

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВАГИНАЛЬНОГО ТРЕНАЖЕРА

с позиции физиологии женского оргазма

И.И.ГОРПИНЧЕНКО, д.м.н., профессор; О.В.РОМАЩЕНКО, д.м.н.; С.Н.МЕЛЬНИКОВ, к.м.н. /Украинский институт сексологии и андрологии, Киев/

В научной литературе неоднократно приводились комментарии о женском оргазме с различных точек зрения: клинической, этиологической, физиологической, философской, психологической, социологической, типологической. Несомненно, в процессе естественного отбора возникли различные варианты женского оргазма, наблюдаемого не только у женщин репродуктивного возраста.

Согласно определению Зигмунда Фрейда, у девочки "основной эрогенной зоной является клитор. Но это не должно оставаться так в дальнейшем; с ее взрослением и достижением женской зрелости клитор должен полностью или частично уступить влагалищу свою роль чувственной плоти" (1932). Другими словами, "зрелым" оргазмом можно считать именно вагинальный оргазм, а женщин, способных к достижению только клиторного оргазма, следует трактовать как психосексуально незрелых. По-прежнему продолжается тягостная и бессмысленная дискуссия о вариантах "правильного" оргазма.

Одной из существенных особенностей сексуального возбуждения женских гениталий является механизм, обеспечивающий расширение влагалища (образование влагалищного каркаса) и возвышение шейки матки над задней стенкой влагалища, что уменьшает возможность быстрого попадания извергнутого эякулята в матку. Последнее способствует иницированию декоагуляции спермы и капцитации сперматозоидов. После завершения оргазма именно нахождение эякулята в заднем своде влагалища фактически является фактором, обеспечивающим ранний вход сперматозоидов в цервикальный канал и дальнейшую их транспортировку в маточные трубы, даже при

незначительной сократительной активности матки. Однако следует отметить, что аноргазмичные женщины также имеют способность к беременности и деторождению.

Кульминация оргазма обеспечивается стимуляцией двух анатомических образований — клитора и влагалища. W.Masters, V.Johnson установили, что нижняя треть влагалища при вазоконгестии в фазе возбуждения формирует сексуальную платформу. После адекватной сенсорной стимуляции на период оргазма спинномозговые центры освобождаются от потока афферентных импульсов. При этом они посылают эфферентные импульсы с интервалом в 1 секунду, вызывая повторные сокращения мышц тазового дна (от 3 до 8 за оргазм), которые сочетаются с интервалом от 2 до 4 секунд с сокращениями гладких мышц матки и влагалища.

Однако то обстоятельство, что 30–40% женщин не могут достигнуть оргазма без параллельного возбуждения клитора при половом акте, а 15–18% женщин страдают аноргазмией при любом типе возбуждения свидетельствует о необходимости усовершенствования подходов и тактики исследования этой проблемы. Можно предположить, что науке никогда не удастся полностью раскрыть все тайны человеческих переживаний, несомненным остается одно: в оргазме задействовано классическое единение тела, сознания и души. Решающими факторами являются оптимальное сексуальное возбуждение и устранение внутренних запретов. Это означает, что "правильным" оргазмом следует считать просто сексуальный оргазм!

Исторически сложилось так, что вопросы сексуального здоровья мужчин стали объектом более глубокого научного исследования по сравнению с изучением сексуального статуса жен-

щин. Исходя из этого, мы попытались сделать акцент на гендерных аспектах изучаемых вопросов путем проведения оценки сексуального здоровья женщин в неразрывной связи с изучением сексуального статуса партнеров. Нами была сделана попытка рассматривать в едином ключе сексуальное желание и желание любить. Учитывались различия и общие стороны исследуемых категорий, понимание которых направлено на достижение удовлетворения и гармонии в интимных отношениях, повышение качества жизни и раскрытие индивидуальности мужчины и женщины.

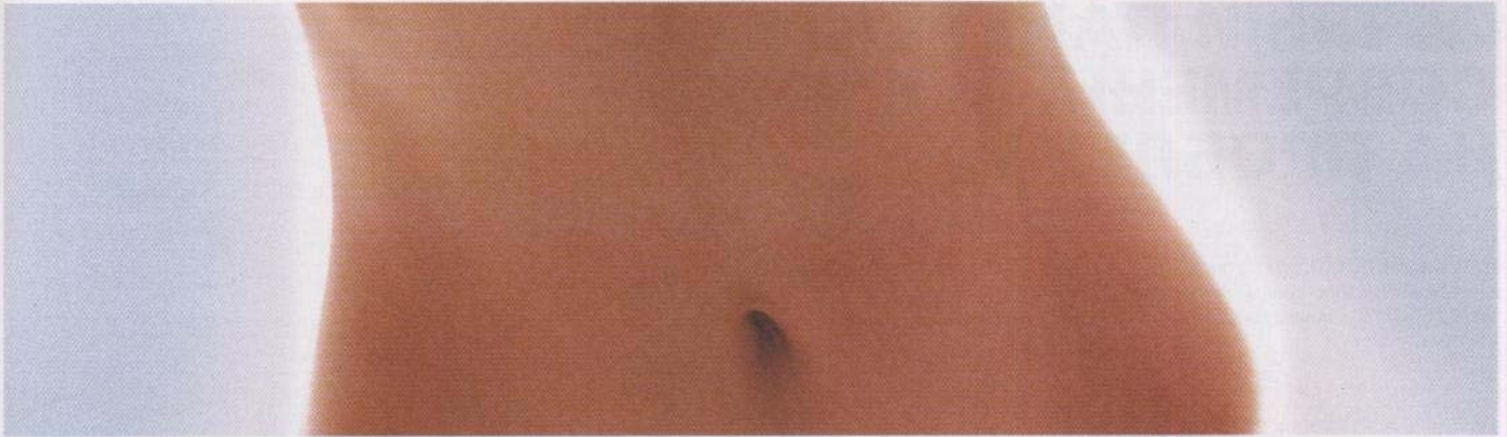
Нами было проведено гинекологическое, сексологическое, психологическое обследование 1197 женщин в возрасте от 18 до 62 лет. Средний возраст начала половой жизни составил 18,2 года, однако в группе женщин от 18 до 25 лет преобладало раннее начало половой жизни — с 16,5 лет. Частота половых контактов, либидо, общая оценка важности половой жизни были взаимосвязаны с возрастом.

Определение степени оргастичности обследованных женщин показало, что оргазм в течение жизни испытывали 1008 (84,2%) пациенток, 189 (15,8%) — не испытывали оргазм никогда.

Характеристики оргазма были следующими: у 45,9% пациенток преобладал клиторный, у 9,1% — влагалищный, у 28,2% — клиторно-влагалищный, у 0,6% — ректальный, у 0,2% — перинеальный оргазм.

Романтический ореол интимных отношений для женщин имеет доминирующее значение при любом сексуальном сценарии.

В 87,5% случаев женщины с сексуальными дисфункциями не обращались за специализированной сексологической помощью.



Проведенные исследования свидетельствуют о распространенности сексуальных дисфункций у женщин разного возраста, которые негативно сказывались не только на качестве жизни обследованных, но и нарушали гармонию отношений между мужчиной и женщиной.

В комплексную терапию, направленную на нормализацию показателей сексуального здоровья, нами был включен универсальный прибор для механотерапии с целью укрепления мышц тазового дна и мышц влагалища. Этот прибор имеет следующие характеристики:

- ▶ упругость, способствующая тренировке мышц в максимально короткий период времени;
- ▶ высокая результативность;
- ▶ идеальная анатомическая форма;
- ▶ простота в применении и компактность;
- ▶ возможность контроля за правильным использованием благодаря механизму обратной связи (“эффект мотылька”).

Мышцам тазовой области определена ключевая роль как для сексуальности, так и для предупреждения недержания мочи. Существует целый ряд научных работ, в которых четко прослежена закономерность в достижении оргазма во время половой близости при условии тренированных, сильных тазовых мышц у женщины. Это позволяет женщине ощутить кульминацию оргазма. Более развитые мышцы в области таза также способствуют предупреждению нарушений мочеиспускания. Около 30% женщин в возрасте после 35–40 лет страдают в различ-

ной степени выраженным недержанием мочи при напряжении передней брюшной стенки при смехе, кашле, чихании. С возрастом число женщин, страдающих этой дисфункцией, увеличивается.

Благодаря механотерапии с помощью вагинального тренажера достигается укрепление тазовых мышц путем их тренировки. Наиболее эффективный результат достигается при ежедневном использовании вагинального тренажера от 6 до 15 минут. Длительность тренировки зависит от темпа упражнения. При этом не следует переутомлять себя. Излишние нагрузки не усиливают эффекта.

“Эффект мотылька” дает женщине возможность убедиться в том, что она тренирует нужную группу мышц. При правильной организации усилий индикатор отклоняется вниз, при расслаблении мышц индикатор возвращается в исходное положение. Это похоже на движение крыльев мотылька. Женщине рекомендуется использовать индикатор даже в том случае, если она уверена, что тренирует нужные мышцы.

Мышца, которая подлежит тренировке — *musculus pubococcygeus*, находится в среднем слое мышц тазового дна. Если у женщины нет полной уверенности в том, что она понимает, где расположена эта мышца, ее можно идентифицировать следующим способом: во время мочеиспускания необходимо остановить его. При этом следует обратить внимание, какая мышца при этом напрягается. Именно эту мышцу необходимо сокращать во время тренировки.

Во время тренировки наиболее удобным является положение полусидя-полулежа. Специально концентрировать внимание нет необходимости. Следует удерживать мышцу в напряженном состоянии не менее 4 секунд, затем расслабить мышцы таза на 8–10 секунд перед следующим их напряжением. Если удастся, необходимо повторить упражнение до 30 раз. Если женщина хочет уменьшить количество повторов упражнений, ей можно рекомендовать просто увеличить период сокращения мышцы. Важным условием является максимальная нагрузка мышцы.

На базе Украинского института сексологии и андрологии данная методика широко используется как с лечебной, так и с профилактической целью.

За время использования вагинального тренажера нами было проведено обследование 28 женщин с первичной (42,9%) и вторичной (57,1%) аноргазмией.

Пациенткам рекомендовано проведение лечебных занятий с устройством в течение 6 недель.

Восстановление гармонии половых отношений и достижение оргазма имело место у 41,67% женщин с первичной и у 43,75% — со вторичной аноргазмией.

На данном этапе под нашим наблюдением находится 14 женщин в возрасте от 39 до 54 лет, которым было проведено оперативное лечение по поводу фибромиомы матки. Этой группе женщин мы также рекомендовали механотерапию в поздний послеоперационный период. К сожалению, мы пока не можем дать оценку результатам механотерапии из-за незначительного периода терапии.