

# Психологічний статус чоловіків із еректильною дисфункцією на тлі виразкової хвороби 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 роботі показано клініко-психопатологічні особливості тривожних та депресивних розладів у чоловіків із еректильною дисфункцією на тлі виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, які характеризуються складним патогенезом, що включає особистісні характеристики, травматичні та несприятливі психосоціальні чинники. Доведена необхідність проводити моніторинг психоафективного стану чоловіків та застосовувати нейропсихофармакологічне, тобто адекватне лікування психоневрологічних розладів у даного контингенту хворих.

**Ключові слова:** сексуальні дисфункції, виразкова хвороба шлунка, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, психічні чинники, комплексне лікування.

Сучасним підходом до лікування еректильної дисфункції у хворих із виразковою хворобою шлунка (ВХШ) вважається нормалізація порушеного психоемоційного стану. Розлади статевого життя у чоловіків із хронічним простатитом, наприклад, спричинюють розвиток патопсихічних розладів у 66–87% обстежених, а при аденомі передміхурової залози спостерігаються у 100% клінічних випадків [1, 2]. Одночасно з цим у хворих відзначають тривожність, підвищену емоційну збудливість, депресивні настрої (70–95%), а на хронічну невдоволеність сексуальним життям скаржаться 20–50% хворих чоловіків, пред'являючи при цьому цілу низку одноманітних скарг [3, 4].

У багатьох дослідженнях було встановлено, що такі психологічні розлади, як тривожність та депресія є важливими чинниками розвитку не лише еректильної дисфункції, але й виразкової хвороби. Наявність тривожно-депресивних розладів при основному захворюванні негативно впливає на характер сексуальних стосунків, а також на синтез та виділення шлункового соку, що у свою чергу загострює розвиток соматичної хвороби. Тривожність розглядається як психогенна реакція на наявність сексуальних розладів, що розвивається на тлі виразкової хвороби, а тривалі емоційні розлади підвищують ризик соціальної дезадаптації і вважаються однією з головних причин розлучень.

**Мета дослідження:** провести психодіагностичне дослідження для розуміння та вирішення проблеми патогенезу психогенних сексуальних розладів у хворих із ВХШ.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під час проведення психодіагностичного дослідження були обстежені 50 хворих із ВХШ та виразкою дванадцятипалої кишки (ВДК) (середній вік  $47,8 \pm 2,6$  року), що скаржилися на постійні або тимчасові сексуальні розлади (зниження лібідо, порушення ерекції, сім'явиверження). Критерієм включення пацієнтів в основну групу вважали розвиток психологічних розладів та еректильної дисфункції на тлі хронізації виразкової хвороби. З метою проведення

порівняльно-статистичної роботи проводили психологічне обстеження 20 чоловіків (контрольна група) без клінічних ознак виразкової хвороби та сексуальних розладів (середній вік  $42,8 \pm 0,8$  року).

З метою оцінювання клініко-психологічних порушень у хворих із виразковою хворобою були застосовані декілька загальноновживаних психодіагностичних методик: шкала Гамільтона з метою оцінки депресії (HDRS), шкала оцінки суб'єктивного стану «САН» та шкала самооцінки тривожності (Ч.Д. Спілбергера і Ю.Л. Ханіна).

Клініко-психологічне дослідження проводили при включенні хворих до відповідних груп обстеження з 3-го по 8-й день госпіталізації. Для уніфікації отриманих результатів дослідження кожний хворий заповнював відповідні опитувальники, а результати були враховані у дослідницьких картах хворих.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати психодіагностичного обстеження, отримані на першому етапі дослідження, дозволили пересвідчитись, що у всіх хворих спостерігаються різні психологічні розлади. Ці розлади переважали у чоловіків середнього віку (72%), найбільш працездатного віку (від 32 до 45 років), із середньо-спеціальною (38,8%) та вищою освітою (61,1%). Тривалість виразкової хвороби коливалась у межах від 3 міс до 2 років і в середньому склала  $12,8 \pm 7,9$  міс. За цих умов тривалість сексуальних розладів хворі відзначали протягом  $9,5 \pm 3,8$  міс, що характеризувались тривалим перебігом або періодичними розладами. Серед проявів сексуальної дисфункції домінували симптоми зниженого лібідо (56%), затриманої ерекції (24%), у 12% хворих було відзначено анерекцію, у 8% – прискорену ерекцію. При цьому більшість хворих (84%) вказували на наявність поєднаних сексуальних розладів. На тлі зазначених порушень у хворих спостерігалось також зниження психологічної та емоційної активності, соціальна дезадаптація та порушення комунікабельності. За результатами проведеного опитування за шкалою «САН» було встановлено зниження загального самопочуття хворих у середньому на 64,7%, соціальної активності – на 63,9%, настрою – на 58,5% (табл. 1). Слід підкреслити, що незалежно від рівня набутої

Таблиця 1

### Оцінка суб'єктивного стану хворих із виразковою хворобою (за шкалою «САН»)

Показник	Основна група, n=50	Контрольна група, n=50
Самопочуття	$1,81 \pm 0,13$	$5,13 \pm 0,21$
Активність	$1,81 \pm 0,14$	$5,02 \pm 0,24$
Настрій	$2,09 \pm 0,33$	$5,04 \pm 0,33$

Оцінка стану депресії у хворих із виразковою хворобою (за шкалою Гамільтона для оцінки депресії, HDRS)

Клініко-психічний стан	Кількість хворих	
	Помірні розлади, %	Виражені розлади, %
Дисомнія	88	0
Відчуття провини	40	0
Критичне відношення до захворювання	36	0
Тривожність	28	28
Іпохондричні розлади	42	28
Обсесивно-компульсивні реакції	50	10

Таблиця 3

Оцінка рівня депресії у хворих із виразковою хворобою (за шкалою Гамільтона для оцінки депресії, HDRS)

Рівень депресії	Кількість хворих, %	Бали
Відсутня	8	6,6±1,1
Легкий депресивний стан	54	15,6±2,3
Виражена депресія	38	23,5±3,2

хворими освіти, достовірно значущі та більш виражені розлади були відзначені в осіб молодшого віку.

Найбільш частими розладами, що реєструвались у хворих із депресією були помірні дисомнії (88%), відчуття провини (40%), критично-негативне ставлення до захворювання та стану самопочуття (36%). У 56% хворих відзначено чітко окреслений тривожний стан, при цьому частота помірної/вираженої тривожності була розподілена пропорційно (відповідно по 50%). У 70% хворих чоловіків діагностували іпохондричні порушення, у 60% – прояви обсесивно-компульсивних реакцій (табл. 2).

У хворих із іпохондричними розладами одночасно спостерігається дез- та гіперактуалізація сексуальної сфери. При цьому підвищений контроль за особливостями власних сексуальних проявів і реакцій супроводжується послабленням сексуальної функції (є свідчення про посилення порушень ерекції, еякуляції та зростання психосексуального невдоволення в обстежених). Нерідко пацієнти скаржились на відчуття болю під час сексу і в момент досягнення оргазму. Це спричинює формування неврозу очікування та супутні мотиваційні розлади.

У разі дезактуалізації сексуальної сфери тип сексуальної мотивації у хворих зазвичай набуває шаблонно-регламентованого характеру, а мотив статевого акту – переважно виконання подружніх обов'язків. Лібідо у хворих в основному збережено, але сексуальні відчуття часто притуплені або відсутні взагалі, спостерігаються аноргазмія (40%) та гіпооргазмія (12%). У таких чоловіків переважає невротичний тип сексуальної культури, психоемоційні розлади у разі сексуальної дисфункції проявляються гостро. Лікаряю досить часто вдається визначити чіткий зв'язок розвитку першого невідлого статевого акту з певними зовнішніми або внутрішніми патогенними чинниками, що мали місце ще навіть до початку статевого життя пацієнта [3].

Аналізуючи рівень депресії у пацієнтів за шкалою Гамільтона (HDRS), було встановлено, що найчастіше при вираженій сексуальній дисфункції на тлі ВХШ у хворих розвивається легка депресія (54%), яка становить у середньому 15,6±2,3 бала, клінічно виражена депресія реєструється рідше (у 38%) із середнім балом 23,5±3,2. І лише у 8% опитаних чоловіків прояви депресії не діагностувались або виявлялись субклінічними депресивними станами (табл. 3).

На тлі депресивних та сексуальних розладів у хворих чоловіків діагностують також і виражені прояви тривожного

стану, визначеного за шкалою самооцінки тривожності за методикою Ч.Д. Спілбергера і Ю.Л. Ханіна (табл. 4). Висока реактивна тривожність була визначена у 80% (середній бал 47,5±0,50), а помірні – лише у 20% хворих, при цьому середній бал склав 43,8±2,57. Особистісна тривожність у всіх опитаних чоловіків була в межах помірної рівня і становила в середньому 34,7±0,82 бала.

Була зареєстрована також висока чутливість пацієнтів до впливу на ЦНС психотравматичних чинників (у 94% хворих). Серед психогенних чинників у першу чергу слід виділити сімейно-побутові конфлікти (12,7%), нозогенні чинники (виразкова хвороба шлунка, розвиток еректильної дисфункції у 10,6%), проте у 76,6% хворих домінувала сумісна дія обох патогенетично значущих чинників. У разі дослідження інших чинників, що спричинюють посилення психоемоційних проявів сексуальної дисфункції у хворих із ВХШ, було встановлено, що на рівень тривожно-депресивного стану хворих суттєво впливають тривалість розвитку хвороби (32%), ступінь вираженості сексуальної дисфункції (24%), переоцінка хворими результатів лікування (24%) та сімейна дезадаптація, що має тенденцію до поглиблення (20%).

Тривожний стан у пацієнтів із виразковою хворобою характеризувався переважанням афекту тривоги із почуттям некоригованого внутрішнього хвилювання, занепокоєння, передчуття біді і неприємностей, що насуваються, відчуттям втрати емоційної близькості із партнером. Обстежені хворі усвідомлювали надмірність своєї стурбованості і підкреслювали особисту нездатність впоратися з нею власними силами. Тривожний стан набував генералізованого характеру, що у 40% пацієнтів створювало труднощі щодо будь-якого пояснення виникнення тривожних почуттів відповідно до якої-небудь конкретної події, що трапилась, або має відбутися у житті пацієнта найближчим часом. Тривожні побоювання були поширені хворими на широке коло повсякденних подій і справ, з якими проблеми зі здоров'ям і наявністю виразкової хвороби абсолютно не пов'язані. Психомоторні супутні симптоми тривоги проявлялися у нездатності хворих фізично розслабитись, почутті скутості, і, навіть, підвищеного м'язового напруження (64%). Соматичні симптоми тривоги часто виявлялися хворобливими або неприємними відчуттями в різних частинах тіла. Сімдесят відсотків хворих скаржилися на головний біль, біль у грудях, відчуття задухи, «нестачі» повітря.

Самооцінка тривожності у хворих із виразковою хворобою (за шкалою Ч.Д. Спілбергера і Ю.Л. Ханіна)

Рівень тривожності	Кількість хворих, %	Бали
<i>А. Реактивна тривожність</i>		
Низький	0	-
Помірний	20	43,8±2,57
Високий	80	47,5±0,50
<i>Б. Особистісна тривожність</i>		
Низький	0	-
Помірний	100	34,7±0,82
Високий	0	-

Тривожно-депресивні симптоми проявляються також і у вигляді неспокою, метушливості, непосидючості, проявами «занепокоєння» пальців рук, прискореної або квапливої промови із частими переривали бесіди декількома питаннями. Підвищення загального збудження внаслідок цього стану у 62% хворих проявляється в постійній нервозності, дратівливості, в одночасному поєднанні із підвищеною стомлюваністю (86%), погіршенням кмітливості, порушеннями при зосередженні та необхідністю концентрувати увагу, що призводить до різкого зниження продуктивності навіть поточної роботи.

У 88% хворих основної групи відзначали розлади сну у вигляді порушення процесу засинання у зв'язку із «прокручуванням у голові» подій, що сталися протягом дня, очікуваних подій в майбутньому. У той самий час інтрасомністичні порушення представлені наступними проявами: поверхневим, неглибоким сном, частими пробудженнями протягом ночі, не пов'язаними із фізіологічними потребами. Слід підкреслити, що ранні пробудження хворих із подальшим засипанням відзначені у 52% пацієнтів.

На тлі константної та генералізованої тривоги у деяких хворих відзначались епізоди пароксизмальної тривоги у вигляді страхів і панічних нападів. Страх, у тому числі у клінічних формах канцерофобії та імпотенції поширювалися хворими на широке коло повсякденних ситуацій. Вони були представлені ізольованими фобіями транзитного характеру і виникали на момент контакту з іншою особою, особливо статевим партнером (наприклад, страх незавершеного статевого акту – у 86% чоловіків). При цьому відзначали формування поведінки уникнення усамітнення, різке зниження комунікабельності в обстежених чоловіків.

У 9 (18%) хворих реєстрували періодичні панічні атаки з вираженими вегетативними реакціями, страхом смерті, що викликають особливі драматичні переживання та страхи переважно у нічний час. Хворі в цей період можуть перервати курс лікарських препаратів, а в подальшому відзначають страх або тривогу в очікуванні повторного епізоду занепокоєння. У таких хворих спостерігають також ознаки збудження вегетативної нервової системи, що виражається наявністю прискореного серцебиття і підвищеної пітливості у нічний час.

Тривожну симптоматику хворих доповнювали прояви гіпотимії або астенії, що не досягали рівня завершеного та розгорнутого депресивного синдрому. У той самий час у хворих чоловіків відзначались найбільш характерні ознаки депресії, про що свідчили нудьга, формування патологічного добового ритму, стійкі ідеї самозвинувачення, ранні пробудження з депресивними проявами. Був виявлений зв'язок гіпотимії з основними соматичними розладами. У разі погіршення соматичного стану спостерігали посилення проявів апатії, пригніченості, «думок нікчемності», а в 7 (14%) хворих відзначали також систематичне зниження апетиту.

На тлі погіршення соматичного стану хворих відбувалось наростання проявів адинамії, байдужості до навколишніх подій та членів сім'ї, суттєві проблеми у виконанні звичних справ та обов'язків. На тлі сексуальної та еректильної дисфункції спостерігалось посилення неврівноваженості, дратівливості, а після періоду проблемних сексуальних відносин хворі скаржилися на загострення апатії або тривожні виснажливі думки.

Характерною рисою тривожно-депресивного стану хворих є превалювання психічної астенії. Обстежені хворі чоловіки відзначають, що не можуть виконувати навіть легку роботу, пов'язану із психічним навантаженням, не можуть читати або дивитись телевізор понад 30 хв, їм важко розпочати бесіду та спілкуватися з іншими особами, у тому числі і у вигляді листування. Тривале напруження викликає у хворих головний біль, що, у свою чергу, провокує агресію.

У хворих основної групи формується своєрідна і особлива гіперчутливість і сензитивність по відношенню до стресових чинників, що часто супроводжуються немотивованими епізодами гніву, роздратованості. У хворих різко звужується сфера спілкування, після завершення комунікаційних контактів виникає гостра потреба у відчуженні, тривалому відпочинку. Такі чоловіки втрачають навіть мінімальні можливості підтримувати сімейні стосунки, вони постійно віддаляються від вирішення проблем. У них розвивається хронічний стан напруженого «заглиблення» у власну хворобу (стан егоцентризму). За умов розвитку такого психоемоційного розладу у хворих формується певний стан міжособистісної дезадаптації, вони лише формально виконують роль члена сім'ї.

Іноді у чоловіків із виразковою хворобою зберігається вмотивованість до спілкування, намагання вирішити конфліктні ситуації, пошук компромісних рішень, а в деяких осіб спостерігається навіть гіперболізоване бажання спілкуватися, знайомитися, шукати нові контакти. Вони постійно втручаються у різні сфери життя і професійно-виробничої діяльності членів сім'ї, охоче йдуть на контакт із лікарем, часом стають настирними, метушливими або некритичними особистостями.

Зовні хворі виглядають сумними, пригніченими та похмурими, практично у всіх чоловіків основної групи (84%) відзначено загальмованість поведінки, що проявляється в уповільненні мови, проблемах із зосередженням уваги, в суб'єктивному почутті зниження психічної активності. Одночасно спостерігається зниження рухової активності, сповільненість рухів, збіднення мімїки. У 18 (36%) пацієнтів відзначають прояви вітальної туги, які хворі описували як «тяжкість у грудях», «неприємні відчуття, що давлять за грудиною». У 3 (6%) хворих спостерігалися суїцидальні думки, але критика до власного стану хвороби переважала і активних суїцидальних дій хворі не здійснювали. Це, у свою чергу, можна розглядати як варіант адаптивного підвищення уваги хворих із ВХІІІ та ВДК до власного хворобливого стану.

Астенічні порушення супроводжуються різким погіршенням соціальних контактів. Хворі відчувають труднощі у разі необхідності звернення до лікаря, інших соціальних структур, роботі у колективі, проходження лікарського огляду для них є сильним патогенетичним чинником, після якого тривожно-депресивні розлади лише загострюються. Такі розлади у хворих погіршують, а в деяких випадках і унеможливають проведення поточних клінічних обстежень. Хворі втомлювались вже на перших хвилинах заповнення опитувальника (тесту), їм вкрай складно було зрозуміти інструкції, і в той же час вони активно відмовлялися від відпочинку, намагалися швидше завершити опитування та вийти із кабінету і навіть з приміщення лікарні.

У 27 (54%) пацієнтів крім астенії спостерігається збудженість (ажитація), емотивність, роздратованість, напади гніву та агресивності. Стан тривожності супроводжує хворих у всіх вчинках і намірах, вони постійно побоюються зміни існуючих стереотипів, будь-яка інформація про нові події в сім'ї або поведінку сексуального партнера стає стресовою, суттєво загострює тривогу. Реактивна тривожність у 80% сягає високого ступеня, а особистісна тривожність у всіх хворих характеризується помірним рівнем. Слід підкреслити, що тривога, неадекватна ситуації за інтенсивністю та тривалістю, перешкоджає формуванню психоадаптивної реакції, спрямованої у першу чергу на оточуючих хворих. Про це свідчить роздратованість та злість, вороже відношення до лікарів та медичного персоналу, безперервні скарги на знижену увагу до себе, неефективне лікування. Ці хворі залишаються постійно дистанційованими, неохоче вступають у контакт, відмовляються від будь-якої психологічної допомоги, заперечують наявність існуючих психічних розладів.

Інколи зустрічаються хворі з вираженою ворожістю та агресією через проведення опитування стосовно інформації про втрату сексуальної активності, лібідо та потягу. Це об'єктивно відображало наявність невротичної тривожності та гострої депресії у хворих, що потребувало формування і підтримки установки на співпрацю та подолання психоемоційного бар'єра.

Депресивний синдром відзначають у 92% обстежених хворих основної групи. Типові депресивні стани розвиваються у хворих чоловіків достатньо непередбачувано, досить швидко, негативно впливають на емоційну сферу життя пацієнтів, супроводжуються ефектом безрадсності, втратою інтересів, соціальною пасивністю. Найбільш значущими переживаннями у хворих слід назвати відчуття втрати сенсу майбутніх подій та перспектив побудови гармонійних стосунків. Хворі асоціюють своє життя з двома основними періодами: до та після розвитку сексуальних розладів, не пов'язуючи ці розлади. Хворобливий стан трактується як фатальний, стан екзистенційальної неминучості.

Слід підкреслити, що пацієнти сприймають оточуючі події лише в «чорному світлі», у них втрачається почуття радості, знижується інтерес до подій, що відбуваються, ніщо не викликає у них позитивних емоцій. Пацієнти додатково скаржаться на втрату власної активності, власної значущості в сім'ї або для сексуального партнера, домінуючі відчуття неспотребності, втрати, постійно висловлюють песимістичні погляди роздуми щодо майбутнього, декларують втрату віри у подальше поліпшення стану здоров'я, почуття безвиході внаслідок втрати сексуального партнера.

Деякі пацієнти у момент опитування відразу відмовлялися від проходження обстеження, опираючись при цьому на власне переконання у повній психічній врівноваженості та здоровому емоційному стані. В таких випадках хворим надавали додаткову інформацію стосовно можливості розвитку розладів та спрямовували їх до співпраці. Після цього, коли виявлялися причини відмови тестування, хворі йшли на активну співпрацю, вбачаючи в цьому важливу передумову одужання.

При такому варіанті афективних розладів депресивні прояви практично відсутні і заміщуються різними соматовегетативними масками, що є своєрідним еквівалентом депресивних розладів. Ці соматовегетативні порушення проявляються по різному і мають алгічний, сенестопатичний, сексопатологічний або дисомнічний типи гострого або хронічного характеру. В останньому випадку ці порушення викликають розвиток станів паніки, страху тяжкого або невиліковного захворювання із відповідною до них поведінкою пацієнтів. Статева конституція цих хворих чоловіків, зазвичай, слабка або середня, а тип сексуальної мотивації найчастіше шаблонно-регламентованій, мотивом статевого акту є виконання подружнього обов'язку, зняття сексуального напруження та отримання оргазму. Переважна більшість хворих пацієнтів відноситься до пасивно-підкорюваного варіанта психосексуального типу поведінки, але в деяких випадках з метою компенсації своєї сексуальної неспроможності хворі можуть неадекватно розширювати діапазон сексуальної прийнятності, а в деяких випадках, навпаки, відмовитись від статевих стосунків.

Причиною коїтофобії у хворих із виразковою хворобою як і неврозу очікування вважається сексуальна психотравма, що може бути усвідомленою або неусвідомленою. За цієї форми сексуальної дисфункції у переважній більшості хворих також порушується розвиток емоційних стосунків із статевим партнером. Відзначається стає зниження лібідо (у 54% хворих), сексуальні відчуття притупляються, іноді взагалі відсутні, і у деяких хворих спостерігається аноргазмія. Переважаючим у таких хворих стає гомеостабілізуючий або шаблонно-регламентований тип сексуальної мотивації, при цьому спостерігається навіть байдужість до сексуального партнера. У клінічній картині коїтофобії на перший план приходять емоційні порушення, почуття загрози, тривога або переживання із супутніми порушеннями.

Патогенна дія незавершеного сексуального акту та сексуальної дисфункції загострюється із повторними невдачами або в нових контактах, у випадках намагання знайти компроміс, наявності певних преморбідних особистісних рис і у випадках соціальної дезадаптації особистості. Хворі замикаються, уникають спілкування з людьми, звинувачуючи при цьому інших осіб у власному депресивному стані. Має місце зниження волевих спонукань, поява труднощів при виконанні домашніх справ через лінощі, пасивність, необхідність прикладати додаткові зусилля до здійснення роботи, що супроводжувалось зниженою самооцінкою, посиленням ідей власної неповноцінності або іншими самозвинуваченнями. Одночасно із нейтральним або індіферентним відношенням членів сім'ї до питання сексуальних розладів, зустрічались не поодинокі випадки негативного відношення з боку дружини, що відіграло важливу роль додаткового психогенного чинника в загостренні психоемоційного стану хворих. Натомість в опитаних виявлялись невмотивовані акти агресії та агресивної поведінки, спрямовані на підвищення уваги до власної особистості, збереження сім'ї або покращення власного стану здоров'я.

До предикторів несприятливої динаміки тривожних і депресивних розладів із досвідом повторних сексуальних невдач в осіб із ВХШ та ВДК слід віднести конституційно-особистісні ознаки психічної ригідності (наявність анакастичних, параноїдних і шизоїдних рис особистості), несприятливі соціально-психологічні характеристики мікросоціального оточення, в тому числі часті конфлікти в сім'ї, бездітність, недостаття соціальна підтримка та розвиток додаткових психогеній.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, клініко-психопатологічні особливості тривожних та депресивних розладів в осіб із сексуальною дисфункцією на тлі виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки характеризуються складним синдромопатогене-

зом, що включає особистісні характеристики, травматичні та несприятливі психосоціальні чинники. Тривалий період лікування основного соматичного захворювання, невдоволеність результатами проведеного лікування, повторні сексуальні невдачі загострюють та хронізують розвиток психоемоційних розладів у хворих.

Отримані нами дані свідчать про те, що тривожні і депресивні розлади невротичного рівня у сукупності із симптомами

посттравматичного стресового розладу у чоловіків, що мали досвід розлучення, та розвитку вторинних порушень психічної адаптації, часто виникають в результаті складного психогенезу.

У зв'язку з цим необхідно не лише проводити моніторинг психоафективного стану чоловіків з метою своєчасного виявлення, але і застосовувати у практичній роботі нейропсихофармакологічне, тобто адекватне лікування психоневрологічних розладів у даного контингенту хворих.

**Психологический статус мужчин с эректильной дисфункцией на фоне язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки**  
**Ю.Н. Гурженко, В.В. Сорока**

В работе показаны клинико-психопатологические особенности тревожных и депрессивных расстройств у мужчин с эректильной дисфункцией на фоне язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, характеризующиеся сложным патогенезом, включая личностные характеристики, травматические и неблагоприятные психосоциальные факторы. Доказана необходимость проводить мониторинг психоафективного состояния мужчин и применять нейропсихофармакологическое, то есть адекватное лечение психоневрологических расстройств у данного контингента больных.

**Ключевые слова:** *сексуальные дисфункции, язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, психические факторы, комплексное лечение.*

**Psychological status of human gastric ulcer and duodenal ulcer in the history of suffering from erectile dysfunction**  
**Yu.N. Gurzhenko, V.V. Soroka**

It is shown the clinical and psychopathological features of anxiety and depressive disorders in patients with sexual dysfunction on the background of gastric ulcer and duodenal ulcers, are characterized by a complex pathogenesis, including personal characteristics, traumatic and adverse psychosocial factors. The need to prove to monitor the status of men and psychoaffective neyropsihofarmakologichne apply, ie appropriate treatment of neuropsychiatric disorders in this group of patients.

**Key words:** *sexual dysfunction, gastric ulcer, duodenal ulcer, mental factors, comprehensive treatment.*

**Сведения об авторах**

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

**Сорока Василий Васильевич** – Кафедра урологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <p>1. Данилин И.Е. Пограничные психические расстройства у больных с опухолями предстательной железы: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 184 с.</p> <p>2. Маді М.Е. Особливості діагностики</p> | <p>та лікування хворих на хронічний бактеріальний простатит із застосуванням лімфотропної терапії: Автореф. дис. ... канд. мед. наук зі спеціальності 14.01.06 – урологія. – К., 2009. – 23 с.</p> | <p>3. Кузьмичев А.Г. Неврологические аспекты хронического неинфекционного простатита: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 102 с.</p> <p>4. Драновський А.Л. Оптимізація комплексного лікування хворих на</p> | <p>хронічний простатит: Автореф. дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.06 – урологія. – Інститут урології АМН України, Київ, 2006. – 22с.</p> |
|---|--|--|---|

Статья поступила в редакцию 21.06.2016