

В. І. ТРИЩ, О. З. ДЕЦИК

ОЦІНКА ПОВНОТИ ДОТРИМАННЯ СУЧАСНИХ СТАНДАРТІВ ДІАГНОСТИКИ СЕКСУАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ЧОЛОВІКІВ

Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна

Мета: оцінити повноту діагностичних обстежень чоловіків із сексуальними дисфункціями відповідно до вимог клінічних настанов Європейської асоціації урологів (2025).

Матеріали та методи. Проаналізували дані облікової медичної документації 402 чоловіків із сексуальними дисфункціями – пацієнтів трьох приватних медичних закладів м. Івано-Франківська.

Результати. Найчастіше (але не в 100 %) діагноз виставлявся на підставі ультразвукового дослідження передміхурової залози та органів калитки (79,3–83,1 %), а також визначення рівня тестостерону в крові (70,0–79,7 %, при передчасній еякуляції – усього 42,7 %). Виявлено, що в діагностиці сексуальних дисфункцій недостатньо використовують такі інструментальні дослідження, як дуплексне ультразвукове дослідження артерій статевого члена при еректильній дисфункції (охоплено всього 66,8 %) і біотензіометрія при передчасній еякуляції (41,6 %) та оргазмічній дисфункції (40,0 %). Не проводяться в достатньому обсязі обстеження, необхідні для оцінки ймовірних метаболічних порушень при еректильній дисфункції (охоплено 31,0–54,3 % пацієнтів) та визначення гормонального статусу: рівня пролактину, рекомендованого при всіх сексуальних порушеннях, крім передчасної еякуляції (44,3–55,0 %), лютеїнізуючого гормону при еректильній дисфункції (22,0 %), гормонів щитоподібної залози при гіпоактивному розладі статевого потягу (11,5 %) та оргазмічній дисфункції (10,0 %). Установлено, що лікарі недостатньо використовують легке для використання й малозатратне анкетування, стандартизоване для діагностики сексуальних дисфункцій (23,6–53,3 %), і зовсім не проводять оцінки психологічного статусу таких пацієнтів.

Висновки. Обсяг обстежень, які проводять у закладах охорони здоров'я з метою діагностики сексуальних дисфункцій чоловіків, не відповідає рекомендованому згідно з клінічними настановами Європейської асоціації урологів (2025).

КЛЮЧОВІ СЛОВА: сексуальні дисфункції чоловіків; організація медичної допомоги; діагностичний процес; медико-технологічні стандарти.

Вступ. Сексуальне здоров'я – невід'ємний складник якості життя кожної людини, оскільки має вагоме значення для фізичного, психічного здоров'я і благополуччя окремих осіб, пар, сімей, а відповідно – для соціального та економічного розвитку громад і країн. Недаремно сексуальне та репродуктивне здоров'я є серед індикаторів 3-ї із 17 глобальних цілей сталого розвитку ООН – «Міцне здоров'я та благополуччя» [1].

До основних поширених статевих дисфункцій чоловіків належать: еректильна дисфункція (далі – ЕД), передчасна еякуляція (далі – ПЕ), гіпоактивний розлад статевого потягу (далі – ГРСП) та оргазмічна дисфункція (далі – ОД).

За даними найвідомішого Массачусетського дослідження (MMAS), поширеність ЕД у групі чоловіків віком від 40 до 70 років становила 52 %, з яких 17,2 % – мінімальна ЕД, 25,2 % – помірна і 9,6 % – повна ЕД [2]. Друге місце серед сексуальних розладів у чоловіків посідає ПЕ, показники поширеності якої у світі значно відрізняються між собою, коливаючись у межах від 4 % до 39 % [3]. Наступною за частотою є ГРСП, який сильно

варіює від людини до людини й за різними даними його поширеність у світі коливається від 3 до 28 % [4]. Менш поширеною є ОД і, за даними досліджень, від 5 до 14 % чоловіків мають труднощі в досягненні оргазму [5].

Ураховуючи хронічний характер цих порушень та їх негативний вплив на самопочуття, працездатність, репродукцію, психічне здоров'я, першочергової ваги набувають заходи профілактики та забезпечення справедливого доступу до адекватної медичної допомоги осіб із сексуальними дисфункціями [6]. З огляду на сказане, науковцями США зроблено висновок, що сексуальне здоров'я повинно бути рутинним складником клінічної оцінки пацієнтів, а системи охорони здоров'я повинні володіти належними ресурсами для вирішення сексуальних проблем, і ці ресурси повинні бути доступні для всіх пацієнтів протягом усього життя [7].

На жаль, в Україні цьому питанню не приділяється належної уваги. У комунальних закладах охорони здоров'я відсутні спеціалісти лікарі-сексopatологи, здатні консультувати та лікувати таких пацієнтів. Пацієнти змушені звертатися в приватні

медичні заклади. На державному рівні відсутні сучасні медико-технологічні стандарти, а саме уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги при сексуальних дисфункціях. Останній такий протокол розроблений тільки для еректильної дисфункції ще 2006 року і на сьогодні втратив чинність [8]. Тому на практиці лікарі користуються положеннями наказу МОЗ України від 29.12.2016 р. № 1422 [9], який дає змогу в таких випадках використовувати клінічні настанови, розроблені провідними міжнародними організаціями. Клінічні настанови стосовно сексуального та репродуктивного здоров'я розроблені й постійно переглядаються Європейською асоціацією урологів [10] згідно із сучасними досягненнями науковців, результати досліджень яких базуються на беззаперечних доказах.

Мета: оцінити повноту діагностичних обстежень чоловіків із сексуальними дисфункціями відповідно до вимог клінічних настанов Європейської асоціації урологів (2025).

Матеріали та методи. Дослідження проводилося впродовж 2025 року. Для досягнення мети дослідження сформувавши перелік діагностичних обстежень при ЕД, ПЕ, ГРСП та ОД згідно з клінічними настановами Європейської асоціації урологів (далі – КН ЄАУ) і порівняли їх з фактичними даними за результатами викопіювання даних «Медичних карт амбулаторного пацієнта» (ф. № 025/о) 402 чоловіків із сексуальними дисфункціями, що звернулися по допомогу в три заклади охорони здоров'я приватної форми власності м. Івано-Франківська.

Структура вибірки пацієнтів відповідає частоті окремих сексуальних дисфункцій за даними наукових досліджень [2–5]: з ЕД було 232 (57,7 %) пацієнти, з ПЕ – 89 (22,1 %), з ГРСП – 61 (15,2 %) і з ОД – 20 осіб (5,0 %).

Медіанний вік обстежених з ЕД становив 35,0 [27,0–43,0], з ПЕ – 33,0 [26,0–39,0] роки, з ГРСП – 33,0 [26,0–40,0], з ОД – 32,5 [25,0–40,5].

Серед обстежених мешканці міст становили 78,9 %, а сіл – 21,1 %.

Дизайн та програми дослідження розглянуті й схвалені Комісією з етики Івано-Франківського національного медичного університету (протокол № 133/23 від 29.03.2023).

Робота виконувалась згідно з планом наукових робіт Івано-Франківського національного медичного університету і є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри громадського здоров'я: «Медико-соціальне обґрунтування вдосконалення організації профілактики медичної та реабілітаційної допомоги населенню» (терміни виконання – 2024–2028 рр., № державної реєстрації 0124U001983), а також комплексного дослідження кафедри хірургії післядипломної освіти та урології «Сучасні механізми розвитку патологічних станів нижніх сечових шляхів і чоловічих статевих органів та

обґрунтування ефективних методів їх корекції» (терміни виконання 2021–2026 рр., № державної реєстрації 0121U110770), у яких автори є співвиконавцями.

Статистична обробка отриманих даних проводилася на платформі Microsoft Excel шляхом розрахунку частоти окремих обстежень на 100 осіб (%), та їх стандартної похибки ($\pm m$) [11].

Результати дослідження та їх обговорення. Установлено, що не всім чоловікам з еректильною дисфункцією були проведені обстеження в повному обсязі відповідно до клінічних настанов Європейської асоціації урологів (табл. 1).

Як бачимо, найчастішими (але не 100 %) обстеженнями, які здійснювались пацієнтам з діагнозом ЕД, були: аналіз на тестостерон ($79,7 \pm 2,6$ %) й ультразвукове дослідження (далі – УЗД) передміхурової залози та органів калитки ($79,3 \pm 2,7$ %). Натомість таке пріоритетне для уточнення діагнозу, просте й мало затратне для використання – анкетування за MIEF, проведене всього половині пацієнтів ($53,3 \pm 3,3$ %). А оцінка психологічного статусу (за шкалою тривоги та депресії), взагалі не проводилася, хоча більшість сексуальних дисфункцій супроводжуються різними порушеннями ментального здоров'я і вимагають відповідної допомоги [12–13]. Ще одним із базових методів дослідження, яке проводиться з метою диференціації між судинною та психогенною ЕД, є дуплексне УЗД артерій статевого члена [14]. Однак ним охоплено лише $66,8 \pm 3,1$ % чоловіків з ЕД.

Не менш важливо щодо диференціальної діагностики та виключення органічних (запальних) змін сечостатевої системи проводити загальний аналіз сечі та мікроскопічне дослідження секрету передміхурової залози. Проте ці лабораторні обстеження проведені тільки в $65,1 \pm 3,1$ % і $46,1 \pm 3,1$ % пацієнтів відповідно.

Також відомо, що еректильна дисфункція часто виникає на тлі метаболічних порушень [15–16], а тому в стандарт обстеження обов'язково входить біохімічний аналіз крові на ліпіди, глюкозу та глікований гемоглобін. З отриманих у нашому дослідженні даних випливає, що тільки в трохи більше половини пацієнтів з ЕД визначали вміст глюкози в крові ($54,3 \pm 3,3$ %), менше половини – ліпідограму ($44,8 \pm 3,3$ %), третини – глікований гемоглобін ($31,0 \pm 3,0$ %).

Для визначення гормонального статусу пацієнтів, який має безпосередній зв'язок із статевою функцією, крім тестостерону, потрібно визначати ще пролактин і лютеїнізувальний гормон. Ці обстеження зроблені тільки $44,3 \pm 3,3$ % та $22,0 \pm 2,7$ % чоловіків з ЕД.

Стосовно повноти обстежень при ПЕ, то, як видно з даних табл. 2, тільки кожному четвертому такому пацієнту ($23,6 \pm 4,5$ %) проводили необхідне для уточнення цього діагнозу анкетування. Жодному не оцінювали психологічного статусу.

Таблиця 1

Повнота обстежень чоловіків з еректильною дисфункцією

Рекомендації КН ЄАУ [10]	Повнота виконання в обстежених пацієнтів	
	%	± m
Анкетування		
Опитувальник IIEF (Міжнародний індекс еректильної функції), домен «Еректильна функція»	53,3	3,3
Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	0,0	0,0
Лабораторні методи обстеження		
Загальний аналіз сечі	65,1	3,1
Мікроскопічне дослідження секрету передміхурової залози	46,1	3,1
Глюкоза крові	54,3	3,3
Глікований гемоглобін	31,0	3,0
Ліпідний профіль крові	44,8	3,3
Тестостерон загальний	79,7	2,6
Тестостерон вільний	79,7	2,6
Пролактин	44,3	3,3
Лютенізуючий гормон	22,0	2,7
Інструментальні методи обстеження		
УЗД передміхурової залози та органів калитки	79,3	2,7
Дуплексне УЗД артерій статевого члена	66,8	3,1

Таблиця 2

Повнота обстежень чоловіків з передчасною еякуляцією

Рекомендації КН ЄАУ [10]	Повнота виконання в обстежених пацієнтів	
	%	± m
Анкетування		
Опитувальник PEDT (тест діагностики передчасної еякуляції)	23,6	4,5
Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	0,0	0,0
Лабораторні методи обстеження		
Загальний аналіз сечі	71,9	4,8
Мікроскопічне дослідження секрету передміхурової залози	30,3	4,9
Тестостерон загальний	42,7	5,2
Тестостерон вільний	42,7	5,2
Інструментальні методи обстеження		
УЗД передміхурової залози та органів калитки	83,1	4,0
Біотензіометрія статевого члена	41,6	5,2

Пацієнтам з ПЕ найчастіше проводили також ультразвукове дослідження передміхурової залози та органів калитки ($83,1 \pm 4,0$ %). З лабораторних методів переважно призначали загальний аналіз сечі ($71,9 \pm 4,8$ %), очевидно для виключення органічних (запальних) змін у сечостатевій системі. Однак мікроскопічне дослідження секрету передміхурової залози було всього в третини пацієнтів з ПЕ ($30,3 \pm 4,9$ %). Недостатнім є й охоплення цих осіб визначенням рівня тестостерону в крові ($42,7 \pm 5,2$ %).

Слід зазначити, що надзвичайно важливим інструментальним методом обстеження, яке проводиться з метою визначення чутливості статевого члена, а отже, для остаточного підтвердження діагнозу ПЕ, є біотензіометрія [17]. Натомість реально

охоплено нею менше половини чоловіків із цим діагнозом ($41,6 \pm 5,2$ %).

При діагностиці ГРСП (табл. 3) лікарі частіше звертали увагу на рівень загального тестостерону ($75,4 \pm 5,5$ %), хоча інші гормональні дослідження проводили значно рідше. Зокрема, надзвичайно важливо визначати рівень пролактину та гормонів щитоподібної залози, порушення яких відіграють значну роль у патогенезі ГРСП [18–19]. Водночас пролактин визначали менш ніж половині обстежених чоловіків з ГРСП ($49,2 \pm 6,4$ %), а гормони щитоподібної залози – лише кожному десятому ($11,5 \pm 4,1$ %).

Привертає увагу, що менше третини пацієнтів з ГРСП ($27,9 \pm 5,7$ %) проанкетовані за допомогою опитувальника MIEF, хоча в ньому є спеціальний

Таблиця 3

Повнота обстежень чоловіків з гіпоактивним розладом статевго потягу

Рекомендації КН ЄАУ [10]	Повнота виконання в обстежених пацієнтів	
	%	± m
Анкетування		
Опитувальник IIEF (Міжнародний індекс еректильної функції), домен «Сексуальний потяг»	27,9	5,7
Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	0,0	0,0
Лабораторні методи обстеження		
Тестостерон загальний	75,4	5,5
Пролактин	49,2	6,4
Гормони щитоподібної залози	11,5	4,1

домен «Статевий потяг», який рекомендують використовувати як один із критеріїв діагностики цього виду сексуальної дисфункції. Психологічний статус (за шкалою тривоги та депресії) у жодного пацієнта з ГРСП також не оцінювали.

Подібні результати отримані при оцінці повноти обстежень чоловіків з ОД відповідно до клінічних настанов (табл. 4).

Превалювальним методом діагностики тут також було визначення рівня загального тестостерону ($70,0 \pm 10,2$ %) на тлі значно нижчого охоплення обстеженнями на рівень пролактину ($55,0 \pm 11,1$ %) і зовсім незначного – на рівень тиреотропного гормону ($10,0 \pm 6,7$ %). Усього третина чоловіків з ОД ($35,0 \pm 10,7$ %) проанкетовані за допомогою опитувальника IIEF з оцінкою результатів в домені «Оргазм», і жоден – за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії.

Слід відміти, що визначення простат-специфічного антигену для виключення раку простати проведено всім пацієнтам із сексуальними дисфункціями згідно з клінічними рекомендаціями у віці понад 50 років.

Обмеження дослідження. Дослідження проводили на базі приватних закладів охорони здоров'я, де надають платні послуги, що могло вплинути на

призначення окремих дороговартісних обстежень з огляду на фінансові можливості пацієнтів. Для перевірки цієї гіпотези бажано провести подібний аналіз у комунальних закладах охорони здоров'я, проте сексопатологічна допомога в цих закладах майже не надається.

Висновки. Установлено, що обсяг обстежень, які проводять у закладах охорони здоров'я з метою діагностики сексуальних дисфункцій чоловіків, не відповідає рекомендованому згідно з клінічними настановами Європейської асоціації урологів (2025).

Показано, що діагноз сексуальних дисфункцій найчастіше (але не в 100 %) виставлявся на підставі ультразвукового дослідження передміхурової залози та органів калитки ($79,3\text{--}83,1$ %), а також визначення рівня тестостерону в крові ($70,0\text{--}79,7$ %, при передчасній еякуляції – усього $42,7$ %).

Виявлено, що в діагностиці сексуальних дисфункцій недостатньо використовують такі інструментальні дослідження, як дуплексне ультразвукове дослідження артерій статевого члена при еректильній дисфункції (охоплено всього $66,8$ %) і біотензіометрія при передчасній еякуляції ($41,6$ %) та оргазмічній дисфункції ($40,0$ %).

Таблиця 4

Повнота обстежень чоловіків з оргазмічною дисфункцією

Рекомендації КН ЄАУ [10]	Повнота виконання в обстежених пацієнтів	
	%	± m
Анкетування		
Опитувальник IIEF (Міжнародний індекс еректильної функції), домен «Оргазм»	35,0	10,7
Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	0,0	0,0
Лабораторні методи обстеження		
Тестостерон загальний	70,0	10,2
Пролактин	55,0	11,1
Тиреотропний гормон	10,0	6,7
Інструментальні методи обстеження		
Біотензіометрія статевого члена	40,0	11,0

З'ясовано, що під час діагностики сексуальних порушень не проводять у достатньому обсязі обстеження, необхідні для оцінки ймовірних метаболічних порушень при еректильній дисфункції (охоплено 31,0–54,3 % пацієнтів) та визначення гормонального статусу: рівня пролактину, рекомендованого при всіх сексуальних порушеннях, крім передчасної еякуляції (44,3–55,0 %), лютеїнізувального гормону при еректильній дисфункції (22,0 %), гормонів щитоподібної залози при гіпоактивному розладі статевого потягу (11,5 %) та оргазмічній дисфункції (10,0 %).

Установлено, що лікарі недостатньо використовують легке для використання й мало затратне анкетування, стандартизоване для діагностики

сексуальних дисфункцій (23,6–53,3 %), і зовсім не проводять оцінки психологічного статусу таких пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розробці заходів з удосконалення організації медичного обслуговування пацієнтів із сексуальними дисфункціями, зокрема, щодо забезпечення необхідного обсягу діагностичних обстежень у закладах охорони здоров'я всіх форм власності.

Конфлікт інтересів. Автори декларують відсутність конфлікту інтересів.

Джерела фінансування. Дослідження не має зовнішніх джерел фінансування.

Внесок авторів у написання статті: Тріщ В. І.^{ABDF}, Децик О. З.^{ACEF}.

Список літератури

1. United Nations. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. Sustainable Development Goals. URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>.
2. Feldman H. A., Goldstein I., Hatzichristou D. G., Krane R. J., McKinlay J. B. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal of Urology*. 1994. Т. 151, № 1. Р. 54–61. DOI: 10.1016/s0022-5347(17)34871-1.
3. Saitz T. R., Serefoglu E. C. The epidemiology of premature ejaculation. *Translational Andrology and Urology*. 2016. Т. 5, № 4. Р. 409–415. DOI: 10.21037/tau.2016.05.11.
4. Кочарян Г. Поширеність ослабленого лібідо і гіпоактивного розладу статевого потягу. *Здоров'я чоловіка*. 2021. № 4. С. 72–78. DOI: 10.30841/2307-5090.4.2021.252399.
5. Laumann E. O., Paik A., Rosen R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999. Т. 281, № 6. Р. 537–544. DOI: 10.1001/jama.281.6.537.
6. World Health Organization. Action plan for sexual and reproductive health: towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. Regional Committee for Europe. Copenhagen, 2016. 26 p. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/338130/66wd13e-SexualReproHealth-160524.pdf>.
7. Flynn K. E., Lin L., Bruner D. W., Cyranowski J. M., Hahn E. A., Jeffery D. D. та ін. Sexual Satisfaction and the Importance of Sexual Health to Quality of Life Throughout the Life Course of U.S. Adults. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016. Т. 13, № 11. Р. 1642–1650. DOI: 10.1016/j.jsxm.2016.08.011.
8. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Сексопатологія»: Наказ МОЗ України від 03.07.2006 № 431. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0431282-06>.
9. Про внесення змін до наказу МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751: Наказ МОЗ України від 29.12.2016 № 1422. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17>.
10. European Association of Urology. Sexual and Reproductive Health. Guidelines. URL: <https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health>.
11. Forthofer R. N., Lee E. S., Hernandez M. Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery. Amsterdam: Elsevier Academic Press, 2007. 502 p.
12. Rajkumar R. P., Kumaran A. K. Depression and anxiety in men with sexual dysfunction: a retrospective study. *Comprehensive Psychiatry*. 2015. Т. 60. Р. 114–118. DOI: 10.1016/j.comppsy.2015.03.001.
13. Liu Q., Zhang Y., Wang J., Li S., Cheng Y., Guo J. та ін. Erectile Dysfunction and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Sexual Medicine*. 2018. Т. 15, № 8. Р. 1073–1082. DOI: 10.1016/j.jsxm.2018.05.016.
14. Nashed A., Lokeshwar S. D., Frech F., Mann U., Patel P. The Efficacy of Penile Duplex Ultrasound in Erectile Dysfunction Management Decision-Making: A Systematic Review. *Sexual Medicine Reviews*. 2021. Т. 9, № 3. Р. 472–477. DOI: 10.1016/j.sxmr.2020.10.006.
15. Mazzilli R., Zamponi V., Olana S., Mikovic N., Cimadomo D., Defeudis G. та ін. Erectile dysfunction as a marker of endocrine and glycemic disorders. *Journal of Endocrinological Investigation*. 2022. Т. 45, № 8. Р. 1527–1534. DOI: 10.1007/s40618-022-01788-5.
16. Ghanem H. M., Salonia A., Martin-Morales A. SOP: physical examination and laboratory testing for men with erectile dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*. 2013. Т. 10, № 1. Р. 108–110. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02734.x.
17. Wiggins A., Farrell M. R., Tsambarlis P., Levine L. A. The Penile Sensitivity Ratio: A Novel Application of Biothesiometry to Assess Changes in Penile Sensitivity. *The Journal of Sexual Medicine*. 2019. Т. 16, № 3. Р. 447–451. DOI: 10.1016/j.jsxm.2019.01.002.
18. Corona G., Mannucci E., Fisher A. D., Lotti F., Ricca V., Balercia G. та ін. Effect of hyperprolactinemia in male patients consulting for sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*. 2007. Т. 4, № 5. Р. 1485–1493. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2007.00569.x.
19. Carani C., Isidori A. M., Granata A., Carosa E., Maggi M., Lenzi A., Jannini E. A. Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo- and hyperthyroid patients. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2005. Т. 90, № 12. Р. 6472–6479. DOI: 10.1210/jc.2005-1135.

References

1. United Nations. (2015). Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. Sustainable Development Goals. Retrieved from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>.
2. Feldman, H.A., Goldstein, I., Hatzichristou, D.G., Krane, R.J., & McKinlay, J.B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol.*, 151, 54–61. [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(17\)34871-1](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)34871-1).
3. Saitz, T.R., & Ege, C.S. (2016). The epidemiology of premature ejaculation. *Transl Androl Urol.*, 5, 409–415. <https://doi.org/10.21037/tau.2016.05.11>.
4. Kocharian, H.S. (2021). Poshyrenist znyzhenoho libido i hipoaktyvnoho rozladu statevoho potiahu. Zdorovia cholovika. [The prevalence of low libido and hypoactive sexual desire disorder]. *Health of man*, 4, 72–78. <https://doi.org/10.30841/2307-5090.4.2021.252399> [in Ukrainian].
5. Laumann, E.O., Paik, A., & Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, 281, 537–544. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537>.
6. World Health Organization. (2016). Action plan for sexual and reproductive health: towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. Retrieved from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/338130/66wd13e-SexualReproHealth-160524.pdf?sequence=1>.
7. Flynn, K.E., Lin, L., Bruner, D.W., Cyranowski, J.M., Hahn, E.A., Jeffery, D.D., Weinfurt, K.P. (2016). Sexual Satisfaction and the Importance of Sexual Health to Quality of Life Throughout the Life Course of U.S. Adults. *J Sex Med.*, 13(11), 1642–1650. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.08.011>.
8. Ministerstvo ohorony zdorovia Ukrainy. Pro zatverdzhennia protokoliv nadannia medychnoi dopomohy za spetsialnistiu "Seksopatolohiia". Nakaz MOZ Ukrainy vid 03.07.2006 r. № 431. [Ministry of Health of Ukraine. On approval of protocols for providing medical care in the specialty "Sexology". Order of the Ministry of Health of Ukraine dated July 03, 2006, No. 431]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0431282-06#Text> [in Ukrainian].
9. Ministerstvo ohorony zdorovia Ukrainy. Pro vnesennia zmin do nakazu Polozhenniamy nakazu Ministerstva ohorony zdorovia Ukrainy vid 29 veresnia 2012 roku № 751. Nakaz MOZ Ukrainy vid 29.12.2016 №1422. [Ministry of Health of Ukraine. On amendments to Order No. 751 of the Ministry of Health of Ukraine dated September 28, 2012. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated December 29, 2016, No. 1422]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17#Text> [in Ukrainian].
10. European Association of Urology. Sexual and Reproductive Health. Guidelines (2025). Retrieved from: <https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health>.
11. Forthofer, R.N., Lee, E.S., & Hernandez, M. (2007). Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery. Amsterdam: Elsevier Academic Press, 502 p.
12. Rajkumar, R.P., & Kumaran, A.K. (2015). Depression and anxiety in men with sexual dysfunction: a retrospective study. *Compr Psychiatry*, 60, 114–118. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2015.03.001>.
13. Liu, Q., Zhang, Y., Wang, J., Li, S., Cheng, Y., Guo, J., ... Zhu, Z. (2018). Erectile Dysfunction and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med.*, 15(8), 1073–1082. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.05.016>.
14. Nashed, A., Lokeshwar, S.D., Frech, F., Mann, U., & Patel, P. (2021). The Efficacy of Penile Duplex Ultrasound in Erectile Dysfunction Management Decision-Making: A Systematic Review. *Sex Med Rev.*, 9(3), 472–477. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2020.10.006>.
15. Mazzilli, R., Zamponi, V., Olana, S., Mikovic, N., Cimadomo, D., Defeudis, G., & Faggiano, A. (2022). Erectile dysfunction as a marker of endocrine and glycemic disorders. *J Endocrinol Invest.*, 45(8), 1527–1534. <https://doi.org/10.1007/s40618-022-01788-5>.
16. Ghanem, H.M., Salonia, A., & Morales, A.M. (2013) SOP: physical examination and laboratory testing for men with erectile dysfunction. *J Sex Med.*, 10, 108. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02734.x>.
17. Wiggins, A., Farrell, M.R., Tsambarlis, P., & Levine, L.A. (2019). The Penile Sensitivity Ratio: A Novel Application of Biothesiometry to Assess Changes in Penile Sensitivity. *J Sex Med.*, 16(3), 447–451. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.01.002>.
18. Corona, G., Mannucci, E., Fisher, A.D., Lotti, F., Ricca, V., Balercia, G., ... Maggi, M. (2007). Effect of hyperprolactinemia in male patients consulting for sexual dysfunction. *J Sex Med.*, 4(5), 1485–1493. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00569.x>.
19. Carani, C., Isidori, A.M., Granata, A., Carosa, E., Maggi, M., Lenzi, A., & Jannini, E.A. (2005). Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo- and hyperthyroid patients. *J Clin Endocrinol Metab.*, 90(12), 6472–6479. <https://doi.org/10.1210/jc.2005-1135>.

ASSESSMENT OF COMPLIANCE WITH CURRENT STANDARDS FOR THE DIAGNOSIS OF SEXUAL DYSFUNCTION IN MEN

V. I. TRISHCH, O. Z. DETSYK

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Purpose: to assess the completeness of diagnostic examinations of men with sexual dysfunctions in accordance with the requirements of the clinical guidelines of the European Association of Urologists (2025).

Materials and Methods. The data from the medical records of 402 men with sexual dysfunctions—patients of three privately owned medical facilities in Ivano-Frankivsk—were analyzed.

Results. Most often (but not in 100 % of cases), the diagnosis was made on the basis of an ultrasound examination of the prostate gland and scrotal organs (79.3–83.1 %), as well as the determination of testosterone levels in the blood (70.0–79.7 %, with premature ejaculation – only 42.7 %). The use of instrumental examinations such as duplex ultrasound examination of the arteries of the penis in erectile dysfunction (covered by only 66.8 %) and biotensiometry in premature ejaculation (41.6 %) and orgasmic dysfunction (40.0 %) is insufficient. The examinations necessary to assess possible metabolic disorders in erectile dysfunction (31.0–54.3 % of patients) and determine hormonal status are not performed sufficiently. Thus, the determination of prolactin levels, recommended for all sexual disorders except premature ejaculation, was performed in 44.3–55.0 % of patients, luteinizing hormone in erectile dysfunction – 22.0 %, thyroid hormones in hypoactive sexual desire disorder – 11.5 %, and orgasmic dysfunction – 10.0 %. It has been established that doctors do not make sufficient use of easy-to-use and inexpensive questionnaires standardized for the diagnosis of sexual dysfunction (23.6–53.3 %) and do not assess the psychological status of such patients at all.

Conclusions. The scope of examinations conducted in healthcare facilities for the diagnosis of male sexual dysfunction does not comply with the guidelines recommended by the European Association of Urologists (2025).

KEY WORDS: male sexual dysfunction; organization of medical care; diagnostic process; clinical guidelines.

Рукопис надійшов до редакції 05.11.2025

Рукопис прийнято до публікації 20.11.2025

Рукопис опубліковано 31.12.2025

Відомості про авторів:

Тріщ Володимир Іванович – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії післядипломної освіти та урології Івано-Франківського національного медичного університету; ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6569-0258>.

Децик Орина Зенонівна – докторка медичних наук, професорка, завідувачка кафедри громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету; ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3975-9455>.

Електронна адреса для листування: odetsyk@ifnmu.edu.ua.