

## Тактика ведения пациентов с сексуальными дисфункциями: пошаговый алгоритм на основе показателей опросника СФМ

М. И. Ягубов<sup>1</sup> ✉

Н. В. Добаева<sup>2</sup>

И. Р. Айриянц<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия, [yagubov@mail.ru](mailto:yagubov@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-8266-0429>

<sup>2</sup> Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия, [dona19@mail.ru](mailto:dona19@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-1350-2021>

<sup>3</sup> Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия, [nira69@mail.ru](mailto:nira69@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-0370-2505>

### Резюме

**Введение.** Сексуальные дисфункции у мужчин фертильного возраста имеют мультифакториальную природу, что требует системного подхода к диагностике. Отсутствие стандартизированных алгоритмов ведет к гипо- и гипердиагностике как психогенных, так и органических форм.

**Цель работы.** Представить структурированный пошаговый алгоритм диагностики сексуальных расстройств у мужчин, интегрирующий оценку половой конституции, психометрические шкалы (HADS, IPDE), сексуальную формулу и инструментальные методы, а также доказать диагностическую необходимость каждого из указанных инструментов на клинической выборке.

**Материал и методы.** В исследование включено 100 мужчин в возрасте 18–50 лет (средний возраст –  $35,4 \pm 8,2$  года) с жалобами на сексуальную дисфункцию. Ко всем последовательно применен разработанный алгоритм. Независимо от алгоритма окончательный диагноз устанавливался экспертной комиссией из четырех специалистов (психиатр, уролог, эндокринолог, невролог). Проведен ROC-анализ, расчет чувствительности, специфичности, прогностической ценности, коэффициента согласия Коэна, корреляции Пирсона и критерия  $\chi^2$ .

**Результаты.** Общая точность алгоритма составила 90% ( $\kappa = 0,86$ ;  $p < 0,001$ ). Чувствительность в выявлении органической патологии — 88,6%, специфичность — 91,1%. ROC-анализ HADS (AUC = 0,92) подтвердил высокую предсказательную способность шкалы тревоги. Выявлена сильная корреляция слабой половой конституции с эндокринными нарушениями ( $r = 0,78$ ;  $p < 0,001$ ). Наличие личностных расстройств (IPDE) достоверно чаще ассоциировалось с психогенной этиологией ( $p < 0,001$ ). Структурирование жалоб при помощи сексуальной формулы мужчины позволило правильно определить вектор диагностического поиска в 94% случаев.

**Заключение.** Предложенный алгоритм обладает высокой диагностической точностью. Каждый из использованных инструментов (сексуальная формула мужчины, половая конституция, HADS, IPDE) вносит независимый и значимый вклад в дифференциальную диагностику, что служит основанием для их обязательного применения в клинической практике у мужчин 18–50 лет.

**Ключевые слова:** сексуальная дисфункция, диагностический алгоритм, половая конституция, сексуальная формула мужчины, HADS, IPDE, валидность

**Для цитирования:** Ягубов М. И., Добаева Н. В., Айриянц И. Р. Тактика ведения пациентов с сексуальными дисфункциями: пошаговый алгоритм на основе показателей опросника СФМ. Лечащий Врач. 2026; 5 (29): 110–116. <https://doi.org/10.51793/OS.2026.29.5.016>

**Конфликт интересов.** Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

# Management tactics for patients with sexual dysfunctions: a step-by-step algorithm based on the SFM questionnaire scores

Mikhail I. Yagubov<sup>1</sup> ✉

Naida V. Dobaeva<sup>2</sup>

Irina R. Ayriyants<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Moscow Scientific Research Institution of Psychiatry, Moscow, Russia, [yagubov@mail.ru](mailto:yagubov@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-8266-0429>

<sup>2</sup> Moscow Scientific Research Institution of Psychiatry, Moscow, Russia, [dona19@mail.ru](mailto:dona19@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-1350-2021>

<sup>3</sup> Moscow Scientific Research Institution of Psychiatry, Moscow, Russia, [nira69@mail.ru](mailto:nira69@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-0370-2505>

## Abstract

**Background.** Sexual dysfunctions in men of fertile age are multifactorial in nature, which requires a systematic approach to diagnosis. The lack of standardized algorithms leads to hypo- and overdiagnosis of both psychogenic and organic forms.

**Objective.** To present a structured step-by-step algorithm for the diagnosis of sexual disorders in men, integrating the assessment of sexual constitution, psychometric scales (HADS, IPDE), sexual formula (SFM) and instrumental methods, as well as to prove the diagnostic necessity of each of these tools in a clinical sample.

**Materials and methods.** The study included 100 men aged 18-50 years (average age  $35.4 \pm 8.2$  years) with complaints of sexual dysfunction. The developed algorithm has been consistently applied to all of them. Regardless of the algorithm, the final diagnosis was determined by an expert panel of four specialists (psychiatrist, urologist, endocrinologist, neurologist). ROC analysis was performed, sensitivity, specificity, predictive value, Cohen's agreement coefficient, Pearson correlation, and criterion  $\chi^2$  were calculated.

**Results.** The overall accuracy of the algorithm was 90% ( $\kappa = 0.86$ ;  $p < 0.001$ ). Sensitivity in detecting organic pathology was 88.6%, specificity was 91.1%. ROC analysis of HADS (AUC = 0.92) confirmed the high predictive power of the anxiety scale. A strong correlation of a weak sexual constitution with endocrine disorders was revealed ( $r = 0.78$ ;  $p < 0.001$ ). The presence of personality disorders (IPDE) was significantly more often associated with a psychogenic etiology ( $p < 0.001$ ). The structuring of complaints by SFM allowed us to correctly determine the diagnostic search vector in 94% of cases.

**Conclusion.** The proposed algorithm has high diagnostic accuracy. Each of the instruments used (SFM, sexual constitution, HADS, IPDE) makes an independent and significant contribution to differential diagnosis, which justifies their mandatory use in clinical practice in men aged 18-50 years.

**Keywords:** sexual dysfunction, diagnostic algorithm, sexual constitution, SFM, HADS, IPDE, validity

**For citation:** Yagubov M. I., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R. Management tactics for patients with sexual dysfunctions: a step-by-step algorithm based on the SFM questionnaire scores. *Lechaschi Vrach.* 2026; 5 (29): 110-116. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2026.29.5.016>

**Conflict of interests.** Not declared.

**П**роблема диагностики сексуальных расстройств у мужчин остается одной из наиболее сложных в междисциплинарной практике. Жалобы на снижение либидо, эректильную дисфункцию, преждевременную эякуляцию или отсутствие оргазма могут быть следствием как эндокринных, сосудистых и неврологических нарушений, так и расстройств психической сферы. Особую роль в молодом и среднем возрасте (18-50 лет) играют тревожно-депрессивные состояния, формирующие порочный круг синдрома ожидания неудачи [1-6].

Традиционно диагностика строится по принципу исключения органической патологии, однако отсутствие единого стандарта первичного скрининга приводит к тому, что пациенты с психогенными формами длительно наблюдаются у урологов без эффекта, а больные с органической патологией — у психотерапевтов. Существующие подходы не всегда учитывают необходимость стратификации пациентов на донологическом этапе с оценкой их конституциональных и личностных особенностей.

Цель данной работы — представить комплексный пошаговый алгоритм диагностики сексуальных расстройств у мужчин 18-50 лет, интегрирующий оценку половой конституции, психометрические шкалы (HADS, IPDE) и сексуальную формулу мужчины (СФМ) [7, 8], а также доказать на клинической выборке, что каждый из указанных инструментов является

необходимым и вносит независимый вклад в дифференциальную диагностику.

## ОПИСАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА

Предлагаемый алгоритм построен по принципу «от общего к частному»: от оценки психического статуса и конституциональных особенностей к верификации диагноза и маршрутизации к узким специалистам.

Для ознакомления с алгоритмом ведения пациентов с сексуальными дисфункциями можно перейти по QR-коду или по ссылке:



[https://docs.google.com/document/d/1cY-KTdKBAzJxriaX6Zu\\_UxZqrLyDReI](https://docs.google.com/document/d/1cY-KTdKBAzJxriaX6Zu_UxZqrLyDReI)

**Уровень 1:** оценка половой конституции (базовый биологический фундамент).

Первый этап предполагает расчет коэффициента половой конституции (Кр) по векторной шкале:

- сильная конституция: Кг 6,6-9,0;
- средняя конституция: Кг 3,6-6,5;
- слабая конституция: Кг 0-3,5.

Оценка конституции позволяет понять компенсаторные возможности организма. Слабая конституция является фактором риска декомпенсации даже при незначительных психогенных или соматических воздействиях и требует особого внимания к эндокринному статусу. Сильная конституция обладает высоким компенсаторным потенциалом, и сексуальные дисфункции при ней возникают чаще всего вследствие стойкой органической или психической патологии.

**Уровень 2:** психометрический скрининг (аффективный статус и личностная predisпозиция).

Второй этап включает два параллельных блока:

**Блок 2А.** Оценка аффективного статуса (HADS).

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) позволяет выявить субклинические и клинические уровни тревоги и депрессии. Пороговые значения: 0-7 баллов — норма, 8-10 — субклиническая тревога/депрессия,  $\geq 11$  — клинически выраженная тревога/депрессия. При выявлении клинически выраженных аффективных нарушений приоритетом является их лечение, на фоне которого сексуальная дисфункция может редуцироваться вторично.

**Блок 2Б.** Оценка личностной predisпозиции (IPDE).

Международный опросник расстройств личности (IPDE) используется для выявления дисфункциональных паттернов (тревожный, ананкастный, эмоционально неустойчивый, зависимый и др.). Наличие личностного расстройства является фактором риска формирования психогенных сексуальных дисфункций, в частности синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН).

**Уровень 3:** структурирование жалоб по СФМ.

Третий этап предполагает анализ жалоб в соответствии с пятью векторами СФМ:

- вектор I (потребность) — оценка либидо;
- вектор II (эрекция) — оценка эректильной функции;
- вектор III (длительность) — оценка продолжительности полового акта;
- вектор IV (частота) — оценка частоты половых актов;
- вектор V (оргазм) — оценка оргазмической функции.

Выявление нарушений по конкретным векторам определяет направление дальнейшего диагностического поиска.

**Уровень 4:** дифференцированная инструментальная диагностика и маршрутизация.

В зависимости от преобладающей жалобы и данных предыдущих этапов алгоритм предлагает следующие диагностические ветвления:

**А.** Снижение либидо (первый компонент СФМ).

Требует исследования гормонального профиля (тестостерон, лютеинизирующий гормон, пролактин, тиреотропный гормон) и исключения аффективной патологии. При наличии лабораторных нарушений необходима консультация эндокринолога, при нормальном уровне гормонов и наличии аффективных нарушений может быть выставлен диагноз F52.0 («Отсутствие или потеря сексуального влечения»).

**Б.** Нарушение эрекции (второй компонент СФМ).

При жалобах на эрекцию и наличии расстройств спонтанных эрекции и эрекции при мастурбации проводится ультра-

звуковая доплерография (УЗДГ) (фармакодоплерография). При отсутствии изменений на УЗДГ в сочетании с высоким уровнем тревоги (HADS  $\geq 11$ ) и личностной predisпозицией (тревожный тип по IPDE) вероятен диагноз F52.2 (СТОСН). При выявлении сосудистой патологии рекомендуется консультация уролога.

**В.** Преждевременная эякуляция (третий и пятый компоненты СФМ).

Жалобы на короткую длительность сношения требуют проведения электроэнцефалографии (ЭЭГ) головного мозга и исключения воспалительных заболеваний мочеполовой системы. При выявлении органической патологии центральной нервной системы устанавливается диагноз F52.4 на фоне резидуально-органического поражения. При отсутствии неврологической патологии, но наличии тревожного ожидания может быть выставлен диагноз F52.4 — преждевременная эякуляция в рамках СТОСН.

**Г.** Оргазмическая дисфункция (пятый компонент СФМ).

Отсутствие оргазма при сохранных эрекции и эякуляции требует исключения неврологической патологии. При ее отсутствии и наличии тревоги устанавливается диагноз F52.3 («Оргазмическая дисфункция»). При выявлении дезадаптивных паттернов мастурбации или латентных парафильных тенденций (IPDE, сексологическое интервью) вероятен диагноз F52.8 («Другая сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью»).

Таким образом, алгоритм четко определяет последовательность действий и критерии перехода от одного этапа к другому, интегрируя данные всех четырех инструментов (половая конституция, HADS, IPDE, СФМ) для постановки окончательного диагноза.

## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ВАЛИДИЗАЦИИ**

**Дизайн исследования.** В отделении сексологии МНИИП — филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России было выполнено одноцентровое проспективное исследование диагностической точности. В исследование было включено 100 мужчин в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст  $35,4 \pm 8,2$  года), обратившихся с жалобами на сексуальные дисфункции.

Критерии включения: наличие сексуальной жалобы, подписанное добровольное информированное согласие.

Критерии исключения: острые психотические состояния, тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации.

**Диагностическая процедура.** Все пациенты проходили обследование строго в соответствии с описанным выше алгоритмом. На каждом этапе регистрировались:

- половая конституция (Кг);
- баллы HADS (тревога — HADS-A, депрессия — HADS-D);
- наличие/тип личностного расстройства по IPDE;
- наличие нарушений по каждому из пяти векторов СФМ;
- результаты инструментальных исследований (гормоны, УЗДГ, ЭЭГ).

На основании всех данных, полученных в рамках алгоритма, исследователь формулировал предсказанный диагноз и предполагаемую этиологию расстройства (психогенная/органическая).

**Экспертная оценка.** Для каждого пациента была создана экспертная комиссия из четырех специалистов: психи-

атра, уролога, эндокринолога и невролога (со стажем работы по специальности не менее 10 лет). Эксперты не имели доступа к результатам, полученным в ходе применения алгоритма. Они проводили собственное клиническое интервью и при необходимости назначали дополнительные методы исследования по своему усмотрению (включая те, что не входят в алгоритм, например, магнитно-резонансную томографию, консультации смежных специалистов). На основе консенсусного решения комиссия устанавливала окончательный клинический диагноз в соответствии с рубриками МКБ-10 (F52.0-F52.8). Данный диагноз рассматривался как референсный для оценки точности алгоритма.

**Статистический анализ.** Обработка данных выполнена в SPSS v.26. Рассчитывались:

- параметры описательной статистики (среднее, стандартное отклонение, частоты);
- чувствительность (Se), специфичность (Sp), положительная (PPV) и отрицательная (NPV) прогностическая ценность для алгоритма в целом и для каждого диагностического направления относительно экспертного диагноза как референсного;
- согласованность диагнозов с помощью каппы Коэна ( $\kappa$ ) с 95%-м доверительным интервалом;
- ROC-анализ с определением площади под кривой (AUC) для оценки способности HADS-A предсказывать психогенную этиологию;
- коэффициент корреляции Пирсона ( $r$ ) между Кг и уровнем тестостерона;
- критерий  $\chi^2$  Пирсона для оценки связи категориальных переменных (наличие личностного расстройства и этиология дисфункции);
- валидность отдельных этапов (например, направления к неврологу по данным ЭЭГ) оценивалась по доле случаев, когда соответствующий специалист подтвердил наличие патологии.

Критический уровень значимости принят как  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### Общая характеристика выборки

Распределение пациентов по ключевым параметрам представлено в табл. 1.

По данным экспертной оценки, у 56% пациентов диагностирована психогенная природа сексуальной дисфункции, у 44% — органическая или смешанная.

**Общая валидность алгоритма (сравнение с экспертной оценкой)**

Сопоставление предсказанного алгоритмом и экспертного диагнозов по этиологическому принципу (психогенная или органическая природа расстройства) представлено в табл. 2.

На основе этих данных рассчитаны показатели диагностической точности:

- общая точность (accuracy) =  $(51 + 39) / 100 = 90\%$ ;
- чувствительность (Se) — способность алгоритма правильно выявлять органическую патологию —  $39/44 = 88,6\%$  (95% ДИ 75,4-96,2%);
- специфичность (Sp) — способность алгоритма правильно выявлять психогенную патологию —  $51/56 = 91,1\%$  (95% ДИ 80,4-97,0%);

Таблица 1. **Клинико-демографическая характеристика пациентов (n = 100) [таблица составлена авторами]** / Clinical and demographic characteristics of patients (n = 100) [table compiled by the authors]

Параметр	Значение
Средний возраст, лет (M $\pm$ SD)	35,4 $\pm$ 8,2
Половая конституция, n (%):	
Слабая (Кг 0–3,5)	28 (28%)
Средняя (Кг 3,6–6,5)	54 (54%)
Сильная (Кг 6,6–9,0)	18 (18%)
HADS, баллы (M $\pm$ SD):	
Тревога (HADS-A)	10,2 $\pm$ 3,9
Депрессия (HADS-D)	5,8 $\pm$ 2,9
Наличие личностного расстройства (IPDE+), n (%)	35 (35%)
Частота нарушений по векторам СФМ, n (%):	
Вектор I (потребность)	36 (36%)
Вектор II (эрекция)	52 (52%)
Вектор III (длительность)	34 (34%)
Вектор IV (частота)	38 (38%)
Вектор V (оргазм)	16 (16%)

Таблица 2. **Сопоставление предсказанного и экспертного диагнозов по этиологии (n = 100) [таблица составлена авторами]** / Comparison of predicted and expert diagnoses by etiology (n = 100) [table compiled by the authors]

Алгоритм/эксперт	Психогенные	Органические	Всего предсказано
Психогенные	51 (ИП)	5 (ЛП)	56
Органические	5 (ЛО)	39 (ИО)	44
Всего экспертных	56	44	100

Примечание. ИП — истинно-положительные, ИО — истинно-отрицательные, ЛП — ложноположительные, ЛО — ложноотрицательные.

- положительная прогностическая ценность (PPV) —  $39/44 = 88,6\%$ ;
- отрицательная прогностическая ценность (NPV) —  $51/56 = 91,1\%$ .

**Согласованность с экспертной оценкой**

Коэффициент каппы Коэна ( $\kappa$ ) между предсказанным алгоритмом и экспертным диагнозом для дихотомической классификации (психогенные/органические) составил  $\kappa = 0,86$  (95% ДИ 0,77-0,95;  $p < 0,001$ ). Согласно общепринятой интерпретации, значение  $\kappa > 0,8$  соответствует очень высокой (почти полной) согласованности. Это свидетельствует о том, что алгоритм с высокой надежностью воспроизводит заключение мультидисциплинарной экспертной комиссии.

**Доказательство необходимости каждого инструмента**

1. Роль СФМ (структурирование жалоб)

Анализ соответствия между ведущим вектором жалобы по СФМ и направлением диагностического поиска показал, что в 94% случаев (94 из 100) алгоритм, опираясь на данные

СФМ, правильно определил первоочередной метод инструментальной диагностики (гормоны при нарушении первого вектора, УЗИ при нарушении второго вектора, ЭЭГ при нарушениях третьего/пятого векторов). Это подтверждает, что СФМ является необходимым инструментом первичной структуризации жалоб.

Кроме того, выявлена значимая связь между характером нарушений по СФМ и этиологией расстройства. Изолированное нарушение второго вектора (эрекция) при сохраненных первом и пятом векторах в 82% случаев ассоциировалось с психогенной этиологией (СТОСН), тогда как сочетанное нарушение первого и второго векторов — с эндокринной патологией ( $p < 0,01$  по  $\chi^2$ ).

2. Роль половой конституции (Кг).

Анализ связи половой конституции с эндокринными нарушениями представлен в табл. 3.

Таблица 3. Частота эндокринных нарушений в зависимости от половой конституции [таблица составлена авторами] / Frequency of endocrine disorders depending on sexual constitution [table compiled by the authors]

Половая конституция	n	Эндокринные нарушения, n (%)
Слабая	28	24 (85,7%)
Средняя	54	11 (20,4%)
Сильная	18	2 (11,1%)

Различия статистически значимы ( $\chi^2 = 36,8$ ;  $p < 0,001$ ). Коэффициент корреляции Пирсона между Кг и уровнем общего тестостерона составил  $r = 0,78$  ( $p < 0,001$ ), что подтверждает валидность использования половой конституции как маркера эндокринного статуса. Без оценки конституции пациенты со слабой конституцией и низким уровнем тестостерона могли бы быть ошибочно направлены к психотерапевту.

3. Роль HADS (выявление аффективной патологии).

ROC-анализ проведен для оценки способности шкалы (HADS) дифференцировать психогенную и органическую этиологию. Площадь под кривой (AUC) составила 0,92 (95% ДИ 0,87-0,97;  $p < 0,001$ ), что соответствует отличному качеству модели (рисунок).

Оптимальный порог отсечения HADS  $\geq 11$  баллов продемонстрировал чувствительность 87,5% и специфичность 90,9% для выявления психогенных расстройств. Это доказывает, что HADS является необходимым инструментом скрининга: при значениях  $\geq 11$  баллов пациент в первую очередь требует обследования у психиатра/сексолога, а не углубленного инструментального поиска органической патологии.

4. Роль IPDE (выявление личностной predisпозиции).

Среди пациентов с психогенными дисфункциями ( $n = 56$ ) личностные расстройства выявлены у 31 (55,4%), тогда как в группе органических расстройств ( $n = 44$ ) — лишь у 4 (9,1%). Различия высокосignимы ( $\chi^2 = 18,6$ ;  $p < 0,001$ ). Наиболее частыми типами при психогенных расстройствах были тревожное (16 пациентов), зависимое (9) и эмоционально-неустойчивое (6).

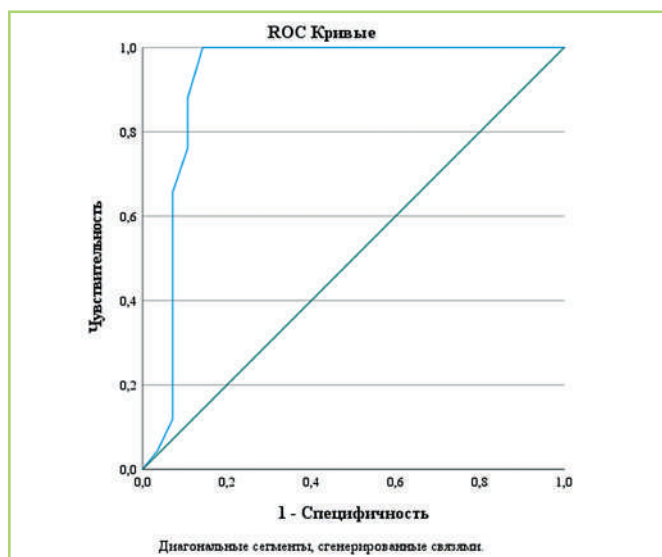


Рис. ROC-кривая для шкалы HADS как предиктора психогенной этиологии [предоставлено авторами] / ROC curve for the HADS scale as a predictor of psychogenic etiology [provided by the authors]

Таким образом, наличие личностного расстройства по данным IPDE увеличивает вероятность психогенной этиологии более чем в 6 раз. Это обосновывает необходимость включения IPDE в алгоритм для планирования психотерапевтической коррекции.

5. Интегративная эффективность алгоритма

Сочетание всех четырех инструментов позволило достичь синергетического эффекта. В 92% случаев направление к специалисту в соответствии с алгоритмом (невролог, эндокринолог, уролог, психиатр) совпало с решением экспертной комиссии. Валидность направления к неврологу по данным ЭЭГ составила 92,9% (26 из 28 направленных имели подтвержденную патологию), к эндокринологу — 85,7% (24 из 28 направленных имели гормональные нарушения).

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты убедительно демонстрируют высокую диагностическую точность предложенного алгоритма и, что наиболее важно, доказывают необходимость каждого из использованных инструментов как самостоятельного и обязательного компонента диагностического процесса.

СФМ выступает в роли структурирующего каркаса. Без него жалобы пациента остаются размытыми, что затрудняет выбор правильного диагностического направления. В 94% случаев нашего исследования векторная структура жалоб по СФМ точно указала на необходимый метод обследования (гормоны, УЗИ или ЭЭГ). Это согласуется с данными Г. С. Васильченко [4] о необходимости формализации сексологического анамнеза.

Половая конституция (коэффициент Кг) продемонстрировала значимую корреляцию с объективным лабораторным показателем — уровнем тестостерона ( $r = 0,78$ ). Это превращает ее из теоретического понятия в практический инструмент первичной оценки эндокринного статуса. Пациенты

со слабой конституцией (28% выборки) имеют 85,7% вероятность эндокринных нарушений и должны обследоваться у эндокринолога в первую очередь. Игнорирование этого этапа ведет к гипердиагностике психогенных расстройств у данной группы.

HADS показала достаточные диагностические возможности ( $AUC = 0,92$ ). Пороговое значение  $\geq 11$  баллов может служить объективным критерием для направления пациента к психотерапевту или психиатру. Внедрение этого порога в рутинную практику позволило бы избежать необоснованных инструментальных обследований у тревожных пациентов.

IPDE выявил, что личностные расстройства встречаются при психогенных дисфункциях в 6 раз чаще, чем при органических. Это не просто статистическая находка, а указание на мишень психотерапевтического воздействия. Пациенты с тревожным и зависимым расстройствами личности требуют не медикаментозной коррекции потенции, а длительной психотерапии.

Важно подчеркнуть, что ни один из инструментов в отдельности не дает полной картины. Только их интеграция в рамках единого алгоритма позволяет достичь точности 90% и согласия с экспертами на уровне  $\kappa = 0,86$ . Использование независимой мультимедицинской экспертной комиссии (психиатр, уролог, эндокринолог, невролог) в качестве золотого стандарта повышает достоверность полученных результатов, так как окончательный диагноз устанавливался на основе консенсуса специалистов разного профиля, что минимизирует риск профессионально-центрированной ошибки.

Возрастной диапазон 18-50 лет выбран не случайно. Именно в этом возрасте наиболее высока доля психогенных и функциональных расстройств, где вероятность диагностической ошибки максимальна (необоснованное назначение гормональных препаратов или, наоборот, упущенное время для лечения органической патологии).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование подтвердило высокую критерийную и конструктивную валидность комплексного диагностического алгоритма ведения мужчин 18-50 лет с сексуальными дисфункциями.

## ВЫВОДЫ

Предложенный алгоритм обеспечивает высокую точность дифференциальной диагностики (90%) и практически полное согласие с экспертным заключением ( $\kappa = 0,86$ ).

- СФМ является необходимым инструментом первичной структуризации жалоб, определяющим вектор дальнейшего инструментального поиска.

- Половая конституция (коэффициент Кг) объективно отражает эндокринный статус ( $r = 0,78$  с уровнем тестостерона) и позволяет выделить группу риска по эндокринной патологии.

- HADS (порог  $\geq 11$  баллов) с высокой точностью ( $AUC = 0,92$ ) предсказывает психогенную этиологию расстройства, оптимизируя маршрутизацию пациентов.

- IPDE выявляет личностную predisposition, увеличивающую риск психогенных дисфункций в 6 раз, что определяет необходимость психотерапевтической коррекции.

Каждый из четырех инструментов вносит независимый и значимый вклад в диагностический процесс. Их комплексное применение в рамках единого алгоритма позволяет стандартизировать обследование, сократить сроки диагностики и повысить эффективность последующей терапии. Внедрение алгоритма в клиническую практику рекомендуется сексологам, психиатрам, урологам и специалистам смежных специальностей. ЛВ

Работа выполнена в рамках Государственного задания Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России, № НИОКТР: 1240208000061-8 «Тактика ведения пациентов с сексуальными дисфункциями: пошаговый алгоритм на основе показателей опросника СФМ».

The work was carried out within the framework of the State Assignment of Federal State Budgetary Institution V. P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation, No. NIOCTR: 1240208000061-8 "Tactics for managing patients with sexual dysfunctions: a step-by-step algorithm based on the SFM questionnaire."

## Вклад авторов:

Концепция и дизайн исследования — Ягубов М. И., Добаева Н. В., Айриянц И. Р.

Сбор и обработка материала — Ягубов М. И., Добаева Н. В., Айриянц И. Р.

Статистическая обработка данных — Ягубов М. И., Добаева Н. В., Айриянц И. Р.

Написание текста — Ягубов М. И., Добаева Н. В., Айриянц И. Р.

Редактирование — Ягубов М. И.

Утверждение окончательного варианта статьи — Ягубов М. И., Добаева Н. В., Айриянц И. Р.

## Contribution of authors:

Concept and design of the study — Yagubov M. I., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R.

Collection and processing of material — Yagubov M. I., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R.

Statistical data processing — Yagubov M. I., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R.

Text development — Yagubov M. I., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R.

Editing — Yagubov M. I.

Approval of the final version of the article — Yagubov M. I., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R.

## Литература/References

1. Ягубов М. И., Кан И. Ю., Добаева Н. В., Айриянц И. Р. Сексуальные дисфункции при тревожных расстройствах. Лечащий Врач. 2024; 12 (27): 107-116.  
Yagubov M. I., Kan I. Yu., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R. Sexual dysfunction in anxiety disorders. Lechaschi Vrach. 2024; 10 (27): 107-116. (In Russ.)

2. Zhao S., Tang Z., Xie Q., et al. Association between epilepsy and risk of sexual dysfunction: A meta-analysis. *Seizure*. 2019; 65: 80-88. DOI: 10.1016/j.seizure.2019.01.004. Epub 2019 Jan 10. PMID: 30639977.
3. Pop-Busui R., Hotaling J., Braffett B. H., et al. DCCT/EDIC Research Group. Cardiovascular autonomic neuropathy, erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms in men with type 1 diabetes: findings from the DCCT/EDIC. *J Urol*. 2015; 193 (6): 2045-2051. DOI: 10.1016/j.juro.2014.12.097. Epub 2015 Jan 10. Erratum in: *J Urol*. 2015 Sep; 194 (3): 855. DOI: 10.1016/j.juro.2015.07.030. PMID: 25584994; PMCID: PMC4439365.
4. Blair Y. A., Doherty L., Temprosa M., et al. Diabetes Prevention Program Research Group. Prevalence and predictors of erectile dysfunction among men in the diabetes prevention program outcomes study. *J Diabetes Complications*. 2024; 38 (2): 108669. DOI: 10.1016/j.jdiacomp.2023.108669. Epub 2023 Dec 29. PMID: 38219334; PMCID: PMC10922921.
5. Herder T., Spoelstra S. K., Peters A. W. M., et al. Sexual dysfunction related to psychiatric disorders: a systematic review. *J Sex Med*. 2023; 20 (7): 965-976. DOI: 10.1093/jsxmed/qdad074. PMID: 37279603.
6. Карашева Б. Г., Кибрик Н. Д. Сексуальные дисфункции в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. Социальная и клиническая психиатрия. 23 (2): 106-109.  
*Karasheva B. G., Kibrick N. D. Sexual dysfunctions in the remote period of craniocerebral trauma. Sotsialnaya i klinicheskaya psikhiiatriya*. 23 (2): 106-109. (In Russ.)
7. Васильченко Г. С. Сексопатология. Справочник. М.: Медицина, 1990. 576 с.  
*Vasilchenko G. S. Sexopathology. Reference book. Moscow: Meditsina, 1990. 576 p. (In Russ.)*
8. Ягубов М. И., Кан И. Ю., Добаева Н. В., Айриянц И. Р. Модифицированная методика оценки сексуальной функции у мужчин. *Лечащий Врач*. 2025; 4 (28): 42-48.  
*Yagubov M. I., Kan I. Yu., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R. A modified method for assessing sexual function in men. Lechaschi Vrach*. 2025; 4 (28): 42-48. (In Russ.)

**Сведения об авторах:**

**Ягубов Михаил Ибрагимович**, д.м.н., руководитель отделения сексологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской

Федерации; Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, 3, к. 10; [yaguobov@mail.ru](mailto:yaguobov@mail.ru)

**Добаева Наида Владимировна**, к.м.н. научный сотрудник отделения сексологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, 3, к. 10; [dona19@mail.ru](mailto:dona19@mail.ru)

**Айриянц Ирина Рудольфовна**, к.м.н., научный сотрудник отделения сексологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, 3, к. 10; [nira69@mail.ru](mailto:nira69@mail.ru)

**Information about the authors:**

**Mikhail I. Yagubov**, *Dr. of Sci. (Med.)*, Head of the Department of Sexology, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the Federal State Budgetary Institution V. P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation; 3 b. 10 Poteshnaya str., Moscow, 107076, Russia; [yaguobov@mail.ru](mailto:yaguobov@mail.ru)

**Naida V. Dobaeva**, *Cand. of Sci. (Med.)*, Researcher of the Department of Sexology, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the Federal State Budgetary Institution V. P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation; 3 b. 10 Poteshnaya str., Moscow, 107076, Russia; [dona19@mail.ru](mailto:dona19@mail.ru)

**Irina R. Ayriyants**, *Cand. of Sci. (Med.)*, Researcher of the Department of Sexology, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the Federal State Budgetary Institution V. P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation; 3 b. 10 Poteshnaya str., Moscow, 107076, Russia; [nira69@mail.ru](mailto:nira69@mail.ru)

**Поступила/Received** 04.02.2026

**Поступила после рецензирования/Revised** 03.03.2026

**Принята в печать/Accepted** 28.03.2026