

Фактори ризику гіпоактивних розладів ерекції: огляд літератури

Г. С. Кочарян

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Харківського національного медичного університету

Чоловіки, які звертаються по сексологічну допомогу, найчастіше скаржаться на гіпо- й анерекцію. Це пов'язано з тим, що виражені розлади ерекції унеможливають здійснення статевого акту. Існує велика кількість факторів ризику різних розладів, зокрема порушення ерекції. Ці фактори можуть бути соціальною, соціально-психологічною, психологічною та біологічною модальності. У статті наводяться фактори ризику різних захворювань загалом, а також гіпоактивних розладів ерекції. Серед факторів ризику еректильної дисфункції (ЕД) називають вік, цукровий діабет, артеріальну гіпертензію, дисліпідемію, гіперхолестеринемію, ендотеліальну дисфункцію (може бути спричинена цукровим діабетом і серцево-судинними захворюваннями), ожиріння. Також до факторів ризику ЕД відносять порушення сну, депресію та інші психічні розлади, неврологічні захворювання, вірус імунodefіциту людини / синдром набутого імунodefіциту, опромінення таза, психологічні проблеми та деякі особистісні особливості (тривожна недовірилість), проблеми у взаєминах подружжя / сексуальних партнерів, симптоми нижніх сечових шляхів, зловживання алкоголем і вживання наркотиків, малорухливий спосіб життя, несприятливі соціально-економічні умови, приймання лікарських препаратів (антигіпертензивних, антиандрогенних й антихолінергічних, а також антидепресантів, транквілізаторів та інших засобів з анксиолітичною дією). Крім цього, як фактори ризику називають вплив радіації, електромагнітного випромінювання, шуму, вібрації, хімічних речовин. Знання перелічених факторів ризику ЕД важливе для запобігання її розвитку та розробки ефективних заходів профілактичного характеру. Розглядаючи фактори ризику розвитку ЕД, слід зазначити, що в деяких випадках вони також можуть відігравати й роль етіологічних факторів.

Ключові слова: фактори ризику захворювань, загальні уявлення, еректильна дисфункція, фактори ризику.

Risk factors of hypoactive erection disorders: literature review

G. S. Kocharyan

Complaints about hypo- and anerection are made by males, who seek sexological advice, most frequently. This is caused by the fact that expressed disorders of erection make performance of coitus impossible. There are a great number of risk factors of different disorders, including erectile ones. These factors can be of social, sociopsychological, psychological and biological modality. The article presents risk factors of different diseases in general as well as those of hypoactive disorders of erection. Among risk factors of erectile dysfunction (ED) there is age, diabetes mellitus, hypertension, dyslipidemia, hypercholesterolemia, endothelial dysfunction (this can be caused by diabetes and cardiovascular diseases), obesity. Risk factors of ED also include disturbance of sleep, depression and other mental disorders, neurologic diseases, Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome, pelvic irradiation, psychological problems and some personality traits (anxious suspiciousness), problems in relations between spouses / sex partners, symptoms of lower urinary tracts, alcohol overuse and drug abuse, inactive lifestyle, unfavorable socio-economic conditions, medicinal preparations (antihypertensive, androgenic and anticholinergic drugs, antidepressants, tranquilizers and other medicines with anxiolytic activity). Besides, radiation, electromagnetic radiation, noise, vibration and effect of chemicals are regarded as risk factors too. Knowledge of the above risk factors of ED is important for preventing its development and creating effective means of prophylaxis. When considering risk factors for the development of ED, it should be noted that in some cases they may also play the role of etiological factors.

Keywords: diseases risk factors, general ideas, erectile dysfunction, risk factors.

Чоловіки, які звертаються по сексологічну допомогу, найчастіше скаржаться на гіпо- й анерекцію [1]. Це пов'язано з тим, що виражені розлади ерекції унеможливають здійснення статевого акту. Існує велика кількість факторів ризику різних розладів, включно з порушенням ерекції. Такі фактори можуть бути соціальною, соціально-психологічною, психологічною та біологічною модальності. Ця стаття присвячена докладному переліку факторів ризику різних розладів, зокрема еректильної дисфункції (ЕД), що дозволяє вживати заходів щодо їх профілактики.

Загальні уявлення про фактори ризику

Фактори ризику – це стани, поведінка чи впливи, які збільшують імовірність виникнення хвороби, травми чи іншого несприятливого результату. Це не прямі

причини захворювання, а швидше умови, що створюють сприятливе середовище для його розвитку. Наприклад, незахищений секс – це фактор ризику зараження вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), оскільки він створює умови передачі вірусу. Але сам по собі такий секс неспроможний викликати синдром набутого імунodefіциту (СНІД). Нижче наведено види факторів ризику різних захворювань.

Поведінкові (пов'язані зі способом життя та звичками людини):

- куріння тютюну;
- зловживання алкоголем;
- незбалансоване харчування (наприклад, надлишок жирів, солі, цукру);
- недостатня фізична активність (гіподинамія);

- відсутність захисту від сонця;
- незаплановані статеві контакти без засобів захисту.

Фізіологічні (пов'язані з біологічними особливостями організму):

- зайва вага чи ожиріння;
- підвищений артеріальний тиск (артеріальна гіпертензія [АГ]);
- високий рівень холестерину у крові;
- високий уміст глюкози у крові (цукровий діабет [ЦД]).

Демографічні (визначаються статистичними даними про населення):

- вік (наприклад, ризик серцево-судинних захворювань збільшується з віком);
- стать (деякі захворювання найчастіше зустрічаються у чоловіків, ніж у жінок);
- етнічна належність.

Генетичні (пов'язані зі спадковістю):

- наявність у сім'ї відповідних захворювань (наприклад, інфарктів, інсультів, онкології);
- хромосомні порушення.

Пов'язані з довкіллям (зовнішні умови, які впливають на здоров'я):

- забруднення повітря, води, ґрунту.

Професійні шкідливості (шум, вібрація, хімічні речовини, радіація).

Соціальні, економічні та культурні умови (наприклад, високий рівень стресу, утруднений доступ до якісної медичної допомоги).

Важливо розуміти, що фактори ризику рідко зустрічаються поодиночки. Вони часто співіснують і взаємодіють, посилюючи негативний вплив один одного. Профілактика захворювань здебільшого ґрунтується на корекції (зміні) керованих факторів ризику, як-от куріння, харчування та фізичної активності. Якщо говорити узагальнено, слід виділяти соціальні, психологічні, соціально-психологічні й біологічні чинники ризику розвитку тих чи інших розладів.

Крім поняття «фактори ризику», існує поняття «сприятливі фактори». Сприятливі фактори – це внутрішні характеристики (спадковість, вік, стать), які не модифікуються. Вони підвищують імовірність розвитку захворювання. Фактори ризику – це ширше поняття, що включає як сприятливі фактори, так і зовнішні чинники, що модифікуються (спосіб життя, куріння, харчування, екологія) і збільшують шанс виникнення хвороби.

Фактори ризику ЕД

Розглядаючи фактори ризику розвитку ЕД, слід зазначити, що в деяких випадках вони також можуть відігравати й роль етіологічних. Відмінність між факторами ризику та етіологічними факторами полягає в тому, що етіологічний фактор – це причина, яка викликає захворювання, тоді як фактор ризику – це обставина, що лише підвищує ймовірність його виникнення. Це два різних поняття, хоча іноді той самий чинник (залежно від його інтенсивності та інших умов) може виступати й в ролі етіологічного фактора, і в ролі фактора ризику.

Етіологічні фактори поділяють на:

- необхідні причини (чинник, без якого хвороба не виникає). Наприклад, ВІЛ – це необхідна причина СНІДу. Без цього вірусу СНІД не розвинеться;

- достатні причини (чинники, які є достатніми для розвитку хвороби). Наприклад, трисомія за 21 хромосомою – достатня причина синдрому Дауна.

A. L. Burnett та співавт. [2] зазначають, що фактори ризику ЕД добре відомі та включають вік, куріння, ЦД, АГ, дисліпідемію, депресію, ожиріння та малорухливий спосіб життя. Іншими супутніми захворюваннями або факторами ризику, які зазвичай пов'язані з ЕД, є: куріння, передчасна еякуляція, симптоми нижніх сечових шляхів, які є вторинними щодо доброякісної гіперплазії передміхурової залози, та інші причини дисфункції сечовипускання, зокрема гіперактивний сечовий міхур.

Rany Shamloul, Hussein Ghanem [3], ґрунтуючись на літературних даних, відзначають, що результати епідеміологічних досліджень підтверджують: вік є основним фактором ризику ЕД. Її поширеність і тяжкість із віком збільшуються. Зв'язок між збільшенням віку та зростанням поширеності й тяжкості ЕД був підтверджений двома незалежними великомасштабними дослідженнями, в яких взяли участь 2476 іспанських чоловіків [4] та 1464 чоловіки з Близького Сходу [5].

Пов'язаними з ЕД є малорухливий спосіб життя, куріння, зловживання алкоголем або вживання наркотиків, порушення сну, ожиріння та метаболічні синдроми [6–9]. Крім того, стійкі виснажливі медичні розлади, включно з хронічними захворюваннями нирок [10], печінки [11] та легенів [12], пов'язані з ЕД.

Дослідження виявили, що ЕД є сильним предиктором ішемічної хвороби серця і що поява ЕД може передувати виникненню серцево-судинної події [13].

D. Seftel [14] повідомляє, що нормальний процес старіння та накопичення факторів ризику, пов'язаних із віком, сприяють підвищенню поширеності ЕД у людей похилого віку.

F. Giuliano, S. Droupy [15] зазначають, що факторами ризику ЕД є вік, серцево-судинні захворювання, ЦД, гіперхолестеринемія, куріння, депресія та інші психічні розлади, психологічні проблеми, несприятливі соціально-економічні умови. Також автори повідомляють, що деякі супутні захворювання, як-от ЦД та серцево-судинні захворювання, можуть викликати ендотеліальну дисфункцію, яка, своєю чергою, є фактором ризику ЕД.

E. S. Hafez, S. D. Hafez [16] факторами ризику ЕД називають вік, судинні фактори, метаболічні захворювання (ЦД), неврологічні захворювання та ВІЛ / СНІД. Вони вказують, що вживання низки препаратів пов'язане з ЕД (антиандрогенні та антихолінергічні лікарські засоби, антидепресанти, антигіпертензивні засоби, основні транквілізатори та інші препарати, що чинять анксиолітичну дію).

S. Glina та співавт. [17] зазначають, що супутні захворювання, як-от захворювання серця, ЦД, дисліпідемія, АГ та депресія, були описані як основні фактори ризику розвитку ЕД. Крім того, деякі фактори способу життя, що модифікуються, включно з фізичною активністю, курінням, вживанням алкоголю та ожирінням, були пов'язані з ЕД. Автори повідомляють, що хоча значна частина літературних джерел та доказів є обнадійливими, вони не повністю науково переконливі

щодо того, як зміна факторів ризику способу життя може покращити еректильну функцію. Зазначається, що зменшення маси тіла може сприяти зворотному розвитку ЕД через інші механізми, зокрема зниження рівня запалення, підвищення концентрації тестостерону в сироватці крові, а також поліпшення настрою й самооцінки. Наразі наявні дані свідчать про те, що навчання пацієнтів має бути спрямоване на підвищення рівня фізичної активності, зниження маси тіла та припинення куріння для покращення або відновлення еректильної функції, насамперед у чоловіків без встановлених супутніх захворювань. За наявності супутніх захворювань зміна способу життя може бути важливою для запобігання або зниження сексуальної дисфункції. Ці зміни можуть включати точний глікемічний контроль у чоловіків із ЦД і використання лікарських препаратів для терапії АГ та депресії, які з меншою ймовірністю викликають сексуальні побічні ефекти.

G. Matfin [18] вказує, що поширені фактори ризику генералізованої пенільної артеріальної недостатності включають АГ, гіперліпідемію, куріння сигарет, ЦД та опромінення таза. В анамнезі можуть мати місце периферичні чи інші судинні захворювання. Було визнано, що ЕД пов'язана з факторами ризику серцево-судинних захворювань (наприклад, ендотеліальною дисфункцією). Таким чином, наявність ЕД може бути ранньою ознакою основного судинного захворювання (коронарного, цереброваскулярного та периферичного).

M. Van Kampen та співавтор. [19] зазначають, що було задокументовано наявність різних факторів ризику ЕД, як-от вживання алкоголем і нікотинном, вживання наркотиків, ЦД, артеріосклерозу, АГ, ниркової недостатності та гіперліпідемії.

T. A. Miller [20] відзначає, що хоча старіння є незалежним фактором ризику, а частота ЕД неухильно збільшується з віком, це не є неминучим наслідком старіння.

У відомому дослідженні [21] третина опитаних 70-річних чоловіків не повідомляли про труднощі з ерекцією.

R. Rosen та співавтор. [22] вважають, що наявність та тяжкість симптомів нижніх сечових шляхів є незалежними факторами ризику сексуальної дисфункції в літніх чоловіків.

F. Mazzilli [23] виокремлює такі фактори ризику й супутні захворювання, які пов'язані з ЕД: вік, незадовільне фізичне та психологічне здоров'я, малорухливий спосіб життя, ожиріння, куріння цигарок, вживання алкоголем, вживання рекреаційних наркотиків (наприклад, марихуани та героїну), метаболічні фактори ризику і метаболічний синдром, ЦД, АГ, дисліпідемію, гіпогонадизм.

Також серед факторів ризику ЕД називають вплив радіації та електромагнітного випромінювання, шуму, вібрації, хімічних речовин.

Слід звернути увагу на психологічні чинники ризику розвитку ЕД, які можуть бути пов'язані з особистісними особливостями. Зокрема йдеться про тривожну недовірливість. До факторів ризику ЕД також належать деструктивні міжособистісні стосунки в подружній або сексуальній парі.

ВИСНОВКИ

Існує багато факторів ризику розвитку різних захворювань. Це повною мірою стосується й ЕД. Такі чинники можуть бути різної модальності (соціальної, соціально-психологічної, психологічної та біологічної). Сприятливі фактори є підкатегорією факторів ризику. Розглядаючи фактори ризику розвитку ЕД, слід зазначити, що в деяких випадках вони також можуть відігравати й роль етіологічних. Врахування впливу факторів ризику на виникнення ЕД важливо для її запобігання, оскільки дає змогу здійснювати превентивні зусилля, що зменшують або виключають такий вплив на розвиток цієї патології.

Відомості про автора

Кочарян Гарнік Суменович – 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

Kocharian 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

- Kocharyan G. Erectile Dysfunction: Terms, Definitions, Frequency. *Health Man.* 2025;(2):60-7. doi: 10.30841/2786-7323.2.2025.337342.
- Burnett AL, Nehra A, Breau RH, Calkin DJ, Faraday MM, Hakim LS, et al. Erectile Dysfunction: AUA Guideline [Internet]. American Urological Association; 2018. Available from: <https://www.auanet.org/guidelines-and-quality/guidelines/erectile-dysfunction-%28ed%29-guideline>.
- Shamloul R, Ghanem H. Erectile dysfunction. *Lancet.* 2013;381(9861):153-65. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60520-0.
- 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.
- 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.
- Gatti A, Mandosi E, Fallarino M, Radicioni A, Morini E, Maiani F, et al. Metabolic syndrome and erectile dysfunction among obese non-diabetic subjects. *J Endocrinol Invest.* 2009;32(6):542-5. doi: 10.1007/BF03346504.
- Demir O, Akgul K, Akar Z, Cakmak O, Ozdemir I, Bolukbasi A, et al. Association between severity of lower urinary tract symptoms, erectile dysfunction and metabolic syndrome. *Aging Male.* 2009;12(1):29-34. doi: 10.1080/13685530902777425.
- Hirshkowitz M, Karacan I, Arcasoy MO, Acik G, Narter EM, Williams RL. Prevalence of sleep apnea in men with erectile dysfunction. *Urology.* 1990;36(3):232-4. doi: 10.1016/0090-4295(90)80262-l.
- Holden CA, McLachlan RI, Pitts M, Cumming R, Wittert G, Ehsani JP, et al. Determinants of male reproductive health disorders: the Men in Australia Telephone Survey (MATES). *BMC Public Health.* 2010;10:96. doi: 10.1186/1471-2458-10-96.
- Bellinghieri G, Santoro D, Mallamace A, Savica V. Sexual dysfunction in chronic renal failure. *J Nephrol.* 2008;21(13):113-7.
- Huyghe E, Kamar N, Wagner F, Capiet-

- to AH, El-Kahwaji L, Muscari F, et al. Erectile dysfunction in end-stage liver disease men. J Sex Med. 2009;6(5):1395-401. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.01169.x.
12. Köseoğlu N, Köseoğlu H, Ceylan E, Cimrin HA, Ozalevli S, Esen A. Erectile dysfunction prevalence and sexual function status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Urol. 2005;174(1):249-52. doi: 10.1097/01.ju.0000163259.33846.74.
13. Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S, Salonia A, Briganti A, Werba JP, et al. Association between erectile dysfunction and coronary artery disease: Matching the right target with the right test in the right patient. Eur Urol. 2006;50(4):721-31. doi: 10.1016/j.eururo.2006.07.015.
14. Seftel AD. Erectile dysfunction in the elderly: epidemiology, etiology and approaches to treatment. J Urol. 2003;169(6):1999-2007. doi: 10.1097/01.ju.0000067820.86347.95.
15. Giuliano F, Droupy S. Erectile dysfunction. Prog Urol. 2013;23(9):629-37. doi: 10.1016/j.purol.2013.01.010.
16. Hafez ES, Hafez SD. Erectile dysfunction: anatomical parameters, etiology, diagnosis, and therapy. Arch Androl. 2005;51(1):15-31. doi: 10.1080/1485010490475147.
17. Gilna S, Sharlip ID, Hellstrom WJ. Modifying risk factors to prevent and treat erectile dysfunction. J Sex Med. 2013;10(1):115-9. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02816.x.
18. Matfin G. New treatments for erectile dysfunction. Fertil Steril. 2003;80(4):40-5. doi: 10.1016/s0015-0282(03)01140-3.
19. Van Kampen M, De Weerd W, Claes H, Feys H, De Maeyer M, Van Poppel H. Treatment of erectile dysfunction by perineal exercise, electromyographic biofeedback, and electrical stimulation. Phys Ther. 2003;83(6):536-43.
20. Miller TA. Diagnostic evaluation of erectile dysfunction. Am Fam Physician. 2000;61(1):95-104.
21. 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.
22. Rosen R, Altwein J, Boyle P, Kirby RS, Lukacs B, Meuleman E, et al. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). Eur Urol. 2003;44(6):637-49. doi: 10.1016/j.eururo.2003.08.015.
23. Mazzilli R, Zamponi V, Olana S, Mikovic N, Cimadomo D, Defeudis G, et al. Erectile dysfunction as a marker of endocrine and glycemic disorders. J Endocrinol Invest. 2022;45(8):1527-34. doi: 10.1007/s40618-022-01788-5.

Стаття надійшла до редакції 06.11.2025. – Дата першого рішення 17.11.2025. – Стаття подана до друку 09.12.2025