговора о введении полигамной семьи. Один мужчина должен был жить с несколькими женщинами.

В Англии были отмечены массовые случаи бигамии (двоеженства). Они свидетельствовали о процессе разложения в трагически болезненной социальной обстановке. В 1919 и 1920 годах английскими судебными властями было открыто более 1 000 случаев бигамии. О многоженстве заговорили также и некоторые немецкие теоретики. В Чехословакии депутат Лета Кержискова предложила „узаконить бигамию и сделать ее обязательной для каждого гражданина до 50-летнего возраста“. Моральные устои буржуазии лопались по всем швам. В турецкий меджлис в то же время был внесен законопроект, согласно которому „каждый зажиточный гражданин должен иметь самое малое две жены“. Законопроект, однако, провалился.

Исторически полиандрия играет почти аналогичную, хотя и более незначительную роль. Это объяснимо, так как привилегии обычно на стороне мужчины-супруга, а не женщины-супруги. Полиандрия была слабо распространена еще несколько веков тому назад. Страбон сообщает, что такая почти матриархальная форма брака существовала в древней Спарте. Большинство исследователей открыли полиандрию у некоторых племен Индии, Северной Америки, Гималлаев, Тибета и среди эскимосов.

По специфической системе родства эта форма брака конкретно существует в различных вариантах. Иногда, как это наблюдается в большинстве племен с полиандрией, мужья женщины-супруги обычно являются братьями. Однако существуют и исключения из этого правила. В некоторых племенах мужья женщины-супруги являются родственниками. Но существует и другой вариант этой семьи. В ней братья, которые являются мужьями данной жены, сожительствуют также с ее кровнородственными сестрами. Фактически это полигамия, типичный вариант групповой семьи.

Причины существования полиандрии как специфической формы сексуального общежития могут быть разнообразными. В большинстве случаев это связано с уменьшением количества женщин в результате пренебрежительного отношения к детям данного пола и на этом основании их большой смертности. В отдельных местах, например, в Тибете, полиандрия существует и из-за невозможности одной индивидуальной семье вести борьбу с тяжелыми природными условиями. Это форма брака с неизжитыми традициями матриархального рода.

В современную эпоху полиандрия существует как известный пережиток в некоторых первобытных племенах. Однако разложившиеся, отмирающие семейные формы древней социальной структуры, которые сегодня могут быть элементами дезорганизации сексуальных отношений, иногда приобретают искусственную, можно сказать, даже фальшивую, иллюзорную актуальность.

Существуют авторы, которые считают, что законодательство в современном обществе не должно регламентировать только одну форму брачного сожительства. В свое время французская актриса Луиза Марнон писала: „Моногамия? Полигамия? Полиандрия? Это дело вкуса и темперамента, ко-

тские меняют
д в этой сб
Тельс Лу
водит к анар
брака, мы ве
высшими при
то абстрактн
Прежде
будущее при
ческие аргу
Для тог
брака, несб
мужчин сам
в свей ост
природа не
бителные в
Количество
отклонения
В пост
ропе превь
селение эт
На 1 0 10 м
рике и арти
К концу г
век, в Аф
мужчин в
на 180 00
следующа
нов чело
617, а ж
1 053 му
Насе
сколо 2
1 383 674
чится сл
1910 год
97, а в
Го
ставлял
вышало
масштаб
(50,4%)
вышает
По
состав
женщи
Во
нами
но тог
часть
Е
ствова
ряли
17 Пол,

торые меняются вместе с индивидом. Лучше оставим каждому полную свободу в этой области . . .”.

Тезис Луизы Марпон действительно весьма соблазнителен. Однако он водит к анархии в обществе. Не определяя строгих рамок будущей формы брака, мы все-таки можем отвергнуть то, что абсурдно и несовместимо с высшими принципами социализма и коммунизма. Здесь речь идет не о каких-то абстрактных принципах, а об объективной логике истории.

Прежде всего категорически необходимо отвергнуть тезис о том, что будущее принадлежит полигамии. Впрочем, каковы наши основные теоретические аргументы?

Для того, чтобы полигамия реально существовала как всеобщая форма брака, необходимое количество женщин должно превосходить количество мужчин самое малое в два раза. Количественная зависимость должна иметь в своей основе соотношения 10 к 5. Однако, статистика показывает, что природа не может обеспечить такое соотношение между двумя полами. Истребительные войны только временно и частично уменьшают процент мужчин. Количественная разница между двумя полами варьирует с небольшими отклонениями. Здесь необходимо предоставить слово статистике.

В последние два десятилетия прошлого века количество женщин в Европе превышало количество мужчин примерно на три миллиона. Общее население этого континента достигало приблизительно 350 миллионов человек. На 1 000 мужчин приходилось 1 017 женщин. Однако в Азии, Африке и Америке картина иная. Там количество мужчин превышает количество женщин. К концу прошлого века статистика насчитывала в Азии 333 миллиона человек, в Африке — 11 миллионов, в Америке — 92 миллиона. При этом число мужчин в Азии превышало количество женщин на 8 540 000, в Африке — на 180 000, а в Америке — почти на 990 000. В целом во всем мире картина следующая: из общего количества населения — один миллиард 300 миллионов человек, попавших в сферу действия статистики, мужчин насчитывается 637, а женщины 634 миллиона. Иными словами, на 1 000 женщин приходится 1 053 мужчины.

Население нашей страны в 1880 году, по данным статистики, составляло 2 820 000 человек. Из них мужчин было 1 439 537, а женщины — 1 383 674. Если абсолютные цифры перевести на язык процентов, то получится следующее соотношение: на 100 женщин приходится 105 мужчин. В 1910 году положение было таким же. На сто мужчин в селах приходилось 97, а в городах — 94 женщины.

По официальным данным статистики, население земли в 1962 году составляло 3 120 000 000 человек. Только в Европе количество женщин превышало количество мужчин на 2% (317 против 292 миллионов). Однако в масштабе планеты картина совсем иная. Мужчин насчитывается 1 573 000 000 (50,4%), а женщин — 1 547 000 000 (49,6%), т. е. количество мужчин превышает количество женщин на 26 миллионов.

По официальным данным, на 1 января 1964 года население Болгарии составляло 8 111 132 человека. Из них 4 051 406 были мужчины и 4 059 726 женщины, или на 100 мужчин приходится 100,2 женщины.

Возможно ли при таком количественном соотношении между мужчинами и женщинами существование полигамии? Возможно лишь для одних, но тогда у других полигамия отнимет право на брачную связь. Большая часть мужчин оказалось бы в неравноправном положении.

Если рассмотреть вопрос исторически, то полигамия никогда не существовала как всеобщая (нормальная) брачная форма. Ее выгоды удовлетворяли капризное сладострастие хищной и пресыщенной жизнью аристократии.

Полиандрия также не была всеобщей брачной формой даже в определенной региональной области.

Рассматривая многоженство и многомужие в социологическом аспекте, Ф. Энгельс подчеркивал: „Эти две формы брака могут быть только исключением — так сказать историческими продуктами роскоши — даже если они встречаются в какой-либо стране параллельно друг другу, чего, как известно, не бывает“. Так как исключенные из многоженства мужчины не могли найти утешения у женщин и стали излишними в следствии многомужия, а количество мужчин и женщин, независимо от социальных институтов, было до сих пор почти одинаковым, то ни одна, ни вторая форма брака не могли стать общепризнанными. На практике многоженство одного мужчины, очевидно, было продуктом рабства и было доступно лишь отдельным лицам, занимающим исключительное положение. В семитской патриархальной семье многоженством пользовался только патриарх и самое большое еще несколько его сыновей, а остальные должны были удовлетворяться одной женой. Такое же положение сохранилось и сегодня на всем Востоке: многоженство является привилегией богатых и знатных, так как жены приобретаются главным образом через покупку рабынь, а народные массы живут моногамно.

Вопрос имеет и другую, моральную сторону. Полигамия и полиандрия унижают человека. Оннего превращают в объект физического наслаждения, который ожидает очередного ночного сеанса половой связи, не имея возможности установить со своим партнером интимной эмоциональной дружбы.

Один из наиболее типичных симптомов дезорганизации сексуальных отношений в обществе — проституция. Ее физическое хищничество до сих пор постоянно сопровождает историю цивилизации.

Проституция является особой торговлей телом, при которой существуют продавец и покупатель сексуального плотского наслаждения. Осуществление этой позорной торговли в социальной жизни исключает духовное общение двоих, а также любовь.

„Проституция, — пишет Иван Блох, — является определенной формой внебрачных половых сношений, отличающихся тем, что проституирующий предлагает себя, более или менее безразборно, продолжительно и публично, неопределенному количеству лиц и . . . обычно в форме профессиональной покупки сокоупления или другого полового деяния . . .“

Ашафенбург говорит, что проституция означает „продажу собственного тела за деньги“. Габриель Дорос с юридической точки зрения видит в данном случае два существенных момента: „с одной стороны, . . . торговлю собственным телом без права на выбор“, а „с другой стороны, необходимую краткость этих отношений“.

Попытаемся обобщить. Понятие проституция означает: а) в широком смысле слова — систематические, безразборные сексуальные сношения, не основывающиеся на интимных чувствах и не связанные с индивидуальным выбором объекта сношения; б) в более узком смысле слова — систематические, безразборные сексуальные сношения за деньги, за натуральную выгоду или за выгоду в другом материальном понимании.

История проституции начинается с древнейших времен классового расслоения общества. В Библии говорится о блудницах времен Соломона, Давида и Самуила. Из-за них бог мечет молнии на головы евреев. В античной Греции проституция однако почиталась. Гетеры Фрина, Аспазия, Талси, Теория, Марини отдаются многим мужчинам рабовладельческого класса и, возможно, поэтому имеют репутацию свободных женщин. Такую же популярность и авторитет приобретают блудницы и в Риме — столице мира.

По некоторым данным, там развивается и мужская проституция, „профессия“ гомосексуалистов.

Проституция массово распространяется также в эпоху Средневековья, в больших городах имелись официально разрешенные публичные дома. Феодалная власть покровительствовала им. Толпы проституток сопровождали армию и поддерживали „жизненный тонус“ солдат. Никто не считал эту практику опасной и аморальной. Знатные феодалы сами пользовались прелестями проституции. Без нее не проходило почти ни одного официального городского торжества. Узаконенный разврат часто находил место и в праздничных полуритуалах. Толпа молодых голых проституток встречает Карла V при его вхождении в Антверпен. Монарх тронут и глубоко взволнован. Император Сигизмунд также удостоен подобной встречи во время его официального посещения Берлина.

Иногда средневековые власти ведут борьбу против массовой проституции. Но фактически это не меняет положение. *Марк Велсер* сообщает, что Совет десяти Венецианской республики специальным решением изгнал проституток. Однако, эта крутая мера имела тяжелые последствия для Венеции. Лишенные присутствия куртизанок, молодые патриции весьма скоро пали в состояние сексуальной разнузданности. Они вторгались в частные дома и монастыри, насиловали замужних женщин, девушек и монахинь. Совет республики был вынужден вернуть проституток, поселить их в специальные публичные дома и даже выплачивать им зарплату. Бесчинства патрициев прекратились.

Капитализм способствует еще большему развитию этой многовековой традиции беспорядочных, оплачиваемых по свободному тарифу, лишенных интимности и красоты внебрачных половых сношений. Проституция является наиболее типичной формой превращения в буржуазном обществе женщины в „товар“. Она несет на себе проклятье жизни, грозную печать социальной дискриминации, позор экономической себестоимости человека при капитализме.

Существуют и некоторые промежуточные формы оплачиваемого сексуального сожителства. О так называемых лоретках во Франции рассказывает *Август Форел*. Это полупроститутки — женщины, которые живут в конкубинате (незаконном, фактически временном браке) с определенным мужчиной. Последний систематически оплачивает их содержание. Существуют и так называемые во Франции гризетки. Это, как правило, красивые, кокетливые женщины без определенной профессии, которые живут также в незаконном, пробном браке обычно с молодым студентом или художником. Весьма часто эта связь обладает любовными чувствами. Наконец, на самом вершине социальной пирамиды находятся метрессы (содержанки). Это щедро оплачиваемые женщины, которые живут в незаконной, постоянной связи с богатыми мужчинами, и в ряде случаев даже заботятся о домашнем хозяйстве.

В буржуазном обществе проституция делится на категории. Этому соответствует дифференциация покупателей. Самым широким является слой „дешевых“ проституток для низших социальных слоев, почти люмпенизированных прослоек. Это женщины, лишенные перспективы жить как честные, достойные люди. В большинстве случаев к ним относятся уволенные, выброшенные на улицу, сокращенные по той или иной причине служанки, работницы, служащие, ставшие излишними в гостиницах, фабриках и ресторанах. Капитализм отбросил их, грубо уничтожил в ходе производственного процесса, смел с трудового пути. Клиентами этих „дешевых“ проституток в большинстве случаев являются бедные низкооплачиваемые мужчины. Это люди, которые в данных условиях из-за бедности не могут создать семью.

Следующий пласт проституток обслуживает клиентов средних слоев общества — мелких собственников, различных чиновников и пр. К этой

клиентеле, бесспорно, надо отнести и постоянно мигрирующих ремесленников а также торговцев.

Мелкобуржуазная проституция свидетельствует о степени разложения социальных процессов. Она отражает кризис семьи ремесленника, рядового чиновника, мелкого торговца и период загнивания капиталистической системы.

На высшей ступени рассматриваемой иерархии находится так называемая элитарная проституция. Ее представляют богато разряженные, блестящие, увешанные ожерельями, различными украшениями и браслетами куртизанки — женщины, которые посещают шумные салоны и „отдаются“ по весьма высокой цене представителям аристократии. Это различные фаворитки, дорогопродающие свое тело и радующие богатых поклонников, пока могут, своей молодостью.

На капиталистическом рынке ассортимент „женского товара“ весьма разнообразен. Он соответствует социальному положению покупателя. Спрос и предложение привели к тому, что могут быть удовлетворены различные вкусы, соответствующие тяжести кошельков, возрасту и рангу в обществе.

Один из героев *Бальзака* подчеркивает, что когда обыкновенный мужчина достигает 52 лет, для него покупка женщины уже связана с повышением расходов. „В этом возрасте, — говорит один из героев *Бальзака*, — любовь требует около 30000 франков в год.

В „*Жерминале*“ *Золя* описывает проституцию среди нищенствующего пролетариата. Работницы в Лиле — говорит он — „развращаются еще в 14 летнем возрасте морем нищеты“.

В своем известном романе „*Нана*“ он весьма реалистично раскрывает мерзость парижской аристократии, которая своими деньгами поддерживает проститутку „высшего класса“. Стихия пола, запах животного развращения сознание. Куртизанка *Нана*, полная эротика „золотая мушка“, выскочившая из грязи, танцует и отравляет богатых мужчин одним только прикосновением в их дворцах, куда она попадает через окно“.

„Ее рента, — пишет *Золя*, — рождена глупостью и глупостью мужчин. Она овладевает высшими слоями. Ее успех был внезапным. . . в блеске сумасшедшие разбрасываемые деньги и смело раздариваемой красоты. Она воцарилась среди наиболее высокооплаченных женщин. . .“

Цвейг описывает проституцию в Вене перед первой мировой войной. Богатые юнны содержат метресс, нанимают для них квартиры. Остальные обычно удовлетворяются продащицами и официантками. Это сравнительно выгодно для кошелька. Часть женщин-работниц в свободное время также занимаются проституцией. Приличие, хотя бы мнимое, но сохраняется. Все происходит ночью в маленьких гостиницах, в темных боковых улицах. „Основой эротической жизни того времени вне брака, — пишет *Цвейг*, — оставалась проституция. Она представляла, так сказать, темный подвальный свод, над которым возвышались безукоризненно блестящие фасады роскошной постройки буржуазного общества“.

Капиталистические режимы обычно регламентируют проституцию и смотрят на нее поверхностно. С легкостью они разрешают публичные дома, где проходит эта странная и позорная купля-продажа женщин. В 1923 году по официальным данным в Париже было 235 публичных домов. Согласно статистике, там „работали“ 2 100 проститутки. В том же году полиция зарегистрировала в Париже вне публичных домов еще 4 355 женщин, которые занимались свободной „профессией“. Количество тайно занимающихся этим „ремеслом“ превышало цифру 25 000. Встал вопрос о спасении репутации цивилизации. В 1923 году только в Париже было более 30 000 проститутки.

Почти то же самое было и в Берлине. *Август Бебель* приводит статистику, согласно которой в Германии насчитывалось более 200 000 проститутки. Эта цифра значительно увеличилась после первой мировой войны. Однако сексуальная торговля в условиях империализма с каждым годом принимает все более завуалированные формы.

Так называемые „операционные базы“ проституции не исчерпываются лишь публичными домами. В условиях капитализма существует еще множество других „баз“, где „потребители“ — мужчины находят свой товар. Кроме публичных домов, выходящих прямо на улицу, этот процесс происходит в различных кафе и гостиницах, в „кабинетах массажа“, в аристократических „мезон де пак“ (семейные бани), в дешевых рабочих кабаках, в блестящих „шантанах“, в домашних пансионатах, на танцплощадках, в варьете, в конторах по найму служанок, в различных художественных ателье и пр.

К ним относятся внешне благопристойные заведения, в которых проходят встречи мужчин и женщин, являющиеся местом интимного „торга“ пикантного характера, продажи сексуального удовольствия различного характера и различной цены. Здесь действует целая армия грязных сутенеров и сводниц, которые живут как комиссионеры и посредники купли-продажи проституток. До второй мировой войны только в Нью-Йорке насчитывалось около 20 000 торговцев этого „живого товара“. В 1936 году было установлено, что в США действовал крупный трест торговли проститутками, который объединял около 200 публичных домов, ежегодно получая прибыль до 15 миллионов долларов.

Способы предложения „живого товара“ самые различные — от вульгарных поисков клиентов по углам улиц до реклам в газетах „массажисток“ и „маникюри“, от грубой торговли в отвратительных заведениях до блестящих посещений „дамы“ в шикарном автомобиле. Существуют формы продажи, существуют и специальные тарифы.

Но торговля женским телом не ограничивается лишь какой-то одной капиталистической страной. Эта позорная торговля к стыду цивилизации приобрела в наше время интернациональную организованность. Женщины перебрасываются из одной страны в другую, с одного континента в другой для удовлетворения капризных вкусов „потребителей“, которые дают больше денег за экзотику. Молодые рабыни капиталистического общества поставляются, например, из Франции в Южную Америку и обратно, или из Африки в Европу и из Европы в Африку.

Организация такой международной и межконтинентальной торговли проституцией была открыта в 1926 году комиссией при Лиге наций, которая исследовала этот вопрос в 28 странах мира. Похоже, в условиях господства монополий, наряду с официальным эскортом капитала, существует и контрабандный экспорт особого „живого товара“, который также приносит монополющую прибыль.

Это бизнес, который больше всего затрагивает массовых потребителей сексуального наслаждения. Проститутки, обслуживающие высшее общество, при капитализме обычно остаются в тени. Они пользуются снисхождением властей и лишь когда „амортизируются“ и становятся непригодными для высоких „эстетических“ потребностей буржуазии, их выбрасывают на свалку жизни, где заканчивается их земная трагедия.

В буржуазном обществе не только созданы все условия для процветания массовой проституции. Оно пытается найти приемливые аргументы для оправдания ее существования, объяснить это факторами, находящимися вне сферы социальных отношений. Так, например, известный итальянский врач-психиатр *Чезаре Ломброзо* (1835—1909) создал ошибочную биологическую теорию о „преступнике по рождению“. На ее основе он пришел к выводу о том, что проституция возникает в силу какой-то биологической предопределенности. Женщина, продающая свое тело за деньги, является особым антропологическим типом. Никто не в состоянии коренным образом изменить ее судьбу. „Проститутка, — указывает Ломброзо, — рождается вместе с ка-

чествами, унаследованными от какой-то дальней прабабушки, во времена которой царствовал половой беспорядок и проституция была нормальным явлением жизни“.

Следовательно, капитализм несет ответственность за торговлю женским телом. Согласно теории Ломброзо, существуют женщины, которым по своей биологической конституции, по своей наследственности предопределено стать проститутками. В какие бы социальные условия они не попали, никто не может преотвратить фатального зла, их путь объективно предопределен.

Теория Ломброзо не покоится на научных основах и противоречит конкретным фактам. Прежде всего ее можно опровергнуть с помощью конкретной социальной статистики. Многие неоспоримые данные свидетельствуют о том, что большинство женщин, составляющих армию проституции в капиталистическом обществе, занялись грязным „ремеслом“ из-за каких-то личных трагедий, главным образом из-за отсутствия возможности прокормить себя. Картина здесь весьма пестрая, но в ней выделяется ряд основных социальных факторов. Массовое разорение и моральное оскорбление женщины при капитализме создают предпосылки для увеличения проституции. Факты в этом отношении весьма убедительны.

Парант Дюшанте, которого несколько лет тому назад цитировала доктор *Вера Златарева*, исследовал мотивы, побуждающие к проституции у 5 000 женщин во Франции. Три четверти всех опрошенных ответили, что занялись этой грязной профессией „в виду крайней бедности, беспризорности, потери родителей в столице или в провинции, из-за потери работы или дома“.

Некоторые авторы объясняют это грязное „ремесло“ воздействием психологических факторов. Они указывают на существование „гиперсексуальности“ у ряда женщин. Легкая возбудимость заставляет их становиться проститутками, ибо они не могут устоять перед соблазном. Гиперсексуальность, по всей вероятности, играет определенную роль. Но решающим фактором существования массовой проституции в капиталистическом обществе является, несомненно, общественная среда, объективное положение известной категории женщин в социальной системе.

Она из наиболее тонких форм шарлатанства и спекуляции половой жаждой — так называемая порнография. Этот термин состоит из двух греческих слов: порнос (развращенный) и графо (писать). Характерным для порнографии является описание, изображение или фотографирование половых органов человека (мужчины и женщины), а также позорных сексуальных сцен. В современную эпоху для этой цели используются и технические возможности кинематографического искусства. Порнография предназначена вызывать чрезмерное сексуальное возбуждение у людей, потребителей этого производства, разжигать животные инстинкты. Ее стихией является разнузданная и пошлая эротика.

Порнография весьма часто использует различные формы изобретательного и поэтического чувства. Она превращает художественные образы в низкопробную и вульгарную имитацию без какой-либо одухотворенности и красоты. Порнография есть отрицание искусства, потому что в ней отсутствует эстетическое воздействие, глубина интимного чувства. Порнография, — пишет *В. Толстой*, — не имеет ничего общего с действительным искусством, ибо выражает „проявление безобразного“ и дает простор сладострастию, дикой чувствительности, „торжеству плоти“.

Впрочем, граница между истинной и фальшивой (порочной) эстетизацией в жизни весьма относительна. История знает целый ряд талантливо написанных художественных произведений, как, например, „Декамерон“ *Боккаччо*, „Манон Леско“ *Аббата Прево*, „Кандид“ *Вольтера*, „Дон Жуан“

Байрсна
рассказы
Жизнь
картины
постиг
безнрав
культу
Худ
женного
потому
В подоб
духовна
использ
эстетиче
суальны
природь
Пор
де Сада,
„Философ
секса, ко
Сов
эротики
нашесть
видени
знаком
тиражом
ния, ка
рые воз
разврат
Мож
вается н
гает 20
и 50 ст
роман
высил 1
На
продаетс
5-миллио
„Нью-Йор
в 1968 год
„Плюксу
Сли
экране ч
вестна т
цузских
капитал
Даж
но исчез
будешь де
существо
и удовлет

Байрона, „Римские эллегии“ Гете, „Монахиня“ Дидро, стихотворения Гейне, рассказы Мопассана и др., которые были объявлены безнравственными. Жизнь постепенно реабилитировала их в глазах человечества. Прекрасные картины Рубенса, Тициана, в последнее время даже Эдуарда Мане и др. постигла такая же драматическая судьба. Критерии относительно природы безнравственности свидетельствуют иногда о примитивности эстетической культуры.

Художественное творчество и описание сексуальных сцен, а также обнаженного человеческого тела — еще не порнография. Оно действует эстетически, потому что содержит имманентную красоту облагороженной живой природы. В подобных художественных образах тела всегда проглядывает глубокая духовная прелесть человека. Порнография убивает красоту, иногда даже используя художественные средства. Она с самого начала является антиэстетической практикой пошлого изображения человеческого тела и сексуальных сцен в их животной первичности как лишь голой и извращенной природы без внутренней душевной красоты.

Порнографическими являются, например, произведения небезизвестного маркиза де Сада, жившего во времена Наполеона. В его романах „Жюльета или успех порка“, „Философия будуара“ „Полина и Бельвал“ и др. создана галерея безинтересных героев секса, которые прославляют грубую чувствительность и извращения в половой жизни.

Современные условия капитализма в особенности стимулируют буйство эротики, массовое процветание порнографии. На Западе постоянно ширится нашествие секса, которое причиняет неисчислимые беды книгоизданию, телевидению, всей системе воспитания и развлечений. Все это проложит под знаком так называемой „сексуальной революции“ в обществе. Массовым тиражом издаются произведения маркиза де Сада, книги пошлого содержания, как, например, „Эммануэла“ и „Антидевственница“ мадам Арсан, которые возбуждают и толкают своих читателей к половой необузданности и разврату.

Может быть, самый большой поток „сексуальной революции“ обрушивается на Запад со стороны США. Только одна улица в Нью-Йорке располагает 20 книжными магазинами для продажи порнографической литературы и 50 специализированными для любителей эротики. Грубый сексуальный роман „Долина кукол“, написанный американкой Жаклиной Сюса, уже превысил 10-миллионный тираж и издается на различных языках.

На Западе порнография непрерывно заливает печать. Множество эротичных изданий продается в газетных киосках. Американский сексуальный журнал „Плейбой“ достигает 5-миллионного тиража. Одновременно с ним выходят и другие издания, например, „Кис“, „Нью-Йорк ревью оф секс“, „Плежер“ и пр. Почти такая же картина и во Франции. Так в 1968 году полностью разделась в журнале „Люи“ киноактриса Бриджит Бардо. Журнал „Плексус“ и другие строго следуют примеру „Плейбоя“.

Стихия секса уже переполняет кино и телевидение Запада. Образы на экране часто возбуждают похотливые страсти. В этом отношении хорошо известна традиция Голливуда. Эротика является лейтмотивом многих французских фильмов. Это полностью относится также к ФРГ, Англии и к другим капиталистическим странам.

Даже одни только заглавия фильмов красноречиво говорят о себе зрителю: „Бесследно исчезнув в гареме“, „Котенок для мучения“, „Рай голых“, „Граф Порно“, „Всегда ли будешь девушкой“, „Квартет в постели“, „Эротика уличной скамейки“ и пр. „На Западе существует, — пишет Андре Мюллер, — особая категория фильмов, которые пребудждают и удовлетворяют интересы мира ночных заведений, проституток и сутенеров“.

Порнография царит на Западе и в различных торговых рекламах — в продаже белья, духов, обуви, чулков, даже наручных часов. Голые тела обладают огромной силой, оно привлекает внимание. Бизнесмены говорят, что оно продает товар. Его магнитные свойства привлекают тысячи глаз. Французская реклама, например, изображает голую женщину, лежащую на груди мужчины в новой сорочке. В рекламе говорится: „С такой сорочкой все женщины будут вашими“.

Порнография заливает улицы, кричит со стен зданий, витрин кафе и заведений отовсюду, где останавливаются люди. Один французский политик в запасе протестовал, что огромные рекламы даже в парижском метро непрерывно демонстрируют сладострастные существа женского пола в различных стадиях раздевания. Капиталистические страны сейчас переживают невиданное в истории „нашествие“ эротики.

Особо больших размеров достигло тайное распространение иллюстрированных карточек с голыми женщинами и различными сексуальными сценами. В США такие карточки постоянно издаются в громадных количествах. Они невидимым образом развращают сознание многих, ищущих развлечения в скучной жизни, обыкновенных людей, особенно молодежи, содействуя массовому порождению сексуального разврата.

Широкое распространение порнографии в капиталистическом обществе совпадает со следующими интересами буржуазии: а) оно является достаточно эффективным средством уведения людей от острых и опасных социальных проблем; б) кроме того, массовое распространение порнографии является источником доходов и прибыли. Капиталист эксплуатирует секс, торгует эротикой, не думая о последствиях.

Чудовищный бум порнографии на Западе мешает социальному регулированию обогащенных красотой сексуальных отношений. Он открывает простор голой животной похоти, расстраивает систему половой культуры, которой достигла современная стадия цивилизации.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ ПРИ СОЦИАЛИЗМЕ

Победа социалистической революции осуществила глубокий переворот во всех областях социальной жизни — в экономике, в политике, в системе государственной организации, в образовании, во всей духовной культуре. Новый социальный строй возник на базе общественной собственности на средства производства, на основе ликвидации эксплуатации и конкуренции. В процессе строительства социалистического общества наступил глубокий переворот и в сексуальных отношениях людей, которые представляют один из аспектов исключительной по размаху всеобщей революции.

Социалистическая власть прежде всего ликвидировала неравноправие между мужчиной и женщиной, ликвидировала законы, унижающие женщину. Рассматривая эту важную проблему, еще в 1919 году *В. И. Ленин* подчеркивал: „Мы не оставили в буквальном смысле слова камня на камне от подлых законов неравноправия женщины, ограничения развода, гнусных формальностей, с которыми он связан, непризнания внебрачных детей и пр.“

Ликвидация многовековой социальной пропасти между двумя полами оказалась трудной задачей. Недостаточно женщине лишь дать право выбирать и быть избранной, ликвидировать консервативные законы. Социалистическая власть это осуществила ещё в начале революции. Полное равенство социального положения двух полов требует ликвидации мелкого домашнего

освобождения женщины от обязанностей по дому, кухне и быту в семье. В. И. Ленин отмечает, что общественные столовые, ясли, детские сады являются наиболее нужными средствами, которые „на деле могут освободить женщину, на деле могут ликвидировать ее неравенство с мужчиной в соответствии с ее ролью в общественном производстве и в общественной жизни“.

Разрешением этой объективной задачи революции является процесс, который будет длиться в течение нескольких десятилетий вплоть до построения зрелого социалистического общества. И все же уже на первоначальном этапе развития революции осуществляются большие преобразования. Социализм как ни один социальный строй до него предоставляет реальные возможности женщине получить высшее образование, развить свой талант, занять различные должности в народном хозяйстве и в управлении страной, полноценно пользоваться материальными и духовными благами.

В этой обстановке сексуальные отношения вполне естественно изменяют свою социальную структуру. В первую очередь все больше и глубже разлагается старый тип семьи. Наступает переоценка ценностей и в области половых отношений.

Постепенно формируется (процесс, который еще не закончился) новый, социалистический тип семьи. Ее модель на этом этапе развития в приближенной схематической форме имеет следующие наиболее характерные особенности: супруг и супруга работают на предприятиях или в учреждениях, их доходы вкладываются в общую семейную кассу. Они решают свои общие домашние вопросы на демократической основе, коллективно, без диктатуры. Бытовые обязанности обычно разделяются. Жена готовит, убирает, а муж выбивает одеяла, натирает паркет, ходит за покупками. Вдвоем они находят весьма незначительное время. Часто даже летний отдых они проводят отдельно, в различные смены. Муж общается со многими женщинами, коллегами по работе и знакомыми. Жена тоже знакома с многими мужчинами своего предприятия или учреждения. Типичная замкнутость старой мещанской семьи разлагается в результате воздействия новых социалистических форм. Положение детей также изменяется. У них появляется достаточно много общественных обязанностей. Они посещают различные кружки, участвуют в коллективных работах на общественных началах, выезжают в школы-лагеря и проч. Роль общественного воспитания возрастает.

Однако существует и другой вариант этой новой семьи. В этом случае оба супруга живут более самостоятельно. Питаются вне дома, в столовых и ресторанах. Если у них есть машина, то пользуются ею по очереди. Иногда существует и легко замаскированная внебрачная связь. Но они оба не придают большого значения супружеской измене. Обычно один другому говорит „Если есть что-то — смотри, узнаю“.

Все это конкретные явления переходной эпохи. В них сожительство старое и новое, современные прогрессивные тенденции социальной жизни и определенные моральные отклонения.

Весьма важной особенностью семейно-брачных отношений в настоящее время является рост числа разводов. Можно дополнить, что эта тенденция упорно пробивает себе дорогу во всех развитых странах. Она свидетельствует о процессе мучительного рождения новой социальной структуры в отношениях между двумя полами.

Интересно сделать анализ разводов на примере Болгарии. Он показывает определенные характерные аспекты развития семьи при социализме.

По обобщенным статистическим данным, в Болгарии в 1962 году было зарегистрировано 8 113 разводов. Но как получена эта цифра? Из всех от-

меченных разводов 5 311 (т. е. почти две трети) приходится на города, а 2 802 — на села. Несомненно, это является показательным фактом. В 1962 году в Болгарии на 10 000 жителей приходилось 10,1 разводов. Можно добавить еще следующее: разводы в селе показывают известную устойчивость — в 1950 году их было 2 778, а в 1962 году — 2 808. В городах положение совсем иное. Там существует тенденция к более быстрому росту разводов. В 1950 году их было 3 163, а в 1962 году — 5 311.¹

Бесспорно, статистика весьма красноречива. Она показывает, что количество разводов в городах растет значительно быстрее, чем в селах. Каковы причины различия темпов? Вопрос требует специального изучения. Однако и сейчас мы могли бы теоретически обосновать пусть даже в самой общей форме, известные аспекты определенной гипотезы.

Рост количества разводов как современная тенденция развития является закономерным продуктом социалистической революции, глубоких преобразований общественной системы. Он отражает мучительный процесс ликвидации старых, отживших свой век семейно-брачных отношений, с одной стороны, и шатания, колебания, нащупывание объективно необходимой формы более совершенных, хотя и не достаточно ясных для человека, семейно-брачных отношений, с другой стороны.

Следовательно, количество разводов растет неизбежно как явление перехода к более высокой форме. Это в известной мере можно отнести к мукам рождения нового.

При такой постановке вопроса нельзя не признать мнения о том, что города более быстро создают и развивают новую социальную систему, новую культуру и обладают преимуществом, хотя бы в настоящее время, в деле ликвидации старых и поисках новых семейно-брачных отношений. Эта объективная тенденция действует здесь с более выразительной силой.

С другой стороны, меньший процент разводов в селах можно еще объяснить тем фактом, что там более долгое время сохраняются коренные традиции старой семьи. Эти традиции, а также отсутствие типичной для городов анонимности человека, в известной степени представляют собой фактор, присущий условиям, которые безусловно противодействуют быстрому росту количества разводов. Данный процесс хотя и медленно, но развивается как типичная и неотъемлимая традиция новой жизни в деревне.

Согласно статистике, указанные 8 113 разводов в 1962 году были вызваны следующими причинами: 3 594 — изменой, 1 690 — грубым нарушением брачных обязанностей, 1 235 — грубым физическим и моральным насилием — 616 пьянством супругов, 317 — несходством характеров, 230 — долгими разлуками, 175 — тяжелой болезнью, 105 — осуждением одного или обоих супругов. Причины оставшихся 151 развода совсем случайные, объединенные в маленькие группы: 35 — попытка лишить жизни одного из супругов, 26 — нечестная жизнь, 24 — отсутствие детей и пр.

Как видно, на первом месте стоит измена. Ею объясняется почти 50 процентов разводов. Но измена является закономерным результатом других социальных причин, заложенных более глубоко, в самой жизни людей (комплексное исследование этих причин является серьезной и ответственной задачей, которая стоит перед наукой). Следовательно, лишь изменой нельзя объяснить постоянного роста разводов. Напротив, она сама должна быть

¹Следует иметь в виду тот факт, что с 1950 по 1962 г. общее население городов в нашей стране увеличилось за счет сел. Но и даже при этой оговорке указанное „преимущество“ городов в практике разводов остается.

исследована и социально-психологически объяснена на основе структурных изменений общества при социализме.

Измена обычно объясняется другими более сложными мотивами. Но, исходя из наблюдений социальной жизни, мы в конечном счете имеем все основания объединить их следующим образом.

1. Отсутствие глубоких, прочных чувств к супругу или супруге из-за вступления в брак с учетом определенных материальных, карьеристских и других подобных соображений.

2. Потеря любви одного к другому или с обеих сторон. Причины исчезновения чувств являются дополнительной проблемой, которая относится к супружеским взаимоотношениям, к существованию рецидивов в прошлом и несоответствующей объективным потребностям развития семьи атмосфере.

3. Создание новой, более волнующей связи вне семьи благодаря более плотной социальной системе, большей свободы и самостоятельности обоих супругов.

Иногда измена рождается привычкой, страстным желанием к разнообразию, даже желанием добиться каких-то рекордов в смене объектов эротомании. Но главным является компенсация чувств и поиск их полноты. Измена очень часто влечет за собой драматические последствия. Но в большинстве случаев она проявляется как выражение неудовлетворенности семьей и традицией. Несмотря на общественное порицание, она весьма заразительна. Массовое проявление измены при социализме свидетельствует о загнивании старой, регламентированной авторитетом государства мещанской и полумещанской семьи. Измена обычно является выражением бунта личности, иногда направленного против канонов и устаревших форм традиции.

По данным статистики, причины разводов, стоящие на втором и третьем месте, следующие: „грубое нарушение семейных обязанностей“ и „грубое физическое и моральное угнетение“. Научное исследование этих активно действующих при социализме причин, их анализ является конкретной социально-психологической задачей.

У нас нет никаких оснований допустить, что в Болгарии до 9 сентября 1944 года грубое „физическое и моральное угнетение“ и „грубое нарушение семейных обязанностей“ не были настолько распространенными, как сегодня при социализме. Конкретные факты одного исследования свидетельствуют о противоположном. До 9 сентября 1944 года физическое и моральное угнетение супруги супругом существовало во многих семьях и даже в значительно более грубых формах, чем сегодня. Однако эти достаточно массово распространенные семьи прошлой эпохи, в которых часто слышался шум пощечин, ругань мужа и рыдание жены, как правило, были весьма устойчивы. Лишенная экономической самостоятельности и законодательной защиты, супруга не хотела рисковать. Она предпочитала остаться в семье мужа, молчаливо смиряясь с тяжелыми невзгодами своей судьбы.

Революция коренным образом изменила эту обстановку. При социализме женщина-супруга стала полноправным и свободным гражданином общества, приобрела экономическую самостоятельность и гарантированное законом моральное достоинство. Традиция унижений в семье канула в вечность. Ее консервативная сила была подорвана современными мощными процессами общественной социалистической динамики.

Все меньше женщин могут выдержать тиранию супруга в старой семье. Атмосфера примирения и патриархальности исчезла. Сегодня в ответ на пощечины и ругань мужа супруга может совсем спокойно заявить: „Достаточно! Я могу и сама!...“ Таким образом старая мещанская семья постепенно разрушается.

Однажды совсем случайно мне довелось стать свидетелем одной интересной публичной сцены. Две молодые женщины, взявшись под руку, вели интимный разговор в переполненном столичном трамвае, однако они говорили так громко, что все пассажиры спокойно могли слушать разговор. Эта была совсем обычная история длинных семейных споров, переданная с большим артистическим мастерством. Одна женщина рассказывала другой о том, что несколько недель уже разведена и живет самостоятельно. Она широко осветила причины семейной катастрофы, подчеркивая тот главный факт, что ее бывший муж позволил себе ударить ее два раза по лицу, что с самого начала их семейной жизни он смотрел на нее как на служанку. Невольные слушатели этой истории молчаливо сочувствовали женщине, однако, в этот момент ко всеобщему удивлению одна старая крестьянка обратилась к ней со словами: „И не стыдно ли тебе еще и рассказывать, что ты надела! Ум у тебя есть или нет его? Уйти от мужа. . . Дал две пощечины. Большое дело Он тебе муж, почему же не может ударить? Разводится ли порядочная и умная женщина из-за таких дел? Так и дом разоришь. Вот ты какая!“

Мы стали свидетелями импровизированной дискуссии, противопоставляющей двух женщин различных эпох с различными ценностными системами. Одна женщина считала допустимой грубость, супруга, даже его физическую расправу и призывала беречь брачную связь и целостность семьи в любом случае. Это — старая, мещанская, мелкобуржуазная моральная система. У другой женщины были современные взгляды на семью. Выше всего она ставила нормальные супружеские отношения и равноправие, полное взаимопонимание и любовь.

Традиция мещанства, диктатуры мужа в ее различных аспектах чаще всего создают предпосылки мучительного кризиса семьи. Об этом свидетельствуют неопровержимые данные статистики за 1962 год. Из общего числа 8 113 разводов в стране они регламентируются следующим образом: 3 288 по вине мужа, 1 164 по вине жены и 3 469 по вине обоих.

Можно сопоставить наши статистические данные с конкретными показателями специального исследования 1 000 бракоразводных дел, проведенного 4—5 лет тому назад в Ленинграде, и с результатами специальных интервью с 52 мужчинами и 68 женщинами, советским гражданами, подавшими заявления о разводе и ожидающих разрешения глубоких семейных конфликтов. Сравнительный социально-психологический анализ обобщенных факторов в различных странах, строящих социализм, раскрывает общие тенденции развития и трудности рождения нового.

Прежде всего посмотрим, каковы конкретные мотивы расторжения браков в Ленинграде. Специфические ответы на этот кардинальный вопрос исследования варьируют. Женщины, являющиеся инициаторами разводов, указывают на следующие мотивы (обобщенные в процентах):

Пьянство мужа	29,2%
Грубость, жестокость мужа	26,6%
Нарушение мужем супружеской верности	15,0%
Потеря чувств к мужу	12,4%
Несоответствие характеров	9,0%
Прочие мотивы	7,8%

Различным является положение мужчин, которые сами хотят развестись. Ленинградское исследование показывает, что в этом случае выдвигаются следующие мотивы (обобщенные в процентах):

Несоответствие характеров	30,5%
Потеря чувств к жене	24,5%
Нарушение женой супружеской верности	15,5%
Любовь к другой женщине	12,3%
Плохое отношение со стороны жены	7,0%
Другие мотивы	10,2%

Как видно, основными причинами конкретно исследованных разводов в Ленинграде, по мнению женщин, являются: грубость, жестокость и пьянство

супруга, а по мнению мужчин, — несоответствие характеров и потеря чувств к жене. Фактически этот результат соответствует в главных линиях категоризации мотивов разводов в нашей стране в 1962 году. Основным является традиция старых, отживших свое время, несовместимых с характером и моралью нового общества социализма отношениями, которые расстраивают семейную атмосферу, отсутствие достаточной культуры и взаимного уважения, достоинства, в особенности достоинства женщины.

Однако существуют и известные различия, которые нюансируют часть мотивов, обосновывающих указанные разводы в Ленинграде и в нашей стране. Речь идет о роли и значении измены (констатация нарушения супружеской верности). Как видно, в ленинградском случае этот фактор разводов остается на заднем плане (15%). Однако в нашей стране он занимает первое место (44,3%).

Можно задать вопрос — в чем кроются причины различия мотивов? Существует, самое малое, два ответа. Или в нашей стране измены являются распространенными как неизбежный продукт противоречивых обстоятельств, или же в Ленинграде супруги придают меньшее внимание подобному проступку. Может быть, большая чувствительность этой болезненной струны в Болгарии во многом объясняется весьма живучими патриархальными традициями прошлого?

Вопрос действительно нуждается в специальной конкретной социально-психологической разработке. Но результат, каким бы он ни был, не изменит общего направления указанных нами выводов, общих научных оценок, ибо измена является лишь непосредственным мотивом большого количества разводов. Однако этот мотив как в Советском Союзе, так и в нашей стране в конечном счете социально-психологически детерминирован воздействием одинаковых по существу или весьма похожих причин.

Много разводов происходит из-за легкомыслия. Но это не главная причина. Увеличение количества разводов свидетельствует о важных тенденциях в социальной динамике. Это — болезненная форма разрушения старого. Его последствия приводят к личной драме. Увеличение количества разводов свидетельствует о существовании кризиса в интимном мире человека, в современных семейно-брачных отношениях. Вопрос является весьма серьезным и актуальным. Рюриков подчеркивает, что разводы „являются новой и массовой социально-психологической проблемой“, которая встала „перед цивилизованным человечеством“ в XX веке.

В связи с этим многие задают себе вопрос о судьбе моногамной семьи. После Октябрьской революции отдельные „сверх революционеры“ настойчиво доказывали, что моногамная семья погибнет. Они обосновывали так называемую теорию „стакана воды“, согласно которой при социализме каждый должен удовлетворять свою половую жажду „свободно“, вне брака и без каких-либо любовных чувств. Одна героиня рассказа Колонтай „Любовь трех поколений“ открыто заявляет: „Мама сердится, что я никого не люблю. Она говорит, что это ненормально и безнравственно, когда девушка моего возраста отдается без любви. Но я думаю, что она не права. Мне кажется, что так более про т), лучше . . . Если мне кто-то перестанет нравиться, тогда — всего хорошего — и все. Я не хочу любить, как любила мама. У нас нет времени для этого“.

В. И. Ленин самым решительным образом подверг критике теорию „стакана воды“, теорию половой анархии. Он раскрыл ее пошлость, ее несовместимость как с марксизмом, так и с моралью человека, освободившегося от эксплуатации и позора прошлого. „Я считаю теорию „стакана воды“, — указывал В. И. Ленин, — абсолютно немарксистской и, кроме того, и анти-

общественной. В половой жизни проявляется не только данное нам природой, но и приобретенное в результате культуры“.

В. И. Ленин аргументированно доказал, что при социализме сексуальные отношения должны основываться на личных симпатиях и любви. Отбрасывая аскетическую импотентность людей, он сурово осудил половую распущенность буржуазии. „Пошлomu, грязному браку без любви“ *В. И. Ленин* противопоставляет „пролетарский гражданский брак по любви“. Его лозунгом является: не аскет-монах, не Дон Жуан-развратник и не зачерствевший мещанин-лицемер. „Коммунизм, — указывал *В. И. Ленин*, — должен нести людям . . . жизнерадость и бодрость, рожденные также полнотой любовной жизни“.

* * *

Но посмотрим, какой же будет перспектива семьи, перспектива отношений между культурными, воспитанными мужчинами и женщинами, родителями и детьми. Этот вопрос теории и социальной практики вызывает фантазию юристов и законодателей, философов и социологов.

К сожалению, мысль до сих пор еще не может проникнуть в глубину семейно-брачных отношений будущего. Наука продолжает создавать различные гипотезы, накапливать догадки в этой области предвидения, но это исс-теоретически полностью не удовлетворяет. Гипотезы и догадки еще не выходят за рамки традиций утопической мысли *Томаса Мора* и *Кампанеллы*, *Этьена Кабе* и *Сен-Симона*. Они должны быть логически обоснованы с помощью современной науки — истории, социологии, физиологии, психологии.

Но каковы формально возможные структуры будущей семьи? Мы можем указать на основе исторической практики следующие варианты: полигамия (многоженство), полиандрия (многомужие), моногамия (семья, состоящая из одного мужчины и одной женщины), и, наконец, равноправные отношения между мужчинами и женщинами в рамках коммунального общежития.

Два первых варианта — полигамия и полиандрия — необходимо исключить с самого начала. Это формы, которые практически противоречат принципу равноправия полов. А этот принцип является обязательным критерием оценки реальности будущих вариантов семьи. При данной постановке вопроса полиандрия и полигамия, следовательно, отпадают.

Остаются две последние возможности: моногамия или свободные равноправные сношения, семейная пара или группа. По этим вариантам можно дискутировать, потому что, согласно нашим взглядам, рассматриваемый философско-социологический вопрос совсем нелегок. Он затрагивает различные аспекты развития человека, его будущей культуры, тенденций преустройства сложной и динамичной общественной системы.

Вопрос является сложным в виду противоречивости отношений. По нашему мнению, в развитии общества в условиях социализма и перспективы коммунизма реально существуют и действуют две группы тенденций. По своей сущности они диаметрально противоположны. Первая группа тенденций подрывает авторитет моногамии и ведет к свободным и равноправным отношениям. Вторая группа, напротив, укрепляет многоамию, создает предпосылки для нового, действительно культурного общежития одного мужчины и одной женщины. Каковы эти противоречия в действительности? Можно ли их примирить между собой? Каковы взгляды на их будущую, исторически обусловленную результативную?

Первая группа тенденций, подрывающая моногамию, порождена силой революции, разрушением буржуазного общества. Они могут быть обобщены, хотя и весьма схематично, в следующих пунктах:

1. Ликвидация частной собственности, ликвидация тысячелетней экономической основы моногамии. Победа общественных, коммунальных форм производства материальных благ. Постепенная ликвидация функций кухни, стирки белья и других бытовых функций современного моногамного домашнего хозяйства.

2. Тенденция к установлению, укреплению и развитию коллективного образа жизни, коллективизма в экономике и культуре, во всех областях социальной практики. Постепенная ликвидация индивидуализма и традиций самоизоляции личности. Развитие коллективных форм эффективного использования свободного времени людей.

Социалистическое общество — это более высокая социальная интеграция. На передний план выходят мощные, надежно сплоченные производственные, профессиональные и другие коллективы. А это не может не воздействовать на микрогруппу-моногамную семью.

Эспинас, которого специально цитирует Ф. Энгельс, подчеркивает, что у животных между стадом и парой всегда существуют противоречия. Зависимость такова; сильное стадо — слабая пара. Стадо растворяет, поглощает пару. И, наоборот, каждая спаянная пара подрывает могущество стада.

Естественно, мы не отождествляем животных с людьми. Коллектив в условиях социализма — не стадо. И все-таки существует известная аналогичная зависимость. Развитие коллективизма не может не ущемлять определенных традиционных прав моногамии.

3. Тенденция к обогащению и расширению связей, отношений, коммуникаций между людьми. Все большее сокращение пространства и времени, уюта личности. Постоянное расширение контактов со многими людьми подвергает испытанию особую привязанность к одному человеку. Это не укрепляет моногамию.

4. Существует определенная тенденция к усилению общественного воспитания детей. В сегодняшних условиях моногамная семья играет еще огромную роль. Это, действительно, испытанная веками школа воспитания детей. Но здесь указывается на тенденцию, которая имеет будущее.

5. И, наконец, существует чисто психологическая тенденция к разнообразию переживаний. Никто не может отменить, прекратить ее действие. Как известно, скука порожденная семейным монотонным однообразием, весьма часто расшатывает устои моногамии.

Но это только одна группа тенденций. Они подрывают авторитет моногамной семьи. Рассмотрим теперь другую группу тенденций. Они ведут борьбу за моногамное общежитие, за формирование прочной и устойчивой семейной пары.

1. Существует биологическая тенденция к естественному отбору, к закономерной компенсации отклонений, к созданию оптимального сочетания индивидуальных качеств одного определенного мужчины и определенной женщины. Сознание концентрируется на одном объекте. На основании этого люди будущего будут иметь избирательное отношение к возможному партнеру. Таким образом возникает сознание о незаменимости определенного мужчины и определенной женщины. Следовательно, человек будет классифицировать ценности. Но поиски оптимального сочетания, концентрирование внимания на одном лице — мужчине или женщине — предпосылки моногамии.

2. Первичная индивидуализация вкуса при оценке данного мужчины или женщины. Это показатель прогрессивного развития культуры человека. В первобытном обществе личностей нет и не может быть. В своей жизни люди несут еще достаточно много характерных черт стадности. Психика весьма шаблонна, одинакова, стереотипна. Отдельные люди, члены рода, имеют общие вкусы, навыки, предпочтения в жизни, в ограниченной социальной практике. Они мало различаются друг от друга.

В классовом обществе постепенно формируется личность. Культура стимулирует закономерное развитие одинаковости и различия людей. Прогресс человечества — это особая дифференциация общества. Возникает неисчерпаемое разнообразие вкусов. Чем полнее сформирована данная личность, тем больше усовершенствована ее «личная точка зрения» и желание индивидуальной оценки действительности, выбор той или иной возможности конкретного удовлетворения собственных потребностей. Но дифференциация является результатом развития социальной системы.

В роде или племени все люди как будто бы имеют одинаковые, стандартные взгляды, одинаковый стереотипный внутренний мир. Индивидуальный вкус абсолютно не развит. Целому коллективу нравится одно и то же зеленое дерево, один и тот же каменный топор или теплая медвежья шкура, одно и то же примитивное украшение. Это простая, первобытная унификация вкусов. Даже предпочтение одной женщины перед другими происходило не как индивидуальная оценка, ибо выражало общий вкус данной группы мужчин.

В классовом обществе постепенно формируется личность. Человек становится все более избирательным существом. Его оценки действительности имеют определенную всеобщую основу, однако постепенно начинают получать все более тонкие нюансы, неповторимые характеристики, происходящие из индивидуальной духовной культуры личности. Каждый новый строй отмечает скачок в развитии дифференциации.

200 или 300 лет тому назад, как свидетельствует история, общественная психика была весьма шаблонной. Вкусы людей не отличались большим разнообразием комбинаций. Даже в одежде существовала однообразная традиция форм в течение десятилетий, а иногда и столетий. Добродетели женщины или мужчины как различных объектов интимных симпатий были почти регламентированы.

Сегодня положение значительно изменилось. Личные вкусы стали весьма разнообразными. Психология человека значительно индивидуализировалась, стала более богатой на нюансы. Сегодня едва ли найдешь двух или трех человек, которым одинаково нравятся, скажем, цвета данной картины, форма данной шляпы, эстетическая ценность данного материала и пр., не говоря уже о конкретной оценке качеств отдельных людей.

Индивидуализация еще больше затрагивает выбор объекта любовных чувств — мужчину или женщину. Личный вкус человека особенно дифференцирован в этой области. И он становится еще более дифференцированным. Человек ищет тонкие и детально выраженные личные качества объекта своей любви, своих сокровенных чувств. Выбор является следствием степени развития личной культуры. Он становится все более сложным, индивидуализированным, предъявляет более совершенные критерии. Человек будущего действительно будет иметь высоко развитое избирательное отношение к действительности. Его сознание незаменимости объекта любовных чувств приобретает еще более дифференцированную форму, более богатые и индивидуальные нюансы, что принесет пользу моногамии.

3. Существует тенденция, противостоящая полному одностороннему господству коллективизма. Эта тенденция приводит к созданию более интимной микрогруппы в рамках макрогруппы. Личность непрерывно противодействует односторонней унифицирующей деятельности коллектива. Таким образом создается определенное равновесие крайностей.

Человек будущего, несомненно, будет воспитан в духе большего коллективизма. Он будет жить в разнообразных социальных группах. Но и будучи более интегрированным чем сегодня, человек будущего, человек коммунизма никогда не перестанет мечтать о более замкнутом, более интимном уюте, о всеобщей (духовной и физической) дружбе и наслаждении при опущенных занавесках. Это будет компенсирующим средством психики по отношению к повсеместной коллективизации социальной жизни, всех его сил. Человек будущего не перестанет жить как личность, не исчезнет в коллективе, т. е. в макрогруппе. Есть основания предполагать, что он будет постоянно развивать и совершенствовать самые интимные мечты своей психики. Возможно, что это тоже принесет пользу моногамии.

Утонченность личного вкуса человека, индивидуальные симпатии и любовь к определенному мужчине со стороны определенной женщины и любовь определенного мужчины к определенной женщине будет прогрессировать как закономерная объективная психо-социальная тенденция. В то же время эта определенная тенденция развития будет противодействовать увлечению разнообразием, т. е. будет концентрировать внимание на избранном объекте любовных чувств.

4. Наконец существует неизбежный в данных обстоятельствах динамичный стереотип сознания, привычка. Она непрерывно охраняет, если можно так выразиться, статус-кво и противодействует изменениям. Следовательно, стереотип, то есть навык предназначен для охраны гомеостатического состояния духовного мира человека.

Мы чувствуем боль, прерывая отношения со знакомыми, близкими людьми. Это сопротивление памяти и привычек, приобретенных в ходе совместной жизни. Психическое сопротивление тем сильнее, чем глубже оно затрагивает нашу индивидуальную психику. Нам кажется, что привычки, стереотип духовной жизни человека также работают в пользу моногамии.

Конкретно отмеченные две группы тенденций развития находятся, несомненно, в противоречивом единстве. Они неизбежно создают определенные взаимоотношения между современными полюсами человека — мужчиной и женщиной. Будущее этой сложной социально-психологической диалектики еще не ясно как перспектива. Отсутствуют необходимые основания для четкого прогнозирования деталей исторического развития семейных отношений при коммунизме.

И все-таки мы можем выдвинуть научную гипотезу хотя бы в отношении главных направлений будущего развития. Что нам подсказывает логика истории? Сочетание тенденций развития социально-психологической жизни создает предпосылки для формирования свободной коммунистической моногамии.

Этот ответ нуждается в дополнительной конкретизации. Как понимать свободную коммунистическую моногамию? Вопрос нас вводит в область противоречивого понимания будущего человека. Однако, было бы преувеличением утверждать, что все в этой области является спорным. Есть вещи, которые марксистская наука разрешает категорично. Другие положения относительно будущей семьи дискуссионны. Что, в сущности, спорно и что бесспорно? На этот вопрос мы должны дать конкретный ответ.

Будущая коммунистическая моногамия как специфическая форма общежития мужчины и женщины будет иметь богатое содержание. Но для нас бесспорными являются следующие особенно характерные черты:

1. Будущая свободная коммунистическая моногамия как обособленная интимная микрогруппа социальной жизни будет основываться на полном равноправии мужчины и женщины. Семья навсегда перестанет быть формой угнетения и перманентной диктатуры одного пола над другим. Она будет отражать атмосферу и черты свободного и полностью соответствующего коммунистической нравственности и современной цивилизации добровольного микрообщества.

Моногамная семья потеряет свою вековую юридическую и моральную характеристику. Она останется существовать, но не как выражение победы мужчины над женщиной, не как форма диктатуры и монархии сильного пола над слабым, а как действительно добровольный и равноправный союз двух людей, которые хотят быть всегда вместе, переживать трудности и радости, надежды и волнения, одним словом — жить одной жизнью. При коммунизме навсегда отпадает необходимость существования „главы семьи“.

Ф. Энгельс отмечает, что моногамия потеряет черты, которые являются отпечатком влияния частной собственности и классового угнетения, присущие развитию прежних социальных формаций. Из ее содержания полностью выпадает традиция господства мужа. Эта вековая традиция прошлого не должна иметь места в коммунизме. „Господство мужчины в браке, — отмечает Ф. Энгельс, — является обыкновенным последствием его экономического господства и оно исчезнет само по себе вместе с последним“.

2. Будущая свободная коммунистическая моногамия, возникшая из недр и ростков современной эпохи, больше не будет „хозяйственной единицей общества“. Ее социальная природа ознаменует историческую победу новых отношений в жизни. Моногамная семья навсегда освободит человека от власти денег, от экономического расчета, от многовекового позора купли-продажи женщины, от торговли чувствами. Опадут и соображения, заглушающие интимный трепет сердца и засоряющие чистоту человеческих мечтаний в течение веков.

Любовное сочетание людей будет основываться на определенных законах влечения, симпатий. Познание этих тайных законов интимной жизни становится задачей науки. Было бы целесообразным еще при социализме открыть специальные бюро или центры для консультаций по вопросам любви, секса и брака. В этих бюро, созданных на научной основе, должны работать филологи, сексологи, психологи, невропатологи, психиатры, социологи, эстетики и т. д. Речь идет не о полупромышленных заведениях, существующих при капитализме, в которых заключаются выгодные брачные сделки, а о совсем другом — о бюро, поставленных на научную и социальную основу. Они будут заниматься исследованием психологической совместимости двух партнеров, определением оптимального варианта сочетания качеств и пр.

На помощь приходит и сложная электронно-вычислительная техника. Я убежден, что большинство отнесется к этому иронически и с насмешкой. Возможно ли, чтобы машина заменила романтику и волнения сердца? Конечно, ни одна машина, даже самая совершенная, не смогла бы сделать выбора вместо самого человека. Но она может дать информацию о подходящих объектах любви и таким образом уберечь от заблуждений, при условии, конечно, что машина получила хорошую и точную „заявку“ с объективно правильными данными о комбинациях качеств желаемого партнера — девушки или парня.

Результаты, достигнутые в этом направлении, весьма обнадеживающи. Данные, полученные из стран, в которых введена сегодня такая практика, показывают, что „лица, вступившие в брак с помощью вычислительной машины, почти никогда не разводятся“. В советской литературе этот вопрос весьма актуален. Мы имеем ввиду компетентные выступления Пекелиса, Парыгина и других специалистов.

3. При коммунизме семейно-брачная пара не будет регламентироваться правовым путем. Впрочем, тогда не будет существовать и само государство. Принятие решения о браке мужчиной или женщиной, заключение интимного союза на основе любовных чувств и высшей степени будет личным их делом.

4. Практика свободного вступления в продолжительную сексуальную связь с определенным партнером, несомненно, предполагает и свободу расторжения этой связи. С исчезновением государственной власти исчезнут „бракоразводные дела“. Будет осуществлен лозунг „свобода развода“. При коммунизме это будет и справедливо и прогрессивно. „Если нравственными является только брак, основанный на любви, — пишет Ф. Энгельс, — то нравственным остается только тот, в котором любовь продолжает существовать. Но продолжительность индивидуальной половой любви весьма различна у различных индивидов, особенно у мужчин и, если влечение исчезнет совсем или будет заменено новой страстной любовью, развод станет благодеянием как для обеих сторон, так и для общества. Люди будут освобождены от необходимости топтаться в грязи бракоразводного процесса“.

5. При коммунизме воспитательная роль семьи в отношении детей будет значительно ограничена. Вековая, почти абсолютная родительская власть канет в историю. Вместо нее будет господствовать система общественного воспитания детей.

6. Несмотря на свободу выбора и свободу разводов, и в условиях коммунизма будет существовать социальное регулирование сексуальных отношений, соответствующее более развитой культуре, путем санкций общественного мнения.

Конечно, это только общее представление о возможном развитии сексуальных отношений. В прогнозах все еще содержится много неизвестного. Ф. Энгельс отмечает, что пытаясь определить семейно-брачные отношения при коммунизме, мы раскрываем лишь самую общую перспективу и ограничиваемся „в основном тем, что отпадает“. Однако вопрос имеет и другую сторону: что будет нового? Отвечая на поставленный вопрос, Ф. Энгельс пишет: „Это определится, когда вырастет новое поколение: поколение мужчин, которые никогда в жизни не будут вынуждены покупать женщин за деньги или другими средствами социальной власти, и поколение женщин, которые никогда не будут отдаваться мужчине по другим соображениям кроме любви или отказываться отдаваться своему любимому из-за страха перед экономическими последствиями. Когда появятся эти люди, они не дадут и ломаного гроша за то, что общественное мнение им сегодня приписывает делать. Они сами создадут свою собственную практику и сообразно с нею выработают свое общественное мнение о поступках каждого отдельно — и точка“.

СЕКСУАЛЬНОЕ У ЧЕЛОВЕКА КАК БИОЛОГИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ

Дошедшая до нас фраза Аристотеля: „Человек есть социальное животное“, может помочь нам при определении социологических аспектов сексуальности человека. Даже поверхностный исторический обзор свидетельствует о том, что проявление сексуального инстинкта у человека, биологическая

обоснованность воспроизводства самого человека происходят в заданных обществе параметрах. Общественные инстинкты, связанные с половой жизнью (брак, семья и т. д.), развиваются в определенных социально-экономических границах. Даже лишь одно наблюдение функции и структуры этих институтов в наше время может оказаться достаточным для понимания роли социальных факторов при формировании и решении „полового вопроса“.

Социализация человека начинается сразу же после его рождения. Нельзя считать, что этот процесс исчерпывается лишь воздействием социальных условий. Формирование человеческой личности происходит в результате динамичного взаимодействия между биологическим и социальным. Это необходимо отметить, чтобы уберечься от односторонности при обсуждении интересующих нас проблем, ибо половой вопрос относится к тем сложным житейским вопросам, которые каждая отдельная личность должна решать для себя и в социальном, и в биологическом плане.

В сущности, внутреннее содержание социальных явлений представляет собой общественные отношения. Маркс и Энгельс доказали, что характер общественной системы определяется производственными отношениями. Иными словами на социальное положение человека определенное воздействие оказывает положение индивида в системе общественного производства. Когда речь идет о сексуальности человека, было бы весьма примитивным объяснять ее лишь этим макросоциологическим аспектом, ибо действие производственных отношений преломляется через социальные структуры более низкого уровня и модифицируется конкретными условиями жизни отдельного индивида.

В предыдущей главе было рассмотрено историческое развитие вопроса половых отношений между людьми в различных социальных структурах и общественных отношениях (матриархат, патриархат и т. д.).

Историческая справка выявила социальные рамки, в которых протекла сексуальная жизнь наших предшественников, принимая во внимание типичные случаи, а не исключая. Она показывает и объясняет „конфликты“ между поколениями, классами и полами в современном обществе по половому вопросу.

Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что каждое общество ищет „оптимальное“ решение полового вопроса в связи со своими экономическими, политическими, идеологическими и другими целями. Пока существуют классовые, эксплуататорские общества, основывающиеся на социальном неравенстве людей, мужчины и женщины, возвышенная любовь всегда будет своеобразным вызовом социальной системе, ибо ей предстоит обязательно столкнуться с сословными, классовыми, религиозными и др. нормами, а также моральными и социальными репрессиями. Художественная литература дает нам целую галерею образов мужчин и женщин, ставших жертвой такой любви.

Мы строим общество истинно свободных людей — социализм, это общество вдохновляется великой идеей сделать жизнь людей полноценной и счастливой. Юридическая ликвидация неравенства между людьми, во всех его аспектах, создает принципиально новые основы для оптимального решения половой проблемы. К сожалению, нам мешают старые традиции, религиозные и другие предрассудки в этой области. По привычке, мы руководствуемся некоторыми церковными премудростями по половому вопросу. Различными мерами меряем моральное поведение мужчины и женщины.

Только социалистическое общество может создать необходимые условия для достижения указанной цели. Другими словами, борьба за социализм — это одновременно и путь к рациональному разрешению полового вопроса.

Разумеется, развитие всегда противоречиво. И в этом случае потребуются продолжительная работа по совершенствованию общества, человеческих отношений, активная борьба против старого и буржуазного в сексуальной философии поколений.

Нет сомнения, что молодежь, вдохновленная историческими идеями социализма и коммунизма, окончательно очистит эту область личной и общественной жизни от неискренности, пошлости, вульгарной расчётливости, аморальности, гогого секса и пр. Социологические исследования показывают, что у молодежи раньше, чем об этом думают люди старшего поколения, появляется стремление к глубокой, искренней, продолжительной связи. Конфликт между „старыми“ и „молодыми“ по этому вопросу возникает, потому, что молодость пожилых людей прошла в других социальных условиях. Не новое поколение надо считать преждевременно развитым, а предшествующее поколение — отставшим.

Между прочим, не стоит переоценивать конфликт между поколениями. Из некоторых анкет следует, что произошло значительное изменение в семье по вопросу полового воспитания. Число „старомодных“ конфликтов в связи с изменением условий жизни заметно снизилось.

Все это позволяет нам быть оптимистами. Не следует, однако, при этом закрывать глаза на целый ряд аморальных проявлений: легкое отношение к половым проблемам, половую распущенность, извращения и т. п., которые встречаются еще в наше время.

Мы глубоко убеждены, что мировая научная информация по сексуальным вопросам, открытые молодежные дискуссии, активное вмешательство творческой интеллигенции, педагогов, медиков, юристов создадут более благоприятную социальную обстановку, которая позволит в самый короткий срок устранить из сферы сексуальных отношений все отрицательные, аморальные проявления.

ПОЛ, СЕМЬЯ, ЗДОРОВЬЕ

Семья — основа социальной структуры. Рассматриваемая как совокупность лиц, связанных браком, родством или усыновлением и живущих единым хозяйством, современная семья образует основу общества. Социалистическая семья не только отражает и олицетворяет новый социальный строй, но и оказывает большое влияние на материальную и духовную жизнь социалистического общества. При социализме на первое место выдвигаются специфические функции семьи, связанные с рождением и воспитанием детей. Но воздействие семьи на человека не ограничивается периодами детства и юношества. Семья остается советником людей, судьей их поступков, хранителем семейной чести, аккумулятором семейного опыта. Определяющие факторы поведения человека — это семейная солидарность, контроль со стороны семьи, ответственность перед семьей. Человек рождается, живет и умирает в семье. В ней родители и дети прочно связаны взаимными связями. Эта внутренняя семейная динамика влияет на судьбу человека, включая и его здоровье.

Состав, эволюция, динамика семьи. Состав современной семьи очень разнообразен по числу членов семьи, соотношению поколений, семейным связям. Типичной является семья, состоящая из родителей и маленьких детей. Есть семьи, состоящие только из одного родителя (отца или матери) с детьми (от настоящего или прошлого брака); встречаются бездетные семьи; семьи с усыновленными детьми; семьи из братьев и сестер без родителей; семьи из

трех и четырех поколений и т. д. Это многообразие отражается на характере, направлении, силе семейных связей. Наряду с материальными, жилищными и пр. условиями, в которых живет семья, особое значение для ее членов имеют взаимоотношения между ними — то, что можно назвать внутренней динамикой семьи. Тут встречаются традиции, предрассудки, неравноправие полов и т. д. В семье разыгрываются конфликты между поколениями. Социологическое исследование, охватившее 1240 девушек, проведенное в 1965 году журналом „Младеш“, выявило взгляды молодого поколения на семью и брак. Участницы были разделены на три группы: 1 группа — от 16 до 18 лет; 2 группа — от 19 до 24 лет; и 3 группа — 25 лет и старше. Отвечая на вопрос кто для них самый близкий человек, девушки из первой и второй группы, как и следовало ожидать, указали мать, но из третьей группы на первое место поставили друзей. Около 40% участниц заявили, что не считают себя подготовленными к будущей семейной жизни. Ответы на вопрос: „Считали ли Вы, что половая жизнь допустима до вступления в брак?“ распределились так (в процентах к числу девушек в группе):

а) для девушки	1 группа	2 группа	3 группа
Да	12,9	21,2	9,7
Нет	85,1	66,2	67,3
б) для юноши			
Да	36,8	65,6	35,2
Нет	60,0	32,8	46,9

Сравнив эти мнения, не лишённые некоторых предрассудков, самодискриминации и пр. с убеждениями старших поколений, мы можем выявить целую гамму внутренних семейных противоречий. Внебрачная беременность девушки, например, для некоторых семей не совместима с семейной моралью. В таких случаях начинаются поиски позволенных и непозволенных, даже с риском для жизни девушки, способов прервать беременность. Интересно, что в таких случаях, даже материнский инстинкт отступает перед социальным фактором — отрицательным отношением общества к незамужней матери и рожденному вне брака ребенку.

Брак — это формальная, юридическая основа семьи. Чтобы заключить брак, партнеры должны отвечать определенным законом условиям, гарантирующим, кроме всего прочего, здоровье супругов и детей. Необходимо, чтобы будущие супруги не страдали: шизофренией, эпилепсией, олигофренией, хроническим алкоголизмом, прогрессирующим паралечем, наследственно-дегенеративными заболеваниями, открытыми формами туберкулеза легких, активным туберкулезом моче-половой и костно-суставной систем, а также сифилисом, гонореей (до их излечения). Медицинская консультация, которая у нас обязательна перед вступлением в брак, может сыграть роль важной профилактической меры. Она не должна ограничиваться тесными рамками физического здоровья, а должна перерасти в медико-психологическую и медико-социальную. Одним из основных моментов в предбрачной консультации является половое просвещение. В отношении сексуальных связей в брачной жизни продолжают распространяться неверные представления в виде примитивных приемов, включая извращения, которые часто приводят к глубоким нарушениям гармонии в семье.

Согласно судебной статистике, в 1966 году судебные инстанции в Болгарии рассмотрели 16 000 дел о разводах. Расторгнуто было 8599 браков (в 1962 году — 8113; в 1965—8679), по следующим причинам: измена (3908), легкомысленное отношение к браку (1168), физическое и моральное угнетение

ние (1037), пьянство (805), грубое нарушение семейных обязанностей (618) и др.

Всякий развод — в большей или меньшей степени трагедия, в которой участвуют супруги, дети и родственники. Публичность развода еще больше углубляет драму, приводит к тому, что ожесточенность и клевета достигают широких масштабов. Социально-медицинское значение развода многосторонне. Во многих случаях сущность жалоб больного может быть выяснена только после анализа его семейной жизни.

Н е р а в н ы е б р а к и порождают некоторые специфические социально-гигиенические проблемы. В 1966 году в Болгарии было заключено 67 358 браков. В большинстве случаев мужчина, вступающий в брак, был от 5 до 10 лет старше супруги. Вместе с тем заключено 1970 браков, в которых супруг на 20 и больше лет старше супруги, а также 4391 брак, в которых жена на 5 и больше лет старше мужа. Неравенство возраста может быть преодолено на основе взаимной привязанности, но в разумных границах.

Сказанное о некоторых браках справедливо, до некоторой степени, и для смешанных браков, заключенных между представителями разных рас, национальностей и т. д. Для них проблема заключается не столько в поседении партнеров, сколько в отношении общества. В некоторых странах закон открыто запрещает смешанные браки, но и в развитых странах не изжиты предрассудки в этом отношении.

Семейное отношение и здоровье детей. Дети занимают различное положение в семье. Большинство детей желанны, но есть и нежеланные дети, которые в некоторых случаях становятся жертвами родительской или родственной преступности. В литературе описан синдром нежеланного ребенка — отсталый в развитии, из-за недоедания или постоянного угнетения, ребенок, обречен на хроническую интоксикацию или периодическое травмирование, что приводит даже к искривлению костей. Абсолютное запрещение абортов обострило проблему нежеланных детей. Причиной нежеланности ребенка может быть сомнение отца в том, действительно ли он отец этого ребенка. По отношению к пасынкам и падчерицам также иногда вырабатываются комплексы отталкивания со стороны отца или матери. Мачеха, широко описанная в художественной литературе, играет очень противоречивую, иногда патогенную роль в развитии детей, оставшихся без матери.

Все еще остается сложной в социальном и медицинском отношениях проблема внебрачных детей. В 1966 году в Болгарии родилось 11 847 внебрачных детей (4499 в городах и 7348 в селах), что составляет немало больше 10% всех новорожденных. Большая часть этих детей усыновляется бездетными семьями, другие воспитываются в детских домах и только незначительная часть живет с матерями в их семьях. Семейный статус внебрачного ребенка без сомнения оказывает влияние на их развитие и здоровье.

Здоровая семья, как правило, выращивает и воспитывает здоровое поколение. Антисоциальные проявления детей, так называемая детская преступность, которую кое-кто рассматривает как социально-медицинское явление, связывается вполне определенно с конфликтами в семье: разводами, скандалами, бытовой распущенностью и т. д. Правило — чтобы стать хорошими, дети должны быть любимыми — не плохо было бы вспомнить в связи с нарастающей в капиталистических странах детской преступностью. К сожалению, и наше общество еще не полностью освободилось от подобных социальных проявлений. Это заставляет улучшать сотрудничество в воспитательной работе между родителями, медиками, педагогами и всей общественностью.

Семья и психическое здоровье. Психическое здоровье каждого члена семьи находится в непосредственной зависимости от психического здоровья остальных членов семьи, имея в виду существующие взаимные положительные и отрицательные влияния. Основную роль в психопрофилактике играет мать. Ее широкое участие в производственной и общественной жизни в значительной степени лишает детей материнской заботы, и детских психиатров тревожит то, что именно дети, лишенные материнской ласки, имеют некоторые дефекты. Большинство так называемых несовершеннолетних преступников практически лишены материнского участия. Это не значит, что единственная причина их плохого поведения — отсутствие материнской заботы. К семейным добавляются общественные противоречия и неурядицы. В связи с этим в последние годы получили развитие психологические консультации для семей. Все более широко внедряется психопрофилактика и психотерапия. В ряде стран организованы школы для родителей. Особенной заботой окружаются так называемые проблемные семьи — семьи самоубийц, алкоголиков, семьи с больными, имеющие тяжелые психические заболевания, с низкой материальной и духовной культурой, с дефектными детьми и хроническими больными.

Отношение семьи к ее больным членам. То обстоятельство, что болезни и старение населения приобретают хронический характер, обязывает многие семьи заботиться о своих больных членах. В связи с этим возникает вопрос насколько семья может быть освобождена от подобных забот, приняв во внимание, что семейная среда во многих случаях является фактором, поддерживающим здоровье больных. Есть семьи, стремящиеся поместить своих родственников в лечебные учреждения, дома для престарелых и т. д. С другой стороны, немало семей, которые, несмотря на трудности, не желают расставаться со своими больными родственниками. Органы здравоохранения должны помогать подобным семьям в их заботах о больном. Помощь на дому, организованная органами здравоохранения, становится все более важной и значительной по объему, при этом особую роль в ней играет помощь медицинских сестер. Практикуемые в некоторых странах специальные службы помощи медицинских сестер на дому заслуживают самого пристального внимания. Согласно исследованиям некоторых зарубежных авторов, 45% женщины помещаются в лечебные заведения, т. к. в случае болезни в семье никому о них заботиться. Медицинские, экономические и социальные соображения заставляют многие страны искать более рациональное решение этого вопроса, причем преобладает стремление дорогое больничное обслуживание заменить медицинской и социальной помощью на дому.

Семья и старые люди. Примечательно, что семейные люди доживают до глубокой старости. Нормальные семейные взаимоотношения, по-видимому, являются важным условием для долголетия. В последние годы одиноко старые люди ставят перед органами здравоохранения и перед общественностью ряд проблем, особенно когда болеют. С другой стороны, немало проблем возникает и в связи с занятостью бабушек и дедушек по уходу за детьми. Правильно *Давыдовский* советует посвятить последние годы трудоспособности семье, но тут возникают некоторые конфликты между старыми навыками и новыми требованиями. Вмешательство работников органов здравоохранения в эти конфликты для установления „мира“ и оптимальных взаимоотношений между поколениями становится абсолютно необходимой.

ПОЛОВОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ

Для современного человека, строителя нового общества, новых общественных отношений, половое просвещение, т. е. познание пола, половой жизни, половых явлений и закономерностей, а также половое воспитание, т. е. правильное построение половых и семейных взаимоотношений между мужчиной и женщиной на основе коммунистической морали, являются абсолютно необходимыми. Недооценка значения этой стороны просветительно-воспитательной работы среди населения и особенно среди молодежи, есть результат неосознанного продолжения вековой традиции христианского мировоззрения и нравственности, а также двуличного буржуазного отношения к половой жизни, которое, несомненно, вредит моральному формированию современного человека.

Подобный консерватизм и ретроградность нетерпимы для нашего нового общества. Они нарушают целостное и полноценное развитие и мужчин, и женщин. Половое просвещение и воспитание имеют сегодня огромное теоретическое и практическое значение, так как рассматривают такие актуальные для нашего времени проблемы, как, например: проблему брака и семьи, проблему воспроизводства населения, рождаемости и семейного планирования, сознательности родителей, создания хорошего семейного климата, предохранения и лечения половых расстройств и др. Они приобретают, кроме того, огромное идеологическое значение, так как существование здоровых, нормальных взаимоотношений между полами, построенных на основе принципов коммунистической морали, есть самая надежная гарантия против идеологической диверсии, одна из целей которой — ликвидация и разложение таких взаимоотношений.

Педагогика — наука об обучении и воспитании детей имеет — различные направления: физическое воспитание, умственное воспитание, этическое воспитание, эстетическое воспитание, трудовое воспитание и т. д. Половое просвещение и воспитание является чем-то изолированным от других разделов педагогики. Дать необходимые верные знания о половой жизни человека и ее значении для сохранения, продолжения и совершенствования жизни, воспитание правильных коммунистических взаимоотношений между юношей и девушкой, между мужчиной и женщиной, воспитание высокой половой культуры — исключительно важная, основная задача воспитания, неотделимая от общего образования и коммунистического воспитания. Высокая половая культура есть проявление высокой общей культуры. Не случайно *Маркс* сказал, что взаимоотношения между мужчиной и женщиной — мерило степени общественной культуры.

Осуществление правильного полового воспитания и просвещения, воспитание высокой половой культуры является обязанностью всего общества, но прежде всего семьи, школы, молодежи и комсомольских организаций, органов здравоохранения. Половое просвещение, объем и способ подачи половой информации надо соизмерять с возрастом подростков и молодежи, с их

общей культурой и уровнем образования. Знания о половой жизни, об устройстве и функциях половых органов, о половых взаимоотношениях между мужчиной и женщиной надо преподносить осторожно, учитывая интересы и уже существующие знания детей по этому вопросу, а для взрослых — их возможный собственный сексуальный опыт. Постепенно информация должна расширяться и углубляться, никогда не отрываясь от общеэтической и эстетической стороны воспитания. Справедливо проф. П. Б. Посвянский пишет: „Половое воспитание должно быть дано в общем контексте обще морального, этического и эстетического воспитания. Оно не самоцель и не сводится только к физиологической стороне отношений между полами“. Проф. Х. Грассел дополняет эту мысль: „Основная задача полового воспитания — влиять на всю личность и не только поучать ее, но и одновременно формировать ее будущее поведение“. Повышение сексуальной культуры — неделимая часть общеобразовательного и воспитательного процесса.

Здесь нет возможности подобно рассмотреть методiku полового воспитания и просвещения. Все-таки отметим некоторые основные принципы:

Прежде всего половое воспитание — естественная обязанность родителей, семьи, причем как матери, так и отца, так как некоторые интимные вопросы половой физиологии и гигиены удобнее раскрыть мальчикам их отцами, а девочкам — матерями.

Уже двух-трехлетний ребенок начинает спрашивать: „Как я родился? Откуда я появился? Как рождаются дети?“ Сегодня никто не применяет бабушкины сказки о добром аисте, который опускает детей через трубу. И все-таки еще мало родителей, которым удается с необходимым тактом и находчивостью, спокойно и терпеливо, откровенно и без лжи дать ребенку нужные знания и удовлетворить его интерес, не возбудив при этом излишнего любопытства и неправильных представлений. Большинство родителей старается избежать подобных обсуждений и тем самым с раннего детства формируют у детей неправильное отношение к половым органам и половой жизни как к чему-то таинственному, скрытому, исключительному, а иногда как к чему-то постыдному и грязному, о чем хороший ребенок не должен думать и говорить. Это неправильно — даже маленьким детям надо давать краткие, но верные ответы на вопросы об их происхождении, роли матери, рождении и т. д. Ни в коем случае нельзя обманывать детей или вводить их в заблуждение. Рано или поздно они узнают правду, но она должна прийти не с улицы или от испорченных приятелей, которые представят все пошло и цинично а от родителей и еще в дошкольном возрасте. Таким образом дети не только предохраняются от вредного влияния улицы и безответственных информаторов, но между ними и родителями создается атмосфера доверия и откровенности по столь важным интимным вопросам.

Обычно интересы маленьких детей удовлетворяются быстро короткими, но ясными, правдивыми и понятными объяснениями: дети рождаются их матерями, сначала они очень маленькие и нежные, поэтому мама бережет их у себя в животе, а когда они станут побольше и окрепнут, они выйдут оттуда. Но и после рождения дети еще долгое время слабы и нуждаются в заботах со стороны папы и мамы.

В дошкольном возрасте редко появляется необходимость особенно расширять этот круг познаний ребенка. Как отмечал Х. Грассел, интерес детей к половым проблемам чисто практический, так как они лишены сексуальных чувств и представлений. Поэтому и нужда в знаниях у детей быстро исчерпывается. Объяснения должны даваться спокойно и уверенно, как о чем-то вполне естественном, как бы говоря об обычных вещах. В этом возрасте дети замечают физические различия между полами, но редко углубляются в поиски

их смысла. Что может быть естественнее того, что у мамы есть груди, которыми она кормит маленького ребенка, пока у него нет зубов, чтобы есть самому, или что у нее в животе есть отверстие, через которое этот ребенок появился. В этом возрасте физиологическую роль отца редко приходится объяснять: отец сильнее, он бережет маму и ребенка, заботится об их спокойствии и безопасности, потому что любит их.

Уже здесь начинается воспитание ребенка не словесными нравоучениями, а непосредственно наблюдаемыми отношениями между родителями. Поэтому большое значение имеет общая эмоциональная атмосфера, в которой растут дети, и особенно взаимоотношения между родителями. Внимательные, нежные отношения, основанные на уважении между отцом и матерью, как выражение их взаимной любви и привязанности создают уверенность и хорошее самочувствие у детей, превращаются в образ поведения. Они воспитывают уважение к противоположному полу: стану смелым и добрым, как папа, или нежной и милой, как мама. И наоборот — взаимные обиды, нескрываемое отвращение и вражда вносят смут в душу ребенка и приучают детей с раннего возраста бояться и проявлять неприязнь и открытый цинизм к семье и семейным отношениям, а там, нередко, и к человеческим отношениям вообще. Ранний опыт, приобретенный в семье в годы формирования ребенка в человека, оставляет прочные и неизлечимые следы во внутреннем мире личности.

Позже школа становится ведущим фактором в половом воспитании и просвещении подростков. Естественно, школа имеет больше возможности для организованного распространения научных медико-этических знаний.

Уже в начальных классах учителя должны умело использовать преподаваемый материал для создания здоровых привычек и правильных отношений между мальчиками и девочками. Ни в коем случае нельзя допускать антагонизма и отчуждения между ними. Справедливо акад. *Сава Гановски* отмечает, что „насколько теснее товарищеская общность мальчиков и девочек, настолько спокойнее развивается ребенок в юности — дружба, товарищеская близость между мальчиками и девочками в раннем возрасте являются основой здорового полового развития“. Создание естественных, товарищеских отношений между детьми уменьшает эротическое напряжение, порождает общие интересы в играх и учебных занятиях. В этом направлении уместно поощрять общие игры и совместные занятия.

Здесь присутствует один важный момент — подавляя всякий мужской или женский „шовинизм“ и воспитывая здоровую дружбу при полной равноценности полов, ни в коем случае нельзя забывать и пренебрегать специфическими особенностями мальчиков и девочек. Особенно важно с раннего возраста формировать у детей ясное, определенное, категоричное суждение о собственной половой принадлежности. Уже к двух-трехлетнему возрасту начинает формироваться половое самосознание ребенка и его надо осторожно и правильно направлять. Мальчик должен воспитываться как мальчик, как будущий мужчина, а девочка — как девочка, как будущая женщина. Разумеется при этом нельзя позволять какого бы то ни было, пусть даже случайного, принижения, одного или другого пола. Ребенок должен быть счастливым, что он мальчик или девочка, зная, что оба пола одинаково ценны.

Ряд последних исследований показывают какое огромное значение имеют для правильного формирования личности впечатления и переживания раннего детства. Восприятие роли и поведения, присущих данному полу, определяется больше воспитанием, чем деятельностью гормонов. А равноценность и равнозначность совсем не означает нивелировку. И никакие соображения неправильно понятого равенства полов не могут оправдать отбра-

сывания этого исключительно важного положения. Два пола не равны, потому что не одинаковы. Они равнозначны и равноправны, но равноправие совсем не предполагает отсутствие разницы между полами, ликвидацию и характерных особенностей и своеобразной ценности. Подобное предположение может нанести тяжелый и непоправимый вред правильному и гармоничному развитию личности, привести к формированию сексуально недифференцированных индивидов или даже к гомосексуальным проявлениям.

В школе учителя имеют огромные возможности, рассматривая материал по литературе, истории или другим предметам, подчеркивать характерные особенности мужчин и женщин, выделять потребность в сердечных и искренних взаимоотношениях в семье, между родителями и детьми, между товарищами, между людьми вообще. Они должны развивать у детей чувство самодисциплины и ответственности, смелости и самопожертвования, собственного достоинства и уважения к другим.

С началом преподавания естественноисторических предметов появляется возможность еще большего углубления познаний о биологической сущности половой жизни. Постепенно ребенок должен быть познакомлен с размножением низших организмов, растений и животных, после чего совершенно естественно делается переход к рассмотрению анатомических и физиологических особенностей человека. При этом органы половой системы и их функции надо изучать свободно и естественно, с той же глубиной и полнотой, с которой рассматривались все остальные системы и функции организма. Нет постыдных органов и функций, еще менее постыдны органы, созданные жизнью. Постыдны и недостойны только невежество и предрассудки, которым и все-еще окружена половая жизнь и которые все-еще с поразительным упорством сохраняются и защищаются. *Сава Гановски* советует: „Никакого лицемерия, никакой „монашеской“ скрытности, никакой маскировки при раскрытии естественных процессов жизни“. Говоря открыто, без глупой стеснительности и стыдливости о половых органах и их функциях, мы воспитываем у юношей и девушек отношение к ним, как к чему-то естественному и нормальному, как к биологическому явлению, но также, как к чему-то особенно важному и необходимому, к которому надо относиться заботливо и внимательно. Так, вместо лицемерности, порочной стыдливости и усиления чрезмерного любопытства, можно приучить молодых людей относиться с необходимой серьезностью и уважением к половой жизни.

Особенно важно своевременно информировать юношей и девушек о телесных и психологических изменениях, которые наступают при половом созревании. Такие знания, а также гигиена в период полового созревания, должны предшествовать началу явлений, характерных для данного периода, чтобы оградить молодого человека от излишнего страха и ненужного психического травмирования. Как говорил *Х. Грассел*: „Всегда лучше начать на год раньше, чем на час позже“. Девушка должна знать о менструальном кровотечении, его природе и естественности, а юноша — об эякуляциях и поллюциях еще до их появления, а это значит еще до 12—13-летнего возраста.

И здесь *Сава Гановски* полностью прав, когда пишет: „Необходимо, чтобы дети задолго до юношеского возраста, спокойно и незаметно накопили основные сведения по половому вопросу. Ребенок должен получить первоначальную информацию о половой жизни еще в тот период, когда половые вопросы воспринимаются им спокойно, легко, как обыкновенный познавательный материал, с которым он сталкивается в жизни. Лицемерное, нарочитое укрывание „половых тайн“ от детей — безрезультатно и крайне вредно, так как все равно эти сведения они рано или поздно получают из других неу-

мелких или даже порочных рук и запутаются в нелепостях этих „объяснений“. О половых вопросах надо говорить не изолированно, на специальных курсах, лекциях и беседах, а давать сведения постепенно в связи с другими материальными естественных и общественных наук. Так мы раскроем детям эти важные вопросы в процессе ежедневной учебы“.

Однако для достижения этого, учебные программы должны быть перестроены так, чтобы материал, касающийся половой жизни, не избегался и не устранялся умышленно, а естественно и непринужденно вплелся в общий материал. Нашим педагогам надо преодолеть ничем не мотивированный страх и смущение перед этими „трудными“ вопросами. В них нет ничего „неудобного“, и учителя, которые откровенно разговаривали со своими воспитанниками о „тайнах пола“, знают, что дети всегда относились к рассматриваемым проблемам с необходимым интересом и серьезностью и отвечали своим воспитателям любовью и доверием.

Размножение человека, физиологическая и социальная значимость этого явления должны быть разъяснены детям без излишнего направления их внимания к чувственной стороне полового общения. Исследования *Х. Грима* и *Х. Д. Реслера*, проведенные среди немецких детей в период полового созревания, показали, что мальчики больше интересуются половым актом, оплодотворением и строением тела, в то время как девочки интересуются беременностью, рождением, собственным половым развитием.

В средних и старших классах круг вопросов надо все больше расширять и углублять. В этом возрасте необходимо уже серьезно говорить о дружбе и любви, о коммунистической нравственности, об эстетических и этических нормах половой жизни. Открыто и откровенно надо рассматривать начало полового общения, опасность легкомысленных половых связей, венерических заболеваний и ранней беременности, аборт. Несомненно, лучше научить юношей и девушек сознательно беречься, чем лечить их после того, как они заболеют. А существующие данные недвусмысленно свидетельствуют об увеличении как венерических заболеваний, так и абортов среди несовершеннолетних.

Особенно важны взгляды на семью и брак для выбора спутника в жизни и решения вопроса о детях. Молодые люди должны воспитываться в атмосфере уважения друг к другу, в атмосфере естественных, лишенных предвзятой стыдливости, непринужденных отношений к своим телесным функциям. Они должны научиться с необходимой серьезностью относиться к половой жизни, уважать личное достоинство своего спутника. Они должны знать, что это не легкомысленное, веселое развлечение, а серьезная и ответственная деятельность — личная, но также и общественная, от которой в большой степени может зависеть как их собственное счастье, так и судьба их детей. А это значит, что они должны научиться самодисциплине: сознательно управлять и контролировать свои желания и свое поведение, отвечать за свои поступки, быть убежденными в своей ответственности за партнера, его здоровье и счастье. „Вопрос полового воспитания, — говорит *Сава Гансвски*, — и вопрос здоровой, красивой, осмысленной любви — органически связаны, и правильное понимание одного ведет к правильному пониманию другого“.

С наступлением периода полового созревания у подростков вполне естественно появляется интерес к другому полу, любопытство, желание более близкого контакта и даже полового общения. Многие факторы в современной жизни облегчают установление ранних половых связей.

Прежде всего акселерация, наступление раннего полового созревания — биологический фактор, с которым необходимо соизмерять педагогическую деятельность. Кроме того, современная культура обильно насыщена эроти-

ческими раздражителями, от которых подростки не могут быть изолированы. Кино, театр, пресса, телевидение, радио преподносят информацию, которая направляет внимание молодого человека к сексуальной жизни, возбуждает его любопытство и желание.

С другой стороны, сегодняшней молодой человек значительно более эмансипирован и независим, как от семьи, так и от школы и от общественного мнения, особенно в большом городе. Контроль со стороны родителей, особенно если оба работают, значительно уменьшен. Экономическая зависимость также постепенно исчезает в связи с увеличением размеров стипендий и общественной помощи.

Не лишены значения и нельзя недооценивать известные психологические моменты и прежде всего стремление молодого человека к самоутверждению, потребность почувствовать себя „зрелым“, продемонстрировать, что он уже не ребенок, а полноценный член общества.

Воспитатели должны объяснить юношам и девушкам, что раннее начало половой жизни нежелательно, но не из-за дискредитированных в сознании молодых людей моральных принципов, а из медико-гигиенических соображений. Здесь не надо проводить сухие правоучительные беседы, а ясно и убедительно разъяснить вредность и опасность, с которыми сопряжено для молодых людей раннее начало половой жизни.

Прежде всего половая зрелость наступает раньше, чем полное созревание организма, поэтому всякое раннее половое общение — до 17—18-летнего возраста для девушек и 18—20-летнего возраста для юношей, нагружает организм деятельностью, не присущей для этого возраста. Половая жизнь по своей биологической сущности — воспроизводительная деятельность и несвойственна юности, возрасту созревания, формирования организма, периоду, когда индивид вырастает как личность, когда он должен не только завершить свое физическое развитие, но и накопить необходимые знания и опыт, заложить основы своей будущей жизни. Раннее начало половой жизни не только затрудняет правильное физическое развитие молодого организма, но и отклоняет молодого человека от его прямых задач, вредно отражается на целостном развитии личности.

С другой стороны, для молодых, из-за их неопытности, значительно больше опасность нежелательной беременности или венерического заболевания. Ряд наблюдений показывает, что молодые матери, сами не достигшие полной зрелости, труднее переносят беременность. У рожениц моложе 18 лет много чаще встречаются так называемые токсикозы беременности, психические расстройства, преждевременные роды, а их дети рождаются с пониженным весом, уродствами, что ведет к высокой смертности. В отношении молодой матери к новорожденному нередко наблюдается известная незрелость, отсутствие или недостаточное проявление эмоциональной материнской привязанности. Искусственное прерывание беременности, к которому часто вынуждены прибегать молодые девушки, совершенное и в наилучших больничных условиях, всегда содержит известный риск и может привести к тяжелой инвалидности женщины, стойкому бесплодию, которое сделает ее несчастной на всю жизнь. Кроме того, и психические сотрясения, которые наносит аборт, особенно при первой беременности, могут быть значительными и переживаться драматически. Вот почему молодые люди должны быть озакомлены и со способами предохранения от беременности. Сохранение детородной способности женщины прямо связано с борьбой против абортов, а это означает правильное предохранение от нежелательной беременности, соответствующая пропаганда и наличие подходящих и общедоступных противозачаточных средств. Прав Х. Грассел, подчеркивая, что „знание эффек-

тивных способов предохранения от беременности, есть необходимая составная часть общего образования“.

Многие наивно считают, что сегодня венерические заболевания потеряли свое значение. Это, к сожалению, неверно. И наши, и международные наблюдения показывают, что венерические болезни широко распространены, причем преимущественно среди несовершеннолетних.

Все перечисленное здесь достаточно для того, чтобы показать, почему юношам и девушкам необходимо воздерживаться от половой жизни и ее преждевременного начала. И это не должно быть навязанным запрещением, сознательным отношением и поведением, результатом внутренней убежденности. Сохраненная энергия значительно целесообразнее может быть использована для учебной, научной, спортивной, художественной или другой ценной и необходимой для этого возраста деятельности, способствующей развитию гармонической, духовной и физически правильно развитой личности. А бедность и ограниченность творческих интересов обычно усиливают и нередко извращают сексуальные влечения.

Но это не все. Половая жизнь — биологическая необходимость. Однако для человека половая потребность издавна перестала быть слепым животным инстинктом и превратилась в одно из красивейших и нежных чувств — в потребность товарищества, дружбы, взаимной привязанности и любви. Сексуальность, как говорит *Х. Грассел*, была „очеловечена“ в процессе развития. Животный инстинкт превратился в человеческую радость и счастье, в человеческую любовь.

А чувства, их разнообразие и глубина не даны готовыми — они постепенно развиваются и обогащаются. С возрастом, с созреванием личности и характера, созревают и чувства. Молодой человек по своей неопытности нередко увлекается фасадным блеском и не видит духовной пустоты, которая кроется за ним. Вот почему молодые люди всегда должны быть внимательны и бережны в своих чувствах, не распылять их легкомысленно.

Половую жизнь надо начинать тогда, когда чувства созрели, когда достигнута психо-сексуальная зрелость, т. е. когда чисто физиологическое половое влечение — секс, обогатилось психическими, эмоциональными волнениями — эрос, когда две эти составляющие — физиологически-сексуальная и психо-эротическая — превратились в органическое единство.

Какую радость, какое счастье может принести половое общение, лишённое чувства, совершающееся из неправильно понятого стремления к „современности“, „модности“? Как физиологический акт, оно связано с очень примитивными и элементарными ощущениями, поэтому и желание так быстро исчерпывается, что не удивительно разочарование, скука и досада многих молодых людей, переступивших порог целомудрия только чтобы не выглядеть старомодными. Свобода сексуального поведения становится вредной, когда она отрывается от своих этических компонентов, от прочных, глубоких и красивых чувств между двумя. Прав советский социолог *И. Кон*, утверждая: „Степень удовлетворенности субъекта в процессе сексуальной деятельности прямо зависит от степени эмоционального переживания, от силы и яркости его собственного чувства“. И если не может быть любви без секса (хотя бы как основной мотивации), то и секс без любви неполноценен и пуст.

Родители и учителя не должны с излишней строгостью противостоять появлению первых ростов любовного чувства у детей. Они должны осторожно и разумно культивировать это нежное чувство в юных душах. Как хорошо сказано в сообщении ЦК СЕПГ „Доверие и ответственность молодежи“ (1963): „Истинная любовь необходима молодежи, как молодежь необходима социализму. Поэтому обо всех этих проблемах надо говорить открыто и не-

трудоубежденно, чтобы помочь молодым людям в их заботах, любви и браке. Индивидуалистически помочь молодым людям в жизни, а не создавать трагедию. Мы хотим истинных, глубоких, чисто человеческих отношений, а не монастырской морали“.

Родители и воспитатели должны объяснить молодым людям, что истинная любовь развивается и укрепляется в процессе взаимного преодоления трудностей жизни. Только половой связи недостаточно для соединения двух людей на долгое время, на всю жизнь. Постановка полезной цели, в ходе достижения которой дружба и любовь расцветают, развиваются и усиливаются, цели, достигая которой двое приобретают опыт взаимопомощи и сотрудничества, привыкают нуждаться друг в друге, уважать друг друга — вот к чему должно быть направлено воспитание молодежи. Экзюпери говорил: „Любить — совсем не значит смотреть друг другу в глаза, а значит — двое смотрят в одну сторону. Это не товарищи, если они не связаны одной веревкой, поднимаясь к одной вершине, на которой вновь встретятся“.

Любовь — не самоцель. Общий идеал, взаимное обогащение знаниями, опытом, чувствами и переживаниями, товарищеская помощь в формировании характера и личности — вот цель, движение к которой стимулирует любовь. Так чувства укрепляются и приобретают разнообразные, самые красивые оттенки, а это то, что приносит удовлетворение и счастье. Тогда и половое общение становится естественной вершиной, физическим символом духовного единства. А пока чувства не окрепли — пусть молодые научатся воздерживаться. Воздержание для молодого человека не вредно. Оно закаляет волю, формирует самодисциплину. Препятствия на пути любви только больше ее усиливают и закаляют.

В тысячелетнем развитии человеческого общества в связи с определенными общественно-историческими условиями накопился ряд предрассудков и суеверий. В области половой жизни, половых взаимоотношений, половой нравственности они и сегодня живы и дают на сознание многих современных людей. Мировоззрение и нравственность нового человека, строителя социализма и коммунизма, должны быть освобождены от этих предрассудков. И это должно стать одной из первоочередных задач нашего современного воспитания.

Человек должен освободиться от предвзятости и ничем не мотивированного стыда перед телом. Плод неправильного, антигуманного мировоззрения, объявившего все земное за грех перед богом, этот стыд не только не несет в себе ничего красивого, но и отрицает всякую красоту, свидетельствуя тем самым о невежестве, глупости и о непреодоленном фанатизме. Он совсем не есть проявление глубокой нравственности, а наоборот, очень часто это лицемерное прикрытие глубокой безнравственности.

Молодой человек должен воспитываться в духе спокойного, естественного и непринужденного отношения к телу и его функциям. Древние говорили: „Naturalia non sunt turpia“ — что естественно — то не постыдно. Некогда в древней Элладе великие мыслители, художники, скульпторы воздвигли культ красоты человеческого тела. В обнаженных телах Афродиты и Аполлона они воплотили красоту человека, возведя эстетический идеал в нравственную потребность.

Вот такое простое и естественное чувство к обнаженности должно культивироваться в семье родителями. Они не должны притворной и усиленной стыдливостью пробуждать у детей излишнее любопытство и заставлять их видеть в обнаженном теле нечто таинственное и загадочное или нечто стыдное и аморальное, что они обязаны скрывать. Позднее такое разумное и спокойное отношение к обнаженному телу можно культивировать при сов-

местных спортивных играх и упражнениях на пляжах и спортивных площадках, на море и в горах, где дети с детства свыкаются с видом своего обнаженного тела. Такое преодоление средневековых предрассудков — не только следствие духовного освобождения, но и смелый шаг к новой половой морали, к новой, более высокой нравственности.

Некогда *Август Бабель*, обсуждая обычай древних спартанцев разрешать своим юношам и девушкам до зрелого возраста ходить обнаженными, писал, что такой обычай выработал у них вкус к простоте. В нем не было ничего, что бы наносило урон стыдливости или, наоборот, возбуждало сладострастие, но так воспитывалось сильное, уверенное в себе поколение, знающее себе цену.

Современное движение за свободную телесную культуру, движение, пропагандирующее упражнения и игры на солнце, на воздухе, около воды, движение за преодоление мрачных предрассудков и бессмысленных ограничений прошлого, за большую радость и счастье в человеческой жизни, было начато *Уитменом* и *Гетэ*, *Роденом* и *Ренуаром*, *Гауптманом* и *Маном*, *Брехтом* и *Бехером*. Сегодня оно находит все больше единомышленников, как в капиталистических, так и во многих социалистических странах (ГДР, Венгрии, Югославии и др) и является мощным движением против разврата и нравственного упадка в капиталистическом мире, против религиозного мракобесия, против буржуазной идеологии и морали.

На десятках пляжей и спортивных площадок приверженцы натурализма играют полностью обнаженными вместе мужчины и женщины, дети и взрослые, принимают солнечные ванны, занимаются спортом и так воспитывают у себя естественное, непринужденное и исполненное уважения чувство к обнаженному человеческому телу, его чистоте и красоте. *Сава Гановски* пишет: „В условиях активной физкультуры обнаженное тело не привлекает особого внимания: привычка обнажать известные части тела при творческой работе — прекрасное моральное средство, которое воспитывает спокойное отношение к телу друзей противоположного пола“.

Обнаженность подавляет темные помыслы и инстинкты, которые полуобнаженность на „текстильном“ пляже раздувает, потому что обнаженный человек мало действует на воображение и не порождает циничных фантазий и желаний. Так, юноши и девушки учатся уважать и испытывать восторг перед красотой здорового тела — перед нежностью и грацией девушки и перед стройностью и силой юноши. И эту красоту они стремятся развить и усовершенствовать с помощью физических упражнений, спорта. Нет сомнения в том, что для воспитания подобного отношения в наших развращенных религиозными предрассудками душах, необходима продолжительная воспитательная работа и высокая культура, потому что свобода, не имеющая под собой высокой культуры, быстро выражается в анархизм, а половая жизнь — в разврат.

Но чувство красоты надо воспитывать не только по отношению к телу. У молодежи должно быть воспитано понимание и стремление к красоте, простоте и естественности в каждом их поступке, во всем их поведении. *Чехов* сказал: „В человеке все должно быть прекрасно — и лицо, и одежда, и душа, и мысли“. Красивыми должны быть и наши взаимоотношения, особенно взаимоотношения между юношами и девушками, мужчинами и женщинами. Манеры поведения должны быть изящны, язык — изыскан, а поступки и поведение в целом — культурно. Физическая красота должна сочетаться в едином сплаве с душевной добротой и благородством.

Перед молодыми со всей серьезностью надо раскрыть и глубину, и красоту, и трудности семейной жизни. Разумеется, тут нельзя дать рецептов, но

некоторые, основные моменты надо знать. В этом направлении большинству, пользу могут принести свободные и искренние обсуждения в комсомольских организациях. Так молодые люди получают необходимую подготовку к семейной жизни, что поможет им в создании гармоничных семейных отношений, в преодолении всего, что может разлучить молодых супругов, разочаровать и обидеть их, довести до отчуждения. Молодая жена должна знать особенности мужской сексуальности, а молодой муж должен быть информирован о женских физических и психических особенностях. Достижение семейного счастья — непассивный процесс, оно не приходит готовым. Для этого необходимо усердие, а иногда даже борьба. И к этой борьбе молодые должны быть подготовлены.

Ясно, что задачи полового просвещения и воспитания не только деликатны и трудны, но очень разнообразны и сложны. Это обязывает к их серьезному и внимательному изучению и исследованию. Правильно *Инглеби* пишет: „Современное общество развивается так быстро, что родители уже не в состоянии воспитывать детей только на основе воспоминаний о собственном детстве и развитии“.

Новое время требует нового понимания, нового отношения к основным вопросам жизни, нового способа их представления и усвоения. Это особенно важно для половой жизни, полового просвещения и воспитания. В разговоре с Кларой Цеткин *Ленин*, говоря о несовременности проведения некоторыми немецкими коммунистическими организациями дискуссий по половым проблемам, заключает: „Можете ли в серьез меня уверить, что только чтение и дискуссии по половым вопросам достаточны для рассмотрения этих вопросов с точки зрения выдержанного исторического материализма? Для этого необходимо многостороннее глубокое знание, точнее, марксистское овладение огромным материалом“.

В тезисах о работе с молодежью тов. *Т. Живков* говорил: „Нужно принять меры для правильного полового просвещения молодежи, вести борьбу за чистоту в любви и браке. Нельзя предоставлять половое воспитание подрастающего поколения улице. Здесь школа, органы здравоохранения, семья и Комсомол должны занять положенное им место“.

Необходимо, чтобы наши учителя и воспитатели, наши комсомольские руководители, наши педагоги и в особенности педагогические факультеты и институты, Научно-исследовательский институт по педагогике и Центральный институт усовершенствования учителей обратились к проблемам полового просвещения и воспитания, изучали бы их вопросы, теорию и методологию практики.

Сексологическая воспитательная работа не может вершиться по личному настроению, пониманию, как придет в голову. Необходимо исключить всякий субъективизм и поставить просветительно-воспитательную работу на здоровую, научную основу. А это заставляет проводить широкие экспериментальные и статистические исследования на основе хорошо разработанной методологии. Необходимо проблемы полового просвещения и воспитания исследовать в их биологических, социальных, социально-психологических, нравственных, эстетических и других аспектах объединенными усилиями педагогов, медиков, социологов, психологов и других специалистов и общественников.

Правильнее всего было бы просветительно-познавательный материал по половой анатомии и физиологии включать прежде всего в программы по естествознанию, конкретно по анатомии и физиологии человека еще в средних классах, а проблемы половых сношений, красоты и нравственной чистоты

ты — преимущественно в общественные дисциплины, используя для этого и все остальные учебные предметы.

Затем, перед молодежью в школах, техникумах и профессионально-технических училищах, в комсомольских организациях, а также перед учащейся молодежью на заводах и в колхозах, в воинских частях и в учреждениях — везде необходимо проводить лекции, беседы и обсуждения по вопросам взаимоотношений между юношами и девушками, по вопросам половой гигиены и профилактики, о любви и браке, семье и детях.

Особенно важно повышать половую культуру и знания самих родителей, учителей и воспитателей, которые должны не только хорошо знать проблему, но и уметь правильно разъяснить ее молодежи. Справедливо Ганс Лева отмечает, что „половое воспитание молодежи предполагает прежде всего половое воспитание взрослых“. Тут большое значение имеет та помощь, которую должны оказать органы здравоохранения и особенно школьные медицинские работники и специализированные научно-исследовательские институты, предоставив педагогам фактические данные и знания.

Огромное значение имеют также средства массовой информации — печать, радио, телевидение, кино, которые должны ограничить свое негативное просвещение, перестать давать только извращенное и отрицательное в половой жизни и освободить от страха перед нормальным и красивым в человеческих половых отношениях. Так могут быть использованы их громадные возможности для правильного, „позитивного“ полового просвещения и воспитания, для формирования правильного коммунистического полового мировоззрения и нравственности.

Только общими усилиями родителей и воспитателей, самих подростков и всей нашей общественности можно осуществить здоровое научно-обоснованное половое просвещение и воспитание, добиться высокой половой культуры.

РАСТОРЖЕНИЕ БРАКА И ЛИШЕНИЕ РОДИТЕЛЬСКИХ ПРАВ

РАСТОРЖЕНИЕ БРАКА

Семья как основная ячейка общества есть свободный, узаконенный социалистическим государством на началах равноправия, союз мужчины и женщины, которые связаны в биологическом, материальном и духовном отношении. Биологическая связь между ними состоит в половой жизни и в создании потомства. Хозяйственная связь выражается в целеустремленной деятельности обоих супругов по приобретению средств, которые должны обеспечить ежедневные потребности семьи в питании, одежде и крове, с одной стороны, и сбережения „на черный день“, с другой. Духовная связь между супругами вдохновляет их к взаимному росту личностей и способствует преобразению детей в полноценные личности. Идеалом отца и матери должна быть семья, где их дети вписались в семейную и социальную общность и поднялись над их собственным уровнем во всех отношениях, внося свой вклад в материальную и духовную сокровищницу народа. Ясно, что семья может осуществлять свои сложные задачи только в том случае, если она образована из духовно и физически здоровых супругов.

Поэтому еще церковный устав предусматривал как возможные причины развода половую неспособность, сумасшествие, эпилепсию, идиотизм, сифилис.

Согласно предписаниям Закона о браке основанием для развода могут быть болезни, являющиеся серьезной опасностью для здоровья другого супруга или потомства, а также половая неспособность или пятнадцатилетнее бесплодие.

Закон о лицах и семье (ЗЛС) однако отбросил половую неспособность и бесплодие как безусловные основания для развода.

Основанием для расторжения брака является его глубокое расстройство. В связи с этим статья, регламентирующая бракоразводный процесс, гласит: каждый из супругов может потребовать расторжения брака, если из-за прелюбодеяния, заразной или наследственной болезни, долгого отсутствия, физических и моральных истязаний или других серьезных субъективных или объективных причин брак так глубоко расстроен, что с точки зрения супругов, детей и общества продолжение семейной жизни невозможно“.

Такое основание для расторжения брака воспринято в семейных кодексах всех стран народной демократии, включая и Советский Союз. Закон не объясняет определение „глубокое расстройство брака“, а так же не указывает на признаки глубоко расстроенного брака. Однако в судебной практике считается, что глубокое расстройство брака налицо тогда, когда невозможно требовать продолжения семейной жизни: разрыв общности между супругами; отсутствие взаимной любви, доверие и уважение между ними, отсутствие дружеских взаимоотношений и взаимопомощи. Глубокое расстройство бра-

ка — всегда полное, продолжительное, окончательное и непоправимое. Оно не может быть временным.

Законодательство изыскивает отграничения субъективных и объективных причин глубокого расстройства брака. „Объективными“ являются причины, которые не зависят от супругов, например, болезнь, бесплодие и др. Все остальные причины, связанные с поведением супругов, есть „субъективные“ причины глубокого расстройства брака.

Среди объективных причин глубокого расстройства брака на первом месте находятся заболевания организма. Любая телесная, нервная и психическая болезнь может стать основанием для расторжения брака, если больной не в состоянии исполнять своих супружеских, хозяйственных и родительских обязанностей или представляет серьезную опасность для здоровья и жизни другого супруга или детей.

Далеко не все столкновения в семье представляют „глубокое расстройство брака“. Глубокого расстройства брака не существует, если речь идет об обычных и переходных недоразумениях между супругами, временном нарушении брачного сожителства, если брак можно укрепить. Следовательно, и заболевания обуславливают глубокое расстройство брака только тогда, когда они являются одновременно тяжелыми и продолжительными. Временные заболевания, сколь бы они тяжелыми не были, как правило, не приводят к глубокому расстройству брака и поэтому не могут считаться причиной для расторжения брака: „излечимый туберкулез легких не является причиной, которая может привести к глубокому расстройству брака. Эта болезнь представляет только временную и устранимую опасность для здоровья другого супруга и поэтому не может вызвать глубокого расстройства брака“.

В виде исключения глубокое расстройство брака может наступить и в результате безопасного, легкого и излечимого заболевания, если оно оказало сильное отрицательное воздействие на психику другого супруга, привело к отчуждению, к нарушению общности между супругами. Как правило, однако, учитываются продолжительные, трудноизлечимые заболевания, которые являются препятствием для нормальной семейной жизни и создают опасность для здоровья и жизни супруги и детей.

Тяжелая хроническая болезнь одного из супругов еще не указывает на наступление глубокого расстройства брака, если духовная связь между ними еще не порвана. Жизнь показывает, что во многих случаях такие браки существуют нормально. Большое значение в этом случае имеет субъективное отношение здорового супруга к болезни другого. Если болезнь другого супруга вызывает у него отвращение и страх, в их браке рано или поздно наступит глубокое расстройство. Естественно, при противоположном субъективном отношении брак сохранится.

После излечения болезни брак, как правило, должен сохраниться. Для иска единственным условием является состояние глубокого расстройства брака в момент его предъявления. Если расстройство брака, вызванное болезнью супруга (-и) продолжается, вопреки его выздоравливанию брак может быть расторгнут в том случае, если имеются законные основания для этого. Выздоровливание супруга (-и) может быть указанием на возможность укрепления брака, который был расстроен этой болезнью.

Брак не должен быть расторгнут, если больной супруг в процессе лечения имеет надежду на выздоровление. „Если больной супруг(-а) находится в процессе выздоравливания, о чем есть данные, что он закончится успешно, не следует допускать развода“.

Глухота, немота и разница в возрасте сами по себе не являются причиной расторжения брака.

Из заболеваний к глубокому расстройству брака обычно приводят длительные инфекционные и психические заболевания.

Длительная инфекционная болезнь может привести к расторжению брака, так как нельзя требовать от здорового супруга, чтобы он подвергал опасности собственное здоровье и жизнь, а также здоровье и жизнь своих детей. Это несовместимо с социалистическими отношениями между супругами и между ними и детьми.

Хронические психические заболевания имеют большее значение для расторжения брака, чем длительные инфекционные заболевания, так как они, с одной стороны, более распространены, а с другой, будучи болезненными изменениями самой личности, в той или иной степени нарушают ее познавательную деятельность. Действительно, очень часто страдающий психозом или глубоким упадком мыслительной деятельности полностью недееспособен и нетрудоспособен. В виду этого он не в состоянии выполнять семейные, супружеские и родительские обязанности. Совместная жизнь с таким человеком становится мучительной.

Этого вполне достаточно, чтобы допустить развод, так как нельзя требовать, чтобы здоровый супруг продолжал совместную жизнь с неизлечимым больным с нарушенной психикой. Общество всегда заинтересовано в сохранении здоровых, жизнеспособных семей, а не „браков“, потерявших свое биологическое, материальное и духовное единство. Наоборот, в большинстве случаев сохранение брака с больным с тяжелым хроническим психическим заболеванием противоречит принципам социалистической морали и не создает необходимых условий для семейной жизни, правильного воспитания детей. Правда, супружеская любовь и человеческий долг требуют от здорового супруга заботиться о душевнобольном. Но когда его заболевание очень тяжелое и длительное, он не обязан проводить свою жизнь в постоянной заботе о нем, так как здоровый супруг имеет и другие не менее важные обязательства по отношению к детям и к обществу, а так же к своей профессии и к себе самому. Это еще более оправдано в тех случаях, когда душевнобольной начинает представлять опасность для здоровья и жизни другого супруга и детей. Нет сомнения в том, что хронически больному супругу (-е) необходимо длительное лечение, а здоровому нужно предоставить возможность создать новую семью. По этому вопросу взгляды юристов и психиатров совпадают. Любое психическое заболевание может стать причиной для расторжения брака, если из-за него произошло глубокое расстройство брака.

Полное запрещение в связи с продолжительным и трудноизлечимым психическим заболеванием является основанием для расторжения брака в подавляющем большинстве случаев. Это и понятно, так как невменяемый супруг не способен понять свойств и значение своих поступков, защитить свои интересы, выполнять хозяйственные и супружеские обязанности, воспитывать детей. Бесспорно, совместная жизнь с таким душевнобольным не только трудна, но и опасна. И все-таки полная невменяемость есть существенная, но не безусловная причина расторжения брака. Однако она полностью исключает возможность вступления в брак.

Ограниченное запрещение — не основание для расторжения брака, а так же не мешает вступлению в брак.

При расторжении брака для суда не имеет значения тот факт, знал или нет один из супругов о болезни другого. Именно поэтому суд исходит лишь из состояния брака и возможности или невозможности его продолжения. Это так, ибо знание о существовании болезни еще не означает, что известны также особенности этой болезни. Кроме того, легкая форма болезни после брака может перейти в тяжелую стадию.

Обычно причиной глубокого расстройства брака является болезнь одного из супругов. Однако судебной практике известны случаи, когда глубокое расстройство брака может вызвать болезнь детей, рожденных во время брака, о которой предполагается, что она передалась по наследству, например: хорей Хентинктона, врожденная миатония Оппенгейма и др. дистрофические заболевания нервной системы.

В заключение необходимо подчеркнуть, что законодательство регламентирует развод и в то же время служит укреплению брака: он помогает борьбе против легкомысленного отношения к созданию семьи и ее распадения, ибо задачей суда является ее сохранение и укрепление. Суд выполняет эту задачу в результате расторжения бесполезных браков. Государство опирается прежде всего на здоровые, жизнеспособные браки и семьи. Глубоко расстроенный брак и разложившаяся семья для общества являются нежелательными, ибо не обеспечивают истинных условий совместной жизни, противоречат социалистической морали и оказывают разлагающее влияние. История всех народов свидетельствует о том, что прочность брачных связей — предпосылка их материального и культурного восхода. Наоборот, упадок семьи в результате расторжения брака становился всегда первым признаком и неизбежным спутником заката многих древних империй и цивилизаций.

ЛИШЕНИЕ РОДИТЕЛЬСКИХ ПРАВ

Лишение родительских прав есть крайняя мера по отношению к тому из родителей, который своим поведением дал достаточно доказательств тому, что его „власть“ над детьми вредит их здоровью и формированию их личности. Несомненно, подобная мера не только касается родителя, но и порочит его доброе имя как гражданина, так как он не выполняет свой первостепенный общественный долг и впредь не сможет его выполнять. Поэтому она применяется только в исключительных случаях и в точно установленных законом случаях.

Согласно законодательству лишить родительских прав можно: „Когда поведение родителя представляет опасность для личности, здоровья или имущества ребенка. Народный суд самостоятельно или по требованию прокурора или же второго родителя принимает соответствующие меры в интересах ребенка, если это необходимо, помещает его в детский дом.

Такие меры принимают и тогда, когда родитель из-за продолжительной физической или психической болезни или же продолжительного отсутствия, а также по другим объективным причинам не в состоянии выполнять свои родительские обязанности.

Лишение родительских прав психически больного производится судом на основании судебно-психиатрического освидетельствования. Этот вид экспертизы тесно связан с экспертизой по делам об установлении опеки над родителем и имеет много общего с ней: и в одном и в другом случаях эксперт психиатр должен установить дееспособность освидетельствованного лица. Однако признание исследуемого недееспособным не должно отождествляться с лишением его родительских прав. Кроме того, при освидетельствовании по делам о лишении родительских прав существуют и некоторые особенности: с одной стороны, относительно неглубокие психические расстройства, которые создают неподходящие условия для воспитания детей, являются причиной лишения родительских прав, например, хронический алкоголизм или

инная долговременная наркомания, тяжелые психопатии, а также психические нарушения личности, а с другой стороны, перенесенный в прошлом приступ серьезного душевного заболевания, который не оставил тяжелых психических изменений, не является основанием для этой крайней меры. Последнее объясняется тем обстоятельством, что даже при наличии некоторой личностной неполноценности отца или матери они могут проявлять по отношению к своим детям большую любовь, самоотверженность и теплоту, чем дальние родственники и чужие люди.

Чаще всего основаниями для лишения родительских прав являются те психические заболевания, которые приводят к неспособности в выполнении родительских обязанностей. Нередко дети психически больных родителей подвержены моральному и физическому угнетению. Они часто становятся свидетелями раздоров и ссор в семье, жестоких избиений и попыток убийства их матери. Во многих случаях агрессивность душевнобольного направлена против своих собственных детей. Она не ограничивается только оскорблениями, половыми извращениями, кровосмешением и нанесением телесных повреждений, но доходит и до чудовищных по своей жестокости убийств.

Кроме всех этих опасностей для здоровья и жизни детей, и сами симптомы душевно больного родителя — несвязная речь, бредовые идеи и др. — могут действовать раняще (травматизирующе) на чувствительную детскую психику. Пережитые сцены ужаса нередко являются причиной самых различных болезненных реакций невротичного и психогенно-психотичного характера.

Отрицательное воздействие на воспитание своих детей оказывают те психически больные, чье заболевание проявляется в половой распущенности, склонности к преступлениям или лениности и злоупотреблении спиртными напитками.

Психически больные вредят интересам своих детей и тогда, когда не обеспечивают их материальное содержание. Очень часто они не только не работают и не приносят ничего домой, но и растраничивают семейное имущество (страдающие алкоголизмом, с маниакальными проявлениями, больные с прогрессирующими параличами и др.). Тем самым они мешают правильному физическому развитию детей и вызывают предрасположение к разным заболеваниям. Необходимо знать, что психически больной родитель может нанести вред ребенку не только действием, но и бездействием.

Лишение родительских прав не надо смешивать с прекращением родительских прав. Лишение родительских прав это наказание самого родителя из-за его поведения, которое создает опасность интересам детей; а прекращение родительских прав наступает вследствие причин, находящихся вне поведения родителя. Так, например, родительские права прекращаются: 1) когда ребенок достигнет совершеннолетия; 2) при вступлении в брак несовершеннолетнего ребенка; 3) при усыновлении; 4) при расторжении брака (развод) или признании его недействительным; 5) при невозможности выполнения со стороны родителя (тяжелое заболевание, длительное отсутствие и пр.) своих родительских обязанностей.

Согласно законодательству, в случае развода суд решит кому из супругов предоставить выполнение родительских обязанностей. Необходимым требованием является то, чтобы дети были малолетними или несовершеннолетними, а в случае достижения ими совершеннолетия — в полном или частичном запрещении. Следовательно, при разводе речь идет о прекращении родительских прав, но не об их лишении. В этом случае родительские права

предоставляются только тому родителю, которому ребенок оставлен на воспитание. Другой родитель не только может выполнять практически часть своих родительских обязанностей, но и остается субъектом родительских прав. Если положение изменится, в последствии ребенок может быть доверен ему, и это не сопровождается каким-либо восстановлением родительских прав. Эти взгляды разделяют и юристы.

Прекращение родительских прав может сочетаться и с лишением родительских прав. Однако если суд, решающий вопрос о расторжении брака, установит, что сложились условия для лишения одного из родителей (или обоих) родительских прав, он должен для полного выполнения своей задачи передать дело прокурору, который решает вопрос о лишении родительских прав.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие 3

ЧАСТЬ I

БИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПОЛОВОГО ВОПРОСА

Общебиологические основы пола — Ст. Живков	
Клеточное деление	18
Образование половых клеток	19
Оплодотворение	21
Определение пола организмов	23
Определение пола у человека	26
Развитие двух полов у человека — проф. П. Коларов и П. Генкова	29
Развитие мужской и женской половых систем	32
Развитие половых желез	32
Развитие внутренних половых органов	34
Развитие наружных половых органов	35
Факторы, определяющие нормальное половое развитие и обособление	37
Устройство и функции мужской половой системы — проф. П. Коларов, Д. Панайотов и М. Протич	39
Регулирование функций яичек	45
Детство, период полового созревания (пубертат), половая зрелость, климактерий и старость у мужчины	46
Устройство и функции женской половой системы — проф. П. Коларов и Ст. Спасов	57
Период полового созревания и юношества — проф. Бр. Братанов	60
Особенности периода полового созревания у мальчиков	64
Отношения подростков к товарищеской, семейной и общественной среде	64
Половое влечение (либидо), половое сношение (коитус) и нормы половой жизни — проф. П. Коларов, Д. Панайотов, Ст. Спасов и М. Протич	69
Гормональное и нервное регулирование полового влечения	70
Фазы полового сношения и физиологические реакции при его осуществлении	73
Половые сношения после 50-летнего возраста	75
Половая холодность (фригидность)	75
Факторы полноценного полового удовлетворения	76
Нормы половой жизни и половое воздержание	77
Половое влечение — любовь — привязанность — проф. Н. Шипковенски	78
Половое влечение	80
Половое удовлетворение	81
Половые извращения	82
Любовь	83
Привязанность	92

ЧАСТЬ II

МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ ПОЛОВОГО ВОПРОСА

Нарушения способности к воспроизводству и совокуплению — проф. П. Попхристов	97
Заболевания, передающиеся наследственным путем, обусловленные повреждением яйцеклетки, сперматозоида и хромосом — проф. П. Коларов и П. Генкова	99
Причины повреждения хромосом, т. наз. хромосомных мутаций	102
Полово-хромосомные заболевания	104
Нарушение оплодотворительной способности у мужчин — С. Рускова	106

Бесплодие у мужчины, вызванное заболеваниями моче-половых органов . . .	106
Врожденные аномалии моче-половой системы приводящие к нарушению оплодотворительной способности у мужчины	108
Приобретенные заболевания моче-половой системы, вызывающие расстрой- ство оплодотворительной способности мужчины	111
Расстройства оплодотворительной способности мужчины в связи с факторами, вызывающими общие нарушения в организме	119
Эндокринные причины бесплодия у мужчин—проф. П. Коларов Д. Панайотов, М. Протич	121
Нарушение оплодотворительной способности женщины — Из. Попов	123
Эндокринные причины бесплодия женщины — проф. П. Коларов и Сп. Спасов	126
Снижение или отсутствие функции яичников (гипооваризм)	127
Повышенное выделение мужских половых гормонов (андрогенных гормонов) яичниками — синдром Стайна-Левенталя, овариальная гиперандрогения	128
Гормонально активные яичниковые образования	130
Полное отсутствие яичниковой функции в связи с врожденной дегенерацией яичников — синдром Шершевского — Тернера, гонадная дизгенезия . . .	130
Заболевания надпочечников	130
Сахарный диабет	132
Ожирение	133
Заболевания щитовидной железы	134
Заболевания гипофизной железы	134
Бесплодие (стерильность), недонашивание и борьба с ними —И. Попов	135
Бездетная семья	135
Бесплодие, связанное с недонашиванием плода	138
О некоторых методах исследования яичников и яичек	142
Исследование функции яичников — проф. П. Коларов и Сп. Спасов	142
Базальная (ректальная) температура	143
Влагалищная клеточная диагностика (влагалищные мазки, влагалищная цитодиагностика)	145
Кристаллизация слизи маточной шейки	145
Кожно-аллергические реакции в отношении половых гормонов	146
Зеничный симптом	146
Определение кислотности влагалищного содержимого	146
Исследование слизистой оболочки матки	146
Исследование состояния и функции яичек — проф. П. Коларов, Д. Панайотов, М. Протич	147
Контрацептивные (противозачаточные) средства — Из. Попов	14
Нарушение способности к совокуплению (половое бессилие—импотенция) — проф. П. Попхристов	153
Нарушения способности к совокуплению у мужчины: в связи с заболева- ниями моче-половой системы — С. Рускова	159
Половые расстройства у мужчины при нарушениях со стороны желез внутрен- ней секреции, при заболеваниях внутренних органов и интоксикациях — проф. П. Коларов, Д. Панайотов и М. Протич	164
Половые расстройства при других заболеваниях	163
Половые расстройства при некоторых интоксикациях	169
Половые расстройства при неврологических и психических заболеваниях — Т. Бостанджиев	170
Психогенная форма полового бессилия у мужчин — Д. Трайков	175
Исследование сексуальных больных — Т. Бостанджиев	184
Исследование сексуальных больных — Д. Трайков	187
Методы и средства лечения полового бессилия — Д. Трайков	192
Нарушения способности к совокуплению у женщины — Из. Попов	192
Нарушения, обусловленные гинекологическими заболеваниями	192
Диспарейния	197
Аноргазмия	200
Вагинизм	201
Половые расстройства, связанные с эндокринными нарушениями, заболевани- ями внутренних органов и интоксикациями у женщины — проф. П. Коларов и Сп. Спасов	202
Половые расстройства при эндокринных нарушениях	202
Половые нарушения при заболеваниях внутренних органов	203
Половые нарушения при интоксикациях	204
Половая жизнь и венерические болезни — Проф. П. Попхристов и А. Бонев	206
Половая сущность венерических болезней	207
Ненормальные половые сношения (перверсии) и венерические болезни	209

Венерические болезни и бесплодие	212
Предохранение от полового заражения венерической болезнью	217
Нарушения способности к совокуплению в связи с венерическими болезнями	218
Половая жизнь и венерофобия	226

часть III

СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ПОЛОВОГО ВОПРОСА

Социальные проблемы половой жизни — <i>Т. Бостанджиев</i>	231
Историческое развитие половых и семейных взаимоотношений — проф. <i>К. Василев</i>	231
Общественное регулирование сексуальной жизни	231
Исторические этапы развития сексуальных отношений	235
Полигамия, полиандрия, проституция, порнография	254
Сексуальные отношения при социализме	264
Сексуальное у человека как биологическая категория — проф. <i>К. Гаргов</i>	275
Пол, семья, здоровье — проф. <i>К. Гаргов</i>	277
Половое просвещение и воспитание — <i>Т. Бостанджиев</i>	281
Расторжение брака и лишение родительских прав — проф. <i>Н. Шипковенски</i> и <i>Ив. Рацев</i>	292
Расторжение брака	292
Лишение родительских прав	295

ПОЛ, БРАК, СЕМЬЯ

под редакцией П. ПОПХРИСТОВА, *Т. БОСТАНДЖИЕВА*, *А. БОНЕВА*

Перевод с болгарского *Л. Малева*
 Редактор перевода: д-р *А. Илиева*
 Нац. болг. ; I и дание ; авт. группа III-3
 Код: 06 $\frac{95335\ 72411}{4506-57-77}$ Издав. № 7067

Художник обложки и переплета: *Т. Данов*
 Художественный редактор: *М. Табакова*
 Технический редактор: *М. Попова*
 Корректоры: *Л. Гылыбова* и *И. Лалова*

Сдана в набор 14. I. 1977 г. Подписана к печати 25. VII. 1977 г.
 Печатных листов 19,75 Издав. листов 25,60
 Формат бумаги 70×100/16 Тираж 100 200
 Цена 1 р. 52 коп.

Гос. издательство „Медицина и физкультура“, пл. Славейкова, 11 — София
 Государственная типография имени Т. Дамитрова — София

..... 22
..... 23
..... 24
..... 25

..... 261
..... 262
..... 263
..... 264
..... 265
..... 266
..... 267
..... 268
..... 269
..... 270
..... 271
..... 272
..... 273
..... 274
..... 275
..... 276
..... 277
..... 278
..... 279
..... 280
..... 281
..... 282
..... 283
..... 284
..... 285
..... 286
..... 287
..... 288
..... 289
..... 290
..... 291
..... 292
..... 293
..... 294
..... 295

ОНЕВА

ОНЕВА



11



1870
1871
1872
1873
1874
1875
1876
1877
1878
1879
1880
1881
1882
1883
1884
1885
1886
1887
1888
1889
1890
1891
1892
1893
1894
1895
1896
1897
1898
1899
1900

1901
1902
1903
1904
1905
1906
1907
1908
1909
1910
1911
1912
1913
1914
1915
1916
1917
1918
1919
1920
1921
1922
1923
1924
1925
1926
1927
1928
1929
1930

1931
1932
1933
1934
1935
1936
1937
1938
1939
1940
1941
1942
1943
1944
1945
1946
1947
1948
1949
1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960

1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990

1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020

2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030
2031
2032
2033
2034
2035
2036
2037
2038
2039
2040
2041
2042
2043
2044
2045
2046
2047
2048
2049
2050

2051
2052
2053
2054
2055
2056
2057
2058
2059
2060
2061
2062
2063
2064
2065
2066
2067
2068
2069
2070
2071
2072
2073
2074
2075
2076
2077
2078
2079
2080

2081
2082
2083
2084
2085
2086
2087
2088
2089
2090
2091
2092
2093
2094
2095
2096
2097
2098
2099
2100
2101
2102
2103
2104
2105
2106
2107
2108
2109
2110

2111
2112
2113
2114
2115
2116
2117
2118
2119
2120
2121
2122
2123
2124
2125
2126
2127
2128
2129
2130
2131
2132
2133
2134
2135
2136
2137
2138
2139
2140

2141
2142
2143
2144
2145
2146
2147
2148
2149
2150
2151
2152
2153
2154
2155
2156
2157
2158
2159
2160
2161
2162
2163
2164
2165
2166
2167
2168
2169
2170

2171
2172
2173
2174
2175
2176
2177
2178
2179
2180
2181
2182
2183
2184
2185
2186
2187
2188
2189
2190
2191
2192
2193
2194
2195
2196
2197
2198
2199
2200















241. Сон и действительность

Один ленивый мальчик сказал матери:
— Можно я выйду погулять?

А мать его спрашивает:

— А ты сделал уроки?

— Нет еще. Я спал, и мне приснилось, что я уже кончил уроки. На самом же деле я еще не сделал их, — ответил он матери.

А мать ему и говорит:

— Ну что ж. Тогда скорее поиграй во сне и возвращайся делать уроки.

Так рассказывают.

242. Юмор сумасшедшей

Некая женщина сошла с ума. Она забывала, что надо одеваться, и ходила голой. Она не занималась хозяйством, не думала о том, что будет есть.

Как-то раз одна женщина привела сумасшедшую к себе домой, пообещав накормить. Но прежде чем дать ей поесть, она стала ее расспрашивать, задавая вопрос за вопросом. Тогда на вопрос: «С чего началось у тебя сумасшествие?» — сумасшедшая ответила:

— Началось у меня с того, что мне хотелось болтать и болтать, как ты это делаешь сейчас.

Женщина, которая привела ее к себе, пообещав накормить, почувствовала себя оскорбленной и ударила сумасшедшую. В ответ на это сумасшедшая насмешливо сказала:

— Среди всех проявлений моей болезни не было такого, чтобы я начинала бить кого-нибудь.

243. А чем вы можете это подтвердить!

Многие женщины забывают обещания, которые они давали, выходя замуж. Поэтому нередко невестка живет со своей свекровью в соответствии с поговоркой: «Свекровь и невестка, кошка и собака до смерти не поладят». И лишь самые умные из них

