

«Мужское здоровье» как метадисциплинарная проблема (денотация, дискурс, структура)

В.В. Чугунов¹, Ю.И. Заседа²

¹Запорожский государственный медицинский университет

²Харьковская медицинская академия последипломного образования

В настоящее время все большее распространение приобретает специфическое – не только сугубо медицинское, но и культурально-детерминированное – понятие «мужское здоровье», под которым понимается соответствующая сфера компетенции. Культуральная детерминация этого понятия связана с целым рядом довольно разноплановых, на первый взгляд, но объединенных вполне очевидными глубинными взаимосвязями причин:

- проявление «реактивного» (и в чем-то даже протестного) маскулинного гендерного контекста в ответ на возрастание феминистских (и псевдофеминистских) настроений и экспансию инспирированных ими модусов дискурсивных стратегий;

- влияние своеобразной моды метросексуализма (де-факто являющегося «унисексуализмом»);

- существование биологически-детерминированного принципа гедонизма, сохраняющего определяющее влияние на поведение мужчины до глубокой старости;

- преобладание стилистики маскулинного поведения, диктующего императивы сохранения соматического (и фенотипического) благополучия и, главное, сексуальных (а нередко и репродуктивных) возможностей;

- нарастающее влияние «гомосексуального лобби».

С науковедческой точки зрения понятие «мужское здоровье» охватывает широчайший круг проблем, имеющих отношение к биопсихосоциальному функционированию мужчины. Это далеко не одни только андросексологические исследования, но и широчайший спектр дисциплин, точнее их относящиеся к мужчинам аспекты: психиатрические, кардиологические, биоритмологические, геронтологические, валлеологические и прочие.

Нам представляется, что при рассмотрении этой проблемы не лишним будет обзор ее филогенетического ракурса. Так, эволюционная теория пола (В.А. Геодакян, 1965 [1, 2]) основана на допущении принципа асинхронно эволюционирующих сопряженных подсистем, при этом мужской пол является оперативной подсистемой популяции, а женский – консервативной. Таким образом, новая информация от среды попадает сначала к мужскому полу и только после многих поколений передается женскому, посему эволюция мужского пола опережает таковую женского. Собственно, эта асинхрония и формирует популяционный половой диморфизм.

Из этой теории вытекают несколько важных для денотации понятия «мужское здоровье» правил.

Во-первых, в эволюции пола на разных стадиях и уровнях его организации выработались механизмы, обеспечивавшие тесную связь женского пола с генеративным, или консервативным, потоком, а мужского – с экологическим, или оперативным. Следовательно, у мужского пола по сравнению с женским выше частота встречаемости мутаций, меньше аддитивность наследования родительских признаков, сужена норма реакции, повышена агрессивность и активность поискового поведения, что делает его восприимчивым к воздействию средовых факторов.

Во-вторых, мужские системы по сравнению с соответствующими женскими отличаются повышенной повреждаемостью (на уровне организма – смертностью), что характерно для всех стадий онтогенеза и для всех уровней организации (индивидуум, орган, ткань, клетка) вследствие низкой устойчивости к различным вредным факторам среды. Так, подавляющее большинство «болезней цивилизации» ассоциированы, как правило, с мужским полом.

В-третьих, наблюдавшаяся ранее в силу экстремальных условий внешней среды высокая эволюционная пластичность, повышающая уровень полового диморфизма, «радикализирующая» его, в настоящее время – по причине активного распространения процессов урбанизации и общевысокой безопасности процессов, тотальной безопасности и витального комфорта – прогрессирующе снижается, нивелируя проявления полового диморфизма и «уравнивая» мужчин и женщин в плане частоты рождаемости и продолжительности жизни.

В-четвертых, женский пол обладает высокой онтогенетической пластичностью и филогенетической ригидностью, а мужской, наоборот, – онтогенетической ригидностью и филогенетической пластичностью. Эта закономерность приводит к своеобразному «правилу тератогонии полового диморфизма», согласно которому аномалии развития, имеющие «атавистическую» природу (возвраты или остановки развития), чаще появляются у женского пола, а имеющие «футуристическую» природу (поиск новых эволюционных путей) – у мужского.

Естественно, что изначально представления о мужском здоровье формировались в контексте матримониально-сексологических, – а скорее даже патосексологических – воззрений, причем совсем не репродуктологического плана. Характерно, что сама история формирования этой «мужской сексо(пато)логии» (приводим термин в кавычках, поскольку он не употреблялся, существовали «патосексология»/«сексопатология» и позже «женская сексопатология») имеет четко междисциплинарный характер. Следует отметить, что сексопатология была настолько «мужской», что любые попытки «физиологического параметрирования», по терминологии Г. С. Васильченко, касались исключительно мужчин [3].

Однако последующее развитие междисциплинарной области знаний, относящихся к сфере компетенции термина «мужское здоровье», привело к некоторой деидентификации сексологических знаний и рассматриваемой области и, следовательно, изменению пропорции в пользу последней. Так, к междисциплинарной области, подпадающей под определение «мужское здоровье», присоединилось значительное число иных дисциплин.

В связи с этим нам представляется целесообразным рассматривать архитектонику «мужского здоровья» через призму представительства различных медико-ориентированных и социально-психологических дисциплин.

1. Центральным, андросексологический блок, образованный группой дисциплин, сферой компетенции которых являются клинические аспекты сексуальности / репродукции.

К ним относятся следующие:

– фундаментальные:

биология пола;

анатомия;

физиология;

биоритмология;

хронобиология;

– базовые:

андроурология;

сексология;

эндокринология;

– вспомогательные:

ангиология;

онкология;

венерология.

2. Соматоориентированный блок, сферой компетенции которого является общесоматическое здоровье.

Это следующие дисциплины:

- общая терапия;

- кардиология;

- неврология;

- онкология;

- клиническая психиатрия.

3. Теоретико-онтогенетический блок, сферой компетенции которого является поддержание оптимального уровня онтогенетического функционирования.

Это следующие дисциплины:

- геронтология;

- валеология;

- нутрициология;

- социальная и клиническая наркология;

- диетология;

- общая гигиена;

- репродуктология;

- генетика;

- антропология¹.

4. Этолого-психологический блок, сферой компетенции которого является гендерно-коннотированное внутреннее и внешнее поведение.

Это следующие дисциплины:

- социальная психиатрия;

- психотерапия;

- клиническая психология;

- этология;

- социальная психология;

- семейная психология;

- дифференциальная психология;

- акмеология.

5. Медико-социальный блок, сферой компетенции которого является распространенность основных медико-социальных показателей в гендерной популяции.

Это следующие дисциплины:

- социальная медицина;

- эпидемиология;

- социология медицины;

- медицинская социология.

6. Философски-аксиологический блок, сферой компетенции которого является ценностно-мировоззренческая гендерно-коннотированная рефлексия.

Это следующие дисциплины:

- философская антропология;

- аксиология.

7. Культурологический блок, сферой компетенции которого является изучение роли и места гендерного контингента в социуме и истории культуры.

Это следующие дисциплины:

- социология;

- культурология;

- искусствоведение.

Несомненно, что сфера компетенции, на которую распространяется понятие «мужское здоровье», является ярким примером междисциплинарности. Однако мы полагаем, что в настоящее время эта обширная область знаний перерастает этап междисциплинарности, и выходит на уровень **метадисциплинарности**, что позволяет ей обрести определенную методологическую самостоятельность, которая является обязательным атрибутом формирования целостности и аутоидентичности.

Среди перечисленных компонентов при первом рассмотрении доминирующим представляется понятие «мужского здоровья» в рамках андросексологического блока, что, естественно, ожидаемо. Особенности мужской анатомии и физиологии, заболевания мужской половой сферы и методы их лечения представляются наиболее актуальными с точки зрения большинства при первичном упоминании понятия «мужское здоровье». Не последнюю роль в подобном представлении играют вопросы делектации, а также, с эволюционной точки зрения, выполнение репродуктивной функции, что и определяет значение андросексологического блока.

Тем не менее, при более детальном рассмотрении вопроса выявляется более широкий смысл понятия «мужское здоровье», распространяющийся на сферу компетенции иных дисциплин.

При этом отмечается закономерность, согласно которой актуальность одних из блоков нивелируется нарушением функционирования других.

В этой связи необходимо выделять иерархию содержания тезауруса понятийной сферы «мужское здоровье» в рамках своеобразной пирамиды, где без надлежащего функционирования – то есть собственно «здоровья» – нижних ярусов высшие представляются менее актуальными – и, наоборот, при достаточном функционировании нижних ярусов возрастает понимание значимости, с точки зрения общественного мнения, верхних ярусов пирамиды (рисунок). Не последнюю роль в формировании все большего числа вышерасположенных блоков играет развитие общества как такового, а также составляющих его индивидов. При этом под развитием об-



Иерархия блоков, включаемых в понятие «мужское здоровье»

¹ В контексте рассматриваемой проблемы нам представляется возможным говорить о специфическом ракурсе рассмотрения антропологических знаний, который можно было бы определить как «андроантропологический».

щества понимается как техническое его развитие, так и экономическое, социальное, культурное, которые диктуют все новые условия жизни и связанные с ними задачи, выявляющие и обнажающие различные грани понятия «мужского здоровья».

На нижнем ярусе пирамиды «мужского здоровья» расположен разобранный выше андрологический блок, который можно назвать наиболее «филогенетически ранним» в формировании понятия «мужское здоровье». За ним расположен сомато-ориентированный блок, который, по сравнению с первым, менее актуализируется, но, тем не менее, звучит фоном для всей пирамиды, что объясняется обобщенностью понятия «соматическое здоровье» для обоих полов в представлениях социума, несмотря на явные гендерные отличия соматической составляющей, обуславливающие подверженность мужчин определенным соматическим заболеваниям (как, например, патология сердечно-сосудистой системы) в значительно большей мере, чем женщин.

Не последнюю роль в формировании актуальности данного блока играют вопросы профориентации и профпригодности к выполнению исконно мужских видов деятельности, которые напрямую зависят от соматического здоровья мужчины. С сомато-ориентированным блоком тесно связан медико-социальный блок.

Выше него располагается этолого-психологический блок. Проблемам нарушения гендерно-ролевой позиции индивида, особенно стилистически конативным деформациям, в последнее время придается наибольшее значение. Не послед-

нюю роль в этом играет невозможность поддержания биологической роли мужского пола в случае ее нарушения.

Также достаточно весомое значение имеет ролевая позиция мужчины в семье при сохранности гендерно-ролевой составляющей. В этой связи является оправданным размещение культурологического блока непосредственно над этолого-психологическим.

Теоретико-онтогенетический блок приобрел наибольшую актуальность в конце XX – начале XXI веков после бурного дискурсивного развития определяющих его дисциплин.

Расположенность философско-аксиологического блока на верхнем ярусе пирамиды согласуется с иерархией ценностных ориентиров, отраженных в пирамиде Маслоу.

Отраженные в философских концепциях вопросы положения мужского пола в «системе мира» приобретают актуальность и включаются в понятие «мужского здоровья» лишь в качестве дополнительных, аранжирующих, при полном раскрытии предыдущих блоков. Однако их влияние несомненно и определяет в качестве своеобразного фона дискурсивные особенности всех иных блоков.

Таким образом, можно сделать вывод, что понятие «мужское здоровье», изначально охватывающее четко отграниченную область компетенции одного лишь андрологического блока, постепенно расширяется, вовлекая все большее число дисциплин и приобретая метадисциплинарный характер. Развитие общества выявляет все большее число проблем «мужского здоровья», подталкивает к их решению, тем самым раздвигая рамки как самого понятия «мужское здоровье», так и спектр дисциплин, на которые возлагается решение проблемы.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

НЕХВАТКА "СОЛНЕЧНОГО" ВИТАМИНА ВЫЗЫВАЕТ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Низкий уровень витамина D связан со значительным риском возникновения сердечных приступов и преждевременной смерти, полагают датские учёные из Копенгагенского университета и университетской больницы Rigshospitalet.

Учёные проанализировали сведения о 10 тыс. участников исследования Copenhagen City Heart Study и пришли к выводу, что существует устойчивая статистическая корреляция между

низким уровнем витамина D и высоким риском сердечных болезней и ранней смерти. В частности, низкое содержание витамина в сравнении с оптимальным уровнем связано с повышением риска ишемической болезни сердца на 40%, сердечных приступов - на 64%, ранней смерти - на 57%, а смерти от сердечного заболевания - не менее чем на 81%.

Объяснить это можно тем, что низкая концентрация "сол-

нечного" витамина напрямую приводит к проблемам с сердцем и летальному исходу. Однако вероятно и то, что дефицит витамина может быть маркером плохого состояния здоровья в целом.

Результаты исследования опубликованы в журнале *Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology*.

science.compulenta.ru