

# СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОЙ КОНСТИТУЦИИ И ПОЛОВОГО ДИМОРФИЗМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ УРЕТРОГЕННЫМ ПРОСТАТИТОМ

*[Ю. Ю. Винник](#)*

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России (г. Красноярск)*

В статье представлены результаты исследования полового диморфизма и половой конституции 306-ти молодых мужчин различных соматотипов (астенического, нормостенического и пикнического), страдающих хроническим уретрогенным простатитом. Установлено, что 39,5 % обследуемых пациентов относится к андроморфам, 55,2 % — к мезоморфам. Мужчины астенического соматотипа имели несколько ослабленный вариант средней половой конституции, нормостенического — среднюю половую конституцию, мужчины пикнического соматотипа — слабую половую конституцию.

*Ключевые слова:* хронический уретрогенный простатит, половая конституция.

**Винник Юрий Юрьевич** — кандидат медицинских наук, докторант кафедры анатомии и гистологии человека, доцент кафедры урологии, андрологии, сексологии ИПО ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого», рабочий телефон: 8 (391) 220-15-99, e-mail: vinnik33@mail.ru

---

*Введение.* За последнее время в Российской Федерации отмечено значительное увеличение количества случаев заболевания хроническим уретрогенным простатитом (ХУП). По сведениям современных урологов, частота этой патологии колеблется на уровне 30 % у мужчин молодого возраста [1, 2]. Увеличение заболеваемости ХУП обусловлено эпидемическим распространением инфекции, передаваемой половым путём (ИППП), социально-экономическим расслоением общества, урбанизацией, изменением полового поведения мужчин и женщин [3, 4].

Клиническая картина ХУП характеризуется большим полиморфизмом, что является причиной более позднего выявления заболевания. Жалобы больных ХУП проявляются тремя симптомокомплексами: болевым, дизурическим и половым (сексуальным) [5]. Несмотря на многочисленные исследования отечественных и зарубежных учёных, половой синдром не всегда можно отнести к последствиям воспалительных изменений

в простате и уретре, а некоторые вопросы нарушения сексуальной функции при ХУП остаются дискуссионными и требуют более глубокого изучения [6, 7].

Кроме того, на сегодняшний день остаются недостаточно изученными фундаментальные основы половых нарушений у больных ХУП, в том числе в зависимости от типа телосложения мужчины. Решение этого вопроса позволит стандартизировать научные знания об индивидуальной изменчивости проявлений заболевания простаты и использовать её влияние на проводимое лечение ХУП.

*Цель исследования:* выявить особенности половой конституции (ПК) и полового диморфизма у пациентов ХУП в зависимости от соматотипа.

*Материал и методы.* Объектом исследования явились 306 мужчин, страдающих ХУП, в возрасте от 22 до 35 лет и 60 простатомочепузырных комплексов, полученных от трупов лиц мужского пола этого же возрастного периода. Изучение мужчин первого периода зрелого возраста (22–35 лет), согласно схеме возрастной периодизации онтогенеза человека, принятой на VII Всесоюзной конференции по проблемам возрастной морфологии, физиологии и биохимии АПН СССР в 1965 году, выбрано не случайно. По современным представлениям, занимая центральное место в сложной цепи физиологических изменений репродуктивной системы мужчины, простата окончательно формируется к 20–22 годам, а уже после 35–37 лет прослеживается тенденция к её пролиферативному росту и физиологической инволюции [8, 9]. Все исследуемые пациенты проживали в течение всей жизни в климатогеографических условиях г. Красноярск.

При соматотипировании мужчин по схеме L. Rees — H. J. Eisenck использовали показатели поперечного и продольного размеров скелета [10], которые менее всего изменяются в течение онтогенетического цикла индивида [11]. Схема отличается исключительной простотой и широко распространена в клинической практике за рубежом [12]. Соматотип устанавливается на основании величины индекса, вычисляемого по формуле: индекс Rees-Eisenck = длина тела × 100 / поперечный диаметр грудной клетки × 6. У мужчин, имеющих величину индекса до 96-ти, соматотип определяется как пикнический. Величина индекса от 96-ти до 106-ти характерна для нормостенического соматотипа. Значения индекса Rees-Eisenck свыше 106-ти позволяют отнести обследуемого к астеническому типу.

Кроме того, для оценки полового диморфизма мужчин, страдающих ХУП, высчитывали индекс Таннера (индекс полового диморфизма), который определяли по формуле: индекс Таннера = 3 × размер акромиального диаметра (ширина плеч) — размер гребневого диаметра (ширина таза). Под инверсией полового диморфизма у обследуемых мужчин подразумевалась гинекоморфия. Мезоморфия считалась лёгким вариантом дисплазии полового диморфизма. При значении индекса Таннера < 83,7 мы диагностировали гинекоморфию, при значении его > 93,1 — андроморфию, при значении  $83,7 \geq$  и  $\leq 93,1$  — мезоморфию.

Для интегральной оценки ПК, опирающейся как на функциональные, сексологические, так и на объективные антропологические показатели, использовалась шкала векторного определения ПК мужчины, предложенная Г. С. Васильченко с соавт. [13]. Шкала векторного определения ПК предусматривала учёт семи показателей, параметризуемых независимо друг от друга, и использовалась следующим образом:

1. Определялись исходные индексы (1–9 по целым цифрам верхнего цифрового ряда) для каждого из семи векторов.
2. Суммировали полученные исходные индексы.
3. Делили полученную сумму на общее число учитывающихся сходных индексов.

Полученная нами средняя арифметическая представляла общий индекс, характеризующий ПК обследуемого (слабую, среднюю, сильную и их пограничные варианты).

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 в определённой степени воздействовать на имеющиеся фенотипические проявления половой конституции, укрепляя или расшатывая её), они могут учитываться как в совокупности, так и в более дифференцированных группировках.

Статистическая обработка результатов выполнялась путём вычисления среднего значения исследуемых величин ( $M$ ), средней ошибки ( $m$ ) для каждого показателя. Оценка достоверности различий между данными до и после лечения проводилась с использованием  $t$ -критерия Стьюдента.

*Результаты исследования и осуждение.* После проведения антропометрии и расчёта компонентов сомы все мужчины на основе индекса Rees-Eisenck были представлены тремя соматотипами: астеническим, нормостеническим и пикническим (табл. 1).

Таблица 1

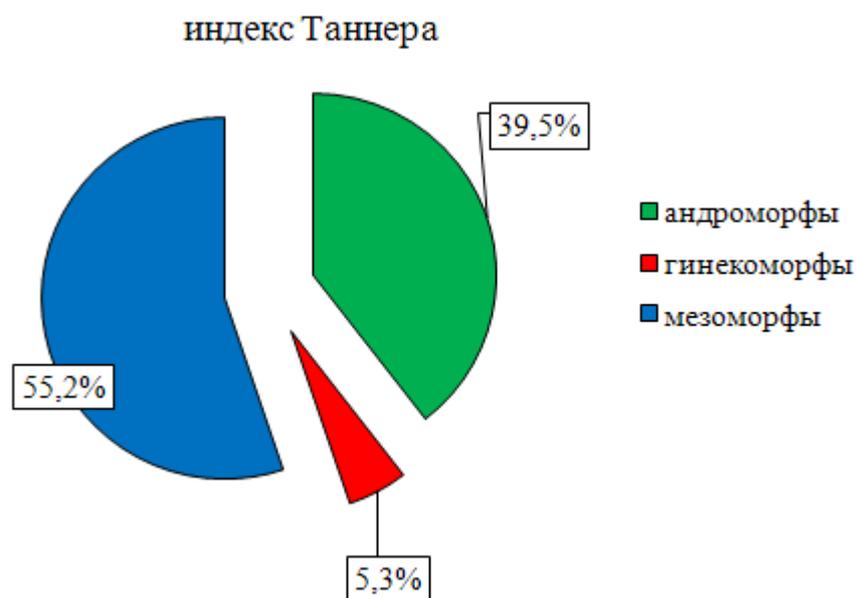
#### Распределение больных ХУП по возрасту и соматотипам

Соматотип	Астенический	Нормостенический	Пикнический	Всего
n	83	133	90	306
%	27,1	43,5	29,4	100
Возраст	27,84 ± 0,40	28,24 ± 0,33	28,63 ± 0,39	28,25 ± 0,21
Индекс Rees-Eisenck	109,58 ± 0,41	98,59 ± 0,18	88,56 ± 0,48	98,62 ± 0,49

Среди пациентов ХУП большинство мужчин относится к нормостеническому типу конституции (43,5 %). Пикнический соматотип имели 29,4 % пациента, астенический соматотип регистрировался реже. Средний возраст больных ХУП во всех группах соматотипов достоверно не различался.

При оценке полового диморфизма индекс Таннера имел диапазон значений от 34 до 109 ед. Практически все обследуемые мужчины (39,5 %) относились к андроморфам (индекс Таннера от 93,5 до 109 ед.) и мезоморфам (55,2 %), которые в основном представлены пациентами ХУП пикнического соматотипа с индексом Таннера от 84 до 93 ед., и только незначительная часть из них 5,3 % — к гинекоморфам: больные ХУП пикнического соматотипа с индексом Таннера от 34 до 83,5 ед. Таким образом, среди больных ХУП практически отсутствуют мужчины, характеризующиеся инверсией полового диморфизма. Следовательно, в исследуемой нами популяции больных ХУП практически отсутствуют мужчины, характеризующиеся дисплазией и инверсией полового диморфизма, что даёт основание подвергать мужчин-андроморфов и мужчин-

мезоморфов более длительному диспансерному наблюдению после лечения ИППП для профилактики развития ХУП (см. рис.).



Величина индекса Таннера у больных ХУП

Антропометрические измерения с последующим соматотипированием и построением морфограмм у больных ХУП не обеспечивают всесторонней оценки ПК, потому что не учитывают функциональные проявления сексуальности. Мы провели интегральную оценку ПК у пациентов с ХУП при помощи Шкалы векторного определения ПК у мужчин, основывающейся на учёте пяти показателей, параметрирующих независимо друг от друга (VI и VII показатели не учитывались, так как не все обследуемые мужчины имели постоянного полового партнёра на протяжении последних лет). После определения исходных индексов получали среднюю арифметическую, характеризующую ПК или  $K_{\phi}$  (фенотипический индекс ПК) обследуемого мужчины. Кроме того, вычисляли  $K_r$  (генотипический индекс ПК), выражающийся средней арифметической векторов I–IV и  $K_a$  (конституционально-модулированный индекс половой активности ПК), выражающийся средней арифметической вектора V.

Таблица 2

#### Характеристика половой конституции больных ХУП

Вектора	$M \pm m$	Индексы
I. Возраст пробуждения сексуального либидо, годы	$13,53 \pm 0,10$	5
II. Возраст первой эякуляции, годы	$16,06 \pm 0,09$	3
III. Трохантерный индекс, число	$1,94 \pm 0,003$	4
IV. Характер оволосения лобка, баллы	$4,52 \pm 0,09$	5
V. Максимальный эксцесс, число	$4,46 \pm 0,11$	4
ПК ( $K_{\phi}$ )	—	4,2

## Характеристика половой конституции у больных ХУП различных соматотипов

Вектора	Астенический		Нормостенический		Пикнический		Значимость различий
	М ± m	Индексы	М ± m	Индексы	М ± m	Индексы	
I.	13,31 ± 0,14	5	12,79 ± 0,13	6	14,82 ± 0,20	3	p <sub>1,3</sub> < 0,001 p <sub>2,3</sub> < 0,001
II.	16,94 ± 0,15	2	15,22 ± 0,12	4	16,48 ± 0,20	3	p <sub>1,2</sub> < 0,001 p <sub>2,3</sub> < 0,001
III.	1,92 ± 0,004	4	1,95 ± 0,005	5	1,95 ± 0,004	5	p <sub>1,2</sub> < 0,001 p <sub>1,3</sub> < 0,001
IV.	4,61 ± 0,14	5	5,20 ± 0,13	5	3,42 ± 0,16	3	p <sub>1,2</sub> < 0,02 p <sub>1,3</sub> < 0,001 p <sub>2,3</sub> < 0,001
V.	4,19 ± 0,16	4	5,62 ± 0,15	6	3,00 ± 0,14	3	p <sub>1,2</sub> < 0,001 p <sub>1,3</sub> < 0,001 p <sub>2,3</sub> < 0,001
(К <sub>ф</sub> )	—	4	—	5,2	—	3,4	p <sub>1,2</sub> < 0,001 p <sub>1,3</sub> < 0,001

Установлено, что средняя ПК мужчин, страдающих ХУП (табл. 2), характеризуется как несколько ослабленный вариант средней конституции (индекс равен 4,2). После распределения пациентов по соматотипам была проведена сравнительная оценка их ПК (табл. 3).

Таким образом, мужчины астенического соматотипа имели несколько ослабленный вариант средней ПК (индекс равен 4), мужчины нормостенического соматотипа — среднюю ПК (индекс равен 5,2), а мужчины пикнического соматотипа — слабую ПК (индекс равен 3,4). Эти данные позволяют индивидуализировать терапевтические мероприятия при назначении лечения ХУП у мужчин, относящихся к различным соматотипам.

## Список литературы

1. Молочков В. А. Хронический уретрогенный простатит / В. А. Молочков, И. И. Ильин. — М. : Медицина, 2004. — 288 с.
2. Тиктинский О. Л. Андрология / О. Л. Тиктинский, С. Н. Калинина, В. В. Михайличенко. — М. : МИА, 2010. — 576 с.
3. Калинина С. Н. Клинико-иммунологические нарушения у больных хроническим простатитом, обусловленным урогенитальной инфекцией / С. Н. Калинина, О. Л. Тиктинский, В. П. Александров // Урология. — 2006. — № 3. — С. 74–79.
4. Пушкарь Д. Ю. Хронический простатит : что нас тревожит? / Д. Ю. Пушкарь, А. С. Сегал // Андрология и генитальная хирургия. — 2008. — № 1. — С. 43–46.
5. Кульчавеня Е. В. Простатит : диагностика и лечение : руководство / Е. В. Кульчавеня, А. И. Неймарк. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 256 с.
6. Простатит / Под ред. П. А. Щеплёва. — М. : МЕДпресс-информ, 2007. — 232 с.
7. Shamloul R. Chronic Prostatitis in Premature Ejaculation / R. Shamloul, A. Nashaar // J. Sex. Med. — 2006. — N 3. — P. 150–154.

8. Андрейчиков А. В. Урология ab ovo / А. В. Андрейчиков. — Красноярск : КрасГМА, 2000. — 97 с.
9. Вартапетов Б. А. Предстательная железа и возрастные нарушения половой деятельности / Б. А. Вартапетов, А. Н. Демченко. — Киев : «Здоров'я», 1975. — 216 с.
10. Rees Z. A. A factorial study of some morphological aspects of human constitution / Z. A. Rees, H. Eisenck // J. mental. Sci. — 1945. — Vol. 91, N 386. — P. 8–21.
11. Онтогенетическая динамика индивидуально-типологических особенностей организма человека / В. В. Гребенникова, В. П. Ефремова, В. Г. Николаев [и др.]. — Красноярск : Изд-во КрасГМА, 2001. — 148 с.
12. Николаев В. Г. Методология современной клинической антропологии / В. Г. Николаев, Л. В. Николаева, Н. Н. Николаева // Сиб. мед. обозрение. — 2006. — № 1. — С. 50–54.
13. Общая сексопатология : руководство для врачей / Г. С. Васильченко, И. Л. Ботнева, Ю.Ю. Винник [и др.] ; под ред. Г. С. Васильченко. — М. : Медицина, 2005. — 512 с.

## MODERN FEATURES OF SEXUAL CONSTITUTION AND SEXUAL DIMORPHISM AT PATIENTS WITH CHRONIC URETHROGENIC PROSTATITIS

*Y. Y. Vinnik*

*SBEI HPE «Krasnoyarsk State Medical University n. a. professor V.F.Voyno-Yasenetsky of Ministry of Health» (с. Krasnoyarsk)*

Results of research of sexual dimorphism and the sexual constitution of 306 young men of various somatotype (asthenic, normosthenic and pyknic), suffering from chronic urethrogenic prostatitis, are presented in the article. It is established that 39,5% of surveyed patients belong to andromorphs, 55,2% — to mesomorphs. Men of asthenic somatotype had a little weakened version of the average sexual constitution, men of normosthenic somatotype — the average sexual constitution, and men of pyknic somatotype — the weak sexual constitution.

**Keywords:** chronic urethrogenic prostatitis, sexual constitution.

---

### About authors:

**Vinnik Yury Yuryevich** — candidate of medical sciences, doctoral candidate of human anatomy and histology chair, assistant professor of urology, andrology and sexology chair of PGE at SBEI HPE «Krasnoyarsk State Medical University n. a. professor V.F.Voyno-Yasenetsky of Ministry of Health», office phone: 8 (391) 220-15-99, e-mail: vinnik33@mail.ru

## List of the Literature:

1. Molochkov V. A. Chronic urethrogenic prostatitis / V. A. Molochkov, I. I. Ilyin. — M: Medicine, 2004. — 288 P.
2. Tiktinsky O. L. Andrology / O. L. Tiktinsky, S. N. Kalinina, V. V. Mikhaylichenko. — M: MIA, 2010. — 576 P.
3. Kalinina S. N. Clinical and immunological disturbances at patients with chronic prostatitis caused by urogenital by infection / S. N. Kalinina, O. L. Tiktinsky, V. P. Aleksandrova // Urology. — 2006. — № 3. — P. 74-79.
4. Pushkar D. Y. Chronic prostatitis: what disturbs us? / D. Y. Pushkar, A. S. Segal // Andrology and genital surgery. — 2008. — № 1. — P. 43-46.
5. Kulchavenya E. V. Prostatitis: diagnostics and treatment: guidance / E. V. Kulchavenya, A. I. Neymark. — M: GEOTAR-media, 2010. — 256 P.
6. Prostatitis / Under the editorship of P. A. Shcheplyova. — M: Medical press inform, 2007. — 232 P.
7. Shamloul R. Chronic Prostatitis in Premature Ejaculation/R. Shamloul, A. Nashaar//J. Sex. Med. — 2006 . — N 3. — P. 150–154 .
8. Andreychikov A. V. Ab ovo urology / A. V. Andreychikov. — Krasnoyarsk: KrasSMA, 2000. — 97 P.
9. Vartapetov B. A. Prostate and age disturbances of sexual activity / B. A. Vartapetov, A. N. Demchenko. — Kiev: «Health», 1975. — 216 P.
10. Rees Z. A. A factorial study of some morphological aspects of human constitution / Z. A. Rees, H. Eisenck // J. mental. Sci. — 1945. — Vol. 91, N 386. — P. 8–21.
11. Ontogenetic dynamics of individual and typological features of human body / V. V. Grebennikova, V. P. Efremova, V. G. Nikolaev [etc.]. — Krasnoyarsk: Publishing house of KrasSMA, 2001. — 148 P.
12. General sexual pathology: guidance for doctors / G. S. Vasilchenko, I. L. Botnev, Y. Y. Vinnik [etc.]/ Under the editorship of G. S. Vasilchenko. — M: Medicine, 2005. — 512 P.