

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA  
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
„NICOLAE TESTEMIȚANU”

Ion DUMBRĂVEANU

**Disfuncțiile sexuale masculine.  
Disfuncția erectilă și dereglările de  
ejaculare**

*Indicații metodice*

CHIȘINĂU  
2017

CZU 612.612(076.5)

D 89

Aprobat de Consiliul metodic central al USMF „Nicolae Testemițanu”;  
proces-verbal nr. 2 din 7 decembrie 2016

**Autor:**

*Ion Dumbrăveanu* – dr. șt. med., conf. univ.

**Recenzenți:**

*Emil Ceban* – dr. hab. șt. med., prof. univ.

*Ghenadie Scutelnic* – dr. șt. med.

**Redactor:** *Sofia Fleștor*

**Machetare computerizată:** *Oksana Muntian*

**DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII**

**Dumbrăveanu, Ion.**

Disfuncțiile sexuale masculine. Disfuncția erectilă și dereglările de ejaculare: Indicații metodice / Ion Dumbrăveanu; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. – Chișinău: CEP *Medicina*, 2017. – 31 p.

Bibliogr.: p. 31 (9 tit.). – 100 ex.

ISBN 978-9975-82-045-5.

612.612(076.5)

D 89

ISBN 978-9975-82-045-5

© CEP *Medicina*, 2017

© Ion Dumbrăveanu, 2017



## INTRODUCERE

Această lucrare conține noțiunile și subiectele de bază pe care studenții, rezidenții și medicii care activează în domeniul urologiei, andrologiei și medicinei sexuale trebuie să le cunoască.

Tema reflectă subiecte cu caracter intim, puțin abordate în programele de studii universitare, dar cu implicații interdisciplinare evidente.

**Durata seminarului – 2 ore ( 90 minute).**

**Scopul:** prezentarea, aprofundarea și consolidarea cunoștințelor despre sexualitatea masculină; familiarizarea cu noțiunile de bază despre disfuncția erectilă, ejacularea precoce, ejacularea tardivă, retrogradă sau anejacularea.

Profesorul va orienta studentul spre interpretarea corectă a materialelor publicate în domeniul funcției sexuale masculine.

Studenții, rezidenții și tinerii medici trebuie să cunoască:

1. Anatomia și fiziologia erecției.
2. Disfuncția erectilă. Epidemiologie. Clasificare.
3. Particularitățile clinice și diagnosticul disfuncției erectile.
4. Principiile de tratament în disfuncția erectilă.
5. Ejacularea precoce.
6. Tratamentul ejaculării precoce.
7. Alte dereglări de ejaculare.
8. Chestionare de determinare a funcției sexuale.

Profesorul trebuie să acorde atenție aspectelor practice ale subiecților sus-numite. Este necesar de a cunoaște de ce disfuncția erectilă este considerată un marker precoce al altor maladii, în special al celor cardiovasculare și endocrine.

**Planul seminarului:**

1. Introducere – 5 minute. Expunerea scopului de către profesor.
2. Verificarea nivelului inițial de cunoștințe al studentului în domeniul disfuncțiilor sexuale masculine. Completarea chestionarelor de apreciere a funcției sexuale – 30 minute.

3. Verificarea referatelor pregătite individual conform temelor propuse – 5 minute. Se va atrage atenția asupra faptului că materialele prezentate de student trebuie să conțină surse bibliografice veridice, nu doar copii de pe internet.

4. Prezentarea, discutarea și analizarea referatelor – 30 minute.

5. Verificarea cunoștințelor prin testare – 20 minute.

6. Concluzii, totalizare, prezentarea temei pentru următorul seminar și a literaturii necesare – 5 minute.

### **Locul desfășurării seminarului:**

Caterda de urologie și nefrologie chirurgicală,  
sala de studii.



## 1. ANATOMIA ȘI FIZIOLOGIA ERECȚIEI

### Ce este erecția?

Erecția este un fenomen vascular reflex de umplere cu sânge a cor-pilor cavernoși ai penisului.

Un bărbat sănătos are 4–5 erecții nocturne. Fiecare durează circa 10 minute. De obicei, erecția nocturnă este dependentă de nivelul testosteronului și poate fi utilizată ca marker în diferențierea disfuncției erec-tile organice de cea psihogenă.

Reflexul erector este transmis de hipotalamus, după recepția unor stimuli sexuali psihici sau mecanici, veniți din exterior (îndeosebi de la partenerul sexual), prin intermediul organelor de simț (văz, pipăit, auz, miros), și din interior (imaginație, vis, substanțe excitante). După insta-larea erecției în proporție de peste 75%, la potențarea și menținerea ei intervine, pentru scurt timp, și contractura pulsatorie, reflexă, a unor grupe de mușchi.

### Mecanismul erecției

Aflat în stare flască, penisul are corpii cavernoși goliți de sânge și mult micșorați. Sub acțiunea excitațiilor sexuale, hipotalamusul coman-dă relaxarea unor structuri musculare, ce determină vasodilatarea bruscă a arterelor peniene, în spațiile cavernoase venind o cantitate de sânge ce poate oscila între 80 și 180 ml, corespunzător particularităților anatomi-ce ale fiecărui penis. După umplerea sub presiune a cor-pilor cavernoși, venele circumfelxe sunt comprimate, iar sângele stagnează până la declanșarea ejaculării sau până la diminuarea excitației sexuale, sub un prag minim de susținere a erecției.

Principalul mediator al erecției este oxidul nitric (NO). Stimularea sexuală determină eliberarea monoxidului de azot la nivelul terminațiilor nervoase, al celulelor endoteliului vascular și ale musculaturii netede a cor-pilor cavernoși. Monoxidul de azot activează enzima guanilatcicla-za, ce produce descompunerea guanozintrifosfatului (GTP) în guanozin-monofosfat ciclic (GMPc). Creșterea concentrației de GMPc induce

descreșterea concentrației intracelulare de Ca și relaxarea musculaturii netede a corpurilor cavernoși. Fosfodiesteraza-5 (PDE-5) este o enzimă implicată în scindarea GMPc și transformarea lui în GMP.

## 2. DISFUNCTIA ERECTILĂ

DE reprezintă incapacitatea unui bărbat de a obține și/sau menține o erecție suficientă pentru realizarea și finalizarea unui act sexual satisfăcător (*NIH Consensus Statement of Impotence, 1993*).

Deși, aparent, DE este o tulburare benignă, ea poate afecta atât starea fizică, cât și psihosocială a bărbatului și a cuplului, având un impact semnificativ asupra calității vieții.

Pâna la sfârșitul secolului XX se credea că principala cauză a tulburărilor erectile este starea psihologică a individului. Actualmente, este demonstrat că factorii determinanți sunt cei organici. Ereția este un fenomen neurogen, vascular și tisular sub control hormonal. Ea include dilatarea arterială, relaxarea musculaturii netede, activarea mecanismului venoocluziv. Prin urmare, orice afectare a sistemelor respective va duce la apariția DE, iar tratamentul DE va fi inițiat doar după evaluarea complexă a pacientului. La ora actuală, tratamentul de primă linie al tulburărilor de erecție constă în administrarea inhibitorilor de PDE5.

**Epidemiologia disfuncției erectile.** Conform datelor statistice, prevalența DE este de circa 52% la bărbații cu vârsta cuprinsă între 40 și 70 de ani: 17% de formă ușoară, 25% de formă moderată și 10% de formă completă. Datele studiilor epidemiologice indică o prevalență și incidență destul de semnificative ale DE, cu unele deosebiri în funcție de țară și de naționalitate. Studiul Cologhe, realizat în țările europene la finele anilor 90 și care a cuprins bărbați între 30 și 80 de ani, a înregistrat o prevalență a DE de 19,2%, cu o creștere graduală odată cu vârsta: de la 2,3% până la 53,4%. În Taiwan, prevalența DE a fost de 27% în rândul tuturor pacienților investigați și de 29% în rândul celor cu vârsta de peste 40 de ani. Studiul epidemiologic realizat în Federația Rusă, în anul 2011, a indicat o prevalență a disfuncției erectile de 56,2%, inclusiv 5,2% severă. Conform unui studiu realizat în cadrul Școlii de Management în Sănătate Publică a USMF „Nicolae Testemițanu”, în anii 2015-2016, prevalența generală a DE în R. Moldova a fost de 47,1 %.



Cu toate că intensitatea funcției sexuale scade odată cu înaintarea în vârstă, iar prevalența și severitatea DE cresc direct proporțional cu vârsta, disfuncția erectilă nu poate fi interpretată doar ca o manifestare a senescentei. Disfuncția erectilă are o incidență înaltă la persoanele obeze, cu un mod sedentar de viață, la fumători și la cei care fac abuz de alcool. De asemenea, este demonstrat faptul că disfuncția erectilă poate fi o consecință, dar și o manifestare precoce a altor maladii, în special a patologiilor coronariene și vasculare periferice, având aceiași factori de risc declanșatori.

La etapa primară, disfuncția erectilă necesită un diagnostic pozitiv și evaluarea principalilor factori de risc. Având în vedere faptul că DE are factori de risc comuni cu alte maladii și poate fi nu doar o complicație, ci și o manifestare precoce sau un marker al altor maladii, în primul rând al celor cardiovasculare, endocrine și urologice, acțiunile medicului de familie sau de alt profil, căruia i se adresează primar pacientul, se vor rezuma nu doar la constatarea maladiei și prescrierea unui tratament, ci și la evaluarea medicală complexă a pacientului.

#### **Clasificarea disfuncției erectile:**

- ***În funcție de forma apariției:***
  - primară;
  - secundară.
- ***În funcție de cauză și factorii predispozanți:***
  - psihogenă (nonorganică);
  - organică (vaculogenă, neurogenă, endocrină);
  - mixtă.
- ***În funcție de evoluția clinică:***
  - ușoară;
  - moderat-ușoară;
  - moderată;
  - severă.

**Principalii factori de risc incriminați în apariția și dezvoltarea DE.** Disfuncția erectilă prevalează la bărbații adulți cu vârsta de peste 40 de ani.

Principalii factori de risc ai DE organice sunt similari cu factorii de risc ai maladiilor cardiovasculare: fumatul, modul sedentar de viață, abuzul de alcool, obezitatea, dislipidemiile.

Mai multe maladii sunt considerate factori de risc ai DE, inclusiv: maladiile cardiovasculare (hipertensiunea arterială, infarctul miocardic etc.), maladiile endocrine (diabetul zaharat, hipo- sau hipertireoidia, hipogonadismul primar sau secundar), maladiile neurologice (tumorile cerebrale, hernia de disc etc.), prezența simptomatologiei urinare joase (LUTS) la pacientul urologic etc.

Disfuncția erectilă poate fi indusă medicamentos în urma administrării îndelungate a preparatelor antidepressive, tranchilizante, a  $\beta$ -blo-cantelor neselective, a antiandrogenilor etc.

Factori de risc locali pot fi considerate unele anomalii congenitale sau dobândite ale organelor genitale: maladia Peyroni, fimoza, hipospadia, micropenisul, traumatismul penian, priapismul. Alți factori de risc ai DE organice sunt intervențiile chirurgicale pe organele micului bazin, prostatectomia radicală, plastia uretrei etc.

Factori de risc ai DE psihogene (nonorganice) la tineri sunt: lipsa unei educații sexuale adecvate și a cunoștințelor despre sexualitate, absența condițiilor habituale și prezența unor deviații sexuale, a fobiilor etc.

La bărbatul adult, factorii de risc ai DE psihogene sunt situaționali sau condiționați de tratamentul neadecvat al factorilor organici.

### **3. PARTICULARITĂȚILE CLINICE ALE DISFUNCȚIEI ERECTILE**

Disfuncția erectilă poate să apară la bărbatul adult, în principiu la orice vârstă, indiferent de condițiile sociale, experiența sexuală, statutul marital. Și totuși, între disfuncția erectilă a adultului tânăr și a celui de o vârstă înaintată există diferențe semnificative. Astfel, conform clasificării clinice, DE poate fi primară, apărută la debutul vieții sexuale, și secundară, apărută după o perioadă de activitate sexuală fără probleme. În funcție de factorii predispozanți, disfuncția erectilă poate fi de origine psihogenă și organică. Disfuncția erectilă psihogenă apare, de obicei, la tineri și este condiționată de prezența anxietății, a fobiilor, a absenței, iar uneori, a cunoștințelor elementare despre sexualitate etc. La bărbatul vârstnic, disfuncția erectilă apare pe fundalul altor maladii organice – cardiovasculare, endocrine, urologice – și poate fi atât o complicație, cât și o manifestare precoce a acestora. Dacă disfuncția erectilă nu este tratată la timp și corect, ambele forme clinice se vor asocia și va apărea



disfuncția erectilă mixtă, care, în multe cazuri, se tratează mai greu. Disfuncția erectilă situațională, dependentă de starea psihoemoțională de moment a bărbatului sau cuplului sau de alți factori exogeni, nu constituie o condiție medicală și nu necesită tratament.

#### 4. STABILIREA DIAGNOSTICULUI DE DISFUNCȚIE ERECTILĂ

Diagnosticul DE este, adesea, subiectiv. Din această cauză, stabilirea lui se va baza pe completarea chestionarelor special elaborate: BSSC-M (Scurt chestionar de verificare a funcției sexuale masculine), IIFE (Indicele Internațional al Funcției Erectile) sau IIFE-5 (SHIM), varianta prescurtată a IIFE. Completarea chestionarelor permite stabilirea nu doar a diagnosticului, ci și a gradului de manifestare a DE (ușoară, moderată, severă).

Rolul partenerului în evaluarea și tratamentul pacientului cu DE este foarte important. Prin urmare, discuția cu acesta este obligatorie în procesul diagnosticării.

În procesul diagnosticării pacientului cu DE, se va acorda o mare atenție prezenței și gradului de manifestare a factorilor de risc (generalii sau locali), care vor fi evaluați prin examinarea fizică complexă, aprecierea IMC, a TA, a organelor genitale (de exemplu, maladia Peyroni) și a prostatei.

Se vor determina nivelul glicemiei, al testosteronului și profilul lipidic. În situația în care aceste examinări nu sunt suficiente, se va recurge la o examinare de laborator mai laborioasă, cu determinarea profilului glicemic, a prolactinei, a LH, a nivelului testosteronului liber, SHBG, iar la indicația specialiștilor de profil – și a altor parametri.

Confirmarea obiectivă a diagnosticului de disfuncție erectilă constă în efectuarea testului de tumeniscență nocturnă cu ajutorul aparatului *Rigiscan*.

Testarea farmacologică a erecției permite diferențierea DE psihogene de cea organică. Testul constă în administrarea intracavernoasă a unei substanțe vasoactive, care conține prostaglandina E1 (alprostadil) în doza de 10 mg. Dacă vascularizarea peniană este intactă, peste circa 10 minute se va produce erecția corpilor cavernoși. Ecografia Doppler peniană, efectuată, preferabil, concomitent cu testarea farmacologică a erecției, permite aprecierea vitezei fluxului arterial și venos intrapenian, precum și

a indicelui de rezistență. La un subiect sănătos, viteza fluxului arterial intrapenian este de peste 30 cm/s, iar indicele de rezistență – de circa 0,8. Dacă tratamentul de prima sau a doua linie terapeutică eșuează, sunt necesare alte investigații, care se efectuează selectiv, pacienților care necesită intervenție chirurgicală. Metodele invazive (arteriografia sau carenozografia) confirmă cauza vasculară a DE și necesitatea protezării peniene. Electromiografia peniană va stabili cauza neurogenă a DE.

#### Diagnosticul diferențial al DE psihogene cu DE organică

DE psihogenă	DE organică
Apare brusc.	Apare treptat.
Deseori are o cauză cunoscută.	Fără vreo cauză evidentă.
Probleme (acuze) sexuale în anamneză.	Fără acuze sexuale în antecedente.
Relații neadecvate cu partenerul. Libidoul – adesea instabil.	Relații bune cu partenerul. Libidoul – de cele mai mult ori, păstrat.
Erecțiile nocturne și matinale sunt prezente.	Erecțiile nocturne și matinale lipsesc.
DE situațională, în anumite condiții erecția este normală.	DE permanentă, indiferent de condiții sau situație.

### 5. PRINCIPIILE TRATAMENTULUI DISFUNCȚIEI ERECTILE

Scopul managementului terapeutic constă în restabilirea funcției erectile suficiente pentru realizarea unui act sexual. Tratamentul DE va fi atât etiopatogenic, cât și simptomatic și va începe cu recomandări de ordin general, pentru a reduce sau a evita influența factorilor de risc.

Până la finele secolului XX, tratamentul DE era dificil, cu o rată mică de succes, fiind aplicate doar măsuri terapeutice de ordin general sau chirurgical. Actualmente, prima opțiune farmacoterapeutică a pacientului cu disfuncție erectilă este administrarea medicamentelor pe cale orală. Pentru terapia orală a DE sunt propuse și utilizate numeroase droguri: inhibitori de PDE-5, precum sildenafilul citrat, vardenafilul, tadalafilul, apomorfina. Rata de succes a terapiei cu inhibitori de PDE-5 variază între 52 și 70%, fiind dependentă de doza administrată și de prezența altor maladii asociate.

În unele situații specifice, precum cele induse de hipogonadismul secundar, se utilizează terapia hormonală de substituție cu testosteron.



Dacă terapia orală nu se soldează cu un rezultat satisfăcător, ca opțiune terapeutică secundară se administrează substanțe vasoactive, pe cale intrauretrală sau intracavernoasă, sau se utilizează dispozitive cu vaccum.

A treia linie de tratament – aplicarea metodelor intervenționale, precum chirurgia de revascularizare sau de protezare a corpilor cavernoși. Rata de succes a terapiei intervenționale este de 90–98%, iar rata de satisfacție după circa 5 ani de la protezare – de circa 80%.

## 6. EJACULAREA PRECOCE

Ejacularea precoce (rapidă sau prematură) se caracterizează prin: incapacitatea de a reține ejacularea suficient timp pentru a permite satisfacerea sexuală a partenerei sau persistența ejaculării la o stimulare sexuală minimă, sau la scurt timp de la penetrare, sau chiar anterior ei.

Ejacularea precoce:

- Este cea mai frecventă afecțiune sexuală masculină.
- Are o incidență înaltă la tineri.
- Este tratată eficient în majoritatea situațiilor.

Necunoașterea sau refuzul tratamentului duce la deteriorarea relațiilor de cuplu și la scăderea calității vieții.

Fiind cea mai frecventă disfuncție sexuală masculină, la diferite etape ale vieții, incidența ei este de la 30 până la 90%.

Nu există o definiție unică și absolută a ejaculării precoce.

Nu putem vorbi despre o ejaculare precoce, dacă nu vom formula o definiție a duratei actului sexual. Așadar, cât trebuie să dureze un act sexual? Răspunsul este mai mult filosofic: atâta timp cât ambii parteneri se simt bine... Nu trebuie confundată durata actului sexual cu cea a intromisiei sau a timpului latent intravaginal. Actul sexual în sine are cel puțin trei părți componente: preludiu, intromisie, postludiu. La persoanele tinere, preludiul se rezumă la câteva secunde, mai rar minute. În mod normal însă, durata preludiului trebuie să fie de cel puțin 2–3 ori mai mare decât cea a intromisiei.

De obicei, durata actului sexual este mai mică la persoanele tinere, fiind dependentă de durata de abținere.

Conform definițiilor sexologice, ejacularea precoce se caracterizează prin apariția ejaculării la un interval mai mic de 2–3 minute de la

intromisie sau minimum 25–30 de fricții. Uneori, ejacularea survine până la intromisie și este numită *ejaculare antepoartas*.

Ejacularea precoce poate fi accidentală, ocazională, de obicei în urma unei emoții puternice. Sau invers, fără nicio implicare emoțional-afectivă față de parteneră.

Dacă ejacularea precoce survine după o perioadă de abținere, ea poartă denumirea de ejaculare precoce fiziologică. De cele mai multe ori, ea dispare pe parcursul câtorva relații sexuale.

Dacă ejacularea precoce persistă, indiferent de situație, este vorba de o dereglare a dinamicii sexuale, care necesită o abordare mai serioasă.

Cauzele ejaculării precoce pot fi de ordin psihologic și organic/medical. Una dintre cele mai frecvente cauze psihogene ale ejaculării precoce este condiționată de absența educației sexuale și de debutul timpuriu al activității sexuale, atunci când organismul nu este maturizat pe deplin, iar eliminarea mai rapidă a spermei este interpretată ca o izbăvire, sau când se produce într-o situație nefavorabilă, care poate avea urmări psihice pe durata întregii vieți. Dacă asemenea practici continuă o perioadă mai îndelungată, se instalează un anumit reflex, care în mintea bărbatului este perceput, pe de o parte, ca o stare de neputință, iar de de alta, ca ceva firesc.

O altă cauză frecventă a ejaculării precoce este cea secundară, urmare a unor reproșuri din partea partenerii, adesea mai experimentată, care va duce la apariția fricii de insucces în relațiile ulterioare. Această frică ia amploare, îndeosebi dacă se repetă, inclusiv din cauza abținerei, și poate da naștere unor dereglări sexuale de o durată mai lungă.

Uneori, ejacularea precoce poate să apară dacă partenera este gravidă, din frica de a nu-i cauza daune fătului sau mamei.

Principalele cauze organice ale ejaculării precoce sunt: inflamațiile urogenitale provocate de infecții cu transmitere sexuală, prostatita cronică și anomaliile congenitale (frenul scurt sau fimoză).

Este important de știut că ejacularea precoce nu trebuie dramatizată. Dacă este accidentală sau fiziologică, ea va dispărea de la sine, iar dacă persistă, este necesar de a stabili cauza exactă a problemei, urmată de prescrierea unui tratament etiopatogenic sau simptomatic.

**Tratamentul ejaculării precoce.** Au fost propuse mai multe scheme de tratare a ejaculării precoce. Până la începutul secolului XXI,



opțiunea terapeutică de bază consta în practicarea consilierii psihologice, a metodei stop-start sau a substanțelor anestezice locale.

Odată cu aprofundarea cunoștințelor teoretice privitor la mecanismele neurologice a ejaculării, au apărut și alte opțiuni terapeutice, în primul rând inhibitorii recaptării serotoninei (SSRI) – paroxetina, sertralina, chlomipramina sau inhibitorul selectiv dapoxetina. În anumite situații pot fi utilizați și inhibitorii PDE-5 – sildenafilul, vardenafilul, tadalafilul. Uneori, dacă problema e provocată de un fren scurt sau o fimoză, soluția cea mai optimă este intervenția chirurgicală. De asemenea, dacă ejacularea precoce este cauzată de o inflamație a prostatei, tratamentul va fi doar patogenetic, concomitent cu al maladiei provocatoare. Prin urmare, înainte de a institui un tratament empiric al ejaculării precoce, un diagnostic complex este indispensabil.

## 7. ALTE DEREGLĂRI DE EJACULARE

### Ejacularea tardivă

Ejacularea tardivă se caracterizează prin întârzierea ejaculării în timpul actului sexual sau al masturbării. De regulă, durata medie a intromisiei este de 5–10 minute. În cazurile de ejaculare tardivă, această durată este mai mare (30–45 minute), fără ca partenerii sexuali să își dorească aceasta sau fără a lua unele măsuri de prelungire a actului sexual, iar ejacularea se produce cu efort din partea bărbatului. Este greșită părerea că ejacularea tardivă este o virtute a bărbatului. De regulă, puține femei își doresc o durată prelungită a actului sexual, îndeosebi după atingerea propriului orgasm. Ejacularea tardivă, în același mod ca și ejacularea precoce, poate provoca stări de anxietate, sters, sentimente de vinovăție și disconfort fizic. Adesea, ejacularea tardivă este o cauză a disfuncției erectile psihogene. Cauzele ejaculării tardive pot fi psihologice, precum inhibiția față de activitatea sexuală, educația sexuală strictă, lipsa atracției față de partener, traumele psihologice în antecedente. Cauzele organice ale ejaculării tardive sunt: consumul de alcool, de droguri, unele maladii neurologice, hipogonadismul secundar tardiv, unele maladii ale prostatei sau consumul de anumite substanțe medicamentoase – tranchilizante sau inhibitori ai recaptării serotoninei. Tratamentul ejaculării tardive este individual și va fi inițiat doar după stabilirea cauzelor ei.

## **Anejacularea**

Anejacularea reprezintă imposibilitatea de a ejacula, indiferent de durata actului sexual. De obicei, este consecința unor maladii neurologice (traumatisme la nivelul coloanei vertebrale, intervenții chirurgicale, scleroza multiplă) sau poate fi o complicație a diabetului zaharat. Mai rar, anejacularea este provocată de aceiași factori psihologici ca și ejacularea tardivă. Există și astfel de situații când ejacularea se produce doar în anumite forme de excitare sexuală (de exemplu, în masturbare).

## **Ejacularea retrogradă**

Ejacularea retrogradă reprezintă pasajul fluidului seminal în vezica urinară după emisie. De obicei, acest fenomen este cauzat de problemele sfincterului intern, intervențiile chirurgicale asupra prostatei sau de diabetul zaharat, cu prezența spermatozoizilor în urină după ejaculare și orgasm.

## **8. CHESTIONARE DE VERIFICARE A FUNCȚIEI SEXUALE**

Deoarece sexologia abordează probleme și aspecte foarte intime ale activității umane, pe care nu fiecare individ poate să le prezinte altor persoane, pentru determinarea și caracterizarea anumitor situații, se utilizează chestionare special elaborate. Chestionarele pot fi utilizate cu scop de screening, pentru a identifica prezența unor situații care ies din limita normalității general acceptate sau cu scop de determinare a gravității anumitor maladii. Majoritatea chestionarelor conțin întrebări simple și sunt autoadministrate (completate de către pacienți în condiții de intimitate).

Chestionarele pot fi completate atât de către persoanele care se adresează după consiliere psihologică sau sexologică, cât și în cadrul unor vizite de rutină la medicul de familie, de către persoanele care aparent nu prezintă probleme de ordin sexual, adeseori din cauza că nu știu sau nu își dau seama de existența acestora.

Chestionarele sunt niște instrumente de evaluare simple, dar care furnizează informații importante nu doar pentru evaluarea preliminară a funcției sexuale, ci și pentru identificarea profunzimii problemei. La ora actuală, toate chestionarele disponibile sunt validate de către Societatea Internațională de Medicină Sexuală, care recomandă, totodată, evalua-



rea și completarea lor înainte de inițierea oricărei terapii pentru ameliorarea funcției sexuale.

De regulă, înainte de a lua o decizie privitor la necesitatea instituirii unui tratament, se recomandă utilizarea a cel puțin două chestionare.

Majoritatea scalelor (instrumentelor de apreciere) și a chestionarelor au fost elaborate și publicate în ultimii 15–20 de ani, fiind apreciate nu doar de cercetători, ci și de medici și pacienți.

Cele mai utilizate chestionare sunt: Scurt chestionar de verificare a funcției sexuale masculine (BSSC-M) și Scurt chestionar de verificare a funcției sexuale feminine (BSSC-W). Ele constau din 4 întrebări și au fost elaborate pentru a determina nivelul de satisfacție a funcției sexuale la ambele sexe și disponibilitatea persoanei de a discuta despre eventualele probleme.

### **Scurt chestionar de verificare a funcției sexuale. Versiune masculină**

Vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări cu privire la funcția Dumneavoastră sexuală în ultimele 3 luni sau mai mult.

1. Sunteți mulțumit de funcția D-voastră sexuală? (Da Nu)  
Dacă Nu, continuați.
2. De cât timp sunteți nemulțumit de funcția D-voastră sexuală? ( - - - luni)
- 3a. Care sunt problemele D-voastră sexuale? (Marcați una sau mai multe.)
  1. Sunt mai puțin sau deloc interesat de sex.
  2. Am probleme cu erecția.
  3. Am probleme cu ejacularea prea rapidă în timpul activității sexuale.
  4. Am probleme cu ejacularea prea târzie sau absența orgasmului.
  5. Simt durere în timpul actului sexual.
  6. Am probleme cu curbarea penisului în timpul erecției.
  7. Altele.
- 3b. Care dintre situațiile descrise Vă deranjează cel mai mult?  
1 2 3 4 5 6 7
4. Doriți să vorbiți despre problemele D-voastră sexuale cu un medic?  
(Da Nu)

## **Scurt chestionar de verificare a funcției sexuale. Versiune feminină**

Vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări cu privire la funcția Dumneavoastră sexuală în ultimele 3 luni sau mai mult.

1. Sunteți mulțumită de funcția D-voastră sexuală? (*Da Nu*)  
Dacă *Nu*, continuați.
2. De cât timp sunteți nemulțumită de funcția D-voastră sexuală? (- - - luni)
- 3a. Care sunt problemele D-voastră sexuale? (Marcați una sau mai multe.)
  1. Sunt mai puțin sau deloc interesată de sex.
  2. Am probleme cu scăderea senzațiilor genitale.
  3. Am probleme cu diminuarea sau dispariția lubrifierii vaginale.
  4. Am probleme cu dispariția sau diminuarea orgasmului.
  5. Simt durere în timpul actului sexual.
  6. Altele.
- 3b. Care dintre situațiile descrise Vă deranjează cel mai mult?  
*1 2 3 4 5 6*
4. Doriți să vorbiți despre problemele D-voastră sexuale cu un medic?  
(*Da Nu*)

Indicele Internațional al Funcției Erectile (IIFE) conține 15 întrebări cu câte 5-6 variante de răspuns. Este destinat bărbaților pentru autoaprecierea funcției erectile în mai multe aspecte. Este disponibil în mai multe limbi, inclusiv în română.

### **Indicele Internațional al Funcției Erectile (IIFE)**

#### *Instrucțiuni*

Întrebările următoare se referă la efectele erecției asupra vieții D-voastră sexuale în ultimele 4 săptămâni. Vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări în mod clar, ținând cont de următoarele definiții:

- Activitatea sexuală include relații sexuale, mângâieri, preludiu și masturbare.
- Contactul sexual este definit ca penetrarea partenerei.
- Stimularea sexuală include preludiul cu partenera, privitul pozelor erotice etc.
- Ejacularea este definită ca eliminarea spermei din penis.

Marcați o singură variantă de răspuns, cea mai apropiată de sentimentul D-voastră.



**1. Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, cât de des ați fost capabil să obțineți o erecție în timpul activității sexuale?**

0. Nu am avut activitate sexuală.

1. Aproape niciodată sau niciodată.

2. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații).

3. Uneori (aproximativ jumătate din situații)

4. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații).

5. Aproape întotdeauna sau întotdeauna.

**2. Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, când ați avut erecție cu stimulare sexuală, cât de des erecția a fost suficientă pentru penetrare sau pentru a încerca penetrarea partenerii?**

0. Nu am avut activitate sexuală.

1. Aproape niciodată sau niciodată.

2. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații).

3. Uneori (aproximativ jumătate din situații).

4. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații).

5. Aproape întotdeauna sau întotdeauna.

*Întrebările 3, 4 și 5 se referă la calitatea erecției în timpul actului sexual.*

**3. Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, când ați încercat să aveți sau ați avut un act sexual, cât de des ați fost capabil să începeți actul sexual și să penetrați partenera?**

0. Nu am avut activitate sexuală.

1. Aproape niciodată sau niciodată.

2. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații).

3. Uneori (aproximativ jumătate din situații).

4. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații).

5. Aproape întotdeauna sau întotdeauna.

**4. Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, în timpul actului sexual, cât de des ați fost capabil să mențineți erecția după începutul actului sexual?**

0. Nu am avut activitate sexuală.

1. Aproape niciodată sau niciodată.

2. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații).

3. Uneori (aproximativ jumătate din situații).

4. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații).
  5. Aproape întotdeauna sau întotdeauna.
- 5. Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, în timpul actului sexual, cât de greu a fost să mențineți erecția pentru a finaliza actul sexual?**
0. Nu am încercat contacte sexuale.
  1. Extrem de greu.
  2. Foarte greu.
  3. Greu.
  4. Oarecum dificil.
  5. Fără dificultate.
- 6. Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, de câte ori ați încercat să aveți sau ați avut un contact sexual?**
0. Nu am încercat.
  1. 1–2 încercări.
  2. 3–4 încercări.
  3. 5–6 încercări.
  4. 7–10 încercări.
  5. 11 sau mai multe încercări.
- 7. Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, când ați avut un act sexual, cât de des acesta a fost satisfăcător pentru D-voastră?**
0. Nu am avut contacte sexuale.
  1. Aproape niciodată sau niciodată.
  2. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații).
  3. Uneori (aproximativ jumătate din situații).
  4. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații).
  5. Aproape întotdeauna sau întotdeauna.
- 8. Câtă plăcere V-au produs contactele sexuale în ultimele 4 săptămâni?**
0. Nu am avut contacte sexuale.
  1. Au fost neplăcute.
  2. Nu mi-au produs prea multă plăcere.
  3. Mi-au produs o oarecare plăcere.
  4. Mi-au produs multă plăcere.
  5. Mi-au produs foarte multă plăcere.



**9. În timpul stimulării sexuale sau al contactului sexual ați ejaculat? Cât de des în ultimele 4 săptămâni?**

0. Nu am avut stimulare sau activitate sexuală.
1. Aproape niciodată sau niciodată.
2. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații).
3. Uneori (aproximativ jumătate din situații).
4. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații).
5. Aproape întotdeauna sau întotdeauna.

**10. În timpul stimulării sexuale sau contactului sexual ați avut sentimentul de orgasm (senzație de plăcere foarte mare) cu sau fără ejaculare)? Cât de des pe parcursul ultimelor 4 săptămâni?**

0. Nu am avut stimulare sau contact sexual.
1. Aproape niciodată sau niciodată.
2. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații).
3. Uneori (aproximativ jumătate din situații).
4. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații).
5. Aproape întotdeauna sau întotdeauna.

*Întrebările 11 și 12 se referă la dorința sexuală. Dorința sexuală este un sentiment care poate include dorința de a avea o experiență sexuală (de exemplu, masturbare sau act sexual), gânduri despre sex sau senzație de frustrare din cauza lipsei activității sexuale.*

**11. Cât de des ați avut dorință sexuală pe parcursul ultimelor 4 săptămâni?**

1. Aproape niciodată sau niciodată.
2. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații).
3. Uneori (în mai mult de jumătate din situații).
4. Foarte des (în majoritatea situațiilor).
5. Aproape întotdeauna sau întotdeauna.

**12. Care a fost nivelul dorinței D-voastră sexuale pe parcursul ultimelor 4 săptămâni?**

1. Foarte înalt.
2. Înalt.
3. Moderat.
4. Redus.
5. Foarte redus.

**13. Cât de satisfăcut ați fost în general de viața D-voastră sexuală în ultimele 4 săptămâni?**

1. Foarte satisfăcut.
2. Moderat satisfăcut.
3. Aproximativ la fel de satisfăcut și nesatisfăcut.
4. Mai mult nesatisfăcut.
5. Foarte nesatisfăcut.

**14. Cât de satisfăcut ați fost de relația sexuală cu partenera în ultimele 4 săptămâni?**

1. Foarte satisfăcut.
2. Moderat satisfăcut.
3. Aproximativ la fel de satisfăcut și nesatisfăcut.
4. Mai mult nesatisfăcut.
5. Foarte nesatisfăcut.

**15. Care a fost nivelul încrederii D-voastră de a avea și a menține o erecție în ultimele 4 săptămâni?**

1. Foarte înalt.
2. Înalt.
3. Moderat.
4. Redus.
5. Foarte redus.

**Algoritmul de interpretare a scorului IIFE**

Toate întrebările sunt repartizate în 5 domenii, după cum urmează:

Domeniul	Întrebările	Scorul (puncte)	Scorul maxim
Funcția erectilă	1, 2, 3, 4, 5, 15	0-5	30
Funcția orgasmică	9, 10	0-5	10
Dorința sexuală	11, 12	0-5	10
Satisfacția de la actul sexual	6, 7, 8	0-5	15
Satisfacția generală	13, 14	0-5	10

**Interpretarea clinică a IIFE**

Funcția erectilă: 0-6/DE severă, 7-12/ DE moderat-severă, 13-18/ DE moderată, 19-24/ DE ușoară, 25-30/absența DE.



Funcția orgasmică: 0–2/disfuncție severă, 3–4/disfuncție moderată, 5–6/disfuncție ușor-moderată, 7–8/disfuncție ușoară, 9–10/absența disfuncției.

Dorința sexuală: 0–2/disfuncție severă, 3–4/disfuncție moderată, 5–6/disfuncție ușor-moderată, 7–8/disfuncție ușoară, 9–10/absența disfuncției.

Satisfacția de la actul sexual: 0–3/disfuncție severă, 4–6/disfuncție moderată, 7–9/disfuncție ușor-moderată, 10–12/disfuncție ușoară, 3–15/absența disfuncției.

Satisfacția generală: 0–2/disfuncție severă, 3–4/disfuncție moderată, 5–6/disfuncție ușor-moderată, 7–8/disfuncție ușoară, 9–10/absența disfuncției.

### **Chestionar de verificare a funcției sexuale feminine**

Este asemănător chestionarului de verificare a funcției sexuale masculine. Conține 19 întrebări, care evaluează funcția sexuală feminină pe 6 domenii distinctive: dorința sexuală, excitarea, orgasmul etc. Chestionarul este apreciat de către medici, dar contestat de unii cercetători pe motiv de discriminare a femeilor care suferă de anumite disfuncții orgasmice etc.

### **Indicele Funcției Sexuale Feminine (IFSF)**

#### *Instrucțiuni*

Întrebările următoare se referă la funcția D-voastră sexuală în ultimele 4 săptămâni. Răspunsurile D-voastră vor fi confidențiale. Vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări în mod clar, ținând cont de următoarele definiții:

- Activitatea sexuală poate include mângâierea, preludiul, masturbarea, sexul vaginal.
- Contactul sexual este definit ca penetrarea penisului (intrarea) în vagin.
- Stimularea sexuală include preludiul cu un partener, autostimularea (masturbarea) sau realizarea fanteziilor sexuale.

Marcați o singură variantă de răspuns, cea mai apropiată de sentimentul D-voastră. Primele două întrebări caracterizează dorința sexuală.

Dorința sexuală sau interesul sexual este o senzație care include dorința de a avea o experiență sexuală, senzația de a fi receptivă la intențiile sexuale ale partenerului, gândirile sau fanteziile sexuale.

**1. Cât de des ați simțit o dorință sexuală sau interes sexual în ultimele 4 săptămâni?**

1. Aproape întotdeauna sau întotdeauna.
2. De cele mai multe ori (mai mult de jumătate din situații).
3. Uneori (cam jumătate din situații).
4. De câteva ori (mai puțin de jumătate din situații).
5. Aproape niciodată sau niciodată.

**2. Care a fost nivelul dorinței D-voastră sexuale în ultimele 4 săptămâni?**

1. Foarte înalt.
2. Înalt.
3. Moderat.
4. Redus.
5. Foarte redus.

Următoarele înrebări evaluează nivelul D-voastră de excitare sexuală. Excitarea sexuală este un sentiment care include atât aspecte fizice, cât și mentale. Ea va include sentimentul de afecțiune, de căldură și furnicături la nivelul organelor genitale, lubrifierea sau umiditatea organelor genitale sau apariția unor contracții musculare.

**3. Cât de des D-voastră ați simțit sentimentul de excitare sexuală în timpul activității sexuale sau actului sexual în ultimele 4 săptămâni?**

1. Nu am avut activitate sexuală.
2. Aproape întotdeauna sau întotdeauna.
3. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații).
4. Uneori (aproximativ jumătate din situații).
5. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații).
6. Aproape niciodată sau niciodată.

**4. Cum apreciați nivelul D-voastră de excitare sexuală în ultimele 4 săptămâni?**

1. Nu am avut activitate sexuală.
2. Foarte înalt.
3. Înalt.
4. Moderat.
5. Redus.
6. Foarte redus.



5. Care a fost nivelul D-voastră de încredere (cât de sigură ați fost) de a ajunge la excitare sexuală în timpul activității sexuale sau actului sexual în ultimele 4 săptămâni?
1. Nu am avut activitate sexuală.
  2. Foarte înalt.
  3. Înalt.
  4. Moderat.
  5. Redus.
  6. Foarte redus.
6. Cât de des ați fost satisfăcută (mulțumită) de excitarea D-voastră în timpul activității sexuale sau actului sexual în ultimele 4 săptămâni?
1. Nu am avut activitate sexuală.
  2. Aproape întotdeauna sau întotdeauna.
  3. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații).
  4. Uneori (aproximativ jumătate din situații).
  5. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații).
  6. Aproape niciodată sau niciodată.
7. Cât de des ați avut lubrifiere (umiditate) vaginală în timpul activității sexuale sau actului sexual în ultimele 4 săptămâni?
1. Nu am avut activitate sexuală.
  2. Aproape întotdeauna sau întotdeauna.
  3. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații).
  4. Uneori (aproximativ jumătate din situații).
  5. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații).
  6. Aproape niciodată sau niciodată.
8. Cât de dificil a fost să apară lubrifierea vaginală în timpul activității sexuale sau actului sexual în ultimele 4 săptămâni?
1. Nu am avut activitate sexuală.
  2. Foarte dificil.
  3. Dificil.
  4. Moderat.
  5. Puțin mai dificil.
  6. Nu a fost dificil.

- 9. Cât de des s-a menținut lubrifierea și umiditatea vaginală până la terminarea activității sexuale sau actului sexual în ultimele 4 săptămâni?**
1. Nu am avut activitate sexuală.
  2. Aproape întotdeauna sau întotdeauna.
  3. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații).
  4. Uneori (aproximativ jumătate din situații).
  5. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații).
  6. Aproape niciodată sau niciodată.
- 10. Cât de greu a fost să mențineți lubrifierea vaginală până la terminarea activității sexuale sau a actului sexual în ultimele 4 săptămâni?**
1. Nu am avut activitate sexuală.
  2. Foarte dificil sau imposibil.
  3. Dificil.
  4. Moderat.
  5. Puțin mai dificil.
  6. Nu a fost dificil.
- 11. Când ați avut o stimulare sexuală sau un act sexual, cât de des ați ajuns la orgasm în ultimele 4 săptămâni?**
1. Nu am avut activitate sexuală.
  2. Aproape întotdeauna sau întotdeauna.
  3. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații).
  4. Uneori (aproximativ jumătate din situații).
  5. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații).
  6. Aproape niciodată sau niciodată.
- 12. Când ați avut o stimulare sexuală sau un act sexual, cât de greu V-a fost să ajungeți la orgasm în ultimele 4 săptămâni?**
1. Nu am avut activitate sau stimulare sexuală.
  2. Foarte dificil sau imposibil.
  3. Dificil.
  4. Moderat.
  5. Puțin mai dificil.
  6. Nu a fost dificil.
- 13. Cât de satisfăcută ați fost de capacitatea D-voastră de a ajunge la orgasm în timpul stimulării sexuale sau actului sexual în ultimele 4 săptămâni?**



1. Nu am avut stimulare sau activitate sexuală.
  2. Foarte satisfăcută.
  3. Moderat satisfăcută.
  4. Parțial satisfăcută.
  5. Mai mult nesatisfăcută.
  6. Foarte nesatisfăcută.
- 14. Cât de satisfăcută ați fost de gradul apropierii emoționale de partenerul D-voastră în timpul stimulării sexuale în ultimele 4 săptămâni?**
1. Nu am avut stimulare sau activitate sexuală.
  2. Foarte satisfăcută.
  3. Moderat satisfăcută.
  4. Parțial satisfăcută.
  5. Mai mult nesatisfăcută.
  6. Foarte nesatisfăcută.
- 15. Cât de satisfăcută ați fost de relația pur sexuală cu partenerul D-voastră în ultimele 4 săptămâni?**
1. Nu am avut activitate sexuală.
  2. Foarte satisfăcută.
  3. Moderat satisfăcută.
  4. Parțial satisfăcută.
  5. Mai mult nesatisfăcută.
  6. Foarte nesatisfăcută.
- 16. Cât de satisfăcută ați fost de viața D-voastră sexuală în ultimele 4 săptămâni?**
1. Nu am avut activitate sexuală.
  2. Foarte satisfăcută.
  3. Moderat satisfăcută.
  4. Parțial satisfăcută.
  5. Mai mult nesatisfăcută.
  6. Foarte nesatisfăcută.
- 17. Cât de des ați avut senzația de disconfort sau durere în timpul penetrării vaginale în ultimele 4 săptămâni?**
1. Nu am avut activitate sexuală.
  2. Aproape întotdeauna sau întotdeauna.
  3. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații).
  4. Uneori (aproximativ jumătate din situații).

5. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații).
  6. Aproape niciodată sau niciodată.
- 18. Cât de des ați avut senzația de disconfort sau durere ca urmare a actului sexual, după consumarea acestuia, în ultimele 4 săptămâni?**
1. Nu am avut activitate sexuală.
  2. Aproape întotdeauna sau întotdeauna.
  3. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații).
  4. Uneori (aproximativ jumătate din situații).
  5. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații).
  6. Aproape niciodată sau niciodată.
- 19. Cum apreciați nivelul (gradul) de disconfort sau durere în timpul penetrării sau după penetrarea vaginală în ultimele 4 săptămâni?**
1. Nu am avut activitate sexuală.
  2. Foarte înalt.
  3. Înalt.
  4. Moderat.
  5. Redus.
  6. Foarte redus.

Indicele funcției sexuale feminine este interpretat ca și cel al IIFE, doar că, spre deosebire de ultimul, el are o valoare mai mult orientativă și este mai rar exprimat în cifre.

Alte chestionare:

- Chestionar de apreciere a impactului funcției erectile asupra organismului masculin (SEAR). Conține 23 de întrebări care apreciază satisfacția generală față de relația cu partenera și satisfacția de relația sexuală. Este destinat în special bărbaților cu disfuncție erectilă, până și după tratament.

- Instrument de diagnosticare a ejaculării precoce (PEDT). Conține 5 întrebări care determină prezența ejaculării precoce ca simptom, conform DSM-X, și a eficienței tratamentului aplicat.

- Chestionar de apreciere a calității vieții sexuale (SLQQ). Conține 20 de întrebări care apreciază calitatea vieții sexuale (10) și calitatea unui eventual tratament aplicat. Permite a compara calitatea vieții sexuale actuale cu cea de până la apariția unor probleme. Chestionarul este în proces de validare.



## TESTE DE VERIFICARE A CUNOȘTIINȚELOR

- 1. Ce este erecția?**
  - a. Un fenomen vascular reflex de umplere cu sânge a corpurilor cavernoși ai penisului
  - b. Un reflex neurogen
  - c. Un act programat, dependent de voința individului
  - d. Un fenomen patologic
  - e. O stare emoțională
- 2. Ereecția nocturnă este:**
  - a. Un fenomen fiziologic
  - b. Dependentă de testosteron
  - c. Un semn de boală
  - d. Cauza absteninței îndelungate
  - e. Nicio variantă nu este corectă
- 3. Principalul mediator al erecției este:**
  - a. Oxidul nitric (NO)
  - b. Serotonina
  - c. Acetilcolina
  - d. Colinesteraza
  - e. Insulina
- 4. Incidența maximă a disfuncției erectile este depistată la vârsta:**
  - a. Sub 25 de ani
  - b. Între 25 și 35 de ani
  - c. După 40 de ani
  - d. Nu depinde de vârstă
- 5. Prevalența generală a disfuncției erectile în R. Moldova este de:**
  - a. Până la 10%
  - b. 10–20%

- c. 20–30%
  - d. 40–50%
  - e. 60–70%
- 6. La adultul tânăr, de până la 30 de ani, prevalează:**
- a. DE psihogenă
  - b. DE organică
  - c. DE mixtă
  - d. Tinerii nu suferă de DE
- 7. Principalii factori de risc ai DE organice sunt:**
- a. Fumatul
  - b. Modul sedentar de viață
  - c. Abuzul de alcool
  - d. Obezitatea
  - e. Absența partenerului sexual
- 8. Disfuncția erectilă poate fi indusă medicamentos de:**
- a. Antidepresive
  - b. Tranchilizante
  - c. Vitamina E
  - d. Androgeni
  - e. Furosemid
- 9. Testul Rigiscan determină:**
- a. Durata actului sexual
  - b. Prezența tumeniscente nocturne
  - c. Prezența deformațiilor peniene
  - d. Profunzimea somnului
  - e. Reacția organismului la stres
- 10. Disfuncția erectilă psihogena:**
- a. Apare brusc
  - b. Apare treptat
  - c. Are o cauză cunoscută
  - d. Nu afectează libidoul
  - e. Nu afectează erecția nocturnă



**11. Disfuncția erectilă organică:**

- a. Apare brusc
- b. Apare treptat
- c. Are o cauză cunoscută
- d. Nu afectează libidoul
- e. Nu afectează erecția nocturnă

**12. Prevalența generală a ejaculării precoce se încadrează în limitele:**

- a. 5–10 %
- b. 15–25 %
- c. 40–45 %
- d. 10–15 %
- e. 50–60 %

**13. Ejacularea precoce primară are loc:**

- a. Din cauza dereglărilor endocrine
- b. Cu implicarea structurilor anatomice ale penisului
- c. Pe parcursul vieții, fără moment de declanșare
- d. Fără posibilitatea de a amâna ejacularea în toate sau în majoritatea penetrărilor vaginale
- e. Fără posibilitatea de a menține o erecție mai mult de 1 minut

**14. În declanșarea ejaculării precoce secundare pot fi implicate următoarele mecanisme:**

- a. Neuroendocrin
- b. Urogenital
- c. Psihogen
- d. Imunologic
- e. Genetic

**15. Factorii urogenitali implicați în mecanismul declanșării ejaculării precoce secundare sunt:**

- a. Disfuncția erectilă
- b. Anomaliile peniene
- c. Patologia prostatei
- d. LUTS
- e. Niciunul din factorii numiți mai sus

16. Din categoria factorilor psihogeni implicați în apariția ejaculării precoce secundare vom evalua:
- Deregările psihosomatice
  - Deregările de personalitate
  - Stările cronice de anxietate
  - Factorii cognitivi/afectivi
  - Factorii neurobiologici
17. Tratamentul ejaculării precoce include următoarele remedii medicamentoase:
- Anestezice locale
  - Inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei
  - Inhibitori ai fosfodiesterazei 5
  - Antihistaminice
  - Preparate de iod
18. Tratamentul chirurgical al ejaculării precoce presupune:
- Protezare peniană
  - Adenomectomie
  - Frenuloplastie
  - Circumcizie
  - Crioablația nervului dorsal al penisului

### RĂSPUNSURI LA TESTE

- |               |                |
|---------------|----------------|
| 1. a          | 10. a, c, e    |
| 2. a, b       | 11. b, d       |
| 3. a          | 12. b          |
| 4. c          | 13. c          |
| 5. d          | 14. a, b, c    |
| 6. a          | 15. a, b, c, d |
| 7. a, b, c, d | 16. a, b, c, d |
| 8. a, b       | 17. a, b, c    |
| 9. b          | 18. c, d, e    |



## BIBLIOGRAFIE

1. Bang-Ping Jiann. *Using the International Index of eretile Function-5 to assess Erectile Function*. In: Epidemiological Studies. The Journal of Sexual Medicine. 2012. Vol 9 (1), p. 327.
2. Calomfirescu N. *Disfuncția erectilă*. Editura Medicală. București. 2009.
3. *Contemporary treatment of erectile dysfunction. A clinical cuide*. Editor KevinT.mc Vary. Springer Science and Busines Media.LLC. 2011. p. 39–51.
4. Dumbrăveanu I. *Disfuncția erectilă la tineri. Cum deosebim realul de fals sau unele puncte de reper pentru o educație sexuală corectă*. În: „Buletin de Perinatologie”. 2014, 4 (64), p. 58–62. ISSN 1810–5289.
5. Dumbrăveanu I. *Managementul farmacoterapeutic al disfuncției erectile*. În: „Arta Medica”. „Al IV-lea Congres de Urologie, Dializă și Transplant Renal”. Chișinău, 11–13 octombrie 2006, p. 31–36.
6. 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*. J Urol 1994 Jan;151 (1):54–61.
7. The ESSM Syllabus of Sexual Medcine. Editor H. Porst, Y. Reisman. Amsterdam 2012.
8. Wespes E., Eardley I., Giuliano F. et all. *Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation*. © European Association of Urology. Amsterdam. 2013.
9. Пушкаръ Д.Ю. *Эрекцияльная дисфункция. Современные методы диагностики и лечения*. В: «Справочник поликлинического врача». 2004, часть 2, с. 29–31.