

Андрологические аспекты перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки

М.А. Нуртдинов¹, А.Г. Хасанов¹, У.М. Хабибуллин²

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России; Россия, 450000, Республика Башкортостан, Уфа, ул. Ленина, 3;

²ГБУЗ «Бурзянская центральная районная больница» Минздрава Республики Башкортостан; Россия, 453580, Республика Башкортостан, Бурзянский р-н, с. Старосубхангулово, ул. Уральская, 7

Контакты: Марат Акдасович Нуртдинов nurtdinovma68@mail.ru

По шкале векторного определения половой конституции исследованы 115 больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки в трех возрастных группах: 1-я – от 18 до 28 лет, 2-я – от 29 до 56 лет и 3-я – старше 57 лет. По данной шкале определяются следующие показатели: I вектор – возраст пробуждения либидо; II – возраст первой эякуляции; III – трохантерный индекс (отношение роста к длине ноги); IV – характер оволосения лобка; V – максимальный эксцесс; VI – время вхождения в полосу условно-физиологического ритма после женитьбы (рассчитывается по времени стабилизации половой активности); VII – время вхождения в полосу условно-физиологического ритма (абсолютный возраст). Статистический анализ проводили в среде Statistica 12 Trial, с вычислением критерия χ^2 с поправкой Йетса и аппроксимацией переменных. Установлено, что у пациентов с прободной язвой отмечаются разнообразные дисгармонии пубертатного развития. В возрасте от 18 до 28 лет (до вступления в брак) прободная язва встречается на фоне ретардации полового развития, высокой половой активности и периодов абстиненции. В возрасте от 28 до 56 лет перфоративная язва протекает на фоне средней половой конституции (торможения пубертатных проявлений) с высокой эксцессивной практикой половых актов. У пациентов старше 57 лет прободение возникает на фоне высокой половой конституции и активности.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, перфоративная язва, половая конституция, трохантерный индекс, ретардация полового развития, торможение пубертатных проявлений, условно-физиологический ритм (стабилизация половой активности), максимальный эксцесс, оволосение лобка, первая эякуляция, возраст пробуждения либидо

DOI: 10.17650/2070-9781-2015-1-45-48

Andrological aspects of the perforative ulcer of the duodenum

M.A. Nurtdinov¹, A.G. Khasanov¹, U.M. Khabibullin²

¹Bashkir State Medical University, Ministry of Health of Russia; 3 Lenina St., Ufa, Republic of Bashkortostan, 450000, Russia;

²Burzyan Central District Hospital, Ministry of Health of the Republic of Bashkortostan; 7 Uralskaya St., Starosubkhangulovo settlement, Burzyan district, Republic of Bashkortostan, 453580, Russia

Authors on a scale of vector definition of the sexual constitution investigated 115 patients with a perforative ulcer of a duodenum, in three age groups: the 1st from 18 to 28 years, the 2nd from 29 to 56 years and the 3rd is more senior than 57 years. In this scale the following criteria are defined: the I vector – awakenings a libido; II – age of the first ejaculation; III – a trochanteric index (growth relation to foot length); IV – character of pilosis of a pubis; V – the maximum excess; VI – times of entry into a strip of a conditional and physiological rhythm after a marriage (pays off on time of stabilization of sexual activity); VII – time of entry into a strip of a conditional and physiological rhythm – absolute age. The statistical analysis was carried out in the environment of Statistica 12 Trial, with calculation of criterion of Chi-square with Yates's amendment and approximation of variables. It is established that at patients with a perforative ulcer various disharmonies of adolescence development are noted. Aged from 18 till 28 years (before marriage) the perforative ulcer meets against a retardation of sexual development, high sexual activity and the periods of abstinency. Aged from 28 till 56 years the perforative ulcer proceeds against the average sexual constitution (breaking the adolescence of manifestations) with high excess practice of sexual intercourses and breaking the adolescence of manifestations. At patients 57 years are more senior perforation arises against the high sexual constitution and activity.

Key words: stomach ulcer of a duodenum, perforative ulcer, sexual constitution, trochanteric index, retardation of sexual development, breaking adolescence of manifestations, conditional physiological rhythm (stabilization of sexual activity), maximum excess, pubis pilosis, first ejaculation, age of awakening of a libido



Введение

В настоящее время в патогенезе язвенной болезни наибольшее внимание уделяется изучению особенностей вегетации *Helicobacter pylori* в слизистой оболочке желудка [1]. Однако в ряде исследований отмечается зависимость течения дуоденальной язвы от гормонального фона [2–5]. В то же время гормональный статус весьма вариабелен и сильно зависит от питания, влияния стрессовых факторов и проч. Ряд авторов полагают, что интегральной характеристикой гормонального профиля, позволяющей избежать лонгитюдных исследований, является анализ половой конституции (ПК), который позволяет составить представление об усредненных показателях выброса гормонов в течение всей жизни человека [6].

ПК – совокупность устойчивых биологических свойств организма, сложившихся под влиянием наследственности и условий развития во внутриутробном периоде и раннем детстве. Она является интегральной характеристикой онтогенеза, одним из аспектов общей конституции человека. От ПК зависит индивидуальная устойчивость к негативным влияниям ряда факторов (сильных стрессов, интоксикаций, заболеваний и др.). При низких параметрах ПК даже слабое вредное воздействие может послужить толчком к развитию нарушений [6].

Целью исследования было изучение ПК у мужчин с перфоративной дуоденальной язвой.

Материалы и методы

Обследованы 115 мужчин, оперированных по поводу прободной язвы двенадцатиперстной кишки, в возрасте от 18 до 76 лет, средний возраст – $37,6 \pm 12,7$ года. При обследовании по шкале векторного определения ПК, разработанной Г.С. Васильченко (1970), все больные были разделены на 3 группы: 1-я группа – 34 пациента в переходном периоде (18–28 лет), 2-я – 46 мужчин в периоде условно-физиологического ритма (УФР) (29–56 лет) и 3-я – 35 пациентов в инволюционном периоде (старше 56 лет). В качестве сопоставления были выделены 3 контрольные группы: 1-я – 24 пациента в переходном периоде, 2-я – 34 мужчины в периоде УФР и 3-я – 25 пациентов в инволюционном периоде. Основные и контрольные группы были рандомизированы по длительности язвенного анамнеза и размерам язвы.

В основной группе всем больным выполнено ушивание язвы. В контрольных группах при обострении заболевания проводилась стандартная тройная терапия. Кроме рутинных методов обследования (эндоскопия, лабораторные методы и др.) мы применяли шкалу векторного определения ПК с заполнением стандартной анкеты-опросника [6]. Использование данной шкалы в значительной степени обеспечивает лонгитюдный подход. Шкала векторного определения ПК мужчины предусматривает учет 7 независимых пока-

зателей. Для удобства применения шкалы мы пользовались градацией по возрасту, предложенной В.С. Васильченко (1970), поскольку данное распределение позволяет косвенно упорядочить мужчин по уровню гормонов. Автор выделил следующие возрастные периоды у мужчин: переходный период (18–28 лет), период УФР (29–56 лет) и инволюционный период (старше 56 лет). Наиболее важным в шкале векторного определения ПК нам представляется показатель трохантерного индекса (отношение роста к длине ноги), который является отпечатком на костном скелете гормональной насыщенности в пубертате.

Практическое использование шкалы в простейшем варианте предполагает следующее:

1) определение исходных индексов (от 1 до 9) для каждого из 7 векторов (определение исходных индексов по VI и VII векторам (время вхождения в полосу УФР после женитьбы и абсолютный возраст вхождения в полосу УФР) производится только у обследуемых, которые имеют регулярные сношения в течение многих лет);

2) суммирование полученных исходных индексов;

3) деление полученной суммы на общее число учитывавшихся исходных индексов.

Полученная средняя арифметическая величина представляет общий индекс, характеризующий ПК обследуемого: 1 (1–1,5) – чрезвычайно слабая; 2 (1,6–2,5) – очень слабая; 3 (2,6–3,5) – слабая; 4 (3,6–4,5) – несколько ослабленный вариант средней; 5 (4,6–5,5) – средняя; 6 (5,6–6,5) – сильный вариант средней; 7 (6,6–7,5) – сильная; 8 (7,6–8,5) – очень сильная; 9 (8,6–9) – чрезвычайно сильная.

Введение в шкалу VI и VII векторов продиктовано необходимостью опоры на показатели, характеризующие стабилизированный уровень зрелой сексуальности, максимально приближенный к той индивидуальной, конституционально обусловленной внутренней потребности, которая выявляется по миновании эксцессов медового месяца, с утратой новизны и в ходе постепенного привыкания к ситуации практически неограниченной доступности коитуса. При внимательном сопоставлении всех векторов шкалы можно отметить, что они по ряду признаков естественно разделяются на две категории, резко отличающиеся прежде всего по степени доступности произвольным воздействиям. Так, наличие эксцессов (вектор V) в значительной степени определяется произвольной установкой (по крайней мере в направлении минимализации). Точно так же и возраст вхождения в полосу УФР (векторы VI и VII) может устанавливаться с ориентировкой не на индивидуальную потребность, а на факторы хотя и случайные, но отличающиеся достаточной устойчивостью. В противоположность этому векторы I и II (возраст пробуждения сексуального компонента либидо и возраст первой эякуляции), а также III и IV (тро-

хантерный индекс и характер лобкового оволосения) определяются преимущественно действием внутренних факторов и при выраженной задержке эндогенного развития полностью исключают возможность произвольных воздействий даже в объеме самой незначительной модификации. Кроме того, обе категории параметров, используемых в шкале, резко дифференцируются и по другому признаку: векторы V–VII проявляются главным образом в переходном и зрелом периодах и характеризуются широким диапазоном вариаций в динамике, векторы же I–IV, выявившись в пубертатном периоде, сохраняют затем свою числовую характеристику неизменной.

Поскольку I–IV векторы тесно связаны с генотипом обследуемого (в то время как векторы V–VII не только показывают более «рыхлую» связь с генотипом, но и в значительной степени сами по себе отражают половую активность, способную воздействовать на имеющиеся фенотипические проявления ПК, укрепляя или расшатывая ее), они могут учитываться как в совокупности, так и в более дифференцированных группировках:

- K_r – генотипический индекс ПК; выражается средней арифметической величиной векторов I–IV;
- K_a – конституционально модулированный индекс половой активности; выражается средней арифметической величиной векторов V–VII;
- K_f – фенотипический индекс ПК; выражается средней арифметической величиной из всего доступного исчислению набора векторов (I–VII).

Статистический анализ проводили в среде Statistica 12 Trial; вычисляли критерий χ^2 с поправкой Йетса с аппроксимацией переменных.

Результаты

У 76,8 % пациентов 1-й (основной и контрольной) группы и 81,6 % больных 2-й (основной и контрольной) группы длительность заболевания была более 3 лет. Наибольшее число больных в 1-й группе было с длительностью анамнеза 4–5 лет (35,8 %), в то время как во 2-й группе – 6–7 лет (31,7 %), в 3-й (основной и контрольной) – более 7 лет (38,6 % больных).

В 1-й основной группе I вектор шкалы (возраст пробуждения либидо) составил $2,5 \pm 0,2$ и был отнесен к очень слабому варианту ПК. В 1-й контрольной группе данный показатель был существенно выше и составил $4,1 \pm 0,4$ – несколько ослабленный вариант средней ПК ($\chi^2: p = 0,2346$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,4494$).

Во 2-й основной группе I вектор шкалы незначительно отличался от 1-й группы ($2,8 \pm 0,1$ – слабая ПК). В то же время во 2-й контрольной группе показатель составил $4,8 \pm 0,6$ (средняя ПК; $\chi^2: p = 0,2776$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,4761$)

В 3-й основной группе I вектор соответствовал средней ПК ($5,1 \pm 0,1$), в 3-й контрольной группе его

значение составило $6,9 \pm 0,7$ (сильная ПК; $\chi^2: p = 0,2889$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,4578$).

Индексы II вектора (возраст первой эякуляции) соответствовали несколько ослабленному варианту средней ПК в 1-й ($4,1 \pm 0,1$) и 2-й ($3,6 \pm 0,2$) основных группах и сильной ПК в 3-й основной группе ($6,1 \pm 0,2$). В контрольных группах его значения составили соответственно $4,9 \pm 0,3$ (средняя ПК; $\chi^2: p = 0,4245$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,6621$); $5,0 \pm 0,2$ (средняя ПК; $\chi^2: p = 0,4542$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,6935$) и $8,1 \pm 0,3$ (очень сильная ПК; $\chi^2: p = 0,2942$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,4530$).

Показатель III вектора (трохантерный индекс) был резко снижен в 1-й основной группе ($1,1 \pm 0,2$) и соответствовал чрезвычайно слабому варианту ПК, в то время как в 1-й контрольной группе он достиг $1,8 \pm 0,3$ (слабая ПК; $\chi^2: p = 0,3878$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,7910$).

Вторая ($4,6 \pm 0,1$) и 3-я ($5,1 \pm 0,3$) основные группы по показателю трохантерного индекса были отнесены к средней ПК. В соответствующих контрольных группах индексы III вектора составили $5,9 \pm 0,3$ ($\chi^2: p = 0,4504$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,6667$) и $6,1 \pm 0,2$ (сильный вариант средней ПК) ($\chi^2: p = 0,4285$, χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,6448$).

В основных группах незначительно отличались индексы характера оволосения лобка (IV вектор) (1-я группа – $3,3 \pm 0,2$, слабая ПК; 2-я – $4,6 \pm 0,1$, средняя ПК и 3-я – $4,1 \pm 0,3$, несколько ослабленный вариант средней). В контрольных группах данный показатель составлял соответственно $4,3 \pm 0,1$ (несколько ослабленный вариант средней ПК; $\chi^2: p = 0,4263$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,6954$), $5,6 \pm 0,3$ ($\chi^2: p = 0,4504$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,6667$) и $5,7 \pm 0,1$ (сильный вариант средней ПК; $\chi^2: p = 0,2799$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,4613$).

V вектор (максимальный эксцесс) был одинаковым в 1-й и 2-й основных группах ($4,25 \pm 0,1$ – несколько ослабленный вариант средней ПК), выше в 3-й основной группе ($6,2 \pm 0,1$ – сильный вариант средней ПК). В контрольных группах он составил соответственно $4,7 \pm 0,1$ ($\chi^2: p = 0,4245$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,6621$), $4,9 \pm 0,2$ ($\chi^2: p = 0,4542$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,6935$) и $7,7 \pm 0,2$ ($\chi^2: p = 0,2942$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,4530$).

Индекс времени вхождения в полосу УФР после женитьбы (VI вектор) у пациентов 2-й и 3-й групп соответствовал слабой ПК ($2,9 \pm 0,2$) и ослабленному варианту средней ($3,9 \pm 0,3$); в контрольных группах – соответственно $4,0 \pm 0,2$ ($\chi^2: p = 0,4539$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,7251$) и $5,0 \pm 0,1$ ($\chi^2: p = 0,4332$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,6721$).

Индекс VII вектора (абсолютный возраст вхождения в полосу УФР) во 2-й ($3,3 \pm 0,1$) и 3-й группах ($6,1 \pm 0,3$) соответствовал слабой ПК и сильному варианту средней ПК. В группах сравнения он составил $4,0 \pm 0,2$ ($\chi^2: p = 0,4539$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,7251$)

и $6,9 \pm 0,1$ ($\chi^2: p = 0,4223$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,6212$) соответственно.

Анализ K_r ($2,75 \pm 0,01$) у пациентов 1-й основной группы выявил ретардацию пубертатного периода. В 1-й контрольной группе $K_r = 3,75 \pm 0,02$ ($\chi^2: p = 0,4263$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,6954$).

Во 2-й основной группе $K_r = 4,4 \pm 0,2$; в контроле — $5,3 \pm 0,1$ ($\chi^2: p = 0,4542$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,6935$).

В 3-й основной группе $K_r = 5,1 \pm 0,2$; в 3-й контрольной — $6,7 \pm 0,2$ ($\chi^2: p = 0,2889$; χ^2 с поправкой Йетса: $p = 0,4578$).

Анализ структуры половых расстройств не выявил повреждений нейрогуморальной, эякуляторной, эрекционно-эякуляторной составляющих.

Выводы

Таким образом, конституциональные показатели были наименьшими у молодых мужчин и соответствовали торможению или даже ретардации пубертатного периода в анамнезе. У пациентов в возрасте 18–28 лет язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки принимала агрессивное течение на фоне периодов сексуальной абстиненции. В то же время у мужчин с прободной дуоденальной язвой в периоде зрелости преобладали явления торможения пубертатных проявлений на фоне эксцессивной практики. В инволютивном периоде манифестация язвенной болезни в виде перфорации происходила в случае, если конституциональные признаки соответствовали средней или сильной ПК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мовчан К.Н. Хроническая неосложненная язва двенадцатиперстной кишки как проблема хирургии. СПб.: Гиппократ, 1997. [Movchan K.N. Uncomplicated chronic duodenal ulcer as a surgery problem. St. Petersburg: Hippocrates, 1997. (In Russ.)].
2. Галимов О.В., Сакаев Э.М. Корреляция конституциональных типов с течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у мужчин. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 1996;6(4):59. [Galimov O.V., Sakayev E.M. Correlation of constitutional types in the course of duodenal ulcer of males. Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii = Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology 1996;6(4):59. (In Russ.)].
3. Кирпатовский И.Д., Ковальчук И.А. Половая функция у мужчин после хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия 1985;(9):34–7. [Kirpatovskiy I.D., Kovalchuk I.A. Sexual function of males after surgical treatment of gastric ulcer and duodenal ulcer. Khirurgiya = Surgery 1985;(9):34–7. (In Russ.)].
4. Ковальчук И.А. Андрологические аспекты хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1986. [Kovalchuk I.A. Andrology aspects of surgical treatment of gastric ulcer and duodenal ulcer. Author's abstract ... of doctor of medical sciences. Moscow, 1986. (In Russ.)].
5. Нуртдинов М.А. Оптимизация хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в хирургической клинике. Дис. ... д-ра мед. наук. Уфа, 2005. [Nurtdinov M.A. Optimization of surgical treatment of gastric ulcer and duodenal ulcer in surgical clinic. Thesis ... of doctor of medical sciences. Ufa, 2005. (In Russ.)].
6. Васильченко Г.С. Частная сексопатология. М., 1977. [Vasilchenko G.S. Private sexopathology. Moscow, 1977. (In Russ.)].