

Еректильна дисфункція: терміни, визначення, частота

Г. С. Кочарян

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Харківського національного медичного університету

За спостереженнями клініцистів, серед чоловіків, які звертаються по медичну допомогу, розлади ерекції мають місце частіше за інші сексуальні дисфункції. У статті обговорюються терміни, що використовуються для позначення розладів ерекції. На думку автора, термін «еректильна дисфункція» (ЕД), який широко використовується, насправді є значно більш ємним, ніж ті стани, які він позначає. Це пов'язано з тим, що розлади ерекції можуть виражатися не тільки в її ослабленні (гіпоерекція) або відсутності (анерекція), а й у її посиленні (гіперерекція, яка відбувається при пріапізмі й псевдопріапізмі). Зазначається, що термін «еректильна дисфункція» замінив термін «імпотенція», який згодом набув принизливого відтінку (імпотенція → імпотент). Проте у МКХ-10 для позначення соматогенної гіпо(ан)ерекції все ще використовується категорія «імпотенція органічного походження», яка відсутня у МКХ-11. Також розглядаються такі терміни та поняття, як *“impotentia coeundi”* (збірна назва для всіх сексуальних дисфункцій) та *“impotentia generandi”* (нездатність до відтворення, безпліддя). Зазначається, що термін «імпотенція» раніше використовувався для позначення різних сексуальних дисфункцій у жінок. Наводяться та обговорюються визначення й критерії діагностики гіпо(ан)еректильних розладів у міжнародних (МКХ-9, МКХ-10, МКХ-11) та американських (DSM-4, DSM-5) класифікаціях. На думку автора, можливість встановлення в останніх класифікаціях діагнозу сексуальної дисфункції (у тому числі й ЕД) лише в тому випадку, коли ця проблема існує протягом тривалого часу (від кількох до 6 міс.), не виправдана. За цей період, якщо людину не лікувати, то якість її життя може значно погіршитися, і в неї можуть розвинутися розлади невротичного рівня. Іноді за даний період ця дисфункція може нівелюватися сама по собі. Якщо йдеться про спеціаліста в галузі клінічної сексології, який має достатню кваліфікацію, то він зможе встановити відповідний діагноз за набагато коротший час, ніж передбачено цим діагностичним критерієм. Заслугує на обговорення також інший діагностичний критерій, який використовується в останніх класифікаціях, згідно з яким діагноз тієї чи іншої сексуальної дисфункції може бути встановлений за наявності клінічно значущого дистресу. На думку автора, використання цього діагностичного критерію веде до спотворення діагностики. Зокрема, слід зазначити, що у деяких чоловіків наявна ЕД або інша сексуальна дисфункція дійсно може не викликати клінічно значущий дистрес, але це не скасовує їх наявності і не має стати причиною, через яку діагноз такої дисфункції не може бути встановлений. В іншому випадку мова може йти про суб'єктивізацію ситуації та вихід діагностики за медичне поле. Також у статті наводяться різні дані про поширеність ЕД.

Висновки. Особливу увагу у статті приділено таким критеріям, як тривалість розладу (від кількох до 6 міс.) та обов'язкова наявність клінічно значущого дистресу. Однак вимога щодо тривалого перебігу сексуальної дисфункції не є виправданою, оскільки за цей час якість життя пацієнта може значно погіршитися, а іноді розлад може зникнути самостійно. У деяких випадках наявна ЕД не викликає дистресу, проте це не має бути підставою для відмови у встановленні діагнозу. Наведені статистичні дані свідчать про високу поширеність ЕД серед чоловіків різного віку, що підтверджує актуальність проблеми та необхідність її подальшого вивчення.

Ключові слова: розлади ерекції, терміни, визначення, діагностичні критерії, частота.

Erectile dysfunction: terms, definitions, frequency

G. S. Kocharyan

As clinicians have observed, erectile disorders occur more frequently than other sexual dysfunctions in males seeking medical advice. This article deals with the terms used for defining disturbances of erection. In the author's opinion, a commonly used term “erectile dysfunction” (ED) is actually much wider than the states it defines. This is due to the fact that disturbances of erection can be manifested by not only its weakening (hypoerection) or absence (anerection), but increasing (hypererection that occurs in cases of priapism and pseudopriapism) as well. It is noted that the term “erectile dysfunction” replaced the term “impotence”, which with time acquired a derogative tint (impotence → impotent). Nevertheless, in order to define somatogenic hypo(an)erection ICD-10 still used the category “impotence of organic origin”, which is absent in ICD-11. The article also analyses such terms and concepts as *“impotentia coeundi”* (the collective name for all sexual dysfunctions) and *“impotentia generandi”* (inability to reproduce, sterility). It is noted that earlier the term “impotence” was used for defining various sexual dysfunctions in females too. Definitions and diagnostic criteria for hypo(an)erectile disturbances in international (ICD-9, ICD-10 and ICD-11) and American (DSM-4 and DSM-5) classifications are given and discussed. The author believes that, according to the latest classifications, the ability to diagnose a sexual dysfunction (including ED) only in case when this problem persists for a long period of time (a few months, six months) is not reasonable. If a person is not treated during this period, the quality of his life can significantly aggravate, and he can develop disorders of the neurotic level. Sometimes within this time period the dysfunction may be eliminated spontaneously. In case with a specialist in clinical sexology, who is sufficiently experienced, he will be able to make an appropriate diagnosis within a much shorter period than it is envisaged.

by the given diagnostic criterion. Another diagnostic criterion used in latest classifications is also worth discussing, according to which the diagnosis of any sexual dysfunction can be established in the presence of clinically significant distress. It is the author's opinion that the use of the above diagnostic criterion can distort the diagnostic process. In particular, it should be noted that in some males the present ED or any other sexual dysfunction really can not cause any clinically significant distress, but this fact does not cancel their presence and should not become the reason for which this dysfunction cannot be diagnosed. Otherwise, we can talk about subjectification of the situation and overstepping of the medical field boundaries by diagnostics. The article also contains different data on the prevalence of ED.

Conclusions. Special attention is paid to such criteria as the duration of the disorder (from several months to 6 months) and the mandatory presence of clinically significant distress. However, the requirement for a long course of sexual dysfunction is not justified, since during this time the patient's quality of life can deteriorate significantly, and sometimes the disorder can disappear on its own. In some cases, the existing ED does not cause distress, but this should not be a reason for refusing to establish a diagnosis. The above statistics indicate a high prevalence of ED among men of different ages, which confirms the relevance of the problem and the need for its further study.

Keywords: erection disorders, terms, definitions, diagnostic criteria, frequency.

Під еректильною дисфункцією (ЕД) розуміють розлади ерекції, які ускладнюють або унеможливають проведення статевого акту через недостатню або відсутню напругу статевого члена. ЕД слід вважати соціальною проблемою, яка може вплинути на чоловіків різного віку та якості життя як пацієнта, так і його партнера [1]. Поширеність цієї сексуальної дисфункції дуже велика.

Терміни та визначення

Термін «еректильна дисфункція» насправді є значно більш емним, ніж стан, який ним позначають. Це пов'язано з тим, що розлади ерекції можуть виражатися не тільки в її ослабленні (гіпоерекція) чи відсутності (анерекція), а й в її посиленні (гіперерекція). У зв'язку з цим слід згадати про такі розлади, як пріапізм і псевдопріапізм, які характеризуються посиленою та болісною ерекцією. Так, для пріапізму характерна тривала болюча ерекція, не пов'язана із сексуальним збудженням. При пріапізмі вона зберігається протягом кількох годин. Статевий акт або мастурбація при пріапізмі не призводять до послаблення ерекції, еякуляції та оргазму. У разі псевдопріапізму ерекція виникає тільки під час сну через деякий час після засинання. Вона посилена та болісна, нівелюється через певний період після пробудження і не виникає в стані неспання. Отже, з огляду на вищевикладене, поняття «еректильна дисфункція» має включати як гіпо(ан)еректильну дисфункцію, так і гіпереректильну дисфункцію.

Терміном «еректильна дисфункція» замінено термін «імпотенція», що використовувався раніше, який згодом набув принизливого відтінку (імпотенція → імпотент). Також існує латинський термін *“impotentia coeundi”*, який позначає стани, де може йтися про будь-яку сексуальну дисфункцію. Одночасно з ним також використовувався термін *“impotentia generandi”* (нездатність до відтворення), де йдеться про безпліддя (І. М. Порудомінський, 1968). R. Kirby та співавт. (1998) зазначають, що термін «імпотенція» був замінений на «еректильна дисфункція», оскільки перше визначення не тільки має зневажливе значення, а й мало враховує складність чоловічої сексуальної функції, одночасно позначаючи розлади статевого потягу, ерекції та еякуляції [2].

Хоча раніше термін «імпотенція» традиційно використовували для опису ЕД у чоловіків, у минулому, особливо в XIX та на початку XX ст., його іноді застосовували й до жінок, хоча і в іншому контексті.

«Імпотенція» у жінок могла означати різні проблеми, пов'язані із сексуальним бажанням, збудженням чи здатністю до зачаття.

Гіпо(ан)еректильні розлади в МКХ-9

Термін «імпотенція», зокрема, використовувався в Міжнародній статистичній класифікації хвороб дев'ятого перегляду (МКХ-9), що була опублікована в 1977 р. [3]. У цій класифікації він позначений двома кодами. Перший код 302.7 (фригідність та імпотенція) – узагальнений, оскільки стосується як жінок (фригідність), так і чоловіків (імпотенція). Імпотенція тут позначена як зумовлена психологічними причинами стійка нездатність підтримувати ерекцію, що дасть змогу здійснити нормальне гетеросексуальне проникнення та еякуляцію. Другий код 607.84 використовується для визначення імпотенції органічного походження. Цей код відображено в розділі «Захворювання чоловічих статевих органів (600–608)». У 1982 р. МКХ-9 була адаптована для використання в СРСР. Привертає увагу такий факт. В оригінальній версії МКХ-9 під імпотенцією розуміють нездатність підтримувати ерекцію, яка дозволить здійснити нормальне гетеросексуальне проникнення та еякуляцію. В адаптованій у СРСР класифікації під імпотенцією (302.7) розуміють стійку нездатність унаслідок психологічних причин підтримувати ерекцію, достатню для нормального введення статевого члена та досягнення еякуляції. Таким чином, словосполучення **«нормальне гетеросексуальне проникнення»** було замінено на **«нормальне введення статевого члена»**.

Крім цього, слід звернути увагу на те, що як в оригінальній, так і в адаптованій у СРСР версії МКХ-9 зазначається, що мова може йти про ерекцію, яка є недостатньою для того, щоб здійснити еякуляцію. Дійсно, це може мати місце при ослабленій ерекції, коли внаслідок недостатнього залучення нервових рецепторів статевого члена та впливу на них еякуляція не настає. У цих випадках анеякуляція є похідним від гіпоерекції симптомом.

Гіпо(ан)еректильні розлади в МКХ-10

У МКХ-10 (1992) є об'єднаний для чоловіків і жінок код F52.2 «Відсутність генітальної реакції», де йдеться про «Сексуальні дисфункції, не обумовлені органічним розладом або захворюванням» (F52). У чоловіків основною проблемою є ЕД, тобто труднощі в розвитку або підтриманні ерекції, придатної для задовільного

статевого акту. Якщо в певних ситуаціях ерекція є нормальною, наприклад, під час мастурбації, сну або з іншим партнером, причина ЕД, ймовірно, психогенна. В інших випадках правильна діагностика неорганічної ЕД може залежати від спеціального дослідження (вимірювання припухлості статевого члена вночі) або відповіді на психологічне лікування [4]. Також у МКХ-10 існує код N48.4 «Імпотенція органічного походження», який наведено в розділі XIV «Хвороби сечостатевої системи» (N00–N99).

У діагностичних дослідницьких критеріях МКХ-10 (1993) включено такі дані про патологію, що розглядається [5], яким передують загальні критерії сексуальних дисфункцій, не обумовлених органічним розладом або захворюванням (F52). Це такі критерії:

G1. Суб'єкт не здатний брати участь у сексуальних стосунках так, як він чи вона хотіли б.

G2. Дисфункція виникає часто, але може бути відсутня в деяких випадках.

G3. Дисфункція наявна протягом як мінімум 6 міс.

G4. Вона не повністю пояснюється жодним з інших психічних та поведінкових розладів у МКХ-10, соматичними розладами (наприклад, ендокринними) чи медикаментозним лікуванням.

Коментарі. Вимірювання кожної форми дисфункції може ґрунтуватися на шкалах, які оцінюють як тяжкість, так і частоту проблеми. Може співіснувати більше одного виду дисфункції.

Потім наводяться спеціальні критерії визначення відсутності генітальної реакції (F52.2):

А. Мають бути дотримані загальні критерії сексуальної дисфункції (F52). Крім того, для чоловіків:

В. Ерекція, яка є достатньою для здійснення статевого акту, не виникає при спробі його проведення. Дисфункція проявляється одним із наступних способів:

1. Повна ерекція виникає на ранніх стадіях сексуального контакту, але зникає або знижується при спробі здійснити статевий акт (до еякуляції, якщо вона відбувається).
2. Ерекція виникає, але тільки в ті моменти, коли проведення статевого акту не передбачається.
3. Виникає часткова ерекція, недостатня для проведення статевого акту.
4. Набухання статевого члена взагалі не відбувається.

Під час аналізу наведеного матеріалу привертає увагу загальний діагностичний критерій G3 сексуальних дисфункцій, не обумовлених органічним розладом або захворюванням, згідно з яким **дисфункція наявна протягом як мінімум 6 міс.**

Використання цього критерію для встановлення діагнозу сексуальної дисфункції є не виправданим. За цей період, якщо людину не лікувати, то якість її життя може значно погіршитися, і в неї можуть розвинути розлади невротичного рівня. Іноді за цей період така дисфункція може нівелюватися сама по собі. Якщо йдеться про спеціаліста в галузі клінічної сексології, який має достатню кваліфікацію, то він зможе встановити відповідний діагноз у набагато коротші терміни, ніж передбачено цим діагностичним критерієм. Природно, що в Діагностичних дослідницьких критеріях МКХ-10 також є код N48.4 «Імпотенція органічного походження».

Гіпо(ан)еректильні розлади в МКХ-11

Перехід на МКХ-11 рекомендовано Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) з 1 січня 2022 р., а чинності вона набула 11 лютого 2022 р. У цій класифікації розлади ерекції входять до загальної рубрики «Дисфункції сексуального збудження» (HA01), де виділяють «Жіночу дисфункцію сексуального збудження» (HA01.0) та «Чоловічу еректильну дисфункцію» (HA01.1) [6, 7]. Дисфункції сексуального збудження включають труднощі, пов'язані з фізіологічними чи суб'єктивними аспектами сексуального збудження.

У цій класифікації також наведено загальні діагностичні критерії сексуальних дисфункцій. Наголошується, що сексуальні дисфункції – це синдроми (частіше симптоми – *прим. автора*), що зумовлюють труднощі під час сексуальної активності дорослих людей, яка не вимагає примусу та приносить задоволення людині. Сексуальна реакція – це складна взаємодія психологічних, міжособистісних, соціальних, культурних і фізіологічних процесів, один або кілька з яких можуть вплинути на будь-який етап сексуальної реакції людини. Для того щоб вважатися сексуальною дисфункцією, остання має:

- 1) виникати часто, хоча в деяких випадках може бути відсутня;
- 2) **бути наявною протягом як мінімум кількох місяців;**
- 3) **бути пов'язаною з клінічно значущим дистресом.**

Спеціальні критерії «Чоловічої еректильної дисфункції» (HA01.1) такі. Ця дисфункція характеризується нездатністю або вираженим зниженням здатності чоловіків досягати або підтримувати ерекцію статевого члена достатньої тривалості та жорсткості, щоб забезпечити сексуальну активність. Труднощі з ерекцією виникають, попри бажання сексуальної активності та адекватну сексуальну стимуляцію, мають епізодичний або постійний характер протягом **як мінімум кількох місяців і пов'язані з клінічно значущим дистресом.**

Таким чином, крім діагностичного критерію, який передбачає можливість встановлення діагнозу тільки в тому випадку, коли сексуальна проблема існує як мінімум кілька місяців (отже, не менше трьох), з'являється новий критерій – ця проблема має викликати клінічно значущий дистрес. Щодо дотримання першого критерію позиція автора збігається з тією, яка стосувалася Діагностичних дослідницьких критеріїв МКХ-10, але в МКХ-10 вона була ще більш жорсткою і передбачала наявність проблеми як мінімум протягом 6 міс. Хоча наведений у МКХ-11 діагностичний критерій часу не є правильним, проте порівняно з МКХ-10 тут слід зазначити позитивні зрушення. Що ж до нового діагностичного критерію «наявності клінічно значущого дистресу», то це веде до спотворення діагностики.

Слід зазначити, що у деяких чоловіків наявна ЕД може не викликати клінічно виражений дистрес, але це не скасовує її наявності і не має ставати причиною, через яку діагноз ЕД не може бути встановлений. В іншому випадку може йтися про суб'єктивізацію ситуації та вихід діагностики за медичне поле.

ЕД може викликати або не викликати дистрес залежно від кількох факторів, включно з:

- **Віком.** У чоловіків похилого віку ЕД може сприйматися як природна і не викликати дистрес.
- **Ослабленням статевого потягу.** Якщо у чоловіка зниження статевого потягу та сексуальна активність не є значущою, то ЕД може не викликати занепокоєння.
- **Особистими переконаннями та цінностями.** Не надаючи великого значення сексуальній активності, деякі чоловіки можуть мати альтернативні способи отримання задоволення.
- **Відносинами з партнером.** Якщо у чоловіка гарні стосунки з партнером, засновані на взаємній повазі та розумінні, то ЕД може не спричинити клінічно значущого дистресу.
- **Значенням для пари.** У парах, де сексуальна близькість не є ключовим елементом відносин, ЕД може не бути проблемою.
- **Особистісним фактором.** Деякі чоловіки можуть бути психологічно стійкими, що дозволяє сприймати ЕД без виникнення клінічно вираженого дистресу.
- **Усвідомленим прийняттям.** Люди з певними поглядами (наприклад, філософськими, релігійними) можуть не сприймати ЕД як щось тривожне.

Однак у багатьох чоловіків ЕД стає джерелом дистресу, тривоги або навіть депресії, особливо якщо

вони пов'язують її з втратою мужності чи погіршенням відносин.

У МКХ-11 виділяють різні варіанти розладів ерекції (табл. 1).

Слід зазначити, що в МКХ-11 намагалися не використовувати окремі коди для сексуальних дисфункцій, зумовлених органічними й неорганічними причинами, оскільки ВООЗ прагнула уникати жорсткого декартівського поділу психіки та тіла, вважаючи його застарілим, що не відповідає сучасному біопсихосоціальному підходу. Але навіть коли раніше у класифікаціях виділяли органічні та неорганічно обумовлені сексуальні дисфункції, завжди говорили про наявність категорії змішаних дисфункцій, обумовлених факторами психічної та соматичної модальності.

Однак, у зв'язку з тим що повністю відмовитися від поділу сексуальних функцій на психогенні та соматогенні неможливо, у МКХ-11 виділяють різні етіологічні аспекти сексуальних дисфункцій і сексуальних больових розладів (HA40), які наведено в табл. 2.

Сексуальні дисфункції можуть бути психогенними, соматогенними та змішаними. Слід також зазначити, що в МКХ-11 із категорії сексуальних дисфункцій було виключено та окремо виділено групу сексуальних больових розладів, куди входять сексуальний больовий розлад при проникненні (Sexual pain-penetration disorder, HA20) та диспареунія (GA12).

Таблиця 1

Варіанти дисфункцій сексуального збудження у чоловіків за МКХ-11

HA01.10 Чоловіча еректильна дисфункція, пожиттєва генералізована	Чоловік постійно відчуває еректильну дисфункцію з початку сексуальної активності, і бажана реакція відсутня або знижена за будь-яких обставин, включно з мастурбацією
HA01.11 Чоловіча еректильна дисфункція, пожиттєва ситуаційна	Чоловік постійно відчуває еректильну дисфункцію з моменту початку сексуальної активності, і бажана реакція відсутня або зменшується за певних обставин, з деякими партнерами або у відповідь на деякі стимули, але не в інших ситуаціях
HA01.12 Чоловіча еректильна дисфункція, набута генералізована	Еректильна дисфункція виникла через період часу, протягом якого чоловік її не відчував, і нині бажана реакція відсутня або знижується за будь-яких обставин, включно з мастурбацією
HA01.13 Чоловіча еректильна дисфункція, набута ситуаційна	Еректильна дисфункція виникла через період часу, протягом якого чоловік не відчував її, і бажана реакція відсутня або зменшується за деяких обставин, з деякими партнерами або у відповідь на деякі стимули, але не в інших ситуаціях
HA01.1Z Чоловіча еректильна дисфункція, неуточнена	
HA01.Y Інші уточнені порушення сексуального збудження	
HA01.Z Дисфункції сексуального збудження, неуточнені	

Таблиця 2

Етіологічні аспекти сексуальних дисфункцій і сексуальних больових розладів

HA40.0	Етіологічні міркування, пов'язані з медичним станом (соматичним розладом), травмою, наслідками хірургічного втручання або променевої терапії
HA40.1	Етіологічні міркування, пов'язані з психологічними чи поведінковими факторами, включно з психічними розладами
HA40.2	Етіологічні міркування, пов'язані з вживанням психоактивних речовин або лікарських препаратів
HA40.3	Етіологічні міркування, пов'язані з нестачею знань чи досвіду
HA40.4	Етіологічні міркування, пов'язані з факторами взаємовідносин
HA40.5	Етіологічні міркування, пов'язані з культуральними факторами
HA40.Y	Інші уточнені етіологічні міркування щодо сексуальних дисфункцій та сексуальних больових розладів

Гіпо(ан)еректильні розлади в DSM-4

Цікавим є те, як ЕД відображена в останніх американських класифікаціях. У DSM-4 (1994) вона називається «Чоловічий еректильний розлад» (302.72) і має такі діагностичні критерії [8]:

А. Постійна або повторювана нездатність досягти чи підтримувати адекватну ерекцію до завершення статевий активності.

В. Це порушення **викликає виражений дистрес** або труднощі в міжособистісних відносинах.

С. Еректильна дисфункція не краще пояснюється іншим розладом осі I (крім сексуальної дисфункції) і не обумовлена виключно прямим фізіологічним впливом речовини (наприклад, наркотиків, лікарських препаратів) або загальним медичним станом.

Нагадаємо, що вісь I (axis I) у багатоосовій системі оцінювання, що використовувалася в DSM-4, включала минулі, оборотні порушення, наприклад, фобії, генералізований тривожний розлад, депресії, адикції тощо. Усього було виділено 5 осей.

Гіпо(ан)еректильні розлади в DSM-5

У DSM-5 (2013) ЕД називають «еректильним розладом» (302.72). Вирізняють такі його діагностичні критерії [9]:

А. Принаймні один із трьох наступних симптомів має виявлятися майже в усіх або в усіх (приблизно у 75–100%) випадках сексуальної активності (у певних ситуаційних контекстах або в усіх контекстах):

1. Виражені проблеми з досягненням ерекції під час сексуальної активності.
2. Виражені проблеми з підтримкою ерекції до завершення сексуальної активності.
3. Виражене зниження еректильної ригідності.

В. Симптоми в критерії А зберігаються **протягом щонайменше 6 міс.**

С. Симптоми в критерії А викликають **клінічно значущий дистрес** у людини.

Д. Сексуальна дисфункція не може бути краще пояснена несексуальним психічним розладом, наслідком важкого дистресу у відносинах або іншими значними

стресорами, і не може бути віднесена до дії речовини / лікарського засобу чи іншого медичного стану.

Вкажіть:

- довічне: порушення наявне з того часу, як людина стала сексуально активною;
- набуте: порушення розпочалося після періоду нормального сексуального функціонування.

Вкажіть:

- генералізоване: порушення не обмежується певними типами стимуляції, ситуаціями чи партнерами;
- ситуаційне: порушення виникає лише при певних типах стимуляції, певних ситуаціях чи з певними партнерами.

Вкажіть наявну тяжкість:

- легка: докази наявності легкого дистресу, спричиненого симптомами, позначеними в критерії А;
- помірна: докази наявності помірного дистресу, спричиненого симптомами, позначеними в критерії А;
- тяжка: докази наявності важкого чи екстремального дистресу, спричиненого симптомами, позначеними в критерії А.

Ставлення до необхідності існування тривалого проміжку часу еректильного розладу і дистресу, пов'язаного з ним, для можливості встановлення діагнозу було висловлено вище.

Нижче наведена табл. 3, де відображені визначення та діагностичні критерії гіпо(ан)еректильних розладів у різних поданих вище класифікаціях.

Частота ЕД

За спостереженнями автора, що узгоджуються з даними інших клініцистів, серед чоловіків, які звертаються по медичну допомогу, гіпо(ан)еректильні розлади мають місце частіше за інші сексуальні дисфункції. ЕД спостерігається принаймні деякий час у більшості чоловіків, які досягли 45-річного віку. За прогнозами, до 2025 р. вона охопить 322 млн осіб чоловічої статі в усьому світі [1, 10]. За оцінками (2018), від ЕД страждають до 30 млн чоловіків у США, а в усьому світі – 150 млн [11]. Також зазначається (2007), що ЕД є у половини американців віком від 50 років [12].

Таблиця 3

Визначення та діагностичні критерії гіпо(ан)еректильних розладів у міжнародних та американських класифікаціях

МКХ-9 (1977) 302.7 Імпотенція 607.84 Імпотенція органічного походження	Зумовлена психологічними причинами стійка нездатність підтримувати ерекцію, яка дозволить здійснити нормальне гетеросексуальне проникнення та еякуляцію. Те саме, але обумовлене органічними причинами
МКХ-9, адаптована для використання в СРСР (1982) 302.7 Імпотенція 607.84 Імпотенція органічного походження	Стійка нездатність унаслідок психологічних причин підтримувати ерекцію, достатню для нормального введення статевого члена та досягнення еякуляції. Те саме, але обумовлене органічними причинами
МКХ-10 (1992) F52.2 Відсутність генітальної реакції N48.4 Імпотенція органічного походження	У чоловіків основною проблемою є еректильна дисфункція (неорганічного походження), тобто труднощі в досягненні або підтриманні ерекції, достатньої для задовільного статевого акту. Те саме, але обумовлене органічними причинами

МКХ-10. Діагностичні дослідницькі критерії (1993) F52.2 Відсутність генітальної реакції	Крім діагностичних критеріїв ЕД, які безпосередньо належать до неї, введені загальні діагностичні критерії для всіх сексуальних дисфункцій (F52): G1. Суб'єкт не здатний брати участь у сексуальних стосунках так, як він чи вона хотіли б. G2. Дисфункція виникає часто, але може бути відсутня у деяких випадках. G3. Дисфункція наявна протягом як мінімум 6 міс. G4. Вона не повністю пояснюється жодним з інших психічних та поведінкових розладів у МКХ-10, соматичними розладами (наприклад, ендокринними) чи медикаментозним лікуванням. Специфічні діагностичні критерії ЕД: A. Мають бути дотримані загальні критерії сексуальної дисфункції (F52). Крім того, для чоловіків: B. Ерекція, яка є достатньою для здійснення статевого акту, не виникає при спробі його проведення. Дисфункція проявляється одним із таких способів: 1. Повна ерекція виникає на ранніх стадіях сексуального контакту, але зникає або знижується при спробі здійснити статевий акт (до еякуляції, якщо вона відбувається). 2. Ерекція виникає, але тільки в ті моменти, коли проведення статевого акту не передбачається. 3. Виникає часткова ерекція, недостатня для проведення статевого акту. 4. Набухання статевого члена взагалі не відбувається
МКХ-11 (2022) HA01.1 Чоловіча еректильна дисфункція	Встановлення діагнозу передбачає наявність загальних для усіх сексуальних дисфункцій діагностичних критеріїв. Для того щоб вважатися сексуальною дисфункцією, остання має: 1) виникати часто, хоча в деяких випадках може бути відсутня; 2) бути наявною протягом як мінімум кількох місяців; 3) бути пов'язаною з клінічно значущим дистресом. Визначення чоловічої еректильної дисфункції та її критерії такі. Ця дисфункція характеризується нездатністю або вираженням зниженням здатності чоловіків досягати або підтримувати ерекцію статевого члена достатньої тривалості та жорсткості, щоб забезпечити сексуальну активність. Труднощі з ерекцією виникають, попри бажання сексуальної активності та адекватну сексуальну стимуляцію, мають епізодичний або постійний характер протягом як мінімум кількох місяців і пов'язані з клінічно значущим дистресом
DSM-4 (1994) 302.72 Чоловічий еректильний розлад	A. Постійна або повторювана нездатність досягти чи підтримувати адекватну ерекцію до завершення статевої активності. B. Це порушення викликає виражений дистрес або труднощі в міжособистісних відносинах. C. Еректильна дисфункція не краще пояснюється іншим розладом осі I (крім сексуальної дисфункції) і не обумовлена виключно прямим фізіологічним впливом речовини (наприклад, наркотиків, лікарських препаратів) або загальним медичним станом
DSM-5 (2013) 302.72 Еректильний розлад	A. Принаймні один із трьох наступних симптомів має виявлятися майже в усіх або в усіх (приблизно у 75–100%) випадках сексуальної активності (у певних ситуаційних контекстах або в усіх контекстах): 1. Виражені проблеми з досягненням ерекції під час сексуальної активності. 2. Виражені проблеми з підтримкою ерекції до завершення сексуальної активності. 3. Виражене зниження еректильної ригідності. B. Симптоми в критерії A зберігаються протягом приблизно мінімум 6 міс. C. Симптоми в критерії A викликають клінічно значущий дистрес у людини. D. Сексуальна дисфункція не може бути краще пояснена несексуальним психічним розладом, наслідком важкого дистресу у відносинах або іншими значними стресорами, і не може бути віднесена до впливу речовини / лікарського засобу чи іншого медичного стану

В Іспанії, за результатами використання Міжнародного індексу еректильної функції, 19% чоловіків віком від 25 до 70 років мають певний ступінь ЕД, тобто близько 2 млн осіб страждають на це захворювання і можуть потребувати медичної допомоги [13]. Дослідження, проведене в Італії, продемонструвало, що поширеність ЕД становить 12,8% [14].

Випадкові проблеми з ерекцією відзначають близько 13–21% чоловіків віком від 40 до 80 років; на часті проблеми з ерекцією скаржаться приблизно 2% віком до 40–50 років, тоді як 40–50% віком понад 60–70 років можуть мати значні проблеми з ерекцією. Близько 20% представників чоловічої статі бояться виникнення проблем з ерекцією при першому сексуальному контакті, а 8% відчували проблеми з ерекцією, які заважали проникненню під час першого статевого акту [9].

Відзначається, що ЕД становить менше ніж 10% у чоловіків віком до 50 років і більше ніж 20% – віком від 60 років [15]. На підставі аналізу даних 23 досліджень, проведених в Європі (15), США (5), Азії (2) та Австралії (1), поширеність ЕД варіювалася від 2% (у чоловіків молодше 40 років) до 86% (віком 80 років і старших) [16].

Згідно з даними Массачусетського дослідження старіння чоловіків (Massachusetts Male Aging Study, 1987–1989), проведеного серед учасників у віці від 40 до 70 років у містах і селищах недалеко від Бостона (штат Массачусетс), сукупна поширеність мінімальної, помірної та повної імпотенції досягала 52%. Поширеність повної імпотенції серед обстежених цього вікового діапазону з віком потроїлася з 5 до 15%. Вік суб'єкта був змінною, найтісніше пов'язаною з імпотенцією [17].

Обширний аналіз опублікованих робіт з поширеності ЕД [18], наведений Міжнародним консультативним комітетом із сексуальної медицини щодо ви-

значень, епідеміології та факторів ризику сексуальної дисфункції, показав, що поширеність ЕД становить 1–10% у чоловіків віком до 40 років та 2–9% – віком 40–49 років. У чоловіків віком 60–69 років вона збільшується до 20–40%, а від 70 років поширеність ЕД коливається від 50 до 100% [1, 19–21]. Такі самі дані наводять у своїх роботах R. Shamloul, H. Ghanem [1].

Зв'язок між збільшенням віку та зростанням поширеності та тяжкості ЕД підкріплені багатьма дослідженнями. Зокрема, вона була підтверджена двома незалежними великомасштабними дослідженнями, в яких взяли участь 2476 іспанських чоловіків [22] та 1464 представники з Близького Сходу [23].

ВИСНОВКИ

Термін «еректильна дисфункція» є значно більш емним, ніж стан, який ним позначають, оскільки охоплює як гіпо(ан)еректильні, так і гіпереректильні стани. У статті продемонстровано, що в різних класифікаціях (МКХ-9, МКХ-10, МКХ-11, DSM-4, DSM-5) ЕД визначається неоднаково – як за формулюванням, так і за діагностичними критеріями. Особливу увагу приділено таким критеріям, як тривалість розладу (від кількох до 6 міс.) та обов'язкова наявність клінічно значущого дистресу. Зазначено, що вимога щодо тривалого перебігу сексуальної дисфункції не є виправданою, оскільки за цей час якість життя пацієнта може значно погіршитися, а іноді розлад може зникнути самостійно. Також звернуто увагу на те, що в деяких випадках наявна ЕД не викликає дистресу, проте це не повинно бути підставою для відмови у встановленні діагнозу. Наведені статистичні дані свідчать про високу поширеність ЕД серед чоловіків різного віку, що підтверджує актуальність проблеми та необхідність її подальшого вивчення.

Відомості про автора

Кочарян Гарнік Суренович – Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Харківського національного медичного університету; тел.: (095) 259-65-23. E-mail: kocharyangs@gmail.com
ORCID: 0000-0003-3797-5007

Information about the author

Kocharyan Garnik S. – Educational and Scientific Institute of Postgraduate Education of Kharkiv National Medical University; tel.: (095) 259-65-23. E-mail: kocharyangs@gmail.com
ORCID: 0000-0003-3797-5007

ПОСИЛАННЯ

- Shamloul R, Ghanem H. Erectile dysfunction. Lancet. 2013;381(9861):153-65. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60520-0.
- Opsomer RJ. Treatment of erectile dysfunction. Acta Clin Belg. 2002;57(5):272-6. doi: 10.1179/acb.2002.053.
- World Health Organization. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death [Internet]. In: Recommendations of the Ninth Revision Conference, 1975, Twenty-ninth World Health Assembly. Volume 1. Geneva: WHO; 1977. 39 p. Available from: <https://psychiatr.ru/download/1480?view=1&name=1336.pdf>.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines [Internet]. Geneva: WHO; 1992. 377 p. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/37958/9241544228_eng.pdf.
- World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research [Internet]. Geneva: WHO; 1993. 263 p. Available from: <https://psychiatr.ru/download/1314?view=1&name=ICD10+for+research.pdf>.
- World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1189253773>.
- Kocharyan GS. ICD-11. Sexual health conditions: Codes and discussion of innovations. Health Man. 2024;(3):73-85. doi: 10.30841/2786-7323.3.2024.316666.
- Segal DL. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association; 1994. 358 p.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
- Vasan SS, Pandey S, Rao STS, Gupte DM, Gangavaram RR, Saxena A, et al. Association of sexual health and mental health in erectile dysfunction: expert opinion from the Indian context. Cureus. 2025;17(1):e77851. doi: 10.7759/cureus.77851.
- Burnett AL, Nehra A, Breau RH, Calkin DJ, Faraday MM, Hakim LS, et al. Erectile Dysfunction: AUA Guideline. J Urol. 2018;200(3):633-41. doi: 10.1016/j.juro.2018.05.004.
- Mills JN, Dall'Era JE, Carlsen SN, Koul H, Meacham RB. Gene therapy for erectile dysfunction. Pharmacogenomics. 2007;8(8):979-84. doi: 10.2217/14622416.8.8.979.
- Rodríguez VL, Gonzalo IA, Pascual RD, Rioja Sanz LA. Erectile dysfunction. Actas Urol Esp. 2002;26(9):667-90. doi: 10.1016/s0210-4806(02)72844-1.

14. Foresta C, Caretta N, Palego P, Selice R, Garolla A, Ferlin A. Diagnosing erectile dysfunction: Flow-chart. *Int J Androl.* 2005;2:64-8. doi: 10.1111/j.1365-2605.2005.00588.x.
15. Giuliano F, Droupy S. Erectile dysfunction. *Prog Urol.* 2013;23(9):629-37. doi: 10.1016/j.purol.2013.01.010.
16. Prins J, Blanker MH, Bohnen AM, Thomas S, Bosch JL. Prevalence of erectile dysfunction: a systematic review of population-based studies. *Int J Impot Res.* 2002;14(6):422-32. doi: 10.1038/sj.ijir.3900905.
17. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol.* 1994;151(1):54-61. doi: 10.1016/s0022-5347(17)34871-1.
18. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira ED Jr, et al. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2010;7(4):1598-607. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01778.x.
19. Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B, Mathers M, Engelmann U. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey'. *Int J Impot Res.* 2000;12(6):305-11. doi: 10.1038/sj.ijir.3900622.
20. Nicolosi A, Glasser DB, Kim SC, Marumo K, Laumann EO; GSSAB Investigators' Group. Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40–80 years in the urban population of Asian countries. *BJU Int.* 2005;95(4):609-14. doi: 10.1111/j.1464-410X.2005.05348.x.
21. Nicolosi A, Moreira ED Jr, Shirai M, Bin Mohd Tambi MI, Glasser DB. Epidemiology of erectile dysfunction in four countries: cross-national study of the prevalence and correlates of erectile dysfunction. *Urology.* 2003;61(1):201-6. doi: 10.1016/s0090-4295(02)02102-7.
22. Martin-Morales A, Sanchez-Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodriguez-Vela L, Jimenez-Cruz JF, Burgos-Rodriguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiologia de la Disfuncion Erectil Masculina Study. *J Urol.* 2001;166(2):569-74. doi: 10.1016/s0022-5347(05)65986-1.
23. El-Sakka AI. Association of risk factors and medical comorbidities with male sexual dysfunctions. *J Sex Med.* 2007;4(6):1691-700. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00342.x.

Стаття надійшла до редакції 14.05.2025. – Дата першого рішення 26.05.2025. – Стаття подана до друку 26.06.2025