

Обґрунтування удосконалення діагностики сексуальних розладів у хворих соматичного профілю на прикладі виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки

Ю.М. Гурженко, В.В. Сорока

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: обґрунтування та удосконалення діагностики сексуальних розладів у хворих соматичного профілю, що страждають на виразкову хворобу шлунка (ВХШ) та виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХДК).

Матеріали та методи. Протягом 3 років було проведено комплексне обстеження і лікування 130 хворих із ВХДК у стадії ремісії та ВХШ у стадії ремісії, що мали сексуальні розлади; перших було 76 (58,5±4,3%) чоловік, других – 54 (41,5±4,3%) чоловіка; $p < 0,05$. Вони представляли основну групу. У групу порівняння увійшли 100 чоловіків, хворих на ВХДК та ВХШ, що перебували також в стадії ремісії, проте не скаржились на сексуальні розлади; відповідно їх було 66,0±4,7% та 34,0±3,3%; $p < 0,05$. Також була створена референтна група (контрольна) із 20 практично здорових чоловіків. Усі групи були зіставні за віком (середній вік в основних групах – 34,0±1,7 року, у контролі – 32,0±4,0 року), а дві перші – і за тривалістю виразкової хвороби (середній термін за анамнезом – 6,9±0,7 року).

Результати. За частотою проявів депресії у хворих із ВХДК та ВХШ із статевими розладами виявляли параметри, серед яких достовірно виділяли психічну тривожність (85,4±3,1%), депресивний настрій (73,1±3,8%), соматичну тривожність (66,1±4,3%), знижені працездатність та активність (64,6±4,1%). Їхнє поєднання у різних варіантах обтяжували ситуацію. У хворих виключно із виразковою хворобою превалювали соматична тривожність (32,0±4,6%), депресивний настрій (28,0±4,5%), працездатність та активність (24,0±4,2%).

У більшості хворих із ВХДК та ВХШ зі статевими розладами (60,8±4,2%) фіксували високий рівень особистісної тривожності і практично однаково часто низький та середній (19,2±3,4% та 20,0±3,4% відповідно). Разом з тим, 93,0% хворих тільки з виразковою хворобою також відзначали її наявність низького рівня вираженості. Водночас, серед перших вірогідно частіше спостерігався середній рівень ситуативної тривожності (62,3±4,2%), у кожного третього – низький (28,5±3,9%) і у решти (10,0%) – високий, тоді як серед других – за частотою превалював низький її рівень (63,0±4,9% проти 31,0±4,9% середнього та 6,0±2,3% – високого).

Заключення. Обґрунтовано принцип удосконалення раннього виявлення статевих розладів у чоловіків із хронічними соматичними захворюваннями на прикладі виразкової хвороби, суть якого в обов'язковому включенні до анамнестичного, як і діагностичного, методу двох ключових запитань, а саме: задоволеність статевим актом та задоволеність статевим життям загалом.

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

Проблема покращання стану здоров'я населення, яка широко обговорюється в інформаційних ресурсах і, на жаль, з роками набуває все більшої актуальності, потребує комплексного, міждисциплінарного підходу [1–4]. За відомих чинників (соціально-економічні, демографічні, політичні, екологічні передумови), коморбідності патології та різних невизначених причин вирішення глобальної проблеми здоров'я населення є складним завданням [5–8]. Питання адаптації людей до нових складних умов (навколишнього середовища, негативних змін стану власного здоров'я) набуває важливого значення з точки зору розвитку підвищеного напруження емоційної та нервово-фізичної сфер [9–13]. Серед них виділяється соматична патологія у формі виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. Здавня відомо значення стресових ситуацій як одного з найпотужніших факторів, що спричинюють виникнення сексуальних розладів у чоловіків. Тенденція до зростання депресії, неврозів, зумовлених особистісними та соціальними факторами, обґрунтовує частоту поєднання виразкової хвороби шлунка (ВХШ) та дванадцятипалої кишки (ВХДК), що є поширеною серед чоловіків працездатного віку із сексуальними розладами.

Сексуальні розлади у хворих із ВХШ та ВХДК часто мають психогенний генез та інтегральний характер. Головним чином вони представлені еректильною дисфункцією, яка найбільш часто поєднується зі зниженням лібідо, передчасною еякуляцією та оргазмічною дисфункцією. Установлена висока лінійна залежність між строком звернення від початку проявів сексуальних розладів, тривалістю ВХШ та ВХДК і ступенем еректильної дисфункції.

Погіршення якості життя у хворих із виразковою хворобою, поєднаною із сексуальними розладами, проявляється за усіма параметрами як фізичного, так і психологічного компонента. Окрім того, у переважній більшості хворих із ВХШ та ВХДК, які мали сексуальні розлади, спостерігаються достовірно частіше симптоми депресії з притаманним високим рівнем особистісної тривожності, що має прямолінійний тісний зв'язок із тривалістю виразкової хвороби.

Обґрунтовано принцип удосконалення раннього виявлення статевих розладів у чоловіків із хронічними соматичними захворюваннями на прикладі виразкової хвороби, суть якого – в обов'язковому включенні до анамнестичного, які діагностичного, методу двох ключових питань: задоволеність статевим актом та задоволеність статевим життям загалом.

Мета дослідження: обґрунтування та удосконалення діагностики сексуальних розладів у хворих соматичного профілю, що страждають на ВХШ та ВХДК.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Протягом 3 років було проведено комплексне обстеження і лікування 130 хворих із ВХДК у стадії ремісії та ВХШ у стадії ремісії, що мали сексуальні розлади; перших було 76

Оцінка якості життя хворих із виразковою хворобою, які мають і не мають сексуальних розладів за шкалою (SF-36), бали, M±m

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

Примітка. * – Різниця між показниками груп спостереження достовірна; p<0,05.

Таблиця 2

Розподіл хворих груп спостереження за ступенем вираженості депресивного стану за HDRS

Група спостереження	Відсутній			Легкий			Середній			Усього
	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	
Основна	34	26,1*	3,8	56	43,1*	4,3	40	30,8*	4,0	130
Порівняння	79	79,0*	4,0	19	19,0*	3,9	2	2,0*	1,4	100
Референтна	18	90,0*	6,7	2	10,0	6,7	-	-	-	20

Примітка. * – Різниця достовірна між величинами в рядку; p<0,05.

Таблиця 3

Розподіл чоловіків груп спостереження за відповідями щодо основних параметрів оцінки депресії за HDRS

Параметри	Частота позитивних відповідей									Оцінка у балах (M±m)		
	Група спостереження											
	Основна			Порівняння			Референтна			Основна	Порівняння	Референтна
	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m			
Депресивний настрій (0-4 бали)	95	73,1*	3,8	28	28,0	4,5	2	10,0	3,8	3,3±1,3	1,9±0,9	1,0
Працездатність та активність (0-4 бали)	84	64,6*	4,1	24	24,0	4,2	-	-	-	1,9±0,7	1,5±0,5	-
Психічна тривожність (0-4 бали)	111	85,4*	3,1	19	19,0	3,9	2	10,0	3,8	1,8±0,5	1,3±0,6	1,0
Соматична тривожність (0-4 бали)	86	66,1*	4,3	32	32,0	4,6	-	-	-	2,1±0,6	1,8±1,0	-
Іпохондрія (0-4 бали)	51	39,2*	4,2	11	11,0	3,1	-	-	-	1,6±0,4	1,2±0,3	-

Примітка. * – Різниця достовірна між величинами в рядку; p<0,05.

(58,5±4,3%) чоловік, других – 54 (41,5±4,3%) чоловіка; p<0,05. Вони представляли основну групу. У групу порівняння увійшли 100 чоловіків, хворих на ВХДК та ВХШ, що перебували також в стадії ремісії, проте не скаржились на сексуальні розлади; відповідно їх було 66,0±4,7% та 34,0±3,3%; p<0,05. Також була створена референтна група (контрольна) із 20 практично здорових чоловіків. Усі групи були зрівняні за віком (середній вік в основних групах – 34,0±1,7 року, у контролі – 32,0±4,0 року), а дві перші – і за тривалістю виразкової хвороби (середній термін за анамнезом – 6,9±0,7 року).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами поглибленого аналітико-синтетичного аналізу результатів дослідження були простежені різноаспектні зміни у групі порівняння, яка представлена лише хворими з ВХДК та ВХШ. Передусім привертали увагу показники якості життя (табл. 1).

Зміни фізичного та психологічного компонентів здоров'я, що були притаманні хворим основної групи, де статеві розлади поєднані з виразковою хворобою, з меншою мірою вираженості мали місце й у групі порівняння. Це – загаль-

Таблиця 4

Розподіл груп спостереження за рівнем особистісної тривожності за шкалою С. Спілбергера

Група спостереження	Низький			Середній			Високий		
	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
Основна	25	19,2 ^Δ	3,4	26	20,0 ^Δ	3,4	79	60,8 ^{Δ*}	4,2
Порівняння	93	93,0	2,5	5	5,0	2,1	2	2,0	1,4
Референтна	2	10,0	6,7	-	-	-	-	-	-

Примітки: * – різниця показників достовірна в рядку; p<0,05; Δ – різниця показників достовірна у стовпчику; p<0,05.

Таблиця 5

Розподіл груп спостереження за рівнем ситуативної тривожності за шкалою С. Спілбергера

Група спостереження	Низький			Середній			Високий		
	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
Основна	37	28,5*	3,9	81	62,3 ^{Δ*}	4,2	12	9,2*	2,5
Порівняння	63	63,0 ^Δ	4,9	31	31,0	4,9	6	6,0	2,3
Референтна	2	10,0	6,7	-	-	-	-	-	-

Примітки: * – різниця показників достовірна в рядку; p<0,05; Δ – різниця показників достовірна у стовпчику; p<0,05.

Таблиця 6

Результати оцінювання еректильної функції у хворих із ВХДК та ВХШ (група порівняння)

Параметри	Еректильна функція	Задоволеність статевим актом	Оргазмічна функція	Лібідо	Загальна задоволеність статевим життям
Абс. число	14	16	10	2	20
Бали, M±m	23,2±1,8	13,0±0,7	9,6±0,4	9,5±0,5	8,5±0,7

ний стан здоров'я, який наразі норми суттєво не досягав, оскільки дорівнював 76,5%; соціальне функціонування становило 51,3%, психічне здоров'я – 69,6%. Частково наведене вище можна було б пояснити наявністю соматичного захворювання, якби під час аналізу комплексу інших показників не спостерігалися негативні тенденції до змін.

У табл. 2 та табл. 3 представлені результати опитування щодо з'ясування наявності та ступеня депресії.

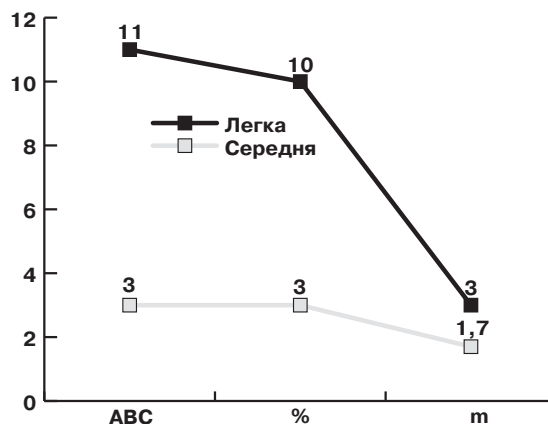
За даними таблиць можна стверджувати, що практично у кожного п'ятого зафіксовано легкий ступінь порушення, а в поодиноких випадках (2,0%) – середній. За шкалою оцінки параметрів депресії (HDRS) простежувався депресивний настрій (28,5±4,5%), мала місце психічна (19,0±3,9%) та соматична тривожність (32,0±4,6%).

Відповіді за шкалою С. Спілбергера також підтвердили у більшості (93,0±2,5%) низький, а у решти – середній та високий рівень особистісної тривожності (табл. 4).

Більш порушеною була ситуативна тривожність: у кожного третього встановлено її середній рівень – 31,0±4,9% (низький – 63,0±4,9%) – табл. 5.

Викладені вище дані разом із відомим положенням спільної етіології статевих розладів та виразкової хвороби у формі наявності стресових життєвих ситуацій мотивували до проведення окремого дослідження. Воно було спрямовано на вивчення оцінки еректильної дисфункції серед хворих групи порівняння при тому, що вони взагалі не скаржилися на порушення окремих складових копулятивного циклу. Теоретично передбачалося можливість виявлення означених порушень сексуальної функції у максимально ранній період їхнього розвитку, оскільки рівні визначеної депресії, нервово-психічної напруженості (переважно ситуативної), а також психосоматичні невротичні стани обґрунтували реальність їхнього існування. Це реалізували шляхом опитування 100 хворих із ВХДК та ВХШ за анкетой МІЕФ-5 та ПЕФ. Результати наведені у табл. 6 та малюнку.

Виявилося, що 14 (14,0%) чоловіків мали ознаки еректильної дисфункції, вираженість яких згідно із сумарним балом 10 була віднесена до легкого ступеня, та у 3 – до середнього.



Розподіл хворих із ВХШ та ВХДК за ступенем еректильної дисфункції (МІЕФ-5)

На наступному етапі дослідження згідно з аналізом відповідей анкети ПЕФ були виявлені особливості «профілю» сексуального життя. Дві позиції з них, на нашу думку, найбільш чітко дозволяють його охарактеризувати. Це – задоволеність статевим актом та задоволеність статевим життям. Як видно з табл. 6, суттєво більше хворих мали проблеми у зазначеному аспекті, що свідчить про різноманітність сексуальних розладів крім еректильної дисфункції. Варто звернути увагу на деяке різноманіття відповідей респондентів стосовно сексуальних розладів, що свідчить про існування їхнього власного уявлення про складові питань в анкетах. Також поряд з цим простежується прямий зв'язок між ними та відповідями за анкетой SF-36, які відбивають рівень соціальної активності, тривожності, напружений емоційний стан, що відзначають також і інші автори [14, 15].

Таке положення дає підставу припустити, що соматичні хвороби складають передумови до розвитку сексуальних розладів у чоловіків, що треба враховувати при проведенні диспан-

серизації. Особливо це стосується виразкової хвороби, що не потребує, з огляду на певну єдність етіології, додаткових коментарів. Реальне підтвердження було отримано після відповідних об'єктивних обстежень згідно з протоколом. У результаті 11 хворих із ВХДК та ВХШ потребували лікування статевих розладів. Із запропонованих трьох варіантів більшістю було обрано третій, тобто поєднання психотерапії та лікування силденафілу цитратом (6 осіб); решта – виключно базове лікування із психотерапією та базове лікування із силденафілу цитратом (2 та 3 чоловіки відповідно). Оскільки цей аспект не був передбачений дослідженням, були відзначені узагальнені результати проведених медичних призначень. Хворі, яких можна зарахувати до третьої групи, вже через місяць не мали статевих розладів, у інших – такі позитивні наслідки відзначено через 6 міс після завершення лікування.

Приведені дані дозволяють зробити два основні висновки. Перший – підтверджується значення раннього виявлення та своєчасного лікування сексуальних розладів. Другий – перегукється з першим і зумовлює цю потребу. Суть пропозиції полягає у необхідності на етапі виявлення, диспансеризації чоловіків з виразковою хворобою у якості діагностичного методу ширше застосовувати анамнестичне опитування. Пропонується на рівні сімейних лікарів–лікарів загальної практики, профільних спеціалістів при зверненні з будь-якого приводу чоловіків, незалежно від віку, з виразковою хворобою (чи іншим соматичним захворюванням) обов'язково під час вивчення анамнезу пацієнта ставити два ключових запитання: чи задоволений пацієнт статевим актом та про загальну задоволеність статевим життям. Залежно від відповіді рекомендувати консультацію сексопатолога, уролога, андролога. Тобто за такими двома простими запитаннями можна удосконалити процедуру ранньої діагностики. Більше того, на них треба акцентувати увагу під час проведення просвітницької діяльності, доносити інформацію до населення, яке на сьогодні має ще певні упередження стосовно сексуальних розладів, про існуючі варіанти спеціалізованої допомоги, важливість залежності загального стану власного здоров'я від його сексуальної складової та соціальної активності у широкому її розумінні. Крім того, обґрунтована необхідність попередження стресових навантажень як причин виникнення низки захворювань.

Підтверджена гіпотеза залежності між наявністю у хворих із виразковою хворобою різної вираженості депресії, нервово-психічної напруженості, переважно ситуативної тривожності та розвитку статевих розладів, що обґрунтовано даними виявлення у 14% випадків об'єктивізовано доведеної еректильної дисфункції.

Обґрунтовано принцип удосконалення раннього виявлення статевих розладів у чоловіків із хронічними соматичними захворюваннями на прикладі виразкової хвороби, суть якого в обов'язковому включенні до анамнестичного, як і діагностичного, методу двох ключових запитань, а саме: задоволеність статевим актом та задоволеність статевим життям загалом.

ВИСНОВКИ

1. У переважній більшості хворих із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (ВХДК) та шлунка (ВХШ), які мали сексуальні розлади (73,9%), спостерігались достовірно частіше симптоми депресії легкого і середнього ступеня (43,1±4,3% та 30,8±4,0% відповідно), водночас виявлена вона також у кожного п'ятого лише з виразковою хворобою – у 19,0±3,9% та середнього – у 2,0±1,4% відповідно.

2. За частотою проявів депресії у хворих із ВХДК та ВХШ із статевими розладами виявляли параметри, серед яких достовірно виділяли психічну тривожність (85,4±3,1%), депресивний настрій (73,1±3,8%), соматичну тривожність (66,1±4,3%), знижені працездатність та активність (64,6±4,1%). Їхнє поєднання у різних варіантах обтяжували ситуацію. У хво-

рих виключно із виразковою хворобою превалювали соматична тривожність (32,0±4,6%), депресивний настрій (28,0±4,5%), працездатність та активність (24,0±4,2%).

3. У більшості хворих із ВХДК та ВХШ зі статевими розладами (60,8±4,2%) фіксували високий рівень особистісної тривожності і практично однаково часто низкий та середній (19,2±3,4% та 20,0±3,4% відповідно). Разом з тим, 93,0% хворих тільки з виразковою хворобою також відзначали її наявність низького рівня вираженості. Водночас, серед перших вірогідно частіше спостерігався середній рівень ситуативної тривожності (62,3±4,2%), у кожного третього – низький (28,5±3,9%) і у решти (10,0%) – високий, тоді як серед других – за частотою превалював низький її рівень (63,0±4,9% проти 31,0±4,9% середнього та 6,0±2,3% – високого).

4. Рівень особистісної тривожності має пряmlinійний тісний зв'язок із тривалістю виразкової хвороби ($r=0,98$), таким він є між рівнем ситуативної тривожності та тривалістю сексуальних розладів ($r=0,95$), тоді як зворотний – між останніми і віком хворих ($r=-0,97$).

Обоснование совершенствования диагностики сексуальных расстройств у больных соматического профиля на примере язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки Ю.М. Гурженко, В.В. Сорока

Цель исследования: обоснование и совершенствование диагностики сексуальных расстройств у больных соматического профиля, страдающих язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК).

Материалы и методы. В течение 3 лет было проведено комплексное обследование и лечение 130 больных ЯБДК в стадии ремиссии и ЯБЖ в стадии ремиссии, у которых наблюдали сексуальные расстройства; первых было 76 (58,5±4,3%) человек, вторых – 54 (41,5±4,3%) человека; $p<0,05$. Они представляли основную группу. В группу сравнения вошли 100 мужчин, больных ЯБДК и ЯБЖ, которых находились также в стадии ремиссии, однако не жаловались на сексуальные расстройства; соответственно их было 66,0±4,7% и 34,0±3,3%; $p<0,05$. Также была создана референтная группа (контрольная) из 20 практически здоровых мужчин. Все группы были сопоставимы по возрасту (средний возраст в основных группах – 34,0±1,7 года, в контрольной – 32,0±4,0 года), а две первые – и по продолжительности язвенной болезни (средний срок по анамнезу – 6,9±0,7 года).

Результаты. По частоте проявлений депрессии у больных с ЯБДК и ЯБЖ с половыми расстройствами выявляли параметры, среди которых достоверно выделяли психическую тревожность (85,4±3,1%), депрессивное настроение (73,1±3,8%), соматическую тревожность (66,1±4,3%), снижены работоспособность и активность (64,6±4,1%). Их сочетание в различных вариантах обременяли ситуацию. У больных исключительно с язвенной болезнью превалировали соматическая тревожность (32,0±4,6%), депрессивное настроение (28,0±4,5%), работоспособность и активность (24,0±4,2%).

У большинства больных с ЯБДК и ЯБЖ с половыми расстройствами (60,8±4,2%) фиксировали высокий уровень личностной тревожности и практически одинаково часто низкий и средний (19,2±3,4% и 20,0±3,4% соответственно). Вместе с тем, 93,0% больных только с язвенной болезнью также отмечали ее наличие низкого уровня выраженности. В то же время, среди первых достоверно чаще наблюдался средний уровень ситуативной тревожности (62,3±4,2%), у каждого третьего – низкий (28,5±3,9%) и у остальных (10,0%) – высокий, тогда как среди вторых – по частоте превалировал низкий ее уровень (63,0±4,9% против 31,0±4,9% среднего и 6,0±2,3% – высокого).

Заключение. Обоснован принцип совершенствования раннего выявления половых расстройств у мужчин с хроническими соматическими заболеваниями на примере язвенной болезни, суть которого в обязательном включении в анамнестический и диагностический метод двух ключевых вопросов, а именно: удовлетворенность половым актом и удовлетворенность половой жизнью в целом.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушения половой функции, диагностика.

Rationale improve diagnosis of sexual disorders in patients with somatic profile for example gastric ulcer and duodenal

Y. Gurzhenko, V. Soroka

The objective: The study and improvement of diagnosis of sexual disorders in patients of somatic profile, with ulcerative disease of the stomach (UDS) and peptic ulcer disease duodenal ulcer (DU).

Patients and methods. For 3 years carried out a comprehensive examination and treatment of 130 patients with DU in remission and UDS in remission, which is observed sexual disorders; the first was 76 (58,5±4,3%) patients, second – 54 (41,5±4,3%); p<0.05. They represented the main group. The comparison group included 100 male patients with DU and UDS, which were also in remission, but did not complain of sexual disorders; accordingly, they were of 66.0±4.7% and 34.0±3.3%; p<0.05. Also was used a reference group (control) of 20 healthy men. All groups were matched for age (average age in the major groups - 34,0±1.7 years in the control to 32,0±4.0 years), and the first two – and duration of ulcer (average period in the history of 6.9±0.7 years).

Results. The frequency of manifestations of depression in patients with DU and UDS with sexual disorders identified parameters, among which reliably allocated to mental anxiety (85,4±3,1%), depressive

mood (73,1±3,8%), somatic anxiety (66,1±4,3%), reduced efficiency and activity (64,6±4.1 percent). Their combination in various embodiments burdened the situation. Exclusively in patients with peptic ulcer disease was most prevalent somatic anxiety (32,0±4,6%), depressive mood (28,0±4,5%), capacity and activity (24,0±4,2%).

The majority of patients with DU and UDS with sexual disorders (60,8±4,2%) recorded a high level of personal anxiety and almost equally often low to moderate (19,2±3,4% and 20.0±3.4%, respectively). However, 93.0% of patients only with peptic ulcer were also noted its low level of expression. At the same time, among the first significantly more often observed the average level of situational anxiety (62,3±4,2%), every third - low (28,5±3,9%) and others (10.0 per cent), whereas among second - frequency dominated low level (63,0±4,9% vs 31,0±4,9% of the average and 6.0±2,3% - high).

Conclusion. Justified the principle of improving the early identification of sexual disorders in men with chronic somatic diseases, for example peptic ulcer disease, the essence of which is to be included in the anamnestic and diagnostic method of two key issues, namely: the satisfaction of sexual intercourse and satisfaction with sexual life in General.

Key words: gastric ulcer and duodenal ulcer, sexual dysfunction, diagnosis.

Сведения об авторах

Гурженко Юрий Николаевич – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (050) 668-08-08

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ворник Б.М. Сексология и андрология в Украине: говорят эксперты в области мужского здоровья / Б.М. Ворник, И.И. Горпинченко, Г.С. Кочерян [и др.] // Здоров'я України (тематичний номер). – 2016. – № 1 (6). – С. 32–33.
 2. Горпинченко І.І. Чоловічі статевої розлади : Навчальний посібник / І.І. Горпинченко, Ю.М. Гурженко, С.В. Возіанова, Д.З. Воробець, О.В. Шуляк. – Львів : Кварт, 2011. – 221 с.
 3. Коваленко В.М. Демографія і стан здоров'я народу України: Аналітико-статистичний посібник / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький, Т.С. Манойленко, І.Л. Ревенько, В.А. Гадзюк. – К.: МВЦ Медінформ, 2010. – 144 с.
 4. Семенюк О.А. Статеві-вікові особливості смертності населення працездатного віку та шляхи її попередження: Автореф. дис. ... канд. мед.

наук: 14.02.03 – Соціальна медицина / О.А. Семенюк. – К., 2015. – 24 с.
 5. Дегтярьова Л.В. Пептична виразка дванадцятипалої кишки у осіб, що постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС: структурні прояви патоморфозу, особливості морфогенезу, прогностичні аспекти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.03.02 – Патологічна анатомія / Л.В. Дегтярьова. – К., 2002. – 27 с.
 6. Кибрик Н.Д. Эректильная дисфункция в клинике соматоформных расстройств // Н.Д. Кибрик, М.И. Якубов, И.Ю. Кан // Здоровье мужчины. – 2011. – № 2. – С. 106–111.
 7. Кукурекин Ю.В. Нарушение сексуального здоровья: патогенетические аспекты / Ю.В. Кукурекин, А.П. Гудзенко. – Луганск: МЧП Копицентр, 2007. – 178 с.
 8. Сугоняко Е.А. Клинико-морфологическая характеристика, психологичес-

кий профиль и качество жизни больных язвенной болезнью осложненного и неосложненного течения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.05 – Внутренние болезни / Е.А. Сугоняко. – Красноярск, 2006. – 23 с.
 9. Горпинченко І.І. Депресія при різних формах сексуальної дисфункції чоловіків (діагностика, клініка, психотерапія) / І.І. Горпинченко, М.Н. Соколова / Здоровье мужчины. – 2013. – № 3 (46). – С. 91–96.
 10. Жилина О.А. Секреторная реакция желудка на эмоциональный стресс у лиц с различными психологическими характеристиками личности: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 03.00.13 – Физиология / О.А. Жилина. – Курган, 2002. – 22 с.
 11. Коваленко В.М. Динаміка стану здоров'я народу України та регіональні особливості: Аналітико-

статистичний посібник / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький, Т.С. Манойленко, А.Г. Кириченко, І.Л. Ревенько. – К.: СПД ФО Коломіцин В.Ю., 2012. – 211 с.
 12. Юнак В.Ю. Депресія / В.Ю. Юнак. – К.: Здоров'я, 2012. – 256 с.
 13. Hartono J.L. Anxiety and depression in various functional gastrointestinal disorders: do differences exist? / J.L. Hartono, S. Mahadeva, K.L. Goh [et al] // J Dig Dis. – 2012. – V. 13 (5). – P. 252–7.
 14. Горпинченко І.І. Кореляційні зв'язки між показниками MIEF та SF-36 за різних форм сексуальної дисфункції / І.І. Горпинченко, Д.З. Воробець // Здоровье мужчины. – 2010. – № 4 (35). – С. 102–106.
 15. Горпинченко І.І. Механізми розвитку сексуальної дисфункції: Монографія / І.І. Горпинченко, Д.З. Воробець. – Львів : ЛМНУ, 2013. – 388 с.

Статья поступила в редакцию 25.10.16