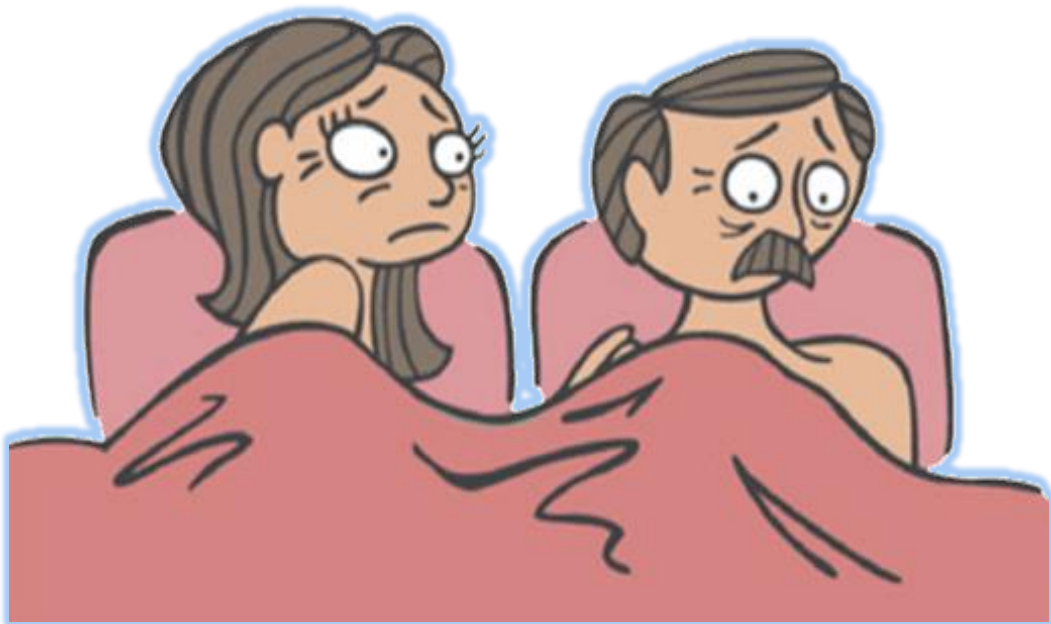




ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΙΚΗΣ
& ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Δρ. Θάνος Ασκητής
www.askitis.gr

«Ανδρολογία και Σεξουαλικότητα:
120+1 ερωτήσεις-απαντήσεις»



Πρόλογος

Ο άνδρας που με κοιτάει στα μάτια, με έκδηλη ανησυχία και αγωνία με ρωτάει εάν το πρόβλημα της στύσης, που τον βασανίζει σχεδόν δύο χρόνια, λύνεται ή να το πάρει απόφαση ότι η σεξουαλική του ζωή έλαβε τέλος. Περνώντας το κατώφλι των 67 χρόνων, μου είπε χαρακτηριστικά, σαν να περιέγραφε τον επερχόμενο θάνατό του, «έζησα καλά γιατρέ μου, κοιμήθηκα με αρκετές γυναίκες, είμαι με τη γυναίκα μου πάνω από 30 χρόνια και τώρα θέλω να ξέρω αν μπορώ να κάνω σεξ μαζί της (εκείνη είναι 10 χρόνια μικρότερή του και ακόμα γοητευτική κατά τη γνώμη του) ή να μείνουμε δύο καλοί σύντροφοι στην ταβέρνα και το σινεμά;».

Φυσικά για κάθε άντρα ο εφιάλτης της κρεβατοκάμαρας είναι ίσως η μεγαλύτερη απειλή του ανδρισμού αλλά και της υγείας, αφού η ίδια η στύση, η σκληρότητα και η διάρκειά της, παντρεύουν την ψυχολογία και την βιολογία στην απόλυτη αυτή συνάντηση του ερωτικού ραντεβού. «Ξέρεις τι είναι να ποθείς μια γυναίκα και να μην μπορείς να μπεις μέσα της;», είχε πει ένας άνδρας που έπασχε από διαβήτη, ήταν στα 58 του χρόνια και η επιθυμία του για τη γυναίκα του ήταν πολύ έντονη, με εκείνη όμως να τον παρηγορεί και να του λέει «δεν πειράζει που δεν μπορούμε να κάνουμε έρωτα. Εγώ σ' αγαπώ το ίδιο και δεν θα σε αφήσω γι' αυτό!».

Τι ερμηνεία μπορείς να δώσεις σε αυτό τον άνδρα, που θέλει να κάνει σεξ με τον ερωτικό του σύντροφο και βλέπει τη στύση του να πέφτει; Τι δικαιολογία μπορείς να χρησιμοποιήσεις σε εκείνον που αισθάνεται ότι δίνει εξετάσεις κάθε φορά που προσπαθεί να διεισδύσει μέσα στον κόλπο της συντρόφου του και τελικά μένει απ' έξω; Μπορείς να τον πείσεις ότι θα μείνει κοντά του και δεν θα σκεφτεί να πάει με κάποιον άλλον; Ακούγεται κωμικοτραγικό όταν ο ίδιος της λέει «εάν θέλεις να πας με άλλον μπορείς, αφού εγώ πια δεν μπορώ!»

Η σεξουαλική ζωή του άνδρα είναι ένα σενάριο που η τραγικότητα και ο παραλογισμός, συναντούν την αδυναμία, «το αίσθημα του εξευτελισμού» και τον θυμό, με πρωταγωνιστές την απελπισία, την απομάκρυνση από τη σκηνή της ζωής τους και την σπασμωδικότητα των δύο ρόλων τους (άνδρας και γυναίκα), που οι δικαιολογίες με τις «συναισθηματικές παρηγοριές» τους, ενταφιάζουν το ίδιο το σεξ!

Η σύγχρονη ανδρολογία, οπλισμένη όσο ποτέ άλλοτε με απόλυτα διαγνωστικά κριτήρια, επιτρέπει σε έναν άνδρα αλλά και σε μια γυναίκα, που ο χρόνος αυξάνεται μέσα στη ζωή τους, να μπορούν να λειτουργούν με υγεία, συναισθηματική φροντίδα και κυρίως με ψυχική πληρότητα που το σεξ το ίδιο προσφέρει, τόσο με την ποιότητα όσο και με την ποσότητα.

Δεν θα ξεχάσω ποτέ τον άνδρα των 99 χρόνων που σήμερα αναπαύεται στον Παράδεισο, όταν ήρθε και με βρήκε πριν αρκετά χρόνια και μου είπε ότι δεν είναι «πορνόγερος», ούτε υποφέρει από άνοια, αλλά έχει ανάγκη να απολαμβάνει το σώμα και το μυαλό της τέταρτης συντρόφου του, με αποτέλεσμα να αισθάνεται ότι η σχέση αυτή του δίνει δύναμη και, φυσικά, χαρά και απόλαυση μέσα στη ζωή του. Με εντυπωσίασε η στάση του, αλλά σχεδόν 20 χρόνια μετά από την επίσκεψή του, τον δικαιώνω και τον έχω ως παράδειγμα για όλους εκείνους που λένε «μεγάλωσα πια και δεν χρειάζεται να έχω σεξουαλική ζωή».

Κάθε άνδρας δεν χρειάζεται να έχει σεξουαλική ζωή αν δεν το αισθάνεται. Είναι όμως τραγικό ένας άνδρας που πρέπει να ξέρει πως η σεξουαλική του ζωή χρόνια δεν κοιτά, να την εγκαταλείπει γιατί «γέρασε», γιατί παίρνει φάρμακα, γιατί ακόμα και η ίδια του η γυναίκα που τον αγαπά και φοβάται για τη ζωή του, πολλές φορές «τον φρενάρει» για να ζήσει περισσότερο.

Και οι δύο όμως οφείλουν να γνωρίζουν ότι η σεξουαλική δραστηριότητα είναι το καλύτερο φάρμακο μακροζωίας και η καλύτερη συνταγή της ψυχικής και σωματικής έκφρασης, που συναντάει την σκέψη της ζωής και το σώμα της απόλαυσης.

Αυτή είναι η μεγάλη αλήθεια! Όλα τα άλλα είναι λόγια και παραμύθια «της Χαλιμάς». Η ιατρική είναι εδώ, έτοιμη να δώσει απαντήσεις σε αυτόν που η ψυχή του το ζητάει και το σώμα του αδυνατεί. Όλα είναι στο χέρι μας, που αγγίζει τον σύντροφό μας και του ψιθυρίζει στο αυτί «σε θέλω ακόμα, θέλω να κάνω έρωτα μαζί σου, θέλω να τελειώσω με σένα...».

Θάνος Ε. Ασκητής

Νευρολόγος-Ψυχίατρος

Πρόεδρος του Ινστιτούτου Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A. ΤΟ ΠΕΟΣ, ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ

1. Τι είναι το πέος;
2. Ποια είναι η λειτουργία του πέους;
3. Ποιο είναι το φυσιολογικό μέγεθος του πέους;
4. Φοβάμαι ότι το πέος μου είναι μικρό. Μπορώ να το μετρήσω σωστά μόνος μου;
5. Πότε το πέος φαίνεται μικρό; Πότε είναι πραγματικά μικρό;
6. Υπάρχει λύση;
7. Ποια είναι η χειρουργική αντιμετώπιση; Που διαφέρουν; Ποια να επιλέξω;
8. Υπάρχουν επιπλοκές μετά το χειρουργείο; Θα επηρεάσει την ποιότητα της στύσης μου;
9. Τι είναι η νόσος του Peyronie;
10. Πότε και πως αντιμετωπίζεται με φάρμακα;
11. Υπάρχουν νεότερες θεραπείες;
12. Πότε χειρουργείται η νόσος του Peyronie;
13. Ποια είναι η καλύτερη χειρουργική τεχνική;
14. Κινδυνεύει η στύση μου μετά το χειρουργείο;
15. Τι είναι η φίμωση;
16. Μπορεί να εμφανιστεί και κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής ζωής; Τι φταίει τότε;
17. Μπορεί η φίμωση να δημιουργήσει προβλήματα στον υγεία του άνδρα;
18. Μπορεί η φίμωση να επηρεάσει τη σεξουαλική ζωή ενός άνδρα;
19. Τι είναι η παραφίμωση; Υπάρχει κίνδυνος;
20. Πως θεραπεύεται η φίμωση;
21. Τι είναι ο χαλινός; Είναι ίδιος σε όλους τους άνδρες;

- 22. Τι προβλήματα προκαλεί ο βραχύς χαλινός στη σεξουαλική ζωή του άνδρα;
- 23. Τι να κάνω για να μην με ενοχλεί ο χαλινός; Η μόνη θεραπεία είναι η επέμβαση;
- 24. Τι είναι το κάταγμα πέους; Κινδυνεύω;

B. Η ΣΤΥΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ

- 25. Τι είναι η στύση;
- 26. Ποια είδη στύσεων έχουμε;
- 27. Πόσα χρόνια σεξουαλικής ζωής έχει ο άνδρας; Μέχρι πότε;
- 28. Τι είναι η στυτική δυσλειτουργία;
- 29. Πόσο συχνή είναι η στυτική δυσλειτουργία;
- 30. Πόσοι άνδρες πάσχουν παγκοσμίως από στυτική δυσλειτουργία και ποιες είναι οι εκτιμήσεις για το μέλλον;
- 31. Ποια είναι τα αίτια της στυτικής δυσλειτουργίας;
- 32. Ποια είναι τα ψυχογενή αίτια στυτικής δυσλειτουργίας;
- 33. Ένας άνδρας μπορεί να εμφανίσει στυτικό πρόβλημα χωρίς αιτία;
- 34. Όταν φοράω το προφυλακτικό χάνω τη στύση μου! Έχω πρόβλημα;
- 35. Η στυτική δυσλειτουργία θεραπεύεται χωρίς ειδική θεραπεία;
- 36. Ποια είναι τα οργανικά αίτια στυτικής δυσλειτουργίας;
- 37. Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου στυτικής δυσλειτουργίας αγγειακής αιτιολογίας;
- 38. Ποια είναι τα αίτια στυτικής δυσλειτουργίας ορμονικής αιτιολογίας;
- 39. Τι είναι η τεστοστερόνη; Που παράγεται;
- 40. Τι είναι οι όρχεις; Ποια η λειτουργία τους;
- 41. Ποια η σημασία της τεστοστερόνης για τον άνδρα;
- 42. Παραμένει σταθερή η τεστοστερόνη καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του άνδρα;
- 43. Τι είναι ο δευτεροπαθής υπογοναδισμός;
- 44. Τι προκαλεί νευρογενή στυτική δυσλειτουργία;

45. Ποιες παθήσεις της σπονδυλικής στήλης μπορούν να προκαλέσουν στυτική δυσλειτουργία;
46. Ποιες χειρουργικές επεμβάσεις επηρεάζουν τη στυτική λειτουργία του άνδρα;
47. Ποια φάρμακα προκαλούν στυτική δυσλειτουργία;
48. Ποιες ουσίες προκαλούν στυτική δυσλειτουργία;
49. Τι είναι ο προστάτης και ποιος ο ρόλος του στον άνδρα;
50. Ο καρκίνος του προστάτη επηρεάζει τη στύση του άνδρα;
51. Οι θεραπείες για τον καρκίνο του προστάτη προκαλούν στυτική δυσλειτουργία;
52. Η υπερπλασία του προστάτη απειλεί τη σεξουαλική ζωή του άνδρα;
53. Η προστατίτιδα επηρεάζει τη σεξουαλικότητα του άνδρα;
54. Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να επηρεάσει τη στύση του άνδρα;
55. Ένας άνδρας που πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη θα εμφανίσει πάντα στυτικό πρόβλημα;
56. Ένα στυτικό πρόβλημα σε άνδρα που έχει σακχαρώδη διαβήτη οφείλεται πάντα στη μεταβολική αυτή διαταραχή;
57. Τι είναι το μεταβολικό σύνδρομο;
58. Ποια η συσχέτιση στεφανιαίας νόσου και στυτικής δυσλειτουργίας;
59. Είναι η ποιότητα της στύσης δείκτης της υγείας του άνδρα;
60. Ποια είναι η στάση της γυναίκας μπροστά στη στυτική δυσλειτουργία του άνδρα;
61. Πόσο το στυτικό πρόβλημα επηρεάζει τη ζωή του άνδρα και πως;
62. Ποιοι στρεσογόνοι παράγοντες απειλούν τη σεξουαλική ζωή του άνδρα;
63. Το επαγγελματικό άγχος θεωρείται κυρίαρχη αιτία εμφάνισης σεξουαλικού προβλήματος και πως;
64. Υπάρχει συσχέτιση οικονομικής συμπίεσης και σεξουαλικής ζωής στον άνδρα;
65. Ποια διαγνωστική προσέγγιση χρησιμοποιούμε στη διερεύνηση της στυτικής δυσλειτουργίας;
66. Πως γίνεται ο αιμοδυναμικός έλεγχος της στύσης;

67. Είναι απαραίτητο το πεικόν Doppler σε κάθε ασθενή;
68. Τι είναι η μέτρηση των νυκτερινών στυσεων;
69. Ποιες εξετάσεις αίματος κρίνονται απαραίτητες;
70. Θεραπεύεται η στυτική δυσλειτουργία;
71. Ποιες θεραπείες υπάρχουν για την αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας;
72. Ποια είναι η σύγχρονη φαρμακευτική αντιμετώπιση;
73. Ποια τα πλεονεκτήματα της θεραπείας από το στόμα;
74. Ποιες είναι η παρενέργειες της θεραπείας από το στόμα;
75. Μπορούν όλοι να λάβουν θεραπεία από το στόμα; (αντενδείξεις)
76. Πότε χρησιμοποιούμε ενδοπεϊκές ενέσεις στην αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας;
77. Πότε χρησιμοποιούμε θεραπείες ορμονικής υποκατάστασης;
78. Έχει παρενέργειες η θεραπεία υποκατάστασης της τεστοστερόνης;
79. Χορηγείται τεστοστερόνη σε ασθενείς με θεραπευμένο καρκίνο του προστάτη;
80. Χορηγείται τεστοστερόνη σε καρδιοπαθείς;
81. Ποιο το όφελος της θεραπείας της τεστοστερόνης στη γενικότερη υγεία του άνδρα;
82. Τι είναι η συσκευή κενού;
83. Τι είναι η ενδοουρηθρική θεραπεία;
84. Τι είναι τα κρουστικά κύματα;
85. Ποιοι ασθενείς έχουν ένδειξη για θεραπεία με κρουστικά κύματα;
86. Πως γίνεται η θεραπεία; Έχει παρενέργειες;
87. Ποια η αποτελεσματικότητα και η διάρκεια του αποτελέσματος;
88. Πως αντιμετωπίζεται χειρουργικά η στυτική δυσλειτουργία;
89. Ποιες είναι οι ενδείξεις τοποθέτησης ενδοπεϊκής πρόθεσης;
90. Ποιες είναι οι πιθανές επιπλοκές του χειρουργείου;

91. Τι σημαίνει για τη σεξουαλικότητα του άνδρα η τοποθέτηση ενδοπεϊκής πρόθεσης;
92. Ποια η στάση της γυναίκας απέναντι σε αυτές τις νέες παρεμβατικού τύπου θεραπευτικές τεχνικές;
93. Ποιες αλλαγές του τρόπου ζωής μπορούν να έχουν προληπτικό χαρακτήρα για την καλύτερη αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας;
94. Ποιες συνήθειες της καθημερινής μας ζωής μπορούν να επηρεάσουν τη σεξουαλικότητα μας;
95. Το σεξ έχει ευεργετική επίδραση τόσο στη σωματική όσο και στη ψυχική υγεία;

Γ. Η ΕΚΣΠΕΡΜΑΤΙΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ

96. Τι είναι η εκσπερμάτιση; Πως επιτυγχάνεται φυσιολογικά;
97. Ποιες είναι οι διαταραχές της εκσπερμάτισης που εμφανίζει ο άνδρας;
98. Πόσο συχνά εμφανίζονται;
99. Τι είναι η πρόωρη εκσπερμάτιση;
100. Έχει ψυχολογικά ή οργανικά αίτια;
101. Τι είναι η παλίνδρομη εκσπερμάτιση;
102. Τι είναι η ανεσταλμένη εκσπερμάτιση;
103. Οφείλεται σε ψυχολογικά ή οργανικά αίτια ή και τα δύο;
104. Τι είδους θεραπείες έχουμε για την πρόωρη εκσπερμάτιση;
105. Πως αντιμετωπίζεται η παλίνδρομη και η ανεσταλμένη εκσπερμάτιση;

Δ. ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

106. Τι είναι η γονιμότητα;
107. Πότε ένα ζευγάρι θεωρείται υπογόνιμο;
108. Είναι συχνή η υπογονιμότητα σήμερα;
109. Αληθεύει ότι ο ανδρικός πληθυσμός προοδευτικά καθίσταται υπογόνιμος;

- 110.** Ποιες αλλοιώσεις παρατηρούνται στο σπέρμα του υπογόνιμου άνδρα;
- 111.** Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη γονιμότητα στον άνδρα;
- 112.** Τι είναι η κισσοκήλη;
- 113.** Πως επηρεάζει η κισσοκήλη τη σπερματογένεση;
- 114.** Μπορεί να βελτιωθεί το σπέρμα με χρήση φαρμάκων;
- 115.** Πρέπει να χειρουργηθώ για κισσοκήλη; Και πότε;
- 116.** Μετά το χειρουργείο θα βελτιωθεί το σπέρμα μου;
- 117.** Τι είναι η αζωοσπερμία;
- 118.** Ποιος είναι ο έλεγχος που γίνεται σε αζωοσπερμικούς άνδρες;
- 119.** Τι είναι η βιοψία στον όρχι;
- 120.** Θα καταφέρω να κάνω παιδιά;
- 121.** Η ψυχολογική και σεξουαλική εικόνα του ζευγαριού στο κυνήγι της γονιμότητας.

Ε. ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

A. ΤΟ ΠΕΟΣ, ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ

1. Τι είναι το πέος;

Το πέος ανήκει στα έξω γεννητικά όργανα του άνδρα. Εμφανίζει τρία κύρια μορφολογικά μέρη, τη βάση, το σώμα και τη βάλανο, στην κορυφή της οποίας εκβάλλει η ουρήθρα. Εξωτερικά, το σώμα και η βάση του περιβάλλονται από δέρμα, την πόσθη, η οποία δημιουργεί προς τα μπροστά μία προσεκβολή, την ακροποσθία που καλύπτει ολόκληρη την βάλανο. Η πόσθη διολισθαίνει εύκολα προς τα μπρος και προς τα πίσω και κατά τη διάρκεια της στύσης που το πέος διογκώνεται η ακροποσθία έλκεται προς τα πίσω και αποκαλύπτεται πλήρως η βάλανος.

Κύριο χαρακτηριστικό στοιχείο του πέους αποτελούν τα δύο σηραγγώδη σώματα του που περιέχουν τον στυτικό ιστό. Στη μεγαλύτερη έκταση του σώματος, μέχρι τη βάση του πέους, τα δύο σηραγγώδη σώματα είναι στενά συνδεδεμένα μεταξύ τους ώστε να αποτελούν ένα σώμα με ένα ινώδες διάφραγμα που τα διαχωρίζει σε δεξιό και αριστερό. Στη βάση του πέους τα σηραγγώδη σώματα διαχωρίζονται και απομακρύνονται μεταξύ τους σχηματίζοντας τα σκέλη των σηραγγωδών σωμάτων. Κάτω από τα σηραγγώδη σώματα και μεταξύ των δύο ημιμορίων τους πορεύεται το σπογγειώδες σώμα της ουρήθρας το οποίο επεκτείνεται προς τα πίσω μεταξύ των σκελών των σηραγγωδών σωμάτων, ενώ προς τα μπροστά δημιουργεί τη βάλανο. Από το κέντρο κάθε σηραγγώδους σώματος περνάει η σηραγγώδης αρτηρία που είναι υπεύθυνη για την τροφοδότηση των σηραγγωδών σωμάτων με αίμα. Το κέντρο του σπογγιώδους σώματος διατρέχεται από την ουρήθρα.

2. Ποια είναι η λειτουργία του πέους;

Το πέος ως μέρος τόσο του ουροποιητικού όσο και του αναπαραγωγικού συστήματος του άνδρα έχει διπλή λειτουργία. Αρχικά αποτελεί τμήμα της αποχετευτικής μοίρας του ουροποιητικού συστήματος και λειτουργεί ως δίοδος αποβολής των ούρων από τον οργανισμό. Ως μέρος του αναπαραγωγικού συστήματος αφενός επιτρέπει τη σεξουαλική επαφή και τη συνουσία μέσω της διόγκωσης των σηραγγωδών σωμάτων και της πλήρους στύσης και αφετέρου είναι τμήμα της εκφορητικής οδού του σπέρματος υποβοηθώντας την εναπόθεση του γενετικού υλικού στον κόλπο της γυναίκας και επιτρέποντας με τον τρόπο αυτό την αναπαραγωγική διαδικασία.

3. Ποιο είναι το φυσιολογικό μέγεθος του πέους;

Από αρχαιοτάτων χρόνων το μέγεθος του πέους αποτελούσε σημείο διαμάχης μεταξύ των ανδρών καθώς αποτελεί δείκτη αρρενωπότητας και κυριαρχίας απέναντι στο άλλο φύλο. Το μέγεθος του πέους καθορίζεται από δύο παραμέτρους, το μήκος και τη περιφέρεια του. Το μήκος ενός φυσιολογικού πέους στον ενήλικο άνδρα, μετά το κλείσιμο της εφηβείας, κυμαίνεται κατά μέσο όρο από 12 έως 15 εκατοστά σε στύση. Η μέση περιφέρεια του πέους σε στύση υπολογίζεται στα 10 έως 11 εκατοστά. Το μέγεθος παραμένει σταθερό σε όλη τη διάρκεια της ζωής του άνδρα.

4. Φοβάμαι ότι το πέος μου είναι μικρό. Μπορώ να το μετρήσω σωστά μόνος μου;

Για να γίνει σωστά η μέτρηση του μήκους του πέους και να μην δημιουργηθούν λανθασμένες ανησυχίες στον άνδρα η μέτρηση θα πρέπει να γίνεται από ειδικό ουρολόγο-ανδρολόγο. Το μήκος μετριέται από την ηβική σύμφυση έως την κορυφή του πέους, σε ελαφρά έλξη ή σε πλήρη στύση. Το πέος συλλαμβάνεται από τη βάλανο με το δείκτη και τον αντίχειρα του εξεταστή και έλκεται σε ελαφρά τάση. Στη συνέχεια εφαρμόζεται ο χάρακας στην ραχιαία επιφάνεια του πέους και μετράμε από την ηβική σύμφυση έως το άκρο της βαλάνου. Η περιφέρεια μετριέται στο μέσο του σώματος του πέους, επίσης σε χάλαση ή πλήρη στύση.

5. Πότε το πέος φαίνεται μικρό; Πότε είναι πραγματικά μικρό;

Η οπτική γωνία από την οποία ο άνδρας παρατηρεί το πέος του δημιουργεί πολύ συχνά λανθασμένη εντύπωση σχετικά με το μέγεθός του. Η ανησυχία του άνδρα επιτείνεται ακόμα περισσότερο από τα πρότυπα που προβάλλονται στην βιομηχανία του πορνό η οποία αυξάνει το άγχος του άνδρα και δημιουργεί λανθασμένες προσδοκίες για τον σεξουαλικό του ρόλο. Οι πραγματικές μικροφαλλίες είναι σπάνιες και παρατηρούνται όταν το μήκος του πέους σε στύση είναι μικρότερο από 10 εκατοστά.

Η μικροφαλλία είναι η κατάσταση εκείνη όπου το πέος του άνδρα εμφανίζεται να είναι μικροσκοπικό. Ανάλογα με την ηλικία (βρέφος, παιδί, έφηβος ή ενήλικας) υπάρχουν και τα αντίστοιχα όρια κάτω από τα οποία θεωρείται ότι το πέος του είναι πραγματικά μικρό. Διακρίνεται σε πραγματική μικροφαλλία, όπου η ανάπτυξη των δομών του πέους είναι προβληματική και σε περιπτώσεις όπου το πέος είναι “ενταφιασμένο” (θαμμένο πέος, οσχεοπεϊκή σύμφυση κλπ). Η μικροφαλλία

εμφανίζεται σε ποσοστό 15 ανά 100.000 γεννήσεις και μπορεί να συνυπάρχει και με άλλα γενετικά σύνδρομα.

Η μικροφαλλία δε θα πρέπει να συγχέεται με το ενταφιασμένο πέος, μια κατάσταση όπου το πέος είναι φυσιολογικού μήκους αλλά εμφανίζεται μικρότερο. Αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω ύπαρξης υπερβολικού υποδόριου λίπους στην περιοχή των γεννητικών οργάνων (παχυσαρκία), μετά από επεμβάσεις (π.χ. περιτομή) ή τραυματισμό στο πέος όπου αναπτύσσεται ουλώδης ιστός ο οποίος δεν επιτρέπει τη φυσιολογική διατασιμότητα του δέρματος ή όταν υπάρχει οσχεοπεϊκή δερματική σύμφυση, όπου το πέος εμφανίζεται ενωμένο με το όσχεο. Στις περιπτώσεις αυτές η σωστή μέτρηση του μήκους του πέους θα θέσει τη διάγνωση και θα βοηθήσει στη ενδεδειγμένη αντιμετώπιση της κάθε περίπτωσης.

6. Υπάρχει λύση;

Υπάρχουν πολλοί μύθοι σχετικά με φάρμακα ή συσκευές που μοιράζουν υποσχέσεις για πύλη τερατωδών διαστάσεων, δίνοντας πληροφορίες απόλυτα ανακριβείς και παραπλανητικές. Θεραπευτικά ο στόχος μας είναι να εξασφαλίσουμε στον ασθενή μας ένα πέος ικανοποιητικού μεγέθους, αν όχι φυσιολογικό, που θα του επιτρέπει να γδύνεται χωρίς να φοβάται ότι θα ντροπιαστεί ώστε να καταφέρει να έχει μια φυσιολογική σεξουαλική ζωή. Στη βρεφική ηλικία συνηθέστερα χορηγούμε τεστοστερόνη ενδομυϊκά ή τοπικά σε μορφή γέλης. Αύξηση στο μήκος του πέους κατά 100% θεωρείται ικανοποιητική απόκριση στη θεραπεία. Στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει ανταπόκριση στη θεραπεία με τεστοστερόνη, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε γέλη 5α διυδροτεστοστερόνης με εξίσου καλά αποτελέσματα. Τέλος, μπορούμε να χορηγήσουμε και υποκατάστατα γοναδοτροπινών. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι κάθε θεραπεία έχει την ένδειξή της και εξατομικεύεται το θεραπευτικό σχήμα αναλόγως και της υπάρχουσας πάθησης. Αν το πέος παρά τη φαρμακευτική αγωγή δεν αποκτήσει επιθυμητό μήκος τότε θα πρέπει να προχωρήσουμε σε επέμβαση φαλλοπλαστικής με ή χωρίς χρήση ενδοπεϊκής πρόθεσης και πάντα την κατάλληλη χρονική στιγμή για τον ασθενή.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις γίνονται συνήθως για αισθητικούς λόγους και για να βελτιωθεί η αυτοεκτίμηση και η αυτοπεποίθηση του άνδρα. Απαραίτητη προϋπόθεση πριν από μια τέτοια χειρουργική επέμβαση είναι η ψυχομετρική εκτίμηση και αξιολόγηση, δεδομένου ότι υπάρχει μεγάλο ποσοστό νέων ανδρών που ξεκινούν τη σεξουαλική τους ζωή με το άγχος της μικροφαλλίας που τους καθλώνει και τους δημιουργεί πολλά προβλήματα στη σεξουαλικότητα τους και στις σχέσεις τους με το άλλο φύλο.

7. Ποια είναι η χειρουργική αντιμετώπιση; Που διαφέρουν; Ποια να επιλέξω;

Οι χειρουργικές επεμβάσεις αύξησης του πέους διακρίνονται σε:

- Χειρουργικές επεμβάσεις επιμήκυνσης με διατομή του κρεμαστήρα συνδέσμου του πέους και διαφόρων ειδών πλαστικές επεμβάσεις του δέρματος του εφηβαίου (λιποαναρρόφηση, πλαστική V-Y κλπ).
- Χειρουργικές επεμβάσεις πάχυνσης του πέους, είτε με τοποθέτηση αυτόλογου λίπους που λαμβάνεται με λιποαναρρόφηση από το κοιλιακό τοίχωμα, είτε με τοποθέτηση δερμολιπώδους μοσχεύματος το οποίο λαμβάνεται από τις βουβωνικές ή τις γλουτιαίες πτυχές αμφοτερόπλευρα.

Τελευταία εξέλιξη στον τομέα της αισθητικής χειρουργικής του πέους είναι ο συνδυασμός της διατομής των κρεμαστήριων συνδέσμων του πέους με την τοποθέτηση ειδικά επεξεργασμένου με αυτόλογα βλαστοκύτταρα συνθετικού μοσχεύματος (ικρίωμα). Τα αποτελέσματα είναι εντυπωσιακά καθώς επιτυγχάνεται αύξηση του μήκους που μπορεί να φτάσει και τα τέσσερα εκατοστά με αντίστοιχη αύξηση της περιφέρειας του φαλλού.

8. Υπάρχουν επιπλοκές μετά το χειρουργείο; Θα επηρεάσει την ποιότητα της στύσης μου;

Οι επιπλοκές μετά το χειρουργείο είναι σε γενικές γραμμές μικρές. Ωστόσο υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις που μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα όπως μείωση της γωνίας του πέους προς τα πάνω όταν είναι σε στύση, οίδημα ή διαπύηση του τραύματος, μείωση της αισθητικότητας του πέους και ανάπτυξη χηλοειδούς ουλής στο σημείο της τομής. Σε καμία περίπτωση δεν επηρεάζεται η στυτική λειτουργία του ασθενή.

9. Τι είναι η νόσος του Peyronie;

Η νόσος του Peyronie είναι μια διαταραχή κατά την οποία σχηματίζεται ινώδης ιστός, που ονομάζεται πλάκα, στο λευκό χιτώνα του πέους με αποτέλεσμα να χάνεται η ελαστικότητα του στο συγκεκριμένο σημείο και να προκαλείται γωνίωση του οργάνου κατά την διάρκεια της στύσης. Συνήθως η πλάκα συσσωρεύεται στο πάνω ή στο κάτω μέρος του πέους. Τις περισσότερες φορές αρχίζει με φλεγμονή ή πρήξιμο, που μπορεί να γίνει μια σκληρή ουλή ψηλαφητή με το χέρι. Η πλάκα που παρατηρείται στη νόσο του Peyronie είναι καλοήθης και δεν είναι όγκος.

Ενώ η νόσος έχει μια μεγάλη προϊστορία η ακριβής προέλευσή της παραμένει μέχρι και σήμερα άγνωστη. Αναφέρθηκε για πρώτη φορά από τον Gabriel Fallopius το 1561, αλλά έγινε γνωστή το 1743 από τον χειρουργό Francois Gigot de la Peyronie, γιατρό στην αυλή του βασιλιά Λουδοβίκου XV, από τον οποίο πήρε και το όνομα της.

Αρκετοί άνδρες σε κάποια στιγμή της ζωής τους μπορεί να εμφανίσουν μια κάμψη του πέους είτε προς τα επάνω , είτε προς τα κάτω , είτε προς τα πλάγια .Η κάμψη αυτή μπορεί να συνοδεύεται από πόνο και να είναι τόσο μεγάλη που να εμποδίζει ακόμη και την είσοδο του πέους στον γυναικείο κόλπο.

Παρ' όλα αυτά η αιτιολογία της δεν έχει εξακριβωθεί πλήρως. Έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεωρίες με επικρατούσα να είναι εκείνη που αναφέρει ότι προκαλείται από μικροτραυματισμούς στο λευκό χιτώνα του πέους κατά την διάρκεια της σεξουαλικής πράξης με αποτέλεσμα την δημιουργία ουλώδους ιστού. Εκτός από την πεϊκή δυσμορφία που προκαλεί συσχετίζεται και με την εμφάνιση στυτικής δυσλειτουργίας, είτε προκαλώντας διαταραχή του φλεβοαποφρακτικού μηχανισμού είτε επηρεάζοντας ακόμα και την αρτηριακή παροχή. Η εμφάνιση της νόσου δεν συσχετίζεται με συγκεκριμένη ηλικία έναρξης και καταγράφεται σε όλη την ηλικιακή σεξουαλική περίοδο του άνδρα.

10. Πότε και πως αντιμετωπίζεται με φάρμακα;

Συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση που να δίνει βέβαιο αποτέλεσμα για την νόσο του Peyronie δεν υπάρχει. Οι θεραπείες από το στόμα αποτελούν την πρώτη μας επιλογή σε ασθενείς που βρίσκονται στην οξεία φάση της νόσου. Αν και δε θεωρούνται οι πλέον αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση της παραμόρφωσης του πέους, εντούτοις βελτιώνουν τα συμπτώματα και την πεϊκή κάμψη σε ποσοστό που φτάνει και το 50%. Κάποιες από τις ουσίες που χορηγούνται από το στόμα είναι η κολχικίνη, το rotaba, η βιταμίνη E και οι αναστολείς φωσφοδιεστεράσης τύπου 5 (PDE-5) χωρίς να είναι ξεκάθαρο ποια ή ποιος συνδυασμός υπερτερεί των υπολοίπων.

11. Υπάρχουν νεότερες θεραπείες;

Οι τοπικές θεραπείες αποτελούν μια εναλλακτική, μη χειρουργική θεραπευτική προσέγγιση και περιλαμβάνουν την εφαρμογή της ιατρικής θεραπείας απευθείας στις πεϊκές πλάκες. Το κύριο πλεονέκτημά τους σε σύγκριση με τη λήψη φαρμάκων από το στόμα είναι πως επιτρέπουν την άμεση απελευθέρωση ουσιών (π.χ., κορτικοστεροειδή, κολλαγενάση, αναστολείς διαύλων ασβεστίου, ιντερφερόνες)

στο σημείο της παθογένειας και σε υψηλότερη συγκέντρωση. Η μεταφορά στις πεικές πλάκες των παραπάνω ουσιών μπορεί να γίνει είτε με ιοντοφόρηση ή με απευθείας έγχυση σε αυτές. Εκτός των φαρμακευτικών θεραπειών τελευταία εφαρμόζονται και τοπικές θεραπείες εξωτερικής ενέργειας όπως τα κρουστικά κύματα. Ο στόχος είναι να επέλθει διάσπαση της ασβεστοποιημένης πλάκας και να επανακτήσει ο ιστός τη χαμένη του ελαστικότητα, βελτιώνοντας έτσι την κάμψη. Οι θεραπείες αυτές δεν έχουν πείσει ακόμα για την αποτελεσματικότητά τους προσφέροντας αμφιλεγόμενα αποτελέσματα.

12. Πότε χειρουργείται η νόσος του Peyronie;

Η τελευταία θεραπευτική γραμμή είναι οι χειρουργικές επεμβάσεις ευθειασμού του πέους είτε με πτύχωση είτε με διατομή της πλάκας και τοποθέτηση μοσχεύματος. Ωστόσο για να μπορέσει να πραγματοποιηθεί χειρουργική θεραπεία θα πρέπει ο γιατρός να είναι σίγουρος ότι η νόσος έχει σταθεροποιηθεί διότι σε κάθε άλλη περίπτωση υπάρχει σοβαρός κίνδυνος εμφάνισης υποτροπής. Το χρονικό διάστημα σταθερότητας της νόσου, που ισχύει αυτή τη στιγμή στην κλινική πράξη, ώστε να επιτρέπεται η χειρουργική αντιμετώπιση, κυμαίνεται από 6 έως 12 μήνες.

13. Ποια είναι η καλύτερη χειρουργική τεχνική;

Οι τεχνικές που εφαρμόζονται είναι αρκετές (πτύχωση, εκτομή της πλάκας με τοποθέτηση μοσχεύματος και η τοποθέτηση ενδοπεϊκής πρόθεσης) και η επιλογή της κατάλληλης είναι ύψιστης σημασίας. Η πτύχωση εφαρμόζεται σε ασθενείς με μικρού βαθμού κάμψη του πέους, ενώ οι πεικές προθέσεις τοποθετούνται σε ασθενείς που παρουσιάζουν συγχρόνως και στυτική δυσλειτουργία. Η τεχνική με τη μικρότερη πιθανότητα για σμίκρυνση του πέους –κάτι που αποτελεί πηγή ανησυχίας για αρκετούς ασθενείς- είναι η θεραπεία με μόσχευμα, η οποία και εφαρμόζεται με σκοπό τη διατήρηση ή την αποκατάσταση του μήκους του πέους. Κατά την εφαρμογή αυτής της τεχνικής γίνεται εκτομή της πλάκας και το έλλειμμα στον ινώδη χιτώνα του πέους στη συνέχεια καλύπτεται, συνήθως, από αυτόλογο ή συνθετικό μόσχευμα. Τα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης επέμβασης είναι ότι διορθώνεται μεγάλου βαθμού κάμψη χωρίς να επηρεάζεται το μέγεθος του πέους.

14. Κινδυνεύει η στύση μου μετά το χειρουργείο;

Η χειρουργική αντιμετώπιση εφόσον και η μετεγχειρητική πορεία εξελιχθεί ομαλά εγκυμονεί ελάχιστο κίνδυνο για την στύση του άνδρα. Σε κάθε περίπτωση το όφελος από το χειρουργείο είναι μεγαλύτερο με τη διόρθωση της πεικής πλάκας και την

επανάκτηση του χαμένου μήκους του πέους. Το τελικό αποτέλεσμα είναι ένα πέος λειτουργικό με τον ασθενή να επανέρχεται στην σεξουαλική του ζωή ανακουφισμένος και χωρίς να υφίσταται τη ψυχολογική πίεση της δυσμορφίας και του πόνου κατά τη συνουσία.

15. Τι είναι η φίμωση;

Η φίμωση είναι η αδυναμία έλξης της ακροποσθίας (του δέρματος που καλύπτει τη βάλανο του πέους) προς τα πίσω (προς τη βάση του πέους) ώστε να έχουμε πλήρη αποκάλυψη της βαλάνου (κεφαλή) του πέους. Αυτό συμβαίνει όταν υπάρχει στένωση της ακροποσθίας, συγγενής ή επίκτητη. Στα νεογέννητα είναι φυσιολογικό να υπάρχει κάποιου βαθμού φίμωση (συγγενής, από τη γέννηση του παιδιού), η οποία σταδιακά αποκαθίσταται με την πάροδο της ηλικίας. Μόνο το 10% των αγοριών θα συνεχίσουν να έχουν φίμωση μετά την ηλικία των τριών ετών και το ποσοστό αυτό πέφτει στο 1% μετά τα δεκαεπτά έτη.

16. Μπορεί να εμφανιστεί και κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής ζωής; Τι φταίει τότε;

Η φίμωση μπορεί να εμφανίζεται και κατά τη διάρκεια της ζωής του άνδρα (δευτεροπαθής) και τότε μπορεί να οφείλεται σε κακή υγιεινή του πέους, με αποτέλεσμα την εμφάνιση υποτροπιάζουσων φλεγμονών (βαλανοποσθίτιδων) βακτηριδιακών ή μυκητιασικών, που έχουν ως συνέπεια τη σταδιακή στένωση της ακροποσθίας ή σε επαναλαμβανόμενους τραυματισμούς της ακροποσθίας κατά τη σεξουαλική επαφή, τραυματισμοί οι οποίοι οδηγούν προοδευτικά σε ανάπτυξη στενώματος του δέρματος που καλύπτει τη βάλανο. Σπανιότερα η φίμωση μπορεί να οφείλεται σε δερματολογικές παθήσεις του πέους (σκληροατροφικός λειχήνας του πέους, balanitis xerotica obliterans). Τέλος, σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας εμφάνισης φίμωσης αποτελεί ο σακχαρώδης διαβήτης και θα πρέπει πάντα κάθε άνδρας που εμφανίζεται με δευτεροπαθή φίμωση να ελέγχεται για πιθανό σακχαρώδη διαβήτη.

17. Μπορεί η φίμωση να δημιουργήσει προβλήματα στον υγεία του άνδρα;

Η φίμωση αν και καλοήθης πάθηση μπορεί να δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα στην υγεία του άνδρα. Καταρχάς, προδιαθέτει σε φλεγμονές της περιοχής (βαλανοποσθίτιδες) λόγω της κακής υγιεινής και της συσσώρευσης μικροοργανισμών εξαιτίας της αδυναμίας αποκάλυψης της βαλάνου και του σωστού καθαρισμού της. Οι φλεγμονές αυτές είναι επαναλαμβανόμενες και

οδηγούν σε επιδείνωση της φίμωσης. Ακόμα και φλεγμονή του ανώτερου ουροποιητικού μπορεί να προκύψει καθώς κάποια παθογόνα μπορούν να προσκολλώνται στο ουροθήλιο και να μεταναστεύουν από την ουρήθρα προς την κύστη και να φτάσουν ακόμα και στα νεφρά. Εφόσον ο άνδρας δε ζητήσει βοήθεια νωρίς και αφήσει τη φίμωση να επιδεινωθεί μπορεί να φτάσει ακόμα και σε τελεία σύγκλειση του δέρματος της ακροποσθίας με αδυναμία ούρησης και επίσχεση ούρων, γεγονός που χρειάζεται άμεση ιατρική παρέμβαση. Τέλος, η φίμωση αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα ανάπτυξης καρκίνου του πέους, εφόσον όμως δεν αντιμετωπισθεί εγκαίρως και η βάλανος παραμένει κρυμμένη για αρκετά χρόνια.

18. Μπορεί η φίμωση να επηρεάσει τη σεξουαλική ζωή ενός άνδρα;

Η φίμωση επηρεάζει τη σεξουαλικότητα του άνδρα, καθώς μπορεί να προκαλέσει στυτική δυσλειτουργία λόγω του πόνου που υπάρχει από την αδυναμία του πέους σε σύση να υπερνικήσει το στένωμα της ακροποσθίας. Ακόμα και στην περίπτωση που τα καταφέρει, τότε ο πόνος εντοπίζεται στη βάση της βάλανου, καθώς το στενωμένο τμήμα της ακροποσθίας "στραγγαλίζει" τον διογκωμένο ανδρισμό του πάσχοντα με αποτέλεσμα να χάνει τη σύση του. Επιπλέον, η υπερευαισθησία που αναπτύσσεται στην περιοχή οδηγεί στην εμφάνιση και πρόωρης εκσπερμάτισης, γεγονός που μεγενθύνει τη δυσκολία επίτευξης ολοκληρωμένης και απολαυστικής σεξουαλικής επαφής και για τους δύο συντρόφους.

19. Τι είναι η παραφίμωση; Υπάρχει κίνδυνος;

Σημαντική επιπλοκή της φίμωσης είναι η παραφίμωση, η οποία αποτελεί σοβαρή και επείγουσα κατάσταση που θα πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα από ουρολόγο. Στην παραφίμωση έχουμε βίαιη έλξη του στενωμένου τμήματος της ακροποσθίας πίσω από τη βάλανο (συνήθως κατά τη σύση και τη σεξουαλική επαφή) και αδυναμία επαναφοράς του από τον ασθενή στην αρχική του θέση. Δημιουργείται με τον τρόπο αυτό μια δακτυλιοειδής περίσφιξη που στραγγαλίζει το πέος και παρεμποδίζει προοδευτικά την αιμάτωση του. Αν δεν αντιμετωπισθεί άμεσα μπορεί να οδηγήσει σε ισχαιμία και νέκρωση της περιοχής.

20. Πως θεραπεύεται η φίμωση;

Η θεραπεία της φίμωσης είναι κατά κύριο λόγο χειρουργική. Σε αρχικά στάδια ή όταν η φίμωση οφείλεται σε δερματολογική πάθηση μπορεί να γίνει τοπική θεραπεία με εφαρμογή κατάλληλων αλοιφών, όταν όμως αρχίζει να αναπτύσσεται

ουλώδης ιστός τότε το δέρμα χάνει την ελαστικότητά του και η τοπική θεραπεία δε βοηθάει πλέον. Η βασική χειρουργική επέμβαση που εφαρμόζεται στη φίμωση είναι η περιτομή. Αφαιρείται το στενωμένο τμήμα της ακροποσθίας (δακτύλιος) και το πλεονάζων δέρμα και γίνεται πλαστική αποκατάσταση της περιοχής. Γίνεται συνήθως με τοπική αναισθησία και ο ασθενής μετά από λίγες ώρες επιστρέφει στο σπίτι του. Οι επιπλοκές μετά από την περιτομή είναι σπάνιες και αφορούν την εμφάνιση αιματώματος ή τη λοίμωξη του τραύματος. Αντιμετωπίζονται εύκολα και δεν επηρεάζουν το τελικό αποτέλεσμα της επέμβασης.

21. Τι είναι ο χαλινός; Είναι ίδιος σε όλους τους άνδρες;

Ο χαλινός είναι μια δερματική πτυχή που ενώνει τη βάλανο (το κεφάλι) με την ακροποσθία (το τμήμα του δέρματος που καλύπτει τη βάλανο) και βρίσκεται στην κάτω επιφάνεια του πέους. Σε κάποιους άνδρες ο χαλινός μπορεί να είναι παχύτερος, κοντύτερος και ισχυρότερος με αποτέλεσμα στη στύση και στη σεξουαλική επαφή, το πέος να πονάει και να παραμορφώνεται από την έλξη που ασκείται στην κάτω πλευρά, μοιάζοντας γαμφότερο και κοντύτερο, σαν τα νύχια του αετού.

22. Τι προβλήματα προκαλεί ο βραχύς χαλινός στη σεξουαλική ζωή του άνδρα;

Ο πόνος και η δυσφορία του άνδρα τη στιγμή της στύσης, λόγω του χαλινού, μπορεί να είναι τόσο έντονα, που να προκαλέσουν ακόμα και απώλεια της στύσης, δηλαδή στυτική δυσλειτουργία. Από την άλλη ο βραχύς χαλινός μπορεί να προκαλέσει και πρόωρη εκσπερμάτιση. Σε ένα μικρό ποσοστό η περιοχή του χαλινού είναι τόσο ευερέθιστη, με αποτέλεσμα ο άνδρας να εκσπερματίζει πολύ γρήγορα, ακόμα και προκολλητικά, πριν εισέλθει δηλαδή στον κόλπο.

23. Τι να κάνω για να μην με ενοχλεί ο χαλινός; Η μόνη θεραπεία είναι η επέμβαση;

Η λύση στο πρόβλημα του κοντού χαλινού είναι απλή, εύκολη και ανώδυνη. Δε θα πρέπει να φοβάται ο άνδρας να ζητήσει βοήθεια από τον ουρολόγο του. Πρόκειται για μια απλή επέμβαση ρουτίνας, διάρκειας περίπου 15 λεπτών και με τοπική αναισθησία για να μην πονάει ο ασθενής, κατά την οποία γίνεται διατομή του χαλινού, συνήθως με διαθερμία τελευταίας τεχνολογίας ή με τη χρήση laser. Γίνεται συρραφή της τομής, αν χρειάζεται, και ο ασθενής εξέρχεται, χωρίς να χρειασθεί να νοσηλευθεί και συνεχίζει την καθημερινή του δραστηριότητα. Τις πρώτες δύο

ημέρες υπάρχει μια αίσθηση καψίματος στην περιοχή, μετά όμως υποχωρεί γρήγορα. Συνιστάται μετά την επέμβαση ο ασθενής να απέχει από τη σεξουαλική επαφή για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Το μετεγχειρητικό αποτέλεσμα αποζημιώνει τον άνδρα. Απαλλάσσεται από το βασανιστικό πόνο που είχε σε κάθε επαφή, η στύση του είναι σκληρότερη και το πέος του, απελευθερωμένο από τα δεσμά του, μεγαθύνεται σε όλο του το μήκος. Ο άνδρας μπορεί να απολαύσει πλέον το σεξ με τη σύντροφό του, χωρίς το άγχος του πόνου, της αιμορραγίας ή της προωρότητας. Η πλαστική του χαλινού σπάει τα δεσμά του άγχους και του φόβου που τον διακατείχε στο σεξ και βελτιώνεται ψυχολογικά και συναισθηματικά.

24. Τι είναι το κατάγμα πέους; Κινδυνεύω;

Το κατάγμα του πέους αποτελεί την πιο συχνή αμβλεία κάκωση του πέους. Προκαλείται όταν με το πέος σε πλήρη στύση συμβεί βίαιος τραυματισμός του, είτε κατά τη σεξουαλική επαφή (αντί το πέος να εισέλθει στον κόλπο προσκρούει στην ηβική σύμφυση ή το περίνεο), ή τον αυνανισμό ή ακόμα και κατά τη διάρκεια ανήσυχου ύπνου. Ο ινώδης χιτώνας που περιβάλλει τα σηραγγώδη σώματα ρηγνύεται και αυτό γίνεται αντιληπτό από τον ασθενή με έντονο πόνο, χαρακτηριστικό ξερό ήχο ραγίσματος (σαν να σπάει κλαδί) και υποχώρηση της στύσης του. Το πέος πρήζεται και σχηματίζεται αιμάτωμα το οποίο καταλαμβάνει το πέος και το όσχεο και μπορεί να επεκτείνεται μέχρι το κοιλιακό τοίχωμα. Αν υπάρχει και τραυματισμός της ουρήθρας, τότε ο ασθενής παραπονείται για δυσκολία στην ούρηση ή/και αιματουρία.

Η διάγνωση τίθεται και μόνο από το ιστορικό και την κλινική εικόνα του ασθενή. Η περιγραφή των συνθηκών του συμβάντος, η εικόνα του μελανιασμένου και οιδηματώδους πέους (πέος σαν μελιτζάνα) είναι χαρακτηριστικά του κατάγματος. Το σημείο της ρήξης είναι δυνατόν να ψηλαφηθεί από τον εξεταστή. Σε περιπτώσεις που δεν μπορούμε με σιγουριά να πούμε αν έχει υποστεί ρήξη ο ινώδης χιτώνας, μπορούμε να προβούμε σε υπερηχογραφικό έλεγχο της συνέχειάς του, σηραγγογραφία με έγχυση σκιαγραφικού εντός των σηραγγωδών σωμάτων ή ακόμα και μαγνητική τομογραφία. Με τον απεικονιστικό έλεγχο αυτό επιβεβαιώνεται ή αποκλείεται η κάκωση στον ινώδη χιτώνα και μπορούμε να έχουμε και μια πρώτη εικόνα της εντόπισης και της βαρύτητάς της. Αν υπάρχει υποψία κάκωσης της ουρήθρας τότε μπορούμε να προχωρήσουμε σε ουρηθρογραφία ή κυστεοσκοπικό έλεγχο.

Η αντιμετώπιση εξαρτάται από τη σοβαρότητα του τραυματισμού. Σε μια απλή κάκωση του πέους, που έχουμε ένα ελαφρύ υποδόριο αιμάτωμα και που διαπιστωμένα δεν υπάρχει ρήξη των σηραγγωδών σωμάτων, μπορούμε να εφαρμόσουμε συντηρητική θεραπεία. Η θεραπεία αυτή συνίσταται στην εφαρμογή

παγωμένων επιθεμάτων, περίδεση του πέους και χορήγηση αντιφλεγμονωδών και αντιβιοτικών φαρμάκων. Στην περίπτωση όμως που έχουμε ρήξη, δηλαδή τυπική εικόνα κατάγματος του πέους, ή και τραυματισμό της ουρήθρας, τότε θεραπεία εκλογής είναι η άμεση χειρουργική αποκατάσταση, εντός πέντε ωρών από το συμβάν, της συνέχειας του τραυματισμένου ινώδη χιτώνα. Μελέτες έχουν δείξει πως με τον τρόπο αυτό μειώνεται, χωρίς όμως να εξαλείφεται, η πιθανότητα μετατραυματικής στυτικής δυσλειτουργίας. Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές (π.χ. επιφανειακή μόλυνση του τραύματος) εμφανίζονται σε ποσοστό 9%, ενώ στυτική δυσλειτουργία μπορεί να εμφανισθεί παρά την χειρουργική αποκατάσταση σε ποσοστό 1,3%.

Αν το κάταγμα του πέους δεν αντιμετωπισθεί χειρουργικά τότε η εξέλιξη μπορεί να είναι δραματική. Κατ' αρχάς υπάρχει πιθανότητα να μην υποχωρεί το αιμάτωμα του πέους οπότε ο ασθενής θα πρέπει να οδηγηθεί στο χειρουργείο για να ελεγχθεί η αιμορραγία. Κινδυνεύει να εμφανίσει μετατραυματικό απόστημα, ουρηθρικό συρίγγιο, κάμψη του πέους λόγω σχηματισμού ινώδους πλάκας, πόνο κατά τη στύση και στυτική δυσλειτουργία. Μάλιστα η κάμψη του πέους και η στυτική δυσλειτουργία είναι πολύ συχνά εμφανιζόμενες όψιμες επιπλοκές ενός πλημμελώς αντιμετωπισμένου κατάγματος του πέους με ποσοστά 35% και 62% αντίστοιχα.

Το κάταγμα του πέους είναι ένα ατύχημα τρομακτικό για τον άνδρα, που μπορεί να συμβεί σε ανύποπτη χρονική στιγμή. Πρόκειται για επείγουσα ουρολογική πάθηση που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Η εντός πέντε ωρών χειρουργική αποκατάσταση του τραυματισμού είναι επιβεβλημένη, έτσι ώστε ο άτυχος άνδρας να επανέλθει στη σεξουαλική του δραστηριότητα το συντομότερο δυνατό και με το λιγότερο κόστος.

B. Η ΣΤΥΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ

25. Τι είναι η στύση;

Η στύση αποτελεί ένα πολύπλοκο νευροαγγειακό φαινόμενο που βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο του ενδοκρινικού συστήματος. Με απλά λόγια ο μηχανισμός της στύσης ξεκινάει από τον εγκέφαλο, κυρίως από δύο περιοχές του υποθαλάμου, τον παρακοιλιακό πυρήνα και την μέση προοπτική περιοχή. Από τις περιοχές αυτές τα ψυχογενή ερεθίσματα οδηγούν σε δημιουργία νευρικών σημάτων τα οποία διαμέσου του νωτιαίου μυελού καταλήγουν στο νωτιαίο κέντρο της στύσης. Από εκεί και μέσω των περιφερικών νεύρων, τα σήματα αυτά καταλήγουν στο πέος όπου απελευθερώνονται νευροδιαβισταστές με αποτέλεσμα των χαλάρωση των σπραγγωδών σωμάτων τα οποία γεμίζουν με αίμα. Το αίμα εγκλωβίζεται στο πέος, μέσου του ειδικού βαλβιδικού μηχανισμού, με αποτέλεσμα το πέος να σκληραίνει και να εμφανίζεται το φαινόμενο της στύσης. Για να επέλθει η στύση απαιτείται υγιές νευροενδοκρινικό σύστημα, ενώ για να επιτευχθεί πλήρης στύση, σκληρή και διαρκής μέχρι τον οργασμό χρειάζονται υγιή αγγεία.

26. Ποια είδη στύσεων έχουμε;

Η στύση διακρίνεται σε 3 τύπους:

- Ψυχογενής (μετά από οπτική, ακουστική ή και άλλη διέγερση)
- Αντανακλαστική (μετά από απτικό ερεθισμό των γεννητικών οργάνων)
- Νυκτερινή (στύσεις που εμφανίζονται κατά την REM φάση του ύπνου)

27. Πόσα χρόνια σεξουαλικής ζωής έχει ο άνδρας; Μέχρι πότε;

Ο άνδρας διεκδικώντας τη σεξουαλική του υγεία, από την εφηβική αφύπνιση (ήβη) μέχρι το τέλος της ζωής του μπορεί να λειτουργεί σεξουαλικά, τόσο με ψυχική συμμετοχή όσο και με τη σωματική ανταπόκριση. Ασφαλώς, ο βιολογικός κύκλος με την πάροδο των χρόνων, εμφανίζει διαφοροποιήσεις ως προς τη συχνότητα και των αριθμό των επαφών, χωρίς όμως να αναστέλλει τη σεξουαλική δραστηριότητα ενός άνδρα που ψυχικά επιθυμεί τη σεξουαλική του ζωή, χωρίς να οριοθετείται ηλικιακά το τέλος.

28. Τι είναι η στυτική δυσλειτουργία;

Η μόνιμη ή παροδική αδυναμία για τη απόκτηση ή/και διατήρηση στύσης, ικανής σκληρότητας για σεξουαλική δραστηριότητα και ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή.

29. Πόσο συχνή είναι η στυτική δυσλειτουργία;

Τα τελευταία 50 χρόνια, οι μελέτες που έχουν γίνει γύρω από τη στυτική λειτουργία, συνηγορούν στη άποψη ότι ο άνδρας κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής ζωής του, μπορεί αιφνίδια και αναίτια να εμφανίσει ένα παροδικό έπεισόδιο στυτικής δυσλειτουργίας χωρίς αυτό να σημαίνει ότι θα αποκτήσει μόνιμο πρόβλημα. Ο Kinsey στις αναφορές του υποστηρίζει ότι ο ένας στους δύο άνδρες κατά τη διάρκεια της ερωτικής του ζωής, εμφανίζει τουλάχιστον ένα τέτοιο επεισόδιο χωρίς να οδηγηθεί σε στυτική διαταραχή.

Τελευταίες παγκόσμιες μελέτες που καταγράφουν τη σεξουαλική ζωή του άνδρα της δυτικής κοινωνίας, δείχνουν ότι είναι αρκετά συχνό φαινόμενο η εμφάνιση στυτικής διαταραχής από την ψυχική σφαίρα (σε άνδρες νεαρότερης ηλικίας κυρίως), την οργανική πάθηση (άνδρες της μέσης ηλικίας και άνω) και μεικτής οργανικής και ψυχικής αιτιολογίας (άνδρες της μεγαλύτερης ηλικίας, που αυξάνουν σημαντικά τα τελευταία 20 χρόνια με ενεργή σεξουαλική ζωή).

Σε ποσοστά, το 50% των ανδρών ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών θα εμφανίσουν στυτική δυσλειτουργία, με το ποσοστό αυτό να αυξάνεται με την ηλικία. Στους άνδρες ηλικίας μικρότερης των 40 ετών το ποσοστό ανέρχεται στο 20%.

30. Πόσοι άνδρες πάσχουν παγκοσμίως από στυτική δυσλειτουργία και ποιες είναι οι εκτιμήσεις για το μέλλον;

Έγκυρες επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι το έτος 1995, υπήρχαν 152.000.000 άνδρες με στυτική διαταραχή, ενώ στα 10 χρόνια που διανύθηκαν, ο αριθμός εκτιμάται ότι θα ξεπεράσει τα 420.000.000 το έτος 2025.

31. Ποια είναι τα αίτια της στυτικής δυσλειτουργίας;

Τα αίτια που μπορεί να απειλήσουν τη σεξουαλική ικανότητα που συνδέεται με τη στυτική λειτουργία του άνδρα ιατρικώς ταξινομούνται ως εξής:

- Ψυχογενή

- Οργανικά
- Μεικτά

32. Ποια είναι τα ψυχογενή αίτια στυτικής δυσλειτουργίας;

Τα ψυχολογικά αίτια που μπορεί να επηρεάσουν τη στυτική ικανότητα ενός άνδρα, φαίνεται να είναι πολλά και πολυπαραγοντικά ως προς τη γενικότερη σεξουαλική ζωή του αλλά και του τρόπου ψυχικής έκφρασης και επικοινωνίας τόσο με τον εαυτό του όσο και με τη σύντροφό του.

Αν κανείς προσπαθήσει να τα αναφέρει όλα αυτά, τότε θα πρέπει να αναφερθεί σε πολλές εικόνες βιωματικού τρόπου ζωής που μεγαλώνει από το οικογενειακό του περιβάλλον, τον ηθικό του κώδικα, το πολιτισμικό του επίπεδο, τη νοοτροπία, την κουλτούρα αλλά και την παιδεία που συνδυάζεται με την προσωπικότητά του και τα ψυχικά κριτήρια που τον ωριμάζουν, ώστε να αποκτήσει την κοινωνική του ένταξη, την επαγγελματική του πορεία και τη συναισθηματική του ολοκλήρωση στο δικαίωμα μιας προσδοκίας που η σχέση που επιλέγει καλείται να τον ολοκληρώσει ως οντότητα και ανθρώπινη ύπαρξη.

Ενδεικτικά, κανείς μπορεί να αναφέρει το άγχος (αγχώδεις διαταραχές) ως πρωτογενή αιτία απειλής, τη συναισθηματική του μεταβλητότητα (διπολικότητα και κυρίως η καταθλιπτική περίοδος) αλλά και τη διαταραχή της προσωπικότητας που συνδυάζεται και με φαινόμενα ψυχικής απορύθμισης (ψυχοπαθολογία). Σημαντικός παράγοντας των ψυχικών αιτιών που εμπλέκονται με τη σεξουαλική ζωή, είναι οι εγγραφές του άνδρα σε σχέση με τον εαυτό του και τον σεξουαλικό του ρόλο, όπως ο ίδιος τον αντιλαμβάνεται υποκειμενικά. Σκοπός είναι η προσωπική του ικανοποίηση που θα έρθει μέσα από την αναγνώριση της ανδρικής του υπόστασης αλλά και της συντροφικότητάς του μέσα στη σχέση.

Ένας άνδρας μπορεί να έχει προδιαθεσικούς ψυχολογικούς παράγοντες για την εμφάνιση στυτικής δυσλειτουργίας που καθορίζουν τον τρόπο που προσδοκά τη σεξουαλική του ικανοποίηση. Αυτή η συμπεριφορά της ικανοποίησης φαίνεται να εμπλέκεται μέσα στο μυαλό του ως επιτυχία ή αποτυχία μπροστά σε μια γυναίκα που θα πρέπει να της δείξει ότι είναι ικανός.

Οι προδιαθεσικοί αυτού παράγοντες συσχετίζονται με την αυστηρή του ανατροφή, την ανεπαρκή πληροφόρηση σε θέματα σεξουαλικής υγείας, τις διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, την πρώιμη τραυματική σεξουαλική εμπειρία, την ανασφάλεια στο σεξουαλικό του ρόλο και το συνεχές άγχος στο «αν τελικά θα τα καταφέρει», «αν θα είναι καλός εραστής», «αν θα ικανοποιήσει οργασμικά τη σύντροφό του», καθώς και το συνεχές αγωνιώδες ερώτημα «πότε πρέπει να μπω μέσα;». Όλα αυτά δημιουργούν μία θεατρική παράσταση δράματος με τον άνδρα πρωταγωνιστή σε ένα κοινό που τον καλεί να αποδείξει πόσο σωστός ηθοποιός

είναι. Αυτός ο άνθρωπος γυμνός μπροστά σε μια γυναίκα που του δείχνει με τον τρόπο της ότι τον επέλεξε ως εραστή της του επαυξάνει υπερβολικά την προσδοκία μιας επιτυχίας, που η αποτυχία της θα τον γκρεμίσει μπροστά της. Το άγχος του σεξουαλικού ρόλου οδηγεί τον άνδρα στη συνεχή αναζήτηση της σωστής προσπάθειας που μετά από μια αποτυχία, εκείνος αναρωτιέται αν θα τα καταφέρει την επόμενη φορά και κάθε φορά η επόμενη ξεκινάει με την αποτυχία της προηγούμενης.

Μία ακόμη σημαντική παράμετρος στυτικής αποτυχίας για τον άνδρα συνιστά και ο κολεόσπασμος της γυναίκας. Ο άνδρας νιώθει την απόρριψη της γυναίκας, η οποία ουσιαστικά του «κλείνει την πόρτα» μη επιτρέποντάς του την διείσδυση που θα σημάνει για εκείνον το αίσθημα της ικανοποίησης και της κατάκτησης. Στέκεται αμφιθυμικά απέναντι στο γεγονός αυτό νιώθοντας, από την μία, εκνευρισμό λόγω της σεξουαλικής απραξίας ενώ ταυτόχρονα αισθάνεται και ντροπή που δεν καταφέρνει να προσελκύσει σεξουαλικά τη σύντροφό του.

Ένας προδιαθεσικός παράγοντας στη σεξουαλική ζωή του άνδρα, που φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τη σεξουαλικότητά του, είναι η αυνανιστική συνήθεια, που ως έξη αναπτύσσει ψυχοπαθολογικού τύπου συμπεριφορές και καθλώνει τον άνδρα «σε σεξουαλικό αυτισμό» οδηγώντας τον σε σεξουαλική δειλία και ψυχρότητα. Η συμπεριφορά αυτή που είναι απόλυτα φυσιολογική στην περίοδο της εφηβείας, δίνοντας την ικανότητα στο νεαρό άνδρα να αφυπνιστεί σεξουαλικά και να βιώσει τη συνειδητή ηδονή, στην ενήλικη περίοδο θεωρείται ότι κλέβει την παράσταση στη σεξουαλική ζωή που οφείλει να ανοίξει ο άνδρας, διεκδικώντας αυτή την ηδονή με έναν άλλο σύντροφο. Ο αυνανισμός ως σεξουαλική πράξη δε δημιουργεί οργανικού τύπου διαταραχές, στην ψυχική εικόνα, όμως, η παράτασή του και η συστηματική του παρουσία απομακρύνει τον άνδρα από τη σεξουαλική αυτή διεκδίκηση, του αυξάνει «το βόλεμα» και το φόβο ότι μπορεί να αποτύχει σε ενδεχόμενη σεξουαλική προσπάθεια, μειώνει την αυτοπεποίθηση του ατόμου και εκφράζει τάσεις παλινδρόμησης, καταθλιπτικής οργάνωσης και παθητικής στάσης ζωής, γενικότερα στην πορεία του άνδρα.

Ο αυνανισμός απαντάται και ως συμπεριφορά μέσα στις κακές σχέσεις των δύο συντρόφων, προκαλώντας σεξουαλική ψυχρότητα μεταξύ τους και αραίωση των επαφών. Η έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος ενισχύει την φοβία και την αποφυγή διεκδίκησης του σεξουαλικού συντρόφου οδηγώντας βαθμιαία το ζευγάρι στον παιδισμό ως αναπλήρωσή της. Ο αυνανισμός δηλώνει σε αρκετές περιπτώσεις υπάρχουσα ψυχική διαταραχή, όπως ως κατάσταση στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και ως εμπλοκή με άλλα παραγωγικά συμπτώματα ψύχωσης.

33. Ένας άνδρας μπορεί να εμφανίσει στυτικό πρόβλημα χωρίς αιτία;

Τόσο ο άνδρας όσο και η γυναίκα πρέπει να γνωρίζουν ότι το στυτικό πρόβλημα δε φωτογραφίζει πάντα κάποια σοβαρότερη ψυχολογική ή οργανική πάθηση. Η στυτική διαταραχή μπορεί να έρθει στο κρεβάτι ενός άνδρα ξαφνικά όταν οι σκέψεις του για κάποιο λόγο του αποσπάσουν την προσοχή της σεξουαλικής εικόνας που ηδονικά βιώνει ή όταν ένα τυχαίο γεγονός της στιγμής μπορεί να του προκαλέσει ξάφνιασμα ή και ταραχή (π.χ. το ξαφνικό κουδούνισμα του κινητού του, οξύς θόρυβος από το πάνω διαμέρισμα ή ακόμη και μια άγαρμπη κίνηση που μπορεί να κάνει άθελά της η σύντροφός του!). Ίσως και άλλα πολλά που η αναγραφή τους θα ήταν πλεοναστική, θα μπορούσαν να αναφερθούν στην αναίτια λίστα μιας σεξουαλικής διαταραχής χωρίς αιτία.

34. Όταν φοράω το προφυλακτικό χάνω τη στύση μου! Έχω πρόβλημα;

Τα επεισόδια στυτικής δυσλειτουργίας δεν οφείλονται στη χρήση ή στο σχεδιασμό του προφυλακτικού αλλά στην φτωχή εκπαίδευση των νεαρών ανδρών και στην απειρία τους γύρω από τη χρήση του. Τα προφυλακτικά δεν είναι υπεύθυνα για την αδυναμία της διατήρησης της στύσης, παρά τα όσα πιστεύουν κάποιοι άνθρωποι. Στο συμπέρασμα αυτό έχουν καταλήξει πολλές έρευνες τα τελευταία χρόνια που σχεδιάστηκαν ώστε να δώσουν απάντηση σε ένα πρόβλημα που απασχολεί πολλούς άνδρες και τους οδηγεί στην αποφυγή της χρήσης προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική πράξη. Το προφυλακτικό δεν στερεί κάτι από την απόλαυση και δεν δημιουργεί προβλήματα στους σεξουαλικούς συντρόφους. Και οι δύο απολαμβάνουν το σεξ με προφυλακτικό στον ίδιο βαθμό, όπως θα το απολάμβαναν και αν δεν χρησιμοποιούσαν.

35. Η στυτική δυσλειτουργία θεραπεύεται χωρίς ειδική θεραπεία;

Είναι γεγονός ότι 1 στους 2 άνδρες, σε κάποια χρονική στιγμή της ζωής του θα βιώσει ένα περιστατικό στυτικής αποτυχίας. Ο τρόπος με τον οποίο θα γίνει η διαχείριση της αποτυχίας αυτής, τόσο από τον άνδρα όσο και από τη σύντρόφό του θα καθορίσει την εξέλιξη ή όχι του προβλήματος. Όταν υπάρχει ανησυχία και άγχος για την απόδοση, φόβος ότι η σύντροφος δεν θα ικανοποιηθεί ή ακόμη και ο φόβος απόρριψης από την σύντροφο, δεν μπορούμε να ικανοποιήσουμε τις σεξουαλικές προσδοκίες μας. Η εμφάνιση ενός σεξουαλικού προβλήματος έχει σαν κύρια αιτία το άγχος και το φόβο. Το άγχος της σεξουαλικής απόδοσης συμβάλει σημαντικά στην ανάπτυξη και/ή στη διατήρηση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας ψυχογενούς αιτιολογίας. Το άγχος της απόδοσης είναι ένα από τα θέματα που δεν θα το συζητήσουν εύκολα οι άνδρες μεταξύ τους αλλά ούτε και με τη σεξουαλική τους

σύντροφο εφόσον θεωρούν ότι θα χαρακτηριστούν ανίκανοι, προβληματικοί ή «λίγοι» στο σεξουαλικό τους ρόλο. Έχει παρατηρηθεί ότι ο άνδρας που είναι αγχωμένος για την σεξουαλική του απόδοση ή επίδοση, αρκετές φορές αποφεύγει να θίξει το άγχος του στη σύντροφό του, παρόλο που και εκείνη το «μοιράζεται» μαζί του, φοβούμενος ότι θα χαλάσει την εικόνα του καλού ή «τέλειου» εραστή και ότι όχι μόνο θα μπει στη σύγκριση που η γυναίκα θα κάνει με προηγούμενους σεξουαλικούς συντρόφους της αλλά θα βγει και ο «χαμένος» μέσα από τη σύγκριση αυτή.

Δε σημαίνει πάντα ότι η στυτική δυσλειτουργία χρειάζεται αντίστοιχη θεραπεία. Η στυτική απώλεια που δεν προκαλεί θόρυβο και δε φέρνει τα πάνω κάτω στη ζωή ενός ζευγαριού, το επόμενο λεπτό έχει ξεχαστεί, αρκεί οι κινήσεις που θα ακολουθήσουν μετά τη στυτική αυτή απώλεια να μην δείχνουν αμηχανία, φόβο, απορία, ανάγκη δικαιολογίας και φυσικά χρέωση για το ποιος και τι την προκάλεσε. Πιο απλά και ήρεμα, αν δε δοθεί σημασία στην αιφνίδια στυτική απώλεια και δε γεμίσει αρνητικές σκέψεις το μυαλό του άνδρα, πρόβλημα θα προσπεραστεί με χαρακτηριστική ευκολία.

36. Ποια είναι τα οργανικά αίτια στυτικής δυσλειτουργίας;

Η οργανικής αιτιολογίας στυτική δυσλειτουργία διαχωρίζεται σε:

- Αγγειακή
- Ορμονική
- Νευρογενή
- Ανατομική
- Οφειλόμενη σε φάρμακα και ουσίες

37. Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου στυτικής δυσλειτουργίας αγγειακής αιτιολογίας;

Διάφοροι παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν την ενδοθηλιακή αγγειακή λειτουργία, είναι πιθανό να οδηγήσουν σε στυτική διαταραχή. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε:

- Αρτηριακή υπέρταση
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Υπερλιπιδαιμία
- Στεφανιαία νόσος
- Περιφερική αγγειοπάθεια
- Μεταβολικό σύνδρομο

38. Ποια είναι τα αίτια στυτικής δυσλειτουργίας ορμονικής αιτιολογίας;

- Υπογοναδισμός (χαμηλή τεστοστερόνη)
- Υπερπρολακτιναιμία
- Υπό και υπέρ θυρεοειδισμός

39. Τι είναι η τεστοστερόνη; Που παράγεται;

Η τεστοστερόνη είναι μια στεροειδής ορμόνη η οποία ανήκει στην κατηγορία των ανδρογόνων. Τα ανδρογόνα παράγονται στους όρχεις και τα επινεφρίδια κι έχουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση, ανάπτυξη και διατήρηση ενός υγιούς ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος. Η δράση αυτή των ανδρογόνων στο γεννητικό σύστημα του άνδρα, ξεκινάει από την μήτρα και συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του.

40. Τι είναι οι όρχεις; Ποια η λειτουργία τους;

Οι όρχεις είναι οι γεννητικοί αδένες του άνδρα. Είναι όργανα με διπλή λειτουργία καθώς αποτελούν το βιοχημικό εργοστάσιο παραγωγής τεστοστερόνης και ταυτόχρονα στο παρέγχυμα τους επιτελείται η σπερματογένεση. Οι όρχεις είναι τυπικά δύο, έχουν σχήμα ωοειδές, διαστάσεις 4×2,5×2,5 cm και εντοπίζονται μέσα στο όσχεο. Οι όρχεις περιβάλλονται από τον ινώδη χιτώνα, και αποτελούνται από τα σπερματικά σωληνάκια τα κύτταρα Sertoli και τα διάμεσα κύτταρα του Leydig που παράγουν ανδρογόνα, κυρίως την τεστοστερόνη. Η ανατομική θέση του οσχέου επιτρέπει τη διατήρηση χαμηλότερων θερμοκρασιών για τους όρχεις από τις αντίστοιχες του σώματος, γεγονός απαραίτητο για τη σπερματογένεση και τη γονιμότητα. Το όσχεο περιλαμβάνει επίσης τις επιδιδυμίδες και τους σπερματικούς πόρους, ενώ οι όρχεις συγκρατούνται στο όσχεο από τους σπερματικούς τόνους, οι οποίοι περιέχουν τους σπερματικούς πόρους, αγγεία, νεύρα και τους κρεμαστηρίους μυς.

Η λειτουργία των όρχεων ρυθμίζεται από την υπόφυση και τον υποθάλαμο και υποβοηθείται από τους επικουρικούς γεννητικούς αδένες. Οι αδένες αυτοί είναι ο προστάτης, οι σπερματοδόχοι κύστες και οι βολβουρηθραίοι αδένες. Τα σπερματοζώαρια μετά την παραγωγή τους ακολουθούν την αποχετευτική οδό του σπέρματος, η οποία αποτελείται από τις επιδιδυμίδες, τους σπερματικούς πόρους, τις σπερματοδόχες κύστες, τους εκσπερματικούς πόρους και την ουρήθρα.

41. Ποια η σημασία της τεστοστερόνης για τον άνδρα;

Η τεστοστερόνη είναι από τις σημαντικότερες ορμόνες για τον άνδρα και αποτελεί επί της ουσίας το καύσιμο για την καθημερινότητά του. Ευθύνεται για τον σχηματισμό των τυπικών ανδρικών χαρακτηριστικών, έχει σημαντικό ρόλο στην σεξουαλική επιθυμία, την παραγωγή του σπέρματος και συμβάλει στην ανάπτυξη και διατήρηση της μυϊκής και οστικής μάζας του άνδρα. Χωρίς αυτήν οι επιπτώσεις στο σώμα του, στην προσωπικότητά του και την ψυχή του είναι δυνητικά σοβαρές. Το σώμα του αλλάζει, οι γνωστικές του λειτουργίες επιβραδύνονται, ο μεταβολισμός του απορυθμίζεται και εμφανίζονται παθήσεις που απειλούν την ποιότητα της ζωής του. Διαταράσσεται η φύση του, ο ίδιος ο ανδρισμός του και επέρχεται μεγάλο πλήγμα στη σεξουαλικότητά του.

42. Παραμένει σταθερή η τεστοστερόνη καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του άνδρα;

Μελέτες έχουν δείξει ότι με την πάροδο της ηλικίας του άνδρα και ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 40 ετών, παρουσιάζεται σταδιακή αλλά σταθερή πτώση των επιπέδων τεστοστερόνης στο αίμα. Κατά μέσο όρο τα επίπεδα τεστοστερόνης μειώνονται κατά 0,4%-2% ετησίως. Το γεγονός αυτό εκτός από τις συνέπειες που έχει στη σεξουαλική σφαίρα επηρεάζει και άλλες παραμέτρους της ανδρικής υγείας. Η μείωση των ανδρογόνων μπορεί να προκαλέσει οστεοπόρωση, μείωση της μυϊκής μάζας, αύξηση του λιπώδους ιστού και διαταραχές της ψυχικής διάθεσης (δυσθυμική διαταραχή). Η συχνότητα εμφάνισης του υπογοναδισμού στους άνδρες μέσης ηλικίας είναι 6%. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας και την ύπαρξη παχυσαρκίας. Υπό συνθήκες και κάτω από αυστηρό εργαστηριακό και κλινικό έλεγχο είναι δυνατή η αναπλήρωση των ορμονών αυτών μέσα από κατάλληλα φαρμακευτικά σκευάσματα.

43. Τι είναι ο δευτεροπαθής υπογοναδισμός;

Η μείωση των επιπέδων των ανδρογόνων κατά τη διάρκεια της ζωής του άνδρα, στο πλαίσιο της φυσιολογικής γήρανσης του οργανισμού, επηρεάζει αρνητικά τη γονιμότητα, προκαλεί στυτική δυσλειτουργία, απώλεια μυϊκής και οστικής μάζας, διαταραχές στον μεταβολισμό των λιπιδίων και των γνωστικών λειτουργιών. Πολλές χρόνιες παθήσεις που ταλαιπωρούν τον άνδρα όταν γερνάει συσχετίζονται με τα χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης. Ο υπογοναδισμός είναι το κλινικό σύνδρομο που προκαλείται από την ανεπάρκεια των ανδρογόνων, με αποτέλεσμα να επιδρά αρνητικά στη λειτουργία πολλών οργάνων και τελικά στην ποιότητα ζωής του άνδρα. Ο υπογοναδισμός διακρίνεται σε πρωτοπαθή, δευτεροπαθή, όψιμη

έναρξης και λόγω αντοχής στα ανδρογόνα. Διάγνωση δευτεροπαθή υπογοναδισμού μπορεί να δοθεί όταν υπάρχει διαταραχή στη λειτουργία του υποθαλάμου ή/και της υπόφυσης η οποία ευθύνεται για μειωμένη παραγωγή τεστοστερόνης από τον οργανισμό του άνδρα.

44. Τι προκαλεί νευρογενή στυτική δυσλειτουργία;

Η στυτική δυσλειτουργία νευρογενούς αιτιολογίας διακρίνεται σε προκαλούμενη από παθήσεις του κεντρικού και του περιφερικού νευρικού συστήματος.

Κεντρικές βλάβες (επικρατέστερα νοσήματα):

- Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Νόσος του Parkinson
- Νεοπλασίες
- Εγκεφαλικά επεισόδια
- Κακώσεις και εκφυλιστικές παθήσεις της Σπονδυλικής Στήλης

Περιφερικές βλάβες (επικρατέστερα νοσήματα):

- Σακχαρώδης διαβήτης, ανεξαρτήτως τύπου
- Ουραιμία- Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
- Χειρουργική της πυέλου
- Αλκοολισμός
- Τοξικές βλάβες
- Διαφόρου τύπου περιφερικές νευροπάθειες.

45. Ποιες παθήσεις της σπονδυλικής στήλης μπορούν να προκαλέσουν στυτική δυσλειτουργία;

Τα κέντρα της αντανακλαστικής σύσσης βρίσκονται στα 12-14 νευροτόμια του νωτιαίου μυελού. Παθήσεις του νωτιαίου μυελού που επηρεάζουν τα νευροτόμια αυτά, ή τις εκφύσεις των νεύρων (κοίλη μεσοσπονδυλίου δίσκου και άλλες ριζίτιδες) μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τη στυτική λειτουργία. Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στις κακώσεις του νωτιαίου μυελού, οι οποίες προκαλούνται από τροχαία ή άλλα ατυχήματα (π.χ. πτώση από ύψος, κατά τη διάρκεια extreme sports κλπ) σε ολοένα και αυξανόμενο αριθμό νέων σε ηλικία ατόμων. Κακώσεις του νωτιαίου μυελού σε υψηλότερο επίπεδο από το αντανακλαστικό στυτικό κέντρο, διατηρούν τις αντανακλαστικές στυσεις και υπάρχει απώλεια μόνο των ψυχογενών στυσεων λόγω διακοπής επικοινωνίας του ψυχογενούς στυτικού κέντρου. Τα άτομα

με τη βλάβη αυτή μπορούν να έχουν ερωτική επαφή με τον μηχανικό ερεθισμό του πέους. Αντίθετα, κακώσεις του νωτιαίου μυελού στο επίπεδο του αντανακλαστικού στυτικού κέντρου, προκαλούν απώλεια και των αντανακλαστικών στυσεων και το πέος δεν ανταποκρίνεται ούτε στο μηχανικό ερεθισμό του. Η βλάβη αυτή είναι αρκετά σοβαρή και περίπλοκη, αφού προσβάλλει νέους ανθρώπους που το σεξ στη ζωή τους κυριαρχεί και παρουσιάζει δυσκολίες και προκλήσεις στη θεραπευτική της αντιμετώπιση και λόγω της ψυχικής απαίτησης των νέων ανθρώπων που προσβάλλονται.

46. Ποιες χειρουργικές επεμβάσεις επηρεάζουν τη στυτική λειτουργία του άνδρα;

Οι κυριότερες επεμβάσεις που επηρεάζουν τη στυτική λειτουργία του άνδρα είναι:

- Επεμβάσεις της σπονδυλικής στήλης (οσφυϊκής-ιεράς μοίρας),
- Επεμβάσεις της πυέλου (ριζική προστατεκτομή, ριζική κυστεκτομή)
- Επεμβάσεις του γαστρεντερικού συστήματος (κολεκτομή λόγω κακοήθειας του σιγμοειδούς ή του ορθού).
- Επεμβάσεις για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής με τοποθέτηση μοσχεύματος διακοιλιακά

47. Ποια φάρμακα προκαλούν στυτική δυσλειτουργία;

Τα συνηθέστερα φάρμακα που επηρεάζουν τη στυτική λειτουργία του άνδρα είναι τα παρακάτω:

- Αντιυπερτασικά
- Καρδιοτονωτικά
- Διουρητικά
- Αντιφλεγμονώδη
- Αντιεπιληπτικά
- Νευροληπτικά
- Άτυπα αντιψυχωσικά
- Αντικαταθλιπτικά
- Ηρεμιστικά (αγχολυτικά, υπνωτικά)
- Υπναγωγά
- Οιστρογόνα
- Αντιανδρογόνα
- Αντιόξινα ενζυματικά
- Κατασταλτικά του ΚΝΣ (βαρβιτουρικά, αντισταμινικά, παραλδεΐδη κ.α.)

- Κυτταροστατικά

Αν κάποιος ασθενής λαμβάνει αγωγή με φάρμακα των παραπάνω κατηγοριών και εμφανίσει πρόβλημα στη στύση του δεν σημαίνει ότι αυτόματα θα πρέπει να σταματήσει τα φάρμακα του. Αντίθετα θα πρέπει να συζητήσει με το γιατρό του ή με ειδικό ανδρολόγο για την πιθανότητα να έχει επηρεαστεί η στύση του από το εν λόγω φάρμακο και για τις θεραπευτικές επιλογές που έχει. Η διακοπή της θεραπείας χωρίς να υπάρχει ενημέρωση του θεράποντα ιατρού μόνο κινδύνους εγκυμονεί.

48. Ποιες ουσίες προκαλούν στυτική δυσλειτουργία;

Στην καθημερινότητα μας απολαμβάνουμε ουσίες οι οποίες μας προσφέρουν ευχαρίστηση χωρίς να υπολογίζουμε τις βλαπτικές συνέπειες που έχουν στην υγεία μας και στη στύση μας. Κάποιες από αυτές είναι:

- Οινοπνευματώδη (αλκοολική τοξίκωση)
- Νικοτίνη (αυξημένη χρήση και κατάχρηση)
- Κανναβινοειδή (χρήση και κατάχρηση)
- Οπιοειδή (χρήση και κατάχρηση)
- Ψευδαισθησιογόνες ουσίες (LSD, PCP...)

49. Τι είναι ο προστάτης και ποιος ο ρόλος του στον άνδρα;

Ο προστάτης είναι ένας μικρός αδένας με βάρος 10-20 γραμμάρια σε σχήμα κάστανου. Βρίσκεται ακριβώς κάτω από την ουροδόχο κύστη, ενώ μέσα του περνά η ουρήθρα. Παράγει το προστατικό υγρό που αποθηκεύεται στον αδένα και εξωθείται κατά την εκσπερμάτιση προς την ουρήθρα. Το προστατικό υγρό περιέχει ουσίες απαραίτητες για τη σωστή λειτουργία και επιβίωση των σπερματοζωαρίων στο αφιλόξενο περιβάλλον του κόλπου. Άρα ο προστάτης είναι απαραίτητος αποκλειστικά για την εκσπερμάτιση και την αναπαραγωγή. Οι παθήσεις του όμως είναι συχνές και προκαλούν σοβαρές επιπτώσεις στη σεξουαλική λειτουργία.

50. Ο καρκίνος του προστάτη επηρεάζει τη στύση του άνδρα;

Ο καρκίνος έχει επιπτώσεις στο σύνολο της ζωής του άνδρα που νοσεί και σε πολλές περιπτώσεις επηρεάζει και τη σεξουαλικότητά του. Η επιθυμία για σεξουαλική επαφή είναι το πρώτο πεδίο της σεξουαλικότητας που προσβάλλεται αφού οι αλλαγές της σωματικής εικόνας, η πτώση της ενεργητικότητας, η αγωνία για την επόμενη μέρα αλλά και η πίεση των οικογενειακών και οικονομικών δυσκολιών που

συνεπάγεται η ασθένεια, επιβαρύνουν σημαντικά τον καρκινοπαθή. Δεν είναι λοιπόν απίθανο, η διάγνωση του καρκίνου από μόνη της να αποτελέσει ένα ισχυρό πλήγμα για την ψυχολογία, την ερωτική διάθεση αλλά και την στύση του άνδρα. Ωστόσο, εάν ο ασθενής πριν από την εμφάνιση της νόσου είχε μια υγιή σεξουαλική ζωή τότε αυτό αποτελεί έναν καλό προγνωστικό παράγοντα αφού οι πιθανότητες να επανέλθει η ομαλή σεξουαλική δραστηριότητα μετά τη θεραπεία είναι αυξημένες. Ωστόσο, οι κυριότερες επιπτώσεις του καρκίνου στη σεξουαλική ζωή του άνδρα σχετίζονται κυρίως με την θεραπεία της νόσου. Ο καρκίνος του προστάτη πρακτικά δεν επηρεάζει τη στυτική λειτουργία. Τις περισσότερες φορές όμως οι θεραπείες για τον καρκίνο του προστάτη προκαλούν στυτική δυσλειτουργία.

51. Οι θεραπείες για τον καρκίνο του προστάτη προκαλούν στυτική δυσλειτουργία;

Οι φαρμακευτικές θεραπείες του καρκίνου του προστάτη (ανδρογονικός αποκλεισμός ή φαρμακευτικός ευνουχισμός) επιφέρουν στυτική δυσλειτουργία και άλλες παρενέργειες (απώλεια ερωτικής διάθεσης) που μειώνουν την διάθεση του άνδρα να εμπλακεί στη σεξουαλική επαφή. Η επέμβαση της ολικής προστατεκτομής είναι πιθανό να οδηγήσει σε στυτική δυσλειτουργία αφού πολλές φορές επηρεάζονται τα αγγεία και τα νεύρα που στηρίζουν τον στυτικό μηχανισμό. Δεξιά και αριστερά του προστάτη, αγκαλιάζοντας τον, και σε επαφή με αυτόν, πορεύονται τα αγγειονευρώδη δεμάτια που νευρώνουν το πέος και προκαλούν το έναυσμα για την έναρξη της στύσης απελευθερώνοντας NO, και προκαλώντας χάλαση του λείου μυϊκού ιστού. Σε περιπτώσεις ριζικής προστατεκτομής για την αντιμετώπιση της κακοήθειας του προστάτη, είναι δυνατόν, και ανάλογα με τη χρησιμοποιούμενη χειρουργική τεχνική, να τραυματιστούν ή και να κοπούν τα νεύρα αυτά. Συνέπεια του γεγονότος αυτού, είναι η εμφάνιση στυτικής δυσλειτουργίας στους ασθενείς αυτούς. Στην περίπτωση που τα νεύρα αυτά κοπούν, η διαταραχή της στύσης είναι μόνιμη και είναι αναγκαίο να αντιμετωπιστεί θεραπευτικά. Αν τα νεύρα αυτά απλώς τραυματιστούν, είναι πιθανό μετά την πάροδο ενός διαστήματος 6-18 μηνών η στυτική λειτουργία να επανέλθει. Έχει επισημανθεί σε σημαντικές μελέτες ότι η αποκατάσταση της στυτικής λειτουργίας είναι ταχύτερη και πληρέστερη όταν άμεσα μετεγχειρητικά ο ασθενής που έχει υποβληθεί σε ριζική προστατεκτομή λάβει συστηματική καθημερινή θεραπεία με αναστολείς της φωσφοδιεστεράσης τύπου 5 (σιλδεναφίλη, ταδαλαφίλη ή βαρδεναφίλη). Σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές (nerve sparing), εξασφαλίζουν την ελάχιστη βλάβη του νευρικού δεματίου και την ομαλότερη μετεγχειρητική εξέλιξη της στυτικής λειτουργίας.

52. Η υπερπλασία του προστάτη απειλεί τη σεξουαλική ζωή του άνδρα;

Η υπερπλασία του προστάτη αποτελεί μία συχνή πάθηση, η συχνότητα της οποίας αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας. Οι μισοί περίπου άνδρες ηλικίας άνω των 50 ετών θα εμφανίσουν υπερπλασία του προστάτη, με συμπτωματολογία που ποικίλει από αποφρακτικά, ερεθιστικά ή μικτά συμπτώματα. Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι δυσκολία στην ούρηση με μειωμένη ροή, διακοπτόμενη ούρηση, αίσθημα ατελούς κένωσης, επιτακτικότητα, συχνουρία και νυκτουρία. Σύγχρονες μελέτες έχουν δείξει συσχέτιση ανάμεσα στα συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού και τη στυτική δυσλειτουργία. Το 50% των ανδρών που εμφανίζουν υπερπλασία του προστάτη με συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό θα εμφανίσουν και κάποια μορφή στυτικής διαταραχής.

53. Η προστατίτιδα επηρεάζει τη σεξουαλικότητα του άνδρα;

Η προστατίτιδα είναι η φλεγμονή του προστάτη αδένου. Μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια. Στην οξεία προστατίτιδα ο ασθενής εμφανίζει υψηλό πυρετό, κακουχία, πόνο και κάψιμο κατά την ούρηση και συχνουρία. Σπανιότερα μπορεί να εμφανιστεί και αιματουρία. Αντίθετα στη χρόνια προστατίτιδα τα συμπτώματα είναι ηπιότερα και περιλαμβάνουν δυσκολία ή και κάψιμο στην ούρηση, συχνουρία, πόνο στην περιοχή της πυέλου και των γεννητικών οργάνων, πόνο κατά την εκσπερμάτιση, πιθανώς αίμα στο σπέρμα, μείωση της ερωτικής επιθυμίας, στυτική δυσλειτουργία και πρόωρη εκσπερμάτιση.

Η προστατίτιδα είναι μια πάθηση που επηρεάζει κατά πολύ την ποιότητα ζωής του ασθενή. Η αγωνία του πόνου, ειδικά τη στιγμή του οργασμού, αλλά και ο βύθιος πόνος στο περίνεο και τους όρχεις που αισθάνονται οι ασθενείς οδηγούν σε αποχή από τη σεξουαλική επαφή και σε απομόνωση του άνδρα από τη σύντροφο του. Ο φόβος ότι «κάτι κακό μπορεί να τρέχει» είναι βασανιστικός και κυριαρχεί έντονα στη σκέψη του. Η φλεγμονή που ελλοχεύει στον προστάτη προκαλεί πρόωρη εκσπερμάτιση η οποία με τη σειρά της γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή ως στυτικό πρόβλημα, ένας φαύλος κύκλος που διογκώνεται και τον εγκλωβίζει στη σεξουαλική του μοναξιά. Ανασταλτικά στην καλή του στυτική λειτουργία δρα και ο πόνος που παρατηρείται στο περίνεο όταν προκαλείται στύση αλλά και η επώδυνη εκσπερμάτιση.

Ανάλογα με την βαρύτητα της προστατίτιδας χορηγείται εξατομικευμένη θεραπεία με συνδυασμό αντιβιοτικών, αντιφλεγμονωδών, α-αναστολέων και φυτικών σκευασμάτων ώστε να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα ταχύτερα και αποτελεσματικότερα. Η αντιμετώπιση της φλεγμονής του προστάτη δίνει τέλος και στα σεξουαλικά προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί.

54. Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να επηρεάσει τη στύση του άνδρα;

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια συνδέεται με ένα σημαντικό αριθμό διαταραχών της σεξουαλικής υγείας. Οι διαταραχές αυτές αφορούν τόσο προβλήματα στη στυτική λειτουργία των ασθενών, όσο και στη μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας και στα προβλήματα υπογονιμότητας. Η σημαντική αυτή αλλοίωση της σεξουαλικής ζωής των ασθενών οφείλεται σε ένα σύνολο παραγόντων οι οποίοι περιλαμβάνουν την ουραιμία, τις μεταβολές που συνδέονται με την αιμοδιάλυση καθώς και τις παρενέργειες των φαρμάκων που χρησιμοποιούν οι ασθενείς αυτοί. Διάφορες διεθνείς μελέτες αναφέρουν ότι μέχρι και το 80% των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση είναι δυνατό να παρουσιάσουν στυτική δυσλειτουργία.

Είναι γνωστό ότι οι χρόνιοι νεφροπαθείς οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση παρουσιάζουν σημαντικές αθηρωματικές βλάβες τόσο στα μεγάλα όσο και στα μικρά αγγεία. Αν προσθέσουμε ότι σε πολλούς από αυτούς τους παράγοντες συνυπάρχουν και σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση και υπερλιπιδαιμία, καταλαβαίνουμε ότι οι προκαλούμενες αρτηριακές βλάβες είναι δυνατόν να είναι σημαντικές.

Επίσης, οι νεφροπαθείς μπορεί να παρουσιάσουν διαταραχή στη λειτουργικότητα του λείου μυϊκού ιστού στο πέος με αποτέλεσμα διαταραχή του μηχανισμού της φλεβικής σύγκλεισης της στύσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το αίμα που φτάνει στο πέος να μην μπορεί να παραμείνει, και να προκαλείται κατά αυτό τον τρόπο απώλεια της στύσης.

Διαταραχές μπορεί να προκληθούν και λόγω αλλοίωσης της νεύρωσης στο πέος. Πράγματι έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν περιφερική νευροπάθεια με αποτέλεσμα την εμφάνιση στυτικών διαταραχών.

Δεν πρέπει να παραβλέπουμε ότι οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν πολλές φορές σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση, λόγω της χρονιότητας της παθήσεώς τους. Η ψυχολογική αυτή επιβάρυνση μπορεί να έχει κεντρικό ρόλο στην εμφάνιση τόσο προβλημάτων στην στύση, όσο και στη μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας του ασθενούς.

Σημαντική θέση στη διαταραχή της σεξουαλικής υγείας των νεφροπαθών, έχουν και τα φάρμακα τα οποία αυτοί λαμβάνουν όπως αντιυπερτασικά, αντικαταθλιπτικά, σιμετιδίνη, διγοξίνη κ.α. Τα φάρμακα αυτά μπορεί να προκαλέσουν τόσο στυτική δυσλειτουργία, όσο και μείωση του libido.

Στους χρόνιους νεφροπαθείς, είναι γνωστό ότι εμφανίζονται και αρκετές ορμονικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, είναι δυνατό να εμφανιστούν αλλοιώσεις του άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης - όρχεων με αποτέλεσμα τη μείωση των επιπέδων τεστοστερόνης στο αίμα και την αύξηση των επιπέδων της προλακτίνης. Οι

αλλοιώσεις αυτές μπορεί να προκαλέσουν τόσο διαταραχές στη γονιμότητα (μείωση αριθμού των σπερματοζωαρίων, μείωση της κινητικότητάς τους), όσο και διαταραχές στη σύση και τη σεξουαλική επιθυμία. Τελειώνοντας, πρέπει να αναφέρουμε ότι και η αναιμία που παρουσιάζεται σε αυτούς τους ασθενείς, λόγω της μειωμένης παραγωγής ερυθροποιητίνης είναι δυνατόν να επηρεάσει τη στυτική λειτουργία τους.

55. Ένας άνδρας που πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη θα εμφανίσει πάντα στυτικό πρόβλημα;

Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες, ο ένας στους δύο διαβητικούς θα εμφανίσει στυτικό πρόβλημα, οφειλόμενο είτε σε νευροπάθεια είτε σε αγγειοπάθεια περιφερικού τύπου. Σημαντικό ρόλο στην προφύλαξη της στυτικής δυσλειτουργίας στον διαβητικό παίζει ο καλός γλυκαιμικός έλεγχος.

Αυτό όμως δεν καταδικάζει a priori ένα διαβητικό άνδρα ότι θα εμφανίσει οπωσδήποτε στυτική δυσλειτουργία. Ο συχνός και προγραμματισμένος έλεγχος και ο σωστός τρόπος ζωής του διαβητικού, μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης του στυτικού προβλήματος και αυξάνουν το χρόνο σεξουαλικής ζωής χωρίς πρόβλημα.

56. Ένα στυτικό πρόβλημα σε άνδρα που έχει σακχαρώδη διαβήτη οφείλεται πάντα στη μεταβολική αυτή διαταραχή;

Ο σακχαρώδης διαβήτης τα τελευταία χρόνια έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται άμεσα με την καταθλιπτική διαταραχή και το αντίστροφο. Ο καταθλιπτικός άνδρας έχει πολύ μεγάλη πιθανότητα να εμφανίσει διαβήτη στη διάρκεια της ζωής του σε σχέση φυσικά με την κληρονομικότητα και τη γενικότερη ποιότητα ζωής του. Έτσι λοιπόν, ένας καταθλιπτικός διαβητικός άνδρας μπορεί να οφείλει τη στυτική του ανεπάρκεια όχι στη διαβητική κατάστασή του αλλά στην ίδια την ψυχική διαταραχή που συνδέεται με τη σεξουαλική του συμπεριφορά, μειώνοντας τη στυτική του ικανότητα.

57. Τι είναι το μεταβολικό σύνδρομο;

Το μεταβολικό σύνδρομο αποτελεί ένα σύνολο παθήσεων που οδηγούν τον οργανισμό σε πλήρη μεταβολική απορύθμιση. Δεν πρόκειται δηλαδή για μια μόνο πάθηση, αλλά για ένα σύνολο παθήσεων, μια συνολική μεταβολική απορύθμιση του οργανισμού, η οποία οδηγεί με αργό ρυθμό το σώμα σε ολοκληρωτική κατάρρευση. Αποτελεί μια μάστιγα της σύγχρονης κοινωνίας καθώς όλο και

περισσότεροι άνθρωποι πάσχουν από αυτό. Για να θεωρηθεί κάποιος ότι πάσχει από μεταβολικό σύνδρομο θα πρέπει να έχει τρεις ή περισσότερες από τις παρακάτω πέντε καταστάσεις:

- Περίμετρο μέσης >102 εκ.
- Τριγλυκερίδια ≥ 150 mg/dl
- HDL < 40 mg/dl
- Αρτηριακή πίεση $\geq 130/85$ mmHg
- Γλυκόζη αίματος νηστείας ≥ 110 mg/dl

Το μεταβολικό σύνδρομο συσχετίζεται με παχυσαρκία, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδη διαβήτη και αρτηριακή υπέρταση, όλες παθήσεις που μαστιίζουν το σύγχρονο άνθρωπο και τον τρόπο ζωής του. Ο ασθενής που πάσχει από μεταβολικό σύνδρομο έχει τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσει από καρδιαγγειακή νόσο και αυξημένη πιθανότητα να πεθάνει από αυτήν. Κι εδώ να σας θυμίσω ότι η καρδιαγγειακή νόσος και η στυτική δυσλειτουργία έχουν κοινούς παράγοντες κινδύνου και παθογενετικούς μηχανισμούς.

Είναι δυνατόν λοιπόν ο ασθενής που πάσχει από μεταβολικό σύνδρομο να έχει καλή στύση; Μάλλον όχι. Κι αυτό διότι το μεταβολικό σύνδρομο αποδεδειγμένα επηρεάζει τη στυτική λειτουργία του ασθενή ποικιλοτρόπως. Καταρχάς η παχυσαρκία, και πιο συγκεκριμένα το κοιλιακό λίπος, προκαλεί αντίσταση στην ινσουλίνη, υπερινσουλιναίμια και υπεργλυκαιμία, δυσλιπιδαιμία και αρτηριακή υπέρταση. Όλοι οι παραπάνω παράγοντες ενοχοποιούνται για δημιουργία αθηρωματικών πλακών στα αγγεία και αγγειοπάθεια. Επιπλέον το μεταβολικό σύνδρομο προκαλεί φλεγμονή στο τοίχωμα των αγγείων και διαταράσσει τη λειτουργία του ενδοθηλίου τους που με τη σειρά του οδηγεί σε μείωση των επιπέδων του μονοξειδίου του αζώτου (NO) και αδυναμία αγγειοδιαστολής. Τέλος, όπως σε κάθε φλεγμονή, οι ελεύθερες ρίζες που παράγονται καταστρέφουν το ενδοθήλιο και συμβάλλουν περαιτέρω στη δημιουργία αθηρωματικών πλακών.

Βλέπουμε λοιπόν ότι το μεταβολικό σύνδρομο αποτελεί μια φλεγμονώδη καταιγίδα που προσβάλλει και καταστρέφει τα αγγεία μας, μαζί με αυτά και τα αγγεία του πέους μας. Πέρα όμως από την αγγειακή βλάβη και τη στυτική δυσλειτουργία που επακολουθεί συσχετίζεται και με μειωμένα επίπεδα τεστοστερόνης στους άνδρες αυτούς, γεγονός που επιφέρει επιπλέον επιπτώσεις στη σεξουαλικότητα τους, καθώς όταν λείπει η τεστοστερόνη εμφανίζονται διαταραχές στη στυτική λειτουργία αλλά και στην ερωτική επιθυμία. Δηλαδή, εκτός του ότι δε μπορεί να έχει στύση, σιγά σιγά χάνει και τον ερωτισμό του, την επιθυμία του να συνευρεθεί με τη σύντροφό του και καθίσταται αδρανής ερωτικά.

58. Ποια η συσχέτιση στεφανιαίας νόσου και στυτικής δυσλειτουργίας;

Η στυτική δυσλειτουργία και η καρδιαγγειακή νόσος έχουν μία δεδομένη και αναγνωρισμένη σχέση. Πολλές σημαντικές διεθνείς μελέτες αναφέρουν αξιολογικά ποσοστά ασθενών με καρδιαγγειακές παθήσεις, οι οποίοι εμφανίζουν ταυτόχρονα και προβλήματα σύσης. Αν λάβουμε υπόψη μας την έκταση των καρδιαγγειακών παθήσεων, αντιλαμβανόμαστε ότι το παραπάνω πρόβλημα απασχολεί ένα μεγάλο αριθμό ανδρών. Πρώτα από όλα, πρέπει να αναφέρουμε ότι οι δυο παθήσεις μοιράζονται πολλούς κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες. Το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία, η παχυσαρκία προκαλούν αθηρωματικές βλάβες και αρτηριοσκλήρυνση. Επιπλέον το τοίχωμα των αγγείων φλεγμένει, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενδοθηλιακής νόσου και τη βλάβη των αγγείων τα οποία τροφοδοτούν με αίμα τα όργανα του σώματος. Τα αγγεία χάνουν την αγγειοδιασταλτική τους ικανότητα και γίνονται σκληρά και άκαμπτα. Η κατάσταση αυτή έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση της στεφανιαίας νόσου, όσο και της στυτικής δυσλειτουργίας. Για αυτόν το λόγο βλέπουμε ασθενείς οι οποίοι έχουν περάσει κάποιο έμφραγμα, είτε γενικά πάσχουν από καρδιαγγειακή νόσο να παρουσιάζουν και στυτικές διαταραχές.

Ταυτόχρονα έχει γίνει εκτεταμένη συζήτηση σχετικά με την ασφάλεια της σεξουαλικής δραστηριότητας στους πάσχοντες από καρδιαγγειακή νόσο. Επίσης έχουν καλλιεργηθεί διάφοροι μύθοι σχετικά με τη χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας στους ασθενείς αυτούς. Σημαντικό ρόλο παίζει και ο ψυχολογικός παράγοντας, γιατί έχει παρατηρηθεί ότι ασθενείς μετά από έμφραγμα παρουσιάζουν ως κύρια ψυχολογική επίπτωση το φόβο και το άγχος, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να επανακτήσουν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα. Τέλος, πολλές φορές η σύντροφος φοβάται και αποθαρρύνει το σύντροφό της να έχει σεξουαλική ζωή, για να μην εμφανιστεί το καρδιακό πρόβλημα ξανά.

Πρέπει να αναφερθεί ότι η σεξουαλική δραστηριότητα δεν προκαλεί πιο πολύ stress από ότι μια συγκρίσιμη δραστηριότητα της καθημερινής ρουτίνας. Επίσης, σύμφωνα με μελέτες, το σεξ συμβάλλει μόνο στο 1% των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου. Δηλαδή, όταν το έμφραγμα ή η στεφανιαία νόσος είναι ελεγχόμενη και υπό αγωγή δεν ελλοχεύει κανένας κίνδυνος για τον πάσχοντα από τη σεξουαλική δραστηριότητα. Αντίθετα επιβάλλεται να επανενωθεί με τη σύντροφο του. Χωρίς φόβο μπορεί να χρησιμοποιήσει και κάποια θεραπεία για στυτική δυσλειτουργία, κάποιο από τα γνωστά χαπάκια καθώς τελευταίες μελέτες έχουν αποδείξει πως δεν υπάρχει κανένας φόβος καρδιακού επεισοδίου εφόσον ο ασθενής βρίσκεται υπό θεραπεία και είναι ασυμπτωματικός. Φυσικά περιορισμοί στη χρήση τους υπάρχουν τους οποίους θα πρέπει να συζητήσει με τον καρδιολόγο ή τον ανδρολόγο του.

Τελειώνοντας, θα πρέπει να πούμε ότι η στυτική δυσλειτουργία μπορεί να αποτελεί πρόδρομο σημάδι και καμπανάκι κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο. Έχει βρεθεί ότι ένας στους πέντε ασθενείς που πάσχει από στυτική δυσλειτουργία ταυτόχρονα πάσχει από σιωπηρή στεφανιαία νόσο που μπορεί να εκδηλωθεί έως και δύο χρόνια μετά το στυτικό πρόβλημα. Για αυτό τον λόγο, ασθενείς με στυτική δυσλειτουργία και αγγειακούς παράγοντες κινδύνου θα πρέπει να υποβάλλονται και σε καρδιολογικό έλεγχο για πιθανή ύπαρξη στεφανιαίας νόσου.

59. Είναι η ποιότητα της στύσης δείκτης της υγείας του άνδρα;

Τα τελευταία χρόνια έχει διαπιστωθεί ότι η στυτική δυσλειτουργία, εκτός από δυσάρεστη για τον άνδρα, είναι και ένας σημαντικός δείκτης της υγείας του καρδιαγγειακού του συστήματος, αλλά και της γενικότερης κατάστασής του. Ένας σεξουαλικά δραστήριος άνδρας έχει μικρότερη πιθανότητα να νοσήσει από καρδιαγγειακή νόσο, ενώ στους μισούς από αυτούς που έχουν στυτική δυσλειτουργία θα ακολουθήσει στεφανιαία νόσος μέσα στην επόμενη τριετία. Ειδικά για τους άνδρες άνω των 40 το στυτικό πρόβλημα μπορεί να αποτελέσει μια σαφή προειδοποίηση για την μελλοντική εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Σύμφωνα με τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα η ύπαρξη στυτικής δυσλειτουργίας ισοδυναμεί με αύξηση κατά 40% του κινδύνου για καρδιαγγειακό πρόβλημα, ακόμα κι όταν λαμβάνονται υπ' όψιν και οι άλλοι παράγοντες κινδύνου για την καρδιά, όπως η ηλικία, το κάπνισμα, η χοληστερόλη και υπέρταση.

60. Ποια είναι η στάση της γυναίκας μπροστά στη στυτική δυσλειτουργία του άνδρα;

Η γυναίκα μπροστά στον άνδρα που δε μπορεί φαίνεται να λειτουργεί με συγκαταβατικότητα, ανοχή, οργή και θυμό εκφράζοντας επιθετική θορυβώδη συμπεριφορά, εισπράττοντας την αδυναμία του για επίτευξη στυτικής ικανότητας ως «έλλειμμα» σεξουαλικής επιθυμίας και διέγερσης προς την ίδια. Η εντύπωση που συχνά της δημιουργείται, ότι δεν αρέσει, την οδηγεί στο να χρεώνει τον άνδρα που βυθίζεται όλο και περισσότερο μέσα στην απελπισία της έκθεσης και του ρεζιλέματός του. Η αμφιθυμική της συμπεριφορά αυξάνει το σεξουαλικό πρόβλημα και «ευνουχίζει» τον άνδρα που ανεπαρκεί όπου μοιραία τον καθηλώνει στη σεξουαλική του δυσλειτουργία. Η στάση της και ο ρόλος της στη φάση της σεξουαλικής δραστηριότητας αλλά και η εν γένει συμπεριφορά της και εκτός σεξουαλικού παιχνιδιού έχουν πολύ μεγάλη αξία για τη μείωση του ψυχικού κόστους ή αντίθετα την αύξηση του ψυχικού πόνου που βιώνει ο σεξουαλικός της σύντροφος με το υπάρχον σεξουαλικό πρόβλημα. Αυτονόητο είναι πως η θετική στάση που ενισχύει την ψυχική αποφόρτιση του άνδρα, την κάνει να μπορεί να τον

στηρίζει και να του δείξει ότι το πρόβλημα αυτό δεν απειλεί τη σχέση τους, δημιουργώντας την ψυχική ατμόσφαιρα ανάγκης προς τη θεραπευτική αντιμετώπιση από κοινού.

61. Πόσο το στυτικό πρόβλημα επηρεάζει τη ζωή του άνδρα και πως;

Ο άνδρας δίνει μεγάλη έμφαση στην καλή σεξουαλική λειτουργία του. Πιστεύει ότι η σεξουαλική ζωή που βιώνει με την σύντροφό του έχει ουσιαστική αξία στη σχέση τους, γι' αυτό και η εμφάνιση ενός σεξουαλικού στυτικού προβλήματος τον θορυβεί αρκετά και τον κάνει να αισθάνεται ότι η στυτική δυσλειτουργία μπορεί να απειλήσει τη ζωή με τη γυναίκα του.

Αλλά και ο άνδρας που δε διατηρεί σταθερή και μόνιμη σχέση, βρίσκεται σε μεγάλη ψυχική ένταση μπροστά στο στυτικό πρόβλημα που ο κίνδυνος απορύθμισης της ζωής του είναι μεγάλος. Ιδεοληπτική φοβία, καταθλιπτική εικόνα, αντικοινωνική συμπεριφορά, καχυποψία και παρανοειδής ιδεασμός είναι συνήθη φαινόμενα συμπεριφοράς αντίστοιχα με την προσωπικότητά του που αλλάζουν την καθημερινή του ζωή, ακόμη δε μπορεί να απορυθμίσουν και την επαγγελματική του δραστηριότητα, οδηγώντας τον σιγά-σιγά έτσι στην κοινωνική μόνωση και την ενδεχόμενη ψυχική διαταραχή. Έχουν αναφερθεί κυρίως στις νεαρότερες ηλικίες και αυτοκτονικές απόπειρες σε άνδρες που κυριαρχήθηκαν από σκέψεις ότι σεξουαλικά ξόφλησαν και δεν είναι πλέον ικανοί άνδρες.

62. Ποιοι στρεσογόνοι παράγοντες απειλούν τη σεξουαλική ζωή του άνδρα;

Όλες οι σύγχρονες μελέτες τείνουν να ενοχοποιούν διάφορους παράγοντες ζωής που εκλύουν στρες στην καθημερινή επιβίωση του άνδρα, ώστε η σεξουαλική του ζωή να δέχεται αρνητικές επιρροές, διαφοροποιώντας τη σεξουαλικότητά του. Οι παράγοντες αυτοί φαίνεται να συσχετίζονται με εσωτερικές ψυχικές συγκρούσεις που καθορίζουν το βαθμό απαίτησης και στόχευσης της επιτυχίας του αλλά και από συμπεριφορές του περιβάλλοντός του κυρίως της κοινωνικοεπαγγελματικής του σφαίρας. Ο άνδρας δείχνει να είναι περισσότερο ευάλωτος από τη γυναίκα σε παράγοντες στρες που τον καθιστούν ασταθή και επιρρεπή στη σεξουαλική πτώση. Οι παράγοντες αυτοί έρχονται να ενισχυθούν και από τα κοινωνικά πρότυπα και μοντέλα που φέρνουν τη σχέση του με τη γυναίκα περισσότερο ανταγωνιστική και συγκρουσιακή, διαμορφώνοντας την αυξημένη προσδοκία να αποδείξει την ανδρική του υπόσταση, μπροστά σε μια γυναίκα που τον επιλέγει, τον εγκρίνει ή τον απορρίπτει.

63. Το επαγγελματικό άγχος θεωρείται κυρίαρχη αιτία εμφάνισης σεξουαλικού προβλήματος και πως;

Η κοινωνική καταξίωση του άνδρα σήμερα, έρχεται μέσα από την αυξημένη ανασφάλεια της επαγγελματικής του πορείας, ενώ από τα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής του, η αγωνία του και η συνεχής συμπίεση που δέχεται από το περιβάλλον του, τον οδηγούν σε μια συνεχή μάχη επαγγελματικής καταξίωσης και κοινωνικής επιτυχίας. Το επαγγελματικό άγχος φαίνεται να κατέχει την πρώτη αιτία εμφάνισης σεξουαλικού προβλήματος του άνδρα ηλικίας 35-50 ετών. Τελευταίες όμως μελέτες, δείχνουν ότι συσσωρευμένο άγχος επαγγελματικής πορείας έχουν και άνδρες άνω των 50 ετών, δεδομένου ότι ο χρόνος συνταξιοδότησης θα ξεπεράσει τα 65 χρόνια ζωής του, κάτι που τον αναγκάζει να βρίσκεται σε αυξημένη ετοιμότητα επαγγελματικής ενεργοποίησης. Απέναντι στο επαγγελματικό άγχος, σεξουαλική διαταραχή φαίνεται να προκαλεί και το άγχος ανεργίας που πλήττει όχι τόσο τους νέους αλλά τους άνδρες άνω των 45 ετών.

64. Υπάρχει συσχέτιση οικονομικής συμπίεσης και σεξουαλικής ζωής στον άνδρα;

Το χρήμα, καθοριστικό πρόσωπο της οικονομίας, αποτελεί βασικό συντελεστή της σεξουαλικής ανδροπρέπειας και φαίνεται να συντελεί θετικά στην αυξημένη σεξουαλική επιθυμία του άνδρα που η ευμάρεια και ο πλούτος διαμορφώνουν τη ζωή του. Κοινωνιολογικές προσεγγίσεις τείνουν στην εκτίμηση της άμεσης συσχέτισης οικονομικής πορείας και σεξουαλικής ζωής, σκιαγραφώντας τη συναισθηματική και ψυχική καταπόνηση στον άνδρα που οικονομικά δυσπραγεί, πνίγοντας μέσα στη φτώχεια τη σεξουαλική του εικόνα. Δεν φαίνεται όμως να αποτελεί μοιραία παράμετρο η οικονομική αναφορά ενός άνδρα που αισθάνεται πως το χρήμα τον κάνει «δύο φορές άνδρα», εφόσον η οικονομική του κατάσταση χαρακτηρίζεται από σταθερότητα και ικανοποιητική βιωσιμότητα.

65. Ποια διαγνωστική προσέγγιση χρησιμοποιούμε στη διερεύνηση της στυτικής δυσλειτουργίας;

Ένας ασθενής ο οποίος προσέρχεται σε έναν ειδικό γιατρό για τη διερεύνηση της στυτικής δυσλειτουργίας του, θα πρέπει να υποβληθεί στον παρακάτω έλεγχο:

- Πλήρες ιατρικό και σεξουαλικό ιστορικό
- Μέτρηση των επιπέδων γλυκόζης νηστείας στο αίμα
- Μέτρηση των λιπιδίων του αίματος (λιπιδαιμικό προφίλ)

- Ορμονικός έλεγχος
- Δυναμικό Doppler πείκων αγγείων
- Άλλες εξειδικευμένες εξετάσεις ανάλογα με την περίπτωση

Ακρογωνιαίος λίθος στη σωστή διαγνωστική προσπέλαση, αποτελεί η λήψη λεπτομερούς ιατρικού και σεξουαλικού ιστορικού από τον ασθενή σε ένα περιβάλλον χαλαρό και ευχάριστο. Το πρόβλημα της στύσης θα πρέπει να περιγράφεται πλήρως στον ειδικό. Η σκληρότητα και η διάρκειά της καθώς και τυχόν διαταραχές στην εκσπερμάτιση θα πρέπει να καταγράφονται. Όταν τα στοιχεία που συγκεντρώνονται από το ψυχολογικό προφίλ του άνδρα δεν επαρκούν ώστε να μπορεί να αποδοθεί η στυτική δυσλειτουργία σε ψυχογενείς παράγοντες και ταυτόχρονα υπάρχουν συγκεκριμένες ενδείξεις που παραπέμπουν σε οργανικά ζητήματα τότε ο άνδρας θα πρέπει να ακολουθήσει κλινική εξέταση και εργαστηριακό έλεγχο.

Στην κλινική εξέταση ελέγχουμε τα χαρακτηριστικά του φύλου, ψηλαφούμε τα έξω γεννητικά όργανα, εξετάζουμε τον προστάτη δακτυλικά και ελέγχουμε αδρά νευρολογικά τον ασθενή. Μια συστηματική κλινική εξέταση μπορεί να μας αποκαλύψει νόσους που έχουν διαφύγει της προσοχής, όπως η υπερπλασία του προστάτη (στην δακτυλική εξέταση), η νόσος Peyronie (κάμψη του πέους, ψηλάφηση πλάκας), υπογοναδισμός (μικροί όρχεις, διαταραχή των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου) κλπ. Τέλος η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και των σφύξεων είναι απαραίτητα αν δεν έχουν εκτιμηθεί το τελευταίο τρίμηνο.

66. Πως γίνεται ο αιμοδυναμικός έλεγχος της στύσης;

Ο ασθενής ξαπλώνει αναπαυτικά στο εξεταστικό κρεβάτι με κατάλληλο οπτικοακουστικό υλικό και υποβάλλεται σε φαρμακευτική διέγερση της στύσης χρησιμοποιώντας 10-20 µg προσταγλανδίνης E1 ή 0,1-0,2 ml Trimix. Στη συνέχεια χρησιμοποιώντας ένα έγχρωμο υπερηχοτομογράφο, εντοπίζουμε τις εν τω βάθει πείκές αρτηρίες και μετράμε την ταχύτητα της αιματικής ροής σε διάφορες χρονικές στιγμές (0, 5 και 20 λεπτά). Με την εξέταση αυτή αξιολογούμε τόσο την αιματική ροή, όσο και τη λειτουργία του φλεβοαποφρακτικού μηχανισμού, καθώς και τη βατότητα των πείκων αρτηριών. Με την πλήρη αυτή μελέτη της πείκής αιμοδυναμικής οδηγούμαστε σε ασφαλή συμπεράσματα για τη λειτουργικότητα του μηχανισμού της στύσης και την αιτιολογία της στυτικής δυσλειτουργίας.

67. Είναι απαραίτητο το πείκό Doppler σε κάθε ασθενή;

Το πείκό Doppler αποτελεί απαραίτητη εξέταση στη διερεύνηση της αιτιολογίας της στυτικής δυσλειτουργίας. Αναλογιζόμενοι το γεγονός ότι το 70% των περιπτώσεων οργανικής αιτιολογίας στυτικής δυσλειτουργίας οφείλεται σε αγγειακά αίτια καταλαβαίνουμε ότι και μόνο από τη μελέτη της αιμοδυναμικής του πέους μπορούμε να θέσουμε με σαφήνεια τη διάγνωση και όχι να βασιζόμαστε σε υποθέσεις και εικασίες. Συνεπώς, ναι, η σωστή διερεύνηση της στυτικής δυσλειτουργίας προϋποθέτει τη διενέργεια πείκού Doppler σε κάθε ασθενή με πρόβλημα στη στύση του.

68. Τι είναι η μέτρηση των νυκτερινών στύσεων;

Η νυκτερινή στύση παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της υγείας του σηραγγώδους ιστού. Κατά τη διάρκεια των στύσεων αυτών, ο στυτικός ιστός αιματώνεται και κατά συνέπεια οξυγονώνεται διατηρώντας τη λειτουργική του ικανότητα. Είναι δυνατή με τη βοήθεια μιας ειδικής συσκευής, η μέτρηση της έντασης και διάρκειας των στύσεων αυτών. Κατά αυτό τον τρόπο είναι εφικτός ένας αδρός διαχωρισμός ανάμεσα σε ψυχογενούς και οργανικής αιτιολογίας στυτικές δυσλειτουργίες. Πράγματι, με εξαίρεση την κατάθλιψη, καμία άλλη ψυχική διαταραχή δε διαταράσσει τις νυκτερινές στύσεις.

69. Ποιες εξετάσεις αίματος κρίνονται απαραίτητες;

Ο βασικός εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει γενική αίματος, μέτρηση των τιμών γλυκόζης νηστείας και λιπιδαιμικό προφίλ (χοληστερίνη, τριγλυκερίδια, HDL, LDL), καθώς και ορμονολογικό έλεγχο (τεστοστερόνη, προλακτίνη, TSH, αλβουμίνες, SHBG). Σε ορισμένους ασθενείς αναλόγως των ευρημάτων από την κλινική εξέταση μπορεί να χρειασθεί επιπλέον εργαστηριακός έλεγχος όπως μέτρηση του ειδικού προστατικού αντιγόνου, καλλιέργειες ούρων ή/και σπέρματος κλπ.

70. Θεραπεύεται η στυτική δυσλειτουργία;

Δεδομένης της συχνότητας του φαινομένου της στυτικής δυσλειτουργίας στους άνδρες όλων των ηλικιών η επιστημονική κοινότητα έχει επικεντρωθεί στον εντοπισμό θεραπευτικών προσεγγίσεων για κάθε περίπτωση. Σήμερα υπάρχει πληθώρα θεραπευτικών επιλογών για την στυτική δυσλειτουργία κάθε αιτιολογίας.

71. Ποιες θεραπείες υπάρχουν για την αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας;

Η στυτική δυσλειτουργία αποτελεί πλέον το μεγαλύτερο και πιο συχνό πρόβλημα της σεξουαλικής ζωής του άνδρα σήμερα, τόσο στην ψυχογενή όσο και στην οργανική του διάσταση, δεδομένου ότι η σεξουαλική ζωή του άνδρα έχει επιμηκυνθεί σημαντικά. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν τρεις άξονες:

Ο πρώτος άξονας είναι οι ψυχολογικές θεραπείες που εμπλουτίζονται τόσο σε ατομική γνωσιακή εικόνα ρόλου, όσο και μέσα στην ίδια τη σχέση ως σύστημα σεξουαλικής ενίσχυσης του ζευγαριού που ζητάει τη λύση του προβλήματος ως μια εικόνα. Οι θεραπείες αυτές απευθύνονται στον άνδρα που κυριαρχείται από ψυχολογικού τύπου αιτιοπαθολογία αλλά και στη σχέση με τη σύντροφό του ως θεραπεία ζεύγους, με στόχο το ίδιο το σεξουαλικό πρόβλημα που συσχετίζεται με την επικοινωνία και την ψυχική επαφή αφού η σεξουαλική ζωή του ζευγαριού που διαταράσσεται, παρασύρει και τους άλλους δείκτες της σχέσης συνολικά.

Στη σεξουαλική δυσλειτουργία, η ψυχολογική κατάσταση τόσο του άνδρα όσο και της γυναίκας φαίνεται να επηρεάζεται αλλά και να την επηρεάζει αυτή την ίδια σεξουαλική δυσλειτουργία αναπτύσσοντας ένα φαύλο κύκλο στη ζωή ζεύγους. Οι ψυχολογικές θεραπείες απαιτούν χρόνο, πίστη και συνέπεια στο πρόγραμμα αυτών των θεραπευτικών προσεγγίσεων, τόσο στην ατομική όσο και στη σχέση των δύο συντρόφων, που όμως τα αποτελέσματα είναι αρκετά ικανοποιητικά, ξεπερνώντας το 80% της θεραπευτικής προσδοκίας.

Ο δεύτερος άξονας είναι η φαρμακευτική παρέμβαση που αυξάνεται σημαντικά στις μέρες μας, προσφέροντας ικανοποιητική και γρήγορη λύση ως προς το αποτέλεσμα και την επαναφορά της σεξουαλικής ζωής στον άνδρα αλλά και στη γυναίκα, αφού το φάρμακο δίνει λύση στη στυτική διαταραχή του άνδρα και κατ' επέκταση στη σεξουαλική ικανοποίηση της γυναίκας.

Ο τρίτος άξονας είναι οι ιατρικές τεχνικές επεμβάσεις που δίνουν λύσεις σε πολυπλοκότερα και πιο δύσκολα προβλήματα στυτικής διαταραχής με οργανικά νοσήματα που επιφέρουν βαρύτερες βλάβες οργανικού τύπου στην ποιότητα της στυτικής λειτουργίας. Σύγχρονες απόψεις επιτρέπουν ειδικές μοντέρνες χειρουργικές επεμβάσεις, προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή στυτική απάντηση.

Είναι αλήθεια ότι τα τελευταία 10 χρόνια, οι θεραπευτικές προσπάθειες έχουν στραφεί πολύ στις θεραπευτικές αγωγές που είναι εύκολες στις χρήσεις τους και θεαματικές στην αποτελεσματικότητά τους.

72. Ποια είναι η σύγχρονη φαρμακευτική αντιμετώπιση;

Το 1998 η είσοδος της σιλденаφίλης (Viagra) στη θεραπεία της στυτικής δυσλειτουργίας έφερε επανάσταση στον τομέα αυτό. Η σιλденаφίλη, η οποία είναι αναστολέας της φωσφοδιεστεράσης τύπου 5 (PDE5), δρα προκαλώντας χάλαση του λείου μυϊκού ιστού του πέους και αύξηση της αιματικής ροής σε αυτό. Η είσοδος της σιλденаφίλης στην αγορά, με την απλή, ακίνδυνη και αποτελεσματική δράση της κινητοποίησε μεγάλο αριθμό ανδρών που μέχρι τότε ήταν σιωπηλοί και κλειδωμένοι στο φόβο της ανεπάρκειας, να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια, συνειδητοποιώντας ότι το πρόβλημά τους έχει λύση, σπάζοντας τα ταμπού και ζητώντας από τη σύντροφό τους να αποδεχτεί αυτή τη θεραπεία που ο γιατρός προτείνει.

Το 2003 παρουσιάστηκαν δύο νέα φάρμακα της ίδιας κατηγορίας, η ταδαλαφίλη (Cialis) με κύριο χαρακτηριστικό τη μεγάλη διάρκεια δράσης (36 ώρες περίπου), καθώς και η βαρδεναφίλη (Levitra). Τέλος, το νεώτερο μέλος της οικογένειας των αναστολέων της φωσφοδιεστεράσης τύπου 5 είναι η αβαναφίλη (Spedra) καθώς κυκλοφόρησε μόλις το 2013 στην Ευρώπη. Ο μηχανισμός δράσης είναι ο ίδιος με τα υπόλοιπα, πλεονεκτεί όμως στην έναρξη της δράσης του η οποία γίνεται μόλις 15 λεπτά από την κατάποση και στο γεγονός ότι έχει τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες σε σχέση με τους υπόλοιπους PDE5's.

Τελευταία χρησιμοποιείται όλο και συχνότερα η ταδαλαφίλη σε συγκέντρωση 5mg και ημερήσια λήψη. Σαν θεραπεία θεωρείται ότι πιο σύγχρονο στη φαρμακευτική μας φαρέτρα για την αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας που εμφανίζεται σε ασθενείς που πάσχουν ταυτόχρονα από υπερπλασία του προστάτη με συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό. Μελέτες έχουν δείξει ότι η μονοθεραπεία με ταδαλαφίλη 5 mg μία φορά ημερησίως βελτιώνει τόσο τα συμπτώματα της υπερπλασίας του προστάτη και την ούρηση, όσο και τη στυτική ικανότητα των ασθενών.

Παρ' όλα τα αισιόδοξα και θετικά μηνύματα που έφεραν όλα αυτά τα φάρμακα στη σεξουαλική στυτική δυσλειτουργία του άνδρα, ένα μεγάλο ποσοστό ανδρών που έχει στυτικό πρόβλημα δε φτάνει στο γιατρό και δε διεκδικεί τη θεραπευτική λύση (μόλις 2 στους 10 αναζητούν την ιατρική βοήθεια). Ο χρόνος από την έναρξη της στυτικής δυσλειτουργίας μέχρι την αναζήτηση της ιατρικής βοήθειας, κυμαίνεται από 3 έως 5 χρόνια.

73. Ποια τα πλεονεκτήματα της θεραπείας από το στόμα;

Τα από το στόμα χρησιμοποιούμενα φάρμακα έφεραν επανάσταση στην αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας. Η αποτελεσματικότητά τους, το μικρό

ποσοστό παρενεργειών και η ασφάλεια στη χορήγηση τους, αλλά κυρίως η εύκολη πρόσβαση του ασθενή στη θεραπεία και η απλή χρήση τους οδήγησαν όλο και περισσότερους άνδρες στη χρήση τους.

74. Ποιες είναι οι παρενέργειες της θεραπείας από το στόμα;

Οι παρενέργειες της φαρμακευτικής, από το στόμα, θεραπείας είναι σε γενικές γραμμές μικρές. Οι αναστολές της φωσφοδιεστεράσης τύπου 5 προκαλούν σε διαφορετικό βαθμό και σε μικρό γενικά ποσοστό τις ακόλουθες παρενέργειες:

- Πονοκέφαλο
- Ζαλάδα
- Ρινίτιδα
- Δυσπεψία
- Flushing

75. Μπορούν όλοι να λάβουν θεραπεία από το στόμα; (αντενδείξεις)

Απόλυτη αντένδειξη χορήγησης των αναστολέων της φωσφοδιεστεράσης τύπου 5 είναι η συγχορήγηση με τα νιτρώδη. Η χορήγηση σε καρδιολογικούς ασθενείς γίνεται μετά από πλήρη καρδιολογικό έλεγχο. Είναι αναγκαίο να αναφερθεί ότι τα σκευάσματα αυτά δεν προκαλούν κάποια καρδιολογική βλάβη. Απλώς ένας ασταθής καρδιαγγειακός άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει προβλήματα από επίδραση του φαρμάκου στο καρδιαγγειακό του σύστημα.

76. Πότε χρησιμοποιούμε ενδοπεϊκές ενέσεις στην αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας;

Οι ενδοπεϊκές ενέσεις χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση της στυτικής διαταραχής στην περίπτωση αποτυχίας της από το στόμα φαρμακευτικής αγωγής. Ο ασθενής εκπαιδεύεται κατάλληλα ώστε να είναι ικανός να κάνει την ένεση μόνος του. Είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν είτε έτοιμα σκευάσματα προσταγλανδίνης E1, είτε μίγματα ουσιών (παπαβερίνη, προσταγλανδίνη, φαιντολαμίνη - Trimix).

Η χρήση των ενδοπεϊκών ενέσεων αποτελεί μια ασφαλή, ιδιαίτερα αποτελεσματική, τοπική θεραπεία, με την οποία αποφεύγονται οι συστηματικές παρενέργειες των φαρμάκων. Το ποσοστό επιτυχίας κυμαίνεται στο 90%, ιδιαίτερα αν ο ασθενής χρησιμοποιήσει το μίγμα Trimix. Μόλις εξοικειωθεί ο ασθενής με την τεχνική και τη χρήση των ενδοπεϊκών ενέσεων δεν διατρέχει κανένα απολύτως

κίνδυνο, τοπικά ή συστηματικά. Αποτελούν θεραπεία εκλογής σε ασθενείς που έχουν αντένδειξη να πάρουν PDE5s από το στόμα (π.χ. αν λαμβάνουν νιτρώδη, δεν ανέχονται τις παρενέργειες των φαρμάκων κοκ).

77. Πότε χρησιμοποιούμε θεραπείες ορμονικής υποκατάστασης;

Θεραπείες υποκατάστασης τεστοστερόνης χρησιμοποιούμε σε περιπτώσεις τεκμηριωμένου υπογοναδισμού και κάτω από εργαστηριακό και κλινικό έλεγχο. Η τεστοστερόνη αποτελεί μια από τις πολυτιμότερες ορμόνες του ανδρικού σώματος και δε θα πρέπει να παραλείπεται ή να αγνοείται ο έλεγχος των επιπέδων της και η θεραπεία της. Συνηθέστερα χρησιμοποιούμε ενέσιμη μορφή ή γέλη τεστοστερόνης κάτω από στενή παρακολούθηση των ορμονικών και βιοχημικών δεικτών έως ότου επανέλθουν τα επίπεδα της τεστοστερόνης στο θεραπευτικό εύρος που θέλουμε. Στη συνέχεια ο ασθενής παρακολουθείται 1-2 φορές ετησίως ακολουθώντας το εξατομικευμένο πρόγραμμα της θεραπείας του.

78. Έχει παρενέργειες η θεραπεία υποκατάστασης της τεστοστερόνης;

Όταν η θεραπεία πραγματοποιείται κάτω από αυστηρό κλινικό έλεγχο δεν υπάρχουν παρενέργειες. Η διάγνωση και η αντιμετώπιση της έλλειψης τεστοστερόνης από τους ειδικούς είναι δυνατή και αποτελεσματική όπου και όταν πρέπει. Η χορήγηση της τεστοστερόνης, γίνεται μόνο με ιατρική οδηγία. Δεν πρέπει να λαμβάνεται ως αφροδισιακό που αυξάνει τις σεξουαλικές ορμές, ιδιαίτερα στους νέους ανθρώπους, εφόσον η ανεξέλεγκτη χρήση της είναι επικίνδυνη. Ουσιαστικά, χορηγείται ως ιατρική θεραπεία και δεν συνδέεται με επιδόσεις και αποδόσεις σεξουαλικού ρεκόρ.

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στον καθορισμό του θεραπευτικού μας στόχου. Η τιμή της τεστοστερόνης αρκεί να επανέλθει στις φυσιολογικές τιμές, κοντά στο μέσο όρο. Δε χρειάζεται υπέρβαση άνω των ανώτερων φυσιολογικών τιμών καθώς δεν προσφέρουν κάτι παραπάνω στο θεραπευτικό μας αποτέλεσμα. Επίσης ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται η χορήγηση τεστοστερόνης σε άνδρες που δεν έχουν κάνει παιδιά. Φαίνεται πως η θεραπεία υποκατάστασης τεστοστερόνης προκαλεί σε ένα μικρό ποσοστό ανδρών εκφύλιση των σπερματικών σωληναρίων και αζωοσπερμία. Συνεπώς είναι συνετό είτε να αποφεύγουμε να χορηγούμε τεστοστερόνη αλόγιστα σε νέους άνδρες ή αν κρίνεται απολύτως αναγκαίο να συνδυάζεται με χορήγηση κλομιφαίνης από το στόμα.

Τα φαρμακευτικά σκευάσματα που χρησιμοποιούμε για την υποκατάσταση της τεστοστερόνης μπορεί να προκαλέσουν τοπικές παρενέργειες. Τα ενέσιμα

προκαλούν πόνο τοπικά στην περιοχή της έγχυσης, ενώ η γέλη σε μικρό ποσοστό προκαλεί ερυθρότητα και κνησμό στην περιοχή που εφαρμόζεται.

79. Χορηγείται τεστοστερόνη σε ασθενείς με θεραπευμένο καρκίνο του προστάτη;

Πληθώρα επιστημονικών δεδομένων υποστηρίζουν τη συμμετοχή των ανδρογόνων, και της τεστοστερόνης, στην παθογένεια και την εξέλιξη του καρκίνου του προστάτη. Πρώτοι οι Huggins και Hodges το 1941 υποστήριξαν την υπόθεση ότι ο καρκίνος του προστάτη είναι ανδρογονοεξαρτώμενος μετά από μελέτες που έκαναν σε ευνουχισμένους ασθενείς. Η υπόθεση τους αυτή επιβεβαιώθηκε και σε εργαστηριακές μελέτες προστατικών καρκινικών κυττάρων μεταγενέστερα καθώς με την απόσυρση των ανδρογόνων τα προστατικά καρκινικά κύτταρα οδηγήθηκαν σε προγραμματισμένο κυτταρικό θάνατο. Και κλινικά η παραπάνω υπόθεση επιβεβαιώνεται καθώς η θεραπεία στέρησης των ανδρογόνων ή αλλιώς φαρμακευτικός ευνουχισμός αποτελεί βασικό μας όπλο ενάντια του καρκίνου του προστάτη και ιδιαίτερα του προχωρημένου ή μεταστατικού.

Δηλαδή όποιος άνδρας έχει υψηλή τεστοστερόνη κινδυνεύει να νοσήσει από καρκίνο του προστάτη; Εδώ τα δεδομένα είναι αμφιλεγόμενα και πολύ «γκρίζα». Μελέτες που να συσχετίζουν τις τιμές της τεστοστερόνης με την εξέλιξη του τοπικά εντοπισμένου καρκίνου του προστάτη δεν υπάρχουν. Αντίθετα, έχει αναφερθεί στην επιστημονική βιβλιογραφία ότι οι άντρες που έχουν χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης μάλλον κινδυνεύουν να νοσήσουν από σοβαρότερης μορφής καρκίνο του προστάτη σε σχέση με αυτούς που η τεστοστερόνη τους βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα! Μελέτες με χειρουργικά παρασκευάσματα ριζικής προστατεκτομής έχουν συσχετίσει τις χαμηλές τιμές της τεστοστερόνης με χαμηλότερης διαφοροποίησης προστατικό καρκίνωμα (δηλαδή σοβαρότερη νόσο) ή με μεγαλύτερη πιθανότητα διήθησης των σπερματοδόχων κύστεων.

Η πλειοψηφία της επιστημονικής κοινότητας δογματικά υποστηρίζει ότι η θεραπεία με τεστοστερόνη στους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του προστάτη θα πρέπει να αποφεύγεται διότι θα αναζωπυρώσει τη νόσο. Και αρχικά στην προ PSA εποχή έτσι είχε φανεί στις πρώτες προσπάθειες. Τι δείχνουν όμως τώρα τα σύγχρονα δεδομένα που η σταδιοποίηση και η παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο του προστάτη είναι πολύ πιο ενδελεχής; Είναι δυνατόν κάποιοι επιλεγμένοι υπογοναδικοί ασθενείς με καρκίνο του προστάτη να μπουν σε θεραπεία υποκατάστασης τεστοστερόνης; Ναι λοιπόν, αντίθετα από την αρχική μας υπόθεση είναι δυνατόν επιλεγμένοι ασθενείς να λάβουν θεραπεία με τεστοστερόνη και ο καρκίνος τους να μην εξελιχθεί παραμένοντας σταθερός. Οι Karlan και συνεργάτες το 2014 αυτό ακριβώς έδειξαν υποβάλλοντας 1181 ασθενείς με καρκίνο του

προστάτη σε θεραπεία με τεστοστερόνη. Η συνολική ή ειδική της νόσου (καρκίνου του προστάτη) θνησιμότητα δεν μεταβλήθηκε. Με απλά λόγια κανένας από τους ασθενείς που πήρε τεστοστερόνη δεν πέθανε από καρκίνο του προστάτη σε σχέση με αυτούς που δεν πήραν. Βέβαια υπάρχει και ο αντίλογος από τους Leibowitz και συνεργάτες όπου κατέδειξαν εξέλιξη της νόσου μετά από θεραπεία με τεστοστερόνη, τόσο βιοχημική όσο και απεικονιστική με επιδείνωση των μεταστάσεων. Μετά τη διακοπή της τεστοστερόνης η εξέλιξη της νόσου υποχώρησε.

Η αντιφατικότητα αυτή είναι και που επιβάλλει την στενή παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο του προστάτη που επιλέγουμε να υποβάλλουμε σε θεραπεία με τεστοστερόνη. Μια θεραπεία που είναι αμφιλεγόμενη σίγουρα, αλλά απολύτως εφικτή υπό τη σωστή παρακολούθηση. Το μόνο σίγουρο είναι ότι χρειαζόμαστε περισσότερα δεδομένα για να δώσουμε μια οριστική απάντηση στο δίλημμα αυτό.

80. Χορηγείται τεστοστερόνη σε καρδιοπαθείς;

Η δράση της τεστοστερόνης στο καρδιαγγειακό σύστημα είναι πολύπλευρη και πολύπλοκη. Η πλέον τεκμηριωμένη δράση της είναι η διέγερση της αιμοποίησης και συνεπώς ο αιματοκρίτης των υποβαλλόμενων σε θεραπεία θα πρέπει να παρακολουθείται τακτικά. Όσον αφορά τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων, δεν υπάρχει μελέτη που να τεκμηριώνει ότι η θεραπεία με τεστοστερόνη τον αυξάνει, υπό την προϋπόθεση ότι η διάγνωση του υπογοναδισμού είναι ορθή και ο ασθενής παρακολουθείται στενά ώστε η τεστοστερόνη να διατηρείται σε φυσιολογικά επίπεδα και να μην αυξηθεί υπερβολικά.

Αντίθετα θα λέγαμε ότι η θεραπεία με τεστοστερόνη, εφόσον απαιτείται, αποτελεί και μια καινούργια στρατηγική στην πρόληψη των καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Και αυτό εξηγείται εύκολα καθώς η τεστοστερόνη ρυθμίζοντας το μεταβολισμό των λιπιδίων και της γλυκόζης, αυξάνοντας τη μυϊκή μάζα και μειώνοντας το κοιλιακό λίπος στην ουσία καταργεί κάποιους από τους σοβαρότερους προδιαθεσικούς παράγοντες για καρδιαγγειακή νόσο! Σε μελέτες που έγιναν σε ασθενείς που έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και μεταβολικό σύνδρομο φάνηκε αυτή ακριβώς η προστατευτική επίδραση στο καρδιαγγειακό σύστημα. Είναι σαφές πλέον ότι η θεραπεία με τεστοστερόνη όχι μόνο δεν επιβαρύνει το καρδιαγγειακό, αλλά αντίθετα το προστατεύει, όταν έχει ένδειξη και γίνει με ορθή πρακτική.

81. Ποιο το όφελος της θεραπείας της τεστοστερόνης στη γενικότερη υγεία του άνδρα;

Η θεραπεία υποκατάστασης με τεστοστερόνη θεωρείται επιβεβλημένη. Αν και κάποιοι ακόμα την αμφισβητούν, δεν μπορούμε να αγνοήσουμε τα πλεονεκτήματα που προσφέρει στην ολιστική αντιμετώπιση του προβλήματος του υπογοναδικού άνδρα. Η αποτελεσματικότητά της είναι αντιστρόφως ανάλογη της ηλικίας (ωφελεί περισσότερο τους νέους άνδρες και λιγότερο τους γηραιότερους), με την αρχική βελτίωση να εμφανίζεται μέσα σε δύο με τρεις εβδομάδες (αφορά κυρίως την ερωτική επιθυμία και την εκσπερμάτιση), ενώ η στυτική λειτουργία μπορεί να χρειασθεί μέχρι και έξι μήνες για να βελτιωθεί. Μάλιστα τελευταίες μελέτες αναφέρουν ότι η στυτική λειτουργία βελτιώνεται συνεχώς τους πρώτους δώδεκα μήνες της θεραπείας. Τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα σκευάσματα είναι από του στόματος δισκία, γέλη ή αυτοκόλλητα για διαδερμική απορρόφηση και με τη μορφή της ενδομυϊκής ένεσης. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται μια με δύο φορές το χρόνο με μετρήσεις των επιπέδων της τεστοστερόνης, του αιματοκρίτη και του ειδικού προστατικού αντιγόνου. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται σε άνδρες που επιθυμούν τη γονιμότητα. Στις περιπτώσεις αυτές μπορούμε να συγχρηγήσουμε χαμηλές δόσεις γοναδοτροπινών ή κλομιφαίνη.

Η θεραπεία υποκατάστασης με τεστοστερόνη θεωρείται ασφαλής και πολύ ωφέλιμη για τον άνδρα. Με την αναπλήρωση της τεστοστερόνης δεν αντιμετωπίζεται μόνο η διαταραχή στη σεξουαλικότητα, αλλά και οι συνυπάρχουσες επιπτώσεις του υπογοναδισμού που συνθέτουν το μεταβολικό σύνδρομο. Μετά τις τελευταίες μελέτες έχουν χαραχθεί στρατηγικές για θεραπεία υποκατάστασης με τεστοστερόνη που είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές για την πλειονότητα των περιπτώσεων. Είναι πλέον στην ευχέρεια του ειδικού να γίνει σωστή διάγνωση και να επιλεγθεί η καταλληλότερη θεραπεία για τον ασθενή με γνώμονα πάντα τις ανάγκες του.

Η θεραπεία με τεστοστερόνη προσφέρει λύση σε διάφορα άλλα προβλήματα του άνδρα, όπως η οστεοπόρωση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η δυσλιπιδαιμία, η παχυσαρκία και η καρδιαγγειακή νόσος. Γενικότερα, βελτιώνει την ερωτική επιθυμία και τη στυτική λειτουργία του άνδρα με αποτέλεσμα την σεξουαλική επαναδραστηριοποίησή του. Ταυτόχρονα επιδρά θετικά στις διαταραχές του συναισθήματος και των γνωστικών λειτουργιών.

82. Τι είναι η συσκευή κενού;

Η συσκευή κενού (Vacuum) είναι ένας μηχανισμός ο οποίος τοποθετείται στο πέος και δημιουργώντας κενό αέρος με χειροκίνητη αντλία αυξάνει την αιματική ροή

προκαλώντας μία τεχνητή στύση. Ο όλος μηχανισμός συμπληρώνεται από ένα δακτύλιο που τοποθετείται στη βάση του πέους εμποδίζοντας τη διαφυγή του αίματος από τα σηραγγώδη σώματα του πέους.

83. Τι είναι η ενδοουρηθρική θεραπεία;

Στην ενδοουρηθρική θεραπεία η αγγειοδραστική ουσία χορηγείται σε μορφή κρέμας που τοποθετείται στην ουρήθρα με τη χρήση ειδικής συσκευής και απορροφάται από το ουρηθρικό βλεννογόνο. Η αποτελεσματικότητά της δεν είναι όμοια με αυτή των ενδοπεϊκών ενέσεων και χρησιμοποιείται μόνο από ασθενείς που δεν έχουν τη δεξιότητα ή είναι αρνητικοί στη χρήση των ενδοπεϊκών ενέσεων.

84. Τι είναι τα κρουστικά κύματα;

Η μέχρι τώρα αντιμετώπιση των ανδρών που εμφανίζουν στυτική δυσλειτουργία συνίσταται στην από του στόματος χορήγηση αναστολέων της φωσφοδιεστεράσης τύπου 5 ή στην ενδοπεϊκή έγχυση αγγειοδιασταλτικών ουσιών. Και οι δύο αυτές μορφές αντιμετώπισης είναι αποτελεσματικές, ασφαλείς και με μικρή πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών. Έχουν όμως ένα βασικό μειονέκτημα, καμία δε μεταβάλλει την υποκείμενη παθοφυσιολογία της στυτικής δυσλειτουργίας. Δηλαδή, δε δρουν θεραπευτικά, δεν επαναφέρουν τον αυθορμητισμό στη στύση του άνδρα, αλλά καθαρά συμπτωματικά, δίνοντάς του στύση πριν την προβλεπόμενη πράξη και για περιορισμένο χρονικό διάστημα. Γεννάται λοιπόν η ανάγκη για μια νέα αποτελεσματική θεραπεία που θα επιτυγχάνει την επανάκτηση από τον ασθενή της αυτόματης, αυθόρμητης στύσης του, όχι προσωρινά, αλλά σε βάθος χρόνου. Την ανάγκη αυτή ήρθε να καλύψει η εφαρμογή χαμηλής έντασης κρουστικών κυμάτων στο πέος.

Τα κρουστικά κύματα είναι ηχητικά κύματα μεταβαλλόμενης εστίασης και έντασης που μεταφέρουν ενέργεια σε ένα μέσο-στόχο. Τα υψηλής έντασης κρουστικά κύματα χρησιμοποιούνται σήμερα για την καταστροφή λίθων στην εξωσωματική λιθοτριψία, τα μέσης έντασης στην ορθοπαιδική λόγω των αντιφλεγμονωδών ιδιοτήτων που έχουν, ενώ τα χαμηλής έντασης αγγειογενετικά κρουστικά κύματα εφαρμόζονται μέχρι τώρα στην θεραπεία χρόνιων τραυμάτων, στην περιφερική νευροπάθεια και στον ίσχειμο καρδιακό ιστό. Όταν τα χαμηλής έντασης κρουστικά κύματα διαπερνούν τον ιστό-στόχο προκαλούν τον μικροτραυματισμό αυτού μέσω των διατμητικών δυνάμεων που ασκούν. Ενεργοποιείται με τον τρόπο αυτό μια καταιγίδα γεγονότων που περιλαμβάνει την παραγωγή αγγειογενετικών παραγόντων, την προσέλκυση βλαστικών κυττάρων, τη νεοαγγείωση της περιοχής και τη βελτίωση της αιματικής ροής προς αυτήν. Συνεπώς, η εφαρμογή χαμηλής

έντασης κρουστικών κυμάτων στο πέος μπορεί να βελτιώσει την αιματική ροή σε αυτό μέσω της αγγειογένεσης και της βελτίωσης της λειτουργίας του ενδοθηλίου που προκαλεί.

85. Ποιοι ασθενείς έχουν ένδειξη για θεραπεία με κρουστικά κύματα;

Κάθε ασθενής που πάσχει από στυτική δυσλειτουργία αγγειακής αιτιολογίας (μειωμένη παροχή αίματος προς το πέος ή αδυναμία συγκράτησης του αίματος εντός αυτού- φλεβική διαφυγή) έχει ένδειξη να υποβληθεί σε θεραπεία με κρουστικά κύματα. Η μοναδική ικανότητα τους να δημιουργούν νέα αγγεία αυξάνει την αιμάτωση προς το πέος ενώ ταυτόχρονα η ανάπλαση του ενδοθηλίου έχει δυνατότητα να βελτιώσει και να θεραπεύσει τη φλεβική διαφυγή. Ιδανικά ο ασθενής δε θα πρέπει να έχει παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο (κάπνισμα, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, δυσλιπιδαιμία) και όσο νεώτερος είναι σε ηλικία τόσο καλύτερο αποτέλεσμα θα έχει. Αυτό φυσικά δεν αποκλείει κανέναν από τη θεραπεία και ο κάθε ασθενής ενημερώνεται εξατομικευμένα για τις πιθανότητες επιτυχίας.

86. Πως γίνεται η θεραπεία; Έχει παρενέργειες;

Η θεραπεία διαρκεί 9 εβδομάδες και το τελικό αποτέλεσμα αξιολογείται στις 13 εβδομάδες. Οι θεραπευτικές συνεδρίες εφαρμόζονται 2 φορές την εβδομάδα για 3 συνεχόμενες εβδομάδες μεσολαβεί ανάπαυλα 3 εβδομάδων και επαναλαμβάνονται πάλι με το ίδιο σχήμα, δηλαδή 2 συνεδρίες την εβδομάδα για 3 συνεχόμενες εβδομάδες σύνολο 12 συνεδρίες. Πλεονέκτημα της μεθόδου είναι το γεγονός ότι δεν χρειάζεται αναισθησία, αφού η μέθοδος είναι εντελώς ανώδυνη, ενώ μέχρι σήμερα δεν έχουν καταγραφεί παρενέργειες.

87. Ποια η αποτελεσματικότητα και η διάρκεια του αποτελέσματος;

Η χρήση των κρουστικών κυμάτων χαμηλής έντασης για τη θεραπεία της στυτικής δυσλειτουργίας έχει μελετηθεί τόσο σε πειραματόζωα όσο και στον άνθρωπο. Η πρώτη εφαρμογή της μεθόδου έγινε από τον Vardi και τους συνεργάτες του το 2010 σε ασθενείς με στυτική δυσλειτουργία που ανταποκρίνονταν στη χρήση αναστολέων της φωσφοδιεστεράσης τύπου 5. Ένα μήνα μετά τη θεραπεία το 75% των ασθενών είχαν ανακτήσει την αυθόρμητη στύση τους, ενώ 6 μήνες μετά το 50% δε χρειαζόταν φάρμακα για να έχει σεξουαλική επαφή. Στη συνέχεια μελέτησαν την εφαρμογή της σε ασθενείς με σοβαρή στυτική δυσλειτουργία που δεν ανταποκρίνονταν καλά στην από του στόματος θεραπεία και είχαν πολλαπλούς

αγγειοσκληρυντικούς παράγοντες (καρδιαγγειακή νόσο, σακχαρώδη διαβήτη). Μετά το τέλος της θεραπείας 3 στους 4 ασθενείς μπορούσαν να έρθουν σε σεξουαλική επαφή με τη χρήση φαρμάκου. Το 2012 η ίδια ομάδα επιβεβαίωσε τις θεραπευτικές ιδιότητες των κρουστικών κυμάτων χαμηλής έντασης διεξάγοντας τυχαιοποιημένη διπλή τυφλή μελέτη με ομάδα ελέγχου όπου τα αποτελέσματα των δύο προηγούμενων μελετών επιβεβαιώθηκαν και ισχυροποιήθηκαν. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα των κρουστικών κυμάτων φαίνεται ότι διατηρείται και σε βάθος χρόνου καθώς πρόσφατα ανακοινώθηκε πάλι από τον Vardi και τους συνεργάτες του ότι οι μισοί από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία έχουν αυθόρμητη στύση και μετά τη διαεία. Βέβαια το ποσοστό αυτό είναι χαμηλότερο σε αυτούς που έχουν σοβαρή στυτική δυσλειτουργία και σακχαρώδη διαβήτη. Ακόμα και αυτοί που δεν είχαν ικανοποιητικό αποτέλεσμα μετά τη θεραπεία με τα κρουστικά κύματα μπορεί να βοηθηθούν μετά από την επανάληψη της σε ποσοστό 50%. Φαίνεται δηλαδή πως κάποιοι ασθενείς χρειάζονται μεγαλύτερη έκθεση στο θεραπευτικό αποτέλεσμα των κρουστικών κυμάτων για να έχουν βελτίωση της ποιότητας της στύσης τους

88. Πως αντιμετωπίζεται χειρουργικά η στυτική δυσλειτουργία;

Εκτός ελαχίστων περιπτώσεων ασθενών μετά από τραυματισμό του πέους που χρήζουν επέμβασης επαναγγείωσης του πέους, η πλειοψηφία αντιμετωπίζεται χειρουργικά με τοποθέτηση ενδοπεϊκής πρόθεσης. Πρόκειται για ένα τεχνητό μηχανισμό, που μπαίνει εκεί που βρίσκεται ο φυσιολογικός στυτικός μηχανισμός. Η πρώτη τοποθέτηση πεϊκής πρόθεσης πραγματοποιήθηκε το 1947, ενώ μέχρι και σήμερα το τοπίο στον τομέα της χειρουργικής αλλάζει με γοργούς ρυθμούς. Συγκεκριμένα, στις μέρες μας, χρησιμοποιούνται δύο διαφορετικά είδη προθέσεων: οι υδραυλικές (διογκούμενες) και οι ημιάκαμπτες (μη διογκούμενες). Οι υδραυλικές προθέσεις αποτελούν ένα θαύμα της ιατρικής τεχνολογίας και είναι ότι πιο σύγχρονο διαθέτουμε στην προσθετική χειρουργική του πέους. Αποτελούνται από τρία μέρη: δυο κυλίνδρους, μια βαλβίδα και ένα ρεζερβουάρ τα οποία επικοινωνούν μεταξύ τους. Το χειρουργείο είναι ανώδυνο, διάρκειας περίπου μίας ώρας και οι δυο κύλινδροι τοποθετούνται στο πέος, εντός των σφραγισμένων σωμάτων, η βαλβίδα στο όσχεο ανάμεσα από τους όρχεις και το ρεζερβουάρ που περιέχει αποστειρωμένο υγρό πίσω από την ηβική σύμφυση και πάνω από την ουροδόχο κύστη. Όταν η βαλβίδα ενεργοποιείται από τον άνδρα, τότε το υγρό που βρίσκεται στο ρεζερβουάρ κατευθύνεται προς τους κυλίνδρους με αποτέλεσμα να προκαλείται στύση σκληρή και διαρκής. Αφού ολοκληρωθεί η σεξουαλική πράξη, με την εκ νέου ενεργοποίηση της βαλβίδας από τον άνδρα, το υγρό επιστρέφει στο ρεζερβουάρ και επέρχεται η χαλάρωση της στύσης. Η συσκευή δεν ενοχλεί τον άνδρα, δεν φαίνεται και η εμφάνιση του είναι εντελώς φυσιολογική. Ο οργανισμός

και η εκσπερμάτιση διατηρούνται χωρίς να επηρεάζονται στο ελάχιστο. Οι ημιάκαμπτες προθέσεις αποτελούνται από δύο ημιεύκαμπτες ράβδους που τοποθετούνται στα σηραγγώδη σώματα. Η ημιάκαμπτη πρόθεση είναι φθηνότερη από την υδραυλική και προτιμάται για άνδρες με σωματική αναπηρία και συγκεκριμένα κακή επιδεξιότητα στο χέρι ή περιορισμένη κίνηση των δακτύλων, για εκείνους που παραπονιούνται για μυϊκή κόπωση (όπως συμβαίνει στις νευρολογικές διαταραχές) ή σε όσους έχουν περιορισμένο εύρος κινητικότητας (π.χ. ασθενείς με βλάβες της σπονδυλικής στήλης). Εντούτοις, η υδραυλική πρόθεση αποτελεί ανώτερη επιλογή, καθώς ο τρόπος λειτουργίας της προσομοιάζει τη φυσιολογική λειτουργία της σύσης επιτυγχάνοντας ακαμψία του πέους τη στιγμή που τη θέλει ο άνδρας και χαλάρωση αμέσως μετά τον οργασμό και την εκσπερμάτιση.

89. Ποιες είναι οι ενδείξεις τοποθέτησης ενδοπεϊκής πρόθεσης;

Οι ενδοπεϊκές προθέσεις χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας όταν άλλες λιγότερο επεμβατικές θεραπείες έχουν αποτύχει. Σε ασθενείς δηλαδή που δεν ανταποκρίνονται πλέον στις συντηρητικές θεραπείες (φάρμακα, ενδοπεϊκές ή κρουστικά) και επιθυμούν να είναι δραστήριοι σεξουαλικά. Η μόνη περίπτωση που είναι θεραπεία εκλογής είναι σε συνύπαρξη στυτικής δυσλειτουργίας και νόσου Peyronie.

90. Ποιες είναι οι πιθανές επιπλοκές του χειρουργείου;

Οι επιπλοκές από τη διαδικασία είναι εξαιρετικά σπάνιες και αφορούν τη λοίμωξη και την εμφάνιση μηχανικής βλάβης. Η λοίμωξη μπορεί να εμφανιστεί σε ποσοστό περίπου 2% και η μηχανική βλάβη είναι εξαιρετικά σπάνια στις νεότερου τύπου προθέσεις.

91. Τι σημαίνει για τη σεξουαλικότητα του άνδρα η τοποθέτηση ενδοπεϊκής πρόθεσης;

Η ενδοπεϊκή πρόθεση αποτελεί μία αξιόπιστη και αποτελεσματική λύση για την αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας. Ο άνδρας μπορεί να αποκτήσει σύση όταν αυτός επιθυμεί και μετά το τέλος της ερωτικής πράξης να φτάσει σε μία φυσική κατάσταση πεϊκής χάλασης. Ο οργασμός και η εκσπερμάτιση δεν επηρεάζονται σε καμία περίπτωση από την λειτουργία του μηχανισμού αυτού.

92. Ποια η στάση της γυναίκας απέναντι σε αυτές τις νέες παρεμβατικού τύπου θεραπευτικές τεχνικές;

Δεν πρέπει κανείς να ξεχνάει ότι όλες οι θεραπευτικές προσεγγίσεις με στόχο την αποκατάσταση της στυτικής λειτουργίας στον άνδρα και κατ' επέκταση της ίδιας της σεξουαλικής του ζωής, έχουν ως τελικό αποδέκτη την ίδια τη γυναίκα. Η γυναίκα είναι εκείνη που με τη στάση της και τη συμπεριφορά της καθορίζει τη σεξουαλική ζωή του άνδρα και τον βάζει πρωταγωνιστικά μέσα στη ζωή της και στο κρεβάτι της. Δεν είναι φιλοσοφική η ερώτηση «η γυναίκα η ίδια μπορεί να ακυρώσει έναν άνδρα όσο πετυχημένη είναι η θεραπευτική του προσπάθεια με τη στάση της;» όπως επίσης, δεν είναι σημαντική η ερώτηση ότι «μία γυναίκα με τη στάση της μπορεί να βοηθήσει έναν άνδρα να λύσει το οποιοδήποτε σεξουαλικό του πρόβλημα και να τον οδηγήσει στο πιστεύω ότι η σεξουαλική ζωή είναι δική μας υπόθεση;». Αυτά τα δύο ερωτήματα δείχνουν το πόσο σημαντικό ρόλο και απόλυτα καθοριστικό έχει η συμπεριφορά τη συντρόφου-γυναίκας, που δικαιούται να ενισχύσει την οποιαδήποτε υπεύθυνη ιατρική θεραπεία, προκειμένου η σεξουαλική ζωή να είναι αυτή που επιθυμούν και οι δύο. Αυτό προϋποθέτει την ανάγκη η ίδια να γνωρίζει και να συμμετέχει σε όλες τις θεραπευτικές διαδικασίες και ιατρικές σκέψεις που δίνονται στον άνδρα που σεξουαλικά πάσχει, ώστε έτσι να είναι ενήμερη και να μην αισθάνεται ότι πίσω από την πλάτη της ή με το δικό της σκοτάδι, φωτίζεται ο θεραπευτικός δρόμος του άνδρα συντρόφου, χωρίς η ίδια να έχει άποψη και εικόνα του τι συμβαίνει στις θεραπευτικές αυτές παρεμβάσεις.

93. Ποιες αλλαγές του τρόπου ζωής μπορούν να έχουν προληπτικό χαρακτήρα για την καλύτερη αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας;

Για να προλάβουμε την εμφάνιση στυτικής διαταραχής, θα πρέπει να ακολουθήσουμε μερικούς απλούς κανόνες:

- Διακοπή καπνίσματος
- Έλεγχος σωματικού βάρους
- Μείωση κατανάλωσης αλκοόλ
- Μείωση κατανάλωσης λιπών
- Φυσική άσκηση
- Μείωση του στρες
- Μεσογειακή διατροφή

94. Ποιες συνήθειες της καθημερινής μας ζωής μπορούν να επηρεάσουν τη σεξουαλικότητα μας;

Υπάρχουν πολλές καθημερινές συνήθειες οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν είτε θετικά, είτε αρνητικά τη σεξουαλική ζωή και κυρίως τη στυτική λειτουργία του άνδρα. Οι συνήθειες αυτές μπορούν να επηρεάσουν εκτός από τη σεξουαλική ζωή και άλλους τομείς της υγείας, τόσο σε οργανικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο. Θα τονίσουμε επίσης τις μεταβολές που πρέπει να κάνουμε στον τρόπο που ζούμε για να μην έχουμε προβλήματα στη σεξουαλική μας ζωή.

Το κάπνισμα είναι μία συνήθεια η οποία εκτός από όλα τα υπόλοιπα προβλήματα υγείας που προκαλεί σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με την πρόκληση στυτικής δυσλειτουργίας. Είναι γνωστό ότι ο καπνός του τσιγάρου αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου στη δημιουργία αρτηριοσκληρωτικών αλλοιώσεων στις αρτηρίες που τροφοδοτούν με αίμα το πέος. Η ύπαρξη αυτών των βλαβών συνδέεται με διαταραχή της στυτικής λειτουργίας και πολλές διεθνείς μελέτες αναφέρουν ότι το κάπνισμα υπερδιπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων της στύσης. Η διακοπή του καπνίσματος βελτιώνει την κατάσταση σημαντικά. Χαρακτηριστικά υπάρχει μία μελέτη στην οποία αναφέρεται βελτίωση στις νυκτερινές στύσεις ακόμα και 24 ώρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος.

Η υπερβολική χρήση του αλκοόλ σχετίζεται επίσης με την πρόκληση στυτικής δυσλειτουργίας. Σε αντίθεση με ό,τι ο περισσότερος κόσμος πιστεύει, το αλκοόλ, παρόλο που βραχυπρόθεσμα και λόγω του αισθήματος ευεξίας που προκαλεί απελευθερώνει σε ένα βαθμό τη σεξουαλική συμπεριφορά, μακροπρόθεσμα μπορεί να δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα στύσης στον άνδρα. Αντίθετα η καθημερινή χρήση αλκοόλ σε μικρές ποσότητες (ένα ποτό ή ένα με δύο ποτήρια κρασί) φαίνεται ότι λειτουργεί ευεργετικά στο καρδιαγγειακό μας σύστημα και στη στύση μας.

Η διατροφή μας είναι επίσης ένας παράγοντας ο οποίος μπορεί να επηρεάσει τη σεξουαλική μας ζωή. Έχει βρεθεί ότι τροφές πλούσιες σε λίπη, λόγω των αγγειακών βλαβών που μπορεί να προκαλέσουν, συνδέονται με την εμφάνιση στυτικών διαταραχών. Η σωστή και ισορροπημένη διατροφή από την οποία απουσιάζουν μεγάλες ποσότητες λιπαρών, έχει μεγάλη σημασία για τη διατήρηση της σεξουαλικής μας υγείας. Η μεσογειακή διαίτα (φρούτα, λαχανικά, ελαιόλαδο, ψάρι, ελάχιστο κόκκινο ή μαγειρεμένο σε υψηλές θερμοκρασίες κρέας) αποτελεί την καλύτερη μορφή διατροφής για να έχουμε υγιές καρδιαγγειακό και τη στύση μας ανά πάσα στιγμή διαθέσιμη.

Εκτός από τη διατροφή, και η παχυσαρκία από μόνη της έχει συνδεθεί με την εμφάνιση στυτικής δυσλειτουργίας. Για αυτό τον λόγο ο έλεγχος του σωματικού

μας βάρους έχει μεγάλη σημασία. Εκτός από τη σωστή διατροφή, η καθημερινή άσκηση (γρήγορο περπάτημα, τρέξιμο, γυμναστήριο για αύξηση ή συντήρηση της μυϊκής μάζας) αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην προσπάθεια μας αυτή. Η άσκηση αποτελεί θετικό προγνωστικό παράγοντα όπως έχει φανεί σε πολλές επιστημονικές μελέτες όπου οι άνδρες που γυμναζόντουσαν συστηματικά παρουσίασαν σημαντικά λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν προβλήματα στύσης.

Σημαντική επίδραση στη σεξουαλική μας ζωή διαδραματίζει και το καθημερινό stress. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής ο οποίος χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη υπερβολικού άγχους μπορεί να επηρεάσει αρνητικά πολλούς τομείς της σεξουαλικής ζωής του άνδρα. Η μείωση και ο έλεγχος του άγχους έχουν θεμελιώδη ρόλο στη διατήρηση της σεξουαλικής μας υγείας.

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών, όπως μαριχουάνα, κοκαΐνη, ηρωίνη, χασίς, έκστασι κ.α., σχετίζεται επίσης με την εμφάνιση στυτικής δυσλειτουργίας.

95. Το σεξ έχει ευεργετική επίδραση τόσο στη σωματική όσο και στη ψυχική υγεία;

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικές διεθνείς μελέτες οι οποίες έχουν δείξει την ευεργετική επίδραση που έχει η σεξουαλική πράξη σε μία σειρά τόσο βιολογικών όσο και ψυχικών παραμέτρων της ανθρώπινης ύπαρξης. Η πρόοδος της επιστημονικής έρευνας στην κατανόηση των μηχανισμών της διέγερσης και του οργασμού τόσο στον άνδρα, όσο και στη γυναίκα μας οδηγούν στην πληρέστερη ερμηνεία της ευεργετικής δράσης της σεξουαλικής επαφής.

Πρώτα από όλα, η σεξουαλική πράξη αποτελεί μία εξαιρετική αεροβική άσκηση, η οποία επιδρά θετικά στην κυκλοφορία και εξασκεί τον καρδιακό μυ. Πράγματι, οι σεξουαλικά δραστήριοι άνθρωποι παρουσιάζουν λιγότερες καρδιολογικές διαταραχές.

Το σεξ βοηθάει σημαντικά και στην αντιμετώπιση των χρόνιων πόνων. Είναι διαπιστωμένο ότι κατά τη διάρκεια του οργασμού απελευθερώνονται ειδικές ουσίες, οι ενδορφίνες, οι οποίες μειώνουν σημαντικά την αίσθηση του πόνου. Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί, ότι οι σεξουαλικά ενεργοί άνθρωποι παρουσιάζουν σε σημαντικά μικρότερο ποσοστό κατάθλιψη. Το γεγονός αυτό οφείλεται σίγουρα στο ότι τα άτομα αυτά είναι πιο ικανοποιημένα και αισθάνονται καλύτερα με τον εαυτό τους. Γίνονται όμως και έρευνες, για να διαπιστωθούν και τυχόν νευροχημικές μεταβολές που συμμετέχουν στην παραπάνω κατάσταση. Επίσης, ορμόνες οι οποίες απελευθερώνονται κατά τη φάση της διέγερσης συμβάλλουν στην καταπολέμηση του άγχους.

Η συχνή σεξουαλική επαφή, μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική αύξηση ενός μέρους των ανοσοποιητικών κυττάρων του οργανισμού με αποτέλεσμα να έχουμε καλύτερη αντίσταση στις διάφορες λοιμώξεις.

Είναι απαραίτητο να αναφερθεί, ότι νεότερες μελέτες δείχνουν ότι η απελευθέρωση ορμονών κατά τη διάρκεια του οργασμού (οξυτοκίνη, DHEA) είναι δυνατόν να έχει προστατευτική δράση, αποτρέποντας την εμφάνιση καρκίνου του μαστού.

Επίσης, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η σεξουαλική πράξη αποτελεί μια πολύ καλή μορφή άσκησης η οποία βοηθάει και στη διατήρηση του σωστού σωματικού βάρους. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι με το σεξ καταναλώνουμε περίπου 200 θερμίδες σε λίγα μόλις λεπτά.

Τελειώνοντας, είναι αναγκαίο να υπογραμμίσουμε ότι η σεξουαλική δραστηριότητα είναι παράγοντας τόσο ψυχικής, όσο και σωματικής υγείας και συμβάλλει με καθοριστικό τρόπο ακόμα και στη μακροβιότητα των ατόμων και των δύο φύλων.

Γ. Η ΕΚΣΠΕΡΜΑΤΙΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ

96. Τι είναι η εκσπερμάτιση; Πως επιτυγχάνεται φυσιολογικά;

Η εκσπερμάτιση που ξεκινά με την περίοδο της ήβης συνδέεται με τη σεξουαλική ωρίμανση του άνδρα και ταυτίζεται με τον ανδρικό οργασμό. Μέσω αυτής βιώνει το αίσθημα της ηδονής, ενώ παράλληλα η εκσπερμάτιση εξυπηρετεί και την αναπαραγωγική λειτουργία. Πρόκειται για ένα αντανακλαστικό φαινόμενο το οποίο ελέγχεται από ένα κέντρο που βρίσκεται στην οσφυϊκή μοίρα του νωτιαίου μυελού. Το κέντρο αυτό ενεργοποιείται από το βασικό γενετησιακό κέντρο (Limbic System) λόγω της συνεχούς σεξουαλικής διέγερσης και τελικώς επιφέρει την εκσπερμάτιση.

Η εκσπερμάτιση έχει δύο φάσεις. Αρχικά, κατά την προπαρασκευαστική φάση και την εξώθηση του σπέρματος, προκαλούνται συσπάσεις της επιδιδυμίδας, του προστάτη και του σπερματικού πόρου μεταφέροντας το σπέρμα στην βάση της ουρήθρας. Παράλληλα, η παλινδρόμηση του σπέρματος προς την ουροδόχο κύστη αποτρέπεται από την σύσπαση του έσω σφιγκτήρα της ουροδόχου κύστης. Με άλλα λόγια, με την προετοιμασία της εκσπερμάτισης ο άνδρας δέχεται ένα «σήμα», που τον πληροφορεί ότι ο μηχανισμός έχει τεθεί σε λειτουργία και δεν υπάρχει πλέον δυνατότητα επιστροφής.

Η δεύτερη φάση είναι η κυρίως εκσπερμάτιση. Κατά τη φάση αυτή, το σπέρμα εξέρχεται από την ουρήθρα με τις ρυθμικές συσπάσεις του βολβοσηραγγώδη μυ που προκαλούνται από τον οργασμό. Οι συσπάσεις αυτές είναι 3 έως 7 σε αριθμό και επισυμβαίνουν με μεσοδιαστήματα περίπου 1 sec. Μεγάλη ποσότητα σπερματικού υγρού προκαλεί μεγαλύτερης διάρκειας ευχαρίστηση και ίσως γι' αυτό ο πρώτος οργασμός αναφέρεται από τους άνδρες ως πιο έντονα ευχάριστος. Μετά από την εκσπερμάτιση, το πέος επανέρχεται στην προηγούμενη κατάσταση, σε χάλαση, όπου απαιτείται κάποιο χρονικό διάστημα για να μπορέσει να διεγερθεί και πάλι (ανερέθιστη περίοδος).

Το αντανακλαστικό της εκσπερμάτισης φαίνεται να ελέγχεται από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα. Κλινικές ενδείξεις από άτομα με βλάβη του νωτιαίου μυελού οδηγούν στην αναζήτηση κάποιου κέντρου στη θωρακοοσφυϊκή μοίρα, το οποίο, σύμφωνα με την επιστημονική κοινότητα, τοποθετείται μεταξύ Θ11 και Ο2 μυελοτομίου.

Η νευροφυσιολογία και νευροχημεία της εκσπερμάτισης είναι μόνο μερικώς γνωστή. Μελέτες δείχνουν ότι το ντοπαμινεργικό σύστημα λειτουργεί επικουρικά στην εκσπερμάτιση, ενώ το σεροτονινεργικό την αναστέλλει.

Είναι γενικώς αποδεκτό ότι στην εννεύρωση των οργάνων που συμβάλλουν στην εκσπερμάτιση συμμετέχουν σωματικά νεύρα, κυρίως το αιδοϊκό (pudendal) νεύρο με τους διάφορους κλάδους του, καθώς και τα δύο σκέλη του αυτονόμου νευρικού συστήματος. Το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα ελέγχει κυρίως τη στύση, ενώ το συμπαθητικό μαζί με σωματικά νεύρα ελέγχουν την προπαρασκευή της εκσπερμάτισης και την κυρίως εκσπερμάτιση. Με το σεξουαλικό ερεθισμό, αισθητικά ερεθίσματα οδεύουν από τα γεννητικά όργανα μέσω της αισθητικής οδού του αιδοϊκού νεύρου (σωματικό νεύρο) και μέσω του ιερού πλέγματος προς την ιερά μοίρα του νωτιαίου μυελού. Από το νωτιαίο μυελό, οι ώσεις αυτές φθάνουν σε ανώτερα κέντρα του φλοιού του εγκεφάλου.

Τα κέντρα του εγκεφάλου μέσω του υποθαλάμου και του νωτιαίου μυελού στέλνουν φυγόκεντρες ώσεις στο συμπαθητικό κέντρο στο ύψος του Θ10-Ο3 μυελοτομίου. Οι ώσεις από εκεί φέρονται με το άνω υπογάστριο πλέγμα, που εννευρώνει τις σπερματοδόχες κύστες, τους σπερματικούς τόνους, τον προστάτη και άλλα όργανα που συμμετέχουν στην εκσπερμάτιση. Αυτές οι τελευταίες φυγόκεντρες νευρικές ώσεις συνεχίζουν το δρόμο τους και διεγείρουν μικρούς μυς των σπερματικών πόρων, των σπερματοδόχων κύστεων, του προστάτη και του αυχένα της κύστης, που προκαλούν την προπαρασκευαστική φάση της εκσπερμάτισης (emission).

Η συμπαθητική νεύρωση του αυχένα της ουροδόχου κύστης συμβάλλει στην επίταση της σύγκλεισης κατά την εκσπερμάτιση, για την αποτροπή της παλινδρόμησης του σπέρματος στην ουροδόχο κύστη. Ταυτόχρονα, νευρικές πληροφορίες τόσο από τα ανώτερα κέντρα όσο και από το νωτιαίο μυελό περνούν στο ιερό πλέγμα και μεταφέρονται στο κινητικό σκέλος του αιδοϊκού νεύρου, για να διεγείρουν τους γραμμωτούς μυς του περινέου, που προκαλούν με τη σειρά τους τις χαρακτηριστικές ρυθμικές συσπάσεις της εκσπερμάτισης. Αυτοί οι μύες περιλαμβάνουν το βολβοσηραγγώδη και άλλους μύες του πυελικού εδάφους.

97. Ποιες είναι οι διαταραχές της εκσπερμάτισης που εμφανίζει ο άνδρας;

Οι διαταραχές της εκσπερμάτισης του άνδρα είναι η πρόωρη (αναπόφευκτη), η καθυστερημένη (αργή-εργώδης), η ανεσταλμένη (πλήρης έλλειψη) και η παλίνδρομη εκσπερμάτιση (στην ουροδόχο κύστη)

98. Πόσο συχνά εμφανίζονται;

Η συχνότητα εμφάνισης κάποιας διαταραχής της εκσπερμάτισης υπολογίζεται ότι απασχολεί περίπου 1 στους 2 άνδρες. Η πιο συχνή σεξουαλική δυσλειτουργία στον

άνδρα, σε ότι αφορά την εκσπερμάτισή του, είναι η πρόωρη εκσπερμάτιση η οποία υπολογίζεται ότι απασχολεί το 35-40% των ανδρών. Οι υπόλοιπες διαταραχές της εκσπερμάτισης εντοπίζονται σε πολύ μικρότερο ποσοστό των ανδρών που δεν ξεπερνά το 5%.

99. Τι είναι η πρόωρη εκσπερμάτιση;

Η πρόωρη εκσπερμάτιση είναι μία συχνή σεξουαλική δυσλειτουργία (εμφανίζεται περίπου στο 1/3 των ανδρών). Πρόκειται για διαταραχή απέναντι στην οποία η γυναίκα φαίνεται να δυσφορεί πολύ περισσότερο από ότι στη διαταραχή της στύσης, την οποία ερμηνεύει ως «σε θέλω, αλλά δυστυχώς δεν μπορώ». Στην πρόωρη εκσπερμάτιση η γυναίκα αισθάνεται ότι ο άνδρας τη θέλει μόνο για να ικανοποιήσει τον εαυτό του. Ως πρόωρη ορίζεται η εκσπερμάτιση που πραγματοποιείται κατά την σεξουαλική επαφή εντός ενός λεπτού μετά την διείσδυση του πέους στον κόλπο και πριν το επιθυμήσει ο άνδρας (η εκσπερμάτιση μπορεί να πραγματοποιηθεί και εξωκολπικά με ελάχιστο ερεθισμό πριν από την διείσδυση). Για να μπορεί να τεθεί διάγνωση πρόωρης εκσπερμάτισης θα πρέπει τα συμπτώματα να εμφανίζονται για τουλάχιστον 6 μήνες στο 75% τουλάχιστον των σεξουαλικών επαφών του. Η πρόωρη εκσπερμάτιση μπορεί να είναι είτε πρωτοπαθής, να συμβαίνει δηλαδή από την πρώτη σεξουαλική εμπειρία του άνδρα είτε δευτεροπαθής όπου εμφανίζεται μετά από μια περίοδο φυσιολογικής λειτουργίας. Χωρίζεται επίσης σε γενικευμένη, όπου εμφανίζεται ως δυσλειτουργία σε κάθε περίπτωση ή με κάθε ερωτική σύντροφο και σε καταστασιακή όπου απασχολεί τον άνδρα σε συγκεκριμένες συνθήκες ή συντρόφους. Ανάλογα με την χρονική διάρκεια που μεσολαβεί από την διείσδυση έως την εκσπερμάτιση κατηγοριοποιείται σε 3 επίπεδα, την ήπια (30 δευτερόλεπτα έως 1 λεπτό), την μέτρια (15 έως 30 δευτερόλεπτα) και την σοβαρή (λιγότερο από 15 δευτερόλεπτα).

100. Έχει ψυχολογικά ή οργανικά αίτια;

Η αιτιοπαθογένεια της πρόωρης εκσπερμάτισης περιλαμβάνει κυρίως ψυχολογικούς αλλά και ορισμένους οργανικούς παράγοντες. Ορισμένα από τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του άνδρα που αντιμετωπίζει πρόωρη εκσπερμάτιση είναι η έλλειψη αυτοπεποίθησης, οι υψηλές προσδοκίες για τον σεξουαλικό του ρόλο, το άγχος, η βιασύνη, η τελειομανία, η αρνητική πρώτη σεξουαλική εμπειρία και η δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα οργανικά ζητήματα που έχουν συνδεθεί με την πρόωρη εκσπερμάτιση είναι οι χρόνιες προστατίτιδες, η στυτική δυσλειτουργία, ο βραχύς χαλινός, η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών καθώς και οι παθήσεις του θυρεοειδούς αδένος και συγκεκριμένα ο υπερθυρεοειδισμός. Ρόλο-κλειδί στην εμφάνιση της πρόωρης εκσπερμάτισης φαίνεται να έχει και η

λειτουργικότητα των σεροτονινεργικών υποδοχέων, είτε αυτή εκφράζεται ως υπερλειτουργικότητα των 5-HT1A είτε ως υπολειτουργικότητα των 5-HT2C.

101. Τι είναι η παλίνδρομη εκσπερμάτιση;

Κατά τη διάρκεια της εκσπερμάτισης, μέσω ενός αντανακλαστικού μηχανισμού σусπάται ο αυχέννας της ουροδόχου κύστεως, με συνέπεια το σπέρμα να προωθείται προς το έξω στόμιο της ουρήθρας και όχι προς την ουροδόχο κύστη. Αν έχουν γίνει επεμβάσεις στον προστάτη αδένα ή αν έχει χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση δυσλειτουργιών του αδένα αυτού, πιθανόν ο μηχανισμός να διαταραχθεί, με αποτέλεσμα το σπέρμα, αντί να κατευθύνεται στο έξω στόμιο της ουρήθρας, να καταλήγει στο εσωτερικό της ουροδόχου κύστεως. Η παλίνδρομη εκσπερμάτιση φαίνεται να έχει και οργανικά και ψυχολογικά αίτια. Η παλινδρόμηση του σπέρματος στην ουροδόχο κύστη καταγράφεται στα άτομα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και φόβο ενδοκολπικής εκσπερμάτισης. Αυτό σημαίνει ότι ψυχογενώς η φυσιολογική πορεία της εκσπερμάτισης αναστέλλεται, με αποτέλεσμα ο άνδρας να εκσπερματίζει προς τα πίσω, «ανάδρομα», ενώ ψυχικά φαίνεται να βιώνει το αίσθημα της οργασμικής ηδονής (αρνείται να δεχθεί ιδεοληπτικά τη φυσιολογική έξοδο του σπέρματος). Οργανικές επιπλοκές λόγω της παλίνδρομης εκσπερμάτισης δεν αναφέρονται, αν εξαιρέσει κανείς το πρόβλημα της γονιμοποίησης.

102. Τι είναι η ανεσταλμένη εκσπερμάτιση;

Ανεσταλμένη εκσπερμάτιση για έναν άνδρα είναι η πλήρης αναστολή εμφάνισης σπέρματος κατά τη σεξουαλική επαφή με τη σύντροφο. Ο άνδρας μπορεί να εμφανίζει διάφορες εικόνες αναστολής της εκσπερμάτισης. Η αναστολή αυτή μπορεί να συμβαίνει κατά τη διάρκεια της πλήρους σεξουαλικής πράξης, όπου:

- Ο άνδρας με πλήρη διείσδυση στον κόλπο της συντρόφου του αδυνατεί να φθάσει στην εκσπερμάτιση.
- Ο άνδρας δεν φθάνει καθόλου στην εκσπερμάτιση σε όλη τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής με τη σύντροφο του (παιχνίδια και διείσδυση).
- Ο άνδρας δεν μπορεί να φθάσει στην εκσπερμάτιση ούτε και μόνος του με αυνανιστική προσπάθεια.

Συνήθης εικόνα είναι η αδυναμία του να ολοκληρώσει κατά τη διάρκεια της κολπικής διείσδυσης, ενώ μπορεί να εκσπερματίσει είτε με το χέρι του (το σύνηθες) είτε με το χέρι της συντρόφου του στη φάση των σεξουαλικών παιχνιδιών, είτε

ακόμη και στη φάση του στοματικού σεξ από τη σύντροφό του. Ουσιαστικά ο άνδρας που κυριαρχείται από τη διαταραχή αυτή έχει την ικανότητα να «απολαμβάνει» αυνανιστικούς οργασμούς, ενώ δεν μπορεί να βιώσει οργασμική κορύφωση μέσα από τη σεξουαλική επαφή με τη σύντροφό του.

103.Οφείλεται σε ψυχολογικά ή οργανικά αίτια ή και τα δύο;

Τα βασικά αίτια της ανεσταλμένης εκσπερμάτισης είναι περισσότερο ψυχογενή. Συνδέονται δηλαδή άμεσα με την ψυχολογική κατάσταση του άνδρα μέσα από τη σχέση του αλλά και με το πώς ψυχοσεξουαλικά ωρίμασε και βίωσε τις πρώτες σεξουαλικές του εμπειρίες. Τα τελευταία χρόνια η διαταραχή αυτή αυξάνεται αξιοπερίεργα στον ανδρικό πληθυσμό (κυρίως της ηλικίας των 20-30 χρόνων, που είναι και η πρώτη «γεμάτη» σεξουαλική δεκαετία του άνδρα). Το άγχος και η αμφισβήτηση για τον σεξουαλικό του ρόλο, καθώς και η παράταση συχνών και επαναλαμβανόμενων αυνανιστικών οργασμών κλέβουν την παράσταση της σεξουαλικής έκφρασης από τον οργασμικό κύκλο της σεξουαλικής πράξης. Ο άνδρας ουσιαστικά αυτοπαγιδεύεται όταν βλέπει ότι δεν μπορεί να τελειώσει, προκαλώντας εκνευρισμό και στη σύντροφό του, η οποία εισπράττει την όλη κατάσταση αρνητικά ως προς τη θηλυκότητά της, αισθανόμενη ότι είναι ανίκανη να οδηγήσει σε σεξουαλική ολοκλήρωση τον σύντροφό της. Αντίστοιχα ο άνδρας με το πρόβλημα προσπαθεί μάταια και ιδεοληπτικά να φέρει εδώ και τώρα την εκσπερμάτιση για να τη «δείξει» στη σύντροφό του, οδηγούμενος σε μηχανικό καταναγκαστικό τρόπο διατήρησης της στύσης, με αρκετή αμηχανία και ψυχική ένταση. Η επίμονη αυτή προσπάθεια αλλά και η έκλυση άγχους λόγω της μη επίτευξης του σκοπού επιφέρει κόπωση, με σοβαρή πιθανότητα ο άνδρας να εμφανίσει στυτικό κάματο (απώλεια της στύσης). Η διαταραχή, πέραν των ψυχολογικών αιτιών, μπορεί να οφείλεται και σε οργανικά αίτια. Κύριες αιτίες είναι η χρήση αντικαταθλιπτικών, αγχολυτικών και κατασταλτικών του ΚΝΣ, νευροληπτικών και αντιυπερτασικών φαρμάκων. Επίσης ενοχοποιούνται: ο σακχαρώδης διαβήτης, οι βλάβες του νωτιαίου μυελού και οι παθήσεις των οσφυϊκών γαγγλίων. Ενώ, π.χ., ο άνδρας ψυχικά μπορεί να βιώνει την οργασμική ηδονή, δεν έχει «τεχνικά» την ικανότητα της τελικής εκφόρτισης» του σπέρματος από το στόμιο της ουρήθρας.

104.Τι είδους θεραπείες έχουμε για την πρόωρη εκσπερμάτιση;

Ριζική «θεραπεία» δεν υπάρχει. Κάποια φάρμακα όμως μπορούν να λειτουργήσουν ευεργετικά, παρατείνοντας τον χρόνο της σεξουαλικής πράξης. Χωρίς να υπάρχουν ειδικά φαρμακευτικά σκευάσματα που να απευθύνονται στη διαταραχή της πρόωρης εκσπερμάτισης, αυτά που σίγουρα κάνουν καλό είναι τα

αντικαταθλιπτικά, παλαιού και νέου τύπου (ντοπαμινικά και σεροτονεργικά), καθώς και η θεωριδαζίδη. Οι δόσεις εξατομικεύονται, αφού ληφθούν υπόψη οι ιδιαίτερες παράμετροι κάθε περίπτωσης. Οι απόψεις ως προς τον τρόπο χρήσης και χορήγησής τους δίστανται. Η χρήση τοπικών αναισθητικών αλοιφών και αντίστοιχων spray που κατά κόρον και αυτοβούλως ο «πρόωρος» άνδρας χρησιμοποιεί μαζί με προφυλακτικά εμποτισμένα με αναισθητικές ουσίες με σκοπό την επιβράδυνση, δεν είναι η καλύτερη λύση, αφού οι κίνδυνοι να εμφανιστεί στυτική απώλεια λόγω της αναισθησίας είναι μεγάλη. Εκτός αυτού, η χρήση τους ενέχει τον κίνδυνο να εμφανιστούν αλλεργικού τύπου αντιδράσεις στο πέος.

Το μοναδικό φαρμακευτικό σκεύασμα με ένδειξη αποκλειστικά για την πρόωρη εκσπερμάτιση, κυκλοφόρησε στην Ελλάδα το 2014. Πρόκειται για την Δαποξετίνη (Priligy), έναν αναστολέα επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, οι κλινικές δοκιμές της οποίας έδειξαν θεαματικά αποτελέσματα σε περισσότερους από 6.000 άνδρες με πρόωρη εκσπερμάτιση. Η εκσπερμάτιση ρυθμίζεται κεντρικά από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό μέσω ενός μεγάλου αριθμού νευροδιαβιβαστών, όπως η σεροτονίνη (5-HT), η ντοπαμίνη και η ωκυτοκίνη. Πλήθος δεδομένων συνηγορούν υπέρ του ότι η σεροτονίνη, και συγκεκριμένα οι υποδοχείς της 5-HT, ευθύνονται κατά κύριο λόγο για τη διαδικασία ενεργοποίησης της εκσπερμάτισης.

Η πρόωρη εκσπερμάτιση φαίνεται ότι αποτελεί σε σημαντικό βαθμό και νευροβιολογικό πρόβλημα που σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης στις περιοχές του κεντρικού νευρικού συστήματος οι οποίες ρυθμίζουν την εκσπερμάτιση (εγκέφαλο και νωτιαίο μυελό). Η λειτουργία της Δαποξετίνης επικεντρώνεται στην αναστολή του μεταφορέα της σεροτονίνης αυξάνοντας τη δράση της στους προ- και μετασυναπτικούς υποδοχείς. Στις κλινικές μελέτες παρατηρήθηκε έως και τετραπλασιασμός του χρόνου μέχρι την εκσπερμάτιση με ταυτόχρονη αύξηση της σεξουαλικής ικανοποίηση τόσο των ανδρών όσο και των συντρόφων τους. Η δαποξετίνη δρα εντός μίας ώρας από τη λήψη και μπορεί να χρησιμοποιηθεί κάθε φορά που ο άνδρας θέλει να έρθει σε σεξουαλική επαφή, χωρίς να χρειάζεται σταθερή χορήγηση. Ωστόσο, δεν ενδείκνυται η χρήση της περισσότερες από μία φορές κάθε μέρα.

Η χορήγηση της Δαποξετίνης θα πρέπει να γίνεται υπό της οδηγίες του θεράποντα ιατρού καθώς αντενδείκνυται σε περιπτώσεις αλλεργίας σε κάποια από τις ουσίες που περιλαμβάνονται στο δισκίο. Παράλληλα, αντένδειξη χορήγησης αποτελεί και η επιληψία του άνδρα καθώς και οι καρδιαγγειακές παθήσεις. Οι παρενέργειες είναι μικρές και εμφανίζονται σε λιγότερο από το 10% των ανδρών. Κύριες παρενέργειες είναι η ξηροστομία, η αδυναμία, η κόπωση, η εφίδρωση και το στομαχικό άλγος.

Οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της πρόωρης εκσπερμάτισης, πέραν της φαρμακευτικής παρέμβασης που αναστέλλει προσωρινά τη διαταραχή, είναι η συμβουλευτική και η ψυχοθεραπευτική ενίσχυση του ζευγαριού. Οι δύο

σύντροφοι καλούνται να ακολουθήσουν ένα πρόγραμμα σεξουαλικών ασκήσεων και παιχνιδιών (squeeze technique), με στόχο τον εγκεφαλικό έλεγχο επάνω στο πρόβλημα. Ο άνδρας δηλαδή «εκπαιδεύεται» να κρατάει την εκσπερμάτισή του όσο χρόνο επιθυμεί ο ίδιος και η σύντροφός του. Υπάρχουν και ατομικές ψυχοθεραπευτικές υποστηρικτικού τύπου προσεγγίσεις, που απαιτούν όμως μεγαλύτερη χρονική διάρκεια θεραπείας, με βαθύτερη ψυχοσυναισθηματική προσέγγιση. Η σύγχρονη θεραπευτική λογική αντιμετωπίζει το πρόβλημα με μεικτή προσέγγιση: συνδυασμό δηλαδή αγωγής φαρμακευτικού και ψυχοθεραπευτικού χαρακτήρα.

105. Πως αντιμετωπίζεται η παλίνδρομη και η ανεσταλμένη εκσπερμάτιση;

Η **παλίνδρομη** εκσπερμάτιση τις περισσότερες φορές δεν απαιτεί θεραπεία δεδομένου ότι δεν προκαλεί οργανικά προβλήματα στον άνδρα. Από την άλλη ένα ζευγάρι μπορεί να έρθει αντιμέτωπο με προβλήματα γονιμότητας εξαιτίας της έλλειψης σπέρματος, αν και πολλές φορές υπάρχει ακόμη και μικρής ποσότητας εκσπερμάτιση. Στις περιπτώσεις αυτές η θεραπεία εξαρτάται από την υποκείμενη αιτία και την επιθυμία για τεκνοποίηση. Οι θεραπευτικές μέθοδοι ποικίλουν και αποσκοπούν στην αποκατάσταση της παλίνδρομης εκσπερμάτισης φαρμακευτικά και στην ανάκτηση των σπερματοζωαρίων από τα ούρα ή απευθείας από τη γεννητική οδό (επιδιδυμίδα, όρχεις). Η διαχείριση της δυσλειτουργίας με φαρμακευτικά μέσα στοχεύει στην αύξηση του τόνου του αυχένα της ουροδόχου κύστης και κατά συνέπεια στην παρεμπόδιση της οπισθοδρομικής ροής του σπέρματος προς εκείνην. Αυτό επιτυγχάνεται είτε μέσα από τη διέγερση της δραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος είτε μέσω της αναστολής της διέγερσης του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος. Από την άλλη οι χειρουργικές επεμβάσεις στοχεύουν στην ελάχιστα επεμβατική συλλογή του σπέρματος από τις επιδιδυμίδες ή τους όρχεις των ασθενών. Τέλος, η ανάκτηση σπέρματος μέσα από τα ούρα στοχεύει στην απομάκρυνση επαρκών βιώσιμων σπερματοζωαρίων που θα χρησιμοποιηθούν για σπερματέγχυση, εξωσωματική γονιμοποίηση ή ενδοκυτταροπλασματική έγχυση σπέρματος.

Η **ανεσταλμένη** εκσπερμάτιση έχει κατά κύριο λόγο ψυχογενή αίτια. Συνδέονται δηλαδή άμεσα με την ψυχολογική κατάσταση του άνδρα μέσα από τη σχέση του αλλά και με το πώς ψυχοσεξουαλικά ωρίμασε και βίωσε τις πρώτες σεξουαλικές του εμπειρίες. Το συγκεκριμένο πρόβλημα αντιμετωπίζεται με την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση κυρίως με τη βοήθεια ψυχολόγου ή ψυχιάτρου ειδικευμένου στη σεξουαλική υγεία ή ουρολόγου-ανδρολόγου, εφόσον υπάρχει κάποια οργανική πάθηση. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις στηρίζονται κυρίως στην ψυχοθεραπευτική παρέμβαση ατομικά ή στα πλαίσια ζευγαριού μέσω sex therapy.

Δ. ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

106.Τι είναι η γονιμότητα;

Η γονιμότητα είναι η ικανότητα αναπαραγωγής. Οι γόνιμοι άνδρες είναι εκείνοι οι οποίοι βιολογικά μπορούν να επιτύχουν την γονιμοποίηση της γυναίκας και την επίτευξη εγκυμοσύνης. Οι γυναίκες από την άλλη θεωρούνται γόνιμες όταν βιολογικά δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα σε ότι αφορά την αναπαραγωγική τους ικανότητα. Η γονιμότητα κρίνεται φυσικά μέσα από την σεξουαλική επαφή. Ωστόσο η γονιμότητα δεν είναι μια σταθερή συνθήκη και μεταβάλλεται ανάλογα με την ηλικία. Η σεξουαλική ορμή του ανθρώπου είναι υψηλή και τα επίπεδα γονιμότητας κορυφώνονται επίσης. Καθώς ο άνθρωπος μεγαλώνει, η γονιμότητά του αρχίζει να μειώνεται. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στις γυναίκες στις οποίες τα ποσοστά φυσικής εγκυμοσύνης, χωρίς τεχνητά μέσα ή θεραπείες υπογονιμότητας, μειώνονται ιδιαίτερα μεταξύ των 35 και 40 ετών.

107. Πότε ένα ζευγάρι θεωρείται υπογόνιμο;

Για να θεωρηθεί ένα ζευγάρι υπογόνιμο θα πρέπει να μεσολαβήσει ένα διάστημα 12 μηνών μέσα στο οποίο δεν θα υπάρξει καμία επιτυχής κλινικά αναγνωρίσιμη εγκυμοσύνη μετά από σεξουαλικές επαφές χωρίς προφύλαξη. Η πιθανότητα ενός ζευγαριού να συλλάβει φυσιολογικά δεν ξεπερνά το 20% κάθε μήνα, ποσοστό που ονομάζεται μηνιαίο ποσοστό γονιμότητας.

108.Είναι συχνή η υπογονιμότητα σήμερα;

Η υπογονιμότητα είναι μια αρκετά συχνή κατάσταση στις μέρες μας και σύμφωνα με τις στατιστικές υπολογίζεται ότι περίπου το 15% των ζευγαριών που επιθυμούν παιδιά έχουν προβλήματα υπογονιμότητας.

109.Αληθεύει ότι ο ανδρικός πληθυσμός προοδευτικά καθίσταται υπογόνιμος;

Είναι γεγονός ότι σε έρευνες που πραγματοποιούνται τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μείωση της τάξεως του 40% στον αριθμό των σπερματοζωαρίων των ανδρών του δυτικού κόσμου. Παράλληλα μέσα από τις μελέτες αυτές έχει διαπιστωθεί ότι ο αριθμός των σπερματοζωαρίων των ανδρών μειώνονται με σταθερό ρυθμό περίπου 1,4% ετησίως.

110. Ποιες αλλοιώσεις παρατηρούνται στο σπέρμα του υπογόνιμου άνδρα;

Οι αλλοιώσεις που παρατηρούνται στο σπέρμα του υπογόνιμου άνδρα αφορούν τους παρακάτω κυρίως παράγοντες:

- **Ο όγκος:** ποσότητα σπερματικού υγρού μικρότερη από 1,5ml μπορεί να οφείλεται σε απόφραξη των εκσπερματιστικών οδών και είναι ανίκανη να εξουδετερώσει το όξινο περιβάλλον του κόλπου.
- **Το Ρ.Η.:** Οι φυσιολογικές τιμές κυμαίνονται από 7,2 έως 7,8. Ρh μεγαλύτερο από 8 μπορεί να σημαίνει την ύπαρξη φλεγμονής, ενώ μικρότερο από 7 μπορεί να οφείλεται σε απουσία εκκρίσεων από τις σπερματοδόχους κύστες.
- **Αριθμός σπερματοζωαρίων:** *Ολιγοσπερμία* παρατηρείται όταν υπάρχει χαμηλός αριθμός σπερματοζωαρίων στο σπέρμα (<39 εκατομμυρίων ή 15 εκατομμύρια/ml) και *αζωοσπερμία* όταν δεν υπάρχουν καθόλου σπερματοζωάρια.
- **Κινητικότητα:** Αξιολογείται η εκατοστιαία αναλογία των κινητών σπερματοζωαρίων και ο τύπος της κίνησης. Για να θεωρείται το σπέρμα φυσιολογικό θα πρέπει η συνολική κινητικότητα να είναι >40% και τα γρήγορα κινούμενα σπερματοζωάρια να ξεπερνάνε το 32%. Σε κάθε διαφορετική περίπτωση έχουμε *ασθenoσπερμία*.
- **Βιωσιμότητα:** Πάνω από το 58% των σπερματοζωαρίων θα πρέπει να είναι ζωντανά, διαφορετικά θα πρέπει να διερευνήσουμε κάθε πιθανή παθογένεια που οδηγεί σε θάνατο το σπέρμα.
- **Μορφολογία:** Για να θεωρηθεί φυσιολογικό το σπερματοζωάριο πρέπει να έχει φυσιολογική ωοειδή κεφαλή, σώμα και φυσιολογική ουρά. Στη μορφολογική εξέταση αξιολογείται η εκατοστιαία αναλογία αυτών των φυσιολογικών σπερματοζωαρίων. Στο γόνιμο σπέρμα η αναλογία αυτή πρέπει να είναι >4%, διαφορετικά έχουμε *τερατοσπερμία*.

Επίσης στην εξέταση του σπέρματος πρέπει να προσδιορίζεται η τιμή της φρουκτόζης, ειδικά σε άτομα με μικρό όγκο εκσπερμάτισης.

111. Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη γονιμότητα στον άνδρα;

Το πρόβλημα της υπογονιμότητας είναι αρκετά διαδεδομένο και αποτελεί συχνά τροχοπέδη στην επιθυμία πολλών ζευγαριών να αποκτήσουν οικογένεια. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη γονιμότητα του άνδρα είναι αρκετοί και δυστυχώς

πολλοί από αυτούς δεν έχουν σαφή συμπτώματα πέραν από την αδυναμία επίτευξης εγκυμοσύνης. Οι πιο συνηθισμένοι παράγοντες είναι οι εξής:

- **Το σωματικό βάρος.** Το αυξημένο σωματικό βάρος και η παχυσαρκία ως αποτέλεσμα αυτού επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα του σπέρματος. Η επίδραση του λίπους σε συγκεκριμένες ορμόνες και πεπτίδια φαίνεται ότι προκαλεί αλλοιώσεις τόσο στην μορφολογία των σπερματοζωαρίων όσο και στο γενετικό υλικό που μεταφέρουν.
- **Κάπνισμα.** Ο καπνός έχει αποδειχτεί σε αρκετές έρευνες ότι είναι από τις ουσίες, η καύση των οποίων προκαλεί οξειδωτικό στρες. Πρόκειται για την απόλαυση πολλών ανδρών η οποία όμως επιδρά αρνητικά στην γονιμοποιητική ικανότητα του σπέρματος. Οι παρενέργειες του καπνίσματος επικεντρώνονται κυρίως στον αριθμό των σπερματοζωαρίων, στην κινητικότητα και την μορφολογία τους.
- **Εξαρτησιογόνες ουσίες.** Αντίστοιχες με του καπνίσματος είναι και οι επιπτώσεις των εξαρτησιογόνων ουσιών στην γονιμότητα του άνδρα.
- **Ακτινοβολία κινητού τηλεφώνου.** Αν και η έρευνα στον τομέα αυτό είναι ακόμα σε πρώιμο στάδιο, τα πρώτα ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν συσχέτιση ανάμεσα στην ακτινοβολία από το κινητό τηλέφωνο και την ανδρική γονιμότητα.
- **Διατροφή και αναβολικά συμπληρώματα.** Η διατροφή φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την γονιμότητα στον άνδρα. Τροφές πλούσιες σε αντιοξειδωτικά θεωρούνται ότι ενισχύουν την ποιότητα των σπερματοζωαρίων. Από την άλλη, τα συμπληρώματα διατροφής και τα αναβολικά που καταναλώνουν πολλοί άνδρες στα πλαίσια γυμναστικής προκαλούν ορμονικά προβλήματα. Συγκεκριμένα η χρήση τεστοστερόνης ως συμπλήρωμα διατροφής αναστέλλει την παραγωγή της ορμόνης από τον οργανισμό διακόπτοντας ουσιαστικά την σπερματογένεση.
- **Λοιμώξεις και Σ.Μ.Ν.** Οι φλεγμονές και οι λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων είναι από τους παράγοντες που επηρεάζουν την γονιμότητα του άνδρα καθώς αλλοιώνουν την ποιότητα του σπέρματος. Ειδικά οι χρόνιες λοιμώξεις μπορούν σταδιακά να προκαλέσουν απόφραξη των σπερματικών πόρων.
- **Ηλικία.** Όπως έχει γίνει εμφανές σε αρκετές έρευνες με την πάροδο του χρόνου η ποιότητα του σπέρματος αρχίζει να επηρεάζεται ιδιαίτερα. Μετά την ηλικία των 40 ετών η μείωση αυτή αρχίζει να γίνεται ιδιαίτερα αισθητή, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ένας άνδρας άνω των 40 είναι υπογόνιμος.

- **Κιρσοκήλη.** Πρόκειται για ένα από τα συχνότερα αίτια υπογονιμότητας για τους άνδρες. Οι επιπτώσεις της εμφανίζονται σταδιακά και έχει το χαρακτηριστικό ότι δεν δίνει εύκολα ορατά συμπτώματα.

112.Τι είναι η κιρσοκήλη;

Σαν κιρσοκήλη ορίζεται η σακκοειδής διάταση του ελικοειδούς φλεβικού πλέγματος του όρχεως. Συνήθως η κιρσοκήλη εμφανίζεται ετερόπλευρα με μεγαλύτερη συχνότητα αριστερά (90%). Διακρίνεται σε υποκλινική, όταν ανευρίσκεται μόνο στον υπερηχογραφικό έλεγχο του οσχέου, πρώτου βαθμού, όταν ψηλαφάται κατά τη δοκιμασία Valsava, δευτέρου βαθμού, όταν ψηλαφάται σε ηρεμία και τρίτου βαθμού όταν είναι ορατή με γυμνό μάτι στο όσχεο. Συσχετίζεται με διαταραχές της σπερματογένεσης ή ακόμα και της ανάπτυξης του όρχι, αίσθημα βάρους ή πόνο στο όσχεο σύστοιχα και υπογοναδισμό σε κάποιες περιπτώσεις.

113.Πως επηρεάζει η κιρσοκήλη τη σπερματογένεση;

Η παθογένεια της υπογονιμότητας που προκαλείται από την κιρσοκήλη δεν είναι ακόμα εντελώς γνωστή. Η αύξηση της θερμοκρασίας του οσχέου από την παλινδρόμηση του αίματος στην κιρσοκήλη, όπως επίσης και το οξειδωτικό στρες που προκαλείται από τη λίμναση διαφόρων προϊόντων του μεταβολισμού εντός του όρχεως θεωρούνται οι επικρατέστεροι επιβαρυντικοί παράγοντες. Έχει αποδειχθεί ότι η κιρσοκήλη σταδιακά προκαλεί αλλοιώσεις στον όρχι, αρχικά στο σύστοιχο, αλλά και ετερόπλευρα σε βάθος χρόνου. Το σπέρμα του ασθενή με κιρσοκήλη μπορεί να είναι από φυσιολογικό έως αζωοσπερμικό! Εμφανίζεται δηλαδή όλη η γκάμα των διαταραχών της σπερματογένεσης με τη συνηθέστερη εικόνα να είναι αυτή της ολιγοασθενοτεροσπερμίας. Πολύ μεγάλη σημασία έχει ο χρόνος έκθεσης στην κιρσοκήλη χωρίς και αυτό να είναι απόλυτο. Η κιρσοκήλη δηλαδή μειώνει τη συγκέντρωση και τον συνολικό αριθμό των σπερματοζωαρίων, περιορίζει σημαντικά την κινητικότητά τους, επηρεάζει αρνητικά τη μορφολογία τους και αυξάνει το ποσοστό βλαβών στο DNA του σπερματοζωαρίου.

114.Μπορεί να βελτιωθεί το σπέρμα με χρήση φαρμάκων;

Σύμφωνα με τους ειδικούς οι διαταραχές του σπέρματος πολλές φορές συχνά κρύβουν μία πάθηση της οποίας η αντιμετώπιση θα βελτιώσει την ποιότητά του. Η διάγνωση της κατάστασης που προκαλεί την αλλοίωση του σπέρματος είναι το σημείο κλειδί ώστε να επιλεγεί η φαρμακευτική αντιμετώπιση που θα αντιμετωπίσει το πρόβλημα και θα βελτιώσει ταυτόχρονα και την ποιότητα του

σπέρματος. Για παράδειγμα εάν υπάρχει λοίμωξη του γεννητικού συστήματος η χορήγηση των ενδεδειγμένων αντιβιοτικών και η εξάλειψη του μικροβιακού παθογόνου, σε συνδυασμό με την κατάλληλη υποστήριξη του μικροπεριβάλλοντος του όρχεως με χρήση συμπληρωμάτων διατροφής με ισχυρή αντιοξειδωτική δράση θα επαναφέρει την ισορροπία στη σπερματογένεση και θα βελτιώσει το σπέρμα. Σε άλλες περιπτώσεις με μικρή διαταραχή των παραμέτρων του σπέρματος η χρήση ειδικών συμπληρωμάτων διατροφής, στοχευμένων για την ανδρική υπογονιμότητα, μπορεί να βελτιώσει το σπέρμα και να βοηθήσει τη γονιμότητα του ζευγαριού. Προσοχή χρειάζεται εδώ στο ότι η διερεύνηση της αιτιολογίας θα πρέπει να συνεχίζεται γιατί σωστή θεραπεία είναι η αιτιολογική και όχι η συμπτωματική. Τέλος, σε ειδικές περιπτώσεις μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε και ορμονικά σκευάσματα σε μια προσπάθεια να προκαλέσουμε επανέναρξη της διαδικασίας της σπερματογένεσης.

115.Πρέπει να χειρουργηθώ για κισσοκήλη; Και τότε;

Η κισσοκήλη θα πρέπει να χειρουργείται άμεσα σε κάθε περίπτωση που συνδυάζεται με παθολογικό σπερμοδιάγραμμα ή σε επιβάρυνση των παραμέτρων του όρχι σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις. Το χειρουργείο της κισσοκήλης δε θα πρέπει να γίνεται με μόνη ένδειξη το αίσθημα βάρους ή πόνου.

116.Μετά το χειρουργείο θα βελτιωθεί το σπέρμα μου;

Τα αποτελέσματα της χειρουργικής αντιμετώπισης της κισσοκήλης έχουν διαπιστωθεί σε πολλές ερευνητικές μελέτες. Η πλειοψηφία των μελετών αναφέρουν βελτίωση της ποιότητας του σπέρματος μετά την θεραπεία της κισσοκήλης.

117.Τι είναι η αζωοσπερμία;

Αζωοσπερμία ονομάζεται η ολοκληρωτική απουσία σπερματοζωαρίων από το σπέρμα του άνδρα. Διακρίνεται σε δύο τύπους, την αποφρακτική και τη μη αποφρακτική αζωοσπερμία.

Στην αποφρακτική αζωοσπερμία υπάρχει κανονική παραγωγή σπερματοζωαρίων από τους όρχεις, τα οποία όμως δεν εμφανίζονται στο σπέρμα μετά την εκσπερμάτιση λόγω απόφραξης των εκφορητικών σπερματικών οδών που μπορεί να οφείλεται σε φλεγμονή ή τραυματισμό, σε συγγενή έλλειψη των σπερματικών

πόρων, ή μετά από χειρουργική επέμβαση στείρωσης (απολίνωση σπερματικών τόνων).

Στη μη αποφρακτική αζωοσπερμία δεν υπάρχει παραγωγή σπερματοζωαρίων από τους όρχεις. Υπάρχει δηλαδή μη αντιστρέψιμη βλάβη στο ορχικό παρέγχυμα που έχει οδηγήσει σε πλήρη διακοπή της σπερματογένεσης. Οι αιτίες ποικίλλουν και αρκετές φορές δε βρίσκουμε και την ακριβή αιτιολογία.

118. Ποιος είναι ο έλεγχος που γίνεται σε αζωοσπερμικούς άνδρες;

Καθοριστικής σημασίας στους ασθενείς αυτούς είναι να γίνει διάκριση μεταξύ αποφρακτικής και μη αποφρακτικής αζωοσπερμίας. Η πλήρης απεικόνιση της εκφορητικής οδού του σπέρματος είναι επιβεβλημένη, ώστε να γνωρίζουμε εάν υπάρχει διακοπή στη συνέχεια της. Στην περίπτωση της αποφρακτικής αζωοσπερμίας η αντιμετώπιση κατευθύνεται προς την άρση της απόφραξης ή αν αυτό δεν είναι εφικτό προς τη συλλογή σπέρματος για εξωσωματική γονιμοποίηση. Αντίθετα στη μη αποφρακτική αζωοσπερμία χρειάζεται πλήρης έλεγχος ώστε να διαπιστωθεί ακριβώς η αιτία της διακοπής της σπερματογένεσης και να δώσουμε στο ζευγάρι σωστή γενετική συμβουλή.

Στους αζωοσπερμικούς ασθενείς λοιπόν θα γίνει ένα υπερηχογράφημα οσχέου για να δούμε το μέγεθος και τη σύσταση των όρχεων και των επιδιδυμίδων. Στη συνέχεια ακολουθεί διορθικό υπερηχογράφημα για να ερευνηθεί το μέγεθος και η σύσταση του προστάτη και των σπερματοδόχων κύστεων. Παράλληλα γίνεται πλήρης βιοχημικός και ορμονικός έλεγχος ώστε να απεικονιστεί η λειτουργικότητα του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-όρχεων. Τέλος και εφόσον ο ασθενής κριθεί ότι πάσχει από μη αποφρακτική αζωοσπερμία προχωράμε σε γενετικό έλεγχο (καρυότυπο, μικροελλείψεις χρωμοσώματος Y) ώστε να δώσουμε σωστή γενετική συμβουλή στα πλαίσια της προσπάθειας εξωσωματικής γονιμοποίησης.

119. Τι είναι η βιοψία στον όρχι;

Η βιοψία του όρχεος (TESE/Testicular Sperm Extraction) είναι μια διαδικασία που χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που δεν υπάρχουν καθόλου σπερματοζωάρια στην εκσπερμάτιση και έχουμε διαγνωστικό αδιέξοδο. Η βιοψία των όρχεων είναι χειρουργική επέμβαση που αποσκοπεί στην αφαίρεση ενός μικρού κομματιού ιστού από τους όρχεις για περαιτέρω εξέταση αλλά και ανεύρεση σπερματοζωαρίων που θα χρησιμοποιηθούν για εξωσωματική γονιμοποίηση. Η βιοψία γίνεται με πολλούς διαφορετικούς τρόπους. Μπορεί να γίνει με απλή παρακέντηση

(PESA/Percutaneous Sperm Extraction) ή με τομή και τυχαίες λήψεις από τον όρχι (TESE/Testicular Sperm Extraction). Η μέθοδος εκλογής είναι η TESE.

Η χρήση μικροσκοπίου (micro TESE) θεωρείται η πιο σύγχρονη και αποτελεσματική μέθοδος καθώς προσφέρει τη δυνατότητα άμεσης αναγνώρισης των υγείων περιοχών του όρχι. Στη μέθοδο αυτή πραγματοποιείται μία μικρή τομή στον όρχι μέσω της οποίας γίνεται εξέταση του εσωτερικού του με το μικροσκόπιο και λήψη βιοπτικού υλικού με ειδικά εργαλεία μικροχειρουργικής. Το σπέρμα στη συνέχεια μπορεί να χρησιμοποιηθεί αμέσως ή να καταψυχθεί για μελλοντική χρήση.

120.Θα καταφέρω να κάνω παιδιά;

Η πιθανότητα τεκνοποίησης των αζωοσπερμικών ασθενών με εξωσωματική γονιμοποίηση με χρήση ενδοκυτταροπλασματικής έγχυσης του γενετικού υλικού (ICSI) είναι περίπου 20% για τους ασθενείς με μη αποφρακτική αζωοσπερμία και 30% για τους απεφραγμένους. Ιδιαίτερη σημασία έχει η σωστή γενετική συμβουλή στους ασθενείς με μη αποφρακτική αζωοσπερμία.

121. Η ψυχολογική και σεξουαλική εικόνα του ζευγαριού στο κυνήγι της γονιμότητας.

Το κυνήγι στη γονιμότητα επιβάλλει συγκεκριμένο προγραμματισμό που το ζευγάρι οφείλει να ακολουθήσει με τις οδηγίες του γυναικολόγου. Η ηλικία της γυναίκας, ο στόχος της γρήγορης σύλληψης και ο φόβος της μη επίτευξης του στόχου αυτού δυναμιτίζουν τη σεξουαλική ζωή του ζευγαριού. Το «εδώ και τώρα έλα μέσα μου και τελείωσε γιατί έτσι πρέπει να γίνει» σκοτώνει τη σεξουαλική επιθυμία, τη φαντασίωση και το ίδιο το σεξουαλικό παιχνίδι.

Το ζευγάρι δεν κάνει πια σεξ αλλά χρησιμοποιεί τη σεξουαλική επαφή ως μέσο που πρέπει να φέρει την ποθούμενη εκσπερμάτιση χωρίς όμως τον πόθο, την ηδονή και την απόλαυση. Έτσι το σεξ της γονιμότητας καταλήγει να είναι ένα υποχρεωτικό σεξ διείσδυσης με οδηγίες, που κάνει τον άνδρα μηχανικό ρομπότ και τη γυναίκα σκεύος εισδοχής της εκσπερμάτισης στην προσμονή της κυοφορίας. Όσο ο χρόνος κυλάει το ζευγάρι εκνευρίζεται, η γυναίκα εκρήγνυται και ο άνδρας ψάχνει τη στύση του που πέφτει και φυσικά την εκσπερμάτιση που δεν έρχεται. Το αποτέλεσμα δυστυχώς είναι μοιραίο με το ζευγάρι να χωρίζει χωρίς να διεκδικεί ούτε τη σεξουαλική του ζωή ούτε και το παιδί που θα ήθελε να αποκτήσει.

Το προγραμματισμένο σεξ σκοτώνει την ίδια την εικόνα του ζευγαριού και κάνει τους συντρόφους από πρωταγωνιστές μιας σεξουαλικής διάθεσης, παρατηρητές μιας μάχης που είναι χαμένη εξ αρχής.

E. ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

1. Γ., 52 ετών

Ο Γ. είναι 52 ετών παντρεμένος με την Κ., 50 ετών με την οποία έχουν μια ευτυχισμένη οικογένεια. Με την σύζυγο του ο Γ. είχε πάντα πολύ θερμή σεξουαλική ζωή, από την οποία ήταν ικανοποιημένοι και οι δύο, με επαφές 3-4 φορές την εβδομάδα. Ακόμα και όταν ήρθαν τα παιδιά στην οικογένεια, το ζευγάρι προσαρμόστηκε γρήγορα στις νέες συνθήκες και κατάφερε να βρίσκεται σεξουαλικά 1-2 φορές την εβδομάδα.

Τον τελευταίο χρόνο οι επαφές του ζευγαριού αραιώσαν σημαντικά καθώς ο Γ., παρά την έντονη σεξουαλική επιθυμία που είχε για την Κ., χρειαζόταν περισσότερο χρόνο για να αποκτήσει στύση. Ορισμένες φορές μάλιστα δεν τα κατάφερε καθόλου. Η ανησυχία του Γ. ενισχύθηκε ακόμα περισσότερο όταν συνειδητοποίησε ότι δεν είχε πλέον ούτε πρωινές στύσεις ενώ και στον αυνανισμό η κατάσταση ήταν ίδια.

Η νέα κατάσταση έφερε αναταραχές στο ζευγάρι καθώς η Κ., ένιωσε μη ποθητή και σκέφτηκε ότι ενδεχομένως υπήρχε άλλη γυναίκα στη ζωή του Γ. Παρά τις διαβεβαιώσεις του για το αντίθετο η κατάσταση δεν βελτιώθηκε με αποτέλεσμα για πρώτη φορά το ζευγάρι να είναι αντιμέτωπο με έντονες συγκρούσεις και ψυχρότητα. Ο Γ. σε μια σπασμωδική προσπάθεια να αποδείξει στον εαυτό του ότι «μπορεί» αποφάσισε να έρθει σε επαφή με μια άλλη γυναίκα, παρά το γεγονός ότι δεν είχε σκεφτεί ποτέ να απιστήσει. Όταν δεν κατάφερε να έχει στύση ούτε με εκείνη, γέμισε με ενοχές και ντροπή, τόσο για την στυτική του αποτυχία όσο και για την απιστία προς την Κ.

Ο Γ. από τα 20 και μετά είναι μανιώδης καπνιστής (1 με 2 πακέτα την ημέρα), ενώ τα τελευταία χρόνια έχει υπέρταση και χοληστερίνη. Όταν αποφάσισε να απευθυνθεί σε εξειδικευμένο ουρολόγο-ανδρολόγο για το πρόβλημα που αντιμετώπιζε, διαπιστώθηκε ότι πίσω από την στυτική του αποτυχία υπήρχαν οργανικά προβλήματα που συνδεόταν με το κάπνισμα, την υπέρταση και την χοληστερίνη. Με την κατάλληλη θεραπευτική πρόταση ο Γ. απέκτησε ξανά στύση και το ζευγάρι «κέρδισε» ξανά την χαμένη του σεξουαλική ζωή.

Η στυτική αποτυχία του Γ. σε συνδυασμό με την επιλογή του να μην αναζητήσει άμεσα βοήθεια για το πρόβλημα δημιούργησαν προβλήματα στη σχέση του με τη σύζυγό του. Η ψυχρότητα στις σχέσεις τους προκάλεσε ακόμα μεγαλύτερο άγχος στον Γ. ενισχύοντας ακόμα περισσότερο το πρόβλημα. Οι διακυμάνσεις στη στυτική λειτουργία όμως, θα πρέπει να αξιοποιούνται ως δείκτες της γενικής υγείας του

άνδρα και όχι ως γεγονότα που απειλούν την σεξουαλική ζωή. Το σεξ μπορεί να αλλάζει όσο μεγαλώνουμε ωστόσο δεν καθορίζεται από την ημερομηνία γέννησης αλλά από την όρεξη για ζωή και κατ' επέκταση τη διάθεση για έρωτα.

2. Π., 64 ετών

Ο Π. είναι 64 ετών και τα τελευταία χρόνια αντιμετωπίζει πρόβλημα στυτικής δυσλειτουργίας. Ταυτόχρονα όμως πάσχει και από σακχαρώδη διαβήτη ενώ το σωματικό του βάρος έχει ξεφύγει από τον έλεγχο του. Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια από τις συχνότερες παθήσεις παγκοσμίως. Η συχνότητα εμφάνισής του αυξάνει χρόνο με το χρόνο. Το 2012, 371 εκατομμύρια άνθρωποι έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη σε όλη την υφήλιο, αριθμός που αναμένεται να διπλασιαστεί περίπου το 2030.

Οι άνδρες που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη έχουν έως 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν στυτική δυσλειτουργία ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Οι περισσότεροι από τους μισούς άνδρες με σακχαρώδη διαβήτη θα εμφανίσουν κάποια στιγμή στη ζωή τους πρόβλημα στη στύση τους. Η στυτική δυσλειτουργία θα εμφανισθεί νωρίτερα κατά 10-15 έτη συγκριτικά με τους υγιείς άνδρες, θα είναι σοβαρότερης μορφής και δε θα ανταποκρίνεται τόσο καλά στη θεραπεία με φάρμακα από το στόμα και θα οδηγήσει σε γρηγορότερη μείωση της ποιότητας ζωής του ασθενή. Η ανάπτυξη αθηρωματικών πλακών στους σακχαροδιαβητικούς, καθώς και η διαταραχή της λειτουργικότητας του ενδοθηλίου των αγγείων συμβάλλουν στην μείωση της αιμάτωσης του πέους και στην εμφάνιση αγγειογενούς στυτικής δυσλειτουργίας. Διαταραχή της λειτουργικότητας του ενδοθηλίου προκαλεί και η χρόνια υπεργλυκαιμία, με αποτέλεσμα τη μείωση του μονοξειδίου του αζώτου (NO) και ως επακόλουθο χάνουν οι λείες μυϊκές ίνες των σηραγγωδών σωμάτων την ικανότητα να χαλαρώσουν, γεγονός απαραίτητο για την επίτευξη της στύσης.

Πράγματι η κλινική αξιολόγηση της στύσης του Π. μέσα από το πείκo Doppler αγγείων πέους, έδειξε ότι υπήρχε πρόβλημα στην αιμάτωση του πέους που οδηγούσε σε στυτική αποτυχία.

Μέσα από την ένταξή του σε πρόγραμμα διατροφής για έλεγχο του σωματικού βάρους, μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων, και καθημερινή άσκηση ο Π. ξεκίνησε το πρώτο μέρος της θεραπείας του για τη στυτική δυσλειτουργία. Έπειτα η ένταξή του σε πρόγραμμα φαρμακευτικής θεραπείας από το στόμα αλλά και θεραπείας με κρουστικά κύματα τον βοήθησε να έχει σημαντική βελτίωση σε σύντομο χρονικό διάστημα. Η θεραπεία με κρουστικά κύματα επιτυγχάνει την θεραπεία σε ποσοστό 60-70%, καθώς ο ασθενής δε χρειάζεται πλέον να

χρησιμοποιεί φάρμακα για να προκαλέσει στύση, αλλά επανέρχεται η δυνατότητά του να έχει αυθόρμητη στύση κατά τη διάρκεια του σεξουαλικού ερεθισμού.

3. Γ., 55 ετών

Ο Γ. είναι παντρεμένος πολλά χρόνια με την κατά 10 χρόνια νεότερη σύζυγό του. Την επιθυμεί πολύ σεξουαλικά ωστόσο τα τελευταία χρόνια αντιμετωπίζει δυσκολίες στη σεξουαλική επαφή καθώς η στύση του δεν είναι ικανοποιητική και χάνεται γρήγορα. Δεδομένης της επιθυμίας του να έχει σεξουαλική επαφή με τη σύζυγό του ο Γ. αναζήτησε άμεσα βοήθεια καθώς δεν είχε κάποιο πρόβλημα υγείας, πρόσεχε τη διατροφή του και γυμναζόταν συστηματικά.

Οι εξετάσεις που ζητήθηκαν από τον ουρολόγο τον οδήγησαν στον καρδιολόγο ο οποίος διαπίστωσε πως ο Γ. πάσχει από σιωπηρή στεφανιαία νόσο χωρίς να το γνωρίζει. Η στυτική δυσλειτουργία και η καρδιαγγειακή νόσος έχουν μια δεδομένη και αναγνωρισμένη σχέση. Πολλές σημαντικές διεθνείς μελέτες αναφέρουν αξιόλογα ποσοστά ασθενών με καρδιαγγειακές παθήσεις, οι οποίοι εμφανίζουν ταυτόχρονα και προβλήματα στύσης. Η διάγνωση αυτή σόκαρε τόσο τον ίδιο τον Γ. όσο και τη γυναίκα του η οποία φοβούμενη για την υγεία του συζύγου της του είπε ότι δεν θέλει να έχουν σεξουαλικές επαφές για κάποιο διάστημα.

Πράγματι, είναι συχνό φαινόμενο τόσο οι άνδρες, όσο και οι σύντροφοί τους να φοβούνται να λάβουν μέρος σε οποιαδήποτε σεξουαλική δραστηριότητα απαιτεί έντονη σωματική εμπλοκή και προκαλεί κόπωση, σκεπτόμενοι ότι κάτι τέτοιο θα μπορούσε να πυροδοτήσει κάποια καρδιολογική κρίση ή να αποδειχθεί θανατηφόρο. Στην πραγματικότητα, το σεξ από μόνο του ευθύνεται για λιγότερο από το 1% του συνόλου των καρδιακών προσβολών. Η σεξουαλική πράξη αυξάνει τους καρδιακούς παλμούς, τον ρυθμό της αναπνοής και την αρτηριακή πίεση με τέτοιον τρόπο που δεν επιβαρύνει την καρδιά περισσότερο απ' ό,τι η μέτρια σωματική άσκηση.

Παράλληλα, πολλοί ασθενείς μετά την εμφάνιση καρδιαγγειακής πάθησης παρουσιάζουν μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον, κυρίως επειδή φοβούνται τον θάνατο. Ωστόσο, το γεγονός αυτό δεν σχετίζεται τόσο με την πραγματική κατάσταση της υγείας τους όσο με τον συναισθηματικό και ψυχολογικό αντίκτυπο της θεραπείας που απαιτείται. Συνήθως η διάγνωση κάνει τους ανθρώπους να αισθάνονται λιγότερο δυνατοί, νέοι και ελκυστικοί.

Μετά την ένταξη του Γ. σε πρόγραμμα φαρμακευτικής θεραπευτικής αντιμετώπισης της στυτικής δυσλειτουργίας, ακολούθησε μαζί με τη σύζυγό του ένα πρόγραμμα ψυχοθεραπευτικών συνεδριών μέσα από τις οποίες ενημερώθηκαν για τους πιθανούς κινδύνους των σεξουαλικών επαφών καθώς και για τους

τρόπους με τους οποίους μπορούν να τους αποφύγουν. Σε κάθε περίπτωση το σεξ είναι βαρόμετρο για τη γενική υγεία. Έρευνες δείχνουν ότι η παραμέληση της σεξουαλικής ζωής των ατόμων με καρδιολογικά προβλήματα συχνά σχετίζεται με άγχος και κατάθλιψη.

4. Χ., 31 ετών

Ο Χ. χώρισε πριν 2 χρόνια από μια μεγάλη σχέση με συνομήλική του κοπέλα. Έκτοτε αν και το ήθελε πολύ δεν έχει κάνει καμία σχέση σκεπτόμενος ότι η γρήγορη εκσπερμάτισή του θα τον εξέθετε στο ενδεχόμενο της απόρριψης. Η τελευταία του σχέση, σε αντίθεση με παλαιότερες, του έλεγε ότι δεν έχει πρόβλημα με αυτό αλλά εκείνος ποτέ δεν το πίστευε πλήρως θεωρώντας ότι εκείνη θα ήθελε περισσότερο αλλά δεν το έλεγε για να μην τον πληγώσει.

Για τον Χ. το πρόβλημα της πρόωρης εκσπερμάτισης είχε ξεκινήσει με την έναρξη της σεξουαλικής του ζωής στα 17 χρόνια. Η ανησυχία του όμως εντάθηκε ακόμα περισσότερο μετά τον χωρισμό καθώς βρέθηκε και πάλι αντιμέτωπος με το πρόβλημα το οποίο τον αποθάρρυνε από το να προσεγγίσει κάποια νέα γνωριμία. Είχε διαρκώς άγχος και φοβόταν ότι θα βιώσει την απόρριψη μόλις αποκαλυφθεί το πρόβλημά του. Απέφευγε να πλησιάσει κοπέλες που του άρεσαν ενώ απέρριπτε και εκείνες που εκδήλωναν το ενδιαφέρον τους προς το πρόσωπό του.

Μοναδικό καταφύγιο για τον Χ. ήταν ο αυνανισμός ο οποίος μετά τον χωρισμό είχε γίνει πιο συχνός. Ωστόσο επέλεγε τον αυνανισμό, πριν από τη σεξουαλική επαφή, και όταν βρισκόταν σε κάποια σχέση θεωρώντας ότι με τον τρόπο αυτό θα βελτίωνε κάπως την διάρκειά του πριν την εκσπερμάτιση.

Σταδιακά συνειδητοποίησε πόσο δυσκολευόταν να αποκοπεί από την αυνανιστική συνήθεια η οποία από ένα σημείο και μετά τον έριχνε και ψυχολογικά καθώς αισθανόταν ντροπή που δεν διεκδικούσε μια κοπέλα. Βλέποντας τους φίλους του να έχουν σχέσεις ένιωθε μειονεκτικά και σταδιακά άρχισε να αποφεύγει τις παρέες του. Σταδιακά και υπό την πίεση φιλικού του προσώπου με το οποίο είχε μοιραστεί το πρόβλημα, αποφάσισε να αναζητήσει τη βοήθεια ειδικού σεξουαλικής υγείας. Ξεκίνησε ειδική φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες.

Μέσα από το θεραπευτικό πρόγραμμα συνδυαστικού τύπου που ακολούθησε κατάφερε να αντιμετωπίσει τους φόβους που του προκαλούσε η εκσπερμάτισή του, να γίνει πιο «ανοιχτός» στο φλερτ και να προσεγγίζει χωρίς άγχος την κάθε σεξουαλική επαφή. Σε διάστημα ενός έτους κατάφερε να ξεκινήσει μία νέα σχέση με την οποία έχει σεξουαλικές επαφές που τον ικανοποιούν σημαντικά. Ο χρόνος μέχρι την εκσπερμάτιση έχει βελτιωθεί και ο ίδιος έχει πλέον μεγαλύτερη

αυτοπεποίθηση όχι μόνο στην προσωπική του ζωή αλλά και στην υπόλοιπη καθημερινότητά του.

5. Χ., 75 ετών

Ο Χ. πάσχει από νόσο του Πάρκινσον ενώ εδώ και κάποιους μήνες έχει ξεκινήσει αγωγή με αντικαταθλιπτικά φάρμακα καθώς είχε συνεχώς κακή διάθεση. Η σύζυγός του ήταν πάντα δίπλα του και τον βοηθά διαρκώς με τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει. Στην τελευταία του επίσκεψη στον γιατρό που τον παρακολουθεί ο Χ. ζήτησε κάποιο φάρμακο που θα μπορούσε να τον βοηθήσει στο στυτικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει το τελευταίο διάστημα.

Ο γιατρός έδειξε να εκπλήσσεται από το αίτημα του Χ. και τον ρώτησε με απορία αν έχουν ακόμα σεξουαλικές επαφές με τη σύζυγό του. Ο Χ. ένωσε άβολα με την ερώτηση καθώς αισθάνθηκε ότι το να ζητά τη σεξουαλική επαφή με την γυναίκα του ήταν κάτι αφύσικο ή παράλογο. Ένωσε ότι ο γιατρός του δεν τον καταλάβαινε και απογοητεύτηκε με αποτέλεσμα να σταματήσει την αντικαταθλιπτική αγωγή και να αναζητήσει άλλον.

Για τον Χ. το σεξ είναι κάτι που επιθυμεί, που τον γεμίζει αισιοδοξία και ενέργεια και που τον κάνει να νιώθει και πάλι νέος. Πολλοί άνδρες μέσης και τρίτης ηλικίας που τους παρακολουθεί γιατρός για κάποια χρόνια ασθένεια, όπως η νόσος του Πάρκινσον μπορεί να εμφανίσουν σεξουαλικά προβλήματα, όπως η στυτική δυσλειτουργία. Ωστόσο υπάρχουν ακόμα και σήμερα αρκετοί γιατροί που αποφεύγουν να ρωτήσουν τους ασθενείς για τη σεξουαλική τους ζωή.

Η προσπάθεια να μην έρθει ο ασθενής σε δύσκολη θέση ή και η αμηχανία του ίδιου του γιατρού είναι ίσως ο βασικός λόγος που αποφεύγεται ένα ερώτημα για τη σεξουαλική ζωή. Πολλές φορές, σε συγκεκριμένες ασθένειες, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο ασθενής διστάζει να μιλήσει για προβλήματα της σεξουαλικής του ζωής καθώς πιστεύει ότι ο γιατρός θα του πει να βάλει σε πρώτη προτεραιότητα τη σωματική υγεία και να μην ασχοληθεί ακόμα με το σεξ. Από την άλλη ο γιατρός συνηθίζει να αποφεύγει ερωτήσεις για τη σεξουαλική ζωή καθώς θεωρεί ότι θα υπάρξει έντονη αντίδραση είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε από τη σύντροφό του.

Οι ερωτήσεις ωστόσο για την ποιότητα της σεξουαλικής λειτουργίας του ασθενή όχι μόνο δεν είναι αδιάκριτες ή περιττές, αλλά εκφράζουν το ενδιαφέρον του γιατρού όχι τόσο για την ασθένεια του ατόμου που έχει απέναντι του αλλά και για τις επιπτώσεις της στην καθημερινότητά του. Ο ασθενής αισθάνεται ότι ο γιατρός δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον για εκείνον ενισχύοντας με τον τρόπο αυτό τη θεραπευτική τους σχέση και αυξάνοντας το βαθμό συμμόρφωσης στη θεραπεία.

Η μέση και η τρίτη ηλικία, καθώς και οι ασθένειες που μπορεί να προκύψουν δεν σηματοδοτούν τη σεξουαλική «σιγή» του ανθρώπου. Η διεκδίκηση της σεξουαλικής ζωής σε κάθε ηλικία είναι δικαίωμα όλων μας!

Επίλογος

Είσαι ακόμη σέξι!

«Γιατρέ, είμαι 74 χρονών και σκέφτηκα να σε επισκεφτώ ζώντας 7 χρόνια χήρος, αλλά η ζωή μια μέρα μου γνώρισε μια γυναίκα 58 χρονών που πιστεύω πως από εκεί και μετά ένιωσα ότι υπάρχω ξανά. Στην προσπάθεια να βρεθούμε ερωτικά μετά από σχεδόν 7 χρόνια χωρίς σεξουαλική ζωή, το τρακ και το άγχος που αισθάνθηκα με έκανε να θυμηθώ την εφηβική μου εποχή σαν να πήγαινα πάλι πρώτη φορά σε γυναίκα! Δεν μπόρεσα να λειτουργήσω και παρόλο που την επιθυμούσα έντονα και το σώμα της μου ξύπνησε τη χαμένη σεξουαλική μου επιθυμία, η στύση μου δεν ήταν ικανοποιητική για να τα καταφέρω μαζί της...»

Πόσο εύκολο ή δύσκολο είναι για έναν άνδρα και μια γυναίκα που δεν είναι πια νέοι και δεν θεωρούν ότι το σεξ είναι μια φυσιολογική απάντηση στη ζωή τους όταν συναντηθούν να ζήσουν μοναδικές στιγμές τόσο σεξουαλικής όσο και ψυχικής χαράς και μάλιστα να μπορούν να μοιραστούν τα συναισθήματά τους με τα παιδιά τους ή τους ανθρώπους του περιβάλλοντος που τους θεωρούν γέρους και ικανούς να πίνουν τα φάρμακά τους και το τσάι τους προτού κοιμηθούν.

Η μέση και η τρίτη ηλικία είναι σημαντική περίοδος της ζωής μας που αποκτά ιδιαίτερη αξία γιατί τα χρόνια λιγοστεύουν ενώ οι ανάγκες μεγαλώνουν. Και όσοι πιστεύουν, κυρίως νέοι, ότι οι άνθρωποι άνω των 50 οφείλουν να βλέπουν το σεξ σαν κάτι που δεν τους αφορά και σιγά σιγά να το ξεχνούν, ίσως αγνοούν ότι το σεξ με τη συναισθηματική επαφή και τη συντροφικότητα, είναι η καλύτερη τροφή της ποιότητας ζωής των ανθρώπων που μεγαλώνουν και μπορούν στη ψυχική και σωματική τους υγεία να χαίρονται το μεγάλο αυτό δικαίωμα της ηδονής και της απόλαυσης. Πόσες άραγε ακόμα μελέτες θα προστεθούν στις υπάρχουσες που δείχνουν με ξεκάθαρα επιστημονικά δεδομένα ότι το σεξ μακραίνει τη ζωή; Πόσοι ακόμη γιατροί οφείλουν να ρωτούν για τη σεξουαλική ζωή των αρρώστων τους που μέσα από το έμφραγμα, το διαβήτη αλλά και τον καρκίνο, το σεξ είναι φάρμακο και κίνητρο να ζήσουν περισσότερο; Πόσοι ακόμη ασθενείς μπορούν ανοιχτά να ρωτούν το γιατρό τους στα 60, 70, 80 αλλά και 90 χρόνια τους για τη σεξουαλική τους ζωή, έχοντας ένα σύντροφο που τους θυμίζει και τους στηρίζει το νόημα του «κάθε λεπτό παραπάνω που υπάρχουν ζεις».

Αλήθεια όλα αυτά είναι υπερβολή; Το σεξ πεθαίνει όσο μεγαλώνουμε και οφείλουμε να καταπιέζουμε τη ψυχική μας επιθυμία, τη σεξουαλική μας ορμή ως

ανεπίτρεπτο, ανήθικο ή ότι είναι η συμπεριφορά «του πορνόγερου» που τα «έχει χάσει» και εκτίθεται ως ένας σάτυρος, ανοϊκός που θέλει «μάζεμα» φαρμακευτική θεραπεία και ψυχιατρική παρακολούθηση;

Η κοινωνία θεωρεί δεδομένο και στερεότυπο ότι το σεξ είναι «προνόμιο» των νέων ανθρώπων που μπορεί να μιλούν για αυτό, να χλευάζουν και να προκαλούν χωρίς να εκτίθενται, ενώ όσο μεγαλώνουμε η σοβαροφάνεια, η ηθική και η σωστή στάση είναι η απάντηση σε αυτό.

Μέσα στα χρόνια και στην ανοιχτή πια κοινωνία της χώρας μας, πιστεύω ότι το στερεότυπο αυτό εξακολουθεί να υπάρχει, αυξάνεται όμως ο αριθμός των ανθρώπων που θεωρεί φυσιολογικό το σεξ στις μεγαλύτερες ηλικίες. Και όσο και ακόμα, η ελληνική κοινωνία στέκει αμήχανη απέναντι στην σεξουαλική έκφραση των ανδρών και των γυναικών που διανύουν την μέση και τρίτη ηλικία τους, η γοητεία, η γενναιοδωρία και η αγάπη για τη ζωή, τους φέρνει όλο και πιο κοντά, τους κάνει να ερωτεύονται ξανά και τους φωτογραφίζει να αγκαλιάζονται, να φιλιούνται και να ζουν τρυφερά αλλά και φιλήδονα το χρόνο που τους απομένει.

Μπορεί η κοινωνία να προβάλλει τα νεανικά κορμιά, την αισθησιακή χάρη των φρέσκων και νεαρών κοριτσιών αλλά οφείλει να δέχεται και να στηρίζει την ομορφιά των ανθρώπων που μεγαλώνοντας εξακολουθούν να διεκδικούν την εικόνα τους, την πρόκληση και την εμφάνισή τους, ως ένα ισχυρό όπλο της μηνυματικής που το σεξ προκαλεί και ζητάει.

Άλλωστε το να φροντίζεις το σώμα σου ουσιαστικά ενδιαφέρεσαι για την υγεία σου και το να θέλεις να κάνεις σεξ μετά τα 60 και 70 ζητάς να είσαι υγιής. Το σεξ κάνει καλό στην υγεία όσο τα χρόνια περνούν και η σχέση με ένα σύντροφο κάνει καλό σε σένα και σε εκείνον όσο και αν οι νέοι άνθρωποι μπορεί να το αμφισβητούν ή να το «σνομπάρουν».

Εάν κι εσύ συνηγορήσεις στην ιδέα πως «το σεξ είναι για τους νέους» τότε βάζεις μόνος σου ένα μεγάλο εμπόδιο ανάμεσα σε εσένα και στο συναρπαστικό σεξ που θα μπορούσες να απολαμβάνεις στην ηλικία σου! Μην αφήσεις το μυαλό σου να παγιδευτεί σε μια αρνητική ψυχολογία γύρω από το σεξ...γιατί τότε το σώμα σου θα ακολουθήσει. Το σεξ αλλάζει όσο μεγαλώνουμε, και είμαστε τυχεροί για αυτό! Όπως το καλό κρασί και τα έργα τέχνης, έτσι και οι πρόθυμοι εραστές εκτιμώνται περισσότερο από τους συντρόφους τους μες στο πέρασμα του χρόνου. Οι άνδρες γίνονται πιο τρυφεροί στην ερωτική τους επαφή, ενώ οι γυναίκες έχουν καλύτερη σωματική απόκριση. Ο κάθε ένας από τους συντρόφους έχει πλέον τη σοφία και την

εμπειρία να απογειώσει σωματικά και ψυχικά τον άλλον, γι' αυτό διεκδίκησε τη σεξουαλική σου ζωή μεγαλώνοντας!

Μην ξεχνάς ότι η νιότη δεν είναι ένας αριθμός της ημερομηνίας που γεννήθηκες. Νέος είναι εκείνος που αισθάνεται ότι είναι μέσα στη ζωή, εκφράζεται, ερωτεύεται, ζει και ονειρεύεται για καθετί που ο χρόνος του δίνει και του παίρνει...

Θάνος Ε. Ασκητής

Νευρολόγος – Ψυχίατρος

Πρόεδρος του Ινστιτούτου Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας

Βασικά Σημεία για τη Σεξουαλικότητα στην Τρίτη Ηλικία

- Η σεξουαλικότητα συνεχίζει να αποτελεί βασική αξία στις ζωές των ηλικιωμένων ανθρώπων. Οι έρευνες δείχνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό των ατόμων της τρίτης ηλικίας παραμένουν σεξουαλικά ενεργοί και είναι ικανοποιημένοι από τις σχέσεις τους.
- Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες αυξάνονται με την ηλικία. Στους άνδρες πιο κοινό πρόβλημα αποτελεί η στυτική δυσλειτουργία ενώ στις γυναίκες η υποτονική σεξουαλική επιθυμία.
- Η αξιολόγηση μιας σεξουαλικής δυσλειτουργίας κατά τη τρίτη ηλικία ενός ατόμου πρέπει να επικεντρώνεται στην αναγνώριση των αιτιών που μπορούν να θεραπευτούν όπως το αίσθημα πόνου, η κατάθλιψη, οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και οι χρόνιες οργανικές ή/και ψυχολογικές καταστάσεις.
- Η σεξουαλικότητα συνεχίζει να αποτελεί ένα σημαντικό τομέα απαραίτητο για την γενικότερη ευεξία των ατόμων που στεγάζονται σε οίκους ευγηρίας και αυτό απαιτεί σωστή εκπαίδευση του προσωπικού και αίσθηση ιδιωτικότητας για τους ηλικιωμένους.
- Η άνοια αποτελεί σημαντική πρόκληση για τη σεξουαλικότητα καθώς είναι πιθανόν να αυξήσει την εμφάνιση σεξουαλικών δυσλειτουργιών και συχνά πυροδοτεί σεξουαλικά ακατάλληλες συμπεριφορές.

Οργανικά και Ψυχιατρικά Αίτια Σεξουαλικών Δυσλειτουργιών στη Μέση και Τρίτη Ηλικία

- Αρτηριακή υπέρταση
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Υπερλιπιδαιμία
- Στεφανιαία νόσος
- Εγκεφαλικά επεισόδια
- Νόσος Alzheimer και άλλου τύπου άνοιες
- Νόσος του Parkinson
- Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Περιφερικού τύπου αγγειακές διαταραχές
- Αρθρίτιδα
- Καρκίνος (ειδικά στο ουροποιητικό σύστημα και στα γεννητικά όργανα)
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
- Αγχώδεις διαταραχές
- Κατάθλιψη και άλλες συναισθηματικές διαταραχές
- Σχιζοφρένεια
- Κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών

**Φάρμακα που Σχετίζονται με τις Σεξουαλικές Δυσλειτουργίες στη
Μέση και Τρίτη Ηλικία**

- Αντιανδρογόνα
- Αντιισταμινικά
- Αντικαταθλιπτικά
- Αντιψυχωσικά
- Αντιυπερτασικά
- Καρδιοτονωτικά
- Διουρητικά
- Αντιφλεγμονώδη
- Αντιεπιληπτικά
- Νευροληπτικά
- Ηρεμιστικά (αγχολυτικά, υπνωτικά)
- Υπναγωγά
- Οιστρογόνα
- Αντιόξινα ενζυμικά
- Κυτταροστατικά

**Πώς να κρατήσετε ζωντανή
τη σεξουαλική σας ζωή μεγαλώνοντας...**

- Διατηρήστε μία θετική στάση απέναντι στη σεξουαλικότητα
- Επικοινωνήστε με το σύντροφο για τις σεξουαλικές αλλαγές που παρατηρείτε
- Αυξήστε τα προκαταρκτικά παιχνίδια
- Χρησιμοποιήστε λιπαντικά για μεγαλύτερη ευκολία στην επαφή
- Ακολουθήστε θεραπεία για τα σωματικά συμπτώματα (π.χ. πόνος) και τα ιατρικά προβλήματα, που μπορεί να σχετίζονται με το σεξ
- Ακολουθήστε θεραπεία για τα ψυχολογικά προβλήματα, όπως η κατάθλιψη, που μπορεί να σχετίζονται με το σεξ
- Προσπαθήστε να μειώσετε το στρες
- Εντοπίστε πιθανές παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνετε και συζητήστε με το γιατρό σας
- Βάλτε την άσκηση στη ζωή σας
- Αποφύγετε το κάπνισμα και τη μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ

«Μεγαλώνω δε σημαίνει γερνάω ή παραιτούμαι

από τη ζωή...»

- Σταματήστε η ελαττώστε το κάπνισμα
- Μειώστε την κατανάλωση αλκοόλ
- Προσέξτε το σωματικό σας βάρος
- Φτιάξτε τη διατροφή σας
- Βάλτε τη φυσική άσκηση στη ζωή σας
- Μειώστε τα επίπεδα του άγχους
- Αποκτήστε αυτοπεποίθηση βελτιώνοντας την εμφάνιση σας
- Ο άνδρας των 65 ετών που ασκείται συστηματικά, διατηρεί ένα σώμα ενός 25χρονου που δε γυμνάζεται
- Κρατήστε το φλερτ και την αισιοδοξία στη ζωή σας
- Όσο πιο πολύ αγαπώ τον εαυτό μου, τόσο περισσότερο ζω