

# Особливості сексуальних розладів у чоловіків із виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки

Ю.М. Гурженко<sup>1</sup>, В.В. Сорока<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті показано, що сексуальні розлади у хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки мають психогенний генез і носять інтегральний характер. Представлено еректильну дисфункцію з однаковою частотою легкого і середнього ступеня ( $51,5 \pm 4,3\%$  та  $43,8 \pm 4,3\%$ ), яка найбільш часто поєднується із зниженням лібідо ( $70,0 \pm 4,2\%$ ), передчасною еякуляцією ( $41,5 \pm 4,3\%$ ), оргазмічною дисфункцією ( $43,1 \pm 4,3\%$ ).

**Ключові слова:** виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, розлади статевої функції.

Проблема покращання стану здоров'я населення, яка широко обговорюється в інформаційних ресурсах і, на жаль, з роками набуває все більшої актуальності, потребує комплексного, міждисциплінарного підходу [1–4]. З різних відомих передумов (соціально-економічних, демографічних, політичних, екологічних тощо) та невідомих причин вирішення цієї проблеми ускладнюється коморбідною патологією [5–8]. Питання адаптації людей до нових складних умов (оточуючого середовища, негативних змін стану власного здоров'я) набуває важливого значення з точки зору розвитку підвищеного напруження емоційної і нервово-фізичної сфер [9–13]. Вважається, що навіть неодмінний супутник життя еустрес є патогенним фактором розвитку соматичних захворювань. Серед таких захворювань виділяють виразкову хворобу шлунка (ВХШ), виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХДК) та виникнен-

ня сексуальних розладів у чоловіків. Тенденція до поширення депресії, неврозів, зумовлених особистісними та соціальними факторами, свідчить про частоту поєднання ВХШ та ВХДК, які часто діагностують серед чоловіків працездатного віку із сексуальними розладами.

**Мета дослідження:** аналіз сексуальних розладів у хворих на ВХШ та ВХДК.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Великий вплив мають стресові життєві ситуації на розвиток та перебіг виразкової хвороби. Зазначений фактор є спільним, його можна трактувати як мотивуючий у разі розвитку сексуальних розладів.

Дослідження ґрунтувалося на узагальненні результатів комплексного обстеження і лікування 130 хворих на ВХДК та ВХШ, що мають сексуальні розлади.

Пацієнти були поділені на три групи:

– I (основна) група (n=130) – 76 ( $58,5 \pm 4,3\%$ ) хворих на ВХДК та 54 ( $41,5 \pm 4,3\%$ ) хворих на ВХШ у стадії ремісії (p<0,05).

– II (порівняння) група (n=100) – 66,0±4,7% хворих на ВХДК та 34,0±3,3% хворих на ВХШ, що перебували також у стадії ремісії, проте не скаржились на сексуальні розлади (p<0,05).

– III група (n=20) – практично здорові.

З метою диференційної діагностики, для підтвердження психогенної еректильної дисфункції (ЕД) з об'єктивних ме-

Таблиця 1

Показники доплерографії кавернозних артерій

Показник	Підгрупи			Референтна група
	1-а	2-а	3-я	
PSV (пікова систолічна швидкість), см/с	38,2±2,1	35,3±2,6	41,8±1,9	44,3±2,1
EDV (пікова діастолічна швидкість), см/с	4,1±0,4	3,0±0,8	3,8±0,5	3,4±0,7
Ri (індекс резистентності)	0,84±0,2	0,81±0,4	0,79±0,3	0,86±0,2

Таблиця 2

Рівні статевих гормонів у хворих на ВХШ та ВХДК із статевими розладами

Показник	Підгрупи спостереження			Референтна група
	1-а	2-а	3-я	
Тестостерон (загальний), нмоль/л	18,2±0,5	18,9±0,7	19,0±0,9	17,4±1,0
Тестостерон (вільний), пг/мл	22,1±1,1	19,8±0,9	20,2±1,1	18,1±1,0
Естрадіол, нг/мл	23,4±3,0	20,4±2,9	22,0±5,1	21,8±4,3
ФСТ, МО/л	4,9±0,6	4,0±1,1	3,8±1,7	5,3±0,7
ЛГ, МО/л	6,6±1,3	7,8±1,8	7,1±1,2	8,6±0,9
Пролактин, нг/мл	7,3±1,9	6,7±1,2	6,1±1,5	5,9±1,3

**Відсоток розбіжності між частотою та характером скарг на сексуальні розлади та об'єктивовано встановлених лікарем-сексопатологом**

Характер ознаки	Скарги при зверненні			Об'єктивовано підтверджені			% розбіжності
	Абс. число	%	n	Абс. число	n	%	
<i>Лібідо</i>							
Нормальне	19	14,6	3,0	30	29,2*	3,9	14,6
Знижене	92	70,7	4,0	83	63,8	4,2	7,0
Відсутнє	19	14,6	3,0	9	7,0*	2,2	9,2
<i>Ерекція</i>							
Ослаблена	108	83,0	3,9	124	95,4 <sup>Δ</sup> *	5,8	12,3
Відсутня	22	17,0	3,2	6	4,6*	1,8	12,3
<i>Еякуляція</i>							
Нормальна	48	37,0	4,2	67	51,5	4,3*	14,6
Передчасна	82	63,0	4,2	63	41,5	4,3*	14,6
<i>Організм</i>							
Нормальний	54	41,5	4,3	69	53,1	4,2 <sup>Δ</sup> *	11,5
Пригнічений	59	45,4	4,3	56	43,1	4,3	2,3
Відсутній	17	13,1	2,9	5	3,8 <sup>Δ</sup>	1,6	9,2

Примітка: \* – різниця між показниками у рядку достовірна; p<0,05; Δ – різниця між показниками у стовпчику достовірна; p<0,05.

Таблиця 4

**Розподіл хворих за ступенем ЕД з урахуванням груп спостереження за анкетой МІЕФ-5, бали (M±m)**

Ступінь ЕД	1-а (n=45)	2-а (n=45)	3-а (n=40)	Разом		
				Абс. число	%	n
Легка	23 (19,0±1,9)	23 (18,7±1,6)	21 (20,0±1,6)	67	51,5	4,3
Середня	20 (13,6±1,8)	20 (14,0±1,7)	17 (14,7±1,5)	57	43,8	4,3
Тяжка	2 (9,5±0,5)	2 (8,5±0,5)	2 (10,0±1,4)	6	4,6	1,8

тодів дослідження наведені дані доплерографії судин статевого члена та дослідження гормонального стану (табл. 1, 2).

Результати аналізу табл. 1 свідчать про відсутність венооклюзивної дисфункції та артеріальної недостатності. Середні показники пікової систолічної (PSV), пікової діастолічної швидкості (EDV), індексу резистентності (Ri) перебувають у межах норми, статистично не різняться між собою у групах спостереження та з даними референтної групи. Більш того, отримані значення PSV кровотоку у кавернозних артеріях більше за порогове значення (10 см/с), яке доведено даними проф. І.І. Горпинченко, Д.З. Воробець (2010) як таке, що має найвищу чутливість і специфічність для діагностики судинної ЕД, а також дозволяє уникнути інвазивної методики – інтракавернозної фармакологічної індукції ерекції [14]. При порівнянні середніх показників шести основних статевих гормонів (табл. 2) не виявлено статистично достовірних відмінностей між ними по групах спостереження та референтної групи.

Проте варто прокоментувати дані щодо андрогенів, які з точки зору більшості дослідників відповідають за сексуальне бажання. У даному випадку величини загального тестостерону на межі достовірності із референтною групою. Такими вони є й у разі порушення концентрації вільного тестостерону, який спричинює дратівливість та схуднення. Усі хворі мали астенічний тип, тільки окремі пацієнти мали надлишкову масу тіла. Наведені вище факти пов'язані з наявністю виразкової хвороби з відомою їй залежністю від характеру харчування, нервово-психічною напруженістю та психо-соціальними факторами. Переважна більшість чоловіків (96 із 130, що складає 73,8%) мали вищу освіту і характер їхньої роботи передбачав «професійний стрес». За наявності сексу-

альних розладів психогенної етіології свідчать також дані суттєвої розбіжності між поліморфністю, багатоаспектністю скарг, що пред'являли при зверненні чоловіки даної когорти з тими, що об'єктивно були виявлені фахівцем (табл. 3).

З наведених у табл. 3 даних видно, що ЕД найчастіше поєднується зі зниженням або відсутністю лібідо (у 70,8±4,2%), тоді як зі скаргами показник дорівнював 85,0±3,1% (p<0,05), з передчасною еякуляцією (ПЕ) – у 48,5±4,3% проти 63,0±4,2% зі скаргами (p<0,05), з оргазмічною дисфункцією/відсутністю – у 46,9±4,2% проти 58,5±4,3% (p<0,05). Частіше мало місце розходження визначення ступеня ПЕ, що цілком виправдано з точки зору індивідуалізації сприйняття самим фактом задоволеності статевим актом та можливістю його контролю, що підпорядковується психоемоційному стану. Розходження в оцінюванні копулятивного циклу стосувалося також таких його складових, як лібідо і оргазм. У літературі практично відсутня інформація щодо зазначених ознак. Сексуальні розлади, що виявлені у хворих на ВХШ та ВХДК за результатами опитування згідно анкети для оцінювання сексуального здоров'я чоловіків (МІЕФ-5) наведені у табл. 4.

З даних табл. 4 видно, що хворих з легким ступенем ЕД було більше, проте їхня кількість достовірно не відрізнялась від чисельності з середнім ступенем, вірогідно менше їх було з важким ступенем. Групи розподілу близькі за цим показником, що є важливим для проведення ефективності методів лікування. За соціологічним дослідженням, проведеним за опитувальником ПЕФ, стало можливим отримати більш об'ємну характеристику ЕД у чоловіків, хворих на ВХДК та ВХШ (табл. 5).

За усіма показниками, між групами спостереження існує достовірна різниця. Виявлено, що найбільш вираже-

**Результати оцінювання ерекtilьної функції у хворих основної групи за IIEF (n=130), бали (M±m)**

Групи	Ерекtilьна функція (1-30 балів)	Задоволеність статевим актом (0-15 балів)	Оргазмічна функція (0-10 балів)	Лібідо (20-10 балів)	Загальна задоволеність статевим актом (2-10 балів)
Основна	19,4±4,3*	10,8±1,5*	8,9±0,4*	8,0±0,7*	8,3±0,6*
Референтна	28,0±1,4	14,8±1,9	9,6±0,2	9,2±0,5	9,3±0,4

Примітка: \* – різниця між показниками груп спостереження достовірна (p<0,05).

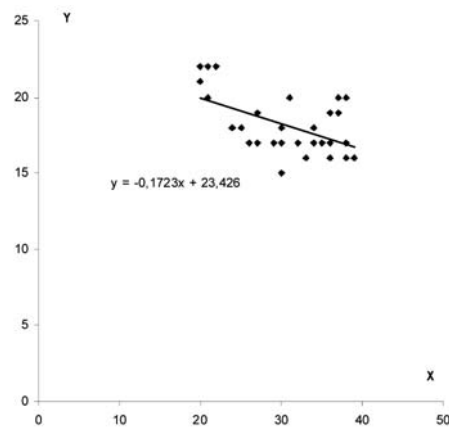
ним негативним фактором для чоловіків є показник задоволеності статевим актом, який на 28% нижчий за граничну величину норми. На другому місці знаходиться лібідо (на 20% нижче). Результат цілком логічний, узгоджується з попереднім та підтверджує психогенний характер порушень. Адже незадоволеність статевим актом викликає тривогу та занепокоєння і, певним чином, формує почуття самозбереження, уникаючи очікуваної стресової ситуації. За результатами дослідження найменше страждає оргазмічна функція. Між показниками основної та референтної груп різниця складає 11%. Отже, саме цей параметр є надзвичайно індивідуальним. За умов відсутності больового симптому, органічних порушень, збереженої еякуляції, незалежно від тривалості статевого акту у чоловіків зберігається відчуття оргазму. Виявилось, що такий важливий параметр, як загальна задоволеність статевим життям поєднує у собі інші характеристики копулятивного циклу (на 17% менший за норму). Ступінь порушення ерекtilьної функції з огляду на об'єкт вивчення за розрахованим показником була на 35,3% менша граничної норми. Дані табл. 5 підтверджують, що ЕД не може стовідсотково нівелювати факт задоволення статевим актом.

Багатоаспектність копулятивного циклу розширює можливості сприйняття відчуття задоволеності. Цікавою є інформація про наявність зворотної залежності між задоволеністю статевим актом та віком чоловіка (r=-0,75) (мал. 1). Це можна пояснити психологічним сприйняттям ситуації. У чоловіків молодого віку превалюють бажання яскравих відчуттів та активності в їхньому досягненні, тоді як у пацієнтів старшого віку – виваженість і помірність при потребі збереження отримання задоволеності. За результатами кореляційного аналізу отримані важливі дані для клінічної медицини.

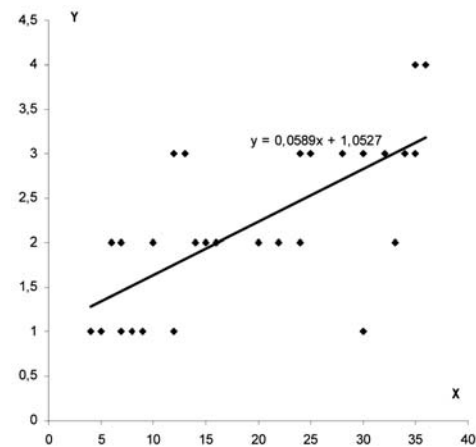
Слід акцентувати увагу на необхідності ранніх профілактичних заходів та проведення їх на міждисциплінарному рівні, у тому числі шляхом широкої поінформованості чоловіків, а саме: донесення потреби своєчасного звернення до лікаря при будь-яких порушеннях у самопочутті для збереження власного здоров'я, розуміння взаємозв'язку, взаємозалежності декількох захворювань, їхнього негативного впливу. Підтверджена висока лінійна залежність між строком звернення від початку проявів захворювання та ступенем ЕД (r=0,831), а також тривалістю основного захворювання (r=0,852) (мал. 2, 3).

Ступінь твердості ерекції – важливіший показник ерекtilьної функції. У дослідженні була проведена її оцінка за шкалою ерекції (ШЕ), розробленою Голдстейном та співавторами (1998). Виділено 4 ступеня. За результатами опитування 130 хворих основної групи виявилось, що середнє значення показника становило 2,5±0,5. У більшій половини (53±4,3%) пацієнтів встановлений третій ступінь за відповідною шкалою, у 43±4,3% – другий і у 4,0±1,7% – перший (p<0,05). Наведені додаткові дані за ШЕ викликають інтерес для подальшої роботи при доведенні ефективності використаних методів комплексного лікування. Співставлення результатів із ступенями ЕД свідчать про певну узгодженість між ними.

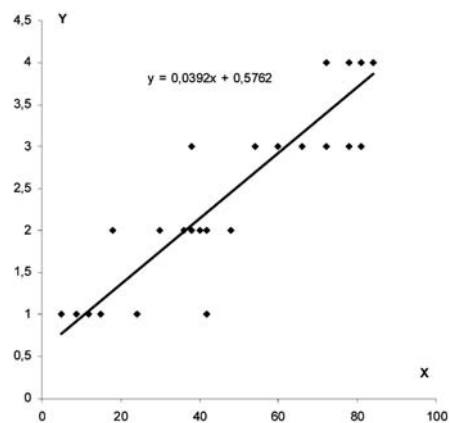
Як зазначалося вище, сексуальні розлади у хворих основної групи проявлялись також й ПЕ. У дослідженні була вико-



**Мал. 1. Залежність задоволеності рівнем статевого життя та віком пацієнтів**



**Мал. 2. Залежність ступеня ЕД від строків звернення**



**Мал. 3. Залежність ступеня ЕД від тривалості виразкової хвороби**

Оцінка ЯЖ хворих на виразкову хворобу усіх груп дослідження (SF-36), бали (M±m)

Шкала	Основна група, n=130		Група порівняння, n=100		Практично здорові, n=20	
	Бали	Показник	Бали	Показник	Бали	Показник
<i>Фізичний компонент здоров'я</i>						
Фізичне функціонування (PF)	24,0±3,0	70,0	26,2±2,0	80,0	28,0±4,5	90,0
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (RF)	6,9±0,8	72,5	7,1±0,5	80,0	7,9±0,3	97,5
Загальний стан здоров'я (ЗС)	17,5±0,6*	62,5	18,7±0,4*	68,5	19,5±0,3*	72,5
<i>Психологічний компонент здоров'я</i>						
Життєва активність (VT)	17,1±1,6*	65,5	19,3±0,2	76,5	19,8±0,3	79,0
Соціальне функціонування (SF)	4,3±1,1*	28,8	6,1±0,3*	51,3	6,8±0,4*	60,0
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (RE)	3,8±0,7*	26,7	5,4±0,9	80,0	5,8±0,4	93,3
Психічне здоров'я (MH)	17,7±1,5*	50,8	22,4±2,3	69,6	24,0±1,0	76,0

Примітка: \* – різниця між показниками груп спостереження достовірна; p<0,05.

ристана анкета «Критерії передчасного сім'явиверження (КриПС)», де на 5 відповідей можна отримати від 5 до 10 балів (чим більше кількість балів – тим менше проблем із даною функцією). Було зазначено, що середнє значення даної оцінки становило 8,7±1,3 бала. У більшості чоловіків виникало занепокоєння щодо недостатнього володіння контролю над еякуляцією. Зазначений критерій тісно пов'язаний із психоемоційним станом, що не тільки підтверджує психогенну ЕД у пацієнтів, але й потребує урахування при психотерапії.

Особливий інтерес представляють результати вивчення ЯЖ у порівняльному аспекті хворих на виразкову хворобу, що мали сексуальні розлади (основна група), з тими, які їх не мали (група порівняння), а також із практично здоровими чоловіками. Достовірної різниці між показниками серед підгруп основної групи не виявлено. У табл. 6 представлені конкретні дані, що отримані за результатами опитування хворих на виразкову хворобу із сексуальними розладами (n=130), без них (n=100) та практично здорових (n=20) згідно SF-36.

Виділяють два основні компоненти здоров'я: фізичний та психологічний, які характеризують ЯЖ. При аналізі фізичного компоненту здоров'я «інтенсивність болю» в силу його практичної відсутності не розглядали. Доведено, що суттєві зміни мають місце за усіма шкалами, за якими оцінюється психологічний компонент. Інша картина спостерігається відносно фізичного. Серед шкал, за якими формується фізичний добробут, виділяється показник, що відображує стан власного здоров'я. Найменший середній бал та відповідно показник виявлено у хворих із ВХШ та ВХДК та статевими розладами (17,5±0,6 бала; 62,5%). Отже, якщо повне здоров'я має стовідсоткове значення показника, то 62,5% свідчить про значне його зниження. Разом з цим, простежуються цілком логічні цікаві дані, а саме: у хворих лише із виразковою хворобою спостерігається також зниження даних за цією шкалою.

За наведеними у табл. 6 даними величина бальної оцінки загального стану здоров'я (ЗС) у хворих групи порівняння була вірогідно більшою, ніж в основній групі і настільки ж відрізнялась від оцінки, що отримана у практично здорових осіб (18,7±0,4 проти 17,5±0,6 в основній та 19,5±0,3 в референтній). ЗС серед хворих на ВХДК та ВХШ із статевими розладами і без них відрізняється лише на 10%. Разом з тим у пацієнтів референтної групи він дорівнював 72,5 і був на 16% та 5,8% більшим, ніж серед хворих основної та порівняльної груп. Безумовно за незначною кількістю спостережень (n=20) не можна робити узагальненого висновку. Але отримані дані насторожують, особливо з огляду на широко представлені у літературі відомості про несприятливий загальний стан здоров'я населення і, зокрема, чоловіків.

Згідно іншим шкалам можна стверджувати, що фізичне функціонування, яке відображує можливості виконання фізичних навантажень та повсякденної діяльності, що визначається як рольове функціонування, зумовлене фізичним станом, має між собою незначну відмінність в основній групі. Показники її вірогідно не відрізняються від таких у порівняльній та референтній групах. В останній групі навіть близькі до норми (90,0 та 97,5 відповідно проти 80,0 та 80,0 в порівняльній та 70,0 та 72,5 – в основній групі).

Як зазначалося вище, найбільше у хворих страждає психологічний компонент здоров'я, а серед його шкал виділяється низька оцінка соціального та рольового функціонування, зумовлених емоційним станом. Низькі бали/показники пацієнтів основної групи свідчать про обмеження соціальних контактів та виконання звичайної роботи в силу незадовільного емоційного стану (4,3±1,1 та 3,8±0,7 бала проти 6,1±0,3 та 5,4±0,9 у порівняльній групі і 6,8±0,4 та 5,8±0,4 – у референтній). Найбільш виражена різниця отриманих величин до нормальних показників. У хворих на ВХДК та ВХШ, які мають статеві розлади, величини дорівнюють 28,8 та 26,7 відповідно, тоді як у випадках тільки із виразковою хворобою вони практично удвічі та втричі вищі. Показники референтної групи мають невелику величину (60,0) за шкалою соціального функціонування, тоді як рольове функціонування, що зумовлене емоційним станом, наближається до нормального. Щодо наявності депресивних, тривожних станів свідчить психічне здоров'я, показники якого достовірно нижчі у хворих, які мають статеві розлади (17,7±1,5 бала та 50,8 від 100). У групі порівняння та референтній групі вони близькі, також на третину не досягають 100%, що слід сприймати як наслідки соціально-економічних перетворень, характерних для країни. Життєву активність слід розцінювати як кумулятивну відповідь, яка передбачає урахування всіх зазначених вище ознак. Природно, що вона більше знижена в основній групі, де хворі окрім виразкової хвороби мають статеві розлади (17,0±1,6 проти 19,3±0,2 бала у групі порівняння; p<0,05), проте останні вірогідно не відрізнялися від показників у референтній групі – 19,8±0,3 бала.

Результати дослідження свідчать, що ЯЖ у хворих із виразковою хворобою, поєднаною із статевими розладами, страждає за усіма параметрами як фізичного, так і психологічного компонента (особливо останнього). Поміж ними особливо виділяється соціальне та рольове функціонування, що зумовлено емоційним станом, психічне здоров'я. Вони вірогідно гірші, ніж у хворих виключно на виразкову хворобу, а у останніх нижчі, ніж у референтній групі. Далекі від

норми показники за такими шкалами, як рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (26,7), соціальне функціонування (28,8), психічне здоров'я (50,5), загальний стан здоров'я не тільки у хворих, але й у практично здорових викликає хвилювання. Насторожує те, що за окремими шкалами (наприклад, соціальне функціонування) відсутня достовірна різниця в основній й порівняльній групах, що складає передумову несприятливого перебігу хвороби, підкреслює фактори ризику виникнення у них статевих розладів. Зазначене слід враховувати з метою профілактики сексуальних розладів, їхнього раннього виявлення та своєчасного лікування. Отримана інформація також повинна виступати одним із аргументів при здійсненні просвітницької роботи.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що статеві розлади у чоловіків із ВХДК та ВХШ є розладами психогенного походження, у структурі яких представлена ЕД у поєднанні з іншими складовими порушеннями копулятивного циклу. Серед останніх за частотою (близько половини чоловіків) виділяється лібідо, ПЕ та оргазмічна функція.

ЕД лише у поодиноких випадках мала важкий ступінь, в основному практично однаковою мірою була легкого та середнього ступеня. Скарги та показники за результатами стандартизованого дослідження із використанням комплексу стандартних анкет були типовими до відповідних порушень. Особливості полягали у найбільш виразніших змінах за такими параметрами, як задоволеність статевим життям та сексуальним бажанням.

Підтверджена висока лінійна кореляційна залежність між ступенем ЕД та строками звернень до лікаря, тривалістю соматичного захворювання, що має значення для прийняття цілеспрямованих заходів зміни ситуації на краще. Подальшого вивчення набула ЯЖ. Під час дослідження виявлені певні особливості. При оцінюванні психологічного компоненту здоров'я, який страждає більше, ніж фізичний, суттєво виділяється соціальне функціонування та рольове, зумовлене емоційним станом. Ці параметри найменші за усі показники.

Серед фізичного компонента подібним за такою ознакою є загальний стан здоров'я. Усі наведені вище критерії знайшли своє відображення не тільки серед хворих з поєднаною патологією (ВХШ та ВХДК, а також статеві розлади), але й серед хворих, що мали виключно виразкову хворобу і, навіть серед практично здорових. Актуальним стає питання міждисциплінарної допомоги таким хворим. На сьогодні соціально-економічні та політичні умови спричинюють напружений емоційний фон у свідомості чоловіків, що можна вважати реальною загрозою до виникнення сексуальних розладів.

Разом із своєчасною діагностикою, адекватним лікуванням актуальним питанням залишається просвітницька діяльність щодо обізнаності населення із взаємозв'язком між окремими патологіями, необхідності збереження власного здоров'я шляхом медичної активності та дотримання основ здорового способу життя.

**Особенности сексуальных расстройств у мужчин с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки**  
**Ю.Н. Гурженко, В.В. Сорока**

В статье показано, что сексуальные расстройства у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки имеют психогенный генез и носят интегральный характер. Представлена эректильная дисфункция с одинаковой частотой легкой и средней степени (51,5±4,3% и 43,8±4,3%), которая наиболее часто сочетается со снижением либидо (70,0±4,2%), преждевременной эякуляцией (41,5±4,3%), оргазмическими дисфункцией (43,1±4,3%).

**Ключевые слова:** язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушение половой функции.

**ВИСНОВКИ**

Встановлено, що сексуальні розлади у хворих на виразкову хворобу шлунка (ВХШ) та дванадцятипалої кишки (ВХДК) мають психогенний генез і носять інтегральний характер. Еректильна дисфункція (ЕД) з однаковою частотою легкого і середнього ступеня (51,5±4,3% та 43,8±4,3%) найбільш часто поєднується із зниженням лібідо (70,0±4,2%), передчасною еякуляцією (41,5±4,3%), оргазмічною дисфункцією (43,1±4,3%).

За результатами опитування (анкета ПЕФ) визначено, що оцінка ЕД, показник якої на 35,3% нижче за норму (19,4±4,3% бали), більшою мірою залежить від такої ознаки, як задоволеність статевим актом, показник якої суттєвіше за інші менший (на 28,0%; 10,8±1,5 бала проти 11%, 20,0%, 17% – у разі оргазмічної дисфункції, зниження лібідо та загальним задоволенням статевим життям) і зворотно залежить від віку чоловіків (r=-0,75).

Підтверджена висока лінійна залежність між строком звернення до лікаря від початку проявів сексуальних розладів, тривалістю ВХДК та ВХШ і ступенем еректильної дисфункції (r=0,831 і r=0,852 відповідно).

Доведено, що погіршення якості життя (ЯЖ) у хворих із виразковою хворобою, поєднаною із сексуальними розладами, проявляється за усіма параметрами як фізичного, так й психологічного компонента, який суттєвіше страждає за фізичний, а саме: рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (26,7; 3,8±0,7), соціальне функціонування (28,8; 4,3±1,1 бали), психічне здоров'я (50,8; 17,7±1,5 бали). Серед фізичного компонента здоров'я виділяється загальний стан (62,5; 17,5±0,6 балів).

Доведено, що показники ЯЖ, пов'язані із здоров'ям хворих лише на виразкову хворобу, практично ідентичні до характеру змін з тими, які мали додатково сексуальні розлади і також проявляються за такими шкалами, як загальний його стан (68,5; 18,7±0,4), що відноситься до фізичного компонента та соціальне функціонування (51,3; 6,1±0,3) і психічне здоров'я (69,6; 24,0±1,0), які відносяться до психологічного компонента.

Виявлена тенденція подібних, проте менш виражених змін ЯЖ у пацієнтів референтної групи у вигляді загального стану здоров'я (72,5; 19,5±0,3), соціального функціонування, зумовленого емоційним станом (60,0; 6,8±0,4), психічного здоров'я (69,6; 24,0±1,0). Це свідчить про наявність у практично здорових чоловіків проблем більшою мірою у сфері психологічного компонента їхнього здоров'я, що пов'язано як з віком, напруженим темпом життя, так і з соціально-економічним станом.

У порівняльній та референтній групах виявлені особливості ЯЖ за його компонентами, які близькі за своїм характером до тих, що спостерігаються у пацієнтів на виразкову хворобу, поєднану із сексуальними розладами, слід віднести до факторів ризику останніх, ймовірності їхнього розвитку.

**Features sexual disorders in men with peptic ulcer and duodenum**  
**Y.M. Gurzhenko, V.V. Soroka**

It is shown that sexual disorders in patients with gastric ulcer and duodenal ulcer with psychogenic genesis and nature are integrated as widely represented erectile dysfunction equally light and medium level (51.5±4.3% and 43.8±4.3%), which is most often associated with a decrease in libido (70.0±4.2%), premature ejaculation (41.5±4.3%), orgasmic dysfunction (43.1±4.3%).

**Key words:** gastric ulcer and duodenal ulcers, disorders of sexual function.

**Гурженко Юрий Николаевич** – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а.  
E-mail: [7espoir@rambler.ru](mailto:7espoir@rambler.ru)

**Сорока Василий Васильевич** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ворник Б.М. Сексология и андрология в Украине: говорят эксперты в области мужского здоровья / Б.М. Ворник, И.И. Горпинченко, Г.С. Кочерян [и др.] // Здоров'я України (тематичний номер). – 2016. – № 1 (6). – С. 32–33.
2. Горпинченко І.І. Чоловічі статеві розлади: Навчальний посібник / І.І. Горпинченко, Ю.М. Гурженко, С.В. Возіанова, Д.З. Воробець, О.В. Шуляк. – Львів: Кварт, 2011. – 221 с.
3. Коваленко В.М. Демографія і стан здоров'я народу України: Аналітико-статистичний посібник / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький, Т.С. Манойленко, І.Л. Ревенько, В.А. Гадзюк. – К.: МВЦ Медінформ, 2010. – 144 с.
4. Семенюк О.А. Статеві-вікові особливості смертності населення працездатного віку та шляхи її попередження: Автореф. ... канд. мед. наук: 14.02.03 – соціальна медицина / О.А. Семенюк. – К., 2015. – 24 с.
5. Дегтярьова Л.В. Пептична виразка дванадцятипалої кишки у осіб, що постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС: структурні прояви патоморфозу, особливості морфогенезу, прогностичні аспекти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.03.02 – патологічна анатомія / Л.В. Дегтярьова. – К., 2002. – 27 с.
6. Кибрик Н.Д. Еректильна дисфункція в клініці соматоформних расстройств // Н.Д. Кибрик, М.И. Якубов, И.Ю. Кан // Здоровье мужчины. – 2011. – № 2. – С. 106–111
7. Кукурекин Ю.В. Нарушение сексуального здоровья: патогенетические аспекты / Ю.В. Кукурекин, А.П. Гудзенко. – Луганск: МЧП КОПИЦЕНТР, 2007. – 178 с.
8. Сугоняко Е.А. Клинико-морфологическая характеристика, психологический профиль и качество жизни больных язвенной болезнью осложненного и неосложненного течения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.05 – внутренние болезни / Е.А. Сугоняко. – Красноярск, 2006. – 23 с.
9. Горпинченко И.И. Депрессия при различных формах сексуальной дисфункции мужчин (диагностика, клиника, психотерапия) / И.И. Горпинченко, М.Н. Соколова / Здоровье мужчины. – 2013. – № 3 (46). – С. 91–96.
10. Жилина О.А. Секреторная реакция желудка на эмоциональный стресс у лиц с различными психологическими характеристиками личности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 03.00.13 – физиология / О.А. Жилина. – Курган, 2002. – 22 с.
11. Коваленко В.М. Динаміка стану здоров'я народу України та регіональні особливості: Аналітико-статистичний посібник / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький, Т.С. Манойленко, А.Г. Кириченко, І.Л. Ревенько. – К.: СПД ФО Коломіцин В.Ю., 2012. – 211 с.
12. Ярина О.А. Клинико-психологическая характеристика язвенной болезни у детей, оптимизация лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.19 – педиатрия / О.А. Ярина. – Екатеринбург, 2009. – 24 с.
13. Hartono J.L. Anxiety and depression in various functional gastrointestinal disorders: do differences exist? / J.L. Hartono, S. Mahadeva, K.L. Goh [et al] // J Dig Dis. – 2012. – V. 13 (5). – P. 252–7.
14. Воробець Д.З. Ефективність комплексного лікування чоловіків із різними формами сексуальної дисфункції / Д.З. Воробець, В.І. Кодров // Вісник наукових досліджень. – 2011. – № 1. – С. 47–52.

Статья поступила в редакцию 25.10.2016

## Н О В О С Т И   М Е Д И Ц И Н Ы

### УЧЕНЫЕ ПРИБЛИЗИЛИСЬ К ПОЛУЧЕНИЮ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ВИРУСА ЗИКА

Вирусологи Университета Техаса придумали, как воспроизвести вирус Зика, лишив его при этом генов, стоящих за способностью заражать людей.

Репликоны - сегменты вирусного генома, которые самовоспроизводятся. Новая система, завязанная на репликациях вируса Зика, позволила удалить некоторые гены, дающие вирусу особую структуру.

Как отмечает The Times of India, один из репликонов, заинтересовавших ученых, можно использовать для определения ме-

ста нахождения частей вирусной молекулы. Это позволяет заблокировать или отложить репликацию вируса, что важно с точки зрения создания вакцины.

Система репликонов была получена за счет присоединения генов, дающих возможность пометить определенные части вируса, интересующие ученых. Люцифераза, химическое вещество, которое помогает светлячкам испускать характерное свечение, использовалось для подсвечивания помеченных вирусных частиц.

Таким образом за воспроизведением стало проще наблюдать. Еще один репликон был создан для исследования потенциальных противовирусных агентов. Специалисты признают: важно знать, каким образом, где и когда вирус мутирует. Так как вирус Зика распространяется быстро и ведет себя особым образом по сравнению с другими вирусами, его исследование жизненно необходимо. Он провоцирует развитие микроцефалии и синдрома Гийена-Барре.

Источник: [med-expert.com.ua](http://med-expert.com.ua)