

Классификации оргазма и пути его достижения

Г.С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последиplomного образования

Приведены и охарактеризованы классификации женского оргазма А.М. Свядоца, В.И. Здравомыслова, Д. Сингера и И. Сингера. Представлены различные пути достижения оргазма, включая приятные и неприятные переживания, физические упражнения и нагрузки, прямую электрическую и химическую стимуляцию головного мозга, электрическую стимуляцию позвоночника, роды, дефекацию, воздействие психоделических средств. Также сообщается об оргазмах после повреждения спинного мозга у женщин, операций трансгендеров по смене пола, оргазмах во время эпилептических приступов, а также о «фантомных» оргазмах. Описаны техника оргастической медитации и техника достижения оргазма у женщин без стимуляции эрогенных зон тела и половых органов.

Ключевые слова: оргазм, женщины, мужчины, классификации, пути достижения.

Существуют различные классификации оргазма и самые разнообразные пути его достижения, связанные и не связанные со стимуляцией половых органов. В данной статье мы постарались представить затрагиваемую проблему с учетом ее многомерности.

Классификация женского оргазма А.М. Свядоца [18] выделяет следующие виды оргазма:

I. По источнику возникновения:

- 1) коитальный;
- 2) экстракоитальный (поллюционный, мастурбационный, в том числе миокомпрессионный, петтинговый, случайный).

В качестве примеров миокомпрессионного оргазма можно привести следующие клинические наблюдения. Одна наша пациентка (медицинская сестра) предъявила жалобы на отсутствие оргазма при половом акте с мужем и с врачами по месту ее работы, которые, по ее высказываниям, «были большими специалистами» в этом вопросе. Вместе с тем при активном расспросе сообщила, что может испытать его при сжатии бедер, положив одно бедро на другое. К такой форме получения оргазма прибегала задолго до замужества.

Другая наша 28-летняя пациентка не испытывала оргазма во время полового акта ни с одним из двух своих мужей (в настоящее время разведена). Неоднократные ее попытки пережить его при интимных контактах с другими мужчинами также не увенчались успехом. Вместе с тем она способна испытать до 30 и более оргазмов после того, как в течение некоторого времени сжимает мышцы бедер, положив одно бедро на другое. Оказалось, что таким образом эта женщина впервые испытала оргазм в 8 лет и до сих пор систематически прибегает к данной форме сексуального самодовольствия [6, 10].

II. По локализации:

- 1) клиторический;
- 2) вагинальный;
- 3) неопределенной локализации.

III. По течению:

- 1) кратковременный (пикообразный);
- 2) затяжной (волнообразный);
- 3) однократный;
- 4) многократный.

IV. По интенсивности:

- 1) сильный;
- 2) умеренный;
- 3) слабый.

Следует обратить внимание на основании чего А.М. Свядоц [18] разграничивает оргазм по локализации. Необходимо специально подчеркнуть, что в основу такого разделения положено не то, на какие участки полового аппарата представителей женского пола необходимо воздействовать, чтобы у них возник оргазм, а локализация ощущений, возникающих в половых органах женщины во время оргазма. Автор в связи с этим отмечает: «Ощущения, возникающие в начале оргазма, могут локализоваться либо в области клитора, либо в области влагалища. Некоторые женщины не могут точно указать их локализацию. В соответствии с этим можно говорить об оргазме клиторическом, вагинальном и оргазме неопределенной локализации. Клиторический оргазм чаще наблюдается у женщин, у которых клитор является высокочувствительной эрогенной зоной, вагинальный – у женщин, у которых такой эрогенной зоной является влагалище. При изолированной стимуляции клитора чаще возникает оргазм клиторический, однако может возникать и вагинальный. Клиторический оргазм может возникать и при половом акте, сопровождающемся глубоким внедрением мужского полового органа во влагалище, или при пролонгированной стимуляции последнего за счет сопутствующего давления на клитор. ... Вагинальный оргазм может возникнуть у женщины и вне полового акта при изолированной стимуляции эрогенных зон влагалища, не сопровождающейся давлением на клитор, а также при изолированной стимуляции грудных желез без прикосновения к влагалищу» [18].

З.В. Рожановская и А.М. Свядоц [17] обращают внимание на тот факт, что на локализацию оргазма также оказывают влияние конституциональные особенности женщины. Так, клиторический оргазм несколько чаще встречается у женщин с властными чертами характера, а вагинальный – у мягких, женственных натур. Из 200 опрошенных нефригидных женщин как клиторический, так и вагинальный оргазмы испытывали 88 женщин, только вагинальный – 48, только клиторический – 52, оргазм неопределенной локализации – 12. Из 88 женщин, которые испытывали оба вида оргазма, 15 указали, что клиторический оргазм был острее и приятнее вагинального, 12 – что они примерно равны. Вместе с тем 61 женщина оценила вагинальный оргазм как таковой, который давал более глубокое удовлетворение, «охватывал всю», а клиторический оргазм как оргазм, вызывающий лишь локальные ощущения, оставляющий чувство напряженности и не приносящий полного удовлетворения [18].

Классификация женского оргазма по В.И. Здравомыслову [3]. Данная классификация отличается от классификации А.М. Свядоца тем, что оргазмы разделяются в зависимости от того, воздействие на какую зону приводит к возникновению оргазма. Так, В.И. Здравомыслов различает 7 форм женского оргазма: три физиологические – вагинальная, клиторная и цервикальная (маточная) и четыре патологические – оральная, ректальная (анальная), сосковая и психическая (психический онанизм).

По мнению С.С. Либиха [3], переходной формой между вагинальным и ректальным оргазмом является наблюдавшийся ими несколько раз промежностный (перинеальный) оргазм.

З.В. Рожановская различает клиторальный, вагинальный и промежностный виды оргазма и не высказывает своего отношения к цервикальному оргазму [3].

Следует отметить, что в свете недавних исследований необходимо помнить о том, что при вагинальной стимуляции может иметь место стимуляция внутренней части клитора, что и приводит к оргазму [25, 40, 41]. По нашему мнению, в этих случаях оргазм может наступать и в результате стимуляции именно эрогенных зон влагалища [4]. В связи с изложенным выше следует заметить, что в классификации В.И. Здравомыслова [3] под клиторическим оргазмом, несомненно, подразумевается оргазм, который вызывается стимуляцией головки клитора.

Классификация женского оргазма Джозефины Сингер и Ирвинга Сингера (Josephine and Irving Singer) 1972 г. [43]. Авторы описали 3 типа женского оргазма: *вульварный*, *маточный* и *смешанный*. (Вульва – наружные половые органы женщины: лобок, большие и малые половые губы, клитор, преддверие влагалища, большие железы преддверия влагалища [бартолиновые железы], девственная плева. – *Примечание автора.*)

Авторы полагают, что *вульварный оргазм* соответствует типу оргастического ответа, описанному Мастерс и Джонсон. Этот тип оргазма может быть индуцирован коитальной или мануальной стимуляцией. Он сопровождается сокращениями оргастической платформы и обычно не сопровождается рефрактерным периодом. *Маточный оргазм* возникает только как результат вагинальной пенетрации и характеризуется непроизвольно задерживающимся дыханием по мере того, как приближается оргазм, а женщина делает взрывной выдох во время самого оргазма. Сингеры полагают, что этот тип оргазма часто индуцирует глубокое чувство релаксации и сексуального удовлетворения и обычно сопровождается рефрактерным периодом. *Смешанный оргазм* является комбинацией двух первых. Он характеризуется как сокращениями оргастической платформы, так и задержкой дыхания.

Оргазм у женщин может возникать при коитальной стимуляции, вне коитуса (при эротических свиданиях, сексуальном фантазировании), мастурбации, при физических нагрузках, петтинге, переживаниях неприятного или, напротив, приятного характера и других воздействиях, а также спонтанно.

Многообразие условий, которые могут приводить к возникновению оргазма, подчеркивает шуточная история, приведенная М.А. Ярхаузом и Э.С.Н. Тэн [22]: «Мужчина и женщина сидели рядом в самолете, летевшем из Чикаго в Даллас. Мужчина читал детективный роман, как вдруг женщина чихнула, достала из сумочки салфетку, вытерла нос, а потом дрожала около десяти секунд. Через несколько минут все это повторилось, при этом дрожь усилилась. Мужчина подумал, что у его соседки простуда, однако была непонятной ее заметная дрожь. Через несколько минут женщина снова чихнула, опять достала салфетку, вытерла нос и снова затряслась всем телом, еще сильнее, чем прежде. Мужчина не выдержал и спросил: «Простите, но я не могу не заметить, что вы часто чихаете и при этом сильно дрожите. С вами все в порядке?». Женщина ответила: «Простите, если я вас потревожила. У меня редкая особенность организма: каждый раз, когда чихаю, я испытываю оргазм». Мужчина уже пожалел, что начал этот разговор, но все-таки не удержался и сказал: «Я никогда раньше не слышал. Вы что-нибудь принимаете?». Женщина кивнула и ответила: «Да. Перец»».

В.Р. Комисарук и соавторы [34, 35] выделяют следующие возможные варианты возникновения оргазма без стимуляции половых органов:

1. *Оргазм, возникающий во время эротических свиданий*. Исследования свидетельствуют, что в этих случаях у женщины наблюдается увеличение числа сердечных сокращений, артериального давления, диаметра зрачков, увеличение вагинального кровотока и болевых порогов, что типично для оргазма [28].

2. *Оргазм, испытываемый при медитации* (Kenneth Ray Stubbs).

В Сан-Франциско, Мельбурне, Лондоне и других западных мегаполисах с недавних пор модно заниматься оргастической медитацией (ОМ). ОМ в 2001 г. предложила уроженка Сан-Франциско Nicole Daedone (Николь Дэдоне) – психолог, бизнесвумен, буддистка и писательница. В 2011 г. Николь написала книгу «Slow Sex: The Art and Craft of Female Orgasm» («Медленный секс: искусство и ремесло женского оргазма») [27], которая стала бестселлером и сделала оргастическую медитацию популярной формой досуга в Америке, Англии и Австралии. При выполнении ОМ женщина раздевается строго ниже пояса, а ее партнер остается одетым. В течение 15 мин он поглаживает ее тело и стимулирует ей клитор то быстрыми, то медленными движениями разной силы. ОМ позволяет женщине долгое время находиться в возбужденном состоянии и продлевать удовольствие от секса. Практикуя ОМ, женщина получает удовольствие, не достигая кульминации. Как и в любой медитативной технике, главное здесь – забыть о конечной цели (достичь кульминации) и раствориться в своих ощущениях. Во время стимуляции ощущения постепенно нарастают, пока не дойдут до пика. «Сосредотачиваться только на высшей точке удовольствия – это как открыть книгу, но прочитать в ней лишь последнюю страницу. Пропускаешь все самое интересное», – говорит Николь Дедон [13, 16].

Вводный семидневный курс ОМ по книге Николь Дедон предполагает два 15-минутных занятия каждый день, а также обсуждение своих ощущений с партнером и ведение дневника [13].

День 1. Знакомство с О-медитацией, «пробное» занятие, преодоление страха и стеснения.

День 2. Практика. Партнер «делит» головку клитора на 12 частей как циферблат и работает с каждым «часом» в отдельности.

День 3. Движения сверху вниз. Партнер уделяет больше внимания верхней части клитора. Ощущения легкие и бодрящие.

День 4. Движения снизу вверх. Партнер уделяет больше внимания нижней части головки клитора. Ощущения меняются на более яркие и «земные».

День 5. Сила. Партнер стимулирует головку клитора, чередуя легкие прикосновения и сильные надавливания.

День 6. Скорость. Партнер стимулирует головку клитора то быстрыми, то медленными движениями.

День 7. Закрепление пройденного. Объединенное занятие с использованием всего, чему научились – быстрые и медленные прикосновения и надавливания разной интенсивности.

По нашему мнению, ОМ представляет собой пролонгированный глубокий петтинг, сочетаемый с концентрацией внимания на испытываемых женщиной приятных сладострастных ощущениях. (Во время медитации объектом концентрации, в частности, могут быть ощущения внутри организма. – *Примечание автора.*) При осуществлении ОМ мужчина выполняет сугубо инструментальную функцию, что сочетается с высоким уровнем его сексуального возбуждения, не находящегося при выполнении этой техники сексу-

альной разрядки. Важным для женщины при выполнении ОМ является то, что у нее отсутствует целевая установка на получение оргазма, и она наслаждается самим процессом. В случае психогенных задержек оргазма (боязнь/опасение, что оргазм не наступит) это может привести к разблокировке, дающей возможность достичь кульминации.

3. *Оргазмы, возникающие у женщин и мужчин с поражением спинного мозга, посредством ласк их близкими сверхчувствительных негенитальных зон кожи, расположенных вблизи места поражения.*

4. *Эпилептические припадки, продуцирующие оргастические ауры.*

К.Ю. Мухин, Е.И. Барлетова, М.Р. Кременчугская, М.Б. Миронов [11] сообщают, что сексуальная аура при эпилепсии встречается редко, и для нее характерно начало с возникновением парестезий в области низа живота, а также внутренней поверхности бедер и половых органов. Затем эти ощущения становятся приятными, сексуально окрашенными и могут привести к оргазму. В отличие от физиологического оргазма, при оргастической ауре возникают специфические симптомы, например болезненные ощущения в половых органах, эротические ощущения только с одной стороны [1]. Оргастические ауры чаще исходят из медиобазальных отделов субдоминантной височной доли. Большинство авторов сходятся во мнении, что в процесс вовлечена и теменная кора [1, 46].

Также отмечается, что наиболее часто при возникновении оргастической ауры вовлекается правая височная часть переднего мозга (the right temporal lobe of the forebrain), которая включает гиппокамп (the hippocampus) и миндалевидное тело (the amygdala) [34]. Известен случай, когда одна женщина отказалась от противоэпилептических лекарственных средств и операции на головном мозге, так как она наслаждалась оргастическими аурами и не хотела, чтобы их устранили [33].

5. *«Фантомные» оргазмы, возникающие у мужчин и женщин с повреждениями спинного мозга, которые чувствуют «генитальные» оргазмы во сне, хотя эти повреждения блокируют их сознательные генитальные ощущения.*

J. Money (Джон Мани) [39] ввел понятие «фантомного оргазма», характеризуя мужчин и женщин с повреждением спинного мозга (spinal cord injury; SCI), которые не ощущали половых органов, но испытывали оргазм во время сна. В этих случаях, по крайней мере у мужчин, оргазм переживался как «генитальный». Из 14 мужчин, которые имели SCI между C₅ и L₁ (5 шейным и 1 поясничным позвонком), все испытывали оргазм до травмы. Восемь из этих мужчин сообщили о сексуальном акте в своих мечтах до травмы, а пять из них – о переживании оргазмов в своих грезах после травмы. Джон Мани отмечает, что мужчины, у которых была параплегия, не имели тазогенитального удовлетворения (никто не эякулировал после травмы). Из этого делается вывод, что мозг может функционировать независимо от половых органов, генерируя эротические переживания.

Анализируя данную проблему, В.Р. Комисарук и соавторы [34] отмечают, что прежние сообщения описывали женщин с диагностированным полным поражением спинного мозга (complete SCI), которые могут воспринимать генитальные ощущения, в том числе и при оргазме, и эти находки были позже подтверждены [36, 37, 44, 45, 52].

В исследованиях В.Р. Комисарук, В. Whipple и их коллег женщины с полным SCI сообщали о реакциях на самостимуляцию влагалища и шейки матки. Некоторые из них могли воспринимать ее, а некоторые в ответ на это испытывали оргазмы. Несколько женщин сообщили, что врачи говорили им, что они, должно быть, воображали ощущение, потому что их спинной мозг был рассечен. Поэтому некоторые па-

циентки были расстроены несоответствием между собственным восприятием генитальной чувствительности и утверждением их врача о ее невозможности.

В.Р. Комисарук и соавторы [34] приводят этому неврологическое объяснение. Они отмечают, что Berard [23] сообщил о беременных с SCI ниже T₁₂, которые могут чувствовать маточные сокращения и движение плода в их утробе. Это можно объяснить тем, что подчревные нервы поднимаются в симпатической цепочке и входят в спинной мозг на уровне от T₁₀ до T₁₂. Для проверки функционирования этого подчревного нервного пути В.Р. Комисарук, В. Whipple и их коллеги обследовали группу из десяти женщин, у которых полное SCI было ниже T₁₀ (таким образом, по-видимому, возможен некоторый «генитоспинальный» вход в головной мозг посредством входа подчревного нерва на уровне T₁₀) [36, 37, 52]. Эти женщины действительно могли чувствовать самостимуляцию шейки матки, а также цервикальную стимуляцию, осуществляемую исследователем.

Кроме того, две женщины испытали оргазмы во время самостимуляции. Наибольший интерес вызывает то, что группа из шести женщин с полным SCI на уровне T₁₀ или выше (T₇) реагировала на шеечную стимуляцию по сравнению с группой женщин с более низким уровнем SCI. Четыре из этих шести женщин ощущали как цервикальную стимуляцию, проводимую исследователем, так и цервикальную самостимуляцию, а одна испытала оргазм в лаборатории. Кроме того, в обеих группах все женщины, кроме одной, сообщили, что они обычно испытывают менструальный дискомфорт. На основании этих неожиданных и удивительных находок исследователи предположили, что женщины с более высоким уровнем полного SCI ощущали вагиноцервикальную стимуляцию посредством блуждающих нервов, которые на своем пути к головному мозгу обходят спинной мозг [36, 37, 51, 52].

Однако согласно традиционному взгляду [24], отмечают В.Р. Комисарук и соавторы [34], проводящий путь, по которому генитальная стимуляция достигает головного мозга, – это вентролатеральный спиноталамический тракт (the ventrolateral spinothalamic tract). В соответствии с этим, при травматическом SCI, сопровождающимся разрывом этого пути, генитальная стимуляция, вызывающая оргазм, блокируется как у женщин, так и у мужчин [24].

Тем не менее В.Р. Комисарук и соавторы [34, 35], помимо клинических наблюдений также приводят данные экспериментальных исследований на животных, которые подтверждают возможность возникновения оргазма при стимуляции половых органов при повреждении нервных путей, которые, согласно устоявшимся традиционным взглядам, абсолютно необходимы для его достижения.

6. *Оргазмы, возникающие при стимуляции рта, губ, груди, соска, ануса, плеча или пальца ноги.*

К этому следует добавить, что к оргазму может приводить воздействие на промежность, внутреннюю поверхность правого коленного сустава и т. д.

7. *Оргазмы, возникающие в результате стимуляции любой части тела «правильным» человеком «правильным» образом.*

8. *Оргазмы, наступающие во время родов.*

Д. Никонова [12] сообщает, что в январе 2009 г. на телеэкраны Нью-Йорка вышел фильм «Оргазмические роды – самый большой секрет» (реж. Дэбра Паскали-Бонаро). Он привлек огромное внимание общественности и стал причиной многочисленных дебатов. Также он привлек и ее внимание. Оказалось, что от 4% до 21% женщин (в зависимости от условий) испытывают оргазм во время родов.

Психолог Тьерри Постел (Thierry Postel) из Blainville-sur-Mer (Франция) пару лет назад связался с 956 акушерка-

ми, которые оказывали помощь при 206 000 родах. Из них только 109 дали полные ответы. Акушерки сообщили о 668 случаях, когда матери рассказали им, что пережили оргазм при родах. В других 868 случаях они видели у матерей при родах признаки удовольствия. И, наконец, девять матерей заполнили анкеты, подтверждающие, что они испытывали оргазм во время родов [53].

Одна женщина следующим образом описала то, как у нее проходили роды: «В роддом меня привезли в 4 утра, в 8 утра я почувствовала первые сильные схватки. Я постоянно мучала медицинский персонал («ну когда же у меня примут роды»). На что мне отвечали: «Терпи, это еще не скоро». Муж приехал в больницу, ему ответили, что я рожу к вечеру. Он, конечно, расстроился – «до вечера терпеть схватки!!» Боль усиливалась, и слезы полились рекой, меня как будто начало расpirать ..., я чувствовала, что у меня влагалище лопнет. Я начала кричать: «Я хочу быстрее уже родить. Примите у меня роды!!» И вот вбежала врач (на тот момент она уже приняла у другой девушки роды), посмотрела, что шейка матки уже достаточно раскрылась, и вот началось... Сами роды мне не показались такими уж болючими, когда моя малышка «вылезла», мне стыдно об этом писать, я получила оргазм. Это было что-то. Я даже с мужем такого не испытывала. Поэтому боль немного притупилась» [15].

Следует отметить сообщение педагога Debra Pascali-Wonago, что стимуляция головки клитора и сосков грудных желез может обеспечить облегчение боли у некоторых женщин во время родов, а в ряде случаев для уменьшения боли во время родов используют вибраторы [47].

В связи с этим необходимо отметить, что еще в 1988 г. В. Whipple и В. R. Komisaruk [50] провели исследование относительной эффективности специфического регионально-генитального самораздражения в повышении болевого порога. У 10 женщин применяли два типа самостимуляции – давление и то, которое доставляет удовольствие, направленные на переднюю стенку влагалища, заднюю стенку влагалища и головку клитора. Значительное увеличение порогов боли (но не тактильных порогов) происходило при давлении на переднюю стенку влагалища или когда доставляющая удовольствие самостимуляция была направлена на любую из трех названных областей. Тактильные пороги не были подвержены значительному влиянию при использовании любого из названных видов стимуляции.

10. Оргазмы во время дефекации.

На сайт «Недуг.ру» (форум) [19] за советом обратилась одна женщина, которая сообщила следующее: «Здравствуйте! У меня такая проблема: постоянные оргазмы при дефекации. Началось это пять лет назад и было вызвано гиперсексуальностью, развившейся на фоне невроза навязчивых состояний ... Невроз навязчивых состояний лечила (в основном поведенческая терапия), и от лечения наблюдались положительные результаты, но оргазмы при дефекации сохранялись и остаются до сих пор! Медикаментозного лечения не принимала. Обращалась к сексопатологам. Один посоветовал дорогостоящие аппаратные методики, другой – антидепрессанты. Что будет эффективнее в моем случае? Заранее спасибо!»

Интересно, как это явление объясняют врачи. В одной интернет-публикации сообщается следующее: «Специалисты из Принстонского университета (США) решили объяснить миру, почему тщательное опорожнение кишечника у некоторых людей вызывает интересное ощущение, которое можно сравнить с сексуальным или религиозным экстазом. Доктор Аниш Шетх (Anish Sheth) утверждает, что процесс, так сказать, качественной и полноценной дефекации приводит к стимуляции тех нервов человеческого организма, активность которых обычно ассоциируется с оргазмом. Эйфо-

рия от дефекации (или «какофория»), как пишет в своей книге гастроэнтеролог Шетх, сравнительно безопасна и, как правило, не ведет к привыканию. Однако на планете живет немало людей, которым «какать» настолько нравится, что они заболевают своеобразной манией. Если дефекация длится достаточно долго, то из-за продолжительного растяжения прямой кишки возбуждается блуждающий нерв – кишка к нему буквально прикасается. Исследования, проведенные ранее, показали, что женщины с необратимым повреждением позвоночника могут испытывать оргазмы при помощи блуждающего нерва, который связывает с головным мозгом такие органы, как матка, шейка матки и, предположительно, влагалище» [21].

11. Оргазмы во время чистки зубов женщиной, больной эпилепсией [26].

12. Оргазмы, вызванные прямой электрической или химической стимуляцией головного мозга.

Нейрохирурги Robert Heath (Роберт Хит) из Tulane University (Туланского университета) в Новом Орлеане и Carl Wilhelm Sem-Jacobsen (Карл Вильгельм Сем-Якобсен) из Норвегии имплантировали электроды глубоко в мозг, а не на его поверхности, затем прикрепляли их прочно к черепу, так что можно было проводить стимуляцию мозга. Речь шла о «хронически имплантированных» электродах. Используя разные методики и стимулируя различные области мозга, эти исследователи выявили сообщения об оргазмах у своих пациентов [34]. В частности, С. W. Sem-Jacobsen [42] сообщал о расположении стимулирующих электродов в задней части лобной доли. При этом пациентами высказывалось желание повторных стимуляций вплоть до достижения чувства удовлетворения. R. G. Heath [29] сообщил об использовании электрической стимуляции головного мозга (the septal area [области перегородки], tegmentum [покрышки]) у нескольких пациентов, больных эпилепсией, что могло привести к оргазму или предоргазменному состоянию.

Также сообщается о возможности возникновения оргазмов при электростимуляции мозга у больных болезнью Паркинсона. Так, советский и российский нейрофизиолог Н. П. Бехтерева изучала эффекты стимуляции мозга у пациентов, страдающих болезнью Паркинсона и другими заболеваниями мозга, «разрушающими телодвижения». Она сообщает о нескольких случаях, когда стимулирование вентрального таламуса или прилегающих областей вызвали эротические и другие приятные ощущения. В одном случае у 37-летней женщины с постэнцефалитическим паркинсонизмом стимуляция вызывала очень приятные сексуальные ощущения, которые приводили к оргазму. Пациентка стала чаще посещать лабораторию электрофизиологии и инициировала разговоры с ее сотрудниками. Она также поджидала их в коридоре и саду больницы, пытаясь выяснить, когда состоится следующая электростимуляция. Особенно ласковой пациентка была к человеку, от которого это зависело. Вместе с тем она выражала недовольство, когда ее просьбы о дополнительных сеансах не были удовлетворены [34].

R. G. Heath, A. T. Fitzjarrell [30] сообщают о 33-летней женщине, которой сделали операцию в связи с эпилептическими припадками и через имплантированные канюли вводили ацетилхолин билатерально в область перегородки (the septal region), что привело к частому переживанию ею оргазма [34].

R. G. Heath [29] сообщил, что после инъекции ацетилхолина в перегородку (the septum) женщины, страдающей эпилепсией, когда она находилась в периоде депрессии, тоски и отчаяния, эти чувства в течение нескольких минут были вытеснены приятными чувствами. Большое удовольствие было связано с сексуальными чувствами, и в большинстве случаев оргазм у пациентки наступал спонтанно. Интересен тот

факт, что эта пациентка, которая в тот период была замужем в третий раз, никогда ранее не испытывала оргазма, и только после того, как оргазм возник у нее в результате описанной выше химической стимуляции мозга, она неизменно достигала его при сексуальных контактах [34].

13. Оргазмы, неожиданно вызванные электрической стимуляцией позвоночника, изначально осуществленной для контроля боли.

V.R. Komisaruk и соавторы [34] сообщают, что анестезиолог и специалист по устранению боли Stuart Meloy из Winston-Salem (Уинстон-Салем), штат Северная Каролина (США) в 2006 г. обнаружил, что когда электростимуляцию проводили вдоль позвоночника для лечения хронической боли в спине, 10 из 11 его пациенток (некоторые из которых утверждали, что они не испытывали оргазм от генитальной стимуляции) сообщили об одном или нескольких оргазмах во время электрической стимуляции. Из этого следует, что процедура данной электрической стимуляции эффективно обходит и имитирует сенсорные сигналы, которые могли быть вызваны при стимуляции половых органов и приводить к оргазму.

14. Оргазмы, вызванные стимуляцией после хирургических операций, связанных с изменением мужского пола на женский и наоборот.

V.R. Komisaruk и соавторы [34] сообщают следующее: «При операциях по реконструкции половых органов и операциях по смене пола используется знание о чувствительных полях генитальных чувствительных нервов. При одном типе операции по смене мужского пола на женский кожа фаллоса, ее чувствительный половой нерв и система кровоснабжения сохраняются и образуют внутреннюю оболочку искусственной «влагалищной трубки». Для формирования трубкообразной структуры ее дальний конец, противоположный «влагалищному» отверстию, зашивается. В коже промежности между задним проходом и мочеиспускательным каналом выполняется разрез и путем отжимания в сторону (не внутрь) в брюшной полости формируется полость. В эту полость вставляется влагалищная трубка, и ее открытый конец пришивается к коже промежности. Из головки члена вместе с ее чувствительными нервами формируется клитор, а половые губы образуются из мошонки (Krege и соавторы, 2001; личное сообщение, 2006). Оргазм вызывается в ответ на механическую стимуляцию данной ткани при половом акте. Это и не удивительно, потому что стимуляция применяется к исходной коже (мужского полового члена) с ее же нервами. Также добавлять приятные ощущения и способствовать оргазму может и непрямая стимуляция предстательной железы через «новую влагалищную» стенку. Однако интуитивно менее очевидным является сообщение об оргазме после реконструктивной хирургической процедуры, при которой искусственное влагалище формируется из сегмента кишечника – ректосигмовидного участка ободочной кишки.

Данную хирургическую процедуру применяли при операциях по превращению мужчины в женщину после пенэктомии и орхидэктомии (после хирургического удаления полового члена и яичек), у женщин с врожденной вагинальной атрезией (отсутствием влагалищного отверстия) и у женщин с короткой влагалищной трубкой после операции по поводу рака шейки матки (S.K. Kim, Park и соавторы, 2003). Разрез проводится в брюшную полость как раз перед задним проходом. Сегмент ректосигмовидного участка ободочной кишки удаляется, а его кровеносная и нервная (включая подчревный нерв) системы сохраняются; внутренний конец плотно закрывается, а наружный пришивается к промежности (участок кожи между задним проходом и мошонкой).

По сообщению авторов, оргазм при половом акте испытывали 24 из 27 пациенток (89%); у 10 из 24 (42%) был оргазм мужского типа с семяизвержением, а у остальных 14 (58%) – оргазм без семяизвержения. Шаблон оргазма по мужскому типу превращался у транссексуалов в женский тип оргазма постепенно. В ответ на вопрос к авторам исследования д-р S.K. Kim (личное сообщение, 2006) объяснил, что при операции по превращению мужчины в женщину оргазм наступает в результате стимуляции уменьшенного объема кожи полового члена, которая хирургически модифицируется для образования «неоклитора». Кроме того, поскольку «ректосигмовидный лоскут является чувствительным лоскутом, это содействует приятным ощущениям». Семяизвержение вызывается стимулированием неоклитора, потому что предстательная железа и ее протоки сохраняются. Эякуляционная ответная реакция «медленно исчезла... через несколько лет».

A.A. Lawrence [38] сообщает, что среди 232 пациенток после операции по смене пола с мужского на женский 85% участников испытывали оргазм, по крайней мере иногда, а у 55% при оргазме наступала эякуляция.

В отношении операций по смене женского пола на мужской V.R. Komisaruk и соавторы [34] сообщают: «Операция по превращению женщины в мужчину менее распространена. При этой процедуре лоскуты кожи вырезаются из паховой области, а ткани – из клитора и малых половых губ с их нервной и кровеносной системами. После этого ткани добавляются к лоскутам для формирования «неофаллоса» вокруг мочеиспускательного канала. В некоторых случаях это делает возможным мочеиспускание в положении стоя. Для образования «новой мошонки» используется ткань малых половых губ. Хотя эрекция и невозможна, оргазм можно вызывать стимуляцией исходной ткани клитора (Jagolim, 2000)».

14. Оргазмы, возникающие без генитальной стимуляции, испытанные при воздействии психоделических средств.

Слово «психоделики», введенное в оборот одним из пионеров исследования LSD Хамфри Осмондом, в дословном переводе с греческого означает «расширяющий сознание» или «помогающий психике». Однако после законодательного запрета на использование подобных веществ в обиход вошел термин «галлюциногены» (по их главному свойству – способности вызывать галлюцинации). Тем не менее это название применяется не всеми специалистами, так как изменения, происходящие в сознании под влиянием наркотиков этой группы, затрагивают не только восприятие. Отмечается, что у большинства здоровых испытуемых, принимающих средние дозы LSD, имеют место различные проявления радостного или приподнятого настроения (то есть характерна эйфория). «Человек может осознавать такое настроение как оживленное, как чувство безмятежного покоя, как переполняющую его радость и даже... как оргазм» [2].

Описано переживание оргазма и после приема героина – опиата, который получают непосредственно из экстрактов опийного мака. Вскоре после введения препарата в кровь, героин превращается в морфин, который имитирует действие эндорфинов, создавая чувство блаженства. Эйфория, характерная для героина, часто описывается как «оргазм», сосредоточенный где-то внутри тела [20].

Объяснение этому переживанию можно найти в исследовании голландских ученых, которые пригласили добровольцев принять участие в эксперименте, в ходе которого им нужно было заниматься сексом под пристальным наблюдением специальных сканеров, считывающих показания мозга. Кроме того, во время эксперимента испытуемым не разрешалось двигать головой и предписывалось уложиться в семь минут. Этот эксперимент стал частью исследования на тему сексуальных проблем, проводимого уче-

ными университета города Гронингена (Нидерланды). По словам профессора Марка Холстеджа, позитронно-эмиссионная томография не дала бы результатов в случае, если добровольцам не удалось бы соблюсти все условия. «Но поскольку мы попросили участников эксперимента предварительно потренироваться, в ответственный момент у всех все получилось, – говорит профессор. – С продолжительностью тоже не возникло никаких проблем – все уложились в положенные семь минут». Данные, полученные в результате эксперимента, показали, что оргазм действует на головной мозг как доза героина. По словам профессора Холстеджа, результаты исследования позволяют разработать медицинские препараты, помогающие при сексуальных расстройствах психологического и ментального происхождения [14].

Существует термин «негенитальные оргазмы» (non-genital orgasms), который, по нашему мнению, может быть применен лишь к лицам с поражением определенных нервных путей и структур. Поскольку даже в случае отсутствия непосредственной стимуляции половых органов при сохранности этих путей и структур во время оргазма половые органы все равно вовлекаются в процесс.

Оргазм, возникающий в связи с ментальными образами в отсутствие физической стимуляции, называется «Thinking off». Результаты исследований, которые проводились в 60-х годах XX века, были подтверждены в 90-х годах некоторыми лабораторными исследованиями. Данные исследования свидетельствуют, что в этих случаях у женщины наблюдается увеличение числа сердечных сокращений, артериального давления, диаметра зрачков и повышение болевых порогов, что типично для оргазма [35].

Хотя оргазма можно достичь и в результате только сексуальных фантазий, чаще для его достижения используют сочетание различных стимулов. Так, в частности, поступает Barbara Carrellas, продемонстрировавшая указанную возможность, которая была объективно подтверждена в Rutgers University (университете Рутгерса), штат Нью-Джерси (США). В исследовании участвовали В.Р. Комисарук (Барри Комисарук) и его коллеги [49]. Barbara Carrellas отмечает: «Я не использую термин «thinking off». «Thinking off» – термин, который используют продюсеры шоу, но он является сильно ограничивающим. Негенитальные оргазмы достигаются разными людьми различными способами, но очень мало людей используют только свою психику, чтобы достичь таких оргазмов». Далее она указывает, что достичь такого оргазма ей удается за счет комбинации дыхания, воображения (либо путем визуализации или сенсорных ощущений), звука, сокращения мышц тазового дна.

Существуют рекомендации по «Thinking off». В частности, приводится 12 шагов для достижения оргазма без стимуляции половых органов [32]. В данных рекомендациях, хотя речь якобы и идет о «Thinking off», используют сочетание различных факторов.

- Шаг 1. Лягте на прочную, но удобную поверхность. Лучше всего на кровать, но можете попробовать и мягкий коврик, и песчаный пляж, и даже траву. Избегайте не прощающих ошибок твердых поверхностей, таких, как деревянные полы или холодный кафель.
- Шаг 2. Устройтесь поудобнее. Для получения энергетического оргазма потребуются время и терпение, поэтому вам захочется принять такое положение тела, которое вы сможете сохранять продолжительный период времени. Если предпочитаете согнуть колени, обязательно расслабьте их.
- Шаг 3. Сделайте несколько расслабляющих вдохов. Это поможет вам прочистить тело и сконцентрироваться на своем самочувствии. Не думайте ни о чем и

активно медитируйте для расслабления напряжения в своем теле.

- Шаг 4. Дышите глубоко. Совершайте размеренные и полные вдохи через нос и выдохи через рот. Сделайте свое дыхание полностью «круговым», что предполагает отсутствие пауз между вдохами и выдохами. Сделайте поток вашего дыхания устойчивым.
- Шаг 5. Обуздайте свою сексуальную энергию. Начните с качания вашего таза. Изгибая дугой нижнюю часть спины при вдохе и выравнивая ее при выдохе, вам захочется приступить к сжатию лобковых мышц. Те мышцы, которые вы используете для остановки тока мочи, называются кегельными; их укрепление увеличивает контроль над оргазмом.
- Шаг 6. Выдохните. Сожмите кегельные мышцы, чтобы вы почувствовали стимуляцию клитора. Для того чтобы что-то почувствовать, может понадобиться некоторая практика, но как только это произойдет, ощущение будет напоминать тот первоначальный трепет, который вы получаете при возбуждении.
- Шаг 7. Вдохните. Расслабьте лобковые мышцы и выдохните, концентрируя свое внимание на расслаблении мышц и ощущении своего тела.
- Шаг 8. Медленно повторите выдох и вдох, активно прокачивая энергию по всему телу. Вдохните и расслабьтесь, наполняя тело кислородной энергией, затем выдохните и сожмитесь, выравнивая спину и сокращая влагалищные мышцы.
- Шаг 9. Будьте настойчивой, постоянно повторяя указанные выше шаги и позволяя вашему уму блуждать сквозь создаваемые им мысли, невзирая на то, являются ли они эротическими или исключительно расслабляющими. Когда доходит до сексуального возбуждения, у всех это происходит по-разному, поэтому слушайте свое тело и позвольте ему рассказать вам, что его заводит.
- Шаг 10. Как только вы научитесь управлять лобковыми мышцами, переместите дыхание в желудок. Перемещайте энергию взад и вперед между лобковыми мышцами и желудком, фиксируя возникающие ощущения и имеющее место возбуждение.
- Шаг 11. Дышите во время оргазма. Как только вы ощутите, что ваше тело поглощает полный энергетический оргазм, вы почувствуете необходимость прикоснуться к себе. Сначала побороть это желание будет трудно, но вы попробуйте. Позвольте вашим моделям дыхания изменяться, но не задерживайте его. Со временем вы узнаете о том, что посредством дыхания вы можете увеличивать глубину и продолжительность своего оргазма, просто борясь с желанием закончить.
- Шаг 12. Не расстраивайтесь. В первый раз это может получиться или не получиться. На овладение полным контролем над вашим энергетическим оргазмом может уйти неделя, месяц или даже год. Однако как только вы разовьете данный сексуальный навык, это принесет пользу и вашему сексу с партнером. Поэтому не унывайте!

Также следует отметить, что оргазм может возникать вне эротической ситуации и быть связан с приятными или, напротив, неприятными эмоциями. Однажды за лечебной помощью к нам обратился старший сержант милиции, у которого выявлено расстройство потенции, что являлось причиной его плохих отношений с женой и ее постоянной сексуальной неудовлетворенности. Когда она пришла на прием по нашему приглашению, то рассказала следующее. Если ее муж находится на работе, и она затеивает длительную уборку, то чувствует себя комфортно, поет и при этом через время у

нее наступает оргазм. Сообщила, что в присутствии детей муж часто ругает ее, нередко называя «соской», что можно расценивать как смещенное на жену недовольство своим сексуальным расстройством.

Врач, которая прослушала нашу лекцию по клинической сексологии, рассказала нам следующее. Когда случается какое-то неприятное для нее событие, и она узнает об этом, у нее всякий раз наступает оргазм, что вызывает у женщины крайнюю обеспокоенность («хороша ложка к обеду»).

Обследованный нами мужчина сообщил, что когда он был подростком, его тетя попросила купить материал для портьер на окно. Войдя в магазин, он выбрал ткань. После того как от рулона был отрезан необходимый кусок, у него возникла мысль, что эта ткань может не понравиться тете. Тогда, не оплатив товар, он в состоянии крайней взволнованности выбежал из магазина, и когда бежал, то у него возникли оргазм и эякуляция.

В настоящее время внимание уделяется таким патологиям, как синдром постоянного сексуального возбуждения» (persistent sexual arousal syndrome), названный затем расстройством в форме постоянного генитального возбуждения (persistent genital arousal disorder), и синдром раздраженных половых органов (restless genital syndrome), для которых характерно пребывание в предоргастическом состоянии и частые нежелательные оргазмы вне эротического контента (описанный максимум у женщин составляет 500 раз в день). Это очень тягостно воспринимается больными [7–9].

Недавние специальные исследования показали, что для наступления оргазма вовсе не обязательно никакая сексуальная стимуляция и даже фантазирование, он может наступать и при различных физических нагрузках. Хотя эти находки являются новыми, сообщения об этом феномене, иногда называемом «coregasm» (от англ. – хруст), так как он ассоциируется с упражнениями для мышц живота (for core abdominal muscles), циркулировали в средствах массовой информации в течение многих лет [48].

Первое в своем роде исследование было проведено в США в университете штата Индиана (Bloomington, Ind., USA) D.M. Herbenick и J.D. Fortenberry [31]. Результаты базировались на онлайн-опросе 124 женщин, способных испытать оргазм от физических упражнений (exercise-induced orgasms; EIO), и 246 женщин, у которых при занятиях спортом возникает чувство сексуального наслаждения, не приводящее к оргазму (exercise-induced sexual pleasure; EISP). Большинство из них имели сексуальные отношения с мужчинами или были замужем. Приблизительно 69% из них идентифицировали себя как гетеросексуалы. Около 40% женщин, которые испытали EIO и EISP, пережили это более 10 раз. Большинство женщин из группы EIO сообщили о чувстве «некоторой степени самоосознания», когда делали упражнения в общественных местах, а 20% не контролировали свой опыт. Большинство женщин, которые сообщили об EIO, сказали, что они сексуально не фантазировали и не думали о ком-нибудь, кто был для них привлекателен в течение их опытов. К возникновению чувства сексуального наслаждения и оргазму приводили разнообразные виды физических упражнений. Из группы EIO, 51,4% лиц сообщили об оргазме, возникающем в течение 90 дней, предшествующих опросу, во время упражнений на пресс. Другие женщины сообщили об оргазме в связи с такими упражнениями, как поднятие тяжестей (26,5%), йога (20%), езда на велосипеде (15,8%), бег (13,2%) и ходьба/пешие прогулки (9,6%). Особое оргазмогенное место занимают упражнения мышц брюшного пресса, когда происходит подъем ног к груди в упоре на так называемое капитанское кресло (captain's chair). Это тренажер со спинкой и поручнями, на которые надо опереться локтями. Участницы экспериментов уверяют, что нет ничего лучше,

чем подъем ног к груди в упоре на данном кресле. Это исследование не установило, как часто у женщин возникает EIO и EISP, однако авторы отмечают, что эти феномены случаются нередко, так как понадобилось только 5 нед, чтобы найти 370 женщин, имеющих данный опыт.

В клинической практике мы также сталкивались со случаями, когда оргазм наступал при физических нагрузках. Пациентка П., 32 лет, обратилась к нам с жалобами на отсутствие оргазма при половых актах. При мастурбации он тоже не возникает. Вместе с тем оргазмы были у нее 4–5 раз при эротических сновидениях во время первой беременности и столько же во время второй. Впервые приятные сладострастные ощущения, сопровождающиеся сокращением мышц влагалища, имели место в средних классах школы при лазании по канату. С какого-то времени каждое лазание по канату сопровождалось такими ощущениями и оргазмом, «но чем я становилась старше, тем эти ощущения возникали все реже и реже». В школьном возрасте на стадионе при лазании по металлической трубе как по канату тоже возникали такие ощущения и сокращения мышц влагалища. При активном опросе удалось выяснить, что в прошлом (последний раз 2 года назад) у нее возникали оргазмы при упражнениях для пресса. Она подробно рассказала об этих упражнениях: «Шведская стенка, на нее цепляется уголок, руки согнуты в локтях, опираюсь согнутыми локтями на уголок, а руками (кистями) держусь за две ручки, которые находятся в конце уголка, поднимаю прямые ноги или ноги, согнутые в коленях, вверх и качаю пресс. Ноги поднимаю до угла в 90° по отношению к туловищу. Сначала появляются очень приятные ощущения внизу живота, понимаю, что это ОНО. Если чувствую эти ощущения, то вместо 10 упражнений могу сделать 15–20. Тогда эти приятные ощущения нарастают, но при этом нагрузку на пресс не чувствую. Потом возникают быстрые мелкие сокращения мышц влагалища, появляются мысли о сексе и сексуальные фантазии, в которых совершаю половой акт с мужчиной. Длится это 5–10 с. В это время ноги опущены, но напряжены (ощущение, что ноги как натянутая струна). Если повторно поднимаю ноги для накачивания пресса, то оргазм возникает вновь. Больше двух раз не делаю, так как устаю висеть на руках». Отмечает, что когда делала упражнения на шведской стенке, то оргазм происходил не каждый раз, а в середине менструального цикла. После окончания средней школы при таких упражнениях в 15–20 случаях испытала «эти ощущения» и сопряженный с ним оргазм (однократно или повторно). Сообщает, что когда в последнее время делала такие упражнения на пресс, то оргазм не возникал. После разговора со мной по моей просьбе выполняла эти упражнения, но ощущения, которые раньше возникали и после которых наступал оргазм, у нее не появлялись [5].

Сексуальное возбуждение при физическом напряжении может возникать и у мужчин. Так, пациент М., 33 года, обратился к нам за лечебной помощью в сентябре 2016 года. При активном опросе рассказал, что во время игры в футбол у него и ранее (2003–2005) и в последнее время (2 мес назад) спустя полчаса-час от ее начала (то есть после интенсивной физической нагрузки) возникало сексуальное возбуждение. При этом он чувствует, что вот-вот может произойти семяизвержение и оргазм, но до этого дело не доходило, так как всегда себя притормаживал. Если бы он этого не делал, то, с его слов, может быть он бы проиграл. Причиной такого сексуального напряжения, по его мнению, может быть бег, а также его эмоциональное состояние (азарт).

В заключение следует отметить, что существуют различные пути достижения оргазма, и это необходимо учитывать в практической работе специалистов, занимающихся проблемами сексуального здоровья.

Класифікації оргазму та шляхи його досягнення
Г.С. Кочарян

Наведено та охарактеризовано класифікації жіночого оргазму А.М. Свядоша, В.І. Здравомислова, Д. Сінгера та І. Сінгера. Представлені різні шляхи досягнення оргазму, включаючи приємні і неприємні переживання, фізичні вправи та навантаження, пряму електричну і хімічну стимуляцію головного мозку, електричну стимуляцію хребта, пологи, дефекацію, вплив психоделічних засобів. Також повідомляється про оргазми після пошкодження спинного мозку у жінок, операцій трансгендерів зі зміни статі, оргазми під час епілептичних нападів, а також про «фантомні» оргазми. Описано техніку оргастичної медитації та техніку досягнення оргазму у жінок без стимуляції ерогенних зон тіла і статевих органів.

Ключові слова: оргазм, жінки, чоловіки, класифікації, шляхи досягнення.

Classifications of orgasm and ways of its achievement
G.S. Kocharyan

Classifications of female orgasm by A.M. Svyadosch, V.I. Zdravomyslov, D. Singer and I. Singer are presented and characterized. Different ways for achieving an orgasm are described, including those which are caused by pleasant and unpleasant emotions, physical exercises and stresses, direct electrical and chemical stimulation of the brain, electrical stimulation of the spine, defecation, an effect of psychedelic drugs. Also reported are orgasms during childbirth, after a spinal cord injury in women, during epileptic seizures, after sex-change surgery, and "phantom" orgasms. A technique of orgasmic meditation and a technique for achieving an orgasm in women without stimulation of erogenous zones of their body and genitals are described.

Key words: orgasm, women, men, classifications, ways for achievement.

Сведения об авторе

Кочарян Гарник Суменович – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58; тел.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. E-mail: kochargs@rambler.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бадалян Л.О., Темин П.А., Мухин К.Ю. Эпилептические приступы оргазма // Журн. неврол. и психиатр. – 1996. – Т. 96, № 2. – С. 96–100.
2. Галлюциногены (психоделики). – У Р L http://www.narkotiki.ru/5_3696.htm (дата обращения: 14.11.2016.)
3. Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. Функциональная женская сексопатология. – Алма-Ата: Казахстан, 1985. – 271 с.
4. Кочарян Г.С. Женский оргазм, обусловленный генитальной стимуляцией: смена и борьба парадигм // Здоровье мужчины. – 2014. – № 4 (51). – С. 39–43.
5. Кочарян Г.С. Оргазм и сексуальное удовольствие у женщин, обусловленные мышечной компрессией // Актуальные питання сучасної урології, онкоурології, сексопатології та андрології: Збірник праць міжрегіональної науково-практичної конференції. – Івано-Франківськ, 2016. – С. 118–120.
6. Кочарян Г.С. Патогенные детерминанты и негативные последствия мастурбации: мифы и реальность. Современный анализ проблемы // Сексология и сексопатология. – 2006. – № 1. – С. 3–19.
7. Кочарян Г.С. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: распространенность, диагностические критерии, клинические проявления (часть I) // Здоровье мужчины. – 2015. – № 2 (53). – С. 69–74.
8. Кочарян Г.С. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: формирование (часть II) // Здоровье мужчины. – 2015. – № 3 (54). – С. 75–78.
9. Кочарян Г.С. Расстройство в форме постоянного генитального возбужде-
10. Кочарян Г.С. Современная сексология. – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
11. Мухин К.Ю., Барлетова Е.И., Кременчугская М.Р., Миронов М.Б. Эпилептические ауры (обзор литературы) // Вестник российского государственного медицинского университета. – 2012. – № 2. – С. 26–30.
12. Никонова Д. Роды – это оргазм. Естественное родительство. – URL: http://www.b17.ru/blog/childbirth_is_a_orgasm/ (дата обращения: 12.10.2016.)
13. О сексе, женский оргазм, техника секса. Опубликовал badassadmin, сентябрь 12th 2012. – URL: http://sexbutik.by/o-sekse/orgazm-meditatsiya.html (дата обращения: 25.09.2016.)
14. Оргазм действует на мозг как доза героина. 2003-10-23. – URL: http://expert.org.ua/obshchestvo/2003/orgazm-deystvuet-na-mozg-kak-doza-geroina (дата обращения: 14.11.2016.)
15. Оргазм при родах!!!!!! – URL: http://irecommend.ru/content/orgazm-pri-rodakh (дата обращения: 12.10.2016.)
16. Оргазмическая медитация: новая сексуальная мода. – URL: http://www.marieclaire.ru/psychology/orgazm-na-lyudyah-cto-eto-i-gde-emu-uchat/ (дата обращения: 08.10.2016);
17. Рожановская З.В., Свядош А.М. К вопросу об оргазме у женщин // Вопросы сексопатологии. – М.: Медицина, 1969. – С. 128–130.
18. Свядош А.М. Женская сексопатология. 5 изд., перераб. и допол. – Кишинев: Штинца, 1991. – 184 с.
19. Тема: оргазм при дефекации. 12.09.2014. – URL: http://www.forum.nedug.ru/threads/839726-оргазм-при-дефекации#.WBW6vzUjHcs (дата обращения: 30.10.2016).
20. Top-10: Наркотики и их эффекты. – URL: http://www.bugaga.ru/interesting/1146740918-top-10-narkotiki-i-ih-effekty.html (дата обращения: 14.11.2016).
21. Ученые узнали, почему «сходить по-большому» – это приятно. – URL: http://kakmed.com/13783/uchenye-uznali-pochemu-skhodit-po-bolshomu-eto-priyatno/ (дата обращения: 30.10.2016).
22. Ярхауз М.А., Тэн Э.С.Н. (Yarhouse M. A., Tan E. S. N.) Сексуальность и психотерапия сексуальных расстройств: Пер. с англ. – Черкассы: Коллоквиум, 2016. – 371 с.
23. Berard E.J.J. The sexuality of spinal cord injured women: physiology and pathophysiology. A review // Paraplegia. – 1989. – 27 (2). – P. 99–112.
24. Beric A., Ligh J.K. Anorgasmia in anterior spinal cord syndrome // Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. – 1993. – 56 (5). – 548–551.
25. Buisson O.1., Jannini E. A. Pilot echographic study of the differences in clitoral involvement following clitoral or vaginal sexual stimulation // J Sex Med. – 2013. – 10 (11). – P. 2734–2740.
26. Chuang Y.C., Lin T.K., Lui C.C., Chen S.D., Chang C.S. Tooth-brushing epilepsy with ictal orgasms // Seizure. – 2004. – 13 (3). – P. 179–182.
27. Daedone N. Slow sex: The art and craft of the female orgasm. – New York: Grand Central Publishing, 2011.
28. Fisher C., Cohen H.D., Schiav R.C., Davis D., Furman B., Ward K., Edwards A., Cunningham J. Patterns of female sexual arousal during sleep and waking: vaginal thermo-conductance studies // Archives of Sexual Behavior. – 1983. – 12. – P. 97–122.
29. Heath R.G. Pleasure response of human subjects to direct stimulation of the brain: physiologic and psychodynamic considerations // The Role of Pleasure in Behavior (ed. R.G. Heath). – New York: Harper and Row, 1964. – P. 219–243.
30. Heath R.G., Fitzjarrell A.T. Chemical stimulation to deep forebrain nuclei in parkinsonism and epilepsy // International Journal of Neurology. – 1984. – 18. – P. 163–178.
31. Herbenick D.M., Fortenberry J.D. Exercise-induced orgasm and pleasure among women // Sexual and Relationship Therapy. – 2011. – 26 (4). – P. 373–388.
32. How do you «think off»? – URL: https://answers.yahoo.com/question/in dex?qid=20100719151635AAmU208 (date of the entry: 21.11.2016).
33. Janszky J., Ebner A., Szupera Z., Schulz R., Hollo A., Szucs A., Clemens B. Orgasmic aura – a report of seven cases // Seizure. – 2004. – 13 (6). – P. 441–444.
34. Komisaruk B.R., Beyer-Flores C., Whipple B. The science of orgasm. – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2006. – 358 p.
35. Komisaruk B.R., Whipple B., Nasserzadeh S., Beyer-Flores C. The orgasm answer guide. – Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2010. – xiv+153 p.
36. Komisaruk B.R., Whipple B. Complete spinal cord injury does not block perceptual responses to vaginal or cervical self-stimulation in women // Society for Neuroscience Abstracts. – 1994. – 20. – P. 961.
37. Komisaruk B.R., Gerdes C., Whipple B. «Complete» spinal cord injury does not block perceptual responses to genital self-stimulation in

- women // Archives of Neurology. – 1997. – 54 (12). – P. 1513–1520.
38. Lawrence A.A. Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery // Arch Sex Behav. – 2005. – 34 (2). – P. 147–166.
39. Money J. Phantom orgasm in the dreams of paraplegic men and women // Archives of General Psychiatry. – 1960. – 3. – P. 373–382.
40. O'Connell H.E., Sanjeevan K.V., Hutson J.M. Anatomy of the clitoris // The Journal of Urology. – 2005. – 174 (4 Pt 1). – P. 1189–1195.
41. Orgasm. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL: <http://en.wikipedia.org/wiki/Orgasm> (date of the entry: 20.07.2014).
42. Sem-Jacobsen C. W. Depth-Electrographic Stimulation of the Human Brain and Behavior. – Springfield, IL: Charles C Thomas, 1968.
43. Singer J., Singer I. Types of Female Orgasm // Journal of Sex Research. – 1972. – 8. – P. 255–267.
44. Sipski M.L., Alexander C.J. Spinal cord injury and female sexuality // Annual Review of Sex Research. – 1995. – 6. – P. 224–244.
45. Sipski M., Alexander C., Rosen R. Orgasm in women with spinal cord injuries: a laboratory-based assessment // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. – 1995. – 76 (12). – P. 1097–1102.
46. So N.K. Epileptic auras // The Treatment of Epilepsy: Principles and Practice / E. Wyllie (ed). – 1993. – 228 p.
47. Some women orgasm during childbirth, study shows. June 13, 2013. – URL: <http://www.gmanetwork.com/news/story/312649/scitech/science/some-women-orgasm-during-childbirth-study-shows> (date of the entry: 12.10.2016).
48. Study: Exercise can lead to female orgasm, sexual pleasure. Public release date: 19-Mar-2012. – URL: http://www.eurekalert.org/pub_releases/2012-03/iu-sec031612.php (date of the entry: 14.11.2016).
49. «Thinking Off» or How to Have a Breath and Energy Orgasm. – URL: <http://barbaracarrellas.com/thinking-off-learning-channel-strange-sex/> (date of the entry: 21.11.2016).
50. Whipple B., Komisaruk B.R. Analgesia Produced in Women by Genital Self-Stimulation // The Journal of Sex Research. – 1988. – 24 (1). – P. 130–140.
51. Whipple B., Komisaruk B.R. Sexuality and women with complete spinal cord injury // Spinal Cord. – 1997. – 35 (3). – P. 136–138.
52. Whipple B., Gerdes C.A., Komisaruk B.R. Sexual response to self-stimulation in women with complete spinal cord injury // Journal of Sex Research. – 1996. – 33. – P. 231–240.
53. Yes! Orgasms During Birth Are Real, Study Suggests. By Stephanie Pappas, Live Science Contributor. May 31, 2013. – URL: <http://www.livescience.com/37039-orgasmic-birth-real.html> (date of the entry: 24.11.2016).

Статья поступила в редакцию 06.12.2016

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

USB-УСТРОЙСТВО ПРОВЕДЕТ АНАЛИЗ КРОВИ НА ВИЧ ЗА 21 МИНУТУ

Ученые из Великобритании создали устройство с USB-накопителем, которое сможет быстро и точно определить количество вируса иммунодефицита человека в крови носителя.

Разработкой занимались специалисты из Имперского колледжа в Лондоне (Imperial College London) и американской фирмы DNA Electronics. Изделие определяет концентрацию вируса в капле крови, а затем генерирует электрический сигнал, который можно считать через USB-порт в компьютере, ноутбуке или каком-либо переносном устройстве. Точность теста достигает 95%.

Несмотря на то, что технология пока находится на ранних стадиях реализации, разработчики заявляют, что вскоре она даст возможность ВИЧ-положительным больным следить за уровнем вируса в

их крови наподобие того, как пациенты с диабетом мониторят свой уровень сахара. Польза нового быстрого и точного теста не вызывает сомнений - сейчас рутинные тесты могут только подтвердить наличие и отсутствие у человека ВИЧ, а для того, чтобы отследить изменение концентрации вируса в крови, необходимо сдавать специальные анализы и ждать 3 дня, пока их обработают в лаборатории. USB-тест значительно ускоряет получение этой информации.

Чтобы пройти тестирование, нужно поместить в определенное место на USB-накопителе каплю крови - и если в ней обнаруживается вирус, то на чипе меняется кислотность - и в зависимости от ее изменений чип посылает электрический сигнал на накопитель. С помощью компьютера за-

тем можно узнать, стало ли вирусом в крови больше или меньше. Новый тест использовали для анализа 991 образца крови, и он показал 95-процентную эффективность. Среднее время тестирования составляло 20,8 минут.

Больным вирусом иммунодефицита человека обычно прописывают антиретровирусную терапию, которая снижает количество вируса в крови до околонулевых показателей. Однако в некоторых случаях эта терапия перестает работать - тогда концентрация вируса в крови начинает расти. Новый быстрый тест поможет вовремя заметить этот рост, чтобы лечащий врач смог оперативно отреагировать на изменение состояния здоровья пациента и, возможно, внести коррективы в схему лечения.

Источник: med-expert.com.ua



німесулід
Німесил®

30 пакетиків, гранули для оральної суспензії¹

100 мг німесуліду у кожному пакетикі, по 100 мг два рази на добу¹

курс лікування до 15 днів¹

Нестероїдний протизапальний засіб¹



більш низький ризик гастроінтестинальних геморагічних ускладнень у порівнянні з багатьма іншими НПЗП^{2,3}

інгібує колагеназу (до 91,9%)⁴

інгібує IL-1 β ⁵, IL-6^{5,6}, IL-8⁵ та субстанцію "P"⁶

додаткове інгібування ФНП- α (до 70%)⁷
(у високих концентраціях)

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Фармакотерапевтична група: нестероїдні протизапальні засоби. Код АТС M01A X17.

Склад: 1 однодозовий пакет по 2 г гранул містить німесулід 100 мг.

Показання: Лікування гострого болю. Лікування первинної дисменореї. Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії. Рішення про призначення німесуліду повинно прийматися на основі оцінки усіх ризиків для конкретного пацієнта. **Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії.**

Спосіб застосування та дози. Дорослим та дітям старше 12 років призначають 100 мг німесуліду (1 однодозовий пакет) 2 рази на добу після їди. Максимальна тривалість курсу лікування Німесилом – 15 днів.

Побічні дії. Анемія, еозинфілія, тромбоцитопенія, панцитопенія, пурпура, підвищена чутливість, анафілаксія, гіперкаліємія, відчуття страху, нервозність, нічні жахливі сновидіння, запаморочення, головний біль, сонливість, енцефалопатія (синдром Рейє), нечіткий зір, вертиго (запаморочення), тахікардія, гіпертензія, геморагія, лабільність артеріального тиску, приливи, задишка, астма, бронхоспазм, діарея, нудота, блювання, запор, метеоризм, гастрит, кровотечі у травному тракті, виразка та перфорація 12 палой кишки або шлунка, біль у животі, диспепсія, стоматит, випорожнення чорного кольору, збільшення рівня ферментів печінки, гепатит, миттєвий (фульмінантний) гепатит, із летальним кінцем у тому числі, жовтяниця, холестаза, свербіж, висип, підвищена пітливість, еритема, дерматит, кропив'янка, ангіоневротичний набряк, набряк обличчя, еритема поліформна, синдром Стівенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз, дизурія, гематурія, затримка сечовивипускання, ниркова недостатність, олігурія, інтерстиціальний нефрит, набряк, нездужання, астенія, гіпотермія.

Повний перелік показань, протипоказань, побічних ефектів, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування препарату можна знайти в інструкції для медичного застосування препарату Німесил® від 16.04.2015 №222. **Перед застосуванням та/або призначенням обов'язково уважно прочитайте цю інструкцію.**

Виробник Німесил®: Laboratorios Menarini S.A. Альфонс XII, 587, 08918 Бадалона, Іспанія. Файн Фудс енд Фармасьютікалз Н.Т.М. С.П.А. Віа дель артіджанато, 8/10 - 24041, Брембате (БГ), Італія.

¹ Інструкція для медичного застосування препарату Німесил® від 16.04.2015 №222.

² Laporte JR, Ibanez L, Vidal X, Vendrell L and Leone R. Upper Gastrointestinal Bleeding Associated with the Use of NSAIDs. Drug Safety 2004; 27 (6): 411-420.

³ Castellsague J, Pisa F, Rosolen V, Drigo D, Riera-Guardia N, Giangreco M, Clagnan E, Tosolini F, Zanier L, Barbone F and Perez-Gutthann S. Risk of upper gastrointestinal complications in a cohort of users of nimesulide and other nonsteroidal anti-inflammatory drugs in Friuli Venezia Giulia, Italy. Pharmacoeconomics and Drug Safety 2013 Apr;22(4):365-75. doi: 10.1002/pds.3385. Epub 2012 Dec 11.

⁴ Barracchini A, Franceschini N, Amicosante G, Oratore A, Minisola G, Pantaleoni G and Giulio di A. Can Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs Act as Metalloproteinase Modulators? An In-vitro Study of Inhibition of Collagenase Activity. J. Pharm. Pharmacol. 1998; 50: 1417-1423, (адаптовано таб.1).

⁵ Kimura T, Iwase M, Kondo G, Watanabe H, Ohashi M, Ito D, Nagumo M. Suppressive effect of selective cyclooxygenase-2 inhibitor on cytokine release in human neutrophils. Int Immunopharmacol. 2003 Oct;3(10-11):1519-28.

⁶ Bianchi M, Brogginini M, Balzarini P, Franchi S, Sacerdote P. Effects of nimesulide on pain and on synovial fluid concentrations of substance P, interleukin-6 and interleukin-8 in patients with knee osteoarthritis: comparison with celecoxib. Int J Clin Pract. 2007 Aug;61(8):1270-7. Epub 2007 Jun 22.

⁷ Bennett A and Villa G. Nimesulide: an NSAID that preferentially inhibits COX-2, and has various unique pharmacological activities. Exp. Opin. Pharmacother., 1 (29), 277-286, 2000.

* Дослідження "in vitro".

За додатковою інформацією про препарат звертайтеся за адресою:
Представництво "Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ" в Україні,
02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88, факс: (044) 494-33-89



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

diclofenac natrium

Диклоберл®

„Золотий” стандарт
проти запальної терапії!^{1,2}

Збалансований
інгібітор ЦОГ^{3*}

Достовірно вища
ефективність, ніж у
селективного
інгібітора ЦОГ-2
мелоксикама⁴

Показує однакову
гастроінтестинальну
переносимість в
порівнянні з
селективним
інгібітором ЦОГ-2
мелоксикамом⁵

Не впливає на
метаболізм
хряща^{6*}

Наявність
ін'єкційної форми,
таблеток,
ретардних капсул
та ректальних
свічок⁷

Можливість
індивідуального
підбору дози

В комбінації з кардіопротекторними дозами АСК диклофенак показує
низький ризик гастроінтестинальних ускладнень у порівнянні з іншими
НПЗП (в тому числі селективними інгібіторами ЦОГ-2)⁸

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.

Фармакотерапевтична група. Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТС М01А В05.

Склад. Супозиторії: 1 супозиторій містить диклофенаку натрію 100 мг або 50 мг; Таблетки: 1 таблетка, вкрита оболонкою, кишковорозчинна, містить диклофенаку натрію 50 мг; Ампули: 1 мл розчину для ін'єкцій містить 25 мг (1 ампула містить 3 мл розчину для ін'єкцій, що дорівнює 75 мг диклофенаку натрію); Капсули: 1 капсула тверда пролонгованої дії містить диклофенаку натрію 100 мг.

Показання. Для лікування загальних та дегенеративних форм ревматизму, ревматоїдного артриту, анкілозуючого спондиліту, остеоартриту, спондилоартриту, вертебрального більового синдрому, несуглобового ревматизму, гострих нападів подагри, ниркової та біліарної коліки, болю та набряку після травм і операцій (Диклоберл® N 75), тяжких нападів мігрені (Диклоберл® N 75).

Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини або до інших компонентів лікарського засобу. Алергічні реакції (бронхоспазм, астма, риніт, кропив'янка). Порушення кровотворення незрозумілого походження. Гостра пептична виразка, а також загострення виразкової хвороби або шлунково-кишкової кровотечі в анамнезі. Цереброваскулярні та інші гострі кровотечі. Тяжкі порушення функції печінки та нирок. Тяжка серцева недостатність. III тримістр вагітності. Проктит.

Спосіб застосування та дози. Дозування диклофенаку натрію залежить від тяжкості перебігу захворювання і інтервалу доз, що рекомендуються, становить 50-150 мг диклофенаку натрію на добу, для чого застосовують різні лікарські форми препарату Диклоберл® із різним вмістом діючої речовини. Рекомендуються застосовувати мінімальну ефективну дозу препарату протягом найкоротшого періоду часу. При комбінованому застосуванні різних лікарських форм препарату максимальна добова доза не повинна перевищувати 150 мг диклофенаку натрію. У тяжких випадках добову дозу Диклоберл® N 75 можна збільшити до двох ін'єкцій по 75 мг. Диклоберл® супозиторії 100 мг – 1 раз на добу, супозиторії 50 мг – 1-3 рази на добу, таблетки 50 мг – 1-3 рази на добу. В умовах нападу мігрені загальна добова доза диклофенаку не має перевищувати 175 мг.

Побічні реакції. Біль у грудях, набряки, інфаркт міокарда, інсульт, порушення кровотворення (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, панцитопенія), головний біль, сонливість, нечіткість зору та диплопія, шум у вухах, нудота, блювання, діарея, незначні кровотечі, диспепсія, метеоризм, спазми шлунка, утворення виразок, гастрит, стоматит, запор, панкреатит, екзантема, екзема, еритема, реакції гіперчутливості, такі як шкірний висип та свербіж, алергічний васкуліт, астма, підвищення рівня трансаміназ у крові, психотичні реакції, депресія, тривожність, нічні жахи/нічні кошмарні сновидіння, безсоння. Повний перелік показань, протипоказань, побічних ефектів, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування препарату можна знайти в інструкції для медичного застосування препарату (Диклоберл® супозиторії 100 мг від 02.08.2013 №684 та 50 мг від 29.10.2010 №930, Диклоберл® 50 таблетки від 30.05.2012 №403, Диклоберл® N 75 від 10.07.2014 №483, Диклоберл® ретард від 17.08.2012 №641). **Перед застосуванням та/або призначенням обов'язково уважно прочитайте цю інструкцію.**

Виробник Диклоберл® супозиторії 50 мг та 100 мг, таблетки 50 мг, Диклоберл® ретард: Берлін-Хемі АГ (Менаріні груп), Глінкер Вег 125, 12489 Берлін, Німеччина.

Виробник Диклоберл® N 75: А.Менаріні Мануфактурінг Логістікс внд Сервісес С.р.Л. Біа Сете Санті 3, 50131 Флоренція, Італія.

¹ Pavelka K. A comparison of the therapeutic efficacy of diclofenac in osteoarthritis: a systematic review of randomised controlled trials. *Current Medical Research and Opinion*. 2012 Jan;28(1):163-78.

² Ukrainian IMS and PharmXplorer (Morion) data 2013, АТС М01А, (UN, molecules): Diclofenac is the most often prescribed NSAID (M01A) in the Ukraine.

³ Warner TD, Giuliano F, Vojnovic I, Bukasa A, Mitchell JA and Vane JR. Nonsteroid drug selectivities for cyclo-oxygenase-1 rather than cyclo-oxygenase-2 are associated with human gastrointestinal toxicity: A full in vitro analysis. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* Vol. 96, pp. 7563-7568, June 1999, Pharmacology.

⁴ Hawkey C, Kahan A, Steinbruck K, Alegre C, Baumelou E, Begaud B, Dequeker J, Isomaki H, Littlejohn G, Mau J, Papazoglou S. Gastrointestinal tolerability of meloxicam compared to diclofenac in osteoarthritis patients. *International ME-LISSA Study Group. Meloxicam Large-scale International Study Safety Assessment*. *Br J Rheumatol* 1998 Oct;37(10):1142.

⁵ Dreiser RL, Le Parc JM, Vellicat P and Lieu PK. Oral meloxicam is effective in acute sciatica: two randomised, double-blind trials versus placebo or diclofenac. *Inflamm.res.* 50, Supplement 1 (2001), S17-S23.

⁶ Blot L, Marcellis A, Devogelaer J-P, Manicouart D-H. Effects of diclofenac, aceclofenac and meloxicam on the metabolism of proteoglycans and hyaluronan in osteoarthritic human cartilage. *British Journal of Pharmacology* (2000) 131, 1413-1421.

⁷ Інструкції для медичного застосування препарату (Диклоберл® супозиторії 100 мг від 02.08.2013 №684 та 50 мг від 29.10.2010 №930, Диклоберл® 50 таблетки від 30.05.2012 №403, Диклоберл® N 75 від 09.08.2011 №490, Диклоберл® ретард від 17.08.2012 №641).

⁸ Lanas A, Garcia-Rodriguez LA, Arroyo MT, Gomollon F, Feu F, Gonzalez-Perez A, Zapata E, Bastida G, Rodrigo L, Santolana S, Guell M, de Argila CM, Quintero E, Borda F, Pique JM and on behalf of the investigators of the Asociacion Española de Gastroenterologia (AEG). Risk of upper gastrointestinal ulcer bleeding associated with selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors, traditional non-aspirin non-steroidal anti-inflammatory drugs, aspirin and combinations. *Gut* 2006;55:1731-1738.

* Дослідження "in vitro".

За додатковою інформацією про препарат звертайтеся за адресою:

Представництво "Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГімБХ" в Україні,
02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88, факс: (044) 494-33-89



BERLIN-CHEMIE
MENARINI