

Сексологічний діагноз: методологія діагностики та класифікації сексуальних розладів у чоловіків (Лекція для лікарів)

Б. М. Ворник

Київський медичний університет, Київський центр сексології, андрології та репродуктивного здоров'я

У лекції наведено методологію оцінки сексуального здоров'я та встановлення сексологічного діагнозу. На підставі оцінки величезного клінічного матеріалу (23601 подружніх/партнерських пар та 4113 пацієнтів-чоловіків без партнерки віком від 16 до 85 років, які звернулися самостійно або за направленням інших лікарів по допомогу до Київського центру планування сім'ї, сексології та репродуктивного здоров'я за період з 1996 до 2019 рр.) наведено основні клінічні форми сексуальних дисгармоній та сексуальних дисфункцій у чоловіків, частота окремих форм та їх етіопатогенетичне обґрунтування. Також наведено приклади сексологічних діагнозів та методи їхнього статистичного шифрування згідно з МКХ-10.

Ключові слова: сексуальні розлади, діагностика, класифікація.

Sexological diagnosis: methodology of diagnosis and classification of sexual disorders in men

B. M. Vornyk

The lecture presented a methodology for assessing sexual health and staging sexological diagnosis. Based on the assessment of the vast clinical material (23 601 married/partner couples and 4113 male patients without a partner, aged 16 to 85, who sought help on their own or on the referral of other doctors to the Kyiv Center for Family Planning, Sexology and Reproductive Health for the period from 1996 to 2019) the main clinical forms of sexual disharmony and sexual dysfunction in men are presented, as well as the frequency of certain forms and their etiopathogenetic study. It also gives examples of sexological diagnoses and methods of statistical encryption according to ICD-10.

Keywords: sexual disorders, diagnostics, classification.

Класифікація явищ, що вивчаються, справедливо вважається фундаментальним напрямом розвитку будь-якої науки. Особливо актуальними є питання класифікації в медицині, де вони не лише резюмують наукові досягнення, а й визначають підходи до діагностики та лікування.

У процесі розробки тієї чи іншої класифікації різних захворювань найчастіше використовують такі методичні підходи:

1. Феноменологічний – захворювання класифікуються за зовнішніми проявами.
2. Симптоматичний – захворювання класифікуються за внутрішніми та зовнішніми проявами.
3. Синдромологічний – захворювання класифікуються за результатами поєднання утворювальних ознак чи залучених систем.
4. Етіологічний – захворювання класифікуються за причинами виникнення розладів.
5. Патогенетичний – захворювання класифікуються за механізмами формування розладу.
6. Етіопатогенетичний – захворювання класифікуються за причиною і механізмом формування розладу.
7. Нозологічний – коли назва склалась історично, була дана автором, який описав цю форму, ситуацією, коли хвороба виникає чи назва походить із суті проблеми.

Найбільш виправданим є етіопатогенетичний підхід, який ґрунтується на результатах аналізу етіології, патогенезу, клініки, діагностики, диференціальної діагностики, лікування та профілактики захворювання, що є класичним варіантом, або «золотим стандартом», у методології розроблення медичних класифікацій.

Класифікація сексуальних розладів не є винятком із правил, залишаючись багато років одним із найбільш обговорюваних питань медичної сексології.

Останні десятиліття пропонувалося багато різних класифікацій сексуальних розладів. Деякі були революційними щодо розвитку медичної сексології [1–5], інші мають лише історичний інтерес. В основі запропонованих класифікацій останніх років частково закладено етіопатогенетичний принцип [1, 2], проте цей підхід, на жаль, не завжди повністю розкритий та обґрунтований.

Останніми роками дедалі частіше з'являються класифікації, які мають характер «класифікації симптомів», підмінюючи собою опис симптомів чи скарг пацієнта. Наприклад, класифікація розладів ерекції або класифікація розладів еякуляції, або класифікація порушень лібідо. Такий підхід не забезпечує розуміння причин того, що відбувається із хворим. Саме за таким принципом, на жаль, побудована і класифікація сексуальних розладів у МКХ-10 [6]. Подібний діагноз не

орієнтує лікаря ні на розуміння причин і механізмів розладу, ні на вибір етіопатогенетичної терапії.

Ця робота направлена на використання етіопатогенетичного підходу до класифікації сексуальних розладів як найбільш обґрунтованого та інформативного для розуміння лікарем того, що відбувається з пацієнтом.

Методологія діагностики сексологічних розладів

При встановленні сексологічного діагнозу необхідно пам'ятати, що сексуальний розлад – це завжди симптом якогось захворювання та/або психічного/психологічного порушення, та/або несприятливої соціальної ситуації, а найчастіше – всього разом.

З цього постулату треба виходити як у встановленні діагнозу чи розробці класифікації, так і у виборі методів діагностики та лікування хворих.

Для встановлення діагнозу в сексopatології лікар повинен уміти: використовувати загальноклінічні, сексологічні, неврологічні, урологічні, психологічні/патопсихологічні, лабораторні, інструментальні методи обстеження, застосовувати опитувальники/анкети/шкали (сексологічні, психологічні, урологічні) для оцінки стану пацієнта, а також вміти правильно інтерпретувати їхні результати.

У клінічній практиці використовують два підходи до діагностики: оцінка справжнього стану (тут і зараз) і лонгітудинальна (тривала в часі) характеристика розвитку захворювання. Останній підхід є особливо актуальним для діагностики психогенних та змішаних сексуальних дисфункцій. При цьому, незалежно від первинної (базової) спеціалізації лікаря, основним методом діагностики в клінічній сексології є метод структурного аналізу статевих розладів, що ґрунтується на загальній теорії функціональних систем та фізіологічній концепції Г. С. Васильченка про стадії та складові копулятивного циклу.

Структурний аналіз є сукупністю діагностичних алгоритмів, що забезпечують перехід від симптомів до синдромів і завершуються встановленням розгорнутого клінічного діагнозу статевого розладу з урахуванням стану уrogenітального апарату, гормонального забезпечення, елементарних нервових регуляцій і психіки хворого не в їх протиставленні, а в їх інтегральній взаємодії [3].

На додаток до цього обов'язково характеризується динаміка розгортання патологічного стану та виявляються патогенні фактори, сукупна дія яких призвела до виникнення сексуального порушення (з диференціацією факторів, дія яких обмежилася початковими етапами (пускові) від факторів, що продовжують підтримувати розлад).

Лише після цього лікар може сформулювати діагноз. Досить часто під час першого прийому лікарю важко встановити остаточний діагноз без додаткового обстеження. У таких випадках виставляється попередній діагноз, який не вноситься до листа заключних діагнозів до його остаточного встановлення. Зважаючи на методологічну недосконалість класифікації сексуальних дисфункцій, наведеної в МКХ-10, разом із сексологічним діагнозом виставляють і діагнози захворювань або станів, що спричинили виникнення сексуального порушення.

Діагноз – коротке резюме фізичного та психічного стану пацієнта, що відображає причини, механізм розвитку, об'єктивний стан пацієнта та напрями лікування.

Часто у практичних лікарів викликає непорозуміння наявна в літературі плутанина між термінами «хвороба», «захворювання», «розлад» та «дисфункція».

У МКХ-10 чітко зазначено, що у формулюванні діагнозу щодо психічних і поведінкових порушень застосовують термін «розлад», позаяк терміни «хвороба» та «захворювання» викликають при їх використанні певні методологічні та деонтологічні складності. А щодо сексуальних порушень заведено використовувати термін «дисфункція» як найменш психотравмуючий термін, який, до того ж і методологічно більш точно відображає стан та зміни сексуальної функції людини.

Крім того, термін «розлад» більше підходить до оцінки стану ознаки функції, наприклад, розлад ерекції як однієї з ознак сексуальної функції. Проте ізольовані розлади тільки однієї ознаки в сексологічній практиці майже не зустрічаються, а якщо й мають місце, то дуже короткий період на самому початку захворювання. Зазвичай розлад будь-якої з ознак викликає розлад усієї сексуальної функції, і тому варіанти діагнозу, заснованого лише на одній ознаці, у медичній сексології вважаються некоректними. Розлад однієї з ознак сексуальної функції, наприклад ерекції, може бути симптомом кількох форм сексуальної дисфункції. Тому завданням лікаря – оцінити механізм виникнення цього симптому, наявність інших прихованих симптомів та визначити, яка саме форма сексуальної дисфункції наявна у даного пацієнта, щоб правильно призначити лікування.

Найбільш значущим є питання практичного використання тих чи інших класифікацій практичними лікарями, які зобов'язані прописувати діагноз не тільки в амбулаторній карті хворого (ф. 025/о), а й в інших облікових та статистичних формах, що згодом дозволяє проводити експертизу та аналітичну оцінку стану сексуального та репродуктивного здоров'я населення.

Для пошуку шляхів практичного вирішення цих завдань ми проаналізували стан та попередньо виставлені діагнози 23601 подружніх/партнерських пар та 4113 пацієнтів-чоловіків без партнерки віком від 16 до 85 років, які звернулися самостійно або за направленням інших лікарів по допомогу до Київського центру планування сім'ї, сексології та репродукції людини за період з 1996 до 2019 рр.

Було проведено клінічний аналіз класифікацій, що найчастіше вживаються, оцінено можливості їх застосування у практиці з урахуванням вимог МКХ-10 та існуючих у практичній охороні здоров'я статистичних та облікових систем, а також оцінено частоту розвитку кожної з форм сексуальної дисфункції, що й дозволило нам уточнити, доопрацювати та запропонувати етіопатогенетичну класифікацію сексуальних дисфункцій у чоловіків для практичного застосування на амбулаторному прийомі.

За основу запропонованої нами модифікованої класифікації були взяті найбільш поширені на пострадянському просторі класифікації: Г. С. Васильченка [3, 4], І. Ф. Юнди [5] та В. В. Кришталю [7], які, попри свою класичність, на жаль, не завжди відповідають оцінці

стану пацієнта і досить часто бувають складними не тільки для розуміння, а й навіть для вимови деякими сучасними лікарями. Також нами була врахована класифікація сексуальних розладів, наведена в МКХ-10 перегляду [6].

Оскільки фізіологічних проявів сексуальності лише чотири (лібідо, ерекція, еякуляція та оргазм), то і симптоми порушень сексуальної функції майже одні й ті самі при різних формах, тобто у практиці відсутня специфічність клінічної картини різних форм сексуальних дисфункцій. Різними є також причини та механізми виникнення сексуального розладу, що надзвичайно важливо для лікування.

Тому кожен конкретний випадок захворювання ми відносили до тієї чи іншої форми сексуальної дисфункції не на підставі скарг та клінічних проявів, а з огляду на причину та механізм виникнення сексуальних розладів, тобто використовували етіопатогенетичний підхід.

Клінічна характеристика основних форм сексуальних порушень

У сучасній медичній сексології прийнято розрізняти сексуальні дисгармонії та сексуальні дисфункції. Проведений аналіз показав, що сексуальні дисгармонії зустрічаються у 27,3% пацієнтів, тобто майже в одній третині. Але при цьому вони вкрай рідко діагностуються лікарями, які у таких чоловіків бачать лише порушення ерекції. В інших пацієнтів фіксують різні варіанти сексуальних дисфункцій, серед яких найбільшу поширеність мають змішана та психогенна форми.

А. Сексуальні дисгармонії та дисгамії (27,3%).

Сексуальні дисгармонії є наслідком неузгодженості сексуальної взаємодії подружжя/партнерів внаслідок порушення міжособистісних взаємин, в їх основі можуть лежати як внутрішні особистісні фактори одного з подружжя/партнерів, так і різні біологічні фактори.

При сексуальній дисгармонії кожен із подружжя/партнерів окремо сексуально здоровий, тобто не має сексуальних порушень, але через різні фактори їхні стосунки не приводять до сексуального задоволення одного з них або обох.

При цьому виникає первинна неузгодженість у взаємодії за одним або декількома основними подружніми факторами – фізіологічним, матеріальним, культурним, сексуальним, психологічним, що веде до комплексу наслідків у вигляді різних сексуальних порушень. Часто виникнення сексуальних дисгармоній зумовлено помилками у підборі партнера.

Дисгамії – це сексуальні дисгармонії між чоловіком та жінкою, які перебувають у шлюбі. Зазвичай дисгамії особливо тяжко переживаються жінками. Вони часто призводять до розладу в сімейних відносинах, розлучення, а також можуть стати однією з причин виникнення різних неврозів.

Спільним для цих двох визначень є їх функціональний характер: тобто порушення, що призводять до сексуальної дезадаптації та подальшої сексуальної дисгармонії, а також той факт, що діагностика та корекція сексуальних порушень можлива тільки в конкретній парі.

Велика кількість причин і факторів, що викликають сексуальну дисгармонію, дозволило В. В. Кришталю [7] виділити такі види дисгармоній: соціокультурна дезадаптація, статево-рольова, сексуально-еротична, комунікативна, конституційна, біоритмічна, сексуальна аверсія та віргогамія (незайманий шлюб). Для полегшення практичного використання її практичними лікарями-урологами, андрологами, сексопатологами ми звели всі види дисгармоній у три основні клінічні форми [8]:

- соціально-психологічна;
- соматопсихологічна;
- змішана.

Соціально-психологічна форма сексуальної дисгармонії – це невідповідність уявлень, установок, очікувань, поведінки у сексуальній сфері, що є наслідком різного виховання, культурних і релігійних поглядів, і навіть особистісних характерологічних особливостей партнерів/подружжя.

Соматопсихологічна форма сексуальної дисгармонії спостерігається тоді, коли при відносній безпеці позитивного психологічного «клімату» пара відчуває проблеми в сексуальних стосунках через наявність соматичних захворювань або захворювань статевої сфери обох або одного з партнерів/подружжя, або внаслідок різних фізіологічних відмінностей, пов'язаних зі статевою функцією (невідповідності розмірів статевих органів, анатомічних особливостей та інше).

Змішана форма сексуальної дисгармонії поєднує ознаки соціально-психологічної та соматопсихологічної сексуальної дисгармонії. Найбільш вираженим варіантом останньої стадії змішаної форми сексуальної дисгармонії є сексуальна аверсія, коли виникає вкрай негативне ставлення як до сексуального партнера, так і до сексу взагалі.

Сексуальна аверсія розвивається через постійну психологічну або соціальну незадоволеність у відносинах, яка погіршується сексуальною незадоволеністю, що нашарувалась. У результаті цього спочатку порушуються психологічні аспекти міжособистісного спілкування (психологічна аверсія) або сексуальні (сексуальна аверсія), які своєю чергою неминуче негативно впливають один на одного, тобто формується «патологічне коло». Сексуальна аверсія зазвичай призводить до розвитку різних форм невротичних розладів. Подібні пари рідко звертаються до лікаря. Частіше вони звертаються до психолога чи розлучаються. Тому на практичному прийомі аверсія зустрічається у 0,08% випадків дисгармоній. Загальна частота сексуальних дисгармоній становить 27,3% від усіх випадків звернення по сексологічну допомогу. Сексуальні дисфункції мали місце у 72,7% хворих, які звернулися до лікаря.

Б. Сексуальні дисфункції (72,7%). Аналізуючи причини та механізми розвитку сексуальних дисфункцій, стає зрозуміло, що до сексуальних дисфункцій приводять 3 групи факторів: психогенні, соматогенні та змішані. Кожна з цих груп має різний механізм розвитку сексуальної дисфункції, але симптоми сексуальних дисфункцій часто схожі і практично завжди проявляються ослабленням або відсутністю ерекції.

Незважаючи на схожість зовнішніх проявів, лікування кожної форми сексуальної дисфункції має свою специфіку. З іншого боку, сексологічна симптоматика може перебігати і як симптом клінічних проявів іншого захворювання. Тому класифікація сексуальних дисфункцій була побудована нами, виходячи з етіології та патогенезу, а не скарг та клінічних проявів. Частота різних форм сексуальних дисфункцій вираховувалася із загальної кількості хворих, у яких було встановлено діагноз сексуальної дисфункції, прийнятих за 100%.

I. Психогенна сексуальна дисфункція (42,8%) – розлад сексуальної функції, що викликаний різними суб'єктивно значущими для людини психотравматичними або стресовими ситуаціями та особливостями індивідуальної реакції на них.

Особливості психогенних порушень тісно пов'язані з типом особистості.

Психогенна сексуальна дисфункція може виявлятися у таких клінічних формах:

1. Дебютантна – виникає у молодих чоловіків внаслідок невдалого початку сексуального життя. Невдалий початок статевого життя викликає невдоволення собою, тривогу та страх перед наступними сексуальними контактами, а надалі, залежно від індивідуальних особливостей, у людини може розвинути невротичне очікування сексуальної невдачі, що характеризується нав'язливим страхом перед статевою близькістю, невпевненістю в собі, очікуванням, що «нічого не вийде», вегетативними проявами.

2. Психотравматична – виникає внаслідок дії гострого чи хронічного стресу, чи психотравми. У цьому рівень її вираженості залежить від особливостей особистості. Порушення виникає за класичним механізмом розвитку психосоматичних розладів.

3. Симптоматична – виникає при психопатологічних розладах психотичного і непсихотичного регістру як симптом або як наслідок захворювання, а також може виникати через лікування як побічна дія призначуваних психотропних препаратів. Може мати різні симптоми залежно від основного захворювання. Так, при шизофренії, епілепсії може спостерігатися утруднення в настанні сім'явиворскування, а при неврозах, астеніях, навпаки, може бути прискорена еякуляція тощо.

4. Перверзна – виникає в результаті неможливості реалізувати свої сексуальні вподобання через явні або скриті розлади статевої ідентифікації.

5. Уявний сексуальний розлад, або його ще називають псевдоімпотенція, – виникає внаслідок дезінформації щодо психогієни статевого життя або пред'явлення до себе завищених вимог, що не відповідають фізіологічним можливостям.

II. Нейрогенна сексуальна дисфункція (2,3%) – розлад сексуальної функції чоловіків, що виникає внаслідок захворювань центральної та периферичної нервової системи, що призводять переважно до порушення нейрогуморальної складової сексуальної функції чоловіка.

Може виявлятися у таких клінічних формах:

1. Кортикальна – виникає при функціональних чи органічних порушеннях процесів у корі мозку, що розвиваються при психічних розладах чи органічних

захворюваннях мозку. Потребує диференціальної діагностики з психогенною сексуальною дисфункцією.

2. Діенцефальна – порушення сексуальної функції, що виникає внаслідок травматичного, токсичного чи іншого патогенного впливу на гіпоталамічні центри екзогенними чи ендогенними факторами.

До екзогенних факторів належать: травми голови, зокрема спортивні, виробничі та побутові інтоксикації, тривале вживання алкоголю, наркотиків та інших психоактивних речовин, тривале застосування деяких лікарських препаратів, куріння, дія високочастотних енергій, фізичне перенапруження, професійні шкідливості (іонізуюче випромінювання, переохолодження), перегрів, вібрація, шум, хімічні речовини – нафтопродукти, свинець, ртуть тощо).

До ендогенних факторів належать надмірні психічні та емоційні навантаження, часті стреси, тривале виснаження хронічними соматичними захворюваннями, ниркова та печінкова недостатність, септичні стани, ускладнення перенесених інфекційних захворювань.

3. Спинальна – розвивається при ушкодженнях або захворюваннях спинного мозку, що призводять як до порушень провідності сексуальних імпульсів, так і до порушення роботи спинальних центрів ерекції та/або еякуляції.

4. Провідникова – сексуальна дисфункція, спричинена різними захворюваннями периферичних нервів, що порушують аферентну та еферентну провідність чутливих та рухових сексуальних імпульсів і призводять до порушення іннервації статевих органів, судин, зміни чутливості рецепторів. Виникає, зокрема, внаслідок хірургічних втручань на статевих органах, органах малого таза тощо.

5. Рецепторна – виникає при пошкодженні рецепторів закінчень нервових волокон, що іннервують зовнішні та внутрішні статеві органи. При цьому можуть пошкоджуватися як зовнішні рецептори (екстерорецепторні), так і внутрішні (інтерорецепторні). Пошкодження рецепторів спричинюють різні патологічні процеси і захворювання статевих органів, придаткових статевих залоз та пошкодження шкіри статевих органів.

III. Генітальна сексуальна дисфункція (5,3%) виникає при різних порушеннях та патологічних процесах у внутрішніх та зовнішніх статевих органах, а також при їх ушкодженнях чи патологіях розвитку.

Генітальна сексуальна дисфункція залежно від причин та механізму ушкодження проявляється у вигляді токсичної, механічної чи паторефлекторної клінічних форм.

1. Токсична – виникає при запальних захворюваннях придаткових статевих залоз.

2. Механічна – виникає при захворюваннях статевого члена, які порушують або обмежують можливість проведення статевого акту.

3. Паторефлекторна – виникає при порушенні ритму функціонування спинальних центрів ерекції та/або еякуляції внаслідок частоті виснажливої мастурбації, частих статевих актів, зокрема без сім'явиворскування, тривалих періодів утримання, тривалої практики переривання статевого акту з метою запобігання вагітності або вагітності, що призводить до патологічного ірритивно-виснажливого стану функції спинномозкових

центрів ерекції та еякуляції. У цих випадках порушення виникають за механізмом закріплення патологічного рефлексу.

Усі ці форми часто супроводжуються вегетативними розладами, які перебігають з переважанням тону симпатичної або парасимпатичної нервової системи, що значною мірою формує ознаки порушень.

IV. Судинна сексуальна дисфункція (1,8%) обумовлена патологією кровеносних судин як статевих органів, так і магістральних судин поза статевою системою, наприклад, при синдромі Леріша, системних захворюваннях судин, таких, як атеросклероз, ендотеліальних порушеннях, ангіопатії, наприклад, при цукровому діабеті, при вживанні деяких лікарських засобів тощо.

Виділяють артеріальну, венозну та артеріо-венозну клінічні форми судинної сексуальної дисфункції. Деякі автори [2] виділяють і ендотеліальну сексуальну дисфункцію, але ми не зустріли в жодному разі самостійного ізолюваного порушення ендотелію як причини сексуальної дисфункції. Ендотеліальна дисфункція завжди виникає при соматичних системних захворюваннях і є лише патогенетичною ланкою у процесі виникнення як соматичного захворювання, так і сексуальної дисфункції.

1. Артеріальна – виникає при порушеннях припливу крові до кавернозних тіл статевого члена.

2. Венозна – виникає при патологічному посиленні відтоку венозної крові від статевого члена.

3. Артеріо-венозна – виникає при поєднанні утруднення припливу крові до статевого члена та посилення її відтоку.

V. Ендокринна сексуальна дисфункція (2,7%) – виникає внаслідок різних порушень у діяльності ендокринних залоз, насамперед статевих.

Виявляється у наступних клінічних формах:

1. Гіпогонадна – виникає як наслідок будь-яких форм гіпогонадізму та гіпогонадних станів.

2. Дискореляційна – виникає внаслідок захворювань ендокринних залоз, що призводить до порушення співвідношення між рівнями гормонів і, як наслідок, до ожиріння, дієнцэфальних розладів, порушення функції статевих залоз та інших патологічних станів [9, 10].

VI. Змішана сексуальна дисфункція (44,2%) – виникає при поєднанні двох і більше форм сексуальних дисфункцій різного походження. До змішаної сексуальної дисфункції належать і ті випадки, коли психопатологічні зміни виникають як ускладнення нейрогенної, генітальної, судинної та ендокринної сексуальної дисфункції. Може проявлятися у таких клініко-етіологічних формах:

1. Ятрогенна – виникає внаслідок психічного чи фізичного впливу з боку лікарів та медперсоналу, що завдає шкоди психологічному чи соматичному стану пацієнта.

2. Інволютивна – порушення сексуальної функції в інволюційний період, викликане виключно процесом старіння, а не захворюваннями, що виникли у старшому віці, тобто генетично обумовленим зниженням вироблення та активності гормонів, зменшенням кількості різних рецепторів, зниженням різних видів чутливості тканин, зміною психологічного стану та соціальних обставин.

3. Симптоматична – клінічна форма, коли ті чи інші порушення сексуальної функції мають характер симптому будь-якого захворювання і не мають самостійного значення, наприклад: зниження лібідо чи ослаблення ерекції при пневмонії, хронічній нирковій недостатності тощо.

4. Порушення психосексуального та соматосексуального розвитку – залежно від етіології, патогенезу та клініки ці стани можуть належати до психогенної, ендокринної чи змішаної форми сексуальної дисфункції залежно від наявності порушення психосексуального чи соматосексуального розвитку, чи їх поєднання.

Порушення соматосексуального розвитку проявляється у порушенні термінів (затримки, прискоренні) соматосексуального розвитку (оволосіння, розміри статевих органів, тембр голосу, ріст та ін.), яке може супроводжуватися порушенням статевої поведінки та сексуальної орієнтації.

Порушення психосексуального розвитку проявляється у порушенні темпів (затримка, прискорення) психосексуального розвитку, а також у порушеннях статевої самосвідомості, статевої поведінки, статевої орієнтації (виключається гомосексуальна орієнтація). Порушення психосексуального розвитку часто буває наслідком порушення соматосексуального розвитку.

VII. Ідіопатична сексуальна дисфункція (0,9%) – це сексуальна дисфункція неясного генезу з причин, які неможливо ідентифікувати на даному етапі обстеження. Найчастіше проявляється моносимптомним сексуальним розладом, коли в людини виникає тільки розлад якоїсь однієї ознаки сексуальності (симптом), що має перебіг самостійного захворювання, причину якого лікар встановити не може, але можливі поєднання цих симптомів, що складаються в синдром, але без будь-яких етіопатогенетичних закономірностей. Сексуальні розлади при ідіопатичній формі можуть виявлятися такими симптомами, як алібідемія, гіполібідемія, гіперлібідемія, гіпоерекційний розлад, пріапізм, патологічні полюції, асперматизм (повний, парціальний), ретроградна еякуляція, аноргазмія, коїтофобія та інші.

Зрозуміло, що всі ці стани можуть зустрічатися і при різних формах сексуальної дисфункції чи будь-яких соматичних чи психічних розладів. Але ми говоримо про ті випадки, коли їхню причину встановити не вдається.

Остаточний (уточнений) діагноз. Вписуючи діагноз в амбулаторну карту хворого, насамперед зазначають сексологічний діагноз, встановлений виходячи з причини звернення та механізму розвитку дисфункції, тобто заради чого пацієнт звернувся до лікаря. Потім пишуть діагноз захворювання або стану, що призвело до розвитку сексуального розладу із зазначенням шифру МКХ-10, а вже далі – діагноз супутніх захворювань, якщо такі є.

Оскільки не всі прийняті в практиці сексологічні діагнози мають відображення в МКХ-10 через відсутність міжнародного консенсусу з цього приводу, то на сторінку обліку остаточних діагнозів в амбулаторній карті пишуть той із встановлених діагнозів, який є в МКХ-10. Якщо потрібно кодувати сексуальну дис-

функцію, це роблять за провідною ознакою і в листі уточнених діагнозів буде 2 шифри.

Цей діагноз кодуюватиметься і в статичному таблиці. Однак необхідно пам'ятати, що МКХ-10 несе в основному статистичну місію, а в клінічній практиці перевага все ж таки надається етіопатогенетичному діагнозу та оцінці причини звернення по допомогу.

Приклади сексологічних діагнозів:

1. Психогенна дебютантна сексуальна дисфункція; Тривожний розлад (F52.2 + F41.3).
2. Психогенна симптоматична сексуальна дисфункція; Неврастенія (F52.2 + F48.0).
3. Змішана сексуальна дисфункція; Розлад статевої ідентифікації, транссексуалізм (F52.2+F64.0).
4. Нейрогенна дієнцефальна сексуальна дисфункція; Хронічний алкоголізм (N48.1+F10.2).
5. Нейрогенна провідникова сексуальна дисфункція; Розсіяний склероз (N48.1+G35.0).
6. Генітальна механічна сексуальна дисфункція; Фібропластична індурація статевого члена (N48.1 + N48.6).
7. Генітальна токсична сексуальна дисфункція; Хронічний простатит (N48.1+N41.1).

При уточнених формах соматичних чи психічних розладів другий шифр може змінюватися.

ВИСНОВКИ

Отже, запропоновані форми чітко відображають етіопатогенетичний підхід та підтверджують самостійність такої клінічної дисципліни, як медична сексологія.

Наведена частота різних форм сексуальних дисфункцій, отримана під час вивчення величезного клінічного матеріалу, на відміну від наявної думки, свідчить про досить високу питому вагу психогенної сексуальної дисфункції та її негативний вплив на такі соматичні показники, як рівень гормонів, кровотік у статевому члені та інші, що може часто вводити лікаря в оману щодо етіології, патогенезу та форми сексуальної дисфункції, а також напрямків лікування.

Наявність чіткого підходу та єдиної класифікації, що легко використовується у практичній охороні здоров'я, сприятиме організації та впровадженню у практику обліково-звітних статистичних форм, що характеризують стан сексуального та репродуктивного здоров'я населення, та проведенню об'єктивного аналізу захворюваності, що також допоможе оцінювати ситуацію та обирати напрями подальшого наукового дослідження.

Відомості про автора

Ворник Борис Михайлович – д-р мед. наук, проф., Заслужений лікар України, кафедра психіатрії, неврології та реабілітації (курс медичної сексології), Київський медичний університет, Київський центр сексології, андрології та репродуктивного здоров'я; тел.: (050) 656-51-71. *E-mail: vornyk@gmail.com*
ORCID: 0009-0004-6315-3757

Information about author

Vornyk Borys M. – doctor of medicine, professor, honored doctor of Ukraine, Department of Psychiatry, Neurology and Rehabilitation (Course of Medical Sexology), Kyiv Medical University, Ukrainian Research Institute for Sexology and Andrology, tel.: (050) 656-51-71. *E-mail: vornyk@gmail.com*
ORCID: 0009-0004-6315-3757

ПОСИЛАННЯ

1. Nishlaga E, Bere GM, editors. Men's health and dysfunction of the reproductive system: prov. from English Andrology. Kyiv: LLC «Medical Informative Agency»; 2005. 554 p.
2. Gorpynchenko II. Classification of sexual disorders in men. Health of man. 2010;(2):84-6.
3. Vasylychenko GS, editor. General sex pathology: A guide for doctors. Moscow: «Medicine»; 1977. 487 p.
4. Vasylychenko GS, editor. Sexopathology: a guide. Moscow: «Medicine»; 1990. 575 p.
5. Yunda IF. Diseases of male genital organs. Kyiv: «Health»; 1981. 248 p.
6. World Health Organization. International classification of diseases 10th revision (ICD-10). International statistical classification of diseases and health-related problems, 10th revision, online version [Internet]. In: 43rd World Health Assembly with amendments and additions of the World Health Organization 1990-2024. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>.
7. Krystal W, Hryhoryan SR. Sexology. Moscow: PER SE; 2002. 879 p.
8. Krystal OV, Warnik BM. Sexopathology: a textbook. Kyiv: «Medicine»; 2014. 544 p.
9. Vornyk BM. A man with sexual dysfunction at the appointment of a urologist-andrologist. Proceedings of the World Congress «Men's Health». Almaty; 2014, p. 67-70.
10. Luchytskogo EV, Bondarenko VA, editors. Selected lectures on clinical andrology. Kyiv, Kharkiv: Publishing house «Nova Soft» LLC; 2010. 144 p.

Стаття надійшла до редакції 30.01.2024. – Дата першого рішення 05.02.2024. – Стаття подана до друку 08.03.2024